O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O‘RTA MAXSUS TA’LIM VAZIRLIGI
O‘RTA MAXSUS, KASB-HUNAR TA’LIMI MARKAZI

**M. F. ZIYAYEVA**

# XIRURGIK KASALLIKLAR BILAN OG‘RIGAN VA INTENSIV TERAPIYANI O‘TAYOTGAN BEMORLARDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

*Kasb-hunar kollejlari uchun o‘quv qo‘llanma*

TOSHKENT
«NISO POLIGRAF»
2017

UO‘K: 616-083-089
KBK 54.5
Z67

**Ziyayeva, M**

**Xirurgik kasalliklar bilan og‘rigan va intensiv terapiyani o‘tayotgan bemorlarda hamshiralik parvarishi.** Kasb-hunar kollejlari uchun o‘quv qo‘llanma. /M.F. Ziyayeva va boshq. O‘zbekiston Respublikasi Oliy va o‘rta maxsus ta’lim vazirligi. – T.: «Niso Poligraf»; 2017. – 272 b.

**UO‘K: 616-083-089**
**KBK 54.5**

**Muallif:**

***M. F. Ziyayeva –*** 1-Respublika tibbiyot kolleji direktori

**Taqrizchilar:**

***A. A. Imomov*** – TTA, Davolash fakulteti «Fakultet va gospital xirurgiya» №1 kafedrasi dotsenti, tibbiyot fanlari nomzodi,
***T.N. Azimova –*** Chilonzor tibbiyot kolleji xirurgiya kafedrasi mudiri, o‘qituvchi,
***M.R. Yunusova*** – TTA, 2-klinika «Qon – tomir xirurgiya» bo‘limi bosh hamshirasi

O‘quv qo‘llanma xirurgiya va intensiv terapiyani o‘tayotgan bemorlarda hamshiralik parvarishiga oid ma’lumotlar to‘liq yoritilgan. Jarrohlik ishini tashkil qilish, xirurgiya va intensiv terapiya haqida tushuncha, bo‘limlarning tuzilishi, jihozlanishi, vazifalari va shoshilinch yordam ko‘rsatish chora-tadbirlari tushunarli tilda yozilgan.

Ushbu o‘quv qo‘llanma tibbiyot kollejlari «Hamshiralik ishi» yo‘nalishi o‘quvchilari va amaliyotda ishlayotgan hamshiralar uchun mo‘ljallangan.

O‘rta maxsus, kasb-hunar ta’limi markazi ilmiy-metodik Kengashi tomonidan nashrga tavsiya etilgan

ISBN 978-9943-4870-4-8

© M. Ziyayeva 2017
© «Niso Poligraf» 2017

# KIRISH

Respublikamiz mustaqillikka erishgandan keyin xalq xo‘jaligi, O‘zbekiston Respublikasi tibbiyot va ta’lim sohasidagi islohotlar o‘rta maxsus kasb-hunar kollejlari o‘qituvchilarining zimmasiga chuqur bilimga ega yetuk kadrlarni tayyorlash vazifasini yuklatildi. Bunday vazifalar o‘z-o‘zidan yangi avlod adabiyotlarini yaratishni talab etadi.

Ushbu o‘quv qo‘llanma tarmoq standartlari talabidan kelib chiqib, «Xirurgiya va intensiv terapiyada hamshiralik parvarishi» fani bo‘yicha yangi o‘quv dasturi asosida tayyorlangan.

O‘quv qo‘llanma xirurgik kasalliklarda hamshiralik parvarishining xususiyatlari, operatsiyadan oldin, operatsiya vaqtida va operatsiyadan keyin bemorlar parvarishi, asoratlarni oldini olish hamda intensiv terapiyada hamshiralik parvarishining maqsadlari va hamshiraning vazifalari, bemorlar parvarishining asosiy xususiyatlari, shoshilinch yordam ko‘rsatish chora-tadbirlarini, bemor va uning oila a’zolariga ruhiy yordam berish, ijtimoiy reabilitatsiya, kechiktirib bo‘lmaydigan holatlarda bemorlarda hamshiralik parvarishini o‘z ichiga olgan.

O‘quv qo‘llanma  ma’lumotlar hozirgi zamon tibbiyot fani va amaliyotidagi qo‘lga kiritilgan yutuqlar asosida yoritilgan. O‘quv qo‘llanma  o‘quvchilarning auditoriyadan tashqari mustaqil bilim olishlarini nazarda tutilgan holda mavzular bo‘yicha nazorat savollari, testlar keltirilgan bo‘lib, bu o‘quvchilarni o‘zlashtirgan bilimlarini yanada mustahkamlaydi, qolaversa o‘z ustida mustaqil ishlash imkonini yaratadi.

O‘quv qo‘llanma bo‘yicha bildirilgan barcha fikr va mulohazalar muallif tomonidan samimiyat bilan qabul qilinadi.

# 1-bob. XIRURGIK YO‘L BILAN DAVOLANAYOTGAN BEMORLARNING XUSUSIYATLARI

## 1.1. Xirurgiya fani haqida tushuncha

**Xirurgiya** – kasalliklarni xirurgik yo‘l bilan davolash to‘g‘risidagi fan. Bemorlarni xirurgik davolash usuli – bu operativ aralashuvni bajarish bo‘lib, bunda eng murakkab asorat operatsion jarohatga infeksiya tushishidir.

**Xirurgik operatsiya** deb davolash va diagnostik maqsadda bemor a’zo va to‘qimalariga mexanik ta’sir ko‘rsatish bilan olib boriladigan chora-tadbirlar yig‘indisiga aytiladi. Operatsiyani bajarishdan oldin xirurg eng kam shikast yetkazadigan va naf beradigan operatsion yondashuvni tanlaydi.

*Operatsion yondashuv* – bu operatsiyaning bir qismi bo‘lib, patologik o‘chog‘i bor a’zoga xirurgning to‘g‘ri yondashishini ta’minlaydi, *operativ amal esa* xirurgik aralashuvning asosiy muammosini, ya’ni patologik o‘choqni olib tashlashni hal qiladi. Xarakter va maqsadiga ko‘ra operatsiyalar *radikal va palliativ* bo‘ladi. Radikal operatsiyada patologik o‘choq batamom to‘liq bartaraf qilinadi, palliativ operatsiyada kasallangan a’zoni olib tashlashning iloji bo‘lmaganda, bemorning umumiy ahvoli qisqa muddatga yengillashtiriladi.

## 1.2. Jarrohlik ishini tashkil qilish

### 1.2.1. Operatsion blok tuzilishi, vazifasi va jihozlanishi

Operatsiya bloki tarkibiga operatsiya xonasi, operatsiya oldi xonasi, narkoz, sterillash va materiallar xonalari kiradi. Operatsiya bloki kasalxonaning boshqa xonalaridan tambur orqali ajratilishi kerak. Operatsion blok tomonga xodimlar ish zaruriyati

bilan aniq talablarni bajarganlaridan keyin o‘tishlari mumkin. Zamonaviy operatsiya bloki quyidagi tartib zonalariga bo‘linadi:

*Birinchi tartib zonasi – steril tartibdagi zona:* operatsiya xonasi, operatsiya oldi xonasi, sterillash, narkoz xonasi.

*Ikkinchi tartib zonasi – qattiq rejimdagi zona:* yechinish, dush qabul qilish, operatsiya kiyimlarini kiyish xonalari; apparat va asboblar xonasi, anesteziologik apparatlar uchun xona, materiallar saqlash xonasi, omborxona, tibbiyot xodimlari uchun xona.

Bu xonalarga faqat operatsiya bloki xodimlariga maxsus kiyim – shippak, xalat va tibbiy qalpoqda kirishga ruxsat beriladi.

*Uchinchi tartibdagi zona – umumiy tartibdagi zona*: havoni tozalash apparatlari, fotolaboratoriya, kislorod bilan ta’minlovchi podstansiya, texnik xodimlar uchun xona. Bu binoga faqat texnik xodimlar kirishiga ruxsat beriladi.

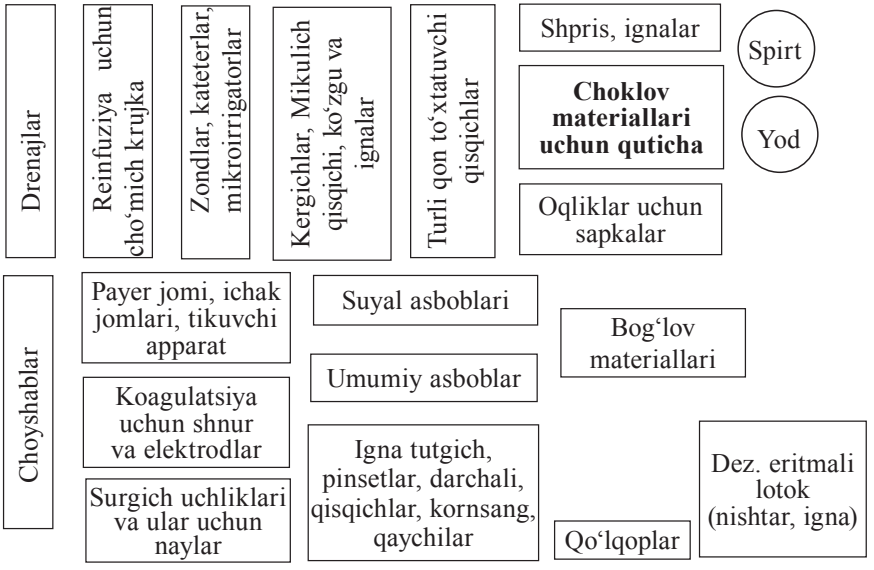
Operatsiya blokining alohida rejimi infeksiyani keltirib chiqaruvchi asosiy manba inson ekanligini hisobga olgan holda tuzilgan. Havo-tomchi va kasalxona ichi infeksiyasining xavfini kamaytirish uchun hamma chora-tadbirlarni qo‘llash kerak.

Xirurgiya bo‘limining hajmiga qarab, bir nechta operatsiya bloki bo‘lishi mumkin. Lekin toza va yiringli operatsiya xonalari bo‘lishini hisobga olish lozim.

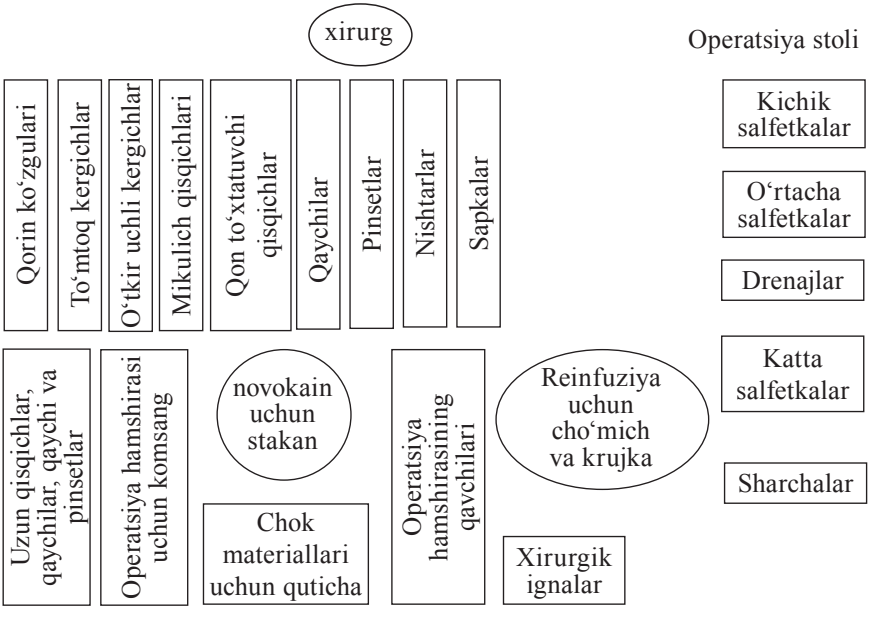
Yoritilish kerakli talabda yorug‘ bo‘lishi va ranglarni tovlantirmasligi zarur. Soya tushirmaydigan maxsus lampalar, zarur bo‘lganda yonbosh lampalari qo‘llanadi. Operatsiya xonasida harorat 22–24°C atrofida bo‘lishi kerak.

Operatsiya xonasining apparaturalari va jihozlari faqat ish uchun zarur buyumlardan iborat bo‘lishi shart. Bular: operatsiya turiga qarab bemorga kerakli holatni berish imkoniyatini beradigan operatsion stol, operatsiya hamshirasining asboblar va bog‘lov materiallari joylashtiriladigan stol, xirurg uchun asbob stoli, qon to‘xtatish uchun diatermokoagulyator, elektrso‘rg‘ich va anesteziya uchun apparatlar. Narkoz uchun qo‘llanadigan gaz va kislorod ballonlari operatsiya xonasidan tashqarida bo‘lishi maqsadga muvofiqdir. Gaz operatsiya xonasiga maxsus o‘tkazuvchi naylar orqali yetkazilishi kerak.

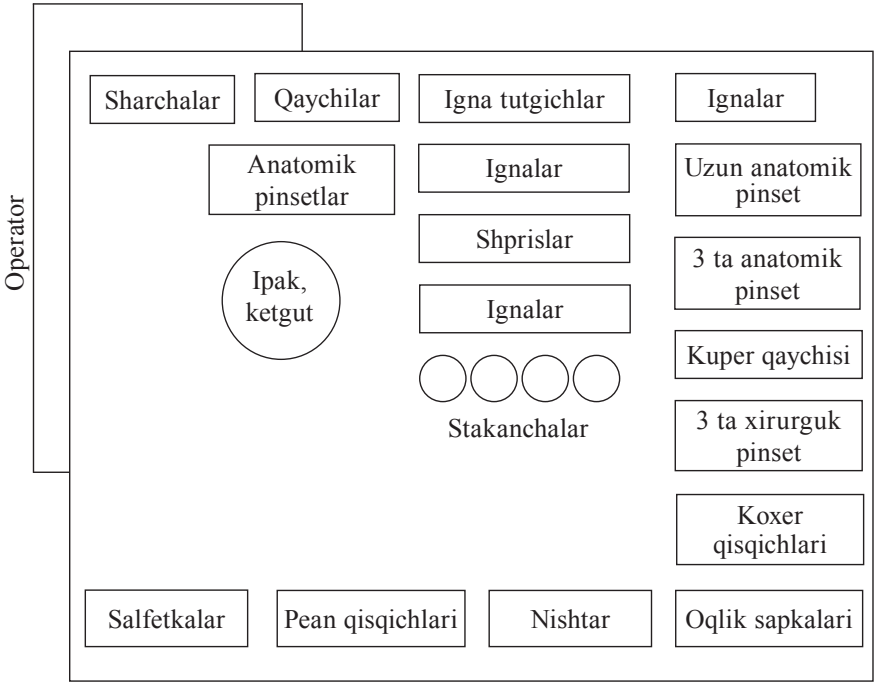
**Katta operatsiya stolida asboblarni joylashtirish sxemasi**




**Kichik operatsiya stolida asboblar va bog'lov materiallarini joylashtirish (bemordan o'ngda)**



**Kichik operatsiya stolida asboblar va bog‘lov materiallarini joylashtirish (bemordan chapda)**




## 1.2.2. Aseptika va antiseptika asoslari

Xirurgik operatsiya infeksiya rivojlanishi uchun katta imkoniyatlar yaratib beradi (infeksiyaning kirish darvozasi operatsiya jarohati orqali ochiq, to‘qimalarda qon bo‘lishi, operatsion shikast natijasida organizmning himoya kuchining pasayishi). Operatsiya maydoniga uqumli mikroorganizm (virus, mikrob) tushishining oldini olish maqsadida, operatsiya brigadasi maxsus usullar bilan qo‘llarni yuqumsizlantiradi, steril bog‘lov materiallari va steril asboblar tayyorlaydi, jarohatga tegadigan hamma narsa steril bo‘lishini ta’minlaydi.

**Aseptik chora-tadbirlar.** Operatsion jarohatga patogen mikroflora tushishining oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar kompleksiga *aseptika* deyiladi. Xirurgik asboblarni, choklov materiallarini, bog‘lov materiallarini, operatsion oqliklarni, ope-

ratsiya brigadasining kiyimlarini (xalat, qalpoq, niqob, baxilla, qo‘lqop) sterillanadi. Xirurg va operatsion hamshira qo‘llari klinikada qabul qilingan biror uslubda yuqumsizlantiriladi.

*Operatsion blokni yig‘ishtirish:* dastlabki, joriy operatsiyalar davomida va orasida, yakuniy, rejali yig‘ishtirish. Operatsiya xonasining havosini yuqumsizlantirish uchun bakteriosid lampalar qo‘llaniladi.

*Operatsiya maydonini artib-tozalash*. Terini gigiyenik tozalagandan keyin (bemor oqar suvda sovun bilan yuvinadi) toza kiyim kiyadi. Operatsiya stolida operatsiya maydoni davolash muassasasida qabul qilingan usul bilan (Grossix-Filonchikov usulida, Bakkal usulida, xlorgeksedin…) yuqumsizlantiriladi.

**Antiseptik chora-tadbirlar.** Antiseptika deganda jarohatdagi, patologik tuzilmadagi yoki umuman, organizmdagi mikroblarni yo‘qotish yoki miqdorini kamaytirishga qaratilgan tadbirlar tizimi tushuniladi. *Antiseptika turlari:* kimyoviy zararsizlantirish, fizikaviy vositalar (ultrabinafsha nurlar, ultratovush), mexanik usul (jarohat chetlarini kesish), biologik vositalar (zardoblar, vaksinalar, antibiotiklar).

**Operatsion davolash xususiyatlari.** Hamma xirurgik aralashuvlarda aseptikaning quyidagi oltin qoidasiga bo‘ysunish talab qilinadi: jarohatga tegadigan jihozlar, hamma bajariladigan amallar bakteriyalardan toza, ya’ni steril bo‘lishi shart. Bemorlarni parvarish qilishdagi asosiy vazifalardan biri bo‘limda davolash-himoya qilish tartibini yaratish va ta’minlashdir. Bu tartib asosida bemor organizmiga har xil tashqi muhit omillarining salbiy ta’sirini cheklash va bartaraf qilish yotadi. Bunday tartibni yaratish va ta’minlash bo‘limning hamma tibbiy xodimlari vazifasiga kiradi. Har qanday xirurgik muolaja bemor uchun katta va kichik xavf bilan bog‘liq bo‘lib, bu o‘z navbatida, xirurgik davolash usulining asosiy xususiyatini anglatadi. Bu xavf bir qancha vaziyatlar bilan asoslangan: og‘riqli ta’sirlanishlar, ko‘p qon yo‘qotish bilan kechadigan qon ketishning kelib chiqishi,

operatsion jarohatga infeksiya tushishi, operatsiyadan keyin organizm a'zo va sistemalari faoliyatining buzilishlari. Turli xirurgik operatsiyalarda xavf darajasi har xil bo'ladi, lekin doim unga qarshi kurashish zarur.

Bu tadbirlarni O'zbekiston Respublikasi SSVning amaldagi buyruqlari asosida amalga oshiriladi.

**NAZORAT SAVOLLARI:**

1. Xirurgiya fani haqida tushuncha.
2. Operatsion blok tuzilishi.
3. Operatsiya blokining vazifasi va jihozlanishi.
4. Katta operatsiya stolida asboblarni joylashtirish tartibi.
5. Aseptik chora-tadbirlar.
6. Antiseptik chora-tadbirlar.
7. Operatsion davolash xususiyatlari.

## 1.3. Xirurgik yo'l bilan davolanayotgan bemorlarda hamshiralik parvarishining xususiyatlari

### Bajarilish vaqtiga ko'ra operatsiya turlari

Xirurgik operatsiya – bemorning to'qimalari va organlariga davolash maqsadida mexanik ta'sir ko'rsatishdir. Bajarilish muddatiga ko'ra operatsiyalar: *rejali* (bemor qabul qilingandan va uni puxta tayyorlagandan keyin biror kun o'tgach bajariladi), *shoshilinch* (bemor keltirilishi bilan, minimal tayyorgarlikdan keyin bajariladi) turlarga bo'linadi.

Operatsiyalarni bajarish turiga ko'ra ular: *qonli va qonsiz operatsiyalarga* bo'linadi. Qonsiz operatsiyada to'qimalarni kesish, kesilgan to'qimalardan qon oqishini to'xtatish, to'qimalarni biriktirishda chok qo'yish va operatsiyaning xarakteriga ko'ra boshqa muolajalarni bajarish tushuniladi. Qonsiz operatsiyalar kesish bilan bog'liq bo'lmagan va qon oqmaydigan xirurgik muolajalarni bajarishdir. Chiqqan suyaklarni joyiga solish, suyak siniqlarini joyiga qaytarish (repozitsiya) shunday operatsiya tadbirlariga kiradi. Operatsiyaning hamma turlarida, ayniqsa qonli operatsiyalarda operatsiyadan keyingi davrda infeksiyaning

oldini olishga, yaxshi og‘riqsizlantirishga va kesilgan to‘qimalarda qon oqishini qunt bilan to‘xtatishga qaratilgan profilaktik tadbirlar kompleksini amalga oshirish ko‘zda tutiladi.

## Operatsiyadan oldin hamshiralik parvarishi

*Operatsiyadan oldingi davr* – operativ davo buyurilgandan keyin bemor o‘tishi kerak bo‘lgan ketma-ket amalga oshiriladigan jarayon hisoblanadi.

***Operatsiyadan oldingi tasavvur va bemorlarni o‘rgatish***

*Tasavvur berish* davolash usullari haqida shifokor tavsiyalaridan keyin bemorga qo‘shimcha tushuntirish ishlari olib boriladi.

- operatsiyadan oldin, operatsiya vaqtida va keyin hamda to‘liq ijtimoiy tiklanishgacha bajariladigan operatsiya va boshqa davolash muolajalarining yuritilishi va jadvali;
- operatsiyada kuzatiladigan og‘riq va azob ko‘rinishi hamda darajasi va o‘tkaziladigan chora-tadbirlar;
- operatsiyadan keyin muloqotda bo‘lish;
- operatsiyadan keyingi tashqi va funksional o‘zgarishlar, o‘tkaziladigan chora-tadbirlar;
- operatsiya o‘tkazishdan maqsad va uslublari.

Hamma shifoxonada qabul bo‘limi bo‘lib, bemor haqida asosiy ma’lumotlar (ismi, sharifi, yoshi, bemor va yaqin qarindoshlarining yashash manzili, yo‘llanma bergan yoki oila shifokorining ismi, sharifi) kasallik tarixiga qayd qilinadi. Bemorga shifoxona tartibi tushuntiriladi, yoki maxsus tartib haqidagi eslatma bilan ta’minlanadi. Xirurgiya bo‘limi palatasida davolovchi shifokor va hamshira to‘liq anamnezni yig‘ishadi va yozib olishadi hamda ambulator kartasidagi to‘liq fizikal tekshirish natijalari bilan tanishishadi.

Davolovchi shifokor operatsiyadan oldingi tekshirish natijalarini ko‘rib baholaydi va kerak bo‘lsa qo‘shimcha tekshirishlar tayinlaydi. Hamshiraning vazifasiga bemorga taklif qilingan operatsiya xususiyati va ahamiyati haqida ma’lumot berish kiradi.

Zarur bo‘lganda shifokor ishtirokida bemordan yozma ravishda operatsiyaga roziligi olinadi. Agar bemor hushidan ketmagan bo‘lsa yoki esi kirdi-chiqdi bo‘lsa, o‘tkaziladigan operatsiya xususiyati, ahamiyati va natijasi haqida bemorning yaqinlariga xabar beriladi va ulardan ham yozma rozilik olinadi. Ba’zi bir aralashuvlar (masalan, sun’iy orqa chiqaruv teshigi qo‘yish) bemor va uning qarindoshlari bilan bemorning vaqtinchalik jamiyatdan chegaralanishiga yoki butunlay nogiron bo‘lib qolishi bo‘yicha qo‘shimcha muhokama qilinadi. Iloji boricha bemor operatsiyadan keyin ishlatiladigan ba’zi bir buyumlar (siydikdon, axlat yig‘uvchi moslamalar) bilan tanishtirilishi lozim. Masalan, hassaga tayanishiga majbur bemorlar operatsiyadan oldin mashq qilib ko‘rishlari kerak. Kolostoma qo‘yiladigan bemorlar 24 soat davomida axlat yig‘uvchi moslamani kiyib yurishlari, turganda, o‘tirganda va yotganda to‘g‘ri joylashganligining kafolatini olishlari kerak. Hamshira bemorning yaqin qarindoshlari tashxis haqida nisbiy ma’lumot olishlari va o‘tkaziladigan operatsiya xususiyati va natijasini to‘g‘ri tushunishlari chorasini ko‘rishi kerak.

## Operatsiyaga ruhiy tayyorlash

Avvalo, bu bemorning ruhiyatini va umumiy ahvolini operatsiyadan oldin tayyorlashdir. Bemorning ruhiy holati organizmidagi hamma fiziologik jarayonga ulkan ta’sir qilib, operatsion shikastga javob reaksiyasini aniqlab berishda shubhaga o‘rin yo‘q. Operatsiyaga tayyorlanish operatsiya sohasidagi tiklanish jarayonining kechish xususiyatini aniqlab beradi. Operatsiyani kutish bemorda qo‘rquv va xavotirlikni keltirib chiqaradi va uning kuchini pasaytiradi. Bundan xulosa, tibbiy xodimlarning vazifasiga bemor atrofida operatsiya natijasiga ishonch uyg‘otuvchi sharoit yaratish, bemor asabiga tegadigan hamma salbiy jihatlarni bartaraf qilish va operatsiyadan oldingi stressni yo‘qotish kiradi.

– Bemorning ruhiy his-tuyg‘ulari yaqqol o‘zgaruvchan bo‘lganda, unga sedativ dorilar: natriy bromid, bromkamfora,

valeriana preparatlari buyuriladi. Agar yordam bermasa kuchli ta'sirli preparatlar: seduksen, relanium, elenium qo'llaniladi. Uyqu buzilganda uxlatuvchi dorilar tayinlanadi.

– Bemorni har qanday o'z muammolari va xavotiri haqida gapirishini rag'batlantirish kerak.
– Bemor operatsiya xususiyati haqida tasavvurga ega ekanligiga ishonch hosil qilish.
– Bemorning o'ziga xos xarakteri bilan hisoblashish, sabr-toqat, chidam, o'zini tuta bilish va mehribonlik ko'rsata olishi kerak.
– Anesteziolog-shifokor bilan suhbatga bemorni tayyorlash.

## Operatsiyaga jismoniy tayyorlash

Bemor sistemalar bo'yicha har tomonlama tekshiriladi. Dastlab, bu bemor shikoyatlarining tahlili va anamnez ma'lumotlari, palpatsiya, auskultatsiya, perkussiyani o'z ichiga olgan klinik tekshirishning hamma lokal statusi va umumiy obyektiv hamda umumiy klinik tekshirish usullari orqali tekshiriladi. Qon va qon aylanish sistemasining holatini baholash uchun puls soni sanaladi, sifati uchun to'liqligi, tarangligi va ritmi aniqlanadi. Arterial bosim aniqlanadi. Qon guruhi va rezus mosligi, qonning umumiy tahlili, qonning ivuvchanligi va eritrotsitlarning cho'kish tezligi aniqlanadi.

Zarur hollarda qon koagulogrammasi qilinadi, trombotsitlarning sonli miqdori aniqlanadi. Yurak faoliyatini baholash uchun EKG qilinadi. Bu tekshirishlardan tashqari, yurak qon-tomir sistemasining funksional holatini baholash uchun maxsus funksional sinamalar qo'llaniladi.

**Mozler sinamasi:** bemorning arterial bosimi o'lchanadi, keyin 25 soniya nafasni ushlab turish taklif qilinadi va yana arterial bosim o'lchanadi. Normada ko'zga tashlanadigan o'zgarish bo'lmaydi. Agar yurak-tomir yetishmovchiligi bo'lsa, arterial bosim dastlabki ko'rsatkichdan pastga tushganligi qayd qilinadi.

**Kvinke sinamasi:** yurak faoliyati haqida sutka davomida, kunduzgi va tungi diurezni solishtirgan holda, ajratilgan siydik miqdoriga qarab xulosa qilinadi. Sog‘lom yurakda kunduzgi siydik miqdori tungiga qaraganda ko‘p, agar kasal bo‘lsa – teskarisi bo‘ladi. Nafas sistemasini baholash uchun spirometriya va *Shtange sinamasidan* foydalaniladi. Spirometriya maxsus apparat – spirometr yordamida o‘tkaziladi.

**Shtange sinamasi:** bemor chuqur nafas olgandan keyin nafasni ushlab turadi. 40 soniya davomida ushlab turish imkoniyati nafas sistemasining narkoz o‘tkazish uchun anchagina zaxira imkoniyati borligidan guvohlik beradi. Agar nafasni ushlab turish vaqti 20 soniya va undan kam bo‘lsa, bu nafas sistemasida yetishmovchilik borligi va umumiy og‘riqsizlantirish imkoni yo‘qligidan darak beradi. Operatsiya va narkoz berish vaqtida hamda operatsiyadan keyingi ilk davrda yuzaga keladigan asoratlarning oldini olish maqsadida bunday bemorlar davolash chora-tadbirlari va profilaktik tayyorlashga muhtoj bo‘ladilar. Zarur bo‘lganda o‘pkaning rentgen tekshirishi o‘tkaziladi.

Ko‘rsatma bo‘lganda tekshirishlar oddiy yoki kompyuterli tomogramma hamda UTT bilan to‘ldiriladi. Bu usullar operatsiyadan oldin nafas a’zolari haqida to‘liq ma’lumot olishga imkon beradi. Hazm sistemasini baholashda dastlab og‘iz bo‘shlig‘i ko‘zdan kechiriladi. Kariyesli tishlar, gingivit va stomatit aniqlanganda to‘liq davolash va sanatsiyasi o‘tkaziladi. Me’da va 12 barmoqli ichak kasalliklariga shubha tug‘ilganda bemorlar zondlanadi, u me’da shirasi xususiyatini baholashga imkon beradi.

