


**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA O‘RTA TIBBIYOT VA FARMATSEVTIKA XODIMLARI
MALAKASINI OSHIRISH VA ULARNI IXTISOSLASHTIRISH
MARKAZI ANDIJON FILIALI**

«TASDIQLAYMAN»

Respublika o‘rta tibbiyot va
farmatsevtika xodimlari
malakasini oshirish va ularni
ixtisoslashtirish markazi Andijon
filiali direktor o‘rinbosari
D.M.Gapparova



**“Zamonaviy jarrohlikda hamshiralik ishi”
(144 s)**

Ma’ruza matnlar to’plami.

(Malaka oshirish guruxlari uchun)

Uslubiy kengashda ko‘rib chiqildi
va ma’qullandi

“ 6 ” yanvar
2026

2026 yil

2.1.1- modul: O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 12	1- Mavzu: O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash Vazirligi Zamonaviy jarrohlik sohasidagi so'ngi qaror va buyruqlar, me'yoriy hujjatlar va islohotlar.
---	--

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik xaritasi.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni: 15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot 4 kredit
Ma'ruza mashg'ulotining rejasi.	1. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash Vazirligi zamonaviy jarrohlik sohasidagi me'yoriy hujjatlar. 2. Xirurgik kasalliklarni parvarishlashda xamshiralik jarayoni. 3. Aseptika va antiseptika.
<p>O'quv mashg'uloti maqsadi:</p> <p>1. Ta'limiy: Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash Amaliy ko'nikmalarni egallash Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash Deontologik tarbiyaning shakllanishi Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash</p> <p>2. Tarbiyaviy maqsadi: Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish</p>	

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa	<p>Tashkiliy qism</p> <p>1.1 O'qituvchi sinfga kirib o'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalarini aytib beradi va unga rioya qilishlarini tayinlaydi, yangiliklar eshitaladi va aytiladi.</p> <p>1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi.</p> <p>1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib o'yin qoidalarini tushuntiradi.</p>	Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1. Tinglovchilar boshlang'ich bilimini tekshirish va baxolash maqsadida	<p>1. Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida mutaxassisligi bo'yicha boshlang'ich test oladilar.</p> <p>2. Yangi mavzu mazmunini o'qituvchi tomonidan taqdimot ko'rinishida maxsus monitor orqali tushuntiriladi. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash Vazirligi Zamonaviy jarrohlik sohasidagi so'ngi qaror</p>	<p>1. Tinglovchilar boshlang'ich testni o'z bilim va tajribalariga tayanib ishlaydilar.</p> <p>2. Tinglovchilar ma'ruzani diqqat bilan tinglaydilar,</p>

<p>Boshlang'ich nazorat testi olinadi. 15 daq</p> <p>2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 40 daq.</p> <p>3.O'qitishning noana'naviy usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash 10 daqiqa</p>	<p>va buyruqlar, me'yoriy hujjatlar va islohotlar mavzusida keng va tushunarli tarzda mavzu bayon etiladi. Mavzuga oid savollarga javob beradi.</p> <p>3.Mavzu tushuntirilgandan so'ng «Aqliy hujum» orqali tinglovchilarni o'zlashtirish darajasi baxolanadi.Buning uchun o'qituvchi talabalar uchun mavzu bo'yicha savollar tayyorlaydi. Dars vaqtida talaba ro'yxat bo'yicha savollarning birini oladi. Bu maxsus kartochka qilib tayyorlangan bo'ladi.Talabalar kartochkalarni tortib oladi va ularga og'zaki tarzda javob beradi.</p>	<p>Yangi mavzu bayonini yozib oladilar.Tushinmag an joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar.</p> <p>3.«Aqliy hujum» interaktiv o'yinida faol ishtioq etadilar o'z bilimlarini sinaydilar.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib,aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib,baxolar e'lon qilinadi .Uyga vazifa “O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash Vazirligi Zamonaviy jarrohlik sohasidagi so'ngi qaror va buyruqlar, me'yoriy hujjatlar va islohotlar.” mavzusini o'qib mavzuga oid 10 tadan test tuzib kelish.</p> <p>Tavsiya etiladigan adabiyotlar: A.J.Xamraev “Xirurgiya” 2008 y,M.Bekmuradova “ Jarroxlik va reanimatsiya asoslarida xamshiralik ishi” 2003y M.F.Ziyaeva,M.A.Axmedova “ Jarroxlikda xamshiralik ishi” 2005 y,V.N.Turaqulov,F.A.Qurbonov “Xirurgiyada xamshiralik ishi” 2019 y, F.N.Nishonov,B.R.Abdullajonov,N.Ye.Bozov “Xirurgik kasalliklar” 2020 y.</p>	<p>Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

Mavzu: O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash Vazirligi Zamonaviy jarrohlik sohadagi so'ngi qaror va buyruqlar, me'yoriy hujjatlarni va islohotlar. Zamonaviy jarrohlik yordamini tashkil qilish va o'rta tibbiyot xodimlarini etika va deontologiyasi.

Reja:

1. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash Vazirligi zamonaviy jarrohlik sohadagi me'yoriy hujjatlar.
2. Zamonaviy jarrohlik sohasida amalga oshirilayotgan islohotlar
3. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining qarori, 04.10.2021 yildagi PQ-5254-son

O'zbekiston Respublikasida sog'liqni saqlash tizimini rivojlantirish davlat siyosatining ustuvor yo'nalishlaridan biri hisoblanadi. Tibbiyot sohasini modernizatsiya qilish, aholi uchun sifatli tibbiy xizmat ko'rsatishni ta'minlash hamda zamonaviy jarrohlik amaliyotini rivojlantirish maqsadida qator me'yoriy-huquqiy hujjatlar qabul qilingan.

Bu jarayonlarni tartibga solish va nazorat qilishda O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi asosiy davlat organi hisoblanadi. Vazirlik jarrohlik xizmatini tashkil etish, operatsiya bloklari faoliyati, sanitariya-gigiyena talablari, tibbiy texnologiyalarni joriy etish hamda kadrlar tayyorlash bo'yicha me'yoriy hujjatlar ishlab chiqadi.

Zamonaviy jarrohlik sohasidagi me'yoriy hujjatlarning ahamiyati

Me'yoriy hujjatlar sog'liqni saqlash tizimida muhim rol o'ynaydi. Ular jarrohlik xizmatining sifatini oshirish, bemor xavfsizligini ta'minlash hamda tibbiy xodimlar faoliyatini tartibga solishga xizmat qiladi.

Me'yoriy hujjatlarning asosiy vazifalari:

- jarrohlik xizmatini tashkil etish tartibini belgilash
- operatsiya bloklarining sanitariya talablarini aniqlash
- tibbiy asbob-uskunalaridan foydalanish qoidalarini belgilash
- jarrohlik operatsiyalarini o'tkazish standartlarini ishlab chiqish
- bemorlar xavfsizligini ta'minlash

Jarrohlik xizmatini tashkil etish bo'yicha me'yoriy hujjatlar

Jarrohlik xizmatini samarali tashkil etish uchun tibbiyot muassasalarida maxsus qoidalar va standartlar joriy etilgan.

Ular quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- jarrohlik bo'limlarini tashkil etish tartibi
- operatsion bloklar faoliyatini boshqarish
- jarrohlik bo'limlarining moddiy-texnik ta'minoti
- tibbiyot xodimlarining vazifalari va mas'uliyati

Bundan tashqari, har bir operatsiya maxsus protokollar asosida amalga oshiriladi.

Operatsion bloklarga qo'yiladigan sanitariya-gigiyena talablari

Zamonaviy jarrohlikda operatsiya bloklarining sanitariya holati juda muhim hisoblanadi. Me'yoriy hujjatlarga ko'ra operatsion xonalarda quyidagi talablar bajarilishi kerak:

- steril muhitni ta'minlash
- operatsion xonalarni muntazam dezinfeksiya qilish
- tibbiy asbob-uskunalarini sterilizatsiya qilish
- operatsiya vaqtida aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilish

Bu talablar operatsiya vaqtida infeksiya xavfini kamaytiradi.

Tibbiy texnologiyalarni joriy etish bo'yicha hujjatlar

Zamonaviy jarrohlikda yangi texnologiyalarni joriy etish muhim ahamiyatga ega. Me'yoriy hujjatlar yangi tibbiy texnologiyalarni joriy etish tartibini ham belgilaydi.

Zamonaviy texnologiyalar quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- laparoskopik operatsiyalar
- endoskopik jarrohlik
- mikrojarrohlik
- robotik jarrohlik

Bu texnologiyalar bemor uchun kam travmatik bo'lib, operatsiyadan keyingi tiklanish davrini qisqartiradi.

Tibbiy xodimlar faoliyatini tartibga solish

Me'yoriy hujjatlar tibbiy xodimlarning huquq va majburiyatlarini ham belgilaydi.

Jarrohlik bo'limlarida faoliyat yurituvchi mutaxassislar:

- jarrohlar
- anesteziologlar
- reanimatologlar
- operatsion hamshiralar

Ular malaka oshirish kurslaridan muntazam o'tib turishlari kerak. Bu jarayonda Toshkent Tibbiyot Akademiyasi va boshqa tibbiyot oliy ta'lim muassasalari muhim rol o'ynaydi.

Bemor xavfsizligini ta'minlash

Zamonaviy jarrohlikda bemor xavfsizligi ustuvor vazifa hisoblanadi. Me'yoriy hujjatlarga ko'ra:

- operatsiyadan oldin to'liq diagnostika o'tkazilishi
- operatsiya jarayonida zamonaviy monitoring uskunalaridan foydalanish
- operatsiyadan keyingi rehabilitatsiya choralari amalga oshirish talab etiladi.

Bu chora-tadbirlar jarrohlik natijalarini yaxshilashga yordam beradi.

Zamonaviy jarrohlik sohasida amalga oshirilayotgan islohotlar

1. Jarrohlik xizmatini modernizatsiya qilish

So‘nggi yillarda O‘zbekistonda jarrohlik bo‘limlari zamonaviy texnologiyalar bilan jihozlanmoqda. Endoskopik, laparoskopik va robotik jarrohlik usullari keng joriy etilmoqda.

Bu usullar quyidagi afzalliklarga ega:

- jarohatning kichikligi
- bemorning tez tiklanishi
- operatsiya vaqtining qisqarishi
- operatsiyadan keyingi asoratlarning kamayishi

Zamonaviy jarrohlik texnologiyalari yordamida ko‘plab murakkab operatsiyalar muvaffaqiyatli amalga oshirilmoqda.

2. Me‘yoriy-huquqiy hujjatlar

Jarrohlik sohasini rivojlantirish uchun davlat tomonidan qator me‘yoriy hujjatlar qabul qilingan.

Ular quyidagilarni o‘z ichiga oladi:

- jarrohlik xizmatini tashkil etish tartibi
- operatsiya bloklariga qo‘yiladigan sanitariya talablari
- sterilizatsiya va dezinfeksiya qoidalari
- tibbiy xodimlar malakasini oshirish talablari

Bu hujjatlar jarrohlik amaliyotining xavfsizligini ta‘minlashda muhim ahamiyatga ega.

3. Tibbiyot muassasalarini modernizatsiya qilish

Davlat dasturlari asosida respublika va viloyat tibbiyot markazlari zamonaviy uskunalar bilan jihozlanmoqda.

Shuningdek:

- yangi operatsion bloklar qurilmoqda
- zamonaviy diagnostika apparatlari o‘rnatilmoqda
- reanimatsiya bo‘limlari yangilanmoqda

Natijada jarrohlik operatsiyalarining samaradorligi oshmoqda.

4. Kadrlar tayyorlash va malaka oshirish

Jarrohlik sohasida yuqori malakali mutaxassislar tayyorlash muhim vazifalardan biridir. Shu maqsadda:

- tibbiyot oliy o‘quv yurtlarida zamonaviy o‘quv dasturlari joriy etilgan
- shifokorlar uchun malaka oshirish kurslari tashkil etilgan
- xalqaro tajribani o‘rganish yo‘lga qo‘yilgan

Bu jarayonlarda Toshkent Tibbiyot Akademiyasi hamda boshqa ilmiy markazlar faol ishtirok etmoqda.

5. Minimal invaziv jarrohlik usullari

Zamonaviy jarrohlikda minimal invaziv operatsiyalar keng qo‘llanilmoqda.

Bular:

- laparoskopik operatsiyalar
- endoskopik jarrohlik
- mikrojarrohlik

Bu usullar bemor uchun kam travmatik hisoblanadi.

6. Axborot texnologiyalarini joriy etish

Tibbiyot sohasida raqamli texnologiyalar keng qo‘llanilmoqda.

Masalan:

- elektron tibbiy kartalar
- telemeditsina
- operatsiyalarni raqamli monitoring qilish

Bu tizimlar tibbiy xizmat sifatini oshirishga yordam beradi.

Xulosa

O‘zbekistonda jarrohlik sohasida amalga oshirilayotgan islohotlar tibbiy xizmat sifatini oshirishga xizmat qilmoqda. Zamonaviy texnologiyalarni joriy etish, tibbiyot muassasalarini modernizatsiya

qilish, malakali kadrlar tayyorlash hamda me'yoriy-huquqiy bazani takomillashtirish jarrohlik xizmatining samaradorligini oshirmoqda.

Kelgusida bu sohada innovatsion texnologiyalarni keng joriy etish, xalqaro tajribani o'rganish va tibbiyot xizmatlarini yanada takomillashtirish muhim ahamiyat kasb etadi.

O'zbekiston Respublikasi Prezidentining qarori, 04.10.2021 yildagi PQ-5254-son

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI PREZIDENTINING QARORI

**XIRURGIYA XIZMATINI TRANSFORMATSIYA QILISH, HUDUDLARDA
JARROHLIK AMALIYOTLARI SIFATINI OSHIRISH VA KO'LAMINI
KENGAYTIRISH CHORA-TADBIRLARI TO'G'RSIDA**

Aholiga jarrohlik yordamini ko'rsatish sifatini oshirish, hududlarda kam invaziv va yuqori texnologik jarrohlik amaliyotlarini keng joriy qilish, xirurgiya yo'nalishidagi tibbiyot xodimlarining salohiyatini oshirish uchun zarur shart-sharoitlar yaratish, sohada ilm-fanni rivojlantirish maqsadida:

1. Xirurgiya xizmatini transformatsiya qilishning asosiy yo'nalishlari etib quyidagilar belgilansin:

akademik V. Voxidov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan xirurgiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (keyingi o'rinlarda — Xirurgiya markazi) — viloyat — tuman (shahar) tibbiyot muassasalari o'rtasida uzviy bog'liqlikni ta'minlash;

hududlar va tuman (shahar) darajasida kam invaziv va yuqori texnologik jarrohlik amaliyotlarini keng joriy etish;

Xirurgiya markazida transplantatsiya amaliyotlarini xorijiy mutaxassislar bilan hamkorlikda keng joriy etish;

xirurg, anesteziolog, reanimatolog, nefrolog va boshqa mutaxassislarning salohiyatini oshirish, ularni nufuzli xorijiy tibbiyot muassasalari va markazlarida malaka oshirishi va stajirovka o'tashini tashkil etish, zamonaviy simulyatsion markazda mutaxassislar tayyorlashni yo'lga qo'yish;

xirurgiya yo'nalishida ilmiy-tadqiqot ishlarini rivojlantirish, xodimlarning ilmiy salohiyatini oshirish;

aholiga malakali tibbiy xizmat ko'rsatish maqsadida Xirurgiya markazi, uning filiallari, tuman (shahar) tibbiyot birlashmalari xirurgiya, anesteziologiya-reanimatsiya bo'limlarining moddiy-texnika bazasini mustahkamlash.

2. Sog'liqni saqlash vazirligi hamda Moliya vazirligining quyidagi takliflariga rozilik berilsin:

a) bolalarda tug'ma yurak nuqsonlarini endovaskulyar yo'l bilan davolashni keng joriy etish, ularni qisqa vaqt ichida to'liq sog'lomlashtirib, nogironlikdan chiqarish maqsadida:

2021-yilda yurak nuqsonlarini davolash uchun mo'ljallangan 500 ta tibbiy buyum (okklyuder) xarid qilishga Sog'liqni saqlash vazirligiga rivojlantirish dasturlari uchun ajratilgan mablag'lar doirasida vazirlikka 10 milliard so'm mablag' ajratish;

2022-yildan boshlab esa ehtiyojdan kelib chiqib har yili o'rtacha 2500 ta okklyuder xarid qilish uchun Davlat budjeti parametrlarida zarur mablag'larni nazarda tutish;

b) O'zbekiston Respublikasi respublika budjetidan, shuningdek Qoraqalpog'iston Respublikasi budjeti, viloyatlar va Toshkent shahar mahalliy budjetlarining qo'shimcha manbalaridan teng ulushda:

2021-yilda Xirurgiya markazi filiallarini 1-ilovaga muvofiq zamonaviy asbob-uskunalar bilan jihozlash uchun 42,5 milliard so'm mablag' ajratish;

2022-2023-yillarda tumanlararo qo'shma shikastlanish va o'tkir qon-tomir kasalliklari markazlariga birlashtirilgan 26 ta tuman (shahar) tibbiyot birlashmalarining xirurgiya, anesteziologiya-reanimatsiya bo'limlarini 2-ilovaga muvofiq zamonaviy asbob-uskunalar bilan jihozlash uchun 71,4 milliard so'm yo'naltirish.

Belgilansinki:

mazkur tadbirlar uchun mablag'lar O'zbekiston Respublikasi respublika budjetidan, shuningdek joylarda kam invaziv va yuqori texnologik jarrohlik amaliyotlarini joriy etish

natijasida tejaladigan mablag'lar hamda xalqaro moliya institutlarining imtiyozli kredit va grant mablag'lari hisobiga ajratiladi;

Qoraqalpog'iston Respublikasi Vazirlar Kengashi, viloyatlar va Toshkent shahar hokimliklarining asoslangan hisob-kitoblariga ko'ra tuman (shahar) tibbiyot birlashmalari xirurgiya, anesteziologiya-reanimatsiya bo'limlarini asbob-uskunalar bilan jihozlash uchun O'zbekiston Respublikasining respublika budjetidan tegishli mahalliy budjetlarga qaytarish sharti bilan budjet ssudasi ajratiladi.

3. Sog'liqni saqlash vazirligi (A. Xadjibayev):

Qoraqalpog'iston Respublikasi Vazirlar Kengashi Raisi, viloyatlar va Toshkent shahar hokimlari bilan birgalikda 2022-2023-yillar davomida kam invaziv va yuqori texnologik jarrohlik amaliyotlari ko'lami oshirilishini, shu jumladan tuman (shahar)larda amalga oshiriladigan amaliyotlar turi 60 tadan 79 taga, hududlarda esa 130 tadan 168 taga oshirilishini, Xirurgiya markazida yurak va o'pka transplantatsiyasi joriy etilishini ta'minlasin;

Xirurgiya markazi (S. Ismailov), Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi (D. Tulyaganov) va Respublika ixtisoslashtirilgan nefrologiya va buyrak transplantatsiyasi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (B. Daminov) tomonidan 2022-yil yakuniga qadar barcha hududlarda buyrak transplantatsiyasi amaliyoti yo'lga qo'yilishini ta'minlasin;

Sog'liqni saqlash vazirligining Iqtidorli va malakali tibbiyot mutaxassislarini qo'llab-quvvatlash hamda tibbiyot muassasalariga jalb qilish jamg'armasi va mahalliy budjet mablag'lari hisobidan Xirurgiya markazi va hududiy davlat tibbiyot muassasalarining xorijiy tillarni yaxshi biladigan xodimlarini 2021-2022-yillarda xirurgiya sohasi uchun dolzarb yo'nalishlar bo'yicha nufuzli xorijiy tibbiyot muassasalari va markazlariga malaka oshirish va stajirovka o'tash uchun yuborish, shuningdek, Xirurgiya markazi faoliyatiga yetakchi xorijiy mutaxassislarni jalb etish choralarini ko'rsin.

Belgilab qo'yilsinki:

Iqtidorli va malakali tibbiyot mutaxassislarini qo'llab-quvvatlash hamda tibbiyot muassasalariga jalb qilish bo'yicha ishchi guruhi (B. Musayev) mazkur bandga muvofiq malaka oshirish va stajirovka o'tash uchun yuboriladigan xodimlarning shaffof tanlov asosida tanlab olinishini ta'minlaydi;

malaka oshirish va stajirovka o'tash uchun yuboriladigan xodimlarga Xirurgiya markazi bilan tuziladigan shartnoma shartlariga muvofiq Xirurgiya markazi va hududiy davlat tibbiyot muassasalarida ishlab berish majburiyati yuklatiladi.

4. Shunday tartib o'rnatilsinki, unga muvofiq xorijiy mutaxassislarni davlat tibbiyot muassasalariga jalb etishda:

xorijiy mutaxassislarining mehnatiga haq to'lash shartnomada kelishilgan shartlarga muvofiq amalga oshiriladi;

ular uchun ikki tomonga aviachiptalarni sotib olish xarajatlari (uzoq muddatli mehnat shartnomalari tuzilganda bir yilda ikki martadan oshmagan holda) hamda respublika mehmonxonalarida yashash xarajatlari tegishli davlat tibbiyot muassasasi tomonidan milliy valyutada to'lanadi;

ularni jalb etish va moddiy ta'minoti bo'yicha xarajatlarni moliyalashtirish manbai bo'lib Sog'liqni saqlash vazirligining Iqtidorli va malakali tibbiyot mutaxassislarini qo'llab-quvvatlash hamda tibbiyot muassasalariga jalb qilish jamg'armasi mablag'lari, tegishli davlat tibbiyot muassasasining budjetdan tashqari mablag'lari, xalqaro moliya va boshqa tashkilotlar, xorijiy hukumat tashkilotlarining grantlari, shuningdek, qonunchilikda taqiqlanmagan boshqa manbalar hisoblanadi.

5. Xirurgiya markazining inson a'zolari va to'qimalari transplantatsiyasi sohasida qo'shimcha vazifalari etib quyidagilar belgilansin:

transplantologiya sohasida fundamental va amaliy tadqiqotlarni amalga oshirish hamda innovatsion loyihalarni ishlab chiqish;

yuqori texnologik transplantatsiya amaliyotlarini amalga oshirish usullarini o'rganish va joriy etish;

xorijiy davlatlarning mazkur sohadagi ilmiy tashkilotlari, markazlari hamda ekspertlari bilan hamkorlik aloqalarini o'rnatish va birgalikda tadqiqotlarni tashkil qilish;
transplantologiya yo'nalishida malakali ilmiy kadrlarni tayyorlashga ko'maklashish.

Xirurgiya markazida:

bazaviy moliyalashtirish tizimi asosida faoliyat yuritadigan Inson a'zolari va to'qimalari transplantatsiyasi ilmiy laboratoriyasi;

2021/2022 o'quv yilidan boshlab Toshkent tibbiyot akademiyasining Xirurgiya va transplantologiya kafedrasini tashkil etilsin.

Belgilansinki, Xirurgiya markazi ushbu kafedrada o'qitilayotgan bakalavrlar, klinik ordinatorlar va magistrlar uchun asosiy klinik baza hisoblanadi.

6. Investitsiyalar va tashqi savdo vazirligi (Sh. Vafayev) Sog'liqni saqlash vazirligi bilan birgalikda bir hafta muddatda Xirurgiya markazini modernizatsiya qilish uchun 11 million AQSh dollari miqdorida xalqaro moliya institutlari va xorijiy hukumat moliya tashkilotlari mablag'larini jalb qilish choralari ko'rsin.

7. Xirurgiya xizmatini 2021 — 2023-yillarda transformatsiya qilish bo'yicha chora-tadbirlar dasturi 3-ilovaga muvofiq tasdiqlansin.

Sog'liqni saqlash vazirligi Dasturda belgilangan chora-tadbirlarning o'z vaqtida va sifatli ijro etilishini ta'minlasin hamda amalga oshirilgan ishlar to'g'risida har chorakda Vazirlar Mahkamasiga axborot kiritib borsin.

8. Qoraqalpog'iston Respublikasi Vazirlar Kengashi Raisi va viloyatlar hokimlari bir hafta muddatda mazkur qaror talablariga muvofiq Qoraqalpog'iston Respublikasi va viloyatlarda 2022-2023-yillarda jarrohlik yordamini rivojlantirish bo'yicha chora-tadbirlar dasturini ishlab chiqib, Qoraqalpog'iston Respublikasi Jo'qorg'i Kengesi va xalq deputatlari viloyatlar Kengashlarida ko'rib chiqilishi va tasdiqlanishini hamda O'zbekiston Respublikasi Prezidenti Administratsiyasiga taqdim etilishini ta'minlasin.

9. Sog'liqni saqlash vazirligi (A. Xadjibayev) Moliya vazirligi (T. Ishmetov) bilan birgalikda bir oy muddatda jarrohlik amaliyotining murakkabligi darajasi hamda samaradorlik ko'rsatkichlariga qarab tibbiyot xodimlariga tabaqalashtirilgan mehnatga haq to'lash tizimini joriy etish bo'yicha Vazirlar Mahkamasiga taklif kiritilsin.

10. Sog'liqni saqlash vazirligi (A. Xadjibayev) yetakchi xorijiy tajribani inobatga olgan holda 2021-yil 1-noyabrdan boshlab Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazida respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazlari va boshqa davlat tibbiyot muassasalari rahbarlarini sog'liqni saqlash sohasida boshqaruv (Healthcare Administration) yo'nalishi bo'yicha qisqa muddatli o'quv kurslarida qayta tayyorlash hamda malakasini oshirishni yo'lga qo'ysin va ularni mazkur kurslarda o'qitish yuzasidan reja-grafikni tasdiqlasin.

Oldingi tahrirga qarang.

11. Sog'liq saqlash vazirligi 2022/2023 o'quv yilida sog'liqni saqlash sohasi uchun 50 nafar menejer mutaxassislarini magistrlik yo'nalishida (Master of Healthcare Administration) davlat granti asosida Toshkent shahridagi Xalqaro Vestminster va boshqa nodavlat oliy ta'lim tashkilotlarida tayyorlash bo'yicha qonunchilikda belgilangan tartibda shartnomalar tuzilishini va bu bilan bog'liq xarajatlarning mazkur maqsadlar uchun Davlat budjetidan ajratilgan mablag'lar hisobidan moliyalashtirilishini ta'minlasin.

(11-band O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2021-yil 24-dekabrda PQ-61-sonli qarori tahririda — Qonunchilik ma'lumotlari milliy bazasi, 25.12.2021-y., 07/21/61/1195-son)

12. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining ayrim hujjatlariga 4-ilovaga muvofiq o'zgartirishlar kiritilsin.

13. Sog'liqni saqlash vazirligi manfaatdor vazirlik va idoralar bilan birgalikda ikki oy muddatda qonunchilik hujjatlariga ushbu qarordan kelib chiqadigan o'zgartirish va qo'shimchalar to'g'risida Vazirlar Mahkamasiga takliflar kiritilsin.

14. Ushbu qarorning ijrosini samarali tashkil qilishga mas'ul va shaxsiy javobgar etib sog'liqni saqlash vaziri A.M. Xadjibayev, uning o'rinbosarlari A.Sh. Inoyatov va U.Y. Sobirov,

Qoraqalpog‘iston Respublikasi Vazirlar Kengashi Raisi, viloyatlar va Toshkent shahar hokimlari belgilansin.

Qarorning o‘z vaqtida va natijali ijro etilishini nazorat qilish O‘zbekiston Respublikasi Bosh vazirining o‘rinbosari B.A. Musayev va O‘zbekiston Respublikasi Prezidenti maslahatchisining birinchi o‘rinbosari L.N. To‘ychiyev zimmasiga yuklansin.

Amalga oshirilayotgan chora-tadbirlar natijadorligi yuzasidan 2022-yil 1-yanvarga qadar O‘zbekiston Respublikasi Prezidentiga axborot berilsin.

“Aqliy hujum” (Brainstorming) interfaol o‘yini qo‘llanishi

“Aqliy hujum” — muammoni qisqa vaqt ichida ko‘plab g‘oyalar orqali hal qilishga qaratilgan interfaol metod. Tibbiyot darslarida tashxis qo‘yish, davolash usullarini aniqlash va muammoli vaziyatni tahlil qilishda samarali.

1 Maqsadni aniqlash

- Muammo yoki savol aniq belgilanadi.
- Masalan: “Isitma bilan kelgan bemorda qanday sabablar bo‘lishi mumkin?”

2 Qoidalarni tushuntirish

- Har qanday fikr qabul qilinadi (tanqid qilinmaydi).
- Tezkorlik muhim.
- Qisqa va aniq javob beriladi.
- Fikrlar soni ko‘p bo‘lishi rag‘batlantiriladi.

3 Muammoni e‘lon qilish

- O‘qituvchi savolni doskaga yozadi.
- Vaqt belgilanadi (3–5 daqiqa).

4 G‘oyalarni yig‘ish

- Talabalar navbat bilan yoki erkin tarzda fikr bildiradi.
- O‘qituvchi barcha javoblarni yozib boradi.
- Baholash yoki tahlil bu bosqichda qilinmaydi.

5 Tahlil bosqichi

- Bildirilgan g‘oyalar guruhlariga ajratiladi.
- Asosli va mantiqli variantlar tanlab olinadi.
- Keraksiz yoki takroriy javoblar chiqarib tashlanadi.

6 Xulosa chiqarish

- Eng to‘g‘ri yoki samarali yechim aniqlanadi.
- O‘qituvchi ilmiy asoslangan yakuniy xulosani beradi.

Tibbiy atamalar

1. **Jarrohlik** – kasalliklarni operativ yo‘l bilan davolash usuli.
2. **Operatsiya** – kasallikni davolash maqsadida bajariladigan jarrohlik amaliyoti.
3. **Laparoskopiya** – kichik kesmalar orqali bajariladigan jarrohlik usuli.
4. **Sterilizatsiya** – mikroorganizmlarni to‘liq yo‘q qilish jarayoni.
5. **Dezinfeksiya** – zararli mikroorganizmlarni yo‘q qilish usuli.
6. **Reanimatsiya** – hayotiy funksiyalarni tiklashga qaratilgan tibbiy yordam.
7. **Anesteziya** – og‘riqsizlantirish usuli.
8. **Minimal invaziv jarrohlik** – organizmga minimal zarar yetkazadigan operatsiya usuli.
9. **Diagnostika** – kasallikni aniqlash jarayoni.
10. **Asorat** – davolash yoki operatsiyadan keyin yuzaga keladigan qo‘shimcha muammo.

Nazorat savollari

1. O‘zbekiston Respublikasida jarrohlik sohasida qanday islohotlar amalga oshirilmoqda?
2. Zamonaviy jarrohlik texnologiyalariga qaysilar kiradi?
3. Jarrohlik xizmatini tashkil etishda me‘yoriy hujjatlarning ahamiyati nimada?
4. Minimal invaziv jarrohlik nima?

5. Laparoskopik operatsiyaning afzalliklari qanday?
6. Jarrohlik bo'limlariga qanday sanitariya talablari qo'yiladi?
7. Jarrohlik sohasida axborot texnologiyalarining roli qanday?
8. Shifokorlarning malakasini oshirish qanday amalga oshiriladi?
9. Zamonaviy operatsion bloklar qanday jihozlanadi?
10. Jarrohlik sohasida xalqaro tajribaning ahamiyati nimada?

Test savollari

1. Zamonaviy jarrohlikning asosiy maqsadi nima?

- A) Kasallikni faqat dori bilan davolash
- B) Jarrohlik yordamining sifatini oshirish
- C) Faqat diagnostika qilish
- D) Operatsiyalarni kamaytirish

2. Laparoskopiya qanday usul?

- A) Ochiq operatsiya
- B) Minimal invaziv operatsiya
- C) Radiologik usul
- D) Laboratoriya tekshiruvi

3. Sterilizatsiya nima?

- A) Mikroorganizmlarni to'liq yo'q qilish
- B) Bakteriyalarni ko'paytirish
- C) Faqat viruslarni yo'q qilish
- D) Faqat tozalash

4. Reanimatsiya bo'limining vazifasi nima?

- A) Diagnostika
- B) Jarrohlik operatsiyasi
- C) Hayotiy funksiyalarni tiklash
- D) Profilaktika

5. Minimal invaziv jarrohlikning afzalligi nimada?

- A) Jarohat katta bo'ladi
- B) Tiklanish sekin bo'ladi
- C) Jarohat kichik bo'ladi
- D) Operatsiya uzoq davom etadi

6. Jarrohlikda og'riqsizlantirish nima deb ataladi?

- A) Diagnostika
- B) Anesteziya
- C) Reanimatsiya
- D) Dezinfeksiya

7. Dezinfeksiya nima?

- A) Mikroblarni yo'q qilish
- B) Qonni tekshirish
- C) Operatsiya qilish
- D) Rentgen tekshiruvi

8. Zamonaviy jarrohlikda qaysi texnologiya keng qo'llaniladi?

- A) Endoskopiya
- B) Mikroskopiya
- C) Elektrokardiografiya
- D) Tomografiya

9. Jarrohlik amaliyotini kim bajaradi?

- A) Terapevt
- B) Jarroh
- C) Pediater
- D) Farmatsevt

10. Operatsiyadan keyin yuzaga keladigan muammo nima deb ataladi?

- A) Diagnostika
- B) Asorat
- C) Profilaktika
- D) Reabilitatsiya

Foydalanilgan adabiyotlar

1. A.J.Xamraev “Xirurgiya” 2008 y, M.Bekmuradova “ Jarroxlik va reanimatsiya asoslarida xamshiralik ishi” 2003y
2. M.F.Ziyaeva, M.A.Axmedova “ Jarroxlikda xamshiralik ishi” 2005 y,
3. V.N.Turaqulov, F.A.Qurbonov “Xirurgiyada xamshiralik ishi” 2019 y, F.N.Nishonov, B.R.Abdullajonov, N.Ye.Bozorov “Xirurgik kasalliklar” 2020 y.
4. O‘zbekiston Respublikasi sog‘liqni saqlash tizimini rivojlantirish bo‘yicha davlat dasturlari.
5. Jarroxlik asoslari – tibbiyot oliy o‘quv yurtlari uchun darslik.
6. Zamonaviy jarroxlik texnologiyalari bo‘yicha o‘quv qo‘llanma.
7. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi rasmiy me‘yoriy hujjatlari.
8. Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti tavsiyalari.
9. Klinik jarroxlik bo‘yicha ilmiy maqolalar va tibbiy jurnallar.

2.1.2- modul:	2-Mavzu: Zamonaviy jarroxlik yordamini tashkil qilish va o‘rta tibbiyot xodimlarini etika va deontologiyasi .Tibbiyot xodimining shaxsiy gigiyenasi
----------------------	--

Ma’ruza mashg‘ulotini o‘qitish texnologik xaritasi.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O‘quv mashg‘ulotining shakli va turi	Nazariy mashg‘ulot 4 kredit

Ma'ruza mashg'ulotining rejasi.	1. Zamonaviy jarrohlikni tashkil qilish asoslari 2. Xirurgik kasalliklarni parvarishlashda xamshiralik jarayoni. 3. O'rta tibbiyot xodimlarini etika va deontologiyasi 4. Tibbiyot xodimining shaxsiy gigiyenasi
O'quv mashg'uloti maqsadi: 1. Ta'limiy: Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash Amaliy ko'nikmalarni egallash Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash Deontologik tarbiyaning shakllanishi Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash 2. Tarbiyaviy maqsadi: Mutaxassislikka javobgarlik hissinini shakllantirish Insonparvarlik va rahmdillik hissinini shakllantirish O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish	

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa	Tashkiliy qism 1.1 O'qituvchi o'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalarini aytib beradi va unga rioya qilishlarini tayinlaydi, yangiliklar eshitaladi va aytiladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib o'yin qoidalarini tushuntiradi.	Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1. Tinglovchilar boshlang'ich bilimini tekshirish va baxolash maqsadida Boshlang'ich nazorat testi olinadi. 15 daq	1. Tinglovchilardan o'tilgan mavzuni tekshirish maqsadida mavzu bo'yicha test olinadi. 2. Yangi mavzu mazmunini o'qituvchi tomonidan taqdimot ko'rinishida maxsus monitor orqali tushuntiriladi. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash Vazirligi Zamonaviy jarrohlik sohasidagi so'ngi qaror va buyruqlar, me'yoriy hujjatlar va islohotlar mavzusida keng va tushunarli tarzda mavzu bayon etiladi. Mavzuga oid savollarga javob beradi.	1. Tinglovchilar testni o'z bilim va tajribalariga tayanib ishlaydilar. 2. Tinglovchilar ma'ruzani diqqat bilan tinglaydilar, Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushinmag'an joylarini savol tariqasida yo'llab

<p>2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 40 daq.</p> <p>3.O'qitishning noana'naviy usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash 10 daqiqa</p>	<p>3.Mavzu tushuntirilgandan so'ng «Atamani top» orqali tinglovchilarni o'zlashtirish darajasi baxolanadi.Buning uchun o'qituvchi talabalar uchun mavzu bo'yicha savollar tayyorlaydi. Dars vaqtida talaba ro'yxat bo'yicha savollarning birini oladi. Bu maxsus kartochka qilib tayyorlangan bo'ladi.Talabalar kartochkalarni tortib oladi va ularga og'zaki tarzda javob beradi.</p>	<p>javob oladilar. 3.«Atamani top» interaktiv o'yinida faol ishtioq etadilar o'z bilimlarini sinaydilar.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib,aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib,baxolar e'lon qilinadi .Uyga vazifa Zamonaviy jarrohlik yordamini tashkil qilish va o'rta tibbiyot xodimlarini etika va deontologiyasi .Tibbiyot xodimining shaxsiy gigiyenasi mavzusini o'qib mavzuga oid 10 tadan savol tuzib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: A.J.Xamraev “Xirurgiya” 2008 y,M.Bekmuradova “ Jarroxlik va reanimatsiya asoslarida xamshiralik ishi” 2003y M.F.Ziyaeva,M.A.Axmedova “ Jarroxlikda xamshiralik ishi” 2005 y,V.N.Turaqulov,F.A.Qurbonov “Xirurgiyada xamshiralik ishi” 2019 y, F.N.Nishonov,B.R.Abdullajonov,N.Ye.Bozov “Xirurgik kasalliklar” 2020 y.</p>	<p>Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

2-Mavzu: Zamonaviy jarrohlik yordamini tashkil qilish va o'rta tibbiyot xodimlarini etika va deontologiyasi .Tibbiyot xodimining shaxsiy gigiyenasi

Reja:

1. Zamonaviy jarrohlikni tashkil qilish asoslari
2. Xirurgik kasalliklarni parvarishlashda xamshiralik jarayoni.
3. O'rta tibbiyot xodimlarini etika va deontologiyasi
4. Tibbiyot xodimining shaxsiy gigiyenasi

Zamonaviy jarrohlikni tashkil qilish asoslari

Xirurgiya - kasalliklar va jarohatlarni o'rganuvchi tibbiyotning bir bo'limi bo'lib, ularni davolash uchun jarohatlangan to'qima va organlarga operativ yo'l bilan yoki fizik ta'sir ko'rsatish orqali davolashdir.

Bemorlarga jarroxlik yordami ko'rsatadigan muassasalar 2 turga bo'linadi: ambulator va statsionar. Ambulator jarroxlik yordam poliklinikalardagi jarroxlik xonalarda, jarroxlik bo'limlarda va tez, shoshilinch yordam shoxobchalarida ko'rsatiladi.

Boshlang'ich bosqichda bemor ambulator muassasalardagi vrach-jarroxlar tomonidan qabul qilinadi. Poliklinikada jarroxlik kasalliklarining ba'zi bir turlari qonservativ davolanadi.Bu yerda kichik operatsiyalar (yumshoq to'qimalardagi xavfsiz o'smalarni olib tashlash, panaritsiy, furunkul, kichik absesslarni ochish va x.k), jaroxatlarni qayta bog'lash kabi muolajalar bajariladi.

Poliklinikadagi jarrox xonasi kamida ikkita, ko'pi bilan uchta xonadan tashkil topgan bo'lishi zarur. Jarrox o'z xonasida bemorlarni qabul qiladi, tashxis qo'yadi, kerakli xujjatlarni to'ldiradi. 2-xona toza bog'lov xonasi bo'lib jarrox xonasi bilan tutash yoki unga aloxida eshikdan kirish mumkin bo'ladi. Toza bog'lov xonasida kichik operatsiyalar va operatsiyadan keyingi jaroxatlarni qayta bog'lash muolajalari o'tkaziladi. 3-xona yiringli bog'lov xonasi bo'lib, unga aloxida eshikdan kiriladi va bu xonada yiringli operatsiyalar (panaritsiy, furunkul, abscess va x.k) bajariladi.

Jarrox qabulxonasida stol, stullar, bemorni yotqizib ko'rish uchun maxsus kushetka, dispanser nazoratidagi bemorlarning ambulator kartalarni saqlash uchun javon, dori - darmonlarni saqlash uchun qulfli maxsus shkaf, rentgen suratlarini o'qish uchun negatoskop bo'lishi zarur.

Toza va yiringli bog'lov xonalarida operatsiya stoli, maxsus vintli kursilar, steril stol (sterillangan jarroxlik asbob-uskunalar uchun), bir necha bikslar (steril choyshablar, bog'lov materiallari, sterillangan asbob-uskunalar, shprintslar uchun), sterilizator, quruq issiq xavo bilan sterillovchi shkaf, narkoz berish uchun zarur bo'lgan asbob-uskunalar, dori-darmonlar uchun maxsus shkaf, ginekologik kreslo moslamasi, operatsiya stoliga maxkamlanadigan qo'l tutgich, qayta bog'lov va kichik operatsiyalarni o'tkazish uchun maxsus jarroxlik asbob va uskunalar to'plami, ishlatilgan bog'lov materiallarini tashlash uchun sirlangan qopqoqli chelak, qo'l yuvgich bo'lishi kerak.

Kasalxonalardagi jarroxlik bo'limi umumiy jarroxlik bemorlarini davolashga mo'ljallangan bo'lsa, vrachlar xonasi, bo'lim mudiri xonasi, katta xamshira xonasi, tibbiyot xodimlari yechinib-kiyinib xonasi, muolaja xonasi, toza va yiringli bog'lov xonalari, operatsiya bloki, oshxona, ovqat tarqatish xonasi, xoll, xo'jalik bekasi xonasi, dush-yuvinib xonasi, xojatxona, palatalardan iborat bo'ladi. Jarroxlik bo'limidagi barcha palatalarda, muolaja, bog'lov, operatsiya xonalarida kvars lampalari bo'lishi zarur. Ushbu bakteritsid lampalar xar kuni rejali ravishda yoqib qo'yiladi va bu palatadagi mikroblarni 10-15 martagacha kamaytiradi. Palatalar 2 tadan 4 tagacha bemorlar yotishi uchun mo'ljallangan bo'lib, karavotlar maxsus-funksional xolatlariga o'zgaruvchan bo'lishi kerak. Xar bir palatada xar bemor uchun aloxida tumba, stol va stullar bo'ladi.

Operatsiya bloki – jarroxlik bo'limining asosiy qismi xisoblanadi. Operatsiya bloki jarroxlik bo'limining bir burchagida joylashgan bo'lib, reanimatsiya bo'limi bilan maxsus yo'lak orqali ulansa maqsadga muvofiq bo'ladi. Agar jarroxlik bo'limi joylashgan bino bir necha qavatli bo'lsa, operatsiya bloki yuqori qavatda joylashsa, qulay xisoblanadi. Operatsiya bloki operatsiya xonasidan, xo'jalik xonalaridan, bog'lam materiallari tayyorlash xonasidan iborat bo'ladi. Operatsion blok operatsiya xonasida iloji boricha mikroblar kam bo'lishi uchun aseptika zonalariga bo'linadi. 1-zonaga operatsiya xonasi kiradi, 2-zonaga operatsiyadan oldingi xona kiradi, 3-zonaga esa xo'jalik xonalari kiradi.

Aseptikaga qattiq rioya qilish zarur bo'lgan zona bu 1-zonadir. Operatsiya xonasi poli, devorlari kafel yoki marmardan ishlangan bo'lishi kerak, nam tozalash ishlari olib borilganda aynimasligi va oson tozalanishi zarur. Sanitar-epidemiologiya talablariga ko'ra, zamonaviy operatsiya xonasining maydoni 35-40 m² dan kam, balandligi esa 3,5m dan past bo'lmazligi zarur. Operatsiya lampalari 9-12 ko'zli, 12 Volt kuchlanishli, 50-55 Vatt quvvatli, soyasoz yoritgichlar bilan jixozlangan bo'lishi kerak.

Operatsiya xonasida operatsiya stoli, elektrokoagulyator, shipga o'rnatilgan 9-12 ko'zli soyasiz yoritgichlar, ko'chma soyasiz 3-5 ko'zli yoritgichlar, narkoz apparati, jarroxlik asbob-uskunalar uchun katta steril stol, operatsiya vaqtida ishlatiladigan ko'chma, g'ildirakli stol, anesteziolog stoli, qo'shimcha asbob-uskunalar uchun maxsus yordamchi stol, dori-darmonlar uchun javonli stol, bikslar uchun tagliklar va bikslar, kardiomonitor, bakteritsid kvars lampalari, qonditsioner, elektrorozetkalari albatta yerga ulangan bo'lishi zarur, ishlatilgan bog'lov materiallarini tashlash uchun tog'oralar va tog'oralar uchun tagliklar, dori-darmonlar saqlanadigan shkaf, elektr so'rgich, defibrillyator bo'lishi zarur.

Operatsiya xonasiga kirishdan oldin operatsiya - oldi xonasida jarrox va xamshira qo'llarini yuvib, antiseptik eritmada chayib, dezinfeksiya qiladi. Operatsiya xonasi aseptik 1-zonaga to'g'ri keladi va u yerda xizmat qiladigan barcha tibbiyot xodimlari dushda cho'milib, operatsiya kiyimlarini kiyib, boshlariga qalpoq, og'iz-burunlariga niqob, oyoqlariga maxsus baxila kiyib yurishlari shart.

2.Xirurgik kasalliklarni parvarishlashda xamshiralik jarayoni.

Xirurgik kasalliklarda bemorlarda xamshiralik jarayoni olib borish xamshiraning asosiy vazifalaridan biri hisoblanadi. Xamshiralik jarayoni bemorlarni doimiy nazoratda bo'lishini ta'minlaydi.

«Jarayon» so'zi ma'lum maqsadga erishish yo'lidagi harakatlar ketma-ketligini anglatadi. Hamshiralik jarayonining mohiyati, hamshiraning professional maqsadga erishish yo'lidagi vazifalarini aniq tizimini belgilab berish bo'lib, hamshiraning o'z kasbiy maqsadiga erishish yo'lidagi hatti-xarakatlarining ketma-ketligidir. Demak hamshiralik jarayoni - bemor ehtiyojlariga qaratilgan professional hamshiralik yordamining asoslangan usulidir.



Xamshiralik parvarishi turlari:

1. Mustaqil parvarish- xamshira tomonidan professional muloxazalar asosida, buyruq va ko'rsatmalarisiz bajariladi.

2. Tobe parvarish- shifokorning yozma yoki ogzaki ko'rsatmalari va nazorati ostida amalga oshirish.

3. Xamkorlikdagi parvarish – shifokor, xamshira, bemorning qarindoshlari bilan birga amalga oshirish. Hamshira bajargan muolajasi va parvarishiga javoban bemor reaksiyasini baholash, ko'rsatilgan yordam sifatini hamda qo'lga kiritilgan natijalarni tahlil qilish.

Hamshiralik parvarishi sifatini belgilovchi asosiy kursatkichlar quyidagilaridir:

- maqsad sari yo'naltirilgan faoliyatdagi taraqqiyot;
- bemorning parvarishga nisbatan javob reaksiyasi;
- qo'lga kiritilgan natijalarning erishilgan natijalarga nisbati.

Agar ko'zlangan maqsadga erishilsa va muammolar hal etilsa, sana qayd etib qo'yiladi. Agar ko'zlangan maqsadga erishilmasa, buning sabablarini aniqlash, maqsadga erishish jarayonini qayta ko'rib chiqish, shuningdek parvarish rejasiga zarur bo'lgan o'zgartirishlar va qo'shimchalar kiritish kerak bo'ladi.

Hamshiraning jarayon asosida yozuvlarni olib borishi yuqorida ko'rib o'tilgan bosqichlar ketma-ketligiga rioya qilingan holatda ko'zlangan maqsadni ifodalovchi fikrlar sodda, lo'nda va tushunarli olib borilishi zarur.

Hamshiralik jarayoni birin-ketin amalga oshiriladigan 5 ta bosqichdan iborat: bemorni tekshirish; uning ahvolini tashhislash; bemorga zarur bo'lgan yordam rejasini tuzish; hamshiralik aralashuvlarini amalga oshirish; va olingan natijalarni baholash.

Birinchi bosqich-hamshiralik tekshiruvi

Bu bemor sog'ligi haqida ma'lumot to'plash va uni hujjatlashtirish jarayoni

Bemorni so'rab-surishtirish. Oila a'zolari va atrofdagilarni so'rab-surishtirish, tibbiy yordam ko'rsatish brigadasining boshqa a'zolaridan ma'lumot olish, bemorni fizikal tekshirish, bemorning tibbiy kartasi va boshqa tibbiy hujjatlari bilan tanishish, parvarish bo'yicha tibbiy va maxsus adabiyotlarni o'qish

Pasport qismi. Familiyasi, ismi, sharifi, jinsi, yoshi, doimiy turar joyi, ish joyi, mutaxassisligi, lavozimi.

Bemorning shikoyatlari. Shikoyatlarni aniqlash bemor muammolarini tasavvur qilish imqonini beradi.

Asosiy savollar. Organ va tizimlar bo'yicha qo'shimcha savollar:

nafas olish tizimi: nafas olish burundagi ajralmalar, burundan qon ketishi, ko'krak qafasidagi og'riqlar xansirash, nafas siqishining xurujlari, quruq yo'tal, balg'am ajraydigan ho'l yo'tal

yurak-tomir tizimi: yurak urishi, ritmining buzilishi, yurak sohasidagi og'riq.

ovqat hazm qilish tizimi: ishtaha, chanqov, ko'ngil aynashi, qorinda og'riq bo'lishi oshqozon va ichaklardan qon ketishi, meteorizm, najas xususiyatlari gepato-lienal tizim: qovurg'alar ostida og'riq, teri va shilliq pardalarning sarg'ayishi peshob va najas rangining o'zgarishi

siydik ajratish va tanosil tizimi: siydik ajratish xususiyatlari sutkalik diurez, nikturiya, gematuriya, hayz ko'rish sikli.

harakat tizimi: mushak, bo'g'im, suyaklardagi og'riq, harakatdagi tinch holatdagi og'riq; asab tizimi: uyqu, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, diqqat-e'tiborning va xotiraning buzilishi.

Kasallik tarixi Bemorni so'rab-surishtirishda quyidagilarni aniqlab olinishi kerak: Kasallik qachon va qanday belgilar bilan boshlanganligi, o'tkir yoki asta-sekin boshlanishi.

Hayot tarixi bemor qanday o'sgan, rivojlangan, qachon maktabga borgan, mehnat faoliyati qachon boshlangan; hayoti davomida qanday kasalliklarni boshidan kechirganligi, ular birorta asoratlar bilan kechganmi, qanday davo qilinganligi, statsionar sharoitida davolanganmi, albatta aniqlab olish kerak.

Ob'ektiv tekshirish Tekshirish bemorni ko'zdan kechirish, umumiy ahvolni baholashdan boshlanadi, so'ngra palpatsiya, perkussiya va auskultatsiyaga o'tiladi.

Bemorning umumiy axvoli. Bemorning es-xushi, o'rindagi vaziyati, yuz qiyofasi, teri va shilliq qavatlar holati va kasallik simptomlari qanchalik namoyon bo'lganligi bilan baholanadi.

Ikkinchi bosqich-hamshiralik tashhisi

Hamshira bemor holatini birlamchi baholab olib va olingan ma'lumotlarni yozib bo'lgach, olingan natijalarni umumlashtiradi, taxlil qiladi va ma'lum xulosaga keladi. Bu xulosalar bemor muammolari, ya'ni hamshiralik tashxislari bo'lib qoladi va ular hamshiralik parvarishining maqsadi bo'ladi.

Siz hamshiralik tashhislarini ajratib olishingiz kerak: hozirgi, ya'ni bemorning bugungi, ertaga bo'ladigan va statsionardagi hamshiralik parvarishi olib boriladigan davr mobaynida mumkin bo'lganlari. Potensial (yashirin, lekin yuzaga chiqishi mumkin bo'lgan)-parvarish davrida yuzaga keladigan yoki asosiy kasallik sabab bo'lishi mumkin bo'lgan muammolar.

Uchinchi bosqich – hamshiralik parvarishi

Uchinchi bosqich – hamshiralik parvarishi maqsadlarini, ustivorlikni aniqlash, parvarish rejasini tuzish Rejalashtirish – ma'lum maqsadlarni aniqlashda hamshira o'zini qanday tutishi kerakligini aniqlaydigan, bemorga qaratilgan va maqsadga erishish strategiyasini o'rnatish kategoriyasi. Rejalashtirish vaqtida ustivorliklar ajratiladi, maqsadlar aniqlanadi, hamshiralik parvarishi rejasi shakllanadi. Ustivorliklarni aniqlash-bemor bilan hamshira birgalikda bemorning hohishi, ehtiyojlari va uning xavfsizligini inobatga olib, tashhis qo'yish usuli.

Bemorga bir nechta tashhis qo'yiladigan bo'lsa, hamshira ularning hammasi bo'yicha baravariga hamshiralik parvarishini amalga oshira olmaydi. Amalga oshirishning shoshilinchligi bo'yicha hamshira tashhislarini ustivorini tanlab oladi. Ustivorliklar birlamchi, oraliq va

ikkilamchi qilib tavsiflanadi. Shoshilinch yordam ko'rsatmaslik natijasida bemorlarni o'limga olib kelishi mumkin bo'lgan hamshiralik tashhislari, birlamchi ustivorlikka ega bo'ladi.

Oraliq ustivorlik hamshiralik tashhislari bemorning hayoti uchun juda havfli va havf tug'dirmaydigan extiyojlarni o'z ichiga oladi. Ikkilamchi ustivorlik hamshiralik tashhislari: kasallik va uning qanday tugallanishiga ta'sir qilmaydigan bemor ehtiyojlari. Bemorlar uchun maqsadlar ikki xil qilib belgilanadi: qisqa muddatli (bir haftadan kam), uzoq muddatli (bir necha hafta, bir necha oy, ko'pincha davolash muassasidan chiqqanidan keyin). Ular asoratlarni oldini olish, rehabilitatsiya, sog'liq haqida yangi ta'limot olishga qaratilgan.

Agar uzoq muddatli maqsadlar ajratilmagan bo'lsa, bemor davolash muassasidan chiqqanidan keyin, hamshiralik parvarishini davom ettirish rejasini tuzishga halal beradi. Maqsadlarni ajratib olgach, hamshira bemorni parvarish qilish rejasini, ya'ni parvarish maqsadiga erishish uchun hamshiraning maxsus haddi-harakatlarni ifodalovchi yozma qo'llanma tuzadi.

To'rtinchi bosqich–parvarish rejasini amalga oshirish

Bemorlarni parvarish qilish rejasini, bemorning ushbu muammosini hal etishga qaratilgan parvarish xususiyatlarini aks ettirishi kerak. Ularni "Hamshiralik aralashuvining xususiyatlari" grafasiga qayd etiladi. "Parvarish rejasini amalga oshirish" grafasiga Siz parvarish rejasini amalga oshirish bo'yicha qilgan hamma harakatlaringizni aniq ko'rsatib, yozib qo'yasiz.

Beshinchi bosqich – baholash

Muntazam baholash jarayoni, kutilayotgan va erishilgan natijalarni solishtirishda hamshiradan analitik fikr yuritishni talab etadi. Siz natijalarni baholashni qo'yilgan maqsadlarga muvofiq olib borishingiz kerak. So'ngra hamshiralik jarayoni xaritasi, hamshiralik kuzatuv kundaligi to'ldiriladi, bemorga va uning oilasiga uyiga ketganidan keyingi hayot tarzi haqida berilgan hamshiralik tavsiyalari, kasallik tarixiga tikib qo'yiladi.

Hamshiralik jarayoni xaritasi

Sana	Bemor muammolari	Hamshiralik aralashuvining rejasini		Parvarish rejasini amalga oshirish	Baholash
		Parvarish maqsadlari	Hamshiralik aralashuvining turi		
		Qisqa muddatli	Uzoq muddatli		

3. Tibbiy etika - bu etikaning falsafiy intizomi bo'lib, uning tadqiqot ob'ekti tibbiyotning axloqiy va klinik tibbiyot amaliyotini va tegishli ilmiy tadqiqotlarni tahlil qiladigan amaliy axloq hisoblanadi. Tibbiy etika har qanday chalkashlik yoki ziddiyat holatlarida mutaxassislar murojaat qilishlari mumkin bo'lgan qadriyatlar to'plamiga asoslanadi. Bu qadriyatlarga avtonomiyani hurmat qilish, yomonlik qilmaslik, xayrixohlik va adolat kiradi. Bunday tamoyillar shifokorlar, tibbiy yordam ko'rsatuvchi provayderlar va oilalarga davolash rejasini tuzishga va bir xil umumiy maqsadga erishishga imkon beradi. Shuni ta'kidlash kerakki, bu to'rtta qadriyat ahamiyati yoki ahamiyati bo'yicha tartiblanmagan va ularning barchasi tibbiy etikaga tegishli qadriyatlarni o'z ichiga oladi. Biroq, axloqiy tizimda ierarxiya zarurligiga olib keladigan ziddiyat paydo bo'lishi mumkin, shuning uchun ba'zi axloqiy elementlar og'ir tibbiy vaziyatga eng yaxshi axloqiy hukmni qo'llash maqsadida boshqalarni bekor qiladi. Tibbiy etika, ayniqsa, majburiy davolanish va majburiy majburiyatlarga oid qarorlarda juda muhimdir. Bir nechta xulq-atvor kodekslari mavjud. Gippokrat qasamyodi tibbiyot mutaxassislari uchun asosiy tamoyillarni muhokama qiladi. Ushbu hujjat miloddan avvalgi V asrga to'g'ri keladi. Xelsinki deklaratsiyasi (1964) va Nyurnberg kodeksi (1947) tibbiy etikaga hissa qo'shadigan ikkita taniqli va hurmatli hujjatdir. Tibbiy etika tarixidagi boshqa muhim belgilarga Roe v. Veyd 1973-yilda va gemodializning rivojlanishi 1960-yillarda. So'nggi paytlarda genlarni tahrirlashdan foydalangan holda kasalliklarni davolash, oldini olish va davolashga qaratilgan genlarni tahrirlashning yangi usullari tibbiyotda va davolashda qo'llanishi, shuningdek, kelajak

avlodlarga ijtimoiy ta'siri haqida muhim axloqiy savollarni tug'dirmoqda hali ham munozarali bo'lib qolmoqda. ularning yevgenika bilan aloqasi tufayli.

Ushbu soha tarix davomida rivojlanishda va o'zgarishda davom etar ekan, butun dunyo bo'ylab barcha madaniy va diniy kelib chiqishi bo'yicha adolatli, muvozanatli va axloqiy fikrlashga e'tibor qaratiladi. Tibbiy etika sohasi ham klinik sharoitlarda amaliy qo'llashni, ham falsafa, tarix va sotsiologiya sohasidagi ilmiy ishlarni o'z ichiga oladi.

Tibbiy etika mehribonlik, avtonomiya va adolatni o'z ichiga oladi, chunki ular evtanaziya, bemorning maxfiyligi, xabardor qilingan rozilik va sog'liqni saqlash sohasidagi manfaatlar to'qnashuvi kabi nizolar bilan bog'liq.^{[11][12][13]} Bundan tashqari, tibbiy etika va madaniyat o'zaro bog'liqdir, chunki turli madaniyatlar axloqiy qadriyatlarni turlicha amalga oshiradilar, ba'zida oilaviy qadriyatlarga ko'proq e'tibor berishadi va avtonomiyaning ahamiyatini pasaytiradi. Bu kasalxonalar va boshqa sog'liqni saqlash muassasalarida madaniyatga sezgir shifokorlar va axloqiy qo'mitlarga bo'lgan ehtiyojning ortishiga olib keladi.

Tarixan, G'arb tibbiy etikasi Gippokrat qasami va ilk nasroniylik ta'limotlari kabi antik davrda shifokorlarning burchlari haqidagi ko'rsatmalarga asoslanishi mumkin. Birinchi tibbiy axloq kodeksi, Formula Comitis Archiatrorum, 5-asrda, Ostrogot nasroniy qiroli Buyuk Teodorik hukmronligi davrida nashr etilgan. O'rta asrlar va erta yangi davrda bu soha Is'hoq ibn Ali ar-Ruhoviy („Tabibning xulq -atvori“ ni yozgan, tibbiy etikaga bag'ishlangan birinchi kitob), Avitsennaning „Tib qonunlari“ va Muhammad ibn kabi islom ilmlariga qarzdor. Zakariya ar-Roziy (G'arbda Rhazes nomi bilan tanilgan), Maymonidlar kabi yahudiy mutafakkirlari, Tomas Akvinskiy kabi Rim-katolik sxolastik mutafakkirlari va katolik axloqiy ilohiyotining holatlarga yo'naltirilgan tahlili (kazuistiya). Ushbu intellektual an'analar katolik, islom va yahudiy tibbiyot etikasida davom etmoqda.

18—19-asrlarga kelib tibbiy etika o'z-o'zini anglaydigan nutq sifatida paydo bo'ldi. Angliyada shifokor va yozuvchi Tomas Persival birinchi zamonaviy tibbiy etika kodeksini yaratdi. U 1794-yilda kod bilan risola tuzdi va 1803-yilda kengaytirilgan variantini yozdi, unda „tibbiy etika“ va „tibbiy huquqshunoslik“ iboralarini kiritdi.^[15] Biroq, ba'zilar Persivalning shifokor maslahatlariga taalluqli ko'rsatmalarini uy shifokori obro'sini haddan tashqari himoya qilish deb bilishadi. Jeffri Berlant shunday tanqidchilardan biri bo'lib, Persivalning shifokorlar bilan maslahatlashish qoidalarini shifokorlar hamjamiyatining raqobatga qarshi, „gildiya“ kabi tabiatining dastlabki namunasi deb biladi.^{[16][17]} Bundan tashqari, 19-asrning o'rtalaridan 20-asrgacha bir paytlar tanish bo'lgan shifokor-bemor munosabatlari unchalik ko'zga tashlanmaydigan va unchalik yaqin bo'lmagan, ba'zan esa noto'g'ri ishlashga olib kelgan, bu esa jamoatchilik ishonchining pasayishiga va qaror qabul qilish vakolatining o'zgarishiga olib kelgan. Paternalistik shifokor modeli bugungi kunda bemorning avtonomiyasi va o'z taqdirini o'zi belgilashga urg'u beradi.^[18] 1815-yilda Birlashgan Qirollik parlamenti Aptekariya to'g'risidagi qonunni qabul qildi. U Aptekachilar jamiyatining litsenziyasi bo'yicha o'sha davrdagi aptekachilar uchun majburiy shogirdlik va rasmiy malakalarni joriy qildi. Bu Buyuk Britaniyada tibbiy kasbni tartibga solishning boshlanishi edi.

1847-yilda Amerika Tibbiyot Assotsiatsiyasi o'zining birinchi axloq kodeksini qabul qildi, bu ko'p jihatdan Persival ishiga asoslangan. Dunyoviy lashtirilgan soha asosan katolik tibbiy etikasidan olingan bo'lsa-da, 20-asrda Jozef Fletcher kabi mutafakkirlar tomonidan o'ziga xos liberal protestant yondashuvi ifodalangan. 1960 va 1970-yillarda liberal nazariya va protsessual adolatga asoslanib, tibbiy etikaning ko'p nutqi keskin o'zgarishlarni boshdan kechirdi va asosan o'zini bioetikaga aylantirdi.

1970-yillardan boshlab, zamonaviy tibbiyotda axloqning o'sib borayotgan ta'sirini inson sub'ektlarida o'tkazilgan eksperimentlarni baholash uchun Institutsional Tekshirish Kengashlaridan foydalanishning ko'payishi, shifoxona axloqi qo'mitalari tashkil etilishi, klinisyen etikasining roli kengayishi va integratsiyalashuvida ko'rish mumkin. ko'plab tibbiyot maktablari o'quv dasturlarida axloq.^[21]

Tibbiy sir

Bemorlarni parvarish qilishning deontologik masalalari tibbiy sirni saqlash zarurligini o'z ichiga oladi. Tibbiy xodimlar chuqur shaxsiy, intim tusga ega bo'lgan bemor to'g'risidagi ma'lumotlarni oshkor qilishga haqli emas. Biroq, ushbu talab boshqa odamlar uchun xavf tug'diradigan holatlarga nisbatan qo'llanilmaydi: jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar, yuqumli kasallik, odamning immunitet tanqisligi virusi (OIV), zaharlanish va boshqalar.

Bunday holatlarda tibbiyot xodimlari olingan ma'lumotlar to'g'risida zudlik bilan tegishli tashkilotlarga xabar berishlari shart. Yuqumli kasallik, oziq-ovqat bilan zaharlanish yoki pedikulyoz aniqlanganda, sanitariya-epidemiologiya tadbirlarini o'tkazish uchun hamshira tashxis qo'yilgan paytdan boshlab 12 soat ichida sanitariya-epidemiologiya stantsiyasini telefon orqali xabardor qilishi va shu vaqtning o'zida favqulodda vaziyat to'g'risida bildirishnoma shaklini (058 / y shakli) yuborishi shart.).

Tibbiyot deontologiyasi — tibbiyot xodimlarining kasbga aloqador etikasi, doridarmon, umuman davoning ta'sirini oshirishga karatilgan xulqatvor taomillari. Deontologiya, ya'ni kishining xulqi, odobi haqidagi tushuncha 16-asrning boshlarida ingliz faylasufi va iqtisodchisi I. Bentam tomonidan taomilga kiritilgan. Tibbiyot deontologiyasiga oid ma'lumotlar uzoqtarixga ega. Aslida, Tibbiyot deontologiyasi keng falsafiy mazmunga ega bo'lib, bir qancha yo'nalishlardan iborat:— shifokor bilan bemor o'rtasidagi;— shifokor bilan bemorning yaqin kishilari o'rtasidagi munosabat;— shifokorning hamkasblari bilan munosabati va hokazo.

Tibbiyot deontologiyasiga vrachning sir saqlashi, bemorning hayoti va sog'lig'i uchun tibbiyot xodimining javobgarligi, tibbiyot xodimlarining o'zaro munosabati masalalari va boshqa kiradi. Tibbiyot deontologiyasiga muvofiq, tibbiyot xodimi bemorga katta e'tibor berishi, uning sog'lig'ini tiklash yoki azobini yengillatish uchun butun bilimini sarflashi, bemorga uning sog'lig'i haqidagi faqat foyda keltira oladigan ma'lumotlarni aytishi (qarang Psixoterapiya), bemorning vrach bilan sirdosh bo'lishiga erishuvi zarur. Bemorning kasalligi haqida uning ishtirokida hamkasblari bilan so'zlashishi yaramaydi.

Tibbiyot deontologiyasining tibbiyot amaliyotida to'g'ri joriy qilinishi, shifokorning ongi, saviyasi, madaniyati, dunyoqarashi, bilim va qaysi jamiyatda yashayotganligi bilan chambarchas bog'liq. Kishilik jamiyatining turli davrlarida deontologik munosabatlar turlicha kechgan, u zamon talabiga moye ravishda o'zgarib borgan.

Tibbiyot deontologiyasi tibbiyot xodimlaridan yuksak insoniy fazilatlar, sofdillik, ziyraklik, odamiylik va boshqalarga ega bo'lishni taqozo etadi. Tibbiyot deontologiyasi xalqaro kodeksini Xalqaro vrachlar jamiyati tasdiqlagan (1949, Jeneva). O'zbekiston Respublikasida tibbiyot oliygohlarini bitiruvchilar „O'zbekiston shifokori“ qasamyodini qabul qiladilar (1996-yildan).

Xirurgiya bo'limi hamshirasining shaxsiy gigiyenasi

Xirurgiya bo'limi hamshirasining shaxsiy gigiyenasi — jarrohlik infeksiyalarining oldini olish, bemor xavfsizligini ta'minlash va davolash sifatini oshirishga qaratilgan muhim kasbiy talabdir. Hamshira aseptika va antiseptika qoidalariga qat'iy amal qilishi shart.

Tashqi ko'rinish va ish kiyimi

- Toza, dazmollangan **xirurgik kiyim** (kostyum, xalat)
- **Bosh kiyim (qalpoqcha)** sochni to'liq yopib turishi kerak
- **Niqob** – bog'lash va operatsiya paytida majburiy
- Ish uchun alohida, yopiq va toza oyoq kiyim
- Kiyim har kuni yoki ifloslanganda almashtiriladi

. Qo'l gigiyenasi (asosiy talab)

Qo'llar orqali infeksiya eng ko'p tarqaladi.

Qo'lni parvarish qilish qoidalar:

- Tirnoqlar kalta, bo'yoqsiz
- Uzuk, soat, bilaguzuk taqiqlanadi
- Qo'llar terisi sog'lom bo'lishi kerak

Qo'l yuvish turlari:

- **Gigiyenik yuvish** — sovun va suv bilan
- **Antiseptik yuvish** — antiseptik eritmalar bilan
- **Jarrohlik qo'l yuvish** — operatsiya oldidan maxsus usulda

Qachon yuviladi:

- Har bir bemor bilan kontaktdan oldin va keyin
- Steril muolajalar oldidan
- Qo‘llar ifloslanganda darhol

Terining gigiyenasi

- Har kuni dush qabul qilish
- Kesik, timalish, yiringli jarohatlar yopilishi va davolanishi shart
- Terida yiringli kasallik bo‘lsa, ishga chiqmaslik

Nafas yo‘llari va og‘iz gigiyenasi

- Og‘iz bo‘shlig‘ini toza saqlash
- Shamollash, yo‘talda niqob taqish
- Infeksiya belgilari bo‘lsa, bemor bilan bevosita ishlamaslik

Operatsion va bog‘lash xonasida gigiyena

- Steril va nosteril zonalarni qat‘iy ajratish
- Steril qo‘lqop, xalatdan to‘g‘ri foydalanish
- Operatsiya vaqtida ortiqcha harakat va suhbatlardan saqlanish

Ish kiyimi va shaxsiy buyumlar

- Ish kiyimi uy kiyimidan alohida saqlanadi
- Ish kiyimida tashqariga chiqish taqiqlanadi
- Shaxsiy buyumlar maxsus joyda saqlanadi

Sog‘liqni nazorat qilish

- Davriy tibbiy ko‘riklardan o‘tish
- Majburiy emlashlarni o‘z vaqtida olish
- Yuqumli kasallik aniqlanganda rahbariyatni xabardor qilish

8. Kasbiy mas‘uliyat

- Gigiyena qoidalariga rioya qilish — kasbiy burch
- Bemorga zarar yetkazmaslik
- Tibbiy etika va deontologiya talablariga amal qilish

MAVZUGA OID TIBBIY ATAMALAR

1. **Aseptika** – jarrohlik jarayonida mikroorganizmlarning jarohatga tushishini oldini olishga qaratilgan choralar tizimi.
2. **Antiseptika** – jarohat yoki operatsiya maydonidagi mikroblarni yo‘q qilish usullari.
3. **Sterilizatsiya** – tibbiy asbob-uskunalarni barcha mikroorganizmlardan tozalash jarayoni.
4. **Operatsion blok** – jarrohlik operatsiyalari o‘tkaziladigan maxsus jihozlangan bo‘lim.
5. **Preoperativ davr** – operatsiyadan oldingi tayyorgarlik bosqichi.
6. **Postoperativ davr** – operatsiyadan keyingi bemorni kuzatish va davolash bosqichi.
7. **Reabilitatsiya** – operatsiyadan keyin bemorning sog‘ligini tiklash jarayoni.
8. **Deontologiya** – tibbiyot xodimlarining kasbiy burchi, axloqiy me‘yorlari va muomala qoidalarini o‘rganadigan fan.
9. **Tibbiy etika** – bemor va tibbiyot xodimi o‘rtasidagi axloqiy munosabatlar qoidalari.
10. **Jarrohlik yordamini tashkil etish** – aholiga jarrohlik xizmatini samarali ko‘rsatish tizimi (shoshilinch yordam, rejalashtirilgan operatsiyalar va boshqalar).

INTERAKTIV O‘YINLAR

1-o‘yin: “Atamani top”

Maqsad: Talabalarning tibbiy atamalarni eslab qolish qobiliyatini oshirish.

O‘yin tartibi:

1. O‘qituvchi jarrohlik sohasiga oid ta‘rifni aytadi.
2. Talabalar ta‘rifga mos **tibbiy atamani** topishlari kerak.
3. To‘g‘ri javob bergan talaba yoki guruhga ball beriladi.

Misol:

- Ta‘rif: Operatsiya vaqtida mikroblarning jarohatga tushishini oldini olish choralari.

- Javob: **Aseptika**

2-o'yin: "To'g'ri muomala"

Maqsad: O'rta tibbiyot xodimlarining **etika va deontologiya** qoidalarini mustahkamlash.

O'yin tartibi:

1. Talabalar 2–3 guruhga bo'linadi.
2. O'qituvchi turli **klinik vaziyatlarni** beradi.
3. Har bir guruh tibbiyot xodimi qanday muomala qilishi kerakligini aytadi.

Misol vaziyat:

- Bemor operatsiyadan oldin qo'rqmoqda.
- Tibbiyot hamshirasi nima qilishi kerak?

To'g'ri javob:

Bemorni tinchlantirish, operatsiya jarayoni haqida qisqa va tushunarli ma'lumot berish, hurmat bilan muomala qilish.

Nazorat savollari

1. Zamonaviy jarrohlik yordami tushunchasi nimani anglatadi?
2. Jarrohlik yordamini tashkil qilishning asosiy bosqichlarini sanab bering.
3. Ambulator va statsionar jarrohlik yordami o'rtasidagi farqlar nimadan iborat?
4. Jarrohlik bo'limida o'rta tibbiyot xodimlarining asosiy vazifalari nimalardan iborat?
5. Operatsiyaga tayyorlash jarayonida hamshiraning roli qanday?
6. Jarrohlikda aseptika va antiseptika qoidalarining ahamiyati nimada?
7. Tibbiy etika tushunchasiga ta'rif bering.
8. Deontologiya nima va u tibbiyot amaliyotida qanday ahamiyatga ega?
9. Bemor bilan muloqotda o'rta tibbiyot xodimi qanday etik qoidalarga amal qilishi kerak?
10. Tibbiy sirni saqlashning ahamiyati nimada?

Test savollari

1. Zamonaviy jarrohlik yordami deganda nima tushuniladi?

- A) Faqat operatsiya qilish
- B) Bemorni parvarish qilish
- C) Diagnostika, davolash, reabilitatsiyani o'z ichiga olgan kompleks yordam
- D) Faqat shoshilinch yordam

2. Jarrohlik bo'limida aseptikaning asosiy maqsadi nima?

- A) Og'riqni kamaytirish
- B) Infeksiyaning oldini olish
- C) Qon ketishni to'xtatish
- D) Bemorni tinchlantirish

3. O'rta tibbiyot xodimining operatsiya oldi vazifasiga qaysi biri kiradi?

- A) Operatsiya o'tkazish
- B) Anamnez yig'ish
- C) Bemorni psixologik va jismoniy tayyorlash
- D) Tashxis qo'yish

4. Tibbiy etika nimani o'rganadi?

- A) Kasalliklarni
- B) Dori vositalarini
- C) Tibbiyot xodimlarining axloqiy xulq-atvorini
- D) Operatsiya texnikasini

5. Deontologiya tushunchasi qaysi javobda to'g'ri berilgan?

- A) Davolash usullari haqidagi fan
- B) Tibbiyot xodimining kasbiy burchi haqidagi ta'limot
- C) Anatomiyani o'rganadi
- D) Fiziologiyani o'rganadi

6. Bemor bilan muloqotda hamshira qanday bo'lishi kerak?

- A) Qattiqqo'l
- B) Beparvo

C) Xushmuomala va sabrli

D) Sovuqqon

7. Tibbiy sir deganda nima tushuniladi?

A) Shifokor qarori

B) Bemor haqidagi ma'lumotlarni saqlash

C) Dori nomlari

D) Operatsiya usuli

8. Jarrohlik bo'limida sanitariya-gigiyena qoidalariga rioya qilish kimning vazifasi?

A) Faqat shifokorning

B) Faqat hamshiraning

C) Faqat bemorning

D) Barcha tibbiyot xodimlarining

9. Shoshilinch jarrohlik yordami qachon ko'rsatiladi?

A) Reja asosida

B) Hayot uchun xavf tug'ilganda

C) Profilaktika uchun

D) Reabilitatsiya davrida

10. O'rta tibbiyot xodimining kasbiy burchiga qaysi biri kiradi?

A) Bemorni mensimaslik

B) Axloqiy va mas'uliyatli faoliyat yuritish

C) Faqat buyruq bajarish

D) Hujjatlarga e'tibor bermaslik

Foydalanilgan adabiyotlar

1. A.J.Xamraev "Xirurgiya" 2008 y, M.Bekmuradova " Jarroxlik va reanimatsiya asoslarida xamshiralik ishi" 2003y
2. M.F.Ziyaeva, M.A.Axmedova " Jarroxlikda xamshiralik ishi" 2005 y,
3. V.N.Turaqulov, F.A.Qurbonov "Xirurgiyada xamshiralik ishi" 2019 y, F.N.Nishonov, B.R.Abdullajonov, N.Ye.Bozorov "Xirurgik kasalliklar" 2020 y.
4. O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash tizimini rivojlantirish bo'yicha davlat dasturlari.
5. Jarrohlik asoslari – tibbiyot oliy o'quv yurtlari uchun darslik.
6. Zamonaviy jarrohlik texnologiyalari bo'yicha o'quv qo'llanma.
7. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi rasmiy me'yoriy hujjatlari.
8. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti tavsiyalari.

2.1.4- modul: O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 2	Zamonaviy jarrohlikda infeksiya tushishni oldini olish choralari. Aseptika.
--	--

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik xaritasi.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot 2 kredit
Ma'ruza mashg'ulotining rejasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zamonaviy jarrohlikda infeksiya tushishini oldini olish choralari. 2. Aseptika 3. Antiseptika
<p>O'quv mashg'uloti maqsadi:</p> <p>1.Ta'limiy: Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash Amaliy ko'nikmalarni egallash Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash Deontologik tarbiyaning shakllanishi Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash</p> <p>2.Tarbiyaviy maqsadi: Mutaxassislikka javobgarlik hissin shakllantirish Insonparvarlik va rahmdillik hissin shakllantirish O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish</p>	

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
<p>1 bosqich O'kuv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa</p>	<p>Tashkiliy qism 1.1 O'kituvchi sinfga kirib tinglovchilarning o'kuv bulimi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiridi, ichki tartib qoidalarini aytib beradi va rioya kilishlarini tayinlaydi, yangiliklar eshitaladi va aytiladi. 1.2 O'kuv mashg'ulotining mavzusi, maksadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun ko'llaniladigan usullarni aytib o'yin koidalarini tushintiradi.</p>	<p>Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.</p>
<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1. Tinglovchilar o'tilgan mavzuni tekshirish va baxolash 10 2. Yangi mavzuni to'lik bayon etish 40 daq. 3. O'qitishning noana'naviy usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash 15 daqiqa</p>	<p>1. Tinglovchilarning o'tilgan mavzu bo'yicha bilimni baholash maqsadida test oladilar. 2. Yangi mavzu mazmunini o'qituvchi tomonidan taqdimot ko'rinishida maxsus monitor orqali tushuntiriladi. Zamonaviy jarrohlikda infeksiya tushishini oldini olish mavzusida keng va tushunarli tarzda mavzu bayon etiladi. Mavzuga oid savollarga javob beradi. 3. Mavzu tushuntirilgandan so'ng «Akvarium»metodi orqali tinglovchilarni o'zlashtirish darajasi baxolanadi.</p>	<p>1. Tinglovchilar testni o'z bilim va tajribalariga tayanib ishlaydilar. 2. Tinglovchilar ma'ruzani diqqat bilan tinglaydilar, Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushinmag an joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar. 3. «Akvarium» interaktiv o'yinida faol ishtioq etadilar o'z bilimlarini sinaydilar.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baxolar e'lon qilinadi. Uyga vazifa Zamonaviy jarrohlikda infeksiya tushishni oldini olish choralari. Aseptika. mavzusini o'qib mavzuga oid 10 tadan savol tuzib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: A.J.Xamraev "Xirurgiya" 2008 y, M.Bekmuradova " Jarroxlik va reanimatsiya asoslarida xamshiralik ishi" 2003y M.F.Ziyaeva, M.A.Axmedova " Jarroxlikda xamshiralik ishi" 2005 y, V.N.Turaqulov, F.A.Qurbonov "Xirurgiyada xamshiralik ishi" 2019 y, F.N.Nishonov, B.R.Abdullajonov, N.Ye.Bozo</p>	<p>Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

	rov “Xirurgik kasalliklar” 2020 y.	
--	------------------------------------	--

2.1.4 Zamonaviy jarrohlikda infeksiya tushishni oldini olish choralari. Aseptika.

Reja:

- 4. Zamonaviy jarroxlikda infeksiya tushishini oldini olish choralari.**
- 5. Aseptika**
- 6. Antiseptika**

Zamonaviy jarroxlikda infeksiya tushishini oldini olish choralari.

Infeksiya bu hayvon organizmida unga tushgan mikroorganizmlarga qarshi faol kurash xodisasining yigiindisi. Bu biologik jarayonning eng yuqori darajadagi ifodasi, orgnizmda infeksiyon kasallikning rivojlanishi. Hayvon organizmining ximoya kuchlarining pasayishi, infeksiyani ng rivojlanish i ga q u lay sharoitlar yaratadi. Infeksiyani ng q o' zgatuvchilari aerob va anaerob b o' lishi mumkin, ular organizmga xar xil y o'l lar orqali tushadi, eng asosiysi operasiya jarohati orqali (ekzogen manba). Shuning uchun xirurgik operasiyaning natijasi jarohatga mikroblarni tushishini oldini olish bilan bo g' li q. Ekzogen manbaga kuyidagilar kiradi: teri, shillik pardalar, xirurgik asboblar, tikuv va bo g' lam materiallari, kiyim-kechak, xirurgning qo' llari, h avo. Ular jarohatga kuyidagi yullar orkali o' tadi : kontakt, h avo, tomchi . Bundan tashkari infeksiya gem a togen va limfogen yullar orkali to'qima va organlardagi mavjud yiringli o' cho q lardan, begona jismlardan tarkalishi mumkin (endogen manba) , (ekzogen manbalar). Endogen manbalar Operasiya jarohatini infeksiya bilan ifloslanishi asosan ekzogen manba orqali amalga oshiriladi va ular organizmga katta xavf-xatar yetkazadi. Bu muammoni xal etish xirurgiya fanini oldida turgan eng dolzarb bo'lib hisoblanadi Asrlar mobaynida ko'plab bemorlar xirurgik operasiyadan keyin jarohatda yiringli jrayonni rivojlanishi natijasida nobud bo'lardi. Bu xol xirurgiyani rivojlanishida asosiy to'siq bo'lib keldi va bemorlarda xirurgik yul bilan davolanishiga ishonsizlik tug'dirdi. Jarohat tashki muxitga tutashganda yiringli yallig'lanish ro'y berishi kadimdan ma'lum edi. Kuzatishlar natijasida yiringli yallig'lanish sabablari to'qimalarni ichida emas, balki tashqarisida degan fikr tug'ildi. Xavoda

bo'ladigan va yiring xosil qilishda ishtiroq etadigan kandaydir noma'lum moddalar (miazmalar) bor degan taxmini Gippokrat bayon qilgan. Lekin bu taxmin ilm-fanda rivojini topmadi. Vengriyalik vrach I.Zemmelvess (1861) birinchi bo'lib, vrachning ifloslangan qo'llari ayollarda tug'ishidan keyingi davrdagi asoratlarning asosiy sababi deb fikr bildirdi. Shuning uchun ayollarni tekshirishdan oldin qo'lni xlorli ohak eritmasi bilan yuvishini tavsiya etdi. Bu tadbir asoratni miqdorini keskin kamayishiga olib keldi. Ammo yiringli yalliglanish sabablarini ingliz xirurgi Lister (1867) yilda ilmiy jihatdan izoxlab berishga muyassar bo'ldi. Bijg'ish va chirish (sassish) mikroorganizmlarning hayot faoliyatidan kelib chikishini isbot kilgan L.Pasterning ishlari Listerning kashfiyotiga asos bo'lgan edi. Lister bemorning tevarak-atrofidagi buyumlardan, xavodagi, bog'lov materiallardan va boshka manbalardan bakteriyalar tushishi tufayli jarohat yiringlanadi degan xulosaga keldi. Shuning uchun jarohatdagi bakteriyalar o'ldirilsa va jarohat bog'lab qo'yilsa, yiringlanishni oldini olish mumkin degan fikrlarni bildirdi. Shu maqsadda Lister 5% li karbol kislotasi eritmasini tavsiya etdi. O'sha vaktida yiringlanish jarayonni chikish jarayoni bilan bir deb hisoblangan edi, shuning uchun Lister bu usulni chirishga qarshi yoki antiseptika (anti - karshi, sepsis-chirish) usuli deb, bog'lam esa antiseptik bog'lam deb ataldi, ya'ni kimyoviy moddalar yordamida jarohat va uni atrofidagi infeksiyaga qarshi kurashish. Bu usul xirurgiyada 25 yil xukmronlik qildi, lekin tekshirishlar shuni ko'rsatdiki, karbol kislotasi bakteriyalar bilan birga sog'lom to'qima xujayralariga ta'sir qilib ularni nobud bo'lishiga olib keladi Antiseptikani qo'llash jarohatni batamom sterillash maqsadini tula amalga oshirishi mumkin emasliigi aniqladi.

Jarohatdagi bakteriyalarni yo'kotish g'oyasi asta-sekin , jarohatga bakteriyalarni kiritmaslik g'oyasiga

joy bushatib bera boshladi, toza, steril asboblar, toza materiallar ishlatib va yetarlicha tozalangan qo'l bilan qilingan xirurgik operatsiyaning natijalari, faqat antiseptik moddalarni, eritmalarni qo'llanishiga nisbatdan ancha yaxshi ekanligi bir qancha olimlar isbot kilib berishdi. Nemis xirurgi Bergman, uning shogirdi Shimmelbush va rus oliy M.Ya.Preobrajenskiy 1891 yilda yukori xarorat va bosim ta'sirida bakteriyalarni yo'kotish osonroq va ishonchliroq ekanligini ko'rsatib berishdi. Bu yangi usulning maqsadi jarohatga tegadigan xamma narsadagi infeksiyani yo'q qilish bo'lganligi uchun aseptika (a-inkor etish, sepsis – chirish) deb nomlandi. Shunday qilib, birta xirurgik operatsiya va veterinariya ishlarini aseptik va antiseptik usullariga asoslanib o'tkazish yaxshi natija beradi. 2. Xirurgik amaliyotda ko'p asboblar i sh lati ladi. Asboblar qo'llanilishi buyicha ko'ydagilarga bo'linadi: a) to'qimalarni ajratuvchi; b) qon tuxtatuvchi; v) yordamchi; g) maxsus; d) to'qimalarni biri k tiruvchi. Xirurgik asboblarni ishlatishda q u yidagi umumiy qoidalar mavjud: 1) Barcha operatsiyalarni bajarishda faqat ishga yaroqlilarini qo'llash; 2) H ar qaysi asbob faqat o' zini t o' g'ridan - t o' g'ri ko'rsatmasi bo'yicha ko'llanilishi kerak. Xirurgik asboblar operatsiya o'tkazish vaqtida infeksiya manbai b o' lishi mumkin. Shuning uchun asboblarni sterilizatsiyasi va dezinfksiyasi xiurgik amaliyotda katta axamiyatga ega. O pe rasiya natijalari yaxshi b o' lishi uchun asboblarni operatsiyadan oldin va utgagach sterilizatsiya qilinishi kerak. Amaliyotda asboblarni sterilizatsiya va dezinfeksiya asosan ikki xil usul bilan olib b o riladi: issiq va sovuq.

Aseptika.

Jaroxatga mikroblar tushishini oldini olishga karatilgan chora tadbirlar majmuasiga aseptika deyiladi.

Patogen mikroblarning jaroxatga yoki organizmga tushish manbalari ekzogen va endogen bulishi mumkin.

I. Ekzogen

1. Xavo tomchi.
2. Kontakt.
3. Implantatsion.

II. Endogen.

Organizmdagi patologik o'choklardan (teri, oshkozon ichak trakti, nafas yullari va boshkalar) limfogen yoki gematogen tarqalishi.

Jaroxatga infeksiya tushish yo'llari.

A.Ekzogen infeksiya

1. A. xavo-tomchi
2. Operatsiya vaktida derazalarning ochik turishi
3. Operatsiya vaktida operatsiya xonasini tozalash
4. Operatsiya vaktida keskin xarakatlar kilish
5. Operatsiya vaktida gaplashish

V. Implantatsion

1. Steril bulmagan metalloosteosintez vositalari
2. Steril bulmagan protezlar
3. Steril bulmagan tikuv iplari
4. Steril bulmagan drenajlar

Endogen infeksiya

1. Mudrovchi (dremlyumaya) infeksiya (chandik tukimasi)
2. Kontakt (yiringli bushliklarning ochilishi, ichak bushliklarning ochilishi)
3. Gematogen va limfogen (surunkali tonzillit, karies tishlar)

Xavo – tomchi infeksiyasini oldini olish.

1. Xirurgiya bulimlarini rejalashtirish va tashkil kilish (organizatsiya i planirovka).
2. Operatsiya blokini joylashtirish va jixozlash (Otdelka i oborudovanie operatsionnogo bloka).

3. Operatsiya xonasiga e'tibor va parvarish (soderjanie i uxod).

Sterilizatsiya tushunchasi - sterilizatsiya qilingan materialdagi patogen va patogen bo'lmagan mikroorganizmlarning vegetativ va spora shakllarining nobud bo'lishini ta'minlaydigan usul. Yaralar, qon, in'eksiya va shikastlangan shilliq pardalar bilan aloqa qiladigan barcha buyumlar yoki ayrim turdagi diagnostika uskunalari sterilizatsiya qilinishi kerak.

Sterilizatsiya oldidan davolanish. Sterilizatsiya oldidan davolashning maqsadi tibbiy asboblardan oqsil, yog', dorivor, mexanik ifloslantiruvchi moddalarni (shu jumladan qon, shilliq) olib tashlashdir, bu keyingi sterilizatsiya samaradorligini va sterilizatsiya qilingan mahsulotlardan xavfsiz foydalanishni ta'minlaydi.

Sterilizatsiya oldidan davolash usullari Sterilizatsiya oldidan davolash qo'lda va mexanik ravishda amalga oshiriladi. Qo'lda qo'llaniladigan usul: 1-bosqich - dezinfeksiyadan so'ng oqava suv bilan 30 soniya davomida dezinfeksiyalovchi hidi to'liq ketguncha chayish. 2-bosqich - mahsulotni detarjenga botirish - 15 min. 3 bosqich - har bir mahsulotni cho'tka yordamida 30 soniya davomida namlangan eritmada yuvish. 4-bosqich - oqava suv bilan yuvish. 5-bosqich - distillangan suv bilan 30 soniya davomida yuvish. 6-bosqich - quritadigan pechlarda o S haroratda issiq havo bilan quritish. Sterilizatsiya usullari, vositalari va usullari Quyidagi sterilizatsiya usullari qo'llaniladi: Termal (bug', havo); Kimyoviy (gaz, kimyoviy preparatlar); Radiatsiya; Plazma va ozon (kimyoviy moddalar guruhi). Muayyan mahsulotlar uchun ma'lum bir sterilizatsiya usulini tanlash mahsulotning xususiyatlariga va usulning o'ziga bog'liq - uning afzalliklari va kamchiliklari. Sog'liqni saqlash muassasalarida eng keng tarqalgan usullar bug'va havo hisoblanadi. Bug'sterilizatsiyasi usuli Sterilizatsiya vositasi bosim ostida issiq bug' hisoblanadi. Ushbu usul uchun avtoklav ishlatiladi. Qadoqlash: bix, kraft sumkalar, qatlamli qog'oz, qo'pol kalika. Materiallar: polimerlar, shisha, lateks, mato, korroziyaga chidamli metallar. Afzalliklari: yuqori bug'o'tkazuvchanligi, qadoqlashning katta tanlovi, sterillik uzoqroq saqlanadi, arzon va ishlatish uchun qulay usul. Kamchiliklari: metallarni korroziyali namlovchi mahsulotlar.

Havoni sterilizatsiya qilish usuli Ushbu usul uchun quruq pechkalar ishlatiladi. Sterilizatsiya vositasi quruq issiq havo (o C). Qadoqlash: kraft sumkalar, qo'pol kalika. Materiallar: metall, to'qimachilik. Afzalliklari: arzon, oddiy usul, metall korroziyaga olib kelmaydi, qadoqlash va mahsulotlarni namlamaydi. Kamchiliklari: qadoqlashning cheklangan tanlovi, mahsulotlarning sekin va notekis isishi, yuqori haroratni ishlatish zarurati, rezina va polimerlardan tayyorlangan materiallardan foydalana olmaslik.

Gazni sterilizatsiya qilish usuli Ushbu usul uchun gaz sterilizatorlaridan foydalaniladi. Sterilizatsiya qiluvchi vosita formaldegid yoki etilen oksidi. Paket: laminatlangan qog'oz, pergament, kraft qog'oz. Materiallar: polimerlar, shisha, metall. Afzalliklari: past harorat, har qanday materiallardan foydalanish. Kamchiliklari: xodimlarga toksikligi va xavfsizlik choralari ga rioya qilinmasa portlash xavfi, uzoq sterilizatsiya davri.

Sterilizatsiya qilishning nurlanish usuli Radiatsiya usuli issiqlikka sezgir materiallardan mahsulotlarni sterilizatsiya qilish uchun zarurdir. Sterilizatsiya qiluvchi vosita ionlashtiruvchi γ va β nurlanishdir. Paket: qog'oz qoplardan tashqari, polietilen paketlar ham ishlatiladi. Afzalliklari: paket uzoq vaqt davomida steril hisoblanadi. Kamchiliklari: usulning yuqori narxi. Radiatsiya sanoat sterilizatsiyasining asosiy usuli hisoblanadi. Steril bir martalik mahsulot ishlab chiqaradigan korxonalar tomonidan qo'llaniladi. Issiqlik: bug'va havo (quruq issiqlik). Kimyoviy: gaz yoki kimyoviy eritmalar Radiatsion sterilizatsiya - sanoat versiyasida ishlatiladigan membranani filtrlash usuli - oz miqdordagi steril eritmalar olish uchun ishlatiladi, boshqa sterilizatsiya usullari ta'sirida sifati keskin yomonlashishi mumkin.

1. Antiseptika tarixi.

2. Antiseptika turlari.

3. Antiseptiklarni organizmga yuborish yullari.

Jaroxatdagi, uning atrofidagi, patologik uchokdagi yoki butun bir organizmdagi mikroblarni yuk kilishga, ularni tarkalishini kamaytirishga, virulentligini pasaytirishga karatilgan chora tadbirlar majmuasiga antiseptika deyiladi.

«Antiseptika» tushunchasini iflosliklarga karshi kurashda ishlatiluvchi mineral kislotalarning gijjalarni o'ldirish xususiyatini kuzatgan ingliz xirurgi Dj. Pringl (1750) taklif kilgan.

Lekin jaroxatlarning yiringlashi va chirish jarayonlari bilan kurash usullari juda xam oddiy bulgan.

XIX asrning 40 yillari boshida N.I.Pirogov jaroxatlarni davolashda karbol kislotasini ishlata boshlagan. Gippokrat esa jaroxatlarni kayta boglashda va yuvishda fakat kaynatilgan suv, toza choyshablar, jaroxat ajrالمalarini surib oluvchi boglamlarni ishlatgan. Bu boglamlarning zararsizlantirish xususiyatini oshirish uchun esa ularga vino spirtini shimdirgan.

Ingliz dorishunosi Lemer karbol kislotasining bijgish jarayonlarini tuxtatishini isbotladi va birinchi bulib jaroxatlarni davolash uchun antiseptik eritma sifatida karbol kislotasining 5% li eritmasini ishlatishni taklif kilgan.

Listerning ustozlari Dj. Eriksen 1874 yilda insonning korin bushligi, kukrak bushligi va kalla suyagi bushligi xirurgiya uchun zabt etib bulmaydigan chukki degan fikrni ilgari surgan. Fransuz olimi Lui Paster esa uzining kup sonli tajribalari bilan antiseptikaning rivojlanishiga katta xissa kushgan va muayyan soxada tirik organizmlarning rivojlanishi mikroorganizmlarning tashkaridan tushishi bilan boglik ekanligini isbotlab berdi.

Dj. Listerning antiseptik usuli xirurgiyada 15 yil davomida mashxurlik kildi (gospodstvoval). 1871 yilga kelib esa Listerning uzi xam karbol kislotasi organizm tukimalarga nisbatan betaraf emasligini tushunib yetdi va shu vaktndan boshlab zararsiz antiseptik vositalar kidirila boshlandi.

XIX asrning oxirlariga kelib boglov materiallari va asbob-uskunalarni sterillash usullari ishlab chikila boshlandi. Xirurgiyada antiseptikaning yangi yunalishi bulgan mikrobsiz sharoitlar yaratish va shunday sharoitlarda muolajalar kilishga asos solindi.

Antiseptikaning turlari.

- Fizik antiseptika
- Mexanik antiseptika
- Kimyoviy antiseptika
- Biologik antiseptika
- Aralash antiseptika

Antiseptik usullarini qo'llash.

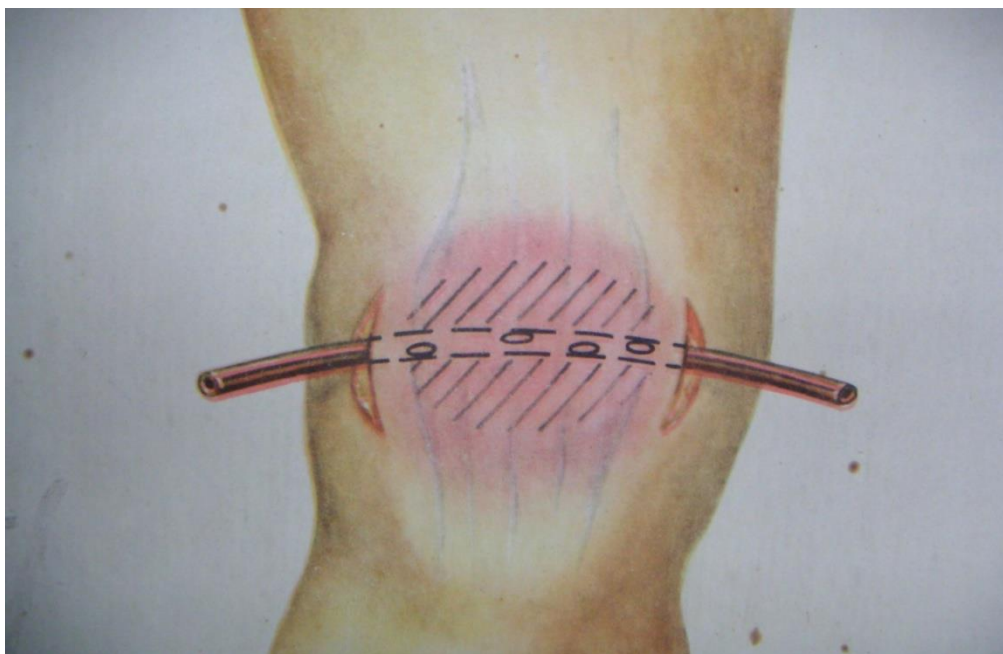
Fizik antiseptika:

1. Bo'shliqlarni drenajlash.
2. Doka tamponlardan foydalanish.
3. Xar xil nurlardan foydalanish.

Mexanik antiseptika:

1. Jaroxatni kesib kengaytirish va chekkalarini kesib olish.
2. Yot jismlarni olib tashlash.
3. Yiringli yaralarni yuvib tozalash.

Fizik antiseptika – prepatellyar bursiti bulgan bemorda bushlikni drenajlash



Mexanik antiseptika – jaroxat chekkalarini kesib olib tashlash.



Kimyoviy antiseptika:

Antiseptik eritmalarni maxalliy ishlatish:

1. Teri va jaroxatga ishlov berish.
2. Tanani antiseptik eritmalari bilan vanna kilish.
3. Antiseptiklarni drenaj orkali boshliklar yoki jaroxatga kiritish.
4. Jaroxat atrofi tukimalarini antibiotiklar eritmalari bilan tuyintirish (infiltratsiya).

Biologik antiseptika:

1. Maxalliy (jaroxatga sepish, jaroxatga yoki boshliklarga antibiotiklar eritmalari shimdirilgan tamponlar kuyish);
2. Mushak orasiga, vena ichiga, arteriyaga, suyak ichiga antibiotiklar yuborish.
3. Fermentlarni maxalliy, mushak orasiga, boshliklarga, vena ichiga, suyak ichiga yuborish.

4. Mushak orasiga, vena ichiga, antistafilokokk, antigangrenoz, koksholga karshi preparatlarni yuborish.

Antiseptiklarni organizmga yuborish yullari.

1. Ogiz orqali.
2. Qonga.
3. Suyak ko'migiga.
4. Teri ostiga.
5. Ingalyatsiya yo'li bilan.
6. Bo'shliqlarga.
7. Jaroxatga.
8. Yiringli bo'shliklarga (v закрытые гнойники).
9. Vanna qilish bilan.
10. To'g'ri ichakka.

Mexanik antiseptikaning komponentlari (jaroxatga birlamchi xirurgik ishlov berish.

A.Charukovskiy 1836 g., Fridrix 1898 g.)

1. Jaroxat atrofini tozalash (tualet vokrug rаны): spirt, peroksid vodorod, furatsillin va boshkalar bilan).
2. Jaroxat atrofini sochlardan tozalash.
3. Operatsiya maydoniga spirt va yod bilan ishlov berish.
4. 0,5% li novokain eritmasi bilan anesteziya.
5. Jaroxatning uzini vodorod peroksidi va furatsillin eritmalari bilan yuvish.
6. Skalpel bilan jaroxat chekkalarini, devorlarini va tubini, shu jumladan ulik, xayotga layokatini yukotgan tukimalarni kesib olib tashlash.
7. Gemostaz.
8. Kavatma-kavat choklar kuyish bilan jaroxat chekkalarini yakinlashtirish.
9. Yod bilan ishlov berish.
10. Aseptik boglam kuyish.

Fizik antiseptikaning komponentlari (M.Ya.Preobrajenskiy 1894 y.)

1. Dokadan tamponlar, rezina va boshka materiallardan drenajlar.
2. Ultratovush < 20 kGs:
 - a) Fizik samara – kavitatsiya i zarb tulkini (udarnaya volna)
 - b) Kimyoviy samara – N+ va ON- ionlarini ajralishi
3. Lazer: (yukori va past energiyali)
 - a) Xarorat, zarb tulkini , elektr maydoni
4. Diadinamik tok (Bernara)
5. Elektroforez

Anorganik kimyoviy vositalar.

A. Galloidlar guruxi.

1. Xloramin B (0,5%-2%)infitsirlangan jaroxatlarni davolashda (1-2 % erit) ko'llarni dezinfeksiya kilishda (0,5% erit)xonalarini dezinfeksiya kilish (2% erit)
- 2.Yodinol yiringli bushliklarni, trofik yaralarni yuvishda primochka kurinishida va kompresslar kilishda.
3. Yodanat (1%), operatsiya maydoniga ishlov berishda.
4. Yodopiron operatsiya maydonini dezinfeksiya kilishda.jaroxatga birlamchi xirurgik ishlov berishda.
5. Yodofor (yodopironga o'xshab ishlatiladi).
6. Yodofom infitsirlangan jaroxatlar va yaralarlarni davolashda.

B. Oksidlovchilar.

1. Vodorod peroksidi (3-6%), yaralarni tozalashda, xirurgik asboblarga ishlov berishda va boshkalarda.

BIOLOGIK ANTISEPTIKA.

Immun sistemasiga ta'sir kiluvchi: zardoblar, anatoksinlar, vaksinalar, bakteriofaglar, antibiotiklar.

Organizmning ximoya kuchlarini faollashtirish:

Yangi konservlangan kon va er. massa kuyish.

Faol immunizatsiya: anatoksin, maxsus vaksinalar ishlatish.

Passiv immunizatsiya: stafilokokk anatoksini,

Antistafilokokk plazmasi yoki gamma-globulini, maxsus bakteriofaglar ishlatish.

Antibiotiklarni yuborish yullari :

Antibiotiklarni maxalliy ishlatish

1. Suyak ichiga yuborish
2. Vena ichiga yuborish
3. Arteriya ichiga yuborish
4. Aorta ichiga yuborish
5. Traxeya ichiga yuborish
6. Yukoridagi usullarning kombinatsiyasi

Antibiotiklarni ishlatishda kuyidagi xatoliklar kuzatilishi mumkin:

1. Ko'rsatmalarsiz (zaruriyatsiz) ishlatilishi.
2. Kam yoki ko'p dozada buyurilishi
3. Bir xil guruxga mansub antibiotiklarni ishlatish
4. Mikroblar sezgirligini xisobga olmasdan ishlatish
5. Sinergizm yoki antagonizmga e'tibor bermaslik
6. Nojo'ya ta'sirlariga e'tibor bermaslik

Tibbiy atamalar:

1. Antiseptika
2. Fizik antiseptika
3. Mexanik antiseptika
4. Kimyoviy antiseptika
5. Biologik antiseptika
6. Aralash antiseptika
7. Elektroforez
8. Lazer

Nazorat uchun savollar.

1. Xamshiralik jarayoni deganda nimani tushunasiz?
2. Bemorlarni parvarish qilishda xamshiraning vazifasi.
3. Aseptika nima?
4. Antiseptikaning organizmga yuborish yo'llari?
5. Antiseptika atamasini tibbiyotga kim kiritgan?
6. Aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilishdan asosiy maqsad.
7. Kontakt infeksiya deganda nimani tushunasiz?
8. Galloidlar guruxiga kiruvchi antiseptik moddalar?
9. Antiseptika turlari?
10. Jarohatni drenajlash antiseptikaning qaysi metodi hisoblanadi

«Akvarium» interaktiv o'yini.

Akvariumga baliqchalar joylashtiriladi. O'tilgan mavzu bo'yicha savollar stikkeriga yoziladi va ularga yopishtiriladi. Tinglovchilar bittadan baliqchani olishadi va unga yozilgan savolga javob berishadi.

(Yangi mavzuni mustahkamlash uchun qo'llaniladi).

«Akvarium» Interaktiv o'yini savollari:

1. Fizik antiseptika

2. Mexanik antiseptika
3. Kimyoviy antiseptika
4. Biologik antiseptika
5. Aralash antiseptik.
6. Antiseptikaning organizmga yuborish yo'llari?
7. Antiseptika atamasini tibbiyotga kim kiritgan?
8. Aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilishdan asosiy maqsad.
9. Kontakt infeksiya deganda nimani tushunasiz?
10. Galloidlar guruxiga kiruvchi antiseptik moddalar?

Mavzuga oid test savollari.

1. Antiseptika turlari?

- 1.) Ximiyaviy; Fizikaviy;
- 2.) Aralash;
- 3.) Mexanik; Biologik;
- 4.) Barcha javoblar to'g'ri;*

2. Antiseptika nima?

- A) Kasallik chaqiruvchi mikroblarni o'ldirish;
- V) Barcha tur mikroblarni yo'qotish;
- S) Jaroxatga mikroblar tulishining oldini olish;
- *D) Jaroxatdagi mikroblarni o'ldirish;

3. Birlamchi xirurgik ishlov (BXI, PXO) antiseptikaning qaysi metodi hisoblanadi;

- 1.) Ximiyaviy;
- 2.) Biologik;
- *3.) Mexanik;
- 4.) Fizikaviy;

4. Jarohatni drenajlash antiseptikaning qaysi metodi hisoblanadi.

- 1.) Ximiyaviy;
- *2.) Fizikaviy;
- 3.) Mexanik;
- 4.) Biologik;

5. Ferment vositalari foydalanish antiseptikaning qaysi metodiga xos.

- 1.) Mexanik;
- 2.) Fizikaviy;
- 3.) Ximiyaviy;
- *4.) Biologik;

6. Xirurgik antiseptik vositalardan qo'lni zararsizlantirish uchun hozirgi paytda qaysi vositalar ishlatiladi.

- 1.) Xloramin B- 0,25%;
- *2.) Pervomur 2,4% yoki S-4 eritma;
- 3.) Nashatir spirt- 0,5%;
- 4.) Xloramin B- 0,5%;

7. Xirurgiyada perekis vodorod eritmasining qaysi % lari ishlatiladi.

- 1.) 1-2% li;
- 2.) 4% li;
- *3.) 3-6% li;
- 4.) 33% li;

8. Biologik antiseptika bu..

- 1.) Antibiotiklar, fermentlarni qo'llash;*
- 2.) Drenajlarni qo'llash;
- *3.) Kimyoviy moddalarni qo'llash;
- 4.) Nurlarni qo'llash;

9. Yodinol qachon qo'llanadi?

- 1.) yiringli bo'shliqlarni, trofik yaralarni yuvishda primochka ko'rinishida va kompresslar qilishda;*
- 2.) operatsiya maydoniga ishlov berishda;
- 3.) infitsirlangan jaroxatlar va yaralarni davolashda;
- 4.) operatsiya maydonini dezinfeksiya qilishda;

10. Xayotga layoqatini yo'qotgan to'qimalarni kesib olib tashlash ...?

- 1.) Amputatsiya;
- 2.) Ekzoartikulyatsiya;
- *3.) Nekroektomiya;
- 4.) Desmurgiya;

Foydalanilgan adabiyotlar.

- 1.Hamraev A.J., Alimov A.V., A'zamxo'jaev T.S. "Xirurgiya va reanimatsiya asoslari". Toshkent, "Zar qalam" nashriyoti, 2005 yil.
- 2.Hamraev A.J. "Xirurgiya" "O'qituvchi" nashriyot-matbaa ijodiy uyi, Toshkent, 2007 yil
- 3.M.F.Ziyaeva,M.A.Axmedova "Jarroxlikda xamshiralik ishi" 2005 y,
- 4.V.N.Turaqulov,F.A.Qurbonov "Xirurgiyada xamshiralik ishi" 2019 y, F.N.Nishonov,
- 5.B.R.Abdullajonov,N.Ye.Bozorov "Xirurgik kasalliklar" 2020 y.

<p>2.2.1- mavzu: O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 2 .</p>	<p>Zamonaviy jarrohlik sohada faoliyat yuritayotgan o'rta tibbiyot xodimlarni SOM (standart operatsiya muolajalari) amaliyotga samarali tadbqiq qilish.</p>
---	--

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik xaritasi.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	2 kredit. Nazariy mashg'ulot

Ma'ruza mashg'ulotiningrejasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zamonaviy jarrohlik sohada faoliyat yuritayotgan o'rta tibbiyot xodimlarni SOM (standart opertesiya muolajalari) amaliyotga samarali tadbqiq qilish. 2. Operatsiyadan oldingi davr. 3. Bemorlarni zamonaviy tekshirish usullari. 4. Bemorlarni operatsiyaga tayyorlash.
<p>O'quv mashg'uloti maqsadi:</p> <p>1.Ta'limiy: Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash Amaliy ko'nikmalarni egallash Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash Deontologik tarbiyaning shakllanishi Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash</p> <p>2.Tarbiyaviy maqsadi: Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish</p>	

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
<p>1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa</p>	<p>Tashkiliy kism 1.1 O'qituvchi o'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiridi,ichki tartib qoidalarini aytib beradi va rioya qilishlarini tayinlaydi, yangiliklar eshitiladi va aytiladi. 2. O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 3. Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib o'yin qoidalarini tushintiradi.</p>	<p>Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.</p>
<p>2-boskich. Asosiy qism 65 daqiqa 1. Tinglovchilar boshlang'ich bilimni tekshirish va baxolash 15 daq 2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 40. 3.O'qitishning noan'anaviy usullarini qo'llagan</p>	<p>1.Tinglovchilarning berilgan uyga vazifalarini tekshirib oladi.To'g'ri bajargan tinglovchilarni baxolaydi.O'tilgan mavzuni takrorlash maqsadida "Aqliy hujum" usulida baxolanadi. 2.Yangi mavzu mazmunini o'qituvchi tomonidan taqdimot ko'rinishida maxsus monitor orqali tushuntiriladi. Zamonaviy jarrohlik sohasida faoliyat yuritayotgan o'rta tibbiyot xodimlarni SOM (standart opertesiya muolajalari) amaliyotga samarali tadbqiq qilish mavzusida keng va tushunarli</p>	<p>1.Tinglovchilar uyga vazifalarini topshiradilar.O'tilgan mavzu bo'yicha "Aqliy hujum" usulida savollarga javob beradilar. 2.Tinglovchilar ma'ruzani diqqat bilan tinglaydilar, Yangi mavzu</p>

<p>xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash</p>	<p>tarzda mavzu bayon etiladi. 3.Mavzu tushuntirilgandan so'ng o'qituvchi tomonidan “BBB” usuli orqali tinglovchilarni o'zlashtirish darajasi baxolanadi</p> <p>Bu usul orqali shaxsni erkin shakllantirish mumkin. Mavzuni bayonidan so'ng gurux talabalariga savol beriladi va bir necha daqiqa ichida shu savolga oid, har bir o'quvchi o'zining fikrini bayon etishi kerak. “BBB” usuli orqali tinglovchilarni o'zlashtirish darajasi baxolanadi.Buning uchun o'qituvchi talabalar uchun BBB usuli varaqasini tarqatadi va tinglovchilar uni yozma tarzda to'ldiradilar.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Ustun BILAMAN, 2- ustun BILIB OLDIM 3- ustun BILISHNI XOXLAYMAN. <p>O'qituvchi tinglovchilardan to'ldirgan javoblarini o'qishlarini iltimos qiladi va ularni muxokama qiladilar.3 ustundagi BILISHNI XOXLAYMAN savollariga javob beradi.</p>	<p>bayonini yozib oladilar. 3.O'qituvchi tomonidan “BBB” usuli orqali tinglovchilarni o'zlashtirish darajasi baxolanadi Usulida berilgan savollarga tezkor javoblar beriladi.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib,aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib,baxolar e'lon qilinadi .Uyga vazifa Zamonaviy jarrohlik sohada faoliyat yuritayotgan o'rta tibbiyot xodimlarni SOM (standart opertesiya muolajalari) amaliyotga samarali tadbqiq qilish mavzusini o'qib konspekt qilish va mavzuga oid 10 ta test savol tuzish. “Tavsiya etiladigan adabiyotlar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Xudoyberdiyev A., Jarrohlik asoslari. Toshkent: O'zbekiston, 2019. 2. Karimov Sh.I., Umumiy jarrohlik. Toshkent: Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti, 2020. 3. Abdullayev R.A., Hamshiralik ishi asoslari. Toshkent, 2018. 4. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi, Tibbiyot muassasalarida infeksiya nazorati bo'yicha qo'llanma. Toshkent, 2021. 5. Tibbiyot kollejlari uchun o'quv qo'llanma, Operatsion hamshiralik ishi. Toshkent, 2022. 	<p>Tinglaydilir, uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

Mavzu: Zamonaviy jarrohlik sohada faoliyat yuritayotgan o'rta tibbiyot xodimlarni SOM (standart opertesiya muolajalari) amaliyotga samarali tadbqiq qilish.

