

617.0

УДК 617.616 (075.8)

**Муратов С. Н.**

**М 88** Хирургик касалликлар ва беморларни парвариш қилиш: Мед. билим юр்தларининг ўқувчилари учун дарслик.—Т.: «Медицина», 1978. . .  
403б.

Муратов С. Н. Хирургические болезни с уходом за больными.

617.0

Дарслик умумий профилдаги медицина ҳамширалари ва болалар даволаш-профилактика муассасаларининг медицина ҳамширалари учун маъжуд программани ҳисобга олиб тузилган. «Умумий хирургия» бўлимида хирургик инфекцияларни профилактика қилиш, хирургик ин, оғриқсизлантириш, операциядан аввалги ва операциядан кейинги даврларни ташкил этиш, қон оқиши, қон қуйиш, десмургия, шикастлар, ўткир ва хроник инфекция, жонсизлакиш, яралар, оқмаълар ва ўсмаларга доир масалалар ёритилган. «Хусусий хирургия» бўлимида бош, юз, оғиз бўшлиғи, бўйин, нафас йўллари, қизилўйғач, кўкрак қафаси ва кўкрак бўшлагн органлари, қорин девори ва қорин органлари, сийдик-таносил системаси, умуртқа поғонаси, орқа миъ, чанок, қўл-оёқларнинг шикастлари ва касалликлари тасвирланган. Охириги бўлим реанимацияга ва бахтсиз ҳодисалар юз берганда ёрдам беришга бағишланган. Дарсликни тузишда хирургиянинг сўнгги ютуқларига доир маълумотлардан фойдаланилган. Дарслик рангли ва қора-оқ расмлар билан безатилган.

Дарсликда 190 та расм бор.

#### РЕЦЕНЗЕНТЛАР

Н. И. Пирогов номи 2-МОЛГМИ педиатрия факультети умумий хирургия кафедрасининг мудирни проф. В. И. Юхтин ва СССР МФА медицина билим юртининг ўқитувчиси Е. В. Гембицкая.

*Таржиманинг махсус муҳаррири  
медицина фанлари кандидати, доцент  
Я. С. АРЗУМЕТОВ*

М  $\frac{51100-37}{М 354 (06)-78}$  7—78

© УзССР «Медицина» нашриёти, 1978.  
Ўзбекчага таржима.

Урта асрларда дин ҳукмронлиги туфайли хирургия фан сифатида кенг ривож топа олмади. Мурдаларни ёриш ва қон чиқариш билан боғлиқ бўлган операциялар тақиқланган ва бунинг учун ўлим жазоси берилар эди. Хирургия, хусусан ҳарбий хирургия ҳунармандлар, сартарошлар ихтиёрида эди. Улар ўз усталаридан ҳунар ўрганиб, ярмарка ва бозорларда айланиб юришар ва одамларга ўз хизматларини таклиф қилишарди. Сартарошлар орасида нодонлар кўп эди, бироқ машҳур кишилар ҳам бор эди. Машҳур француз хирурги Амбруаз Паре (1517—1590) шундай кишилардан ҳисобланади. У ўқ теккан жароҳатлар тўғрисида таълимот яратди. Ампутация техникасини такомиллаштириш ва унда қон томирларни боғлаш А. Паренинг хизмати саналади.

Жароҳатларни даволашда Парацельс (1493—1541) бой тажрибага эга эди. У назарий ва амалий медицинани ишлаб чиқишда химиянинг ютуқларидан фойдаланди, жароҳатни битирадиган воситалар ва кўпгина дори препаратларини қўлланиш методикасини ишлаб чиқди.

Везалийнинг (1514—1564) анатомик тадқиқотлари, Гарвейнинг (1578—1657) қон айланиш қонунларини кашф қилиши, Левенгук (1632—1723) 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.

XIX асрда хирургиянинг ривожланиши учун туртки бўлиб хизмат қилган янги илмий маълумотлар олинди. Патологик анатомия, экспериментал медицина, бактериология, топографик анатомияга асос солинди.

1846 йилда химик Жексон ва тиш врачлари Мортон эфир бугларини нафасга олинса, киши беҳуш бўлишини ва мутлақо оғриқ сезмаслигини исботладилар. 1847 йилда хирург-акушер Симпсон хлороформ наркозни практикага жорий қилди.

Уша 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 хирургия Листер (1827—1912) Пастернинг мойли ва сиркали бижғишнинг ривожланишида микроорганизмларнинг ролига доир ишларига асосланиб, жароҳатнинг йиринг бойлашига жароҳатга ҳаводан тушадиган тирик микроорганизмлар сабаб бўлади, деган хулосага келди. Листер шу микробларга қарши курашиш учун карбол кислота қўлланишни таклиф этди. Шу мақсадда операция хонаси ҳавосига карбол кислота пуркатилар, хирург қўли ва операция майдонига карбол кислота суртилари. Операцион чокларга ва операцион жароҳатга ҳам карбол кислотага шимдириб олинган махсус боғлам қўйиладиган бўлди. Антисептик метод хирургиянинг ри-

пожланишига туртки бўлиб хизмат қилди, бироқ унинг бир қанча камчиликлари ҳам бор эди. Қарбол кислота жароҳатнинг регенерациясини секинлаштиради ва сўрилиб, заҳарланишга сабаб бўлиши мумкин. Бу хавфни камайтириш мақсадида Бергман асептика методини таклиф қилди. Бу метод асосида яра боғлаш материали ва хирургик инструментларни юқори температурада буғ билан стерилизация қилиш, шунингдек операциянинг ўзини ва операцион блокни тутишни алоҳида формада ташкил этиш принципи ётади.

Ландштейнер томонидан қон группаларининг кашф этилиши ва Янский томонидан қон қуйиш методларининг ишлаб чиқиши хирургиянинг ривожланишига имкон берган кейинги муҳим ютуқлардан ҳисобланади.

Операцияларда оғриқсизлантириш, антисептик ва асептик методлар, шунингдек қон қуйиш XIX асрнинг охирида ва XX асрнинг бошида меъда, ичаклар, жигар, ўт йўллари, буйрак каби органларда операциялар бажариш методикаларини ишлаб чиқишга имкон яратиб берди.

XX асрнинг боши ва ўртасида қизилўнгач, ўпка ва юрак, таянч-ҳаракат аппаратида, шунингдек мия ва нервларда операциялар ўтказиш муваффақиятли равишда ишлаб чиқилди ва хирургик практикага кенг жорий қилинди. Орган ва тўқималар — буйрак, юрак, жигар, ўпкани трансплантация қилиш (кўчириб ўтказиш) ни ишлаб чиқиш жадал суръатлар билан олиб бориляпти.

Ватанимиз хирургияси ўзига хос ва мустақил йўл билан ривожланди. XVII асргача қон кетиш, йиринглаган жойни кесиш, куйдириб даволаш ҳолларида тампонада қилишга доир маълумотлар аҳён-аҳёнда учраб турар эди. Хирургик ёрдам ўзинча ўрганган табиблар, шикастбандлар томонидан кўрсатилар эди. XVII асрдагина полк врачлари, уларнинг қўл остида эса дорихоначилар ва сартарошлар пайдо бўла бошлади. 1654 йилда биринчи рус медицина мактаби («шикастбандлар» мактаби) ва иккита муваққат ҳарбий госпиталь очилди.

1706 йилда Москвада Петр I фармонида кўра биринчи госпиталь очилди, бу «Россиядаги медицина мактаби ёки медицина-хирургия билим юрти» бўлди. XVIII асрда Петербургда Медицина-хирургия академияси ва медицина факультети бўлган Москва университети очилган эди. Бу муассасалар кейинчалик медицина фанининг йирик марказларига айланди ва хирургиянинг ривожланишига жиддий таъсир кўрсатди.

Москва университетида «Хирургик операциялар баёни» («Описание хирургических операций») китобининг муаллифи профессор Е. О. Мухин салмоқли ўрин эгаллаган эди.

Петербург медицина-хирургия академиясида клиник хирургиядан қўллашма ёзган профессор И. Ф. Буш етакчи сиймолардан эди. Унинг шогирди проф. И. В. Буяльский анатомик хирургик атлас яратди.

Николлай Иванович Пирогов ҳақли равишда Ватанимиз ва чет эл хирургиясининг атоқли намояндасидир.

Н. И. Пирогов 1810 йилда Москвада туғилган. У Москва университетининг медицина факультетини тамомлаган, сўнгра Юрьев (ҳозирги Тарту) университетини профессорлик фаолиятига махсус тайёргарликдан ўтган. 26 ёшида хирургия кафедрасига бошчилик қилган ва «Артериал стволлар билан фасцияларнинг хирургик анатомияси» деган асарини нашр қилдирган. Н. И. Пирогов хирургларнинг анатомияни, айниқса турли органлар ва тўқималар орасидаги ўзаро муносабатни ўрганадиган топографик анатомияни яхши билишларини талаб қилган. У топографик анатомиядан атлас яратган. Медицина факультетларида янги кафедралар — топографик анатомия ва оператив хирургия кафедралари пайдо бўлди. Н. И. Пирогов операция вақтида оғриқни йўқотишга ҳаракат қилди. У Россияда биринчи марта 1847 йилда Кавказдаги уруш вақтида операцияларда оғриқни йўқотиш учун эфирдан фойдаланган.



Н. И. Пирогов.

Жароҳатларнинг йиринглашини олдини олиш мақсадида Н. И. Пирогов хирургия бўлимининг махсус режимини ишлаб чиққан. У беморлар ётадиган хоналарнинг яхши шамоллатилишини, врачларнинг қўли ва инструментларнинг тозалиги устидан кузатиб туришини талаб қилган, жароҳатни қайнаган сувда ювиш учун махсус чойнаклар тутишни жорий этган. Н. И. Пирогов йиринглашнинг сабабчиси, Гиппократ эслатиб ўтганидек, миазмалар эканлигини уқдирган.

Н. И. Пирогов «Умумий ҳарбий дала хирургиясининг асослари» («Начала общей военно-полевой хирургии») китобида жароҳатларнинг олдини олиш ва даволашга доир чоралар билан бирга «жанг майдонида» ярадорларни саралашга алоҳида аҳамият бериш керак, деган таклифни киритади. У Россияда биринчи бўлиб синган суякларни даволашда гипс боғламлар ишлатишни таклиф этган.

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



Н. Ф. Склифосовский.



А. А. Бобров.

нимиз хирургиясининг ривожланишига А. А. Бобров (чуррани кесиш, тери остига ва венага физиологик эритма қуйиш, хирургия ва топографик анатомиядан дарсликлар) ва «Хирургия» журналининг асосчиси Н. А. Вельяминов (бўғимлар, қалқонсимон без касалликларига, хирургик силга, тери силини ёруғлик билан даволашга бағишланган ишлар) катта ҳисса қўшдилар.

XX асрнинг бошида Петербургда В. А. Оппель ва Г. 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.

Улуғ Октябрь социалистик революцияси бизнинг мамлакатимизда халқ соғлиғини сақлаш ишини ривожлантириш учун барча шарт-шароитларни яратиб берди. 1944 йилда Ватанимиз медицинасини янада ривожлантириш мақсадида СССР Медицина фанлари Академияси таъсис қилиниб, у мамлакатимизнинг атоқли олимларини бирлаштирди. Медицина, хусусан хирургия Улуғ Ватан уруши йилларида айниқса катта ютуқларни қўлга киритди. Ярадорларнинг 70% дан зиёдроғи даво қилингандан сўнг сафга қайтди, ваҳоланки биринчи жаҳон уруши даврида уларнинг атиги 40—50 проценти сафга қайтган эди.

Совет давридаги хирургиянинг энг йирик намоянадалари қуйидаги олимлардир.

С. П. Федоров (1869—1936) хирургик техниканинг ажойиб



Н. А. Вельяминов.



Н. Н. Бурденко.

устаси эди. У буйраклар, сийдик йўли ва қовуқ хирургиясини ишлаб чиқишга катта ҳисса қўшган. Ут пуфаги хирургиясига доир салмоқли асарлар яратган.

С. И. Спасокукоцкий (1870—1943) ўпка ва плевранинг йирингли касалликлари хирургияси, қон қуйишга доир клиник-экспериментал тадқиқотлар, хирург қўлини обработка қилиш методи ва бошқа соҳалар бўйича қимматли асарлари билан машҳур.

Н. Н. Бурденко (1878—1946) шок, жароҳатларни даволаш, ҳарбий-дала хирургияси, нейрохирургия масалаларини ишлаб чиқишга кўп ҳисса қўшди. Нейрохирургия институтига асос солган. СССР Медицина фанлари академиясининг биринчи президенти, Совет Армиясининг бош хирурги бўлган.

П. А. Герцен (1871—1946) ажойиб хирург эди. Унинг номи билан аталадиган бир қанча оригинал операцияларни ишлаб чиққан: сон чуррасида чуррани кесиш, пуфакча-ичак соустье операцияси, тўғри ичакни фиксация қилиш методи, қизилўнган пластикаси ана шулар қаторига кирди.

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

В. М. Миш (1873—1950) Томск университетининг хирургия профессори. Меъда, чувалчангсимон ўсимта касалликлари,



Ю. Ю. Жанелидзе.

суяк системаси, сийдик чиқарувчи система патологиясига доир оригинал ишлар муаллифи.

Н. Н. Петров (1876—1964) — таниқли совет онкологи, онкологиядан капитал қўлланма муаллифи. СССР да ракка қарши кураш системасини ташкил қилиш ишига катта ҳисса қўшган.

А. В. Вишневский (1874—1948) маҳаллий оғриқсизлантириш методлари, мой-бальзамли боғламлар ва бир қанча операцияларни ишлаб чиқиб, кенг медицина практикасига жорий қилди. Унинг ишларини А. А. Вишневский (1906—1974) давом эттирди.

А. Н. Бакулев (1890—1967) юрак ва йирик томирлар хирургиясининг асосчиси ҳисобланади. У хирургиянинг бошқа бўлимларини ҳам ривожлантирди. Юрак-томирлар хирургияси институтини ташкил қилди. СССР Медицина фанлари академиясининг президенти эди.

С. С. Юдин (1891—1954) меъда-ичак хирургиясига доир кўпгина асарлар муаллифи ҳисобланади. Қизилўнгач пластикаси, орқа мия анестезияси бўйича ишлари айниқса қимматлидир.

А. Г. Савиних (1888—1963) — Сибирлик атоқли хирург, қизилўнгачда ва кўкс оралиғи органларида диафрагма орқали операциялар қилиш методикасини, шунингдек юқори орқа мия анестезияси методини ишлаб чиққан.

А. Н. Бакулев.





С. С. Юдин.



А. Г. Савиних.

Ҳозирги вақтда атоқли совет хирургларининг бутун бир авлоди: акад. Б. В. Петровский (қизилўнғач ва кардияда, йирик томирлар ва юракдаги операциялар), СССР МФА академиги проф. В. И. Стручков (ўпка ва плевра касаллиги, йирингли хирургия), СССР МФА мухбир-аъзоси Н. М. Амосов (ўпка, юракдаги операциялар, медицинада кибернетика) ва бошқа кўпгина олимлар самарали меҳнат қиляпти.

СССР да хирургик ёрдамнинг ташкил этилиши. Бизнинг мамлакатимизда алоҳида босқичма-босқич хизмат кўрсатиш системаси қабул қилинган. Қишлоқ жойлардаги колхоз ва совхозларда, шунингдек йирик корхоналарда соғлиқни сақлаш пунктлари бўлиб, уларда ўрта медицина ходимлари хизмат қилади. Уларнинг вазифаси врач кўргунча биринчи ёрдам беришдан иборат (қон оқишини тўхтатиш, боғлам қўйиш ва ҳоказо). Бирмунча оғир патологияда беморларни участка врачига ва поликлиникалардаги хирургик кабинетларга юборилади (жароҳатни бирламчи хирургик тозалаш, флегмона ҳамда абсцессларни кесиб ва ҳоказо). Беморларни стационар даволаш учун район, шаҳар, область ва республика касалхоналарининг хирургик стационарларига жойлаштирилади. Қатор шаҳар, область ва республика касалхоналарининг тегишли бўлимларида (торакал, травматологик ва ҳоказо бўлимларида) ихтисослашган хирургик ёрдам кўрсатилади. Йирик шаҳар-



ларда ихтисослашган бўлимлар билан бир қаторда замонавий асбоб-ускуналар билан жиҳозланган малакали мутахассислари ҳамда илмий ходимлари бўлган махсус илмий-тадқиқот институтлари бор. Бундай институтлар республика ёки бир қанча областлар аҳолисига хизмат кўрсатади. Совет Иттифоқида медицинанинг ривожланиши учун катта имкониятлар яратиб берилган. Бизнинг мамлакатимизда 600 000 врач ишлаб турибди, улардан 37 000 хирурглар бўлиб, Европадаги врачларнинг қарийб ярмини ва жаҳондаги врачларнинг тўртдан бир қисmini ташкил этади.

Дала шароитида хирургик ишнинг хусусиятлари. Ҳарбий ҳолат даврида хирургия хизматига етакчи ўринлардан бири ажратилади. Хирургик хизмат асосини қатъий равишда босқичма-босқич даволаш ташкил этади. Бу системада медицина эвакуациясининг ҳар бир босқичида қатъий белгиланган тадбирлар амалга оширилади. Жанг майдонида беморнинг жароҳати боғланади, жгут қўйилади, оддий иммобилизация қилинади ва бемор батальон медицина пунктига (БМП) етказилади. Бу пунктда зарурат бўлганда, боғлам аништирилади, оғриқ қолдирувчи воситалар юборилади, жгут қайта боғланади, транспорт иммобилизацияси қилинади. Кейинги босқич—полк медицина пунктидир (ПМП). Бу босқичда беморга биринчи врачлик ёрдами кўрсатилади. Бу ерда қон ва қон ўрнини босадиган суюқликлар қўйилади, зарурат бўлган тақдирда қоқшолга қарши зардоб юборилади, транспорт иммобилизацияси текшириб кўрилади. Кейинги босқичда медицина-санитария батальонида (медсанбат) ихтисослашган хирургик ёрдам кўрсатилади (очиқ пневмотораксни бекитиш, жароҳатни бирламчи хирургик тозалаш, қорин бўшлиғи органларини текшириш ва ҳоказо). Беморларни бу ердан хирургик кўчма дала госпиталига (ХППГ) ёки ихтисослашган госпиталларга (енгил ярадорлар учун госпиталь, қорин органлари шикастланганлар учун госпиталь, кўкрак қафаси органлари шикастланганлар учун госпиталь ва ҳоказо) жўнатилади. Узоқ муддат даволанишга муҳтож беморларни фронт орқасидаги госпиталларга жўнатилади.

Жанг майдонида санинструктор, БМП да — фельдшерлар, ПМП да — умумий ихтисосликдаги врачлар, медсанбатда — умумий ихтисосликдаги хирурглар, эвакуациянинг кейинги босқичларида — бирмунча тор хирургик ихтисосликдаги мутахассислар (торакал хирурглар, урологлар, травматологлар ва ҳоказо) ёрдам кўрсатади.

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 хроник касаллиги (хроник бронхит, ўпканинг хроник яллиғланиши), меъда касаллиги (гастрит), тўғри ичак касаллиги (полипоз, колит) ва бошқа бир қатор касалликлар

топилса, уни диспансер ҳисобига олиниб, вақти-вақтида текшириб турилади. Диспансер системаси рак сингари жиддий касалликларнинг бошланғич формаларини аниқлашга ва ўз вақтида радикал даво ўтказишга имкон беради. Шикастланишнинг олдини олиш учун иш жойига, хавфсизлик техникасига, меҳнатни илмий асосда ташкил қилишга, оғир яллиғланиш процессларига олиб келиш эҳтимоли бўлган кичик шикастланишларда (тирналиш, уриб олиш, майда жароҳатларда) тиббий ёрдамга ўз вақтида мурожаат қилишга аҳамият берилади.

Хирургиянинг физиологик хоссалари. Ҳозирги вақтда операция йўли билан даво қилишда бирор органнинг нормал физиологик функцияларини вужудга келтириш масаласи биринчи ўринга қўйилади. Масалан: туғма ва ҳаётда орттирилган юрак пороклари операциялари юракнинг нормал ишини бузган сабабни (бўлмачалараро ва қоринчалараро тўсиқлардаги тешикларни тикиш, патологик ўзгариб қолган клапан ўрнига сунъийсини қўйиш ва ҳоказо) 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. Орган ва тўқималарни трансплантация қилиш (кўчириб ўтказиш) соҳасида қўлга киритилган сўнгги ютуқлар ҳозирги замон хирургиясининг физиологик йўналишига ёрқин мисол бўла олади. Бу операцияларда патологик ўзгарган орган олиб ташланади ва ўрнига бошқа одамдан олинган нормал ишлаб турган орган кўчириб ўтқазилади.

Хирургик ёрдам кўрсатишда ўрта медицина ходимининг роли. Хирургик касаллиги бор беморларни даволашда ўрта медицина ходимининг роли ғоят муҳим. Кўпчилик ҳолларда хирургик даволаш натижаси ўз вақтида ва тўғри биринчи ёрдам кўрсатишга боғлиқ бўлиб, бунин, одатда, ўрта медицина ходими амалга оширади. Беморни операцияга тўғри тайёрлаш, операциядан кейинги даврда қунт билан парвариш қилиш беморни муваффақиятли даволашнинг гарови ҳисобланади. Бу босқичларда медицина ҳамшираси даволаш ишида фаол ва бевосита иштирок этади. Беморни яхши парвариш қилиш аксарият ҳаёт учун хавfli бўлган турли-туман асоратларнинг олдини олади. Хирургик патологияли беморларни парвариш қилиш қондаларини синчиклаб бажариш хирургик ёрдамнинг муҳим қисмларидан биридир.

Медицина ҳамшираси — врачнинг энг яқин ёрдамчиси. Врачнинг беморга буюрган кўпчилик муолажаларини ҳамшира бажаради. У врач муолажаларини сидқидилдан ва тўла-тўқис адо этиши, беморларга меҳрибон ва ғамхўр бўлиши керак.

## УМУМИЙ ХИРУРГИЯ

1606

### ХИРУРГИК ИНФЕКЦИЯ ПРОФИЛАКТИКАСИ

#### ХИРУРГИК ИНФЕКЦИЯ ВА УНИНГ ҚЎЗГАТУВЧИЛАРИ ТУҒРИСИДА ТУШУНЧА

Хирургик инфекция деганда микроорганизмлар — хирургик инфекциянинг қўзғатувчилари вужудга келтирадиган патологик процессни тушуниш расм бўлган. Бундай патологик процесслар «Хирургик инфекция» бобида батафсил баён қилинган. Ушбу бўлимда хирургик инфекция пайдо бўлишининг олдини олиш учун қўлланиладиган тадбирлар комплекси билан танишиб чиқамиз.

Хирургик инфекция жароҳатга йиринглатувчи микроблар тушиши ва организмнинг ҳимоя кучлари бирмунча пасайиши оқибатида вужудга келади.

**Йиринглатувчи микроблар.** Патологик процессларни келтириб чиқарадиган йиринглатувчи микроблар аэроб (атмосфера кислороди бўлганда яшайди ва ривожланади) ва анаэроб (кислородсиз ривожланади) бўлиши мумкин.

**Стафилококк** (*Staphylococcus pyogenes*) — анаэроб шаронтларда ҳам ривожлана оладиган аэроб ҳисобланади. Кенг тарқалган ва ҳавода, буюмларда, кийим-бошларда, одам тана-сида ва шу кабиларда бўлади. Оқ ва тилла ранг стафилококк фарқ қилинади. Бу микроб кўпинча йирингли процессларнинг қўзғатувчиси бўлиб хизмат қилади. Стафилококк қуритишга яхши чидамли ва қайнаб турган сувда бир неча минутдан кейингина ҳалок бўлади.

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

**Пневмококк** (*Pneumococcus*) аэроб шаронтларда яшайди. Упкани ва бўғимларнинг синовиал пардаларини айниқса кўп яллиғлантиради.

**Ичак таёқчаси** (*B. coli communis*) ичакларда ва нажасдан ифлосланган жойларда бўлади. Аэроб ва анаэроб шаронтларда кўпаяди. Кўпинча йирингли процессларнинг ўтишини оғирлаштиради. Бу микроб таъсирида клетчатка, мускуллар, пайлар ва фасциялар ириб кетиши мумкин.

Хирургияда аэроб бактериялардан газли гангрена ва қоқшол қўзғатувчилари ниҳоятда аҳамиятлидир.

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

**Хавфли шиш таёқчаси** (*Clostridium oedematiens*) — спора ҳосил қиладиган микроб. Клетчатка ва мускуллар шишига сабаб бўладиган токсинлар ажратади.

**Септик вибрион** (*Clostridium vibriion septicum*). Унинг токсинлари сероз ва сероз-геморрагик яллиғланиш ҳисобига авж олиб борадиган шишга сабаб бўлади. Мускуллар ва клетчатканинг 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. Споралари қайнатилганда ҳалок бўлмайди, тетаногемолизин ва тетаноспазмин токсинларини ҳосил қилади, кейинги токсин марказий нерв системасига тушиб, уни специфик зарарлантиради — қоқшолга дучор қилади.

Организмда инфекциянинг ривожланиш шароитлари. Организмга инфекция тушгандан сўнг ҳамиша ҳам патологик процесс пайдо бўлавермайди. Организмнинг ҳимоя кучлари яхши бўлганда микроблар ҳалок бўлиши мумкин. Организм ҳимоя кучларининг пасайиши ва тушган қўзғатувчи вирулентлигининг юқорилиги организмда инфекциянинг ривожланиши учун асосий шароит ҳисобланади.

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

Экзоген йўл билан инфекция ташқи муҳитдан: ҳаводан (ҳаво орқали ўтадиган инфекция), жароҳатга теккан буюмлардан (контакт инфекция), ходимлар сўзлашаётганда ва йўталаётганда ажраладиган сўлаги ва шиллиғидан (томчи инфекция), тўқималарда қолдириладиган буюмлардан (чок-тампонлар — имплантацион инфекция) тушиши мумкин.

Эндоген йўл билан ўтишида инфекция юқум бемор организмда бўлади (тернининг йирингли зарарланиши, муртак безлари, нафас йўллари шиллиқ пардасининг яллиғланиши ва ҳоказо). Инфекция жароҳатга операция вақтида, шунингдек операциядан кейинги даврда қон томирлар (гематоген йўл) ва лимфа томирлари (лимфоген йўл) орқали тушиши мумкин.

Хирургияда жароҳатга микробларнинг тушиш хавфини камайтириш имконини берадиган изчил тадбирлар системаси ишлаб чиқилган. Бунга ҳозирги замон хирургиясининг асоси ҳисобланган антисептика ва асептика методларини қўлланиш йўли билан эришилади.

## АНТИСЕПТИКА

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

Антисептика методлари қуйидагича: 1) химиявий зарарсизлантириш; 2) физикавий воситалар (ультрабинафша нурлар билан нурлантириш); 3) механик методлар (жароҳат четларини кесиш); 4) биологик воситалар (зардоблар, вакциналар, антибиотиклар).

**Антисептик воситалар.** Ҳозирги вақтда кўп сонли антисептиклар қўлланилади. Қуйида келтирилган группалардаги моддалар ҳаммадан кўп маълум.

1. Галлонди бор моддалар. Хлорацид (*Chloracidum*). 0,5% ли эритмаси хирург қўлни зарарсизлантириш, резна қўлқоплар, катетерлар, дренажларни стерилизация қилиш инфекция тушган жароҳатларни даволаш, йирингли бўшлиқларни ювиш учун қўлланилади.

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

Йоднинг спиртдаги эритмаси (*Solutio jodi spirituosa*) 5—10% ли эритмаси операцион майдонга жароҳат четларига суртиш учун дезинфекция қиладиган восита сифатида қўлланилади.

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

2. Оксидловчилар. Водород пероксид эритмаси (*Sol. Hydrogenii peroxidati diluta*). Йирингли жароҳатларни ювиш учун дезинфекция қиладиган ва бадбўй ҳидни йўқотадиган восита сифатида қўлланилади. Бунда ҳосил бўладиган кўпик билан ҳаётга лаёқатсиз тўқималар механик равишда тозаланади.

Калий перманганат (*Kalii permanganas*) — кучли оксидловчи. 0,1—0,5% ли эритма ҳолида жароҳат ва бошқаларни ювиш учун дезинфекция қиладиган ва бадбўй ҳидни йўқотадиган восита сифатида ишлатилади. 2—5% ли концентрацияда ундан ошловчи модда сифатида фойдаланилади.

Борат кислота (*Acidum boricum*). Кўк йиринглатувчи таёқчадан зарарланишда жароҳатларни ювиш учун 2% ли эритмаси қўлланилади, мазлар ва сепма дорилар кўринишида ишлатилиши ҳам мумкин. †

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

Диоцид (*Diocidum*). Рўй-рост антисептик таъсири бор.

Қўлга суртиш (1:500), инструментларни стерилизация қилиш (1:1000) учун ишлатилади.

Кумуш нитрат (*Argentī nitras*). Жароҳат, қовуқ ва шу кабиларни ювиш учун дезинфекциялайдиган восита сифатида 1:500—1:1000 нисбатдаги концентрацияда қўлланилади. Ортиқча грануляцияларни куйдириш учун 10% ли эритмасидан фойдаланилади.

Протаргол (*Protargolum*). 1—3% ли эритмаси қовуқ яллиғланганда унга юбориш учун 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 тўқ рангли, оғзи маҳкам беки-тиладиган идишда, ёруғлик тушмайдиган жойда сақлаш керак.

4. Спиртлар. Этил спирт ёки вино спирти (*Spiritus aethylicus*). Дезинфекциялаш ва ошлаш таъсири бор. 70 ва 96% ли эритмалари қўлга ва операцияон майдонга суртиш учун ишлатилади.

5. Формальдегид. Формалин (*Formaldehydum solutum*). Формальдегиднинг сувдаги 40% ли эритмасидан иборат. Инструментларни дезинфекция қилиш учун қўлланилади (0,5% ли эритмаси). Уч хил моддадан ташкил топган эритма таркибига киради (1000 мл дистилланган сувга 20 г формалин, 10 г карбол кислота, 30 г натрий карбонат).

6. Фенол. Фенол—карбол кислота (*Acidum carbolicum*) — 3—5% ли эритмаси парвариш буюмларини дезинфекция қилиш, инструментлар, резина қўлқопларни стериллаш учун қўлланилади. Уч хил моддадан ташкил топган эритма таркибига киради.

7. Қатрон (*Picis liquidae*) — қайин дарахт пўстлогини қуруқ ҳайдашда олинган маҳсулот. Антисептик ва яллиғланишга қарши таъсир кўрсатади. Вишневский мази таркибига киради (3 г ксероформ, 3 г қатрон, 94 г балиқ мойи ёки канакунжут мойи).

8. Бўёқчи моддалар. Этакридин лактат—риванол (*Aethacridini lactas*). 1:500 ва 1:1000 нисбатдаги концентрацияда йирингли жароҳатларни даволаш, йирингли бўшлиқларни ювиш учун ишлатилади.

Бриллиант яшил (*Viridi nitens*). Спиртдаги 0,1—0,2% ли эритмаси йирингли касалликларда терига суртиш учун қўлланилади.

Метилен кўки (*Methyleneum coeruleum*). Спиртдаги 1—3% ли эритмаси куйишда ва терининг йирингли касалликларида антисептик восита сифатида ишлатилади.

Нитрофуран унумлари. Фурацилин (*Furacilinum*). 1:5000 нисбатдаги эритмалари йирингли жароҳатлар-

ни даволаш, бўшлиқларни ювиш учун қўлланилади. Анаэроб флорага актив таъсир этади.

**Фурагин (Furaginum).** 0,1% ли эритмаси, айниқса бронхал тармоқ касалликларида қўлланилади.

**Фуродонин (Furadonin).** Урологик касалликларда овқатдан кейин кунига 3—4 марта 0,1—0,15 г дан ичиш учун қўлланилади. ✓

**9. Сульфаниламид препаратлар.** Стрептоцид (Streptocidum). Турли соҳаларда жойлашган яллиғланиш процесларида ишлатилади. Кунига 4—6 марта 0,5—1 г дан ичиш учун буюрилади. ✓

**Норсульфазол (Norsulfasolum).** Стрептоцидга қараганда бирмунча актив, айниқса стафилококклар қўзғатган касалликларда яхши наф беради. 4—6 соат ўтказиб 0,5—1,0 г берилади.

**Сульфадимезин (Sulfadimezinum)** — энг кучли таъсир кўрсатадиган сульфаниламидлардан бири. Аввалги препаратлар каби дозада берилади.

**Сульфадиметоксин (Sulfadimethoxinium)** — сульфаниламид қаторидаги препарат. Ҳолат актив. Пролонгацияловчи таъсирга эга. Аввалига кунига 1 г дан 2 марта, кейинроқ кунига 1 г дан тайинланади.

**10. Антибиотиклар** (биологик антисептиклар) рўй-рост биологик активликка эга. Улар микроблар, ўсимликлар, ҳайвон тўқималаридан ва синтетик йўл билан олиниши мумкин.

Антимикроб таъсир доираси бўйича граммусбат микроорганизмларга нисбатан актив антибиотиклар (пенициллинлар, макролидлар ва бошқалар), грамманфий ва граммусбат микроорганизмларга нисбатан актив антибиотиклар (стрептомицин, неомицин), таъсир доираси кенг антибиотиклар (левомицетин, тетрациклин), замбуруққа қарши таъсири бор антибиотиклар (асосан полненлар) фарқ қилинади.

Химияда эришилган ютуқлар пролонгация қилинган (узайтирилган) таъсири бўлган хоссаларни керакли йўналишда ўзгартирилган синтетик ва яримсинтетик антибиотиклар яратиш имконини берди. Яримсинтетик пенициллинлар стафилококкларга юқори актив, пенициллинга чидамли бўлади ва операциядан кейинги даврда, эмпиема, сепсис, остеомиелит ва шу кабиларда кенг қўлланилади. /

Таъсир доираси кенг антибиотиклардан меъда-ичак йўллари ва сийдик-таносил йўллари касалликларида муваффақиятли фойдаланилмоқда.

Хирургия практикасида энг кўп ишлатиладиган антибиотиклар қуйида келтирилган.

**Пенициллин группаси.** Бу группада пенициллиннинг кўп сонли турли хил тузлари бўлади. Препаратлари турли микроорганизмларга нисбатан кенг таъсир доирасига эга (бактерияларнинг пенициллинга чидамли формалари ривож-

ланиши муносабати билан стафилококларга нисбатан кам таъсирчан бўлиб қолди). Пенициллин физиологик эритмада, кўпроқ 0,25—0,5% ли новокаин эритмасида эрийди. Пенициллин организмдан тез чиқарилади, шунинг учун уни суткасига 4—6 марта юборилади. Катталар учун ўртача бир марталик дозаси 200 000—300 000 ТБ, суткалик дозаси 1 000 000 дан 3 000 000 ТБ гача. Пенициллинни тери остига, мускул орасига, венага, артерияга, турли бўшлиқларга (қорин, плевра бўшлиғига, бўғимга), интратрахеал ва орқа мия каналига юбориш мумкин. Пенициллин феноксипенициллин (*Phenoxymethylpenicillinum*) ҳолида ичиш учун қўлланилади, бу меъда шираси таъсирида парчаланмайди. Пенициллин билан узоқ вақт даволашда, айниқса уни бошқа антибиотиклар билан ишлатилганда замбуруғ касаллиги — кандиндомикоз келиб чиқади.

Пенициллиннинг таъсирини узайтириш мақсадида унинг таъсири узайтирилган қатор препаратлари ишлатилади.

**Новоциллин** (*Novocillinum*) — пенициллин, новокаин ва шафтоли мойи суспензияси. Секин сўрилади. Организмда 2 суткача қолади. Мускул орасига 300 000 ТБ миқдорида юборилади.

**Экмоновоциллин** (*Еспоновосillinum*) — пенициллин новокаинли тузининг экмолиннинг сувдаги эритмасидаги суспензияси. Суткасига 1 марта 400 000—600 000 ТБ миқдорида юборилади.

**Бициллин** (*Bicillinum*) — бензилпенициллиннинг кристаллик тузи. Юборилган зонадан жуда секин — 2 ҳафтача сўрилади. Мускул орасига ҳафтасига бир марта 600 000 ТБ миқдорида ёки 2 ҳафтада 1 марта 1200 000 ТБ дозада юборилади.

**Ампициллин** (*Ampicillinum*) — пенициллин қаторидagi антибиотик. Таъсир доираси кенг яримсинтетик препарат. Аралаш инфекция қўзғатган касалликларда қўлланилади. 0,25—0,5 г дан 4—6 соат оралатиб ичиш учун буюрилади.

**Пентрексил** (*Pentrexyl*) — ампициллин аналоги. Суткасига 3—4 марта 0,25 г дан мускул орасига ёки венага юборилади.

**Стрептомицин группаси.** Стрептомицин (*Streptomycinum*). Турли-туман микрофлорага, шунингдек сил микобактерияларига ҳалокатли таъсир кўрсатади. Суткасига 1—2 марта 500 000 дан 1 000 000 ТБ гача дозада мускул орасига юборилади.

**Стрептомициллин** (*Streptomycillinum*). Бензициллин ва стрептомицин тузлари аралашмасидан иборат. Стрептомицилинда пенициллин билан стрептомицин хоссалари мавжуд, шунга кўра аралаш инфекцияли беморларни даволашда таъсирчан. Кунига 1—2 марта 900 000 ТБ дан буюрилади.

**Тетрациклин группаси.** Тетрациклин (*Tetracyclini hydrochloridum*). Операциядан кейинги асоратларни профилактика қилишда, куйиш, ҳолларида, турли хил йиринг-



ли касалликларда қўлланилади. Сепсисда пенициллин ва стрептомицин билан бирга ишлатилади. Суткасига 4—6 марта 0,1—0,15 г дан таблетка ҳолида ичирилади. Суткалик энг юқори дозаси 2 г. 1—2% ли мази маҳаллий қўлланилади.

**Биомицин** (*Chlortetracyclini hydrochloricum*). Пенициллинга ва стрептомицинга чидамли микроблар келтириб чиқарган касалликларда таъсирчан. Бошқа антибиотиклар билан бирга ишлатиш мумкин. Таблетка ҳолида 100 000—200 000 ТБ дан қўлланилади. Суткалик дозаси 2 000 000 ТБ дан оширилмайди. Эритмалар ва мазь кўрнинишида маҳаллий қўлланилади.

**Окситетрациклин** (*Oxytetracyclini hydrochloridum*). Тузилиши ва таъсирига кўра тетрациклин ва биомицин (ауромидин) га яқин. Таблеткалар ҳолида бир қабулга 100 000—500 000 ТБ дан, кунига 3—4 марта буюрилади. Суткалик энг юқори дозаси 2 г.

**Морфоциклин** (*Morphocyclinum*). Суткасига 1—2 марта венага 75 000—150 000 ТБ дан 20—30 мл 40% ли глюкоза эритмасида қўлланилади (аста-секин юборилади). Оғир инфекцияларда (перитонит, сепсис, ўпка абсцесси, плевра эмпиемаси ва ҳоказо) буюрилади.

**Антибиотиклар — макролидлар. Эритромицин** (*Erythromycinum*). Граммусбат микробларга, жумладан бошқа антибиотикларга резистент микробларга ва айрим йирик вирусларга (трахома) таъсир қилади. Ҳар 4—5 соатда 100 000—200 000 ТБ дан овқатдан олдин ичиш учун қўлланилади. Суткалик дозаси 800 000—2 000 000 ТБ. 1 г да 10 000 ТБ тутган маздан маҳаллий фойдаланилади. Венага кунига 2 марта 200 000 ТБ дан эритромицин-аскорбат 5% ли глюкоза эритмасида қўлланилади.

**Олеандомицин-фосфат** (*Oleandomycinum phosphas*) — таъсир донраси кенг препарат. Турли хил микроблар, риккетсийлар ва йирик вирусларнинг ўсиши ҳамда ривожланишини тўхтатади. Пневмония, плеврит, ўпка абсцесси, эмпиема, йирингли бронхоэктазиялар, стафилококк, стрептококк ва пневмококк сепсис, остеомиелит, сийдик ва ўт йўллари касалликларини даволашда ишлатилади.

Суткасига 4—6 марта 125 000—250 000 ТБ дан таблетка ҳолида ичиш учун буюрилади.

**Олететрин** (*Oletetrinum*). Олеандомицин-фосфат ва тетрациклин аралашмасидан ташкил топган комбинация қилинган препарат ҳисобланади. Бошқа антибиотиклар кор қилмайдиган касалликлар: абсцесс ҳосил қиладиган пневмония, сепсис, перитонит, ўт йўллари инфекцияларини даволашда қўлланилади. Таблетка ҳолида ичиш учун буюрилади.

Катталар учун бир марталик дозаси 250 000 ТБ, суткалик дозаси 1 000 000—1 500 000 ТБ.

**Сигмомицин** (*Sigptomycinum*). Тетрациклин ва олеан-

доммицидан иборат комбинация қилинган препарат. Ичишга 0,25 г дан, мускул орасига 0,1 г дан ва венага 0,25—0,5 г дан қўлланилади. Таъсир доираси олететрин кабидир. Олететрин қандай касалликларда қўлланилса, бу ҳам ўша касалликларда ишлатилади.

**Олеоморфоциклин** (*Oleomorphociclinum*) — олеандомицин ва морфоциклин аралашмаси. Таъсир доираси кенг препарат. Оғир инфекция касалликларда қўлланилади. 20 мл 5% ли глюкоза эритмасида ёки физиологик эритмада суюлтирилган венага 250 000—500 000 ТБ дан аста-секин юборилади.

**Антибиотиклар** — аминогликозидлар. **Мономицин** (*Monomycinum*). Таъсир доираси кенг препарат. Тетрациклин, левомицетин, стрептомицинга чидамли микроорганизмларга нисбатан актив. Мускул орасига (суткасига 3 марта 250 000 ТБ дан), бўшлиқларга юборилади, маҳаллий ва ичиш учун қўлланилади. Узоқ вақт қўлланилганда эшитув нерви невритлари кўринишидаги реакция, баъзан буйрак зарарлавиши кузатилиши мумкин.

**Колимицин ёки неомицин сульфат** (*Colimycinum*). Таъсир доираси кенг препарат. Қорин ва плевра бўшлиғидаги йирингли процессларни, инфекция тушган жароҳатларни даволаш учун қўлланилади. Бўшлиқларга 700 000 дан 1 400 000 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 суртиш учун ташқи томондан қўлланилади.

**Турли группалардаги антибиотиклар.** **Полимиксин М-сульфат** (*Polymyxini M-sulfas*). Грамманфий микробларга, айниқса кўк йиринглатувчи таёқчага таъсир қилади. Секин битаётган жароҳатлар, абсцесслар, яраларни ювиш, уларга дока босиш учун фақат маҳаллий қўлланилади. 100 мл да 500 000—1 000 000 ТБ препарат сақлаган сувдаги эритма ҳолида ишлатилади.

**Ристомин** (*Ristomycinum*) — таъсир доираси кенг препарат. Фақат венага, суткасига 2 марта 500 000 ТБ дан 250—500 мл физиологик эритмада томчилаб юборилади. Узоқ вақт қўлланилганда лейкопения ва тромбопения пайдо бўлиши мумкин.

**Цепорин** (*Seroginum*) — таъсир доираси кенг ярим синтетик антибиотик. Нафас йўллари, сийдик органларининг ўткир ва хроник инфекцияларида, перитонитлар, сепсисда қўлланилади.

Мускул орасига, тери остига, венага, шунингдек бўшлиқларга 0,25—1 г дан юборилади. Суткалик дозаси 6 г.

**Линкомицин** (*Lincomycini hydrochloridum*). Пенциллин, стрептомицин, тетрациклин, неомицин ва бошқа антибиотикларга чидамли микроорганизмларга нисбатан актив. Мускул орасига суткасига 2 марта 0,5 г дан юборилади. Ўткир хо-

латлар ўтиб кетгандан сўнг кунига 3 марта 0,5 г дан капсулада буюрилади.

**Левомицетин** группаси. Левомицетин (*Levomitrim*) — таъсир доираси кенг синтетик препарат. Кунига 3—4 марта 0,5 г дан овқатдан 20—30 минут олдин ичиш учун буюрилади.

**Синтомицин** (*Synthomycin*). Таъсир қиладиган қисми левомицетин ҳисобланади. 1—5—10% ли эмульсиялар ҳолида йирингли жароҳат, куйган юза, яра кабиларни даволаш учун ташқи томондан қўлланилади.

**Замбуруққа қарши антибиотиклар**. Нистатин (*Nystatin*). Патоген замбуруғларга, айниқса *Candida* туркумига кирадиган ачитқисимон замбуруғларга таъсир қилади. Бактерияларга активмас. Турли соҳаларда жойлашган кандидомикозни даволаш ва олдини олишда қўлланилади. Кунига 3—4 марта 500 000 ТБ дан таблеткада ёки кунига 6—8 марта 250 000 ТБ дан қўлланилади. Оғир кандидомикозда дозаси оширилади.

**Леворин** (*Levornin*). Бу ҳам кандидомикозда кунига 2—3 марта 500 000 ТБ дан капсулада ичиш учун ёки шиллиқ пардаларга суртиш учун мазъ ҳолида қўлланилади.

**Амфотерицин В** (*Amphotericin B*). Юқорида санаб ўтилган препаратлар билан даво қилиш наф бермаган турли хил замбуруғ касалликларида қўлланилади. Кунора 50 000 ТБ дан 40 мл 5% ли глюкоза эритмасида венага юборилади.

Антибиотиклар хилининг кўплиги бирор препаратни ёки уларни биргаликда қўлланиш имконини беради. Бироқ у ёки бу антибиотикларни биргаликда қўлланишда уларнинг бирга таъсир қилиш характерини ҳисобга олиш зарур. Бир хил ҳолларда антибиотиклар бир-бирининг таъсирини кучайтиради, бошқа ҳолларда эса улар таъсирида антагонизм кузатилади.

Жадвалда энг муҳим антибиотиклар ва сульфаниламидларнинг мос келиш-келмаслиги кўрсатилган.

Беморларнинг антибиотикларни кўтара олишини аниқлаш. Антибиотикларга ортиқча сезувчанликни аниқлаш учун тери ичи синамаси қилиб кўрилади. Шу мақсадда 1000 ТБ антибиотик сақлаган 0,1 мл физиологик эритмани билак кафт юзасининг териси ичига юборилади. Контрол тариқасида антибиотиксиз шунча миқдор физиологик эритмадан фойдаланилади. Сезувчанлиги юқори бўлган шахсларда антибиотик юборилган зонада анчагина шиш, гиперемия, тошмалар пайдо бўлади. Беморда антибиотикка мусбат реакция бўлганда унга антибиотик юбориб бўлмайди.

Антибиотикларнинг ҳаммаси замбуруққа қарши препаратлар — нистатин, леворин ва амфотерицин В билан яхши қўшилади.

Антибиотиклар билан даволашдаги хато ва хавфлар. Антибиотикнинг оптимал дозасини

Энг муҳим антибиотиклар ва сульфаниламидларнинг мос келиш схемаси

Препаратларнинг номи	Пенициллин	Ристомицин	Неомицин	Стрептомицин	Полимиксин	Эритромицин	Олеандомицин	Тетрациклин	Левомецетин	Нитрофуран	Мономицин	Сигмомицин	Канамицин	Ампициллин	Цепорин	Линкомицин	Сульфаниламидлар
Пенициллин	++																++
Ристомицин		+															++
Неомицин			++														++
Полимиксин					++												++
Эритромицин						++											++
Олеандомицин							++										++
Тетрациклин								++									++
Левомецетин									++								++
Нитрофуран										++							++
Мономицин											++						++
Сигмомицин												++					++
Канамицин													++				++
Ампициллин														++			++
Цепорин															++		++
Линкомицин																++	++
Стрептомицин																	++
Сульфаниламидлар																	++

Шарти бегилар: (++)—ўзаро таъсирнинг кескин кучайиши  
 (++)—ўзаро таъсирнинг яхши кучайиши  
 (+)—ўзаро таъсирнинг суст кучайиши  
 (±)—айрим ҳоллардаги антагонизм  
 (—)—мос келмаслиги

нотўғри аниқлаш. Антибиотикнинг терапевтик дозаси асоссиз кўпайтирилганда токсинли таъсир қилиш хавфи пайдо бўлади. Масалан, стрептомицин, канамицин, мономицин дозаси ошириб юборилганда уларнинг ототоксинли таъсири юзага келиб, бемор эшитув қобилиятини ҳатто батамом йўқотиб қўяди.

Дозаси етарлича бўлмаганда даво таъсири кам бўлади ва касалликнинг кечиши хроник тус олиши мумкин. ✓

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

Антибиотикни нотўғри танлаш. Антибиотик спектрининг ҳар бир конкрет ҳолда ажратиб олинган қўзғатувчига аниқ мос келиши антибиотиклар билан муваффақиятли даволашнинг асосий шarti ҳисобланади. Таъсир доираси тор препарат қўлланиш зарур. Таъсир доираси кенг антибиотик буюрилганда токсик ҳодисаларни кузатиш ва дисбактериоз вужудга келиши мумкин. Антибиотикнинг фармакодинамикасини ва унинг патологик ўчоққа кириш йўллариини ҳам назарда тутиш зарур.

Антибиотиклар комбинациясини асоссиз қўлланиш. Антибиотиклардан фойдаланишда монотерапияга, яъни микрофлоранинг сезувчанлик характериини ҳисобга олган ҳолда битта препаратни қўлланишга асосланиш керак. Антибиотикларни аралаш инфекциядагина (диагноз бактериологик тасдиқланганда) комбинация қилиб буюрилади. Антибиотиклар комбинацияси асоссиз қўлланилганда қўшимча токсинли ва аллергик таъсирнинг юзага келиш хавфи ошади. ✓ Яроқлик муддати ўтган ва нотўғри сақланган антибиотикларни ишлатиш мумкин эмас. /

Антибиотикларнинг қўшимча таъсири. Аллергик реакциялар антибиотикка сезувчанлиги ошган беморларда пайдо бўлади. Сенсибилизация реакцияга сабаб бўлган антибиотикнинг ўзидангина эмас, балки ошган сезувчанлик фонини вужудга келтирадиган бошқа дори моддалардан пайдо бўлиши ҳам мумкин.

Профилактикаси: антибиотик юборилганда турли реакциялар бўлган-бўлмаганини бемордан сўраб туриш. Дастлабки дозалар кичикроқ бўлиши керак. Олдиндан антибиотикларга сезувчанлик аниқланади.

Анафилактик шок аксарият пенициллин, камроқ ҳолларда бошқа антибиотиклар қўлланилганда кузатилади. Клиник жиҳатдан артериал босимнинг пасайиб кетиши, ҳушдан кетиш, юз ва шиллиқ пардаларда шиш пайдо бўлиши, эшакем тошиши, камроқ — қусиш ва ич кетиши билан юзага чиқади. Оғир формаларида ичакдан қон кетади, диспноэ, мия шиши, жигарнинг шикастланиши, коматоз ҳолат кузатилади. Анти-

биотик юборилгандан сўнг дастлабки минутларда ёки соатларда ўлим юз бериши эҳтимол.

Даволаш 0,1% ли норадреналин эритмаси ва адреналинни 0,5—1 мл дозада тери остига ёки мускул орасига юборишдан иборат. Оғир ҳолларда венага дори юбориш тавсия қилинади. Венага томчи усулида норадреналин (500 мл физиологик эритмада 5 мг дозада кортикостероидлар 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. Ҳақиқатда шунда трахеостомия қилинади, сунъий нафас олдирилади, кислород, венага эуфиллин (2,4% ли эритмасидан 10 мл) ва димедрол (2,5% ли эритмасидан 1 мл) буюрилади. Пенициллин юборилганда вужудга келган анафилактик шокни мускул орасига 800 000 ТБ пенициллиназа юбориб даволаш зарур.

Анафилактик шокдан ташқари, ҳаёт учун унчалик хавф туғдирмайдиган бошқа реакциялар ҳам кузатилиши мумкин. Бундай реакцияларга: зардоб касаллигини эслатувчи синдром, эозинофилиялар, лейкопения ва агранулоцитлар, тошмалар, дерматитлар, эшакем, ангионевротик шиш (Квинке шиши), ринитлар, бронхитлар, стоматитлар, гастритлар, энтероколитлар, невритлар, плекситлар, ўчоқли нефритлар ва уларнинг бирга учраш ҳоллари киради. Уларга даво қилишда антибиотик қўлланиши бекор қилиш, антигистамин препаратлар (димедрол, супрастин, пипольфен), томирлар учун дорилар (эфедрин, адреналин), оғир ҳолларда атропин ва гормонал препаратлар (преднизолон, гидрокортизон ва бошқалар) ни буюриш зарур.

Токсик реакциялар ҳар қандай антибиотик, айниқса катта дозаларда қўлланилганда пайдо бўлиши мумкин. Клиник жиҳатдан улар эшитув нервига (қисман ёки 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 хил зарарланишида намоён бўлади.

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

Кандидозларни *Candida* туркумига кирадиган ачитқисмон замбуруғлар қўзғатади. Антибиотикотерапия (айниқса таъсир доираси кенг препаратлар билан) нормал микрофлоранинг турли хил вакиллари ўртасида бўладиган одатдаги нисбатни бузади (бактерияларнинг ўсишини тўхтатиш ва ачитқисмон замбуруғларнинг жадал суръатда кўпайиши) ва *Candida* нинг активлашишига имкон беради. Кандидозларда ташқи қопламлар (тери, шиллиқ пардалар) ва ички органлар (нафас

иўллари, меъда-ичак йўллари, сийдик-таносил системаси ва ҳоказолар) нинг зарарланиши кузатилади. Даволаш антибиотикни бекор қилиш ва нистатин ёки леворин буюришдан иборат.

Бактериолиз реакцияси — Яриш — Герксгеймер реакцияси. Баъзан кўп миқдордаги антибиотиклар юборилганда микроблар тезда ҳалокатга учраб, бир талай эндотоксин ажралиб чиқиши мумкин. Клиник жиҳатдан бу қаттиқ эт жунжикиши, иситма, тахикардия, ғарақ-ғарақ терлаш, баъзан диарея билан юзага чиқади. Оғир ҳолларда температура нинг пасайиши, коллапс, ҳушдан кетиш, олигурия, анурия қайд қилинади, даво қилинмаса, бемор ўлиб қолиши 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 химиявий препаратлардан фойдаланилади.

Микроблар ва улар спораларини йўқотиш стерилизация деб аталади. Стерилликка турли хил усуллар: куйдириш, чўғлантириш, қайнатиш, автоклавлаш, химиявий моддалар билан обработка қилиш ёрдамида эришиш мумкин.

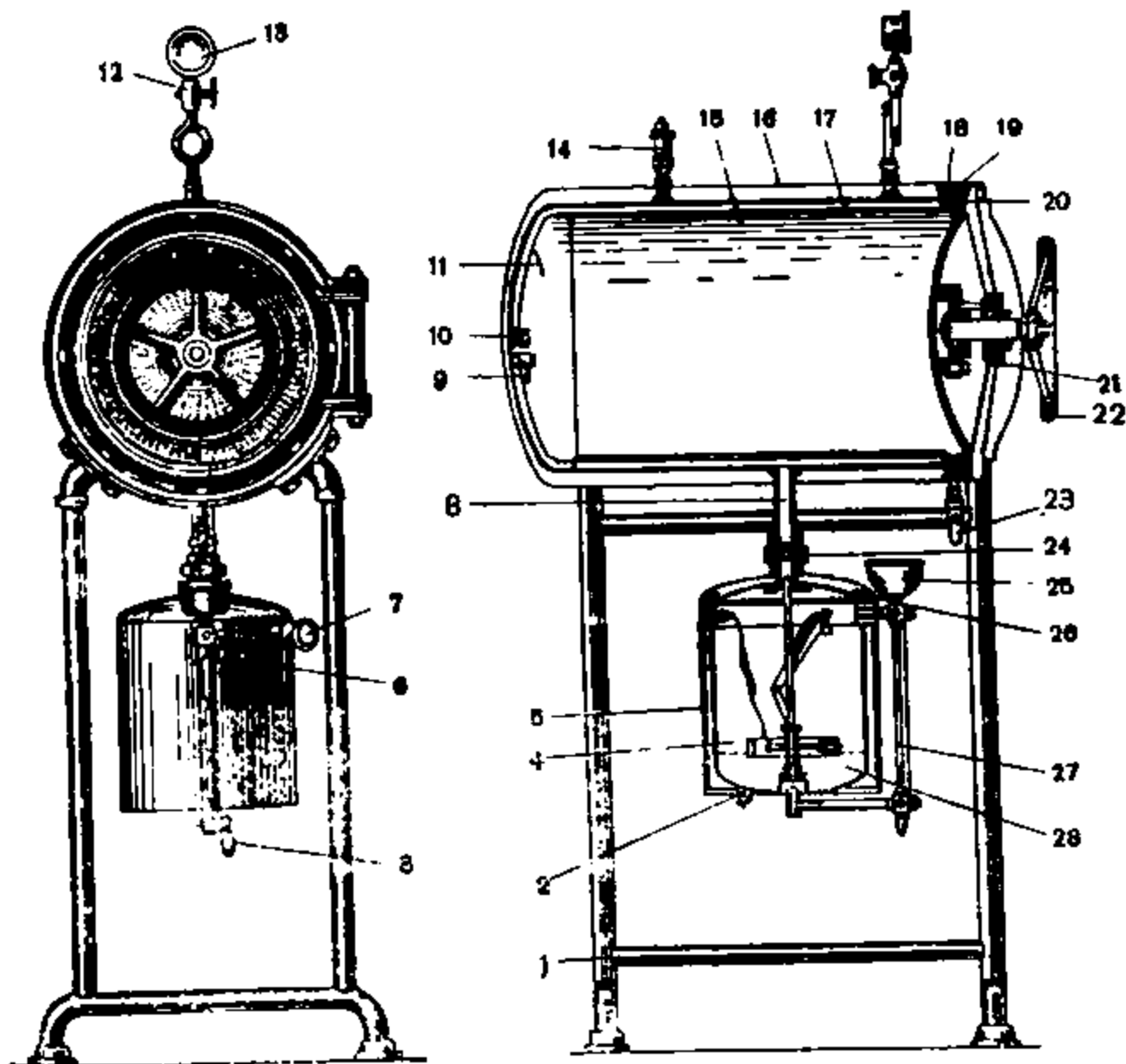
**Куйдириб стерилизация қилиш.** Куйдиришда стерилизация яхши бўлмайди ва инструментларни ишдан чиқаради, шунинг учун уни камдан-кам ҳолларда, масалан, тайёр стерил инструмент бўлмаган шошилинич операцияларда қилинади. Шу мақсадда стерилизатор қопқоғига ёки тоғорачага инструментларни қўйиб, озроқ миқдорда 96° ли спирт қўйилади ва ёқилади. Спирт ёниб бўлгандан сўнг инструментларни ишлатиш мумкин.

**Қуруқ иссиқлик билан стерилизация қилиш (чўғлантириш)** металлдан ясалган инструментларни стерилизация қилишда бирмунча кенг тарқалади. Шу мақсад учун қуруқ иссиқлик берадиган махсус шкафдан фойдаланилади. Шкаф беркитилади ва электр тармоғига уланади. 10—15 минут ўтгач шкафдаги температура 120—140°С гача кўтарилади. Температура нинг доимийлиги контакт термометр билан бошқариб турилади. Стерилизация муддати 30 минут. Бу методда стерилизация ишончли бўлади ва инструментлар ишдан чиқмайди.

**Автоклавлаш.** Босим остида буғ билан стерилизация қилиш автоклавлаш дейилади. Операцион чойшаблар, боғлов материалли, резина қўлқоплар, инструментлар, қон қуйиш учун система ва бошқаларни автоклавлаш мумкин. Автоклавлар типли ва тузилиши жиҳатдан ҳар хил бўлади, бироқ ҳаммасининг ишлаш принципи бир хил. Автоклав одатда (1-расм) қўш деворли металл қозондан иборат бўлиб, деворлари орасига сув қўйила-

ди. Стерилизация қилинадиган материални махсус биксларга солиб автоклавга қўйилади. Автоклав қопқоғини ёпилади ва герметик қилиш учун болтларни бураб қўйилади. Автоклавнинг манометри, эҳтиёт клапани, сув ва буғни чиқариш учун кранлари бор. Электр иситгич, газ ва бошқалар автоклавда сувни қиздирадиган манба бўлиши мумкин. Автоклавнинг умумий кўриниши 2-расмда келтирилган. Автоклавда сув қиздирилганда қайнаб, буғ ҳосил бўлади. Бунда камерадаги босим ва шунга мувофиқ ҳолда температура ошади. Босим билан буғ температураси ўртасида узвий физикавий боғланиш мавжуд: 1 ати да— $120^{\circ}\text{C}$ , 1,5 ати да— $127^{\circ}\text{C}$ , 2 ати да— $134^{\circ}\text{C}$ .

Шундай қилиб, босим нечоғли юқори бўлса, температура



1-расм. Автоклав схемаси.

1 — тиргак; 2 — ерга уланадиган болт; 3 — сувни кўрсатувчи колонканинг пастки жўмраги; 4 — қозонча; 5 — кожух; 6 — сувни кўрсатувчи колонканинг юқори жўмраги; 7 — регулятор; 8 — патрубок; 9 — қалқа тутгич; 10 — гайка; 11 — қайтаргич; 12 — уч йўлли жўмрак; 13 — манометр; 14 — пружинали эҳтиёт клапан; 15 — стерилизация камераси; 16 — кожух; 17 — буғ камераси; 18 — таянч қалқа; 19 — қалқа; 20 — қистирма; 21 — қопқоқ; 22 — штурвал; 23 — туширувчи кран; 24 — устидан бураладиган гайка; 25 — воронка; 26 — М-12 болти; 27 — сувни кўрсатувчи ойма; 28 — электр иситгич.



шунчалик юқори бўлади. 1 ати босимда стерилизация 1 соат, 1,5 ати да—45 минут, 2 ати да эса 30 минут давом эттирилиши керак.

Автоклав ишламай турганида суви тўкиб қўйилади. Автоклавга сув тўлдириш қўйидагича бажарилади: а) сув-буғ камерасининг крани беркитилади, автоклав қопқоғидаги «мурватлар» бўшатилади, болтлари кўтариб қўйилади, автоклав қопқоғи очилади; б) воронка орқали сув қўйилади, бунда сув ўлчагич ойнадаги сув сатҳи автоклав ойнасидаги белгига (сув ўлчагич ойнанинг тахминан  $\frac{2}{3}$  қисмига) мос келиши керак; в) автоклавнинг иш камерасига стерилланиши керак бўлган материал (тешиклари очиқ биксларда) солинади; г) автоклав қопқоғи беркитилади, болтлар жойига қўйилади ва теварак-атрофини «мурватлар» билан бир текисда бураб маҳкамланади.

Автоклавлаш учун: а) буғ чиқадиган крани очиш; б) қиздириш манбаини улаш; в) автоклав камерасидаги ҳамма ҳаво ўрнига буғ киритиш учун 15—20 минутгача буғ чиқаришни давом эттириш; г) крани бекитиб, босимни талаб этиладиган даражагача (1,5—2 ати) етказиш зарур. Замоновий автоклавларда бу босим автоматик тарзда сақлаб турилади.

—Резина қўлқопларни стерилизациялашда уларнинг устига ва ичига тальк сепилади, жуфт-жуфт қилиб қўйилади, ёпишиб қолмаслиги учун дока салфеткага ўралади ва алоҳида барабанга жойланади. Уларни 1,5 ати босимда 30 минут стерилизация қилинади.

Қон қўйиш системаларини йиғма ҳолатда стерилизация қилишда сочиққа ўраб биксга жойланади ва 1 ати да 1 соат мобайнида стерилизация қилинади. Стерилланган материал биксларда кўпи билан 3 сутка сақланиши керак.

Стерилизация цикли тугаллангандан сўнг: а) унинг иситгичини улаш; б) буғ чиқадиган жўмрагини аста-секин охиригача очиб, босимнинг нулга қадар тушишини кутиб туриш; в) автоклав қопқоғини очиш; г) биксларни олиш ва дарҳол улардаги буғ чиқадиган тешикларни беркитиш; д) автоклав қопқоғини ёпиш зарур.

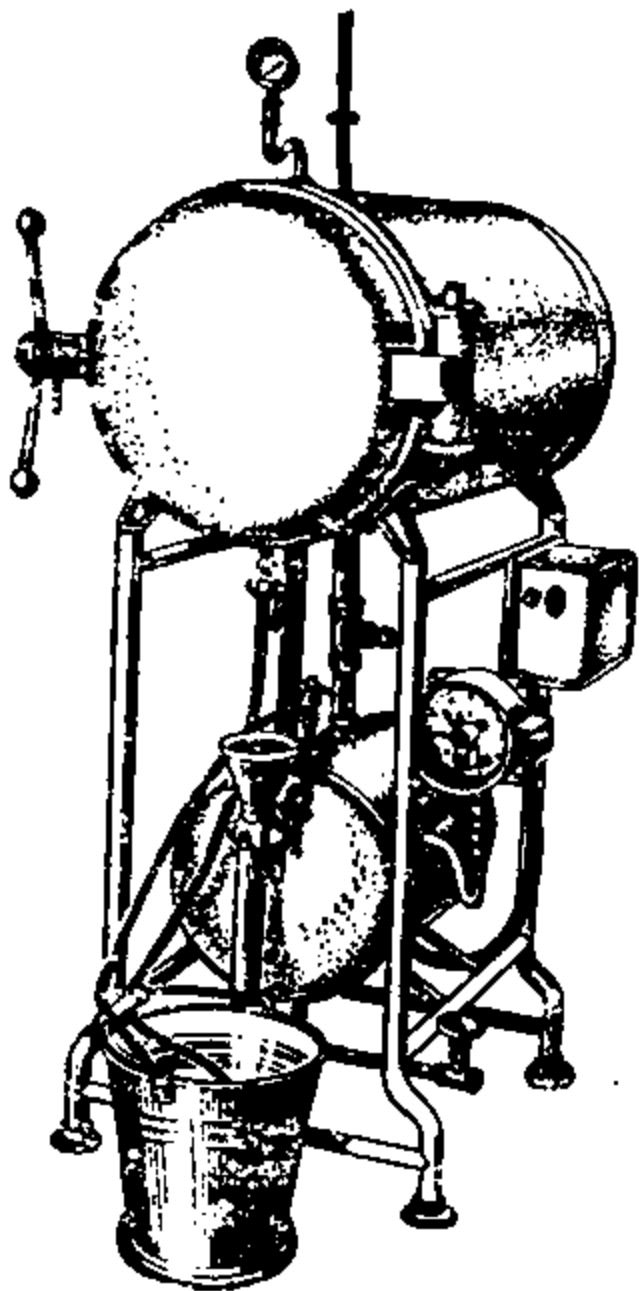
Стерилизацияда назорат ўрнатиш шарт. Бунинг учун муайян температурада суюқланадиган моддалар: олтингурут порошоги ( $117^{\circ}\text{C}$ ), антипирин, амидопирин ( $110^{\circ}\text{C}$ ), резорцин ( $119^{\circ}\text{C}$ ) бензоат кислота ( $121^{\circ}\text{C}$ ) дан фойдаланилади. Бу моддалардан бири пробиркага солинади. Стерилизация тугаллангандан сўнг модда суюқланса, стерилизация тўғри ўтказилган ҳисобланади. Порошок батамом суюқланмаса, стерилизацияни такрорлаш керак. Бундан ташқари, кам деганда 10 кунда бир марта бактериологик текширув ўтказилади. Бунинг учун материалнинг кичик бўлакчаларини пробиркага солинади, дока тиқин билан беркитилади ва пробиркани барабан ичига қўйилади. Стерилизация тугагандан сўнг бу пробиркаларни бактериология лаборато-

риясига жўнатилади. Лабораториядан олинган хулоса махсус папкада сақланиши керак.

**Операцион чойшаблар, кийим-бошлар ҳамда яра боғлаш материали ва уларни стерилизация қилиш.** Операция учун хирург, унинг ассистентлари ва операцион медицина ҳамшираси махсус кийимлар кияди (3-расм). Кўпчилик хирургик муассасаларда медицина ходимлари салат рангидаги ёки ҳаво ранг махсус енгил кийим киядилар.

**Маскалар.** Томчи инфекцияси хавфини камайтириш учун ходимлар оғиз ва бурнига махсус маска тутиб юради. Маскалар размери 16×20 см бўлган 4 қават докадан тайёрланиб, бурчакларига 4 та боғич чатиб қўйилади. Маскаларнинг бошқа типлари ҳам ишлатилади, бироқ улар қандай шаклда тикилган бўлмасин бурун, оғиз ва иякни беркитиб туриши шарт. Маскаларни ишлатишда олдин стерилизация қилинади. Маска тутишда унинг устки боғичлари хирургнинг қўлига тегиб кетмайдиган қилиб ушлаб туриш керак. Санитарка орқа томонга ўтиб, боғичларнинг учидан ушлайди ва уларни қулоқ чиганоқлари орқасидан ўтказиб, бошнинг тепа қисмида боғлайди (4-расм).

**Халатлар.** Операцион халатлар пишқ матодан тикилади. Халатнинг ранги оқ, пушти ёки ҳаво ранг бўлиши мумкин. Уларни орқа томонидан тақилади. Стерилизация қилишдан олдин халатнинг енгини ва боғичларини ичига қилиб таҳланади. Халатни барабандан юқумсизлантирилган қўл билан жуда эҳтиёткорона, бирорта ҳам ностерил нарсага теккизмай олинади ва ходим халатни узатилган қўлида ўзидан нарида тутиб туради. Халатни ёзиб, бирин-кетин иккала енгини кийилади ва халатни олд томонга ташланади (5-расм). Халатни



2-расм. Автоклавнинг умумий кўрinishи.



3-р а с м. Операция хо-  
васининг кийими.



4-р а с м. Хирургик маскани тақид.



5-р а с м. Халат кийиш.



6-р а с м. Халат белбоғини борлаш.

бошқа одам орқа томонда боғичларини боғлаб қўяди. Стерилизация олдидан чўнтакка солиб қўйилган белбоғини халат кийётган ходимнинг ўзи олади ва белбоғ учларини пастга осилтириб, ўзига мос қилиб тортиб туради. Санитарка белбоғнинг учларидан ушлаб, уларни орқа томондан боғлаб қўяди (6-расм). Халат енглари узунгина бўлиб, билакни панжага қадар тўлатўкис беркитиб туриши керак.

**Қалпоқчалар ва косинкалар.** Операцияда қатнашадиган ходимлар бошдаги сочни батамом беркитиб турадиган, газмолдан тикилган қалпоқчалар кийиши ёки косинка ўраши шарт.

**Чойшаблар.** Инструментлар 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 ўралганда унинг четлари операция столдан камида 0,5 м пастга тушиб туриши керак.

**Сочиқлар** операция майдони обработка қилингандан сўнг уни ажратиб қўйиш учун ишлатилади.

**Салфеткалар.** Салфеткалар гигроскопиклик хусусияти юқори бўлган, ёғсизлантирилган, тўрлари йирик докадан тайёрланади. Докадан бинтлар, тампонлар ва шарчалар қилинади. Салфеткалар ҳар хил размердаги квадрат ёки тўғри 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 эн 70 см бўлгани ҳолда 1 м докадан (25×35 см). Дока четларини иккала томонидан 1,5—2 см дан ичига қайирилади, сўнгра салфеткани узунасига икки буклаб қўйилади. Салфеткаларни операция вақтида жароҳатни қуритиш, жароҳат четларини беркитишда, яра боғлашда жароҳат устига ёпиб қўйиш учун ишлатилади.

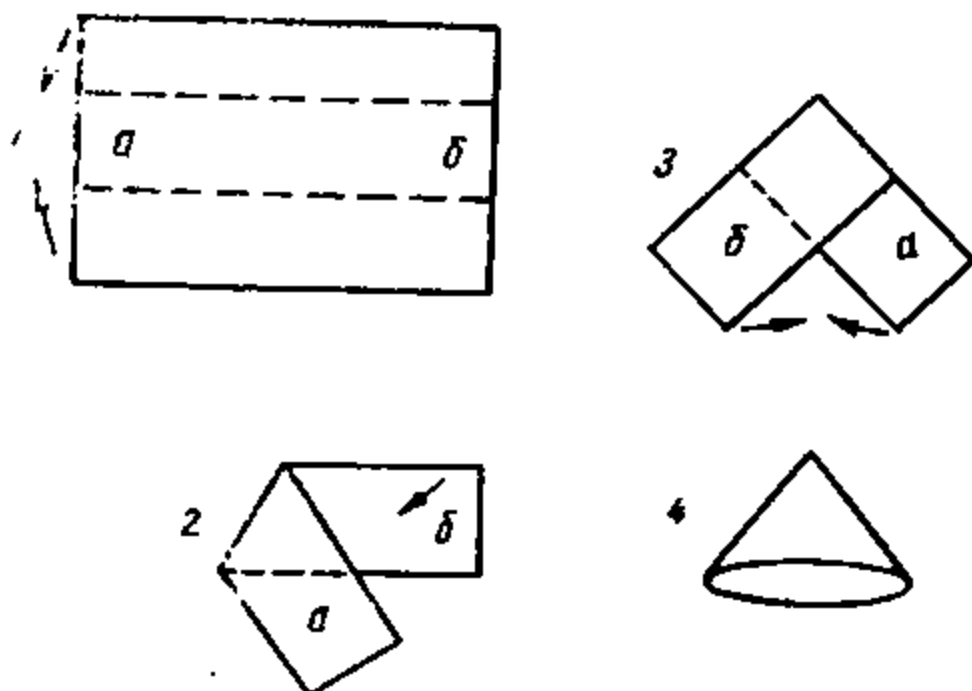
**Тампонлар.** Узун дока тилишларини салфетка сингарни, четларини қайириб, эни бўйлаб икки қават қилиб буклаб тайёрланади. Тампонларнинг узунлиги ҳар хил. Уларни жароҳатдан қон оқишини тўхтатиш ва йирингли бўшлиқларни дренажлашда ишлатилади.

**Шарчалар** 4 хил қилиб тайёрланади: ўртача салфеткадан (50×35 см), кичик салфеткадан (25×35, 5×5 ва 2×2 см). Бир парча докани уч қават қилинади (7-расм) (1) ва марказини чўққайтириб, бурчак қилиб тахланади (2,3). Асосида қолган қисмини ичига қайириб қўйилади (3,4).

Салфеткалар, тампонлар, шарчалар ва бинтлар йирингли операциялардан ва беморларнинг айниқса анаэроб инфекцияли ярасини боғлагандан сўнг албатта куйдирилади. Фақат қон теккан материални 0,5% ли нашатир спирт эритмасида 2—3 соат мобайнида бўктириб қўйиб, 30 минут мобайнида сода эритмасида қайнатилгандан кейингина одатдаги усулда ювиш ва яна ишлатиш (яра боғлаш хонасида) мумкин.

Оқ гигроскопик пахта суюқлиқни яхши шимади ва жароҳатга салфетка устидан қўйилиши мумкин, бу — суюқлиқнинг жароҳатдан боғламга яхши оқиб чиқишини таъминлайди.

Халатлар, маскалар, чойшаблар ва яра боғлайдиган ҳамма материалларни албатта стерилизация қилинади. Бунинг учун

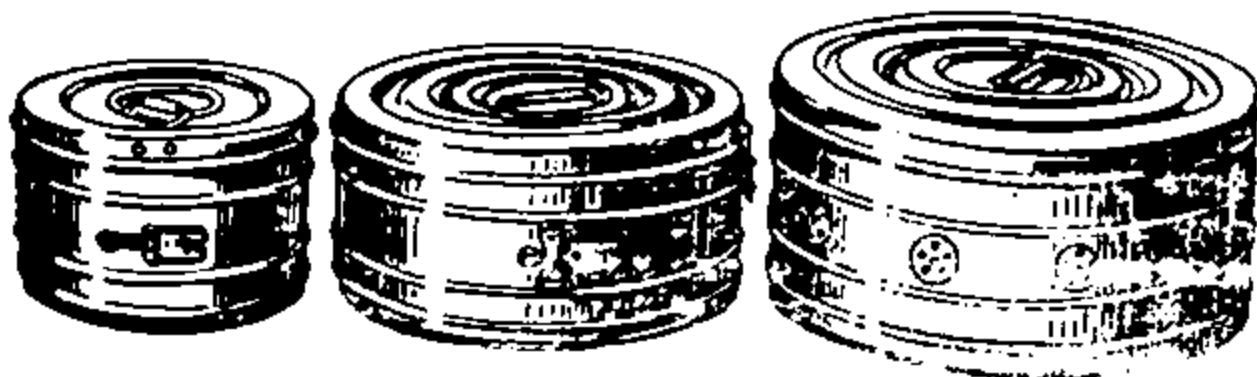


7-р а с м. Шарча тайёрлаш схемаси. Изоҳи текстда.

ҳам ҳамма материал махсус металл барабанларга — биксларга жойланади (8-расм). Бикслар қопқоғи зич беркитиладиган турли размердаги юмалоқ металл қути идишлардир. Биксинг ён томонида биксга буғ киришига имкон берадиган тешиклари бўлади. Бу тешиклар сурилувчан бандаж билан беркитилган бўлиши мумкин. Стерилизация вақтида бикс тешиклари албатта очиб қўйилади, стерилизациядан кейин эса бандаж билан беркитилади. Стерилизация қилинадиган материал биксларга маълум тартибда қўйилади.

Биксга материал жойлашнинг уч усули мавжуд.

1. Кичикроқ операция хоналарида у н и в е р с а л ж о й л а ш (у к л а д к а) усулидан фойдаланилади. Биксга операция учун талаб қилиниш эҳтимоли бўлган материалларнинг ҳамма турларини қаватма-қават, ҳар бир қаватда эса секторлар билан жойланади. Биринчи қаватга қўл салфеткалари, халат, маска, пах-



8-р а с м. Шпильбуш бикслари.

та бўлаги, иккинчи қаватга чойшаб ва сочиқлар, учинчисига салфеткалар, тампонлар, шарчалар ва шу кабилар жойланади.

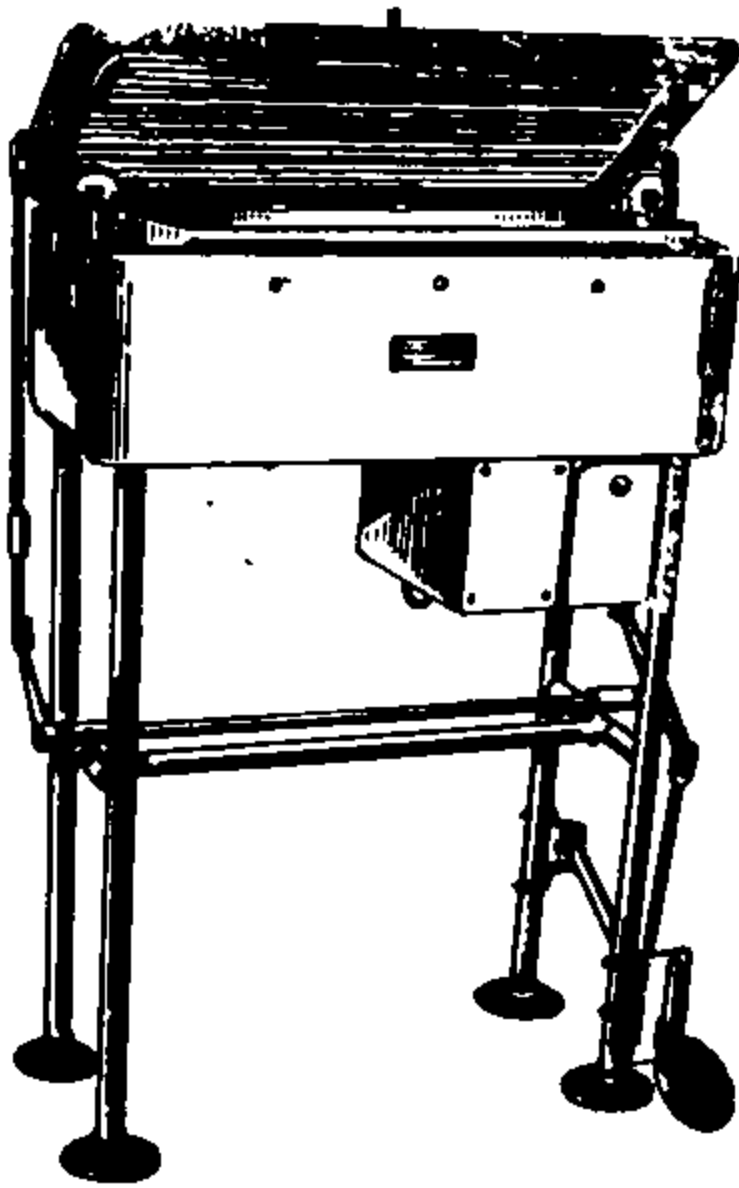
2. Операцияларнинг муайян тури учун мақсадга мувофиқ жойлаш усули қўлланилиши мумкин (биксга, масалан, меъда резекцияси учун зарур материалларнинг ҳаммаси жойланади).

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

Барабан ичига буғ бемалол ўтиши учун ҳамма буюмлар говак қилиб жойланади. Барабан қопқоғининг дастасига стерилизация қилинган вақт ва стерилизацияни ўтказган масъул шахснинг фамилияси ёзилган этикетка ёпиштириб қўйилади.

**Қайнатиб стериллаш.** Бу метод билан одатда металлдан ясалган инструментлар, шиша ва резина буюмлар стерилизация қилинади. Инструментларни чўткалар ва совун билан тозалаб ювгандан сўнг 2% ли сода эритмасида сувнинг қайнаб чиққан вақтидан бошлаб 45 минут мобайнида қайнатиш йўли билан стерилизация қилинади. Ирингли инфекция ва айниқса анаэроб микроорганизмлардан ифлосланган инструментлар бўлиб-бўлиб, 2—3 марта 45 минутдан қайнатилади. Қулфлари бор мураккаб инструментларни қисмларга ажратиб қайнатиш лозим. Стерилизация зич беркитиладиган қопқоғи ва электр иситгичи бўлган металл қутидан иборат махсус стерилизаторларда бажарилади (9-расм). Инструментларни махсус тўрга жойланади ва стерилизаторга солинади. Стериллашдан сўнг тўрни махсус илмоқлар билан олинади ва стерил столга қўйилиб, шу ерда уларни тартибга солинади. Шиша буюмлар (шприцлар, пробиркалар, мензуркалар ва ҳоказо) инструментлардан алоҳида, қайнатиб стерилланади. Шприцларни қисмларга ажратиб стериллаш шарт. Шиша буюмларни стериллашдан олдин докага ўралади ва совуқ ёки илитилган сувга солинади. Орқа миёна анестезияси учун ишлатиладиган шприц ва игналар дистилланган сувда алоҳида қайнатилади.

Ҳозирги вақтда операцияларда қўлланиладиган хирургик инструмент, шприцлар, игналар ва бошқа буюмларни стерилизация қилишда уларни олдин физикавий ва химиявий тозалашга катта аҳамият берилади. Шу мақсадда ишдан сўнг уларни оқар сувда ювилади ва иссиқ (50°C) ювадиган эритмага 15 минутгача солиб қўйилади. Қондан ифлосланганда 0,5% ли ювадиган эритма (20 мл 30% ли пергидроль эритмаси, 975 мл сув, 5 г «Новость» порошоги), йирингдан ифлосланганда 1% ли ювадиган эритма (40 мл 30% ли пергидроль эритмаси, 950 мл сув, 10 г «Новость» порошоги) ишлатилади. Эритмага солиб қўйилгандан сўнг инструментларни шу эритманинг ўзига ҳар бир буюмни 25—30 с дан чўтка ёки пахта дока тампонлар билан ювилади. Ювилган буюмлар оқар сувда, сўнг-



9-р а с м. Стационар стерилизатор.

лин буғлари билан 2 сутка мобайнида бажарилади. Шу мақсадда цилиндр тубига 2—3 таблетка формалин қўйилади ёки 20—30 мл суёқ формалин қўйилади.

Оптик системали приборлар (цистоскоп, ректоскоп ва бошқалар) ни стериллашда приборнинг ҳар бир қисмини 1:1000 концентрациядаги симоб оксиданид эритмаси билан ювиб, сўнгра спирт ва физиологик эритма билан (оптикасига тегмасдан) артилади. Бир қанча приборларни стериллашда уларни дезинфекциялайдиган 1:5 000 нисбатдаги диоксид эритмасига (5 л сувга 100 г сода) 3—4 соатга солиб қўйишдан ҳам фойдаланиладиган бўлди.

Резина қўлқопларни «совуқ» усулларда стериллаш қуйидагилардан иборат: а) таркибида уч хил модда бор 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 диоксид эритмасида 30 минут мобайнида стериллаш. Уларни стерил сочиқ билан артиб қуритгандан ва стерил талък

ра дистилланган сувда (30—40 с) чайилади. Қайнатиш муддати юқорида кўрсатилгани кабидир. Резина ашёлар (катетерлар, дренажлар, қўлқоплар) қайнатиш ёки автоклавлаш йўли билан стерилланади.

Химиявий воситалар ёрдамида стерилизация қилиш. Қесадиган инструментлар ишқорий сувда ювилгандан сўнг оқар сувда чайилади, қайнаб турган сувга 5 минут солиб стерилланади, кейин спиртда (30 минут) ёки таркибида уч хил модда бор эритмада (3 соат) сақланади. Турли мақсадларда ишлатиладиган ярим қаттиқ (ишак, локланган) катетерлар махсус буғформалинли стерилизаторларда ёки қопқоғи ишқаб беркитиладиган шиша цилиндрларга осиб қўйилган ҳолда стерилланади. Стериллаш форма-

сепилгандан сўнг стерил барабанда сақлаш мумкин. Бу метод поликлиникалар ва амбулатория шароитларида айниқса қўлай.

Сўнгги вақтларда инструментлар, резина ашёлар (катетерлар, қўлқоплар ва ҳоказолар) ва оптик инструментларни стериллашда махсус аппаратлар ҳам қўлланилмоқда. Аппаратнинг иши ультратовуш таъсири принципига ва дезинфекция қиладиган махсус воситага асосланган. Стериллаш вақти 30 секунддан 1 минутгача.

Чок материали ва уни стериллаш. Хирургия практикасида чок материали сифатида ипак, капрон, лавсан, каноп ва қоғоз иплар, от қили, аёллар сочи ва кетгут ишлатилади.

Ипак пишитилган ва тўқилган ипак кўринишида чиқарилади. Ипакнинг йўғонлиги 00 дан 16 номергача бўлади. Ингичка (нуль ва № 1) номерлари томирларга, № 2—ичакларга, № 3—4 ўрта лигатура номер; № 5—16—йўғон номерлар, асосан лапаротомияда қориннинг тўғри мускули апоневрозини тикишда ва суяклардаги операцияда ишлатилади. Ипакни кўпроқ Кохер усулида стерилланади. Ипак калавасини илиқ сувда 2—3 марта совунлаб ювилади ва қуруқ сочиқ билан артилади. Ипакни (3—5 м узунликдаги) стерил қўллар билан шиша ғалтакларга ёки қирралари ўтмас қилинган буюм ойнасига ўралади ва ёғсизлантириш учун 12—24 соатга эфирга солиб қўйилади. Ипакни эфирли банкадан олиб, шунча муддатга 70° ли спиртга солиб қўйилади. Кейин ипакни 1:1000 нисбатдаги сулема эритмасида 10 минут мобайнида қайнатилади, сўнгра 96° ли спирт тўлдирилган, тиқини ишқаб беркитиладиган банкага солиб қўйилади. Ипак ишлатилгунча шу банкада сақланади. Ипакни автоклавда стерилласа ҳам бўлади, бироқ бунда унинг пишиқлиги камаяди.

Каноп ва қоғоз иплар, капрон ва лавсан иплар ҳам ипак каби стерилланади. Чок материали, жумладан синтетик (капрон, лавсан) материални бошқа усулда стериллаш ҳам мумкин. Чок материали калаваларини 1:5000 нисбатдаги диоксид эритмасига 24 соатга солиб қўйилади, сўнгра устидан 96° ли спирт қўйилади.

Кетгут қўй ичакларининг мускул ва шиллиқ парда ости қатламларидан тайёрланган, йўғонлиги ҳар хил иплардан иборат. Ингичка-йўғонлигига кўра у 000 дан 9 номергача бўлади. Тўқималарда кетгут 2—3 ҳафтадан сўнг сўрилади. Сўрилиш муддатини узайтириш учун уни махсус ишланади — хромланади, кумушланади. Формалин билан ишланади. Бактериологик ифлосланиш даражаси кўп бўлиши мумкинлигини ҳисобга олиб, стериллашни айниқса пухта амалга оширилади.

Под буглариде стериллаш (Ситковский бўйича). Кетгут калавасини 24 соатга эфирга солиб қўйилади. Стандарт кетгут ипларини уч бўлак қилиб қирқилади ва



1:1000 нисбатдаги сулеманинг бўялмаган эритмасига ботириб олинган дока тампонлар билан артилади. 1-номергача бўлган иплар 2% ли калий йодид эритмасига 30 с га, 1-номерли ва бундан йўғон иплар номерига қараб шунча минутга солиб қўйилади. Кетгутни кичик-кичик ҳалқа кўрнинишида ўраб, орасидан ип ўтказилади ва тубига кристаллик йод (3 л гача 40 г йод, 5 л га 60 г йод) солинган, тиқини ишқаб беркитиладиган стерил шиша банка ичига осиб қўйилади. Банка тиқини устидан парафин қўйилади. Банкани ҳар кун илжитиб туриш зарур. Ингичка кетгутни 3 сутка ўтгач, йўғонроғини 5 суткадан сўнг ишлатса бўлади.

Кетгутни Люголнинг спиртли эритмасида стериллаш. Кетгут калавасини 12—24 соатга эфирга солиб қўйилади. Эфирни тўкилади. Кетгутга ҳар 8 суткада 2 марта Люголнинг спиртли эритмаси (1000 мл 96° ли спирт, 10 г калий йодид, 10 г соф йод) қўйилади. Кетгут бактериологик контролдан ўтказилади, сўнгра Люголь эритмасида сақланади.

Кетгутни Люголнинг сувли эритмасида стериллаш. Бундан олдинги методдан фарқи шундаки, спиртли эритма ўрнига сувли эритма ишлатилади (шунча миқдордаги спирт ўрнига дистилланган сув ишлатилади), лекин стериллашдан кейин кетгутни 96° ли спиртта сақланади.

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

От ёлидан одатда пластик операцияларда, айниқса юздаги операцияларда чок материали сифатида фойдаланилади. От ёлини илиқ сувда совушлаб ювилади. Сувни кўпинги оппоқ пахтадек бўлгунга қадар янгилаб турилади. Ёлни қуритилади ҳалқа-ҳалқа қилиб қўйилади ва ёғсизлантириш учун 7 суткага ча бензинда сақланади. Шундан сўнг уни 40 минут қайнатилади. Стерил сочиқ билан қуритилади ва 7 суткага 96° ли спиртта солиб қўйилади. Спиртни янги спирт билан алиштириб, яна 7 сутка қолдирилади. Ёлни спиртли банкада сақланади.

5 1. — Кўлни операцияга тайёрлаш. Операцияда бевосита иштирок  
с. 3. этадиган медицина ходими ўз кўлининг топ-тоза бўлишини қунт билан кузатиб бориши лозим. Кўл терисинда тирналган соҳалар бўлмаслиги, тирноқлар олинган бўлиши ва уларга лок суртмаслик лозим. Кўлни обработка қилишининг бир неча усуллари бор. Биз хирургия практикасида энг кўп қўлланиладиган усуллар ва сўнгги вақтларда тавсия этилган янги методлар хусусидагина тўхталиб ўтамиз.

Спасокукоцкий — Кочергия усули. Кўлни ювиш учун мўлжалланган қуруқ тоғорага 5 мл 96° ли спирт қўйиб, ёқилади. Тоғорани ҳар томонга қийшайтириб, унинг ички сатҳини куйдирилади. Тоғорага 1 л дистилланган сув қўйилади ва 5 мл соф нашатир спирти (0,5% ли нашатир спирти эритмаси)

қўшилади. Қўлни олдин чўтка билан совунлаб ювиш шарт эмас. Қўлнинг амалда тоза бўлишининг ўзи кифоя қилади. Сўнгра: 1) қўлни билакнинг учдан бир юқори қисмигача эритмада салфеткалар ёрдамида 3 минутдан 2 марта ювилади. Ювиш вақтида қўл доимо сувда бўлиши ва бирин-кетин тозалаб ювиш лозим. Бармоқлар ораси ва кафт юзаларини ювишга алоҳида аҳамият берилади; 2) қўлни стерил сочиқ билан қуритилади; 3) қўлни 96° ли спиртга ҳўлланган салфетка билан 5 минут мобайнида артилади; 4) тери бурмалари ва тирноқ юзаларига йоднинг 5% ли спиртдаги эритмаси суртилади.

Қўлни диоксид билан обработка қилиш. Қўлни 40°С гача иситилган 1:5 000 нисбатдаги диоксид эритмасида стерил салфетка билан 3 минут мобайнида ювилади, стерил сочиқ билан қуритилади ва 96° ли спиртга жиққа ҳўл қилиб ботириб олинган салфетка билан 2 минут мобайнида обработка қилинади.

Йиринг билан ифлосланган қўлни обработка қилиш учун 1:2500 нисбатдаги диоксид эритмаси қўлланилади.

Қўлни церигель билан обработка қилиш. Қўлнинг қуруқ терисига 3—4 г церигель туширилади ва препарат кафт ва кафт орқаси юзаларини, бармоқ ораларини ва билакнинг пастки учдан-бир қисмини қоплагунча 8—10 секунд мобайнида қунт билан ишқаланади. Сўнгра қўлни ҳавода ёки вентилятор тагида қуритилади.

Қўлни дегмин билан обработка қилиш. Дегминнинг сувдаги 1% ли эритмаси қўлланилади. Қўлни 2—3 минут мобайнида илиқ сув билан совунлаб, чўткасиз ювилади, дегминга ботирилган (ҳар бирини 3 минутдан) иккита тампон билан ишқаланади, стерил сочиқ билан артилади ва стерил қўлқоп кийиб олинади.

Қўлни дегмицид билан обработка қилиш. 1:30 концентрацияда 29 қисм сув ва 1 қисм дегмицид қўлланилади. Обработка қилиш усули юқорида баён қилингани кабир.

Қўлни операциядан олдин обработка қилиш учун 30—60 секундга антисептикка солиб туриб, бу антисептик орқали ультра-товуш (махсус аппаратда) ўтказилади.

Операцион майдонни тайёрлаш. Операциядан олдин бемор гигиеник ванна ёки душга туширилади. Беморнинг ич кийимлари ва чойшаб, ёстиқ жилдлари алиштирилади. Операцион майдон зонасини операция кунни устарада (яхшиси қуруқ метод билан) қирилади. Операцион майдонни обработка қилишнинг бир неча усуллари бор.

Филончиков — Гроссих усули. Терига спирт эритмаси суртилади, сўнгра йоднинг спиртдаги 5% ли эритмаси билан икки марта обработка қилинади. Териси нозик кишиларда ва болаларда терини куйдириб қўймаслик учун йод эритмасини спирт билан қисман тозаланади.

Ба ккал усули териси нозик кишиларда қўлланилади. Операцион майдон бриллиант яшилнинг 1% ли эритмаси билан обработка қилинади.

Йодонат билан обработка қилиш. 5% ли йодонат эритмасидан олиб, стерил ёки қайнатилган дистилланган сувда 5 марта суюлтирилади ва шу эритма билан операцион майдон обработка қилинади.

Операцион майдонни обработка қилиш учун 1% ли дегмин эритмаси ва 1:30 концентрациядаги дегмицид, шунингдек 1% ли роккал эритмасидан фойдаланиш мумкин.

## ХИРУРГИК ИШНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ

### ТОЗА ВА ЙИРИНГЛИ ХИРУРГИЯ ТУҒРИСИДА ТУШУНЧА

Хирургиянинг бошқа медицина фанларидан фарқли равишда ўз спецификаси бўлиб, бунга кўра хирургик хизмат асосини операция қилиб даволаш ташкил этади. Операция қилишда асептика ва антисептика масалаларига катта эътибор берилади. Асептикада жузъий хатоларга йўл қўйиш ва антисептиканинг нечоғли муҳимлигига етарлича баҳо бермаслик операцион жароҳатнинг йиринглаб кетишига ва бошқа оғир оқибатларга сабаб бўлади.

Хирургия муассасаларида беморларни «тоза» ва «йирингли» беморларга бўлиниб, шу муносабат билан тоза ва йирингли хирургия тафовут қилинади.

Тоза хирургия йирингли ва яллиғланиш касалликлари (буқоқ, меъданинг яра касаллиги, хавфсиз ва хавфли ўсмалар ва ҳоказо) бўлмаган беморларни даволаш билан шуғулланади. Йирингли хирургия касалланиб қолишига инфекция (остеомиелит, ўпка абсцесси, флегмона ва ҳоказолар) сабаб бўлган беморларга ёрдам беради. Инфекциянинг бир бемордан иккинчисига (касалхона ичида юқадиган инфекция), айниқса «йирингли» беморлардан «тоза» беморларга ўтиш эҳтимолини назарда тутиб, йирингли касалликлари бор беморларни махсус палаталарга ётқизилади. Бундай беморлар сони кўп бўлганда тегишли даво тадбирлари ўтказиладиган махсус йирингли хирургия бўлими ташкил этилади. Бу бўлимда асептикага риоя қилишга қўйиладиган талаблар тоза бўлимлардагига нисбатан бирмунча юқори бўлади.

### ХИРУРГИК СТАЦИОНАРНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ

**Қабулхона бўлими.** Беморларни қабулхона бўлими орқали қабул қилиниб, бу ерда уларни бирламчи сараланади. Беморлар касалликнинг характерига кўра тегишли профилдаги бўлимларга ётқизилади. Қабулхона бўлими регистратура, беморларни бирламчи кўздан кечириш кабинети ва ванна хонаси (эркаклар ва аёллар учун алоҳида-алоҳида икки хона бўлгани яхши), касалхонанинг тоза кийимини сақлаш хонаси ва беморларнинг кийимларини сақлаш хонасидан иборат.

Қабулхона бўлимида беморлар санитария обработкасидан

ўтказилади (гигиеник ванна ёки душга туширилади, бошида бит-сиркалар бор-йўқлиги қараб чиқилади) ва касалхона кийимини (ич кийим, халат, шиппак) кияди.

**Хирургик бўлим.** Хирургик беморларга махсус жиҳозланган ва ускуналар билан таъминланган хирургик бўлимларда даво қилинади, 20—25 ўрига мўлжалланган кичик участка ва район касалхоналарида хирургик бўлим бўлмаслиги мумкин, бироқ уларда шошиллич хирургик ёрдам кўрсатиш ва кичикроқ планли операцияларни бажариш имконини берадиган шароитлар яратилган бўлади. Бундай касалхоналарда стерилизация қилиш, операция ва яра боғлаш учун махсус хоналар бўлади.

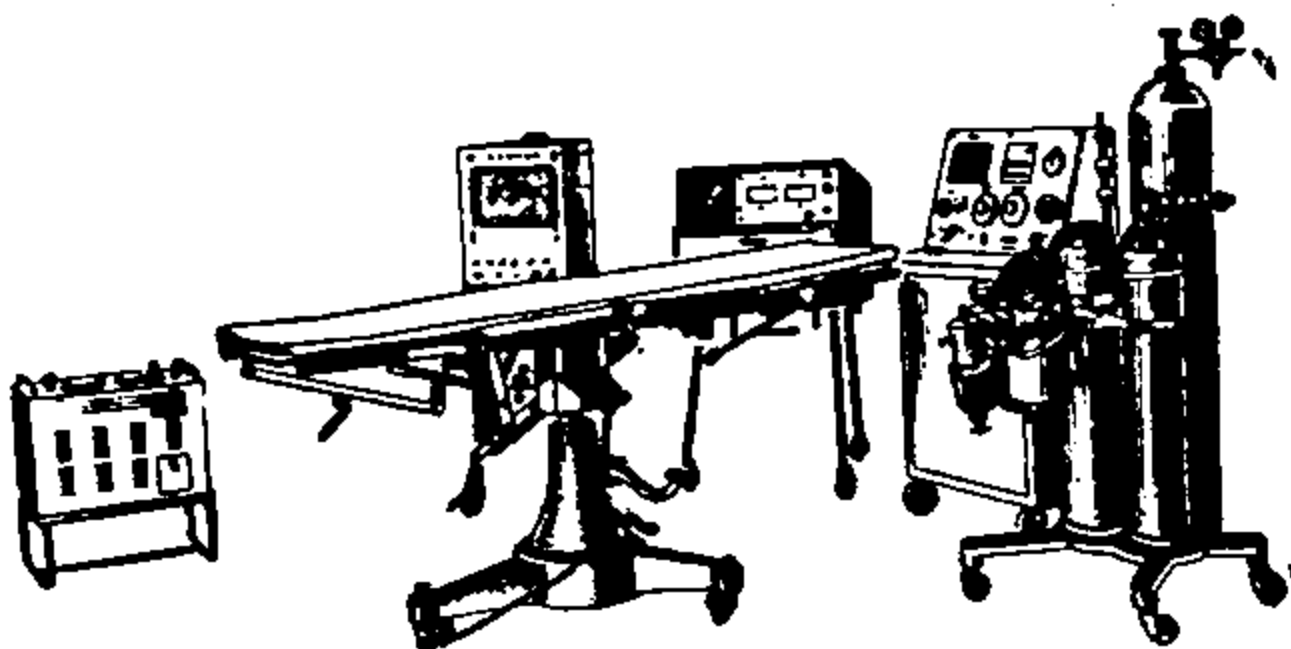
Хирургик бўлимда беморлар учун палаталар, операцион блок, яра боғлаш хонаси ва қўшимча хоналар (санитария узели, ванна хонаси, ошхона, буфет, ич кийимлар учун хоналар, ходимлар хонаси ва ҳоказолар) бўлади. Хирургик бўлимда водопровод (яхшиси, совуқ ва иссиқ суви билан), марказдан иситиш системаси, канализация ва ҳавонинг янгилаб турадиган вентиляция бўлиши керак.

**Травматологик бўлим** — шикастланган беморларни даволаш учун мослаштирилган хирургик бўлимдир. Одатдаги хирургик бўлимдан фарқли равишда травматологик бўлимда рентгенология кабинети, гипс-яра боғлаш хонаси, аппаратхона, даво физкультураси ва механотерапия кабинети, физиотерапевтик кабинет бўлиши зарур. Травматологик ва хирургик бўлимлар ёнма-ён жойлашган бўлса, операцион хона, рентгенология ва физиотерапия кабинетлари иккала бўлим учун умумий бўлиши мумкин.

Гипс-яра боғлаш хонасида одатда синган жой оғриқсизлантирилади, чиққан суяклар жойига солинади, гипс боғламлар қўйилади, синган суяклар тахтакачланади. Асептика нуқтаи назаридан гипс-яра боғлаш хонаси операцион хонага қўйиладиган талабларга мос келиши керак. Гипс-яра боғлаш хонасида синган суякларни жой-жойига солиш, суякларни тахтакачлаш, гипс боғламларини қўйиш учун махсус апаратура, кўчма рентген аппарати ва бошқалар бўлиши керак. Катта ҳажмдаги ускуналар (шчитлар, каравот оёқчасига қўйиладиган тагликлар, подголовниклар, ён томондан тортиш учун мосламалар ва ҳоказолар) аппаратхонада сақланади.

**Операцион блок.** Операцион блок составига операция хонаси (10-расм), операция хонасидан олдинги хона, наркоз хонаси, стериллаш хонаси ва материаллар сақланадиган хона киради. Улар палаталардан алоҳида жойлаштирилиши керак. Хирургик бўлимдаги ишнинг ҳажмига кўра бир неча операция хоналари бўлиши мумкин. Бироқ тоза ва йирингли операция хоналари бўлишини кўзда тутиш лозим. Биргина операция хонаси бўлганда тоза операцияларни биринчи навбатда ўтказиш ва йирингли операциядан кейин тўла-тўқис йиғиштириб тозалаш шарт эканлигини унутмаслик керак. Йирингли операция хонасини ҳам тоза

операция хонаси каби қунт билан йиғиштириб тозаланади. Деворларида ва шипида чанг тутулиб қолиши мумкин бўлган ҳеч қандай дўнгликлар бўлмаслиги керак. Деворлари ва шипини мойли бўёқ билан бўялади, полига керамик плиталар ётқизи-



10-расм. Операция хонасининг умумий кўрinishи.

лади. Замонавий операция хоналарининг деворларига оқ эмас, балки, масалан, пушти ранг махсус плитка ёпиштирилади, чунки оқ ранг хирург кўзини толиқтиради.

**И с и т и ш.** Радиаторлар билан бугда иситган яхши. Радиаторларда чанг тўпланиб қолишига йўл қўймаслик учун уларнинг устини панель билан ўраш лозим. Операция хонасининг температураси бир меъёردа, 22—24°C атрофида бўлиши керак.

**Ё р и т и ш** етарлича чароғон бўлиши ва рангни бузиб кўрсатмаслиги керак. Деразалар жануб томонга очилмаслиги лозим. Тик тушадиган қуёш нурлари хирург ишини қийинлаштиради ва ёзда хонани қизитиб юборади. Операцион майдонни ёритиш учун хирургнинг боши ва қўлларидан соя туширмайдиган махсус лампалар қўлланилади. Зарурат бўлганда қўшимча равишда ён томондан ёритиладиган лампалар ёки хирург бошига киядиган шахтёр лампочкаси типидagi махсус ёриткичлар ишлатилади. Булар нейрохирургик операцияларда айнқса зарур.

**В е н т и л я ц и я.** Операция хонаси яхшч шамоллатилиши

керак. Бунинг учун кўпроқ ҳаво оқиб кирадиган ҳаво алмашти-  
радиган вентиляцияни қўлланган яхши. Совутадиган, иситади-  
ган, ҳавони нам қилиб берадигангина эмас, балки стерилизация  
ҳам қиладиган махсус кондиционерлар ҳақиқатан ҳам энг  
маъқул ҳисобланади.

**Ж и ҳ о з л а р.** Операция хонасида ишга зарур аппаратлар  
ва мебелларгина бўлиши керак: операция вақтида беморга ҳар  
қандай зарур ҳолатни эгаллаш имконини берадиган операция  
столи, инструментлар ва яра боғлаш материали қўйиладиган  
операцион медицина ҳамшираси столлари, хирург учун инстру-  
ментал столча, қон оқишини тўхтатиш учун термокоагулятор,  
электротсос ва анестезиологик аппаратлар шулар жумласига  
киради. Кислородли баллонлар ва наркотик газли баллонлар  
операция хонасидан чиқариб қўйилгани маъқул. Газ махсус газ  
трубкалари ёрдамида берилиши лозим.

Операция хонасини тозалаш. Тозалаш қуйидаги-  
ча бўлади: 1) кундалик тозалаш — операция жараёнида полга  
тушган бўлакчалар териб олинади, қондан ифлосланган  
полни артилади, операция тугагандан сўнг қондан ифлосланган  
тоғорача, ифлос теккан оқ сурплар йиғиштирилади; 2) якуний  
тозалаш — операция кун охирида пол ва мебеллар тозалаб  
ювилади, деворлар одам бўйи етадиган жойгача артиб чиқилад-  
ди; 3) батамом йиғиштириб тозалаш — шип, деворлар, пол,  
деразалар ҳафтасига бир марта механик ва химиявий тозала-  
нади (дезинфекция); 4) олдиндан йиғиштириб тозалаш — ҳар  
бир операция кун олдида горизонтал сатҳларни ҳўл латта би-  
лан артиб, тун бўйи ўтириб қолган чангдан тозаланнади.

Операция хонасини таркибига турли хил дезинфекция қила-  
диган моддалар (масалан, 50 г сода, 50 г кўк совун ва бир че-  
лак иссиқ сувга 150 г лизол солинган аралашма) дан ташкил  
топган эритмалар билан фақат нам усулда тозаланнади. Иккин-  
чи челақда тоза иссиқ сув ва совун бўлиши керак. 1:1000 нис-  
батда суюлтирилган диоцидан фойдаланиш мумкин. Деворлар,  
шип, полга химиявий моддалар билан ишлов берилгандан сўнг  
уларни илиқ сув билан шлангда ювилади. Йиғиштириб тозалаб  
бўлингандан кейин мебель, деворлар ва пол тоза латта билан  
артилади. Тозалашдан сўнг 6—8 соатга бактерицид лампалар  
(БУВ-15, БУВ-30 П, БУВ-30) ёқиб қўйилади.

Операция хонасидан олдинги хона операцион  
медицина ҳамшираси, хирург ва унинг ёрдамчиларининг опера-  
цияга тайёргарлик кўриши учун хизмат қилади. Тайёргарлик  
қўл ювишдан бошланади. Бунинг учун совуқ ва иссиқ сувли  
махсус раковиналар, қўл ювиладиган тоғоралар, қум соатлар  
бўлади.

**Н а р к о з х о н а с и** — одатда махсус хона бўлиб, унда  
анестезиолог ишлатадиган наркоз аппаратлар, дори воситала-  
ри, ҳужжатлар бўлади. Баъзан бу хонада наркознинг бошлан-

ғич босқичлари ўтказилади, сўнгра беморни операция хонасига олиб кирилади.

Стерилизация ёки автоклав хонасига операция оқ сурплар ва инструментларни стерилизация қилиш учун автоклавлар ва стерилизаторлар ўрнатилган бўлади.

Инструментлар хонаси хирургик инструментлар ва аппаратларни сақлаш учун хизмат қилади. Улар махсус шиша шкафларда сақланади.

Материаллар хонаси. Операция хонасининг бу қисмидан операция оқ сурплар, яра боғлаш ва чок қўйиш материални тайёрлаш учун фойдаланилади. Унда спирт, эфир ва бошқа медикаментларнинг запаси сақланади.

Яра боғлаш хоналари. Яра боғлаш хонасига операция хонасига қўйиладиган талаблар қўйилади (деворлари мойли бўёқ билан бўялган ёки плитка ёпиштирилган ёруғ хона бўлиши керак). Яра боғлаш хонасида температура  $18^{\circ}\text{C}$  дан кам бўлмаслиги лозим. Яра боғлаш хонасининг жиҳозлари: беморларнинг ярасини боғлаш учун стол, инструментлар ва яра боғлаш материаллари учун стол, ўтирадиган беморлар учун бир нечта курси, ечилган боғламлар учун контейнер, инструментлар ва дори моддалар учун шкаф. Инструментлар яра боғлаш хонасининг ўзида ёки қўшни хонада стерилизация қилинади. Яра боғлаш хонаси марказдан бериладиган система орқали совуқ ва иссиқ сув билан таъминланиши керак.

Яра боғлаш хонаси ниҳоятда озода сақланиши зарур. Инструментлар ва яра боғлаш материаллари турадиган столнинг устида операция хонасидаги сингари ёпиб қўйилади. Инструментлар ва яра боғлаш материаллари корнцанг билан олиб берилади. Яра албатта инструмент ёрдамида боғланади. Аввал тоза яраларни (йиринг билан ифлосланмаган жароҳатларни) боғлаш ва энг сўнггида «йирингли» беморларнинг ярасини боғлаш керак. Иш кўни охирида яра боғлаш хонасини ҳўл латта билан артиб тозаланади ва ҳавосини ультрабинафша нур билан нурлантирилади. Йирик бўлимларда «тоза» ва «йирингли» беморлар учун иккита яра боғлаш хонаси бўлади.

Палаталар. Хирургик бўлимда кенг, ёруғ ва яхши вентиляция қилинадиган палаталар бўлиши керак. Палаталарда температура  $18\text{--}20^{\circ}\text{C}$  атрофида сақланиши зарур. Мебель юзаси силлиқ бўлиши лозим. Одатда уни осон тозаласа бўладиган очиқ эмаль бўёқ билан бўялади. Каравотларни беморларнинг олдига ҳамма томондан бора олиннадиган қилиб жойлаштирилади. Беморлар операциядан кейинги биринчи кунларда ётадиган операциядан сўнгги палаталарни ажратиш шарт. Қасалхонада махсус йирингли бўлим бўлмаса, йирингли беморлар учун алоҳида палаталар ажратиш керак.

Хирургик ёки травматологик бўлимларда санаб ўтилган бўлимлардан ташқари, медицина муолажаларини бажариш учун махсус хона — процедура хонасини ажратиш лозим, бу



ерда инъекциялар амалга оширилади, бўшлиқлар пункция қилинади, дори моддаларни узоқ муддат юбориш учун доимий катетерлар қўйилади ва ҳоказо.

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

Улаётган беморлар махсус хона — изоляторга ётқизилади.

Ҳамширалар пости. Одатда коридорда палаталарга яқин жойда навбатчи медицина ҳамшираси столи қўйилган бўлади. Стол ёнига ёруғлик ёки товуш сигнализацияси ва бўлим ичи дорихонаси учун махсус шкаф жойлаштирилган бўлади. Бу шкафта беморларни даволаш учун зарур дори-дармонлар сақланади. Шкафнинг алоҳида қалит билан қулфланадиган махсус бўлимларида А ва Б рўйхатдаги препаратлар сақланади.

Поликлиниканинг хирургик бўлими. Иirik поликлиникаларда мустақил хирургик бўлим ажратилади. Унинг вазифаси беморларни бирламчи кўздан кечириш, беморларни стационарда даволаш ва амбулаторияда даволаш учун танлашдан иборат. Стационардан уйига жўнатилган беморлар поликлиниканинг хирургик бўлимида ҳам қўшимча даво олиб турадилар.

Поликлиниканинг хирургик бўлимида камидан уч хона: врач қабулхонаси, операция хонаси ва яра боғлаш хонаси бўлиши керак. Кўпчилик поликлиникаларда «тоза» ва «йирингли» беморлар бир-биридан ажратилган ва бунда хоналарнинг сониники барабар кўп бўлади. Поликлиниканинг хирургик бўлимида рентгенологик кабинет, лаборатория, даво физкультураси кабинети бўлиши шарт. Бу қўшимча кабинетлар фақат хирургик беморларга эмас, балки бошқа профилдаги беморларга ҳам хизмат қилади. Материаллар одатда поликлиниканинг ҳаммаси учун марказлашган ҳолда стерилизация қилинади.

Амбулаториянинг хирургик кабинети. Амбулаторияларда хирургик кабинет учун алоҳида хона ажратилади. Бу кабинетда беморлар қабул қилинади, кичикроқ операциялар ўтказилади ва яра боғланади. Хирургик кабинет ҳам поликлиниканинг хирургик бўлими принципи бўйича бир неча хонани эгаллагани мақсадга мувофиқ. Амбулаториядаги хирургик кабинетнинг иш принципи поликлиниканики сингаридир. У беморлар сонинини бирмунча камлиги билан фарқ қилади, холос.

Травматологик пункт. Бир қанча касалхоналар ва поликлиникаларда махсус даволаш-профилактик бирлик — травматологик пункт бўлиб, у шикастланган беморларга хизмат қилади. Травматологик пунктда врач-травматолог кабинети, операция хонаси, гипс-яра боғлаш хонаси ва рентгенологик кабинет бўлиши керак. Травматологик пунктда суяклар синганда маҳаллий

оғриқсизлантириш ўтказилади, суяк синиқлари репозиция қилинади, оддий гипс боғламлари қўйилади, чиққан суяклар ўрнига солинади, кичикроқ жароҳатлар хирургик обработка қилинади ва ҳоказо. Бемор стационарда даволанишга муҳтож бўлганда травматологик бўлимдан уни травматологик стационарга жўнатилади. Травматологик пункт райондаги травматологик беморларни ҳисобга олади, уларнинг стационардан уйига жўнатилгандан сўнг қўшимча даволанишини текширади, шунингдек травматологик беморларни меҳнатга лаёқатли қилиш (реабилитация) масалалари билан шуғулланади.

### III б о б

## ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ

### ОҒРИҚ ВА ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ ТУҒРИСИДА ТУШУНЧА

Ҳар ким ҳам лоақал бир марта оғриқ нималигини сезган. Бу азоб берадиган сезги ҳар кимга маълум, шунга кўра сўз билан ифодалаш қийин бўлган бу сезгини таърифлашнинг ҳожати бўлмаса керак. Оғриқ сезгиси таҳдид солаётган хавф туғрисидаги даракчи сифатида эволюция жараёнида юзага келган. Бу жиҳатдан оғриқ ижобий роль ўйнайди. 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 ва плевра, суяк усти пардаси, қон томирларнинг деворлари шундай нерв охирларига айнақса бой. Ҳар қандай кучли таъсирот цитоплазманинг денатурациясига олиб келади, бунда ҳужайраларда Н-моддалар (гистамин, ацетилхолин, гистаминсимон моддалар ва ксантиннинг айрим унумлари) озод бўлиб, оғриқ рецепторларининг бевосита ёки билвосита қўзғалишига 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, эффектни кучайтириши ёки пасайтириши мумкин. И. П. Павлов оғриқ сезгисини бошқа кучли таъсирловчи (овқат, жинсий таъсирловчи ва ҳоказолар) билан йўқотиш мумкинлигини исботлаган. Оғриқ сезиш бош мия пўстлоғининг дастлабки ҳолатига боғлиқ эканлигини назарда тутиш лозим. Оғриқ бўлади деб кўтилганда у яққолроқ юзага чиқади. Бош мия пўстлоғининг фаолияти пасайтирилганда оғриқ кам сезилади, баъзан эса бўлмаслиги мумкин. Аффект ҳолатида (масалан, жангда) яраланишда ҳам оғриқ бўлмаслиги мумкин.

Организм оғриқ сезгисига бефарқ қола олмайди. Психик сфера ва анимал нерв системаси томонидан (скелет мускулларининг таранглашиши, муҳофаза ва товуш реакциялари) жавоб реакцияси кузатилади, томирлар тонуси, юрак иши ўзгаради ва

ҳоказо. Бу ўзгаришлар жамланиб, оғриқ шокнинг пайдо бўлишига олиб келиши мумкин.

Ҳозирги вақтда бирорта ҳам операция олдиндан оғриқни йўқотилмай қилинмайди. Шу мақсадда оғриқсизлантириш қўлланилади. Оғриқсизлантириш деганда оғриқ сезгиларини қолдириш мақсадида қўлланиладиган тадбирлар йиғиндиси тушунилади. Оғриқсизлантиришнинг қуйидаги турларидан фойдаланилади: 1) махсус наркотик моддалар (эфир, азот (I)-оксид ва бошқалар) ҳидлатиб, венага ёки тўғри ичак орқали махсус препаратлар (тиопентал-натрий, гексенал, нарколан ва ҳоказо) юбориб юзага келтириладиган умумий оғриқсизлантириш; 2) оғриқ сезгилари операция зонадагина йўқотиладиган ва махсус моддалар (новокаин, совкаин, тримекаин ва бошқалар) юбориб йўли билан юзага келтириладиган маҳаллий анестезия; 3) оғриқсизлантиришнинг аралаш ва комбинация қилинган турлари (турли хил наркотик моддаларни ингация қилиб умумий оғриқсизлантириш, препаратларни ингация қилиш ва венага юбориш, умумий оғриқсизлантириш, маҳаллий анестезия ва ҳоказо). 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.

Медицина фанининг бу соҳаси билан шуғулланувчи врачлар анестезиологлар, ўрта медицина ходимлари эса анестезистлар дейилади. Замонавий наркоз беришнинг техник соҳасини билиш билан бирга анестезиологлар нормал ва патологик физиологияни, биохимия ва фармакологияни билишлари керак.

Маҳаллий анестезияни операция қиладиган хирург бажаради. Анестезиолог бунда беморнинг умумий ҳолатини кузатиб туради.

Операциядан кейинги даврда ёки бемор шикастланиш, захарланиш кабилардан сўнг оғир аҳволда келтирилганда беморни танглик ҳолатидан ва клиник ўлимдан қутқариш бўйича махсус тадбирлар кўриш зарурати вужудга келади. Бу масалаларни ўрганадиган фан реаниматология, врач эса реаниматолог деб аталади. Практикада анестезиология ва реаниматология билан битта одам — анестезиолог-реаниматолог шуғулланади.

Йирик даволаш муассасаларида бу мақсад учун махсус хизмат кўрсатиш бўлими, яъни реанимация бўлими ажратилади. Бўлимда анестезиолог-реаниматологлар, анестезист ҳамширалар, кичик медицина ходимлари ишлайди. Бўлим махсус аппаратлар ва медикаментлар билан таъминланади.

## ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ ТАРИХИ

Хирургик операциялар жуда қадим замонлардан бошлаб бажариб келинади, бироқ ҳозирги замон нуқтаи назаридан тушуниладиган оғриқсизлантириш XIX асрнинг ўрталарига келиб пайдо бўлди. Замоनावий оғриқсизлантириш усули пайдо бўлмасдан олдин операция вақтида беморни оғриқ изтиробидан халос қилиш учун турли методлар: унинг ҳушини йўқотиш, нерв стволларини механик босиб туриш, операция қилинадиган жойга қор ёки муз қўйиш қўлланиларди.

Қадимги Миср, Хитой, Юнонистон, Римда мандрагора пльди-зи, бангидевона, ҳинд нашаси, белладонна экстракти, алкоголь, афюн, цукуту ва бошқалар қўлланилган. Бу моддалар эритма, дамлама ҳолида ичирилган, терига ийлаб суртилган, шунингдек клизмалар ва наркоз губкалар ёрдамида юборилган. Бироқ оғриқсизлантиришнинг бу турлари оғриқни қисман камайтирган холос ва кўпинча оғир асоратларга сабаб бўлган.

Эфир, хлороформ ва азот (I)-оксид қўлланилгандан кейингина оғриқсиз операция қилиш имкони вужудга келди. 1844 йилда тиш врач Уэльс анестезия қиладиган модда сифатида азот (I)-оксидни, Мортон—эфирни, 1847 йилда Симпсон—хлороформни таклиф этди.

Эфир наркози остида ўтказилган биринчи операция — жағ ости соҳасидаги ўсмани олиб ташлаш — Уоррен томонидан 1846 йил 16 октябрда бажарилди.

Россияда наркоз учун эфирни Н. И. Пирогов 1847 йилда Кавказда Салта овули қамали вақтида жанг майдонида биринчи марта қўллади. У наркознинг эндотрахеал, вена ичи ва тўғри ичак турларини экспериментал ишлаб чиқди ҳамда эфир наркозининг оригинал назариясини яратди.

1902 йилда Н. П. Кравков экспериментда ва 1909 йилда С. П. Федоров клиникада гедонал билан вена ичи наркозини ишлаб чиқдилар, бу рус методи номини олди.

Умумий оғриқсизлантириш ишлаб чиқилиши билан бирга маҳаллий оғриқсизлантиришнинг оригинал методлари ҳам пайдо бўлди. Рус олими Анреп 1879 йилда маҳаллий анестезия учун кокаи қўлланишни таклиф этди, бу усул шиллиқ пардаларни оғриқсизлантиришда кенг қўлланилди. 1905 йилда Эйнхорн новокаиини тавсия қилди, бундан ҳозир ҳам кенг фойдаланилмоқда. 1889 йилда немис хирург Бирорқамия анестезиясини таклиф қилди: орқамия каналига оғриқсизлантирувчи модда юборилгандан сўнг гавданинг пастки ярми ва оёқларда буткул оғриқсизланиш юз беради.

А. В. Вишневский сурилувчи инфилтрат ва футляр анестезия методи билан маҳаллий анестезия қилишни таклиф этди ва клиник практикага кенг жорий қилди.

Оғриқсизлантиришнинг маҳаллий турларидан ўтказувчан анестезия (Куленкамф), перидурал анес-

тезия (Долиотти) ва маҳаллий оғриқсизлантиришнинг бошқа турлари ишлаб чиқилмоқда.

Ҳозирги вақтда наркотик модда (эфир, хлороформ ва бошқалар) дозасини камайтириш мақсадида наркоздан олдин морфин, скополамин, барбитурат кислота препаратлари, фентанил ва бошқалар қўлланиладиган бўлди. Аралаш ва комбинация қилинган наркоз турлари вужудга келди. Оғриқсизлантиришнинг бу турларида мускул релаксантлари деб ном олган воситалар (кураресимон препаратлар) кенг расм бўлди. Булар скелет мускулларининг тонусини туширади ва интубация қилиш ҳамда беморни бошқариладиган нафасга ўтказиш имконини беради. Бошқариладиган нафас наркоз хавфини камайтиришга ва мураккаб хирургик операциялар қилишга ёрдам беради.

Юрак ва томирларни операция қилишда сунъий қон айланиш, сунъий гипотермия методлари қўлланилади.

## б. 23 УМУМИЙ ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ (НАРКОЗ)

Умумий оғриқсизлантириш деганда сунъий воситаларни қўланиш йўли билан марказий нерв системасини чуқур тормозлантириш тушунилади. Бунда эс-ҳуш, сезувчанликнинг ҳамма турлари бирин-кетин йўқолади, скелет мускуллари бўшаши ва рефлекслар сўнади.

Наркоз вақтида узунчоқ мия функцияси (нафас, томирларни ҳаракатлантирувчи марказлар) сақланиб қолади. Наркотик моддалар таъсири бундан ҳам кучайтирилганда бу марказлар ҳам фалажланиб қолиши мумкин, бу—наркоз қилинаётган одамнинг ўлимига сабаб бўлади.

Наркоз турлари. Наркотик моддани киритиш йўллари га кўра ингаляцион ва ноингаляцион умумий оғриқсизлантириш фарқ қилинади.

Ингаляцион наркоз деб, наркотик модда нафас йўллари орқали юбориладиган умумий оғриқсизлантириш турига айтилади. Ноингаляцион наркозларга вена ичи, тўғри ичак, тери ости турлари киради.

Наркотик уйқунинг чуқурлигига кўра наркоз юзак ва чуқур бўлиши мумкин.

Битта наркотик модда юбориладими ёки уларнинг аралашмасими, шунга кўра қуйидагилар фарқ қилинади: битта модда берилладиган соф наркоз (азот (I)-оксид, эфир, фторотан ва бошқалар), бу моддаларнинг аралашмаси қўлланиладиган аралаш наркоз, наркотик моддаларгина эмас, балки уларни юбориш йўллари ҳам комбинация қилинадиган комбинацияли наркоз. Кўпинча наркознинг бир тури базис (асосий) наркоз сифатида қилинади, сўнгра уни бошқа наркотик модда билан давом эттирилади.

Ингаляцион наркоз. Наркознинг бу турига турли хил нар-

котик моддалар (эфир, фторотан, хлорэтил ва бошқалар)ни ёки газлар (азот (I)-оксид, циклопропан ва бошқалар)ни нафасга олиш (ингаляция) йўли билан эришилади. Ингаляция учун қуйидаги наркотик моддалар кенг қўлланилмоқда.

**Эфир** (*Aether pro narcosi*)—ўзига хос ҳиди ва ачиштирувчи тами бўлган рангсиз, тиниқ суюқлик. Осон алангаланadi. Эфирнинг ҳаво билан аралашган буғлари портлаши мумкин. Эфир сифатини қуйидаги усулларда синаб кўрилади: 1) фильтр қоғоздан буғлангандан сўнг ҳиди қолмаслиги керак; 2) ойнадан буғлангандан сўнг нордон реакция берадиган чўкма қолмаслиги керак, бу чўкма эритилганда кўк лакмус қоғозни қизартиради. Зарғалдоқ рангли шиша флаконларда 100 мл ҳажмда чиқарилади. Утдан узоқда, ёруғлик тушмайдиган жойда сақланади.

**Хлороформ** (*Chloroformium*) — тиниқ, рангсиз суюқлик. Ёруғликда парчаланadi. Организмдан асосан буйраклар орқали чиқарилади. Софлигига синаш: 1) фильтр қоғоздан буғлангандан сўнг ҳид қолмаслиги керак; 2) кўк лакмус қоғоз ботирилганда хлороформ уни қизартирмаслиги керак. Зарғалдоқ рангли шиша флаконларда 50 мл ҳажмда чиқарилади. Салқин жойда сақланади.

**Хлорэтил** (*Acthylicum chloratum*) — ўзига хос ҳидли, жуда учувчан рангсиз суюқлик. Осон алангаланadi. Шиша ампулаларда 20 мл дан чиқарилади. Ёруғлик тушмайдиган, салқин жойда сақланади.

**Азот (I)-оксид** (*Nitrogenium oxydulatum*) — шодлантсрувчи газ. Пулат баллонларда сақланади. Ёнмайди, ҳиди йўқ. Кислород билан аралашмаси, аксарият 70—80% азот (I)-оксид ва 30—20% кислород ҳисобидаги аралашмаси ишлатилади.

**Циклопропан** ( $C_3H_6$ ) — тез ёниб кетадиган газ. Портлаши мумкин. Баллонларда сақланади. Тез таъсир қилади. Кўпинча бошқа воситалар (азот (I)-оксид, эфир) билан бирга қўлланилади.

**Фторотан** (флюетан) (*Phlorotanum*) — ёқимли ҳидга эга бўлган рангсиз суюқлик. Алангаланмайди ва портламайди. Эфирдан бирмунча кучли, бироқ токсинлидир. Бемор 1—2 минут ўтгач ҳушидан кетади, наркоз тезда юз беради. Кўпинча азот (I)-оксид билан бирга қўлланилади. Зарғалдоқ рангли флаконларда чиқарилади.

Ёруғлик тушмайдиган, салқин жойда сақланади.

**Наркотик моддаларнинг фармакологик таъсири.** Наркотик моддаларнинг таъсир механизми ҳали тўлатўкис ўрганилмаган. Кўпчилик олимлар наркотик моддалар марказий нерв системасига фалажловчи таъсир кўрсатади, деб ҳисоблайдилар, наркознинг бир неча назариялари бор.

**Наркоз босқичлари ва даражалари.** Наркоз вақтида наркотик модданинг концентрацияси ва турига боғлиқ ҳолда унинг муайян босқичларини ва даражаларини фарқ қилиш мумкин. Қуйида эфирдан фойдаланишда наркознинг

классик ҳисобланган кечиши тасвирланган. Бошқа наркотиклар қўлланилганда наркознинг кечишида баъзи бир ўзгаришлар кузатилиши мумкин.

I босқич — анальгезия босқичи — 3—4 минут 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 босқичдан (хушсиз қиладиган рауш-наркоз) кичикроқ операциялар (йиринглаган жойни кесиш) қилиш, баъзан оғриққа сабаб бўладиган муолажаларни бажаришда фойдаланилади.

II босқич — қўзғалиш босқичи — бирмунча узоқ вақт давом қилади ва беморда ҳаракат реакциясининг ошиши, нутқ марказининг қўзғалиши билан характерланади (бемор нима деяётганини билмай кўп гапиради). Артериал босими ошади, пульси 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 сунистеъмол қиладиган беморларда қўзғалиш бирмунча кескин намоён бўлади.

III босқич — хирургик босқич. Наркотик моддага кўра одатда 20 минутдан сўнг юз беради. Бу босқичда хирургик операциялар ўтказилади. Босқичнинг тўрт даражаси бор.

Биринчи даражаси (III<sub>1</sub>): эс-хуш батамом йўқотилган. Оғриқ ва тактил (тери) сезувчанлик йўқ. Қорачиқлар торайган, бироқ мугуз парда рефлeksi ва мускулларнинг таранглиги сақланиб қолади.

Иккинчи даражаси (III<sub>2</sub>): қорачиқлар торайган, мугуз парда рефлeksi сақланиб қолган. Мускуллар қисман бўшашади. Бу даражада тилнинг ҳалқумга тиқилиб қолиш хавфи бўлади.

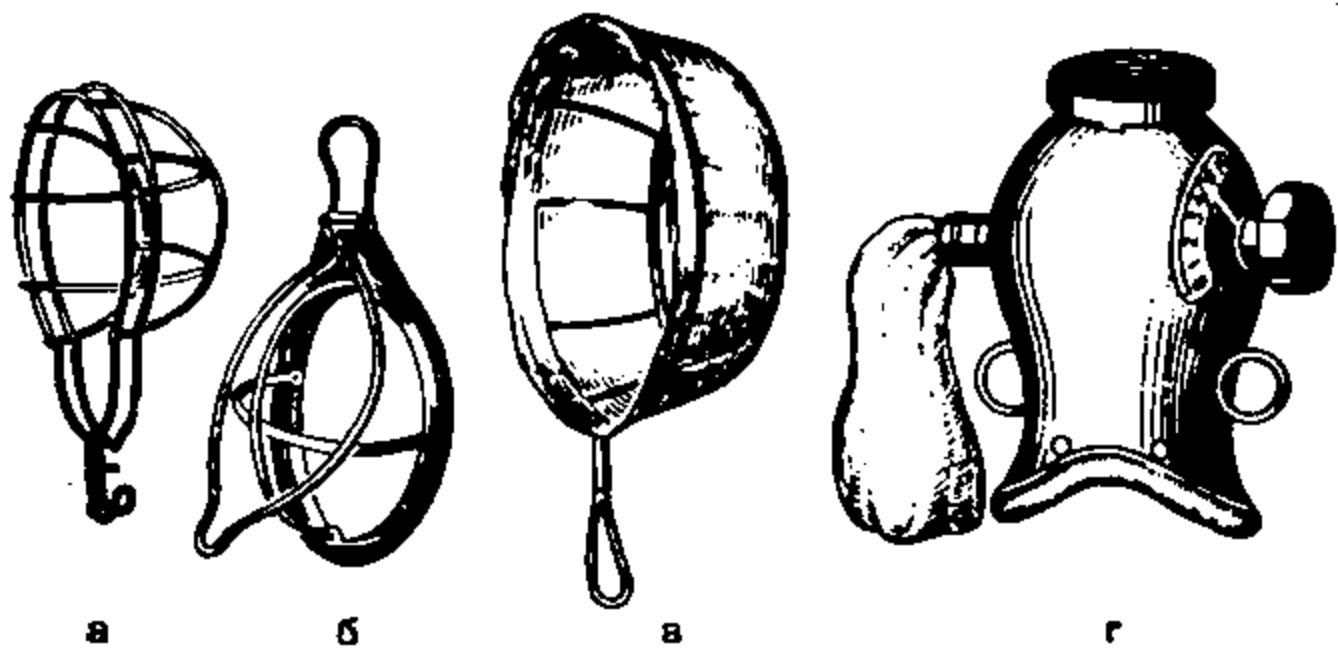
Учинчи даражаси (III<sub>3</sub>): пульс секинлашади, артериал босим пасаяди, нафас юзаки бўлиб қолади. Кўз ёриги кенгайди, мугуз парда рефлeksi йўқолади. Мускуллар батамом бўшашади.

Тўртинчи даражаси (III<sub>4</sub>): нафас бирмунча юза, қорачиқлар кенгайган, ёруғликка реакция бермайди, мугуз парда нурсиз. Пульс тез, тўлиқлиги суст. Артериал босим тобора пасаяди. Наркознинг бу даражасига йўл қўйиб бўлмайди, чунки ўлим билан тугаши мумкин.

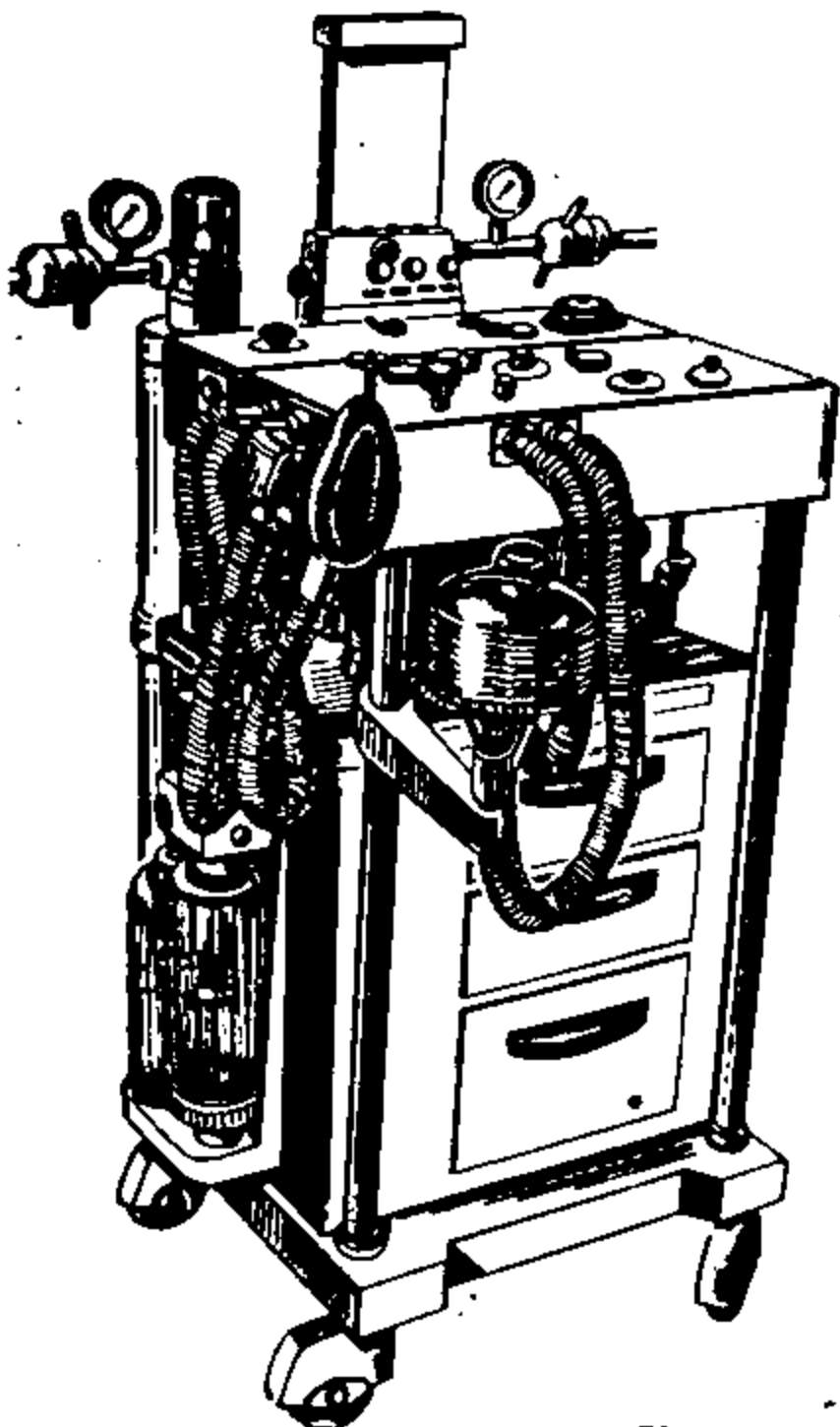
IV босқич — уйғониш. Наркознинг барча аломатлари аксинча тартиб билан йўқолади. Бу босқич ухлаб қолиш давридан узоқроқ давом этади.

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 практикасида қўлланилмайди, фақат тарихий аҳамиятга эга, холос,

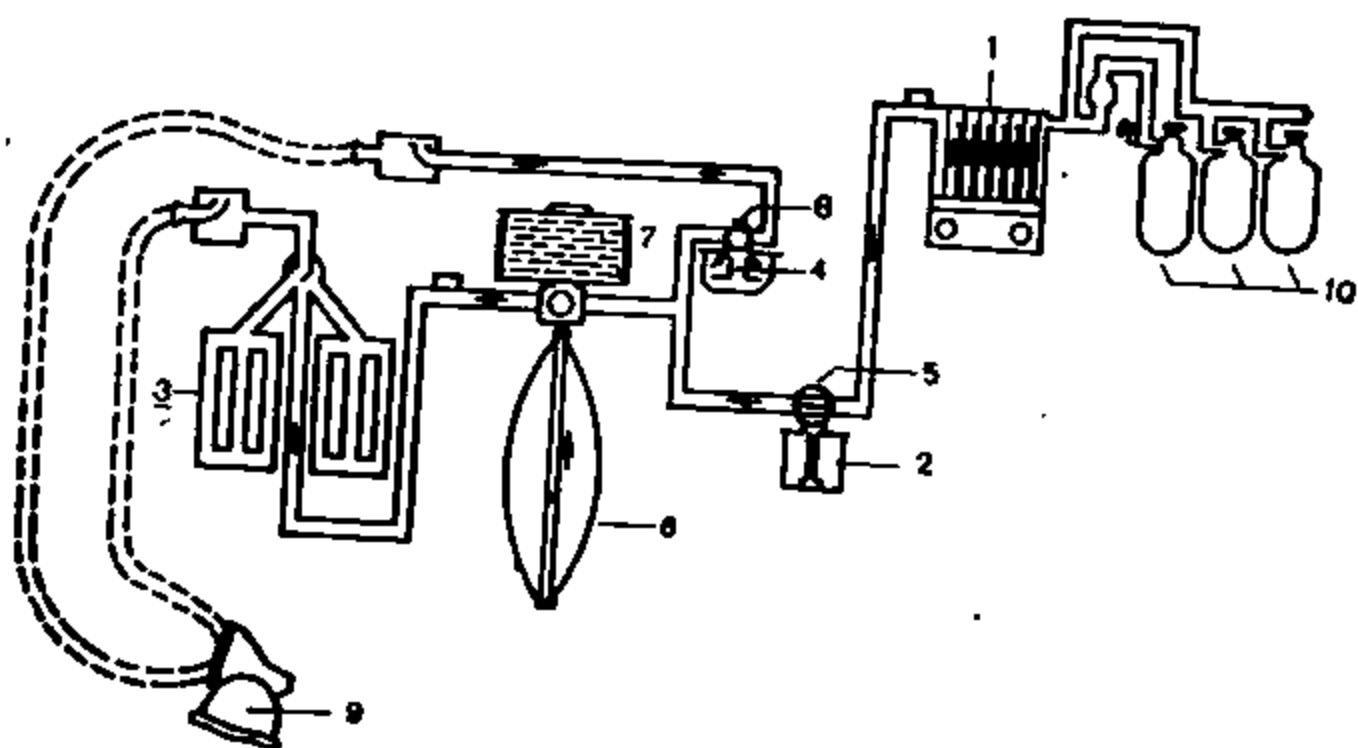




11-р а с м. Маскалар.



12-р а с м. Замонавий нар-  
коз аппаратнинг умумий  
куриниши.



13-р а с м. Наркоз аппарати схемаси.

1 — дозиметрлар; 2 — эфир буғлатгичи; 3 — абсорбер; 4 — тройник; 5 — эфир дозиметри; 6 — нафас қопчиги; 7 — нафас босқони (гармошка); 8 — эҳтиёт клапан; 9 — маска; 10 — кислород, азот (I) оксид ва циклопропан солинган баллонлар.

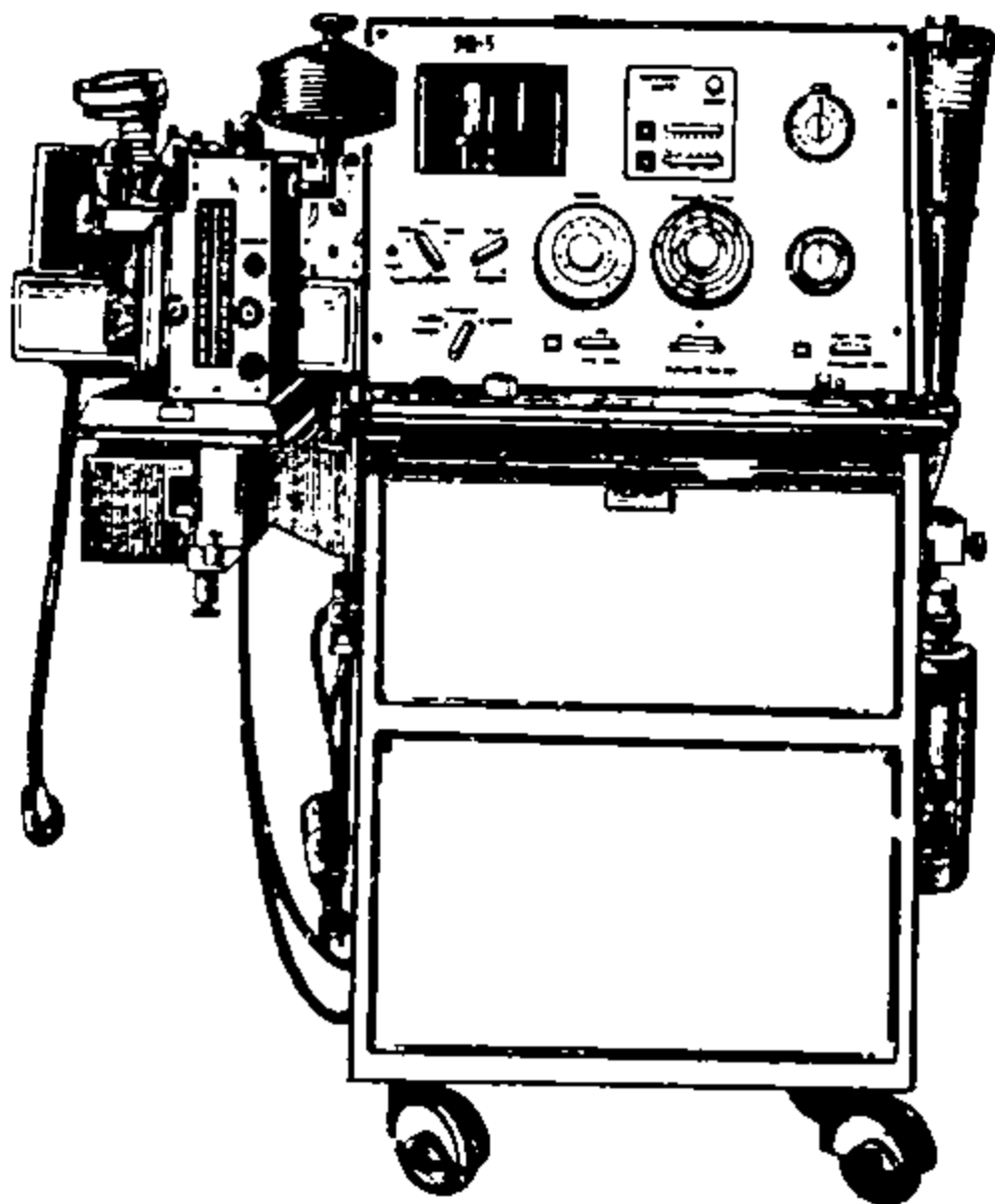
Эсмарх ва Шиммельбуш маскалари тузилиши жиҳатидан энг оддий маскалардан ҳисобланади. Улар симдан ясалган тўрдан иборат бўлиб, операциядан олдин уни бир неча қават дока билан тортиб қўйилади. Маскани юзга қўйиб, унга бир неча томчи наркотик модда томизилади. Садовенко маскаси наमत тўлдирилган ва наркотик модда қўйилган металл резервуар, нафасни текшириб туриш учун резина қопча ва наркотик моддани юбориш учун регулятордан ташкил топган (11-расм).

Ҳозирги вақтда маска билан наркоз бериш камдан-кам қўлланилади. А-27, АН-1, УН-1, УНАП-2, полинаркон каби махсус аппаратлардан кенг фойдаланилади (12-расм). Тузилишидаги турли хил хусусиятларига қарамай, ҳамма наркоз аппаратлари тўртта асосий блокдан (13-расм): баллон билан редуктор, дозиметр, буғлатувчи ва нафас системасидан иборат. Баллонлар босим остида турадиган газлар учун мўлжалланган. Маркалаш мақсадида баллонларни турли рангга бўялади: кислородли баллонни кўк рангга, азот (I)-оксидли баллонни кул ранг бўёққа, циклопропанли баллонни қизил рангга бўялади.

Баллондан наркоз аппаратида берилаётган газ босимини пасайтириш учун махсус редуктор бўлади.

Дозиметр — газ сарфланишини кўрсатувчи асбоб. Ундаги махсус поплавок (сузгич) муайян даражада тўхтаб, берилаётган модда миқдорини (одатда минутига литрларда) кўрсатади. Махсус регулятор ёрдамида беморга бораётган газ ҳажмини тартибга солиб туриш мумкин.

Буғлатгич — суюқ наркотик моддалар (эфир, хлороформ, фторотан) учун асбоб. Буғлатгичда суюқ наркотик модда газ-



14-расм. PO-5.

га айланади. Унинг миқдори одатда ҳажм процентларда дозалангани ва махсус мослама билан тартибга солиб турилади.

Наркоз апаратининг нафас системаси аппаратдан беморга кислород ва наркотик модда беришни таъминлаш учун хизмат қилади. Нафас системаси нафас олиш ва нафас чиқариш учун қат-қат қилиб ишланган найчалар (шланглар), клапанлар системаси, абсорбер (қатрон оҳак—карбонат ангидриднинг химиявий шимдиргичи солинган асбоб), нафас қопчиги, «гармошка» типдаги босқонча, маска ёки интубацион найча ва адаптер — шланглардан маскага ёки интубацион найчага ўтадиган мосламадан иборат.

Аппарат наркози учун юзга қўйиладиган маскалар беморнинг ёшига яраша турли размерларда оғиз ва бурунни герметик ҳолда яхши беркитиб турадиган қилиб тайёрланади. Интубацион найчалар турли хил размерда (чақалоқлар учун № 00 дан катта ёшдаги жуссаси йирик кишилар учун № 12 гача), бир ковакли (трахеяни интубация қилиш учун) ва қўш ковакли (бронхларни алоҳида-алоҳида интубация қилиш учун) қилиб чиқарилади.

Кислород наркотик моддалар билан аралашма ҳолида шланглар орқали нафас олишда бемор ўпкасига, нафас чиқаришда нафас қопчиғига тушади ёки ташқарига чиқади. Нафас қопчиғи ёки босқонча ёрдамида нафасни бошқариш ёки қўшимча нафас олдириш мумкин. Бошқариладиган нафас олиш ҳозирги вақтда наркоз учун наркоз аппаратига уланадиган РО типдаги (ҳажм регулятори) махсус аппарат ёрдамида бажарилади (14-расм). Наркоз ва нафас аппаратлари блоки бўлган комбинация қилинган аппаратлар ҳам бор.

Аппаратлар ёрдамида наркоз беришда системаларнинг тўрт тури ёки контурлари қўлланилади.

**Очиқ контур.** Наркоз вақтида бемор наркотик моддани атмосфера ҳавоси билан бирга нафасга олади. Нафас атмосферага чиқарилади. Бу системанинг афзаллиги шундаки, нафас чиқаришга қаршилик бўлмайди ва системада карбонат кислота йиғилмайди. Наркотик моддани аниқ дозада бериб бўлмаслик, яъни унинг кўп сарфланиши ва операция хонаси ҳавосининг бу моддадан ифлосланиши системанинг камчилиги ҳисобланади.

**Ярим очик контур.** Ҳозиргина айтиб ўтилган контурдан фарқли равишда бемор атмосфера ҳавоси ўрнига наркотик модда билан бирга кислородни нафасга олади. Бунда ҳам нафас атмосферага чиқарилади. Афзаллиги ва камчиликлари бундан аввалги системадаги кабилар. Бироқ қўшимча афзаллиги шундаки, бемор кислород билан нафас олади ва наркозлайдиган модда дозасини белгилаш имкони бўлади.

**Ярим ёпиқ контур.** Аппаратдан кислород ва наркозлайдиган модда билан нафас олинади, қисман атмосфера ва қисман нафас қопчиғига нафас чиқарилади. Наркозлайдиган моддани бирмунча мукамал дозада бериш ва операция хонасининг кам ифлосланиши унинг афзаллиги бўлса, камчилиги нафас чиқаришга қаршилиқнинг ошиши ҳисобланади.

**Ёпиқ контур.** Ҳозиргина баён этилган контурдан фарқли равишда нафас билан чиқариладиган ҳаво тўла-тўқис нафас қопчиғига ўтади ва адсорбер орқали яна беморга келади. Афзаллиги — нафасга олинадиган моддаларни аниқ дозада бериш ва операция хонасининг ифлосланмаслиги бўлса, камчилиги — нафас билан чиқариладиган ҳаво кўпроқ қаршилиқка учрайди ва системада ортиқча карбонат кислота йиғилиб қолиши мумкин.

Ингаляцион наркозда юз берадиган асоратлар ва уларнинг профилактикаси. Бу асоратларни икки гурпуга бўлиш мумкин: 1) наркоз ўтказиш вақтида юз берадиган асоратлар; 2) наркоздан кейинги даврда юз берадиган асоратлар.

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. Бунинг сабаблари

ва даво чоралари реаниматологияга бағишланган бобда тас-  
вирланган.

Наркоздан кейинги даврда турли асоратлар содир бўлиши  
мумкин.

Нафас органларида юз берадиган асоратлар (яллиг-  
ланиш, ателектаз, бронхитлар) аксарият эфир наркоздан  
кейин учрайди. Бу асоратларни профилактика қилишда опера-  
циядан кейинги даврда беморларга актив ёрдам бериш  
(даво физкультураси, нафас гимнастикаси, балғамни яхши аж-  
ратиш), шунингдек антибиотиклар ва сульфаниламидларни қўл-  
ланишнинг аҳамияти катта.

Юрак ишининг бузилиши токсинли таъсир қиладиган цик-  
лопропан ва эфир қўлланишдан сўнг кўпроқ кузатилади. Ўткир  
юрак етишмовчилиги вужудга келиши мумкин, бу эса баъзан  
ўлимга олиб боради. Профилактикаси: юрак дориларни юбори-  
лади ва наркознинг бирмунча мукамал турини қўлланиш йўли  
билан наркотик моддани камроқ ишлатилади.

Жигардаги асоратлар аксарият эфир ва хлороформ қўл-  
ланишдан сўнг пайдо бўлади ва функционал бузилишлар билан  
юзага чиқади, бироқ ёғли айниш ва ўткир сариқ атрофия куза-  
тилиши мумкин. Профилактикаси: миорелаксантлар қўлланиш  
ҳисобига наркотик модда сарфини камайтиришдан иборат.

Буёракларда 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 методларини  
талаб этмайди.

Моддалар алмашинувига келганда шуни айтиш  
керакки, углевод алмашинуви энг кўп бузилади, натижада аци-  
доз пайдо бўлади. Ацидоз клиник жиҳатидан бош оғриши, кўн-  
гил айниши, қусиш, уйқусизлик билан намоён бўлади. Оғир ҳол-  
ларда эс кирарли-чиқарли бўлиб қолади, бемор алаҳлайди, кома  
рўй бериши мумкин. Ацидозни тўла-тўқис аниқлаш учун ишқор-  
рий-кислотали ҳолат бўлиши зарур. Шу мақсадда ҳозирги вақт-  
да «Микро-Аструп» ёки «АЗИВ» аппаратларидан фойдаланила-  
ди. Ацидозга даво қилиш учун натрий бикарбонат, глюкозани  
инсулин билан қўлланилади. Организмнинг сувсизланишига ва  
гипохлоремияга олиб келадиган сув-туз алмашинувининг бузили-  
ши иккинчи асорат ҳисобланади. Сув-туз алмашинуви бузил-  
ганда ажратиладиган сийдик миқдори ва ундаги натрий хлорид  
концентрациясини кузатиб бориш зарур. Кўп миқдорда суюқ-  
лик, ош тузи, физиологик эритма юбориш зарур.

Периферик нервлар фалажи наркоз вақтида бирорта  
нерв ўзагининг механик шикастланиши натижасида ва бирмун-  
ча камроқ ҳолларда наркотик модданинг марказий нерв систе-  
масига токсинли таъсири оқибатида рўй бериши мумкин. Кўпин-  
ча елка чигали ёки қўл айрим нервлари (билак, тирсак, ўрта  
нерв) нинг фалажланиши кузатилади, бу — наркоз вақтида қўл-

ни ёзиб қўйиш ёки нерв ўзагининг операцион стол қирраси билан суяк ўртасида босилиб қолиши сабабли ўша нервларнинг чўзилиб кетиши оқибатида юз беради. Фалажликнинг енгил даражаси тез тузалади. Бирмунча оғир фалажланиш ҳолларида махсус даво қилинади: прозерин, дибазол ишлатилади, электр муолажалар амалга оширилади.

Ингаляцион наркозни қўлланиш ва қўлланишга монеликлар. Ҳозирги вақтда ингаляцион наркозни қўлланиш бирмунча кенг расм бўлган. Ингаляцион наркоз вақтида барча мураккаб операция ва бир қанча майда операциялар бажарилади. Бироқ имкон борича операцияни маҳаллий анестезия қилиб ўтказган яхши.

Ингаляцион наркозни қўлланишга монелик қиладиган ҳоллар абсолют ва нисбий бўлади.

Наркозни қўлланганда ўлим юз бериш эҳтимоли бўлган ҳоллар абсолют монелик қиладиган ҳоллар ҳисобланади. Асоратлар юз бериш 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 рўй-рост юзага чиққан гипертония касаллиги, шок, коллапс, ўткир анемия ҳамда нитоксикация билан боғланган оғир турдаги гипотония; 2) рўй-рост кўринган ўпка етишмовчилиги билан ўтадиган нафас органлари касалликлари — ўткир пневмония, тарқалган бронхоэктазлар, силнинг оғир формаси ва ҳоказо; 3) жигар функциясини қаттиқ бузган жигар касалликлари — цирроз, гепатит ва бошқалар; 4) буйрак функцияси бузилган буйрак касалликлари — нефрозлар, нефритлар ва бошқалар; 5) моддалар алмашинувининг оғир бузилиши — диабет ва бошқалар; 6) кахексия ва анемиянинг оғир босқичи; 7) калла суяги ичидаги босим рўй-рост ошган касалликлар — ўсмалар ва бошқалар.

Функционал бузилишлари камроқ юзага чиққан юқорида санаб ўтилган касалликлар наркозга нисбий монелик қиладиган ҳоллар ҳисобланади.

Беморни наркозга тайёрлаш операцияга умумий тайёрлаш вақтига тўғри келади (IV бобга қаралсин). Медикаментоз тайёрлаш ёки премедикация унинг хусусияти ҳисобланади. Кечки (операциядан бир кун олдинги) ва эрталабки (операция кундаги) премедикация фарқ қилинади. Премедикациядан мақсад беморни тинчлантириш ва наркозни яхши ўтказишдир.

Кечки премедикация учун ухлатувчи дорилар (барбамил, этаминал-натрий, ноксирон ва бошқалар), анальгетиклар (промедол, омнопон), нейроплегик ва антигистамин препаратлар (атропин, амиазин, димедрол, пипольфен), аналептиклар (кордиамин, лобелин, прозерин, цититон) ва транквилизаторлар

(мемпротон, триоксазин, седуксен, элениум ва бошқалар) дан фойдаланилади.

Эрталабки премедикация учун одатда анальгетиклар, нейроплегик ва антигистамин препаратлардан фойдаланилади. Премедикация ҳар кимга алоҳида тайинланади.

Премедикация ўтказишда анестезиолог бирор препарат юборишни соатлар бўйича белгилаб чиқади. Медицина ҳамширасининг вазифаси бу кўрсатмаларни пухта бажаришдан иборат. Бироқ тадбирлар ўтказишда бемор ҳолатида ўзгаришлар юз берса, медицина ҳамшираси бу ҳақда навбатчи врачга хабар қилиши шарт.

Маска ва аппаратлар ёрдамида наркоз бериш техникаси. Маска методида эфир, хлороформ ва қисқа муддатли наркоз учун хлорэтилдан фойдаланиш мумкин.

Бурув, ёноқлар ва иякни қўйиб қолишдан сақлаш учун вазелин суртилади. Олиб қўйиладиган тиш протезлари операциядан олдин олиб қўйилади. Эсмарх ва Шиммельбуш маскалари билан наркоз беришда металл тўрни бекитиб турадиган докага аввал тегишли модда шимдирилади ва беморни наркотик хидига ўргатиш учун маскани аста-секин юзига яқинлаштирилади, акс ҳолда бемор бўғилиб қолади ва йўталади. Маска бемор юзига қўйиб бўлингандан сўнг наркотик модданинг беҳуда сарфланишини камайтириш учун унинг атрофини сочиқ билан ўралади ва бу моддани маска устидан томизилади. Нафас олиш шароитларини яхшилаш учун маскани вақти-вақти билан кўтариб турилади ёки остига кислородли ёстиқ шлангини тутиб турилади.