Duodenal zondlash nafaqat 12 barmoqli ichak tarkibini, balki o‘t suyuqligi ajralish xususiyatini, uning mikroskopiyasini baholashga imkon beradi. Bunda umumiy o‘t yo‘llaridagi, o‘t pufagi va jigardagi o‘t suyuqligi tekshiriladi. Zarur bo‘lgan hollarda qizilo‘ngach, me’da, 12 barmoqli ichaklarda rentgen tekshirish, UTT o‘tkaziladi, endoskopik tekshirish bajariladi. Bu usullar patologik o‘choqning joylashgan joyini, qo‘shni a’zolar bilan o‘zaro munosabatini aniqlashga imkon beradi.

Endoskopik tekshirish keyingi gistologik tekshirish uchun biopsiya olishga qulay hisoblanadi. Jigar faoliyatini aniqlash uchun bioximik tekshirish o‘tkaziladi. Bunda qon tarkibidagi o‘t pigmentlarining miqdori aniqlanadi. Bilirubin darajasini aniqlash bilan bir qatorda, qon tarkibida transaminaza, ishqoriy fosfotaza, umumiy oqsilning miqdori, protrombin indeksi hamda qand va boshqa komponentlarning miqdori aniqlanadi. Zarur bo‘lganda rentgenkontrastli tekshirishlar o‘tkaziladi. Bunday tekshirishda vena ichiga kontrast modda yuboriladi va rentgenologik surat olinadi. Xolangiografiya jigar ichidagi va tashqarisidagi o‘t yo‘llaridagi konkrementlarni, o‘smalarni, chandiqli tuzilmalarni aniqlashga yordam beradi. Tekshirish jarayoni UTT bilan to‘ldiriladi. Ko‘rsatma bo‘yicha laparoskopiya qilinadi. Laparoskopik tekshirish operatsiya xonasida o‘tkaziladi. Mahalliy anesteziya ostida qorin devori teshiladi va gaz yuboriladi, keyin maxsus asbob – laparoskop yordamida qorin bo‘shlig‘i a’zolari ko‘zdan kechiriladi.

*Ichaklarni tayyorlash:* operatsiyadan oldin kechqurun va ertalab operatsiyaga 3 soat qolganda tozalovchi huqna qilinadi. Operatsiya kuni ertalab operatsiya maydoni tuklardan tozalanadi. Bemorga dush qabul qilib ichki kiyimlari va choyshablarini almashtirish taklif qilinadi. Operatsiya maydoni klinikada qabul qilingan usul bilan yuqumsizlantiriladi.

*Terining tozaligi.*

– Operatsiya sohasidagi teri qoplami tozalanadi va yot jismlar olib tashlanadi, operatsiya maydoni obdon yuqumsizlantiriladi.
– Sovun bilan dush ostida yuvinish va terining tozaligi ta’minlanadi.
– Tanadagi tuklar depilyatsiya kremi yordami olib tashlanadi. Ustaradan foydalanganda ehtiyot bo‘linmasa, terida kichik jarohatlanishga va infeksiya tushishiga sharoit yaratiladi, shuning uchun juda zarur hollarda foydalanish tavsiya qilinadi.

– Kindik sohasida juda ko‘p bakteriyalar to‘planadi va infeksiya uchun qulay muhit yaratadi. Shuning uchun bu sohani zaytun yog‘i bilan artish va infeksiya rivojlanishini bartaraf qilish zarur.

*Hazm yo‘llarini tayyorlash.* Ichaklarni tozalashdan maqsad, narkoz paytidagi aspiratsiyaning, operatsiya maydonining ifloslanishi va operatsiyadan keyingi asoratlarning (choklarning ochilib ketishi, ich dam bo‘lishi) oldini olish. Ovqat va suyuqlik iste’mol qilishdan tiyilish zarurligi haqida tushuncha berish kerak. Operatsiya arafasida ichaklarni suyultiruvchi dori qabul qilish va operatsiya kuni tozalovchi huqna qo‘yish haqida tushuncha beriladi.

*Premedikatsiya.* Narkozni muvaffaqiyatli o‘tkazish va ushlab turish uchun anesteziya oldidan sedativ preparatlar, trankvilizatorlar, analgetiklar va parasimpatolitik dorilar yuborish bilan premedikatsiya o‘tkaziladi. Ba’zan dori moddalarini ishlatish nafas olishning, pulsning tezlashishi, *AB* ning tushib ketishi kabi salbiy harakatlar bilan kechadi, shuning uchun dorilarni yuborishdan oldin va keyin hayotiy muhim ko‘rsatkichlarni o‘lchab borish va organizmning umumiy ahvolini kuzatib borish lozim. Bemorning to‘shakda yotishini ta’minlash zarur, chunki premedikatsiyadan keyin ortostatik bosim tushib ketishi hisobiga muvozanatni saqlash buzilishi mumkin.

## Operatsiya davrida hamshiralik parvarishining xususiyatlari

### *Operatsiya davridagi hamshiralik parvarishi haqida tushuncha*

Operatsiya davri – bu bemor operatsiya tayinlangandan keyin bosib o‘tadigan ketma-ketlikdagi jarayon bo‘lib, o‘z ichiga operatsiyadan oldingi, operatsion aralashuv va operatsiyadan keyingi davrdan kasalxonadan chiqquncha bo‘lgan davrlarni oladi.

Shu jarayon bilan bog‘liq hamshira parvarishi operatsiya davridagi hamshira parvarishi deyiladi. O‘ziga xosligi bo‘yicha 3 bosqichga bo‘linadi.

**1-bosqich** (operatsiyadan oldingi parvarish): operatsiya tayinlangandan, bemorni operatsiya xonasiga ko‘chirishgacha bo‘lgan vaqt ichidagi hamshira parvarishi. Bu bosqichda asosiy parvarishi bemorni operatsiyaga jismonan, ruhiy va ijtimoiy tayyorlashga yo‘naltirilgan bo‘ladi.

**2-bosqich** (operatsiya vaqtidagi parvarish): bemorni operatsiya xonasiga olib borgandan operatsiya tugashi va bemorni operatsiyadan keyingi palataga ko‘chirishgacha bo‘lgan davrdagi hamshira parvarishi. Bu davrda asosiy parvarish ichki a’zolarni olib tashlash yoki korreksiyalashda davolash muolajalari bilan anesteziya qilishga qaratilgan.

**3-bosqich** (operatsiyadan keyingi parvarish): operatsiyadan keyingi o‘tkir davrdan to kasalxona bo‘limida sog‘lig‘ini tiklash va bemorning oilasi va jamiyatga qaytishigacha bo‘lgan davrdagi hamshira parvarishidan iborat. Operatsiyadan keyingi parvarish narkozdan uyg‘onish, stressdan chiqish, jarohatning bitishigacha bo‘lgan vaqtdan boshlanib bemorning to ijtimoiy tiklanishigacha amalga oshiriladi.

*Operatsiya davridagi hamshiralik parvarishining maqsadi:*

- Operatsiya qilinadigan bemorda operatsiyadan oldin og‘riq bo‘yicha xavotirlik, hayot taqdiri bo‘yicha bezovta bo‘lishi tabiiy hol. Shuning uchun operatsiyani qabul qilish uchun ruhiy qo‘llab, qo‘rquvni yengishiga hamda operatsion aralashuvni ko‘tarishi uchun jismonan tayyorlanishiga yordam berish kerak.
- Operatsiya tufayli organizmga yetkazilgan stressni yengib o‘tishda, organizmga tabiat bergan kuchni namoyon qilib sog‘ayib ketishida yordam berish.

## Operatsiya tugashi bilan amalga oshiriladigan hamshiralik parvarishi

*Operatsiyadan keyin bemorga to‘shak tayyorlash*: palatani shamollatish, funksional karavot tayyorlash, toza choyshab to‘shash, to‘shakni grelkalar yordamida isitish, karavot yonidagi

stolchaga lotok, sochiq, suvdon qo‘yib tayyorlash, sun’iy nafas berish apparatining ishlashini tekshirish, namlangan kislorod berish uchun jihozlarni tayyorlash lozim.

Dori moddalarini, qon quyish uchun steril infuzion sistemani, steril shpris va ignalarni, muzli xaltachani, A/Bni o‘lchash apparatini, termometr va elektrso‘rg‘ichni tayyorlab qo‘yish kerak bo‘ladi. Bemorga to‘liq jismoniy va ruhiy tinchlik, ayniqsa yaxshi uyqu zarur. Operatsiyadan keyin hamshira bemorni obdon nazorat ostiga oladi. Operatsiya bajarilgandan to bemorning mehnat layoqati tiklanguncha bemorni kuzatish uch davrga bo‘linadi.

Bemorning hushi to‘liq qaytishi, nafas olishi normallashishi, arterial bosim, puls tiklanishini ta’minlash uchun operatsiyadan keyin qisqa muddatga anesteziolog tomonidan tiklanish palatasida kuzatuv ostida bo‘lib, agar intensiv palataga o‘tkazishga ko‘rsatma bo‘lmasa, umumiy palataga o‘tkaziladi.

Narkozdan keyingi 2–3 soat davomida bemorga ichish va ovqat yeyish mumkin emas. Agar bemor qayt qila boshlasa, boshini yonboshga burib, og‘ziga lotok yoki sochiq tutiladi, og‘iz bo‘shlig‘idan shilliq, qusuq massalari tozalanadi. Og‘iz bo‘shlig‘i nam salfetka bilan artiladi. Tiklanish palatasida yuzaga kelishi mumkin bo‘lgan hayotga tahdid soluvchi asoratlar: nafas yo‘llarining bekilib qolishi, miokard infarkti, yurakning to‘xtashi, qon ketish va nafas yetishmovchiligi. Bu asoratlar bemor umumiy palataga ko‘chirilgandan keyin ham kelib chiqishi mumkin. Lekin bu asoratlar o‘tkazilgan operatsiyaga xos bo‘lgan va bemor hayotiga tahdid soluvchi muammo emas. Narkozdan uyg‘ongan zahoti bemorga chuqur nafas olish zarurligini va bunday harakatning xavfsizligini tushuntirish kerak. Nafas a’zolari tomonidan asoratlarning oldini olish uchun bemor vaqti-vaqti bilan chuqur nafas olishi va chiqarishi, qo‘l va oyoqlarni harakatlantirishi kerak, yo‘talda jarohat sohasini qo‘li bilan ushlab turishi, tizzalarini bukishi lozim. Operatsiyadan keyin bemor bilan suhbatlashib, operatsiya natijalarini aytish, uning qo‘rquv va shubhalarini yo‘qotish zarur.

## Asosiy hayotiy ko‘rsatkichlar va bemorning umumiy ahvolini kuzatish

Quyidagilarni kuzatish zarur:

- operatsiya jarohatidagi bog‘lamni;
- tana harorati va teri rangini;
- yurak-qon tomir sistemasini (*A/B* ni o‘lchash, pulsni sanash);
- nafas sistemasini (nafas harakatini sanash);
- hazm sistemasini (bemorning og‘iz bo‘shlig‘i va ichaklar faoliyatini kuzatish);
- siydik ajratish sistemasini;
- asab sistemasini.

Kuchli og‘riq va uyquning buzilishi asab sistemasining buzilishiga olib keladi. Shuning uchun operatsiyadan oldin bunday holatlarga o‘z harakatini rejalashtirish zarur (og‘riqsizlantiruvchi, sedativ, uxlatuvchi dorilar tayinlash).

Davolash davrida bemorning asab sistemasini salbiy ta’sirlardan, ayniqsa operatsiyadan oldingi davrda bemorning ruhiy holatini himoya qilish muhimdir.

***Normal nafas olishni ta’minlash va havo aylanishini yaxshilash***

Nafas yo‘llari doimo toza va erkin bo‘lishi kerak. Nafas yo‘llarining bekilib qolish sabablari:

1. Umumiy anesteziya o‘tkazilgandan keyin behush yotgan bemorning tili orqaga ketib qolishi mumkin. Muskullar tonusining yo‘qolishi tilni halqumning orqa devori tomonga ketib qolishi va bemor hushiga kelishida chaynash muskullarining qisqarishi natijasida og‘irlashadi. Turli anesteziologik muolajalar asoratiga tilning, og‘iz yoki yutum yumshoq to‘qimalarining shikastlanishi kiradi.

2. *Me’da va ichak tarkibi.* Qon va ajralmalar, singan tish yoki tish protezi kabi yot jismlar nafas yo‘li bekilib qolishi sababchisidir. Operatsiyadan oldin olinadigan tish protezlari olib qo‘yilishi va me’da suyuqligi aspiratsiyasini oldini oluvchi chora-tadbirlar qo‘llaniladi.

3. Laringospazm yengil darajali hushdan ketganda yuzaga kelishi va kam anesteziya tufayli og‘irlashishi mumkin.

4. Halqum shishishi ko‘proq intubatsiya bajarishda shikastlash yoki infeksiya (epiglossit) tufayli yosh bolalarda kuzatiladi.

5. Traxeya kompressi bo‘yin operatsiyasida kuzatilishi mumkin va tireoidektomiya yoki tomirlar rekonstruksiyasidan keyin qon quyilishida xavfli bo‘ladi.

6. Bronxlarning bekilib qolishi va bronxospazm ta’sirlantiruvchi moddalarning tushishi yoki yot jismlar tufayli yuzaga keladi. Bundan tashqari, dorilarga allergiya yoki bronxial astma asorati bo‘lishi mumkin. Nafas yo‘llarining bekilib qolishi sabablarini aniqlash va bartaraf qilish o‘ta shoshilinch masala hisoblanadi.

7. *Shok profilaktikasi va uning oldini olish choralari.* Katta travmatik operatsiyalardan keyin Azot-1 oksidi yordamida uzoq muddatli narkoz bilan davolash usuli mavjud. Operatsiyadan keyin yuzaga keluvchi asoratlardan biri kechki shokning rivojlanishi bo‘lib, uning oldini olish uchun bemorni operatsiyadan oldin ratsional tayyorlash, operatsiya vaqtidagi yaxshi og‘riqsizlantirish, ayab operatsiya bajarish hamda operatsiyadan keyin bemorni kuzatish zarur.

8. *Narkozdan uyg‘onish vaqtida ruhiy qo‘llab-quvvatlash.*

Narkozdan uyg‘ongan bemor kuchli og‘riqni sezadi. Bu og‘riq bemorning umumiy ahvoliga ta’sir qiladi: *A/B* ko‘tariladi, puls tezlashadi va ruhiy bezovtalik yanada oshadi. Kuchli og‘riq bo‘lganda analgetik preparatlarni to‘g‘ri va o‘z vaqtida ishlatish hamda shu bilan birga operatsiyadan keyingi bemorning jismoniy va ruhiy tinchligini ta’minlash zarur. Agar bemorlar og‘riqqa shikoyat qilsalar, har bir bemorning og‘rig‘ini tushuna bilish lozim.

Ba’zi vaqtlarda operatsiyadan chiqqan bemorlar davolash sharoitini noto‘g‘ri qabul qilishadi va operatsiyadan keyingi o‘z ahvoliga nisbatan kuchli xavotirlanishni boshidan kechiradilar. Hamshira bemor vaziyatni to‘g‘ri tushunishi va uning bezovtaligini yengillashtirishga harakat qilishi kerak.

Bemor hushiga kelguncha va uyg‘onguncha hamshira bemor yonida bo‘lib, kuzatib turishi lozim. Hamshira bemordan o‘zini qanday sezayotganligini so‘rab turishi, operatsiya davomida o‘zini yaxshi tutganligi uchun tabriklab, tezda tuzalib oldingi hayotiga, uni sabrsizlik bilan kutayotgan, yaxshi ko‘radigan va undan xavotir olayotgan oilasiga qaytishi uchun, bundan keyin o‘zini qanday tutishi kerakligi haqida suhbatlashadi.

## Operatsiyadan keyingi hamshiralik parvarishi

### *Bemorning asosiy hayot ko‘rsatkichlari va umumiy ahvolini kuzatish*

Operatsiyadan keyin bemorni to‘liq tekshirish va diqqat bilan kuzatish operatsiyadan keyingi asoratlarni o‘z vaqtida aniqlashga imkon beradi. Alohida e’tiborni tana haroratiga va bemorning umumiy ko‘rinishiga qaratish lozim. Nafas olish chuqurligi va soni, pulsning soni, to‘liqligi va tarangligi, tilning holati, shilliq pardalarning rangi kuzatilishi zarur. Palataga o‘tkazilgandan keyin doimiy ravishda, amalda esa har soatda yoki 2 soatda bir marta puls, arterial bosim va nafas soni kuzatib boriladi. Me’da yoki ichaklarda o‘tkazilgan murakkab operatsiyalardan keyin bemorlarda nazogastral zonddan ajralayotgan ajralma, diurez va jarohatdan ajralayotgan ajralma har soatda kuzatib boriladi. Hamshira kuzatishni shifokor yoki navbatchi xirurg (zarur bo‘lganda boshqa mutaxassislar) nazorati ostida olib boradi. Bemor ahvoli stabillashganda doimiy kuzatuv to‘xtatiladi.

Ba’zi bir muassasalarda tibbiy xodimlar tomonidan bemorning ahvoli, o‘zini qanday sezayotganligi, asosiy hayotiy faoliyat ko‘rsatkichlarini nazorat qilish ertalab va kechqurun amalga oshiriladi. To‘satdan paydo bo‘lgan bezovtalik, es-hushining o‘zgarishi, talabga javob bermaydigan harakatlar qilishi ertangi asoratlarning namoyon bo‘lishidir. Bunday vaziyatlarda umumiy gemodinamik ko‘rsatkichlarga, nafas, puls, harorat va arterial bosimga e’tibor berishi va darhol shifokorni xabardor qilishi kerak. Hamma ma’lumotlar nazorat qilinadi va kasallik

tarixiga qayd qilinadi. Zond, kateterlarni saqlab turish zaruriyati masalasi buyrak va ichaklar, ko‘krak qafasining to‘liq harakati va yo‘talning foydali ekanligi nazorati asosida hal qilinadi. Ko‘krak qafasi to‘liq tekshiriladi, balg‘am ko‘zdan kechiriladi. Oyoqlarda shish bor-yo‘qligi, boldir mushaklarining og‘rishi, teri rangining o‘zgarishi ko‘zdan kechiriladi.

Vena ichiga suyuqlik quyilganda suyuqlik muvozanati nazorat qilinadi. Har kuni plazma elektrolitlari aniqlab boriladi. Bemor mustaqil suyuqlik icha boshlashi bilan vena ichiga suyuqlik yuborish to‘xtatiladi. Operatsiyadan keyin bir necha kun och qolish hech qanday zarar keltirmaydi, lekin enteral (zond orqali) yoki parenteral ovqatlantirish, agar ochlik bir sutkadan ko‘p davom etsa zarur hisoblanadi. Ba’zi bir bemorlar uchun operatsiyadan keyingi eng qiynaydigan muammo uyqusizlik bo‘lib, bunday bemorlarni o‘z vaqtida aniqlash va davolash zarur.

***Og‘riqni kamaytirish.*** To‘shakda qulay yotish va chuqur nafas olish operatsiyadan keyingi og‘riq kuchini kamaytiradi. Operatsiyadan keyingi birinchi sutkalarda og‘riqni kamaytirish maqsadida teri ostiga 1% li morfin yoki 2% li pantopon eritmasi kuniga 1 ml dan 1–2 marta yuboriladi. Ba’zi hollarda kuchli og‘riq ushlanib tursa, analgetik vositalarni bir necha kun davomida yuborish davom ettiriladi, lekin shuni esda tutish kerakki narkotik analgetiklarga o‘rganib qolish, ya’ni morfinizm kelib chiqishi mumkin – bu og‘ir kasallik bo‘lib, davolash qiyin kechadi.

### *Operatsiyadan keyingi asoratlar va ularda parvarishlash*

Agar operatsiyadan oldingi tayyorgarlik to‘g‘ri o‘tkazilgan va aniqlangan kasalliklar to‘liq davolangan bo‘lsa, operatsiyadan keyingi asoratlar profilaktikasi natijali bo‘ladi. Operatsiyadan keyin bemorning faol davolash usuliga to‘shakdan erta turish, nafas mashqlari va erta to‘liq qiymatli ovqatlanish kiradi. Bu chora-tadbirlar asab sistemasining tonusini oshiradi, ko‘tarinki kayfiyat yaratadi, o‘pkada dimlanish holatining oldini oladi, qon aylanishni yaxshilaydi, ichaklar parezi, emboliya, tromboz va o‘pka asoratlarining oldini oladi.

*Operatsiyadan keyingi asoratlar:*

– Operatsiyadan keyingi qon ketish: gemorragiya bor-yo‘qligini tekshirish, infuziya tezligini boshqarish, gemorragik shokning dastlabki belgilarini aniqlash.
– Oyoqlar chuqur venalarining trombozi (o‘pka emboliyasi): qon aylanishni tiklashni amalga oshirish. Bu asoratning kelib chiqishiga imkon bo‘lgan holda chuqur venalarda qon dimlanishining oldini olish – oyoqlar uchun mashqlar bajarish, elastik paypoq kiyish.
– O‘pka atelektazi, pnevmoniyada nafas olishni tiklash. Agar ushbu asoratning kelib chiqish xavfi bo‘lsa, chuqur nafas olishni, yo‘talga turtki berish va balg‘am ajratishini amalga oshirish.
– Ichak tutilishi: ovqatlanishni tiklashni amalga oshirish. Agar ushbu asorat rivojlanish ehtimoli bo‘lsa, ichaklar peristaltikasini tiklashni amalga oshirish.
– Operatsiyadan keyingi asabiy simptomlar: operatsiyaga munosabatini operatsiyadan oldin yaxshilash, og‘riqni nazorat qilish, uyqusini tiklashga yordam berish.
– Jarohatning yiringlashi, operatsiya choklarining ochilib ketishi: ovqatlanishini yaxshilash, drenaj naychalar orqali suyuqliklarni samarali chiqarish chorasi – jarohatni aseptik artib-tozalash.

### *Bemorlarga kundalik hayotida yordam berish*

– Bor muammolarni yechish: og‘riq qoldiruvchi dorilar yuborish, antatsid preparatlar berish, suhbatlashish, sedativ preparatlar yordamida stressli holatni yechish, bemorni o‘ziga iloji boricha parvarish qilishni o‘rgatish, ya’ni o‘z holatiga ko‘niktirish. Bemor bilan tez-tez suhbatlashish.
– Murakkab muammolarni hal qilish: yengil parhez tayinlash, ichaklarni doimiy ravishda bo‘shatib turish, bemor bilan davolovchi mashqlar bajarish, bel va oyoq mushaklarini uqalash, oila a’zolarini bemorni parvarish qilishga o‘rgatish.

Bemorning yordamga muhtojligi vaqtinchalik va doimiy bo‘lishi mumkin. Tiklanishga talab kelib chiqish ehtimoli bo‘ladi. Xirurgik aralashuvdan keyin ba’zi kasalliklar qo‘zg‘alish o‘ziga xizmat qilish chegaralangan vaziyatlarda vaqtinchalik yordam qisqa muddatga belgilanadi.

Qizilo‘ngach, me’da va ichaklarda o‘tkazilgan qayta o‘zgartiruvchi operatsiyalardan keyin bemorga doimiy yordam butun hayoti davomida kerak bo‘ladi.

Xirurgik kasalliklar bilan og‘rigan bemorlar parvarishida ba’zi bir vaziyatlarda hamshira tomonidan beriladigan suhbat va maslahatlar muhim rol o‘ynaydi. Hissiy, intellektual va ruhiy qo‘llab-quvvatlash kasallik qo‘zg‘alishida yuzaga keladigan zarba natijasida rivojlanadigan va rivojlangan har qanday o‘zgarishga bemorning tayyorlanishiga katta yordam beradi. Shunday qilib, hamshira parvarishi bemorga kasalligi tufayli yuzaga keladigan muammolarni yechishga, sog‘lig‘ining yomonlashishiga yo‘l qo‘ymaslikka va sog‘lig‘iga bog‘liq yangi muammolar kelib chiqmasligi uchun zarurdir.

Ba’zan operatsiyadan keyingi funksional o‘zgarishlar oldingi hayot tarziga va odatlariga tubdan o‘zgartirish olib keladi. Lekin bemorga bu o‘zgarishlarga salbiy jihatdan qaramaslikni tushuntirish kerak. Har doimgiday turmush odatlari bilan yashashda mos keluvchi nazoratni saqlash va aktiv faoliyatini olib borish kerakligini tushunishda yordam berish lozim.

***Reabilitatsiya.*** Operatsiyadan keyingi kuzatiladigan asoratlarga qarshi kurashda, operatsiyadan keyingi davrda to‘shakda erta harakat qila boshlash, o‘rnidan erta turish, davolash mashqlari bilan shug‘ullanish, ovqatlanishni o‘z ichiga oladigan faol usullarni olib borish samarali hisoblanadi. Bu usulni to‘g‘ri olib borish qon aylanishini yaxshilaydi, asab sistemasining tonusini oshiradi, bemor o‘zini yaxshi his qilishini yaxshilaydi, natijada to‘qimalarning tiklanish jarayoni tezlashib, jarohat tez bitadi. Bu usuldan foydalanishga o‘tkir yallig‘lanish jarayonlari, pnevmoniya, yurak quvvatsizligi va qon aylanishining yetishmovchiligi monelik qiladi.

**Ruhiy qo‘llab-quvvatlash.** Operatsiyadan keyingi ruhiy buzilishlarning yaqqol ko‘rinishlari kamdan kam kuzatiladi. Operatsiya yengil moslanuvchan o‘zgarishlarga olib kelishi yoki o‘ta kuchli ta’sirlovchi omil bo‘lishi mumkin va operatsiyadan keyin yoki biroz vaqt o‘tgach og‘ir ruhiy buzilishlarni chaqirishi mumkin.

Operatsiyadan keyingi psixoz holatlar bemor hayotiga xavf tug‘dirishi, ba’zan to‘satdan namoyon bo‘luvchi qo‘zg‘alishlar, ovqatni inkor qilish bilan kechishi mumkin.

## Bemor kasalxonadan chiqqandan keyin mustaqil yashashni egallashiga qaratilgan qo‘llab-quvvatlash

Bemor xirurgiya bo‘limidan chiqqandan keyin ham kuzatuv ostida bo‘lishga va xirurg tomonidan tiklanish davosiga muhtoj bo‘lishi mumkin.

*Kasalxonadan chiqqandan keyingi yordam va istiqbollar.* Bemor kasalxonaga yotqizilganda, kasalxonadaligida va kasalxonadan chiqqanidan so‘ng olib boradigan harakatlari rejalashtirilishi hamda kerakli bilim va ko‘nikmalarga o‘rgatishga harakat qilinishi kerak. Buning uchun, bemor kasalxonadan chiqayotganda qanaqa holatda bo‘lishini taxmin qilishi va o‘z harakatini qachon, kimni va nimaga o‘rgatish lozimligini rejalashtirib olishi kerak. Buning uchun o‘rgatish davrida bemorning jismoniy va ruhiy holatini hisobga olgan holda moslanuvchanlikni namoyon qilishi muhimdir.

Bu poliklinikada ambulator yoki sanatoriyda davolanayotgan davrda, yoki reabilitatsiya markazida davriy tiklanish faoliyatini tiklayotgan davrda ta’minlanadi. Reabilitatsiya nafaqat bemorning jismoniy tiklanishini, balki shaxsiy va ijtimoiy o‘rnini, bemor insonga yondashish uslubini, turli harakatlar bilan bemorning hayot tarzi muhitiga va o‘ziga, kasaliga nisbatan munosabatini o‘zgartirishga qaratilgan tadbir tushuniladi.

Davolash jarayoniga nafaqat kasallikning namoyon bo‘lishiga qarshi, balki bemorni atrof-muhitga moslashishiga yordam

beruvchi sifatini ishlab chiqish kiradi. Ruhiy xizmat bemorning ruhiy holatini bir to‘xtamga olib keluvchi va uning yangi ijtimoiy o‘rniga moslashishiga qaratilgan. Ruhiy tiklanish jarayoni murakkab va ko‘p qirralidir. Guruh bilan o‘tkaziladigan ruhiy terapiya seanslari katta natijali bo‘lib, bu jarayon davomida davolanishning turli bosqichida bo‘lgan bemorlar bir-birlari bilan muloqotda bo‘ladilar va tajribalari bilan fikr almashadilar.

*Sog‘lig‘ini mustaqil nazorat qilish va davriy tekshirishdan o‘tib turish.* O‘tkazilgan operatsiya tufayli oldingi hayot tarzini va ovqatlanish odatini almashtirishga ehtiyoj tug‘iladi. O‘rgatish, birinchi o‘rinda bemor organizmidagi funksional o‘zgarishlarni tushunishiga va o‘z sog‘lig‘ini mustaqil nazorat qila olishiga qaratilgan bo‘lishi kerak. Bundan tashqari, operatsiyadan keyingi davr hammada har xil kechadi, shuning uchun bemor vaqti-vaqti bilan shifokor nazoratidan o‘tib turishi zarur.

Kasalxonadan chiqayotganda bemorga o‘z sog‘lig‘ini nazorat qilib turishni, shaxsiy gigiyena qoidalariga amal qilishni, ovqatlanish tartibini saqlashni, harakat faolligini kuchaytirishni, ishlab chiqarishda tartibga rioya qilishni, o‘z vaqtida tibbiy ko‘rikdan o‘tib turishni tushuntirish kerak.

## Oila a’zolariga yordam

*Operatsiyadan oldingi davrda oila a’zolariga yordam*. Bemor birinchi o‘rinda o‘z oila a’zolariga ishonadi, shuning uchun oila a’zolari uni tushunishi va kayfiyatini ko‘tarishi bemorga kuchli ruhiy qo‘llab-quvvatlovchi ta’sir ko‘rsatadi va uning qo‘rquvni yengishiga yordam beradi. Lekin operatsiya nafaqat bemorda, balki oila a’zolarida ham xavotirlanishga sabab bo‘ladi. Agar oila a’zolari xavotirlikni tuysa va vahimaga tushsa, bu o‘z navbatida, bemorning ruhiy holatiga, operatsiya va operatsiyadan keyingi davrning kechishiga salbiy ta’sir ko‘rsatadi. Hamshira oila a’zolarining vahima va shubhalarini qabul qilishi, ularga kerakli maslahat va yo‘riqlarni berishi, qo‘llab-quvvatlashi va ular, o‘z navbatida, bemorga yordam va madad berishlari muhimdir.