Reja:

1. Zamonaviy jarrohlik sohada faoliyat yuritayotgan o'rta tibbiyot xodimlarni SOM (standart opertesiya muolajalari) amaliyotga samarali tadbqiq qilish.
2. Operatsiyadan oldingi davr.
3. Bemorlarni zamonaviy tekshirish usullari.

4. Bemorlarni operatsiyaga tayyorlash.

SOMning mohiyati va maqsadi

- **SOM (Standard Operatsiya Muolajalari)** – bu jarrohlik va protseduralarda **bir xil, standartlashtirilgan ish tartibi**.
- Maqsadlari:
 1. Jarrohlik amaliyotida **xatolarni kamaytirish**
 2. **Davolash samaradorligini oshirish**
 3. Xodimlar uchun **aniq ko'rsatmalarni ta'minlash**
 4. **Sifat va xavfsizlik standartlarini ushlab turish**

O'rta tibbiyot xodimlari faoliyati SOM kontekstida

- **Vazifalari:**
 1. Operatsiya oldi tayyorgarlik (sterilizatsiya, jihozlar tayyorlash)
 2. Bemorni tayyorlash (pozitsiyalash, antiseptik ishlov berish)
 3. Operatsiya davomida yordam (instrument uzatish, monitoring)
 4. Operatsiyadan keyingi muolajalar (bog'lam, drenaj, nazorat)
- **Samarali tadbqiq:** SOM protseduralarini **qog'oz va amaliyot orqali birlashtirish** orqali amalga oshiriladi.

SOMni amaliyotga samarali tadbqiq qilish strategiyalari

A. Ta'lim va trening

- SOM bo'yicha **ma'lumotnomalar, qo'llanmalar** taqdim etish
- **Simulyatsion treninglar:**
 - Bog'lam qo'yish, jgut qo'yish, venepunksiya, veneseksiya
 - Operatsiya maydonida sterilizatsiya va instrument ishlatish
- **Mentorlik:** tajribali shifokor yoki hamshiralar orqali nazorat

B. Ish tartibini standartlashtirish

- Har bir jarrohlik protsedurasi uchun **check-list** yaratish:
 1. Operatsiya oldi
 2. Operatsiya davomida
 3. Operatsiya keyin
- Check-listlar xodimlar uchun **harakatni aniq qiladi** va xatolarni kamaytiradi.

C. Nazorat va baholash

- Har bir xodim SOMni **amalga oshirayotganda baholanadi:**
 - Ishni to'g'ri bajarish
 - Vaqtni samarali ishlatish
 - Xavfsizlik qoidalariga rioya qilish
- **Feedback** – muvaffaqiyatlar va kamchiliklarni ko'rsatish.

D. Raqamli va interaktiv texnologiyalar

- **Virtual simulyatorlar va interaktiv o'yinlar** yordamida:
 - Venepunksiya, bog'lam qo'yish, drenaj ishlari mashq qilinadi
 - Xatoliklarni xavfsiz sharoitda aniqlash mumkin

Muammoli vaziyatlar orqali SOMni tadbqiq qilish

- Misol: Bemor operatsiya stoliga yotqizildi, SOP bo'yicha tayyorgarlik qilinishi kerak.
 - Xodim jamoa bilan **check-list** bo'yicha ishni bajaradi:
 1. Sterilizatsiya
 2. Instrumentlar joylashuvi
 3. Bog'lam va jgutlar tayyorligi
 - Agar biror bosqichda xato bo'lsa, **darhol tuzatish** va qayta tekshirish
- **Interaktiv o'yin:** xodimlar turli **jarrohlik vaziyatlarda qaror qabul qilishni** mashq qiladilar. Har bir noto'g'ri qaror xatolik sifatida baholanadi.

Amalga oshirish bo'yicha tavsiyalar

1. **O'quv dasturlarini yangilash:** SOM bo'yicha kurslar va simulyatsiyalar.
2. **Nazorat tizimi:** har bir jarrohlik xodimi faoliyatini baholash.
3. **Standart hujjatlar:** SOP, check-list, protokollarni amaliyotga tatbqiq qilish.

4. **Takroriy treninglar:** yangi va murakkab amaliyotlar uchun.

5. **Feedback va audit:** har bir operatsiya natijasi qayd etilib, xatolar tahlil qilinadi.

Zamonaviy jarrohlik amaliyotida tibbiy xizmat sifati va bemor xavfsizligini ta'minlashda

Standart Operatsion Muolajalar (SOM) muhim o'rin tutadi. Ayniqsa, jarrohlik bo'limlarida faoliyat yuritayotgan o'rta tibbiyot xodimlari (hamshiralar, feldsherlar)**ning kundalik faoliyati aniq standartlar asosida tashkil etilishi tibbiy xatolarni kamaytirish va davolash samaradorligini oshirishga xizmat qiladi.

SOM tushunchasi va ahamiyati

SOM (Standart Operatsion Muolajalar) – bu ma'lum tibbiy muolajani bajarishda **ketma-ket, aniq va majburiy bajarilishi lozim bo'lgan harakatlar majmui** hisoblanadi.

SOMning asosiy vazifalari:

- Jarrohlik amaliyotlarida **bir xillik va uzluksizlikni ta'minlash**
- O'rta tibbiyot xodimlari faoliyatida **aniqlik va mas'uliyatni oshirish**
- **Nosokomial infeksiyalar** va asoratlarni kamaytirish
- Bemor xavfsizligini ta'minlash
- Tibbiy hujjatlashtirishni soddalashtirish

O'rta tibbiyot xodimlarining SOMdagi roli

Jarrohlik bo'limlarida o'rta tibbiyot xodimlari quyidagi yo'nalishlarda SOMga amal qilishi zarur:

Operatsiya oldi bosqichi

- Bemorni jarrohlikka tayyorlash
- Operatsion maydonni antiseptik ishlovdan o'tkazish
- Instrumentlar va sarf materiallarini SOM asosida tayyorlash

2.2. Operatsiya davomida

- Sterillik qoidalariga qat'iy rioya qilish
- Jarrohga instrumentlarni to'g'ri va o'z vaqtida uzatish
- Bemor holatini doimiy monitoring qilish

Operatsiyadan keyingi bosqich

- Bog'lam va drenajlar bilan ishlash
- Bemor holatini kuzatish va hujjatlashtirish
- Asoratlarni erta aniqlash

SOMni amaliyotga samarali tadbiriq etish mexanizmlari

Ta'lim va malaka oshirish

- O'rta tibbiyot xodimlari uchun **SOM asosida muntazam treninglar**
- Simulyatsion mashg'ulotlar (venepunksiya, bog'lam qo'yish, steril ishlov)
- Amaliy ko'nikmalarni baholash tizimi

Standartlashtirilgan hujjatlar

- Har bir muolaja uchun alohida **yozma SOM protokoli**
- Operatsion xonalar va muolaja xonalarida **vizual algoritmlar**
- Check-listlar (operatsiya oldi, davomida va keyin)

Nazorat va monitoring

- Katta hamshira tomonidan **ichki audit**
- SOMga rioya qilinishini doimiy nazorat qilish
- Xatolarni tahlil qilish va tuzatish choralari

Raqamli texnologiyalar

- Elektron SOM platformalari
- Mobil ilovalar orqali tezkor ko'rsatmalar
- Virtual simulyatorlar yordamida o'rganish

Muammoli vaziyatlar orqali SOMni mustahkamlash

Misol:

Operatsiya oldidan instrumentlar to'liq sterilizatsiya qilinmagan.

SOM bo'yicha yechim:

- Operatsiyani boshlamasdan oldin check-list asosida qayta tekshirish
- Sterillikni tiklash

- Hodisani hujjatlashtirish

Bu yondashuv o'rta tibbiyot xodimlarida **javobgarlik va klinik fikrlashni** rivojlantiradi.

SOMni joriy etish samaradorligi

SOM amaliyotga to'liq joriy etilganda:

- Jarrohlik asoratlari kamayadi
- Tibbiy xatolar soni qisqaradi
- Bemorlar bilan ishlash sifati oshadi
- Xodimlar faoliyati tizimli va nazorat ostida bo'ladi

Operatsiyadan oldingi davr

Bemor stacionarga kelgan yoki poliklinikaga murojaat qilgan paytidan boshlab, to operatsiya boshlanguncha o'tadigan vaqtni o'z ichiga oladi.

Operatsiyaga tayyorgarlik davrida rejali operatsiyalar quyidagicha ajratiladi: olis, yaqin oradagi va 3 bevosita operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davri. Masalan, olis operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davrida, agar bemorda bo'qoq yoki tug'ma yurak kasali bo'lsa, sanatoriy davosi qo'llaniladi, bodomsimon bez va chirigan tishlar sanatsiya qilinadi. Yaqin oradagi operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davrida (7-15 kun davomida) somatik sistemasining umumiy holati o'z vaqtida yaxshilanadi, bevosita operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davrida esa, sanitariya ishlovi o'tkaziladi, qovuq va to'g'ri ichakdagi narsalar chiqartirib yuboriladi.

Bevosita operatsiyaga tayyorgarlik davri tadbirlari va belgilangan turdagi (stenozda me'dani tozalash, yo'g'on ichakni rezeksiya qilishdan avval uni sifonli xukna qilish, yiringli o'pka kasalliklarida nafas yo'llarini sanatsiya qilish) operatsiyaga tayyorlash uchun o'ziga xos tadbirlar tafovut qilinadi: Har qanday operatsiya oldidan bemorni tayyorlash davri uchun bir xil va majburiy bo'lgan tadbirlar (gigienik suvli vanna, sochni olish, xukna qilib tozalash, qovuqni bo'shatish) bevosita operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davri uchun tegishlidir.

Bemorni ruxan tayyorlashda uyqu, asabni tinchlantiruvchi (trankvilizatorlar) va og'riqsizlantiruvchi dori-darmonlar (analgin, promedol, omnopon, morfin) qo'llaniladi.

Operatsiyadan oldin yurak-tomirlar sistemasi faoliyatini yaxshilovchi glikozidlar (strofantin, digoksin, izolanid, seland), siydik xaydaydigan(diuretik) dorilar (novurit, veroshpiron, triampur va b.) va boshqa dori-darmonlar (kokarboqsilaza, ATF va b.) tayin qilinadi.

Tromboz va emboliyaning oldini olish uchun antikoagulyantlar (fenilin, omefin, geparin) tayin qilinadi.

Agar me'dani operatsiya qilish ko'zda tutilgan bo'lsa, u holda operatsiya arafasida me'da yuviladi. Me'dadan qon ketayotgan bo'lsa, uni yuvish tavsiya etilmaydi. Bordi-yu, me'da yana to'lib qolgan bo'lsa(o'tkir ichak berqilib qolishi, qorin bo'yni stenoz), bunday hollarda bevosita operatsiya oldidan uni yana bo'shatish zarur. Operatsiya boshlanishi oldidan ichak sifon xukna yordamida najasdan butunlay tozalanadi Jigar funksiyasini yaxshilash uchun metionin,lipokain, vitamin V12 yuboriladi.

Bemorlarni zamonaviy tekshirish usullari

Nur tashxisi – asosiy tekshirish usuli bolib, rentgen nuri va rentgenologik uskunalar kashf qilingandan keyin klinik tashxislashning asosiy turlaridan xisoblanadi va o'zichiga yuqori texnologik usullarni qamrab oladi. Shu bilan birga operatsiyadan oldingi tekshiruv usullarida ko'p qo'llaniladi.

Retgen tashxislash yordamida o'tkaziladigan tekshirish usullari

- 1.Tayanch – xarakat tizimini tekshirish tizimini tekshirish usullari (suyak va bogimlarni rentgenografiyasi va skopiyasi).Kallasuyaklari rentgenografiyasi.Kalla suyaklari boshliqlari , burun boshligi rentgenografiyasi.Umurtqa pogonasi rentgenografiyasi.Tana suyaklarinig boshqa qismlarini rentgenografiyasi,bogimlar rentgenografiyasi
- 2.Ko'krak qafasi va koks oraligi azolari rentgenografiyasi
- 3.Qorin boshligini umumiy rentgenografiyasi.
- 4.Ovqat – xazm qilish sistemasini rentgen kontrastlash usuli:Qizilongach, oshqozon,ingichkaichak,yogon ichak–irrigoskopiya
- 5.siydik chiqarish azolarini rentgenologik

tekshirish:Sistografiya,ekskretoruroografiya,pielografiya:antegrad,retrograd

6.Qo'shimcha va murakkab rentgenologik tekshirish usullari -kontrast yoqdamida jarroxlik amaliyotidan keyingi anastomozlarni tekshirish -sialografiya (so'lak bezlarini kontrast yuborib tekshirish usuli) -irrigoskopiyaga bemorlarni tayyorlash usuli bemorni kechga va ertalab 2 martadan xuqnaqilish. -oshqozonni kontrast yordamida tekshirishga tayyorlash kechga 18: 00 dan keyin ovqat emaslik, tekshirish qilinadigan kun umuman ovqat emaslik va suv ham ichmaslik -ekskretor urografiyaga judayam och qoriga kelmaslik. -tekshirishdan oldin gaz xosil qiluvchi ozuqalarni emaslik(dukakkakli maxsulotlar , rezavor mevalar va un maxsulotalridan tayyorlangan) -tekshirish kuni engil nonushta qilish va 10 ta aktivlashgan kumir tabletkalarini ichib olish.

Mammografiya : ko'krak bezini rentgenologik tekshirish usuli bo'lib, xayzning 6 -12 kunlari tekshiriladi. Mammografiya 35 – yoshdan so'ng qilish tavsiya qilinadi.

Duktografiya – ko'krak bezlari sut chiqarish yo'llarinin kontrast modda bilan rentgenologik tekshirish usuli, asosan mammolog tavsiyasiga ko'ra. Bu uchun sut bezlaridan chiqayotgan ajralmadan surtma tayyorlab, unda xavfli xujayralar topilmasa so'ng duktografiya qilinadi.

Komyuter tomografiya

Komyutertomografiya xonasida rejali va tez tibbiy yordam tekshirishlari bajariladi. Poliklinika va bo'limlardagi bemorlar tekshiruvdano'tkazadi. Komyutertomografiya (KT)-yuqoritexnologik rentgenologiktekshirish usuli bo'libtanaazolariqavatmaqavatkesibkontrastyordamidayokikontrastsiz , 3Dformatdatekshirishmumkin.KT-tekshirish ko'rsatmasiga qarab kontrastli tekshirish tomir ichiga ichiga yoki ogiz orqali ichishga buyuriladi. KontrastlivakontastssizKT – tekshirishgaqarshiko'rsatmalar : Yod saqlovchi moddalarga yuqori sezgirlik,buyrak yetishmovchiliklari,tireotoksikozning ogir turlari,bronxial astmaning quzish davrlari,miasteniya,xomiladorlik.

Bemorlarni rejali va shoshilinch operatsiyaga tayyorlash.

Bemorlarni rejali operatsiyaga tayyorlash. Rejali operatsiya o'tkazish uchun majburiy va maxsus tekshirish usullari belgilanadi. Majburiy minimum tekshirishga: ko'zdan kachirish,palpatsiya, auskultatsiya, qon, peshob, najasning umumiy taxlili, A/B o'lchash. .ayrim xollarda ko'krak qafasining umumiy rentigen tasviri, qon guruxlari va rezus- omilini aniqlash lozim.Keksa yoshdagi yoshdagi bemorlarni tekshirishda elektrokardiografiya va terapevtik tekshiruv usullari xam kiradi. Maxsus tekshiruvlarga qon taxlilari lozimligi inobatga olinib a) bakteriologik, serologik, b)bioximik, v)morfologik tekshirishlar qilinadi. Shu jumladan peshobni tekshirishda: Zemnitskiy – Amburje, Addis-Kapovskiy, Nicheporenko sinamalari, qand miqdorini aniqlash va bioximiya taxlilari o'tkazish kerak bo'ladi

Bunga rentgenkontrast moddalarining qizilo'ngach,me'da,o'n ikki barmoq ichak, ingichka va yo'g'on ichaklar orqali yuborib rentgenolok tekshiruvdan o'tkazish kiradi. Bunda tekshirishlar bemorning me'da va ichagin axlat va yeldan xalos qilishga qaratilgan maxsus tayyorgarlikdan keyin amalga oshiriladi. Bemor tekshiruv davrida dag'al ovqatlar yemasligi kerak. Kechqurun va tekshiriladigan kun ertalab tozalovchi xuqna qilinadi. Ichilgan kantras moddalar odatda yo'g'on ichakka bir kecha-kunduzda o'tadi va shuning uchun xukna qilmasdan tekshirish kerak.

Agar bemor tekshirishga yaxshi tayyorlangan bo'lsa, rentgenologik tekshirish usuli to'g'ri ma'lumot beradi.

Yurak –tomirlar tizimi. Yurak-tomirlar tizimini tekshirishda A/B, Puls albatta o'lchanadi,elektrokardiografiya,oksigemoterapiya(qonni kislarodga tuyinishini aniqlash) va

umumiy qon taxlillari qilinadi. Biror bir patologik xolat aniqlansa shifokor tomonidan dori-darmonlar buyuriladi va uni bartaraf etiladi.

Nafas a'zolari tizimi. Nafas a'zolari tizimini tekshirishda yuqori nafas yo'llari katari, bronxit, o'pka yallig'lanishi bor yo'qligini aniqlash va bular bo'lsa, operatsiyadan oldingi davrda bu yallig'lanish jarayonini yo'qotish kerak.

Xazm a'zolari tizimi. Og'iz bo'shlig'ini sog'lomlashtirishga (sanatsiyaga) milkning yallig'lanishi, chirigan tishlarni oldirishga katta ahamiyat beriladi. Me'da – ichak yo'llarida birorta patologik (gastrit, me'da va o'n ikki barmoq ichakning yara kasalligi, kolit) aniqlansa ular dori-darmon bilan davolanadi. Operatsiya umumiy narkoz ostida olib borilganda jigar funksiyasini tekshirib ko'rish zarur bo'ladi.

Siydik ajratish tizimi. Siydikning umumiy taxlili va Zimnitskiy sinamasi qilinadi, qoldiq azot aniqlanadi. Kerak bo'lganda uralogik tekshiruv o'tkaziladi. Bularga vena ichiga dori yuborib ekskretor urografiya, uretroma yuborib sistografiya yoki sistoskopiya qilinadi.

Qon va qon yaratish a'zolari. Operatsiyadan oldin qonning umumiy taxlilidan tashqari, qon oqish va qon ivish vaqtlari aniqlanadi. Murakkab operatsiyadan oldin koagulografiya va tromboelostografiya qilinadi. Operatsiya vaqtida xam, operatsiyadan keyingi davrda xam bemorda qon ivishi pasayganda bemor xayoti uchun xavfli kup qon ketish (gemofeliyada) kuzatish mumkin. Qonning ivish xususiyati oshganda trombozlar va emboliyalar paydo bo'lishi mumkin. Qonda yuz bergan o'zgarishlarni nazarda tutib, operatsiyagacha kerakli koreksiyalar qilinadi.

Nerv - psixik sfera. Bemor psixikasini extiyot qilish zarur, chunki u asosiy kasallikni kechishini og'irlashtirishi mumkin.

Tibbiyot xodimining vazifasi bemorni tinchlantirish. Unga bo'lajak operatsiya zarur ekanligini tushuntirish, operatsiyani yaxshi natija bilan tugashiga ishonirish, misol tariqasida shunday operatsiyalar bo'lganligi va ular tuzalib ketganligi o'g'risida so'zlab berish kerak bo'ladi. Xamshira biror narsani tushuntirishida davolovchi shifokorning so'zlariga asoslanishi kerak bo'ladi.

Teri qoplamalari. Teri qoplamalari ko'zdan kechirilganda yiringlagan joy, yallig'langan infiltratlar borligiga ahamiyat berish zarur. Teridagi barcha yallig'lanish jarayonlarini tugatish zarur, chunki operatsiyadan keyingi davrda bu kasalliklar endogen infeksiya manbai bo'lib qolishi va yiringli jarayonni avj oldirib, og'ir asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin.

Operatsiyadan bir kun avval bemor gigienik vanna qabul qiladi, operatsion maydon soxalari tuk- junlar operatsiya qilinadigan kun tozalanadi.

Yoshi ulg'aygan va keksa yoshdagi bemorlarni operatsiyaga tayyorlashning ba'zi bir xususiyatlari.

Keksa kishilarning asab tizimiga tez ozor yetadi va tibbiyot xodimlari ularni asrash kerak bo'ladi.

Keksa yoshdagi kishilarni yurak-tomir tizimida yoshiga oid o'zgarishlar kuzatilib, qon aylanish yetishmovchiligi alomatlari bilan o'tadi. Ular albatta elektrokardiogramma qilinib terapevt ko'rigidan o'tkaziladi, kardiotrop vositalari tayinlanadi.

Yoshi ulug'aygan bemorlarda ichak funksiyasi yetarli bo'lmagandan aksari qabziyatdan nolidilar. Operatsiyadan oldin ularga yumshoq parxez taomlar tayinlanadi, ularni vaqti vaqti bilan xuqna qilib turiladi.

Bemorni iliq dush santariya ishlov o'tkaziladi. Vannaga tushish buyrilgan bo'lsa, suvning xarorati 36-37⁰ dan oshmasligi kerak .

Xolsizlangan bemorlarni operatsiyaga tayyorlashning o'ziga xos xususiyatlari.

O'pka, me'da – ichak yo'llarining uzoq davom etadigan surunkali kasalliklarida bemorlar organizimning ximoya kuchlari anchagina kamayganligi,ozib ketish, suv-elektrolit balansi buzulishi, anemiyalar sababli qator xollarda juda og'ir axvolda bo'ladilar. Bunday xolatda operatsiyadan so'ng shokpaydobo'lishiga, jaroxatning yaxshi bitmasligiga va boshqa a'zolarni avj olishiga moyillik tug'diradi. Bunday xolatlarda shifokor tomonidan buyurilgan dori-darmonlar qilinadi.

Bemor juda ozib ketganda va odatdagi usulda ovqatlantirib bo'lmaganda oziqlantiruvchi xuqnalar buyuriladi. Avval ichaklarni tozalash maqsadida tozalovchi xuqna qilinadi. Yo'g'on ichak orqali tarkibiga kerakli bo'lgan (0,85% osh tuzi, 5% glyukoza va 4- 5% spirtli eritma 37-40⁰ gacha isitilib, sutkasiga 2 litirgacha yuboriladi.

Bemorni shoshilinch operatsiyaga tayyorlash- uchun qisqa anamnez yig'iladi,bemor umumiy ko'zdan kechiriladim ob'ektiv tekshiruv o'tkaziladi. Agar bemorning axvoli imkon bersa, qon, peshobning umumiy taxlili,rentgenoskopiya yoki rentgenografiya, maxsus ko'rsatmalar bo'lganda esa qo'shimcha tekshirish o'tkaziladi.

Qabulxona bo'limida bemor umumiy axvolining og'ir-engilligiga va operatsiyaning shoshilinch suratda o'tkazilishiga ko'ra to'liq yoki qisman sanitariya ishlov o'tkaziladi. Shoshilinch xollarda bemorning kiyimlari yechiladi tanasining ifloslangan qismi artiladi, tuk-junlari qirib tashlanadi. Siydik ajralishi qiyinlashganda katetir bilan chiqariladi.

Bolalarda operatsiyadan oldingi va operatsiyadan keyingi davrning o'ziga xos xususiyatlari. Bolarda operatsiya o'tkazish uchun ota-onasi yoki qarindoshlaridan yozma rozilik olish shart. Ularga operatsiyaning xususiyati,og'ir yengilligi,xavfi.shuningdek qanday natija bilan tugashi mumkinligini tushuntirish lozim. Ota-onasi yo'qligida kechiktirib bo'lmaydigan operatsiya qilish zarurati tug'ilganda, bunday xolatlarda kamda ikki kishidan iborat vrachlar konsiliumi operatsiya qilish qilmasligini xal qilib kasallik tarixiga yozib qo'yadi.

Ko'krak yoshidagi bolalar operatsiyadan bir kun oldin kech soat 10 gacha odatdagicha ovqatlantiriladi. Kattaroq yoshdagi bolalarga yengil kechki ovqat yeyishga ruxsat beriladi. Operatsiyadan 3 soat oldin bemorga shirin choy berish mumkin . U ikkisoatdan so'ng so'rilib ketadi va qusishga sabab bo'lmaydi. Tozalovchi xuqna bir kun avval kechqurun va operatsiya kuni ertalab qilinadi

Bemorni operatsiyadan keyin tuzalib, kasalxonadan uyiga javob berulguncha bo'lgan davr operatsiyadan keyingi davr deyiladi. Bemorning axvoliga qarab bu davr bir necha oyga cho'zilishi mumkin.

Xozirgivaqtda umumiy og'riqsizlantirish ostida o'tkazilgan o'ta murakkab operatsiyalar dan keyin bemorlar 2-4 kunga reanimatsiya bo'limiga yotqaziladi. Keyinchalik bemorning axvoliga qarab uyiga yoki bo'limga o'tkaziladi.

Bemorga qulay vaziyat yaratish imkonini beradigan funksional krovat qo'yiladi. Krovatga toza choyshab yoziladi,choyshab ostiga klyonka solinadi. Bolalarni krovatga yotqazishdan operatsiya jaroxatiga qo'yilgan bog'lam va drenajlarni yulib olmasligi va tinch yotishini ta'minlash maqsadida operatsiyadan keyingi davrda qo'l-oyoqlari bog'lab qo'yiladi.

Operatsiyadan keyingi davrdabemor ko'p terlaydi, shuning uchun uning ich kiyimlarini tez – tez almashtirib turiladi. Ich kiyimlarini almashtirishda avval sog'lom qo'ldan, keyin kasal qo'l yechiladi. Bemorga kuylak kiydirish teskari tartibda, avval kasal qo'lga, keyin sog'lom qo'lga,keyin esa boshidan kiyiziladi.

Yotoq yaralariga yo'l qo'ymaslik uchun bemorni choyshabgao'ralgan, ichiga xavo to'ldirilgan rezina chambarga yotqazish mumkin yoki vaqti- vaqti bilan bemorning kravatdagi xolati o'zgartirib turiladi. Bemorning ustiga yopib qo'yiladi,juda xam issiq qilib o'rash kerak emas.

Operatsiya va uning turlari

Operatsiya deb, davolash yoki diagnostik maqsadda to'qimalar va a'zolariga mexanik ta'sir ko'rsatilishiga aytiladi.

Xirurgik operatsiyalar, odatda, davolash maqsadida o'tkaziladi, biroq diagnostik operatsiyalar ham qilinadi. Diagnostik operatsiyalarga biopsiya, punksiya qilish (qorin bo'shlig'i, pleural bo'shliq, orqa miya punksiyalari).

Davolash operatsiyalari radikal va palliativ bo'lishi mumkin.

Radikal operatsiyalar deb, kasallangan (shikastlangan) a'zolar yoki to'qimalarni yorib ko'rib olib tashlanishiga (absessdagi insiziyalar, appendektomiya, holetsistektomiya, me'da rezeksiyasi, ochiq arterial tomirni bog'lash va b.) aytiladi

Palliativ operatsiyalar kasallikni keltirib chiqargan sabablarga barham bermaydi, lekin bemorning ahvolini yengillashtiradi. Masalan, o'sma yo'g'on ichak yo'lini (bo'shlig'ini) to'sib qo'ygan va uni radikal operatsiya yo'li bilan olib tashlashning iloji bo'lmasa, ichak sirtmog'i qorinning old devoriga keltiriladi-da, keyin yo'g'on ichak yo'li ochiladi. Bunday holda, o'sma o'z joyida qolaveradi, lekin ichakdan ovqat o'tmay qolishiga barham beriladi va ichakdagi ortiqcha narsalar orqa chiqaruv yo'lidan bemalol chiqa oladi.

Xirurgik operatsiyalar muddatiga qarab, quyidagicha tafovut qilinadi: Kechiktirib bo'lmaydigan operatsiyalar bemor kasalxonaga yotqizilgan va diagnozi (o'tkir appenditsit, o'tkir holetsistit, me'da yarasining teshilishi, churraning kesilib qolishi, ichakdan ovqatning o'tmay qolishi) aniqlangandan so'ng darhol, dastlabki ikki soat ichida qilinadi.

Zudlik bilan qilinadigan operatsiyalar bemorlar kasalxonaga keltirilgandan so'ng dastlabki 1-2 kun ichida amalga oshiriladi, chunki jarayonning tez rivojlanishi munosabati bilan ular inoperabel (havfli o'smalar, ichakning tashqi oqma yaralari, og'ir tug'ma yurak kasalligi) bo'lib qolishlari mumkin.

Rejali operatsiyalar istalgan paytda qilinishi mumkin, shu bilan birga bemorni jarroxlik yo'li bilan davolashga tayyorlash bir-ikki kunga, zaruriyat tug'ilib kolsa bir necha xaftaga cho'zilishi mumkin.

Operatsiyalar bir bosqichli, ikki bosqichli va ko'p bosqichli bo'lishi mumkin. Ko'p hollarda ular bir bosqichda amalga oshiriladi (appendektomiya, me'da rezeksiyasi, o'pkaning qisman rezeksiyasi, qorinchalar (bo'shliqlar) aro pardevor nuqsoni plastinkasi). Agar bemorning umumiy ahvoli og'ir deb topilsa va operatsiya qo'lami juda katta, ayni paytda bemor xayoti uchun havf-xatar yetarli darajada bo'lsa, undagi operatsiya ikki va undan ko'proq bosqichlarga bo'linadi. Masalan, usma ko'richak yo'lini to'sib ko'yganda ham xuddi shu yusinda ish tutiladi birinchi bosqichda ichak yo'li ochiladi, ikkinchi bosqichda esa, o'smaning o'zi olib tashlanadi. Teri plastinkasini amalga oshirayotganda Filatov bo'yicha ko'chib yuruvchi poyaning vujudga keltirilishi, shuningdek, qizilo'ngachning ingichka ichak bilan ko'krak oldi plastinkasi yoki keng qo'lamdagi gemangiomalarni bosqichma-bosqich olib tashlash ko'p bosqichli operatsiyalarga misol bo'la oladi.

Tozalik darajasi bo'yicha operatsiyalar 4 guruhga ajratiladi: toza; shartli-toza (me'da-ichak yo'li a'zolari va nafas a'zolari bo'shlig'i (oralig'i) ochiladi); ifloslangan (kovak organlar ichidagisining jaroxatga muqarrar tushishi); iflos yoki birlamchi kasallik yuktiruvchi operatsiyalar.

Operatsiya uchun ko'rsatmalar absolyut, nisbiy va xayotiy muhim bo'ladi. Xayotiy muhim ko'rsatmalar deyilganda bemorning xayoti uchun to'g'ridan-to'g'ri havf solinib turgan hollarda jarroxlik yo'li bilan davolash ko'zda tutiladi. Absolyut ko'rsatmalarda ushbu kasallikni faqat operatsiya qilish yo'li bilan davolash mumkinligi aniqlanadi. Garchi samaradorligi kam bo'lsa-da, terapiyaning boshqa usullarini qo'llash mumkin bo'lgan hollarda nisbiy ko'rsatmalar hisoblanadi. Shoshilinchligiga ko'ra aynan bir kasallikning operatsiyasi uchun ko'rsatmalari ham xayotiy muhim, ham absolyut, ham nisbiy bo'lishi mumkin. Masalan, o'n ikki barmoq ichak yarasi og'irlashganda operatsiya qilish uchun ko'rsatmalar xayotiy (to'xtatishning iloji bo'lmaydigan profuz qon ketishi) yoki absolyut (stenoz rivojlanayotganda) yoki nisbiy (yangi yaraga xali dori-darmonlar bilan davolashning barcha usullari qo'llanmagan hollarda) bo'lishi mumkin.

Xirurgik operatsiya murakkab ish bo'lib, unda uch asosiy bosqich tafovut qilinadi; operatsiyaga tayyorgarlik davri va bemorni operatsiyaga tayyorlash; xirurgik operatsiyaning o'zi; operatsiyadan keyingi davrda bemorni intensiv kuzatish va parvarishlash.

Xirurgik operatsiya davri. Xirurgik operatsiya bir necha bosqichdan iborat: bemorni operatsiya stoliga yotkizish; operatsiya maydonini tayyorlash; og'riqsizlantirish; operatsiya qilishga kirishish; operatsiyani amalga oshirish (operativ usul); operatsiyani tugatish.

Bemorni operatsiya stoliga yotkizish. Hamma narsa operatsiyaga tayyorlangan, operatsiya stoli ustiga kleyonka va toza choyshab yozilgandan so'nggina bemorni operatsiya xonasiga olib kiriladi. Bemordan ichki kiyimlari yechib olinib, uni operatsion holatda (bu potologik o'choqqa qulaylik bilan yaqinlashish va operatsiyani amalga oshirishga imqon tug'diradi) operatsiya stoliga yotqiziladi; oyoklari bog'lab quyiladi va ustiga choyshab yopiladi.

Operatsiya maydonini tayyorlash. Operatsiya maydoni deb, badanning operatsiya qilinadigan qismiga aytiladi. Operatsiya maydoni terisi toza qilingach, bemorning ustiga sterillangan operatsiya choyshabi yopib quyiladi, faqat kesish o'tkaziladigan joyi ochiq qoldiriladi. Operatsiya maydonini chegaralash uchun katta-kichik choyshablar, sochiqlar va salfetkalar ishlatiladi. Sterillangan choyshablar, shuningdek, asbob-uskanalar, transfuziya sistemalari. Avvalo operatsiya hamshirasining ishi bilan bog'lik bo'lgan xirurgiya stoli uchun ham zarurdir. Choysablar maxsus tutkichlar bilan maxkamlanadi yoki charmga tikib qo'yiladi.

Operatsiya tugagandan so'ng operatsiya hamshirasi katta tamponlarni, salfetkalarni sanab chiqadi, asboblarni hisoblab ko'radi va ularni yuvib asbob-uskunalar javoniga qo'yadi, keyin operatsiya zalini navbatdagi yoki ertasi kuni bo'ladigan operatsiyaga tayyorlaydi.

MAVZUGA OID TIBBIY ATAMALAR.

1. **SOM (Standart Operatsion Muolajalar)** – tibbiyot muassasalarida muolajalarni bir xil standart asosida bajarish uchun ishlab chiqilgan ko'rsatmalar tizimi.
2. **Aseptika** – jarrohlik jarayonida mikroorganizmlarning yaraga tushishini oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar majmuasi.
3. **Antiseptika** – mikroorganizmlarni yo'q qilish yoki ularning rivojlanishini to'xtatish usullari.
4. **Sterilizatsiya** – tibbiy asbob-uskunalarni barcha mikroorganizmlardan to'liq tozalash jarayoni.
5. **Dezinfeksiya** – kasallik qo'zg'atuvchi mikroblarni yo'q qilishga qaratilgan usullar.
6. **Operatsion maydon** – jarrohlik amaliyoti o'tkaziladigan steril hudud.
7. **Instrumentariya** – jarrohlikda qo'llaniladigan asbob-uskunalar majmuasi.
8. **Infeksiya nazorati** – kasalxona ichki infeksiyalarining oldini olishga qaratilgan choralar tizimi.
9. **Monitoring** – tibbiy jarayonni muntazam kuzatish va nazorat qilish.
10. **Algoritm** – tibbiy muolajani bajarishning bosqichma-bosqich tartibi.

Nazorat savollari:

1. Bemorlarni operatsiyadan oldingi davrga tayyorlashni aytib bering?
2. Kontrast modda turlari?
3. Operatsiya turlarini ayting?
4. Bemorlarni shoshilinch operatsiyaga tayyorlang?
5. Bemorlarni rejali operatsiyaga tayyorlang?
6. Operatsiya maydonini tayyorlashni ayting?
7. Operatsiya uchun ko'rsatmalarni ayting?
8. Operatsiya deb nimaga aytiladi?
9. Radikal operatsiyalar deb nimaga aytiladi?
10. Palliativ operatsiyalar deb nimaga aytiladi?
11. *Operatsiyadan oldingi davr xaqida gapiring?*
12. Bemorlarni zamonaviy tekshirish usullarini ayting?

13. Xirurgik kasalliklarda tekshiruv usullarini aytib bering.
14. Xirurgik kasalliklarda bemorlani operatsiyaga tayyorlash.
15. Sistografiya usuli deganda nimani tushinasiz?
16. Yoshi katta bemorlarni operatsiyaga tayyorlash.
17. Operatsiyadan keyingi davrning o'ziga xos xususiyatlari .
18. Bolalarda xirurgik operatsiyaga tayyorlash xususiyatlari.

“Aqliy hujum”

Bu usul orqali shaxsni erkin shakllantirish mumkin. Jarayonni boshlashdan avval gurux talabalariga savol beriladi va bir necha daqiqa ichida shu savolga oid, har bir o'quvchi o'zining fikrini bayon etishi kerak.

- Bu javob yoki fikr o'rinli yoki noo'rin bo'lishi mumkin, ammo, o'qituvchi ham qolgan o'quvchilar ham javob bergan o'quvchiga tanbeh bermaydilar.
- O'qituvchining yordamchisi doskaga yoki flep kartaga har bir o'quvchining javobini yozib boradi. Har bir o'quvchi uning berayotgan javobini tinglamoqlari lozim.
- Qanchalik ko'p fikr bildirilsa, natija shuncha yaxshi bo'ladi.
- Bu usulda dars o'tilganda qisqa vaqt ichida har xil variantdagi javoblar va shu o'quvchilarning mulohazalarini to'plash imkoniyatiga ega bo'lamiz.
- Har qanday javoblar usul so'ngida muhokama qilinadi.

Interaktiv o'yin savollari:

1. Xirurgik kasalligida tekshiruv usullarini aytib bering.
2. Xirurgik kasalliklarda bemorlani operatsiyaga tayyorlash.
3. Sistografiya usuli deganda nimani tushinasiz?
4. Yoshi katta bemorlarni operatsiyaga tayyorlash.
5. operatsiyadan keyingi davrning uziga xos xususiyatlari .
6. Bolalarda xirurgik operatsiyaga tayyorlash xususiyatlari.

“**BBB**” usuli orqali tinglovchilarni o'zlashtirish darajasi baxolanadi. Buning uchun o'qituvchi talabalar uchun BBB usuli varaqasini tarqatadi va tinglovchilar uni yozma tarzda to'ldiradilar.

4- Ustun BILAMAN,

5- ustun BILIB OLDIM

6- ustun BILISHNI XOXLAYMAN.

O'qituvchi tinglovchilardan to'ldirgan javoblarini o'qishlarini iltimos qiladi va ularni muxokama qiladilar. 3 ustundagi BILISHNI XOXLAYMAN savollariga javob beradi.

BILAMAN	BILIB OLDIM	BILISHNI XOXLAYMAN

Mavzuga oid test .

1. SOM (Standart Operatsion Muolajalar) ning asosiy maqsadi nima?

A) Jarrohlik asboblarini ko'paytirish

B) Tibbiy xizmat sifatini standartlashtirish va xavfsizligini ta'minlash*

- C) Operatsiya vaqtini qisqartirish
- D) Dori vositalarini ko'paytirish

2. Jarrohlik amaliyotida aseptika nimani anglatadi?

- A) Mikroblarni dori bilan yo'q qilish
- B) Mikroorganizmlarning yaraga tushishini oldini olish*
- C) Jarrohlik asboblarni saqlash
- D) Bemorni operatsiyaga tayyorlash

3. Sterilizatsiya jarayoni nimaga xizmat qiladi?

- A) Asboblarni yuvishga
- B) Mikroorganizmlarni qisman kamaytirishga
- C) Barcha mikroorganizmlarni to'liq yo'q qilishga*
- D) Dori vositalarini tayyorlashga

4. Operatsiya xonasida steril sharoitni saqlash uchun eng muhim omil qaysi?

- A) Operatsiya vaqtini uzaytirish
- B) Aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilish*
- C) Ko'proq asbob ishlatish
- D) Bemorni ko'chirish

5. O'rta tibbiyot xodimining jarrohlik amaliyotidagi asosiy vazifasi nima?

- A) Operatsiyani mustaqil bajarish
- B) Jarrohga yordam berish va steril sharoitni ta'minlash*
- C) Dori vositalarini ishlab chiqarish
- D) Laboratoriya tekshiruvlarini o'tkazish

6. SOM hujjatlarining asosiy xususiyati nimada?

- A) Har bir xodim o'zicha ishlaydi
- B) Muolajalarni yagona standart asosida bajarish*
- C) Faqat shifokorlar foydalanadi
- D) Faqat nazariy ma'lumotlardan iborat

7. Dezinfeksiya jarayonining asosiy maqsadi nima?

- A) Barcha mikroorganizmlarni yo'q qilish
- B) Kasallik qo'zg'atuvchi mikroorganizmlarni kamaytirish yoki yo'q qilish*
- C) Asboblarni saqlash
- D) Dori tayyorlash

8. Operatsiyadan oldin bemorni tayyorlash jarayoni nima deb ataladi?

- A) Reabilitatsiya
- B) Preoperatsion tayyorgarlik*
- C) Diagnostika
- D) Profilaktik

9. Jarrohlik asboblarni sterilizatsiya qilishning keng tarqalgan usullaridan biri qaysi?

- A) Muzlatish
- B) Oqartirish
- C) Avtoklavda bug' bilan sterilizatsiya qilish*
- D) Quritish

10. Infeksiya nazorati tizimining asosiy vazifasi nima?

- A) Kasalxona ichki infeksiyalarini oldini olish*

- B) Bemorlar sonini ko'paytirish
- C) Dori vositalarini sotish
- D) Operatsiya vaqtini uzaytirish

Foydalanilgan adabiyotlar:

6. **Xudoyberdiyev A.,** *Jarrohlik asoslari.* Toshkent: O'zbekiston, 2019.
7. **Karimov Sh.I.,** *Umumiy jarrohlik.* Toshkent: Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti, 2020.
8. **Abdullayev R.A.,** *Hamshiralik ishi asoslari.* Toshkent, 2018.
9. **O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi,** *Tibbiyot muassasalarida infeksiya nazorati bo'yicha qo'llanma.* Toshkent, 2021.
10. **Tibbiyot kollejlari uchun o'quv qo'llanma,** *Operatsion hamshiralik ishi.* Toshkent, 2022.

2.2.4- mavzu: O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 2 .	Narkoz turlari va bosqichlari.
--	--------------------------------

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik xaritasi.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	2 kredit.Nazariy mashgulot
Ma'ruza mashgulotiningrejasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Og'riqsizlantirish tarixi. 2. Og'riqsizlantirish turlari . 3. Og'riqsizlantirishda ishlatiladigan dori preparatlari . 4. Bemorlarni narkozga tayyorlash.

O'quv mashg'uloti maqsadi:**1.Ta'limiy:**

Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash

Amaliy ko'nikmalarni egallash

Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash

Deontologik tarbiyaning shakllanishi

Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash

2.Tarbiyaviy maqsadi:

Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish

Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish

O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash

Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa	<p>Tashkiliy qism</p> <p>1.1 O'qituvchi sinfga kirib tinglovchilarning o'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiridi, ichki tartib qoidalarini aytib beradi va rioya kilishlarini tayinlaydi, yangiliklar eshitaladi va aytiladi.</p> <p>2. O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi.</p> <p>3. Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib o'yin qoidalarini tushuntiradi.</p>	Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.
<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa</p> <p>1. Tinglovchilar boshlang'ich bilimni tekshirish va baxolash 10 daq</p> <p>2.Yangi mavzuni to'lik bayon etish 40.</p> <p>3.O'qitishning noan'anaviy usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimni mustaxkamlash 15 daqiqa</p>	<p>1.Tinglovchilarning berilgan uyga vazifalarini tekshirib oladi.To'g'ri bajargan tinglovchilarni baxolaydi.</p> <p>2.Yangi mavzu mazmunini o'qituvchi tomonidan taqdimot ko'rinishida maxsus monitor orqali tushuntiriladi.</p> <p>Og'riqsizlantirish. Bemorni narkozga tayyorlash. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarni parvarishlash mavzusida keng va tushunarli tarzda mavzu bayon etiladi.</p> <p>3.Mavzu tushuntirilgandan so'ng "BBB" usuli orqali tinglovchilarni o'zlashtirish darajasi baxolanadi.Buning uchun o'qituvchi talabalar uchun BBB usuli varaqasini tarqatadi va tinglovchilar uni yozma tarzda to'ldiradilar.</p> <p>7- Ustun BILAMAN,</p> <p>8- ustun BILIB OLDIM</p> <p>9- ustun BILISHNI XOXLAYMAN.</p> <p>O'qituvchi tinglovchilardan to'ldirgan javoblarini o'qishlarini iltimos qiladi va ularni muxokama qiladilar.3 ustundagi BILISHNI XOXLAYMAN savollariga</p>	<p>1.Tinglovchilar uyga vazifalarini topshiradilar.</p> <p>2Tinglovchilar ma'ruzani diqqat bilan tinglaydilar, Yangi mavzu bayonini yozib oladilar.</p> <p>3.O'qituvchi tomonidan tarqatilgan "BBB" Usulida berilgan varaqani to'ldiradilar.Mavzuga oid savollarini 3-ustunga yozib qo'yadilar.</p>

	javob beradi.	
3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa	Dars xulosalanib,aktiv qatnashgan tinglovchilar rag‘batlantirilib,baxolar e’lon qilinadi.Uyga vazifa Narkoz turlari va bosqichlari mavzusini o‘qib konspekt qilish va krossvord tuzib kelish. “Tavsiya etiladigan adabiyotlar:	Tinglaydilir, uyga vazifalarni belgilab oladilar.

Mavzu“Narkoz turlari va bosqichlari.”

Reja:

1. Og‘riqsizlantirish tarixi.
2. Og‘riqsizlantirish turlari .
3. Og‘riqsizlantirishda ishlatiladigan dori preparatlari .
4. Bemorlarni narkozga tayyorlash.

Og‘riqsizlantirish tarixi.

Abu Ali Ibn Sino va D.J.Larrey birinchi bulib sovukning ogriksizlantirish xususiyati tugrisida fikr bildirganlar.Ambruaz Pare sikuvchi boglam orkali ogriksizlantirishga erishgan.Kadimiy Xitoyda ogriksizlantirishga igna sanchish bilan erishganlar.Rossiyada ogriksizlantirish maksadida mast kiluvchi usimliklardan foydalanishgan – mandragora, opiy, xind konoplyasi.R. Lyullius 1275 yilda birinchi marta efirni ixtiro etgan.

1818 yilda ingliz fizigi Maykl Faradey uzida efirning ta’sirini sinab kurdi va natijalarini chop etdi.1846 yilda Garvard universitetining professori Djon Uorren birinchi marta efir ta’siri ostida operatsiya utkazgan, narkozni dantist Uilyam Morton berib turgan.1800 yilda ingliz ximigi Xemfri Devi azot oksidining mast kiluvchi va ogriksizlantiruvchi xususiyatlari xakida xabar berdi.1844 yilda Amerikaning shimolidagi Xardford shaxrida azot oksidi ta’sirida tishni olib tashlash operatsiyasi utkazilgan. (Goratsiy Uells). (Kolton).1846 yili amerikalik Djekson va Morganlar efir narkozini ishlatishgan. 1847 yilda ingliz akusher-ginekologi Simpson tasodifan uzida xloroformning mast kiluvchi xususiyatini aniklagan.1847 yilda Rossiyada birinchi marta F.I.Inozemsov efir yordamida anesteziya kulladi.1902 yilda farmakolog Kravkov gedonal narkozni tavsiya etdi va 1909 yilda S.P.Fedorov uni klinikada ishlatdi. 1879 yilda V.K.Anrep kokainning ogriksizlantiruvchi xususiyatini kashf etdi. 1905 yilda A.Eynxorn tomonidan xirurgiyaga toksik xususiyati kam bulgan novokainni kiritdi, shundan sung A.V.Vishnevskiy maktabi novokainli maxalliy anesteziyani klinikaga tadbik etdi. 1899 yilda A.Bir tomonidan orka miya va peridural anesteziya usullari ishlab chikildi. 1937 yilda Oksfordda R.Makintosh birinchi anesteziologiya kafedrasiga asos soldi. 1942 yilda X.Griffit xirurgiya amaliyotiga miorelaksantlarni va Z.Makintosh boshkaruvchi nafas olishni tadbik etdilar.

Og‘riqsizlantirish turlari.

Umumiy og‘riqsizlantirish

1. Ingalyatsion
2. Vena ichi narkozi
3. Mushak orasi (vnutrimyshechnyy)
4. Peroral narkoz
5. Tugri ichak orkali (pryamokishechnyy)

Maxalliy narkoz

1. Infiltratsion
2. Utkazuvchi (provodnikovыy)
3. Terminal.

Umumiy og'riqsizlantirish

Umumiy anesteziya bu sun'iy ravishda chakirilgan xolat bulib, bunda organizmning operatsion shikastlanishga yoki nospetsefik tashki ta'sirotlarga javob reaksiyasi susaygan yeki yukolgan buladi.

Umumiy og'riqsizlantirishkomponentlari.

1. Psixologik tafakkurning tuxtashi Giporefleksiya
2. Narkoz
3. Analgeziya
4. Neyrovegetativ blokada
5. Miorelaksatsiya
6. Adekvat gaz almashinuvini ta'minlash
7. Adekvat kon aylanishni ta'minlash
8. Almashinuv jarayonlarini boshkarish

Og'riqsizlantirish usullari:

1. Kimieviy usul (narkotik vositalar).
2. Psixologik (gipnonarkoz).
3. Elektronarkoz.

Anestetiklarni yuborish usuliga kura:

1. Ingalyatsion ogriksizlantirish
2. Noingalyatsion ogriksizlantirish
3. Mononarkoz - bitta anestetik yordamida narkoz
4. Aralash narkoz – bir nechta anestetiklar yordamida erishiladi
5. Kombinatsiyalangan narko ogriksizlantirishning bir nechta komponentlarini ishlatish yordamida amalga oshiriladi.

Narkoz davrlari :

1. Kirish narkozi (vvodnoy narkoz)
2. Asosiy (bazis) narkoz

Bemorlarni anesteziyaga tayyorlash.

1. Bemorlarni kuzdan kechirish
2. Bemorlardan anamnez yigish
3. Markaziy nerv tizimining xolati
4. Allergologik anamnez
5. Professional anamnez
6. Farmakologik anamnez
7. Psixologik tayyorgarlik
8. Premedikatsiya: bevosita, bilvosita

Ingalyatsion anestetik turlari.

1. Narkoz uchun efir
2. Ftorotan
3. Metoksifluran
4. Enfluran
5. Izofluran
6. Xloretil

7. Anarkoz uchun trixloretilen

Gazsimon:

1. Azot oksidi
2. Siklopropan

Ingalyatsion narkoz berish usullari.

1. Ochik
2. Yarim ochik
3. Yarim yopik
4. Yopik

Efir narkozining bosqichlari.

1- Bosqich (analgeziya) - 3-5 minutdan keyin xushning pasayishi xushdan ketishgacha yetishi mumkin

2- bosqich (kuzgalish) –6-8 minutdan keyin boshlanib, 2-3 minut davom etadi.

3- bosqich 3 ta darajaga bulinadi.

Ba'zi avtorlar IV bosqichni - uygonish (probujdenie) ni xam tafovut kilishadi.

Birinchi daraja III₁- qo'zgalishlar to'xtaydi, qorachik fotoreaksiyalari susaygan va qorachiqlar toraygan.

Ikkinchi daraja III₂- qorachiqlar toraygan. , fotoreaksiyasi esa yuk.

Uchinchi daraja III₃- mushaklarning to'la bo'shashishi, rangparlik (blednost) arefleksiya, qorachiqlar kengayishi .

4- bosqich uygonish (probujdenie) ni xam deyiladi

Efir narkoziga qarshi ko'rsatma.

1. Nisbiy karshi kursatmalar:
2. O'pka kasalliklari
3. Bronxial astma
4. Qandli diabet
5. Jigar va buyrakning ogir kasalliklari
6. Ooperatsiya xonasida elektrokoagulyatsiyaishlatilishi

Miorelaksantlarning ta'siri.

1. Kuz mushaklarini bushashtiradi
2. Kekirdak (gortan) mushaklarini bushashtiradi
3. Bo'yin mushaklarini bo'shashtiradi
4. Oyoq-qo'llar mushaklarini bo'shashtiradi
5. Qorin devori mushaklarini bo'shashtiradi
6. Diafragma mushaklarini bo'shashtiradi

Antidepolyarizatsiyalovchi miorelaksantlar

1. Tubokurarin xlorid
2. Diplatsin
3. Pavulon
4. Arduan
5. Anatruxsoniy

Depolyarizatsiyalovchi miorelaksantlar

Ditilin

Vena ichi narkozi uchun vositalar:

1. Barbitur kislotasi xosilalari:

1. geksenal
2. tiopental natriy

2. Steroid anestetiklar

1. in'eksiya uchun predion
2. altezin
3. propanidid (sombrevin)
4. ketamin (kalipsol)
5. etomidat
6. oksibutirat natriya (GOMK ning natriyli tuzi)

3. Neyroleptoanalgeziya:

1. droperidol
2. fentanil
3. talamonal

Maxalliy anesteziya.

Dori vositasini organizmga yuborish usuliga kura :

1. Dori surtib anesteziya qilish.
2. Infiltratsion anesteziya
3. Futlyar (niqob) anesteziya
4. Regionar anesteziya
5. Vena va arteriya ichiga anesteziya
6. Suyak ichi anesteziya
7. Sovutish bilan anesteziya
8. Peridural anesteziya
9. Orqa miya anesteziya

Maxaliy anesteziya amaliy jixatidan xavfsizligi jixatidan xirurgiyada keng qo'llaniladigan usuldir. Og'riqsizlantirishning bu turi asosan kichik operatsiyalarda (appendektamiya ,churrani kesish va boshqalar)qo'llaniladi, malakasi yetarli bo'lgan mutaxassis maxalliy anesteziya bilan katta operatsiyani xam qilishi mumkin. Operatsiyaning qariyb 80% maxalliy og'riqsizlantirish bilan o'tkaziladi.

Maxaliy anesteziya uchun nisbatan xavfsiz va kam toksinli novokain keng qo'llaniladi. Maxaliy anesteziya uchun ishlatiladigan shprintslar, ignalar va boshqa asboblarning zararsizlantirilgan bo'lishi shart.

Surtish va namlash yo'li bilan anesteziyalash. Ko'z kasalliklari, uralogiya, otorinologiyada, bronxologiya va boshqalarda qo'llaniladi. Og'riq sezgisini yo'qotish zarur bo'lganda amaliyotida to'qima soxalariga 1-10%li novokain eritmasi yoki 0,1%li sovokain eritmasiga xo'llangan tampon bilan suriladi.

Infiltratsion anesteziya. Bu usul operatsiya soxasidagi xamma to'qimalarga anesteziya qilingan eritmani qavatma-qavat qilib shimdirishdan iborat. Kesma chizig'i bo'ylab teri ingichka igna bilan limon po'sti ko'rinishida anesteziya qilinadi,so'ngra yo'g'onroq va uzunroq igna bilan chuqur to'qimalar infiltratsiya qilinadi.

Futlyar (niqob) anesteziya-oyoq – qo'llardagi operatsiyalarda qo'llaniadi. Kesma satxining yuqorisidan jgut bilan bog'lanadi, pastroqdan ikki yoki uch nuqtadan 0,25% novokaindan chuqun ineksiya qilinadi.

Regionar anesteziya. Novokain eritmasi bevosita nerv yoki uni o'rab turgan to'qimalarga yuborishga asoslangan. Og'riqsizlantirishning bu turi barmoqlardagi operatsiyalarda keng ishlatiladi.

Vena va arteriya ichiga anesteziya. Oyoq va qo'l qonsizlantirilgandan so'ng o'sha zaxoti elastik bint bilan operatsiya maydoning yuqori chegarasi ustidan venoz jgut qo'yiladi. Punksiya yo'li bilan yoki tomir ajratilgandan keyin o'tkir usulda tomirga novokain yuboriladi.

Suyak ichi anesteziya-vena ichi anesteziyasining bir turi xisoblanadi. Oyoq yoki qo'lga venoz jgut qo'yiladi, so'ngra suyakning(tovon,son suyagi do'nglari,katta boldir suyagining ustki metofizi,bilak va tirsak suyaklarining boshchasi) g'ovak moddasiga novokain eritmasi yuboriladi.

Sovutish bilan anesteziya. Bunda xloretilog'riqsizlantirish kerak bo'lgan to'qimalarga yo'naltiriladi. Xloretil bug'langanda xarorat keskin ko'tariladi. Mana shu sovutish og'riqsizlantiruvchi ta'sirni keltirib chiqaradi.

Peridural anesteziya - Og'riqsizlantirishning bu turida anesteziya qilinadigan modda peredural bo'shliqqa yuboriladi, qattiq miya pardasi teshilmaydi.

Orqa miya anesteziyasi - Og'riqsizlantirishning bu turida anestetik orqa miyaning subaraxnoidal bo'shliqqa yuboriladi. U orqa miyaning suyuqligi bilan aralashib, orqa miya nervlari ildizini namlaydi, natijada og'riqsizlantiruvchi ta'sir vujudga keladi.

Maxalliy anesteziya uchun dori vositalari.

1. Novokain
2. Dikain
3. Sovkain
4. Trimikain-
5. Lidokain

Dori darmonlarni saqlash, ishlatish va hujjatlashtirish.

A ro'yxati (sovakain ,dikain) B ro'yxatga boshqa anestetiklar saqlanadi.

Infiltratsion anesteziya prinsiplari.

1. Past konsentratsiyali anestetik moddalarni kup mikdorda ishlatish
2. Dagal infiltrat usuli (metod tugogo infiltrata)
3. Qavatma-Qavat ishlatish (posloynost)
4. Fassial futlyarlar tuzilishiga asoslanganlik
5. To'qimalarni gidravlik preparovka kilish prinsipi .

Tibbiy atamalar.

1. Anesteziya
2. Infiltrat
3. Dikain
4. Sovkain
5. Trimikain
6. Subaraxnoidal
7. Peridural
8. Futlyar
9. Neyroleptoanalgeziya:
10. Steroid anestetiklar
11. Narkoz
12. Adekvat

“BBB” usuli .

O'qituvchi tomonidan tinglovchilarga **“BBB” usuli** varaqasi tarqatiladi.

1-ustunga **Bilaman** unga tinglovchi bugungi darsga qadar mavzuga oid o'zi bilgan ma'lumotlarni yozadi.

2-ustunga **Bilib oldim** unga tinglovchi bugungi dars davomida mavzuga oid olgan ma'lumotlarini yozadi.

3- ustunga **Bilishni xoxlayman** unga tinglovchi mavzuga oid savollarni yozadi.

Unda quyidagi jadval ko'rinishida bo'ladi.

BILAMAN	BILIB OLDIM	BILISHNI XOXLAYMAN
---------	-------------	--------------------

Yakunda o'qituvchi tinglovchilarni javoblarini o'qib eshittiradi va muxokama qiladi 3 - ustundagi savollarga javob beradi.

Nazorat savollari

1. Narkoz nima va uning tibbiyotdagi ahamiyati nimadan iborat?
2. Narkozning qanday turlari mavjud?
3. Umumiy narkozning xususiyatlari qanday?
4. Mahalliy narkoz qanday hollarda qo'llaniladi?
5. Narkozning analgeziya bosqichi qanday kechadi?
6. Qo'zg'alish bosqichining asosiy belgilarini ayting.
7. Jarrohlik bosqichida bemorning holati qanday bo'ladi?
8. Narkozning falaj bosqichi nima uchun xavfli?
9. Narkoz berishda anesteziologning vazifalari nimalardan iborat?
10. Narkoz paytida bemorni kuzatish nima uchun muhim

MAVZUGA OID TESTLAR

1. Narkoz nima?
 - A) Og'riqni kamaytirish usuli
 - B) Bemorni vaqtincha hushsizlantirish usuli
 - C) Nafasni tezlashtirish usuli
 - D) Yurak urishini kuchaytirish usuli

To'g'ri javob: B
2. Narkozning asosiy turi qaysi?
 - A) Umumiy va mahalliy
 - B) Kimyoviy va biologik
 - C) Sun'iy va tabiiy
 - D) Ichki va tashqi

To'g'ri javob: A
3. Umumiy narkozda bemor qanday holatda bo'ladi?
 - A) To'liq hushyor
 - B) Qisman hushsiz
 - C) To'liq hushsiz
 - D) Og'riq sezadi

To'g'ri javob: C
4. Narkozning birinchi bosqichi qanday ataladi?
 - A) Analgeziya bosqichi
 - B) Qo'zg'alish bosqichi
 - C) Jarrohlik bosqichi
 - D) Falaj bosqichi

To'g'ri javob: A
5. Qo'zg'alish bosqichi qaysi bosqichdan keyin keladi?
 - A) 3-bosqich
 - B) 1-bosqich
 - C) 4-bosqich
 - D) Oxirgi bosqich

To'g'ri javob: B
6. Jarrohlik bosqichi qaysi bosqich hisoblanadi?
 - A) 1-bosqich
 - B) 2-bosqich

- C) 3-bosqich
D) 4-bosqich
To'g'ri javob: C
7. Narkozning eng xavfli bosqichi qaysi?
A) Analgeziya
B) Qo'zg'alish
C) Jarrohlik
D) Falaj bosqichi
To'g'ri javob: D
8. Mahalliy narkoz qayerga ta'sir qiladi?
A) Butun organizmga
B) Faqat operatsiya qilinadigan joyga
C) Yurakka
D) O'pkaga
To'g'ri javob: B
9. Narkoz berishda qaysi shifokor mas'ul bo'ladi?
A) Terapevt
B) Pediatr
C) Anesteziolog
D) Travmatolog
To'g'ri javob: C
10. Narkozning asosiy maqsadi nima?
A) Qon bosimini oshirish
B) Og'riqni yo'qotish va bemorni hushsizlantirish
C) Nafasni tezlashtirish
D) Tana haroratini oshirish
To'g'ri javob: B

Foydalanilgan adabiyotlar

- X. S. Ziyodullayev – **Anesteziologiya va reanimatologiya asoslari.**
A. G'. Qodirov – **Jarrohlik asoslari.**
- M. A. Abdullayev – **Tibbiyot asoslari.**
- O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi – **Anesteziologiya bo'yicha o'quv qo'llanma.**
- B. D. Petrov – **Anesteziologiya va reanimatsiya** darsligi.
- Hamraev A.J., Alimov A.V., A'zamxo'jaev T.S. "Xirurgiya va reanimatsiya asoslari". Toshkent, "Zar qalam" nashriyoti, 2005 yil.
- Hamraev A.J. "Xirurgiya" "O'qituvchi" nashriyot-matbaa ijodiy uyi, Toshkent, 2007 yil

2.2.5- mavzu: O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 2 .	Operatsiyadan keyingi davr.
--	-----------------------------

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik xaritasi.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	2 kredit.Nazariy mashg'ulot
Ma'ruza mashg'ulotiningrejasi.	<ol style="list-style-type: none"> Bemorni operatsiya xonasidan boshqa xonaga o'tkazish. Bemorlarni kuzatish va parvarish qilish. Operatsiyadan va narkozdan

	keyingi davrda yuz beradigan asoratlar va ularni davolash
--	---

<p>O'quv mashg'uloti maqsadi:</p> <p>1.Ta'limiy: Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash Amaliy ko'nikmalarni egallash Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash Deontologik tarbiyaning shakllanishi Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash</p> <p>2.Tarbiyaviy maqsadi: Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash</p> <p>Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish</p>

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
<p>1 bosqich O'quv mashgulotiga kirish 10 daqiqa</p>	<p>Tashkiliy kism 1.1 O'qituvchi sinfga kirib tinglovchilarning o'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiridi, yangiliklar eshitaladi va aytiladi. 2. O'quv mashg'ulotining mavzusi, maksadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 3. Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun ko'llaniladigan usullarni aytib o'yin koidalarni tushintiradi.</p>	<p>Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.</p>
<p>2-boskich. Asosiy qism 65 daqiqa 1. Tinglovchilar boshlang'ich bilimni tekshirish va baxolash maqsadida Boshlang'ich nazorat testi olinadi. 10 daq 2.Yangi mavzuni to'lik bayon etish 40. 3.O'kitishning noannaviy usullarini ko'llagan xolda tinglovchilar bilimni mustaxkamlash 15 daqiqa</p>	<p>1.Tinglovchilarning berilgan uyga vazifalarini tekshirib oladi.To'g'ri bajargan tinglovchilarni baxolaydi.O'tilgan mavzu bo'yicha "Aqliy hujum" usulidan foydalanib baholadi. 2.Yangi mavzu mazmunini o'kituvchi tomonidan taqdimot ko'rinishida maxsus monitor orqali tushuntiriladi. Og'riqsizlantirish. Bemorni narkozga tayyorlash. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarni parvarishlash mavzusida keng va tushunarli tarzda mavzu bayon etiladi. 3.Mavzu tushuntirilgandan so'ng "Romashka guli" usuli orqali tinglovchilarni o'zlashtirish darajasi baxolanadi.</p>	<p>1.Tinglovchilar uyga vazifalarini topshiradilar. O'tilgan mavzu bo'yicha "Aqliy hujum" usulidan foydalanib baholadi. 2Tinglovchilar ma'ruzani diqqat bilan tinglaydilar, Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. 3.O'qituvchi tomonidan tarqatilgan "Romashka guli" usuli orqali</p>

		tinglovchilarni o'zlashtirish darajasi baxolanadi.
3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baxolar e'lon qilinadi. Uyga vazifa Narkoz turlari va bosqichlari mavzusini o'qib konspekt qilish va krossvord tuzib kelish.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. "Tavsiya etiladigan adabiyotlar: X. S. Ziyodullayev – Anesteziologiya va reanimatologiya asoslari. <ol style="list-style-type: none"> a. G'. Qodirov – Jarrohlik asoslari. 2. M. A. Abdullayev – Tibbiyot asoslari. 3. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi – Anesteziologiya bo'yicha o'quv qo'llanma. 4. B. D. Petrov – Anesteziologiya va reanimatsiya darsligi. 5. Hamraev A.J., Alimov A.V., A'zamxo'jaev T.S. "Xirurgiya va reanimatsiya asoslari". Toshkent, "Zar qalam" nashriyoti, 2005 yil. 7. Hamraev A.J. "Xirurgiya " "O'qituvchi" nashriyot-matbaa ijodiy uyi, Toshkent, 2007 yil 	Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.

Mavzu: Operatsiyadan keyingi davr.

Reja:

4. Bemorni operatsiya xonasidan boshqa xonaga o'tkazish.
5. Bemorlarni kuzatish va parvarish qilish.
6. Operatsiyadan va narkozdan keyingi davrda yuz beradigan asoratlar va ularni davolash

Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarni parvarishlash

Operatsiyadan keyingi davr. Bemorni operatsiyadan keyin to tuzalib, kasalxonadan uyiga javob berilguncha bo'lgan davr operatsiyadan keyingi davr deb ataladi. Operatsiyaning og'ir-engilligiga, xajmi va bemorning umumiy axvoliga ko'ra bu davr bir necha kundan bir necha oygacha cho'zilishi mumkin. Xirurgik operatsiyaning natijasi ko'p jixatdan operatsiyadan keyingi davrning qanday o'tkazilganligiga bog'liq, bo'ladi. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarni parvarish qilishda o'rta tibbiy xodimning o'rta katta. Bunda vrach ko'rsatmalarini to'g'ri va o'z vaqtida bajarish xamda bemorga yaxshi parvarish qilish uning tezrok, sog'ayib ketishi uchun imkon yaratib beradi.

Bemorni operatsiya xonasidan boshqa xonaga o'tkazish.

Bemorni operatsiya xonasidan operatsiyadan keyingi palataga anesteziolog-vrach va tibbiy xamshira sanitarka bilan birgalikda olib o'tadi. Bunda bemorga qo'shimcha jaroxat yetkazmasligi, yiqilmasligi, bog'larning surilib ketmasligi, gips bog'larning sinib qolmasligi kabi extiyot choralariga katta e'tibor beriladi. Buning uchun bemor operatsiya stolidan olinib aravachaga yotqiziladi. Zambil qo'yilgan aravachaning bosh tomoni karavotning oyok, tomoniga to'g'ri burchak ostida qo'yiladi. Bemorni boshqa vaziyatda olib

yotqizilsa xam bo'ladi. Buning uchun zambilning oyoq, tomoni karavotning bosh tomoniga qo'yiladi va bemor karavotga olinadi.

Xozirgi vaqtda umumiy ogriqsizlantirish ostida o'tkaziladigan o'ta murakkab operatsiyalardan keyin bemorlar 2-4 kunga reanimatsiya bo'limiga yotqiziladi. Keyinchalik bemorning tuzalish darajasiga qarab umumiy ax, voli yaxshilanishi bilan operatsiyadan keyingi yoki umumiy palataga o'tkaziladi.

Odatda bemorga qulay vaziyat yaratish imkonini beradigan funksional karavotlar qo'yiladi. Karavotga toza choyshab yoziladi, choyshab ostiga kleyonka solinadi. Bolalarni karavotga yotqizishda operatsiya jaroxatiga qo'yilgan bog'lam va drenajlarni yulib olmasligi va tinch yotishini ta'minlash uchun operatsiyadan keyingi davrda qo'l - oyog'i bog'lab qo'yiladi. Bemorni karavotga yotqizishdan oldin qo'l-oyog'i isitgichlar bilan isitiladi. Lozim bo'lganda og'ir axvoldagi bemorning boshi, oyog'i va oraliq, soxasi yuvib turiladi .

Operatsiyadan keyingi davrda bemorlar ko'p terlaydi, shunga ko'ra uning ich kiyimlarini tez-tez almashtirishga to'g'ri keladi. Ich kiyimlarni yechish muayyan tartibda, ya'ni avval ko'ylakning orqa etagini extiyotlik bilan tortish va boshni chiqarib ko'krakka tushirishdan iborat bo'ladi. So'ngra ichki kiyimning yenglarini oldin sog'lom qo'ldan, keyin kasal qo'ldan yechiladi. Bemorga ko'ylak kiydirish teskari tartibda, ya'ni avval kasal qo'lga, so'ngra sog'lom qo'lga, undan keyin boshdan o'tkazib yelkaga tortiladi va burmalari to'g'rilanadi. Bemorning choyshabi kir bo'lganda almashtirish kerak. Bu'ning uchun bemor karavotda yonboshiga buriladi va ozroq chetga suriladi. Choyshabning bo'sh turgan yarmi bemorning yelkasiga qadar yig'ishtiriladi. To'shakning bo'shab qolgan qismiga esa toza choyshab rulon shaklida yoziladi va bemorni birlamchi xolatga aylantirib, toza choyshabga chalqanchasiga yotqiziladi. Kir choyshab qolgan joyidan boshlab tugal yig'ishtiriladi, tozasi esa tekis qilib uning o'rtaga to'liq to'shaladi.

Yotoq yaralar paydo bo'lishiga yo'l qo'ymaslik uchun bemorni choyshabga o'ralgan, ichiga xavo damlangan rezina chambarga yotqizish mumkin yoki vaqti-vaqti bilan bemorning karavotdagi xolati o'zgartirib turiladi. Bemorning ustiga adyol yopib qo'yiladi, ammo juda xam issiq kilib o'rab-chirmash yaramaydi.

Bemorlarni kuzatish va parvarish qilish.

Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarni kuzatishda tibbiyot xamshirasining tutgan o'rta katta. Bunda xamshira asosiy funksional ko'rsatkichlar: puls, nafas, arterial bosim, xarorat, ichilgan va ajratilgan suyuqlik miqdori, plevra yoki qorin bo'shlig'idan yig'ilgan suyuqlik miqdorini yozib borishi lozim bo'ladi.

Bundan tashkari bemorning shikoyatlarini xam inobatga olish lozim. Bemorning yuz qiyofasiga (okargan, tetik), terisining rangiga (oqargan, qizargan, ko'kargan) va ushlab ko'rilganda ularning xaroratiga axamiyat berish zarur. Tana xaroratini albatta o'lchab turish (pasaygan, normal, oshgan), bemorni muntazam ravishda umumiy ko'zdan kechirib borish lozim. Eng muximi bemor organizmidagi a'zo-sistemalarning xolati ustidan sinchiklab kuzatib turish lozim. Bemorlarni o'z to'shagida vaqtida sudno qo'yib siydirish, si-fonli xuqna qilish yoki qovuqqa kateter qo'yish lozim bo'ladi.

Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarga nazoratni to'g'ri va aniq uyushtirish turli xil asoratlarning oldini olishga qaratilgan eng yaxshi chora-tadbir xisoblanadi.

Yurak-tomirlar sistemasi. Yurak-tomirlar sistemasining ishi to'g'risida puls, arterial bosim va terining tusiga qarab xulosa chiqariladi. Pulsning sekinlashishi va tarangligining oshishi. Bunday xolatlarda miya shishi va miyaga qon quyilishi yoki meningit sababli markaziy nerv sistemasini faoliyatining buzilganligi okibatida yurak munutiga 40-50 marta uradi. Arterial bosimning pasayib ketishi va terining oqarishi bilan bir qatorda pulsning tezlashishi va sekinlashishi (minutiga 100 martadan ko'p) ikkilamchi shok rivojlanganda yoki qon ketganda yuz berishi mumkin. Agar xuddi shunday manzara to'satdan paydo bo'lsa, bu xolda bemorda o'pka arteriyasi tromboemboliyasi borligi to'g'risida fikr yuritish mumkin. Bu patologiyada bemor bir necha sekund ichida xalok

bo'lishi mumkin. Shokka qarshi tadbirlar o'tkazish (qon va qon o'rnini bosadigan suyuqliklar quyish, yurak va tomirlar tonusini oshiradigan vositalar) ikkilamchi shok profilaktikasi va davosining asosi xisoblanadi.

Nafas a'zolari. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarda operatsiya soxa qaerdaligidan qat'iy nazar og'riq, bemorning majburiy xolatni egallashi xisobiga nafas ekskursiyasi kamayishi va bronxlardagi shilliq moddalar yig'ilib qolishi (balg'amning yetarlicha ajralmasligi) xisobiga o'pka ventilyatsiyasi kamayishi sodir bo'ladi. Bu xolat o'pka yallig'lanishiga va o'pka yetishmovchiligiga olib keladi.

Bularning oldini olish uchun tibbiy xamshira yordamida bemorlarning erta faol xarakat qilishi, davo fizkulturasi, massaj, muntazam ravishda kislorod ingalyatsiyasi berish, antibiotiklar bilan davolash, vaqti-vaqtida balg'am ajratib turishiga sharoit yaratish operatsiyadan keyingi davrda kelib chiqishi mumkin bo'lgan zotiljam va uning yetishmovchiligiga qaratilgan profilaktika xisoblanadi.

Xazm a'zolari. Xar qanday operatsiya, u xatto xazm a'zolarida o'tkazilmagan bo'lsada xazm a'zolari funksiyasiga salbiy ta'sir qiladi. Ya'ni markaziy nerv sistemasining tormozlovchi ta'siri, bemorning kam xarakat qilishi asosida xazm a'zolari xarakatida muayyan disfunktsiya xolati yuzaga keladi. Xazm a'zolari funksiyasi buzilishini bemorning tili qurishi orqali bilib olish mumkin. Bunda tilning quruqligi organizmning suyuqlik yo'qotganligidan, suv almashinuvining buzilishidan; tilning to'q qo'ng'ir karash bilan koplanishi—etiologiyasi turlicha bulgan peritonit yoki me'da-ichak yo'llari parezidan; tilning oq, karash bilan qoplanishi—xazm jarayonining bo'zilishidan dalolat beradi.

Og'iz quriganda, og'iz bo'shlig'ida yoriqlar paydo bo'lganda soda eritmasi bilan (bir stakan suvga 1 choy qoshik); 2% li borat kislota eritmasi; vodorod peroksid (1 stakan suvga 2 choy qoshik) va 1: 400 kaliy permanganat eritmasi bilan og'izni chayish va artish, glitserin surtish tavsiya qilinadi. Og'iz kuruk, bo'lishi stomatit yoki parotitda (quloq, oldi bezining yallig'lanishi) ro'y berishi mumkin. Bunda so'lak ajralishini kuchaytirish maqsadida choyga limon qo'shib beriladi. Og'ir axvoldagi bemorlarni operatsiyadan keyingi davrda parenteral oziklantirish juda muxim bo'lib, kattalarda va bolalarda burun-me'da zondi va gastrostom zondi orqali amalga oshiriladi.

Ko'ngil aynishi va qusish narkozdan keyin, ichak tutilishi, peritonit oqibatida, organizmning zaxarlanishi natijasida yuz berishi mumkin. Ko'ngil aynishi va qusish sababini aniqlash zarur. Qusishda birinchi yordam: boshni chetga burib engashtirish, burun orqali ingichka zond kiritish va me'dani yuvishdan iborat. Dori vositalaridan atropin, novokain, aminazin, serukal, aeron, almagel, pipolfen kabi preparatlarni qo'llash mumkin. Albatta bunday xollarda qusuq, massalaridan aspiratsiya yuz bermasligini nazorat qilib turish zarur.

Xiqichoq diafragma yoki adashgan nerv ta'sirlanishi natijasida diafragmaning tortishib kiskarishidan paydo bo'ladi. Bunday xollarda ta'sirlanish reflektor xususiyatiga ega bo'lganligi uchun atropin, dimedrol, aminazin, vagosimpatik blokada, me'dani yuvish yaxshi natija beradi.

Meteorizm (qorinning dam bo'lishi). Operatsiyadan keyingi davrda ichaklar parezi yoki falajlanishi natijasida kelib chiqadi. Meteorizmi bartaraf qilish uchun quyidagi tadbirlarni amalga oshirish tavsiya qilinadi: bemorni vaqti-vaqti bilan o'rnidan turg'izish, to'g'ri ichagiga gaz xaydaydigan naycha qo'yish, tozalovchi yoki gipertonik xuqna (1 -10% li natriy xlorid eritmasidan bolalarga 150-300 ml, kattalarga esa 500-1000 ml) qilish, venaga 10% li kaliy xlorid eritmasidan 30-50 ml, teri ostiga 0,05% li prozerin eritmasidan 1-2 ml yuborish kerak. Parezning og'ir xollarida sifonli xuqna buyuriladi. Sigimi 1-2 l li voronkaga rezina naycha kiygizib, uning ikkinchi uchi to'g'ri ichakka kiritiladi, voronkaga uy xaroratidagi suv quyilib, voronkani pastga tushirilganda suv axlat massalari va gazlar bilan voronkaga chiqadi, keyin esa to'kiladi. Chiqqan

suyukliq miqdorini xisobga olib, yana shu jarayon bir necha marta, to yuvindi suvning rangi toza bo'lgunga qadar takrorlanadi. Bunda xuqna uchun 10-20 l suv talab etiladi.

Qator xolatlarda paraneyrall novokain blokadasidan foydalaniladi.

Buning uchun 100 ml 0,25% li novokain eritmasi paranefral to'qimaga yuboriladi, blokada ikki tomonlama qilinishi mumkin. Bolalarda yuboriladigin dori miqdori og'irligiga qarab belgilanadi.

Operatsiyadan keyingi davrda bemorni ovqatlantirish

Ovqatlanish operatsiyaning xajmi va og'ir-engilligiga bog'liq. Bemorni choynak, qoshiq yordamida ovqatlantirish va unga qusish vaqtida yordam berish usullari .

1. Me'da-ichak operatsiyalaridan keyingi dastlabki kunlarda bemor umuman enteral ovqatlantirilmaligi mumkin, so'ngra unga ballast moddalari cheklangan ovqat (bulon, kisel, qotgan non va boshkalar), stol №1A yoki stol №1B tayinlanadi. Keyinchalik bemor umumiy stolga (№15) o'tkaziladi. Sut berish mumkin emas.

2. Me'da-ichak yo'llarining yuqori qismidagi (qizilo'ngach, me'da) operatsiyalardan so'ng dastlabki 2 kun ichida bemorga og'iz orqali xech narsa berilmaydi. Parenteral usulda ovqatlantiriladi: teri ostiga va venaga qon o'rnini bosadigan turli xil suyuqliklar, glyukoza, qon yuboriladi, oziqlantiruvchi xuqnalar qilinadi. 2-3 kundan boshlab stol № 0 (bulon, kisel), 4-5-kundan stol № 1A (suxari qo'shiladi) , 6-7-kundan stol№ 1B (bo'tqasimon ovqat), 10-12-kundan asoratlar bo'lmaganda bemorni umumiy stolga (№15) o'tkaziladi.

3. Xazm yo'llarining kovak a'zolari butunligi buzilmay, qorin bo'shlig'i a'zolarida (o't pufagi, me'da osti bezi, taloq) qilinadigan operatsiyalardan so'ng stol №13 (bulon, eziltirib pishirilgan sho'rvalar suxari bilan kisel, pechda pishirilgan olma va boshqalar) buyuriladi.

4. Yo'g'on ichakdagi operatsiyalardan so'ng 4-5 sutkagacha bemorning ichi kelmaydigan sharoitlar yaratish zurur. Bemorga kletchatkasi kam ovqatni suyuq, xolda beriladi.

5. Og'iz bo'shlig'idagi operatsiyalardan so'ng burun orqali zond kiritiladi va bemorga zond orqali suyuq ovqat (bulon, qaymok,, sut, kisel) beriladi.

6. Me'da-ichak yo'llariga aloqador bo'lmagan operatsiyalardan so'ng bemorga dastlabki 1-2 kun ichida stol №1A yoki №1B, keyinchalik stol № 15 buyuriladi.

7. Yuqorida keltirilgan operatsiyadan keyingi davrda bemor bolani ovqatlantirishni ko'krak yoshidan oshgan bolalarda qo'llash maqsadga muvofiq. Ammo ko'krak yoshidagi bolalarda esa yuqorida ko'rsatilgan stollar o'rniga ona suti, sun'iy oziqlantiruvchi aralashma, glyukoza eritmasi va suv beriladi.

Operatsiyadan keyin bemorning o'rnidan t u r i sh i. Bemorning o'rnidan turishiga faqat vrach ruxsat beradi. Xozirgi vaqtda operatsiyaning og'ir-engilligiga va xususiyatiga ko'ra bemorni faollashtirish maqsadida erta, 2-3- kuni o'rindan turishi va sekin yurishi tavsiya qilinmokda. Bolalarda esa iloji boricha erta faollashtirish yaxshi natija beradi.

Choklarni qoldirish muddatlari va uni olish texnikasi. Kichikrok, operatsiyalardan keyin (appendektomiya, churrani kesish) choklar 7-8-sutkada olinadi. Qorinni (me'da rezeksiyasi, xoletsistektomiya), ko'krak qafasini (pulmonektomiya, lobektomiya) kesib ochish bilan bog'liq, bo'lgan operatsiyalarda 9-10 sutkada olinadi. Xavfli o'smalar sababli qilingan operatsiyalardan keyin choklarni olish 12-14 sutkalgacha qoldiriladi, chunki bunday bemorlarda to'qimalar regeneratsiyasi sekinlashgan bo'ladi. Bolalarda esa chok olish kattalarga qaraganda 1-2 kun erta olinadi.

Choklar maxsus asboblardan yordamida olinadi. So'ngra u soxaga yod surtiladi. Chokning bir uchidan dastlab pinset bilan tortiladi va teri ostidan ipning to'qimalarda turgan qismi, ya'ni chok materialining oq qismi olinadi va shu soxadan chok qaychi yoki skalpel bilan qirqib olib tashlanadi. Operatsiya maydoniga yana yod eritmasi surtilib, aseptik bog'lam boglanadi.

Operatsiyadan va narkozdan keyingi davrda yuz beradigan asoratlari va ularni davolash

Anesteziyaga kiritish paytida ko'p uchraydigan asoratlardan biri bu qusishdir. Qusishga shoshilinch operatsiyalarda oshkozon to'raligi sabab bo'ladi. Qusishning oldini olish uchun bevosita operatsiyadan oldin oshkozonga yo'g'on (diametri 5-7 mm) zond qo'yiladi va natriy xloridning izotonik eritmasi bilan yuviladi. Operatsiya oxirigacha zondni oshkozonda koldiriladi. Atropin qusishga qarshi ta'sirga ega. Shu sababli uni premedikatsiya tarkibiga qo'shiladi. Droperidoldan xam shu maqsadda foydalanish mumkin. Qusish kuzatilganda operatsiya stoli bosh tarafi pasaytiriladi, elektr so'rg'ich bilan og'iz bo'shlig'iga tushgan qusuq massalari so'rib olinadi. Agar aspiratsiya yuz bersa, intubatsiyadan keyin traxeya va bronxlar tozalanadi, natriy bikarbonatning 5% eritmasi bilan yuviladi.

Til tushib qolishi niqob usulida anesteziya paytida yuzaga kelishi mumkin. Shovqinli qiyin, xurrakka o'xshash ovoqli nafas bilan namoyon bo'ladi. Bu xolat jag'ni oldinga chiqarish yoki xavoo'tkazgich qo'yish bilan bartaraf etiladi

Old tishlarning shikastlanishi intubatsiya paytida laringoskop klinokini ularga bosish oqibatida yuz berishi mumkin. Shuning uchun tishlarni klinok uchun tayanch nuqtasi qilish mumkin emas

Laringospazmga efirming qitqlovchi ta'siri, anesteziya yuzaki bo'lganda tomoqning mexanik ta'sirlanishi sabab bo'ladi. Laringospazm nafas olish va chiqarish qiyinligi, shovqinli nafas bilan namoyon bo'ladi. Bu xolda agar bemor mustaqil nafasda bo'lsa, darxol relaksant qilinib, traxeya intubatsiyasini amalga oshirish lozim

Bronxospazm tomok, o'pkalar qitqlanishi, anestetiklarga (tiopental-natriy, sombrevin va boshk.) yuqori ta'sirchanlik oqibatida kelib chiqadi. Bronxospazm paytida eufillin, suprastin, atropin, gormonlar (prednizolon, gidrokortizon) qilinadi va bronxlarni kengaytiruvchi ftorotanli anesteziya beriladi Intubatsiya naychasi o'ng o'pkaga ketib qolganda chap o'pkada nafas eshitilmaydi. Buni chap o'pkani eshitib turib, naychani astalik bilan ortga tortib, bartaraf etiladi.

Allergik reaksiyalar giperemiya, toshma toshishi, gemodinamika o'zgarishlari bilan namoyon bo'ladi. Allergiyaga anesteziyaga ishlatiluvchi xar kandy preparat (kuproq barbituratlar, sombrevin) sabab bo'lishi mumkin. Davolash preparatni yuborishni to'xtatiladi. Vena ichiga gormonlar (prednizolon, deksazon), antigistamin preparatlar (dimedrol, suprastin), bronxolitiklar qilinadi

AKB pasayishi qon ketishi, narkotik preparatlar dozasi ko'payib ketishi oqibatidagi yurak faoliyati susayishi, neyroleptik preparatlar qo'llanilishi oqibatida yuzaga keladi. Yo'qotilgan qon o'rni tezlik bilan poliglyukin, reopoliglyukin, plazma, fiziologik eritma va qon bilan to'ldiriladi.

Tibbiy atamalar.

1. Anesteziya
2. Infiltrat
3. Dikain
4. Sovkain
5. Trimikain
6. Subaraxnoidal
7. Peridural
8. Futlyar
9. Neyroleptoanalgeziya:
10. Steroid anestetiklar
11. Narkoz
12. Adekv

“Aqliy hujum”

Bu usul orqali shaxsni erkin shakllantirish mumkin. Jarayonni boshlashdan avval gurux talabalariga savol beriladi va bir necha daqiqa ichida shu savolga oid, har bir o'quvchi o'zining fikrini bayon etishi kerak.

- Bu javob yoki fikr o‘rinli yoki noo‘rin bo‘lishi mumkin, ammo, o‘qituvchi ham qolgan o‘quvchilar ham javob bergan o‘quvchiga tanbeh bermaydilar.
- O‘qituvchining yordamchisi doskaga yoki flep kartaga har bir o‘quvchining javobini yozib boradi. Har bir o‘quvchi uning berayotgan javobini tinglamoqlari lozim.
- Qanchalik ko‘p fikr bildirilsa, natija shuncha yaxshi bo‘ladi.
- Bu usulda dars o‘tilganda qisqa vaqt ichida har xil variantdagi javoblar va shu o‘quvchilarning mulohazalarini to‘plash imkoniyatiga ega bo‘lamiz.
- Har qanday javoblar usul so‘ngida muhokama qilinadi.

“Romashka guli” interfaol o‘yini qo‘llanish texnikasi

“Romashka guli” — savol va topshiriqlarni gul yaproqlari ko‘rinishida berish orqali o‘quvchilarni faol ishtirokga jalb qiluvchi metod.

1 Maqsadni aniqlash

- Yangi mavzuni mustahkamlash
- Takrorlash yoki nazorat qilish
- Talabalarning mustaqil fikrlashini rivojlantirish

2 Tayyorlov bosqichi

- Karton yoki slaydda **romashka guli** tasviri chiziladi.
- Gul markaziga **mavzu nomi** yoziladi.
- Har bir yaproqqa savol, klinik vaziyat yoki topshiriq yoziladi (6–12 ta).

✦ Masalan (tibbiyotda):

Markaz: “Arterial gipertenziya”

Yaproqlar:

- Belgilari
- Sabablari
- Diagnostika
- Asoratlari
- Davolash
- Profilaktika

3 Qoidalarni tushuntirish

- Talaba yoki guruh bitta yaproqni tanlaydi.
- Savolni o‘qib, belgilangan vaqt ichida javob beradi (1–2 daqiqa).
- To‘g‘ri javob uchun ball beriladi.

4 O‘yinni o‘tkazish jarayoni

- Navbat bilan yaproqlar tanlanadi.
- Har bir savol muhokama qilinadi.
- Zarurat bo‘lsa, boshqa guruh javobni to‘ldiradi.

5 Baholash

- To‘g‘ri va to‘liq javob – maksimal ball
- Qisman javob – yarim ball
- Faollik ham inobatga olinadi

6 Yakuniy tahlil (Refleksiya)

- Eng qiyin savol qaysi bo‘ldi?
- Qanday yangi bilim olindi?
- Xatolar ustida qisqa izoh beriladi.

🎯 Afzalliklari

- Mavzuni tizimli o‘rganishga yordam beradi
- Barcha talabalarni jalb qiladi
- Vizual ko‘rinishi sababli esda yaxshi saqlanadi
- Jamoaviy ishlashni rivojlantiradi

MAVZUGA OID TESTLAR

1. Operatsiyadan keyingi davr nima?

- A) Operatsiyaga tayyorgarlik davri
- B) Operatsiya tugaganidan keyin bemor to'liq sog'ayguncha bo'lgan davr
- C) Bemor kasalxonaga kelgandan keyingi davr
- D) Operatsiya vaqtida bo'ladigan davr

To'g'ri javob: B

2. Operatsiyadan keyingi erta davr odatda qancha davom etadi?

- A) 1–3 kun
- B) 3–7 kun
- C) 7–14 kun
- D) 1 oy

To'g'ri javob: A

3. Operatsiyadan keyingi eng xavfli asoratlardan biri:

- A) Ishtahaning oshishi
- B) Qon ketishi
- C) Vazn ortishi
- D) Uyquning yaxshilanishi

To'g'ri javob: B

4. Operatsiyadan keyingi davrda bemorning holatini baholashda eng muhim ko'rsatkich:

- A) Soch rangi
- B) Arterial bosim
- C) Bo'y uzunligi
- D) Ko'z rangi

To'g'ri javob: B

5. Operatsiyadan keyingi davrda og'riqni kamaytirish uchun qo'llaniladi:

- A) Antibiotiklar
- B) Analgetiklar
- C) Vitaminlar
- D) Gormonlar

To'g'ri javob: B

6. Operatsiyadan keyingi davrda trombozning oldini olish uchun:

- A) Bemorni mutlaqo qimirlatmaslik
- B) Erta harakatlantirish
- C) Ko'p suv bermaslik
- D) Oziq bermaslik

To'g'ri javob: B

7. Operatsiyadan keyingi davrda tana haroratining ko'tarilishi ko'pincha nimani ko'rsatadi?

- A) Infeksiya rivojlanishini
- B) Bemor sog'ayganini
- C) Qon bosimi pasayishini
- D) Suvsizlanishni

To'g'ri javob: A

8. Operatsiyadan keyingi davrda yara parvarishi nimaga qaratilgan?

- A) Estetik ko'rinishga
- B) Infeksiya oldini olishga
- C) Og'riqni oshirishga
- D) Qon bosimini oshirishga

To'g'ri javob: B

9. Operatsiyadan keyingi davrda nafas mashqlari nima uchun kerak?

- A) Yurakni to'xtatish uchun
- B) O'pka asoratlarini oldini olish uchun

C) Ishtahani kamaytirish uchun

D) Uyquni buzish uchun

To'g'ri javob: B

10. Operatsiyadan keyingi kech davr qachon boshlanadi?

A) Operatsiyadan keyin darhol

B) Birinchi kun

C) Bir necha kundan keyin

D) Bir necha haftadan keyin

To'g'ri javob: C

Nazorat savollari

1. Operatsiyadan keyingi davr tushunchasi nima?
2. Operatsiyadan keyingi davrning bosqichlarini ayting.
3. Operatsiyadan keyingi erta davrning xususiyatlari qanday?
4. Operatsiyadan keyingi davrda kuzatiladigan asosiy asoratlar qaysilar?
5. Operatsiyadan keyingi davrda bemorni kuzatish qanday olib boriladi?
6. Operatsiyadan keyingi og'riqni kamaytirish usullari qanday?
7. Operatsiyadan keyingi davrda trombozning oldini olish choralari qanday?
8. Operatsiyadan keyingi yara parvarishi qanday amalga oshiriladi?
9. Operatsiyadan keyingi davrda ovqatlanish tartibi qanday bo'lishi kerak?
10. Operatsiyadan keyingi davrda reabilitatsiyaning ahamiyati nimada?

Adabiyotlar

Foydalanilgan adabiyotlar.

1. X. S. Ziyodullayev – **Anesteziologiya va reanimatologiya asoslari.**
G'. Qodirov – **Jarrohlik asoslari.**
2. M. A. Abdullayev – **Tibbiyot asoslari.**
3. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi – **Anesteziologiya bo'yicha o'quv qo'llanma.**
4. B. D. Petrov – **Anesteziologiya va reanimatsiya** darsligi.
5. Hamraev A.J, Alimov A.V., A'zamxo'jaev T.S. "Xirurgiya va
6. Reanimatsiya asoslari". Toshkent, "Zar qalam" nashriyoti, 2005 yil.
7. Hamraev A.J. "Xirurgiya" "O'qituvchi" nashriyot-matbaa ijodiy uyi, Toshkent, 2007 yil

2.3.modul: O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 6 .	Qon ketish sabablari, turlari, belgilari, darajalari.
---	--

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik xaritasi.

Vaqt: 80 daqiga	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashgulot 2 kredit

Ma'ruza mashg'ulotining rejasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Qon ketish sabablari, turlari, belgilari, darajalarini 2. Qon ketishida uchraydigan asoratlar va ularni oldini olish. 3. Infuziya va transfuziya. 4. Qon preparatlari va qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar.
<p>O'quv mashg'uloti maqsadi:</p> <p>1. Ta'limiy: Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash Amaliy ko'nikmalarni egallash Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash Deontologik tarbiyaning shakllanishi Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash</p> <p>2. Tarbiyaviy maqsadi: Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash</p> <p>Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish</p>	

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa	<p>Tashkiliy kism</p> <p>1.1 O'qituvchi sinfga kirib tinglovchilarning o'quv bulimi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya kilishni eslatib o'tadi, yangiliklar aytiladi va eshitaladi.</p> <p>1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maksadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi.</p> <p>1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun ko'llaniladigan usullarni aytib o'yin koidalarini tushintiradi.</p>	<p>Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.</p>

<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa</p> <p>1. Tinglovchilarning o‘tilgan mavzuni takrorlash maqsadida uyga vazifalarini tekshirish baxolash 10 daqiqa.</p> <p>2.Yangi mavzuni to‘liq bayon etish 40 daqiqa.</p> <p>3.O‘qitishning noana’naviy usullarini qo‘llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash. 15 daqiqa</p>	<p>1.Tinglovchilarning uyga vazifani bajarganligini tekshiradi va ularga o‘tilgan mavzuni takrorlash uchun nazorat testini tarqatdi to‘g‘ri javob bergan tinglovchilar baxolanadi.</p> <p>2.Yangi mavzu mazmunini o‘qituvchi tomonidan taqdimot ko‘rinishida maxsus monitor orqali tushuntiriladi. Mavzuga oid savollarga javob beradi.</p> <p>3.Mavzu tushuntirilgandan so‘ng Gurux 2 ta kichik guruxlarga bo‘linadi va VENN diagrammasi usuli orqali tinglovchilarni o‘zlashtirish darajasi baxolanadi.Buning uchun o‘qituvchi maxsus VENN diagrammasi chizmasini doskaga chizadi va uni tinglovchilar qanday to‘ldirishi xaqida tushuncha beradi. Ko‘rsatma bo‘yicha guruxlar o‘zlariga berilgan mavzularni chizmalarini to‘ldiradi.O‘qituvchi ularni tekshiradi va gurux bilan muxokama qiladi.</p>	<p>1.Tinglovchilar uyga vazifalarini topshiradilar.O‘tilgan mavzu bo‘yicha o‘qituvchi tomonidan berilgan testlarga javob beradilar.</p> <p>2.Tinglovchilar ma’ruzani diqqat bilan tinglaydilar, Yangi mavzu bayonini yozib oladilar.Tushinmagan joylarini savol tarikasida yo‘llab javob oladilar.</p> <p>3.VENN diagrammasi interaktiv o‘yinida faol ishtirok etadilar o‘z bilimlarini sinaydilar.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib,aktiv qatnashgan tinglovchilar rag‘batlantirilib, baxolar e‘lon qilinadi .Uyga vazifa Qon ketish sabablari, turlari, belgilari, darajalari mavzuga oid 10 ta test tayyorlash.</p> <p>Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1.Hamraev A.J., Alimov A.V., A‘zamxo‘jaev T.S. “Xirurgiya va reanimatsiya asoslari”. Toshkent, “Zar qalam” nashriyoti, 2005 yil.</p> <p>2.Hamraev A.J. “Xirurgiya ” “O‘qituvchi” nashriyot-matbaa ijodiy uyi, Toshkent, 2007 yil</p> <p>3.M.F.Ziyaeva,M.A.Axmedova “ Jarroxlikda xamshiralik ishi” 2005 y,</p> <p>4.V.N.Turaqulov,F.A.Qurbonov “Xirurgiyada xamshiralik ishi” 2019 y,</p> <p>5.F.N.Nishonov,B.R.Abdullajonov,N.Ye.Boz orov “Xirurgik kasalliklar” 2020 y.</p>	<p>Tinglaydilir, uyga vazifalarni yozib oladilar.</p>

Qon ketish sabablari, turlari, belgilari, darajalari.

Reja:

1. Qon ketish sabablari, turlari, belgilari, darajalari.

2. Qon ketishida uchraydigan asoratlari va ularni oldini olish.
3. Infuziya va transfuziya.
4. Qon preparatlari va qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar.

Qon ketishlar.

Qon ketish deb qonning o'z o'zanidan, ya'ni qon tomiri ichidan to'qimalarga yoki turli bo'shliqlarga (plevra, qorin, bosh suyagi ichiga) quyilishiga yoki tashqi muxitga oqib chiqishiga aytiladi.

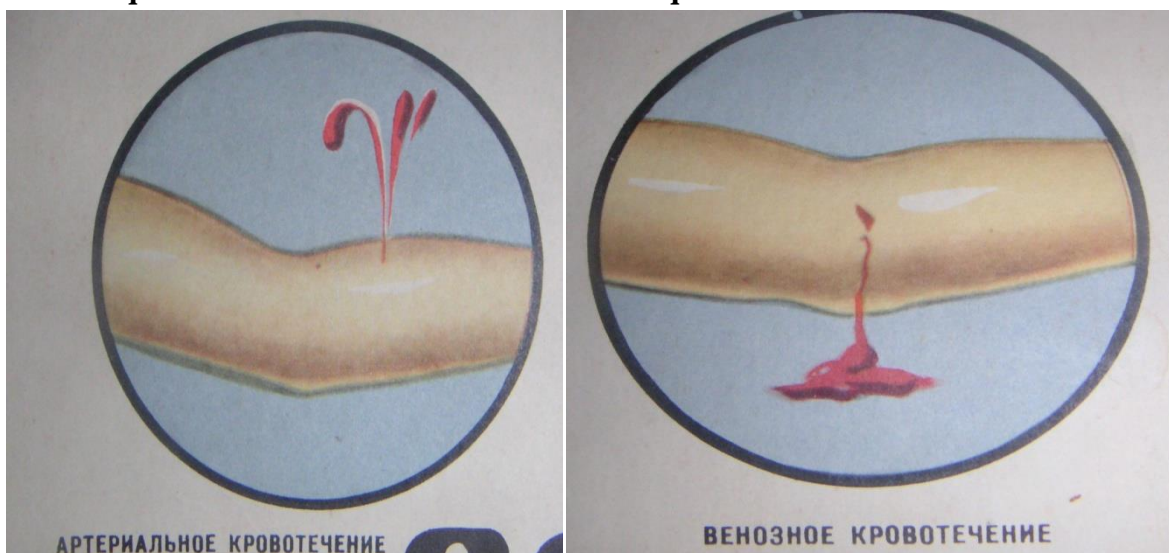
Qon ketish tasnifi.

Anatomik tasnif:

1. A. Arterial – alvon tusli, pulsatsiya bilan
2. B. Venoz –to'q qizil tusda, bir tekisda oqib chiqadi
3. V. Kapillyar – aralash tusda (to'q olcha rang) asta-sekinlik bilan oqadi
4. G. Parenximatoz- ko'pincha alvon tusda, bir tekisda, yuqori tezlikda oqib chiqadi

Arterial qon ketish.

Venoz qon ketish



Parenximatoz qon ketish

Kapelyar qon ketish



Qon qayerga oqib tushishiga qarab tasnifi:

1. A. Tashqi qon ketish
2. B. Ichki qon ketish
3. V. Yashirin qon ketish

Qon ketishning vaqtiga ko'ra tasnifi:

1. A. Birlamchi qon ketish
2. B. Ikkilamchi qon ketish:
 3. a) Barvakt ikkilamchi qon ketish
 4. b) Kech ikkilamchi qon ketish
 5. v) O'tkir qon ketish
 6. g) surunkali qon ketish

Qon ketish sabablari.

1. Qon tomir devori shikastlari
2. Qon tomir devorining yiringli yemirilishi
3. Qon bosimi ko'tarilganda tomir devorining yorilishi.
4. Atmosfera bosimining ko'tarilishi yoki pasayishi oqibatida qon tomiri devorining yorilishi.
5. Qon tomiri devori o'tkazuvchanligining o'zgarishi
6. Qon ximizmining o'zgarishi.
7. Toksinlar ta'siri
8. Tanadagi vitaminlar balansining o'zgarishi

Arterial qon ketishning venoz qon ketishdan farqlari

Belgilar	ARTERIAL	VENOZ
rang -	alvon	to'q qizil
oqimi -	pulsatsiyalovchi	pulsatsiyasiz
axvoli -	tez og'irlashadi	sekin og'irlashadi
o'tkir anemiya-	tez rivoj.	sekin rivoj.
xavo emboliyasi -	bo'lmaydi	bo'lishi mumkin

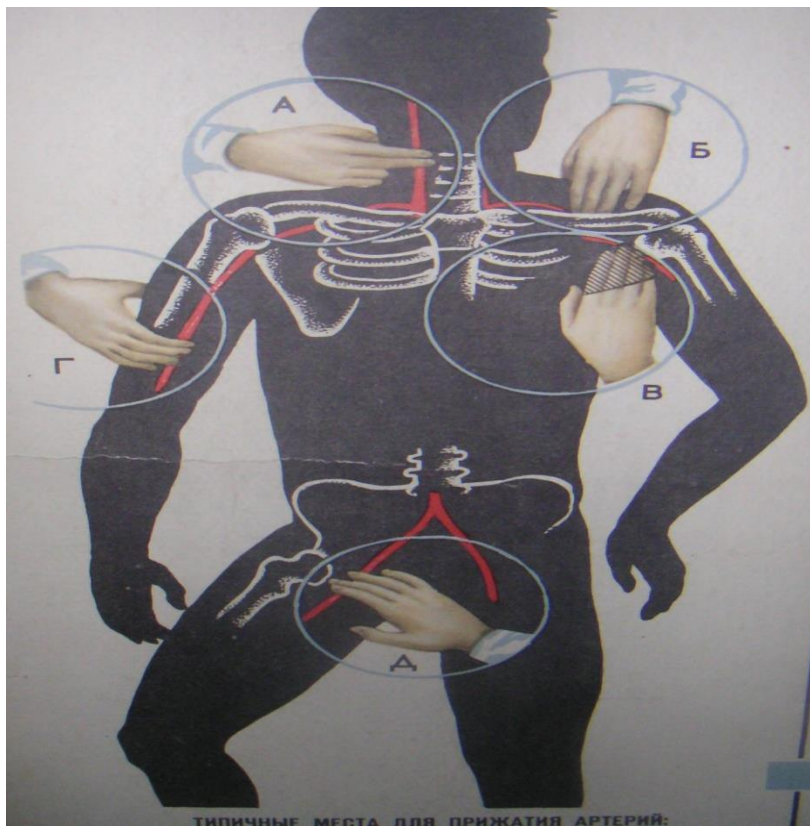
Ichki qon ketishning klinik belgilari:

1. Rangparlik
2. Bosh aylanishi
3. Xushdan ketishi

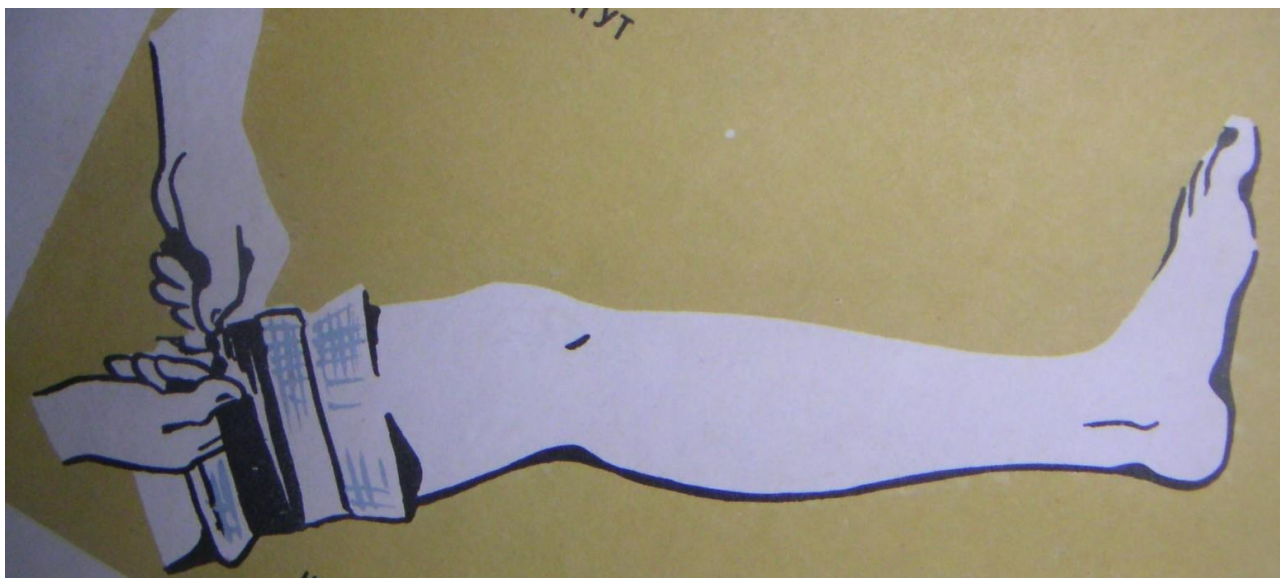
4. Taxikardiya
5. Qon bosimining pasayishi
6. Maxalliy simptomlar:
7. Parenximatoz a'zolarining yorilishida gemoperitoneum, gemotoraks.
8. Qorinda og'riq, kqorin pardaning ta'sirlanish simptomlari.
9. Qorin oldi devorining taranglashuvi.
10. Qorin yon soxalarida perkutor to'mtoqlik.
11. Gemotoraksda – nafas qisishi, perkutor tovushning to'mtoqligi, ovoz qaltirashining susuyishi, nafas shovqinlarining pasayishi.

QON KETISHNI VAQTINChA TO'XTATISH

1. Bosib turuvchi bog'lam qo'yish.
2. Oyoq yoki qo'lni baland ko'tarish.
3. Oyoq yoki qo'l bo'g'imlarini maksimal bukishva boglash.
4. Barmoq bilan qon tomirni suyakka bosib turish.
5. Rezina tasma / Esmarx va boshqa tasmalarni qo'llash/.
6. Jaroxatdanqon oqib turgan tomirga qisqich qo'yish.



**Arteriyalarni bosib turib qon to'xtatish uchun an'anaviy nuqtalar.
Jgut qo'yish.**



Qon ketishni to'xtatishning mexanik usullari.

1. Qon tomirini jaroxatda bog'lash.
2. Qon tomirini masofadan bog'lash.
3. Qon tomiriga chok qo'yish.
4. Bosuvchi bog'lam qo'yish.
5. Tamponada.

Qon ketishni to'xtatishning fizik usullari.

1. Muz solingan xalta ishlatish
2. Qaynok antiseptik eritmasi shimdirilgan tampon ishlatish
3. Elektrokoagulyatsiya
4. Lazer

Qon ketishni to'xtatishning kimyoviy usullari.

1. Kalsiy xloridning 1%, 10% eritmalarini vena ichiga yuborish
2. Ditsinon, natriy etamzilati eritmalarini vena ichiga, mushak orasiga yuborish
3. Aminokapron kislotasining 5% eritmasidan 100-200 ml miqdorda vena ichiga yuborish

Qon ketishni to'xtatishning biologik usullari.

- Qon ketayotgan jaroxatga o'z to'qimalarini tamponada qilish:

- A. Charvi yordamida;
- B. Muskel yorlamida;
- V. Yog' kletchatkasi;
- G. Fassiya

- Qon va uning komponentlarini quyish:

- A. Qonservalangan qon
- B. Yangi sitratlangan qon
- V. Qon plazmasi
- G. Qon zardobi
- D. Fibrinogen
- Ye. Trombotsitar massa
- J. Protrombinli kompleks

- Vitaminlar yuborish:

- A. Vitamin K (vikasol) B. Vitamin S V. Vitamin R (rutin)
- Mushak orasiga odam yoki xayvon zardobini yuborish:
- A. Ot zardobi B. odam zardobi

- Qon komponentlarini maxalliy qo‘llash:

A. Trombin

B. Gemostatik gubka

V. Fibrin gubkasi

G. Fibrin pardasi

D. Quruq plazma

Ye. Biologik antiseptik tampon.

Qon ketishni to‘xtatishning mexanik usullari.

1. Qon tomirini jaroxatda bog‘lash.
2. Qon tomirini masofadan bog‘lash.
3. Qon tomiriga chok qo‘yish.
4. Bosuvchi bog‘lam qo‘yish.
5. Tamponada.

Qon ketishni to‘xtatishning kimyoviy usullari.

1. Kalsiy xloridning 1%, 10% eritmalarini vena ichiga yuborish
2. Ditsinon, natriy etamzilati eritmalarini vena ichiga, mushak orasiga yuborish
3. Aminokapron kislotasining 5% eritmasidan 100-200 ml miqdorda vena ichiga yuborish

Qon preparatlari va zamonaviy qon o‘rnini bosuvchi suyuqliklarni quyish

Zamonaviy jarrohlik amaliyotida qon quyishning asosiy usullari bo‘lib, vena yoki arteriya qon tomiriga qon quyish hisoblanadi. Suyak ichiga qon deyarli quyilmaydi. Asosan qon venaga tomchilab yuboriladi. Arteriyaga bosim ostida qon juda ko‘p qon yo‘qotilganda, yurak faoliyati sustlashganda yuboriladi. Qon olingan manbaga ko‘ra qon quyish usuli ikkiga bo‘linadi

- Autogemotransfuziya (o‘z qonini quyish)
- Donor qonini quyish

Autogemotransfuziya ikki xil yo‘l bilan amalga oshirilishi mumkin:

- a) oldindan tayyorlab qo‘yilgan qonni quyish;
- b) Qonni reinfuziya qilish.