Наркознинг маскани методларидан фойдаланишда тилнинг ҳалқумга тиқилиб қолиши мумкинлигини унутмаслик зарур. Бунинг олдини олиш учун пастки жағни қўл билан олдинга тортилади ёки оғизга тил илдизини тутиб турадиган воздуховод киритилади.

Замонавий медицинада наркознинг маска турларидан деярли фойдаланилмайди. Шошилиш операция махсус наркоз аппаратларисиз ўтказилган ҳолларда наркоз беришнинг маска турини қўлланишга тўғри келади.

Аппарат билан наркоз беришда аввал аппаратни тайёр ҳолга келтирилади: 1) аппаратни ерга уланади; 2) абсорберни  $\frac{2}{3}$  ҳажмгача (3—4 соат ишлашига) янги натрон оҳак билан тўлдирилади; 3) абсорбер атроф ҳаводан карбонат ангидридни ўзига сингдирмаслиги учун ишламай турганида берк ҳолатда сақланади; 4) эфир солинадиган идишга бир флакон эфир (100 мл) қўйилади ва аппаратга уланади; 5) манометр кўрсаткичига қараб баллонда кислород борлиги аниқланади; 6) системанинг герметиклиги текширилади.

Наркоз бошқа наркотик моддалар билан ёки уларни бир-бирига қўшиб ўтказиладиган бўлса, наркоз аппаратига тегишли баллонлар уланади.

Наркоз учун: 1) кислород бериш, 2) абсорберни очиш, 3) беморга маска кийгазиш, 4) кислород регуляторини дозиметрининг I даражасигача очиш ва маска клапанини маскани аппарат системаси билан уланадиган қилиб ўрнатиш, 5) «кислородни тез бериш» кнопкасини босиш ва қопчиқни кислородга тўлдириш, 6) эфир ндишини очиб, системага кислороднинг эфир буғлари билан аралашма ҳолида тушишини таъминлаш зарур; эфир кўрсаткичи стрелкаси 0 дан 1 гача сурилади. Наркоз бошқа наркотик моддалар билан ўтказиладиган бўлса, уларни системага улаш ва дозалаш лозим.

Наркоз тугагандан сўнг маска ва шланглар олиб қўйилади, ташқи ва ички томонидан илиқ сув билан совунлаб ювилади ва қуритилади.

Наркоз берish учун операция столнинг бош томонига наркоз аппарати, электр отсос (оғиз бўшлиғидаги моддаларни аспирация қилиш ва эндотрахеал найча учун), наркоз столчаси ва бошқа қўшимча аппаратлар ўрнатилади.

Наркоз столчасига эндотрахеал найчалар, роторасширитель (оғиз кенгайтиргич), тил тутгич, воздуховод, қайчи, ларингоскоп, стерил шарчалар ва салфеткалар солинган банкалар ҳамда зарур дорилар (барбитуратлар, миорелаксантлар ва бошқалар) териб қўйилади.

Мураккаб операцияларда яна битта столчага венесекция, қон қуйиш кабиларда ишлатиладиган материаллар ва инструментлар қўйиб қўйишга тўғри келади.

Интубацион наркоз. Замонавий наркоз аппаратлари ёрдамида наркозни бирмунча такомиллашган турда интубация методида ўтказиш мумкин. Шу мақсадда трахеяга ларингоскоп ёрдамида интубацион найча киритилади. Интубациядан олдин беморни маска ёрдамида ёки венага гексенал, тиопентал ёки сомбревин юбориб ухлатиб қўйилади. Скелет мускулларини бўшаштириш учун миорелаксантлар юборилади (қуйироққа қаралсин).

Интубация қилиш учун беморнинг бошини орқага энгаштирилади ва оғзини очилади. Ларингоскоп билан тил илдизи ва ҳиқилдоқ усти қопқоғини олдинга ва юқорига босилади. Интубацион найчани трахеяга товуш бойламлар орасига киритилади. Интубацион найчадаги манжеткага ҳаво юборилади ёки оғиз бўшлиғини бинт билан тампонланади. Найчанинг ташқи учини наркоз аппаратига уланади ва наркоз беришни давом эттирилади. Шундан сўнг бошқариладиган нафас олдиришга ўтилади (қуйироққа қаралсин). Наркоз тугагандан сўнг, бемор мустақил нафас ола бошлаганида, найчани чиқарилади.

Эндотрахеал найчалар маскалар сингари ювилади, сўнгра 2 минутга қайнаб турган сувга, 2 соатга 70° ли спиртга ёки 30 минутга 1:5000 нисбатдаги диюцид эритмасига солиб қўйилади. Қуритилгандан сўнг барабанларда сақланади. Ларингоскоп юза-



сини ва ўтиш қисмини сув билан совунлаб ювиб, спирт билан артилади.

Интубацион наркознинг маскали наркоздан қуйидаги афзалликлари бор: 1) тил, ҳиқилдоқ усти қопқоғининг тиқилиб қолиши, ёт жисмлар аспирацияси (қусуқ массаси, тиш протезлари ва ҳоказо) натижасида нафас йўллариининг бекилиб қолиш хавфи бартараф қилинади; бронхларга йиғилиб қоладиган шиллиқ, қон, йиринг ва бошқалар электр отсосга уланган махсус катетер ёрдамида осонгина чиқарилади; 2) наркотик моддани дозалаш аниқ бўлади ва сарфланиши камаяди; 3) газ алмашивувининг бузилиши сабабли қилинадиган операцияларда «бошқариладиган» нафасга ўтиш мумкин; 4) наркотик модда кислород билан босим остида юборилади, бу — организмни кислородга оптимал тўйинтиради; 5) ларингоспазм туфайли нафас бузилиш хавфи йўқолади; 6) «зарарли» бўшлиқ камаяди; 7) организмнинг асосий функцияларини бирмунча муваффақиятли бошқариш имкони бўлади.

Бажаришнинг мураккаблиги унинг камчилиги ҳисобланади. Интубацион наркозни тажрибали анестезиолог ўтказиши керак.

**Газ наркоз.** Суюқ наркотик моддалар (эфир, хлороформ ва бошқалар)дан фарқли ўлароқ, газсимон моддалар таъсирида бемор тез ухлаб қолади ва тез уйғонади. Бу уларнинг юксак диффузланиш хусусияти, қон ва тўқималарнинг тез тўйиниши билан изоҳланади. Организмда газ наркотиклар парчаланмайди, организмнинг ҳужайралари билан бирикмайди, ўзгармаган ҳолда ажралиб чиқади, паренхиматоз органларга таъсир қилмайди. Шу туфайли газ билан бериладиган наркоздан наркознинг бошқа турларини қўлланиб бўлмайдиган беморларда фойдаланиш мумкин.

Газ наркоз маска аппарати билан ёки интубацион методда ўтказилади. Аксарият азот (I)-оксид ва циклопропан билан кислород қўлланилади.

Азот (I)-оксид билан наркоз қилишнинг клиник ўтишида эфир наркозидаги сингари босқичлар қайд қилинади, бироқ унинг айрим хусусиятлари бор: I босқич тез пайдо бўлади ва 1—2 минут давом этади, бўғилиш сезгиси йўқ, эйфория («шодлантирувчи» газ) билан ўтадиган мастлик пайдо бўлади; II босқичи одатда яхши юзага чиқмайди; III босқичи 5—10 минут ўтгач юз беради, бироқ бунда мускулларнинг етарли даражада бўшашиши юз бермайди, шунинг учун азот (I)-оксид аксарият бошқа наркотиклар (эфир, барбитуратлар ва бошқалар) ҳамда мускул релаксантлари билан бирга қўлланилади.

Асоратларидан гипоксия рўй бериши мумкин, шунинг учун етарли миқдорда кислород бўлиши зарур.

Циклопропан билан наркоз бериш деярли азот (I)-оксиддан фойдаланиш каби ўтади. Бунда ҳам кислород билан берилади, 3—5% концентрацияси анальгезия пайдо қилади ва ҳушдан

кетказди. 10—13% — юзаки наркози, 20—25% — наркознинг хирургик фазасини юзага келтиради. Концентрация ошганда нафас маркази фалажланиши мумкин, шунга кўра аппаратларда бемор нафасга оладиган аралашмадаги циклопропан концентрациясини узлуксиз кўрсатиб турадиган счетчик бўлиши шарт. Ҳатто одатдаги концентрацияда юрак қоринчаларини фибрилляцияга учратиши иккинчи салбий хоссаси ҳисобланади. Шунинг учун циклопропанни юрак касалликларида ишлатиш мумкин эмас. Уни бошқа наркотиклар билан қўлланган маъқул. Кўпинча Шейн-Ашман аралашмаси 11,7% циклопропан, 58,9% кислород ва 29,4% азот (I)-оксиддан фойдаланилади. Циклопропан ҳаво ёки кислород билан аралашма ҳолида портлаши мумкин.

Нонингалион наркоз ва унинг турлари. Вена ичи наркози. Вена ичи наркози учун гексенал, тиопентал-натрий, виадрил, натрий оксибутират, сомбревин ва бошқалар қўлланилади. Керакли концентрациядаги (2—5—10%) эритмани операциядан олдин бемор ҳолатига қараб 300—800 мг ҳисобида 5% ли глюкоза эритмаси ёки физиологик эритма билан суюлтириб тайёрланади. Наркоздан олдин беморга 0,5—1 мл 0,1% ли атропия эритмаси юборилади. Тайёрланган эритмани 20 граммали шприцга олинади ва 30—60 секунд ичида венага юборилади. Наркоз кўзгалиш босқичи юз бермагани ҳолда 2—3 минутдан кейин рўй беради. Оғриқни сезиш йўқолади, бемор ҳушидан кетади, бироқ кўз соққасининг ҳаракатлари сақланиб қолиб, бу — наркоз III босқичининг биринчи даражасига мос келади. Нафас олиш қийинлашиб қолишининг олдини олиш учун кислород беришни тартибга солинади. Наркоз ҳолатини қувватлаб туриш учун беморга вақти-вақти билан ўша эритмадан 2—3 мл юбориб турилади. Қорачиқларнинг кенгайиши дозани ошириб юборилганлигининг хавfli аломатидир. Препарат юбориш тўхтатилади, кофен ва лобелин юборилади. Зарурат бўлганда беморни бошқариладиган нафасга ўтказилади. Вена ичи наркози мускулларни бўшаштириш талаб этилмайдиган кичикроқ операцияларда мустақил равишда ёки интубацион наркоз олдидан дастлабки наркоз сифатида қўлланилади.

Тўғри ичак наркози кўпроқ болалар хирургиясида ўтказилади. Одатда 3% ли авертин ёки нарколан эритмасидан фойдаланилади. Наркоз қиладиган модданинг илитилган эритмаси олдиндан тозаланган тўғри ичакка катетер орқали юборилади. Бемор 15—20 минутдан сўнг ухлаб қолади ва уйку бир неча соатга чўзилади. Наркотик модда дозаси бемор массасининг ҳар 1 кг га 0,1 — 0,2 г ҳисобида белгиланади.

Оғриқсизлантиришнинг аралаш ва комбинация қилинган методлари. Ҳозир битта наркотик модда (масалан, эфир) қўлланиладиган соф наркоз, айни вақтда иккита ёки бир нечта моддалар (масалан, эфир ва азот (I)-оксид) аралашмаси юбориладиган аралаш наркоз ва моддалар ҳамда уларни юбориш

усуллари ўзгартириб туриладиган комбинация қилинган наркоз тафовут қилинади. Бунда аввал венага гексенал юборилади, уйқу бошлангандан сўнг эфир наркози берилади, бу—кatta дозадаги наркотик моддаларнинг салбий хоссаларини барта-раф этади ва уларнинг ижобий хоссаларини кучайтиради (потенциялайди).

Одатдаги наркозда мускулларнинг бўшашиши чуқур уйқу вақтидагина юз беради. Беморни чуқур ухлатиш талайгина миқдорда наркотик модда ишлатишни талаб этади, бу — организм учун бефарқ эмас, албатта. Бундан ташқари, бундай наркозни бошқариш ҳам бирмунча қийин. Шу муносабат билан комбинация қилинган оғриқсизлантиришда мускул релаксантлари кенг расм бўлди. Бу препаратлар скелет мускуллари нерв-мускул синапсларида қўзғалишнинг ўтишини тўхтатади, натижада улар бўшашади (миорелаксация). Мускулларнинг бўшашиши эса мураккаб операциялар учун гоаят муҳимдир. Бундан ташқари, миорелаксантлардан беморни интубация қилишни осонлаштириш, мустақил нафас олишини тўхтатиш учун фойдаланилади, бу бошқариладиган нафас олдиришда жуда муҳим (бемор мустақил нафас олмай, нафас анестезиолог томонидан наркоз аппаратининг нафас қопчиғи ёрдамида амалга оширилади).

Мускул релаксантлари (кураресимон препаратлар) қисқа (листенон, миорелаксин, дитилин ва бошқалар) ва узоқ муддат (тубокураринхлорид, дипладин ва бошқалар) таъсир қиладиган препаратларга бўлинади.

Ҳозирги вақтда мураккаб операцияларда, одатда, комбинация қилинган оғриқсизлантириш қўлланилади. Бу наркоз схемаси қуйидагича. Дастлабки наркозни юқорида айтиб ўтилган препаратларнинг бири билан вена ичи методида бажарилади. Беморга наркоз аппарат маскаси орқали кислород берилади, қисқа муддат таъсир қиладиган миорелаксант юборилади, беморни интубация қилинади, уни бошқариладиган нафас олишга ўтказилади, асосий наркотик модда (эфир, азот (I)-оксид, циклопропан ва бошқалар ёки уларнинг комбинацияси) ни, узоқ муддат таъсир қиладиган мускул релаксантлари уланади. Наркознинг бу тури оғриқсизлантиришнинг чуқурлиги ва давомли-лигини, қоннинг кислород билан тўйинишини, мускулларнинг бўшашишини ва шу кабиларни бошқариш учун жуда қулай.

Асоратлар кам кўрилади. Уларга нафас олишнинг қийинлашуви ва фалажланиши, бронхлар ва товуш бойламларининг спазми, рекураризация (операциядан сўнг бир оз вақт ўтгач мускулларнинг қайтадан бўшашиши ва актив нафас олишнинг тўхташи) киради. Бундай ҳолларда беморни қайтадан интубация қилинади, сунъий нафас олдирилади, мускул релаксантлари таъсирини тўхтатувчи моддалар: 2—3 мл 0,5% ли прозерин эритмаси, 70 мл дозадаги тонзилонни венага, 0,5—1 мл дозадаги

ниволин (гилантомин)нинг 1% ли эритмасини тери остига юборилади. Антidotлар юборишдан олдин венага 0,5 мл 0,1% ли атропин эритмаси қўйилади.

**Сунъий гипотермия.** Сунъий гипотермияда (совутиш) моддалар алмашинувишининг бирмунча пасайиши кузатилади, бу лоақал қисқа муддатга (3—4 минут) юрак тўхташи ва кўп қон йўқотиш билан боғлиқ бўлган айрим операцияларда ғоят муҳимдир. Температуранинг пасайиш даражасига қараб, муътадил (34—32°C гача совутиш), ўртача (31—28°C гача) ва чуқур (27—8°C гача) гипотермия фарқ қилинади.

**Методикаси.** Терморегуляция қиладиган механизмларни тўхтатиш учун медикаментоз тайёргарлик ўтказилгандан сўнг (2 мл 2,5% ли аминазин эритмаси, 4 мл 0,5% ли этизин эритмаси, 2 мл 2,5% ли дипразин эритмаси, 2 мл 2% ли промедол эритмаси) комбинация қилинган наркоз ўтказилиб, беморни муздай сув қўйилган ваннага туширилади ёки бемор атрофига муз солинган халтачалар қўйиб чиқилади. Операциядан сўнг беморни иссиқ ваннада (сув температураси 40—45°C) ёки иссиқ грелкалар билан иситилади. Қатор ҳолларда фақат маҳаллий гипотермия қўлланилади: (бошния махсус аппаратда совутилади — краиногипотермия).

**Сунъий қон айланиши.** Юракни 15—20 минутга тўхтатиш талаб этиладиган юрак операцияларида сунъий қон айланиши қўлланилади. Бунинг учун АИК деб ном олган аппарат ишлатилади. Бу аппаратнинг ишлаш принципи шунга асосланганки, юрак иши тўхтатилиб ва айланиб юрадиган қонни сунъий ўпка (оксигенатор) воситасида кислород билан тўйинтириб, организмда (насослар ёрдамида) сунъий қон айланиши таъминланади. Юрак ишини кўпроқ муддатга тўхтатиб қўйиш талаб этиладиган ўта травматик операцияларда сунъий қон айланиши билан бирга гипотермия қилинади.

## МАҲАЛЛИЙ ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ ВА УНИНГ ТУРЛАРИ

Маҳаллий оғриқсизлантириш (анестезия) деганда беморнинг эс-ҳуши сақлаб қолингани ҳолда операция майдон соҳасидагина оғриқ сезувчанликни йўқотиш тушунилади.

Ҳозирги вақтда хирургия практикасида маҳаллий оғриқсизлантиришнинг қуйидаги турлари фарқ қилинади: 1) дори суртиб анестезия қилиш; 2) инфилтрацион анестезия, 3) футляр (ниқоб) анестезияси; 4) регионар анестезия; 5) вена ичи ва артерия анестезияси; 6) суяк ичи анестезияси; 7) совутиш билан анестезия қилиш; 8) перидурал анестезия; 9) орқа мия анестезияси.

Маҳаллий анестезия амалий жиҳатдан хавфсизлиги туфайли хирургияда кенг қўлланиладиган бўлди. Оғриқсизлантиришнинг бу тури асосан кичик операцияларда (аппендэктомия, чуррани кесиш ва ҳоказо) қўлланилади, бироқ етарлича маҳака бўлганда маҳаллий анестезияда катта операцияларни ҳам бажариш

мумкин. Операцияларнинг қарийб 80 проценти маҳаллий оф-риқсизлантириш усулида қилинади.

Маҳаллий анестезия учун нисбатан хавфсиз ва кам токсин-ли новокаин кенг қўлланиладиган бўлди. Новокаин 0,25—0,5% ли эритма ҳолида ва камроқ ҳолларда ўтказувчи йўллар анесте-зияси учун бирмунча юқори концентрацияда (1—2% ли эрит-маси) ишлатилади. Стерил эритмаси операция хонасидан олдин-ги хонада сақланади. Новокаин эритмаси солинган флаконга «Новокаин эритмаси» деб ёзилган этикетка ёпиштирилиб, унда концентрацияси ва тайёрланган вақти кўрсатилади. Новокаин-дан фойдаланишда операцион медицина ҳамшираси ва врач этикеткани албатта текшириб, унинг бошқа модда эмас, балки новокаин эканлигига ишонч ҳосил қилишлари керак.

Маҳаллий анестезия учун шприцлар, игналар ва новокаин учун идиш бўлиши зарур. Шприц ва игналарни дистилланган сувда бошқа инструментлардан алоҳида стериллаш лозим, чун-ки одатда ҳамма инструментлар стерилизация қилинадиган сода эритмаси новокаинни инактивация қилади.

Маҳаллий анестезияда асоратлар жуда камдан-кам рўй бе-ради. Новокаинга сезувчанлиги юқори бўлган айрим беморлар-да новокаиндан заҳарланишнинг клиник манзараси наноён бўла-ди: боши айланади, ҳолсизланади, кўнгли айнийди, тери ва кўринадиган шиллиқ пардалар бўзаради, томюр уриши тез, тўлиқлиги суст бўлади. Бирмунча оғир заҳарланишларда безов-таланиш, қўзғалиш, қўрқув сезгиси, галлюцинациялар, қусиш кузатилади. Тегишли клиник манзара пайдо бўлганда анесте-зияни тўхтатиш, беморга амилнитрит буғларини ҳидлатиш (пах-та бўлакчасига 5 томчи), 1—2 мл 20% ли кофеин эритмаси, 1 мл 1% ли димедрол эритмасини инъекция қилиш зарур. Бар-битурат кислота препаратларидан бирини; 5—10 мл 2% ли тиопентал-натрий эритмасини венага юбориш ёки 2—3 мл 10% ли барбитал-натрий эритмасини ёки 0,1 г люминал ичириш ёки 5—10 мл 5% ли барбамил эритмасини тери-остиға ёки 5—10 мл 5% ли этаминал-натрий эритмасини венага юбориш мақсадга мувофиқ. Қислородли ингаляциялар буюриш муҳимдир.

Новокаиндан ташқари, маҳаллий анестезия учун бенкаин 0,5%, 1% ва 2% ли эритмалар ҳолида (стоматология практика-сида), тримекан (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 инфиль-трацион анестезия учун, 1—2% ли эритмаси ўтказувчи йўллар ва орқа мия анестезияси учун), совкаин (1% ли эритмаси орқа мия анестезияси учун), дикаин (0,3% ли эритмаси перидурал анестезия учун, 2—3% ли эритмаси суртиб анестезиялаш учун) қўлланилади.

Сақлаш: А рўйхат (совкаин, дикаин), Б рўйхат бошқа анес-тетиклар.

Суртиш ва намлаш йўли билан анестезиялаш. Қўа касаллик-

лари практикасида, урологияда, оториноларингологияда, бронхологияда ва бошқаларда қўлланилади. Оғриқ сезгисини йўқотиш зарур бўлган тўқима соҳаларини 1—10% ли новокаин эритмаси, 1—3 % ли дикаин эритмаси ёки 0,1% ли совкаин эритмасига ҳўлланган тампон билан артилади ёки намланади. Шиллиқ парданинг катта қисмига айниқса дикаин ва совкаин каби анестетикларни суртиш заҳарланиш эҳтимоли борлигидан хавфлидир.

**Инфильтрацион анестезия.** Бу метод операцион зонадаги ҳамма тўқималарга анестезия қиладиган эритмани қаватма-қават қилиб шимдиришдан иборат. Бу мақсад учун одатда 0,25—0,5% ли новокаин эритмаси ишлатилади. Анестезиянинг бу тури А. В. Вишневский томонидан батафсил ишлаб чиқилган. Сурилувчи инфилтрат методи билан анестезия қилиш қўйидагичадир. Қесма чизиғи бўйлаб терини ингичка игна билан «лимон пўсти» кўринишида анестезия қилинади, сўнгра йўғонроқ ва узунроқ игна билан бирмунча чуқур тўқималар инфилтрация қилинади. Инфильтрация аста-секин қаватма-қават, тўқималар кесилган сайин ўтказилиши мумкин. Қорин ёки кўкрак бўшлиғидаги операцияда париетал қорин пардаси ёки плеврани анестезия қилиш шарт.

**Футляр анестезия.** Оғриқсизлантиришнинг бу турини А. В. Вишневский ишлаб чиққан. Оёқ-қўллардаги операцияларда қўлланилади. Қесма 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 тузилмалари билан бирикади ва оғриқсизлантирувчи таъсир вужудга келтиради. Оғриқсизлантиришнинг бу тури оёқ-қўлни ампутация қилишда кенг қўлланилади. Асоратлари: жгут тез ечиб олинганда новокаин интоксикацияси юз бериши эҳтимол. Профилактикаси жгутни аста-секин ечиш, давоси — юқорида айтиб ўтилган антидотларни ишлатишдан иборат.

**Ўтказувчи йўллар анестезияси.** Новокаин эритмасини бевосита нервга ёки уни ўраб турган тўқималарга юборишга асосланган. Шу мақсадда 10—20 мл миқдордаги 1—2% ли новокаин эритмаси қўлланилади. Оғриқсизлантиришнинг бу тури бармоқлардаги операцияларда (Лукашевич усулида ўтказувчан анестезия) ва қўлдаги операцияларда (Куленкамф усулида ўтказувчан анестезия) кенг ишлатилади. Асоратларидан нерв шикастланиши кузатилади. Давоси: прозерин, дибазол, электр билан қилинадиган муолажалар.

**Вена ичи ва артерия ичи анестезияси.** Анестезиянинг бу тури қўйидагича ўтказилади. Оёқ ёки қўл қонсизлантирилгандан сўнг ўша заҳоти эластик бинт билан операция майдонининг юқори чегараси устида веноз жгут қўйилади. Пункция йўли билан ёки томир ажратилгандан сўнг ўткир усулда томирга новокаин

эритмаси юборилади. Қўл учун 60—80 мл, оёқ учун 100—200 мл 0,25—0,5% ли новокаин эритмаси талаб қилинади. Оғриқсизлантиришнинг бу тури оёқ - қўллардаги операцияларда қўлланилади. Новокаинга антибиотиклар қўшилганда бундай оғриқсизлантириш оёқ - қўллардаги турли хил яллиғланиш процессларини даволашда амалга оширилади. Жгут тез ечиб олинганда новокаин интоксикацияси юз бериши мумкин. Бу асоратнинг олдини олиш мақсадида жгут аста-секин ечилади. Асоратларини даволаш учун 62-бетда айтиб ўтилган антидотлар юборилади.

Суяк ичи анестезияси вена ичи анестезиясининг бир тури ҳисобланади. Аввал жгут қўйилади, сўнгра суякнинг (товон суяги, сон суяги дўнглари, катта болдир суягининг устки метафизи, билак ва тирсак суякларининг бошчаси) ғовак моддасига новокаин эритмаси юборилади. Новокаин эритмасининг миқдори ва концентрацияси анестезиянинг бундан олдинги туридаги кабидир. Оғриқсизлантиришнинг бу тури ортопедияда ва травматологияда таянч - ҳаракат апаратидаги операцияларда кенг қўлланиладиган бўлди. Асоратлари бундан олдинги методдаги сингари; профилактикаси ва давоси ҳам шундай.

Совутиб анестезия қилиш. Шу мақсадда хлорэтил оқимини оғриқсизлантириш керак бўлган тўқималар соҳасига йўналтирилган. Хлорэтил буғланганда температура кескин пасаяди. Мана шу совутиш оғриқсизлантирувчи таъсирни келтириб чиқаради. Оғриқсизлантириш фақат тўқиманинг юзасида, хусусан терида юз беради. Кичикроқ операцияларда, масалан юза жойлашган йўринглаган соҳани кесишда қўлланилади.

Перидурал анестезия. Оғриқсизлантиришнинг бу турида анестезия қиладиган моддани орқа мия анестезиясидаги каби субарахноидал бўшлиққа эмас, балки перидурал бўшлиққа юборилади. Қаттиқ мия пардасини тешилмайди. Анестезия қиладиган модда сифатида 3:1000 физиологик эритмадаги дикаин эритмаси (20—30 мл), 1% ли тримекаин эритмаси (20—30 мл) ёки 1% ли лидокаин эритмасидан (20—30 мл) фойдаланилади. Орқа мия анестезиясига қараганда оғриқсизлантиришнинг бу турида хавф-хатар кам бўлади. Оғриқсизлантирувчи таъсирни 4—5 соатга чўзилади. Ҳозирги вақтда узоқ давом қиладиган перидурал анестезия қўлланилади. Оғриқсизлантиришнинг бу тури торакал операциялардан сўнг беморларда оғриқни йўқотишда қўлланилади.

Орқа мия анестезияси. Оғриқсизлантиришнинг бу турида анестезия қиладиган моддани орқа миянинг субарахноидал бўшлиғига юборилади. Орқа мия суюқлиғи билан аралашиб, орқа мия нервлари илдизларини намлайди, натижада оғриқсизлантирувчи таъсир вужудга келади. Анестезия қиладиган модда юборилган жойнинг пастидида оғриқсизланиш юзага келади. Анестезия учун 1—2 мл дозада 5% ли новокаин эритмаси, 0,5—1 мл дозада 1% ли совкаин эритмаси, 1—2 мл дозада 2% ли триме-

каи эритмаси, 1—2 мл дозада 2% ли лидокаи эритмаси қўланилади. Анестезия бошлангандан сўнг сезувчанликнинг ҳамма турлари (оғриқ, тактил, температурани сезиш) йўқолади. Орқа мия анестезияси артериал босимни бирмунча тушириб юбориши мумкинлигини унутмаслик зарур. Анестезияни беморни ўтқазиб ёки ёнбошлатиб ётқизиб қўйган ҳолатда чиқиб турган елкасига мандренли махсус Бир игнаси ёрдамида қилинади. Препарат юборилгандан сўнг беморни чалқанча ётқизилади. Бошини баландроқ кўтариб қўйилади. 10—15 минутдан кейин анестезия юз беради. Новокаи ишлатилганда анестезия тахминан 1—1½ соат, совкаи, тримекаи, лидокаи ишлатилганда 2½ соатга чўзилади. Орқа мия анестезиясида қорин бўшлиғи, кичик чаноқ органлари ва оёқларда турли хил операцияларни ўтказиш мумкин. Қўйдаги асоратлар кузатилиши эҳтимол: 1) пункция вақтида игна учи сезувчан нерв илдизига тегиб кетганда қаттиқ оғриқ пайдо бўлиши; 2) артериал босим пасайиб кетиб, ҳатто коллапс рўй бериши ҳам мумкин. Асоратларига 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 температура бир оз кўтарилади, беморнинг кўнгли айниди, қусади, боши оғрийди, сийдиги тутилади. Бундай ҳолларда симптоматик даво қилинади.

#### **АНЕСТЕЗИСТ ҲАМШИРА ИШИНING ХУСУСИЯТЛАРИ ВА БЕМОРЛАРНИ НАРКОЗДАН КЕЙИН ПАРВАРИШ ҚИЛИШ**

Анестезист медицина ҳамшираси қўйдаги вазифаларни бажаради:

1) анестезиолог-врач буюрган медикаментоз тайёргарликни бажаради;

2) наркозга анестезиологик аппаратура, шунингдек инструментлар, медикаментлар, наркотик воситалар, кислород ва шу кабиларни тайёрлайди;

3) наркоздан сўнг инструментлар ва аппаратларни тозалайди ҳамда дезинфекция қилади;

4) беморни наркозга ўз вақтида етказиш ва уни операцион столга ётқизиш устидан назорат қилади;

5) наркоз даврининг бошидан охиригача бемор уйғониб бўлгунга қадар анестезиолог-врачга доимо ёрдам бериб туради;

6) операция вақтида наркоз картасига (15-расм) пульс, нафас, артериал босим ва бошқа кўрсаткичларни ёзиб боради;

7) операция қилинган беморни операция хонасидан операцион палатага транспортировка қилиш устидан кузатади ва анестезиолог-врач кўрсатмаси бўйича кейинчалик унга қараб туради.



Муҳолимаҳои табиқӣ  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Баҳал-маҳалла \_\_\_\_\_

Автомобил \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дастнабави нақша  
континент ҳиммати  
2X - 100

Шумоли пардалар ома  
таъини ба рақам, ба  
қаралав 7X АУ рақам  
ҳақиқати - 2,0 (қаралав)

Асоси нақша  
N<sub>2</sub>O - G<sub>1</sub>

Қўлуқча соҳибдорлиги  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Қаралав (1:100) \_\_\_\_\_

Автомобил (1:100) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

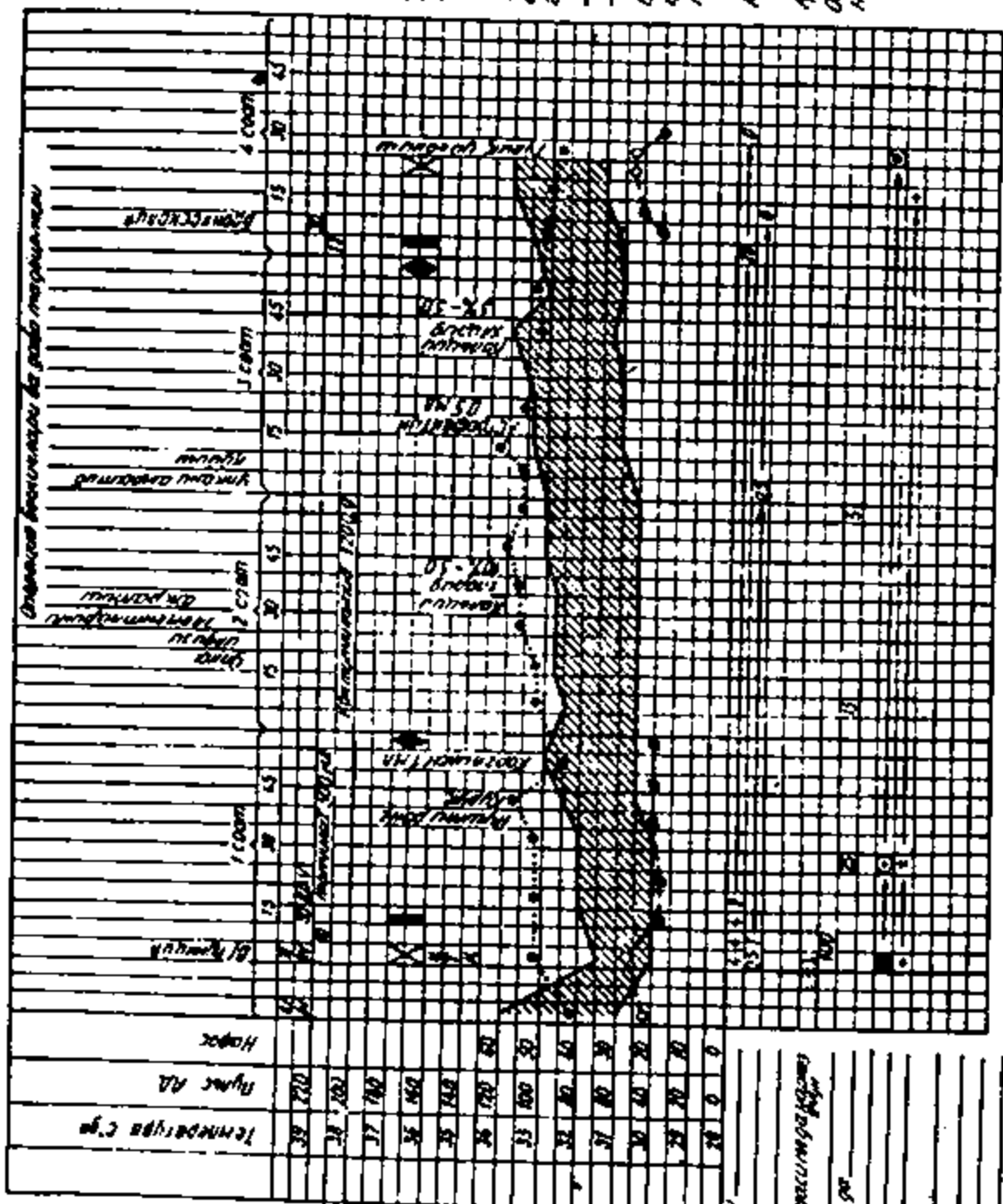
\_\_\_\_\_

Қаралав \_\_\_\_\_

Қўлуқча \_\_\_\_\_

А.Б. 012 202 № 11 Б 2168

Бирозатаълим қилганим  
Принсип А.М. қилганим  
Олимпиада 7/19 82' чил тарихи  
таълим қўлуқча қилганим



- Пункт
- Асосий нуқта
- Нуқтаи нақша
- Асосий нуқта
- Бошқариш нуқта
- Бошқариш нуқта
- Пункт
- Асосий нуқта
- Нуқтаи нақша
- Асосий нуқта
- Нуқтаи нақша
- Асосий нуқта

Бошқариш нуқтаи, рақами бо  
ном (75, 80, 85, 90), қаралав

Бошқариш нуқтаи, рақами бо  
ном (75, 80, 85, 90), қаралав

Бошқариш нуқтаи, рақами бо  
ном (75, 80, 85, 90), қаралав

Бошқариш нуқтаи, рақами бо  
ном (75, 80, 85, 90), қаралав

Бошқариш нуқтаи, рақами бо  
ном (75, 80, 85, 90), қаралав

Бошқариш нуқтаи, рақами бо  
ном (75, 80, 85, 90), қаралав

Бошқариш нуқтаи, рақами бо  
ном (75, 80, 85, 90), қаралав

Бошқариш нуқтаи, рақами бо  
ном (75, 80, 85, 90), қаралав

Бошқариш нуқтаи, рақами бо  
ном (75, 80, 85, 90), қаралав

Бошқариш нуқтаи, рақами бо  
ном (75, 80, 85, 90), қаралав

Бошқариш нуқтаи, рақами бо  
ном (75, 80, 85, 90), қаралав

Бошқариш нуқтаи, рақами бо  
ном (75, 80, 85, 90), қаралав

Бошқариш нуқтаи, рақами бо  
ном (75, 80, 85, 90), қаралав

15-расм. Наркоз қарташ,

Анестезист ҳамшира анестезиолог-врач рухсатсиз операция хонасидан ҳеч қаерга чиқиб кетмаслиги шарт;

8) оғриқсизлантиришга сарфланган препаратларнинг ҳисобини олиб боради, уларни дорихонадан ўз вақтида ёздириб олади;

9) анестезиология асосларини билиши, зарурат бўлганда маска наркоз бера олиши ва бошқариладиган нафасга ўткази олиши керак.

Операциядан сўнг дастлабки кунларда анестезиолог-врач ва анестезист-ҳамшира беморнинг аҳволидан «кўз қулоқ» бўлиб туради. Функционал каравотни олдиндан тегишли ҳолатда ўрнатиб қўйилади. Грелкалар, намланган кислород учун аппарат, томизгичлар учун таглик, аспиратор, тонометр билан фонендоскоп, стерил шприцлар, реанимацион тадбирлар учун зарур бўлган дори воситалар тўплами, салфеткалар, оғиз кенгайтиргич (роторасширитель) тил тутгич (языкодержатель), воздуховод, ларингоскоп, интубацион найчалар, сунъий нафас олдириш аппарати, трахеостома ҳосил қилиш учун набор, артериялар ичига қон ҳайдаш учун система, дефибриллятор тайёрлаб қўйилади. Одатдаги операциялардан сўнг беморни ёстиқсиз чалқанча ётқизилади. Оёғига грелкалар қўйилади, намланган кислород беришни йўлга солинади, қон ёки қон ўрнини босадиган суюқлик солинган томизгични ўрнатади. Пульс, нафас, терининг ранги кузатиб борилади, артериал босим ўлчанади. Бу маълумотларнинг ҳаммаси махсус картага ёзиб қўйилади. Бемор ҳолатига қараб бу маълумотлар 15, 30 ёки 60 минутдан сўнг ёзиб борилади. Анестезист ҳамшира барча ўзгаришлар ҳақида анестезиологга хабар қилиб туриши керак. У беморни бир зум ҳам ёлғиз қолдирмаслиги шарт.

## ХИРУРГИК ОПЕРАЦИЯ. ОПЕРАЦИЯДАН ОЛДИНГИ ВА КЕЙИНГИ ДАВРЛАР. БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШНИНГ АСОСИЙ ПРИНЦИПЛАРИ

### ХИРУРГИК ОПЕРАЦИЯ ТУҒРИСИДА ТУШУНЧА

Хирургик иш асосини бирор касаллик сабабли операция қилиш ташкил этади. Операциялар ўз навбатида қонли ва қонсиз деб ном олган иккита группага бўлинади. Операциянинг қонли тури деганда тўқималарни кесиш, кесилган тўқималардан қон оқишини тўхтатиш, тўқималарни бириктиришда чок қўйиш ва операциянинг характериға кўра бошқа муолажаларни бажариш тушунилади. Хирургик операциянинг иккинчи тури тўқималарни кесиш билан боғлиқ бўлмаган ва қон оқмайдиган хирургик муолажаларни бажаришдир. Чиққан суякларни жойинга солиш, суяк синиқларини ўз ўрниға қўйиш шундай операция тадбирлари қаториға кирди. Операциянинг иккала турида, айниқса қонли операцияларда операциядан кейинги даврда инфекциянинг олдини олишға, яхши оғриқсизлантиришға ва кесилган тўқималардан қон оқишини қунт билан тўхтатишға қаратилган профилактик тадбирлар комплексини амалға ошириш кўзда тутилади.

Беморнинг операция столидаги вазияти. Бемор кўпинча чалқанча горизонтал вазиятда ётади. Бу вазият меъда-ичак йўллари, кўкрак қафаси, оёқ-қўллардаги кўп операциялар учун қулай. Беморни чойшаб ёзилган қаттиқ резина тўшакка, яъни операцион столға ётқизилади, бошиға клеёнка ёстиқ қўйилади. Беморни албатта фиксация қилинади (боғлаб қўйилади). Одатда оёғининг тиззасидан юқори қисминини махсус тасма ёки чойшаб билан боғланади. Бир қўлини боғланади, иккинчисини эса боғламай, ундан пульсни текшириб турилади. Беморнинг беҳосдан ҳаракатлар қилишиға йўл қўймаслик ва айниқса унинг наркоз вақтида йиқилиб тушмаслиги учун боғлаб қўйиш шарт. Беморнинг боши тепасиға махсус равоқ ўрнатилиб, унга стерил чойшаб тортиб қўйилади; бу мослама беморнинг нафас йўлларинини операцион жароҳатдан тўсиб туради.

Бўйинда қилинадиган операцияларда (трахеостомия, қалқонсимон безни кесиш ва ҳоказо) бемор чалқанча ётади. Елкалари тагига болишча қўйилиб, бошинини орқаға энгаштириб ётқизилади.

Меъда, меъда ости бези, жигар, ўт йўлларидаги операция-

ларда белга болишча ёки операцион столда бўладиган махсус мосламани суриб қўйилади. Сут безини олиб ташлашда беморни хиёл ёнбошига бурилади ва қўлини тўғри бурчак остида кўтарилади.

Беморни ёнбошига ётқизиш. Бу вазият кўкрак қафаси органларидаги операцияларда талаб қилинади. Беморнинг қўлини махсус тиргакка боғланади. Гавдасининг юқори бўлимини баландроқ қилиб қўйилади. Ёнбошга ётқизиш вазиятида буйраклардаги операциялар бажарилади. Бундай ҳолларда белга болишча қўйилади, устки оёқни тизза ва чаноқ-сон бўғимларида букилади, столга тегиб турган иккинчи оёқни эса узатилади.

Юз тубан ётиш вазияти умуртқа поғонаси, калла суягининг орқа чуқурчаси, думба ва бошқа органлардаги операцияларда қўлланилади. Беморнинг бошини махсус тагликка маҳкамланади ёки четга буриб қўйилади.

Бош томонни пастга тушириб қўйиладиган вазият (Тренделенбург вазияти) кичик чаноқ органларидаги операцияларда қўлланилади. Бундай ҳолатда ичак қорининг юқори бўлимига сурилади ва операцион майдонни беркитиб қўймайди. Стол 45° гача қиялатилади. Столнинг оёқ секциясини букилади ва унга бемор оёғини боғлаб қўйилади.

Оралик (гинекологик) вазият. Бемор оралик, орқа чиқарув тешиги, қинда бажариладиган операцияларда шу вазиятда ётади. Бу вазиятда беморнинг думбаси столнинг чеккасида бўлиб, оёқларини кўтарилади ва кериб, махсус тиргакка қўйилади.

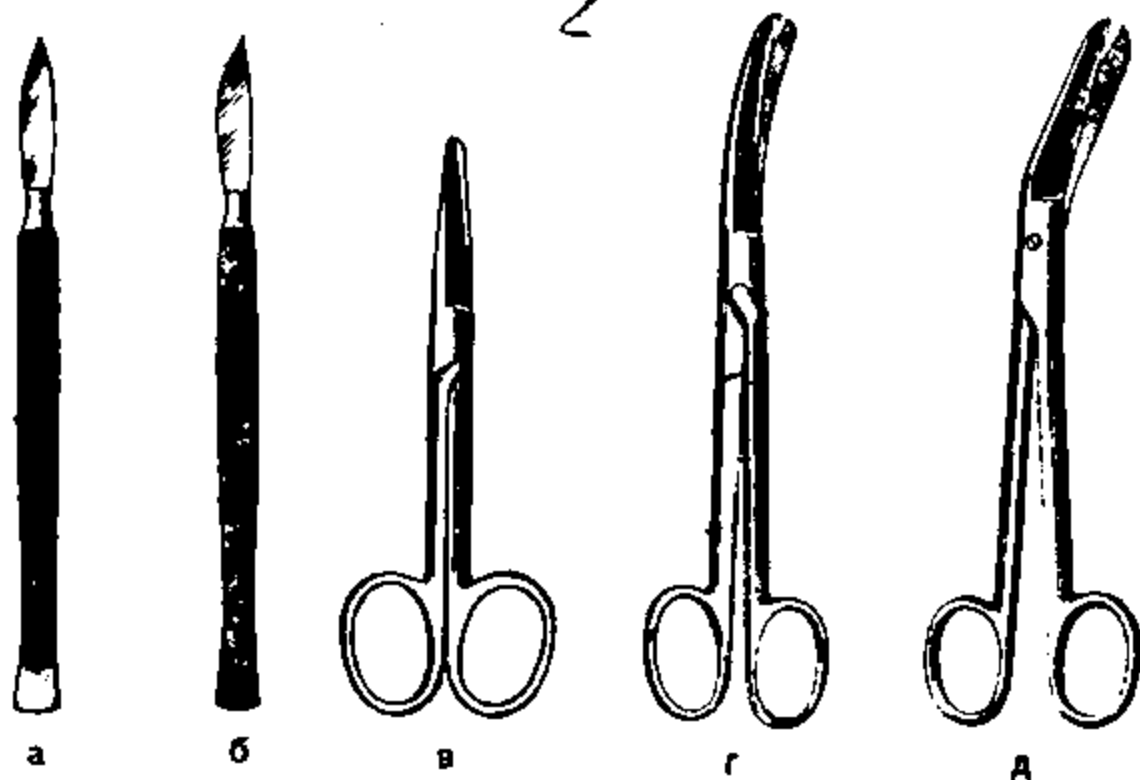
Операция вақтида операция бригадаси аъзоларининг турадиган жойи. Операциянинг тури ва операция бригадаси аъзоларининг сонига қараб уларнинг жойи ўзгариб туриши мумкин. Одатда қорин бўшлиғи органларидаги операцияларда хирург беморнинг ўнг томонида, биринчи ассистент унга қарама-қарши томонда, иккинчи ассистент хирургнинг чап томонида, учинчиси ўнг томонида туради.

Бемор ёнбоши билан ётадиган кўкрак қафаси органларидаги операцияларда хирург беморнинг орқа томонида туради, ассистентларнинг жойи юқорида кўрсатилгани кабидир. Операция бригадаси операциянинг характерига кўра операцияни имкон борича қулай ўтказишга ёрдам берадиган жойни танлаб туради. Операцион медицина ҳамшираси ўз столчаси билан одатда операцион столнинг оёқ томонида хирургга инструментларни узатишга қулай масофада туради. Анестезиология бригадаси операцион столнинг бош томонида туради.

Хирургик асбоблар. Операциялар учун ишлатиладиган асбоблар (инструментлар) иккита катта группага: 1) деярли ҳамма операцияларда ишлатиладиган умумий асбобларга (тўқималарни кесиш учун асбоблар, қўшимча асбоблар — пинцетлар, илмоқлар, зондлар, цапкалар, корнцанглар; жароҳатдан

қон оқишини тўхтатиш учун асбоблар, тўқималарни бириктириш учун асбоблар); 2) операцияларнинг айрим турларидагина фойдаланиладиган махсус асбоблар (суяклар учун, нейрохирургик, урологик ва ҳоказо) га бўлинади. Медицина саноати асбобларнинг тайёр тўпламларини: катта ва кичик операция тўпламлар, шунингдек яра боғлаш тўпламларини чиқаради. Қуйида энг кўп ишлатиладиган асбоблар санаб ўтилади.

Тўқималарни ажратадиган (кесадиган) асбоблар; а) учи ўткир скальпель; б) қоринчали скальпель; в) учи ўткир тўғри қайчи; г) Купер қайчиси; д) томирлар учун ишлатиладиган қайчи (16-расм).



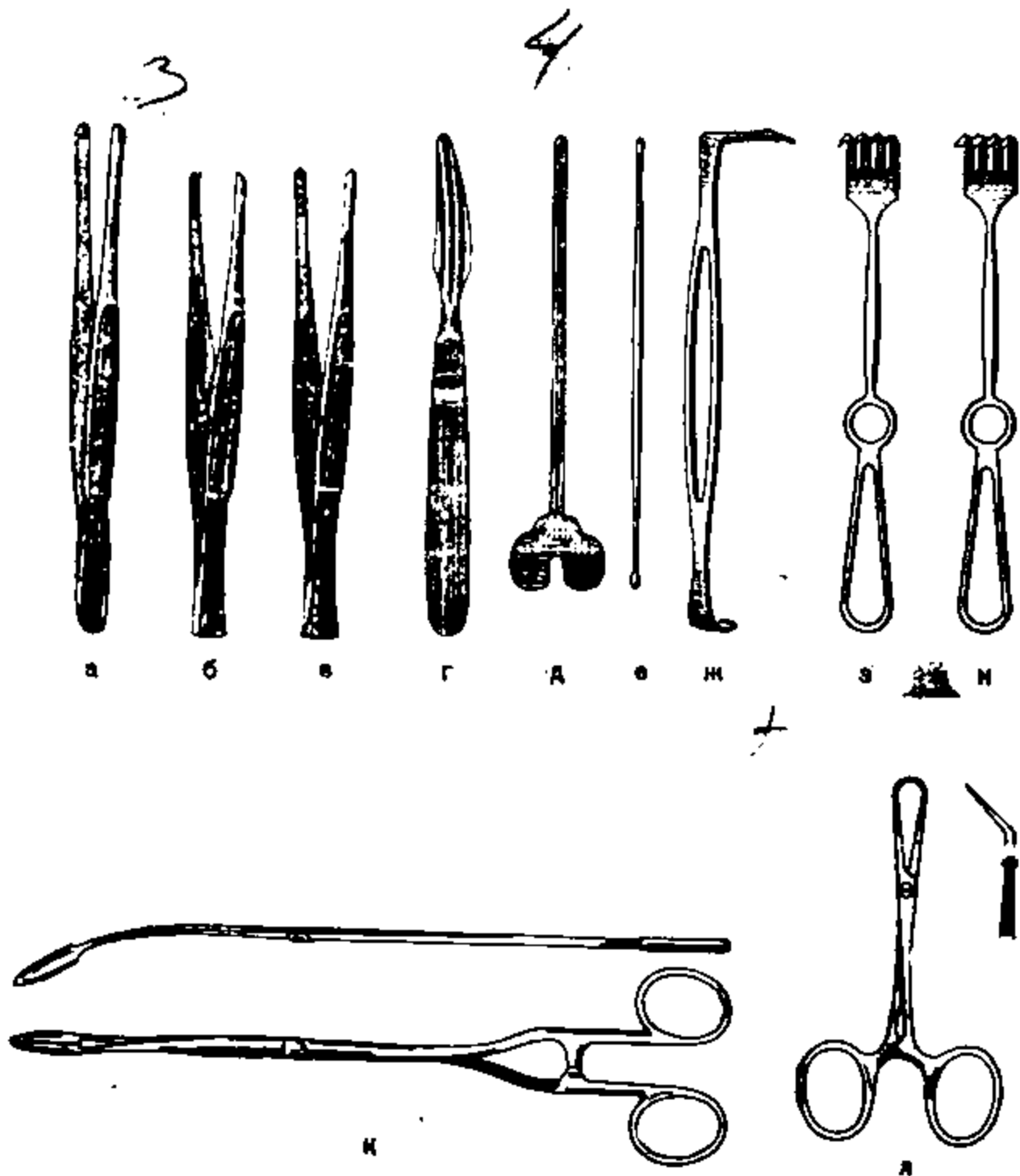
16-расм. Тўқималарни ажратадиган (кесадиган) инструментлар.  
Изоҳи текстда.

Қўшимча асбоблар (17-расм): а) тишсимон пинцет; б) хирургик пинцет; в) анатомик пинцет; г) Кохер зонди; д) тарновсимон зонд; е) тугмасимон зонд; ж) Фарабеф илмоғи; з, и) бир ва кўп тишчали илмоқлар; к) корнцанг; л) цапкалар.

Қон тўхтатувчи қисқичлар ва лигатура игналари (18-расм): а) Кохер қисқичи; б) Бильрот қисқичи; в) «чивин» типдаги қисқич; г) Дешан игнаси (ўнг ва чап игналар); д) комбинация қилинган игна.

Тўқималарни бириктириш учун қўлланиладиган асбоблар (19-расм): а) Гегар игна тутғичи; б, в) ичак игналари (юмалоқ); г, д) кесадиган (уч қиррали) игналар; е) атраватик игналар; ж) Мишель скрепкасини қўйиш учун тўплам.

Шприцлар (20-расм): а) Жане шприци; б) «Рекорд» шприци.  
Қорин бўшлиғи органларидаги операциялар



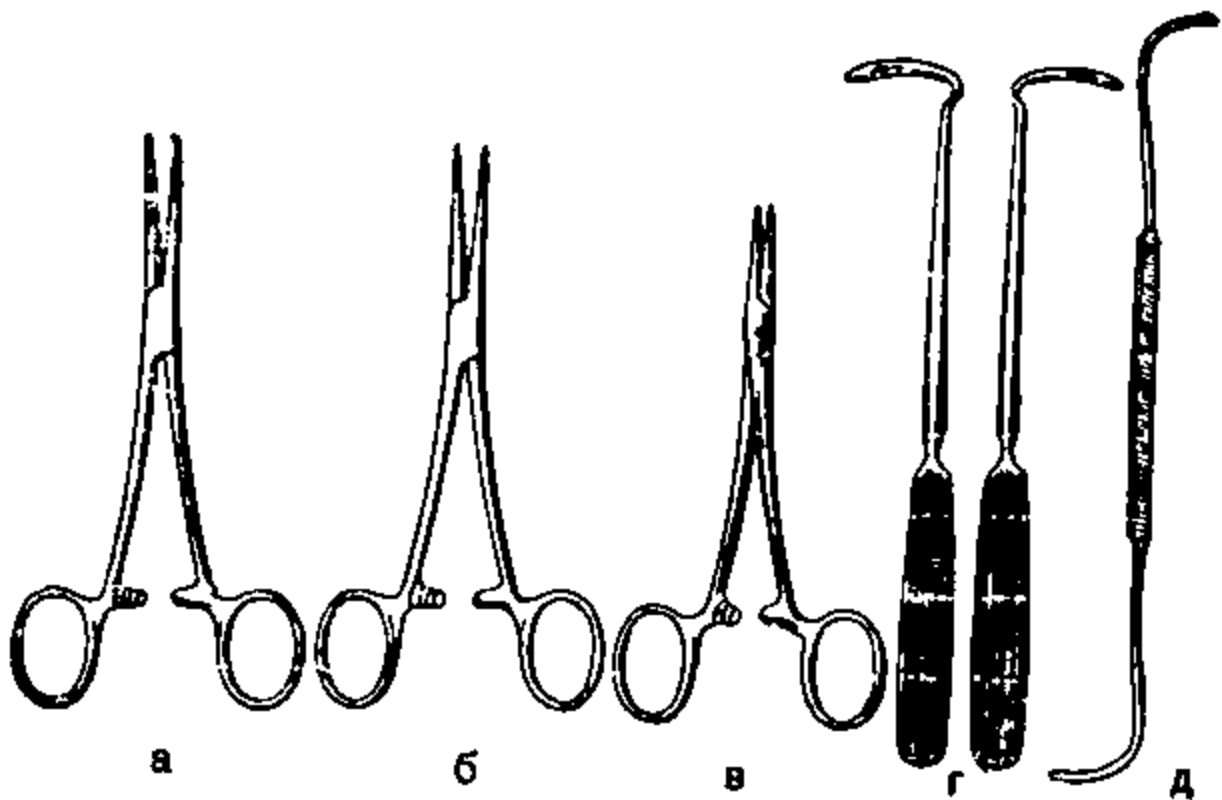
17-р а с м. Қўшимча инструментлар. Изоҳи текстда.

учун асбоблар (21-расм): 1) Госсе жароҳат кергичи; 2) Микулич жароҳат кергичи; 3) жигар ойналари; 4) қорин кўзгуси; 5) троакар; 6) Реверден шпатели; 7) ичакнинг юмшоқ жомлари; 8) ичакнинг эзувчи жомлари; 9) Пайер жоми.

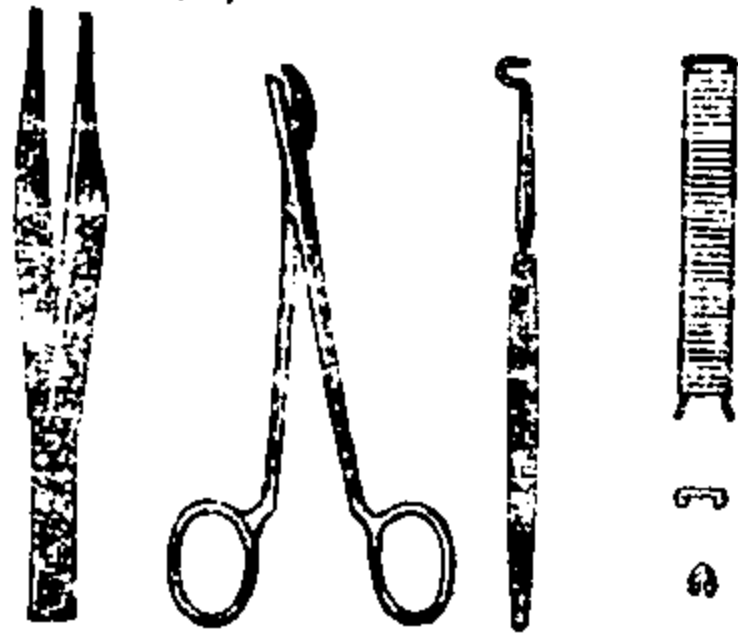
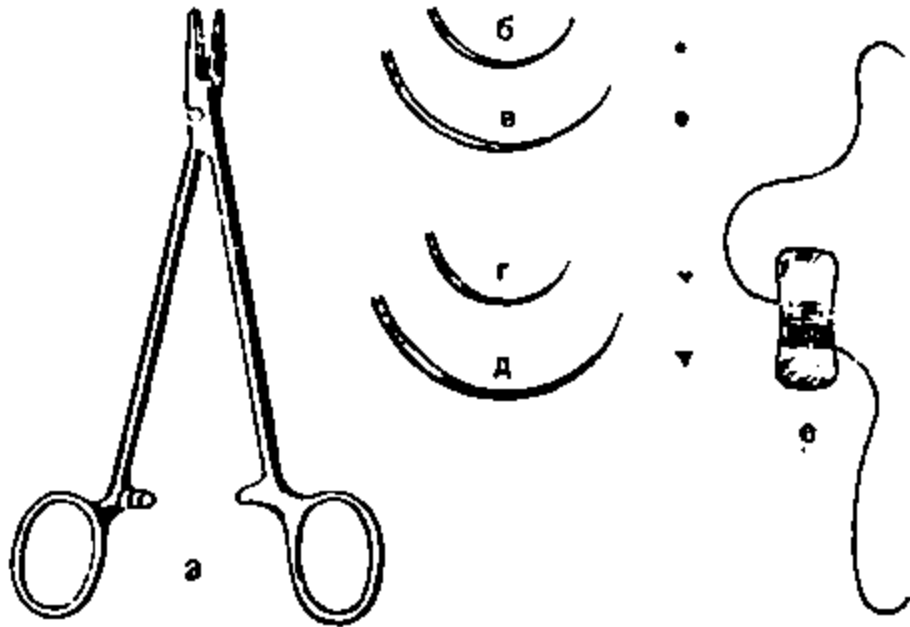
Суюқлардаги операциялар учун асбоблар (22-расм): 1) Фарабеф распатори (тўғриси, учи қайрилгани); 2) ясси па тарновсимон исканә; 3) остеотом; 4) болғачалар (металл ва ёғочдан ясалган); 5) ёйсимон арра; 6) Жиглининг сим арраси; 7) Ольвенинг фиксацион қисқичи; 8) Фарабефнинг фиксацион қисқичи; 9) Люэр кусачкаси; 10) Листон қисқичи.

Оёқ-қўллардаги операцияларда ишлатиладиган асбоблар (23-расм): 1—3) ампутацион пичоқлар (катта, ўрта, кичик); 4) икки томони ўткир пичоқ; 5) фаланга пичоғи; 6) резекцион пичоқ; 7) скальпель; 8) ретрактор.

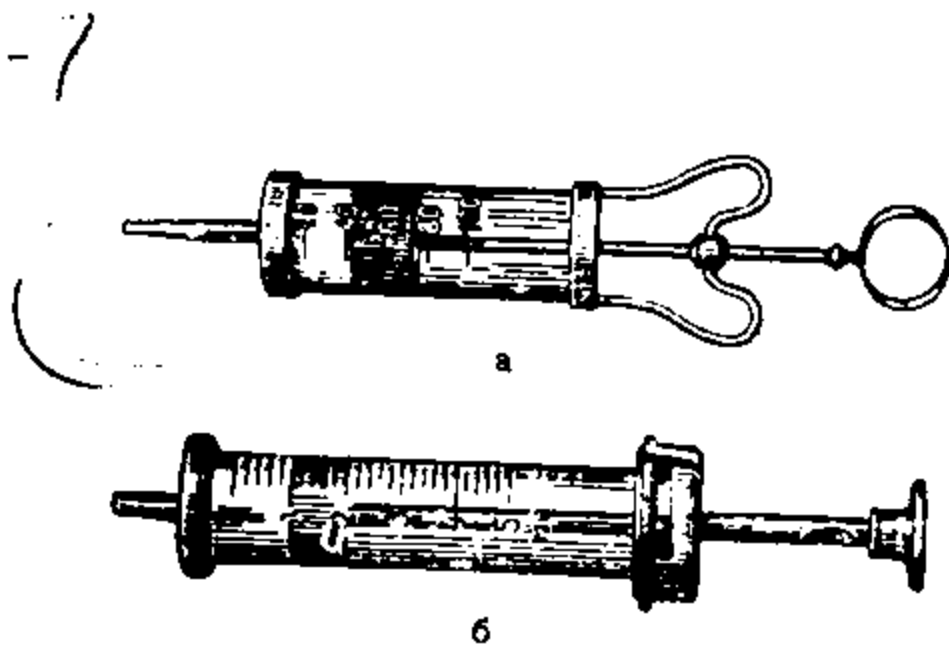
Трахеостомия учун асбоблар (24-расм): 1) тра-



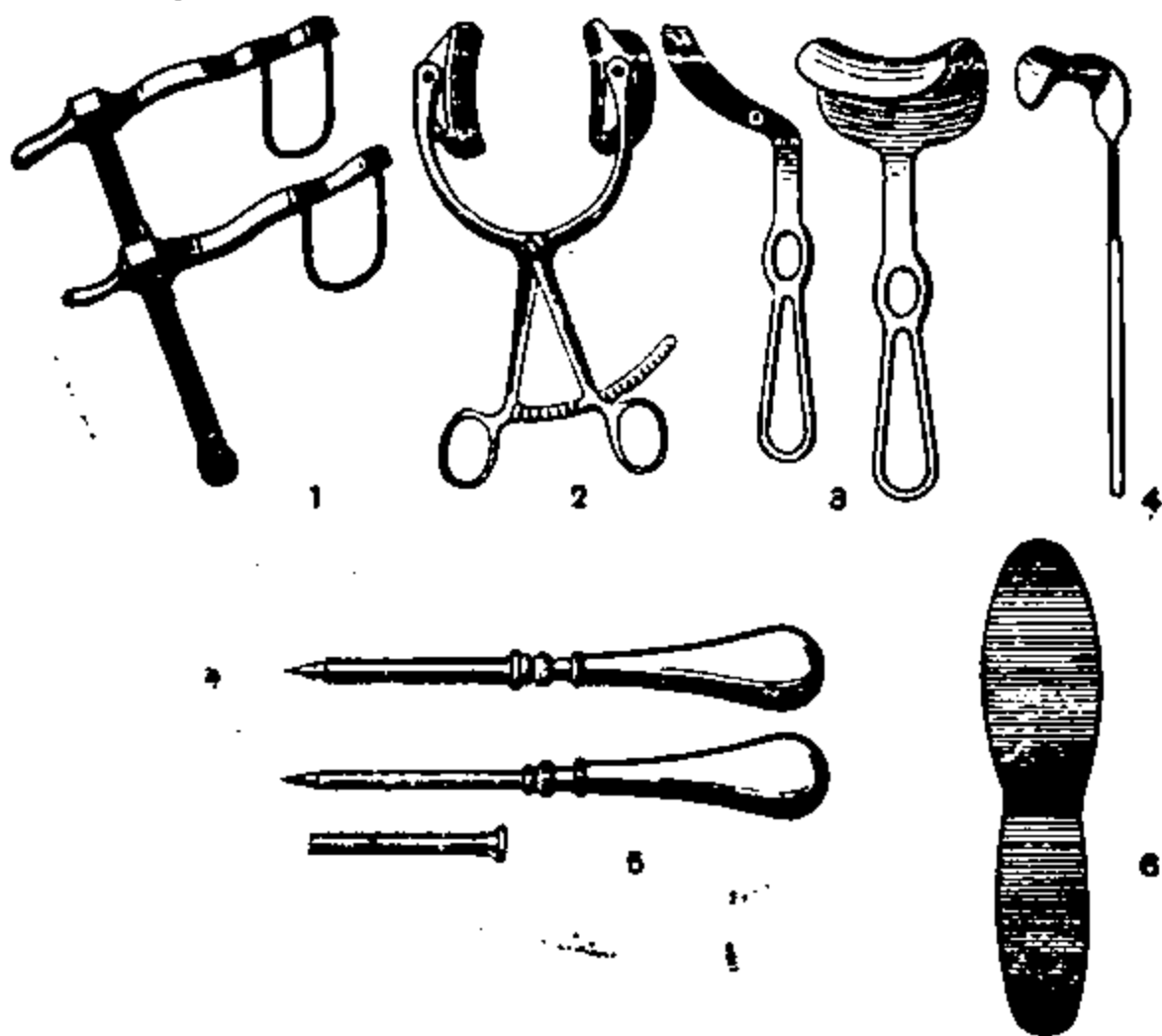
18-расм. Қон тўхтатувчи қисқичлар ва лигатура игналари.  
Изоҳи текстда.



19-расм. Тўқималарни бириктириш учун инструментлар.  
Изоҳи текстда.



20-расм. Шприцлар. Изоҳи текстда.

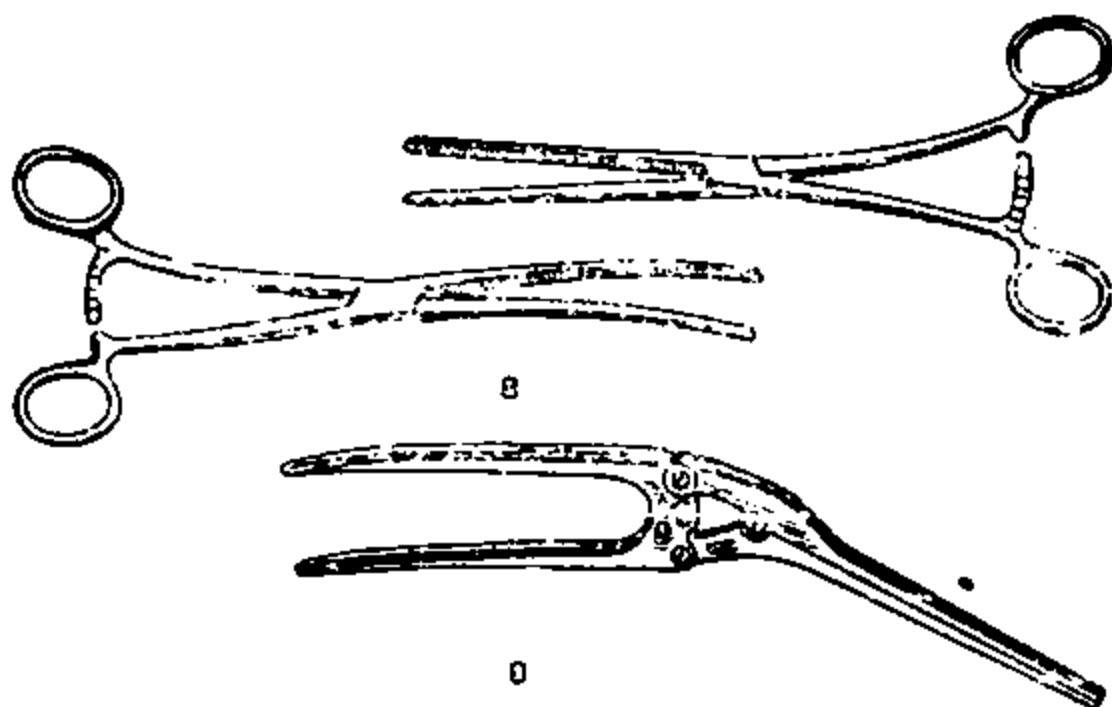
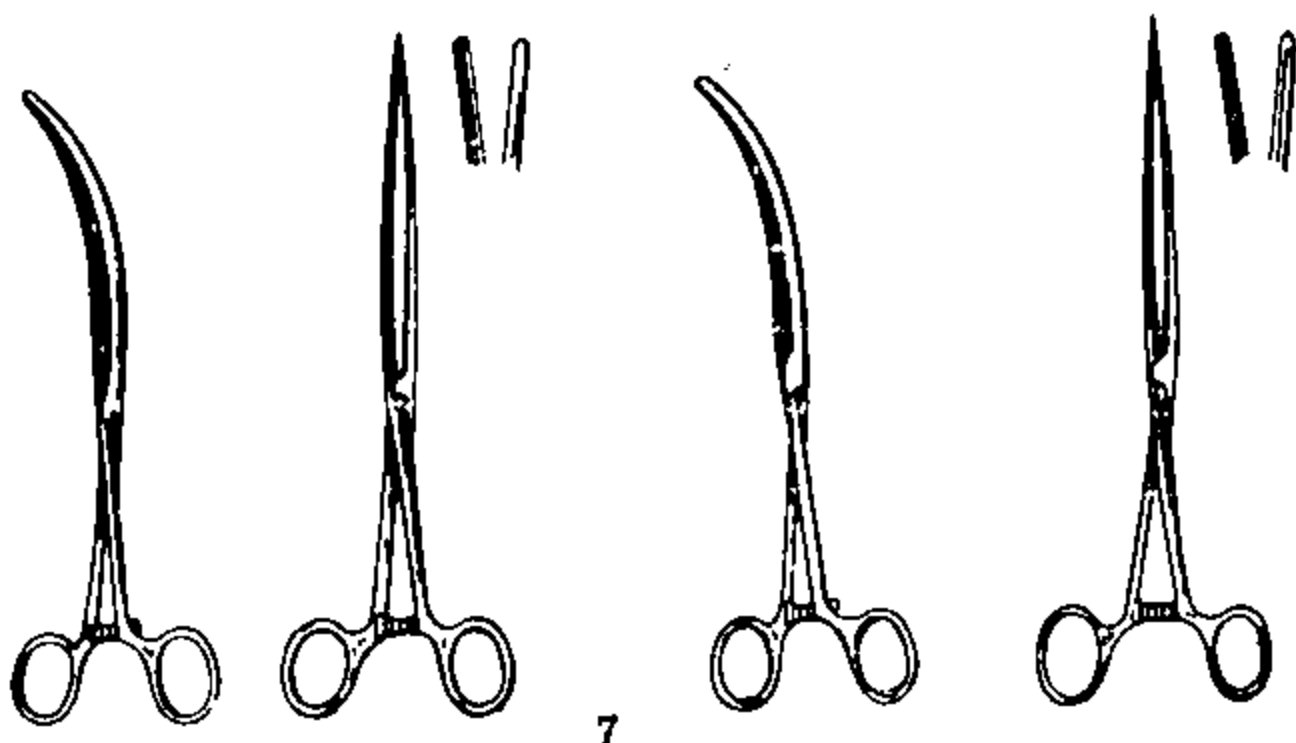


21-расм. (бошланиши; охири кейинги бетда).

хеостомик канолюя (йигилган ва қисмларга ажратилгани); 2) Труссонинг трахея кергичи; 3) бир тишли илмоқ.

Кўкрак деворидаги ва кўкрак бўшлиғи органларидagi операциялар учун асбоблар (25-расм): 1) Дуайен распатори; 2) Дуайен кусачкаси; 3) Шумахер кусачкаси; 4) Штилле кусачкаси; 5) Люэр қисқичи; 6) жароҳат кенгайтиргич; 7) Фридрих қисқичи.

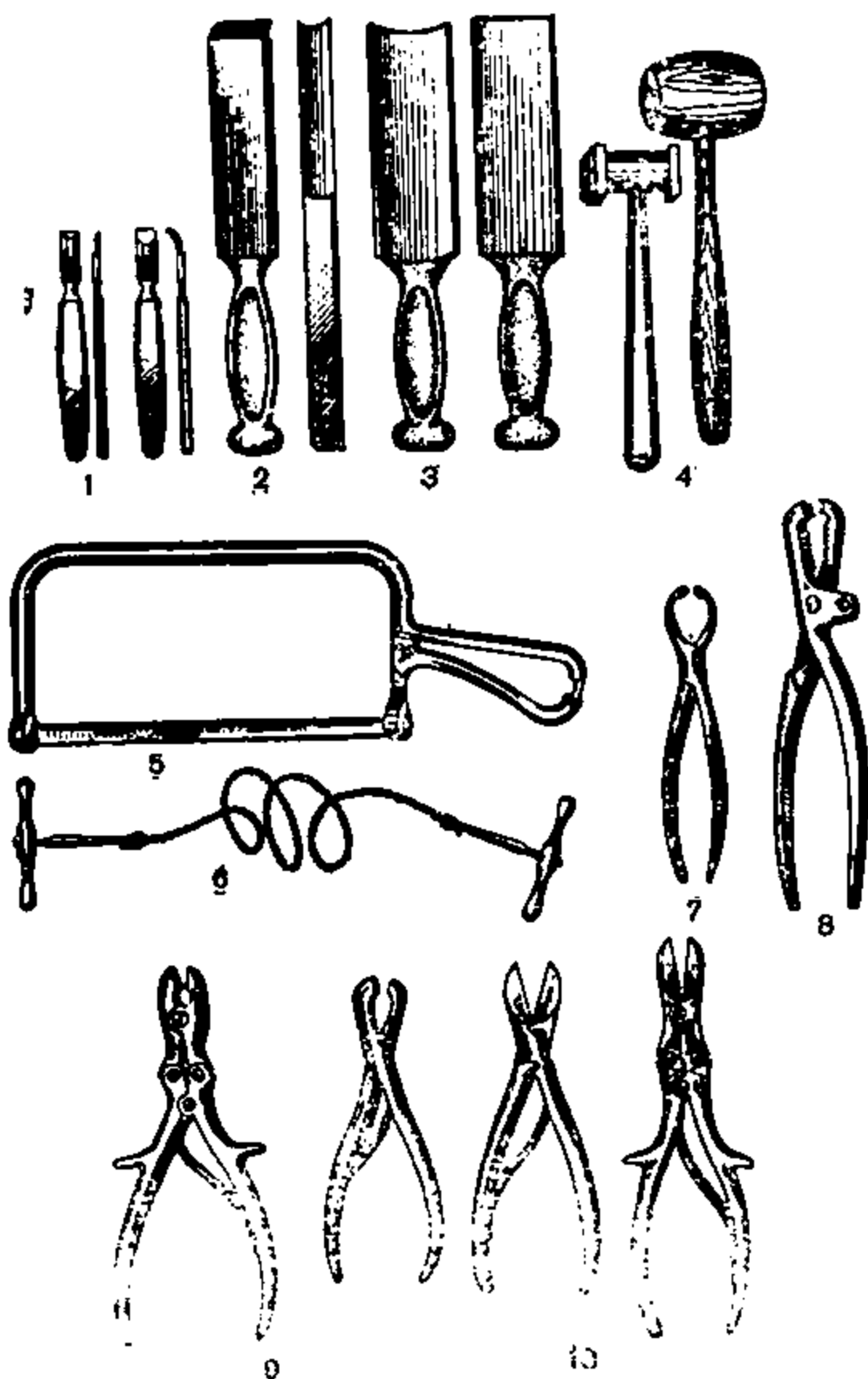




21-р а с м. Қорин бұшлиғи органларидағи операциялар учун инструментлар.  
Изоҳи текстда.

Нейрохирургик операциялар учун асбоблар (26-расм): 1) парма (коловорот) фрезлари билан; 2) Жаглининг сим арраси; 3) распаторлар; 4) мия шпатели; 5) диссектор; 6) қайчилар; 7) клипслар.

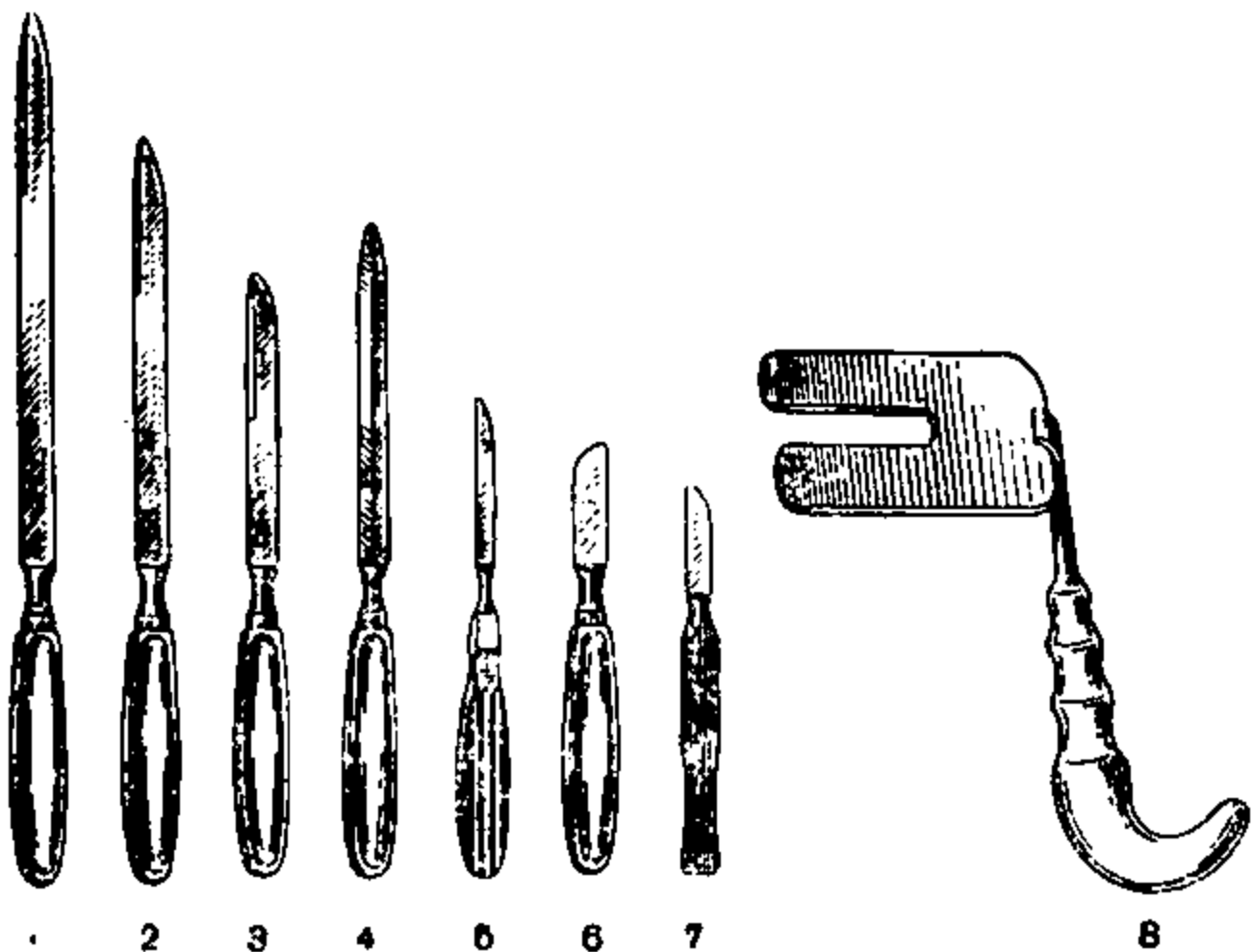
Буйраклар ва сийдик чиқарувчи йўллардағи операциялар учун асбоблар (27-расм): 1—2) Федоровнинг буйрак қисқичи; 3) резина катетер; 4—5) металл катетер; 6) цистоскоп; 7) сийдик найи катетерлари (1—6 рақамлар — бурун қисми шаклининг номерлари); 8) катетерлаш учун цистоскоп.



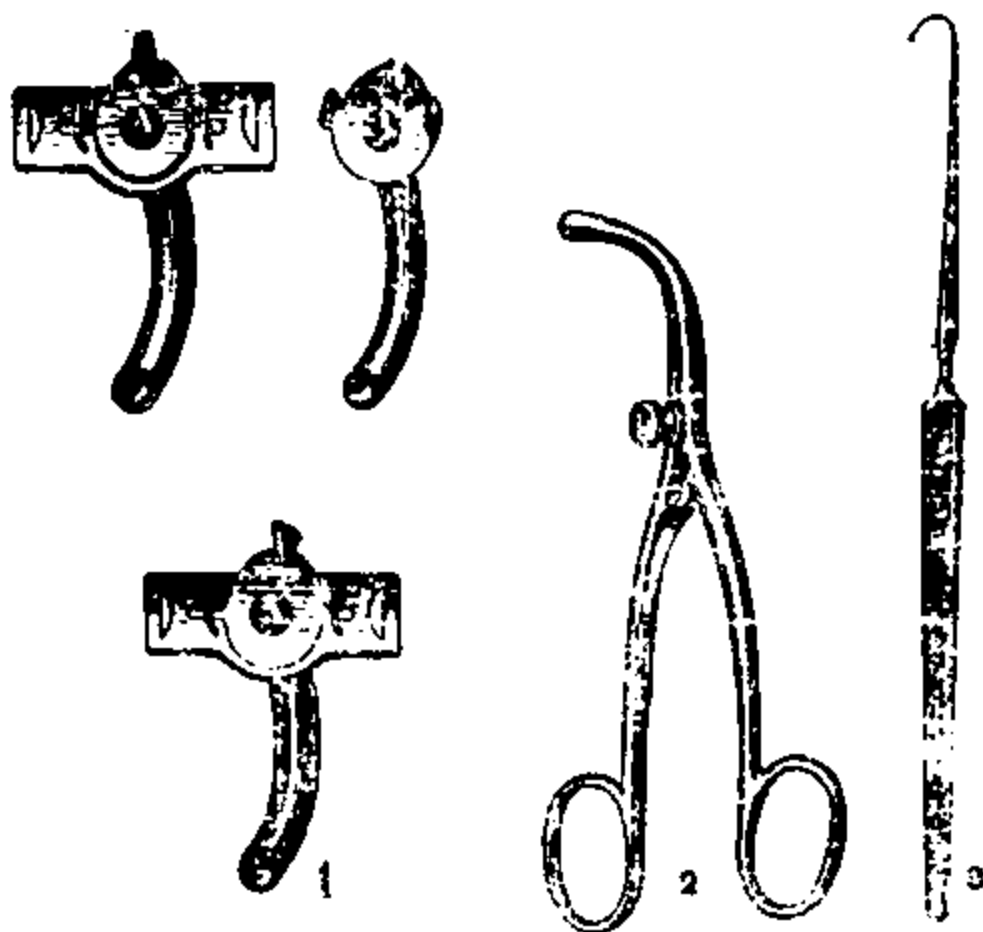
22-р а с м. Суяклардаги операциялар учун инструментлар.  
Изоҳи текстда.

Тўғри ичакдаги операциялар учун асбоблар (28-расм): а) ректоскоп; б) ректал кўзгу.

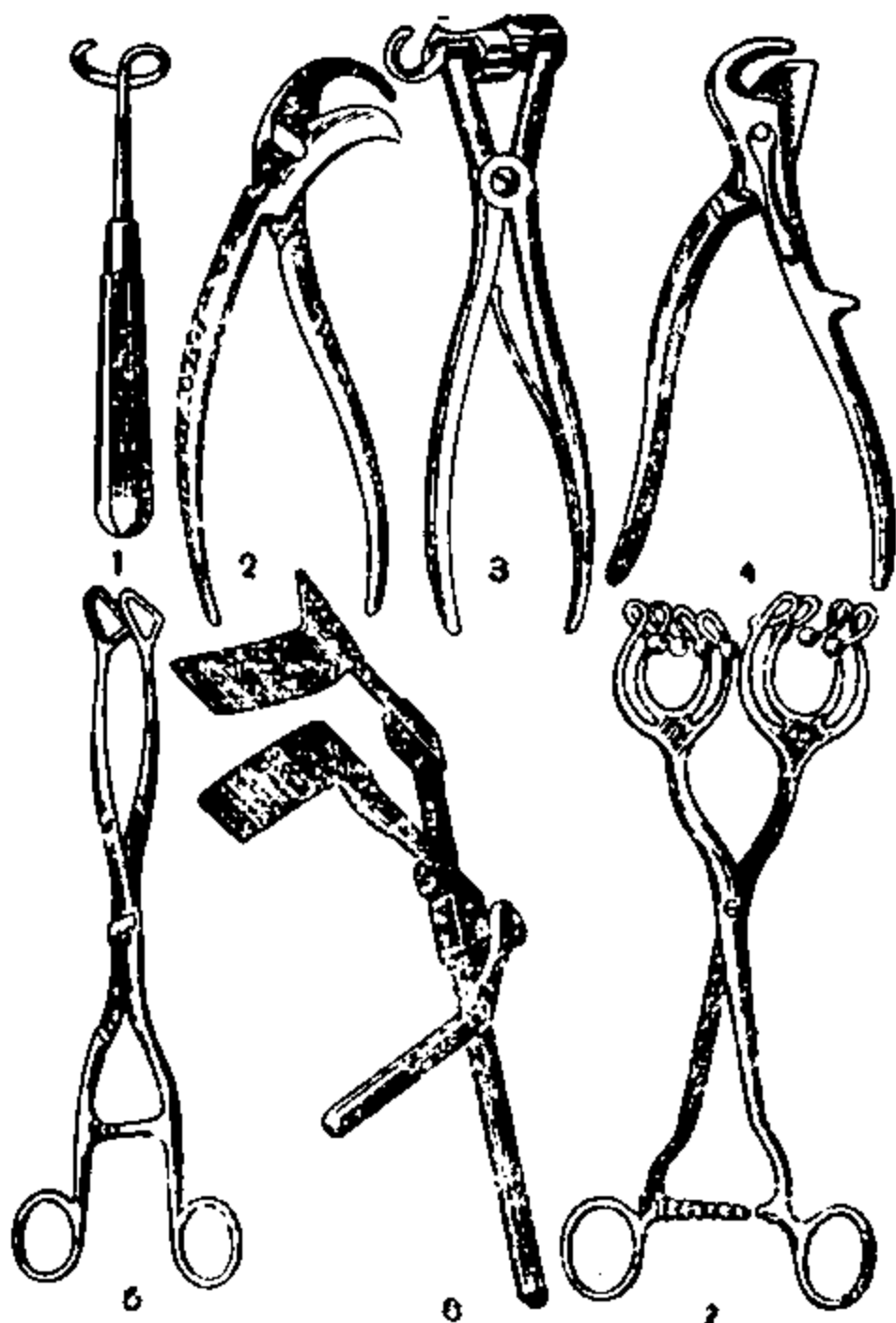
Юқорида асбобларнинг ҳаммаси эмас, фақат асосий хиллари санаб ўтилди. Замонавий операция хоналари, айниқса махсус профилдаги операция хоналари энг мураккаб аппаратлар: юракдаги операциялар учун сунъий қон айланиш аппарати, бош миёна биопотенциалларини ёзиб бориш учун электр энцефалограф;



23-р а с м. Оёқ-қўллардаги операциялар учун инструментлар. Изоҳи текстда.



24-р а с м. Трахеостомия учун инструментлар. Изоҳи текстда.

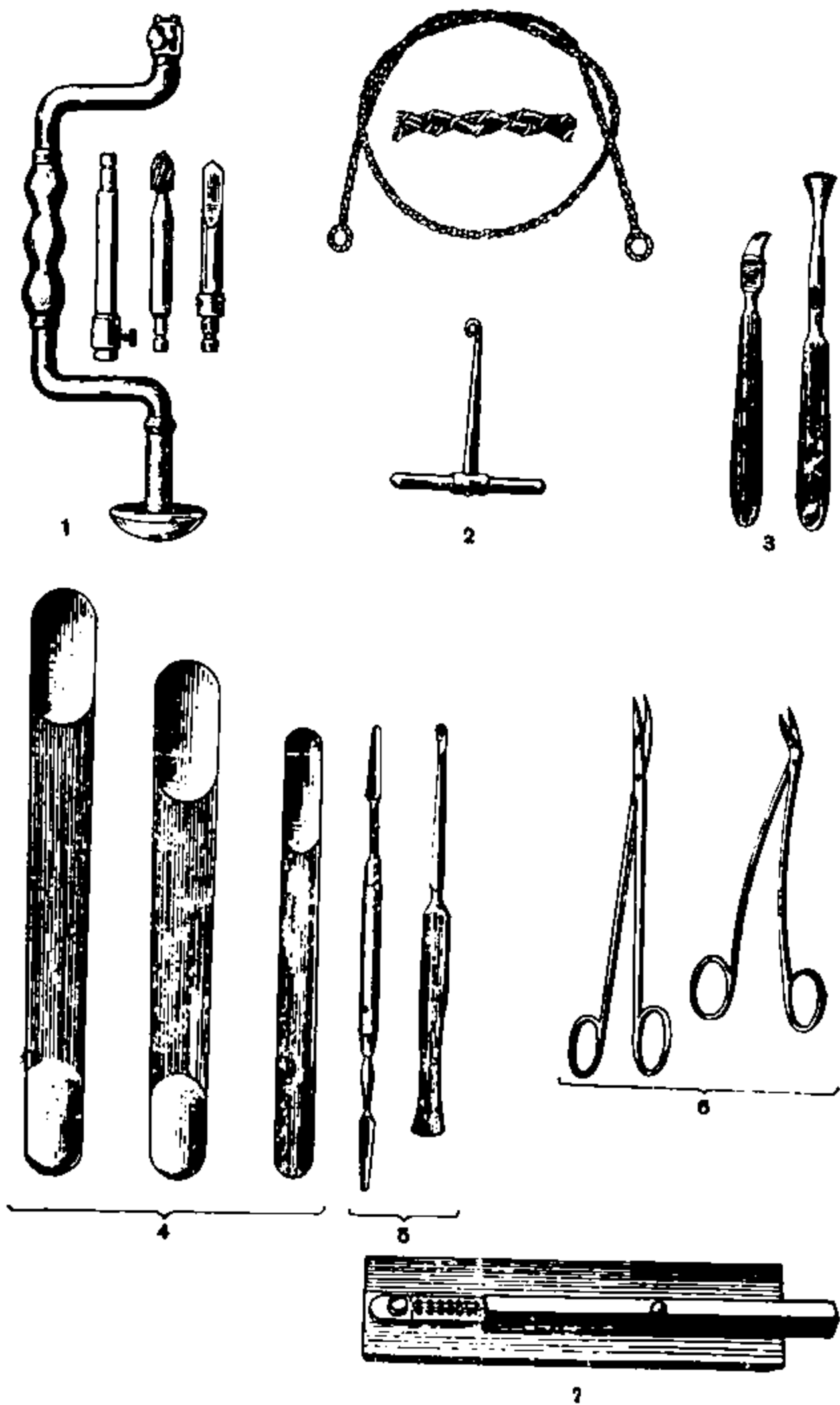


25-р а с м. Кўкрак қафаси ва кўкрак бўшлиғи органларидаги операциялар учун инструментлар. Изоҳи текстда.

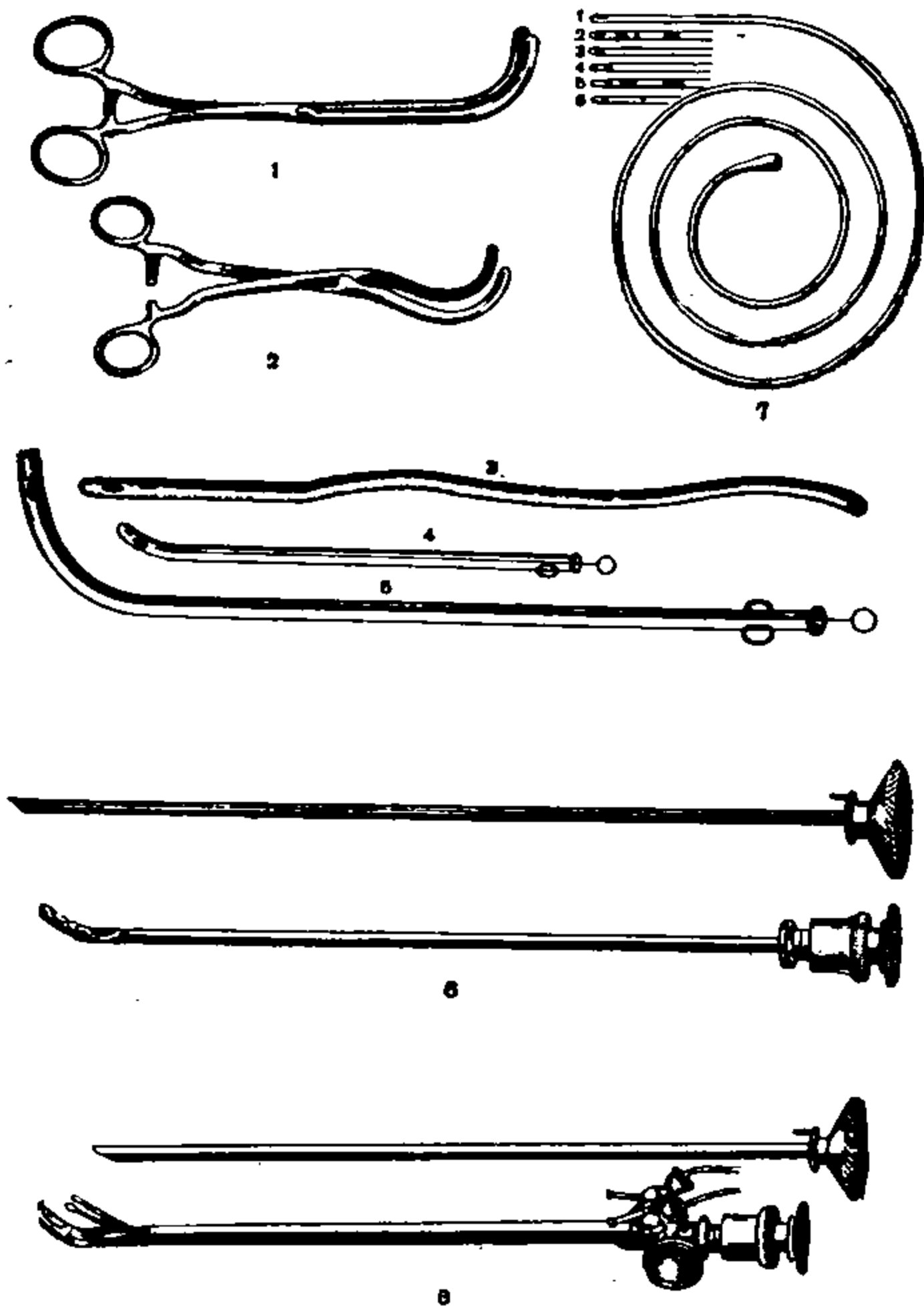
юрак ишини назорат қилиб турадиган электр кардиоскоп билан жиҳозланган. Бу аппаратлардан ташқари, кўп операциялар учун зарурий аппаратлар: термокоагуляция учун аппарат (қон оқшини тўхтатиш ва тўқималарни электр пучоқ билан кесиб учун ишлатилади), суюқликларни аспирация қилиш (сўриш) апарати ва шу кабилар бўлади. Замонавий наркоз аппаратларига онд маълумотлар тегишли бўлимда тасвирланади.

**Операцион медицина ҳамширасининг иши.** Операция хонасини тайёрлаш бўйича тадбирларнинг ҳаммаси операцион медицина ҳамширасининг вазифаси ҳисобланади. Унинг ихтиёрида:

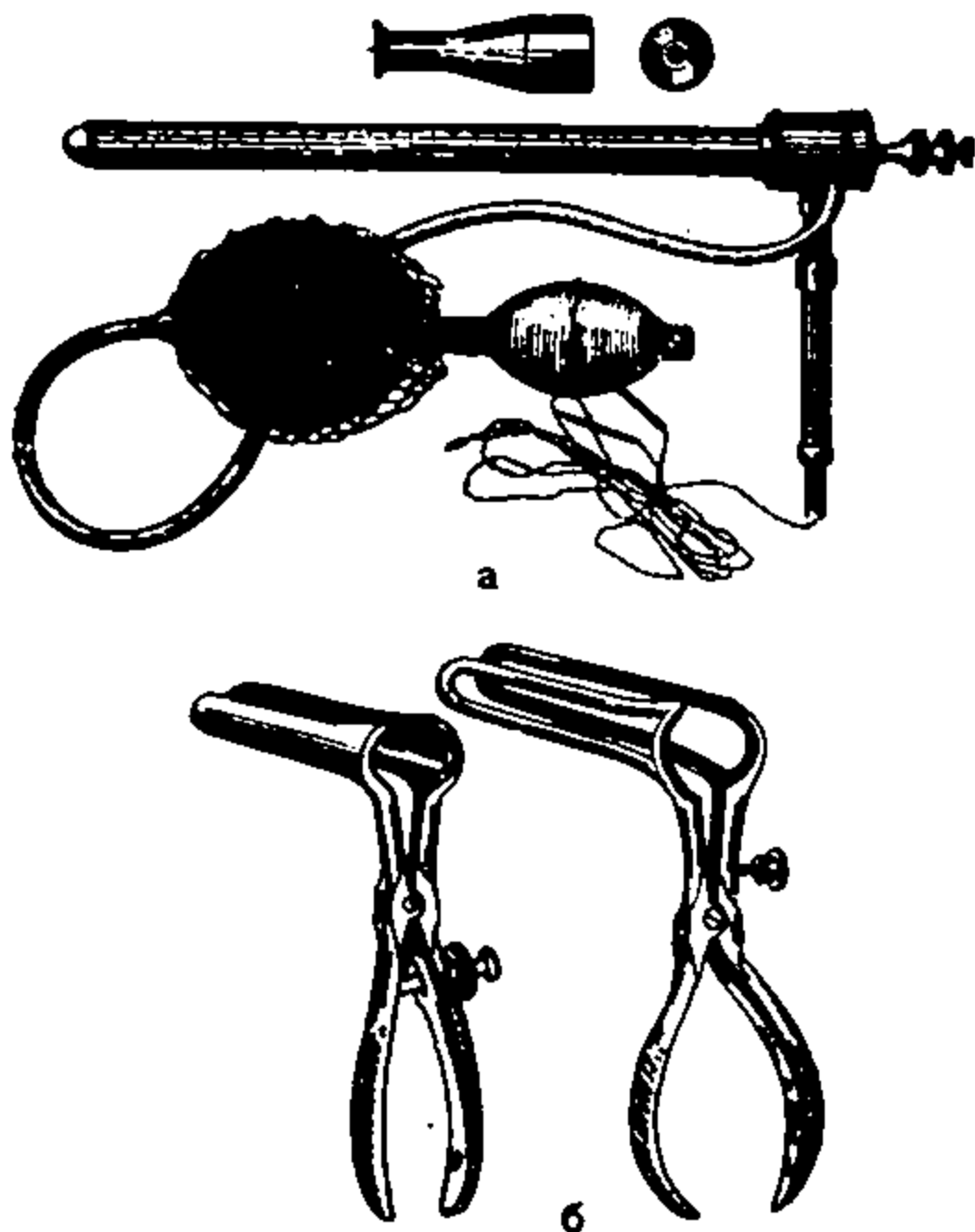
- 1) операция хонаси, операция хонасидан олдинги хона, автоклав сақланадиган хона ва материаллар хонаси;
- 2) асбоблар ва уларни операцияга тайёрлаш;



26-р а с м. Нейрохирургик операциялар учун инструментлар. Изоҳи текстда.



27-р а с м. Буйраклар ва сийдик чиқарув йўлларидаги операциялар учун ин-  
струментлар. Изоҳи текста.



28-расм. Тўғри нчақдаги операциялар учун инструментлар.  
Изоҳи текстда.

- 3) операция ва яра боғлаш материални ҳамда уларни тайёрлаш;
- 4) операция хонаси учун оқ сурп матолар ва уларни стериллаш;
- 5) чоклар учун материаллар ва уларни тайёрлаш;
- 6) операция хонасини керакли дори-дармонлар билан таъминлаш бўлади.

Бир неча операция хоналари мавжуд бўлганда медицина ҳамшираларининг вазифалари ўзаро тақсимланади, бунда улардан бири (катта медицина ҳамшираси) моддий масъулиятли ҳисобланади. Асбоб-ускуналар унинг ихтиёрида бўлади. У операция материални (салфеткалар, тампонлар, шарчалар, чок материални) тайёрлаш, уни стериллаш устидан кузатиб боради, дорилар ёзиб беради.

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

Операцион медицина ҳамшираси кичик медицина ходимлари устидан диққат билан кузатиб бориши ва асептиканинг операцияда қатнашаётган кишилар (студентлар, врачлар ва бошқалар) томонидан ҳар қандай бузилиши 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 операцион медицина ҳамширасининг асосий вазифаси ҳисобланади. Одатда операциядан олдин асбоблар тўри билан бирга стерилизатордан олинади ва уларни ҳамширанинг стерил чойшаб ёпиб қўйилган асбоблар столига қўйилади. Бунда чойшабнинг намланиб қолмаслигини текшириб турилади, чунки бу асептиканинг бузилишига сабаб бўлади. Асбоблар турлари бўйича, шунингдек операциянинг бориши ҳисобга олинган ҳолда босқичлар бўйича териб чиқилади. Ҳамшира столидаги запас асбоблардан бир қисмини ассистент столи дейиладиган кичик столга олиб қўйилади, бу стол бевосита операцион столнинг яқинида бўлади. Одатда ассистент столига операциянинг ҳозирги босқичини таъминлаш учун зарур асбоблар қўйилади. Агар ҳамширалар столнинг стериллиги учун операцион медицина ҳамширасининг ўзигина жавоб берса, ассистент столнинг стериллиги учун операция қиладиган хирурглар ҳам жавоб берадилар.

Операцион медицина ҳамшираси асбобларнинг бекамукўстлигини текшириб туриши керак. Асбобни икки усулда узатилади. Ҳамшира асбобни бевосита хирург ёки унинг ассистенти қўлига беради ёки «қўли тагида» тутиб туради, сўнгра хирург асбобни олади. Хирургга асбобни унинг қўлини шикастлаб қўймайдиган қилиб узатиш керак. Кўпчилик ҳолларда операция вақтида хирургнинг бутун диққат-эътибори операция майдонида бўлиб, узатилаётган асбобга қарамайди. Шунинг учун операцион медицина ҳамшираси операциянинг бошидан охиригача боришини билиши ва бирор нарсани тушунмаса, уни хирургдан сўраши керак.

Операцион бригада батартиб ишлаганда операция бирмунча тез тугалланади. Агар операция вақтида асбоб биронта ностерил нарсага тегиб кетса, бу ҳақда хирургга маълум қилиш, асбобни эса олиб қўйиш керак. Чок материалнич узатиш катта тажриба ва чаққонликни талаб этади. Материални қўл билан эмас, асбоб билан олган яхши. Пинцет билан ипнинг учидан ушланади, ип стерилизация қилинган ғалтак ёки буюм ойнасидан аста тортиб бўшатилади. Керакли узунликдаги ипни бўшатиладиган сўнг қайчида қирқилади. Кетгутдан фойдаланишни қулай қилиш учун уни олдиндан кесиб, керакли узунликдаги иплар тайёрлаб қўйилади. Керакли узунликдаги ипни узатиш учун ҳамшира операциянинг боришини кузатиб туриши ва қандай узунликдаги ип талаб қилинишини яхши билиши керак.



Ипнинг пишиқлиги асосан унинг йўғонлигига боғлиқ. Стериллаш ипнинг пишиқлигини камайтиришини унутмаслик керак. Ипни хирургга узатишдан олдин операцион медицина ҳамшираси унинг узилишга нечоғли пишиқлигини текшириб кўради. Одатда ингичка иплар кичикроқ томирларни боғлаш, бирмунча йўғон иплар йирик томирларни боғлаш ва бир қадар пишиқ тўқималар, масалан апоневротик пардаларни тикиш учун ишлатилади. Лавсан ва капрондан тайёрланган ҳатто жуда ингичка иплар ҳам жуда пишиқ бўлади. Лекин ўта эластиклиги уларнинг камчилиги ҳисобланади, бу эса тугуннинг ўз-ўзидан ечилиб кетишига олиб келиши мумкин. Шунинг учун фақат «хирургик тугун» қилиш ва уни уч марта боғлаш керак.

Чок қўйиш учун игнани тўғри тавлаш жуда муҳим. Игнанинг размери ва унинг тури чокка қўйиладиган талабларни ҳисобга олиб танланади. Томирларни боғлаш ёки ичи ковак органлар (ичаклар ва меъда) деворини тикиш учун юмалоқ, «ичак» игналаридан фойдаланилади. Чокларни герметик қилиш талаб этилмайдиган бир қадар қаттиқ тўқималарни тикишда уч қиррали, кесгир игналар ишлатилади. Чок тикадиган материалнинг йўғонлигини ҳам назарда тутиш керак. Ип қанчалик йўғон бўлса, игнанинг ҳам шунчалик йўғони олинади. Операцион медицина ҳамшираси хирургнинг қўлини тутмай ипни игнага тез ва тўғри тақа билиши керак.

Ҳозирги вақтда тешиги махсус кесилган игналар қўлланилмоқда. Бундай игна тешигига қўйилган ва учи химарилган ип тешикдан осон ўтади. Етарлича машқ қилинса, ипга қўл тегизмай игнага пинцет ёрдамидагина тақиш мумкин. Игна тутқични хирургга браншларини олд томонга қаратиб узатилади.

Операцион медицина ҳамшираси операция вақтида операцион жароҳатда салфетка, шарчалар, бирорта асбоб ёки бошқа ёт жисмнинг тасодифан қолиб кетмаслиги устидан ҳам кузатиб туради. Бўшлиқлардаги операцияларда бундай ҳодисалар рўй бериши мумкин. Бунга йўл қўймаслик учун салфетка ва асбоблар сонини операциядан олдин ҳам, кейин ҳам санаб чиқилади. Дока шарчалар фақат коряцанглар ёрдамида узатилади.

Хирургга ёрдамчи ходимлар етишмаган ҳолларда операцион медицина ҳамшираси истисно тариқасида ассистент вазифасини адо этиб туриши мумкин.

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

#### **ОПЕРАЦИЯДАН ОЛДИНГИ ДАВР ВА БЕМОРНИ ОПЕРАЦИЯГА ТАЙЁРЛАШНИНГ АСОСИЙ ПРИНЦИПЛАРИ**

Беморнинг стационарда бўлган ва операцияга тайёрланадиган вақти операциядан олдинги давр деб аталади. Беморни тайёрлашда операция характерини, унинг оғир-енгиллигини, ҳаёт

учун муҳим асосий ички органлар (юрак, ўпка, жигар, буйраклар)нинг ҳолатини, операция қилиш учун қўлланиладиган офриқсизлантириш турини назарда тутиш зарур.

**Беморни планли операцияга тайёрлаш.** Юрак-томирлар системаси. Юрак-томирлар системасини текширишда бирор хил касаллик (юрак пороги, гипертония касаллиги ва ҳоказо) аниқланади. Беморларда артериал босим (айрим ҳолларда веноз босим ҳам), пульс албатта ўлчанади, электр кардиография, оксигеометрия (қоннинг кислородга тўйинишини аниқлаш) ва умумий қон анализи қилинади. Бирорта патология аниқланганда врач керакли дори-дармонлар буюради.

**Нафас органлари.** Нафас органларини текширишда юқори нафас йўллари катари, бронхит, ўпка яллиғланиши бор-йўқлигини аниқлаш зарур. Операциядан олдинги даврда бу яллиғланиш процессларини йўқотиш керак. Операциянинг ҳажмига кўра УТС (ўпканинг тириклик сифми; нормада 3500—4500 мл) аниқланади. Штанге синамаси (бемор максимал нафас олганида қанча вақт нафасни тутиб тура олиши; нормада 40—50 секунд) ва Сообразе синамаси (ўшанинг ўзи, бироқ максимал нафас чиқарганда; нормада 15—20 секунд) қилиб кўрилади. Мураккаб операцияларга, айниқса ўпкадаги операцияларга тайёрлашда спирография ва бошқа функционал текширувлар қилиш шарт.

**Ҳазм органлари.** Оғиз бўшлиғини соғломлаштиришга (санацияга) милкнинг яллиғланиш процессларини, чириган тишларни олдиришга катта аҳамият берилади. Меъда-ичак йўлларида бирорта патология (гастрит, меъда ва ўн икки бармоқнинг яра касаллиги, колит, бавосил ва ҳоказо) топилганда, уларни дори-дармонлар билан даволанади. Операция умумий офриқсизлантириш усулида олиб бориладиган ҳолларда жигар функциясини текшириб кўриш зарур (зардобнинг умумий оқсилли ва унинг фракциялари, Таката — Ара, тимол ва формол синамалари).

**Сийдик-таносил системаси.** Сийдикнинг умумий анализи, Зимницкий синамаси қилинади, қолдиқ азот аниқланади. Керак бўлганда махсус урологик текшириш ўтказилади (вена ичи пиелографияси, цистоскопия). Аёллар операциядан олдин албатта гинекологик текширилади. Патология топилганда тегишлича даво олиб борилади.

Операция вақтида ва операциядан кейинги даврда қон кетиш хавфининг кучайиши сабабли ҳайз кўриш даврида операция қилинмайди.

**Қон ва қон яратувчи органлар.** Операциядан олдин қоннинг умумий анализидан ташқари, қон оқиш ва қон ивиш вақти аниқланади. Мураккаб операциялардан олдин коагулография ва тромбозэлектрография қилинади. Операция вақтида ҳам, операциядан кейинги даврда ҳам беморда қон ивиши пасайганда бемор ҳаёти учун хавфли кўп қон кетиши (маса-

лан, гемофилияда) кузатилиши мумкин. Қоннинг ивиш хусусияти ошганда тромбозлар ва эмболиялар пайдо бўлиш эҳтимоли бор. Қонда юз берган ўағаришларни назарда тутиб, операцияга тегишли коррекция қилинади.

**Нерв-психик сфера.** Бемор психикасига нотўғри таъсир қилиш асосий касалликнинг ўтишини бирмунча оғирлаштириши мумкин. Бу онкологик касалликлари бор беморларда айниқса яққол кўзга ташланади, улар рак билан касалланганлигини билганидан сўнг психик депрессияга учрайди: индамай-диган, тунд, ҳаёлчан бўлиб қолади. Тузалишдан умиди узилиб, иштаҳаси ва уйқуси йўқолади.

Медицина ходимининг вазифаси беморни тинчлантиришдир. Унга операциянинг нечоғли зарурлигини ишончли қилиб тушунтириш, операциянинг яхши натижа билан тугашига ишонтириш, мисол тариқасида шундай операцияни бошидан кечирган беморлар тўғрисида сўзлаб бериш керак.

Медицина ҳамшираси бирор ҳолатни тушунтиришда даволовчи врачнинг гапларига асосланиши лозим. Маълумотлар бири-бирига тўғри келмаган ҳолларда бемор медицина ходимига ишонмай қўяди. Касаллик тарихининг бемор қўлига тушиб қолишига асло йўл қўйиб бўлмайди. Махсус билими бўлмаган бемор ундаги маълумотларга тушунмай, ўзича нотўғри хулоса чиқариши мумкин.

Медицина ходимининг бемор психикасини назарда тутган ҳолда уни авайлаб парвариш қилиши медицина деонтологияси деб аталади. Ҳар бир медицина ходими қандай лавозимда ишлашидан қатъи назар бу қоидаларга амал қилиши шарт.

**Тери.** Терини кўздан кечирганда йиринг бойлаган жой, яллиғланган инфилтратлар борлигига аҳамият бериш лозим. Теридаги ҳамма яллиғланиш процессларини тугатиш зарур, чунки операциядан кейинги даврда бу касалликлар эндоген инфекция манбаи бўлиб қолиши ва ҳатто йирингли процессни авж олдириб, оғир асоратлар келтириб чиқариши мумкин. Операциядан бир кун олдин бемор гигиеник ванна қабул қилади. Операцион майдон соҳасидаги тук-жунларни операция қилинадиган кун тозаланади.

Ёши улғайган ва кекса ёшдаги беморларни операцияга тайёрлашнинг баъзи бир хусусиятлари. Беморларни операцияга тайёрлашнинг умумий принциплари уларнинг ёшидан қатъи назар ҳаммаси учун бир хил, бироқ организмнинг компенсатор имкониятлари камайиб кетиши ва операцион жароҳатга қаршилик кучининг пасайиши сабабли ёши улғайган ва кекса кишилар бирмунча пухта текширишга ҳамда тегишлича медикаментоз тайёрлашга муҳтож бўладилар.

Кекса кишиларнинг нерв системасига тез озор етади ва медицина ходимининг вазифаси уни авайлашдан иборат.

Ёши улғайган кишиларнинг юрак-томирлар системасида кўпинча ёшга оид ўзгаришлар кузатилиб, қон айланиши етишмовчилиги аломатлари билан ўтади. Уларда аксарият пневмосклероз ва ўпка эмфиземаси кўрилади. Жигар ва буйракларда ҳам маълум ўзгаришлар содир бўлади. Буларнинг ҳаммаси касалликнинг ўтишини анча оғирлаштиради ва операциядан олдинги тайёргарлик муддатини узайтириб юборади. Бундай беморларда нафас гимнастикаси операциядан кейин юз берадиган пневмонияларни олдини олишда муҳим восита бўлиб хизмат қилади.

Ёши улғайган беморлар ичак функцияси етарли бўлмаганидан аксари қабзиятдан нолиб юрадилар. Шу сабабли ичаклар функциясини турли воситалар билан тартибга солиб туриш ва уларнинг ўз вақтида бўшалиб туришига қараб бориш керак.

Беморни илиқ душхонада санитария обработкасидан ўтказилади. Ваннага тушиши буюрилган бўлса, сув температураси 36—37°C дан ошмаслиги керак. Организмнинг қаршилик кучи камайганлигини ҳисобга олиб беморларни совқотишдан сақлаш лозим.

Бундай категориядаги беморларга барбитуратларни эҳтиётлик билан буюриш керак (нафас маркази ишининг пасайиши, жигар ва буйрак функциясининг бузилиши). 60 дан ошган кишиларга ҳар қандай дори воситаларини буюришда юқори дозани эмас, балки катталарга бериладиган умумий дозанинг  $\frac{3}{4}$ — $\frac{1}{2}$  қисминини қўлланиш лозим. Бундай кишиларга наркотик воситаларни танлаш ҳам ғоят қийин. Морфин нафаснинг бузилишига сабаб бўлгани учун уни юбориш тавсия қилинмайди. Пантопон ва промедол қўлланган маъқул.

Ҳолсизланган беморни операцияга тайёрлаш. Ўпка, меъда-ичак йўллариининг узоқ давом қиладиган хроник касалликлари билан касалланган, яллиғланиш процесси бор беморлар организмнинг ҳимоя кучлари анчагина камайганлиги, ориқлаб кетиш, организмнинг сув-электродит балансининг бузилиши, анемиялар сабабли қатор ҳолларда жуда оғир аҳволда бўладилар. Бундай аҳвол операциядан сўнг шок пайдо бўлишига, жароҳатнинг яхши битмаслигига ва бошқа органларда асоратлар авж олишига мойиллик туғдиради. Бундай беморларга такроран қон қўйилади, витаминлардан В<sub>12</sub>, С, А, 40% ли глюкоза эритмаси юборилади, темир препаратлари, камполон, антианемин тайинланади. Организм сувсизланганда 1,5—3 л физиологик эритма ёки Рингер—Локк эритмасини қўйиш буюрилади. Юрак иши сусайганда юрак гликозидлари, камфора, кордиамин қўлланилади.

Бемор жуда ориқлаб кетганда ва одатдаги усулда овқатлантириб бўлмаганда овқатли клизмалардан фойдаланиш буюрилади. Аввал ичакларни тозалаш мақсадида оддий тозалаш клизмаси қилинади. Йўғон ичак орқали сув, ош тузи, глюкоза ва спиртгина сўрилиши мумкинлигини эсдан чиқармаслик керак, шунинг учун овқатли клизма таркибига 0,85% ли ош тузи эрит-

маси, баробар миқдорда олинган 5% ли глюкоза эритмаси ва 4—5% ли спиртли эритма киради. 37—40°C гача илитилган шу таркибдан суткасига 2 л гача юборилади. Тўғри ичак орқали ЭК-8 эритмаси, аминокислоталар юбориш мумкин. Бироқ бундай ҳолларда парентерал овқатлантиришни қўлланган яхши. Шу мақсадда венага 300—500 мл дан альбумин, протеин, казени гидролизати ва қон ўринини босадиган бошқа суюқликлар, 40% ли глюкоза эритмасини инсулин билан, венага ёки тери остига физиологик эритма юборилади. Витаминлар комплексини қўлланиш зарур. Ёғларни киритиш учун интралипид ва липофундин ёғ эмульсиялари қўлланилади.

Болаларни операцияга тайёрлаш хусусиятларини. Урта медицина ходимининг касал болага ғамхўрлик қилиб, уни қунт билан парвариш қилиши боланинг тез соғайиб кетишига имкон беради. Болага соф ҳаво зарур. Қишда болаларни иссиқ ўраб-чирмаб, палаталарни мунтазам шамоллатиб туриш лозим. Ёзда деразаларни доимо очиб қўйиб, уларга тўр тутиб қўйган яхши. Уринни дам-бадам йиғиб, қайта ёзиш, адёл ва чойшабларни қоқиш, уларнинг ғижим бўлиб, бурмалар ҳосил қилмаслигини кузатиш, кир бўлиши билан, бироқ ҳафтасига камида бир марта алиштириб туриш зарур. Болада беихтиёр сийдик тутолмайдиган касаллик бўлганда тўшаги устидан клеёнка қоплаб, унинг устидан чойшаб ёзилади. Болани ҳар куни ювинтириш, овқатдан олдин қўлини ювиб, кўп терлайдиган бўлса, баданини ҳўл сочиқ билан артиш ва ич кийимларини алиштириб туриш керак. Иситмалаётган боланинг лаби қуруқ ёки ёрилган бўлади. Шу сабабли ҳар куни бир неча марта лабига чучук сариёғ ёки вазелин суртиш керак. Боланинг ичи келгандан сўнг остини ювиб қўйиш лозим.

Касал болалар кўпинча инжиқ ва серхархаша бўлади. Гигиеник ва даво муолажаларини ўтказиш, овқатлантиришда кўпинча бола қаршилиқ кўрсатади, бироқ бунда уни кўп қийнамай, зарур бўлган тадбирларни сабр-тоқат ва ширинсуханлик билан бажариш керак.

Касал боланинг овқати тўғри ва баъзи овқатлардан парҳез қилинишига қарамай, етарли миқдорда витаминлар бўлиши керак. Иштаҳаси ёмон болаларни овқатлантиришга алоҳида аҳамият бериш лозим. Бола хуш кўрадиган овқатларни таялаш ва таомни лаззатли қилиб пишириш зарур. Овқатни кўп миқдорда бериш мумкин эмас. Уни шошилмай, тўхтаб-тўхтаб, бола оз-оздан ютадиган қилиб едириш керак.

Бола қусадиган бўлса, уни ўтқозиш ва бошини ушлаб туриш лозим, чунки қусиш вақтида бола бўшашади, уни совуқ тер босади. Бола ўтиришга қийналса, уни ўринда ёнбошига ётқизиш, ёш болага чойшабча ёзиш, каттароқ болага эса тоғора тутиб туриш керак. Қусиб бўлганидан сўнг бемор оғзини чайиши ва 1—2 қултум совуқ сув ичиши лозим. Қусиб бўлган болани каравотга ётқизиш ва устига адёл ёпиш керак. Эти жунжикканда

оёқларига грелка қўйилади. Қусаётган болага яхши қаралмаса, қусуқ массалари нафас йўлларини бекитиб қўйиши ва асфиксия юз бериши мумкин.

Болага туттиладиган тувак ёки тагга қўйиладиган суднони ҳар гал ишлатилгандан сўнг тозалаб ювиш ва антисептик эритма билан дезинфекция қилиш керак.

Беморнинг температурасини кунига 2 марта ўлчаш зарур. Одатда эрталаб бемор уйғонганидан сўнг ва кундуз кунини ухлаб турганидан кейин соат 16—17 да ўлчаш керак. Бундан кўпроқ ўлчашга зарурат бўлганда врач махсус кўрсатмалар беради. Чақалоқ болаларга термометрни қўлтиғига эмас, балки чов бурмасига қўйиш қулай.

Палатада осойишта шаронт яратиш лозим. Бола кундузи ҳам, тунда ҳам тинч ухлаши керак.

Медицина ҳамшираси барча кузатиш натижаларини қайд қилиб бориши лозим. Шу мақсадда ҳар бир беморга махсус ҳамшира варағи тутиб, унга температура, иштаҳа, сийдик ажратилиши, кўнгил айнаши, қусиш ва бошқалар ёзиб борилади.

Инъекциялар ва бошқа тадбирлардан бола кўпинча қўрқадди. Шунинг учун барча зарур тайёргарлик ишларини болага кўрсатмай бажариш, муолажа ўтказилаётганда эса уни тинчатишга ҳаракат қилиш керак. Катта ёшдаги болаларга нохуш муолажалар ўтказиш зарурлигини тушунтириш зарур. Зондлаш, пункция қилиш каби муолажалар буюрилгани тўғрисида болаларни олдиндан огоҳлантирмаслик керак.

Ўйинчоқлар ва китоблардан фойдаланиб, болалар учун ўйинлар ҳамда қизиқарли машғулотлар ташкил этиш ҳам зарур.

Болаларда операция ўтказиш учун ота-онаси ёки васийларининг ёзма розилигини олиш шарт. Уларга операциянинг характери, оғир-енгиллиги, хавфи, шунингдек қандай натижа билан тугаши мумкинлигини тушунтириш лозим. Ота-онаси йўқлигида ошиғич ёки кечиктириб бўлмайдиган операция қилишга зарурат туғилганда бу қондага амал қилинмайди. Бундай ҳолларда камида икки кишидан иборат врачлар консиллиуми операция қилиш-қилмаслик масаласини ҳал қилиши лозим. Қасалхонанинг бўлим мудирини ва бош врачига қандай қарорга келингани тўғрисида хабар қилиш зарур.

Операция қилиш муддати касаллик характерига боғлиқ. Операцияни ҳар қандай ёшда, ҳатто чақалоқларда ҳам ўтказиш мумкин.

Болаларда қўшимча текширишлар сонини минимумгача камайтиришга ҳаракат қилинади. Кўпчилик ҳолларда умумий клиник текширишларнинг ўзи кифоя қилади.

Операцияга тайёрлаш унинг характерига, касалликка, беморнинг ёши ва умумий аҳволига боғлиқ. Мураккаб операциялардан олдин функционал диагностика методларидан фойдаланиб батафсил текширув ўтказиш зарур. Беморни операцияга

тайёрлашда психологик омилнинг роли катта. Бу масалада ота-оналар, тарбиячилар ва беморнинг дўстлари ёрдам бериши керак.

Кўкрак ёшидаги болалар операциядан бир кун олдин кеч соат 10 гача одатдагича овқатлантирилади. Каттароқ ёшдаги болаларга енгил кечки овқат ейишга рухсат этилади. Операциядан 3 соат олдин беморга ширин чой бериш мумкин. У 2 соатдан сўнг сўрилиб кетади ва қусишга сабаб бўлмайди. Беморни операцияга тайёрлаш учун сурги дорилар тайинланмайди. Тозалаш клизмаси бир кун аввал кечқурун ва операция куни қилинади.

345 Беморларни шошилич операцияга тайёрлаш. Шошилич операцияга тайёрлаш плани кескин ўзгаради, чунки уни ҳаётини кўрсатмаларга биноан амалга оширилади. Қисқа анамнез тўпланади, умумий кўздан кечирилади, перкуссия, аускультация, пальпация қилинади. Қон, сийдикнинг умумий анализи, рентгеноскопия ёки рентгенография, махсус кўрсатмалар бўлганда эса қўшимча текширишлар ўтказилади.

Қабулхона бўлимида бемор аҳволининг оғир-енгиллигига ва операцияларнинг нечоғли шошилич суратда ўтказилишига қараб, тўлиқ ёки қисман санитария обработкиси қилинади. Шошилич ҳолларда беморнинг кийимлари ечилади, танасининг инфлосланган соҳалари нам губка билан артилади, тук (жун)лари қириб ташланади. Меъдаси тўлиб кетган тақдирда ундаги модда зонд билан чиқарилади. Клизма қилинмайди. Сийдик ажратиш қийинлашган бўлса, катетер билан чиқарилади, одатдаги ҳолларда беморнинг қовуғини бўшатиши кифоя қилади.

### ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВР

Операциядан кейинги давр тўғрисида тушунча. Операцияни тугаллаб хирургик бўлимдан уйга жўнатилгунча ва иш қобилияти тиклангунча бўлган даврни операциядан кейинги давр деб ҳисоблаш расм бўлган. Операциянинг характерига ва ҳажмига, беморнинг умумий аҳволига кўра бу давр бир неча кундан бир неча ойгача чўзилиши мумкин. Хирургик операциянинг натижаси кўп жиҳатдан операциядан кейинги даврнинг қандай ўтказилганига боғлиқ. Операциядан кейинги даврда беморларни парвариш қилишда ўрта медицина ходимининг роли катта. Врач кўрсатмаларини тўғри ва ўз вақтида бажариш ҳамда беморга меҳрибонлик қилиш унинг тез соғайиб кетиши учун шароит яратиб беради.

Беморларни операция хонасидан транспортировка қилиш. Беморни операция хонасидан операциядан кейинги палатага анестезиолог-врач ёки операциядан кейин ётиладиган палатанинг медицина ҳамшираси бошчилигида олиб келинади. Бунда қўшимча травма юз беришидан, боғлаининг сурилиб кетишидан, гипс боғламнинг синиб қолишидан эҳтиёт бўлиш

керак. Беморни операция столидан каталкага (аравачага) солинади ва каталкани операциядан кейинги палатага юргизиб келинади. Носилка қўйилган каталканинг бош томонини каравотнинг оёқ томонига тўғри бурчак остида қўйилади. Беморни қўлда кўтариб каравотга ётқизилади. Беморни бошқа вазиятда олиб ётқизилса ҳам бўлади: носилканинг оёқ томонини каравотнинг бош томонига қўйилади ва беморни каравотга олинади (29-расм).

**Палата ва ўрин-кўрпани тайёрлаш.** Ҳозирги вақтда умумий офриқсизлантириш остида ўтказиладиган айниқса мураккаб операцияларда беморларни 2—4 кунга реанимацион бўлимга жойлаштирилади. Кейинчалик уларнинг аҳволига қараб операциядан кейинги ёки умумий палатага ўтказилади. Операциядан кейин беморлар ётадиган палата катта бўлмаслиги (кўпи билан 2—3 кишилик бўлиши) керак. Палатада кислородни марказий узатиш системаси ва реанимацион тадбирлар ўтказиш учун зарур инструментлар, аппаратлар ҳамда медикаментоз препаратлар тўплами бўлиши керак.

Одатда беморга қулай вазият яратиш имконини берадиган функционал каравотлар қўйилади. Каравотга тоза чойшаблар ёзилади, чойшаб остига клеёнка солинади. Беморни ётқизишдан олдин грелкалар билан иситилади.

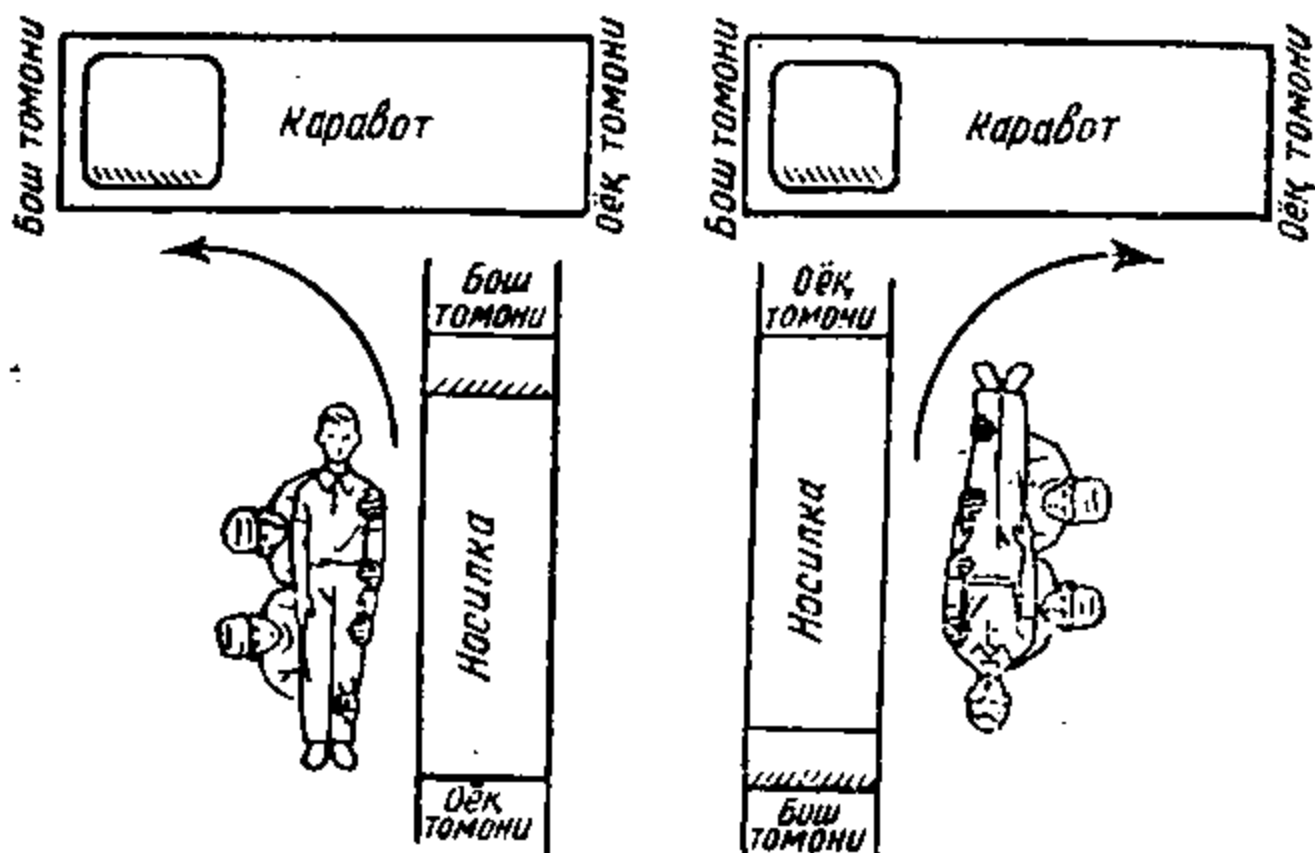
Операциядан кейинги даврда беморлар кўп терлайди, шунга кўра ич кийимларни алиштиришга тўғри келади. Ич кийимларни муайян тартиб билан алиштирилади. Аввал кўйлакнинг орқа этагини эҳтиётлик билан тортилади ва бошдан чиқариб кўкракка туширилади, сўнгра енгларини, олдин соғлом қўлдан, кейин касал қўлдан ечилади. Кўйлакни тескари тартибда кийилади: аввал касал қўлга, сўнгра соғлом қўлга, ундан кейин бошдан ўтказиб, елкага тортилади ва бурмалари тўғриланади. Кир бўлганда чойшабни алиштириш керак. Чойшаб қуйидаги тартибда алиштирилади. Беморни ёнбошига бурилади ва каравот четига сурилади. Чойшабнинг бўш турган ярмини беморнинг елкасига сурилади. Тўшакнинг бўшаб қолган қисмига тоза чойшаб ёзилади, беморни айлантриб тоза чойшабга чалқанча ётқизилади. Кир чойшабни йиғиштирилади, тозасини эса текис қилиб тузатилади (30-расм).

Ётоқ яралар, айниқса думғаза соҳасида пайдо бўлишига йўл қўймаслик учун беморни чойшабга ўралган, ичига ҳаво пуфланган резина чамбарга ётқизиш мумкин. Бемор устига адёл ёпиб қўйилади. Уни жуда ҳам иссиқ қилиб ўраб-чирмаш ярамайди. Операциядан чиққан беморлар ёнига ҳамшира пости тайинланади.

Медицина ҳамшираси асосий функционал кўрсаткичлар: пульс, нафас, артериал босим, температура, ичилган ва ажратилган (сийдик билан, плевра ёки қорин бўшлиғидан) суюқлик миқдорини ёзиб бориши керак.

Беморларни кузатиш ва парвариш қилиш. Операциядан ке-





29-расм. Беморни носилкадан каравотга олиб ётқизиш схемаси.

Йинги даврда беморларни кузатишда медицина ҳамширасининг роли катта. Беморнинг шикоятларини ҳисобга олиш лозим. Беморнинг юз қиёфасига (изтиробли, осойишта, тетик ва ҳоказо), терисининг рангига (бўзарган, қизарган, кўкарган) ва ушлаб кўрилганда уларнинг температурасига аҳамият бериш зарур. Гавда температурасини албатта ўлчаб туриш (пасайган, нормал, ошган), беморни мунтазам равишда умумий кўздан кечириб бориш лозим. Энг муҳим орган ва системалари ҳолати устидан синчиклаб кузатиб туриш зарур.

Беморларга қарашни тўғри уюштириш турли хил асоратларнинг олдини олишда энг яхши чора ҳисобланади.

Юрак-томирлар системаси. Юрак-томирлар системасининг иши тўғрисида пульс, артериал босим, терининг тусига қараб хулоса чиқарилади. Пульснинг пасайиши ва таранглигининг ошиши (минутига 40—50 марта уради) шиш ва мияга қон қуйилиши, менингит сабабли марказий нерв системаси фаолиятининг бузилганлигидан далолат бериши мумкин. Артериал босимнинг пасайиб кетиши ва терининг бўзариши фонда пульснинг тезлашиши ва занфлашиши (минутига 100 мартадан кўп уради) иккиламчи шок ривожланганда ёки қон кетганда юз бериши эҳтимол. Агар худди шундай манзара тўсатдан юз берса ва кўкракда оғриқ пайдо бўлиши, қон тупуриш билан ўтса, бу ҳолда беморда ўпка артерияси эмболияси борлиги тўғрисида фикр юритиш мумкин. Бу патологияда бемор бир неча секунд ичида ҳалок бўлиши мумкин.



а



б



в

30-расм. Оғир ётган бемор чойшабини аяштириш  
(а, б, в)

Шокка қарши тадбирлар ўтказиш (қон ва қон ўрнини босадиган суюқликлар қуйиш, юрак ва томирлар тонусини оширадиган воситалар) иккиламчи шок профилактикаси ва давосининг асоси ҳисобланади. Беморнинг эрта актив ҳаракатлар қилиши, даво гимнастикаси ва қон ивишига қарши препаратлар (гепарин, неодикумарин ва ҳоказо) тромбозлар ҳамда эмболияларни профилактика қиладиган яхши воситалар ҳисобланади.

**Нафас органлари.** Операциядан кейинги даврда беморларда операцион соҳанинг қаердалигидан қатъи назар, нафас экскурсиясининг камайиши (оғриқ, беморнинг мажбурий ҳолат эгаллаши), бронхиал модданинг йиғилиб қолиши (балғамнинг етарлича ажралмаслиги) ҳисобига ўпка вентилияциясининг камайиши (тез ва юзак нафас олиш) содир бўлади. Бундай ҳолат ўпка етишмовчилиги ва ўпканинг яллиғланишига олиб келиши мумкин. Медицина ҳамшираси ёрдамида беморларнинг эрта актив ҳаракат қилиши, даво физкультураси, массаж, мунтазам равишда кислород ингаляцияси қилиш, антибиотиклар билан даволаш, вақти-вақтида балғам ажратиб туриш ўпка етишмовчилиги ва операциядан кейинги ўпка яллиғланишининг профилактикасидир.

**Ҳазм органлари.** Ҳар қандай операция, ҳатто у ҳазм органларида ўтказилмаган бўлса ҳам ҳазм органлари функциясига таъсир қиладир. Марказий нерв системасининг тормозловчи таъсири, операциядан кейин беморнинг кам ҳаракат қилиши ҳазм органларида муайян дисфункция вужудга келтиради. Ҳазм органлари ишининг «кўзгуси» тилдир.

**Тил қуруқлиги** организмнинг суюқлик йўқотганидан ва сув алмашинувининг бузилишидан далолат беради. Қуруқ ва ёриқлари бўлгани ҳолда тилнинг қуюқ, қўнғир караш билан қопланиши қорин бўшлиғидаги патологияда — этиологияси турлича бўлган перитонитда, меъда-ичак йўллари парезида кузатилиши мумкин.

Оғиз қуруқшаганда оғиз бўшлиғини нордон сув билан, ёриқлар пайдо бўлганда эса сода эритмаси билан (бир стакан сувга 1 чой қошиқ), 2% ли борат кислота эритмаси, водород пероксид (бир стакан сувга 2 чой қошиқ), 0,05—0,1% ли калий перманганат эритмаси билан чайиш ва артиш, глицерин суртиш тавсия қилинади. Оғиз бўшлиғи қуруқ бўлганда стоматит (шиллик пардасининг яллиғланиши) ёки паротит (қулоқ олди безининг яллиғланиши) рўй бериши мумкин. Саливацияни (сўлак ажралишини) кучайтириш мақсадида сувга лимон суви ёки клюква сувидан қўшилади.

**Кўнгил айниши** ва қусиш наркоз, организмнинг интоксикацияси, ичакларнинг тутилиб қолиши, перитонит оқиба-тида юз бериши мумкин. Кўнгил айниганда ва қусганда буни сабабини аниқлаш зарур. Қусишда биринчи ёрдам: бошни четга буриб энгаштириш, бурун орқали янгичка зонд киритиш ва меъдани ювишдан иборат. Дори воситалари (атропин, новокаин,

аминазин) қўлланиш ҳам мумкин. Қусуқ массаларининг аспирацияси юз бермаслигини кузатиб туриш зарур.

Ҳиқичоқ диафрагмал ёки адашган нерв таъсирланиши натижасида диафрагманинг тортишиб қисқаришидан пайдо бўлади. Таъсирланиш рефлектор характерда бўлганда атропин, димедрол, аминазин ва госсимпатик блокада, меъдани ювиш яхши натижа бериши мумкин.

**Метеоризм** (қорин дам бўлиши). Ичаклар парези ва уларда газ йиғилиши метеоризм сабабларидан ҳисобланади. Метеоризмни йўқотиш мақсадида қуйидаги тадбирларни оғишмай амалга ошириш тавсия қилинади: беморни вақти-вақти билан ўрнидан турғизиш, тўғри ичагига газ ҳайдайдиган найча қўйиш, тозалаш клизмаси ёки гипертоник клизма (5% ли натрий хлорид эритмасидан 150—200 мл) қилиш, венага 10% ли калий хлорид эритмасидан 30—50 мл, тери остига 0,05% ли прозерин эритмасидан 1—2 мл юбориш керак. Парезнинг оғир ҳолларида сифон клизма буюрилади. Сифими 1—2 л ли воронкага резина найча кийгизиб, унинг иккинчи учини тўғри ичакка киритилади. Воронкага уй температурасидаги сув қуйилиб, воронкани юқорига кўтарилади, сув йўғон ичакка боради; воронка пастга туширилганда сув ахлат массалари ва газлар билан воронкага тушади. Клизма учун 10—12 л сув талаб этилади. Қатор ҳолларда паранефрал новокаин блокадасидан фойдаланилади (100 мл 0,25% ли новокаин эритмасини паранефрал клетчаткага юборилади). Блокада икки томондан қилиниши мумкин.

**Қабзият.** Эрта актив ҳаракатлар қилиш қабзиятнинг олдини олишда энг яхши чора ҳисобланади. Овқатда кўп миқдорда клетчатка бўлиши ва ични юмшатадиган таъсир кўрсатиши (простокваша, кефир, мевалар) керак. Клизма қилиш мумкин.

**Ич кетиши.** Сабаблари турли-туман: нерв-рефлектор, ахилик (меъда шираси кислоталиги пасайиб кетганда), энтеритлар, колитлар, перитонитлар. Ич кетишини даволаш асосий касалликка қарши курашишдан иборат. Ахилик ич кетишида хлорид кислота билан пепсин буюриш яхши натижа беради.

**Сийдик системаси.** Нормада одам суткасига 1500 мл сийдик ажратади. Бироқ қатор ҳолларда буйрак функцияси кескин бузилиб (нerv-рефлектор, интоксикация сабабли ва ҳоказо) сийдик ажратилиши ҳатто узил-кесил тўхтаб қолишгача боради (анурия). Баъзан буйрак нормал ишлаб тургани ҳолда сийдик ажратилишининг тутилиши — ишурья кузатилиб, бу аксарият нерв-рефлектор характерда бўлади.

Анурияда паранефрал новокаин блокадаси, буйрак соҳасига диатермия қилиш, пилокарпин, сийдик ҳайдовчи дорилар ёрдам беради. Анурия давом этаверганда ва уремия пайдо бўлганда беморни «сунъий буйрак» аппарати билан гемодиализ қилинади.

св:

Ишурияда, беморнинг аҳволи имкон берса, уни ўтқазиб ёки ҳатто тик турғизиб қўйиш, қорнининг пастига грелка қўйиш, беморни иситилган суднога ўтқазиб ёки ётқизиб қўйиш, тоғорага сувни томчилатиб тушириш (рефлекс йўли билан таъсир қилиш) мумкин. Шу тадбирлар яхши натижа бермаганда врач кўрсатмаси бўйича қовуқни катетерланади.

**Нерв-психик системаси.** Операциядан кейинги даврда психиканинг ҳолати катта аҳамиятга эга. Инжиқ, бесаранжом бемор режим ва муолажаларни яхши бажармайди. Шунга кўра яранинг битиши аксарият асоратлар билан ўтади. Операциядан кейинги даврда нерв-психик ҳолатни бартараф этиш зарур, бунга медикаментоз 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, йирингланиши мумкин.

Бемор тинч ҳолатда ётганида ҳам боғламга қон шимилиб қолиши мумкин. Бундай ҳолларнинг ҳаммасида ҳам медицина ҳамшираси зудлик билан врачга хабар бериши шарт. Одатда бундай боғламлар алиштирилади.

**Терини парвариш қилиш.** Бадав терисига яхши эътибор берилмаганда кўпинча суякларнинг дўнг жойларида ётоқ яралар пайдо бўлади. Клиник жиҳатдан бу терининг қизариши (гиперемия) билан ифодаланади. Кейинчалик бу соҳа жонсизланади, териси кўчади, тўқималар йиринглаб, эриб кетади. Ётоқ яралар профилактикаси беморнинг операциядан кейин актив ҳаракатлар қилиши, терини камфора спирти билан ишқалаш, массаж, бемор тагига чамбар қўйишдан иборат. Давоси: антисептик эритмалар билан тозалаб, Вишневский мази қўйиб боғланади. 5% ли калий перманганат эритмаси суртилади. Дезинфекция қилгандан сўнг беморнинг чотини ювиш зарур. Аёлларнинг эса, нчи келмаган бўлса ҳам ҳар кун остини ювиш шарт.

Операциядан кейинги даврда беморни овқатлантириш. Овқатланиш операциянинг ҳажми ва характерига боғлиқ.

1. Меъда-ичак йўлларидаги операциялардан кейин дастлабки кунлари бемор умуман энтерал овқатлантирилмаслиги мумкин, сўнгра унга балласт моддалари чекланган овқат (бульон, кисель, сухари ва бошқалар) — стол № 1 а ёки стол № 1 б берила бошланади, кейинчалик аста-секин умумий столга (№ 15) ўтказилади.

2. Меъда-ичак йўлларининг юқори бўлимидаги (қизилўнгач, меъда) операциялардан сўнг дастлабки 2 кун ичида беморга оғиз орқали ҳеч нарса берилмайди. Парентерал усулда овқатлантирилади: тери остига ва венага қон ўринни босадиган турли хил суюқликлар, глюкоза, қон юборилади, овқатли клиз-

малар 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 столга ўтказилади.

3. Ҳазм йўллариининг бутунлигини бузмай, қорин бўшлиғи органларида (ўт пуфағи, меъда ости беши, 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 суткагача беморнинг ичи келмайдиган шароитлар яратиш зарур. Беморга клетчаткаси кам овқат ва кунига 8—10 томчидан опий берилади.

5. Оғиз бўшлиғидаги операциялардан сўнг бурун орқали зонд киритилади ва беморга зонд орқали суюқ овқат (бульон, қаймоқ, сут, кисель) берилади.

6. Меъда-ичак йўлларига алоқадор бўлмаган операциялардан сўнг беморга дастлабки 1—2 кун ичида стол № 1 а ёки № 1 б, кейинчалик стол № 15 буюрилади.

Операциялардан сўнг беморнинг ўрнидан туриши. Беморнинг ўрнидан туришига фақат врач рухсат беради. Ҳозирги вақтда операциянинг оғир-енгиллигига ва характерига кўра эрта — 2—3-кунни туриш тавсия қилинмоқда.

Чокларни қолдириш муддатлари ва олиш техникаси. Кичикроқ операцияларда (аппендэктомия, чуррани кесиш) чоклар 7—8-суткада олинадилар. Қоринни (меъда резекцияси, холецистэктомия), кўкрак қафасини (пульмонэктомия, лобэктомия) кесиш билан боғлиқ бўлган операцияларда 9—10-суткада олинадилар. Хавфли ўсмалар сабабли қилинган операцияларда чокларни олиш 12—14-суткаларга қолдирилади, чунки бундай беморларда тўқималар регенерацияси секинлашган бўлади. Чоклар инструментлар ёрдамидагина олинадилар. Чоклар зонасига йод эритмаси суртилади. Чокнинг бир учини пинцет билан тортилади ва тери остидан ипнинг тўқималарда турган қисмини (чок материалининг оқ қисмини) тортиб олинадилар. Чокни бу участкада қайчи ёки скальпель билан қирқилади. Ип олиб ташланади. Операцион майдонга яна йод эритмасидан суртиб қўйилади. Асептик боғлам боғланади.

Болаларни операциядан кейин парвариш қилиш. Кичикроқ, айниқса маҳаллий анестезия остида ўтказиладиган операциялардан сўнг болани умумий палатага ётқизиш мумкин. Чақалоқ болани онасига берилади. Катта операциялардан сўнг болани реанимацион тадбирлар ўтказиш имконини берадиган аппаратлар билан жиҳозланган, операциядан кейинги махсус палатага ўтказилади.

Болалар совуққа чидамсиз бўлади, шунга кўра операция хонасида ҳам, операциядан кейин ётиладиган палатада ҳам ҳаво температураси 20—22°C бўлиши керак. Ой-кунига етмай туғил-

ган ва чақалоқ болаларга махсус палаталар ажратиш зарур, уларда температура 22—26°C атрофида сақланиши керак. Ҳаво температураси 34—37°C бўлган очиқ ёки ёпиқ куветлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир.

Наркоз бериб қилинган операциядан сўнг дастлабки соатларда болани чалқанча ётқизиш тавсия этилади. Қоллапс рўй бериши эҳтимоли борлигидан гавданинг бош қисмини бирданига кўтаришдан эҳтиёт бўлиш керак.

Болага қусаётган пайтида қараб туриш зарур. Бундай ҳолларда бошни ён томонга буриш керак. Қусишдан сўнг оғзини пахта тампон билан артиш лозим. Операциядан кейин эртаси кун гавданинг юқори қисмини 30° бурчаккача кўтарилади.

Парвариш хусусиятлари операциянинг характери ва оғир-енгиллигига боғлиқ. Юрак, магистрал томирлар, ўпка, қизил-ўнгачдаги операциялардан сўнг болалар реанимацион палатасида дастлабки 1—2 кунгача врачлик пости ташкил қилинади.

Боғламни қунт билан текшириб бориш зарур. Тиниқ яра боғлов материали фоят қулайдир. Чот ва қориннинг пастки қисмидаги жароҳатларда нам ўтказмайдиган материаллар (клеёнка, полихлорвинил парда ва бошқалар) дан фойдаланиб, алоҳида эҳтиёт чораларини кўриш лозим. Дренаж найчалар ва доимий катетерларни айниқса диққат билан кузатиб бориш зарур. Болалар улардан тезроқ қутулишга уриниб, олиб ташлашлари мумкин.

Оғриқни йўқотиш учун барбитуралар буюрилади, булар айни вақтда болаларни тинчлантиради ва уйқусини яхшилайдди. Наркотиклар жуда зарур ҳоллардагина қўлланилади.

Маҳаллий анестезия қилиб ўтказилган операциялардан кейин, операция характери бўйича имконият бўлса, операция ўтиши билан сув ичишга (қошиқлаб ширин чой) рухсат этилади. Наркоздан сўнг ва бемор қусаётган бўлса, 4—6 соатдан кейин сув ичиш мумкин.

Беморга операциядан 6—8 соат ўтгач овқат берила бошлади. Овқатнинг таркиби ва миқдори боланинг ёшига, касалликнинг характерига ва операциянинг турига боғлиқ. Сув-туз ва оқсил алмашинувини тиклаш, етарли миқдорда витаминлар билан таъминлашнинг аҳамияти катта.

Елнинг нормал чиқиши учун бир неча кун сурункасига газ ҳайдовчи найча киритиш тавсия этилади.

Ҳар қандай операциялардан, айниқса торакал операциядан сўнг кислород қўлланиш зарур.

Болалар ёшининг хусусияти шундан иборатки, ҳатто кичикроқ операциялардан кейин ҳам температура 40—41°C гача кўтарилиб кетиши мумкин. Гипертермиянинг бир неча тури фарқ қилинади: конституционал ёки Феер бўйича ўсиш иситмаси, жисмоний ҳаракатдан кейинги ҳаракат гипертермияси, ташналик иситмаси (туз иситма), церебрал, Рейман бўйича даврий иситма ва инфекция иситма.

Бўзариш гипертермияси синдроми (Омбредан синдроми) айниқса хавфли. Операциядан, ҳатто кичик операциядан сўнг бир неча соат ўтгач, офриқсизлантиришнинг туридан қатъи назар, температура 40—41°C гача кўтарилиши мумкин. Юз бўзаради, кескин коллапс юз бериб, болани ўлимга дучор қилади. Давоси бошга, жигар соҳасига, сон томирларига ва буйрақларга музли халтача қўйишдан иборат. Уй температурасидаги сув билан тўғри ичакни аста-секин такрор ювилади, вентилятор билан совутилади. Венага 5% ли совутилган глюкоза эритмаси, мускуллар орасига беморнинг 1 кг массасига 0,5 мл ҳисобида 1% ли амидопирин эритмаси анальгин билан бирга (бирок кўпи билан 20—25 мл) юборилади.

Талваса тутишга мойиллик операция қилинган болалар учун хос белги ҳисобланади. Талваса тутиши гипоксия, гиперкапния, новокаин дозасининг ошириб юборилиши, мия пўстлоғи ҳаракат зонасининг гексенал ёки тиопентал билан таъсирланиши, температуранинг юқорилиги, калла суяги ичига қон қўйилиши, гипергидратация оқибатида содир бўлиши мумкин. Даво талваса тутишини келтириб чиқарган сабабларни йўқотишдан иборатдир.

Ёши улғайган ва кекса ёшдаги беморларни операциядан кейин парвариш қилиш. Бу гурппадаги беморлар ўпка асоратларига мойил бўладилар, шунинг учун операциянинг биринчи кунидан асоратларнинг олдини олиш учун профилактик чоралар кўрилади: ўринда қаддини баланд қилиб ётқизилади, у ёнбошидан бу ёнбошига айлантиришни эртароқ бошланади, галма-галдан банкалар ва горчичниклар қўйилади, трахея-бронхиал шокни яхши дренаж қиладиган нафас гимнастикаси ўтказилади. Ёши улғайган кишилар организми кислород танқислигига ғоят сезувчан бўлади, шунга кўра улар нам кислород билан нафас олишлари керак.

Кўп миқдордаги суюқлиқни тез киритиш эластиклиги кам томирлар ўзани ва юракнинг бўлимларига офрлик қилади. Шу муносабат билан тузли эритмалар, қон, қон ўрнини босадиган суюқлиқларни венага аста-секин, томчилаб қўйилади.

Тери остига суюқлиқ юборишни ҳам эҳтиётлик билан бажариш керак, чунки ёши улғайган беморларда суюқлиқ ёмон сўрилади ва уни кўп миқдорда тез юбориш тўқималарнинг босилишига, бу эса тери қисмларининг жонсизланишига олиб келиши мумкин. Шунга кўра суюқлиқни ҳам аста-секин, унга гиалуронидаза препаратларини қўшиб ва шу соҳага иссиқ грелкалар қўйиб, томчилаб юборилади. Ёши улғайган беморларга суюқлиқни тўғри ичаги орқали юборган маъқул.

Ёши улғайган кишиларда операция жароҳатнинг юзага чиқмаган субъектив сезгиларсиз ва симптомларсиз йнрингланиши кўпроқ кузатилади. Шунинг учун боғламни тез-тез алиштириб туриш тавсия этилади. Витаминлар комплекси буюрилади. Бадан терисини яхши парвариш қилмаслик тез орада ётоқ яралар



пайдо бўлишига сабаб бўлади. Кекса кишиларда бундай яралар ҳадеганда тузалмайди.

**Операциядан кейин юз берадиган асоратлар.** Қон оқиши операциядан сўнг қон оқишини тўхтатиш етарлича ўтказилмаганда, қон томирдан лигатура сурилиб тушганда, қон ивиши бузилганда рўй беради. Қон оқишини етарлича тўхтатилмаганда ёки лигатура сурилиб тушганда беморни операцион столга қайтадан ётқизилади, жароҳатини синчиклаб кўздан кечирилади ва қон оқишини узил-кесил тўхтатилади. Қоннинг ивиш хусусияти бузилганда коагулянт терапия (кальций хлорид, викасол, аминоксапрон кислота, янги цитрат қон ва бошқалар) қўлланиш керак.

Ҳиқилдоқ шиши аксарият интратрахеал 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.

Антигистамин препаратлар (димедрол, пипольфен, супрастин), яллиғланишга қарши, шишга қарши, аллергияга қарши воситалар (венага кальций хлорид, мускул орасига кортизон, венага гидрокортизон юбориш, ментол буғлари ингаляцияси, кальций бикарбонат эритмаси, нам кислород билан нафас олдириш, кўкракка горчичниклар, оёқларга грелкалар қўйиш) зарур. Айтиб ўтилган терапия ёрдам бермаса, трахеостома қўйилади.

Ўпка шиши аксарият юрак-ўпка етишмовчилигида пайдо бўлади. Қаттиқ нафас қисади, қаттиқ қулдираган нафас эшитилади (ўпка суюқлиққа тўла бўлади), пульс тезлашиб, суст бўлиб қолади. Тери ва шиллиқ пардалар кўкимтир тусга киради.

Ёрдам чоралари: венага 0,5 мл 0,05% ли строфантин эритмаси 20 мл 5% ли глюкоза эритмаси билан (5—10 минут ичида аста-секин), 2 мл кордиамин юборилади, беморга спирт буғлари ҳидлатилади, кислород ингаляцияси қилинади, оёқ-қўлни бинтланади, қон олинади, оғир ҳолларда трахеостомия қилинади.

Операциядан кейин юз берадиган пневмония аксари кўкрак қафасидаги ва қорин бўшлиғининг юқори бўлимидаги операциялардан сўнг пайдо бўлади. Операциядан кейин беморлар юзаки нафас оладилар, операцион чоклар зонасидаги оғриқ сабабли йўталиб балғам ажратишдан қўрқадилар. Нафас йўлларида шилимшиқ суюқлиқ тутилиб қолади, натижада операциядан сўнг заифлашиб қолган организмда ўпка яллиғланиши бошланиши мумкин. Профилактика мақсадида беморнинг ўзини актив тутиши, балғамини ажратиб туриши, нафас гимнастикаси билан шуғулланиши устидан кузатиб бориш зарур. Оғриқ қолдирадиган воситаларни ўз вақтида юбориш керак. Тери остига 3 мл 20% ли камфора эритмаси билан 1 мл эфирни (шприцда қунт билан аралаштириб) юборилади, гир айлантириб банкалар, горчичниклар қўйилади, нам кислород ҳидлатилади.

Беморларда пневмония пайдо бўлганда температура кўтарилади, умумий ҳолат ва нафас олиш қийинлашади, йўтал пайдо бўлади, ўпкада нам хириллаган товуш эшитилади.

Даволаш умуман қабул қилинган методлар бўйича ўтказилади (сульфаниламидлар, антибиотиклар, катта дозада камфора препаратлари, банкалар, балғам кўчирувчи воситалар ва бошқалар буюрилади).

Операциядан кейин юз берадиган перитонит аксарият қорин бўшлиғида ичи ковак органлардаги чокларнинг етишмаслиги сабабли содир бўлади. Медицина ҳамшираси бу хатарли асоратни аниқлай билиши ва бу ҳақда врачга ўз вақтида хабар бериши лозим. Беморларнинг қорнида тўсатдан ўткир оғриқ пайдо бўлади, баъзан оғриқ соҳаси аниқ билинади, умумий аҳволи ёмонлашади, температураси кўтарилади, пульси тезлашади, қаттиқ ташналик азоб беради, кўнгли айниди, қусади, қориннинг олдинги деворидаги мускуллар таранглашади. Кейинчалик интоксикациянинг кучайиши фонида қориндаги оғриқ бир оз камаяди, бемор қусади, ичи тўхтаб қолиб, ел чиқмай қўяди. Ичаклар дам бўлиб, диафрагмани кўтариб юборади, натижада нафас олиш қийинлашади; юрак иши бузилади. Организм сувсизланади, юз қиёфаси ўткирлашади, кўзлар ичига ботади. Заифлашган беморларда клиник манзара бирмунча яширин ўтиши мумкин:

Даволаш қайта операция қилишдан иборат, бу операциядан кейин беморларни айниқса диққат билан парвариш қилиш зарур бўлади.

Психозлар нерв системаси осон кўзғаладиган заиф ва ҳолдан кетган беморларда рўй беради. Улар бесаранжом ҳаракатлар қилиш, алаҳлаш билан намоён бўлади. Бемор каравотдан сакраб тушишга, қочишга ҳаракат қилади, боғламни юлиб ташлайди, атрофдагиларни танимайди. Беморни тинчлантиришга уриниш аксарият унинг баттар кўзғалишига сабаб бўлади.

Бахтсиз ҳодиса юз бермаслиги учун медицина ҳамшираси беморни ўринда ушлаб қолишнинг шошилинич чораларини кўради, ҳатто уни чойшаблар ёки махсус тўрлар билан каравотга боғлаб қўяди. Мускул орасига 2 мл 2,5% ли аминазин эритмасини инъекция қилиш, шунингдек 20—40 мл 5% ли хлоралгидрат эритмасини клизма қилиб юбориш йўли билан кўзғалишни бартараф қилса бўлади. Бундай беморларни кузатиб бориш учун индивидуал пост ажратиш зарур. Оғир ва узоққа чўзилдиган ҳолларда психиатр консультациясини уюштиришга ва беморни психосоматик касалхонага кўчиришга тўғри келади.

Тромбофлебитлар (веналарнинг бекилиб қолиши ва яллиғланиши) қон оқимининг секинлашиши, қон ивиш тезлигининг ошиши, яллиғланиш процесси ва шу кабилар натижасида пайдо бўлади. Заифлашган хавfli ўсмалар билан касалланган беморлар, шунингдек веналари варикоз кенгайган шахслар бу асоратларга айниқса мойил бўладилар. Операциядан кейинги

даврни актив ўтказиш қон айланишини яхшилайти ва тромб ҳосил бўлишини камайтиради. Операциядан кейин юз берадиган тромбофлебитларни профилактика қилишда сувсизланишга (яъни қоннинг қуюқланишига) қарши курашнинг аҳамияти катта.