Bemorning zaruriy hayot sifatlarini ushlab turishiga umidi, o‘z qarindoshlari bilan bir qatorda tibbiy xodimlarga bog‘liqdir. Agar bemor uni shaxs sifatida qadrlashiga, yaxshi ko‘rishlariga va unga g‘amxo‘rlik qilish ularga og‘ir bo‘lmasligiga ishonsagina bu umidni ushlab turish mumkin. Shifokor va hamshira bemorning qarindoshlariga kasallik haqida, operatsiyaning zarurligi va o‘tkaziladigan davo haqida gapiradilar. Qarindoshlari bemorga to‘g‘ri qaror qabul qilish va tibbiy xodimlarga ishonishida yordam berishlari zarur. Bemor ishonishi uchun o‘z boshidan o‘tkazgan o‘xshash voqealarni so‘zlab beradilar.

*Oila a’zolarini operatsiya vaqtida qo‘llab-quvvatlash.* Operatsiya vaqtida bemor oilasi doimiy vahima va tajanglikda bo‘lishadi. Bemor ahvoli haqida davriy ravishda oila a’zolariga axborot berib turish lozim. Operatsiya vaqtida qarindoshlari bemor ahvolidan xavotirda bo‘lishadi, shuning uchun hamshira ularni har tomonlama qo‘llab-quvvatlab turishi, tinchlantirishga harakat qilishi va operatsiya muvaffaqiyatiga o‘zining ishonchini ko‘rsatib turishi kerak.

*Operatsiyadan keyingi davrda oila a’zolarini qo‘llab-quvvatlash.* Bemorning mustaqil holati darajasiga qarab, oila a’zolaridan talab qilinadigan bevosita beradigan yordam hajmi aniqlanadi. Kasalxonada yotgan davrda oila a’zolari bemorni parvarish qilish bo‘yicha kerakli yo‘riqlar va o‘quv uslublarini olishlari lozim. Bemor kasalxonadaligida oila a’zolari to‘liq holda bemorning ahvoli va kasalligi bo‘yicha xavotirda bo‘lib, operatsiyadan keyingi davr haqida o‘ylashga vaqti bo‘lmaydi. Shuning uchun ancha oldin bemorning o‘z-o‘zini nazorat qila olish qobiliyatini baholash, agar qarindoshlarining yordam va madadi zarur bo‘lsa, bemor kasalxonadan chiqayotganda ularni o‘rgatish lozim bo‘ladi.

Oilaviy muhitdan kelib chiqqan holda, ba’zan jamoa bilan o‘zaro harakatda bo‘lish talabi bo‘ladi, bunday vaziyatlarda ko‘rsatiladigan yordamni oila a’zolari va jamoa tibbiy xodimlar

bilan birgalikda belgilab olishlari kerak. Operatsiyadan keyin hamshira bemor ahvoli haqida axborot beradi, ularni keraksiz xavotirdan ozod qilib, bemorni parvarish qilishda va muloqotda bo‘lishda maslahat beradi.

**NAZORAT SAVOLLARI:**

1. Operatsiyaga ruhiy tayyorlash haqida gapirib bering.
2. Operatsiyaga jismoniy tayyorlash haqida gapirib bering.
3. Operatsiya davrida hamshira parvarishining xususiyatlari haqida gapirib bering.
4. Operatsiya tugashi bilan amalga oshiriladigan hamshira parvarishi.
5. Operatsiyadan keyingi hamshira parvarishi.
6. Operatsiyadan keyingi davrda nima uchun og‘riq kamaytirilishi.
7. Operatsiyadan keyingi asoratlarning oldini olish chora-tadbirlari.
8. Operatsiyadan keyingi davrda kundalik hayotda yordam berish.
9. Reabilitatsiyaning maqsadi nima?
10. Bemor kasalxonadan chiqqandan keyin mustaqil yashashni egallashiga qaratilgan chora-tadbirlarni qo‘llab-quvvatlash.
11. Operatsiyadan keyingi davrda oila a’zolariga yordam berish.

## 1.4. Og‘riq va og‘riqsizlantirish

Og‘riq sezgisi tahdid solayotgan xavf to‘g‘risidagi darakchi sifatida yashash jarayonida yuzaga kelgan. Bu jihatdan og‘riq ijobiy rol o‘ynaydi. Og‘riq sezgisi organizmning o‘g‘riq sababchisini yo‘qotish uchun o‘z kuchlarini safarbar etishga majbur qiladi. Organizm og‘riq sezgisiga befarq qola olmaydi. Ruhiy sfera va animal nerv sistemasi tomonidan (skelet muskullarining taranglashishi, muhofaza va tovush reaksiyalari), endokrin sistemasi tomonidan javob reaksiyasi kuzatiladi, tomirlar tonusi, yurak ishi o‘zgaradi va hokazo. Bu o‘zgarishlar jamlanib, og‘riq shokining paydo bo‘lishiga olib keladi. Shu sababli hozirgi vaqtda birorta ham operatsiya dastlab og‘riqni bartaraf qilmasdan turib o‘tkazilmaydi.

Og‘riq va undan kelib chiqadigan asoratlarga qarshi anesteziologlar kurashadi. Buning uchun og‘riqsizlantirish (anesteziya) qo‘llaniladi. Anesteziyani anesteziolog va anestezist hamshira o‘tkazadi.

## Anesteziya turlari va organik stress

*Anesteziya turlari.* Klinik amaliyotda anesteziyadan asosiy maqsad – operativ aralashuvga nisbatan dastlab organizm reaksiyasining og‘riq sezgisini yo‘qotishdir.

*Anesteziya umumiy va mahalliyga bo‘linadi. Umumiy og‘riqsizlantirish yoki narkoz* deb, shartli va ba’zi shartsiz reflekslar, harakat, sezgi va hushning bo‘lmasligi bilan kechuvchi markaziy nerv sistemasining tormozlanishi, to‘liq yoki qisman hushning va og‘riq sezgisining yo‘qolishi bilan namoyon bo‘ladigan sun’iy uyqu holatiga aytiladi. Narkoz vositalarini yuborish yo‘liga qarab ingalyatsion, noingalyatsion va kombinatsiyalangan narkoz usullari ajratiladi.

## Ingalyatsion narkoz

Efir, siklopropan, azot-1 oksidi, suyuq (ftorotan, metoksifluran) kabi narkotik moddalarning bug‘lari organizmga nafas yo‘llari orqali yuboriladi. Bemor niqob orqali nafas oladi yoki endotraxeal nay orqali kiritiladi. Bazis narkoz – bemorga palatada qisqa muddatga chuqur bo‘lmagan narkotik holatga keltiruvchi narkotik modda yuboriladi, bemor operatsiya xonasiga ko‘chirilgach, narkozni chuqurlashtirish uchun qo‘shimcha ravishda yana shu preparat yuboriladi yoki narkozning boshqa turiga o‘tiladi. Ingalyatsion narkozni kerakli ko‘rsatkichda narkotik vositalarning konsentratsiyasini aniq boshqarishga imkon beruvchi maxsus moslamalar (bug‘ apparati, dozimetr) bilan ushlab turiladi. Narkozda uyquga ketishdan uyg‘onishgacha kechadigan fazali bosqichlar kuzatiladi.

***Narkozning birinchi bosqichi*** – es-hush va sezuvchanlik saqlangan. Birinchi bosqich oxirida analgeziya fazasi boshlanadi. Es-hush chalkash, qonda efir konsentratsiyasi 18–35 mg/%.

***Narkozning ikkinchi bosqichi*** – qo‘zg‘alish bosqichi 1–3 daqiqa davom etadi. Bemor ko‘p gapiradi, yig‘laydi, kuladi, hamma muskullar titrab harakatlanadi. Nafas olish ritmi buzilgan, puls tezlashgan, A/B ko‘tariladi. Bosqich oxirida

harakat reaksiyasi kamayadi, nafas olish tekislanadi. Qonda efir konsentratsiyasi 30–80 mg/% ga yetadi.

***Narkozning uchinchi bosqichi*** – operatsiya davomiyligiga bog‘liq holda davom etadi.

**1-bosqich** ko‘rsatkichida nafas tekis, tinch, biroz tezlashgan. Puls normaga qaytadi. A/B pastga tushadi, teri va qorachiq reflekslari saqlangan, muskullar tonusi pasayadi.

**2-bosqich** ko‘rsatkichida – nafas xarakteri chuqur va kam, puls tezlashgan, A/B boshlang‘ich ko‘rsatkichga qaytadi, muskullar bo‘shashadi. Teri va qorachiq reflekslari yo‘qoladi.

**3-bosqich** ko‘rsatkichi – nafas olish ritmik, A/B normadan past, muskullar bo‘shashgan, efir berishni kamaytirish zarur, chunki dozasi oshib ketishi mumkin.

***Narkozning to‘rtinchi bosqichi*** – uyg‘onish bosqichi. Tormozlanishdan chiqish teskari tartibda kechadi: reflekslar va harakat paydo bo‘ladi, sezuvchanlik tiklanadi va es-hush paydo bo‘ladi. Bu bosqich uyquga ketish bosqichiga nisbatan davomli va bir necha soat davom etadi.

## Noingalyatsion narkoz

Narkotik moddalar boshqa yo‘llar bilan yuboriladi (vena ichiga, teri ostiga, to‘g‘ri ichakka). Hozirgi vaqtda vena ichi narkozida barbituratlar qo‘llaniladi. Barbituratlar to‘g‘ri qo‘llanilganda ular hayot uchun muhim a’zolar va organizm faoliyatiga minimal ta’sir ko‘rsatadi.

*Ko‘rsatma:* qisqa muddatli og‘riqli muolajalar.

*Moneliklar:* bronxial astma, yurak-tomir yetishmovchiligi, buyrak-jigar yetishmovchiligi.

Bemor narkozdan muddatidan oldin chiqmasligini nazorat qilish uchun elektroensefalografiya ma’lumotlariga tayaniladi hamda puls va A/B kuzatib boriladi.

***Premedikatsiya.*** Narkozga bemor maxsus tayyorlanadi, maqsad – bemorda o‘ta hayajonlanish, narkoz va operatsiyani kutish vahimasini kamaytirish, istalmagan reaksiyalarni bartaraf

qilishdir. Kechasiga uxlatuvchi, tinchlantiruvchi, antigistamin preparatlar buyuriladi.

Operatsiyaga 40–50 daqiqa qolganda palatada muskul orasiga narkotik analgetiklar (promedol), atropin, ko‘rsatma bo‘yicha – psixotrop va antigistamin vositalar yuboriladi. Premedikatsiyadan keyin bemor to‘shakdan turmasligi kerak. Operatsiya xonasiga uni faqat katalkada olib borish zarur.

Inson doim turli xil stress omillarining (ruhiy emotsional, sotsial-maishiy, ishlab chiqarish) ta’siriga uchraydi. *Stress* – bu keng hayajonlanish reaksiyasi bo‘lib, organizm faoliyatiga doimiy ravishda tahdid solib turuvchi omillar ta’siridan yuzaga kelib, undan moslashish imkoniyatlarini kundalik tebranish diapazonini oshirib borish bilan ishga solishni talab qiladi.

*Jarrohlik stressi* – organizmning murakkab nospetsifik javob reaksiyalari yig‘indisidir. Operatsiya vaqtida ko‘p vaqtlarda bir nechta omillarning birlashgan ta’sirini kuzatish mumkin. Jarrohlik stressining namoyon bo‘lish darajasi ko‘pgina sabablarga bog‘liq bo‘lib, asosiylaridan biri – shikastlovchi omil kuchi va organizmning reaktivligidir. Vaqtga ko‘ra xirurgik stress quyidagi bosqichlarga bo‘linadi: operatsiyadan oldingi, narkozga kirish, bevosita operatsiya vaqtida, operatsiyadan keyingi.

*Operatsiyadan oldingi bosqich* – ikkita omil oldinda turadi – bu ruhiy-emotsional zo‘riqish va operatsiya qilishga sababchi kasallik yoki jarohatning o‘zi.

Jarrohlik stressi har qanday stress turi kabi 4 darajaga bo‘linadi: ma’lumot beruvchi; energetik; metabolik; strukturali.

*Narkozga kirish* – xirurgik aralashuvni boshlashga imkon berish darajasida organizmni narkotik vositalar bilan to‘yintirish. Asosan hamma narkotik preparatlar ko‘p yoki kam darajada oksidlanish-qaytarilish jarayonini so‘ndiradi. Anesteziologik himoya maqsadida qo‘llaniladigan hamma preparatlar fiziologik faoliyat va organizmning javob reaksiyasini boshqarishga jiddiy ta’sir ko‘rsatadi. Bir turdagi stressdan himoya qiluvchi vosita boshqa turdagi stressni keltirib chiqaradi.

Anesteziolog va xirurg shunday anesteziya vositalari va dozasini tanlashlari kerakki, bu anesteziyaning hamma bosqichida stress kelib chiqishining oldini olishi zarur.

*Operatsiya bosqichi* – operatsion stressning yaqqol namoyon bo‘lish bosqichidir. Anesteziyaning vaqtinchalik chegarasi operatsiyaning o‘zi bilan aniq chegaralanishi kerak, ya’ni terini kesishdan to teriga chok qo‘yilguncha. Bu bosqichda narkotik moddalarning ta’siridan tashqari operatsion stressning yangi omillari qo‘shiladi – bu operatsiya sohasidan ajralayotgan afferent impulslar oqimi natijasida qonga biologik aktiv moddalarning (gistamin, serotonin) ajralishidir. Natijada periferik to‘qimalarning gipoksiyasi va oksidlanish-qaytalanish jarayonining buzilishi kuzatiladi.

*Operatsiyadan keyingi bosqich* – bu bosqichda stress omillari orasida operatsion sohadan chiqayotgan afferent impulslarning oqimi, og‘riq sezgilari hamda es-hushning tiklanishidan kelib chiqqan ruhiy emotsional zo‘riqishlar muhim ahamiyatga ega. Kerakli darajada og‘riqsizlantirish va ruhiy reaksiyalarni so‘ndirish sharoitida bu omillar ta’sirining axborot-energetik o‘lchamini minimum ko‘rsatkichga olib kelish mumkin.

Agar adekvat holatni egallashga erishilsa, operatsiyaning hamma bosqichlarida anesteziya himoyasi yetarli bo‘lsa, unda operatsiya stressi kuchsiz namoyon bo‘ladi va bemor operatsiyani yengil o‘tkazadi.

**Mahalliy anesteziya.** Bemor es-hushi saqlangan holda tananing alohida sohasida og‘riq sezuvchanligini yo‘qotishga aytiladi (kokain, novokain, lidokain yordamida).

Mahalliy anesteziyaning quyidagi turlari bor: purkash yoki surtish yo‘li bilan anesteziya qilish (kokain, dikain, sovkain), qavatma-qavat anesteziya (novokain, lidokain), o‘tkazuvchi anesteziya (novokain), Vishnevskiy bo‘yicha anesteziya, muzlatish yo‘li bilan anesteziya (xloretil), suyak ichi anesteziyasi (novokain), orqa miya (novokain, sovkain, trimekain, lidokain) anesteziyasi, peridural (dikain, trimekain, lidokain) anesteziya.

**Bemorni mahalliy anesteziyaga tayyorlash**

- Bemorni ko‘zdan kechirish, anesteziya qilinadigan sohada teri qoplamlarini ko‘zdan kechirish.
- Pulsni tekshirish, arterial bosim va tana haroratini o‘lchash.
- Anestetik moddaga allergik sezuvchanligini aniqlash.
- Qovuqni bo‘shatish.
- Premedikatsiya o‘tkazish: 0,1 % li atropin eritmasi, 1 % li promedol eritmasi, 1 % li dimedrol 1 ml dan mushak orasiga bitta shprisda anesteziyaga 20 daqiqa qolganda yuboriladi.

*Organik stress* – organizm o‘ziga biror ta’sir bo‘lganda gomeostazni ushlab turish uchun asab va endokrin sistemalar orqali himoya reaksiyasini namoyon qiladi. Bu biologik reaksiya bo‘lib, hayotni saqlashga yo‘naltirilgan fiziologik jarayondir. Bu reaksiya moddalar almashinuviga, qon aylanishiga, ichki sekretsiya beziga, immunitetga ta’sir etuvchi umumiy ko‘rinishdagi o‘zgarishlarni keltirib chiqaradi. Organizmga qanchalik chuqur kirib borilsa, hayotiy zarur ko‘rsatkichlarning kuchli o‘zgarishlari bilan namoyon bo‘luvchi reaksiyalar kuzatiladi: tana haroratida, pulsda, nafas olishda, arterial bosimda, diurezda va h.k. Xirurgik operatsiyani o‘tkazishda invaziya darajasi o‘tkazilayotgan operativ aralashuvning turi, davomiyligi va qon yo‘qotish hajmiga bog‘liq.

Bundan tashqari, organizmga ta’sir qilinganda beriladigan biologik javob reaksiyasi organizmning umumiy ahvoli, ya’ni qon aylanish, nafas olish va siydik ajratish sistemalarining holati ahamiyatga ega omil hisoblanadi.

**NAZORAT SAVOLLARI:**

1. Og‘riq nima?
2. Og‘riqsizlantirish deganda nimani tushunasiz?
3. Umumiy anesteziya deganda nimani tushunasiz?
4. Ingalyatsion narkoz qanday amalga oshiriladi?
5. Noingalyatsion narkoz turlarini aytib bering.

6. Premedikatsiya nima, qo‘llashdan maqsad.
7. Jarrohlik stressi haqida gapirib bering.
8. Narkozga kirish deganda nima tushuniladi?
9. Mahalliy anesteziyani ta’riflab bering.
10. Bemor mahalliy anesteziyaga qanday tayyorlanadi?

## 1.5. Desmurgiya

*Desmurgiya* tibbiyotning bir bo‘limi bo‘lib, bog‘lamlarni bog‘lash va qo‘llash qoidalari to‘g‘risidagi ta’limotdir.

Bog‘lam deganda bemor tanasiga davo maqsadida mahkam o‘rab, bog‘langan bog‘lov materiali tushuniladi.

Jarohatga yoki tananing boshqa qismlariga davo maqsadida mahkam o‘rab qo‘yiladigan materialga *bog‘lov materiali* deyiladi.

Bog‘lamni alishtirishga *qayta bog‘lash* deyiladi.

Qo‘llanilayotgan material turiga qarab, *yumshoq va qattiq bog‘lamlar* farqlanadi.

*Yumshoq, mahkamlovchi bog‘lamning asosiy turlari:* plastirli bog‘lam; kleolli bog‘lam; ro‘molli bog‘lam; bintli bog‘lamlar.

*Qattiq bog‘lamlarning asosiy turlari* (yopiq shikastlarda immobilizatsiya uchun qo‘llaniladi): gipsli bog‘lamlar; kraxmalli bog‘lamlar; dekstrinli bog‘lamlar.

Bog‘lam qo‘yish davolash muolajasi bo‘lib, bir nechta ketma-ketlikda bajariladigan harakatlardan iborat:

- eski bog‘lamni yechish;
- jarohatlangan sohada o‘tkaziladigan (jarohat atrofini tozalash, jarohatni yuvish, choklarni olish va antiseptiklarni jarohatga yuborish) muolajalar;
- jarohat yuzasini steril bog‘lam materiali bilan berkitish;
- jarohat sohasidagi bog‘lamni mahkamlash – fiksatsiyalovchi bog‘lam qo‘yish.

*Bog‘lam qo‘yishga talablar*: bog‘lam mustahkam, yengil bo‘lishi kerak va iloji boricha harakatni cheklamasligi lozim.

*Bintli bog‘lam turlari:* spiralsimon; sakkizsimon; boshoqsimon; toshbaqasimon; qaytuvchi; chepes bog‘lami; yugancha-simon; Velpo, Dezo bog‘lami.

*Bint bog‘lamini qo‘yishda quyidagi qoidalarga amal qilish zarur:*

– bemor qulay vaziyatda bo‘lishi, bog‘lam qo‘yiladigan tana qismi esa qimirlamasligi va bog‘lam qo‘yadigan xodim uchun oson yetadigan bo‘lishi kerak;
– oyoq va qo‘llarga bog‘lam qo‘yishda ular tabiiy fiziologik holatda bo‘lishi lozim;
– bog‘lam qo‘yayotgan xodim bemorga yuzma-yuz turib, uning bog‘lamga reaksiyasini ko‘rib turishi kerak;
– bintlash pastdan yuqoriga qarab boshlanadi, bintni chapdan o‘ngga qarab ochish kerak, bunda o‘ng qo‘l bint boshchasini ochib boradi, chap qo‘l bog‘lamni ushlab turadi va tekislab boradi, bintning ochilishi qo‘llar orasida yumalab borayotgandek bo‘ladi;
– har bir bint aylanasi oldingi aylanani 2/3 kengligida berkitib borishi kerak, bint tuguni shikastlangan sohaga nisbatan sog‘lom tomonda bo‘lishi kerak.

## Bog‘lam qo‘yish usullari

*Leykoplastirli bog‘lam* – jarohat yuzasiga qo‘yilgan bog‘lam materiali sog‘lom to‘qima sohasiga yopishtirilgan bir nechta parallel bo‘ylama yo‘nalgan yopishqoq plastir bilan mustahkamlanadi. Qorin devori jarohatida, qovurg‘alar sinishida, kichik operatsiyalarda (furunkul, abssess) ishlatiladi. Bog‘lamning kamchiligi – bog‘lam materialini mustahkam ushlamaydi, terini ta’sirlantiradi.

*Kleolli bog‘lam*. Kleol spirt, efir, kanifoldan tayyorlanadi. Jarohat tozalangandan keyin, uning yuzasi bog‘lam materiali bilan berkitiladi. Bog‘lam atrofidagi teriga kleoll surtiladi va biroz quritiladi, keyin kleol surtilgan bog‘lam va uning atrofidagi teriga qo‘l bilan yoyilgan salfetka yopiladi. Salfetka chetlari teriga qattiq bosilib, yopishishi kutiladi. Bu bog‘lamning kamchiliklari – mustahkam yopishmasligi, terining qurigan kleol bilan ifloslanishi, dermatit rivojlanishi mumkinligi.

*Kolloidli bog‘lam*. Kollodiy nitrokletchatkaning spirt va efir bilan aralashmasidan iborat. Jarohatni tozalab, bog‘lam qo‘yilgandan keyin o‘sha soha, kesilgan joyga qo‘yilgan bog‘lam o‘lchamidan kattaroq bo‘lgan doka salfetka bilan yopiladi. Salfetka chetlariga shpatel yordamida kollodiy suriladi. Kolloidli bog‘lamni qayta qo‘yishdan oldingi qoldiqlar olib tashlanishi kerak (efir, spirt bilan). Kamchiliklari: jarohat sohasidagi terining tortishishidan yoqimsiz sezgi bo‘lishi, elastikligining kamligi, terining ta’sirlanishi.

*Bintli bog‘lam* keeng tarqalgan bog‘lam, tor – 3–7 sm, o‘rtacha kenglikdagi – 10–12 sm va serbar – 14–18 sm li bintlar farq qilinadi. Bintlanadigan soha hamma tomondan qo‘l yetadigan bo‘lishi kerak. Bog‘lam bog‘lash jarayoni 3 bosqichga bo‘linadi. Dastlab bog‘lamning boshlanish qismini to‘g‘ri qo‘yish zarur, keyin har bir keyingi aylanani aniq o‘tkazish lozim va hamma bog‘lamni ishonchli biriktirish kerak. Bintlashni chetdan, tananing eng ensiz qismidan boshlab, asta-sekin bintlanadigan sohaning markazini yopib borish kerak. Har bir keyingi aylana oldingining yarmini berkitishi kerak. Bintlash oxirida bint oxiri ikkiga bo‘linadi yoki qaychi bilan bo‘ylama kesilib, ikkita bog‘ich hosil bo‘ladi va bog‘lanadi. Bog‘ichning kesishishi ham, tuguni ham jarohat joylashgan joyda emas, balki undan chetda joylashishi kerak. Bog‘lamni shunday qo‘yish kerakki, u noqulay sezgi bermasligi, lekin bog‘lamni mustahkam ushlashi lozim. Bog‘lam qon aylanishini buzmasligi, ruxsat berilgan harakatni cheklamasligi va ixcham ko‘rinishda bo‘lishi zarur. Uning to‘g‘ri qo‘yilganligiga ishonch hosil qilinishi kerak.

*Ro‘molchali (kosinkali) bog‘lam* uchburchak shaklidagi bog‘lam materialining bo‘lakchasi, birinchi yordam ko‘rsatishda keng qo‘llaniladi.

*Gipsli bog‘lam*. Turli xildagi gipsli bog‘lamlar bo‘ladi, bular sirkular (berk), kesma (yechiladigan), darchali, ko‘priksimon, shinali, longetali, longeta-aylanma, korsetlar va karavotchalar. Ko‘proq longetali va longeta-aylanma bog‘lamlar qo‘llaniladi.

## Bog‘lam qo‘yish uslublari

Individual bog‘lam paketlarini qo‘yish:

- bemorni yotqizib yoki o‘tirg‘izib, shikast joyini ko‘zdan kechirish;
- jarohat atrofini antiseptik eritmalar bilan tozalash;
- individual bog‘lam paketining rezinali pardasini yirtish;
- paketni qog‘oz o‘ramdan chiqarish;
- konvert qilib taxlangan qog‘oz pardasini ochish;
- o‘ng qo‘l bilan bint boshchasidan ushlab, chap qo‘l bilan individual paket yostiqchasini ochish;
- yostiqchalarni steril tomoni bilan (ustma-ust) jarohat yuzasiga qo‘yish;
- individual paket yostiqchasini bint yo‘llanmasi bilan mustahkamlash;
- bintni to‘g‘nog‘ich bilan yoki bog‘ich bilan bintlash, oxirida mustahkamlash.

*Bintli bog‘lam turlari* (sirkulyar yoki aylanma bog‘lam, spiral xochsimon, boshoqsimon, toshbaqasimon bog‘lam, sopqonsimon, T simon bog‘lam):

1. Sirkular yoki aylanma bog‘lam biri-biridan keyin qo‘yiladigan bir nechta turdan iborat va u hamma bintli bog‘lamlarning tarkibiy qismi bo‘lib xizmat qiladi.

2. Spiralsimon bog‘lam – yuqoriga ko‘tariluvchi va pastga tushuvchi. Ko‘tariluvchida – pastdan yuqoriga qarab bog‘lanadi, tushuvchida – yuqoridan pastga.

3. O‘rmalovchi bog‘lam – spiralsimon bog‘lamning bir turi – keng sohada bog‘lam materialni ushlab turish uchun ishlatiladi. Bint turlari oralatib boriladi.

4. «X» simon bog‘lam (sakkizsimon) – bint aylana tur bilan bog‘lanadi, keyin 8 soni ko‘rinishida kesishadi.

5. Boshoqsimon bog‘lam – uni qo‘yishda kesishmalar bir chiziqda joylashadi va har bir turda 1/2–1/3 kenglikda aralashadi.

6. Toshbaqasimon bog‘lam – tarqaluvchi va yig‘iluvchiga bo‘linadi. Yig‘iluvchi toshbaqasimon bog‘lam tizza yoki tirsak bo‘g‘imlaridan yuqori yoki past joylashgan jarohatda qo‘llaniladi. Tarqaluvchi toshbaqasimon bog‘lam tirsak, tizza bo‘g‘imlariga, tovonga qo‘yiladi.

7. Sopqonsimon bog‘lam – burun, ensa, bosh tepasi va engak sohalariga qo‘yiladi.

8. T simon bog‘lam – oraliqqa qo‘yiladi.

*Ro‘molli bog‘lam qo‘yish*. Birinchi yordam ko‘rsatishda ishlatiladi, o‘lchamlari 135×100×100 sm.

**Elastik bintli bog‘lam qo‘yish usuli**

– 8–10 sm enlikdagi bog‘lamdan foydalanish (ensiz bog‘lam tez bo‘shashadi, keng bog‘lam esa oyoq o‘lchamiga mos kelishi qiyin).
– Iloji boricha bog‘lamni chetdan boshlab qo‘yish (oyoq uchidan).
– Oyoqni e’tibor bilan bog‘lash, chunki qattiq bosib bog‘langanda oyoq uchlarida uvushish va og‘riq paydo bo‘ladi.
– Oyoq bo‘g‘imlaridan bog‘lam boshlansa tez yechilib ketadi, shuning uchun uni ikki marta o‘rab bog‘lash, bog‘lam tugaydigan son sohasida esa uning siljib ketmasligi uchun yopishqoq tasma bilan mustahkamlanadi.

**Elastik paypoq kiyish usuli**

– keraklicha siqib turadigan paypoqni tanlash lozim (to‘piqda 18 mm sim. ust., boldirga 12 mm. sim. ust., songa 7 mm sim. ust).
– boldir mushaklarining o‘lchamini tekshirish va shunga mos o‘lchamni tanlash;
– qon aylanishini kuzatish uchun oyoq uchlari ochiq paypoq tanlash;
– bog‘lam qo‘yadigan material havo o‘tkazadigan bo‘lishi kerak.

**Kiyish uslubi**

– Bemorga paypoqni kiyishda burmalarni tekislashni tushuntirish, chunki ular qon dimlanishiga sabab bo‘ladi.
– Agar paypoqda buklanish bo‘lsa siqish darajasi kuchsizlanishi, shuning uchun ehtiyotlik bilan foydalanish va yirtmaslikni bemorga tushuntirish.
– Elastik paypoqdan foydalanayotgan vaqtda tirnoq va teri rangining (sianoz) o‘zgarishini kuzatishni bemorga tushuntirish.