Qon reinfuziyasi – bemor bo‘shliqlariga (qorin, plevral) quyilgan o‘z qoni hamda operatsiya jarohatida to‘plangan qonni o‘ziga qaytarib quyishdir. Bu usul bilan qon quyilganda aseptik sharoitlarda qon yig‘ib olinadi, glyugitsir, natriy sitrati, geparin qo‘shilib, 4 - 6 qavatli dokadan filtrlanadi va vena qon tomiriga tomchilab quyiladi. Qonning bo‘shliqlarda 12 soatdan ko‘p turib qolishi, me‘da, ichak kabi bo‘sh a‘zolar yorilishi natijasida yig‘ilgan qonning ifloslanishi reinfuziyaga qarshi ko‘rsatma bo‘lib hisoblanadi. Reinfuziya usuli tuxumdon kistalari, taloq, jigar yorilganda, bachadondan tashqari homiladorlikda, plevra ichiga qon ketganda, tos, son suyagi, umurtqa pog‘onasining jarrohlik operatsiyalarida keng qo‘llaniladi.

Bilvosita qon quyish

Bilvosita qon quyish gemotransfuziyaning asosiy usuli hisoblanadi. Bu usul qo‘llanilganda infeksiya tushish xavfi yo‘qoladi, u oson va bezarar bajariladi. Bu usul bilan katta miqdorda donor qonini yig‘ib, rejali va shoshilinch jarrohlikda istagancha qon quyish mumkin. Bu usulning salbiy tomonlariga, kamchiliklariga quyidagilar kiradi: uzoq vaqt saqlash davomida qon va uning komponentlarining shifobaxsh xususiyatlari kamayadi, qonservantlar retsipientda allergik, nojo‘ya ta’sirlar rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Gemotransfuziyadan oldin vrach oliy ma‘lumotli hamshiraga qon quyish uchun ko‘rsatmani qisqa epikriz shaklida kasallik tarixiga yozdiradi. Gemotransfuziyadan keyin kasallik tarixiga qon quyish bayonnomasi yozib to‘ldiriladi. Bayonnoma quyidagi bo‘limlardan iborat:

Gemotransfuziyaga ko‘rsatma

-Har bir idishdagi qon pasporti: donorning familiyasi, qon guruhi, rezus-omili, idishning tartib raqami, qonning tayyorlangan kuni.

- Retsipient va donorning qon guruhi va rezus omili
- AVO va rezus-omil bo'yicha moslik sinamalarining natijalari
- Biologik sinama natijasi
- Reaksiya va asoratlarning kayd etilishi
- Qon quyilgan kun, soat, qon quygan vrachning familiyasi va imzosi.
- Xuddi shu yozuvlar «qon quyishni ro'yxatdan o'tkazish kitobi»ga ko'chirib yoziladi.

Transfuziologiyada xamshiralik ishi.

Transfuziya-deganda qon va qon preparatlari (eritrotsitar, trombositlar, leykotsitar massalar, plazma va shu kabi gemostazni korreksiyalovchi fibrinolizin)ni organizm qon aylanish tizimiga kiritishni anglatadi. Transfuziya davolash maqsadida bemorning o'ziga o'zini yoki boshqa odamning qonini va qon preparatlarini quyishdir.

Bu o'ziga xos o'zganing yuragini boshqa bировga ko'chirib o'tkazishdek murakkab jarayondir.

Kadimda qonni hayot suyuqligi deb bilishgan va qariyalarni yoshartirish maqsadida, navqiron yigit - qizlarning qonini, buzoq, cho'chqa, qo'y qonini keksaygan hukmdorlarga, firavnlarga quyishgan, baxtli tasodifga ko'ra ayrim hollarda muolaja yaxshi naf bergan bo'lsa, ba'zida ayanchli oqibatlar bilan tugagan. Vilyam Garvey tomonidan 1628 yilda e'lon qilingan katta qon aylanish sistemasi to'g'risidagi ilmiy asar, 1661 yili Marchello Malpigi tomonidan kapillyarlarning kashf qilinishi qon aylanish sistemasini qonuniy ravishda tasdiqladi.

Keyinchalik insoniyat qonning sir-asrorlarini o'rgana borib, avstriyalik biolog olim Landshteyner 1901 yili tarkibiga ko'ra qonning 3 guruhini aniqladi, 1907 yili esa polyak olimi Yanskiy tomonidan qonning 4-guruhi kashf etilib, 1910 yili amerikalik Mass tomonidan 4-guruh o'z isbotini topdi.

Qon ichki biriktiruvchi suyuq to'qima bo'lib 90-91% suvdan, 9-10% quruq massadan iborat. Qon tana vaznining 1/12 qismini tashkil qiladi. Tanadagi qonning 55-60%i suyuq muhit-plazmadan iborat bo'lsa, 40-45%ni shaklli elementlar, ya'ni qon hujayralari tashkil qiladi. Shaklli elementlar - eritrotsitlar, leykotsitlar, trombositlardir.

Eritrotsitlar (qizil qon tanachalari) normada 1mm^3 qon tarkibida 4,5- 5,0 million dona yoki bir litrda $4,5- 5,0 \cdot 10^{12}$ dona bo'ladi va barcha hujayralar, to'qimalarni kislorod bilan ta'minlaydi, nafas oldiradi, 120 kungacha yashaydi. Leykotsitlar (oq qon tanachalari) 1mm^3 qon tarkibida 6-9 ming dona yoki bir litr qonda $6-9 \cdot 10^9$ dona bo'ladi va organizmda himoya (immunitet) vazifasini bajaradi, 11-12 kun yashaydi.

Trombositlar (qon plastinkalari) 1mm^3 qon tarkibida 180-320 ming dona yoki bir litr qonda $250-400 \cdot 10^9$ dona bo'ladi va qon ivish protsessida faol ishtirok etadi, 7-9 kun yashaydi. Qonning solishtirma zichligi suvga nisbatan $1056-1060\text{g. sm}^3$, qovushqoqligi-4-5 shartli birlik, muhiti ishqoriy-rN ko'rsatkichi - 7,35-7,45ga teng. Qondagi umumiy oqsillar miqdori 65-85 tananing barcha hujayra va to'qimalariga yetkazib beradi, ulardagi moddalar almashinuvida hosil bo'lgan chiqindi, shlak mahsulotlarni ayirish organlariga (buyrak, jigar, o'pka, teriga) tashiydi. Endokrin bezlari ishlab chiqargan gormonlarni zarur a'zolarga yetkazib beradi.

Gemotransfuziyaga ko'rsatmalar

Gemotransfuziyaga mutlaq va nisbiy ko'rsatmalar mavjud. Mutlaq ko'rsatmalarga quyidagilar kiradi: agar bemorga qon quyilmasa, uning axvoli og'irlashib, o'lim yuz berishi mumkin (o'tkir qon yo'qotish holati (AQH 15% ko'proq), jarrohlik shok, og'ir operatsiyalar va hokazo.)

Agar qon quyish boshqa davolash muolajalari qatoridan yordamchi ahamiyatga ega bo'lib, amalga oshirilsa, bu nisbiy ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Bu kasalliklarga anemiya, og'ir intoksikatsiya bilan kechuvchi yallig'lanish kasalliklari, davomli qon ketishi, immunitet susayishi, regeneratsiya va reaktivlik sustlashgan uzoq davom etuvchi surunkali yallig'lanish kasalliklari, zaharlanishlar kiradi.

Gemotransfuziyaga mutlaq va nisbiy moneliklar (qarshiliklar)

Gemotransfuziyaga mutlaq moneliklarga o'tkir o'pka yetishmovchiligi, o'pka shishi, miokard infarkti kiradi.

Lekin ko'p qon yo'qotilgan, jarrohlik shok holatlarida qon quyishga mutlaq monelik qiladigan kasalliklar yo'q. Nisbiy moneliklarga tromboz, emboliyalar, miyada qon aylanishining o'tkir buzilishi, septik endokardit, yurak nuqsonlari, miokarditlar, qon aylanishi buzilishining II – III darajali turi bilan asoratlangan miokardioskleroz, III bosqichdagi hafaqon kasalligi, jigar va

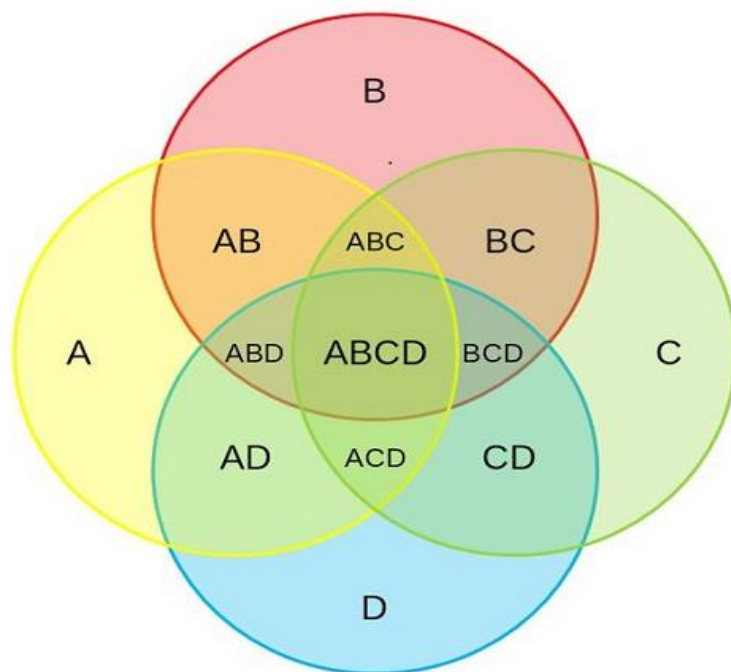
buyrakning og'ir funksional kasalliklari, polivalent allergiya, bronxial astma, o'tkir, tarqoq tuberkulyoz, revmatizm kiradi. Agar bemorda ushbu kasalliklardan birortasi bo'lsa, gemotransfuziyani o'ta ehtiyotkorlik bilan bajarish talab etiladi.

Tibbiy atamalar.

1. **Hemorragiya (qon ketish)** – qon tomirlaridan qonning to'qimalar ichiga yoki tashqi muhitga chiqishi.
2. **Arterial qon ketish** – qon tomirlarining arteriyadan chiqqanida xarakterli yorqin qizil rang va puls bilan ketishi.
3. **Venoz qon ketish** – vena orqali qon ketishi, odatda qoramtir rang va suyuq oqim bilan xarakterlanadi.
4. **Kapilyar qon ketish** – kapilyarlardan sekin va mayda qon oqishi.
5. **Hipovolemiya** – qon hajmining kamayishi, organizmning suyuqlik muvozanatining buzilishi.
6. **Shock (shok)** – qon ketish natijasida qon aylanishi yetarli bo'lmaganda yuzaga keladigan hayotiy xavfli holat.
7. **Infuzion terapiya** – organizmga suyuqlik, elektrolitlar yoki dorilarni tomir orqali kiritish usuli.
8. **Transfuziya (qon quyish)** – donor qoni yoki uning komponentlarini bemorga kiritish.
9. **Hemostaz** – qon ketishni to'xtatish jarayoni, jumladan tomir torayishi, trombositlar faoliyati va qon ivishi.
10. **Hematokrit** – qonda qizil qon tanachalari (eritrotsitlar) ulushi, qon ketish darajasini baholashda ishlatiladi.

“VENN DIAGRAMMASI”

Gurux 2 ta kichik guruxlarga bo'linadi va VENN diagrammasi usuli orqali tinglovchilarni o'zlashtirish darajasi baxolanadi. Buning uchun o'qituvchi maxsus VENN diagrammasi chizmasini doskaga chizadi va uni tinglovchilar qanday to'ldirishi xaqida tushuncha beradi. Ko'rsatma bo'yicha guruxlar o'zlariga berilgan mavzularni chizmalarini to'ldiradi. O'qituvchi ularni tekshiradi va gurux bilan muxokama qiladi.



Nazorat uchun savollar.

1. Qon ketish turlari?
2. Qon to'xtatish usullari?
3. Desmurgiya deganda nima tushunasiz ?
4. Boglam turlarini aytib bering.
5. Yumshoq bog'lamlarga nimalar kiradi?
6. Qattiq bog'lamlarga nimalar kiradi ?
7. Ro'molchali bog'lama qaysi soxalarga qo'yiladi?
8. Bint bog'lamlarga xakida aytib bering.
9. Kosinkali bog'lamlar xakida aytib bering.
10. Elastik to'rsimon bog'lama ta'rif bering.

Test savollari.

1. O'tkir qon yo'qotishga sababchi omillar.

- 1.) Oshqozon yarasi;
- 2.) Qonab turuvchi bovosil;
- *3.) Taloqning yorilishi;
- 4.) Turli xil gematomalar;

2. Qon oqishiga eng ko'p sababchi omillar.

- *1.) Shikastlanish va jarohatlar;
- 2.) Ichki kasalliklar;
- 3.) Endokrin kasalliklar;
- 4.) Yuqumli kasalliklar;

3. Parenximatoz qon ketishni to'xtatishning ishonchli usuli.

- 1.) Qon qutishi;
- 2.) Sovuq muzli xaltalar qo'yish;
- *3.) Operatsiya qilish;
- 4.) Qon ivuvchanligini yaxshilash;

4. Oshqozondan qon ketganda axlatda qanday o'zgarish kuzatiladi;

- *1.) Qora (ko'mir) rangli;
- 2.) Axlat o'zgarishsiz;
- 3.) Oqilitir rangli;
- 4.) Och-qizil rangli;

5.Oshqozon-ichakdan qon ketish belgilari ?

- *1)Melena, umumiy xolsizlik bosh aylanishi“kofe rangi”dagi kusish;
- 2)“kofe rangi” dagi ko‘piksimon kusish,umumiyxolsizlik;
- 3)qonni kizil rangda bo‘lishi, ko‘piksimon melena, bosh aylanishi;
- 4)yutal bilan boglik bo‘lgan qon ketish, bosh aylanishi;

6.O‘pkadan qon ketish belgilari .

- *1)Qonning kizil rangda ko‘piksimon,yutal bilan boglik bo‘lishi;
- 2)Eritrotsitlar va AKBni tushib ketishi,melena;
- 3)“Kofe rangi”dagi kusish, yutal bilan boglik bo‘lishi;
- 4)“Kofe rangi”dagi kusish qonning kizil rangda;

7.Qon ketishini to‘xtatish usullari farqlanadi?

- 1) Fizik, kimyoviy;
- *2) Vaktincha va uzil-kesil;
- 3)Mexanik, biologik;
- 4)Ishonchli, ishonchsiz;

8.Vaqtinchalik gemostazga qanday erishiladi?

- 1) Tomir protezini ko‘yish;
- 2)Jaroxatda tomirni boglash, tomirga chok ko‘yish;
- *3) Bosuvchi boglam, jgut ko‘yish, barmoq bilan bosish
- 4) Barmoq bilan bosish

9.Desmurgiya nima?

- 1) Tomir protezini ko‘yish;
- 2)Jaroxatda tomirni boglash, tomirga chok ko‘yish;
- *3) Bog‘lamlar xaqidagi fan
- 4) Barmoq bilan bosish

10. Chepets bog‘lami qaerga qo‘yiladi?

- *1) Boshga;
- 2) qo‘lga;
- 3) oyoqqa
- 4) boldirga

Foydalanilgan adabiyotlar.

1. Hamraev A.J., Alimov A.V., A‘zamxo‘jaev T.S. “Xirurgiya va reanimatsiya asoslari”. Toshkent, “Zar qalam” nashriyoti, 2005 yil.
3. Hamraev A.J. “Xirurgiya ” “O‘qituvchi” nashriyot-matbaa ijodiy uyi, Toshkent, 2007 yil
4. M.F.Ziyaeva,M.A.Axmedova “ Jarroxlikda xamshiralik ishi” 2005 y,
5. V.N.Turaqulov,F.A.Qurbonov “Xirurgiyada xamshiralik ishi” 2019 y,
6. F.N.Nishonov,B.R.Abdullajonov,N.Ye.Bozorov “Xirurgik kasalliklar” 2020 y.
7. Alimov M.M., **Terapevtik tibbiyot asoslari**, Toshkent, 2018.
8. Rahmonov SH., **Shoshilinch tibbiyot**, Toshkent, 2020.
9. Sattarov J., **Qon kasalliklari va ularning davolash usullari**, Toshkent, 2019.
10. Mirzayev A., **Anesteziologiya va intensiv terapiya**, Toshkent, 2021.
11. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi, **Tibbiy protokollar: Qon quyish va infuziya**, Toshkent, 2022.

2.4.1- modul: O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 2 .	Yurak, qon tomir va yurak nuqsoni kasalliklari, yurak transplantatsiya amaliyotini o'tkazishga ko'rsatma va moneliklarni o'rganish.
--	--

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik xaritasi.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashgulot 2 kredit
Ma'ruza mashgulotiningrejasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yurak, qon tomir va yurak nuqsoni kasalliklari 2. Yurak transplantatsiya amaliyotini o'tkazishga ko'rsatma va moneliklarni 3. Bemorlarda operatsiyadan keying davrda asoratlarni oldini olishni
<p>O'kuv mashg'uloti maksadi:</p> <p>1.Ta'limiy:</p> <p>Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash</p> <p>Amaliy ko'nikmalarni egallash</p> <p>Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash</p> <p>Deontologik tarbiyaning shakllanishi</p> <p>Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash</p> <p>2.Tarbiyaviy maqsadi:</p> <p>Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish</p> <p>Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish</p> <p>O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash</p> <p>Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish</p>	

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi

<p>1 bosqich O‘quv mashg‘ulotiga kirish 10 daqiqa</p>	<p>Tashkiliy kism 1.1 O‘kituvchi sinfga kirib tinglovchilarning o‘kuv bulimi tomonidan berilgan ro‘yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiridi, ichki tartib qoidalariga rioya kilishni eslatib o‘tadi, yangiliklar aytiladi va eshitaladi. 1.2 O‘kuv mashg‘ulotining mavzusi, maksadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o‘tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun ko‘llaniladigan usullarni aytib o‘yin koidalarini tushintiradi.</p>	<p>Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.</p>
<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1. Tinglovchilar bilimini tekshirish va uyga vazifani baxolash 10 daq 2. Yangi mavzuni to‘liq bayon etish 40 daqiqa 3. O‘qitishning noan‘naviy usullarini qo‘llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash va mavzuga oid videorolik taqdim etish 15 daqiqa</p>	<p>1. Tinglovchilarning uyga vazifani bajarganligini tekshiradi va ularga o‘tilgan mavzuni takrorlash uchun “Baxs munozara” usulida mavzu takrorlanadi. o‘qib eshittiradi. To‘g‘ri javob bergan tinglovchilar baxolanadi. 2. Yangi mavzu mazmunini o‘kituvchi tomonidan taqdimot ko‘rinishida maxsus monitor orqali tushuntiriladi. Zamonaviy jarrohlikni tashkil qilish asoslari mavzusida keng va tushunarli tarzda mavzu bayon etiladi. Mavzuga oid savollarga javob beradi. 3. Mavzu tushuntirilgandan so‘ng «KLAUSTER» usuli orqali tinglovchilarni o‘zlashtirish darajasi baxolanadi. Klasterni tuzish qoidasi bilan tanishadilar. Yozuv taxtasi yoki katta qog‘oz varag‘ining o‘rtasiga asosiy so‘z yoki 1-2 so‘zdan iborat bo‘lgan mavzu nomi yoziladi. Birikma bo‘yicha asosiy so‘z bilan uning yonida mavzu bilan bog‘liq so‘z va takliflar kichik doirachalar “yo‘ldoshlar” yozib qo‘shiladi. Ularni “asosiy” so‘z bilan chiziqlar yordamida birlashtiriladi. Bu “yo‘ldoshlarda” “kichik yo‘ldoshlar” bo‘lishi mumkin. Mavzuga oid videorolik taqdim etiladi.</p>	<p>1. Tinglovchilar uyga vazifalarini topshiradilar. O‘tilgan mavzu bo‘yicha o‘qituvchi tomonidan berilgan “Baxs munozara” usulida mavzuni takrorlaydilar. 2. Tinglovchilar ma‘ruzani diqqat bilan tinglaydilar, Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushinmagan joylarini savol tariqasida yo‘llab javob oladilar. 3. « KLAUSTER » interaktiv o‘yinida faol ishtirok etadilar o‘z bilimlarini sinaydilar. Mavzuga oid videorolik tomosha qiladilar.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag‘batlantirilib, baxolar e‘lon qilinadi. Uyga vazifa Yurak, qon tomir va yurak nuqsoni kasalliklari, yurak transplantatsiya amaliyotini o‘tkazishga ko‘rsatma va moneliklarni o‘rganish mavzuga oid tibbiy terminlarni yod olish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1. Hamraev</p>	<p>Tinglaydilar, uyga vazifalarni yozib oladilar.</p>

	<p>A.J., Alimov A.V., A'zamxo'jaev T.S. "Xirurgiya va reanimatsiya asoslari". Toshkent, "Zar qalam" nashriyoti, 2005 yil.</p> <p>2.Hamraev A.J. "Xirurgiya " "O'qituvchi" nashriyot-matbaa ijodiy uyi, Toshkent, 2007 yil</p> <p>3.M.F.Ziyaeva,M.A.Axmedova " Jarroxlikda xamshiralik ishi" 2005 y,</p> <p>4.V.N.Turaqulov,F.A.Qurbonov "Xirurgiyada xamshiralik ishi" 2019 y, F.N.Nishonov,</p> <p>5.B.R.Abdullajonov,N.Ye.Bozorov "Xirurgik kasalliklar" 2020 y.</p>	
--	--	--

Mavzu: Yurak, qon tomir va yurak nuqsoni kasalliklari, yurak transplantatsiya amaliyotini o'tkazishga ko'rsatma va moneliklarni o'rganish.

Reja:

1. Yurak, qon tomir va yurak nuqsoni kasalliklari
2. Yurak transplantatsiya amaliyotini o'tkazishga ko'rsatma va moneliklarni
3. Bemorlarda operatsiyadan keying davrda asoratlarni oldini olishni

Yurakning ishemik kasalligi — yurak-tomir sistemasining keng tarqalgan kasalligi; miokard ishemiyasi va koronar qon aylanishining buzilishi bilan kechadi. Yurakning ishemik kasalligik.ga, asosan, koronar (toj) tomir arteriyalari aterosklerozi natijasida yurak muskullarida qon aylanishining yetishmay qolishi va shu tufayli yurakning qonga yolchimasligi sabab bo'ladi. Yurakning ishemik kasalligik.ga stenogkardiya (dastlabki, muqim, nomuqim), miokard infarkti, infarktdan keyingi kardioskleroz, aritmik tur va yurak yetishmovchiligi kiradi. Yurakning ishemik kasalligik. muntazam rivojlanib boruvchi og'ir yurak xastaligi hisoblanadi. Yosh ulg'aygan sari kasallik uchrashi ko'payadi.

Yurak ishemik hasalligiklinik jihatdan bir xilda kechmay, dam zo'rayib, dam bosilib turadi. Ko'pincha Yurakning ishemik kasalligik. zimdan kechib, bemor o'zining shunday xavfli kasallikka chalinganini bilmay, shifokorga murojaat qilmay yuradi. Odatda, Yurakning ishemik kasalligik.ning dastlabki klinik belgilaridan biri — zo'riqish stenokardiyasi xuruji bo'lib, jismoniy ish bajarilganda ro'y beradi. Keyinchalik kasallik uzoq davom etishi, hatto yillab cho'zilishi mumkin. Ko'pincha zo'riqish stenokardiyasiga birmuncha vaqtdan keyin tinch holatda ham kuzatiladigan tinch holat stenokardiyasi hurujlari qo'shilishi mumkin.

YU.I.K.ning kelib chiqishi va rivojlanishiga kishilarning yoshi, kasallikka irsiy moyillik, gipertoniya kasalligi, qandli diabet, semirib ketish, ichkilikka ruju qilish, kashandalik, kam harakat (gipodinamiya), jismoniy hamda ruhiy zo'riqish va boshqalar sabab bo'ladi. Kashandalar o'rtasida Yurakning ishemik kasalligik.ning nisbatan ko'p uchrashi kuzatilgan.

YU.I.K.ning rivojlanishida, ayniqsa, xolesterinning roli katta. Qonda xolesterin miqdorining oshib ketishi aterosklerozga sabab bo'ladi va bu Yurakning ishemik kasalligik. rivojlanish xavfini oshiradi.

YU.I.K.ning xavfli omilini bartaraf etsa bo'ladigan va bartaraf etib bo'lmaydigan xillari bor. Mas, ko'krak qisishi (stenokardiya), miokard infarkti, insultni bartaraf etib bo'lmaydi; agar odam bu kasalliklar bilan bir marta og'rib o'tgan bo'lsa, Yurakning ishemik kasalligik. rivojlanish xavfi ko'proq bo'ladi.

YU.I.K.ning dastlabki bosqichi stenokardiya bo'lsa, miokard infarkti uning eng og'ir shaklidir. Stenokardiya bilan bemor uzoq vaqt yashashi mumkin, ammo dastlabki davrida (birinchi uch kun) 20—30% bemorda miokard infarkti kuzatiladi. Miokard infarktining klinik belgilari, odatda, stenokardiya belgilariga o'xshash bo'lib, faqat og'riq uzoqroq va kuchliroq davom etadi. Bunda dastlabki soatlardayoq o'lim ro'y berishi yoki keyinchalik ham jiddiy asoratlari kuzatilishi mumkin. Infarktdan keyingi kardioskleroz, yurak aritmiyasi, yurak yetishmovchiligi aslida Yurakning ishemik kasalligik. ning asoratlari bo'lib, yuraktomir sistemasi kasalliklaridan bo'ladigan nogironlik va o'limning asosiy sabablaridir. Yurakning ishemik kasalligik. ga gumon qilinganda darhol bemorni kasalxonaga yotqizish zarur. Kasallikning klinik belgilari (kasallik tarixi, bemor shikoyatlari, perkussiya, auskultatsiya, umumiy ko'ruv), elektrokardiografiya, yurak muskullariga xos fermentlar va struktura elementlari (kreatinin fosfokinaza izofermentlari, miogloblin va boshqalar) hamda qon tahlili, exokardiografiya va boshqalar tekshiruv natijalariga qarab diagnoz qo'yiladi.

YU.I.K.ni davolash terapevtik va jarrohlik usulida olib boriladi. Yurakning ishemik kasalligik. da parhezga rioya qilish muhim ahamiyatga ega. Ovqatning umumiy miqdori va kaloriyasini cheklab, vaznni me'yorida saqlashga harakat qilish, badan tarbiya bilan shug'ullanish, mehnat va dam olishni uyg'unlashtirish, vrach ko'rsatmalariga bekamu ko'st amal qilish lozim. Chekishni tashlash shart. Yurakning ishemik kasalligik. ning oldini olish uchun gipertoniya kasalligi, qandli diabet va boshqalarni davolash zarur.

Aortal stenoz - yurakning chap qorinchasi (aorta boshlanadigan joy) chiqishining torayishi, natijada muammolar paydo bo'ladi Bu aorta qopqog'ida, shuningdek, bu darajadan yuqorida va pastda paydo bo'lishi mumkin^[1]. Odatda vaqt o'tishi bilan yomonlashadi^[1]. Simptomlar ko'pincha birinchi bo'lib jismoniy mashqlar qilish qobiliyatining pasayishi bilan asta-sekin paydo bo'ladi^[1]. Agar yurak etishmovchiligi, ongni yo'qotish yoki yurak bilan bog'liq ko'krak og'rig'i AS tufayli yuzaga kelsa, natijalar yomonroq bo'ladi^[1]. Ongni yo'qotish odatda tik turish yoki mashq qilish bilan sodir bo'ladi^[1]. Yurak etishmovchiligi belgilari orasida nafas qisilishi, ayniqsa yotganda, kechasi yoki jismoniy mashqlar paytida va oyoqlarning shishishi kiradi^[1]. Qopqoqning toraymasdan qalinlashishi aorta sklerozi deb ataladi^[1].

Sabablari orasida ikki tarafli aorta qopqog'i bilan tug'ilish va revmatik isitma ; oddiy valf ham kalsifikatsiya tufayli o'nlab yillar davomida qattiqlashishi mumkin. Bikuspidli aorta qopqog'i aholining taxminan bir yoki ikki foiziga ta'sir qiladi. 2014 yildan boshlab revmatik yurak kasalligi asosan rivojlanayotgan mamlakatlarda uchraydi^[1]. Xavf omillari koronar arteriya kasalliklariga o'xshaydi va chekish, yuqori qon bosimi, yuqori xolesterin, diabet va erkak bo'lishni o'z ichiga oladi^[1]. Aorta qopqog'i odatda uchta varaqdan iborat bo'lib, yurakning chap qorinchasi va aorta o'rtasida joylashgan. AS odatda yurak shovqiniga olib keladi^[1] Uning zo'ravonligi engil, o'rtacha, og'ir va juda og'ir bo'linishi mumkin, bu yurakning ultratovush tekshiruvi bilan ajralib turadi.

Aorta stenozi odatda takroriy ultratovush tekshiruvi yordamida kuzatiladi. Kasallik og'irlashgandan so'ng, davolash, birinchi navbatda, qopqoqni almashtirish operatsiyasini o'z ichiga oladi, transkateter aorta qopqog'ini almashtirish jarrohlik xavfi yuqori bo'lgan ba'zilarida variant hisoblanadi^[1]. Valflar mexanik yoki bioprostetik bo'lishi mumkin, ularning har biri xavf va afzalliklarga ega^[1]. Yana bir kamroq invaziv protsedura, balon aorta valvuloplastikasi (BAV) foyda keltirishi mumkin, ammo bir necha oy^[1]. Yurak etishmovchiligi kabi asoratlar engil va o'rtacha AS bilan bir xil tarzda davolash mumkin. Og'ir kasalligi bo'lganlarda, ACE inhibitörleri, nitroglicerin va ba'zi beta-blokerlarni o'z ichiga olgan bir qator doridarmonlardan qochish kerak. Qon bosimiga qarab dekompensatsiyalangan yurak etishmovchiligi bo'lganlarda nitroprussid yoki fenilefrin qo'llanilishi mumkin.

Rivojlangan mamlakatlarda aorta stenozi eng keng tarqalgan yurak qopqog'i kasalligidir Bu 65 yoshdan oshgan odamlarning taxminan 2 foiziga ta'sir qiladi. Rivojlanayotgan dunyoning aksariyat mamlakatlarida 2014-yilda hisoblangan ko'rsatkichlar ma'lum emas edi. Semptomlari bo'lganlarda, tuzatilmasdan, besh yoshda o'lim ehtimoli taxminan 50% va 10 yoshda taxminan 90% ni tashkil qiladi. Aorta stenozi birinchi marta 1663 yilda fransuz shifokori Lazar Rivier tomonidan tasvirlangan.

Tug'ma yurak nuqsonlari (TYN), shuningdek, tug'ma yurak anomaliyasi va tug'ma yurak kasalligi sifatida ham nomlanib, tug'ilish paytida mavjud bo'lgan yurakdagi yoki yirik tomirlar tuzilishidagi nuqson hisoblanadi.^[1] Tug'ma yurak nuqsoni yurak-qon tomir kasalliklari sifatida tasniflanadi. Belgilari va alomatlari nuqsonning o'ziga xos turiga bog'liq. Tasnifi bo'yicha bir necha turlari bor. Simptomlar zararsiz yoki hayot uchun xatarli bo'lishi mumkin. Agar mavjud bo'lsa, tez nafas olish, ko'kargan teri (siyanoz), kam vaznlilik va tez charchash kabilarni o'z ichiga olishi mumkin. Tug'ma yurak nuqsonlari ko'krak og'rig'iga olib kelmaydi. Ko'pincha tug'ma yurak nuqsonlari boshqa kasalliklar bilan bog'liq emas. Tug'ma yurak nuqsonlarining asorati yurak yetishmovchiligidir.



Fallot tetradasida bo'lgan kattalardagi siyanotik tirnoqlar
Belgilari

- Vertebral anomaliyalar
- Anal atreziya
- Yurak-qon tomir anomaliyalari
- Traxeofofagial oqma
- Qizilo'ngach atreziyasi
- Buyrak (buyrak) va/yoki radial anomaliyalar
- Oyoq-qo'llardagi nuqsonlari

Sabablari

Ko'pincha tasodifiy bo'lgan genetik mutatsiyalar tug'ma yurak nuqsonlarining asosiy sababidir.^[5] Ular quyidagi jadvalda tasvirlangan.

Genetik shikatlanish	Tegishli foiz	Misollar	Birlamchi genetik test usuli
<u>Aneuploidalar</u>	5-8 %	X xromosoma monosomiyasi (Tyorner sindromi)	<u>Xromosoma anomaliyalarini aniqlash.</u>
<u>Raqam variantlarini nusxalash</u>	10-12 %	22q11.2 o'chirish/duplikatsiya (velokardiyofasial/DiJorj sindromi), 1q21.1 o'chirish/ko'paytirish, 8p23.1 o'chirish/ko'paytirish, 15q11.2 o'chirish (Bernsayd-Butler sindromi)	Massivning qiyosiy genomik gibridizatsiyasi
Oqsil kodlovchi yagona nukleotid varianti yoki kichik kiritish/o'chirish	3-5 %	Xolt-Oram sindromi, Noonan sindromi, Alagil sindromi	<u>Gen paneli</u>

(indel)			
De novo protein kodlovchi SNV yoki indel	~10 %	Yurak rivojlanishida yuqori darajada ifodalangan genlardagi mutatsiyalar	<u>Butun ekzoma ketma-ketligi</u>

Davolash

Tugʻma yurak nuqsonlari jarrohlik va dori-darmonlarni talab qilishi mumkin. Dori-darmonlarga diuretiklar kiradi, ular yurakning qisqarishini kuchaytirish uchun tanadan suv, tuzlar va digoksinni yoʻq qilishga yordam beradi. Yurak tugʻma nuqsonlarini davolashda yurak glikozidlari qoʻllaniladi. Bu yurak urishini sekinlashtiradi va toʻqimalardan bir oz suyuqlikni olib tashlaydi. Baʼzi nuqsonlar qon aylanishini normal holatga qaytarish uchun jarrohlik muolajalarini talab qiladi va baʼzi hollarda bir nechta operatsiyalarni talab qiladi.

Koʻp odamlar, birinchi navbatda, bolalar kardiologi, keyin esa kattalar tugʻma kardiologi bilan umrbod ixtisoslashgan yurak parvarishiga muhtoj. 1,8 milliondan ortiq insonlar tugʻma yurak nuqsonlari bilan yashaydi.

Yurak transplantatsiyasi

Birinchi yurak transplantatsiyasi 1960-yillarning oxirida amalga oshirilgan. Ammo 1980-yillarda rad etishga qarshi dori-darmonlarni qoʻllashdan keyingina protsedura qabul qilingan operatsiyaga aylandi. Bugungi kunda yurak transplantatsiyasi yurak etishmovchiligidan oʻladigan tanlangan bemorlar guruhiga umid beradi.

Transplantatsiya sabablari

Yurak transplantatsiyasi zarurati koʻplab yurak muammolaridan birida kuzatilishi mumkin, ularning har biri yurak mushaklariga zarar etkazadi. Eng koʻp uchraydigan ikkita yurak muammosi koroner arter kasalligi (yurak arteriyalarida blyashka toʻplanishi) va idiopatik kardiyomiyopatiya (maʼlum sababsiz yurak mushagi kasalligi).

Yurak muammosi kuchaygan sari yurak zaiflashadi va kislorodga boy qonni tananing qolgan qismiga pompalay olmaydi. Yurak qonni tanaga haydash uchun koʻproq ishlashi kerakligi sababli, u kattalashgan (gipertrofiya) bu qoʻshimcha ishni qoplashga harakat qiladi. Vaqt oʻtishi bilan yurak qonni pompalash uchun shunchalik qattiq ishlaydiki, u shunchaki "eskirib qoladi" va hatto eng kichik nasos talablarini ham qondira olmaydi. Dorilar, yurakka yordam beradigan mexanik asboblardan ham boshqa davolash usullari (jumladan, ildiz hujayralari terapiyasi) baʼzida bemorning ahvolini yaxshilashga yordam beradi va hatto yaxshilaydi. Ammo bu muolajalar samarasiz boʻlganda, transplantatsiya yagona variantga aylanadi.

Transplantatsiya sari birinchi qadam

Ko'pgina hollarda, shaxsiy shifokorlar transplantatsiya haqida birinchi so'rovni amalga oshiradi. Transplantatsiya guruhiga murojaat qilgan shifokorlar sizning tibbiy tarixingiz, hozirgi holatingiz, jismoniy qobiliyatingiz, test natijalari va boshqa muhim ma'lumotlar haqida gapirib berishadi. Sizning shifokorlaringiz sizning tibbiy tarixingizni diqqat bilan ko'rib chiqishlari uchun sizning yozuvlaringizni transplantatsiya guruhiga yuborishlari so'raladi. Keyin sizning ahvolingiz qanchalik og'irligini va boshqa davolash usullari sizga yordam berishi mumkinligini bilish uchun to'liq baholashingiz kerak.

Eng yaxshi natijalarga erishgan transplantatsiya nomzodlari 60 yoshdan kichik bo'lib, ularning yuraklari bilan bog'liq bo'lganlardan boshqa jiddiy tibbiy muammolari yo'q. 60 yoshdan oshgan bemorlar individual ravishda transplantatsiya qilinadi.

Moliyaviy muammo

Agar siz yurak transplantatsiyasi uchun tibbiy talablarga javob bersangiz ham, katta moliyaviy to'siq hali ham oldinda. Yurak transplantatsiyasi qimmat protsedura hisoblanadi. Medicare va ko'plab xususiy sug'urtalovchilar yurak transplantatsiyasini qoplaydi, shuning uchun ba'zi oilalar jarrohlik uchun qanday to'lashlari haqida tashvishlanishlari shart emas. Boshqa odamlar transplantatsiya uchun pul to'lash uchun o'z pullaridan foydalanishlari kerak. Kasalxona ijtimoiy ishchilari, moliya xodimlari va boshqa mutaxassislar yordami bilan sug'urtasi yoki jamg'armasi bo'lmagan bemorlar boshqa moliyalashtirish manbalarini topishlari mumkin. Shunga qaramay, transplantatsiya xarajatlari uchun yakuniy javobgarlik bemor va bemorning oilasiga yuklanadi.

Yangi yurakni kutish

Transplantatsiya dasturiga qabul qilinganingizdan so'ng, yangi yurakni kutish boshlanadi. Donor yurak uchun kutish ro'yxatidagi joyingizni bir qator omillar aniqlaydi. Bu omillarga qon guruhi, siz va donor o'rtasidagi o'lcham, tibbiy holatingiz va yangi yurakni qancha kutishingiz mumkinligi kiradi. Kutish ro'yxatining tartibi o'zgarishi mumkin. Ba'zida bemorlar boshqa muolajalardan yetarlicha yaxshilanadi, bu ro'yxatdan olib tashlanadi. Boshqa bemorlar kasal bo'lib qolishi mumkin, shuning uchun ular ro'yxatda yuqoriga ko'tariladi.

Chap qorinchani qo'llab-quvvatlovchi qurilmalardan foydalanish ba'zi bemorlarning yurak donorini kutishning shoshilinchligini kamaytirdi. Ushbu qurilmalar operatsiya vaqtida yurakka ulanadi. Ular sog'lom yurak ko'chirilgunga qadar yurakning pompalanishiga yordam beradi (dam olish uchun vaqt beradi). Ushbu qurilmalarning ba'zilari bemorlarni ko'p oylar davomida tirik qoldirishi mumkin, shu bilan birga ularning hayot sifati va umumiy salomatligini sezilarli darajada

yaxshilaydi. Ba'zi hollarda, yurakni dam olish uning holatini yaxshilaydi va sizni transplantatsiya qilishdan saqlaydi.

Talab va taklif qonuni

Ko'pgina bemorlar donor yurakni kutish transplantatsiya jarayonining eng qiyin qismi ekanligini bilishadi. Hech kim sizga qo'ng'iroq qachon kelishini yoki qancha kutishini aytolmaydi. Afsuski, jarayonning bu qismi inson nazoratidan tashqarida.

Donor yuraklarga bo'lgan talab taklifdan ko'ra ko'proq. Har qanday vaqtda 3,000 dan ortiq bemor yurak transplantatsiyasini kutish uchun milliy bemorlar ro'yxatida bo'ladi, biroq yiliga atigi 2,000 ga yaqin donor yurak transplantatsiyasi uchun mavjud bo'ladi. Qo'shma Shtatlarda Organ almashish bo'yicha Birlashgan tarmoq (UNOS) bemorlarni yurak kasalliklarining og'irligiga qarab guruhlash orqali yurak transplantatsiyasining ustuvorligini belgilaydi. Ushbu guruh birinchi navbatda transplantatsiyaga muhtoj bo'lganlarni hisobga olish imkonini beradi. Guruhlar quyidagicha:

- Status 1A - doimiy inotrop dorilarga yoki mexanik yordamga muhtoj bo'lgan juda kasal bemorlarni o'z ichiga oladi (chap qorincha yordamchi qurilmalari); bu bemorlar transplantatsiz bir oydan kam yashashi kutilmoqda.
- Status 1B - doimiy inotrop dorilarga yoki mexanik yordamga muhtoj bo'lgan tibbiy barqaror bemorlarni o'z ichiga oladi (chap qorincha yordamchi qurilmalari); bu bemorlar transplantatsiz bir oydan ortiq yashashlari kutilmoqda.
- Status 2 - Yuqoridagi standartlarga javob bermaydigan barcha bemorlar.

Donor yuraklari odatda yurakni saqlab qolgan jarohatlardan vafot etgan odamlardan keladi. Ushbu donornlarni transplantatsiya nomzodlari bilan moslashtirish qiyin bo'lishi mumkin. Birinchidan, shikastlangan bemorlarni tezda kasalxonaga olib borish va donor sifatida aniqlash kerak. Kasalxonada donor yurakni olib tashlash uchun ruxsat bo'lishi kerak. Donorning yurak holatini va donorning qon guruhini aniqlash uchun tibbiy va laboratoriya tekshiruvlari kerak. Agar donor va nomzod mamlakatning turli burchaklarida bo'lsa, bu vaqt bilan poygaga aylanadi. Donor yurak to'rt soatdan ko'proq vaqt davomida tanadan tashqarida bo'lishi mumkin emas. Qo'shma Shtatlarda UNOS tomonidan tasdiqlangan 246 yurak transplantatsiyasi dasturlari ishlatilishi mumkin bo'lgan har bir donor yurak ishlatilishiga ishonch hosil qilish uchun birgalikda ishlaydi.

Donor yurak topilganligini darhol bilish uchun har doim signal kiyishingiz kerak. Uzoq kutilgan xabarni olganingizdan so'ng, vaqt juda muhimdir. Operatsiya xonasiga borishdan oldin shifoxonada yakuniy baholash va laboratoriya tekshiruvidan o'tishingiz kerak. Agar asoratlar bo'lmasa, transplantatsiya operatsiyasi taxminan 3 soat davom etadi.

Transplantatsiyadan so'ng siz tiklanish xonasida 1 yoki 2 kun, intensiv terapiya bo'limida 2 yoki 3 kun va transplantatsiya bo'limida shaxsiy xonada taxminan 7 kun o'tkazasiz. Bu vaqt davomida siz doimiy monitoring va testlardan o'tasiz, shu jumladan muntazam yurak biopsiya jarayonlari. Yurak biopsiyasi tanangiz organni rad etayotganini bilish uchun yangi yuragingizdan kichik to'qimalarni olib tashlashni o'z ichiga oladi. Kasalxonadan chiqqaningizdan so'ng 3 oy davomida siz muntazam tekshiruvlar uchun shifoxonaga borishingiz kerak. Ushbu tekshiruvlar transplantatsiya guruhi a'zolariga sizni rad etish belgilari yoki boshqa asoratlar uchun yaqindan kuzatish imkonini beradi.

Ko'pgina transplantatsiya muvaffaqiyatli bo'lsa-da, ba'zilari kutilgandek bo'lmaydi. Ba'zi hollarda, ehson qilingan yurak oddiygina ishlamaydi. Bu "greft etishmovchiligi" deb ataladi va u operatsiya xonasida yoki operatsiyadan ko'p o'tmay aniq bo'ladi. Muvaffaqiyatsizlikning yana bir asosiy sababi - "to'qimalarni rad etish". Tananing immunitet tizimi donor qilingan yurak begona to'qima ekanligini biladi va uni virus yoki boshqa kasallik qo'zg'atuvchisi kabi yo'q qilishga harakat qiladi. Yurak to'qimalarining muntazam biopsiyasidan tashqari, rad etish belgilarini tekshirishning boshqa usuli yo'q.

Transplantatsiyani qabul qiluvchilar, ayniqsa transplantatsiyadan keyingi dastlabki 3 oy davomida, rad etishning oldini olish uchun qabul qilishlari kerak bo'lgan doridarmonlar tufayli infeksiya xavfi ortadi. Immunosupressantlar deb ataladigan bu dorilar tananing kasallik bilan kurashishini qiyinlashtiradi. Ba'zida bu dorilar operatsiyadan keyin uzoq vaqt davomida infeksiyani jiddiy tibbiy muammoga aylantirishi mumkin.

MAVZUGA OID ATAMALAR

- **Kardiyomiopatiya** – yurak mushaklari kasalligi, yurakning pompalanish qobiliyatini kamaytiradi.
- **Ateroskleroz** – arteriyalarning devorlarida yog‘ va xolesterin to‘planishi, qon oqimini kamaytiradi.
- **Konjenital yurak nuqsoni** – tug‘ma yurak qobiliyati buzilishi, masalan, septal defektlar.
- **Kardiyak aritmiyalar** – yurak ritmining tartibsizligi.
- **Yurak yetishmovchiligi** – yurak tananing talab qiladigan qon hajmini yetarli darajada pompalay olmasligi.
- **Transplantatsiya ko‘rsatmalari** – og‘ir yurak kasalligi bo‘lgan bemorlar uchun yurak almashtirish talablari.
- **Immunosupressiv terapiya** – transplantatsiya qilingan yurakni rad qilinishidan himoya qiluvchi dori terapiyasi.
- **EKG (Elektrokardiogramma)** – yurakning elektr faoliyatini o‘lchash usuli.
- **Hemodinamik monitoring** – qon bosimi, yurak chiqishi va tomir qarshiligini kuzatish usuli.
- **Endovaskulyar amaliyot** – qon tomirlarga aralashish orqali kasalliklarni davolash usuli (stentlash, ballon angioplastika).

“Cluster” (Tarmoqlash) interfaol o‘yini qo‘llanish texnikasi

“Cluster” — ma’lumotlarni vizual tarzda **guruhlash va tizimlashtirish** orqali o‘quvchilarning mantiqiy tafakkuri va tushunchalarni bog‘lash ko‘nikmalarini rivojlantiruvchi metod. Tibbiyot

fanlarida simptomlar, kasalliklar, diagnostik belgilar va davolash usullarini tizimlashtirishda samarali.

1. Maqsadni aniqlash

- Mavzuni tizimli o'rganish
- Bilimlarni bog'lash va guruhlash ko'nikmasini shakllantirish
- Klinik va nazariy ma'lumotlarni esda saqlashni yaxshilash

2. Tayyorlov bosqichi

- Doska, slayd yoki A4 varaq ustida markaziy mavzu yoziladi
 - Masalan: "Pnevmoniya"
- Talabalar uchun asosiy kategoriya yoki yo'nalishlar belgilanishi mumkin
 - Belgilar, simptomlar, diagnostika, davolash

3. Talabalarni guruhlash

- Individual yoki kichik guruhlar (2–5 kishi)
- Har bir guruh markaziy mavzuni tahlil qilib, ma'lumotlarni tarmoqlaydi

4. Ma'lumotlarni tarmoqlash

- Markaziy mavzudan chiziqlar chiqariladi (asosiy kategoriyalar)
- Har bir asosiy kategoriya ostida kichik chiziqlar bilan detallarga ajratiladi
- Talabalar mavzuni logik va mantiqiy tarzda guruhlaydi

✦ Masalan (Pnevmoniya tarmoqlari):

- **Belgilari:** isitma, yo'tal, nafas qisilishi
- **Sabablari:** bakterial, virusli, aspiratsion
- **Diagnostika:** rentgen, laborator testlar
- **Davolash:** antibiotiklar, kislorod terapiyasi, profilaktika

5. Taqdimot bosqichi

- Har bir guruh o'z "Cluster"ini auditoriyaga taqdim qiladi
- Boshqalar savol berishi yoki qo'shimcha kiritishi mumkin

6. Xulosa va refleksiya

- Ma'lumotlar to'g'ri va mantiqiy guruhlanganligini tekshirish
- Asosiy tushunchalar ustida yakuniy izoh berish
- Xatolar va tushunmovchiliklarni tahlil qilish

🎯 Afzalliklari

- Ma'lumotlarni vizual tarzda tizimlashtirish imkonini beradi
- Klinik fikrlash va mantiqiy bog'lashni rivojlantiradi
- Talabalarni faol ishtirokga jalb qiladi
- Murakkab mavzularni oson tushunishga yordam

NAZORAT SAVOLLARI

1. Yurak-qon tomir tizimining asosiy vazifalarini sanab bering.
2. Yurak yetishmovchiligi tushunchasi va uning asosiy sabablari nimalardan iborat?
3. Tug'ma va orttirilgan yurak nuqsonlari o'rtasidagi farqni tushuntiring.
4. Yurak klapanlari nuqsonlarining asosiy turlari qaysilar?
5. Yurak ishemik kasalligining rivojlanish mexanizmini tushuntiring.
6. Yurak transplantatsiyasi tushunchasiga ta'rif bering.
7. Yurak transplantatsiyasini o'tkazishga asosiy ko'rsatmalar nimalardan iborat?
8. Yurak transplantatsiyasiga mutlaq va nisbiy moneliklar qaysilar?
9. Yurak transplantatsiyasidan keyingi asosiy asoratlarni sanab bering.

10. Yurak transplantatsiyasida o'rta tibbiyot xodimlarining vazifalari nimalardan iborat?

TEST SAVOLLARI

1. Yurakning asosiy vazifasi qaysi?

- A) Gormon ishlab chiqarish
- B) Qonni haydash*
- C) Nafas olishni boshqarish
- D) Modda almashinuvini boshqarish

2. Qaysi kasallik yurak ishemik kasalligiga kiradi?

- A) Miokardit
- B) Stenokardiya*
- C) Endokardit
- D) Perikardit

3. Tug'ma yurak nuqsonlari qachon shakllanadi?

- A) Tug'ilgandan keyin
- B) Qarilik davrida
- C) Homila rivojlanishida*
- D) Infeksiyadan so'ng

4. Yurak klapanlarining torayishi qanday ataladi?

- A) Insuffitsiensiya
- B) Stenoz*
- C) Aritmiya
- D) Anevrizma

5. Yurak yetishmovchiligining asosiy belgisi qaysi?

- A) Isitma
- B) Nafas qisishi*
- C) Yo'tal
- D) Qusish

6. Yurak transplantatsiyasi nima?

- A) Yurakni tiklash
- B) Yurakka dori yuborish
- C) Yurakni boshqa sog'lom yurakka almashtirish*
- D) Yurakni tekshirish

7. Yurak transplantatsiyasiga asosiy ko'rsatma qaysi?

- A) Yengil yurak yetishmovchiligi
- B) Og'ir terminal yurak yetishmovchiligi*
- C) Gipertoniya
- D) Aritmiya

8. Qaysi holat yurak transplantatsiyasiga monelik hisoblanadi?

- A) Yosh bemor
- B) Og‘ir infeksiya*
- C) Yurak nuqsoni
- D) Past qon bosimi

9. Yurak transplantatsiyasidan keyin bemorga nima buyuriladi?

- A) Antibiotiklarni bekor qilish
- B) Immunosuppressiv dorilar*
- C) Faqat parhez
- D) Fizioterapiya

10. Yurak transplantatsiyasidan keyingi eng xavfli asorat qaysi?

- A) Allergiya
- B) Yurakni rad etish*
- C) Kamqonlik
- D) Gipovitaminoz

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI

1. **Harrison’s Principles of Internal Medicine** – McGraw-Hill Education.
2. **Braunwald’s Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine.**
3. M. X. To‘raqulov. Ichki kasalliklar. – Toshkent.
4. A. G‘. Qodirov. Kardiologiya asoslari. – Toshkent.
5. WHO. Cardiovascular diseases: guidelines.
6. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi klinik protokollari.
7. R. S. Snell. Clinical Anatomy by Regions.
8. Tibbiyot kollejlari uchun **“Ichki kasalliklar”** o‘quv qo‘llanmasi.

2.5.1 mavzu:	Shikastlar tasnifi. Bemorlarni travmatologik tekshirishning xususiyatlari.
---------------------	---

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik xaritasi.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot 2 kredit
Ma'ruza mashg'ulotining rejasi.	1.Shikastlanish tushunchasi, turlari. 2.Shikastlanishlarda tekshirish usullari, davolash va parvarish qilish xususiyatlari. 3.Bemorlarni travmatologik tekshirishning hususiyatlari.
<p>O'quv mashg'uloti maqsadi: 1.Ta'limiy: Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash Amaliy ko'nikmalarni egallash Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash Deontologik tarbiyaning shakllanishi Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash</p> <p>2.Tarbiyaviy maqsadi: Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash</p> <p>Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish</p>	

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
<p align="center">1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa</p>	<p>Tashkiliy kism 1.1 O'qituvchi sinfga kirib tinglovchilarning o'quv bulimi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiridi,ichki tartib qoidalariga rioya kilishni eslatib o'tadi, yangiliklar aytiladi va eshitiladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maksadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun ko'llaniladigan usullarni aytib o'yin koidalarini tushintiradi.</p>	<p>Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.</p>

<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa</p> <p>1. Tinglovchilarning o‘tilgan mavzuni takrorlash maqsadida uyga vazifalarini tekshirish baxolash 10 daqiqa.</p> <p>2.Yangi mavzuni to‘lik bayon etish 40 daqiqa.</p> <p>3.O‘qitishning noana’naviy usullarini ko‘llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash. 15 daqiqa</p>	<p>1.1Tinglovchilarning uyga vazifani bajarganligini tekshiradi va ularga o‘tilgan mavzuni takrorlash “Aqliy xujum” usulida savol javob o‘tkaziladi.To‘g‘ri javob bergan tinglovchilar baxolanadi.</p> <p>1.2.Yangi mavzu mazmunini o‘qituvchi tomonidan taqdimot ko‘rinishida maxsus monitor orqali xayotga bog‘lagan xolatda keng tushuntiriladi Mavzuga oid savollarga javob beradi.</p> <p>1.3.Mavzu tushuntirilgandan so‘ng “BAHS - MUNOZARA” metodi- biror mavzu bo‘yicha ta‘lim oluvchilar bilan o‘zaro bahs-munozara va fikr almashuv tarzida o‘tkaziladigan metoddir.</p>	<p>1.Tinglovchilar uyga vazifalarini topshiradilar.O‘tilgan mavzu bo‘yicha o‘qituvchi tomonidan berilgan savollarga javob beradilar.</p> <p>2.Tinglovchilar ma‘ruzani diqqat bilan tinglaydilar, Yangi mavzu bayonini yozib oladilar.Tushinmagan joylarini savol tarikasida yo‘llab javob oladilar.</p> <p>3. “BAHS - MUNOZARA” metodi- biror mavzu bo‘yicha ta‘lim oluvchilar bilan o‘zaro bahs-munozara va fikr almashuv tarzida o‘tkaziladigan metoddir</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib,aktiv qatnashgan tinglovchilar rag‘batlantirilib, baxolar e‘lon qilinadi .Uyga vazifa Shikastlar tasnifi. Bemorlarni travmatologik tekshirishning hususiyatlari mavzuni o‘qib konspekt qilish va mavzuga oid 10 ta test tayyorlash.</p> <p>Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1.Hamraev A.J., Alimov A.V., A‘zamxo‘jaev T.S. “Xirurgiya va reanimatsiya asoslari”. Toshkent, “Zar qalam” nashriyoti, 2005 yil.</p> <p>2.Hamraev A.J. “Xirurgiya ” “O‘qituvchi” nashriyot-matbaa ijodiy uyi, Toshkent, 2007 yil</p> <p>3.M.F.Ziyaeva,M.A.Axmedova “ Jarroxlikda xamshiralik ishi” 2005 y,</p> <p>4.V.N.Turaqulov,F.A.Qurbonov “Xirurgiyada xamshiralik ishi” 2019 y,</p> <p>5.F.N.Nishonov,B.R.Abdullajonov,N.Ye.Boz orov “Xirurgik kasalliklar” 2020 y.</p>	<p>Tinglaydilir, uyga vazifalarni yozib oladilar.</p>

Mavzu: Shikastlar tasnifi. Bemorlarni travmatologik tekshirishning hususiyatlari.

Reja:

1. Shikastlanish tushunchasi, turlari.
2. Ko'krak qafasi, umurtqa pog'onasi, tos suyagi shikastlarida shoshilinch yordam ko'rsatish.
3. Bemorlarni travmatologik tekshirishning hususiyatlari.

Shikastlanish tushunchasi, turlari.

Shikast deb tashki muxit omillarining inson organizmiga ta'siri natijasida a'zo va tukimalarda kuzatiluvchi anatomik va fiziologik uzgarishlar yigindisiga aytiladi.

Ta'sir qiluvchi faktorlarga qarab shikastlar travmalar quyidagi turlarga bo'linadi:

Mexanik shikastlanishlar – mexanik kuchlar, zarbalar ta'sirida kelib chiqadi va yopiq hamda ochiq shikastlarga bo'linadi: teri yoki shilliq pardalar butunligi buzilsa ochiq shikast, aksincha ular buzilmasa yopiq shikast deyiladi.

Fizik shikastlar – tanaga yuqori past temperatura kuyish va sovuq oldirish, elektr toki va nurlar ta'sir etganda paydo bo'ladi.

Kimyoviy shikastlar – to'qima va organlarga kislotalar, ishqorlar hamda zaharli moddalar ta'siridan kelib chiqadi.

Biologik shikastlar – bakteriya toksinlarining ta'siri tufayli ro'y beradi.

Ruxiy shikastlar – bemorning markaziy nerv sistemasiga refleks yo'li bilan ta'sir ko'rsatib qo'rqitish, bemorning operatsiya oldidan tashvishlanishi, urush sharoiti va boshqalar tufayli paydo qilinadi.

Operatsiya tufayli vujudga keladigan shikastlar – ayniksa, uzoq davom etadigan katta operatsiya natijasida kelib chiqadi.

Yumshoq to'qimalarning yopiq shikastlariga: lat yeyish, cho'zilish, uzilish va chayqalish kiradi.

Lat yeyish – tukima yoki a'zolarni butunligi saklangan xolda shikastlanishi. Simptomlar shikastlangan tana kismiga, shikastlovchi faktorning og'irligi va ta'sir tezligiga bogliq.

Klinikasi – og'riq, shish, qon kuyilishlar, terining qizarishi yoki kukarishi va shu tukima yoki a'zoning funksiyasini buizilishi.

Davolash – og'riqsizlantirish, 2-3 kun davamida sovuk va sikuvchi boglam. Gematoma xosil bulgan xolda punksiya kilish, bushlikni bushatish va u yerga antibiotiklar yuborish lozim. Gematomalar surilishi yoki yiringlashi mumkin.

Cho'zilish – mushak va paylarni yepik shikastlanishi xisoblanadi. Chuzilishlar asosan ikki karama karshi kuch yoki tana fiksatsiya vaktida tortuvchi kuch ta'sirida ruy beradi. Chuzilishlar klinikasi va davolanishi lat yeyishga uxshash.

Chayqalish – yumshok tukimaning yepik mexanik shikastlanishi bo'lib, tukimalar funksiyasining buzilishi va morfologik uzgarishlarning bulmasligi bilan xarakterlanadi. Chayqalish ogirligi shikastlovchi sababning kuchiga, ta'sir vaktiga, qonsistensiyasiga bogliq. Chayqalish klinikasi - tukimadagi mikroskopik uzgarishlarga bogliq.

Maxalliy simptomlari: og'riq, sezuvchanlikni susayishi va teri rangini uzgarishi. Shikastlovchi sababni ta'siri uzok vakt davom etadi (ayniksa vibratsion uskunalarining) tukimadagi morfologik uzgarishlar yakkolrok, shunga kura tukima funksiyasi xam buziladi. Shu vaktida vibratsion kasallik boshlanadi. Yumshok tukimalarni chaykali juda kam uchraydi. Shikastlovchi sababi kuchli bulganida bosh miya chaykalishi va kukrak kafasi a'zolarining chaykalishi kuzatiladi.

Uzilish – tukimalarni anatomik butunligi buzilib kechadigan shikastlanishga aytiladi. Tukima elastligidan organik kuch ta'sirida uzilish ruy beradi. Terining elastikligi kuchli bulganligi sababli teri uzilishi kam uchraydi, lekin teriosti yeg tukimasi, mushak, fassiya, paylar va boylamlar uzilishi kuprok uchraydi.

Klinikasi. Uzilish soxasi og'riq, shish va qon kuyilishlar kuzatiladi. Uzilishlar tulik yoki tulik bulmagan buladi. Tulik uzilishlar operativ davolanadi.

Shikastlanish kasalligi

Birinchi davr – travmatik shok (o‘tkir davr) – bir necha soat davom etib, AKX kamayishi, yurak qon tomir tizimining yetishmovchiligi, mikrotsirkulyatsiyani buzilishi va gipoksiyani rivojlanishi bilan xarakterlanadi. Bu davrda adenogipofiz va buyrak usti bezlarining pustog‘ kismi garmonlarini ortishi kuzatiladi. Budavrda bemorga shoshilinch davolash choralari ko‘rsatiladi.

Ikkinchi davr – nisbiy adaptatsiya va ertangi asoratlar bo‘lish davri- 7 sutkagacha davom etadi, gipoksiyaning kamayishi va bemorning axvoli yaxshilanishi bilan xarakterlanadi. Bu davrda asoratlar profilaktikasi olib boriladi.

Uchinchi davr – kechki asoratlar davri (kechki postravmatik) – fakatgina asratlar rivojlangan bemorlardla bo‘ladi. Bu davrda asoratlarni davolash ishlari olib boriladi

To‘rtinchi davr – sog‘ayish davri. Shikastlanganlarning to‘liq sog‘ayishi bir necha oydan keyin bo‘ladi. Bu davrda bemorda reabilitatsiya ishlari olib boriladi..

Travmatik shok – aylanuvchi qon xajmini va kapillyar qon aylanishini keskin susayishi bilan kechuvchi shok. Mikrotsirkulyatsiyaning keskin kamayishi natijasida xaetiy zarur to‘kima va a‘zoldagi gipoksiya xolatidan o‘lim xolati vujudga keladi (gipovolemiya, gipotenziya, gipoksiya – uchta «G», Fine ta‘rifiga kura).

Eretil davr shokning boshlanish vaqtida bo‘lib, kuchli og‘rik va bemorning psixik bezovtalanishi bilan kechadi. Bu davr qiska muddatli bir necha soniyalardan yarim soatgacha davom etishi mumkin. N.I.Pirogov bu davrni quyidagicha tariflagan: « agarda shikastlangan, bemorda kiyirik eshitilsa, yuzlari chuzinchok, o‘tkir, oqargan bo‘lib qolsa va tortishishlar kuzatilsa, pulsini tezlashishi va taranglashishi kuzatilsa, nafas olishi kiska va yuzaki bulsa, shikastlanishning kanday bo‘lishiga karamay davolashga shoshilish kerak».

Torpid davrni N.I.Pirogov kuyidagicha tasvirlaydi: «bog‘lov punktida qo‘l yoki oyog‘i uzilgan qotib qolgan bemor kimirlamay yetibdi: u baqirmaydi va tovush chikarmaydi, shikoyat kilmaydi, xech kanday xarakat kilmaydi va xarakatni talab kilmaydi; tanasi sovuk, yuzi o‘liknikidek oqargan; qarashi uzokka taqalgan, pulsi ipdek bo‘lib zurg‘a paypaslanadi. Berilgan savollarga javob bermaydi yeki shivirlash bil javob beradi, nafas olishi xam juda sust eshitiladi. Jaroxat va teri sezuvchanlikni yukotgan, agarda osilib turgan katta nevr tomiri biror narsa bilan ta‘sirlansa bemor yuzidagi mimik mushaklarni qiskarishi bilan javob beradi. Bazilarida bunday xolat o‘limgacha davom etadi».

Shokni davolashning asosiy bosqichlari: MNS qo‘zgaluvchanligini pasaytirish lozim (narkotiklar, antigistamin dari vositalari, novokain blokadalari, davolovchi narkoz).

Gemodinamikani normallashtirish va qon xajmini to‘ldirish (poliglyukin, reopoliglyukin, makrodeks, albumin, jelatinol, gelafuzol, fiziologik aralashalar).

Kislorod ingalyatsiyasi, SUV, giperbarik oksigenatsiya.

Travmatologiya (yunoncha travmatos – yara, jarohat, shikastlanganlik va ... logiya) – a‘zo va to‘qimalarning mexanik shikastlanishi, ularning oldini olish va davolash yo‘llarini o‘rganadigan fandır. Travmatologiya xirurgiyaning turli sohalari (neyroxirurgiya, ko‘krak xirurgiyasi) hamda organizm tayanch va harakat a‘zolari (suyak, bo‘g‘im, muskul, paylar) va teri shikastlari va boshqa masalalarni o‘z ichiga oladi. Travmatologiya ortopediya bilan birga mustaqil fan qisoblanadi.

Insoniyat tarixida tibbiyot avvalo jarohatlarni davolashdan boshlangan, shuning uchun travmatologiyani tibbiyotning barcha sohalari ichida eng ko‘hnasi deyish mumkin. Qadimgi Misr mumiyolari va boshqa arxeologik topilmalarni o‘rganish shuni ko‘rsatadiki, miloddan bir necha ming yil ilgari yashagan odamlar singan suyaklarni mahkamlashning sodda usullarini bilishgan. Travmatologiyaning ilk ilmiy asoslari Gippokrat asarlarida keltirilgan. Masalan, u yelka suyagi chiqishlarini joyiga solishning bir necha usullarini, suyak singanda repozitsiya va immobilizatsiya qilish yo‘llarini taklif etgan. O‘rta asrlarda travmatologiyaning rivojlanishi Abu Ali ibn Sino nomi bilan bog‘liq. Uning „Tib qonunlari“ asarida yumshoq to‘qimalar jarohatlarini, suyak sinishlari va chiqishlarini davolash haqida batafsil yozilgan. Fransuz olimi Ambruaz Pare ham travmatologiyaning shakllanishiga o‘z hissasini qo‘shgan. XVIII — XIX asrlarda

travmatologiyaning rivoji G'arbiy Yevropa vrachlari J. Malgen, G. Dyupyuitren, T. Koxer, L. Beler, G. Kyuncher, rus vrachi N. I. Pirogov nomlari bilan bog'liq.

O'zbekistonda bu soha fan sifatida 20-yillardan rivojlana boshladi. 1926-yilda O'rta Osiyo universitetining tibbiyot fakultetida suyak sili va ortopediya dotsentlik kursi joriy etilishi, 1930-yilda Fizioterapiya institutida ortopediya klinikasi ochilishi, uning 1932-yilda Ortopediya, travmatologiya va suyak sili ilmiy tadqiqot institutiga aylantirilishi travmatologiya va ortopediya muammolari ustidagi tadqiqot ishlarining rivojlanishiga imkon berdi.

Institut urush davrida yopildi, 1946-yilda Travmatologiya va ortopediya instituti sifatida tashkil etildi.

XX asrda o'tgan bir necha urushlar travmatologiyada yangidan-yangi davolash usullarining qo'llanishiga, ilmiy-texnik yutuqlar esa jarohatlarni aniqlash va davolash uchun yangi apparatlar va materiallarning kashf etilishiga olib keldi. Intra va ekstramedullyar osteosintez, sterjenli va sixli kompressiondistraksion apparatlarning yaratilishi, stabilfunkSIONal osteosintezning qo'llanishi, texnika yutuklaridan keng foydalanish zamonaviy travmatologiyaning rivojlanishiga asos bo'ddi.

Rentgen nurlarining kashf etilishi travmatologiyaning jadal rivojlanishi uchun turtki bo'ldi, hozirgacha rentgen travmatologiyada asosiy tekshirish usuli hisoblanadi.

Qadimdan jarohatlarni davolashda tabiblar sharq tabobati usullaridan foydalanib kelganlar. Urushdan keyingi yillarda olib borilgan ilmiy ishlar, asosan, harbiy jarohatlar va ularning osteomiyelit, soxta bo'g'im, cho'ltoq kabi asoratlarini davolash, protezlash sohalariga taalluqli bo'ldi.

O'zbek olimlari tomonidan cho'ltoqliklarni va jarohatlarni davolashda suyak plastikasi qilish (N. M. Shomatov), jarohatlarni davolashda sharq tabobati usullarini qo'llash, xususan, mumiyoi asl bilan siniq va yaralarni davolash (O.Sh. Shokirov), sanoat va qishloq xo'jaligi da travmatizm muammolarini o'rganish (B. I. Berliner, N. D. Isaboyev), shol kasalligi asoratlarini davolash (I. X. Eshonxo'jayev, N. F. Fayzullayev) yo'lida ilmiy tadqiqotlar olib borildi. Qo'loyoqlarning kuyishdan keyingi shakl o'zgarishlarini teri plastikasi yordamida davolash (B. M. Mirazimov), bolalar serebral falaji va suyak sinishini (O'. S. Islombekov), osteomiyelit kasalligini (Sh. Sh. Hamrayev) davolash bo'yicha qilingan ilmiy ishlar Respublikada travmatologiya va ortopediya fanining rivojlanishida katta rol o'ynadi, hozirgi mavjud bo'lgan barcha tibbiyot institutlarida travmatologiya kafedralari va ixtisoslashtirilgan ilmiyamaliy markazlar faoliyat ko'rsatadi.

Zamonaviy travmatologiyaning asosiy vazifasi shikastlangan to'qima va organlardagi o'zgarishlar patogenezi o'rganish, jarohatlarni diagnostika qilish va davolash usullarini takomillashtirish, yangidan ishlab chiqish hamda asoratlarning oldini olishdan iborat.

Tibbiy atamalar

1. **Travma** – tashqi omillar ta'sirida to'qima yoki organlarning shikastlanishi.
2. **Kontuziya** – yumshoq to'qimalarning yopiq jarohatlanishi (lat yeyish).
3. **Fraktura** – suyakning sinishi.
4. **Luksatsiya** – bo'g'im suyaklarining joyidan chiqishi.
5. **Distorsiya** – bo'g'im boylamlarining cho'zilishi yoki qisman yirtilishi.
6. **Gematoma** – qon tomir yorilishi natijasida to'qimalarda qon to'planishi.
7. **Politravma** – bir vaqtning o'zida bir nechta og'ir jarohatlar bo'lishi.
8. **Immobilizatsiya** – shikastlangan sohani harakatsiz holatda mahkamlash.
9. **Palpatsiya** – tekshiruv vaqtida shifokor qo'l bilan paypaslab ko'rishi.
10. **Rentgenografiya** – suyak va bo'g'imlarni tekshirish uchun rentgen nurlari orqali o'tkaziladigan diagnostik usul.

“Aqliy hujum”

Bu usul orqali shaxsni erkin shakllantirish mumkin. Jarayonni boshlashdan avval gurux talabalariga savol beriladi va bir necha daqiqa ichida shu savolga oid, har bir o‘quvchi o‘zining fikrini bayon etishi kerak.

- Bu javob yoki fikr o‘rinli yoki noo‘rin bo‘lishi mumkin, ammo, o‘qituvchi ham qolgan o‘quvchilar ham javob bergan o‘quvchiga tanbeh bermaydilar.
- O‘qituvchining yordamchisi doskaga yoki flep kartaga har bir o‘quvchining javobini yozib boradi. Har bir o‘quvchi uning berayotgan javobini tinglamoqlari lozim.
- Qanchalik ko‘p fikr bildirilsa, natija shuncha yaxshi bo‘ladi.
- Bu usulda dars o‘tilganda qisqa vaqt ichida har xil variantdagi javoblar va shu o‘quvchilarning mulohazalarini to‘plash imkoniyatiga ega bo‘lamiz.
- Har qanday javoblar usul so‘ngida muhokama qilinadi.

“BAHS -MUNOZARA” metodi- biror mavzu bo‘yicha ta’lim oluvchilar bilan o‘zaro bahs-munozara va fikr almashuv tarzida o‘tkaziladigan metoddir.

NAZORAT SAVOLLARI

1. Shikast (travma) tushunchasiga ta’rif bering.
2. Shikastlar kelib chiqishiga ko‘ra qanday tasniflanadi?
3. Mexanik shikastlarga nimalar kiradi?
4. Ochiq va yopiq shikastlar o‘rtasidagi farq nimada?
5. Birlamchi va ikkilamchi shikast tushunchalarini izohlang.
6. Travmatologik tekshiruvning asosiy maqsadi nimadan iborat?
7. Travmatologik tekshiruvda bemorni ko‘zdan kechirish ketma-ketligini tushuntiring.
8. Travmada og‘riqni baholashning ahamiyati nimada?
9. Politravma tushunchasi va uning xavfliligi nimada?
10. Travmatologik tekshiruvda o‘rta tibbiyot xodimining vazifalari nimalardan iborat?

TEST SAVOLLARI

1. Shikast nima?

- A) Ichki kasallik
- B) Tashqi omillar ta’sirida to‘qima va a’zolarining shikastlanishi
- C) Infeksion kasallik
- D) Tug‘ma nuqson

To‘g‘ri javob: B

2. Mexanik shikastga qaysi holat kiradi?

- A) Kuyish
- B) Sovuq urishi
- C) Suyak sinishi
- D) Elektr toki urishi

To‘g‘ri javob: C

3. Teri butunligi buzilgan shikast qanday ataladi?

- A) Yopiq shikast
- B) Ochiq shikast

- C) Ichki shikast
- D) Kombinatsiyalangan shikast

To'g'ri javob: B

4. Bir nechta a'zo va tizimlar zararlanganda qanday travma deyiladi?

- A) Izolyatsiyalangan
- B) Kombinatsiyalangan
- C) Politravma
- D) Yengil travma

To'g'ri javob: C

5. Travmatologik tekshiruv qaysi bosqichdan boshlanadi?

- A) Rentgen tekshiruvi
- B) Laborator tekshiruv
- C) Hayot uchun muhim funksiyalarni baholash
- D) Shikast joyini bog'lash

To'g'ri javob: C

6. Travmada birinchi navbatda nima baholanadi?

- A) Teri rangi
- B) Og'riq darajasi
- C) Nafas olish va qon aylanish
- D) Harakat faolligi

To'g'ri javob: C

7. Travmatologik tekshiruvda palpatsiya nima uchun bajariladi?

- A) Tashxisni yashirish uchun
- B) Og'riqni kamaytirish uchun
- C) Shikastlanish joyini aniqlash uchun
- D) Bemorni tinchlantirish uchun

To'g'ri javob: C

8. Ochiq sinishning asosiy belgisi qaysi?

- A) Shish
- B) Og'riq
- C) Terining shikastlanishi va suyak ko'rinishi
- D) Qizarish

To'g'ri javob: C

9. Travmada anamnez yig'ishda nimaga e'tibor beriladi?

- A) Bemor kasbi
- B) Shikastlanish mexanizmi
- C) Ovqatlanishi
- D) Oilaviy holati

To'g'ri javob: B

10. Travmatologik tekshiruvda immobilizatsiyaning maqsadi nima?

- A) Og'riqni kuchaytirish
- B) Qon ketishni ko'paytirish
- C) Shikastlanishni kuchaytirmaslik
- D) Bemorni harakatlantirish

To'g'ri javob: C

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. **S. S. Yumashev. Travmatologiya va ortopediya** – Toshkent.
2. **A. G. Qodirov. Travmatologiya asoslari** – O'quv qo'llanma.
3. **Campbell's Operative Orthopaedics** – Elsevier.
4. **ATLS® Advanced Trauma Life Support Manual** – American College of Surgeons.
5. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi klinik protokollari.
6. Tibbiyot kollejlari uchun **“Travmatologiya va ortopediya”** darsligi.
7. Moore K.L. Clinically Oriented Anatomy.

2.5.2.mavzu:	Kalla-miya, ko'krak qafasi, umurtqa pog'onasi va chanoq suyaklari shikastlarida bemorlarni parvarish qilish.
---------------------	---

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik xaritasi.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O‘quv mashg‘ulotining shakli va turi	Nazariy mashg‘ulot 2 kredit
Ma’ruza mashgulotining rejasi.	1.Shikastlanish tushunchasi, turlari. 2.Shikastlanishlarda tekshirish usullari, davolash va parvarish qilish xususiyatlari. 3.Bemorlarni travmatologik tekshirishning hususiyatlari.
O‘quv mashg‘uloti maqsadi: 1.Ta’limiy: Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash Amaliy ko‘nikmalarni egallash Egallangan bilim va ko‘nikmalarni amaliyotda qo‘llash Deontologik tarbiyaning shakllanishi Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash 2.Tarbiyaviy maqsadi: Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish O‘z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash Amaliyotda extiyotkorlik va e’tiborlilik xissini shakllantirish	

Ish bosqichlari va vakti	Faoliyat mazmuni	
	Ta’lim beruvchi	Ta’lim oluvchi
1 boskich O‘quv mashgulotiga kirish 10 daqiqa	Tashkiliy kism 1.1 O‘qituvchi sinfga kirib tinglovchilarning o‘quv bulimi tomonidan berilgan ro‘yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiridi,ichki tartib qoidalariga rioya kilishni eslatib o‘tadi, yangiliklar aytiladi va eshitiladi. 1.2 O‘quv mashg‘ulotining mavzusi, maksadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o‘tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun ko‘llaniladigan usullarni aytib o‘yin koidalarini tushintiradi.	Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.
2-boskich. Asosiy qism 65 daqiqa 1. Tinglovchilarning	1.1Tinglovchilarning uyga vazifani bajarganligini tekshiradi va ularga o‘tilgan mavzuni takrorlash “Romashka guli” usulida	1.Tinglovchilar uyga vazifalarini topshiradilar.O‘tilgan

<p>o‘tilgan mavzuni takrorlash maqsadida uyga vazifalarini tekshirish baxolash 10 daqiqa.</p> <p>2.Yangi mavzuni to‘lik bayon etish 40 daqiqa.</p> <p>3.O‘qitishning noana’naviy usullarini ko‘llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash. 15 daqiqa</p>	<p>savol javob o‘tkaziladi.To‘g‘ri javob bergan tinglovchilar baxolanadi.</p> <p>1.2.Yangi mavzu mazmunini o‘qituvchi tomonidan taqdimot ko‘rinishida maxsus monitor orqali xayotga bog‘lagan xolatda keng tushuntiriladi Mavzuga oid savollarga javob beradi.</p> <p>1.3.Mavzu tushuntirilgandan so‘ng yangi mavzuni o‘zlashtirish “INSERT” metodi orqali takrorlanadi.</p>	<p>mavzu bo‘yicha o‘qituvchi tomonidan berilgan savollarga javob beradilar.</p> <p>2.Tinglovchilar ma‘ruzani diqqat bilan tinglaydilar, Yangi mavzu bayonini yozib oladilar.Tushinmagan joylarini savol tariqasida yo‘llab javob oladilar.</p> <p>3. “INSERT” metodi- Chizmani to‘ldiriladi va mavzu takrorlanadi.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib,aktiv qatnashgan tinglovchilar rag‘batlantirilib, baxolar e‘lon qilinadi .Uyga vazifa Kalla-miya, ko‘krak qafasi, umurtqa pog‘onasi va chanoq suyaklari shikastlarida bemorlarni parvarish qilish mavzuni o‘qib konspekt qilish va mavzuga oid 10 ta savol tayyorlash.</p> <p>Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1.Hamraev A.J., Alimov A.V., A‘zamxo‘jaev T.S. “Xirurgiya va reanimatsiya asoslari”. Toshkent, “Zar qalam” nashriyoti, 2005 yil.</p> <p>2.Hamraev A.J. “Xirurgiya ” “O‘qituvchi” nashriyot-matbaa ijodiy uyi, Toshkent, 2007 yil</p> <p>3.M.F.Ziyaeva,M.A.Axmedova “ Jarroxlikda xamshiralik ishi” 2005 y,</p> <p>4.V.N.Turaqulov,F.A.Qurbonov “Xirurgiyada xamshiralik ishi” 2019 y,</p> <p>5.F.N.Nishonov,B.R.Abdullajonov,N.Ye.Boz orov “Xirurgik kasalliklar” 2020 y.</p>	<p>Tinglaydilir, uyga vazifalarni yozib oladilar.</p>

Mavzu: Kalla-miya, ko‘krak qafasi, umurtqa pog‘onasi va chanoq suyaklari shikastlarida bemorlarni parvarish qilish.

Reja:

1. Bosh-miya shikastlarida shoshilinch yordam ko‘rsatish.
2. Bosh miya shikastlarida tekshirish usullari, davolash va parvarish qilish xususiyatlari.
3. Ko‘krak qafasi, umurtqa pog‘onasi, tos suyagi shikastlarida shoshilinch yordam ko‘rsatish.

Bosh miyaning ochiq jarohatlari vaqtida miya qutisi bushlig‘i tashqi muhit bilan yara kanali orqali bog‘langan bo‘lib hamisha miyaga biron infeksiya tushishining xavfi bo‘ladi.

Boshning yumshoq to'qimalari, aponevroz, suyak pardasi va suyak jarohatlansa, bosh qutisining tubi yorilib, burundan, quloqdan likvor oqib chiqsa, bu ochiq kraneotseribral jarohat hisoblanadi.

Ochiq kraneotseribral jarohatlar 2 xilga bo'linadi:

1. Miyagacha o'tmagan jarohatlar. Bunday jarohatlarda miyaning qattiq pardasi yirtilmagan yoki teshilmagan bo'ladi.

2. Miyagacha o'tgan jarohatlar – boshning yumshoq to'qimalari yaralanib, shu joyda suyak sinishidan tashqari miya qattiq pardasi yirtilgan va miya ezilgan bo'ladi.

Ochiq kraneotseribral jarohatlarning asoratlari turlicha bo'ladi. Jumladan, boshning yumshoq to'qimalaridan, miyadan va sinuslardan qon oqishi, yaradan likvor chiqishi, miyaning shishuvi va shu tufayli suyak olingan joyda miya to'qimasining tashqariga bo'rtib chiqishi (protruziya). Bulardan eng havfli infeksiyon asoratlari, meningit, meningoensefalit, bosh suyaklari osteomieliti va miya abscesslaridir.

Ochiq kraneotseribral jarohatlarning kechki davrida epilepsiya, miya chandig'i kabi ko'pgina asoratlari kuzatiladi. Ochiq kraneotseribral jarohatlarning xarakterli xususiyatlaridan biri jarohat vaqtida bemor ba'zan hushini yuqotmasligidir.

Bunday holat jarohat lokal bir joyga ta'sir qilishidan hosil bo'lishi mumkin. Masalan: bolg'a, boltaning o'tkir yoki o'tmas tamoni, pichoq, ketmon kabi qurollar bilan shikastlanganda uchraydigan jarohatlardir. Bemorni tekshira boshlaganimizda uning umumiy ahvolini, yurak – tomir tizimining va nafas olish faoliyatini baholashimiz kerak.

Bosh miyaning mahalliy jarohatlanishi paytida bosh miya nervlari tomonidan bo'ladigan o'zgarishlar juda kam kuzatiladi. Pay reflekslari qarama – qarshi tarafda balandroq, sezgining o'zgarishi, gemiparez, gemiplegiya va bazan qo'llarda qaltiroq bo'lishi mumkin.

Jarohatga tashxis qo'yish uchun bemorning hushini, nevrologik belgilarini, umumiy ahvolini hisobga olib, rentgenografiya va jarrohlik yo'li bilan yarani tekshirib ko'rish kerakdir.

Miyaga ta'sir etgan yaralarning jarroh tamonidan dastlabki ko'rilishi bemorga shoshilinch ravishda narkoz berilgan holda bajariladi. Operatsiyani tezroq o'tkazish maqsadga muvofiq, uni tashxis aniqlangandan so'ng darrov amalga oshirish kerak. Bajarilish vaqtiga qarab ular quyidagicha bo'linadi.

1. Erta bajariladigan operatsiyalar – birinchi kundan keyin.
2. Kechiktirilgan operatsiyalar – 2 – 3 kun moboynda.
3. Kech qilinadigan operatsiyalar 4 kundan keyin qilinadi.

Miyaga ta'sir etgan yaralardan ko'pincha qon, miya detriti va likvor oqib turadi. Bunday paytda miyaga infeksiya tushishi havfi ko'payadi. Shuning uchun operatsiya zudlik bilan o'tkaziladi. Yarani yuvish va unga tushgan begona jismlarni (soch, shisha siniqlari, temir va kiyim parchalari olishdan boshlanadi). Yara kengaytirilib undan suyak parchalari olib tashlanadi. Suyak defiktining chetlari tekislanadi. Yarada qon lahtalari iletir so'rg'ich bilan so'rib olinadi. Yirtilgan qattiq parda qaychi bilan kesilib kengaytirilgan keyin miyani tekshirib ko'rishga imkoniyat yaratiladi. Shundan keyin 3 % li vodorod peroksid eritmasi, gemostatik fibrin pardasi ferokril, 10 % li lagohilus eritmalari yordamida gemostaz qilinadi.

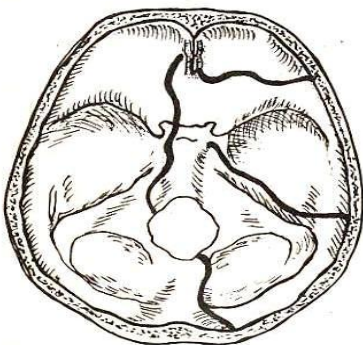
Ochiq kraneotseribral jarohatlarning asoratlari:

- | | |
|-----------------------------------|---------------------|
| 1. Shok | 1. Meningit |
| 2. Yaradan qon oqishi | 2. Meningoensefalit |
| 3. Gematoma | 3. Likvor oqmasi |
| 4. Lekvoreya | 4. Osteomielit |
| 5. Miya detritining oqib chiqishi | 5. Granulema |
| | 6. Miya chandiqlari |
| | 7. miya absessi |

MIYA QUTISI TUBINING SINISHI

Miya qutisi tubining sinishi o'z xarakteriga ko'ra 2 turga bo'linadi: suyak yorig'i bosh miya qutisining gumbaz qismidan boshlanib, uning tubigacha davom etgan sinish miya qutisi tubining sinishi deb aytiladi.

Miya qutisining tubida 3 ta chuqurcha bor. Shu bois oldingi, o'rta va orqa chuqurchalar tubining sinishi ajratiladi. Miya qutisi oldingi chuqurchasi



41- rasm. Miya qutisi tubining sinish chiziqlari.

tubining sinishi ko'ndalang, uzunasigi bo'lib yorilish bazan yuqoriga ham o'tib ketishi mumkin. Yoriq ayrim xollarda ko'z nervi teshigi va to'rsimon plastinkaga borib taqaladi. (41 rasm)

Tashxis qo'yish: kraneotseribral jarohlardan keyin burundan qon aralash suyuqlik chiqa boshlasa bu miya qutisi oldingi chuqurchasi tubining singanligini bildiradi. Bunday belgini likvoriya deyiladi. Ushbu holat suyakdagi yoriq peshona suyak tubidagi to'rsimon plastinka orqali o'tganida va qattiq parda yirtilganda sodir bo'ladi. Orbitaning yuqori devori singanda qon bilan aralashgan likvor retrobulbar to'qimaga o'tadi. Shu tufayli bemorning qavoqlarida bir yoki ikki tarafda asta – sekin qorayish paydo bo'ladi. Shishmasdan qavoqlarda faqatgina qorayishning paydo bo'lishi "ko'z oynak" belgisi deb aytiladi. Bu faqatgina

oldingi chuqurcha tubining sinishiga xosdir. Ba'zi vaqtlarda bznning yumshoq to'qimalari jarohatlanganda qovoqlar va yuz shu zahoti ko'karib shishib ketadi. Ko'zlarni ochib qorachiqlarini ko'rib bo'lmaydi. Bu sohta "ko'z oynak" belgisidir. Demak bosh miya oldingi chuqurchasida sinish yo'qligini bildiradi. Miya qutisi oldingi chuqurchasi tubi sinishining asosiy belgisi bu burundan keladigan likvoreya va haqiqiy "ko'z oynak" belgisidir. Bunday jarohatlar vaqtida hid bilish, ko'rish, ko'zni harakatlantiruvchi va tashqariga tortuvchi nervlarning ish faoliyati buziladi. Ba'zan rentgen tasvirida yoriq aniqlanmasada, klinik belgilarini hisobga olib tashxis qo'yiladi.

Kasallik klinikasida: Diensefal belgilar gipertermiya, qon bosimining ko'tarilishi va mushaklar tonusining oshishi kuzatiladi.

Tashxis qo'yish: Miya qutisi o'rta chuqurchasi tubi yorilishining eng asosiy belgisi quloqdan likvor oqishidir. Bundan tashqari quloq suprasining orqasi ko'karadi. Ko'pincha yuz nervining periferik parezi paydo bo'ladi. O'sha tamonda quloq yaxshi eshitmaydi. Lyumbal punksiya qilinsa likvor bosimi past bo'ladi. Miya qutisi orqa chuqurchasi tubining sinishi kam uchraydi.

Davolash: Yuqorida aytib o'tilgan jarohatlar asosan konservativ yo'l bilan davolanadi. Agar likvoreya hech to'xtamasa unda operatsiya qilish lozim bo'ladi. Ko'pincha likvoriya o'zi to'xtab qoladi. Miya qutisi tubining sinishi ochiq kraneotseribral jarohlarga mansub bo'lganligi uchun doimo miyaga infeksiya kirishi havfining oldini olish zarur. Buning uchun likvoriya to'xtaguncha har kuni burun yo'llariga 3 – 4 marta doka pilik orqali antibiotik eritmasi tomizib turiladi. Antibiotik va sulfanilamid preparatlari beriladi. Likvor bosimi kam bo'lsa, kunora punksiya qilib likvor toza bo'lguncha 5 – 10 sm³ kislorod yuborib turish lozim. Yuborilgan kislorod likvorning tozalanishiga va lekvoriyaning to'xtashiga yordam beradi. Bundan tashqari gemostatik preparatlar va boshqalar beriladi.

Miya kasalliklarini aniqlashda eng oddiy usul bu kranio- va spondilografiya omabop usul bo'lib tashxis qo'yish usullari majmuida keng qo'laniladi.

Bosh miya shikastlarida tekshirish usullari, davolash va parvarish qilish xususiyatlari.

Tekshirish usullari quyidagilardan iborat: Kranografiya, Spandilografiya, Lyumbal punksiya, suboksipital punksiya, Pnevmoensefalografiya, Pnevmoventrikulografiya, Angiografiya, Vertebral angiografiya, Exoensefalografiya, Elektorensfalografiya, Kopyuter tomografiya.

Reoensefalografiya va likvor dinamikasini aniqlash sinovlari quyidigicha: Likvor dinamikasini aniqlash, Pozitiv mielografiya, Pnevmmielografiya, Izotop mielografiya, Elektromiografiya, Oftalmologik tekshiruvlar va Otonevrogik tukshiruvlar olib boriladi.

Kranografiya – bosh qutisisuyaklarinig rentgen nurlari yordamidagi tasvirlarni ikki proeksiyada tushiriladi. Kala suyagini ayrim joylarini. Nervlar chiyadigan teshiklarini, katta ensa

teshigini rentgen tasviriga tushirish uchun maxsus proeksiyalarda tasvirga olinadi, bunday olatni nishonga olib tushirilgan kraniogrammlar deb aytiladi.

Masalan: Eshituv nervini ichki teshigini aniqlash uchun bemor Stenvers usulida yotqizilsa, kuzirish nervlarining teshiklarini olish uchun Reze usulidan foydalanadi.

Rentgenogrammada kala suyagining bevosita belgilari, siniqlar, begona jismlar, suyak o'smalari, qalinlashishi va yemirilishi va ba'zi joylarida kalsiy moddasining to'planib qolishi aniqlanadi.

Spandilografiya– bu ham ikki xil tasvirda tushiriladi. Bunda tasvirlarda umurtqalar tanasining balandligiga, ular orasidagi kengliklar, umurtqalar tutashadigan maydonchalar holatiga, umurtqa yoychasiga, orqa qirra o'simtasiga, umurtqalar deformatsiyasiga (skolioz, lordoz, kifoz)larga e'tibor beriladi.

Umurtqa pog'onasini rentgenografiyaga tushirish va sifatli uchun bemorlarni tayyorlash kerak bo'ladi bunda bemorni ruhan tayyolanadi va parhez buyuriladi kechqurun va ertalab tozalovchi klizma qilinadi.

Lyumbal punksiya – bosh miya pardalarini yalig'lanishi, miya va orqa miya o'smalari, kraniotserebral jarrohatlar, orqa miya suyuqligini olishga va tekshirishga zaruriyat tug'ilganda, bosh miya suyuqligini bosimi oshganda o'lchash, dori –darmon yuborish, havo, kislorod va zarur bo'lganda kontrast moddalar yuborish bosh miya hujayralarini tarkibini tekshirish uchun ham ayni muddaodir.

Orqa miya punksiyasi 3-4 bel umurtqalari orasida qilinadi chunki buer kengish va asab tolalarini ildizlari joylashgan shu uchun orqa miya shikastlanish xafi bo'lmaydi.

Lyumbal punksiyani amalga oshirish uchun zarur asboblari: 2 ta 10millilitrlik shprints, 2 ta qisqich. 2 ta probirka, miya suyuqligi bosimini o'lchaydigan suv manometri – 1 ta, punksiya qilish uchun ishlatiladigan mandrenli igna - 1 ta, sanimetirli tasmacha(likvor bosimini o'lchashuchu).

Orqa miya punksiyasini tkazshuchun yemor yotga yok o'tirgan holatda bo'ladi.

Ko'pincha u muolajani o'tkazish uchun bemor yontomonga yotqizib, bo'yin vaoyoqlariniqoriniga qarab bukkan holatda yotqiziladi. Shu holatda bel umurtqalari orqaga chiqib umurtqa qirra o'simtali yaxshi ko'rinadi. Punksiya qilinadigan joy spirt va yod eritmasi bilan yaxshilab tozalanadi.

Shunda 3-4 bel umurtqalari qirra o'simtalari orasi paypaslab topiladi. To'g'ri chamalab olish maqsadida yonbosh suyaklari qirralarini to'g'ri chiziq bilan birlashtirish shart chunki bu chiziq odatda 3 - 4 bel umurtqalarining qirra o'simtali orasida o'tadi.

Terini ko'satgich va o'rta barmoqlar bilan bosib turib novokainning 0,25% eritmasi bilan mahaliy anesteziya qilinadi. Ineksion ignani sekinlik bilan suqib itarit, epidural bo'shliqqa 10 millilitrga yaqin novokain yuboriladi. Mahaliy og'riqsizlantishir tamom bo'lgandan keyin uzunligi 10 – 12 sm va diametri 0,5 – 0,7 mm bo'lgan mandrenli igna yordamida orqa miya punksiyasi bajariladi. Igna qirra o'simtali orasida o'tadigan paytda ikkita to'siqdan o'tishini sezamiz, bunda birinchisi umurtqalarni orqa oyoqchalarini birlashtiradigan sariq bog'lam bo'lsa, ikkinchisi miyaning qattiq pardasidir.

Igna shu to'siqdan o'tganidan so'ng ignadan mandaren olinadi va undan likvor oqib tomilab boshlaydi. Agar miya suyuqligining bosimi baland bo'lsa, likvor katta bosim bilan otilib chiqadi.

Kichik bolalarda ineksion igna bilan ham punksiya qilish mumkin.

Ignadan suyuqlik chiqishi bilan unga suv manometrining uchi biriktiriladi. Manometr diametri 2 – 3 millimetrli shisha naycha bo'lib uning uchi 90⁰ga bukilgan va unga rezina naycha vositasida kanyula biriktirilgan.

Orqa miya suyuqligi manometrning ma'lum qismiga ko'tarilib to'xtaydi. Suyuqlik ustuning balandligi santimetirlik tasmacha bilan o'lchab olinadi, bu raqam miyaning gidrostatik bosimini ko'rsatadi.

Odatda manometrning 1 – santimetr balandligi 10 mm suv ustuniga teng deb qabul qilingan. Agar manometrda suv ustuninig balandligi 15 santimetrغا teng bo'lsa u holda bosh miyaning ichki bosimi 150 mm suv ustuniga teng bo'ladi.

Katta kishilarda likvor bosimining darajasi bemor yotgan holatida 120 – 180 mm suv ustuni orasida o'zgarib turadi. O'tirgan holatda esa bu ko'rsatgich ikki barobar oshadi 240 – 360 mm suv ustuniga teng bo'ladi.

Katta kishilarda likvor bosimi 200 mm suv ustunidan oshib ketsa, bu bosh miya suyuqligini bosimining oshganligidan darak beradi. Agar bosim 100 mm dan kam bo'lsa, likvor gipotenziyasi deyiladi. Emizakli bolalarda bosh miya bosimini suyuqligi 40 – 60 mm ga, 8 – 10 yoshlik bolalarda 100 – 140 mm ga va katta kishilarda 120 – 180 mm ga teng bo'ladi. Yangi tug'ilgan bolalarda likvor bosimi 10 – 14 mm suv ustuniga teng bo'ladi. Olingan likvor probirkaga solinib laboratoriyaga yuboriladi.

Ko'krak qafasi, umurtqa pog'onasi, tos suyagi shikastlarida shoshilinch yordam ko'rsatish.

Qovurg'alarning sinishi. Ko'krak qafasining ezilishi va bosilishi oqibatida qovurg'alarning yorilishi, suyak usti pardasi ostidan sinishi va bitta yoki bir nechta qovurhalarning to'liq sinishi, siniqlarning o'rnidan siljishi yoki siljimasligi bilan kechishi mumkin. Ba'zan qovurhalar sinib, plevra yoki o'pkaning shikastlanishi bilan asoratlanishi mumkin.

Qovurg'alar yakka singanda o'tkir, siniq chegarasi soxasida ohriq kuzatiladi, bu nafas olganda, yo'talganda va gavda vaziyatini o'zgartirganda kuchayadi. Paypaslash yo'li bilan og'riq nuqtasi aniqlanadi, suyak siniqlari siljigan sinishda qovurhalarning shakli pog'onasimon bo'lib o'zgaradi.

Qovurhalar ko'p joyidan singanda klinik belgi yomonlashib, bemor shok xolatida bo'lishi mumkin. O'pka to'qimasi zararlanganda xavo teri yog' qatlamiga chiqib, emfizemani paydo qiladi, teri bosilganda g'ijirlash seziladi, bemor qon tuflab, nafas olishi qiyinlashadi, akrotsianoza va taxikardiya kuzatiladi. Plevra bo'shlig'iga qon quyilganda gematoma kelib chiqadi. Bunda bemorni o'tirgan vaziyatida perkussiya qilinib, gorizontol satxdagi suyuqlik aniqlanadi. Agar o'pka teshilib, plevra bo'shlig'iga xavo to'plansa, pnevmotoraks kelib chiqadi. Bunda o'pka siqilib, perkussiyada baland perkutor tovush eshitiladi, auskultatsiyada esa o'pkaning nafas olishi eshitilmaydi.

Qovurg'alarning sinishi faqat klinik jixatdan aniqlansada, tashxisni tasdiqlash uchun rentgenologik tekshirishning axamiyati katta.

Davolash. Singan soxaga 5-10 ml 1% li novokain eritmasini yuborilib, blokada qilinadi.

Bemorda o'pka yallig'lanishining oldini loish uchun nafas gimnastikasi bajariladi.

O'mrov suyagining chiqishi aksariyat yelka bilan yiqilganda kuzatiladi. O'mrov suyagi akromial va tush uchlarining chiqishlari farqlanadi. Ko'pincha o'mrov suyagining akromial uchining chiqishi farqlanadi. Boylam apparatining yirtilishi darajasiga ko'ra to'la va qisman chiqish farqlanadi.

O'mrov suyagi akromial uchi chiqqanda yelka usti soxasida akromial uchining chiqib qolishi sababli pog'onasimon detursiya ko'zga tashlanadi. Yelka suyagi uzoqlashtirilganda va o'mrovning chiqib turgan uchi bosilganda o'mrov joyiga tushadi, lekin yelka suyagi joyiga tushganda uning bu uchi yana yuqoriga ko'tariladi. (klavisha simptomi). Tashxis rentgenologik tekshirishda tasdiqlanadi. Davolash konservativ va operativ usullarda olib boriladi.

O'mrov suyagining sinishi. Bevosita zarb tushganda yoki yozilgan qo'lga, tirsakka, yelkning yon yuzasiga yiqilganda o'mrov suyagi sinadi. Bolalarda aksari suyak usti pardasining ostidan sinib, suyak siniqlarining unchalik siljimasligi kuzatiladi.

Davolashda shikastlangan soxaga novokain yuboriladi. Bemorning yelkalari iloji boricha tanasidan uzoqlashtiriladi va ikkala yelka uchi soxasiga ikkita doka xalqa kiygizilib, ular rezina naycha bilan naycha bilan bog'lanadi – Delbe usuli.

Ko'krak qafasi sanchilgan jaroxati. Ko'krak qafasining sanchilgan jaroxatlariga teri, teri osti kletchachkasi, mushak qavati bilan birga parietal plevra jaroxatlanishlari kiradi. Bunda o'pka shikastlanmasligi xam mumkin. Ko'krak qafasining tushib kiruvchi jaroxatlarini o'tkir predmetlarning sanchilishi sovuq quroldan otgan o'q sodir qilishi mumkin. Bu kasallikda ko'pincha pnevmotoraks (plevra bo'shlig'iga xavo yig'ilish), gemotoraks (plevra bo'shlig'iga qon yig'ilishi) kuzatiladi.

Pevmotoraks. Plevra bo'shlig'iga ko'krak bo'shlig'iga jaroxat teshigi orqali (tashqaridan) yoki shikastlangan o'pka orqali xavo orqali kirishi (ichkaridan) natijasida pnevmotoraks xosil bo'ladi.

Xavo plevral bo'shliqqa to'shganda o'pka siqiladi va bu xavo miqdoriga bohliq bo'ladi. Pnevmoreaks: yopiq, ochiq va klapanli turlarga bo'linadi. yopiq pnevmotoraksda plevra bo'shlig'iga kirgan xavo tashqi muxit bilan tutashmaydi, bunda ko'krak qafasi yoki o'pkadagi jaroxat kanali bekilib qoladi;

Ochiq pnevmotoraksda jaroxat kanali ochilib turadi, va plevra bo'shlig'iga tushgan xavo tashqi atmosfera bilan bemalol tutashadi.

Klapanli pnevmotoraksda jaroxat kanalining xususiyatigi ko'ra, xavo plevra bo'shlig'iga bemalol kirib, qaytib chiqqa olmaydi. Shunga ko'ra, bemalol nafas olgan sayin plevra bo'shlig'iga tobora ko'proq xavo yig'ila boshlaydi. Bunda o'pkaning anchagina yezilishi va ko'ks oralig'i a'zolarining sog'lom tomonga siljishi kuzatiladi. Qator xollarda(klapanli pnevmoreaksda) xavo teriosti kletchatkasiga chiqib teriosti emfizemasiga paydo bo'lishiga olib keladi.

Ko'krakda ezilish sezgisi, nafas siqishi paydo bo'ladi, bemor ko'karibketadi, ko'krak qafasining shikastlangan tomonida nafas olish yo'qoladi va birmuncha sustlashadi., tovush titrab chiqadi.

Gemotoraks. Ko'pincha qon plevra bo'shlig'iga jaroxatlangan o'pka tomirlaridan, ba'zan ko'krak devorining shikastlangan tomirlaridan oqib chiqadi. Oqib tushgan qon miqdori 1.5-3 litrgacha yetishi mumkin. Infeksiya ko'shilishi plevra yiringlashiga empiemaga olib kelishi mumkin. Bemorda ichki qon oqish alomatlari paydo bo'lib, teri va shilliq pardalar oqaradi., sovuq ter chiqadi, puls tezlashadi, arterial qon bosimi tushib ketadi.

Davolash. Ko'krak qafasi teshib kiruvchi jaroxatlarida birinchi yordam ochiq pnevmotoraksni bartaraf qilishga qaratilgan bo'ladi. Bu maqsadda jaroxat soxasiga germetiklikni ta'minlaydigan aseptik bog'lama qo'yiladi, buning uchun leykoplastir yoki individual paketdagi rezina aralastirilib, tayo'rangan qopchiqdan foydalaniladi., ustidan paxta dokali bog'lama yopiladi. Bemorlarga og'riq qoldiruchi va yurak faoliyatini yaxshilovchi dorilar yuboriladi. So'ngra ko'krak devoridagi jaroxat xirurgik tozalanadi, uni qavatma-qavat jips qilib tikish, plevra bo'shlig'idan xavo va qon tortib olinadi va darhol transportirovka qilinadi.

Ko'krak qafasi shikastlangan bemorlarni parvarishlash

Ko'krak qafasi shikastlangan bemorlar statsionarda davolanishadi.. Ularni zambilda, boshi ko'targan xolatda transportirovka qilinadi va doimo nafas tezligi va chuqurlig'i, puls va arterial bosim aniqlab turiladi. Og'riqni analgetiklar bilan bartaraf etish muxim xisoblanadi. Ko'krak kafasini teshib kirgan shikastida jaroxatda oklyuziyalovchi bog'lama qo'yiladi. Agar oklyuziyalovchi bog'lamdan keyin bemor axvoli og'irlashsa, xansirash, yuz sianozi, taxikardiya paydo bo'lsa bog'lama olib tashlanadi.

Shikastlanishlarda tekshirish usullari, davolash va parvarish qilish xususiyatlari.

1. Bog'lamlarning jarohatlari:ularning cho'zilishi, uzilishi, sarik bog'larning uzilishi (sarik bog'lama umurqalarning orqa yoychalarini birlashtiradi va kuchli bog'lama hisoblanadi) oldingi va orqa uzunchoq bog'lamlarni orqa o'simtalar orasidagi bog'lamlarning uzilishi kiradi.

2. Umurtqa tanalarining sinishi – yorilishi, parchalanib sinishi, bosilishi va nihoyat bosilib – parchalanib sinishi.

3. Umurtqalar kanali orqa qismining sinishi: umurtqa orqa yoyining sinishi, bo'g'im, ko'ndalang o'simtalar va orqa qirra o'simtlarining sinishi.

4. umurtqalarning chikishi, ham sinib, ham chikishi.

5. Yuqorida ko'rsatilgan jarohatlarning birgalikda uchrashi.

Umurtqa pog'onasiga ta'sir qiladigan kuchlarning mexanizmiga qarab sinishlarning quyidagixillari ajratiladi:

1. Umurtqalarning bukilib sinishi, fleksion sinishi (55a rasm).

2. Umurtqalarning orqaga qayrilib sinishi, ekstenzion sinishlar (55b rasm).

3. Umurtqa pag'onasiga vertikal o'q bo'ylab ta'sir qilgan kuchlar ta'sirida sinish. Bu paytda umurtqalarning orqa yoychasida va tanasida parchalanib sinishholatikuzatiladi.

Umurtqalarning bukilib – **fleksion** sinishi hollari umurtqa pog'onasi vertikal o'q mo'ylab ta'sir qilganda (masalan: suvga kalla tashlab, bosh bilan urilganda) sodir bo'ladi. Shunday bo'lganda umurtqa pog'onasikeskinbukilib natijada orqa qirra o'simtlarining ustidagi uzunasiga joylashgan bolama pay sarik bog'lamlar uziladi umurtqa tanasi ponasimon tarzda qisilib sinadi.

Ba'zan disklarning **fibroz** tashqipardasining yirtilishi natijasida diskning bir qismi umurtqalar kanaliga chikadi va orqa miyani bosadi.

Umurtqalarning orqaga qayrilib – **ekstenzion** sinishlari ko'pincha bo'yin qismida uchraydi. Tashqi kuchlar umurtqa pag'onasiga uni orqaga bukadigan yo'nalishda ta'sir qiladi (masalan: yurib borayotgan yengil mashina keskin to'xtaganida iyakni tagidan urganda). Bunday jarohat vaqtida umurtqalarning tanasini birlashtiruvchi uzunchoq bog'lama uziladi.

Umurtqalarnaro disk yoriladi, bo'g'im, orqa qirra o'simtalari sinadi va orqadagi uzunchoq bog'lamlar uziladi.

Ekstenzion - sinish vaqtida ildizchalar qon tomirlari va orqa miya to'qimasida albatta har xil o'zgarishlar paydo bo'ladi. **Giperekstenzion** - travmada ko'pincha 1 – bo'yin umurtqasi to'g'risida umurtqa arteriyasi qisiladi va miya qutisi orqa chuqurchasi organlarida qon aylanishi buziladi.

Umurtqa pag'onasi jarohatlarining uchunchi mexanizmi shundan iboratki, bunda travma chaqiruvchi kuch umurtqa pag'onasining tik o'qi bo'ylab ta'sir qiladi va eng qisilgan joyda umurtqa tanasining parchalanib ketishiga yoki ponasimon sinishiga sabab bo'ladi. Umurtqa tanasining orqaga siojishi najaida orqa miyaning old tomonibosiladi.

Umurtqa pag'onasining jarohatlari stabil va nostabil xillarga bo'linadi.

Umurtqa singandan keyin umurtqa pag'onasida ikkilamchi siljish holatining sodir bo'lishxavfi bo'lmasa u stabil sinishlar deyiladi.shu bu holatda umurtqa kanali orqa qismi bog'lamlari butun bo'ladi.

Umurtqa tanasining qisilib (**kompresion**), qisilib parchalanib va orqaga bukilib sinishi stabil sinish jumlasiga kiradi.

Nostabil sinishlar:Umurtqalarning chqishi, chikib – snishi orqasidagi bog'lamlarning uzilishlari vaqtida umurtqa pag'onasi doimo joyidan siljib ketish xavfi bo'laganda nostabil sinishlar deb aytiladi.(56 - rasm).

Orqa miyadagi o'zgarishlar va sinishlarning sorid bo'lgan sathiga qarab quyidagi jarohatlari kuzatiladi:

- 1.Orqa miya va umurtqa pag'onasi bo'yin qismining jarohati.
2. Orqa miya va umurtqa pag'onasi ko'krak qismining jarohati.
3. Orqa miya va umurtqa pag'onasi bel – dumg'oz qismining jarohati.
- 4." Ot dumi" (cauda equina) ildizlarining jarohatlari.

Orqa miya to'qimasining jarohatlari:

1. Orqa miyaning chayqalishi.
2. Orqa miyaning lat yeyishi.
3. Orqa miyaning bosilishi.
4. Orqa miyaning ezilishi.
5. Gematomieliya.

Orqa miyaning chayqalishi.Patogenetik jihatdan bu vaqtda orqa miya hujayralarida jarohat ta'sirida **parabioz** deb ataluvchi funksional o'zgarishlar muhofaza qiluvchi tormozlanish jarayoni sodir bo'ladi.

Bu holat travmaning kuchi nerv hujayralarining funksional chidamligidan birmuncha yuqori bo'lganida kuzatiladi.

Bunday kuchli travmaga bardosh bera olmagan nerv hujayralari vaqtinchalik o'z ish faoliyatini to'xtatib tormozlanish yo'li bilan javob beradi. Orqa miyaning shu sathi orqali pasga tamon o'tadigan impulslar vaqtincha to'xtaydi.

Shu tufayli bemorning oyoq – qo'llarida **parez** bo'lishi, sezgining buzilishi, reflekslarning yuqolishi, chanoq organlarinng funksiyalarining buzilishi kabi hollar kuzatiladi.

Bu holat bir necha soatdan 3 - 4 kungacha va ko'proq ham davom etishi mumkin. **Parabioz** holatining qayta tiklanishiga qarab nevrologik o'zgarishlar asta – sekin tiklana boshlaydi va orqa miyaning funksiyasi to'lig'icha o'z holiga keladi.

Dastlabki ko'rikda paraparez, sezgi o'zgarishi, chanoq organlarini funksiyasini o'zgarishi aniklansa, 5 - 7 kundan keyin bu ahvol batamom o'tib ketadi.

Tashxis qo'yish: nevrologik alomatlardan tashqari spondilografiyasvirining natijalari ham hisobga olingan holda xulosa chikoriladi. Odatda umurtqa pag'onasining rentgen tasvirida o'zgarish bo'lmaydi. Lekin ayrim holatlarda umurtqalarning tanasida yengil kompressiya yoki ko'ndalang o'simtalarning sinishi kuzatish mumkin.

Orqa miya suyuqligi toza va tinik subaraxnoidal oralikning o'tkazuvchanligi buzilmaydi va syuqlik erkin yuradi.

Davolash: Bemor taxtalar qo'yilgan tekis taxtalarda qimirlamay yotishi zarur. Unga galantamin yoki prozerin, V guruhdagi vitaminlar, antibiotiklar, og'rikni qoldiruvchi dori vositalar beriladi. Bemorning statsionarda yotish muddati 30 – 40 kun orasida belgilanadi.

Orqa miyaning lat yeyishi: - vaqtida uning to'qimasigaqon quyilai. Orqa miya qisman eziladi.shuning natijasida likvor va qon aylanishi buzilai miya to'qimasida shish kuzatiladi. Funksiyasi buziladi.

Orqa miya bo'yin bo'limining yuqori qismining lat yeyishi jarohat birinchi va to'rtinchibo'yin umurtqalari to'g'risida sodir bo'lganida kuzatiladi.

Klinik belgilari:qo'l va oyoqlarda harakat, sezgilar mutlaqo bo'lmaydi (tetraplegiya,tetroanesteziya). Diafragmaning paralichi tufayli bemorga havo yetishmaydi va hikichoq tutadi. Bo'yinda va ensa qismida orqa miya ildizlarishikasti uchun xos og'riklar bo'ladi bemor hojatini chikora olmaydi.