Клиник жиҳатдан тромбофлебит тегишли вена зонасида оғриқ пайдо бўлиши, оёққа шиш келиши, вена йўли бўйлаб энч тортмалар пайдо бўлиши билан юзага чиқади.

Беморга ўриндан турмай ётадиган режим тайинланади, чунки жойидан кўчган тромб ўпка, ўпка артерияси эмболиясига сабаб бўлиб, бу ўлимга дучор қилиши мумкин. Тромбофлебитнинг давоси қон оқинини яхшилаш учун оёқни баланд вазиятда тутиш, Вишневский мазн суртилган боғлам қўйишдан иборат. Бундай ҳолларда антикоагулянтлар группасидаги препаратлар (гепарин, неодикумарин ва бошқалар), фибринолизин, қон ивишини пасайтиришга имкон берадиган зулуклар солиш кенг қўлланилади. Антикоагулянтлар қўлланишда қон протромбини (ҳар куни) ва сийдик кузатиб турилади. Сийдикда эритроцитлар борлиги антикоагулянтлар дозасининг ошганлигидан дарак беради.

Улаётган беморларни парвариш қилиш. Агония — моддалар алмашинувининг чуқур бузилиши ва организмнинг энг муҳим функциялари сўниши билан характерланадиган ўлим олди давридир. Агониядан олдин бир неча секунддан бир неча минутгача давом этадиган терминал (охирги) пауза келади. Бу қисқа вақт ичида нафас аввалига тезлашади, сўнгра вақтинча тўхтайти, юрак иши секинлашади ва бу ҳам қисқа вақтга тўхташи мумкин, қорачиқлар кенгайти, мугуз парда рефлексийўқолади. Шундан сўнг бир неча минутдан бир неча соатгача давом этадиган агонал давр бошланиб, бу давр учун нерв системаси олий бўлимлари функциясининг бузилиши: бош мия пўстлоғи функциясининг сўниши (эс кирарли-чиқарли бўлиб қолади), узунчоқ мия ишининг бузилиши хосдир (нафас нотўғри бўлиб қолади, сустлашади, аранг билинадиган нафас олиш билан тугайди). Артериал босим нулга тушиб, пульс ипсимон бўлиб қолади, сўнгра бутунлай йўқолади. Гавда температураси пасаяди, талваса тутайди ва сфинктерлар фалажланади (сийдик ва ахлат тута олмаслик). Агонал давр чўзилиб кетса, ўпка шишади.

Агонал ҳолатдаги беморнинг ташқи кўриниши ўзига хос: юзи бўзариб кўкимтир тус олган, совуқ тер босган, бурни чўччайиб қолган, кўз мугуз пардаси хира тортган бўлади.

Нафас ва юрак фаолияти тўхташи билан клиник ўлим юз беради.

Агония давридаги бемор реанимацион тадбирлар кўрилишига муҳтож бўлади. Одатда нерв, юрак-томирлар ва нафас системаларини қўзғатадиган препаратлар юборилади. Улаётган бемор тўшаги олдида ҳатто шивирлаб гаплашиш ҳам мумкин

эмас, чунки бу сўзларни у эшитиши ва тортаётган дарди баттар оғирлашиши мумкин. Улаётган беморларни бошқа беморлардан ширма (парда) билан тўсиб қўйиш ёки изоляторга ётқизиш лозим.

Клиник ўлим операция, шикастланиш ва шу кабилардан юз берган тақдирда реанимацион тадбирлар ўтказиш зарур (реанимацияга бағишланган бобга қаралсин).

Даво чоралари натижа бермаганда клиник ўлимдан кейин қайтмас биологик ўлим юз беради: юрак фаолияти ва нафас тўхтайдди, мускуллар бўшашиб қолади, гавда температураси теварак муҳит температурасигача пасаяди. Кейинроқ гавданинг қуйи қисмида кўкимтир-қизил рангли мурда доғлари пайдо бўлади. Врач ўлим фактини қайд қилади ва касаллик тарихига ўлим содир бўлган кун ҳамда соатни ёзиб қўяди. Мурданинг кийимлари ечиб олинади, қўл-оёқларини ёзиб, чалқанча ётқизилади (ёстиқсиз), энгаги боғланади; қовоқларини ёпилади, устига чойшаб ёпилади ва ўринда 2 соатга қолдирилади.

Медицина ҳамшираси мурданинг сонига фамилияси, исми, отасининг исми ва касаллик тарихи номерини сиёҳ билан ёзиб қўяди. Бундан ташқари, у ўлган кишининг фамилияси, исми ва отасининг исми, касаллик тарихи номери, диагнози ва ўлган вақти ёзилган қоғозни тайёрлаб қўяди.

Ўлимнинг муқаррар белгилари (мурда доғлари, мурданинг қотиши, кўз соққаларининг юмшаши) пайдо бўлгандан кейингина мурдани патологоанатомик бўлимга ёриш учун олиб чиқиш мумкин.

Ўлганларнинг ҳаммаси ёрилади ва шундан кейингина мурдани қариндошларига берилади. Ўлганнинг қимматли буюмларини бўлимда навбатчи врач ҳузурда ечиб олиниб, акт тузилади ва уларни қабулхона бўлимига жўнатилади. Беморнинг нарсаларини ва қимматли буюмларини қариндошларига тилхат билан берилади.

### **ПРОЦЕДУРА (МУОЛАЖА) ҲАМШИРАСИННИНГ ИШ ХУСУСИЯТЛАРИ**

Йирик хирургик стационарларда турли хил дори моддаларини парентерал юбориш билан боғлиқ бўлган процедура (муолажа) ларни бажариш учун махсус хона ажратилади.

Операцион блокда асептика қондаларига нечоғли қаттиқ амал қилинса, муолажа ҳамшираси ўз ишида бу қондаларга худди шундай амал қилиши керак. Дори моддаларини парентерал юбориш (тери остига, мускул орасига, венага) игналари яхши ўрнатиладиган ҳар хил типдаги шприцлар ёрдамида бажарилади (шприцларнинг стерилизацияси ҳақида юқорида айтилган эди). Беморнинг инъекция қилинадиган зонадаги териски топ-тоза бўлиши керак. Тери кир бўлса, уни совунлаб ювилади,

сўнгра спиртга ҳўлланган пахта билан артилади ёки Люголь эритмаси суртилади. Инъекция қилишдан олдин медицина ҳамшираси қўлини албатта оқиб турган сувда совунлаб ювади. Дори моддасини юборишдан олдин хатога йўл қўймаслик учун дори моддаси солинган ампуладаги ёзувни текшириб кўриш керак. Ампулани торайган қисмга ўтаётган жойидан махсус аррача билан оз-моз арраланади, шу жойини спиртга ҳўлланган пахта билан артилади ва ўша пахта билан арра теккан жойидан синдирилади. Ампула ичига игна киритилади ва ампулани пастга қийшайтириб, ундаги моддани торттиб олинади. Шприцни игнасини юқорига қилиб кўтарилади ва шприцдаги ҳавони поршенни босиб чиқарилади.

**Тери ичига инъекция қилиш.** Игнани терига ўткир бурчак остида санчиб, фақат муғуз қавати остигача киритилади, сўнгра уни шу қават бўйича сурилади. Дори моддасини юборишда тери бағрида озгина шиш ҳосил бўлади. Игна чиқарилгандан сўнг инъекция зонасидан қон чиқмаслиги керак.

**Мускул орасига инъекция қилиш.** Думба мускулнинг юқори-ташқи квадранти мускул орасига инъекция қилиш учун энг қулай жойдир. Узун игнадан (8—10 см) фойдаланилади. Шприцни ўнг қўл билан игнаси ёнидаги пастки қисмидан ушланади. Чап қўлнинг бош ва кўрсаткич бармоқлари билан укол қилинадиган жойдаги терини босилади ва торттиб турилади. Игнани 5—6 см ичкарига перпендикуляр санчилади ва дори моддаси юборилади.

**Тери остига инъекция қилиш.** Инъекцияни елканнинг ташқи сатҳига, соннинг ташқи ва олдинги сатҳига, қорин териси остига ёки орқага курак бурчаги соҳасидаги тери остига, кураклараро бўшлиқ териси остига қилган яхши. Терини чап қўлнинг учта бармоғи билан бурма қилиб қисмлаб, бир оз торттилади. Игнани тери бурмасининг ўрта қисми остида 45° бурчак остида 1,5—2 см ичкарига киритилади, шундан сўнг дори моддаси юборилади.

**Венепункция.** Турли дори моддаларини юбориш, шунингдек венадан қон олиш учун венепункция қилинади. Одатда қўл ва оёқларнинг юза жойлашган веналаридан, энг кўп тирсак букимининг олдинги сатҳидаги кубитал венадан фойдаланилади. Манипуляция қилишдан олдин қўлнинг пункция қилинадиган жойи тепасига юза веналарни босиш учун жгут боғланади. Бемор бир неча марта бармоқларини қисиб мушт қилади. Бу тадбирдан сўнг вена тери остидан яхши билинадиган бўлади. Чап қўл бармоғи билан венани тери билан бирга босилади, шундан сўнг терини вена яқинидан тешилади, игнани вена устига ўрнатилади ва эҳтиётлик билан ўткир бурчак остида ҳаракат қилиб венанинг олдинги деворини тешилади. Игнани вена бўйлаб 1—1,5 см га, игнадан қон кўриңгунча сурилади. Венанинг орқа девори тешилиб қолиши мумкинлигини унутмаслик керак, шу сабабдан бунга асло йўл қўймаслик зарур.

Қон олишда жгут ечилмайди. Дори моддаларини юборишда жгут албатта ечилади. Дори моддаси юборилган зона бир оз шишганда (игна венадан чиқиб, дори моддаси тери ости клетчаткасига тушганда шундай бўлади) игнани чиқарилади. Бу соҳага босиб турадиган боғлам боғланади ва венепункция бошқа жойдан қилинади. Дори моддаларини узоқ вақт инфузия қилиш зарурияти бўлса, қўлни пахта ўралган шинага боғланади. Игнани терига бир тилиш ёпишқоқ пластирь билан маҳкамланади. Юборилаётган суюқлиқни бошқариб туриш учун резина найчанинг игна билан идиш ўртасидаги қисмига томизгич уланади. Томчилар сонини махсус зажим билан бошқариб турилади. Узоқ муддат дори юборгандан сўнг тромбофлебит пайдо бўлишининг олдини олиш учун қўлга спиртдан компресс қилинади.

**Микроирригатор ёрдамида венепункция қилиш.** Дори моддалари узоқ муддат мобайнида қўйилганда уларни игна ёрдамида юбориш ноилож вазиятни талаб қилганидан бемор учун ноқулайлик туғдиради. Бу камчиликни йўқотиш мақсадида веналарни полиэтилен ёки тефлон катетерлар ёрдамида узоқ муддат катетерланади. Диаметри одатдаги венепункцияда ишлатиладиган игнадан каттароқ игна билан вена пункция қилинади. Игна бўшлиғи орқали венага узун мандрен (одатда қайишқоқ қармоқ ипи ишлатилади) киритилади, игна чиқариб олинади, мандренга катетер кийгизилади ва уни мандрен бўйлаб айланма ҳаракатлар билан венага киритилади. Мандрен чиқариб олинади, катетерни терига бир тилиш ёпишқоқ пластирь билан маҳкамлаб қўйилади. Бундай методика катетернинг венадан сирпаниб чиқиб кетишига йўл қўймайди ва дори моддаларини қўйишда бемор ўзи учун энг қулай ҳолатни эгаллай олади. Венада катетер бир неча суткагача қолдирилиши мумкин. Катетер бўшлиғининг тромб билан бекилиб қолишига йўл қўймаслик учун вақти-вақтида унга 25 мг гепарин юбориб турилади.

**Ўмров ости венасини пункция қилиш** (врач бажаради). Оғир ҳолатда ётган беморларни, айниқса ўпканинг оғир яллиғланиш касалликларида (абсцесслар, гангрена) ўмров ости венасини, унга узоқ вақтгача дори моддаларини юбориш учун катетер қўйиб пункция қилинади. Бемор чалқанча ётқизилади, куракларни остига болиш қўйилади. Бошини бир оз орқага энгаштирилади ва пункциядан қарама-қарши томонга бурилади. Ўмровнинг пастки четидан 0,5—1 см пастроқдан, ўмровнинг ички ва учдан бир ўрта қисми чегарасида жойлашган нуқтадан пункция қилинади. Игна билан ўмровдан ҳосил бўлган бурчак 30—50° га, кўкрак қафаси сатҳига нисбатан оғиш бурчаги четига томон йўнаштирилади. Узунлиги 4—7 см ва ташқи диаметри 1—2 мм бўлган кесмаси калта игна ишлатилади. Вена пункция қилинганидан сўнг, аввалги методикадаги каби, игна бўшлиғи орқали лескани мандрен сингари киритилади ва венага леска бўйлаб катетер юргизилади. Мандренни олиб қўйилади. Катетерни терига ёпишқоқ пластирь бўлакчаси билан ёпиштириб қўйилади. Бу методика бўйича дори моддалари бир неча ҳафта мобайнида юборилиши мумкин. Дори моддаси юборилмайдиган вақтда венадан қон чиқишининг олдини олиш учун тешикни зағлушқаси бор махсус игна билан бекитиб қўйилади. Катетер тешигига тромб тикчилик қолмаслиги учун у орқали гепарин юборилади.

**Венесекция (врач бажаради).** Венепункцияни техник жиҳатдан бажариб бўлмайдиган ҳолларда венесекциядан фойдаланилади. Бажариш учун керакли нарсалар: пинцет, скальпель, қайчи, «искабтопар» типдаги зажим, тутқич учи қайрилган игнаси билан, шприц, 0,25—0,5% ли новокаин эритмаси, ипак кетгут, дока салфеткалар, шарчалар. Вена проекциясидан тери ва тери остидаги клетчатка анестезия қилинади, терини кесилади. Вена ажратилади ва тутқичга олинади, қисман кесилади, унинг бўшлиғига игна ёки катетер киритилади. Вена игна устида кетгут лигатура билан боғланади. Венанинг периферик учини тўла-тўқис лигатура қилинади. Терига чок қўйилади. Игна ёки катетерни терига маҳкамланади.

**Артерия ичини пункция қилиш (врач бажаради).** Одатда билак, елка, кичик болдир, сон ёки уйқу артериясидан фойдаланилади. Томирни венесекциядаги каби очилади. Артерия пункция қилинади, дори моддаси юборилади, игна олиб қўйилади. Қон оқишини тўхтатиш учун пункция қилинган жойга дока шарча босилади. Қон оқиши тўхтамас, бу соҳани ингичка ипак билан тикилади. Жароҳатни батамом тикиб қўйилади.

**Суяк ичига дори қўйиш.** Бошқа усуллардан фойдаланиш имконияти бўлмаганда суяк ичига (фақат говак суякларга) дори қўйилади. Бу мақсад учун Кассирскийнинг ограничителли ва мандрени бўлган игнаси қўлланилади. Игна киритишдан олдин суяк моддаси тешиладиган зонада ингичка игна билан тери ва суяк усти пардаси анестезия қилинади. Игнани суяк моддасига пармалаш ҳаракатлари билан киритилади, мандрен олиб қўйилади ва оғриқни йўқотиш учун игна орқали аввал 5—10 мл 0,5% ли новокаин эритмаси, сўнгра дори моддаси қўйилади. Суяк моддаси катта қаршилик кучига эга бўлганлигидан дори воситалари босим остида киритилади. Оғриқни камайтириш ва суяк моддаси некрозини профилактика қилиш мақсадида концентрланган эритмаларни (10% ли кальций хлорид эритмаси, 40% ли глюкоза эритмаси ва бошқаларни) қўлланиш тавсия этилмайди.

## ҚОН ОҚИШИ ВА УНИ ТУХТАТИШ

Қон оқиши деб, қон ўзанидан (томирдан) қоннинг чиқишига айтилади.

### ҚОН ОҚИШИ САБАБЛАРИ

Қон оқиши шикастланш, томир деворининг йиринглаб эриб кетиши, қон химизмининг ўзгариши натижасида томир бутунлиги бузилганда рўй беради.

### ҚОН ОҚИШИ ХИЛЛАРИ

Шикастланган томирнинг характери ва турига қараб қон оқишининг қуйидаги хиллари фарқ қилинади.

**Артериал қон оқиши.** Қон оқишининг энг хавфли хили. Йирик артериал қон томирлар шикастланганда бир неча минут ўтгач ўлим юз бериши мумкин. Аломатлари—тиник қизил рангли қон оқим билан, турткисимон отилиб чиқади. Томирнинг марказий бўлими босилганда қон оқиши тўхтайд.

**Веноз қон оқиши.** Артериал қон оқишидан фарқли равишда веноз қон бир текисда, бирмунча секин оқади, унинг ранги тўқ қизил. Томирнинг марказий кесими босилганда қон оқиши тўхтамайди. Йирик веноз томирлар, айниқса бўйин соҳасидаги томирлар шикастланганда ўлим ҳаво эмболияси натижасида (ҳавонинг томирга сўрилиши) содир бўлиши мумкин. Ҳаво «тиқин» юракнинг ўнг бўлимлари ёки ўпка артерияларини бекитиб қўяди. Бу ўз навбатида гемодинамиканинг кескин бузилишига олиб келади. Улим юракнинг рефлектор тўхташи ва нафас марказининг фалажланишидан юз беради.

**Капилляр қон оқиши.** Яранинг бутун юзаси қонаб туради. Қон кўриниши жиҳатидан артериал ва веноз қон орасидаги ўртача ўринни эгаллайди. Қонаш, масалан, гемофилияда, сепсисда хавфли, чунки бунда қоннинг ивиш хусусияти пасайиб кетади. Одатда капиллярлардан қон оқиши ўз-ўзидан тўхташга мойил бўлади.



**Паренхиматоз қон оқиши.** Бундай қон оқиши ички органлар — жигар, талоқ, ўпка, буйрақларнинг ҳамма томирлари (артериялар, веналар, капиллярлар) шикастланганда кузатилади. Қон оқиши ғоят хавфли, чунки бундай қон оқиши томирлар деворининг паренхиматоз орган стромаси томонидан тутиб турилиши ҳисобига томирларнинг пучаймаслиги, шунингдек паренхиматоз органда антикоагулянт моддалар туфайли тромб ҳосил бўлмаслигидан ўз-ўзидан тўхташга мойил эмас.

Қон оқиши: бирламчи (томир шикастланган заҳоти бошланади) ва иккиламчи (қон тўхтагандан сўнг бир оз ўтгач, масалан, операциядан сўнг лигатура сурилиб кетганда ёки жароҳатдаги йирингланмиш фонда томир чириганда) бўлади.

Қон оқиши, шунингдек ташқи (қон жароҳатдан оқиб, атрофдаги атмосферага тушади) ва ички (ёпиқ бўшлиққа қон оқиши, масалан қорин бўшлиғига, плеврал бўшлиққа, тўқималарга қон оқиши ва бошқалар) турларга бўлинади. Қон оқишининг кейинги хили жигар, талоқ каби ички органлар шикастланганда кўпинча травмадан сўнг кузатилади ва капсула усти гематомасини ҳосил қилади.

## ГЕМОФИЛИЯ

Қон ивиш хусусиятининг кескин пасайиб кетиши сабабли қон оқишига мойиллик билан характерланган турма касаллик. Касаллик деярли фақат эркакларда учрайди. Қон оқиши салгина шикастланишлардан сўнг (лат ейиш, пичоқ кесиши, тишин олдириш ва ҳоказо) пайдо бўлади. Қон оқиши қийинлик билан тўхтатилади. Янги цитрат қон қуйиш ёки тўғридан-тўғри эритроцитар масса қони, фибриноген қуйиш, С ва Р витаминлари, рутин, кальций хлорид юбориш яхши натижа беради.

### ✓ УТКИР ҚОН ОҚИШИННИНГ КЛИНИК МАНЗАРАСИ

Ўткир қон йўқотишнинг (ўткир камқонликнинг) клиник манзараси тери ва шиллиқ пардаларнинг бирданига бўзариб кетиши билан характерланади. Юз сўлиб қолади, кўз киртаяди, артериал ва веноз босим пасаяди, пульс тезлашади, тўлиқлиги суст (ипсимон) бўлади, нафас тезлашади, бош айланади, аъзойи бадан бўшашади, ташналик, кўз олдининг қоронғилашуви, кўнгил айниши, баъзан қусиш кўрилади.

Қон йўқотишда ўлим оғир кислород етишмовчилиги замининда нафас марказининг фалажланиши ва юрак фаолиятининг тўхташидан юз беради. Заифлашган беморларда (оч қолган, толиққан, нерв-руҳий травмага учраган, шок бўлган ва ҳоказо)

ҳатто оз миқдорда қон йўқотиш ҳам ўлимга дучор қилиши мумкин. Болалар (айниқса ёшига тўлмаган болалар) ва кексалар қон оқишини ёмон кўтаради.

## 195. ҚОН ОҚИШНИ ТЎХТАТИШ

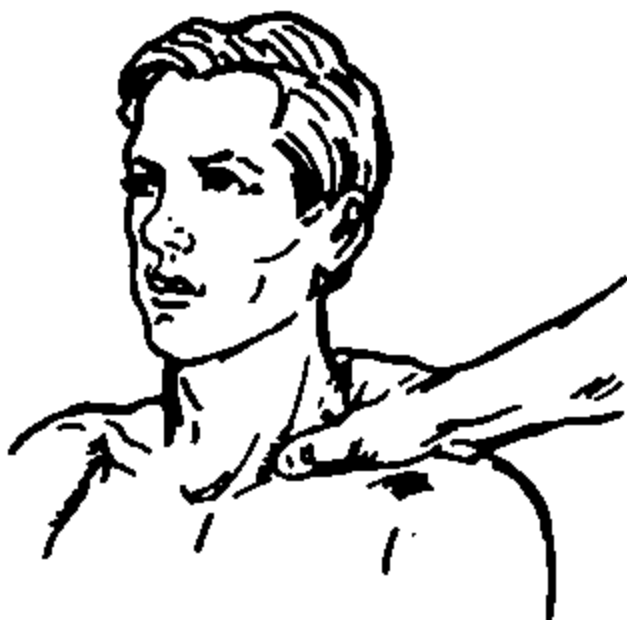
Ёрдам бериш шароитлари ва медицина ходимининг малакасига кўра қон оқишини тўхтатиш вақтинчалик ёки узил-кесил бўлиши мумкин. Одатда ўрта медицина ходими ҳодиса содир бўлган жойда беморни стационарга транспортда олиб кетишдан олдин қон оқишини вақтинчалик тўхтатади. Қон оқишини узил-кесил тўхтатиш стационар шароитида ва қатор ҳолларда операция йўли билан бажарилади.

**Қон оқишини вақтинча тўхтатиш.** Қонаётган соҳа учун баландроқ вазият вужудга келтириш зарур. Етиб, қонаётган соҳани (одатда қўл-оёқдаги) баландроқ кўтариб қўйилади. Бунда оз-моз, айтиқса капиллярлардан қон оқиши тўхташи мумкин.

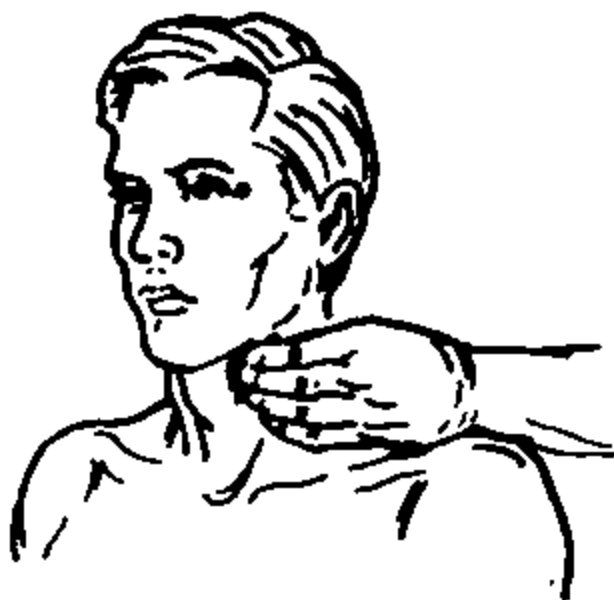
**Қон томирни босиш.** Веноз ва капилляр қон оқишда одатдаги босиб турадиган боғлам қон оқишини тўхтатиш учун бемалол кифоя қилади. Артериал қон оқишида қон томирни бир ёки иккита бармоқ, баъзан мушт билан босишга киришилади: а) ўмров ости артериясини ўмров суягининг ички учдан бир қисмидаги тўқималарни босиб туриш ҳисобига босилади (31-расм); б) уйқу артериясини бўйиннинг учдан бир ўрта қисмида бошни қимирлатадиган мускулнинг олдинги чети бўйлаб босилади (32-расм); в) сон артериясини чов букими учдан бир ички қисмидаги тўқималарни босиш йўли билан босилади (33-расм); г) тақим артериясини тақим чуқурчасидаги тўқималарни тизза бўғимини ярим букилган ҳолатда босиш йўли билан босилади (34-расм).

Қўл-оёқлардаги артериядан қон оқаётган бўлса, қўл-оёқнинг маълум бир бўғимини қаттиқ букиш билан уни тўхтатиш мумкин. Масалан, қўлдан қон оқаётганда иккала қўлни тезда орқага ўтказилади ва боғланади, оёқдан қон оқаётганда оёқни чаноқ-сон ёки тизза бўғимида кўпроқ букилади ва шу ҳолатда оёқни камар, арқон, бинт билан боғлаб қўйилади.

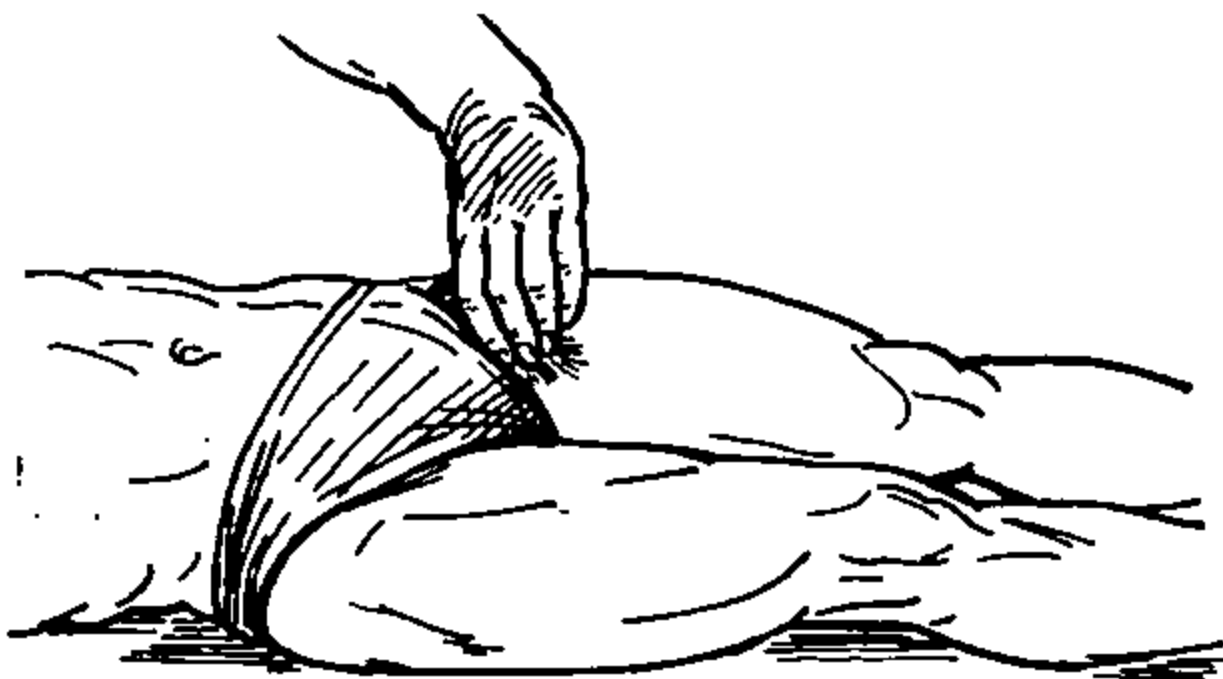
**Жгут солиш.** Бу айтиқса артериал қон оқишини тўхтатишда асосий метод ҳисобланади. Артериал қон оқишида жгутни жароҳатга нисбатан марказий томонга солинади. Жгут солишдан олдин жгут солинадиган терини қисиб қўймаслик учун оёқ ёки қўлга сочиқ ёки бинт ўралади. Жгутни чўзиб, оёқ ёки қўл атрофидан айлантирилади. Жгут ўрамларининг кесишмай, балки ёнма-ён солинишига эътибор бериш зарур. Жгут учларини маҳкамланади. Жгут ўрамларидан бирининг остига жгут солинган вақт ёзилган қоғоз қистириб қўйилади. Бундан ташқари, жгут солиш вақти ихтисослашган даволаш муассасасига юбориладиган хатга қайд қилинади. «Артериал» жгут тўғри солинганда оёқ



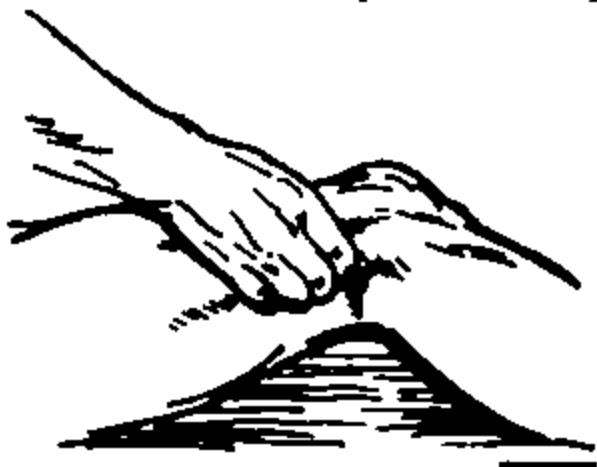
31-р а с м. Умров ости артериясини босиб туриш.



32-р а с м. Уйқу артериясини босиб туриш.



33-р а с м. Соғ артериясини босиш.



34-р а с м. Тақим артериясини босиш.

ёки қўлнинг жгутдан четроқдаги қисми оқаради, жгут солинган соҳанинг пастида пульс йўқолади, қон оқиши тўхтайдди. 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. «Артериал» жгут оёқ ёки қўлда кўпи билан 1,5—2 соат қолдирилиши мумкин. Бундан узоқ муддат турганда оёқ ёки қўл жонсизланиши мумкин. Шу вақт ичида операцияни амалга ошириб бўлмаса, жгут ечилади, артерияни қўлда бўсилади ва жгутни бир оз юқориоқдан ёки пастроқдан қайта солинади.

Махсус жгут бўлмаганда тасма, тизимча, дастрўмол кабиларни ишлатиш мумкин. Ясама жгутнинг босиш кучини ошириш учун унга таёқча суқилади ва бураш йўли билан қон оқишини узил-кесил тўхтатилади (35-расм).

Веноз қон оқишида веноз жгут деб аталадиган жгут ишлатилади. Уни шикастланган жойдан пастроққа чамаси 6 соат муддатга солинади ва қаттиқ тортилмайди.

Қон оқишини узил-кесил тўхтатиш. Хирургик стационарда операцияга қўйиладиган ҳамма талабларни ҳисобга олган ҳолда қон оқиши узил-кесил тўхтатилади.

**Механик методлар.** Ж а р о ҳ а т д а г и т о м и р н и б оғ л а ш. Томирни исталган чок материали (ипак, лавсан, кетгут) билан боғланади. Бу энг кенг тарқалган методикадир.

Т о м и р н и б о ш д а н - о ё қ б оғ л а ш. Жароҳат қаттиқ инфекцияланганда ёки оғир ётган беморларда жароҳатдаги томирни топиш қийинлигидан техник ноқулайликлар вужудга келганда қўлланилади.

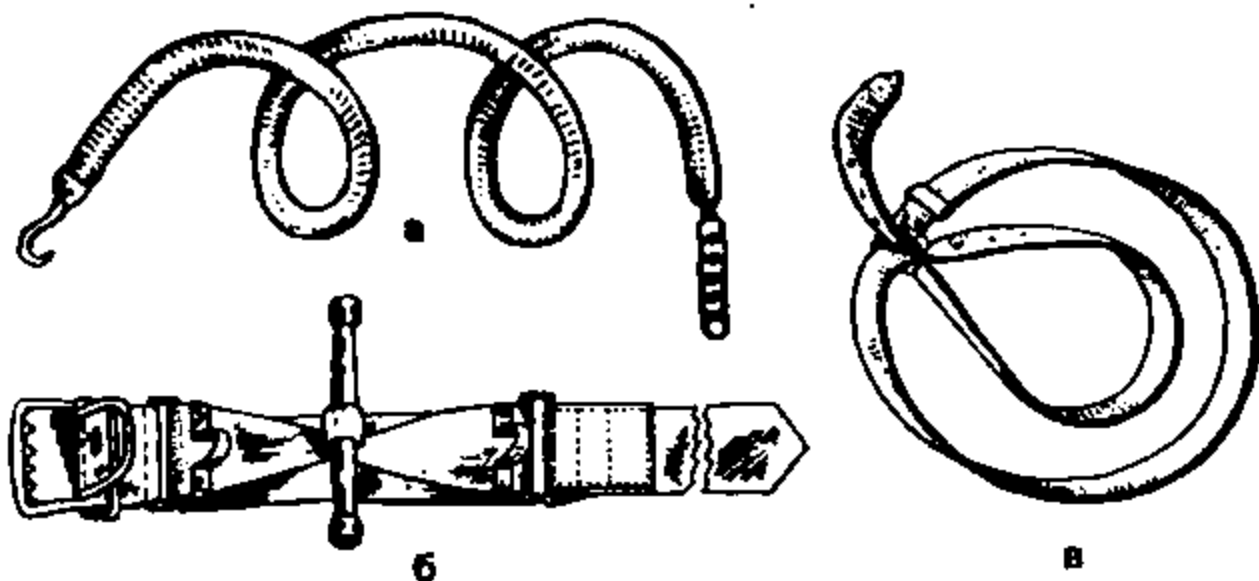
Т о м и р л а р г а ч о к с о л и ш й и р и к м а г и с т р а л т о м и р л а р шикастланганда қўлланилади. У ёнлама ва циркуляр (томирнинг теvarак-атрофи бўйича) бўлиши мумкин. Махсус чок материали билан травматик игналар ёки тантал чегалар ёрдамида томирларга механик чок соладиган аппаратлардан фойдаланилади (36-расм).

**Физикавий методлар.** С о в у қ н и м а ҳ а л л и й қ ў л л а н и ш. Бу мақсад учун аксарият муз солинган резина ёки полиэтилен халтачалар ишлатилади. Бу методдан кўпинча кичикроқ капилляр қон оқиш ҳолларида фойдаланилади.

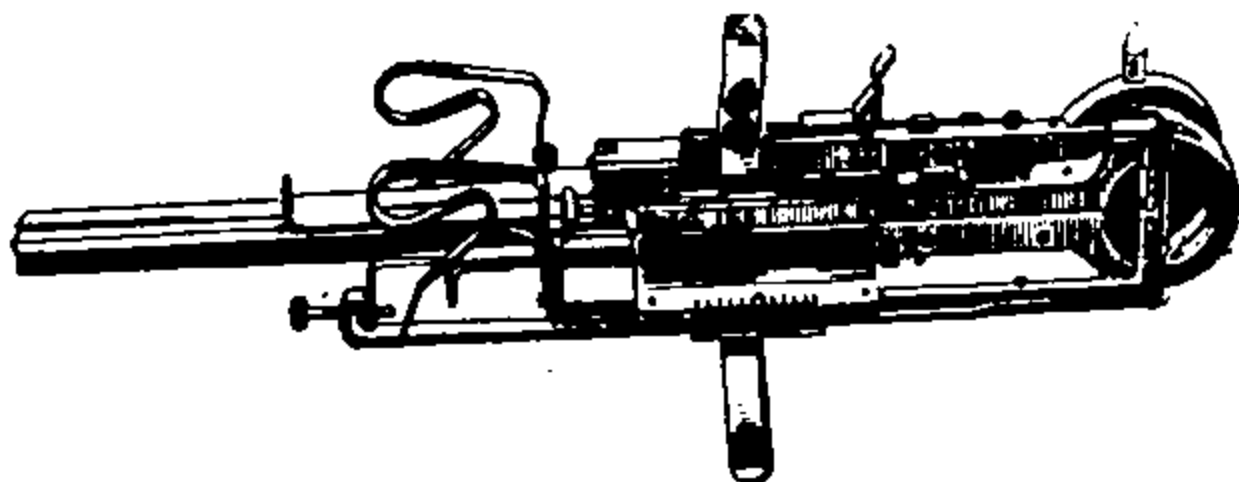
**Электрокоагуляция.** Махсус аппарат қўлланилади (37-расм). Коагуляцияни операция вақтида майда томирлардан қон оқишида қилинади.

**Иссиқ физиологик эритма қўлланиш.** Физиологик эритмани 60—80°C гача қиздирилади. Эритмага ҳўлланган салфеткани қонаётган соҳага бир неча минутга қўйилади. Бу методни асосан бўшлиқлардаги (кўкрак ва қорин бўшлиғидаги) операцияларда ва нейрохирургияда қўлланилади.

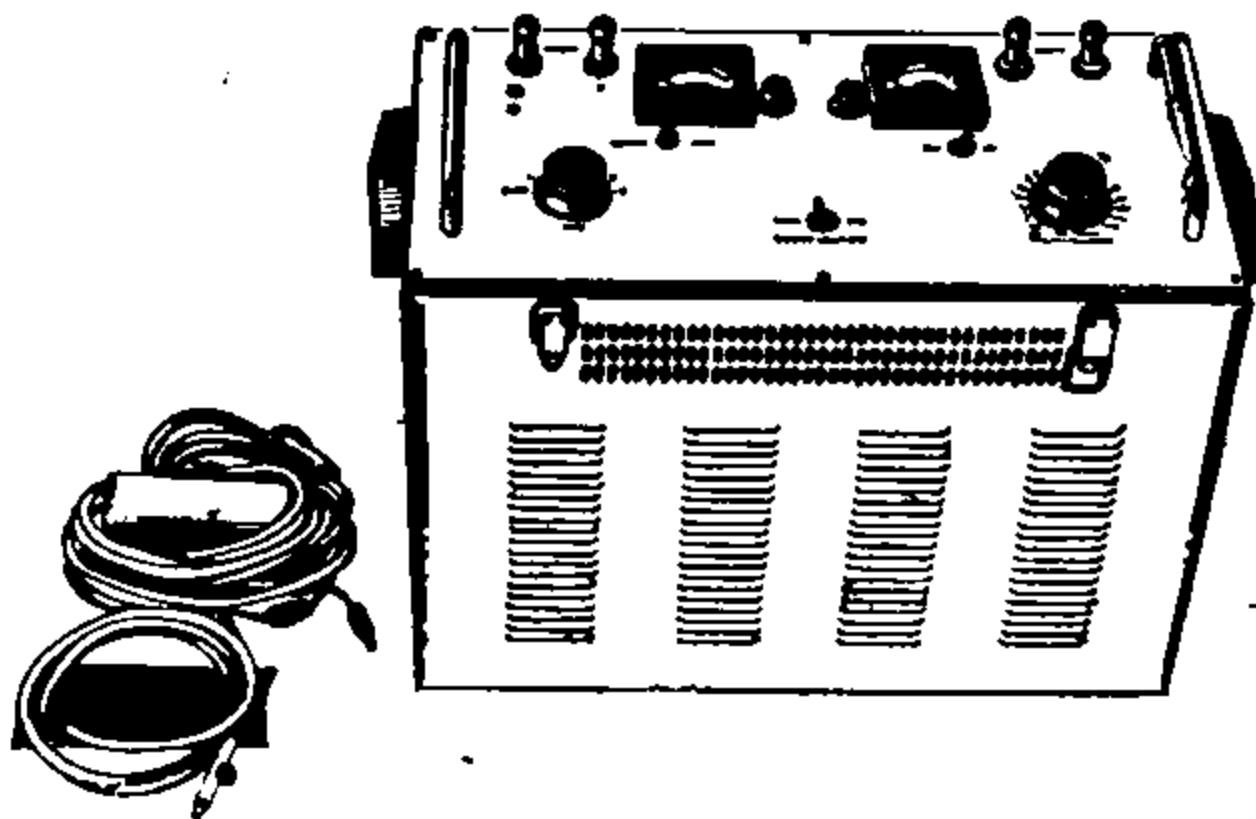
**Химиявий методлар.** Т о м и р л а р н и т о р а й т и р а д и г а н п р е п а р а т л а р. Бундай препаратларга адреналин, супраре-



35-р а с м. Эсмарх жгүтн (а), жгут-закрутка (б), тасмадан тайёрланган жгут (в).



36-р а с м. Томирларни тикадиган аппарат.



37-р а с м. Электр коагуляция учун аппарат.

нин, қорамиг препаратни кирази. Препаратни турига кўра маҳаллий, парентерал ёки ичишга қўлланилади.

Қоннинг ивиш хоссасини оширадиган препаратлар. Шу мақсадда водород пероксид, кальций хлорид, в-аминокапрон кислота, викасол ишлатилади. Водород пероксид маҳаллий қўлланилади. Бошқа препаратлар қон оқиши ҳолларида (бачадондан қон кетиши, меъданинг қонаб турадиган яраси ва ҳоказо) асосан венага юборилади.

Биологик методлар. Гемостатик воситаларни маҳаллий қўлланиш. Шу мақсадда от зардоби, гемостатик губка, фибрин пардаси кабилардан фойдаланилади.

Гемостатик воситаларни венага қўлланиш. Қон, плазма, гемофобин, антигемофиль глобулин (АГГ) ва антигемофиль плазма, фибриноген ва бошқа препаратларни кичик дозаларда бўлиб-бўлиб қуйиш яхши натижа беради.

## VI б о б

### ҚОН ҚУЙИШ

Қон ва қон ўрнини босадиган суюқликлар қуйиш ҳозирги вақтда жуда кенг қўлланиладиган бўлди. Қон қуйиш оғир асоратларнинг олдини олишга имкон бериб, ғоят қимматли ва таъсирчан даво воситаси ҳисобланади.

#### ҚОН ҚУЙИШ ТАРИХИ

Одамнинг йўқотган қонини тўлдириш ғояси жуда қадим замонларда пайдо бўлган ва антик философларнинг асарларида учрайди. Кекса кишига «навқирон» қон қуйилса, кексанинг умрини узайтириш мумкин, деган фикрлар ҳам пайдо бўлган. Шу туфайли 1492 йилда Рим папаси Иннокентий VIII га иккита йигитнинг қони қуйилган, бироқ уларнинг учаласи ҳам нобуд бўлишган.

1628 йилга келиб Гарвей қон айланиш тўғрисидаги қонунни кашф этгандан кейингина қон қуйиш учун дастлабки илмий далиллар пайдо бўлди. 1666 йилда инглиз Лоуер ҳайвонларда қон қуйиш бўйича экспериментал тадқиқотлар натижаларини босмадан чиқарди. Бу шунчалик ишончли маълумотлар эдики, Лоуер тажрибалари 1667 йилда итларда такроран ўтказилгандан сўнг Людовик XIVнинг сарой врачлари Дени ва хирург Эмерец оғир ётган беморга кўзичоқ қонини қуйдилар. Бемор соғайди. Шундай қон қуйишни бошқа беморда такрорлашга уриниб кўрилганда бемор ҳалок бўлди. Суд мажлисида Француз академияси врачлари оқлади. Бироқ бу методдан фирибгарлар фойдаланмаслиги учун қон қуйишни академиянинг рухсати билангина бажариш мумкин деган қарор қабул қилинди. Одамдан одамга қон қуйиш биринчи марта 1819 йилда Англияда Вланделль ва 1832 йилда Россияда Вольф томонидан амалга оширилди. XIX асрда дунё бўйича қарийб 600 кишига, шу жумладан Россияда 137 кишига қон қуйилди. Россияда қон қуйиш натижасида 59 та беморда яхши натижалар олинганини қайд қилиш диққатга сазовордир.

Фақат XX асрнинг бошларида қон қуйишнинг илмий негизлари вужудга келди. 1901 йилда Ландштейнер қоннинг уч группасини, 1907 йилда Янский ва 1910 йилда Мосс тўртинчи группаси-

ни кашф қилди. Шу кашфиётлардан кейингина қон қуйишни клиник практикада хавфсиз қўлланиш имконияти вужудга келди.

1914 йилда Юрьев университетининг профессори А. А. Шмидт ишлаб чиққан қоннинг ивиш назариясидан фойдаланиб, Юревич ва Розенгард қон қуйиш вақтида ва олинган қонни сақлашда унинг ивиб қолишининг олдини олиш учун натрий цитрат қўлланишни таклиф қилишди.

### СССР ДА ҚОН ҚУЙИШ ХИЗМАТИНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ ВА ДОНОРЛИК

Россияда 1919 йилда С. Т. Федоровнинг шогирди В. Н. Шамов биринчи марта группавий мансубликни ҳисобга олиб қон қуйишни бажарди, 1925 йилда эса унинг бошқа шогирди Н. Н. Еланский қон қуйиш бўйича монография ёзди, 1926 йилда Москвада А. А. Богданов Марказий қон қуйиш институтини ташкил қилди. Ҳозир Совет Иттифоқида қон қуйиш бўйича республика, область ва район станциялари ҳамда кабинетларининг шохобчалари мавжуд, улар донорларни ҳисобга олади ва текширади, консервланган қон тайёрлайди ва даволаш муассасаларини шундай қон билан таъминлайди, шунингдек қон қуйиш масалаларининг илмий негизини ишлаб чиқади.

Қон қуйиш Улуғ Ватан уруши йилларида айниқса кенг тарқалди. Қон қуйиш туфайли минглаб кишиларнинг ҳаёти сақлаб қолинди ва жуда кўп жангчилар сафга қайтди.

Қон қуйишнинг асосий манбаи донорлик ҳисобланади. Донорлик ҳар томонлама рағбатлантирилади ва умумий инсонпарварлик бурчи ҳисобланади. Кўпчилик кишилар бадалсиз қон топширадилар. Актив донорларни «СССР нинг фахрий донори» нишони, медаллар ва орденлар билан мукофотланади. Бизнинг мамлакатимизда жисмонан ва руҳан соғлом, 18 дан 55 ёшгача бўлган ҳар иккала жинсга мансуб кишилар донор бўлишлари мумкин.

Донорда қуйидаги текширишлар албатта ўтказилади: 1) қонни текшириш; донор аёлларда гемоглобин миқдори 120 г/л, эритроцитлар—4 000 000, лейкоцитлар—5 000, СОЭ 14 мм/г, эркекларда гемоглобин миқдори 123 г/л, эритроцитлар 4200 000, лейкоцитлар 5 500—8 000 дан кам бўлмаслиги, СОЭ 10 мм/г дан юқори бўлмаслиги керак; 2) сийдик анализи, 3) қонни безгак плазмодийларига текшириш; 4) захмга реакцияни аниқлаш.

Донорларни терапевтлар ва венерологлар албатта текширишади. Бошқа мутахассислар зарурат бўлганда консултация учун жалб этилади.

Донорликка монелик қиладиган ҳоллар: 1) инфекция касалликлар (захм, бруцеллез, сил, безгак ва бошқалар); 2) ҳолсизланиш, шишларга мойиллик, хавфли ўсмалар, гипертония ва бошқалар; 3) меъда ва ўт пуфагида ўтказилган операциялар ҳи-



собланади. Боткин касаллигини бошидан кечирган кишилардан қон олиш мутлақо монелик қиладиган ҳол ҳисобланади.

Ҳомиладорлик, эмизикли даври, ҳайз кўриш даври вақтинчалик монелик қиладиган ҳол бўлиб хизмат қилади. Грипп ва ангинадан сўнг қон олишга бемор батамом соғайгандан бир ой ўтгандан кейингина рухсат этилади.

Бир йўла 250 мл миқдорда, камроқ 450 мл миқдорда қон олинади. Такрорий қон олишга 8 ҳафта ўтгач рухсат этилади. Донор бир йил мобайнида ўрта ҳисобда кўпи билан 5 марта қон топшириши мумкин.

## ҚОН ГРУППАЛАРИ ТУҒРИСИДА ТАЪЛИМОТ

Қонни группаларга бўлиш асосини одам эритроцитларида А ва В агглютиногенлар, қон зардобда эса  $\alpha$  ва  $\beta$  агглютининлар борлиги ташкил қилади. Агглютиногенлар ва агглютининлар бор-йўқлигига қараб қоннинг қайси группага мансублиги аниқланади. Одамда агглютиногенлар ва агглютининлар бирикмасининг 4 группаси ва бинобарин, қоннинг 4 группаси учрайди.

Биринчи группа 0 (I). Эритроцитларда агглютиногенлар (0) йўқ, зардобда эса иккала агглютинин— $\alpha$  ва  $\beta$  бор.

Иккинчи группа — А (II). Эритроцитларда агглютиноген А, зардобда эса агглютинин  $\beta$  бор.

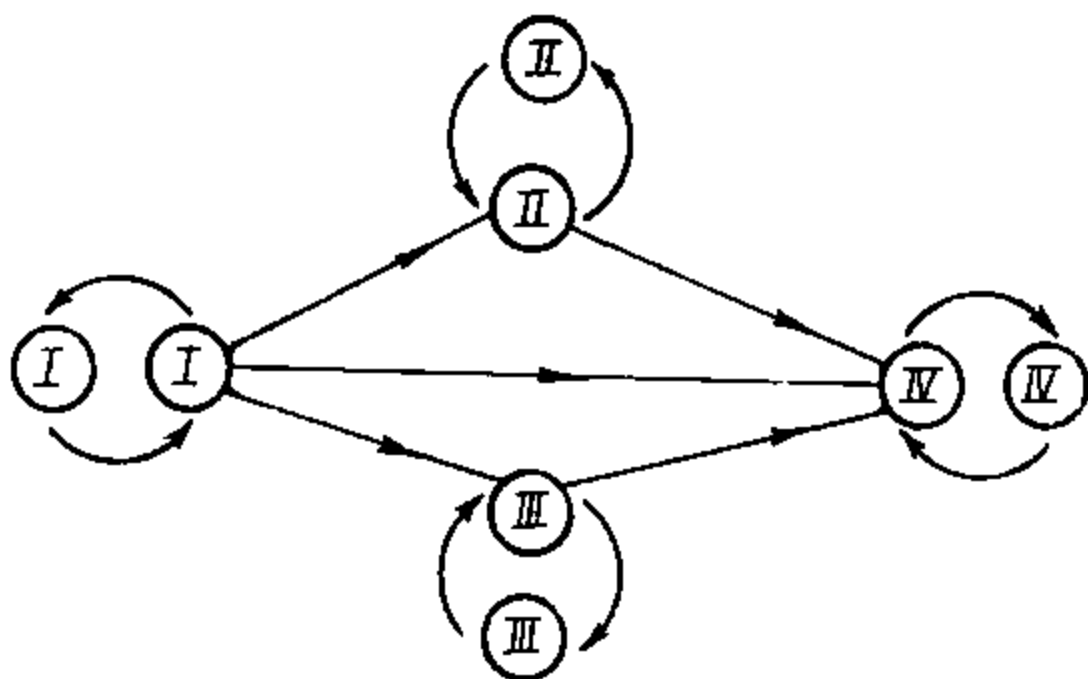
Учинчи группа — В (III). Эритроцитларда агглютиноген В, зардобда эса агглютинин  $\alpha$  бор.

Тўртинчи группа — АВ (IV). Эритроцитларда иккала агглютиноген (А ва В) бор, бироқ зардобда агглютининлар бўлмайди.

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

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

Хулоса қилиб айтганда, 0 (I) группа қонини ноиложликдан ҳар қандай кишига қуйиш мумкин (универсал донор). Аммо қони шу группадаги кишига биринчи группа қонинигина қуйиш



38-р а с м. Қон группаларининг мос келиш схемаси.

мумкин. Фақат бир группадаги қонни қуйишга ҳаракат қилиш зарур.

Иккинчи группа А (II) қонни иккинчи группадаги беморга ва ноиложликдан тўртинчи группадаги реципиентга қуйиш мумкин.

Учинчи группа қонни — В (III) — учинчи группадаги беморларга ва камдан-кам ҳолларда қони тўртинчи группадаги реципиентларга қуйилади.

Тўртинчи группа — АВ (IV) қонини фақат шу группага мансуб беморларга қуйиш мумкин. Камдан-кам ҳолларда қони шу группадаги беморга ҳамма группадаги қонни қуйиш мумкин (универсал реципиент) (38-расм).

## 248-30 қон группаларини аниқлаш

Аниқлашнинг иккита методи бор: стандарт зардоблар бўйича (тўғри реакция) ва стандарт эритроцитлар бўйича (тескари реакция).

1. Қон группасини стандарт зардоблар бўйича аниқлаш. Бу методика бўйича қон группасини аниқлаш учун аниқланадиган қонни группалари аввалдан маълум зардоб билан аралаштирилади ва агглютинация бор-йўқлигига қараб, қон группаси тўғрисида хулоса чиқарилади. Аниқлаш учун уч группа олдиндан тайёрланган қон 0 (I), А (II), В (III) «стандарт зардоби» нинг ҳар бир группа учун иккита ҳар хил сериялари қўлланилади. Буюм ойнаси ёки чинни тарелкага ҳар бир сериядан бир жуфтдан 2 томчидан стандарт зардоб туширилади (шишага олдиндан қалам билан зардоб группаси қайд қилинади). Зардоблар албатта турли пипеткалар билан олинади. Текшириладиган бемор бармоғини спирт билан артилади ва махсус ска-

рификатор игна билан укол қилинади. 6 томчи (ҳар бири тўғнағич бошидан катта бўлмаган) қон олинади ва уларни стандарт зардоблари бўлган тарелкага ёнма-ён туширилади. Қон ва зардобларни алоҳида шиша таёқчаларда аралаштирилади. 5 минут ўтгач, зардобларга I томчидан физиологик эритма қўшилади (сохта агглютинацияни бартараф қилиш учун).

Текшириш натижалари: а) учала жуфт томчиларда агглютинация рўй бермаса, бу ҳолда текширилаётган қон 0 (I) биринчи гурпуага киради; б) 0 (I) ва В (II) зардоблар билан агглютинация рўй бермаслиги А (II) қон гурпуаси эканлигини кўрсатади; в) В (III) гурпуадаги қон зардоби билан агглютинация бўлмаслиги ва 0 (I) ҳамда А (II) зардоблари билан агглютинация рўй бериши В (III) қон гурпуаси эканлигини кўрсатади; г) учала зардоб билан агглютинация рўй бериши қоннинг АВ (IV)—тўртинчи гурпуага мансублигидан далолат беради (39-расм).

Хато қилиб қўймаслик учун қон гурпуасини икки сериядаги стандарт зардоблар билан аниқланади. Учала зардоб билан агглютинация рўй берганда — АВ (IV) қон гурпуаси — махсус кавшарланган ампулада сақланадиган АВ (IV) қон гурпуаси зардоби билан қўшимча аниқлаш ўтказиш зарур.

Шубҳали ҳолларда текширувни бошқа сериялардаги зардоблар билан такрорланади ёки стандарт эритроцитлар ёрдамида аниқлаш ўтказилади.

Қон гурпуасини стандарт эритроцитлар бўйича аниқлаш. Чинни тарелкага реципиент қонидан тайёрланган 3 томчи зардоб туширилади. Зардобларга 0 (I), А (II) ва В (III) стандарт эритроцитларнинг тўғнағич бошчасидек келадиган томчилари қўшилади. 5 минутдан кейин бир томчидан физиологик эритма қўшилади.

Текшириш натижалари: а) 0 (I) стандарт эритроцитлар манфий реакция ва А (II) ҳамда В (III) стандарт эритроцитлар билан мусбат реакция рўй берганда — биринчи қон гурпуаси; б) 0 (I) ва А (II) стандарт эритроцитлар билан агглютинация реакцияси рўй бермаса ва В (III) эритроцитлар билан мусбат реакция рўй берса — иккинчи қон гурпуаси; в) 0 (I) ва В (III) стандарт эритроцитлар билан агглютинация реакцияси рўй бермаса ва А (II) эритроцитлар билан мусбат реакция рўй берса — учинчи қон гурпуаси; г) ҳамма стандарт эритроцитлар билан агглютинация реакцияси рўй бермаганда қон гурпуаси тўртинчи бўлади.

§ 31

### РЕЗУС-ФАКТОР ВА УНИ АНИҚЛАШ

Биринчи марта *Macacus rhesus* маймунларида аниқланган. Бу фактор кўпчилик кишилар (85%) қонда бўлади, шу гурпуадаги кишиларни резус-мусбат (Rh+) дейилади. Қолган кишиларда (15%) бу фактор бўлмайди ва улар резус-манфий (Rh-)

дейлади. Резус-мусбат қонни резус-манфий беморларга қўйилганда сенсбилизация юз беради, яъни антителолар ишланади (антирезус-агглютининлар). Бундай сенсбилизация: 1) резус-манфий пациентларга резус-мусбат қонни қўйиш натижасида, 2) қони резус-манфий ҳомиладорларда ва ҳомилавнинг қони резус-мусбат ҳомиладорликда содир бўлиши мумкин.

Бундай категориядаги кишиларда антирезус-агглютининлар ишлангандан кейин резус-мусбат қонни қўйиш натижасида анафилактик шок пайдо бўлиб, бу жуда оғир оқибатларга, ҳатто ўлимга сабаб бўлиши мумкин. Шунга кўра қон қўйишда резус-мансубликни албатта ҳисобга олиш зарур. Ҳар гал қон қўйишдан олдин, қон группасини аниқлаш билан бирга, қоннинг резус-факторини текшириш зарур.

Резус-манфий қон қонни резус-мусбат беморларга ҳам, қони резус-манфий беморларга ҳам қўйилади, резус-мусбат қон фақат қони резус-мусбат кишиларга қўйилиши мумкин.

Резус-факторни икки усулда — туз ва зардоб ёрдамида аниқланади.

Туз ёрдамида аниқлаш. Ҳомиладорлик даврида резус-мусбат фактор билан иммунланган хотинлар қонидан тайёрланган резус-манфий зардоб ёрдамида аниқлаш ўтказилади. Шундай зардобни маймун қони билан иммунланган денгиз чўчкаларидан олса ҳам бўлади.

Текширилаётган киши қонини 4:1 нисбатда 4% ли натрий цитрат эритмаси қўйилган пробиркада аралаштирилади ва 3—5 минут мобайнида центрифугаланади. Плазма тўкиб ташлангач, қолган эритроцитларни физиологик эритма билан 2 марта ювилади ва 2% ли аралашма ҳосил қилиш учун физиологик эритма билан аралаштирилади. Қичкина пробиркаларга 2 томчидан анти-резус зардобдан ва 2% ли текширилаётган эритроцитлар суспензиясидан бир томчидан туширилади. Пробиркалар силкитилади ва 1 соатга 36—37°C температурадаги термостатга қўйилади. Агглютинация реакцияси мусбат бўлганда пробирка тубида чет кунгирадор чўкма (Rh+) кўринади, манфий реакцияда четлари текис юмалоқ доира кўринади (40-расм).

Зардоб ёрдамида аниқлаш. Стабилизаторсиз 1 мл қон олинади (қон ивигандан кейин эритроцитлар суспензияси билан зардоб ҳосил бўлади). Петри ликобчасига икки сериядаги антирезус зардобдан 6 нуқтага (бир сериядан — 3 ва иккинчи сериядан — 3 нуқтага) 2 томчидан туширилади. Ҳар хил сериядаги зардобнинг дастлабки 2 томчисига текширилаётган эритроцитлар суспензиясидан бир томчидан, иккинчи 2 томчисига стандарт резус-мусбат эритроцитлар суспензияси ва учинчи 2 томчисига стандарт резус-манфий эритроцитлар суспензияси томизилади. Томчилар аралаштирилади ва ликобчаларни сув ҳаммомига 45—47°C температурада 10 минутга қўйилади.

Текширилаётган қон стандарт зардоблар билан агглютинация берса, у резус-мусбат (Rh+), агглютинация реакцияси рўй



40-расм. Резус-факторни тузли метод билан аниқлаш.

а, б — мусбат резус-факторда; в — манфий резус-факторда.

бермаса, резус-манфий ( $Rh^-$ ) бўлади. Бунда резус-мусбат эритроцитлари бўлган контрол томчи агглютинация ҳосил қилиши, резус-манфий эритроцитлари бўлган контрол томчи эса агглютинация бермаслиги керак.

Резус-мос келиш-келмасликни синаш. Ҳар гал қон қуйишдан олдин албатта шу синама ўтказилади. Петри ликобчасига 2 томчи реципиент зардоби туширилади, зардобга донор қонининг кичкина томчиси қўшилади ва обдан аралаштирилади. Петри ликобчасига қопқоқ ёпиб (қуриб қолишидан сақлаш учун),  $42-45^{\circ}C$  температурадаги сув ҳаммомига ўн минутга қўйилади. Текшириш натижаларига қуйидагича баҳо берилади (ликобчани оқ фонда секин силкитиб туриб кўздан кечирилади): 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.

### ИНДИВИДУАЛ МОС КЕЛИШ-КЕЛМАСЛИКНИ СИНАШ

Қуйиладиган (донор қони) қоннинг реципиент қони билан индивидуал мос келиш-келмаслиги қуйидагича синаб кўрилади. Бемор венасидан олинган қонни (5 мл) натрий цитрат билан центрифугаланади ёки тиндириб қўйилади. 1—2 томчи бемор қони плазмасини бир томчи (тўғнағич бошчасидек) донор қони билан аралаштирилади. Агглютинация реакцияси рўй берса, донор қони бемор қони билан мос келмайди, агглютинация рўй бермаса, мос келади.

### БИОЛОГИК СИНАШ

Биологик синаш донор қонини реципиентга қуйишнинг бошида уни бўлиб-бўлиб юборишдан иборат (қонни 25 мл дан 3 минутлик танаффус билан 3 марта юборилади). Реципиентда ёқимсиз сезгилар пайдо бўлмаса, синама манфий саналади, қон қуйиш охирига етказилади. Бемор безовталанса, бели оғривса, эти

увидишса ва шу каби ҳодисалар рӯй берса, синамага мушбат баҳо берилди, қон қуйишни зудлик билан тўхтатилади, беморни эса махсус кузатиб турилади.

## **ҚОННИ КОНСЕРВАЛАШ ВА САҚЛАШ**

Қон олиш ва уни сақлашда ишлатиладиган идиш ҳамда системалар олдиндан обдан тоза қилингандан сўнг стерилланади. Консервалаш учун қонни махсус операция хонасида асептика қондаларига қаттиқ риоя қилган ҳолда олинади: ходимлар операцияга кийингандаги каби кийинадилар, қўлларини ҳам ўшандай ювадилар ва операция майдон тоза қилинади, стерил материаллар ишлатилади ва ҳоказо. Қон венепункция йўли билан тирсак венасидан (кубитал венадан) стабилизация қиладиган эритма билан тўлдирилган махсус банкаларга, ампулаларга ва полиэтилен халталарга олинади. Стабилизация қиладиган эритмалар: а) цитрат-тузли эритма (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.

Консервалашнинг ҳамма ҳолларида консервант сифатида қонга бирорта антибиотик ёки қонни парчалайдиган антисептик қўшилади.

Стабилизация қиладиган ва консервалайдиган бошқа эритмалар ҳам қўлланилади. Стабилизация қилиш учун қонни баъзан нонитли смолалардан ўтказилади, булар қондан кальций ионларини тортиб олиб, ивиш хоссасидан маҳрум этади.

Қонни олиб бўлгандан сўнг идиш герметик бекитилади ва унга қон группаси, олинган вақти, консервалаш характери ва донор фамилияси ёзилган этикетка ёпиштирилади. Қон резусманфий бўлганда этикеткага бу ҳақда ёзиб қўйилади, резусмушбат қонга эса бунинг ҳожати йўқ. Қон холодильникда 4—6°C температурада сақланади.

## **ҚОН ҚУЙИШ МЕТОДЛАРИ**

**Тўғридан-тўғри қуйиш.** Қон донор венасидан реципиент венасига бевосита қуйилади. Бемор аҳволи оғир бўлганда бу жуда таъсирчан метод ҳисобланади (тўсатдан кўп миқдорда қон йўқотиш, сепсис, гемофилия).

**Билвосита қон қуйиш.** Донор қони аввалига махсус банкаларга йиғилади, стабилизация қилинади, консерваланади ва кейинчалик зарур бўлганда уни қуйилади.

### Қон қуйишнинг қуйидаги усуллари мавжуд:

1) венага қон қуйиш: кўп қон йўқотилганда қон оқим қилиб ёки беморнинг ҳолати имкон берганда ва кўп миқдорда (1—1,5 л) қон қуйиш талаб этилганда томчилатиб (минутига 20—30 томчидан) қуйилади. Томчилатиб қуйиш методида юрак-томирлар системасининг зўриқиб ишлаш хавфи камаяди;

2) артерияга қон қуйиш: клиник ўлим ҳолатидаги ёки шунга яқин ҳолатдаги беморларга қон босим остида қуйилади;

3) суяк ичига қон қуйиш: қон суякнинг ғовак моддасига (тўш суяги, товон суяги, ёнбош суяк қаноти ва бошқаларга) қуйилади. Венага техникавий жиҳатдан қон қуйиш қийин бўлганда, масалан болаларда қўлланилади;

4) алмашлаб қон қуйиш: қон олиб ўрнига донор қонини қуйиш — гемолитик заҳарлардан (мишьяк, қўзиқоринлар ва ҳоказо) заҳарланишда, овқатдан ва медикаментоз заҳарланишларда қўлланилади;

5) қайта қон қуйиш (реинфузия, аутотрансфузия беморнинг сероз бўшлиққа оқиб тушган ўз қонини; масалан, талоқ, ичак тутқич йиртилганда, найчадаги ҳомиладорлик бузилганда қуйиш (оқиб тушган қон йиғилади, натрий цитрат шимдирилган 4 қават докадан филтрлаб ўтказилади);

6) мурда қонини қуйиш (ноинфекцион касалликлар — мияга қон қуйилиши, оғир шикаст сабабли миокард инфарктидан ўлган кишиларнинг жасаидан олинади). Мурда қони ивмайди; шунинг учун уни стабилизаторсиз (фибриноген йўқлиги) кўп миқдорда тайёрланади.

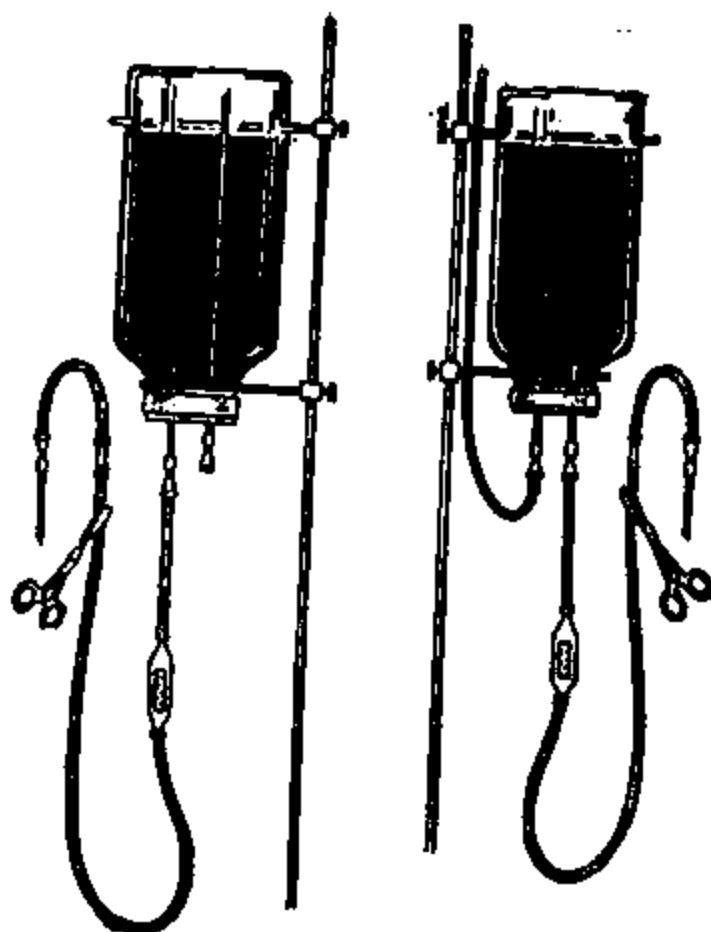
### ҚОННИНГ ЯРОҚЛИЛИГИНИ АНИҚЛАШ

Қон қуйишда олдин унга инфекция тушган-тушмаганини, лахталар ва гемолиз бор-йўқлигини текшириш зарур. Қуйиш учун яроқли қонда лахталар бўлмайди. Чўккан эритроцитлар устидаги плазма тиниқ ва сомондек сарик рангда бўлади. Инфекция тушган бўлса, плазма лойқа ва унда иппир-ипирлар бўлади. Гемолизда плазма пушти рангга киради («локсимон» қон).

БЗ = 1с ✓ ҚОН ҚУЙИШ ТЕХНИКАСИ

Қон қуйиш қатъий тартиб билан амалга оширилади. Реципиентнинг қон группаси ва резус-мансублиги аниқланади. Донор қони тўғрисида ҳам ана шундай маълумотлар бўлиши керак. Қон қуйишдан олдин бу кўрсаткичлар яна аниқланади. Мос келиш-келмасликка, резус-мос келиш-келмасликка ва биологик синамага реакция ўтказилади. Қуйишдан олдин қонни уй температурасигача иситилади.

**ЛИПК флакондан қуйиш.** Қон солинган флакон пробкаси орқали олдиндан спирт билан артилган иккита махсус игна (узун ва қалта киритилади. Қалта игнага қон қуйиладиган системанинг бир учи уланади, флаконни пробкасини пастга қилиб тўнкарилади, томизгични, унинг бир қисмида ҳаво бўладиган, найчада эса ҳаво бўлмайдиган қилиб тўлдирилади; системанинг иккинчи учини эса бемор венасига киритилган игнага уланади (41-расм).



41-расм. Қон қуйиш учун системани монтаж қилиш.

Қон қуйиладиган система олдиндан монтаж қилинган ва стерилланган бўлиши керак. У иккита найчадан, томизгичдан

ва қон қуйиш тезлигини бошқариш учун зажим (қисқич) дан иборат. Завод шаронтида олдиндан тайёрлаб қўйилган системалар стерил ҳолатда махсус упаковкада сақланади.

**ЦИПК ампуласидан қуйиш.** Ампуланинг пастки узидан резина қалпоқча олинади. Қон қуйиш системасининг найчаси кийгизилади. Ампуланинг устки тубусидан резина қалпоқчани кесилади ва стерил дока салфетка ёпиб қўйилади. Системани қонга тўлдириш ва ундан ҳавони чиқариш учун системанинг игна қўйиладиган охирини қон солинган ампула сатҳидан юқорига кўтарилади, системадан зажимни олинади ва томизгични ярмигача қонга тўлдириш, найчалардан эса ҳаво чиқиб, уларнинг қонга тўлиши учун (найчанинг учиде қон оқими пайдо бўлади) найчани томизгич сатҳидан аста-секин пастга туширилади.

**Полиэтилен халтачадан қон қуйиш.** Қон қуйиш учун томизгичи бўлган системанинг иккала томонида игналари бўлади. Қон солинган халтачани битта игна билан махсус найча орқали тешилади. Иккинчи найча орқали халтача тубига 1—2 см етмайдиган узун игна киритилади. Системани флакондан қуйиш принципи бўйича тўлдирилади. Системанинг иккинчи игнасини бемор венасига киритилади.

Иккита флакон (ампула, халтача)дан қуйиш. Бу кўп миқдордаги қонни тез қуйиш ёки кўп миқдордаги қонни узоқ муд-



дат қўйиш зарур бўлганда қўлланилади. Шу мақсадда томизгич билан иккала флакон ўртасига шиша тройник ўрнатилади. Юқорида айтиб ўтилган метод бўйича аввал системанинг биринчи қисмини томизгичгача бир ампуладан, кейин иккинчи ампуладан тўлдирилади. Системанинг иккинчи қисмини одатдаги методикага биноан тўлдирилади. Иккита флакондан қўйишда улардан бирида қон ўрнини босадиган суюқлик бўлиши мумкин.

Айтиб ўтилган усулларнинг ҳаммасида система қонга тўлдирилгандан сўнг пастки учига зажим кийгизилади, қон қўйиш учун идишлар махсус тиргакка ўрнатилади (тўлдиришдан олдин маҳкамласа ҳам бўлади), венага игна киритилади, системадан зажимни олинадн, озроқ миқдорда қон чиқарилади (ҳавони ҳайдаш) ва системани игнага уланади.

Артериал қон қўйишда узун игна учига (флакон), устки тубусга (ампула) ёки қўшимча игнага (халтача) баллон найчаси кийгизилади, баллондан қон қўйиш учун ишлатиладиган идишга ҳаво 160—180 мм симоб устунидаги босим остида ҳайдалади. Қон қўйиш 100—150 мл/мин тезлик билан ўтказилади (42-расм).

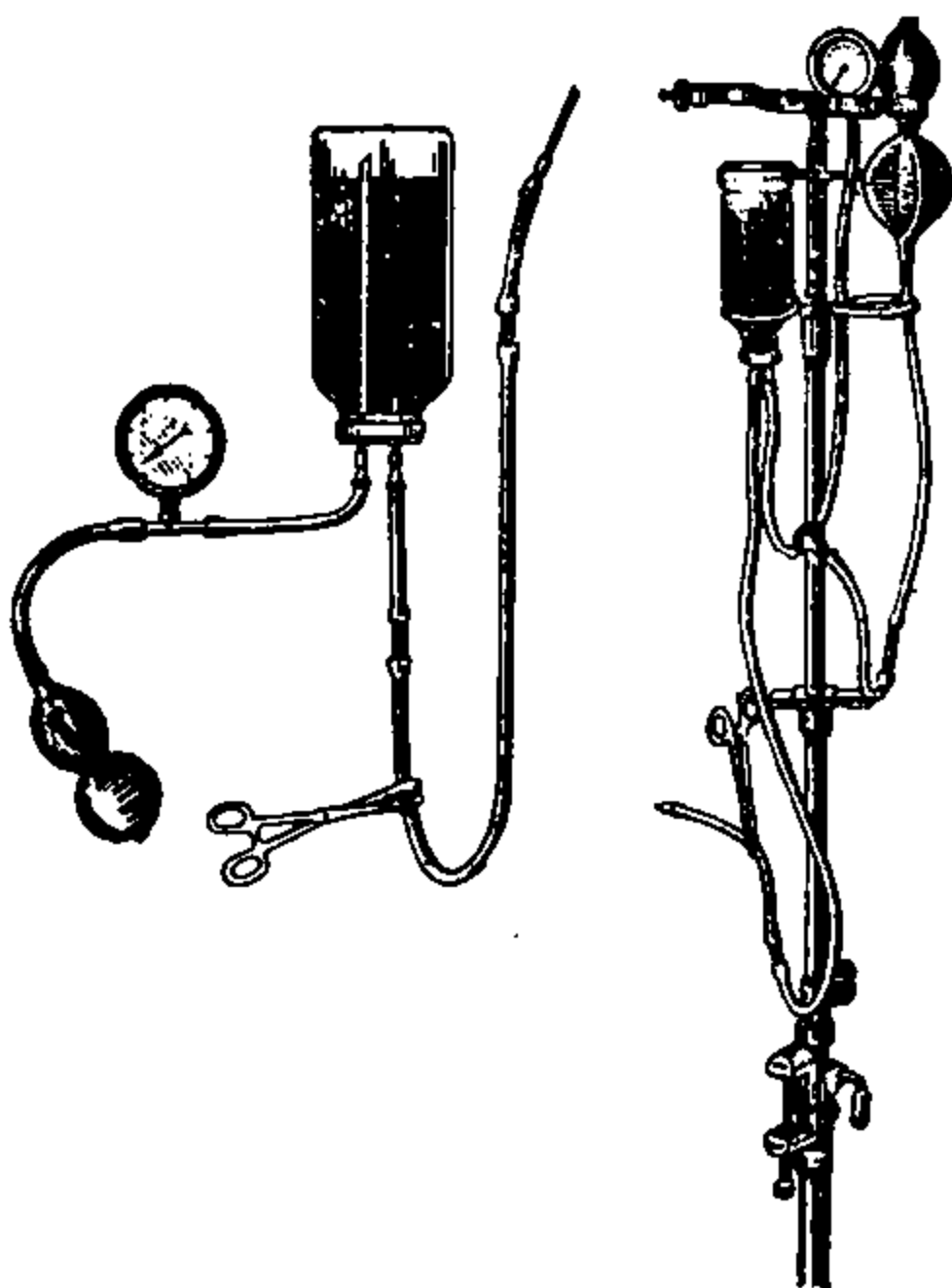
#### ҚОН ҚЎЙИШГА ДОИР КЎРСАТМАЛАР ВА МОНЕЛИКЛАР

Қон қўйишдаги ҳолларда: 1) йўқотилган қон ўрнини босиш учун (анемиялар); 2) организмни дезинтоксикация қилиш мақсадида; 3) травматик шокни даволаш ва профилактика қилиш учун; 4) ҳаётий процессларни рағбатлантириш учун (гемопоз, регенерация); 5) терминал ҳолатларда тирилтириш учун; 6) гемостатик мақсадда қўйилиши керак.

Қон қўйишга мутлоқ монеликлар қўйишдагилардир: 1) юрак-томирлар системаси декомпенсацияси; 2) ўпканинг актив туберкулези (янги инфилтратив формасида); 3) аллергия касалликлар (эшакем, Квинке шиши, экзема ва бошқалар); 4) тромбоз ва эмболиялар; 5) жигар ва буйракнинг ўткир яллиғланиш касалликлари (гепатит, нефритлар); 6) чин плетора ва хавфли қон тўлиқлиги.

#### ҚОН ҚЎЙИШДА РЎЙ БЕРАДИГАН ХАТОЛИҚЛАР, ХАВФЛАР ВА АСОРАТЛАР

Мос келмайдиган қонни қўйиш (қон группасини аниқлашдаги хато). Симптомлари: бемор кўксига қисилиш сезгиси пайдо бўлади, боши оғрийди, қорни ва бели оғрийди, пульс тезлашади, артериал босим тушиб кетади, баъзан қусади, ётган жойини беихтиёр булғатиб қўяди. Бундай ҳолларда қон олинадн,



42-расм. Артерия ичига қон қуйиш учун система.

плазма, шокка қарши эритмалар, 5% ли глюкоза эритмаси қуйилади, мос келадиган бир хил группа қонини алмашиб қуйилади, шунингдек паранефрал новоканн блокадаси қилинади. Уремия пайдо бўлганда меъдани ювиш, «сунъий буйрак» аппарати ёрдамида гемодиализ қилиш буюрилади.

Резус-фактори мос келмайдиган қонни қуйиш. Клиник манзараси қон группаси мос келмайдиган қонни қуйишдаги кабиндир. Реакция баъзан бирмунча кечикиб юз бериши мумкин. Альбуминурия ва гематурия (эритроцитлар) пайдо бўлиши диагнозин тасдиқлайди. Даво тадбирлари мос келмайдиган қонни қуйишдаги сингаридир.

Инфекция ва ифлос тушган қонни қуйиш. Симптомлари бир неча соатдан кейин пайдо бўлади ва бемор қалт-қалт титрайди, артериал босим пасайиб кетади, пульс сусаяди, тери ва шил-

лиқ пардалар кўкаради. Даво мос келмайдиган қонни қуйишдаги каби олиб борилади, бироқ антибиотиклар ҳам қўшилади.

**Анафилактик шок.** Турли хил оқсилларга сенсibiliзацияланган организмда пайдо бўлади. Симптомлари: артериал босимнинг пасайиб кетиши, пульс тезлашиши, тери ва кўрниниб турадиган шиллиқ пардаларнинг оқариши, нафаснинг юзаки бўлишидир. Даво шокка қарши тадбирлар кўриш, антигистамин препаратлар қўлланишдан иборат.

**Цитрат шоки.** Натрий цитрати кўп бўлган катта миқдордаги қон қуйилганда пайдо бўлади. Клиникаси гемодинамик бузилишлар, талвасага тушиш билан характерланади. Даволаш учун 10% ли кальций хлорид эритмаси венага қуйилади.

**Пироген реакциялар.** Фақат қон эмас, балки қон ўрнини босадиган суюқликлар қуйганда ҳам пайдо бўлиши мумкин. Бунга кўпинча турли хил бактерияларнинг ҳаёт фаолияти маҳсулотлари бўлган пироген моддаларнинг организмга тушиши сабаб бўлади. Симптомлари: эт жунжикиши, температуранинг ошиши, ҳолсизлик, нафас қисиши, терига тошмалар тошишидир. Профилактикаси: қон қуйишда ишлатиладиган идиш ва системаларни тоза туттиш бўйича инструкцияларни пухталиқ билан бажариш, қўлланиладиган препаратларнинг яроқлилик муддатига риоя қилишдан иборат.

**Юракнинг тўсатдан кенгайиши.** Ҳаддан ташқари тез қон қуйилганда юз беради. Симптомлари: бемор кўксида қисилиш ҳиссини сезади, нафас қийинлашади, тери ва шиллиқ пардалар кўкаради.

**Ҳаво эмболияси.** Ҳаво системасидан қон билан бирга ўнг юракка ва ўпка томирларига кирганда юз беради. Симптомлари: бемор кўксида оғриқ сезади, безовта бўлади, кўкаради, нафас қийинлашади, юраги уришдан тўхтайд.

**Тромблардан юз берадиган эмболия.** Системадан ёки игнадан томирларга кичкина қон лахталари кириши мумкин, лахталар ўпка томирларига кирганда беморнинг кўксида оғриқ пайдо бўлади, у қон тупуради, нафаси қисади, иситмалайди, лахталар бош миёна томирларига тушганда (артерио-веноз йўллар орқали) бемор ҳушдан кетади, артериал ва веноз босими пасаяди, юзаки нафас олади.

## ҚОН ПРЕПАРАТЛАРИ

Ҳозирги замон медицинасида қон компонентлари кенг тарқалган. Қатор касалликларда соф қон ўрнига уларни қўлланиш бирмунча мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Ҳозирги вақтда қон компонентлари препаратларининг жуда кўп хили мавжуд. Хирургия практикасида қуйидаги препаратлар энг кўп қўлланилади.

Плазма қонни 4°C да 48 соат тиндириб қўйиб олинади. Зардоб плазмани ажратилгандан сўнг олинади. Плазма

ва зардоб суюқ (натив плазма ва зардоб) ҳамда қуруқ ҳолда чиқарилади. Қуруқ плазма 5 йилгача сақланиши мумкин. Ишлатишдан олдин уни стерил дистилланган сувда этикеткасида кўрсатилган нисбатда (25—30%) суюлтирилади.

Плазма қуйиш турли сабаблардан юз берган шокда, қон оққанида гемостаз мақсадида, организм оқсил йўқотганда (гипопротейнемия) ва бошқа ҳолларда қўлланилади.

Эритроцитлар массаси 80—90% эритроцитлар ва 20% плазмадан ташкил топган, ампула ёки флаконларда чиқарилади. Қўлланишга кўрсатмалар: рўй-рост ифодаланган камқонлик, гипо-ва диспротейнемия, интоксикация. Монелик қиладиган ҳоллар қон қуйишдаги кабидир.

Лейкоцитлар массаси — таркибда кўп миқдорда лейкоцитлар бўладиган препарат. Қуйишга кўрсатмалар: қон яратилишининг гипопластик ва апластик ҳолати, дорилар агранулоцитози ва сепсис. Монелик қиладиган ҳоллар: беморларда антилейкоцитар антителолар борлигидир.

Тромбоцитлар массаси суюқ ва қуруқ ҳолда чиқарилади. Қоннинг ивиш хоссаси бузилганда (Верльгоф касаллиги, апластик анемия ва бошқалар) гемостаз мақсадида венага қуйиш учун қўлланилади. Монелик қиладиган ҳоллар: тромблар ҳосил бўлишига мойиллик.

Қон оқишини, айниқса паренхиматоз қон оқишини маҳаллий тўхтатиш учун қуйидаги препаратлар бирмунча кенг тарқалди: қуруқ тромбин, гемостатик губка, биологик антисептик тампон (БАТ), фибрин пардаси. Қон ивишига қарши препаратлар жумласига фибринолизин ва тромболитин кирди.

## ҚОН ҲАМДА ҚОН ҲОЛДА САҚЛАНИШИ

Қон ўрнини босадиган суюқликлар ўзининг мақсадга йўналган таъсири: артериал босимни ошириши, дезинтоксикацияси (организмдан токсинларни чиқариши ва нейтраллаши), плазма оқсиллари синтезини тиклаши туфайли кенг қўлланиладиган бўлди. Уларнинг баъзилари комплекс таъсир кўрсатади. Масалан, полиглюкин қон босимини оширади ва организмнинг интоксикациясини камайтиради. Қон ўрнини босадиган эритмалар одатда венага томчилатиб, кўпинча қон ёки унинг препаратлари билан бирга юборилади.

I. Шокка қарши таъсир қиладиган қон ўрнини босувчи суюқликлар: 1) полиглюкин; 2) гемовинил (ўртача молекуляр поливинилпирролидин); 3) ўртача молекуляр поливинил; 4) желатиноль.

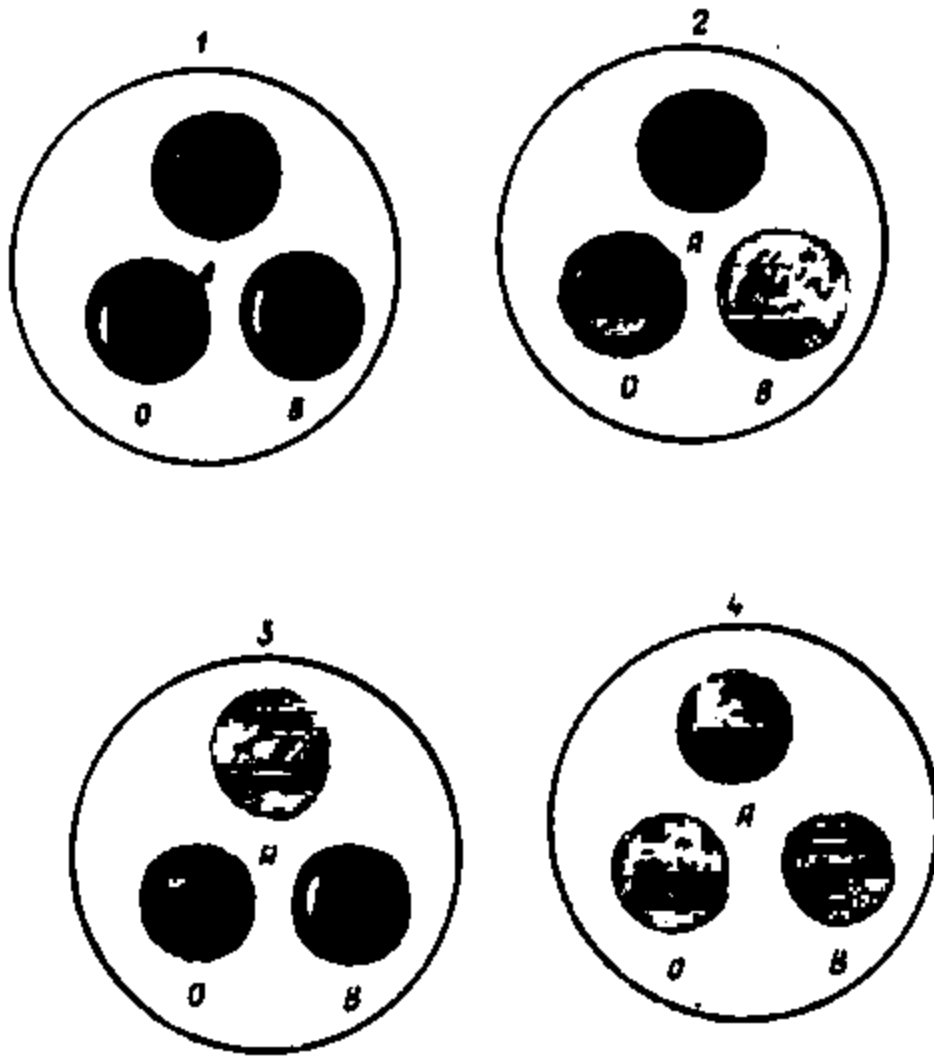
II. Дезинтоксикация қиладиган қон ўрнини босувчи суюқликлар: 1) гемодез (паст молекуляр поливинилпирролидин); 2) реополиглюкин (паст молекуляр полиглюкин).

III. Парентерал овқатлантириш учун препаратлар: 1) гидро-

лизин Л-103; 2) ЦОЛИПКнинг казеин гидролизати; 3) аминокислота; 4) аминокислота; 5) қон ўрнини босадиган оқсил КВ-8; 6) ЛИПК нинг мойли эмульсияси (липомайз).

Юқорида айтиб ўтилган юқори 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 кальций хлорид, 0,2 г сода, 1 г глюкоза, 1000 мл сув), Рингер эритмаси (8 г натрий хлорид, 0,1 г кальций хлорид, 0,075 г калий хлорид, 0,1 г сода, 1000 мл сув), ЦОЛИПК нинг тузли инфузиви (8 г натрий хлорид, 0,2 г калий хлорид, 0,25 г кальций хлорид, 0,05 г магний хлорид, 0,8 г сода, 0,3 г натрий фосфат, 100 мл сув).

Тузли эритмалар асосан организм сувсизланганда, интоксикацияда, кўп қон йўқотилганда қўлланилади. Тузли инфузиин айниқса самарали. Тез тайёрланиши тузли эритмаларнинг афзаллиги ҳисобланади. Қон ўзанидан ва организмдан тез чиқарилиши унинг камчилигидир.



39-расм. Қон группаларини стандарт зардоблар бўйича аниқлаш. 1 — O группа (I); 2 — A (II) группаси; 3 — B (III) группаси; 4 — AB (IV) группаси.



106-расм. Қуйишнинг I даражаси.



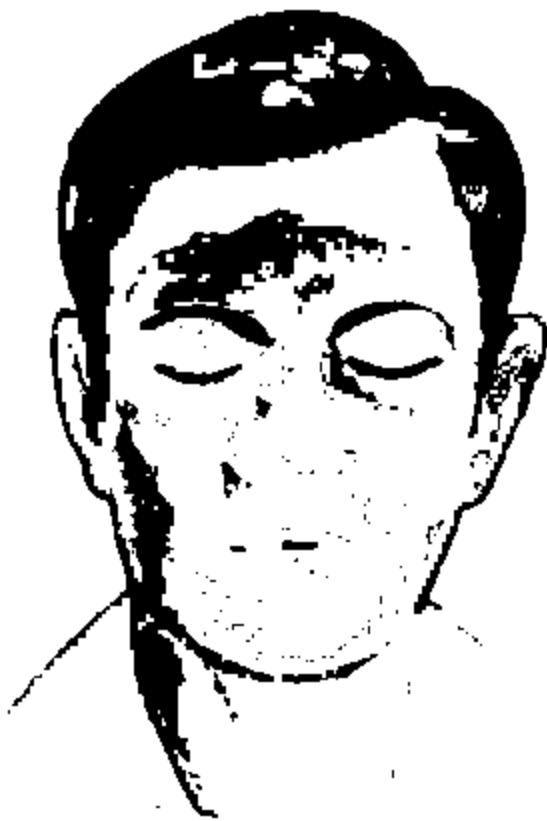
107-расм. Қуйишнинг II даражаси.



108-расм. Қуйишнинг III даражаси.



110-расм. Совуқ олишнинг IV даражаси (а), совуқ олишдан кейинги некрэктомия (б).



111-расм. Юзнинг сарамасдан яллиғланиши.



113-расм. Газли гангрена.



115-расм. Бўйин актиномикози.



116-расм. Облитерацияловчи  
эндартериит панжа гангренаси  
билан.





124-расм. Қалла суяғи асоси синганда «кузойнак симптоми».



а



б



в



г



д



е

132-расм. Бронхлар раки ва аденомасида бронхоскопик манааранинг ярим схематик тасвири.

а — норма; б — бирламчи бронхнинг шиддик парда ости рак усмаси; в — иккиламчи бронхнинг аденокарциномаси; г — бронх аденокарциномаси; д — е — иккиламчи бронх аденомаси.



138-рasm. Одний  
(катарал) аппендицит.



139-рasm. Флегмоноз  
аппендицит.



140-рasm. Генгреноз  
аппендицит.

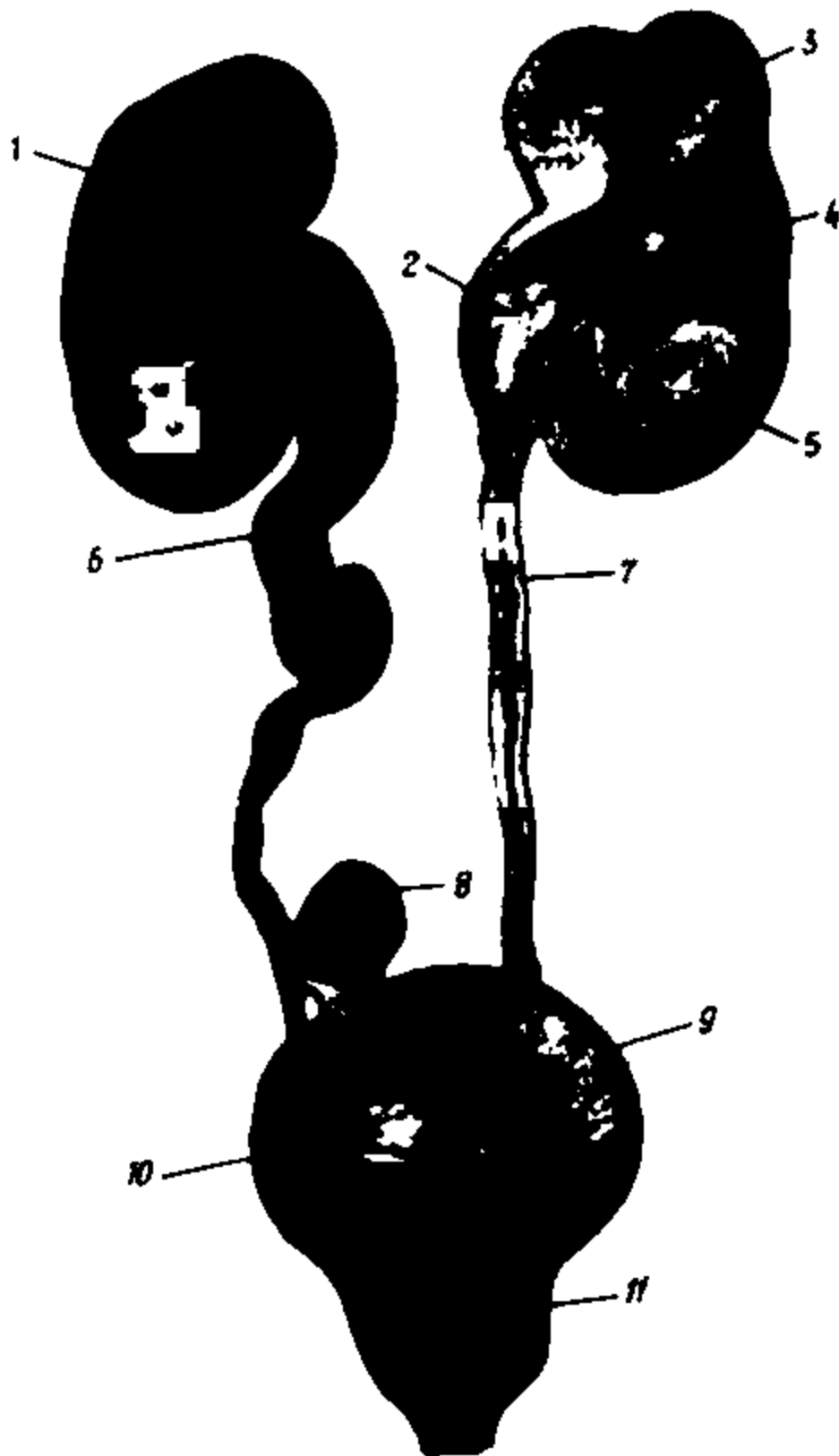




147-расм. Тўғри ичак полипозини (ректоскопда кўриниши).



148-расм. Тўғри ичак ракиннинг ректоскопда кўриниши.

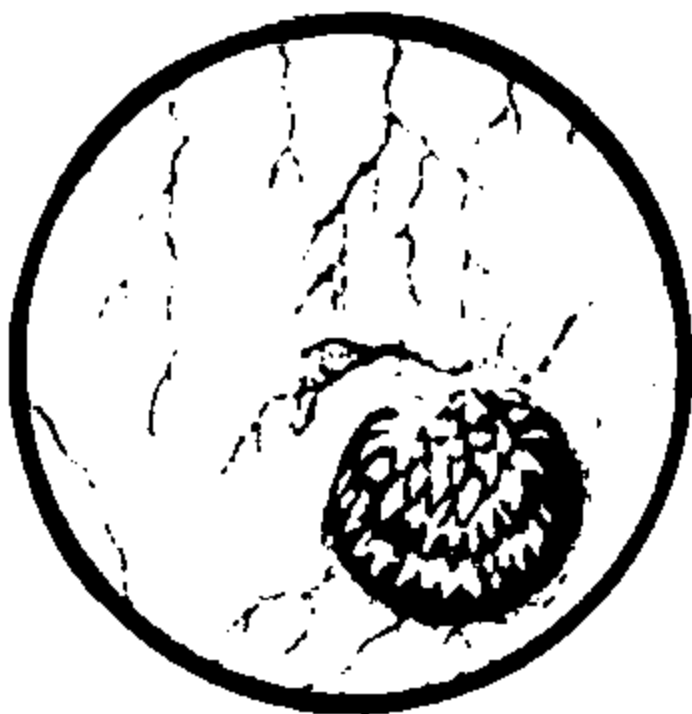


149-расм. Буйрак ва сийдик йўлларининг энг кўп учрайдиган касалликлари.

- 1 — буйрак туберкулёзи; 2 — буйрак жонидagi тош; 3 — киста;  
 4 — косачадagi тош; 5 — буйрак карбункули; 6 — сийдик йўлининг буралиши ва  
 кенгайиши; 7 — сийдик йўли кесиб ўтказилган;  
 8 — қовуқ дивертикули; 9 — қовуқ папилломаси; 10 — қовуқда тош келиши;  
 11 — простата бези гипертрофияси.



150-расм. Қовукдаги тошлар.



152-расм. Қовукдаги папилляр ўсма.

## VII б о б

### ДЕСМУРГИЯ

Десмургия — боғламларни боғлаш ва қўлланиш қондалари тўғрисидаги таълимот.

Боғламлар боғлов материалдан қилинади. Боғлов материалли деганда жароҳатга ёки гавданинг бошқа қисмларига даво мақсадида ишлатиладиган материал тушунилади. Боғламни алиштиришга қайта боғлаш дейилади.

Материалнинг қўлланилишига кўра боғламлар икки гуруппага — юмшоқ (пластирли, клеолли, косинкали, бинтли) ва қаттиқ (декстроген, крахмалли, гипсли) боғламларга бўлинади.

#### ЮМШОҚ БОҒЛАМЛАРНИНГ ТУРЛАРИ

Юмшоқ боғламлар қуйидаги турларга бўлинади: елимли (лейкопластирли, коллоидли, клеолли), косинкали ва бинтли.

Елимли боғламлар асосан кичикроқ шикастларда ва жойлашган еридан қатъи назар операцион жароҳат соҳасида қўлланилади. Бу соҳада соч (жун) бўлса, уни олдин устарада қирилади.

Лейкопластирли боғлам. Жароҳатга қўйилган боғлов материални бир неча тилиш ёпишқоқ пластырь (лейкопластырь) билан терининг соғлом қисмларига маҳкамланади. Лейкопластирли боғламнинг камчилиги шуки, унинг остидаги тери мацерацияланади (шилинади) ва унчалик маҳкам ушлаб турмайди (айниқса бўкканда).

Клеолли боғлам. Клеол — қарағай елимининг баъравар миқдорда олинган спирт ва эфирдаги эритмасидир. Жароҳат боғлам билан бекитилади. Боғлам атрофидаги терига клеол суртилади ва оз-оз қуритиб қўйилади. Боғламни ва клеол суртилган тери соҳаларини дока билан бекитилади. Салфетка четларини терига маҳкам босилади. Доканинг ёпишмай қолган ортиқча қисмини қайчи билан қирқилади. Камчилиги — етарли даражада қаттиқ ёпишмайди ва тери қотиб қолган клеолдан ифлосланиб қолади.

Коллоидумли боғламларнинг олдинги боғламдан фарқи шундаки, бунда докани терига клеол билан эмас, балки коллоидий (спирт ва эфир аралашган нитроклетчатка эрит-

маси) билан ёпиштирилади. Боғлам қўйиш техникаси: унга салфетка ёпилади ва салфетка четларига коллодий суртилади. Коллодий қотгандан кейин салфетканинг ортиқчаси қирқилади. Коллодийни шпатель билан суртиш тавсия этилади. Бундай боғлам 7—8 кунгача тушиб кетмайди. Кам қайишқоқлиги ва терини таъсирлантириши унинг камчилигидир.

Худди шу мақсадда резина елим (эфир билан бензин аралашган резина эритмаси) дан фойдаланиш мумкин. Боғламнинг камчилиги худди коллодийли боғламники кабидир.

**Косинкали боғламлар.** Бу мақсад учун учбурчак шаклидаги бирорта боғлов материали (дока, бўз ва ҳоказо) парчаси ишлатилади. Бундай боғламнинг энг узун томони косинканинг асоси, унинг рўпарасидаги бурчаги — тепаси, қолган иккита бурчаги — учлари дейилади.

Косинка кўпинча қўл ёки ўмров суяги шикастланганда, қўлни осиб қўйиш учун қўлланилади. Косинканинг ўртасига тўғри бурчак ҳосил қилиб букилган билакни қўйилади, косинканинг тепаси тирсакка йўналтирилган. Косинка учларини бўйинга боғланади. Косинка тепасини тирсак атрофида орқадан олдинга томон букиб текисланади ва тирсакнинг олдидан боғламга тўғнаб қўйилади (43-расм).

Бошни боғланганда (44-расм) косинка асосини эса соҳасига қўйилади, тепаси юзга туширилади, учлари пешанадан боғланади, тепасини боғланган учлари орқали бош тепасига қайрилади ва шу жойга тўғнаб қўйилади.

Елка соҳасига иккита (45-расм) ёки битта косинка (46-расм) билан боғлам боғлаш қулай.

Сут безини косинка билан боғлашда (47-расм) косинка асосини сут бези остига жойлаштирилади, тепасини касал томонда орқадан елка устига, бир учини иккинчи елка устига олдинги томондан йўналтирилади, бошқа учини эса касал томондаги қўлтиққа туширилади. Косинканинг иккала учини ва тепасини орқада боғланади.

Чаноқ-сон бўғимига иккита косинка билан косинка боғлам боғланади (48-расм). Битта косинкани (букланганини) белбоғ кўринишида гавдани айлантриб боғланади. Иккинчисининг тепасини косинка-белбоққа маҳкамланади, унинг асоси билан чаноқ-сон бўғимини бекитилади, учларини сон атрофидан ўралади ва боғланади.

«Плавки» типидagi косинка боғлам боғлашда (49-расм) косинка тепасини ораликдан ўтказилади, асоси билан қоринни бекитилади, учларини эса орқага ўтказилади ва у ерда тепаси билан боғланади.

Думбага боғламни «плавки» боғлами типида қўйилади, бироқ косинка тепасини ва иккала учини олд томондан боғланади (50-расм).

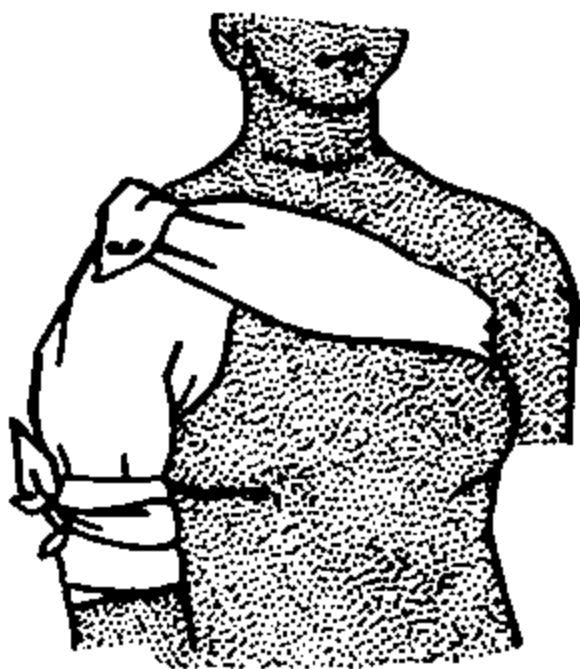
Оёқ панжасини косинка боғлам билан боғлашда (51-расм) косинканинг ўртасини панжанинг кафт юзасига қўйилади,



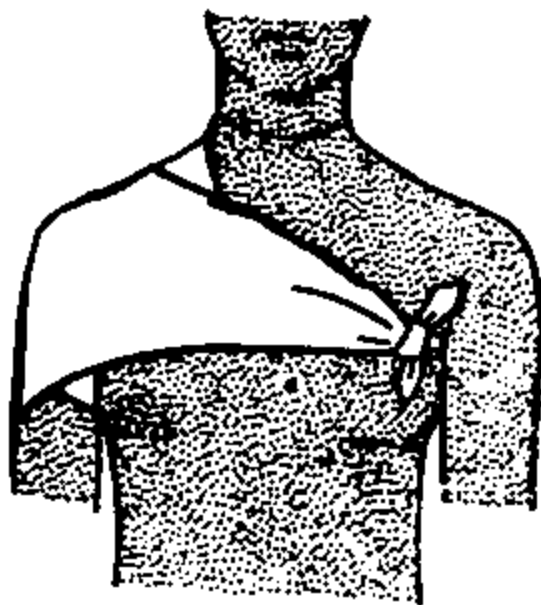
43-р а с м. Қўлга косинка боғлам боғлаш.



44-р а с м. Бошдаги косинка боғлам.



45-р а с м. Елкани иккита косинка билан боғлаш.

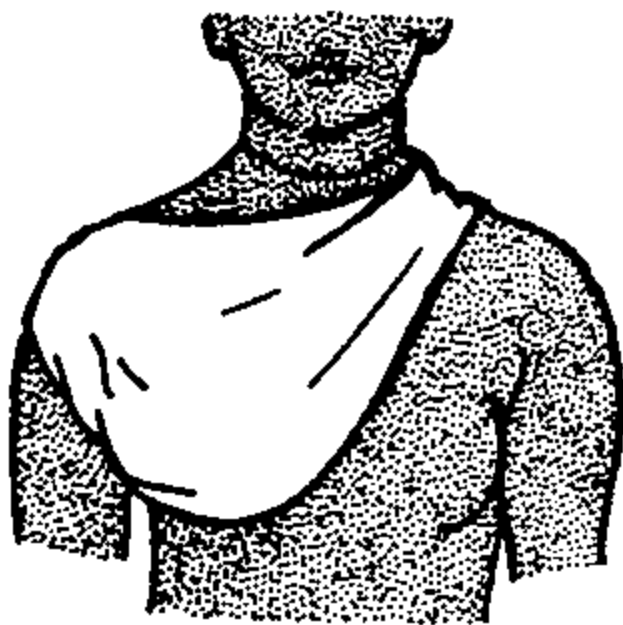


46-р а с м. Елкани битта косинка билан боғлаш.

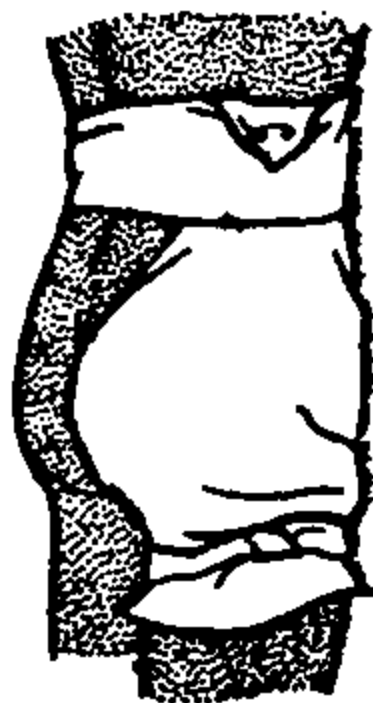
тепасини бармоқлар орқасига ўтказиб, кафт устида айлантирилади, учларини айлантирилади ва тўпиқдан юқорида боғланади, тепасини эса боғланган учлари тепасида маҳкамланади.

**Бинт боғламлар.** Бу боғламлар бинтнинг бир парчасидан, битта бутун бинтдан ёки бинтнинг бир неча ўрамларидан боғланади.

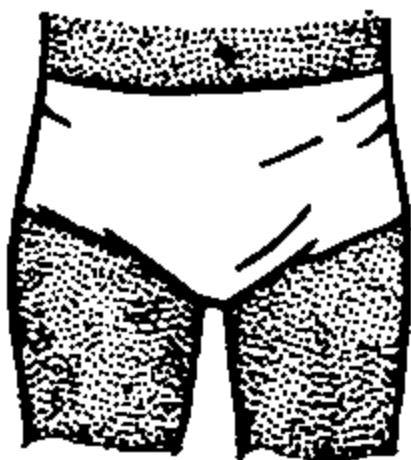




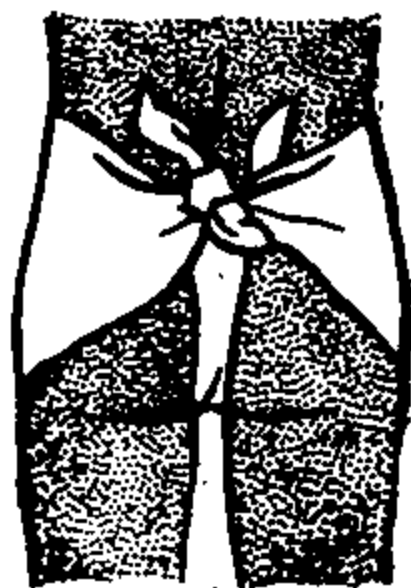
47-р а с м. Сут безига косника боғлам боғлаш.



48-р а с м. Чаноқ-сон бўғимига косника боғлам боғлаш.



а



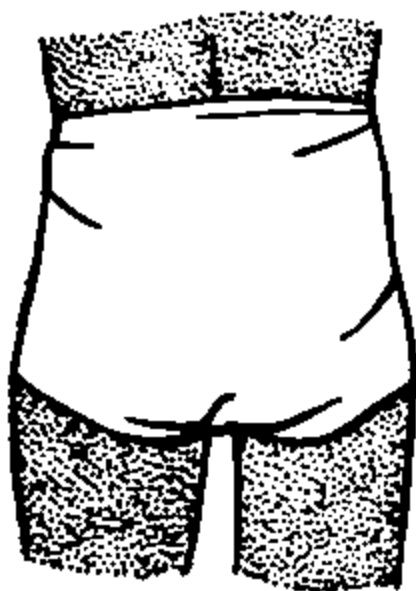
б

49-р а с м. «Плавки» типдаги косника боғлам.

а — олд томондан; б — орқа томондан кўрилиши.

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 беги ва сонни боғлаш учун ишлатиладиган сербар (14—18 см) бинтлар фарқ қилинади.

Бинтлар фабрикада тайёрланган бўлади ёки уларни шу жойнинг ўзида докадан кесиб тайёрланади. Бинтнинг ўралган қисми бошчаси, эркин учи эса дум қисми дейилади. Боғламни яхши боғлаш учун қуйидаги талаблар пухта бажарилиши



50-р а с м. Думба соҳасига косинка боғлам боғлаш.



51-р а с м. Оёқ паяжасига косинка боғлам боғлаш.

шарт: а) боғлам гавданинг касал қисмини бекитиб туриши; б) лимфа ва қон айланишини бузмаслиги; в) беморга халақит бермаслиги; г) топ-тоза бўлиши; д) гавдага зич ёпишиб туриши керак.

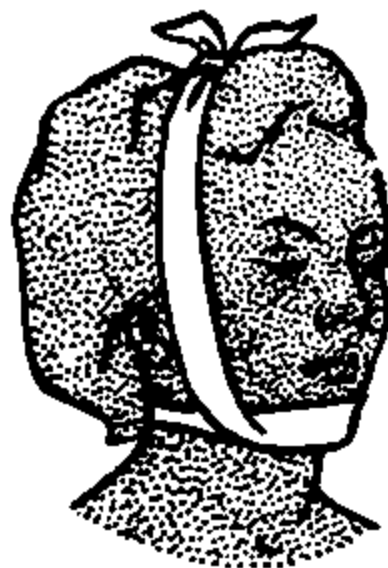
### БИНТЛАШ ҚОИДАЛАРИ ВА БОҒЛАМЛАРНИНГ ТИПЛАРИ

Бинтлашда бинтни тўғри ўраб боғлашга ёрдам берадиган қатор қоидаларга риоя қилиш зарур. Бемор бинтланадиган қисм учун қулай вазиятда (тик турган ёки ўтирган) бўлиши керак. 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 кўксининг дамида бўлиши керак. Бинтлашни аксарият четдан марказга томон бажарилади, бироқ қатор ҳолларда боғлам тескари йўналишда боғланади. Одатда чапдан ўнгга томон, камдан-кам ҳолларда бунинг аксича бинтланади. Бинтнинг маҳкамлайдиган ўрамадан кейин унинг ҳар бир кейинги ўрама олдинги ўрамининг ярмини ёпиб бориши керак. Бинт бошчасини бинтланадиган юзадан узоқлаштирмаслик ва бир меъёрда тортиш керак. Гавданинг конус шаклидаги қисми (сон, болдир, биллак) ни бинтлашда бинт зич ёпишиб туриши учун 1—2 марта айлан-тиргандан сўнг уни қайрилади.

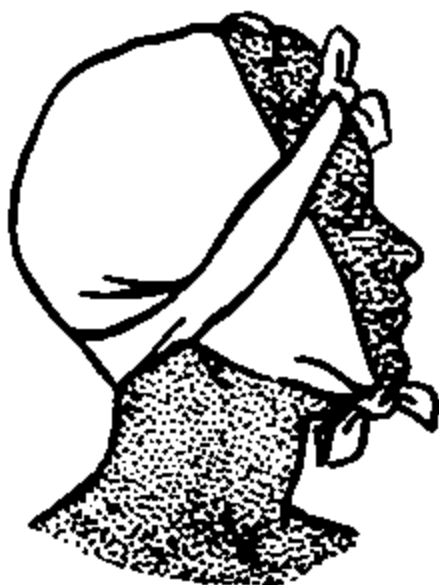
Бинтлаш охирида уни тикиб маҳкамланади, тўғнағич билан тўғнаб қўйилади ёки бинтнинг ўртасидан йиртиб, икки бўлакка бўлинади, буларни бинтланган қисм устидан айлан-тириб ўралади ва тугиб қўйилади. Бинтни жароҳат проекцияси усти-



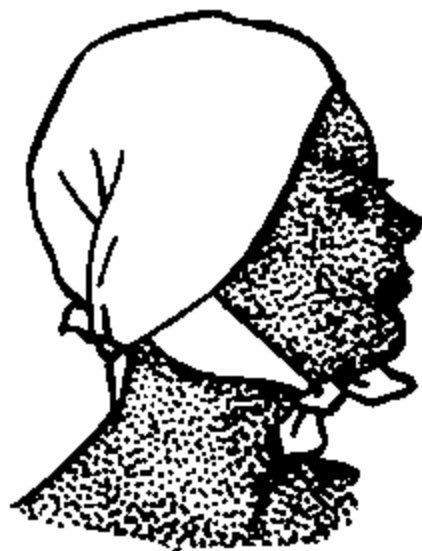
52-р а с м. Бурунга сопқонсимон боғлам боғлаш.



53-р а с м. Иякка сопқонсимон боғлам боғлаш.



54-р а с м. Энсага сопқонсимон боғлам боғлаш.



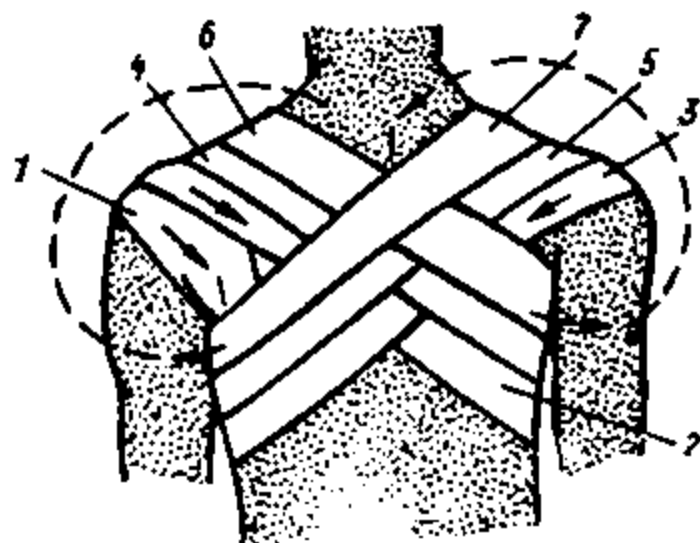
55-р а с м. Чаккага сопқонсимон боғлам боғлаш.

да маҳкамлаш тавсия қилинмайди; уни четроққа суриб маҳкамлаган маъқул.

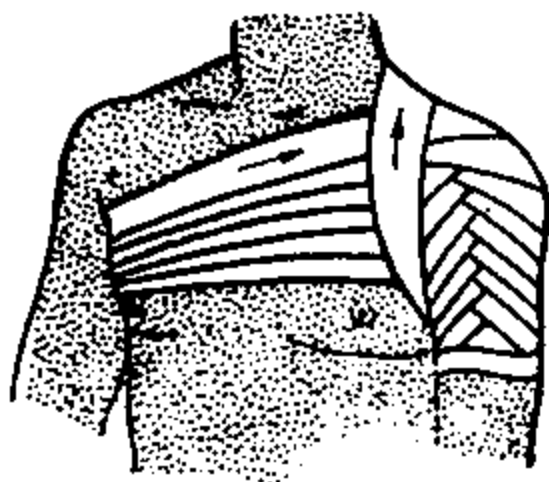
Боғламларнинг қуйидаги типлари фарқ қилинади.

**Сопқонсимон боғлам.** Бинтнинг бир парчасидан тайёрланади. Бинтнинг иккала учини ўртасига йўналтирган ҳолда узунасига кесилади, лекин уларнинг ўртасини кесмай қолдирилади. Қуйида бурунга (52-расм), энсага (53-расм), иякка (54-расм) ва бошга (55-расм) сопқонсимон боғламни боғлаш принциплари кўрсатилган.

**Т-симон боғлам.** Ўртасига бошқа бинт тикилган ёки унинг учи ташлаб қўйилган бинт парчасидан иборат. Энг кўп оралиққа боғланади: горизонтал қисмини тана теварагида бел-



56-р а с м. Крестсимон боғлам.  
Рақамлар — ўрамларнинг тартиб номери.



57-р а с м. Бошоқсимон боғлам.

боққа ўхшаб айлантрилади, вертикал қисми эса белбоғдан оралиқ орқали ўтказилади ва ўша белбоққа тананинг бошқа томонидан боғланади.

**Циркуляр ёки айланма боғлам.** Бинт гир айлантриб ўралади, бинтнинг навбатдаги ўрами аввалги ўрамни тамомила беркитади.

**Спиралсимон боғлам.** Бинтнинг навбатдаги ҳар бир ўрами аввалги ўрамнинг ярмини ёки бундан каттароқ қисмини беркитади. Боғламнинг бу тури икки хил: юқорига кўтарилувчи бинтлаш пастдан юқорига, пастга тушувчи бинтлаш эса бунинг аксича бўлади.

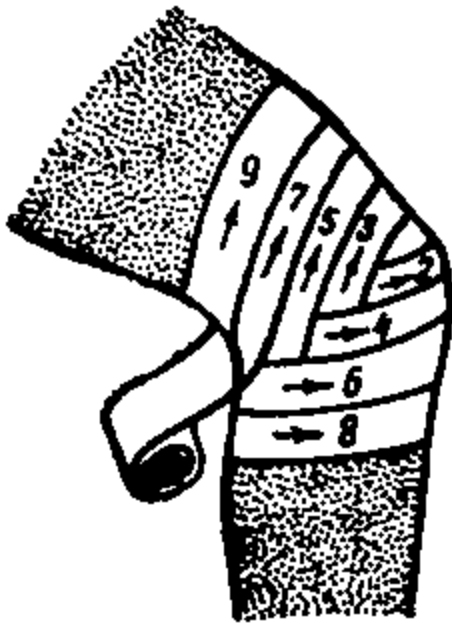
Ўрмаловчи боғлам спиралсимон боғлам кабидир, лекин ўрамлари бир-бирига дуч келмайди. Одатда бинтлашнинг бошида мураккаб боғлам элементи сифатида танага қўйилган салфеткаларни тутиб туриш учун қўлланилади.

**Крестсимон ёки саккизсимон боғлам.** Боғламнинг бу турида бинт ўрамлари бир-бири билан кесиштирилади (56-расм).

**Бошоқсимон боғлам** — саккизсимон боғламнинг бошқа бир тури бўлиб, бинт ўрами бир чизиқ бўйича кесиштирилиб, бу бошоқни эслатади (57-расм).

**Тошбақасимон боғлам** аксарият бўғимларнинг букилган соҳасида қўлланилади. Иккита тури — тарқалувчи ва тўпланувчи тури бор. Тарқалувчи боғламни, масалан, тизза бўғими соҳасига ёпилади, бунда бинт бўғимнинг ўртасидан, «тизза кўзидан» айлантриб олинади. Кейинги ўрамларини дастлабки ўрамнинг гоҳ пастидан, гоҳ юқорисидан галма-гал юргизилади. Бинт ўрамлари тақимда кесишади ва биринчи ўрамдан икки томонга тарқалиб, аста-секин бўғим соҳасини ёпади.

Тўпланувчи боғламни ёпишда биринчи (маҳкамлайдиган) ўрам бўғим юқорисидан ёки пастидан ўтади, иккинчи ўрам бўғимнинг рўпарасига ўралади, учинчи ўрам бўғим соҳасига яқин-



58-р а с м. Тошбақасмон боғлам. Рақамлар — ўрамларнинг тартиб номери.

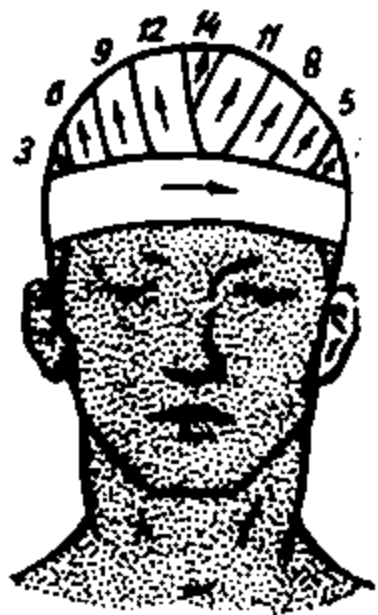
лашиб биринчисини, тўртинчи ўрам — иккинчисини кесишиб, бўғим соҳаси тамомила ёпилгунча шу тарикқа давом эттирилади (58-расм).

**Қайтувчи боғлам.** Бундай боғламни аксарият оёқ-қўлнинг кесиб ташлагандан (ампутация) қолган қисми (культяси) га ишлатилади. Бинтни маҳкамлаш учун бир неча марта айлантириб ўралади. Сўнгра уни бармоқлар билан тутиб туриб, 90° бурчак остида қайрилади ва культя орқали узунасига ўрамлар қилинади. Узунасига қилинган ҳар бир ўрам циркуляр ўрам билан маҳкамланади. Культя бинт билан тамомила бекилгунга қадар ўрамни давом эттирилади. Бундай боғламни бошга ҳам ёпиш мумкин.

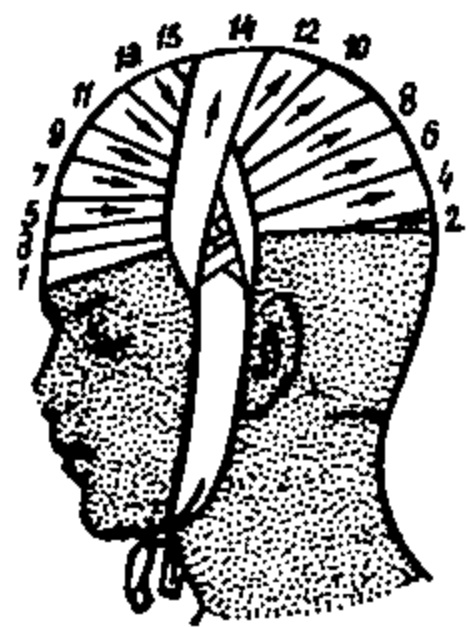
Боғламларнинг санаб ўтилган типларидан фойдаланиб, гавданинг исталган соҳасини бинтлаш мумкин. Гавданинг айрим қисмларини бинтлашда қўлланиладиган боғламларнинг айрим турлари устида тўхталиб ўтамиз.

**Бошини боғлаш.** Вазифасига кўра боғламларнинг бир неча тури қўлланилади.

**Гиппократ қалпоғи.** Боғлам боғлаш учун икки бошчали бинт ёки иккита бинт қўлланилади. Унг қўлдаги бинт бошчаси билан циркуляр ўрамлар қилинади ва бинтланаётган ўрамлар маҳкамланади. Улар тарқалиб ёки тўпланиб, аста-секин калла гумбазини бекитади (59-расм).

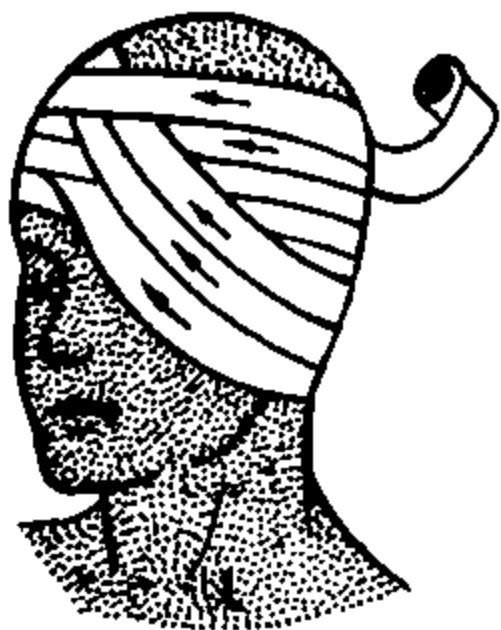


59-р а с м. Гиппократ қалпоғи. Рақамлар — ўрамларнинг тартиб номери.

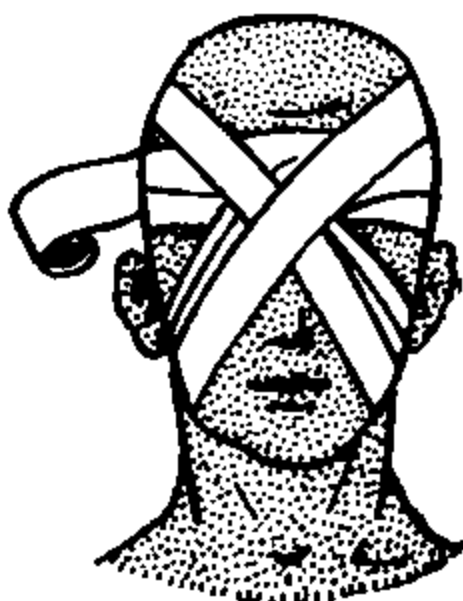


60-р а с м. Қалпоқча-челец. Рақамлар — ўрамларнинг тартиб номери.

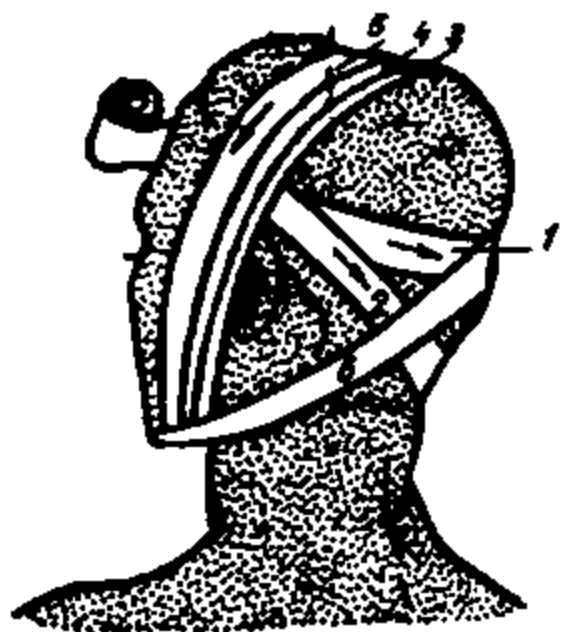
Қалпоқча — чепец шаклида боғлаш. Тахминан 1 м узунликдаги бинт парчасини бош тепасига кўндаланг йўналишда қўйилади, иккала учини эса қулоқ супраларининг олдидан пастга туширилади ва таранг қилиб тортиб турилади (ёрдамчи ёки беморнинг ўзи). Бинт билан бош атрофидан биринчи циркуляр ўрам қилинади. Кейинги ўрамда боғга етгач, бинт шу боғ атрофида айлантрилади ва бир оз қийшиқ йўналишда энсани беркитиб юргизилади. Иккинчи томонда бинтни боғ атрофида қарама-қарши томонга айлантрилади ва қийшиқроқ йўналишда бошнинг пешана қисмига олиб борилади. Бинтнинг кейинги ўрами билан энса соҳаси беркитилади ва ҳоказо. Шу тариқа бошни бир текисда бинтланади. Бинт учини боғга маҳкамлаб боғланади. Боғ учларини ияк тагида боғлаб тугилади (60-расм).



61-расм. Бир кўзга боғлам боғлаш.



62-расм. Иккала кўзга боғлам боғлаш.



63-расм. Юганчасимов боғлам. Рақамлар — ўрамларнинг тартиб номери.



64-расм. Неаполитанча боғлам.

Бир кўзни боғлаш. Ўнг кўзга боғлам боғлашда бинтни қоидаларга биноан чапдан ўнгга қараб юргизилади. Чап кўзни боғлашда бунинг аксича қилинади. Бинтни циркуляр йўналишда бош атрофидан айлантириб маҳкамланади, сўнгра уни орқадан пастга — энсага туширилади ва касал томондаги қулоқ остидан қийшиқ ҳолда юқорига ўтказиб, касал кўзни беркитилади. Қийшиқ ўрамни доира ўрам билан маҳкамланади. Сўнгра аввалги ўрамнинг юқорироғидан яна қийшиқ ўрам қилинади. Доира ўрамларни қийшиқ ўрамлар билан навбатлаб, бутун кўз соҳасини беркитилади (61-расм).

Иккала кўзни боғлаш. Бинтни гир айлантириб ўраб мустаҳкамлангач, кейинги ўрамни бош тепаси ва пешана бўйлаб пастга туширилади ва юқоридан пастга томон чап кўзни беркитадиган қийшиқ ўрам қилинади, сўнгра бинтни энса орқали ўтказиб, пастдан юқорига томон ўнг кўзни беркитадиган қийшиқ ўрам қилинади. Бунинг натижасида бинтнинг кейинги ҳамма ўрамлари қаншар соҳасида кесишиб, иккала кўзни беркитади ва тобора пастга тушаверади. Бинтлаш охирида боғламни горизонтал доира шаклида ўраш билан мустаҳкамланади (62-расм).

Нўхтасимон боғлам. Бундай боғлам асосан ияк соҳасини беркитиш учун татбиқ этилади. Дастлаб бош атрофида циркуляр ўрам қилинади. Иккинчи ўрамни энса соҳасига бўйиннинг ён юзасига қийшиқ йўналишда юргизилади ва у ердан 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 боғламни мустаҳкамланади.

Пастки жағни тамомила беркитиш учун мустаҳкамлайдиган горизонтал ўрамлар қилгандан сўнг бинт бошчасини энса бўйлаб қийшиқ ҳолда пастга туширилиб, иякнинг олдинги қисми бўйлаб бўйиннинг ён томонига, кейинроқ бўйин атрофига туширилади, орқага қайтарилади ва бинт ўрамини иякдан пастроққа тушириб, вертикал ҳолатга ўтказилади ва боғламни бош атрофида мустаҳкамланади (63-расм).

Неаполитанча боғлам. Бинтни бош теварагида айлантириб ўрашдан, сўнгра бинтни касал томондан қулоқ ва сўрғичсимон ўсиқ соҳасига туширишдан бошланади (64-расм).

Бўйинни боғлаш. Бўйиннинг юқори қисмини боғлаш. Бош теварагида галма-галдан бир неча қийшиқ ўрамлар билан (пешана ва энса соҳасини ҳам қамраб олиб) доира ўрамлар қилинади. Энса соҳасини доира ўрамлар қилиб бинтлаш билан бирга крестсимон боғлам ҳосил бўлади.

Бўйиннинг пастки қисмини боғлаш. Бош теварагидаги ўрамларни энса соҳасининг крестсимон боғлами ва орқанинг бошоқсимон боғлами ўрамлари билан тўлдирилади (65-расм).

**Қўлни боғлаш. Битта бармоқни боғлаш.** Боғлам кафт усти атрофида мустақкамлайдиган доира ўрамлар қилишдан бошланади. Сўнгра бинтни қўл панжасининг орқаси оша бармоқ учигача қийшиқ ҳолда йўналтирилади ва шу ердан пастдан юқори томонга бармоқ асосигача спиралсимон боғлам қилинади, кейин қўл панжасининг орқаси оша кафт устига келтирилади, бу ерда маҳкамловчи циркуляр ўрамлар қилинади (66-расм).

Бош бармоқни боғлаш бошоқсимон типда бажарилади. Мустақкамловчи доира ўрам ҳам кафт усти-билакда қилинади. Сўнгра бинтни қўл панжаси орқаси оша бармоқ учигача олиб борилади, бармоққа спиралсимон айлантириб ўралади, кафт усти-билакнинг орқа томонига, сўнгра кафт томонига қайтарилади. Бинт бармоқни тамомила беркитгунча ўрамларни такрорланади (67-расм).

**Қўлқопсимон боғлам.** Битта бармоқни бинтлаш принципидан 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.

**Панжанинг қайтувчан боғлами.** Бинт билакка маҳкамланади, сўнгра уни 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 беркитилгандан сўнг бармоқлар ва панжа бинтнинг кўндаланг ўрамлари билан ёпилади. Боғлам билакка маҳкамлаб қўйилади (68-расм).

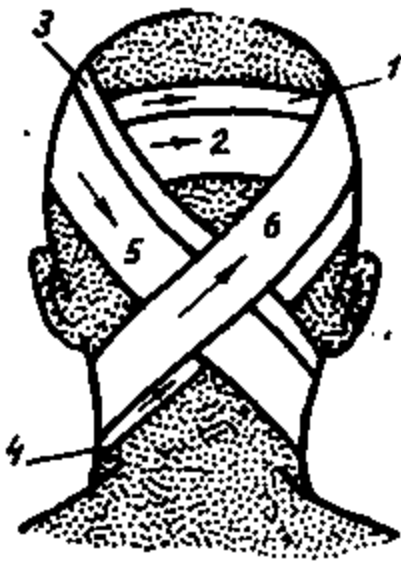
**Билакни боғлаш.** 1—2 ўрамдан сўнг бинтни қайириб спиралсимон типда боғланади.

**Тирсак бўғимини боғлаш тарқалувчи ва тўпланувчи тошбақасимон боғлам типда олиб борилади.**

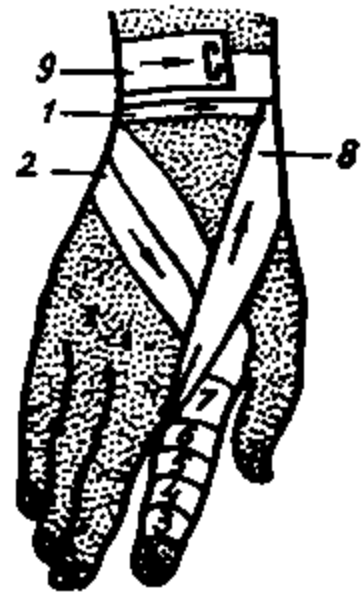
**Елкани боғлаш.** Оддий спиралсимон боғлам қўлланилади, бироқ бунда бинтни қайирмасдан ўралади.

**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 ўрамини елка усти соҳасида кесиштирилади ва бинт кўкрак қафасининг орқа юзасидан қўлтиққа чиқарилади. Кейинги ўрамини олдинги ўрам каби бошланади, бироқ ҳар бир янги ўрамини аста-секин пича юқорига кўтара борилади, натижада бинт елка усти соҳасини, қўлтиқнинг олдинги ва орқа қисмларини тамомила беркитади. Яхшироқ маҳкамлаш учун кўкрак қафасини қийшиқ йўналишда тир айлантириб циркуляр ўрам қилинади, бинтни орқага соғлом елка устига ўтказилади ва бу ердан кўкрак қафасининг олдинги юзаси бўйлаб пастга, бинтланаётган томондаги қўл-

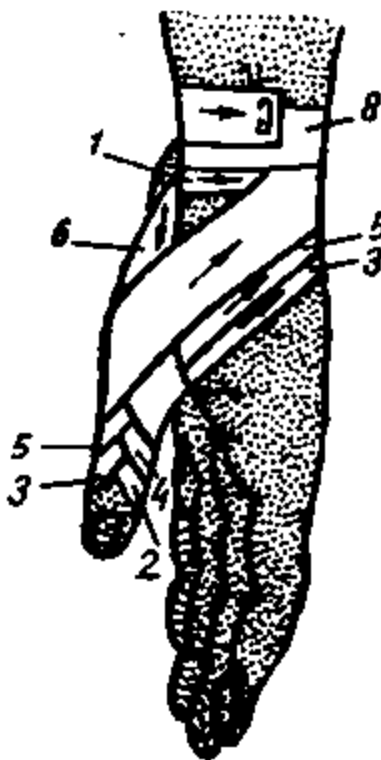




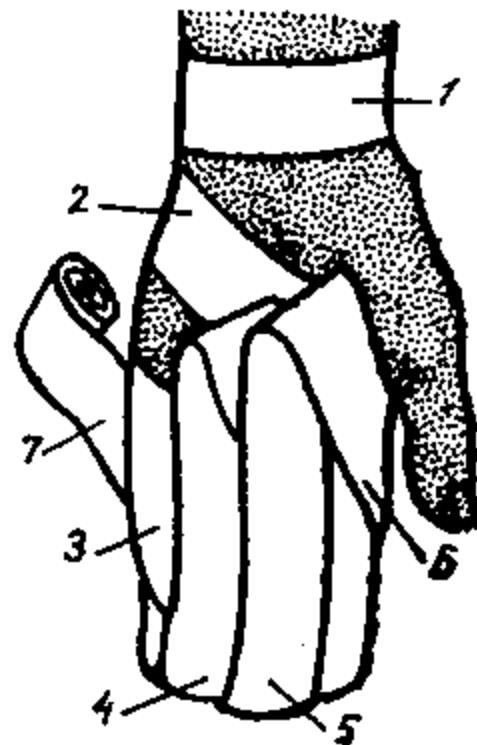
65-р а с м. Бўйиннинг орқа қисмига боғлам боғлаш. Рақамлар — ўрамларнинг тартиб номери.



66-р а с м. Битта бармоққа боғлам боғлаш. Рақамлар — ўрамларнинг тартиб номери.



67-р а с м. Бош бармоққа боғлам боғлаш. Рақамлар—ўрамларнинг тартиб номери.

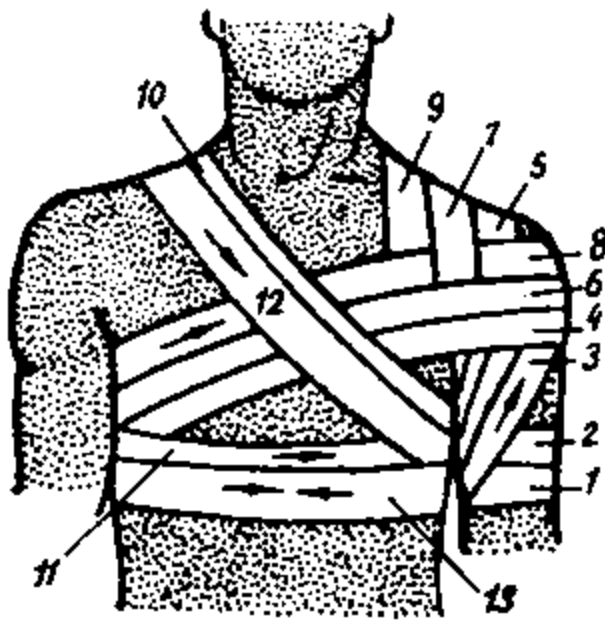


68-р а с м. Панжага қайтувчан боғлам боғлаш. Рақамлар — ўрамларнинг тартиб номери.

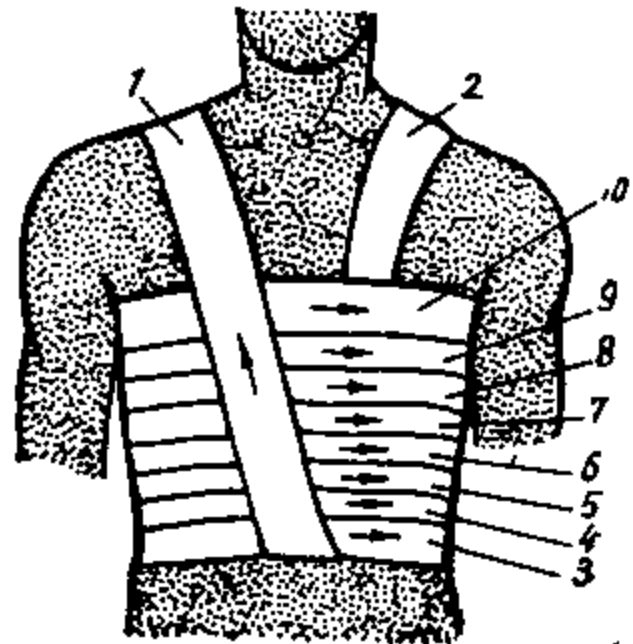
тиққа туширилади. Шундай ўрамларнинг бир нечтасидан сўнг боғламни узил-кесил маҳкамлаб қўйилади (69-расм).

**Кўкрак қафасини боғлаш.** Кўкрак қафасига боғлам боғлашда қаттиқ бинтлаш нафас актига хаяқит беришини, бўш боғланган боғламнинг эса фойдасиз эканлигини унутмаслик зарур.

**Спирал боғлам.** Тахминан 2 м узунликдаги бинт бўлагини ўнг ёки чап елкага бинтнинг эркин учлари кўкрак қафасининг олдинги ёки орқа томонидан тушиб турадиган қилиб таш-



69-расм. Қўлтиққа боғлам боғлаш. Рақамлар — ўрамларнинг тартиб номери.

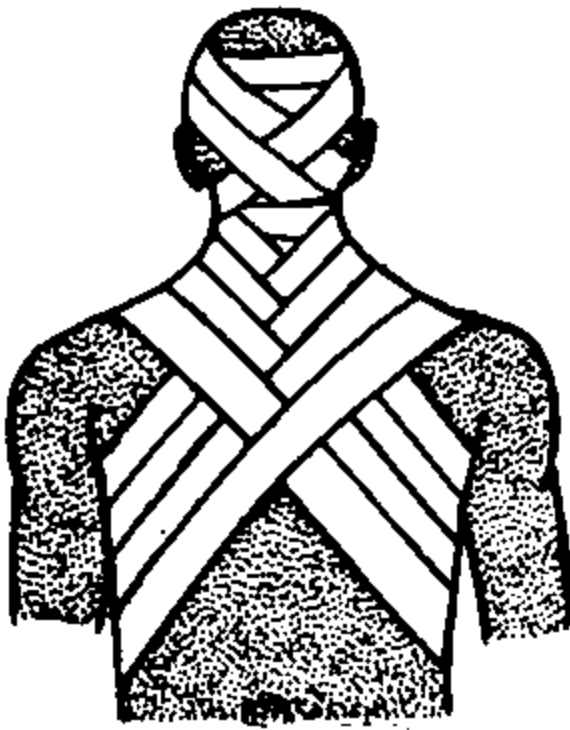


70-расм. Кўкрак қафасига спиралсимон боғлам боғлаш. Рақамлар—ўрамларнинг тартиб номери.

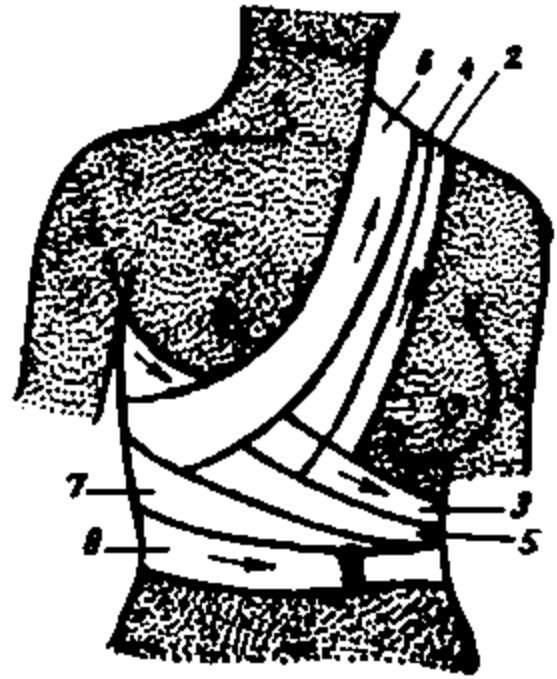
лаб қўйилади. Боғламни кўкрак қафасининг пастки қисмидан, бинтнинг шу бўлагини беркитишдан бошланади. Бинтнинг спирал ўрамларини аста-секин то қўлтиққача етказиб ўралади. Охирги ўрамини маҳкамланади. Елкага ташланган бинтнинг осилиб турган учини кўкрак қафасининг олдинги юзаси бўйлаб юқорига кўтарилади, иккинчи елка орқали ташланади ва учларини орқа томондан боғланади (70-расм).

Крестсимон боғлам гавданнинг орқа қисмларини бинтлаш учун қўлланилади. Боғлам бир елка теварагини маҳкамловчи циркуляр ўрашдан бошланади, олд томондан елкага олиб чиқилади. Орқага ўтказилади ва бинтни қарама-қарши томондаги қўлтиқ соҳасига қийшиқ ҳолда йўналтирилади. Бинтни елка устининг олдинги сатҳи бўйлаб юргизилади. Кейин ўрам орқага, қўлтиқ соҳасига боради. Бинт йўлларини шу тариқа такрорлаб, уларни иккала елка устига аста-секин кўтариб ва кўкрак қафаси бўйича пастга тушириб, орқани беркитилади (71-расм).

Битта сут безини боғлаш. У сут безини ёпиб туришдан ташқари, уни кўтариб турадиган ўзига хос суспензорий вазифасини ҳам бажаради. Унг томондаги сут безини бинтлашда бинтни чапдан ўнгга, чап томондаги сут безини бинтлашда ўнгдан чапга қараб ўралади. Боғламни кўкрак қафасини сут безлари тагидан мустаҳкамлайдиган айлантриб ўрашдан бошланади. Кейинги ўрам сут безининг пастки ва ички қисмларини қамраб олади, қарама-қарши томондаги елкага кўтарилади ва елканинг орқа томонидан пастга тушиб бинтланаётган сут бези томондаги қўлтиққа боради. Сўнгра бинт сут безининг пастки қисмини эгаллайди. Айлантриб ўраш билан



71-расм. Орқага крестсимон боғлам боғлаш.

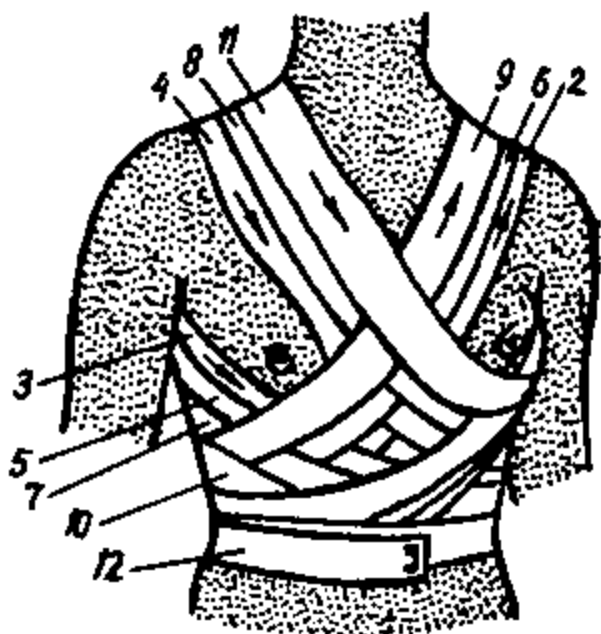


72-расм. Битта сут безига боғлам боғлаш. Рақамлар — ўрамларнинг тартиб номери.

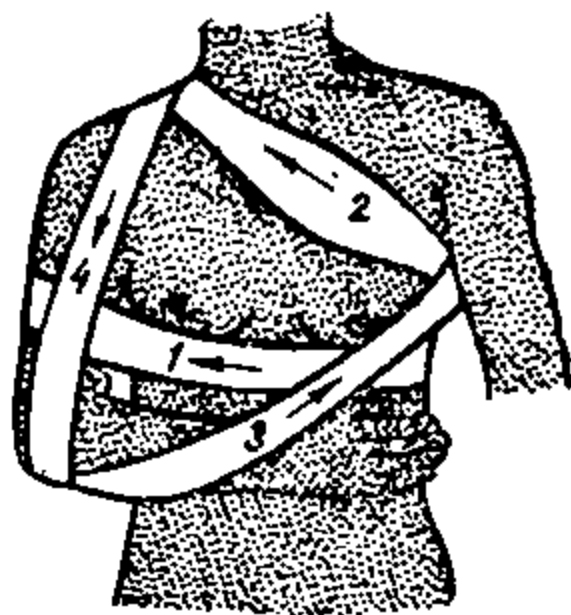
олдинги ўрамни мустаҳкамланади. Кейинги ўрамларни сут бези пастдан батамом ёпилмагунча аста-секин юқорига кўтариб такрорланади (72-расм). Эмизукли оналарда сут безини бинтлашда бола эмизиш ёки сут соғиб олиш учун без учини бинт билан ёпилмайди.

Иккала сут безини боғлаш. Дастлабки ўрамларни битта сут безини бинтлашдаги каби ўралади. Кейин бинтни кўкрак қафасининг сут безига дастлаб бинт ўралган ярмидаги елкадан ўтказиб, орқада қийшайтириб ўралади. Бинтни пастга, сут безлари оралигига туширилади ва қарама-қарши томондаги сут безини ёпилади, сўнгра кўкрак қафасини гир айланттириб ўралади. Тегишли ўрамларни навбатлаб, аста-секин иккала сут безини ёпилади (73-расм).

55. Дезо боғлами. Олдин қўлтиққа пахта ёстиқча қўйилади. Билакни тирсак бўғимида тўғри бурчак остида букилади ва кўкракка қўйилади. Елкани биринчи доира ўрам билан кўкрак қафасига бинтланади. Иккинчи ўрамни қарама-қарши томондаги қўлтиқдан касал томондаги елкага йўналттириб, елкадан орқага оширилади ва пастга туширилади. Кейин бинт тирсак бўғимини эгаллайди ва уни билакни ушлаб турган ҳолда юқорига, соғлом томондаги қўлтиққа қийшиқ йўналттирилади, сўнгра кўкрак қафасининг орқа сатҳи бўйлаб ўтказиб, касал елкага йўналттирилади, пастга туширилиб, билакни айланттириб ўтказилади ва кўкрак қафасининг орқа сатҳига, соғлом томондаги қўлтиққа йўналттирилади. Боғлам яхши маҳкамланмагунча ўрамлар такрор ўралаверади (74-расм).



73-р а с м. Иккала сут безига боғлам боғлаш. Рақамлар — ўрамларнинг тартиб номери.

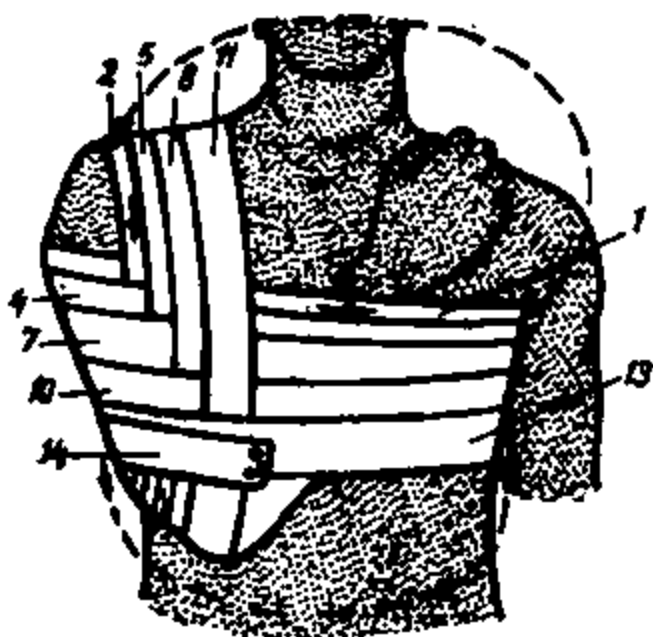


74-р а с м. Дезо боғлаш. Рақамлар — ўрамларнинг тартиб номери.

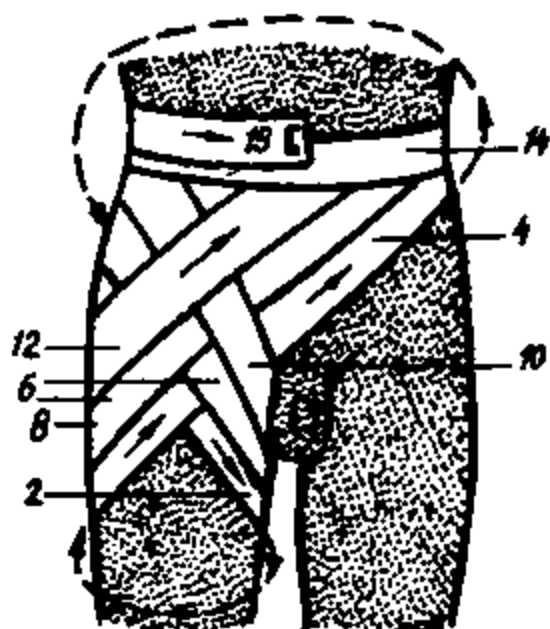
**Вельпо боғлаш.** Қасал қўл панжасини соғлом елкага қўйилади. Бинтнинг айланма ўрами билан қасал қўлни кўкрак қафасига маҳкамланади. Кейин бинтни соғлом томондаги қўлтиқдан ўтказиб, орқадан қасал томондаги елкага қийшайтириб юритилади, пастга вертикал туширилади, тирсак ортига ўтказилади ва кўкрак қафасини айлантириб горизонтал ўраб, қўлни қайта маҳкамланади. Бинт ўрамлари такрорланади. Горизонтал ўрамлар бундан олдинги ўрамлар пастга тушади, вертикал ўрамлар эса олдинги ўрамлар ичига тушади (75-расм).

**Қорин ва чаноқни боғлаш.** Қорин соҳасига одатда спиралсимон боғлам ёпилади, бироқ уни маҳкамлаш мақсадида кўпинча чаноқнинг бошоқсимон боғлаш билан бирга қўлланишга тўғри келади.

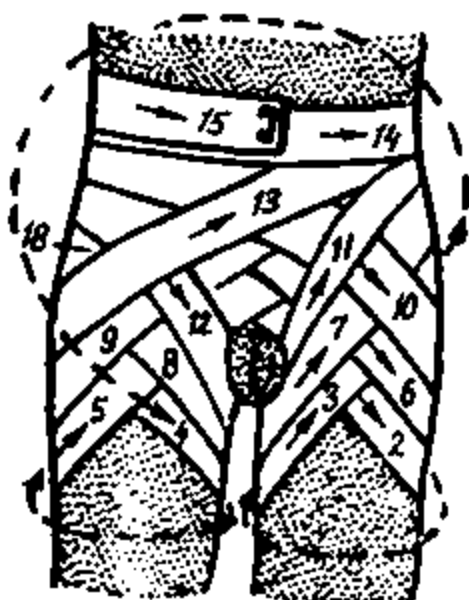
Бир томонлама бошоқсимон боғлам жуда қулай. Боғлам боғлашнинг мақсадига кўра у қориннинг пастки қисми, соннинг учдан бир юқори қисмини ва думбани ёпиши мумкин. Бинт ўрамлари кесишадиган жойга мувофиқ ҳолда орқа, ён ва олдинги (чов) бошоқсимон боғламлар фарқ қилинади. Белда циркуляр ўрамлар қилиб мустаҳкамловчи бинт боғланади, сўнгра бинтни 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 тушса, юқорига кўтарилувчи боғлам, пастга ўралса, пастга тушувчи боғлам дейилади (76-расм).



75-расм. Вельпо боғлами. Рақамлар — ўрамларнинг тартиб номери.



76-расм. Бир томонлама бошоқсимон боғлам. Рақамлар — ўрамларнинг тартиб номери.



77-расм. Икки томонлама боғлам. Рақамлар — ўрамларнинг тартиб номери.



78-расм. Ораликқа саккизсимон боғлам боғлаш. Изоҳи текстда.

Икки томонлама бошоқсимон боғлам иккала сон ва думбанинг учдан бир юқори қисмини ёпиш учун қўланилади. Аввалги боғлам каби, уни белга циркуляр ўрашдан бошланади, бироқ бинтни иккинчи човнинг олдинги юзасидан, сўнгра соннинг ташқи юзасидан юргизилади, унинг орқа ярим доирасини қамраб олинади, ички юзасига чиқарилади ва чов соҳаси бўйлаб тананинг орқа ярим доирасига ўтказилади. Бу ердан бинт ўрами бир томонлама бошоқсимон боғламдаги сингари давом эттирилади. Бинтни иккала оёққа навбат билан, гавданинг шикастланган қисми беркилгунча ўралади. Боғламни танада циркуляр ўрам қилиб маҳкамланади (77-расм).

110.3с.  
Оралиқни боғлаш. Оралиққа саккизсимон боғлам қилинади, бунда бинт ўрамлари оралиқда кесишади (78-расм).

Оёқни боғлаш. Бунга ҳам қўлни боғлашдаги каби талаблар қўйилади.

Сонни боғлаш. Одатда 1—2 ўрамдан сўнг айлантриб спирал шаклида ўралади.

Тизза бўғими соҳасини боғлаш. Бирлашадиган ёки тарқаладиган типдаги тошбақасимон боғлам боғланади.

Болдирни боғлаш. 1—2 ўрамдан сўнг айлантрилади-ган юқорига кўтариловчи спирал шаклидаги боғлам қўлланилади.

Товон соҳасини боғлаш. Аксарият тарқалувчи тошбақасимон боғламдан фойдаланилади. Товондан (унинг марказий қисмидан) айлантриб бинтлашдан бошланади. Кейинги ўрамларни биринчи ўрамнинг юқорисидан ва пастидан навбат-ма-навбат ўралади. Бу ўрамларни товоннинг ёнидан, орқадан олдинга товон юзасига ва оёқ кафтининг орқасига, болдир-панжа бўғими ва пастга, панжа соҳасига ўтадиган қилиб қийшиқ айлантриб маҳкамланади, ўрамлар оёқ кафти устида кесиштирилади (79-расм).