**NAZORAT SAVOLLARI:**

1. Desmurgiya nima?
2. Bintning o‘lchamlarini aytib bering.
3. Gipsli bog‘lam qo‘yishdan maqsad?
4. Individual bog‘lam paketlaridan nima maqsadda foydalaniladi?
5. Leykoplastrli bog‘lamni qaysi sohalarga qo‘yib bo‘lmaydi?
6. Ro‘molli bog‘lamlarni qaysi sohalarga qo‘ysa bo‘ladi?
7. «X» simon (sakkizsimon) bog‘lamlar qaysi sohaga qo‘yiladi?
8. Boshoqsimon bog‘lamni yelka sohasiga qo‘yib bo‘ladimi?
9. Qattiq bog‘lamlarning asosiy turlarini aytib bering.
10. Sopqonsimon bog‘lam qaysi sohalarga qo‘yiladi?

## 1.6. Qon ketayotgan bemorlarda hamshiralik parvarishi

***Qon ketish*** deb, qon tomirlari butunligi buzilishi natijasida ulardan qonning oqib chiqishiga aytiladi.

Katta hajmda qon yo‘qotish bemor hayoti uchun xavfli bo‘lib, tomirlarda oqayotgan qon hajmi kamayadi, to‘qimalarning birinchi o‘rinda kislorod bilan ta’minlanishi va oziqlanishi buziladi. Tez va katta hajmda qon yo‘qotish o‘lim bilan tugashi mumkin.

**Qon ketishning tasnifi va belgilari.** Qonning tomir devoridan tashqariga chiqishiga sabab bo‘luvchi mexanizm bo‘yicha quyidagi qon ketish turlari farqlanadi: *travmatik* (travmadan keyin tomir shikastlanganida), *travmatik bo‘lmagan* (birorta kasallik jarayoni bilan bog‘liq).

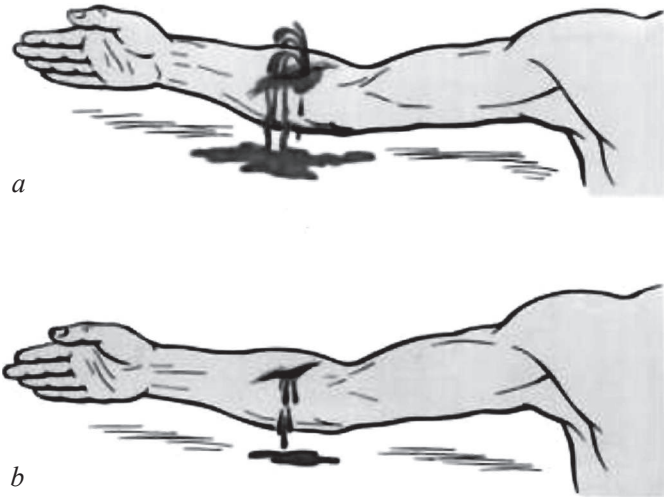
Shikastlangan tomir turi va ko‘rinishiga qarab farqlanadi: *arterial* – och qizil rangda, pulsatsiya bilan to‘lqinlanib oqadi; *venoz* – to‘q qizil rangda qon to‘xtovsiz oqadi; *kapillar* – yaraning butun yuzasi qonab turadi, qon ko‘rinishi jihatidan arterial va venoz qon orasidagi o‘rtacha o‘rinni egallaydi; parenximatoz – parenximatoz (jigar, taloq, o‘pka, buyraklar) organlarning hamma tomirlaridan qon ketishi.

Qon oqishi: *birlamchi* (tomir shikastlangan zahoti boshlanadi) va *ikkilamchi* (qon to‘xtagandan so‘ng biroz o‘tgach, masalan, operatsiyadan so‘ng ligatura surilib ketganda yoki jarohatda yiringlash natijasidagi tomir chirishida) bo‘ladi.

Qon oqishi, shuningdek *tashqi* (qon jarohatdan oqib tashqariga tushadi), *ichki* (yopiq bo‘shliqqa qon oqishi, masalan, qorin bo‘shlig‘iga, plevra bo‘shlig‘iga) va *to‘qima ichiga qon oqish* – bunda oqayotgan qon shikastlangan tomir atrofidagi to‘qimalarga so‘riladi va petexeya, ekximoz va qontalashlarni chaqiradi yoki to‘qimalararo yig‘iladi, to‘qimalar orasini ochib gematoma hosil qiladi, ya’ni oqayotgan qon shishsimon to‘plam ko‘rinishida bo‘ladi.

Qon ketishning hajmi va davomiyligiga ko‘ra: *o‘tkir qon ketishda* klinik belgilar tez rivojlanadi. Belgilarning paydo bo‘lish darajasi tomirdan chiqayotgan qon tezligiga qarab aniqlanadi. Qon yo‘qotish miqdori tana og‘irligiga nisbatan 4–4,5% ni tashkil qilsa, o‘lim bilan tugashi mumkin. *Surunkali qon ketish* yaqqol klinik belgilarga ega emas. Bu ko‘rinishdagi qon ketishda yo‘qotilgan qon miqdori ko‘p bo‘lmaydi, tez-tez qaytalanib turadi va ko‘pincha bemorda kamqonlik – anemiya rivojlanishiga sabab bo‘ladi.

***Qon ketishning belgilari.*** Teri qoplami va shilliq qavatlar oqargan, yuz horg‘in, ko‘zlar cho‘kkan bo‘ladi, puls tezlashadi, ipsimon bo‘ladi, nafas olish tezlashadi, yuzaki bo‘ladi, A/B pasayadi. Bosh aylanishi, quvvatsizlik, ko‘z oldining qorong‘ilashishi, ko‘ngil aynishi, ba’zan qusish bilan kechadi. Ko‘p qon yo‘qotilganda hushdan ketish, kollaps yoki shok kuzatiladi.



*1-rasm:*
*a* **– arteriyadan;** *b* **– venadan qon ketishi.**

## Qon to‘xtatish usullari

***Vaqtinchalik qon to‘xtatish usullari:*** bosib turuvchi bog‘lam qo‘yish; standart rezina jgut bog‘lash, moslashtirilgan materiallar qo‘llash; qo‘l va oyoqlarni bo‘g‘imlardan maksimal bukish; jarohatni tamponada qilish; tomir bo‘ylab bosib turish; tomirlarni barmoq bilan bosib turish; tomirlarga qisqichlar qo‘yish.

*Bosib turuvchi bog‘lam qo‘yish* – venoz va kapillar qon ketishda ishlatiladi. Steril salfetka, paxta-dokali tampon, bint, antiseptik eritma va 2 ta pinset tayyorlanadi:

- bemor ahvolini va jarohatni baholash;
- jarohatga qulay yondoshgan holda bemorga qulay vaziyat berish;
- jarohat chetlarini antiseptik eritma bilan tozalab, steril salfetka bilan quritish;
- jarohatga quruq steril salfetka qo‘yish;
- salfetka ustidan paxta-dokali tamponni qo‘yish;
- tamponni bint bilan mahkamlash;

– bemorni kasalxonaga ko‘chirish, A/B, nafas tezligi va soni, puls, es-hushini va bog‘lam holatini kuzatish.

Agar doka bo‘lmasa, har qanday toza material bo‘lagi ishlatiladi. Shikastlangan tomirni ezish tromb hosil bo‘lishiga olib keladi.

*Asosiy arteriya tomirlarini barmoq bilan bosish – arterial qon ketishda ishlatiladi:*

– bemorni yostiqsiz, chalqancha yotqizish;
– jarohat sohasini baholash;
– arteriyani qon ketayotgan joydan yuqorida 4 ta barmoq bilan 5–10 daqiqa davomida bosib turish;
– qon ketayotgan joydan pastda pulsni tekshirish.

*Qo‘l va oyoqlarni bo‘g‘imlardan maksimal bukish* – bo‘g‘im sohasida hamda undan distal joydagi qon ketishni to‘xtatishga imkon beradi. Tizza arteriyasidan qon ketishni to‘xtatishda oyoqlarni tizzadan maksimal bukiladi, son arteriyasi shikastida – chanoq-son bo‘g‘imidan, o‘mrov osti arteriyasi shikastida – ikkala tirsak bukilgan holda orqaga qilinadi va bog‘lam bilan mahkamlanadi, bilak tomirlari shikastida qo‘llar tirsak bo‘g‘imidan bukiladi.

*Arteriyani bosish nuqtalari:*

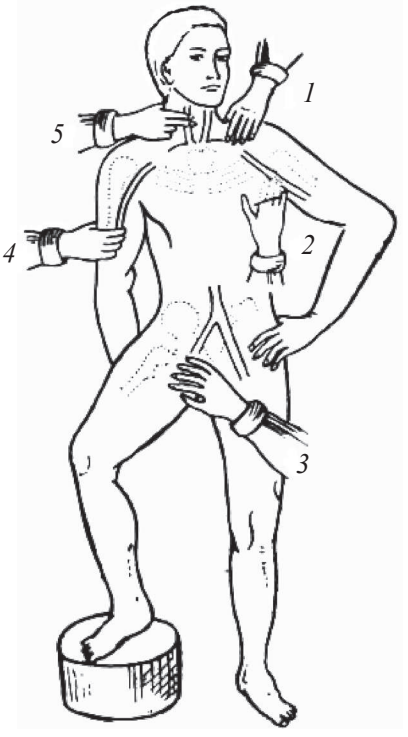
*Uyqu arteriyasi* to‘sh-o‘mrov-so‘rg‘ich mushak bo‘ylamasining o‘rtasida VI bo‘yin umurtqasi ko‘ndalang o‘simtasining ichki tomoniga bosiladi.

*O‘mrovosti arteriyasi* o‘mrov ostida joylashgan I qovurg‘a nuqtasiga, shu zahoti yakdillovchi mushakning to‘sh tutqichiga birikkan joyiga bosiladi.

*Yelka arteriyasi* ikki boshli mushakning ichki chetida yelka suyagiga bosiladi.

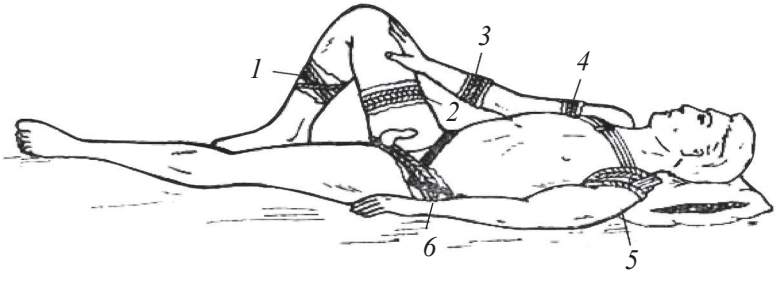
*Son arteriyasi* qov suyagining gorizontal shoxiga, chot bog‘lami uzunligining o‘rtasi ostida bosiladi.

***Oyoqlarni yuqoriga ko‘tarish*** – venoz qon ketishni to‘xtatadi, chunki uning qon bilan to‘lishi kamayadi. Keyin bosib turuvchi bog‘lam qo‘yiladi.




*2-rasm.* **Vaqtincha qon to‘xtatishda arteriyani bosish nuqtalari:**
*1* – o‘mrov osti arteriyasidan; *2* – qo‘ltiq osti arteriyasi; *3* – son arteriyasi; *4* – yelka arteriyasi; *5* – uyqu arteriyasi.

***Jgut qo‘yish*** – yirik tomirlardan arterial qon ketishda eng ishonchli usullardan hisoblanadi. Esmarxning rezinali jguti ishla-




*3-rasm.* **Qon to‘xtatish maqsadida Esmarx jgutini qo‘llash sohalari:**
*1* – boldirga; *2* – songa; *3* – bilakka; *4* – yelka; *5* – yelka kamari; *6* – son arteriyasini yuqoridan gavdaga mahkamlash.

tiladi, agar bo‘lmasa, kamar, arqon, lenta qilib qirqilgan material, taxtacha-burama bog‘lam ishlatiladi.

**Jgut qo‘yish qoidalari:**

- jgut jarohatdan yuqorida, unga yaqin qo‘yiladi;
- terini burab siqib qo‘ymaslik uchun jgut tagidan material yoki bemor kiyimi o‘raladi;
- jgut qo‘yishdan oldin qo‘l yoki oyoq ko‘tariladi;
- jgutni cho‘zib, oyoq atrofidan 2–3 aylantirib buraladi va tugun qilib bog‘lanadi yoki ilgakni zanjirga kiydiriladi;
- jgutni kuchsiz yoki o‘ta qattiq qilib qo‘yish mumkin emas;
- jgutni 2 soatdan ortiq qo‘yish mumkin emas, sovuq vaqtlarda 1–1,5 soatga qo‘yiladi.

***Qon ketayotgan tomirga qisqich qo‘yish*** – agar vaqtinchalik qon ketishni to‘xtatishni shifokor bajarayotgan bo‘lsa, Bilrot qisqichini qonayotgan tomirga qo‘yib, bemorni malakali klinikaga ko‘chiradi.

**Qon ketishni batamom to‘xtatish usullari.** Qon ketishni *mexanik usulda* to‘xtatish: tomirlarni ligatura bilan bog‘lash; tomirlarga chok solish; tomirlarga protez qo‘yish; jarohatga tampon yordamida qattiq tiqin tiqish; tomirlarni burab qo‘yish.

*Fizikaviy usulda qon to‘xtatish:* yuqori haroratdan foydalanish; past haroratdan foydalanish; yuqori chastotali elektr tokidan foydalanish (diatermokoagulatiya).

*Kimyoviy usulda qon to‘xtatish:* tomirlarni toraytiruvchi xususiyatga ega yoki qonning ivuvchanligini oshiruvchi yoki tomir devorini sklerozga uchratuvchi kimyoviy preparatlardan foydalaniladi (adrenalin eritmasi; 10 % li kalsiy xlor eritmasi, vikasol, 5 % li aminokapron kislotasi; 96 % li spirt va boshqalar).

*Biologik usulda qon to‘xtatishni shartli 5 guruhga bo‘lish mumkin:*

- qonayotgan tomirni mushak to‘qimasi yoki charvi bilan tamponlash;
- qon, yangi muzlatilgan plazma, zardob, trombositar massa, fibrinogen quyish;

– vitaminlar yuborish;
– inson yoki hayvon qonining zardobini mushak orasiga yuborish;
– mahalliy ta'sir qiluvchi biologik preparatlardan foydalanish (gemostatik gubka, fibrin plyonkasi, biologik antiseptik tampon).

*Qon to'xtatuvchi preparatlar* qon ketishi qaytalanishini oldini olish maqsadida qo'llanadi: aminokapron kislota, amben, disinon, etamzilat, kalsiy xlor, kalsiy glukonat.

*Qon o'rnini bosuvchi preparatlar:* protein, reopoliglukin (mikrosirkulatsiyani yaxshilaydi, tomir ichidagi suyuqlik miqdorini tiklaydi). Gemodinamik ko'rsatkichlar normaga keltirilgach, agar gemoglobin 80 g/l dan past bo'lsa, gematokrit 30% hajmdan kam bo'lsa qon quyiladi.

**NAZORAT SAVOLLARI:**

1. Qon ketishining ta'rifini ayting.
2. Qon ketishning tasnifi.
3. Qon ketishning belgilarini aytib bering.
4. Birlamchi qon ketishini ta'riflab bering.
5. Ikkilamchi qon ketishini ta'riflab bering.
6. Tashqi qon ketishning belgilarini aytib bering.
7. Vaqtinchalik qon to'xtatish usullarini ta'riflab bering.
8. Asosiy arteriya tomirlarini barmoq bilan bosib qon ketishini to'xtatish.
9. Qo'l va oyoqlarni bo'g'imlardan maksimal bukib qon to'xtatishni gapirib bering.
10. Jgut qo'yish qoidalarini gapirib bering.
11. Qon ketishni batamom to'xtatish usullarini ayting.
12. Qon to'xtatuvchi preparatlarni aytib bering.

## 1.7. Qon quyilgan bemorlarda hamshiralik parvarishi

### Qon guruhini aniqlash

*Qon guruhining ABO sistemasi*. Standart gemaglutinasiyalovchi zardoblar sistemasi (donor yoki retroplatsentar qondan) 2 ml dan ampulada keladi. Aniqlashdan oldin ampula yorlig'ida zardob guruhi, yaroqlilik muddati, seriya nomeri va tayyorlagan

muassasa nomi borligiga ishonch hosil qilish kerak. Zardobning yaroqlilik muddati tayyorlangan kundan 4 oy hisoblanadi. Agar ampuladagi zardob ipir-ipir bo‘lsa, muddati o‘tmagan bo‘lsa ham ishlatishga yaramaydi. Qulaylik uchun zardob har xil rangga bo‘yaladi. I guruh zardobi bo‘yalmaydi, II guruh zangori rangga, III guruh pushti rangga, IV guruh to‘q sariq rangga bo‘yaladi. Ampula yorliqlarida ham xuddi shu ranglardagi chiziq bilan belgilanadi. Ampulalar muzlatgichda +4°C dan +6°C haroratda yoki xona haroratida saqlanadi. Ampuladagi zardoblardan ochilgan kuni foydalanish maqsadga muvofiq, lekin og‘zi plastilin, leykoplastir, paxta bilan yopilib, muzlatkichda saqlansa, 3–4 kun foydalanishga ruxsat beriladi.

Qon guruhini 15°C–25°C haroratda, markerlangan oq yassi likopchada aniqlanadi, bu likopchaga qon guruhi aniqlanayotgan shaxsning ismi va sharifi yozilgan bo‘lishi kerak. Xalqaro tasnifga ko‘ra zardob tomizilgan nuqtalar markerlanadi. O(I), A (II), B(III) guruhlarning ikki seriyasidagi standart zardobidan foydalaniladi. Zardoblar tomizilgach O(I), A(II), B(III) tartibda ikki qatorga joylashgan 6 tomchi hosil bo‘ladi. Har bir tomchi alohida tomizg‘ich bilan tomiziladi. Buyum oynachasining burchagi yoki shisha tayoqchalar yordamida zardob ustiga o‘n marotaba kam miqdorda tekshirilayotgan qon tomiziladi va yaxshilab aralashtiriladi. Qonni zardob bilan bitta buyum oynachasining burchagi yoki shisha tayoqcha bilan aralashtirish mumkin, lekin har aralashtirishdan keyin oynachani yaxshilab yuvish va quruq qilib artish kerak.

Reaksiyaning borishini umumiy hisobda 5 daqiqadan kam bo‘lmagan vaqtda, likopchani tebratgan holda kuzatiladi. Uchinchi daqiqada agglutinatsiya hosil bo‘lgan tomchiga bir tomchi fiziologik eritma tomizib, yana ikki daqiqa kuzatiladi. Fiziologik eritma qo‘shish, asl agglutinatsiyani buzmaydi va eritrotsitlarning o‘z-o‘zidan bir-biriga yopishib tangali tayoqcha hosil qilishiga asoslangan yolg‘on agglutinatsiyasini farqlashga yordam beradi. Natija agglutinatsiya reaksiyasiga qarab baho-

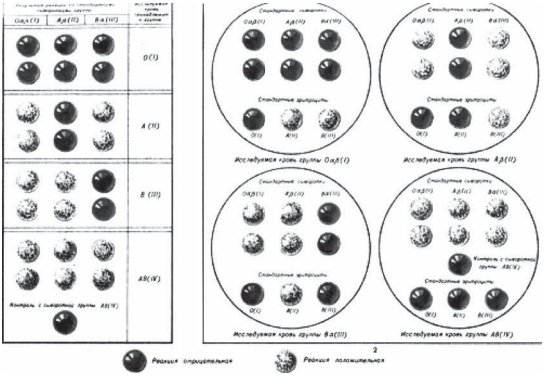
lanadi. O(I) guruh eritrotsitlari antigen saqlamaydi va agglutinatsiya reaksiyasiga kirmaydi. A (II) guruh eritrotsitlari faqat o‘z guruhining zardobi bilan agglutinatsiya bermaydi, B(III) guruh eritrotsitlari ham faqat o‘z guruhining zardobi bilan agglutinatsiya bermaydi. Agar hamma zardobda agglutinatsiya yuz bergan bo‘lsa, maxsus bo‘lmagan panagglutinatsiyani inkor qilish, aynan IV guruh eritrotsitlari ekanligini aniqlash uchun qo‘shimcha ravishda AB(IV) guruh standart zardobi bilan tekshirish lozim. Buning uchun bitta zardob bilan, hamma qoidalarga amal qilgan holda tekshiriladi. AB(IV) guruh zardobi hech qanday antitelo saqlamaydi, shuning uchun agglutinasiya bermaydi. Qon guruhini aniqlashda natijani o‘qish vaqtiga asosiy e’tiborni berish kerak, u 5 daqiqadan kam bo‘lmasligi lozim. A (II) guruh o‘zgaruvchanligi uchun vaqtdan ilgari 3–4 daqiqa oxirida agglutinatsiya beradi.

*1-jadval*

| **Gemagglutinasiyalovchi standart zardoblar yordamida qon guruhlarini aniqlash natijalari** | | | | **Tekshirilayotgan qonning tegishli guruhi** |
|---|---|---|---|---|
| α β (O) | A β (II) | B α (III) | AB (IV) | |
| – | – | – | | O(I) |
| + | – | + | | A(II) |
| + | + | – | | B(III) |
| + | + | + | – | AB(IV) |



*4-rasm.* **Flakondagi qon.**



*5-rasm.* **Qon guruhlarini aniqlash natijalari.**

Gemagglutinatsiyalovchi standart zardoblar yordamida qon guruhlarini aniqlash natijasining baholanishi: (+) belgisi bilan agglutinatsiya borligi, (–) belgisi bilan uning yo‘qligi belgilangan.

## Rezus-omilni aniqlash

ABO qon guruhi sistemasidan tashqari, rezus-omil ham muhim ahamiyatga ega. Rezus-omilda katta miqdorda antigenlar bo‘lib, ulardan eng muhimlari C, c, D, E, e antigenlardir. Rezus-omil makaka maymunining (*Rhesus Monkey*) eritrotsitlarida aniqlangan, shuning uchun Rh nomini olgan. Odatda, rezus-omilda ABO sistemasidan farqli, qon zardobda doimiy antitelolar bo‘lmaydi, shuning uchun birinchi marta rezus mos kelmagan qon quyilsa ham hech qanday muammo tug‘ilmaydi. Lekin aynan shu qon quyishdan keyin antitelolar hosil bo‘ladi va keyingi gemotransfuziyalarda asorat keltirib chiqaradi. Homilador ayollarda ham ikkinchi quyishdan boshlab muammolar paydo bo‘ladi.

Antigenlar ichida alohida ahamiyatni rezus D ga qaratish kerak. Agar D(–) (rezus manfiy) bemorga D(+) (rezus musbat) qon quyilsa, yoki D(–) (rezus manfiy) homilador ayol qornidagi homila D(+) (rezus musbat) bo‘lsa, D antigenga qarshi mavjud antitelo chaqaloqlarda gemolitik kasallik va homila rivojlanishining buzilish sababchisi bo‘ladi.

Rezus-omilni tekshirish sifatida, odatda D antigen ($Rh_O$ deb ham ataladi) tekshiriladi. Agar Rh(–) bo‘lsa yoki homiladorlarga gemotransfuziya qilishda ehtiyot bo‘lish kerak.

D(–) bo‘lgan insonlarda tekshirishni boshqa antigenlar bilan ham o‘tkazish kerak. Antigen E ga qarshi antitelo, odatda jiddiy muammolar chaqirishi mumkin, shuning uchun E antigenni oldindan chuqur o‘rganish lozim. Rezus-omilni aniqlash uchun tekshirish o‘tkazishda antirezus zardob (anti – D)dan foydalanib, Petri likopchasi yoki probirka yordamida o‘tkaziladi. Ba’zan D antigen musbat bo‘la turib, kuchsiz antigen xususiyatga ega bo‘ladi va odatdagi tekshirishda aniqlanmaydi. U $D_U$ deb ataladi.

$D_U$ bo‘lgan kishilarga Rh(–) qon quyiladi. Agar donor sifatida ishtirok etsa, Rh(+) sifatida foydalaniladi.

**Rezus-omilni aniqlash (Rh)**

*2-jadval*

| Antirezus zardob (anti – D) | Kontras zardob | Natija |
|---|---|---|
| + | – | D ($Rh_O$) musbat |
| – | – | D ($Rh_o$) manfiy yoki $D_U$ |
| + | + | Aniqlashning iloji yo‘q |

## Biologik moslikni aniqlash

Qon va uning komponentlarini (eritrotsitar massa, plazma) quyish biologik sinama o‘tkazishdan boshlanadi.

Qon mosligini aniqlash sinamalari asosiy va qo‘shimcha sinamalarga bo‘linadi. Asosiy sinama resipiyent qon zardobi va donor qon tanachalari o‘rtasidagi reaksiyani o‘rganish uchun o‘tkaziladi. Qo‘shimcha sinama resipiyent qon tanachalari va donor qon zardobi orasidagi reaksiyani o‘rganish uchun zarurdir. Ikkala usul ham agglutinatsiya borligini aniqlashga imkon beradi. Agar bemorga asosiy sinamada ijobiy natija bergan qon quyilsa, uning organizmida donor qon tanachalari bemor zardobidagi antitelolar bilan reaksiyaga kirib, og‘ir salbiy ta’sirli gemolitik asorat berishi mumkin. Shuning uchun alohida ahamiyat asosiy sinamaga beriladi. Hamda qoidaga ko‘ra, agar qo‘shimcha sinama ijobiy natija bersa ham quyishga ruxsat berilmaydi.

Qonning mos kelish sinamasini o‘tkazishdan asosiy maqsad – ABO bo‘yicha qon guruhlarining mos kelishi va doimiy bo‘lmagan antitelolar borligini tekshirish. Bir nechta tekshirish usullarini kompleks o‘tkazish yo‘li bilan mukammal va chuqur o‘rganiladi – fiziologik usuldan foydalanish, proteolitik fermentlarni qayta ishlash va bilvosita antiglobulin testi va h.k. Bundan tashqari, mos kelish sinamasi rezus moslikni tekshirishga imkoniyat bermaydi.

## Qon quyishga tayyorgarlik, bemorni qon quyish vaqtida va qon quyilgandan keyin kuzatish

***Qon quyishga tayyorgarlik.*** Kasalxonaga tushgan bemorning qon guruhi va rezus-omili aniqlanadi. Qon quyishga monelikni topish maqsadida yurak-tomir, nafas olish, siydik ajratish sistemasi tekshiriladi. Transfuziyaga 1–2 kun qolganda umumiy qon tahlili o‘tkaziladi, qovuq bo‘shatiladi va ichaklar tozalanadi. Qon quyishni ertalab och qoringa yoki yengil nonushtadan keyin o‘tkazish yaxshi bo‘ladi.

***Qon quyish vaqtida va quyilgandan keyin bemorni kuzatib borish.***

Qon quyish vaqtida paydo bo‘ladigan reaksiyalar yoki asoratlarning ilk belgilarida quyishni to‘xtatish va davo choralarini boshlash uchun transfuziya davomida bemorni kuzatib turish zarurdir. Ignaga qon laxtasi (tromb) tiqilib qolganda, ignani mandren bilan tozalash yoki bosim bilan yuvib yuborish yoki shprisdagi trombni bemor tomiriga haydab yuborish bilan tozalash hech ham mumkin emas. Bunday hollarda sistemani qisqich bilan qisib, venadan ajratib, ignani venadan chiqarib olish va punksiya qilingan joyni bog‘lab qo‘yish, keyin boshqa igna bilan boshqa venani teshib, qon quyishni davom ettirish kerak. Qon quyish vaqtida steril, germetik berkitilgan, standart joylashtirilgan qon o‘rnini bosuvchi suyuqliklar bilan aralashtirib quyish ruxsat beriladi. Ampula yoki flakon, yoki plastik xaltachada 20 ml qon qolganda transfuziya to‘xtatiladi. Igna venadan chiqarib olinadi va aseptik bog‘lam qo‘yiladi. Idishda qolgan qon aseptika qoidalarini buzmagan holda muzlatgichga qo‘yilib, 48 soat davomida +4°C haroratda saqlanadi. Agar bemorda reaksiya yoki asorat paydo bo‘lsa, yuzaga kelish sababini aniqlash maqsadida bu qondan foydalaniladi (qonni ekish, guruh bo‘yicha va rezus-omilni aniqlash, quyilgan qon bilan bemor qonining mosligini aniqlash sinamasi).

**NAZORAT SAVOLLARI:**

1. Inson qonida nechta guruh bor?
2. Qon quyishga qanday tayyorgarlik ko‘rish kerak?
3. Qon komponentlarini aytib bering.
4. Qon quyish vaqtida qaysi ko‘rsatkichlarni nazorat qilib turish kerak?
5. Qon quyilgandan keyin bemorning qaysi ko‘rsatkichlarini kuzatib turish kerak?
6. Agglutininlar qon zardobida bo‘ladimi?
7. O(I) qon guruhida qaysi agglutininlar bor?
8. Rezus-omilni aniqlash.
9. Qon guruhini aniqlash.
10. A(II) qon guruhida qaysi agglutininlar bor?

## 1.8. Yiringli yallig‘lanish kasalliklarida hamshiralik parvarishi

**Xirurgik infeksiya haqida tushuncha.** O‘tkir yiringli infeksiya qo‘zg‘atuvchilariga stafilokokklar, streptokokklar, diplokokklar va boshqa qo‘zg‘atuvchilar kiradi. Odam organizmiga mikroblar jarohatlangan teri va shilliq pardalar orqali kiradi hamda limfatik va qon tomirlari bo‘ylab tarqaladi. Bakteriyalar tushishiga organizm reaksiyasi, mikroblar turi, chidamliligi va miqdoriga, organizm holatiga (yoshi, ovqatlanishi, qarshilik ko‘rsatishi, qabul qilishi) bog‘liq.

*Yallig‘lanishning mahalliy belgilari*: qizarish, shish, og‘riq, mahalliy haroratning ko‘tarilishi, organ faoliyatining buzilishi.

Infeksiya o‘choqdan qonga tushishi va umumiy yiringli infeksiya rivojlanishiga olib kelishi mumkin (sepsis).