Orqa miyaning lat yegan joyidan shish yuqoriga qarab tarqalsa nafas olishi judo qiyinlashadi, tomir urishi sekinlashadi, nistagm va gipertermiya kuzatiladi.

Klinik belgilari: yuqorida ko'rsatilgan umurtqalarning qirra o'simtalari palpatsiya qilinganda og'riyi va deformatsiya uchraydi. Qo'llarda periferik paralich oyoqlarda spastik paraplegiya bo'ladi va chanoq organlaring funksiyasi buziladi hamda ptoz va ko'z qorachig'ini torayishi va enoftalm paydo bo'ladi.

Tashxis qo'yish:voqea sodir bo'lgan joyda bemorning kuzatish uning oyoq – qo'llarini qimirlata olmasligi bo'yinning og'rishi umurtqalar deformatsiyasi namoyon bo'ladi.Singan joyda to'qimalar shishadi.

Agar bo'yin qismida jarohat borligi aniklansa darhol bo'yinga **Shans** bog'lamasini yoki imoblizatsiya qiluvchi **Volkov** taxtachasini qo'yishimiz kerak.

Tez yordam mashinasida qattik taxtalar ustiga to'shak solib unga orqa bilan yotqiziladi va davolash muassasiga olib boriladi.

Gematomieliya:Orqa miyaning kulrang moddasi pufakcha va naycha holda qon quyilishi gematomieliya deyiladi (58 rasm). Kulrang modda orqali faqatgina yuzaki sezgi yo'llari o'tganligi uchun shu sohadagi segmekntlar sathida sezgi buziladi. Bu holat bo'yin va bel sohasida ko'proq uchraydi. Ayni paytda harorat va og'rik sezgilari yuqolgan paytda taktil sezgisi saqlanib qoladi.

Tashxis qo'yish:kasallik uchun ilgari segmentar harakatdapg sezgining buzilishi keyinchalik esa sezgi va harakatning o'tkazuvchanligi buzilishi parez va paralichning qo'shilishi xosdir.

Operatsiya qilish mumkin bo'lmagan holatlar:1. Travmatik shok. 2. Ichki organlar bilan orqa miyaning birgalikda jarohatlanishi, ichki organlardan qon ketishi. 3. Nafas olishining keskin qiyinlashishi, gemodinamikaning o'zgarishi va gipertermiya. 4. Ichki organlar kasalliklari: sepsis. Urosepsis, zotiljam va boshqalar.

Davolash:operatsiyadan keyin orqa miya hujayralarining o'tazuvchanlik qobiliyatini oshiradigan dorilardan prozerin, galantamin, dibazol, V guruhdagi vitaminlar hamda metiluratsil, ATF, aloe, lidaza, antibiotiklar, gormonlar massaj va davolash fizkulturasi buyuriladi. Oqsil moddalari bor suyuqliklar tomirga tomiziladi va operatsiya bo'lgan joyga parafin qo'yiladi.

Orqa miya shoki:Qattik travma ta'sirida orqa miya hujayralarida parabiotik holat yuzaga kelib uning barcha reflektor funksiyasini yo'qolishiga **orqa miya shoki** deyiladi. Travmaga ko'ra qisqa yoki uzoq davom etishi mumkin.

Sof orqa miya shoki 15 - 20 kun davom etadi. Orqa miyadagi shok holatini **suyak pachalari, gematoma, miya shishi** va **likvor** aylanishining buzilishi kuchaytirib uzoqqa cho'zilishi mumukin. Jarohat vaqtida 4 - 8 hafta o'tgach orqa miya shok holatidan to'lig'icha chikadi.

Ertaroq operatsiya qilib qon va likvor aylanishi tiklansa, orqa miya yot narsalardan tozalansa buning patogenetik ahamiyati shuncha katta bo'ladi.

Eng uzoq va chuqur shok holati orqa miya to'lig'icha uzilganida bo'ladi.

3. Bemorlarni parvarishlash, yotoq yaralari, urosepsis va sepsisni oldini olish usullari. Ushbu holatda ahvoli og'ir yotgan bimorni doimiy ravishda nazorat ostiga oish zarur bo'ladi chunki bemor o'zini idora qilabilmaydi, hamshira aynipaytda bemorni takliklarini tozashi, oqliklarini o'z vaqtida tekislab non ushoqlari va ichki kiyimlarini doimiy ravishda tekislab turishi hamda bemorni yehtiyotkorlik bilan yon tamonlarga burib yelka va orqalarini uqalab spirt yoki issik suvga namlangan yumshoq sochikni olib ehtiyotkorlik bilan artibturishi lozim. To'shakka doimiy ravishda tegib turadigan tana sohalarini buzatib turib ayniksa son - quymich, bel - dumg'aza, yelka - kurak sohalarini kuzatishi shart, chunki teri osti mirotsirkulyatsiya yani limfa, kichik qon tomirlar va kapilyarlarda hamda teri osti retseptorlarni funksiyasi buzilishi mumkin va ayni paytda infeksiya tushish xavfi paydo bo'ladi. Og'ir yotgan bemorlarni kichik chanoqda joylashgan organlarni fuksiyasi buzilishi yoki izdan chikishi mumkin ya'ni fiziologik peshob va yozilish funksiyasini yuqotadi, demak hamshira katetir va klizma qilish usullarini bilishi kerak va aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilmasa bemorda siydik yo'llari orqali infeksiya tushib urosepsis va infeksiya qon oqimiga tushib gematogen yo'l bilan sepsisini chaqirishi mumkin. Hamshira doimiy ravishda og'ir yotgan bemorlarni yuvintirib, oyoqlarini vanna qilib, yuz - beti va qo'llarini yuvib artib turishi kerak, bundan tashqari parhezli taomlarni berilishi lozim sabab yotgan kishini hazm sistemasini fa'oliyati susayadi shuning uchun turi muammolarni ketirib chiqaradi.

MAVZUGA OID TIBBIY ATAMALAR

1. **Travma** – tashqi ta'sir natijasida to'qima yoki organ shikastlanishi.
2. **Kommotsiya** – miya chayqalishi.
3. **Kontuziya** – miya ezilishi.
4. **Gematoma** – qon to'planishi.
5. **Intrakranial bosim** – kalla ichidagi bosim.
6. **Amneziya** – xotira yo'qolishi.
7. **Nevrologik simptom** – asab tizimi bilan bog'liq belgilar.
8. **Fraktura** – suyak sinishi.
9. **Reanimatsiya** – hayotiy funksiyalarni tiklash choralari.
10. **Immobilizatsiya** – shikastlangan joyni harakatsiz holatga keltirish.

“Romashka guli” interfaol o'yini qo'llanish texnikasi

“Romashka guli” — savol va topshiriqlarni gul yaproqlari ko'rinishida berish orqali o'quvchilarni faol ishtirokga jalb qiluvchi metod.

1 Maqsadni aniqlash

- Yangi mavzuni mustahkamlash
- Takrorlash yoki nazorat qilish
- Talabalarning mustaqil fikrlashini rivojlantirish

2 Tayyorlov bosqichi

- Karton yoki slaydda **romashka guli** tasviri chiziladi.
- Gul markaziga **mavzu nomi** yoziladi.
- Har bir yaproqqa savol, klinik vaziyat yoki topshiriq yoziladi (6–12 ta).

✦ Masalan (tibbiyotda):

Markaz: “Arterial gipertenziya”

Yaproqlar:

- Belgilari
- Sabablari
- Diagnostika
- Asoratlari
- Davolash

- Profilaktika

3 Qoidalarni tushuntirish

- Talaba yoki guruh bitta yaproqni tanlaydi.
- Savolni o‘qib, belgilangan vaqt ichida javob beradi (1–2 daqiqa).
- To‘g‘ri javob uchun ball beriladi.

4 O‘yinni o‘tkazish jarayoni

- Navbat bilan yaproqlar tanlanadi.
- Har bir savol muhokama qilinadi.
- Zarurat bo‘lsa, boshqa guruh javobni to‘ldiradi.

5 Baholash

- To‘g‘ri va to‘liq javob – maksimal ball
- Qisman javob – yarim ball
- Faollik ham inobatga olinadi

6 Yakuniy tahlil (Refleksiya)

- Eng qiyin savol qaysi bo‘ldi?
- Qanday yangi bilim olindi?
- Xatolar ustida qisqa izoh beriladi.

🎯 Afzalliklari

- Mavzuni tizimli o‘rganishga yordam beradi
- Barcha talabalarni jalb qiladi
- Vizual ko‘rinishi sababli esda yaxshi saqlanadi
- Jamoaviy ishlashni rivojlantiradi

“INSERT” metodi interfaol o‘yini qo‘llanish texnikasi

“INSERT” — matn bilan ishlash orqali o‘quvchilarning **tushuncha, tahlil va tanqidiy fikrlash** ko‘nikmalarini rivojlantirishga qaratilgan metod. Tibbiyot fanlarida nazariy bilimni mustahkamlash va diagnostik tafakkurni shakllantirishda samarali.

1. Maqsadni aniqlash

- Matnni tushunishni va asosiy g‘oyalarni ajrata olishni rivojlantirish
- Talabalarining aktiv o‘qish ko‘nikmalarini shakllantirish
- Mavzuni mustahkamlash va mustaqil tahlil qilish

2. Tayyorlov bosqichi

- Tegishli mavzuga oid matn tayyorlanadi
 - Masalan: “Arterial gipertenziya: etiologiya, simptomlar, asoratlar”
- Talabalar uchun belgilar yoki kodlar tayyorlanadi:
 - “+” – bilgan ma’lumot
 - “-” – noto‘g‘ri deb hisoblangan ma’lumot
 - “?” – tushunarsiz yoki savol tug‘ilgan joy
 - “!” – yangi yoki hayratlanarli ma’lumot

3. Qoidalarni tushuntirish

- Matnni o‘qib chiqib, har bir jumla yoki fikrni tegishli belgi bilan belgilash
- Talabalar individual yoki guruh bo‘lib ishlashi mumkin
- Vaqt belgilanadi (5–10 daqiqa)

4. Matnni o‘qish va belgilash

- Talabalar matnni o‘qib, belgilarni qo‘yadi: +, -, ?, !
- Har bir belgi asosida tahlil va muhokama qilinadi

5. Muhokama bosqichi

- Talabalar o‘z belgilari va sabablarini izohlaydi
- Boshqalar bilan fikr almashadi
- Noto‘g‘ri tushunilgan yoki yangilik sifatida qabul qilingan ma’lumotlar aniqlanadi

6. Xulosa chiqarish

- O‘qituvchi matn bo‘yicha asosiy tushunchalarni mustahkamlaydi

- Savollar va tushunmovchiliklar aniqlanadi
- Kerakli qo‘shimchalar beriladi

🎯 Afzalliklari

- Tanqidiy va mantiqiy fikrlashni rivojlantiradi
- Bilimni mustahkamlash va yangi ma’lumotni ajratib olishga yordam beradi
- Talabalarni faol ishtirokga jalb qiladi
- Murakkab matnlarni tushunishni osonlashtiradi

+	-	?	!

NAZORAT SAVOLLARI

1. Aseptik va infitsirlangan jaroxatlarning o‘ziga xos xususiyatlari
2. Jaroxatlarning klinik manzarasi turli jaroxatlarda xamshiralik yordamini tashkil qilish
3. Shikastlanishlar, tasnifi.
4. Shikastlanishlarda birinchi yordam ko‘rsatish.
5. Yopiq shikastlar. Yumshoq to‘qimalarni shikasti: lat yeyish, cho‘zilish, yorilish.
6. Desmurgiya, bog‘lamlar turlari va ularning maqsadi.
7. Bog‘lamlarga qo‘yiladigan talablar, va ular uchun ishlatiladigan materiallar.
8. Kuyish darajasi. Maydonini aniklash.
9. Kuyishda birinchi yordam ko‘rsatish.
10. Kuyish kasalligi

MAVZUGA OID TESTLAR

1. Kalla miya shikastlari qanday turlarga bo‘linadi?

- A) Ochiq va yopiq
- B) O‘tkir va surunkali
- C) Yuqumli va yuqumsiz
- D) Birlamchi va ikkilamchi

Javob: A

2. Miya chayqalishi qanday shikast turiga kiradi?

- A) Ochiq shikast
- B) Yopiq shikast
- C) Termik shikast
- D) Kimyoviy shikast

Javob: B

3. Kalla miya shikastining eng yengil turi qaysi?

- A) Miya ezilishi
- B) Miya chayqalishi
- C) Miya bosilishi
- D) Miya qon quyilishi

Javob: B

4. Kalla miya shikastida eng muhim diagnostika usuli qaysi?

- A) UZI
- B) Rentgen

C) KT (kompyuter tomografiya)

D) EKG

Javob: C

5. Miya chayqalishida ko‘p uchraydigan belgi qaysi?

A) Qon ketishi

B) Qisqa vaqt hushdan ketish

C) Yuqori isitma

D) Nafas yetishmovchiligi

Javob: B

6. Kalla miya shikastida birinchi yordam nima?

A) Issiq kompress qo‘yish

B) Bemorni harakatlantirish

C) Boshni qimirlatmaslik va tinch holat

D) Ko‘p suyuqlik berish

Javob: C

7. Kalla miya ichiga qon quyilishi qanday ataladi?

A) Gematoma

B) Kontuziya

C) Luksatsiya

D) Distorsiya

Javob: A

8. Kalla miya shikastida qusish nimaning belgisi bo‘lishi mumkin?

A) Oshqozon kasalligi

B) Miya zararlanishi

C) Yurak kasalligi

D) Buyrak kasalligi

Javob: B

9. Miya ezilishi qanday shikast turiga kiradi?

A) Og‘ir shikast

B) Yengil shikast

C) Surunkali kasallik

D) Yuqumli kasallik

Javob: A

10. Kalla miya shikastida bemorni tashishda bosh qanday holatda bo‘lishi kerak?

A) Pastga egilgan

B) Harakatda

C) Qimirlamaydigan holatda

D) Yon tomonga egilgan

Javob: C

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. X. Raximov – Travmatologiya va ortopediya (tibbiyot talabalari uchun darslik).
2. S. Qodirov – Jarrohlik kasalliklari.
3. A. Askarov – Favqulodda tibbiy yordam.
4. T. Daminov – Nevrologiya asoslari.

5. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi – Travmatologiya bo‘yicha klinik qo‘llanmalar.
6. Hamraev A J Xirurgiya va reanimatsiya asoslari.
7. Muratov S.N. Xirurgik kasalliklar va bemorlarni parvarish qilish. Toshkent. Meditsina 1989 y
8. Siromyatnikova A.B, “Xirurgiyadan amaliy mashg‘ulotlar bo‘yicha qo‘llanma” Toshkent. Meditsina 1988 y
9. Oripov U.O. “Umumiy xirurgiya” Toshkent, 1994 y
10. Shomirzaev N.X, Sadullaev N, S “Operativ jarroxlik” Toshkent “Ibn Sino” nashriyoti 1994 yil
11. A.J Xamraev “Xirurgiya” Toshkent “O‘qituvchi” nashriyoti 2011yil

2.5.6-mavzu:	Qoqshol, gazli gangrena, quturish kasalliklarini oldini olish.
---------------------	---

Ma’ruza mashg‘ulotini o‘qitish texnologik xaritasi.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O‘quv mashg‘ulotining shakli va turi	Nazariy mashg‘ulot 2 kredit
Ma’ruza mashg‘ulotining rejasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Qoqshol kasalligi, sabablari, oldini olish. 2. Gazli gangrena e’tiologiyasi, klinikasi, oldini olish choralari. 3. Quturish kasalliki belgilari oldini olish
<p>O‘quv mashg‘uloti maqsadi: 1.Ta’limiy: Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash Amaliy ko‘nikmalarni egallash Egallangan bilim va ko‘nikmalarni amaliyotda qo‘llash Deontologik tarbiyaning shakllanishi</p>	

Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash

2.Tarbiyaviy maqsadi:

Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish

Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish

O‘z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash

Amaliyotda extiyotkorlik va e’tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta’lim beruvchi	Ta’lim oluvchi
<p>1 bosqich O‘quv mashg‘ulotiga kirish 10 daqiqa</p>	<p>Tashkiliy kism 1.1 O‘qituvchi sinfga kirib tinglovchilarning o‘quv bulimi tomonidan berilgan ro‘yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiridi, ichki tartib qoidalariga rioya kilishni eslatib o‘tadi, yangiliklar aytiladi va eshitiladi. 1.2 O‘quv mashg‘ulotining mavzusi, maksadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o‘tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun ko‘llaniladigan usullarni aytib o‘yin koidalarini tushintiradi.</p>	<p>Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.</p>
<p>2-boskich. Asosiy qism 65 daqiqa 1. Tinglovchilarning o‘tilgan mavzuni takrorlash maqsadida uyga vazifalarini tekshirish baxolash 10 daqiqa. 2.Yangi mavzuni to‘lik bayon etish 40 daqiqa. 3.O‘qitishning noana’naviy usullarini ko‘llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash. 15 daqiqa</p>	<p>1.1Tinglovchilarning uyga vazifani bajarganligini tekshiradi va ularga o‘tilgan mavzuni takrorlash “Aqliy xujum” usulida savol javob o‘tkaziladi.To‘g‘ri javob bergan tinglovchilar baxolanadi. 1.2.Yangi mavzu mazmunini o‘qituvchi tomonidan taqdimot ko‘rinishida maxsus monitor orqali xayotga bog‘lagan xolatda keng tushuntiriladi Mavzuga oid savollarga javob beradi. 1.3.Mavzu tushuntirilgandan so‘ng “BAHS - MUNOZARA” metodi- biror mavzu bo‘yicha ta’lim oluvchilar bilan o‘zaro bahs-munozara va fikr almashuv tarzida o‘tkaziladigan metoddir.</p>	<p>1.Tinglovchilar uyga vazifalarini topshiradilar.O‘tilgan mavzu bo‘yicha o‘qituvchi tomonidan berilgan savollarga javob beradilar. 2.Tinglovchilar ma’ruzani diqqat bilan tinglaydilar, Yangi mavzu bayonini yozib oladilar.Tushinmagan joylarini savol tarikasida yo‘llab javob oladilar. 3. “BAHS - MUNOZARA” metodi- biror mavzu bo‘yicha ta’lim oluvchilar bilan</p>

		o‘zaro bahs-munozara va fikr almashuv tarzida o‘tkaziladigan metoddir
3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa	<p>Dars xulosalanib,aktiv qatnashgan tinglovchilar rag‘batlantirilib, baxolar e‘lon qilinadi .Uyga vazifa Qoqshol, gazli gangrena, quturish kasalliklarini oldini olish mavzuni o‘qib konspekt qilish va mavzuga oid 10 ta test tayyorlash.</p> <p>Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1.Hamraev A.J., Alimov A.V., A‘zamxo‘jaev T.S. “Xirurgiya va reanimatsiya asoslari”. Toshkent, “Zar qalam” nashriyoti, 2005 yil. 2.Hamraev A.J. “Xirurgiya ” “O‘qituvchi” nashriyot-matbaa ijodiy uyi, Toshkent, 2007 yil 3.M.F.Ziyaeva,M.A.Axmedova “ Jarroxlikda xamshiralik ishi” 2005 y, 4.V.N.Turaqulov,F.A.Qurbonov “Xirurgiyada xamshiralik ishi” 2019 y, 5.F.N.Nishonov,B.R.Abdullajonov,N.Ye.Boz orov “Xirurgik kasalliklar” 2020 y.</p>	Tinglaydilar, uyga vazifalarni yozib oladilar.

Mavzu: Qoqshol, gazli gangrena, quturish kasalliklarini oldini olish.

Reja:

4. Qoqshol kasalligi, sabablari, oldini olish.
5. Gazli gangrena e‘tiologiyasi, klinikasi, oldini olish choralari.
6. Quturish kasalligi belgilari oldini olish

Qoqshol (lotincha: Tetanus) – bu asab tizimining shikastlanishi va skelet mushaklarining tonik tirishishi va umumiy talvasalar (sudorogi) bilan namoyon bo‘ladigan sapronoz bakterial o‘tkir yuqumli kasallik. Patogenning yuqishi kontakt mexanizm orqali sodir bo‘ladi.

- Bemor boshqalar uchun yuqumlilik xavfini tug‘dirmaydi. Kasallik o‘chog‘ida epidemiologik tadbirlar o‘tkazilmaydi;
- Kasallikdan keyin immunitet rivojlanmaydi;
- Qoqshol infeksiyasidan so‘ng tuzalib ketish yangi kasallanishdan himoya qilmaydi;
- Kasallikning rivojlanishi uchun yetarli bo‘lgan oz miqdordagi qoqshol toksinlari kerakli antitana titrlarini ishlab chiqarilishini ta‘minlay olmaydi. Shuning uchun qoqsholning klinik shakllari bo‘lgan barcha bemorlar tashxis qo‘yilgach yoki tiklanishdan keyin darhol qoqshol anatoksini bilan emlanishlari kerak^[1].

Etiologiyasi

Qoqshol qo‘zg‘atuvchisi gram-musbat qoqshol tayoqchasidir (lotincha: Clostridium tetani) – spora hosil qiluvchi anaerob sanaladi, ya‘ni u kislorodsiz muhitda yashaydi. Bu uchlari dumaloq bo‘lgan, uzunligi 4-8 mkm va eni 0,3-0,8 mkm, 20 tagacha uzun xivchinga ega bo‘lgan harakatchan ingichka tayoqchadir.

Qoqshol qo'zg'atuvchisi ubikvitar (hamma joyda yashovchi) toifasiga kiradi, ammo ayni paytda shartli patogen mikroorganizm sanaladi. U odam va hayvonlar ichaklarining normal florasida tarkibiga kirib, u yerda xo'jayin organizmga zarar yetkazmagan holda yashaydi va ko'payadi.

Shu sababli qoqshol bakteriyalari bilan yuqori darajada ifloslanish qishloq xo'jaliklari – inson va hayvon najasi bilan ifloslangan, namlik yetarli darajada bo'lgan bog'larda, sabzavot maydonlari, yaylovlar va boshqa joylarda uchraydi.

Bakteriyalar kislorod mavjud bo'lganda va 4 °C dan kam bo'lmagan haroratda spora hosil qiladi. Sporalar tashqi ta'sirlarga chidamli: 90 °C gacha haroratga 2 soat, qaynatilganda 1-3 soat, quruq holatda 150 °C gacha haroratga bardosh bera oladi, sho'r dengiz suvida 6 oygacha yashaydi.

Kislorod mavjud bo'lmaganda, 37 °C harorat va yetarli namlik sharoitida sporslar beqaror vegetativ shaklga o'tadi.

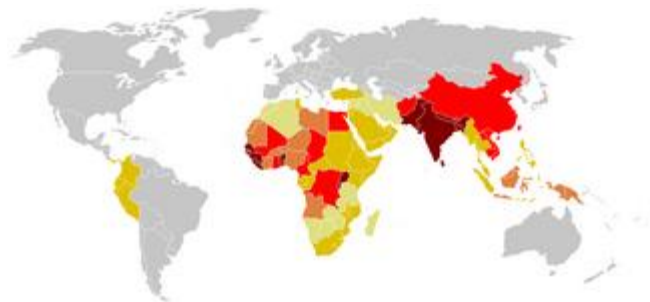
Qo'zg'atuvchi qoqshol ekzotoksini ishlab chiqarsfi, u bakterial zaharlardan biri bo'lib, kuchi bo'yicha botulinotoksindan keyingi o'rinda turadi. Toksin isitish, quyosh nuri, ishqorli muhit ta'sirida parchalanib ketadi. Ichak shilliq qavati orqali so'rilmaydi, shuning uchun yutilganda xavfsiz sanaladi.

Tarixi

Jarohatlar va qoqshol rivojlanishi o'rtasidagi bog'liqlik Misr, Gretsiya, Hindiston va Xitoyning eng qadimgi sivilizatsiyasi shifokorlari tomonidan qayd etilgan. Birinchi marta ushbu kasallikning klirik ko'rinishi Gippokrat tomonidan tasvirlangan, uning o'g'li qoqsholdan vafot etgan. Ushbu kasallikni o'rganish bilan Kapadokiyadan Galen, Sels, Aretey, Avitsenna, Ambroise Pare va boshqa antik va o'rta asrlarning mashhur shifokorlari shug'ullangan.

Qoqsholni ilmiy o'rganish 19-asrning ikkinchi yarmida boshlangan. Qoqsholning qo'zg'atuvchisi deyarli bir vaqtning o'zida 1883 yilda rus jarrohi N. D. Monastyrskiy va 1884 yilda nemis olimi A. Nikolayer tomonidan topilgan. Mikroorganizmning sof madaniyati 1887 yilda yapon mikrobiologi S. Kitasato tomonidan ajratilgan, u 1890 yilda qoqshol toksinini olgan va nemis bakteriologi E. Bering bilan birgalikda tetanozga qarshi sarum yaratgan. 1923 yilda fransuz immunologi G. Ramon qoqshol anatoksini oldi, u kasallikning oldini olish uchun ishlatila boshlandi.

Tarqalganligi



Qoqsholning qayd etilgan holatlari (1990-2004). Yuqori kasallanishdan (to'q qizil) bir nechta holatlargacha (och sariq) (och kulrang = past kasallanish)

Qoqshol kasalligi dunyoning barcha mintaqalarida uchraydi, ammo ekvatorga yaqin hududlarda kasallanish darajasi va o'lim foizi yuqoriroq bo'ladi. Qoqshol kasalligi issiq va nam iqlimli bo'lgan mamlakatlarda, dezinfektsiyalash vositalari, profilaktik emlashlar va umuman tibbiy yordam bo'lmagan joylarda, ya'ni Afrika, Osiyo va Lotin Amerikasidagi qashshoq va

rivojlanmagan mamlakatlarda keng tarqalgan. Biroq, rivojlangan mamlakatlarda ham u har yili minglab odamlarning umriga zomin bo'ladi.

Fasllar almashinuvi sezilari bo'lmagan mintaqalarda (tropik va subtropiklarda) kasallik yil davomida kuzatiladi, mo'tadil iqlimi mamlakatlarda u mavsumiy xususiyatga ega (kechki bahor – erta kuz oralig'ida).

Kasallikning tarqalgani (har 100 000 aholi boshiga):

- Rivojlanayotgan mamlakatlarda 10-50 ta holat;
- Majburiy immunizatsiya profilaktikasi bo'lgan mamlakatlarda 0,1-0,6 ta holat.

Qoqshol holatlarining 80 foizi yangi tug'ilgan chaqaloqlarga (kindik orqali infektsiya kirishi), shuningdek, jarohatlanishlar ko'p kuzatiladigan 15 yoshgacha bo'lgan o'g'il bolalarga to'g'ri keladi. Kattalar orasida qoqshol kasalligining qariyb 60 foizi qariyalarda uchraydi. Kasallanish va o'lim holatlarining eng ko'p foizi qishloq joylarda kuzatiladi.

Qoqsholda o'lim darajasi juda yuqori (faqat quturish va o'pka o'latida bundan yuqoriroqdir). Zamonaviy davolash usullari qo'llanilganda bemorlarning 17-25% vafot etadi, hozirgi paytda bu ko'rsatkichni pnevmoniya, sepsis va bakterial toksin tufayli yurak-falaj kabi asoratlar rivojlanishi sababli kamaytirishning iloji yoq. Profilaktik emlashlar va malakali tibbiy yordam mavjud bo'lmagan hududlarda o'lim darajasi qariyb 80% ni tashkil qiladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda o'lim darajasi 95% ga yetadi.

2010-yilda dunyoda ushbu kasallik tufayli 61 000 ga yaqin o'lim holati qayd etilgan. Ammo, qayd qilinmagan holatlar va kasallikning sezilarli ifodalanmagan shakllari (ayniqsa, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda) ehtimolligini hisobga olgan holda, dunyoda qoqsholdan umumiy yo'qotishlar soni yiliga 350-400 ming kishini tashkil qilishi mumkin.

Yuqish yo'llari

Qo'zg'atuvchi faqat tirik organizmning kisloroddan mahrum bo'lgan to'qimalariga kirganda patogen xususiyatini namoyon qiladi. Ayniqsa sanchuvchi yoki chuqur cho'ntaklarga ega jarohatlarda anaerobioz sharoiti hosil bo'lishi tufayli katta xavf tug'diradi.

Qoqshol qo'zg'atuvchisining tushish joyiga qarab jarohatdan, infeksiyadan, kuyishdan, elektrdan shikastlanishdan, sovqotishdan va operatsiyadan so'ng; bachadon va tug'ruq yo'llari shilliq qavatidan boshlanishiga qarab, chaqaloqlar qoqsholi, tuqqandan so'nggi qoqshol farqlanadi. Chala homilani tashlaganda ham ushbu kasallik paydo bo'lishi mumkin^[2].

Ta'sir qilish mexanizmi

Qo'zg'atuvchi qulay muhitga tushganda faol ko'payishni va qoqshol toksinini ajratishni boshlaydi. Toksin periferik asab tizimining harakatlantiruvchi tolalari va qon oqimi orqali orqa, uzunchoq miyaga va miya poyasining retikulyar shakllanishiga kirib boradi.

Qoqshol toksini ikki turdagi modda saqlaydi:

- Tetanospazmin asab tizimiga ta'sir qilib, ko'ndalang-targ'il mushaklarning tonik tirishishlarini chaqiradi;
- Tetanogemolizin qondagi eritrositlarning gemoliziga olib keladi.

Mushaklarning rigidligi (tarangligi) shikastlangan oyoq-qo'ldan qarama-qarshi tomondagisiga, keyin gavda, bo'yin, boshga tarqaladi, so'ngra talvasalar paydo bo'ladi. Nafas olish a'zolari va yurak mushaklarining falajlanishi sodir bo'lishi mumkin.

Tasnifi

Kasallikning tarqalish formalari quyidagilardir:

A. Umumiy (tarqalgan): 1. Birlamchi. 2. Pastga tushuvchi. 3. Yuqoriga ko'tariluvchi (tirishish jarohatdan yuqoriga tarqaladi). Trizm belgisi paydo bo'ladi.

B. Mahalliy (cheklangan): 1. Qo'l va oyoq. 2. Bosh (t. Cephalic) miya nervlariga ta'sir qilib, mushaklarni shikastlantiradi. IX-XI juft nervlar shikastlansa tam bilish yo'qoladi, og'ir hollarda halqum mushaklari tirishib, tovush yo'lini (asfikatsiya) qisadi. Ba'zida klinik manzarasi qutirishni eslatadi, shuning uchun bu kasallik „tetanus hydrophobicus“ ham deyiladi.

3. Tana qoqsholi (ichki organlar ham kiradi). 4. Cheklangan (qo'l, tana va b.) Mahalliy qoqshol cheklangan mushaklar ta'sirida jarohat atrofida ro'yobga keladi, klinik manzarasi yengil bo'ladi. Bu formasida tetanotoksin chala to'plangan bo'lib, uning asosiy qismi orqa miyaning ma'lum segmentida joylashgan bo'ladi. Shuning uchun tanada lokal

sindrom yuzaga keladi.

Klinik forma to'rt bosqichda kechadi:

1. O'tkir (t. Vehemens).

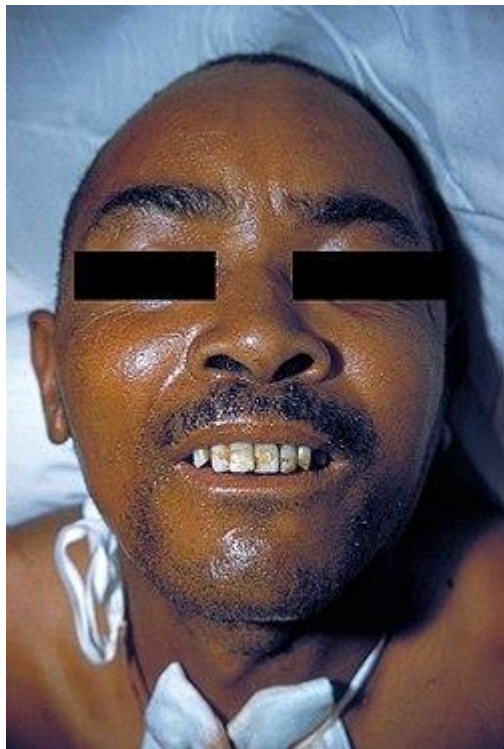
2. Surunkali (t. lentus).

3. Klinik belgilari yorqin (t. Completus).

4. Klinik belgilari noaniq (t. Incompletus).

Shuningdek, yengil, o'rtacha va og'ir, yashin tezligidagi formalari ham farqlanadi

Klinik manzarasi



1-rasm. Qoqshol bo'lgan bemorda trismus va risus sardonicus (istehzoli kulish)

Boshlanishida bosh og'rig'i, charchoq, uyqusirash belgilari namoyon bo'lib, bemor terlaydi va jarohat atrofida og'riq paydo bo'ladi. Tonik va klonik tirishishlar paydo bo'lishi asosiy belgilardan bo'lib, chaynash mushaklari charchab trizm yuzaga keltiradi. Bu esa og'izni ochishni

qiyinlashtiradi. Mimik mushaklar tirishib, yuzda o'ziga xos „sardonik kulgi“ („risus sardoncus“) istehzoli kulish (1-rasm) paydo bo'ladi. Tirishish o'qtin-o'qtin bo'lgani uchun bemorni charchatadi, yengil yelvizak, tovush ham yangi tirishish holatini keltirib chiqarishi mumkin. Agar tirishish halqum va nafas mushaklarida bo'lsa, asfiksiyaga olib keladi, yengil hollarda esa o'pka ventilyatsiyasini buzib, zotiljamga sharoit yaratadi. Harorat 42 °C ga ko'tariladi, tomir urishi 120 dan oshishi mumkin. Yashin tezligidagi qoqshol 1-2 kunda o'limga olib kelishi mumkin. Qoqshol yaxshi kechganda belgilari asta-sekin kamayib bemor 14-60 kunda tuzaladi. Shuningdek, kasallikning kechki residiv formalari ham qayd qilingan.

Qoqshol alomatlari

Umumiy (yalpi) qoqshol

Kasallikning 4 davri farqlanadi: inkubatsion, boshlang'ich, avj va tiklanish.

Inkubatsion davr

Odatda 8 kunni tashkil etadi, ba'zida bir necha oygacha davom etishi mumkin. Jarayonning umumiy shaklga o'tishida infeksiya o'chog'i markaziy asab tizimidan qancha uzoq joylashgan bo'lsa, inkubatsion davr shuncha uzoqqa cho'ziladi.

Chaqaloqlar qoqsholining inkubatsion davri o'rtacha 5-14 kun, ba'zan bir necha soatdan 7 kungacha davom etadi.

Kasallikka bosh og'rig'i, asabiylashish, terlash va jarohat sohasidagi mushaklarning tortishib turishi hamrohlik qilishi mumkin. Bevosita kasallik boshlanishidan oldin titroq, uyqusizlik, esnash, yutinish paytida tomoq og'rig'i, bel og'rig'i, ishtahaning pasayishi qayd etiladi. Shuningdek inkubatsion davr hech bir klinik belgilarsiz kechishi ham mumkin.

Boshlang'ich davr

2 kungacha davom etadi. Eng dastlabki alomat – bu infeksiya kirish joyida tortuvchi og'riqlar paydo bo'lishi, bu vaqtgacha yaraning to'liq tuzalib ketishi kuzatilishi ham mumkin. Deyarli bir vaqtning o'zida yoki 1-2 kundan keyin trizm – og'izni ochishni qiyinlashtiradigan chaynov mushaklarining tirishib qolishi va talvasali qisqarish paydo bo'ladi. Og'ir holatlarda tishlar qattiq jipslashadi va og'izni ochib bo'lmaydi.

Kasallikning avj olish davri

O'rtacha 8-12 kun, og'ir holatlarda 2-3 haftagacha davom etadi. Uning davomiyligi shifokorga o'z vaqtida murojaat qilish, o'z vaqtida davolashning boshlanishi, bemor kasallanishdan oldin vaksina olinganligiga bog'liq.

Chaynov mushaklarning tonik qisqarishi (trizm) va yuz mushaklarining spazmlari paydo bo'ladi, natijada bemorda sardonik tabassum paydo bo'ladi: qoshlar ko'tarilgan, og'iz burchaklari ikki tomonga cho'zilgan va pastga egilgan, yuz bir vaqtning o'zida tabassum va yig'i holatini ifodalaydi. Shundan so'ng orqa va oyoq-qo'l mushaklari jalb qilingan holda klinik tasvir namoyon bo'la boshlaydi („opistotonus“).

Halqum mushaklarining spazmlari tufayli yutinishda qiyinchilik seziladi va ensa mushaklarining rigidligi (tortilishi) kuzatiladi. Rigidlik pastga qarab tarqaladi, bo'yin, orqa, qorin va oyoq-qo'l mushaklarini qamrab oladi. Qorin, oyoq-qo'llarning mushaklari taranglashib, taxta kabi qattiqlashib qoladi. Ba'zida kaft va oyoq panjasidan tashqari butun tananing rigidligi qayd qilinadi.

Og'riqli spazmlar dastlab cheklangan bo'lib, keyin bir necha soniyadan bir necha daqiqagacha davom etadi hamda katta mushak guruhlariga tarqaladi. Yengil holatlarda talvasalar kuniga bir necha marta sodir bo'ladi, og'ir holatlarda ular deyarli doimiy ravishda davom etib turadi.

Talvasa o‘z-o‘zidan yoki biron tashqi ta‘sir (teginish, yorug‘lik, ovoz) tufayli yuzaga keladi. Bu paytda bemorning yuzi yirik ter tomchilar bilan qoplanadi, shishadi, ko‘karadi, iztirob va og‘riq ifodasini oladi. Muayyan mushak guruhining tortishishiga qarab, bemorning tanasi eng g‘alati holatlarga kirishi mumkin. Bemor to‘shakda yoysimon holatga kirib, yerga faqat tovon va ensasi bilan tayanadi (opistotonus). Barcha mushaklar shu qadar taranglashadiki, ularning konturlarini ko‘rish mumkin bo‘lib qoladi. Oyoqlari tor kabi cho‘zilgan, qo‘llar tirsak qismida egilgan, mushtlar yopilgan bo‘ladi.

Ba‘zi bemorlar qorinda yotishni afzal ko‘radi, biroq ularning oyoqlari, qo‘llari va boshi to‘shakka tegmaydi. Bemor qo‘rquvni boshdan kechiradi, tishlarini g‘ichirlatadi, qichqiradi va og‘riqdan nola qiladi. Talvasalar orasidagi davrda mushaklarning bo‘shashishi sodir bo‘lmaydi. Hush odatda saqlanib turadi. Bemorlar juda kuchli terlaydi. Turg‘un uyqusizlik paydo bo‘ladi. Apnoe, sianoz, asfiksiya kuzatiladi.

Mushaklarning spazmi nafas olish, yutinish, defekatsiya va peşhob chiqarish, qon aylanishining buzilishi va ichki organlarda dimlanishlar rivojlanishiga, metabolizmning keskin oshishi va yurak faoliyatining yomonlashishiga yoki to‘liq to‘xtashiga olib keladi. Harorat 41-42 °C gacha ko‘tarilishi mumkin.

O‘lim sabablari

O‘limning eng ko‘p uchraydigan sababi nafas olish mushaklari spazmi tufayli bo‘g‘ilish, ikkinchi o‘rinda yurak falajligi sanaladi. Ba‘zi hollarda, o‘lim sababi qoqsholdan keyin asorat sifatida rivojlanadigan miokard infarkti, pnevmoniya, sepsis, o‘pka arteriyasi emboliyasi va boshqa kasalliklar tufayli sodir bo‘lishi mumkin.

- Brunner bosh qoqsholi yoki bulbar qoqshol – kasallikning eng og‘ir shakli bo‘lib, bunda kasallik orqa miyaning yuqori qismlari va uzunchoq miyaga ta‘sir qiladi. Bu shakl umumiy qoqsholning eng og‘ir klinik ko‘rinishlari bilan ifodalanadi. Qoida tariqasida, bosh yoki bo‘yin jarohatlari natijasida rivojlanadi.
- Mahalliy qoqshol kam uchraydi, asosan ilgari emlangan odamlarda qayd qilinadi. Bu shakl butun organizmga ta‘sir qilmaydigan mahalliy falajliklar bilan tavsiflanadi. Kasallik jarohat joyida mushaklarning tortilishi va spazmlari, haroratning biroz ko‘tarilishi, umumiy talvasalar yo‘qligi bilan tavsiflanadi. Ko‘pincha umumiy (yalpi) qoqshol shakliga o‘tadi.
- Roze bosh qoqsholi. Mahalliy qoqsholning bir turi, bosh va bo‘yinning shikastlanishida yuzaga keladi. Asosan jarohat tomonidagi yuz nervining falajlanishi bilan namoyon bo‘ladi. Umumiy qoqshol yoki Brunner bosh qoqsholiga o‘tishi mumkin.
- Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar faqat umumiy qoqshol bilan og‘riydi.

Davolash^[3]

Kompleks davolash usuli quyidagi maqsadni o‘z ichiga oladi:

1. Qoqshol toksini miqdorini kamaytirish va uni neytrallash.
2. Tonik va klonik tirishishlarni kamaytirish, ularni yo‘qotish.
3. Bemorning umumiy ahvolini, yurak o‘pka faoliyatini yaxshilash.
4. Ikkilamchi asoratlarni (zotiljam, sepsis va b.)ning oldini olish.

Agar qoqshol tashxisi qo‘yilsa, 10 foiz 10 ml tiopental-natriy yoki boshqa umumiy og‘riqsizlantirish yo‘li bilan quyidagilarni bajarish yaxshi natija beradi:

1. Jarohatni xirurgik ishlash.
2. 100000-150000 AB qoqsholga qarshi zardobni mushak ichiga yuborish va 20-30 ml 25 foiz magnezium sulfat qo‘llash. Chaqaloqlarga – 10000-20000 AB, o‘smirlarga – 20000-80000 AB miqdor belgilangan. Zardob yuborishdan oldin albatta uni qizitish kerak. Bir kursga 200000-300000 AB zardob lozim bo‘ladi. Og‘ir hollarda zardobni tomir ichiga, endolyumbal yoki suboksipital yuborish mumkin.

3. Narkotik va neyroleptiklar, mushak relaksantlari qilinadi. Tirishishga qarshi diazepam tomir ichiga 10-15 ml (kuniga 150-200 ml) geksenal ishlatiladi. Aminazin sedativ ta'sirga ega bo'lib, hushni butunlay yo'qotmaydi, antigistamin, gangliobloqator sifatida tirishishga qarshi yaxshi natija beradi (25 foiz eritmasi 4 ml 4-5 marta kuniga). Shuningdek, resimon modda kondelfin (0,1 g 6-8 marta kuniga), diplatsin moddalari qilinadi. Nafas sistemasida og'ir o'zgarishlar sezilsa, mushak relaksantlari yordamida (tubokkrarin) sun'iy nafas oldirish uskunasiga ulanib, bemorda sun'iy ventilyatsiya o'tkaziladi.

4. Yurak faoliyatini yaxshilovchrdori-darmonlar kamfora, kordiamin, korglyukon, glyukozaaning 40 foizli eritmasi yuboriladi.

5. Infeksiyaning oldini olish tadbirlari (antibiotiklar, sulfanilamidlar va b.) qunt bilan bajarilishi lozim.

Bemor qorong'ilashtirilgan, shovqindan uzoq xonaga yotqiziladi, zond bilan ovqatlantiriladi, ho'qna qilinadi, qovug'ini kateterizatsiya qilish rezina naylar bilan amalga oshiriladi.

Qoqsholdan o'lim hozirgi vaqtda ham 70-100 foizni tashkil etmoqda, uning oldini olish va muvaffaqiyatli davolash esa erta tashxis qo'yishga bog'liq

Asoratlari

Kasallikning avj olish davrida mushaklarning spazmlari va dimlanishlar fonida bronxit, pnevmoniya, miokard infarkti, sepsis, suyak va umurtqa pog'onalarining avtomatik sinishi, bo'g'imlarda turli chiqishlar, mushak va paylarning uzilishi, mushaklarni suyaklardan ajralishi, venoz tromboz, o'pka emboliyasi, o'pka shishi kuzatilishi mumkin. Kech muddatlarda kuzatiladigan asoratlar orasida zaiflik, taxikardiya, umurtqa deformatsiyasi, mushak va bo'gim kontrakturalari, kalla nervlarining vaqtinchalik falajligi ajratiladi. Umurtqaning kompression deformatsiyasi 2 yilgacha saqlanib turishi mumkin. Sog'aygach kishi faqat 2 oydan keyin ishga kirishishi mumkin. Kamida 2 yil davomida u nevrolog kuzatuvida bo'lishi talab etiladi. Kamdan-kam hollarda noma'lum sabablarga ko'ra kasallikning qaytalanishi uchraydi.

Oldini olish

Kasallikning oldini olish uch yo'nalishda amalga oshiriladi:

1. Jarohatlarning oldini olish va aholi orasida sanitariya-targ'ibot ishlarini olib borish.
2. Emlash taqvimiga binoan 3 oydan 17 yoshgacha bo'lgan barcha bolalarga qoqsholga qarshi vaktsinani kiritish orqali profilaktika. Kattalarda har 10 yilda bir marta qayta vaktsinatsiya o'tkaziladi.
3. Quyidagi hollarda emlangan va emlanmagan shaxslarga shoshilinch profilaktika qo'llash:
 1. Teri va shilliq qavatlarning yaxlitligi buzilgan holdagi shikastlanish va jarohatlar.
 2. Oshqozon-ichak traktining yaralari va operatsiyalarida.
 3. II-IV darajadagi kuyish va muzlashlarda.
 4. Tibbiy muassasalardan tashqarida tug'ruq va abortlarda.
 5. Gangrena yoki to'qima nekrozlari, uzoq davom etadigan abstsess, karbunkul, oshqozon yarasi, yotoq yaralarda.
 6. Hayvon tishlashlarida.

Gazli gangrena

Gazli gangrena to'qimalar o'limining o'lik shaklidir. Odatda chuqur, penetran yaralar bo'lsa rivojlanadi.

Gazli gangrena yoki klostridial miyonekroz - klostridiya deb ataladigan toksin ishlab chiqaruvchi mikroblar keltirib chiqaradigan mushak to'qimalarining infeksiyasi. Lui Paster klostridiyaning birinchi turini aniqladi. Clostridium butyricum, 1861 yilda. 1892 yilda boshqa olimlar, jumladan

Nuttall va Uelch Bacillus aerogenes capsulatus (gram-musbat anaerob tayoqcha) gangrenoz jarohatlardan. Organizmning hozirgi nomenklaturasi Clostridium perfringens.

Bu birinchi navbatda urush davri sifatida tan olingan. Statistika ma'lumotlariga ko'ra, birinchi jahon urushi davrida bu holat barcha ochiq yaralar va sinishlarning mos ravishda 1% va 6% ni murakkablashtirgan.

Gangrena zararlangan hududga qon ta'minoti buzilishi tufayli tananing bir qismidagi to'qimalarning o'limini bildiradi. Gazli gangrena, tez tarqaladigan va potentsial hayot uchun xavfli gangrena turi, Clostridium bakteriyalari kabi mikroblarning bakterial infeksiyasi natijasida yuzaga keladi. INFEKTSION organizmning hujayralari, qon tomirlari va to'qimalarida toksinlar hosil bo'lishiga olib keladi. Ushbu bakteriyalar to'qimalarning o'limiga olib keladigan toksinlarni chiqaradi va gaz chiqaradi.

Gazli gangrena mushak to'qimalarining o'limiga, gaz hosil bo'lishiga va organizm orqali infeksiyaning tarqalishiga olib keladi. U klostridial miyonekroz yoki miyonekroz deb ham ataladi. Bu, odatda, noto'g'ri tozalangan urush yaralari kabi chuqur ezilgan yoki penetran yaralarda rivojlanadi.

Gangrenning turlari

Gangrenning quyidagi turlari mavjud:

Quruq gangrena: Ushbu turdagi gangrenada teri quruq va ajin bo'lib, qora yoki binafsha-ko'k rangda ko'rinadi. Bu asta-sekin rivojlanayotgan holat bo'lib, asosan qon shakari yuqori bo'lgan odamlarga ta'sir qiladi va **qon tomir** ateroskleroz kabi sharoitlar.

Nam gangrena: Ta'sirlangan hududda bakterial infeksiya bo'lsa, gangrena nam deb ataladi. Ushbu holatning umumiy xususiyatlaridan ba'zilar qabariq, yallig'lanish va nam ko'rinishni o'z ichiga oladi. Nam gangrena bakterial infeksiyani o'z ichiga olganligi sababli, u tez tarqaladi va shuning uchun darhol tibbiy yordam talab qiladi.

Gazli gangrena: Tuning gangrena turi chuqur mushak to'qimalariga ta'sir qiladi. Gazli gangrenada teringiz dastlab normal ko'rinishga ega bo'ladi. Biroq, vaziyat o'sib ulg'aygan sayin, teringiz oqarib, keyin kulrangdan qizilga (binafsha rangga) aylanadi. Agar davolanmasa, u nam gangrena kabi halokatli bo'lishi mumkin.

Ichki gangrena: Nomidan ko'rinib turibdiki, u sizning ichki organlaringizga (bir yoki bir nechta), shu jumladan appendiks, ichak yoki o't pufagiga ta'sir qiladi. Bu organga qon oqimi bloklanganda sodir bo'ladi. Agar davolanmasa, hayot uchun xavfli bo'lishi mumkin.

Fournier gangrenasi: Ushbu turdagi gangrena jinsiy a'zolaringizga ta'sir qiladi. Bu holat ayollarga qaraganda erkaklarga ko'proq ta'sir qiladi. Siydik chiqarish yo'llari yoki jinsiy a'zolar infeksiyasi Fournier gangrenasiga olib kelishi mumkin.

Melenining gangrenasi: U progressiv bakterial sinergik gangrena sifatida ham tanilgan. Bu murakkab operatsiyadan keyin paydo bo'ladigan gangrenaning noyob shakli. Melenining gangrenasi terida og'riq va noqulay yaralarni keltirib chiqaradi va operatsiyadan keyin bir necha hafta ichida rivojlanishi mumkin.

Gangrena – bu qon ta'minotining etarli emasligi yoki og'ir bakterial infeksiyalar tufayli tana to'qimalarining nobud bo'lishi bilan tavsiflangan jiddiy tibbiy holat. U tananing har qanday qismiga ta'sir qilishi mumkin bo'lsa-da, u ko'pincha qo'llar, oyoqlar, oyoq barmoqlari va barmoqlarda uchraydi. O't pufagi kabi ichki organlarga ham ta'sir qilishi mumkin. Jiddiy asoratlarning oldini olish uchun gangrenani o'z vaqtida aniqlash va davolash juda muhimdir.

Gangrenaning belgilari

Gangrenning belgilari ta'sirlangan hududga qarab farq qilishi mumkin. Umumiy simptomlarga quyidagilar kiradi:

Teri rangi o'zgarishi: Teri och kulrang, ko'k, binafsha, qora yoki qizil rangga aylanishi mumkin.

Shishish: ta'sirlangan joylar shishishi mumkin.

Pufakchalar: terida suyuqlik bilan to'ldirilgan pufakchalar paydo bo'lishi mumkin.

Qattiq og'riq: to'satdan, kuchli og'riqdan keyin uyqusizlik paydo bo'lishi mumkin.

Yomon hidli oqindi: zararlangan hududdan oqindi infeksiyani ko'rsatishi mumkin.

Teri tuzilishi o'zgarishi: Teri ingichka, porloq yoki tuksiz ko'rinishi mumkin va teginishda sovuq bo'lishi mumkin.

Gangren chuqurroq to'qimalarga ta'sir qilganda, masalan, gazli gangrena yoki ichki gangrenada, alomatlar past darajadagi isitma va umumiy noqulaylik hissini o'z ichiga olishi mumkin. Agar infektsiya butun tanaga tarqalsa, septik shokga olib kelishi mumkin, bu past qon bosimi, tez yurak urishi va tartibsizlik kabi belgilarni ko'rsatishi mumkin.

Gangrenning sabablari

Gangrena bir nechta asosiy omillardan kelib chiqadi:

Qon ta'minotining etishmasligi: kislorod va ozuqa moddalarini etkazib berish uchun etarli qon oqimi juda muhimdir. Qandli diabet yoki qotib qolgan arteriyalar kabi holatlar qon aylanishiga to'sqinlik qilishi mumkin, bu esa to'qimalarning o'limiga olib keladi.

INFEKTSION: Bakterial infektsiyalar, agar davolanmasa, gangrenaga olib kelishi mumkin.

Travmatik shikastlanish: Terini shikastlovchi jarohatlar, masalan, o'q yoki ezilgan jarohatlar, bakteriyalarning to'qimalarga kirib borishi va infektsiyalanishiga imkon beradi.

Gangrenning turlari

Gangrenni uning xususiyatlari va asosiy sabablariga qarab bir necha turlarga bo'lish mumkin:

Quruq gangrena: Jigarrangdan binafsha ko'k yoki qora ranggacha ko'rinishi mumkin bo'lgan quruq, qichishgan teri bilan tavsiflanadi. Odatda sekin rivojlanadi va ko'pincha diabet yoki qon tomir kasalliklari bo'lgan odamlarda uchraydi.

Ho'l gangrena: Bu turdagi bakteriyalar to'qimalarni yuqtirganda paydo bo'lib, shish, qabariq va nam ko'rinishga olib keladi. Ko'pincha og'ir jarohatlar, muzlash yoki kuyishlardan keyin paydo bo'ladi va tez rivojlanishi tufayli darhol tibbiy yordam talab qiladi.

Gazli gangrena: Chuqur mushak to'qimalariga ta'sir qiladigan gazli gangrena dastlab terining normal ko'rinishi bilan namoyon bo'lishi mumkin. Og'irlashganda, terining rangi oqarib, gaz to'planishi tufayli pufakchalar paydo bo'lishi mumkin. Bu turga ko'pincha kislorod kam bo'lgan muhitda o'sadigan o'ziga xos bakteriyalar sabab bo'ladi.

Ichki gangrena: Bu turdagi ichki organlarga ta'sir qiladi va qon oqimi bloklanganda, masalan, buralgan ichak yoki churra holatlarida paydo bo'ladi.

Fournier gangrenasi: asosan genital hududga ta'sir qiladi, bu tur ko'pincha jinsiy a'zolar yoki siydik yo'llarining infektsiyalari bilan bog'liq.

Melenining gangrenasi: operatsiyadan keyin bir-ikki hafta o'tgach paydo bo'ladigan og'riqli lezyonlar bilan ajralib turadigan kamdan-kam uchraydigan shakl.

Xavf omillari

Bir necha omillar gangrenani rivojlanish ehtimolini oshirishi mumkin:

Qandli diabet: Noto'g'ri boshqariladigan diabet qon tomirlariga zarar etkazishi va qon oqimini kamaytirishi mumkin.

Qon tomir kasalliklari: ateroskleroz kabi sharoitlar qon aylanishiga to'sqinlik qilishi mumkin.

Jiddiy shikastlanishlar: terining shikastlanishi infektsiyalarga moyillikni oshiradi.

Chekish: Tamaki iste'moli qon tomirlariga zarar etkazishi, qon aylanishini buzishi mumkin.

Semirib ketish: Ortiqcha vazn qon oqimiga va jarohatni davolashga ta'sir qilishi mumkin.

Immunosupressiya: sharoitlar yoki davolanish tufayli immuniteti zaif bo'lgan odamlar infektsiyalarga ko'proq moyil bo'ladi.

COVID-19dan keyingi infektsiyalar: Ba'zi hollarda COVID-19 asoratlarini gangrena bilan bog'laydigan yangi hisobotlar mavjud.

Murakkabliklar

Agar o'z vaqtida davolanmasa, gangrena og'ir asoratlarga olib kelishi mumkin, jumladan:

Infektsiyaning tarqalishi: bakteriyalar tezda boshqa to'qimalar va organlarga tarqalishi mumkin.

Amputatsiya: O'ta og'ir holatlarda, keyingi infektsiyani oldini olish uchun tananing zararlangan qismini olib tashlash kerak bo'lishi mumkin.

Chandiqlar va rekonstruksiya ehtiyojlari: Infektsiyalangan to'qimalarni jarrohlik yo'li bilan olib tashlash chandiqlar paydo bo'lishiga yoki rekonstruktiv jarrohlik zarurligiga olib kelishi mumkin.

Diagnostika

Gangrenni tashxislash uchun shifokorlar quyidagilarni qo'llashlari mumkin:

Qon testlari: oq qon hujayralarining yuqori miqdori infeksiyani ko'rsatishi mumkin.

Madaniyatlar: pufakchalar yoki infeksiyalangan to'qimalardan olingan namunalarda mas'ul bakteriyalarni aniqlashga yordam beradi.

Tasvirlash testlari: rentgen nurlari yoki skanerlar gangrena darajasini va uning atrofdagi to'qimalarga ta'sirini baholashi mumkin.

Jarrohlik tekshiruvlari: Ba'zi hollarda to'qimalarning shikastlanish darajasini baholash uchun jarrohlik kerak bo'lishi mumkin.

Davolash usullari

Zararlangan to'qimalarni qutqarib bo'lmasa-da, erta aralashuv gangrenaning rivojlanishini to'xtatishi mumkin. Davolash quyidagilarni o'z ichiga olishi mumkin:

Jarrohlik aralashuvi: Bu infeksiyalangan to'qimalarni olib tashlash uchun tozalash, qon oqimini tiklash uchun tomir muolajalari yoki og'ir holatlarda amputatsiyani o'z ichiga oladi.

Qo'llab-quvvatlovchi parvarish: Og'riqni boshqarish va ovqatlanishni qo'llab-quvvatlash tiklanishning muhim tarkibiy qismidir.

Gangrenni o'z vaqtida aniqlash va davolash tiklanish uchun juda muhimdir va natijalarni sezilarli darajada yaxshilaydi. Agar siz gangrenadan shubhalansangiz yoki to'qimalarning o'limini ko'rsatadigan alomatlarga duch kelsangiz, har doim sog'liqni saqlash mutaxassisi bilan maslahatlashing.

Oldini olish strategiyalari

Gangren xavfini kamaytirish uchun quyidagi profilaktika choralarini ko'rib chiqing:

Surunkali vaziyatlarni boshqaring: Agar sizda qandli diabet bo'lsa, qondagi qand miqdorini nazorat qiling va har qanday jarohatlarni, ayniqsa ekstremitalarni kuzatib boring.

Sog'lom vazni saqlang: Ortiqcha vazni kamaytirish qon oqimini yaxshilaydi va infeksiya xavfini kamaytiradi.

Chekishdan saqlaning: Tamaki chekishni tashlash qon tomirlari salomatligini yaxshilashi mumkin.

Yaxshi gigiyenaga rioya qiling: har qanday yaralarni sovun va suv bilan darhol tozalang va ularni quruq holda saqlang.

Sovuqdan xabardor bo'ling: Sovuq sharoitda terining oqarib ketishi yoki xiralashgani kabi muzlash belgilariga e'tibor bering

Quturish – neyrotrop virus qo'zg'atadigan o'tkir yuqumli zoonoz kasallik; tomir tortishishi, falajlik, hiqildoq va nafas muskullarining spazmi bilan kechadi. Quturish qadimdan ma'lum, uni suvdan cho'chish kasalligi deb ham atashgan (qarang Gidrofobiya). Fransuz olimi Lui Paster XIX asrning 2-yarmida quturish kasalligiga qarshi vaksina kashf etdi, shu sababli quturishga qarshi tadbirlarni amalga oshiradigan barcha muassasalar Paster stansiyalari deb yuritila boshlandi. Ularning faoliyati tufayli quturgan hayvon tishlaganidan so'ng vaqtida emlangan millionlab odamlar hayoti saqlanib qolindi. Qo'zg'atuvchisi quturishning yovvoyi virusi, u nerv hujayralarini tanlab jarohatlaydi. Virus sovuqqa chidamli, muzlatilganda uzoq saqlanadi. Tashqi muhitda, shuningdek, qaynatilganda, 3-5% li lizol, xloramin eritmalarida tez nobud bo'ladi.

Kasallikning yashirin davri hayvonlarda 14-16 kun. Shundan keyin bezovtalik, yirtqichlik, xatti-harakatning o'zgarishi, ko'p so'lak ajralishi kuzatiladi. Hayvon hech narsa ichmay, yemay qo'yadi. So'ngra tomir tortishishi, falajlik boshlanib, hayvon o'lib qoladi. Odamga quturish virusi kasal hayvon, asosan, it, mushuk va boshqa jonivorlar tishlaganida yoki so'lagi teri yuzasiga tushganida yuqadi. Odamda quturish kasalligining yashirin davri 15 kundan bir necha oygacha (o'rtacha 20—30 kun) davom etadi. Quturgan it bo'yin, yuzni tishlaganda bu davr qisqaroq, oyoqni tishlaganda uzoqroq bo'ladi^[1].

Etiopatogenezi

Kasallikning qo'zg'atuvchisi rabdoviruslar guruhiga mansub. U ko'pchilik issiqqonli hayvonlar uchun patogen bo'lib, bemor kasallik klinik belgilari boshlanishidan 7-8 kun

oldin so‘lagi bilan virus chiqara boshlaydi. Shikastlangan teri orqali kirgandan keyin virus nerv stvollari orqali bosh miyaga etib boradi va unda shish, qon quyilishi va nerv hujayralarining degeneratsiyasini chaqiradi Virus so‘lak bezlariga tushadi va so‘lak orqali tashqi muhitga ajraladi. Quturish maxsus (spetsifik) ensefalitga o‘xshab kechadi. Bir necha oydan bir yilgacha cho‘ziluvchi inkubatsion davrdan (ko‘pincha 20-90 kun) keyin boshlanadi. Inkubatsion davrning davomiyligi infitsirlanish dozasiga va jarohatning joylashuviga (miyaga uzoq yoki yaqinligiga) bog‘liq.

Klinik ko‘rinishi

Inkubatsion davrdan keyin kasallikning prodromal davri (davomiyligi 1-3 kun), bu vaqtda esa kuzatiladi: tishlangan joy shishadi, tishlangan joyga yaqin joylashgan nervlarda neuralgiya, umumiy madorsizlik, tana haroratining oshganligi, uyquning buzilishi. Keyin esa kasallikning avj olish bosqichi boshlanadi: suvdan qo‘rqish, tamoq va hiqildoq mushaklarining og‘riqli qisqarishlari, ba‘zan suv ichishga harakat qilganida nafasning to‘xtashi, keyinchalik esa oqayotgan suvni ko‘rganda yoki ovozini eshitganda, yoki suv haqida gapirganda mushaklar qisqarishi. Xurujlar bir necha soniya davom etadi va so‘nadi. Shu jumladan psixomotor qo‘zg‘alish xurujlari kuzatiladi: bemorlar agressiv bo‘lib qoladilar, baqiradi, mebellarni sindirib odamga xos bo‘lmagan kuchlar ishlatadi.

Diagnostikasi

Tishlangan jarohatning topilishi yoki hayvon so‘lagining shikastlangan teriga tushishi katta ahamiyatga ega. Odamda muhim belgilardan biri bu suvdan qo‘rqish, suv yoki ovqatlarni ko‘rganda yutish mushaklarining spazmi yuz berishi tufayli bemorlar hatto bir stakan suv ham icha olmaydilar. Havoning bir ozgina harakati ham mushaklar qisqarishiga sabab bo‘ladi – aerofobiya. So‘lak oqishining kuchayishi bunday bemorlarga xos belgilardan bo‘lib, so‘lagi og‘iz burchagidan doim oqib turadi. Diagnostika laboratoriyada tasdiqlash talab qilinmaydi.

Davolash

Kasallikning belgilari boshlanganidan keyin bemorlarni qutqarib bo‘lmaydi. Davolashning samarali usullari yo‘qligi bemorlar hayotini qutqarish muammosini tug‘diradi. Bemorlar ahvolini engillashtirish uchun simptomatik muolajalardan foydalaniladi. Bemorlarni qorong‘i va tinch palatalarga joylashtiriladi. Harakat qo‘zg‘alishlarini to‘xtatish uchun sedativ vositalar buyuriladi, tutqanoq xurujlari kuraresimon vositalar yordamida bartaraf qilinadi. Nafas buzilishlarini trexeotomiya va sun‘iy nafas olish apparatiga ulash bilan bartaraf qilinadi.

Profilaktikasi

Kuchuklarda quturishni yo‘qotish maqsadida daydi kuchuklar yo‘qotiladi. Kasal yoki gumonli kuchuk tishlagan odamlar jarohati tezlik bilan qaynatilgan iliq 20% li sovunli suvda yuviladi, keyinchalik esa 70% spirt yoki yodning spirtli damlamasi bilan ishlov beriladi. Iloji boricha tezroq vaksinatsiya o‘tkazilishi zarur. Bunda antirabik zardob yoki antirabik immunoglobulin jarohat devorlariga va atrof to‘qimalarga yuboriladi. Shuni bilish kerakki emlash kuchuk tishlaganidan keyin 14 kun ichida va qat‘iyan emlash qoidalari bilan qilinsagina samarali bo‘ladi, bu muddatdan keyin esa emlashning xo‘jati qolmaydi. Quturishning oldini olish uchun xonadonda boqiladigan itlar ro‘yxatga olinishi va profilaktik tarzda quturishga qarshi emlanishi lozim.

MAVZUGA OID TIBBIY ATAMALAR

- **Qoqshol** – bakteriya sababli paydo bo‘ladigan og‘ir infeksiyon kasallik bo‘lib, asab tizimini zararlaydi.
- **Gazli gangrena** – anaerob bakteriyalar sababli yuzaga keladigan, to‘qimalarning tez nekrozga uchrashi bilan kechadigan og‘ir infeksiya.

- **Quturish** – virus sababli kelib chiqadigan, markaziy asab tizimini zararlovchi o‘ta xavfli kasallik.
- **Vaksinatsiya** – yuqumli kasalliklarning oldini olish uchun vaktsina yuborish jarayoni.
- **Immunitet** – organizmning infeksiyalarga qarshi himoya qobiliyati.
- **Antiseptika** – mikroorganizmlarni yo‘q qilish yoki kamaytirish usullari.
- **Aseptika** – jarohatga mikroblar tushishini oldini olish qoidalari.
- **Profilaktika** – kasalliklarning oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar.
- **Seroterapiya** – tayyor antitanachalar (zardob) yordamida davolash yoki himoya qilish.
- **Dezinfeksiya** – tashqi muhitdagi kasallik qo‘zg‘atuvchi mikroorganizmlarni yo‘q qilish jarayoni.

“Aqliy hujum”

Bu usul orqali shaxsni erkin shakllantirish mumkin. Jarayonni boshlashdan avval gurux talabalariga savol beriladi va bir necha daqiqa ichida shu savolga oid, har bir o‘quvchi o‘zining fikrini bayon etishi kerak.

- Bu javob yoki fikr o‘rinli yoki noo‘rin bo‘lishi mumkin, ammo, o‘qituvchi ham qolgan o‘quvchilar ham javob bergan o‘quvchiga tanbeh bermaydilar.
- O‘qituvchining yordamchisi doskaga yoki flep kartaga har bir o‘quvchining javobini yozib boradi. Har bir o‘quvchi uning berayotgan javobini tinglamoqlari lozim.
- Qanchalik ko‘p fikr bildirilsa, natija shuncha yaxshi bo‘ladi.
- Bu usulda dars o‘tilganda qisqa vaqt ichida har xil variantdagi javoblar va shu o‘quvchilarning mulohazalarini to‘plash imkoniyatiga ega bo‘lamiz.
- Har qanday javoblar usul so‘ngida muhokama qilinadi.

“BAHS -MUNOZARA” metodi- biror mavzu bo‘yicha ta’lim oluvchilar bilan o‘zaro bahs-munozara va fikr almashuv tarzida o‘tkaziladigan metoddir.

NAZORAT SAVOLLARI

1. Qoqshol kasalligi nima va uning qo‘zg‘atuvchisi qaysi?
2. Qoqshol infeksiyasi organizmga qanday yo‘l bilan kiradi?
3. Qoqsholni oldini olishda emlashning ahamiyati nimada?
4. Gazli gangrena nima va uning asosiy sababchilari qaysilar?
5. Gazli gangrena ko‘proq qaysi jarohatlarda rivojlanadi?
6. Gazli gangrenaning asosiy klinik belgilari nimalardan iborat?
7. Gazli gangrenani oldini olishda birlamchi jarrohlik ishlovining roli qanday?
8. Quturish kasalligi qanday yuqadi?
9. Quturishdan keyingi favqulodda profilaktika nimani o‘z ichiga oladi?
10. Ushbu infeksiyalarni oldini olishda o‘rta tibbiyot xodimlarining vazifalari nimalardan iborat?

TEST SAVOLLARI

1. Qoqshol kasalligining qo‘zg‘atuvchisi qaysi?

- A) Streptokokk
- B) Stafilokokk
- C) Clostridium tetani
- D) Mycobacterium tuberculosis

To‘g‘ri javob: C

2. Qoqshol infeksiyasi ko‘pincha qanday jarohlarda rivojlanadi?

- A) Toza kesilgan jarohatlar
- B) Yuzaki shikastlar
- C) Iflos, chuqur jarohatlar
- D) Kuyishlar

To‘g‘ri javob: C

3. Qoqsholning eng samarali profilaktikasi qaysi?

- A) Antibiotiklar
- B) Zardob
- C) Emlash
- D) Fizioterapiya

To‘g‘ri javob: C

4. Gazli gangrena qo‘zg‘atuvchilari qaysi guruhga kiradi?

- A) Viruslar
- B) Aerob bakteriyalar
- C) Anaerob bakteriyalar
- D) Zamburug‘lar

To‘g‘ri javob: C

5. Gazli gangrena uchun xos belgi qaysi?

- A) Isitma yo‘qligi
- B) Kuchli shish va teri ostida krepitatsiya
- C) Qizarish
- D) Qichishish

To‘g‘ri javob: B

6. Gazli gangrenani oldini olishda eng muhim chorani ko‘rsating.

- A) Vaksinatsiya
- B) Jarohatga birlamchi jarrohlik ishlovi
- C) Parhez
- D) Dam olish

To‘g‘ri javob: B

7. Quturish kasalligi qaysi yo‘l bilan yuqadi?

- A) Havo-tomchi
- B) Ovqat orqali
- C) Teri orqali
- D) Tishlash va so‘lak orqali

To‘g‘ri javob: D

8. Quturish virusining asosiy manbai qaysi?

- A) Qushlar
- B) Yovvoyi va uy hayvonlari

- C) Hasharotlar
- D) Odam

To'g'ri javob: B

9. Quturishdan keyingi favqulodda profilaktika nimadan boshlanadi?

- A) Antibiotik berishdan
- B) Jarohatni yuvishdan
- C) Vaksina kursini boshlashdan
- D) Kasalxonaga yotqizishdan

To'g'ri javob: B

10. Quturishga qarshi vaksina qachon yuboriladi?

- A) Belgilar chiqqandan keyin
- B) Faqat bolalarga
- C) Tishlashdan keyin imkon qadar tez
- D) Faqat hayvon o'lsa

To'g'ri javob: C

Foydalanilgan adabiyotlar

1. **X. Raximov – Travmatologiya va ortopediya.** Tibbiyot oliy o'quv yurtlari uchun darslik.
2. **S. Qodirov – Umumiy jarrohlik.**
3. **A. Askarov – Favqulodda tibbiy yordam asoslari.**
4. **O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi – Yuqumli kasalliklar bo'yicha klinik qo'llanmalar.**
5. **M. Usmonov – Epidemiologiya va yuqumli kasalliklar.**

2.6.1- mavzu:	Xirurgik infeksiya tasnifi, tarqalish yo‘llari, yallig‘lanishning asosiy mahalliy belgilari.
----------------------	---

Ma’ruza mashg‘ulotini o‘qitish texnologik xaritasi.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O‘quv mashg‘ulotining shakli va turi	Nazariy mashg‘ulot 2 kredit
Ma’ruza mashg‘ulotining rejasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Xirurgik infeksiya tasnifi, tarqalish yo‘llari, yallig‘lanishning asosiy mahalliy belgilari. 2. Mahalliy va umumiy xirurgik infeksiyalarning kelib chiqish sabablarini. 3. O‘tkir va surunkali xirurgik infeksiyalar
<p>O‘quv mashg‘uloti maqsadi:</p> <p>1.Ta’limiy:</p> <p>Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash</p> <p>Amaliy ko‘nikmalarni egallash</p> <p>Egallangan bilim va ko‘nikmalarni amaliyotda qo‘llash</p> <p>Deontologik tarbiyaning shakllanishi</p> <p>Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash</p> <p>2.Tarbiyaviy maqsadi:</p> <p>Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish</p>	

Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish

O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash

Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa	Tashkiliy kism 1.1 O'qituvchi sinfga kirib tinglovchilarning O'quv bulimi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiridi, ichki tartib qoidalariga rioya kilishni eslatib o'tadi, yangiliklar aytiladi va eshitaladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maksadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun ko'llaniladigan usullarni aytib o'yin koidalarini tushintiradi.	Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1. Tinglovchilar bilimini tekshirish va uyga vazifani baxolash 20 daq 2. Yangi mavzuni to'lik bayon etish 30 daqiqa 3. O'qitishning noan'anaviy usullarini ko'llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash va 15 daqiqa	1. Tinglovchilarning uyga vazifani bajarganligini tekshiradi va ularga o'tilgan mavzuni takrorlash uchun "Baxs munozara" usulida mavzu takrorlanadi. o'qib eshittiradi. To'g'ri javob bergan tinglovchilar baxolanadi. 2. Yangi mavzu mazmunini o'qituvchi tomonidan taqdimot ko'rinishida maxsus monitor orqali tushuntiriladi. Mavzu keng va tushunarli tarzda mavzu bayon etiladi. Tinglovchilar tomonidan mavzuga oid savollarga javob beradi. 3. Mavzu tushuntirilgandan so'ng « KLASTER » usuli orqali tinglovchilarni o'zlashtirish darajasi baxolanadi. Klasterni tuzish qoidasi bilan tanishadilar. Yozuv taxtasi yoki katta qog'oz varag'ining o'rtasiga asosiy so'z yoki 1-2 so'zdan iborat bo'lgan mavzu nomi yoziladi. Birikma	1. Tinglovchilar uyga vazifalarini topshiradilar. O'tilgan mavzu bo'yicha o'qituvchi tomonidan berilgan "Baxs munozara" usulida mavzuni takrorlaydilar. 2. Tinglovchilar ma'ruzani diqqat bilan tinglaydilar, Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushinmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar. 3. « KLASTER » interaktiv o'yinida faol ishtirok etadilar o'z bilimlarini sinaydilar.

	<p>bo'yicha asosiy so'z bilan uning yonida mavzu bilan bog'liq so'z va takliflar kichik doirachalar "yo'ldoshlar" yozib qo'shiladi. Ularni "asosiy" so'z bilan chiziqlar yordamida birlashtiriladi.</p> <p>Bu "yo'ldoshlarda" "kichik yo'ldoshlar" bo'lishi mumkin.</p> <p>Mavzuga oid videorlik taqdim etiladi.</p>	
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib,aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baxolar e'lon qilinadi .Uyga vazifa Mahalliy jarrohlik infeksiyasi turlari, kelib chiqish sabablari, klinik belgilari, davolash va parvarishlash xususiyatlari mavzusini o'qib konspekt qilish va Maxalliy xirurgik kasalliklardan Krossvord tuzib kelish.</p> <p>Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1.Hamraev A.J., Alimov A.V., A'zamxo'jaev T.S. "Xirurgiya va reanimatsiya asoslari". Toshkent, "Zar qalam" nashriyoti, 2005 yil.</p> <p>2.Hamraev A.J. "Xirurgiya " "O'qituvchi" nashriyot-matbaa ijodiy uyi, Toshkent, 2007 yil</p> <p>3.M.F.Ziyaeva,M.A.Axmedova " Jarroxlikda xamshiralik ishi" 2005 y,</p> <p>4.V.N.Turaqulov,F.A.Qurbonov "Xirurgiyada xamshiralik ishi" 2019 y, F.N.Nishonov,</p> <p>5.B.R.Abdullajonov,N.Ye.Bozorov "Xirurgik kasalliklar" 2020 y.</p>	<p>Tinglaydilar, uyga vazifalarni yozib oladilar.</p>

Mavzu: Xirurgik infeksiya tasnifi, tarqalish yo'llari, yallig'lanishning asosiy mahalliy belgilari.

Reja:

1. Xirurgik infeksiya tasnifi, tarqalish yo'llari, yallig'lanishning asosiy mahalliy belgilari.
2. Mahalliy va umumiy xirurgik infeksiyalarning kelib chiqish sabablarini.
3. O'tkir va surunkali xirurgik infeksiyalar.

Xirurgik infeksiyaning maxalliy belgilari.

1. Kizarish
2. shish
3. Ogrik
4. Temperatura
5. Zararlangan a'zo va tukimalar funksiyasining buzilishi
6. Bu simptomlarning namoyon bulish darajasi organizmning reaktivligiga

Organizmning umumiy reaksiyasi namoyon buladi:

1. Gektik temperatura bilan
2. Titrok (oznob) bilan

3. Bosh og'rihi bilan
4. Xolsizlik bilan
5. Xushning buzilishi (narusheniya soznaniya)
6. Taxikardiya bilan
7. Jigar faoliyatining buzilishi bilan

Davolash va parvarishlash xususiyatlari.

Infiltrativ yalliglanish bosqichida konservativ davolaniladi

Maxalliy davo:

1. Tinchlik (pokoy)
2. Antiseptik vositalarni maxalliy kullash
3. Fizioterapevtik muolajalar
4. Novokainli blokadalar

Umumiy davolash:

1. Yiringnli intoksikatsiya bilan kurash
2. Organizm ximoya kuchlarini faollashtirish
3. Mikroorganizmlar virulentligi pasaytirish
4. Xayot uchun muxim a'zolar faoliyatini yaxshilash
5. Tukimalar regenerativ xususiyatlarini stimullash.

Operatsiya oldi tayyorgarligi: gigenik vanna, xukna, operatsiya maydonini tozalash.

Ogriksizlantirish:

1. maxalliy: infiltratsion, utkazuvchi (provodnikovaya)
2. umumiy: vena ichi, ingalyatsion

Operatsion kesim:

1. Keng bo'lishi kerak
2. Zaruriyat bulganda kushimcha kontraperturalar kilinishi lozim
3. Yiringli bushlikni ikki bushlikli drenaj naychalar bilan drenajlash kerak

Furunkul - soch xaltachasi va yog' bezining yiringli yallig'lanishidir. Furunkul asosan bo'yinda, dumba, tananing orqa sohasida, belda, yuzda uchraydi. Kasallik qo'zg'atuvchisi ko'p hollarda tilla rang stafilokokkdir. Kasallikni keltirib chiqaruvchi omillarga qandli diabet, avitaminoz, og'ir yo'ldosh kasalliklar kiradi. Eraklarda furunkul ayollarga nisbatan 10 marta ko'p uchraydi. Avval terida qizg'ish tusli do'mboqcha paydo bo'ladi, keyin do'mboqcha markazida yiringli hosila paydo bo'ladi. Borgan sari infiltrat va yiringli hosila kattalashib boradi, og'riq kuchayadi va infiltrat markazida yiringli ustun yaqqol bilina boshlaydi. Furunkul sohasida teri ko'chib ketgandan so'ng yiring va nekrotik massalar asta sekin erib chiqa boshlaydi. Ma'lum muddatdan o'tgach hosil bo'lgan to'qima yetishmovchiligi biriktiruvchi to'qima bilan to'ladi va epitelizatsiya kuzatiladi. Kasallik o'rtacha 2 hafta davom etadi. Ba'zida furunkullar ketma-ket tananing har xil joylarida paydo bo'la boshlaydi. Bunday hollarda furunkulyoz tashxisi qo'yiladi. Davolash asosan konservativ usulda olib boriladi (quruq issiq, infiltrat atrofni penitsillin bilan ineksiya qilish, lazeroterapiya va hokazo). Operativ davo furunkulyozning asoratlarida qo'llaniladi (abscess, flegmona). Mahalliy anesteziya yoki qisqa muddatli narkoz ostida yiringli bo'shliq kesib ochiladi, yiring olib tashlanadi. Yiringli bo'shliq antiseptiklar bilan yuvilib tozalanadi va yiringli jarohatlar davolanadi. Furunkulyozda operativ davolash oliy ma'lumotli hamshira vrach nazorati ostida o'tkazadi. Yuz sohasida joylashgan furunkullarda, furunkulyozda, og'ir hamroh kasalliklarda umumiy davo o'tkaziladi. (antibiotikoterapiya, yallig'lanishga qarshi dorilar, qonni ultrabinafsha nurlari bilan nurlantirish va hokazo).

Abscess - to'qimalar oralig'ida qobiq bilan o'ralgan holda yiring to'planishi bilan harakterlanadigan chegaralangan yiringli yallig'lanishdir.

Abscesslar teri osti yog' qavatida, mushaklararo bo'shliqda, o'pkada, jigarda, taloqda, erkin qorin bo'shlig'ida, buyrakda, miyada, suyaklarda bo'lishi mumkin. Abscess rivojlanishida yiring hosil qiluvchi mikroblar «kirish darvozasi» orqali mazkur to'qimalarga o'tadi.

«Kirish darvozasi» bo'lib, har xil turdagi jarohatlar, in'eksiya o'rinlari, ichki a'zolarning yallig'lanish kasalliklari (appenditsit, xoletsistit, pnevmoniya va hokazo) xizmat qiladi. Ayrim hollarda abscesslar sepsisda gematogen metastazlar sababli ham rivojlanishi mumkin. Abscessning asosiy xususiyatlaridan biri – uning ichki piogen qobiq bilan o'ralib turilishidir. Atrof to'qimalarni yiringli bo'shliq ustidan qobiq bilan o'rab olish organizmning himoya funksiyasi saqlanib qolganligidan dalolat beradi. Abscess bo'shlig'idagi yiring miqdori bir necha millilitrdan bir litrgacha yoki undan ham ko'proq bo'lishi mumkin.

Umumiy simptomlardan tana haroratining ko'tarilishi, behollik, ishtaha bo'g'ilishi, qon tarkibida leykotsitlarning oshishi kuzatiladi.

Mahalliy simptomlardan patologik jarayon sohasida og'riq, giperemiya, teriga yaqin joylashgan bo'lsa «flyuktuatsiya» simptomi qayd etiladi. Chuqurda joylashgan abscesslarni aniqlashda ultratovush va rentgenologik tekshirishlar muhim ahamiyatga ega bo'ladi. Davo operativ yo'l bilan olib boriladi. Operatsiya yiringli bog'lov xonasida yoki operatsiya xonasida o'tkaziladi.

Anesteziya mahalliy yoki umumiy narkoz berish bilan bajariladi. Aseptika va antiseptikaning barcha qonun-qoidalariga rioya qilgan holda operatsiya maydoni sanatsiya, dezinfeksiya qilinadi va abscess markazi, ya'ni eng yumshagan joyi ustidan yetarli uzunlikda kesilib, ochiladi. Kesma uzunligi abscess bo'shlig'i kengligidan kam bo'lmasligi kerak. Yiringli bo'shliqdagi barcha yiring, nekrotik to'qimalar olib tashlanadi va bo'shliq antiseptik eritmalar bilan (vodorod peroksid, furatsilin, rivanol, natriy gipoxlorid va hokazo) yuvilib quritiladi (21-rasm a,b).

Shundan so'ng jarohat yiringli jarayonning I bosqich davolash asosida davolanadi (gipertonik eritma, salfetka, drenajlar, antibiotiklar, suvda eruvchi maxsus malhamlardan «Levomekol», «Levosin»). Operatsiyadan keyingi davrda boshlang'ich 3 - 4 kun ichida bog'lamlarni kuniga 2 - 3 martadan almashtirib turish maqsadga muvofiq. Jarohat 2 - bosqich o'tganda kunora yoki kuniga bir marta malhamli bog'lamlar bilan qayta bog'lab turish tavsiya etiladi. Abscess bo'shlig'i adekvat ochilib, yiringdan to'liq tozalangan bo'lsa, bemor ahvoli darhol ijobiy tomonga o'zgaradi, harorati tushadi, ishtaxasi ochiladi, faollashadi. Operatsiya kuni analgetiklar buyuriladi. Adekvat ochilgan abscesslarda antibiotiklar qilish shart emas deb hisoblanadi va bunda mahalliy davolashning o'zi kifoya qiladi.

Mastit - Sut bezining yiringli yallig'lanishidir. Mastit asosan emizikli ayollarda, ayniqsa birinchi marta onalik baxtiga ega bulgan ayollarda uchraydi. Stafilokokklar, streptokokklar, ichak hamda, ko'k-yiring tayoqchasi va ushbu mikroblar assotsiatsiyasi mastit qo'zg'atuvchilari hisoblanadi. Sut bez terisidagi, so'rg'ichdagi yoriqlar infeksiya uchun kirish darvozasi bo'lib xizmat qiladi. Ayrim xollarda chaqaloq so'rg'ichni so'rayotgan paytda infeksiyaning intrakanalikulyar yo'l bilan ham kirishi isbotlangan. Mastit ko'pincha bola tug'ilgandan so'ng 1 - 2 hafta ichida rivojlanadi. Laktostaz mastit rivojlanishi uchun qulay sharoit hisoblanadi.

Mastit bosqichma-bosqich rivojlanadi. Uning boshlang'ich (seroz), o'tkir infiltrativ, abscesslangan, flegmonali, gangrenali bosqichlari tafovut qilinadi. Agar mastit to'liq davolanmasa surunkali infiltrativ bosqich ham kuzatilishi mumkin. Kasallik boshlanishida sut bez kattalashib, taranglashadi va og'irlik hissi paydo bo'ladi. Yallig'lanish belgilari, intoksikatsiya sezilmaydi. Bola emib bo'lgandan keyin ortiqcha sutni sog'ib tashlash bemor ahvolini yengillashtiradi. Agar ortiqcha sut doim sog'ib borilsa, kasallik rivojlanmasligi mumkin.

Kasallikning seroz bosqichi sut bezda shish va og'riq paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Bez sohasida giperemiya va mahalliy harorat ko'tarilishi qayd etiladi. Paypaslaganda sut bezning qattiq konsistensiyali, og'riqli ekanligi bilinib, ortiqcha sutni sog'ib tashlash bemor ahvolini yengillashtirmaydi. Umumiy intoksikatsiya belgilari: behollik, bezgak tutish, haroratning 39°S ko'tarilishi kuzatiladi.

Kasallikning infiltrativ va abscesslashuv bosqichlariga o'tishi 3 - 4 kun ichida aniqlanadi va mahalliy, umumiy simptomlar kuchayishi bilan karakterlanadi. Bez sohasida giperemiya kuchayadi, og'riqli infiltrat va uning markazida flyuktuatsiya yuzaga chiqadi.

Flegmonali bosqichda sut bez keskin kattalashadi, terisi yaltiroq, giperemiyaga uchragan, chetlari ko'kimtir tusli bo'lib qoladi. Umumiy ahvol og'irlashib, tana harorati 40 - 41°S ga ko'tariladi, terlash, ko'ngil aynishi, qayd qilish, kuchli bezgak tutish kabi alomatlar paydo bo'ladi. Kasallikning gangrenoz bosqichga o'tishi bemor vrachga kech murojaat qilganda yoki

adekvat davolanmaganda kuzatiladi. Bu bosqichda bemor ahvoli juda og'irlashadi, harorati doimo yuqori, pulsi minutiga 110 - 120 marta, to'liqsiz, tili, labi quruq, terisi qonsizlashgan, bosh og'rishi, uyqu buzilishi, ishtahaning bo'g'ilishi qayd etiladi. Sut bez kattalashgan, shishgan, og'riqli; terisi ko'kintir-qizg'ish yoki och-yashil tusda, ba'zi joylari pufakchalar, ba'zi joylarida nekroz zonalari aniqlanadi. So'rg'ichi ichkariga tortilib ketgan, sut ishlab chiqarish to'xtagan, regional limfa tugunlari kattalashgan va og'riqli bo'ladi.

Davolash. Seroz va infiltratsiya bosqichlarida konservativ muolajalar foyda beradi. Sut bezni ko'tarib bog'lash, ortiqcha sutni doimo sog'ib tashlash, bezni ultrabinafsha nurlari bilan nurlantirish, UVCh-terapiya, retromammar novokain-antibiotikli blokada, kamfora, «Parlodel» kabi preparatlar buyuriladi.

Kasallikning boshqa bosqichlarida operatsiya o'tkaziladi: Operatsiya umumiy narkoz ostida bajariladi. Yiringli bo'shliqning joylashishiga ko'ra kesmalar ham turlicha qilinadi (24-rasm a,b). Agar yiringli bo'shliq intramammar joylashgan bo'lsa radiar kesma, subareolar joylashgan bo'lsa yarimoysimon shakldagi kesma, retromammar joylashgan bo'lsa Bardengeyer bo'yicha bez ostidan yarimoysimon shakldagi kesmalar qilinib ochiladi.

Yiringli bo'shliq ochilgach, barmoq bilan barcha «cho'ntaklar» birlashtiriladi, antiseptiklar bilan yuvilib, rezina chiqargich drenajlar quyilib operatsiya yakunlanadi (25-rasm). Operatsiyadan keyingi davrda antibiotiklar, dezontikatsion terapiya, plazma, qon, oqsil preparatlari, immunomodulyatorlar buyuriladi. Og'ir xollarda ekstrakorporal detoksikatsiyasi ham qilinishi mumkin.

Mastitlar profilaktikasi kasallikni keltirib chiqaruvchi omillarni bartaraf etishga qaratiladi va bu ish oliy ma'lumotli hamshira zimmasiga yuklatiladi. Bular quyidagilar:

- so'rg'ichni xomiladorlik paytlaridan boshlab emizishga tayyorlab borish;
- sut bez gigienasini (bezni emizishdan oldin sovun bilan yuvish, sut bezdagi yoriqlarni antiseptiklar bilan artish) o'tkazish;
- emizishni tartibga solib, laktostaz rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik;
- tug'ishdan keyingi davrda organizmni chiniqtirish, immunobiologik kuchlarni oshirishdan iborat.

Panaritsiy. Barmoq to'qimalarining yiringli yallig'lanishi panaritsiy deb ataladi. Yiringli-nekrotik jarayonning joylashishiga ko'ra panaritsiyning quyidagi turlari tafovut qilinadi: teri,teri osti, tirnoq oldi,tirnoq osti,pay,suyak,bo'g'im panaritsiysi va pandaktilit (26 – rasm I a,b, II a,b)

Klinik manzarasi. Panaritsiyda og'riq intensivligi odatda kuchli bo'ladi. Bu uning doimiy simptomi hisoblanadi.

Davolash. Panaritsiy barcha xollarda operatsiya yo'li bilan davolanadi. Operatsiya shoshilinch ravishda bajarilmasa yiringli jarayon ichkariga tarqalib ketish extimoli bo'ladi. Bemor uchun o'tgan birinchi uyqusiz tun operatsiyaga ko'rsatma bo'lib xizmat qiladi (27 a,b va 28 rasmlar).

Panaritsiy bo'yicha operatsiya qilishda 3ta qoidaga tayaniladi:

- operatsiyani operatsiya xonasida, kichik o'lchamli maxsus jarrohlik asboblarni ishlatib, yaxshi yoritadigan manbadan foydalanib, bemorni operatsiya stoliga yotqizib, qo'lni maxsus taglikka qo'ygan, jarroh o'tirgan holda bajarishi zarur;
- panaritsiyini ochishda Oberst - Lukashevich bo'yicha o'tkazuvchan anesteziya, (suyak-bo'g'im panaritsiysida), pandaktilitda esa umumiy narkoz berish kerak;
- barmoqni qonsizlantirish maqsadida asosiga jgut qo'yish zarur.

Operatsiyadan keyingi davrda yiringli jarohatni mahalliy davolash (jarohatni antiseptiklar bilan yuvib, gipertonik eritmaga shimdirilgan bog'lamlar qo'yish) muhim ahamiyat kasb etadi. Panaritsiyning chuqur turlarida barmoqni immobilizatsiya qilish, qo'shimcha fizioterapiya muolajalari va rentgenoterapiyani qo'llash maqsadga muvofiq hisoblanadi.

Operatsiya vaqtida kesmalarni barmoqlarning yon tomonlaridan bajarish talab etiladi. Barmoqning kaft va orqa yuzasidan qilingan kesmalar chandiq hosil qilib bitgandan so'ng barmoqdagi sezuvchanlikni kamayib harakatni cheklab qo'yishi mumkin.

O'tkir yiringli yallig'lanish belgilari yo'qolgandan so'ng barmoqning harakat faoliyatini tiklash bo'yicha muolajalarni iloji boricha tezroq tiklashga harakat qilish zarur.

Saramas. Teri, shilliq qavatlarning o'tkir yallig'lanishi saramas deb ataladi. Kasallikning qo'zg'atuvchisi A-guruhiga mansub streptokokklardir. Ohirgi paytdagi ilmiy izlanishlar natijasi boshqa mikroblar ham saramasning rivojlanishiga olib kelishini ko'rsatdi. Mikroorganizmlar odatda teridagi mayda yoriqlar, tiralishlar orqali kiradi. Natijada terida, shilliq qavatlarda aniq chegaralangan («geografik harita» shaklida) seroz yallig'lanish paydo bo'ladi. Mikroblar ko'p miqdorda toksin va fermentlar ishlab chiqarishi natijasida toksikoz, yiringli-rezorbiv bezgak belgilari namoyon bo'ladi. Qon tomirlari ichiga ko'p miqdorda biologik faol moddalar va gistaminning so'rilishi qon tomirlari devori o'tkazuvchanligining buzilishiga olib keladi, yallig'lanish ekssudati seroz-gemorragik tus oladi. Streptokokklarning limfatik tomirlar bilan tarqalishi limfa oqimining buzilishiga olib keladi. Streptokokklar tanada L-turlariga ham aylanishi mumkin natijada uzoq vaqt davomida ularning terida, shilliq qavatlarda, limfa tomirlari va tugunlarida saqlanib qolishiga imkoniyat yaratiladi. Ushbu holat kasallikning ma'lum muddatdan so'ng qaytalanishiga olib keladi.

Klinik kechishga qarab kasallikning quyidagi turlari mavjud:

1. Eritematoz turi terining ayrim joylarining yallig'lanishi bilan kechadi.
2. Bullyoz turi terining yallig'langan giperemiya joylari fonida seroz yoki gemorragik ekssudat yig'ilgan pufaklar paydo bo'lishi bilan karakterlanadi. Ushbu hol kasallikning kechishini og'irlashtiradi va ikkilamchi infeksiya qo'shilishiga imkoniyat yaratadi.
3. Flegmonali turi teri va teri osti yog' qavati yallig'lanishi bilan kechadi.
4. Gangrenali-nekrotik turi terining nekrozga uchrashi bilan karakterlanadi va ko'p hollarda sepsis rivojlanishi bilan asoratlanadi.

Saramasning klinik manzarasi og'ir intoksikatsiya belgilari paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Keyinchalik mahalliy o'zgarishlar kuzatiladi. Yuqori tana harorati, bezgak tutish, bosh og'rig'i behollik, ko'ngil aynishi, qusish kasallikning og'ir kechayotganligidan dalolat beradi. Birinchi kun ohirlariga borib regional limfa tugunlari sohasida og'riq paydo bo'ladi va saramasning mahalliy simptomlari yuzaga chiqa boshlaydi. Teri qizarib, infiltratsiyalanadi, paypaslaganda mahalliy harorat yuqori ekanligi seziladi. Pufakchalar paydo bo'lishi, bullyoz turining nekrozga uchrashi kasallikning gangrenoz turi rivojlanganligidan dalolat beradi. Kasallik tromboflebit, pnevmoniya, glomerulonefrit, sepsis bilan asoratlanishi mumkin. Kasallikning qaytalanishi oyoqlarda "fil oyoqlik" rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Asoratsiz kechgan saramas 10 kun davom etadi. Tez-tez qaytalanib turuvchi turlari og'ir kechib es-hush yo'qotilishi, qon bosimining tushishi, alahsirash, suvsizlanish bilan asoratlanishi mumkin.

Saramasning eritematoz turi yuqumli emas, yengil hollarda ambulator davolasa ham bo'ladi. O'rtacha va og'ir turlarini statsionar sharoitda davolash mumkin.

Saramasning umumiy davosi antibakterial, dezintoksikatsion, desensibilizatsiya terapiyasidan iborat. Kasallikning eritematoz turida ultrabinafsha nurlari suberitem miqdorda, streptotsid mazi va oyoqni yuqoriga ko'tarib qo'yish bilan chegaralanadi.

Kasallikning bullyoz turida pufaklar kesib ochiladi, antiseptiklar (furatsilin, bor kislota) bilan bog'lam qo'yib davolanadi.

Gangrenali turidagi saramas operatsiya yo'li bilan davolanadi. Kasallik qaytalanmasligi uchun profilaktik davo sovuq fasllarda o'tkaziladi.

JARROHLIK INFEKSIYASI BILAN HASTALANGAN BEMORLARNI DAVOLASH VA PARVARISHIDAGI HAMSHIRANING ROLI

Hamshira «yallig'lanish» sindromi bilan bemorlarni davolash va parvarishlashda muhim rol o'ynaydi. Hamshira palatalarda ideal tozalik, aseptika qonun-qoidalariga rioya qilishni doimo nazorat qilishi va davolash ishlarida vrachga faol yordam berishi zarur. Agar jarrohlik bo'limda bitta qayta bog'lov xonasi bo'lsa Hamshira oldin «toza» jarohatli, kun ohirida esa «yiringli» bemorlar jarohatini qayta bog'lashni tashkil qilishi va ushbu muolajalarning asosiy qismini o'zi bajarishi zarur. Ertalabki ko'rik paytida vrach Hamshira bilan birga «yiringli» bemorlarni 2 guruhga ajratadi. 1-guruhga yiringli jarohatning 2-bosqichi (degidratatsiya bosqichi) davom etayotgan bemorlar, 2-guruhga esa operatsiyadan keyingi erta davrdagi (gidratatsiya bosqichi jarohati bo'lgan) bemorlar kiradi. 1-guruh bemorlari bog'lamini Hamshira ning o'zi almashtirishi

mumkin. Ikkinchi guruh bemorlari esa jarohatlari eng ifloslangan bo'lganligi sababli kechroq qayta bog'lov xonasiga olinadi va ushbu bog'lamlarni Hamshira vrach nazorati ostida yoki vrach bilan birga qo'yadi.

Hamshira bemorlar kayfiyatini doimo ko'tarib turishi, ular bilan o'zaro muloqotda bo'lganida kasallik ijobiy yakunlanishi haqida ta'kidlab turishi zarur. Hamshira tomonidan o'z vaqtida qo'yilgan hamshiralik tashxisi natijasida kechiktirilmasdan boshlangan muolajalar sababli kasallik yaxshi natija bilan tugaydi. Ayrim xollarda bemor yuzidagi kichik furunkul sababli o'lim yuz berishi yoki juda to'g'ri boshlangan va davom ettirilgan davolash muolajalari bilan og'ir kechayotgan sepsidan bemor to'liq halos bo'lishi mumkin. Shu sababli, Hamshiraning ushbu bemorlarni davolash va parvarishlashdagi roli beqiyos, deb hisoblanadi.

Furunkul, panaritsiy bilan kasallangan bemorlar (yuz furunkuli bundan istisno) ambulator, furunkulyoz, abscess va flegmona bilan kasallangan bemorlar statsionar sharoitida davolanishlari zarur. Ushbu bemorlarni davolashda, parvarishlashda aseptika qoidalariga qat'iy rioya qilish, palatalarni o'z vaqtida shamollatib turish, bakteritsid lampalar bilan nurlantirish zarur. Organizmning himoya kuchlarini ko'tarish maqsadida bemorlar yuqori kaloriyali, vitaminli har xil turdagi ovqatlarni iste'mol qilishlari kerak. Sepsis bilan davolanayotgan bemorlarning kiyimlari doimo toza, ozoda bo'lishi darkor. Bemor kuniga bir necha martadan holatini o'zgartirib turishi zarur. Tanasining barcha soxalarini artib, tozalab turish shart. Nafas yo'llarining yiringli asoratlarining oldini olish maqsadida bemorga yarim o'tirgan xolat beriladi, nafas gimnastikasi o'tkaziladi, balg'amni qanday qilib chiqarib tashlash o'rgatiladi. Bemor og'iz bo'shlig'ini doimo sanatsiya qilib turish zarur, chunki yuqori tana harorati organizmning suvsizlanishi, me'da-ichak faoliyatining buzilishiga olib keladi. Har 2 kunda bemorga tozalovchi xo'qna qilib, yo'g'on ichak bo'shlig'ini tozalab turish maqsadga muvofiq. Diurez miqdorini har kuni o'lchash, kerak bo'lsa uni tartibga solish zarur.

Bemorni sog'ayish davrida kuchli ovqatlantirish, davolash gimnastikasi, mushaklarini massaj qilib turib yurishi uchun imkoniyatlarni ishga solish zarur.

Umumiy jarrohlik infeksiyasi turlari.

Jarrohlik infeksiyasining klinik kechishi va to'qimalardagi patologoanatomik o'zgarishlarga qarab quyidagilar ajratiladi:

1. O'tkir jarrohlik infeksiyasi
 - o'tkir yiringli (aerob) infeksiya
 - o'tkir anaerob infeksiya
 - o'tkir spetsifik infeksiya (qoqshol, kuydirgi)
 - o'tkir chirituvchi infeksiya

2. Surunkali jarrohlik infeksiyasi

- surunkali nospetsifik infeksiya
- surunkali spetsifik infeksiya (sil, zaxm, aktinomikoz va h.k). Jarrohlik infeksiyasini

qo'zg'atuvchilariga qarab quyidagicha tasniflash qabul qilingan:

1. Stafilokokkli
2. Streptokokkli
3. Kolibatsillyar
4. Ko'k yiring tayoqchali va hokazo

Mikroorganizmlar hayot kechirish faoliyatiga qarab aerob va anaerob turlarga bo'linadi.

Yiringli jarayon tananing qaysi sohasida joylashishiga ko'ra quyidagicha tasniflanadi:

- yumshoq to'qimalar (teri, teri osti yog' qavati)
- suyak va bo'g'im
- bosh miya va uning pardalari
- qorin bo'shlig'i, ko'krak qafasi a'zolari,
- alohida a'zo va to'qimalar (kaft, sut bezi va hokazo)

Umumiy jarrohlik infeksiyaning kelib chikish sabablari, klinik belgilari.

Yumshoq to'qimalar yallig'lanishining klinik manzarasi mahalliy va umumiy simptomlardan tashkil topgan.

Mahalliy simptomlarga:

- Gipereziya (qon tomirlar kengayishi va qon oqimi to'xtashi sababli yuzaga keladi)
Bunday o'zgarishlar gistaminning qon tomirlarga ta'siri va yallig'lanish sohasida atsidoz rivojlanishidan kelib chiqadi.
- Mahalliy haroratning ko'tarilishi katabolik reaksiyalar kuchayishiga bog'liq.
- To'qimalarning shishi qon tomirlari devorining o'tkazuvchanligi oshganligi sababli plazma va qon shaklli elementlari sizib chiqishi ko'payishi bilan tushuntiriladi
- Og'riq - yallig'lanish o'chog'ini paypaslaganda og'riq bo'lishi yiringli kasallikka hos belgi bo'lib hisoblanadi
- Yallig'langan a'zo, to'qima faoliyati buzilishi shish va og'riq sindromi hisobiga rivojlanadi. Yallig'lanish o'chog'ida yiring to'planishini «flyuktuatsiya» va «yumshash» simptomlari paydo bo'lganligiga qarab aniqlash mumkin.

«Yallig'lanish» sindromidagi umumiy belgilarga intoksikatsiya simptomi mavjudligi kiradi. Bemorlar tana harorati ko'tarilganligi, bezgak tutishi, bosh og'rig'i, charchash, umumiy bexollik, ishtaxaning bo'g'ilganligidan shikoyat qiladilar. Tana harorati o'lchab ko'rilganda 40°S gacha ko'tarilganligi, tomir urishi tezlashgan, nafas yetishmovchiligi, teri qatlamlari doimo ter bilan qoplanganligi kuzatiladi. Ayrim bemorlarda taloq va jigarning kattalashgan, skleraning sarg'aygan qayd etiladi. Umumiy qon taxlilida leykotsitoz va eritrotsitlar cho'kish tezligi oshgan bo'ladi.

«Yallig'lanish» sindromi turkumiga kiruvchi yiringli infeksiyaning alohida turlari

Flegmona - g'g' kletkachasi va kletchatka bo'shliqlarining (teri osti, qo'ltiq osti, qorin parda osti va h.k) chegaralanmagan yiringli yallig'lanishidir.

Abssessdan farqli o'laroq, flegmonada yiringli jarayon chegaralanmaydi, qobiq bilan o'ralmaydi, o'z vaqtida yordam ko'rsatilmasa tarqalib ketaveradi. Flegmona qo'zg'atuvchilari gram musbat va gram-manfiy kokklar, noklostridial anaerob infeksiya yog' kletchatkasiga teridagi, shilliq qavatdagi nuqsonlar orqali yoki gematogen yo'l bilan tushadi. Ayrim xollarda flegmona turli xil yiringli jarayonlarning asorati sifatida rivojlanadi. Flegmonaning tarqalish tezligi qo'zg'atuvchining virulentligi va organizmning immunobiologik kuchlariga bog'liq bo'ladi.

Klinik manzarasi jarayon boshlangan soxada shish tez paydo bo'lib, ko'payib borishi, terining qizarib ketishi, haroratning 40°S va undan yuqoriga ko'tarilishi, intoksikatsiya, belgilarining paydo bo'lish bilan karakterlanadi. Patologik jarayon soxasi paypaslab ko'rilganda zich, og'riqli infiltrat borligi ma'lum bo'ladi, flyuktuatsiya, yumshoqlanish belgilari har doim ham kuzatilavermaydi. Flegmona odatda tez tarqalib boradi va jarayon atrofida joylashgan a'zolarga ham o'tib, ushbu a'zolar kasalligi niqobi ostida ham kechishi mumkin. Davolash umumiy narkoz ostida operatsiya yo'li bilan amalga oshiriladi.

Operatsiya vaqtidagi kesmalar uzunligi patologik jarayon chegarasidan uzun, ya'ni sog' to'qimalargacha, bitta kesma bilan chegaralanib qolmasdan, qo'shimcha 2 - 3 yoki undan ham ortiq kesmalar qilish tavsiya etiladi. Kesmalar soni flegmona kengligi va uning qanchalik chuqur joylashganligiga ham bog'liq bo'ladi (22-rasm a,b).

Kesmalar qilinib yig'ilgan yiring chiqarilib yuborilgach, iloji boricha barcha nekrotik to'qimalar kesib olib tashlanishi va drenaj o'rnatilishi shart (23-rasm a,b).

Operatsiya jarohatini antiseptiklar bilan (vodorod peroksid, furatsilin, revanol, natriy gipoxlorid, dioksid, antibiotikli eritmalar va h.k) bilan obdon yuvib, quritilib, gipertonik eritmalar, antiseptiklar bilan shimdirilgan doka bilan zich bo'lmagan bog'lam qo'yilib yakunlanadi.

Operatsiyadan keyingi erta davrda yiringli jarohat kuniga 2 - 3 martadan qayta bog'laniib, bosqichli nekrektomiya qilish zarur. Og'ir hollarda qayta bog'lov paytlarida ham qisqa muddatli venaga narkoz berish maqsadga muvofiq. Agar flegmona qo'l- oyoqlarda joylashgan bo'lsa, immobilizatsiya qilish zarur.

Umumiy davo keng spektrli antibiotiklar, metronidazol, sulfanilamid preparatlar, dezintoksikatsion terapiyasi, analgetiklar, vitaminlar yordamida olib boriladi. Og'ir xollarda qon, plazma, qon preparatlari quyiladi.

SUYAK-BO'G'IM TIZIMINING “YALLIG'LANISH” SINDROMI.

Osteomielit. Suyak iligining o'tkir yiringli yallig'lanishiga osteomielit deyiladi. Yiringli jarayon suyak iligida rivojlana boshlasada, keyinchalik suyakning barcha qatlamlarini qoplab oladi va uning yemirilishiga olib keladi. Kasallik qo'zg'atuvchisi tillarang stafilokokk, streptokokk, ichak tayoqchasi va ko'p xollarda mikroblar assotsiatsiyasidan tashkil topgan bo'ladi. Ko'pincha mikroblar suyak iligiga gematogen yo'l bilan tushadi. Kasallikning naysimon suyaklarning metafiz qismidan boshlanishiga, shu sohada kapillyar to'rlarining yaxshi rivojlanganligi va qon oqimi tezligining pastligi sabab bo'ladi. Qon oqimi bilan kelgan mikroblar qulay sharoitda tez rivojlana borib kapillyar to'rlarini yopib qo'yadi («mikrobli tromblar»).

Osteomielit rivojlanishiga quydagi omillar: birlamchi infeksiya o'chog'i, o'tkir yuqumli kasalliklar, gipo-, avitaminoz, surunkali horg'inlik sabab bo'ladi.

Jarrohlik osteomielitda kasallik patogenezini boshqacharoq bo'ladi. Suyaklar ochiq singanda, o'q snaryad parchalari tekanda suyak iligiga infeksiya ekzogen yo'l bilan tushadi. Osteomielit rivojlanishida organizm immunobiologik kuchlarining holati, mikroblar virulentligi, suyakdagi qon aylanishining o'ziga xos xususiyatlari muhim ahamiyat kasb etadi.

O'TKIR GEMATOGEN OSTEOMIELIT

Kasallikning klinik manzarasi haroratning birdaniga 39 - 40°S ga ko'tarilishi, bezgak tutib holsizlanish, bosh og'rishi bilan boshlanadi. Bemor ishtahasi bo'g'iladi, og'zi, tili quruq bo'ladi, tomir urishi tezlashadi, qon taxlilida leykotsitlar miqdori keskin oshganligi ma'lum bo'ladi. Kasallikning eng asosiy simptomi - yiringli jarayon rivojlanayotgan suyak sohasidagi og'riq hisoblanadi. Og'riq intensivligi ancha yuqori bo'ladi va ba'zi-ba'zida og'riq o'z-o'zidan yo'qoladi. Og'riq sababli va o'sha sohadagi yumshoq to'qimalar (teri, yog' kletchatkasi, mushaklar) shish qo'shilgach, harakat ham chegaralanadi. Jarayon naysimon suyaklarda ko'p uchraydi, ayniqsa son, katta boldir suyagi (65%) ko'proq zararlanadi. Shu sababli bemorlar yura olmasdan to'shakka yotib qoladilar. To'shakdagi ozgina harakat ham og'riqning keskin kuchayishiga olib keladi. Agar suyak iligidagi yiringli jarayon suyak ustining qobig'ini yemirib mushaklararo bo'shliqqa tarqalsa, mushaklararo flegmona rivojlanadi. Kasallikning rentgenologik belgilari 3-haftadan boshlab namoyon bo'ladi (suyak usti qobig'ining yo'g'onlashuvi, sekvestr paydo bo'lishi, osteoporoz belgilari shular jumlasidandir). Tashxis qo'yish ko'p hollarda qiyinchilik tug'dirmaydi. Suyakni maxsus igna bilan punksiya qilish va yiring borligini aniqlash tadbiri tashxisni tasdiqlaydi.

Davolash. O'tkir gematogen osteomielitni davolashning asosiy tamoyillari quyidagilardan iborat:

1. Kasallangan qo'l - oyoq immobilizatsiya qilinadi (gips bog'lami, maxsus shinalar yordamida).
2. Kasallangan suyak maxsus igna yordamida teshiladi, yiring evakuatsiya qilinib har kuni yuvib turish uchun ingichka naychalar o'rnatiladi.
3. Suyak kanaliga o'rnatilgan naychalar orqali kun davomida tomchilab antibiotiklar: penitsillin 10 - 20 ml birlikda, linkomitsin 30% - 10,0 ml 1000 ml fiziologik eritmada, mikroblar sezuvchanligini aniqlangach, zarur bo'lgan antibiotik, sulfanilamid preparatlar yuboriladi.
4. Parenteral yo'l bilan antibiotiklar, sulfanilamid preparatlar keng qo'llaniladi.
5. Mushaklararo flegmona rivojlanganda yiringli bo'shliqni ochish operatsiyasi o'tkaziladi.
6. Sekvestr paydo bo'lgach, sekvestrektomiya, sanatsiya qilish operatsiyasi bajariladi.
7. Dezintoksikatsion terapiya, vitaminlar, oqsil preparatlari buyuriladi.
8. Qon hamda plazma quyiladi.

O'TKIR JARROHLIK OSTEOMIELIT

Kasallik suyaklarning ochiq, o'q snaryad parchasi tegib sinishi, suyak atrofidagi yumshoq to'qimalarning katta hajmdagi jarohatlarida kuzatiladi. Infeksiya suyakka ekzogen yo'l bilan tushadi. Kasallik asta-sekin rivojlanadi. Suyak parchalari, yot jismlari kasallik rivojlanishida asosiy omillardan hisoblanadi. Rentgenologik tekshirishda sekvestrlar borligi, periost qalinlashganligi, singan suyak bo'laklari juda sust bitayotganligi ma'lum bo'ladi. O'tkir jarrohlik osteomielitni davolash usullari o'tkir gematogen osteomielitni davolashdan deyarli farq qilmaydi. Immobilizatsiya, antibiotiklar, sulfanilamid preparatlar, dezintoksikatsion terapiya, qon, plazma, yiringli bo'shliqlarni keng ochish, nekrektomiya, sekvestrektomiya tavsiya etiladi.