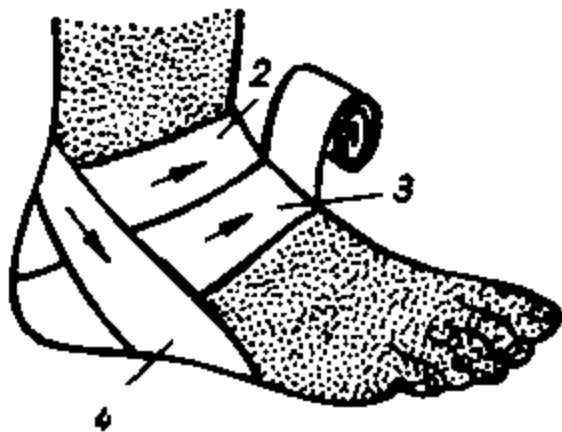
Болдир-панжа бўғимини боғлаш. Одатда саккизсимон боғлам қўлланилади. Мустаҳкамловчи ўрамни тўпиқнинг юқорисидан айлантрилади. Бинтни панжанинг орқа томонидан қийшиқ юргизиб панжа атрофидан ўтказилади. Кейин бинтни юқоридан ўтказиб оёқ панжасининг орқа томони бўйлаб бундан олдинги ўрам билан кесиштирилади ва болдирнинг орқа ярим доираси атрофидан ўтказилади. Бинт ўрамлари такрорланади. Боғламни тўпиқлар олдида айлантриб, ўраб маҳкамланади (80-расм).

Бармоқларни очик қолдириб оёқ панжасини боғлаш. Бинтни панжага ўраб маҳкамланади, сўнгра уни оёқ панжасининг орқа томони бўйлаб товондан ўтказилади, кейин панжани гир айлантриб ўраб, товонга қайирилади. Товон соҳасида бинтнинг ҳар бир янги ўрамини аввалги ўрамнинг юқорисига тушади, болдир-панжа бўғимига тобора яқин келтириб кесиштирилади (81-расм).

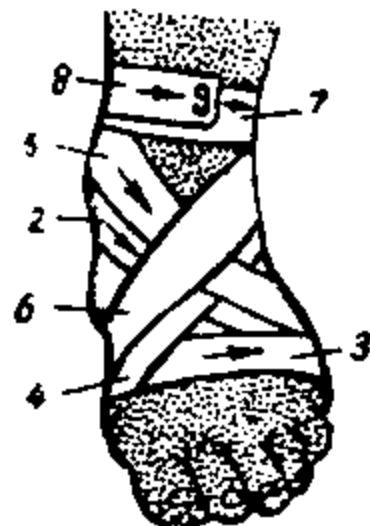
Бармоқларни очик қолдирмай, оёқ панжасини боғлаш. Бинт тўпиқлар соҳасида айлантриб ўраб маҳкамланади. Сўнгра бинтни бутун панжа орқали узунасига юргизиб, бармоқлар ва товон соҳаси ёпилади. Бармоқларнинг учидан бошлаб оёқ панжасига кесишадиган спирал шаклидаги боғлам ёпилади. Маҳкамловчи ўрам тўпиқлар соҳасида қилинади (82-расм).

Оёқ панжасининг бош бармоғини боғлаш. Боғлаш принципи қўлнинг бош бармоғини боғлаш каbidир. Боғлам тўпиқлар соҳасида маҳкамланади (83-расм).

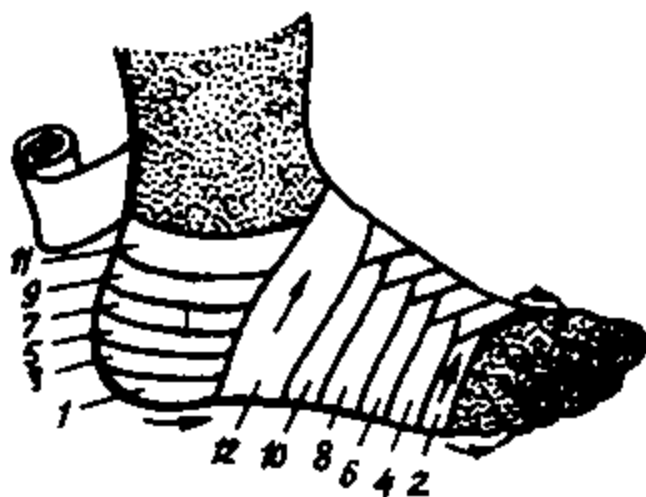
**Суспензорий.** Моеклар, уларнинг ортиқлари касаллигида ёки ёрғоқда қилинган операциядан сўнг ёрғоқни кўтариб туришга



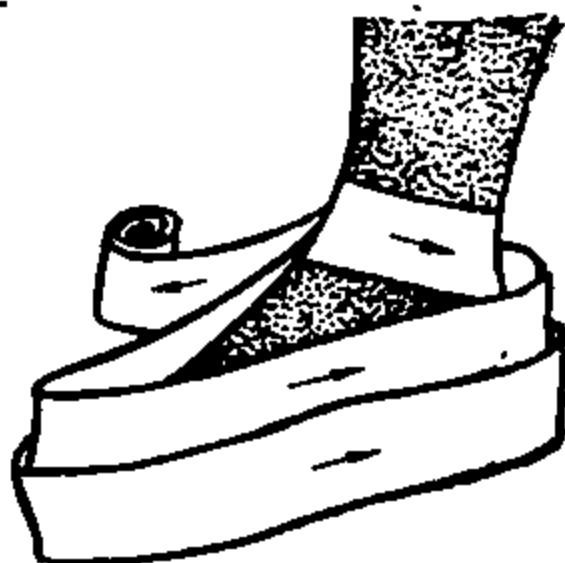
79-р а с м. Товонга боғлам боғлаш. Рақамлар — ўрамларнинг тартиб номери.



80-р а с м. Болдир-панжа бўғимига боғлам боғлаш. Рақамлар — ўрамларнинг тартиб номери.



81-р а с м. Бармоқларни очиқ қолдириб, бутун оёқ панжасига боғлам боғлаш. Рақамлар — ўрамларнинг тартиб номери.



82-р а с м. Бармоқларни қамраб олиб, бутун панжасига боғлам боғлаш.

мўлжалланган махсус мосламадир. Фабрикада тайёрланган суспензорийлар бўлади. Суспензорийни мустақил равишда тайёрлаш ҳам мумкин. Бунинг учун оддий бинтдан фойдаланилади. Бинтга бинтдан белбоғ қилинади. 1 м узунликдаги сербар бинт бўлагини қирқиб олинади. Бинтнинг икки чеккасидадан узунасига қирқилади, ўртасидан 10 см узунликдаги қисmini қирқмасдан қолдирилади. Бу қисмининг бир чеккасини ёрғоқ илдизи остига яқинлаштирилади, унинг учларини белбоққа боғланади. Иккинчи чеккасини ёрғоқнинг олдинги қисмига ташланади ва унинг учларини ҳам белбоққа бир оз тўрттиб боғланади. Боғламда жинсий олат учун тешик очиш мумкин. Боғлам (суспензорий) нинг асосий вазифаси ёрғоқни жинсий олат билан бирга юқори (қоринга томон) кўтариб туришдан иборат. Бунинг



83-расм. Оёқ панжасининг бош бармоғига боғлам боғлаш.



84-расм. Индивидуал боғлов пакети. а — пакетдаги нарсалар; б, в — ташқи ва ички (резина аралашган) қавати; г — яшлатилшга тахт қилиб қўйилган ёстиқчали бинт.

учун ҳамма учларини белбоғнинг олдинги қисмига боғлаб қўйиш шарт.

**Бандаж.** Материал ва чармдан тикилган ҳамда қорин бўшлиғининг бўшашиб қолган қисмларини мустаҳкамлаш учун мўлжалланган махсус мослама. Бандажлар одатда қорин чурчаларида беморни қандайдир сабабларга кўра операция қилиш имконияти бўлмаган ҳолларда қўлланилади.

**Индивидуал боғлов пакети.** Пакет бинтга бириктирилган иккита пахта-дока ёстиқчадан иборат. Уларнинг биттасини бинт устидан юргизиш мумкин. Яра боғлаш материали иккита пакетда: ички — тўғнағичли қоғоз пакетда ва ташқи — резина аралашган пакетда бўлади. Бинт ва ёстиқчалар стерил бўлади. Резина аралашган қаватни чизигидан йиртиб очилади, сўнгра ичидаги қоғоз қаватини очилади, ёстиқчаларни керакли масофага қўйилади ва қўл теккизилмаган юзаси билан жароҳат устига ёпилади. Тешиб ўтган яраланишларда битта ёстиқча билан кириш тешиги, иккинчиси билан эса жароҳатнинг чиқиш тешиги беркитилади, шундан сўнг ёстиқчалар бинт билан ўраб боғланади (84-расм).



8/13

## VIII б о б

### ШИКАСТЛАР (ТРАВМАЛАР)

Шикаст ёки травма деб, ташқи агентлар (механик, термик, химиявий ва ҳоказолар) нинг организмга таъсир қилишига ай-тилади. Бу — органлар ва тўқималарда анатомик бутунлик, фи-зиологик функцияларнинг бузилишига сабаб бўлади ва орга-низмнинг маҳаллий ҳамда умумий реакцияси билан ўтади.

#### БЕМОРНИ ТРАВМАТОЛОГИК ТЕКШИРИШНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ ВА МАХСУС ТЕРМИНОЛОГИЯ

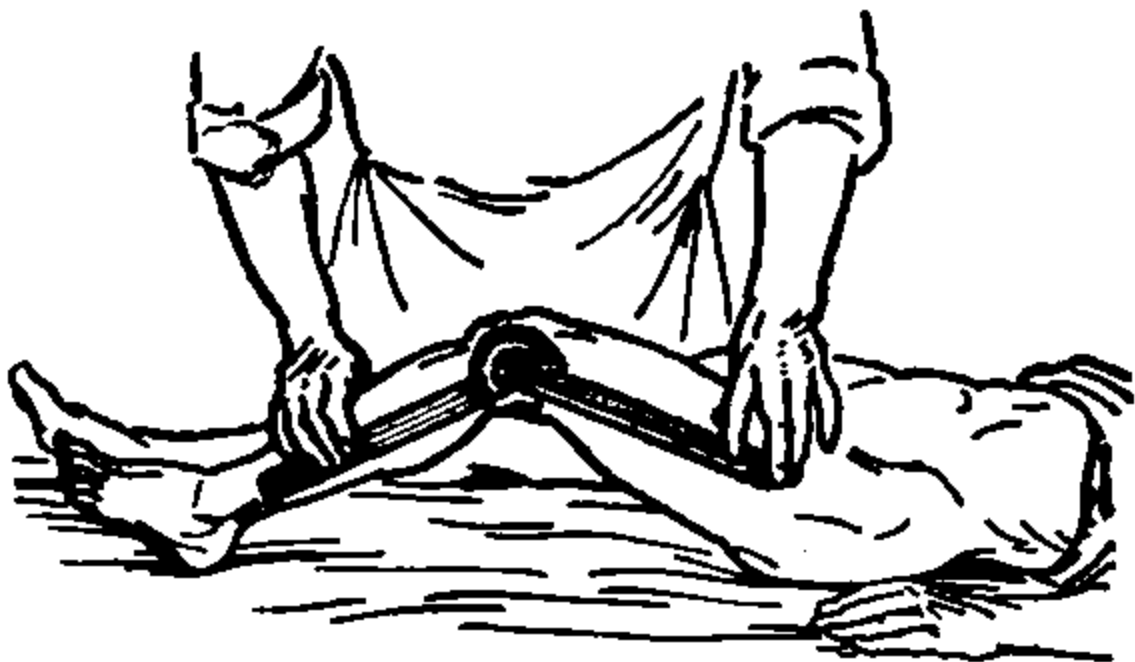
Врач келгунча биринчи ёрдам кўрсатиш ва даво муолажа-ларини бирмунча самарали ўтказиш учун медицина ҳамшираси травматологик беморни текшириш асосларини билиб олиши керак.

Бўғимдаги ҳаракатлар ҳажминин махсус асбоб — угломер билан аниқланади ва даража (градус) ларда қайд қилинади (85-расм). Угломер браншларини оёқ ёки қўлнинг ўқи бўйлаб қўйилади, угломер ўқини 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 тушунилади (чаноқ-сон ва тизза бўғимлари учун  $180^\circ$  ли бур-чак, болдир-товон бўғими учун  $90^\circ$  ли бурчак дастлабки вазият ҳисобланади).

Сагиттал текисликдаги ҳаракат букиш ва ёзиш (флек-сия ва экстензия) деб юритилади. Бунда оёқ ва қўл пан-жаси учун оёқ кафти, кафт орқаси ва кафтни бу-киш деган сўзларни қўшиш лозим.

Фронтал текисликдаги ҳаракатларни узоқлаштириш ва яқинлаштириш деб аталади. Билак-панжа бўғимида ҳаракат (букиш) ульнар (тирсак суяги томонига) ва ра-диар (билак суяги томонига) бўлиши мумкин. Бўйлама ўт атрофидаги ҳаракатлар ташқи ва ички ротация номи би-лан юритилади.

Бўғимларда ҳаракатчанликнинг бузилиш даражаси қуйнда-ги тушунчалар билан ифодаланади: 1) анкилоз — бўғим-нинг бутунлай ҳаракатсиз бўлиб қолиши; 2) ригидлик —



85-р а с м. Угломер.

бўғимда силжиш ҳаракатларининг  $5^{\circ}$  дан ошмаслиги; 3) кон-трактура — бўғимда ҳаракатчанликнинг чекланиши.

Чекланишлардан ташқари, бўғимларда ортиқча ҳара-к а т ч а н л и к кузатилади. Бу кўпинча бойлам аппарати узил-ганда ва чўзилганда рўй беради. П а т о л о г и к ҳ а р а к а т ч а н-л и к деб, бўғим бўлмагандаги (синган, сохта бўғим) ҳ а р а к а т ч а н л и к к а айтилади.

Оёқ-қўлларнинг узунлиги ва айланасини ўлчаш учун санти-метрли лента ишлатилади. Ўлчашда касал соҳани албатта соғлом симметрик соҳа билан таққосланади. Солиштирма ўлчашда суяк дўнглари таниш нуқталари бўлиб хизмат қилади.

Елка узунлигини куракнинг акромиял ўсиғидан то елканнинг ташқи дўнг устидаги кўтарилган жойигача аниқланади. Билак узунлигини елканнинг ташқи дўнг устидаги кўтарилган жойидан то бигизсимон ўсиққача аниқланади. Қўлнинг бошдан-оёқ узун-лигини акромиял ўсиқдан кафт юзаси бўйлаб III бармоқ охири-гача аниқланади.

Оёқ узунлигини ёнбош суягининг олдинги устки ўсиғидан то ички тўпиққача, сон узунлигини катта кўст билан тизза бўғими-нинг бўғим ёриғигача, болдир узунлигини бўғим ёриғидан то ташқи тўпиққача аниқланади.

Қисқариш ёки узайишнинг қуйидаги турлари фарқ қилинади:

I. 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 туберкулёздан зарарланишнинг бошланғич босқичларида (бўғимда суякларнинг сурилиши — бўғим ёриғи-нинг катталаниши ҳисобига) юз бериши мумкин.

2. Проекцион қисқариш ёки узайиш оёқ-қўлнинг контрактура ёки анкилоз сабабли нотўғри вазияти натижасида келиб чиқади.

3. Нисбий (дислокацион) қисқариш ёки узайиш суяк чиқиши ҳолларида, бирикадиган битта суяк бошқасига нисбатан силжиганда кузатилади.

4. Беморнинг вертикал вазиятида оёқнинг функционал қисқариши ёки узайиши (суммар қисқариш ёки узайиш) — бу оёқнинг чин. проекцион ва нисбий қисқариши йнғиндисидир.

Оёқ (касал ва соғлом оёқ) айланасини симметрик жойларда (суякнинг таниш нуқталаридан маълум масофаларда) ўлчанади. Масалан, ўнг томондаги сон айланасини катта кўстандан 10 см қуйида аниқланса, чап сонни ҳам худди шу масофадан ўлчаш керак. Одатда айланани оёқнинг юқори, ўрта ва пастки учдан бир қисмларида ўлчанади.

Мускул кучини аниқлашнинг муҳим аҳамияти бор. Мускул кучига шартли равишда беш балли система бўйича баҳо берилди: 1—мускул кучи нормал, 2—мускул кучининг оз-моз пасайиши, 3—мускулларнинг рўй-рост парези, 4—мускул кучининг анчагина пасайиши, 5—мускулнинг тўлиқ фалажланиши.

Мускул кучини одатда гавданинг қарама-қарши томонидаги куч билан таққосланади. Ўлчаш учун махсус асбоб — динамометр шлатилади.

8. 13

## ШИКАСТЛАР КЛАССИФИКАЦИЯСИ

СССР да қабул қилинган номенклатура бўйича шикастларнинг қуйидаги турлари фарқ қилинади.

I. Шикастга сабаб бўлган шароитларга кўра: 1) ишлаб чиқаришга алоқадор бўлмаган шикастлар: а) транспортдан шикастланиш (темир йўл, автомобиль, трамвай ва ҳоказо); б) пийда юришда юз берадиган шикастлар; в) маиший шикастлар; г) спорт шикастлари; д) бошқа шикастлар; 2) ишлаб чиқариш шикастлари (саноат, қишлоқ хўжалиги); 3) атайлаб қилинган шикастлар (ҳарбий ва ҳоказо).

II. Шикастловчи омил тури бўйича: 1) механик; 2) термик; 3) химиявий; 4) операцион; 5) нур ва бошқалар.

III. Шикастланиш характери бўйича: 1) ёпиқ (тери ва шиллиқ пардалар шикастланмайдиган); 2) очик (тери ва шиллиқ пардалар шикастланадиган); 3) бўшлиқларга тешиб кирадиган (қорин пардаси, плевра, синовиал парда кабилар шикастланадиган); 4) бўшлиқларга тешиб кирмайдиган (барьер тўсиқлар шикастланмайдиган); 5) яккам-дуккам; 6) кўп сонли; 7) оддий (тўқималарнинг битта участкасигина шикастланадиган); 8) комбинация қилинган шикастлар (бир қанча органлар шикастланади).

IV. Шикастлайдиган куч таъсир қилган жой бўйича: 1) бевосита (травма зонаси шикастланган); 2) билвосита (шикастланиш травма зонасидан нарида содир бўлган).

V. Таъсир қилган вақти бўйича: 1) ўткир (таъсир бўлиши ҳамона юз беради); 2) хроник (шикаст етказувчи агент кўп марта таъсир этганда пайдо бўлади).

### **ТРАВМАТИЗМ ВА УНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ ТЎҒРИСИДА ТУШУНЧА**

Травматизм деганда травма (шикаст) га олиб келган моментларнинг сабаблари тушунилади. Шикастланиш юз берган шароитлар ва жойига кўра: 1) саноат; 2) қишлоқ хўжалиги; 3) транспорт; 4) спорт; 5) маиший; 6) ҳарбий травматизм тафовут қилинади.

Бундай бўлиниш шу турдаги травманинг сабабини ва юз берган шароитларни аниқлаш имконини беради.

Травматизмнинг турини ҳисобга олиб, тегишлича профилактика чоралари ишлаб чиқилади. Травматизм профилактикаси қуйидаги тадбирлардан иборат;

1) меҳнат ва хавфсизлик техникасини тўғри ташкил этиш; 2) ишловчиларнинг шахсий хавфсизлигини яхшилаш; 3) кўча ҳаракати қондаларига риоя қилиш ва ҳоказо.

### **ТРАВМАЛАРДА БИРИНЧИ ЁРДАМ УЮШТИРИШ**

Биринчи ёрдам уюштиришда бахтсиз ҳодиса тўсатдан рўй беришини унутмаслик керак. Травма юз берган шароит ва жойдан қатъи назар, шикастланганга зудлик билан ёрдам кўрсатиш ва тезда даволаш муассасасига юбориш керак.

Ҳодиса юз берган жойда қуйидагича ёрдам кўрсатилиши керак: травмага сабаб бўлаётган омил таъсирини тўхтатиш, қон оқишини вақтинча тўхтатиш, асептик боғлам боғлаш, транспорт имобилизацияси қилиш, оғриқсизлантирувчи дорилар ва нафас ҳамда юрак-томир системалари ишини яхшилайдиган воситалар юбориш, шундан сўнг беморни транспортда даволаш муассасасига озор етказмай олиб боришни уюштириш лозим.

### **СССР ДА ТРАВМАТОЛОГИК ЁРДАМНИ УЮШТИРИШ**

Саноат корхонасининг ҳар бир цехида, далачилик бригадасида, стадионларда ва бошқа жойларда санитария дружинаси ташкил қилиниб, унинг аъзолари шикастланган кишига биринчи ёрдам кўрсата оладиган бўлиши керак. Санитария дружинасидан ташқари, медицина пунктлари бўлиб, у ерда ўрта маълумотли медицина ходимлари ишлайди. Ҳар бир район марказида ва айрим шаҳар поликлиникаларида травматологик пунктлар бўлиб, уларда травматолог-врачлар ёрдам берадилар. Шаҳар ва область касалхоналарида травматологик бўлимлар бўлади. Ёнрик саноат шаҳарларида травматология илмий-текшириш институтлари ташкил этилган, улар Москвадаги травматология

ва ортопедия Марказий институтининг координация қиладиган раҳбарлигида иш олиб боради. Илмий-текшириш институтлари травмаларни даволаш ва профилактика қилишнинг янги методларини ишлаб чиқади.

Бизнинг мамлакатимизда травматологик ёрдам асосини шикастланган кишига ҳодиса юз берган жойда биринчи ёрдам кўрсатишдан то ихтисослашган даволаш муассасаларида юқори малакали ёрдам кўрсатишгача — юқорига кўтарилиб борадиган уйғунлашган система бўйича ёрдам кўрсатиш ташкил қилади.

## ТРАВМАТИК ШОК

Травматик шок деганда беморнинг травма оқибатида марказий нерв системаси ва бошқа физиологик системаларининг қўзғалиши ёки функцияси пасайиб кетиши билан намоён бўладиган оғир умумий ҳолати тушунилади.

Организмнинг травмадан олдинги ҳолати: шикастланган кишининг жисмоний толиққанлиги, узоқ вақт ухламаганлиги, ҳолсизланганлиги, оч қолганлиги, совқотганлиги, қон йўқотганлиги, руҳан эзилганлиги ва шу кабилар травматик шокнинг пайдо бўлишида катта аҳамиятга эга.

Операциядан сўнг юз берадиган хирургик (иккиламчи) шокка операциянинг узоқ давом қилиши, наркознинг такомиллашмаганлиги ёки маҳаллий оғриқсизлантириш, кўп қон йўқотиш, операцияларни нерв тузилмалари кўп махсус шокоген зоналарда ўтказиш сабаб бўлади.

Шокнинг пайдо бўлиш вақтига кўра уни бирламчи ва иккиламчи қилиб бўлинади.

Бирламчи шок травма юз берган пайтда ёки травма бўлган заҳоти, иккиламчи шок травмадан сўнг озроқ вақт, баъзан эса бир неча соат ўтгач пайдо бўлади. Марказий нерв системасининг ҳолатига кўра шокнинг икки фазаси — эректил ва торпид фазаси фарқ қилинади.

Шокнинг эректил фазаси бевосита травмадан сўнг юз беради ва эс-ҳушнинг сақланиб қолиши, беморнинг безовталаниб ҳаракатлар қилиши билан характерланади. Тери гиперемияланган ёки нормал тусда бўлади. Бемор кўп терлайди. Кўз қорачиқлари кенгайган, уларнинг ёруғликка реакцияси кучайган бўлади. Пульс тезлашган (баъзан, аксинча, секинлашган), артериал босим нормал ёки бир оз ошган. Бу фаза қисқа муддатли бўлиб, кейинги фазага ўтиб кетади.

Шокнинг торпид фазасида организмнинг барча функциялари пасаяди ва тормозланади. Эс-ҳуш сақланиб қолади, бироқ бемор ланж, теварак-атрофдаги ҳодисаларга лоқайд бўлади. Артериал босими пасайиб кетади. Пульси тезлашган, тўлиқлиги суст, кўпинча ипсимон бўлади. Тери бўзарган, совуқ тер чиқади. Юзи сўлғин бўлиб қолади, қорачиқлари кенгайди

ва ёруғликни аранг сезади. Қўнгли айниши ва қайт қилиши мумкин.

Беморнинг артериал босими ва умумий ҳолатига кўра шокнинг 4 даражаси фарқ қилинади.

I даражаси — умумий аҳволи қониқарли, пульси минутига 90—100 марта уради, артериал босими симоб устунининг 90—100 мм га тенг бўлади.

II даражаси — беморнинг умумий аҳволи ёмонлашади, ранги бўзаради, совуқ тер босади, пульси минутига 120—140 марта уради, артериал босими симоб устунининг 70—90 мм га тенг бўлади.

III даражаси — беморнинг умумий аҳволи оғир, пульси минутига 120—160 марта уради, артериал босими симоб устунининг 50—70 мм га тенг бўлади.

IV даражаси — беморнинг аҳволи жуда оғир, терминал (клиник ўлим) ҳолатга яқин, пульси илсимон, санашнинг имкони бўлмайди, артериал босими симоб устунининг 50 мм дан паст бўлади.

Шок профилактикасида шокнинг пайдо бўлишига мойиллик туғдирадиган омилларни ҳисобга олиш ва уларни бартараф қилиш чорасини кўриш зарур. Биринчи ёрдамни тўғри ва ўз вақтида кўрсата билиш ҳамда беморни тез транспортировка қилишни уюштириш зарур.

Шокка даво қилиш учун қуйидаги тадбирларни бажариш лозим: 1) шикастланган зонада оғриқ таъсирини тўхтатиш; 2) марказий нерв системаси функциясидаги бузилишларни нормага солиш; 3) қон айланиши ва нафасни нормага солиш; 4) моддалар алмашинуви процессларини нормаллаштириш ва эндокрин бузилишларни тугатиш керак.

Шу муносабат билан анальгетиклар (морфин ва унинг унумлари) қўлланилиши мумкин, бироқ шокнинг III—IV даражаларида буларни қўлланиш ярамайди, чунки улар артериал босимни пасайтириб, нафасни қийинлаштиради. Нейроплегик ва ганглийларни блокада қиладиган воситалар: 2 мл 2,5% ли аминазин эритмаси, 2 мл 2% ли димедрол эритмаси, 1 мл 0,1% ли атропин эритмаси қўлланилади. Новокаиндан турли хил блокадалар кўринишида кенг фойдаланиш зарур. Қон, қон ўрнини босадиган суюқлиқлар ва шокка қарши суюқлиқлар (полиглюкин, синкол, поливинилалкоголь ва бошқалар) кучли даво воситалари ҳисобланади. Қон томчилаб ёки оқим билан қўйилади; суюқлиқ миқдори 500 дан 2000 мл гача ва бундан кўпроқ бўлади. Шокнинг III ва IV даражасида артерияга (200—800 мл) қон қуйиш жуда яхши наф беради. Юрак-томирлар системасига таъсир қилиш мақсадида 2—5 мл камфора эритмаси, 1—2 мл 20% ли кофеин эритмаси, 1—2 мл 25% ли кординамин эритмаси, 1—2 мл 5% ли эфедрин эритмаси, 1—2 мл 0,2% ли норадреналин эритмаси, 1 мл 1% ли мезатон эритмаси юборилади. Моддалар алмашинуви ва эндокрин бузилишларни

изга солиш учун 20—60 мл 40% ли глюкоза эритмаси, 100—200 мл кортизон ёки гидрокортизон, 20—100 мг преднизолон, 50 ТБ АКТГ қўлланилади. Кислород ингаляцияси қилинади.

**Ёпиқ шикастлар.** Тери ва шиллиқ пардаларга шикаст етмайдиган травмаларнинг ҳамма турлари ёпиқ шикастлар жумласига киради.

**Лат ёйиш.** Лат ёйиш деганда зарб таъсирида юмшоқ тўқималарнинг анатомик ўзгаришларсиз шикастланиши тушунилади.

Бир жойнинг оғриши, тўқималарнинг шишуви, тери сезувчанлигининг ўзгариши, қон қўйилиши (гематома) кузатилади. Тўқималар шикастланган қисмининг функциялари бузилиши мумкин. Гематома (қон қўйилган жой) ранги пигментнинг аста-секин парчаланиши муносабати билан тўқ қизил, кўкимтир, яшилдан то сариқ ранггача ўзгаради.

Гавданнинг шикастланган қисмига ором берилади, унга баландроқ вазият яратилади, босиб турадиган боғлам боғланади. Лат еган жойга совуқ сув ёки муз солинган халтача қўйилади. Гематома катта бўлса, баъзан қон сўриб олинади ёки тўқималарни кесиб, гематома чиқарилади ва қон оқиши тўхтатилади. Лат ёйишдан 2—3 кун ўтгач гематоманинг яхшироқ сўрилиши учун иссиқ муолажалар (грелка, иситувчи компресс, диатермия, УВЧ) қилинади.

**Бойламларнинг чўзилиши ва йиртилиши.** Бўғимда унинг ҳажмидан ошиб кетадиган ҳаракат бўлганда уни маҳкам ушлаб турадиган бойлам аппарати чўзилади (узилади), баъзан эса йиртилади.

Бўғим соҳасида оғриқ ва шиш, ҳаракатларнинг чекланиши кузатилади. Бойламлар йиртилганда гематома пайдо бўлади ва ҳаракат керагидан ортиқча бўлади.

**Оёқ-қўлга ором бериш зарур.** Бўғим соҳасига босиб турадиган боғлам боғланади. Дастлабки кунлари совуқ, кейинчалик иссиқ муолажалар маҳаллий қўлланилади. Бойлам йиртилганда гипс боғлам қўйилади, консерватив даволаш яхши натижа бермаганда операция йўли билан даво қилинади.

**Мускулларнинг йиртилиши.** Мускул қаттиқ чўзилганда ва унга зўр келганда, масалан оғир юк кўтарганда у йиртилиши мумкин. Қорин мускуллари ва оёқ-қўлларни ёзувчи мускуллар энг кўп йиртилади. Мускуллар қисман ва тўлиқ йиртилиши мумкин.

Йиртилган зонани пайпаслаб кўришда, айниқса мускул тўлиқ йиртилганда оғриқ сезилади, шикастланган мускул нуқсонни аниқланади. Кейинроқ гематома ҳосил бўлиши ҳисобига ўсмасимон тузилма пайдо бўлади. Одатда, шу мускул функцияси пасаяди ёки бутунлай йўқолади.

Мускулнинг йиртилган қисмларини максимал даражада яқинлаштирган ҳолатда унга ором бериш зарур. Шикастланган зонага дастлабки кунлари ором бериб, совуқ муолажалар бую-

рилади. Кейинроқ иссиқ қўйилади. Мускул тўлиқ йиртилганда операция қилинади — мускулнинг йиртилган қисмлари тикилади.

**Босилиш синдроми.** Босилиш синдроми деганда оёқ-қўллар юмшоқ тўқималарининг зилзила вақтида, босиб қолишда ва бошқаларда узоқ муддатгача турли нарсалар (дарахт, тошлар, тупроқ ва ҳоказо) остида босилиши оқибатида юз берадиган маълум симптомлар комплекси тушунилади. Оёқ ёки қўлни босиб турган нарсадан озод қилингандан сўнг тўқималарда йиртилган токсинли моддалар, шунингдек оғриқ импульслари оқими организмга тушади ва шокни эслатувчи клиник манзарани келтириб чиқаради.

Босилиш синдромининг профилактикаси ва уни даволаш оёқ ёки қўлни босиб турган нарсалардан эҳтиёткорлик билан аста-секин озод қилиш, босилган жой юқорисидан жгут боғлаш, футляр новоканн блокадаси ва шокка қарши тадбирлар ўтказишдан иборат. Кейинчалик ривожланаётган буйрак етишмовчилиги, токсикоз ва оёқ-қўллардаги маҳаллий ўзгаришларга даво қилинади.

**Чайқалиш.** Куч тез таъсир қилганда қоплам тўқималар шикастланмагани ҳолда ички органларнинг шикастланиши юз бериши мумкин. Шикастланишнинг бу турида жиддий морфологик ўзгаришлар кузатилмайди. Орган ҳужайраларинда молекуляр шикастланишлар ҳажмида ўзгаришлар қайд қилинади. Бош мия ва орқа мия, ўпка, жигар чайқалишга энг кўп учрайди. Чайқалиш шу орган функциясининг бузилишига, юрак-томирлар фаолиятининг пасайиб кетишига (артериал босим пасайган, томир уриши секин), нафаснинг (ҳансираш, юза нафас олиш), бош миyanинг бузилишига (ҳушдан кетиш) олиб келади.

Ўз вақтида касалхонага ётқизиш зарур. Уринда ётиш режимга қаттиқ амал қилиш тайинланади. Кейинчалик даво шикастланган орган функциясини нормага солишга қаратилиши лозим.

**Суяк чиқиши.** Суяк чиқиши деганда бир ёки бир неча суякларнинг бузилишидан бўғим юзасининг патологик силжиши, уларнинг нормал анатомик ўзаро муносабатларининг бузилиши тушунилади. Суякларнинг тўла чиқиши ва чала чиқиши тафовут қилинади.

Суяк чиқишининг қуйидаги турлари маълум: 1) шикастланиш оқибатида юз берадиган **травматик чиқиши**; 2) бойлам аппарати ва суякларнинг бўғим учлари зарарланиши билан боғлиқ бўлган касалликларда, масалан, ўсмаларда, яллиғланиш процессларида содир бўладиган **патологик чиқиши**; 3) **туғма чиқиши**; 4) суякнинг бойлам аппарати чўзилганда, қўлинча суякнинг травматик чиқиши нотўғри даволанганда юз берадиган одат бўлиб қолган чиқиши; 5) ўз вақтида жойига солилмаган — **эскирган суяк чиқиши**.



Суякнинг чиқиш вақтида қаттиқ оғриқ бўлади; кейинги кунлари оғриқ аста-секин пасаяди. Қўл ёки оёқ суяги чиққанда, улар мажбурий вазиятни эгаллайди. Бўғимдаги ҳаракатлар ҳажми кескин бузилган, айрим пассив ҳаракатларнигина бажариш мумкин. Бўғим конфигурацияси бўғим юзаси вазиятининг ўзгариши ҳисобига ҳам, гематома ҳисобига ҳам кескин ўзгаради. Диагностикасида пайпаслаб кўриш ва рентген сурати катта роль ўйнайди.

Оёқ ёки қўлни иммобилизация қилиш зарур. Оғриқни камайтириш мақсадида суяк чиққан зонага муз ёки совуқ сув солинган халтача қўйилади, анальгетиклар юборилади, шундан сўнг беморни зудлик билан даволаш муассасасига жўнатилади. Чиққан суякни врач тўғрилайди.

Суяк чиқишининг турига ва қаердаги суяк чиққанига қараб, уни ўрнига солишнинг муайян усуллари мавжуд. Бўғим бўшлиғига новоканн юбориб, маҳаллий оғриқсизлантиргандан сўнг суякни жойига солинади. Йирик бўғимда, масалан, чаноқсон бўғимида суяк чиққанда сқелет мускуллари тонусини бўшаштириш учун мнорелаксантлар билан умумий оғриқсизлантиришга тўғри келади. Чиққан суяк жойига солингандан сўнг оёқ ёки қўлни боғлам ёки гипс лонгета билан 4—5 кунга қимирламайдиган қилиб қўйилади, шундан кейин даво гимнастикаси, массаж ва иссиқ муолажалар буюрилади.

Эскирган суяк чиқишларида суякни операция қилиб ўрнига солинади. Одат бўлиб қолган суяк чиқишида бойлам аппаратини операция йўли билан маҳкамланади.

Суяк синиши. Суяк синиши деб суяк бутунлигининг бузилишига айтилади. Суяк синишида кўпчилик ҳолларда суяк синиқларининг силжиши рўй беради. Бироқ қатор ҳолларда суяк синиқлари силжймайди; бу — суяк усти пардаси номини олган ва суяк усти пардаси бутунлиги бузилмайдиган, аксарият болаларда кузатиладиган суяк синишида ёки суяк синиқларининг ўзаро қисилиши ёки босилиши (қоқилиши) билан ўтадиган синишларда кузатилади. Болаларда эпифизар чизиқнинг суякланиш даврига қадар кўпинча суяк синиши ўрнига эпифиз билан диафизнинг ажралиши содир бўлади (эпифизеолиз).

Суяк синиши туғма ва орттирилган бўлиши мумкин. Ҳомиланинг она қорнидаги даврида турли омиллар таъсирида ҳосил бўладиган шикастланиш турига туғма синиш дейилади. Катта ёшдаги кишиларда ва болаларда қандай бўлмасин механик омиллар натижасида юз берадиган синиш турларини орттирилган суяк синиши деб аташ расм бўлган. Туғруқ вақтида юз берадиган синишлар орттирилган синишлар қаторига киртилади. Суяк касалликларида (остеомиелит, ўсма, киста ва ҳоказо) кузатиладиган синишлар патологик синишлар жумласига киради.

Суякнинг систем эластиклиги йўқолиши натижасида кекса ёшдаги кишиларда суяк синиши кўпроқ учрайди.

Суяк синишлари учраш даражасига кўра қуйидагича тақсимланган: қўллар—50%, оёқлар—31%, чаноқ ва умуртқа поғонаси—12% ва калла суяги—6% ҳолларда синади.

Суяк синишлари келиб чиқиш механизмига кўра қуйидагича бўлинади: 1) босилишдан синиш. Бундай ҳолларда суякнинг бир учи иккинчи учига кириб кетиши мумкин, масалан суяк диафизини эпифизга киради (қоқилган синиш), суяк синиқлари қисилиши ёки яссиланиб қолиши (компрессион синиш) мумкин; 2) суякнинг эгилиб синиши. Бу суяк синишининг энг кўп учрайдиган туридир. Суяк кўндаланг йўналишда синиб, эгилган томонида суяк учбурчаги ҳосил бўлади; 3) суякнинг буралиб синиши (торсимон, винтсимон, спиралсимон синишлар). Суякнинг бир учи фиксация қилинган ҳолда, иккинчи учи буралиш кучига учраганда содир бўлади. Бунда синиш чизиги спирал кўринишига киради; 4) суякнинг синиб, узилиб кетиши мускуллар қаттиқ қисқарганда рўй беради. Бунда одатда мускулнинг суякка ёпишган жойидаги суяк қисми узилиб кетади.

Синиш текислигининг суяк ўқиға нисбатан йўналишига кўра суяк синишларининг қуйидаги турлари тафовут қилинади: 1) кўндалангига синиш—синиш чизиги суяк ўқиға перпендикуляр бўлади; 2) узунасига синиш—синиш чизиги суяк ўқи бўйлаб тўғри келади; 3) қийшиқ синиш—синиш чизиги суяк ўқиға нисбатан қийшиқ йўналишда бўлади; 4) винтсимон ёки спиралсимон синиш—синиш чизиги суяк бўйича борадиган спирални эслатади.

Суякнинг қанча синганига қараб бир жойидан ва кўп жойидан синиши фарқ қилинади. Суяк синиши билан бирга бирор орган суяк синиқларидан шикастланганда бундай суяк синиши асоратланган ва асоратланмаган суяк синиши деб аталади. Тери бутунлиги бузилмаганда суяк синишини ёпиқ синиш ва тери суяк синиғидан шикастланганда очик синиш дейилади.

Одатда суяк синишида синиқларининг силжиши кузатилади. Агар суяк синиши синишни келтириб чиқарган механик омил сабабли рўй берган бўлса, у бирламчи силжиш дейилади. Кейинчалик мускулнинг тортиши ёки шикастланган қўл-оёққа таяниши ҳисобига суяк кўпроқ силжиши мумкин; бунга иккинламчи силжиш дейилади.

Суяк синиқлари силжишининг бир неча тури мавжуд.

Бурчак остида силжиш—суяк синиқларининг ўқлари бир-бирига нисбатан бурчак остида жойлашади.

Ёнига силжиш—суяк синиқларининг ўқлари суякнинг кўндаланг йўналиши бўйлаб бир-биридан узоқлашади.

Узунасига силжиш—суяк синиқларининг бири иккинчисининг ичига киради ва узунасига силжийди, шу сабабли қўл ёки оёқ қисқаради.

**Ротацион силжиш** — суякнинг периферик синиги ўз ўқи атрофида бураллиши сабабли силжийди.

Суяк синиқларининг абсолют (фақат суяк синишига хос) ва нисбий (бошқа шикастланишларда ҳам кузатилиши мумкин бўлган) белгилари фарқ қилинади.

Абсолют белгилари: 1) оёқ ёки қўлнинг синиш зонасидаги деформацияси; 2) суяк синиқларининг бир-бирига ишқаланишидан крепитация вужудга келиши; 3) суякнинг узунасига силжиши ҳисобига оёқ ёки қўлнинг абсолют калталаниши; 4) синиш зонасидаги патологик ҳаракатчанлик. Бу белгилардан бирортасининг бўлиши суяк синиши диагнозини тасдиқлайди.

Нисбий белгилар: 1) синиш зонасидаги оғриқ; 2) синиш зонасидаги гематома; 3) синиш зонасида юмшоқ тўқималарнинг шишиши ва кўпчиши; 4) оёқ ёки қўл функциясининг бузилиши. Бу белгилар абсолют белгилар бўлгандагина аҳамиятлидир. Диагнозини аниқлаш ва суяк синиқларининг силжиш характерини билиб олиш учун икки проекцияда — фас (олд томондан) ва профилдан рентгенография қилинади.

Суяк синишларида биринчи ёрдам шикастланган қўл ёки оёқни иммобилизациялашдан иборат. Очиқ суяк синишида олдин асептик боғлам боғланади. Беморга анальгетиклар юборилади ва уни яқин жойдаги травматологик профилдаги даволаш муассасасига ётқизилади.

**Транспорт иммобилизацияси.** Суяк синишларида ва юмшоқ тўқималар анчагина шикастланганда гавданинг шикастланган қисмига ором бериш, оғриқни камайтириш, тўқималарнинг кейинги шикастланишининг (суяк синиқларидан) олдини олиш, шунингдек травматик шокни профилактика қилиш мақсадида транспортировка қилишдан олдин иммобилизацияни қўлланиш зарур. Транспорт иммобилизациясининг қуйидаги турлари фарқ қилинади:

1) оддий иммобилизация, бунда бемор гавдасининг соғлом қисмларидан фойдаланилади. Масалан, оёғи шикастланганда уни иккинчи, соғлом оёғига бинт билан боғланади. Шикастланган қўлини танасига боғлаб қўйилади;

2) мавжуд воситалар билан иммобилизациялаш. Таёқ, тахта бўлаги, бир даста сим ёки похолдан шундай воситалар сифатида фойдаланиш мумкин;

3) заводда ишлаб чиқарилган транспорт шиналари билан иммобилизация қилиш.

Транспорт шиналари иккига: фиксацион ва дистракцион группаларга бўлинади.

**Фиксацион шиналар.** Бу шиналар ёрдамида гавданинг шикастланган қисми фиксация (қимирламайдиган) қилинади.

Крамер шинасини ёки нарвонсимон шинани юмшоқ симдан тайёрланади (86-расм).



86-р а с м. Крамер шинасы.

Гавданинг қайси қисми иммобилизация қилинишига қараб шина шаклини истаганча ўзгартириш мумкин.

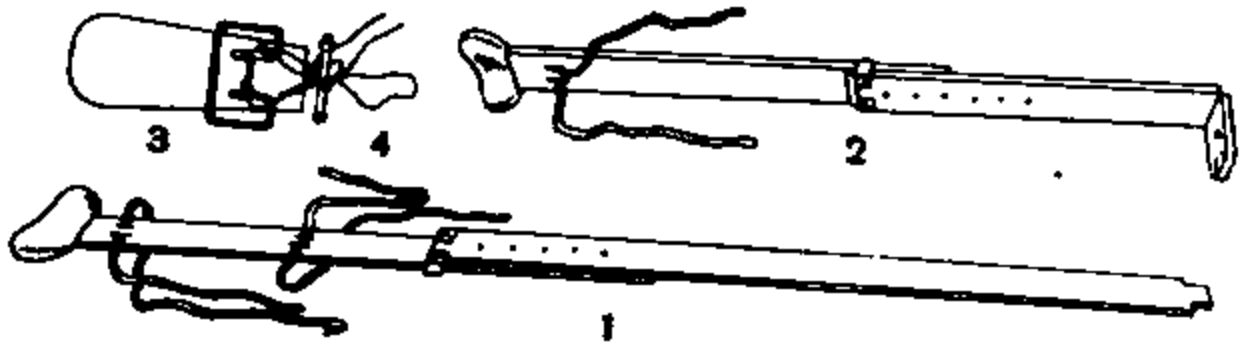
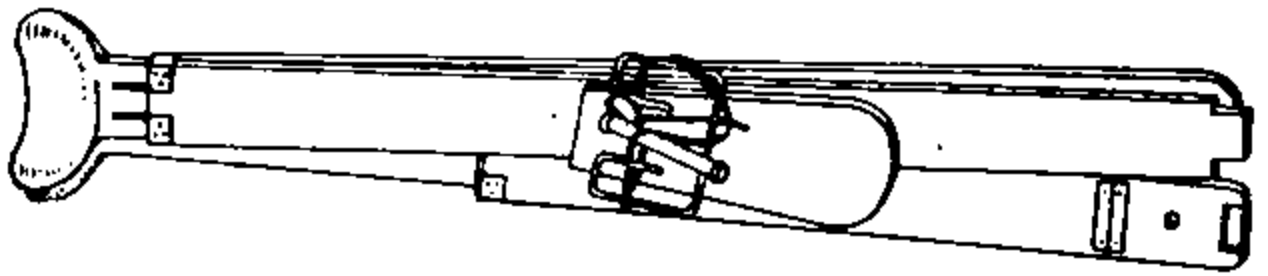
Тўрсимон шина ёки Фильберг шинаси юмшоқ симдан ясалган тўрдан иборат. Уни осонликча юмалоқлаб ўраш мумкин. Асосан билак, қўл панжаси ва оёқ панжасини иммобилизация қилишда қўлланилади.

Фанер шиналар аксарият тарнов шаклида тайёрланади. Билак ва болдирни иммобилизация қилиш учун қулай.

Дистракцион шиналар. Шиналарнинг бу группасидан Дитерихс шинаси энг кўп тарқалган. У тўрт қисмдан: товонга қўйиладиган қисм 3, ташқи 1 (катта размердаги), ички 2 ва боғичли таёқча-закруткадан 4 иборат (87-расм). Оёқ ва чаноқ-сон бўғими шикастланганда қўлланилади.

Транспорт шиналарини қўйишда қатор қондаларга амал қилиш зарур. Шина шикастланган зонадан ташқари иккита қўшни бўғимни маҳкам ушлаб туриши керак. Иммобилизацияда қўпол манипуляциялар қилиш ярамайди. Шикастланган кишининг кийим-боши ечилмай, боғлам шикастланган қисмгагина боғланади. Шинага махсус пахта-дока ўрамлар ўралади.

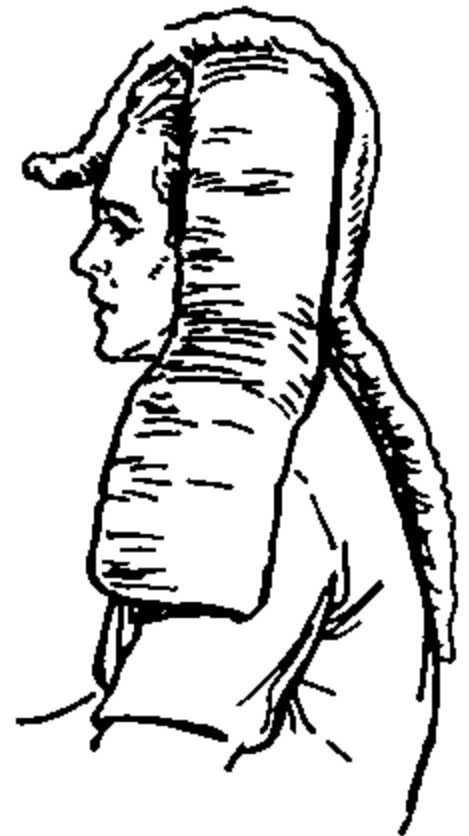
Нарвонсимон шина қўйиш. Шина гавданинг қайси участкасига қўйилишига қараб олдиндан моделланади. Чунончи, елка суяги синганда шина соғлом томондаги куракнинг ички четидан бошлаб қўйилиши, яқинлаштирилган қўлнинг ярим букилган тирсак бўғимининг ташқи юзаси бўйлаб бориши ва бармоқлар учидан бирмунча ошириб тугалланиши керак (88-расм). Билак шикастланганда елканинг учдан бир ўрта қисми шинанинг юқори сатҳи, бармоқларнинг учлари шинанинг пастки сатҳи ҳисобланади. Бўйин шикастланганда нарвонсимон шиналардан ўзига хос клем тайёрланади: бирини бош ва иккала елка усти контури бўйлаб фронтал текисликда, иккинчисини — бош, бўйин ва елка контури бўйлаб сагитал текисликда эгилади. Шиналарни бир-бирга боғлаб, устига пахта-докадан тайёрланган ёпғич қўйилади ва бошта ҳамда иккала елкага маҳкамланади (89-расм). Болдир шикастланганда учала томондан фиксация қилган яхши: битта шинани болдир ва оёқ панжаси бармоқлари учининг орқа сатҳидан сонининг учдан бир ўрта қисмигача, бошқа иккитасини болдирнинг ён томонлари (ташқи ва ички) бўйлаб фиксация қилинади, бунда шиналарнинг оёқ кафтларига тегиб турадиган қисмини болдир-панжа бўғимини бирмунча мустаҳкамлаш учун узанги кўринишида қайирилади (90-расм).



87-р а с м. Дитерихс шинаси (изоҳи текстда).

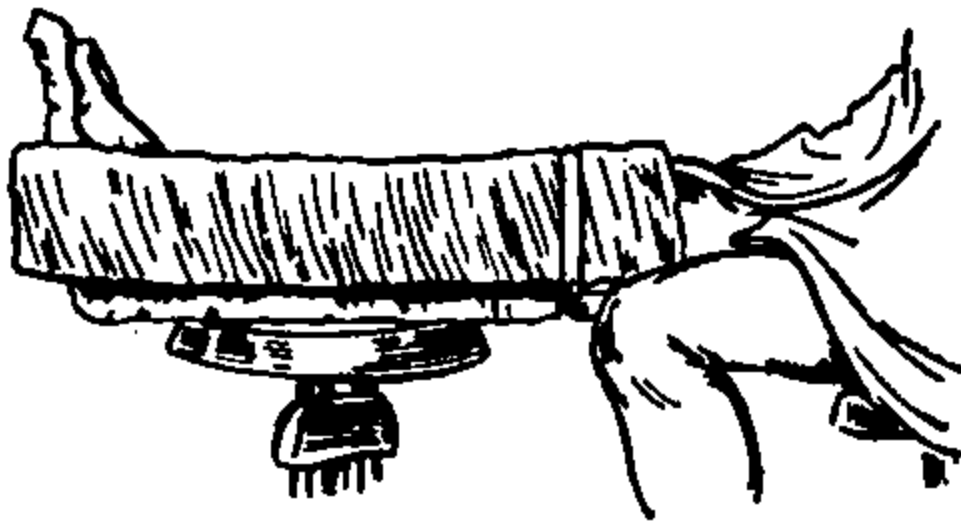


88-р а с м. Елкани зинапояси-  
мон шина билан иммобилиза-  
ция қилиш.



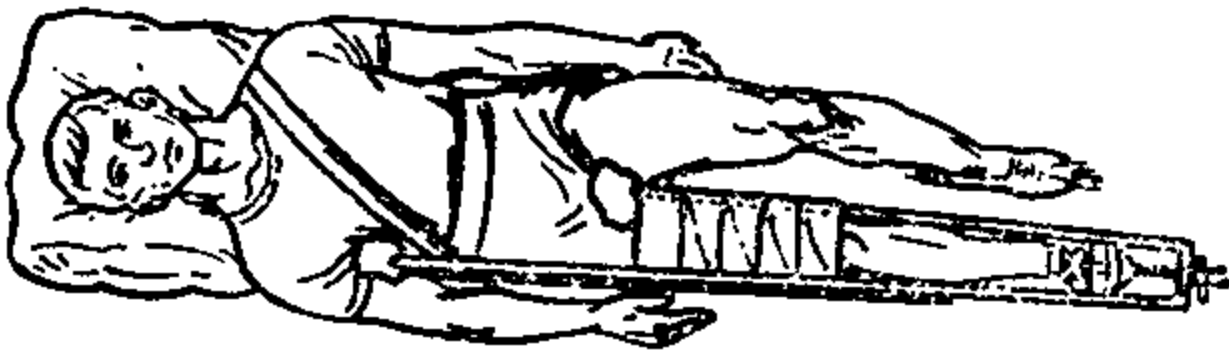
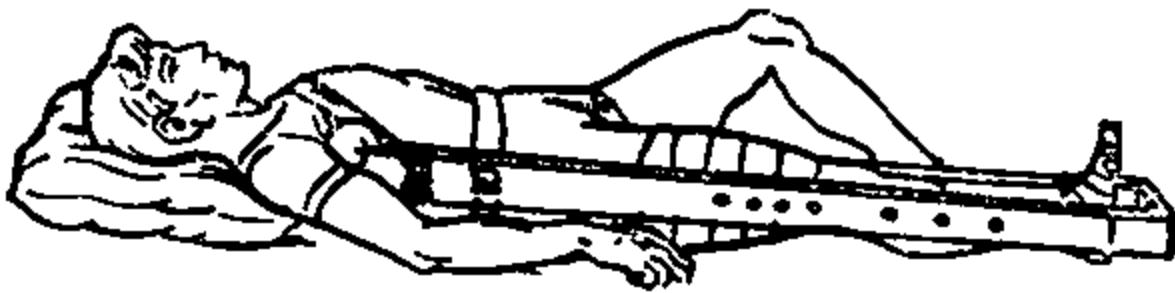
89-р а с м. Бўйинни зинапояси-  
мон шиналар билан иммобили-  
зация қилиш.

Дитерихс шинасини қўйиш. Шинанинг оёқ кафти-  
га мос келадиган қисмини оёқ панжасининг кафт сатҳига бинт  
билан фиксация қилинади. Бирмунча узун ташқи қисми (ташқи  
таёқ)ни қўлтиқдан бошлаб қўйилади ва оёқ кафти қисмида  
металл пружинага киритилиб, ундан 8—10 см ташқарига чи-



90-расм. Болдирни зинапоясимов шиналар билан иммобилизация қилиш.

қариб қўйилади. Шинанинг ички қисми (ички таёқ) ни шундай тайёрланадики, у човга тақалиб туриши ва оёқ кафти қисмининг металл тешикчасидан ўтиб, ундан 8—10 см ташқарига чиқиб туриши керак. Учнини (шарнир)  $90^\circ$  бурчак остида қайирилади ва шинанинг ташқи қисми учидаги махсус пазга киритилади. Шинани оёқ-қўлга бинтнинг айланма ўрамлари билан маҳкамланади. Юқорида шинанинг ташқи қисмини иккита камар билан маҳкамланади. Закрутка-таёқча билан шинанинг оёқ кафти қисмини тортиб қўйилади (91-расм).



91-расм. Дитерихс шинаси билан иммобилизация қилиш.

**Шикастланганларни транспортировка қилиш.** Шикастланганларни транспортировка қилишни одатда ўрта медицина ходими уюштиради. Беморни транспортировка қилишда гавдасининг шикастланган қисмини айниқса эҳтиёт қилиш керак. Барча ишлар тез, шошма-шошарлик қилмай, пухталиқ билан ба-

жарилади. Санитарлар ўрта медицина ходимларининг кўрсатмаларини сўзсиз бажаришлари керак.

Шикастланган кишини транспортировка қилишнинг бир неча тури мавжуд.

Беморнинг аҳволи имкон берган ҳолларда уни с у я б ю р г и з и л а д и. Шикастланган кишининг қўлини ёрдамчининг бўйнидан ўтказилади ва шикастланганнинг қўл панжасидан ушланади (92-расм).

Қўлда кўтариш. Шикастланган кишини қўлда кўтарилади: бир қўлни танадан, иккинчи қўлни тақимдан ўтказиб кўтарилади, бемор қўлини ёрдамчининг бўйнидан ўтказди (93-расм).

Опичиб кўтариш. Шикастланган киши ёрдамчининг елкасига опичади ва қўлини бўйнидан ўтказиб олади. Ёрдам бераётган киши беморнинг тақимидан ушлаб кўтаради (94-расм).

Икки кишининг қўлини «қулф» қилиб кўтариши. Тўртта қўлни «қулф» қилиб ушланади (95-расм). 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 (96-расм).

Беморнинг қақдини баланд қилиб кўтариш. Санитарлардан бири шикастланган кишининг орқа томонига ўтиб қўлтиғидан, иккинчиси беморнинг оёқлари орасига ўтиб, унинг тиззасидан ушлаб кўтаради (97-расм).

Носилкада кўтариш. Беморни олиб боришда носилка энг қулайдир (98-расм). У ҳамма касалхоналарнинг қабулхона бўлимида, тез медицина ёрдами станцияларида ва тез ёрдам машиналарида бўлади. Носилкани турли нарсалардан қўлда ясаш ҳам мумкин. Шикастланишнинг турига қараб носилкада беморни турли вазиятда ётқизилади.

1. Беморнинг одатдаги вазияти чалқанча ётишдир, бунда бошини баландроқ кўтариб ётқизилади, у қўл-оёқларини узатиб ётади. Бемор ҳушсиз бўлиб ётганда бошини тиргакка қўйиб баланд кўтармаслик лозим.

2. Боши яраланган беморни чалқанча ётқизилади, бироқ танасининг юқори қисмини ва бошини баландроқ қилиб ётқизилади. Боши тагига тарновсимон қилиб букланган адёл қўйилади (бошини фиксация қилиш).

3. Бўйиннинг олдинги қисми ва юқори нафас йўллари яраланганда беморни қақдини баланд кўтариб ўтқазилади, у бошини пастга энгаштириб, нягини кўкрагига теккизиб туради.

4. Кўкрак яраланганда беморни қақдини баланд қилиб ўтқазиб ёки яраланган ёнбоши билан ётқизиб, кўтарилади.

5. Қорин яраланганда оёқларни тиззадан букиб чалқанча ётқизиш тавсия қилинади. Шу мақсадда беморнинг тақимига болишсимон букланган адёл қўйилади.



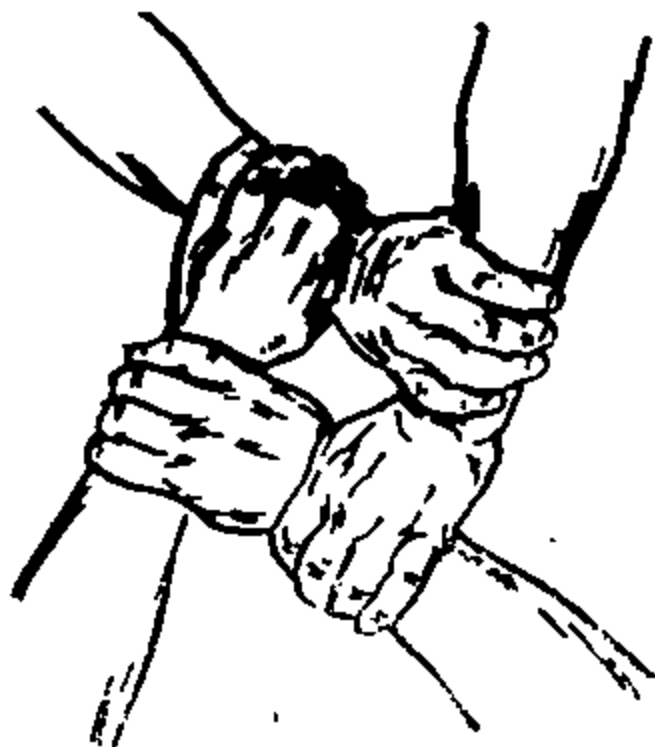
92-р а с м. Суяб юргизиш.



93-р а с м. Қўлда кўтариш.



94-р а с м. Опицлаб кўтариш.



95-р а с м. Қўлларни «қулф» қилиш.

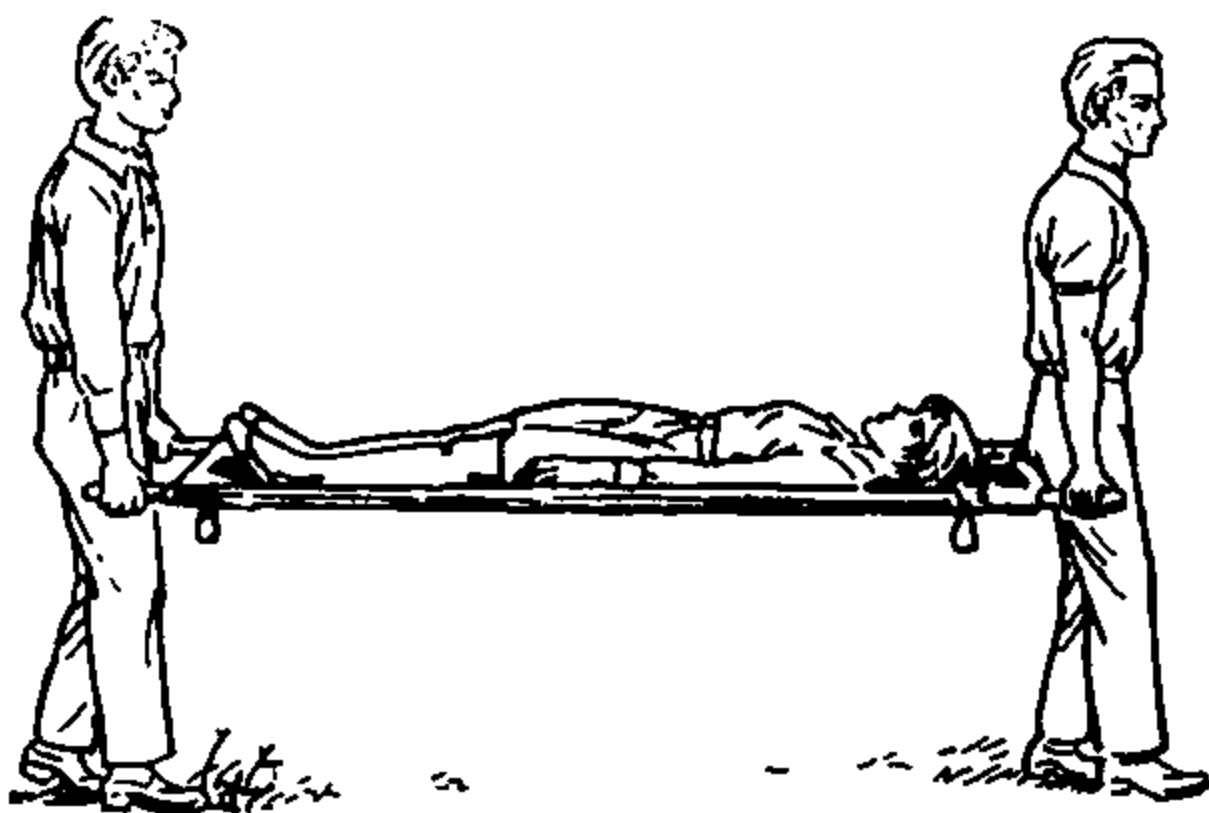




96-р а с м. «Қулф» ёрдамида  
икки кишининг кўтариши.



97-р а с м. Беморни ярим ўтир-  
ган ҳолатида кўтариш.



98-р а с м. Беморни носилкада кўтариш.

6. Умуртқа поғонаси ва чаноқ ёпиқ шикастланганда бемор чалқанча вазиятда ётиши, очиқ шикастланганда ёнбошида ёки юз тубан ётиши лозим.

7. Қўллар шикастланганда бемор соғлом ёнбоши томонга озроқ бурилган ҳолда чалқанча ётиши керак. Билакни кўкракка ёки қоринга қўйилади.

8. Оёқлар шикастланганда шикастланган оёқни ёстиққа кўтариб қўйиб, беморни чалқанча ётқизилади.

Беморни носилкада кўтаришда битта санитар носилканинг бош томонида, иккинчиси оёқ томонида туради. Санитарлар носилка камарини елкага тақиб, носилка дастасини қўлга туттишади ва айни вақтда бемор ётган носилкани кўтаришади. Беморни силкитмасдан эҳтиётлик билан кўтариб бориш керак. Зинага кўтариб чиқаётганда ва ундан олиб тушаётганда беморнинг горизонтал ҳолатини сақлаб қолиш зарур. Шу мақсадда санитарлардан бири носилканинг орқа томонини баланд кўтарса, иккинчиси пастга туширади.

Шикастланганларни ҳар қандай транспортда, фақат беморга иложи борича озор етказмай ташиш мумкин. Шикастланганларни ташиш учун махсус санитария автомашиналарида, санитария самолётларида ва вертолётларида яхши шароитлар яратилади.

Синган суякларнинг битиши (консолидацияси). Синишлар консолидациясининг патогенези мураккаб. Синиш зонасида ҳамيشа асептик (микробсиз) яллиғланиш ҳодисалари пайдо бўлади. Синиш зонасида юмшоқ тўқималарнинг сероз суюқлиқ билан намланиши, температуранинг маҳаллий кўтарилиши кўрилади. Дастлабки кунларда умумий температура реакцияси кузатилиб, баъзан у  $38^{\circ}\text{C}$  гача етади. Қон ва тўқиманинг парчаланиш маҳсулотлари сўрилиши температуранинг кўтарилишига сабаб бўлади. Суяк синган жойнинг қаердалигига кўра дастлабки 2—3 ҳафтада бирламчи суяк қадоғи пайдо бўлади. Унинг ҳосил бўлиш жараёнида суяк синган вақтда чиққан қон, суяк усти пардаси, суякнинг гаверс каналлари ва эндост ҳужайралари қатнашади. Суяк қадоғининг асосан қаерда пайдо бўлишига қараб, унинг қуйидаги турлари фарқ қилинади:

- 1) эндост ҳужайраларидан ҳосил бўладиган эндостал қадоқ;
- 2) гаверс каналларидан ҳосил бўладиган интеростал қадоқ;
- 3) суяк усти пардасидан ҳосил бўладиган периостал қадоқ;
- 4) атрофдаги юмшоқ тўқималардан пайдо бўладиган параостал қадоқ.

Суяк қадоғи ҳосил бўлишида динамик суратда қатор конструктив ўзгаришлар рўй беради. Аввалига синиш зонасида бирламчи суяк қадоғи ҳосил бўлади. У анча юмшоқ бўлиб, рентгенда аниқланмайди. Кейинчалик унда суяк тўқимаси яхши билинади ва оҳак тузлари йиғилиши рўй беради — иккиламчи суяк қадоғи пайдо бўлади. Бу пайпаслаб кўрилганда қўлга зич уннайди, суяк синиқларини маҳкам ушлаб туради, суякнинг ши-

кастланган қисмидан бирмунча каттароқ бўлади ва суяк синиқларини манжетка кўринишида ўраб туради. Иккиламчи суяк қадоғи рентген текширувида яхши кўринади. Кейинчалик суяк қадоғининг ортиқча қисми сўрилиб кетади ва синиш умуман аниқланмаслиги мумкин.

**Синишларни даволаш принциплари.** Синишларни даволаш асосини суяк синиқларини жой-жойига солиш (репозиция) ва суяк қадоғи ҳосил бўлгунча уларни шу вазиятда тутиб туриш (фиксация) ташкил этади. Суяк синиқларини репозиция қилишда олдин маҳаллий оғриқсизлантириш (синиш зонасига 10—20 мл 2% ли новокаин эртмасини юбориш) тавсия этилади. Оғриқсизлантириш оғриқни қолдиришдан ташқари, скелет мускулатурасининг бўшашишига имкон беради, бу эса суяк синиқларини жой-жойига тўғри солишни осонлаштиради. Суяк синиқларини тўғри вазиятда тутиб туриш учун: 1) гипс боғлам қўйилади; 2) тери устидан ва скелетдан тортиш қўлланилади; 3) суяк синиқларини хирургик методлар билан фиксация қилинади.

**Гипсли боғламлар.** Гипс — 140°C температурада қиздирилган кальций сульфатдир. Қиздирилгандан сўнг у осонгина майда оқ порошокка айланади ва сув билан аралашмаси тезда қотиш хусусиятига эга бўлган бўтқасимон массадан иборат бўлади. Гипс ҳавода намни ўзига тортади, шунга кўра унинг сифати тезда ёмонлашади. Бунга йўл қўймаслик учун уни герметик беркитиладиган рухланган қутиларда қуруқ жойда сақланади.

Гипс сифатини текшириш учун бир неча синамалар мавжуд: 1) баравар миқдорда гипс билан сув олиб аралаштирилади; ҳосил қилинган масса 5—7 минут ичида қотиши, босиб кўрилганда синиши, бироқ кукунга айланмаслиги керак; 2) гипс порошогини қисмлаб сиқилади; борди-ю сифати яхши бўлса, у сочилади, ёмон бўлса, қумоқ-қумоқлигича қолади.

Гипс сифатини яхшилаш мумкин. Гипс порошоғида қумоқлар бўлса, уни элакдан ёки доқадан ўтказиб элаш керак. Намиқиб қолган гипснн 140°C температурада махсус идишда қиздирилади. Гипснинг қотиш хусусиятини пасайтириш учун уни совуқ сув билан суюлтирилади ёки унга крахмал клейстери қўшилади. Қотишини тезлаштириш учун уни илиқ сувда (30—35°C) қорилди. аччиқтош (1 л сувга 10 г) ёки суюқ оҳак қўшилади.

Гипсли боғламнинг қуйидаги хоссалари бор: яхши иммобилизация қилади, очиқ синишларда жароҳатни беркитади, бироқ уни дренаж қилишга халақит бермайди, чунки жароҳат суюқлиғи гипсга яхши шимилади.

Гипсли боғламларнинг қуйидаги турлари фарқ қилинади: 1) циркуляр (ёлиқ) боғлам; 2) кесма (олиб қўйиладиган); 3) дарчали; 4) кўприксимон; 5) шинали; 6) лонгетали; 7) лонгета-циркуляр; 8) торако-брахнал (қўл ва кўкрак қафасига қўйиладиган); 9) кокситли (оёққа, чаноққа ва қорин билан кўк-

рак қафасига); 10) гонитли боғламлар (кокситли каби, фақат юқори чегараси киндиккача етади); 11) корсетлар; 12) каравотчалар. Гипсли боғламлар гипсли бинтлардан тайёрланади.

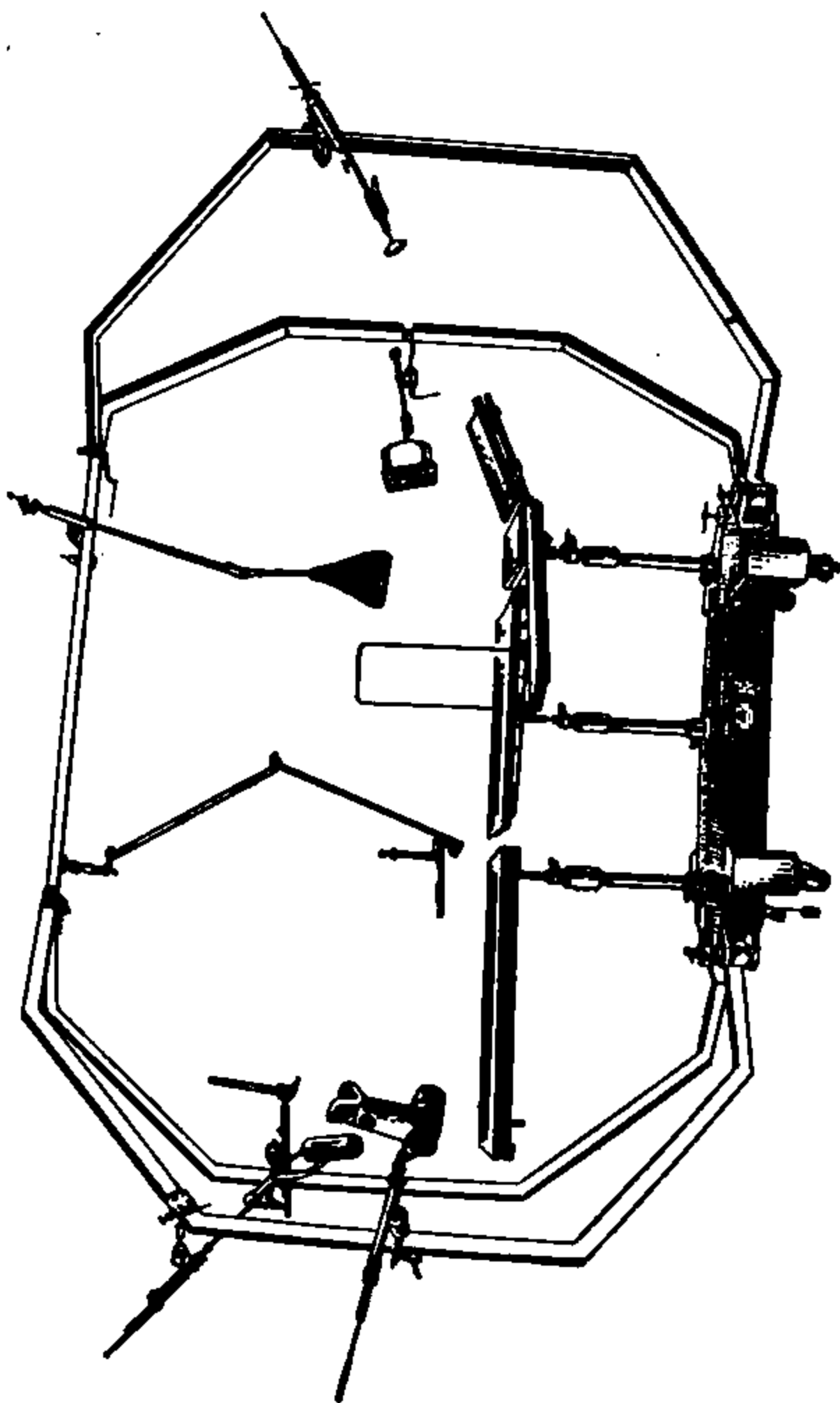
Гипсли бинтлар учун фақат гигроскопик дока ёки тўрининг тешиклари ўртача бинтлар ишлатилади. Рухланган тунука қопланган ёки клеёнка қопланган столга бинт ёзилади, устига гипс сепилади ва гипсни куч билан бинтга ийланади. Гипс сепилган бинтни ғовак қилиб ўралади. Керакли узунлик ва қалинликдаги (5—8 қават) гипс лонгеталарни олдиндан тахт қилиб қўйиш мумкин. Фабрикада ишлаб чиқариладиган гипсли бинтлар ҳам бўлади.

Гипсли боғламлар қўйишнинг қўйидаги қоидалари мавжуд: гавданинг тегншли 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 ногигроскопик 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, увишиши, қўйида жойлашган сегментларнинг шишуви) текшириб кўриш зарур.

Гипсли боғламларни қўйиш ва олишда ишлатиладиган махсус мосламалар ва инструментлар бор; экстензион стол (99-расм), тоғора қўйиладиган таглик, корсетлар қўйиш учун аппарат, гипс учун аррача, қайчи, скальпеллар; Штиль омбури, электр арралар.

Циркуляр (айланма) боғлам қўйиш. Гипсли бинтни сув солинган тоғорага туширилади. У сувни шимиб олгандан сўнг (газ пуфакчалари ажралиб чиқиши тўхтайдиган) уни бир оз сиқилади. Бинтдан гипс бўтқасининг оқиб чиқишига йўл қўймаслик учун бинт учларини маҳкам ушлаб, бинтни қўл билан босиб турилади. Бинтни қаттиқ ва нотўғри босиб турилганда гипснинг бир қисми бинтдан оқиб чиқади. Бинтлашда маҳкамлайдиган ўрамдан сўнг кейинги ўрамларни олдинги ўрамнинг ярмини ёки бундан кўпрогини беркитиб ўралади. Бинтлаш перифериядан марказга томон бажарилади. Боғламни бир текисда, букламасдан ўралади. Зарур бўлганда бинтни ўртасидан қирқилади. Боғламнинг бир текисда ёпишиб туриши учун (унинг пишиқлиги ана шунга боғлиқ бўлади) бинтни бир меъёردа ва тез ўраш керак. Биринчи бинтни ўрашнинг охирида иккинчи бинт сувда намлаб олиниши керак ва ҳоказо. Бинтни ўраш вақтида уни текислаб турилади ва боғламни гавданинг шу қисмидаги анатомик тузилмаларга мослаш орқали пухталики билан қолипланади.

Қўл ва болдирга 5—6 қават, танага 7—8 қават бинт ўралади. Гипсли бинт учлари уқаланиб тушмаслиги учун гипслаш



99-р а с м. Экстензион стол.

охирида учларини қирқилади, дока қирқимлар билан маҳкамланади ва пухта қилиб мослаштирилади.

**Олиб қўйиладиган боғлам.** Боғламни янгилаш, массаж ва бошқа медицина тадбирларини 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 тавақаларини бинт билан тортиб қўйилади.

**Дарчали боғлам.** Боғлам қўйилгандан сўнг жароҳат соҳасидан дарча ўйилади. Боғламнинг бу турида гипс боғлам пишиқлигини сақлаб қолади ва зарурат бўлганда жароҳатни қайта боғлаш мумкин.

**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 қисмларни бир-бирига тахта ёки металлдан ясалган кўприкчалар билан бирлаштирилиб, устидан гипсланган бинт билан беркитилади.

**Шинали боғламлар** картондан тайёрланади. Картонга керакли шакл берилгач, уни гипсланган ҳўл бинтга ўралади (Волкович шинаси). Бундай боғлам гавданинг тегишли қисмига қўйилиб, моделланади ва бинтлар билан фиксация қилинади.

**Лонгетали боғлам.** Иммобилизация 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 тахт қилиб қўйилади ёки гипсли ҳўл бинтдан тайёрланади.

**Лонгетали циркуляр боғлам.** Аввал циркуляр гипсли боғлам билан фиксация қилинадиган лонгеталардан фойдаланилади. Одатда лонгеталар гипснинг синиш эҳтимоли бўлган гавда қисмларига, масалан, бўғимлар соҳасига қўйилади.

**Торако-брахиал боғлам** елка ва елка бўғими шикастланганда қўлланилади. Одатда уни лонгета-циркуляр гипсли боғлам принцинга биноан қўйилади. Бунда кўкрак қафаси ва қўлнинг тегишли қисмини танадан узоқлаштирилган, олдинга яқинлаштирилган ва тирсак бўғимида букилган вазиятда гипсланади. Қўлни ҳосил қилинган вазиятда тутиб туриш ва боғламни мустаҳкамлаш учун билакнинг учдан бир ўрта қисми билан кўкрак қафасидаги гипсли корсет орасига таёқча гипслаб қўйилади.

**Кокситли боғлам.** Сон суяги ёки чаноқ-сон бўғими шикастланганда қўлланилади. Бу боғламни қўйиш учун экстензион столдан фойдаланган маъқул. Лонгета-циркуляр боғлам қўйилади. Чаноқ-сон бўғими ва соннинг орқа сатҳини лонгета-

лар билан маҳкамланади. Циркуляр бинтлар ўрашда оёқ пажаси, болдир, сон, чаноқ-сон бўғими, қорин ва кўкрак қафасини кўкрак учи сатҳига қамраб олинади.

**Гонитли боғлам.** Тизза бўғими ва болдир шикастланганда қўлланилади. Боғламни қўйиш принципи кокситли боғлам қўйиш кабидир, бироқ юқори сатҳи киндиккача етказилади, холос.

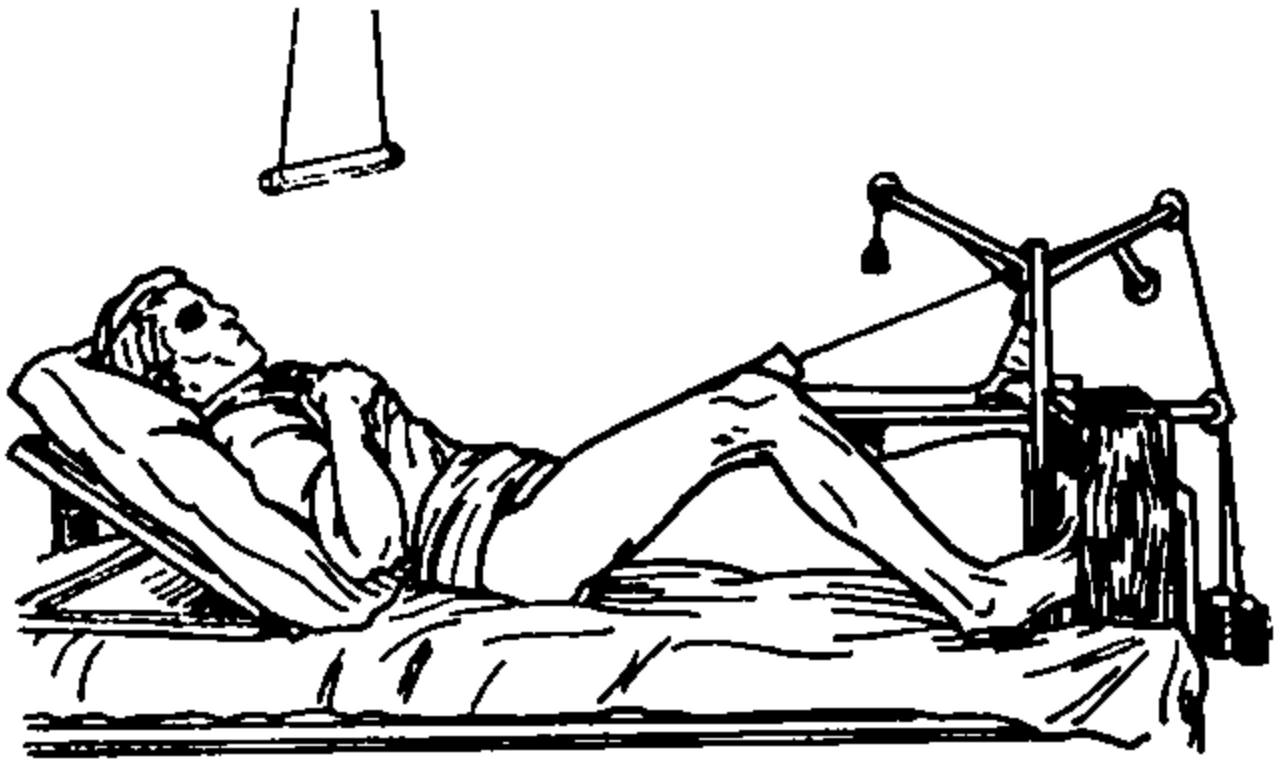
**Гипсли корсет.** Умуртқа поғонаси касалликларида ва шикастларида тайинланади. Корсетни циркуляр гипсли бинтлардан тайёрланади. Унинг қўйи чегараси — ёнбош суяклар ҳисобланади, устки чегараси — олдинги сатҳ бўйлаб тўш суягининг ўйиғигача боради, орқа чегараси — биринчи кўкрак умуртқасининг қиррали ўсиғидир. Қаер шикастланганлигига қараб корсетнинг баландлиги ўзгартирилиши мумкин. Паст, ўрта ва юқори корсетлар фарқ қилинади.

**Гипсли каравотча умуртқа поғонаси туберкулёзи ва деформациясида қўлланилади.** Ундан умуртқа поғонаси шикастланганларида транспортировка қилиш учун фойдаланиш ҳам мумкин. Беморни қорни билан ётқизилади. Гипсли каравотчани энлик бинтлардан ёки олдиндан гипслаб қўйилган айрим доқа қаватларидан тайёрланади. Тана бўйлаб синчиклаб моделланади. Қуригандан сўнг каравотча олинади ва четлари қирқилади. Каравотча 1—2 сутка мобайнида қурийди, шундан сўнг унга бемор ётқизилади.

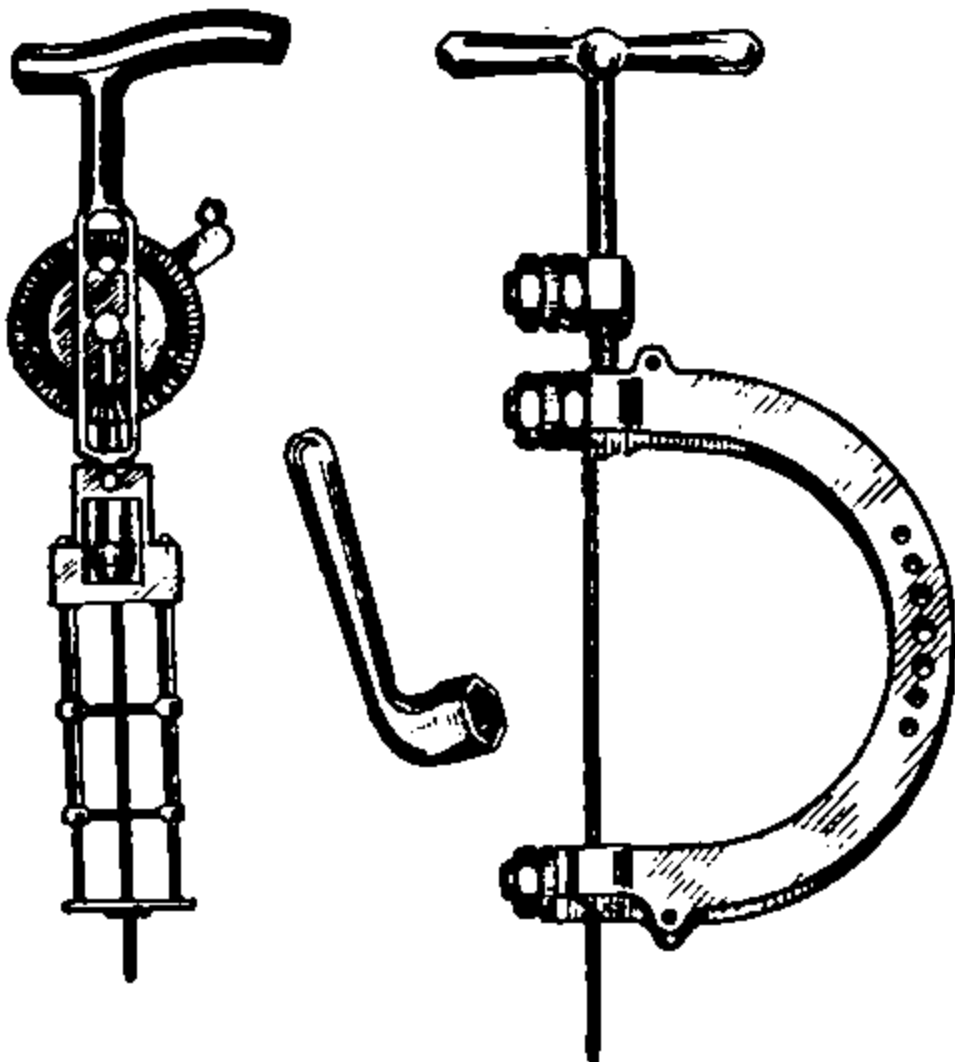
Қандай бўлмасин гипсли боғлам ўз вазифасини бажариб бўлганидан сўнг уни олиб қўйиш зарур. Қотиб қолган гипс қийинлик билан кўчади. Юмшатиш учун уни иссиқ сув, натрий хлорид эритмаси ёки кучсиз хлорид кислота эритмаси билан ҳўлланади. Боғламни юмшатмасдан қирқиш ҳам мумкин, бунинг учун махсус аррача, қайчи ёки яхшиси, электр аррадан фойдаланилади.

**Тери устидан ва скелетдан тортиш.** Суяк синиқларини, айниқса қийшиқ синганда ҳамавақт ҳам гипс боғлам билан ушлаб туриб бўлмайди. Бундай ҳолларда тери устидан ёки скелетдан тортиб қўйиш қўлланилади. Тери устидан тортишнинг моҳияти шундан иборатки, шикастланган қўл ёки оёқнинг дистал участкасига бўз, фланель ёки бошқа енгил материалдан (ёпишқоқ пластирдан фойдаланса ҳам бўлади) махсус боғичлар қўйилади. Боғичлар терига махсус елим билан ёпиштирилади ва уларнинг орқасидан тросчалар ёрдамида махсус танланган юк билан тортиб қўйилади. Оёқни, унга физиологик вазият берадиган махсус шинага тортилади. Қўл суяклари синганда ЦИТОнинг абдукцион шинасидан, оёқ суяклари синганда Белер шинасидан фойдаланилади (100-расм).

Белер шинасини қўлланишдан олдин устки параллел қисмлар орасига матодан қилинган тўр беланчак (гамачок) тортилиб, оёқлар ана шунга жойланади. Шинани керакли йўналишда тортиш учун махсус блоклари бўлади. Пастки блок болдирни

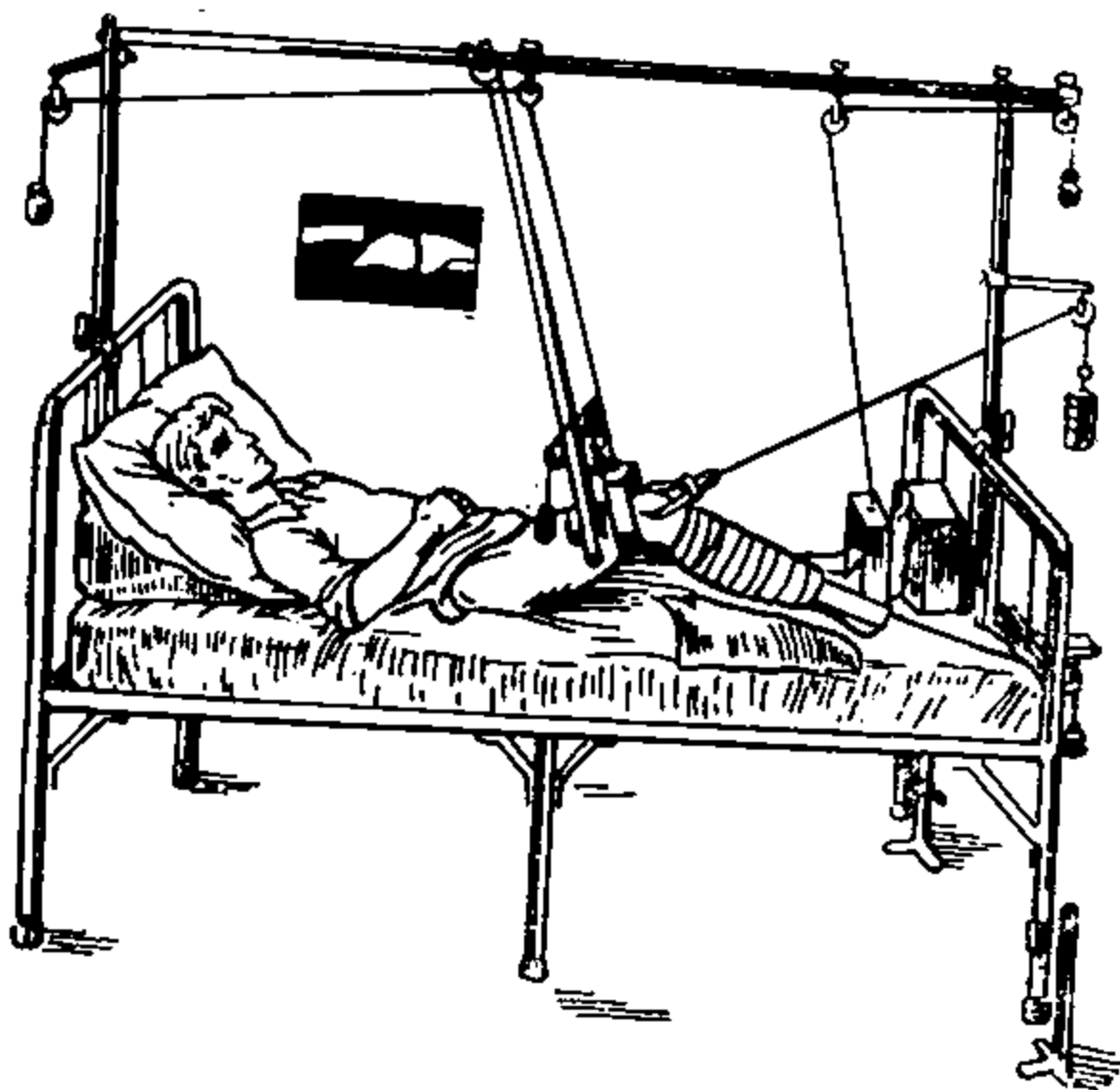


100-р а с м. Белер шинаси.



101-р а с м. Скелетдан тортиш учун инструментлар набори.





102-р а с м. Скелетдан тортиб қўйиш.

тортиб туриш учун, усткиси сонларни тортиш, олдингиси оёқ панжасини ушлаб туриш учун хизмат қилади.

Суяк синиқларини ушлаб туришга катта юк талаб этилади-ган ҳолларда тери устидан тортиб қўйиш ўрнига скелетдан тортиш қўлланилади. Буни амалга ошириш учун маҳаллий оғриқсизлантириш остида суякдан махсус дрелка ёрдамида металл кегай ўтказилади. Кегайга дуга маҳкамланади, бу кегайни тараф тортиб туришга хизмат қилади (101-расм). Дугага юк осилган тросча боғлаб қўйилади. Оёқни, бундан олдинги ҳо-дисадаги каби, шинага жойлаштирилади (102-расм). Болдир суяклари синганда кегайни товон суягидан, сон суяги синганда эса катта болдир суягининг гадир-будуридан ёки сон суягининг метафизидан ўтказилади. Елка суяклари синганда кегайни тир-сак ўсиғидан ўтказиш мумкин.

Тортиб қўйишнинг қуйидаги турлари фарқ қилинади. Қўл суяклари синганда резина найча ёрдамида эластик мате-риал билан, оёқ суяклари синганда — юк билан тор-тиб қўйилади. Умуртқа поғонаси синганда беморни кара-вотга ўрнатилган шчитга ётқизилади. Каравотнинг бош томони-ни кўтариброқ қўйилади, бемор гавдасининг юқори қисмини махсус пахта-докадан тайёрланган ҳалқалар ёки Глиссон пет-

яси билан каравот суянчиғига фиксация қилинади — беморни ўз гавдасининг оғирлиғи билан тортиб қўйиш.

Даволашнинг хирургик методлари. Суяк синиқларини жой-жойига солиб бўлмаганда ва суяк синиқларини бундан аввал айтилган методлар (гипсли боғлам, тортиб қўйиш) билан ушлаб туришга имконият бўлмаганда операция йўли билан даво қилинади. 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, тўғриланади ва уларни зангламайдиган пўлатдан ясалган махсус металл штифтлар (103-расм), пластинкалар (104-расм), шуруплар, сим ва бошқалар ёрдамда фиксация қилинади. Суяк синиқлари битиб кетгандан сўнг (одатда 6—8 ой ўтгач) суяк синиқларини фиксация қилиб турган металл предмет олиб ташланади.

Ҳозирги вақтда суяк синиқларини операция йўли билан тўғрилашда махсус елим қўлланиляпти, бу — суяк синиқларини яхши фиксация қилиб туради ва кейинчалик олиб ташланмаса ҳам бўлади.

Очиқ суяк синишларини даволаш. Биринчи ёрдам жароҳат четларига йод эритмаси суртиш, асептик боғлам қўйиш, беморни иммобилизация қилиш ва травматологик стационарга ётқиришдан иборат. Агар жароҳатдан суяк синиқлари кўриниб турган бўлса, биринчи ёрдам кўрсатишда уларни тўғрилашга мутлақо рухсат этилмайди, чунки чуқур жойлашган тўқималарга инфекция тушиб қолиши мумкин.

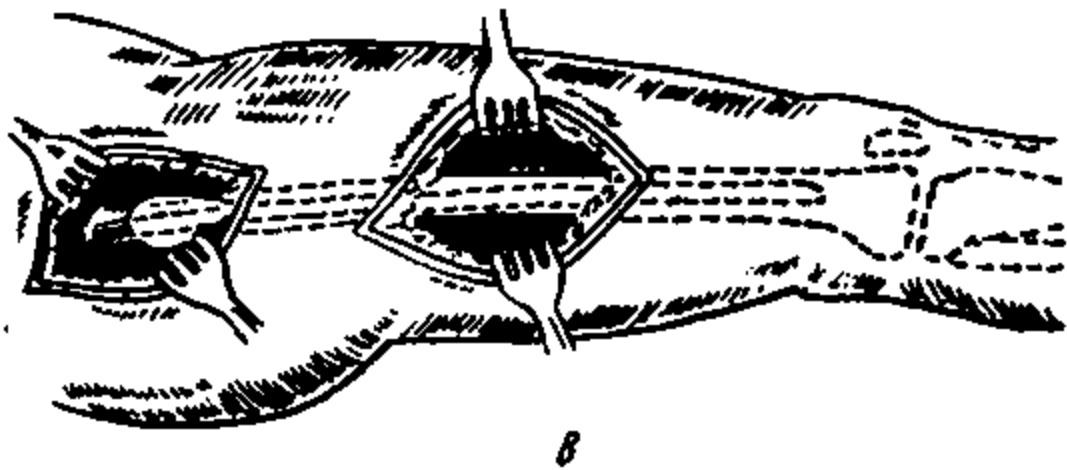
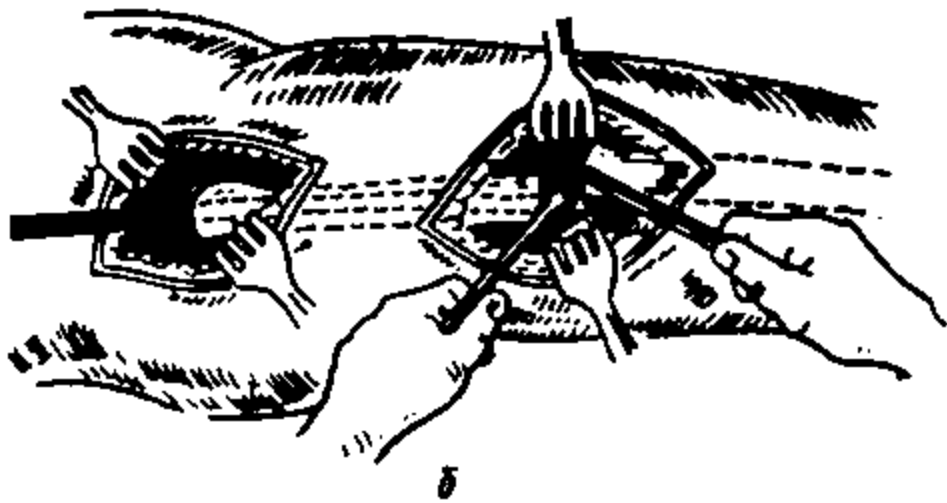
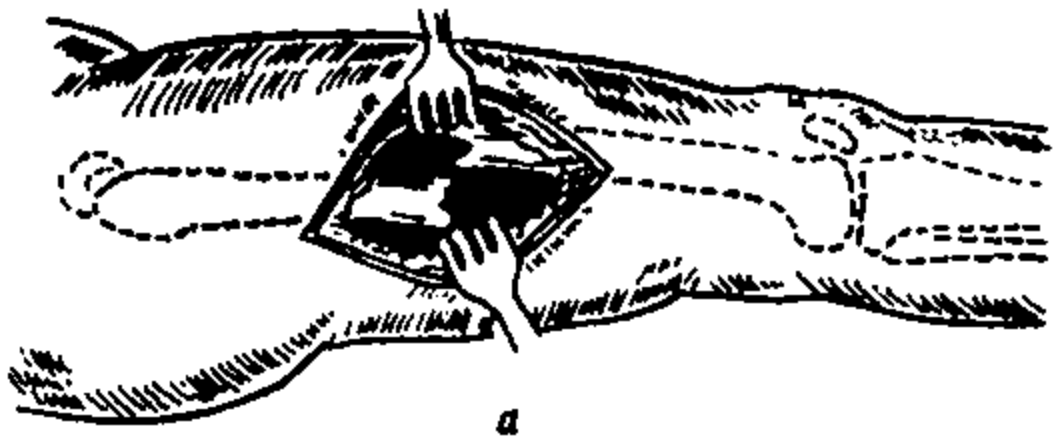
Стационарда жароҳат бирламчи хирургик тозаланади, суяк синиқлари тўғриланади. Инфекция тушиш белгилари бўлмаса, жароҳатни яхшилаб тикиб қўйилади.

Кўрсатма бўлганда ва беморнинг аҳволи имкон берганда очиқ суяк синишларини бирламчи хирургик тозалаш вақтида суяк синиқларини юқорида кўрсатиб ўтилган хирургик методларнинг бири билан фиксация қилиш мумкин. Беморнинг аҳволи оғир бўлганда ёки хирургик тозалангандан ва суяк синиқлари тўғрилангандан сўнг жароҳатга инфекция тушганда тортиб қўйишдан ёки гипсли боғламдан фойдаланилади.

Инфекция тушган очиқ суяк синишларида некрозга учраган тўқималар олиб ташланади, йирингли чўнтаклар кесилади, жароҳат дренаж қилинади, лекин тикилмайди.

Иммобилизация қилиш мақсадида скелетдан тортиб қўйилади ёки кўприксимон гипсли боғламдан фойдаланилади.

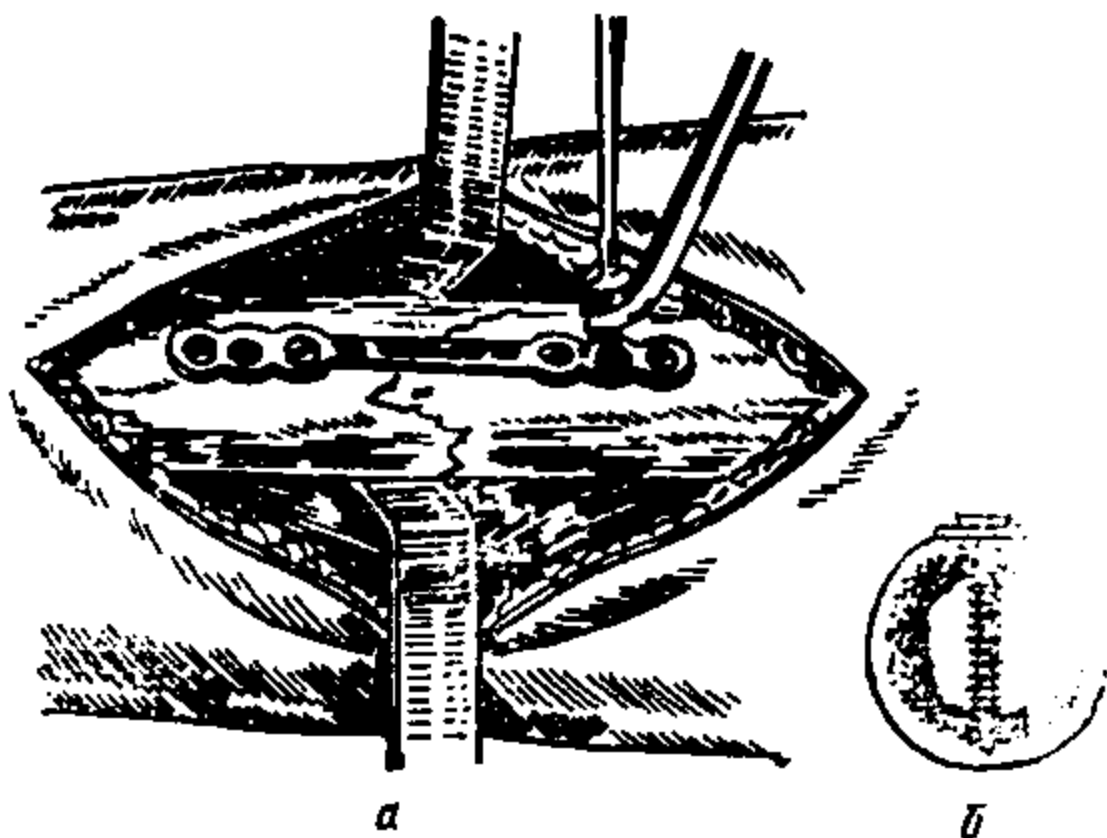
Суяк синишларида юз берадиган асоратлар. Уларни эрта ва кечиккан турларга ажратиш расм бўлган: 1) травматик шок. Профилактика учун яхшилаб оғриқсизлантириш, оёқ ёки қўлни тўғри иммобилизация қилиш ва беморни даволаш муассасасига ўз вақтида транспортда олиб бориш зарур; 2) ёғ эмболияси. Профилактик тадбирлар синган зонани авайлаш, яхши иммоби-



103-р а с м. Металл штифт билан остеосинтез қилиш.

лизация қилишдан иборат; 3) йirik томирларнинг суяк синиқларидан шикастланиши ҳисобига иккиламчи қон оқиши. Бунинг профилактикаси ҳам аввалги ҳоллардаги кабидир; 4) оёқ-қўл гангрениси, бу йirik томирларни босиб турадиган гипсли циркуляр боғламларни қўйишда кўпроқ учрайди. Профилактика қилиш учун гипсли боғламларни тўғри қўйиш ва уларни вақтида қирқиш керак.

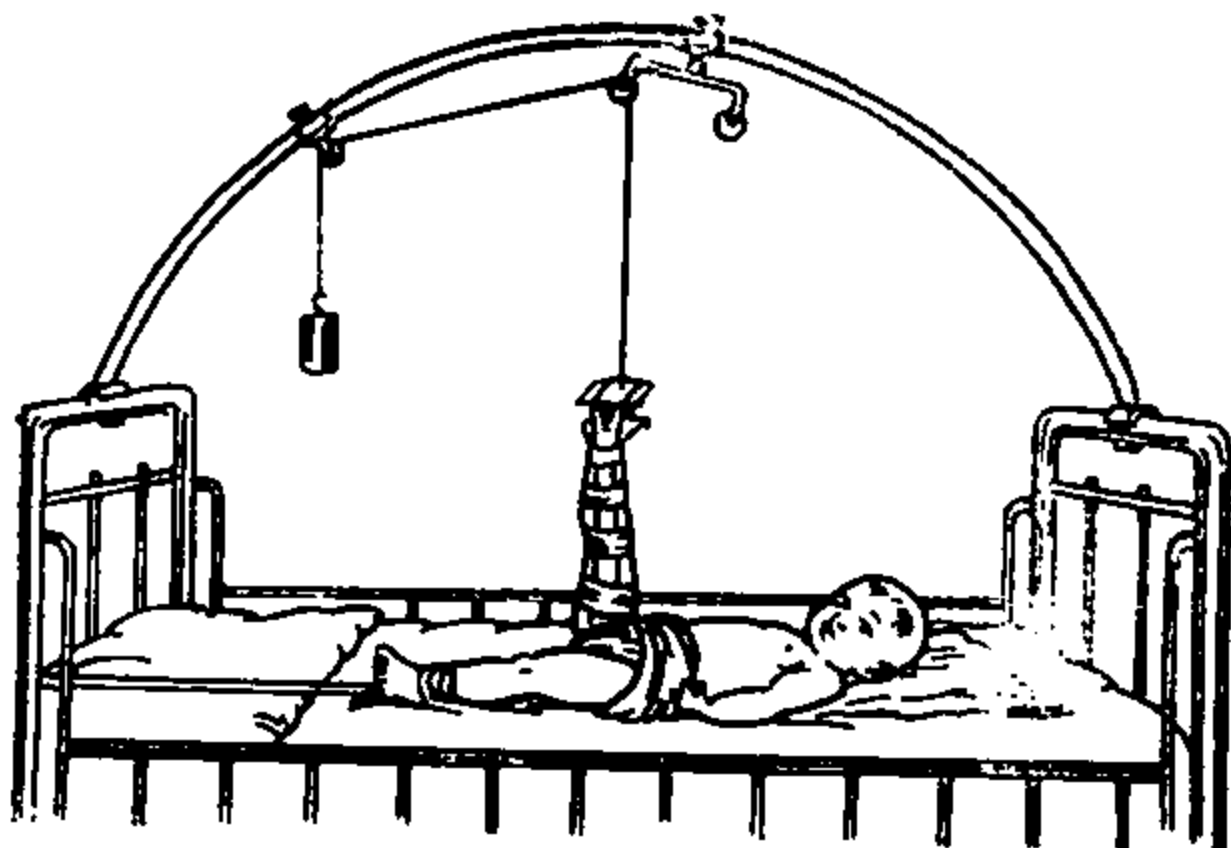
Кечиккан асоратлар: 1) суяк дўмбоқлари соҳасида ётоқ яралар пайдо бўлиши. Профилактика қилиш, беморни актив



104-р а с м. Лен пластинкаси билан остеосинтез қилиш.

парваришлаш, массаж қилиш керак; 2) кегай ўтказилган зонада ёки операция зонасида йиринг пайдо бўлиши. Бу тадбирларни ўтказишда асептикага қаттиқ риоя қилиш ва профилактик антибактериал терапия ўтказиш керак; 3) кегайнинг суяк моддасидан ўтиши. Бунда скелетдан тортиб қўйишни ўз вақтида ечиш ва унинг ўрнига бошқа методни қўлланиш керак; 4) секинлик билан битиши (консолидацияси), бу суяк синиқлари нобоп солинганда, юмшоқ тўқималар интерпозициясида, авитаминоз ва шу кабиларда кузатилади; 5) узоқ вақт давом этган секинлашган консолидацияда ҳосил бўлган сохта бўғимлар. Кўмик канали бекилиб қолади, тоғайни эслатадиган толасимон тўқима билан қопланади. 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 синишининг ўзига хос хусусияти бўлади. Аксарият болаларда суяк усти пардасининг остидан синиши учрайди, бунда суяк усти пардаси шикастланмагани ҳолда суяк синади («кўк новда» типиди). Бунда суяк синиқлари силжimasлиги мумкин. Эпифизар ўсиш зонаси борлиги унинг йиртилиши — эпифизолиз учун шароит яратади ва шунга кўра суяк синиқлари катталардаги кўндаланг суяк синиши типи бўйича силжийди. Бундай суяк синишида суяк фрагментларининг консолидацияси бирмунча тезлашади. Болаларда оёқ ёки қўл мажбурий вазиятда қўйилганда бўғим халтачалари ва бойлам аппаратининг бужмайиши ҳамда бўғимда бириктирувчи тўқиманинг ривожланиши



105-р а с м. Болаларда тери устидан тортиб қўйиш.

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 болалардагина қўлланилади. Ёш болаларда теридан тортиб қўйиш билан чекланилади (катта юк қўйиш талаб қилинмайди). Уларда оёқ ёки қўлнинг физиологик ҳолати бошқача, чунончи, оёқ учун чаноксон бўғимида букиш бурчаги  $90^\circ$ , тизза бўғимида  $180^\circ$  га тенг. Шунга кўра оёқни терисидан тортиб қўйилгандан сўнг тросчани рамага ўрнатилган блоклардан ошириб ўтказилади ва болани рамага гўё «осиб қўйилади» (105-расм). Бола бундай вазиятга кўникиб қолади ва бу уни кам безовта қилади.

Бадан териси бичилишининг олдини олиш, боланинг ичи келгандан ва қовуғи бўшагандан сўнг вақтида остини ювиб туриш зарур.

Травматологик беморларни парвариш қилиш хусусиятлари. Травматология бўлимининг медицина ҳамшираси десмургияни, гипслаш техникасини, бундай беморларга даво қилишда ишлатиладиган аппаратлар ва мосламаларни яхши билиши керак.

Бундай категориядаги беморларни парвариш қилишда уларнинг психик ҳолатига катта эътибор бериш лозим. Меҳрибонлик билан қараш уларнинг янги шароитга тез кўникишига ва дардни осонлик билан енгишига ёрдам беради.

Травматологик профилдаги беморларнинг кўпчилики қисми

узоқ вақтгача тўшакда ётишга мажбур бўлади. Уз навбатида беморнинг мажбурий ҳолати бирмунча оғир асоратларга олиб келади. Кўкрак қафасининг чегараланган экскурсияси натижасида юз берадиган оғир асоратлардан ўпкада қон димланиши сабабли пневмониялар ҳосил бўлишини кўрсатиб ўтиш мумкин.

Бунинг олдини олиш учун беморлар нафас гимнастикаси билан шуғулланишлари керак. Бурундан чуқур нафас олиш, нафасни озроқ вақт тутиб туриш ва аста-секин оғиздан чиқариш нафас гимнастикасининг энг оддий усулларидан ҳисобланади. Қўллар шикастланмаган бўлса, бу ҳолда нафас гимнастикасини уларнинг ҳаракати билан кучайтириш мумкин. Нафас олишда қўллар юқорига кўтарилади, нафас чиқаришда — туширилади.

Узоқ муддат ўринда ётилганда мускулларнинг атрофияга учраши кузатилади, меъда-ичак йўллари ва бошқа қатор органларнинг фаолияти ёмонлашади. Бу асоратларнинг олдини олиш мақсадида даво гимнастикасини травмадан сўнг биринчи кунлардан бошлаш керак. Шикастланган қўл ёки оёқни актив ҳаракат қилдириш мускуллар атрофияси, суяклар остеопорози, бойлам аппарати бужмайишининг олдини олади, қон айланиши ва лимфа айланишини яхшилайдди, суяк ҳосил бўлиш процессини тезлатади. Иммобилизация қилинган қўл ёки оёқнинг вазиятини ўзгартирмай туриб, мускулларни актив қисқартириб ва бўшаштириб туриш зарур. Даво физкультураси туфайли бош миёна пўстлоғида қўзғалиш ва тормозланиш процесслари нормага тушади, моддалар алмашинуви, қон айланиши, нафас, беморнинг психик ҳолати яхшиланади.

Бемор умумий аҳволининг оғирлиги, юқори температура, ўткир яллиғланиш процесси даво физкультурасига монелик қиладиган ҳоллар ҳисобланади. Бўғимларда ҳаракатларни тиклашда, умумий даво машқларидан ташқари, механотерапия тайинланади. Шу мақсадда махсус аппаратлар: Каро — Степановнинг универсал маятникли аппаратидан фойдаланилади, уни оёқ-қўлларнинг ҳамма бўғимларидаги ҳаракатларни тиклашда қўлланиш мумкин. Шунингдек турли блокли системалар ва бошқалар ишлатилади.

Травматологик беморларни даволашда физиотерапевтик тадбирлар (иссиқ муолажалар, электр билан даволаш, ёруғлик билан даволаш, нур терапияси, балчиқ билан даволаш) нинг роли муҳим. Бу методлардан беморларни охиригача даволаш даврида оғриқларни камайтириш, шишни йўқотиш, суяк қадоғи ҳосил бўлишини тезлатиш, бўғимлар ҳаракатини яхшилашда фойдаланилади.

Массаж (қўлда ёки махсус асбоблар билан) ҳам ана шу мақсадда қилинади. Массажнинг асосий усуллари қуйидагилар: силаш, ишқалаш, уқалаш, бармоқ билан уриш, вибрация. Массаж марказга томон йўналишда бажарилади. Бунда бемор баданини оғритмаслик керак. Травманинг илк даврида (оғриқ, суяк синиқлари силжиган, ёғ эмболияси сабабли) массаж қилма-

ган маъқул. Инфекция (дерматит, экзема, чипқон ва ҳоказо) бўлганда ҳам массаж қилиш мумкин эмас.

Беморга, айниқса кексайган беморларга қарашда юрак-томирлар системасига, психик ҳолатига, ўз вақтида қовуғини бўшатиши ва ичи келишига, ётоқ яраларни профилактика қилишга аҳамият бериш керак. Палаталарни яхши шамоллатиш ва топ-тоза сақлаш зарур.

Травматологик ва ортопедик беморларни қунт билан парвариш қилиш уларнинг тўла-тўқис ва тез соғайиб кетишининг гаровидир.

Гипсли боғлам қўйилган беморларни парвариш қилиш. Гипсли боғламлар травматология практикасида кенг қўлланилади, шунга кўра бундай беморларни парвариш қилиш қоидаларини пухта билиш шарт.

Гипсли боғлам гипсининг сифатига қараб 10—20 минутда қотади. Бу вақт ичида гавданинг гипсланган қисмини зарур вазиятда тутиб туриш зарур. Қотган боғлам ушлаб кўрилганда қўлга қаттиқ уннайди ва тукиллатиб урилганда қаттиқ жисмнинг аниқ товуши эшитилади. Бир сутка мобайнида гипс батамом қотади. Қул ранг боғлам оқаради, уриб кўрилганда жарангдор товуш чиқади. Гипсининг қотишини тезлатиш учун устига чойшаб ёки адёл ёпмаслик керак. «Соллюкс» лампаси билан аста-секин иситишнинг ўзи кифоя қилади.

Гипсли боғлам қўйилгандан кейин қотмасидан олдин унга бўёқ қалам билан: травма бўлган кун, боғлам қўйилган вақт, гипсни олиш мўлжалланган вақт ёзиб қўйилади.

Беморларни боғлам қўйилгандан кейинги биринчи суткаларда айниқса эътибор билан кузатилади. Боғлам қисиб турганда беморнинг оёқ-қўли оғрийди, цианоз бўлади, шиш катталашади, бармоқларнинг сезувчанлиги йўқолади.

Бундай ҳолларда гипсли боғламни қирқиш ва уни вақтинча бинт билан маҳкамлаб қўйиш керак. Ич келиш ва қовуқни бўшатиш вақтида гипсли боғламнинг ифлосланмаслиги устидан кузатиб бориш зарур. Беморнинг остини ўз вақтида ювиб туриш керак. Бундай категориядаги беморларда турли асоратларни профилактика қилишда даво физкультураси муҳим тадбир саналади.

Синган суякни тортиб қўйиб даволашда беморларни парвариш қилиш. Суяги синган беморларни тортиб қўйиш методи билан даволашда улар узоқ вақтгача мажбурий вазиятни эгаллаб туришлари керак. Бироқ бу метод гипсли боғламлар билан даволашдан фарқли равишда даво физкультурасини қўлланиш учун катта имкониятлар яратиб беради. Симметрик соғлом оёқ ёки қўл билан актив ҳаракатлар бажаришга айниқса аҳамият берилади. Бунда шикастланган қўл ёки оёқда ҳам қон айланиши рефлектор тарзда кучаяди, натижада синиш консолидацияси яхшиланади. Ҳозирги вақтда Беллер шинасидан ташқари, махсус тайёрланган функционал

шиналар, масалан Богдановнинг функционал шинаси қўлланил-  
япти, булар бўғимларда ва шикастланган соҳада ҳаракатлар  
қилиш имконини берапти.

Травмадан сўнг биринчи кунлардан бошлаб сон мускулла-  
рини актив қисқартириш, тизза кўзини ҳаракатга солиш («тиз-  
за кўзини ўйнаш»), болдир-панжа бўғимида ва бармоқлараро  
бўғимларда ҳаракатлар қилиш тавсия этилади. Кегай киритил-  
ган соҳани ҳар кун кўздан кечириб туриш зарур. Кегай фик-  
саторлари билан тери орасига спиртга ботирилган (йирингла-  
нишнинг олдини олиш учун) дока шарчалар қўйиш тавсия  
қилинади. Борди-ю, йирингланиш юз берса, кегай чиқариб оли-  
нади ва даволашнинг бошқа методига ўтилади. Скелетдан тор-  
тиб қўйиш методини беморда 4 ҳафтадан ортиқ қўлланиб  
бўлмайди, шундан сўнг гипсли боғлам қўйилади.



26. 3c

IX б о б

## ЖАРОҲАТЛАР ТУҒРИСИДА ТАЪЛИМОТ

Жароҳат деганда тери ёки шиллиқ пардаларнинг механик шикасти тушунилиб, бунда ичкарида ётган тўқималарга ҳам шикаст етган бўлиши мумкин.

### ЖАРОҲАТЛАР КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Жароҳатлаган нарсанинг характери бўйича қуйидаги жароҳатлар тафовут қилинади.

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

Шиллинган жароҳатлар — кесилган жароҳатнинг бир тури, бунда тери ва тери ости клетчаткаси остида ётган тўқималардан кўчиб чиққан бўлади. Бундай жароҳат уринма чизиқ бўйича ҳаракат қилаётган кесувчи предметдан шикастланиш ёки терининг тери ости клетчаткаси билан кўчиши оқибатида юз бериши мумкин.

Чопилган жароҳатлар ўткир ва оғир нарса (болта, қилч ва ҳоказолар) билан урилганда ҳосил бўлади. Остида ётган тўқималарнинг анчагина шикастланиши кузатилади. Бирмунча секин битади.

Санчилган жароҳатлар санчадиган ўткир буюмлар (бигиз, миҳ, найза ва ҳоказолар) санчилишидан ҳосил бўлади. Бу жароҳатлар терига озроқ шикаст етиши ва ичкарида ётган органлар ҳамда тўқималар (йирик қон томирлар, ўпка, юрак, жигар ва ҳоказолар) нинг кўпроқ шикастланиши билан характерланади. Ташқарига қон кам чиқади, бироқ чуқур жойлашган тўқималардан кўп миқдорда қон оқиши мумкин. Бундай жароҳатлар гоятда хавфлидир. Даво қилишда ички органларга шикаст етган-етмаганлигини аниқлаш мақсадида жароҳат каналини кенг кўламда ревизия қилиш талаб этилади.

Урилган жароҳатлар бирорта тўмтоқ буюм (таёқ, тош ва ҳоказолар) билан урилганда пайдо бўлади. Улар юмшоқ тўқималарнинг анчагина мажақланиши ва озроқ қонаши билан ха-

рактарланади. Тўқималарнинг оғир мажақланиши сабабли жароҳат четларининг жонсизланиши кузатилади. Инфекция осонликча қўшилади. йирингланиш юз беради. Жароҳатни хирургик тозалашда яшаб кетмайдиган тўқималарни батамом олиб ташлаш талаб қилинади.

Юлинган жароҳатлар уриб олинган жароҳатларга яқин туради. Одатда машиналар ва механизмларнинг ҳаракатландиган қисмларидан вужудга келади. Размерлари катта, четлари нотекис бўлади, осонликча инфекция тушади. Узоқ муддат мобайнида турли асоратлар билан битеди.

Тишланган жароҳатлар одам ёки ҳайвонларнинг тишлашидан содир бўлади. Тери ва остида жойлашган тўқималарга анча шикаст етади. Жароҳат ҳамيشа инфекцияланган бўлади. Кеч ва кўп асоратлар билан битеди.

Уқтегишидан юз берган жароҳатлар — ўқ отадиган қуролдан зарарланиш натижасидир. Уқ, сочма ўқ, снаряд парчаси кабилардан юз бериши мумкин. Жароҳатлайдиган снаряд, масофага ва ҳоказоларга кўра турли-туман характерда бўлади. Уқ ёки снаряд парчасидан рўй берган жароҳатлар айниқса оғир кечади. Бу жароҳатлар тешиб ўтган, бунда жароҳатловчи буюм тана қисмидан тешиб ўтиб, кириш ва чиқиш тешиклари бўлади (кириш тешиги чиқиш тешигидан кичик) ва берк бўлади, бунда фақат кириш тешиги бўлиб, жароҳатловчи буюм тўқималарда қолади.

Уқтегишидан вужудга келган жароҳатда қуйидагилар фарқ қилинади: 1) жароҳат канали зонаси, унда некротик тўқималар, ўқ парчаси, кийим парчалари ва шу кабилар бўлади; 2) травмаланган некроз зонаси, тўқималарнинг механик ёки температура таъсирида шикастланиши натижасида ҳосил бўлади; 3) молекуляр силкиниш зонаси. Кўзга кўринадиган ўзгаришлар кузатилмайди, бироқ шу участкада тўқималар қаршилигини пасайтирадиган некробиотик ўзгаришлар учрайди.

Уқ теккан жароҳатларнинг барчаси бирламчи инфекцияланган бўлади, тўқималарнинг кўп шикастланиши билан ўтади, бу эса уларнинг битиш шароитларини қийинлаштиради.

Уқнинг нечоғли ичкарига киришига кўра: 1) тешиб кирмайдиган, бунда бўшлиқ (қорин пардаси, плевра, бўғимнинг синовиал пардаси) нинг барьер тўсиғи шикастланмайди ва 2) тешиб кирадиган (барьер тўсиғи шикастланади) жароҳатлар бўлиши мумкин.

Инфекция тушиши даражасига қараб асептик ва инфекцияланган жароҳатлар фарқ қилинади.

Жароҳатлар якка-якка ва кўп сонли бўлиши мумкин.

### КЛИНИК МАНЗАРАСИ

Жароҳатнинг клиник манзараси оғриқ, четлари очилиб туриши, қон оқиши ва гавданнинг шу қисмларида юз берадиган функционал бузилишлар билан характерланади.

## ЖАРОҲАТЛАРНИНГ БИТИШИ

Жароҳатларнинг битиши мураккаб физиологик процессдир. Шартли равишда уч давр ёки фазаси ажратилади.

Гидратация фазаси 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 қўлланиш) вужудга келтириш зарур.

Дегидратация фазаси. Жароҳатнинг тозаланиши, яллиғланишнинг камайиши, яшаб кетмайдиган тўқималар ва фибрин ивиндиларининг лизиси, грануляциялар ҳосил бўлиши рўй беради. Грануляцион тўқима ҳосил бўлиши учун шароитлар (антисептик эритмалар, мазь боғламлар) яратиш зарур.

Эпителизация фазаси жароҳат нуқсонини беркитадиган эпителиал тўқима ҳосил бўлиши билан характерланади. Айни вақтда грануляцион тўқимадан чандиқли тўқима ҳосил бўлади. Актив ҳаракатлар, иссиқ муолажалар, мазь боғламлар қўлланилади.

Ҳар бир фазанинг давом қилиш муддати жароҳат характерига, даволаш методларига, организмнинг умумий ҳолатига ва инфекция борлигига боғлиқ.

Жароҳат битишининг қуйидаги турлари фарқ қилинади.

Бирламчи тортилиб битиш жароҳат чеккалари бир-бирига тегиб (чоклар, босиб турадиган боғлам), жароҳатда инфекция ривожланмаганда ва яшашга лаёқатсиз тўқималар жуда кам бўлганда рўй беради. Жароҳат тахминан 6-суткаларда битиб, ингичка чизиқли чандиқ қолади.

Иккиламчи тортилиб битиш жароҳат очик, унда йирингланиш бўлганда рўй беради. Жароҳатнинг яшаб кетмайдиган тўқималардан тозаланиши, яллиғланишнинг йўқолиши, грануляциялар пайдо бўлиши, чандиқли тўқима ҳосил бўлиши ва эпителизация қайд қилинади.

Иккиламчи тортилиб битиш узоқ давом этадиган процессдир (бир неча ҳафтага чўзилади). Бунда дағал чандиқ қолади. У буришганда бўғим контрактураси юз бериши (жароҳат бўғим соҳасида жойлашганда) ва гавданинг шу соҳаси деформацияга учраши мумкин.

Жароҳатнинг пўст остидан битиши. Тери юза шикастланганда жароҳат соҳасига чиққан қон ва лимфа тўқ жигар ранг пўст (струп) ҳосил қилади. Пўст остида битиш процесси жароҳат регенерациясининг умумий принципи бўйича, бироқ бирмунча тезроқ боради, чунки пўст жароҳатни инфекциядан ва травмадан сақлайдиган биологик боғлам вазифасини бажаради.

Жароҳатнинг микробдан инфлосланиши. Ҳар қандай тасодифий жароҳатланишда жароҳатга микроблар ту-

шиб инфлосланади. Микробли флора жароҳатга жароҳатловчи қурол, кийим парчалари, тери чеккаларидан тушади.

Жароҳатда инфекция ривожланиши учун микрофлоранинг вирулентлиги, жароҳат канали зонасида тўқималар емирилиб, қон айланиши ва иннервация бузилган бўлиши, организмнинг ҳимоя кучлари пасайиши талаб этилади. Инфекция ривожланиши учун шароитлар ноқулай бўлганда микрофлора нобуд бўлиши мумкин.

**Жароҳатнинг йиринглаши.** Жароҳатдаги йирингли процесс муайян клиник манзара: жароҳат чеккаларининг қизариши, уларнинг шишуви, қаттиқлашиши, маҳаллий ва умумий температуранинг кўтарилиши, лўқилловчи оғриқ, гавданинг шу қисми функцияси бузилиши билан характерланади.

Жароҳатдаги яллиғланиш экссудати йирингли характерга эга бўлади (кўп миқдордаги лейкоцитларнинг чиқиши ҳисобига). Берк жароҳатда йирингли модда тўқималараро бўшлиқлар бўйича тарқалиб, катта йирингли камгаклар ҳосил қилади.

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

**Жароҳатланганда биринчи ёрдам.** Жароҳатланганда биринчи ёрдам кўрсатиш негизини қон оқишини вақтинча тўхтатиш (боғлам, жгут) ва инфекция тушишининг олдини олиш (боғлам қўйиш олдидан жароҳат чеккаларига йод эритмаси суртиш) принципи ташкил этади.

Жароҳатга боғлам қўйишдан олдин гавданинг шу қисмидаги кийим ёки пойафзални ечиш керак. Кийимни эҳтиётлик билан оғритмай ечиш лозим. Уни чокидан қирққан маъқул.

Боғлам қўйишда индивидуал боғлов пакетидан фойдаланиш тавсия қилинади.

Вақтинча қон тўхтатиш ва транспорт иммобилизациясини тегишли бўлимларда баён этилган қондалар асосида бажарилади. Беморни даволаш муассасасига етказиш зарур.

Врач келгунча бериладиган ёрдамни медицина ҳамшираси ёки фельдшер кўрсатади. Ҳодиса юз берган жойда биринчи ёрдам тўғри берилган бўлса, уни такрорлаш тавсия этилмайди ва беморни ихтисослашган даволаш муассасасига олиб борилади. Борди-ю, биринчи ёрдам берилмаган ёки нотўғри бажарилган бўлса, жароҳат зонасини кенгроқ очиш, жароҳат чеккасидаги жунларни қириш ва шу ерга йод суртиш, кўриниб турган ёт жисмларни олиб ташлаш, жгутни қайта боғлаш ва асептик боғлам қўйиш керак. Сўнгра беморга қоқшолга қарши зардоб юбориш, уни ихтисослашган даволаш муассасасига жўнатиш керак.

**Жароҳатларни даволаш.** Жароҳат юзасини тозалаш ва бирламчи чок солиш. Манипуляцияларнинг бу турларини кичикроқ юза жароҳатлари (лат ейиш, тери экскорацияси) бўлган беморларда ёки чеккалари текис, инфлос-

ланмаган ва ичкарида жойлашган тўқималар ҳамда органлар анчагина шикастланган кесилган жароҳатларда бажарилади.

Жароҳат атрофидаги жунлар қирилади, териси бензин ёки спирт билан артилади ва йод эритмаси суртилади. Беморда фақат тери эксфолиацияси бўлса, асептик боғлам қўйилади. Бундай ҳолларда бактерицид таъсирига эга бўлган БФ-6 елими ишлатилади ва боғлам қўймаса ҳам бўлади.

Жароҳатни бирламчи хирургик тозалаш. Жароҳатни бирламчи хирургик тозалаш асосида жароҳат чеккалари, деворлари ва тубини соғлом тўқималаргача кесиб ҳисобига уни асептик жароҳатга айлантириш принципи ётади.

Шикастланган соҳа ва унинг оғир-енгиллигига қараб бирламчи хирургик тозалашни маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантириш остида ўтказилади. Жароҳатни тозалаш вақтида қон оқишини узил-кесил тўхтатилади. Ички томондан кетгуч чок солиш ва терини ипак билан чоклаш ёрдамида жароҳат чеккаларини бир-бирига яқинлаштирилади. Жароҳат чеккаларига антибиотиклар қўйилади. Жароҳатни бирламчи хирургик тозалашни жароҳатлангандан сўнг дастлабки соатларда бажариш керак. Антибиотикларни парентерал қўлланиш хирургик тозалашни кечроқ муддатда (бир суткагача) ўтказиш имконини беради. Чуқур камгаклар ва инфекция ривожланиш хавфи бўлганда жароҳатни дренажланади, ёрдамчи чоклар солинади ёки умуман чокланмайди, жароҳатни эса асептик боғлам билан беркитилади. Яллиғланиш ҳодисалари бўлмаганда 3—5 сутка ўтгач чок солинади (бирламчи кечиктирилган чок). Жароҳат йиринглаган ҳолларда яллиғланиш ҳодисалари тугайдан кейингина уни тикиб қўйиш мумкин. Бу вақтга келиб жароҳатда грануляциялар пайдо бўлади. Уларни кесилади ва чок тикилади (иккиламчи кечиктирилган чок).

Юз, тил, қўл панжаси жароҳатланганда, яъни қон таъминоти яхши соҳаларда жароҳат чеккалари минимал даражада кесилиб, чоклар солинади ва, зарурат бўлганда, иммобилизация қилинади. Жароҳатни бирламчи хирургик тозалашдан сўнг у нормал битаётганда чоклар 7—8-суткада суғуриб олинади.

Йирингли жароҳатларни даволаш. Жароҳатни хирургик тозалаш ўз вақтида қилинмаса ёки етарлича сифатли ўтказилмаса, йирингланиш бошланади. Клиник жиҳатдан у жароҳат чеккаларининг қизариши, ҳам маҳаллий, ҳам умумий температуранинг кўтарилиши, беморнинг умуман лоҳас бўлиши, жароҳат зонасининг росмана оғриши билан характерланади. Бундай ҳолларда жароҳатга дренаж қўйиш учун шароитлар яратиш зарур (жароҳатни иккиламчи хирургик тозалаш.) Шу мақсадда, илгари чоклар солинган бўлса, уларни суғуриб олинади ва йирингли камгаклар кесилади. Зарурат бўлганда йиринг чиқишини яхшилаш учун қўшимча кесмалар (контрапертурлар) қилинади. Бу даврда (гидратация фазаси) жароҳатни унинг катта-кичиклигига боғлиқ ҳолда

резина ленталар, дренаж найчалар, натрий хлориднинг гипертоник эритмаларига ботирилган говак тампонлар билан дренаж қилинади. Интоксикацияга қарши курашиш учун кўп миқдорда суюқлик киритилади, юқори калорияли, витаминларга бой овқатлар буюрилади. Уткир ҳодисалар босилгандан сўнг антисептик воситалар ва мазли боғламлар қўлланилади.

### ЖАРОҲАТЛАНГАНЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Жароҳатланганларни муваффақиятли даволаш кўп жиҳатдан уларни парвариш қилишга боғлиқ. Жароҳатга инфекция тушиш эҳтимоли асосий хавф ҳисобланади. Урин-кўрпа ва бадан терисини гигиеник жиҳатдан тоза тутиш иккиламчи инфекция тушишининг олдини олишга имкон беради. Боғламнинг қуруқ бўлиши ва жароҳатни атроф муҳитдан ишончли ҳимоя қилиши устидан кузатиб бориш зарур. Боғламга ахлат, сийдик, грелкадаги сув тушиши йиринглашига сабаб бўлиши мумкин. Бундай боғламни зудлик билан алиштириш зарур. Операциянинг характери ва боғламнинг ҳолатидан қатъи назар, операциядан кейин 2-кунини жароҳатни қайта боғланади. Қонни шимиб олган салфеткалар олиб ташланади. Жароҳат чеккаларига 5% ли йод эритмаси суртилади ва янги асептик боғлам қўйилади. Жароҳат тикилмаган бўлса, тери чеккаларига йод эритмаси суртилади, тампонлар ва зарур бўлса, дренажлар алиштирилади ва асептик боғлам қўйилади. Операциядан кейинги даврда очиқ шикастларни даволашнинг асосий вазифаси — операциядан кейинги жароҳатнинг йиринглашига йўл қўймасликдан иборат. Боғлам кўп ҳўл бўлганда тез-тез қайта боғлаш тавсия этилмайди. Боғламга пахта қўйилади ва устидан қўшимча равишда бинтланади. Йиринглаган жароҳатларни ҳар кунини, беморнинг аҳволи талаб қилса, кунига бир неча марта қайта боғланади. Даво гимнастикаси, гигиеник режим, юқори калорияли овқатлар билан таъминлашга катта эътибор берилади.

## КУЙИШ, ЭЛЕКТР ТРАВМАСИ, СОВУҚ ОЛИШИ

Куйиш, электр травмаси ва совуқ олиш турмушда ҳам, корхонада ҳам анчагина кўп учрайди. Тинчлик даврида куйиш хирургик беморларнинг 1,8—2 процентиди қайд қилинади. Уруш даврида куйган кишилар сони кескин ошади. Шунга кўра уларнинг клиникасини билиш, биринчи ёрдам бера олиш ва кейинги даволашни олиб бориш керак.

✓ 5.4.10. Куйиш

Куйиш деб, тўқималарнинг юқори температура (термик куйиш), химиявий моддалар (химиявий куйиш), электр токи (электрдан куйиш) ва кириб борувчи радиация (нурдан куйиш) таъсирида шикастланишига айтилади.

**Термик куйиш.** Тўқималарга юқори температура, иссиқ буғ, сув ва бошқалар таъсир этганда рўй беради. Куйишда тўқималарнинг шикастланиш даражаси температуранинг юқорилигига ва термик омил — иссиқлик ташувчининг қанча вақт таъсир қилишига боғлиқ. Температура нечоғли юқори бўлса ва термик омил қанчалик узоқ таъсир қилса, тўқималар шунчалик кўп шикастланади. Эриган металл таъсирида айниқса қаттиқ куйиш ҳоллари кузатилади.

Тўқималарнинг шикастланиш характери ва нечоғли чуқур шикастланишига кўра куйишнинг бир неча даражаси бўлиши мумкин.

Куйишнинг I даражаси унчалик юқори бўлмаган термик омилнинг қисқа муддатли таъсирида кузатилиб, терининг қизариши ва пича шишиши билан характерланади (эритематоз форма) (106-расм). Куйишнинг бу даражасида тери капиллярлари кенгайди ва уларнинг порозлиги ошиши ҳисобига қоннинг суюқ қисми (плазмаси) атрофдаги тўқималарга чиқади.

I даражали куйишнинг ўтиш муддати 2—3 кун. Куйган жойда тери пигментацияси ва кейинроқ эпидермиснинг кўчиб тушиши кузатилади.

Куйишнинг II даражаси пуфаклар пайдо бўлиши билан характерланади (буллёз форма) (107-расм). Куйишнинг бу даражасида яллиғланиш бирмунча рўй-рост юзага чиқади. Талай-

гина суюқлиқнинг чиқиши кўрилади, шунга кўра у эпидермис остида йиғилади ва эпидермисни кўчириб пуфаклар ҳосил қилади. Пуфаклар куйишдан кейин бир неча минут ўтгач, баъзан эса эртасига пайдо бўлиши мумкин. Терининг юза (эпидермал) қавати жонсизланади. Пуфак ёрилганда терининг тиниқ қизил сўрғичсимон қавати кўринади. Куйиш асоратсиз ўтганда 4—6-суткага келиб пуфакдаги суюқлиқ сўрилиб кетади. Янги, ёш эпидермис аввалига пушти рангли ва осон шикастланидиган бўлади.

Инфекция тушиб оғирлашганда пуфакдаги суюқлиқ йиринглайди. Кейинчалик грануляциялар ва чандиқли тўқима ҳосил бўлиш билан битади, бу тuzалиш муддатини узайтиради ва прогнозни оғирлаштиради.

Куйишнинг III даражаси терининг юза қавати, шу жумладан ўсиш зонаси (А кенжа группаси) ёки барча ички қаватларининг (Б кенжа группаси) жонсизланиши билан характерланади (108-расм). Куйган юзада тўқ рангли пўстлоқ пайдо бўлади. Пўстлоқ оқсиллар коагуляцияси (ивиши) ва қон айланиши тўхташи ҳисобига вужудга келади. Куйишнинг бу даражаси иккиламчи тортишиш принципига биноан битади. Пўстлоқ кўчиб тушгандан кейин грануляциялар пайдо бўлиб, улар чандиқли тўқимага айланади. Эпителийланиш куйган жойнинг чеккаси-дан бошланади. Терининг юза қавати куйганда шикастланган қисм тўла-тўқис эпителийланиши мумкин. Терининг ҳамма қавати жонсизланганда эпителиал тўқима аста-секин ривожланади ва куйган юзани батамом беркитмайди. Куйган жойда дағал (келоид) чандиқ қолади. Нотўғри даволанганда оёқ ёки қўлда сузгич пардалар деб аталадиган тузилмалар ҳосил бўлиши мумкин. Куйишнинг бу даражаси бир неча ой ичида битади.

Куйишнинг IV даражасида теридан ташқари, бирмунча ичкарида жойлашган тўқималар (тери ости клетчаткаси, мускуллар, суяклар) нинг жонсизланиши кузатилади. Бу жуда секинлик билан битиб, катта чандиқлар ҳосил қилади. Тўқиманинг айрим участкалари кўчиб тушиб, ҳатто оёқ ёки қўл ўз-ўзидан узилиб тушиши мумкин. ✓

Куйишнинг клиник кечиши куйган юзанинг даражаси ва майдонига боғлиқ. Куйган юза нечоғли катта бўлса, беморнинг аҳволи шунчалик оғир бўлади. Гавданинг 30 проценти ва бундан кўпроқ қисми куйса, киши ўлиб қолиши мумкин.

Куйиш майдонини ўлчаш. Кафтлаб ўлчаш — одамнинг кафти тери юзасининг тахминан 1—2 процентини ташкил қилади.

Тўққизлар қондасига мувофиқ ўлчаш. (Тенсон—Руслаки усули). Бош ва бўйиннинг майдони гавда жами юзасининг 9 процентини, қўл юзаси ҳам 9 процентни, тананинг олдинги юзаси—18% (9×2), орқа юзаси ҳам 18% (9×2) ни, оёқ—18% (9×2) ни ташкил қилади. Буларнинг жами 99% (ўн битта



тўққизлик) ни ташкил этади; оралиқ 100% нинг 1 улушини ташкил қилади.

Б. Н. Постников усули. Куйган юзага стерил ювилган рентген плёнкаси ёпилади (уни формалин буғларида стерилланади). Куйиш чегарасини бриллиант яшили ёки бошқа бўёқ модда билан чизиб чиқилади. Плёнкани сантиметрли тўрға қўйилади ва куйган майдон квадрат сантиметрларда аниқланади. Урта бўйли одам гавдасининг умумий майдонини тахминан 16000 см<sup>2</sup> га тенг, яъни 1 проценти 160 см<sup>2</sup> ни ташкил қилади.

Куйган юзани ва куйиш даражасини белгилашни қулай қилиш учун касрдан фойдаланилади, касрнинг сурати куйган юзани, маҳражи эса куйиш даражасини билдиради. Масалан, тана олдинги юзасининг А кенжа гурппадаги III даражали куйишида 15% куйган юза қуйидагича кўрсатилади: тана олдинги юзасининг термик куйиши  $\frac{15}{III A}$ .

Клиник кечиши бўйича куйишни шартли равишда 4 даврга бўлинади.

Шок даври куйишда травматик шокни эслатади, бироқ организмнинг яққол интоксикацияси ва плазма йўқотилиши ҳисобига бирмунча оғир ўтади. Травматик шокдаги сингари бемор эректил фазада қўзғалган бўлади, артериал босими ошиши мумкин, пульси тезлашган. Торпид фазасида ҳаётий функциялар кескин пасайиб кетади: бемор апатик, гавда температураси ва артериал босими пасаяди, териси рангсизланган, юз қиёфаси жиддийлашган, акроцианоз пайдо бўлади (лаблари, қулоқ супраси, бармоқ учлари кўкаради). Сийдик ажратилиши камайиб, ҳатто тўлиқ ануриягача боради.

Токсемия даври куйишдан кейин бир неча соат ўтгач бошланади. Куйган юзада кўп миқдорда плазма йўқотилиши билан бирга токсинли моддаларнинг сўрилиши бошланади, бу моддалар организм тўқималари ва бактерияларнинг парчаланиши ҳисобига юзага келади. Бу даврда беморнинг аҳволи виҳоятда оғир, температураси жуда юқори бўлади, иштаҳаси бўлмайд, уйқусиз бўлиб қолади, қусади, ичи келмайд. Қон қуюқлашгани сабабли (плазма йўқотилишидан) гемоглобин ва эритроцитлар миқдори кўпаяди. Лейкоцитар формуланинг чапга силжиганлиги қайд қилинади. Сийдикда эритроцитлар, оқсил, цилиндрлар пайдо бўлади.

Септикотоксемия даври куйган юзада инфекция ривожлангандан кейин кузатилади. Бу давр клиник жиҳатидан бундан олдинги даврдан кам фарқ қилади. Куйган юза мўл йирингли суюқлик билан қопланади. Температура гектик характерга эга бўлади (сепсис). Грануляциялар оч рангли, суст. Ётоқ яралар, йирингли метастазлар ҳосил бўлади (гавданинг бошқа соҳаларида йирингли ўчоқлар вужудга келади). Баъзан эса ареактив ҳолат ҳам кузатилиб, бу организмнинг ҳимоя кучлари пасайиб кетганидан далолат беради.

Реконвалесценция даври. Гавда температураси, қон ва сийдик нормага келади, беморлар иштаҳаси очилади, тўқималарнинг некротик қисмлари кўчиб тушади, куйган юзада пушти ранг соғлом грануляциялар пайдо бўлади.

Куйган беморларда куйишнинг клиник ўтишини даврларга ажратиш жуда ҳам шартлидир. Аҳволнинг оғир-енгиллиги асосан куйишнинг даражасига ва куйган юзага, шунингдек организмнинг умумий ҳолатига боғлиқ (авитаминоз, ҳолдан тойиш).

Куйишда биринчи ёрдам бериш ва даволаш. Куйишда ёрдам беришнинг асосий тадбири термик омил таъсирини тўхтатишдир: иссиқ сув ва буғ келишини тўхтатиш, кийим-кечак ёниб кетганда ўт-оловни ўчириш учун шикастланган кишини аёлга ёки қандай бўлмасин бирор нарсага ўраш зарур.

Куйишда кийим-бош ечилмайди, балки қирқилади. Асептик боғламлар қўйилади, наркотиклар юборилади, гавданнинг шикастланган қисми иммобилизация қилинади (шок профилактикаси), беморни иссиқ қилиб ўраб қўйилади (баданни совуқ таъсирдан сақлаш) ва даволаш муассасасига етказилади.

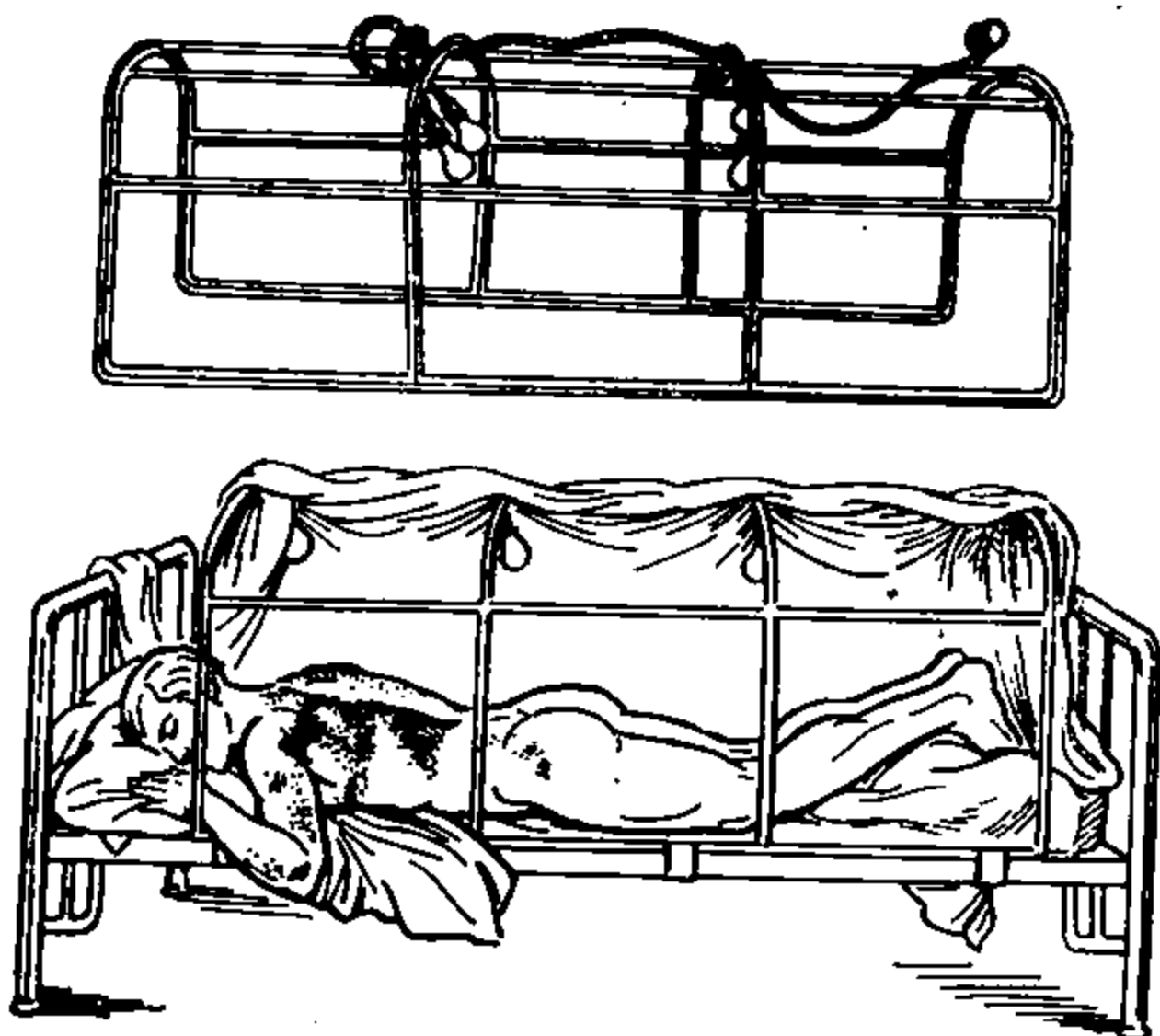
Даволаш чоралари икки йўналишда олиб борилади: куйган юзани маҳаллий даволаш ва умумий даволаш. Умумий даволашга: шок, плазма йўқотилиши ва қон қуюқлашиши, инфекциялар, токсемияни профилактика қилиш ва даволаш киради.

Ҳозирги вақтда йирик хирургик стационарларда куйган беморларни даволаш учун махсус куйиш марказлари барпо этилмоқда. Бу марказларда асептика, хоналарнинг температураси, рационал овқатлантиришга доир алоҳида талаблар қўйилмоқда.

Куйган юзани тозалаш. Куйган юзани тозалаш олдиндан баданининг катта қисми куйган беморларни илиқ калий перманганат эритмаси солинган ваннага туширилади, шундан сўнг боғламлар ҳўлланиб пича кўчади. Оёқ-қўллар куйганда маҳаллий ванналар қўлланилади. Куйган юза унчалик катта бўлмаганда боғламларни калий перманганат ёки водород пероксид эритмасига ботирилади. Катта бўлмаган куйган юзани обработка қилишдан олдин беморга анальгетиклар юборилади, катта юзани обработка қилишда эса наркоз берилади.

Куйган жой атрофидаги терини кирдан бензин, эфир ёки спиртга ҳўлланган дока тампонлар билан тозаланади. Куйган юзани физиологик эритма билан эҳтиётлик билан ювилади. Сақланиб қолган пуфакларни ситилмайди. Шикаст етган пуфакларни обработка қилиб, эпидермисни эҳтиётлик билан қайчида қирқилади. Юзани қуритилади. Кейинги давони очиқ ёки ёпиқ методда олиб борилади.

Очиқ методда беморни стерил чойшаблар ёзилган ўрнига, электр лампочкалари бўлган каркас остига ётқизилади ва каркас устига стерил чойшаб ташланади (109-расм). Бу методда куйган юза бир меъёрда қуритилади ва унинг ўрнида пўстлоқ ҳосил бўлиб, бу плазма йўқотишдан ва куйган юзани йи-



109-р а с м. Куйган кишини каркас остида даволаш.

рингланишдан сақлайди. Пўстлоқ остида эпителиал тўқима ҳосил бўлади. Пўстлоқ ҳосил бўлишини тезлаштириш учун баъзан ошловчи моддалар қўлланилади. Бу моддалар куйган юзага суртилади. Бунинг учун 10% ли калий перманганат эритмаси, 5% ли танин эритмаси ишлатилади. Сўнгги вақтларда биологик метод — ҳимоя плёнкасини ҳосил қилиш кенг тарқалди. Куйган юзага қонга шимдирилган салфеткалар ёки антибиотиклар эритмаси шимдирилган махсус фибрин пардалар ёпилади.

Куйган юзага инфекция тушиш хавфининг борлиги очиқ методнинг камчилиги ҳисобланади. Бундан ташқари, пўстлоқда ёриқлар пайдо бўлиб, улардан плазма оқиб чиқади.

Епиқ методда турли-туман боғламлар қўлланилади. Бу мақсад учун синтомицин ёки стрептомицин эмульсияси, Вишневский мази, витаминланган балиқ мойи, вазелин мойи, 70° гача иситилган парафин-вазелин аралашмаси ва шу кабилар ишлатилади. Ҳар 8—12 кунда қайта боғланади. Қайта боғлашда нобуд бўлган тўқималарни қирқиладики, бу билан жароҳат юзасини тозалашга эришилади. Жароҳат юзаси тозалангандан кейин тери пластикаси қилинади, бунда шу соҳаларни тери трансплантати билан беркитилади.

Некроз ўчоқлари билиниб турадиган баданнинг катта юзаси куйганда уларни кесилади, жароҳат нуқсонини эса гавданнинг соғлом қисмидан дерматомда қирқиб олинган тери парчаси билан ёпилади (ауто трансплантация). Терининг соғлом қисми ўз размерига кўра жароҳат юзасини ёпиш учун кифоя қилмайдиган ҳолларда ауто трансплантатни почта маркалари кўринишида бўлақларга тилинади (марка методи) ва жароҳат юзасига бир-биридан маълум масофада ёпилади. Терининг бу қисмлари яшаб кетади ва эпителий ланиш марказига айланиб, нуқсонни батамом беркитади. Терининг жуда катта нуқсонларида гомо трансплантациядан фойдаланилади. Шу мақсадда соғлом кишилар (ихтиёрӣ донорлар) ёки мурдалардан олинган тери участкалари ишлатилади. Бу тери яшаб кетмайди, бироқ биологик боғлам вазифасини бажаради (инфекция тушиши, плазма йўқотишнинг олдини олади). Беморнинг аҳволи яхшилангандан кейин ауто трансплантация қилинади. Бир қанча ҳолларда тери ауто-ва гемотрансплантациясини биргаликда қўшиб олиб борилади.

Бўғимлар чандиқли контрактураларининг олдини олиш мақсадида оёқ ёки қўл учун қулай физиологик вазият яратилади. Бундай кишиларни даволаш жараёнида физио-ва бальнеотерапия (парафин ва озокерит аппликациялари, балчиқли ва водород сульфидли ванналар, гальванизация, массаж, даво физкультураси) кенг татбиқ қилинади.

Куйишда қўлланиладиган умумӣ даво тadbирлари. Куйишда, бошқа очиқ шикастлардаги каби, беморларга мажбурий тартибда қоқшолга қарши зардоб ва қоқшол анатоксини юборилади. Шок пайдо бўлишининг олдини олиш учун анальгетиклар ва нейролептанальгетиклар (дроперидол, фентанил) ва новоканн блокадаларининг ҳар хил турлари: оёқ-қўл куйганда — гилофли, кўкрак қафаси куйганда — вагосимпатик, қорин, бел соҳаси куйганда — паранефрал блокада қўлланилади. Шок, токсемия ва плазма йўқотилишига қарши курашиш учун венага шокка қарши суюқлиқ, қон, физиологик эритма ва бошқа препаратлар қўйилади. Бир кеча-кундузда юбориладиган суюқлиқнинг умумӣ миқдори 2500—3000 мл ни ташкил қилиши мумкин. Юрак-томирлар системаси ишини енгиллатиш мақсадида юрак препаратлари ва сийдик ҳайдовчи воситалар юборилади.

Токсемия натижасида буйраклар блокадаси юз бериши мумкин. Буйраклар ишини назорат қилиб туриш учун беморга доимӣ катетер қўйилади (нормада 1 соат ичида тахминан 50 мл сийдик ажралиши керак). Сийдик миқдорининг камайиши буйрак етишмовчилигининг кўрсаткичи ҳисобланади. Анурия ҳодисаларида суюқлиқ қуйишдан ташқари, паранефрал новоканн блокадаси ўтказилади, буйраклар соҳасига диатермия қўлланилади, сийдик ҳайдовчи воситалар берилади. Бемор кўп суюқлиқ ичиши керак. Хлорид-ишқорӣ аралашма (1 л сувга

1 чой қошиқ натрий хлорид ва  $\frac{1}{2}$  чой қошиқ ичимлик сода) айниқса яхши натижа беради. Оғир ҳолларда «сунъий буйрак» аппаратини ишга солиб, гемодиализдан фойдаланиш мумкин.

Инфекцияларга қарши курашиш учун куйган юзадаги микрофлорага сезувчанлигини ҳисобга олган ҳолда антибиотиклар қўлланилади.

Куйган беморларнинг овқатига катта аҳамият берилади. Овқат юқори калорияли, оқсиллар, витаминлар ва минерал тузларга бой, турли-туман, лаззатли бўлиши керак. Овқатнинг умумий калориялилиги 3000—4000 калория бўлиши зарур. Бир кеча-кундузда бемор камида 200—150 г оқсил олиб туриши лозим.

Химиявий куйиш. Термик куйишга нисбатан бирмунча кам учрайди. Бу — тўқималарга химиявий моддалар (кислоталар, ишқорлар, оғир металлларнинг тузлари, фосфор ва бошқалар) таъсир этганда рўй беради. Химиявий моддалардан куйиш ишлаб чиқаришда ҳам, турмушда ҳам химиявий моддаларни палапартиш ишлатиш оқибатида юз беради.

Кислоталар ва оғир металлларнинг тузларидан куйишда тўқима оқсилларнинг ивиши ва уларнинг сувсизланиши рўй беради. Коагуляциян некроз юз берганлиги сабабли зичлашган пўстлоқ ҳосил бўлади. Хлорид кислотадан куйишда пўстлоқнинг ранги оқ, нитрат кислотадан куйишда — сариқ, сульфат кислотадан куйишда қорамтир бўлади.

Ишқорлар таъсирида бирмунча чуқур жойлашган тўқималарга шикаст етади, чунки тўқималар некрози колликвацион бўлади (тўқималарнинг суюқланиши).

Оғиз, қизилўнғач, меъда шиллиқ пардалари куйганда, химиявий моддалар таъсиридан маҳаллий куйиш реакцияси юз беришидан ташқари, уларнинг организмга токсинли резорбтив таъсири қайд қилинади.

Биринчи ёрдам ва давоси. Химиявий моддани кучли сув оқими билан тез ювиб ташлаш, қолдиқларини эса нейтраллаш керак. Кислоталарни нейтраллаш учун 2% ли ичимлик сода эритмаси қўлланилади. Қаттиқ куйишда бу соҳага бўр порошоги, куйдирилган магнезиядан мўл қилиб сепилади. Ишқорларни 2% ли сирка кислота ёки лимон кислота эритмаси билан нейтралланади.

Терига ёниб турган фосфор бўлакчалари тушганда гавданинг шу қисмини сувга ботириб туриш ва фосфор қолдиғини пинцет билан олиб ташлаш керак. Шикастланган соҳага 5% ли мис купороси эритмасига ҳўлланган боғлам қўйилади ёки тальк порошоги сепилади. Фосфорга қарши паста яхши наф беради.

Кейинги даволаш термик куйишни даволашдаги сингари олиб борилади. Мазь боғламлар қуйиш тавсия этилмайди, чунки ёғлар фосфорнинг сўрилишига ёрдам беради.

## ЭЛЕКТРОТРАВМА

Электр токи шикастланган одамнинг гавдасидан ўтаётганда организмга ҳам маҳаллий, ҳам умумий таъсир қилиши мумкин. Организм учун юқори кучланишли ва паст частотадаги ток хавфли ҳисобланади. Терининг нам бўлиши муайян роль ўйнайди. Агар шикастланган кишининг бадани ҳўл бўлса (ваннада, ёмғирда қолишда), 120 В кучланишли ток ўтганида ҳам ўлим юз бериши мумкин. Яшин тегиб шикастланиш жуда хавфли ҳисобланади.