**Abssess** deb, to‘qima va turli a’zolarda chegaralangan yiring yig‘ilishiga aytiladi. Abssess rivojlanishining sababi, to‘qimalarga yiring mikroblarining tushishidir. Mikroorganizmlar organizmga tasodifiy jarohatlanishdan yoki aseptikaga amal qilmay bajarilgan tibbiy muolajalar orqali kiradi (inyeksiyalar, preparatlar teri ostiga ketib qolishi). U jarohatlangan teri orqali, qon quyilgan bo‘shliqlarda yoki gematoma o‘rnida shakllanishi mumkin. Yiringli yallig‘lanish o‘chog‘ida nekrozga uchragan to‘qimalar

fermentli yallig‘lanishga aylanadi. Yiringli bo‘shliqda suyuq yiring, parchalangan to‘qima elementlarining qoldiqlari, bakteriyalar va yashash faoliyatining mahsulotlari bo‘ladi. Yallig‘lanish infiltratsiyasi abssess bo‘shlig‘ini o‘rab oladi va keyinchalik piogen pardaning asta-sekin rivojlanishida asos bo‘lib xizmat qiladi.

*Klinik holati va belgilar.* Abssess, odatda, yallig‘lanish infiltratsiyasining markazida yuzaga keladi. Odatda, yiringli hosila ustida shish va teri giperemiyasi ko‘rinib turadi. Abssessning o‘tkir yallig‘lanishning boshqa belgilari bilan birga o‘zining muhim belgisi *fluktatsiya* hisoblanadi. Bu belgi elastik devori bor bo‘shliqda suyuqlik borligi bilan tushuntiriladi, bu suyuqlik devorning bir tomonidan hamma yo‘nalishga turtkini to‘lqinsimon yo‘naltiradi.

*Davolash.* Abssess boshlanishida konservativ davolaniladi – antibiotiklar mahalliy va parenteral qo‘llaniladi. Yiring miqdori kam bo‘lganida punksiya qilinib, yiring so‘rib olinadi va antibiotiklar eritmasi yuboriladi. Konservativ davo naf bermasa, operatsion aralashuv – abssessni kesish zarur bo‘ladi. Kesish va yiringni chiqarib tashlagandan keyin bo‘shliq tamponlar bilan quritiladi, vodorod peroksid bilan yuviladi, proteolitik fermentlar sepiladi va natriy xloridning gipertonik eritmasi bilan tampon kiritiladi. Tamponni 24 soatdan keyin almashtirish zarur. Gipertonik eritma osmos qoidalariga binoan jarohat suyuqligining oqib chiqishini ta’minlaydi, u jarohat atrofidagi terini ta’sirlantirganligi uchun teruga indefferent malham surish lozim.

**Furunkul** – tuk follikulasi va uning atrofidagi to‘qimalarning o‘tkir yiringli yallig‘lanishi. Keyinchalik jarayon yog‘ bezlariga va uni o‘rab turgan to‘qimalarga o‘tadi. Ko‘proq tilla rang, ba’zan oq stafilokokklar chaqiradi. Furunkulning ko‘plab tarqalishi *furunkuloz* deyiladi. Terining ifloslanishi va mikrotravma kasallik rivojlanishiga moyillik hisoblanadi. Holsizlantiruvchi surunkali kasalliklar, avitaminoz, qandli diabet natijasida immunitetning pasayishi va organizmning nospetsifik chidamsizligi furunkul

va furunkuloz rivojlanishida muhim rol o‘ynaydi. Boshlang‘ich bosqichda follikula uchida pustula hosil bo‘ladi. Pustula neytrofilli leykotsitlar, anchagina miqdorda stafilokokk va fibrinlar saqlaydi. Keyinchalik stafilokokklar soch follikulasi bo‘ylab so‘rg‘ichsimon tanachalargacha tarqaladi, yallig‘lanish infiltrati hosil qilib, atrof to‘qimalarni nekrozga uchratadi. Nekroz sohasida biriktiruvchi to‘qima parchalanadi va yiring hosil bo‘ladi. Yiringli ekssudat epidermis ostida, follikula uchida yig‘iladi, keyin nekrozli sterjen ko‘rinishida halok bo‘lgan soch bilan birga teri yuzasiga ajraladi. To‘qima kovagi granulatsiya bilan to‘ladi va chandiq hosil bo‘ladi.

*Klinik holati va belgilari.* Soch atrofida katta bo‘lmagan tuguncha ko‘rinishidagi yallig‘lanish infiltratli pustula shakllanadi. 1–2 sutka oxirida teri ustida konussimon chiqib turadigan yallig‘lanish infiltrati hosil bo‘ladi. Infiltrat ustidagi teri qizaradi va tegilganda og‘riqli bo‘lib qoladi. Infiltrat cho‘qqisining markazida qora nuqtasi (nekroz) bor yiring yig‘ilganligi aniqlanadi. Keyinchalik pustula yoriladi va quriydi, 3–7 sutkaga kelib infiltratning yiringli parchalanishi kuzatiladi va nekrozga uchragan to‘qima sterjen ko‘rinishida soch qoldiqlari yiring bilan birga ajraladi. Yiringli yara tozalanadi, granulatsiya bilan to‘ladi va bitadi.

*Davolash***.** *Mahalliy va umumiy* davolash farqlanadi. Furunkulni *mahalliy* davolash: yallig‘lanish o‘chog‘i atrofidagi terini obdon tozalash – 70% li spirt, 2% li salitsil spirti bilan artish yoki metilen ko‘kining 1–3% li spirtli eritmasini, brilliant yashili surtish va h.k. Infiltrat atrofidagi bosh va bo‘yinning sochli qismidagi tuklar obdon kesib qiriladi. Jarayon boshlanishida qayta-qayta yod nastoykasi bilan pustulani surtish, ba’zan qaytaruvchi ta’sir ko‘rsatadi. Nekroz bo‘lganda natriy xloridning gipertonik eritmasini qo‘llash maqsadga muvofiqdir.

Quruq issiq (grelka, solluks-lampa, Minin lampasi) hamda og‘riq qoldiruvchi ta’sir ko‘rsatuvchi UVCH–terapiya tavsiya etiladi. Tana harorati yuqori bo‘lganda qat’iy to‘shak tartibi,

suyuq ovqat tayinlanadi. Antibiotiklar bilan davolash, ayniqsa ularni sulfanilamid preparatlar bilan qo‘shib yuborishni ertaroq boshlash maqsadga muvofiqdir. Ba’zan yakka yoki ko‘plab qaytalanib turuvchi furunkulda, bemorlarga mahalliy va umumiy davolashdan tashqari, autogemoterapiya ko‘rinishida nospetsifik stimullovchi davo buyurish maqsadga muvofiqdir. Surunkali furunkulda teri ostiga stafilokokkli anatoksin yoki autovaksina yuborish, stafilokokkli anatoksin bilan immunlash, giperimmunli antistafilokokkli zardob, gamma-globulin yuborish yaxshi natija beradi.

**Karbunkul** deb, bir nechta soch xaltacha va yog‘ bezlarining umumiy infiltrat hosil qilishi va teri hamda teri osti to‘qimasining keng nekrozi bilan kechadigan nekrotik yallig‘lanishiga aytiladi. Rivojlanish sababi furunkul sababi bilan bir xil.

Uning rivojlanishiga holsizlanish, og‘ir umumiy kasalliklar, moddalar almashinuvining buzilish kasalliklari (qandli diabet, semizlik) va qo‘zg‘atuvchilarning yuqori virulentliligi sabab bo‘ladi. Qo‘zg‘atuvchilari bo‘lib tilla rang stafilokokk yoki stafilokokkli, streptokokkli infeksiya, kamdan kam streptokokk hisoblanib, ular soch follikulalari orqali tushadi. Teri va teri osti to‘qimasida, bir nechta soch follikulasini qamrab oluvchi anchagina katta yallig‘lanish infiltrati shakllanadi. Qon aylanishi buzilishi natijasida, keyinchalik bitta umumiy to‘qimalar o‘lgan sohaga yig‘iluvchi nekroz uchastkasi hosil bo‘ladi.

*Klinik holati va belgilari.* Karbunkul ko‘pincha bo‘yinning orqa yuzasida, kurak orasida va kurakda, bel sohasida, dumbada, kamdan kam oyoq-qo‘llarda rivojlanadi. Dastlab uncha katta bo‘lmagan o‘lchamda tez kattalashib boradigan yallig‘lanish infiltrati yuza pustula bilan paydo bo‘ladi.

To‘qimalarning taranglashishi paypaslaganda kuchli og‘riq beradi hamda mustaqil rivojlanadigan o‘yib oluvchi og‘riq bilan kechadi. Infiltrat atrofidagi teri qo‘ng‘ir rangda, tarang, shishgan bo‘ladi. Nekroz o‘chog‘i ustidagi epidermis bir necha joydan yoriladi: bir nechta teshik hosil bo‘lib, undan quyuq yashil-

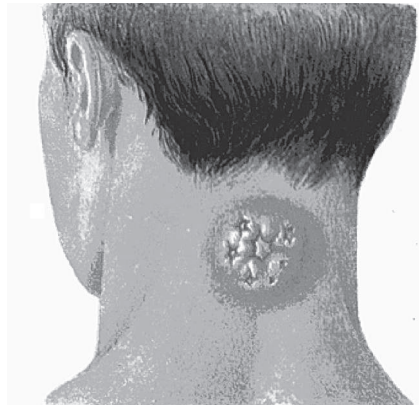
kulrang yiring ajraladi. Teshikdan nekrozlangan to‘qima ko‘rinib turadi. Karbunkulda yaqqol umumiy ko‘rinish qayd qilinadi.

Tana harorati 40°C gacha ko‘tariladi, intoksikatsiya kuchli rivojlanadi (ko‘ngil aynishi, qusish, ishtahaning yo‘qolishi, kuchli bosh og‘rig‘i, uyqusizlik, ba’zan alahsirash va hushdan ketish). Quyidagi asoratlar kuzatiladi: limfangit, limfadenit, rivojlanuvchi tromboflebit, sepsis, yiringli meningit. Yuz karbunkulida sepsis, meningit va tromboflebit ko‘proq uchraydi.

*Davolash*. Karbunkulning boshlanishida o‘choq chetlari sog‘ to‘qima chegarasida gir aylantirib, antibiotik eritmasi inyeksiya qilib chiqiladi; muskul orasiga antibiotiklar, ichishga sulfanilamid preparatlari buyuriladi. Kasallikning erta bosqichida UVCH-terapiya ham tavsiya qilinadi. Karbunkul ustiga quruq bog‘lam yoki sintomitsin emulsiyasi bilan bog‘lam qo‘yiladi. Umumiy tadbirlardan tinchlik zarurdir (yotoq tartibi, immobilizatsiya, yuz karbunkulida gapirish taqiqlanadi, suyuq ovqat beriladi). Bundan tashqari, og‘riq qoldiruvchi va yurak vositalari, ko‘p suv ichish, yengil ovqatlar buyuriladi. Agar katta shish aniqlansa yoki og‘ir umumiy holat bo‘lsa, operatsiya qilib davolash talab qilinadi: sog‘lom to‘qimagacha xochsimon kesish, o‘lgan to‘qimalarni olib tashlash, cho‘ntakchalarni ochish, bo‘shliqni keng drenajlash va gipertonik eritma bilan bog‘lam qo‘yish.



*6-rasm.* **Furunkul.**



*7-rasm.* **Karbunkul.**

Bemorga tinchlik, to‘shakda yotish, yengil ovqatlar, ko‘p suyuqlik ichish, antibiotiklar muskul orasidan, sulfanilamid preparatlar, analgetiklar buyuriladi.

**Panaritsiy** (xasmol) deb, barmoq to‘qimalarining yiringli yallig‘lanishiga aytiladi. Qo‘zg‘atuvchilar stafilo – streptokokklar, ko‘pincha aralash flora hisoblanadi.

*Tasnifi.* Quyidagi turlari farqlanadi: teri, teri osti, suyak, bo‘g‘im, pay, paronixiya, tirnoq osti, pandaktilit.

*Klinik ko‘rinishi.* Panaritsiyda katta bo‘lmagan og‘riqdan o‘ta kuchli og‘riqqacha bo‘ladi. Teri xasmolida yiringli hosila teri qalinligida bo‘lib, ba’zan limfangit bilan birga kechadi. Terining qizarishi va epidermisning ko‘chishi kuzatiladi. Og‘riq asta-sekin kuchayib boradi, kuchli og‘riq, shish, barmoqlar faoliyatining chegaralanishi va umumiy hamda mahalliy haroratning ko‘tarilishi.

*Davolash.* Dastlab kompresslar, kuniga bir necha marta issiq vanna tavsiya qilinadi. Infiltrat so‘rilmasa, operatsiya.

Tirnoq atrofi xasmolida – paronixiyalar, yiringli yallig‘lanish tirnoq yostiqchasi qalinligida joylashadi: yon sohasida, tirnoq o‘zagi ustida. Barmoq yostiqcha terisi qizaradi, shishadi. *Tirnoq osti xasmolida* yiring tirnoq tanasi ostida to‘planadi. U tirnoq ostiga sanchib kiruvchi jarohat infeksiyalanganda rivojlanadi, o‘tkir kechadi. Tirnoq ko‘tarilganda u orqali yiring ko‘rinadi, yiringli o‘choqning qattiq tirnoq plastinkasi bilan chegaralanganligi uchun doimiy pulsatsiyalanuvchi og‘riq bo‘ladi.

**Suyak xasmoli** – bu suyak to‘qimasini qamrab oladigan barmoqning yiringli yallig‘lanish jarayonining yumshoq to‘qimalardan suyakka o‘tishi. Boshlang‘ich bosqichida klinik belgilari teri osti xasmolidan farq qilmaydi. Tezda hamma belgilar qo‘zg‘aladi, o‘tkirlashadi, barmoq kolbasimon bo‘ladi, teri tarang, yaltiroq, tekis ko‘rinishga keladi. Og‘riq doimiy. Tana harorati ko‘tariladi, bosh og‘rig‘i paydo bo‘ladi. Yiringli jarayon pay, bo‘g‘imga o‘tadi.

**Pay xasmoli** – bu barmoq paylarining yiringli yallig‘lanishi. Asosiy belgisi pay bo‘ylab doimiy og‘riq, barmoqlar bukilganda kuchayadi.

**Bo‘g‘im xasmoli** – barmoq orasi yoki kaft–bilak o‘rtasidagi bo‘g‘imlarning yiringli yallig‘lanishi. Bo‘g‘im xasmoli 2 bosqichda kechadi. *Birinchi bosqichda* jarayon faqat bo‘g‘imning yumshoq to‘qimalarida bo‘lsa, *ikkinchi bosqichda* bo‘g‘im tog‘aylari, yonbosh boylamlari parchalanadi, suyak destruksiyasi kuzatiladi. Bo‘g‘im yuzasida krepitatsiya aniqlanadi, patologik harakatchanlik yuzaga keladi.

Operatsiya yo‘li bilan davolash tavsiya qilinadi. Teri xasmolida ko‘chayotgan epidermis og‘riqsizlantirilmay olib tashlanadi. Jarohat yuziga aseptik bog‘lam qo‘yiladi. Jarohatni UBN bilan nurlantiradi. Teri osti xasmolida oval, yarim oval kesilib, drenajlanadi. Radikal operatsiya tez tuzalishi, faoliyatning tez tiklanishini ta’minlaydi.

## Yiringli kasalliklar bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Yiringli infeksiyalar bilan chaqirilgan yallig‘lanish jarayoni kuchli og‘riq va shish bilan kechadi, bemorning faolligini chegaralab qo‘yadi, tinchligini buzadi, jahldor bo‘lib qoladi hamda bemorda ishlab chiqarish va konsentratsiya yomonlashadi. Mahalliy og‘riq va yoqimsiz sezish bemorga stress olib keladi, buni har kim o‘zicha ko‘taradi. Yallig‘lanish jarayoni uzoq davom etganda yallig‘lanish belgilari bilan birga bemorning stressga reaksiyasini ham baholash kerak.

## Yiringli infeksiya kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarni fizikal tekshirish

*Yallig‘lanish belgilarini baholash*:

– qizarish, shish va mahalliy xarakterdagi og‘riq sohasi va maydon o‘lchami;
– isib ketish, leykotsitoz, C – reaktiv oqsil darajasining oshib ketishi.

*Yallig‘lanish belgilari ta’sirini aniqlash:*

– og‘riq tufayli jismoniy faollikning chegaralanishini borligi;

– hordiq va uyquga ta’siri;
– konsentratsiyasining yomonlashuvi.

### Hamshiralik parvarishi amaliyoti

*Parvarish vazifalari:*
– yallig‘lanish belgilarini yumshatish va bartaraf qilish;
– ikkilamchi asoratlarning oldini olish;
– keyinchalik sog‘liqni yaxshilash uchun bemorning o‘zini parvarish qilish qobiliyatini ko‘tarish.

### Operatsiyadan oldingi hamshiralik parvarishi

*Ruhiy tayyorlash.* Kesish orqali yiringli o‘choqni drenajlash haqida bemorga tushuncha berish va uning bezovtaligini yumshatish. Diqqat bilan bemorning og‘riqqa ruhiy javobini kuzatish hamda to‘liq dam olishi uchun sharoit yaratish.

*Jismoniy tayyorlash.* Mahalliy parvarish: kuchli qizargan, shishgan va kuyib borayotgan sohani ko‘tarish va shu bilan birga butun organizmga dam berish. Zarur bo‘lganda analgetikli plastir yordamida sovuq kompress qo‘yish.

### Operatsiyadan keyingi hamshiralik parvarishi

– patologik o‘zgarishlarni erta aniqlash. Bog‘lam almashtirish vaqtida kuzatish punktlari: ekssudatlarning xarakteri va hajmi, jarohat atrofida badbo‘y hid, qizarish va shish, kuyishish sezgisi, jarohatning bitish darajasi;
– og‘riqni yumshatish;
– jarohat sohasida tozalikni saqlash usullariga o‘rgatish.

### Jarohatni parvarish qilish (xasmol, tirnoqni to‘liq yoki qisman olib tashlash)

***Jarohatni tozalash.*** Zararsizlantiruvchi vositalar: 1:1000 furatsillin eritmasi, 70% li etil spirti, 0,5% xlorgeksidin, 1% li yodonat, 3% li vodorod peroksid, 0,5% li kaliy permanganat eritmasi.

***Jarohatdagi bog‘lamni almashtirish:***

– Bog‘lam almashtirish vaqtida kuzatiladigan punktlar: ekssudatlarning xarakteri va hajmi, jarohat atrofida badbo‘y hid, qizarish va shish, kuyishish sezgisi, jarohatning bitish darajasi.
– Bog‘lam materiallari – bog‘lam almashtiruvchi hamshira sterillash xonasidan bog‘lam materiallari bilan biksni oladi va steril stolga joylashtiradi. Aseptikaga amal qilish – bog‘lam almashtirish xonasining asosiy qoidasi. Har bir bog‘lam almashtirilgandan keyin ishlatilgan bog‘lam materiallarini zararsizlantiruvchi eritma bor idishga 60 daqiqaga solib qo‘yiladi, so‘ngra tashlab yuboriladi.

### *Ishlatilgan buyumlarni zararsizlantirish (streptokokk, stafilokokk)*

**Sterillashdan oldingi tozalash va sterillash.** Tibbiy buyumlarni dezinfeksiya qilish, sterillashdan oldingi tozalash va sterillash bo‘yicha uslubiy ko‘rsatma asosida bajariladi.

Asboblar va bog‘lam materiallari quyida taklif qilingan biror-ta eritma bilan dezinfeksiyalanadi:

– 3% li xloramin eritmasi – 60 daqiqa ekspozitsiya;
– 5% li alaminol eritmasi – 60 daqiqa ekspozitsiya;
– 2% li dyulbak eritmasi – 45 daqiqa ekspozitsiya;
– 1,5% li kalsiy gipoxlorid eritmasi – 60 daqiqa;
– 4% li vodorod peroksid eritmasi – 90 daqiqa;
– 1% li septabika eritmasi – 60–120 daqiqa;
– 2% li virkon eritmasi – 10 daqiqa;
– 0,06% li neytral analit eritmasi – 60 daqiqa ekspozitsiya.

Ishchi stol yuzasi muolajalar bajarilgandan keyin 3% li xloramin eritmasiga namlangan latta bilan ikki marta artiladi. Qo‘llardagi rezina qo‘lqoplar zararsizlantiruvchi eritmada yuvilgandan keyin yechiladi va zararsizlantiruvchi eritma bor idishga solib qo‘yiladi. Xirurgik asboblar ishlatilgandan keyin oqar suvda chayiladi. Oqar suvda yuvilgandan keyin

zararsizlantiruvchi eritma bor idishga solinadi. DPMlarida dezinfeksiya qilish uchun quyidagi guruhlarga tegishli vositalar qo‘llaniladi.

***Galloidlar*:** xlorli ohak, neytral kalsiy gipoxlorid, natriy gipoxlorid, analit, neytral analit.

*Xlorli organik birikmalar:* xloramin, xlorsept, pretsept asosida brom bor galloidli – akvabor. Yod asosida – yodanat.

***Oksidlovchilar*:** peroksidli birikmalar – vodorod peroksid, perform, PVK, PVK – 1.

Tarkibida kislotasi bor birikmalar – «Pervomur», «Dezokson – 1», «Virkon».

***Aldegidli moddalar*:** formaldegid, septodor, saydeks, dyulbak, gigasept, dezoform, bianol – bu moddalar shishali, metall, rezinali, plastmassali buyum-asboblarni dezinfeksiya qilish uchun tavsiya qilinadi.

***Tarkibida fenol tutuvchi birikmalar*:** amotsid, amotsid–2000.

***Yuza faol moddalar*** (YUFM): alaminol, deorol, katamin, gibitan, amfolan, veltosept.

***Spirtlar:*** 70% li etil spirti, atseptinol, oktinesept, damisept, sagrosept – bu moddalar faqat metall buyum-asboblarni dezinfeksiya qilish uchun tavsiya etiladi.

***Guanidlar*:** demos, lizetol, polisept, fugotsid.

***Peroksid asosidagi vositalar:*** peroksimed, PVA – bu moddalar zanglashga chidamli metall buyumlar, rezinalar, plastmassali va shishali buyumlarni dezinfeksiya qilish uchun tavsiya etiladi.

Yuvuvchi ta’sirga ega bo‘lgan zararsizlantiruvchi moddalar guruhlari (dezinfeksiya va sterilizatsiyadan oldingi tozalash bir vaqtda olib boriladi) quyidagi vositalardan tarkib topgan: «Peroksimed», «Virkon», «Septodor – Forte».

**NAZORAT SAVOLLARI:**

1. Xirurgik infeksiya haqida tushuncha bering.
2. Yallig‘lanishning mahalliy belgilarini aytib bering.
3. Abssessni ta’riflab bering.
4. Furunkulni ta’riflab bering.

5. Xasmol turlarini aytib bering.
6. Yiringli infeksiyada hamshiralik parvarishining xususiyatlari.
7. Ishlatilgan buyumlar qaysi usulda zararsizlantiriladi?

## 1.9. Tayanch-harakat apparatining xirurgik kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

### Suyaklarning sinishi va chiqishida bemorlarning xususiyatlari

**Sinishlar tasnifi.** Suyaklar sinishi kelib chiqish mexanizmi, sinish xususiyati, joylashuvi, parchalarning siljishi, yumshoq to‘qimalarning qo‘shilib shikastlanishi bo‘yicha turli-tumandir.

Avvalambor sinishlar 2 ta asosiy guruhga bo‘linadi: travmatik va patologik.

***Travmatik sinishlar*** shikastlar (maishiy, ko‘cha, ishlab chiqarish), yuqoridan yiqilib tushganda, og‘ir predmetlar orasida siqilib qolish, yuk ostida qolib ketish, avtohalokat natijasida yuzaga keladi.

***Patologik sinish*** – suyaklarning patologik jarayonlar sababli o‘zgarishidan (osteomiyelit, sil, zahm, xavfli o‘smalar) rivojlanadi. Ular arzimagan shikast yoki shikastsiz kelib chiqadi.

***Terining butunligi bo‘yicha*:** ochiq sinishlar va yopiq sinishlar.

***Ochiq sinishlar*** sifat jihatdan doimo yopiq sinishlardan farq qiladi, ya’ni mikroblar bilan ifloslangan bo‘lib, bunday sinishlar yiringlash bilan tugashi mumkin.

***Suyak parchalarining siljish turlari***: eniga; bo‘yiga; uzunasiga; burchak ostida; buralib (rotatsiya) siljigan, bunda bir vaqtda 2 va undan ortiq siljishlar belgilanadi, masalan: eniga va burchak ostida, uzunasiga, buralib va boshqalar.

Parchalarning siljishiga olib keluvchi sabab omillariga bog‘liq holda 2 guruhga bo‘linadi: *birlamchi* – shikastlovchi kuchning bevosita ta’siridan (og‘ir narsa bilan urish) va *ikkilamchi* – parchalarga mushak tayanchining ta’siridan yuzaga keladi.

*Sinish xarakteri bo‘yicha*: ko‘ndalang; qiyshiq; suyak bo‘lakchalarining parchalanishi; vintsimon; qo‘shaloq; maydalanib ketgan; ezilgan (kompression); o‘yib kirgan; uzilgan.



*8-rasm.* **Siniqlar proyeksiyasi.**

Sinishlarning bunday bo‘linishi asosida sinish xarakteri, uning turli-tumanligi va sifatiy farqlanishi yotadi, bu muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, aytib o‘tilgan har bir ko‘rinish o‘zining mexanogeneziga egadir, ya’ni suyakka aniq bir shikastlovchi kuch ta’sirida yuzaga keladi. Har bir sinishni davolashda sindiruvchi xosiyatini hisobga olish zarurdir.

*Joylashuviga ko‘ra* sinishlar epifizar, diafizar va metafizar siniqlarga bo‘linadi.

***Suyaklar sinishining klinik belgilari***ga og‘riq, to‘qimalarning shishishi, patologik harakatchanlik va suyak parchalarining g‘ichirlashi, faoliyatining buzilishi, parchalarning siljishida esa – qo‘l va oyoqlarning deformatsiyasi bo‘ladi. Bo‘g‘im ichidan sinishda gemartroz kuzatiladi, parchalarning siljishida esa aniqlovchi nuqtalarning o‘zaro o‘zgarishi bo‘ladi (suyak bo‘rtmalari). Ochiq sinishlarda suyaklar parchalarining siljishi bilan sinishdagi klinik belgilardan tashqari, terining jarohatlanishi, har xil darajada kuzatiladigan arterial, venoz yoki kapillar qon ketish bo‘ladi. Singan suyak jarohat bo‘ylab katta yoki kichik o‘lchamda ochilib qolgan bo‘lishi



*9-rasm.* **Singandagi deformatsiya.**

mumkin. Chegaralangan sinishlarda bemorning umumiy ahvoli qoniqarli bo‘ladi. Ko‘plikda, aralash, ochiq sinishlarda bemorning og‘ir ahvoli travmatik shok bilan bog‘liq bo‘ladi. Parchalarning siljishi bilan suyak sinishida qo‘l va oyoqlar majburiy, nuqsonli holatda bo‘ladi. O‘qining buzilishi bilan deformatsiyalanadi, shish, qontalashlar kuzatiladi. Paypaslab ko‘rilganda kuchli lokal og‘riq, patologik harakatchanlik va suyak bo‘laklarining g‘ichirlashi aniqlanadi. Shikastlangan oyoq o‘qi bo‘ylab bosilganda singan sohada og‘riq kuchayadi. Bundan tashqari, qo‘l yoki oyoqning kaltalashishi (ayrimda uzayish) kuzatiladi. Suyak sinishi tashxisi anamnez ma’lumotlari, shikast belgilari va rentgen tekshirish asosida qo‘yiladi.

## Davolash

***Travmada shoshilinch yordam ko‘rsatish.*** Suyaklar sinishi ko‘proq zarba, turtib yuborish yoki yiqilish natijasida sodir bo‘ladi. Bu og‘ir shikast bo‘lib, jabrlanuvchiga iloji boricha shoshilinch birinchi tibbiy yordam ko‘rsatilishi lozim. Sinishlarda bunday yordam asosi – bu to‘liq tinchlik yaratish va shikastlangan suyakni qimirlatmaslik va vaqt o‘tkazmasdan shifokorga murojaat qilish. Har qanday sinishlarni davolashda suyak bo‘lakchalarini aniq moslab joylashtirish va bitib ketish uchun kerakli vaqtgacha qulay holatda ishonchli ushlab turish. *Bunday davolashning bir necha usuli mavjud:*

1. Fiksatsiya qiluvchi bog‘lam (gips) qo‘yish bilan yopiq repozitsiya qilish suyaklarni davolashning eng ko‘p qo‘llaniladigan usulidir. Suyak bo‘lakchalari travmatolog tomonidan qo‘l bilan terib chiqiladi va unga maxsus gipsli bog‘lam qo‘yiladi. Muolajaning hamma bosqichida – gips qo‘yishdan yechib olishgacha rentgen nazorati olib boriladi.

2. Boshqa usul – skeletdan tortib qo‘yish suyak parchalarini bir vaqtda moslab terish va ushlab turish iloji bo‘lmaganda qo‘llaniladi. Bunday vaziyatda bemor uzoq vaqt to‘shakda yotishga majbur bo‘ladi.

3. Operatsiya yo‘li bilan immobilizatsiya qilish mazmuni shundan iboratki, suyak parchalari xirurgik operatsiya davomida «ochiq» holda moslab teriladi va maxsus moslamalar (plastina va shtiftlar) yordamida fiksatsiya qilinadi. Suyak bo‘laklari bitib bo‘lgandan keyin plastinalar olib tashlanadi.

Ushbu usul ishonchli bo‘lib, bu moslamalar tayanch vazifasini bajaradi, butunlay qimirlamaslikni talab qilmaydi va suyaklar bitishi va tiklanish vaqtini qisqartiradi.