IKKILAMCHI SURUNKALI OSTEOMIELIT

Surunkali osteomielit kasallikning o'tkir turlarining sust kechishi va muolajaning samarasizligi oqibatida yuzaga keladi. Oqma yaralar borligi, rentgenologik tekshiruvda suyak sekvestrlarining silliqilanishi surunkali osteomielitga xos bo'lgan belgilarga kiradi. Oqma yaralar vaqti-vaqti bilan bitib, organizm kuchsizlanishi, ovqatni to'yib yemaslik, sovuqda uzoq muddat qolib ketish kabi sharoitlarda yana xuruj beradi. Kasallik uzoq muddat davom etganligi sababli yallig'lanish sohasidagi yumshoq to'qimalar atrofiyaga uchraydi, yaqin joylashgan bo'g'imlarda ankiroz rivojlanadi, ichki a'zolar amiloidozi kuzatiladi. Oqma yaralar yo'li, yiringli bo'shliq hajmini aniqlash maqsadida fistulografiya qilinadi.

Davolash. Kasallik zo'raygan paytda o'tkir osteomielitga qarshi davo muolajalari o'tkaziladi. Yiringli bo'shliqlar keng ochilib, sekvestrektomiya, nekrektomiya bajariladi. Suyakning hosil bo'lgan bo'shlig'i suyak, tog'ay, suyak to'qimalari yoki sintetik moddalar (parafin, plastmassa va hokazo) bilan to'ldiriladi. Ushbu soha immobilizatsiya qilinadi. Fizioterapevtik muolajalardan UVCh- terapiya, parafin, balchiq bilan davo jarohatlar bitib ketgandan keyin buyuriladi.

O'TKIR YIRINGLI ARTRIT

Bo'g'imlarning o'tkir yiringli yallig'lanishi artrit deb ataladi. Kasallik kelib chiqishiga bo'g'imga mikroorganizmlar tushishi va ular rivojlanishi uchun sharoit borligi sabab bo'ladi. Jarohatlar, endokrinologik kasalliklar, moddalar almashinuvining buzilishi kasallik rivojlanishida muhim omillardan hisoblanadi. Kasallik qo'zg'atuvchilari stafilokokklar, streptokokklar, pnevmokokklar, ichak tayoqchasi, ba'zi xollarda spetsifik infeksiyalar hisoblanadi. Bo'g'im bo'shlig'ida yig'ilgan eksudat harakteriga ko'ra serozli, fibrinli, yiringli artritlar tafovut qilinadi.

Klinik manzarasi. Kasallik odatda og'ir kechadi. Oyoqdagi bo'g'imlar: tizza, tos-son bo'g'imi, boldir-tovon bo'g'imlari kasallanganda bemorlar yura olmaydilar. Kuchli og'riq, harakatning chegaralanishi, bo'g'imning shishib, terisi qizarishi, ayrim xollarda flyuktuatsiya simptomining aniqlanishi ushbu kasallikka xos belgilardir. Davo muolajalari o'z vaqtida boshlanmasa jarayon kuchayib boradi yiring bo'g'im po'stlog'ini yemirib, bo'g'im atrofi sohasi flegmonasiga olib kelishi natijada yiringli oqma yaralar rivojlanishi mumkin. Og'ir xollarda sepsis bilan ham asoratlanadi.

Davolash. Dastlab zararlangan qo'l yoki oyoq immobilizatsiya qilinadi. Bo'g'im punktsiya qilinib, eksudat so'rib olinadi va bo'g'im bo'shlig'iga antibiotiklar yuboriladi (29 a,b va 30 rasmlar).

Ushbu muolaja bir necha marta takrorlanishi mumkin. Agar jarayon kuchaysa punktsiya usulida davolash foyda bermasa artrotomiya, bo'g'im bo'shlig'i sanatsiya va drenajlash operatsiyasi o'tkaziladi (31 - rasm I a, b,v, II a,b). Antibiotiklar, qon, plazma quyish, kuchli ovqatlarni iste'mol qilish ham davolash muolajalari qatoriga kiradi. Og'riq o'tib ketishi bilan bemorning kasallangan oyoq yoki qo'lini harakatlantirish, davolash gimnastikasi, massaj, fizioterapevtik muolajalarni boshlash maqsadga muvofiq.

YIRINGLI BURSIT

Bo'g'im xaltasi shilliq pardasining o'tkir yallig'lanishi bursit deb ataladi. Yallig'lanish asosan tirsak, yelka, kurak bo'g'im xaltalarida kuzatiladi. Kasallikning kelib chiqishida kasb bilan bog'liq bo'lgan surunkali jarohatlar, infeksiyaning kirish darvozalari (tirnalgan, shilingan jarohatlar) yoki gematogen yo'l asosiy o'rin tutadi. Kasallikning kechishiga qarab: o'tkir va surunkali bursitlar, eksudatning harakteriga ko'ra: seroz, seroz-fibrinli, yiringli yoki gemorragik bursitlar tafovut qilinadi.

Klinik manzarasi. O'tkir yiringli bursitda og'riq, tana haroratining ko'tarilishi, bo'g'im xaltasi shishib, ustidagi terining qizarib ketishi kuzatiladi. Ba'zi xollarda «flyuktuatsiya» belgisi aniqlanadi. Yiringlash ba'zida bo'g'im bo'shlig'idan ham o'tishi mumkin, asosan esa bo'g'imdan tashqarida qayd etiladi. Vaqtida ko'rsatilmagan tibbiy yordam yiringning terini teshib chiqishi va oqma yaralar paydo bo'lishiga olib keladi.

Davolash. Kasallikning o'tkir davrida zararlangan oyoq-qo'lni immobilizatsiya qilish zarur. Yiringli bo'shliqqa aylangan bo'g'im xaltasi kuniga punktsiya qilinib, eksudati so'rib olinadi va antibiotiklar yuboriladi. Punktsiyadan keyin bo'g'im sohasi qattiq qilib bog'lab qo'yiladi. Agar

punksiya usuli bilan davolash naf bermasa operatsiya usulida yiringli bo'shliq ochilib, sanatsiya qilinadi. Antibiotiklar, sulfanilamid preparatlar ham muolaja rejasiga kiritiladi.

QANDLI DIABET VA YIRINGLI JARROHLIK INFEKSIYASI

XXI asrga kelib qandli diabet yer yuzida eng ko'p tarqalgan kasalliklar qatoridan joy oldi. Hozirgi paytda dunyoda 200 mln ga yaqin, O'zbekistonda esa 80 mingga yaqin bemor qandli diabet tashxisi bilan dispanser nazoratida turadi. Qandli diabet endokrin kasalliklar turkumiga kirib, insulin gormonining yetarlicha ishlab chiqarilmasligi (1 - turdagi qandli diabet) yoki to'qimalarning insulina bo'lgan sezuvchanligining yo'qolishi (2 - turdagi qandli diabet) natijasida qonda doimo qand miqdorining ko'payishi bilan kechadigan surunkali kasallik hisoblanadi. Kasallikning birinchi turi 40 - 45 yoshgacha bo'lgan odamlarda, ikkinchi turi esa 45 - 50 yoshdan katta bo'lgan odamlarda rivojlanadi. Kasallik kelib chiqishida genetik-irsiy moyilliklar, stress, semirish, noto'g'ri ovqatlanish, o'tkir, surunkali yuqumli kasalliklar muhim rol o'ynaydi. Diabetologiyaning asosiy muammolaridan biri jarrohlik infeksiyasi va qandli diabetning bir-biriga bog'liqligidir. Qandli diabet bilan kasallangan bemorlarda yiringli jarayonlar o'ziga hos kechadi. Bu holat jigar, yurak qon tomir tizimining buzilganligi, bemorlarning tromboembolik va ateroskleroz kabi asoratlarga moyilligi, asab tizimida chuqur o'zgarishlar ro'y berganligi bilan bog'liq. Qandli diabetda uglevod almashinuvi buzilibgina qolmay, oqsil, yog' almashinuvida ham jiddiy o'zgarishlar ro'y beradi. Sintez jarayoni sustlashganligi sababli jarohat regeneratsiyasi sustlashadi. Yiringli infeksiya barcha turdagi moddalar almashinuviga salbiy ta'sir ko'rsatib, atsidoz, maxalliy jarayon asoratlanishiga olib keladi. Infeksiyaning tarqalib, sekin rivojlanish ehtimoli paydo bo'ladi. Yiringli jarayon sababli keton moddalarining ko'payishi, proteolitik fermentlar, ekzogen va endogen insulinni parchalaganligi sababli, insulin yetishmovchiligi kuchayadi. Yiringli o'choq kasallik dekompensatsiyasi, diabetik koma rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Organizm himoya kuchlarining kamayishi qandning qondagi miqdori yuqoriligi, gipovitaminoz, to'qima va a'zolarida barcha moddalar almashinuvi buzilishiga, immunobiologik xususiyatlarning keskin sustlashishiga bog'liq bo'ladi. Qandli diabetda mikrotsirkulyatsiya, periferik asab sistemasi izdan chiqishi, qonning reologik xususiyatlari va gemostaz buzilishi, umumiy va maxalliy immunitet sustlashishi «yallig'lanish» sindromi rivojlanishida muhim omillardan hisoblanadi. Zamonaviy antidiabetik terapiya bemorlarda mikroangiopatiya kabi asoratlarning oldini olishga imkonbermaydi. Mikroangiopatiya sababli «diabetik tovon» sindromi, retinopatiya, nefropatiya, neyropatiya kabi asoratlar rivojlanib, bemorni nog'ironlikka, o'linga olib keladi. Qandli diabetning eng og'ir asoratlariga «diabetik tovon» sindromi kiradi. Jarrohlik bo'limida ishlaydigan tibbiyot xodimlari «diabetik tovon» sindromiga uchragan bemorlarni kasallikning III bosqichida, ya'ni tovonda yiringli nekrotik jarayonlar boshlanganda davolaydi. «Diabetik tovon»ning I - II bosqichlarida bemorlar endokrinologlar, nevropatologlar, terapevtlar, rivojlangan mamlakatlarda esa podiatr deb atalmish mutaxassislar tomonidan davolanadilar. Podiatriya - bu yunoncha «pod»- tovon, oyoq, «atria»- davolash, parvarishlash so'zidan olingan bo'lib, «diabetik tovon» sindromi bilan kasallangan bemorlar tovonidagi funksional, organik o'zgarishlarni o'rganib, kelib chiqishi mumkin bo'lgan asoratlarning oldini olishga qaratilgan fandır. Rivojlangan mamlakatlarda (AQSh, Germaniya, Fransiya, Angliya, Yaponiya va h.k) hozirgi paytda podiatr deb ataladigan mutaxassislar bo'lib, u qandli diabet bilan kasallangan barcha bemorlarni o'z nazoratiga oladilar. Podiatr belgilangan muddatda (har 1 - 2 oyda bir marta) «diabetik tovon» bilan bemorlarni qabul qiladi. Tekshirish paytida podiatr oyoqdagi teri rangi, turgori, tuklarning qanchalik saqlanib qolganligi, tirnoqlar ko'rinishi, sezuvchanlik kamayishi, terida yoriqlar, yaralar borligiga e'tibor beradi. Keyin periferik arteriyalardagi pulsatsiyani tekshiradi, tovon va oyoq barmoqlari terisidagi harorat o'lchanadi. Qo'shimcha tekshirish usullari orqali tovondagi nerv tolalarining sezuvchanlik «chegarasi» ham aniqlanadi. Podiatr ob'ektiv ko'rish va asbob-uskunaviy tekshirishlar natijasi yordamida «diabetik tovon» qaysi bosqichda ekanligi, oldingi ko'rik paytida ro'y bergan o'zgarishlar ijobiy yoki salbiy tomonga o'zgarganligi haqida hulosa qiladi va buni tibbiy hujjatga qayd qilib, yozib qo'yadi. Shundan so'ng u bemorga tovonni parvarish qilish uchun zarur bo'lgan foydali maslahatlarni beradi (tovonni har kuni iliq suvda chayib, antiseptik eritmalar bilan artib turish, barmoqlarni, ularning oralig'ini yod, spirt

eritmaları bilan surtish zarurligini, qonning reologik hususiyatlarini yaxshilashni, mikrotsirkulyatsiyani me'yorga keltiruvchi dorilardan aspirin, pentoksifillin, dipirodomol kabi preparatlarni tavsiya etadi va hokazo).

«Diabetik tovon» sindromi rivojlanishi zaminida mayda qon tomirlari zararlanishi yotadi. Bu patologiya qon tomir bazal membranasining qalinlashishi, o'tkazuvchanligining buzilishi, keyinchalik ro'y beradigan obliteratsiya bilan yakunlanadi. Giperkoagulyatsiya o'rtacha arteriolalar trombozi, yumshoq to'qimalar nekrozga uchrashi va gangrena rivojlanishiga olib keladi. Diabetik gangrena odatda juda og'ir kechadi va ko'pincha (20 - 80%) oyoqni son sohasidan amputatsiya qilish bilan yakunlanadi. Hozirgi paytda qandli diabet asorati hisoblangan tovon gangrenasida son sathidan qilinayotgan amputatsiyalar yiliga dunyo miqyosida 200000 ta, O'zbekistonda esa 1300 - 1400 ta bemorda o'tkazilyapti.

Qandli diabetda rivojlanadigan yumshoq to'qimalar yiringli jarayonlari hisoblangan karbunkul, abscess, flegmona ham og'ir kechadi. Yiringli jarayonlar og'irroq kechishiga yuqorida ko'rsatib o'tilgan omillar sabab bo'ladi.

Qandli diabetning yiringli asoratlarini davolash mushkul va murakkab vazifa bo'lib Kompleks davolash rejasiga jarrohlik operatsiyasi va zamonaviy davolash muolajalari kiradi. Jarrohlik davolash yiringli bo'shliqlarni keng kesib ochish, nekrotik to'qimalarni olib tashlash, hosil bo'lgan bo'shliq va jarohatlarni antiseptik eritmalar bilan yuvib, antibiotik shimdirilgan bog'lamlar qo'yishdan iborat. Bemorlarga insulin, antidiabetik tabletkalar, antibiotiklar, sulfanilamid preparatlar, vitaminlar, antikoagulyantlar, qon, plazma, qon o'rnini bosuvchi preparatlar, dezintoksikatsion terapiya, antiagregantlar, qon reologiyasini yaxshilovchi dorilar qilinadi. Qandli diabetda yiringli jarayon ko'pincha katta hajmda bo'ladi va nekrektomiya qilingandan so'ng, katta maydonda granulyatsion jarohatlar yuzaga keladi. Katta sohani egallagan jarohatlarda mustaqil epitelizatsiya bo'lmaydi va bu xolatda tananing boshqa sohalaridan ko'chirib o'tkazilgan teri (autodermoplastika), uning bitishiga yordam beradi.

JARROHLIK SEPSISI

Sepsis - bu turli xil mikroblarning va ularning toksinlarining qon orqali barcha a'zo va tizimlarda keng tarqalishidir. Sepsis juda ko'p kasalliklar asorati sifatida qabul qilinadi. Masalan, yuqumli kasalliklar turkumiga kiruvchi qorin tifi (ich terlama), brutsellyoz, tuberkulyoz, va shunga o'xshash kasalliklarda ham bakteriemiya qayd etiladi, ya'ni bunda mikroblar qonda aylanib yuradi. Lekin jarrohlik sepsisi o'zining kelib chiqish sabablari, klinik kechishi, og'ir asoratlarga olib kelishi bilan ajralib turadi. Jarrohlik sepsisi rivojlanishiga infeksiyaning kirish darvozasi va birlamchi septik o'choq bo'lishi xosdir. Jarrohlik sepsisi barcha jarrohlik kasalliklarining 0,05 - 0,1%ini tashkil etadi. Zamonaviy jarrohlik, anesteziologiya va reanimatologiyaning yutuqlariga qaramay jarrohlik sepsisida o'lim 22 - 25% ni tashkil etmoqda. Septik shok rivojlangan hollarda o'lim 70 - 80% gacha bo'lgan ko'rsatkichni tashkil qilyapti. Kasallik asosan erkaklarda, 30 - 55 yosh orasida ko'proq uchraydi. Jarrohlik sepsisi qo'zg'atuvchilariga stafilokokklar (50 - 60%), streptokokklar (5 - 8%), ichak tayoqchasi (3 - 6%), ko'k yiring tayoqchasi (2 - 3%), protey (1 - 2%), pnevmokokklar (2 - 4%) va qolgan hollarda mikroblar assotsiatsiyasi kiradi. Jarrohlik sepsisi rivojlanishida quyidagi omillar muhim rol o'ynaydi:

1. Sepsis qo'zg'atuvchisi virulentligining yuqori bo'lishi
2. Infeksiyaning kirish darvozasi borligi
3. Mikroblar yashashi, rivojlanishi va qonga tarqalishi uchun muhim shart-sharoitlar mavjudligi (yumshoq to'qima, suyak, bo'g'imlarning og'ir jarohati, nekroz to'qimalar, katta hajmdagi gematomalar mavjudligi va hk.)

4. Organizm reaktivligining sensibilizatsiya tomonga siljishi

Tasnifi:

Ko'p klinikalarda jarrohlik sepsisining quyidagi tasnifi qabul qilingan:

1. Kasallikni qo'zg'atgan mikrobnig turiga qarab:

a) stafilokokkli

b) streptokokkli

v) anaerob

g) bakteroid va hk.

2. Rivojlanish sababiga ko'ra:

a) jarohatdan keyingi

b) operatsiyadan keyingi

v) ichki kasalliklardan keyingi (pnevmoniya, o'tkir endokardit va hk.)

g) kriptogen

3. Birlamchi o'chog'i qaysi kasalliklar turiga kirishiga qarab:

a) jarrohlik

b) ginekologik

v) otogen

g) odontogen

d) kindikdan (tug'ilgan chaqaloqlarda)

4. Klinik kechish tezligiga qarab:

a) yashin tezligida kechuvchi

b) o'tkir

v) qaytalanib turuvchi (retsdiv)

g) surunkali

5. Organizmning infeksiyaga qaytaradigan javobiga ko'ra:

a) giperergik

b) normergik

v) anergik

6. Infeksiya o'chog'ining mavjudligiga ko'ra:

a) kriptogen

b) ikkilamchi

Klinik manzarasi.

Jarrohlik sepsisining quyidagi klinik bosqichlari tafovut qilinadi:

a) boshlang'ich davri

b) septitsemiya davri

v) septikopiemiya davri

Jarrohlik sepsisining boshlang'ich davrida birlamchi kasallikning klinik manzarasi ustunlik qiladi. Kasallik kuchli intoksikatsiya bilan davom etayotganligi sababli har bir bosqich chegarasini aniqlab bo'lmaydi. Jarrohlik sepsisining umumiy va mahalliy simptomlari tafovut qilinadi.

Umumiy simptomlarga: bosh og'rishi, uyqu buzilishi, alaxsirash, tana haroratining 39 - 40° S ga ko'tarilishi, terlash, darmonsizlik kiradi. Yurak qon - tomirlari tizimi zararlanganda septik miokardit rivojlanib qon bosimi kamayib, tomir urishi tezlashadi. Jigar kattalashib ketib, toksik gepatit rivojlansa, terida sariqlik paydo bo'lishi mumkin. Taloq kattalashadi, buyrak faoliyati ham buziladi, siydik miqdori kamayib, unda oqsil, silindrlar, eritrotsitlar paydo bo'ladi. Kapillyarlar o'tkazuvchanligi buzilganligi sababli, terida mayda qontalashlar (toksieksimozlar) paydo bo'ladi.

Qon tahlilida anemiya, leykotsitoz, leykoformulaning chapga surilishi, eritrotsitlar cho'kish tezligining oshishi qayd etiladi. Biokimyoviy tahlillar yordamida bilirubinemiya, azotemiya, gipoproteinemiya aniqlanadi.

Maxalliy o'zgarishlar sepsisning klinik manzarasiga mos kelmaydi. Jarohat atrofi shishib, teri oqarib ketishi, jarohatning o'zidan kulrang-oqish, suyuq konsistensiyali ekssudat ajralib chiqib turishi mumkin. Jarohat atrofida vena qon tomirlari trombozi, limfangit, limfadenitlar kuzatilishi mumkin.

Septikopiemiya bosqichida tananing turli xil sohalarida, ichki a'zolarida yiringli metastatik o'choqlar paydo bo'ladi. Bemor ahvoli juda og'irlashadi. Darmonsizlik shu darajada rivojlanadiki, hatto bemor yotgan joyida yonboshiga ag'darilib yotishiga ham kuchi yetmay qoladi. Jigar, taloq, buyrak, bosh miyada paydo bo'lgan yiringli o'choqlar juda qiyin diagnostika qilinadi va ular ko'pincha autopsiya vaqtida aniqlanadi. Septikopiemiya bosqichi rivojlangandan so'ng aniqlangan septik o'choqlar jarrohlik yo'li bilan olib tashlanib turishiga qaramay, bemorlarda areaktivlik holati rivojlanadi. Buning oqibatida 90 - 95% hollarda o'lim yuz beradi.

Diagnostikasi. Bemor shikoyatlari, anamnezi, obektiv ahvoli, infeksiya kirish darvozasining borligi, maxalliy o'zgarishlarning o'ziga hos kechishi, asosiy jarrohlik kasalligining yiringli yallig'lanish asorati bilan davom etishi, qonni bakteriologik ekkanda mikroblar o'sishining aniqlanishi, septik o'choqlar paydo bo'lishi jarrohlik sepsisi tashxisini qo'yishga asos bo'la oladi.

Davolash.

Jarrohlik sepsisi davosi ikki bosqichdan iborat bo'ladi:

1. Maxalliy davo
2. Umumiy davo

Maxalliy davolash operativ tadbirlar (nekrektomiya, peritonitda birlamchi manbani yo'qotish, maxalliy yiringli jarayonlarda yiringli bo'shliqlarni iloji boricha kengroq kesib, ochish, antiseptiklar bilan yuvish, drenajlash, yangi davolash usullaridan ultratovush kavitatsiyasi, ultrabinafsha, infraqizil nurlar bilan nurlantirish, immobilizatsiya qilish va hk)dan iborat bo'ladi.

Umumiy davolanishning asosiy tamoyillaridan biri bu antibakterial terapiyadir. Bakteriologik ekma javobi olinguncha keng spektrli antibiotiklar mushak orasiga, vena, arteriya, limfa tomirlariga yuboriladi. Antibiotiklar miqdori yuqori bo'lishi zarur. Noklostridial anaerob infeksiyasida flagil, metrogil ham yuboriladi. Sulfanilamid preparatlar, stafilokokka qarshi gamma globulin, antistafilokokk plazma, immunomodulyatorlar ham qo'llaniladi.

Bemorni parenteral oziqlantirish maqsadida gidrolizatlar, alvezin, vamin, intralipid, lipofundin, glyukozaning 5, 10, 40% li eritmaları insulin bilan birga yuboriladi. Qon, plazma, qon preparatlari bemorni davolashda kundalik ehtiyoj bo'lib hisoblanadi. V-guruhidagi vitaminlar, immunomodulyator (T-faolin, timolin, immunomodulin) bemor reaktivligini oshirishga qaratilgan. Anabolik gormonlar (renobolin, retabolil) quyilayotgan oziqa moddalarni o'zlashtirishga yordam beradi.

Bemorning og'iz, burun, halqum bo'shliqlari, tilini har kuni sanatsiya qilib turish, badanini yarim spirtli eritma, namlangan sochiq bilan artib turish zarur.

Bemor nazogastral zond yordamida enteral oziqlantiriladi. Kundalik ratsion kamida 100 g oqsil, 80 g yog', 500 g uglevodlar va 2,5 - 3,5 l suyuqlikdan kam bo'lmasligi kerak.

Dezintoksikatsion - infuzion terapiya patogenetik davolashning asosiy tamoyillaridan hisoblanadi. Gemodez, reopoliglyukin, turli xil tuzli hamda izotonik eritmalar venaga tomchilab 4 - 8 l miqdorda quyilishi, diuretik yordamida kuchaytirilgan diurez o'tkazilishi maqsadga muvofiq.

Zamonaviy jarrohlikning yutuqlaridan hisoblangan giperbarik oksigenatsiyaning qo'llanilishi to'qimlarda gipoksiyani kamaytirishga imkoniyaratadi. Gemosorbsiya, cho'chqa talog'ini ishlatib ksenotaloqda biogemosorbsiyaning o'tkazilishi ham qonda mikroblar konsentratsiyasini kamaytirishga yordam beradi.

Antiferment dorilardan kontrikal, gordoks, trasilol, steroid gormonlardan gidrokortizon, deksametazon septik shok rivojlanganda qo'llaniladi.

TIBBIY ATAMALAR

1. **Xirurgik infeksiya** – jarohat yoki jarrohlik amaliyotidan keyin yuzaga keladigan infeksiyon kasallik.
2. **Yallig‘lanish (Inflamatsiya)** – organizmning shikast yoki infeksiyaga javobi sifatida yuzaga keladigan kompleks reaksiya.
3. **Rubor** – yallig‘langan hududning qizarishi.
4. **Tumor** – yallig‘langan hududning shishishi.
5. **Calor** – yallig‘langan hududdagi mahalliy issiqlik.
6. **Dolor** – yallig‘langan sohada og‘riq.
7. **Functio laesa** – yallig‘langan hududning normal funktsiyasining buzilishi.
8. **Limfogen tarqalish** – infeksiya limfa orqali tarqalishi.
9. **Hematogen tarqalish** – infeksiya qon orqali tarqalishi.
10. **Aseptika** – mikroblarni jarohatga tushishini oldini olish qoidalari.

“Cluster” (Tarmoqlash) interfaol o‘yini qo‘llanish texnikasi

“Cluster” — ma’lumotlarni vizual tarzda **guruhlash va tizimlashtirish** orqali o‘quvchilarning mantiqiy tafakkuri va tushunchalarni bog‘lash ko‘nikmalarini rivojlantiruvchi metod. Tibbiyot fanlarida simptomlar, kasalliklar, diagnostik belgilar va davolash usullarini tizimlashtirishda samarali.

1. Maqsadni aniqlash

- Mavzuni tizimli o‘rganish
- Bilimlarni bog‘lash va guruhlash ko‘nikmasini shakllantirish
- Klinik va nazariy ma’lumotlarni esda saqlashni yaxshilash

2. Tayyorlov bosqichi


- Doska, slayd yoki A4 varaq ustida markaziy mavzu yoziladi
 - Masalan: “Pnevmoniya”
- Talabalar uchun asosiy kategoriya yoki yo‘nalishlar belgilanishi mumkin
 - Belgilar, simptomlar, diagnostika, davolash

3. Talabalarni guruhlash

- Individual yoki kichik guruhlar (2–5 kishi)
- Har bir guruh markaziy mavzuni tahlil qilib, ma’lumotlarni tarmoqlaydi

4. Ma’lumotlarni tarmoqlash

- Markaziy mavzudan chiziqlar chiqariladi (asosiy kategoriyalar)
- Har bir asosiy kategoriya ostida kichik chiziqlar bilan detallarga ajratiladi
- Talabalar mavzuni logik va mantiqiy tarzda guruhlaydi

 Masalan (Pnevmoniya tarmoqlari):

- **Belgilari:** isitma, yo‘tal, nafas qisilishi
- **Sabablari:** bakterial, virusli, aspiratsion
- **Diagnostika:** rentgen, laborator testlar
- **Davolash:** antibiotiklar, kislorod terapiyasi, profilaktika

5. Taqdimot bosqichi

- Har bir guruh o‘z “Cluster”ini auditoriyaga taqdim qiladi
- Boshqalar savol berishi yoki qo‘shimcha kiritishi mumkin

6. Xulosa va refleksiya

- Ma’lumotlar to‘g‘ri va mantiqiy guruhlanganligini tekshirish
- Asosiy tushunchalar ustida yakuniy izoh berish
- Xatolar va tushunmovchiliklarni tahlil qilish

Afzalliklari

- Ma’lumotlarni vizual tarzda tizimlashtirish imkonini beradi
- Klinik fikrlash va mantiqiy bog‘lashni rivojlantiradi
- Talabalarni faol ishtirokga jalb qiladi
- Murakkab mavzularni oson tushunishga yordam

“BAHS -MUNOZARA” metodi- biror mavzu bo‘yicha ta’lim oluvchilar bilan o‘zaro bahs-munozara va fikr almashuv tarzida o‘tkaziladigan metoddir.

NAZORAT UChUN SAVOLLAR

1. O‘tkir jarrohlik infeksiyasi, tasniflari
2. To‘qimalarning jarrohlik infeksiyasiga bo‘lgan maxalliy reaksiyasi va klinik manzarasi
3. Organizmning o‘tkir yiringli infeksiyaga bo‘lgan umumiy reaksiyasi va klinik manzarasi
4. Yumshok to‘qimalar yiringli yallig‘lanishining ayrim turlari furunkul, abscess, flegmona, klinik simptomlari va davolash asoslari
5. Yumshok to‘qimalar yiringli yallig‘lanishining ayrim turlari panaritsiy, mastit, saramasning klinik simptomlari va davolash asoslari
6. Yallig‘lanish sindromi bo‘lgan bemorlarga hamshiralik yordamini tashkil qilish
7. Suyak iligining o‘tkir yiringli yallig‘lanish sabablari va turlari
8. O‘tkir gematogen osteomielitning klinik manzarasi, hamshiralik yordamini tashkil etish
9. O‘tkir jarrohlik osteomielitning klinik belgilari, hamshiralik ishi jarayonini tashkil etish
10. O‘tkir yiringli artrit va bursitning uziga hos xususiyatlari, hamshiralik yordamini tashkil etish
11. Qandli diabet bilan kasallangan bemorlarda o‘tkir yiringli yallig‘lanish kasalliklarining o‘ziga hos xususiyatlari
12. «Diabetik tovon» sindromi, hamshiralik ishi jarayonini tashkil qilish
13. Jarrohlik sepsisi, sabablari va turlari
14. Sepsisning klinik manzarasi va davolash asoslari
15. Jarrohlik sepsisini davolashda hamshiralik ishi jarayoni

TEST SAVOLLARI

1. Xirurgik infeksiya nima?

- A) Faqat teri yuzasidagi shish
- B) Jarohat yoki jarrohlik amaliyotidan keyin yuzaga keladigan infeksiyon kasallik
- C) Tananing umumiy sovishi
- D) Mushaklarning spazmi

Javob: B

2. Yallig‘lanishning asosiy mahalliy belgilaridan biri qaysi?

- A) Qon bosimining ko‘tarilishi
- B) Rubor – hududning qizarishi
- C) Qon ketishi
- D) Nafas yetishmovchiligi

Javob: B

3. Tumor yallig‘lanish jarayonida nimani anglatadi?

- A) Og‘riqning kuchayishi
- B) Hududning shishishi
- C) Qon aylanishining sekinlashishi
- D) Terining oqishi

Javob: B

4. Calor belgisi yallig‘lanishda nimani bildiradi?

- A) Mahalliy issiqlik oshishi

- B) Og‘riq sezilishi
- C) Shish paydo bo‘lishi
- D) Funktsiyaning buzilishi

Javob: A

5. Dolor yallig‘lanishning qaysi belgisi?

- A) Qizarish
- B) Og‘riq
- C) Harorat ko‘tarilishi
- D) Shish

Javob: B

6. Functio laesa nima?

- A) Yallig‘langan hududdagi normal funktsiyaning buzilishi
- B) Og‘riqning kamayishi
- C) Shishning kamayishi
- D) Terining qizarishi

Javob: A

7. Infeksiyaning limfogen tarqalishi nima?

- A) Qon orqali tarqalishi
- B) Limfa orqali tarqalishi
- C) Terining yuzasida tarqalishi
- D) Nafs orqali tarqalishi

Javob: B

8. Infeksiyaning hematogen tarqalishi nima?

- A) Limfa orqali tarqalishi
- B) Qon orqali tarqalishi
- C) Mahalliy to‘qimalarda qolishi
- D) Boshqa odamga kontaktda tarqalishi

Javob: B

9. Xirurgik infeksiya tasnifida nimaga e‘tibor beriladi?

- A) Bemorning yoshi va jinsi
- B) Infeksiyaning lokal yoki tarqalganligi, o‘tkir yoki surunkali ekanligi
- C) Terining rangi
- D) Bemorning vazni

Javob: B

10. Aseptika nima?

- A) Infeksiya bilan kasallanish
- B) Mikroblarni jarohatga tushishini oldini olish qoidalari
- C) Yallig‘lanishning asosiy belgilari
- D) Jarohatni bog‘lash usuli

Javob: B

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. **X. Raximov – Travmatologiya va ortopediya** (Toshkent, 2018).
2. **S. Qodirov – Umumiy jarrohlik** (Toshkent, 2016).
3. **A. Askarov – Favqulodda tibbiy yordam asoslari** (Toshkent, 2017).

4. **O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi – Travmatologiya va xirurgik infeksiyalar bo‘yicha klinik qo‘llanma** (Toshkent, 2020).
5. **T. Daminov – Jarrohlik kasalliklari va yallig‘lanish fiziopatologiyasi** (Toshkent, 2019).

2.7.1- mavzu:	“O‘tkir qorin og‘rig‘i” sabablari, klinik belgilari, bemorlarni zamonaviy tekshirish usullari
----------------------	--

Ma’ruza mashg‘ulotini o‘qitish texnologik xaritasi.

Vaqt: 160 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
-------------------------	------------------------------------

O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot 4 kredit
Ma'ruza mashg'ulotining rejasi.	1.O'tkir qorin og'rig'i" sindromi tushunchasi, sabablari, klinik belgilari,shoshilinch yordam ko'rsatish. 2."O'tkir qorin og'rig'i" umumiy va maxalliy alomatlari. 3. Qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlari
<p>O'quv mashg'uloti maqsadi: 1.Ta'limiy: Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash Amaliy ko'nikmalarni egallash Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash Deontologik tarbiyaning shakllanishi Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash 2.Tarbiyaviy maqsadi: Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish</p>	

Ish bosqichlari va vakti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa	<p>Tashkiliy kism 1.1 O'qituvchi sinfga kirib tinglovchilarning O'quv bulimi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiridi,ichki tartib qoidalariga rioya kilishni eslatib o'tadi, yangiliklar aytiladi va eshitaladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maksadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun ko'llaniladigan usullarni aytib o'yin koidalarini tushintiradi.</p>	Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.
<p>2-bosqich. Asosiy qism 145 daqiqa 1. Tinglovchilarning o'tilgan mavzuni takrorlash maqsadida uyga vazifalarini tekshirish baxolash 30 daqiqa. 2.Yangi mavzuni to'lik bayon etish 60 daqiqa.</p>	<p>1.1.Tinglovchilarning uyga vazifani bajarganligini tekshiradi va ularga o'tilgan mavzuni takrorlash "Aqliy xujum" usulida savol javob o'tkaziladi.To'g'ri javob bergan tinglovchilar baxolanadi. 1.2.Yangi mavzu mazmunini o'kituvchi tomonidan taqdimot ko'rinishida maxsus monitor orqali xayotga bog'lagan xolatda keng tushuntiriladi Mavzuga oid savollarga javob beradi. 1.3.Mavzu tushuntirilgandan so'ng "BBB"</p>	<p>1.Tinglovchilar uyga vazifalarini topshiradilar.O'tilgan mavzu bo'yicha o'qituvchi tomonidan berilgan savollarga javob beradilar. 2.Tinglovchilar ma'ruzani diqqat bilan tinglaydilar, Yangi mavzu bayonini yozib oladilar.Tushinmagan</p>

<p>3.O‘kitishning noana’naviy usullarini ko‘llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash 30 daqika va mavzuga oid videorlik tomosha qilish. 25 daqiqa</p>	<p>usulida olingan bilimlar mustaxkamlanadi va “BAHS -MUNOZARA” metodi- mavzu bo‘yicha ta‘lim oluvchilar bilan o‘zaro bahs-munozara va fikr almashuv tarzida o‘tkaziladi.</p>	<p>joylarini savol tarikasida yo‘llab javob oladilar.</p> <p>3. “BBB” usulida olingan bilimlar mustaxkamlanadi “BAHS - MUNOZARA” metodi- mavzu bo‘yicha ta‘lim oluvchilar bilan o‘zaro bahs-munozara va fikr almashuv tarzida o‘tkaziladi.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib,aktiv qatnashgan tinglovchilar rag‘batlantirilib, baxolar e‘lon qilinadi .Uyga vazifa O‘tkir qorin og‘rig‘i sindromi tushunchasi, sabablari, klinik belgilari, shoshilinch yordam ko‘rsatish. Qorin bo‘shlig‘i a‘zolari shikastlari. mavzuni o‘qib konspekt qilish va mavzuga oid 10 ta test tayyorlash.</p> <p>Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1.Hamraev A.J., Alimov A.V., A‘zamxo‘jaev T.S. “Xirurgiya va reanimatsiya asoslari”. Toshkent, “Zar qalam” nashriyoti, 2005 yil. 2.Hamraev A.J. “Xirurgiya ” “O‘qituvchi” nashriyot-matbaa ijodiy uyi, Toshkent, 2007 yil 3.M.F.Ziyaeva,M.A.Axmedova “ Jarroxlikda xamshiralik ishi” 2005 y, 4.V.N.Turaqulov,F.A.Qurbonov “Xirurgiyada xamshiralik ishi” 2019 y, 5.F.N.Nishonov,B.R.Abdullajonov,N.Ye.Boz orov “Xirurgik kasalliklar” 2020 y.</p>	<p>Tinglaydilir, uyga vazifalarni yozib oladilar.</p>

Mavzu: O‘tkir qorin og‘rig‘i sindromi tushunchasi, sabablari, klinik belgilari, shoshilinch yordam ko‘rsatish. Qorin bo‘shlig‘i a‘zolari shikastlari.

Reja:

- 1.“O‘tkir qorin og‘rig‘i” sindromi tushunchasi, sabablari, klinik belgilari,shoshilinch yordam ko‘rsatish.
- 2.“O‘tkir qorin og‘rig‘i” umumiy va maxalliy alomatlari.
3. Qorin bo‘shlig‘i a‘zolari shikastlari.

«O‘tkir qorin» sindromi - bu tibbiyot amaliyotida keng tarqalgan umumlashtirilgan klinik sindromlardan bo‘lib, qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining o‘tkir jarrohlik kasalliklari yoki shikastlanishi sababli paydo bo‘ladigan qorin bo‘shlig‘idagi favquloddagi holatdir. «O‘tkir qorin» sindromi atamasiga tibbiyot shevasi deb qarash mutlaqo noo‘rin bo‘lardir. Bu atama hamshiralik tashxisi,

ishchi gipotezasi, bemorning muammosi sifatida qabul qilinishi zarur. Ushbu hamshiralik tashxisini qo‘ygan xamshiradan bemorni jarrohlik statsionariga zudlik bilan yetkazish va shoshilinch ravishda tashxisni aniqlash uchun tekshiruvni boshlash talab etiladi. «O‘tkir qorin» sindromi asosida shoshilinch jarrohlik operatsiyasini talab etadigan kasallik yotadi (peritonit, ichak tutilishi, qorin bo‘shlig‘iga qon ketishi, ichki a‘zolarining qon bilan ta‘minlanishining buzilishi shular jumlasidandir). Ushbu sindrom klinik manzarasi bilan kechadigan juda ko‘p kasalliklar mavjudligini taqozo etadi. Jarrohlik bo‘limlarida davolanayotgan 50% dan ko‘p bemorlarni «o‘tkir qorin» sindromi bilan kasallanganlar tashkil etadi. Operatsiyadan keyingi asoratlardan o‘lim hollarining kuzatilishi «o‘tkir qorin» sindromi diagnostikasi, operatsiyani o‘z vaqtida bajarilganligiga uzviy bog‘liqligi hech kimga sir emas.

Diagnostikasi. «O‘tkir qorin» sindromi diagnostikasida anamnez muhim rol o‘ynaydi. Ko‘pchilik bemorlarning anamnezi surishtirilganda me‘da-ichak yo‘l va hazm qilish bezlari kasalliklari borligi ma‘lum bo‘ladi. Asosan qorin bo‘shlig‘ida o‘tkazilgan operatsiyalarda «o‘tkir qorin» sindromi bilan asoratlanish mumkin bo‘lgan surunkali kasalliklarga etibor berish zarur. Qorinning yopiq shikastlarida jarohat mexanizmiga, a‘zoning jarohat yuz bergan paytdagi holatiga etibor beriladi.

Klinik manzarasi. «O‘tkir qorin» sindromi klinik manzarasi turli-tumanligi bilan ajralib turadi. U kasallik va jarohatning harakteriga, bemorning dastlabki holati va yoshiga, organizm reaktivligi va boshqa ko‘p omillarga bog‘liq bo‘ladi.

Og‘riq - doimiy simptom hisoblanib, qorin bo‘shlig‘ining barcha o‘tkir jarrohlik kasalliklari va shikastlarida uchraydi. Og‘riqning qanday boshlanishi va joylashgan o‘rnini aniqlash muhim ahamiyatga ega, chunki vaqt o‘tishi bilan u o‘zgarib boradi. Masalan: qorin bo‘shlig‘idagi g‘ovak a‘zoning teshilishiga birdaniga paydo bo‘ladigan kuchli og‘riq xos. Bu og‘riq vaqt o‘tishi bilan doimiy tus olib, zo‘riqqa va bemor bir oz qimirlasa ham kuchayib ketaveradi. Boshqa bir misolni olaylik: qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining yallig‘lanish kasalliklarida og‘riq sekin boshlanib, keyinchalik kuchayadi, doimiy harakterga ega bo‘lib, ma‘lum bir sohada seziladi. Intensiv to‘lg‘oqsimon og‘riqlar qorin bo‘shlig‘idagi g‘ovak a‘zolarining yo‘li bekilib qolganda, a‘zo devoridagi mushaklarning kuchli qisqarish natijasida vujudga keladi. Bunday sharoitda og‘riqlar vaqti-vaqti bilan kuchayib, keyin ma‘lum bir muddatga to‘xtashi ham mumkin.

«O‘tkir qorin» sindromida uchraydigan og‘riq irradiatsiyasi ham muhim ahamiyatga ega. Og‘riq irradiatsiyasi har bir kasallik uchun o‘zgacha bo‘lib tashxis qo‘yishga yordam beradigan omillarga kiradi. Innervatsiyaning o‘ziga hos xususiyatlari sababli ba‘zida «o‘tkir qorin» sindromiga tegishli bo‘lgan og‘riqlarni qorin bo‘shlig‘idan tashqarida joylashgan a‘zolar kasalliklarida ham kuzatish mumkin («psevdoabdominal sindrom»).

Qusish - «o‘tkir qorin» sindromida uchraydigan simptomlardan hisoblanadi va asosan og‘riqdan keyin kuzatiladi. Qayt qilishning o‘zigagina asoslanib bir xulosaga kelish qiyin, lekin «yuqori ichak tutilishi» sindromida qusuq moddalarning ichak shirasi, axlat moddalaridan tashkil topganligi tashxis quyishda muhim ahamiyatga ega bo‘ladi.

Ich va yel chiqmasligi - «o‘tkir qorin» sindromining asosiy simptomlaridan hisoblanib, bu mexanik yoki funksional (peritonitda ichak parezi sababli) ichak tutilishidan darak beradi. Shuni ta‘kidlab o‘tish joizki, ingichka ichak tutilishining boshlang‘ich davrida ich me‘yorida kelishi mumkin, peritonitda esa ich ham surishi mumkin. Najasning rangi - qora, qizg‘ish - malina tusli yoki unga toza qon aralashgan bo‘lsa, bu me‘da - ichak tizimidan qon ketayotganidan dalolat beradi.

Chualchangsimon o‘simtaning o‘tkir nospetsifik yallig‘lanishi «o‘tkir appenditsit» deb ataladi.

«O‘TKIR QORINNING» UMUMIY VA MAHALLIY ALOMATLARI

Patologiya turi	Umumiy simptomlar	Mahalliy simptomlar
Jarohat	Shok Qon ketishi	Qorin old devori mushaklari tarangligi va og‘riq

Peritonit	Intoksikatsiya	Qorin old devori mushaklari taranglashgan, og'riqli
Qorin bo'shlig'iga qon ketishi	Qon ketishi	Qorin old devori mushaklari taranglashmagan, yumshoq, og'riqli, perkussiyada qorinning pastki qismida to'ntoqlik aniqlanadi
Ichak tutilishi	Degidratatsiya	Qorin yumshoq, shishgan, chegaralangan sohada og'riq

Qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlari.

O'tkir appenditsit - qorin bo'shlig'i a'zolarining eng ko'p tarqalgan kasalligi bo'lib hisoblanadi. Hozirgi kunda jarrohlik bo'limlarida bajarilayotgan 60 - 80% shoshilinch operatsiyalar appenditsit bilan og'rikan bemorlarga to'g'ri keladi.

Klinik manzarasi.

O'tkir appenditsitning klinik manzarasi turli xil ko'rinishga ega. Bu asosan chuvalchangsimon o'simtaning joylashgan o'rniga bog'liq bo'ladi. Odatda kasallik epigastral sohadagi og'riq bilan boshlanadi va ma'lum muddat o'tgach og'riq o'ng yonbosh sohasiga ko'chadi (Koxer - Volkovich simptomi). Ayrim hollarda og'riq kindik atrofida yoki qorinning barcha sohalarida baravar boshlanadi va keyinchalik o'ng yonbosh sohasiga ko'chadi. Og'riqning harakteri doimiy, intensivligi o'rtacha bo'ladi. Bemorda dispepsik buzilishlar: ko'ngil aynishi, qayt qilish, og'iz qurishi kuzatiladi. Ba'zan tana harorati 37.5 - 38 gacha ko'tarilishi mumkin.

Qorin paypaslab ko'rilganda o'ng yonbosh sohasida og'riq va qorin devori mushaklarining bir oz taranglashganligi seziladi. O'tkir appenditsitga xos simptomlardan hamshiralari quyidagilarni bilishlari shart:

1. Rovzing simptomi - chap yon bosh sohasida yo'g'on ichak proeksiyasini bosganda o'ng yon bosh sohasidagi og'riq kuchayadi.
2. Sitkovskiy simptomi - bemor chap yoni bilan yotganda o'ng yonbosh sohasida og'riq kuchayadi va bemor noqulaylik sezadi.
3. Bartome - Mixelson simptomi - bemor chap yoni bilan yotganda o'ng yon bosh sohasini paypaslash og'riq kuchayadi.
4. Shchetkin - Blyumberg simptomi - (qorin pardaning ta'sirlanish simptomi) yallig'lanish jarayoni qorin pardaga o'tganda kuzatiladi. O'tkir appenditsitning destruktiv - asoratlangan turlarida kuzatiladi. Qorinning o'ng yon bosh sohasini paypaslaganda mushaklar tarangligi aniqlanadi va qo'lni bosib turib bexosdan olish og'riqni kuchaytiradi.
5. Voskresenskiy simptomi - (sirpanish simptomi) vrach chap qo'li bilan bemorning ko'ylagini o'ng yon bosh sohasi ustida tarang qilib tortib turadi va o'ng qo'lining 2 - 3 - 4 barmoqlarini ko'ylak ustidan epigastral sohasidan ko'richak yo'nalishida tez sirpantiradi. Sirpanish tugagan paytda og'riqning kuchayganligi qayd etiladi.
6. Razdolskiy simptomi - o'ng yonbosh sohasini perkussiya qilganda og'riq kuchayadi.
7. Ivanov simptomi - kindikning o'ng tomonga siljishi (kindik va spina iliaca anterior superior dextra masofa chap tomonga nisbatan 1.5 - 2sm qisqa bo'ladi).
8. Obrazsov simptomi - bemor o'ng oyog'ini yuqoriga ko'tarayotgan paytda o'ng yonbosh sohasi paypaslansa og'riqning kuchayadi. (retrotsekal joylashgan appenditsitda namoyon bo'ladi).
9. Yaure - Rozanov simptomi - ham retrotsekal appenditsitga xos bo'lib, o'ng tomondan Pti uchburchagi sohasi bosib ko'rilganda og'riq paydo bo'ladi.
10. Gabay simptomi - Pti uchburchagi sohasini barmoq bilan bosib turib, qo'yib yuborilsa og'riq zo'rayib ketadi.
11. Varlamov simptomi - o'ng XII qovurg'aga urib ko'rilganda o'ng yonbosh sohasida og'riq paydo bo'ladi (retrotsekal appenditsitda).
12. Lunin simptomi - III bel umurtqasining o'ng ko'ndalang o'simtasi sohasida og'riq paydo bo'ladi (retrotsekal appenditsitda).

Chuvalchangsimon o'simta kichik chanoq bo'shlig'ida joylashgan bo'lsa:

13. Voyno - Yasenetskiy simptomi - tenezm va najas shilliq keladi.

14. Koupning I simptomi - chap yonda yotgan bemorning to'g'rilangan o'ng oyog'i orqaga siljitsa o'ng yon bosh sohasida og'riq va mushaklar tarangligi paydo bo'ladi.

15. Koupning II simptomi - osmonga qarab yotgan bemorning tizza va chanoq son bo'g'imlarida bukilgan oyog'i o'z o'qi atrofida aylantirilganda o'ng yonbosh sohasida og'riq paydo bo'ladi.

O'tkir appenditsitda rektal va vaginal tekshirish ham muhim ahamiyat kasb etadi. Bu usul yordamida barmoq yordamida tekshirganda qorin pardaning yallig'lanishi, ta'sirlanish belgilari, agar Duglas bo'shlig'iga ekssudat yig'ilgan bo'lsa harakterli bo'lgan "osilib turish" simptomi aniqlanadi. Ushbu tekshiruvdan so'ng gumon bo'lib turgan o'tkir appenditsit tashxisi, aniq qo'yilishi mumkin.

Qonni taxlil qilib tekshirganda leykotsitlar sonining oshishi, leykotsitlar formulasining chap tomonga surilishi, EChT kuchayganligi aniqlanadi. O'tkir appenditsit chuvalchangsimon o'simta retrotsekal, kichik chanoq bo'shlig'ida, medial, retroperitoneal joylashganda atipik kechadi.

Retrotsekal o'simta yallig'langanda klinik manzara yaqqol yuzaga chiqmaydi, og'riq qorinning o'ng yarmida tarqalgan, o'ng bel, o'ng son sohalariga irradiatsiya qilishi mumkin. Qorin paypaslanganda yumshoq, mushaklari deyarli taranglashmagan bo'ladi. Harakterli belgilardan: yon bosh suyagi toj qirrasida og'riq va bu sohadagi mushaklar bir oz taranglashgan bo'ladi. Obrazsov, Yaure - Rozanov, Gabay, Varlamov, Lunin simptomlaridan birortasining ijobiy aniqlanishi, qondagi leykotsitoz, bemor ahvolining og'irlashib borishi tashxis qo'yishga yordam beradi.

O'simta medial joylashganda kasallikning klinik manzarasi keskin ifodalangan bo'ladi: qorinning barcha sohasida og'riq, mushaklar tarangligi, Shyotkin - Blyumberg belgisining tez muddat ichida paydo bo'lishi e'tiborni tortadi. Ichak parezi tez rivojlanganligi sababli qorin shishib, dam bo'ladi. Ushbu hollarda peritonit rivojlanishi uchun qulay sharoit bo'ladi, qorin pardaning so'rish qobiliyati shu sohada boshqa joylarga qaraganda kuchli bo'lganligi sababli, tezda intoksikatsiya belgilari namoyon bo'ladi. Yuqorida ko'rsatilgan belgilarni diqqat bilan o'rganib, xulosaga kelgan jarroh, oliy ma'lumotli hamshira to'g'ri tashxis qo'yadi.

Chuvalchangsimon o'simta kichik chanoq bo'shlig'ida joylashgan bo'lsa, o'tkir appenditsit o'ng yonbosh sohasining pastki qismi, o'ng chov sohasidagi og'riq bilan boshlanadi. Agar o'simta juda chuqurda joylashgan bo'lsa, qorin paypaslanganda yumshoq, og'riqsiz bo'lishi mumkin. Chanoq qorin pardaning so'rib olish qobiliyati sustroq bo'lganligi sababli, intoksikatsiya belgilari sezilarli darajada rivojlanmaydi. B a'zan og'riqli, tez-tez siyish kuzatiladi. Agar yallig'lanish qo'shni a'zolarga (siydik pufagi, bachadon, to'g'ri ichak) ham tarqalsa, qorinning pastki qismida og'riq, dizurik holatlar, ich ketishi (ba'zida shilliq aralash) kuzatiladi. Rektal, vaginal tekshiruv, Voyno -Yasenetskiy, Koup simptomlarining musbatligi tashxis qo'yishga yordam beradi. Davolash.

O'tkir appenditsit operatsiya yo'li bilan davolanadi. Operatsiya umumiy narkoz ostida bajariladi. Appendektomiya oddiy yoki retrograd usul bilan o'tkazadi.

O'tkir appenditsitning asoratlari.

O'tkir appenditsitning quyidagi asoratlari tafovut qilinadi:

1. Appendikulyar infiltrat
2. Appendikulyar absess
3. Peritonit
4. Qorin parda orti flegmonasi
5. Pileflebit, sepsis, jigar absessi
6. Operatsiyadan keyingi asoratlari:
 - a) qorin bo'shlig'iga qon ketish
 - b) qorin bo'shlig'i infiltrati
 - v) qorin bo'shlig'i absessi (Duglas bo'shlig'i, ichaklararo, diafragma osti)
 - g) davom etuvchi peritonit
 - d) ichak oqma yarasi
 - ye) jarohatning yiringlashi.

O'tkir appenditsitning operatsiyadan keyingi asoratlari.

Appendektomiyadan keyin qorin bo'shlig'ida abscesslar rivojlanishiga peritonitda o'tkazilgan sanatsiyaning yetarlimaslighi, peritoneal dializning noto'g'ri o'tkazilganligi, kapillyar qon ketishini to'xtatilmaganligi va aseptika hamda antiseptika qoidalariga rioya qilmaslik sabab bo'ladi. Ushbu asoratlarning rivojlanganda kasallikning klinik manzarasida quyidagi o'zgarishlarni ko'ramiz: bunda bemorning tana harorati doimo yuqori bo'lib, qorin paypaslanganda yumshoq, deyarli og'riqsiz bo'ladi. Qonda leykotsitoz, rentgenologik tekshiruvda diafragma ostidagi abscess chegaralangan, yumaloq shakldagi «soya» kabi ko'rinadi. Ichaklararo abscess, Duglas bo'shlig'i abscesslari UTTda suyuqlik to'plangan hosila shaklida ko'rinadi. Duglas bo'shlig'idagi abscessni to'g'ri ichak yoki qin orqali punksiya qilib, aniqlasa ham bo'ladi. Rentgenologik va ultratovush tekshirishlar natijalari noaniq bo'lsa, kompyuter tomografiyasi o'tkaziladi. Bu usul bilan tekshirilganda diametri 2 sm gacha bo'lgan yiringli bo'shliqlar ham aniqlanadi.

Davolash. Operatsiya usulida davolash bemorni tezda sog'ayishga olib keladi. Diafragma osti abscesslari qaysi sohada joylashganligiga qarab, plevral bo'shliq orqali, Melnikov bo'yicha qovurg'alarni rezeksiya qilib, plevradan tashqari holatda yoki laparotomiya qilish yo'li bilan amalga oshiriladi.

Ichaklararo abscess laparotomiya qilinib, tozalanadi va drenajlanadi. Duglas bo'shlig'idagi abscess ayollarda qin orqali, qiz bolalar va erkaklarda to'g'ri ichak orqali ochiladi. Operatsiyadan keyingi davrda yiringli jarohatlar umumiy qoidalar asosida davolanadi.

Peritonit.

Destruktiv appenditsit bilan kasallangan bemorlar o'z vaqtida kasalxonaga murojaat qilmasalar, chuvalchangsimon o'simta teshilib, peritonit kelib chiqadi. Peritonit rivojlanishining klinik belgilari quyidagilar:

- 1) og'riqning qorinning boshqa sohalariga ham tarqalishi;
- 2) o'simta teshilsa, birdaniga og'riqlar kuchayib ketadi;
- 3) qorin devori mushaklari tarangligining qorinning barcha sohalarida aniqlanishi;
- 4) Illyotkin - Blyumberg simptomining o'ng yonbosh sohasi atrofidagi barcha sohalarida aniqlanishi;
- 5) peritonit rivojlanib borgani sari og'riq kuchining kamayib, ichaklar va qorinning shishib ketishi;
- 6) tana haroratining 38 - 39°S gacha ko'tarilishi;
- 7) pulsning tana harorati ko'tarilishiga bog'liq bo'lmagan holda tezlashishi;
- 8) umumiy intoksikatsiya kuchayib, bemorning eyforiya holatiga tushib qolishidan iborat.

Davolash. Peritonit operatsiya usulida davolanadi. Umumiy intubatsion narkoz ostida qorin bo'shlig'i ochilib, appendektomiya bajariladi, qorin bo'shlig'i sanatsiya qilinib, drenajlanadi. Operatsiyadan keyingi davrda antibiotikoterapiya, dezintoksikatsion terapiya, ichak parazitini bartaraf etish, suv-elektrolit balansini tiklash, simptomatik terapiya o'tkaziladi. Og'ir hollarda rejalashtirilgan laparostomiya qilinadi: har kuni yoki kun ora umumiy narkoz ostida moslashtirilgan laparostomiya orqali qorin bo'shlig'i ochilib, sanatsiya qilib turiladi.

Qorin bo'shlig'iga qon ketishi.

Appendektomiyadan keyin qorin bo'shlig'iga qon ketishi 0,03 - 0,2% bemorlarda uchraydi. Qorin bo'shlig'iga qon ketishi o'simta tutqichidagi infeksiya tushgan tromblar erib ketganda, qon tomirlari arziyaga uchraganda yoki bog'langan iplar bo'shshib, sirpanib tushib ketganda kuzatiladi. Ayrim hollarda operatsiya jarohatidagi oxirigacha o'tkazilmagan gemostaz, qorin bo'shlig'iga qon oqib tushishiga sabab bo'ladi. Qorin bo'shlig'iga qon ketganda umumiy va mahalliy belgilar namoyon bo'ladi. Umumiy simptomlarga: behollik, sovuq ter bosishi, pulsning tezlashishi, qon bosimining pasayishi, teri qoplamlari rangining oqarishi, qondagi gemoglobin, eritrotsitlarning kamayishi kiradi.

Mahalliy simptomlarga: oʻrnatilgan drenaj nay orqali toza qonning sizib chiqishi, qorinni paypaslaganda oʻng yonbosh, qov usti sohalarida ogʻriq, peritoneal belgilarning paydo boʻlishi, rektal, vaginal tekshiruvlarda old yoki orqa devorining osilib turishi va shu joydagi ogʻriq kiradi.

UTT – Duglas boʻshligʻida suyuqlik borligi maʼlum boʻlgach, tashxis tasdiqlanadi.

Davolash. Relaparotomiya qilinadi, qon ketish manbai topilib, qon ketishini uzil - kesil toʻxtatish usuli bilan gemostazga erishiladi. Qorin boʻshligʻi sanatsiya qilinib, drenajlanadi. Operatsiyadan keyingi davrda: antibiotiklar, qon, qon preparatlari quyiladi, bemor 2 - 3 kun dinamik kuzatiladi.

OʻTKIR PANKREATIT

Oʻtkir pankreatit - bu meʼda osti bezining tashqi sekretor faoliyatining buzilishiga bogʻliq boʻlib, oʻz fermentlarining faollashuvi natijasida, oʻz toʻqimasini oʻzi yemirishi (autolis) bilan ifodalanadigan yalligʻlanuvchi kasallik hisoblanadi, buning oqibatida aʼzoning shishi, nekrozi (gemorragik, yogʻli), absessi kuzatiladi.

Oʻtkir pankreatit klinikasi va simptomatikasi

Bemorlar asosan ogʻriq sindromi, dinamik ichak tutilishi, nafas-yurak-qon tomirlar va buyrak-jigar tizimlari yetishmovchiligi belgilari bezovta qiladi. Kasallikning kechikkan bosqichlarida bu belgilar hayot uchun muhim boʻlgan aʼzolar faoliyatining buzilishi bilan harakterlanadi.

Oʻtkir pankreatit 96-98% hollarda ogʻriq bilan boshlanadi: ogʻriq kuchli boʻlib baʼzan zoʻrayib, baʼzan esa susayib turishi mumkin. Ogʻriq 85% hollarda epigastral sohada, 3% hollarda faqat chap qovurgʻa yoyi osti sohasida, 12% hollarda faqat oʻng qovurga yoyi ostida seziladi. Ogʻriq asosan toʻsh orqasiga, kurakka, koʻkrak qafasining oʻng va chap yarmiga, boʻyinga, oʻng yoki chap yelkaga berilib, koʻpincha kamarsimon boʻladi. Bunday holat bezning oʻziga xos boʻlgan innervatsiyasiga bogʻliq. Shish hisobiga nerv chigallarining fizik bosilishi, ularning fermentlardan taʼsirlanishi, shunchalik kuchli ogʻriq berishi mumkinki, bunda bemorga hatto ogʻriq qoldiruvchi dorilar ham yordam bermasligi mumkin.

Koʻngil aynishi, qusish, ich kelmasligi, yel chiqmasligi 70-85% hollarda kuzatilib, bu klassik-dinamik ichak tutilishining yaqqol belgilaridan hisoblanadi.

Teri qoplamlarini koʻzdan kechirganda quyidagi belgilarni topish mumkin. Mondor simptomi - gavda, yuz terisida binafsha rangli dogʻlar paydo boʻladi, bujmaygan, baʼzan oqargan teri bilan almashinadi. Xolsted simptomi - qorin terisida koʻkargan joylar paydo boʻladi. Turner simptomi - qorin yon devori terisida sianoz kuzatiladi. Gryunfeld simptomida epigastral sohada qorin dam boʻladi. Yuqorida keltirilgan simptomlar bemorlarda 35% hollarda kuzatiladi. Ular qorin devori terisidagi tomirlar distoniyasi natijasi hisoblanadi. Gabe-Pchelina simptomi esa koʻndalang chamber ichak faoliyati - dinamik ichak tutilishining koʻrinishi boʻlib, shish ichak tutqichi va uyqu-nerv chigaliga tarqalishidan kelib chiqadi. Qorinni paypaslaganda yumshoq boʻladi. Epigastral sohada palpatsiyada ogʻriq va qorin old devori tarangligi - Kerte simptomi deb ataladi va u 72-87% xollarda aniqlanadi. Qorinning chuqur palpatsiyasida qorin aortasi pulsatsiyasi sezilmasa - bu Voskresenskiy simptomi deb ataladi. Bunda yalligʻlanib shishib turgan meʼda osti bezi aorta yuzasini bekitadi. Bu simptom 80-90% bemorlarda uchraydi. Chap qovurgʻa - diafragma burchagi sohasini paypaslaganda ogʻriq paydo boʻlsa, mushaklar taranglashsa - bu Meyo-Robson simptomidir. Bu simptom 35-47% hollarda uchraydi. Bu shishning buyrak atrofidagi toʻqimalarga tarqalgani, akson-refleks sezuvchanligi yoki yalligʻlanish qorin parda orqasidagi toʻqimalarga oʻtganligini bildiradi. Kamar koʻrinishidagi ogʻriq simptomi odatda meʼda osti bezining butunlay (total) yalligʻlanganligidan dalolat beradi. Shish meʼda osti bezi chegarasidan chiqib, qorin parda orqasidagi toʻqimalarga tarqalib ketganda Boas-Harbst simptomi aniqlanadi.

Pankreatitda rentgenologik tekshirishlar quyidagi belgilar: diafragma gumbazining baland turishi, chap plevra boʻshligʻida suyuqlik paydo boʻlishi, oʻn ikki barmoq ichak shaklining

taqasimon kengayishi, duodenostaz belgilar va paralitik ichak tutilishi belgilarining paydo bo'lganini ko'rsatadi, ultratovush tekshiruv yordamida esa me'da osti bezi o'lchamlarining o'zgarganligini aniqlash mumkin.

Laboratoriya tekshiruvlari

Ko'pincha qonda leykotsitlarning soni $12 - 18 \times 10^9$ g/l atrofida bo'ladi. Giperleykotsitoz ($20 - 25 \times 10^9$ g/l) kasallikning og'ir kechishidan dalolat beradi.

O'tkir pankreatitda amilaza (diastaza) miqdorini qon zardobi hamda siydikda aniqlash keng tarqalgan. Diastaza miqdori bez to'qimasi strukturasi buzilishi bilan parallel holda ortib bormaydi. Agar dinamikada diastaza miqdori qonda kamaysa va ayni vaktida leykotsitlar soni ko'paysa (va unga muvofiq holda siydikda ko'payib ketse), bu holda pankreonekroz haqida o'ylash zarur. Uglevod almashinuvining giperqlikemiya ko'rinishidagi o'zgarishi, glyukozuriya va atsetonuriya belgilarining paydo bo'lishi, bemorda pankreatitning og'ir turi o'tayotganligidan dalolat beradi.

Davolash sxemasi

1. Bemor 1 - 2 kun davomida och qoldirilib, unga faqat mineral ishqorli suvlar beriladi. So'ngra 5a-stol (sutli suyuq ovqatlar, uzoq qaynatilgan gusht, yog'siz baliq, sharbatlar, kisel) buyuriladi.

2. 0,25% li novokain eritmasidan - 60 - 100 ml dan 2 tomonlama paranefral blokada qilinadi.

3. Venaga tomchilab 2 - 3 kun davomida quyidagi suyuqlik- lar yuboriladi:

a) glyukoza - novokain aralashmasi (5% li glyukoza 150 ml va 0,25% li novokain eritmasi 150 ml);

b) Ringer - Lokk eritmasi 500 ml (S va V guruhi vitaminlari.

v) 5% li 500 ml glyukoza eritmasi 6 TB insulin bilan;

g) 1% li 200 - 300 ml kalsiy xlorid eritmasi.

4. Og'rik qoldiruvchilar: 2% li promedol 1,0 ml dan , 50% li analgin sutkasiga 1 - 2 marta 2 ml dan, 4% li amidopirin eritmasi sutkasiga 2 marta 5 ml dan.

5. Spazmga qarshi va sekreteriyani susaytiruvchi preparatlar: Papaverin, platifillin, atropin, galidor buyuriladi.

6. Antigistamin preparatlar: 1% li dimedrol sutkasiga 3 marta 1 ml dan, 2,5% li pipolfen sutkasiga 3 marta 2 ml dan tayinlanadi.

7. Mahalliy gipotermiya: epigastral sohaga muz qo'yiladi, me'dani muzdek suv bilan yuviladi.

Bulardan tashqari o'tkir pankreatitning o'rtacha og'irlikda kechadigan turlarida:

8. Oqsil preparatlari: sutkasiga 200 - 500 ml (plazma, albumin, aminopeptid, protein, kazein gidrolizati va h.k) qo'llaniladi

9. Reopoliglyukin, gemodez 500 ml dan, 4% li natriy bikorbonat eritmasi 200 - 400 ml dan tayinlanadi.

1 sutkasida venaga 2 - 3 litr suyuqlik quyiladi. Jadallashtiruvchi diurez usuli belgilanadi.

O'tkir pankreatit og'ir kechayotgan bemorlarga esa

10. Antifermentlar quyidagicha qo'llaniladi:

- Trasilol bir yo'la 100 000 TB dan venaga tomchilab, so'ngra esa 200 000 TB sutka mobaynida yuboriladi.

- Kontrikal bir yo'la 40 000 TB venaga, so'ngra yana 80 000 TB dan sutkasiga tomchilab yuboriladi.

11. Ta'sir doirasi keng bo'lgan antibiotiklar buyuriladi.

12. Epsilon-aminokapron kislota 5% - 100 ml miqdorda venaga tomchilab yuborilsa, fermentlar ishlab chiqarilishini ancha susaytiradi. 5% - 5.0 5-ftoruratsil esa me'da osti bezi xujayralari faoliyatiga ta'sir etib, ferment ishlab chiqarishini ancha kamaytiradi.

QORIN BO'SHLIG'IGA TESHIB KIRGAN JAROHATLAR

Odatda ushbu jarohatlar diagnostikasi qiyinchilik tug'dirmaydi. Jarohatlagan qurolning turi, jarohatning joylashishi, qirralari, chetlarining shakli, harakteri, ayrim hollarda ichki a'zolarining jarohat orqali ko'rinishi yoki tashqariga chiqib turishi (prolaps) tashxis qo'yishni yengillashtiradi. Diagnostika maqsadida jarohatni zond bilan tekshirish mumkin emas. Jarohatga birlamchi jarrohlik ishlovini berish vaqtida jarohat teshib kirganligi ma'lum bo'lsa, yakuniy tashxis laparotomiyaga asosan qo'yiladi.

Qorinning yopiq shikastlari ikki guruhga bo'linadi: qorin bo'shlig'i a'zolarining jarohatsiz (qorin old devorining lat yeyishi, qorin parda orti gematomasi) va qorin bo'shlig'i a'zolarining jarohati bilan davom etuvchi shikastlar (parenximatoz va bo'sh a'zolar yorilishi). Qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishi 50% dan ko'p hollarda shok bilan asoratlanadi, klinik manzarasi o'zgarib, tashxis qo'yish qiyinlashadi. Aralash jarohatlarda, mastlik holatidagi bemorlarda ham tashxis qo'yishda ancha qiyinchiliklarga duch kelinadi. Qorinning yopiq shikastlarida ko'pincha taloq, jigar, ingichka ichak, ba'zida esa yo'g'on ichak jarohatlanadi. Kam uchraydigan shikastlarga me'da, me'da osti bezi, 12 barmoq ichak hamda o't pufagining jarohatlari kiradi.

Qorinning yopiq shikastlarida kasallikning klinik manzarasi turlicha bo'ladi, qaysi a'zo jarohatlanganligiga qarab, simptomlar ham har xil bo'ladi. Bunday xollarda asbob-uskunaviy diagnostika usullarini, ya'ni ultratovush tekshiruvi, rentgenografiya, ekskretor uroografiya, angiografiyaning ahamiyati katta. Bu usullar yordamida gemopnevmoperitonizm, qorin parda orti gematomasi kabi o'zgarishlarni aniqlash mumkin.

Tibbiy atama

1. **O'tkir appenditsit** – iltihoblangan appendiks sababli qorin og'rig'i.
2. **Peritonit** – qorinning ichki qoplamasining yallig'lanishi.
3. **Obstruksiya** – ichak yoki boshqa organlar tutilishi.
4. **Cholelithiazis** – o't pufagi toshlari.
5. **Gastroenterit** – oshqozon-ichakning yallig'lanishi.
6. **Pancreatit** – oshqozon osti bezi yallig'lanishi.
7. **Ulser perforatsiyasi** – oshqozon yoki duodenum yarasining teshilishi.
8. **Divertikulit** – ichak devoridagi divertikul yallig'lanishi.
9. **Hemoperitoneum** – qorin bo'shlig'ida qon to'planishi.
10. **Ultratovush tekshiruvi (UZI)** – qorin organlarini tasvirlash diagnostik usuli.

“BBB” USULI

“BBB” usuli orqali tinglovchilarni o'zlashtirish darajasi baxolanadi. Buning uchun o'qituvchi talabalar uchun BBB usuli varaqasini tarqatadi va tinglovchilar uni yozma tarzda to'ldiradilar.

10- Ustun BILAMAN,

11- ustun BILIB OLDIM

12- ustun BILISHNI XOXLAYMAN.

O'qituvchi tinglovchilardan to'ldirgan javoblarini o'qishlarini iltimos qiladi va ularni muxokama qiladilar. 3 ustundagi BILISHNI XOXLAYMAN savollariga javob beradi.

BILAMAN	BILIB OLDIM	BILISHNI XOXLAYMAN

NAZORAT SAVOLLAR.

1. «O'tkir qorin» sindromi bo'lgan bemorlarda asosiy muammolarni aniqlash, hamshiralik tashxisini qo'yish

2. «O'tkir qorin» sindromi bo'lgan bemorlarda hamshiralik yordamini tashkil qilish
3. «O'tkir qorin» sindromini aniqlash uchun bemorni ob'ektiv tekshirish usullari
4. «O'tkir qorin» tashxisi qo'yilgan bemorlarga dastlabki tibbiy yordam ko'rsatish
5. Qorinning yopiq shikastlari va qorin bo'shlig'iga teshib kiruvchi jarohlarda hamshiralik ishi jarayonini tashkil qilish
6. Qorin bo'shlig'iga qon ketishini aniqlash usullari, hamshiralik ishi jarayonini tashkil qilish.
7. Me'da va o'n ikki barmoq ichak yaralari teshilganda bemorlarda yuzaga keladigan muammolar, birinchi tibbiy yordam ko'rsatish
8. Me'da va o'n ikki barmoq ichak yaralari teshilishida hamshiralik ishi jarayonini tashkil qilish asoslari
9. Peritoneal sindrom tushunchasi, bemorlarda yuzaga keladigan muammolar, birinchi hamshiralik yordamini tashkil qilish
10. O'tkir peritonit tasnifi, bosqichlari bo'yicha klinik belgilari
11. O'tkir peritonitni asosiy va qo'shimcha tekshiruv usullari, qiyosiy tashxisi, hamshiralik yordamini tashkil qilish
12. O'tkir peritonit bilan xastalangan bemorlarni davolash asoslari, bunda hamshiraning vazifalari
13. Operatsiyadan keyingi davrda moddalar almashinuvi buzilishlarini bartaraf etish yo'llari, hamshiralik ishi jarayoni samaradorligini baholash
14. Operatsiyadan so'nggi davrda kuzatiladigan asoratlar, ularni o'z vaqtida aniqlashda hamshiraning vazifalari.

Test savollar

1. O'tkir qorin og'rig'ining eng tez-tez uchraydigan sababi nima?

- A) Appenditsit
- B) Osteoartrit
- C) Migren
- D) Angina

Javob: A

2. Peritonit qaysi holatda rivojlanadi?

- A) Mushak spazmida
- B) Qorin bo'shlig'i ichki qoplamasi yallig'langanda
- C) Terining yallig'lanishi
- D) Bosh miya shishi

Javob: B

3. Obstruksiya nima?

- A) Qon aylanishining tezlashishi
- B) Ichak yoki organlarning tutilishi
- C) Mushaklarning spazmi
- D) Nafs yetishmovchiligi

Javob: B

4. Cholelithiazis qaysi organ bilan bog'liq?

- A) Oshqozon
- B) Ichak
- C) O't pufagi
- D) Buyrak

Javob: C

5. Pancreatit belgilari qaysi?

- A) Qorin yuqori qismida kuchli og‘riq, qusish
- B) Teri qizarishi
- C) Qo‘l va oyoqlarda og‘riq
- D) Tomoq qichishi

Javob: A

6. Ulser perforatsiyasi nima?

- A) Oshqozon yoki duodenum yarasining teshilishi
- B) Ichak devorining shishi
- C) Qon ketishi
- D) Qorin mushaklarining spazmi

Javob: A

7. Divertikulit belgilari nima?

- A) Ichak devoridagi kichik pufakchalar yallig‘lanadi
- B) Mushaklar spazmi
- C) Terining qizarishi
- D) Qon bosimining ko‘tarilishi

Javob: A

8. Hemoperitoneum qaysi belgiga olib keladi?

- A) Qorin bo‘shlig‘ida qon to‘planishi
- B) Mushaklarning spazmi
- C) Qon bosimining pasayishi
- D) Teri rangi o‘zgarishi

Javob: A

9. Qorin og‘rig‘ini aniqlashda qaysi zamonaviy diagnostika ishlatiladi?

- A) Rentgen, KT, UZI
- B) Elektrokardiogram
- C) Oftalmologik tekshiruv
- D) Spirometriya

Javob: A

10. O‘tkir qorin og‘rig‘i bemorini tezkor tekshirishda birinchi qadam nima?

- A) Bemorni operatsiyaga yuborish
- B) Anamnez va hayotiy ko‘rsatkichlarni tekshirish
- C) Faqat dori berish
- D) Shikast joyini massaj qilish

Javob: B

Foydalanilgan adabiyotlar

1. X. Raximov – Travmatologiya va ortopediya. Toshkent, 2018.
2. S. Qodirov – Umumiy jarrohlik. Toshkent, 2016.
3. A. Askarov – Favqulodda tibbiy yordam asoslari. Toshkent, 2017.
4. T. Daminov – Jarrohlik kasalliklari va yallig‘lanish fiziopatologiyasi. Toshkent, 2019.
5. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi – Qorin bo‘shlig‘i organlarining zamonaviy diagnostikasi bo‘yicha qo‘llanma. Toshkent, 2020.

2.7.2- mavzu:	Qorin bo'shlig'i a'zolarining ochiq va yopiq shikastlari, klinik belgilari, birinchi tibbiy yordam ko'rsatish, kasalxonaga transportirovka qilish.
---------------	---

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik xaritasi.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashgulot 2 kredit
Ma'ruza mashg'ulotining rejasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ichak kasalliklarda obektiv tekshiruv usullari. Qo'shimcha tekshiruv usullari 2. Me'da va o'n ikki barmoq ichak yarasining teshilishi. 3. Ichaklarning buralishi, invaziyasi 4. Qorin old devori churralari. 5. Seliakiya .Kron kasalligi

O'quv mashg'uloti maqsadi:**1.Ta'limiy:**

Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash

Amaliy ko'nikmalarni egallash

Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash

Deontologik tarbiyaning shakllanishi

Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash

2.Tarbiyaviy maqsadi:

Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish

Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish

O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash

Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa	Tashkiliy qism 1.1 O'qituvchi xonaga kirib tinglovchilarning O'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya kilishni eslatib o'tadi, yangiliklar aytiladi va eshitaladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maksadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun ko'llaniladigan usullarni aytib o'yin qoidalarini tushintiradi.	Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1. Tinglovchilarning o'tilgan mavzuni takrorlash maqsadida uyga vazifalarini tekshirish baxolash 10 daqiqa. 2. Yangi mavzuni to'lik bayon etish 40 daqiqa. 3. O'kitishning noana'naviy usullarini ko'llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash. 15 daqiqa	1. Tinglovchilarning uyga vazifani bajarganligini tekshiradi va ularga o'tilgan mavzuni takrorlash uchun og'zaki nazorat testini o'qib eshittiradi. To'g'ri javob bergan tinglovchilar baxolanadi. 2. Yangi mavzu mazmunini o'kituvchi tomonidan taqdimot ko'rinishida maxsus monitor orqali tushuntiriladi. Mavzuga oid savollarga javob beradi. 3. Mavzu tushuntirilgandan so'ng Gurux 2 ta kichik guruxlarga bo'linadi va VENN diagrammasi usuli orqali tinglovchilarni o'zlashtirish darajasi baxolanadi. Buning uchun o'qituvchi maxsus VENN diagrammasi chizmasini doskaga chizadi va uni tinglovchilar qanday to'ldirishi xaqida tushuncha beradi. Ko'rsatma bo'yicha guruxlar o'zlariga berilgan mavzularni chizmalarini to'ldiradi. O'qituvchi ularni tekshiradi va gurux bilan muxokama qiladi. So'ngra o'qituvchi to'g'ri javobni aytadi. Birinchi va to'g'ri javob bergan gurux baholandi.	1. Tinglovchilar uyga vazifalarini topshiradilar. O'tilgan mavzu bo'yicha o'qituvchi tomonidan berilgan savollarga javob beradilar. 2. Tinglovchilar ma'ruzani diqqat bilan tinglaydilar, Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushinmagan joylarini savol tarikasida yo'llab javob oladilar. 3. VENN diagrammasi interaktiv o'yinida faol ishtirok etadilar o'z bilimlarini sinaydilar.

<p style="text-align: center;">3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib,aktiv qatnashgan tinglovchilar rag‘batlantirilib, baxolar e‘lon qilinadi .Uyga vazifa Qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining ochiq va yopiq shikastlari, klinik belgilari, birinchi tibbiy yordam ko‘rsatish, kasalxonaga transportirovka qilish mavzuni o‘qib konspekt qilish va mavzuga oid nazorat savollariga javob yozish.</p> <p>Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1.Hamraev A.J., Alimov A.V., A‘zamxo‘jaev T.S. “Xirurgiya va reanimatsiya asoslari”. Toshkent, “Zar qalam” nashriyoti, 2005 yil.</p> <p>2.Hamraev A.J. “Xirurgiya ” “O‘qituvchi” nashriyot-matbaa ijodiy uyi, Toshkent, 2007 yil</p> <p>3.M.F.Ziyaeva,M.A.Axmedova “ Jarroxlikda xamshiralik ishi” 2005 y,</p> <p>4.V.N.Turaqulov,F.A.Qurbonov “Xirurgiyada xamshiralik ishi” 2019 y,</p> <p>5.F.N.Nishonov,B.R.Abdullajonov,N.Ye.Boz orov “Xirurgik kasalliklar” 2020 y.</p>	<p style="text-align: center;">Tinglaydilar, uyga vazifalarni yozib oladilar.</p>
---	--	---

Mavzu: Qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining ochiq va yopiq shikastlari, klinik belgilari, birinchi tibbiy yordam ko‘rsatish, kasalxonaga transportirovka qilish.

Reja:

1. Ichak kasalliklarda obektiv tekshiruv usullari. Qo‘shimcha tekshiruv usullari
2. Me‘da va o‘n ikki barmoq ichak yarasining teshilishi.
3. Ichaklarning buralishi, invaziyasi
4. Qorin old devori churralari.
5. Seliakiya .Kron kasalligi

Qorin bo‘shlig‘i - tana ikkilamchi bo‘shlig‘ining bir qismi; umurtqali hayvonlarda buyrak va yurakdan, sut emizuvchilarda esa buyrak, yurak va o‘pkadan tashqari hamma ichki a‘zolar joylashadi. Yetuk holatdagi tuban umurtqali hayvonlarda Qorin bo‘shlig‘ini yurak oldi bo‘shlig‘i bilan tutashtiruvchi kanallar saqlanadi. Ko‘pchilik baliklarda Qorin bo‘shlig‘i tashqi muhit bilan abdominal teshiklar orqali aloqada bo‘ladi. To‘garak og‘izlilar va baliqlarda Qorin bo‘shlig‘ining oldida yurak oldi bo‘shlig‘i joylashadi; quruklikda yashovchi umurtqalilarda u ketinga surilgan va Qorin bo‘shlig‘iga kiradi. Sut emizuvchilarda ko‘krak to‘sig‘i yoki diafragma hosil bo‘lishi natijasida yurak oldi bo‘shlig‘i o‘pkani saqlovchi Qorin bo‘shlig‘ining old qismi bilan birga uning qolgan qismlaridan ajralib turadi. Odamda Qorin bo‘shlig‘i qorin deb ham ataladi, unda me‘da-ichak yo‘li (qizilo‘ngachning qorin qismidan to‘g‘ri ichakgacha), jigar. me‘da osti bezi, taloq, buyrak usti bezi va boshqa a‘zolar joylashadi.

Ichak kasalliklarda ob‘ektiv tekshiruv usullari

Bemorning umumiy ahvoli, holati, to‘shakdagi joylashishi (pozasi) alohida ahamiyatga ega. Qorin bo‘shlig‘ining g‘ovak a‘zolari yorilganda, visseral arteriyalar emboliyasida, strangulyatsiyali ichak tutilishida, o‘tkir pankreatitda bemorlar kasallikning boshlang‘ich

bosqichida og'riqli shok holatida bo'ladilar. Peritonitda bemorlar osmonga qarab yoki yonboshlab yotgan holda oyoqlarni tizza bo'g'imida bukib, qorinlariga yaqinlashtirgan holatda bo'ladilar, ortiqcha qimirlamaydilar, chunki og'riqning kuchayishidan qo'rqadilar. Agar og'riq juda intensiv bo'lsa (o'tkir pankreatit ichak tutilishi), bemorlar aksincha juda bezovta bo'lib holatlarini tez-tez o'zgartiradilar (majburiy holat).

Qorin devorining holatiga e'tibor berilganda mushaklar tarangligi yoki qorin shishib ketganligi sababli nafas olishda qorin ishtirok etmayotganligi ko'rinadi. Qorin bir tekisda (peritonit, ichaklar parezida) yoki asimmetrik holda (ichak tutilishning ayrim turlarida) shishib ketishi mumkin. Qorin bo'shlig'ida juda ko'p suyuqlik bo'lsa qorin har tomonga yoyilib ketganday bo'lib «qurbaqa qorin» shaklini oladi.

Perkussiya qilinganda jigar to'mtoqligining yo'qolishi g'ovak a'zo teshilishiga hos bo'lsa, ichak tutilishida kuchli timpanit tovush eshitiladi.

Auskultatsiya qilinganda kasallikning boshlang'ich davrda peristaltikaning yo'qolishi mezenterial qon tomirlari trombozi, emboliyasi, peritonit, ichak parezi uchun xos belgi hisoblanadi. Aksincha, peristaltikaning kuchayishi «suv chayqalishi» belgisining borligi ichak tutilishiga hosdir.

Peritonitning asosiy belgilaridan biri – bu qorin devorining tarangligidir. Defans musculorum - agar qorin devorining bir qismida mushaklar tarangligi aniqlansa, bu shu sohada joylashgan a'zoning patologiyasidan dalolat beradi. Qorin devoridagi taranglik tarqalgan peritonitdan darak beradi. Mushaklarning taranglashish darajasi qorin bo'shlig'iga tushgan suyuqlikning harakteriga bog'liq bo'ladi. Eng kuchli, keskin ifodalangan qorin devori tarangligi me'da yoki o'n ikki barmoq ichak yarasi teshilganida kuzatiladi. Chunki qorin bo'shlig'iga tushgan kislotali me'da shirasi ko'plab nerv tugunlarini qo'zg'atadi.

Eng kuchli og'riqqa ega bo'lgan sohani aniqlash, shu joyda joylashgan a'zoning patologiyasidan dalolat beradi.

To'g'ri ichak yoki qinni barmoq bilan tekshirish «o'tkir qorin» sindromi bilan kasallangan bemorlar diagnostikasida uchun g'oyatda muhimdir. To'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirganda anal sfinkterining tonusi, to'g'ri ichakda qon yoki qora rangli axlat borligiga, to'g'ri ichakning oldingi devorida og'riq borligiga e'tibor beriladi. To'g'ri ichak orqali ichak invaginatlari, qorin bo'shlig'i pastki sohalarida joylashgan o'smalar va yallig'lanish infiltratlarini paypaslasa bo'ladi.

Qin orqali barmoq bilan tekshirganda bachadon va uning ortiqlarining o'lchamlarini, kichik chanoq bo'shlig'idagi qon yoki suyuqlikni, peritonitda esa Duglas bo'shlig'ida og'riq borligini aniqlash orqali muhim ma'lumot olish mumkin. Qin orqali barmoq bilan tekshirish usuli ko'pincha qorin bo'shlig'ining o'tkir jarrohlik kasalliklarini o'tkir ginekologik kasalliklardan ajratib olishga imkon beradi.

QO'SHIMCHA TEKSHIRUV USULLARI

Qon, siydik tahlili, qon kislotasos holatini tekshirish. «O'tkir qorin» sindromida qonning barcha diagnostik tahlillari nisbiy, faqat o'tkir pankreatitda esa qon va siydik tahlillari ma'lum bir ahamiyatga ega.

Bemorni rentgenologik tekshirish - «o'tkir qorin» sindromiga xos bo'lgan kasalliklarni aniqlashda ahamiyatga ega. Qorin bo'shlig'i rentgenoskopiyasi yoki rentgenogrammasida diafragma ostida aniqlangan «erkin havo» bo'sh a'zo teshilganidan, «Kloyber kosachalari» esa ichak tutilishidan darak beradi.

«O'tkir qorin» sindromida bemorning shikoyatlari, anamnezi, ob'ektiv holatini aniqlash va maxsus tekshirish usullarini qo'llash peritonit, ichak tutilishi, mexanik sarg'ayish (xoledoxolitiyaz), qon ketishi kabi kasalliklarni to'g'ri diagnostika qilish imkonini beradi.

Qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlarida bir necha patologiya qo'shilib keladi, (masalan, peritonit, qon ketish, shok). Sindromning klinik turlariga qarab dastlabki o'ringa «o'tkir qorin»ning mahalliy yoki umumiy simptomlari chiqadi. (4-jadval).

ME'DA VA O'N IKKI BARMOQ ICHAK YARASINING TESHILISHI

Me'da va 12 barmoq ichak yarasining teshilishi «o'tkir qorin» sindromiga kiruvchi jiddiy kasallik bo'lib, yara kasalligining eng xavfli asoratlaridan hisoblanadi. Ushbu asorat yara kasalligiga muhtalo bo'lganlarning 3-30%ida uchraydi. Yaraning teshilishiga yallig'lanishning kuchayishi, me'da shirasi tarkibidagi kislotalilikning oshishi, yaraningavj olishi, qorin ichidagi bosimning ortishi sabab bo'ladi. 90- 95% hollarda me'da va 12 barmoq ichakning old devorida joylashgan yaralar teshiladi. Agar me'da orqa devorida joylashgan yara charvi haltasiga, qorin parda orqasiga, ko'ks oralig'iga teshilsa, kamdan-kam uchraydigan atipik klinik manzara yuzaga keladi.

Klinik manzarasi. Yara teshilganda klinik manzara yaqqol, o'ziga xos bo'ladi. Epigastriyda to'satdan paydo bo'ladigan kuchli og'riq (xuddi xanjar bilan urilgandek), qorin muskullari taranglashuvi, bemorning majburiy holatni qabul qilishi (chap yoki o'ng yonda tizzalarni bukib, qoringa yaqinlashtirib yotishi), terisining rangi oqarib, sovuq ter bosishi, og'riq kuchli bo'lganligi sababli juda bezovta bo'lishi yara teshilishi uchun xos klinik manzara hisoblanadi. Og'riq epigastriyda boshlangan bo'lsa, keyinchalik qorinning barcha sohalariga tarqaladi, yelkaga, kurakka irradiatsiya qiladi. Nafas olish tezlashadi, yuzakilashadi, chunki diafragma nafas olishda deyarli qatnashmaydi. Tomir urishi tezlashib, qon bosimi bir oz pasayishi mumkin. Qorin nafas olishda ishtirok etmaydi, paypaslaganda «taxta» misoli qattiq, og'riqli, Shchyotkin-Blyumberg simptomi musbat bo'ladi. Yuqorida ko'rsatib o'tilgan klinik manzara birinchi bosqichga, ya'ni birlamchi shok bosqichiga taalluqlidir.

Agar bemor o'z vaqtida kasalxonaga olib kelinmasa kasallikning 2- bosqichi - «soxta sog'ayish davri» boshlanadi. Bu davrda qorin pardadagi nerv tolalarining sezuvchanlik «ostonasi» ko'tarilib, buziladi va og'riq asta-sekin kamaygandek bo'ladi. Bemorning umumiy ahvoli ijobiy tomonga o'zgargandek tuyiladi, tomir urishi, qon bosimi me'yorga keladi. Bemor harakat qilishga qo'rqib, qimirlamay yotadi, faqat og'zi qurib, tili karash bilan qoplanadi. Qorni paypaslanganda mushaklar tarangligi bir oz kamaygandek bo'ladi.

Yara teshilganidan 6 soatdan ko'p vaqt o'tgach kasallikning uchinchi bosqichi - peritonit davri boshlanadi. Bemor ahvoli yana og'irlashadi, qorni shishib, dam bo'ladi, yel chiqmaydi, ichi kelmaydi, ko'p marta qusadi. Tili quruq, taxikardiya, intoksikatsiya belgilari paydo bo'ladi. Qorni paypaslanganda barcha sohalarda og'riqli, mushaklari taranglashgan, IIIchyotkin-Blyumberg belgisi barcha sohada musbat, perkussiyada timpanik tovush, auskultatsiyada «qabr sokinligi» simptomi, ya'ni peristaltikaning yo'qligi aniqlanadi. Qon tahlilida leykotsitoz, EChT oshishi, rentgenografiyada diafragma ostida «erkin havo» aniqlanadi.

Ayrim hollarda teshilgan yara yaqinida turgan a'zoldan biri (jigar, o't pufagi, katta, kichik charvi) bilan yopishib qolishi mumkin. Yara teshilganda paydo bo'ladigan klinik manzara 1-2 soat ichida yo'qoladi. Og'riqlar to'xtaydi, qorin devori mushaklari bo'shashadi, puls me'yorga keladi va bemorlar o'zlarini deyarli sog'lom his eta boshlaydilar.

Davolash. Teshilgan me'da va 12 barmoq ichak yarasi operatsiya usulida davolanadi. Operatsiyadan bosh tortgan bemorga Teylor usuli bilan konservativ davo o'tkaziladi: me'daga zond o'rnatib, doimiy aspiratsiyani tashkil etish, antibiotiklar, dezintoksikatsion terapiyasi, ichak pareziga qarshi kurash, vitaminlar, immunomodulyatorlar shular jumlasidandir.

Tashxis qo'yishdan keyin OMH bemorni operatsiyaga tayyorlaydi. Qon guruhi, Rh-omilni, aniqlaydi, qonni bioximik tahlil o'tkazadi, EKG qiladi. Me'daga zond o'rnatib, shirani shprints yordamida so'rib oladi, premedikatsiya qilib, bemorni operatsiya xonasiga zambilda kiritadi. Operatsiyani jarroh OMH assistentligida bajaradi. Umumiy intubatsion narkoz berilgach, yuqori o'rta laparotomiya qilinadi. Yara teshigi tikiladi. Qorin bo'shlig'i sanatsiya qilinadi, drenajlanadi. Agar yara atrofida infiltrat katta bo'lsa, yarani Jadda usuli bilan kesib olib tashlash operatsiyasi ham o'tkazilishi mumkin. Operatsiyadan keyingi davrda antibiotiklar, dezintoksikatsion terapiyasi, vitaminlar, analgetiklar, Oqsil preparatlari tayinlanadi. 1-2 kun narkotik analgetiklar bilan og'riqsizlantiriladi.

Tibbiy atamalar

1. **Ochiq shikastlanish (trauma aperta)** – teri yoki shilliq qoplama buzilib, ichki organlar havoga yoki tashqi muhitga ochilgan jarohat.
2. **Yopiq shikastlanish (trauma clausa)** – teri butun, lekin ichki organlar shikastlangan holat.
3. **Hemoperitoneum** – qorin bo‘shlig‘ida qon to‘planishi.
4. **Peritonit** – qorin bo‘shlig‘i ichki qoplamasining yallig‘lanishi.
5. **Shtik yoki pichoq jarohati** – o‘tkir asbob bilan ochiq shikastlanish.
6. **Contusio (urish, ezilish)** – yopiq shikastlanishning turi, organ yoki to‘qimalarning ezilishi.
7. **Shock** – og‘ir qorin jarohatida qon bosimi pasayishi va organizmning umumiy zaiflashishi.
8. **Bintlash (bandaging)** – ochiq shikastni himoya qilish usuli.
9. **Transportirovka** – bemorni kasalxonaga xavfsiz olib borish.
10. **Aseptika** – mikroblardan himoya qilish qoidalari, infeksiya profilaktikasi.

VENN DIAGRAMMASI usuli .

Mavzu tushuntirilgandan so‘ng Gurux 2 ta kichik guruxlarga bo‘linadi va VENN diagrammasi usuli orqali tinglovchilarni o‘zlashtirish darajasi baxolanadi. Buning uchun o‘qituvchi maxsus VENN diagrammasi chizmasini doskaga chizadi va uni tinglovchilar qanday to‘ldirishi haqida tushuncha beradi. Ko‘rsatma bo‘yicha guruxlar o‘zlariga berilgan mavzularni chizmalarini to‘ldiradi. O‘qituvchi ularni tekshiradi va gurux bilan muxokama qiladi. So‘ngra o‘qituvchi to‘g‘ri javobni aytadi. Birinchi va to‘g‘ri javob bergan guruh baholandi.

NAZORAT UChUN SAVOLLAR

1. Ichak kasalliklarda obektiv tekshiruv usullari. Qo‘shimcha tekshiruv usullari
2. Me‘da va o‘n ikki barmoq ichak yaralari teshilganda bemorlarda yuzaga keladigan muammolar, birinchi tibbiy yordam ko‘rsatish
3. Me‘da va o‘n ikki barmoq ichak yaralari teshilishida hamshiralik ishi jarayonini tashkil qilish asoslari
4. Peritoneal sindrom tushunchasi, bemorlarda yuzaga keladigan muammolar, birinchi hamshiralik yordamini tashkil qilish
5. O‘tkir peritonit tasnifi, bosqichlari bo‘yicha klinik belgilari
6. O‘tkir peritonitni asosiy va qo‘shimcha tekshiruv usullari, qiyosiy tashxisi, hamshiralik yordamini tashkil qilish
7. O‘tkir peritonit bilan xastalangan bemorlarni davolash asoslari, bunda hamshiraning vazifalari

Test savollar

1. Qorin bo‘shlig‘i ochiq shikastlanishiga misol nima?

- A) Terisi butun, ichki organlar shikastlangan
- B) Teri yoki shilliq qoplama buzilib, ichki organlar tashqi muhitga ochilgan
- C) Mushak spazmi
- D) Ichak tutilishi

Javob: B

2. Qorin bo‘shlig‘i yopiq shikastlanishiga misol nima?

- A) Terisi butun, ichki organlar shikastlangan
- B) Teri kesilgan, organlar ko‘rinadi
- C) Qon ketishi yuzasida
- D) Og‘riq bo‘lmasa

Javob: A

3. Hemoperitoneum nima?

- A) Qorin bo'shlig'ida qon to'planishi
- B) Mushak spazmi
- C) Terining qizarishi
- D) Ichakning shishishi

Javob: A

4. Peritonit belgilari qaysi?

- A) Qorin devorining qattiqlashishi, og'riq, qorin bo'shlig'ida shish
- B) Qo'l va oyoq spazmi
- C) Bosh aylanishi
- D) Terining oqishi

Javob: A

5. Ochiq qorin shikastida birinchi yordam nima?

- A) Jarohatni tozalash va steril doka bilan yopish
- B) Jarohatni massaj qilish
- C) Kuchli bosim bilan bintlash
- D) Bemorni harakatlantirish

Javob: A

6. Yopiq qorin shikastida birinchi yordam nima?

- A) Shok belgilarini aniqlash va bemorni immobilizatsiya qilish
- B) Jarohat ustiga sovuq kompress qo'yish
- C) Bemorni kuch bilan turishtirish
- D) Jarohatni ochiq qoldirish

Javob: A

7. Shock belgilariga nima kiradi?

- A) Qon bosimi pasayishi, terining sovuqligi, puls tezlashishi
- B) Qon bosimi oshishi
- C) Teri qizarishi
- D) Mushaklarning bo'shashishi

Javob: A

8. Transportirovka qachon xavfsiz hisoblanadi?

- A) Bemorning hayotiy ko'rsatkichlari nazorat ostida bo'lsa
- B) Bemor uyg'oq bo'lmasa
- C) Jarohat ochiq qoldirilsa
- D) Bemor shok holatida bo'lsa

Javob: A

9. Bintlash maqsadi nima?

- A) Jarohatni himoya qilish va qon ketishni to'xtatish
- B) Og'riqni kamaytirish
- C) Harakatni cheklash
- D) Og'irlikni oshirish

Javob: A

10. Aseptika nima?

- A) Infeksiya profilaktikasi qoidalari
- B) Shikastlanish belgisi
- C) Jarohat turini tasniflash

D) Qon ketishni to'xtatish

Javob: A

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Hamraev A.J., Alimov A.V., A'zamxo'jaev T.S. "Xirurgiya va reanimatsiya asoslari". Toshkent, "Zar qalam" nashriyoti, 2005 yil.
2. Hamraev A.J. "Xirurgiya" "O'qituvchi" nashriyot-matbaa ijodiy uyi, Toshkent, 2007 yil
3. M.F. Ziyaeva, M.A. Axmedova "Jarroxlikda xamshiralik ishi" 2005 y,
4. V.N. Turaqulov, F.A. Qurbonov "Xirurgiyada xamshiralik ishi" 2019 y,
5. F.N. Nishonov, B.R. Abdullajonov, N. Ye. Bozorov "Xirurgik kasalliklar" 2020 y.

2.7.4- mavzu:	Dinamik va mexanik ichak tutilish turlari, sabablari, klinik belgilari, zamonaviy tekshirish usullari va davolash.
----------------------	---

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik xaritasi.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni: 15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot 2 kredit
Ma'ruza mashg'ulotining rejasi.	<ol style="list-style-type: none">1. Dinamik va mexanik ichak tutilish turlari, sabablari, klinik belgilari, zamonaviy tekshirish usullari va davolash.2. Zamonaviy tekshirish usullari va davolash.3. To'g'ri ichak kasalliklarining klinik belgilari, tekshirish usullarini

O'quv mashg'uloti maqsadi:**1.Ta'limiy:**

Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash

Amaliy ko'nikmalarni egallash

Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash

Deontologik tarbiyaning shakllanishi

Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash

2.Tarbiyaviy maqsadi:

Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish

Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish

O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash

Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vakti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa	Tashkiliy kism 1.1 O'qituvchi sinfga kirib tinglovchilarning O'quv bulimi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya kilishni eslatib o'tadi, yangiliklar aytiladi va eshitaladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maksadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun ko'llaniladigan usullarni aytib o'yin koidalarini tushintiradi.	Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1. Tinglovchilarning o'tilgan mavzuni takrorlash maqsadida uyga vazifalarini tekshirish baxolash 10 daqiqa. 2. Yangi mavzuni to'lik bayon etish 40 daqiqa. 3. O'qitishning noana'naviy usullarini ko'llagan xolda tinglovchilar bilimni mustaxkamlash. 15 daqiqa	1. Tinglovchilarning uyga vazifani bajarganligini tekshiradi va ularga o'tilgan mavzuni takrorlash uchun "Aqliy hujum" usulida savollarni o'qib eshittiradi. To'g'ri javob bergan tinglovchilar baxolanadi. 2. Yangi mavzu mazmunini o'qituvchi tomonidan taqdimot ko'rinishida maxsus monitor orqali tushuntiriladi. Mavzuga oid savollarga javob beradi. 3. Mavzu tushuntirilgandan so'ng Gurux 2 ta kichik guruxlarga bo'linadi va VENN diagrammasi usuli orqali tinglovchilarni o'zlashtirish darajasi baxolanadi. Buning uchun o'qituvchi maxsus VENN diagrammasi chizmasini doskaga chizadi va uni tinglovchilar qanday to'ldirishi xaqida tushuncha beradi. Ko'rsatma bo'yicha guruxlar o'zlariga berilgan mavzularni chizmalarini to'ldiradi. O'qituvchi ularni tekshiradi va gurux bilan muxokama qiladi. So'ngra o'qituvchi to'g'ri javobni aytadi. Birinchi va to'g'ri javob bergan gurux baholandi.	1. Tinglovchilar uyga vazifalarini topshiradilar. O'tilgan mavzu bo'yicha o'qituvchi tomonidan berilgan savollarga javob beradilar. 2. Tinglovchilar ma'ruzani diqqat bilan tinglaydilar, Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushinmagan joylarini savol tarikasida yo'llab javob oladilar. 3. VENN diagrammasi interaktiv o'yinida faol ishtirok etadilar o'z bilimlarini sinaydilar.

<p style="text-align: center;">3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib,aktiv qatnashgan tinglovchilar rag‘batlantirilib, baxolar e‘lon qilinadi .Uyga vazifa Dinamik va mexanik ichak tutilish turlari, sabablari, klinik belgilari, zamonaviy tekshirish usullari va davolash mavzuni o‘qib konspekt qilish va mavzuga oid nazorat savollariga javob yozish.</p> <p>Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1.Hamraev A.J., Alimov A.V., A‘zamxo‘jaev T.S. “Xirurgiya va reanimatsiya asoslari”. Toshkent, “Zar qalam” nashriyoti, 2005 yil.</p> <p>2.Hamraev A.J. “Xirurgiya ” “O‘qituvchi” nashriyot-matbaa ijodiy uyi, Toshkent, 2007 yil</p> <p>3.M.F.Ziyaeva,M.A.Axmedova “ Jarroxlikda xamshiralik ishi” 2005 y,</p> <p>4.V.N.Turaqulov,F.A.Qurbonov “Xirurgiyada xamshiralik ishi” 2019 y,</p> <p>5.F.N.Nishonov,B.R.Abdullajonov,N.Ye.Boz orov “Xirurgik kasalliklar” 2020 y.</p>	<p style="text-align: center;">Tinglaydilir, uyga vazifalarni yozib oladilar.</p>
---	--	---

Mavzu: Dinamik va mexanik ichak tutilish turlari, sabablari, klinik belgilari, zamonaviy tekshirish usullari va davolash

Reja:

1. Dinamik va mexanik ichak tutilish turlari, sabablari, klinik belgilari, zamonaviy tekshirish usullari va davolash.
2. Zamonaviy tekshirish usullari va davolash.
3. To‘g‘ri ichak kasalliklarining klinik belgilari, tekshirish usullarini

Ichak tutilishi - ichak harakat faoliyatining keskin buzilishi bilan ifodalanadigan og‘ir kasallik. Ichakning to‘la yoki qisman tutilishi, shuningdek, kechishiga ko‘ra, o‘tkir (ichakdan ovqatning surilmay birdan turib qolishi) yoki surunkali (ovqat massa-sining oz-ozdan, bora-bora butkul o‘tmay qolishi) ichak tutilishi farq qilinadi. Ichak tutilishining dinamik va mexanik xili bor. Dinamik ichak tutilishi ichak harakatining buzilishi, ba‘zan ichak peristaltikasining to‘xtashi sababli (paralitik shakli), ba‘zan ichakning tortishib qisqarishi (spazm) tufayli ro‘y beradi. Chandiqlar, o‘sma, poliplar, o‘t yo‘lidan ichakka tushgan toshlar, ichakka tushgan yot jismlar, yon a‘zolardagi o‘smalarning ichakni siqib qo‘yishi va b. mexanik ichak tutilishiga sabab bo‘ladi. Uzoq vaqt och yurib haddan ziyod ko‘p ovqat yeyish, ichak shilliq qavatidagi yallig‘lanish jarayonlari (kolit, enterokolit), shuningdek,

ichak peristaltikasini kuchaytiradigan dizenteriya, ichakning buralib bir-biriga kirib qolishi ham ichak tutilishiga olib kelishi mumkin. Qorin sohasida qattiq og'riq turishi, ichak peristaltikasining kuchayishi, qayt qilish, qorin dam bo'lib ich kelmay qolishi, qon bosimining pasayishi, puls tezlashishi ichak tutilishiga xos alomatlardir. Davo zudlik bilan [jarrohlik](#) usulini qo'llashdan iborat. [Shifokor](#) kelgunga qadar o'z bilgicha issiq yoki turli dori-darmonlar qilish yaramaydi, aks holda yomon oqibatlarga olib kelishi mumkin.

Yo'g'on yoki ingichka ichaklar tiqilib qolganda ichak tutilishi paydo bo'ladi. Ichakdagi blokirovka suyuqlik, gaz va oziq-ovqatning ichak orqali normal o'tishiga to'sqinlik qiladi. Oziq-ovqat, suyuqlik, gaz tiqilib qolgan joyning orqasida to'planadi. Davolashsiz ichakning bloklangan qismlari o'lib, jiddiy muammolarni keltirib chiqarishi mumkin. Ammo erta tibbiy yordam bilan ichak tutilishi ko'pincha muvaffaqiyatli davolanadi.

Har qanday operatsiyadan keyin qorin bo'shlig'idagi to'qimalarning tolali tasmasi, yallig'langan ichak, yo'g'on ichak saratoni, churrasi, va ichakdagi infeksiyalangan xalta ichak tutilishining asosiy sabablari hisoblanadi. Agar ichak tutilishi uzoq vaqt davolanmasa, bu jiddiy tibbiy asoratlarga olib kelishi mumkin. Biroq, o'z vaqtida tibbiy yordam ko'rsatilsa, ichak tutilishini muvaffaqiyatli davolash mumkin.

Ichak tutilishiga nima sabab bo'ladi?

Kattalar va bolalarda ichak tutilishining sabablari har xil. Ichak tutilishining umumiy sabablaridan ba'zilar quyidagilardir:

- **Ichaklardagi yopishqoqlik:** qorin bo'shlig'idagi tos yoki qorin bo'shlig'idagi jarrohlikdan so'ng paydo bo'lishi mumkin bo'lgan tolali to'qimalarning chiziqlari
- **Churralar:** tananing boshqa qismiga chiqadigan ichak qismlari
- **Kolonna saratoni**

Bolalarda ichak tutilishiga olib keladigan eng ko'p uchraydigan sabab bu invaginatsiya, ichakni teleskopik qilishdir.

Ichak tutilishining boshqa mumkin bo'lgan sabablari:

- **Ta'sir qilingan najas**
- **Volvulus (yo'g'on ichakning burishishi)**
- **Ichakning yallig'lanish kasalliklari** kabi Crohn kasalligi
- **Divertikulit:** Bu shunday ovqat hazm qilish tizimidagi divertikullar (mayda, bo'rtib ketgan qoplar) infeksiyalangan yoki yallig'langan holat

Ichak tutilishining qanday turlari mavjud?

Ichak tutilishi ikki xil bo'lishi mumkin: to'liq yoki qisman tiqilib qolish. Bundan tashqari, siz psevdobstruktsiyaga ega bo'lishingiz mumkin.

- **To'liq blokirovka:** Ichakning to'liq bloklanishi ichak orqali oziq-ovqat o'tkazilmasligini anglatadi.
- **Qisman blokirovka:** Ushbu turdagi oziq-ovqat va suyuqliklarning bir turi hali ham ichak orqali o'tishi mumkin
- **Psevdoobstruksiya:** Sizda ichak tutilishi belgilari bo'lishi mumkin, ammo jismonan hech narsa ichakdagi oziq-ovqat harakatiga to'sqinlik qilmaydi. Ichakning psevdo-obstruksiyasi, shuningdek, paralitik ileus deb ataladigan ichak tutilishining belgilari va alomatlariga olib kelishi mumkin. Biroq, bu jismoniy blokirovkani o'z ichiga olmaydi. Ichak psevdo-obstruksiyasida asab yoki mushak muammolari ichakning normal muvofiqlashtirilgan mushaklar qisqarishini buzadi, ovqat hazm qilish tizimi orqali oziq-ovqat va suyuqlikning harakatini to'xtatadi yoki sekinlashtiradi.

Ichak tutilishining belgilari qanday?

Ichak tutilishining belgilari va belgilari quyidagilardan iborat:

- Ishtaha yo'qolishi
- Kabızlık
- Kusti
- Qorin og'rig'i (kramp)
- Noto'g'ri ichak harakati
- Qorin bo'shlig'ining shishishi
- Gazni o'tkaza olmaslik

Doktorni qachon ko'rish kerak?

Ichak tutilishining sezilmagan belgilari og'ir asoratlarga olib kelishi mumkin. Shunday qilib, ichak tutilishi belgilarini sezganingizda darhol tibbiy yordamga murojaat qilishingiz kerak.

Apollon kasalxonalarida uchrashuvni so'rang

Uchrashuvni bron qilish uchun 1860-500-1066 raqamiga qo'ng'iroq qiling

Ichak tutilishi xavfini nima oshiradi?

Ichak tutilishi xavfini oshiradigan tibbiy sharoitlar quyidagilardir:

- Ko'pincha yopishqoqlikka olib keladigan qorin bo'shlig'i yoki tos a'zolarining jarrohlik amaliyoti
- Crohn kasalligi ichak devorining qalinlashishi va o'tish yo'lining torayishi xavfini oshiradi
- Qorin saratoni

Ichak tutilishi qanday davolanadi?

Shifokor sizning ahvolingiz sababi va og'irligiga qarab, ichak tutilishini davolash yo'nalishini hal qiladi. Odatda, ichak tutilishining og'rig'i kasalxonaga yotqizishni talab qiladi.

Quyida ichak tutilishini davolashning bir necha usullari keltirilgan:

- **Bemorni barqarorlashtirish:** Birinchidan, shifokorlar sizni barqarorlashtirish ustida ishlaydi va keyingi davolanishga tayyorlaydi. Ushbu tibbiy jarayon quyidagilarni o'z ichiga oladi:
 - Suyuqlik berilishi uchun tomir ichiga yuborish liniyasini joylashtirish.
 - Qorin bo'shlig'ining shishishini bartaraf etish uchun havo va suyuqlikni so'rish uchun oshqozonga burun orqali nazogastral naychani kiritish.
 - Siydikni to'kish uchun siydik pufagiga kateter qo'ying.
- **Invaginatsiyani davolash:** Bolalarda invaginatsiyani davolash uchun havo ho'qnasi qo'llaniladi
- **Qisman obstruktsiyani davolash:** Qisman obstruktsiyani davolash uchun barqarorlashtirgandan keyin kam tolali parhez etarli bo'lishi mumkin.
- **To'liq obstruktsiyani davolash:** To'siqdan xalos bo'lish uchun sizga operatsiya kerak bo'ladi. Operatsiya odatda to'siqni, shuningdek, ichakning shikastlangan yoki o'lgan har qanday qismini olib tashlaydi.

Muqobil ravishda shifokoringiz obstruktsiyani o'z-o'zidan kengayadigan metall stent bilan davolashni taklif qilishi mumkin. Yo'g'on ichak yoki og'iz orqali o'tkaziladigan endoskop orqali ichakka simli trubka kiritiladi. To'siqni tozalash uchun ichakni kuch bilan ochadi.

Odatda, stentlar kasal bo'lgan odamlarni davolash uchun ishlatiladi yo'g'on ichak saratoni yoki shoshilinch operatsiya o'ta xavfli bo'lganlarga vaqtinchalik yordam taklif qilish. Biroq, vaziyat barqaror bo'lsa, odam hali ham operatsiyaga muhtoj bo'lishi mumkin.

- **Pseudoobstruktsiyani davolash:** Pseudo-obstruktsiya, shuningdek, paralitik ileus deb ataladi; bu holat mustaqil ravishda yaxshilanishi mumkin. Agar u yaxshilanmasa, shifokor uni davolash uchun dori-darmonlarni buyuradi.

Agar ichak tutilishi davolanmasa, qanday asoratlari paydo bo'lishi mumkin?

Agar ichak tutilishi uzoq vaqt davolanmasa, u hayot uchun xavfli bo'lgan jiddiy asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin:

- **To'qimalarning o'limi:** Ichak tutilishi ichakning bir qismiga qon ta'minotini cheklashi mumkin. Ichakni qon bilan ta'minlashning etishmasligi uning o'limiga olib keladi. To'qimalarning o'limi ichak devorida teshilish (yorilish) ga olib kelishi mumkin, bu ham ichakda infeksiyani keltirib chiqarishi mumkin.
- **INFEKTSION:** Tibbiyotda qorin bo'shlig'idagi infeksiya ham deyiladi peritonit. Bu shoshilinch tibbiy yordamni talab qiladigan jiddiy kasallik.