Электротравмада тўқималарнинг маҳаллий ўзгаришлари аксарият III—IV даражали куйиш билан ифодаланади. Некроз кенг юзада ичкарида жойлашган тўқималарда юз бериб, уни дастлабки кўздан кечиришда аниқлаш қийин бўлади. Кўпинча куйиш симметрик жойлашган полосалар, сочларнинг куйиши кўринишида кузатилади, аксари тери гиперемияси ва терига қон қуйилганини кўриш мумкин. Баъзан куйган соҳа садаф тусида бўлади. Ток кирган ва чиққан жойда терининг куйган қисмлари кўзга ташланади. Баъзи ҳолларда терида дарахт шохи каби ёйилган ҳошиялар ва полосалар кўринишидаги қорамтир белгилар кўринади (томирлар парези).

Электр токининг умумий таъсири мия чайқалишига ўхшаш клиник манзара беради. Баъзан фалажлик, кўриш қобилиятининг бузилиши, ютишнинг қийинлашиши кузатилади. Оғир ҳолларда нафас ва юрак фаолияти марказларининг фалажи рўй беради, бу сохта ўлим ҳолатини юзага келтиради. Бундай ҳолларда зудлик билан реанимацион тадбирлар комплексини тўла-тўқис ўтказиш лозим (реанимация бўлимига қаралсин).

Биринчи ёрдам ва давоси. Зудлик билан электр токининг таъсирини тўхтатиш зарур. Шикастланган киши кўпинча усти очик симни ушлаб олиб, мускулларининг қисқарганидан уни қўйиб юбора олмайди. Квартираларда ва корхона шароитида электр токни дарҳол ўчириш (виключатель, пробкалар, рубильник), кўчада эса симни электр токни ўтказмайдиган бирон-та буюм билан қирқиш керак. Электр токни тўхтатиш имконияти бўлмаган ҳолларда шикастланган кишини тортиб олишда электр токни ёмон ўтказадиган нарсалар (резина қўлқоп, калиш, резина этик, жун адёл, ипак газлама, қуруқ ёғоч) дан фойдаланиш зарур.

Электрдан куйишни маҳаллий даволаш термик куйишни даволаш сингаридир. Умумий белгилар юз берганда симптоматик терапия қўлланилади — сунъий нафас олдирилади, юрак дорилари берилади. Токдан шикастланган беморлар қунт билан парвариш қилиш ва кузатиб туришга (индивидуал пост) муҳтож бўладилар, чунки уларда тўсатдан ўлим юз бериши мумкин (нафас фалажланиши; юрак ишининг тўхташи).

Электротравманинг олдини олишда техника хавфсизлиги қондаларини билиш ва уларга риоя қилишнинг роли катта.

## СОВУҚ ОЛИШИ

Совуқ олиши паст температура таъсир этганда пайдо бўлади. Айрим шароитларда (ҳўл тор пойафзал, ҳолдан тойиш) 0°С да ва ҳатто бундан юқорида температурада ҳам совуқ олиши кузатилиши мумкин. Кўпинча қўл ва оёқларнинг бармоқлари, қулоқ, бурун учини совуқ олади (чегараланган қон айланиши). Совуқ олишининг тўрт даражаси фарқ қилинади.

I даражаси терининг оқариши (томирлар спазми) ва сезувчанлигининг йўқолиши билан характерланади. Бемор иситилгандан сўнг бадан терисининг шу қисми қизғиш тусли кўкимтир бўлиб қолади (томирлар фалажи), пича шишади ва оғрийди. Соғайишдан сўнг одам совуққа ожиз бўлиб қолади, баъзан терининг кўкимтир ранги сақланиб туради.

II даражасида қон айланишининг бирмунча чуқур бузилиши кузатилиб, кейинроқ тиниқ суюқлик билан тўлган пуфаклар ҳосил бўлади. Пуфаклар атрофидаги тери кўкимтир-қизил тусга киради. Инфекция қўшилиб кетиши мумкин. Инфекция тушмаса, ўрта ҳисобда 2 ҳафта ичида битади. Пуфаклар зонаси эпителийланади.

Совуқ олишининг III даражасида тери ва остидаги тўқималар ирийди (некроз). Жонсизланиш геморрагик суюқлик билан тўлган юмшоқ пуфаклар ҳосил бўлиши билан таърифланади, бу пуфаклар пўстлоқ пайдо бўлишига олиб келиши мумкин. Кўпинча йирингланиш қўшилади. 7—10-кунга келиб, нобуд бўлган тўқималарни соғломидан ажратиб турадиган демаркацион чизик пайдо бўлади. Нобуд бўлган тўқималар кўчиб тушганидан сўнг уларнинг ўрнида грануляциялар вужудга келиб, чандиқланиш ва эпителизация бошланади. Касаллик 1—2 ой ичида тугайди.

IV даражасида некроз чуқур жойлашган тўқималар, шу жумладан суякларни ҳам қамраб олади. Гавданинг шикастланган қисми тўқ кўкимтир рангга киради, қорамтир суюқликқа тўла пуфаклар билан қопланади. Одатда пуфаклар совуқ олишидан кейин 2-ҳафтада пайдо бўлади (иккиламчи пуфаклар). Демаркацион чизик аста-секин кўринади ва унчалик яққол сезилмайди. Совуқ олган соҳаларда сезувчанлигининг ҳамма турлари йўқолади. Кейинроқ шикастланган қисм қуриб (мумификация) кўчиб тушади ва чандиқ ҳосил бўлади (110-расм).

Совуқ олишида беморнинг умумий аҳволи совуқ олишининг даражасига боғлиқ. Совуқ олишининг дастлабки икки даражасида беморнинг умумий аҳволи унчалик ёмон бўлмаса, кейинги даражаларида токсемия ва инфекция қўшилишига боғлиқ ҳолдаги клиник манзара намоён бўлади (юқори температура, ланжлик, иштаҳа йўқлиги, лейкоцитоз, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши ва ҳоказо).

Биринчи ёрдам ва давоси. Беморни иссиқ хонага ётқизилади. Унга иссиқ чой, алкоголь, юрак дорилари ва оғриқ

қолдирувчи воситалар берилади, беморни ваннага тушириб, сув температурасини 18—20° дан бошлаб аста-секин 37° гача оширилади. Ваннада қон таъминоти ва сезувчанлик тиклангунга қадар эҳтиётлик билан массаж қилинади. Оёқ ёки қўл териси спирт билан артилади ва дока қавати қалин бўлган асептик боғлам қўйилади.

Терининг совуқ олган соҳасини қор билан ишқалаш тавсия этилмайди (майда муз парчалари шикаст етказиши, инфекция тушиши сабабли). Дала шаронтида майин жун қўлқоп билан ишқалаш мумкин.

Даволаш планига қон айланишининг бузилишини бартараф қилиш, инфекциянинг олдини олиш тадбирлари киритилади. Совуқ олишининг I даражасида биринчи ёрдам тадбирларининг ўзи кифоя қилади. Совуқ олишининг II даражасида пуфаклар олинади ва асептик ёки мазли боғлам ёпилади. 5—7 кун ўтгач, физиотерапевтик процедуралар қўлланилади (УВЧ-терапия, ультрабинафша нурлар билан нурлантириш, маҳаллий дарсонвализация). Совуқ олишининг III—IV даражасида шиш ва интоксикацияни камайтириш учун баъзан некротомия (зарарланган тўқималарни узунасига кесиш) ўтказилиб, кейин термик куйишдаги сингари очиқ метод билан даволашга киришилади. Грануляциялар пайдо бўлганидан сўнг мазли боғламлар қўйилади. Демаркацион чизиқ ҳосил бўлганда некротомия ўтказилади: некрозланган тўқималар батамом олиб ташланади, оёқ-қўллар эса ампутация қилинади.

Совуқ олишини 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 суюқлик ичиш тавсия этилади.

**Музлаш.** Организмга паст температуранинг умумий таъсир қилиши натижасида юз беради. Бунда ҳаёт учун муҳим органлар (мия, юрак, ўпка, жигар, буйраклар) да чуқур, қайтмас ўзгаришлар содир бўладикки, булар ўлимга олиб келиши мумкин. Шикастланган киши бўшашади, жунжийди, чарчайди, уйқудан бошини кўтармайди. Пульси секинлашади, тўлиқлиги ёмонлашади. Нафас юза бўлиб қолади.

**Жунжиш (қалтираш).** Уртача паст температуранинг узоқ вақтгача бир неча марта таъсир қилиши натижасида пайдо бўлади. Кўпинча оёқ панжаси, қўл панжаси жунжийди. Уруш даврида бундай ҳодисалар солдатларда кузатилганидан, бу — «траншея оёқ панжаси» деган ном олган.

Терида тўқ қизил тусга кирадиган кўкимтир-қизил доғлар пайдо бўлади, тери пича шишади, қичишади, ачишади, оз-оз безиллаб оғрийди.

Паст температуранинг таъсирини тўхтатиш зарур. Физиотерапевтик даво: ультрабинафша нурлар билан нурлантириш, диатермия, парафин аппликациялари яхши наф беради.



## КУЙГАН, ЭЛЕКТРДАН ШИКАСТЛАНГАН ВА СОВУҚ ОЛГАН БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ

Бундай беморларни парвариш қилишдаги асосий вазифа шикастланган зоналарда инфекция ривожланишига йўл қўймасликдан иборат. Антибиотиклар билан умумий даво қилишдан ташқари, шикастланган зона устидан пухта назорат олиб бориш зарур. Даволашнинг очиқ методида каркасдаги ва бемор тагидаги стерил чойшаблар ҳар куни алиштириб турилади. Каркас остидаги температура 24—25°C бўлиши керак. Температуранинг айрим лампочкаларни ёқиш ёки ўчириш йўли билан тартибга солиб турилади. Пўстлоқ-струп остида йирингланиш пайдо бўлса (оғриқ, жароҳат чеккаларидаги терининг қизариши, юқори температура), пўстлоқни қисман олинадиган ва ичидаги йирингни чиқарилади. Даволашнинг ёпиқ методида кам ечиб боғланади (7—10 кунда бир марта). Боғламни авайлаб, беморга озор етказмай алиштириб туриш керак. Қайта боғлашдан олдин беморга морфин ёки промедол юборилади. Боғламни калий перманганатнинг кучсиз эритмаси қўйилган ваннада ҳўлланади. Терининг шикастланган қисмларидан суюқлик ва плазманинг кўп йўқотилишини назарда тутиб, бундай беморларга 3—5 л суюқлик (физиологик эритма, 5% ли глюкоза эритмаси), плазма юборилади, қон қўйилади.

Беморларнинг овқатига катта эътибор берилади. Таомлар хилма-хил, тотли қилиб пиширилган ва юқори калорияли бўлиши керак. Сут маҳсулотлари (кефир, қаймоқ, сут, творог), енгил ҳазм бўладиган гўшт (товуқ гўшти, бузоқ гўшти), турли-туман сабзавотлар ва мевалар тавсия қилинади.

Контрактуралар пайдо бўлиши эҳтимолини ҳисобга олиб, оёқ-қўлларга функционал қулай вазият яратишга тўғри келади, беморлар бунинг қатор ҳолларда қийинлик билан кўтариладилар. Медицина ҳамширасининг вазифаси бундай тадбирнинг нима сабабдан қўлланилаётганини ва врач кўрсатмаси бажарилмай қолган тақдирда қандай кўнгилсиз оқибатлар юз бериши мумкинлигини беморларга сабр-тоқат билан тушунтиришдан иборат.

Электрдан шикастланган беморларда биринчи сутка мобайнида нафас ва юрак иши тўхтаб қолиши мумкин. Шунга кўра реанимацион палатада керакли дори-дармонлар ва реанимацион тадбирларда ишлатиладиган аппаратура бўлиши шарт. Упка шиши ва калла суяги ичи босими ошишини профилактика қилиш мақсадида вақт-вақтида қон олиш, орқа миани пункция қилиш, юрак ва томирлар дорилари, глюкоза, узоқ вақтгача кислород терапияси буюриш зарур.

Совуқ олишида парвариш қилишнинг асосий вазифаси ҳам шикастланган зонага инфекция тушишининг олдини олиш ҳисобланади. Бунга асептикага қаттиқ амал қилиш, пуфаклар ва некротик тўқималар олиб ташлангандан сўнг ҳосил бўладиган

жароҳатларга инфекция тушишига йўл қўймаслик ёрдамида эришилади. Қайта боғлаш, терини парвариш қилиш ва умумий парваришлаш куйган беморлардаги каби ўтказилади. Совуқ олишининг қайси даражасида бўлмасин организмга қоқшол ва газли гангрена таёқчаларининг тушиш хавфи туғилади. Баданини совуқ олган беморларнинг ҳаммасига қоқшолга қарши, кўп инфлоланганда эса гангренага қарши зардоб юбориш зарур. Совуқ олиши билан зарарланган беморларнинг иштаҳаси бўлмаслигини назарда тутиш зарур. Шунинг учун овқат юқори калорияли, хилма-хил ва витаминларга бой бўлиши керак. Совуқ олган зона йиринглаганда йирингни кўпроқ чиқариш ва жароҳатни тозалаш учун калий перманганатнинг кучсиз эритмаси солинган илиқ ванналар қилинади. Боғламларни 10% ли натрий хлорид эритмаси ёки Вишневский мази билан қўйилади. Ампутациядан кейин даво гимнастикаси олиб бориш ва беморга қўлтиқтаёқ ёки протездан фойдаланишни ўргатиш лозим.

## ХІ БОБ

### ХИРУРГИК ИНФЕКЦИЯ

Хирургик инфекция деганда даволаш асосан хирургик методлар билан олиб бориладиган яллиғланиш касалликларни тушунилади. Носпецифик (чипқон, карбункул, флегмона ва бошқалар) ва специфик (суяк туберкулёзи ва бошқалар) қўзғатувчилар келтириб чиқарган касалликлар ана шулар жумласига киради.

Клиник ўтишига кўра хирургик инфекция: ўткир (йирингли, анаэроб, специфик) ва хроник (специфик, носпецифик) инфекцияга бўлинади. У қуйидаги соҳаларда: 1) терида ва тери ости клетчаткасида; 2) кўкрак деворида; 3) плевра бўшлиғида; 4) қорин пардасида, қорин бўшлиғи органларида ва бошқаларда жойланиши мумкин.

Йирингли инфекцияни йиринглатувчи кокклар ва стрептококк, стафилококк, кўк йиринглатувчи таёқча ва бошқалар юзага келтиради. Бактериялар тўқималарга тушиб, қулай шароит вужудга келганда тез кўпаяди. Улар кўпайиб ва тўқималараро ёриқлар бўйича тарқалиб бориб, заҳарли моддалар — токсинлар ишлаб чиқаради. Токсинлар теваракдаги тўқималарга тўғридан-тўғри ҳамда марказий нерв системаси орқали рефлектор тарзда таъсир қилади. Организмнинг патоген микроорганизмлар тушишига жавоб реакцияси биринчи навбатда маҳаллий яллиғланиш ривожланишида намоён бўлади.

Яллиғланишнинг биологик моҳиятини И. И. Мечников очган. У яллиғланиш ўчоғи зонасида микробларнинг лейкоцитлар (фагоцитоз) ва бириктирувчи тўқима хужайралари (тўқима фагоцитози) томонидан ҳазм қилинишини тасвирлади. Яллиғланиш процессини ўрганишдан шу нарса маълум бўлдики, унда тўқималарнинг бузилиши, томирларнинг ўзгариши ва тўқима элементларининг кўпайиши рўй беради.

Тўқималар бутунлигининг бузилиши (некрозга учраши, айнаши) уларга аввало яллиғланишни келтириб чиқарган агентлар таъсирида содир бўлади. Шунинг билан бирга томирлар ўзгариб, улар дастлаб тораяди, кейин эса тез кенгаяди. Клиник жиҳатдан бу яллиғланиш зонасида маҳаллий гиперемия (қизариш) билан намоён бўлади. Кенгайган, деворининг зичлиги камайган томирлардан атрофдаги тўқималарга қоннинг суяқ

қисми, лейкоцитлар чиқади, маҳаллий тўқималарнинг ҳужайралари кўпая бошлайди (пролиферация), бу эса шиш-яллиғли инфилтрат ҳосил бўлишига олиб келади. Бу зонадан ўтадиган нерв тутамлари яллиғли ўзгаришлар ҳисобига босилади ва таъсирланади, бу — оғриқ реакциясига сабаб бўлади. Қон тўлиқлигининг маҳаллий ошиши ва тўқималарнинг парчаланishi натижасида рўй берадиган биохимиявий процесслар температуранинг маҳаллий кўтарилишига олиб келади. Тўқималар шишуви ва оғриқ гавданинг шу қисми функциясини бузади.

Кейинчалик қон айланишининг маҳаллий бузилиши яллиғланиш процессининг авж олиши ҳисобига ошиб боради. Майда артериялар ва веналар тромбози ривожланади. Бактериал токсинлар таъсири кучаяди, натижада тўқималарнинг нобуд бўлиши ва айниши (некроз) янада кўпаяди; бунда нобуд бўлган тўқималарнинг бир қисми эрийди. Тўқималарнинг эриши нобуд бўлган лейкоцитлардан кўп миқдорда оқсил таначаларини эрта оладиган ферментлар (протеолитик ферментлар) нинг озод бўлиши ҳисобига юз беради. Шундай қилиб, лейкоцитлардан, тўқималарнинг парчаланishi маҳсулотларидан ва томирларнинг суюқлиғидан йиринг ҳосил бўлиб, у ташқарига чиқа олмаганда атрофдаги тўқималарга тарқалиб, уларни ҳалок қилади.

Тўқималарнинг ҳалок бўлиш процесси билан бир вақтда яллиғланиш зонасини ўраб турган грануляцион тўсиқни ҳосил қиладиган янги ҳужайраларнинг пайдо бўлиши қайд қилинади. Бириктирувчи тўқима ҳужайраларининг кўпайishi грануляцион тўсиқ ҳосил бўлишининг асосини ташкил этади. Яллиғланиш ўчоғида йиринг тўпланганда унинг бириктирувчи тўқима пардаси билан чегараланиши (инкапсуляцияси) рўй бериши мумкин.

Яллиғланишда кузатиладиган ўзгаришларни тўқималарнинг фақат маҳаллий реакцияси деб ҳисоблаб бўлмайди. Беморларда бир бутун организмнинг яллиғланиш процессига кўрсатадиган реакциясининг натижаси ўлароқ қатор умумий ҳодисалар кузатилади.

Яллиғланиш процесси бўлганда марказий нерв системасида функционал ўзгаришлар (уйқусизлик, лоҳаслик, бош оғриғи, таъсирланувчанлик ва ҳоказолар) рўй беради. Бундан ташқари, бошқа органлар, чунончи ичаклар функцияси бузилади: иштаҳа йўқолади, тил караш боғлайди, қуруқ бўлиб қолади, диспептик ҳодисалар қайд қилинади. Яллиғланиш учун температура эгри чизиги ҳам характерлидир. Кечқурунлари температура кўтарилиб, эрталаблари пасаяди. Тўқималарда йирингли суюқлик тугилиб қолганда, одатда, температура кескин кўтарилади.

Температура кўрсаткичлари билан процесснинг кечиши ўртасидаги номувофиқлик (оғир йирингли инфекцияда температуранинг паст бўлиши) ёмон прогностик белги ҳисобланади, чунки бу организм ҳолатининг ареактивлигидан далолат беради.

Пульснинг тезлашиши одатда температуранинг кўтарилишига параллелдир. Температура нечоғли юқори бўлса, томир ҳам шунчалик тез уради. Ареактив ҳолатда температура реакцияси билан пульс ўртасида тескари боғланиш кузатилади: температура пасайганда пульс тезлашади.

Яллиғланиш процесси лейкоцитлар миқдорининг аксарият 10000—20000 гача ва бундан ҳам ошиши билан ўтади. Шу билан бир вақтда ҳар хил турдаги лейкоцитларнинг ўзаро нисбати ўзгаради: лимфоцитлар миқдори камаяди (лимфопения) ва нейтрофиллар миқдори кўпаяди (нейтрофилез). Яллиғланиш процесси узоқ вақтга чўзилганда эритроцитларнинг чўкиш тезлиги 50 мм симоб устунигача етади ва бундан ҳам ошади. Узоқ давом этадиган яллиғланиш процесси ички органларнинг амилондли айнишига олиб келиши мумкин. Организмнинг ҳимоя кучлари ҳолатига, касаллик қўзғатувчисининг вирулентлигига ва марказий нерв системасининг ҳолатига кўра яллиғланиш турли даражада намоён бўлиб кечиши мумкин: нормергик (ўрта даражадаги яллиғланиш), гиперергик (жадал кечадиган процесс) ва гипоергик ёки анергик яллиғланиш (маҳаллий ва умумий белгилари сусайган процесс).

### МАҲАЛЛИЙ ЯИРИНГЛИ ХИРУРГИК ИНФЕКЦИЯ

**Чипқон (фурункул).** Соч халтачаси ва ёғ безининг теварадаги клетчаткага ўтадиган йирингли яллиғланишидир. Шахсий гигиена қондаларига риоя қилмаслик ва қашиниш чипқон пайдо бўлишига имкон беради. Хроник касалликлар, айниқса, диабет, анемия, инфекциян касалликлар, беморнинг ҳолсизланиши, нерв-психик толиқиш мойил қиладиган шаронтлардан ҳисобланади. Чипқоннинг қўзғатувчиси стафилококкдир.

**Клиник манзараси.** Чипқон теридан салгина кўтарилиб, терининг қизғиш рангли оғриқли зичлашуви (инфильтрат) дан бошланади. Бўртмача учида қорамтир ёки сарғиш нуқта бўлади. Кейинроқ нуқтанинг ўрнида оқ рангли некроз қисми — чипқоннинг ўзаги («ўлиги») ҳосил бўлади. Чипқон ўзаги кўчиб тушгандан сўнг грануляцион тўқима билан тўлган бўшлиқ ҳосил бўлади. Чипқон чиққанда организмнинг умумий реакцияси ўртача юзага чиқади.

**Давоси.** Чипқон чиққанда тинч шаронт яратиш зарур. Яллиғланиш реакцияси рўй-рост билинган якка чипқонда Вишневский усулида қисқа новокаин блокадаси қўлланилади. Яллиғланиш ўчоғи остига 5—10 мл 0,25—0,5% ли новокаин эритмасида суюлтирилган 200 000—300 000 ТБ пенициллин юборилади. Пролонгацияловчи таъсири бўлган мунтазам новокаин блокадаси (Муратов усули) бундан таъсирчанроқдир. Яллиғланиш зонаси остига 5—10 мл 2% ли новокаин эритмаси юборилади. Игнани чиқармай

туриб, 5—10 минут ўтгач 5 мл 0,5% ли новокаин эритмасида суюлтирилган 200 000—300 000 ТБ пенициллин юборилади.

Даволаш процессида яллиғланиш зонаси атрофидаги терини парвариш қилишнинг катта аҳамияти бор. Терини бензин, спирт ёки калий перманганат эритмаси билан артилади. Терини мацерация қилиш ва инфекцияни тарқатиш хавфи борлигидан компресслар қилмаган маъқул. Физиотерапевтик процедура-лар: ультрабинафша нурлар билан нурлантириш, УВЧ-терапия ва бошқалар яхши натижа беради. Юздан бошқа соҳаларда жойлашган чипқонларни кесиб, ўзаги ва йиринги чиқарилади.

**Фурункулёз.** Гавданнинг турли жойларида чипқонлар пайдо бўлиши фурункулёз дейилади. Фурункулёз, одатда, ҳолдан тойган ва заифлашган беморларда, айниқса диабет оқибатида пайдо бўлади.

**Давоси.** Маҳаллий даволашдан ташқари, организмнинг умумий ҳолатини яхшилашга қаратилган умумий тадбирлар кўриш ҳам зарур.

**Карбункул.** Соч халтачалари ва ёғ безларининг атрофидаги тўқималарни каттагина соҳада битта яллиғланиш инфильтратига тортган йирингли-некротик яллиғланиши тушунилади. Тўқималарнинг катта қисмлари некрозга учрайди: Карбункуллар аксари кексаларда ёки озиб кетган, шахсий гигиена қондаларига рноя қилмайдиган кишиларда кузатилади. Аксарият карбункул бўйиннинг орқа юзасида, елкада, думбада, сонда бўлади.

**Клиник манзараси.** Қасаллик битта йирингли ярадан бошланиб, аста-секин ён-веридаги соч халтачаларини ва ёғ безларини эгаллайди. Қасаллик авж олган даврда цианотик тусли қизғиш-кўкимтир ва кўп йирингли нуқталари бўлган чегараланган яллиғли тузилма (ўсма) пайдо бўлади. Процесс қаттиқ оғриқ, юқори температура, умумий лоҳаслик билан ўтади.

Юз ва бўйиндаги чипқон ҳамда карбункуллар айниқса хавфли. Йирингли процесс юз ва бўйинда жойлашганда веноз системаси бўйлаб мияга ва унинг пардаларига тарқалиши мумкин, бу кўп ҳолларда ўлимга дучор қилади.

**Давоси** комплекс олиб борилади. Умумий антибиотикотерапия ўтказилади: суткасига 4—6 марта 250 000 ТБ дан пенициллин ва суткасига 2 марта 250 000 ТБ дан стрептомицин му-кул орасига юборилади. Пролонгацияловчи таъсир кўрсатиш мақсадида антибиотикларни Муратов усулида мунтазам юбориш яхши наф беради. Бунинг учун елка ёки соннинг тери ости клетчаткасига 10 мл 2% ли новокаин эритмаси юборилади. Игнага стерил шарчани капюшон кўрнинишида ёпилади. 10 минут ўтгач, худди шу игна орқали 5 мл 0,25—0,5% ли новокаин эритмасида суюлтирилган пенициллин ва стрептомициндан 500 000 ТБ дан юборилади. Антибиотиклар суткасига бир марта инъекция қилинади. Бу методика бошқа яллиғланиш касалликларини даволашда ҳам қўл-

ланилиши мумкин. Витаминлар, парҳез овқатлар ва маҳаллий даво буюрилади. Маҳаллий даволашда қисқа ёки мунтазам новокаин блокадаси қўлланилади. Кўрсатиб ўтилган тадбирлар яхши наф бермаганда операцион даво қилинади — яллиғли инфилтратни крестсимон кесилади ва некрозга учраган тўқималар соғлом тўқималар чегарасигача батамом кесиб олиб ташланади. Ҳосил бўлган бўшлиқни Вишневский мази, синтомицин ёки стрептомицин эмульсиясини тампонлар билан тўлдирилади. Протеолитик ферментлар ва гипертоник эритмалар яхши тозаловчи таъсир кўрсатади. Юздаги чипқонлар ва карбункулларни даволашда массив антибактериал терапия ва маҳаллий новокаин блокадаси яхши наф беради. Йирингни ситиш қатъиян ман қилинади.

**Гидраденит.** Тер безлари, айниқса қўлтиқдаги тер безларининг ўткир йирингли яллиғланишидир (халқ тилида «ит эмчаги» дейилади).

**Клиник манзараси.** Қўлтиқда кўкимтир-қизғиш рангли, юзаси силлиқ, кичкина, зич яллиғланиш инфилтрати пайдо бўлади. Кейинчалик унинг ёнидан шундай тузилмалардан яна бир нечтаси чиқади. Улар бир-бирига қўшилиб, битта яллиғланиш инфилтрати ҳосил қилиши мумкин. Инфилтратнинг бир неча жойи юмшаб, улардан оз-моз йирингли суюқлиқ чиқиши мумкин. Қасаллик узоқ давом этади, тез-тез қўзиб туради.

**Давоси.** Умуман қувватга киритадиган терапия, қисқа ёки мунтазам новокаин блокадаси. Абсцесс ҳосил бўлганда бу участкалар кесилиб, кейин физиотерапия қилинади (ультраби-нафша нурлар билан нурлантириш, соллюкс, УВЧ-терапия).

**Абсцесс.** Пиоген парда билан чегараланган йирингли бўшлиқ, гавданинг ҳар қандай қисмида жойлашиши мумкин. Абсцесслар тўқималар ва органларга стафилококк ёки стрептококк тушиши натижасида пайдо бўлади, уни бошқа қўзғатувчиларнинг келтириб чиқариши бирмунча кам кузатилади. Тер ва шиллиқ пардаларнинг яраланишлари, ёт жисмлар (зирапча, ўқ ва ҳоказолар), заифлашган беморларда дори моддалари инъекция қилинган жойлар инфекция кирадиган дарвоза ҳисобланади. Инфекция гавданинг бир жойидан иккинчи жойига лимфоген (лимфа томирларидан) ёки гематоген йўл билан (қон томирлардан) ўтганда аксарият метастатик абсцесслар кузатилади. Абсцесс юза жойлашганда яллиғли инфилтрат фонида у эригандан сўнг билқиллаш (флюктуация) ўчоғи ҳосил бўлади. Кўпинча абсцесслар терини эритади, йирингли суюқлиқ ташқарига чиқади ва ўз-ўзидан тузалиши мумкин. Ички органлар (жигар, талоқ, мия ва ҳоказолар) да жойлашган абсцессларда умумий йирингли инфекциянинг клиник манзараси биринчи ўринда туради (юқори температура, эт увишиши, ғарақ-ғарақ терлаш, лейкоцитоз).

**Давоси.** Яллиғланишнинг бошланғич даврларида антибиотиклар ва сульфаниламидлар қўлланилади. Йирингли суюқ-

лиқ ҳосил бўлганда кесилади, кейин йирингли жароҳатларни даволаш принципига биноан даво қилинади.

**Флегмона.** Қўшувчи тўқима бўшлиқлари: тери ости, мускуллараро, қорин пардаси орқаси ва бошқа клетчатканинг ўткир сидирға йирингли яллиғланиши. Абсцесдан фарқли равишда бу касалликда йирингли бўшлиқ пиоген пардасиз ва тарқалишга мойил бўлади. Флегмоналарни абсцесларни келтириб чиқарадиган омиллар пайдо қилади. Стафилококк ва стрептококкдан ташқари, яллиғланиш процессини ичак таёқчаси, кўк йирингллатувчи таёқча, гонококклар ва бошқалар келтириб чиқариши мумкин. Йирингланишнинг тарқалиши микроорганизмларнинг вирулентлигига, организм ҳимоя кучларининг бирмунча пасайганлигига ва жойлашган соҳасининг анатомик хусусиятларига боғлиқ.

**Клиник манзари** инфекциянинг турига, яллиғланиш процессининг чуқурлигига ва қаерга жойлашганлигига, шунингдек организмнинг инфекцияга бўлган реакциясига боғлиқ. Юқори температура, эт увишиши, иштаҳа йўқолиши, бош оғриғи кузатилади. Флегмона юза жойлашганда шу жой сидирға шишади, тери аниқ чегараларсиз қизаради, безиллаб оғрийди ва температура маҳаллий кўтарилади. Кейинчалик инфилтрат юмшайди ва билқиллаш қайд қилинади. Процесс тўқималар бўйлаб тез тарқалади.

**Даво си.** Касалликнинг биринчи босқичида (яллиғли инфилтрат) маҳаллий новокаин блокадалари қўлланилади. Тўқималарнинг йирингли иришида йирингли бўшлиқни етарлича катталиқда кесиб очилади, шундагина йирингнинг равон чиқишига шароит бўлади. Жароҳат чўнтаклари очилади, бўшлиқлар йирингли суюқликдан тозаланади. Зарурат бўлганда, йирингнинг яхши оқиб чиқиши учун қўшимча кесмалар (контрапертурлар) қилинади. Кейинги даволаш йирингли жароҳатларга даво қилиш принципига биноан олиб борилади.

**Сарамасли яллиғланиш.** Бу касаллик деганда тери ёки шиллиқ пардалар ва лимфа йўллариининг стрептококк вужудга келтирган ўткир яллиғланиши тушунилади.

Терининг тирналиши, чақаланиши, жароҳатлар инфекция кирадиган дарвоза ҳисобланади. Беморнинг ҳолати сарамасли яллиғланишнинг пайдо бўлишида асосий роль ўйнайди. Сарамасли бошидан кечирган кишиларда иммунитет ишланмайди, аксинча, қайта касалланишга мойиллик бўлади. Сарамасли процесси кўпроқ юз, бош, болдир терисини, камроқ бадан терисини шикастлайди. Инкубацион даври (микроб юққан даврдан клиник манзара пайдо бўлгунгача ўтган давр) 2—7 суткага барабар.

**Клиник манзари.** Касаллик эт увишиши ва температуранинг 40—41°C гача кўтарилишидан ўткир бошланади. Шу вақтнинг ўзида тери қизаради ва бир оз бўртади. Тери таранг, безиллаб туради, пайпаслаб кўрилганда қўлга қайноқ уннайди ва кескин чегара билан ажралиб турадиган қип-қизил тусга кира-



ди, унинг чеккаларида терининг милк шаклида бўртиши кузатилади. Қатор ҳолларда қизиллик қуёшдаги протуберанцани эслатадиган ўткир дўмбоқчалар шаклини олади (III-расм). Баён қилинган манзара эритематоз форма деган ном олган. Баъзан тўқималарнинг қизарган қисмида пуфакчалар (буллёз форма) ва тери некрози (некротик форма) пайдо бўлади.

Сарамаснинг адашган ёки югурдак деб номланган формаси оғир ўтади, бунда процесс гавданнинг бир қисмидан иккинчи қисмига ўтиб кетади.

Сарамасли яллиғланишга зотилжам, флегмона, абсцесслар, сепсис қўшилиши мумкин. Сарамасли яллиғланишнинг бир одамдан иккинчисига ўтиши мумкинлигини унутмаслик, шунга кўра сарамасли яллиғланишга учраган бемор бошқалардан ажратиб қўйилиши лозим.

Давоси. Сарамасли яллиғланишга учраган жой ультрабинафша нурлар билан субэритем дозада нурлантирилади, унга йод эритмаси ва камфора мойи суртилади. Яллиғланган жойга стрептоцидли ёки синтомицилли эмульсия қўлланилади. Умумий даво мақсадида антибиотиклар ва сульфаниламидлар ишлатилади.

55.29  
1с.  
Лимфангит. Лимфа томирларининг яллиғланиши. Лимфангит бошқа яллиғланиш процесси (карбункул, флегмона ва ҳоказолар) оқибати ҳисобланади. Ўткир лимфангит, майда томир (ретикуляр) ва йирик томир (трабекуляр) лимфангитига, шунингдек юза ва чуқур лимфангитга бўлинади. Майда томир лимфангитида майда лимфа капиллярлари, йирик томир лимфангитида йирик лимфа томирлари шикастланади. Юза лимфангитда процесс терида жойлашган лимфа системасини, чуқур лимфангитда ичкарида жойлашган тўқималарни эгаллайди.

Клиник манзараси. Тўр-тўр лимфангитда яллиғланиш зонаси теварагида терининг аниқ чегараларсиз, соғлом қисмларга ўтадиган катта қизариш ўчоғи пайдо бўлади. Ствол лимфангитида шикастланишнинг бирламчи ўчоғидан марказга, регионар лимфа тугунларига борадиган йўл-йўл қизарган участкалар аниқ кўринади. Бу участкаларда тўқималар зичлашган ва безиллайдиган бўлади. Чуқур лимфангит, одатда, юмшоқ тўқималарнинг бўртиб чиқиши билан ўтади. Температуранинг кўтарилиши, эт увишиши, бош оғриши, лейкоцитоз кузатилади.

Давоси. Лимфангитга олиб келадиган асосий яллиғланиш ўчоғини тугатиш, осойишта шаронт яратиш, касалланган оёқ ёки қўлни шина ёки гипс боғлам билан имобилизация қилиш, яллиғланиш соҳасига Вишневский мази суртилган боғлам қўйиш, антибиотиклар ва сульфаниламидлар билан даво қилиш зарур.

95.29  
Лимфаденит. Лимфа тугунларининг яллиғланиши. Бу — тугунларга бирламчи яллиғланиш ўчоғидан (фурункул, карбун-

кул, абсцесс, флегмона ва ҳоказо) микроорганизмлар ҳамда уларнинг токсинлари тушиши натижасида пайдо бўлади.

**Клиник манзараси** лимфа тугунининг катталашishi ва уни пайпаслаб кўрилганда безиллаши билан ифодаланади. Рўй-рост кўринган яллиғланиш процесси лимфа тугунидан те-варакдаги клетчаткага ўтади. Қатор ҳолларда лимфа тугуни йиринглаб ирийди ва шу жойда билқиллаш (йирингли суюлиш) пайдо бўлади. Баъзан лимфаденит бирламчи ўчоқда яллиғла-ниш процесси йўқолиб бораётганда ҳосил бўлиб қолади.

**Давоси.** Бирламчи яллиғланиш ўчоғини тугатиш керак. Лимфаденитнинг бошланғич формасида иссиқ қилинади, осо-йишта шароит яратилади. Антибиотиклар ва сульфаниламид-лар буюрилади. Йирингли ириш бошланганда, йирингли бўш-лиқ кесилади.

**Флебит ва тромбофлебит.** Флебит деганда венанинг яллиғ-ланиш процесси тушунилади, процесс венанинг ташқи девори-дан ҳам, ички деворидан ҳам бошланиши мумкин. Флебитга вена атрофидаги тўқималарнинг яллиғланиши, шунингдек венага таъсирлантирадиган моддалар (гипертоник эритмалар, антибио-тиклар ва ҳоказолар) юбориш сабаб бўлади. Венанинг ял-лиғланиш фониди унинг бўшлиғида қон ивийди (тромб), бу — тромбофлебитга олиб келади. Флебитлар ва тромбофлебитлар қайси вена шикастланганига кўра юза ва чуқур бўлиши мум-кин. Улар тўқималарнинг йирингланиши билан ўтиши мумкин.

**Клиник манзараси.** Юза веналар яллиғланганда уларнинг устидаги тери қизаради, юмшоқ тўқималар инфиль-трацияга учрайди, маҳаллий оғриқ реакцияси кўрилади. Тром-бофлебитда томирнинг айрим қисмлари зичлашган бўлади. Чу-қур веналар шикастланганда беморнинг оёғи шишади. Маҳал-лий клиник аломатлар билан бирга температуранинг юқорили-ги, эт увишиши, лейкоцитоз, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши қайд қилинади.

**Давоси.** Уринда қимирламай ётиш зарур. Оёқларини баланд қилиб қўйилади. Антибиотиклар, антикоагулянтлар (ге-парин, неодикумарин, пелентан ва бошқалар) буюриб, ҳар кун и протромбин индексини албатта назорат қилиб турилади. Оёққа Вишневский мазн суртилган компресс ёки гепарин мазн суртил-ган боғлам қўйилади.

Қасалликнинг ўткир даврида массаж қилиш ярамайди, чунки тромб узилиб кетиб, ўпка томирларига тиқилиб қолиши мумкин.

**Бурсит.** Бурсит деганда синовиал бўғим яқинидаги халтача-лар (тирсак, препателляр, елка ва ҳоказо) нинг яллиғланиши тушунилади. Кўзғатувчиси турли-туман флора бўлиши мум-кин. Уткир бурсит тери эксфолиациясида, карбункул, чипқон кабиларда инфекция метастатик ўтганда пайдо бўлиши мум-кин. Хроник бурсит аксарият хроник, кўпинча касбга доир ши-кастларда юзага чиқади. Бурсит ангина, грипп ва бошқаларга

қўшилиб келиши ҳам мумкин. Аввалига шиллиқ халтада фибрин миқдори кўп бўлган сероз суюқлиқ ҳосил бўлади; кейин фибрин чўкмага чўкиб, бўлакчалар — «гуруч таналар» ҳосил қилиб, процесс йирингли формага ўтади.

Клиник манзараси касалликнинг формасига боғлиқ. Уткир формасида бурса соҳасида тўқималар қизариб, бўртиб чиқади, халтадаги суюқлиқ билқиллаб туради. Хроник бурсит ўзгарган ҳолда ўтади; касаллик вақти-вақтида зўрайиб, халтадаги суюқлиқ миқдори кўпаяди. Баъзан тери орқали пайпасланганда зич ҳаракатчан «гуруч таналари» қўлга уннайди. Йирингли яллиғланиш қўшилганда ўткир йирингли процесснинг клиник манзараси вужудга келади.

Давоси. Йирингланмайдиган ўткир бурситда осойишта шаронг, умумий антибиотикотерапия, мазли боғламлар қўлланилади. Йиринглаш ҳолларида бурса пункция қилинади ёки уни кесиб, ичидан йирингли суюқлиғи чиқариб юборилади, сўнгра оддий йирингли жароҳат каби даволанади. Хроник бурситларда пункция қилиб, йирингли суюқлиқ тортиб олинади ва антибиотикларнинг концентранган эритмалари юборилади. Баъзан шиллиқ халтани пучайтириш (облитерация) мақсадида склерозлайдиган моддалар (спирт, йод эритмаси) қўлланилади. Экссудатнинг сўрилишини тезлатиш учун қуруқ иссиқлик, УВЧ-терапия буюрилади. Касаллик тез қайталаниб турса, операция даво қилинади — шиллиқ халтаси олиб ташланади.

Артрит. Бўғимнинг яллиғланиши шу термин билан ифодланади. Сабабчиси кўпинча стрептококклар ва стафилококклар, камроқ пневмококклар ва гонококклар ҳисобланади. Артрит специфик инфекция (гонококк, нч терлама, туберкулёз ва бошқалар) дан келиб чиқиши ҳам мумкин. Тирналган жой инфекция кирадиган дарвоза ҳисобланади; жароҳатлар — инфекция ўтадиган бевосита йўлдир. Бошқа йўллари ҳам бор: лимфоген йўл — яқинда жойлашган яллиғланиш процессларидаги (лимфаденит, остеомиелит, абсцесс ва бошқалар) лимфа йўлларидан ва гематоген йўл — қон томирлар орқали (сепсис, тромбофлебит ва бошқалар) ўтади.

Процесснинг ривожланиш босқичи ва касалликнинг сабабчисига қараб артритнинг қуйидаги формалари фарқ қилинади: сероз, йирингли, йирингли-геморрагик ва ирийдиган артритдир. Йирингли процессда синовиал парда ириши ва процесс тева-рак-атрофдаги тўқималарга ўтиши мумкин.

Клиник манзараси касалликнинг формаси ва босқичига боғлиқ. Сероз-фибриноз артритда бўғим контурлари силлиқлашади, маҳаллий температура бир оз кўтарилади, шу жой безиллаб туради ва бўғимдаги ҳаракатлар чекланади, оёқ мажбурий вазиятни эгаллайди.

Йирингли артритда, айниқса процесс атрофдаги тўқималарга ўтганда бўғим соҳаси кескин бўртади, гиперемияланади, қаттиқ оғриқ бўлади, бўғимдаги ҳаракатлар деярли батамом йўқола-

ди. Умумий ҳодисалар: юқори температура, эт увишиши, лейкоцитоз, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши рўй-рост кўринади. Бойлам аппарати шикастланганда патологик ҳаракатчанлик пайдо бўлади.

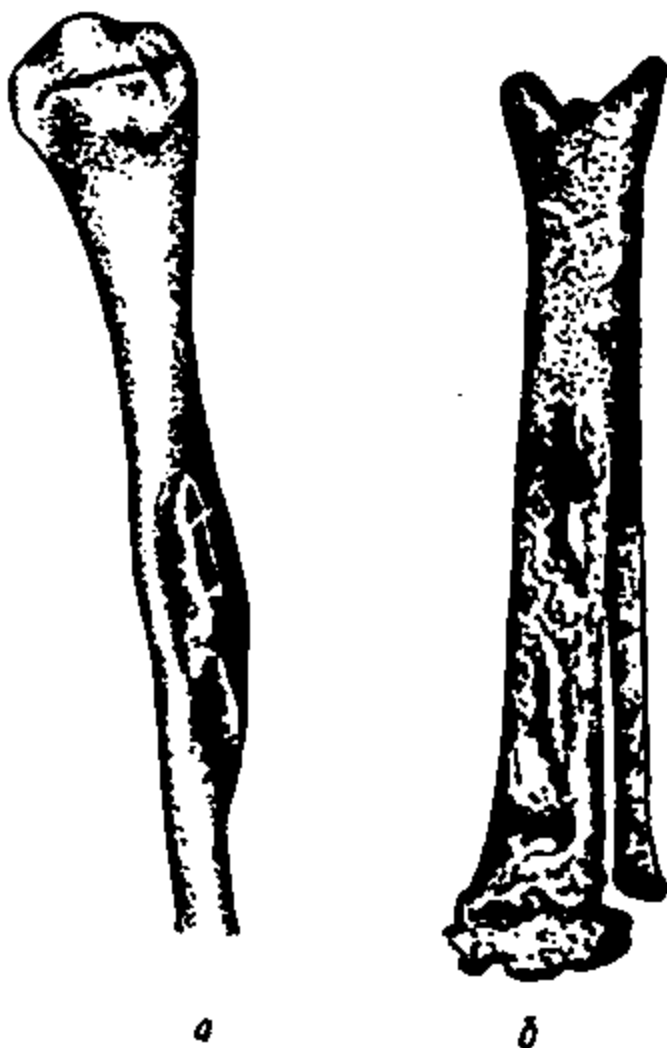
**Д а в о с и.** Сероз артритларда (уларни синовиитлар ҳам дейлади) бўғим пункция қилинади ва ундан сероз суюқлик тортиб олиниб, кейин антибиотиклар юборилади. Йирингли артритларда, бўғим пункцияси ижобий натижа бермаганда, артромия қилинади—бўғим очилиб, йирингли суюқлиги чиқарилади ва дренаж қилинади. Сероз артритларда ҳам, йирингли артритларда ҳам оёқ иммобилизация қилиб қўйилади. Уткир ҳодисалар босилгандан сўнг бўғимдаги

ҳаракатларни тиклаш учун даво физкультураси буюрилади. Тоғай қоплами ва бойлам аппарати шикастланиши билан ўтадиган йирингли артритда бўғимда тўлиқ ҳаракатсизликни (анкилоз) яратиш мақсадида узоқ вақтга иммобилизация қилинади.

**Остеомиелит.** Кўмик ва суякнинг яллиғланиши. Қўзғатувчилари: стафилококк, стрептококк ва бошқа микроорганизмлардир. Инфекция кўмикка бирор яллиғланиш ўчоғидан гематоген йўл билан (гематоген ёки бирламчи остеомиелит) ёки яраланишда бевосита йирингли жароҳат зонасидан (травматик ёки иккиламчи остеомиелит) ўтиши мумкин.

Гематоген остеомиелит катта болдир суяги, болдир суягининг пастки учдан бир қисми ва елка суягида кўпроқ учрайди.

Кўмик каналига тушадиган инфекция кўмикни ўткир яллиғлантиради, кейин у йиринглаб ирийди. Кўмик каналидаги йиринг Гаверс каналларидан суяк орқали ўтиб, суяк усти пардаси остида тўпланади. Айни вақтда суяк моддаси зарарланади, суяк томирларига тромб тикилади, бу суяк тўқимасининг некрозига сабаб бўлади. Суякнинг йирингли-некротик қисми соғлом қисмидан грануляцион тўсиқ билан чегараланади, бу — ўлик тўқима участкаси (секвестр) ва секвестрни ўраб турган



112-р а с м. Хроник остеомиелит.

а — рентгенограмма; б — калсула билан ўраган суяк секвестри.

бўшлиқ (секвестр қутиси) ҳосил бўлишига олиб келади. Суяк усти пардаси зарарланган тақдирда йирингли суюқлиқ атрофдаги тўқималарга тарқалиб, остеомиелит флегмонасини ҳосил қилади. Баъзан йирингли жой ўз-ўзидан ёрилади ва йирингли оқмалар пайдо бўлади.

**Клиник манзараси.** Уткир остеомиелитда процесс интоксикациянинг аниқ юзага чиққан умумий ҳодисалари билан бошланиши мумкин. Бундай интоксикацияда тўқималарнинг маҳаллий бўртиши, гиперемия, температуранинг маҳаллий кўтарилиши, оғриқ, оёқ функциясининг бузилиши вужудга келади. Рентгенологик ўзгаришлар ўрта ҳисобда 10 кун ўтгач қайд қилинади ва қалин тортган суяк усти пардасининг кўчиши билан характерланади. Хроник остеомиелит ўткир остеомиелитнинг оқибати сифатида вужудга келади. У яллиғланиш процессининг вақти-вақтида кўзиб туришида намоён бўлади. Бу — температуранинг кўтарилиши, йирингланиш ўчоғида оғриқнинг яна давом қилиши, тўқималарнинг бўртиши, терининг қизариши, оқмалар ҳосил бўлиб, улардан йиринг ва секвестрлар чиқиб туриши билан ўтади. Рентгенологик текширувда суякнинг деструкцияга учраганлиги, секвестрал қути, секвестрлар борлиги, суякнинг қалинлашганлиги ва шаклининг ўзгарганлиги аниқланади (112-расм). Уткир остеомиелитдан кейин ривожланадиган хроник остеомиелит иккиламчи хроник остеомиелит деб юритилади. Бундан ташқари, яллиғланиш процессининг кечиши энг бошидан хроник тус оладиган бирламчи хроник остеомиелит кузатилиши мумкин. Остеомиелитнинг бу турига Бродиабсцесси (бириктирувчи тўқима билан қопланган, одатда, суякларнинг эпифиз қисмида жойлашган чегараланган бўшлиқ), Олленингальбуминоз остеомиелити (йирингга ўтмайдиган, оқсилга бой экссудат; яллиғланиш процесси суякнинг қобиқ қаватида жойлашиб, сероз суюқлиқ ҳосил қилиш босқичида гўё тўхтаб қолгандай бўлади), Гарреннинг склерозлайдиган остеомиелити (суяк тўқимасининг қалин тортиши ва зичлашиши ҳамда кўмик каналининг тўлиқ облитерацияга учраши ҳисобига суякнинг диафизар қисмда кескин склерози билан ўтади) киритилади.

**Давоси.** Уткир остеомиелитда антибиотиклар (баъзан уларни суякнинг шикастланган соҳасида суяк ичига юборилади), дезинтоксикацион терапия буюрилади. Йирингланиш ҳосил бўлганда уни очилади. Кўмик каналда йиринг бўлганда суяк трепанация қилинади. Хроник остеомиелитда операция қилиб даволанади: секвестрал капсула очилади, секвестр чиқарилади, бўшлиқни грануляциялардан тозаланади. Жароҳатни яхшилаб тикилади, сўнгра секвестрал бўшлиқдаги суюқлиқни чиқариб олиб, ўрнига антибиотиклар юборилади. Баъзан бўшлиқни биологик пломба — оёқчали мускул билан тўлдирилади. Зўрайиш босилгандан сўнг курортда даволаш яхши натижа беради.

## УМУМИЙ ЙИРИНГЛИ ИНФЕКЦИЯ (СЕПСИС)

Сепсис — турли-туман микрофлора ва уларнинг токсинлари кўзгатадиган оғир инфекцион касалликдир. Уни кўзгатувчи микроблар турли хил бўлишига қарамай, процесс муайян клиник манзара билан намоён бўлади. Специфик патологоанатомик ўзгаришлар бўлмайди. Сепсисни организмга бактериялар тушишига жавобан пайдо бўладиган бирламчи сепсис ва бирламчи яллиғланиш процесси (чипқон, карбункул, флегмона, абсцесслар) сабабли ривожланадиган иккиламчи сепсисга бўлиш мумкин. Сепсис турлича муддат — бир неча соатдан (яшин тезлигида ўтадиган формаси) бир неча йилларгача (хроник формаси) давом этади. Клиник жиҳатдан кечишининг оғир-енгиллиги: 1) микробиологик омилга, яъни кўзгатувчисининг турига ва вирулентлигига; 2) инфекциянинг кириш ўчоғи, унинг характери, зарарланган тўқималарнинг ҳажми, ўчоқдаги қон айланишининг ҳолати ва бошқаларга; 3) организмнинг реактивлиги, яъни организм иммунобиологик ҳимоя кучининг ҳолатига боғлиқ. Бинобарин, сепсиснинг ривожланиши ва кечиши организмга кирган микроблар билан бемор организм ўртасидаги ўзаро таъсирнинг ғоятда динамик ва мураккаб процесси натижаси ҳисобланади.

Сепсис формалари ва клиник белгиларининг турли-туманлиги уни классификация қилишда бирмунча қийинчиликлар туғдиради. Сепсиснинг қуйидаги формалари тафовут қилинади:

1. Кўзгатувчиси бўйича: 1) стафилококкли; 2) стрептококкли; 3) пневмококкли; 4) гонококкли; 5) колибацилляр; 6) аралаш форма ва бошқалар.

2. Манбаи бўйича: 1) жароҳат сепсиси; 2) ички органлар касалликларидаги (ангина, зотилжам ва бошқалар) сепсис; 3) операциядан кейинги сепсис; 4) криптоген сепсис (манбаини аниқлаб бўлмапти).

3. Бирламчи ўчоқнинг жойлашиши бўйича: 1) гинекологик; 2) урологик; 3) отоген сепсис ва ҳоказо.

4. Клиник кечиши бўйича: 1) яшин тезлигида ўтадиган; 2) ўткир; 3) ярим ўткир; 4) қайталанувчи; 5) хроник сепсис.

5. Клиник-анатомик жиҳатдан: 1) септицемия — йирингсиз метастазлар бермайдиган сепсис; 2) септикопиемия — йирингли метастазлар берадиган сепсис.

Клиник манзараси. Специфик симптомлари йўқ. Қатор ҳолларда йирингли интоксикация сепсисга яқин клиник манзарани юзага келтириб, диагностика қилишни қийинлаштиради.

Сепсисда энг кўп учрайдиган белгилар қуйидагилар: 1) марказий нерв системаси томонидан юз берадиган бузилишлар: бош оғриғи, салга аччиқланиш, уйқусизлик, асаб системаси шининг пасайиши; 2) организмнинг умумий реакцияси: температуранинг  $40^{\circ}\text{C}$  гача кўтарилиб, эрталаб ва кечқурунлари

анчагина ўзгариб туриши, йирингли метастазларда эт увишиши ва гарақ-гарақ терлаш, вазнининг камайиб кетиши; 3) юрак-томирлар системаси томонидан пульснинг кескин тезлашуви, тўлишувининг камайиши, артериал ва веноз босимнинг пасайиши; 4) қонда анемизациянинг ўсиши, эритроцитлар чўкиш тезлиги ва лейкоцитознинг ошиши, лимфоцитлар йўқлиги ёки оз миқдорда бўлгани ҳолда лейкоцитар формуланинг чапга сурилиши. Қатор ҳолларда қон экилганда бактериемияни (бактериялар борлигини) аниқлаш мумкин; 5) паренхиматоз органлар томонидан сийдикнинг нисбий зичлиги анчагина пасайиши ва унда оқсил ҳамда шаклли элементлар пайдо бўлиши билан бирга буйрақлар функциясининг бузилиши, жигар функциясининг ёмонлашиши, аксарият сариқлик ва гепатит ҳодисалари пайдо бўлиши, талоқнинг катталашиши; 6) меъда-ичак йўллари томонидан иштаҳа йўқлиги, ҳадеганда босилмайдиган септик ич кетар, кўнгил айнаши ва қусиш ҳисобланади.

Септик жароҳат учун: грануляцияларнинг юмшоқлиги, гунгурт-лойқа тусли ва аксарият ириган характердаги суюқлиқнинг жуда кам ажралиши хосдир. Томирлар тромбозлари, лимфангитлар, лимфаденитлар қайд қилинади. Санаб ўтилган ҳамма симптомлар барқарорлиги билан ажралиб туради.

Яшн 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.

Сепсиснинг ярим ўткир формасида симптомлари сепсис учун характерли бўлади, бироқ дастлабки икки формасидаги сингари аниқ бўлмайди. Процесс бир неча ҳафта мобайнида ривожланади.

Хроник сепсис сустрекчади ва клиник аломатлари билинар-билимас бўлиб, бир неча ойга чўзилади.

Қайталанувчи сепсисда зўрайиш давлари ремиссия (сўниш) давлари билан алмашинади.

Метастазли сепсис (септикопиемия) клиникаси турли тўқималар ва органларда кўп сонли йиринг бойлаган жойлар пайдо бўлиши билан характерланиб, симптоматика зўрайган ҳолда ўтади.

Метастазларсиз ўтадиган сепсис (септицемия)нинг клиник манзараси одатда бирмунча оғир ва доимий. Бу формасида ремиссиялар кузатилмади ва симптоматика рўй-рост намоён бўлади.

Давоси комплекс бўлиши ва қўзгатувчига қарши курашга, интоксикацияни камайтиришга, организмнинг чидамини оширишга, моддалар алмашинуви ва ички органлар функциялари, шунингдек қон яратилишини яхшилашга қаратилиши лозим. Беморларга суюқлиқлар (чой, морс, витаминли ичимликлар, сут)ни кўп миқдорда ичириш, тери остига ёки венага фи-

зиологик эритма ва 5% ли глюкоза эритмасидан суткасига 3 л гача қуйиш тавсия қилинади.

Организмнинг чидамини ошириш мақсадида кичик порциялар билан такрор қон қуйилади, плазма ва оқсил препаратлари юборилади. Беморнинг овқати хилма-хил ва сифатли бўлиши керак. Беморларга гўшт экстракти, қайнатма балиқ, тухум, творог берилади. Организмни витаминларга тўйинтириш мақсадида янги сабзавотлар ва мевалар тавсия этилади. Антибиотикларни уларнинг сепсисни келтириб чиқарган микрофлорага сезувчанлигини ҳисобга олган ҳолда тайинланади. Сепсис манбаини аниқлашнинг иложи бўлмаса, таъсир доираси кенг антибиотиклар буюрилади. Симптоматик даво олиб борилади.

Инфекция ўчоғини актив даволаш, жумладан йирингли чўнтаклар ва метастатик ўчоқларни ўз вақтида очиш, ёт жисмларни олиб ташлаш алоҳида аҳамиятга эга.

Беморларни парвариш қилишда психикага салбий таъсир кўрсатадиган омиллар (шовқин, ёқимсиз ҳид, тузалишга ишончсизлик) нинг ҳаммасини бартараф этишнинг аҳамияти ҳам катта. Палатанинг ҳавоси тоза бўлиши керак.

Беморда ётоқ яралар пайдо бўлмаслигини, меъда-ичак йўллари нинг яхши юришиб туришини қунт билан кузатиб бориш зарур.

### АНАЭРОБ ИНФЕКЦИЯ

Анаэроб инфекция кислород (ҳаво) бўлмаганда ривожланадиган микроорганизмлар томонидан қўзғатилади. Анаэроб инфекциянинг газли гангрена ва қоқшол каби формалари кўп учрайди.

**Газли гангрена.** Газли гангрена нинг қўзғатувчилари *B. perfringens*, *B. oedematiens*, *Vibrio septicus* ва *B. histolyticus*. Кўп ҳолларда касалликни шу микробларнинг комбинацияси вужудга келтиради.

Газли гангрена нинг ривожланишида шикастланган ва некротик юмшоқ тўқималарнинг борлиги ҳамда қон айланишининг бузилиши катта аҳамиятга эга. Касаллик кўпинча мускулларга кўп шикаст етган, қаттиқ ифлосланган ва йиртилган-лат еган, кўр жароҳатларда пайдо бўлади. Инкубацион давр 7 кунгача давом этади. Инкубацион давр нечоғли қисқа бўлса, одатда касаллик шу қадар оғир ўтади.

Анаэроб инфекция специфик яллиғланиш реакцияси рўй бермасдан ўтади ва тўқималарнинг ириши, шиш пайдо бўлиши ва тўқималарда микроблар ажратадиган токсинлар таъсирида газ ҳосил бўлиши билан таърифланади.

Патологоанатомик ўзгаришлар ва клиник кечиши бўйича газли гангрена нинг қуйидаги формалари фарқ қилинади: шиш формаси (тўқималарнинг қаттиқ шишиши ва интоксикация ҳодисалари билан ўтади), эмфизематоз формаси (тў-



қималарда газ ҳосил бўлиш ҳодисалари билан ўтади), аралаш формаси (қаттиқ шиш билан бирга кўп миқдорда газлар ҳам ҳосил бўлади), некротик формаси (тўқималар некрози устунлик қилади), флегмоноз формаси (клиник жиҳатдан олдингиларидан осонроқ ўтади), тўқималарни иритадиган формаси (тўқималарнинг анчагина ириши, кучли интоксикация билан ўтади ва айниқса хатарли кечади).

Умумий клиник манзараси марказий нерв системасининг қўзғалиши ёки тормозланиши билан таърифланади. Бемор одатда эс-ҳушини йўқотмайди, ухламайди, температураси 39—40°C гача кўтарилади, томири минутига 120—160 мартагача уради. Юрак фаолияти сусайиб кетади. Артериал босими 80—90 см симоб устунигача пасаяди. Нафас кўпинча юза бўлади. Лейкоцитоз, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши кўрилади, эритроцитлар сони ва гемоглобин камаяди.

Жароҳатда жуда кучли оғриқ пайдо бўлади, юмшоқ тўқималар шишиб кетади. Тери аввалига рангсизланади (тери остидаги веналар яхши кўринади), кейин қўнғир, қип-қизил ва кўк доғлар билан қопланади, тўқималарни пайпаслаганда қўлга совуқ уннайди. Тўқимани бармоқ билан босилганда жароҳатдан газ пуфакчалари ажралиб чиқади. Мускуллар қайнатилган гўштга ўхшайди, сўнгра кўкиш тусга кириб, қорамтир бўлиб қолади. Қлетчатка гунгурт-кул рангга бўялади. Тери пайпасланганда крепитация аниқланади (113-расм).

**Профилактикаси.** Қон таъминоти яхши бўлган тўқималарда анаэроб инфекция камдан-кам ривожланади, шунинг учун боғламлар қўйишда қон айланишини бузмаслик зарур, яхши иммобилизация қилиш керак. Жароҳатни ўз вақтида ва тўғри хирургик тозалаш энг яхши профилактик чора ҳисобланади. Катта, мажақланган ва ифлосланган жароҳатларда гангренага қарши зардобни профилактик дозаларда киритиш зарур.

Гангренага қарши зардобнинг профилактик дозаси 30 000 АЕ ни ташкил қилади (антиперфрингенс, антиэдематиненс ва антисептикум зардоблардан 10 000 АЕ дан). Дастлаб 1:100 нисбатда суюлтирилган зардобга сезувчанликни аниқлаш учун тери ичи синовни қўйилади. Уни юборилади ва натижасига қоқшолга қарши зардоб юборишдаги каби баҳо берилади. Реакция манфий бўлганда тери остига 0,1 мл суюлтирилмаган зардоб киритилади ва реакция бермаганда 30 минутдан сўнг қолган дозаси юборилади. Гангренага қарши зардоб юборилганда анафилактик реакция қоқшолга қарши зардобдан фойдаланишдаги сингари ўтади. Даволаш тактикаси ҳам ўхшаш.

**Давоси.** Ривожланиб бораётган газли гангренада юмшоқ тўқималарни ичкарисигача узунасига суякка қадар кесилади, водород пероксидли боғламлар қўйилади (кислород ажралиб чиқиши), жароҳат юзаси аэрация қилинади. Венага томчилатиб гангренага қарши зардоб қўйилади (150 000—200 000 АЕ дан бир неча кунгача).

Даво мақсадида зардобни венага жуда секин, яъни физиологик эритма билан томчилатиб қўйилади (100—400 мл физиологик эритмага 100 мл зардоб). Дастлаб 1 мл қўйилади; реакция бермаса, 5 минут ўтгач дозанинг ҳаммасини минутига 1 мл (25 томчи) ҳисобидан қўйилади.

Беморга 3—4 л гача суюқлик киритилади, қон қўйилади, юракни қувватловчи дорилар, антибиотиклар берилади. Газли инфекция билан касалланган беморлар доимий кузатувга ва диққат билан парвариш қилишга муҳтож бўладилар.

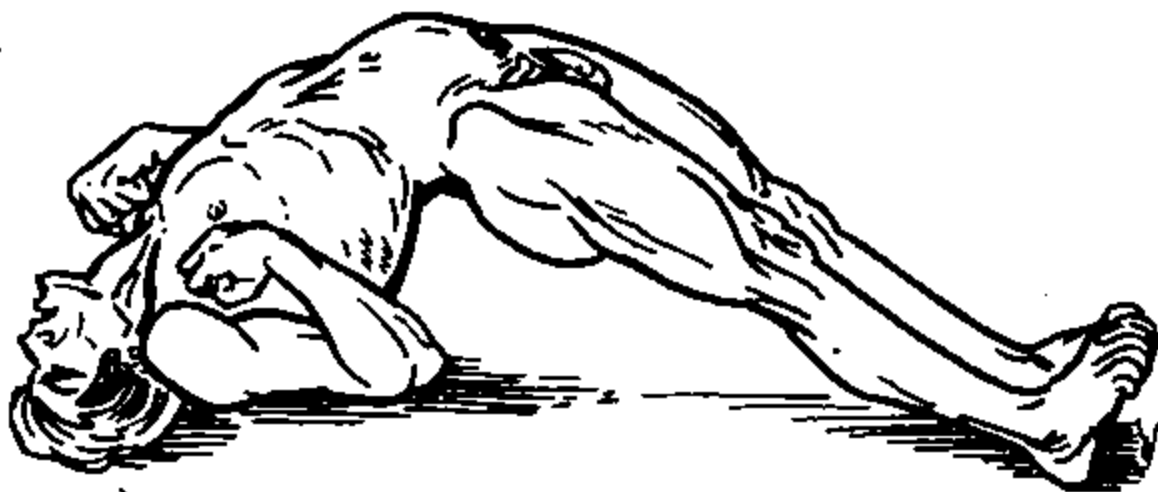
Касалхона ичида инфекция юқишининг олдини олиш мақсадида беморларни бошқалардан ажратиб, алоҳида палаталарга ётқизилади, ишлатилган боғлов материаллари ёқилади, инструментлар бўлиб-бўлиб стерилизация қилинади. Газли инфекция хусусида операциялар ўтказилган операцион хоналар албатта икки марта бошдан-оёқ йиғиштириб тозаланади.

**Қоқшол.** Касалликни қоқшол таёқчаси ажратадиган токсинлар келтириб чиқаради. Бундай таёқчалар табиатда кенг тарқалган, улар тупроқда ва гўнгда айниқса кўп бўлади. Қоқшол споралари физикавий ва химиявий таъсирларга жуда чидамли ва узоқ муддатгача сақланиши мумкин. Қон айланишининг бузилиши ва организмнинг ҳимоя кучлари сусайиши қоқшол ривожланиши учун қулай шароит ҳисобланади. Қоқшол токсини нерв системасига таъсир қилади. Инкубацион даври ўрта ҳисобда 7—10 кун, лекин 1 1/2 ойгача чўзилиши мумкин.

**К л и н и к а с и.** Аввалига чайнов мускуллари тортишиб қисқаради, шунга кўра беморлар оғзини оча олмайди (тризм), сўнгра юзнинг мимика мускуллари тортишиб қисқаради, бу юзга азоб чекилаётгандай қиёфани беради («сардоник табасум»). Кейинчалик тортишиб қисқариш тана, оёқ-қўл мускулларини эгаллайди, натижада беморнинг гавда ҳолати ўзига хос шаклни олади: бемор бошини орқага ташлаб, белни каби эгилиб ёй (опистотонус ҳолатида) ётади (114-расм). Ҳалқум мускуллари, қовурғалараро мускуллар ва диафрагманинг спазми қайд қилиниши мумкин (нафас қийинлашади). Қаттиқ тортишиб қисқаришда суяклар синиб кетиши мумкин. Тортишиб қисқаришлар қаттиқ оғриқ беради. Улар қандайдир ташқи таъсирловчи (ёруғлик, шовқин, оғриқ ва ҳоказо) сабабли вужудга келади. Температура 40°C ва бундан юқори бўлади, томир уриши ва нафас тезлашган. Бемор бўғилиш ва юрак мускулларининг фалажланиши натижасида ўлиб қолади.

**П р о ф и л а к т и к а с и.** Касалликнинг олдини олиш чоралари газли гангренадаги кабидир. Гангренага қарши зардоб ўрнига 3000 АЕ қоқшолга қарши зардоб (пассив иммунизация) ва 1 мл қоқшол анатоксини (актив иммунизация) юборилади. Газли гангрена профилактикасида фарқли равишда зардоблар катта жароҳатлардагина эмас, балки тўқималарнинг майда шикастларида ҳам юборилади.

От оқсилга сезувчанликни аниқлаш учун аввалига беморга 1:100 нисбатда суюлтирилган зардоб билан тери ичи синамаси қўйилади. Инъекция



114-расм. Қоқшолдаги опистотонус

Билакнинг букиладиган юзасига қилинади, тери ичига 0,1 мл суюлтирилган зардоб киритиб, 20 минут мобайнида кузатилади. Папула диаметри 0,9 см дан ошмай, чегараланган гиперемияли бўлса, синама манфий ҳисобланади. Тери ичи синамаси манфий бўлганда суюлтирилмаган қоқшолга қарши зардобни тери остига 0,1 мл миқдорда юборилади. 30 минут—1 соат ўтгач реакция бермаганда зардобнинг қолган дозаси юборилади (3000 МЕ). Мусбат реакция аниқланган ҳолларда қоқшолга қарши зардоб қўлланилмай, балки қоқшол анатоксини билан (1 мл) актив иммунизация қилинади.

Зардоб юбориш баъзан турли реакциялар билан ўтади. Бу реакциялар уч типда бўлади: зардоб юборилган заҳоти юз берадиган реакция, эрта реакция (4—6-кун) кечикиб юз берадиган реакция (2 ҳафта ва бундан кўпроқ вақт ўтгач). Реакция температура кўтарилиши, эт увишиши, мускулларнинг 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 эритмаси, 10 мл 0,5% ли новоканн эритмаси, 10 мл 10% ли кальций хлорид эритмаси, 20—25 мл 20—40% ли глюкоза эритмаси қўйиш тавсия этилади. Гормонал препаратлар (преднизолон, кортизон, гидрокортизон), юрак дорилари ва бошқалар киритилади.

**Д а в о с и.** Ривожланаётган қоқшолга специфик даво чоралари йўқ, чунки нерв системаси билан боғланган токсинларни нейтраллаб бўлмайди. Қонда айланиб юрган, ҳали боғланиб улгурмаган токсинларни нейтраллаш учун қоқшолга қарши зардобларнинг даво дозалари қўлланилади (100 000—150 000 АЕ).

Бундан ташқари, 2—3 кун оралатиб 1—2 мл дозада қоқшол анатоксини буюрилади. Беморни тинчлантириш учун хлоралгидратли клизмалар (30 мл 3% ли хлоралгидрат эритмаси) қилинади, ухлатувчи дорилар ва нейроплегиклар (1—4 мл 2,5% ли амназин эритмасини суткасига 4—5 марта) юборилади. Баъзан алкоголь-гексеналли наркоз (10 мл 10% ли гексенал эритмаси ва 10 мл 30% ли спирт эритмаси) қўлланилади. Организм сувсизланишининг олдини олиш учун ректал йўл билан томчилатиб суюқлик юборилади. Суюқ ёки суюқроқ овқатлар тавсия қилинади. Беморни қоронғилатилган илиқ хонага ётқизилади, унда осойишталик сақланади. Оғир ҳолларда трахеостомия қилинади, миорелаксантлар буюрилади ва бошқариладиган нафас олишга ўтилади.

## ХРОНИК СПЕЦИФИК ИНФЕКЦИЯ

Специфик хроник инфекцияга специфик қўзғатувчилар вужудга келтирадиган яллиғланиш процесслари (туберкулёз, актиномикоз, бруцеллёз) киритилади.

**Хирургик туберкулёз.** Бу касалликда тўқималар туберкулёз микобактериялари билан зарарланади. Носпецифик инфекциядаги сингари, специфик инфекция дивожланиши учун алоҳида шароитлар: организм чидамининг пасайиши (аксарият тузук овқатланмаслик, турар жой ва меҳнат шароитининг нобоплиги), психик толиқиш кабилар талаб этилади. Ҳозирги вақтда Совет Иттифоқида аҳоли моддий фаровонлигининг тобора ошиб бориши туфайли туберкулёз билан касалланиш камайди.

Туберкулёз микобактериялари таъсирида у жойлашган зонада специфик ҳужайралардан ташкил топган дўмбоқча ҳосил бўлади. Дўмбоқча теварагида капилляростаз ва лимфоцитларнинг тўпланиши рўй беради. Бундай дўмбоқчалардан бир нечтаси йиғилганда бирламчи туберкулёз ўчоғи ҳосил бўлади. Ўчоқ ичида творогсимон некроз борлиги қайд қилинади. Творогсимон массанинг ириши йиринг бойланган жой пайдо бўлишига олиб келади. Туберкулёзга алоқадор йиринг бойлаган жой носпецифик йиринг бойлаган жойдан фарқли ўлароқ, одатда, жадал симптоматика билан характерланмайди.

**Суяк-бўғим туберкулёзи.** Касаллик ҳамниша иккиламчи бўлади, бирламчи ўчоқ эса ўпкада ёки қорин бўшлиғида жойлашади.

Касаллик суякнинг говак моддасидан бошланади (эпифизар-метафизар зона): бирламчи туберкулёз ўчоғи ҳосил бўлади, сўнгра суяк моддасининг ириб, майда секвестрлар ва суяк бўшлиқлари ҳосил бўлиши кўрилади. Тўпланган йиринг суяк бўшлиғидан чиқади ва тўқималараро бўшлиқлар (совуқ камгалар) бўйлаб тарқалади. Процесс бўғимга ўтиши мумкин. Бироқ бўғимнинг бирламчи зарарланиши кузатилиши ҳам мумкин. Бўғим туберкулёзида синовиал парда шишади, гиперемияланиб қолади, ворсинка (тук) лари бўкади, бўшлиғида йирингга айланадиган сероз-фибриноз суюқлик пайдо бўлади, бу йиринг ташқарига ёрилади ва оқма (свищ) ҳосил қилади. Туберкулёз процесси умуртқа поғонаси ва йирик найсимон суякларнинг эпифизар-метафизар зоналарини зарарлантириши мумкин.

**Клиник манзараси.** Бемор зарарланган зонада симиллаган оғриқ сезади. Тери ва тери ости клетчаткаси шишиши билан бирга мускуллар атрофияси юз беради. Зарарланган зонадаги тери бурмаси симметрик жойлашган соғлом қисмига қараганда бирмунча қалин тортган бўлади (Александров симптоми). Бўғим зарарланганда контурларининг силлиқлашганлиги, ҳажмининг катталашганлиги кузатилади, тери оқ тусга киради («оқ ўсма»). Бўғимдаги ҳаракатлар кескин чегараланган. Умумий клиник манзараси ҳолсизлик, иштаҳа йўқлиги,

субфебрил температура, вазнининг камайиши билан характерланади. Оқма яра формасида носпецифик инфекция қўшилиб келиши мумкин, -бу — касалликнинг кечинини кескин оғирлаштиради.

Одатда касаллик бир неча йилга чўзилади.

**Давоси.** Беморларни (одатда болаларни) махсус санаторийларда даволанади. Умумий тадбирлардан яхши ва тўйимли овқатлар бериш, ультрабинафша нурлар билан нурлантириш, дозасига амал қилинган ҳаво ва қуёш ванналари қўлланилади. Бемор дори препаратларидан стрептомицин, ПАСК, фтивазид, рифодин ва бошқаларни қабул қилади. Гавданинг шикастланган қисми иммобилизация қилинади: туберкулёз спондилитида гипсли каравотча, чаноқ-сон бўғими зарарланганда гипсли коксит боғлам, тизза бўғими зарарланганда гонит боғлам ишлатилади.

Йирингли камгаклар бўлганда пункция қилинади (носпецифик инфекция қўшилиш хавфи борлигидан кесишга рухсат этилмайди), йирингли суюқлик тортиб олинади ва бўшлиққа глицериндаги 10% ли йодоформ эмульсияси, стрептомицин ва пенициллин эритмаси киритилади.

Ҳозирги вақтда суяк-бўғим туберкулёзини даволашнинг хирургик методларидан тобора кенг фойдаланилмоқда. Туберкулёз спондилитида зарарланган умуртқанинг некротик тўқималари чиқарилиб, уни суяк трансплантати билан фиксация қилинади. Бўғим туберкулёзида зарарланган синовиал пардани суяк деструкцияси ўчоғи билан бирга олинади, сўнгра оёқнинг функционал қулай вазиятида анкилоз вужудга келтирилади.

**Ўпканинг хирургик туберкулёзи.** Ўпка туберкулёзи (сили) нинг клиникаси ички касалликлар курсида баён қилинади. Ўпканинг хирургик туберкулёзи деганда унинг терапевтик даво қорқилмайдиган формалари тушунилади. Тўқималарнинг казеоз парчаланиши (туберкулёз) билан ўтадиган ўпка участкаларининг чегараланган зарарланиши ёки ўпка тўқимасида зич фиброз капсуласи бўлган катта бўшлиқлар ана шулар жумласига киради. Илгари бундай ҳолларда плевра бўшлиғига ҳаво киритилар (пневмоторакс) ёки қовурғаларни операция йўли билан олиб ташланар ва юмшоқ тўқималар участкасини каверна йўналишида босилар (торакопластика) эди. Бўшлиқ (туберкулёз кавернаси) пучайгандан кейин чандиқланиб, касаллик ўчоғи битар эди. Бироқ бу методлар ҳамма вақт яхши натижа билан тугайвермас эди. Торакопластикага келганда у беморларнинг инвалид бўлиб қолишига сабаб бўларди. Ҳозирги вақтда бундай ҳолларда ўпканинг зарарланган соҳаси олиб ташланади (резекция).

**Актиномикоз.** Актиномикоз тўқималарнинг нурсимон замбуруғ (актиномицет) дан зарарланишидир. Организмга актиномицет нафас йўллари орқали ёки меъда-ичак йўлларидан тушади (экзоген йўл). Актиномицет кирган зонада специфик яллиғла-

ниш реакцияси пайдо бўлади, унинг асосини периферияга нуқшаклида тарқаладиган ва тўғнағич бошидай йўғонлашиб тугайдиган (друзалар) ингичка толалар тўридан иборат замбуруғлар колонияси ташкил қилади. Друза атрофида жуда зич инфилтрат ҳосил бўлади. Унинг устидаги тери қизғиш-кўкимтир тусга киради. Айрим жойларида у юпқалашади, оқмалар ҳосил қилади, улардан друзалар билан оч сариқ суюқлик ажралиб чиқади (115-расм). Упка актиномикозда клиник манзара ўткир ёки хроник абсцесс, бронхопневмония кўринишида ўтади. Актиномикоз кўкрак деворини ҳам эгаллайди ва қон томирлар, шунингдек лимфа йўллари бўйлаб метастазлар беради.

Диагностикасида микробиологик, серологик ва рентгенологик текширишларнинг аҳамияти катта.

**Д а в о с и.** Антибиотиклар (пенициллин, стрептомицин, ауромицин) нинг катта дозалари ва актинолизат билан специфик даво (0,1 дан 2 мл гача ҳар 2—3 кунда, жами 20 тагача инъекция), шунингдек рентгенотерапия буюрилади. Хирургик методлардан эса йирингли бўшлиқларни очиш қўлланилади.

#### **ХИРУРГИК ИНФЕКЦИЯЛИ БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИ**

Хирургик инфекция — хирург дуч келадиган энг тарқалган патологиядир. У амбулатория шароитида ҳам, стационар шароитида ҳам салмоқли ўринни эгаллайди. Йирик хирургик стационарларда хирургик инфекцияли беморлар учун махсус бўлимлар ажратилади. Бундай беморларни даволашда ўрта медицина ходимининг роли ниҳоятда катта. Ўрта медицина ходими беморлар ётадиган хонани озода ва шинам тутишдан ташқари, беморларни бевосита парвариш қилади ва врачга тегишлича ёрдам кўрсатади.

И. П. Павловнинг муҳофаза режим тўғрисидаги таълимотини ёдда тутиш зарур. Беморларнинг кайфу руҳиятини кўтариш ва уларни касалликнинг яхши натижа билан тугашига ишонтириш керак. Беморга диққат-эътибор ва қўнт билан қараш медицина ходими фаолиятининг асосидир.

Кичик ва катта касалликлар бўлмаслигини унутмаслик зарур. Нотўғри даво қилинганда ва вақтин қўлдан бой берилганда юз соҳасидаги кичкина чипқон ўлим билан тугалланиши мумкин. Даво тадбирларини тўғри амалга оширилганда оғир сепсисда ҳам бемор батамом соғайиб кетиши мумкин.

Йирингли хирургия бўлимининг медицина ҳамшираси десмургия, гипслаш техникаси, турли хил дори моддаларини парентерал юбориш методларини мукамал эгаллаган бўлиши керак.

Йирингли касалликларни даволаш спецификаси хирургик инфекцияли беморларни парвариш қилишнинг асоси ҳисобланади. Маҳаллий яллиғланишда ҳамавақт бутун организмнинг

реакцияси юзага чиқишини назарда тутиб, яллиғланиш ўчоғини даволашда бир вақтнинг ўзида яхлит организмга таъсир қилиш зарур.

Ирингли инфекцияли беморларни умумий даволаш сепсис тўғрисидаги бўлимда тасвирланган. У организмни дезинтоксикация қилишда, юрак-томирлар системаси, қон яратиш органлари кабилар физиологик функциясининг бузилишларини нормага солишга қаратилган. Беморларни рационал овқатлантиришга катта аҳамият берилади. Овқат витаминлар, оқсилларга бой, мазали бўлиши керак.

Умумий ирингли инфекция (сепсис) ли беморларни парвариш қилиш. Беморни беморлар сонни кам палатага ётқизиш, яхшиси алоҳида палатага жойлаштириш керак. Палатани мунтазам шамоллатиб туриш ва топ-тоза сақлаш керак (ҳар кун хўл латта билан артиш, БУФ лампалари билан нурлантириш). Ич кийим, чойшабларнинг тозалигига эътибор бериш зарур. Нам ич кийимлар, чойшаблар ва уларнинг бурмалари ётоқ яралар пайдо бўлишига имкон беради, беморни кунига бир неча марта у ёнбошидан бу ёнбошига олиб ётқизилади, орқасини ва бутун баданини хўл сочиқ билан артилади. Упкадаги асоратларни профилактика қилиш учун беморнинг қадини баланд қилиб ётқизилади, нафас гимнастикаси қилдирилади, балғам тупуришни ўргатилади.

Юқори температура ва организмнинг сувсизланиши меъда-ичак йўллари ишининг бузилишига олиб келади. Шунга кўра оғиз бўшлиғини синчиклаб тозалаш (оғизни чайиш, нам тампон билан артиш) керак.

Ичнинг нормал келиши учун 2 суткада кам деганда бир марта тозалайдиган клизма қилинади ёки ичак перистальтикасини кучайтиришга қаратилган бошқа тадбирлар кўрилади (гипертоник клизма, Огнев усули бўйича клизма, 10% ли натрий хлорид эритмасини венага қуйиш, прозерин ёки питуитринни мускул орасига юбориш). Албатта суткалик диурез (буйраклар функциясини текшириш) аниқланади. Соғайиш даврида беморни тез-тез тўйимли овқатлантиришга, аста-секин ўрнидан тургазишга, даво гимнастикасига, мускулларини массаж қилишга катта аҳамият берилади.

Газли инфекция билан касалланган беморларни парвариш қилиш. Беморлар сепсис бўлган беморлар каби парваришга муҳтож бўладилар. Палатада осойишта шароит яратиш ва тинчликка риоя қилиш керак. Уйқусизликни даволаш учун ухлатадиган (люминал, ноксирон), тинчлантирадиган (андаксин, бром, валериана препаратлари), оғриқ қолдирувчи (промедол, пантопон, морфин, фентанил) буюрилади.

Анаэроб газли инфекция бошқа беморларга осон юқадди. Шунинг учун бемор алоҳида палатада ётиши керак. Хизматчи ходимлар бундай палатада махсус халат киядилар, уларнинг

бу халатларда бошқа беморлар ётган хоналарга кириши ман қилинади. Қўлқоп кийиб, фартук тақадилар. Боғлов материалининг ҳаммаси ёқиб ташланади. Беморларнинг ич кийими, чойшаблари автоклавларда махсус тозаланади. Бундай беморларга қарашда махсус инструментлар ишлатилади, бу инструментларни ҳар гал яра боғлашдан кейин бўлиб-бўлиб қайнатиб ёки қуруқ иссиқлик билан стерилизация қилинади.

Қоқшолга учраган беморларни парвариш қилиш. Беморларни дераза пардалари туширилган ва хира ёритилган алоҳида палатага ётқизилади. Унда мутлоқ осойишталикни сақлаш керак. Бу шароитларга амал қилмаслик талваса хуружларига сабаб бўлади. Беморлар организми анчагина сувсизланиб қолиши сабабли уларга парентерал ёки томчили клизмаларда 3—4 л суюқлик берилиши керак. Беморнинг қовуғи ўз-ўзидан бўшалиб турмаса, уретрани олдин анестезия қилингандан сўнг (дикаин, новокаин, совкаин) сийдикни кунига 2 марта катетер билан чиқариш керак. Талваса синдроми бор беморни бурнига киритилган доимий ингичка зонд орқали овқатлантирилади. Овқатни суюқ ҳолда киритилади. У юқори калорияли ва сервитамин бўлиши керак. Сепсисдаги каби, мунтазам равишда ич келиши, вақтида сийдик ажралиши, бадан терисининг тозаллиги устидан кузатиб бориш, ётоқ яралар, зотилжам кабиларни профилактика қилиш зарур.

Суяк-бўғим туберкулёзи билан касалланган беморларни парвариш қилиш. Бундай патологияли беморларнинг асосий қисми (контингенти) болалар бўлгани сабабли парвариш хусусиятлари ҳам ўзига хосдир. Кўпгина муолажаларни бажаришга бола қаршилиқ кўрсатади, хархаша қилади. Боланинг дори-дармонларни, айниқса аччиқ, тахир дориларни ичишдан бош тортиш ҳоллари жуда кўп учраб туради. Бу беморларнинг узоқ муддатгача мажбурий ҳолатда гипсли боғламда бўлишини ҳам унутмаслик керак. Шунга кўра ётоқ яралар, зотилжам, мускуллар атрофияси кабиларни профилактика қилишга жиддий эътибор бериш лозим. Беморлар соф ҳаводан етарли миқдорда баҳраманд бўлишлари керак. Бунинг учун палатанинг вентилляцияси яхши бўлиши шарт. Бундай талабларга атайин шаҳар чеккасига қурилган касалхоналар жавоб беради. Дозасига риоя қилинадиган қуёш ванналари, ультрабинафша нурлар билан нурлантириш тавсия этилади. Беморларнинг овқати мазали, оқсиллар ва витаминларга бой, хилма-хил бўлиши керак.

Оқмалар бўлганда носпецифик йирингли инфекция киришига қарши барча тадбирларни ўтказиш зарур. Специфик ва носпецифик инфекциянинг биргаликда содир бўлиши асосий касалликнинг кечишини кескин оғирлаштиради ва махсус даво қилишни талаб этади. Операциядан чиққан беморларни худди суяк синиши туфайли операция қилинган беморлар каби парвариш қилиб борилади, бироқ бунда касалликнинг узоққа чўзил-



ганлиги ва хроник интоксикация сабабли организмнинг чидами пасайиб кетганлиги ҳисобга олинади.

Ирингли суюқликдаги микрофлора характери ва унинг антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш учун суртма (мазок) олинади. Олдиндан тайёрланган стерил пробиркадан фойдаланилади. Пробирка ичида учига стерил пахта бўлакчаси қўйилган сим ёки чўп бўлиб, улар пробирканинг пробкаси орқали ўтказилган бўлади. Тампонни пробиркадан олинади, унга текшириш учун олинган материал қўйилади, деворларига теккизмай яна пробиркага солинадн ва пробиркани пробка билан маҳкам беркитилади. Пробиркани зудлик билан (микробларнинг қуриш ва аутолизга учраш хавфи бор) бактериологик лабораторияга кичкина хат билан бирга жўнатилади, унда беморнинг фамилияси, исми ва отасининг исми, бўлимининг номи, диагноз, суртма олинган жой ва текширувдан мақсад (микрофлора характери, унинг антибиотикларнинг муайян турларига сезувчанлиги ва ҳоказо) ёзилган бўлади.

## НЕКРОЗЛАР. ЯРАЛАР. ОҚМАЛАР. ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ

### НЕКРОЗ ЕКИ ЖОНСИЗЛАНИШ ТУҒРИСИДА ТУШУНЧА

Тўқималар ёки органларнинг маҳаллий нобуд бўлишини шу термин билан ифодалаш расм бўлган. Некроз асосида қатъор ташқи ва ички омиллар таъсирида тўқималарда қон таъминоти ва озиқланишнинг чуқур бузилишлари ётади. Некрозга сабаб бўладиган ташқи омилларга: 1) тўқималар (мускуллар, нервлар, томирлар) ни анчагина шикастлантирадиган ўткир травма; 2) тўқималарнинг жгут ёки гипсли боғлам остида узоқ вақт босилиб ётиши; 3) ичакларнинг чурра дарвозасида қисилиши; 4) термик ва химиявий омилларнинг таъсири (совуқ олиши, куйиш) киради. Ички омиллар қуйидагилардир: 1) қон томирнинг эмбол, тромб билан ёки томирлар бўшлиғининг облитерацияловчи эндартерит ёки атеросклерозда торайишидан беркилиши; 2) микробларнинг ҳаёт фаолиятидан ҳосил бўладиган заҳарли маҳсулотлар — токсинлар таъсири (газли гангренада токсин таъсирида келиб чиқадиган некрозлар); 3) периферик ва марказий нерв системасининг касаллиги ёки шикастланиши сабабли тўқималар иннервациясининг бузилиши.

**Некроз турлари.** Гангрена қўл ёки оёқдаги йирик қон томирлар ўтказувчанлигининг бузилиши оқибатида юз беради. Гангренининг қуруқ ва ҳўл турлари фарқ қилинади.

Қуруқ гангрена некротик тўқималарнинг аста-секин зичлашуви ва қуриши (мумификация) билан таърифланади. Гангренининг бу тури асептик шароитларда артериал қон таъминоти аста-секин тўхтаганда ривожланади. Соғлом тўқималар билан некрозга учраган тўқималар чегарасида грануляциян тўқимадан иборат демаркацион чизик 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 билан таърифланади, терида гунгурт-қизил ёки кул ранг доғлар ва бадбўй суюқлик билан тўлган пуфақлар пайдо бўлади. Касаллик рўй-рост интоксикация билан кечади. Уз вақтида даво қилинмаса, беморлар нобуд бўладилар.

**И н ф а р к т** деб, охириги артериал томирлар бўшлиғи беки-

лиши (спазм, тромбоз, эмболия) натижасида орган бир қисмининг некрозга учрашига айтилади. Инфаркт кўпинча юрак мускулида, ўпкада, буйрақларда кузатилади. Инфарктнинг клиникаси зарарланган орган фаолиятининг бузилиши билан характерланади.

Ётоқ яралар — гавданинг ўз массаси босиши сабабли тери ва тери ости тўқималарининг некрозга учрашидир. Ётоқ яралар турли хил касалликлар билан оғриб, оғир ётган беморларда ёки орқа мияси шикастланган беморларнинг одатда орқасида, думғазасида ва дум соҳасида, оёқ панжаларида пайдо бўлади. Босилиш зонасида аввалига тери қизаради, сезувчанлик бузилади, кейинроқ тери тирналади, қуришиб кўчади ва бу жойга инфекция тушиб, ичкаридаги тўқималарни иритади.

Некрознинг турли формаларини даволаш асосида уни келтириб чиқарган сабабни бартараф қилиш ётади. Қон томир шикастланганда уни тикилади. Томир тромб ёки эмболдан бекилиб қолганда уларни олиб ташланади.

Некрозда ҳўл гангрена ривожланишининг олдини олиш зарур. Шу мақсадда некроз участкасида тўқималарни қуритишни кўзда тутадиган очиқ метод билан даво қилинади.

Ҳўл гангренада уни қуруқ гангренага айлантиришга ҳаркат қилиш зарур. Бунинг учун спиртли боғламлар қўйилади, нобуд бўлган тўқималарга йод эритмаси суртилади. Демаркацион чизиқ пайдо бўлганда некрэктомия қилинади (жонсизланган зона олиб ташланади).

## ОБЛИТЕРАЦИЯЛОВЧИ ЭНДАРТЕРИТ ВА АТЕРОСКЛЕРОЗ

Облитерацияловчи эндартерит — артериал томирларнинг аста-секин облитерацияланиши билан ўтадиган касалликдир. Оёқ томирлари кўпроқ зарарланади. Аксарият ёш эркак кишилар касалланади. Оёқларнинг совуқ қотиши, нерв-психик травма, тамаки чекиш, хроник интоксикация унга мойил қиладиган 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 тўқиманинг ўсиб қалин тортиши ва уларнинг атеросклеротик зарарланиши ҳисобига морфологик ўзгариши билан характерланади.

Клиник манзараси. Облитерацияловчи эндартерит билан облитерацияловчи атеросклерознинг клиник манзараси бир-бирига кўп жиҳатдан ўхшайди. Беморлар аввалига зарарланган оёқнинг совуқ қотаётганидан, чумоли ўрмалаётгандек сезги пайдо бўлганидан нолийдилар. Сўнгра бунга болдир мускулларининг оғриши қўшилади. Дастлаб бу оғриқлар юрганда

пайдо бўлиб, тўхтаганда эса йўқолади (галма-гал оқсоқланиш симптоми). Қасалликнинг илк даврида кўздан кечирилганда терининг рангсизланганлиги қайд қилинади. Тери пўст ташлайди, тирноқлар мўрт бўлиб қолади, оёқ пайпасланганда совуқ уйнайди, оёқ панжаси дорзал артерияси ва катта болдирнинг орқа артериясида пульс йўқолади. Кейинчалик оёқ панжасининг бош бармоғида кичкина ярача пайдо бўлади, у катталашади ва бармоқ гангрена сизига, сўнгра оёқ панжаси гангрена сизига айланади (116-расм).

**Д а в о с и.** Қон таъминотини яхшилашга қаратилган. Беморнинг кўп ҳаракат қилмаслиги тавсия этилади. Дорилардан спазмолитиклар ва томир кенгайтирувчи воситалар: дипрофен (кунига 0,025—0,05 г дан), пахикарпин (кунига 3 марта 0,12 г дан), падутин ёки ангиотрофин (кунига 1 ампула), витаминлардан В<sub>1</sub>, В<sub>12</sub> ва аскорбин кислота буюрилади. Артерияга новокаинни морфин билан қўйиш, А. В. Вишневский усулида буйрак атрофидаги клетчаткага новокаин блокадаси қилиш, тери остига кислород юбориш маълум даражада таъсир кўрсатади. Консерватив даво етарлича натижа бермаганда даволашнинг операция методлари татбиқ қилинади. Томирда чегараланган участкада морфологик ўзгаришлар юз берганда тромбни интима билан бирга олиб ташланади (интимтромбэктомия), трансплантат ёрдамида айланма анастомоз қўйилади ёки томирнинг шу қисми резекция қилинади, сўнгра томир трансплантатини кўчириб ўтказиш йўли билан қон таъминоти тикланади.

Беморларга чекиш ман этилади. Гангренада некрэктомия ёки оёқнинг тегишли қисми ампутация қилинади.

## ВЕНАЛАРНИНГ ВАРИКОЗ КЕНГАЙИШИ

Веналарнинг варикоз кенгайиши асосан оёқларда пайдо бўлади ва, одатда, катта тери ости венаси системасини зарарлантиради. Эндокрин регуляция ва томирлар иннервацияси соҳасидаги бузилишлар, вена девори эластик ва мускул элементларининг нобоплиги, ҳомиладорлик, узоқ вақт тик туриб ишланадиган касблар (иссиқ цехларда, кирхоналарда, нонвойхоналарда ва ҳоказо) мойиллик туғдирадиган омиллардан ҳисобланади.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Беморларни зарарланган оёқнинг тез чарчаши, оғирлик сезгиси безовта қилади, тик турганда болдир ва оёқ панжасига шиш келади, шунингдек тери ости веналарининг эгри-бугрилиги ва кенгайганлиги очиқ-равшан кўриниб туради. Болдир мускулларининг тортишиб қисқариши кузатилиши мумкин. Тери юпқалашган, пўст ташлайди, экзема ва тузалмайдиган яралар пайдо бўлади.

**Д а в о** консерватив ва операция усулларида олиб борилади. Консерватив даво қилишда эластик бинтлар тақиш, эластик бинтлаб қўйиш таклиф этилади.

Кичкина варикоз ярада венага склерозлайдиган моддалар

юборилади. Вена склерозланади ва унинг бўшлиғи облитерацияланади.

Катта варикоз ярада операция йўли билан даво қилиш буюрилади: вена зонд ёрдамида олиб ташланади (Бэбкок операцияси), очиқ усулда қирқилади (Маделунг операцияси). Бу операцияларда катта тери ости венасини унинг сон венасига қўйилиш зонасида албатта боғлаб қўйилади (Троянов — Тренделенбург операцияси) ва ичкарига кирадиган веналар группасини болдирда тўпиқ устида лигирлаб кесиштирилади (Линтон операцияси). Операцион давони чуқур веналар ўтказувчанлиги яхши бўлгандагина амалга ошириш мумкин.

### ТРОМБОЗЛАР ВА ЭМБОЛИЯЛАР

Қоннинг ивиш системаси ўзгарганда ёки томир девори шикастланганда қонда унинг қатор таркибий қисмлари (фибрин, эритроцитлар, лейкоцитлар) чўкади, булар ўзаро ёпишиб, томир бўшлиғини беркитиб қўядиган ва қон айланишини бузadиган компакт масса ҳосил қилади. Бу масса тромб, томирнинг тикилиб қолиши эса тромбоз деб аталади. Одатда тромб ҳосил бўлиш процесси аста-секин рўй беради, бу янгитдан кенгайган, коллатераллар деган ном олган майда томирлар орқали айланма қон айланиш пайдо бўлиши учун шароитлар вужудга келтиради.

Тромбнинг бир қисми асосий массадан узилиб чиқиши ва эмболга айланиши мумкин, эмбол томир бўшлиғини қон оқими бўйлаб беркитиб қўйиши мумкин (эмболия). Еф бўлакчалари, ҳаво пуфакчалари, травмада ёки инфекцияларда томир бўшлиғига тушган микроб тўпламлари ҳам эмбол бўлиши мумкин. Эмболияда қон айланиши тўсатдан бузилади, коллатераллар ривожланишга ултура олмайди, натижада тўқималар ёки органнинг тегишли қисми тез орада некрозга учрайди. Бош мия, юрак ва ўпка томирларининг эмболиялари айниқса хавфли бўлиб, кишининг тўсатдан ўлиб қолишига сабаб бўлиши мумкин.

Клиник манзараси тромб ҳосил бўлишининг тезлигига, томирнинг катта-кичиклигига ва коллатералларнинг миқдорига боғлиқ. Веналар тромбозиди қон айланишининг бузилиши қон димланиши ҳодисалари (зарарланган вена соҳасида цианоз, шиш, оғриқ) билан таърифланади. Артериялар тромбозиди томир бўшлиғи батамом бекилиб, қон айланишининг аста-секин бузилиши рўй беради (гангрена). Артериялар эмболиясида тўсатдан кескин оғриқ туради, оёқлар совуқ қолади, томир урмай қолади ва гангрена пайдо бўлади. Бош мия, ўпка, юрак эмболиясида уларнинг функцияси тўсатдан тўхтаб қолади. Эмболия қисман юз берганда органларнинг фаолияти батамом тўхтамайди ва даво тўғри олиб борилса, бемор ҳаётини сақлаб қолиш мумкин.

**Давоси.** Консерватив тадбирлар томир спазмини йўқотишга (папаверин, новокаин блокадалари) ва антикоагулянтлар (гепарин, пелентан, неодикумарин, фибринолизин ва бошқалар) юборишга қаратилган. Антикоагулянтлар протромбин индексини назорат қилиб турган ҳолда (нормада 70—200%, 30% камайтиради) қўлланилади. Оёқни баланд кўтариб қўйлади ва мутлақо ором берилади. Пирик артериал томирлар эмболиясида зудлик билан операция қилинади — эмбол олиб ташланади (эмболэктомия).

## Б-1. 1с. ЯРАЛАР

Яра деб, тери ёки шиллиқ парданинг баъзан ичкарида жойлашган тўқималарга ўтадиган, битишга мойиллиги кам нуқсонига айтилади. Яранинг хроник кечиши унинг характерли хусусияти ҳисобланади.

Яраларнинг ҳосил бўлиш сабаблари турли-туман, бироқ уларнинг асосида тўқималар озикланишининг бузилиши ётади, бу — дистрофик процессга ва некрозга олиб келади. Яралар кўпроқ оёқ веналарининг варикоз кенгайиши, облитерацияловчи эндартерит ва атеросклероз заминида пайдо бўлади. Баъзан трофик яралар нерв стволлари шикастланганда (масалан, қуймич нерви шикастланганда товон ёки оёқ кафти соҳасида) ҳосил бўлади. Захм ва туберкулёз яралар учрайди.

**Давоси.** Ярани ҳосил қилган сабабни аниқлаш зарур. Унинг сабабини бартараф этиш одатда яранинг тузилишига олиб келади. Веналар варикоз кенгайганда уларни олиб ташланади ёки боғлаб қўйилади. Ярани кесилади ва ҳосил бўлган тери нуқсонини тери трансплантати билан беркитилади. Беморни операцияга тайёрлашда оёқларини 0,5% ли калий перманганат эритмаси қўйилган ваннага солиш тавсия этилади. Рух-желатинали боғламлар (25 г дан рух оксид билан желатина, 60 г глицерин, 120 мл сув) қўлланилади. Боғлам камида 5—7 кунга қўйилади.

Нерв стволлари шикастланиши натижасида пайдо бўлган яраларда уларни чандиқли тўқималардан халос қилинади, анатомик жиҳатдан батамом узилганда тикилади. Кейинчалик яра ўз-ўзидан битиб кетиши мумкин.

Захмда ва туберкулёзда асосий касалликларни даволаш яранинг ҳам тузалишига олиб келади.

## ОҚМА ЯРАЛАР

Оқма яра (фистула) деганда чуқур жойлашган тўқималар, органлар ва бўшлиқлардан гавданинг ташқи юзасига (ташқи фистула) ёки бошқа органга (ички фистула) келадиган йўл тушунлади.

Келиб чиқишига кўра фистулалар эмбрионал даврда ёриқлар ва йўлларнинг ўсиб етилмаслигидан ҳосил бўладиган туғма (бўйин, киндик, қовуқ ва шу кабилар фистуласи) ва йирингли яллиғланиш процесслари (флегмона, абсцесс) ёки турли хил яраланишлар оқибатида юз берган орттирилган фистулаларга бўлинади. Муайян кўрсатмаларга биноан хирург томонидан ҳосил қилинган сунъий фистулалар (масалан, қизилўнғач тутилганда меъда фистуласи, сийдик ажратиш тутилганда қовуқ фистуласи, тўғри ичак касаллигида нажас фистуласи ва ҳоказо) алоҳида группани ташкил этади.

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

Даво фистула ҳосил бўлишига олиб келган сабабни бартараф этишга қаратилади. Туғма ва орттирилган фистулаларда кўпинча уларни операция йўли билан бекитишга ҳаракат қилинади.

#### **НЕКРОЗ, ЯРАЛАР, ФИСТУЛАЛАР ВА ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИ**

Беморларнинг бу категорияси энг оғир группага киради. Парвариш қилишнинг асосий принциплари йирингли инфекцияси бор беморларни парвариш қилишдаги кабидир. Беморнинг психик ҳолатини нормага солишга катта аҳамият берилади. Унга меҳр ва диққат билан қараш керак. Палатани яхши шамоллатиш ва топ-тоза тутиш керак.

Облитерацияловчи эндартериит ва атеросклерозли беморларни парвариш қилиш. Бундай беморларга даво қилишнинг асосий шarti — беморнинг тамаки чекишдан воз кечишидир. Оёқларни иссиқ тутиш ва озода сақлаш керак. Майда тирналиш ва шилиниш трофик яра чиқишига сабаб бўлиши мумкин. Пойафзал оёққа яраша ва иссиқ бўлиши лозим. Трофик яра бўлганда асептикага қаттиқ амал қилган ҳолда боғламларни мунтазам алиштириб туриш зарур. Оғриқ тутганда уни йўқотиш учун томир кенгайтирадиган препаратларни қўлланиш ва улар етарлича наф бермаганда эса наркотиклар татбиқ қилиш лозим.

Веналари варикоз кенгайган беморларни парвариш қилиш. Оёқларни эластик бинт билан ўз вақтида ва тўғри бинтлаш ҳамда эластик пайпоқ кийиш касаллик ривожланишини анчагина кечиктиради. Тор пойафзал киймаслик керак; оёқ терисининг шилинишига йўл қўймаслик лозим.

Бу касаллик баъзан венадан анчагина қон оқишига сабаб бўлади. Босиб турадиган боғлам қон оқишини тўхтатиши мумкин. Трофик яраларни даволашда асептикага ниҳоятда қаттиқ амал қилиш шарт. Узоқ вақт тик туриб ишлашга тўғри келадиган касблар билан шуғулланмаслик керак.

Гангренали беморларни парвариш қилиш «Хирургик инфекцияли беморларни парвариш қилиш хусусиятлари» деган бўлимда, фистулали беморларни парвариш қилиш «Меъда-ичак йўллари органларининг касалликлари» бобида баён этилган.



## ХIII б о б

### УСМАЛАР

#### УСМАЛАР ТУҒРИСИДА ТУШУНЧА

Усма деганда тўқималарнинг патологик ўсиши тушунилади, у кўзга кўринмайдиган сабабларга кўра ҳосил бўлади ва нормал тўқималардан тузилиши, ривожланиши, ўсиши, озиқланиши ва моддалар алмашинуви процесслари билан фарқ қилади.

Усманинг хусусияти ҳужайраларининг бетўхтов кўпайиши ҳисобланади. Гистологик жиҳатдан кўпчилик ўсмалар орган ёки тўқималарга бирмунча ўхшаш тузилган (органсимон ёки тўқимасимон тузилиш). Усма ўзини ташкил қилган асли тўқима (паренхима) ва ушлаб турадиган тўқима — томирлар, нервлар, бириктирувчи тўқима (строма) дан иборат. Шу билан бирга ўсманинг тузилиши соғлом орган ёки тўқиманинг тузилишидан катта фарқ қилади.

#### УСМАЛАРНИНГ КЛАССИФИКАЦИЯСИ ВА УМУМИЙ ХАРАКТЕРИСТИКАСИ

Усмалар уларни ташкил этган тўқималарнинг тузилишига кўра қуйидаги группаларга бўлинади.

1. Эпителиал ўсмалар: а) хавфсизлари (папилломалар — сўргичсимон, аденомалар — безсимон, кисталар — бўшлиқли ўсмалар); б) хавфли ўсмалар (карцинома ёки рак).

2. Бириктирувчи тўқима ўсмалари: а) хавфсизлари (фибромалар — бириктирувчи тўқимадан, липомалар — ёр тўқимасидан); б) хавфли ўсмалар (саркомалар).

3. Томир ўсмалари — ангиомалар.

4. Мускул ўсмалари — хавфсиз миомалар.

5. Нерв ўсмалари — хавфсиз невриномалар (нервдан пайдо бўлган) ва глиомалар (мия ўсмалари).

6. Аралаш ўсмалар — хавфсиз ва хавфли тузилишга эга бўлган турли хил тўқималардан иборат ўсмалар.

Хавфли ўсмалар деганда етилмаган тўқимадан тузилган ўсмалар тушунилади. Улар тез ўсиш, қўшни тўқималарга ўсиб кириш ва ўсма ҳужайраларининг лимфа (лимфоген йўл) ёки қон томирлар (гематоген йўл) системаси орқали бошқа органлар ва тўқималарга (метастазланиш) ўтишга мойиллиги билан ажралиб туради.

Ўсма олиб ташлангандан кейин у яна шу соҳада пайдо бўлиши мумкин (рецидив). Ўсманинг қўшни тўқималарга ўсиб кириши ўсма хужайраларининг тўқималараро ёриқларга кириши, қўшни тўқималарнинг емирилиши ва ўрин алмашинуви йўли билан содир бўлади. Бундай ўсиш инфильтрация йўли билан ўсиш дейилади. Метастатик ўсма оналик ўсма тузилишига эга ва худди шундай прогрессив суратда ўсиши билан фарқ қилади. Хавфли ўсмаларда организмнинг ҳолдан тойиши — кахексия кузатилади. Хавфли ўсмалар тўқималарни емирилиши мумкин.

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 ўсмаларга етилган тўқимадан ташкил топган, қўшни тўқималарни нари-бери суриб ўсадиган, уларга ўсиб кирмайдиган, метастазлар бермайдиган, умумий ҳолсизликка сабаб бўлмайдиган ва емирмайдиган ўсмалар киради.

#### ЎСМАЛАРНИНГ ПАЙДО БЎЛИШ ВА УСИШ САБАБЛАРИ

Ўсмаларнинг пайдо бўлиш сабаблари ҳали етарлича аниқланмаган. Ўсмалар ҳосил бўлишини тушунтирадиган кўп назариялар бор.

Ҳозирги вақтда кўпчилик олимлар ўсмаларнинг вужудга келишига ташқи муҳитнинг организмга таъсир қиладиган турли хил омиллари, жумладан химиявий моддалар ва вирусларнинг таъсири сабаб бўлиши мумкин, деб ҳисобламоқдалар.

Турли хил органлар ва тўқималарнинг хавфли ўсмалар билан зарарланиш даражаси бир хил эмас. Биринчи ўринда меъда раки, иккинчи ўринда бачадон раки, учинчи ўринда — қизилўнғач раки, тўртинчи ўринда ўпка раки, бешинчи ўринда сут бези раки туради. Кўпинча рак процесси 40 ёшдан ошган кишиларни зарарлантиради. Ҳозирги вақтда хавфли ўсмалар билан касалланган беморларнинг сони кўпайганлигига доир фикрлар бор.

#### ЎСМАЛАРНИНГ УМУМИЙ ХАРАКТЕРИСТИКАСИ

Папилломалар — эпителий билан қопланган бириктирувчи тўқима асосидан иборат сўрғич қавати ўсмаларидир. Улар терида ёки шиллиқ пардаларда (аксарият меъда, ичаклар ва сийдик ажратадиган аппаратнинг шиллиқ пардаларида) кузатилиши мумкин. Папилломалар хавфли ўсмаларга айланиб кетиши мумкин.

Аденомалар без тўқималарида ҳосил бўлади. Баъзан безсимон ракка айланиши мумкин. Улар гавданинг без тўқима-

лари бўлган ҳамма участкаларида (сут бези, қалқонсимон без, тухумдонлар ва ҳоказо) 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 аралашмаси, тук (соч) дан иборат бўтқасимон массани ўраб туради.

**Рак** — эпителий ҳужайраларидан ривожланиб, энг кўп учрайдиган хавфли ўсма. Рак эпителий ҳужайралари бор ҳамма органларни зарарлантиради. Эпителийнинг ўзгариб, атипик тузилиш хусусиятларига эга бўлиши рак ўсмасининг аломати ҳисобланади.

Рак ўсмасининг тез ўсиши ва қон билан етарлича таъминланмаслиги ўсма қисмларининг некрозга учрашига, кейин парчаланиб, бўшлиқлар ва яралар ҳосил қилишига олиб келади. Рак яраси ўзига хос белгилари билан ажралиб туради: четлари ва туби зич, гунгурт, ёғли парда билан қопланган. Рак ўсмаси ўсаётганда қўшни тўқималарни ҳам емириб, уларга ўсиб киради. Рак ўсмасининг лимфа ва қон томирлар бўйлаб метастазлар бериши характерлидир. Рак процесси кўпинча кахексия билан ўтади. Меъда рак билан зарарланганда кахексия айниқса кўп кузатилади.

**Фиброма** — бириктирувчи тўқимадан тузилган хавфсиз ўсма. Организмнинг деярли барча тўқималарида учрайди. Кўпроқ бачадон, тери, тери ости клетчаткасида 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 органда (ёғ клетчаткаси бўлган) жойлашади. Якка ёки кўп сонли липомалар бўлади. Ўсма жуда катталашиб кетиши мумкин.

**Хондрома** — тоғай тўқимадан тузилган хавфсиз ўсма. Секин ўсиши билан ажралиб туради.

**Остеома** — суяк тўқимасидан иборат ўсма. Секин ўсади. Айниб, хавфли формага ўтиб кетиши ҳам мумкин.

**Саркома** — бириктирувчи тўқимадан ривожланадиган хавфли ўсма. Тоғай тўқимадан пайдо бўладиган саркома — хондросаркома, суякдан ҳосил бўладиган остеосаркома, фасцияларники фибросаркома, лимфа тугунларники лимфосаркома, қон томирларники ангиосаркома дейилади.

Кечиш характерига кўра хавфли ўсмаларнинг барча аломатларига эга (тез ўсиш, атрофдаги тўқималарга ўсиб кириш, метастазлар бериш, кахексия, парчаланиш).

**Ангиома** — томирлардан чиқадиган хавфсиз ўсма. Лимфа томирларидан чиққан ўсмалар лимфангиомалар, қон томирларидан чиққанлари эса гемангиомалар дейилади. Гемангиомалар ўз навбатида қуйидагича бўлинади: 1) оддий ёки капилляр ге-

мангиомалар (холлар); 2) каверноз ёки ғорсимон гемангиомалар; 3) шохланадиган гемангиомалар.

Қатта гемангиомаларда ўсма соҳасида кўпинча томир шовқинини эшитиш мумкин.

**М и о м а** — мускул тўқимасидан ҳосил бўладиган ўсма. Силлиқ мускулатура ўсмаси лейомиома, кўндаланг-тарғил мускулатура ўсмаси рабдомиома дейилади. Секин ўсади.

**Н е в р и н о м а** — нерв стволнинг Шванн пардаларидан ҳосил бўлган ўсма (шваннома). Кам учрайди. Кўпинча қуймиш, ўрталик ва тирсак нервларида жойлашади. Ҳаттақувчи тип бўйича рўй-рост оғриққа сабаб бўладиган кичикроқ ўсмасимон тузилмадан иборат.

**Г л и о м а** — бош мия билан орқа мия ўсмаси. Хавфсиз ўсмаларга тааллуқли бўлишига қарамай, инфилтратланиб тез ўсиш, теварак-атрофдаги тўқималарга ўсиб кириш билан характерланади. Глиома олиб ташлангандан сўнг рецидив (қайталанш) юз бериши мумкин.

**Хавфли ўсмалар диагностикаси.** Хавфли ўсмаларни диагностика қилишда бошқа касалликларни диагностикасидаги каби анамнестик маълумотларга, бемор шикоятлари, кўздан кечириш натижаларига ва аниқ диагноз қўйиш имконини берадиган текширишнинг қўшимча методларига (текшириш учун тўқима олиш — биопсия, обзор рентгенография, томография, цитоскопия, бронхоскопия, гастроскопия ва ҳоказо) катта эътибор берилади.

Тактик жиҳатдан ўсмани ҳали метастазлар бермасдан эрта аниқлаш ғоят қимматлидир. Типик клиник манзарада диагностика қилиш унчалик қийинчилик туғдирмайди, бироқ даволашга кеч бўлиб қолган бўлиши мумкин. Хавфли ўсмаларни эрта аниқлаш учун профилактик текширувлар, фотофлюорография, текширишнинг эндоскопик методларидан фойдаланилади.

Толали оптикиси бор замонавий асбоблар ёрдамида ўтказиладиган эндоскопик текширувлар (фибробронхоскоп, фиброзозофагоскоп, фиброгастроскоп ва бошқалар) диагностика имкониятларини анча кенгайтиради.

**Хавфли ўсмаларнинг ривожланиш босқичлари.** Хавфли ўсма диагнозини қўйиш билан бирга касалликнинг қандай босқичда эканлигини аниқлаш лозим. Даво унинг босқичига қараб буюрилади.

I босқич регионар лимфа безларини эгалламаган ва йнчкарида жойлашган тўқималарга ўсиб кирмаган кичкина ўсма борлиги билан характерланади.

II босқичида ўсма рўй-рост аниқланади, бироқ зарарланган органдан ташқарига чиқмаган бўлади. Регионар лимфа тугунларига яқка метастазлар бериши мумкин.

III босқичида ўсма зарарланган органдан ташқарига чиқади ва яқин жойлашган тўқимага ўсиб киради. Регионар лимфа тугунларига берган кўп сонли метастазлари бўлади.

IV босқичида кўп сонли метастазлар лимфа тугунларигагина эмас, балки кахексияли органлар ва тўқималарга ҳам тарқалади.

Кейинги икки босқичда радикал даволаш ўтказилмайди.

Хавфли ўсмаларни даволаш. Ҳозирги вақтда хавфли ўсмаларни даволашда қуйидаги методлар: хирургик, нур билан даволаш, химиотерапия ва гормонотерапия қўлланилади. Кўпинча даволашнинг бу методлари бирга қўшиб олиб борилади.

Даволашнинг хирургик методлари энг радикал ҳисобланади ва аксарият ички органлар (қизилўнгач, меъда, ўпка, бачадон ва ҳоказолар) зарарланганда қўлланилади. Даволашнинг бу турида органи батамом ёки унинг бир қисмини соғлом тўқималар чегарасидан олиб ташланади. Регионар лимфа тугунларига метастазлар берганда уларни атрофдаги клетчаткаси билан бирга қўшиб олиб ташланади (радикал операция). Метастазлар наридаги бошқа органларга ҳам ўтган ҳолларда зарарланган органининг ўзи олиб ташланади (паллиатив операция). Паллиатив операциялар бемор аҳволини фақат вақтинча енгиллатишни кўзда тутди. Одатда бундай операцияларни нур бериб даволаш ёки химиотерапия билан бирга қўшиб олиб борилади.

Нур билан даволаш мустақил даво тури сифатида ёки хирургик, гормонал ва химиотерапевтик даво билан бирга қўлланилади.

Ионланувчи нурланиш спектри хилма-хил бўлган ҳозирги вақтда нур билан даволашнинг ҳамма методларини нурни татиқ этиш усулига кўра шартли равишда уч гурпуага бўлиш мумкин: 1) тери орқали ташқи томондан нур бериш методлари; 2) нурланиш манбаини табиий бўшлиқларга (оғиз, бачадон бўшлиғи, қизилўнгач, қовуқ ва ҳоказо) ёки сунъий ҳосил қилинган бўшлиқларга (меъда, юқори жағ кабилар олиб ташлангандан сўнг жароҳатга) юборишга мўлжалланган бўшлиқ ичини нурлантириш; 3) тўқима ичини (ўсма ичини) нурлантириш методлари.

Сўнгги йилларда хавфли ҳужайраларга таълаб таъсир қилдиган махсус препаратлар қўлланиладиган химиотерапия кенг ривож топди. Кўпроқ ТиоТЭФ, эмбихин, допан, сарколизин, дофенал, колхамин ва бошқалардан фойдаланилади.

Хавфли ҳужайраларни йўқотиш учун химиявий препаратларни катта дозаларда юборишга тўғри келади, бу уларнинг токсик таъсирини назарда тутганда организм учун бефарқ эмас, албатта.

Айрим хавфли ўсмаларда гормонотерапия олиб борилади. Чунончи, сут беи ракида эркак жинсий гормонлари — андрогенлар, простата беи ракида — аёл жинсий гормонлари (эстрогенлар) қўлланилади. Бошқа методлар бирга қўшиб олиб борилганда гормонотерапия яхши терапевтик натижа беради.

Мақсадга мувофиқ терапия нечоғли эрта қўлланилса, натижаси шунчалик яхши бўлади.

Хавфсиз ўсмаларни даволаш ҳеч қандай қийинчилик туғдирмайди. Хавфсиз ўсмаларда ўсма хирургик усулда олиб ташланади. Хавфсиз ўсма хавфли ўсмага айланиб кетиши мумкинлигини, шунинг учун уни олиб ташлаш ўсманинг хавфли ўсмага айланишининг профилактикаси эканлигини унутмаслик зарур.

## РАК ОЛДИ ҲОЛАТИ ТУҒРИСИДА ТУШУНЧА

Хавфли ўсмадан олдин юзага келадиган ва кўпинча хавфли ўсмага айланадиган турли хил процесслар ёки ҳолатларни рак олди ҳолати деб аташ расм бўлган. Бундай ҳолатлар жумласига ривожланишдаги нуқсонлар, жумладан адашган эмбрионал пуштлар, хроник яллиғланиш процесслари, тўқима регенерациясининг бузилиши, гиперпластик бузилишлар кирди.

Рак олди касалликлари бўлган ҳамма беморлар диспансер ҳисобида туриши ва йилига камида 2 марта синчиклаб онкологик текширувдан ўтказилиши лозим.

35

## СССР ДА ОНКОЛОГИК ЕРДАМНИНГ ТАШКИЛ ЭТИЛИШИ

СССР да ракка қарши махсус ташкилот тузилган бўлиб, унинг составига: 1) илмий ва амалий муассасалар тармоғи — онкологик институтлар, онкологик диспансерлар, поликлиника ва касалхоналарнинг онкологик бўлимлари ва кабинетлари; 2) медицина институтлари ва врачлар малакасини ошириш институтларидаги онкология кафедралари; 3) Бутуниттифоқ онкологлар жамияти республикалар ва областлардаги филиаллари билан; 4) «Вопросы онкологии» журнали кирди.

Онкологик хизматнинг асосий звеноси онкологик диспансерлар ҳисобланади. Улар ўзи ишлаб турган территориясида хавфли ўсмаларни диагностика қилади ва даволайди, онкологик беморлар ва рак олди ҳолатидаги беморларни ҳисобга олади, шунингдек санитария маорифи ишлари билан шуғулланади.

Онкологик диспансерлар замонавий диагностика ва даволаш аппаратлари билан жиҳозланган, унда малакали мутахассислар штатлари бор.

Онкологик кабинетлар (бўлимлар) нинг вазифаси онкологик беморларни ҳисобга олиш, улар устидан диспансер кузатуви олиб бориш, тегишли даво билан таъминлаш ва ўзи ишлаб турган территорияда раkning профилактикаси ҳамда уни эрта диагностика қилиш бўйича турли хил тадбирларни амалга ошириш ҳисобланади.

Онкологик институтлар одатда диагноз қўйиш ва даволаш қийин бўлган беморларга хизмат қилади, шунингдек хавфли ўсмаларни диагностика қилиш ва даволашнинг янги методларини топиш билан шуғулланади.

Барча онкологик беморларни тўлиқ ҳисобга олиш ва диспансер кузатуви билан таъминлаш учун қуйидаги клиник группалар жорий этилган:

I а группа — хавfli ўсмаларга шубҳа қилинган касалликларни бор беморлар;

I б группа — ўсма олди касалликлари бўлган беморлар;

II группа — махсус даво қилиниши зарур бўлган хавfli ўсмалари бор беморлар;

II а группа — радикал даво қилиниши зарур бўлган хавfli ўсмалари бор беморлар;

III группа — практик соғлом (ракдан соғайиб кетган) кишилар;

IV группа — симптоматик даво қилиниши зарур бўлган, касалликнинг ўтиб кетган босқичидаги беморлар.

Клиник группаларни касалликнинг босқичлари билан адаштириб юбормаслик керак (юқорироққа қаранг).

Хавfli ўсмаларни аниқлашда профилактик текширувларнинг аҳамияти катта. Профилактик текширувларнинг уч тури мавжуд: 1) комплекс текширувлар, бунда рак касалликларига эмас, балки хирургик, терапевтик, гинекологик ва бошқа касалликлар ҳам аниқланади; 2) мақсадли текширувлар, бунда рак олди касалликлари ва хавfli ўсмалар махсус аниқланади; 3) раkning аниқлаш учун индивидуал профилактик текширув, бунда бемор бошқа касаллик билан поликлиника ёки касалхонага мурожаат қилганда уни врач текширувдан ўтказилади.

### ОНКОЛОГИК БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Онкологик касалликлари бор беморларни парвариш қилишнинг энг муҳим хусусияти бемор психикасини авайлаб муҳофаза қилиш ҳисобланади. Бемордан ҳақиқий диагнозни яшириш зарур. «Рак», «Саркома» терминлари ўрнига «яра», «торайиш», «қаттиқланиш» каби сўзлар ишлатилиши лозим. «Қанцер», «ц-р», «бластома», «неоплазма» сингари лотинча терминларни ҳам қўлланмаслик керак, чунки кўпчилик беморлар терминологияга яхши тушунадилар. Онкологик беморларнинг психикаси жуда нозик, салга озор етадиган бўлади. Касаллиги ўтиб кетган беморларни унинг бошланғич формасидаги беморлардан ажратиб қўйишга ҳаракат қилиш керак.

Беморга тегшли ҳужжатларнинг тасодифан унинг қўлига тушиб қолишидан эҳтиёт бўлиш керак. Ҳақиқий диагнозни беморнинг энг яқин қариндошларига унга айтиб қўймаслик шарти билан билдирса бўлади.

Радикал операция қилишга имкон бўлмаганда беморга бу ҳақда айтилмайди. Унинг яқин қариндошларига онкологик касалликларнинг юқумли эмаслигини айтиб қўйиш лозим. Табибчилик усуллари билан даволашга уринишга қарши чоралар

кўриш зарур, чунки улар ижобий натижа бермай, балки касалликнинг улғайиб кетишига сабаб бўлади.

Беморнинг қариндошларига ва унинг ўзига гигиеник қоидаларга амал қилишни ўргатиш зарур. Упка раки бўлган бемор балғамини қопқоғи зич қилиб беркитиладиган махсус туфдонга йиғиш керак. Туфдонни ҳар куни иссиқ сув билан ювиб, 10—12% ли хлорли оҳак эритмаси билан дезинфекция қилиб турилади. Бадбўй ҳидни йўқотиш (дезодорация) учун туфдонга 10—15 мл скипидар солиб қўйилади. Текшириш учун олинган балғам, сийдик ва нажасни махсус фаянс ёки резина идишга солиб, уни иссиқ сув ва дезинфекцияловчи эритма билан мунтазам ювиб туриш керак.

Урин-кўрпа қилиб ётиб қолган беморлар тагига ётоқ яраларнинг олдини олиш мақсадида махсус резина чамбар қўйилади. Беморнинг орқаси ва думбасини кунига бир неча марта камфора спирти билан артиб туриш керак.

Ракнинг операция қилинмайдиган формалари билан касалланган беморларга қарашда, аҳволи имкон берса, уларни оздан сайр қилдириш, хонани тез-тез шамоллатиб туриш лозим.

Овқат режимини тўғри уюштириш жуда муҳим. Беморга витаминлар ва оқсилларга бой овқатларни суткасига камида 4—6 марта бериб туриш керак. Овқат хилма-хил ва мазали бўлиши лозим. Одатда хавфли ўсмалари бор беморларда иштаҳа бўлмайди ва улар ҳатто овқатдан бўйин товлайдилар. Бундай ҳолларда овқатдан олдин беморга 25—50 мл мусаллас ёки конъяк ичириш мумкин. Беморнинг қандайдир алоҳида парҳезга риоя қилишга эҳтиёжи бўлмайди. Жуда иссиқ, совуқ, ёғлиқ ёки ўткир овқатлардангина ўзни тийиш керак. Меъда ракиннинг ўтиб кетган формалари билан касалланган беморларга юмшоқ овқатлар (сметана, творог, қайнатилган балиқ, гўшт бульони, буғда пишган котлетлар, майдаланган ёки қирилган мева ва сабзавотлар) берилади. Овқат вақтида бемор 1 ош қошиқдан пепсинли 0,5—1% ли хлорид кислота эритмаси ичиши керак. Қизилўнғач раки бор беморларга ёки гастростома орқали овқатлантиришда овқатни майдаланган ҳолда бериш керак.

Хавфли ўсмаларнинг операция қилинмайдиган формалари билан касалланган беморларда оғриқ бўлади. Оғриқни қолдириш учун беморларни заифлаштирадиган ва дорига ўргатиб қўядиган наркотик воситаларни ҳадеб тайинлайвермаслик керак. Яхшиси, анальгетиклардан бошлаш керак. Оғриқ қолдирувчи воситаларни қўлланишда беморнинг бу препаратларга ўрганиб қолишини назарда тутиб, уларни қуйидаги тартибда буюриш тавсия этилади:

1. Ацетилсалицилат кислота антипирин билан — 0,15 г дозада, кофеин — 0,05 г.

2. Ацетилсалицилат кислота анальгин билан—0,05 г дозада, кофеин —0,05 г.



3. Фенацетин амидопирин билан—0,2 г дозада, барбамил—0,15 г, кофеин—0,05 г, кодеин—0,015 г.

4. 0,5% ли новокаин эритмаси—50 мл дозада 2—3 кунда 1 марта венага.

5. Амидопирин фенацетин билан—0,2 г дозада, кофеин—0,05 г, пантопон—0,02 г.

6. Амидопирин фенацетин билан—0,2 г дозада, кофеин—0,05 г, кодеин—0,015 г, морфин—0,02 г.

7. Магний-морфин аралашмаси (4 мл 25% ли магний сульфат эритмаси ва 1 мл 1% ли морфин эритмаси) оғриқ қолдирувчи яхши таъсир кўрсатади. Бу аралашма қўшимча ҳодисалар келтириб чиқармайди. Морфинга ўрганиш жуда секин болади.

Усма суяк аппаратига, жумладан умуртқа поғонасига метастаз берганда 10 мл 1% ли гексенал эритмасини мускул орасига инъекция қилиш тавсия этилади.

Усмаларда оғриқ теварак-атрофдаги тўқималарда яллиғланиш реакцияси борлигига кўп жиҳатдан боғлиқ. Бундай ҳолларда антибиотиклар буюриш керак.

Онкологик беморларда кўпинча қабзият кузатилади. Тозаловчи клизмаларни кенгроқ татбиқ этиш, шунингдек сурги воситалар (фенолфталени, ровоч, вазелин мойи кабилар) бериш керак. Тўғри нчак ракида бу айниқса муҳим.

Юқорида санаб ўтилган тадбирларни стационарларда ҳам, уй шаронтида ҳам ўтказиш мумкин.

ИККИНЧИ ҚИСМ  
**ХУСУСИЙ ХИРУРГИЯ**

XIV б о б

**БОШ, ЮЗ ВА ОФИЗ БУШЛИГИНИНГ  
ШИКАСТЛАРИ ВА ҚАСАЛЛИҚЛАРИ**

**ЮЗ ВА БОШ ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАРИ**

Лат ейиш. Лат ейиш бош ва юзнинг юмшоқ тўқималарига ўтмас предмет билан урилганда содир бўлади. Бунда тери ва тери ости клетчаткаси шикастланади. Тери ости клетчаткаси ўзига хос тузилганлиги сабабли шикастланган томирлардан чиққан қон ҳар томонга тарқалмай, лат еган қисмда тўпланади.

Клиник жиҳатдан лат еган соҳада ўсмасимон тузилма — кўпинча болаларда кузатиладиган «гурра» пайдо бўлади. Юзнинг юмшоқ тўқималари, айниқса кўз косаси соҳаси кўк-қизғиш тус олади, буни калла асоси синганда кузатиладиган кўз ойнак симптомидан ажрата билиш зарур (қуйи-роққа қаранг). Кейинги кунларда кўк-сарғиш тус яшилроқ тусга, кейин сариққа айланиб, аста-секин йўқолади.

Даволаш консерватив усулда олиб борилади: ором берилади, лат еган жойга совуқ нарса қўйилади, босиб турадиган боғлам билан боғланади, гематома катта бўлганда уни пункция қилиб, қондан бўшатилади. Гематома зонасида пульсация (артериянинг шикастланиши) бўлганда, у катталашганда операция қилинади: гематома очилади, қонаётган томир боғланади, терини чоклаб тикилади.

Жароҳатлар. Бундай жойлашган жароҳатларнинг хусусиятларидан бири шу соҳанинг қон билан яхши таъминланиши натижасида кўп қон оқишидир. Сочи узун кишиларда сочлари биронта механизмнинг ҳаракатдаги қисмига тушиб қолганда сидирилган (скальпланган) жароҳатлар кузатилиши мумкин. Бунда бошнинг юмшоқ тўқималари сочлар билан бирга калладан бутунлай сидирилиб тушади (скальп).

Биринчи ёрдам ва давоси. Биринчи ёрдамнинг асоси ҳодиса рўй берган жойда зудлик билан қон оқишини тўхта-тиш ҳисобланади. Кичик жароҳатларда босиб турадиган боғламнинг ўзи кифоя қилади. Йирик артериал томирлар шикастланганда томирни унинг йўли бўйича босиш ва шикастланган кишини хирургик стационарга олиб бориш зарур. Ташқи чакка артерияси шикастланганда уни қулоқ супраси олдида босилади, ташқи жағ артерияси шикастланганда пастки жағнинг пастки чеккасида унинг бурчагидан 1—2 см олдиндан босилади. Хирургик стационарда жароҳатни бирламчи тозаланади. Юз ва

бош соҳасидаги жароҳатларни тозалаш хусусияти яшаб кетмаслиги аниқ ва кўп ифлосланган жароҳатларнинг ўзинигина тежаб кесиб, бирламчи чоклар тикиш ҳисобланади. Қон таъминотининг яхшилиги жароҳатларнинг силлиқ битиб кетишига имкон беради.

Скальпланган жароҳатларда скальпни сақлаб қолиш шарт. Сочлар ва мажақланган тўқималар олиб ташланади, скальпель билан терининг кўп жойидан тешилади ва скальпни ўз жойига тикиб қўйилади.

### БОШ ЮЗ ҚИСМИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

**Бурун суяклари синиши.** Сабаби — бевосита травмадир. Клиник манзараси. Оғриқ қаттиқ бўлади, бурундан кўп қон оқади, бурун шакли ўзгаради. Аста-секин пайпаслашда суяк синиқларининг бир-бирига ишқаланишидан баъзан специфик товуш — крепитация пайдо бўлади. Диагнозни аниқлаш учун икки проекцияда рентгенограмма қилиш зарур.

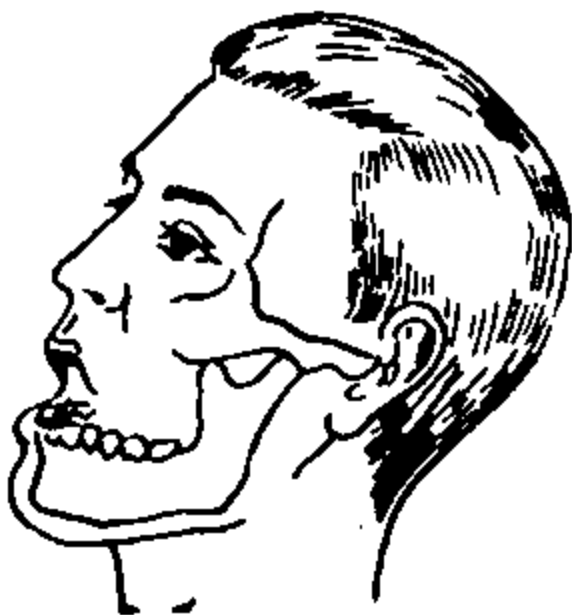
**Биринчи ёрдам ва давоси.** Биринчи ёрдам қон оқишини тўхтатишдан иборат. Шу мақсадда беморни стулга бошини пича буриб ўтқазилади. Бурунга совуқ компресс қўйилади, бурун йўлларига эса стерил пахта бўлакчалари киритилади. Бурун қонаганда беморни бошини орқага энгаштириб чалқанча ётқизишга рухсат этилмайди. Бунда қон оқиши тўхтамайди, балки қон трахея ва қизилўнғачгача оқиб киради, натижада бемор йўталавериб азобланиб кетади ва қусиб юборади.

Кўп қон оққанида дока тампонлар ёрдамида олдинги ёки орқа тампонада қўлланилади. Тампонадани ва суяк синиқларини жой-жойига солишни мутахассис-врач бажаради.

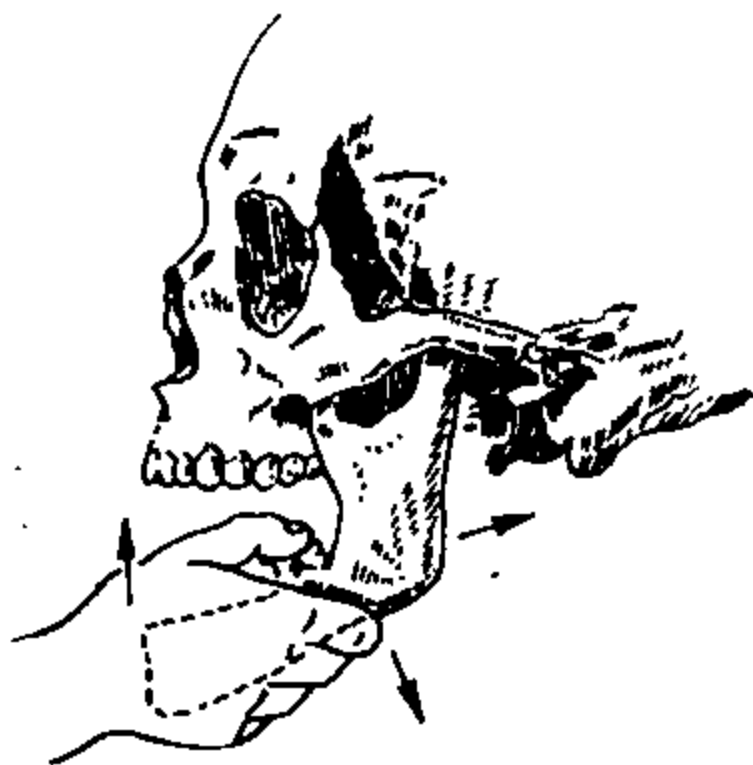
**Пастки жағнинг чиқиши.** Сабаби — пастки жағга ён томондан уриш, кулганда, эснаганда, ашула айтганда ва шу кабиларда оғзини жуда катта очиб юборишдир. Жағнинг олдинга чиқиши кўп учрайди, бунда бўғим ўсиғининг бошчаси бўғим халтасидан чиқиб кетади ва бўғим дўмбоқчасидан олдинда ушланиб қолади. Пастки жағ бир ва икки томонлама чиқиши мумкин.

**Клиник манзараси.** Икки томонлама чиқишда оғиз ярим очилган бўлиб уни бекитиб бўлмайди. Ёноқ равоғи пасткидаги тери остида чиққан бўғим бошчаларидан иборат юмалоқ қабариклик аниқланади. Ташқи эшитув йўлига бармоқни нормал ҳолатдагига нисбатан анча ичкарироққа киритиш мумкин (117-расм). Жағ суяги бир томонлама чиққанда жағ (няк) соғлом томонга бурилган бўлади.

**Давоси.** Чиққан жағ суяги жойига солинади. Беморни стулга ўтқазилади. Ёрдамчи орқа томонда бемор бошини ушлаб туради. Хирург бош бармоқларига сочиқ ёки дока салфетка ўраб, беморнинг рўпарасида туради, бош бармоқларни беморнинг оғзига тикиб, жағ тишлари устига қўяди, қолган бармоқ-



117-расм. Пастки жағнинг чықиши.



118-расм. Чыққан пастки жағни жойга солиш.

лар билан жағнинг пастки чеккасини ташқи томондан ушлайди. Бош бармоқларни аста-секин қаттиқроқ босиб, иякни пича олдинга кўтарилади ва пастки жағни пастга ва айни вақтда орқага тортилади (118-расм). Бўғим бошчаси бўғим халтасига сирғалиб тушганда жағлар куч билан юмилади ва жағ суягини жойига солаётган киши кўлига сочиқ ўрамаган бўлса, бемор уни беҳосдан тишлаб олиши мумкин.

**Юқори жағнинг синиши.** Юқори жағнинг типик синишлари Лефор бўйича уч типга бўлинади.

Биринчи типда (Лефор I) синиш чизиғи альвеоляр ўсиқ билан жағ танаси чегарасида ноксимон ўйиқдан жағ дўмбоқчасига томон горизонтал ўтади (119-расм).

Иккинчи типда (Лефор II) синиш чизиғи қаншар соҳасида кўз косасининг ички девори ва қисман орбита туби бўйлаб кўндаланг ўтади, кўз косаси остининг чеккасидан ўтиб, жағ-ёноқ чоки бўйлаб деярли вертикал пастга тушади, сўнгра альвеоляр ўсиқнинг орқа томонига то асосий суякнинг қанотсимон ўсиғигача боради.

Учинчи типда (Лефор III) синиш чизиғи аввалига иккинчи типнинг синиш чизиғига мос келади, яъни қаншардан бошланади, кўз косасининг ички деворига ўтади, сўнгра кўз косасининг туби бўйича кўз косасининг пастки ёриғигача боради, сўнгра пешана-ёноқ чоки бўйича ёноқ равоғи орқали ўтади, ундан жағ дўмбоқчасига ва понасимон суякнинг қанотсимон ўсиқларига ўтади (121-расм).

Клиник манзараси кўп жиҳатдан суяк синиқларининг силжиш типига боғлиқ. Деярли ҳамма ҳолларда юқори жағ узилган қисмининг пастга осилиб тушиши кузатилади. Бунинг



119-р а с м. Юқори жағнинг биринчи тип бўйича синиши (Лефор I).



120-р а с м. Юқори жағнинг иккинчи тип бўйича синиши (Лефор II).



121-р а с м. Юқори жағнинг учинчи тип бўйича синиши (Лефор III).

натijasида юз чўзинчоқ бўлиб қолади, кўзлар киртайиб қолгандек бўлади. Иккинчи ва учинчи типдаги синишлар учун жағларни юмилганда юз юқори ярмининг ҳаракатланишида ифодаланадиган симптом характерлидир. Синиш чизиғи бўйича анчагина қон қуйилиши қайд қилинади.

Диагноз иккита проекцияда рентгенография қилиш йўли билан тасдиқланади.

Пастки жағнинг синиши. Пастки жағ қаеридан синганлигига қараб қуйидаги турларга бўлинади: 1) марказий ёки ўртадан синиши — курак тишлар орасидаги ўрта чизиқ бўйича; 2) ментал (ён томондан) синиши — жағ танасининг учдан бир ўрта қисмидан синиши; 3) жағ бурчаги соҳасида синиши; 4) бўғим ўсиғи бўйни соҳасида (цервикал) синиши. Тожсимон ўсиқ синиши ва юқори кўтарилувчи тармоғининг узунасига синиши кам учрайди.

Синган жой бўйича турларга ажратилган ташқари, синишнинг қуйидаги турлари фарқ қилинади: тўлиқ ва чала синиш, тўғри ва билвосита синиш, якка, қўшалок ва кўп сонли синиш, чизиқли, зигзагсимон ва парчаланиб синиш, асоратланмаган (юмшоқ тўқималар шикастланмайдиган ёпиқ) синиш ва асоратланган (юмшоқ тўқималар шикастланадиган очиқ) синиш, суякнинг нуқсонли ва нуқсонсиз синиши.

Клиник манзараши маълум даражада суяк синиқларининг силжиш характери билан белгиланади. Суяк синиқларининг силжиши зарб кучининг йўналиши, мускулларнинг тортиш кучи ва жағнинг оғирлик кучига боғлиқ.

Марказий синишда суяк синиқлари деярли силжймайди. Ментал синишда калта синиқ юқорига, узун эса пастга суртилиб тушади. Пастки жағ бурчаги соҳасидаги синишда ва синишнинг бошқа турларида суяк синиқлари амалда силжймайди.

Синишнинг бошқа турларидаги сингари пастки жағ синганда абсолют симптомлар (деформация, суяк синиқларининг крепитацияси ва патологик ҳаракатчанлиги), шунингдек нисбий симптомлар (шиш, қон қўйилиши, оғриқ ва чайнашнинг бузилиши) кузатилиши мумкин.

Жағи синган беморларга биринчи ёрдам кўрсатиш, уларни транспортировка қилиш ва даволаш. Бундай категориядаги беморларга биринчи ёрдам бериш босиб турадиган боғлам қўйиш йўли билан қон оқишини тўхтатишдан иборат. Агар бемор ҳушсиз бўлса, асфиксия юз бериши мумкинлигини унутмаслик зарур. Асфиксиянинг олдини олиш учун оғиз бўшлиғидан шилпқ, қон, суяк синиқлари, тиш ва шу кабилар чиқариб олинадди. Тилни ип билан тикилади ёки тўғнағич билан тўғнаб, беморнинг кийимига тортиб қўйилади (тилнинг ҳалқумга кетиб қолишининг олдини олиш учун). Юқори жағни иммобилизация қилиш мақсадида оғизга илгичка таёқча ёки тахтача солиш ва унинг учини бошга юмшоқ бинтлар билан фиксация қилиб қўйиш керак. Пастки жағ синганда някка сопқонсимон боғлам қўйиш мумкин. Юқори жағ синганда ҳам, пастки жағ синганда ҳам иммобилизация қилиш мақсадида пастки жағни фиксация қилиб, оддий боғлам қўйиш мумкин. Иммобилизация қилиш мақсадида Энтиннинг стандарт няк шина-сопқонини, Лимбергнинг фанердан ясалган стандарт шина-тахтачасини ва Лимбергнинг оғиздан ташқарида турадиган стерженлари бўлган стандарт юқори жағ шина-қошиғини ишлатиш мумкин (112-расм). Беморга наркотиклар ва юрак-томир дорилари юборилади.

Беморнинг аҳволи қониқарли бўлса, ярим ўтирган ҳолатида транспортировка қилинади. Бемор ҳушсиз ётган бўлса, уни носилкага кўкраги остига ва пешана тагига юмалоқланган кийим, адёл каби нарсалар қўйиб, юз тубан ётқизилади.

Суюк синиқлари синмаган ҳолда пастки жағнинг синишини даволашда алюмин симдан ясалган бир жағни маҳкамловчи шиналар қўлланилади. Симни тишларнинг ташқи юзасида ётадиган қилиб эгилади, сим учларини эса тишларнинг охирига қаторини қамраб оладиган қилиб қайрилади. Шинани тишларга бронза-алюминийдан ясалган илгичка махсус сим билан фиксация қилинади. Симдан шпилькалар тайёрланади; уларнинг учларини тишлараро оралиқлардан ўтказилади ва алюминий шина атрофида бураб қўйилади. Суюк синиқлари силжиб юз берган синишда ёки юқори жағ синган ҳолларда жағларни бир-бирига жипслаштириш учун илгакли петлялари бўлган шина қўлланилади. Шу мақсадда юқори ва пастки жағ учун иккита алюминий шинадан фойдаланилади. Бу шиналарнинг учини қайриш йўли билан уларга илгакли петлялар қилинади. Юқори ва пастки жағ шиналарининг илгакли петляларига оддий дренаж найчадан қирқиб олинган резина ҳалқалар кийгизилади, булар жағларнинг суюк синиқларини эластик жипслаштириб туради (123-расм).



122-р а с м. Энтининг ияк шина-сопқони (а), Лимберг-нинг тахтача шинаси (б), юқори жағ шина-қошиғи, Лимбергнинг оғиздан ташқарида турадиган стерженлари билан (в).

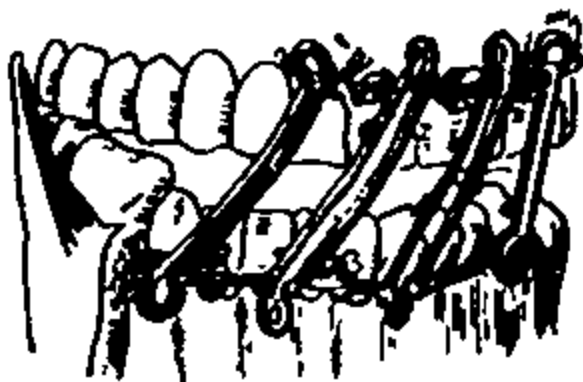
Юқори жағ синганда бундай ҳолларда иякни Энтин шинаси билан фиксациялаб қўйиш шарт. Лимбергнинг юқори жағ учун стандарт шина-қошиғини қўлланиш ҳам мумкин. Фиксациянинг ўртача муддати 4—6 ҳафта.

### КАЛЛА-МИЯНИНГ ЕПИҚ ШИКАСТИ

Бош мианинг силкиниши, бош мианинг лат ейиши ва унинг қисилиши калла-миянинг ёпиқ шикастига киради. Буларни шу тарзда фарқ қилиш шартлидир, кўпинча уларнинг комбинацияси — бош мианинг травматик касалланиши кузатилади.

Калла-миянинг ёпиқ шикастига кўпинча тўғридан-тўғри юз берадиган травма (бошга оғир нарса билан уриш, бош билан йиқилиш) сабаб бўлади.

Бош мианинг силкиниши. Барча калла травмалари орасида энг кўп учрайдиган патологиядир. Одатда бош-мия силкинганда



123-р а с м. Жағларни бяр-бирига тортиб қўйиш.

калла суяклари шикастланмайди. Қисқа ва кучли зарб таъсири бош миани ҳамда унинг суюқ таркибий қисми (ликвор, қон) ни ҳаракатга келтиради. Бунда морфологик жиҳатдан ўзгаришлар кам кузатилади: томирлар қисқа муддатга спазмга учраб, кейин кенгайди, веноз қон димланади, мия ва мия пардалари шишади, нуқтали қон қуйилиши юз беради. Бу ўзгаришлар 1—2 ҳафта давом этади.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Бош мия силкинганда эс-ҳушнинг бир неча минутдан бир неча соатгача йўқолиши ва ретроград амнезия (бемор қандай ҳодиса рўй берганини эслай олмайди) асосий симптомлардан ҳисобланади. Бемор қайт қилиб юбориши мумкин. Юз териси рангсизланади, камроқ гиперемия кузатилади. Нафас юза бўлади. Бош мия силкинишининг энгил даражасида томир уриши тезлашади (тахикардия), оғир даражасида, аксинча, секинлашади (брадикардия). Кўз қорачиқлари бир текисда торайиши ёки кенгайиши, бурун-лаб бурмасининг пича силлиқ тортганлиги кузатилиши мумкин. Кейинчалик бош оғрийди, бош айланади, қулоқ шанғиллайди, бош оғирлашади, кўз ачишади, бу сезги кўзни ҳаракатлантирганда ва ёруғ чироқда кучаяди (Мани — Гуревич симптоми). Орқа миани пункция қилганда ликворда одатда патологик ўзгаришлар бўлмайди, бироқ унинг босими ошган бўлиши мумкин. Травмадан сўнг бир неча кун ўтгач, уйқусизлик, жиртакилик, кўп терлаш, дармонсизлик, китоб ўқиганда ён томонга йўналган гилайлик (Седон симптоми) юзага келади.

Пти классификацияси бўйича шикастланишининг оғир-енгиллигига қараб бош мия силкинишининг уч даражаси ажратилди: энгил даражаси (ретроград амнезиясиз ҳушни қисқа вақтга йўқотиш), ўртача оғирликдаги даражаси (ретроград амнезияли, бироқ умумий ёки ўчоқли калла-мия ўзгаришлари бўлмайди) ва оғир даражаси (мия томонидан бузилишлар кўп бўлади).

**Д а в о с и.** Даво асосини ўринда ётиш режими ташкил этади. Бош мианинг энгил даражадаги силкинишида 1—2 ҳафта, ўртача оғирликдаги даражасида 2—3 ҳафта, оғир даражасида 3—4 ҳафта ўринда ётиш буюрилади. Нейроплегик, антигистамин ва витамин препаратлари кенг қўлланиладиган бўлди. Қалла-мия босими ошганда венага 40—60 мл 40% ли глюкоза эритмаси, 10—20 мл 10% ли натрий хлорид эритмаси, 5—10 мл 40% ли уротропин эритмаси, мускул орасига 10 мл 20% ли магний сульфат эритмаси юборилади, сийдик ҳайдовчи дорилар буюрилади. Суюқлик миқдори чегараланган тузсиз овқатлар бериш тавсия этилади.

Бош мия шиши ҳодисаларида қўшимча равишда венага 5—10 мл 2% ли гексоний эритмаси, 1—2 мл 2% ли димедрол эритмаси, 50—100 мг кортизон ёки гидрокортизон киритилади. Қалла суяги ичи босими пасайганда тери остига ёки венага физиологик эритма ёки дистилланган сув юборилади.



Бош мианинг лат ейиши. Лат ейиш бош мианинг силкинишига қараганда бирмунча оғир клиник манзара билан юзага чиқади. Морфологик жиҳатдан мия тўқимасида мия моддасининг емирилиш ўчоқлари (уззлиш, юмшоқланиш, мажақланиш, қон қуйилиши ва ҳоказо) қайд қилинади. Шикастланган қисм аксарият пўстлоқда, пўстлоқ ости қаватида ва мия пардаларида жойлашади. Мия стволи, мияча, мия қоринчаларининг лат ейиши ва қон қуйилишлари айниқса хавфлидир.

Клиник манзараси бош мианинг оғир силкинишини эслатади: эс-ҳушни йўқотиш узоқроқ вақтга чўзилиб, бир неча кун ва ҳатто ҳафтагача тормозланиш билан алмашинади. Ретроград амнезия бирмунча рўй-рост юзага чиққан бўлади. Температура кўтарилади, нейтрофил лейкоцитоз қайд қилинади, ликворда доимо қон аралашмаси бўлади.

Бош мия лат еганда локал марказий симптоматика устунлик қилади: калла-мия нервлари ва оёқ-қўллар фалажи ҳамда парези, гемиплегия, патологик рефлекслар юзага келади.

Давоси бош мия силкинишидаги каби схемада олиб борилади, бироқ стволдаги бузилишларга боғлиқ бўлган ички органлар ҳолати ҳисобга олинади. Нафас бузилганда трахея ва бронхлардан шилликни интубация қилинган ҳиқилдоқ орқали олинади ва айти вақтда кислород берилади. Беморга лобелин ва цититон юборилади. Бу ҳодисалар кучайганда трахеостома қўйилади ва бошқариладиган нафасга ўтилади. Қон айланишини нормага солиш учун юрак-томир дорилари (кофеин, кордиамин ва бошқалар) қўлланилади.

Бош мианинг қисилиши. Бирмунча оғир кечиши қайд қилинади. Патологоанатомик ўзгаришлар мианинг шиш ва ўсиб борувчи гематома (томир ёрилганда) ҳисобига тобора кўпроқ қисилишидан иборат бўлади. Гематомаларни қаерда жойлашганлигига қараб субдурал (қаттиқ мия пардаси остига), эпидурал (қаттиқ мия пардаси устига) субарахноидал (юмшоқ мия пардаси остига) ва интрацеребрал (мия моддасига) гематомаларга бўлинади.

Клиник манзараси. Бош мия қисилганда, айниқса гематома ҳисобига қисилганда бир неча минутдан бир неча соатгача тинч давр (светлый промежуток) бўлиб, сўнгра бемор ҳушидан кетади. Пульси секинлашиб (брадикардия), минутига 40—50 мартагача уради. Қорачиқлар аввалига торайган, кейин кенгаяди. Бемор қусади, ютиш акти бузилади. Тинч даврда бош оғрийдн ва бош айланади.

Гематоманинг ҳар хил турлари ўртасида дифференциал диагностика қилишда клиника ва орқа мия пункциясининг кўрсаткичлари катта аҳамиятга эга. Эпидурал гематомада бемор тез орада ҳушини йўқотади, ликвор босими ошган. Субдурал гематомада тинч давр бирмунча давомли, ликворда қон бўлади. Субарахноидал гематомада тинч давр бир неча суткагача давом

қилиши, бемор умуман ҳушсини йўқотмаслиги мумкин. Ликворда қон аралашмаси кўп бўлади.

Умумий мия симптомлари оша борган сайин мия қисилиши ва дислокациясининг ўчоқли симптоматологияси: қон қуйилган томонда калла-мия нервларининг парезлари ва фалажлари (анизокория, устки қовоқ птози, қорачиқнинг торайиб, кейин кенгайиши, ғилайлик), қарама-қарши томонда оёқ-қўллар мускулатурасининг парезлари ва фалажлари (моноплегия патологик рефлекслар билан, эпилептиформ талваса) бирмунча аниқ юзага чиқади.

Давоси асосан операция усулида олиб борилади. Операциянинг моҳияти калла суягини трепанация қилиш (очиш), гематомани бўшатиш ва қон оқишини тўхтатишдан иборат (калла суягининг декомпрессив трепанацияси). Мия моддаси унчалик кўп шикастланмаганда ва қон оқиши ишончли тўхтатилганда калла суякларидagi нуқсонни сақлаиб қолган суяк билан беркитилади. Суяк нуқсонининг бирламчи пластикасини бажаришга имкон бўлмаса, уни бир неча ой ўтгач амалга оширилади.

Калла гумбазининг синиши. Бевосита травма оқибатида рўй беради. Калла гумбазининг синиши характери бўйича дарз кетган, парчаланиб синган ва суяк тўқимаси нуқсонни кўринишида бўлиши мумкин. Синишнинг энг сўнгги тури асосан ўқ тегиб яраланишларда кузатилади.

Синиш тўлиқ бўлиши, яъни суякнинг бутун бағрига тарқалиши ва нотўлиқ бўлиши мумкин, бунда калла гумбазининг фақат ташқи ёки ички пластикаси синади. Парчаланиб синишда, шунингдек ички пластинка синганда мия пардалари ва мия моддаси шикастланади. Очиқ синишда ҳам худди шундай ҳодиса юз бериши мумкин.

Клиник манзараси. Миянинг силкиниши ва шишиши билан боғлиқ бўлган умумий мия симптомлари ва мия участкаларидаги қандай бўлмасин бўлимларнинг шикастланишига алоқадор ошиб борадиган ўчоқли симптомлар кузатилади.

Давоси. Калла суяклари ёпиқ синганда ва калла суягинидан қон оқмаганда даво калла-миянинг ёпиқ травмасидаги сингари олиб борилади. Калла суяги ичидан қон оққанда, парчаланиб синиш ва очиқ синишларда операция қилиш буюрилади. Операция асосида эзилган суяк синиқларини олиб ташлаш ва қон оқишини тўхтатиш принципи ётади.

Калла асосининг синиши. Травма механизми — одамнинг баланд жойдан боши ёки оёғи билан йиқилишидир. Бунда калла асосининг суяклари (асосий ва чакка суяклар) шикастланади.

Клиник манзараси. Диагностикасида анамнез маълумотлари, қон талашган ва қон оққан соҳаларнинг қаерда жойлашганлиги асосий роль ўйнайди. Калланинг олдинги чуқурчаси шикастланганда қовоқлар соҳаси ва кўз атрофи қон талашади — «кўзойнак симптоми» (124-расм), шунингдек бурун қонай-

ди, калланинг ўрта ва орқа чуқурчалари шикастланганда бурун-ҳалқум соҳаси қон талашади ва қулоқлардан қон оқади. Калланинг орқа чуқурчаси шикастланганда сўрғичсимон ўсиқлар соҳаси қон талашади. Баъзан бурун ва қулоқлардан ликвор чиқади. Калла асоси сийганда кўпинча калла-мия нервлари: юз нерви, узоқлаштирувчи ва кўзни ҳаракатлантирувчи нерв зарарланади. Мия пардаларининг таъсирланиши ҳисобига менингизм ҳодисалари (энса мускулларининг таранглашиши) пайдо бўлади.

Д а в о с и бош мия силкинишини даволашга ўхшаш принцилда олиб борилади. Орқа мияни пункция қилиб, ликворни чиқариш калла ичи босимини пасайтиради, бу — бош оғриғи ва бош айланишини камайтиради. Инфекцияни профилактика қилиш мақсадида антибиотиклар буюрилади. Инфекция кириш хавфининг олдини олиш мақсадида қон оқаётганда эшитув йўли ва бурунни ювиш тавсия этилмайди. Кўп қонаган тақдирдагина бурунга тампонлар тиқилади.

### КАЛЛА-МИЯНИНГ ОЧИҚ ШИКАСТИ

Калла-миянинг очик шикастида юмшоқ тўқималар, калла суяклари, миянинг қаттиқ пардаси, қатор ҳолларда мия пардаси ҳам зарарланади. Шикастланишнинг бу тури бошга ўткир қиррали қаттиқ нарса билан урилганда, ўқ тегиб яраланишларда кузатилади.