Usullarni tanlash har doim o‘ziga xos va travmatolog hamda xirurg maslahatidan keyin bajariladi. Sinishdan keyin suyaklarning qayta tiklanishi doimo suyak qadog‘i rivojlanishi bilan kechadi. Sinishlardan keyin yallig‘lanish giperemiyasi, ekssudatsiya va proliferatsiya boshlanadi, undan keyin tiklanish jarayoni, ya’ni suyak qadog‘i hosil bo‘ladi.

**Travmatik shokda shoshilinch yordam.** Birinchi yordam – nafas yo‘llarini yot jismlardan tozalash, vaqtinchalik qon to‘xtatish, plazma o‘rnini bosuvchi suyuqliklarni vena ichiga quyish, singan sohani mahalliy og‘riqsizlantirish, transport shinalarini qo‘yish, yotqizilgan holda ehtiyotlik bilan avaylab shoshilinch ravishda kasalxonaga olib borish. Kasalxonada asosiy tadbirlardan biri qon ketishni batamom to‘xtatish, intensiv ravishda infuziya va transfuziyani boshlash. Qonning ivuvchanligini nazorat qilib turish zarur.

**Qoqshol profilaktikasi.** Shikastlanishlarda (kuyish, chaqish, teri va shilliq qavatlarning jarohati) dastlab teri ostiga 1 ml adsorblangan anatoksin yuboriladi, 30 daqiqa o‘tgach boshqa shpris bilan va tananing boshqa joyiga qoqsholga qarshi 300 ME zardob yuboriladi. Ilgari qoqsholga qarshi immunlangan shaxslarga faqat 0,5 ml adsorblangan anatoksin yuborilardi.

## Chiqiqlar

**Chiqiqlar tasnifi.** Chiqiq – bu suyaklarni birlashtiruvchi bo‘g‘im oxirining o‘troq siljishi bo‘lib, bo‘g‘im faoliyatining buzilishi bilan kechadi. *To‘liq* va *to‘liqsiz* chiqiqlar farqlanadi. To‘liqsiz chiqiqda siljigan suyak bo‘g‘im yuzasiga qisman tegib

turadi. *Patologik va travmatik* chiqiqlar farqlanadi. Patologik chiqiqlar, suyak bo‘g‘imi yuzasining buzilishiga olib keluvchi bo‘g‘im kasalliklaridan kelib chiqadi, masalan, sil yoki distrofik jarayon. Travmatik chiqiqlar tashqi mexanik omillar bilan asoslanadi. Travmatik chiqiqdan keyin bog‘lam apparatining bo‘shashishi natijasida bitta bo‘g‘imda sistematik ravishda chiqiq qaytalansa odat bo‘lib qolgan chiqiq deyiladi.

**Chiqiqlar tasnifi:**

1) kuchli og‘riq;

2) bo‘g‘im sohasining deformatsiyasi, bunda chiqqan bo‘g‘im oxiri yumshoq to‘qimani turtib bo‘rtib turadi va o‘zining odatiy joyidan boshqa joyda paypaslanadi, bo‘g‘imning o‘z sohasi esa cho‘kkan bo‘ladi;

3) har bir chiqiq ko‘rinishiga mos holda oyoq-qo‘llarning majburiy holati;

4) bo‘g‘imda harakatning cheklanishi;

5) qo‘l-oyoq uzunligi o‘zgaradi, ko‘pincha kaltalashadi, kamdan kam uzayadi.

Chiqiqlarda albatta shikastlangan qo‘l yoki oyoqda pulsni va barmoqlar sezuvchanligini aniqlash zarur, chunki sinish bilan asoratlangan chiqiqlarda tomir-asab tolalari shikastlangan bo‘lishi mumkin. Birinchi yordam og‘riqsizlantiruvchi dorilar berish, shina bilan immobilizatsiya qilish yoki shikastlangan sohani bog‘lash va shoshilinch ravishda sifatli yordam berish uchun kasalxonaga olib borishdan iborat.

**Davolash.** Chiqiqlarni davolash shartli ravishda 3 bosqichga bo‘linadi:

- chiqiqni bartaraf qilish, ya’ni bo‘g‘imda normal anatomik moslikni tiklash – og‘riqsizlantirish ostida chiqqan bo‘g‘imni joyiga solish;
- qo‘l yoki oyoqlarni qisqa muddatga fiksatsiya qilish (gipsli shina, yumshoq bog‘lam va boshqalar);
- funksional terapiya – massaj, davolovchi mashqlar, fizioterapevtik muolajalar.

## Suyaklar singanda bemorlarda hamshiralik parvarishi

Sinishlarda bemorlarni parvarish qilishda hal qilinishi kerak bo‘lgan bir qator muammolar chiqadi. Shulardan birinchisi – og‘riq. Og‘riq o‘zi bilan noqulaylik va shuning izidan shaxs bilan ruhiy muloqot qilishning buzilishini olib keladi – u bilan muomala qilish qiyin bo‘ladi. Muhim muammolardan biri – bu yotoq yara. Bunday kishilarda yotoq yara asosan dumg‘aza va kasal oyoqning tovonida paydo bo‘lishi mumkin. Shuning uchun, bemor yotadigan holatga tushgan zahoti, yotoq yara profilaktikasiga muhtoj bo‘ladi.

Yotadigan holatda uzoq vaqt bo‘lish yana bitta jiddiy asorat – pnevmoniyaga olib keladi. Bu ko‘p uchraydigan asoratlardan bo‘lib, faol nafas olish mashqlarini bajarishni talab qiladi.

Ruhiy tomondan ham muammolar kuzatiladi. Og‘riq, chegaralangan bo‘shliq, o‘z imkoniyatlarining pasayishi – bularning hammasi ruhiy kasallik qo‘zg‘alishiga olib keladi. Es-hushi joyida bo‘lgan bemorlarda depressiya (tushkunlikka tushish) rivojlanishi mumkin. Ezilib ketish sezgisi xos bo‘ladi. Bunday vaziyatlarda yordam berish odatdagi, qulay sharoit yaratish, bemor bilan yaxshi muloqot o‘rnatishdan iborat.

**Chiqiq bor bemorlarda hamshiralik parvarishi.** To‘liq chiqiqlarda bemor kasalxonaga yotqizilishi kerak, og‘riqsizlantiruvchi dorilar beriladi, durrachali bog‘lam qo‘yiladi, to‘liq bo‘lmagan chiqiqlarda travmatologik punktga jo‘natish mumkin. Chiqiqni joyiga solish og‘riqsizlantirilgandan keyin bajariladi. Chiqiqni to‘g‘rilagan zahoti, uni to‘g‘ri bajarganlikni tasdiqlovchi nazorat rentgenogramma qilinadi. Keyinchalik doimiy ravishda davolovchi jismoniy mashqlar o‘tkaziladi.

## Suyaklar sinishi va chiqiqlar bor bemorlarda hamshiralik parvarishi

**Umumiy ahvolni baholash.** *Suyaklar sinishining nisbiy belgilari*: og‘riq, shish, gematoma, deformatsiya, faoliyatning buzilishi, qo‘l-oyoqlarning kaltalashishi yoki uzayishi.

*Ishonchli belgilar:* normal bo‘lmagan harakatchanlik, krepitatsiya (terining g‘ichirlashi), ko‘zdan kechirganda ko‘rinib turadigan suyak bo‘laklari (ochiq sinishlar).

*Chiqiq belgilari:* og‘riq, qo‘l-oyoqlarning majburiy holati, bunda og‘riq kamayadi, bo‘g‘imlarda harakatning to‘liq yoki hajmiy chegaralanishi, bo‘g‘imlar deformatsiyasi, qo‘l-oyoqlar uzunligining o‘zgarishi.

***Og‘riqni baholash.*** Kuchli lokal og‘riq kuzatiladi, paypaslaganda, arzimas harakatda og‘riq kuchayadi.

## Immobilizatsiya va ko‘chirish

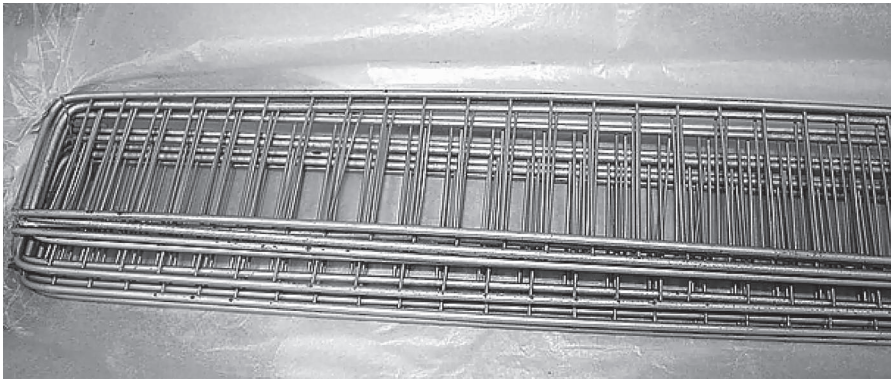
***Immobilizatsiya*** – turli vositalar yordamida shikastlangan tana sohasida harakatni chegaralash.

Immobilizatsiya turlari *transport va davolash immobilizatsiyasi* turlariga farqlanadi.

***Transport immobilizatsiyasi*** – bemorni kasalxonaga olib borish uchun qulay sharoitda ko‘chirishni amalga oshirish maqsadida tananing shikastlangan sohasining harakatini cheklash. Yumshoq bog‘lamlar, turli shinalar (taxtali, fanerli, simdan tayyorlangan, to‘rsimon, plastmassali) yordamida amalga oshiriladi.

**Transport shinalarini qo‘yish qoidalari:**

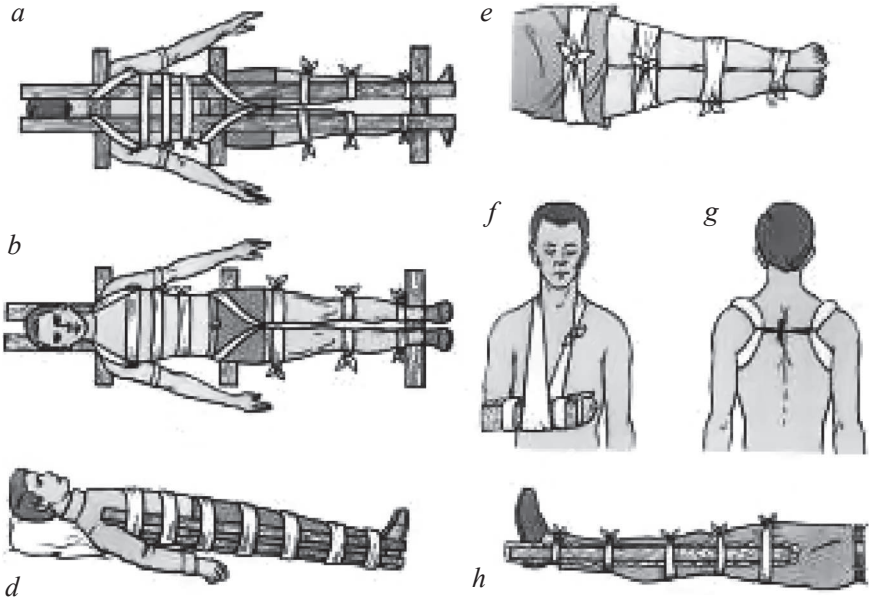
– shinalarni bevosita shikast olgan joyda qo‘yish;



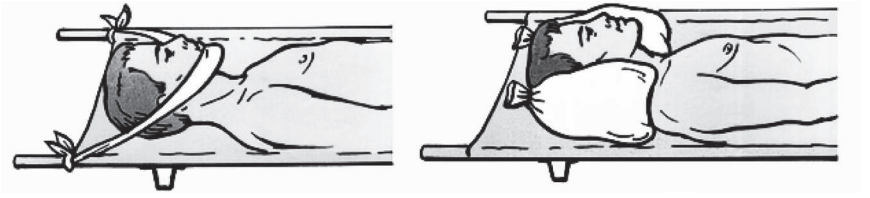
*10-rasm.* **Narvonsimon Kramer shinasi.**

– bemorlarni immobilizatsiya qilmasdan ko‘chirish mumkin emas; bemorning oyoq kiyimi va kiyimlarini yechish tavsiya qilinmaydi, chunki bu og‘riq va qo‘shimcha shikast olishga sabab bo‘ladi;
– shina qo‘yishdan oldin, qon ketayotgan bo‘lsa, to‘xtatish lozim, jarohatga aseptik bog‘lam qo‘yiladi, analgetiklar yuboriladi;
– shina qo‘yishdan oldin fiziologik holat beriladi.

**Davolovchi immobilizatsiya** – gipsdan tayyorlangan qattiq bog‘lam ishlatiladi. Hamma gipsli bog‘lamlarni longetli, aylanma, aralash bog‘lamlarga bo‘lish mumkin.



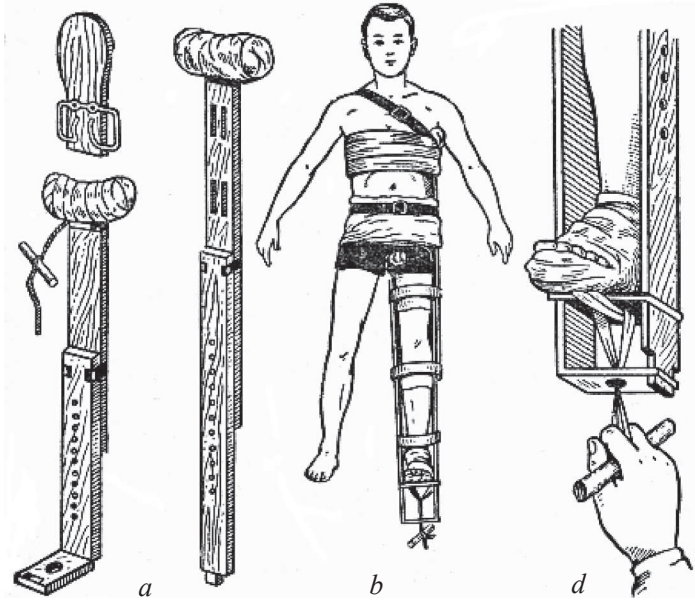

*11-rasm.* **Qo‘l ostidagi predmetlar bilan fiksatsiyalash.**



*12-rasm.* **Bosh shikastlarida transportirovka qilish.**

*Gipsli bog‘lam qo‘yishda quyidagi qoidalarga amal qilish kerak:*

– bemorni tinchlantirish va bajariladigan muolaja yuritishini tushuntirish;
– qo‘l-oyoqlarga qulay fiziologik holat berish;
– qo‘l-oyoqlar butunlay harakatsiz turishi kerak;
– gipsli bintni tortmasdan qo‘yish kerak;
– bintlash chapdan o‘ngga, har bir keyingi aylana oldingi aylanani 2/3 qismga yopishi lozim;
– har bir keyingi aylanani tekislash, gipsli bintdagi burmalarni to‘g‘irlab borish;
– bemor tana qismi konturiga moslab bog‘lam qo‘yish jarayonini modellashtirish;
– agar jarohat bo‘lsa, gipsli bog‘lamda bog‘lam almashtirish uchun darcha qoldiriladi;
– agar gips qotishini tezlatish kerak bo‘lsa, issiq suv ishlatiladi, agar sekinlashtirish kerak bo‘lsa – sovuq suvdan foydalaniladi;
– bo‘lishi mumkin bo‘lgan asorat belgilari bo‘yicha bemorga ma’lumot beriladi.




*13-rasm.* **Diteriks shinasini qo‘llash.**

**Transportirovka qoidalari.** Davolashning hamma bosqichlarida shikastlangan bemorlarni to‘g‘ri ko‘chirish muhim ahamiyatga ega. Ko‘chirish turini tanlash shikastlangan bemorning ahvoliga, travma turiga va ixtiyordagi transport vositasiga bog‘liq bo‘ladi.

Shikastlangan bemorni transportirovka – shok, anchagina qon yo‘qotish bilan kechadigan hamma travmada, bemor zambilda oyoq tomoni ko‘tarib yotqizilgan holatda travmatologiya bo‘limiga olib boriladi.

Sinishlarni davolashda 4 prinsipga amal qilish kerak:

– repozitsiya;
– fiksatsiya (immobilizatsiya);
– funksional davolash;
– suyak qadog‘i hosil bo‘lishini tezlatish.

Bir lahzali repozitsiya kichik suyaklar sinishida bajariladi, katta suyaklarning uzunasiga bo‘ylab siljishi bilan sinishida esa (yelka, boldir, son) skeletdan tortib qo‘yish repozitsiyasi bajariladi.

Tortib qo‘yilganda bo‘g‘imlar harakati saqlanadi va mushaklar atrofiyasi va oziqlanishi buzilishining oldi olinadi. Bu usulning kamchiligi shundaki, bemor uzoq vaqt to‘shakda bo‘ladi.

Tortib qo‘yish quyidagi sharoitlarga amal qilganda natijali bo‘ladi:

– bemor oyoq tomoni ko‘tarilgan karavotda, yog‘och shitga to‘g‘ri yotqiziladi;
– yumshoq to‘qimalarga va suyakning spitsa o‘tgan joyiga infeksiya tushish profilaktikasini o‘z vaqtida o‘tkazish;
– spitsa o‘tgan joyda og‘riq paydo bo‘lsa, shifokorga xabar berish kerak, chunki bu yallig‘lanish boshlanganligining yoki spitsaning siljib ketganligining birinchi belgisi hisoblanadi.

***Suyakdan tortib qo‘yish asoratlari:***

A. Sinish sohasida qo‘l-oyoqlar deformatsiyasi, tortuvchi o‘qning siljishi. Bunday vaqtlarda hamshira og‘irlikni to‘g‘rilash,

bog‘ichni boshqa blokka o‘tkazishi yoki yuk qo‘shishi kerak. Oyoqlarning shinadagi holatini tekshiradi.

B. Skobalarning spitsa bilan birga siljishi. Siljish burama (o‘q atrofida) va yoni bilan (bir tomonga) bo‘lishi mumkin. Hamshira shifokorga xabar berishi kerak.

Parvarish qilishda eng asosiysi – spitsa atrofidagi terini, tana terisini obdon parvarish qilish, o‘z vaqtida to‘shak choyshablarini almashtirish, bemorni ovqatlantirish. Ichaklarni, qovuqni bo‘shatish bemor uchun qiyin muolaja bo‘lib, hamshira unga yordam berishi kerak.

**Chiqiqlarni davolash:**

– mahalliy anesteziya yoki narkoz ostida chiqiqlarni solish (Koxer, Djanelidze, Gippokrat usullari bo‘yicha);
– oyoqlarni 2–3 haftaga fiksatsiya qilib qo‘yish.

## Qoqshol profilaktikasini amalga oshirish

***Ko‘rsatmalar:*** teri qoplami va shilliq qavatlar butunligi buzilishi bilan travma olish; II–IV darajali kuyish, sovuq olish; sanchib kiruvchi jarohat; hayvonlar tishlaganda; yiringlash bosqichidagi xirurgik infeksiya.

Qoqsholning spetsifik profilaktikasi bemor qonining zardobida qoqshol antitelolarining titri aniqlangandan keyin o‘tkaziladi.

***Titr ko‘rsatkichlari:***

– 0,1 mE/ml dan yuqori – profilaktika o‘tkazilmaydi;
– 0,01 dan 0,1 mE/ml gacha – qoqshol anatoksini yuboriladi (QA);
– 0,1 mE/ml dan kam – 1 ml qoqshol anatoksini va 3000 ME qoqsholga qarshi zardob yuboriladi (QQZ).

***Harakat ketma-ketligi:***

– 1 ml qoqshol anatoksinini teri ostiga yelkaning yuqori qismidan yuborish kerak;
– 0,1 ml qoqsholga qarshi zardob (1:100 aralashtirilgan)ni teri ostiga yelkaning o‘rta qismidan yuborish kerak;

– inyeksiya qilingan sohada papulani 20 daqiqadan keyin o‘lchab ko‘rish. Papula diametri 0,9 sm ga teng yoki kichik bo‘lsa, zardob yuborish davom ettiriladi. Papula diametri 0,9 sm dan katta bo‘lsa, (musbat reaksiya) qoqsholga qarshi zardob yuborish mumkin emas;
– 0,1 ml aralashtirilmagan qoqsholga qarshi zardobni teri ostiga yelkaning yuqori qismidan yuborish;
– 30 daqiqadan keyin bemorda allergik reaksiya bor-yo‘qligini aniqlash uchun ko‘zdan kechirish;
– aralashtirilmagan zardobning qolgan dozasini (3000 ME gacha) teri ostiga yelkaning yuqori qismidan yuborish;
– 1 oyga emlanganligi haqida bemorga ma’lumotnoma berish;
– 0,5 ml qoqshol anatoksinini 1 oydan keyin yelkaning yuqori qismidan teri ostiga yuborish;
– bemor 1 yilga emlanganligi haqida ma’lumotnoma berish;
– 0,5 ml qoqshol anatoksinini teri ostiga yelkaning yuqori qismidan yuborish;
– bemor 10 yilga emlanganligi haqida ma’lumotnoma berish.

## Asoratlarning oldini olish

**Yotoq yara profilaktikasi.** Uzoq muddat bir xil holatda bo‘lish sababli (tana, qo‘l va oyoqlar) tananing ba’zi bir sohalari bosilishi yotoq yara paydo bo‘lishning asosiy sababi bo‘lib xizmat qiladi.

Yotoq yaralar ko‘proq uchraydigan joylarni kuzatgan holda tana holatini o‘zgartirib turish.

Terining namlanishini (ter ajralishi yoki siydik ajralishi hisobiga) oldini olish maqsadida artish va quruq saqlashini kuzatib borish.

Yaxshi ovqatlanishni qo‘llab turish.

## Mushak kuchi pasayishining oldini olish

*Qo‘l va oyoq bo‘g‘imlari uchun faol harakat mashqlari.* Bemor kasal oyoq bo‘g‘imlariga yuk osib (1–2 kg), oyoqlarni

ko‘tarishi va shu holatda 5–10 soniya ushlab turish, keyin uni tushirishi kerak. Bunday mashqlarni ertalab va kechqurun bajarishi, bir bajarishda 10–20 ta to‘xtovsiz mashq qilish zarur.

*Sonning to‘rt boshli muskuli uchun izometrik mashq.* Bemor chalqancha yotadi, oyoqlarni shunday tik to‘g‘rilash kerakki, tizza osti chuqurchasi to‘shak yuzasiga tegsin. Keyin oyoq kaftlarini tana tomonga maksimal bukadi, shu bilan sonning to‘rt boshli muskullarining taranglashishini ta’minlaydi va shu holatda 5 gacha sanaguncha ushlab turadi. Bu mashq bir necha marta bajariladi.

Bemorni o‘rgatish vaqtida to‘rt boshli muskul qanday taranglashganligini ko‘rsatish zarur, keyin bemorning qo‘lini o‘sha joyga qo‘yib, muskullar qanday qisqarayotganligini sezishga imkon beradi.

## Bo‘g‘imlar kontrakturasining oldini olish

*Qo‘l barmoqlarini bukish.* Asosiy arteriyalar kaft tomonda joylashgan, venalar esa qo‘lning yuza tomonida, shuning uchun qo‘llar musht qilinganda, qon qo‘lning yuza tomoniga oqadi. Qo‘llarni bukish mashqi nasos vazifasini bajaradi va qon aylanishi holatiga ijobiy ta’sir qiladi.

*Qo‘llar uchun mashqlar.* Yelka bo‘g‘imlarining harakatidan maksimal foydalanish uchun va qo‘l muskullarining ishlashi uchun mashq o‘tkazilganda gantellar (1–1,5 kg) dan foydalanish va quyidagi mashqlarni bajarish kerak:

1. Bukish – yelka bo‘g‘imlarini tiklash.

2. Tashqi aylantirish – gorizontal holatda bukish – gorizontal holatda tiklash – yelka bo‘g‘imlarini ichki aylantirish.

3. Bukish – tirsak bo‘g‘imini tiklash (bilaklarni ichkari va tashqariga burash ham kiradi, kaft va qo‘l bo‘g‘imlarining dorsal bukilishi).

O*yoqlar uchun mashqlar:*

### 4 qadamli mashq (4 hisobdagi mashq)

1. Tizza bo‘g‘imlarini yozib, chanoq-son bo‘g‘imidan oyoqlarni bukish.
2. Chanoq-son bo‘g‘imlari bukilgan holda oyoqlarni tizza bo‘g‘imidan bukish.
3. Tizza bo‘g‘imlarini 2-holatida tiklash.
4. Dastlabki holatga qaytish.

### 12 qadamli mashq

*4 qadamli mashq yordamida dastlabki holatga qaytish.*
5. Oyoq bo‘g‘imlarini ventral (oldinga) bukish.
6. Oyoq bo‘g‘imlarini dorsal (orqaga) bukish.
7. Oyoqlarni tashqi aylantirish.
8. Oyoqlarni ichkariga aylantirish.
9. Oyoq barmoqlarini yozish.
10. Dastlabki holatga qaytish.
11. Oyoq barmoqlarini bukish.
12. Oyoq barmoqlarining dastlabki holati.

### Sonning to‘rt boshli muskuli uchun izometrik qisqartiruvchi mashqlar

Gipsli bog‘lam qo‘yilganda, mushaklar kuchi pasayishi kuzatiladi va oyoqlarni aniq holatda ushlab turish zarur, shunda bo‘g‘imlarni qimirlatmay mushaklar uchun mashq bajarish mumkin. Agar to‘shakda tizza ostiga narsa qo‘yilsa, sonning to‘rt boshli mushaklari taranglashadi va qattiq bo‘lib qoladi. Bu mashq tik turganda tizzalar harakatlanmasligi va chidamliligiga erishish uchun foydali.

### Boshqa mashqlar

Qorin va dumba muskullari taranglashishi, chuqur nafas harakati uchun ham shunday alohida mashqlar bajariladi.

Boshlanishida mashq hajmini 10 marta atrofida ushlab turish, keyin asta-sekin oshirib borish kerak.

**Uy sharoitida yashash masalalari bo‘yicha yo‘riqnoma**

**1. Harakat qilib ko‘chib yurishga o‘rgatish:**

- nogironlar aravasi;
- to‘shakdan nogironlar aravasiga;
- nogironlar aravasidan to‘shakka;
- yurish aravachasi;
- qo‘ltiq tayoq.

**2. O‘z-o‘zini parvarish qilish ko‘nikmalariga o‘rgatish (chanoq-son bo‘g‘imidagi operatsiyadan keyingi bemorlar):**

- Bemor kasalxonadan chiqqandan so‘ng yashaydigan xona tuzilishini o‘rganib chiqish va kasalxonadan keyingi hayotini hisoblab, kundalik harakatini bajarish bo‘yicha mashq o‘tkazish.
- Kundalik harakatni bajarish darajasini baholash, yordamga muhtojlik va uning darajasini aniqlash, oila a’zolari bilan birlashganligiga ishonch hosil qilish. Agar bemorga chetdan yordam kerak bo‘lsa, oila a’zolarini yordam berish usullari va darajasiga o‘rgatish.
- 1 va 2-punktlar bo‘yicha baholash bo‘lib, bemor bilan oldindan muhokama qilish, kerakli jihozlarni tayyorlash, keyin kasalxonadan tashqarida sinov kechasini amalga oshirishni rejalashtirish.
- Kundalik harakatlarni bajarish bo‘yicha chanoq-son bo‘g‘imiga zo‘riqish bermaydigan aniq usullarni o‘rgatish.
- Bemordan uzoq tik turish va yurishdan o‘zini tiyib turish so‘raladi.
- Bemor yonga qiyshayib yoki tizza qopqoqlariga o‘tirish chiqiqlarga olib kelishidan ogohlantiriladi.
- Chanoq-son bo‘g‘imiga yuk kamaytirish uchun bemor uzoq vaqt davomida vaznini nazorat qilishi zarurligi tushuntiriladi.
- Bemorni shoshilinch vaziyatlarda, masalan, chanoq-son bo‘g‘imida kuchli og‘riq paydo bo‘lganda yoki chiqiq shubha qilinganda, kasalxonaga murojaat qilish usullariga o‘rgatish.

**NAZORAT SAVOLLARI:**

1. Sinishlar tasnifi.
2. Travmatik sinishlarni qanday ta'riflaysiz?
3. Patologik sinishni qanday ta'riflaysiz?
4. Ochiq sinishlarni ta'riflab bering.
5. Suyak parchalarining siljish turlari.
6. Suyaklar sinishining klinik belgilari.
7. Travmada shoshilinch yordam ko'rsatish.
8. Travmatik shokda shoshilinch yordam ko'rsatish.
9. Qoqshol profilaktikasini gapirib bering.
10. Chiqiqlar tasnifi.
11. Suyaklar singanda bemorlarda hamshiralik parvarishi.
12. Chiqiq bor bemorlarda hamshiralik parvarishi.
13. Shikastlanishlarda umumiy ahvolni baholash.
14. Transport shinalarining turlari.
15. Transport shinalarini qo'yish qoidalari.
16. Transportirovka qilish qoidalari.

## 1.10. Nafas a'zolari va ko'krak qafasining xirurgik kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

**Ko'krak qafasi shikastlangan bemorlarning xususiyatlari.** Ko'krak shikasti ochiq va yopiq shikastlarga bo'linadi. Yopiq shikastlar ichki a'zolarning jarohatlanishi va jarohatlanmasligi bilan bo'ladi. Ochiq jarohatlar sanchilgan va sanchilmagan, ichki a'zolarning shikasti va shikastlanmasligi bilan bo'ladi. Ko'krakning jarohatlanishi travmatik shok, o'tkir qon yo'qotish, nafas olishning buzilishi, o'pka-yurak yetishmovchiligi bilan kechishi mumkin.

*Ko'krak shikastining asosiy simptomlari:* og'riq nafas olganda kuchayadi, teri va shilliq pardalarning sianozi, taxikardiya, ko'krak qafasining deformatsiyasi, perkutor tovushning o'zgarishi (tovushning to'mtoqlashishi, qutichasimon tovush).

Ko'krak qafasi shikastida shoshilinch yordam talab qiluvchi, hayot uchun xavfli bo'lgan holatlar mavjud: nafas yo'llarining yot jism bilan berkilib qolishi; baravariga bir nechta qovurg'alar sinishi; klapanli pnevmotoraks; ochiq pnevmotoraks; gemotoraks; ko'ks oralig'idagi emfizemaning ko'payishi.