Ichak tutilishi - bu oziq-ovqatning yo'g'on va ingichka ichak orqali o'tishini cheklaydigan tiqilib qolish. Ichak tutilishining umumiy sabablaridan ba'zilar qorin bo'shlig'idagi har qanday operatsiyadan keyin qorin bo'shlig'idagi to'qimalarning tolali tasmasi, yallig'langan ichak, yo'g'on ichak saratoni, churra, va ichakdagi infektsiyalangan xalta. Agar ichak tutilishi davolanmasa, u jiddiy tibbiy asoratlarga olib kelishi mumkin. Biroq, o'z vaqtida tegishli tibbiy yordam bilan ichak tutilishini muvaffaqiyatli davolash mumkin.

Ichak tutilishi diagnostikasi uchun shifokorlar tomonidan qanday testlar buyuriladi?

Shifokor birinchi navbatda sizning jismoniy tekshiruvingizni o'tkazadi. Kuzatilgan alomatlar va og'riqning og'irligiga qarab, ular rentgen, kompyuter tomografiyasi (KT) kabi bir nechta testlarni o'tkazadilar. ultratovush, va bariyli ho'qna.

Kompyuter tomografiyasi ichak tutilishini tekshirish uchun samaralimi?

Ha, kompyuter tomografiyasi ichak tutilishining aniq sababini va yuqori darajadagi ichak tutilishi bilan og'rigan bemorlarda har qanday jiddiy asoratlarni mavjudligini samarali aniqlashi mumkin.

To'g'ri ichak oqmasi - bu pararektal to'qimalarda surunkali yallig'lanish jarayoni bo'lib, anal kriptoning shikastlanishi (infektsiya uchun kirish eshigi ichki oqma teshikdir) va oqma yo'lining mavjudligi. Qoida tariqasida, kasallikning boshlanishi o'tkir yiringli paraproktit (perrektal to'qimalarda o'tkir yiringli yallig'lanish) bo'lib, shoshilinch jarrohlik davolashni talab qiladi.

O'tkir yallig'lanish - pararektal xo'ppoz yoki o'tkir paraproktit - to'qimalarda yiringli tarkibning to'planishiga olib keladi. Agar dastlabki bosqichlarda tibbiy yordam ko'rsatilmasa, patologik oqma kursi rivojlanadi, bu esa organizmga to'plangan ekssudatdan xalos bo'lishga imkon beradi. Ammo ayni paytda yallig'lanish jarayoni surunkali shaklga aylansa-da, davom etmoqda.

Rektal oqma turlari:

- To'liq: ikkita teshik bor, biri to'g'ri ichakda, ikkinchisi tashqi terida, anus yonida joylashgan.
- Tugallanmagan: bunday oqma faqat ichki yoki faqat tashqi teshikka ega. Bu oraliq variant ekanligiga ishoniladi va tibbiy aralashuv bo'lmasa, oqma to'liq bo'ladi.

Rektal fistulaning belgilari yallig'lanish jarayonining og'irligiga, patologik kursning strukturaviy xususiyatlariga, to'qimalarning shikastlanish darajasiga bog'liq. Kanalning shakllanishi namoyon bo'lmasdan yoki anusda engil noqulaylik bilan davom etishi mumkin.

- Qonli, yiringli, qonli oqindi. Bemorlar zig'irda aniq dog'lar paydo bo'lishini sezishlari mumkin.
- Kanal bo'ylab og'riq. Pastga bosish noqulaylikni kuchaytirishi mumkin. Ichak harakati paytida og'riq bor.
- Patologik sohada terining qizarishi, shishishi.

Davolash

Rektal oqmalarni davolashning konservativ usullari mavjud emas. Dori vositalari yordamida to'qimalarda patologik kursni bartaraf etish mumkin emas. Shuning uchun dori-darmonlar faqat alevlenme, yiringlashning oldini oladi, umumiy holatni engillashtiradi, lekin asosiy muammoni bartaraf eta olmaydi.

- og'riq qoldiruvchi vositalar;
- tizimli va mahalliy antibiotiklar;
- davolashni tezlashtirish uchun mahalliy preparatlar;
- ichak faoliyatini tartibga soluvchi dorilar.

Quyidagi operatsiyalar turlari eng keng tarqalgan:

- Zondda eksizyon. Shifokor probni qo'llanma sifatida ishlatadi, bu esa bir-biriga yaqin joylashgan sog'lom to'qimalarning shikastlanishini kamaytiradi.
- Chiziq'larni ochish va drenajlash bilan kanalni olib tashlash. Bunday holda, shifokor yiringli tarkibga ega bo'lgan cho'ntaklarning tekshiruvini o'tkazadi.
- sfinkterni tikish bilan kesish. Ushbu turdagi aralashuv sfinkter shikastlanganda talab qilinadi.

TIBBIY ATAMALAR

- **Ileus** – ichak tutilishi, qorin bo'shlig'ida oziq-ovqat va gaz harakatining to'xtashi.
- **Dinamik ileus (paralitik)** – ichak mushaklarining harakatining to'xtashi natijasida yuzaga keladi, mexanik to'siq yo'q.
- **Mexanik ileus** – ichak lumenida yoki tashqi tomondan to'siq bo'lishi natijasida tutilish.
- **Strangulyatsion ileus** – ichakning toralanishi yoki burilish natijasida qon ta'minotining buzilishi.
- **Obstruksiya** – ichak lumenining to'silishi.
- **Volvulus** – ichakning o'z o'qi atrofida burilishi.
- **Invaginatsiya** – ichakning bir qismi boshqa qismga kirib ketishi.
- **Paraliz** – mushak harakatining yo'qligi yoki sekinlashishi.
- **Radiografiya (rentgen tekshiruv)** – ichak tutilishini aniqlashda asosiy zamonaviy diagnostika usuli.
- **Laparotomiya** – og'ir ichak tutilishida jarrohlik yo'li bilan davolash.

“Aqliy hujum”

Bu usul orqali shaxsni erkin shakllantirish mumkin. Jarayonni boshlashdan avval gurux talabalariga savol beriladi va bir necha daqiqa ichida shu savolga oid, har bir o'quvchi o'zining fikrini bayon etishi kerak.

- Bu javob yoki fikr o'rinli yoki noo'rin bo'lishi mumkin, ammo, o'qituvchi ham qolgan o'quvchilar ham javob bergan o'quvchiga tanbeh bermaydilar.
- O'qituvchining yordamchisi doskaga yoki flep kartaga har bir o'quvchining javobini yozib boradi. Har bir o'quvchi uning berayotgan javobini tinglamoqlari lozim.
- Qanchalik ko'p fikr bildirilsa, natija shuncha yaxshi bo'ladi.
- Bu usulda dars o'tilganda qisqa vaqt ichida har xil variantdagi javoblar va shu o'quvchilarning mulohazalarini to'plash imkoniyatiga ega bo'lamiz.

- Har qanday javoblar usul so'ngida muhokama qilinadi.

VENN DIAGRAMMASI usuli .

Mavzu tushuntirilgandan so'ng Gurux 2 ta kichik guruxlarga bo'linadi va VENN diagrammasi usuli orqali tinglovchilarni o'zlashtirish darajasi baxolanadi. Buning uchun o'qituvchi maxsus VENN diagrammasi chizmasini doskaga chizadi va uni tinglovchilar qanday to'ldirishi xaqida tushuncha beradi. Ko'rsatma bo'yicha guruxlar o'zlariga berilgan mavzularni chizmalarini to'ldiradi. O'qituvchi ularni tekshiradi va gurux bilan muxokama qiladi. So'ngra o'qituvchi to'g'ri javobni aytadi. Birinchi va to'g'ri javob bergan guruh baholandi.

Nazorat savollari

1. Ichak tutilishi (ileus) nima?
2. Ichak tutilishining asosiy tasnifini ayting.
3. Dinamik ichak tutilishi deganda nimani tushunasiz?
4. Dinamik ichak tutilishining turlari va sabablari.
5. Mexanik ichak tutilishi nima?
6. Mexanik ichak tutilishining asosiy turlari.
7. Strangulyatsion va obturatsion ichak tutilishining farqi nimada?
8. Ichak tutilishining umumiy klinik belgilari.
9. Dinamik ichak tutilishida klinik belgilar qanday bo'ladi?
10. Mexanik ichak tutilishida og'riq xarakteri qanday?
11. Ichak tutilishida qusishning diagnostik ahamiyati.
12. Rentgenologik tekshiruvda ichak tutilishining asosiy belgilarini sanab bering.
13. Zamonaviy diagnostika usullariga qaysilar kiradi?
14. Ichak tutilishida KT (kompyuter tomografiya) ning ahamiyati.
15. Dinamik ichak tutilishini davolash prinsiplari.
16. Mexanik ichak tutilishini jarrohlik yo'li bilan davolashga ko'rsatmalar.
17. Ichak tutilishining asoratlari.
18. Ichak nekrozi qanday rivojlanadi?
19. Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik nimalarni o'z ichiga oladi?
20. Ichak tutilishini oldini olish choralari.

2. Test savollari

1. Dinamik ichak tutilishining asosiy sababi qaysi?

- A) Ichak o'smalari
- B) Ichak spazmi yoki falaji
- C) Ichakda toshlar
- D) Ichak burilishi

To'g'ri javob: B

2. Mexanik ichak tutilishiga qaysi holat kiradi?

- A) Peritonit
- B) Elektrolit buzilishi
- C) Ichak burilishi (volvulus)
- D) Reflektor falaj

To'g'ri javob: C

3. Ichak tutilishining eng erta klinik belgisi:

- A) Qusish
- B) Ich qotishi
- C) Qorin og'rig'i
- D) Isitma

To'g'ri javob: C

4. Mexanik ichak tutilishida og'riq qanday bo'ladi?

- A) Doimiy, kuchsiz
- B) To'satdan, sanchuvchi, tutqanoq shaklida
- C) Faqat ovqatdan keyin
- D) Faqat bosganda

To'g'ri javob: B

5. Ichak tutilishida eng informativ zamonaviy tekshiruv usuli:

- A) UZI
- B) Qon tahlili
- C) Kompyuter tomografiya (KT)
- D) Siydik tahlili

To'g'ri javob: C

6. Dinamik ichak tutilishida asosiy davolash usuli:

- A) Zudlik bilan operatsiya
- B) Konservativ terapiya
- C) Ichak rezeksiyasi
- D) Kolostomiya

To'g'ri javob: B

7. Qaysi holatda shoshilinch operatsiya talab etiladi?

- A) Spastik ileus
- B) Paralitik ileus
- C) Strangulyatsion ichak tutilishi
- D) Operatsiyadan keyingi ich qotishi

To'g'ri javob: C

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati

1. **X. X. Karimov.** Jarrohlik kasalliklari. – Toshkent: Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti.
2. **S. I. Spasokukotskiy, B. A. Petrov.** Umumiy jarrohlik.
3. **Sabiston Textbook of Surgery.** Elsevier.
4. **Schwartz's Principles of Surgery.** McGraw-Hill.
5. **Topographic Anatomy and Operative Surgery (Petrovsky).**
6. O'zbekiston Respublikasi SSV klinik protokollari (ichak tutilishi bo'yicha).

<p>2.8.modul 2.8.1- mavzu:</p>	<p>O‘smalar. Havfli va havfsiz o‘smalar haqida tushuncha.</p>
--	--

Ma’ruza mashg‘ulotini o‘qitish texnologik xaritasi.

<p>Vaqt: 80 daqiqa</p>	<p>Tinglovchilar soni:15-20 ta</p>
<p>O‘quv mashg‘ulotining shakli va turi</p>	<p>Nazariy mashg‘ulot 2 kredit</p>
<p>Ma’ruza mashg‘ulotining rejasi.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. O‘sma sindromi. 2. Onkologik kasalliklarni tekshirish usullari. 3. Onkologik kasalliklarni davolash. 4. Onkologik bemorlarni parvarishlash va kuzatishda etika va deontologiyaning o‘ziga xos xususiyatlari.

O'quv mashg'uloti maqsadi:**1.Ta'limiy:**

Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash

Amaliy ko'nikmalarni egallash

Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash

Deontologik tarbiyaning shakllanishi

Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash

2.Tarbiyaviy maqsadi:

Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish

Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish

O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash

Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa	<p>Tashkiliy kism</p> <p>1.1 O'qituvchi xonaga kirib tinglovchilarning o'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiridi, ichki tartib qoidalariga rioya kilishni eslatib o'tadi, yangiliklar aytiladi va eshitaladi.</p> <p>1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi.</p> <p>1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib o'yin qoidalarini tushintiradi.</p>	<p>Javob beradilar</p> <p>Tinglaydilar,</p> <p>Yozib oladilar.</p>
<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa</p> <p>1. Tinglovchilarning o'tilgan mavzuni takrorlash maqsadida uyga vazifalarini tekshirish baxolash 10 daqiqa.</p> <p>2.Yangi mavzuni to'lik bayon etish 40</p>	<p>1.1Tinglovchilarning uyga vazifani bajarganligini tekshiradi va ularga o'tilgan mavzuni takrorlash "Aqliy xujum" usulida savol javob o'tkaziladi.To'g'ri javob bergan tinglovchilar baxolanadi.</p> <p>1.2.Yangi mavzu mazmunini o'qituvchi tomonidan taqdimot ko'rinishida maxsus monitor orqali xayotga bog'lagan xolatda keng tushuntiriladi Mavzuga oid savollarga javob beradi.</p>	<p>1.Tinglovchilar uyga vazifalarini topshiradilar.O'tilgan mavzu bo'yicha o'qituvchi tomonidan berilgan savollarga javob beradilar.</p> <p>2.Tinglovchilar ma'ruzani diqqat bilan tinglaydilar, Yangi mavzu bayonini yozib</p>

<p>daqiqa.</p> <p>3.O‘qitishning noana’naviy usullarini qo‘llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash. 15 daqiqa</p>	<p>1.3.Mavzu tushuntirilgandan so‘ng gurux 2 ta kichik guruxlarga bo‘linadi. ZAKOVAT interfaol o‘yini mavzu bo‘yicha tayyorlangan savollar Zakovat barabaniga teriladi va tinglovchilar guruxlari bilan kelishgan xolatda shu savollarga javob beradilar.</p>	<p>oladilar.Tushinmagan joylarini savol tariqasida yo‘llab javob oladilar.</p> <p>3. ZAKOVAT interfaol o‘yinida guruxlarga bo‘lingan xolatda faol ishtirok etadilar.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib,aktiv qatnashgan tinglovchilar rag‘batlantirilib, baxolar e‘lon qilinadi .Uyga vazifa O‘smalar. Havfli va havfsiz o‘smalar haqida tushuncha mavzuni o‘qib konspekt qilish .</p> <p>Tavsiya etiladigan adabiyotlar: . A. Axmedov – Patologik anatomiya. Toshkent: Tibbiyot nashriyoti.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A. G‘. Qodirov – Umumiy patologiya asoslari. Toshkent. 2. Sh. T. Otabekov – Onkologiya. Toshkent: Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti. 3. R. I. Nuriddinov – Patologik fiziologiya. Toshkent. 4. B. T. Sodiqov – Odam anatomiyasi va fiziologiyasi. Toshkent. 	<p>Tinglaydilir, uyga vazifalarni yozib oladilar.</p>

Mavzu: O‘smalar. Onkologik bemorlarini zamonaviy tekshirish usullari va bemorlarda hamshiralik parvarishini olib borish.

REJA:

1. O‘sma sindromi.
2. Onkologik kasalliklarni tekshirish usullari.
3. Onkologik kasalliklarni davolash.
4. Onkologik bemorlarni parvarishlash va kuzatishda etika va deontologiyaning o‘ziga xos xususiyatlari.

«O‘SMA» SINDROMI

O‘smalar haqidagi fan onkologiya (yunoncha oncos - o‘sma, logos-fan) deb ataladi. Onkologiya fani haqiqiy o‘smalarni o‘rganadi (soxta o‘smalarga – to‘qimalar shishi, yallig‘lanishi, gipertrofiya hisobiga shishib kattalashishi kiradi).

O‘sma (neoplazma, blastoma, rak) – patologik hosila bo‘lib, to‘qimalarda avtonom o‘sishi, hujayralar polimorfizmi va atipiyasi bilan kechishi bilan farqlanadi. O‘smalarning to‘qima ichida o‘sib, rivojlanishi o‘ziga xos hususiyatlaridan biridir. O‘smalarning kelib chiqish sabablari to‘liq o‘rganilmagan, lekin gipotetik nazariyalar asosida quyidagi omillar o‘smalar kelib chiqishida muhim rol o‘ynaydi:

1. Mexanik omillar (to'qimalarning tez-tez qaytalanuvi jarohattizatsiyasi natijasida regeneratsiya jarayoning mavjudligi bo'lishi o'sma rivojlanishiga olib keladi).
2. Kimyoviy omillar. O'smalar kimyoviy moddalarning umumiy va mahalliy ta'siri (karnaychilar metall qumni yutishlari sababli yorg'oq o'smasining kelib chiqishi, kashandalarda o'pka rakining kelib chiqishi, asbest bilan ishlovchilarda plevra mezoteliomasining kelib chiqishi shular jumlasidandir) ostida rivojlanadi.
3. Fizik kanserogenlar. Ultrabinafsha nurlar (teri rakiga sabab bo'ladi), ionizatsiya nurlanishining (suyak, qalqonsimon bez o'smalari va lebiozlar rivojlanishi uchun omil hisoblanadi) ta'siri ham fan tomonidan isbotlangan.

Onkogen viruslar: Barr - Epshteyn virusi (Bernet limfomasi sababchisi), T-hujayrali leykoz virusi ham o'smalar rivojlanishda muhim rol o'ynaydi. O'smalar paydo bo'lishning zamonaviy polietologik nazariyasi ana shulardan iborat. Bu nazariyaga asosan kanserogen omillarning ta'siri natijasida albatta o'sma o'sadi degan xulosaga kelinmaydi. Bu jarayon rivojlanishi uchun genetik moyillik, immun tizimining ba'zi-bir nuqsonlari ham bo'lishi zarur.

O'smalar ikkiga, ya'ni xavfsiz va xavfli turlarga bo'linadi. Xavfsiz o'smalarining qobig'i bo'lib, atrof to'qimalardan ajratib turadi. Juda sekin o'sishi, davolash yaxshi natijalar berishi bilan ajralib turadi. Ba'zi bir xavfsiz o'smalar xavfli o'smalarga aylanishi mumkin. Masalan, teridagi oddiy pigment dog' (nor, xol) melanomaga aylanishi, me'da polipi esa rakka aylanishi mumkin.

Xavfli o'smalarining to'qimalardan ajratuvchi qobig'ining yo'qligi, ularning qo'shni to'qima - a'zolariga o'sib kirib ketishi, o'sish jarayoni chegaralanmaganligi, metastazlar berishi (limfa, qon oqimi bilan uzoqdangi a'zolarining zararlashi), qaytalanishi (operatsiya qilib olinganining o'rnidan qaytadan o'sib chiqishi), kaxeksiya rivojlanishi bilan harakterlanadi.

Epiteliy to'qimasidan hosil bo'lgan xavfli o'smalar rak, birlashtiruvchi to'qimadan hosil bo'ladiganlari esa sarkoma deb ataladi.

O'sma jarayonini quyidagi bosqichlarga bo'lish qabul qilingan.

I bosqich – kichik hajmdagi o'sma yoki yara kabi joylashgan, to'qimalarga o'sib kirmagan va regional limfa tugunlarini zararlamagan.

II bosqich – o'smaning hajmi kattalashmagan bo'lsa ham, atrof to'qimalarga o'sib kirish va regional limfa tugunlariga metastaz berishga ulgurgan.

III bosqich – o'smaning o'lchamlari ancha katta, bo'lib chuqurda joylashgan to'qimalarga o'sib kirganligi sababli qo'zg'almas, o'sma regional limfa tugunlarda ko'plab metastazlar mavjud.

IV bosqich – o'smaning umumiy tarqalishi, atrofdagi to'qimalarga o'sib kirib, uzoqda joylashgan limfa tugunlari va a'zolariga metastaz berganligi, kaxeksiya rivojlanganligi bilan harakterlanadi.

I va II bosqichlarda boshlangan davolash muolajalari ko'pincha ijobiy natijalarga olib keladi. III bosqichda davolashni aralash usullar, ya'ni jarrohlik, kimyo va nur terapiyasi bilan birga o'tkazish ijobiy natijaga olib kelishi mumkin. IV bosqichda qo'llanilgan barcha davolash usullari, bemor hayotini bir oz uzaytirishi mumkin, lekin uning sog'ayib ketishiga imkon bermaydi.

Hozirgi tibbiyot atamallari orasida rak oldi kasalliklari yoki holatlari degan tushuncha ham mavjud. Bunday kasalliklarga og'iz bo'shlig'i, bachadon bo'yinchasi eroziyasi, surunkali bronxit, me'daning kallyoz yarasi va hakoza kiradi. Ushbu tashxis bilan davolanayotgan bemorlarga kasallikning asorati hisoblanmish xavfli o'sma rivojlanishi mumkinligi va o'z vaqtida davolash muolajalarini boshlash zarurligi haqida tushuntiriladi.

ONKOLOGIK BEMORLARNI TEKSHIRISH USULLARI

O'smalar diagnostikasida hayot va kasallik tarixini obdon so'rab-surishtirish muhim ahamiyatga ega. Anamnez to'liq yig'ilgan hollarda kasallikning dastlabki bosqichi yoki rak oldi kasalliklari borligini aniqlab olishga imkonpaydo bo'ladi. Bunda obdon irsiy moyillik ham muhim ahamiyatga ega. Ob'ektiv tekshiruv bemorni yaxshilab ko'zdan kechirishdan boshlanadi. Qo'lga ilinadigan barcha limfa tugunlari paypaslab ko'riladi. Agar o'smani paypaslashning iloji bo'lsa, uning chegaralari, qo'zg'aluvchanligi, og'riqliligi, konsistensiyasi, atrof to'qima va a'zolar bilan bog'liqligiga e'tibor beriladi. Onkologik kasallik gumon qilinayotgan barcha bemorlarni

ginekologik bimanual tekshirishdan o'tkazish zarur. Bu tekshiruv jinsiy a'zolar o'sma kasalligini va kichik chanoq a'zolari o'sma bilan ikkilamchi zararlanganligini aniqlashga yordam beradi.

Laboratoriya tekshiruvlaridan siydikda, najasda, balg'amda yashirin qon, atipik hujayralar borligini aniqlash ham o'sma tashxisini qo'yishda muhim ahamiyatga ega.

Rentgenologik tekshiruv usullaridan: rentgenografiya, rentgenoskopiya, tomografiya usullari a'zoning o'sma bilan zararlanganligini aniqlashga yordam beradi. Hozirgi paytda klinik amaliyotda ezofagastroduodenoskopiya, laparoskopiya, bronxoskopiya, rektoskopiya, kolonoskopiya, sistoskopiya, kolposkopiya kabi tekshiruv usullari qo'llanilayapti. Bu usullar yordamida o'smani ko'z bilan ko'rish va undan surtma, yuvma biopsiya olish imkoni bo'ladi. Biopstat gistologik tekshiruv uchun yuborilayotganda maxsus yo'llanma yoziladi. Yo'llanmada bemor ism-sharifi, tug'ilgan yili, kasallik tarixining tartib raqami, biopstat qaysi a'zodan olinganligi, taxminiy tashxis yozilgan bo'lishi kerak. Yo'llanmani noto'g'ri, to'liqsiz yozib berish bemorning davolash rejasini tuzishda xatoliklarni keltirib chiqarishi mumkin.

Yumshoq to'qimalar va suyak o'simtlariga gumon bo'lganda yo'g'on igna bilan punksiyali biopsiya olsa bo'ladi. Ushbu biopstat ham gistologik tekshiruvga yuboriladi va olingan natijaga qarab davolash usuli belgilanadi.

ONKOLOGIK KASALLIKLARNI DAVOLASH

O'smalarni davolashda jarrohlik, kimyo va nur terapiyasi qo'llaniladi. Ko'pincha 2 yoki undan ortiq usullardan aralash holda foydalaniladi. Masalan, jarrohlik usul nur terapiyasi bilan birga qo'llaniladi. Kompleks davo deganda barcha uch usullarning birgalikda o'tkazilishi tushiniladi.

Nur bilan davolaganda teri qizaradi (eritema). Ko'pincha terida I darajali termik kuyish kabi o'zgarishlar kuzatiladi. Katta kuchlanishli nur terapiyasi o'tkazilganda terida I - II darajali kuyishda kuzatiladigan o'zgarishlar (terida pufakchalar paydo bo'lib, yuza qavati nekrozi ham) aniqlanishi mumkin. Bemorlarni parvarishlash paytida nur bilan shikastlangan teridagi yaralarga infeksiya tushirmaslikka harakat qilish kerak. Terining mahalliy o'zgarishlari yuzaga kelgan joylariga tarkibida aloe, linol, sigerol, A, Ye vitaminlari bo'lgan malhamlar, emulsiyalar, kremlar surtish tavsiya etiladi. Agar o'zgarishlar to'g'ri ichak yoki qin shilliq qavatida yuzaga kelgan bo'lsa, yuqorida ko'rsatilgan preparatlarni mikro huqna yoki tamponlar yordamida qo'llash kerak. Shunday qilinganda nur terapiyasi asoratlari bir necha haftada bitib ketadi.

Rentgenoterapiya bilan davolanayotgan bemorlarning qonida ham o'zgarishlar paydo bo'ladi. Bemorlarda behollik, qusish, ichak faoliyati buzilishi, ishtaha bo'g'ilishi, bosh og'rishi, tana harorati ko'tarilishi, ayrim hollarda esa nur kasalligi simptomlari paydo bo'lishi mumkin.

Kimyo va gormonal terapiya kasallik jarayoni organizmning barcha sohalariga tarqalib ketganda, operatsiya qilib bo'lmaydigan holatlarda yagona davolash usuli bo'lib hisoblanadi. Nur va kimyo terapiyasi ba'zi bemorlarni operatsiyaga tayyorlash davrida ham o'tkazilishi mumkin.

Xavfsiz o'smalarni jarrohlik usulida davolashda ularni sog'lom to'qimalar chegarasida batamom olib tashlashni nazarda tutiladi. O'sma butunligicha qobig'i bilan birga olib tashlanishi zarur. Xavfli o'smalarni olib tashlashda hosilaning o'zini olib tashlashning o'zi yetarli emas. Operatsiya vaqtida onkologiyaning tadbirlariga: ablastika, antiblastika, zonallik, fassiyalikka rioya qilish zarur.

Ablastika – operatsiya vaqtida o'sma tarqalib ketmasligi uchun qo'llaniladigan tadbirlarni o'z ichiga oladi. Asosiy tadbirlarga: barcha kesmalarni sog'lom to'qimalarda o'tkazish, o'sma to'qimasini mexanik shikastdan saqlash, o'smani ajratib olish uchun sog'lom to'qimalarni salfetkalar bilan chegaralash, o'smani olib tashlagandan keyin jarrohlik asboblari, qo'lqoplar, bog'lov materiallarni almashtirish kiradi.

Antiblastika – operatsiya vaqtida o'smaning asosiy qismidan ajralib qolgan bo'laklarni yo'qotish uchun bajariladigan tadbirlar majmuasidir. Quyidagi antiblastika usullari tafovut qilinadi:

1. Kimyoviy antiblastika – bu o'smani olib tashlagandan keyin jarohat yuzasiga 70% spirt eritmasi bilan ishlov berish, venaga o'smaga qarshi preparatlarni operatsiya stolida yuborish, o'smaga qarshi kimyo preparatlarini regional perfuziya qilish.

2. Fizik antiblastika – bu elektropichoq, lazer ishlatish, o'smani operatsiyadan oldingi va operatsiyadan keyingi erta davrda nurlantirish kiradi.

3. Zonallik - bu o'smani kesib ajratayotganda atrof to'qimalardagi rak hujayralari bo'lishi mumkin sohani ham qo'shib olib tashlashdan iborat.

4. Fassiyalik - bu fassial g'ilof kletchatkasini ajratayotganda uni fassiya bilan birga kesib olib tashlashdir.

Bemorlarni operatsiyaga tayyorlash boshqa murakkab turdagi operatsiyaga tayyorgarlashdan farq qilmaydi. Ammo o'sma bilan kasallangan bemorlarda kaxeksiya rivojlanayotganligi sababli, ularni operatsiyaga tayyorlash vaqti chegaralangan bo'ladi. Shu sababli ularga qon quyish, kuchli ovqatlar berish, ko'proq uxlab, dam olishlari uchun sharoit yaratish zarur.

ONKOLOGIK BEMORLARNI PARVARISHLASH VA KUZATISHDA ETIKA VA DEONTOLOGIYANING O'ZIGA XOS HUSUSIYATLARI

O'sma sindromi bo'lgan bemorlarni parvarishlashda ularga o'ziga hos psixologik yondashish zarur. Bemorlarga iloji boricha tashxisni bildirish kerak emas. «Rak», «sarkoma» atamaları o'rniga yara, torayish, zichlashish atamalarini ishlatish zarur. Bemor qo'lga beriladigan varaqa va ko'chirmalarda «c-r», “cancer”, “tumor”, “neo”, degan so'zlar yozilmasligi zarur, chunki hozirgi kunda deyarli barcha bemorlarga ushbu atamalar tanish bo'lib qolgan.

O'smaning IV darajali bosqichida bemorlarni boshqa bemorlardan alohidalash zarur. Ayniqsa, rentgenologik tekshiruv xonasi yonida bu bemorlar navbat kutib, to'planib o'tirishadi va tekshiruv natijalarini tahlil qila boshlashadi. Bitta palataga kasallikning turli xil bosqichlaridagi bemorlarni joylashtirish ham maqsadga muvofiq emas. Agar bemorni boshqa mutaxassis ko'rib, maslahat berishi zarur bo'lsa, vrach yoki hamshira, bemorni kasallik tarixi bilan birga tekshiruvga olib borishi lozim. Agar buning iloji bo'lmasa, bemor xujjatlarini konvertga solib, yelimlab, qarindoshlari qo'lga beriladi. Kasallikning haqiqiy karakteri va tashxisini faqat bemorning yaqin qarindoshlariga aytiladi. Agar operatsiya vaqtida radikal operatsiya qilishning iloji bo'lmagan bo'lsa, bu haqda bemorga aytish kerak emas. Bemorning qarindoshlariga o'smaning yuqumli emasligi, atrofdagi odamlarga bezararligi haqida tushintiriladi. Bemorni xalq tabobati yo'llari bilan tabiblar yordamida davolanishdan ehtiyot qilish zarur, chunki bu aytib bo'lmaydigan asorat rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Onkologik bemorlarni kuzatuv jarayonida ularning vaznini tez-tez o'lchab turish kerak, chunki bemor vaznining kamayib borishi kasallikning avj olayotganligini bildiruvchi belgilardandir. Bemorlar vazni kasalxonada, poliklinikada, onkolog kabinetida o'lchab turilishi va kasallik tarixiga, ambulator kartochkasi yozib boriladi.

Bemorlar qarindoshlarini gigienik tartibni saqlashga o'rgatish zarur. Masalan, o'pka va hiqildoq o'smalarida balg'amni yaxshi yopiladigan tufdonlarga yig'ib, har kuni ularni issiq suv va 10 - 12% ohakli suv eritmasi bilan dezinfeksiya qilish zarurligi aytiladi. Tufdondan keladigan badbo'y hid 15 - 30 ml skipidar eritmasi yordamida yo'qotiladi. Najas va siydikni ham maxsus rezina yoki chinni tuvaklarga yig'ish va har safar bo'shatgandan keyin ularni ohakli suv eritmasi bilan dezinfeksiya qilish tavsiya etiladi. Sut bez o'smasi umurtqa pog'onasiga metastaz berishi natijasida, bemorni to'shakka yotib olganida, to'sh ostiga maxsus tekis taxta o'rnatiladi. Shunday qilinganda patologik sinishlarning oldini olsa bo'ladi.

O'pka rakining oxirgi bosqichida bemorlar ko'proq toza havoda bo'lishlari, xonani tez - tez shamollatib turish zarur.

ONKOLOGIK BEMORLARNI ASORATLAR PAYDO BO'LGANDA PARVARISHLASH

Onkologik bemorlarni parvarishlashda og'riqqa qarshi kurashish muhim ahamiyat kasb etadi. O'sma nerv chigallariga o'sib kirib ketganligi sababli og'riq borgan sari kuchayib boradi. Og'riqsizlantirish maqsadida avvaliga narkotik bo'lmagan analgetiklar (aspirin, analgin, fenatsetin va hk) qo'llaniladi. Agar bu preparatlar og'riqni bosa olmasa magniy sulfatning 25 %li eritmasi 5.0 ml mushak orasiga va morfinning 1 % li eritmasi 1.0 ml miqdorda teri ostiga qilinganda og'riq

10 – 12 soatgacha to‘xtashi mumkin. Uyqusizlikda uyqu dorilari beriladi. Narkotik analgetiklarni vrach buyuradi. Narkotik dorilar uchun alohida jurnal tutiladi.

Narkotik analgetikni hamshira bemorga vrach ishtirokida qiladi va kasallik tarixiga, jurnalga yozib qo‘yiladi. Ishlatilgan bo‘sh ampulalar maxsus komissiya vakillari tomonidan yo‘qotiladi va muassasa rahbari tomonidan tasdiqlanadi.

Onkologik bemorlarda ko‘pincha qabziyat kuzatiladi. Uni bartaraf etish maqsadida surgi dorilar va tozalovchi xuqnalar (fenolftalein, magniy sulfat, vazelin moyi va hk) buyuriladi. Agar yo‘g‘on va to‘g‘ri ichak o‘smasi hisobiga ichak tutilishi belgilari rivojlansa bemor jarrohlik bo‘limiga operatsiya (kolostoma) uchun yotqizilishi kerak. Kuchli intoksikatsiya rivojlangan bemorlarni parvarishlashda alohida e‘tibor talab qilinadi. Agar o‘sma tashqarida joylashgan bo‘lib, yaralar, yiringli-nekrotik to‘qimalar bilan qoplangan bo‘lsa, tez-tez bog‘lamlari almashtirib turishi zarur. Bunday yaralarni iliq rivanol eritmasi bilan yuvib turish maqsadga muvofiq.

Ayniqsa, og‘iz bo‘shlig‘ini sanatsiya qilib turishga e‘tibor berish zarur, chunki og‘izda to‘plangan nekrotik to‘qimalar, shilliq badbo‘y xid tarqatadi va bemor ishtahasini bo‘g‘ib, u ovqatdan bosh tortadi. Intoksikatsiyani kamaytirish maqsadida natriy xlorid, magniy sulfat eritmalari ishlatiladi. Oq qayin qo‘ziqorin damlamasidan bir osh qoshiqda 4 - 5 mahal, krutsin, neotsid preparatlari ineksiyasini qilib turish ham ijobiy natija beradi. Agar bemor betinim qussa, aminazin preparati ineksiyasi, qattiq, to‘xtamaydigan yo‘talda kodein preparati foyda beradi.

O‘smaning parchalanishi qon ketishi bilan asoratlanishi mumkin. Qon ketish belgilari paydo bo‘lsa, bemorga to‘shak tartibi va gemostatik muolajalar buyuriladi. Gemostatik dorilardan vikasol, ditsinon, kalsiy xloridning 1% yoki 10%li, epsilon, aminokapron kislotaning 5%li eritmasi venaga tomchi usulida yuboriladi.

Tibbiy atamalar

1. **O‘sma** — hujayralarning nazoratsiz ko‘payishi natijasida hosil bo‘lgan to‘qima.
2. **Xavfsiz o‘sma** — sekin o‘sadigan va metastaz bermaydigan o‘sma.
3. **Xavfli o‘sma** — tez o‘sadigan va boshqa organlarga tarqaladigan o‘sma.
4. **Metastaz** — o‘smaning boshqa organlarga tarqalishi.
5. **Karsinoma** — epiteliy to‘qimadan kelib chiqadigan xavfli o‘sma.
6. **Sarkoma** — biriktiruvchi to‘qimadan rivojlanadigan xavfli o‘sma.
7. **Adenoma** — bez to‘qimasidan rivojlanadigan xavfsiz o‘sma.
8. **Fibroma** — tolali biriktiruvchi to‘qimadan hosil bo‘ladigan xavfsiz o‘sma.
9. **Lipoma** — yog‘ to‘qimasidan hosil bo‘ladigan xavfsiz o‘sma.
10. **Onkologiya** — o‘smalarni o‘rganadigan tibbiyot sohasi.

ZAKOVAT interfaol o‘yini

Mavzu tushuntirilgandan so‘ng gurux 2 ta kichik guruxlarga bo‘linadi. ZAKOVAT Quyida “Xavfli va xavfsiz o‘smalar” mavzusiga oid 10 ta test savoli, 10 ta atama, va 10 ta nazorat savoli keltirilgan. Tinglovchilar guruxlari bilan kelishgan xolatda shu savollarga javob beradilar.

ZAKOVAT UChUN SAVOLLAR

1. O‘smalar, ularning kelib chiqish sabablari, bosqichlari
2. O‘sma sindromi bo‘lgan bemorlarda yuzaga keladigan asosiy muammolar
3. O‘sma sindromi bo‘lgan bemorlarga xizmat ko‘rsatishda hamshiralik ishi jarayonini tashkil qilishning o‘ziga xos xususiyatlari
4. O‘sma sindromida bemorlarni tekshirishning asosiy usullari
5. Onkologik bemorlarni davolash asoslari, ablastik muolajalar
6. Onkologik bemorlarni parvarish qilishda tibbiy etika va deontologiya asoslari.

7. Onkologik bemorlarda asoratlar paydo bulganda hamshiralik yordamini tashkil qilishning o'ziga xos xususiyatlari.

Test savollari

1. Xavfsiz o'smalarning asosiy belgisi qaysi?

- A) Tez o'sadi
- B) Metastaz beradi
- C) Sekin o'sadi va metastaz bermaydi
- D) To'qimalarni yemiradi

Javob: C

2. Xavfli o'smalar qanday xususiyatga ega?

- A) Metastaz bermaydi
- B) Faqat terida bo'ladi
- C) Metastaz beradi
- D) Sekin o'sadi

Javob: C

3. Xavfsiz o'smaga misol qaysi?

- A) Sarkoma
- B) Adenoma
- C) Karsinoma
- D) Leykoz

Javob: B

4. Xavfli o'smalar organizmning boshqa qismlariga tarqalishi nima deyiladi?

- A) Regeneratsiya
- B) Metastaz
- C) Differensiya
- D) Mutatsiya

Javob: B

5. O'smalarning paydo bo'lishi qanday jarayon bilan bog'liq?

- A) Hujayra bo'linishining buzilishi
- B) Nafas olish
- C) Hazm qilish
- D) Qon aylanish

Javob: A

6. Quyidagilardan qaysi biri xavfli o'smaga kiradi?

- A) Lipoma
- B) Fibroma
- C) Karsinoma
- D) Papilloma

Javob: C

7. Xavfsiz o'smalar ko'pincha qanday o'sadi?

- A) Chegarasiz
- B) Sekin va kapsulali
- C) Juda tez
- D) Metastaz bilan

Javob: B

8. O'smalar qaysi to'qimalardan hosil bo'lishi mumkin?

- A) Faqat suyakdan
- B) Faqat mushakdan
- C) Turli to'qimalardan

D) Faqat qondan

Javob: C

9. Xavfli o'smalarning yana bir nomi nima?

A) Shish

B) Rak

C) O'sma

D) Tugun

Javob: B

10. O'smalarning rivojlanishini o'rganadigan fan qaysi?

A) Anatomiya

B) Onkologiya

C) Fiziologiya

D) Gigiyena

Javob: B

Nazorat savollari

1. O'sma nima?
2. Xavfsiz o'smalar qanday xususiyatlarga ega?
3. Xavfli o'smalar nimasi bilan xavfli?
4. Metastaz nima?
5. Xavfsiz va xavfli o'smalarning farqi nimada?
6. O'smalar qanday to'qimalardan rivojlanadi?
7. O'smalarni o'rganadigan fan nima deyiladi?
8. Xavfsiz o'smalarga misollar keltiring.
9. Xavfli o'smalarga misollar keltiring.
10. O'smalarning oldini olish uchun nimalarga e'tibor berish kerak?

Asosiy adabiyotlar

5. **S. A. Axmedov** – *Patologik anatomiya*. Toshkent: Tibbiyot nashriyoti.
6. **A. G'. Qodirov** – *Umumiy patologiya asoslari*. Toshkent.
7. **Sh. T. Otabekov** – *Onkologiya*. Toshkent: Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti.
8. **R. I. Nuriddinov** – *Patologik fiziologiya*. Toshkent.
9. **B. T. Sodiqov** – *Odam anatomiyasi va fiziologiyasi*. Toshkent.

Qo'shimcha adabiyotlar

6. **A. S. Rahmonov** – *Tibbiy biologiya*. Toshkent.
7. **X. Z. Ziyodullayev** – *Tibbiyot asoslari*. Toshkent.
8. **S. Y. Karimov** – *Onkologiya asoslari*. Toshkent.
9. **Tibbiyot kollejlari uchun darslik** – *Patologiya*. Toshkent.
10. **Tibbiyot institutlari uchun o'quv qo'llanma** – *Umumiy onkologiya*.

2.9.modul 2.9.1- mavzu:	Urologik kasalliklarni etiologiyasi, klinik belgilari, shoshilinch yordam ko'rsatish.
------------------------------------	--

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik xaritasi.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot 2 kredit
Ma'ruza mashg'ulotining rejasi.	<p>1.Buyrak sanchig'i sindromi. 2.Gematuriya sindromi. 3.Siydik tutilishi va anuriya sindromi.</p>
<p>O'quv mashg'uloti maqsadi: 1.Ta'limiy: Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash Amaliy ko'nikmalarni egallash Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash Deontologik tarbiyaning shakllanishi Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash 2.Tarbiyaviy maqsadi: Mutaxassislikka javobgarlik hissin shakllantirish Insonparvarlik va rahmdillik hissin shakllantirish O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish</p>	

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
<p>1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa</p>	<p>Tashkiliy kism 1.1 O'qituvchi sinfga kirib tinglovchilarning o'kuv bulimi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiridi, ichki tartib qoidalariga rioya qilishni eslatib o'tadi, yangiliklar aytiladi va eshitaladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maksadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun ko'llaniladigan usullarni aytib o'yin koidalarini tushintiradi.</p>	<p>Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.</p>
<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1. Tinglovchilarning o'tilgan mavzuni takrorlash maqsadida uyga vazifalarini tekshirish baxolash 15 daqiqa. 2. Yangi mavzuni to'liq bayon etish 40 daqiqa. 3. O'qitishning noana'naviy usullarini ko'llagan xolda tinglovchilar bilimni mustaxkamlash 10 daqiqa</p>	<p>1.1. Tinglovchilarning uyga vazifani bajarganligini tekshiradi va ularga o'tilgan mavzuni takrorlash "Aqliy xujum" usulida savol javob o'tkaziladi. To'g'ri javob bergan tinglovchilar baxolanadi. 1.2. Yangi mavzu mazmunini o'qituvchi tomonidan taqdimot ko'rinishida maxsus monitor orqali xayotga bog'lagan xolatda keng tushuntiriladi Mavzuga oid savollarga javob beradi. 1.3. Mavzu tushuntirilgandan so'ng "BBB" usulida olingan bilimlar mustaxkamlanadi va "BAHS -MUNOZARA" <i>metodi</i>- mavzu bo'yicha ta'lim oluvchilar bilan o'zaro bahs-munozara va fikr almashuv tarzida o'tkaziladi.</p>	<p>1. Tinglovchilar uyga vazifalarini topshiradilar. O'tilgan mavzu bo'yicha o'qituvchi tomonidan berilgan savollarga javob beradilar. 2. Tinglovchilar ma'ruzani diqqat bilan tinglaydilar, Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushinmagan joylarini savol tarikasida yo'llab javob oladilar. 3. "BBB" usulida olingan bilimlar mustaxkamlanadi "BAHS -MUNOZARA" <i>metodi</i>- mavzu bo'yicha ta'lim oluvchilar bilan o'zaro bahs-munozara va fikr almashuv tarzida o'tkaziladi.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baxolar e'lon qilinadi. Uyga vazifa Urologik kasalliklarni tekshirish, davolashning zamonaviy usullari va bemorlarda hamshiralik parvarishini olib borish mavzuni o'qib konspekt qilish va mavzuga oid</p>	<p>Tinglaydilar, uyga vazifalarni yozib oladilar.</p>

	<p>vaziyatli masalani ishlash. Tavsiya etiladigan adabiyotlar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sh. T. Otabekov – <i>Urologiya asoslari</i>. Toshkent. 2. A. G'. Qodirov – <i>Ichki kasalliklar</i>. Toshkent. 3. S. A. Axmedov – <i>Patologik anatomiya</i>. Toshkent. 4. R. I. Nuriddinov – <i>Patologik fiziologiya</i>. Toshkent. 5. Tibbiyot kollejlari uchun darslik – <i>Ichki kasalliklar propedevtikasi</i>. Toshkent. 6. S. Y. Karimov – <i>Klinik tibbiyot asoslari</i>. 	
--	---	--

Mavzu: Urologik kasalliklarni etiologiyasi, klinik belgilari, shoshilinch yordam ko'rsatish.

REJA:

1. Buyrak sanchig'i sindromi.
2. Gematuriya sindromi.
3. Siydik tutilishi va anuriya sindromi.

Urologiya – xirurgiyaning erkaklarda siydik-tanosil organlari va ayollarda siydik ajratish organlari kasalliklarini o'rganish bilan shug'ullanadigan bo'limidir. Bu organlarga juft buyraklar va siydik yo'llari, qovuq, siydik chiqarish kanali, shuningdek erkaklarda prostata bezi, moyaklar, ularning qo'shimchalari, urug' chiqaruvchi yo'llar, urug' pufakchalari kiradi. Urologik bemorlar og'ir toifadagi bemorlardan sanaladi: keksalik yoshi, siydik ajralib turadigan drenaj naychalar qo'yilganligi, ularda endoskopik va rentgenologik tekshiruvlar o'tkazish zarurligi tibbiy hamshiralardan maxsus bilimlar va amaliy ko'nikmalarni talab qiladi.

Buyrak sanchig'i sindromi

Buyrak sanchig'i sindromiga– yuqori siydik yo'llarining tosh, qon iviqlari, shilliq, yiring, siydik tuzlari konglomerati, kazeoz massalar, siydik nayi spazmi yoki uning buralib qolishi, buyrak likopchasi spazmi tufayli siydik oqib ketishining buzilishi natijasida paydo bo'ladigan og'riq sindromlari kiradi.

Buyrak sanchig'i yuqori siydik yo'llarining funksional buzilishlarida, buyrak va siydik nayida qon aylanishining buzilishida, glyukokortikoidlar bilan davolanganda, allergik va boshqa kasalliklarda kuzatilishi mumkin.

Urolitiaz va siydik-tosh diatezlari ko'pincha buyrak sanchig'iga olib keluvchi sabablardan hisoblanadi. Buyrak sanchig'i buyrakda toshlar bo'lganda 50% siydik nayida toshlar bo'lganda esa 95 - 98% hollarda kuzatiladi.

Yuqori siydik yo'llaridan siydikning oqib ketishi o'tkir buzilsa, buyrak - likopcha tizimida bosim oshib ketib, buyrakda qon aylanishi buziladi. Buyrak sanchig'i buyrak holati va faoliyatini (urodinamika, gemodinamika va siydik filtratsiyasini) izdan chiqaradi. Buyrak-likopcha bosimining ko'tarilishi buyrak kosachalari yorilishiga va siydik refluksiga olib keladi. Buning natijasida siydikning sinus yog' to'qimasiga, likopcha, buyrak atrofidagi to'qimalarga, qorin orti bo'shlig'iga tushishi (ekstravazatsiya) kuzatiladi. g'g' to'qimaning siydik bilan infiltratsiyalanishi buyrak sinusida, buyrak atrofidagi to'qimalarda fibroz-sklerotik o'zgarishlarga olib keladi va shu sababli buyrak-likopcha tizimining qisqarish faoliyati buziladi.

Buyrak sanchig'i - bu faqat og'riq sindromi bo'lmay, balki og'ir asoratlarga (o'tkir yiringli pielonefrit, bakteriyemiya shoki, buyrak atrofi flegmonasi) olib keluvchi, bemor hayotiga xavf soluvchi buyrak faoliyatining jiddiy buzilishidir.

Buyrak sanchig'i to'satdan, hech qanday sababsiz, kun yoki tunligiga qaramay, bemor tinch holatda yoki harakatda ekanligidan qat'iy nazar, boshlanib qolishi mumkin. Og'riqlar xurujsimon bo'lib, dam-badam kuchayib va to'xtab davom etadi. Xuruj bir necha minutdan bir necha kungacha cho'zilishi mumkin. Og'riqlar shunchalik kuchli, o'tkir, chidab bo'lmas darajali bo'ladiki, bemorlar o'zlarini qo'ygani joy topa olmay turli holatlarni egallashga harakat qiladilar. Odatda ular engashib, qo'llarini bel sohasiga (og'riq bo'layotgan sohaga) tirab oladilar. Buyrak xuruji uchun og'riqning siydik nayi yo'nalishi bo'ylab qorinning yonbosh sohasiga, songa, jinsiy a'zolariga irradiatsiya qilishi xosdir. Ko'pincha buyrak xurujida og'riq siydik yo'lida bo'lib tez-tez siyish kuzatiladi. Buyrak xuruji o'tib ketgach, bel sohasida to'mtoq og'riq saqlanib qoladi, lekin bemorlar o'zlarini qoniqarli sezib, odatdagi ishlariga qaytadilar. Buyrak sanchig'i bo'lgan bemorlar bel sohasi paypaslanganda yoki yengil turtib ko'rilganda og'riq kuchayadi.

Buyrak sanchig'i - bu murakkab simptomokompleks bo'lib, organizm barcha tizimlarining reaksiyasidan iborat bo'ladi. Buyrak sanchig'i simptomokompleksida soxta peritoneal belgilarning paydo bo'lishi buyrak va qorin bo'shlig'i a'zolari kasalliklarini bir - biridan ajratishda ma'lum qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Buyrak xurujida paydo bo'ladigan ko'ngil aynishi, qusish, ichaklar parezi, qorin dam bo'lishi, siydikning buyrak atrofidagi to'qimalarga singishdan kelib chiqadi va ichak tutilishi belgilariga o'xshab ketadi. Siydikning peritoneal infiltratsiyasi qorinpardaning ta'sirlanishini reflektor holda chaqiradi. Bu esa qorin bo'shlig'i a'zolarining o'tkir jarrohlik kasalliklari to'g'risida o'ylashga va natijada noto'g'ri tashxis qo'yishga va noto'g'ri davo usulini qo'llashga olib kelishi mumkin. Bunday hollarda differensial diagnostikasini o'tkazishda quyidagi belgilarga e'tiborni qaratish zarur. Buyrak sanchig'ida og'riq, ko'ngil aynishi, qusish bir vaqtning o'zida yuzaga keladi. Masalan, o'tkir appenditsitda og'riq ma'lum muddat davom etgandan so'ng bemor boshlaydi. O'ng tomonlama buyrak xuruji ingichka ichakning oxirgi qismi va yo'g'on ichakning boshlang'ich qismlari peristaltikasini kuchaytirib, ularning spastik qisqarishini yuzaga keltiradi va shu sababli reflektor ravishda ichak parezi rivojlanadi. Bu holat esa o'tkir appenditsitning giperdiagnostikasiga sabab bo'lishi mumkin.

Buyrak sanchig'ida ichak parezi rivojlangan bo'lsa ham qorin devori nafas olishda ishtirok etadi, qon bosimi bir oz oshadi ba'zida taxikardiya kuzatilishi mumkin.

Qon taxlilida leykotsitoz, eritrotsitlar cho'kish tezligining (EChT) ko'payishi, mochevinaning oshishi kuzatiladi. Ba'zi bemorlarda tana harorati ko'tarilib, bezgak tutadi. Ushbu o'zgarishlar doimiy bo'lmay «o'tkir qorin» sindromi tashxisini adashib qo'yib yuborishga sabab bo'lishi mumkin.

Siydikda paydo bo'ladigan o'zgarishlar turg'un karakterda bo'lib, eritrotsitlar, leykotsitlar, oqsil, tuzlar, shilliqning paydo bo'lishi buyrak sanchig'i sindromi uchun xosdir. Ayrim hollarda tosh siydik nayini batamom yopib qo'rganligi sababli, siydikda o'zgarishlar aniqlanmasligi ham mumkin. Yuqorida ko'rsatilgan o'zgarishlar esa xuruj to'xtagandan so'ng paydo bo'ladi.

Buyrak sanchig'i sindromibo'lgan bemorlarga shoshilinch yordam ko'rsatilib, ular kasalxonaga yotqiziladi. Og'riq xurujining sababi aniqlanmaguncha uy sharoitida kuzatish va davolanishga ruhsat etilmaydi.

O'tkir og'riq hamshiradan buyrak sanchig'i tashxisini tez qo'yish va shoshilinch muolajalarni boshlashni talab etadi. O'tkir jarrohlik kasallik kasalxonada jarroh tomonidan inkor etiladi. Buyrak sanchig'i sindromida kasalxonaga yetib kelguncha bo'lgan davolash muolajalari faqatgina tashxis aniq qo'yilgan holdagina o'tkaziladi.

Davolash og'riq sindromini qoldirishdan boshlanadi. Bunda spazmolitiklar, og'riqsizlantiruvchi preparatlar, mahalliy issiq qilinadi. Bemorning bel sohasiga qizdirilgan qum, g'isht bosish, yoki uni 40 - 50oSi vannaga o'tqazish mumkin. Odatda shu muolajalarning o'zi og'riqni qoldiradi. Agar bular foyda bermasa, atropin - 0,1% - 1,0 ml

yoki papaverin - 2% - 2,0 ml, platifillin – 0,2% - 1,0 ml, no-shpa - 2% - 2,0 ml, magniy sulfat - 25% - 10 ml, og‘riqsizlantiruvchi dorilardan analgin - 50% - 2,0 ml, promedol - 1% - 1,0 ml, omnopon - 2% - 1,0 ml tayinlanadi. Narkotik analgetiklar qorin bo‘shlig‘i a‘zolari o‘tkir patologiyasi inkor etilganda qilinadi. Baralginni 5,0 ml venaga yuborilsa ijobiy natijaga erishiladi. Kasalxonada turli tarkibli «litik aralashmalardan» foydalaniladi.

(Masalan: platifillin+promedol+dimedrol yoki no-shpa + pipolfen va h.k).

Davolash va differensial diagnostika maqsadida urug‘don tizimchasi (erkaklarda) yoki bachadon yumaloq bog‘laminig (ayollarda) novokain blokadasini qilinadi. 1% novokain eritmasidan 10 - 30 ml ishlatib blokada qilingach, 10 - 15 minut ichida og‘riq kamaysa buyrak sanchig‘i, agar og‘riq kamaymasa qorin bo‘shlig‘i a‘zolari patologiyasi borligi ma‘lum bo‘ladi. Ayrim hollarda buyrak sanchig‘i paravertebral sohani xloretil bilan muzlatish yordamida to‘xtatiladi.

Buyrak sanchig‘i bartaraf etib, bemor urolog huzurida obdon tekshirilgach, aniq tashxis qo‘yiladi.

GEMATURIYA SINDROMI

Gematuriya - urologik kasalliklarda kuzatiladigan asosiy simptom bo‘lib hisoblanadi. Odatda gematuriya atamasi siydikda qonni vizual ko‘rib aniqlagan paytda ishlatiladi. Uning paydo bo‘lishiga siydik yo‘llari bilan bog‘liq bo‘lgan qon tomirlari shikastlanishi sabab bo‘ladi. Bu turdagi shikastlanish siydik ajratish tizimining bir qator kasalliklarida, ayniqsa o‘sma kasalligida kuzatilishi mumkin. Mikroskopik (mikroskop ostida aniqlanadigan) va makroskopik (ko‘z bilan ilg‘asa bo‘ladigan) gematuriya tafovut qilinadi. Gematuriyani uretroragiyadan farqlash lozim. Uretroragiyada qon siydik kanalidan siyish paytida oqmay balki, undan doimo tomchilab turaveradi. Bu simptom siydik kanali shikastlarida, o‘smalarida, kollikulitda uchraydi.

Makrogematuriya initsial (boshlangich), terminal (oxirgi), va total bo‘lishi mumkin. Makrogematuriyaning turi va manbai 3 stakanli sinama yordamida aniqlanadi.

Initsial makrogematuriyada qon siydikning 1 - porsiyasida aniqlanadi va buning sababi uretraning boshlang‘ich qismidagi patologiyasi hisoblanadi.

Terminal gematuriyada qon siydikning oxirgi porsiyasida aniqlanadi va buning sababi uretraning orqa qismi, siydik pufagi patologiyasi hisoblanadi.

Total gematuriyada qon barcha porsiyalarda kuzatiladi. Patologik jarayon buyrakda, siydik naylarida yoki siydik pufagida aniqlansa total gematuriya qayd etiladi.

Makrogematuriya paydo bo‘lishiga xavfli o‘smalar, siydik yo‘llarining nospetsifik yallig‘lanish kasalliklari, siydik-tosh kasalligi, nefroptoza, shikastlar sabab bo‘ladi. Buyrak gematuriyasi glomerulonefritda, III darajali og‘irlikdagi yurak-qon tomirlari yetishmovchiligida, gemorragik sindrom bilan kechuvchi umumiy kasalliklarda, har xil dori-darmonlar (antikoagulyantlar, metitsillin, ampitsillin, urotropin) qo‘llanilganda kuzatiladi.

Initsial va terminal gematuriya qon qaysi joydan ketayotganligi haqida ma‘lumot berib, urolog aralashuvi zarurligini ko‘rsatadi. Agar qon ketish manbai aniqlanmasa, essensial gematuriya degan atama ishlatiladi (essensial – noaniq etiologiyali degan ma‘noni bildiradi) .

Total gematuriya bir yoki ikki tomonli bo‘lishi mumkin. Ikki tomonli gematuriya glomerulyar zararlanishda kuzatiladi. U bilan birga silindruriya, proteinuriya ham qayd etiladi. bu turdagi gematuriyada odatda qon iviqlari uchramaydi.

Buyrakning xavfli o‘smalarida uchraydigan gematuriyalar to‘satdan boshlanib, profuz qon ketishi, qon iviqlari bo‘lishi, to‘lqinsimon kechishi va og‘riq kuzatilmashligi bilan harakterlanadi. Qon iviqlarining chuvalchangsimon shaklda ekanligi qon ketish manbaining yuqori siydik yo‘llarida ekanligi, qon ivishi esa siydik naychasida ro‘y berganidan dalolat beradi. Ammo buyrakdan kuchli, profuz qon ketganda bu shakldagi iviqlar bo‘lmashligi ham mumkin, chunki qon ko‘p ketayotganligi sababli siydik naychasida ivib ulgurmaydi va siydik pufagiga tushgandan keyin har xil shakl hosil qilib iviydi. Siydik pufagidagi qon iviqlari siydikning qisman yoki to‘liq tutilishiga sabab bo‘lishi mumkin, ya‘ni siydik pufagi tamponadasi ro‘y beradi. Qon yo‘qotish darajasini siydik rangiga qarab aytib bo‘lmaydi,

chunki 1 litr siydik tarkibiga 1 ml qon qo‘shilsa, siydik qizarib ketadi. Qon ketish tezligi qon iviqlariga, qon yo‘qotish darajasi esa gemoglobin va gematokrit ko‘rsatkichlariga qarab baholanadi.

Qirmizi tusli siydik davomli qon ketishidan, qon iviqlari esa tez va davom etayotgan qon ketishidan darak beradi. Siydik to‘q-qizil tusga kirsam, qon ketishi to‘xtagan, deb hisoblanadi.

Shuni esda tutish kerakki, siydik rangi turli xil dorilar qabul qilganda (amidopirin, 5-NOK, fenoltalein, bo‘yovchi marena) va oziq moddalar (sholg‘om, lavlagi, rangli zefir va hk.) iste‘mol qilganda ham o‘zgarishi mumkin.

Agar bemorda ko‘p miqdorda qon yo‘qotilmaydigan qisqa muddatli makrogematuriya kuzatilsa, bemor hayoti xavfli hisoblanmaydi. Ammo uzoq davom etuvchi, ko‘p miqdorda qon yo‘qotilishiga sabab bo‘ladigan, profuz harakterdagi makrogematuriya qisqa vaqt ichida bemorni anemiyaga olib kelib, uning hayotiga xavf soladi. Makrogematuriya ro‘y berganda gemostatik terapiyani boshlashdan oldin qon ketishning sababi va manbaini topishga harakat qilish lozim.

Bemor kasalxonaga yetib kelguncha bo‘lgan davrda gemostatik terapiya (ditsinon, vikasol), yurak preparatlari qilinadi. Iloji bo‘lsa, qon o‘rnini bosuvchi suyuqliklar quyiladi. Kasalxonada bemorni urolog tomonidan ko‘radi va shoshilinch sistoskopiya qilinadi. Bundan maqsad, qon ketish manbaini aniqlashdir (siydik pufagi, o‘ng yoki chap siydik naychasi). Makrogematuriya tasdiqlansa, bemor kasalxonaga yotqizilishi shart. Kasalxona sharoitida bemor obdon tekshiruvdan o‘tkaziladi, mikro-, makrogematuriya sababi aniqlanadi va tegishli davo tadbirlari ko‘riladi. Siydik pufagining qon bilan tamponadasida siydik pufagi yuvilib, tozalanadi. Agar bunda muolaja foyda bermasa bemor operatsiya qilinadi.

“BAHS -MUNOZARA” UChUN SAVOLLAR

1. «Buyrak sanchig‘i» sindromi kuzatiladigan kasalliklar, ularning tasnifi
2. «Buyrak sanchig‘i» da kuzatiladigan bemorlarning asosiy muammolari
3. «Buyrak sanchig‘i» sindromida hamshiralik ishi jarayonini tashkil qilishning o‘ziga xos xususiyatlari
4. «Buyrak sanchig‘i»ga hamshiralik tashxisini qo‘yishda qo‘shimcha tekshiruv usullari
5. Gematuriya sindromi, tasnifi, klinik belgilari
6. Gematuriya sindromi hamshiralik tashxisini qo‘yishda tekshiruv rejasi va usullari
- 7.«Buyrak sanchig‘i», gematuriya, siydik tutilishi va anuriya sindromlarini davolash asoslari, hamshiralik yordamini tashkil qilishning o‘ziga xos xususiyatlari

UYGA VAZIFA UChUN VAZIYATLI MASALA

O‘ng buyrakdan tosh olish operatsiyasidan 12 soat o‘tib bemor siydik qopi to‘lib ketganligi va o‘zi mustaqil siydik ajrata olmasligiga shikoyat qilmoqda. Perkussiya va palpatsiyada kattalashgan siydik qopi aniqlangan.

Hamshiralik tashxisi, qanday yordam ko‘rsatilishi va tartibini ko‘rsating.

Test savollari

1. Urologiya nimani o‘rganadi?
A) Yurak kasalliklarini
B) Siydik chiqarish tizimi kasalliklarini
C) Nerv tizimi kasalliklarini
D) Hazm tizimi kasalliklarini
Javob: B
2. Buyrak tosh kasalligining asosiy belgisi qaysi?
A) Yo‘tal
B) Bel sohasida og‘riq

C) Qorin dam bo'lishi

D) Ko'rish pasayishi

Javob: B

3. Buyrak sanchig'i qanday og'riq bilan namoyon bo'ladi?

A) Juda kuchli va to'satdan boshlanadi

B) Sekin boshlanadi

C) Faqat boshda bo'ladi

D) Doimiy bo'lmaydi

Javob: A

4. Siydik chiqarishda og'riq bo'lishi nima deyiladi?

A) Poliuriya

B) Dizuriya

C) Anuriya

D) Gematuriya

Javob: B

5. Siydikda qon paydo bo'lishi qanday ataladi?

A) Gematuriya

B) Anuriya

C) Poliuriya

D) Oliguriya

Javob: A

6. Siydik ajralmasligi qanday ataladi?

A) Anuriya

B) Poliuriya

C) Gematuriya

D) Dizuriya

Javob: A

7. Urologik kasalliklarning sabablaridan biri qaysi?

A) Infeksiya

B) Travma

C) Tug'ma nuqsonlar

D) Barchasi to'g'ri

Javob: D

8. Buyrak sanchig'ida birinchi yordam nima?

A) Sovuq qo'yish

B) Issiq qo'yish va og'riq qoldiruvchi berish

C) Yugurish

D) Ovqat berish

Javob: B

9. Siydik chiqarish tizimiga qaysi organ kiradi?

A) Buyrak

B) O'pka

C) Jigar

D) Yurak

Javob: A

10. Urologik kasalliklarni davolaydigan shifokor kim?

A) Terapevt

B) Kardiolog

C) Urolog

D) Nevrolog

Javob: C

1. **Urologiya** — siydik chiqarish tizimi kasalliklarini o‘rganadigan tibbiyot sohasi.
2. **Gematuriya** — siydikda qon bo‘lishi.
3. **Dizuriya** — siydik chiqarishda og‘riq yoki qiyinchilik.
4. **Poliuriya** — siydik miqdorining ko‘payishi.
5. **Anuriya** — siydik ajralmasligi.
6. **Oliguriya** — siydik miqdorining kamayishi.
7. **Urolitiaz** — buyrak tosh kasalligi.
8. **Buyrak sanchig‘i** — tosh harakati natijasida paydo bo‘ladigan kuchli og‘riq.
9. **Kateterizatsiya** — siydik chiqarish uchun kateter qo‘yish jarayoni.
10. **Sistit** — siydik pufagining yallig‘lanishi.

Nazorat savollari

1. Urologiya nimani o‘rganadi?
2. Urologik kasalliklarning asosiy etiologik omillari nimalar?
3. Buyrak tosh kasalligining klinik belgilari qanday?
4. Gematuriya nima?
5. Dizuriya nimani anglatadi?
6. Buyrak sanchig‘i qanday belgilar bilan namoyon bo‘ladi?
7. Urologik kasalliklarda qanday diagnostika usullari qo‘llanadi?
8. Siydik chiqarish tizimi qanday organlardan iborat?
9. Urologik kasalliklarda shoshilinch yordam qanday ko‘rsatiladi?
10. Buyrak kasalliklarining oldini olish uchun nima qilish kerak?

Adabiyotlar

7. **Sh. T. Otabekov** – *Urologiya asoslari*. Toshkent.
8. **A. G‘. Qodirov** – *Ichki kasalliklar*. Toshkent.
9. **S. A. Axmedov** – *Patologik anatomiya*. Toshkent.
10. **R. I. Nuriddinov** – *Patologik fiziologiya*. Toshkent.
11. **Tibbiyot kollejlari uchun darslik** – *Ichki kasalliklar propedevtikasi*. Toshkent.
12. **S. Y. Karimov** – *Klinik tibbiyot asoslari*.

2.9.modul 2.9.2- mavzu:	Qovuq va siydik chiqarish kanalining tug‘ma nuqsonlari.
----------------------------	--

Ma’ruza mashg‘ulotini o‘qitish texnologik xaritasi.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O‘quv mashg‘ulotining shakli va turi	Nazariy mashg‘ulot 2 kredit
Ma’ruza mashgulotining rejasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Qovuq va siydik chiqarish kanalining tug‘ma nuqsonlari. 2. Buyraklarning ochiq va yopiq shikastlari. 3. Buyrak o‘smalari haqida tushuncha
<p>O‘quv mashg‘uloti maqsadi: 1.Ta’limiy: Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash Amaliy ko‘nikmalarni egallash Egallangan bilim va ko‘nikmalarni amaliyotda qo‘llash Deontologik tarbiyaning shakllanishi Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash 2.Tarbiyaviy maqsadi: Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish O‘z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash Amaliyotda extiyotkorlik va e’tiborlilik xissini shakllantirish</p>	

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta’lim beruvchi	Ta’lim oluvchi
1 bosqich O‘quv mashg‘ulotiga kirish 10 daqiqa	<p>Tashkiliy kism 1.1 O‘qituvchi sinfga kirib tinglovchilarning o‘quv bo‘limi tomonidan berilgan ro‘yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiridi, ichki tartib qoidalariga rioya kilishni eslatib o‘tadi, yangiliklar aytiladi va eshitaladi. 1.2 O‘quv mashg‘ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o‘tkazish rejasini aytadi.</p>	<p>Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.</p>

	1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun ko'llaniladigan usullarni aytib o'yin qoidalarini tushintiradi.	
<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa</p> <p>1. Tinglovchilarning o'tilgan mavzuni takrorlash maqsadida uyga vazifalarini tekshirish baxolash 15 daqiqa.</p> <p>2. Yangi mavzuni to'lik bayon etish 40 daqiqa.</p> <p>3. O'kitishning noana'naviy usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash 10 daqiqa</p>	<p>1.1. Tinglovchilarning uyga vazifani bajarganligini tekshiradi va ularga o'tilgan mavzuni takrorlash "Aqliy xujum" usulida savol javob o'tkaziladi. To'g'ri javob bergan tinglovchilar baxolanadi.</p> <p>1.2. Yangi mavzu mazmunini o'kituvchi tomonidan taqdimot ko'rinishida maxsus monitor orqali xayotga bog'lagan xolatda keng tushuntiriladi Mavzuga oid savollarga javob beradi.</p> <p>1.3. Mavzu tushuntirilgandan so'ng "BBB" usulida olingan bilimlar mustaxkamlanadi va "BAHS -MUNOZARA" <i>metodi</i>- mavzu bo'yicha ta'lim oluvchilar bilan o'zaro bahs-munozara va fikr almashuv tarzida o'tkaziladi.</p>	<p>1. Tinglovchilar uyga vazifalarini topshiradilar. O'tilgan mavzu bo'yicha o'qituvchi tomonidan berilgan savollarga javob beradilar.</p> <p>2. Tinglovchilar ma'ruzani diqqat bilan tinglaydilar, Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushinmagan joylarini savol tarikasida yo'llab javob oladilar.</p> <p>3. "BBB" usulida olingan bilimlar mustaxkamlanadi "BAHS - MUNOZARA" <i>metodi</i>- mavzu bo'yicha ta'lim oluvchilar bilan o'zaro bahs-munozara va fikr almashuv tarzida o'tkaziladi.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baxolar e'lon qilinadi .Uyga vazifa Urologik kasalliklarni tekshirish, davolashning zamonaviy usullari va bemorlarda hamshiralik parvarishini olib borish mavzuni o'qib konspekt qilish va mavzuga oid vaziyatli masalani ishlash.</p> <p>Tavsiya etiladigan adabiyotlar:</p>	<p>Tinglaydilar, uyga vazifalarni yozib oladilar.</p>

Mavzu: Qovuq va siydik chiqarish kanalining tug'ma nuqsonlari.

Reja:

1. Qovuq va siydik chiqarish kanalining tug'ma nuqsonlari.
2. Buyraklarning ochiq va yopiq shikastlari.
3. Buyrak o'smalari haqida tushuncha

Siydik chiqarish yo'llarining tug'ma anomaliyalari nima?

Odatda, tug'ma buyrak o'zgarishi va siydik yo'llarining anormalliklari o'g'il bolalarda ko'proq uchraydi. Ular turli omillar tufayli yuzaga keladi. Bolani ko'tarishda ayol tomonidan olib borilgan kasalliklar organlarning noto'g'ri rivojlanishiga ta'sir qilishi mumkin: qizilcha, herpes, Sifiliz, virusli gepatit va boshqalar.patologiyalarni rivojlanish xavfi onalari giyohvand moddalarni, shu jumladan giyohvand moddalarni nazoratsiz qabul qiladigan, shuningdek tamaki chekish va spirtli ichimliklarni suiiste'mol qiladigan bolalarda kuzatiladi.

Tug'ma turdagi siydik yo'llarining anormalliklari bir necha guruhga bo'linadi:

- siydik chiqarish kanalining yo'qligi yoki ikki baravar ko'payishi;
- siydik chiqarish kanalining joylashuvi joyida emas;
- siydik chiqarish kanalining shakli o'zgarishi (sharsimon, halqasimon va boshqalar);

Iltimos, diqqat qiling: siydik yo'llarining Anormalliklari bugungi kunda juda keng tarqalgan. Ammo buning yordamida tibbiyot bemorni muammolardan xalos qilish uchun ko'plab usullarni ishlab chiqishga muvaffaq bo'ldi. Klinikamizda genitoüriner tizimning tug'ma kasalliklaridan xalos bo'lishga yordam beradigan so'nggi ilmiy yutuqlar qo'llaniladi.

Siydik chiqarish tizimidagi anormalliklarning belgilari.

Tug'ma siydik yo'llari kasalliklari shunga o'xshash alomatlarga ega. Ko'pincha bunday muammolar qorin va bel og'rig'i yoki dizurik kasalliklar bilan namoyon bo'ladi. Shuningdek, siydik yo'llarining anormalliklarini ko'rsatadigan alomatlarga bulutli rang va siydikning ko'piklanishi qo'shilishi mumkin. Ichak harakatlari paytida ruxsatsiz siyish va og'riq tasvirlangan muammolarning yana bir belgisidir.

Tug'ma anomaliyalarga nafaqat ichki, balki tashqi jinsiy a'zolar ham ta'sir qilishi mumkin. Ammo bunday muammo bilan ham siz bizning klinikamizga murojaat qilishingiz mumkin. Biz ko'p hollarda yordam beramiz. Biz jinsiy a'zolar rivojlanishidagi nuqsonlarni yo'q qilamiz va buyrak anomaliyasidan xalos bo'lamiz.

Yuqori siydik yo'llarining anormalliklarini qanday davolash mumkin?

Genitoüriner traktning tug'ma muammolarini davolashning asosiy usuli bu jarrohlikdir. Kasallikning og'irligiga qarab, bizning xodimlarimiz zarur protseduralarni amalga oshiradilar va muammodan xalos bo'ladilar. "UROLOGIC COMPLEX" ixtisoslashtirilgan klinikasining jarrohlari tashqi jinsiy a'zolar anomaliyasini bartaraf etish uchun siydik pufagi yoki jarrohlik amaliyotini o'tkazishda katta tajribaga ega.

Bizning yordamimiz bilan hayot sifatini yaxshilang.

Buyrak shikastlanishi – bu buyrak tashqi kuch ta'sirida shikastlanganda. Buyraklar orqa mushaklar va qovurg'a qafasini himoya qiladi. Ammo jarohatlar to'mtoq travma yoki penetran travma natijasida yuzaga kelishi mumkin.

- To'mtoq travma – terini buzmaydigan narsaning ta'siridan kelib chiqadigan shikastlanish.
- Penetran travma – terini teshib, tanaga kiradigan ob'ektning shikastlanishi.

Buyrakning har qanday shikastlanishi uning yaxshi ishlashiga xalaqit berishi mumkin. Buyraklar shikastlanganda tezda bilish va agar kerak bo'lsa, darhol yordam ko'rsatish zarurdir^[1].

Buyrak yorilishi- bu odamlar kuchli yiqilish yoki to‘mtiq narsa bilan to‘qnashuv natijasida baxtsiz hodisadan aziyat chekganda, qorin bo‘shlig‘ida to‘mtiq travma paydo bo‘ladi va buyraklar shikastlanish ta‘sirida uchinchi eng ko‘p uchraydigan organlardir. Buyrak yorilishi taloqning yorilishidan unchalik farq qilmaydi va uni davolab bo‘lmaydigan narsa emas. Barchamizga ma‘lumki, buyraklar qovurg‘alar va qorin mushaklari tomonidan yaxshi himoyalangan, ammo buyraklarning pastki qismi pastroq bo‘lib, ular to‘mtiq jarohatlarga moyil. Endi, agar buyrak yorilishi bor yoki yo‘qligiga ishonch komil bo‘lmasa, quyidagi alomatlar borligini tekshirish kerak^[2].

- **Gematuriya** : gematuriya buyrak yorilishining eng keng tarqalgan va oson tushuniladigan alomatidir. Gematuriya – bu odamning siydikida biroz qon bo‘lgan holat. Sizning siydikingiz och pushti rangda ko‘rinishi mumkin. Biroq, agar shikastlanish og‘ir bo‘lsa, siydik qizil rangda ko‘rinishi mumkin.
- **Qorin og‘rig‘i** : Agar siz yaqinda buyrak jarohatini boshdan kechirgan bo‘lsangiz, qorin og‘rig‘i juda aniq. Tashxis qo‘yish uchun shifokorga tashrif buyurganingizda, u sizning yonboshingizni palpatsiya qiladi, mintaqada biroz og‘riq va noziklikni his qilishingiz mumkin. Og‘riqning kattaligi shikastlanishning ta‘siri qanchalik chuqurligiga bog‘liq.
- **Pastki bel og‘rig‘i** : pastki bel og‘rig‘i buyrak yorilishi holatlarida tez-tez uchraydigan shikoyatdir. Buyraklar tanangizning pastki orqa qismida joylashgan, shuning uchun ular yorilib ketganda, bemor pastki orqa og‘rig‘ini boshdan kechiradi.
- **Ko‘karish** : Ko‘karishlar kam odamda bo‘lishi mumkin, boshqalari esa yo‘q. Bu butunlay jarohat darajasiga bog‘liq. Agar sizda jiddiy jarohatlar bo‘lsa, qorin bo‘shlig‘i yoki pastki qismi kabi joylarda ko‘karishlar juda keng tarqalgan va odatiy holdir. Ko‘karishlar bilan bir qatorda shishgan joy ham og‘riq bilan birga ko‘rinadi.
- **Ichki qon ketish** : Og‘ir holatlarda odamlar ichki qon ketishini boshdan kechirishi mumkin. Eng yomoni shundaki, boshqa jiddiy alomatlar paydo bo‘lmaguncha buni ko‘rish mumkin emas. Ko‘ngil aynishi va qusish – boshlanish uchun umumiy simptomlar. Ulardan keyin bosh aylanishi va ko‘rishning xiralashishi kuzatilishi mumkin . Ba‘zi odamlar ham past qon bosimiga duch kelishi mumkin .
- **Siydik chiqara olmaslik**: yana bir keng tarqalgan alomat – bu siyishning mumkin emasligi. Buning sababi shundaki, buyrak shikastlanganda, chiqarish tizimi to‘g‘ri ishlashni to‘xtatadi.
- **Isitma** : isitma buyrak yorilishidan aziyat chekkan odamda uchraydigan yana bir keng tarqalgan alomatdir. Bu sizga biror narsa noto‘g‘ri ekanligini aytishning tana usuli.

Kompyuter tomografiyasi buyrak yorilishi yoki yo‘qligini aniqlaydi. Buyrak yorilishi jarohatning qanchalik jiddiyligiga qarab tibbiy yoki jarrohlik yo‘li bilan davolash mumkin. Shuning uchun, agar siz yuqorida aytib o‘tilgan alomatlariga duch kelsangiz, kechiktirmasdan mutaxassisga tashrif buyurganingiz ma‘qul.

Buyrak o‘smasi nima?

Buyraklar qonning chiqindilarini filtrlash va suyuqlik hamda elektrolit muvozanatini tartibga soluvchi hayotiy organlardir. Buyrakda o‘sma hujayralar nazoratsiz o‘sishi natijasida paydo bo‘ladi. Buyrak o‘smalari quyidagilarga bo‘linadi:

Yaxshi sifatli – masalan, onkositomalar yoki angiomiolipomalar (odatda xavf tug‘dirmaydi).

Yomon sifatli – Buyrak saratoni yoki buyrak hujayrali karsinoma (RCC) deb ataladi, davolanmasa tananing boshqa qismlariga tarqalishi mumkin.

Buyrak o‘smalari turlari

Buyrak hujayrali karsinoma (RCC) – Kattalarda eng ko‘p uchraydigan tur (holatlarning 85–90%).

O‘tish hujayrali karsinoma – Buyrak pelyusi qavatini ta’sir qiladi.

Vilms o‘smasi – Bolalarda eng ko‘p uchraydigan buyrak saratoni.

Yaxshi sifatli o‘smalar – Masalan, onkositoma yoki angiomiolipoma, odatda tarqalmaydi, ammo kuzatuv yoki jarrohlik yo‘li bilan olib tashlash talab qilinishi mumkin.

Sabablari va xavf omillari

Buyrak o‘smalarining aniq sabablari har doim ma’lum bo‘lmasa-da, bir nechta xavf omillari aniqlangan:

- Chekish – RCC uchun asosiy xavf omili.
- Semizlik – Gormon darajalarini o‘zgartiradi, bu esa o‘sma rivojlanishiga hissa qo‘shishi mumkin.
- Qon bosimining oshishi (gipertoniya)
- Buyrak saratoni oilaviy tarixi
- Genetik kasalliklar – Masalan, Von Hippel-Lindau kasalligi yoki Birt-Hogg-Dubé sindromi
- Uzoq muddatli dializ
- Ba’zi kimyoviy moddalar bilan ta’sirlanish – Masalan, asbest yoki kadmiy

Buyrak o‘smalarining belgilari

Erta bosqichdagi buyrak o‘smalari ko‘pincha seziladigan belgilarni keltirib chiqarmaydi. O‘smalar o‘sib borganda, quyidagi keng tarqalgan belgilar paydo bo‘lishi mumkin:

- Siydikda qon paydo bo‘lishi (gematuriya)
- Orqa yoki yon qismda doimiy og‘riq (flank og‘rig‘i)
- Qorin bo‘shlig‘ida shish yoki massa
- Charchoq
- Sababsiz vazn yo‘qotish
- Ishtahaning yo‘qolishi
- O‘zgarib turadigan isitma
- Anemiya (qizil qon hujayralarining kamayishi)

Diagnostika: Buyrak o‘smalari qanday aniqlanadi?

Agar buyrak o‘smasi gumon qilinsa, shifokorlar bir nechta diagnostik tekshiruvlarni tavsiya qiladilar:

1. Tasviriy tekshiruvlar:
 - (i) Ultrason – Odatda o‘smalarni aniqlash uchun birinchi tasviriy tekshiruv.
 - (ii) KT (Kompyuter Tomografiya) – O‘smaning o‘lchami, joylashuvi va tarqalishini aniqlash uchun eng aniq tasviriy tekshiruv.

- (iii) MRT (Magnit Rezonans Tasvirlash) – KT tekshiruvini o‘tkaza olmagan yoki batafsilroq tasvir kerak bo‘lgan bemorlar uchun foydali.
2. Siydik va qon tahlillari:
 (i) Siydik tahlili – qon yoki noxush hujayralarni aniqlash uchun.
 (ii) Qon tahlillari – buyrak funksiyasini va umumiy salomatlikni tekshirish uchun.
3. Biopsiya (tanlangan hollarda):
 Agar tashxis aniq bo‘lmasa, tasdiqlash uchun igna yordamida to‘qima namunasi olinishi mumkin (igna biopsiyasi).

Buyrak o‘smalarini davolash usullari

Davolash usuli o‘smalarning turi, bosqichi, hajmi, joylashuvi va bemorning umumiy sog‘lig‘iga bog‘liq.

1. Jarrohlik:
 Ko‘pchilik buyrak o‘smalari uchun asosiy davolash usuli.

(i) Qisman Nefrektomiya – Faqat o‘smanni olib tashlash, buyrakning qolgan qismini saqlash. Kichik yoki lokalizatsiyalangan o‘smalar uchun tavsiya etiladi.

(ii) Radikal Nefrektomiya – Butun buyrakni, atrofdagi yog‘larni va ba‘zan yaqin limfa tugunlarini olib tashlash.

(iii) Laparoskopik yoki Robot Jarrohlik – Kam invaziv usullar, tezroq tiklanish bilan.

2. Ablativ terapiyalar:
 (i) Kichik o‘smalar yoki jarrohlik uchun mos bo‘lmagan bemorlar uchun qo‘llaniladi.

(ii) Radiofrekans Ablatsiya (RFA)

(iii) Kriyoablatsiya – O‘smadagi hujayralarni muzlatish.

3. Maqsadli terapiya:
 O‘smadagi hujayralarning o‘sish yo‘llarini bloklaydigan dori-darmonlar. Ko‘pincha ilg‘or yoki metastatik buyrak saratoni uchun qo‘llaniladi.
4. Immunoterapiya:
 Organizmning immun tizimini kuchaytirib, saraton bilan kurashishga yordam beradi.
5. Radiatsiya terapiyasi:
 Asosan asosiy davolash usuli sifatida ishlatilmaydi, lekin ilg‘or holatlarda simptomlarni nazorat qilish uchun ko‘rib chiqilishi mumkin.
6. Faol kuzatuv:
 Kichik, sekin o‘sadigan o‘smalar uchun shifokorlar darhol davolash o‘rniga ehtiyotkorlik bilan kuzatishni tavsiya qilishi mumkin.

Tibbiy atamalar

- Qovuq** — siydikni vaqtincha saqlab turadigan organ.
- Uretra** — siydikni tashqariga chiqaruvchi kanal.
- Gipospadiya** — siydik chiqarish kanalining pastki tomonga noto‘g‘ri ochilishi.
- Epispadiya** — siydik kanalining yuqori tomonga ochilishi.
- Qovuq ekstrofiysi** — qovuqning tug‘ma tashqariga chiqib qolishi.
- Tug‘ma nuqson** — embrional rivojlanish davrida paydo bo‘ladigan anatomik o‘zgarish.
- Sistit** — qovuqning yallig‘lanishi.

8. **Uretrit** — siydik chiqarish kanalining yallig‘lanishi.
9. **Diagnostika** — kasallikni aniqlash jarayoni.
10. **Jarrohlik davosi** — operatsiya orqali davolash usuli.

“Aqliy hujum”

Bu usul orqali shaxsni erkin shakllantirish mumkin. Jarayonni boshlashdan avval gurux talabalariga savol beriladi va bir necha daqiqa ichida shu savolga oid, har bir o‘quvchi o‘zining fikrini bayon etishi kerak.

- Bu javob yoki fikr o‘rinli yoki noo‘rin bo‘lishi mumkin, ammo, o‘qituvchi ham qolgan o‘quvchilar ham javob bergan o‘quvchiga tanbeh bermaydilar.
- O‘qituvchining yordamchisi doskaga yoki flep kartaga har bir o‘quvchining javobini yozib boradi. Har bir o‘quvchi uning berayotgan javobini tinglamoqlari lozim.
- Qanchalik ko‘p fikr bildirilsa, natija shuncha yaxshi bo‘ladi.
- Bu usulda dars o‘tilganda qisqa vaqt ichida har xil variantdagi javoblar va shu o‘quvchilarning mulohazalarini to‘plash imkoniyatiga ega bo‘lamiz.
- Har qanday javoblar usul so‘ngida muhokama qilinadi.

“**BBB**” usuli orqali tinglovchilarni o‘zlashtirish darajasi baxolanadi. Buning uchun o‘qituvchi talabalar uchun BBB usuli varaqasini tarqatadi va tinglovchilar uni yozma tarzda to‘ldiradilar.

13- Ustun BILAMAN,

14- ustun BILIB OLDIM

15- ustun BILISHNI XOXLAYMAN.

O‘qituvchi tinglovchilardan to‘ldirgan javoblarini o‘qishlarini iltimos qiladi va ularni muxokama qiladilar. 3 ustundagi BILISHNI XOXLAYMAN savollariga javob beradi.

BILAMAN	BILIB OLDIM	BILISHNI XOXLAYMAN

Nazorat savollari.

1. Qovuq va siydik chiqarish kanalining tug‘ma nuqsonlari deganda nimani tushunasiz?
2. Ushbu nuqsonlarning embrional rivojlanishdagi asosiy sabablari nimalardan iborat?
3. Qovuqning tug‘ma nuqsonlariga qaysi patologiyalar kiradi?
4. Qovuq ekstrofiyasi nima va u qanday klinik belgilar bilan namoyon bo‘ladi?
5. Qovuq agenese va gipoplaziyasi tushunchalarini izohlang.
6. Tug‘ma qovuq divertikulining kelib chiqish sabablari.
7. Siydik chiqarish kanalining tug‘ma nuqsonlariga nimalar kiradi?
8. Gipospadiya nima va uning asosiy turlarini sanab bering.
9. Epispadiya nima, u gipospadiyadan nimasi bilan farq qiladi?
10. Siydik chiqarish kanalining tug‘ma strikturalari qanday rivojlanadi?

Test savollari

1. Qovuq qaysi tizimga kiradi?
 - A) Hazm tizimi
 - B) Siydik chiqarish tizimi
 - C) Nafas tizimi

D) Nerv tizimi

Javob: B

2. Siydik chiqarish kanalining tugʻma nuqsonlaridan biri qaysi?

A) Gipospadiya

B) Gastrit

C) Bronxit

D) Pankreatit

Javob: A

3. Gipospadiya nima?

A) Siydik chiqarish kanalining notoʻgʻri joylashuvi

B) Buyrak yalligʻlanishi

C) Qovuq kattalashishi

D) Siydik kamayishi

Javob: A

4. Epispadiya qanday nuqson?

A) Siydik kanalining yuqori tomonga ochilishi

B) Buyrak tosh kasalligi

C) Siydik kamayishi

D) Siydik koʻpayishi

Javob: A

5. Qovuqning tugʻma tashqariga chiqib qolishi nima deyiladi?

A) Ekstrofiya

B) Sistit

C) Uretrit

D) Nefrit

Javob: A

6. Tugʻma nuqsonlarning asosiy sababi qaysi?

A) Embrional rivojlanish buzilishi

B) Ovqat hazm boʻlmasligi

C) Allergiya

D) Vitamin yetishmasligi

Javob: A

7. Siydik chiqarish kanalining yalligʻlanishi nima deyiladi?

A) Uretrit

B) Sistit

C) Nefrit

D) Gastrit

Javob: A

8. Qovuqning yalligʻlanishi nima deyiladi?

A) Nefrit

B) Sistit

C) Bronxit

D) Otit

Javob: B

9. Tugʻma nuqsonlarni aniqlash uchun qaysi usul qoʻllanadi?

A) UZI

B) EKG

C) Rentgen oʻpka

D) EEG

Javob: A

10. Tugʻma nuqsonlarning asosiy davolash usuli qaysi?

A) Jarrohlik

B) Parhez

- C) Massaj
 - D) Vitaminlar
- Javob: A**

Adabiyotlar

1. **Sh. T. Otabekov** – *Urologiya*. Toshkent.
2. **A. G'. Qodirov** – *Ichki kasalliklar*. Toshkent.
3. **S. A. Axmedov** – *Patologik anatomiya*. Toshkent.
4. **R. I. Nuriddinov** – *Patologik fiziologiya*. Toshkent.
5. **Tibbiyot kollejlari uchun darslik** – *Urologiya asoslari*. Toshkent.
6. **S. Y. Karimov** – *Klinik tibbiyot asoslari*. Toshkent.
7. **Karimov X.X.** Urologiya. – Toshkent: Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti.
8. **Lopatkin N.A.** Urologiya: milliy qo'llanma.
9. **Campbell-Walsh-Wein Urology**. Elsevier.
10. **Smith's General Urology**. McGraw-Hill.
11. **Pediatric Urology** (Gearhart, Rink, Mouriquand).
12. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi klinik protokollari (urologiya va bolalar urologiyasi).
- 13.

2.9.modul 2.9.5- mavzu:	O'tkir siydik tutilishning sabablari, klinik belgilari, birinchi tibbiy yordam
----------------------------	---

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik xaritasi.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot 2 kredit
Ma'ruza mashg'ulotining rejasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Qovuq va siydik chiqarish kanalining tug'ma nuqsonlari. 2. Buyraklarning ochiq va yopiq shikastlari. 3. Buyrak o'smalari haqida tushuncha
<p>O'quv mashg'uloti maqsadi:</p> <p>1.Ta'limiy: Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash Amaliy ko'nikmalarni egallash Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash Deontologik tarbiyaning shakllanishi Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash</p> <p>2.Tarbiyaviy maqsadi: Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish</p>	

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa	<p>Tashkiliy kism 1.1 O'qituvchi sinfga kirib tinglovchilarning o'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiridi, ichki tartib qoidalariga rioya kilishni eslatib o'tadi, yangiliklar aytiladi va eshitaladi.</p>	<p>Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.</p>

	<p>1.2 O‘quv mashg‘ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o‘tkazish rejasini aytadi.</p> <p>1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun ko‘llaniladigan usullarni aytib o‘yin qoidalarini tushintiradi.</p>	
<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa</p> <p>1. Tinglovchilarning o‘tilgan mavzuni takrorlash maqsadida uyga vazifalarini tekshirish baxolash 15 daqiqa.</p> <p>2.Yangi mavzuni to‘lik bayon etish 40 daqiqa.</p> <p>3.O‘kitishning noana’naviy usullarini qo‘llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash 10 daqiqa</p>	<p>1.1.Tinglovchilarning uyga vazifani bajarganligini tekshiradi va ularga o‘tilgan mavzuni takrorlash “Aqliy xujum” usulida savol javob o‘tkaziladi.To‘g‘ri javob bergan tinglovchilar baxolanadi.</p> <p>1.2.Yangi mavzu mazmunini o‘kituvchi tomonidan taqdimot ko‘rinishida maxsus monitor orqali xayotga bog‘lagan xolatda keng tushuntiriladi Mavzuga oid savollarga javob beradi.</p> <p>1.3.Mavzu tushuntirilgandan so‘ng “BBB” usulida olingan bilimlar mustaxkamlanadi va “BAHS -MUNOZARA” metodi- mavzu bo‘yicha ta‘lim oluvchilar bilan o‘zaro bahs-munozara va fikr almashuv tarzida o‘tkaziladi.</p>	<p>1.Tinglovchilar uyga vazifalarini topshiradilar.O‘tilgan mavzu bo‘yicha o‘qituvchi tomonidan berilgan savollarga javob beradilar.</p> <p>2.Tinglovchilar ma‘ruzani diqqat bilan tinglaydilar, Yangi mavzu bayonini yozib oladilar.Tushinmagan joylarini savol tarikasida yo‘llab javob oladilar.</p> <p>3. “BBB” usulida olingan bilimlar mustaxkamlanadi “BAHS - MUNOZARA” metodi- mavzu bo‘yicha ta‘lim oluvchilar bilan o‘zaro bahs-munozara va fikr almashuv tarzida o‘tkaziladi.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib,aktiv qatnashgan tinglovchilar rag‘batlantirilib, baxolar e‘lon qilinadi .Uyga O‘tkir siydik tutilishning sabablari, klinik belgilari, birinchi tibbiy yordam mavzuni o‘qib konspekt qilish .</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: Ichki kasalliklar propedevtikasi – tibbiyot oliy o‘quv yurtlari uchun darslik. 2. Hamshiralik ishi asoslari – tibbiyot kollejlari uchun qo‘llanma. 3. Urologiya asoslari – tibbiyot talabalari uchun o‘quv qo‘llanma. 4. O‘zbekiston Respublikasi SSV tomonidan tasdiqlangan klinik protokollar. 	<p>Tinglaydilar, uyga vazifalarni yozib oladilar.</p>

Mavzu: O‘tkir siydik tutilishning sabablari, klinik belgilari, birinchi tibbiy yordam.

REJA:

1. **O'tkir siydik tutilishning sabablari**
2. **Klinik belgilari, birinchi tibbiy yordam**
3. **Anuriya sindromi**

SIYDIK TUTILISHI VA ANURIYA

To'lib ketgan siydik pufagini bo'shata olmaslik siydik tutilishi deb ataladi. Siydik tutilishini anuriyadan farqlash zarur. Anuriya – buyrakda siydik ajralishining to'xtashi yoki buyrak obstruksiyasi tufayli siydikning siydik pufagiga kelib yig'ilmasligidan yuzaga keladigan simptom hisoblanadi. Siydik tutilishida bemor siygisi keladi, lekin siya olmaydi. Anuriyada esa siydikni chiqarib tashlash xohishi bo'lmaydi, chunki siydik qopi doimo bo'sh bo'ladi.

Siydik tutilishi ko'pincha urologik bemorlarni shoshilinch ravishda kasalxonaga yotqizish uchun sabab bo'ladigan simptomdir. Bu simptom 7-8% urologik bemorlarda aniqlanadi. Siydik tutilishi juda ko'p kasalliklarda uchraydi va u quyidagi 2 xil sabablarga ko'ra kelib chiqadi:

1. siydik ajratish va jinsiy a'zo kasalliklari (buyrak, prostata bezi, siydik pufagi, siydik chiqarish kanali patologiyasi);
2. boshqa a'zolar kasalliklari (MNS kasalliklari, medikament intoksikatsiyasi, reflektor harakterga ega funksional sabablar).

Siydik tutilishining birinchi sababi asosida mexanik omillar yotadi. Siydik chiqarish kanalining, siydik pufagidan ichkaridan yoki tashqaridan ezilishi natijasida yopilib qolishi shular jumlasidandir. Bularga buyrakdagi, siydik naychasidagi, siydik pufagidagi toshlar, prostata bezi adenomasi yoki raki, uretra shikastlari, o'tkir prostatit, fimoz, to'g'ri ichak va bachadon bo'yinchasi raki kabi kasalliklar kiradi.

Siydik tutilishining ikkinchi sababiga bosh va orqa miya o'smalari va shikastlari, tabes dorsalis, isteriya, jarrohlik operatsiyalar, tug'ish, operatsiyadan keyingi davr, medikament intoksikatsiyasi, to'shakda uzoq vaqt majburiy holatda yotib qolish kabi kasalliklar kiradi. Ushbu omillar siydik pufagi detruzori tonusini pasaytiradi va natijada siydik tutilishi yuzaga keladi.

To'liq va qisman siydik tutilishi tafovut qilinadi. Qisman siydik tutilishida bemor siydigini mustaqil ravishda chiqaradi, lekin siydik pufagini batamom bo'shatishga qurbi yetmaydi. Bemor siyib bo'lgandan keyin siydik pufagida qolib ketgan siydik qoldiq siydik deyiladi. Agar qoldiq siydik miqdori 100 ml dan ko'p bo'lsa, uni qov ustida perkussiya qilib, aniqlasa bo'ladi, siydik pufagini kateterizatsiya qilish tashxisni aniq qo'yishga yordam beradi. Shoshilinch ravishda bajarilgan uretrotsistografiya, radionuklid sistografiyasi ham tashxis qo'yishda muhim ahamiyatga ega. To'liq siydik tutilishida bemor siydigini mustaqil ravishda chiqara olmaydi.

O'tkir yoki surunkali siydik tutilishi farqlanadi. O'tkir siydik tutilishi o'zini sog' deb yurgan odamlarda to'satdan yoki surunkali siydik tutilishiga uchragan kasallarda paydo bo'lishi mumkin. Ba'zan o'tkir siydik tutilishi fizik yoki ruhiy zo'riqib, toliqqandan, ko'p miqdorda alkogol iste'mol qilingandan keyin ham kuzatilishi mumkin. O'tkir siydik tutilishi qovuq sohasidagi kuchli og'riqlar, jinsiy a'zolariga irradiatsiya bilan kechadi.

Surunkali siydik tutilishi o'tkir siydik tutilishining davom etishi tufayli yoki asta sekinlik bilan rivojlanishi mumkin. Agar o'tkir siydik tutilishi paytida siydik pufagiga kateter o'rnatilib, siydik chiqarilmasa, detruzor mushaklari asta-sekin cho'zilib, parezga uchrashi va siydik pufagi sfinkteri bo'shashib ketishi sababli siydik tomchilab, siydik chiqarish kanalidan chiqa boshlaydi. Bu turdagi patologik holat paradoksal ishuriya deb ataladi. Surunkali siydik tutilishi tez-tez siyish uchun da'vat va nikturiya bilan kechadi. Siyish paytida siydik oqimi ingichka bo'lib, akt tugagandan so'ng siydik pufagining batamom bo'shatilmaganligi hissi paydo bo'ladi.

Ayrim bemorlarda operatsiyadan keyingi siydik tutilishi kuzatiladi. Bu holat kichik chanoq bo'shlig'i va boshqa a'zolarida qilingan operatsiyalardan keyin ro'y beradi. Bu turdagi siydik

tutilishining rivojlanish mexanizmi bemorlarning yotgan holda siyishga o'rganmaganliklari va operatsiyadan keyingi jarohat sohasida kuchangan paytda paydo bo'ladigan og'riqqa bog'liq bo'ladi. Narkoz berilgandan so'ng detruzor tonusining pasayishi, bu asorat rivojlanishidagi orqa miya anesteziyasining rolini ham inkor etib bo'lmaydi.

Diagnostikasi.

Siydik tutilishining ob'ektiv belgisi - bu qov ustini perkussiya qilganda to'mtoq tovushning eshinishi hisoblanadi. To'lib ketgan siydik pufagining devori cho'zilib ketgan paytlarda to'mtoq perkutor tovush ayrim hollarda to'sh suyagining xanjarsimon o'simtasi ostida ham aniqlanishi mumkin. Bunday hollarda siydik pufagi yumaloq shaklda qorin old devoridan ko'rinib turadi. Paypaslagandan elastik yoki zich elastik konsistensiyali harakterga ega bo'lib, qattiqroq bosib ko'rilganda siydik tomchilab chiqadi.

Davolash.

O'tkir siydik tutilishi siydik pufagini shoshilinch ravishda bo'shatishni va buzilgan siydik chiqarishni tiklashni talab etadi. Siydik pufagini kateterizatsiya yoki qov sohasidan punksiya qilib bo'shatish zarur. Agar reflektor sababli siydik tutilishi rivojlangan bo'lsa, bemor dori-darmonlar yordamida mustaqil siyishi mumkin.

Siydik pufagi rezinali nelaton kateteri bilan bo'shatiladi. Kateter qo'yish paytida ma'lum qoidalarga rioya qilmaslik natijasida qiyinchiliklar kelib chiqadi. Birinchi navbatda kateterning holatiga e'tibor berish zarur. Kateter juda ko'p marta qaynatilib, ishlatilaverilganligi sababli elastikligi va tarangligini yo'qotadi. Shu tufayli muolaja paytida qiyinchilik kelib chiqishi mumkin. Kateterni qo'yishdan oldin siydik kanali tashqi teshigiga furatsilinning 1:5000 nisbatdagi yoki 2% bor kislota yoki 3% vodorod peroksid eritmalaridan biri bilan ishlov berish zarur. Bunda eritmaga ho'llangan doka parchasi bilan shu sohani artib, 1 - 2 marta uni bosib turiladi. Kateter steril vazelin yoki glitserin bilan artib olinadi. Muolajani bajarayotgan hamshira steril qo'lqopda ishlashi zarur. U o'ng qo'li bilan pinset yordamida kateterni asta - sekinlik bilan siydik chiqarish kanaliga kiritadi. Kateterni kiritish tezligi kanalning proksimal qismiga yaqinlashgan sari oshirib boriladi va siydik pufagi sfinkteri qarshiligini bir oz kuch ishlatib yengib o'tiladi. Siydik chiqa boshlashi kateter qo'yilganligidan darak beradi. Rezina kateter qo'yishning iloji bo'lmasa, vrach tomonidan metall kateter qo'yiladi. Metall kateter qo'yish paytida turli xil asoratlar (uretroragiya - uretradan qon ketishi, uretral bezgak tutishi, siydik pufagining teshilishi) yuzaga kelishi mumkin.

Agar o'tkir siydik tutilishi uretra jarohati tufayli yuzaga kelgan bo'lsa, kateter qo'yilmaydi. Bunday hollarda siydik pufagi qov usti sohasidan punksiya qilinadi. Qov usti sohasi terisiga 5% yodning spirtli eritmasi bilan 3 marta ishlov berilgach, 15 - 20 sm uzunlikdagi in'eksion igna bilan qorin o'rta chizig'i bo'ylab simfizdan 2 sm yuqoridagi nuqtadan punksiya qilinadi. Ignaning siydik pufagiga tushganligi siydik ajralib chiqishidan bilinadi. So'ng ignaga rezina naycha ulanadi va siydik pufagi batamom bo'shatiladi.

Tos suyaklari sinishi natijasida uretra jarohati aniqlangan bemorlar kasalxonaga zambilda chalqancha yotgan tizza va tos-son bo'g'imlarini bir oz bukkan holda, oyoqlarini bir oz ochib («qurbaqa holati») olib boriladi.

Anuriya – urologik amaliyotda bemor hayotini xavf ostida qoldiruvchi eng xavfli asoratlardan biridir. Anuriya buyrak faoliyati og'ir buzilganligi, siydik yo'llari obstruksiyasi haqida ma'lumot beruvchi klinik belgi bo'lib hisoblanadi. 1 sutkadan ko'p vaqt ichida siydik pufagida siydik yo'qligining kateter bilan tasdiqlanishi anuriya tashxisini qo'yishga asos bo'ladi.

Klinik amaliyotda anuriyaning 3 turi tavofut etiladi: (prerenal, renal, postrenal). Prerenal va renal anuriyada siydik ajralishi to'xtab, boshqacha qilibaytganda – bu sekretor anuriya deyiladi. Postrenal anuriyada siydik ajralishi davom etaveradi, lekin siydik yo'llari obstruksiyasi sababli siydik pufagiga siydik tushmaydi va bu boshqachasiga ekskretor anuriya deb ataladi.

Prerenal anuriya buyrakka yetarlicha qon kelmaganda (shok, yurak yetishmovchiligi) yoki qon ketishi batamom to'xtaganda (aorta trombozi, pastki kovak vena trombozi, buyrak

arteriyasi yoki venasi trombozi) va gipogidratatsiya natijasida (qon yo‘qotish, diareya, to‘xtovsiz qusish) yuzaga keladi.

Renal anuriya buyrak parenximasi ishdan chiqqanda (koptokcha va kanal apparati) kuzatiladi. Buyrak parenximasi qon aylanishi buzilganda (ishemiya, gipoksiya), mos kelmaydigan qon quyilganda, nefrotoksik zaharlar organizmga tushganda, uzoq muddatli ezilish sindromida jiddiy zararlanadi.

Postrenal anuriya ikki tomonlama buyrak - tosh kasalligida, siydik naychalari o‘smadan ezilganda, ginekologik operatsiyalar vaqtida siydik naylari bog‘lab qo‘yilganda, siydik naychalariga tosh, qum tiqilib qolganda rivojlanadi.

Anuriyaning qaysi turi rivojlanganligini kasallik simptomlari nima sababdan kelib chiqqanligiga qarab, aniqlash mumkin.

Davolash.

Agar bemorda yurak yetishmovchiligi, kollaps natijasida prerrenal anuriya rivojlangan bo‘lsa, yurak preparatlari va vazotonik dorilar tayinlanadi. Davolash tadbirlari bemorning to‘shakka yotgan holida o‘tkaziladi.

Agar anuriyaning renal turi zaharlanish, mos kelmaydigan qonni quygandan, anaerob sepsis, yumshoq to‘qimalarning uzoq muddat ezilish sindromidan keyin rivojlansa, bemorni darhol gemodializ bo‘limiga yotqizib davolash maqsadga muvofiq.

Postrenal anuriya rivojlanganda bemor shoshilinch ravishda urologiya bo‘limiga yotqiziladi. Unga spazmolitik, og‘riqsizlantiruvchi dorilar qilinadi. Konservativ davo muolajalar yordam bermasa, perkutan nefrotomiya (teri orqali buyrakka kateter o‘rnatish) operatsiyasi o‘tkaziladi.

2. Nazorat savollari

1. O‘tkir siydik tutilishi nima?
2. O‘tkir siydik tutilishining asosiy sabablari qanday?
3. O‘tkir siydik tutilishining klinik belgilarini sanab bering.
4. Bu holatda bemorga qanday birinchi tibbiy yordam ko‘rsatiladi?
5. Siydik tutilishining asoratlari qanday bo‘lishi mumkin?
6. Siydik pufagini bo‘shatishning qanday usullari mavjud?
7. Kateterizatsiya qachon qo‘llaniladi?
8. Siydik tutilishi sindromida bemorlarda kuzatiladigan asosiy muammolar
9. Siydik tutilishida hamshiralik ishi jarayonini tashkil qilish, hamshiralik yordamini baholash
10. Anuriya sindromiga olib keluvchi kasalliklar, bemorlarning asosiy muammolari

Tibbiy atamalar

Atama	Ta'rif
O‘tkir siydik tutilishi	Siydik pufagida siydik to‘planib, chiqolmasligi
Kateterizatsiya	Siydik pufagiga kateter kiritib siydik chiqarish
Prostata	Erkklarda siydik yo‘li atrofida joylashgan bez
Uretra	Siydik chiqarish yo‘li
Siydik pufagi	Siydik to‘planadigan organ
Obstruksiya	Yo‘lning to‘silib qolishi

“Aqliy hujum”

Bu usul orqali shaxsni erkin shakllantirish mumkin. Jarayonni boshlashdan avval gurux talabalariga savol beriladi va bir necha daqiqa ichida shu savolga oid, har bir o‘quvchi o‘zining fikrini bayon etishi kerak.

- Bu javob yoki fikr o‘rinli yoki noo‘rin bo‘lishi mumkin, ammo, o‘qituvchi ham qolgan o‘quvchilar ham javob bergan o‘quvchiga tanbeh bermaydilar.
- O‘qituvchining yordamchisi doskaga yoki flep kartaga har bir o‘quvchining javobini yozib boradi. Har bir o‘quvchi uning berayotgan javobini tinglamoqlari lozim.
- Qanchalik ko‘p fikr bildirilsa, natija shuncha yaxshi bo‘ladi.
- Bu usulda dars o‘tilganda qisqa vaqt ichida har xil variantdagi javoblar va shu o‘quvchilarning mulohazalarini to‘plash imkoniyatiga ega bo‘lamiz.
- Har qanday javoblar usul so‘ngida muhokama qilinadi.

“**BBB**” usuli orqali tinglovchilarni o‘zlashtirish darajasi baxolanadi. Buning uchun o‘qituvchi talabalar uchun BBB usuli varaqasini tarqatadi va tinglovchilar uni yozma tarzda to‘ldiradilar.

16- Ustun BILAMAN,

17- ustun BILIB OLDIM

18- ustun BILISHNI XOXLAYMAN.

O‘qituvchi tinglovchilardan to‘ldirgan javoblarini o‘qishlarini iltimos qiladi va ularni muxokama qiladilar. 3 ustundagi BILISHNI XOXLAYMAN savollariga javob beradi.

BILAMAN	BILIB OLDIM	BILISHNI XOXLAYMAN

Test savollari (10 ta)

1. O‘tkir siydik tutilishi nima?

- A) Siydikning tez-tez chiqishi
- B) Siydik pufagida siydik to‘planib, chiqolmasligi
- C) Siydikda qon paydo bo‘lishi
- D) Buyrak faoliyatining pasayishi

To‘g‘ri javob: B

2. O‘tkir siydik tutilishining eng ko‘p uchraydigan sababi qaysi?

- A) Gastrit
- B) Prostata bezining kattalashishi
- C) Bronxit
- D) Anemiya

To‘g‘ri javob: B

3. O‘tkir siydik tutilishining asosiy belgisi:

- A) Qorin og‘rishi
- B) Siydik chiqarimaslik va qovuqda og‘riq

- C) Bosh aylanishi
- D) Yo'tal

To'g'ri javob: **B**

4. O'tkir siydik tutilishida birinchi yordam nima?

- A) Massaj qilish
- B) Kateter qo'yish orqali siydik chiqarish
- C) Vitamin berish
- D) Bandaj qo'yish

To'g'ri javob: **B**

5. Siydik tutilishiga sabab bo'ladigan omil:

- A) Uretraning to'silib qolishi
- B) Yurak kasalligi
- C) Ko'z kasalligi
- D) Teri kasalligi

To'g'ri javob: **A**

6. O'tkir siydik tutilishida bemor nimani his qiladi?

- A) Qovuq sohasida kuchli og'riq
- B) Ko'ngil aynishi
- C) Yo'tal
- D) Tish og'rishi

To'g'ri javob: **A**

7. Siydik pufagini bo'shatish uchun ishlatiladigan asbob:

- A) Shprits
- B) Kateter
- C) Termometr
- D) Fonendoskop

To'g'ri javob: **B**

8. O'tkir siydik tutilishi ko'proq kimlarda uchraydi?

- A) Bolalarda
- B) Erkaklarda (prostata kasalliklari sababli)
- C) Ayollarda
- D) Sportchilarda

To'g'ri javob: **B**

9. Siydik tutilishi qaysi organ bilan bog'liq?

- A) O'pka
- B) Siydik pufagi
- C) Jigar
- D) Oshqozon

To'g'ri javob: **B**

10. O‘tkir siydik tutilishi davolanmasa qanday asorat bo‘lishi mumkin?

- A) Buyrak shikastlanishi
- B) Ko‘z og‘rishi
- C) Teri kasalligi
- D) Quloq og‘rishi

To‘g‘ri javob: A

Foydalanilgan adabiyotlar

- 5. **Ichki kasalliklar propedevtikasi** – tibbiyot oliy o‘quv yurtlari uchun darslik.
- 6. **Hamshiralik ishi asoslari** – tibbiyot kollejlari uchun qo‘llanma.
- 7. **Urologiya asoslari** – tibbiyot talabalari uchun o‘quv qo‘llanma.
- 8. O‘zbekiston Respublikasi SSV tomonidan tasdiqlangan **klirik protokollar**.