Диагностика қийинчилик туғдирмайди. Операцион столда жароҳатни текшириб кўрилганда юмшоқ тўқималар, калла, суяклари, қаттиқ мия пардаси ва мия моддасининг шикастланиш кўлами ҳамда характери аниқланади.

Ёпиқ ва очик калла-мия шикастига учраган беморларга биринчи ёрдам бериш ва транспортировка қилиш. Ҳодиса рўй берган жойда очик шикастланишларда боғлам қўйилади. Беморни носилкага бошини баландроқ қўйиб ётқизилади. Транспортировка қилиш вақтида беморнинг бошини авайлаб ушлаб кетиш зарур. Бемор ҳушсиз ҳолатда бўлса, тилнинг ҳалқумга тиқилиб қолишини профилактика қилиш мақсадида уни ипак ип билан тикиб, иякка ёки кийимга фиксация қилиб қўйилади.

Д а в о с и. Жароҳатни бирламчи хирургик тозалаб, мажақланган ва яшаб кетмайдиган тўқималар олиб ташланади. Инфекция содир бўлишининг олдини олиш мақсадида умумий антибиотикотерапия қилиш тавсия этилади.

### БОШ МИЯ ВА ПАРДАЛАРИНИНГ ЙИРИНГЛИ ҚАСАЛЛИКЛАРИ

Мия абсцесси. Калла-миянинг очик травмаси, ёт жисмлар мия абсцессига сабаб бўлиши мумкин. Мия абсцесслари аксарият бошқа органлар ва тўқималардан йирингли инфекциянинг ўтиши (метастатик йўл билан) натижасида ҳосил бўлади.

К л и н и к м а н з а р а с и. Бош оғриши, бош айланиши, ҳуш-

ни йўқотиш, абсцесс проекциясидаги жойни бармоқ билан уриб кўрилганда оғриқ бўлиши бош мия абсцессидан энг кўп учрайдиган симптомлардан ҳисобланади. Қусиш, эсининг кирарли-чиқарли бўлиб, кейин чуқур комага ўтиши кузатилади. Бу симптомлар фонидан бош мия айрим участкаларининг емирилиши натижасида ўчоқли симптомлар пайдо бўлиши мумкин. Беморларнинг температураси кўтарилади, ликворнинг босими ошади ва кўз тубининг томирларида димланиш ҳодисалари содир бўлади.

Клиник кечишига кўра ўткир ва хроник мия абсцесслари фарқ қилинади. Уларнинг давом қилиш муддати ҳар хил бўлади. Диагностикасида эхография ва электроэнцефалографиянинг аҳамияти катта.

**Давоси.** Қалла трепанация қилинади, йиринглаган жой очилади. Баъзан қалла суягида фреза билан тешиklar очиб, улар орқали абсцесс пункция қилинади, йиринг чиқарилади ва бўшлиқни антисептиклар билан ювилади. Бундай пункцияларни мунтазам такрорлаш абсцессни тугатиш имконини беради.

**Йирингли менингит.** Мия пардаларининг йирингли яллиғланиши шу термин билан ифодаланади. Сабабчиси хилма-хил йирингли инфекциядир (менингококк, стрептококк, стафилококк ва бошқалар). Унинг қуйидаги турлари фарқ қилинади: **травматик менингит** (бош миянинг очик шикастланиш оқибати), **отоген менингит** (ўрта қулоқнинг йирингли яллиғланиш асорати), **метастатик менингит** (инфекциянинг турли жойдаги йирингли ўчоқдан қон томирлар ва лимфа йўллари бўйлаб тушиши натижасида).

**Клиник манзараси.** Қасаллик қаттиқ эт жунжикиши ва юқори температура ( $40^{\circ}\text{C}$  гача) билан бошланади. Бемор пешана, энса ёки чакка соҳасидаги қаттиқ оғриқдан нолийди. У қусади. Қорачиқлар бир текис кенгайди ёки тораёди. Бемор безовталади, эси кирарли-чиқарли бўлади, алаҳлайди. Энса мускулларининг ригидлиги (қаттиқлиги) энг муҳим симптомлардан бири ҳисобланади. Оёқни чаноқ-сон бўғимида букилганда уни ёзиб бўлмайди (Кернинг симптоми). Бош олд томонга энгаштирилганда оёқларнинг букилиб кетиши характерлидир (Брудзинский симптоми). Бошнинг орқага қайрилганлиги, оёқларнинг тиззадан букилганлиги, қориннинг ичига тортилганлиги — «вовуллаётган ит» симптоми кузатилади. Қалла-мия нервларининг фалажлари ва парезлари, талваса тутиши, қабзят авж олиши мумкин. Орқа мия суюқлигида лейкоцитлар мўқдори кўп. Қонда лейкоцитоз, формула чапга сурилган бўлади.

**Давоси.** Йирингли инфекциянинг бирламчи ўчоғини тугатиш зарур. Антибиотиклар ва сульфаниламидлар билан умумий даво қилинади. Умумий уйқу артериясига ва орқа мия каналига антибиотиклар юбориш яхши терапевтик натижа беради. Орқа мияни тез-тез пункция қилиб, орқа мия суюқлигининг бир қисмини чиқариш тавсия этилади. Кўп суюқлик ичиш буюрилади.

ди, 5% ли глюкоза эритмаси ва физиологик эритма парентерал юборилади. 40% ли глюкоза эритмаси ва уротропинни венага қуйиш тавсия этилади. Бемор ҳадеб безовта бўлаверганда хлоралгидратли клизмалар қилинади.

### БОШ МИЯ ҲСМАЛАРИ

Тузилиши жиҳатидан ми я тўқимаси Ҳсмалари (глиомалар), ми я қаттиқ пардасининг Ҳсмалари (менингиомалар), гипофиз Ҳсмалари (аденомалар) фарқ қилинади. Томир Ҳсмалари, невриномалар, саркомалар кам кузатилади. Ҳақиқий Ҳсмалардан ташқари, бош ми яда захм гуммалари, туберкуломалар, паразитар кисталар пайдо бўлиб, булар ми я Ҳсмалари симптоматологияси билан характерланиши мумкин.

Клиник манзараси калла ичидаги босимнинг ошиши натижасида юзага келадиган умумий симптомларга ва Ҳсмадан таъсирланган ми я моддаси маълум участкаларининг функцияси йўқолиши ҳисобига вужудга келадиган маҳаллий симптомларга боғлиқ. Умумий ми я симптомларидан бош оғриғи, бош айланиши, қусиш пайдо бўлади. Эпилептиформ тутқаноқлар кузатилиши ҳам мумкин. Кўрув нервининг сўрғичида қон димланади, кўз соққалари бўртиб чиқади — чақчайиб туради (экзофтальм).

Учоқли симптомлари Ҳсманинг жойлашган ўрнига боғлиқ. Ми янинг пешана бўлаги зарарланганда психиканинг бузилиши: агрессивлик, жинзакилик, тентаклик ёки, аксинча, ланжлик, апатия биринчи ўринда туради. Марказий пушталарининг Ҳсмаларида сезувчанлик ва ҳаракатлар бузилади. Чакка бўлагининг Ҳсмалари нутқининг бузилишига, сўзларни хотирада сақлай олмасликка, сўзларга тааллуқли карликка, ҳидлов, эшитув ва кўрув галлюцинацияларига олиб келади. Энга соҳасининг Ҳсмаларида кўрув органи томонидан бузилишлар ва кўрув галлюцинациялари кузатилади. Ми яча зарарланганда бемор тикка турганида ва юрганида мувозанатни йўқотади, ҳаракатлар координацияси бузилади.

Диагностикасида вентрикулография ва энцефалография тўғридан-тўғри ми я қоринчаларига ёки орқа ми я каналига ҳаво ёки кислород юбориб, кейин рентгенография қилишнинг катта аҳамияти бор. Бунинг ёрдамида қоринча деворлари ва субарахноидал бўшлиқнинг Ҳсма ҳисобига шакли ўзгарганлигини кўриш мумкин. Бош ми я биотокларини ёзиб олиш (электроэнцефалография) маълум роль ўйнайди.

Давоси — операция. Ҳсманни бутунлай олиб ташлаш (радикал операция) ёки ми я моддаси кўп зарарланганда уни олиб ташламай, балки калла ичидаги босимни камайтириш мақсадида калла суяқларини қисман олиб ташлаш, яъни калла суягини декомпрессив трепанация қилиш лозим (паллиатив операция).

Ҳсма кўп тарқалиб кетганда ва беморнинг аҳволи оғир бўлиб, у операцияни кўтара олмайдиган ҳолларда симптоматик

терапия (оёқни иссиқ ва совуқ ваннага солиш, бошга муз солинган халтача қўйиш, зулук солиш, оғриқ қолдирувчи воситалар) қўлланилади.

### КАЛЛА-МИЯ ЧУРРАЛАРИ

Калла-мия чурралари деганда мия моддаси ёки унинг пардаларининг калла суякларининг тешикларидан бўртиб чиқиши тушунилади. Улар она қориндаги ҳаётнинг илк даврида пайдо бўладиган туғма майриқликларга киради. Жойлашган ўрнига кўра олд томондаги чурралар (қаншар соҳасидаги) ва орқа томондаги чурралар (энса соҳасидаги) кўпроқ кузатилади. Чурра ичидаги моддага кўра мия моддасидан ташкил топган чурралар (энцефалоцеле), ликвор тўла бўшлиғи бўлган мия моддасидан тузилган чурралар (энцефалоцистоцеле), мия пардаларидан (менингоцеле) ва уларнинг комбинациясидан ташкил топган (энцефаломенингоцеле) ўсмалар фарқ қилинади. Чурранинг катталиги турлича — нўхатдан бошлаб то боланинг ўз бошчасидек бўлади. Бола йиғлаганида ўсма таранглашади. Баъзан у пульсация қилиб туриши мумкин. Ўсма устидаги тери юпқалашган. Баъзан чурранинг чиқиш тешигини пальпация қилиб кўрса бўлади.

Д а в о с и — операция. Чурра ичидаги модда чиқарилади, чурранинг чиқиш тешиги суяк ёки аллотрансплантат билан беркитилади.

### ГИДРОЦЕФАЛИЯ

Гидроцефалия ёки, бош мия истисқоси, ўз асосида ликвор системасининг турли хил патологиясига эга бўлган ва калла бўшлиғида цереброспинал суюқлиқнинг ортиқча йиғилиши билан характерланидиган мураккаб симптомлар комплексидан иборат. Гидроцефалия туғма ва орттирилган бўлиши мумкин. Орттирилган гидроцефалияга инфекция, травма ва бошқа касалликлар сабаб бўлиши мумкин.

Бош мия истисқосининг патогенези ликвор системасида, яъни мия қоринчаларида ва субарахноидал бўшлиқда цереброспинал суюқлиқнинг чиқарилиш, сўрилиш ва тарқатилиш процессларининг бузилишидан иборат.

Суюқлиқ мия қоринчаларида йиғиладиган ички истисқо ва суюқлиқ субарахноидал бўшлиқда йиғиладиган ташқи истисқо тафовут қилинади. Кўпинча бу формалар бирга учрайди. Бундан ташқари, Монро, Мажанди, Лушканинг коммуникацион тешиклари, Сильвий сув йўлининг бекилиб қолишидан кейин (яллиғланиш, ўсма, битишма ва ҳоказо) кузатиладиган туташмайдиган (окклюзион) гидроцефалия фарқ қилинади. Туташмайдиган гидроцефалия ликвор оқимининг раволиги ва суюқлиқнинг бутун ликвор системаси бўйича ортиқча

йиғилиши билан характерланади. Суюқлиқнинг ортиқча йиғилиши ликворнинг ортиқча ишланишига (гиперсекретор форма) ёки сўрилишининг камайганлигига (гипорезорбтив, ёки резорбтив форма) боғлиқ.

**Клиник манзараси.** Гидроцефалиянинг туғма формасида ёш болаларда калланинг мия қисми юз қисмига нисбатан бирмунча катталашганлиги (37 см дан кўпроқ) аниқланади. Қалла гумбази суяклари юпқалашган, тери нозик, рангсиз бўлади, ғадир-будур ва кенгайган веналари кўриниб туради. Лиқилдоқлар катталашган ва таранглашган, суяк чоклари ажралган. Қоронғилатилган хонада бошга ёруғ нур туширилса, нур ўтгани кўринади (Страсбургер симптоми). Қасаллик тез зўрайганда кўриш қобиляти пасаяди ёки бутунлай йўқолади.

Оёқлар спастик контрактура ҳолатида бўлади. Бола безовталанади. Баъзан қусади, талваса тутаяди, ориқлаб кетаяди, кўз тубидаги кўрув нервининг сўрғичида қон димланади.

Гидроцефалиянинг орттирилган формасида симптоматология ноаниқ бўлади. Босимни ўлчаб люмбал ва вентрикуляр пункциялар қилиш, ликворни биохимиявий ва цитологик текшириш, ликвор системасига контраст модда (ҳаво) юбориб, калла суякларини рентгенография қилиш (вентрикулография) диагноз қўйишга ёрдам беради.

**Давоси.** Консерватив методларга суюқлиқни чегаралаш, сийдик ҳайдовчи, сурғи дорилар ва терлатадиган воситалар бўлиши кираяди. Люмбал ва вентрикуляр пункциялар қилиб, 100—150 мл гача суюқлиқ чиқарилади. Давонинг бу турлари аҳволни қисқа муддатга енгиллаштиради, холос.

Операция қилинганда аксарият радикал соғайиб кетиш кузатилмайди. Дольотти операцияси ана шундай операция ҳисобланади, бунда мия ён қоринчасининг олдинги шохи орбитанинг юқори девори орқали пункция қилиниб, ортиқча суюқлиқнинг ретробульбар клетчаткага оқиб тушишига шароит яратилади. Туташмайдиган формасида қадоқсимон тана тешилади (Браман операцияси). III қоринча туби перфорация қилинади (Денди операцияси), ён қоринчадан катта цистернага резина дренаж киритилади (Торкилдсен операцияси). Туташадиган истисқода орқа миyaning субдурал бўшлиғини сийдик йўли билан туташтирилади (Гейле операцияси).

## **ЮЗ ВА ОҒИЗ БУШЛИҒИНИНГ РИВОЖЛАНИШ НУҚСОНЛАРИ**

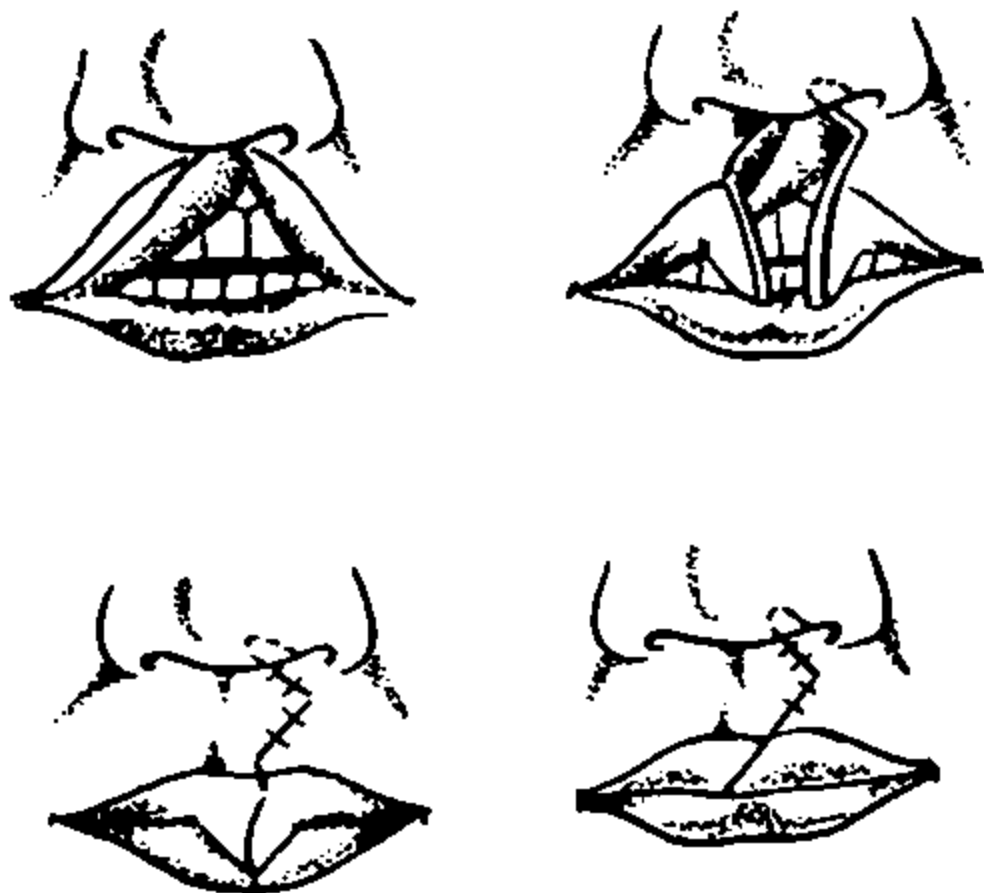
Бундай нуқсонлар эмбрионал ривожланишнинг 2—3-ҳафта-сида вужудга келадиган биринчи жабра равоғи эктодермаси ва мезодермасининг нотўғри эмбриогенезига боғлиқ. Юз ва унинг таркибий қисмларининг шаклланиш процесси эмбрионал ривожланишнинг 7-ҳафтасида тугалланади.

**Тиртиқ лаб (заячья губа).** Қўйидаги формалари фарқ қилинади: тўлиқ тиртиқ лаб (тиртиқ лаб бурун тўсиғи асосигача

етиб боради), нотўлиқ тиртиқ лаб (лаб қисман тиртиқ бўлади), бир ва икки томонлама тиртиқ лаб (юқори жағ ва танглайнинг ҳам битмай қолиши билан ўтиши мумкин).

Диагностикаси қийин эмас. Юқори лаби тиртиқ бола лаблари билан кўкрак беши сўрғичи ўртасида герметиклик бўлмаганидан яхши эма олмайди.

Даво си хирургик усулда олиб борилади. Боланинг аҳволи қониқарли бўлганда лаб пластикасини ҳаётнинг 4-ойидан, оғирлик 5 кг га етганда бажарган яхши. Бу даврда тўқималар регенерацияси яхши бўлади. Бирмунча мураккаб патологияда лаб пластикасини бола 6 ойликдан ошгандан сўнг қилиш керак. Лаб икки томонлама тиртиқ бўлганда пластикани бир вақтнинг ўзида қилинади.



125-р а с м. Тиртиқ юқори лабни пластика қилиш.

Агар тиртиқ лабда юқори жағ битмай қолган бўлса, бу ҳолда операцияни икки босқичга бўлинади: 1) лаб пластикасини 5—8 ойликда; 2) танглай пластикасини биринчи операциядан 2—3 ой ўтгач қилинади.

Юқори лабни операция йўли билан даволаш лабнинг қизил жиягини икки томонидаги теридан ажратиш, учбурчак лахтаклар қирқиш ва уларнинг ўрнини алмаштириб, якка чоклар билан фиксация қилишдан иборат (125-расм). Пластикада косметик нуқсонни бартараф этишга алоҳида эътибор берилади.

Операциядан кейинги даврда, бола операцион зонага тегмаслиги учун бу зонага гипс лонгеталар ва шиналар қўйилади. Айрим беморлар юзини ёстиққа, ўрин-кўрпага, бирор нарсага



ишқашга ҳаракат қиладилар, бу — чокнинг сўкилиб кетишига сабаб бўлиши мумкин. Шунинг учун операция қилинган беморни муттасил кузатиб туриш талаб этилади.

**Танглайнинг битмай қолиши.** Танглай битмай қолишининг тўрт асосий клиник формалари: танглайнинг нотўлиқ битмай қолиши (танглайнинг юмшоқ тўқималари чегарасида), тўлиқ битмаслиги (юмшоқ ва қаттиқ танглай чегарасида), бир томонлама ўтувчи битмаслиги ва икки томонлама ўтувчи битмаслиги ёки тор маънода олганда бўри оғиз фарқ қилинади.

Оғиз бўшлиғи билан бурун бўшлиғининг туташганлиги ютиш ва нутқнинг бузилишига олиб келади. Овқат ейиш қийинлашади, овқат ютиш вақтида битмай қолган ёриқдан ва бурундан қайтиб чиқади. Ҳаво фильтрацияси, унинг намланиши ва иссиши бузилади, натижада нафас йўллари тез-тез касалланиб туради. Боланинг тили чиққандан сўнг жиддий бузилишлар—дудуқлик ва манқалик пайдо бўлади.

**Давоси.** Эмадиган ёшдаги болаларга эмиш ва овқатланишни осонлаштирадиган махсус obturatorлар буюрилади. Операция йўли билан даволашни 8 ойлигидан бошланади, юмшоқ танглайнинг ўзи ёриқ бўлганда тикиб қўйилади (велопластика). Қаттиқ танглай ёриқ бўлганда пластикани бола 3 ёшга тўлгунча бажарилади. Операция шу ёшда қилинганда нутқ нормал ривожланади. Танглай пластикасини қилишдан мақсад фонация ва ютиш вақтида бурун-ҳалқумни бекитиб турадиган етарлича узун ва ҳаракатчан юмшоқ танглайни тиклаш ҳисобланади.

Битмай қолишнинг шаклига кўра тегишли операция усуллари татбиқ этилади. Юмшоқ танглай ёриқ бўлганда, юқорида айтганимиздек, велопластика қилинади. Ўтувчи ёриқларда тузатишни лаб ва юқори жағ ёриғини, баъзан шунингдек танглай ёриғининг олдинги қисмини пластика қилишдан бошланади. Иккинчи босқичда танглай пластикаси амалга оширилади. Икки томонлама ўтувчи ёриқларда пластикани уч босқичда: аввалига бир томондаги лаб ва юқори жағ пластикаси, кейин иккинчи томон пластикаси ва, ниҳоят, танглай пластикаси қилинади.

### ЮЗНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ

Юзда чипқон ва карбункул каби яллиғланиш процесслари бўлади. Юзда жойлашадиган бу касалликларнинг клиник манзараси, кечиш хусусиятлари ва даволаш тактикаси хирургик инфекцияга бағишланган бўлимда баён этилган. Юзнинг сармасли яллиғланиши клиник кечиши бўйича бошқа жойдаги яралар билан таққосланганда ўзига хос хусусиятларга эга эмас, бироқ бош мия ва унинг пардаларининг яллиғланиш процесси билан оғирлашади. Шунга кўра таъсир спектри кенг антибиотикларни киритиб, бирмунча актив даво олиб борилади.

## ОҒИЗ БУШЛИҒИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Ярали стоматит. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасининг яралар ҳосил қилиб яллиғланиши шу ном билан аталади. Бу касалликни Тгеропета Vincenti ва Bac. fusiformis дан иборат микроблар ассоциацияси қўзғатади, деб ҳисобланади. Шиллиқ парданинг механик шикастлари, авитаминозлар, оғир металллар (симоб, мишьяк) тузлари ва фосфор бирикмаларидан заҳарланиш касалликка мойиллик туғдирадиган омиллардир.

Клиник манзараси. Милк шишган ва тишларнинг бўйни соҳаси кўкимтир-қизғиш рангли бўлади. Тез орада милк чеккаси некротик парчаланишга учрайди ва гунгурт оч кул ранг-яшил караш билан қопланади. Некротик процесс шиллиқ парданинг қўшни қисмларига ҳам тарқалиши мумкин. Оғиздан бадбўй ҳид чиқади, температура кўтарилади, регионар лимфаденит пайдо бўлади.

Давоси. Маҳаллий кислород ванначалари буюрилади. Бунинг учун водород пероксид, калий перманганат билан ювилади. Яра юзаси ювилгандан сўнг дока тампонлар билан қуритилади ва 8% ли рух хлорид эритмаси, 5—13% ли кумуш нитрат эритмаси билан куйдирилади. Ўткир ҳодисалар босилгандан сўнг оғиз бўшлиғини синчиклаб санация қилиш зарур. Чекиш ва тиш чўткасидан фойдаланиш ман қилинади. Витамин С га бой парҳез овқатлар буюрилади. Оғир инфекцияда антибиотиклар ва сульфаниламидлар билан даволаш ўтказилади.

Тил раки. Оғиз бўшлиғи гигиенасига етарлича риоя қилмаслик, карноз тишлар, механик шикастлар мойиллик туғдирадиган сабаблар ҳисобланади. Чекиш ва тамаки чайнаш маълум роль ўйнайди. Тил раки лейкоплакия негизида ривожланиши ҳам мумкин.

Клиник манзараси. Тил раки рак яраси (зич, баъзан тоғай консистенциясидаги болишча шаклида туртиб чиққан), замбуруғ тугунчаси ва тил тўқимасидаги зич инфилтрат кўринишида юзага чиқиши мумкин.

Ўсма катталашиб, атрофдаги тўқималарга ўтади ва уларни емиради. Оғриқ сезгиси пайдо бўлади, сўлак оқади, оғиздан ҳид чиқади, баъзан қонайди. Регионар лимфа тугунларига жуда тез метастазлар беради. Жағ ости ва энгак соҳаларидаги лимфа тугунлари, сўнгра бўйиндаги томир тутамлари бўйлаб ўтган лимфа тугунлари катталашиб, қаттиқлашади. Улар аввалига ҳаракатчан бўлади, кейин атрофдаги тўқималар билан битишмалар ҳосил қилади. Тил раки нисбатан тез кечиши билан ажралиб туради.

Диагнозни аниқлаш учун биопсия қилинади.

Давоси қуйидаги усулларда: 1) операция усулида, бунда ўсма соғлом тўқималар чегарасигача электр пичоқ ёрдамида кесилади; 2) нурлатиш усулида (ташқи томондан нурлатилади ёки рак ўсмаси соҳасига радиоактив игналар киритилади);

3) иккала методни қўшиб, комбинация қилинган усулда олиб борилади.

**Паротит.** Қулоқ олди безининг яллиғланиши аксарият заифлашган беморларда, меъда-ичак йўлларида катта соҳа операция қилинганда, айниқса хавfli ўсмалари бор шахсларда пайдо бўлади. Операциядан кейин овқат ейишнинг чегараланиши ютиш актининг тўхтаб қолишига, сўлак (бактериоцид таъсири бор) ажралишининг камайишига олиб келади. Бунда бактериялар оғиз бўшлиғидан сўлак безларига ўтади ва яллиғланишга сабаб бўлади.

Клиник манзараси ютиш ва сўзлашиш вақтида оғриқ бўлиши билан характерланади. Қулоқ олди безлари соҳаси бир оз шишади, температура кўтарилади.

Операциядан кейинги паротитлар профилактикаси сўлак безлари секретиясини кучайтиришга қаратилади: лимон бўлаклари шимилади, оғизни водород пероксиднинг кучсиз эритмаси, сода билан чайилади. Бемор овқат емаса, унга сухари чайнаб туфлаб ташлаш ва оғиз бўшлиғини чайишга рухсат этилади.

Даво си иситадиган спирт-мазли компресслар, антибиотиклар қўлланишдан иборат. Абсцесс пайдо бўлганда йиринг бойлаган жой кесилади.

### **БОШ, ЮЗ ВА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИКАСТЛАНГАН ҲАМДА КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИ**

Оғиз бўшлиғи шикастлари ва касалликлари бор беморларни парвариш қилиш. Бундай категориядаги беморларда чайнаш акти бузилганлиги ва оғиз бўшлиғининг ўз-ўзидан тозаланиши қийинлашганлиги сабабли уларни парвариш қилишнинг қатор хусусиятлари бор.

Беморнинг шиллиқ, қон ва некротик массани ютиб юборишига ҳамда аспирация рўй беришига йўл қўймаслик учун биринчи кунлардан бошлаб беморнинг қадини баланд кўтарган вазиятда ётқизиб қўйилади. Упкада қон димланиши ҳодисалари ва зотилжам пайдо бўлишининг олдини олиш мақсадида беморни тез-тез у ёнбошидан бу ёнбошига айлантириб туриш тавсия этилади. Беморларга махсус резина халтачалар ёки туфдонлар бериш, кўкрагига эса клеёнка ёзиб қўйиш керак.

Одатдаги боғловлардан ташқари, оғиз бўшлиғини дезинфекцияловчи кучсиз эритмалар билан мунтазам ювиб туриш лозим. Оғизни шприц, резина баллон ёрдамида ёки резина найчаси ва стерил шиша учлиги бўлган Эсмарх кружкаси билан ювилади. Оғиз бўшлиғини ювиш учун энгак остига лоток ёки тоғорача тутиб турилади, оғиз бурчагини шпатель билан тортилади ва аввал оғиз даҳлизини, сўнгра оғизнинг ўзини ўртача босимдаги суюқлик оқими билан ювилади. Оғиз бурмаларини, ичкарасини айниқса тозалаб ювиш керак. Оғизни овқатдан ол-

дин ва кейин 4—5 марта ювилади. Бундан ташқари, тиш ораллиқларини водород пероксидга ҳўлланган дока шарчалар билан имкон борича тозалаш лозим.

Шиналашдан кейин беморларга айниқса катта аҳамият берилади. Оғиз бўшлиғини парвариш қилиш билан бирга сим шиналарнинг ҳолати устидан кузатув ўрнатиш лозим. Оғизни суюқлиқ оқими билан тозалангандан сўнг шиналар ва тиш бўйинларини, шунингдек шина билан лигатуралар орасини овқат заррачаларидан тозалаш лозим. Бунда учига водород пероксид шимдирилган пахта ўралган чўплардан фойдаланган маъқул.

Беморларга суюқ, суюқроқ ва қаймоқсимон, юқори калорияли, витаминлар миқдори етарли овқатлар буюрилади. Беморларнинг овқатини оғиздан ейишига ҳаракат қилиш зарур. Шу мақсадда жўмраги узун махсус чойнаклардан фойдаланилади. Жўмракка 20—25 см узунликдаги резина найча кийгизилади. Овқатлантириш вақтида бемор бошини пича кўтариб туриши керак. Оғизга резина найча киритилади ва тил усти бўйлаб тил илдизи ҳамда ҳалқумга келтирилади. Резина найчани вақти-вақтида қисиб, суюқ овқатнинг бемор қалқиб кетмайдиган даражада оз-оздан тушишини тартибга солиб турилади. Иккала жағ юмилган ҳолатда бўлганида уларни шиналанганда резина найчани тиш қаторидаги нуқсон орқали ёки охириги жағ тишнинг орқасидан оғиз бўшлиғига ўтказилади.

Аҳволи жуда оғир беморларнинг бурун йўли орқали қизилўнгачнинг юқори бўлимига киритилган зонд билан овқатлантирилади.

Бош ва бош миё шикастлари ҳамда касалликлари бор беморларни парвариш қилиш. Бемор оғир аҳволда ётган бўлса, аввало ҳушини йўқотади, психикаси бузилади ва марказий нерв системаси фаолиятида бошқа бузилишлар юзага чиқади. Беморларни ана шу хусусиятларини ҳисобга олиб парвариш қилинади.

Қалла шикастларида наркотик воситалар буюрилмайди (нафас марказини сустлаштиради). Талваса тутганда беморга жуда осойишта шароит яратиш зарур. Бу вақтда бирор микстура, сув, камфора, кордиамин бериш, кислород ҳидлатиш ман қилинади, чунки булар таъсирида талваса кучайиши мумкин.

Бемор беҳуш ҳолатда ётганда нафас олишини кузатиб бориш, бурун-ҳалқумини шиллиқ ва қусуқ массасидан тозалаб туриш зарур. Бошига кўпинча муз солинган ҳалтача қўйилади. Ютиш акти бузилган беморларни парентерал овқатлантирилади (тери остига ва венага глюкоза, физиологик эритма, қон ўрнини босадиган суюқлиқлар қўйилади), баъзан суюқ аралашмани овқат юбориладиган клизмада ёки меъдага туширилган зонд орқали киритилади.

Бемор кўзгалган ҳолатда бўлганда 3—5% ли хлоралгидрат эритмаси (30—40 мл) билан клизма қилинади, 2,5% ли амина-

зин эритмасидан 1 мл инъекция қилинади (артериал босим пайсайганда ва нафас бузилганда бунни қўлланилмайди).

Бош оғриғида анальгинни пирамидон билан, уйқусизликда ухлатувчи дорилар буюрилади.

Мия пардалари ва мия моддаси инфекцияларининг профилактикасини ҳамда уларга қарши курашни асептика қондаларига риоя қилиш ва антибиотиклар юбориш йўли билан олиб борилади.

Операциядан бир кун олдин беморга одатдаги овқат берилади, операция кунини эрталаб эса бир стакан ширин чой, кофе ёки какао сухари ёки печенье билан берилади. Жуда ориқлаб кетган ва ҳолсизланган беморларга, юқори калорияли таомлардан ташқари, 1—2 ҳафта мобайнида овқатдан кейин кунига 3—4 марта витаминлар комплексини (поливитаминлар) бериш фойдалидир.

Сочни операция кунини устара билан қирган маъқул. Беморни калланинг орқа чуқурчасидаги операцияга тайёрлашда бошдаги, бўйиндаги, шунингдек иккала елка усти соҳасидаги сочтуклар қирилади. Суперорбитал соҳадаги операцияларда эса қошлар қирилади. Соч қирилгандан сўнг беморга гигиеник ванна қилинади; бошини айнақса тозалаб ювилади. Оғир ётган беморларга гигиеник ванна қилмай, балки ўринда ёки каталкада гавдасини ҳўл сочиқ билан артилади, бошини эса илиқ сув билан совунлаб ювилади.

Қалла ва бош мияси операция қилинган беморларни парваришлаш ва операциядан кейинги асоратларни профилактика қилиш операцион столнинг ўзидаёқ бошланади. Чунончи, операциядан кейинги даврда бемор безовталаниб, турли ҳаракатлар қилиши, психикаси бузилиши ва шу каби ҳодисалар кузатилиши мумкин. Бемор боғламини олиб ташламаслиги учун маҳкам қилиб боғланади. Шу мақсадда бош терисига жароҳатнинг атрофига клеол суртилади, боғлов материали устига салфетка ёпиб, унинг четларини ҳамма томондан терига маҳкам қилиб ёпиштириб қўйилади. Қалланинг орқа чуқурчасидаги операцияларда боғламини ёпиштириб қўйиш айнақса муҳим.

Беморни бинтлаш, каталкага кўтариб қўйиш ва ўринга ётқизишда айнақса эҳтиёткорлик билан иш кўриш, бошини кескин ҳаракатлардан авайлаб сақлаш лозим. Бошини албатта иккала қўл билан ушлаб турилади.

Қалла гумбази трепанациясидан сўнг беморни операция қилинган томонга қарама-қарши томон билан чалқанча ёки ёнбошлатиб ётқизилади. Қалланинг орқа чуқурчаси трепанациясидан кейин бемор ёнбоши билан қорнини пича босган ҳолда ётқизилади. Бундай беморни қорни билан айлантирилади, бошини эса қўл билан ушлаб турилади.

S 21

## БУЙИН, КЕКИРДАК ВА ҚИЗИЛУНГАЧ ШИҚАСТЛАРИ ҲАМДА КАСАЛЛИКЛАРИ

### НАФАС ЙУЛЛАРИ ВА ҚИЗИЛУНГАЧГА ТУШГАН ЁТ ЖИСМЛАР

Нафас йўллари ва қизилўнгаларга ёт жисмлар (писта, тангалар, тугмачалар, михлар, шарчалар, суяклар ва ҳоказо) одатда овқат ейиш вақтида, кулганда, ўйнаганда ва шу кабиларда кириб қолади. Клиник манзараси ёт жисмнинг қайси органга кирганига, шунингдек ёт жисмнинг ўзи қандайлигига боғлиқ.

Ёт жисм нафас йўллари ва қизилўнгаларга тушганда қаттиқ йўтал тутади, юз кўкариб кетади, буйин томирлари бўртиб чиқади, кўз ёшланади. Бир оз вақт ўтгач, йўтал босилади, бироқ ёт жисм сурилганда йўтал яна бошланади. Бронх бекилиб қолганда ўпканинг тегишли қисмида ателектаз рўй беради. Диагностика қилишда бронхоскопия, ларингоскопия ва рентгенографиянинг роли катта.

Қизилўнгалардаги ёт жисмларнинг клиник манзараси мутлақо бошқача. Қизилўнгалар анча йирик ва ўткир нарсаларни унчалик шикастга учрамай ўтказиб юбориш хусусиятига эга. Ўткир уч билан қизилўнгалар деворига тешиб кирган ўткир нарсалар (балиқ қилтаноғи) кўпинча тиқилиб қолади. Ютишда оғриқ пайдо бўлади, қаттиқ овқат қизилўнгалардан ўта олмайди (дисфагия).

Давоси. Ёт жисмлар ларингоскопия, бронхоскопия ёки эзофагоскопия йўли билан чиқарилади. Ёт жисмни кўрсатиб ўтилган усуллар билан чиқаришнинг иложи бўлмаган ҳолларда уни операция қилиб олиб ташланади. Шу мақсадда қизилўнгалар, трахеяни кесилади ёки ўпканинг локализациясига кўра ёт жисм турган қисми олиб ташланади.

### ҲИҚИЛДОҚ СТЕНОЗИ ВА ТРАХЕОСТОМИЯ ТУҒРИСИДА ТУШУНЧА

Ҳиқилдоқ стенози (торайиши) яраланишда, яллиғланиш процесларида ва шу кабиларда юз бериши мумкин. Ўткир ҳолларда стеноз юмшоқ тўқималарнинг шишиши натижасида, бирмунча кеч муддатларда чандиқли тўқима ривожланиши ҳисобига содир бўлади.

Клиник жиҳатдан бу — нафаснинг қийинлашувида намоён бўлади. Оғир ҳолларда бўғилиб қолиш натижасида ўлим юз бериши мумкин. Ўткир ҳолларда зудлик билан трахеостома қўйиш зарур. Кечиккан муддатларда пластик операциялар қилишга киришилади.

Трахеостомия учун махсус инструментлар набори: тўмтоқ ва ўткир бир тишли илмоқлар, трахея учун жароҳат кенгайтиргич ва қўшалоқ трахеостомик канюлялар мавжуд. Махсус инструментлар наборидан ташқари, умумий хирургик инструментлар: скальпель, оғриқсизлантириш учун шприц, қон тўхтатувчи қисқичлар ва шунга ўхшашлардан фойдаланилади. Трахеостомия учун керак бўладиган набор ҳамisha ишлатишга тахт қилиб қўйилиши ва стерил ҳолатда сақланиши керак.

Трахеостомия қилиш техникаси қуйидагича. Трахеяни маҳаллий оғриқсизлантириб туриб кесилади. Трахеядаги жароҳатга махсус кенгайтиргич қўйилади ва унинг ёрдамида трахеостомик найча киритилади. Найча теварагидаги юмшоқ тўқималарга чок солинади. Найчани дока боғичлар ёрдамида бўйинга фиксация қилинади. Шундан сўнг бемор трахеостомик найча орқали нафас олади.

Трахеостомик найча қўйилгандан кейин беморнинг гапира олмаслигини унутмаслик керак (товуш бойламларидан ҳаво ўтмайди), лекин найчадаги тешик бекитиб турилса, у гапириши мумкин.

§ 8-2с

#### БўЙИН ЯРАЛАНИШЛАРИ

Бўйин яраланишлари бирмунча кам учрайди. Улар асосан совуқ қурол (пичоқ, устара, найза) ёки ўқ отадиган қурол (ўқ, сочма ўқ, снаряд парчаси) дан юзага келади.

Клиник манзараси бўйиндаги бирор органининг шикастланиш турига боғлиқ. Кўпинча трахея, қизилўнғач ва бўйин томирлари яраланади.

Трахея яраланганда нафас қисман одатдаги йўллардан ва қисман жароҳат тешигидан чиқади. Беморлар жуда қўрққан бўлади. Уз вақтида даво қилиш батамом соғайиб кетиш имконини беради.

Қизилўнғач шикастланиши кўпинча трахея шикасти билан бирга учрайди. Қизилўнғач шикастланганда беморлар ютишда оғриқ пайдо бўлишидан нолийдилар, сув ва овқат жароҳатга киради.

Бўйиннинг артериал томирлари шикастланганда жуда кўп қон оқиши қайд қилиниб, бу тезда ўлим билан тугалланиши мумкин. Бўйин веналари яраланганда ҳаво эмболияси содир бўлиши эҳтимол.

Биринчи ёрдам ва давоси. Биринчи ёрдам бериш асосида қон оқишини тўхтатиш ётади. Шу мақсадда жароҳатдаги томирни ёки унинг узунлиги бўйича босилади. Жгут солиш мумкин. Жароҳатга қаттиқ болишча қўйилади, яраланиш зонасига қарама-қарши томондаги қўлни бошга ташланади ё бўлмаса Крамер шинаси қўйилади. Жгутни болишча ва бемор қўлини қамраб олиб гир айланттириб солинади (Крамер шинаси). Томирлар яраланганда стационарда уларни қайта ўраб боғланади.

Юқори малакали медицина ходими ва зарур шарт-шароитлар бўлганда томирга чок солинади. Трахея яраланганда трахеостома қўйилади, трахеядаги жароҳат тикилади. Қизилўнғач яраланганда унинг девори тикилади.

### ҚИЗИЛЎНҒАЧ АТРЕЗИЯСИ

Бу патология асосида эмбриогенезнинг бузилиши ётади. Қизилўнғач атрезиясининг қўйидаги формалари: трахея билан бирикмаган атрезия, трахея билан бириккан атрезия (қизилўнғач-трахеал йўл, фистула) ва уларнинг комбинациялари фарқ қилинади. Хараактери бўйича қизилўнғачнинг тўлиқ атрезияси ва қисман (нотўлиқ) атрезияси тафовут қилинади, бунда қизилўнғачда тешикли мембраноз тўсиқ бўлади.

Клиник манзараси аномалия хараактерига боғлиқ. Сўлак оқиши (саливация) дастлабки ва муҳим симптоми ҳисобланади. Атрезиянинг қизилўнғач билан трахея бириккан ҳолларида болани эмизишга уриниш вақтида йўтал хуруж қилади, боланинг ранги кўкариб кетади ва қусади. Трахея билан бирикмаган атрезияда йўтал тутмайди ва бола еган овқатини қушиб ташлайди. У борган сари ориқлаб кета бошлайди.

Диагнозни аниқлаш учун қизилўнғачга резина катетер киритилади. Атрезия зонасида катетер ичкарига сурилмайди. Зонд орқали контраст модда (йодоллол) юборилганда рентгенда атрезиянинг тури ва унинг қаерда жойлашганлиги аниқланади. Қизилўнғач-трахеал фистулаларда болаларда кўпинча аспирацион зотилжам бўлиб, у ўлимга дучор қилиши мумкин.

Давоси — операция. Операциядан олдин 12—24 соат мобайнида тайёргарлик қилинади, бу — дегидратацияга қарши чоралар кўришдан иборат бўлади (физиологик эритма, глюкоза, 20—30 мл қон юборилади). Операциянинг моҳияти қизилўнғачни ажратиб олиш, унинг бўшлиғини очиш, қорайган қисмини кесиш, сўнгра ўказувчанлигини тиклашдан иборат.

### ҚИЗИЛЎНҒАЧ КУЙИШИ

Одатда қизилўнғач ишқор, кислота ва бошқа ўювчи суюқликларни тасодифан ёки атайин (ўз-ўзидан ўлдириш мақсадида) ичиб қўйиш натижасида куйиб қолади. Кислота ва ишқор қизилўнғач шиллиқ пардасига таъсир қилиб, унинг структурасини рўй-рост бузади. Кислотадан куйишда қизилўнғач девори бирмунча юза шикастланади. Кислота меъдага ўтиб, унинг шиллиқ пардасини ҳам куйдириши мумкин. Ишқор қизилўнғач деворининг жуда чуқур куйишига сабаб бўлади. Жароҳатланган жой битгандан кейин химиявий шикастланиш зонасида чандиқли тўқима ҳосил бўлиб, бу—қизилўнғач ёки меъда бўшлиғини қисиб қўяди.

Клиник манзараси. Биринчи навбатда дисфагия юз



беради. Оғиз бурчакларида ва тилда куйиш аломатлари бўлади. Бемордан ва унинг атрофидаги кишилардан унинг нима ичганини суриштириб аниқламоқ зарур.

Биринчи ёрдам ва давоси. Куйишдан кейин ўткир даврда қизилўнгач ва меъда нейтралловчи эритмалар билан (кислотадан куйишда — кучсиз ишқор эритмаси билан, ишқордан куйишда — кислота, сут билан) ювилади. Беморга суюқ овқатлар берилади. 7—10 кун ўтгач, қизилўнгачни махсус бужлар билан бужланади. Чандиқли стриктура пайдо бўлган ва бужлаш наф бермаган ҳолларда операция йўли билан даво қилишга киришилади—сунъий қизилўнгач вужудга келтирилади.

## ҚИЗИЛЎНГАЧ РАКИ («ҚИЛТОМОҚ»)

Энг кўп учрайдиган жойи: қизилўнгачнинг учдан бир пастки бўлимидир. Метастазлари лимфа йўллари бўйлаб қалқонсимон без олдидаги, трахеал ва бронхиал лимфа тугунларига тарқалади. Гематоген йўл билан метастазлари ўпка ва жигарга ўтади. Аксарият эркаклар касалланади.

Клиник манзараси. Бемор қизилўнгачидан овқат қийинлик билан ўтаётганлигидан нолийди (дисфагия). Аввалига қаттиқ овқатнинг ўтиши қийинлашади, кейин суюқ овқат ҳам тутилиб қолади. Бунга сўлак оқиши қўшилади. Беморлар жуда озиб-тўзиб кетади.

Контраст модда қабул қилинганда рентгенда қизилўнгачнинг торайган зонасини аниқлаш мумкин. Торайган жойнинг тишсимон чеккалари кўриниб туради. Эзофагоскоп ёрдамида ўсмани кўздан кечириш ва тўқима бўлакчасини гистологик текшириш учун олиш мумкин (биопсия).

Давоси. Радикал операцион даво қўлланилади. Қасалликнинг илк босқичларида қизилўнгачни батамом олиб ташлаб, ўрнини олдинги кўкс оралиғида ёки тўш олдининг тери ости клетчаткасида, эски қизилўнгач ўрнидан ўтказилган ингичка ёки йўғон ичак бўлаги билан тўлдирилади. Операция қилиб бўлмайдиган ҳолларда меъда деворига фистула қўйилади (гастростом). Беморни овқатлантиришда гастростомик тешик орқали резина найча киритилади. Баъзан операция қилиб бўлмайдиган ҳолларда ўсма зонаси орқали поливинил-алкоголдан ясалган махсус найча ўтказилади (туннеллаш), натижада беморларни оғиз орқали овқатлантирса бўлади.

## БЎЙИННИНГ ТУҒМА КИСТАЛАРИ ВА ФИСТУЛАЛАРИ

Бўйиннинг туғма кисталари ва фистулалари ривожланиш нуқсонлари ҳисобланади. Улар эпителиал йўллардан ҳосил бўлади. Бўйиннинг ўрта ва ён томонида жойлашадиган фистулалар ҳамда кисталар фарқ қилинади. Ўрта фистула ва кисталар бўйиннинг ўрта чизиғи бўйлаб қалқонсимон тоғайдан юқорида,

Ўн кисталар ҳиқилдоқ билан тўш - ўмров - сўрғичсимон мускул орасида жойлашади.

Клиник манзараси бир неча йил мобайнида аста-секин катталашиб борадиган ўсмасимон зич тузилма борлиги билан характерланади. Киста ўзича ёрилганида йўл (фистула) ҳосил бўлади. Баъзан болалар шаклланиб бўлган фистула билан туғилади.

Давоси — киста ёки фистула деворлари билан бирга операция қилиб олиб ташланади. Киста йиринглаб кетганда кесилади, ичидаги йиринг чиқарилади. Яллиғланиш процесси сўнгандан кейин киста девори кесиб ташланади.

### ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ КАСАЛЛИКЛАРИ

Буқоқ — қалқонсимон безнинг барқарор катталашуви. Буқоқнинг қуйидаги формалари фарқ қилинади. Эндемик буқоқ муайян географик зоналарда, асосан тоғларда (Урал, Шимолий Кавказ, Байкал кўли бўйи, Еқутистон ва ҳоказо) учрайди. Унинг пайдо бўлишига йод етишмаслиги ва санитария-гигиеник шароитларнинг ёмонлиги сабаб бўлади. Эндемик буқоқ одамлар зич бўлиб яшайдиган жойларда, айниқса ёш-ялангларда кўп кузатилади. Витамин етишмаслиги, озиб-тўзиб кетиш ва сифатсиз ичимлик сув унинг сабабчиси ҳисобланади. Спорадик буқоқ ҳамма жойда учрайди ва эндокрин система функциясининг бузилишига боғлиқ бўлади.

Буқоқни тузилишига кўра диффуз, тугунсимон ва аралаш турларга бўлинади. Катта-кичиклигига қараб буқоқнинг 5 даражаси тафовут қилинади: I даражасида фақат бўйини пальпация қилинади, II даражасида катталашган без кўзга ташланади, III даражасида буқоқ рўй-рост катталашган бўлади (йўғон бўйин), IV даражасида буқоқнинг ҳажми катталашиб, шундоққина кўриниб туради, V даражасида каттакон буқоқ баъзан кўкрак қафасига осилиб тушади.

Клиник манзараси безнинг катталашишига қараб белгиланади. Унинг консистенцияси ўзгаришлар характерига боғлиқ. Коллоид ва паренхиматоз ўзгаришларда буқоқ қаттиқ-эластик консистенцияга эга, томирли буқоқ осонгина қисилади, уриб туради, фиброз буқоқ зич, баъзан ғадир-будур бўлади. Катталашган қалқонсимон без ютиш вақтида трахея ва ҳиқилдоқ билан бирга ҳаракат қилади. Буқоқ трахеяни қисиб қўйганда бўғилиш хуружи пайдо бўлади, қизилўнгачни қисиб қўйганда эса ютиш қийинлашади. Буқоқ қайтувчи нервни қисиб қўйганда товуш бўғилади, баъзан мутлақо чиқмайди.

Буқоқда эндокрин бузилишлар юз бермаслиги мумкин. Баъзан эса унинг функцияси кучайиши (гипертиреоз) ёки пасайиши (кретинизм) кузатилади.

Профилактикаси буқоқни келтириб чиқарган сабабларни бартараф этишга қаратилган. Эндемик буқоқда аҳоли

йод қўшилган туз олади. Айни вақтда санитария-гигиеник шароитларни яхшилаш зарур.

**Д а в о с и.** Консерватив даво беморларнинг йод препаратларини (йод, калий йодид, Шерешевский таблеткалари ва ҳоказо) қабул қилишидан иборат.

Консерватив терапия натижа бермаганда операция даводан фойдаланилади — катталашган қалқонсимон безни резекция қилиб, унинг озроқ қисми қолдирилади.

**Тиреотоксикоз (Базедов касаллиги).** Касалликнинг сабаблари орасида қалқонсимон без гиперфункцияси биринчи ўринда туради. Тиреотоксикозни аксарият психик травмага боғлиқ дейилади, бироқ инфекция ёки ҳайз кўриш цикли, аборт кабиларга алоқадор бўлган эндокрин бузилишларнинг таъсири ҳам инкор қилинмайди. Тиреотоксикоз аксарият 20 дан 40 ёшгача бўлган аёлларда кузатилади.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Умумий лоҳаслик, тез чарчаш, ҳадеб терлайвериш, баданда иссиқ сезиш, қўл титраши (тремор), юракнинг тез уриши (тахикардия), серзардалик, йиғлоқлик, вазнининг камайиб кетиши қайд қилинади.

Тиреотоксикоз учун қуйидаги кўз симптомлари характерли: экзофтальм (кўз соққаларининг катталашуви), Штелльваг симптоми — кўз кам пирпираб, ўзига хос қиёфада бўлади («чақчайган кўз»), Грефе симптоми — бемор юқоридан ластга қараганида устки қовоғи қорачиқнинг юқори четидан кейинда қолади, Мебиус симптоми — конвергенция бузилади (предмет ўрта чизиқдан кўзга яқинлаштирилганда кўз четга бурилиб гилайланади), Мелихов симптоми — «дарғазаб тикилиш», Елленек симптоми — устки қовоқ териси қорайиброқ қолади, Резенбах симптоми — қовоқлар юмилганда пириллаб туради, Зенгер симптоми — қовоқлар салқиб, халтасимон осилиб туради.

Қўшимча симптомлардан бармоқларнинг илгичка ва узунлигини — «нозанин қўли», Кохер симптоми — ёноқларнинг ялтираб туришини, лаб ва тил рангининг тиниқлигини эслатиб ўтиш мумкин. Асосий алмашинувнинг ошиши кузатилади.

**Д а в о с и** консерватив усулда ўтказилади. Беморга тўлиқ жисмоний ва психик тинч шароит яратиш зарур. Йод препаратлари (Люголь эритмаси, Шерешевский таблеткалари) қўлланилади (бир таблеткадан кунига 2 марта 20 кун мобайнида). Бромидлар ва валериана, юрак дорилари берилади, 14 кунгача кунига 3 марта 0,2 г дан метилурацил буюрилади, сўнгра дозасини камайтирилади. Радиоактив йод билан даволаш татбиқ этилади. Консерватив терапия натижа бермаганда операция усули қўлланилиб, қалқонсимон без субтотал резекция қилинади.

**Қалқонсимон без раки.** Қам учрайдиган касаллик. Одатда тугунсимон буқоқнинг айниши кузатилади. Эркакларга қараганда аёлларда кўп учрайди. Тугунсимон буқоқ билан касалликнинг илк босқичидаги рак ўртасида дифференциал диагностика ўтказиш қийин.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Без паренхимасида жуда кўп зич тугунлар бўлиши характерлидир. Бўйин кўкс ораллигининг лимфа тугунларига, ўпкага, баъзан суякларга метастазлар беради.

**Д а в о с и.** Тугунли буқоқнинг ҳамма формаларида тугунларни албатта гистологик текшириб, хирургик даво қилиш тавсия этилади. Рақли айнишга шубҳа туғилганда операцион столда зудлик билан биопсия қилинади. Диагноз тасдиқланганда қалқонсимон без батамом олиб ташланади. Регионар лимфа тугунларига метастаз берганда, бундай тугунлар клетчаткаси билан бирга олиб ташланади. Операциядан сўнг радиоактив йўл билан қўшимча даво қилиш ёки рентгенография тавсия этилади.

### **ТУГМА ҚИЙШИҚ БЎЙИНИ**

Этиологияси аниқланмаган. Қийшиқ бўйинни келтириб чиқарган сабабга кўра мускул етишмовчилигидан юз берадиган қийшиқ бўйини (аксарият тасдиқлаш мускули зарарланади), суяк етишмовчилигидан юз берадиган қийшиқ бўйини (умуртқаларнинг патологик ривожланиши) ва невроген қийшиқ бўйини (иннервациянинг бузилиши) фарқ қилинади. Аксарият мускул етишмовчилигидан бўладиган қийшиқ бўйин учрайди.

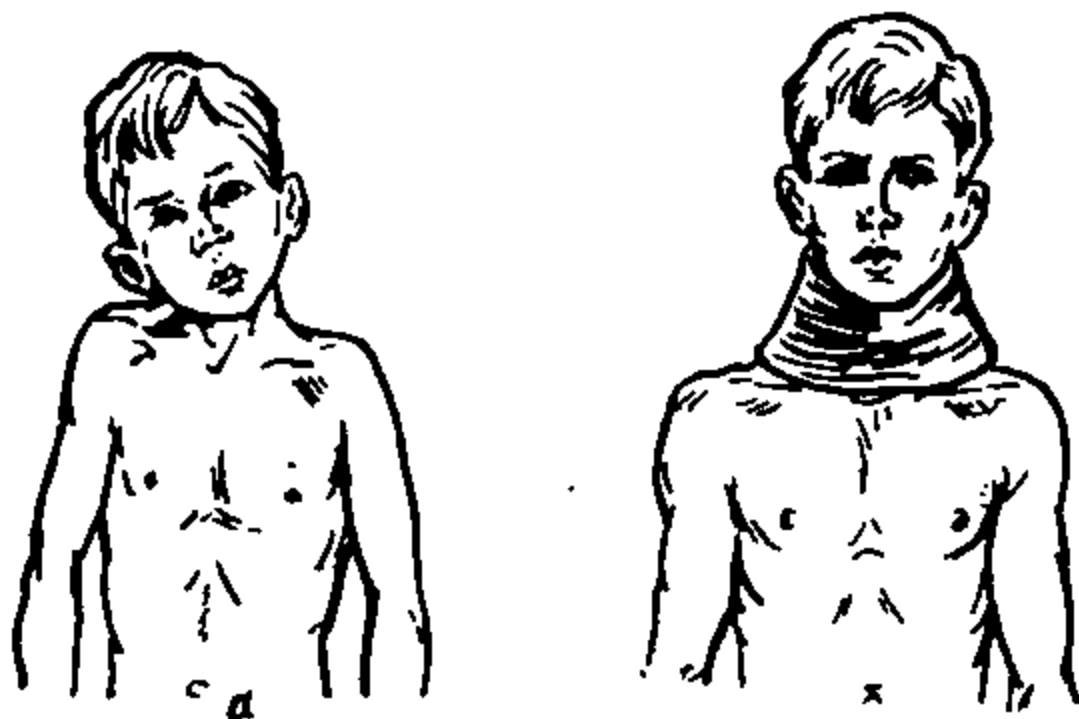
**К л и н и к м а н з а р а с и.** Бош қисқарган ва калталашган тўш-ўмров-сўрғичсимон мускул томонга қийшайган, бунда эса худди шу томонга, нияк эса соғлом томонга бурилган, яъни энгашибгина қолмай, балки бурилган ҳам бўлади. Мускулдан бўладиган тугма қийшиқ бўйиннинг ҳамма ҳолларида калла ва юз асимметрик ривожланади (126 - расм, а, б).

**Д а в о н и** бола ҳаётининг дастлабки ҳафталаридан бошланади. Мускуллар массаж қилинади, иссиқ муолажалар татбиқ этилади, деформацияни тузатишга қаратилган усуллардан фойдаланилади. Бу усулларни бўйинни Шаншнинг пахта-дока ёқаси билан фиксация қилган ҳолда ҳар кун қўлланилади.

Каттароқ ёшда ( $\frac{1}{2}$ —2 ёшда) босқичли гипс бойламлар қўлланилади. Консерватив тадбирлар натижа бермаганда операция қилинади. Операция тасдиқлаш мускулининг иккала пай оёқчасини ва бўйиннинг юза фасциясини очиб кесилдан иборат. Операциядан кейин бошни озроқ гиперкоррекция қилиб, гипс боғлам билан боғлаб қўйилади.

### **БЎЙИНИ, КЕКИРДАК, ҚИЗИЛЎНГАЧ ШИҚАСТЛАРИ ВА КАСАЛЛИКЛАРИГА УЧРАГАН БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ ҲУСУСИЯТЛАРИ**

**Т р а х е о с т о м а л и** беморларни парвариш қилиш. Трахеядан канюля орқали чиқадиган моддалар боғламини ифлослантирмаслиги учун канюля тагига клеёнка, полиэтилен ёки резина фартуқча қўйилади, фартуқча ифлосланганда уни антисептик эритма билан ювилади. Трахеотомик канюлянинг ички найчасини кунига бир неча марта чиқариб олинади, ювилади ва яна қўйилади.



126-р а с м. Тугма қийшиқ бүйиш (а) ва уни тўғрилаш (б).

Трахеядан шиллиқ ва балғамни қанюля орқали актив сўриб олиш учун сўриб оладиган аппаратга уланган ингичка катетерни трахеяга эҳтиётлик билан киритилади. Трахеяга қанюля орқали турли хил дори моддаларни юбориш мумкин. Трахеостомик найча олиб ташлангандан кейин бўйиндаги жароҳат инкиламчи тортишиш йўли билан ўз-ўзидан битади.

Гастростомали беморларни парвариш қилиш. Гастростомик тешик теварағидаги тери ҳолати устидан қунт билан кузатув олиб бориш зарур. Ундан оқиб чиқадиган меъда шираси терининг бичилиб кетишига сабаб бўлади (мацерация). Шунинг учун бемор ҳар гал овқатлантирилгандан сўнг терини антисептик эритма билан артиш ва вазелин суртиш лозим. Тери бичилганда шу соҳага Лассар пастаси суртилади. Беморларни меъда фистуласи орқали овқатлантирилади. Найчанинг ташқи учига шиша воронка уланади ва уни тахминан 0,5 м юқорига кўтарилади. Воронкага олдиндан тайёрлаб қўйилган суюқ овқатни 50—100 мл дан қилиб, кичик порцияларда қуйилади.

Қизилўнгачи операция қилинган беморларни парвариш қилиш. Қизилўнгач операциясини бошидан кечирган беморларда операциядан кейинги давр аксарият оғир ўтади. Операциянинг қандай натижа билан яқунланиши кўпинча беморни парвариш қилишга боғлиқ. Беморларга кам кислород, юрак дорилари буюрилади. Плевра бўшлиғи ҳар куни пункция қилиниб (дренаж қўйилмаган бўлса), ундаги суюқлик тортиб олинади ва антибиотиклар юборилади. Қизилўнгач резекция қилингандан сўнг умумий оқсил баланси пасаяди, шунга кўра оқсил танқислигига қарши курашиш учун ҳар куни қон ва оқсил препаратлари қуйилади.

Анастомоз зонасига имкон борича ором бериш учун беморга операциядан кейин бир сутка мобайнида ютинишдан ўзни тийиб туриш тавсия этилади. Бу давр бемор учун жуда оғир ва хизматчи ходимлардан меҳрибонлик билан парвариш қилишни талаб этади. Суюқликни оғиз орқали 4—5 сутка ўтгандан кейингина, шунда ҳам аввалига оз-оздан ичишга рухсат этилади. Операциядан кейинги давр нормал ўтаётган бўлса, 7-кундан бошлаб суюқлик миқдорини чекламаслик мумкин. Шу вақтдан бошлаб беморга ярим суюқ овқатлар: хом тухум, кисель, кефир, сметана, бульон, манний дўтқаси кабиларни бериш мумкин. Рационни умумий ҳажмда 5—6 қабулга 40 г дан оширмай тузилади. 11—12-кун беморга бугда пиширилган котлет, майдаланган гўшт берилади. 15-кундан бошлаб 1-стол буюрилади.

Кўпинча операция вақтида бу категориядаги беморларга бурун орқали зонд киритилади ва уни анастомоз зонасидан пастроққа туширилади. Биринчи кунлари беморни шу зонд орқали овқатлантириш мумкин.

Тўқималарнинг пластик хусусиятлари кескин пасайиши ва уларнинг трофикаси бузилиши сабабли бу категориядаги беморларда ётоқ яралар тез пайдо бўлади, шунга кўра операциядан кейинги даврда уларнинг актив ҳаракатлар қилиши тавсия этилади. 3-сутканинг охирига келиб тозалаш клизмаси қилиш зарур.

Қалқонсимон без операциясида беморларни парвариш қилиш. Бундай беморларнинг психикасига, юрак-томирлар системасига салга озор этади ва улар операциядан травмага оғоят сезувчан бўлади. Уларга фақат жисмоний жиҳатдан эмас, балки психик жиҳатдан ҳам ором бериш зарур. Нерв кўзгалувчанлигини пасайтириш учун бром препаратларини бошқа дорилар билан бирга буюрилади. Тиреотоксикоз ҳодисаларини камайтириш мақсадида беморларга йод препаратлари ёки метилтиоурацил бериш, марказолилни дийодтирозин билан бирга қўлланиш керак. Тиреотоксикознинг оғир формаларида ва бемор жуда ҳам ҳолсизланиб қолганда операциядан олдин 7—10 кунгача 8—12 бирликдан инсулинни 40% ли глюкоза эритмаси билан юборилади. Эмоционал кўзгалувчанлик, ҳавотирланишни йўқотиш мақсадида аминазин, триоксазин, анадоксин буюрилади. Юрак-томирлар системаси бузилганда юрак-томирлар дорилари билан даво қилинади.

Дори-дармонлар билан тайёрлашдан ташқари, бемор операциядан олдин қандай вазиятни эгаллаб ётиши керак бўлса, уни каравотга шу вазиятда ётқизиш йўли билан тренировка қилдирилади: кураклари остига болиш қўйилади, бошини орқага энгаштирилади.

Операция ўтган заҳоти беморнинг бошини олдинга пича энгаштириб (бўйин мускулларини бўшаштириш учун), уни суянтириб ўтқазилади. Дастлабки 2—3 кун ичида ютишнинг қийинлашуви сабабли ярим суюқ консистенциядаги юқори калорияли овқат буюрилади. Операциядан кейинги дастлабки суткаларда

бу беморларни индивидуал медицина ҳамшираси пости билан таъминлаш зарур. Ҳамшира беморда тиреотоксик криз: рўй-рост безовталик, юз қизариши, қўл қалтираши, пульс, нафас тезлашиши, температура кўтарилиши юз берган тақдирда бу ҳақда врачга ўз вақтида хабар бериши керак. Қайтувчи нервни гематома эзиб қўйганда товуш бўғилади, баъзан бутунлай чиқмай қолади. Кальций алмашинувини бошқариб турадиган қалқонсимон без олдидаги без тасодифан олиб ташланганда юз, қўл ва оёқлар қисқариб тортишади. Венага кальций хлорид қуйиш ёки мускул орасига қалқонсимон без олдидаги безнинг гормонал моддаси — паратиреоидин юбориш билан бу ҳодисаларни бар-тараф этса бўлади.

Боғлам устидан назорат қилиб туришга катта аҳамият бериш лозим, чунки дастлабки 2 суткада иккиламчи қон оқиши содир бўлиши мумкин. Биринчи кунлари нам ҳолдаги кислород, камфора, кордиамин, йод препаратлари буюрилади, венага глюкоза юборилади.

Дастлабки 3 суткада беморларга суюқроқ овқатлар берил-ди. Жароҳатдаги дренажлар одатда 2-кунни чиқариб олинади. Чокларни 7—8-суткада олинади.

## КУКРАК ҚАФАСИ ВА КУКРАК БУШЛИҒИ ОРГАНЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАРИ ВА КАСАЛЛИКЛАРИ

### § 4. ЭС. КУКРАКНИНГ ЕПИК ШИКАСТЛАРИ

**Кўкрак қафасининг лат ейиши.** Лат ейиш бевосита шикаст етишидан келиб чиқади ва юмшоқ тўқималарнинг зарарланиши билан ўтади.

**Клиник манзараси.** Оғриқ бўлади, чуқур нафас олганда оғриқ кучаяди, кўкрак қафасининг шикастланган ярми нафас олишда орқада қолади. Лат ейиш зонасида гематома пайдо бўлиши мумкин.

**Давоси.** Беморга тинч шаронт яратиб бериш зарур. Лат еган жойга биринчи соатларда совуқ (совуқ сув ёки муз солинган халтача) қўлланилади. 1—2 кун ўтгач физиотерапевтик иссиқ процедуралар (диатермия, УВЧ-терапия) ўтказилади.

**Кўкрак қафасининг эзилиши (травматик асфиксия).** Кўкрак қафасининг иккита ўтмас предмет ўртасида қолиб эзилиши (вагонлар буферн, машина борти билан бирор предмет ўртаси ва ҳоказо) натижасида юзага келади. Баъзан кўкрак қафаси эзилганда қовурғалар, тўш ва ўмров суяклари синиши ҳам мумкин.

**Клиник манзараси.** Юз, бош, бўйин терисида, оғиз шиллиқ пардасида ва конъюнктивда нуқтали қон қуйилишлар пайдо бўлади. Гавданинг устки ярми бир оз шишган ва кўкарган бўлади. Кўзнинг тўрсимон пардасига ва ички қулоққа қон қуйилиши сабабли кўз вақтинчалик кўрмай ва қулоқ эшитмай қолади. Товуш бойламларига қон қуйилишидан афония (товуш чиқмай қолиши) юзага келади.

**Биринчи ёрдам ва давоси.** Тинч шаронт яратилади. Юрак дорилари ва нафас анализаторлари буюрилади. Кислород ингальяцияси қилинади. Шокка қарши тадбирлар кўрилади ва вато-симпатик новокаин блокадаси қўлланилади.

**Қовурғаларнинг синиши.** Бевосита травмада ёки кўкрак қафасининг босилишидан синади. Қовурғалар ёрилади, суяк уст пардаси остидан синади ва битта ёки бир неча қовурғалар тўла синади, синиқлари ўрнидан силжийди ёки силжимаydi. Қовурғаларнинг ўзи синиши ва қовурғалар синиб, плевра ҳамда ўпка шикастланиши мумкин.

**Клиник манзараси.** Қовурғалар якка синганда ўткир локал (чекланган жойда) оғриқ кузатилади, бу — нафас олган-



да, йўталганда ва гаада вазиятини ўзгартирганда кучаяди. Пайпаслаш йўли билан локал оғриқ аниқланади, суяк синиқлари силжиган синишда қовурғаларнинг шакли поғонасимон бўлиб ўзгаради.

Қовурғалар кўп жойидан синганда клиник манзара ёмонлашади, бемор шок ҳолатида бўлиши мумкин. Упка тўқимаси зарарланганда тери ости эмфиземасининг клиник манзараси кўшилади (терини босилганда ёғирлаган товуш эшитилади), бемор қон тупуради, нафас қийинлашади, акроцианоз (лаб, бурун учи, қулоқ чиғаноғи, бармоқлар учи кўкаради), тахикардия бўлади. Плевра бўшлиғида қон бўлганда (гемоторакс) ўтирган вазиятда перкуссия қилишда горизонтал сатҳдаги суюқлиқ аниқланади, ҳаво бўлганда (пневмоторакс) ўпка пучаяди — перкуссияда баланд перкутор товуш қайд қилинади, аускультацияда ўпканинг нафас олиши эшитилмайди.

Синиш фақат клиник жиҳатдан аниқланса-да, қовурғаларнинг синиш диагнозини тасдиқлаш учун рентгенологик текширувнинг аҳамияти катта. Диагностикада клиник манзара асос қилиб олинади.

Д а в о с и. Синган зонага 5—10 мл 2% ли новокаин эритмаси юборилади. Кўп жойидан синганда уларнинг зонасига 0,5% ли новокаин эритмаси киритилади ва шу томоннинг ўзида ваго-симпатик блокада қилинади.

Оғриқсизлантиришни чуқур ва давомли қилиш учун синиш зонасига 5—10 мл 2% ли новокаин эритмаси юборишни тавсия қиламиз. 10 минут ўтгач ягнани чиқармай туриб, қўшимча равишда 5 мл дан 0,02% ли совкаин эритмаси ва 0,04% ли дикан эритмаси юбориш лозим. Бу методика бошқа локализациядаги синишларда ҳам қўлланилади.

Упка яллиғланишини профилактика қилиш учун бемор нафас гимнастикаси билан шуғулланиши керак. Антибиотиклар ва сульфаниламидлар буюрилади. Қовурғалар синганда кўкрак қафасини бинтлаш тавсия этилмайди (пневмония профилактикаси).

Умров суягининг чиқиши. Аксарият елка билан йиқилганда содир бўлади. Умров суяги акромиал ва тўш учларининг чиқиши фарқ қилинади. Кўпинча умров суяги акромиал учининг чиқиши кузатилади. Бойлам аппаратининг йиртилиш даражасига кўра унинг тўла ва қисман чиқиши тафовут қилинади. Тўла чиқишда шу соҳадаги бойлам аппарати батамом йиртилади, қисман чиқишда бойлам аппарати қисман сақланиб қолади.

К л и н и к м а н з а р а с и. Умров суяги акромиал учидан чиққанда елка усти соҳасида акромиал учининг чиқиб қолиши сабабли поғонасимон деформация кўзга ташланади. Елка суяги узоқлаштирилганда ва умровнинг чиқиб турган учи босилганда умров жойига тушади; елка суяги пастга туширилганда унинг бу учи яна юқорига кўтарилади («клавиша симптоми»).

Диагноз рентгенологик текширувда тасдиқланади. Қисман чиққанда ўмровнинг акромиал учи унчалик рўй-рост туртиб чиқмайди.

Ўмровнинг тўш учи чиққанда бу зонада ўмров суягининг туртиб чиққанлиги ва гематома кўринади. Диагнозни ойдинлаштириш учун рентгенография қилинади.

**Д а в о с и.** Ўмров суягининг чиққан учи жойига солинади. Ўмров суягига қалин картон пелот қўйилади ва гипс боғлам билан фиксация қилинади (127-расм). Қатор ҳолларда, айниқса ўмровнинг акромиал учи чиққанда бу методика фоят яхши натижа бериши мумкин. Ўмровнинг чиққан учини тутиб туришнинг иложи бўлмаган ҳолларда операция йўли билан даволанади. Операциянинг моҳияти шундаки, ўмров суягининг акромиал учи чиққанда уни куракнинг акромиал учига, ўмровнинг тўш учи чиққанда уни тўш суягига фиксация қилинади. Фиксацияни лавсан ип, бронза-алюминийдан ясалган сим ёки пўлат кегай билан амалга оширилади. Ўмров суягининг акромиал учи чиққанда Беннэль реакцияси яхши натижа беради: ўмров суягини акромионга ва кўкракнинг тумшуксимон ўсиғига япак ёки соннинг сербар фасциясидан олинган тилиш билан фиксация қилинади (128-расм). Ўмров суягининг тўш учи чиққанда аксарият Марксер операцияси ўтказилади (129-расм).

**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, қийиқ ва парчаланиб синиш қайд қилинади. Одатда, ўмров синиши суяк синиқларининг силжиши билан ўтади. Марказий суяк синиғи тўш-ўмров-сўрғиқсимон мускулнинг тортишиши ҳисобига юқорига ва олдинга, периферик синиқ ўмров мускулнинг тортишиши ҳисобига пастга ва ичкарига сйлжийди. Суяк синиқлари томир-нерв тутамини, плевра гумбази ёки терини шикастлаши мумкин (очиқ синиш).

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Оғриқ ва синган зонада поғонасимон деформация кузатилади. Елка усти зонаси соғлом томонга нисбатан қисқаради (ўмров суягининг кўкрақдан кураккача масофаси). Бемор шикастланган томондаги қўлни кўтариб туради. Диагнозни ойдинлаштириш ва суяк синиқларининг силжиш характерини аниқлаш учун рентгенография қилинади.

**Д а в о с и.** Биринчи ёрдам кўрсатишда шикастланган томондаги қўлга Дезо боғлами ёки косинкасидан фойдаланилади. Синишни даволашда шикастланган зонага новоканн юборилади ёки пролонгацияли таъсир қиладиган блокада қилинади. Беморнинг елкаларини иложи борича узоқлаштирилади ва иккала елка учи соҳасига иккита дока ҳалқа кийгазиб, уларни резина найча билан боғланади (Дельбе методи) (130-расм). Керилган елкалар устига ҳалқалар ўрнига саккизсимон боғлам қўйса ҳам



127-расм. Умровнинг акромнал учи чиққанда умровни гипсли боғлам билан фиксация қилиш.

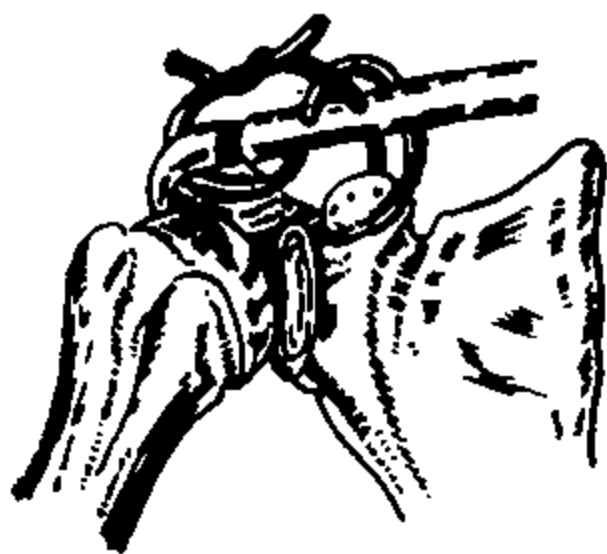
бўлади. Суяк синиқлари 3—4 ҳафта ичида битади (консолидация).

Суяк синиқларини кўрсатилган методлар билан жой-жойига солиб бўлмаса, операция йўли билан даво қилинади. Операциянинг моҳияти суяк синиқларини лавсан ип ёки бронза-алюминий сим билан, шунингдек, умров суягининг иккала учидан ўтказилган зангламайдиған пўлат кегай билан бириктиришдан иборат.

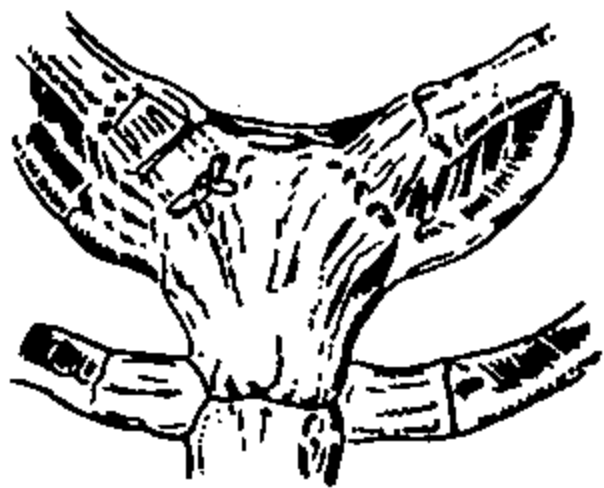
### КўКРАК ҚАФАСИНИНГ ТЕШИБ КИРАДИГАН ШИКАСТЛАРИ

Кўкрак қафасининг тешиб кирадиған шикастлари деганда тери, тери ости клетчаткаси ва мускул қавати билан бирга парентал плевра ҳам шикастланадиган зарарланишлари тушунилади. Бундай зарарланишда ўпка шикастланмаслиги ҳам мумкин. Кўкрак қафасининг тешиб кирадиған яраланиши совуқ қурол ёки ўқ отадиган қуролдан содир бўлади.

Кўкрак қафасининг тешиб кирадиған яраланишларида кўпинча пневмоторакс — плевра бўшлиғида ҳаво йиғилиши, гемоторакс — плевра бўшлиғида қон йиғилиши ва плеврогемоторакс — ҳаво ва қон йиғилиши кузатилади.

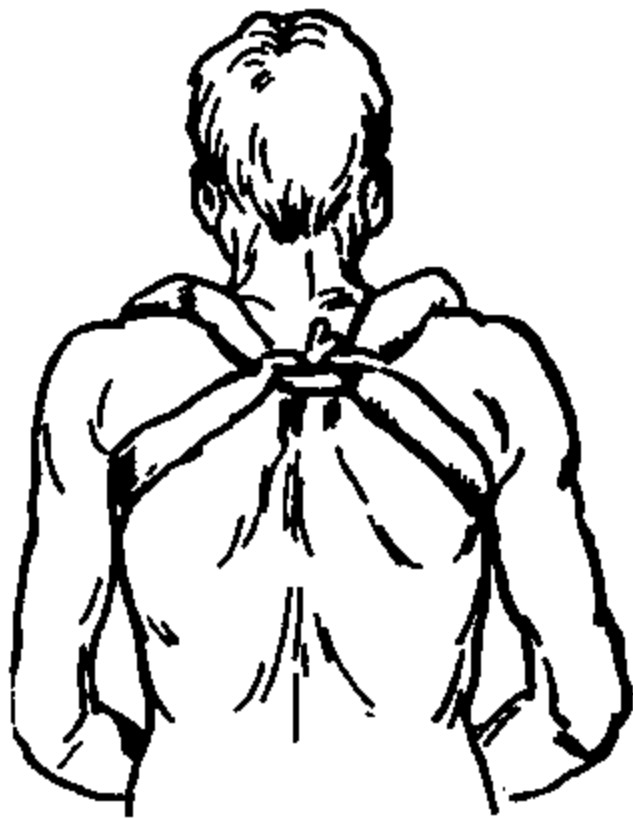


128-расм. Умровнинг акромнал учи чиққанда Беннел операцияси.



129-расм. Умровнинг тўш суягига ёпишган учи чиққанда Марксер операцияси.

**Пневмоторакс.** Плеврал бўшлиққа кўкрак деворидаги жароҳат тешиги орқали ёки шикастланган ўпка орқали ҳаво кириши натижасида пневмоторакс ҳосил бўлади. Ҳаво плеврал бўшлиққа тушганда ўпка қисилади (коллабирланади). Плеврал бўшлиқда ҳаво нечоғли кўп бўлса, ўпка шунчалик кўп қисилади.



130-расм. Умров синганда Дельбе ҳалқалари.

Пневмотораксни уч турга: ёпиқ, очик ва клапанли пневмотораксга бўлинади. Ёпиқ пневмотораксда плеврал бўшлиққа кирган ҳаво ташқи муҳит билан туташмайди, чунки кўкрак қафаси ёки ўпкадаги жароҳат канали бекилиб қолади. Очик пневмотораксда жароҳат канали очилиб туради ва плеврал бўшлиққа тушган ҳаво ташқи атмосфера билан бемалол туташади. Клапанли (авж олувчи) пневмотораксда жароҳат каналининг хусусиятларига кўра ҳаво плеврал бўшлиққа бемалол киради, бироқ қайтиб чиқа олмайди. Шунга кўра ҳар гал нафас олган сайин плевра бўшлиғида тобора кўпроқ ҳаво йиғила бошлайди. Бунда ўпканинг анчагина қисилиши ва кўкс оралиғидаги органларнинг соғлом томонга силжиши кузатилади. Қатор ҳолларда (кўпинча клапанли пневмотораксда) ҳаво тери остидаги клетчаткага кира бошлайди, бу тери ости эмфиземасининг пайдо бўлишига олиб келади.

**Клиник манзараси.** Кўкракда қисилиш сезгиси, нафас қисилиши пайдо бўлади, бемор кўкариб кетади, кўкрак қафасининг шикастланган томонида нафас олиш йўқолади ва бирмунча сустлашади, товуш титраб чиқади. Очик ва клапанли пневмотораксга учраган беморларнинг аҳволи айниқса оғир бўлади.

**Гемоторакс.** Кўпинча қон плеврал бўшлиққа жароҳатланган ўпка томирларидан, бироқ баъзан кўкрак деворининг шикастланган томирларидан оқиб тушади. Оқиб тушган қон миқдори 1,5—3 л га етиши мумкин. Инфекция қўшилган ҳолларда плевра эмпиемаси ривожланади.

**Клиник манзараси.** Ички қон оқиш аломатлари пайдо бўлади: тери ва шиллиқ пардалар бўзаради, совуқ тер чиқади, пульс тезлашади, артериал босим тушиб кетади. Бу ҳодисаларга нафас қисилиши ва нафаснинг қийинлашуви қўшилади.

Перкуссияда қон оқиб тушган зонада перкутор товушнинг бўғиқлиги қайд қилинади.

**Пневмогемоторакс** клиник жиҳатдан пневмоторакс ва гемоторакснинг бирга учраши билан характерланади. Перкуссияда плеврал бўшлиқда суюқлиқнинг горизонтал сатҳи аниқланади.

Биринчи ёрдам ва давоси. Кўкрак қафасининг тешиб жирадиган жароҳатларига учраган беморларга бериладиган биринчи ёрдам очиқ пневмотораксни бартараф қилишга қаратилиши керак. Шу мақсадда жароҳат зонасига терметикликни таъминлайдиган асептик боғлам қўйилади, бунинг учун жароҳатга черепица кўринишида қўйилган лейкопластирь ёки индивидуал пакетдаги резина аралаштириб тайёрланган қопчиқдан фойдаланилади. Беморларга оғриқ қолдирадиган ва юрак дорилари юборилади.

Бундай беморларни даволаш кўкрак деворидаги жароҳатни хирургик тозалаш, уни қаватма-қават, жипс қилиб тикиш, плеврал бўшлиқдан ҳаво ва қонни тортиб олишдан иборат.

Клапанли пневмотораксда такрорий плеврал пункциялар қилиб, ҳавони тортиб олинадиган ёки Бюлау усулида сув ости дренажи қўйилади. Бироқ бундай ҳолларда клапан механизмини дарҳол оператив бартараф қилган яхши. Гемотораксда қон оқишини операция ёки консерватив йўл билан тўхтатилади ва плеврал бўшлиқдаги қонни ҳайдалади.

### ЮРАҚНИНГ ЖАРОҲАТЛАРИ ВА ҚАСАЛЛИКЛАРИ

Юрак хирургияси — хирургиянинг янги бўлими. Сўнгги 20 йил мобайнида талайгина натижаларга эришилди. Хирургиянинг бу бўлимини ривожлантиришда ватанимизнинг хирурглари А. Н. Бакулев, П. А. Куприянов, Б. В. Петровский, А. А. Вишневский ва бошқалар етакчи роль ўйнадилар.

**Юракнинг жароҳатлари.** Юрак жароҳатлари аксарият совуқ қурол ва ўқ отадиган қурол қўлланилганда пайдо бўлади. Кўпроқ қоринчалар, 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 тампонадасидан нобуд бўлади. Баъзан ўлимга асоратлар (перикардит, плеврит, пневмоторакс, эмболия) сабаб бўлади.

Клиник манзараси перикардга қон тўпланиши ҳисобига юрак тампонадаси симптоматологияси билан характерланади. Беморлар юрак соҳасидаги оғриқдан, бош айланиши, нафас қисишидан нолийди ва ўлим ваҳимасига тушади. Териси оқариб кетади, юзи киртаяди, пульси сал тўлишади, тез-тез, минутига 120—160 марта уради. Артериал босими тушиб кетади, бироқ веноз босими кўтарилади. Нафас тезлашган, юза 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** зудлик билан операция қилишдан иборат. Операциядан мақсад юракдаги жароҳатни тикишдир. Операциядан олдин ва транспортировка қилиш вақтида беморга максимал даражада ором берилади, юрак соҳасига совуқ қўлланилади, оғриқсизлантирувчи дорилар юборилади.

**Юракнинг туғма пороклари.** Юракнинг туғма порокларига эмбриогенезнинг бузилиши сабаб бўлади, деб ҳисоблайдилар. Она ва ота организмларининг генетик жиҳатдан номувофиқлиги ҳам маълум роль ўйнайди. Туғма юрак пороклари бор беморларнинг сони кўп. Туғма юрак порокларининг симптомлари анатомик бузилишларга боғлиқ (қон айланишининг бирор участкасидаги тўсиқ — аортанинг торайиши, юрак бўшлиқлари ўртасидаги патологик тешик — бўлмачалараро ва қоринчалараро тўсиқлардаги нуқсонлар, Боталло йўлининг битмаслиги).

Юрак ва магистрал томирлар томонидан кўриладиган бу туғма патологик ўзгаришлар қон айланиши, қондаги газ таркибининг бузилишига олиб келади, бу — бутун организмда газ алмашинувининг бузилишига сабаб бўлади. Бундай беморларни фақат хирургик усулда даволанади. Тегинли хирургик коррекция бажарилмаса, беморлар гўдаклик ёки ўсмирлик ёшида ўлиб кетади. Туғма юрак порокларининг қуйидаги турлари учрайди.

**Артериал йўлнинг битмаслиги.** Ҳомиланинг эмбрионал ривожланиш даврида ўпка артерияси билан аорта артериал йўл орқали туташади, бу йўл бола туғилгандан сўнг бекилади. Йўл битмай қолган ҳолларда аортадан ўпка артериясига қон патологик тарзда тушади, натижада кичик қон айланиш доирасида гипертензия вужудга келади ва газ алмашинуви бузилади.

Бу патология клиник жиҳатдан боланинг ўсмай қолиши, терининг рангсизлиги, ҳансираш, юрак уришида намоён бўлади. Эшитиб кўрилганда ўзига хос дағал систолик шовқин аниқланади («тегирмон тоши шовқини»).

**Давоси** артериал йўлни боғлашдан иборат.

**Фалло тетрадаси.** Ўпка артериясининг торайиши, аортанинг ўнг томонлама вазиятда бўлиши, қоринчалараро тўсиқ нуқсони ва ўнг қоринча гипертрофияси кўринишидаги патологик ўзгаришлар комплекси кузатилади.

Касалликнинг характерли симптомлари ҳансираш, тери ва кўриниб турадиган шиллиқ пардаларнинг кўкариб кетганлиги ҳисобланади. Оз-моз жижманий нагрузкада ва эмоционал қўзғалувчанликда бўғилиш ва кўкариш кескин кучайиб, хуруж ўлим билан тугаши мумкин. Болалар ўсишдан ва ривожланишдан орқада қолади. Аускультацияда систолик шовқин эшитилади. Диагнозни аниқлаш учун текширувнинг мураккаб қўшимча методларидан фойдаланилади; юрак зондланиб (юрак бўшлиғи-

га одатда елка венаси орқали махсус зонд киритилади), унинг турли бўлимларидаги босим аниқланади,  $O_2$  ва  $CO_2$  ни аниқлаш учун қон порциялари олинади, контраст модда юбориб, серияли рентген суратлар олинади ёки киносьемкалар қилинади.

**Даво си** хирургик усул. Радикал операция ўтказиш, яъни юракдаги патологик ўзгаришларни батамом хирургик коррекция қилиш ёки паллиатив операция қилиш — аорта билан ўпка артерияси орқасига анастомоз қўйиш мумкин, бу — патология ўрнини маълум даражада тўлдиради.

**Аорта коарктацияси** ёки аортанинг бирор бўлимида торайиб қолиши. Торайишнинг даражаси турличадир: бўшлиқнинг қисман бекилиб қолишидан то тўлиқ обтурациясигача бўлиши мумкин.

**Клиник манзараси** артериал босимнинг торайиш зонасига қадар анчагина ошиши ва торайишдан сўнг унинг анчагина пасайиши билан характерланади. Артериал босим қўлларда бирмунча ошган бўлади, оёқларда эса аниқланмайди. Систолик шовқин эшитилади, юрак чегараларининг чап қоринчанинг анчагина гипертрофияси ҳисобига катталашганлиги аниқланади. Оёқларни ушлаб кўрилганда муздай бўлади, мускуллар атрофияси кузатилади. Диагнозни аниқлаш учун аортография қилинади ва рентген суратда аортанинг торайган жойи аниқланади.

**Даво си** — операция. Аортанинг торайган қисми резекция қилиниб, унинг қолган участкалари анастомозланади. Аорта резекциясидан сўнг катта диастаз ҳосил бўлган ҳолларда етишмаётган қисм ўрнига дакрон ёки тефлондан махсус протез қўйилади. Бундай протезни аортага унинг торайган зонасидан юқорига ёки пастга тикиш мумкин (томирни шунтлаш).

**Юракнинг орттирилган пороклари.** Ревматизмни бошдан кечирилгандан сўнг пайдо бўлади. Бу патологияда юракнинг клапан аппаратида ўзгаришлар, клапанлар етишмовчилиги ёки тешик стенози кузатилади. Митрал ва аортал клапанларнинг зарарланиши энг кўп учрайдиган патология ҳисобланади.

**Митрал тешик стенози.** Ревматизм бошдан кечирилгандан кейин митрал клапан тавақалари битишмалар ҳосил қилади. Бунда қатор ҳолларда митрал тешик анчагина торайиб қолади.

**Клиник манзараси** юракнинг катталашуви, диастолик шовқин, юракнинг ёпилувчи биринчи тони ва ҳарсиллаш билан характерланади. Кечиккан босқичларида жигар катталашади, шиш, асцит, цианоз пайдо бўлади. Рўй-рост ўзгаришлар юз берганда даво операция усулида бажарилади. Бармоқ ёки махсус асбоб — комиссуротом ёрдамида митрал тешик кенгайтирилади.

**Митрал клапан етишмовчилиги.** Ревматик процесс оқибатида пайдо бўлади. Бунда клапан аппаратининг тавақалари емирилади.

**Клиник манзараси** юрак чегараларининг катталашуви билан

характерланади, митрал клапан проекциясида систолик шовқин эшитилади.

Давоси емирилган клапанларни кесиб ташлаб суяғий клапанлар қўйишдан иборат.

## 5.27. 2с. ПЛЕВРАНИНГ КАСАЛЛИКЛАРИ

↳ Плевра яллиғланишининг икки тури — сероз ва йирингли плеврит тафовут қилинади. Йирингли плевритни яна плевра эмпиемаси деб аталади.

↳ Сероз плеврит. Травма, ўтка ва бошқа яқин жойлашган органлардаги яллиғланиш процеслари сероз плевритга сабаб бўлади. Плевритни келтириб чиқарган микрофлора характерига кўра специфик, туберкулёз плеврити ва носпецифик плеврит, стафилококкли, стрептококкли ва бошқа плевритлар фарқ қилинади.

Клиник манзараси. Беморлар кўкрак қафасининг тегишли томонидаги оғриқдан нолийдилар. Нафас юза тезлашган бўлади. Температура кўтарилади. Касал томондаги кўкрак қафаси нафас актида оғрада қолади. Кўкрак қафасини перкуссия қилганда суюқлиқ тўпланган зонада перкутор товушининг бўғиқлиги аниқланади. Суюқлиқнинг устки чегараси ёйсимон жойлашган; ёй юқорига йўналган (Даумуазо чизими). Суюқлиқ кўкс ораллиғини қарама-қарши томонга суради, шунга кўра кўкрак қафасининг соғлом томонида, умуртқа поғонаси яқинида паотда перкутор товушининг чўққиси юқорига йўналган учбурчак кўрнишида (Раухфус учбурчаги) бўғиқлашгани қўшимча равишда аниқланади. Рентгенологик усул билан диагноз қўйиш мумкин.

↳ Давоси. Плевра бўшлиғи пункция қилиниб, ичидати суюқлиқ тортиб олинади ва плевра бўшлиғига антибиотиклар юборилади. Албатта асосий касалликка даво қилиш шарт.

(Плевра эмпиемаси. Сероз плеврит заминида ёки ўлка абсцессининг плевра бўшлиғига ёрилишидан сўнг бирламчи пайдо бўлиши мумкин.) (Плевра эмпиемаси кўкрак қафасининг тешиб кирадиган жароҳатларида ва инфекция тушганида ҳам вужудга келиши мумкин.) Йирингли суюқлиқ плевра бўшлиғини батамом эгаллаши (тотал эмпиема) ёки плевранинг чегараланган қисмига ўтиши мумкин (чегараланган эмпиема).

Клиник манзараси. Касаллик рўй-рост интоксикация заминида (температуранинг 39—40°C гача кўтарилиши) билан оғир ўтиши мумкин. Касалланган томондаги ёнолар тивик қизил тусга киради. Қовурғалараро бўшлиқлар кенгайди. Пальпация қилинганда улар оғрийди. Перкутор ва рентгенологик текширувдаги манзара сероз плевритдаги сингаридир. Плевра бўшлиғида ҳаво бўлганда суюқлиқнинг горизонтал сатҳи кўринади. Плевра бўшлиғи пункция қилинганда йиринг олилади.

(Давоси. Агар пункцион метод ижобий натижалар бермаса, плевра бўшлиғи дренажланади. Шу мақсадда қовурғалар



орасидан ёки қовурға устидан унинг озроқ қисмини кесилгандан сўнг дренаж найча киритилиб, уни юмшоқ тўқималарга маҳкам фиксация қилинади. Ҳатта эмпиемада дренаж найчани одатда орқа-қўлтиқ чизиғи бўйича еттинчи—саккизинчи қовурғалар орасига, чегараланган эмпиемада — эмпиема зонасига киритилади. Дренаж найчанинг иккинчи учига клапан қилинади. Бунинг учун одатда резина қўлқоп бармоғини учидан кесиб боғлаб қўйилади. Дренажнинг ана шу учини антисептик суюқлиқ солинган идишга туширилади (Бюлау бўйича сув остя дренажи). Плеврал бўшлиқдаги суюқлиқни бирмунча актив чиқариш учун дренаж найчани иккита шишадан ташкил топган, биттаси суюқлиқ билан тўлдирилган системага улаш мумкин. Суюқлиқ иккинчи шишага оқиб тушаётганда манфий босим ҳосил бўлади — Субботин усули бўйича сифон системаси (131-расм). Сув оқим билан тушадиган насосдан ҳам шу мақсадда фойдаланса бўлади.

### УПКА КАСАЛЛИКЛАРИ

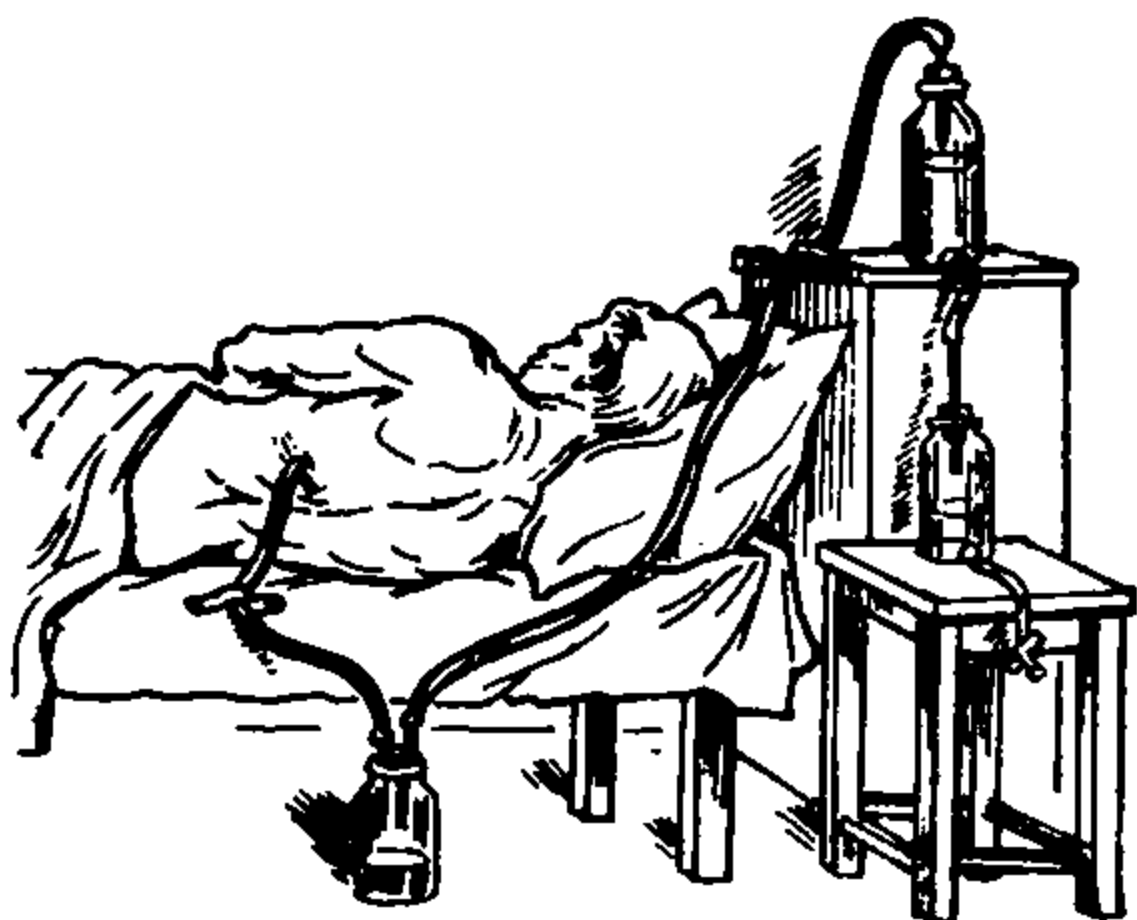
Упканинг носпецифик яллиғланиш касалликлари, туберкулёз ва ўпка раки ўпканинг энг кўп учрайдиган хроник патологияси ҳисобланади.

**Упка абсцесси.** Упка абсцесси деганда ўпка тўқимасининг йирингли яриши тушунилади. Травма оқибатида ўпка тўқимасига қон қуйилиши, юқори нафас йўлларидаги ёт жисмлар, ўпканинг яллиғланиб абсцесс ҳосил қилиши, инфекциянинг йиринглаган жойдан бошқа соҳаларга метастаз бериши ўпка абсцессига сабаб бўлади. Якка ва кўп сонли абсцесслар учрайди.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Абсцесс бошланаётганда бемор лоҳас бўлади ва эти увишади. Йўтал тутади. Температура анчагина кўтарилади ва кўкрак қафасининг тегишли соҳасида оғриқ қайд қилинади. Абсцесс бронхга ёрилганда кўп миқдорда йиринг ажралиб чиқади. Қонда лейкоцитоз ва формуланинг чапга силжиши аниқланади. Касалликнинг бошланғич даврида абсцесс проекциясида перкутор товушнинг бўғиқлиги қайд қилинади, у ёрилганда ва йиринги чиқиб кетганда пастроқ тимпаник товуш эшитилади. Аускультацияда нам хириллаган товуш аниқланади. Йиринглаган жой ёрилгандан сўнг процесс хроник тус олиши мумкин.

Касалликнинг бошланғич босқичида рентгенологик текширувда аниқ чегараси бўлмаган гомоген қоронғулик, абсцесс бронхга ёрилганда суюқлиқнинг горизонтал сатҳи бўлган бўшлиқ аниқланади.

**Д а в о с и.** Касалликнинг ўткир босқичида консерватив даво: умумий антибиотикотерапия ва бронхиал шохга антибиотиклар юбориш тавсия қилинади. Антибиотикларни сульфаниламидлар билан бирга қўлланиш керак. Интоксикация рўй-рост юзага чиққанда дезинтоксикацион терапия олиб борилади. 5% ли



131-р а с м. Субботин усули бўйича сифон системаси.

глюкоза эритмаси, 3000—5000 мл миқдорда физиологик эритма, юқори калорияли овқатлар буюрилади. Абсцесснинг дренаж йўли бўлганда балғамнинг яхши ажралиб чиқиши учун шароит яратиш зарур. Шу мақсадда постдурал дренаж номини олган тадбир қўлланилади: беморни танасини чаноққа нисбатан пастроқ қилиб ётқизилади, натижада балғамнинг ўзича ажралиб чиқишига имкон яратилади. Оғир ҳолларда ўмров ости венасига доимий катетер киритиб қўйиб, у орқали антибиотикларнинг катта дозалари (40 000 000—60 000 000 ТБ гача пенициллин) юборилади. Организмнинг ҳимоя иммунологик кучини стафилококк анатоксини юбориш ва қон қуйиш билан ошириш мумкин.

Ўпканинг хроник абсцессидан операция қилиб даволаш — ўпка тўқимасидаги зарарланишнинг локализациясига ва характерига кўра лобэктомия ёки пульмонэктомия қилиш тавсия этилади.

**Ўпка гангренаси.** Гангрена ўпка абсцессидан фарқли равишда ўпка тўқимасида процесснинг плеврани ҳам эгаллаб, чегараланмаган ҳолда тарқалиши билан характерланади. Гистологик текширувда лейкоцитар инфильтрацияси бўлмаган ва йирингли парчаланган ўтқир некроз манзараси қайд қилинади.

**Клиник манзараси.** Касаллик бошланаётганда ўпка абсцессидан кам фарқ қилади. Кейинчалик кўкрак қафасида рўй-рост оғриқ пайдо бўлади, оғиздан бадбўй ҳид келади. Чиқаётган ҳиднинг қўлансалигидан бошқа беморлар бу палатада тура олмайди. Бундай беморни алоҳида жойлаштирмоқ зарур.

Температураси тектик характерда бўлади. Балғами гунгурт-кул ранг бўлиб, сақлаб қўйилганда уч қатламга бўлинади. Перкусияда гангрена соҳасида тўмтоқ товуш, ауокультатив текширувда ҳар хил калибрдаги нам хириллаган товушлар аниқланади.

**Давоси.** Таъсир спектри кенг препаратлар билан массив антибиотикотерапия олиб борилади. Бронхоскопия қилиб, йирингли суюқлиқни тортиб олиш ва антибиотикларни маҳаллий юборишдан фойдаланиш мумкин. Оқсиллар ва витаминларга бой юқори калорияли овқатлар буюрилади. Қон ва оқсилли гидролизатор қуйиш тавсия этилади. Консерватив терапия яхши натижа бермаганда 2—3 ҳафта ўтгач, операцион даво — пульмонэктомия қилинади.

**Бронхоэктатик касаллик.** Хроник яллиғланиш процесси бўлган ҳолда бронхнинг бутун сегменти, битта ва бундан кўпроқ бўлаги кенгайишини шу термин билан ифода қилинади. Бронхоэктазлар туғма бўлади ёки бронх ва ўпканинг хроник яллиғланиши заминида ривожланади. Бронхоэктазларни характери бўйича халтасимон, цилиндрик ва аралаш турларга бўлинади.

**Клиник манзараси.** Йўтал тутади, кўп балғам ажралади, у эрталабки соатларда айниқса кўп бўлади. Бемор баъзан қон тупуради. Касаллик вақти-вақтида температуранинг кўтарилиши, умумий лоҳаслик, меҳнат қобилиятининг пасайиши, умуман ҳолсизланиш билан ўтади. Касаллик зўрайиб кетган ҳолларда ички органларнинг амилоид зарарланиш аломатлари пайдо бўлади; бармоқларнинг учлари йўғонлашади («ноғора чўплари»), тирноқлар бўртиб чиқади, шаклига кўра соат ойнасига ўхшайди, сийдикда оқсил ва цилиндрлар пайдо бўлади. Ауокультацияда турли калибрдаги қуруқ ва нам хириллаган товушли қаттиқ нафас эшитилади.

Узил-кесил диагноэни бронхографиядан кейин қўйилади (бронхнал шохга контраст модда қуйиб, сўнгра рентгенография қилинади).

**Давоси.** Консерватив даवони ўпканинг бошқа йирингли касалликларидати каби олиб борилади. Касаллик узоқ муддат кечганда, тез-тез зўрайиб турганда ва ички органларда амилоид айнашга мойиллик бўлганда, айниқса халтасимон бронхоэктазларда операция қилиб даволаш тавсия этилади. Операциянинг ҳажми процесснинг қай даражада тарқалганига боғлиқ.

**Упка раки.** Кўпинча ўпка раки ўпканинг хроник яллиғланиш процесслари (хроник пневмония, абсцесслар, бронхоэктазлар, туберкулёз) заминида ва канцероген моддалар таъсири натижасида (тутун чиқиндилари, автотранспорт ишлаётганда чиқадиган газлар, гудрон йўл чанги, чекиш, айниқса «сигарета чекиш») ривожланади.

Упка раки аксарият бронхлар эпителийсидан (95%) — бронхоген рак — ва альвеолалар эпителийсидан (5%) — альвеоляр рак — пайдо бўлади. Локализацияга кўра марказий ва перифе-

рик рак фарқ қилнади. Усма бронх бўшлиғига ўсиб кирганда у бекилиб қолади, натижада ўпканинг тегишли қисми ателектазга учрайди. Процесс плевра бўшлиғини эгаллагандан сўнг руй-рост оғриқлар заминида теморрагик суюқлиқ пайдо бўлади. Бронхиал шок, трахеянинг лимфа тугунларига, парааортал, ўмров ости ва ўмров усти лимфа тугунларига метастазлар беради. Гематоген йўл билан тарқалганда метастазлар жигарда, суякларда, буйракларда, бош миёда пайдо бўлади.

Гистологик жиҳатдан у қуйидаги турларга бўлинади: 1) яси хужайрали рак, 2) аденокарцинома, 3) базал хужайрали рак, 4) скirr. Аденокарцинома бошқа формаларига нисбатан тез ўсади.

Клиник манзараси. Упка раки кўпроқ ёши улғайган эркакларда учрайди. Касалликнинг илк белгилари — қуруқ йўтал, ҳансираш, кўкракнинг оғришидир. Қонда балғам пайдо бўлиши, вазини йўқотиш, иштаҳа пасайиши, орқанинг оғриши ва қовурғалараро невралгия бирмунча кеч намоён бўладиган симптомлар ҳисобланади. Ателектазда температура кўтарилиб кетади, йирингли балғам ажралади. Гипохром анемия, ўртача лейкоцитоз, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши қайд қилинади. Балғамда атипик хужайралар борлиги, цитологик текшириш, бронхоскопия билан биопсия (132-расм), ўпкани рентгенография ва айниқса томография қилиш (қаватма-қават қилиб рентген суратлар олиш)нинг катта диагностика аҳамияти бор.

Давоси. Асосан хирургик даво қилнади — ўпка батамом (пультонэктомия) ёки бир бўлагини (лобэктомия) олиб ташланади. Регионар лимфа тугунлари зарарланганда уларни кўкс оралиғи клетчаткаси билан бирга олиб ташланади. Ракнинг операция қилиб бўлмайдиган формаларида нур терапияси рак хужайраларининг ўсишини секинлаштиради ва беморнинг умрини узайтиради. Операция қилинмаганда бемор ўрта ҳисобда 1—2 йил умр кўради.

5.19.

## МАСТИТ

Мастит деганда сут безининг яллиғланиши тушунилади. Мастит кўпинча биринчи марта туққан аёлларда пайдо бўлади. Бунга эмчак учининг ёрилиши сабаб бўлиб, инфекция (стафилококк) шу ёриқ орқали жиради.

Клиник манзараси касалликнинг босқичига боғлиқ.

Сероз босқичда сут бези катталашган, қаттиқлашган бўлади, оғрийди. Температура  $39^{\circ}\text{C}$  гача кўтарилади.

Инфильтратли босқичида сут безида аниқ чегаралари бўлмаган бир ёки бир неча зич инфильтратлар ҳосил бўлади. Улар устидаги тери қизаради, оғриқ анча қаттиқ, температура  $40^{\circ}\text{C}$  атрофида бўлади. Лейкоцитоз — 10000—12000.

Абсцессланувчи босқичда клиник манзара ривожланади, инфильтратлар соҳасида флюктуация аниқланади.

Флегмоноз бооқичида процессга сут безининг деярли ҳаммаси тортилади, септик ҳолат ривожланади (температура юқори бўлади, эт жунжикади, тил қурийди, уйқу йўқолади, бош оғрийди, иштаҳа йўқолади, лейкоцитоз 17000—20000 гача, эритроцитларнинг чўкиш тезлиги 60 дан 70 мм/г гача бўлади).

Гангреноз бооқичи қон томирлардати тромбоз ҳисобига қон айланишининг бузилишидан юзага келади. Сут бези юмшоқ, илвиллаган бўлади. Бу — септик ҳолатдан далолат беради.

Хроник инфилтратли бооқичи аксари нотўғри даво қилганда кузатилади. Температура субфебрил, беморнинг умумий ҳолати қониқарли, сут безида тоғай консистенциясидаги зич инфилтрат пальпацияда аниқланади (133-расм).

**Профилактикаси.** Сутнинг димланиб қолиши ва эмчак учи ёрилишининг олдини олиш зарур. Шу мақсадда, бола сутнинг ҳаммасини эма олмаса, уни соғиб олиш керак. Сут безини массаж қилиш ва ультрабинафша нурлар билан нурлантириш тавсия этилади. Бюстгалтер тақиш шарт. Эмизишдан сўнг эмчак учини илиқ сув ёки борат кислота эритмаси билан артиш, териси қуруқ бўлганда индифферент мазь суртиш лозим.

**Давоси.** Сут безида димланиш ҳодисалари юзага келганда уларни бартараф этиш зарур. Бу мақсадда сутни соғиб олинади, сут безига кўтариб турадиган юмшоқ боғлам қўйилади. Антибиотиклар ва сульфаниламидлар буюрилади. Новокаин блокадасини маҳаллий (ретромаммар бўшлиққа) қўлланилади. Инфилтратли формасида даволаш тактикаси худди шундай. Абсцессланувчи, флегмоноз ва гангреноз формаларида радиал кесмалар қилинади, йирингли модда ва некротик тўқималар чиқарилади. Кейинги даво йирингли жароҳатларни даволаш каби олиб борилади. Сутни соғиб олинади ёки уни бола эмиб олади. Эмчак учи ёрилганда сут сўргич (молокоотсос) дан фойдаланилади.

Хроник инфилтратли формасида зич инфилтратни соғлом тўқималар чегарасигача кесиб, сўнгра хавфли ўсмани истисно қилиш учун гистологик текширилади.

### СУТ БЕЗИ РАКИ

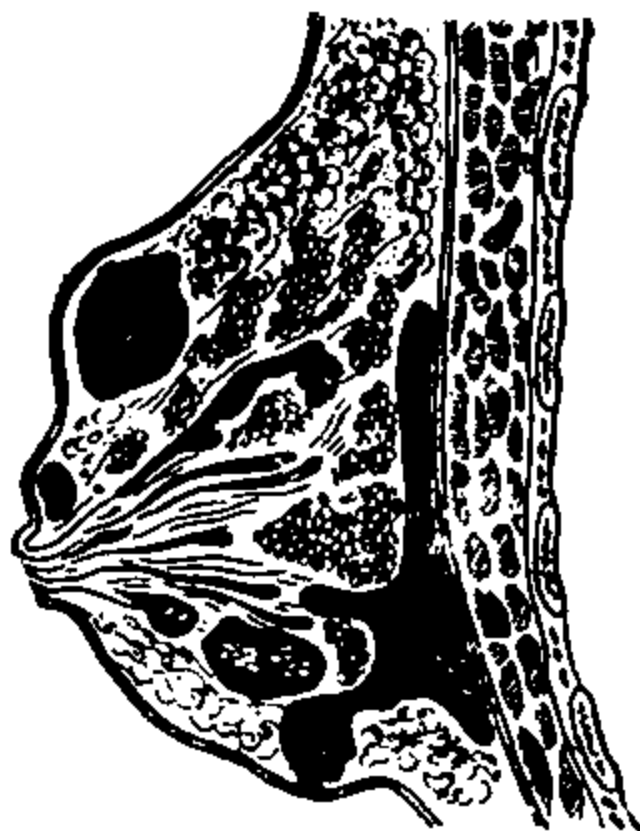
Сут бези раки 40—50 ёшдаги аёлларда энг кўп учрайди. Ёш аёлларда касаллик бирмунча хатарли кечади. Сут бези раки аксарият хроник мастит ва хавфсиз ўсмалар (фиброаденома, цистаденома ва бошқалар) заминида ривожланади. Одатда битта эмчак, камроқ ҳолларда иккала эмчак зарарланади.

**Клиник манзараси.** Касаллик сут безида оғримайдиган кичкина зичланиш ҳосил бўлишидан бошланади. Кейинги ривожланишда процесс терини оғаллайди ва тери лимон пўсти кўрнинишига эга бўлади. Процессга эмчак учи қўшилганда у ичига ботиб киради. Баъзан ундан қон аралаш суюқлиқ ажралади. Кейинчалик ўсма парчаланади ва четларида қаттиқ яра

ҳосил бўлади. Лимфа тугунлари қуйидаги тартибда: аввал касал томондаги қўлтиқ лимфа тугунлари, ўмров усти ва ўмров ости ва баъзан кўкрак орқасидаги лимфа тугунлари зарарланади. Лимфа тугунлари катталашади, зич, оғриқсиз, аввалига улар сурилувчан бўлади.

Диагнозни аниқлаш учун сут бези ён томондан рентгенография қилинади (контурлари нотекис юмалоқ соя) ва эмчак учига контраст модда ёки ҳаво юбориб рентгенография ўтказилади (контраст модда ўсмани айланиб ўтиб, унинг контурларини аниқроқ кўрсатади).

Д а в о с и. Одатда комбинация қилинган ҳолда олиб борилади. Дастлаб бутун сут бези, кўкракнинг катта ва кичик мускуллари, шу зона ва қўлтиқнинг ёғ клетчаткаси олиб ташланади (мастэктомия). Кейинчалик рентгенография ва эркак жинсий гормонлари билан гормонотерапия олиб борилади. Гормонал актив ўсмаларда тухумдонларни олиб ташлаш тавсия этилади. Катта ўсмаларда ўсмасимон тузилмани камайтириш мақсадида рентгено-ёки радиотерапия қилиш буюрилади. Комбинацияланган даво методлари яхши натижалар беради. Операция қилинмаганда беморлар 2—3 йил яшайди, холос.



133-р а с м. Маститда абсцессларнинг жойлашиш схемаси.

### КУКРАК ҚАФАСИ ВА КУКРАК БУШЛИҒИ ОРГАНЛАРИДА ШИКАСТЛАНИШ ВА КАСАЛЛИКЛАР БУЛГАН БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Юрак ва ўпкадаги операцияларни қатор махсус инструментал текшириш методларидан фойдаланган ҳолда комплекс клиник текширувдан сўнг ўтказилади. Шошилиш ҳолларда юрак ва ўпка жароҳатланганда операция махсус текширувсиз, ҳаётий кўрсатмаларга қараб қилинади.

Операциядан кейинги даврда беморларни шошилиш ёрдам кўрсатиш учун кислород мосламаси, сунъий нафас олдириш аппарати, дефибриллятор, плеврал пункция, венесекция учун инструментлар набори, венага ва артерияга қон қуйиш учун системалари, медикаментлар набори (камфора, кордиамин, кофенин, строфантин, прозерин, гидрокортизон, преднизолон, мезатон

кабилар) билан таъминланган махсус палаталарга ётқизиш зарур.

Наркоздан чиққунга қадар ва ҳуши жойига келгунча бемор каравотда ёстиқсиз ётиши керак. Медицина қамшираси артериал босим, пульс, нафас ва температурани ҳар 30 минут — 1 соатда ўлчаб туради.

Наркоздан уйғонгандан сўнг беморнинг қаддини баланд қилиб ётқизилади, унинг вазияти нафас олиш ва балғам ажратиш учун қулай бўлиши керак, беморга нам кислород билан нафас олдирилади, катетер ва аспиратор билан вақти-вақтида балғамни тортиб олинади.

Кўкрак қафасидаги операциялардан кейин суюқлиқ ва ҳавони эвакуация қилиш учун плевра бўшлиғига кўпинча дренаж найча жиритилади. Дренажнинг герметиклиги бузилганда пневмоторакс ва ўпканинг колабирланиши (тахикардия, нафас тезлашиши, цианоз) юз бериши мумкин. Бундай ҳолларда дренаж алинштирилади, плевра бўшлиғидаги суюқлиқни тортиб олинади ва ўпкани тўғриланади. Дренаждан кўп миқдорда (соатига 50 мл дан ортиқ) янги қон ажралганда медицина қамшираси зудлик билан врачга хабар бериши шарт. Плевра бўшлиғидан олинган қондаги гемоглобин миқдорини вақти-вақти билан аниқлаб турилади. Гемоглобин миқдори аста-секин камайиб бориши лозим. У камаймаган тақдирда плевра бўшлиғига иккиламчи қон оқаётганлиги ҳақида ўйлаш керак. Консерватив терапия ёрдам бермаганда қон оқишини тўхтатиш учун қайтадан операция қилинади.

Ҳозирги вақтда операциядан кейинги (қон димланишидан келиб чиқадиган) пневмониялар, шунингдек тромбоз ва эмболияни профилактика қилиш мақсадида операциядан кейин беморларни парвариш қилишни актив бошқариш татбиқ этилмоқда. Беморларни балғам ташлашга мажбур қилинади, балғам яхши ажралмаганда бу процессни бажаришда уларга кўмаклашилади. Беморни операциядан кейин эртаси куннек ўрнига ётқизиб қўйилади. Дренаж найчани операциядан кейин 2—3-суткада чиқариб олинади. Шундан сўнг юришга рухсат этилади. Операциядан кейин 2-кун бемор нафас гимнастикаси билан шуғуллана бошлайди. 3-кун эса умуман бақувват қиладиган жисмоний машқлар бажаради. Гавдани умумий массаж қилиш тайинланади. Ўпканинг ёзилишини яхшилаш мақсадида беморга резина камерани пуфлаш буюрилади.

Плевра бўшлиғини пункция қилиш (врач бажаради). Орқа-қўлтиқ чизиги бўйича олтинчи—саккизинчи қовурғалар орасини ёки курак чизиги бўйича (плевра бўшлиғи бўш бўлганда) тўққизинчи—ўнинчи қовурғалар орасини тешилади. Суюқлиқ клиник ва рентгенологик жиҳатдан аниқланган бошқа участкада ҳам пункция қилиш мумкин. Терига йод эритмаси суртилади. Пункция зонасида тери ва остидаги тўқималарни игичка игна билан анестезия қилинади. Пункцияни йўғон

игна билан амалга оширилади. Игнага кранча ёки зажимли дренаж найча кийтирилади. Плевра бўшлиғидати суюқлиқни шприц билан тўртиб олинади. Уни чиқариш олдида кранча беркитилади ёки дренаж найчани зажим билан қисиб қўйилади (плевра бўшлиғига ҳаво тушишини профилактика қилиш).



## ҚОРИН ДЕВОРИ ВА ҚОРИН БУШЛИҒИ ОРГАНЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАРИ ВА КАСАЛЛИКЛАРИ

### УТҚИР ҚОРИН ОҒРИҒИ ТУҒРИСИДА ТУШУНЧА

Замонавий хирургияда «ўткир қорин оғриғи» («острый живот») термини сақланиб келмоқда. Қорин пардасининг таъсирланиши ёки яллиғланишидан юзага келган симптомлар комплекс шундай ном олган. Бунга қуйидагилар: ички органлар (жигар, талоқ, меъда, ичаклар ва ҳоказолар) нинг травматик шикастлари, ўткир яллиғланиш процесси (аппендицит, холецистит ва ҳоказо) ковак органнинг тешилиши (меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг тешилган яраси), қорин бўшлиғига гематоген ёки лимфоген йўллар билан патоген микроблар тушганда қорин пардасининг яллиғланиш процесси (пневмококкли, гонококкли, туберкулёзли перитонитлар ва бошқалар) сабаб бўлади.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Қоринда рўй-рост оғриқ бўлиши, қорин мускулларининг анча таранглашиши («тахтасимон қорин») билан характерланади. Қорин деворига бармоқ билан секин босилса ва уни тез тортиб олинса, оғриқ кескин кучаяди (Щеткин—Блумберг симптоми). Бунга қусиш ва ич кетиши ҳодисалари қўшилиши мумкин. Температура 39—40°C гача кўтарилади, юқори лейкоцитоз, қон формуласининг чапга сурилиши кўрилади.

Зудлик билан госпитализация қилиш, ўткир қорин оғриғи сабабчисини аниқлаш ва уни бартараф этиш зарур. Бунинг учун кўпчилик ҳолларда шошилишч операцион даво қилиш талаб этилади.

### ҚОРИН ДЕВОРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Қорин деворининг шикастланиши қориннинг бевосита травмасида, оғир юк кўтарганда кузатилади. Қорин деворининг соф шикастларини ёпиқ (қорин тўғри мускулларининг йиртилиши) ва очиқ (жароҳатлар) турларга бўлинади. Бунда қориннинг кириб бормайдиган жароҳатлари ва кириб борадиган жароҳатлари (қорин пардаси шикастланганда) фарқ қилинади. Кириб борадиган жароҳатлари ички органларининг шикастланиши билан ўтиши мумкин.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Қорин деворининг ёпиқ шикастла-

ниши учун маҳаллий оғриқ ва гематома характерлидир. Қориннинг тўғри мускули йиртилганда қон қуйилиши қорин тўғри мускулининг қин қисми билангина чегараланади. Пальпация қилинганда бу гематома ўсмасмон зич тузилма кўринишида аниқланади. Қорин бўшлиғи ўсмасидан дифференциал диагностика қилиш учун бемордан қориннинг тўғри мускулларини тарағ қилиш сўралади (бунда бемор бошини кўтаради). Қориннинг тўғри мускули йиртилганда қорин мускулларини тарағлаштиришда ҳам, бўшаштиришда ҳам ўсмасмон тузилма аниқланади. Қорин бўшлиғида ўсма бўлганда қорин мускуллари тарағлаштирилган тақдирда ўсман пальпация қилиб бўлмайди.

Баъзан қорин девори томирларининг йиртилиши кузатилади. Бунда гематома асосан қорин пардаси устида жойлашиб, анчагина майдонни эгаллайди. Клиник жиҳатдан қорин мускулларининг тарағланиши аниқланади. Бундай ҳолларда ички органларнинг шикастланганини истисно қилиш керак.

Қорин деворидаги жароҳатларда қорин пардасининг жароҳатларини истисно қилиш зарур. Қатор ҳолларда қорин пардасининг шикастланганини жароҳатни бирламчи хирургик тозалашда аниқланади. Бу мақсад учун зонд ишлатиш мумкин эмас (қорин бўшлиғига инфекция тушиш хавфи бор).

**Д а в о с и.** Қорин девори ёпиқ шикастланганда беморга тинч шароит яратилади. Дастлабки кунлари совуқ татбиқ қилинади. Кейинчалик иссиқ муолажаларга ўтилади. Катта гематомаларда уни тортиб олишга киришилади.

Қорин жароҳатланганда жароҳатни бирламчи хирургик обработка қилиш керак. Қорин пардаси шикастланганми-йўқлигини текшириш зарур. Қорин пардаси шикастланганда ички органларни ревизия қилиш лозим.

### **ҚОРИН БУШЛИҒИ ОРГАНЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАРИ**

Қориннинг тўмтоқ травмасида кўпинча ички органларнинг **т е р и о с т и** шикастлари кузатилади. Кириб борадиган жароҳатларда шикастлар деярли ҳамisha кузатилади.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Паренхиматоз органлар (жигар, талоқ) шикастланганда симптомлар комплексида ичга қон оқиш етакчи ўрин тутди. Бутун қорин бўйлаб диффуз оғриқ рўй беради, бемор ётган вазиятда бўлганда қориннинг чекка жойларида перкутор товушнинг бўғиқлиги, артериал босимнинг пасайиб кетганлиги, теоглобин ва эритроцитлар миқдорининг камайганлиги, ўртача лейкоцитоз қайд қилинади.

Ковак органлар (меъда, ичаклар) шикастланганда ўткир перитонитнинг (қорин пардасининг яллиғланиши) клиник манзараси ривожланади: бутун қорин бўйлаб туташ оғриқ бўлади, қорин мускуллари тарағлашган, Шчеткин---Блумберг симптоми мусбат, температура кўтарилади, лейкоцитоз ошади.

Давоси. Унчалик кў пқон оқмаганда консерватив даво қўлланилади: беморга ором берилади, қоринга совуқ қилинади, гемостатик воситалар (кальций хлорид, викасол, гемофобин, эпсилон—аминокапрон кислота ва ҳоказо) ишлатилади. Қолган ҳолларда операция қилишга киришилади. Жигар ёрилганда ёриқни тикилади. Баъзан жигардаги жароҳатни чарви бўлакчаси билан қўшимча чоклар ёрдамида тампонланади (гемостатик эффектни яхшилаш).

Талоқ ёрилганда уни олиб ташланади (спленэктомия).

Ковак органлар ёрилганда ёрилган жойни тикилади, қаттиқ шикастланганда шу соҳасини резекция қилинади.

## 87. 2с - ПЕРИТОНИТЛАР

Перитонит деб, қорин пардасининг яллиғланишига айтилади.

Туташ перитонит. Перитонитнинг бу формасида процесс қорин пардасининг деярли ҳамма қисмини эгаллайди. Клиник манзараси юқорида тасвирланган («ўткир қорин оғриғи» га қаранг). Даво перитонит сабабини бартараф қилиш, сўнтра антибиотиклар билан даволаш ва организмни дезинтоксикация қилишдан иборат.

Чегараланган перитонит. Чегараланган перитонит деганда қорин бўшлиғидаги локал яллиғланиш процесси тушунилади. Чегараланган перитонитларга қорин бўшлиғининг жароҳатлари, меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг тешилган яраси, ўткир аппендицит кабилар сабаб бўлади. Яллиғланишнинг чегараланиб қолишига чарви, ингичка ичак қовузлоқлари ва шу локализациянинг анатомик хусусиятлари имкон беради.

Клиник манзараси шу соҳанинг оғриши, қорин мускулларининг таранглашиши билан характерланади. Дуглас бўшлиғидаги абсцессда дефекация акти оғриқли бўлади ва тўғри ичак девори осилиб туради (бармоқ билан текширишда). Температура ва лейкоцитоз ошади. Абсцесс бўш қорин бўшлиғига ёрилганда чегараланган перитонит туташ формага ўтиши мумкин.

Давоси операция. Йиринг бойлаган жой кесилади. Диафрагма остидаги абсцессда 1—2 қовурға резекция қилингандан ва диафрагмани кесгандан сўнг уни кўкрак девори орқали очилади. Плевра бўшлиғи йирингдан инфекцияланмаслиги учун плеврани юқорига суриб қўйилади ёки диафрагмани паритетал плеврага тикилади.

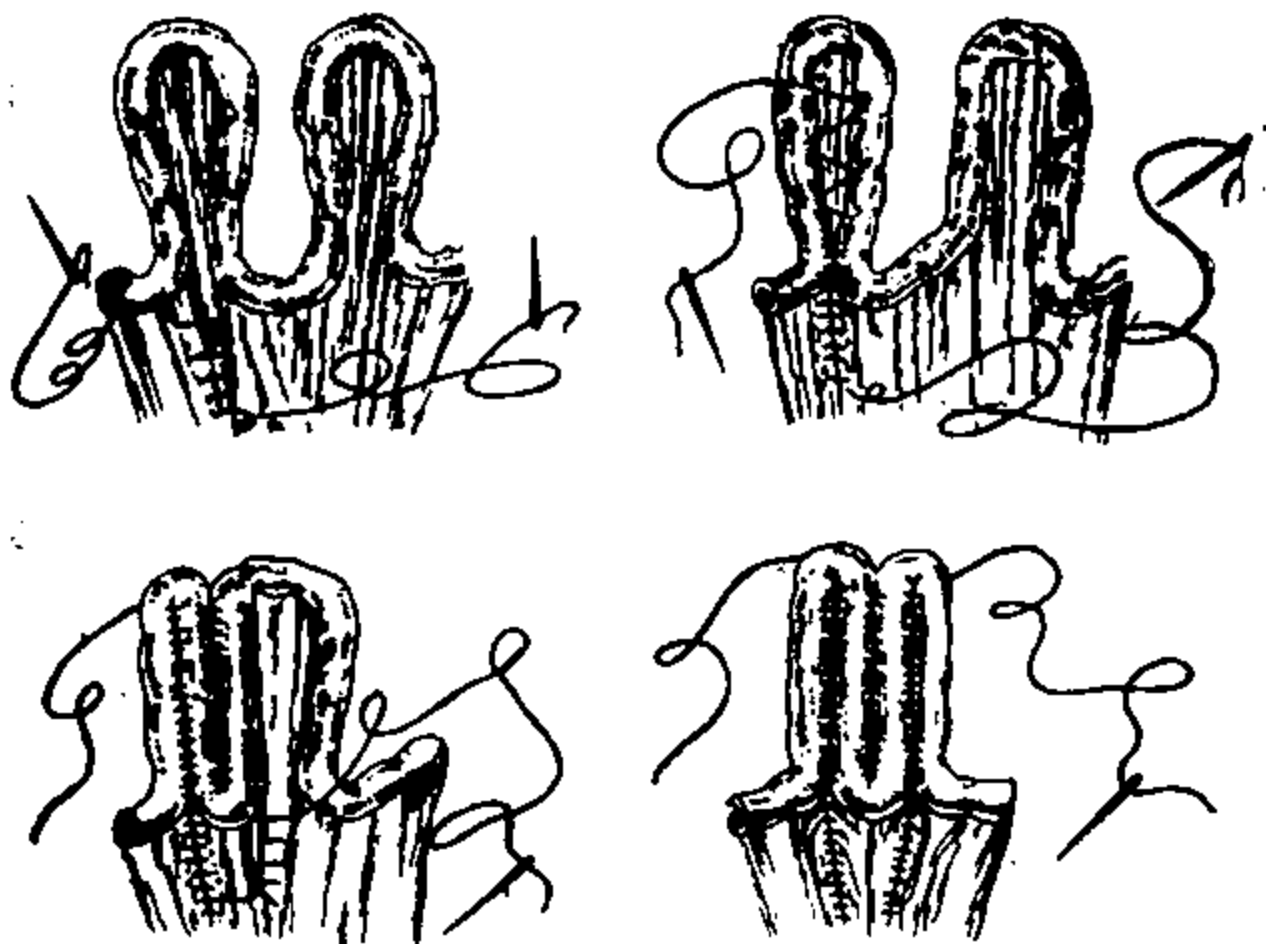
Қорин бўшлиғидаги чегараланган перитонитларда қорин деворини абсцесс зонасида кесилади. Дуглас бўшлиғи абсцессларида тўғри ичак орқали ёки аёлларда қин орқали кесилади. Очилган йирингли жойни дренаж қилинади ва даволаш йирингли жароҳатлардаги каби олиб борилади.

Пневмококкли перитонит. Пневмококк ёки диплококкдан юзата келадиган перитонит аксарият болаларда қорин бўшлиғига пневмококклар жинсий органлардан (қиз болаларда) тушганда ёки гематоген йўл билан пайдо бўлади.

Клиник манзараси. Қасаллик тўсатдан анча қаттиқ қорин оғриғи, температура кўтарилиши билан бошланади. Перитонитнинг бошқа турларидан фарқли ўлароқ, қорин девори, одатда, тарағг бўлмайди. Кейинчалик туташ (сидирға) пневмококкли перитонит қорин бўшлиғининг бирор бўлимида чегараланиши мумкин.

Давоси. Умумий антибиотикотерапия. Антибиотикларни қорин бўшлиғи ичига юбориш яхши натижа беради.

Туберкулёз перитонити. Бирламчи туберкулёз перитонити гоаят кам учрайди. Аскарият у иккиламчи характерга эга бўлади ва туберкулёз инфекцияси бирламчи ўчоқдан (ўпка теберкулёзи, суяк-бўғимлар туберкулёзи ва ҳоказо) гематоген ва лимфоген йўл билан тарқалганда пайдо бўлади. Қасалликнинг илк босқичларида қорин пардасида кўп сонли алоҳида-алоҳида дўмбоқчалар ва қорин бўшлиғида экссудатив суюқлик (сероз ёки экссудатив формаси) ҳосил бўлади. Кейинчалик янги-янги қовузоғи ва чарви алоҳида конгломерат бўлиб бир-бирига ёпишиб, унда казеоз масса билан тўлган бўшлиқлар бўлади (фиброз-казеоз формаси). Казеоз масса сўрилиб кетганда янги-янги



134-расм. Нобль операцияси.

ичак қовузлогининг ўзаро ёпишган конгломерати қолади (қуруқ формаси ёки битишма касаллиги формаси).

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Касалликнинг илк босқичида қоринда хуружсимон оғриқ ва қорин бўшлиғида экссудат пайдо бўлади. Беморнинг вазни камаяди, иштаҳаси йўқолади. Қабзият ич кетиши билан алмашинади. Бошқа органларда бирламчи туберкулёз ўчоғи борлиги диагнозини аниқлашга ёрдам беради. Касалликнинг кечиккан босқичларида кўрсатиб ўтилган манзара фонда қорин бўшлиғида айрим оғриқли конгломератлар қўлга уннайди. Охирги босқичида битишма (ёпишиш) касаллиги етакчи ҳисобланиб, бу қоринда ўртача доимий оғриқ, ичакларнинг дам бўлиши, ҳаминша қабзият билан характерланади.

**Д а в о с и.** Касалликнинг дастлабки босқичларида туберкулёзга қарши специфик давони иқлимий даволаш ва кучли овқатлар бериш билан бирга олиб борилади. Лапаротомия ва ички органларни ультрабинафша нурлар билан нурлантириш даволашнинг таъсирчан методлари ҳисобланади. Битишма касаллигида ингичка ичак қовузлоғи ажратилади, сўнгра уни муайян тартибда тикилади (Нобль операцияси) (134-расм) ёки шундай жойлашган ичак қовузлоғида ичак тутқичини фиксация қилинади (Чайлдс операцияси).

## ҚОРИН ДЕВОРИ ВА КИНДИКНИНГ РИВОЖЛАНИШ НУҚСОНЛАРИ

Қорин девори ва киндикнинг ривожланиш нуқсонлари эмбриогенезнинг бузилишидан пайдо бўлади. Нормада целом бўшлиғи аввалгига киндик тизимчасининг кенгайган асосига чўзилади. Бу чўнтакда ичаклар қовузлоғи ва қорин бўшлиғининг бошқа органлари бўлади; бу органларнинг бирмунча тез ўсиб, қорин деворининг ўзидан ва бўшлиқнинг ривожланишидан ўзиб кетиши ана шу билан изоҳланади. Қорин бўшлиғи эмбрионал ривожланишнинг 10-ҳафтасидан кейин кенгая бошлайди, шундан сўнг органлар унга жойлашади. Бироқ айрим ҳолларда қорин деворининг ривожланиши кечикади ва бола қорин мускуллари нуқсонни ёки киндик тизимчасининг эмбрионал чурраси билан туғилади.

Қорин мускулларининг туғма нуқсонни. Ривожланишнинг кам учрайдиган аномалиялари қаторига киради ва кўпинча ичак ҳамда сийдик-таносил системаси ривожланишининг бошқа камчиликлари билан бирга учрайди. Асосан ўғил болаларда кузатилади. Диагностикаси қийин эмас. Сақланиб қолган терида қорин деворининг остидати тўқималарда нуқсонни аниқлаш мумкин. Бу нуқсон орқали ички органлар яхши пальпация қилинади.

**Д а в о с и.** Нуқсонни пластик бекитиш тавсия этилади. Алло-пластик материал ёки асли терининг ортқича қисмларидан фойдаланилади. Бунда аввал эпидермис қириб олинади, сўнгра нуқсонга сирт томонини ичига қилиб тикилади, устидан эса терининг бўш турган учлари чоқлаб қўйилади (Ровиралет операцияси).

**Киндик тизимчасининг эмбрионал чурраси.** Қорин деворининг киндик соҳасидаги бу туғма нуқсонни оқиш тўғри парда (амнион) билан қопланган ички органларнинг бўртиб чиқишидир. Эмбрионал чурралар кўпинча қорин бўшлиғи органларининг бошқа аномалиялари: ичакларнинг ўсиб етилмаслиги, уларнинг нотўғри вазиятда бўлиши билан бирга учрайди.

**Д а в о с и.** Бола туғилгандан сўнг дастлабки соатларда операция қилиш талаб этилади. Амниотик пардани кесилади, ҳосил бўлган нуқсонни маҳаллий тўқималар ёрдамида тикилади. Катта нуқсонни маҳаллий тўқималар билан бекитишнинг иложи бўлмаган тақдирда унинг четларини жигарга тикиб қўйиш, кейинчалик эса жигарнинг бекитилмаган қисмига терининг эркин қисмини кўчириб ўтказиш тавсия қилинади.

### ҚОРИН ЧУРРАЛАРИ

Қорин чурралари деганда ички органларнинг париетал қорин пардаси билан бирга қорин девори, чаноқ, диафрагманинг ҳар хил тешиклари орқали дўппайиб чиқиши тушунилади.

Органларнинг қорин девори ёки чаноқ орқали чиқишига ташқи чурралар, диафрагма ёки қорин пардасининг бурмалари орқали чиқишига ички чурралар дейилади.

Жойлашишига кўра ташқи чурралар чов, сон, киндик, қориннинг оқ чизиги, ёпқич, қўймич чурраларига ва шу кабиларга бўлинади. Диафрагмал чурралар, Винслоу тешиклари ва бошқалар ички чурралар жумласига киради.

Қўйндагилар фарқ қилинади: 1) чурра дарвозаси — чурра ўтадиган тешик; 2) чурра халтаси — чурра дарвозаси орқали дўппайиб чиқадиган ва ички органларни қоплаб турадиган қорин пардаси париетал варағининг қисми; 3) чурра халтасидаги органлар — кўпинча ингичка ичак қовузлоғи ва чарвидан иборат бўлади (135-расм).

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Чурра чиқадиган соҳада (чов ёки сон каналлари, киндик ва ҳоказо) ўсмасимон тузилма аниқланади. Бемор ётганда бу дўмбоқ йўқолиб кетиши мумкин. У ётган вазиятда чурра йўқолмаса ва уни қўл билан киргизиш бўлмаса, бу ҳолда уни киргизиш бўлмайдиган чурра деб аталади. Дўппайиб турган чуррани кафт билан босилганда ва йўталиб турилганда йўтал турткиси кафтга ўтади. Перкусияда тимпаник (ичак қовузлоғи) ёки бўғиқ (чарви) товуш кузатилиши мумкин.

Ички чурраларда клиник манзара асосан ичакнинг тутилиб

лай толаларининг бир-биридан ажраши ва ҳосил бўлган ёриқдан аввал қорин пардаси олдидаги ёғнинг дўппайиб чиқиши ётади; кейинчалик чурра халтаси ва ичидаги органи билан ҳақиқий чурра ҳосил бўлади.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Қориннинг оқ чизиғи бўйича, аксарин эпигастрал соҳада пальпация қилганда оғрийдиган ўсмасимон тузилма пайдо бўлади. Қориннинг оқ чизиғи чуррасини янглишиб меъданинг яра касаллиги, холецистит, панкреатитнинг клиник манзарасига ўхшатиш мумкин. Буларни истисно қилиш учун беморни қунт билан текшириш талаб этилади.

**Д а в о с и** операция усулида олиб борилади. Чурра дарвозалари тикиб қўйилади.

**Операциядан кейинги вентрал чурралар.** Қорин бўшлиғи органларидаги операциялардан сўнг ва операция жароҳат йиринглаганда кузатилади. Операция жароҳат йиринг бойлагандан сўнг жароҳат одатда иккиламчи тортишиш йўли билан битади. Чандиқлар ҳосил бўлади. Чандиқли чурра дарвозаларининг размери турлича бўлиши мумкин. Бундай чурраларда жисмоний иш қилганда кучаядиган оғриқ биринчи ўринга чиқади. Кўпинча диспептик бузилишлар, ич дам бўлиши (метеоризм) кузатилади. Интичка ичак қовузлоқлари ва чарви кўпинча қорин девори билан битишма ҳосил қилади, бу — ичак тутилишига олиб келиши мумкин. Қисилиб қолиш кузатилиши эҳтимол.

**Д а в о с и** операция усулида олиб борилади. Чандиқли тўқимани кесиб ташланади. Қорин деворидати нуқсонни тикиб қўйилади.

#### **ҚОРИН ДЕВОРИ ВА ҚОРИН БУШЛИҒИ ОРГАНЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАРИ ҲАМДА КАСАЛЛИКЛАРИ БУЛГАН БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИ**

Қорин девори ва қорин бўшлиғи органлари шикастланган беморларни парвариш қилиш. Қорин бўшлиғи органларининг ёпиқ шикастларида (йиртилишида) ва тешиб ўтадиган жароҳатларида операциядан олдинги тайёргарлик иложи борича қисқа бўлиши керак. Гигиеник ванна, тозалаш клизмаси, меъдани ювиш сингари тадбирларни қўлланиш ярамайди. Умумий тайёргарликка келганда фақат қориндаги туклар қирилади ва терини илиқ сув билан артилади. Бемор қовуғини бўшатади. Операциядан олдинги тайёргарликнинг қолган қисми шокка, юрак-томирлар ишнинг сусайиб кетишига ва анемияга қарши қаратилиши лозим. Беморга юрак дорилари, наркотиклар берилади, операция вақтида қон, физиологик эритма, қон ўрнини босадиган суюқликлар қўйилади.

Операциядан кейин беморни каравотнинг бош томонини баландроқ қилиб чалқанча ётқизиб қўйилади. Кейинчалик операциядан сўнгги парвариш қайси органнинг шикастланганига қараб олиб борилади. Меъда ва ичаклар шикастланганда опера-

циядан кейин биринчи кун и оғиз орқали овқат еб-ичиш ман этилади. Яқин 2—3 сутка мобайнида овқатлантириш 1—2 л га- ча 5% ли глюкоза эритмасини, шунча миқдорда физиологик эритмани парентерал юбориш, 250—500 мл плазма қуйиш йўли билан амалга оширилади. Бундан ташқари, юрак дорилари, наркотиклар, антибиотиклар тайинланади. Биринчи кундан бошлаб даво физкультураси олиб борилади, 2-кун и беморга бир неча қошиқ бульон ичишга рухсат этилади. 3-кун и суюқлиқ миқдори пича оширилади: 4-кун и рационга 1—2 дона хом тухум қўшилади. 5—6-кун и маъний бўтқаси, творог, кефир, сариёр бериш мумкин. Кейинги кунларда парҳез кенгайтирилади. Ов- қатни суткасига 6 марта кичик порциялар билан берилади. Ичак яраланганда 2-кундан бошлаб кун ига 3 марта 1 ош қо- шиқдан вазелин мойи берилади.

Биринчи кунлари меъдада суюқлиқ йнғилиб қолиши мумкин. Суюқлиқни бурун орқали чиқариш учун меъдага ингичка зонд киритилиб, шприц ёрдамида меъда суюқлиғи тортиб олинади. Ичак перистальтикасини қўзғатиш учун 3-кундан бошлаб тоза- лаш клизмаси қилинади, тери остига прозерин, венага натрий хлориднинг гипертоник эритмалари юборилади. Операциядан кейин эртасига беморни суяб ўтқизилади, 4-кун и эса юришга рухсат берилади. Чокларни 8—10-кун и суғуриб олинади.

Паренхиматоз органлари йиртилган беморларни операция қилишда парвариш қилиш принципи сақланиб қолади. Фарқи шундаки, парҳезни бирмунча эрта муддатларда кенгайтириш мумкин, бироқ беморни эҳтиётлик билан овқатлантириш керак. Вақти-вақтида қон ва қон ўрнини босадиган суюқлиқлар қуйиш тавсия этилади.

Перитонитли беморларни парвариш қилиш. Операциядан кейинги даврда дезинтоксикацион терапия: суюқ- лиқ, глюкозани кўп миқдорда парентерал юбориш, қон, плазма, гидролизатларни трансфузия қилиш, антибиотиклар ва ново- каинни қорин бўшлиғига дренажлар орқали ва мускул ичига юбориш тавсия этилади. Ўпкадаги асоратлар, юрак-томирлар- даги бузилишларга қарши кураш олиб борилади (банкалар, горчичниклар, нафас гимнастикаси, камфора, кофени, кордиамин ва бошқалар инъекцияси).

Беморни ўринга бош томонини баландроқ қилиб ётқизилади, Қорнига совуқ қилинади. Ич дам бўлишига қарши чоралар кў- рилади. Беморни меъда ва ичак операцияларидати каби принцип бўйича овқатлантирилади.

Беморларни чуррани кесишдан сўнг парва- риш қилиш. Ички органлари анчагина чиқиб қолган катта чурралар сабабли операция қилинган беморларни парвариш қи- лишга алоҳида аҳамият берилади. Бундай беморларда опера- циядан кейин қорин ичидаги босим бирмунча кўтарилади, на- тижада диафрагма юқорида туриб қолиб, юрак иши ва ўпка- нинг нафас олишдаги ҳаракати қийинлашади. Бу ҳолатнинг ол-



дини олиш учун операциядан 2—3 ҳафта олдин беморга Тренделенбург вазияти берилди (каравотнинг оёқ томонини баландроқ кўтариб қўйилди) ва чурра ичидаги органни тўла-тўқис тўғриланади. Операциядан кейин нафас гимнастикаси муҳим роль ўйнайди.

Чуррани кесишда ичакларни тайёрлашга катта аҳамият берилди, чунки аксари бу беморлар қабзиятдан нолишади. Операциядан 3—4 кун олдин сурги дори буюрилади. Операциядан бир кун олдин ичакни тозалаш учун клизма қилинади. Операциядан кейинги даврда ёрғоқ шиши, орхит ва эпидедемитнинг олдини олиш учун суспензорий тақшиш керак. Суспензорий ёрғоқни юқорига кўтаради ва қоринда туради. Беморларга бир ҳафтадан сўнг ўрнидан туришга рухсат этилади.

## XVIII б о б

### МЕЪДА-ИЧАК ЙУЛЛАРИ ОРГАНЛАРИНИНГ ҚАСАЛЛИКЛАРИ

#### ПИЛОРОСТЕНОЗ

Она қорнида ривожланишнинг 2-ҳафтасида пайдо бўлади. Пилорик қисм соҳасида мезенхима тўқимасининг нотўғри ривожланиши ва ортиқча ўсиши рўй беради. Морфологик жиҳатдан касаллик пилорик қисм деворларининг анча қалин тортиши ва бўшлигининг торайиши билан характерланади. Пилорик қисм ташқи томондан зайтунни эслатади; унинг мускул қавати қалинлашган. Уғил болалар қиз болаларга қараганда 4 баравар кўп касалланадилар.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Бола ҳаётининг 2—3-ҳафтасида фонтан каби қуса бошлайди. Пилорик қисмининг ўтказиш қобилияти камлигидан қусуқ массасида ўт бўлмайди. Боланинг ичи кам келади ва кам сияди. Тез орада дегидратация ва ҳолдан тойиш юз бериб, тери тургори пасаяди. Бола «қаримсиқ», «жаҳлдор», «оч» қиёфага киради. Қусуқ массаси билан хлорид кислота йўқотилади, бу гипохлоремия ва алкалозга олиб келади. Оғир ҳолларда нафас юзаки бўлади, эс-ҳуш хиралашади («пилорик кома»).

Баъзан меъда перистальтикасининг чап қовурға остидан ўнга борадиган тўлқини кўриниб туради. Қатор ҳолларда ўсмасимон тузилма кўринишидаги пилорусни пальпация қилиш мумкин. Рентгенологик текширувда меъданинг кенгайганлиги ва барий массасининг пилорус орқали қийинлик билан ўтиши аниқланади. Пилорус стенози учун ўн икки бармоқ ичак пиёзчасининг асосида «карп оғзи» га ўхшаш тўлиш нуқсони характерлидир.

Туғма пилоростеноздан пилороспазмни фарқ қилиш зарур. Пилороспазм ҳам илк болалик ёшида ва бирмунча кейинроқ кузатилади. Пилороспазмнинг пайдо бўлишига турли нейроген бузилишлар сабаб бўлади. Пилороспазмда ҳам овқат егандан сўнг бола қусади. Бироқ бу ҳодисалар барқарор тус олмайди ва ўзича ёки тегишлича терапевтик даво қилинганда ўтиб кетади.

**Д а в о с и.** Консерватив даво диагноз аниқлангунча бошланади. 1—2 соатдан кейин овқатлантирилади. Овқатни оз-оздан берилади, 1:1000 нисбатда суюлтирилган атропин эритмасини кунига 4—6 марта 1—2 томчидан ёки 1:10000 нисбатда суюлтирил-

ган эритмасини 5—6 томчидан ҳар гал эмизишдан олдин берилади. Адреналин ва витамин В<sub>1</sub> юбориш тавсия этилади. Консерватив даво яхши наф бермаганда операция қилишга киришилади. Операциядан олдин дегидратация ва ҳолсизланишни бартираф этишга қаратилган даво олиб борилади. Операциянинг моҳияти пилорусни шиллиқ парда ости қаватигача кўндалангига кесиш (пилоротомия) дан иборат. Операция вақтида шиллиқ парда қаватини шикастлантириб қўймаслик чорасини кўриш зарур.

### МЕЪДА ВА УН ИККИ БАРМОҚ ИЧАКНИНГ ЯРА КАСАЛЛИГИ

Бирмунча кўп учрайдиган бу касаллик асосан 20 ёшдан 40 ёшгача бўлган эркак кишиларда кузатилади. Яра касаллигининг ҳосил бўлишини тушунтирадиган бир неча назариялар бор. Сўнги маълумотларга кўра марказий нерв системасида содир бўладиган муайян функционал бузилишлар натижасида меъда ёки ўн икки бармоқ ичак деворида реффлектор тарзда трофикаси бузилган ўчоқ ҳосил бўлади. Хлорид кислота шу участкага таъсир қилиб, деструкция ўчоғини (яралар) келтириб чиқаради. Асоратланмаган янги яраларда шиллиқ парда ости қаватини қисман эгаллаган шиллиқ парда нуқсонигина бўлади.

Узоқ кечганда яра четлари чандиқланиб, перифокал чандиқли процесс — каллёз яра ҳосил бўлади. Баъзан яра қўшни органлар (чарви, кўндаланг чамбар ичак, меъда ости бези) га ўтиб, уларга ёпишади — п е н е т р а ц и я л о в ч и я р а. Яра меъданинг чиқиш бўлимида ёки ўн икки бармоқ ичакнинг бошланғич қисмида бўлганда бу бўлим кескин торайиб қолиши мумкин — с т е н о з л о в ч и я р а. Яра эркин қорин бўшлиғига ёриб кирганда уни тешиб кирган (перфоратив) яра дейилади. Узоқ вақтгача тузалмаганда яра айниб, ракка айланиши мумкин.

К л и н и к м а н з а р а с и. Касаллик бир неча йилга чўзилади. Беморлар тўш ости соҳасидаги оғриқдан нолишади. Оғриқ овқат ейилган заҳоти (илк оғриқлар), 2—3 соат ўтгач (кеч оғриқлар) ва кўп вақт ўтгандан сўнг (очлик оғриқлари) пайдо бўлиши мумкин. Меъданинг яра касаллигида пальпация вақтида оғриқ тўш ости соҳасида, ўн икки бармоқ ичак ярасида тўш ости соҳасининг пича ўнг томонида қайд қилинади, оғриқ пентрацияли яраларда анча қаттиқ бўлади. Кўпинча оғриқ қусиш билан ўтади. Стенозловчи яраларда қусиш айниқса рўй-рост кўрилади, бунда меъдада овқатнинг туриб қолиши кузатилади.

Меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг яра касаллиги кўпинча меъда ширасининг кислоталиги анчагина ошганда пайдо бўлади. Диагностикасида рентгенологик текширишнинг муҳим аҳамияти бор. Контраст модда (барий сульфат) юборилганда яра чуқурчаси — нишасини аниқлаш мумкин. Ҳозирги вақтда махсус асбоб — гастрофиброскоп ёрдамида меъда шиллиқ пардасини

бевосита кўздан кечириш катта диагностик аҳамиятга эга бўлмоқда.

**Д а в о с и.** Янги яраларда консерватив терапия тавсия қилинади. У суюқ ва мулойим овқатлар тайинлаш, руҳан ором бериш, чекиш ва ичкилик ичишни ташлашдан иборат. Санаторий-курортларда минерал сувлар (Боржоми, Ессентуки, Железноводск ва бошқалар) билан даволаш катта ёрдам беради. Консерватив даво яхши наф бермаган узоқ давом қиладиган яраларда, шунингдек каллёз, пенетрацияловчи ва стенозловчи яраларда операция йўли билан даво қилинади (меъда резекцияси).

Резекциянинг тури яранинг қаерда жойлашганлигига боғлиқ. Яра юқорироқда жойлашган бўлса, меъданинг кардиал бўлими резекция қилинади ёки уни батамом олиб ташланади, пилорик бўлим ярасида бу бўлим резекция қилинади. Меъда ширасининг кислоталиги нечоғли юқори бўлса, меъданинг шунчалик кўп қисми олиб ташланади. Меъданинг тегишли бўлими олиб ташлангандан сўнг қолган қисмини ўн икки бармоқ ичак ёки ингичка ичакнинг бошланғич бўлимига уланади (анастомозланади). Меъда резекция қилинганда, ярани олиб ташлашдан ташқари, меъда ширасининг кислоталиги камаяди. Баъзан операцияда ваготомия қилинади, натижада кислоталик янада кўпроқ пасаяди, бу эса ўз навбатида яхши клиник натижага эришиш имконини беради.

#### **МЕЪДА ВА УН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИНИНГ АСОРАТЛАРИ**

##### **Я р а н и н г т е ш и л и ш и ( п е р ф о р а ц и я с и )**

Яра узоқ муддат кечганда шиллик қават, шиллик парда ости қавати ва қисман мускул қаватининг емирилиши кузатилади. Жисмоний иш, кўп овқат ейиш, меъдани ювиш ва шу кабиларда меъданинг яра зонасидаги юпқалашган қавати ёрилади (перфорация, тешилади). Меъданинг суюқлиги ҳосил бўлган тешик орқали эркин қорин бўшлиғига чиқади ва перитонит пайдо бўлишига олиб келади.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Тешилиш вақтида тўш ости соҳасида тўсатдан қаттиқ оғриқ пайдо бўлади. Бу оғриқни қоринга ханжар уришга таққосланади ва уни «ханжар уриш» даги оғриқ дейилади. У шок ҳолатига олиб келиши мумкин. Бунда қорин ичига тортилган, қорин мускуллари таранглашган (дефанс) бўлади. Бемор оёқларини йиғиб олиб, чалқанча ёки ёнбошлаб ётади. Шеткин — Блюмбергнинг мусбат симптоми қайд қилинади. Қоринни перкуссия қилишда қорин бўшлиғида ҳаво борлигидан (меъдадан тушган) жигарга хос бўғиқ товуш эшитилмайди. Қорин бўшлиғи рентгеноскопия қилинганда диафрагма остида ҳаволи «ўроқ» аниқланади. Беморнинг юзи сўлиб қолади, бўзаради (Гиппократ юзи). Пульс тезлашган, тилини караш бойлаган бўлади.

Биринчи ёрдам, транспортировка қилиш, да-

волаш. Биринчи ёрдам кўрсатишда наркотиклар юборишга рухсат этилмайди, чунки улар клиник манзарани ўзгартириб қўйиши мумкин. Биринчи ёрдам тариқасида юрак-томир дорилари (кофеин, камфора, кордиамин) ишлатиш, қоринга музли халтача қўйиш лозим. Беморга суюқлик ичириш қатъиян манқилинади.

Транспортировкани тез ёрдам машинасида носилкада бемор учун қулай вазиятда (ёнбошида, чалқанча ётқизиб) амалга оширилади. Бирга олиб борадиган ходим беморни кузатиб туриши лозим. Қусганда беморнинг бошини ён томонга буриш керак (қусуқ массасидан асфиксия рўй бериш хавфи бўлади).

Шошилиш операция даволашнинг асосини ташкил этади. Бу меъда ёки ўн икки бармоқ ичакдаги перфоратив тешикни тикиш, қорин бўшлиғига тушган меъда суюқлигини чиқариш ва унга антибиотиклар юборишдан иборат. Қорин бўшлиғидаги жароҳатни зич қилиб тикилади. Баъзан қорин бўшлиғига антибиотиклар юбориш учун ингичка полиэтилен найча (микроирригатор) киритилади. Айрим ҳолларда, беморнинг аҳволи қониқарли бўлганда ва перитонит пайдо бўлмаганда меъда резекция қилинади.

### Қонаб турадиган яра

Қатор ҳолларда яра қон томирни емириши мумкин, бу кўп қокетишига сабаб бўлади.

Клиник манзараси. Кўп қон кетганда бемор қокуйқаси рангида кўп қуседи (кислотали меъда суюқлиги та сирнида ўзгарган қон), нажас қатронсимон қора бўлади (бу ҳа. қон аралашиб келгани учун). Беморнинг аҳволи тезда ночорлашади, дам-бадам ҳушидан кетиб туради. Териси оқаради, томири тез-тез уради, тўлиқлиги суст бўлади, артериал босими пасаяди.

Биринчи ёрдам, транспортировка қилиш, даволаш. Беморни горизонтал вазиятда ётқизилади, қоринга совуқ муолажалар буюрилади. Фақат ётқизган ҳолатда транспортировка қилинади.

Давони консерватив тадбирлардан бошланади: тамомила тинч шароит яратилади, қоринга совуқ қилинади, наркотиклар берилади. Венага 10% ли кальций хлорид эритмаси ва аминокпропон кислота, мускул орасига викасол юборилади. Қонни оз-оздан томчилаб қўйиш тавсия этилади. Консерватив даво натижа бермаганда операция қилинади — меъдани резекция қилиб, қонайдиган яра олиб ташланади.

### Пилорус стенози

Пилорус стенози ёки чандиқли торайиши яра меъданинг пилорик қисмида ёки ўн икки бармоқ ичакда жойлашганда юз бериши мумкин. Шу соҳада жойлашганда яра битган тақдирда

чандиқли бужмайиш содир бўлади, натижада меъданинг чиқиш бўлими торайиб қолади.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Беморлар овқатдан сўнг меъда соҳасидаги оғирлик ва тўлиб кетиш сезгисидан нолишади. Овқат ейилгандан сўнг бир неча соат ўтгач, ҳазм бўлмаган овқат қусиб ташланади. бемор озади, сувсиэланади. Диагноз рентгенологик ёки гастроскопик йўл билан аниқланади.