Tashxis shikastlanish og‘irligiga qarab, dastlab taxminan qo‘yiladi. Dastlabki yordam hajmi: jarohatda – aseptik bog‘lam, qon ketishda – vaqtincha qon to‘xtatish, suyaklar singanda – transport immobilizatsiyasi.

***Ko‘krak qafasining lat yeyishi.*** Teri butunligi buzilmagan holda ko‘krak qafasi yumshoq to‘qimalarining mexanik shikastlanishi o‘tmas buyum bilan urilganda yoki ko‘krak bilan yiqilganda yuzaga keladi. Lat yeyishda qon tomirlari shikastlanadi va yumshoq to‘qimalarga qon quyiladi. Yuzaki lat yeyishda qontalash hosil bo‘ladi. Yumshoq to‘qimalarga anchagina qon quyilishida gematoma rivojlanadi.

*Klinik holati va simptomlari.* Shish, qontalash, og‘riq, faoliyatining buzilishi, nafas olganda va harakat qilganda og‘riqning kuchayishi lat yeyishga xos bo‘ladi. Shikastlangan zahoti lat yeyishni davolash: tinchlik, lat yeyilgan joyga muz yoki sovuq kompress qo‘yiladi. Katta gematoma, gemartrozlarda punksiya qilinadi, qon so‘rib olinadi va bosib turuvchi bog‘lam qo‘yiladi. Kuchli og‘riqda analgetiklar (analgin, baralgin) beriladi.

**O‘pkaning lat yeyishi.** Visseral pardasining butunligi buzilmagan holda o‘pka to‘qimasining mexanik shikastlanishi shikastlovchi mexanik omilning ko‘krak qafasiga to‘g‘ridan to‘g‘ri ta’siridan kelib chiqadi. O‘pkaning kortikal qavatida, ba’zan chuqurroqda tomirlarning shikastlanishi yuz beradi. Katta kuch bilan urilganda massiv qon quyilishi o‘pkaning butun bo‘lagi yoki anchagina qismini egallaydi. Alveolalar o‘rtasidagi to‘siqlarning ko‘plab yirtilishi va havo yoki qon to‘plangan bo‘shliqlar paydo bo‘lishi kuzatiladi. Ko‘pincha lat yeyish natijasida o‘pkaning shikastlanishi bronxlarning shikastlanishi yoki ularning qon laxtalari bilan berkilib qolishi hisobiga obturatsion atelektaz bilan kechadi.

*Klinik kechishi va simptomlari.* Bemorning asosiy shikoyati chuqur nafas olganda va harakat qilganda kuchayadigan lat yegan sohadagi og‘riqdir. O‘pka to‘qimasining shikastlanganligining

shubhasiz belgisi qon tuflash hisoblanadi. Shikastlangandan 24–48 soat o‘tgach travmatik pnevmoniya rivojlanadi va krupoz yoki o‘choqli pnevmoniya tipida kechadi. Bemor hayoti uchun eng xavfli simptomlar qon ketish, shok, kollaps, xirurgik infeksiya hisoblanadi.

Shikastlangan a’zoni saqlash muhim vazifa hisoblanadi. O‘pkani olib tashlashni faqat o‘ta qat’iy ko‘rsatmalarga asoslanib amalga oshirish mumkin – asosiy qon tomirlarining yorilishi, yumshoq to‘qimalarning ancha ezilishi, umumiy yiringli yoki og‘ir anaerob infeksiyaning boshlanishi.

Rentgen tekshirish shikast xarakterini, joylashgan o‘rnini aniqlaydi.

O‘pka to‘qimasining lat yeyishini davolash – bir necha kun bemorga tinchlik yaratish, og‘riqsizlantiruvchi dorilar va travmatik pnevmoniyaning oldini olish uchun antibiotiklar buyurish. Atelektaz aniqlanganda davolovchi bronxoskopiya yordamida bronxlarni tozalash.

**Gemotoraks –** o‘pka yoki ko‘krak qafasi tomirlarining shikastlanishi natijasida plevral bo‘shliqda qon yig‘ilishi. Ko‘krak qafasining jarohatlangan tarafida pastki bo‘laklarida nafas shovqinining kuchsizlanishi va perkutor tovushning bo‘g‘iqligi, o‘tkir qon yo‘qotish asosida tashxis qo‘yiladi. Rentgenda plevra bo‘shlig‘ida qiyshiq joylashgan suyuqlik soyasi, gemopnevmotoraksda gorizontal soya ko‘rinadi. Gemotoraksning yakuniy tashxisi plevral punksiya yordamida qo‘yiladi, ya’ni punksiya vaqtida qon chiqadi.

**Pnevmotoraks** – *plevra bo‘shlig‘iga havo yig‘ilishi.* Ochiq, yopiq va klapanli pnevmotoraks farqlanadi. Klinik kechishi va simptomlari pnevmotoraksning xususiyatiga bog‘liq. Yopiq pnevmotoraksda jarohat kichkina, atrofida teri osti emfizemasi bo‘ladi. Perkussiyada timpanik tovush eshitiladi, ko‘krak qafasining shikastlangan tomonidagi pastki bo‘limlarida bo‘g‘iq tovush bo‘lishi pnevmotoraks rivojlanganligidan darak beradi. Yaqqol hansirash, sianoz, harakat qo‘zg‘aluvchanligi paydo bo‘-

ladi. Bemor majburiy, to‘sh qismini ko‘targan holatda bo‘ladi. Puls tez, kuchsiz to‘liqlikda, A/B pasayadi, nafas olgan va chiqarganda o‘ziga xos shovqin eshitiladi, muzday yopishqoq ter bilan qoplanadi. Klapanli pnevmotoraks ko‘krak qafasining o‘ta og‘ir shikasti hisoblanadi. Klinik jihatdan og‘ir, bemor hayotiga xavf soluvchi nafas va qon aylanishining buzilishiga olib keladi. Bemor ahvoli tez og‘irlashadi, sianoz, yaqqol ko‘zga tashlanadigan ekspirator hansirash paydo bo‘ladi, A/B boshida ko‘tariladi, keyin tez tusha boshlaydi, puls tezlashadi, kuchsiz to‘lishadi. Tashxis qo‘yishda plevral punksiya muhim ahamiyatga ega. Plevra bo‘shlig‘iga yig‘ilgan havo o‘pkani bosib, ko‘ksni sog‘lom tomonga o‘zgartiradi.

*Davosi*. Vaqt oralatib punksiya qilish – plevra bo‘shlig‘idan havo, qon, yiringni chiqarib tashlash. Jarohat infeksiyasining oldini olish uchun jarohatga ertangi birlamchi ishlov berish, germetik (okklyuzion) bog‘lam qo‘yish, analgetiklar, antibiotiklar buyurish, jarohatni tikish, nafas yo‘llarining erkin o‘tkazuvchanligini ta’minlash (intubatsiya, traxeostomiya), yo‘qotilgan qon o‘rnini to‘ldirish, shokka qarshi terapiya o‘tkazish, og‘ir ko‘rinishdagi nafas buzilishlarda sun’iy nafas berish (og‘izdan og‘izga, og‘izdan burunga), kislorod berish. Torakosentez – vakuum sistema yordamida doimiy ravishda havoni so‘rib olish uchun plevra bo‘shlig‘iga drenaj nay kiritish. Agar 5–7 kun ichida o‘pkani yozib to‘g‘rilash foyda bermasa, xirurgik davo tavsiya qilinadi. Operatsiyadan maqsad havo yo‘llari bilan plevra bo‘shlig‘i o‘rtasidagi tutashni bartaraf qilish va o‘pkani hech bir qarshiliksiz to‘g‘irlash.

***Qovurg‘alarning sinishi.*** Qovurg‘alar yakka sinishi va ko‘plikda bo‘lishi mumkin. Sinish sababi – yuqoridan tushib ketish, avtohalokat, ishlab chiqarish travmalari. Qovurg‘alarning bir va ikki anatomik chiziq bo‘yicha sinishida ko‘krak qafasida flotatsiya (paradoksal harakat) yuzaga keladi, ya’ni nafas olish paytida ko‘krak devorining bir qismi cho‘kadi, nafas chiqarganda esa ko‘tariladi va tashqi nafas olish va qon aylanishining

buzilishiga olib keladi. Bemorda kuchli lokal og‘riq, siniq bo‘laklarining g‘ichirlashi, ko‘krak qafasining shikastlangan yarmida harakatning cheklanishi bo‘ladi.

Nafas olish tez, og‘riq bilan, tanani o‘tirgan holatdan yotgan holatga o‘tkazish qiyin bo‘ladi. Tashxis qo‘yishda klinik belgilar muhim hisoblanadi, tashxisni tasdiqlash uchun rentgen tekshirish ahamiyatga ega. Og‘riq qoldiruvchi dorilar (novokain, dikain, sovkain) buyuriladi, pnevmoniya rivojlanishining oldini olish uchun nafas mashqlari, antibiotiklar, sulfanilamidlar tayinlanadi. Ko‘krak qafasini bintlash tavsiya etilmaydi, chunki bog‘lam nafas harakatini cheklab, pnevmoniya rivojlanishi uchun sharoit yaratadi.

***To‘shning sinishi.*** To‘g‘ridan to‘g‘ri shikastda kuzatiladi – zarba, chiqib turgan buyumga yiqilish, avtohalokat. Singan sohada kuchli og‘riq, to‘shning pog‘onasimon deformatsiyasi, yurak sohasida va to‘sh orqasida og‘riq, sianoz kuzatiladi.

Muskul orasiga og‘riqsizlantiruvchi dorilar buyuriladi, bemorga ko‘tarilgan holat beriladi.

***Umurtqaning sinishi***. Yuqoridan tushib ketish, avtohalokat, ishlab chiqarish travmalari. Ko‘krak umurtqa sohasida og‘riq, harakat qilganda kuchayadi, bukri ko‘rinishida deformatsiya, orqa muskullarining taranglashishi kuzatiladi. Ajratilgan holda umurtqa tanasining sinishi (kompressiyali), umurtqaning ravoq va o‘simtalarining sinishi farqlanadi (ko‘ndalang o‘qining, bog‘lamning). Ajratilgan chiqiqlar umurtqaning bo‘yin qismida ko‘proq uchraydi. Sinishlar orqa miya va ildizchalarining shikastlanishi bilan kechishi mumkin. Shikastlangan umurtqa sohasida kuchli og‘riq kuzatiladi, yaqqol namoyon bukrilik deformatsiyasi, orqa muskullarining taranglashishi, shu sohada faoliyatning (harakat) yo‘qligi yuzaga keladi. Yakuniy tashxis rentgenografiyadan keyin qo‘yiladi, zarur bo‘lganda kompyuterli tomografiya qilinadi.

*Umurtqa sinishining davosi.* Harakatni cheklash (immobilizatsiya) usulida davolash – 4 hafta davomida asta-sekinlik

bilan repozitsiya (suyaklarni moslab to‘g‘irlash) qilib borish, keyin gipsli korset kiyish, 6 oydan keyin yechiladigan korsetni 1 yil kiyib yurish. Funksional usulda davolashda «mushaklar korseti» yaratishga asoslanib, sistematik mashq bajarishdan iborat. Bu usul bemorlarni korsetsiz boshqarishni ko‘zda tutadi. Dastlab kasalxonada, keyin ambulatoriya sharoitida bajariladi.

## Ko‘krak qafasi shikastlangan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Ochiq, qo‘shilgan va yopiq shikast olgan bemorlar kasalxonada yotishlari shart.

Ularni bosh tarafini ko‘targan holda, zambilda, doimiy ravishda nafas olish chuqurligi va tezligini, puls va A/B ko‘rsatkichlarini kuzatib, kasalxonaga olib boriladi. Yordam ko‘rsatish tarkibi va hajmi shikast og‘irligi va xarakteriga qarab aniqlanadi. Nafas olishni susaytirmaydigan analgetiklar (analgin, promedol) yordamida og‘riq qoldirish o‘ta muhimdir, morfin, fentanil tavsiya qilinmaydi.

*Bir-ikki qovurg‘aning chegarali sinishida* mahalliy anesteziya yoki qovurg‘alararo o‘tkazuvchi anesteziya (umurtqa yoni yoki kurak chizig‘i bo‘ylab qovurg‘a pastki qirg‘og‘iga ketma-ketlikda 3–5 ml 1% li novokain eritmasi yuboriladi) amalga oshiriladi. Qovurg‘alarning ko‘p sonli sinishida paravertebral blokada o‘tkazish mumkin (30–40 ml 0,5% li novokain yoki trimekain).

*Ko‘krakning teshib kiruvchi jarohatida* jarohatga plevra bo‘shlig‘ini tashqi muhitdan ajratuvchi okklyuzion bog‘lam qo‘yish shart. Steril kleyonka, polietilen, individual bog‘lam paketining rezinali qobig‘i bevosita jarohat ustiga qo‘yiladi. Agar okklyuzion bog‘lam qo‘ygandan keyin, bemor ahvoli og‘irlashib, hansirash, yuzining ko‘karishi, taxikardiya kuzatilsa va ko‘ks sog‘lom tomonga siljisa, bu klapanli pnevmotoraks rivojlanganligidan guvohlik beradi. Bunday vaziyatlarda bog‘lamni tezda yechib tashlash kerak.

*Gemopnevmotoraksda* plevra bo‘shlig‘idagi havo va qonni drenaj nay va punksiya yordamida chiqarib yuborish zarurdir. Plevra bo‘shlig‘idan havoni chiqarib yuborish uchun o‘rta o‘mrov chizig‘i bo‘ylab ikkinchi qovurg‘a orasida punksiya qilinadi, qonni chiqarish uchun orqa qo‘ltiqosti chiziq bo‘ylab 7–8-qovurg‘alararo punksiya qilinadi.

Infuzion terapiya ko‘krak shikastida, tashqi qon ketish miqdorini, A/Bning tushishini aniqlab buyuriladi.

## O‘pka raki bilan og‘rigan bemorlarning xususiyatlari

Onkologik bemorlar nafaqat jismoniy, balki ruhiy iztirob chekayotgan, boshqacha toifadagi kishilardir. Har bir inson bu tashxisdan o‘zicha ta’sirlanadi. Ba’zi birlari uzoq muddatga tushkunlikka tushsa, boshqalari yolg‘iz qolishga harakat qiladi. Tashxisni aytish murakkab jarayon. Bemorga unda rak borligini aytish yoki aytmaslik muhim va shu paytgacha bahsli muammo bo‘lib kelgan. Bunday xabarni aytish imkoniyati ko‘pgina omillardan aniqlanadi va mamlakat urf-odatlari, me’yorlariga hamda shifokorning kasbiy bilimi darajasiga bog‘liq bo‘ladi. Shifokor tashxisni aytishda bemorning holati va shaxsning xususiyatiga o‘rganish borasida qaror qabul qiladi. Hamshira bemor bilan muloqotda bo‘lganda doimiy ravishda bemorni qo‘llab-quvvatlovchi maslahatlar berishi kerak.

Xavfli o‘smalar, odatda organizmda bor bo‘lgan patologiya – surunkali kasalliklar asosida rivojlanadi. Bugungi kunda rak oldi kasalliklariga ko‘pgina kasalliklar kiradi (me’da raki – gastrit, me’da yarasi, jigar raki – surunkali virusli gepatit B yoki C).

***Xavfli o‘sma borligini ko‘rsatuvchi simptomlar:***

- *Umumiy holsizlik* – uyda va ishlab chiqarishdagi kundalik ishni bajarishda tez charchash yuzaga keladi. Umumiy holsizlikni o‘sma intoksikatsiyasi chaqiradi.
- Ishtahaning yo‘qolishi – pasayib boruvchi ishtahaning yo‘qligi.
- Bemor og‘ir holatlarda majburiy ovqat yeydi yoki umuman ovqatdan voz kechadi.

– Vazn yo‘qolishi – oqsil, uglevod va suv-tuz almashinuvining buzilishi bilan bog‘liq. Organizmda gormonal buzilishlar yuz beradi.
– Tana haroratining ko‘tarilishi – harorat kechqurunlari 37,2–37,4°C ko‘tariladi. Tana haroratining 38°C va undan yuqori ko‘tarilishi, o‘smaning parchalanishi va yallig‘lanish jarayonining qo‘shilishi natijasida kuchli intoksikatsiya ketayotganligidan darak beradi.
– Depressiya (tushkunlik) – tushkun holat bo‘lib, bemor hamma narsaga qiziqishni yo‘qotadi, odamovi va ta’sirchan bo‘lib qoladi.

O‘pka va bronx raki odatda birgalikda ko‘riladi va «bronxopulmonal rak» deb ataladi. Ikkita shakli farqlanadi: bronxdan boshlanadigan markaziy o‘pka raki va o‘pka to‘qimasining o‘zidan rivojlanadigan periferik rak. O‘sma o‘lchami va tarqalishi metastaz bor-yo‘qligiga qarab 4 bosqichga bo‘linadi:

***1-daraja*** – metastazsiz katta bo‘lmagan o‘sma.

***2-daraja*** – bronxopulmonal limfatik tugunlarga yakka metastaz bergan katta bo‘lmagan yoki bir nechta katta o‘smalar.

***3-daraja*** – o‘pka chegarasidan tashqariga chiqqan o‘sma, regionar limfa tugunlarida ko‘plab metastazlar bor.

***4-daraja*** – qo‘shni a’zolarga tarqalgan va ko‘p regionar metastazlar yoki boshqa a’zolarga metastaz bergan o‘sma.

Quyidagi surunkali yallig‘lanish kasalliklari o‘pka rakining rivojlanishiga olib kelishi mumkin: surunkali pnevmoniya; bronxoektatik kasallik; surunkali bronxit; sil bilan og‘rigandan keyin paydo bo‘lgan o‘pkadagi chandiqlar va h.k.

Chekish ham katta rol o‘ynaydi, chunki statistik ma’lumotlarga ko‘ra chekuvchilarda chekmaydiganlarga nisbatan o‘pka raki ko‘proq uchraydi. Demak, sutkada ikki va undan ko‘p qadoqlangan tamaki chekuvchilarda o‘pka rakining kelib chiqishi 15–25 marta o‘sib boradi. Asbest zavodida ishlash, nurlanish ham rol o‘ynaydi.

***Klinik holati va simptomlari.*** Birlamchi o‘sma qayerda bo‘lishiga qarab– bronx yoki o‘pka to‘qimasida, simptomlar turli bo‘ladi. Markaziy rakda (bronx raki) kasallik odatda quruq, bo‘g‘iq yo‘taldan boshlanadi, keyin balg‘am, ba’zan qon aralash paydo bo‘ladi. Bu shaklga sababsiz o‘pkaning yallig‘lanishi, ya’ni pnevmonitning rivojlanishi xos bo‘lib, yo‘talning kuchayishi, yuqori harorat, holsizlik, ba’zan ko‘krakda og‘riq bilan kechadi. Pnevmonit rivojlanishida bronxning o‘sma bilan vaqtinchalik berkilishi va yallig‘lanishning qo‘shilishi sabab bo‘ladi.

Keyinchalik kasallikning kechishi kuchayadi: doimiy yo‘tal, kuchayib boruvchi holsizlik, haroratning ko‘tarilishi va ko‘krakda og‘riq kuzatiladi. Butun o‘pkada yoki bir bo‘lagida havo almashinishi buzilishi natijasida nafas olish buziladi.

Periferik o‘pka rakida, ya’ni o‘pkaning o‘z to‘qimasidan rivojlangan rakda kasallik simptomsiz kechadi. Boshlang‘ich davrida o‘sma ko‘proq bemorni o‘pka rentgenografiyasi yoki flurogrammasida profilaktik tekshirish vaqtida bexosdan aniqlanadi. Faqat o‘lchami kattalashganda, yallig‘lanish qo‘shilganda yoki o‘smaning bronx yoki plevra (o‘pka pardasi)ga o‘sib kirganida aniq simptomlar – kuchli og‘riq, tana haroratining ko‘tarilishi, yo‘tal ko‘rinishida namoyon bo‘ladi.

O‘tkazib yuborilgan bosqichda o‘smaning plevraga tarqalishi natijasida suyuqlik yig‘ilishi bilan, ba’zan bir necha litrgacha, plevra raki rivojlanadi, shunda yuqorida aytib o‘tilgan belgilardan tashqari hansirash paydo bo‘ladi.

*Qon tuflash* – eng xatarli simptomlardan biri.

*Ko‘krakdagi og‘riq* nafas olishga bog‘liq bo‘lmagan va kuchli bo‘ladi, chuqur nafas olganda, yo‘talganda kuchayadi va o‘smaning plevraga o‘sib kirishi bilan bog‘liq. Ko‘krak qafasi a’zolarining rentgenografiyasi, kompyuterli tomografiya, bronxoskopiya, limfa tugunlarining biopsiyasi tashxis qo‘yishda qo‘llaniladi.

***Davosi.*** Davolashni tanlash rak shakliga, tarqalishiga, metastazlar bor-yo‘qligiga bog‘liq. Odatda, o‘pka rakini

davolash kompleksida – operatsiya, ximioterapiya, nur bilan davolashni birlashtirish orqali olib boriladi. Qaysidir davo usulini olib tashlash yoki navbatlash o‘sma tipiga va o‘sma jarayonining tarqalganligiga qarab qo‘yiladi. Xirurgik usul maqsadi bemorning hayotini saqlash yoki uzaytirish hisoblanadi. Ko‘rsatmaga bog‘liq holda operatsiya bajarishda o‘pkaning bir (ikki) bo‘lagi (lobektomiya va bilobektomiya), o‘pkaning hammasi (pulmonektomiya), limfadenektomiya bilan birga (limfa tugunlarini olib tashlash) bajarish mumkin. Operatsiya uslubini tanlash aniqlangan ko‘rsatmaga bog‘liq (jarayon bosqichi), lekin biz odatiy (ochiq) uslubga nisbatan undan ancha ustun turadigan torakoskopik uslubni afzal bilamiz. Kasallikning tarqalgan shaklida asosiy davolash usuli ximioterapiya hisoblanadi. Ximioterapiya asosida xavfli hujayralarga bevosita shikastlovchi ta’sir yotadi. Operatsiya qilish yoki nurlantirish mumkin bo‘lmaganda vaqtinchalik terapevtik naf berishga imkon beradi.

Qo‘shimcha usul sifatida nur terapiya qo‘llaniladi. Nur terapiya 40% bemorlarda mustaqil davolanish vositasi sifatida qo‘llaniladi. Nurlanish ta’sirida rak hujayralari degeneratsiya va nekrozga uchraydi. Operatsiya qilib bo‘lmaydigan bemorlarda nur va ximioterapiyani qo‘shib olib borish maqsadga muvofiqdir. Bunday davolanish vaqtida bemorlarga vitaminlar berish va qon quyish muhimdir.

## O‘pka rezeksiyasini o‘tkazgan, o‘pka raki bor bemorlarda operatsiyadan oldingi hamshiralik parvarishi

***Ruhiy tayyorlash.*** Xavfli o‘smasi bor bemorlarda parvarishning o‘ziga xosligi, alohida ruhiy yondashishning zarurligi hisoblanadi. Onkologik bemorlar o‘ta o‘zgaruvchan, tez ta’sirlanadigan ruhiyatga ega bo‘lib, bu bemorlarni parvarish qilishning hamma bosqichlarida hisobga olish lozim. Hamshira har kuni bemorning yurish-turishidagi o‘zgarishni kuzatishi kerak, kundalik ehtiyojiga g‘amxo‘rlik qilishi, ahvolidan qiziqishi, bemorda operatsiya muvaffaqiyatiga ishonch uyg‘otishi kerak.

Hamshiraning butun e'tibori bemorda operatsiya va narkoz oldidan bo'ladigan vahima, qo'rquvni yengishga qaratilgan bo'lishi lozim.

***Jismoniy tayyorgarlik.*** Bemorni operatsiyaga tayyorlashda hamshira butun e'tiborini uning shikoyatlariga, salbiy holatlarni bartaraf qilishga qaratishi kerak. Bemorni umumiy tayyorlash (qon, siydik tahlili, qon guruhi, qonning ivuvchanligi), hayotiy muhim a'zolarni tekshirish: yurak-tomir sistemasi, nafas olish sistemasi, me'da-ichak yo'llari, jigar, buyrak va boshqalar.

*Yurak-tomir sistemasi.* Bemorni tekshirishda albatta arterial va venoz bosim, puls, EKG, oksigemometriya va umumiy qon tahlili aniqlanadi. Agar birorta patologiya (poroklar, gipertonik kasallik, miokarddagi distrofik o'zgarishlar, yurak ishemik kasalligi va b.) bo'lsa, shifokor maqsadga yo'naltirilgan terapiya buyuradi.

*Nafas olish sistemasi*. Nafas a'zolari tekshirilganda albatta yuqori nafas yo'llarining yallig'lanish kasalliklari, bronxit, pnevmoniya yo'qligi aniqlanishi, agar bo'lsa yo'qotishi kerak bo'ladi. O'pka va yurak operatsiyalariga tayyorlashda, spirografiya, yurak bo'shlig'ini zondlash va boshqa funksional tekshirishlar zarur.

*Hazm sistemasi*. Katta e'tiborni og'iz bo'shlig'i sanatsiyasi – milklarning yallig'lanish jarayonlarini, kariyes tishlarni bartaraf qilishga qaratish lozim. Me'da-ichak yo'llari tarafidan birorta patologiya (gastrit, kolit, me'da va 12 barmoqli ichak yara kasalligi) aniqlanganda, dorilar bilan davolash o'tkaziladi.

*Qon va qon ishlab chiqaruvchi a'zolar.* Operatsiyadan oldin umumiy qon tahlilidan tashqari, qonning ivish vaqti aniqlanadi. Qondagi o'zgarishlarni hisobga olib, operatsiyadan oldin kerakli korreksiya o'tkaziladi.

Ancha ozib ketgan bemorlarga ovqatlanishni normaga keltirish, vitaminoterapiya, albumin, protein, gidrolizat kazeinlar – parenteral ovqatlantirish buyuriladi. Premedikatsiya o'tkaziladi.

## O‘pka rezeksiyasi bo‘lgan, o‘pka raki bor bemorlarda operatsiyadan keyingi hamshiralik parvarishi

Onkologik bemorlarni parvarish qilishda, ularning ahvoli (vaznini o‘lchash, tana haroratini o‘lchash, puls, nafas olish, A/B, ichilgan va ajratilgan suyuqlik miqdori, ovqatlanish va fiziologik ajralma, kayfiyati va o‘zini sezishi)ni muntazam kuzatishga katta ahamiyat beriladi, bemor o‘zi yoki qarindoshlari tomonidan maxsus kundalik tutish kerak, chunki har qanday o‘zgarish kasallikning rivojlanishidan darak beradi. Bemor shikoyatlarini hisobga olish zarur.

Operatsiyadan keyingi davrda ko‘p yoki kam darajada o‘pka ventilatsiyasi (havo almashinuvi)ning kamayishi yuzaga keladi – tez va yuzaki nafas olish, nafas ekskursiyasining kamayishi hisobiga – og‘riq, majburiy holat, bronx yo‘llarida balg‘am ajralishi yetarlicha emasligi natijasida yig‘ilib qolishi. Bunday holat o‘pka yetishmovchiligi va yallig‘lanishiga olib keladi. Oldini olish uchun erta faol harakat, shifokor ruxsati bilan to‘shakdan 2–3 kunda erta turish, davolash mashqlari, massaj, balg‘amni sistematik ajratib turish bajariladi.

*Operatsiya jarohatini parvarish qilish*. Choklar 12–14-kunlari olinadi, chunki bunday bemorlarda to‘qimalar tiklanishi sekinlashgan bo‘ladi. Shifokor tayinlagan maxsus dorilarni tarqatish va bemorlar ichishiga hamshira mas’uldir. Bemorda kutilmagan salbiy ta’sirlar namoyon bo‘lmayotganligini nazorat qilinadi. Hamshira yuzaga kelishi mumkin bo‘lgan asoratlarni – o‘pkadan qon ketishini bilishi va shifokorgacha bo‘lgan yordamni tez ko‘rsata olishi lozim: qon laxtalarining nafas yo‘liga o‘tib ketishining oldini olish maqsadida bemor boshini yonbosh qilishi, muz bo‘laklari bilan suv ichirishi va tezda shifokorga xabar berishi kerak.

Ovqat oqsil va vitaminlarga boy bo‘lishi kerak. Ovqatlantirish operatsiyadan keyingi 4–6-soatlardan boshlanadi. Narkozdan 4–6 soat o‘tgach ichishga suv beriladi.

Hamshira bemor qarindoshlarini kuzatish va parvarish qilishga o‘rgatadi, bemorni har qanday ko‘rinishda qabul qilishda yordam beradi.

Har bir aniq vaziyatda onkologik xizmat mutaxassislari bemor va qarindoshlarini har xil kasallik shakllari va davolash uslublari xususiyatlariga ega bo‘lgan gigiyenik tadbirlarga, to‘g‘ri ovqatlanish tartibiga o‘rgatadi. Ba’zi holatlarda, ayniqsa operatsiyadan keyin, onkologik dispanser hamshirasi yoki maxsus tayyorlangan qarindoshlari amalga oshiradigan maxsus parvarish zarur.

## Nafas yo‘llarini tozalash, yo‘talni stimullash, nafas mashqlari

Nafas yo‘llarida ko‘p miqdorda balg‘am yig‘ilgan bemorlarda nafas yo‘llarini tozalash uchun (og‘iz bo‘shlig‘idan bronxlargacha), operatsiyadan keyin nafas yo‘llarini va alveolalarni tozalash uchun *nebulayzer* yordamida ingalyatsiya o‘tkaziladi. Nebulayzer turlari: bosim ostidagi oqimli nebulayzer va ultratovushli nebulayzer.

***1. Nafas yo‘llarini tozalash tartibi:***

*(1) maqsadlar*

Dori yuborish vositasi yordamida yuqori nafas yo‘llari namlanadi va shilliq qavatdagi yallig‘lanish jarayoni yo‘qotiladi.