2.10.modul 2.10.1- mavzu:	Ko‘rish a‘zolari va ko‘zning qo‘shimcha qismlari kasalliklari haqida umumiy tushuncha.
------------------------------	---

Ma‘ruza mashg‘ulotini o‘qitish texnologik xaritasi.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O‘quv mashg‘ulotining shakli va turi	Nazariy mashgulot 2 kredit

Ma'ruza mashg'ulotining rejası.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ko'rish a'zolarining anatomiyasi va fiziologiyasi. 2. Ko'rish a'zolarini tekshirish usullari va davolashning zamonaviy usullari. 3. Kon'yuktiva kasalliklari haqida ma'lumot. 4. Ko'z kasalliklarida xamshiralik parvarishi
<p>O'quv mashg'uloti maqsadi:</p> <p>1. Ta'limiy: Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash Amaliy ko'nikmalarni egallash Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash Deontologik tarbiyaning shakllanishi Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash</p> <p>2. Tarbiyaviy maqsadi: Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish</p>	

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
<p>1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa</p>	<p>Tashkiliy qism 1.1 O'qituvchi sinfga kirib tinglovchilarning o'kuv bulimi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya kilishni eslatib o'tadi, yangiliklar aytiladi va eshitiladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maksadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun ko'llaniladigan usullarni aytib o'yin koidalarini tushintiradi.</p>	<p>Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.</p>
<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1. Tinglovchilar bilimini tekshirish va baxolash maqsadida nazorat testi olinadi. 20 daq 2. Yangi mavzuni to'liq bayon etish 40. 3. O'qitishning noan'anaviy usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash</p>	<p>1. Tinglovchilarning uyga vazifani bajarganligini tekshiradi va ularga o'tilgan mavzuni takrorlash uchun o'tilgan mavzu bo'yicha test o'tkazadi. To'g'ri javob bergan tinglovchilar baxolanadi. 2. Yangi mavzu mazmunini o'kituvchi tomonidan taqdimot ko'rinishida maxsus monitor orqali tushuntiriladi. Zamonaviy jarrohlikni tashkil qilish asoslari mavzusida keng va tushunarli tarzda mavzu bayon etiladi. Mavzuga oid savollarga javob beradi. 3. Mavzu tushuntirilgandan so'ng «Akvarium» usuli orqali tinglovchilarni o'zlashtirish darajasini baxolanadi.</p>	<p>1. Tinglovchilar uyga vazifalarini topshiradilar. O'tilgan mavzu bo'yicha o'qituvchi tomonidan berilgan savollarga javob beradilar. 2. Tinglovchilar ma'ruzani diqqat bilan tinglaydilar, Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushinmagan joylarini savol tarikasida yo'llab javob oladilar. 3. « Akvarium »</p>

		<p>interaktiv o‘yinida faol ishtirok etadilar o‘z bilimlarini sinaydilar.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib,aktiv qatnashgan tinglovchilar rag‘batlantirilib, baxolar e‘lon qilinadi .Uyga vazifa Ko‘rish a‘zolari va ko‘zning qo‘shimcha qismlari kasalliklari haqida umumiy tushuncha mavzusini o‘qib konspekt qilish va mavzuga oid vaziyatli masalalarni ishlash. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1..”Ko‘z kasalliklari”,M..hamidova,Z.Boltaeva. T-1996y 2. “Hamshiralik ishi protokollari” ,Salixodjaeva R.K. 1-qism, 2-qism 2011y 3.”Glaznie bolezni”,E.Ruban,Feniks-2004g 4.”Hamshiralik ishi”,T.Yu. Umarova,T-2005y 5.”Semeynaya meditsinskaya sestra”, Feniks -2004g</p>	<p>Tinglaydilar, uyga vazifalarni yozib oladilar.</p>

Mavzu: Ko‘rish a‘zolari va ko‘zning qo‘shimcha qismlari kasalliklari haqida umumiy tushuncha.

Reja:

1. Ko‘rish a‘zolarining anatomiyasi va fiziologiyasi.
2. Ko‘rish a‘zolarini tekshirish usullari va davolashning zamonaviy usullari.
3. Kon‘yuktiva kasalliklari haqida ma‘lumot.
4. Ko‘z kasalliklarida xamshiralik parvarishi

Oftalmologiya – meditsinaning ko‘z kasalliklariga bag‘ishlangan bo‘limidir. Shuningdek, bu bo‘limdan ko‘ruv organining anatomiyasi va fiziologiyasi-ko‘ruv analizatori, uning optik xususiyatlari va funksiyalari ham o‘rganiladi. Ko‘ruv analizatori deganda ko‘ruv organi barcha bo‘limlarining jami tushiniladi;bular: qabul qiluvchi qismi(ko‘zning to‘r pardasi), o‘tkazuvchi yo‘llari , ko‘ruv nervlari – bosh miya kesishgandan so‘ng ko‘ruv yo‘liga o‘tadi, shuningdek bosh miyadagi qobiq osti va qobiq markazlari.

Ko‘z soqqasi.

Ko‘z soqqasi (bulbus oculi) ko‘z kosasida joylashgan bo‘lib, uch qavat parda va ularning ichida joylashgan ko‘zning nur sindiruvchi apparatidan iborat.

Ko‘zning fibroz qavati ko‘z soqqasining eng tashqi qavat pardasi bo‘lib, ikki qism (oq parda va shox parda) dan tuzilgan

a) ok parda qo‘shuvchi to‘qimadan tuzilgan qovoqlar ochilganda deyarli oppoq bo‘lib ko‘rinadi. Pardaning orqa tomonida ko‘rish nervi utadigan teshigi buladi; b) shox parda ok pardaning old tomonida soat oynasiga o‘xshab (qavariq linza kabi) joylashgan. Shox pardaning ok pardaga birikkan joyida aylana venoz kapali buladi.

Ko‘zning o‘rta (tomirli) pardasi qon tomir va pigmentlarga boy parda bo‘lib, bevosita oq pardaning ostida yotadi va uch kism (tomirli parda, kiprikli tana va rangdor parda) ga bo‘linadi. Tomir parda to‘r pardani qon bilan ta‘minlaydi va suvsimon tiniq suyuqlik ajratadi: a) tomirli parda qismi ko‘z o‘rta pardasini orqa tomonidagi eng katta bo‘lagini tashqil etadi; b) kiprikli tana tomirli pardaning oldingi shox parda sohasida joylashgan qismi bo‘lib, orqadan tomirli parda, oldindan rangdor parda bilan chegaralanadi; v) rangdor parda - kiprikli tanadan boshlanib, old tomonda qorachiq teshik bo‘lib tugaydi. Pardaning orqa yuzasi ko‘z gavhari tomonga, oldingi yuzasi shox pardaga qarab ko‘p joylashgan. Rangdor parda tarkibidagi pigmentga qarab har xil bo‘ladi. Pigment ko‘p bo‘lsa, ko‘z kora, kamrok bo‘lsa, zangori, butunlay bo‘lmasa qizil bo‘ladi.

Ko‘z qorachig‘ida ikki xil muskul tafovut qilinadi. Ba‘zi muskul tolalari aylana joylashgan bo‘lib, ular qisqarganda, qorachiq torayadi, ikkinchi muskul tolalari esa radial (uzunasiga) yo‘nalgan bo‘lib, qisqarganda ko‘z korachig‘i kengayadi.

To‘r parda - ko‘z soqqasining eng ichki pardasi bo‘lib, uning ichki yuzasi ko‘z soqqasi bo‘shlg‘gida joylashgan shishasimon tanaga tegib turadi, tashqi yuzasi tomirli pardaga yopishib turadi. To‘r pardaning tashqi qavati pigmentlarga boy bo‘lsa, ichki xaqiqiy parda qavati nurlarni qabul qiluvchi nervlarga boy qismi bo‘ladi. To‘r pardaning ana shu qismi orqa tomonida tomirli pardaning ostida joylashgan. Oldingi (kiprikli va rangdor parda qismlarining ostida joylashgan) qismida nurlarni qabul qiluvchi elementlar bo‘lmaganligi uchun u to‘r pardaning «ko‘r» qismi deb ataladi. To‘r pardaning ko‘rish qismi o‘n qavatdan iborat bo‘lib, ularning birida nerv hujayralarining tayoqcha va kolbasimon o‘simtalari joylashgan. Tayoqchalar nurlarni qorong‘u paytda qabul qiladi. Kolbachalar esa yorug‘lik vaqtida ta‘sirilanadi. To‘r pardaning ikkinchi va o‘rta qavatlari katta hajmli (ganglioz) nerv hujayralaridan tuzilgan. Ana shu hujayralardai chiqqan nerv tolalari (aksonlar) yig‘ilib, ko‘rish nervini vujudga keltiradi. Ko‘rish nervi to‘r pardaning orqa tomonidan tashqariga chiqib ketadi. Ko‘rish nervining chiqib ketayotgan teshigi

biroz chuqurroq bo‘lib, unga ko‘rish nervi so‘rg‘ichi deyiladi. Buning tashqi tomonida ko‘zning eng o‘tkir ko‘rish nuqtasi – sariq dog‘ ko‘rinadi. Sariq dog‘ diskasi (2 mm)faqat kolbachalardan tuzilgan bo‘lib, bu yerdan uzoqlashgan sari kolbachalar kamayib, o‘rnini tayoqchalar qoplaydi. To‘r parda ko‘rish qismining old tomonida faqat tayoqchalar bo‘ladi. To‘r pardada 110-125 mln tayoqchalar, 6-8 mln kolbachalar uchraydi. Ko‘z soqqasining to‘r parda qismi oraliq miyadan rivojlangan.

Ko‘zning nur sindiruvchi apparati shox parda, ko‘z gavhari va shishasimon tanadan tuzilgan.

K o ' z g a v h a r i - ikki tomonlama qavariq linzaga o'xshab tuzilgan. Gavhar tiniq va bo'yiga cho'zilgan hujayralardan iborat bo'lib, uning markazida o'zak qismi mavjud. Gavhar ust tomonidan o'rab turgan tinik parda gardishiga to'r pardaning kipriksimon tana sohasidan boshlangan biriktiruvchi boylamlar kelib yopishadi. Bu boylamlar ko'z gavharini ushlaturadi. Bundan tashqari, gavharning orqa tomonida joylashgan shishasimon tananing old tomonidagi chuqurcha gavharga mos bo'lib, unga tegib turadi. Gavharni ushlab turgan biriktiruvchi boylamlar ikki qavat joylashgan bo'lib, ular orasida suyuqlik oqib yuradigan bo'shlib (Petit kanali) bo'ladi.

Ko'z gavhari ko'zning uzoq yoki yaqinga qarashiga qarab o'zgarib turadi, uzoqqa qaralganda gavhar atrofiga yopishgan boylamlar gavharni chetga tortib yalpaytiradi. Yaqinga qaralganda esa kipriksimon muskullar qisqarib kipriksimon boylam bo'shashadi, natijada, gavhar yumaloqlashadi, akkomodatsiya deb shunga aytiladi.

O l d i n g i k a m e r a - shox parda (old tomondan) bilan rangdor parda (orqa tomondan) oralig'ida joylashgan. Oldingi kamerada tiniq suyuqlik bo'lib, rangdor parda chetida joylashgan boylamlar orasidagi yoriqlar orqali shox parda chetida doira bo'lib o'rnashgan Shlem kanaliga quyiladi.

O r q a k a m e r a - rangdor parda bilan ko'z gavhari va kipriksimon tana orasida joylashgan. Orqa kamera oldingi kameraga ko'z korachig'i orqali ko'shiladi. Ko'zning oldingi orqadagi kameralarida suvsimon tiniq suyuqlik oqib yuradi.

S h i s h a s i m o n tana (corpus vitreum) - ko'z gavhari bilan to'r parda oralig'ida joylashgan tiniq - yumshoq modda bo'lib, yupqa parda bilan o'ralgan. Shishasimon tana bilan gavharda qon tomir va nervlar uchramaydi.

Ko'z soqqasining shox pardasi markazida (o'rtasida) ko'zning oldingi qutbi bo'ladi. Ko'zning orqa qismi esa shox pardaning orqa qismida (ko'rish nervining chiqish joyidan chetroqda) joylashgan. Oldingi qutb bilan orqa qutb oralig'i 24 mm bo'lib, ko'z soqqasining o'qi deyiladi. Ko'z soqqasining aylana o'lchovi uning ekvatori hisoblanadi. Ko'z soqqasining oldingi qutbi bilan orqa qutbi oralig'idagi - masofa ko'z meridiani nomi bilan ataladi.

Ko'z soqqasini odam ixtiyori bilan ishlovchi to'rtta to'g'ri va ikkita qiyshiq muskul harakatlantirib turadi. Bularning hammasi (ostki qiyshiq muskuldan boshka) ko'z kosasidagi ko'ruv teshigi atrofida boshlanib, ko'z soqqasining turli tomonlariga kelib yopishadi. Ostki qiyshiq muskul ko'z kosasining ostki devoridan boshlanadi.

Funksiyasi: ko'zning qiyshiq muskullari ko'z soqqasini o'ki atrofida aylantiradi. To'g'ri muskullar esa ko'z soqqasini pastga, yuqoriga, tashqariga va ichkari tomonga tortadi. Bundan tashkari, tepa qovoqni ko'taruvchi muskul ham bo'ladi. Bu muskul qisqarib tepa qovoqni ko'tarib turadi.

Ko'z qovoqlari bir juft (uski va pastki qovoqlar) bo'lib, teri burmalaridan tashqil topgan qovoqlar yumilganda ko'z tamomila yopiladi. Qovoqlarning ustki yuzasi yupqa teri bilan qoplangan, ko'zning ichiga qaragan yuzasi (shilliq qavat) kon'yuktiva deb ataladi. Unda bezlarning mayda chiqarish teshiklari joylashgan. Ustki va pastki qovoqlar tashqi va ichkari tomonda burchaklar hosil qilib o'zaro ko'shiladi. Ichkari burchakda ko'z yoshi yo'li va bo'rtib turgan ko'z eti ko'rinadi. Qovoqlar asosida tog'ay plastinkasi bo'ladi. Ustki qovoq tepasida qoshlar joylashgan bo'lib, ular ko'zga har-xil chang zarrachalari tushishidan saqlab turadi.

Ko'z yoshi apparati ko'z yoshi bezi va ko'z yoshi yo'llaridan tashqil topgan.

K o ' z y o s h i bezi (glandula lacrimals) - ko'z kosasining tashqi devori tepa qismidagi ko'z yoshi bezi chuqurchasida joylashgan. Bez oralig'idan o'tgan vena qovoqni ko'taruvchi muskul payi uni ikki (ko'z kosasi va qovoq) qismiga ajratib turadi. Ko'z yoshi bezi ajratgan suyuqlik ko'z yoshi yo'li orqali tepa qovoqning kon'yuktiva qismiga ochilib, ko'z soqqasining oldingi va shox pardasini yuvib, ko'z qovoqlarining ichkari burchagidagi ko'lchaga to'planadi. Ko'z yoshi suyuqligi ko'lchadan ko'z yoshi yo'llari orqali ko'z yoshi xaltasiga quyiladi. Xaltadan esa ko'z yoshi - burun yo'li orqali burun bo'shlig'iga o'tib tarqaladi. Burun bo'shlig'iga ko'z yoshi nafas bilan kirgan havoni chang va har xil zarrachalardan tozalaydi va bo'shliqni namlaydi.

Ko'z o'rtacha 400-750 mmk uzunlikdagi yorug'lik to'lqinini normal qabul qiladi. Ammo

Ko'rish o'tkirligi- ko'zning oralig'i nihoyatda kam bo'lgan ikkita yoritilgan nuqtani uzoqdan qarab ajratib ko'ra bilish qobiliyatidir. Yoki ko'rish o'tkirligi- ikkita yoritilgan nuqta o'rtasidagi nihoyatda kam

masofada ikkita nuqta shaklini alohida ko'ra bilish qobiliyatidir. Ko'ruv o'tkirligini ta'riflash uchun ko'rish burchagini bilish kerak. Faraz qilaylik, oldimizda bizdan ma'lum masofa narida ikkita yoritilgan nuqta a va s bor. Bu nuqtalarning to'rt pardadagi aksini aniqlash uchun shu nuqtalardan boshlab to'g'ri chiziq chizib, ularning ko'zdagi tugunli nuqtadan to'rt pardada kesishadigan joyigacha olib borish kerak. Tugunli nuqta – gavhardan joy olgan nuqta bo'lib, bundan nurlar sinmay o'tadi, va a va s ning to'rt pardadagi aksini a , s ga teng bo'ladi. a va s ning oralig'i qancha uzoqda bo'lsa, a va s ning oralig'i shuncha kam bo'ladi. a va s dan chiqqan nurlarning tugunli nuqta O ga borib hosil qilgan burchagi α ko'ruv burchagi deyilib, α qancha kichik bo'lsa, α burchagi ham shuncha kichik va bir-biriga teng bo'ladi. Bunday ko'zning ko'rish qobiliyati, aksincha, shuncha kuchli va ko'ruv o'tkirligi shuncha yuqori bo'ladi.

Agar a va s ga emas, undan yaqinroq turgan vd ga qarab turgan bo'lsa, unda tugunli nuqta O bilan oralig'i yaqinroq bo'lgani uchun α burchagi α burchagidan kattaroq bo'ladi. Shu paydo bo'lgan burchaklar ko'ruv burchagi deyiladi. Ko'ruv burchagining katta-kichikligi ko'rish o'tkirligi bilan teskari munosabatda bo'ladi. 1674 yilda Guk Ulug'bek teleskopi asosida tuzilgan teleskopdan foydalanib, osmonda bir-biriga yaqin turgan ikki yulduzni oddiy ko'z bilan ayrim-ayrim ko'ra bilgan odam ko'rish burchagini 1 burchak daqiqaga teng degan. 1909 yilda Neapolda – xalqaro kongressda bu birlik (1.0) ko'ruv burchagining bir minutiga tengligi (xalqaro etalon) sifatida tasdiqlangan.

Ko'z o'tkirligi maxsus jadvallar-Snellen, Landolt, Golovin-Sivsev va Orlova jadvallari orqali aniqlanadi. Snellen jadvali "Sh" harfiga o'xshash 3 qirrali ilgichlardan tuzilgan. Landolt savodsizlar uchun gardishga o'xshash aylana shaklli optotiplar yaratgan. Landolt gardishlari milatlararo optotip sifatida vabul qilingan. Golovin va Sivsevlar ham taxminan bir xil ko'rinishdagi rus alifbosi va Landolt optotiplari bilan arifmetik progressiyadagi jadval yaratishgan. Bu jadval hozir ham muvaffaqiyat bilan ishlatiladi.

Orlova (1956y) yosh bolalar ko'rishini tekshirish uchun alohida jadval tuzgan. Bu jadval Snellenning o'nlik tartibi sistemasiga asoslangan. Jadvalda hammasi bo'lib o'n ta belgi bor, bular: yulduzcha, archa o'rdakcha, samolyot, zamburug', filcha, otcha, choynak, avtomobil va siniq Landolt xalqacha shaklidagi belgilaridir.

Kattalar jadvali 1m 20sm, bolalar jadvali esa 80sm balandlikda osilishi va ularga 100lyuksdagi yorug'lik 40 vattli tiniq lampochkadan berilishi kerak.

Tekshiriluvchi shaxs birinchi qatorni 5m masofadan o'qib bera olmasa, uni shu qatorni o'qib berguncha jadvalga yaqinlashtiriladi va ko'rish o'tkirligini Snellen formulasi bo'yicha hisoblab topiladi.

Snellen formulasi: $V = d/D = 5m:50m = 0.1$

Visus – ko'rish o'tkirligi; d – bemor o'qiy oladigan masofa; D – o'sha optotipning chiziqlari 1" burchagida ko'rinadigan masofa (norma).

Ko'rish o'tkirligini ob'ektiv uslub bilan tekshirish uchun opto-kinetik nistagm (OKN) usuli ishlatiladi. Bu usul turli masofadagi katta-kichik test ob'ektlar harakatini kuzatib ko'rgach, beixtiyor qimirlab harakatlanishini aniqlashga asoslangan.

Ko'zning ranglarni sezish faoliyati.

Ko'zning ranglarni sezishi turli ranglar jilosi va ularning och yoki to'q ekanligini ajrata bilish faoliyatidir. Bu qobiliyat to'rt parda sariq dog'i sohasidagi qadarsimon hujayralar faoliyatiga taaluqlidir. M.V. Lomonosov ko'zning rang ko'rish faoliyati uch xil komponentga – qizil, yashil va zangori ranglarga bog'liq ekanligini dunyoda birinchi bo'lib kashf etgan va e'lon qilgan.

Ko'z rang sezish qobiliyati tug'ma pasayishini birinchi marta Dalton aniqlab yozib tasvir etgan.

Ko'zning rang sezish faoliyatini turli jadval va usullar – Shilling-Ishixara jadvallari bilan ham tekshiriladi.

Trixromaziyaning anomaliyasi 3 xil bo'ladi:

1. Protanomaliya- qizil rangni sezishning sustlashishi
2. Deyteranomaliya- yashil rangni sezishning sustlashishi
3. Tritanomaliya- zangori rangni sezishning sustlashishi

Ranglar gammasi to'liq qatorini Nyuton 7 qismdan iborat aylana shaklida tasvir etgan. Bu qizil, zarg'aldoq, sariq, yashil, moviy, zangori va binafsha ranglardir. Inson ko'zining rang ajratish qobiliyati turli

sharoitda 302nm dan to 950 nm uzunlikdagi to'liq ranglarni ko'rib ajratishga qodir va 800 xil ko'rinishdagi ranglar aralashmasi jilosini ajrata olishi mumkin.

Ko'zlarning tug'ma nur sezish faoliyati butunlay rivoj topmaganda to'liq axromotopsiya paydo bo'lib, bunday odamlarga muhit tashqi ko'rinish manzaralari rangsiz – oq- kul rang bo'lib ko'rinadi.

A k k o m o d a t s i y a - har xil masofada turgan tasvirlarni aniq va ravshan ko'rish ko'zni moslash orqali bo'ladi. Bunda shox pardaning sindiruvchi kuchi doimiy qoladi, gavhar egriligi esa o'zgarib (fotokameraga o'xshash) fokuslanadi- da, tasvir aniq ko'rinadi. Bunga *ko'zning moslashishi - akkomodatsiya* deb ataladi. Yaqindagi tasvirlarni ko'rganda ko'z gavhari dumaloq bo'ladi, nurni sindiruvchi kuchi esa kattalashadi. Qari odamlarda ko'z gavhari qattiqlashib, moslashish qobiliyati ancha pasayadi. Natijada, odam yakindan aniq ko'rolmaydi. Shuning uchun ko'zoynak taqish bilan yaqindan ko'rish tiklanadi.

Ko'zning m o s l a s h i s h i (a d a p t a s i y a s i). Odam yorug'dan korong'u uyga yoki aksincha korong'uldikdan yorug'likka chiqqanda avvaliga ko'z qamashib, xech narsa ko'rinmaydi. Keyinchalik asta-sekin ko'z sharoitga moslashib atrof-tevarak ko'rina boshlaydi. Bunga *adaptatsiya (moslashish)* deb ataladi. Yorug'lik adaptatsiyasi 2-3 minutda sodir bo'lsa, korong'ulik adaptatsiyasi 15-20, ba'zan 30 minutgacha davom etadi. To'r pardada joylashgan kolbachalar orqali odam turli (kizil, yashil, binafsha) ranglarni ko'rish va ularni bir-biridan ajratish kobilyatiga ega. Ba'zida ranglarni ajrata olmaslik (daltonizm) holati ham bo'ladi. Tasvirlarni bir ko'z bilan qabul qilishdan ko'ra ikki ko'z bilan qabul qilish afzaldir. Bunda masofani, ranglarni tiniqligini aniqlash, tasvirlarning bir- biridan farqini to'la-to'kis aniqlaydi. Bunga *binokulyar ko'rish* deb ataladi.

Ko'zning ko'rish faoliyati.

Inson markaziy nerv sistemasining 5 analizatorlaridan biri va eng muhimi ko'rish analizatoridir. Ko'zning ko'rish faoliyati 5 xil bo'ladi: 1. Ko'zning yorug'likni sezish faoliyati; 2. Ranglarni sezish qobiliyati; ularni och yoki to'q rangdaligini sezish; 3. Markaziy ko'rish, ko'zning kunduz kuni ko'rish qobiliyati yoki narsalarni va ular orasidagi masofani ajrata bilish qobiliyati; 4. Atrof(periferiya)ni ko'rish, qorong'ida va g'ira-shirada ko'rish qobiliyati; 5. Binokulyar ko'rish-ikkala ko'zning hamkorlikda baravar ko'rish

Ko'ruv maydoni(periferik ko'rish)

Ko'ruv maydoni ko'zlardan birining bir nuqtaga qarab turib atrofdagi keng masofani ko'ra bilish qobiliyati yoki ko'zning o'sha maydondagi jami nuqtalar yig'indisini bir vaqtda qabul qila bilish qobiliyatidir.

Ko'zning ko'rish maydonini tekshirish uchun Purkine 1825 yilda birinchi asbob- perimetrni taklif etib, 1855 yilda Grefe uni amalda qo'llagan.

Perimetriya-ko'rish maydoni chegaralarini tekshirish usulidir. Bu qorong'u uyda bajarilib, asbob tekshiriluvchining bo'yiga moslanib, uning bog'laniagan ko'zi yoy o'rtasidagi oq ob'ektning ro'parasida, kasalning engagi tirkakka joylashtiriladi. Ko'rish maydoni oq rangli ob'ekt bilan tekshirilganda, ob'ekt 3mm li, uchrashi mumkin bo'lgan nuqsonlarni aniqlash uchun 1mm li bo'ladi.

Kampimetriya- ko'rish maydonining markaziy qismini, undagi ko'rish nuqsonlarin tekis sathga solib tekshirish usuli. Bu usul yordamida ko'rish maydonidagi markaziy va periferik nuqson(skotoma)larni aniqlash mumkin. Kampimetr – o'rtasi oq nishonali yaltiramaydigan qora matodan yasaladi. Bunda ham perimetr bilan tekshirilganidek, kasal yorug' nur tushib turgan tomonga orqasini o'girib, kampimetrdan 1m narida engagini oq markaziy nuqtaga moslab yasalgan tirkakka qo'yib o'tiradi. Tekshiruvchi qo'lidagi qora sim ustiga birlashtirilgan 1.5 yoki 10 mm li oq ko'rsatkichni chapdan, o'ngdan, yuqoridan, pastdan va boshqa tomonlardan markazga sekin yurgizib tekshiradi. Aniqlangan chegara nuqtalar bo'r bilan chiziladi va shunda ko'rinmay qolgan joyi –skotomaning shakli va uning katta-kichikligi ma'lum bo'ladi. Sklotomalar fiziologik va patologik bo'ladi. Ko'rish maydonining qoq yarmi ishdan chiqishi gemianopsiya deyiladi. Agar nuqson paydo bo'lgan joyda bemor hech narsani ko'rmasa- bu absolyut (mutloq) nuqson deyiladi.

Binokulyar ko'rish – bir narsani ikkala ko'z bilan hamkorlikda ko'rishdir. Baravar hamkorlikda ko'rish tashqi muhitdagi narsalar shaklini aniq va tiniq ko'rishga yordam beradi. Ko'zlarning ko'rish o'tkirligi oshadi, ko'rish maydoni kengayadi, narsalar mavjudot oralig'idagi masofa aniq fahmlanadi va ularning bir-biriga nisbatan o'zaro harakatidagi masofa – stereoskopik hodisalar ham tezda aniqlanadi. Ikkala ko'zning

hamkorlikda baravar ko'rish faoliyati ularning ko'rish o'tkirligi kamida 0.3-0.4 ga teng bo'lgandagina bajarilishi mumkin. Ko'zni harakatga keltiruvchi muskullar va ko'z tubidagi ichki pardalar ham normal holatda bo'lishi kerak.

Korrespondent nuqtalar sariq dog' o'rtasidagi chuqurchaga nisbatan ikki ko'zning aniq bir xil meridianida va markaziy chuqurchada bir xildagi oraliqda joylashgan nuqtalardir. Ko'zlar baravar ko'rish buzilishining asosiy oqibatlaridan biri g'ilyalikdir.

Ko'z qovog'i kasalliklari, bemorlarni parvarishlash. Kon'yuktiva(ko'z shilliq pardasi) kasalliklari, hamshira parvarishi.

Qovoq tuzilishi, tashqi ko'rinishi, ularning bajaradigan vazifalariga moslashgan bo'lib, ular morfologik jihatdan to'rt xil varaqdan tashqil topgan. Teri varag'i o'ziga xos nafisligi, tashqi ko'rinishi bilan farqlanadi. Unda teri osti yog'i nihoyatda kam rivojlangan, siyrakdir. Shunga binoan turli tashqi va ichki ta'sirlar natijasida qovoq terisi juda tez shishadi. Shish yallig'li va yallig'siz bo'ladi.

Qovoq kasalliklari turlicha bo'ladi. Bular: kiprik kasalliklari, allergik kasalliklar, infeksiyon kasalliklar, surunkali blefarit, yaxshi sifatli tuguncha va kistalar, yaxshi sifatli o'smalar, yomon sifatli o'smalar, ektropion, ptoz, qovoqning boshqa orttirilgan kasalliklari, qovoqning tug'ma kasalliklari. Kiprik

kasalliklarining trixiy, kiprikning bitlashi, madaroz va polioz degan turlari bor. Trixiy ko'p uchraydigan orttirilgan kasallik bo'lib, u bir yoki ikki tomonda rivojlanishi mumkin. Belgilari:

Kipriklar o'z joyidan chiqib, orqaga yo'nalgan bo'ladi. Shox parda epiteliysining jarohatlanishi boshida epiteliyning nuqtasimon eroziyaga olib keladi. Keyinchalik eroziya shox, parda orasiga aylanib, bu uzoq vaqt davom etuvchi panusning rivojlanishiga sabab buladi.

Davolash usullari turlicha buladi. Masalan: epilyatsiya, elektroliz, konoterapiya Asoratlari.

Kora tanli bemorlarda teri dipegmentatsiyasi

Qovoq chetida yuzaki o'yiqlik hosil bo'ladi. Kiprikning bitlashi, kipriklarda krabsimon qov bitlari va tuxumlarining tarqalishi. Kasallik ko'pincha yomon gigiyena va sanitariya holatida yashaydigan bolalarda uchraydi, surunkali kechishi va ta'sirlanishiga sabab buladi. Belgilari: bit kiprik ildiziga mahkam o'rnashib, uning tuxumlari va tuxumlarining bo'sh qobiklari kiprik asosiga yopishib oladi.

Davolash:

- a) pinset bilan olib tashlash
- b) 1 % sariq simob oksidi, antixolesterazali vositalar, lazer yoki krioterapeyani mahalliy qo'llab bitlarni o'ldirish
- v) bemorni, oila a'zolarini, kiyim kechak-kechak va yotoqlarini bitlardan tozalash;

Madaroz-kipriklar sonining kamayib yoki to'liqlik yo'qolib ketishi;

Polioz-kiprik va qoshlarning erta mahalliy oqarishi Allergik kasalliklarning 3 xil turi bor. Bular o'tkir allergik shishish, kontakt dermatit va atopik dermatit. O'tkir allergik shishishning belgilari quyidagicha bo'ladi: Bir yoki ikki tomonlama periflebial va qovoq, sohasida og'riqsiz, yumshoqshish rivojlanadi. Davolash uchun antigistamin vositalar qo'llaniladi. Kontakt dermatitga chalinganlarga mahalliy eritema va terining qatqaloklanishi rivojlanadi. Davolash uchun dermatit sababini aniqlab elemenatsiya qilish kerak. Atopik dermatitning belgisi: ikkala ko'zning yuqori qovoq, terisi qalinlashadi, qatqaloqlanadi va yoriladi. Davolash uchun terini yumshatuvchi kremlar, yumshoq ta'sir qiluvchi steroidlar qo'llaniladi.

Infeksiyon kasalliklarning Herpes zoster ophthalmicus, Herpes simpleks, impetigo erizipeloid va nekrozlanuvchi fassiit kabi turlari mavjud.

Impetigoning belgilari: qisqa vaqt ichida pufakcha va bullalarga aylangan eritematoz dog'lar paydo bo'ladi.

Davolash: Mahalliy impetigo holatida antibiotiklar mahalliy qo'llanadi.

Erizipeloid belgilari: aniq chegarali, qizargan, qattiq, kattalashuvchi teri osti pilakchasi vujudga keladi. Phenoxymethylpenicillin ichish uchun buyuriladi.

Surunkali blefaritning kirish, old blefarit va orqa blefarit kabi bo'limlari bor.

Old blefaritning belgilari:

Qovoq oldingi chetida giperimiya va gemangiektaziyalar blefaritda qattiq va sust rivojlanadi. Qatqaloqlar kipriklarning asosida to'plangan bo'ladi. Kipriklar seboreyali blefaritda ko'pincha bir-biriga yopishgan bo'ladi.

Bemorga simptomlarni yo'qotish uchun imkoniyat borligi, biroq, buning uchun bir necha hafta davolanish kerakligini aytish lozim; Yaxshi sifatli tuguncha va kistalarning juda ko'p xili mavjud. Bular: xalazion, ichki govmichcha, tashqi govmichcha, yukumli mallyusk, ksantelazma, boshqa turdagi kistalardir.

Ksantelazma belgilari: xolesterin yoki lipiddan tashqil topgan, qovoq medial qismida rivojlanadigan sarg'ish teri osti pilakchalari.

Asosan kosmetik maqsadda bajariladi va buning uchun kesib olish yoki karonat dioksidli lazer bilan tugatiladi. Yaxshi sifatli o'smalarning virusli so'gal, seboriyali keratoz, nurlanish keratozi, teri shoxi, yiringli grapulema, oddiy nevus, keratoakantoma, kulupnaysimon nevus va gemangioma kabi ko'plab turlari mavjud.

Virusli sugal belgisi: oyoqchali yoki keng asosli tutsimon hosila.

Lazer yordamida yoki jarrohlik usulida kesib tashlanadi.

Yomon sifatli o'smalarning bazal hujayrali karsinoma, yassi hujayrali karsinoma, yog' bezi karsinomasi, melanoma, Kaposhi sarkomasi degan turlari mavjud. Kaposhi sarkomasi belgilari: o'sma erta davrda och-qizil yoki qizil binafsha yoki jigarrang o'choq ko'rinishida bo'lib, uni gematoma yoki nevus bilan adashtirib yuborish mumkin. Katta, tez o'suvchi o'sma sohasida yara paydo bo'lib, o'smaning o'zi qonashi mumkin.

Davolash uchun nurterapiya qo'llanadi.

Ektropion kasalligining involyutsion ektropion, chandikdanuvchi ektropion, paralitik ektropion, mexaniq ektropion kabi turlari mavjud.

Mexaniq ektropion qovoq chetida yoki uning atrofida joylashgan o'sma sababli rivojlanadi. Buning natijasida qovoq, tashkariga qayrilib, ektropion sababi aniq ko'rinadi.

Davolash: imkon bo'lsa, o'sma olib tashlanadi va klinik jihatdan ahamiyatga ega bo'lgan qovoq gorizontaal zaifligi korreksiya qilinadi.

Tug'ma ekstrapion belgilari:

Butun pastki qovoq va kipriklarning ichkariga qayrilganligi va pastki qovoq, burmasining yo'kligi.teri va mushakdan iborat ingichka, tasmaimon laxtak kesib olib tashlanadi va teri burmasi tarzel plastinkasiga biriktiriladi- Xots usuli.

Ptozning 9 xil turi bor.

III nervning noto'g'ri yo'nalgan regeneratsiyasi belgilari:

Ko'zning turli xarakterlarida yuqori qovoq, noadekvat harakatlanishi.

M.levator palbrae superior ning bir qismi kesib olib tashlanadi va ptoz tortib turuvchi choklar yordamida to'g'rilanadi. Qovoqning boshqa orttirilgan kasalliklarining dermatoxalazis, blefaroxalazis, zaif qovoqlar sindromi va qovoq retraksiyasi kabi turlari ma'lum.

Dermatoxalazis belgilari:

a) Yuqori qovoq, terisi cho'zilib ketganda, zaif orbital to'siqdan yog' to'qimasi protruziyaga uchrashi mumkin.

b) Qovoq burmalari noaniq, o'zi esa xaltasimon bo'ladi.

Bundan tashqari psevdoptoz ham uchrashi mumkin.

Davolash: blefaroplastika yordamida amalga oshiriladi.

Qovoning boshqa tug'ma kasalliklarining epikantus, telekantus, epiblefaron va koloboma kabi turlari bor.

• Koloboma:

Yuqori qovoq, kolobomasi, qovoq, ichki va o'rta 1/3 qismlarning o'rtasida rivojlanadi va hech qanday sistemali kasalliklar bilan birga uchramaydi;

Pastki qovoq, kolombasi, qovoq, tashqi va o'rta 1/3 qismlarining o'rtasida uchraydi va ko'pincha Tricher Kollinz sindromi kabi sistemali kasalliklarda uchraydi. Davolash: kichiq va o'rta kattalikdagi koloboma holatida

to'g'ridan-to'g'ri yopish usuli, katta kalobomaa holatida esa teri transplantatsiyasi va rotatsion laxtaklar usuli qo'llaniladi. Kon'yunktiva qovoq qirg'oqlaridan boshlab, sklerani yarmi, yuqori gumbazini tashqil qiladi. Ko'z shilliq pardasining yallig'lanishi - kon'yunktivit deyiladi. Kon'yunktivit o'tishiga karab

1. O'tkir

2. Suru n kal i.

Kelib chiqishiga karab:

Ekzogen yo'l bilan kelib chiqadigan konyunktivitlar.

Endogen yo'l bilan kelib chiqadigan konyunktivitlar.

Kon'yunktivadagi degenirativ o'zgarishlar.

O'tkir kon'yunktivit - odatda to'satdan boshlanadi. bemorlar ko'zga yot jism tushgandek sanchiqli og'riq, ko'zdan yosh oqishi, yorug'likka qaray olmaslik, yiring paydo bo'lganligidan shikoyat qiladilar. Ko'zdan kechirganda qovoqlar shilliq pardasi va o'tuvchi burmalarning shishganligi, yiring, ba'zan tog'ay shilik pardasida yupqa parda paydo bo'lganligi aniqlanadi. Shilliq pardani ko'zdan kechirganda qizarish xarakteriga - kon'yunktiva giperemiyasiga e'tibor berish lozim; yuzaki yoki kon'yuktival giperemiyani chuqur yoki perikorneal giperemiyadan farq qila bilish kerak. Birinchisi kon'yunktiva kasalligidan, ikkinchisi shox parda, rangdor va siliar tana zararlanganligidan darak beradi.

1. Kon'yunktivaning ekzogen yo'l bilan kelib chiqadigan yallig'lanish kasalliklari.

O'tkir kon'yunktivit paydo bo'lmasdan oldin qisqa inkubatsion davr o'tadi. Har xil patogen mikroblar(difteriya tayokchasi, pnevmakok, gonokokk, v ax.k) paydo qilishi mumkin.

O'tkir epidemik kon'yunktivit - (Kox Uiks kon'yunktiviti) bu kasallik asosan yoz-bahor paytlarida uchraydi va issiq iqlimli mamlakatlarda epidemik xarakter oladi. Pastki o'tuvchi burmadagi shish, kon'yunktiva giperemiyasi va undan yiringli modda chiqishi bu kasallikning asosiy alomatlaridan hisoblanadi. Ayniksa kichik yoshli bolalarda kon'yunktivit gripp (tumov, temperatura ko'tarilishi, uyqusizlikni) ni eslatuvchi umumiy alomatlar bilan o'tadi. Ayniksa zaiflashgan, skrofulez, ichak kasalliklari gipo va avitaminoz bilan og'rigan bolalarda kasallik ko'p hollarda protsessning shox pardaga o'tishi bilan og'irlashadi. Kasallik juda yuqumli va u ko'pchilik foydalanadigan narsalarga, bemor qovoqlariga qo'nadigan pashshalar orqali tez yuqadi. Sanitariya - gigiena sharoitlarining yomonligi kasallikning tarqalishini osonlashtiradi.

Davolash - penitsillin, albutsit, furatsilin kon'yunktiva xaltasiga kuniga 4-6 marta tomiziladi. Antibiotiklarni mahalliy qo'llanishi ayniqsa sulfanilamidlarni ichirib turish bemorning tez tuzalishiga va patogen floraning yo'qolishiga imkon beradi. Ampensilin, pensillin 1 t x 4 marta ko'zga eritromitsin, tetratsiklin maz, penetsilin mushak orasiga ineksiya qilinadi. Bemorni o'z vaktida va to'g'ri davolash shaxsiy gigiena qoidalaiga amal qilish va pashshalarni ko'plab yo'qotish juda katta rol o'ynaydi. Profilaktikasi - may oyidan to oktabr oyigacha Arxangelskiy usuli bilan profilaktik tomchilasho'tkaziladi. Har oyni 1 haftasiga 30% albutsid yoki 25% levomitsitin 3 martadan tomiziladi. Agar profilaktika davomida o'tkir kon'yunktivit aniqlansa, qo'shimcha profilaktika 1 hafta davom etiladi.

2. Kon'yunktivaning mexaniq, kimyoviy va fizik faktorlardan kelib chiqadigan yallig'lanish kasalliklari. Bu kon'yunktivitlar ko'pincha ishlab chiqarish (chang, kuchli yorug'lik, kimyoviy moddalar) bilan bog'lik bo'lgan ta'sirlovchi momentlarning uzoq muddat ta'siri tufayli paydo bo'lganligidan odatda surunkali kechadi. Bunday kon'yunktivit blefaritda, dakrotsistitda, modda almashinuvi buzilganda gipo va avitaminozlarda, gijja invaziyalari, xronik qabziyat, qandli diabet vax.k da uchraydi. Bemorlar qovoqlari og'irlashganidan ,achishidan va yot jism tushgandek sezgi paydo bo'lganidan shikoyat qiladilar. Ko'zdan yosh oqadi, yorug'likka qaray olmaydi ayniqsa ertalab ko'zidan suyuq modda ajralib turadi ,ko'z tez charchashi sababli bemor uzoq o'tirib ishlay olmaydi. Ko'zdan kechirishda kon'yunktiva giperemiyasi ba'zan uning bo'shshib qolganligi va bir oz modda ajralishi aniqlanadi.

Davolash - kasallik sababi aniqlanganda davolash effektiv natija beradi Dakriotsistit operatsiya qilinadi, blefaritda muayyan davolash o'tkaziladi. Agar turmushdagi nokqulay sanitariya - gigiena sharoitlariga aloqador bo'lsa, ularni bartaraf etishva sharoitni yaxshilash zarur. Kasbga doir kon'yunktivit og'ir o'tgan hollarda kasbni o'zgartirish tavsiya etiladi.

3. Kon'yuktivada endogen yo'l bilan paydo bo'ladigan yallig'lanish kasalliklari.

Qizamikdagi kon'yunktivit bu kasallikning boshlang'ich alomati hisoblanadi va terida toshma toshishidan bir necha kun oldin aniqlanadi. Kizamikda bola organizmi juda zaiflashib shilliq parda kon'yuktivit mikroblari bilan infitsirlanib qoladi, shox parda yarasi ko'rinishida og'irlashishi natijasida ko'zga oq tushishi mumkin.

Davolash - ko'zga kuniga 3-5 marta dezinfeksiyalovchi moddalar furatsilin eritmasi tomizilib turiladi, antibiotiklardan tayyorlangan maz qo'yiladi.

Pterigum - qanotsimon parda uchburchak shakldagi shilliq qavat burmasi bo'lib shox pardaning yuza qavatlariga aksariyat limbning ichki tomonidan o'sib keladi. Pterigum ko'pincha issiq iqlimli quyosh nuri ko'p tushadigan va changli joylarda uchraydi. Kasallik etiologiyasi tiliq aniqlanmagan.

Ko'rish a'zosi va uning qo'shimcha qism jarohatlari. Shoshilinch tez tibbiy yordam Ko'z yoshi a'zolari kasalliklari, bemorlarni parvarishi. Ko'zning muguz (shox) va oqsil (sklera) pardalari kasalliklari.

Ko'z yoshi a'zolari – yosh ishlab chiqaradigan va uni oqizib chiqaradigan qismlardan iborat. Ko'z yoshi bezi ko'z kosasi yuqori devori chakka tomon qirrasida ostidagi chuqurchada joylashgan. Bu bez orbital va palpebral qismlardan iborat. Bezning orbital qismida ishlab chiqariladigan ko'z yoshi palpebral qismiga tushib, so'ngra 10-12ta yosh chiqaruvchi naychalar orqali oqib, keyin kon'yuktiva bo'shlig'ining chakka tomoniga tushadi va shu joydagi Krauze nomli qo'shimcha ko'z yoshi bezlaridan ham ishlanib chiqqan ko'z yoshi bilan qo'shib, ko'z soqqasining ustidan o'tib, pastki qovoqning qirrasida bo'ylab yo'nalib, burun tomonga o'tadi va ko'z yoshi ko'li da yig'iladi. Suyak ichidagi kanal ayollarda erkaklarnikiga nisbatan tor bo'lgani uchun ko'z yoshi xaltasining yiringli yallig'lanishi ayollarda ko'proq uchraydi.

Ko'z yoshi yo'llarining yallig'lanishi

Bunday bemorlarning asosiy shikoyati ko'z yoshi oqishidir. Asosan sovuqqa chiqqanda shamol va chang bo'lganda ko'z yoshi oqishi zo'rayadi, ko'zdan to'xtamay yosh oqib turishi ko'z soqqasini ham, pastki qovoq terisini ham biroz qizartiradi, achishtirib bezovta qiladi. Ko'z yoshi xaltasining yallig'lanishi - dakriotsistit, bemorning ko'zidan fakat yosh emas, yiring ham chiqadi. Kanal ichida yoshning o'tmay to'xtab qolishi unda shilliq pardaning zararlanishi va infeksiya paydo bo'lib, yallig'lanishi asta sekin avj olib dakriotsistit vujudga keladi. Ko'z yoshi xaltasining bunday surunkali yallig'lanishi ko'pincha ayollarda ko'z yoshi burun kanalining erkaklarnikiga nisbatan torligidan va ko'pincha shamollash kabi sabablardan yo'li to'silib qolishidan bo'ladi. Kanal yoshining o'tmay to'xtab qolishi undagi shilliq pardaning zararlanishi va infeksiya paydo bo'lib yallig'lanish asta-sekin avj olib yiringli dakriotsistit vujudga keladi. Ko'z yoshi xaltasi tobora kengayib kattalashib, devorning yupqalashganidan u teri ostidan ko'kimtir bo'lib ko'rinadi. Bu holat ko'z yoshi xaltasining istisqosi deyiladi.

Pastki nuqta orqali shprints bilan dori yuborib yuvilganda suyuqlik burunga tushmay, yuqori nuqtadan qaytib chiqadi, surunkali yiringli dakriotsistit bo'lganda yiring doim ko'z tirqishiga chiqib turgani uchun undagi mikroblar (streptokokk, stafilakokk va pnevomokokk) ko'z shox pardasiga zarar yetkazib unda yara paydo qilishi mumkin. Shuning uchun yiringli dakriotsistit erta aniqlanib operatsiya usuli bilan davolanishi kerak.

Kattalar dakriotsistorinostomiyasi og'ir operatsiya. Bunda ko'z yoshi xaltasi ustidagi terini kesib, undagi yumshoq to'qimalarni chetga surib qovoqlar burmasi kesilib, ostidagi suyak tozalanadi. Suyakdan 2,5 sm li qismi olib tashlanadi. Operatsiyaning asosiy prinsipi ko'z yoshi xaltasi bilan burun yuqori bo'shlig'i o'rtasida yo'l ochib, ko'z yoshini to'ppa to'g'ri burunga tushishi ta'minlanadi.

Chakaloqlarda dakriotsistit kamdan-kam uchraydi. Bunga ko'z yoshining burun yo'li pastki qismida odatda tug'ilishdan oldin so'rilib ketishi kerak bo'lgan nozik membrananing o'z vaqtida so'rilmay qolishi sabab bo'ladi. Bola tug'ilgach 2-3 kun davomida ko'zlari yoshlanib, yiringlagani ma'lum bo'ladi

Davolanishi. Ko'z yoshi xaltasi massaj qilinadi. 2-3 kun davomida massaj usuli yordam bermasa, unda ikkinchi usul bola ko'z yoshi yuqori nuqtasini zond bilan bekitib, pastki qismdan shprintsdan dezinfeksiya qiladigan dorini katta bosim bilan yuborish kerak. Bunda suv o'z vaqtida so'rilib ketmagan membranani teshib chiqishi mumkin. Shox parda normada tiniq, juda tekis, musaffo, sathi yaltirokdir. Uning qalinligi gumbazcha qoq o'rtasida 0,8 mm, atrofida 1,2 mm, tolalari juda ko'p, ular uzun siliar nerv tolalaridan chiqib limbga 2-4 mm qolgan joyda oqsil pardani teshib, parda atrofida yotib uning oldingi 1/3 epitemiy osti qismida tolalanadi. Shox parda old va orka membranalarining moddalar almashinuvini tanlab o'tkazish xususiyati ko'zdagi normal gidrodinamikani ta'minlaydi. Shox pardada qon tomirlar yo'q bo'lgani uchun atrofida mayda-mayda arterial va vena kapillyarlar diffuziya yo'li bilan shox pardani oziqlantiradi. Shox pardaning 5 xil asosiy belgilari bor: bu tiniqlik, yaltiroqlik, shaklining bo'rtiqligi, o'ta sezgirlik va qon tomirlari yo'qligidir. Patologiyada esa bularni hammasining pasayishi, ko'payishi yoki kamayishi kuzatiladi. Shox parda yallig'lanishining turli ko'rinishlarini bir tizimga solish uchun professor P.F.Arxaangelskiy o'z tasnifini tavsifa qilgan:

Keratitlar

I Yarali keratitlar

a) yiringli –atrofda joylashgan yuza yarali , suriluvchi, gonoblennoyali,qorachechak yarali, difteriya yarali keratitlar.

b) yiringsiz– uchuq yarali, eroziya, virus yarali,zamburug' yarali keratopatiya yarasi.

II Yarasiz keratitlar:chuqur joylashgan yarasiz sil keratiti,zaxm keratiti,epidemik virus **yarali yiringli keratitlar**.

Ko'z shox pardasi chetlarida joylashadigan yarali keratit ko'pincha qari odamlarda uzoq davom etadigan surunkali konyuktivitdan keyin paydo bo'ladi. Shox pardaning limbga yaqin qismida 1-2 mm kattalikdagi infiltratlar paydo bo'lib, keyin ular yarachalarga aylanadi. Bunga kokk infeksiya sabab bo'ladi. Shox pardaning suriluvchi yarasi. Bu shox pardaning og'ir yallig'li yaralanishi. Odatda to'satdan ko'zda kuchli sanchish, yoshlanish va og'rik bilan shox pardaning o'rtasida dumalok sarg'ish-kulrang infiltrat paydo bo'ladi. Infiltrat tezda yorilib, yara paydo bo'ladi. Yara atrofida shox parda xiralanadi. Asosiy belgilari shundan iboratki, yaraning ko'z tirqishi anchagina chuqurlashib sap-sariq yiring boylaydi va tobora chukurlashib 1-2 kun pardaning tinik tomoniga surilib ketaveradi. Ko'z oldingi kamerasida yiring - gipopion paydo bo'lishi bilan birga, undagi suyuqlik ham yiringli loyqalanadi. Rangdor parda ham yallig'lanishi mumkin. Diagnostika o'z vaqtida qo'ya olish g'oyat muhim vazifa. Yuqoridagi infeksiyalar ko'pincha yozda va ko'zda shox parda epiteliysining juda kichiq hatto bemor uchun sezilmagan tirnolib zararlanishi natijasida uni yallig'lantiradi. Kasallikni oldini olish uchun shaxsiy extiyotkorlikka o'rgatish, yot jismni ko'zdan olib tashlagandan keyin dezinfeksiyalovchi dorilar tomizish zarur. Shox parda ayni vaqtida davolanmasa infeksiya ichkariga surilib endoftalmit (ichki pardaning yallig'lanishi) va ftizis berib, ko'z bujmayib koladi va bemor ojiz bo'lib koladi. Davolash umumiy sulfanil amid va antibiotiklarni qo'llash, ko'zni furatsilin eritmasi va antibiotiklar - penitsillin, levomitsetin eritmalaridan tomizish va pensillinning quruq poroshogidan sepush, malham qo'yish bilan olib boriladi. Keratit va shox pardaning turli yaralaridan so'ng paydo bo'ladigan oq chandiqlarni operatsiya qilish muhim. Chunki ular ko'zni ko'rish xususiyatidan mahrum qiladilar. Bu muammoni hal qilish akademiklar V.P.Filatov va N.A.Puchkovskayalar tomonidan mukammal ishlab chiqilgan.V.P.Filatov shox parda chandig'ini markazidan qisman qavatma-qavat 3-4mm va 3-4mm hamma varaqlarini tamomila olib tashlab,o'rniga murdadan olingan va konservatsiya qilingan shox pardadan qo'yib,ko'zning ko'rish qobiliyatini tiklagan,shuningdek chandiqli shox pardaning qoq o'rtasiga sun'iysini qo'yishga muvaffaq bo'lgan. Sklera -oqsil parda. Oqsil parda uch varaqdan iborat:sklera,episklera va qo'ng'ir rang varag'i.Oqsil parda qalin biriktiruvchi to'qimadan tashqil topgani va unda qon tomirlar juda kam bo'lgani uchun yallig'lanish jarayonlari deyarli uchramaydi.

Episklerit.Bu yallig'lanishning asosiy sabablari -tuberkulyoz,kollagenit,zaxm, toksoplazmoz,yengil shikastlanishlardir.Episklerit boshlanganida bemor ko'ziga bir narsa kirganday bo'ladi,kuchsiz og'riq sezadi.Ko'zning tashqari limbidan 3-4mm narida, tashqi segmentida uncha chegaralanmagan do'ppaygan shish va qizarish paydo bo'ladi.Qizarish va shish ko'payib og'riq kuchayadi.Chakka yoki burun atrofida binafsha rang giperemiya paydo bo'ladi.Yallig'lanish jarayoni tuzalgach, o'rni to'q kul rang bo'lib ko'rinadi. Skleritning o'zi juda kam uchraydi.Bunda yallig'lanish ancha shiddatli bo'lib, sklerada bir yoki bir necha infiltrat,shish va giperemiya paydo bo'ladi.Ko'pincha yallig'lanish shox pardaga va tomirli pardaga ham o'tib, bu o'zgarishlar bemor ahvolini og'irlashtiradi.Sklerit va episkleritda oftalmolog vrach huzurida davolanish lozimdir.vaqtida qilingan davo og'ir asoratlarni oldini oladi.

Endoofalmit

O'tkir endoofalmit og'ir asorat hisoblanib, 1:1000 hollarda uchraydi. 50 % hollarda davolash erda davrda boshlanishiga qaramasdan, bemor ko'zi ko'rmay qoladi.

Qo'zg'atuvchilar (uchrash chastotasi tartibida): Staph.yepidermidia, Staph.aureus, Pseudomonas, shtammalari va Proteus shtammalari.

Infeksiya manbaini ko'p hollarda aniqlab bo'lmaydi. Bemor qovoqlari, koi'yunktivasi va ko'z yosh yo'llaridagi tashqi bakterial flora endoofalmit infeksiyasining manbai hisoblanadi. Infeksiyaning boshqa potensial manbalari: bemor kishi bilan kontakda bo'lgan eritmalar va instrumentlar. Bundantashqari jarroh va operatsiya xonasidagiboshqa ishchilar florasini ham tashqi muhit manbalari hisoblanadi.

Profilaktika:

a) stafilokokkli blefarit, kon'yunktivit, dakriotsistit yoki ko'zi protezlangan bemorlarda kontralateral ko'z kosasining yallig'lanishi kabi infeksiyon kasalliklarni operatsiyadan oldin davolash kerak;

b) operatsiyadan oldin teri uchun ishlatiladigan Betadine 10 % li suvli eritmasini fiziologik eritma bilan 1:1 nisbatda aralashtirib. 5% li eritma hosil qilinadi. Hosil bo'lgan eritmani kon'yunktiva bo'shlig'iga tomizilib, eritma ko'z olma yuzasidan tarqalishi uchun shifokor qo'li bilan bemor qovoqlarini harakatga keltiradi. Ko'z atrofidagi teri operatsiyaga tayyorlangandan so'ng ko'z fiziologik eritma bilan yuviladi;

v) Operatsiya maydonini tayyorlash. Operatsiya vaqtida kipriklar va qovoq chetlari operatsion sohaga tegmasligini ta'minlash zarur.

Klinik o'zgarishlar

Klinik o'zgarishlar kasallikning tekshirish vaqtidagi og'irlik darajasiga bog'liq bo'ladi:

Kasallikning og'irlik darajasi:

a) og'ir darajali endoofalmit og'rik, ko'rish qobiliyatining keskin pasayishi, qovoq shishi, xemoz, kon'yunktival infeksiya, shox parda xiralashishi, oldingi kamerada fibrinli eksudatning naydo bo'lishi, gipoion, qizil refleksning aniqlanmasligi va bilvosita oftalmoskopiyada ko'z tubining ko'rinmasligi bilan xarakterlanadi.

b) engil darajasi yoki erda endoofalmit yengil og'rik, gipoionning kam yoki umuman bo'lmasligi va qizil refleksning ma'lum darajada saqlanib qolishi bilan xarakterlanadi.

Katarakta ekstraksiyasi va endoofalmit simptomlariniig boshlanishi orasidagi vaqtni bilish ko'zgatuvchini aniqlashda yordam beradi, masalan: Staph.aureus va gram- manfiy mikroorganizmlar odatda operatsiyadan keyin 1-3 kunda og'ir darajali belgilar bilan namoyon bo'ladi;

b) Staph.yepidermidis operatsiyadan keyin 4-10 kunda nisbatan yengil darajali belgilar bilan namoyon bo'lishi mumkin.

Laboratoriya tahlillari.

1. Kamera suyuqligida va shishasimon tanada ko'zgatuvchini aniqlash diagnozni tasdiklaydi. Ammo mikrobiologik analiz natijalari manfiy bo'lishi infeksiya yo'qligini bildirmaydi. Mikrobiologik analiz uchun material xonasida quyidagicha olinadi:

a) kamera suyuqligini olish uchun shaffof shox parda periferiyasida lezviya bilanqisman qalinlikdagi, qiya kichiq kesim qilinadi. So'ngra tuberkulin shprintsiga biriktirilgan ingichka igna yordamida taxminan 0,1 ml kamera suyuqligi aspiratsiya qilinadi;

.Surunkali endoofalmit

Surunkali og'riksiz endoofalmit virulentligi past bo'lgan mikroorganizmlar kapsula ichiga tushib kolganda rivojlanadi. Surunkali endoofalmitniig eng ko'p uchraydigan ko'zgatuvchilariga Propioni-bacterium acnes va Staph.yepidermidis kiradi. Klinik o'zgarishlar:

a)kasallik kech rivojlanadigan, persistent, yengil darajali yallig'lanish bilan xarakterlanadi. Ba'zan yallig'lanish granulematoz bo'lib, shox pardada «qo'y yogi tomchilari» ko'rinishidagi pretsipitatlar bilan xarakterlanadi.

b)yallig'lanish odatda steroidlar mahalliy qo'llanilganda kamayib boradi.

- v) steroidlarni qo'llash to'xtatilgandan so'ng yallig'lanish ham tez orada qaytalanadi;
- g) orqa kapsulada kattalashuvchi oq dog'ning vujudga kelishi Rg. acnes ko'zg'atuvchisinipg ehtimoliy belgilaridan biri hisoblanadi;
- d) diagnozni tasdiqlash uchun sharsimon tanadan olingan materialni tioglikolli bo'longa ekish kerak.

2 Davolash:

- a) antibiotiklar va steroidlar maxalliy va parabo'lbar in'eksiya shaklida qo'llanilishi mumkin, ammo natija ko'pincha vaqtinchalik bo'ladi;
- b) ko'p hollarda Vancomycin intravitreal yuborilishi talab qilinadi;

Iridotsiklit

Juda ko'p hollarda iritga siliar (kipriksimon) tananing yallig'lanishi qo'shiladi, bu og'rikning va barcha yallig'lanish alomatlarining kuchayishi, pretsipitatlar (shox pardaning orqa yuzasida ekssudatning nuktasimon ko'rinishida yig'ilishi) paydo bo'lishi, shishasimon tananing xiralashishi, ko'z ichida bosimning pasayishi, ko'zning xiralashuvi bilan yuzaga chiqadi. Siliar tana sohasida ko'zga barmoqni qovoqlar orqali tekkizilganda ayniqsa qattiq og'rik paydo bo'lishi xarakterlidir.

Davolash ta'sirida shishasimon tanadagi xiralashish butunlay shimilib ketishi mumkin. Kasallik yomon o'tganda ekssudat yig'iladi, qo'shuvchi to'qima chandiqlari hosil bo'ladi, ular burishib to'r pardaning ko'chib qolishiga sabab bo'lishi mumkin. Ko'z ichida moda almashinuvi buzilishi gavxarning xiralashishiga ko'zning burishib yoki atrofiyalanib qolishiga va ko'rlikka olib keladi. Iridotsiklitlar tez-tez qaytalanishga moyildir, bu hol ko'pincha gavda juda sovqotgandan so'ng ro'y beradi.

Davolash - kasallikning sababiga bog'liq, biroq bu sabablarni aniqlashga va spetsifik davolash o'tkazishga qadar muskul ichiga penitsillin yoki streptomitsin in'eksiya qilishni, sutka bo'yi sulfanilamidlar ichirib turishni buyurish zarur. Chalg'ituvchi terapiya chakkaga zuluk solish, oyoqni issiq suvga solish, surgi dorilar ichish foydalidir. Buyrakda kasallik bo'lmasa kunora 10 ml dan natriy xloridning 10% li eritmasidan vena ichiga quyish bilan osmoterapiya o'tkazish kerak, kurs davomida 10-15 marta quyiladi.

Mahalliy davolash juda katta ahamiyatga ega bo'lib, bu dastavval xar 1 -2 soatda atropin eritmasidan qorachiq kengaygunga qadar tomizib turish keyinchalik uni shu holatda saqlab turish uchun orada ko'proq muddat o'tkazib, shu doridan tomizib turishdan iborat. Atropin eritmasi ta'siri kifoya qilmagan takdirda kon'yuktival xaltaga atropin mazidan yoki hatto quruq atropin bo'lakchasini quyish mumkin. Quruq atropindan foydalanganda preparatning juda tez shimilib ketmasligi va ko'z yoshi yo'li orqali xalqum qizilo'ngach va me'daga o'tib zaharlanish ro'y bermasligi uchun ko'z yoshi xaltasi sohasini barmoq bilan bosib turish kerak. Atropinni boshqa dorilar bilan galma-gal ishlatish, shu jumladan adrenalin eritmasidan subkonyuktival 0,2 ml in'eksiya qilish foydalidir. Hozirgi vaqtda kortizon eritmasidan 3 kunda bir marta 0,2 ml dan subkonyuktival in'eksiya qilish yoki kortizonning 2,5% li eritmasidan kuniga 3-4 marta tomizish muvaffaqiyatli ravishda qo'llanilmokda.

Qorachiqni kengaytiradigan dorilarni qo'llanish yallig'lanishiga qarshi ta'sir ko'rsatadi, yopishish hosil bo'lishiga to'sqinlik qiladi yoki uni yirtadi, ikkilamchi glaukoma kelib chiqishidan saklaydi. Bordi-yu shunday. holat kelib chiqsa atropin o'rniga pilokarpin ishlatish kerak. Ikkilamchi glaukomaning terapevtik davolash yaxshi natija bermagan hollarda operatsiya qilish lozim. Ko'z ichidagi bosimni oshganligini o'z vaqtida aniqlash juda muhimdir, shuning uchun davolash paytida ko'z tonusi holatini ko'zatib turish kerak.

Xorioidit

Bu - ko'zning asl tomirli pardasi yallig'lanishidir. Kasallik og'riqsiz boshlanadi va bemor ko'z oldi jimirlashib, uchayotgan narsalarni ko'rish bilan yuzaga chiqadi, narsalarning shakli o'zgarib ko'rinadi, shuningdek ko'rish o'tkirligi pasayadi.

Xorioiditda oqimtir kulrang va pigmentli ochaglar ko'z tubining markazida ham atrofida ham joylashgan bo'ladi: ochaglar ustidan to'r parda tomirlari o'tgan.

Davolash - kasallikni keltirib chiqargan sababiga ko'ra umumiydir. Dionin eritmasi tomchi holda yoki konyuktiva ostiga mahalliy qo'llaniladi, sil protsesslarida kon'yuktiva ostiga streptomitsin in'eksiya qilinadi yoki uni elektroforez yo'li bilan kiritiladi.

Ko'z gavhari(xrustalik),uveal trakti, to'r pardasi, ko'rish nervi kasalliklari,bemorlarni parvarishlash.Glaukoma(ko'ksuv) kasalligi, hamshira parvarishi.To'r parda. To'r parda optik qismi tomirli parda ustida yotib,uning ichki sathini bekitadi.Ichki tomondan shishasimon tana,tashqi tomondan pigmentli epiteliy hujayralarining mahkam jipslashganligi,ko'z ichki pardalari va to'r pardaning o'z o'rnidan siljimay turishiga imkon beradi, shu tariqa to'r pardaning o'rnidan ko'chishdek og'ir holatdan asraydi.

To'r parda optik qismining nozik gistologik tuzilishiga kelsak, unda 10 qavat tafovut qilinadi.

- 1.Pigmentli epiteliy.
- 2.Tayoqcha va kolbasimon hujayralar varag'i.
- 3.Tashqi glial –chegara membrana.
- 4.Tashqi donachali varaq.
- 5.Tashqi to'rsimon varaq.
- 6.Ichki donachali varaq.
- 7.Ichki to'rsimon.
- 8.Ko'p tolali ganglioz varaq.
- 9.Nerv tolalari varag'i.
- 10.Ichki glial-chegara membrana.

Pigmentli epiteliydan keyingi varaqdagi tayoqchasimon va kolbachasimon hujayralar fotoretseptorlar deyiladi, chunki ular yuqori darajada yorug'likni sezish qobiliyatiga ega. Tayoqchasimon va kolbachasimon hujayralarning tashqi segmentidako'ndalang yotgan juda ko'p disklar ustma-ust bir to'p bo'lib terilibturganligi ma'lum bo'lganHar birtayoqchasimon hujayra tolasi tashqi segmentida disklar oralig'i, 1 diskning o'z bo'shlig'i va ularni o'rab turgan tashqi hujayra membranasi bor.

Disk membranasi oqsil,qand,lipid molekularidan tashkil topib,ular sintezi shu retseptor hujayralari ichida bo'ladi.Kolbachasimon va tayoqchasimon hujayralarda plazmatik membralarning diffuzion yangilanish jarayoni eskirgan molekularning yangisi bilan almashinuvini hisobiga ro'y beradi.O'sha bazal disklar doimo yangilanib eskilari sinib yorilib, pigmentli epiteliy hujayralari tomonidan yutib,yemirilib yuboriladi.Fotoretseptorlardan yorug'lik nuri signalini qabo'l qilib, hujayraning tashqi membranasiga o'tkazib beradigan hujayra ichi mediatori Sa ionlari deb faraz qilinadi. To'r pardaning turli kasalliklarga chalinishiga yangi disklar biogenezi mexanizmining va eskirgan diskarning pigmentli epiteliy tomonidan fagotsitozning buzilishi sabab bo'ladi.

Proliferativ diabetik angioretinopatiya.

Proliferatsiyadan paydo bo'lgan biriktiruvchi to'qimalar taranglashib, retraksion tortilish natijasida to'r pardada teshik va yirtiq paydo bo'lib, ulardan parda ostiga suyuqlik o'tib, retinani o'rnidan ko'chirib, uning pigment varag'idan ajratadi.Bu esa juda og'ir asoratdir.

Davosi.Retabolil bemor qonida qand ,xolesterin va V-lipoproteidlar miqdorini kamaytiradi,minerallar almashinuvini yaxshilaydi.

Uglevod almashinuvini tartibga solib, to'qimalardagi modda yaxshilash almashinuvini uchun askorbin kislotasining 5% li eritmasidan 2ml dan 20-25 marta yuborish kerak. Qon tomirlar devorining o'tkazuvchanligini yaxshilash uchun kuniga 2tabl 2 marta 0.25 g doksium va 1tabl kuniga 2 marta 0.25g ditsinonni 1-2 oy davomida ichish kerak. Fermentlardan fibrinolizin, lidaza esa ko'zga quyilgan qonni suyultiradi.Qon tomirlarini kengaytirish uchun galidor,trental,komplamin tabletkalaridan, biologik jarayonlarni yaxshilash uchun V gruppasidan V1,V12,V6 ,vit RR va boshqalar bir yilda bir marta qo'llaniladi.

To'r pardaning o'rnidan ko'chishi.

Bu patologiya paydo bo'lish sabablariga ko'ra birlamchi va ikkilamchi bo'ladi.

Birlamchi patologiyasining paydo bo'lishi to'rt pardaning pigment epiteliysidan ajralib ko'chishi, ular orasida bo'shliq paydo bo'lib, u yerda suv yig'ilishi bilan xarakterlanadi.

To'rt pardaning birlamchi seroz ablatsiyasining bolanishidan oldin bemorning ko'zi oldida yorug' nuqtalarning jimirlashi, yaltirashi (fotopsiya) ko'zatladi. Bu ayniqsa ko'rish maydonining biroz vaqt o'tgach, uning pastki burun tomonidan qorong'ilik yoki qora parda surilib kelganga o'xshab turadi.

Davolashda operatsiya usuli qo'llaniladi.

O'tkir xorioretinit

O'tkir xorioretinitlar mikroblarning organizmdagi boshqa bir og'ir o'tkir yallig'langan a'zosidan qon orqali ko'zga tushishi natijasida paydo bo'ladi. Shuning uchun bu o'tkir, shiddatli ("metastazli oftalmiya") deyiladi. Bu yallig'lanish yiringli bo'lib, odatda bemorning umumiy ahvoli og'ir, isitmasi baland bo'ladi, zotiljam, yiringli osteomielit, endometrit, tomoq, tish va boshqalar yallig'lanishi natijasida yuqadi.

Uveitlar.

Uveitlarning paydo bo'lish sabablariga qarab simptomatik yallig'lanish boshlanishi bilan juda tez dori-darmonlar berib davolansa, bemor tuzaladi. Bunda kuchli antibiotiklar, kortikosteroidlardan tizim bilan parabo'lbar yuborib, Filatov zardoblaridan foydalanish zarur. Og'ir o'tgan uveitlar oqibatda katarakta, ikkilamchi glaukoma va ko'z pardalarida chandiq paydo bo'lishi natijasida og'ir asoratlar – to'rt pardaning o'z o'rnidan siljib ko'chishi, ko'rish nervining yallig'lanishi paydo bo'ladi.

Ko'ruv nervi kasalliklari.

Ko'ruv nervi – bu nerv to'rt pardaning 8 chi varag'i tashkil qilgan ko'p tolali ganglioz hujayralarning akson 9 chi nerv tolalaridan tashkil topadi. Bu akson nerv tolalar to'rt parda sathining hamma tomonidan yig'ilib kelib, oqsil pardadagi dumaloq teshikchaning ichki g'alvirsimon sathidan o'tadigan joyida ko'ruv nervi diskini hosil qilishdan oldin mielin pardasi bilan qoplanadi.

Ko'ruv nervining yallig'lanish patologiyasi.

Ko'ruv nervining yallig'lanishi-nevritlar 2 xil klinik ko'rinishda bo'ladi.

1. Ko'ruv nervi diskining yallig'lanishida ko'zning tubida oftalmoskopik o'zgarishlar aniq ko'rinib turadi.

2. Retrobo'lbar nevritda esa ko'z tubida oftalmoskopik o'zgarishlar bo'lmaydi va patologik jarayon asosan nervning ko'z kosasi ichida joylashgan qismida ko'zatladi va bunda nervning markaziy aksial tolalari tutami zararlanadi.

Papillit ko'ruv nervi diskining biroz shishuvi, qirralarining noaniqligi, arteriya-venalarning kengayishi, diskning normadagi oq-pushti tiniqligi yo'qolib, biroz notekis qizarishi bilan ifodalanadi. Ba'zida mayda qizil va oq nuqtalar paydo bo'lishi mumkin.

Papillonevrit ko'zning ko'rish faoliyati- markaziy ko'ruvning tez pasayishi va ko'ruv maydonining konsentrik torayishi bilan xarakterlanadi.

Ko'ruv nervi atrofiyasi

Ko'ruv nervining atrofiyasi 2 xil bo'ladi. Papillonevritdan keyingi atrofiya yuqoriga suriladigan, retrobo'lbar nevritdan keyingi atrofiya pastga tushadigan atrofiya deyiladi. Bo'lar ikkilamchi atrofiyalardir. Toksinlar va zaharlovchi moddalar ta'sirida bo'ladigan atrofiya- birlamchi atrofiya deyiladi.

Nevritni davolash

Nevritni davolash uchun zudlik bilan kuchli antibiotiklarning katta dozasini parenteral yoki tomirlar ichiga jo'nati, sulfanilamidlarni ichirish, kortikosteroidlarini ham qo'llash zarur. Lozim topilsa, operativ davolash qilinadi.

Ko'z gavhari patologiyasi.

Ko'z gavhari aylana shaklidagi, ikki sathi bo'rtiq linzani eslatadi. Ko'z gavhari qorachiqning orqasida joylashgan bo'lib, kipriksimon tanadan chiqib, ko'p sonli juda nozik sinn boylamlari uning ekvatoriga kelib yopishadi va o'z o'rnida ushlab turadi.

Gavharning oldi va otqasi sathi va o'ziga xos oldingi va orqa kapsulasi bor. Ularning bir-biriga o'tish chegarasi ekvator deyiladi. Gavhar ikki sathining qoq o'rtasi, uning oldingi va orqa qutblari hisoblanadi. Bu qutblar o'rtasidan o'tadigan chiziq gavharning o'qi deb ataladi. Ko'z gavharida qon tomirlar yo'q, Shuning uchun unda moddalar almashinuvi ko'z ichi suyuqligidagi eng sifatli moddalar hisobidan bo'ladi.

Gavharning loyqalanishi katarakta deyiladi. Katarakta tug'ma va orttirilgan bo'ladi. Tug'ma kataraktalar – tug'ma kataraktalarda loyqalanishning qaysi qismga taalluqligiga qarab oldingi va orqa qutb kataraktasi, kortikal katarakta, qavatma-qavat katarakta, qobiq kataraktast va to'liq katarakta deyiladi.

Tug'ma kataraktaning o'ziga xos 3 asosiy belgisi bor:

1. Ikkala ko'zda baravar paydo bo'ladi.
2. Konsistensiyasi yumshoq bo'ladi.
3. Loyqalanish avj olmay bir xilda turadi.

Hayotda orttirilgan kataraktalarga quyidagilar kiradi:

1. Qarilik kataraktasi.
2. Asoratli katarakta.
3. Travmatik katarakta.
4. Nurlar ta'sirida yuzaga kelgan katarakta.
5. Ikkilamchi katarakta.

Kataraktaning klinik ko'rinishi ko'z ko'rish qobiliyatining kamayib borishi va butunlay yo'qolishi, gavhar biomikroskop bilan tekshirilganda loyqalanish nuqtalari aniqlanadi.

Davosi operativ usuldir. Davo qancha erta boshlansa, natija shunchalik yaxshi bo'ladi.

Glaukoma

Glaukoma - grekcha "Glaucos" so'zidan olingan bo'lib, bu suz yashil demakdir. Gippokrat bu kasallikda xurujdan keyin bemor ko'zi qorachig'ining rangiga qarab undagi ko'kimtir rangini ko'rib bu kasalga glaukoma nomini bergan. Glaukomada ko'z ichi bosimi normasidan ko'tarilib ketadi.

Glaukoma 3 xil bo'ladi:

Tug'ma glaukoma

Birlamchi glaukoma

Ikkilamchi glaukoma

Birlamchi glaukoma asosan 2 xil klinik shaklda ko'zatiladi:

Ochiq burchakli glaukoma

Yopiq burchakli glaukoma

Yopiq burchakli glaukomada klinik ko'rinishda o'tkir xuruj ko'zatiladi. Glaukomaning o'tkir xuruji asosida qorachiqning yuqorida ko'rsatib o'tilgan funksional blok yotadi. O'tkir xuruj keskin paydo bo'lib uning boshlanishiga bemorning uzoq vakt qorung'ulikda bo'lishi, qo'rqishi, dori darmonlar bilan qorachiqni kengaytirishi sabab bo'ladi.

Bemordagi o'tkir xurujining birinchi belgisi kattik og'riq bo'lib, bu og'riq ko'zni va boshning shu tomonidagi yarimini kamrab oladi, ko'z oldi korongilashib, yorug'lik manbaiga qaralganda kamalak rangli chambar paydo bo'ladi. Ko'z qizaradi, bosib ko'rilganda ikkinchi sog'lom ko'zga nisbatan qattiqroq bo'ladi. Old kamera sayozlanadi, qorachiq kengayaadi, yorug'lik tushirganda reaksiya bermaydi - toraymaydi. Bemorning ko'ngli aynib qusgisi keladi. Ko'z ichi bosimining normasi simob ustuni hisobida 16-26 mmdan bir oz ko'tarilgan, pog'onasida u 27 mm dan 32 mm gacha boradi va juda yuqori pog'onasida 33 mm dan ham oshib ketadi. Kasallikning xurujida u simob ustuni hisobida 50-60 mm gacha ko'tariladi. Birlamchi glaukomaning yopiq burchakli turini dori- darmonlar bilan davolash ko'z ichi suyuqligining oqib chiqishini yaxshilash uchun qo'llaniladi. Yopik burchakli glaukomaning davolashda ko'zga xolinomimetik

guruhga mansub dorilardan 1-4 % pilokarpin, 0,5-1 % karboxolin, 2-5 % atseklidin, 0,01 % frminlardan tomiziladi. Xolinomimetik dori - pilokarpin gidrpoxloridning 1 % li eritmasidan kuniga 2-3 martadan 6 martagacha tomiziladi. Bu dori ko'z ichi bosimini pasaytiradi. Ezerin 0,25% li, prozerin 0,5 % li, fosfakol 0,2 % li va 0,1 - 1 % li tosmilen eritmalaridan 6 martagacha tomiziladi.

0,1 % li adrenalin, 1 % li mezotonlar tomchi va applikasiya ko'rinishida qo'llaniladi.

Simpotikotrop dorilardan 0,125 - 0,25 % li klofelin yoki arutimolham yaxshi natija beradi. Ko'z ichi suyuqligini ishlanib chiqishini susaytirish uchun diakarb yoki fonuritdan bir kunda 1-4 marta ichadi. Xuruj vaqtida ko'z ichi bosimini tushirish faqat ko'zga dori tomizish bilan chegaralanmay, umumiy dori-darmonlardan 25 % magneziya sulfat eritmasidan, glitserinning yarim stakan suvdagi 1:1 eritmasi 50-70 gr, og'riqsizlantirish uchun analgin, dimedroltabletkasidan ichirish, glyukozaning 40 % eritmasi askorb. kislotasi bilan birga «V» vitlardan ham foydalaniladi. Chakkaga zuluk solish va bemor oyoqlarining issiq suvga solib o'tirishi qam bosimni pasaytiradi.

Avvalo nerv sistemasini ehtiyot qilish, mexnat bilan dam olishni to'g'ri tashkil qilish, parhez ovkatlanish (sho'r, achchiq, juda yog'lik, qovurilgan go'sht yemaslik) kerak, spirtli ichimliklar ichmaslik, qorong'u uyda o'tirmaslik, qora ko'zoynak tutmaslik, aksincha ko'proq yorug'likdan foydalanish kerak. Ko'k choyni sutkasiga 1 litrgacha ichish mumkin. Kofe umuman ichmaslik kerak. Sut, qatiq, ho'l meva, oshqovoq, karam lavlagilarni ko'proq iste'mol qilish kerak.

Ko'rish a'zolari va uning qo'shimcha qismlarining jarohatlanishida shoshilinch yordam ko'rsatish. Ko'rish a'zolari va uning qo'shimcha qismlari o'smalari, bemorlarni parvarishlash.

Ko'z a'zosini shikastlanishi ozor topgan o'rniga qarab

2 xil bo'ladi: 1) ko'zning yordamchi qismlarining zararlanishi;

2) ko'z soqqasi va ko'ruv nervining zaralanishi;

Mexanik shikastlanish to'mtoq buyumlar ta'sirida, urilganda sodir bo'ladi, yaralanish o'tkir uchli buyumlar ta'sirida yuzaga keladi.

Termik va kimyoviy o'yuvchi moddalar ta'sirida ko'z va uning yordamchi qismlari kuyishi mumkin. Kimyoviy moddalar ichida ishqoriy xususiyatga ega bo'lganlari kislotaga nisbatan kuchliroq va chuqurroq kuydiradi.

Elektrooftalmiya- ko'zning ultrabinafsha nurlar ta'sirida kuyishidir.

Toksik moddalar – zaharli kimyoviy moddalar, gerbitsidlar va tarkibida qo'rg'oshin tutuvchi moddalar bevosita ko'zga tushishi, kon'yuktiva va shox pardaning yallig'lanishiga sabab bo'lishi mumkin.

Ko'z yordamchi qismlarining shikastlanishi.

Qovoq va kon'yuktiva yirilganda birinchi 0,5% dikain eritmasi tomizilib, 3-marta furatsilin 1:500 eritmasi bilan tozalab yuvilib levomitsetin 0,25% li tomizilib stasionarga jo'natiladi.

Ko'z olmasini teshib o'tuvchi va teshib o'tmagan jarohatlari bo'ladi. Bundan tashqari shox pardaga va kon'yuktivaga yot jismlari tushishi mumkin. Bunda bemor ko'zimga bir narsa tushdi degan shikoyat bilan shifokorga murojaat qiladi, ko'zga qum tiqilgandek og'riq sezadi, ko'zi yoshlanib, ya'ni ocholmaydi. Qovoqlarini ag'darib yondan yoritib lampa yordamida ko'rilganda konyuktiva o'tuvchi burmasida yoki shox parda yuzasida yot jism borligini ko'rish mumkin. Ko'zga 0,5% dikain eritmasi tomizilib, streil nam paxta tayoqchasi bilan artib chiqariladi. Agar yot jism to'qimalar ichiga chuqurroq kirgan bo'lsa, maxsus igna yoki oddiy shprints ignasi, magnit yordamida chiqarib olinadi va ko'zga 30% li sulfatsil natiy eritmasi yoki 0,25% li levomitsitin tomchisi tomizib turiladi. Agar shox pardadan yot jism olinganda eroziya paydo bo'lsa, 1 % li antibiotik malhami xam qo'yilib, ko'zni 2-soatga bog'lab qo'yiladi. Agar ko'z qichisa, yoshlansa va og'riq kuchaysa bemorni yotib davolanish uchun shifoxonaga jo'natiladi.

Ko'z soxasining teshib kirgan jarohatlari.

Jarohat shunday qaraganda ko'z olmasi butunligi yo'qolganligi ma'lum bo'ladi. Jarohat o'rniga qarab shox parda jarohati, sklerani teshib o'tuvchi jarohatlar bo'ladi. Har qanday jarohatda shishasimon tana, rangdor tana yoki ko'zning boshqa qismi shikastlanmasin,

jarohatlangan ko'zga 05% li dikain eritmasi tomizilib, ko'zga Baltin indikator kiritiladi. Bunda shox parda indikatorning katta teshigida bo'lishi va indikator katta qo'rg'oshinli nuqtalari soat 6,9,12,15 ga to'g'rilanib, oldindan va yonboshdan ikkita rentgen surati olinadi.

Maxsus jadval yordamida yot jismning ko'zning qaysi meridianida, ko'zning anatomik o'qidan qancha uzoqlikda va limbdan necha mm chuqurlikda joylashgani aniqlanadi. Agar bemor ko'zidagi yarada, ko'z ichida yot jism topilmasa, yaraga zich tugunchali chok qo'yib berkitiladi, chokning ipi ipak, kapron, alkon yoki supramiddan tayyorlangan bo'lishi kerak.

Kuyishlar

Ko'z soqqasi va yordamchi qismlarini kuyishi quyidagicha bo'ladi:

Termikkuyish: issiqdan kuyish

Ximik kuyish: ishqorlar bilan

Fizik kuyish: nurlar ta'sirida

Kuyish 4-bosqichda bo'ladi.

1-Qovoq terisi qizaradi, konyuktiva oqarib so'ng qizaradi Ko'zdan yallig'li suyuqlik ajraladi.

2-Qovoq terisida shish, qizarish va pufakchalar hosil bo'ladi, ba'zi qismida qon quyiladi. Shox parda xiralashib, lampada ko'rilganda dessement qavatining g'ijimlanganini ko'rish mumkin.

3-To'qimalarda nekroz paydo bo'ladi, shox parda chinnisimon oqarib xiralashadi.

4-To'qimalarning to'liq nekrozi (o'lishi) shox pardaning erib ketishi oldingi qatoriga yiring to'planishi (gipopion) agar ikkilamchi infeksiya qo'shilsa, endoftalmit yoki panoftalmit bo'lishi mumkin. Ko'z yengil darajada kuyganda ambulatoriyada davolanadi. Ko'zga dezinfeksion va moyli tomchilari tomiziladi. 05% dikain eritmasi, gidrokortizon mazi qo'yiladi.

Ko'z kimyoviy moddalar ta'sirida kuyganda tez yordam ko'rsatiladi. Bunda suvning kuchli oqimi yordamida uzoq vaqt chayish kerak, so'ngra ko'zga 0,5%-li dikamin tomizib qovoqlarini ag'darib kimyoviy modda qoldiqlarini tozalanadi. Kimyoviy moddalar kuydirish kuchini cheklashmoq maqsadida ishqor modda bilan kuyganda 2-4%-li borat kislotalar bilan chayish kerak.

Anilin bo'yog'idan kuyganda askarbin kislotasi 5% eritmasiga chayish va konyuktiva ostiga yuboriladi. 10%-li tiosulfat natriy eritmasida chayish yaxshi natija beradi.

Ko'z o'rta va og'ir kuyganda shifoxonada davolanadi, ko'z 30 %-li alb 0,25%-li levomitsetin, vitamin tomchilari, 0,01%-li sitral eritmasini 1%-li xinin tomchilari 3-6 marta tomizib turiladi. 1%-li tetratsiklin mazi qo'yiladi. Bemor qonidan olib kon'yuktiva ostiga kiritilishi va tomizib turish xam ma'kul. Kuyishdagi umumiy yordam. Bemorlarga muskul orasiga og'riqsizlantiruvchi dorilar quyish, 3-4 darajali kuyishda qo'shimcha muskul orasiga antibiotik va qoqsholga qarshi zardob yuborish va tezda shifoxonaga yotqizish kerak.

Ko'z shikastlanishini oldini olish.

Ko'ruv a'zosini shikastlanishini oldini olishda sanoat korxonalarida ishlash uchun ishchi kadrlarni ko'rish faoliyatini hisobga olib, kasb tanlash, ish texnika xafsizligiga to'la rioya etish zarur.

Ishchi va xizmatchilarni ishga kirishdan oldin texnika xafsizligi qoidalari bilan to'liq tanishtirish kerak. Ishchi va xizmatchilarni muntazam ravishda ko'zini ko'rikdan o'tkazib turish kerak. Bolalar orasida tarbiyani kuchaytirish, zararli va xavfli o'yinlarni taqiqlash va uyushgan foydali o'yinlarga chek qo'yish ko'zni shikastlanishlaridan saqlaydigan asosiy vazifalardan hisoblanadi.

Ko'ruv a'zolari jarohatlari va ularga birinchi yordam. Ko'ruv a'zosini va ayniqsa ko'z sohasini shikastlanishi inson uchun og'ir musibatdir, chunki ko'zning nozik pardalaridan qaysi biri shikastlanmasin, bu kishidan katta noqulaylik, qattiq og'riq beradi va ruxiy ozor yetkazadi. Ikkinchidan bu xar xil ko'rinishidagi yomon asorat darajasiga olib boradi. Bunday noxush hodisalar ko'zi shikastlangan kishining mehnat faoliyatiga salbiy ta'sir qiladi. Shuning uchun ko'zshikastlanishining oldini olish uchun shikastlanishi sodir bo'lganda tezlik bilan birinchi yordam ko'rsatib, bemorni ko'z mutaxassisiga yuborish tibbiyot xodimlarining muqaddas vazifasi hisoblanadi.

G'ilylik va ambliopiya, hamshira parvarishi. Ko'z kasalliklarida dori vositalarini qo'llash. Oftalmologiyada bunday patologiya ko'z soqqasining noto'g'ri o'rnashishi, ko'zning burun va chakka tomonga harakatlanishi konvergensiya va divergensiya jarayonining o'zgarishi hamda ko'z soqqasi harakatining cheklanishidan iborat. Bu patologiya odatda g'ilylikka olib boradi va bunda ko'zlardan biri o'rtadagi ko'rinib turgan nuqtadan yonlanib uzoqlashadi. Natijada ko'zlarning hamkorlikda baravar ko'rishidek asosiy vazifasi buziladi. Baravar ko'rishining tuzilishi g'ilylikning asosiy belgisi hisoblanadi, bu diagnoz qo'yishda katta rol o'ynaydi.

G'ilylik – ko'z soqqasining qiyshiq o'rnashuvi. Bunda bir ko'z qorachig'i ko'rilayotgan narsaga tikilgan, ikkinchisi esa o'sha narsadan burun yoki chakka tomonga og'gan bo'ladi. Ba'zan ikkala ko'z bir vaqtda burun yoki chakka tomonga og'adi, kamdan-kam ko'zlardan biri pastga yoki yuqoriga og'ishi ham mumkin. Bunday g'ilyliklarning birinchi ko'rinishida gorizontal, ikkinchi ko'rinishida esa vertikal yo'nalishdagi diplopiya paydo bo'ladi, bu g'ilylikning asosiy belgilaridan biridir.

Shu asosda ko'z tashqi muskullari mutanosib harakatlanib, ko'zlar uzoqqa nazar tashlagan paytida ularning ko'rish chiziqlari paralellashib, ko'zlar yaqinga tikilganda esa ularning ko'rish nuqtasi yaqinlashib, hattoki ikkala ko'zdan biri bir oz sun'iy og'ibroq yonlashgan taqdirda ham chiziqlar kesishib bir nuqtada joylashib tura oladi. Tashqi muskullar hamkorligining bu holati ortoforiya deyiladi.

Ba'zan muskullarning hamkorligi bir oz buzilganda ulardan biri hamkorlikdan (chiqib ko'zni oldini taxtacha bilan to'sganda ham buni kuzatish mumkin) o'sha ko'z qaysidir bir boshqa tomonga bir oz og'ishi mumkin. Bunday holat geteroforiya yoki yashirin g'ilylik deyiladi.

Bir narsaga qarab turgan odamning ko'zlaridan biri to'silib qolsa (yoki taxtacha bilan), ko'pincha uning ko'rish o'qi tashqiriga og'ishi mumkin, bu ekzoforiya, o'qning ichkariga og'ishi ezoforiya, juda kamdan – kam hollarda yuqoriga og'ishi giperforiya va pastga og'ishi gipoforiya deb ataladi. Ko'z g'ilyligining bu og'ir darajasi graduslar yordamda aniqlanadi. Ko'z ezoforiyaga o'tganda uning uzoqdagi narsadan yaqinga qaraganda og'ish darajasi normadan ortiqroq bo'ladi. G'ilylikning yana bir turi – soxta g'ilylik; bunda ko'zning optik o'qi (shox parda markazi bilan gavxar o'rtasida joylashgan tugunli nuqta orasidagi o'q) bilan ko'rish o'qi (sariq dog' o'rtasidagi markaziy chuqurchadan kelib, tugunli nuqtadan o'tgan va ko'z ko'rib turgan nuqta o'rtasidagi yotgan chiziq) o'rtasida doimo 3 – 4 ga teng burchak paydo bo'ladi. Agar shu burchak kattalashib, 10 gacha borsa, shox parda sathining markazlari o'rtadan bir oz chetlashib, ko'zlar g'ilyga o'xshashi mumkin, lekin bunday ko'zlarda baravar ko'rish faoliyati saqlangan bo'lsa g'ilylik va narsalarning ikkita bo'lib ko'rinishi kuzatilmaydi. Shuning uchun bu g'ilylik soxta deyilib, haqiqiy, yaqqol ko'rinib turgan g'ilylikdan farqlanadi. G'ilylikning yana bir asosiy turi – aniq ifodalangan g'ilylik bo'lib, u hamkorlikdagi g'ilylik va falajlik g'ilyligi deb ataladi. Hamkorlikdagi g'ilylik – bu ikkilamchi darajali nuqson bo'lib, uning asosiy sabablari – baravar ko'rishning yo'qligi yoki unga putur yetishidir.

Yig'uvchi hamkor g'ilylik – bunda ikkala ko'z burun tomonga yondoshib og'adi.

Tarqaluvchi hamkor g'ilylik – bunda ko'zlar ikki chakka tomonga yondoshib og'adi.

Ambliopiya – bu retseptor va ko'ruv nervi yo'llarining anatomik o'zgarishlarisiz ko'rish o'tkirligining pasayishidir. Bunga ilk bolalik davrida ko'z markaziy ko'rishining takomillanish vaqtida to'r parda sariq dog'ida tasvir aksining juda noaniq shakl topishi yoki ko'z optik tizimida biror o'zgarish natijasida tasvirning shakl topmasligi sabab bo'ladi. Ambliopiyani davolash asosan uning refraksiya kelib chiqishini tuzatishga yo'naltiriladi. Falaj g'ilylik – ko'zni harakatga keltiruvchi xar bir muskulning aktiv faoliyatini ta'minlaydigan qo'zg'atuvchi nervlardan birining chala (parez) yoki to'liq falajlanishi natijasida falaj g'ilylik vujudga keladi. Nistagm. Ko'z tashqi muskullarining qisqarish natijasida ko'z soqqasining beixtiyor tebranish harakati nistagm deyiladi.

Optik nistagm tashqi muhit aksining ko'z sariq dog'i sohasida joylasholmaganidan va bu jarayon uchun ko'zda stimulyo'qligidan vujudga keladi. Optik nistagmni tuzatish juda qiyin va amrimahol edi. Lekin Avetisov taklif qilgan yangi usul yaxshi naf bermoqda.

Ko'z kasalliklarida dori vositalarini qo'llash.

Ko'z kasalliklarini davolash uchun qo'llaniladigan dori –darmonlarni nafaqat mutaxassis oftalmologdar,balki hamma umumiy shifokorlar bilishlari maqsadga muvofiqdir.Chunki ko'pincha umumiy, butun organizmi o'tkir yoki surunkali kasalliklardan azob chekayotgan bemorlarning nafaqat ichki a'zolari, baxtga qarshi ko'rish a'zolari ham zararlanadi.Bunday bemorlar ko'zining kasallanganligi haqidagi shikoyatlarni ko'pincha avvalo umumiy shifokorlar eshitadilar. Ko'z kasalliklarini davolash birinchi navbatda bemorning ko'z tirqishiga dori tomizishdan boshlanadi.Ko'zga tomiziladigan dorilar esa turli yo'nalishda ta'sir ko'rsatadigan bo'ladi. Bular og'riqsizlantiruvchi, anesteziyalash,mikroblarga qarshi dezinfeksiyalovchi,ko'z qorachig'ini toraytiruvchi,patologik jarayonda paydo bo'ladigan eardob va yiringlarni so'riltiruvchi,ko'z pardalariga quvvat beruvchi dorilar-vitamin va fermentlardir.

Mahalliy anestetiklar

Mahalliy anestetiklardan asosan dikain diagnostika va terapevtik muoljalarda,tonometriya,gonioskopiya paytida yoki operatsiyadan keyingi iplarni olib tashlash,kon'yuktivadan qirib olib diagnostik tekshirish va kon'yuktiva va shox pardadagi kichik jarrohliklar paytida ishlatiladi.Bunda dikainning 0.5 %li eritmasi,elektrooftalmiyani tekshirib davolashda 1%li eritmasi ishlatiladi.

Novokain 5%li eritmasi kon'yuktiva bo'shlig'iga tomiziladi.0.25-2%li eritmasi infiltratsion anesteziya uchun ishlatiladi.

Trimekain 2-5%li eritmasi ko'z tomchisi sifatida ishlatiladi.

Midriatiklar va sikloplegiklar.

Midriatiklar va sikloplegiklar qorachiqni kengaytiruvchi vositalardir, sikloplegiklar esa bunga qo'shimcha ravishda akkomodatsiyani falajlantiradi.Bularga neosinefrin 2.5 -10%li eritmalari tomchi shaklida,atropin sulfat 0.1 -1%li eritmalari,skopolamin 0.25%li eritmasi,gomatropin 2-5%li eritmalari kiradi.

Glaukomaning davolashda ishlatiladigan dorilar.

Glaukomadek murakkab va og'ir kasallikni davolash uchun dorilar konsentratsiyasi va tomizish tartibini albatta ko'z ichi bosimi holatini nazarda tutib, har bir bemorga individual rejalashtirish kerakShu jarayonda ko'z ichi bosimini optimal darajada saqlab turadigan va ko'ruv nervi diski holatini saqlash uchun miotiklarning eng kichik dozalari tavsiya qilinadi.Bularga pilokarpin 0.25%,0.5%,8%,10%li eritmalari va 4%li geli,karbaxolin 0.75%,1.5%,2.25%,3%li eritmalari,fizostigmin salitsilat(ezerin) 0.25%,0.5% li eritmalari va 0.25%li malg'am dorisi kiradi.

Beta- adrenoblokatorlar

Bularga timolol maleat0.25%li,0.5%li eritmalari va betoptik 0.25%li,0.5%li eritmalari kiradi.

Karbongidraza ingibitorlari

Bunga diakarb tabletkalari 125mg va 250mg li kiradi.

Osmotik diuretiklar

Bularga glitserin (1ml da 1,25g eritma ichi shga),mochevinaning 30%li liofillangan eritmalari kiradi.

Ko'zga tomiziladigan mahalliy kortikosteroidlar

Mahalliy kortikosteroidlar ko'z soqqasi oldingi segmentining yallig'lanish jarayonlarida qo'llaniladi(allergik kon'yuktivit,uveit, episklerit,sklerit,yuzaki nuqtali keratit,bahorggi kon'yuktivit).Prednizolon gidrokortizonga nisbatan 4 baravar. ta'sirchan.Davolash muddati bir necha kundan bir necha oygacha.Bularga gidrokortizon 1%li susp. va 0.5%li mazi, prednizolon 0.125%li susp,deksametazon 0.1% li eritmasi kiradi.

Infeksiyaga qarshi ko'zga ishlatiladigan dori-darmonlar.

Bularga gentamitsin, kefzol, amfoteritsin, eritromitsin, neomitsin, polimiksin V lar kiradi(vena ichiga, ko'zga tomizishga, malham dorilar tarkibida)

Umumiy antibiotiklardan tayyorlangan mahalliy dorilar.

Bularga siprofloksan, teratsiklin, gentamitsin, xloramfenikol, siprofloksatsin, sulfaniamidlar, sulfatsil natriy, natamitsin, nistatin, amfoteritsin, atsiklovir kiradi. Bular har xil tarkibda murakkab aralashmalar, suspenziyalar va mazlar shaklida ishlatiladi.

Sun'iy gavhar qo'yish, bemorlarni parvarishlash. Ko'z kasalliklari kasalxonasi va poliklinikada ko'z kasalliklari xonasi hamshirasining faoliyati.

Sun'iy ko'z qo'yishga ko'rsatmalar asosan ko'z soqqasi jarohatlarida, o'sma kasalliklarida buyuriladi. Sun'iy ko'z saqlanib qolgan ko'z rangiga qarab tanlab qo'yiladi. Sun'iy ko'z faqat kosmetik ko'rinish berishi uchungina qo'yiladi. Sun'iy ko'zda ko'rish funksiyasi mavjud emas. Sun'iy ko'z maxsus materialdan tayyorlanadi. U har xil ko'rinishda va ranglarda bo'lishi mumkin.

Sun'iy gavhar qo'yishga ko'rsatmalar asosan kataraktalarda buyuriladi.

Bularga qarilik kataraktasi, gavharning travmatik shikastlanishi, ko'zni birdan ko'rmay qolishi, ko'zning kimyoviy kuyishi va boshqalar kiradi.

Sun'iy gavharning tuzilishi va rangi har xil bo'lishi mumkin. Hozirgi zamonaviy ta'limotga ko'ra ko'z gavhari faqatgina ko'rishni yaxshilash uchun emas, balki kosmetik ko'rinish uchun ham qo'yiladi.

Atamalar

1. **Ko'rish a'zosi** – tashqi muhitdagi tasvirni qabul qiluvchi organ.
2. **Kon'yunktiva** – ko'zning shilliq pardasi.
3. **Blefarit** – ko'z qovoqlarining yallig'lanishi.
4. **Keratit** – shox pardaning yallig'lanishi.
5. **Katarakta** – ko'z gavharining xiralashishi.
6. **Glaukoma** – ko'z ichki bosimi oshishi bilan kechadigan kasallik.
7. **Dakriotsistit** – ko'z yoshi qopchasining yallig'lanishi.
8. **Astigmatizm** – ko'zning nur sinishi buzilishi.
9. **Miopiya** – yaqinni yaxshi, uzoqni yomon ko'rish.
10. **Gipermetropiya** – uzoqni yaxshi, yaqinni yomon ko'rish.

”Akvarium” usuli.

Akvariumga baliqchalar joylashtiriladi. O'tilgan mavzu bo'yicha savollar stikkerga yoziladi va ularga yopishtiriladi. Tinglovchilar bittadan baliqchani olishadi va unga yozilgan savolga javob berishadi.

(Yangi mavzuni mustahkamlash uchun qo'llaniladi). Quyida “**Ko'rish a'zolari va ko'zning qo'shimcha qismlari kasalliklari haqida umumiy tushuncha**” mavzusiga kerakli materiallar keltirilgan.

NAZORAT SAVOLLARI

1. Ko'zlarning anatomiyasi va fiziologiyasi deganda nimani tushunasiz?
2. Ko'z ichki pardalarining tuzilishi tushuntiring.
3. Ko'rish maydonini aniqlash qanday bajariladi.
4. Ko'rish o'tkirligini aniqlash qaysi jadvalda aniqlanadi?
5. Ko'rish a'zosi qanday qismlardan tashkil topgan?

6. Ko'zning qo'shimcha qismlariga nimalar kiradi?
7. Ko'z qovoqlari kasalliklariga misollar keltiring.
8. Kon'yunktivit qanday sabablarga ko'ra paydo bo'ladi?
9. Ko'z kasalliklarining oldini olish uchun qanday choralar ko'riladi?

1. Test savollari

1. Ko'zning asosiy ko'rish qismi qaysi?
A) Shox parda
B) To'r parda
C) Qovoq
D) Ko'z yoshi bezi
To'g'ri javob: B
2. Ko'z qovoqlarining yallig'lanishi qanday ataladi?
A) Blefarit
B) Katarakta
C) Glaukoma
D) Kon'yunktivit
To'g'ri javob: A
3. Ko'zning shilliq pardasi yallig'lanishi nima deyiladi?
A) Keratit
B) Kon'yunktivit
C) Glaukoma
D) Katarakta
To'g'ri javob: B
4. Ko'z ichki bosimi oshishi bilan kechadigan kasallik qaysi?
A) Katarakta
B) Astigmatizm
C) Glaukoma
D) Blefarit
To'g'ri javob: C
5. Ko'z gavharining xiralashishi qanday kasallik hisoblanadi?
A) Keratit
B) Katarakta
C) Kon'yunktivit
D) Blefarit
To'g'ri javob: B
6. Ko'z yoshi bezining yallig'lanishi nima deyiladi?
A) Dakriotsistit
B) Keratit
C) Glaukoma
D) Katarakta
To'g'ri javob: A

VAZIYATLI MASALA

Vrach-oftalmolog huzuriga yosh ona qo'lida 3 yashar bolasi bilan tashrif buyurdi va bolasi ranglarga befarq ekanligidan shikoyat qildi.
Sizning taktikangiz?

Foydalaniladigan adabiyotlar:

- 1."Koʻz kasalliklari",M.hamidova,Z.Boltaeva. T-1996y
2. "Hamshiralik ishi protokollari" ,Salixodjaeva R.K. 1-qism, 2-qism 2011y
- 3."Glaznie bolezni",E.Ruban,Feniks-2004g
- 4."Hamshiralik ishi",T.Yu. Umarova,T-2005y
- 5."Semeynaya meditsinskaya sestra", Feniks -2004g.

2.11-modul 2.11.1-mavzu:	Otorinolingologik kasalliklari bilan kasallangan bemorlarda xamshiralik parvarishini olib borish.
-------------------------------------	--

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik xaritasi.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni: 15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot 2 kredit
Ma'ruza mashg'ulotining rejasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quloq a'zosi anatomiyasi, fiziologiyasi va kasalliklari 2. Burun a'zosi anatomiyasi, fiziologiyasi va kasalliklari 3. Xalqum a'zosi anatomiyasi, fiziologiyasi va kasalliklari 4. Otorinolingologik kasalliklarni tekshirish, davolashning zamonaviy usullari
<p>O'quv mashg'uloti maqsadi:</p> <p>1. Ta'limiy: Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash Amaliy ko'nikmalarni egallash Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash Deontologik tarbiyaning shakllanishi Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash</p> <p>2. Tarbiyaviy maqsadi: Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish</p>	

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa	<p>Tashkiliy kism</p> <p>1.1 O'qituvchi sinfga kirib tinglovchilarning o'quv bulimi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya kilishni eslatib o'tadi, yangiliklar aytiladi va eshitaladi.</p> <p>1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maksadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi.</p> <p>1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun ko'llaniladigan usullarni aytib o'yin koidalarini tushintiradi.</p>	<p>Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.</p>
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa	<p>1.1 Tinglovchilarning uyga vazifani bajarganligini tekshiradi va ularga o'tilgan</p>	<p>1. Tinglovchilar uyga vazifalarini</p>

<p>1. Tinglovchilarning o‘tilgan mavzuni takrorlash maqsadida uyga vazifalarini tekshirish baxolash 10 daqiqa.</p> <p>2. Yangi mavzuni to‘lik bayon etish 40 daqiqa.</p> <p>3. O‘qitishning noana’naviy usullarini ko‘llagan xolda tinglovchilar bilimni mustaxkamlash. 15 daqiqa</p>	<p>mavzuni takrorlash “BILIMLAR DARAXTI” usulida savol javob o‘tkaziladi. To‘g‘ri javob bergan tinglovchilar baxolanadi.</p> <p>1.2. LOR a‘zolari anatomiyasi va fiziologiyasi bo‘yicha videorolik qo‘yiladi. Yangi mavzu mazmunini o‘qituvchi tomonidan taqdimot ko‘rinishida maxsus monitor orqali xayotga bog‘lagan xolatda keng tushuntiriladi. Mavzuga oid savollarga javob beradi.</p> <p>1.3. Mavzu tushuntirilgandan so‘ng ZAKOVAT interfaol o‘yinida takrorlanadi. Mavzu bo‘yicha tayyorlangan savollar Zakovat barabaniga teriladi va tinglovchilar guruxlari bilan kelishgan xolatda shu savollarga javob beradilar.</p>	<p>topshiradilar. O‘tilgan mavzu bo‘yicha o‘qituvchi tomonidan tayyorlangan savollarga javob beradilar.</p> <p>2. Tinglovchilar ma‘ruzani diqqat bilan tinglaydilar, Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushinmagan joylarini savol tarikasida yo‘llab javob oladilar.</p> <p>3. ZAKOVAT interfaol o‘yinida bo‘lingan xolatda faol ishtirok etadilar.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag‘batlantirilib, baxolar e‘lon qilinadi. Uyga vazifa Otorinolaringologik kasalliklarni tekshirish, davolashning zamonaviy usullari va bemorlarda hamshiralik parvarishini olib borish mavzuni o‘qib konspekt qilish va vaziyatli masalani ishlash Tavsiya etiladigan adabiyotlar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. X. A. Axmedov – <i>Otorinolaringologiya</i>. Toshkent: Ibn Sino nomidagi nashriyot. 2. A. S. To‘xtayev – <i>Hamshiralik ishi asoslari</i>. Toshkent. 3. M. A. Usmonov – <i>Klinik hamshiralik ishi</i>. Toshkent. 4. Sh. Sh. Shomurodov – <i>Otorinolaringologiya kasalliklari</i>. Toshkent. 5. T. S. Daminov – <i>Tibbiyot hamshiraligi</i>. Toshkent. 6. S. T. Iskandarov – <i>Klinik tibbiyot asoslari</i>. Toshkent. 7. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi – <i>Hamshiralik ishi bo‘yicha o‘quv qo‘llanma</i>. 8. A. A. Abduqodirov – <i>Umumiy tibbiyot va parvarish</i>. Toshkent. 	<p>Tinglaydilar, uyga vazifalarni yozib oladilar.</p>

Mavzu: Otorinolaringolik kasalliklarining kelib chiqish sabablari, klinik belgilari, rivojlanishi.

REJA:

1. Quloq a'zosi anatomiyasi, fiziologiyasi va kasalliklari
2. Burun a'zosi anatomiyasi, fiziologiyasi va kasalliklari
3. Xalqum a'zosi anatomiyasi, fiziologiyasi va kasalliklari
4. Otorinolaringologik kasalliklarni tekshirish, davolashning zamonaviy usullari

Otorinolaringologiya– quloq, burun, tomoq a'zolari va ularning kasalliklari haqidagi ta'limot.

Quloq anatomiyasi

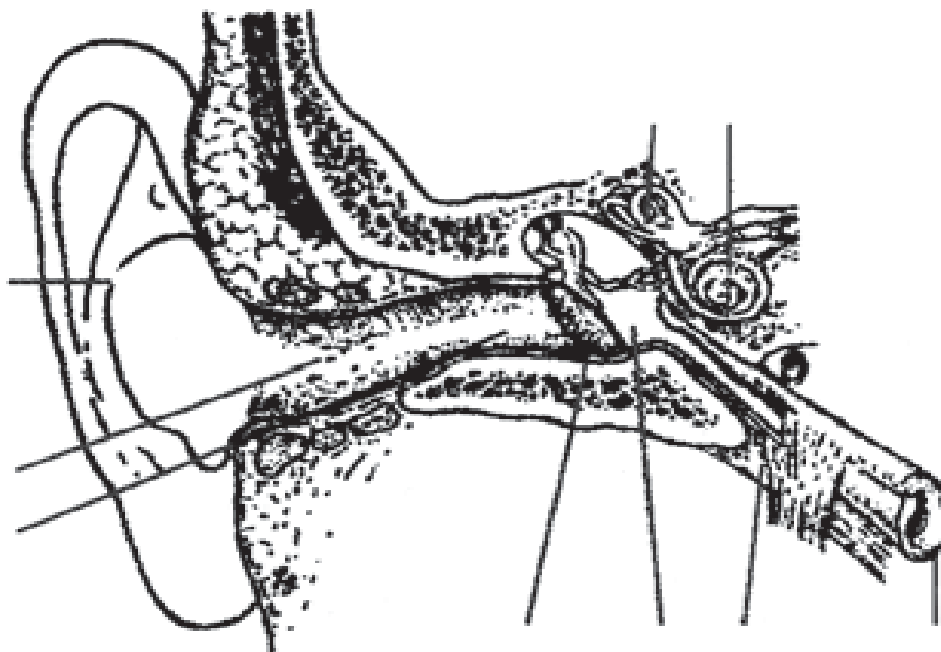
Eshituv va muvozanat a'zosining asosiy qismi chak-ka suyagining piramidasimon o'simtasida joylashgan. U 3 qism – tashqi, o'rta va ichki quloqdan iborat.

Tashqi quloq (*auris externa*) – quloq supراسi va tashqi Eshituv yo'lidan tashkil topgan (1, 2-rasmlar).

Tashqi, o'rta va ichki quloq.

1 – tashqi Eshituv yo'lining suyak qismi; 2 – tashqi Eshituv yo'lining tog'ay qismi; 3 – quloq supراسi; 4 – yarim halqasimon kanallar; 5 – chig'anoq; 6 – Eshituv nayining tog'aysimon pardali qismi; 7 – Eshituv nayining suyak qismi; 8 – nog'orabo'shlig'i;

9 – nog'oraparda.



Quloq supراسi – teri bilan qoplangan elastik tog'aydan tuzilgan bo'lib, tovush to'liqini ushlash vazifasini bajaradi. Tog'ay quloq chetida qayrilib supra burmasini hosil qiladi. Quloq supراسining asosini 0,5–1 mm qalinlikdagi elastik tog'ay tashkil qilib, u har yon tomonidan teri hamda tog'ay usti pardasi bilan qoplangan

Eshitish analizatori fiziologiyasi – tashqi quloqdan boshlanib, bosh miya po'stlog'ida tugaydigan bir butun sistemadir. Bu sistemalarning har biri ma'lum bir funksiyaga ega bo'lib, uning buzilishi Eshitishni qisman yoki to'la yo'qolishiga olib keladi.

Eshituv analizatorining adekvat ta'sirlovchisi tovushdir. Quloq supراسi tovushning yo'nalishini aniqlashda qatnashadi. Uning shakli va Eshitish yo'llarining tuzilishi tovush to'liqini bosimining ortishini ta'minlaydi.

Quloqni tekshirish usullari

Quloqni tekshirish anamnez to'plashdan boshlanadi, so'ngra uni ko'zdan kechiriladi va Eshituv funksiyasi tekshiriladi. LOR azolarini mujassamlashgan holda tekshirishda quloqni ko'zdan kechirishdan oldin hamisha burun va halqumni qarab chiqiladi.

Bemorning shikoyatlarini aniqlashda quyidagilarga alohida ahamiyat beriladi:

Quloqda og'riq bormi, bor bo'lsa uning xarakteri qanday? Yiring oqadimi?

Qulog'i og'irlashganmi yoki butunlay Eshitmaydimi? Qulog'i shang'illaydimi?

Boshi aylanadimi?

Bemorning o'zini qanday his qilayotganini, bosh og'rig'i, et junjikishi bor-yoqligini aniqlash ham katta ahamiyatga ega.