**Д а в о с и** — операция, яъни меъда резекция қилинади. Меъда ширасининг кислоталилиги пасайиб ҳолсизланган ва заифлашган беморларда истисно тариқасида гастроэнтероанастомоз операциясини қилиш мумкин. Бу — меъда билан ингичка ичакнинг бошланғич қовузулўғи ўртасида анастомоз (соустье) вужудга келтиришдан иборат.

### Я р а н и н г р а к к а а й л а н и ш и

10% ҳолларда узоқ вақтгача чўзилган яралар, айниқса каллёз яралар рак ўсмасига айланади.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Оғриқ доимий тус олади, иштаҳа ёмонлашади, беморлар озиб кетади, меъда ширасининг кислоталилиги тўлиқ ахилиягача пасайиб кетади, кахексия юз беради.

**Д а в о с и** — меъда резекция қилинади (Меъда ракига қаранг).

Б. 23

### М Е Ъ Д А Р А К И

Меъда раки аксарият эркакларда кузатилади. Гистологик жиҳатдан аденокарциномалар устунлик қилади, скирр камроқ учрайди. Рак кўпинча меъданинг пилорус қисмини ва кичик эгрилиги соҳасини, камроқ кардиал бўлимини, жуда камдан-кам — катта эгрилигини зарарлантиради. Кичик ва катта чарвининг лимфа тугунларига, парааортал (қорин пардаси орқасидаги клетчатка) га лимфоген метастазланиш содир бўлади. Кўпинча жигарга метастазлар бериши қайд қилинади.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Касалликнинг илк босқичларида диагноз қўйишда катта аҳамияти бўлган «кичик аломатлар синдроми»га эътибор бериш зарур. Бу аломатларга иштаҳа йўқолиши, жиззакйлик, овқат дискомфорти сезгиси (бемор яхши кўрган овқатини егани билан лаззатланмайди), гавда вазнини йўқотиш киради. Бирмунча кечиккан босқичларида тўш ости соҳасида оғриқ пайдо бўлади ва бу зонада пайпасланганда ўсма қўлга уннайди. Рак меъданинг пилорус бўлимида жойлашганда кўпинча меъдада овқат эвакуациясининг ушланиб қолиши рўй беради, бу эса димланиш ҳодисаларига сабаб бўлади (беморнинг оғзидан сасиган тухум ҳиди келади, «кофе қуйқаси» га ўхшаш қайт қилади, қусуқ массасида олдин ейилган овқат қолдиқлари топилади).

Меъданинг кардиал бўлими ракида касаллик қизилўнгач.

патологиясига ўхшаш белгилар билан кечади (дисфагия, сўлак оқиши, тез озиб кетиш ва ҳоказо).

Меъда шираси анализ қилинганда кислоталиликнинг тўлиқ ахилняга қадар пасайиб кетганлиги аниқланади. Димланиш ҳодисаларида меъдада сут кислота топилади.

Текширишнинг энг муҳим қўшимча методларидан бири рентгеноскопиядир. Барий юборилганда ўсма бор жойда меъда перистальтикасининг, шиллиқ парда рельефининг ўзгаришини ва ўсма зонасидаги тўлиқ дефектини рентгенологик аниқлаш мумкин. Диагностиканинг асосий методларидан бири гастроскопия билан гастробиопсиядир.

Даво си фақат операция. Меъдани кенг резекция қилиб, ўсма, кичик ва катта чарвилар олиб ташланади. Операция қилиб бўлмайдиган ҳолларда меъданинг пилорус бўлими соҳасида меъда билан ингичка ичак қовузлоғи ўртасида анастомоз (гастроэнтероанастомоз, кардиа соҳасидаги рақда — гастростома) қилинади. Бу операциялардан мақсад беморнинг оч қолиб ўлишининг олдини олишдан иборат.

Радикал операцион даво ўтказилмаганда беморлар ўрта ҳисобда 1—1½ йил умр кўради.

### ПАНКРЕАТИТЛАР

Панкреатит деганда меъда ости безининг яллиғланиши тушунилади. Панкреатитларга шикастланиш, ўт йўллари ва меъда ичак йўлидан инфекция тушиши, парҳезнинг бузилиши (кўп ичкилик ичиш, ёғлиқ овқатни кўп ейиш) сабаб бўлиши мумкин. Патологоанатомик жиҳатдан сероз, геморрагик, йирингли ва йирингли-некротик формалари бўлади. Кўпинча холецистит билан панкреатитнинг бирга келиши — холецистопанкреатит кузатилади. Уткир ҳодисалар босилгандан сўнг процесс хроник формага ўтиши мумкин.

Клиник манзараси қориннинг юқори бўлимида ўткир оғриқ бўлиши билан характерланади. Қориндаги оғриқ баъзан тир айланган тусда бўлади. Оғриқ ўнг елка устига ва кўкрак қафасининг ўнг ярмига (меъда ости бези бошчасининг зарарланиши) ёки чап елка устига ва кўкрак қафасининг чап ярмига (меъда ости бези дум қисмининг зарарланиши) ўтиши мумкин. Панкреатит учун бетиним қусиш хос; бунда қорин юмшоқ, тараглашмаган бўлади. Тўш ости соҳасини пальпация қилишда аорта пульсацияси (Воскресенский симптоми) бўлмаслиги мумкин, чап қовурға-умуртқалар бурчагида оғриқ қайд қилинади (Мейо—Робсон симптоми). Температураси унчалик юқори бўлмайди. Пульс минутига 120—140 мартагача уради. Лейкоцитоз, асосан нейтрофил лейкоцитоз 20000—40000 гача етади. Сийдикда диастаза кескин ошиб, баъзан бир неча минг бирликкача етади. Панкреанекрозда диастаза миқдори ўзгармаслиги ёки ҳатто камайиб кетиши мумкин.

Рентгенда кўндаланг чамбар ичакда газ аниқланади. Барий юборилганда «ўн икки бармоқ ичакнинг ёйилган тақаси» ни пайқаш мумкин.

Хроник панкреатитда оғриқ ўртача тус олади, диспептик бузилишлар пайдо бўлади, бемор озиб кетади. Суюқ бадбўй ич кетади.

**Д а в о с и.** Аввалга консерватив даво қилинади: тинч шароит яратилади, тўш ости соҳасига совуқ татбиқ этилади. 5—6 суткагача оч қўйилади, тери остига ва венага 5% ли глюкоза эритмаси ва физиологик эритмани суткасига 5 л гача юборилади. Трипсин ингибитори трасилол ёки унинг аналоги контрикал-ни 10 000 бирликдан 500 мл 5% ли глюкоза эритмасида қўлланади. Меъда суюқлигини тортиб олиш учун бурун орқали зонд киритилади. Антибиотиклар билан умумий даво қилиш тавсия этилади.

Панкреатитнинг йирингли ва некротик формаларида операция давога киришилади: меъда ости бези капсуласи кесилади, некротик тўқималар олиб ташланади ва дренаж қўйилади.

Хроник панкреатитда асосан парҳез овқатлар ва симптоматик даво буюрилади.

#### МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ РАКИ

Меъда ракига нисбатан 4 барабар кам учрайди. Кўпинча меъда ости безининг бошчаси зарарланади. Эркакларда касаллик аёллардагига қараганда 2 барабар кўпроқ учрайди. Беморлар ўрта ҳисобда 40—60 ёшда бўлади.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Меъда ости безининг бошчаси зарарланганда терининг ўзига хос сарғайиши (гунгурт-сарик ранг) билан ўтадиган механик сариқлик (умумий ўт йўлининг босилиши) биринчи ўринда туради. Бу сариқлик фатер сўргичи ракидан фарқли ўлароқ, кучайишга мойил бўлади. Фатер сўргичи ракида эса сариқлик гоҳо кучаяди, гоҳо деярли батамом йўқолиши мумкин. Сариқлик фониде бу беморларда катталашган ва таранг тортган ўт пуфагини аниқлаш мумкин (Курвуазье симптоми). Рўй-рост оғриқ қўшилиб келиб, бу баъзан гир айланган тус олади. Касаллик зўрайганда меъда ости бези бошчаси соҳасида ўсмани пальпация қилиш мумкин. Умумий ўт йўлидаги тошлар сингари сариқ касаллиги фониде нажас рангсиз, сийдикнинг ранги эса тўқ бўлади. Қонда билирубин ва сийдикда ўт пигментлари миқдори кўпаяди.

Барий юборилганда ўн икки бармоқ ичакнинг пастга тушадиган касаллиги, шиллиқ парда бурмаларининг тузилишидаги ўзгаришларни рентгенда топиш мумкин. «Ичак тақаси» бирмунча кенгаяди. Фатер сўргичи ўсмасида тўлиш дефекти аниқланади.

**Д а в о с и.** Касалликнинг бошланғич босқичларида меъда ости безининг бошчаси ўн икки бармоқ ичак қисми билан бирга-



ликда резекция қилиниб, сўнгра меъда-ичак йўлидаги нуқсон тикланади (ўн икки бармоқ ичак қисмларига уларнинг учини учига улаб анастомоз қўйилади, меъда ости безининг қолган қисмини ўн икки бармоқ ичакка тикилади ва ўт пуфагини меъда ёки ўн икки бармоқ ичак билан анастомоз қилинади). Меъда ости безининг танаси зарарланганда уни батамом олиб ташланади, дум қисми зарарланганда меъда ости безининг шу қисми резекция қилинади. Касаллик зўрайиб, радикал операция қилиб бўлмайдиган ҳолларда ўт пуфаги билан меъда ўртасида (холецистогастроанастомоз) ёки ўт пуфаги билан ингичка ичак ўртасига (холецистоэнттероанастомоз) анастомоз қўйилади. Операция даво қилинмаганда бемор ўрта ҳисобда 1 йилгача умр кўради.

### ЖИГАР АБСЦЕССИ

Жигар абсцесси жигарнинг шикастланиши ёки ўт йўллари ёки қопқа венадан инфекция кириши натижасида пайдо бўлиши мумкин. Инфекция артериал йўл билан кириши ҳам мумкин. Жигар абсцессларида ичак таёқчаси, стрептококклар, стафилококклар, амёба (амёбали дизентерияда) ва бошқалар патоген қўзғатувчилар бўла олади. Жигар абсцесслари якка ва кўп сонли бўлиши мумкин.

**Клиник манзара си.** Жигарнинг носпецифик абсцессларида температура 38—40°C гача кўтарилади. Жигар проекциясидаги оғриқнинг ўнг елкага, ўнг куракка ўтиши кузатилади. Жигар катталашади. Лейкоцитоз юқори бўлади. Амёбали абсцесслар ўзгарган, яширин клиник манзара билан ўтади: температура аксари субфебрил бўлади, жигар кескин катталашади, тери гунгурт-кул ранг тусга киради.

Рентгенологик текширувда диафрагма ўнг гумбазининг баландда турганлиги, унинг ҳаракатсизлиги ва плевра бўшлиғига суюқлик чиқиб туриши қайд қилинади. Йиринг бойлаган жойда газ бўлса, рентгенда текширганда суюқликнинг горизонтал сатҳи билинади.

**Даво си операция.** Операция асосида абсцессни кесиш ва унга дренаж қўйиш ётади. Амёбали абсцессларни эмитин билан даволаш, айниқса абсцессни пункция қилиш, ундан йирингни чиқариш ва бўшлиғини шу препарат билан ювиш яхши натижа беради.

188

### ХОЛЕЦИСТИТ ВА УТ-ТОШ КАСАЛЛИГИ

Холецистит деганда ўт пуфагининг яллиғланиши тушунилади. У пуфақда тошлар бўлмаганда (тошсиз холецистит) ва тошлар бўлганда (ўт-тошли холецистит) пайдо бўлиши мумкин. Ўт пуфаги ва ўт йўлларининг яллиғланишига ичаклардан кириш эҳтимоли бўлган ёки гематоген йўл билан кирадиган инфекция са-

бaб бўлади. Ут-тош касаллиги аксари ёши улғайган ва семиз кишиларда, айниқса аёлларда учрайди. Тошлар ҳосил бўлишига ўт димланиши, ўт йўлларида инфекция бўлиши, холестерин ал-машинувининг бузилиши ва бошқа қатор ўзгаришлар сабаб бўлади.

Ут тошлари ўт пуфагининг ўзида, шунингдек ўт йўлларида бўлиши мумкин. Химиявий таркибига кўра улар холестеринли, пигментли ва аралаш бўлади. Уларнинг катталиги ҳар хил: майда қумдан тортиб, кабутар тухумидек келади.

Клиник манзараси холециститнинг турига ва ўт пуфагидаги патологик ўзгаришлар даражасига боғлиқ.

Тошлар бўлмайдиган катарал холециститда бемор ўнг қовурғалари тагидаги оғриқдан нолийди. Оғриқ бу соҳадан ўнг елка устига ўтади. Унг қовурғалар тагини пальпация қилганда оғриқ сезилади. Ут пуфагининг тузилиши ўзгарганда оғриқ кескин кучаяди. Қорин мускуллари таранглашади, ўнг қовурғалар тагида оғрийдиган ўсмасимон тузилма қўлга уннайди. Бемор температураси 39—40°C гача кўтарилади. Эти жунжийди, лейкоцитоз чапга сурилган бўлади.

Клиник манзараси тошнинг қаерда жойлашганига ва кўшилиб келган инфекцияга боғлиқ. Ут пуфагида тошлар бўлганда рўй-рост оғриқ бўлади. Пуфак йўлига тош тиқилиб қолганда ўт пуфаги кескин катталашади ва ўнг қовурғалар остида осон пальпация қилинади. Тош умумий ўт йўлида бўлса, бу ҳолда механик сариқ касаллиги кўшилади. Сарик касаллиги вақти-вақти билан кучайиши ёки сустлашиши мумкин, бу умумий ўт йўлига ҳаракатчан тош («вентил тош») тиқилиб қолишига боғлиқ. Сариқ касаллиги авж олганда нажас рангсизланади, сийдик тўқ рангга киради. Қонда билирубин миқдори анча кўпаяди, сийдикда ўт пигментлари бўлади.

Инфекция мускуллар ичидаги ўт йўллари бўйлаб тарқалганда (холангит) беморларда температура гектик кўтарилади, жигар озгина катталашади, эт увишади, лейкоцитоз 20 000 га етади.

Ўткир холециститда шу касалликка хос симптомлар бўлади. Унг қовурғалар равоғига тукиллатиб урилганда ўт пуфаги зонасида оғриқ қайд қилинади (Ортнер симптоми). Бошни қимирлатадиган мускулнинг оёқчалари орасига босилганда ўнг томонда оғриқ пайдо бўлади (Георгиевский симптоми).

Ўткир яллиғланиш босилгандан сўнг касаллик кўпинча хроник тус олади — тошсиз хроник холецистит ёки ўт тошлари бўлган холецистит ривожланади. Холецистит хроник ўтганида процесснинг ўткир холециститга қараганда камроқ даражада юзага чиққан зўрайиб туриши вақти-вақти билан кузатилади.

Баъзан процесс ўт пуфаги эмпиемаси (йиринглаши) ёки истисқоси билан тугайди. Ут пуфаги эмпиемасида яллиғланишнинг шиддатли клиник манзараси кузатилади. Ут пуфаги истисқосида беморнинг умумий ҳолати унчалик оғир бўлмайди, ўнг қовур-

галар остида ўртача оғриқ берадиган ўсмасимон тузилма пальпация қилинади. Ўт пуфағи истисқоси одатда ўт пуфатидаги ўткир яллиғланиш процеслари босилгач, пуфак йўли облитерациясидан кейин пайдо бўлади. Бу фонда ўт пигментлари сўрилади ва ўт пуфағида ёпишқоқлиги ошган, тиниқ суюқлик қолади.

Холецистит диагностикасида дуоденал зондлашнинг катти аҳамияти бор. Шу мақсадда махсус дуоденал зонд ишлатилади. Нормада одатда ўтнинг уч порцияси олинади. А порцияси (ўт икки бармоқ ичакдан олинган) ўт ва меъда шираси аралашмасидан иборат, Б порцияси (ўт пуфағидан олинган ўт) — тўқ-зайтун рангида бўлади, В порцияси (жигар йўлларида олинган ўт) — камроқ концентранган характерга эга. Ўт пуфағида ва ўт йўлларидаги яллиғланиш процесларида ўтда лейкоцитлар, микроблар, кўчган эпителий ва шу кабилар бўлади. Ўт йўлига тош тикилиб қолганда Б порцияси чиқмайди. Умумий ўт йўли бекилиб қолганда ўт суюқлигини олиб бўлмайди.

Контраст моддалар (билитраст, билигност) қўлланиладиган рентгенологик методнинг маълум рентгенологик аҳамияти бор. Бу моддалар ўт пуфағида ва ўт йўлларида йиғилиб, ўт тошлари ва ўт оқимига тўсқинлик қиладиган бошқа тўсиқларнинг контрастланиб кўринишига имкон беради.

Д а в о с и. Тошлари бўлмаган асоратланмаган холециститларда консерватив даво қилинади (ўткир, мурч-зираворли ва ёғлиқ таомлар истисно қилинади, мулойим овқатлар берилади, антибиотиклар билан умумий даволанади). Ўт пуфағи деструкциясида операция даво қилинади — ўт пуфағи олиб ташланади (холецистэктомия). Ўт пуфағида тошлар бўлганда ҳам холецистэктомиядан фойдаланилади. Борди-ю тош умумий ўт йўлида бўлса, умумий ўт йўлини узунасига кесилади (холедохотомия), тошни олиб ташланади. Ўт йўлларида инфекция бўлмаганда ўт йўлини зич қилиб тикилади, инфекция бўлганда — дренаж қўйилади. Ўт пуфағи истисқосида ва эмпиемасида холецистэктомия қилинади.

### ПОРТАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Дарвоза вена системасида муайян клиник манзарага эга ошган босимни шу термин билан белгиланади. Портал гипертензияга одатда жигар циррози (жигар ичи блоки) ёки дарвоза вена тромбози (жигардан ташқари блок) сабаб бўлади.

К л и н и к м а н з а р а с и веноз коллатераллар ҳосил бўлиши: қизилўнгач, меъданинг кардиал бўлими, олдинги қорин девори веналари («медуза боши») ва геморроидал веналарнинг варикоз кенгайиши билан таърифланади. Веналар узилганда анчагина қон кетиши мумкин. Портал гипертензияда асцит (қорин бўшлиғида суюқлик йиғилиши) ва спленомегалия (талоқнинг катталашуви) пайдо бўлиши мумкин.

Портал гипертензия диагностикасида эзофагоскопия, рентге

носкопия ва спленопортография (талоққа пункция йўли билан диодраст ёки кардиотраст юборилади ва сурати олинади) катта аҳамиятга эга. Эзофагоскопия ва рентгеноскопияда (контраст модда, яъни барий билан) қизилўнғач ва меъданинг кардиал бўлими веналарининг кенгайганлигини аниқлаш мумкин. Спленопортографияда рентген суратида блок зонаси жойлашган дарвоза вена системаси яхши кўринади. Спленопортографияда спленоманометрия (дарвоза веналари системаси ва талоқдаги босимни аниқлаш) ўтказиш мумкин. Бу системадаги портал гипертензияда веноз босим сув устунининг 500—600 мм гача кўтарилади (нормада сув устунининг 100 дан 150 мм гача). Лапароскопиянинг маълум диагностик аҳамияти бор: қорин бўшлиғига махсус асбоб — лапароскоп киритилади, бу асбоб ички органларни кўз билан кўриш имконини беради.

Д а в о с и. Кўпгина методлар таклиф этилган. Пастки ковак вена билан дарвоза вена ўртасига анастомоз қўйиш (порто-кавал анастомоз) ёки чарвини жигарга (оментогепатопексия) ва буйракка (оменторенопексия) тикиб қўйиш энг радикал усул ҳисобланади.

### ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ

**Аппендицит.** Чувалчангсимон ўсимтанинг яллиғланиши аппендицит дейилади. Аппендицит икки формада — ўткир ва хроник формаларда ўтиши мумкин.

Аппендицитта чувалчангсимон ўсимтага энтероген (ичаклардан) ёки гематоген йўл билан инфекция кириши сабаб бўлади. Чувалчангсимон ўсимта бўшлиғида нажас тошлари ёки ичак паразитлари (аскаридалар) борлиги бу касалликка мойиллик туғдирувчи моментлардан ҳисобланади. Улар шиллиқ пардани шикастлаб, инфекция кириши учун йўл очади.

Патологик-анатомик жиҳатдан чувалчангсимон ўсимтанинг ўткир яллиғланиши қуйидаги формаларга бўлинади: оддий, катарал аппендицит (чувалчангсимон ўсимта деворлари шишиб, нуқтасимон қон қуйилиши) (138-расм), флегмоноз аппендицит (чувалчангсимон ўсимтанинг кескин қалинлашуви, юзасида фибриноз парда, бўшлиғида сероз-йирингли суюқлик бўлиши), чувалчангсимон ўсимта эмпиемаси (ўсимта, тўғнағичсимон йўғон тортган, бўшлиғида йирингли суюқлик бўлиши) (139-расм), гангреноз аппендицит (ўсимта шалвираб қолган, тўқ рангли, бўшлиғида йирингли-некротик суюқлик бўлиши) (140-расм).

Хроник аппендицитда ўсимта бўшлиғи облитерацияли ўзгариб, ўсимта чандиқли ўзгарган бўлади.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Ўткир аппендицит ўнг ёнбош соҳасида рўй-рост оғриқ бўлиши билан характерланади. Баъзан оғриқ киндик соҳасида пайдо бўлади. Сўнгра ўнг ёнбош соҳасига ўтади (Кохер симптоми). Оғриқ қусиш, қабзият билан ўтади.

Қатор симптомлари диагноз қўйишга маълум даражада ёрдам беради. Ситковский симптоми — бемор чап биқинини босиб ётганида ўнг ёнбош соҳасида симиллаган оғриқ пайдо бўлади. Ровзинг симптоми — чап ёнбош соҳасини кафтнинг ёни билан босилса ва юқорига пича силкитилса, ўнг ёнбош соҳасида оғриқ туради. Уткир аппендицитда 100 дан ортиқ симптомлар тасвирланган, бироқ уларнинг ҳаммаси нисбий аҳамиятга эга.

Уткир аппендицитда ўнг ёнбош соҳасида қорин мускулларининг таранглашиши, Шчеткин—Блюмбергнинг мусбат симптоми, температуранинг  $38-39^{\circ}\text{C}$  гача кўтарилиши, лейкоцитознинг  $12\,000-15\,000$  гача етганлиги қайд қилинади. Чувалчангсимон ўсимтадаги йиринг ёрилганда (перфоратив аппендицит) перитонитнинг клиник манзараси намоён бўлади.

Хроник аппендицитда бемор ўнг ёнбош соҳасида вақти-вақти билан ўрта даражада оғриқ туширидан нолийди. Қасаллик узоқ вақтга чўзрилиши мумкин. Аппендицитнинг бу формаси учун қўйидаги оғриқ нуқталари характерли: 1) Мак-Берней нуқтаси — қорин деворига киндик билан ёнбош суяги юқори олдинги ўсиғи ўртасидаги учдан бир ўрта ва ташқи учдан бир масофа чегарасини 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.

Давоси. Уткир аппендицитда беморни зудлик билан операция қилинади — чувалчангсимон ўсимта олиб ташланади. (аппендэктомия). Қорин бўшлиғида йирингли суюқлик бўлганда чувалчангсимон ўсимтани олиб ташлаш учун кесма орқали дренаж қилинади. Йиринг кам миқдорда бўлганда чувалчангсимон ўсимта олиб ташлангач ва шу зонани йирингли суюқликдан қуритилгандан сўнг қорин деворини тикилади, бироқ қорин бўшлиғига антибиотиклар юбориш учун микроирригатор (ингичка полихлорвинил найча) киритиб қўйилади.

Хроник аппендицитда операция планли тартибда ўтказилади. Аппендицитнинг асоратланган формаси — а п п е н д и к у л я р я н ф и л ь т р а т д а (ўнг ёнбош соҳаси пальпация қилинганда чувалчангсимон ўсимта, чарви ва ичак қовуздорининг яллиғланиб ёлишиб қолиши натижасида ҳосил бўлган зич яллиғли инфилтрат аниқланади) аввалига консерватив терапия олиб борилади (музли халта, умумий антибиотик терапия). Инфилтрат сўрилиб бўлгандан кейин совуқ даврда аппендэктомия қилинади. Инфилтрат абсцесс ҳосил қилган тақдирда аппендэктомия ўтказилади ва йирингли суюқлик чиқарилади.

Болаларда ўткир аппендицит шиддатли, катталардагига қараганда бирмунча оғир ўтади; аксарият чувалчангсимон ўсимта перфорацияси (тешилиши) кузатилади. Ёши улғайган кишиларда, аксинча, чувалчангсимон ўсимта ҳатто деструкцияга учраганда ҳам клиник манзара атилик ўзгарган бўлади. Ҳомиладор

аёлларда, айниқса ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида оғриқлар бирмунча юқори соҳада сезилади, кўнгил айниши ва қусиш кўпроқ содир бўлади.

Болаларда, ҳомиладор аёлларда ва кексаларда аппендицитнинг илк аломатлари бўлгандаёқ операция қилинади (йирингли перитонит пайдо бўлиши ва ҳомиланинг вақтидан олдин тушиш хавфи).

**Ичак тутилиши.** Ичак тутилиши деганда ичакда суюқликнинг нормал ҳаракати бузилиши ёки батамом тўхташи тушунилади. Ичакнинг динамик ва механик тутилиши фарқ қилинади.

**Динамик** тутилишда ичакларнинг ҳаракат функцияси бузилади, бу функция перистальтиканинг тўлиқ тўхташигача сустлашиши (паралитик формаси) ёки ичак спазмигача кескин кучайиши (спастик формаси) мумкин. Механик тутилишнинг формалари жуда кўп, бироқ бу формаларнинг ҳаммаси принцип жиҳатидан қуйидаги иккита катта гурӯпага бўлинади: **странгуляцион** ва **обтурацион** ичак тутилиши.

Ичакнинг **странгуляцион** тутилиши — ичак тутилишининг энг хавfli туридир. Ичак бўшлиғининг тикилиб қолиши ичак тутқич томирлари ва нервларининг босилиши билан ўтади, бу — қон айланишнинг бузилишига ва ичак бўлагининг тез жонсизланишига олиб келади. Ичакнинг **странгуляцион** тутилиши чурралар қисилиб қолганда, ичак буралашида, ичакда тугунлар ҳосил бўлганда ва шу кабиларда кузатилади.

Ичакнинг **обтурацион** тутилиши ичак тутилишининг энг енгил формаси ҳисобланади, чунки ичак бўшлиғининг тикилиб қолишида ичак тутқичининг босилиши содир бўлмайди. Ичакнинг ёт қисми, ўсма ва шу кабилардан тикилиб қолишининг ҳамма турлари ичак тутилишининг шу формасига киради.

Ичаклар **инвагинацияси** ичак тутилишининг **странгуляцион** ва **обтурацион** турлари ўртасидаги оралиқ формаси ҳисобланади. Ичакнинг бир бўлаги унинг давоми бўлмиш иккинчи бўлагининг ичига киради. Кўпинча ингичка ичак кўричак соҳасида йўғон ичакнинг ичига кириб қолади. Ингичка ичак ингичка ичакка, йўғон ичак йўғон ичакка кириб қолиши мумкин. Инвагинацияга нотўғри перистальтика, ичак касалликлари сабаб бўлади. Инвагинацияда ичак тикилибгина қолмай (обтурация) балки ичак тутқич томирлари босилиб ҳам қолади (странгуляция), натижада қон айланиши бузилади ва кейинчалик инвагинация бўлган ичак бўлаги некрозга учрайди.

Ичак тутилиши **мезентернал** томирлар **тромбозига** боғлиқ бўлиши ҳам мумкин. Тромбозга шикастлар, қон ивиш хусусиятининг ошганлиги, ичакнинг яллиғланиш касалликлари сабаб бўлиши мумкин. Мезентернал томирлар тромбозиди ичак тегишли бўлимининг қон билан таъминланиши бузилади, кейинчалик эса жонсизланиш ва гангрена вужудга келади.

**Клиник манзараси.** Ичак тутилишининг ҳамма формалари учун бир қатор умумий симптомлар хос: қоринда хуружсимон оғриқ тутади, нажас келиши ва ел чиқиш тўхтайдди, метеоризм (қорин дам бўлади), қайт қилиш, интоксикация эна шулар жумласидандир.

Ичак тутилишининг айрим формаларида ичак тутилишининг айтиб ўтилган симптомларидан ташқари специфик клиник манзара кузатилади. Ичак тутилишининг фалаж формасида қорин анчагина дам бўлади ва перистальтика бутунлай бўлмайди.

**Спастик** формаси учун ичак перистальтикасининг кучайиши билан бирга хуружсимон оғриқлар характерли. Ичак тутилишининг спастик формаси паралитик формага ўтиши мумкин.

**Странгуляцион** тутилишда қоринда жуда қаттиқ санчиқсимон оғриқ пайдо бўлади: баъзан шок юз бериши мумкин. Оғриқ билан бирга бемор бетиним қусади. Ичак тутилиши нечоғли юқорида бўлса, қусиш шунчалик кўп бўлади. Бироқ ичакнинг қуйи бўлимларидан нажас келиши мумкин. Ичакнинг айрим бўлимлари дам бўлиши сабабли қорин асимметрияси (**Валь** симптоми) пайдо бўлади, аускультацияда баъзан тушаётган томчи товуши эшитилади (**Скляров** симптоми), тўғри ичак ампуласи кенгаяди (**Обухов** касалхонаси симптоми). Беморнинг аҳволи ниҳоятда оғир бўлади, артериал боими пасаяди, пульси ипсимон бўлиб қолади, совуқ тер чиқади, лаблари ва бармоқларининг учи кўкимтир тус олади, кўзлари киртаяди, товуши жарангдорлигини йўқотаяди, оёқ-қўллари муздай бўлиб қолади, бироқ эс-хушини йўқотмайди. Гавада температураси, одатда, норма атрофида бўлади. Ичакнинг жонсизланиши туташ перитонитга олиб келади.

**Обтурацион** ичак тутилишида, агар ичак бўшлиғининг қисман тикилиб қолиши мавжуд бўлса, клиник манзара аста-секин вужудга келади. Ичакнинг олиб келувчи қовузлоғида нажас тутилиб қолади, бу — хамирсимон консистенциядаги ўсмага ўхшаш тузилма кўринишида аниқланади.

Ичакнинг тўла тутилишида бемор кўп қусади, қусуқдан нажас ҳиди келади, қабзият билан профуз ич кетиши бирин-кетин алмашилиб туради. Бунга интоксикация қўшилади.

**Инвагинация** да клиник манзара одатда тез рўй беради, қусиш, қоринда оғриқ бўлади, пальпация қилганда эластик консистенциядаги цилиндрсимон тузилма аниқланади, ўнг ёнбош соҳаси ичига тортиб кетади (**Ланц** симптоми), нажасда қон пайдо бўлиши мумкин. Инвагинация кўпинча болаларда бўлади. Қуйи инвагинацияда инвагинат анал тешикдан ташқарига чиқиши мумкин (тўғри ичак тушишидан фарқ қилиш зарур).

**Мезентерал томчилар тромбози** да қоринда муттасил оғриқ бўлади, қорин бирмунча шишиб чиқади, ич тўхташи қайд қилинади.

Ичак тутилиши диагностикасида рентгенологик текширув муайян роль ўйнайди. Обзор рентгеноскопияда ичак қовузлоқ-

ларида горизонтал суюқлик сатҳи билан айрим суюқлик участкалари— К л о й б е р косачалари аниқланади.

Д а в о с и. Ичак тутилишининг динамик формасида биринчи навбатда уни келтириб чиқарган сабабни бартараф этиш зарур. Ичак шиллик муокулатурасининг ишини нормата соладиган қудратли омил паранефрал новокаин блокадаси ҳисобланади. Фалажланиб ичак тутилишида у ичак силлик муокулатурасининг тонусини оширади, оспастик турида эса — тонусни пасайтиради. Ичак тутилишининг паралитик формасида блокада қилиш-дна ташқари венага 10—20 мл 10% ли натрий хлорид эритмаси, тери остига 1 мл прозерин ёки питуитрин юбориш тавсия этилади. Гипертоник клизма (20—30 мл 10% ли натрий хлорид эритмаси) ёки Огнев клизмаси (20 мл дан натрий хлориднинг гипертоник эритмаси, глицерин ва водород пероксид) қилинади. Обтурацион ичак тутилишида, айниқса бу копростаз сабабли келиб чиққанда, тозалайдиган ёки сифон клизма қилинади. Ичак тутилишининг ҳамма формаларида, интоксикация ҳодисаларида дезинтоксикацион терапия (5% ли глюкоза эритмаси ва физиологик эритмани суткасига 3000 мл гача) олиб борилади.

Консерватив тадбирлар наф бермаганда операцион даво қилинади — ичак тутилишининг сабаби бартараф этилади. Ичак тутилишига сабаб бўлган битишмаларда буларни кесилади ва десерозланган бўлақлар перитонизация қилинади (битишмалар қайтадан ҳосил бўлишининг олдини олиш). Ичак бўшлиғи тикилиб қолиши натижасида юз берган обтурацион ичак тутилишида ичаклар қисман кўндалангига кесилади (энтеротомия), бунда тўсиқлар олиб ташланиб, ичакнинг бутунлиги тикланади.

Инвагинацияда инвагинат тўғриланади. Инвагинат зонасида ичак анчагина ўзгарган бўлса, уни резекция қилиб, ичак бутунлиги тикланади.

Странгуляцияда уни келтириб чиқарган сабабни бартараф қилиш зарур. Ичак бўлағи яшаб кетмайдиган бўлган тақдирда уни соғлом тўқималар чегарасигача (некроз зонасидан тахминан 10—15 мм беридан )резекция қилинади.

Ичак тутилишини ўз вақтида операцион даво қилмаслик беморларнинг ўлимига сабаб бўлади.

## ТЎҒРИ ИЧАК ВА АНУС КАСАЛЛИКЛАРИ

Тўғри ичак текшириш учун қулай. Беморни дефекация актидаги каби чўққайиб ўтқазиб қўйилганда тўғри ичакнинг чиққанини, ташқи бавосил тугунларини кўриш мумкин. Бармоқ билан текширишни бемор оёқларини қорнига тортиб, ёнбоши билан ётган ҳолатида ўтказилади. Бунинг учун қўлқоп кийилади. Кўрсаткич бармоққа мўл қилиб вазелин суртилади ва аста-секин тўғри ичакка киритилади. Бармоқ билан текшириш тўғри ичак ва тўғри ичак ёнидаги клетчатканинг патологик инфильтрациясини, тромб ҳосил қилган ички геморроидал тугунларни, тўғри



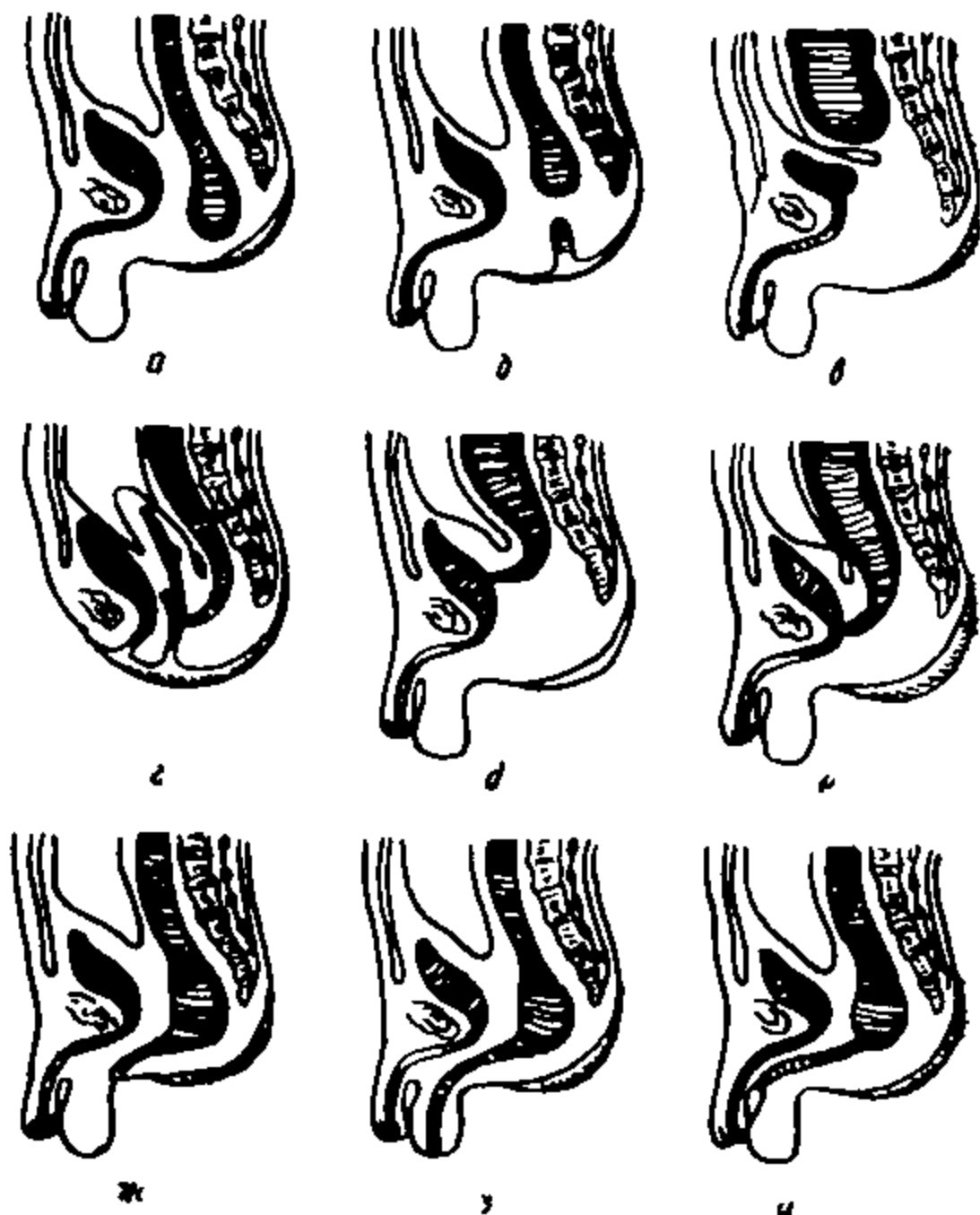
ичак ёриқларининг зичлашган четларини ва шу кабиларни аниқлаш имконини беради. Инструментал текшириш ўтказишдан олдин клизмалар ёрдамида беморнинг йўғон ва ингичка ичакларини қунт билан тозаланади. Текширувни тизза-тирсак вазиятида олиб борилади. Ректал кўзгуга вазелин суртилади ва эҳтиётлик билан 8—10 см ичкарига киритилади. Уни аста-секин чиқара туриб, тўғри ичак кўздан кечирилади. Ректороманоскопияда кўпгина диагностика маълумотлар олиш мумкин. Ректороманоскопга вазелин суртилади ва 25—30 см ичкарига киритилади. Баллон ёрдамида ичакка дам (ҳаво) берилади ва инструментни чиқараётганда ичак шиллиқ пардаси кўздан кечирилади. Тўғри ичак шиллиқ пардасининг эмас, балки йўғон ичак шиллиқ пардасини ҳам текшириш учун колонофиброскоп қўлланилади. Эластик оптикаси бор бу асбоб керакли бурчак остида эгилади ва йўғон ичакнинг анчагина бўлимларини кўздан кечириш имконини беради.

**Орқа чиқарув йўли ва тўғри ичак атрезияси.** Орқа чиқарув йўли ва тўғри ичакнинг ривожланиш нуқсонлари асосида эмбриогенезнинг бузилиши ётади. Эмбрионал ривожланишнинг 1-ойи охиригача ичак найчасининг каудал (пастки) учида тешик бўлмайди. Ичакнинг охириги қисми бирламчи қуртак канали билан бирга умумий бўшлиқ — клоакага очилади. 2-ой охирида клоака узунасига тўсиқ билан икки қисмга бўлинади. Орқа қисмидан тўғри ичак ва орқа чиқарув йўли, олдинги қисмидан — сийдик йўллари шаклланади. Бу процесс бузилганда тегишли аномалия пайдо бўлади.

Атрезиянинг қуйидаги турлари фарқ қилинади: (141-расм, а) орқа чиқарув йўли атрезияси, орқа чиқарув йўли ва тўғри ичак атрезияси (141-расм, б). Тўғри ичак атрезияси кузатилиши мумкин (141-расм, в). Тўлиқ атрезия билан бирга ичак торайиши мавжуд бўлган стенозлар ҳам учрайди. Атрезияларнинг соф формалари билан бир қаторда фистулалар (свицлар) билан асоратланган атрезиялар ҳам учрайди, улар оралиқ соҳасига, сийдик системасига ва жинсий органларга (бачадон, қин) очилиши мумкин (141-расм, г, д, е, ж, з, и).

**Клиник манзараси.** Тўлиқ атрезияда чақалоқ болалар ҳаётининг биринчи соатларида ва кунларида қуйи бўлимлардаги ичак тугилишининг клиник манзараси пайдо бўлади: бола қусади, қорни кепчийди, меконий (нажас) келмайди. Фистулали атрезияларда нажас фистула тешикларидан ташқарига ёки фистула очиладиган органга чиқади. Бироқ атрезиянинг бу формаларида бўшалиш етарлича бўлмайди.

Орқа чиқарув йўли атрезиясида терининг маҳаллий юпқаланиши ва «туртки симптоми» кузатилади: йўталишда ёки кучанишда орқа чиқарув йўли проекциясида терининг бўртиб чиқиши қайд қилинади. Орқа чиқарув йўли ва тўғри ичак атрезиясида «туртки симптоми» йўқлиги ва фақат сигмасимон ичакда газ мавжудлиги ўзига хос хусусиятлардан ҳисобланади.



141-р а с м. Орқа чиқарув йўли ва тўғри ичак туғма порокларининг схемаси (нзоҳи текстда).

Тўғри ичак атрезиясида бармоқ орқа чиқарув йўли орқали ўтади ва ўсиб қалин тортган тўғри ичакка бориб тақалади.

Диагнозни аниқлаш учун орқа чиқарув йўлини тешиб, контраст модда юбориш мумкин. Рентген сурати атрезия формасини аниқлашга имкон беради.

Д а в о с и операция. Орқа чиқарув йўли атрезиясида стеноз бўлган жойни узунасига кесилади. Операциядан кейинги даврда 6—10 ҳафта мобайнида бужлаш талаб қилинади.

Орқа чиқарув йўли ва тўғри ичак атрезиясида, шунингдек тўғри ичак атрезиясида абдоминал-перианал проктопластика ёки перианал проктопластика қилинади. Бунинг учун абдоминал ва оралиқ йўл билан ёки фақат оралиқ йўл билан ичакнинг атрезияланган бўлаги ажратилади ва уни оралиқ орқали ўтказиб, ичак четларини терига тикиб қўйилади. Бунда тўғри ичак

сфинктерини сақлаб қолишга ҳаракат қилинади. Фистула бўлганда операция плани аввалгича қолади, бироқ фистулани қўшимча равишда ажратилади ва боғланади.

Заифлашган ва ҳолдан кетган болаларда сигмасимон ичакка фистула қўйилади. Бола 1 ёшга тўлганда радикал операция қилинади.

**Мегаколон** (Фавали — Гиршпрунг касаллиги). Тўғри ичакнинг симпатик тонуси ва сигмасимон ичакнинг дистал бўлими тонуси устунлик қилиши натижасида уларнинг спастик торайиши кузатилади. Ичакнинг спастик участкалар ўртасидаги кенгайиши иккиламчи содир бўлади. Мегаколонда йўғон ичакнинг айрим участкалари ёки унинг ҳаммаси кенгайди. Касаллик аксари ўғил болаларда кузатилади.

Ичак вақт ўтиши билан тобора кенгайиб боради ва катта размерга етади. Ичакнинг кенгайган қисмида нажас массасининг туриб қолиши сабабли хроник яллиғланиш манзараси пайдо бўлади. Яллиғланган шиллиқ пардада яралар вужудга келиши мумкин. Кенгайган участкада гаустралар йўқолади, шиллиқ парда текисланиб қолади. Мускулларнинг бўйлама ва қисман циркуляр қатламлари гипертрофияга учрайди. Ичак девори терига ўхшаш зич бўлиб қолади.

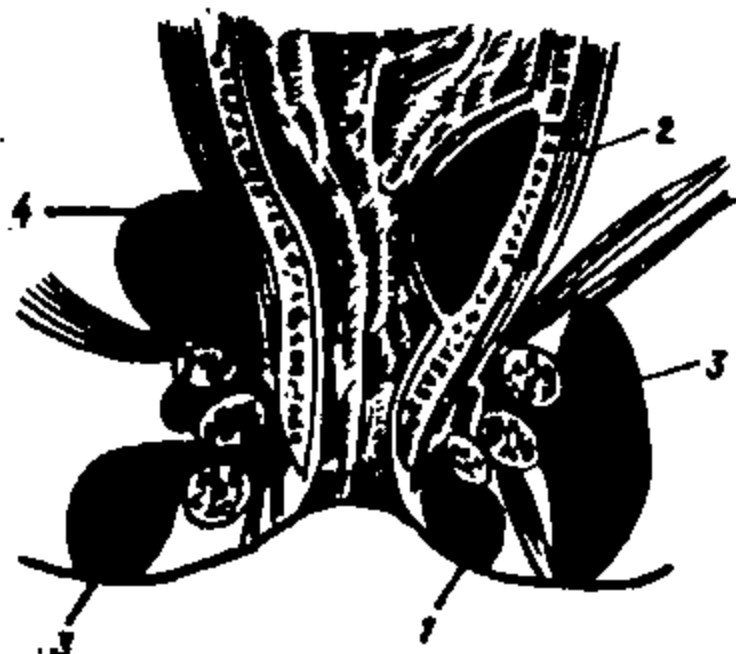
**К л и н и к м а н з а р а с и.** Ич қотиши, қорин кепчиши кузатилади. Ичак бўшалиши бир неча суткага тўхтайдди. Тўлиб кетган йўғон ичак диафрагмани юқорига сиқиб қўяди, юрак ва ўпкани силжитадди, натижада нафас ва юрак иши бузилади. Бармоқ билан текширганда торайган тўғри ичак механик тўсиқ сингари таассурот қолдирадди. Қаттиқ, баъзан пластилин ёки лой каби ёпишқоқ нажас массасини бармоқ билан аниқлаш мумкин. Уларни босилганда чуқурча («чуқурча ҳосил бўлиш симптоми») қолади. Кейинроқ интоксикация ошиб боради, ичак тутилиши хуружлари қайталанади, ичак ярасининг перфорацияси юз бериши мумкин.

**Д а в о с и.** Консерватив даводан операцион давога тайёргарлик сифатида фойдаланилади. Қотиб қолган нажас массаларини тўғри ичакка мой юбориш йўли билан юмшатилади, сўнгра клизма қилиб ювилади, зарурат бўлганда бармоқ билан чиқарилади. Ичакни вақт-бавақт бўшатиб туриш интоксикацияни камайтирадди ва беморни операцияга яхши тайёрлашга имкон беради.

**Орқа чиқарув йўлининг ёриқлари.** Бунга тўғри ичак шиллиқ пардасининг анал тешик соҳасида зич нажас массалари, ёт жисмлар ва шу кабилардан оз-моз шикастланиши сабаб бўлади. Аввалига шиллиқ парданинг чизиқли шикасти аниқланади. Кейинчалик ёриқ чуқурлашади, шиллиқ парда ости қаватигача етади; унинг четлари зичлашади.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Дефекация вақтида рўй-рост, қаттиқ оғриқ бўлади, баъзан озроқ қон ёки сероз-қон аралаш суюқлиқ пайдо бўлади. Ериқ кўпгина ич қотиши билан ўтади.

Давоси. Ёриқ янги бўлганда консерватив даво қилинади. Биринчи навбатда қабзиятни бартараф этиш зарур. Бунинг учун парҳезни йўлга қўйиш керак. Беморга канакунжут ёки парафин мойи, маккаи сано ва крушина қайнатмаси ичирилади. Тўғри ичакка 50—100 мл дан илиқ зайтун мойи юборилади, белладоннали шамчалар буюрилади, калий перманганат ёки ичимлик сода солинган ваннага ўтириш тайинланади.



142-расм. Парапроктитнинг турли хил формалари схемаси.

Консерватив терапия кор қилмайдиган хроник ёриқларда тўғри ичак сфинктерини маҳаллий анестезия остида қайта чўзилади. Бунда ёриқ янада катталашади ва битиши тезлашади. Даволаш қийин бўлган ҳолларда ёриқни кесилади ва чоклар солинади.

**Парапроктит.** Тўғри ичак олди клетчаткасининг йирингли яллиғланиши шу ном билан юритилади. Касалликни аксари аралаш инфекция (стафилококк, стрептококк, энтерококк, ичак таёқчаси ва бошқалар) келтириб чиқаради. Инфекциянинг кириш йўли — ёриқлар, лат ёйиш, бичилиш (мацерация) дяр.

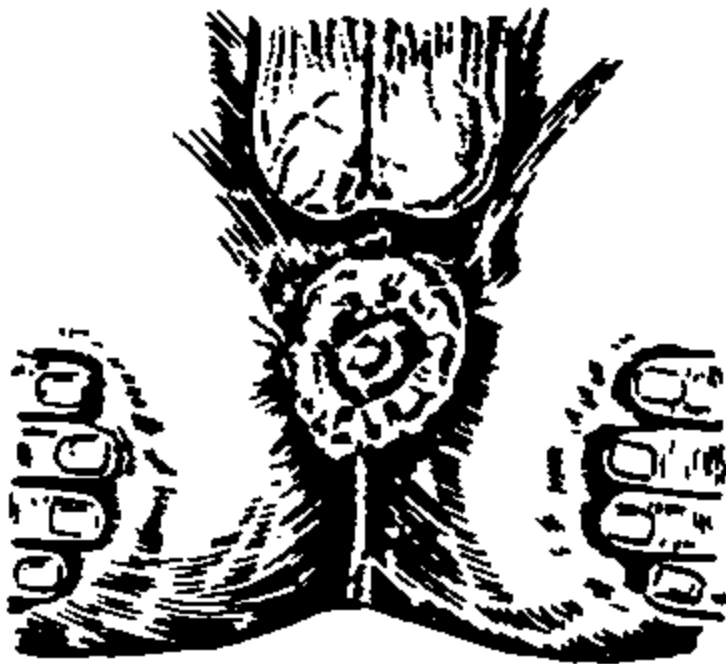
Парапроктитнинг қуйидаги формалари фарқ қилинади: 1) тери ости парапроктити; 2) шиллиқ парда ости парапроктити; 3) қуймич-ректал парапроктит; 4) чаноқ-тўғри ичак парапроктити; 5) ректоректал парапроктит (142-расм).

Клиник манзараси парапроктитнинг формасига боғлиқ. Тери ости формасида яллиғланиш зонасида тери соҳасининг типеремияси, овриши, дефекация вақтида овриқнинг кучайиши кузатилади. Бу соҳани пальпация қилганда зич инфильтрат аниқланади. Организмнинг яллиғланишга нисбатан унчалик кучли бўлмаган умумий реакцияси вужудта келиши мумкин.

Шиллиқ парда остидаги формасида дефекация вақтида овриқ қайд қилинади. Ректал текширувда тўғри ичак шиллиқ пардасида инфильтрация соҳаси аниқланади.

Қуймич-ректал формасида яллиғланиш процесси тўғри ичак атрофидаги чаноқ клетчаткасини эгаллайди. Бу формаси лўқилловчи овриқ, юқори температура, эт увишиши билан ўтади; ректал текширишда тўғри ичак теварагида рўй-рост инфильтрация аниқланади.

Чаноқ-тўғри ичак формасида процесс чаноқ тубидан юқори-



143-р а с м. Ташқи бавосил (изоҳи текстда).

га тарқалади ва орқа чиқарув йўли соҳасида яллиғланишнинг ташқи белгилари бўлмаган ҳолда оғир септик ҳолат билан характерланади.

Ректоректал формасида процесс лимфаденитдан бошланиб, тўғри ичакнинг орқа томонида жойлашади, кейин тева-рак-атрофидаги тўқима йиринглаб ирийдди. Қасаллик оралиқнинг рўй-рост оғриши, юқори температура, эт увишиши, лейкоцитоз ва шу кабилар билан характерланади.

Парапроктитнинг ҳамма формаларида тўғри ичакни бармоқ ёрдамида қунт билан текшириш тавсия этилади.

**Д а в о с и.** Қасалликнинг бошида, ҳали тўқималар йиринглаб ирий бошламаганда, умумий антибиотикотерапия, калий перманганат солинган илиқ ванначаларда ўтириш буюрилади. Консерватив даво наф бермаган ҳолларда парапроктитнинг ҳамма формаларида йиринглаган жойни кесиб, йирингли бўшлиқни яхши дренажлаш талаб этилади. Йирингли соҳа сфинктер шикастланишининг олдини олиш учун кесилганда анал тешик теварати ярим ойсимон кесилади. Беморга операциядан кейин 3—4 суткагача дефекация актини тўхтатиб туриш учун опий настойкаси ва шлаксив парҳез овқатлар берилади. Умумий антибактериал ва дезинтоксикацион терапия олиб борилади. Жароҳатга йирингли жароҳатларни даволашнинг умумий принципларига биноан даво қилинади.

**Бавосил.** Бавосил деганда тўғри ичак веноз чигалларининг муайян клиник манзара билан (қон кетиши, оғриқ ва ҳоказо) варикоз кенгайиши тушунилади.

Жойлашишига кўра ички ва ташқи бавосил фарқ қилинади. Ички бавосилни кўриб бўлмайди ва уни бармоқ билан ёки ректоскопик текширувда аниқланади. Ташқи бавосил тугунлари анал тешик яқинида кўринади (143-расм). Қатор ҳолларда бу тугунларнинг яллиғланиб, уларда тромблар ҳосил бўлиши — бавосил тугунлари тромбофлебиту кузатилади. Бавосилга ич қотиши, ҳомчладорлик, узоқ вақт ўтириш натижасида кичик чаноқдаги қон димланиши ҳодисалари сабаб бўлади.

**Клиник манзара с и.** Бавосил тугунларининг шунчаки катталашуви оғриққа сабаб бўлмаслиги ва беморни безовта қилмаслиги мумкин. Бироқ қатор ҳолларда ички бавосил тугунлари катта бўлганда ва сфинктернинг беркитиш функцияси

етарли бўлмаганда улар ташқарига чиқиб қолади, бу — сфинктер функциясини янада пасайтиради. Бундай ҳолат тўғри ичакдан нажаснинг чиқишига олиб келади, бу эса ўз навбатида анал тешик соҳасини қичиштиради, териси бичилади ва оғриydi. Қатор ҳолларда дефекация пайтида оз-моз қон кетади. Тез-тез қон кетиши анемизацияга олиб келиши мумкин — қон гемоглобини бирмунча камаяди.

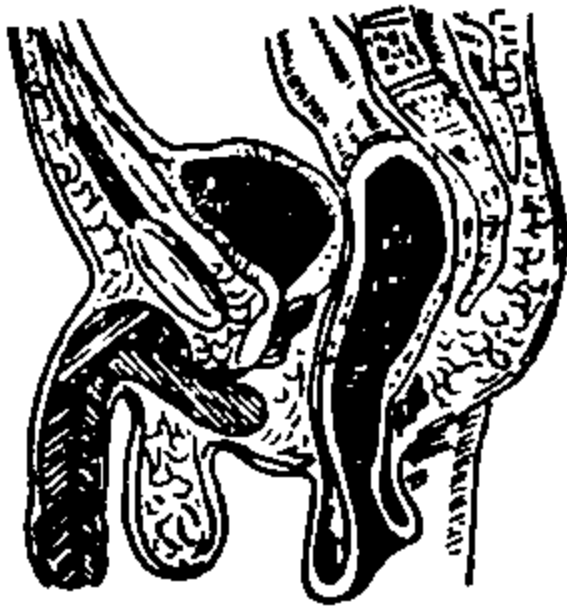
Бавосил тугунлари тромбозда орқа чиқарув йўли соҳасида рўй-рост оғриқ пайдо бўлади, бу оғриқ дефекация вақтида кучаяди. Бавосил тугунлари кўкимтир тусга кирган, тараглашган, устини фибриноз парда қоплаган, шиллиқ пардасининг айрим жойларида яралар пайдо бўлади.

**Д а в о с и.** Асоратланмаган бавосилда ич қотишининг олдини олиш учун парҳезни тартибга солинади. Ич қотганда кана-кунжут мойи ёки парафин мойи буюрилади. Тери бичилганда калий перманганат солинган ванналарга ўтирилади. Қон кетиши кам бўлганда гемостатик воситалар — викасол, кальций хлорид, гемофобин ва бошқалар қўлланилади. Бавосил тугунлари тромбозда калий перманганат солинган шиллиқ ваннага ўтирилади. Пресакрал новокаин блокадалари яхши натижа беради.

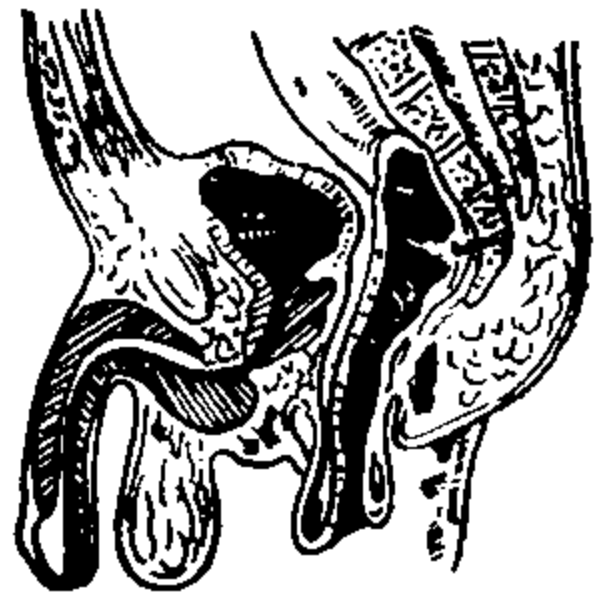
Агар бавосилда қонашга ва яллиғланишга мойиллик бўлса, операция қилиб даволанади. Яллиғланишнинг ўткир даврида операция қилиш мумкин эмас. Бавосил тугунлари боғлаб қўйилади. Бир неча кун ўтгач, бавосил тугунлари кўчиб тушади. Операциядан кейинги даврда ич келишини бир неча кунга тўхтатиб қўйилади. Бунинг учун бемор клетчаткаси кам овқатлар ейди ва унга кунига 3 марта 8—10 томчидан опий настойкаси берилади. Дефекация актидан кейин бемор калий перманганат (пушти ранг эритма) ёки сода эритмаси солинган (ваннага 30—40 г) ваннага ўтиради.

Тўғри ичакнинг ва орқа чиқарув йўли шиллиқ пардасининг чиқиб қолиши. Орқа чиқарув йўли тешигидан шиллиқ парда чиқиб қолганда орқа чиқарув йўли шиллиқ пардасининг чиқиши тўғрисида, тўғри ичакнинг ҳамма деворлари чиқиб қолганда тўғри ичакнинг чиқиб қолиши тўғрисида фикр юритилади. Бундай ҳодисалар болаларда ҳам, катта ёшдаги кишиларда ҳам кузатилади. Унинг пайдо бўлишига чаноқ туби мускулларининг бўшашуви ва ўсиб етилмаганлиги, қорин пардасининг пастда жойлашиши имкон беради. Ич қотиши, ич кетиши, бавосил ва шу кабиларнинг маълум аҳамияти бор.

**К л и н и к м а н з а р а с и** ғоят характерли. Бемор дефекация вақтида кучанганда, шунингдек жисмоний иш бажарганда анус соҳасида пушти ранг розетка (гардиш) ёки тўғри ичак шиллиқ пардаси билан қопланган каттагина цилиндр пайдо бўлади. Орқа чиқарув йўли шиллиқ пардасининг чиқиши билан тўғри ичак чиқиши ўртасида дифференциал диагноз ўтказиш учун оддий усулдан фойдаланилади. Бармоқни чиққан соҳа



144-р а с м. Орқа чиқарув йўли шиллик пардасининг тушиши.

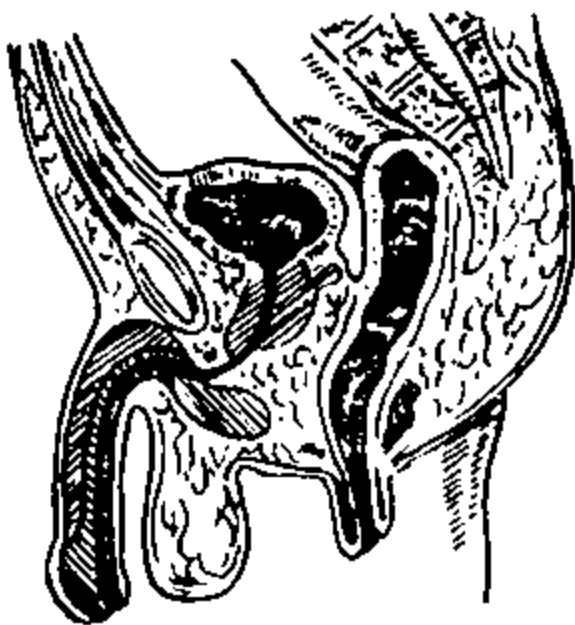


145-р а с м. Тўғри ичакнинг тушиши.

атрофидан юргизилади. Агар шиллик парда бевосита терига ўтса ва чиққан соҳа размерлари катта бўлмаса, демак орқа чиқарув йўлининг шиллик пардаси чиққан бўлади (144-расм), борди-ю, бармоқ шиллик парда билан сфинктер орасидан ўтса, тўғри ичак чиққан бўлади (145-расм). Бироқ булар биргаликда учраши ҳам мумкин: орқа чиқарув йўли ва тўғри ичакнинг чиқиши. Бу ҳолда ичакнинг анча катта қисми чиқиб қолади ва шиллик парда бевосита терига ўтади (146-расм).

Ичак жам чиққанда кучаниқ тўхтагандан кейин чиққан соҳа ўзинча кириб тўғриланади; ичак кўп чиққанда уни қўл билан киритилади. Ичакнинг тез-тез чиқиб туриш ҳолларида шиллик пардада фибриноз парда билан қопланган яралар ҳосил бўлади.

Д а в о с и. Болаларга касалликнинг бошланғич давларида консерватив даво ёрдам беради. Биринчи навбатда ич келишини тартибга солиш зарур. Дефекация актидан ва ичак ичига киргандан кейин думбаларга ёпишқоқ пластырь ёпиштириб қўйилади. Операция усулларида Кюмель операцияси энг оддий ва таъсирчан ҳисобланади: бунда қуйи лапаротомия ва тўғри ичакни думғаза промонтордумига юқорига тортилган вазиятда фиксация қилинади. Бу операцияни кўпинча анус теварагидаги тери



146-р а с м. Тўғри ичак ва орқа чиқарув йўли шиллик пардасининг тушиши.

ости клетчаткасида сонни кенг фасция қилиш ва унинг учлари-ни тикиш билан бирга қўшиб олиб борилади. Анус орқали бармоқ ўтадиган қилиб тикиш керак (Богославский операцияси).

**Тўғри ичак полиплари.** Булар хавфсиз ўсмалардир. Улар якка ва кўп сонли, тарик донидан то ёнғоқдек катталиқда бўлади. Ичкичка оёқчада турган паст жойлашган полиплар орқа чиқарув йўли орқали чиқиб қолиши мумкин.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Тенезмалар, баъзан қон кетиши кузатилиши мумкин. Диагноз бармоқ билан текшириш, ректоскопия ва ректороманоскопия асосида қўйилади (147-расм), юқори жойлашган полипларда диагноз колоноскопияда аниқланади. Диагностикага рентгенологик текшириш ҳам имкон беради.

**Д а в о с и.** Паст жойлашган якка полипларда электрокоагуляция қилинади. Кўп сонли полипларда ва юқорида жойлашган якка полипларда ичакнинг тегишли бўлаги кесиб олиб ташланади.

**Тўғри ичак раки.** Анчагина кўп учрайди ва бошқа жойлардаги раklar ўртасида бешинчи ўринни эгаллайди. Беморлар ўртасида эркаklar билан аёлларнинг нисбати 3:2. Орқа чиқарув йўли раки камроқ учрайди, бироқ айниқса хатарли ўтади. Тўғри ичак ампуласи ва проксимал бўлимининг раки аденокарцинома ёки скirr характерида бўлиб, баъзан тўғри ичакнинг циркуляр тораёишига олиб келади. Метастазланиш лимфоген йўл билан ҳам, гематоген йўл билан ҳам рўй бериши мумкин.

**К л и н и к м а н з а р а с и** касалликнинг босқичига боғлиқ. Аввалига касаллик симптомларсиз ўтиши мумкин. Кейинчалик ич кетиши билан алмашилиб турадиган қабзият, тенезмалар, тўғри ичакдан шилимшиқ, қон ва йиринг ажралиши кўрилади. Ўсма ўсиб қалинлашганда тўғри ичак бўшлиғи тижилиб қолиши, бу — қуйи ичак тугилишига сабаб бўлиши мумкин.

Бармоқ билан текшириш, ректоскопия ва ректороманоскопиянинг катта диагностик аҳамияти бор (148-расм). Текширишнинг бу турларида ўсмани топиш, унинг размерларини, тарқалганлигини, локализациясини, яралар ҳосил қилганини ва шу кабиларни аниқлаш, гистологик текшириш учун тўқима бўлакчасини олиш мумкин.

Ўсма тўғри ичак ёнидан клетчаткага ўсиб кирганда оралиқ соҳаида рўй-рост оғриқ пайдо бўлади, қовуққа ўсиб кирганда сийдик ажратиш бузилади.

**Д а в о с и.** Касалликнинг дастлабки босқичларида радикал операцион даво қилинади — тўғри ичакни ўсма билан бирга соғлом тўқималар чегараиғача олиб ташланади. Ичакнинг қолган қисмини оралиқ орқали ўтказилади ёки қорни деворига чиқарилади. Касалликнинг радикал хирургик даво қилишнинг иложи бўлмаган, зўрайган ҳолларида сигмасимон ичак бўлагини чап ёнбош соҳасида ташқарига чиқариб қўйиш йўли би-



лан ғайри-табiiй орқа чиқарув йўли (анус претернатуралис) ясалади.

Анал тешик ракида рентгенотерапия бирмунча қониқарли натижа беради. Рентгенотерапия радикал даво қилишга имкон бермаса-да, рак ўсмасининг ўсишини бирмунча секинлаштиради. Паллиатив даволашда бемор 2—3 йил яшайди. Паллиатив операция қилинмаганда беморлар қуйида жойлашган ичак тутилишидан ҳалок бўладилар.

### ҲАЗМ ОРҒАНЛАРИ ҚАСАЛЛИКЛАРИ БОР БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Бу гурппадаги беморларни парвариш қилишнинг асосий принциплари операциядан олдинги тайёргарлик даври ва операциядан кейинги даврга бағишланган умумий бўлимда баён қилинган. Бу бўлимда биз умумий хирургия ва тез ёрдам стационарларида аксарият учратиладиган касалликнинг нозологик формаларида беморларни парвариш қилиш хусусиятлари тўғрисида тўхталиб ўтамиз.

Меъда операцияларида беморларни парвариш қилиш. Операцияга умумий тайёргарлик беморнинг аҳволи (ҳолсизланган; камқон), касалликнинг формаси ва асоратларига қараб белгиланади. Асоратланмаган формаларида тайёргарликни умумий қондаларга биноан олиб борилади; бунга қўшимча қилиб операциядан бир кун олдин кечқурун меъдани ювилади. Камқон беморларни (яраси қонайдиган, меъда раки бор беморларни) операцияга тайёрлашда қон, эритроцит массасини 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 интоксикацияни камайтириш учун операциядан бир неча кун илгари бемор меъдасини ҳар кун 0,25% ли хлорид кислота эритмаси билан ювилади.

Сув-туз балансини тиклаш мақсадида оқсил, тузлар, сув, витаминларни парентерал юборилади.

Операциядан кейин 3-кун бемор тўш ости соҳасида оғирлик сезишидан, сассиқ кекиришдан ва қусишдан нолишти мумкин. Бунга анастомоз шиши, меъда культяси парези сабаб бўлиши мумкин. Бундай ҳолатда меъда деворига солинган чоклар ситилиб кетиши мумкин. Ёрдам кўрсатиш меъда ичидаги суюқликни вақт-бавақт эвакуация қилишдан иборат.

Меъдаси операция қилинган беморнинг парҳезга риоя қилишини қатъий кузатиб бориш шарт. Операциядан кейин 1-кун бемор оғиз орқали ҳеч нарса қабул қилмайди. Сув-туз, оқсил ва витамин балансини қувватлаб туриш учун сув, тузлар, оқсиллар ва витаминлар парентерал йўл билан юборилади. 2-кун (асоратлар бермасдан ўтаётганда) кун мобайнида тахминан

2 стакан сув ёки қандсиз чой (оз-оздан қултумлаб) ичишга рухсат берилади. 3-кундан бошлаб, механик озор етказмайдиган стол — № 1а (қанд, мой, қом тухум, кисель ва ҳоказо) буюрилади. Кейинчалик парҳезни кенгайтириб одатдаги столга (№ 1б, 1) ўтказилади. Меъда ширасининг кислоталиги пасайиши сабабли меъда резекциясидан сўнг ҳазми нормага солиш учун беморга суюлтирилган хлорид кислота, пепсин ёки меъда шираси берилади. Меъда қолган қисмининг сифими кичик бўлиб қолганлиги билан боғлиқ бўлган «кичик меъда» ҳодисаларини назарда тутиш лозим. Шу муносабат билан беморга ҳар 2—3 соатда оз-оздан овқат берилади.

Жигар ва ўт йўлларидаги операцияларда 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 обтурацион сариқ касаллиги бор беморларни айниқса синчиклаб тайёрлаш талаб этилади. Обтурацион сариқ касаллигида ўтнинг жигарга нормал оқиб келиши тўхтайдиган ва шу тариқа ёғлар ҳамда витамин Книнг сингиши бузилади. Витамин Книнг ичаклардан етарлича тушмаслиги протромбин шиланишининг бузилишига ва қон ивиш процессларининг издан чиқишига олиб келади, бу — салга қонайверишда ўз ифодасини топади. Бундай ҳолларда қилинадиган операция анчагина қон оқибти билан ўтади. Бу асоратларнинг олдини олиш учун беморларга витамин К ёки унинг ўрнини босадиган виқасол, кальций хлорид юборилади, қон ва плазмани оз-оздан қўйилади.

Умумий ўт йўли дренаж қилинадиган операцияларда медицина ҳамшираси операциядан кейинги даврда дренаж найчанинг жароҳатдан тушиб қолмаганлиги, дренаж системаси бузилмаганлиги устидан кузатиб бориши керак. Ўткир ҳодисалар босилгандан сўнг ўт суюқлигининг характери ўзгаради. У бирмунча тиниқ, ипир-ипирсиз ва йиринтсиз бўлиб қолади. Шу пайтдан бошлаб, дренаж учини аввал 1—2 соатга, сўнг бундан кўпроқ вақтга юқорига кўтариб қўйилади. Беморнинг аҳволи ёмонлашмаса, сариқлик кўпаймаса, дренажни 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. Ўт суюқлигини ичишни осонлаштириш учун уни пивога аралаштириб берилади.

Йўғон ва ингичка ичаклардаги операцияларда беморларни парвариш қилиш. Жароҳатга инфекция тушуши, чоклар ситилиб кетишининг олдини олиш учун

ичакларни нажас массаларидан қунт билан тозалашнинг аҳамияти жуда муҳим. Беморларни операцияга 3—5 кун тайёрланади. Парҳезга алоҳида аҳамият берилади. Овқат таркибиде шлаклар кам, калориялилиги эса етарли бўлиши керак. Операциядан 2—3 кун олдин сурғи дорилар буюрилади (15—30% ли магний сульфат эритмасини кунига 6—8 марта бир ош қошиқдан), эрталаб ва кечқурун тозаловчи клизма қилинади. Инфекцияни профилактика қилиш учун 3 кун олдин беморга ичак флорасига таъсир қиладиган антибиотиклар (жолимицин, стрептомицин, тетрациклин) берилади.

Тўғри ичакдаги операцияда операциядан бир кун аввал ичакларни қунт билан тозаланади (тозаловчи клизмани тоза сув олингунга қадар қилинади). Эрталаб ичакларни чайинди сувлардан холи қилиш учун резина найча киритиб, тозаловчи клизма қилинади ва оралиқни ювилади (беморнинг остини кучсиз калий перманганат эритмаси билан ювилади).

Йўғон ичакдаги операциялардан кейинги даврда тўғри овқатланиш режимининг аҳамияти катта. Ичакларни тўлдириб юбориш ва перистальтикани эрта вужудга келтириш хавфли (чокларнинг ситилиш хавфи бор). Операциядан кейин 1-кундан бошлаб суюқлик ичишга рухсат этилади. 2-кундан бошлаб беморга клетчаткаси кам, суюқ ёки суюқроқ овқатларни бера бошлаш мумкин. Сут маҳсулотлари, нон, мевалар бермай турилади. 5 кун мобайнида опий настойкаси буюрилади, сўнгра ичишга вазелин мойи тайинланади ва 7—8-кунга келиб тозаловчи клизма қилинади.

Тўғри ичакдаги операциядан кейин беморларни парвариш қилиш йўғон ичак операциясидаги сингари бўлади, бироқ кўшимча равишда тўғри ичакка Вишневский мази суртилган тампонга ўралган резина найча киритилади. Урин-жўрпа қон ва мазь билан инфлосланмаслиги учун клеёнка солинади. Тампонларни 3-кун алмаштирилади (10 минут олдин наркотиклар юборилади). Дефекация актидан кейин кучсиз калий перманганат эритмаси солинган ваннага ўтириш ва кейин боғлаш буюрилади.

Ингичка ичаги операция қилинган беморларни парвариш қилиш меъда операциясида беморларни парвариш қилишдан унчалик фарқ қилмайди.

Нажас фистуласи бор беморларни парвариш қилишнинг ўз спецификаси бўлади. Фистула ва фистула атрофидаги тери муттасил парвариш қилишни талаб этади. Фистула атрофидаги терининг шилинишига йўл қўймаслик учун бундай беморларда жароҳатни тез-тез боғлаб туриш керак. Боғламни бемор ҳаракат қилганда сирғалиб тушиб кетмайдиган қилиб қўйиш керак. Ҳар гал ичак бўшатилгандан сўнг ичак шиллиқ пардасининг чиқиб қолган қисмига вазелин мойига ботирилган салфетка қўйиш, устига пахтали бошқа салфетка ёпиш, сўнгра бинт ёки махсус бандажлар билан маҳкамлаш ке-

рак. Клеол ёки ёлишқоқ пластирь ишлатиш тавсия этилмайди, чунки боғламларни тез-тез алиштиришда тери шилиниши мумкин. Фистула атрофидаги терига Лассар пастаси ёки бошқа индифферент мазь суртиш лозим.

Фистула шакллангандан ва операцион жароҳат битгандан сўнг терининг таъсирланишини камайтириш учун ҳар куни ванна қилиб туриш жуда фойдали. Нажас ушланиб қолганда клизма қилиш зарурати вужудга келади. Бунинг учун қўлқоп тақиш ва бармоқни фистула орқали ўтказиб, ичакнинг юқоридаги бўлими бўшлиғини аниқлаш, унга учлик киритиш ва эҳтиётлик билан 500—600 мл сув қўйиш керак, бу тadbир нажас массаларининг чиқишига имкон беради.

Меъдани ювиш даво ва диагностика мақсадларида бажарилади. Меъданинг стенозлайдиган яралари, ичак тутилиши, сифатсиз маҳсулотлар ва кучли таъсир қиладиган моддалардан заҳарланиш меъдани ювишга кўрсатмалар ҳисобланади. Қизилўнгач ва меъдадан қон оқиши (яра, рак, веналарнинг варикоз кенгайиши), рўй-рост ифодаланган юрак-томир касалликлари (аорта аневризмаси, тож томирлар етишмовчилиги, миокард инфаркти) бунга монелик қиладиган ҳоллар ҳисобланади.

Меъдани ювиш учун йўгон меъда зонди, сифими 0,5—1 л ли воронка ва меъда зонди билан воронкани туташтирадиган резина найча ишлатилади. Беморни стулга ётқизилади ва клеёнка фартуқ кийгизилади. Ундан оғизни очиш ва бурун орқали чуқур нафас олиш сўралади. Сувга ҳўлланган меъда зондини оғиз орқали қизилўнгачга киритилади. Шу вақтда бемор ютиш ҳаракатларини қилиши керак. Агар зондлашнинг иложи бўлмаса, Гютер приёмидан фойдаланиш мумкин. Кўрсаткич бармоқни ҳалқумга максимал киритилади, у билан тилни босилади ва бармоқнинг ёнидан зондни киритилади. Баъзан бурун-ҳалқум ўта сезувчан бўлганда зондлашдан 2—3 минут аввал томоқ ва ҳалқумга 10% ли новокаин эритмаси суртилади. Воронкани беморнинг тиззалари сатҳида тутиб турган ҳолда уни сувга тўлдирилади ва бемор оғзидан аста-секин 25 см юқорига кўтарилади. Воронкадаги сув сатҳи найчага етиши билан воронкани пастга тушириб, уни аввалги ҳолатда тутиб туриш лозим. Меъдадаги сув билан суюлтирилган меъда суюқлиғи воронкага туша бошлайди. Воронкадаги меъда суюқлиғи тўкиб ташланади. Бу муолажани меъда суюқлиғи тўлиқ ҳайдалгунча бир неча марта бажарилади.

Қорин бўшлиғини пункция қилиш (врач бажаради). Беморнинг аҳволи қониқарли бўлганда пункцияни стулга ўтказиб қилинади. Бемор стул суянчигига суяниб ўтириши керак. Оғир ётган беморда пункцияни беморни ёнбошига ётқизиб қўйиб қилинади. Пункциядан олдин бемор қовуғини бўшатиши ёки сийдиғини катетер билан чиқариш керак. Врач ва медицина ҳамшираси қўлларини операциядан олдин қандай

тозалаб ювса, шундай ювади. Қорин терисига йод эритмаси суртилади. Пункцияни қориннинг ўрта чизиги бўйича киндик билан қов битишмаси орасидаги масофанинг ўртасида қилинади. Тешиладиган жойни 0,25% ли новокаин эритмаси билан олдиндан анестезия қилинади. Пункцияни троакар билан бажарилади. Қорин бўшлиғидан суюқлиқни аста-секин чиқарилади (коллагс хавфи бор). Троакар чиқарилгандан кейин терига битта чок солинади ва асептик боғлам қўйилади. Чиқарилган суюқлиқни текширишга жўнатилади.

## ХІХ б о б

### СИЙДИК-ТАНОСИЛ ОРГАНЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАРИ ВА КАСАЛЛИКЛАРИ

Урология хирургиянинг сийдик-таносил органлари (буйраклар, сийдик йўллари, қовуқ, сийдик чиқариш канали, простата бези, мойклар, жинсий олат) касалликлари бор беморларни даволаш билан шуғулланадиган қисмидир.

#### БЕМОРНИ УРОЛОГИК ТЕКШИРИШ ХУСУСИЯТЛАРИ ВА МАХСУС ТЕРМИНОЛОГИЯ

Урология хирургиянинг шундай бўлимлари қаторига кирадикки, диагноз қўйишда ва операциядан кейин беморга қарашда хирургиянинг шу бўлимигагина хос махсус текшириш методларини татбиқ эта билиш зарур.

**Цистоскопия** — цистоскоп деган махсус асбоб ёрдамида қовуқни текширишдир. Қовуқ шиллиқ пардасидан ташқари, сийдик йўли тешиклари кўздан кечирилади, уларнинг функцияси аниқланади ва сийдик йўллари катетерлаш ёрдамида кўтарилувчи пиелография қилинади.

**Хромоцистоскопия.** Бу методика буйраклар функциясини аниқлаш имконини беради. Шу мақсадда венага 4 мл 0,4% ли индигокармин эритмаси юборилади. Қовуққа цистоскоп киритилади. Нормада 3—5 минут ўтгач, сийдик йўллари тешикларидан кўк ранга 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 цистоскоп қўлланилади. Унинг ёрдамида сийдик йўлига махсус катетер киритилади. Сийдик йўли чандиқли торайганда ёки унга тош тикилиб 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 эритмаси, кардиотраст, диодон ёки кислород киритилади ва рентген сурали олинади. Контраст модда фонда тошлар ва ўсма яхши кўринади.

**Венага контраст модда юбориб урография қилиш.** Венага

40% ли сергозин эритмасидан қарийб 50 мл юборилади ва 10, 20, 30 минутдан кейин сийдик йўллари­нинг рентген сурати олинади. Бу метод буйракларнинг ажратиш функциясини ва тўсиқ борлигини аниқлаш имконини беради.

**Цистография**—10—20% ли сергозин, диодон ёки кардиотраст эритмасидан 150—100 мл қуйиб тўлдирилган қовуқни рентгенография қилишдир. Қовуқдаги ўсмалар ва шикастларни диагностика қилиш учун қўлланилади.

**Уретрография** — уретрага 10—20% ли сергозин, кардиотраст ёки диодон эритмасидан 10—20 мл юборгандан кейин рентгенография қилишдир. Уретра шикастлари ва ўсмаларини диагностика қилиш учун қўлланилади.

Медицина ҳамшираси урология практикасида ишлатиладиган терминологияни билиши керак.

**Нормал суткалик диурез** (бир суткада ажратилган сийдик миқдори) ўрта ҳисобда 1,5 лга тенг (700 дан 3000 мл гача). Диурезнинг кўпайиши — полиурия — ҳаддан ташқари кўп суюқлик ичилганда, қонда қанд миқдори ошганлиги натижасида қоннинг осмотик босими кўтарилганда (қандли диабет), гипофиз антидиуретик гормонининг активлиги етарлича бўлмаслиги натижасида каналчаларда сув реабсорбцияси бузилганда (қандсиз диабет), хроник нефритларда буйракларнинг концентрацион хусусияти пасайганда кузатилади.

Диурезнинг барқарор пасайиши — олигурия ва бутунлай сийдик тўхтаб қолиши — анурия буйрак касалликлари оқибатида организм сувсизланганда, сийдик йўлига тош, шиллик текилиб қолганда ёки уни ўсма босиб қўйганида, шунингдек қон айланиши бузилганда ёки рефлектор тарзда содир бўлиши мумкин.

Нормада қовуқнинг сифими тегишлича бўлганда (200—300 мл) қовуқ суткасига 5—6 марта бўшалиб туради. Сийдик чиқариш ритмининг тезлашуви — **полакиурия** — аксари полиурия билан бирга учрайди. Бундай ҳолларда сийдининг тез-тез қисташи қовуқнинг тўлишига боғлиқ бўлади. Полакиуриянинг оғриқли ва қийналиб сийиш — **дизурия** билан бирга учраши қовуқ яллиғланганда ёки унда тошлар бўлганда шиллик пардасининг таъсирланишида кузатилади. Бундай ҳолларда сийдик кўпинча оз-оздан келади.

**Протейнурия** (альбуминурия) — сийдикда оқсил пайдо бўлиши соғлом кишиларда ҳам жисмоний чарчашдан, кўп овқат ейишдан, совқотишдан кейин кузатилиши мумкин. Баъзи бир кишиларда протейнурия тана вертикал ҳолатда бўлганда рўй беради ва горизонтал ҳолатда йўқолади (**ортостатик протейнурия**).

Протейнурия аксарият нефритлар, пиелитларда (3—6%) ва нефрозларда (10—50%) кузатилади.

**Гемоглобинурия** — сийдикда эркин гемоглобин пайдо бўлиши — эритроцитларнинг жадал емирилиш процесси (гемо-

лиз) дан далолат беради. Бунда сийдик ундаги гемоглобин миқдорига кўра пушти рангдан қора ранггача бўялади. Сийдикда қон пайдо бўлиши гематурия дейилади. 149-расмда буйрақлар, сийдик йўллари ва простатада энг кўп учрайдиган касалликларнинг схемаси келтирилган.

### ҚОВУҚ ВА СИЙДИК ЧИҚАРИШ КАНАЛИНИНГ РИВОЖЛАНИШ НУҚСОНЛАРИ

Қлоака орқа ва олдинги бўлимларга бўлингандан кейин олдинги бўлимда сийдик-таносил синуси ва қовуқ шакллана бошлайди. Шаклланишнинг иккинчи фазасида қовуқ сийдик-таносил синуси ва Вольф йўлидан ажралиб чиқади. Учинчи фазада, она қорнидаги ҳаётнинг 3-ойи ўртасидан бошлаб қовуқ узил-кесил шаклланади.

Ривожланишдан орқада қолишда ёки ғайритабiiий ривожланишда аномалиялар пайдо бўлади. Айни вақтда қорин олдинги деворининг ривожланиш нуқсонлари, мойкнинг тушмай қолиши ва шу кабилар кузатилади.

Қовуқнинг битмай қолиши — эктопия, қовуқ бўшлигининг икки қисмга бўлиниши, сийдик чиқариш канали юқори деворининг битмай қолиши — эпипадия ва сийдик чиқариш канали пастки деворининг битмай қолиши — гипопадия фарқ қилинади.

**Қовуқ эктопияси.** Сийдик чиқарувчи йўллар аномалиясининг энг оғир формаси ҳисобланади. Қиз болаларда катта жинсий лаблар керилганда қовуқ кўриниб туради. Уғил болаларда бундай ҳолларда жинсий олат суст ривожланган, олдинги (устки) юзаси бўйлаб тарновсимон ва қовуққа кириш қисми кенгайган. Типик ҳолларда қовуқнинг бутун олдинги девори бўлмайди, орқа девори эса қориннинг ички босими ҳисобига юмалоқ ўсма кўринишида олдинга бўртиб чиқади. Усма усти теридан кескин фарқ қиладиган қип-қизил шиллиқ парда билан қопланган. Қовуқ учбурчаги (Льето) сийдик йўлларининг тешиклари ва улар ўртасидаги бурма билан қовуқ бўйни олдида битиб кетмаган очиқ сийдик чиқариш каналита ўтиш жойида кўриниб туради. Сийдик йўллари тешикларидан сийдик вақт-бавақт томчилаб ёки кичик оқим билан чиқиб туради.

Бундай болаларнинг киндиги шиллиқ парданинг бевосита юқори четида жойлашади. Қов суяклари бир-биридан 2—5 см га ва бундан кўпроққа қочиб туради. Кўпинча бирга келадиган аномалиялар: туғма чов чурралари, мойкнинг пастга тушмаслиги (крипторхизм), орқа чиқарув йўли сфинктерининг сустлиги, туғри ичакнинг тушиши кузатилади.

**Давоси.** Ҳозирги вақтда операцион давонинг икки тури қўлланилади: қовуқ бутунлигини тиклаш ва сийдикни ичакларга тўғрилаш. Одатда операциани бола ҳаётининг 2—3-йилида қилинади. Операциянинг моҳияти қовуқнинг бутунлигини тиклашдан иборат. Қовуқнинг шиллиқ пардаси ва деворлари мобилиза-



ция қилинади, сўнгра уларни тикилади. Янгидан ҳосил қилинган қовуқ устида қориннинг тўғри мускулларини ёки лахтақларини уларнинг апоневрози ва тери билан бирга тикилади.

Қовуқ бутунлигини тиклашнинг иложи бўлмаса, унинг бир қисмини ситмасимон ичакка сийдик йўллари билан бирга кўчириб ўтказилади. Даволашнинг бу турида сийдик йўлларининг юқорига кўтариладиган инфекцияси рўй бериш хавфи бўлиб, болалар кўпинча ана шу сабабдан ўлиб кетади.

Эписпадия — сийдик чиқариш канали устки (олдинги) деворининг битмай қолишидир. Бирмунча оғир ҳолларда битмай қолиш уретранинг орқа деворигача ва қовуқ бўйингача тарқалади. Бирмунча енгил ҳолларда эписпадия фақат дистал қисмгача (олдинги уретрагача) тарқалади. Уғил болаларда ёриқни баъзан жинсий олат бошчасида чекка кертмакни сургандан кейингина кўриш мумкин. Бундай ҳолларда жинсий олатнинг ривожланмай қолиши кузатилади. Қиз болаларда эписпадия ҳатто қовуқ бўйни битмай қолган ҳолларда ҳам унчалик билинмайди. Ериқ жинсий лаблар керилган тақдирдагина кўринади.

Клиник маънаси сийдик чиқариш каналининг битмай қолиши ва сийдик чиқаришнинг бузилиши (сийдикнинг нотўғри оқим билан ажралиб чиқиши, сийдик тутолмаслик) билан таърифланади.

Давоси. Операцияни одатда мактабгача ёшда қилинади. Қовуқ бўйинининг битмай қолиши ва сийдик тутолмаслик билан ўтадиган оғир формаларида операцияни қовуқни эктопия сабабли тиклашдаги каби усулда қилинади. Шиллиқ парданинг ортқча қисми кесилади, қовуқ деворини тикиб қўйилади. Жинсий олатда уретрани пластик йўл билан тикланади.

Гипоспадия. Сийдик чиқариш канали тешитининг нотўғри жойлашиши билан характерланади. Уретранинг битмай қолиши сфинктернинг устки томонида содир бўлади. Шунинг учун сийдик чиқариш бузилмайди. Уретрал тарнов рудименти фиброз тортма (хорда) кўринишида қуйи (орқа) юза бўйлаб жинсий олат бошчасигача боради. Шунга кўра жинсий олат, айниқса эрекция (таранглашиш) пайтида эгилган бўлади.

Бирга келадиган аномалиялар: крипторхизм, туғма чов чурчалари ва ҳоказо.

Давоси. Операцияни бола ҳаётининг биринчи йилларида қилинади. Операция асосини фиброз тортмани кесиш ташкил этади, шундан сўнг жинсий олат тўғриланиб қолади. Сийдик чиқариш каналининг дистопияланган тешигини бирмунча кечроқ — бола 3—4 яшар бўлганда сурилади.

Крипторхизм. Қорин бўшлиғида ёки чов каналида мойкнинг тушмасдан ушланиб қолиши шу термин билан ифодаланади. Нормада 8-ойда мойк чов канали орқали ёргоққа тушади, 9-ойда эса ёргққ тубида ўзининг нормал вазиятини эгаллайди.

Ривожланишдан орқада қолиш мойкнинг турли аномалия-

лар билан жойлашишга олиб келади. Аксари мойк қорин бўшлиғида ёки чов каналида ушланиб қолади. Бир томонлама крипторхизм кўпроқ кузатилади.

**Клиник манзараси.** Диагностика қилиш унчалик қийинчилик туғдирмайди. Пальпацияда ёрғоқда мойк йўқлигини пайқаш мумкин. Агар у чов каналида турган бўлса, пальпация қилганда баъзан кичикроқ ўсмасимон тузилма қўлга уннайди. Жисмоний зўриқишда чов каналида оғриқ пайдо бўлиши мумкин. Мойк қорин бўшлиғида ёки чов каналида узоқ вақт турганида атрофияга учрайди.

**Давоси.** Баъзан балоғатга етиш даврида мойк ўз-ўзидан пастга тушиши мумкин. Қўйидаги доллар операция даво қилишга кўрсатма ҳисобланади: мойкнинг тез-тез шикастланиб туриши, крипторхизм билан туғма чов чуррасининг биргаликда келиши ва мойкни қорин бўшлиғидан топиш. Операциянинг моҳияти мойкни теварак-атрофдаги тўқималардан ажратиш ва уни ёрғоқ тубига туширишдан иборат.

### БУЙРАКЛАРНИНГ ЕПИҚ ШИКАСТЛАРИ

Буйрақларнинг ёпиқ шикастлари бел соҳасининг тўмтоқ нарсадан шикастланиши, баланддан йиқилиш, иккига предмет ўртасида қисилиб қолиш натижасида содир бўлади. Бунда кичикроқ субкапсуляр шикастлар, шунингдек буйракнинг тўла-тўқис ёрилиши ва унинг сийдик йўлидан узилишигача бўлган оғир шикастлари кузатилиши мумкин.

**Клиник манзараси.** Бемор бел соҳасининг шикастланган ярмида оғриқ, шиш пайдо бўлишидан нолийди. Сийдикка қон аралашиб келади. Цистоскопиянинг энг муҳим диагностика аҳамияти бор, бунда тегишли сийдик йўлидан қон ёки қон лахтаси сийдик йўлининг нухаси кўринишида ажралиб чиқади. Сийдик йўли узилганда ундан сийдик ажралмайди. Ички урографияда контраст модда шикастланган буйрак ёки сийдик йўли қисмини ўраб турган клетчаткага тарқалади.

**Давоси.** Кичикроқ шикастларда консерватив терапия қилинади: тинч шароит яратилади, бел соҳасига музли халтача қўйилади; инфекцияни профилактика қилиш учун антибиотиклар қўлланилади. Гемостатик терапия: кальций хлорид, викасол, эпсилон, аминокaproн кислота ва шу кабилар таъсия этилади. Буйракнинг катта шикастларида операция қилиб даволашга киришилади — буйрак ёки сийдик йўлининг йиртилган қисмини чокланади. Травма катта бўлса, буйрак олиб ташланади (нефрэктомия).

### БУЙРАК КАСАЛЛИКЛАРИ

8.10 20  
Буйракнинг яллиғланиш касалликлари носпецифик (стафилококк, стрептококк, ичак таёқчаси ва ҳоказо) ва специфик микрофлорадан келиб чиқиши мумкин. Инфекция сийдик ажра-

тиш системасининг қуйида жойлашган бўлимларидан лимфоген, гематоген ва юқорига кўтариладиган йўл билан киради.

**Пиелит.** Буйрак жомининг яллиғланишига пиелит дейилади. У ҳам ўткир, ҳам хроник характерда бўлиши мумкин. Жомларнинг бир томонлама ва икки томонлама шикастланиши кузатилади. Пиелитда яллиғланиш процесси қовуққа ўтиши мумкин (пиелостит).

**Клиник манзараси.** Ўткир пиелит тўсатдан бел соҳасида оғриқ пайдо бўлишидан ва температуранинг  $39-40^{\circ}\text{C}$  га кўтарилишидан бошланади, эт увишади, бемор баъзан қайт қилади ва қорни дам бўлади. Пальпацияда буйракнинг анчагина катталашгани, оғриб туриши, мусбат Пастернацкий симптоми (бел соҳасига оҳиста уриб кўрилганда оғриқ пайдо бўлиши) аниқланади. Сийдикнинг нисбий зичлиги ортади. Сийдикда оқсил, озроқ миқдорда эритроцитлар ва анчагина миқдорда лейкоцитлар (баъзан бутун кўрув майдонини эгаллайди) пайдо бўлади. Қондаги ўзгаришлар ўткир яллиғланиш реакцияси учун хос. Қасаллик хроник тусда кечиши мумкин. Бунда беморлар бел соҳасидаги симилловчи оғриқдан, субфебрил температурадан нолишади. Сийдикда оқсил излари ва якка-якка лейкоцитлар аниқланади.

**Давоси.** Ўткир пиелитда диурезни кўпайтириш зарур (микроблар ва уларнинг токсинларини ювиб тушириш). Шу мақсадда суюқлиқнинг суткалик миқдорини 3 л гача оширилади. Антибиотиклар микроорганизмларга сезувчанликни ҳисобга олган ҳолда буюрилади. Венага 5—10 мл 40% ли уротропин эритмаси юборилади. Айниққулоқ ўсимлиги ёки маккажўхори гули дамламаси татбиқ қилинади. Бемор сут-сабзавотли парҳез овқатлар истеъмол қилиши лозим.

Хроник процессда даволаш тактикаси юқоридаги кабидир, бироқ қўшимча равишда буйрак жомларини 3—4 кунда бир марта антисептик эритмалар билан ювиш мумкин. Антисептиклардан аксари 3% ли борат кислота эритмаси ёки 1:5000 нисбатдаги симоб оксиданат эритмасидан 4—5 мл миқдорда қўлланилади.

**Пиелонефрит**—жом билан асли буйрак паренхимасининг бир вақтда яллиғланиб зарарланишидир. Инфекциянинг кириш йўллари пиелитдаги кириш йўли кабидир.

**Клиник манзараси.** Ўткир пиелонефритда беморнинг умумий аҳволи ниҳоятда оғир бўлади. Қасаллик сепсис типига ўтади. Рўй-рост интоксикация ҳодисалари: юқори температура, эт увишиши, тил қуруқлиги, ташналик, ҳиқичоқ тутиши биринчи ўринга чиқади. Пастернацкий симптоми кескин даражада мусбат бўлади. Сийдик миқдори камаяди. Сийдикнинг нисбий зичлиги паст, унда анчагина миқдорда оқсил ва лейкоцитлар топилади. Қонда ҳам тегишли ўзгаришлар бўлади.

Хроник процессда клиник манзара яширин тус олади. Артериал босим кўтарилади.

**Давоси пиелитдати сингаридир.**

**Пионефроз.** Буйрак паренхимасида ва жомда йирингли суюқлиқ тўпланиб, буйрак тўқимасининг иккиламчи атрофияга учраши шу термин билан юритилади. Қасаллик пиелит, буйраклар туберкулёзи ва шу кабилар оқибатида пайдо бўлади. Пионефроз ёпиқ бўлиши, бунда йирингли бўшлиқ жом, косачалар ва сийдик йўли билан туташмайди ва очиқ бўлиши, яъни туташishi мумкин.

**Клиник манзараси.** Беморлар бел соҳасидаги лўқиллаган оғриқ, лоҳаслик, оғиз қурийверишидан нолишади. Ёпиқ формасида температуранинг ошиши, лейкоцитоз кузатилиши мумкин. Сийдикда минимал ўзгаришлар қайд қилинади. Очиқ формасида одатда температура юқори рақамларга кўтарилмайди, ўртача лейкоцитоз бўлади, сийдикда кўп миқдорда оқсил ва лейкоцитлар топилади. Пастернацкий симптоми ҳар иккала ҳолда ҳам мусбат.

**Давоси.** Битта буйрак зарарланганда уни олиб ташланади (нефрэктомия). Буйраклар икки томонлама зарарланганда нефростомия—йирингли бўшлиқни очиб, унга дренаж киритиш қўлланилади. Буйракнинг икки томонлама зарарланишида прогноз жиддий.

**Гидронефроз.** Бу касалликда жом ёки косачалар буйракдан сийдикнинг қийинлик билан чиқиши натижасида тўлиқ ёки қисман кенгайди. Сийдик чиқишининг бузилишига сийдик йўллари-нинг буралиши, уларнинг ўсма ёки қўшимча томир билан босилиши, тош тикилиб қолиши ва шу кабилар сабаб бўлади. Буйрак паренхимаси одатда анча кенгайиб, атрофияга учрайди. Гидронефроз туғма ва орттирилган бўлиши мумкин. Буйракларнинг икки томонлама зарарланиши кузатилиши мумкин. Гидронефроз ёпиқ ва очиқ бўлади, ёпиқ гидронефрозда унинг бўшлиғи қовуқ билан туташмайди (сийдик йўли облитерацияси ёки унинг тош билан батамом бекилиб қолиши), очиқ гидронефрозда бўшлиқ қовуқ билан туташади. Бу формаси дам туташиб, дам туташмайдиган гидронефроз деб аталади (қовуқ билан дам туташиб, дам туташмаслик, масалан буйрак пастга тушганда).

**Клиник манзараси.** Беморлар бел соҳасидаги симиловчи оғриқдан нолишади. Дам туташиб, дам туташмайдиган гидронефрозда оғриқ йўқолиши ва қайтадан пайдо бўлиши мумкин. Пальпацияда баъзан боланинг бошидек келадиган катталашган буйракни аниқлаш мумкин. Инфекция қўшилиб келганда пионефрознинг клиник манзараси пайдо бўлади. Диагнозни аниқлаш учун вена ичи ёки юқорига кўтариладиган пиелография қўлланилади.

**Давоси гидронефрозга олиб келган сабабни бартараф қилишдан иборат.** Гидронефротик буйрак паренхимаси атрофияга учратгани сабабли батамом ишламай қолганда буйрак олиб

ташланади. Бундай қилишдан олдин иккинчи буйрак функция-сининг яхшилитига шунч ҳосил қилиш керак.

**Буйраклар туберкулёзи.** Буйраклар туберкулёзининг иккита клиник формаси фарқ қилинади: актив туберкулёз процессида кўриладиган ўткир милиар формаси ва хроник формаси. Буйракларнинг милиар туберкулёзи процессининг генерализацияси (ўпка ва суяк-бўғим формалари) оқибати ҳисобланади. Хроник формаси ўткир формаси босилгандан кейин бошланади ёки бошқа органнинг узоқ давом этадиган бирламчи туберкулёзида ва ундан туберкулёз микобактериялари тушганда пайдо бўлади.

Буйрак туберкулёзи натижасида туберкулёз пионефрози рўй бериб, унинг охириги босқичи буйракнинг фиброзли айнаши ҳисобланади.

**Клиник манзараси.** Дастлабки шикоятлар умуман дармонсизлик, тез чарчаш ва тобора ориқлаб кетишдан иборат бўлади. Сийдикда лейкоцитлар, оқсил, баъзан қон топилади. Қон кетиши пиурия билан алмашинади. Процесс қовуққа ўтганда бемор айнақса кечаси тез-тез сияди. Сийдик реакцияси кислотали бўлади. Сийдик кислотали бўлгани ҳолда унда анчагина йиринг топилиши, йирингнинг ҳатто узоқ вақт турганда ҳам парчаланмаслиги буйраклар туберкулёзининг характерли белгиси ҳисобланади. Центрифугалашда сийдикда туберкулёз микобактерияларини топиш мумкин.

Характерли симптомлари қуйидагилар: 1) цилиндрларсиз альбуминурия; 2) сийдикда баъзан туберкулёз микобактериялари бўладиган асептик пиурия; 3) маҳаллий даво қилганда тузалмайдиган цистит.

**Давоси.** Буйракнинг унчалик катта бўлмаган зарарланишида антибиотиклар ва химиопрепаратлар муваффақият билан қўлланилади. Шу мақсадда стрептомицин, ПАСК, фтивазид ва тибон билан орада дам бериб-дам бериб даво қилинади. Даволаш ўрта-ҳисобда 2 йил давом этади.

Буйракнинг бир қисми зарарланганда шу қисми резекция қилинади. У тўлиқ шикастланганда ва консерватив тадбирлар яхши натижа бермаганда операция йўли билан даво қилинади (нефрэктомия).

**Паранефрит.** Буйрак атрофидати ёғ клетчаткасининг яллиғланиш процесси паранефрит деб аталади. Аксарият у яллиғланиш қўшни органлар ва тўқималардан (аппендицит, холецистит, панкреатит ва ҳоказо) иккиламчи ўтгандан сўнг пайдо бўлади. Йирингли процесс инфекция узоқроқдаги соҳалардан гематоген ёки лимфоген (чиққон, карбункул, остеомиелит ва ҳоказо) йўл билан ўтганда ҳам вужудга келиши мумкин. Паранефритда буйракни ўраб турган бутун ёғ клетчаткасининг батамом йиринглаб ириши кузатилиши мумкин.

**Клиник манзараси.** Қасаллик температуранинг кескин кўтарилиши, эт увишиши ва бел соҳасининг ўткир оғриши билан характерланади. Процесс зўрайганда йиринглаган жой қорин

бўшлиғига ёки плевра бўшлиғига ёрилиши мумкин. Маҳаллий кўздан кечиришда бел соҳасининг силлиқлашгани, баъзан гиперемиyasi ва пальпация қилганда қаттиқ оғриши аниқланади. Қонда ўткир яллиғланиш процессига хос ўзгаришлар қайд қилинади.

**Д а в о с и.** Касалликнинг бошланғич босқичларида антибиотикотерапия ўтказилади. Консерватив терапия наф бермаганда йиринг бойлаган жойни кесиш ва уни дренаж қилиш тавсия этилади. 108

**Буйрак-тош касаллиги.** Касаллик кўп учрайди. Буйрак косачаларида ва жомларида тошлар ҳосил бўлиши билан характерланади. Эркаклар буйрак-тош касаллигига кўпроқ мойил бўладилар. Беморларнинг ўртача ёши 20—40. Ирсият маълум роль ўйнайди. Тоғлик районларда касаллик бирмунча кўп учрайди. Сийдик йўлларидаги инфекция, шикастлар, диатез унга мойил қиладиган омиллардан ҳисобланади. Эпителий, бактериялар, ёт жисмлар тошлар ҳосил бўладиган марказ вазифасини ўтайди. Тошларнинг катталиги хилма-хил — қум донасидан то диаметри бир неча сантиметрга етадиганлари ҳам бўлади. Баъзан тош жом ва косачаларнинг бутун бўшлиғини эгаллайди ва ўсиқлари билан ягона конгломератдан иборат бўлади (маржонсимон тош). Тошлар битта ва кўп сонли бўлиши мумкин. Химиявий таркибига кўра улар сийдик қиёлотанинг тузлари — уратлар, фосфатлар, оксалатлар, карбонатлар ҳисобланади. Уларнинг ранги ва катта-кичиклиги химиявий таркибига боғлиқ. Буйракда тошлар узоқ вақт турганда буйрак паренхимасининг атрофиясига ёки инфекция қўшилишига сабаб бўлиши мумкин. Сийдик йўли тошдан бекилиб қолганда гидронефроз, инфекциясида эса пионефроз пайдо бўлади.

**Клиник манзараси.** Бир неча йил мобайнида ҳеч қандай клиник аломатлар кузатилмаслиги мумкин. Касалликнинг типик клиник манзарасида бемор бел соҳасининг санчиб оғришидан шикоят қилади. Эркакларда оғриқ чов, мойкка, жинсий олат бошчасига, аёлларда катта жинсий лабларга тарқалади. Беморнинг температураси кўтарилиши, кўнгли айнаши, қусиши мумкин. Хуруж пайтида ва ундан кейин сийдикда қон кўринади (гематурия) ёки микроскопда аниқланади (микрогематурия). Инфекция қўшилиб келганда сийдикда йиринг пайдо бўлади (пиурия). Қатор ҳолларда рефлектор анурия юз бериши мумкин.

Диагнозни тасдиқлаш учун буйракларнинг обзор рентген сурати олинади ёки пиелография қилинади.

**Д а в о с и.** Касалликнинг бошланғич давларида тошларнинг катталашishi ва янги тошлар ҳосил бўлишининг олдини олиш мақсадида парҳез бузорилади. Оксалат тошлар бўлганда меваларнинг ҳамма хилларини ва оксалат кислота тутадиган маҳсулотлар (шовил, помидор, исмалоқ, щикорий, какао) ни ейиш ман қилинади. Урат тошлар бўлганда бемор гўшт маҳсу-

лотлари, сирлар, фосфат тошлар бўлганда сут, сабзавотлар, олма, нок емаслиги керак.

Санаторий-курортда (Железноводск, Трускавец ва ҳоказо) даволанишнинг аҳамияти катта. Минерал сувнинг сийдик ҳайдовчи таъсири бор, у муҳитни оксидлашга ва ишқорлашга имкон бериб, моддалар алмашинувини тартибга солади.

Буйрак санчиғи хуружини тўхтатиш учун бел соҳасига грелка қўйилади ёки беморни иссиқ сувли ваннага туширилади. Териси остига промедол ва атропин юборилади. Кўп суюқлик ичиш ва сийдик ҳайдовчи дорилар: айиққулоқ, наъматак буюрилади. Инфекцияга қарши курашиш учун антибиотиклар берилади. Кўрсатиб ўтилган тадбирлар наф бермаган кучли оғриқ хуружларида эркакларда уруғ тизимчасини ёки аёлларда бачадоннинг юмалоқ бойламини блокада қилиш мумкин.

Буйрак санчиғи ҳадеб такрорланиб турса ва консерватив тадбирлар кам натижа берса, операцион даво қилинади: тошлар буйрак жомидан (пиелолитотомия), буйракдан (нефролитотомия), сийдик йўлидан (уретеролитотомия) олиб ташланади. Маржонсимон тош бўлганда ва буйрак бутунлай ишламай қолганда буйракни олиб ташланади (нефрэктомия). Тошларни олиб ташлаш уларнинг қайтадан пайдо бўлмаслигига гаров бўла олмайди. Янгидан тошлар ҳосил бўлишининг олдини олиш учун юқорида санаб ўтилган профилактик тадбирларнинг барчаси (парҳез, санаторий-курортда даволаниш) амалга оширилади.

### БУЙРАКЛАРНИНГ УСМАЛАРИ

Буйракларнинг хавфсиз ўсмалари (аденомалар, фибромалар, липомалар) кам учрайди ва кўпчилик ҳолларда клиник жиҳатдан намоён бўлмайди. Хавфли ўсмаларидан саркома ва гипернефрод рак кўпроқ учрайди.

**Буйрак саркомаси.** Аксарият ёш одамларда пайдо бўлади. Усма мускул, тоғай ва нерв тўқимасини ўз ичига олган саркоматоз тўқималардан иборат. Усманинг аралаш таркибининг ҳисобга олиб, уни баъзан эмбрионал ўсма дейишади.

**Клиник манзараси.** Болаларда касаллик бирмунча узоқ вақтгача симптомларсиз кечади. Кейинчалик ўсма катталашиб кетганда ташқи томондан кўздан кечиришда қорин девори ва бел соҳасининг асимметрияси аниқланади. Пальпацияда юқори қутби қовурғалар остига, пасткиси эса чаноққа тушадиган катта ўсма қўлга уннайди. Усманинг консистенцияси эластик бўлади, баъзан сохта флюктуация беради, одатда оғриққа сабаб бўлмайди. Гематурия кузатилмайди.

**Давоси операция** — буйрак олиб ташланади. Прогнози ёмон — кўпинча қайталанadi, метастазлар беради. Рентген- ва радиотерапиянинг нафи кам. Химиявий препаратлардан сарколизин бир қадар ёрдам беради.

**Гипернефрома (гипернефроид рак).** Усма турлича, яъни нўхатдан то бола бошидек катталикда бўлади. Усма аксарият буйрак қутбларидан бирида жойлашади. У аста-секин жомга ўсиб кириб, унинг шаклини ўзгартиради. Усма буйракнинг фиброз капсуласига ўсиб кириб, унинг ташқарисига ҳам чиқади ва атрофдаги тўқималар ҳамда томирларни қамраб олади. Метастазлари жигар, ўпка, суяклар ва регионар лимфа тугунларида топилши мумкин. Гипернефрома кўпинча 35—40 ёшдаги кишиларда кузатилади. Эркаклар аёлларга қаратанда кўпроқ касалланади.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Оғриқ унинг доимий симптоми ҳисобланмайди; одатда оғриқ сийдик йўли қон лахтаси билан бекилиб қолгандан кейин пайдо бўлади (буйрак санчиги). Анчагина катталашган ўсма пальпацияда қўлга уннайди. Гипернефромада гематурия анча доимий симптом ҳисобланади, у ўсма жомга ёки косачаларга ўсиб кириб томирларни емиргандан сўнг пайдо бўлади. Гематурия вақт-бавақт пайдо бўлиб, йўқолиб туради. Усма бор томонда уруғ тизимчаси веналарининг кенгайиши — в а р и к о ц е л е катта диагностик аҳамиятга эга. Варикоцеле буйрак венаси ва уруғ тизимчасининг ўсма ёки катталашган лимфа тугунлари билан босилиши ҳисобига ҳосил бўлади.

Метастазларда беморнинг умумий аҳволи кескин оғирлашади: иситма чиқади, лоҳаслик пайдо бўлади, иштаҳа йўқолади. Кўп қон йўқотиш ва интоксикация натижасида иккиламчи анемия рўй беради. Беморлар авж олиб борадиган кахексия, уремия, қон кетиши ва эмболиядан ўлиб кетишади.

Текширишнинг қўшимча методларидан ретроград пиелография катта роль ўйнайди, бунинг ёрдамида буйрак косачалари ва жомининг деформацияси аниқланади. Паранефрал клетчаткага кислород (пневморен) юбориб, кейин рентгенография қилинганда буйрак ва ўсма контурларини аниқлаш мумкин. А ор т о г р а ф и я н и н г муайян аҳамияти бор: аортага юборилган контраст модда буйрак артерияларига ва улардан буйрак томирларига ўтади. Рентген суратда бу томирларнинг буйрак соҳасида ўзгарганини кўриш мумкин.

Д а в о с и операция — буйрак уни ўраб турган ёғ клетчаткаси билан бирга олиб ташланади. Бошқа даво турлари кам наф беради.

## ҚОВУҚ КАСАЛЛИКЛАРИ

**Цистит.** Қовуқнинг яллиғланишини цистит дейилади. Нормада сийдик одатда стерил бўлади. Қовуққа инфекция жомлардан улар яллиғланганда (пиелит), сийдик чиқариш каналидан (инфекциянинг ретроград тарқалиши, масалан қовуқни катетерлашда) киради.



**Клиник манзараси.** Уткир ва хроник цистит фарқ қилинади. Уткир цистит бўлган бемор қовуғи соҳасидаги оғриқдан ва тез-тез сийгиси қисташидан нолийди. Сийдик лойқа, унда йиринг, баъзан қон бўлади, ишқорий реакцияга эга. Хроник циститда бу ҳодисалар ўзгарган характерда бўлади. Инфекция буйракка тарқалганда беморнинг аҳволи бирданига начорлашиб қолиши мумкин.

**Давоси.** Уткир циститда ўринда ётиш режими, қовуқнинг таъсирланишини камайтириш учун сут-ўсимликли парҳез овқатлар буюрилади. Антибиотиклар ва сульфаниламидлар билан даво қилинади. Кўп суюқлик ичирилади, уротропин, салол берилади. Уткир ҳодисалар босилгандан сўнг қовуқни кумуш нитрат (1:5000), симоб цианид (1:5000) ва шу кабиларнинг кучсиз эритмалари билан ювилади.

**Қовуқ тошлари.** Қовуққа кичикроқ тошлар жомлардан тушиши мумкин, бироқ кўпчилик ҳолларда улар ўз-ўзидан ҳосил бўлади. Эпителий, шилмишиқ, ёт жисм ва бошқалар тошлар учун ўзак бўлиши мумкин. Сийдик чиқариш каналининг чандиқли торайишида (стриктурада) ва простата бези аденомасида қовуқдаги димланиш ҳодисалари ва цистит тошлар ҳосил бўлишига шароит яратади. Тошлар битта ва кўп сонли, майда (бир неча миллиметр келадиган) ёки қовуқ бўшлиғини батамом бекитиб турадиган даражада катта бўлиши мумкин. Химиявий таркибига кўра фосфатлар, уратлар ва оксалатлар фарқ қилинади.

**Клиник манзараси.** Қовуқ соҳасида оғриқ, тез-тез сийги 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 чиқаришининг тўсатдан тўхтаб қолиши қайд қилинади. Қовуқни металлдан ясалган катетер билан катетерлашда металлни тошга уришда чиқадиган ўзига хос товуш сезгиси пайдо бўлади. Узил-кесил диагноз цистоскопиядан (150-расм), цистографиядан ва обзор рентгенографиядан кейин қўйилади.

**Давоси.** Қовуқдаги тошларни қовуқда махсус омбурлар билан майдалаб, сўнгра ювиб тушириш мумкин (151-расм). Давонинг бошқа усули — қовуқни очгандан сўнг тошларни операция йўли билан олиб ташлашдир.

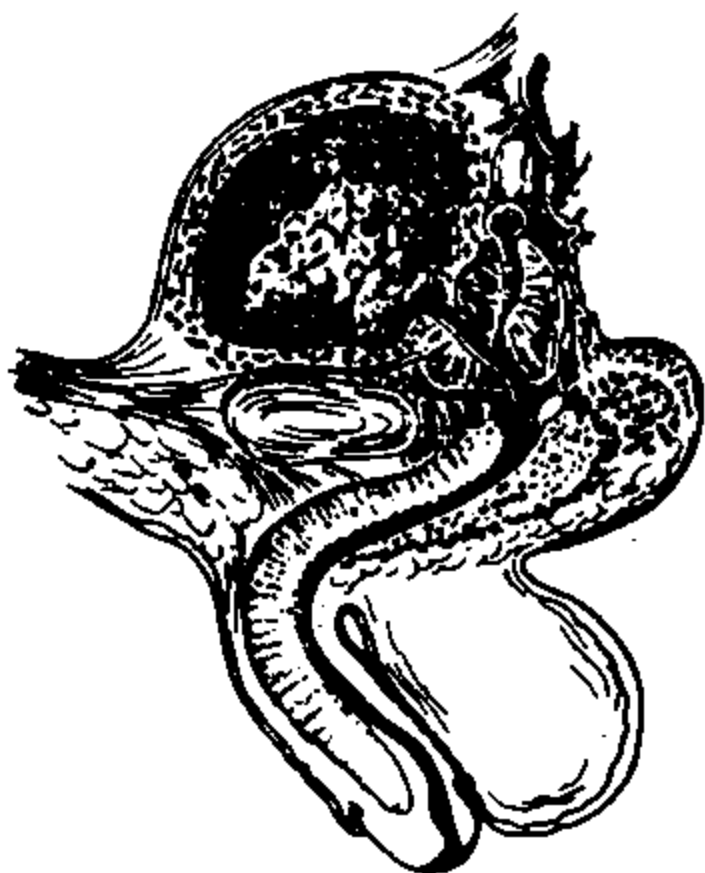
**Қовуқ ўсмалари.** Хавфсиз (папилломалар) ёки хавфли (рак) ўсмалар фарқ қилинади. Баъзан рак ўсмасининг қўшни органдан, масалан простата бези, тўғри ичакдан ва бошқалардан ўсиб чиқиши ҳисобига қовуқнинг иккиламчи зарарланиши кузатилади.

**Папиллома.** Оёқчаси ва узун, илгичка тукчалари бўлган кул ранг қизил тусдати хавфсиз ўсмадир. Кўпинча қонаб туради.

**Клиник манзараси** қон оқиши (гематурия) би-



151-расм. Қовуқ тошларини майдалаш.



153-расм. Қовуқ раки.

ринчи ўринда туради. Баъзан қон лахталари ҳосил бўлиши муносабати билан сийдик чиқаришнинг бузилиши кўрилади. Қасаллик узоқ вақт давом этади. Бот-бот ва ўрни тўлмайдиган қон оқиши натижасида иккиламчи гипохром анемия рўй бериши мумкин. Диагноз цистоскопия йўли билан аниқланади (152-расм).

Цистоскопия вақтида электрокоагуляция қилинади. Кўп сонли папилломаларда қовуқни очиб, кейин электрокоагуляция қилиш тавсия этилган.

Қовуқ раки. Усма қовуқ бўшлиғига чиқиб турадиган (катта рак) ёки бўшлиғига чиқмай, унинг деворини инфильтрация қиладиган (йиринглатадиган рак) якка тугунлардан иборат. Папилломадан фарқли ўлароқ рак ўсмаси сербар асосда жойлашади ва кечикиб кетган босқичларида атрофдаги тўқималарга ўсиб жиради (153-расм).

Гематурия кўпинча бирдан-бир симптом ҳисобланади. Сийдик йўли ёки сийдик чиқариш канали ўсма билан бекилиб қолганда буйрак санчиғи клиник манзараси кўшилиб келади. Усма қовуқ деворига ўсиб кирганда оралиқ соҳаси ва қориннинг пастки қисми доим оғриб туради. Сийдик лойқа бўлиб қолади, йирингли характерга эга бўлади, анемия, кахексия рўй беради. Оғриқ туфайли бемор уйқусизликка мубтало бўлади. Диагноз цистографияда ва цистоскопияда гистологик текшириш учун ўсмадан бўлакча олиб аниқланади.

Қовуқ деворига ўсиб қирмаган катта ракда электрокоагуляция, инфилтрланувчи ракда қовуқ девори қюман резекция қилинади ёки уни бутунлай олиб ташланиб, сийдик йўллари йўғоничакка кўчириб ўтқазилади. Нур билан даволаш яхши натижалар беради.

## ПРОСТАТА БЕЗИ ҚАСАЛЛИКЛАРИ

**Простатит.** Простата безининг яллиғланиши эркакларда актив жинсий турмуш даврида учрайди. Одатда инфекция простата безига уретра орқали киради. Простатит кўпинча сўзакда пайдо бўлади. Уткир ва хроник формалари кузатилади. Хроник простатит аксарият бошдан кечирилган ўткир простатитнинг оқибати бўлиши, бироқ ўзича вужудга келиши ҳам мумкин. Патологоанатомик жиҳатдан простата безининг чандиқли ўзгариши билан характерланади.

**Клиник маънараси.** Уткир катарал простатитда сийдик чиқариш тезлашган, бир оз оғриқли бўлади. Пальпацияда простата безида қандай бўлмасин ўзгаришлар ҳозирча топилмайди.

Фолликуляр формасида сийдик чиқаришнинг тугилиши, ораликда ва орқа чиқарув йўлида дефекация пайтида кучаядиган кескин оғриқ бўлиши кузатилади. Температура  $38^{\circ}\text{C}$  гача кўтарилади. Пальпацияда без зич, бир оз катталашган, оғриқли бўлади.

Касалликнинг паренхиматоз формасидаги беморларда температура  $39\text{--}40^{\circ}\text{C}$  гача кўтарилади, сийдик чиқариш бузилади, ораликда лўқилловчи оғриқ пайдо бўлади. Простата бези катталашган, баъзан флюктуация қайд қилинади. Процесс сепсис билан тугаши мумкин. Йирингли сузқилиқнинг уретрага тешилиб оқиши юз бериши мумкин, бу — бемор ҳолатини яхшилашга имкон беради.

Хроник формасида ораликда оғирлик сезгиси, сийдик чиқаришнинг тезлашиши, уретранинг қичишиши ва ачишиши пайдо бўлади. Жинсий ожизлик (импотенция) рўй беради.

**Давоси.** Уткир простатитда ўрин-кўрпа қилиб ётиш зарур. Антибиотиклар ва сульфаниламидлар билан жадал терапия олиб борилади. Абсцесс бўлганда уни кесилади ва дренаж қилинади.

Хроник простатитда антибиотиклар, безни массаж қилиш, физикавий методлар билан даволаш тавсия этилади. Терапия яхши натижа бермаганда операцион даво қилинади — без олиб ташланади.

**Простата бези аденомаси.** Безсимон тўқима ва бириктирувчи тўқиманинг простата бези катталашishi билан ўтадиган ўсиш қалинлашуви шу термин билан белгиланади. Простата бези катталашганда сийдик чиқариш тугилиб қолади, натижада қовуқ

сийдик йўллари ва ҳатто жомларида сийдик доим димланиб туради. Димланиш фонда инфекция қўшилиб келади, цистит ва пиелонефрит пайдо бўлади. Простата аденомаси ракка айланиши мумкин. Қасаллик асосан ёши улғайган кишиларда учрайди.

**Клиник манзараси.** Бошланғич босқичларида сийдик чиқариш қийинлашади ва тез-тез сийги қистайди, сийги қисташи айниқса тунда кучаяди. Кейинчалик сийдик бутунлай ушланиб қолади. Қовуқ чўзилиб кетади. Сийдик чиқариш каналидан сийдик тўхтовониз томчилаб чиқиб туради. Пальпацияда простата безининг катталашганлиги аниқланади. Ракка айланганда простата бези эгри-бугри, жуда берч консистенцияли бўлади. Цистоскопияда катталашган простата бези қовуқ бўшлиғига чиқиб туради.

**Давоси.** Сийдик бирдан тутилиб қолганда катетеризация қилинади. Аввалига томшоқ катетер ишлатилади, уни суқишнинг иложи бўлмаса, металл катетер киритилади. Бошқа илож бўлмаганда қовуқни пункция қилиш мумкин. Иссиқ муолажалар тавсия этилмайди. Синэстрол — эндокрин препарати қўлланилади. Одатда консерватив тадбирлар қисқа мудат таъсир этади, холос. Радикал даво простота безини олиб ташлаш (аденомэктомия) дан иборат. Беморнинг аҳволи оғир бўлганда қов усти фистуласи қўйиш билан кифояланилади.

## МОЯК ВА ПАРДАЛАРИНИНГ КАСАЛЛИГИ

**Мояк истисқоси.** Истисқо — мойкнинг асли пардаси бўшлиғида суюқлиқ йиғилишидир. У туғма ва орттирилган бўлиши мумкин. Орттирилган формаларида унинг қўшни тўқималаридаги травма ёки хроник яллиғланиш процесси этиологик омил ҳисобланади. Суюқлиқ тиниқ сарғимтир тусли бўлади. Унинг миқдори 1—2 л гача етishi мумкин.

**Клиник манзараси.** 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 (дн а ф о н о с к о п и я).

**Давоси.** Операция радикал тузалишга имкон беради. Винкельман усули пардаларни қирқиш ва уларнинг ички юзасини ташқарига ағдаришдан иборат. Пардалар Бергман усулида кесилади.

**Уруғ тизимчаси веналарининг кенгайиши.** Бу гипернефрома симптоми бўлиши, шунингдек веноз қон оқими бузилишининг бошқа сабабларида мустақил касаллик сифатида вужудга келиши мумкин.

**Клиник манзараси.** Ёрғоқнинг тегишли (аксарият чап) ярми осилиб тушади. Унда ёмғир чувалчанглари тўплами-



154-р а с м. Уруғ тизимчаси веналарининг кенгайиши.

ни эслатувчи кенгайган веналар коптокчаси аниқланади (154-расм). Мояк атрофия ҳисобига кичрайиши мумкин. Беморлар ёрғоқдаги оғирлик сезгисидан нолишади. Жинсий функция бузилиши мумкин.

**Д а в о с и.** Уруғ тизимчаси веналари озроқ кенгайган беморлар суспензорий тақиб юришлари лозим. Кейинчалик операцион даво қилинади — веналар кесилади.

Мояклар ва ортиқларининг туберкулёзи. Одатда туберкулёз процесси мояк ортиғининг дум қисмидан бошланади, унинг бошқа бўлимларига ва кейинчалик моякка ўтади. Патологоанатомик жиҳатдан туберкулёз дўмбоқчалари бир-бирига тутшиб, туберкулёз ўчоғини

ҳосил қилади ва кейин казеоз парчаланишга учрайди. Тескари ривожланганда зарарланган соҳа зич чандиқли тўқима билан алмашинади. Баъзан туберкулёз ўчоғи ёрилиб, фистулалар ҳосил қилади.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Уткир даврида касаллик жадал кечади, моякда ва ортиғида кучли оғриқ ҳамда мояк пардаларида суюқлик ҳосил бўлиши билан ўтади. Ёрғоқ шишади, гиперемияланади. Уз вақтида даво қилинмаганда процесс хроник формага айланади. Шиш ва гиперемия йўқолади, мояк ортиғи соҳаси пальпация қилинганда юзаси этри-бугри зич инфильтрат аниқланади. Териянда фистулалар ҳосил бўлиши мумкин.

**Д а в о с и.** Туберкулёзга қарши консерватив терапиянинг тўлиқ комплексини ўтказиш зарур. Етарли яхши натижага эришилмаганда туберкулёз ўчоқларини очиб тозаланади. Катта органик ўзгаришларда мояк ортиғи ёки ҳатто мояк олиб ташланади.

## ЖИНСИЙ ОЛАТ КАСАЛЛИГИ

**Фимоз.** Чекка кертмак тешигининг анча торайиши шу термин билан ифодаланади, бу жинсий олат бошчасини очишга тўсқинлик қилади. Одатда бундай патология болаларда учрайди ва туғма характерда бўлади. Катта кишиларда фимоз чекка кертмак травмасидан ёки яллиғланишдан (кўпинча сўзакли яллиғланишдан) кейин вужудга келади. Чекка кертмак тешиги торайганда сийиш қийинлашади (сийдик ингичка оқим билан чиқади). Сийдик ушланишига яллиғланиш (б а л а н о п о с т и т) қўшилиши мумкин, бу анчагина оғриққа сабаб бўлади.

**Д а в о с и.** Чекка кертмак гир айлантириб қирқилади ёки кёсилади (суннат). Баланспоститда антисептикли маҳаллий ванначалар буюрилади.

**Парафимоз.** Касаллик фимознинг асорати ҳисобланади. Жинсий олат бошчаси торайган чекка кертмакдан сирғалиб чиқади ва қисилиб қолади, бу ўз навбатида олат бошчасида қон айланишининг бузилишига олиб келади. Олат бошчаси шишади ва кўкариб кетади. Ўз вақтида тиббий ёрдам кўрсатилмаган тақдирда олат бошчаси некрозланиши (ириши) мумкин.

**Д а в о с и.** Жинсий олат бошчасига вазелин суртилади, олатни кўрсаткич ва ўрта бармоқлар билан ушлаб туриб, бош бармоқ билан бошчасини босиб, тўғриланади. Кейинчалик чекка кертмакни орқа (дорзал) юзаси бўйича кесилади.

### УРОЛОГИК БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Урологик беморларни парвариш қилишнинг асосий принципи умумий ихтисосликдаги хирургик беморларни парвариш қилишдаги кабидир. Бироқ унинг ўзига хос томонлари ҳам бор. Операциядан олдинги даврда буйраклар функциясини яхшилашга алоҳида аҳамият берилади. Шу мақсадда оқсиллар ва туз чекланган парҳез овқатлар (стол № 7) тайинланади, диурезни кўпайтирадиган воситалар (40% ли глюкоза эритмаси) юборилади. Сийдик инфекция билан зарарланганда микробларнинг дори моддаларга сезувчанлигини ҳисобга олган ҳолда антибактериал даво тавсия этилган.

Урологик касалликлари бор беморларнинг кўпчилиги ёши улғайган ва кекса кишилар бўлади, шу муносабат билан улар организмининг айниқса операция жароҳатга компенсатор имкониятлари пасайиб кетишини назарда тутиш зарур. Ёши ўтган одамларнинг нерв системаси тез озор топади. Медицина ходимининг вазифасига бемордани кўрқув, операциянинг қандай натижа билан тугашидан чўчиш ҳиссини йўқотиш мақсадида унинг психикасига таъсир қилиш керак.

Кекса ёшдаги кишиларда кўпинча юрак-томирлар системаси ўзгариб, қон айланиши етишмовчилиги, жигар ва бошқа органлар ишининг бузилиш аломатлари кузатилади. Буларнинг ҳаммаси касаллик ўтишини анча оғирлаштиради ва операциядан олдинги тайёргарликни узайтиради.

Операциядан кейинги даврда қон оқаётганини, шунингдек дренажнинг бекилиб қолганини ёки сурилганини ўз вақтида аниқлаш учун боғламлар ва дренажларни яхшилаб кузатиш зарур. Одатда урологик операциялардан, жумладан цистостомиядан кейин сийдикнинг оқиб чиқиши учун дренажлар қолдирилади ва катетерлар киритилади. Қаравотга шиша боғлаб қўйилади, унга дренажлардан чиқадиган суюқлиқ йиғилади. Ичкдаги суюқлиқни кузатиб туриш учун шишалар тиниқ ва инфекция

тушишининг олдини олиш учун стерил бўлиши шарт. Сийдик ҳидини йўқотиш мақсадида одатда шишага озгина миқдорда дезодорация қиладиган моддалар (калий перманганат ва бошқалар) қўйилади. Узайтиргичлар сифатида ҳар ер-ҳар ерда 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 дренажларни дока боғичлар билан маҳкамланади, бунда танани айлантириб боғланади ёки ёпишқоқ пластырь билан ёпиштириб қўйилади. Мацерацияни профилактика қилиш учун дренажлар атрофидаги терига индифферент мазь суртилади.

Ерғоқдаги операциялардан кейин докадан тайёрланган стерил суспензорий ишлатилади.

Катетерлар ва дренажларни врач алиштиради. Медицина ҳамширасига 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 киритилади, сўнгра чиқарилади. Бундай муолажалар бир неча марта, то соф суюқлиқ пайдо бўлгунча қилинади. Суткасига кам деганда 3 марта ювилади. Чоклар олингандан кейин ванналар тавсия этилади. Дренаж етарлича бўлмаганда сийдик чўнтаклари ҳосил бўлади. Ажралмаларнинг дренаж орқали чиқмай қолиши ва таъда температурасининг кўтарилиши сийдик чўнтаклари пайдо бўлганидан далолат берадиган дастлабки белгилардан ҳисобланади.

Катетерлаш техникаси. Юмшоқ (резина) ва қаттиқ (металл) катетерлар бўлади. Катетерлар 30 хил номерда бўлиб, улар диаметри  $\frac{1}{3}$  мм дан фарқ қиладди. Одатда ўртача номерлилари (14—18) ишлатилади. Аввалига, одатда, юмшоқ катетер билан катетерланади, бу натижа бермаганда металл катетер қўлланилади.

Эркакларга катетер қўйиш: бемор оёқларини жериб чалқанча ётади. Оёқлари орасига тоза тувак қўйилади. Чап қўл билан жинсий олатни ушланади, унинг бошчасига дезинфекция қиладиган эритма (0,1% ли сулема эритмаси, калий перманганат эритмаси) суртилади. Стерил катетер учига стерил глицерин ёки вазелин мойи қўйилади. Юмшоқ катетерни пинцет билан қўйилади, металл катетернинг қарама-қарши учидан ушланади ва аввалига деярли горизонтал киритилади, сўнгра юқорига кўтарилади ва пастга туширилади (катетер тумшуғи қовуққа киряди). Сийдикни тувакка йнғилади.

Аёлларга катетер қўйиш: чап қўл билан жинсий лабларни жерилади, вульвани дезинфекция қиладиган эритма билан артилади ва катетерни сийдик чиқариш каналига (қин билан адаштирилмасин!) киритилади.

Қовуқни пункция қилиш. Сийдик тутилиб қолганда уни катетер билан чиқаришга имкон бўлмаганда (уретра йиртилиши, простата бези аденомаси ва ҳоказо) қовуқни врач пункция қилади. Терига йод суртилади. Пункция зонасини 0,5% ли новокаин эритмаси билан интичка игна ёрдамида инфильтрация қилиш орқали оғриқсизлантирилади. Йўғон игна билан қориннинг ўрта чизиги бўйича қов бирикмасидан 1 см юқорида пункция қилинади.



## УМУРТҚА ПОҒОНАСИ, ОРҚА МИЯ, ЧАНОҚ ШИҚАСТЛАРИ ВА ҚАСАЛЛИКЛАРИ

### УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ШИҚАСТЛАРИ

Умуртқа поғонаси шикастлари ёпиқ бўлиши (лат ейиш, бойлам аппаратининг чўзилиши, суяк синиши, чиқиши) ва совуқ ҳамда ўқ отадиган қуролдан яраланишда очик бўлиши мумкин. Умуртқа поғонасининг бошқа органлар билан бирга шикастланишига умуртқа поғонасининг биргалликда шикастланиши дейилади.

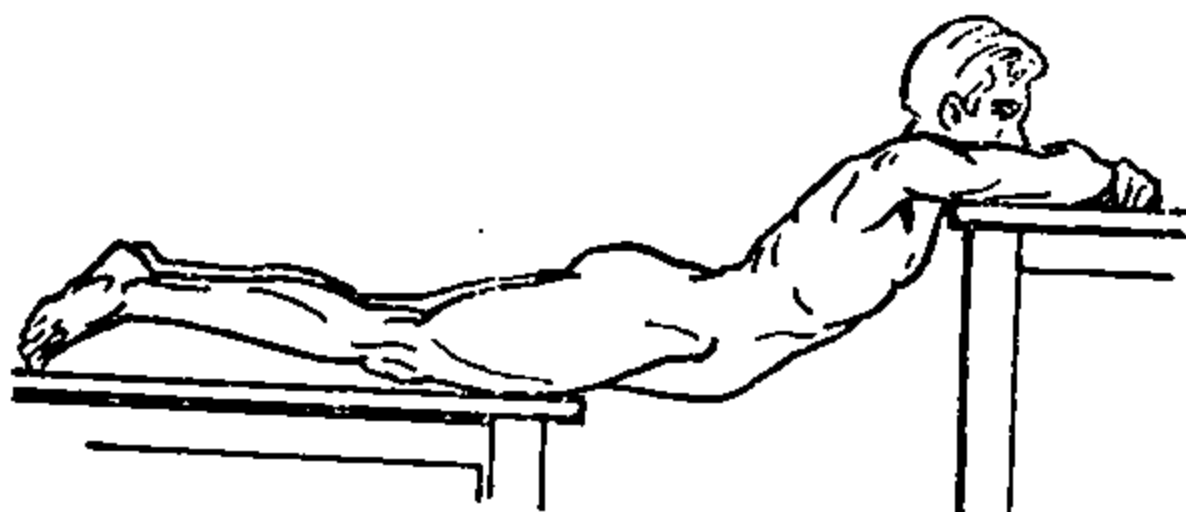
Умуртқа поғонасининг синиши. Умуртқа поғонасининг физиологик ҳаракатчанлиги чегарасидан чиқадиган тананинг ортиқча куч билан эгилиши умуртқа поғонаси синишида типик механизм ҳисобланади.

Бош ёки оёқ билан йиқилганда умуртқа таналарининг ортиқча қисилиши синишнинг иккинчи механизми бўлади. Умуртқа поғонасининг бевоосита юз берадиган травмадан синиши камроқ учрайди.

Умуртқа таналарининг якка синиши (компрессион), ёйлари ва ўсиқларининг синиши (кўндаланг ўсиқлари, ўткир қиррали ўсиқлари, бўғим ўсиқлари) тафовут қилинади. Баъзан бундай синишларнинг бирга учраши ёки умуртқанинг синиш билан бирга чиқиши кузатилади. Якка чиқиши аксарият умуртқа поғонасининг бўйин бўлимида учрайди. Синиш орқа миyanинг ёки илдизларининг шикастланиши билан рўй бериши мумкин.

Компрессион синиш. Бундай синишлар учун умуртқа спонгиоз моддасининг асосан олдинги, вентрал бўлимида понасимон қисилиши характерлидир. Компрессия даражаси турлича: аранг билинадиган даражадан умуртқа поғонаси ўқини бузадиган кескин понасимон деформациягача бўлиши мумкин. Энг кўп учрайдиган жойи — умуртқа поғонасининг кўкракдан пастки ва белдан юқори бўлимларидир.

К л и н и к м а н з а р а с и. Шикастланган умуртқанинг ўткир қиррали ўсиғи зонасида кескин оғриқ, рўй-рост дўмбоқ ёки ўткир қиррали ўсиғининг туртиб чиқиши кўринишидаги деформация, орқа мускулларининг тараглашиши, функцияси бўлмаслиги, яъни умуртқа поғонасининг шу бўлимида ҳаракатлар бўлмаслиги кузатилади. Диагнозни аниқлаш учун умуртқа поғонасининг шу бўлимини икки проекцияда рентгенография қилиш зарур.

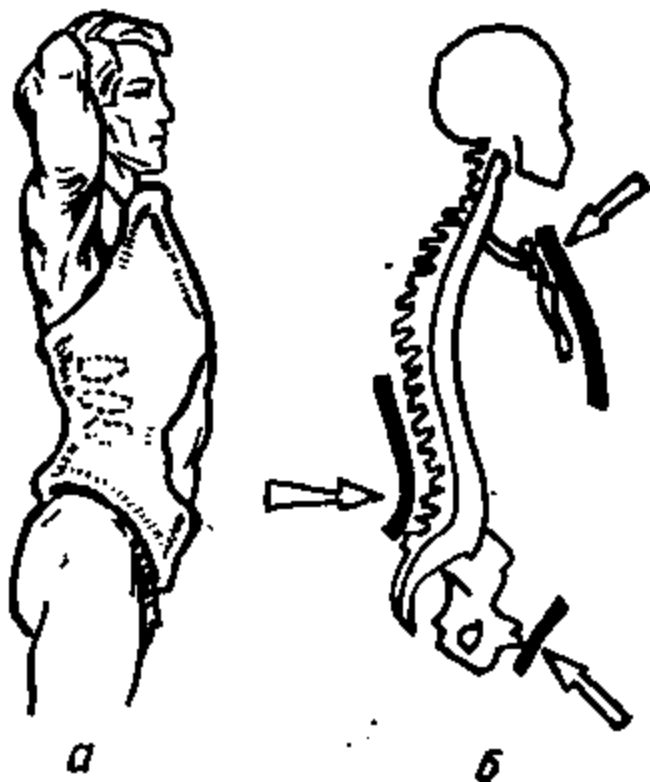


155-р а с м. Умуртқа поғонасини бир моментда реклинация қилиш.

Биринчи ёрдам кўрсатиш ва транспортировка қилиш. Беморни қаттиқ носилкага юз тубан ётқизилади. Уни даволаш муассасасига олиб бориш ва носилкадан туширишда умуртқаларининг қўшимча равишда силжimasлиги ва орқа мия бутунлигининг бузилмаслиги учун эҳтиёткорликка қатъий риоя қилинади.

Давоси. Умуртқалар танасининг рўй-рост компрессион синишида даволашнинг асоси қисилган умуртқани ёзиш ҳисобланади (реклинация). Реклинация бир моментда бажарилиши мумкин. Бунда беморни қўллари ва оёқлари билан иккита столга ётқизилади (155-расм); тананинг ўрта қисми осилиб туради. Биринкетин қилинадиган реклинацияда беморни каравотга ўрнатилган шчитга чалқанча ётқизилади. Синган зона остига қум солинган халта ёки махсус тиргак қўйилиб, унинг ёрдамида реклинацияни аста-секин меъёри билан ошира бориш мумкин. Унчалик катта бўлмаган компрессион синиш реклинацияни талаб этмайди. Реклинациядан сўнг гипсли корсет (156-расм) қўйилади ёки функционал даво методи қўлланилади. Бу метод орқа мускулларини бақувват қилиш ва ривожлантиришга қаратилган махсус машқларни бажаришда «мускул корсети» ни вужудга келтиришдан иборат.

Давоси. Умуртқалар танасининг рўй-рост компрессион синишида даволашнинг асоси қисилган умуртқани ёзиш ҳисобланади (реклинация). Реклинация бир моментда бажарилиши мумкин. Бунда беморни қўллари ва оёқлари билан иккита столга ётқизилади (155-расм); тананинг ўрта қисми осилиб туради. Биринкетин қилинадиган реклинацияда беморни каравотга ўрнатилган шчитга чалқанча ётқизилади. Синган зона остига қум солинган халта ёки махсус тиргак қўйилиб, унинг ёрдамида реклинацияни аста-секин меъёри билан ошира бориш мумкин. Унчалик катта бўлмаган компрессион синиш реклинацияни талаб этмайди. Реклинациядан сўнг гипсли корсет (156-расм) қўйилади ёки функционал даво методи қўлланилади. Бу метод орқа мускулларини бақувват қилиш ва ривожлантиришга қаратилган махсус машқларни бажаришда «мускул корсети» ни вужудга келтиришдан иборат.



156-р а с м. Умуртқа поғонаси синганда гипсли корсет қўйиш.  
а — умумий кўриниши; б — қувватловчи куч қўйилган жойлар.

Оғир жисмоний меҳнат билан шуғулланмайдиган беморларда 6—8 ойдан сўнг, оғир жисмоний ишда 8—12 ойдан кейин меҳнат қобилияти тикланади.

**Умуртқаларнинг чиқиши.** Умуртқанинг чиқиши кўпинча умуртқа поғонасининг бўйин бўлимида учрайди. Юқорида жойлашган умуртқалар бўғим юзасининг силжиш даражасига кўра чиқишнинг олдинги икки томонлама, олдинги ўнг ёки чап, орқадаги икки томонлама, орқадаги ўнг ёки чап турлари тафовут қилинади.

**Клиник манзараси.** Олдинги икки томонлама чиқишда бош гўё олдинга чиқиб қолади ва пича пастга эгилади. Олдинги ўнг томонлама чиқишда бош чапга бурилган, олдинги чап томонлама чиқишда ўнгга бурилган, орқадаги икки томонлама чиқишда — бирмунча орқага ташланган, орқадаги ўнг томонлама чиқишда — ўнгга, орқадаги чап томонлама чиқишда чапга бурилган бўлади.

Умуртқа поғонаси бўйин бўлимидаги чиқишнинг ҳамма турларида актив ҳаракатлар бўлмайди, пассив ҳаракатлар эса жуда чекланган бўлади. Умуртқа поғонасининг бўйин бўлими росмана оғриб туради. Диагнозни аниқлаш учун икки проекцияда рентгенограмма қилиш зарур.

**Давоси.** Бош томони баланд қилиб кўтарилган каравотда Глиссон илмоғи ёрдамида чўзиш энг тарқалган метод ҳисобланади (157-расм). Қатор ҳолларда айни вақтда жойига солиш усулини қўлланиш мумкин. Даволашнинг бу турида бошни чиққан томондан қарама-қарши томонга буриб, уни аста-секин бўйлама тракция қилишдан фойдаланилади.

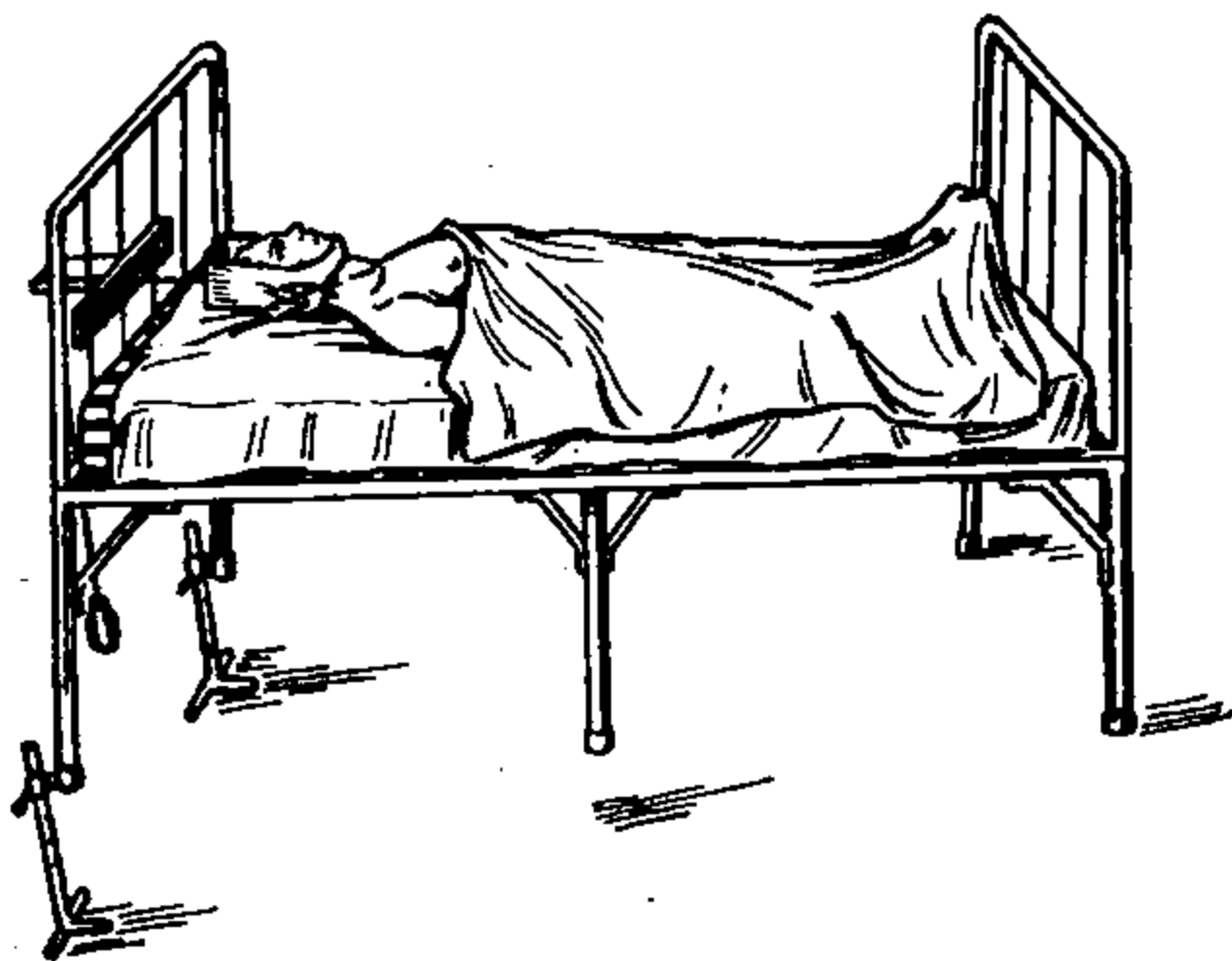
**Умуртқа ўсиқлари ва ёйларининг синиши.** Синиш механизми аксарият бевосита травмадир. Кўпчилик ҳолларда кўндаланг ўсиқларнинг синиши кузатилади.

**Клиник манзараси.** Ўсиқлар синганда паравертебрал чизик бўйлаб локал оғриқ, синган зонадан қарама-қарши томонга эгилишнинг қийинлашиб қолганлиги қайд қилинади. Ўткир қиррали ўсиқлари синганда локал оғриқ ва кўриниб турадиган гематома аниқланади. Суяк синиқларининг крепитацияси ва ўткир қиррали ўсиқнинг патологик ҳаракатчанлиги кузатилиши мумкин. Ёйчалари синганда оғриқ локал бўлади. Диагнозни аниқлаш учун икки проекцияда рентгенография қилиш зарур.

**Давоси.** Шчит қўйилган каравотда 2—3 ҳафта мобайнида ётиш керак. Белгиланган гимнастика машқлари бажарилади.

**Умуртқа поғонасининг асоратланган синиши.** Умуртқа поғонасининг орқа мия, унинг пардалари ва олдизларининг шикастланиши билан асоратланган синишлари анчагина кўп учрайди. Орқа мия умуртқаларнинг синиш-чиқишида айниқса кўп шикастланади.

**Клиник манзараси.** Шикастланишнинг даражасига ва турига боғлиқ: эпидурал, субдурал ва субарахноидал гема-



157-расм. Умуртқа поғонасининг бўйи бўлимидаги суяк чиққанда Глиссон петляси билан тортиб қўйиш.

томалар, гематомнелия (мия моддасига қон қуйилиши), мия пардасининг қисман ёки тўлиқ емирилиши кузатилади. Ҳаракат ва сезги органларининг иши бузилади, сийиш ва дефекация акти ўзгаради, ётоқ яра ва оёқ-қўлларнинг шишуви кўринишидаги трофик ўзгаришлар пайдо бўлади. Шикастлангандан сўнг дастлабки соатларда ва кунларда беморда шок рўй бериши мумкин.

Давоси. Травмадан сўнг дастлабки соатларда шокка қарши терапия олиб борилади. Асоратланмаган синишдаги каби реклинация амалга оширилади, бироқ бир моментли реклинация қилиш тавсия этилмайди. Орқа миянинг босилиши кучайиб борган ҳолларда операцион даво—ламинэктомия қилиниб, орқа миянинг босилиш сабаби бартараф этилади. Орқа мия бутунлай ёрилганда операция натижа бермайди. Операцияни одатда травмадан кейин дастлабки кунларда қилинади.

Орқа миянинг қисман шикастланишида прогноз, одатда, яхши бўлади. Орқа миянинг тўлиқ шикастида кейинчалик бемор, одатда, сийдик йўллариининг қўшилиб келган инфекцияси (юқорига кўтариладиган уросепсис) натижасида нобуд бўлади.

## УМУРТҚА ПОҒОНАСИ КАСАЛЛИКЛАРИ

**Сколиоз.** Умуртқа поғонасининг ён томонга қийшайишига сколиоз дейилади. У ҳар қандай ёшда пайдо бўлиши мумкин. Аксарият қиз болаларда учрайди. Сколиозлар туғма ва орттирилган бўлиши мумкин. Туғма сколиозларга аксари умуртқа танаси ёки ёнчаларининг бўлиниши, понасимон умуртқалар ҳосил бўлиши ва шу кабилар асос бўла олади. Орттирилган сколиозлар келиб чиқишига кўра рахитик, статик, паралитик, травматик, чандиқли, мактаб сколиози ва шу каби турларга бўлинади.

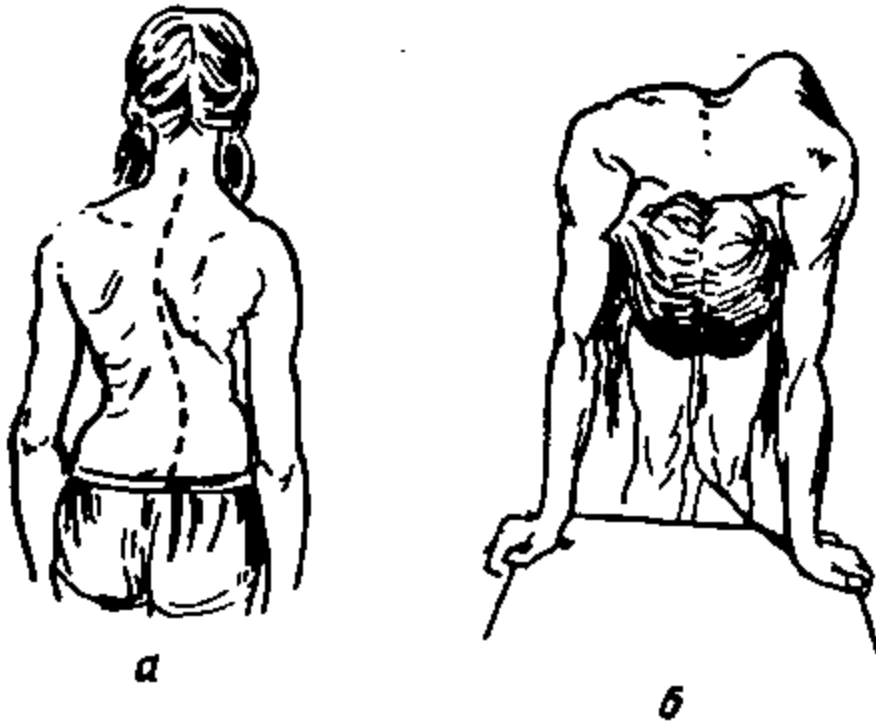
Этиологик моментидан қатъи назар, сколиоз, умуртқа поғонасининг бўлимларидан бирида (қисман сколиоз) жойлашиши ёки бутун умуртқа поғонасини эгаллаши (тотал) мумкин. Қийшайиш характери ва унинг формаси бўйича бир томонлама S-симон ва учламчи сколиозни фарқ қилиш расм бўлган.

Сколиознинг уч даражаси кузатилади. I даражасида бемор умуртқа поғонасини мустақил равишда ростлаб, танасини тегишли вазиятда тутиб туриши мумкин. II даражасида умуртқа поғонасини қисман тўғрилаш мумкин. III даражасида умуртқа поғонаси нотўғри вазиятда бутунлай қотиб қолган бўлади.

**Клиник манзараси.** Умуртқа поғонасининг ўрта чизиқдан четга силжигайлиги, мускулларнинг заифлиги, қийшайган томондаги елка устининг қисқарганлиги, куракларнинг асимметрик жойлашганлиги қайд қилинади. Беморлар тезда чарчаб қолиш ва орқадаги оғриқдан нолишади. Сагиттал текисликда букнилишда (кифоз) ва умуртқа поғонаси торсиёсида қовурға букрилиги ҳосил бўлади (158-расм).

**Профилактикаси** сколиоз сабабларини бартараф қилишга қаратилган. Боланинг жисмоний ривожланиши, стол олдида ва партада тўғри ўтириши устидан кузатиб бориш, куйишдан юз берган контрактуралар ва умуртқа поғонасининг шикастларини ўз вақтида даволаш зарур.

**Давоси.** Одатда орқа ва қорин мускулларини мустаҳкамлашга қаратилган тадбирлар комплекси қўлланилади (даво гимнастикаси, массаж, сузиш). Оғир юк кўтариб юриш тақиқланади. Кун мобайнида бемор бир неча марта чўзилиб ётиши лозим. Қатор ҳолларда кўрсатиб ўтилган тадбирларни коррекция қиладиган корсетлар тақиш билан қўшиб олиб борилади. Процесс кучайиб борганда, шунингдек сколиознинг анча оғир формаларида операцияон даволашга киришилади — умуртқа поғонасини суяк трансплантатлари ёки металлдан ясалган махсус фиксаторлар билан фиксация қилинади ва қовурға букирлигини бартараф қилиш учун қовурғалар резекция қилинади.



158-р а с м. Сколиоз (а); қовурғалар букрилиги (б).

### ОРҚА МИЯ КАСАЛЛИКЛАРИ

**Орқа мия чурралари.** Чурраларнинг уч тури — менингоцеле, миелоцистоцеле ва миелоцеле фарқ қилинади. Умуртқа ёйчалари битмай қолганда чурра ҳосил бўлган суяк нуқсонидан дўппайиб чиқади.

**Клиник манзараси.** Умуртқа поғонасидаги нуқсоннинг жойига мувофиқ равишда (аксарият бел-думғаза бўлимида) каттагина ўсмасимон тузилма аниқланади. Пальпацияда баъзан флюктуация (билқиллаш) топилади. Қатор ҳолларда бўртиб чиққан жой устидаги терида яра ҳосил бўлгани ва орқа мия суюқлигининг оқиб чиқиши кузатилади. Орқа мия чурраларида ҳаётнинг биринчи йилида ўлим 80—90% ни ташкил қилади.

**Давоси операция.** Операция терининг ўзгарган участкасини кесиб, чурра халтасини очиш, ундаги нерв элементларини битишмалардан озод қилиш ва уларни нормал ўрнига солишдан иборат. Суяк нуқсонини яқинда жойлашган мускуллар ёки суяк трансплантати билан бекитилади.

**Орқа мия ва пардаларининг ўсмалари.** Аксарият менингиомалар, невриномалар ва глиомалар учрайди. Усманинг мия моддасига ёки пардаларига муносабатига кўра қуйидагиларни тафовут қилиш лозим: 1) умуртқанинг суяк канали билан қаттиқ мия пардаси ўртасида жойлашган экстрадурал ўсмалар; 2) қаттиқ мия пардаси билан мия тўқимаси ўртасидаги субдурал ўсмалар; 3) орқа мия моддаси бағридаги интрамедулляр ўсмалар.

**Клиник манзараси.** Биринчи белгиси ўраб олувчи характердаги оғриқ ҳисобланади. Кейинчалик босилган жойга

мувофиқ равишда гипостезия билан алмашинадиган гипере-  
стезия зонаси пайдо бўлади. Гиперкинезлар, контрактуралар,  
сўнгра ҳаракат фалажлари ва кечроқ сезувчанликни йўқотиш  
рўй беради. Орқа мия батамом кўндаланг босилганда чуқур  
трофик ўзгаришлар ва чаноқ органлари функциясининг бузи-  
лиши юз беради.

**М и е л о г р а ф и я** — орқа мия каналига ҳаво ёки контраст  
модда юборгандан кейинги рентгенография қимматли диагнос-  
тик усул ҳисобланади. Субарахноидал бўшлиқнинг ўсмадан  
босилиши оқибатида тўлиқ тугилиб қолиши (блокада) Көп-  
көн штед синамасида аниқланиши мумкин. Беморни  
ўтқазиб қўйиб ломбал пунция қилинади. Ликвор босимини  
манометр ёрдамида ўлчанади. Бўйиндаги бўйинтуруқ венала-  
рини босилади. Ургимчаксимон бўшлиқ ости бўш бўлганда  
ликвор босими бирмунча ошади, блокадасида — ўзгармайди.  
Орқа мия ўсмаларида ликворда ксантохромия (сарғимтир  
бўялиш), оқсил, айниқса глобулин миқдорининг ошиши (Нон-  
не — Апельт ва Пандининг мусбат реакциялари) аниқланади,  
плеоцитоз бўлмайди (шаклли элементларнинг нормал миқ-  
дори).

**Д а в о с и о п е р а ц и я.** Операциянинг моҳияти ўсмани  
олиб ташлашдир. Қатор ҳолларда нур билан даволаш ва хи-  
миотерапия ёрдам беради.

## 248. ЧАНОҚ СУЯКЛАРИ СИНИШИ

Чаноқ суяклари синиши чаноқ суяклари босилганда, шу-  
нингдек табиий офатлардан шикастланишда рўй беради. Улар-  
ни қуйидаги турларга бўлинади.

I. Чаноқ ҳалқаси бутунлигини бузмайдиган синишлар:  
1) думғазанинг кўндаланг синиши; дум суягининг синиши;  
3) кўст чуқурчасининг синиши; 4) ёнбош суяк қанотининг кўн-  
даланг синиши; 5) қов ёки қўймич суяги тармоғидан бири-  
нинг синиши; 6) ёнбош суяк қиррасининг синиши; 7) ўсиқлар-  
нинг синиши (узилиши); 8) қўймич суяк дўмбоғининг синиши  
(159-расм).

II. Чаноқ ҳалқаси бутунлигини бузадиган синишлар: 1) ол-  
динги ярим ҳалқанинг вертикал синиши: а) қов суяги иккала  
тармоғининг синиши; б) қов ва қўймич суягининг синиши (бир  
ва икки томонлама); 2) орқа ярим ҳалқанинг вертикал синиш-  
лари: а) ёнбош суяк қанотининг синиши; б) думғазанинг қий-  
шиқ ва вертикал синиши; 3) орқа ва олдинги ярим ҳалқанинг  
Мальген типига қўшалок вертикал синиши (160-расм);  
4) чаноқ ҳалқасининг кўп сонли синишлари; 5) чаноқ суякла-  
рининг синиш-чиқиши ва чиқиши.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Диагностика қилишда, клиник  
манзарадан ташқари, беморни тўғри текшириш катта роль ўй-  
найди. Синчиклаб ва аста-секин пальпация қилишда ёнбош



159-р а с м. Чаноқ ҳалқаси бутунлигини бузмайдиган синишлар схемаси. Изоҳи текстда.



160-р а с м. Чаноқ суяқларининг Мальген типда синиши.

суяқларининг қирраси ва олдинги ўсиқлари, симфиз, қуймиш ва қов суяқлари, қуймиш дўмбоғи, думғаза-ёнбош бирикмаси, думғаза ва дум суягининг ҳолати тўғрисида хулоса чиқариш мумкин. Бунда энг кўп оғрийдиган жой, суяк синиқларининг силжиши, крепитация аниқланади. Ёнбош суяқлари қанотларини ва катта кўстларни босиш йўли билан бир-бирига томон қисилади, шунингдек ёнбош суяқлари қиррасини чўзиш йўли билан чаноқ ҳалқасини ёзилади. Текширувнинг бу методлари қалли мускуллар қатлами остидаги, бирмунча чуқур жойлашган синишларни аниқлаш имконини беради. Олдинги-устки ўсиқ билан киндик ўртасидаги, олдинги-устки ўсиқ билан тизза қопқоғи ўртасидаги масофаларни у томондан ҳам, бу томондан ҳам таққослаб ўлчаш зарур. Қўшимча равишда ички (ректал) текшириш ўтказилади, бунда кўст чуқурчаси тубини, думғаза, дум суяги ва қов бирикмаси соҳасини пайтаслаб кўриш мумкин.

Чаноқ суяқлари оғир шикастланган беморларда травматик шокнинг манзараси биринчи ўринга чиқади. Чаноқ суяқларини рентгенография қилиш шарт.

Думғаза ва дум суяги синганда тегишли жойларнинг ўзида оғриқ бўлади. Ректал текширув йўли билан синиш зонасини ва суяк синиқларининг силжиш характерини аниқлаш мумкин.

Кўст чуқурчаси синганда юриш вақтида чаноқ-сон бўғими зонаси қаттиқ оғриydi. Бир қатор ҳолларда бемор юра олмай қолади. Оёқнинг ўқи бўйлаб боқилганда чаноқ-сон бўғимида оғриқ пайдо бўлади.

Ёнбош суягининг қаноти синганда бу суяк юқорига силжиб кетади. Шу туфайли оғриқ реакцияси билан бирга киндик билан касал томондаги олдинги-устки ўсиқ ўртасидаги масофанинг қисқарганлиги аниқланади.



Қов суяги тармоғи синганда сон артериясида пульсациянинг гематома туфайли соғлом томондаги артерияга нисбатан пасайганлиги специфик симптом ҳисобланади.

Қуймич суяги синганда бемор ўтира олмайди. Пальпацияда баъзан босқичсимон деформация топилади.

Қуймич суяги қиррасининг синиши шу зонада шиш, гематома ва локал оғриқ билан таърифланади.

Олдинги-устки ўсиқ касал томондан узилиб тушганда киндик билан ўсиқ ўртасидати масофа ошади, шунингдек ўсиқ билан тизза қопқоғи ўртасидаги масофа соғлом томондагига нисбатан камаяди (ўсиқ пастга силжийди).

Қов суягининг иккала тармоғи синганда унинг тармоқларидан бири синишидан фарқли равишда чаноқнинг пастки апертураси кенгайди, оралик соҳасида рўй-рост гематома пайдо бўлади. Қов ва қуймич суяклари синганда клиник манзара бундан олдинги ҳолдагидан кам фарқ қилади, гематома думба соҳасига тарқалади.

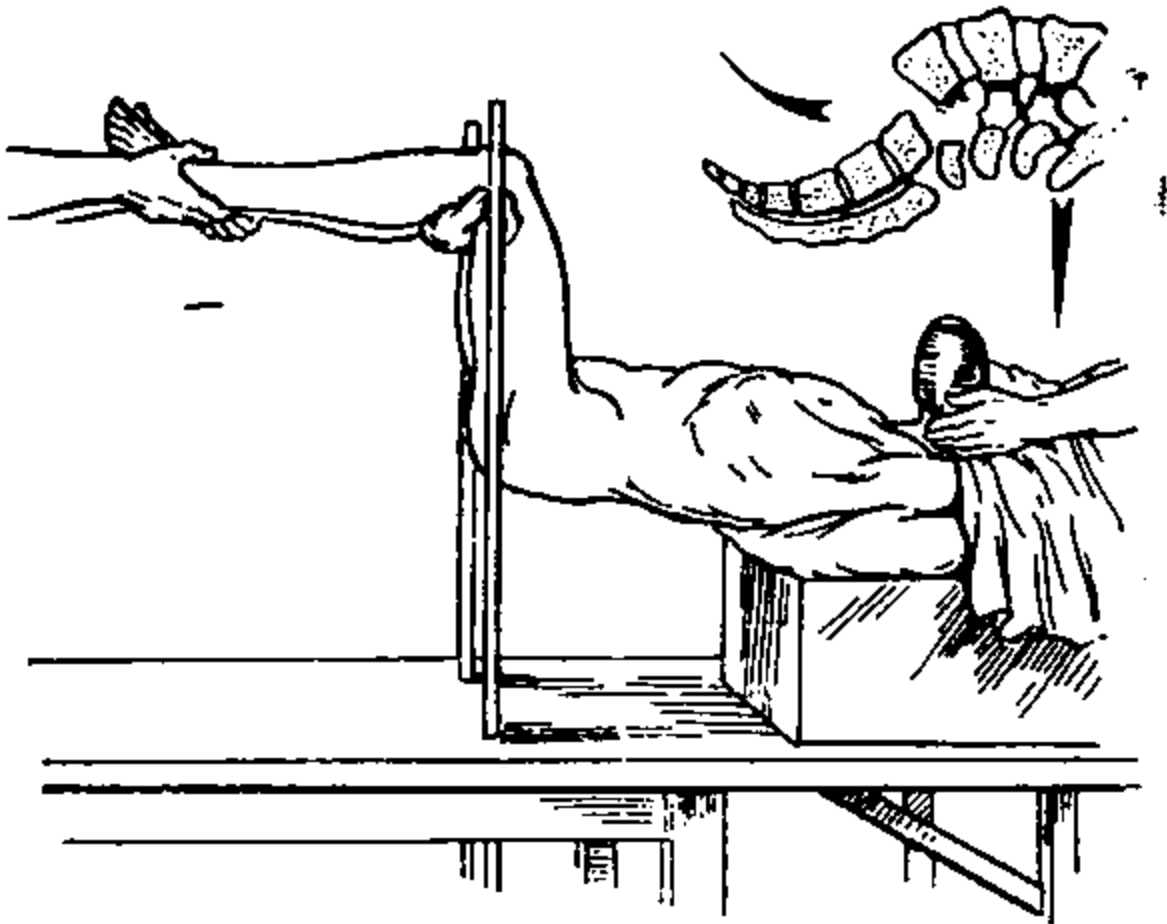
Орқадаги ярим ҳалқаси (ёнбош суяги ва думғаза) вертикал синган беморларда чаноқнинг орқа томони кенгайди, чаноқ олдинга томон тораяди, синиш зонасида катта гематома бўлади. Чаноқ ҳалқаси босилганда ва чўзилганда синиш зонасида оғриқ реакцияси билинади.

Мальген типидagi синишларда чаноқ ҳалқаси икки томонга кенгайиб, ёнбош суяклари юқорига кўтарилади. Беморлар, одатда, шок ҳолатида бўладилар.

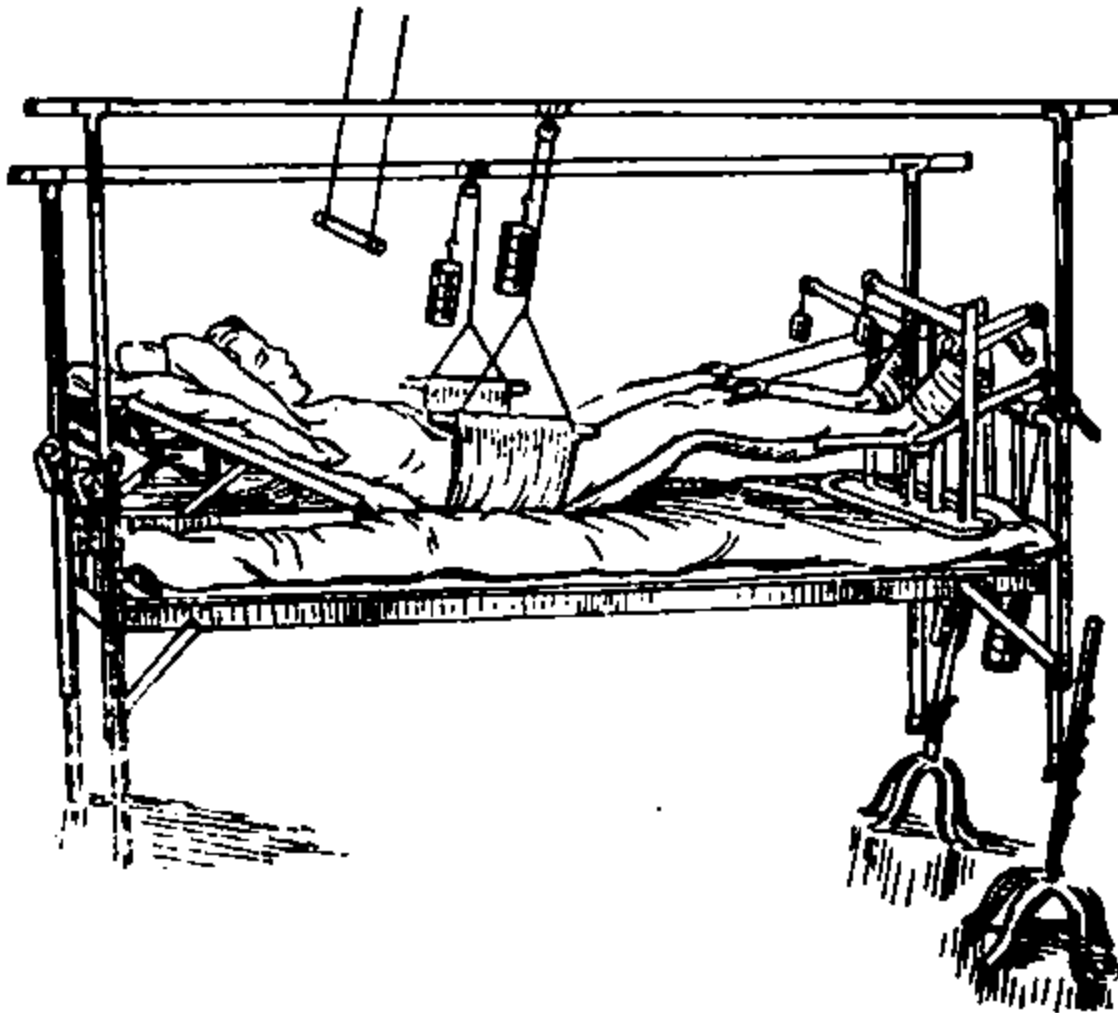
Даво с.и. Чаноқ суяклари синганда биринчи ёрдам — оғриқдан шок юз беришининг олдини олишдан иборат. Беморни чалқанча ётқизилади, оёқларини тиззасидан букилиб, тақимига болишча қўйилади ва оғриқ қолдирадиган воситалар юборилади. Даво тактикаси асосини чаноқ ҳалқасининг анатомик бутунлигини тўғри тиклаш принципи ташкил этади. Уни етарли даражада тикламаслик оғир инвалидликка олиб желади. Аёлларда чаноқ шаклининг бузилиши ҳомиладорлик ва туғруқнинг нормал ўтишга тўсқинлик қилиши мумкин.

Чаноқ ҳалқасининг бутунлиги бузилмаган биринчи гурпуага мансуб синишларда беморларни шчитли каравотга ётқизилади, тақимига болиш қўйилади («бақа вазияти»), ўринда ётиш муддати 3—4 ҳафта. Суяк синиқлари кўп силжитан ҳолларда операцион даво қилинади — узилган фрагмент (бўлак) лари фиксация қилинади. Думғаза ва дум суяги синганда, агар суяк фрагментлари силжитан бўлса, бир моментли жойига солиш бажарилади, шундан кейин 3—4 ҳафтагача қимирламай ётиш тайинланади (161-расм).

Иккинчи гурпуадаги синишларда, яъни чаноқ ҳалқасининг бутунлиги бузилиши рўй берганда суяк фрагментлари мускулларнинг тортиш кучи таъсирида юқорига ёки ён томонларга силжийди, бу — чаноқнинг ўнг ёки чап ярми асимметриясигача ва силжитан томондаги оёқнинг нисбатан калталаниб қолиши-



161-р а с м. Думгаза синганда ва чиққанда бвр моментли жойга солиш.



162-р а с м. Чаноқ суякларн синиб, чаноқ ҳалқасининг бутувлиги бузилганда скелетдан тортиб қўйиш ва гамачок.

га олиб келади. Бундай ҳолларда беморни балкан рамасига осилган тамачокка ётқизилади (чаноқ суяклари жой-жойига келади) ва шикастланган томондаги сон суяги метафизидан 2 ойга тортиб қўйилади (чаноқнинг тегишли ярмини қимирлатмаслик) (162-расм).

Чаноқ суяklarининг асоратланган синишлари. Чаноқ суяklarининг синиши қовуқ ёки сийдик чиқариш каналининг шикастланиши билан асоратланиши мумкин. Қовуқ қорин пардаси ичида йиртилганда сийдик қорин бўшлиғига тушади, клиник жиҳатдан бу қорин оғриши билан намоён бўлади. Қорин мускуллари таранглашган. Қорин бўшлиғининг қия жойларида перкуссия қилинганда перкутор товушнинг бўғиқлашганлиги қайд қилинади. Қовуқ қорин пардаси сиртида йиртилганда сийдик қовуқ олдидаги клетчаткага тарқалади. Бемор қориннинг пастки оғришидан шикаст қилади. Симфиз устида ва олдинги-устки ўсиқлар йўналиши бўйлаб перкутор товушнинг бўғиқлашганлиги аниқланади («капалак симптоми»). Ҳар иккала ҳолда ҳам катетерлашда сийдик кам чиқади. У қорин бўшлиғида ёки қовуқ олди клетчаткасида тутилиб қолади.

Уретра қисман ва тўлиқ йиртилиши мумкин: оралик соҳасида кескин оғриқ ва қовуқнинг чўзилганлиги сабабли қов устида перкутор бўғиқ товуш қайд қилинади. Сийдик чиқариш каналининг ташқи тешигидан томчилаб қон чиқиб туради. Ораликда ёрғоқ соҳасида гематома ҳосил бўлади. Катетерлашда (фақат операциядан олдин қилинади) катетер қовуққа тушмайди.

Диагнозни аниқлаш учун сийдик чиқариш каналига 10 да 150 мл гача 20% ли сергозин эритмаси, кардиотраст ёки дионин юборилади ва рентген сурати олинади. Уретра йиртилганда контраст модда унинг ташқи томонига чиқади, қовуқ қорин пардаси сиртида йиртилганда — қовуқ олдидаги клетчаткага, қорин пардаси ичида йиртилганда — қорин бўшлиғига тарқалади.

Қовуқ қорин пардаси ичида йиртилганда лапаротомия (қорин бўшлиғини очиш), қовуқ жароҳатини тикиш ва сийдик чиқариш канали орқали қовуққа доимий катетер киритиш тавсия этилади.

Қовуқ қорин пардаси сиртида йиртилганда қорин бўшлиғини ёрмасдан қовуқни қов усти соҳасидан очилади, тикилади ва қов усти фистуласи қилинади.

Уретра йиртилгани ҳолда беморнинг аҳволи яхши бўлса, сийдик чиқариш каналини йиртилган зонада тикилади. Уретрага доимий катетер юборилади. Беморнинг аҳволи оғир бўлганда қов усти фистуласини қўйиш билан кифояланиб қолинади. Уретрани 1 1/2—2 ой ўтгач тикланади.

Қин йиртилганда қиндан қон кетади. Диагноз қинни кўздан кечириб аниқланади. Йиртилган соҳани тикиб қўйилади.

Тўғри ичак йиртилганда ораликда оғриқ бўлади, нажасда қон, ректороманоскопияда тўғри ичакнинг йиртилган қисми топилади. Сигмасимон ичакдан ғайритабиий орқа чиқарув йўли

очилади ва орқа чиқарув йўли яқинидаги кесмадан тўғри ичак клетчаткасини дренаж қилинади.

Чаноқ суяқларининг асоратланган синишида асоратлар билан бир қаторда чаноқ суяқлари синишини юқорида кўрсатилган схема бўйича даволанади.

### УМУРТҚА ПОҒОНАСИ, ОРҚА МИЯСИ, ЧАНОҒИ ШИКАСТЛАНГАН ВА КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Умуртқа поғонасининг асоратланмаган синишларида даволаш гипс корсет ёрдамида олиб бориладиган ҳолларда уни узоқ вақтга — 2—2½ ойгача сақлаб туришга катта аҳамият берилади. Корсетнинг ётоқ яралар пайдо қилмаслиги устидан кузатиб бориш зарур. Шу мақсадда корсет остидаги терини ҳар куни камфора спирти билан артиб турилади. Беморлар қўл ва оёқлар учун актив гимнастика машқларини бажарадилар.

Умуртқа поғонасининг шикастланган бўлимини маҳкам ушлаб турадиган «мускул корсет» вужудга келтиришга мўлжалланган, қия текислик бўйича тортиб қўйиш йўли билан ўтказиладиган функционал даво методидан фойдаланишда даво гимнастикаси айниқса муҳим роль ўйнайди. Дастлабки кунлари бош, қўл ва оёқларни бир оз ҳаракатлантириш, нафас гимнастикаси тавсия этилади. 7—10 кун ўтгач беморлар кўпроқ жисмоний куч сарфланадиган ҳаракатларни активроқ бажара бошлайдилар. 18—20-суткага келиб, бемор эҳтиётлик билан бурилиб қорнини босиб ётади, сўнгра орқа мускулларини таранглаштириб, боши ва оёқ-қўлларини баланд кўтарди («қалдирғоч вазияти»). Иккинчи ойнинг охирида бемор бу машқни боши, қўл ва оёқларини кўтарганида факат қорнига таяниб туриб бажариши керак. Машқлар кунига 5—6 марта, аввалига 5—10 минутдан, кейин 20—30 минутдан қилинади. 2 ой ўтгач ўриндан туришга рухсат этилади, бироқ бемор олд томонга эгилмаслиги керак. 4 ойдан сўнг ўтириш мумкин.

Умуртқа поғонасининг асоратланган синишида ҳам беморни матраци остига тахта шчит қўйилган каравотга ётқизилади. Бундай беморларнинг трофик бузилишларга (ётоқ яраларга) жуда ҳам мойиллигини назарда тутиб, ичига дам берилган резина матрац ёки резина чамбардан (албатта филофли) фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Чойшаб ва кўрпачаларни текис қилиб ёзилади, бурмалар ҳосил бўлмаслиги учун боғичларидан каравотга боғлаб қўйилади. Товонлари ва кураклари остига тешик кулчага ўхшаш пахта-дока ёстиқчалар қўйилади. Ўрин-кўрпани ҳар куни йиғиштириб, қайта солинади, ҳўл кўрпачаларни эса зарурат бўлганда алиштирилади.

Бемор вазиятини ўзгартириш деганда қорни билан ётган беморни чалқанчасига ётқизиш тушунилади. Бадан терисини пухта

парваришлар, массаж, ванналар, физиотерапевтик муолажалар ётоқ яраларни профилактика қилишга қаратилган.

Бундай беморларда сийдик ажратишнинг бузилиши рўй беришини ҳисобга олиб, қовуқни мунтазам бўшатиб туриш, асептика қондаларига пухта амал қилиш, сийдик тутолмасликда доний катетер қўйиш зарур. Орқа миянинг катта шикастларида цистостома қўйиш лозим. Қовуқни мунтазам ювиб турилади. Ичакни бўшатишда резина судно (тувак) дан фойдаланилади, бунда бел остига умуртқа поғонасининг осилиб туришига тўсқинлик қиладиган болиш қўйилади. Юмалоқ қаттиқ нажаслар қўл билан чиқариб олинади.

Орқа мияси шикастланган беморлар ўпка асоратларига жуда мойил бўлади, шунга кўра нафас гимнастикаси, кислород ингалляцияси, бурун-ҳалқумни яхшилаб тозалаб туриш зарур.

Оёқ панжалар осилиб қолишининг олдини олиш учун уларни 90° бурчак остида тиргакка тираб қўйилади.

Контрактуралар ва оёқлар нотўғри қўйилишининг олдини олиш учун олиб қўйиладиган гипс лонгеталар татбиқ қилинади. Беморни яхши овқатлантириш зарур.

Меҳр билан парвариш қилинганда беморнинг кейинчалик ўрнидан туришига ва ортопедик аппаратлардан фойдаланиб юриб кетиши учун анчагина имкониятлар вужудга келади. Касалхонада узоқ муддат ётган беморнинг ўз-ўзига хизмат қилиш кўникмаларини эгаллаши жуда муҳимдир.

Чаноқ суякларининг айниқса асоратланган синишларида беморларни парвариш қилиш принципи умуртқа поғонасининг синишидаги кабидир. Бемор биринчи кунлардан бошлаб, умумий мускул тонусини оширишга мўлжалланган гимнастика машқлари ва нафас гимнастикасини бажариши керак. Умумий массаж қилинадиган бўлса, терини артилади. Цистостома қўйилганда юқорига кўтариладиган инфекция пайдо бўлишининг олдини олиш учун қовуқни кучсиз антисептик эритмалар билан вақти-вақтида ювиб турилади. Ичак функцияси ва сийдик ажратилиши устидан кузатиб бориш зарур. Беморларга юқори калорияли ва витаминланган овқатлар тайинланади.

## ҚҰЛ-ОЕҚЛАРНИНГ ШИКАСТЛАРИ ВА ҚАСАЛЛИКЛАРИ

## ҚҰЛ-ОЕҚЛАР ЮМШОҚ ТҶҚИМАЛАРИНИНГ ҚАСАЛЛИКЛАРИ

**Тендовагинитлар.** Тендовагинитлар иккита — к р е п и т а ц и я қиладиган ва стенозлайдиган группаларга бўлинади. Қасаллик асосини аксари машинисткаларда, скрипкачиларда бир хил ҳаракатларни такрорлашда юз берадиган хроник травма, темирчиларда ва шахтёрларда мускулларнинг қаттиқ зўриқиши ташкил этади. Крепитация қиладиган тендовагинитда пайларнинг қин олди клетчаткаси ва мускул фасциялари ўртасидаги клетчатканинг сероз намланиши топилади. Стенозлайдиган тендовагинитда бириктирувчи тўқима ўсиб қалинлашиб, склерозловчи яллиғланиш кузатилади; фиброз ҳалқа ҳосил бўлиб, ундан пай қийинлик билан ўтади. Крепитация қиладиган тендовагинит билакнинг латерал томони, болдирнинг олдинги юзаси, панжа ва оёқ панжасининг устки юзаси, Ахилл пайи соҳасида энг кўп жойлашади. Стенозловчи тендовагинитда қўл бош бармоғининг пай қини билак суягининг бигизсимон ўсиши четида кўпроқ, икки бошли елка мускулининг узун бошчаси соҳасидаги пай қинида камроқ учрайди.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Крепитация қиладиган тендовагинитда ҳаракат вақтида ўткир оғриқ, баъзан кечалари лўқилловчи оғриқ қайд қилинади. Шикастланган пай қинлари йўли бўйлаб оз-моз шиш, пича гиперемия, температуранинг маҳаллий кўтарилиши кузатилади. Пайпаслаб кўришда ва бирга бажариладиган ҳаракатларда нозик крепитация аниқланади. Стенозловчи тендовагинитларда симиллайдиган оғриқ бошқа соҳаларга ҳам тарқалади, иш қобилияти пасаяди. Пайпаслаб кўриш йўли билан пай қини соҳасидаги қаттиқланиш ва оғриқни аниқласа бўлади. Ҳаракат вақтида шиқиллаш кўринишида бартираф қилинадиган тўсиқ сезгиси пайдо бўлади.

**Д а в о с и.** Тинч шароит, ванналар, иссиқ муолажалар, Вишневский мази билан компресс, шина ёки гипс лонгета билан иммобилизация қилинади. Крепитация қиладиган тендовагинитда консерватив терапия яхши натижа беради. Стенозловчи тендовагинитда консерватив тадбирлар натижа бермаса, операция қилинади — пай қинининг йўғонлашган соҳаси кесилади.

**Панариций (милкак).** Бармоқларнинг йирингли яллиғланиши. Инфекция (стафилококк, стрептококк, аралаш флора) нинг ки-

риш йўли ёриқлар, тирналиш, зирапча ва шу кабилар ҳисобланади. Процесснинг жойлашишига ва касалликнинг босқичига кўра панарицийнинг қуйидаги формалари бўлади: 1) тери; 2) тери ости; 3) суяк; 4) бўғим; 5) пай (тендовагинит); 6) паронихия (процессга тирноқ милки қўшилади); 7) тирноқ ости панарицийси; 8) пандактилит (бармоқнинг ҳамма тўқималари зарарланади).

**К л и н и к м а н з а р а с и** панарицийнинг формасига боғлиқ. Тери формасида локал гиперемия зонаси, локал оғриқ, терининг сал шишиши кузатилади.

Тери ости формасида бармоқ шиш ҳисобига бирмунча катталашган, унда ҳаракатлар чекланган, рўй-рост лўқилловчи оғриқ бўлади, оғриқ сабабли беморлар кечалари ухлай олмайди. Температуранинг кўтарилиши, лейкоцитоз қайд қилинади.

Панарицийнинг суяк формасида касалликнинг илк босқичида клиник манзара тери ости формасидаги каби бўлади. Кейинчалик шикастланган бармоқ колбасимон шаклга киради. Рентгенологик текширувда суяк деструкцияси аниқланади.

Бўғим формасида бўғим дуксимон шаклга киради, тери гиперемияси пайдо бўлади. Бойлам аппарати шикастланганда патологик ҳаракатчанлик вужудга келади.

Пай формасида бармоқ шишган, ярим букилган, пай йўли бўйлаб рўй-рост оғриқ қайд қилинади (тугмачасимон зонд билан текширилади). Бармоқни ёзишга уринилганда оғриқ кучаяди.

Паронихияда тирноқ милки шишган, гиперемияланган, оғрийдиган бўлади. Кечиккан босқичида бармоқ милкени босилганда унинг остидан йиринг чиқади.

Тирноқ ости панарицийида тирноқ фалангаси соҳасида қаттиқ оғриқ бўлади, тирноқ тагида йирингли суюқлиқ кўринади.

Пандактилитда бутун бармоқ йирингли яллиғланади, йирингли оқмалар пайдо бўлади, бармоқ шакли ўзгаради, у катталашади, шишади, териси қалинлашади ва зичлашади, бармоқда ҳаракатлар бўлмайди.

**Д а в о с и.** Тери формасида ҳалок бўлган эпидермис соҳаси кесилади. Баъзан бунда тери ости клетчаткасига очилган оқма йўл топилади («запонка» шаклидаги панариций). Бундай ҳолларда давои тери ости панарицийидаги каби олиб борилади. Эпидермис олиб ташлангандан сўнг мазь боғлам қўйилади.

Панарицийнинг тери ости формасида Лукашевич усулида анестезия қилинади, терини яллиғланиш ўчоғи орқали узунасига кесилади, некротик тўқималар олиб ташланади, резина лентадан чиқаргич ва гипертоник эритмали пахта қўйилади. Баъзан некротик тўқималар чиқарилгандан сўнг ёпиқ чок солинади.

Панарицийнинг суяк, бўғим ва пай формаларида Лукашевич усулида анестезия қилингандан сўнг бармоқнинг ён юзалари бўйлаб иккита кесма — Кляпп кесмалари қилинади (163-расм). Некротик тўқималар олиб ташлангандан сўнг бу кесмалар бириктирилади ва кейин йирингли яралардаги каби даволанади.

Процесс тирноқ фалангасида жойлашганда кесмани клюшка шаклида (юмалоқ шаклда) қилинади. Тўқималарни «балиқ оғзи» шаклида тўлиқ кесилмайди, чунки бунда бармоқ шакли ўзгариб, кейинчалик функцияси бузилади.

Паронихияда дастлабки кунлари калий перманганатли ванначалар, спиртли компресслар, йод суртиш татбиқ қилинади. Бу яхши натижа бермаганда тирноқ милкени тирноқ пластинкаси бўйлаб бошидан-охиргача юза қилиб кесилади ва дренаж қилинади.

Даво кор қилмайдиган пандактилитда баъзан бармоқни кесиб ташланади.

Периферик нервларнинг зарарланиши учун ҳаракат, сезувчанлик ва трофиканнинг бузилиши характерлидир. Сезувчанликнинг ошиши ва бузилишининг оғир турларидан бири каузалъгия ёки фонтом оғриқлардир (оёқ-қўл ампутациясидан кейинги).

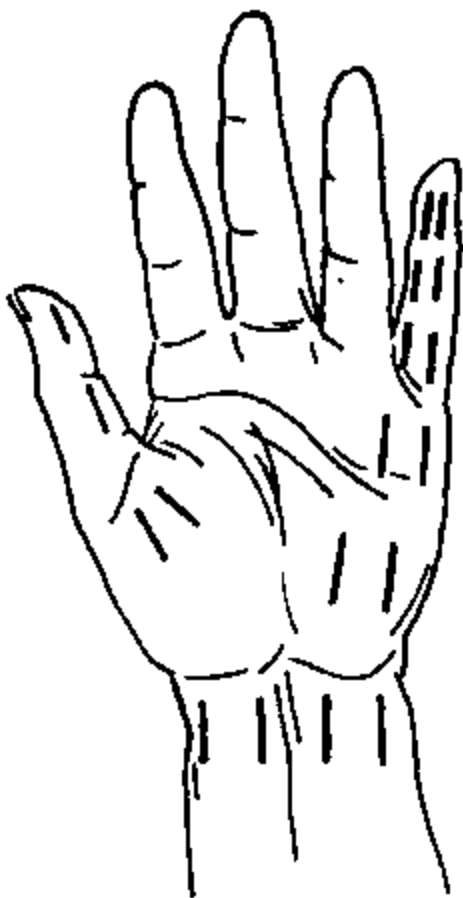
Ҳаракат ва сезувчанликнинг бузилиши одатда трофик бузилишлар билан параллел равишда боради.

Клиник манзараси тегишли нерв патологиясининг жойлашган соҳасига ва характерига боғлиқ.

Даво касаллик характерига ёки тегишли нервнинг шикастланишига асосан тузилади. Одатда аввалига консерватив тадбирлар: физиотерапевтик процедуралар (УВЧ, парафин аппликациялари, диатермия, электрофорез ва ҳоказо), бромидлар, уйқу дорилари, дибазол, прозерин ва шу кабилар татбиқ этилади. Консерватив даво ёрдам бермаганда операция қилинади; чунончи, невролиз — нервни чандиқли тўқимадан озод қилиш, у тўлиқ қирқилганда нервни тикиш, симпатэктомия — каузалъгияда тегишли симпатик тугун олиб ташланади, фонтом оғриқларда қирқилади ёки алкоголизация қилинади.

### СУЯК ЧИҚИШИ

Елка суягининг чиқиши. Бошқа суякларнинг чиқишига қараганда кўп учрайди. Сабаби елка бўғимининг анатомик тузилишига боғлиқ. Бу бўғим шарсимон бўғимлар жумласига киради, бу — ҳаракатлар кўламнининг кенг бўлиши учун шаройтлар яратади. Бўғим капсуласи кучсиз. Бойламлар миқдори чекланган. Бошчасининг тоғай юзаси куракнинг бўғим чуқурчаси билан ки-



163-расм. Пай панарици-  
янда кесмаларнинг схемаси.





164-р а с м. Елка чиққанда юз берган деформация.



165-р а с м. Елка чиққанда Гиппократ — Купер усулида жойига солиш.

чик масофада туташади. Узатилган қўл билан йиқилиш кўпинча елка суяги чиқишига сабаб бўлади.

Суяк бошчасининг силжиш характерига кўра елка суяги бошчаси чиқишининг қуйидаги турлари фарқ қилинади: олдинга (тумшуксимон ўсиқ остига ва ўмров остига), пастга ва орқага чиқиш.

Чиқиш ҳамавақт бўғим халтаси ва бойлам аппаратининг узлиши билан ўтади.

Клиник манзараси ғоят характерли. Бемор елка бўғимидаги росмана оғриқдан нолийди. Елка бўғимида актив ҳаракатлар мутлақо бўлмайди, пассив ҳаракатлар — кескин чекланган. Қўл танадан узоқлашган ҳолатда туради. Бемор қўлини танага яқинлаштириш пружинасимон қаршиликка сабаб бўлади. Елка бўғими соҳаси ясси тортади, акромиял ўсиқ туртиб чиқиб туради. Олдинга чиқишда елка калта тортади. Суяк бошчаси тумшуксимон ўсиқ ёки ўмров остига пальпация қилинади (164-расм). Орқага чиқишда суяк бошчаси куракнинг олд томонида пайпасланади, қўл калта тортади. Пастга чиқишда бошчаси қўлтиқда пальпация қилинади, қўл нисбатан узунлашади.

Давоси. Суякни жойига солишнинг бир неча усуллари бор. Суякни жойига солишдан олдин албатта оғриқсизлантириш



166-расм. Елка чиққанда Жанелидзе усулида жойига солш. Изоҳи текстда.

ўтказилади. Бўгим бўшлиғига 10—20 мл 2% ли новокаин эритмаси юборилади (игнани тумшуқсимон ўсиқ остига йўналтирилади). Маҳаллий оғриқсизлантириш кифоя қилмаганда миорелаксантлар билан умумий оғриқсизлантириш қўлланилади.

**Гипократ — Купер усули.** Беморни полга ётқизилади. Хирург ўз товонини беморнинг суяги чиққан томонидаги қўлтиғига киритади. Иккала қўли билан беморнинг қўл панжасидан ушлайди. Қўлни бир текис, бироқ кучли равишда тракция қилади. Айни вақтда хирург елка суягининг бошчасига товонини тираб туриб, уни ўз жойига солади (165-расм).

**Жанелидзе усули.** Беморни столга чиққан қўли томони билан ёнбошига ётқизилади. Қўли столнинг бош томони чеккасидан осилиб туриши керак. Бунда кураги стол чеккасига зич тегиб туради. Бемор бошини баландлиги стол билан баравар тумбочкага қўйилади ёки уни ёрдамчи ушлаб туради (166-расм, а). Бемор юқори елка камари мускулларини толиқиши ва бўшашиши учун 10—15 минутгача шундай вазиятда ётиши керак. Сўнгра хирург иккала қўли билан беморнинг билагидан ушлаб, қўлни тирсак бўғимида  $90^\circ$  бурчак остида букади, шундан сўнг елкани пастга ва ташқарига, кейин эса ичкарига бир текис ҳамда кучли равишда буралади (166-расм, б).

Қоҳер усули 4 босқичга бўлинади.

1. Беморни стулга ўтқазилади (чалқанча ётқизиш ҳам мумкин). Хирург беморнинг  $90^\circ$  бурчак остида тирсак бўғимида букилган биллак-кафт бўғими устидан иккала қўли билан ушлайди ва бемор елкасини пастга тортиб, аynи вақтда танасига яқинлаштиради (167-рasm, а).

2. Елкани ташқарига ротация қилинади — елканнинг биллак-кафт юзасини гавданинг фронтал юзасигача бурилади (167-рasm, б). Бу босқичда суяк бошчаси кўпинча жойига тушади. Суяк жойига тушмаса, кейинги босқичга ўтилади.

3. Тортишни ва ташқи торцияни бўшаштирмасдан бемор тирсагини кўкрак қафасининг олдинги юзаси бўйича ўрта чизиққа сурилади (167-рasm, в).

4. Чаққон ҳаракат билан биллакни соғлом елка устига ташланади, аynи вақтда тирсакни юқорига суриб турилади (167-рasm, г).

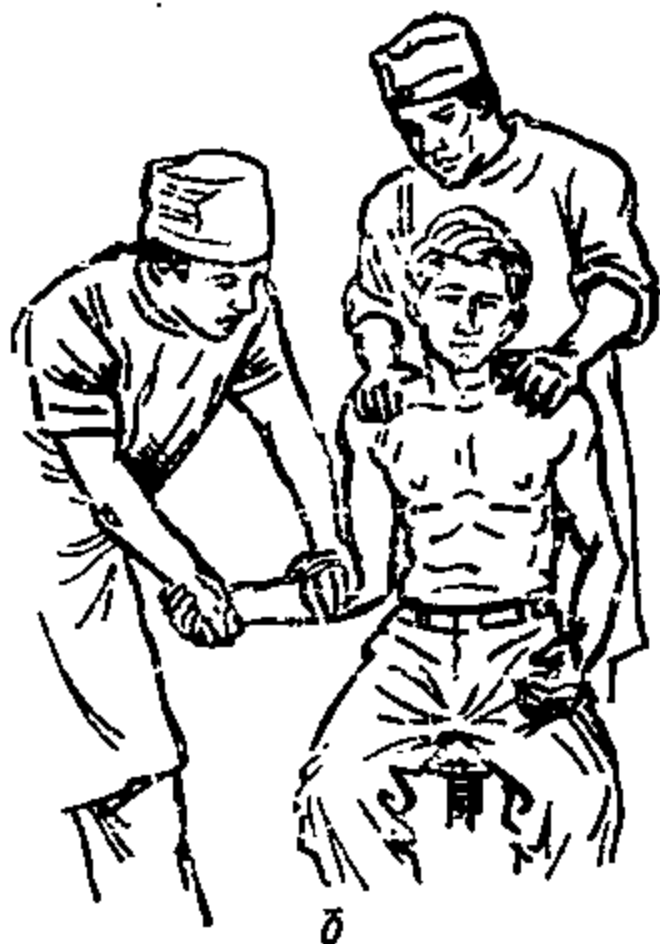
Чиққан суяк жойига солингандан сўнг елкани юмшоқ бинт ёки косинка билан понасимон пахта-дока ёстиққа 7—8 кунга фиксация қилинади. Сўнгра физиотерапевтик муолажалар, даво физкультураси, массаж тайинланади.

Суякларнинг тирсак бўғимидан чиқиши. Чиққан суяк сегментининг қайси йўналишда силжиганига қараб суяк чиқишининг қуйидаги турлари тафовут қилинади: биллак иккала суягининг орқага, олдинга, ташқарига ва ичкарига чиқиши, биллак суяги бошчасининг олдинга, ташқарига ёки орқага чиқиши, тирсак суяги бошчасининг орқага, ичкарига ёки олдинга чиқиши, болаларда биллак суяги бошчасининг пронацион чиқиши шулар жумласидандир.

Суяк чиқиши аксари узатилган қўл билан йиқилганда рўй беради. Суяк чиқиши вақтида бўғим капсуласи ва ён томондаги бойлам аппарати йиртилади.

Биллак иккала суягининг орқага чиқиши ёки унинг ташқарига ёки ичкарига бир вақтнинг ўзида чиқиши энг кўп (93%) учрайди. Олдинга ва фақат ён томонга чиқиши ғоят кам кўрилади. Биллак суяги ва тирсак суяги бошчасининг алоҳида чиқиши бундан ҳам кам учрайди.

Клиник манзараси. Қўл вазияти пассив, қўл тирсак бўғимида бир оз букилган бўлиб, бемор уни қўли билан ушлаб туради. Тирсак бўғими соҳасида деформация ва ҳажмининг катталашуви қайд қилинади. Суяк чиқишининг турига кўра деформация турли-туман бўлиши мумкин. Орқага чиқишда бўғимнинг олдинги-орқа размери катталашган, тирсак ўсиғи орқага ва юқорига чиқиб туради, ён томонга чиқиш билан бирга учраганда эса ён томонга ҳам чиқади. Биллак ўқи елка ўқиға нисбатан орқага сурилган. Олдинга чиқишда биллак ўқи олдинга сурилган. Тирсак бўғимида актив ҳаракатлар бўлмайди. Пассив букишда қўлнинг пружинасимон ҳаракатланиш симптоми аниқланади: бу-



167-р а с м. Елка чиққанда Кохер усулида жойига солиш.  
Изоҳи текstda.



168-р а с м. Билакнинг орқа томони чиққанида жойига солиш.

киш momentiда билакда пружинасимон қаршилик борлиги қайд қилинади.

Билак суяги бошчасининг пронацион чиқиши одатда болаларда кузатилади. Сабаби—бола қўлини бирданга ва тез (силтаб) тортишдир. Бунда суяк бошчаси ҳалқасимон бойламдан сирпаниб чиқади. Қўл тўппа-тўғри бўлиб қолади, тирсак бўғимида ҳаракатлар чекланган, локал оғриқ сезилади, баъзан билак суягининг бошчаси пальпация қилинади, билак пронация вазиятида туради.

Тирсак суягининг бошчаси чиққанда клиник манзара рўй-рост намоён бўлади. Чиқиш зонасида локал оғриқ ва гематома кузатилади, тирсак суягининг бошчаси росмана пальпация қилинади.

**Д а в о с и.** Бўғим бўшлиғига 5—10 мл 2% ли новокаин эритмаси юборилади. Суякни бемор ўтирган ёки ётган ҳолатида жойига солиш мумкин. Суякнинг орқага чиқишида хирург елканнинг пастки бўлимини шундай ушлайдики, бош ва кўрсаткич бармоқлари беморнинг тирсак ўсиғи тепасида, қолганлари эса елкасининг олдинги юзасида туриши керак. Ёрдамчи, бемор билагини узунасига тракция қилиб, айна вақтда тирсак бўғимида бир текис букади. Бу вақтда хирург бош бармоқлари билан тирсак ўсиғини босади. Суяк ён томонлама чиққанда тирсак ўсиғини бу сурилишни ҳисобга олган ҳолда босиш керак (168-расм).

Олдинга чиқишда беморни столга ётқизилади. Ёрдамчи елкани столга фиксация қилади, хирург эса билакни аста-секин тирсак бўғимида букади. Бу вақтда иккинчи ёрдамчи билакнинг проксимал учини мата петля билан тортиб туради. Билак етарли даражада букилгандан сўнг хирург уни ёзишга киришади.

Чиққан суяк жойига солингандан кейин 7—10-кунни орқа томонига гипс лонгета қўйилади. Сўнгра даво физкультура-си, иссиқ муолажалар буюрилади. Оссификацияловчи мю-зит хавфи борлигидан бўғим-лар соҳасини массаж қилишга рухсат этилмайди.

**Бармоқларнинг чиқиши.** Кў-пинча бош бармоқнинг кафт-фаланга бўғимида чиқиши ку-затилади. Сабаби — бармоққа бевосита зарб тушишидир. Бармоқ аксарият орқа томон-га чиқади.

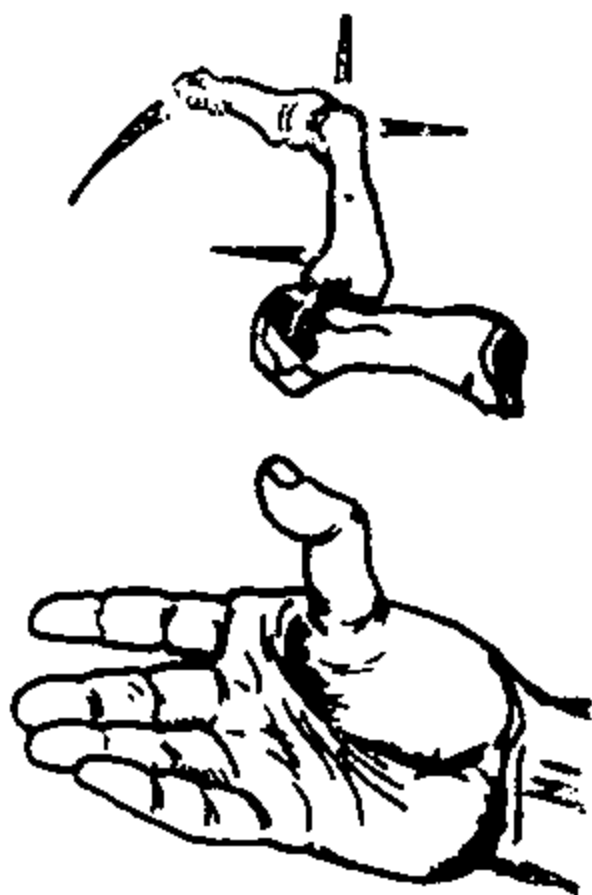
Симптоматологияси типик — кафт-фаланга бўғими соҳасида найзасимон деформация бўла-ди, бармоқ радиал томонга сурилган, охирги фаланга бу-килган. Пальпацияда кафт то-мондан кафт суягининг бошча-си, орқа томондан — биринчи фаланганинг бўғим учи чиқиб турганлиги аниқланади. Бармоқда ҳаракатлар бўлмайди (169-расм).

Анестезияни Лукашевич усулида ўтказилади. Бир қўл билан билакни билак-кафт усти бўғими соҳасида фиксация қилинади, бунда бош бармоқ билан чиққан фаланга асосини босиб тури-лади. Иккинчи қўл билан бармоқни тракция қилиб, уни тўғри-ланади. Фаланга асосининг дистал йўналишда силжигани сезил-гандан сўнг тирноқ фалангасини ёзилади ва бармоқни букилади. Бармоқ жойига солингандан кейин уни шина ёки гипс боғлам билан 7 кунга фиксация қилинади. Кейинчалик даво физкульту-раси буюрилади.

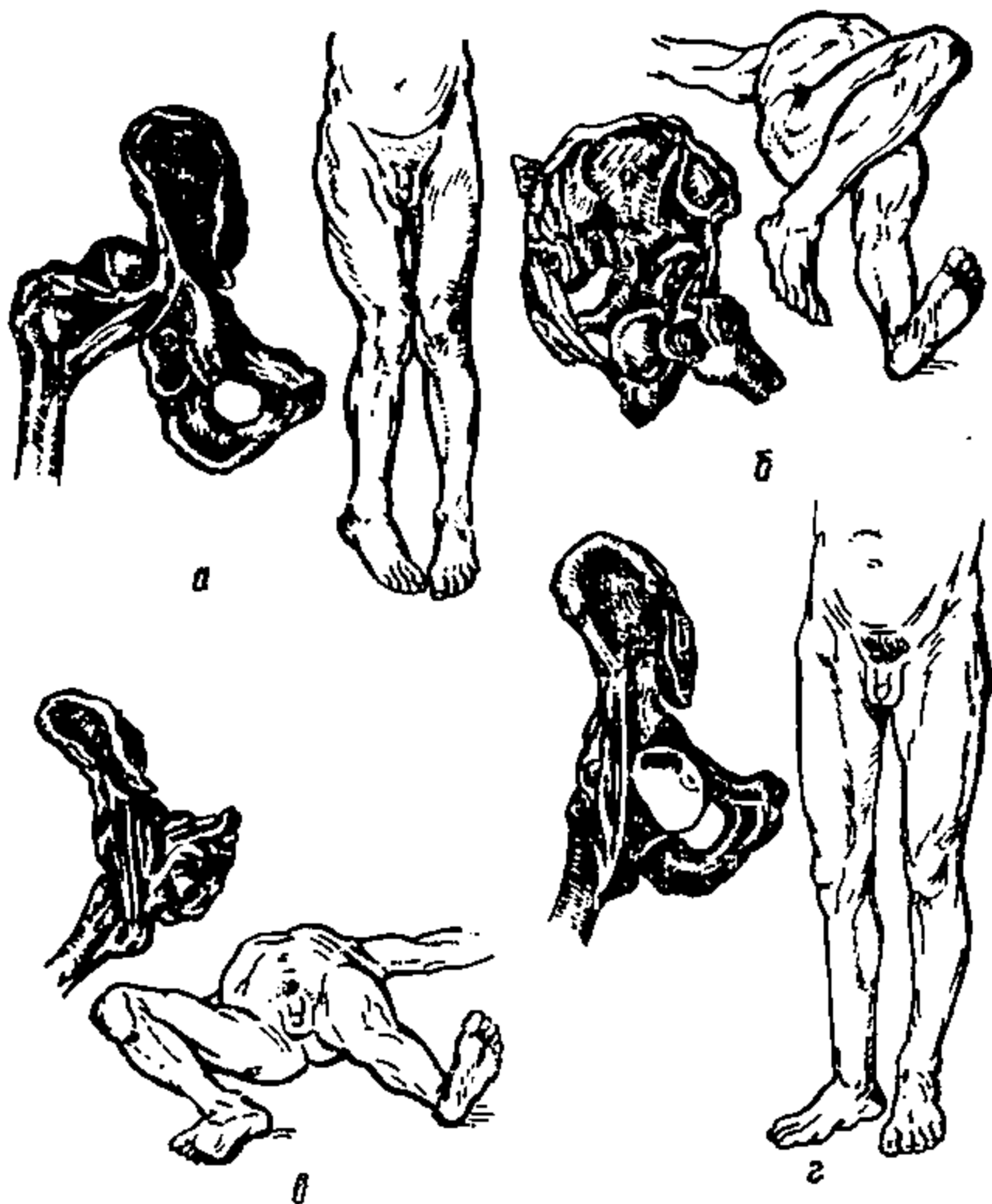
**Чаноқ-сон бўғимининг чиқиши.** Чаноқ-сон бўғимида суяк чи-қиши асосан оёқ билан йиқилишдан ва бу соҳанинг бевосита шикастланишидан бўлади.

Сон суяги бошчасининг қандай йўналишда силжишига кўра сон суяги чиқишининг қуйидаги турлари фарқ қилинади: 1) ён-бошдан чиқиши (орқага-юқорига чиқиши; 170-расм, а); 2) қуй-мичдан чиқиши (орқага-пастга чиқиши; 170-расм, б); 3) қов ус-тидан чиқиши (олдинга-юқорига чиқиши; 170-расм, в); 4) берки-тувчи тешикдан чиқиши (олдинга-пастга чиқиши; 170-расм, г). Сон суягининг ёнбошдан чиқиши энг кўп (80—85%) учрайди.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Шикастланган бўғим соҳасидаги деформация ва оёқнинг суяк чиқишининг ҳар бир тури учун ти-



169-расм. Бош бармоқнинг ортқа чиқиши.



170-р а с м. Сон суяги чиқишининг ҳар хил турлари. Изоҳи текстда.

пик бўлган вазияти сон суяги травматик чиқишининг асосий симптомларидир.

Сон суяги чиқишининг орқа группаси (ёнбошдан ва қўймичдан чиқиши) учун соннинг букилиши, танага яқинлашиши ва ичкарига буралиши (ички ротация) характерлидир. Суяк бошчаси печоғли паст жойлашган (қўймичдан чиқиши) бўлса, соннинг букилганлиги шу қадар очиқ-равшан билинади.

Олдинга чиқиши учун (беркитувчи тешикдан ва қов устидан чиқиши) оёқнинг букилиши, танадан узоқлашиши ва ташқи ротация характерлидир, қов устидан чиқишида бу компонентлар

ўрта даражада билинади, беркитувчи тешикдан чиқишида эса — бирмунча кескин ифодаланади.

Нормада катта кўст Розер — Целатон чизиғи сатҳида (ёнбош суягининг олдинги-устки ўсиғи билан қўймич дўмбоғи учини туташиб турадиган шартли чизиқ) жойлашади. Орқага чиқишида катта кўст бу чизиқдан юқорида туради. Сон суяғи чиқишининг ҳамма турларида беморларнинг чаноқ-сон бўғимида актив ҳаракатлар бўлмайди. Бўғимни рентгенография қилиш клиник текширув маълумотларини тўлдиреди.

**Д а в о с и.** Суякни жойига солишни миорелаксантлар билан умумий оғриқсизлантиришдан ёки орқа мия анестезиясидан фойдаланиб бажарилади.

**К о л л е н — Ж а н е л и д з е** усули. Беморни чаноғи столда, шикастланган томонидаги оёғи эса пастга бемалол осилиб турадиган қилиб юз тубан ётқизилади (171-рasm, а). 5—10 минут ўтгач оёқ ўз оғирлиғи таъсирида чаноқ-сон бўғимида деярли тўғри бурчак остида туради. Оёқни тизза бўғимида 90° бурчак остида буклади. Хирург қўли билан болдир-панжа бўғимидан ушлаб, шикастланган кишининг тақимини ўз тиззаси билан босади. Сонини пастга тизза билан тракция қилиб, у айни вақтда сонни ташқарига ротация қилади (171-рasm, б). Суякнинг ёнбошдан, қўймичдан ва беркитувчи тешикдан чиқишини шу усулда жойига солинади.

**К о х е р** усули. Беморни чалқанча ётқизилади, ёрдамчи бемор чаноғини фиксация қилади, хирург эса болдирни иккала қўли билан ушлаб, аввалига аста-секин букади ва сонни яқинлаштиради. Бунда максимал даражада ташқи ротация қилинади, шундан кейин сонни тезда ёзилади, айни вақтда уни четлантирилади ва ичкарига ротация қилинади. Қов устидан чиқишини ана шу усулда жойига солинади.

Суяк чиқишини бирор усулда жойига солингандан кейин беморни каравотга ётқизилади, оёғини Белер шинасига жойланади ва 5—6 кунга тери устидан тортиб қўйилади. Кейинчалик даво гимнастикаси, массаж ўтказилади. 2 ҳафта ўтгач бемор қўлтиқ-таёқда юриши мумкин. 3 ҳафтадан кейин юришга рухсат этилади.

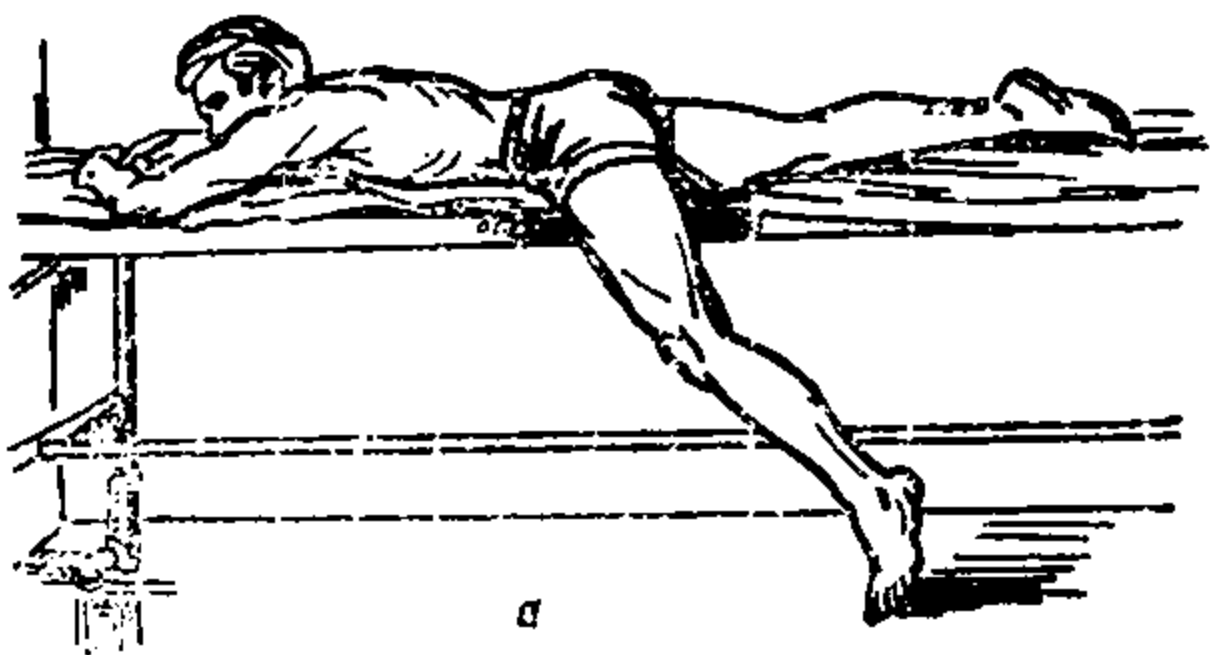
**Болдирнинг чиқиши.** Камдан-кам учрайди. Болдир чиққанда олдинга, орқага, ичкарига ва ташқарига силжиши мумкин.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Тизза бўғими соҳасида кескин деформация. Сон ва катта болдир суякларининг қарама-қарши томонларга силжиган бўғим учларини пайпаслаш мумкин. Болдир ўқи силжишининг локализациясига кўра сон ўқидан олдин-актив ҳаракатлар бўлмайди.

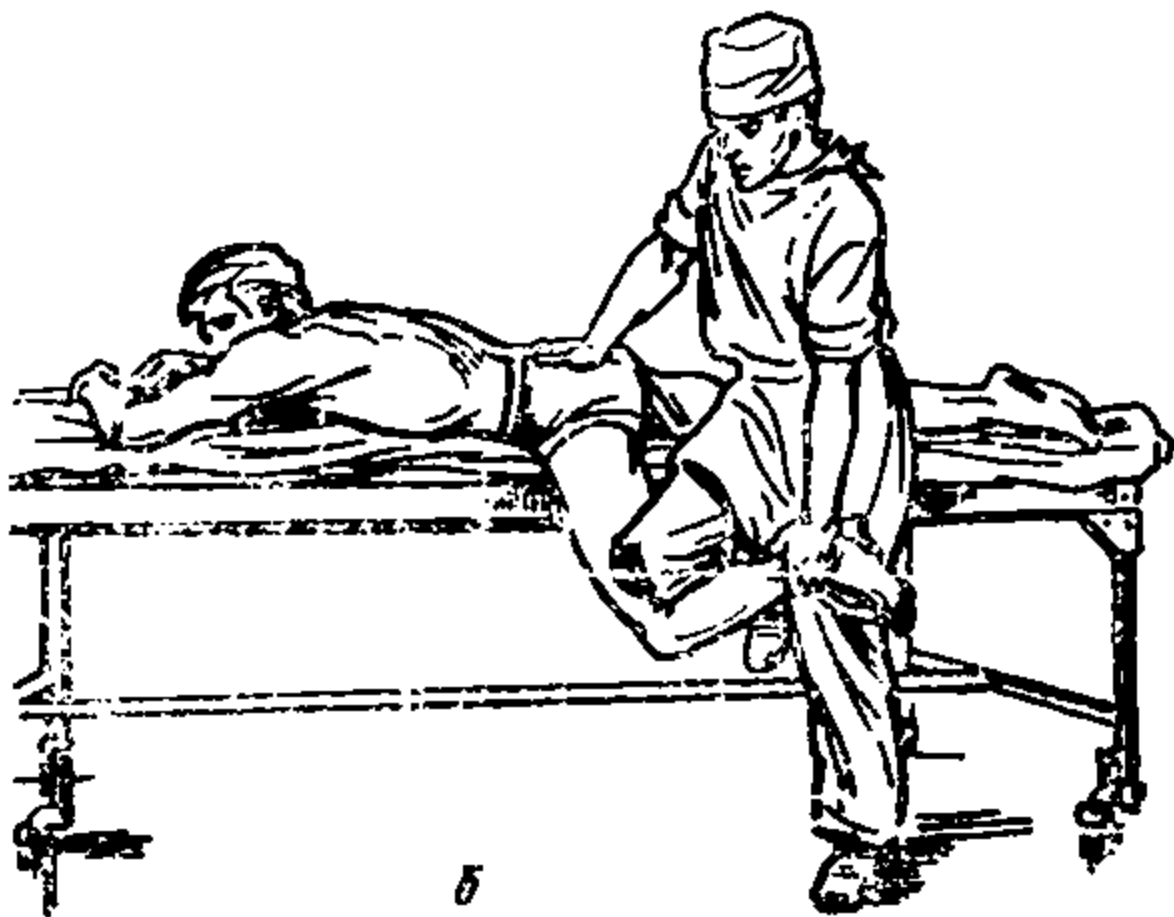
ўқи бўйича тракция қилинади ва уни босилади. Болдир жойига

**Д а в о с и.** Суякни умумий оғриқсизлантириш остида жойига солингандан сўнг орқа томонига гипс лонгета қўйиб, уни гипсда, орқада, ичкарида ва ташқарида туради. Тизза бўғимида солинади. Суяк чиқишига қарама-қарши йўналишда болдирни





а



б

171-р а с м. Сон суяги чиққанида Коллен — Жанелидзе усулида жойинга солиш. Изоҳи текстда.

бинт боғламлар билан гир айлантириб маҳкамланади. Фиксация муддати 1 1/2 ой. Кейинчалик функционал ва физиотерапевтик муолажалар татбиқ қилинади.

### ҚУЛ ШИКАСТЛАРИ

Елка бўғимининг лат ейиш. Бунга кўпинча бевосита травма сабаб бўлади.

**Клиник манзараси.** Беморлар бўғим соҳасидаги оғриқдан, актив ҳаракатларнинг чекланишидан нолишади; пассив ҳаракатлар тўлиқ ҳажмда сақланиб қолади. Кўздан кечирилганда юмшоқ тўқималарнинг шишганлиги, гематома асарлари, пальпацияда — бўғим соҳасида тарқалган оғриқ қайд қилинади. Рентгенологик текширувда суякда ўзгаришлар топилмайди. Бўғим ичидаги гематомада (гемартроз) бўғим ёриғи кенгайган бўлади.

**Давоси.** 2—3 кунга Дезо боғлами қўйилади. Биринчи суткаларда бўғим соҳасига муз солинган халтача қўйилади, кейинчалик физиотерапевтик муолажалар (соллюкс, диатермия), даво физкультураси олиб борилади. Гемартроз бўлганда бўғимни пункция қилиш, қонни тортиб олиш ва бўғим бўшлиғига 10—12 мл 2% ли новокаин эритмаси юбориш тавсия этилади. Бўғимга яна қон ёнгилганда такрор пункция қилинади.

**Елка бўғими бойлам аппаратининг чўзилиши ва узилиши.** Кўпинча танадан узоқлаштирилган ва ёзилган қўл устига йиқилганда кузатилади.

**Клиник манзараси** шикастланиш даражасига боғлиқ. Бойламлар чўзилганда бойламлар проекцияси зонасида (одатда елка бўғимининг олдинги юзаси) локал оғриқ, актив ҳаракатларнинг чекланиши қайд қилинади. Бойламлар узилганда (одатда улар суякка ёпишган жойдан узилади) анчагина гематома, рўй-рост оғриқ, актив ҳаракатларнинг чекланиши кузатилади. Рентгенологик текширувда суякда ўзгаришлар топилмайди.

**Давоси.** Шикастланган зонага новокаин юборилади. Дезо боғлами билан қўл иммобилизация қилинади. Катта шикастланишларда қўлни тамадан узоқлаштирадиган шинага қўйилади. 3—4 кун ўтгач физиотерапевтик муолажалар (соллюкс, диатермия), дозаланган даво гимнастикаси буюрилади.

**Елка суягининг синиши.** Бевосита травмада, шунингдек ёзилган қўлга йиқилганда кузатилади.

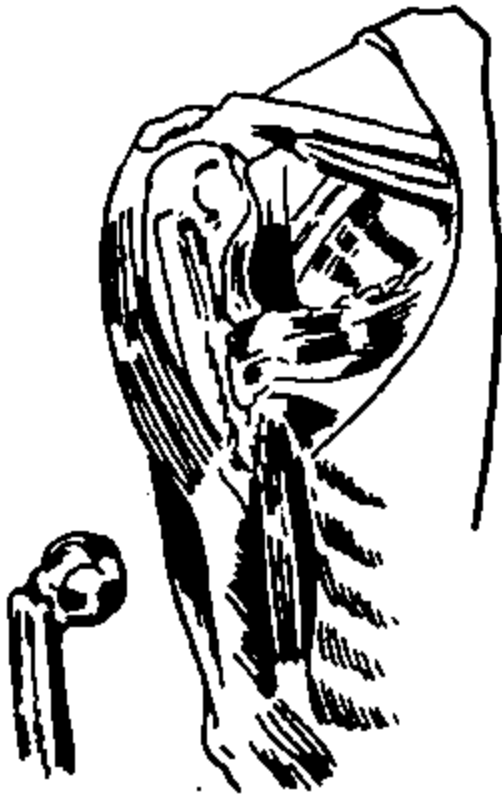
**Синиш сатҳига кўра бўғим ичида синиши** (елка суяги бошчасининг синиши ва анатомик бўйнининг синиши), бўғимдан ташқарида синиши (дўмбоқчаси орқали синиши ва болалардаги эпифизиолиз); хирургик бўйнининг синиши, елка суяги диафизининг синиши, елканинг учдан бир пастки қисмида эса — дўнг устининг ва дўнг орқали синиши, дўнглариининг синиши (ташқи ва ички), дўнг устидаги кўтарилган жойларнинг (ташқи ва ички) узилиши, елка суяги дистал учининг Т-симон ва V-симон синишлари фарқ қилинади.

**Синишлар** характерига кўра кўндаланг, қийшиқ, парчасимон ва қоқилган турларга бўлинади.

**Силжишнинг айрим турларидан суяк синиқларининг энига,** ўқи бўйича, камроқ ҳолларда узунасига силжиши кузатилади.

**Клиник манзараси** синишнинг локализациясига ва суяк синиқларининг силжиш турига боғлиқ. Бўғим ичида синишда суяк бошчаси бўғимда эркин ётади. Дистал (периферик) синиқ узун мускулларнинг тортиши ҳисобига юқорига тортилган, калта бир бўғимли мускуллар таъсирида танага яқинлашган ва ташқарига бурилган. Катта дўмбоқ узилганда у орқага ва ташқарига тортилади, елканинг ўзи эса олдинга ва ичкарига сурилади. Кичик дўмбоқ узилганда силжиш тескари йўналишда содир бўлади.

**Елка суягининг учдан бир юқори қисми бўғимдан ташқарида** синганда аддукцион ва абдукцион синиш фарқ қилинади. Абдукцион синишда марказий синиқ танадан узоқлашган ва ташқи ротация ҳолатини олади, периферик синиқ эса ичкарига, проксимал (марказий) йўналишда, олдинга силжийди ва ичкарига



172-р а с м. Аддукцион с-  
ниш схемаси.



173-р а с м. Абдукцион с-  
ниш схемаси.

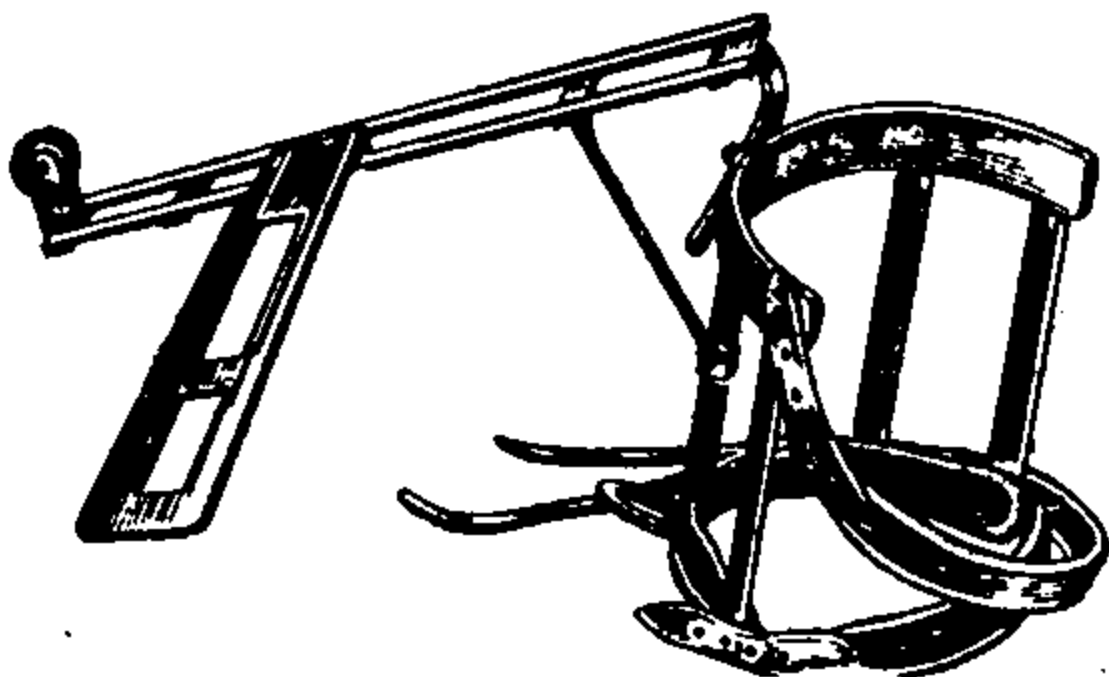
ротация қилинади. Иккала синиқ орқага ва ичкарига очилган бурчак ҳосил қилади (172-расм). Абдукцион синишда марказий синиқ танага яқинлашган ва ичкарига бурилган, периферик синиқ эса танадан узоқлашган ҳолатда бўлади (173-расм).

Тирсак билан йиқилганда қоқилган синиш кузатилиши мумкин, бунда периферик суяк синиғи марказий синиқ ичига киради.

Диафизар синишларда суяк синиқларининг силжишида қандай бўлмасин қонуният қайд қилинмайди. Силжиш синиш чизиғига, суяк синиқларига ва синишни келтириб чиқарган куч таъсирига боғлиқ.

Шикастланиш механизмига кўра дўнг усти синишлари экстензион ва флекссион синишларга бўлинади. Экстензион синиш қўлнинг тирсак бўғимида ёзилган кафти билан йиқилганда кузатилади. Бунда синиш юзаси олдиндан ва пастдан орқага ҳамда юқорига боради. Периферик суяк синиғи бунда орқага силжийди. Флекссион синиш максимал букилган тирсак бўғими билан йиқилганда содир бўлади, синиш юзаси олдиндан ва юқоридан орқага ҳамда пастга боради. Дистал синиқ олдинга силжийди.

Клиник симптомларига келганда шуни айтиш керакки, суяк синиқлари силжийдиган синишда синишнинг абсолют белгилари: қўлнинг деформацияси, суяк синиқларининг крепитацияси, қўлнинг патологик ҳаракатчанлиги ва калталаниб қолиши кузатилади. Суяк синиқлари силжймайдиган синишларда (қоқилган ва урилган) бу аломатлар бўлмаслиги мумкин. Синишлардаги нисбий аломатлар эса (қўл функциясининг бузилиши, локал оғриқ,



174-р а с м. ЦИТО нинг гавдадан узоқлаштирадиган шинаси.

гематома ва шикастланган зонада оғриқ) озми-кўпми даражада ҳамиша бўлади.

Бўғим ичидаги синишларда албатта гемартроз қайд қилинади.

Д а в о с и. Суяк синиқлари унчалик кўп силжимайдиган бўғим ичидаги синиш, қоқилган ва урилган синиш ҳолларида беморларни қўлни понасимон ёстиқда фиксация қилиш усули билан даволанади. Функционал терапияни имкон борича эрта бошлаш керак. Бемор биринчи кундан бошлаб қўл бармоқларини ва билак-кафт усти бўғимини, бир неча кундан кейин эса тирсак ва елка бўғимларини актив ҳаракатлантира бошлаши керак. 2 ҳафта ўтгач, понасимон ёстиқ олиб ташланади ва бемор катта кўламда актив ҳаракатлар бажаришга киришади.

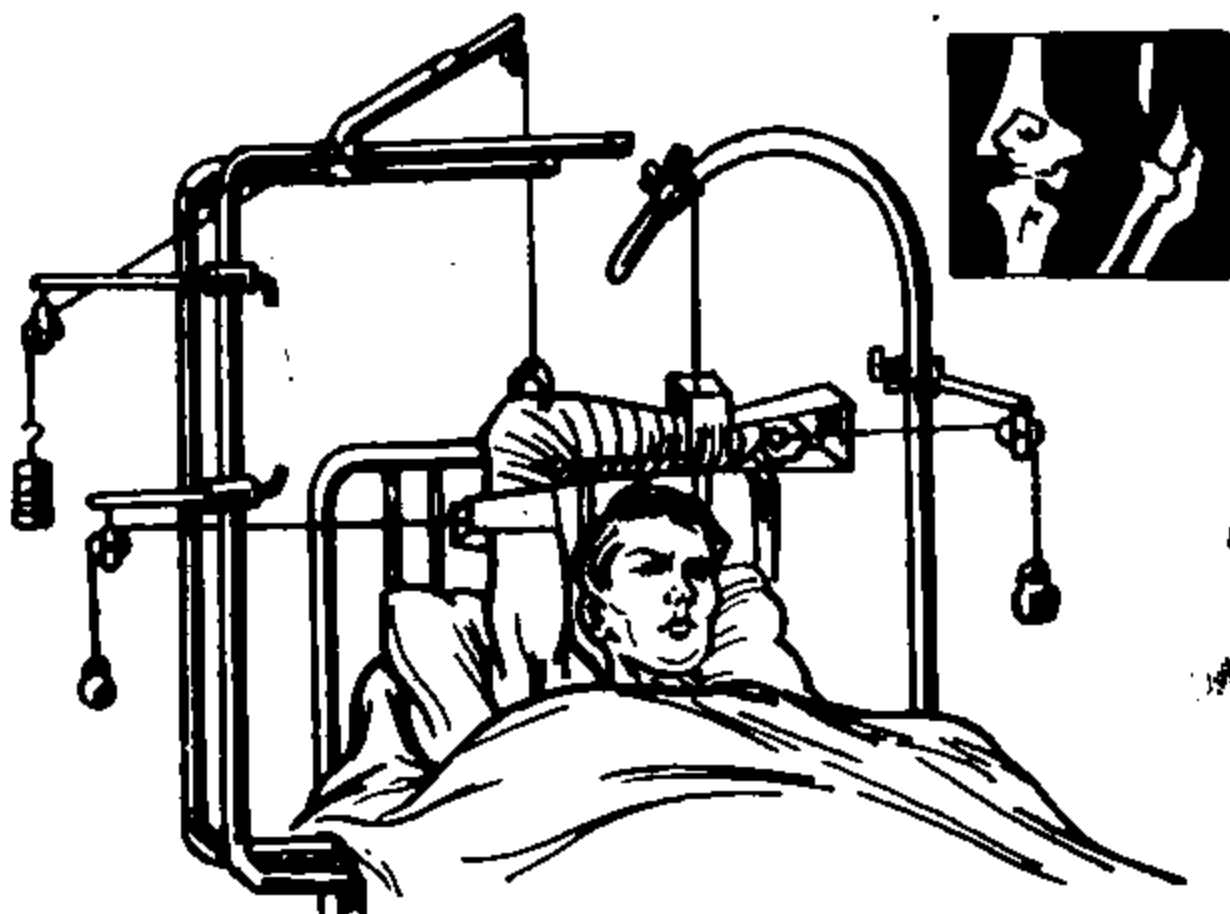
Аддукцион ва абдукцион синишларда маҳаллий оғриқсизлантиришдан фойдаланиб, суяк синиқлари жой-жойига солинади, сўнгра қўлни узоқлаштирувчи ЦИТО шинасида фиксация қилинади (174-расм).

Бир вақтнинг ўзида суяк синиқларини жой-жойига солишнинг иложи бўлмаган ҳолларда, шунингдек диафизар синишларда суяк синиқларини жой-жойига солиш учун тери устидан ёки скелетдан тортиб қўйиш татбиқ этилади.

Катта ёшдаги кишиларда хирургик бўйин синганда қўлни фиксация қилиб қўйиш муддати 4—5 ҳафта, болаларда 2—2 1/2 ҳафта, елка диафизи синганда эса тегишлича 6—7 ҳафта, 3—3 1/2 ҳафта.

Консерватив даво муваффақиятсиз чиққанда остеосинтез операциясини қилиш зарур.

Суяк синиқлари силжимасдан туриб, дўнг усти синишларини орқа томонига гипс лонгета қўйиш йўли билан даволанади. Суяк синиқлари силжиган синишларда аввал суяк синиқларини жой-



175-р а с м. Елканинг экстензион синишда тирсак ўсиғи скелетдан тортиб қўйиш.

жойига солинади. Экстензион синишда билакни тракция қилиб, айни вақтда тирсак бўғимида  $90^\circ$  бурчак остида букилади ва шу вақтнинг ўзида марказий суяк синиғини орқага силжитилади. Суяк синиқларини тирсак бўғимида жой-жойига солингандан кейин қўлни  $60-70^\circ$  бурчак остида букилади ва шу ҳолатда орқага чуқур гипсли боғлам (лонгета) қўйилади. Флексион синишда тирсак бўғимининг тўлиқ ёзилган ҳолатида билак-кафтдан тортиб қўйиш қўлланилади, айни вақтда марказий синиқ олдинга тортилади. Ёзилган қўл орқасига чуқур гипсли лонгета қўйилади. Фиксациянинг ўртача муддати 4—5 ҳафта. Кейинчалик даво физкультураси ва массаж қўлланилади.

Суяк синиқларини бир вақтнинг ўзида жой-жойига солишнинг иложи бўлмаганда тирсак ўсиғидан ён томонлама таянчлар билан скелетдан тортиб қўйиш татбиқ этилади (175-расм). Скелетдан тортиб қўйиш муваффақиятсиз чиққанда операцион даво — остеосинтез қилинади.

Суяк дўнгчалари синганда ва дўнгча усти узилганда уларни репонация қилинади. Сўнгра елка соҳасига V-симон гипсли лонгета қўйилади. Бу муваффақиятсиз чиққанда металлдан ясалган михлар билан операцион фиксация қилинади.

318  
2C  
Билак суякларининг синиши. Локализациясига кўра синишларнинг қуйидаги турлари фарқ қилинади: тирсак ўсиғининг синиши, тож ўсиғининг синиши, билак суягининг бошчаси ёки бўйинининг синиши, билак суякларининг диафизар синиши, билак

суягининг типик жойидан сииши. Сиишлар бевосита, шунингдеб билвосита шикастланишда юз бериши мумкин.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Тирсак ўсиғи синганда оғриқ, қон қуйилиши, шиш пайдо бўлиши қайд қилинади. Сииқлар орасини пальпация қилинганда диастаз аниқланади, билакни ёзиш чекланган. Диагнозни аниқлаш учун иккита проекцияда рентгенограмма қилинади.

Тож ўсиғи тирсак букими соҳасида синганда (узилганда) шиш, баъзан қон қуйилиши қайд қилинади, тирсак бўғимида максимал букилиш чекланган.

Билак суягининг бошчаси ва бўйни синганда локал оғриқ, шиш ва тегишли проекцияда гематома, тирсак бўғимида ҳаракатларнинг, айниқса ротацион ҳаракатларнинг чекланганлиги кузатилади. Иккита проекцияда рентгенограмма қилиш талаб этилади.

Билакнинг иккала суяги диафизар синганда патологик ҳаракатчанлик, билак деформацияси ва сиишнинг ҳамма нисбий симптомлари аниқланади. Диагностикаси қийин эмас. Тирсак ёки билак суяги яқка синганда сақланиб қолган бутун суяк таянч функцияни бажаради, шу муносабат билан қўлнинг деформацияси ва функциясининг бузилиши унчалик билинмайди. Сииш зонасида ротацияда (билак ўқи бўйича айланма ҳаракат) локал оғриқ бўлиши катта диагностик аҳамиятга эга.

Баъзан турли хил локализацияда сииш ва чиқишнинг бирга учраши кузатилади. Улар орасида қуйидагилар энг кўп учрайди: 1) тирсак суяги бошчасининг чиқиши билан ўтадиган билак суягининг сииши (Галеация сииши); 2) тирсак суягининг сииши ва билак суяги бошчасининг сииши (Монтеджи сииши). Сиишнинг бу турларида клиник манзара тегишли локализациядаги суяк сииши ва чиқиши симптомларининг бирга учрашидан ташкил топади.

Билак суягининг типик жойидан сииши (билак суягининг дистал учи) икки турга бўлинади: экстензион — дистал сииқ орқага ва радиал силжийди, флекссион — дистал сииқ кафт томонга силжийди. Сииқлари кўп силжимаган сиишларда локал оғриқ ва шиш аниқланади. Кўп силжиганда сиишнинг турига кўра орқага ёки кафт томонга йўналган ўзига хос найзасимон деформация аниқланади.

**Д а в о с и.** Суяк сииқлари силжимаган тирсак ўсиғи сиишида унинг максимал ёзилган ҳолатида орқасига 2—3 ҳафтага гипсли лонгета қўйилади. Кейинчалик даво физкультураси буюрилади. Суяк сииқларини жой-жойига солишнинг иложи бўлмаганда хирургик даволашга — суяк сииғини тирсак суягига тикишга киришилади.

Тож ўсиғи узилганда тирсак бўғимида максимал букилади, кейин юмшоқ боғлам ёки гипсли боғлам билан фиксация қилинади; фиксация муддати 2—3 ҳафта. Сўнгра даво физкультураси ва иссиқ муолажалар қилинади. Оссифицияловчи миозит пайдо

бўлиши хавфи борлигидан массаж қилишга рухсат этилмайди. Агар суяк синиғини жойига солишнинг имкони бўлмаса, уни олиб ташланади, чунки у тирсак бўғимида букилишга халақит беради.

Билак суяғи бошчаси ёки бўйнининг суяк синиқлари силжиган синишида маҳаллий оғриқсизлантириш татбиқ этилади ва қўлни тирсак бўғимида тўғри бурчак остида букиб фиксация қилинади. Билакка супинация (кафт юқорига қараган) билан пронация (кафт пастга қараган) ўртасидаги ораліқ ҳолати берилади. Фиксация 2 ҳафта муддатга қилинади. Кейинчалик даво физкультураси қўлланилади. Суяк синиқлари силжиганда уларни жой-жойига солинади. Бунинг учун қўлни тирсак бўғимида ёзилади ва билакни анчагина узоқлаштирилган ҳолатда қўйилади. Фрагмент (синиқни) босиб, уни жойига солинади. Қўлни яна букилади ва уни фиксация қилинади. Жойига солиш муваффақиятсиз чиққанда операцион даво ўтказилади — фиксация қилиб жойига солинади, суяк бошчаси майдаланиб кетганда эса уни олиб ташланади.

Суяк синиқлари силжиган диафизар синишларда эса уларни жой-жойига солинади. Аввалига дистал синиқларнинг ротацион силжиши бартараф этилади, сўнгра энга ва узунасига силжишини тузатилади. Иккита гипсли лонгета (орқасига ва кафт томонга) қўйилади, уларнинг устига эса биттадан юмалоқ чўп (чижик) ташлаб, уларни билак суякларини бир-биридан силжитиш учун гипсга ботириб қўйилади. Лонгеталарни гипсли битлар билан гир айлантириб фиксация қилинади. Фиксация муддати 7—8 ҳафта. Агар суяк синиқларини жой-жойига солиб бўлмаса, операцион даво — остеосинтез қилинади (битта суяк синганда — Богдановнинг битта штифти билан, иккита суяк синганда — иккита штифти билан). Металл симлар яхши суяк қадоғи ҳосил бўлгандан кейин олиб ташланади.

Билак суяғи типик жойидан синганда маҳаллий оғриқсизлантиришдан сўнг суяк синиқлари репозиция қилинади (тўғриланади). Бунинг учун билакни панжадан ушлаб (бош бармоқни ва қолган бармоқни алоҳида ушланади) узунасига тракция қилинади; бу вақтда билак столда туради. Панжани билак-кафт усти бўғимида стол чети орқали пастга букилади. Хирург суяк фрагментини юқоридан пастга сиқади ва (у жойига тушади). Фиксация учун ортки гипсли лонгета қўлланилади. Фиксация муддати 3 ҳафта.

**Панжа ва бармоқ суякларининг шикастлари.** Бундай шикастлар анчагина кўп учрайди. Суяк аппаратининг анатомик бутунлигини айниқса синчиклаб тикланади, чунки аке ҳолда бемор панжа функциясининг бузилиши оқибатида инвалид бўлиб қолади.

**Қайиқсимон суякнинг синиши** икки турга — танасининг синиши ва гадир-будурлигининг синишига бўлинади.

Клиник жиҳатдан билак-кафт усти бўғими соҳасида, унинг радиал четида шиш ва оғриқ қайд қилинади. «Анатомик тамаки

чекиш жойи» зонасида локал огриқ кескин билинади. Қаттиқ огриқ сабабли панжани мушт қилиб тўлиқ қисиб бўлмайди. Диагнозни аниқлаш учун муайян жойлаштирилган ҳолда икки проекцияда рентген сурати олиш зарур: панжани ульнар узоқлатилган ва кичикроқ орқа флексия (букилиш) ҳолатида қўйилади; бундай ҳолатда қайиқсимон суяк бошидан охиригача кўрениб туради. Тўғрилаш амалга оширилмайди. Билак ва панжа бармоқларнинг асосигача бош бармоқнинг асосий фалангасини қамраб олиб, панжанинг орқа флексияси ва радиал узоқлатилган ҳолатида гипсли боғламни гир айлантириб қўйилади. Фиксация муддати 3—4 ой, қайиқсимон суякнинг гадирбудури синганда 2 ҳафта. Кейинроқ даво физкультураси тавсия этилади.



176-расм. Фаланга сингавда Беллернинг сим шинаси билан фиксация қилиш.

Кафт суякларининг синиши. Кўпинча I кафт суягининг синиши кузатилади. Бу суяк шикастланишининг типик тури бўғим ичидаги проксимал учининг чеккасида синиши ҳисобланади (Бенет синиши). Бундай шикастланишда учбурчак шаклидаги жойида қоладиган синиқ узилади, аynи вақтда кафт суягининг ўзи орқа-билак томонга силжиб чиқади.

Клиник жиҳатдан «анатомик тамаки чекиш жойи» контурлари текисланади, I кафт-кафт усти бўғими соҳасида дорзал томонга бўртиб чиққан деформация, локал огриқ қайд қилинади. Ҳаракатлар чекланган. Рентгенограмма қилиш талаб этилади. Бошқа кафт суякларининг синиши аксарият бевосита травмадан кейин кузатилади. Диагноз рентгенологик текширувда тасдиқланади.

Репонация (тўғрилаш) маҳаллий огриқсизлантириб бажарилади. Билак-кафт усти бўғимини бармоқлар билан шундай ушланадики, беморнинг бош бармоғи узоқлаштирилганда врачнинг бош бармоғи силжиган кафт суягини босиб турадиган бўлсин. Фиксацияни гипсли боғлам билан 7—10 кун мобайнида амалга оширилади. Бошқа кафт суякларининг синганда тегишли бармоқ тракция қилинади ва босиб туриш йўли билан суяк синиқларини жой-жойига солинади. Шина ёки гипсли боғлам билан 3 ҳафтага фиксация қилинади.

Бармоқ фалангаларининг синиши. Синиш сабаби аксарият бевосита травмадир. Бармоқ фалангаларининг синиши бўғим ичида синиш, бўғим олдида синиш ва фаланга танасининг синишига бўлинади.



Клиник манзараси шиш, қон қуйилиши, суяк фрагментлари силжиганда эса деформациядан иборат бўлади. Бармоқни тўлиқ ёзиб бўлмайди. Рентгенограмма қилиш шарт. Репозицияни Лукашевич усулида анестезия қилиб бажарилади. Бармоқ ва панжаннинг кафт юзасига шина қўйилади ва бинт билан фиксация қилинади. Сўнгра бармоқни шина билан бирга суяк синиқларини тегишлича коррекция қилиб букилади. Суяк синиқлари жой-жойига солингандан кейин бўғим ичидан синишда 5—7 кун (176-расм), фаланга танасидан синишда 2 ҳафта мобайнида қўшимча фиксация қилинади.

### ОЕҚ ШИҚАСТЛАРИ

**Сон суягининг синиши.** Сон суягининг синиши оғир ва нисбатан кўп учраб турадиган шикастланишдир. Синиш ҳолларининг 3,5—6,5 процентини ташкил қилади. Сабаби — кўпинча бевосита травмадир.

### Сон суяги бўйнининг синиши

Аксарият ёши улғайган кишиларда катта кўст билан йиқилганда учрайди. Медиал (субкапитал, бўйни орқали) ва латерал (сон суяги бўйнининг асоси, кўст орқали ва кўстлараро) синиш фарқ қилинади.

**Клиник манзараси.** Локал оғриқ, оёқ функциясининг бузилиши, суяк синиқлари силжиган синишда оёқнинг нисбатан калта бўлиб қолиши кўрилади. Катта кўст Розер—Нелатон чизигидан юқорида жойлашади. Оёқ ташқарига буралган (ротация). Икки проекцияда рентгенография қилиш талаб этилади.

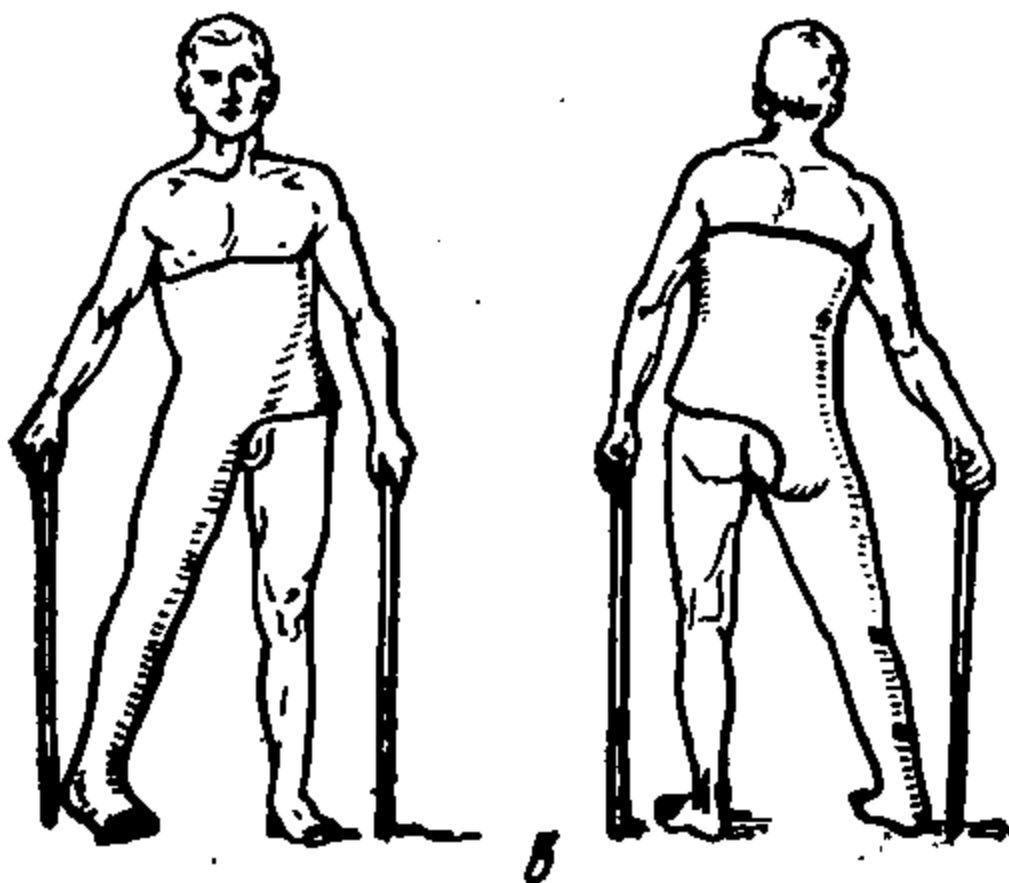
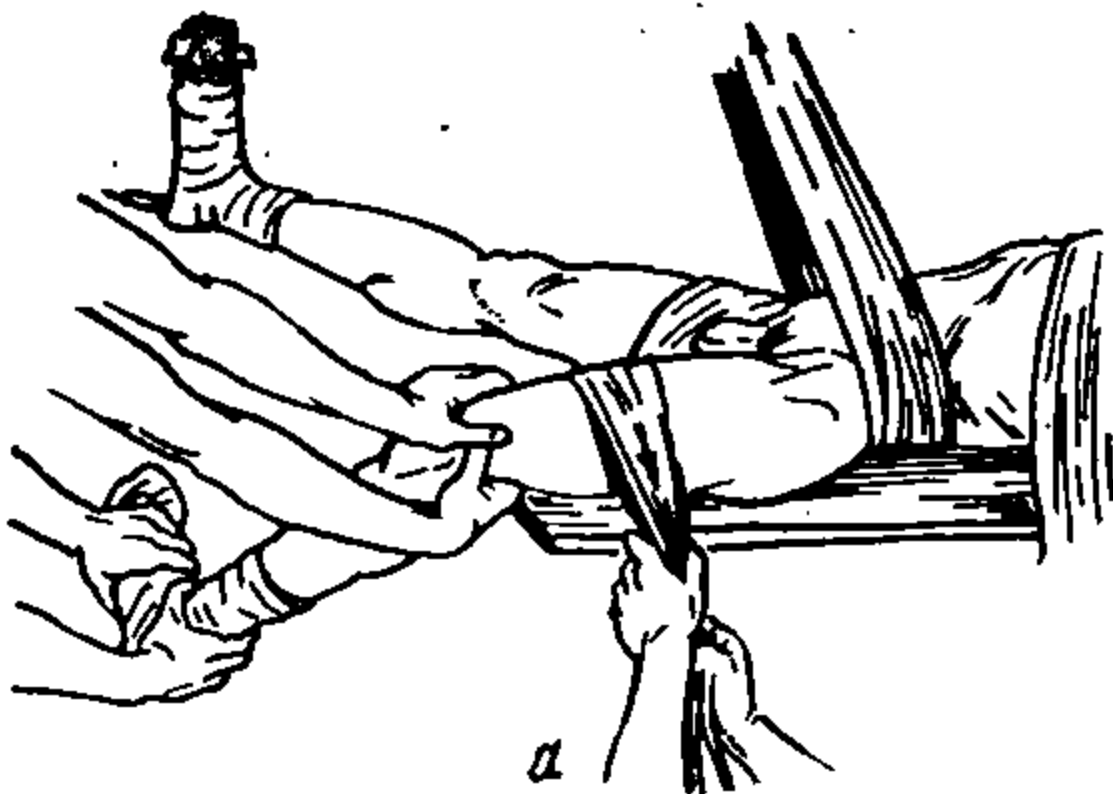
**Давоси.** Олдин маҳаллий оғриқсизлантирилгандан сўнг синиқларни бир моментда жой-жойига солиш ва гипсли коксит боғлам билан фиксация қилишга ҳаракат қилинади (177-расм, а, б). Синиқларни бир моментда жой-жойига солиш муваффақиятсиз чиққанда скелетдан, яхшиси сон суяги метафизидан тортиб қўйиш татбиқ этилади. Оёқни Беллер шинасига қўйилади. Давонинг бу тури латерал синишларда қўлланилади.

Медиал синишларда тезда операцион давога киришиш зарур. Шу мақсадда суяк синиқлари жой-жойига солинади ва уч парракли металл миҳ билан бириктирилади (178-расм). Миҳни махсус йўналтиргич ёрдамида киритилади.

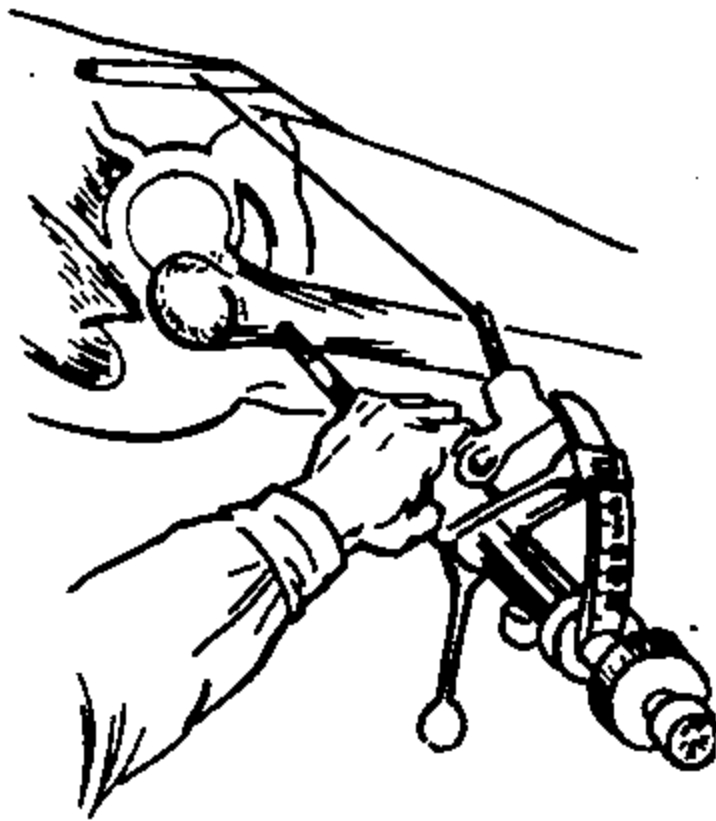
### Сон суягининг диафизидан синиши

Сон суяги қаердан синганлигига қараб, юқори, ўрта ва пастдаги учдан бир қисмидан синиши фарқ қилинади.

**Клиник манзараси** синишнинг нисбий ва абсолют белгилари билан характерланади. Суяк қаердан синганлигига боғлиқ ҳолда мускуллар таъсирида суяк синиқларининг турли хил силжишлари кузатилади. Сон суягининг юқоридаги учдан бир қисми синганда марказий суяк синиғи олдинга ва ташқарига, периферик синиғи — юқорига, ичкарига ва орқага (галифе шаклидаги деформация; 179-расм, а) силжийди. Ўртадаги уч-



177-р а с м. Сои суяги буйни синяқларини тезлаштириб репозиция қилиш (а), чаноқ-сонга қўйиладиган гипсли хатта борлам (б).



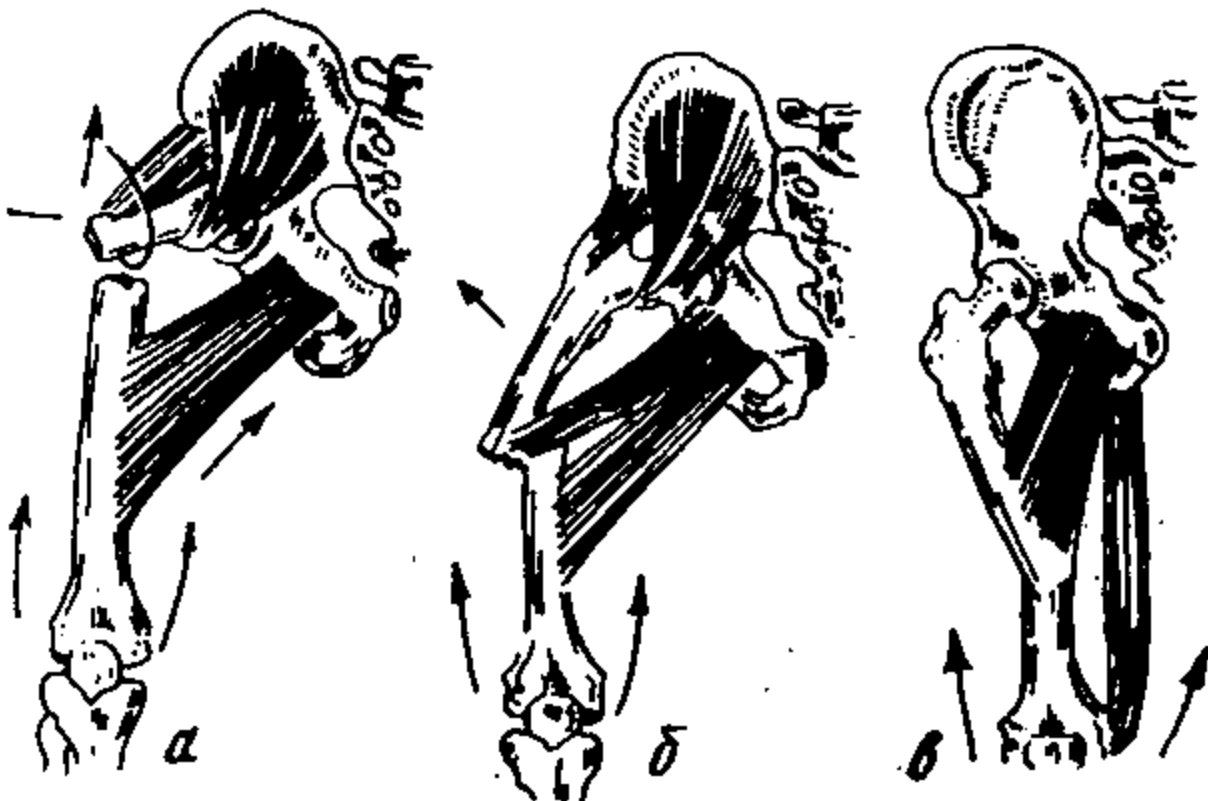
178-расм. Сон суяги бўйнини уч паракли мих билан остеосинтез қилиш.

дан бир қисмидан синганда силжиш худди шу типда боради, бироқ камроқ инфодаланган бўлади (179-расм, б). Пастдаги учдан бир қисмидан синганда марказий синиқ ичкарига, периферик синиқ эса орқага (179-расм, в) силжийди. Синишни даволашда тегишли коррекцияни амалга ошириш учун суяк синиқларининг силжиш характерини билиш зарур.

Сон суягининг ҳамма синишларида икки проекцияда рентгенограмма қилиш талаб этилади.

Давоси. Консерватив даво скелетдан тортиб қўйишдан иборат. Оёқни Белер шинасига

ўртача физиологик вазиятда қўйилади (чаноқ-сон ва тизза бўғимларида  $130-140^\circ$  бурчак остида букиш, танадан узоқлаштириш— $15^\circ$ ). Синган жой нечоғли юқори бўлса, узоқлаштириш бурчаги ҳам шунчалик катта бўлади. Симни сон суягининг мета-



179-расм. Турли сатҳларда синган сон суяги синиқларининг силжиш схемаси. Изоҳи текстда.

физи ёки катта болдир суягининг эгри-бугрилиги орқали ўтказилади ва 9—10 кг юк осиб қўйилади. Болдирни терисидан тортиб, 2—3 кг юк осилади. Сон суягининг пастдаги учдан бир қисми синганда тақимга болишча ва сон суягининг пастдаги учдан бир ташқи қисмини манжетка ёрдамида ён томондан қўшимча равишда тортиб қўйилади. Синушнинг бу турида симни сон суяги метафизидан ўтказган ва сондан тортиш векторини сон ўқидан бирмунча юқорига кўчирган яхши (периферик суяк сининини марказий синиққа келтириш). Сим ёрдамида тортиб қўйишнинг ўртача муддати 3—4 ҳафта, кейин 2—3 ҳафтага тери устидан тортиб қўйишга ўтилади. Бирламчи суяк қадоғи ҳосил бўлгандан сўнг гипсли боғлам қўйиш мумкин.

Кўмик канали орқали махсус металл сим ўтказиб остеосинтез қилиш операцияси одатда очиқ синишларда, юмшоқ тўқималар интерпозициясида, нотўғри битган синишларда ва сохта бўғимларда ўтказилади.

### Сон суяги дўнглари синиши

Нисбатан кам учрайдиган ва бўғим ичида синиш турига киритилади. Якка синишлар — бирорта дўнгнинг синиши ва синиш чизиғига кўра иккала дўнгнинг Т типни бўйича ва V-симон синиши фарқ қилинади.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Сон суяги дўнги синиқлари силжиганда тизза бўғими соҳасида деформация, болдирнинг шикастланган дўнг томонига оғанлиги аниқланади. Иккала дўнг синганда тизза бўғими деформацияси бирмунча кўп бўлади. Ён томонларга патологик ҳаракатчанлик кузатилади. Ҳамма ҳолларда гемартроз (тизза бўғими бўшлиғига қон қуйилиши) кузатилади.

**Д а в о с и.** Катта болдир суягининг эгри-бугрилиги устидан скелетдан тортиб қўйиш татбиқ қилинади ва тизза бўғимидаги қон пункция қилиб чиқарилади. Бу усулда суяк синиқларини жой-жойига солиб бўлмаганда операцион давога ўтилади—дўнглари металл винтлар ёки суяк трансплантатлари билан фиксация қилинади.

**Тизза бўғимининг шикастлари.** Тизза бўғимининг латейиши. Сабаби — бевосита травмадир. Клиник жиҳатдан оғриқ, шиш, тизза бўғимига реактив суюқлик йиғилиши билан характерланади.

**Д а в о с и** қимирлатмаслик ва тизза бўғимини маҳкам қилиб бинтлашдан иборат.

**Крестсимон бойламларнинг узилиши.** Тизза бўғимида ортиқча бурилиш натижасида содир бўлади. Битта ва иккала крестсимон бойламлар узилиши мумкин.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Клиник манзара асосида гемартроз ва патологик ҳаракатчанлик ётади. Бўғим катталашади, бўғим бурмаларининг контурлари кескин кўрилади. Тизза қол-

қоғи «болотирланиши» нинг мусбат симптоми кўрилади (иккала кафт билан бўғимни ён томонидан бош бармоқлар билан тизза қопқоғини устидан босилади — тизза қопқоғи бўғимга тушади, бармоқлар қўйиб юборилганда эса у кўтарилади). Оёқ тиззада букилганда бўғим учларининг олдинги-орқа йўналишда ортиқча силжиши кўрилади—«тортма яшик» нинг олдинга ёки орқага сўрилиш симптоми. Бўғимни пункция қилиб қон олинади.

**Д а в о с и.** Крестсимон бойламлар қисман узилганда даво гемартрози бартараф этишга қаратилган бўлади, кейин даво физкультураси қўлланилади. Тўлиқ узилганда, операцион даво қилинади — крестсимон бойламлар тикланади.

### М е н и с к л а р н и н г у з и л и ш и

Менисклар бевосита, шунингдек билвосита травма натижасида шикастланиши мумкин. Менисклар кўпинча оёқнинг тизза бўғими қайрилиб кетганда узилади. Менискнинг узилиш чизиғи унинг ён томонга ёпишган зонаси яқинида узунасига ўтиши мумкин («чамадон банди»; типиде, кўндалангига узилиш ёки олдинги, ё орқа шохининг узилиши).

**К л и н и к м а н з а р а с и** асосида гемартроз ва узилган менискнинг сон ҳамда катта болдир суякларининг бўғим юзалари ўртасида қисилиб қолиши (tizза бўғими «блокадаси») ётади. Тизза бўғими катталашган, тизза қопқоғининг «болотирланиш» симптоми мусбат. Тизза бўғими «блокадаси» да оёқ ярим букилган ҳолатда бўлади, тизза бўғимида актив ҳаракатлар бўлмайди. Шикастланган мениск зонасида тери гиперестезияси (оғриқ сезувчанликнинг ошганлиги) — Турнер симптоми қайд қилинади. Сон тўрт бошли мускулнинг атрофияси (Чаклин симптоми) кузатилиши мумкин. Зинапоядан кўтарилишда тизза бўғимидаги оғриқ зинапоядан тушишдагига қараганда камроқ бўлиши мумкин (зинапоя симптоми). Диагнози аниқлаш учун артрография қўлланилиши мумкин — бўғим бўшлиғига ҳаво ёки контраст модда юборилиб, сўнгра икки проекцияда рентгенография қилинади. Кўпчилик ҳолларда узилган мениск кўринади.

**Д а в о с и.** Янги узилган ҳолларда гемартрози тугатиш, даво физкультураси, кейинчалик блокадалар тез-тез кузатилиб турса, операцион даво қилиш — шикастланган менискни олиб ташлаш зарур.

### Т и з з а қ о п қ о ғ и н и н г с и н и ш и

Бевосита травмада юз беради. Тизза қопқоғининг юлдузсимон (парчасимон), узунасига ва кўндаланг синиши фарқ қилинади.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Гемартроз ва оёқни тизза бўғимида актив ёзишнинг бузилиши кузатилади. Пальпацияда баъзан

суяк синиқлари орасидаги диастазни аниқлаш мумкин. Диагноз рентгенографияда аниқланади.

**Д а в о с и.** Агар суяк синиқлари бир-биридан ажралмаган бўлса, гемартроз бартараф қилинади ва оёқнинг тизза бўғимида тўлиқ ёзилган ҳолатида гипсли тугор қўйилади. Синиқлари бир-биридан ажраб кетганда операцион даво қилинади — суяк синиқларини тикилади. Кўп парчаланиб синганда тизза қопқоғи олиб ташланади.

**Болдир суякларининг синиши ҳамма синиш ҳолларининг 13—30 процентини ташкил қилади.**

### К а т т а б о л д и р с у я г и д ў н г л а р и н и н г с и н и ш и

Аксари бевосита травмада ёки кескин ротацион ҳаракат қилганда кузатилади. Ташқи ёки ички дўнгнинг якка-якка синиши ёки иккаласининг бирга синиши учрайди. Тўлиқ ва чала синиши фарқ қилинади.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Оғриқ, гемартроз, болдирнинг ташқарига ёки ичкарига типик силжиши кузатилади. Тизза бўғими ён томонга патологик сурилади ва унинг функцияси бузилади. Диагноз икки проекцияда рентгенография қилиб аниқланади.

**Д а в о с и.** Товон суягининг скелетидан тизза бўғимида манжетка ёрдамида ён томондан тўртиб қўйиш татбиқ этилади. Тўртиш узилган дўнг томонига қаратилиши лозим. Суяк синиқларини консерватив йўл билан жой-жойига солишнинг иложи бўлмаса, операция усули қўлланилади. Металл шуруплар ёки суяк трансплантатлар ёрдамида фиксация қилинади.

### Д и а ф и з а р с и н и ш л а р

Травма механизми — бевосита зарб тегиши ёки оёқ билан йиқилишдир. Аксари иккала болдир суягининг синиши учрайди. Суяк синиқлари узунасига, энига, бурчак остида ва ўз ўқи атрофида силжийди. Битта суяк синганда иккинчиси гўё фиксацияловчи шина вазифасини бажаради, шунга кўра суяк синиқларининг силжиши унчалик яққол кўринмайди.

**К л и н и к м а н з а р а с и** суяк синиқларининг силжиш даражасига боғлиқ. Синишнинг нисбий ва абсолют белгилари бўлади. Рентгенография қилиш ёрдамида синишнинг тури ва суяк синиқларининг силжиш характери аниқланади.

**Д а в о с и.** Суяк синиқларини бир моментда репозиция қилиб, айланма гипсли боғлам қўйишга ҳаракат қилиш зарур. Агар бунда суяк синиқларини жой-жойига солиб бўлмаса, товон суяги скелетидан тўртиб қўйиш татбиқ этилади. Очiq синишларда юмшоқ тўқималар интерпозициясида ва суяк синиқларини юқорида айтилган усуллар билан жой-жойига тўғри солиб бўлмаганда операцион даво ўтказилади.

**Тўпиқларнинг синиши.** Кўп учрайди ва болдир суяк-лари синишининг қарийб 40 процентини ташкил қилади. Тўпиқларнинг синишига оёқ панжаси фиксация қилингани ҳолда болдирни буриб юбориш ёки оёқ панжасининг ташқарига ёки ичкарига буралиб кетиши сабаб бўлади.

Тўпиқларнинг синиши қуйидагича бўлинади: 1) тўпиқлардан бирининг якка синиши; 2) иккала тўпиқнинг аддукцион синиши (оёқ панжасининг ичкарига буралиб кетиши) (Мальген синиши); 3) иккала тўпиқнинг абдукцион синиши (оёқ панжасининг ташқарига буралиб кетиши (Дюпонтрен синиши); 4) иккала тўпиқ синиб, катта болдир суягининг четидан узилиши (Дест синиши). Иккала тўпиқ синишини синиш-чиқиш группасига киритиш лозим, чунки бундай ҳолларда оёқ панжаси ўрнидан силжийди.

**Клиник манзараси.** Шикастланган тўпиқ зонасида шиш, қон қуйилиши ва безиллаш қайд қилинади. Иккала тўпиқ синганда, айниқса бу катта болдир суяги четининг узилиши билан ўтганда оёқ панжаси у ёки бу томонга ўрнидан силжийди. Диагноз икки проекцияда рентгенография қилиш ёрдамида узилкесил аниқланади.

**Давоси.** Маҳаллий оғриқсизлантиришдан кейин оёқ панжасини болдир ўқи бўйича бўйлама тракция қилиб, оёқ панжасини шикастинг қарама-қарши томонига бурилади. V-симон лонгета қўйилади. Консерватив даво муваффақиятсиз чиққан ҳолларда операция қилишга киришилади — тўпиқни жойига солиб, металл винтлар ёки П-симон металл чегалар билан фиксация қилинади.

### Болдир-оёқ панжаси бўғими бойламларининг чўзилиши

Оёқ панжаси буралиб кетганда кузатилади. Беморлар тўпиқларнинг ташқи ёки ички юзасидаги оғриқдан нолишади. Шиш пайдо бўлади. Пальпация қилганда шу зонада локал оғриқ қайд қилинади. Рентгенда текшириб, тўпиқларнинг синмаганлигини аниқлаш зарур.

**Давоси.** Маҳкам қилиб юмшоқ боғлам ўралади. Дастлабки 1—2 суткада совуқни маҳаллий қўлланилади, кейинчалик иссиқ муолажалар қилинади.

**Оёқ панжасининг шикастланиши.** Травма механизми аксарият бевосита зарб тегишидир. Қўл панжасидаги сингари юмшоқ тўқималар ёки суяк аппаратининг шикастланиши кузатилади. Кўпинча товон суягининг синиши учрайди. Диагностикаси мураккаб эмас. Асосан синишининг нисбий белгилари аниқланади. Диагноз икки проекцияда рентгенография қилиб аниқланади. Суяк синиқларини камдан-кам репозиция қилинади. Даво тадбирларидан оёқ панжаси гумбазига яхши ёпишиб турадиган гипсли «этик» қилиш кўпроқ қўлланилади.

## ОЕҚЛАРНИНГ ТУҒМА КАСАЛЛИКЛАРИ

Сон суягининг туғма чиқиши. Бундай чиқиш бошқа турдаги туғма патологияга қараганда кўп учрайди. Аксарият қиз болаларда кузатилади (8:1). Бир томонлама чиқиш 60%, икки томонлама чиқиш 40% ҳолларда топилади.

Сон суягининг туғма чиқишида анатомик жиҳатдан чиққан томонда чаноқ суякларининг кичрайиши (атрофияси) қайд қилинади. Қуймич косаси кичрайган ва яссилашган, унинг юқори чеккаси ўсиб етилмаган, бўғим бўшлиғи чандиқли тўқима билан қопланган бўлади. Сон суяги бошчасининг янги ўрнида ёнбош суягининг таясида ёки қаяотида чуқурлик — «иккиламчи қуймич косаси» топилади. Суяк бошчасининг шакли ўзгарган бўлиб, кўзиқоринга ўхшайди, ўсишдан орқада қолади. Бошчани қоплаб турган тоғай юпқалашган бўлади. Бўйин-диафизар бурчати кичрайдиган ёки катталашади.

Клиник манзара си. Болаларда ҳали юришни билмасларидан олдин қуйидаги симптомлар кузатилади: чов бурмаси бирмунча чуқур жойлашган ва чиққан томонда у узунлашган бўлади.

Қиз болаларда жинсий ёриқ қийшиқ жойлашган. Оёқнинг ташқарига ротацияси бузилган. Сонда тери бурмалари миқдори кўпайган. «Сирпаниб тушиш» симптомининг муҳим диагностик аҳамияти бор. Чалқанча ётган ҳолатда оёқ чаноқ-сон бўғимида 90° бурчак остида букилади ва ташқарига ташланади. Бунда текширувчининг бош бармоғи катта кўстни босиб туради. Жойига солишда шиқиллаган товуш чиқади. Оёқ туширилганда суяк бошчаси қуймич косасидан чиқади ва яна шиқиллаган товуш эшитилади.

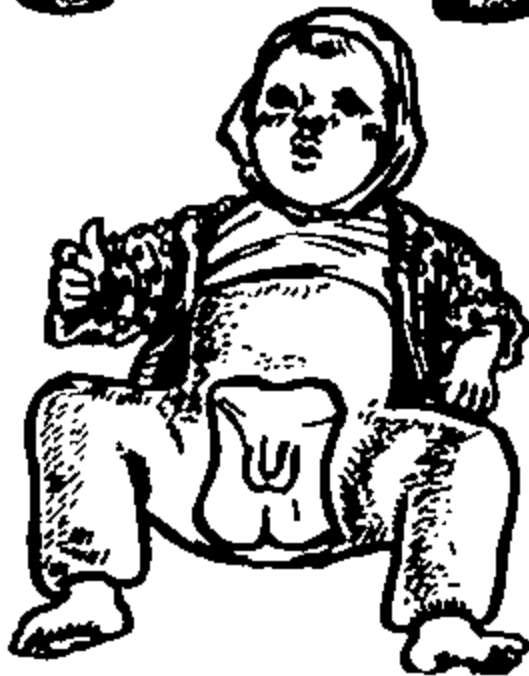
Бола юра бошлаганда янги симптомлар пайдо бўлади: катта кўст Розер—Нелатон чизигидан юқорида туради, ўзига хос оқсоқлик пайдо бўлади — бир томонлама чиқишда юриш вақтида касал оёқни босилганда бемор шу томонга эгилади. Икки томонлама чиқишда «ғоз юриш» кузатилади. Касал оёқни босиб турилганда соғлом томондаги думба бурмаси касал томондаги думба бурмасидан пастда жойлашади (Тренделенбург симптоми).

Рентгенологик усулда сон суягининг бошчаси қуймич косасидан юқорида ва четроқда туришини аниқлаш мумкин. Шентон чизиги бузилган. Нормада у беркитадиган тешикнинг юқорички чегараси бўйича боради ва сон бўйни чизигига ўтади.

Давони бола ҳаётининг биринчи ҳафталаридан бошлаш лозим. Шу мақсадда Ситенконинг махсус шиналари (180-расм) ёки Фрейк ёстиклари (181-расм) ишлатилади. Улар билан фиксацияни 3—4 ой мобайнида амалга оширилади. Бу мосламалар ёшига тўлмаган болаларда қўлланилади.

Сон суягининг туғма чиқишларини 1 ёшдан 3 ёшгача болаларда Лоренц методи ёки унинг модификацияси бўйича давола-





180-р а с м. Ситенко шиняси.

нади. Лоренц методининг моҳияти шундаки, суякнинг чиққан бошчасини жойига солингандан кейин оёқларни чаноқ-сон бўғмида букилган ва  $90^\circ$  бурчак остида узоқлаштирган ҳолатда гипсли боғлам қўйилади (182-расм). 3 ой ўтгач (жами 3 марта) гипсли боғлам алинтирилади, бироқ бунда оёқларни аста-секин яқинлаштирилади.

Каттароқ ёшдаги болаларни операция қилиб даволанади. Шу мақсад учун таклиф этилган кўп сонли операцияларнинг моҳияти чаноқ-сон бўғминини кенг очиш, қўймич косасидан чандиқли тўқимани чиқариш, капсулани кесиш ва суяк бошчасини қўймич косасига киритишдан иборат. Оёқ гипсли боғламда 2 ҳафта мобайнида фиксация қилингандан сўнг гипс олинади ва бўғимни функционал ишлатишга ўтилади.

Усмирларда ва катта ёшдаги кишиларда Заградничек операцияси қўлланилади. Бу — сон суягини юқоридаги учдан бир қисмида катталаштириш, бошчасини жойига солиш ва суяк фрагментларини махсус металл чега билан фиксация қилишдан иборат.

**Маймоқлик.** Маймоқлик (қийшиқ оёқ) деганда панжанинг ичкарига ва оёқ кафти томонга буралиб, шаклининг бузилиши тушунилади. 74% ҳолларда орттирилган маймоқлик кузатилади. Уғил болаларда қиз болалардагига қараганда 2 баравар кўпроқ учрайди. Маймоқлик кўпинча бошқа туғма мажруҳликлар (қийшиқ бўйин, бўри оғиз, танглай ёйининг битмай қолиши ва ҳоказо) билан бирга учрайди. Аксарият у икки томонлама бўлади.

**Клиник манзара си.** Оёқ панжасининг характерли деформациясидан ташқари, болдир мускулларининг атрофияси ва оёқни панжанинг чети билан босиб юриш кузатилади (183-расм).

Даво бола ҳаётининг биринчи ойидан бошланади ва деформацияланган оёқ панжасини нозик коррекция қилиб, юмшоқ фланель боғлам билан фиксация қилинади. Аввалига боғламни 24 соатга қўйилади. 5—6 кундан бошлаб, фиксация муддати 48 соатга, сўнгра 72 соатгача узайтирилади. 4—6 ойлик болаларда гипсли боғлам билан фиксация қилишга ўтиш мумкин, уни 8—10 кун ўтгач алинтирилади, 2 ёшдан бошлаб, консерватив даво натижа бермаганда оёқ панжасининг юмшоқ тўқималарни-

айланиши сақланиб қолади. Бош мияда гипоксия бошланаётганини қорачиқнинг кескин кенгайишидан пайқаш мумкин. Даво тадбирларини қорачиқ кенгайишига қадар бошлаш зарур.

## ТИРИЛТИРИШ МЕТОДЛАРИ

**Нафаснинг тўхташи.** Нафас товуш бойламларининг спазми (ларингоспазм), нафас йўлларининг қусуқ массаси билан тикилиб қолиши, интубацион найчанинг буралиб кетиши, тилнинг ҳалқумга кетиб қолиши ва шу кабилар оқибатида ўпкага ҳаво тушиши қийинлашувидан тўхташи мумкин. Ана шу хатарли асоратнинг олдини олиш учун юқоридагиларни ёдда тутиш ва тегишли профилактик тадбирлар ўтказиш зарур. Бу асорат юз бериб қоладиган бўлса, интубация қилиш, нафас йўлларидаги нарсани тортиб олиш, тилни тил тутгич билан ушлаш каби тадбирларни кўриш керак. Қатор ҳолларда нафаснинг тўхташ сабаби бартараф этилгандан кейин ҳам нафас тикланмаслиги мумкин. Бундай вақтларда беморга 1—2 мл 1% ли лобелия ёки цититон эритмаси, 1—2 мл 20% ли кордиамин эритмаси, 0,25—0,5 мл 0,05% ли строфантин эритмасини 10—20 мл 40% ли глюкоза эритмасида юборилади ва зудлик билан сунъий нафас олдиришга киришилади. Нафас олдириш усули бемор бўлган шароитларга ва нафас олишнинг тўхташ сабабига кўра танланади.

**Сильвестр усули.** Бемор чалқанча ётади. Беморнинг билак-кафт устидан ушланади ва куч билан юқорига кўтарилади (нафас олинади), сўнгра қўлларни кўкрак қафасига туширилади ва уни қаттиқ босилади (нафас чиқарилади). Минутига 14—16 марта шундай ҳаракат қилинади.

**Шюллер усули.** Қовурға ёйларини қўллар билан ён томонга чўзилади (нафас олинади), сўнгра қисилади (нафас чиқарилади).

Оғиздан-оғизга ёки оғиздан бурунга ҳаво пуфлаш методи сунъий нафас олдиришнинг энг таъсирчан оддий усулларидан ҳисобланади. Беморни бошини орқага кўпроқ энгаштириб чалқанча ётқизилади. Бунинг учун беморнинг кураклари остига болишга ўхшатиб юмалоқланган кийим-бош ёки адёл қўйилади. Бемор бурнини бармоқлар билан қисилади, оғзига дока ёки рўмолча ёпилади ва чуқур нафас олиб, ҳавони беморнинг оғзига пуфланади (187-расм). Нафас олдиришнинг бу турини воздуховод орқали бажарган маъқул (188-расм), бунинг учун бемор тилни оғиз бўшлиғи тубига босиб туриб, асбобни оғзига киритиш лозим. Нафас чиқариш пассив бўлади. Оғиздан бурунга ҳаво юбориб сунъий нафас олдириш методини беморнинг оғзи юмиллиб қолганда татбиқ этилади. Ҳавони беморнинг бурнига пуфланади.



187-р а с м. Оғиздан-оғизга сунъий нафас олдириш.



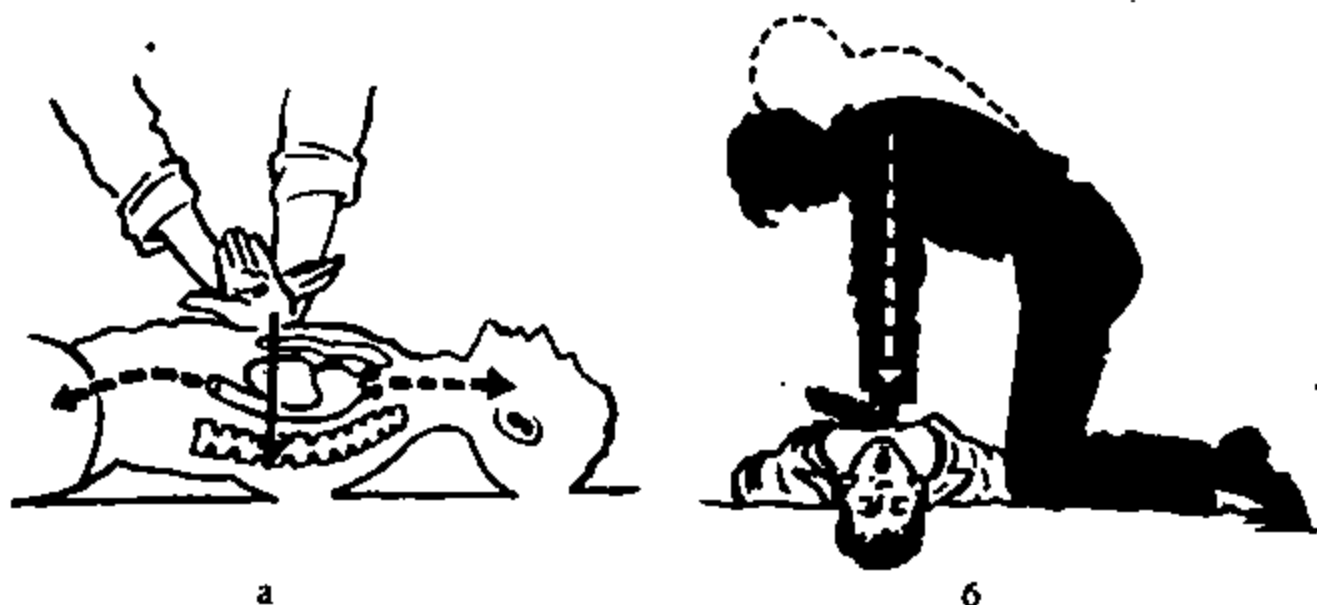
188-р а с м. Воздухо-вод.

Сунъий нафас олдиришда «Амбу» фирмаси чиқарган Рубен қопчиги ниҳоятда қулай.

Юқорида баён этилган методларга қараганда аппаратлар (ДД-1, ДП-2, ДП-3, РПА-1, РПА-2, РО-1, РО-2, РО-3, РО-5 ва ҳоказо) ёрдамида нафас олиш кўпроқ самара беради. Аппаратлар, айниқса уларнинг сўнгги конструкциялари қўлланилганда беморнинг нафас олиши ва нафас чиқариши автоматик бошқарилади. Сунъий нафас олдириш мустақил нафас олиш тиклангунча чекланмаган ҳолда узоқ муддат (бир неча ой) амалга оширилиши мумкин.

**Юрак фаолиятининг тўхташи.** Юрак фаолиятининг тўхташига йўл қўймаслик учун сунъий нафас олдириш билан бирга артериал босим тушиб кетганда фақат венага эмас, артерия ичига ҳам зудлик билан қон қуйиш зарур. Шу мақсадда артерияни (билак, тақим, уйқу, елка артерияси ва шу кабилар) топиб, пункция қилинади ва қон қуйиш учун системага уланади. Қон қуйишни томчилаб, 160—220 мм симоб устуни босими остида олдиндан оксигенизация қилиб (бир ампула қонга 1—2 мл водород пероксид) амалга оширилади. Бироқ, ўтказилаётган тадбирларга қарамай, юрак иши тўхтаб қолса, юракни массаж қила бошлаш зарур.

**Юракни билвосита (ёпиқ) массаж қилиш.** Беморни қаттиқ ўривга (пол, стол, кушетка) чалқанча ётқизилади. Бир қўл кафти тўш суягининг учдан бир пастки қисмига, иккинчи кафт биринчисининг орқасига қўйилади, қўллар тирсак бўғимларида ёзилган бўлиши керак. Минутига 50—60 мартадан куч билан турткисимон ҳаракат қилинади. Тўш суягини босилганда у 3—4 см га умуртқа поғонасига томон силжийди. Бунда

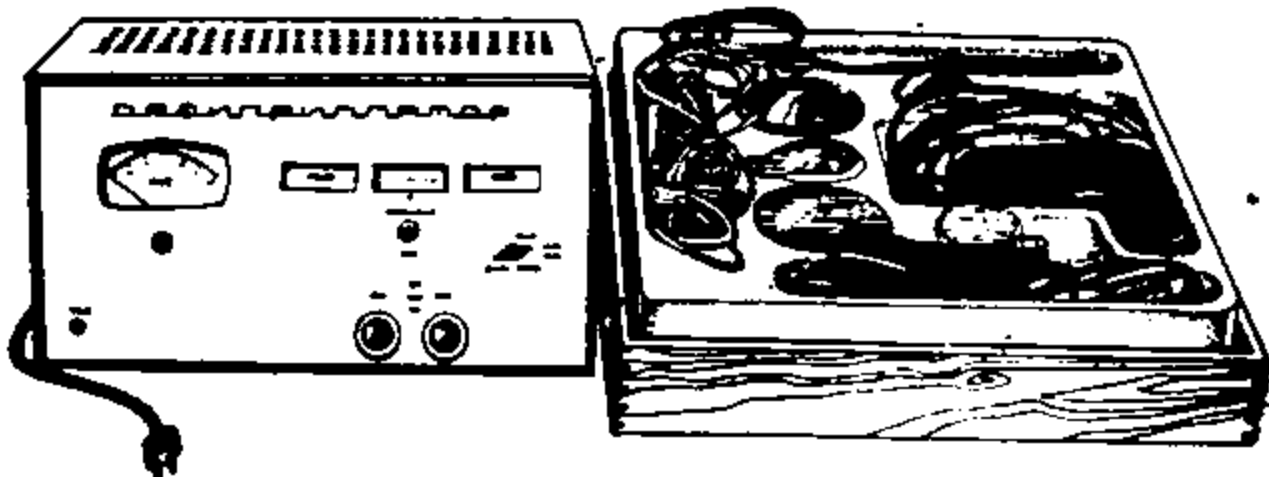


189-р а с м. Юракни ёпиқ массаж қилиш.  
 а — массаж схемаси; б — муолажаланинг умумий кўриниши.

юрак қисилади ва қон ундан аортага ҳамда артерияларга тушади (189-расм).

Юракни бевосита массажи қилиш. Юракни билвосита массаж қилиш етарли самара бермаганда ёки кўкрак бўшлиғида ўтказилган операцияда юрак тўхтаб қолганда амалга оширилади. Кўкрак қафаси 5-қовурға ораси бўйича чап томондан очилади. Юракни перикардни очмасдан ва перикардни очиб массаж қилиш мумкин. Хирург юракни кафтига олади ва бармоқлари ҳамда кафти ёрдамида юракни куч билан қисади. Бу етарли натижа бермаганда юрак бўшлиғига адреналин, кальций хлорид юборилади. Бу вақтда аорта равоғига қон қуйиш мумкин. Юрак фаолияти тикланганда баъзан юрак мускулининг оз-моз учиши (фибрилляция) кўрилади. Бундай ҳолларда юрак орқали дефибрилятор аппарати ёрдамида 4000—6000 В кучланиш атрофидаги электр разряд ўтказилади (190-расм).

Реанимацион тадбирлар ўтказишда бригада аниқ, тез ҳаракат қилиши, бироқ шошма-шошарлик қилмаслиги керак. Анестезия ҳамшира шошилинич интубацияда, трахеостомияда,



190-р а с м. Дефибрилятор.

юракни ёпиқ ва очик массаж қилишда, артерия ичига қон қуйишда ва шу кабиларда қандай асбобларни қай тартибда уза-тиш кераклигини билиши шарт. Реаниматорлар бригадасининг иши тартибли бўлгандагина ижобий натижа бериши мумкин.

### СУВГА ЧЎКИШДА ВА БЎҒИЛИШДА БИРИНЧИ ЕРДАМ КЎРСАТИШ

Ҳозирги вақтда сувга чўкиб ўлишнинг уч тури фарқ қили-ниб, биринчи ёрдам кўрсатишда буларни билиш ғоят муҳим.

Ўлишнинг биринчи тури — синкопе ҳолати (юракнинг тўсат-дан тўхтаб қолиши). Бунда ҳаётий муҳим функциялар бирдани-га рефлектор тарзда тўхтайтиди. Синкопе одатда қўрқув, қаттиқ ҳаяжонланишда, совуқ сув таъсирида, юқорк нафас йўллари-нинг сувдан таъсирланиши сабабли юз беради.

Сувга чўккан кишиларнинг 10—15 проценти синкопе ҳолати-да ўлиши аниқланган.

Кўпчилик ҳолларда ўлимнинг иккинчи тури кузатилади, бун-да шикастланган киши сувга чўкаётганда нафасини аввалига тутиб туради, чўкиб кетмаслик учун актив ҳаракат қила бош-лайди. Чўкаётган киши сув юзасига бир неча марта қалқиб чи-қади ва чуқур нафас олади, бироқ бу ҳаво кифоя қилмайди, гипоксия юз беради, шикастланган киши ҳушини йўқотади ва батамом сувга чўкиб кетади. Нафас ҳаракатлари кучайиб, сув юзасига майда пуфакчалар чиқиб туради (нафас қисилиши дав-ри). Сўнгра нафас сустлашади, иккиламчи (терминал) нафас паузаси содир бўлади, унинг кетидан агонал нафас юз беради. Ўпкага кираётган сув қонга сўрилиб, қон айланиши системасига нохуш таъсир кўрсатади.

Сувга чўкишда ўлишнинг учинчи тури гипоксиядан бўлади ва асфиктик ўлиш дейилади. Сув нафас йўлларига амалда кирмай-ди, чунки бу ҳолда ҳиқилдоқ ёригида юз берган спазм чўкиш даврининг бошидан охиригача сақланиб қолади. Ўлишнинг бу турида ўлим сувнинг ўпкага таъсир қилишидан эмас, балки асфиксия — бўғилиш натижасида содир бўлади.

Сувга чўкишда ўлишнинг ҳар қандай тури бирмунча тез кеча-ди, бироқ қуйидаги амалда муҳим даврларни тафовут қилса бўлади: 1) чўкишнинг бошланғич даври, бунда нафас тутилиб қолиб, кейин сув остида нафас олинади, бу давр ўз вақтида ёр-дам кўрсатилганда қайтардир; 2) агонал олди даври, гипок-сиянинг авж олиши ва ҳушдан кетиш билан характерланади. Тирилтириш учун махсус тадбирлар кўриш (реанимация) талаб этилади; 3) агонал давр, нафас талвасали, сийрак бўлади, кўз рефлекслари бўлмайди. Реанимацион тадбирларни тўлиқ ўтка-зиш талаб этилади; 4) клиник ўлим — ҳаётий функцияларнинг ҳаммаси сўнган бўлади. Жуда актив реанимацион ёрдамгина наф бериши мумкин.

Биологик ўлимда организмни тирилтириш тадбирлари кўрилмайд.

Клиник жиҳатдан чўкишнинг икки тури фарқ қилинади. Биринчи турида юрак ва нафас рефлектор тарзда тўхтайд (ўлишнинг биринчи тури). Тери ва кўриниб турадиган шиллиқ пардалар кескин бўзарган ва совуқ («чўкиб бўзарган») бўлади. Нафас йўлларида сув бўлмайди. Терминал ҳолат даври 20 минутгача давом этиши мумкин. Чўкишнинг иккинчи турида (ўлишнинг иккинчи ва учинчи турлари) шикастланган кишининг бадани цианотик тусга киради («чўкиб кўкариб кетган»), клиник ўлимдан биологик ўлимгача бўлган давр 3—5 минут.

Тирилтириш бўйича тадбирлар нафас ва юрак-томирлар системасига бир вақтнинг ўзида таъсир кўрсатиш мақсадида комплекс тарзда олиб борилиши лозим.

1. Агар шикастланган киши ҳушини йўқотмаган бўлса, уни иситиш ва тинчлантириш лозим. Бунинг учун ҳўл кийимларини ечиш, беморни яхшилаб ишқалаш, қунт билан массаж қилиш, қуруқ ич кийимлар кийгизиш, аччиқ қилиб дамланган иссиқ чой ёки кофе, 25—30 томчи валериана настойкаси ичириш керак.

2. Ҳушини йўқотган, лекин пульси ва нафаси сақланиб қолган бўлса, шикастланган кишини носилкага оёқ томонини баланд кўтариб ётқизиш, нашатир спирт буглари билан нафас олдириш, кислород ингаляцияси қилиш, 1 мл кордиамин ёки 1 мл 1% ли лобелин эритмаси ёки 1 мл 5% ли эфедрин эритмаси юбориш ва венага 50 мл 40% ли глюкоза эритмаси қуйиш лозим. Бадани ишқалаш керак.

3. Агар шикастланган киши терминал ҳолатда бўлса, кийим-бош тугмаларини ечиш, оғзига кирган сув ўтлари ва балчиқни бармоқлар билан тозалаш керак. Юқори нафас йўллари ва меъдага тушган сувни, «чўкиб кўкариб кетган» кишилардангина чиқариш лозим. Ёрдам кўрсатадиган киши шикастланган одамни ўз тиззасига бошини пастга осилтириб қорни билан ётқизади ва орқасини қўллари билан босади. Сув ўзича оқиб тушади. Бу тадбирлар тез ўтказилади, шундан сўнг сунъий нафас олдириш ва юракни билвосита массаж қилишга (юқорида кўрсатилган методикалар бўйича) киришилади. Шароитлар бўлганда сунъий нафас олдиришни аппарат усулида ўтказиш ва юрак ишини очиқ массаж (врачгагина рухсат этилади) йўли билан тиклаган яхши, бунда юрак мускулига адреналин юборилади, артерия ичига қон қуйилади ва ҳоказо.

Бўғилиб қолганда худди шу методлар билан ёрдам кўрсатилади.

### ҲУШДАН КЕТИШ

Ҳушдан кетиш деганда бош мия томирларининг қисқа муддатли спазми натижасида юз берадиган ҳушнинг қисқа муддатга йўқолиши тушунилади.

Кўп қон йўқотиш, оғриқ, чарчаш, психик кечинмалар ва шу кабилар ҳушдан кетишга сабаб бўлади.

**К л и н и к м а н з а р а с и.** Тўсатдан ҳушдан кетиш, тери ва шиллиқ пардаларнинг кескин оқариши, юза нафас олиш, томир уришининг сустлашиши кузатилади.

**Д а в о с и.** Ҳушдан кетиш сабабини бартараф қилиш лозим. Шикастланган кишини бошини пастга қилиб, оёқларини эса баланд қўйиб ётқизилади. Беморга нашатир спирт буғлари ҳидлатилади (пахтага ҳўллаб). Оғир ҳолларда сунъий нафас олдирилади, 1 мл 20% ли кофеин эритмаси, 1 мл 1% ли лобелин ва цититон эритмаси инъекция қилинади.

### КОЛЛАПС

Коллапс деб, артериал ва веноз босимининг кескин тушиб кетиши ва айланиб юрадиган қон массасининг камайиши билан характерланидиган ўткир юрак-томирлар етишмовчилигига айтилади.

Коллапсга тўсатдан кўп қон йўқотиш, гавда вазиятини горизонтал ҳолатдан вертикал ҳолатга тез буриш (ортостатик коллапс), плевра ва қорин бўшлиқларидан суюқлиқни тез чиқариш, оғир интоксикация (овқатдан заҳарланиш, ўпка яллиғланиши, тиф ва ҳоказо) сабаб бўлиши мумкин.

**К л и н и к м а н з а р а с и** аъзойи-баданнинг бўшашиши, цианоз, совуқ тер чиқиши, пульснинг ипсимон бўлиши, артериал босимнинг тушиб кетиши, тез-тез юзаки нафас олиш билан характерланади. Ҳушдан кетишдан фарқли ўлароқ бемор ҳушини йўқотмайди.

**Д а в о с и.** Коллапс сабабини бартараф қилиш, беморни иситиш, 0,5 мл 0,1% ли адреналин эритмаси, 1 мл 5% ли эфедрин эритмаси, 0,5 мл 1% ли лобелин эритмаси юбориш, кўксдорингацияси қилиш, қон қуйиш зарур. Венага 1 мл 1% ли мезатон эритмаси, 1—2 мл 0,2% ли норадреналин эритмаси қуйиш яхши натижа беради.

## ХИРУРГИЯДА ЭНГ КҮП ҚУЛЛАНИЛАДИГАН ДОРИ ПРЕПАРАТЛАРИНИНГ НОМЛАРИ

### А. Антисептик препаратлар

1. Спиртдаги йод эритмаси  
Rp. Sol. Iodi spirituosae 5% (10%) 500,0  
D. S. Операцион бўлим учун (Операцион майдон, хирург қўлга суртиш ва ҳоказолар учун)  
Йодоват
2. Хлорамин эритмаси  
Rp. Sol. Chloramin B 2% 3000,0  
D. S. Операцион бўлимга дезинфекция учун
3. Водород пероксид эритмаси  
Rp. Sol. Hydrogenii peroxidati dilutae 100,0  
D. S. Хирургик бўлимнинг яра боғлов хонасига
4. Калий перманганат эритмаси  
Rp. Sol. Kalii permanganatis 5% 100,0  
D. S. Яра боғлов хонаси учун
5. Кумуш нитрат  
Rp. Sol. Argenti nitratis 1% 200,0  
D. S. Пиригли касалликлар бўлимининг яра боғлов хонаси учун  
  
Rp. Sol. Argenti nitratis 5% 10,0  
D. S. Яра боғлов хонаси учун (грануляцияларни куйдиришга)
6. Этил (вино) спирти  
Rp. Spiritus aethylici 96% 1000,0  
D. S. Операцион бўлимга
7. Формальдегид эритмаси (формалин)  
Rp. Sol. Formaldehydi 0,5% 500,0  
D. S. Операцион бўлимга (инструментларни стериллаш учун)
8. Метилен кўки (метилен яшили)  
Rp. Methyleni coerulei 1,0  
Spiritus aethylici 70% 50,0  
D. S. Терига суртиш учун  
Хирургик бўлимнинг яра боғлов хонасига
9. Бриллиант яшили  
Rp. Viridis nitentis 5,0  
Spiritus aethylici 70% 100,0  
D. S. Хирургик бўлимнинг яра боғлов хонасига



10. Этакридин лактат (риванол)  
Rp. Aethacridini lactatis 0,2  
Aq. destill. 400,0  
D. S. Жароҳатларни ювиш учун
11. Фурацилин эритмаси  
Rp. Sol. Furacilini 1:5000 500,0  
D. S. Яра боғлов хонасига (жароҳатларни ювиш учун)
12. Фурагин эритмаси  
Rp. Sol. Furaglini solubilis 0,1% 500,0  
D. S. Йирингли яра боғлов хонаси учун (плевра бўшлигини ювиш)
13. Камфора спирти  
Rp. Spiritus camphorati 50,0  
D. S. Орқага ишқаб суртилсин (ётоқ яраларнинг олдини олиш учун)
14. Борат кислота  
Rp. Acidi borici 50,0  
D. S. Йирингли бўлимнинг яра боғлов хонаси учун (кўк йиринглатувчи таёқча ҳосил қилган йирингли ярани даволаш учун)

**Б. Хирургик бўлимда (ҳамширалар постнда) ҳамиша тайёр туриши зарур бўлган дори-дармонлар**

- 356 ✓
1. Натрий хлориднинг изотоник (физиологик) эритмаси  
Rp. Sol. Natrii chloridi isotonicae (0,9%) 500,0  
Steriliseturi  
D. S. Венага юбориш учун
  - 140 ✓  
2. Натрий хлориднинг гипертоник эритмаси  
Rp. Sol. Natrii chloridi 10% 20,0  
Steriliseturi  
D. S. Венага юбориш учун
  3. Глюкозанинг изотоник эритмаси  
Rp. Sol. Glucosi 5% 500,0  
Steriliseturi  
D. S. Венага киритиш учун
  4. Глюкозанинг гипертоник эритмаси (40%)  
Rp. Sol. Glucosi 40% 20,0  
D. t. d. N 20 in amp.  
S. Венага қуйиш учун (секия қуйилсин)
  5. Кальций хлорид эритмаси  
Rp. Calcii chloridi 10% 10,0  
D. t. d. N 20 in amp.  
S. Яра боғлов хонасига (терини таъсирланишдан сақлаш учун)  
Венага қуйиш учун (қоваш, аллергия касалликлар ва бошқалар).
  6. Викасол (витамин К нинг сувда эрувчан аналогини)  
Rp. Sol. Vikasoli 1% 1,0  
D. t. d. N 20 in amp.

S. Мускул орасыга инъекция қылыш учун (гемостатик мақсадда)

7. Оддий опий настойкаси  
Rp. T-rae Opii simplicis 10,0  
D. S. 5—10 томчидан кунига 2—3 марта (ич келишини тұхтатаб туриш учун)
8. Морфий эритмеси  
Rp. Sol. Morphini hydrochloridi  
D. t. d. N 20 in amp.  
S. 1 мл дан тери остига (огриқсизлантириш)
9. Омнопон  
Rp. Sol. Omnoponi 2% 1,0  
D. t. d. N 20 in amp.  
S. 1 мл дан тери остига (огриқсизлантириш)
10. Промедол  
Rp. Sol. Promedoli 2% 1,0  
D. t. d. N 20 in amp.  
S. Катта одамга 1 мл дан тери остига (огриқсизлантириш)
11. Адреналин  
Rp. Sol. Adrenalini hydrochloridi 0,1% 1,0  
D. t. d. N 20 in amp.  
S. 0,5 мл дан тери остига (катта одамга)
12. Атропин  
Rp. Sol. Atropini sulfatis 0,1% 1,0  
D. t. d. N 20 in amp.  
S. Катта одамга 1 мл дан кунига 1—2 марта (секрецияни камайтыриш, силлиқ мускулатура тонусыни пасайтыриш ва бошқалар учун)
13. Лобелин  
Rp. Sol. Lobelini hydrochloridi 1% 1,0  
D. t. d. N 20 in amp.  
S. 1 мл дан тери остига (нафас маркази тонусыни оширади)
14. Мезатон  
Rp. Sol. Mesatoni 1% 1,0  
D. t. d. N 20 in amp.  
S. 1 мл дан тери остига (артериал босымын ошириш учун)
15. Эфедрин  
Rp. Sol. Ephedrini hydrochloridi 5% 1,0  
D. t. d. N 20 in amp.  
S. 1 мл дан тери остига (артериал босымын ошириш учун)
16. Кофенин  
Rp. Sol. Coffeini natrio-benzoatis 10% 1,0  
D. t. d. N 20  
S. 1 мл дан тери остига (марказий нерв системасы тонусыни оширади)

17. Прозерин

Rp. Sol. Proserini 0,05% 1,0

D. t. d. N 20

S. 1 мл дан тери остига (ичак, қовуқ атофиясига қарши курашиш учун)

Рецептларда дориларнинг катталарга мўлжалланган дозаси келтирилган. Болаларга ва кексаларга доза камайтирилади: (Фармакологияга қаралсин).

## МУНДАРИЖА

	Кириш . . . . .	3
<b>Биринчи қисм</b>		
<b>УМУМИЙ ХИРУРГИЯ</b>		
I б о б.	Хирургик инфекция профилактикаси . . . . .	14
	Хирургик инфекция ва унинг қўзғатувчилари тўғрисида тушунча . . . . .	14
	Антисептика . . . . .	16
	Асептика . . . . .	26
II б о б.	Хирургик ишни ташкил қилиш . . . . .	39
	Тоза ва йирингли хирургия тўғрисида тушунча . . . . .	39
	Хирургик стационарни ташкил қилиш . . . . .	39
III б о б.	Оғриқсизлантириш . . . . .	46
	Оғриқ ва оғриқсизлантириш тўғрисида тушунча . . . . .	46
	Оғриқсизлантириш тарихи . . . . .	48
	Умумий оғриқсизлантириш (наркоз) . . . . .	49
	Маҳаллий оғриқсизлантириш ва унинг турлари . . . . .	63
	Анестезист ҳамшира ишининг хусусиятлари ва беморларни наркоздан кейин парвартиш қилиш . . . . .	67
IV б о б.	Хирургик операция, операциядан олдинги ва кейинги даврлар. Беморларни парвартиш қилишнинг асосий принциплари . . . . .	70
	Хирургик операция тўғрисида тушунча . . . . .	70
	Операциядан олдинги давр ва беморни операцияга тайёрлашнинг асосий принциплари . . . . .	84
	Операциядан кейинги давр . . . . .	90
	Процедура (муожаза) ҳамширасининг иш хусусиятлари . . . . .	103
V б о б	Қон оқиши ва уни тўхтатиш . . . . .	107
	Қон оқиши сабаблари . . . . .	107
	Қон оқиши хиллари . . . . .	107
	Гемофилия . . . . .	108
	Ўткир қон оқишининг клиник манзараси . . . . .	108
	Қон оқишини тўхтатиш . . . . .	109
VI б о б	Қон қуйиш . . . . .	114
	Қон қуйиш тарихи . . . . .	114
	СССР да қон қуйиш хизматини ташкил қилиш ва донорлик . . . . .	115

	Қон группалари тўғрисида таълимот . . . . .	116
	✓ Қон группаларини аниқлаш . . . . .	117
	Резус-фактор ва уни аниқлаш . . . . .	118
	Индивидуал мос келиш-келмасликни синаш . . . . .	120
	Биологик синаш . . . . .	120
	Қонни консервациялаш ва сақлаш . . . . .	121
	Қон қуйиш методлари . . . . .	121
	Қоннинг яроқлилигини аниқлаш . . . . .	122
	Қон қуйиш техникаси . . . . .	122
	Қон қуйишга доир кўрсатмалар ва монеликлар . . . . .	124
	Қон қуйишда рўй берадиган хатоликлар, хавфлар ва асоратлар . . . . .	124
	Қон препаратлари . . . . .	126
	Қон ўрнини босадиган суюқликлар . . . . .	127
VII б о б	Десмургия . . . . .	129
	Юмшоқ боғламларнинг турлари . . . . .	129
	Бинтлаш қондалари ва боғламларнинг типлари . . . . .	133
VIII б о б.	Шикастлар (травмалар) . . . . .	148
	Беморни травматологик текширишнинг хусусиятлари ва махсус терминология . . . . .	148
	Шикастлар классификацияси . . . . .	150
	Травматизм ва унинг профилактикаси тўғрисида тушунча . . . . .	151
	Травмаларда биринчи ёрдам уюштириш . . . . .	151
	СССР да травматологик ёрдамни уюштириш . . . . .	151
	Травматик шок . . . . .	152
IX б о б.	Жароҳатлар тўғрисида таълимот . . . . .	180
	Жароҳатлар классификацияси . . . . .	180
	Клиник манзараси . . . . .	181
	Жароҳатларнинг битиши . . . . .	182
	Жароҳатланганларни парвариш қилиш хусусиятлари . . . . .	185
X б о б	Қуйиш, электр травмаси, совуқ олиши . . . . .	186
	✓ Қуйиш . . . . .	186
	Электротравма . . . . .	193
	Совуқ олиши . . . . .	194
	Қуйган, электрдан шикастланган ва совуқ олган беморларни парвариш қилиш . . . . .	196
XI б о б	Хирургик инфекция . . . . .	198
	Маҳаллий йирингли хирургик инфекция . . . . .	200
	Умумий йирингли инфекция (сепсис) . . . . .	209
	Анаэроб инфекция . . . . .	211
	Хроник специфик инфекция . . . . .	215
	Хирургик инфекцияли беморларни парвариш қилиш хусусиятлари . . . . .	217
XII б о б.	Некрозлар. Яралар. Оқмалар. Томир касалликлари . . . . .	221
	Некроз ёки жонсизланиш тўғрисида тушунча . . . . .	221
	Облитерацияловчи эндартерит ва атеросклероз . . . . .	222
	Веналарнинг варикоз кенгайиши . . . . .	223
	Тромбозлар ва эмболиялар . . . . .	224
	✓ Яралар . . . . .	225
	Оқма яралар . . . . .	225
	Некроз, яралар, фистулалар ва томир касалликлари билан касалланган беморларни парвариш қилиш хусусиятлари . . . . .	226

XIII б о б.	Усмалар . . . . .	228
	Усмалар тўғрисида тушунча . . . . .	228
	Усмаларнинг классификацияси ва умумий характе- стикаси . . . . .	228
	Усмаларнинг пайдо бўлиши ва ўсиш сабаблари . . . . .	229
	Усмаларнинг умумий характеристикаси . . . . .	229
	Вак олди ҳолати тўғрисида тушунча . . . . .	233
	СССР да онкологик ёрдамнинг ташкил этилиши . . . . .	233
	Онкологик беморларни парвартиш қилиш хусусиятлари . . . . .	234

## Иккинчи қисм

### ХУСУСИЯ ХИРУРГИЯ

XIV б о б.	Бош, юз ва оғиз бўшлиғининг шикастлари ва касал- ликлари . . . . .	237
	Юз ва бош юмшоқ тўқималарининг шикастлари . . . . .	237
	Бош юз қисмининг шикастланиши . . . . .	238
	Қалла-миянинг ёпиқ шикасти . . . . .	242
	Қалла-миянинг очиқ шикасти . . . . .	246
	Бош миё ва пардаларининг йирингли касалликлари . . . . .	246
	Бош миё ўсмалари . . . . .	248
	Қалла-миё чурралари . . . . .	249
	Гидроцефалия . . . . .	249
	Юз ва оғиз бўшлиғининг ривожланиш нуқсонлари . . . . .	250
	Юзнинг яллиғланиш касалликлари . . . . .	252
	Оғиз бўшлиғи касалликлари . . . . .	253
	Бош, юз ва оғиз бўшлиғи шикастланган ҳамда касал- ланган беморларни парвартиш қилиш хусусиятлари . . . . .	254
XV б о б.	Бўйин, кекирдак ва қизилўнгач шикастлари ҳамда ка- салликлари . . . . .	257
	Нафас йўллари ва қизилўнгачга тушган ёт жисмлар . . . . .	257
	Ҳиқилдоқ стенози ва трахеостомия тўғрисида тушунча . . . . .	257
	Бўйин яраланишлари . . . . .	258
	Қизилўнгач атрезияси . . . . .	259
	Қизилўнгач куйиши . . . . .	259
	Қизилўнгач раки («қилтомоқ») . . . . .	260
	Бўйиннинг туғма кисталари ва фистулалари . . . . .	260
	Қалқонсимон без касалликлари . . . . .	261
	Туғма қийшиқ бўйин . . . . .	263
	Бўйин, кекирдак, қизилўнгач шикастлари ва касаллик- ларига учраган беморларни парвартиш қилиш хусусият- лари . . . . .	263
XVI б о б.	Кўкрак қафаси ва кўкрак бўшлиғи органларининг шикастлари ва касалликлари . . . . .	267
	Кўкракнинг ёпиқ шикастлари . . . . .	267
	Кўкрак қафасининг тешиб кирадиган шикастлари . . . . .	270
	Юракнинг жароҳатлари ва касалликлари . . . . .	272
	Плевранинг касалликлари . . . . .	275
	Улка касалликлари . . . . .	276
	Мастит . . . . .	279
	Сут беги раки . . . . .	280
	Кўкрак қафаси ва кўкрак бўшлиғи органларида шикаст- ланиш ва касалликлар бўлган беморларни парвартиш қилиш хусусиятлари . . . . .	281

<b>XVII б о б.</b>	<b>Қорин девори ва қорин бўшлиғи органларининг шикастлари ва касалликлари</b>	<b>284</b>
	Уткир қорин оғриғи тўғрисида тушунча	284
	Қорин деворининг шикастланиши	284
	Қорин бўшлиғи органларининг шикастлари	285
	Перитонитлар	286
	Қорин девори ва киндикнинг ривожланиш нуқсонлари	288
	Қорин чурралари	289
	Қорин девори ва қорин бўшлиғи органларининг шикастлари ҳамда касалликлари бўлган беморларни парварниш қилиш хусусиятлари	294
<b>XVIII б о б.</b>	<b>Меъда-ичак йўллари органларининг касалликлари</b>	<b>297</b>
	Пилоростеноз	297
	Меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг яра касаллиги	298
	Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигининг асоратлари	299
	Меъда раки	301
	Панкреатитлар	302
	Меъда ости бези раки	303
	Жигар абсцесси	304
	Холецистит ва ўт-тош касаллиги	304
	Портал гипертензия	305
	Ичак касалликлари	307
	Тўғри ичак ва анус касалликлари	311
	Ҳазм органлари касалликлари бор беморларни парварниш қилиш хусусиятлари	320
<b>XIX б о б.</b>	<b>Сийдик-таносил органларининг шикастлари ва касалликлари</b>	<b>325</b>
	Беморни урологик текшириш хусусиятлари ва махсус терминология	325
	Қовуқ ва сийдик чиқариш каналининг ривожланиш нуқсонлари	327
	Буйрақларнинг ёпиқ шикастлари	329
	Буйрақ касалликлари	329
	Буйрақларнинг ўсмалари	334
	Қовуқ касалликлари	335
	Простата бези касалликлари	338
	Мояк ва пардаларининг касаллиги	339
	Жинсий олат касаллиги	340
	Урологик беморларни барварниш қилиш хусусиятлари	341
<b>XX б о б.</b>	<b>Умуртқа поғонаси, орқа мия, чаноқ шикастлари ва касалликлари</b>	<b>344</b>
	Умуртқа поғонаси шикастлари	344
	Умуртқа поғонаси касалликлари	348
	Орқа мия касалликлари	349
	Чаноқ суякларни синиши	350
	Умуртқа поғонаси, орқа мияси, чаноғи шикастланган ва касалланган беморларни парварниш қилиш хусусиятлари	355
<b>XXI б о б.</b>	<b>Қўл-оёқларнинг шикастлари ва касалликлари</b>	<b>357</b>
	Қўл-оёқлар юмшоқ тўқималарининг касалликлари	357
	Суяк чиқинчи	359
	Қўл шикастлари	368
	Оёқ шикастлари	376
	Оёқларнинг туғма касалликлари	383
	Протезлаш	387

	Оёқ-қўлларнинг шикастлари ва касалликларига учраган беморларни парвариш қилиш хусусиятлари . . . . .	387
XII б о б.	Реанимация, бахтсиз ҳодисаларда шошиланч ёрдам кўрсатиш . . . . .	388
	Клиник ва биологик ўлим ҳақида тушунча . . . . .	388
	Тирелтириш методлари . . . . .	389
	Сувга чуқишда ва бўрилишда биринчи ёрдам кўрсатиш . . . . .	392
	Ҳушдан кетиш . . . . .	393
	Коллапс . . . . .	394
	Хирургияда энг кўп қўлланиладиган дори препаратларининг номлари . . . . .	395