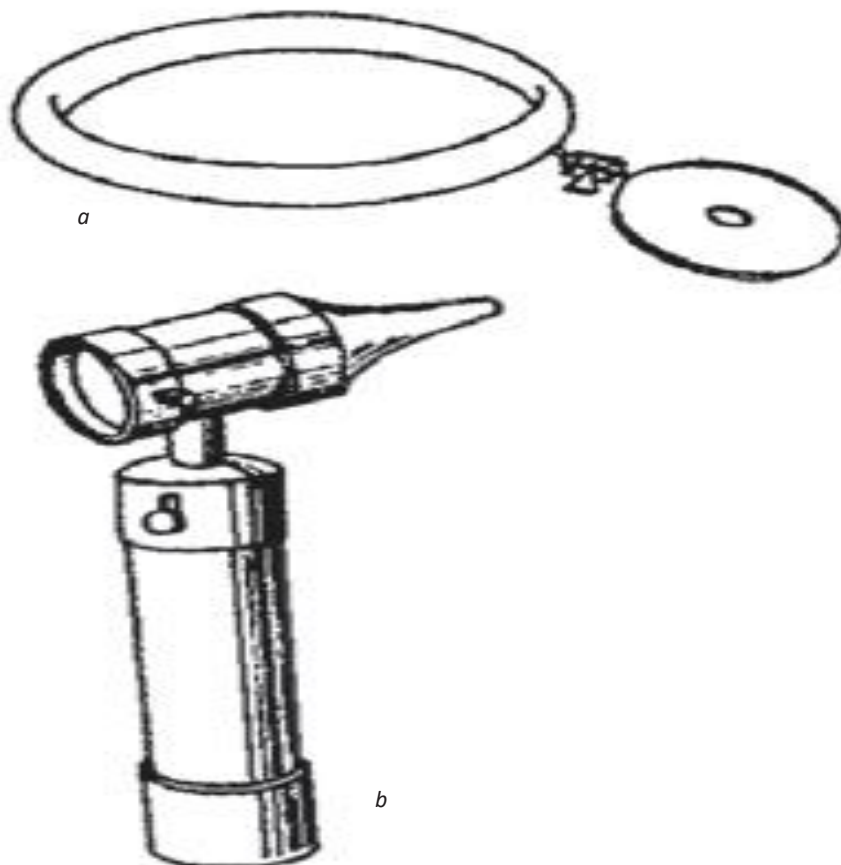
Otoskopiya – bu tashqi Eshituv yo'lini va nog'ora partasini ko'zdan kechirish. Otoskopiyani o'tkazishda peshona reflektori va quloq voronkasi, maxsus asbob – otoskopdan foydalaniladi. Otoskopiyani o'tkazishda chap ko'z bilan reflektor teshigidan qaraladi. Yorug'lik bemorning o'ng tomonidan tushishi kerak. Quloq voronkasini kiritishdan oldin tashqi Eshituv yo'lining kirish qismi ko'zdan kechiriladi va uning kengligi aniqlanadi.

Quloqning Eshituv funksiyasini tekshirish

Eshituv funksiyasini shivirlash va so'zlashish yordamida, kamertonlardan foydalanib hamda audiometr bilan tekshiriladi. Eshitishni shivirlab gapirish bilan tekshirishni jimjit va kattaroq xonada olib borish kerak. Har bir quloqni alohida tekshiriladi. Bunda ikkinchi quloqni barmoq bilan berkitib turiladi. Bemor qulog'ini tekshiruvchining tomoniga tutib uning yuzini ko'rmasdan turadi va tekshiruvchining so'zlarini labidan sezib ololmaydi. Tekshiruv vaqtida hamisha bir xil shivirlash kerak.

A) Peshona reflektori va

b) avtonom yoritgich bilan otoskop



TASHQI QULOQ KASALLIKLARI

Quloq shikastlari

Mexanik jarohatlanishlar. Quloq supراسi yuzasining jarohati uning ezilishi, lat yeyishi, tishlanishi va boshqalar tufayli yuz beradi. Ayrim hollarda quloq supراسi qisman yoki to'liq (butunlay) yirtilgan bo'ladi. Jarohatga o'z vaqtida kerakli tibbiy davо choralarini ko'rsatish uni tez bitishiga yordam beradi va xunuk chandiqlar qolishining oldini oladi. Quloq supراسi jarohatlanganda infeksiyalanadi. Ayniqsa, tibbiy yordamning kechiktirib ko'rsatilishi xondrit yoki perixondrit (tog'ay usti pardasining yallig'lanishi) kasalligi kelib chiqishiga sabab bo'ladi, bu esa keyinchalik tog'ayning erib ketishiga hamda quloq supراسi shaklining o'zgarishiga sabab bo'ladi.

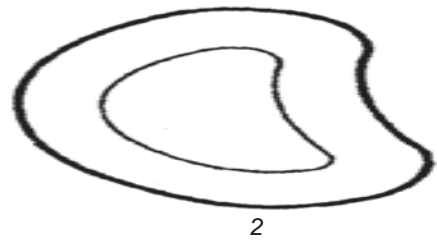
Jarohat tog'ayga o'tmasdan, yuza joylashgan bo'lsa unga 5% li yod nastoykasi surtilib, penitsillin yoki streptot- sid kukuni purkaladi. Chuqur jarohatlar umumiy jarrohlik qoidalariga binoan yuqumsizlantiriladi. Yordam ko'rsatish sxemaga rioya qilgan holda qoqsholga qarshi zardob kiri- tish bilan tugallanadi. Keyingi kunlarda bog'lamni har kuni almashtirib turiladi. Fizioterapiya muolajalari yordamida va antibiotiklar bilan davolaniladi. Ototematoma. Quloq supراسining lat yeyishi yoki uzoq ezilishi tufayli kelib chiqishi mumkin. Ototematoma – bu tog'ay va tog'ay usti pardasi oralig'iga qon quyilishidir. Tekshirib ko'rilganda, odatda quloq supراسining oldingi yuzasining yuqori yarmida joylashgan fluktuatsiya qilib tu- radigan aylana shaklidagi qizil-ko'kimtir shish aniqlanadi. Paypaslab ko'rilganda ko'pincha og'riqli bo'ladi. Ichidagi suyuqlik qon va limfadan iborat bo'ladi. Ba'zi hollarda tog'ay usti pardasining ostiga infeksiya tushishi sababli otogematoma yiringlaydi.

Tashqi Eshituv yo'li shikastlari. Teri – pardada yoki suyak qismlarida joylashgan bo'lishi mumkin. Ayrim hol- larda tashqi Eshituv yo'lining ikkala qismi ham shikastlanadi. Tashqi Eshituv yo'lining shu xildagi va boshqa shikastla- nishlari pastki jag' suyagining to'g'ridan-to'g'ri urilishi yoki unga bog'liq bo'lmagan urilishlar natijasida yuz bera- di, bunda tashqi Eshituv yo'lining oldingi va pastki devori shikastlanadi.

Termik va kimyoviy shikastlanishlar yuqori va past harorat, kislota, ishqor va boshqalar ta'sirida kelib chiqadi. Termik shikastlanish deyarli hamisha yuz va bo'yin- ning birga shikastlanishi bilan qo'shilib keladi. Kuyishda ham sovuq urishdagidek 4°C tafovut qilinadi. Kuyishda: 1). daraja – eritema; 2). daraja – shish va pufaklar paydo bo'lishi;3).daraja – terining yuzaki nekrozi (chirishi);4).daraja – chuqur nekroz (chirish), ko'mirga aylanish. Sovuq urishda:1)daraja – terining shishishi va ko'karishi;2)da- raja – pufaklar paydo bo'lishi; 3)daraja – teri va teri osti kletchatkalarining nekrozi (chirishi);4)daraja – tog'ay nekrozi (chirish).

Quloqdagi yot jism

Tashqi Eshituv yo'lidagi yot jismlar xilma-xil bo'lishi mumkin: mayda hasharotlar, dukkaklilar urug'i, metall zarrachalar va shunga o'xshash mayda jismlar. Ko'pincha yot jismlar tashqi Eshituv yo'lining tog'ay qismida yoki tog'ay qismining suyak bo'limiga o'tish joyida tiqilib qoladi. Quloqdagi yot jismlar maxsus ilgak yordamida chiqa- riladi. Tashqi Eshituv yo'lini orqa-yuqori devori bo'ylab Jane shprisi yordamida yuvish yaxshi samara beradi. Bunday hollarda bemor qulog'ida biror narsa bor- ligidan, yaxshi Eshita olmayotganidan, ayniqsa yot jism Eshituv yo'lining ichkarisiga kirib qolib, nog'ora pardaga biror narsa tegib turganidan, og'riqdan shikoyat qiladi. Ba'zan yo'tal, ko'ngil aynishi kuzatiladi. Jonli yot jismlar o'zining harakati bilan quloqda shang'illash, qitiqlash va og'riq chaqiradi.



Quloq saramasi

Quloq saramasi – gemolitik streptokokk qo‘zg‘atadigan va quloq terisida o‘tkir yallig‘lanish o‘zgarishlari bilan xarakterlanadigan yuqumli kasallik.

Bemor qulog‘i shishib, qizarib ketadi, eti uvushadi, tana harorati ko‘tariladi, quloq suprasi achishib og‘riydi. Tekshirganda yaqqol chegaralangan shish va qizarish aniqlanadi. Bu kasallikni perixondritdan farqlash lozim.

Davosi: keng ta‘sir doirasiga ega bo‘lgan antibiotiklar va sulfanilamid preparatlar buyuriladi. Terining yallig‘langan joyi ultrabinafsha nurlari bilan nurlantiriladi, zararlangan teriga tarkibida antibiotiklar bo‘lgan moylardan malhamlar qo‘yiladi.

Perixondrit

Perixondrit – tog‘ayning biriktiruvchi to‘qimali pardasining yallig‘lanishi. Ko‘p hollarda shikastlangan joyga ko‘k yiring tayoqchalari yoki turli kokklar tushib yallig‘lanishga olib keladi.

Quloq suprasi ko‘zdan kechirilganda qizargan va shishgan, paypaslanganda qattiq og‘riq bo‘ladi. Faqat quloq yumshog‘ida o‘zgarishlar kuzatilmaydi. Tog‘ay va tog‘ay usti pardasi orasida yiringli eksudat paydo bo‘lishi tufayli fluktuatsiya yuzaga keladi.

Davosi: perixondritning kataral shaklida isituvchi spirtli kompresslar, ozonoterapiya va hokazolar buyuriladi. Keng ta‘sir doirasiga ega bo‘lgan antibiotiklardan eritromitsin, tetrasiklin, oletetrin qo‘llaniladi.

Quloq suprasining shikastlangan joyiga 5% li yod nas-toykasi, 1% li kumush nitrat eritmasi surtiladi. Yiringli shaklida – jarrohlik davosi usullari qo‘laniladi.

Quloq ekzemasini

Ekzema quloq suprasining orqa tomonida kuzatiladi, ekzemaning quruq va nam turlari tafovut qilinadi. Patologik jarayon so‘rg‘ichsimon o‘siqchaga o‘tish chegarasida boshlanib, atrofga tarqala boshlaydi. Bu xastalik yuqmaydigan bo‘lib, tugunchalar, tangachalar yiring hosil qiladi va qichima bilan o‘tadi. Xastalik o‘rta quloqdan yiring oqib, tashqi quloq yo‘lini qichishi natijasida kelib chiqishi mumkin.

Davosi: yallig‘langan joyga spirtning toza eritmasi yoki bura suyuqligidan surtib, bog‘lab qo‘yiladi. Ultrabinafsha nurlari bilan nurlantiriladi. Hidrokortizon, oksikort moyli dorilarini surtish ham yaxshi natija bermoqda.

Ko‘p hollarda ekzema surunkali shaklda kechadi.

O‘RTA QULOQ KASALLIKLARI

O‘tkir kataral otit

O‘rta quloq yallig‘lanishiga sabab bo‘ladigan mikroflora kokklardan iborat (streptokokk, stafilokokk, pnev-mokokk). Kasallik, Eshituv nayi shilliq qavatining yallig‘lanishi natijasida, Eshituv nayining torayishi va berkilishiga olib keladi, chunki shilliq qavatdagi bezlarning shira chiqarishi ko‘payib, nog‘ora bo‘shlig‘ida suyuqlik yig‘iladi.

Bunda bemorning ahvoli aytarli o'zgarmaydi, quloqda og'riq sezilmaydi. U faqatgina quloq bitishidan, Eshitish qobiliyati pasayganidan, ozgina shovqindan va o'z ovozi kasal quloqda ko'proq Eshitishidan shikoyat qiladi.

Bemorning qulog'i tekshirilganda quloq parda ichkari tomon tortilgan bo'lib, uning rangi bir oz sarg'ish yoki ko'kimtir holatda bo'ladi. Ba'zan nog'ora bo'shlig'idagi suyuqlik sathini quloq pardadan ko'rish mumkin.

Agar kataral otitni o'z vaqtida davolanmasa yiringli otitga aylanishi mumkin.

Davolash: bemorga og'riq qoldiruvchi, isitma tushiruvchi, shishga qarshi, antigistamin dori moddalar, keng

Labirintit – ichki quloqning o'tkir yoki surunkali yallig'lanishi bo'lib, u chegaralangan bo'lishi mumkin va vestibulyar hamda Eshituv analizatori retseptorlarining u yoki bu darajada ko'rinishidagi jarohatlanishi bilan birga kelishi mumkin.

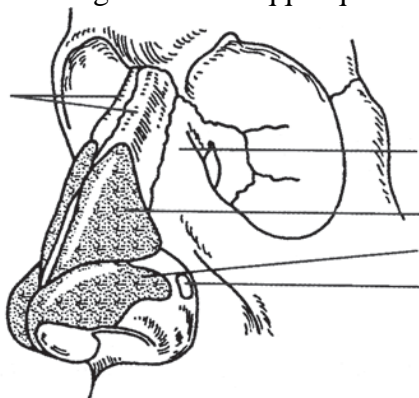
Ichki quloqning o'rta quloq tomonida yallig'lanishi ko'p uchraydi. Ichki quloqning yallig'lanishi umumiy, mahalliy, ya'ni chegaralangan, cheklangan bo'lishi mumkin. Ichki quloq bo'shlig'iga infeksiya ko'pincha labirintning suyak kapsulasini osteomielitik jarayondan yemirilishi (xolestea- toma, karies) natijasida tushadi.

Quloq o'smalari

Tashqi quloq sohasida xavfsiz (papilloma, gemangioma) va xavfli o'smalar (rak, sarkoma) uchraydi. Shu sohada yaralar paydo bo'lganda bemorni tekshiruvlardan (sitologik va gistologik) o'tkazib, doimiy nazorat ostiga olish kerak. Xavfli o'smalarning ilk davrlarida jarrohlik eng samarali usul hisoblanadi. Agar tashqi quloq terisida qonaydigan hidli granulatsiyalar aniqlansa va bemor shunda og'riq sezmasa, kasalliklari mavjudligidan darak beradi. Limfatik bezlarda metastazlar paydo bo'lishi buning tasdig'i hisoblanadi.

Burun anatomiyasi

Burun bo'shlig'i (*cavum nasi*) – nafas yo'lining boshlang'ich qismi bo'lib, oldinda noksimon teshik orqali havo kirib, orqa tomondan xoana orqali burun-hiqildoq yo'liga ochiladi. Burun bo'shlig'i yuqoridan kalla bo'shlig'i, pastdan og'iz bo'shlig'i, ikki yonboshdan ko'z kosalari va yuqori jag' suyagi sinuslari bilan chegaralanib turadi. Tashqi burun suyak, tog'ay va yumshoq to'qimalardan tuzilgan. Uning yuqori qismi – burun ildizi, pastga yo'nalgan qismiqirradi, ana shu qirraning oxiri – burun uchi deyiladi. Yon tomonlardagi bo'rtib chiqqan qismi – burun qanotlari deb ataladi



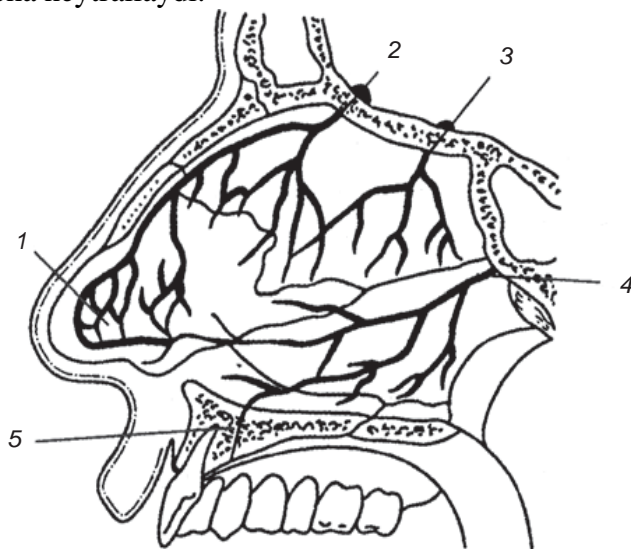
1. Tashqi burun tuzilishi.

1 – burun suyaklari; 2 – yuqori jag'ning peshonao'simtasi; 3 – burunning lateral tog'ayi; 4 – burun qanotlarining katta tog'aylari; 5 – burun

Burun fiziologiyasi

Burun nafas olish, hid bilish, rezonans va himoya funksiyalarini bajaradi. Burun orqali o'tayotgan havo chang zarrachalaridan tozalanadi, isiydi va namlanadi. Burunshilliq qavatidagi tuklar mexanik filtr vazifasini bajaradi. Burundan nafas olishning og'iz orqali

nafas olishga qaraqanda katta afzalliklari bor. Burunga havo bilan kirgan, chang zarrachalari bilan chiqib ketmagan bakteriyalar burun shilimshig'i ta'sirida zararsizlanadi va o'ladi. Nafas orqali kirayotgan tutun kimyoviy zararli moddalarni ham birmuncha neytrallaydi.



1. . **Burun to'sig'ining qon bilan ta'minlanishi:** 1 – Kesselbaxov zichligining o'rni; 2 – old g'alvirsimon arteriya; 3 – orqag'alvirsimon arteriya; 4 – to'siqning orqaarteriyasi; 5 – tanglay-burun arteriyasi.

TEKSHIRISH USULLARI

Burun va qo'shimcha bo'shliqlarni tekshirish bemor shikoyatlarini aniqlash, anamnestik ma'lumotlar yig'ishdan boshlanadi. Shundan keyin maxsus tekshiruvlarga o'tiladi. Ularga: tashqi ko'zdan kechirish, paypaslab ko'rish, maxsus asboblarda bilan burun bo'shlig'ini ko'rish, rentgen tekshirishlari yoki diafonoskopiyalar kiradi



Burun bo'shlig'i dahlizini peshona reflektori yordamida ko'zdan kechirish. Bemorni ko'zdan kechirish uni tekshirishga tayyorlashdan boshlanadi. Buning uchun: Bemor shunday o'tirishi kerakki, yorug'lik manbayi va asboblarda qo'yilgan stol uning o'ng tomonida bo'lsin.

Shifokor – tekshiruvchi bemor ro‘parasida o‘tiradi. Bunda tekshiriluvchining oyoqlari uning tizzalari orasida turishi lozim.

Yorug‘lik manbayi tek- shiriluvchining o‘ng quloq suprasi ro‘parasidan 10 sm narida turishi kerak.

Tekshirish peshona ref- lektori yordamida o‘tkaziladi, u maxsus boylama bilan peshonaga o‘rnatilib, tekshirilayotgan a‘zo- dan 25–30 sm (fokus oralig‘i) uzoqda bo‘lishi lozim. Yorug‘lik manbayining to‘g‘ri turishi burun- ga yo‘nalgan yorug‘lik tutamini hosil qiladi.

TASHQI BURUN KASALLIKLARI

Burun saramasi

Saramas – gemolitik streptokokk qo‘zg‘atadigan va terida o‘tkir yallig‘lanishga xos o‘zgarishlar bilan kechadi- gan yuqumli kasallik.

Kasallik bemorning umumiy ahvolidan og‘irlashuvi bi- lan boshlanadi, bunda tana harorati ko‘tariladi, et uvu- shadi, yaqin joylashgan limfatik tugunlar kattalashadi.

Zararlangan burun terisi qizarib, pufakchalar bilan qoplanadi, tekshirilganda og‘riq bo‘ladi.

Burun saramasi bilan og‘rigan bemorni darhol statsio- narga yotg‘izish kerak. Kasallik umumiy va mahalliy davol- lanadi. Yallig‘langan joylarga malhamli antiseptik bog‘lam- lar qo‘yiladi. Gemolitik streptokokka ta‘sir qiladigan anti- biotiklardan foydalanish maqsadga muvofiq.

Burun furunkuli (chirqon)

Bu soch xaltachasi va yondosh to‘qimalarning yiringli nekrotik yallig‘lanishi. Asosiy qo‘zg‘atuvchi stafilokokklar. Ba‘zi hollarda burun furunkuli diabet, avitaminoz, distrofiyadagi umumiy furunkulozning bir turi sifatida paydo bo‘ladi.

Bemorni burun uchi qizarishi, tegilganda qattiq og‘riq, burun yon devori yumshoq qismining shishishi bezovta qiladi. Ko‘zning medial burchagini bosganda kuzatiladigan og‘riq burchak venasining tromboflebitidan dalolat beradi. Kasallikning 3–4-kunida furunkul yorilib, undan quyuq yiring oqib chiqadi. Yorilgan furunkul o‘rnida chuqurcha hosil bo‘ladi. Bemor otorinologiya bo‘limida davolanadi.

Asosan konservativ davolash qo‘llaniladi: antibiotikoterapi- ya, yumshatish maqsadida malhamlar qo‘yiladi. Furunkul- ni siqib bo‘lmaydi, chunki undagi infeksiya venalar orqa- li bosh miyaga o‘tishi mumkin. Uzoq vaqt davom etgan furunkulda fizioterapiya muolajalari, autogemoterapiya, darmondorilar qo‘llash yaxshi natija beradi.

Burun sikozi (follikulit)

Burun sikozi – burun dahlizidagi soch (tuk) xaltachasining stafilokokklar yoki streptokokklar keltirib chiqaradigan yiringli yallig‘lanishidir.

Bemor nafas olishga qiynalishidan, burunda achishish, og‘riq, burun kataklari terisining tortishishidan shikoyat qiladi. Burun dahlizi ko‘zdan kechirilganda soch xaltacha- si shishib, qizarib ketganligi, ba‘zi xaltachalar pustulaga aylanganligi aniqlanadi.

Davolanishning asosiy usullaridan biri epilatsiya. Maxsus pinset yordamida zararlangan soch (tuk) lar olib tashlanadi, so‘ng teri yuzasi dezinfeksiya qilinadi.

Bemorni ambulatoriyada davolash mumkin. Bunda burun dahlizi spirt bilan tozalanib, sintomitsin va gidrokorti- zonli surtmalar qo‘yiladi.

Burun ekzemas

Kasallik o‘tkir va surunkali kechishi mumkin. Uning birinchi belgilari bu burun kataklari oldidagi terining qizarishi va shishishi. Keyin pufakchalar hosil bo‘lishi, ular yorilganda esa, nam yuzali yaralar va terining yorilishi kuzatiladi. Keyinchalik yaralar qurib, ular o‘rnida sho‘ralagan teri paydo bo‘ladi.

Bemor burnida kuchli qichima va ogʻriq bezovta qilayotganidan shikoyat qiladi. Ekzema yuz, bosh terisiga tarqalishi mumkin.

Davolashni organizmning surunkali kasalliklarini bartaraf qilish bilan bogʻlash kerak. Organizmning umumiy quvvatini oshiradigan va antigistamin preparatlar bilan davolanadi. Mahalliy davolashda terini 2–5% li kumush nitrat eritmasi bilan kuydirib, 5% li sintomitsin emulsiyasi, lamizil va oʻsimlik moyi, gidrokortizon yoki prednizolonli malhamlar qoʻyiladi.

BURUN BOʻSHLIGʻI KASALLIKLARI

Burun boʻshligʻi sinexiyalari va atreziyalari

Sinexiyalar – burun toʻsigʻi va burun devori orasidagi biriktiruvchi toʻqimadan hosil boʻlgan yupqa toʻsiqlar.

Atreziyalar – burun boʻshligʻi devorlari keng bitib, burun yoʻllarining bekilib qolishidir.

Sinexiya va atreziyalar tugʻma yoki Operatsiyadan keyin paydo boʻladi. Yuqumli kasalliklar, shilliq pardani oʻyuvchi kimyoviy preparatlar tufayli shikastlanishdan keyin kelib chiqishi ham mumkin. Jarrohlik yoʻli bilan davolanadi. Yaʼni bitishmalar va toʻsiqlar kesib tashlanadi, burun boʻshligʻi devorlari bir-biridan ajratiladi.

BURUN SHIKASTLARI

Burun shikastlari mexanik, kimyoviy, termik boʻladi. Shikastlanishlar ochiq, yopiq, suyak singan yoki sinmagan, siniqlar oʻrnidan qoʻzgʻalgan yoki qoʻzgʻalmagan va deformatsiyalanganligiga qarab farqlanadi.

Shikastlanish darajasi uning kuchi va yoʻnalishiga bogʻliq. Xarakterli belgisi ogʻriq, burundan qon ketishi, tashqi burun deformatsiyasi, suyak parchalarining aralashuvi yoki yumshoq toʻqimalarning zararlanishi. Yuz sohasida qon quyilishi, paraorbital gematoma rivojlanishi mumkin. Baʼzida burun dahlizida gematoma, nafas olishning buzilishi kuzatiladi.

BURUN TOʻSIGʻINING QIYSHAYISHI

Burun toʻsigʻining qiyshayishi yuz skeletining rivojlantirishidagi nuqsoni yoki burunning shikastlanishi oqibatida yuz beradi.

Bunday bemorlar nafas olishlarining qiyinligidan, boshlari ogʻrishidan, burundan doim suyuqlik ajralib turishidan, hid bilishlari buzilganidan shikoyat qiladilar.

Tashxis rinoskopiya qilinganda toʻsiqning qiyshaygani va burunning bir tomoni torayib, ikkinchi tomoni kengayganligiga qarab qoʻyiladi.

Davolashda jarrohlik usulidan foydalanish bemorni normal nafas olishiga yordam beradi. Bunda burun toʻsigʻini shilliq osti rezeksiyasi yoki septoplastika qilinadi.

Burun toʻsigʻi gematomasi va absessi

Burun toʻsigʻi gematomasi koʻproq burunning shikastlanishi va virusli yalligʻlanishi natijasida hosil boʻladi. Uning asosiy belgilari – nafas olishning qiyinlashuvi, ovoznig oʻzgarishi.

Gematoma oʻz vaqtida davolanmasa yiringlab, burun toʻsigʻi absessiga oʻtishi mumkin. Bu vaqtda yuqorida qayd etilgan belgilardan tashqari bosh ogʻrishi, etuvushishi, tana haroratining koʻtarilishi kuzatiladi. Burun toʻsigʻi absessi esa yuqoriga tarqalib, kalla suyagi ichiga asorat berishi mumkin.

Gematoma boʻlganda darhol punksiya qilib qonni soʻrib olish va tampon qoʻyish kerak, soʻngra antibiotiklar buyuriladi. Burun toʻsigʻi absessini jarrohlik yoʻli bilan davolanadi. Absessni kesib, yiring chiqarib tashlanadi va infeksiyaga qarshi antibiotik va sulfanilamid preparatlar buyuriladi.

BURUNDAN QON KETISHI

Yuqori nafas yoʻllari aʼzolari kasalliklariga qaraganda koʻproq kuzatiladi. Unga mahalliy va umumiy kasalliklar sabab boʻlishi mumkin.

Burundan qon ketishining sabablari

<i>MAHALLIY</i>	<i>UMUMIY</i>
Old quruq riniti	Girertoniyakasalligi
Subatrofik rinit	Gripp
Jarrohlik jarohati (rinoplastika, elektrokauterizatsiya va boshqalar)	Jigar sirrozi
Burun jarohati	Xavfli o'sma
Atrofik rinit	Homiladorlik
Qonab turadigan burun poliri	Angionefros, ateroskleroz
	Tug'ma yurak porogi
	Gipoxrom anemiya
	Gemofiliya, trombositopenik purpura

O'tkir rinit

O'tkir rinit eng ko'p uchraydigan kasallik hisoblanadi. Etiologik omili jihatidan o'tkir rinit yuqumli va yuqumsiz bo'lishi mumkin.

Yuqumli rinitni keltirib chiqaruvchi mikroblarga strep- tokokk, stafilokokk, pnevmokokk, Fridlender tayoqchasi kiradi. Sovqotish natijasida organizmning reaktiv kuchi va immunobiologik xususiyatlari susayadi, natijada mikroblarning rivojlanishi uchun qulay sharoit yaratiladi. Burun shilliq qavatining o'tkir infeksiyon yallig'lanishi shunday yuzaga keladi. O'tkir yuqumsiz rinitlar ko'pincha mexanik va kimyoviy omillar ta'sirida kelib chiqadi. Ko'p hollarda yuqumsiz rinit yuqumli rinitga o'tishi mumkin, chunki jarohatlangan shilliq qavatlarida atrof-muhitdagi patogen mikroblar ta'sir qilib, uni yallig'lanishiga sabab bo'ladi.

Yuqori jag' bo'shlig'ining o'tkir yallig'lanishi (gaymorit)

Suyak kovaklarining o'tkir yallig'lanishiga o'tkir respirator kasallik, gripp, sovg'otish, umumiy o'tkir mikroblar infeksiyalar, jarohatlar sabab bo'lishi mumkin.

Gaymorit yengil kechganda bemor yuqori jag' va peshona sohasidagi biroz og'riqdan, terining taranglashuvi hamda burunni bir tomonlama bitib qolishidan shikoyat qiladi. Og'ir kechganda esa og'riq zo'rayib, bunga tish og'rig'i ham qo'shiladi. Bemorning lunji shishib, tana harorati ko'tariladi.

Burundan avvaliga suyuq, serozli so'ngra yopishqoq va yiringli ajralmalar ajraladi. Burundan nafas olish qiyinlashib, bemor og'zidan nafas olishga majbur bo'ladi. Rinoskopiya da burun shilliq pardasi qizarib, biroz shishganligi, o'rta chig'anoq ostidan yiring oqishi kuzatiladi. Bemorni rentgenoskopiyaga qilib qaysi bo'shliqlar zararlanganini tekshirib ko'rgandan so'ng, punktsiya qilib, shpris yordamida sinus ichidagi suyuqlik so'rib olinadi va dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan yuviladi. Yuvishda bosh oldinga yoki pastga egib turiladi, eritmalar burun teshigidan tashqariga chiqib ketadi. So'ngra bo'shliqqa igna orqali antibiotiklar yuboriladi.

Burun sohasidagi operatsiyalarga bemorlarni tayyorlash

Operatsiyadan oldin ya'ni kechqurun bemor gigienik vanna qabul qilishi lozim (erkaklar soqollarini olishlari kerak, chunki yuzdagi tuklar teriga to'g'ri ishlov berishga xalaqit beradi va Operatsiyadan so'ng jarohatning yaxshi bitmasligiga sabab bo'lishi mumkin). Burun bo'shlig'i va burunning qo'shimcha bo'shliqlaridagi Operatsiyalarda operatsiya maydoni dezinfeksiyasi umumiy jarrohlik- dagidan farq qiladi. Burun bo'shlig'ini shilliqlardan yoki patologik ajralmalardan kesigi bor burun zondiga o'ralgan paxta tampon yordamida ehtiyotlik bilan tozalash lozim, so'ngra ikki marta yuz terisi 76% li spirt bilan artiladi.

Bemorni burunning qo'shimcha sinuslaridagi operatsiyalarga tayyorlash va operatsiyadan keyingi davrdagi parvarish

Stasionarda bemorni Operatsiyaga tayyorlashda bevosita qatnashadigan tibbiyot hamshirasi doimo uning yoni- da bo'lishi lozim. Jarroh shifokor yoki anesteziologning ko'rsatmasi bo'yicha u bemorlarga uxlatuvchi, sedativ va antiallergik dorilarni beradi va ularni qabul qilishini nazorat qiladi, termometriya o'tkazadi, fiziologik ehtiyoj- larini tekshiradi, ularning ahvolini kuzatib boradi. Hamshira qo'shimcha sinuslarda qilingan Operatsiyadan keyin birinchi kun burundan qon ketishi mumkinligini hisobga olib nazorat qiladi va qon paydo bo'lishi bilanoq bu haqida zudlik bilan shifokorga xabar beradi. Operatsi- yadan keyin 4–5 kun davomida bemor iliq va suyuq ovqat iste'mol qilishi lozim. Hamshira har kuni bemorning axlati va siydigini tekshirib turadi. U yuqorida sanab o'tilgan tad- birlar bilan bir qatorda umumiy jarrohlikda Operatsiyadan keyingi davr tadbirlarini ham bekam-u ko'st bajaradi.

Adenoidlar

Adenoidlar – burun-halqum bodomcha bezining girer- trofiyasi bo'lib, ko'pincha 3–8 yoshgacha bo'lgan bolalar orasida uchraydi. Adenovirus infeksiyasi, grip, qizamiq, skarlatina, bo'g'ma (difteriya), rinitlar, sinusitlar, allergi- ya, sun'iy va aralash ovqatlanirish burun-halqum bodom- cha bezining o'sib ketishiga sabab bo'ladi. Bunda burundan nafas olish qiyinlashib, adenoidlar yuz skeleti va ko'krak qafasining qiyshayishiga, kalla ichi bosimining oshishiga, rivojlanayotgan bola organizmining funksional o'zgarishlariga sabab bo'ladi.

Adenoidlar burun-halqum gumbazini butunlay egal- lab, burun-halqumni qisman yoki tamomila to'ldirib turadi. Katta-kichikligiga ko'ra, adenoidlarning 3 ta darajasi farqlanadi.

ANGINALAR

Angina (lot. *Angene* – ezmoq, siqmoq) – ko'p uchray- digan kasallik. Anginaning qo'zg'atuvchilari – bu «A» gu- ruhiga mansub b-gemolitik streptokokk yoki oltin tusli sta- filokokk. Bundan tashqari pnevmokokklar, viruslar, anaerob qo'zg'atuvchilar, og'iz bo'shlig'i spiroxetalari. *Candi- da* zamburug'lari ham qo'zg'atuvchi bo'lishi mumkin.

Anginaning rivojlanishiga umumiy va mahalliy sovqo- tish, atmosferaning changlanishi, organizmning umumiy va mahalliy immunitetining pasayishi, bodomcha bezlarining termik, kimyoviy va mexanik ta'siri natijasida shikastla- nishi sabab bo'lishi mumkin. Infeksiya **ekzogen** (ko'proq) va **endogen** (autoinfeksiya) yo'l orqali tushishi mumkin. Ekzogen yo'lning 2 ta turi mavjud: havo-tomchi va ali- mentar.

FARINGITLAR

O'tkir faringit – bu halqum shilliq pardasining o'tkir yallig'lanishi. Aksari hollarda kasallik o'tkir burun kasalliklari bilan kechadi, lekin alohida turlari ham uchrab turadi. O'tkir faringitning paydo bo'lishiga burun va burun oldi bo'shliqlarining patologik jarayonlari, kasb-korga tegishli zararlar, ichkilik ichish, tamaki chekish, juda issiq va achchiq ovqatlar yeyish sabab bo'ladi. Bunda holsizlik tomoqqa va quloqqa tarqaladigan

sanchiqsimon og‘riq turishi (u so‘lak yutilganda, ayniqsa kuchayadi) kuzatiladi. Halqum orqa va yon devorlari shilliq pardasining, orqa tanglay ravoqchasi va tilchasining qizarishi hamda biroz shishib chiqishi faringitga xos bo‘lgan xususiyatlardir. Halqumning orqa devorida limfadenoid granulalar, yon devorlarida esa limfadenoid bolishchalarining kattalashuvi va qizarib turishi kuzatiladi.

O‘tkir faringit, odatda mahalliy davolanadi

O‘tkir laringit

O‘tkir laringit hiqildoq shilliq pardasining eng ko‘p tarqalgan kasalliklaridan hisoblanadi. Alohida kasallik sifatida o‘tkir laringit tovushning o‘ta taranglashuvi oqibatida yuzaga kelishi mumkin. Ko‘pchilik hollarda u o‘tkir respirator xastaliklar, gripp bilan birga kechadi. Ba‘zan kasallik sanoat korxonalaridagi changning, gazlarning ishchilarga bo‘lgan salbiy ta‘siriga bog‘liq bo‘ladi. O‘tkir kataral laringitda hiqildoq shilliq pardasining patologoanatomik o‘zgarishlari barcha hiqildoq bo‘limlarining gireremiyasi bilan ifodalangan shish orqali xarakterlanadi. Bu ayniqsa tovush burmalarida seziladi. Normada tovush burmalarining chekkasi yupqa bo‘ladi. Yallig‘lanishda burmalar yo‘g‘onlashib, chetlari burishib qoladi. Burmalarning taranglashish va yopilish xususiyati o‘zgaradi. Yallig‘lanish sekretini nafas yorig‘ining bo‘shlig‘iga to‘planib, burmalarning ochilib yopilishiga xalal beradi. O‘tkir laringit halqum, traxeya va bronxlar shilliq pardasining yallig‘lanishi bilan kechishi mumkin. Bunda kasallik faringolaringit, laringotraxeit deb nomlanadi.

TIBBIY ATAMALAR

- **Otorinolarinologiya (ORL)** – quloq, burun va tomoq kasalliklarini o‘rganuvchi tibbiyot sohasi.
- **Anamnez** – bemorning kasallik tarixi haqida yig‘ilgan ma‘lumotlar.
- **Diagnostika** – kasallikni aniqlash jarayoni.
- **Simptom** – kasallik belgilari.
- **Sindrom** – bir nechta simptomlarning birgalikda namoyon bo‘lishi.
- **Palpatsiya** – qo‘l bilan tekshirish usuli.
- **Auskultatsiya** – organizmdagi tovushlarni tinglab tekshirish.
- **Antiseptika** – infeksiyani yo‘q qilish yoki kamaytirish usullari.
- **Aseptika** – mikroblarning tushishini oldini olish choralari.
- **Reabilitatsiya** – kasallikdan keyingi tiklanish jarayoni.

NAZORAT SAVOLLARI

1. Katta yoshdagi bemorlarda a‘zolarining LOR- qanday endoskopik tekshiruv usullari qo‘llanadi va qaysi tartibda ?
2. LOR-a‘zolarining endoskopiya tekshiruvida vrach bemorga nisbatan qanday holatni egallashi lozim?
3. LOR-a‘zolar tekshiruvida qanday sun‘iy yorug‘lik manbai ishlatiladi va u kaerga o‘rnatiladi?
4. Old rinoskopiya burun kengaytirgichni qanday ushlanadi? Ko‘rsating.
5. Old rinoskopiya burun kengaytirgich qaysi holatida va qanday chuqurlikka kiritiladi?
6. Old rinoskopiya burun bo‘shlig‘ining qaysi bulimlari ko‘zdan kechiriladi, me‘yorda ularning holati qanday bo‘ladi?
7. Orqa rinoskopiya va bevosita laringoskopiya dan oldin burunhalqum va hiqildoq ko‘zgulari qanday isitiladi va isiganligi qanday teshiriladi?
8. Orqa rinoskopiya (epifaringoskopiya) qanday bajariladi? Ko‘rsating

VAZIYATLI MASALA

Bemor bo'linga quyidagi shikoyat bilan keldi: burundan nafas olishni qiyinlashishga, burunni tez-tez bitishi, isitma chiqishiga, ishtaxasizlik, xolsizlik, darmonsizlik. Bemorda qanaqa tekshirishlar o'tkazish kerak.

TEST SAVOLLARI

1. Tashqi quloqni nimalar tashkil qiladi.
 - A. *Quloq suprasi, tashqi eshituv yo'li
 - B. Nog'ora bo'shliq, eshitish suyakchalari.
 - C. Suyak labirinti va nog'ora parda.
 - D. Nog'ora bo'shliq, eshituv nayi
2. Tug'ma sifilisning asosiy simptomlari?
 - A. eshitishni yuqolishi
 - B. *Getchinson triadasi
 - C. egarsimon burun
 - D. karlik
3. Otogematomada vrachning taktikasi?
 - A. suriltiruvchi dorilar
 - B. qulok suprasi punksiyasi va bosib turuvchi bog'lama quyish
 - C. gematamani olish
 - D. *yukoridagilarning barchasi
4. Otomikozni asosiy diagnostik metodlari.
 - A. serologik
 - B. *mikologik
 - C. gistologik
 - D. audiologik
5. LOR a'zolari zaxmida qaysi teri serologik proba aniqlovchi hisoblanadi?
 - A. Xidelson Rayt
 - B. *Vassermon
 - C. Borde Jangu
 - D. Shik

A D A B I Y o T L A R.

1. **X. A. Axmedov** – *Otorinolarologiya*. Toshkent: Ibn Sino nomidagi nashriyot.
2. **A. S. To'xtayev** – *Hamshiralik ishi asoslari*. Toshkent.
3. **M. A. Usmonov** – *Klinik hamshiralik ishi*. Toshkent.
4. **Sh. Sh. Shomurodov** – *Otorinolarologiya kasalliklari*. Toshkent.
5. **T. S. Daminov** – *Tibbiyot hamshiraligi*. Toshkent.
6. **S. T. Iskandarov** – *Klinik tibbiyot asoslari*. Toshkent.
7. **O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi** – *Hamshiralik ishi bo'yicha o'quv qo'llanma*.
8. **A. A. Abduqodirov** – *Umumiy tibbiyot va parvarish*. Toshkent.

Qo'shimcha manbalar

9. Tibbiyot kollejlari uchun **“Hamshiralik ishi” o'quv qo'llanmasi**.
10. **“Klinik fanlar”** bo'yicha o'quv qo'llanmalar (Toshkent tibbiyot nashriyotlari).

17 - mavzu: O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 4 .	Favqulotda vaziyatlar va shoshilinch holatlarda tez tibbiy yordam ko'rsatish.
--	--

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 160 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot
Ma'ruza mashg'uloting rejasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Favqulotda vaziyatlar. Tasnifi, uning turlari, kelib chiqish sabablari 2. Tibbiy saralash bosqichlari. 3. Ommaviy talofat o'chog'ida jabrlanuvchilarni evakuatsiya qilish va birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish tamoyillari.
<p>O'quv mashg'uloti maqsadi:</p> <p>1.Ta'limiy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash • Amaliy ko'nikmalarni egallash • Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash • Deontologik tarbiyaning shakllanishi • Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash <p>2.Tarbiyaviy maqsadi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish • Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish • O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash • Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish 	

	Faoliyat mazmuni
--	-------------------------

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
<p align="center">1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa</p>	<p>Tashkiliy qism 1.1 O'qituvchi guruxga kirib tinglovchilarning o'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshirdi, yangiliklar eshitaladi va aytiladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib o'yin qoidalarini tushintiradi.</p>	<p>Javob beradilar tinglaydilar yozib oladilar.</p>
<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimni tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40. 3.O'qitishning noannaviy usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimni mustaxkamlash</p>	<p>1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ularni utilgan mavzular buyicha bilimni baxolash. 2.Yangi mavzu mazmunini o'qituvchi tomonidan "Ma'ruza o'qish" usulida tushuntiriladi. Mavzuga oid klinik belgilar, amaliy kunikmalar, bemorlarni parvarishlar xususiyatlari bilan tanishtiradilar. Bemorlarni parvarish qilishni va ularga psixologik yordamni to'g'ri va samarali olib borish xakida ma'lumot beradi 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "Rol o'ynash (Role play)" usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>Tinglovchilar bilimlarini eslab,o'qituvchi bergan savollarigi aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar.Tushinmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar."B.B.B" sxemasi tinglovchilar tomonidan to'ldiriladi.</p>
<p align="center">3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baxolar e'lon qilinadi. Uyga vazifa: Favqulotda holatlarda tez tibbiy yordam ko'rsatish. Favqulotda vaziyatlarda shoshilinch tibbiy</p>	<p>Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

	<p>yordam ko'rsatish bo'yicha, ko'p uchraydigan kritik va shoshilinch holatlar</p> <p>Foydalanilgan adabiyotlar</p> <p>1.S.S. Qodirov. Pediatriya. – Toshkent: Ibn Sino nomidagi nashriyot, 2019.</p> <p>2.R.A. Axmedov. Bolalar kasalliklari propedevtikasi. – Toshkent, 2020.</p> <p>3.Sh.I. Karimov tahriri ostida. Shoshilinch tibbiy yordam asoslari. – Toshkent, 2018.</p> <p>4.M.A. Xudoyqulov. Reanimatsiya va intensiv terapiya asoslari. – Toshkent, 2021.</p> <p>5.O'zbekiston Respublikasi SSV. Klinik protokollar to'plami (pediatriya). – Toshkent, 2022.</p> <p>6.D.X. Yuldashev. Hamshiralik ishi asoslari. – Toshkent, 2019.</p> <p>7.N.A. Usmonov. Bolalarda shoshilinch holatlar. – Toshkent, 2021.</p> <p>8.B.T. Rasulov. Bolalar reanimatsiyasi. – Toshkent, 2020.</p> <p>9.Salomatlik -3 loyixasi “Bemor bololarni parvarish qilish asoslari” 2014 y</p> <p>10.V.N.Turakulov X.X.Egamov “Pediatriyada xamshiralik parvarishi” 2019</p>	
--	--	--

<p>Pedagogik vazifalar.</p> <p>O'tkir nafas yetishmovchiligida reanimatsiya tadbirlari. Nafas yo'llari o'tkazuvchanligining buzilishlari. O'tkir qon tomir yetishmovchiligida xamshiralik yordami. O'pka- yurak reanimatsiyasi. Koma xolatlaridagi</p>	<p>O'quv faoliyatining natijalari:</p> <p>Tinglovchi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bemor bolalarning xolatini shoshilinch baxolash va tez tibbiy yordam kursatishni. – O'tkir nafas yetishmovchiligida bolalarda hamshiralik parvarishini.
--	---

bemorlarning parvarish qilish va kuzatishning o'ziga xos xususiyatlari . Shok va uning turlarida birinchi yordam kursatish.	Krup sindromi, sabablari, shoshilinch yordam. Bronxial astmaning og'ir xurujlari. Nafas yo'llarida yot jismlar tushishida shoshilinch yordam ko'rsatish. – O'tkir yurak yetishmovchiligida bolalarda hamshiralik parvarishi. – Qon-tomir yetishmovchiligida shoshilinch yordam va hamshiralik parvarishi. – Yurak-o'pka reanimatsiyasini o'tkazish texnikasini. O'pkani sun'iy ventilyatsiya apparatiga ulangan bolalarda hamshiralik parvarishini. – Gipertermik sindromda bolalarda xamshiralik parvarishini. Talvasada bolalarda xamshiralik parvarishini
O'qitish metodlari	"Baxs-munozara", "Aqliy xujum", "Issiq kartoshka" usuli "Kichik guruxlarda ishlash"
O'quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy, guruxlarda ishlash, yakka tartibli
O'qitish vositalari	Doska-stend, vidiofil'mlar, chizma, nazorat varagi, matnlar.
O'qitish shart sharoiti	Fanga mos jixozlangan o'quv xona.
Qayta a'loqaning usul va vositalari.	Og'zaki so'rov: tezkor surov, yozma so'rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o'quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: Favqulodda vaziyatlar, ularning sabablari, turlari.

Dars rejasi:

Reja:

1. Favqulotda vaziyat nima?
2. Terminal xolatlar. Yurak-o'pka reanimatsiyasi.
3. Yuqori nafas yo'llari o'tkir obstruksiyasi.
4. Cho'kish. Issiqlik urishi.

Favqulotda vaziyat nima?

Favqulotda vaziyat sharoit buzish va kishilar sog'lig'iga yoki atrof muhitga sezilarli moddiy yo'qotishlar, ijtimoiy tuzilmalarni barbod bo'lishiga yoki kishilar

qurbon bo'lishiga olib kelgan yoki olib keladigan ofatlar yoki boshqa ofatlar, falokatlar natijasida yuzaga kelgan ma'lum hududdagi vaziyat.

Favqulotda vaziyat yuzaga kelgandagi havf.

1. Kishi hayotiga tahdid soluvchi havf.
2. Kishi sog'lig'iga tahdid soluvchi havf.
3. Hayot faoliyati sharoiti buzilishi.
4. Sezilarli moddiy yo'qotishlar.
5. Atrof tabiiy muhitga yetkazilgan zarar.

Favqulotda vaziyatlarni yuzaga kelish sabablari.

Favqulotda vaziyatlarni yuzaga kelish sabablari turlicha, ammo ularni quyidagi uchta guruhga bo'lish mumkin:

1. Tabiat yaratgan sabablar.
2. Ijtimoiy mazmundagi sabablar.
3. Tabiat va kishi xatosi bilan birgalikda yaratilgan sabablar.

Favqulotda vaziyatlar tasnifi.

Favqulotda vaziyatlarni asosan 2 turga bo'lib tasniflash bo'ladi (chizmaga qarang). Tabiiy ko'rinishdagi FV va texnogen xususiyatga ega bo'lgan FV. Tabiiy ko'rinishdagi FV tayfun, uragan, suv toshqini, qurg'oqchilik, ko'chki, zilzila, sunami, vulqonlarning otilib chiqishi, epidemik kasalliklar va boshqalarni kamrab oladi. O'zbekistonda ko'chki, suv toshqini va epidemik kasalliklar uchrab turadi.

Tabiiy:

- Gidrometeorologik (tayfunlar, uraganlar, suv)
- Qurg'oqchilik, kuchki
- Geologik (zilzilalar, sunami, vulqonlar va b. lar).
- Biologik (epidemiya (hayvonlar, o'simliklar orqali),
- Toksik moddalar bilan zaxarlanish, ovqatdan ommaviy zaxarlanish va boshqalar

Texnogen:

- Texnika bilan bog'liq (transport avariylari, zavodlarda avariylar, yong'in va portlash xavfi bor ob'ektlarda sodir bo'lishi mumkin avariylar, radioaktiv avariylar va x.k.lar)
- Majmualiy ofatlar (terrorizm, irqiy majoralar, xarbiy harakatlar, ichki mojaralar, urush)

Terminal holat deganda – organizmning o'lim bosqichlari tushuniladi. Bu a'zo va sistemalar mutanosib funksiyasi buzilishi natijasida gomeostazning o'zgarishi va buzilishidan kelib chiqadi.

Terminal holatga:

- a) preagoniya
- b) agoniya
- v) klinik o'lim

Preagoniya – Ichki a'zolarga kislorod yetishmovchiligi natijasida kelib chiqadi. Bu xolat 5-10 sekunddan 3-4 minutgacha davom etadi.

Belgilari:

Asta sekin hushdan ketish. Nafas olishni o'zgarishi (avvaliga tez-tez, keyin yuzaki, keyin kam nafas olish). Qon aylanishini o'zgarishi (AQB past, puls tez-tez, keyin pasayadi). Teri qoplamalarini o'zgarishi (ko'karish, oqarish, nuqtalarni xosil bo'lishi)

Agoniya – organizmning so'ngi kompensator reaksiyasini ishga tushishi.

Belgilari: boshlanishida bemor AQB normallasadi, yurak urishi ko'payadi, nafas olish yaxshilanadi, xatto bemor bir necha soniyaga xushiga kelishi mumkin. Bemorni axvoli yaxshilanayotgandek tuyuladi va birdaniga AQB tushib ketadi, ipsimon puls, nafas olishini o'zgarishi, xushdan ketish kabi belgilar kuzatiladi. Bemorda og'riqni sezish, va boshqa bir qator

reflekslar yo‘qoladi. Agonal xolat bir necha minutdan bir necha soatgacha davom etishi mumkin va klinik o‘lim bilan tugaydi.

Klinik o‘lim - qon aylanish va nafas olish funksiyasi umuman to‘xtagan, lekin, miyadagi asosiy hujayralar hali tirik bo‘lib, bu holat 5-6 minut davom etishi mumkin. Klinik o‘lim holatida - ko‘z qorachig‘i kengaygan, ularning yorug‘likka reaksiyasi yo‘q, teri qoplamlari rangi o‘zgargan, tonik (sudorogi) harakatlar kuzatiladi Keyin orqaga qaytmas holat - biologik o‘lim sodir bo‘ladi.

Yurak urushi va nafas olish to‘xtaganda jonlantirish choralari.

YuRAK O‘PKA REANIMATSIYASI.

Baxtsiz xodisalar tufayli bemor xushini yo‘qotganda, unda nafas va yurak ritmining to‘xtab qolishi kuzatiladi. Shunday xollarda nafas yo‘llarini o‘tkazuvchanligini ta‘minlash va qon aylanishini yaxshilash, o‘pkaga sun‘iy nafas berish, yurakni bilvosita massaj qilishga qaratilgan tadbirlar kompleksiga “Yurak o‘pka reanimatsiyasi” deyiladi. Asosiy tadbirlarni “AVS” ketma-ketligida bajarish mumkin.

A-nafas yo‘llarini utkazuvchanligi

V-nafas berish

S-sirkulyatsiyani yaxshilash

Birinchi navbatda yordam ko‘rsatuvchi o‘z xavfsizligini ta‘minlashi kerak. Shundan so‘ng bemorning xayot ko‘rsatkichlari, ya‘ni es-xushi, ko‘z qorachiqclarini yorug‘likka reaksiyasi, reflekslari, nafas olishi xamda yurak urishini tekshirib ko‘riladi. Bemorni qattiq yuzaga yotqizib, siqib turgan kiyimlari bo‘shatiladi. Shundan so‘ng 1 chi bosqichda kirishiladi;

A- NAFAS YO‘LLARINI O‘TKAZUVCHANLIGINI TA‘MINLASH.

Buning uchun avvalambor bemorning bo‘yin umurtkasi tekshirib olinadi. Shundan so‘ng bemorni boshini orqaga engashtirib chalqancha yotqiziladi, pastki tishlar yuqoridagi tishlardan bir oz chiqib turadigan qilib pastki jag‘ oldinga suriladi. Shundan so‘ng og‘iz bo‘shlig‘i tekshirib ko‘riladi. (shilimshiqclar, ovqat luqmalari, protezlardan tozalanadi). Og‘izga salfetka qo‘yiladi. Bu ishlarni tez, shikast yetkazmay, extiyotlik bilan bajarish lozim. Nafas yo‘llari ochilganligiga ishonch xosil qilingach 2 bosqichga o‘tiladi:

V- OG‘IZDAN OG‘IZGA YoKI OG‘IZDAN BURUNGA SUN‘IY NAFAS BERISH.

Sun‘iy nafas berishni yurakni bilvosita massaj qilish bilan birga bajariladi.

S-QON AYLANISHINI TA‘MINLASH - I-yordam beruvchi bemorni burnini chap kuli bilan berkitib chuqur nafas oladi va bemorni og‘ziga sun‘iy nafas beradi. II-yordam beruvchi esa, qo‘l kaftlarini ustma ust qilib, bemor xanjarsimon o‘simtasidan 2 barmoq yuqoriga qo‘yadi.

Tirsaklarini bukmasdan butun tana vaznini og‘irligi bilan yurakni massaj qiladi. Bunda yurak to‘sh bilan umurtqa pog‘onasi o‘rtasida siqila boshlaydi va qon yurakdan xaydaladi.

BELGILARI	kattalar	1-8yoshgacha	1yoshgacha	Yangi tug‘ilgan chaqaloklar
Ko‘krak qafasini bosish soni	1min 100martadan kam bo‘lmasligi kerak			
1min.nafas olish tezligi	Xar 6-8 sekund1nafas (1min. 8-10 nafas)			30 nafas
Bosish chukurligi	5 smdan kam emas	5smgacha	4smdan kam emas	1,5-2,0sm.

Yurak massaji vaqtida qo'lar xolati	Xanjarsimon o'simtadan 2ki barmoq yuqoriga kaftni kaft ustiga kapalak simon qo'yiladi	Xanjarsimon o'simtadan 2ki barmoq yuqoriga 1-qo'lining kafti qo'yiladi	So'rg'ichlar orasiga 2ta barmok qo'yiladi
Sun'iy nafas va yurak massajining nisbati	30:2 (1yoki 2 kishi)	30:2 (1yoki 2 kishi) 15:2 (2 kishi)	3:1 15:2

O'tkir nafas yetishmovchiligi

O'tkir nafas yetishmovchiligi bu – hiqildoq va traxeya shilliq qavatlarining yallig'lanishi bo'lib, bunda hiqildoqning ovoz bog'lami joylashgan sohada, hiqildoq mushaklarining reflektor spazmi kuzatiladi, buning natijasida inspirator hanshirash yuzaga keladi.

Sababi:

- o'tkir respirator virusli kasalliklar;
- bakterial infeksiyalar (streptokokk, stafilokokk);
- tezda yuzaga keladigan allergik reaksiyalar (Kvinke shishi, anafilaktik shok).

Kasallikni ko'pincha gripp, paragripp, adenovirus, respirator sintitsial virus keltirib chiqaradi. Ko'pincha 3 oylikdan 6 yoshgacha bo'lgan bolalar kasallanadilar. Samarali yordam ko'rsatmasligi natijasida ham stenozni kuchayishi og'ir gipoksiya rivojlanishiga, gemodinamik buzilishlarga, MNS jarohatlanishiga va o'limga olib kelishi mumkin.

Belgilari: Kasallik ko'pincha qishning boshlanishiga va respirator virusli infeksiyalarni epidemik tarqalish vaqtiga to'g'ri keladi. Kasallik odatda yuqori nafas yo'llarini shikastlanishi va keyinchalik tipik quv-quv yo'tal va tovushning xirillashi bilan boshlanadi. Grippez infeksiyalarda kasallikning klinik ko'rinishi yaqqol namoyon bo'ladi, paragripp va adenovirusli infeksiyaga qaraganda harorat 39,5-40°C ga ko'tarilishi mumkin, lekin bolada toksik belgilar ko'rinmaydi. Tekshiruvda birinchi o'rinda inspirator stridor, taxipnoe, disfoniya, ko'krak qafasining tortilishi kuzatiladi. Tovushlarni diqqat bilan kuzatish ma'lum darajada kasallikning xarakterini va patologik jarayonni joyla-shishini ko'rsatadi. Nafas olganda hushtaksimon tovushning eshitalishi hiqildoq shishishidan, disfogiya esa ovoz boylam-larining yallig'lanishidan darak beradi. Shishning kuchayib borishi va nafas hajmining kamayishi nafas tovushlarining kamayishiga va afoniyaga olib keladi. Quv-quv yo'talning borligi ovoz yorig'ining to'la ochilmasligidan dalolat beradi, bu esa reflektor spazm bilan bog'liq. Qiyinlashgan nafas va tez-tez yuzaga keluvchi progressiv yo'tal gipersekretsiya va balg'am bilan hiqildoq to'lib qolganda kuzatiladi.

Og'irlik darajasiga qarab 4 ga bo'linadi:

I daraja (kompensatsiyalashgan). Ahvoli o'rtacha og'irlikda. Es-hushi joyida. Bola bezovta, yotog'ida qulay joy topolmaydi, bezovta bo'lganda vaqt-vaqti bilan inspirator hanshirash va quv-quv yo'tal kuzatiladi. Tinch holatda nafas ravon,

ko'krak qafasining tortilgan joylari yo'q. Tovush bo'g'iq. Teri rangi odatdagidek. Yurak urishi soni yoshiga nisbatan 5-10% ga oshishi mumkin.

II daraja (subkompensatsiya davri). Umumiy ahvoli og'ir. Bola qo'zg'aluvchan, bezovta, uyqusi buzilgan. Stridor, shovqinli nafas, xurujli qo'pol quv-quv yo'tal. Inspirator hansirash ko'krak qafasining tortilishi bilan kuzatiladi, uyqu chuqurchasi ham tortilgan, burun qanotlari kerilgan. Tovush xirillagan yoki bo'g'iqlashgan. Teri qoplamlari oqargan, perioral sianoz bilan, yurak urishlari soni 10-15% ga oshgan.

III daraja (dekompensatsiya davri). Bola ahvoli juda og'ir. Bola qo'zg'algan, es-hushi xiralashgan. Nafas olishi qiyinlashgan, ko'krak qafasi chuqurlashgan, nafasda yordamchi mushaklar qatnashadi. Teri va shilliq qavatlar oqargan, ba'zan yer rangida, akrosianoz, sovuq ter bosgan. Qon aylanish buzilishi belgilari, teri marmar rangida, taxikardiya. Yurak urishlari soni normadan 15% ga oshgan, yurak tonlari bo'g'iq, tez-tez kuchsiz aritmik puls, jigar kattalashgan.

IV daraja (asfiksiya). Ahvoli juda ham og'ir. Es-hushi joyidamas. Ko'z qorachiqdari kengaygan, talvasalar kuzatilishi mumkin, teri qoplamlari sianotik. Yurak tonlari bo'g'iq, bradikardiya-yurak to'xtashini bildiruvchi xavfli belgi, puls ipsimon yoki umuman yo'q. Keyin esa nafas va yurakning to'xtashi kuzatiladi. Shoshilinch yordam:

1) Medikamentoz davo. I darajali stenozda:

- burun yo'llariga tomir toraytiruvchi tomchilar (0,05% li galazolin eritmasi) tomiziladi;

- lazolvan eritmasi yoki bargizub shirasi bilan (1:10) ultratovushli ingalatsiyalar o'tkaziladi.

2) Oksigenoterapiya parakislod palata sharoiti hollarida.

3) SNO yordamida nafasni ushlab turish.

Hamshiralik parvarishi.

1) Yotoqda ko'tarilgan holat, toza havo kirishini ta'minlash (nam havo yuborish), ko'p suyuqlik ichirish.

2) Chalg'ituvchi muolajalar: gorchichnik, agar unga allergiyasi bo'lsa, issiq oyoq yoki qo'l vannalari, bo'yin va ko'krak sohasiga yarim spirtli qizdiruvchi kompresslar.

3) Laringoskopiya va traxeya intubatsiyaga tayyorlash.

4) Hamshira shifokor o'tkazayotgan muolajalarni kuzatadi, bemorni ishlatilayotgan dorilarga reaksiyasini kuzatadi va jurnalga qayd qiladi.

5) Og'riqli muolajalar haqida ota-onasiga xabar berish va og'riqni kamaytirish uchun harakat qilish.

6) Ota-onasiga boladagi og'riqni kamaytiruvchi muolajalar haqida aniq tushuncha berish.

Nafas yo'llarida yot moddalar

Bolalardagi to'satdan yuz beradigan asfiksiya turidir. Yot moddalar ko'proq bronxlarda bo'ladi. Kattalarda ko'proq o'ng bronxda, bolalarda esa ikkalasida baravar uchraydi. Ko'proq 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda, ya'ni jag' tishlari paydo bo'lguncha bo'lgan davrda uchraydi.

Sababi. Nafas yo'llariga ko'proq tangalar, tugmalar, yong'oq va o'yinchoqlar tushib qolishi mumkin.

Belgilari. Yuqori nafas yo'llarida yaqqol namoyon bo'lgan stenozi yuzaga kelishi mumkin. Bo'g'ilish, kuchli davriy yo'talishlar bilan birga, yuzda sianoz va chaqmoq tezligidagi asfiksiya yuzaga kelishi mumkin. Agar yot modda harakat qilsa, traxeyada yo'tal va qichqiriq vaqtida chapaksimon nafas eshitilishi mumkin. Yot moddalar ko'pincha bronxlarda yaqqol ishemik o'zgarishlarni keltirib chiqarmaydi. Bola bezovta, qo'rquvda. Xurujsimon, effektsiz yo'tal.

Bronxospazm, ekspi-rator hansirash xarakterlidir. Qisman tiqin bo'lsa auskultatsiyada bir tomonlama quruq hushtaksimon xirillashlar, emfize-ma belgilari bilan namoyon bo'ladi. Auskultatsiyada ma'lum sohada sust nafas yoki nafas yo'qligi eshitiladi. Tashxis ko'krak qafasining bronxoskopiya yordamida qo'yiladi.

Hamshiralik parvarishi.

Qo'l yordamida yot moddani olib tashlash.

Bronxoskopiya yordamida olib tashlash.

Bolani xotirjamligini ta'minlash maqsadida oila a'zolarini ruhiy qo'llab-quvvatlash.

1) Yot moddani aniqlash:

- o'yinchoq xususiyatlari va simptomlari;
- agar bola gapira olsa nima bo'lganini so'rash;
- yot moddani joyi va xususiyatlarini aniqlash.

2) Yot moddani olib tashlash:

- bolani oyog'idan ko'tarib, silkitish;
- bolani chap qo'l bilan ushlab, o'ng qo'lni ko'rsatkich barmog'i bilan til ildizini bosish va bola boshini pastga egish.

Bronxoskopiya, traxeostomiya.

3) Sun'iy nafas va kislород berish.

4) Medikamentoz davo.

5) Oilani qo'llab-quvvatlash.

O'tkir yurak yetishmovchiligi

O'tkir yurak yetishmovchiligi bu yurakning to'liq zo'riqishi bo'lib, patologik belgilar (terining, shilliq qavatlarning oqarishi, hanshirash, shishlar va b.) bilan kechadi. Bu kutilmaganda yoki birdan nafas siqish xuruji (yurak astmasi) bilan namoyon bo'ladi.

Klinik belgilari. Bola bezovta, ko'krak qisishidan, nafas olishning qiyinlashishi sababli havo yetishmasligidan, o'lib qolish hissidan shikoyat qiladi, majburiy holatni egallaydi, hansirash, yo'tal bezovta qiladi. Asorati o'pka shishishi.

Terminal holat rivojlanishi bola hayotini saqlab qolish va uni hayot faoliyatiga qaytarish uchun o‘z vaqtida va to‘g‘ri yurak-o‘pka reanimatsiyasi o‘tkazishni talab qiladi.

Shoshilinch yordam.

1. Bolani tinchlantirish.
2. Siqib turgan kiyimlarini yechish.
3. Havo olishini ta’minlash.
4. Majburiy holatni egallash (oyoqlarini osiltirib o‘tirish).
5. Og‘izda to‘planib qolgan so‘lak kabi nafasga xalaqit qiluvchi omillarni yo‘qotish.
6. Yuqori nafas yo‘llarini erkin o‘tkazuvchanligini ta’minlash.
7. Oksigenoterapiya.
8. Medikamentoz davo, shifokor yordami.
9. Juda og‘ir hollarda traxeya intubatsiyasi o‘tkaziladi va sun’iy nafas oldirishga o‘tiladi.

Hamshiralik parvarishi

1. Nafas siqishini kamaytrish uchun hamshiralik parvarishi 1-5 punktidagi «Shoshilinch yordam» singari o‘tkaziladi.
2. Nafas soni va o‘pkadagi shovqinlar, xirillashlar borligi nazorat qilinadi va shu bilan birga hamshiralik yozuvi muolajalari kiritiladi.
3. Maksimal qulay sharoit va tinchlik yaratish.
4. Tozalikni ta’minlab infeksiyani oldini olish.
5. Bola va uning oilasi bilan tibbiy-psixologik ishlar olib borish.

Tomir yetishmovchiligi – qon aylanishi buzilishi natijasida kelib chiqadi

Obmorok – mushak tonusining yo‘qolishi, miyada qon aylanishi buzilishi natijasida qisqa vaqt hushni yo‘qotish.

Sababi.

1. Tomirlarni nerv regulatsiyasini buzilishi:
vazovagal, ortostatik, reflektor, vaziyatli, giperventelatsion sindromda;
2. Kardiogen: bradiaritmialar, taxiaritmialar, yurak va yirik qon tomirlardagi qon oqimiga mexanik ta’sir qilishi.
3. Gipoglikemik holatlar.
4. Serebravaskulyar va b.

Olib keluvchi omillar: kuchli ruhiy ta’sirlar (ta’sirlanish, qo‘rqish, kuchli og‘riq, issiq yoki oftob urishi, stresslar va b.).

Kasallikning belgilari: noqulaylik hissi, ko‘ngil aynishi, esnash, ko‘p terlash, oyoqlarda holsizlik, ko‘z oldi qoron-g‘ilashuvi, quloqda shovqin, bosh aylanishi, oyoq-qo‘llar uvishishi, mushak tonusi birdan pasayishi, teri oqargan, qorachiqlar kengaygan, puls kuchsiz to‘liq, AB pasaygan, yurak tonlari bo‘g‘iqlashgan, nafas yuzaki. Agar bola o‘tirishga yoki yotishga ulgurgan bo‘lsa organizmni ortostatik holatini bartaraf qilish mumkin, eshitmaslik, esnash, ko‘ngil aynishi holatlari bilan

chegaralanadi. Chuqur obmorok qisqa vaqtli tonik talvasalar bilan birga kuzatilishi mumkin.

Shoshilinch holat:

1. Bolani gorizontol oyoqlarini biroz ko'targan holda yotqizib, yoqasi yechiladi, tanani siqib turgan kiyimlarini yechish.
2. Toza havo olishini ta'minlash.
3. Reflektor ta'sirlardan foydalanish:
 - yuzga suv sepish yoki ho'l sochiq bilan yonoqlarga urish;
 - nashatir spirti hidlatish.
4. Bu holatdan chiqqandan so'ng ichishga issiq shirin choy berish.
5. Simptomatikasi bo'yicha medikamentoz yordamini ko'rsatish.

Hamshiralik parvarishi:

1. Qon aylanish holatini tez tiklash, 1-4 punkt «Shoshilinch yordam» da ko'rsatilgan hamshiralik parvarishi kabi o'tkaziladi.
2. Puls va hushni nazorat qilish.
3. Maksimal qulay sharoit yaratish va tinchlikni ta'minlash.
4. Tozalikni ta'minlab infeksiyani oldini olish.
5. Bola va uning oilasi bilan tibbiy-psixologik ishlar olib borish.

Kollaps – hayotga xavf soluvchi o'tkir tomir yetishmovchiligi bo'lib, tomirlar tonusining birdan pasayishi, aylanib yuruvchi qon hajmining kamayishi, miya gipoksiyasi belgilari, hayot uchun muhim funksiyalarning yo'qolishi bilan xarakterlanadi.

Sababi o'tkir yuqumli kasalliklarning (ichak infeksiyasi, gripp, O'RVI, zotiljam, pielonefrit, angina va b.) og'ir kechishi.

1. O'tkir buyrak usti bezi yetishmovchiligi.
2. Gipotenziv moddalar dozasini oshirib yuborish.
3. Ko'p qon yo'qotish.
4. Og'ir jarohatlar.

Kasallikning belgilari avj olish davrida rivojlanadi va bemor umumiy ahvolidning progressiv yomonlashishi bilan xarakterlanadi. Ko'pincha kollapsda quyidagi belgilar kuzatiladi: bola qo'zg'aluvchanligi, mushaklar tonusining oshishi, teri qoplamlarining oqarishi va marmarsimon tus olishi, oyoq-qo'l barmoqlarining sovqotishi, sovuq yopishqoq terlash, tez-tez ipsimon puls, taxikardiya, AB tushib ketishi.

Shoshilinch yordam:

1. Bolani gorizontol boshini orqaga biroz eggan holda yotqizish.
2. Issiq grelkani sochiqqa o'rab qo'yiladi.
3. Toza havo kelishini ta'minlash.
4. Yuqori nafas yo'llari o'tkazuvchanligini ta'minlash.
5. Siqib turgan kiyimlarini yechish.
6. Klinik kechishi bo'yicha shifokor yordamini ko'rsatish.

7. Shoshilinch yordam bermagan hollarda reanimatsiya bo‘limiga yotqiziladi.

Hamshiralik parvarishi:

Nafas siqishini kamaytrish uchun hamshiralik parvarishi 1-5 punktidagi «Shoshilinch yordam» singari o‘tkaziladi. Nafas soni va o‘pkadagi shovqinlar, xirillashlar borligi nazorat qilinadi va shu bilan birga hamshiralik yozuvi muolajalari kiritiladi. Maksimal qulay sharoit va tinchlik yaratish. Tozalikni ta‘minlab infeksiyani oldini olish. Bola va uning oilasi bilan tibbiy-psixologik ishlar olib borish.

Yurak-o‘pka reanimatsiyasini o‘tkazish texnikasi:

- yurak-o‘pka reanimatsiyasi o‘tkazishga asosiy ko‘r-satmalar;
- nafas, yurak urishi va hushning yo‘qligi;
- uyqu arteriyasi va boshqa atreiyalarda puls yo‘qligi;
- teri rangining oqligi yoki kulrang-yer rangidaligi;
- qorachiq kengayishi, yorug‘likka reaksiyasi yo‘qligi.

Shoshilinch yordam:

- klinik o‘lim yuz bergan vaqtni va reanimatsion choralar boshlangan vaqtni yozib qo‘yish;
- trevoga signalini berish, yordamchilar va reanimatsiya brigadasini chaqirish;
- imkoni boricha klinik o‘lim rivojlanishi vaqtidan qancha daqiqa o‘tgani aniqlanadi. Agar 10 daqiqadan ko‘p vaqt o‘tgan bo‘lsa, bemorda biologik o‘limning erta belgilari («mushuk ko‘zi simptomi» – ko‘z olmasini bosgandan keyin qorachiq gorizontal shaklni oladi va saqlab qoladi va «eriyotgan muzchalar») – qorachiqning xiralashishi simptomi bor bo‘lsa yurak-o‘pka reanimatsiyasini o‘tkazish shubhali.

ABC qoidasi bo‘yicha reanimatsion choralar ketma-ketligi:

A (airways) – nafas yo‘llari o‘tkazuvchanligini tiklash.

B (breathing) – nafasni tiklash.

C (circulation) – qon aylanishini yaxshilash.

– agar yurak urishi va faoliyati tiklanmasa ham SNO o‘tkazishni va yurakni bevosita massaj qilishni to‘xtatmaslik.

– periferik venaga tushishni ta‘minlash va shifokor ko‘rsat-masi bo‘yicha dori moddalarni yuborish.

– oksigenoterapiya 100 % yuz niqobi orqali

– qorinchalar fibrilatsiyasida defibrilatsiya qilish ko‘rsatma bo‘ladi (elektrik yoki medikamentoz).

SNO apparatiga ulangan bolalar va ularning oilalarida hamshiralik parvarishi.

SNO o‘tkazishning hamma nozik tomonlarini hisobga olgan holda bolalarni parvarish qilish hamshiradan diqqat va e‘tibor talab qiladi. Birinchi o‘rinda SNO dagi bolani parvarish qilayotgan hamshira sanepid tartibga rioya qilishi, tegishli buyruqlar bilan ishlashi kerak. Monitorni nazorat qilishni SNO apparati ishini (namlik va temperatura tartibi, kislorod berilishini va b.) bilishi kerak.

Hamshiralik parvarishi:

1. Gigiyenik muolajalar o'tkazish (ichki va o'rin oqliklarini almashtirish, yuvintirish, umumiy gigiyenik muolajalar, ostni yuvish, og'iz bo'shlig'ini parvarishlash va b.)
2. Intubatsion trubka sanatsiyasi.
3. Yotoq yaralarni oldini olish (vibromassaj, bemor tana holatini har 2-3 soatda almashtirib turishni).
4. Inyeksiyadan keyingi asoratlarni oldini olish.
5. O'mrov osti kateterini parvarish qilish.
6. Siydik kateterini parvarish qilish.
7. Operatsiyadan keyingi yarani parvarish qilish.
8. Oila bilan tibbiy-ruhiy ish olib borish.

Yurak-o'pka jonlantirishi o'tkazishdan bosh tortish va to'xta-tishning yuridik asoslari. Yuridik va etik aspektlardan kelib chiqib YuO'J quyidagi hollarda qo'llanilmaydi:

- Yurak to'xtashi vaqtidan boshlab (normal atrof-muhit haroratida) 25 daqiqadan ko'p vaqt o'tganda.
- Birdaniga o'lim holati kuzatilsa, shu bemor uchun ko'rsatilgan to'liq kompleks davolash o'tkazilgan bo'lsa.
- Agar bemorda progressivlanuvchi kasallikning terminal bosqichi bo'lsa, shifokorning o'rangan va oldindan hujjalash-tirilgan, konsilium kasallik tarixiga yozib qo'yilganda (o'sma-ning oxirgi bosqichida, miyada qon aylanishi og'ir buzilishida, og'ir travmalarda va b.).
- Agar bemor oldindan YuO'J dan bosh totrishini tibbiy hujjatlarda yozib qo'ygan bo'lsa.

YuO'J quyidagi hollarda to'xtatilishi mumkin:

- YuO'J ning hamma yetarli usullari qo'llab bo'linganda ham 30 daqiqa davomida natija belgisi bo'lmasa.
- Agar ko'p marta yurak to'xtashi kuzatilsa, tibbiy yordam berilganda ham.

Allergik shoshilinch va komatoz holatlar

Allergik shoshilinch holatlar

Eshakem – otkir allergik holat bo'lib, terida va ba'zan shilliq qavatlarda birdaniga urtikar toshmalar toshishi bilan xarakterlanadi.

Eshakemning sababi ham Kvinke shishi bilan bir xil. Ko'pincha dorilar va ovqat allergenlari, hasharotlar chaqishi, ba'zi hollarda bevosita sababi aniq emas.

Klinikasi bolalarda isib ketish hissi, teri qichishishi, terining «qichitqi o't bilan kuyganga o'xshab» o'zgarishi kuzatiladi. Eshakem elementlari har xil shaklda va o'lchamda bo'lib, bir-biri bilan qo'shib ketib gigant elementlarga aylanadi.

Element rangi och pushti rangdan qizil ranggacha. Toshmalar tananing hamma joyida va shilliq qavatlarda, ba'zan qorinda, orqada, ko'krakda, sonda joylashadi. Umumiy simptomlar: isitma, artralgiya, kollaps bo'lishi mumkin.

Shoshilinch yordam

1. Darhol allergen kirishini to'xtatish.
2. Bemorni tinchlantirish va kasalligi to'g'risida unga to'g'ri tushuntirish.
3. Shifokor ko'rsatmalarini bajarish.
4. Somatik bo'limga gospitalizatsiya qilish.

Hamshiralik parvarishi

1. Bemorni tinchlantirish va kasalligi to'g'risida unga to'g'ri tushuntirish.
2. Ota-onani tinchlantirish, bolaga qulay sharoit yaratish, bola bilan muloqotni quvvatlash, bolaga tashxis uchun, tekshirishga jo'natish.

Hamshiralik parvarishi. Bemor va uning oilasi bilan tibbiy-profilaktik ish olib borish, bolaga yetarlicha qulay sharoit yaratish, bola bilan muloqot qilish, bolani tashxisni tekshirish uchun yuborish.

Kvinke shishi otkir allergiya turi bo'lib, teriga, teri osti yog' qavatiga, shilliq qavatlarga angionevrotik shishning tarqalishi bilan namoyon bo'ladi.

Etiologiyasi kvinke shishi ko'pincha dori yoki ovqat allergenidan, hasharotlar chaqqandan so'ng kelib chiqishi mumkin, ba'zi hollarda bevosita sababi ma'lum bo'lmasligi mumkin. Kvinke shishi xavfli bo'lib yuqori nafas yo'llari shishishidan kelib chiqqan holda asfiksiyaga olib keladi.

Klinikasi. Bolada hiqildoq shishishida it hurishiga o'xshagan yo'tal, tovush pasayishi, nafas olish qiyinlashishi, bronxospazm qo'shilishi hisobiga nafas chiqarish ham qiyinlashishi mumkin. Til shishgani uchun gapirish qiyinlashadi, chaynash va yutish jarayonlari buziladi.

Shoshilinch yordam

1. Darhol allergen kirishini to'xtatish.
2. Medikamentozi yordam.
3. Rivojlanib boruvchi hiqildoq shishishi obturatsion nafas yetishmovchiligi bilan bo'lganda intubatsiya yoki traxeotomiya qilinadi.
4. Somatik bo'limga yotqizishga yordam berish.

Hamshiralik parvarishi: ota-onani tinchlantirish, bolaga yetarlicha qulay sharoit yaratish, bola bilan muloqotni quvvatlash, bolani diagnostika tekshiruviga yuborish.

Komatoz holatlar

Hushdan ketish va harakat, sezish hamda somatovegetativ funksiyalarning buzilishi bilan xarakterlanadigan holat. Bunday holda bemorni har qanday kuchli qo'zg'atuvchilar bilan ham uyg'otib bo'lmaydi.

Bolalik davrida komatoz holatlar rivojlanish sabablari turli xil. Intensiv davolash talab qiladigan har qanday holat koma asoratini berishi mumkin. Odatda ekzogen va endogen omillar farq qilinadi, biror bir kasallikning belgisi hisoblanmaydi, lekin bosh miyaning og'ir zararlanishidan darak beradi va sababi noaniq bo'lgan komatoz holat shoshilinch yordam va to'g'ri keluvchi davo talab qiladi.

Bolalarda komatoz holat rivojlanishiga olib keluvchi asosiy omillar quyidagilar hisoblanadi:

– tug'ma o'zgarishlar;

- miyada qon aylanishning yetishmasligi (bosh miyaga qon quyilishi, gemodinamikaning buzilishi);
- bosh miya bosimining oshishi (gidrosefaliya);
- yirik o‘choqli shikastlanish (bosh miya shikastlanishi, miya o‘smasi va absessi);
- miya to‘qimasining diffuz zararlanishi (meningit, ensefalit, infeksiyon toksikoz);
- turli zaharlanishlarda miyaning toksik zararlanishi;
- metabolik o‘zgarishlar (gipoksiya, gipo- va giperkapniya, kislota-ishqor, suv-elektrolit balansining buzilishi), jigar va buyrak yetishmovchiligi;
- endokrin buzilishlar (giper va gipotireoz);
- termopekulatsiya buzilishi (gipertermik sindrom, gipotermiya).

Komatoz holatlar bolalarning yoshiga bog‘liq bo‘ladi. Chaqaloqlarda avval perinatal shikastlanishlar (tug‘ruq shikastlari, miyaga qon quyilishi), sepsis, respirator distress, metabolik o‘zgarishlar. 1 yoshdan so‘ng bolalarda hayot bilan bog‘liq sababli omillarga ko‘pincha infeksiyon kasalliklar va bosh miya yallig‘lanish kasalliklari (meningit, ensefalit) kiradi. Kattaroq yoshdagi bolalarda komatoz holatlar asosan og‘ir infeksiyalar, bosh miya travmalari, zaharlanishlar, jigar va buyrak zararlanishidan, endokrin kasalliklarda kelib chiqadi.

Klinikasi. Komaning og‘irligiga ko‘ra 4 darajasi farq qilinadi:

1 daraja yengil shakli – hush yo‘qolishi, kuchli tovush ta’siriga javob reaksiyasi yo‘q, lekin kuchli og‘riq qo‘zg‘atuvchisiga ingrash va mimik reaksiya kuzatiladi, qorachiqqlar toraygan, yutish saqlangan, lekin qiyinlashgan.

2 daraja yuzaga chiqqan koma – og‘riqqa reaksiyasi yo‘q, qorachiqqlar nuqtadek, ko‘z olmalari harakati yo‘q, desere-bratsion holat, tomir gipotoniya rivojlanib borishi bilan stvol va spinal markazlar tormozlanishi kelib chiqadi.

3 daraja chuqur koma – turli qo‘zg‘atuvchilarga javob reaksiyasi yo‘q, ko‘z olmalari qotib qolgan yoki suzish harakatlarini qiladi, qorachiqqlar kengaygan, qorachiq reflekslari yo‘q, mushaklarning to‘liq atoniyasi, nafas va qon aylanishi buzilishi.

4 daraja terminal koma – orqa miya funksiyasining buzilishi, bolaga sun‘iy nafas orqali va inotrop quvvatlash bilan yordam beriladi.

Koma rivojlanishida hammadan oldin nafas va qon aylanish tizimi holatiga baho beriladi: (tabiiyki nafas va yurak qon tomir yetishmovchiligida shu a’zolarga yordam berish bilan boshlanadi).

Koma og‘irligini obyektiv baholashda Glazgo shkalasidan foydalaniladi.

Asosiy zararlovchi omillarga bog‘liq holda ajratiladi:

1. Metabolik komalar: ichki a’zolar kasalliklarida diabetik, gipoglikemik, xlorpenitik, jigar, uremik.
2. Nevrologik komalar: apopleksik, travmatik, elektrotrav-mada termik, epileptik
3. Infeksiyon nevrologik komalar: meningitda va ensefalitda.
4. Diabetik komalar.

Qandli diabet bilan og‘rigan bolalarda ko‘pincha giperq-likemik va gipoglikemik komalar uchraydi.

Patogenezi asosida giperketonemiya va ketonuriya bilan giperglikemiya yotadi, natijada suv-tuz almashinuvining kuchli buzilishi va kislota-ishqor balansining asidoz tomonga suljishi kelib chiqadi.

Sababi: Qandli diabet bilan og‘rigan bolalarda giperglikemik koma rivojlanishining sabablari quyidagilar:

1. Qandli diabetga kech tashxis qo‘yish.
2. Davolash tartibining buzilishi: davolashdagi tanaffuslar, insulinni noadekvat dozada berish.
3. Boshqa kasalliklarning qo‘shilishi.
4. Jarrohlik aralashuvi.
5. Shikastlanishlar.
6. Emotsional stress holatlari.

Belgilari:

- holsizlik, uyquchanlik;
- kuchli chanqash va poliuriya;
- ko‘ngil aynishi, qusish, qorinda kuchli og‘riq, qorin old devori mushaklarining tarangligi («o‘tkir qorin» simptomi), laborator giperleykositoz, tayoqcha yadroli surilish bilan neytrofilyoz bilan namoyon bo‘ladigan zo‘rayib boruvchi ketoasidozning abdominal sindromi;
- teri quruq, oqargan va kulrangsimon shish, yuzda «diabetik qizarish», to‘qimalar turgori pasayishi;
- taxikardiya, yurak tonlarining bo‘g‘iqlashuvi, AB pasaygan;
- nafas chiqarganda aseton hidi;
- qonda glukoza miqdori 15 mmol/l;
- siydikda glukoza miqdori ko‘p bo‘lishidan tashqari aseton aniqlanadi.

Shoshilinch yordam:

1. Reanimatsiya yoki maxsus endokrinologiya bo‘limiga yotqizishga yordam berish.
2. Yuqori nafas yo‘llari o‘tkazuvchanligini ta‘minlash, oksigenoterapiya.
3. Regidratatsiya o‘tkazish uchun vena o‘zaniga tushishni ta‘minlash.
4. Tahlil uchun qon va siydik olish.

Hamshiralik parvarishi: bemor va uning oilasi bilan tibbiy-profilaktik ishlar olib borish, bolaga qulay sharoit yaratish.

Gipoglikemik koma

Qonda glukoza miqdorining qisman yoki birdaniga kamayishi natijasida bosh miyaning glukoza va kislorod bilan ta‘minlanishining buzilishi.

Qandli diabetda gipoglikemiyaning asosiy sabablari :

1. Ovqat miqdorining kamligi.
2. Jismoniy zo‘riqish.

3. Insulin dozasini oshirib yuborish.

4. Alkogol iste'mol qilish.

Gipoglikemiyaning diabetdan tashqari sabablari:

Gipertermik sindromda, talvasada bolalarga va ularning oilalariga hamshiralik parvarishi

Gipertermik sindrom ichki issiqlik ishlab chiqarish va tana yuzasining issiq ajratishi hisobiga tana harorati oshishi kuza-tiladi. Issiqlik ishlab chiqarish va issiqlik ajratish gipotala-musdagi issiqlik markazi tomonidan regulatsiya qilinadi. Lekin issiqlikni boshqarish markaziga pirogen moddalar ta'sirida (patogen qo'zg'atuvchilar, gematologik kasalliklar, allergiya va b.) issiqlikni ajralishi buziladi, issiqlikni tarqatish kamayishi (issiqlikni ushlab turish), qaltirash va titrash hisobiga issiqlik ishlab chiqarish oshishi kuzatiladi. Shunday qilib, tana harorati normal darajaga oshadi normada (36-37°C).

Bolalarda tana haroratining oshish darajasiga qarab quyidagi turlari ajratiladi:

Subfebril harorat – 37-37,5°C; febril – o'rtacha harorat 38-38,9°C, gipertermik – 39 °C va yuqori.

Bolalarda isitmaning ko'p uchraydigan sabablari quyidagilar hisoblanadi:

1. Infeksion-toksik holatlar.
2. Og'ir metabolik buzilishlar.
3. Isib ketish.
4. Posttransfuzion holatlar, allergik reaksiyalar.
5. Dori moddalarni yuborish bilan va farmakologik ta'sirlari bilan bog'liq sabablar.
6. Endokrin buzilishlar.
7. Bosh miya o'smasi va miya ichiga qon quyilishi hisobiga termoregulatsiya markazining buzilishi (markaziy tipdagi isitma).

Gipertermik sindrom isitmaning patologik varianti bo'lib hisoblanadi, bunda tana haroratining tez va noadekvat ko'tarilishi, mikrosirkulatsiya buzilishi, metabolik o'zgarishlar va hayot uchun muhim a'zo va sistemalarning funksiyasi buzilishi bilan birga kuzatiladi.

Klinik tashxisi: Bolada tashxis jarayonida isitma bilan farq qiluvchi «qizil» va «oq» gipertermiyani ajratish hamda sabablarini aniqlash kerak.

Qizil gipertermiya (issiqlik urishi): Yuqori harorat va namlikni kamayishi hisobiga yutiladigan issiqlik hajmi oshadi va tana harorati ko'tariladi va issiqlikni berish (issiqlikni ushlab qolish) pasayishi holati kuzatiladi. Gipotalamusda issiqlikni boshqarish markazining funksiyasi buziladi va ter ajratish to'xtaydi.

Issiqlik ajratishning birdan pasayishi bilan tana harorati ko'tariladi, agar harorat 42°C gacha oshsa hujayralar buzilishi, MNS, buyraklar, jigar, yurakda o'zgarishlar va ko'p a'zolar yetishmovchiligiga olib kelishi mumkin. O'lim kelib chiqish xavfi yuqori.

Oq gipertermiya (issiqlik kamayishi, issiqlik talvasasi). Issiqlik kamayishi – bu ko'p terlash tufayli suyuqlik va tuz miqdorining kamayishi bo'lib, yoz oylarida harorat yuqori bo'lganda suvsizlanish bilan xarakterlanadi.

Issiqlik talvasasi – ko‘p terlash va tuzni kam iste‘mol qilish natijasida qonda tuzlarning kamayib ketishidan mushaklarning og‘riqli talvasasimon qisqarish holati.

Gipertermiyada shoshilinch yordam va davolash:

Simptomlari, davolash va hamshiralik parvarishi,

<i>shoshilinch yordam</i> Issiq urishi	Issiqlik pasayishi		Issiqlik talvasalari
Tana harorati	40-42oC (rektal harorat 40oC dan yuqori)	-normal yoki biroz oshgan	* Issiqlik pasayishi punkti bilan bir xil
Kuzatiladi-gan simptomlar	-butun tanadan ter ajralishi - ter ajralishining birdan to‘xtashi -bosh og‘rig‘i, bosh aylanishi, holsizlik	-bosh aylanishi, bosh og‘rishi, ko‘ngil aynishi, charchash hissi, ishtaha yo‘qolishi	* Issiqlik pasayishi punkti bilan bir xil

Buyrak yetishmovchiligi.

1. Jigar

2. Buyrak usti bezi gipofunksiyasi.

3. O'sish gormoni yetishmasligi (ko'pincha gipofizar na-nizm).

Birinchi kompensator simptomlar namoyon bo'ladi: bezov-talik, agressivlik, kuchli qorin ochishi, ko'ngil aynishi, gipersa-livatsiya, qaltirash, sovuq ter bosishi, taxikardiya, qorinda og'riq, diareya, ko'p siyish.

Keyinchalik neyroglükopenik simptomatika qo'shiladi: asteniya, bosh og'rishi, diqqat buzilishi, qo'rquv hissi, gallyusti-natsiyalar, nutq va ko'rish buzilishi, dezorientatsiya, amneziya, hushning buzilishi, falajlikka almashinuvchi talvasalar, koma.

Gipoglikemik koma tez rivojlanadi, har doim 3 ta belgisi bo'ladi: hushdan ketish, mushaklar gipertonusi, talvasalar. Diaqnoz laboratoriya ko'rsatmalariga asoslanadi.

Shoshilinch yordam:

1. Bemorga shirin choy, murabbo, asal yoki shirin pechenelar berish.

2. Darhol somatik bo'limga yotqizish.

3. Vena o'zaniga tushish.

4. Yuqori nafas yo'llari o'tkazuvchanligini ta'minlash, oksigeno-terapiya.

5. Tahlil uchun qon, siydikni to'g'ri olish.

6. Shifokor ko'rsatmalarini bajarish.

Hamshiralik parvarishi: bemor va uning oilasi bilan tibbiy-profilaktik ishlar olib borish, bola uchun yetarlicha qulay sharoit yaratish.

Uremik koma

O'tkir buyrak yetishmovchiligi (O'BY)- o'tkir rivojlanuvchi sindrom bo'lib, buyrakning gomeostazni ta'minlash funksiya-sining buzilishi bilan xarakterlanadi, suv-tuz balansining va kislota-ishqor holatining buzilishi, azotemiya kuchayib uremiya rivojlanishi, barcha sistemalar va funksiyalarning patologik zararlanishi bilan namoyon bo'ladi.

Shoshilinch yordam:

1. Darhol gemodializ yoki reanimatsiya bo'limiga yotqizish.

2. Vena o'zaniga tushish.

3. Tahlilni to'g'ri olish.

4. Shifokor ko'rsatmalarini to'g'ri bajarish.

5. Yuqori nafas yo'llari o'tkazuvchanligini ta'minlash, oksigenoterapiya.

Hamshiralik parvarishi: bemor va uning oilasi bilan tibbiy-profilaktik ishlar olib borish, bola uchun yetarlicha qulay sharoit yaratish.

7.4. Shok holatidagi bolalarda va ularning oilalarida hamshiralik parvarishi

Shok o'tkir rivojlanuvchi, hayot uchun xavfli patologik holat bo'lib, MNS faoliyatining, qon aylanishi, nafas va modda almashinuvi o'g'ir buzilishi bilan xarakterlanadi.

Shokni kechish vaqtiga qarab 3 bosqichga bo'lish mumkin:

1. Shok oldi holati, gipertoniya (MNS qo'zg'alishi).
2. Gipotoniya va oligouriya aniqlanganda ham, a'zolar disfunktsiyasining orqaga qaytmas holati bo'lmasligi.
3. Ortga qaytmas shok holati.

Intensiv davolash.

- Aylanib yuruvchi qon hajmini tiklash.
 - AB tiklash va stabillash.
 - Mikrosirkulyatsiyani yaxshilash.
 - Travma bilan bo'g'liq reflektor impulsatsiyaning kama-yishi.
 - Asidozni va metabolik o'zgarishlarni likvidatsiya qilish.
- Bu muammolar intensiv terapiya kompleksida hal qilinadi.

Gipovolemik shok

Aylanib yuruvchi qon hajmining patologik kamayishi natijasida yurak bosim hajmi pasayadi. Aylanib yuruvchi qon hajmi qon ketishi yoki suvsizlanish (qusish, ich ketishi, poliuriya, kuyganda va b.) natijasida kelib chiqadi.

Asosiy patologik mexanizm – venoz qon oqimi yetishmasligi natijasida, yurak urishi yetishmasligi va qon bosimi pasayishi kuzatiladi.

Sababi:

- Qon ketganda tomir ichida qon hajmining kamayishi.
- Nogemorragik tomir ichida qon hajmining kamayishi (qusish, ich ketishi, qandsiz diabet, peritonit, pankreatit, kuyish, atssit, diabetik ketoasidoz va b.).

Shoshilinch yordam va hamshiralik parvarishi.

1. Bemorni gorizontal holatda oyoqlarini 15-20 daraja ko'targan holatda yotqizish.
2. Yuqori nafas yo'llari o'tkazuvchanligini ta'minlash.
3. Zich yopishib turuvchi niqob yoki burun kateteri orqali namlangan kislorod berish.
4. HZK ni o'lchash.
5. Sabablarni aniqlash va bartaraf qilish (qon oqishini to'xtatish).
6. Qon aylanish dekompensatsiyasi belgilarida venaga tushish va o'pka shishi va belgilari bo'lmasa kristall ko'rinishli infuzion terapiya o'tkazish (Ringer eritmasi, 0,9% li natriy xlorid eritmasi). Infuzion terapiya yurak urishlar sonini, AB, o'pka auskultatsiyasi ko'rinishlarini, diurezni nazorat qilgan holda o'tkaziladi.
7. Aylanib yuruvchi qon hajmini to'ldirish (qon guruhini va rezus faktorini aniqlash.).
8. Zarur hollarda yurak-o'pka reanimatsiyasini o'tkazish.
9. Traxeya intubatsiyasi va yordam ko'rsatish.

Kardiogen shok

Miopatik kasalliklar natijasida va qonning qorinchaga oqimi va uning otilishi mexanik buzilishi sababli kelib chiqadi. Oʻtkir miokard infarkti yoki dilatatsion kardiomiopatiya miopatik shok

sabablarini keltirib chiqarishi mumkin. Boshqa tomondan massiv mitral regurgitatsiya yoki qorincha anevrizmi kardiogen shokning mexanik sababi bo'lishi mumkin.

Sababi

- Aritmiyalar, kardial mexanik omillar, regurgitatsiyadagi buzilishlar (o'tkir mitral yoki aortal regurgitatsiya, qorincha-lararo to'siq nuqsoni, chap qorincha anevrizmasi, qorincha erkin devorining yorilishi).

Obstruktiv kasalliklar, chap qorincha tashlash fraksiyasining pasayishi (aorta klapani stenoz, idiopatik gipertrofik subaortal), chap qorinchaga qon kelish obstruksiyasi (mitral stenoz, chap bo'lmacha miksomasi va boshqa yurak o'smalari)

– Kardiomiopatiyalar.

Birlamchi nasos funksiyasining buzilishi kam uchraydi. Ikkilamchi quyidagi hollarda rivojlanadi:

– gipoksiyada;

– asidozda;

– gipoglikemiyda;

– gipotermiyada;

– prepatlarning toksik ta'sirida.

Shoshilinch yordam va hamshiralik parvarishi.

Yuqorida ko'rsatilgan punktga mos keladi. Lekin yurak zo'riqishlarini bartaraf qilish uchun gorizontol holat qo'llaniladi. (1 punkt almashtiriladi)

Metabolik shok

Grammanfiy infeksiyalarda endotoksinlar va I tip allergik reaksiyalardagi anafilaktik shok chaqiradigan shok metabolik shokning sababi bo'ladi.

Sababi

Sepsis yoki endotoksemiya bolalarda har qanday yoshda kuzatiladi va ko'pincha grammanfiy (ichak tayoqchasi, kleb-siella) ba'zan grammusbat (pnevmonokokk, tillarang stafilokokk, yashil streptokokk B) mikroorganizmlar va ularning toksini chaqiradi.

Metabolik omillar (o'tkir nafas yetishmovchiligi, o'tkir buyrak yetishmovchiligi, jigar yetishmovchiligi, og'ir asidoz yoki alkoloz, dori moddalar dozasini oshirib yuborish).

Endokrinologik buzilishlar (qandli diabet ketoasidoz bilan, giperosmolyar ketonsiz giperglikemik koma, buyrak usti bezi yetishmovchiligi, qandsiz diabet, gipoglikemiya)

Mikrosirkulatsiya buzilishi (chin polisitemiya, qon ivishining oshish sindromi, yog' emboliyasi)

Neyrogen omillar.

Anafilaksiya.

Shoshilinch holat va hamshiralik parvarishi.

* yuqorida ko'rsatilgan 1) punktga mos keladi.

Travmatik shok

Travmatik shok – bu travmadan so‘ng kelib chiqqan shok holati. Ko‘pincha ikkilamchi shok kuzatiladi. Gemorragik shokdan tashqari shok holati buyraklar zararlanishida ham kuzatiladi, shuningdek, kuyganda va to‘qimalar ezilganda sog‘lik uchun zararli moddalar qonga tushadi. Teri ostiga qon quyilish sindromida, butun tana shikastlangan yoki ezilgan yarasida (guruhli tajovuzda vab.) shok sababi qon quyilishi va ezilish sindromi hisoblanadi. Bunday hollarda qon quyilishi ko‘p miqdorda kuzatiladi va qon quyilishi asosiy omil hisoblanadi.

A) Mexanik ta’sirlardan.

B) Kuyish.

C) Sovuq.

D) Uzoq ezilish sindromi.

E) Elektr ta’siri.

Shoshilinch yordam va hamshiralik parvarishi:

* yuqorida ko‘rsatilgan 1) punktga mos keladi.

Anafilaktik shok

O‘tkir kechuvchi, hayotga xavf soladigan, organizmga allergen kirishi natijasida yuzaga keladigan tez kechar allergik jarayon bo‘lib, og‘ir qon aylanish, nafas, MNS faoliyati buzilishi bilan xarakterlanadi.

Sababi ko‘pincha dori moddalarni (penitsillin, sulfanila-midlar, zardoblar, vaksinalar, oqsil preparatlarini va b.) paren-teral yuborishga javoban hamda chang ba’zan ovqat allergen-lariga vaksinatsiya sinamasi o‘tkazilganda, hasharotlar chaq-qanda kelib chiqadi.

Anafilaktik shokni klinik sindromlariga qarab ikki turiga bolinadi:

– o‘tkir nafas yetishmovchiligi;

– o‘tkir tomir yetishmovchiligi.

Anafilaktik shokning otkir nafas yetishmovchiligini klinik belgilari, ko‘krak qisishi bilan birga havo yetishmayotgandek his qilish, qiynovchi yo‘tal, bosh og‘rig‘i, yurak sohasida og‘riq, qo‘rquv paydo bo‘ladi. Terida birdan oqarib ketish ko‘karish bilan almashinadi, og‘izdan ko‘pik kelishi, nafas chiqarganda hushtaksimon nafas quruq xirillashlar bilan birga eshitiladi.

Anafilaktik shokning tomir yetishmovchiligida klinik belgilar holsizlanish, quloqda shovqin, ko‘p terlash paydo bo‘ladi. Terida rivojlanib boruvchi oqarishi, akrosianoz, rivojlanib boruvchi arterial bosimning tushishi, ipsimon puls, yurak tonlari susayishi aniqlanadi. Bir necha daqiqadan so‘ng hushdan ketish, talvasalar bo‘lishi mumkin. Tomir yetishmovchiligi zo‘rayib borishidan o‘lim yuz berishi mumkin.

Shoshilinch yordam:

1. Bemorni oyoqlarini ko‘tarilgan holda yotqizish, til orqaga tortib ketmasligi, asfiksiya va qusuq massalari aspiratsiyasini oldini olish uchun yonboshiga yotqizish va pastki jag‘ni itarish kerak.

2. Toza havo kelishini ta’minlash yoki kislorod ingalatsiya qilish.

3. Organizmga allergen kirishini to‘xtatish.

4. Venaga tushish.

5. Medikamentoz muolajalar shifokor ko'rsatmasiga asosan.

Hamshiralik parvarishi.

Bemor va uning oilasi bilan tibbiy-profilaktik ish oolib borish, bolaga yetarlicha qulay sharoit yaratish, bola bilan muloqot qilish, bolani tashxisni tekshirish uchun yuborish.

Infeksion-toksik shok

Sababi. Stafilokokk va streptokokklar ishlab chiqargan toksinlar hisobiga arterial bosimning pasayishi va og'ir belgilar kuzatilishi bilan xarakterlanadi.

Belgilari:

Birdaniga quyidagi simptomlar kuzatiladi:

- Tana haroratining 39-40°C ga ko'tarilishi;
- Kuchli bosh og'rig'i;
- Tomoqda og'riq;
- Charchash hissi;
- Qushish va ich ketishi (suyuq);
- Terida toshmalar.

Asosan 48 soat ichida hushni yo'qotish, arterial bosim pasayishi, shok holati kuzatiladi. 3-7 kunda kaft va tovon terisi ko'chib tushadi.

Shoshilinch holat va hamshiralik parvarishi.

* yuqorida ko'rsatilgan 1 punktga mos. Lekin yuqorida ko'rsatilgan simptomlar boshqa sabablar orqali chaqirilgan bo'lishi mumkin. Shuning uchun tashxis to'g'riligini qon tahlili orqali tasdiqlanadi.

7.5. Bolalarda atrof-muhit ta'sirida yuzaga keladigan shoshilinch holatlar

Atrof-muhit ta'sirida vujudga keladigan shoshilinch holatlar: sababi, klinik belgilari, shoshilinch yordam, asoratlari, hamshiralik parvarishi.

Kuyishlar

Sababi – issiq, kimyoviy vositalar, elektr toki, radiatsion ta'sirlarning to'qimani shikastlashi. Bu teri va boshqa to'qimalarga olov, qizdirilgan metal, gazlar, issiqlik nurining to'g'ridan-to'g'ri ta'siri natijasida kelib chiqadi. Kuyish bilan shikastlanganlarning eng katta guruhini 6 yoshgacha bolalar tashkil qiladi, undan so'ng 2 yoshdan kichik bolalar. 6 yoshgacha bolalarning 80% dan ko'pini qaynoq suvdan kuyganlar tashkil qiladi. Kuyishlar odatda ota-ona qarovsiz qoldirganda ro'y beradi.

Bolalarda har qanday kuyishning tana yuzasining 5% ini egallashi og'ir holatlar rivojlanishi va shokka olib kelishi mumkin. Kuygan joylarda to'qima parchalanishining natijasida moddalar hosil bo'ladi va organizmga so'rilib butun organizmga tarqaladi. Kuygan sohalarga bakteriyalar tushadi, yaralar yiringlay boshlaydi. Qon plazmani yo'qotadi, quyuvlashadi o'zining asosiy funksiyasi-organizmni kislorod bilan ta'min-lashini bajara olmaydi. II darajali kuyishda tana yuzasining yarmidan ko'p joyini egallashi bemor hayoti uchun katta xavf tug'diradi.

Klinik belgilari:

Kuyishning 4 darajasi farq qilinadi:

I daraja – terining turg'un qizarishi, sezilarli shish va og'riq, epidermisning faqat yuzaki qavatlari kuyishi.

II daraja – epidermis ko'chishi bilan terining qizarishi va shishishi va kuchli og'riq bilan kuzatiladigan ichida sarg'ish tiniq suyuqlik tutgan pufaklar hosil bo'lishi.

III daraja – teri nekrozi hosil bo'lishi.

III A – epidermis nekrozi va chin terining to'liq bo'lmagan nekrozi.

III B – teri hamma qavatlarining ba'zan teri osti yog' qavatining nekrozi.

IV daraja – to'qimalarning ko'mirga aylanishi (chuqur joylashgan to'qimalar nekrozi).

Agar bolalarda kuyishlar yuzda yoki qo'l yoki oyoq mayda bo'g'imlari sohasida bo'lsa kuyish yuzasining o'lchamidan qat'i nazar kasalxonaga yotqiziladi. Kuyish yuzasini aniqlash uchun esda tutish kerakki, bemor qo'lining kaft yuzasi uning butun tana yuzasining 1% ini tashkil qiladi. Kasalxonaga yotqizish shart, bolalarda II-IV darajali kuyishlarda kichik yoshdagi, II-III darajali kuygan hamma bolalar.

<i>Kuyish maydoni (% larda) va chuqurligini aniqlash</i> Kuyish sohasi	Cha-qa-loqlar	0-1 yosh	1-5 yosh	3 yosh	5-14 yosh	12 yosh	Kattalar
Bosh	18	21	19	15	15	6	9
Tana	40	32	32	40	32	38	36
Qo'llar	16	9, 5	9, 65	16	9, 5	18	9
Oyoqlar	26	14	15	29	17	38	18

NAZORAT UCHUN SAVOLLARI

1. O'tkir nafas-yurak qon tomir yetishmovchiligi deganda nimani tushunasiz?
2. Bronxial astma xurujida shoshilinch yordam.
3. Nafas yo'llarida yod moddalar bo'lganda yordam berish usullari.
4. Obmork nima, keltirib chiqaruvchi sabablarini ayting?
5. Eshak yemda shoshilinch yordam ko'rsatishni aytib bering.
6. Anafilaktik shokda shoshilinch yordamni bilasizmi?
7. Gipoglikemik va giperglikemik komalarda shoshilinch yordam ko'rsatishni ayting.
8. Shok nima, uning qanday turlarini bilasiz?
9. Kuyishda terining o'zgarishi necha darajaga bo'linadi?
10. Sovuq urganda qanday yordam ko'rsatasiz?

TEST SAVOLLARI

1. O'tkir nafas yetishmovchiligida asosiy klinik belgi qaysi?

- A) Ekspirator hansirash
- B) Inspirator stridor
- C) Bradipnoe
- D) Gipotenziya

2. O'tkir stenozning II darajasida kuzatiladi:

- A) Nafas ravon, teri rangi normal
- B) Stridor faqat bezovtalikda
- C) Perioral sianoz, ko'krak qafasi tortilishi
- D) Bradikardiya

3. Nafas yo'llarida yot modda tushganda birinchi yordam:

- A) Bolani suv ichirish
- B) Bolani orqasiga yotqizish
- C) Nafas yo'lini ochish va yot moddani chiqarishga urinish
- D) Antibiotik berish

4. Anafilaktik shokda birinchi navbatda bajariladi:

- A) Antibiotik yuborish
- B) Allergen kirishini to'xtatish
- C) Issiq kompress qo'yish
- D) Ovqat berish

5. Gipoglikemik komaning asosiy belgisi:

- A) Aseton hidi
- B) Gipetermiya
- C) Talvasa va hushdan ketish
- D) Quruq teri

6. Giperglikemik komada qonda glyukoza miqdori:

- A) 3 mmol/l
- B) 5 mmol/l
- C) 15 mmol/l va yuqori
- D) 2 mmol/l

7. Kollapsda kuzatiladi:

- A) AB oshishi
- B) Ipsimon puls, arterial bosim tushishi

- C) Bradikardiya
- D) Qizarish

8. Kuyishning II darajasida:

- A) Faqat qizarish
- B) Nekroz
- C) Ichida tiniq suyuqlik bo'lgan pufaklar
- D) Ko'mirlanish

9. Gipovolemik shokda asosiy patogenez:

- A) Bronxospazm
- B) Yurak mushagi nekrozi
- C) Aylanib yuruvchi qon hajmining kamayishi
- D) Gipertermiya

10. Gipertermik sindromda tana harorati:

- A) 36°C
- B) 37°C
- C) 38°C
- D) 39°C va undan yuqori

TIBBIY ATAMALAR

1. **Stridor** – hiqildoq torayishida eshitiladigan hushtaksimon nafas tovushi.
2. **Asfiksiya** – kislorod yetishmovchiligi natijasida nafas va qon aylanish buzilishi.
3. **Gipoksiya** – to'qimalarning kislorod bilan yetarli ta'minlanmasligi.
4. **Kollaps** – o'tkir tomir yetishmovchiligi natijasida AB keskin pasayishi.
5. **Anafilaktik shok** – allergen ta'sirida rivojlanuvchi og'ir allergik reaksiya.
6. **Giperglikemiya** – qonda glyukoza miqdorining oshishi.
7. **Gipoglikemiya** – qonda glyukoza miqdorining kamayishi.
8. **Koma** – hushning chuqur buzilishi.
9. **Gipovolemiya** – aylanib yuruvchi qon hajmining kamayishi.
10. **Nekroz** – to'qimalarning o'limi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

- 1.S.S. Qodirov. **Pediatrica**. – Toshkent: Ibn Sino nomidagi nashriyot, 2019.
- 2.R.A. Axmedov. **Bolalar kasalliklari propedevtikasi**. – Toshkent, 2020.
- 3.Sh.I. Karimov tahriri ostida. **Shoshilinch tibbiy yordam asoslari**. – Toshkent, 2018.

4.M.A. Xudoyqulov. **Reanimatsiya va intensiv terapiya asoslari.** – Toshkent, 2021.

5.O‘zbekiston Respublikasi SSV. **Klinik protokollar to‘plami (pediatriya).** – Toshkent, 2022.

6.D.X. Yuldashev. **Hamshiralik ishi asoslari.** – Toshkent, 2019.

7.N.A. Usmonov. **Bolalarda shoshilinch holatlar.** – Toshkent, 2021.

8.B.T. Rasulov. **Bolalar reanimatsiyasi.** – Toshkent, 2020.

9.Salomatlik -3 loyixasi “Bemor bololarni parvarish kilish asoslari” 2014 y

10.V.N.Turakulov X.X.Egamov “Pediatriyada xamshiralik parvarishi” 2019

Rol o‘ynash (Role play) interfaol o‘yini ketma-ketligi

Rol o‘ynash — real hayotdagi (masalan, klinik) vaziyatni sahnalashtirish orqali bilim, muloqot va amaliy ko‘nikmalarni rivojlantiruvchi metod.

Maqsadni aniqlash

- Qaysi ko‘nikma shakllantiriladi? (diagnostika, muloqot, maslahat berish va h.k.)
- Nazariy bilimni amaliy vaziyatda qo‘llash maqsadi belgilanadi.

Vaziyat (ssenariy) tayyorlash

- Real yoki shartli klinik holat tuziladi.
- Masalan: “Shifokorga ko‘krak og‘rig‘i bilan bemor murojaat qildi.”
- Kerakli ma‘lumotlar (anamnez, simptomlar) oldindan tayyorlanadi.

Rollarni taqsimlash

Ishtirokchilar quyidagi rollarga bo‘linadi:

- Shifokor
- Bemor
- Hamshira (ixtiyoriy)
- Kuzatuvchi/ekspert

Qoidalarni tushuntirish

- Vaqt chegarasi belgilanadi (5–10 daqiqa).
- Muloqot madaniyatiga rioya qilish.
- Kuzatuvchilar baholash mezonlari asosida kuzatadi.

Sahnalashtirish jarayoni

- Vaziyat jonli tarzda ijro etiladi.
- Shifokor bemorni so‘roq qiladi, tekshiradi, taxminiy tashxis qo‘yadi.
- Zarur tavsiya yoki davolash rejasini aytadi.

Muhokama (Debrifing)

- Kuzatuvchilar fikr bildiradi.
- Kuchli va zaif tomonlar tahlil qilinadi.
- Xatolar ustida ishlanadi.

Baholash

Mezonlar:

- Muloqot madaniyati
- To‘g‘ri savol berish

- Klinik fikrlash
- Qaror qabul qilish
- Jamoaviy hamkorlik

Afzalliklari

- Amaliy ko‘nikma hosil qiladi
- Muloqot madaniyatini rivojlantiradi
- Klinik fikrlashni shakllantiradi
- Talabalarni faol ishtirokga undaydi