*(2) har bir usul qonun-qoidalari:*

- Bosim ostidagi oqimli nebulayzer: og‘iz va burun bo‘shliqlari orqali bronx va bronxiolalarga dori yuborish va namlash uchun mos keladi hamda yuqori nafas yo‘llariga yuborish uchun katta o‘lchamdagi aerozol tanachalari to‘g‘ri keladi.
- Siqilgan havo hosil bo‘ladigan kompressorga purkash moslamasi ulanadi. Agar purkovchi moslamaga dori eritmasi quyilsa, qisilgan havo oqimi ko‘rinishida dori vositasini aerozol tanachalariga aylantiradi. Tanachalar orasidagi o‘lchamlar har xil, taxminan 1–15 μм bo‘ladi.

– Ultratovushli nebulayzer: tanachalar o‘lchami juda kichkina bo‘lgani uchun alveola darajasida namlash imkonini beradi. Ultratovushli moslamani dori eritmasiga botiriladi, ultratovushli energiya ta’siri ostida suyuqlik yuzida aerozol hosil bo‘la boshlaydi. Aerozol o‘lchami 1–5 μм bo‘lib, alveolagacha namlashga imkon beradi, lekin haddan tashqari namlansa alveola darajasida yuqori gidratatsiya rivojlanish xavfi bor.

***2. Nebulayzerni qo‘llash uslubi.***

*O‘tkazish uslublari:*

– Bemorga muolaja mazmunini tushuntirib o‘tirish yoki yarim o‘tirgan holatni egallash so‘raladi. Imkoniyat boricha har bir bemorga alohida nebulayzer ishlatgan ma’qul.
– Ingalyatsiyani boshlashdan oldin hamshira bemorda nafas shovqinini tekshiradi.
– Nebulayzer idishiga distillangan suv yoki dori eritmasi solinadi.
– Apparatni yoqish, purkash holatini tekshirishdan keyin manjet yoki niqob kiydiriladi.
– Chuqur nafas olish.
– Bitta ingalyatsiya 5 dan 10 daqiqagacha davom etadi, lekin bemor ahvoliga qarab o‘zgarishi mumkin.
– Ingalyatsiyadan keyin ham hamshira nafas shovqinini tekshiradi.
– Ishlatib bo‘lingandan so‘ng apparatdan suyuqlik to‘kiladi, dezinfeksiya qilinib, quritiladi va yig‘ishtirib qo‘yiladi.
– Ultratovushli nebulayzerdan foydalanilganda ultratovushli elementi bor idishga belgilangan belgigacha oddiy oqar suv solinadi (ba’zi apparatlarga distillangan suv).

***3. Yo‘talni qo‘zg‘atish.***

*(1) maqsadlar*

Natijali yo‘tal – nafas yo‘llarining o‘tkazuvchanligi va tozalanishi ta’minlanadi hamda atelektaz singari operatsiyadan keyingi o‘pka asoratlarining oldi olinadi.

*(2) yo‘tal tartibi*

Yo‘tal orqali balg‘amni ko‘chirish tovush boylamini to‘liq berkitadi va qorin muskullari qisqaradi, natijada nafas yo‘llarida bosim oshadi va kuchli yo‘taldan keyin balg‘am ajraladi.

***4. Yo‘tal yordamida balg‘amni ko‘chirish.*** Har nafas olganda bir martalik yo‘tal yo‘talish uslubini tashkil qiladi. Lekin operatsiyadan keyingi davrda bemorlarda kuchli og‘riq bir martalik kuchli yo‘talishga xalaqit beradi. Bunday hollarda bir necha marta yengil yo‘talish yordamida balg‘am yuqori nafas yo‘llariga va og‘iz bo‘shlig‘iga ko‘chadi, keyin bir marta kuchli yo‘talish bilan hamma ajralma chiqarib yuboriladi. Operatsiyadan keyingi og‘riqni yumshatish usuli sifatida jarohatni ikki qo‘l bilan bosib turish kerak. Bundan tashqari, og‘riq qoldiruvchi dorilar qo‘llaniladi va ta’sir qilgandan keyin yo‘tal amalga oshiriladi.

***5. Nafas mashqlarining tartibi.***

*(1) maqsadlar*

- Mavjud nafas faoliyatini maksimal darajada saqlash.
- O‘pkaning qayta kengayishiga ta’sir qilish, alveolalarning puchayishini bartaraf qilish.
- Operatsiyadan keyingi asoratlarning oldini olish (atelektaz, pnevmoniya).

*(2) diafragmal (qorin) nafas prinsiplari*

Nafas olish mashqlari o‘z ichiga ko‘krak tipidagi nafasni olib, bunda asosan ko‘krak qafasi harakati ko‘zda tutiladi va qorin tipidagi nafas olishda (diafragmal) asosan qorin sohasi ishlaydi. Diafragmaning yuqori va pastga harakati 60–70% hajmda o‘pkada havo aylanishini egallaydi. Ko‘krak va qorin bir vaqtda harakatlanadi, lekin ko‘krak sohasida jarohat bo‘lganda, ataylab ko‘proq qorin ishlatiladigan chuqur nafas usulini o‘rganish zarurdir. Odatda, ko‘krak sohasida xirurgik operatsiya o‘tkazilganda, agar chuqur diafragmal (qorin) nafas amalga oshirilsa, jarohat sohasida vibratsiya darajasini tushirish mumkin.

- *Nafas chiqarish:* ataylab qorin muskullari va diafragma qo‘llaniladi. Boshqacha aytganda, nafas chiqarishda

qorinning yuqori qismida muskullar qisqaradi, qorin ichi bosimi oshadi va o‘pkadan havoning chiqib ketishiga yordam beradi.

– *Nafas olish:* ataylab tashqi qovurg‘alararo muskullar ishlatiladi. Boshqacha aytganda, nafas olishda ko‘krak qafasini kengaytirib, nafas olish hajmi oshiriladi.

***Chuqur nafas olish usuli:***

– Foydali nafas olishni amalga oshirishga imkon beruvchi holat egallanadi. Imkoni boricha yarim o‘tirgan holat yoki Fauler ko‘rinishining yarmini egallanadi.
– Bitta qo‘lni qorinning yuqori qismiga, qorin va ko‘krak qafasi ekskursiyasining farqini aniqlash uchun ikkinchi qo‘lni ko‘krakka (jarohat sohasi) qo‘yiladi.
– Og‘iz orqali bor havoni chiqariladi, keyin burun orqali nafas olinadi. Shunday qilish kerakki, nafas olishda qorinning yuqori qismi (kindik oldida) ko‘tarilsin. Ko‘krak qafasiga nisbatan qorin ko‘proq ko‘tarilganligini tekshirish. Nafas chiqarish va nafas olish davomiylik nisbati 2:1 bo‘lishi kerak. Agar normal nafas chiqarilsa, nafas olishda hech qanday muammo bo‘lmaydi.
– Nafas soni bir daqiqada 10–15 martaga teng.

***Apparatlar yordamida nafas mashqlarini o‘tkazish usullari.*** Mashqlar natijasini baholash uchun ko‘rsatkich bo‘lib xizmat qiluvchi o‘lchov va bo‘linishi bor moslama mashq bajarish uchun xizmat qiladi. Maxsus moslamalardan foydalangan holda nafas mashqlarini bajarish nafas faoliyati kuchsizlangan va keksa yoshdagi bemorlar uchun ayniqsa foydali.

**Zoldirli spirometr**

– Zoldirli spirometrning ishlash prinsipi

Spirometr – bu maksimal nafas olish yordamida nafas mashqlarini amalga oshiruvchi apparat. Havo uzoq vaqt davomida va sekin, bir tekisda kirib boradi va o‘pka alveolalarining maksimal havo hajmi bilan ta’minlanishiga imkon beradi. Bu o‘z o‘rnida nafas olish hajmini oshiradi.

– Spirometrni qo‘llash usuli:

a) naychani mahkam tishlab olinadi (havo chiqib ketmasligi uchun);

b) zoldirchalar tinch va sekin nafas olishda yuqoriga ko‘tariladi;

d) zoldirchalar ko‘tarilishi bilan, ularni havoda ushlab turishga harakat qilish kerak.

*Eslatma:*

a) bir vaqtda 2–3 ta zoldirni ko‘tarishdan ko‘ra, kamroq zoldirni uzoq vaqt davomida yuqorida ushlab turish ko‘proq naf beradi;

b) zoldirni ko‘tarish va spirometrda nafas hajmi kuzatiladi.

Agar birorta ham zoldir ko‘tarilmasa, spirometrni 45 gradusga egish lozim. Nafas hajmi 1/2 ga teng bo‘ladi.

### «Sufl» apparati (xalta ishlatish mumkin)

*«Sufl» apparatining ishlash tartibi*

«Sufl» apparati nafas chiqarish davomiyligini nafas chiqarish vaqtidagi qarshilik hisobiga cho‘zadi va o‘pkadagi qoldiq hajmni kamaytiradi. Bundan tashqari, qayta chiqarilgan havoni nafas olish hisobiga qondagi karbonat angidrid gazi konsentratsiyasi oshadi, nafas markazi qo‘zg‘aladi va refleks ta’sirida chuqur nafas olish rag‘bantiriladi.

*«Sufl» apparatini qo‘llash usuli:*

a) burun orqali nafas olmaslik uchun burun qisqich yordamida bekitiladi, uchlik tishlar bilan yengil tishlab turiladi;

b) ovoz yo‘qolmaguncha, sekin nafas chiqariladi;

d) shu holatda og‘iz orqali nafas olinadi.

### Plevra bo‘shlig‘idagi drenajni nazorat qilish

Plevra bo‘shlig‘idagi drenaj deb, plevra bo‘shlig‘ida yig‘ilgan biologik suyuqlikni va havoni doimiy chiqarib turishga aytiladi. Plevra bo‘shlig‘idagi bosim doimo manfiy bo‘lib, biror sabab tufayli plevra bo‘shlig‘idagi manfiy bosimni ushlab turishni iloji bo‘lmasa, plevra bo‘shlig‘iga drenaj qo‘yiladi. Plevra bo‘shlig‘i drenajida suyuqlik chiqarish uchun qo‘yiladigan nayni *drenaj nayi* deb ataladi.

*Plevra bo‘shlig‘i drenajidan maqsad:*

– siqilgan o‘pkani qayta shishirish;

– plevra bo‘shlig‘iga yig‘ilgan qon ekssudatni bartaraf qilish.

*Past bosim ostida doimiy ravishda so‘rib oluvchi apparatning ishlash tartibi.* Boshqaruvchi kuch bilan so‘rib oluvchi elektr so‘rishdan foydalaniladigan doimiy so‘ruvchi apparatning tuzilishi: odatda, ushbu apparat so‘ruvchi idishdan, nasos va so‘rish kuchini boshqaruvchi moslamadan iborat. Drenaj nayning tiqilib qolishi va drenajda ajralmaning yig‘ilib qolishini bartaraf qiluvchi xususiyatini yaxshilash uchun, undagi ajralmani qo‘l bilan siqib chiqariladi.

Reabilitatsiya

***O‘pka faoliyatini hisobga olgan holda hayotni ushlab turishga qaratilgan reabilitatsiya***

*Foydali nafas mashqlarini amalga oshirish usullari:*

– qorin nafasi (diafragmal nafas);

– yopiq lablar orasidan nafas olish;

– nafas apparatlaridan foydalanish;

– qorin nafasi bilan kundalik faollik (yurish, zinadan chiqish).

Torakotomiya operatsiyasini o‘tkazgan bemorlarda qo‘llar faoliyatini tiklab turuvchi mashqlar

O‘pka rezeksiyasi operatsiyasi qilingan bemorlarda, katta rombsimon mushak, oldingi tishli mushaklar, trapetsiyasimon va orqaning serbar mushaklari olib tashlanadi, natijada kurakning harakat faoliyati kuchsizlanishiga olib keladi. Organizmda bunday bir tomonlama mushaklar kamayishi deformatsiyaga olib keladi, chunki qarama-qarshi tomonda mushaklar yanada rivojlanadi. Mashqlar bajarishda quyidagilarga e’tibor berish lozim:

– Odatda, bemor og‘riq tufayli operatsiya bo‘lgan tomonda qo‘llarini harakatlantirishni xohlamaydi. Ammo, bemorda mushaklar olib tashlanganligini hisobga olib, qo‘llar va tananing deformatsiyasi tufayli qo‘llarning gipokinezi (ixtiyoriy harakatlarning susayishi)ning oldini olish uchun jismoniy mashqlarni faol bajarishi kerak.

– Jismoniy mashqlar kundalik hayotda ongsiz ravishda bajariladi, masalan, oyna artganda.

– Tana holatining deformatsiyasi yuzaga kelishini hisobga olib, oyna oldida turib, yelkalarni tik tutish, shu bilan to‘g‘ri ko‘-rinishni saqlashga qaratilgan mashqlarni bajarish zarur.

***Qo‘llarning faoliyatini baholovchi kuzatuv punktlari***

1. Harakat faolligidan oldin va keyin umumiy holsizlik sezgisi va mushaklarda og‘riq darajasi va borligi.

2. Gavdaning deformatsiyasi, bo‘g‘imlar harakatining cheklanganligi.

3. Tana va qo‘llar faoliyatini tiklovchi mashqlarning borligi va darajasi.

4. Qo‘llarda shish va uvushish borligini sezish.

**Torakotomiyada kesiladigan muskullar va faoliyat buzilishlari**

| Kesiladigan mushaklar nomi | Funksional buzilishlari |
|---|---|
| Trapetsiyasimon mushak | Qo‘llarning yozilish, orqaga qilish va yetish imkoniyatining kengayishi |
| Katta rombsimon mushak | Qo‘llarning ichkariga aylanma harakati |
| Orqaning serbar mushagi | Yelkalarni tushirish |
| Oldingi tishli mushaklar | Kuraklarni aylantirish |

**Faoliyatni tiklash uchun harakat faolligini amalga oshirish usullari**

| Kesiladigan mushaklar nomi | Faoliyatni tiklash uchun harakat mashqlari |
|---|---|
| Trapetsiyasimon mushak | Qo‘llarni yuqoriga, orqaga cho‘zish, keyin oldinga qilib, pastga tushirish. |
| Katta rombsimon mushak | Ikkala qo‘lni belga qo‘yib, imkon boricha tirsaklarni orqaga qilish. |
| Orqaning serbar mushagi | Tirsakli stulga to‘g‘ri o‘tirish kerak. Ikkala qo‘l bilan qarama-qarshi tomondagi tirsak qo‘ygich ushlanadi. Kuch bilan ularni bosib, qorinni ichga tortish va tanani beldan yuqori qismini tik tutish kerak. Tirsaklar to‘liq to‘g‘irlanmaguncha bir vaqtda gavdani ko‘tarish va nafas olish. Shu holatda biroz vaqt turish. Keyin sekin gavdani oldingi holatga keltirib, nafas chiqarish. |
| Oldingi tishli mushaklar | Qo‘llarni yuqoriga ko‘tarish va kaftlar bilan yuqori yo‘nalishda «bosib turish». |

## Uy sharoitida yashash masalasi bo‘yicha yo‘riqnoma

O‘pka rezeksiyasida (albatta, bu rezeksiya maydoniga bog‘liq) o‘pka oldingi o‘lchamiga qaytish uchun 3–6 oy talab qilinadi, sog‘lom odam holatigacha o‘pkaning hayotiy sig‘imi foizini tiklash uchun 1 yil atrofida muddat kerak. Agar bemorning o‘pka sig‘imi sog‘lom o‘pka sig‘imining 40% ini tashkil qilsa, unda bemorga umumiy hayot tarzida yashashga ruxsat beriladi, 30% dan past ko‘rsatkichda bemorga tinchlik tartibini saqlagan hayotda yashash lozim bo‘ladi. Shu sababli, bemorga o‘pkasining tiklanish darajasiga monand, kundalik hayot faoliyatini sekinlik bilan kengaytirib borishni tushuntirish zarur.

*Quyidagi punktlar bo‘yicha yo‘riqnoma o‘tkazish zarur:*

- kasalxonada o‘tkazilgan qo‘llarni harakatlantirish mashqlari va nafas olish uslubini amalga oshirishni davom ettirish: kasalxonadan keyingi bir necha hafta davomida bemor naf beruvchi nafas olishga amal qilishi kerak (qorin tipida, chuqur nafas olish); qo‘llarning deformatsiyaga uchrashining oldini oluvchi harakat mashqlarini bajarishi hamda oyna oldida tananing to‘liq aksida turib gavdaning to‘g‘ri holatini saqlashi;
- yurak va o‘pka faoliyatini yaxshilash uchun harakat faolligi dasturi;
- yuqori nafas yo‘llariga infeksiya tushishining oldini olish: ko‘chadan kelgandan keyin, albatta majburiy tartibda tishlarni tozalash va og‘izni chayish; gripp epidemiyasi vaqtida odamlar to‘planadigan joylarda bo‘lmaslik;
- chekishdan o‘zini tiyish bo‘yicha yo‘riqnoma.

O‘pka faoliyati yomonlashganda chekish orqali organizmga rak kanserogen moddalar tushishi bo‘yicha tushuntirish.

**NAZORAT SAVOLLARI:**

1. Pnevmotoraks nima?
2. Gemotoraks nima?
3. O‘pkaning lat yeyishi haqida gapirib bering.
4. Ko‘krak qafasi shikastida shoshilinch yordam talab qiluvchi asosiy simptomlarni aytib bering.

5. Ko‘krak qafasining ochiq shikastlari haqida gapirib bering.
6. Qovurg‘alar sinishining belgilari.
7. To‘shning sinish belgilari.
8. Umurtqaning sinishi. Klinik belgilari.
9. Ko‘krak qafasi shikastlangan bemorlarda hamshira parvarishi.
10. O‘pka raki bilan og‘rigan bemorlarning xususiyatlari. Xavfli o‘sma borligini ko‘rsatuvchi simptomlar.
11. O‘pka raki bor o‘pka rezeksiyasini o‘tkazgan bemorlarda operatsiyadan keyingi hamshira parvarishi.
12. Operatsiyaga ruhiy tayyorgarlik.
13. Operatsiyaga jismoniy tayyorgarlik.
14. Apparatlar yordamida nafas mashqlarini o‘tkazish usullari.
15. Plevra bo‘shlig‘idagi drenajni nazorat qilish.
16. Reabilitatsiya.
17. Uy sharoitida yashash masalasi bo‘yicha yo‘riqnoma.

## 1.11. Kalla-miya shikastlari va miyaga qon quyilgan bemorlarning xususiyatlari

Kalla suyagi va bosh miya shikastlari inson organizmi uchun katta ahamiyatga ega bo‘lgan buzilishlariga kiradi. *Ochiq* va *yopiq* shikastlarga bo‘linadi. Bosh miyaning yopiq shikastlari miya chayqalishi, miyaning lat yeyishi, kalla suyagining asosi va gumbazi sinishlariga bo‘linadi. Bosh miyaning ochiq shikastlari teshib kirgan va yuza shikastlarga bo‘linadi. Miyaning shikastlanishga javob reaksiyasi xususiyatlariga venoz bosimning tez ko‘tarilishi evaziga miya moddasining shishishi va bo‘rtishining rivojlanishi kiradi. Shikastlanish kalla ichi bosimining ko‘tarilishi va miya faoliyatining buzilishiga olib keladi.

Bosh miyaning yopiq shikastlari – miyaning yopiq shikasti bo‘lib, klinik belgilarning asl holiga qaytishi bilan xarakterlanadi. Miya chayqalishining yengil, o‘rta va og‘ir darajalari farqlanadi.

***Klinik holati va belgilari.*** *Yengil darajali* chayqalishda qisqa muddatli hushdan ketish, xotiraning yo‘qolishi – retrograd amneziya (shikast olishdan oldingi hodisalarga xotiraning yo‘qolishi) va antegrad amneziya (shikast olgandan keyingi ilk voqealarni unutish), ko‘ngil aynish, qusish, bosh og‘rig‘i, holsizlanish, bosh aylanishi, qulog‘ida shovqin va shang‘illash

eshitilishi, ko‘z olmasini harakatlantirganda og‘riq – Mann simptomi kuzatiladi.

*O‘rta darajali* chayqalish uzoqroq muddatga hushdan ketish, ko‘ngil aynish, qusish, reflekslarning susayishi, bradikardiya, qorachiqlarning torayishi, ba’zan qo‘zg‘alish bilan xarakterlanadi.

*Og‘ir darajali* chayqalishda komatoz holat rivojlanadi; hushni yo‘qolishi, qorachiqlar yorug‘likka javob reaksiyasining yo‘qolishi, reflekslar yo‘q, puls kuchsiz, nafas olish yuza, hojat va siydikni ushlab tura olmaslik rivojlanadi. Kalla-miyaning og‘ir darajali shikastlanishida birinchi o‘ringa nafas olishning buzilishi chiqadi, shuning uchun nafas olishni tiklashga qaratilgan tadbirlarni amalga oshirish lozim.

**Bosh miyaning lat yeyishi** miyaning og‘ir shikasti bo‘lib, uzoq muddatga hushni yo‘qotish va miya shikastlanishining yaqqol belgilari bilan kechadi.

*Yengil darajali* bosh miya lat yeyishida bemor bosh og‘rig‘iga shikoyat qiladi, meningeal simptomlar paydo bo‘ladi – ensa mushaklarining tarangligi, Kerning simptomi.

*O‘rta darajali lat yeyishda* yuqorida sanab o‘tilgan umum miya belgilariga turg‘un o‘choqli simptomlar qo‘shiladi: nutqning buzilishi, parez va falajlanishlar. Jabrlangan bilan aloqa o‘rnatish mumkin, lekin kam natijali bo‘ladi. Hushning buzilish darajasi hushning chuqur o‘chishiga mos keladi.

*Og‘ir darajali* lat yeyishi hushning buzilishiga olib keladi, bemor muloqotga kirmaydi. Bosh miya o‘zagi lat yeyishi nafas olishning buzilishi, A/B ning tushishi, pulsning bir daqiqada 100–120 martagacha tezlashishi bilan kechadi. Keyinchalik og‘ir, hayotiy muhim faoliyatlarga tahdid soluvchi buzilishlar qayd qilinadi. Subaraxnoidal qon quyilishi bilan kechadigan bosh miya lat yeyishida hushni tiklash ancha uzoq muddatlarda sodir bo‘ladi.

**Bosh miyaning bosilishi** ko‘pchilik holatlarda miya qattiq pardasining yirik tomirlari yorilganda, gumbaz suyaklari va

kalla asosining sinishida kuzatiladi. Bunda hosil bo‘lgan qon laxtalarining joylashishiga qarab, *epidural* – miya qattiq pardasi ustida, *subdural* – miya qattiq pardasi ostidagi gematomalar farqlanadi. Shikast olgan zahoti qisqa muddatga hushning yo‘qolishidan keyin, darhol «yorug‘ oraliq» kelib chiqadi. Bu vaqtda bemor o‘ziga keladi, u bilan muloqotga kirish mumkin. Lekin asta-sekin hush xiralashadi, ba’zan harakat qo‘zg‘aluvchanligi, tutqanoq xuruji kuzatiladi. Bradikardiya, qorachiqlar dastlab toraygan, keyin kengayadi, yutish faoliyati buziladi. Umum miya belgilarining kuchayib borishi bilan birga, miyaning bosilish va dislokatsiyasining o‘choqli belgilari aniq namoyon bo‘ladi; bosh-miya nervlarining qon quyilgan tomonidagi parez va falajlanishi, qo‘l va oyoq muskullarining qarama-qarshi tomonda parez va falajlanishi.

**Travmatik koma –** bosh miyaning og‘ir shikastlarida yuzaga keladi. Ikkita faza farqlanadi: *A faza* – vagotoniya (asetilxolinli)ning qisqa bosqichi, shikast olgandan keyin bir necha soat davom etadi. *Asosiy belgilari:* hushni yo‘qotish, qusish, bradikardiya, nafas olishning sekinlashishi, yuzning bo‘zarishi, ixtiyorsiz ravishda siydik ajralishi. *B faza* – gipersimpatikotoniya, quyidagi belgilar xos: qorachiqlarning kengayishi, pulsning tezlashishi, nafas olishning tezlashishi, haroratning ko‘tarilishi, siydik tutilishi. Davolash quyidagilarga yo‘naltirilgan bo‘lishi lozim: qon ketishni to‘xtatish va gematomani olib tashlash, miya ichi gipertenziyani kamaytirish, miya shishuviga qarshi kurash.

**Kalla suyagi gumbazining sinishi.** Mexanizm – to‘g‘ri zarba. Kalla suyagi gumbazining sinishi xarakteri bo‘yicha yorilish ko‘rinishida, parchalanib sinish va suyak to‘qimasining kemtigi ko‘rinishida bo‘lishi mumkin. Miya chayqalishi va lat yeyishi bilan bog‘liq umumiy miya simptomlari, miyaning u yoki bu bo‘limining shikastlanishidan yuzaga keladigan o‘choqli simptomlar kuzatiladi. Tashxisni aniqlash uchun kalla rentgenografiyasi qilinadi.

***Davolash.*** Kalla-miya travmasini olgan bemorlarga o‘tkir davrda to‘shak tartibi talabi, boshiga sovuq qo‘yish ko‘rsatilgan. Behush holatda bemor boshini yonboshga burib, til orqaga ketib qolmasligiga ahamiyat qilish kerak. Novshadil spirti hidlatiladi, aspiratsiyaning oldini olish uchun og‘izdan so‘lak va shilimshiq olib tashlanadi, nafas olishni yengillashtirish uchun havo o‘tkazuvchi nay kiritiladi. Behush holatda hamda yutish faoliyati buzilganda dastlabki 2–3 kun parenteral ovqatlantiriladi, keyin agar bemor mustaqil ovqat qabul qila olmasa, ovqatni me’da zondi orqali beriladi. Bundan tashqari, qovuqning cho‘zilib ketmasligi uchun kateter qo‘yiladi.

Agar tashqi qon ketish bo‘lsa, qon ketishni to‘xtatish va jarohatning mikroblar bilan ifloslanishining oldini olish chora-tadbirini ko‘rish kerak (steril dokali bog‘lam).

Kalla suyagi va bosh miya jarohatida narkotik moddalarni yuborish taqiqlanadi, chunki nafas olishni susaytirib qo‘yadi. Sedativ vositalar – fenazepam, tizersin, azofen, aminalon, nootropil, piratsetam; analgetiklar – analgin, baralgin; spazmolitiklardan – papaverin, dibazol bilan, no-shpa; gipotenziv dorilardan – rezerpin, gipotiazid buyuriladi.

*Kraniotomiya* – bu xirurgik operatsiya bo‘lib, gematomani olib tashlash, qonayotgan tomirni tikish va suyak parchalarini olib tashlash maqsadida kalla suyagini ochishdan iborat.

## Subaraxnoidal qon quyilishi sababli kraniotomiya bo‘lgan bemorlarda operatsiyadan oldingi hamshiralik parvarishi

***Ruhiy tayyorgarlik.*** Bemor va qarindoshlarini tinchlantirish, bemorga ushbu ahvolining sababi haqida, operatsiya vositasida qon laxtasini olib tashlash uning ahvoliga ijobiy ta’sir qilishi haqida tushuncha berishga harakat qilinadi.

***Jismoniy tayyorgarlik.*** Operatsiyaning shoshilinchligi bemorni operatsiyadan oldingi tayyorlashni maksimal qisqartirib, faqat sanitar ishlov berish o‘tkaziladi: ifloslangan jarohatni yuvish, operatsiya maydonini infeksiyadan tozalash va tuklarni qirish. Qon

guruhini, rezus-omilni aniqlash, tana haroratini o‘lchash, me’dani yuvish, tozalovchi huqnani qo‘yish (agar bemor hushi joyida bo‘lsa) zarurdir. Premedikatsiya – trankvilizatorlar va uxlatuvchi dorilar vena ichiga yuboriladi.

Bemor operatsiya xonasiga katalkada olib boriladi, uni operatsiya stoliga o‘tkazishda bir nechta sanitar qatnashadi, ulardan biri albatta bemorning boshini ushlab turadi.

***Baholash.*** Hushning ko‘rsatkichi (komaning Glazgo shkalasi) – ko‘zni ochish, verbal javob, qorachiqlar holati;

- hayotiy muhim ko‘rsatkichlarning o‘zgarishi: nafas olish, tana harorati, puls, arterial bosim, siydik;
- meningeal simptomlar;
- bemor vaziyati, tana holati, teri ko‘rinishi;
- tutqanoqlar;
- bosh aylanishi;
- bosh og‘rig‘i;
- uvushish sezgisi;
- faoliyat buzilishlari: harakat va ko‘ruv buzilishlari, nutqning buzilishi, qovuq va to‘g‘ri ichak faoliyatining buzilishi;
- tashxislashga xos tekshirishlar: lyumbal punksiya, oddiy bosh rentgenografiyasi, bosh miyaning kompyuterli tomografiyasi, bosh miya tomirlarining angiografiyasi, elektroensefalografiyasi, magnit – rezonansli tomografiya, miyani skanirlash, ventrikulografiya;
- davolashni rejalashtirish: operatsiya usuli (operatsiya ko‘rinishi), davolashning boshqa shakllari;
- tekshirish.

Bemor va oilasining reaksiyasi: o‘zini tasavvur qilish, rolli majburiyat va o‘zaro munosabat, koping, hissiyotli zarba (stress).

***Parvarish qilish vazifalari:***

- Hayotiy muhim ko‘rsatkichlarda o‘zgarishlar, ko‘ngil aynish, qusish va kalla ichi bosimining oshishi sifatida eshush darajasining yomonlashishi bo‘lmasligi kerak.

– O‘pka bo‘laklari va nafas yo‘llari auskultatsiyasida patologiya bo‘lmasligi kerak, ajralma tiniq, cho‘ziluvchan bo‘lmasligi kerak, harorat yuqori bo‘lmasligi lozim.
– Teri quruq bo‘lmasligi kerak, diurez miqdori kuniga 1200 ml miqdor ko‘rsatkichida ushlab turilishi kerak.
– Harakat mashqlari dasturi hisobiga (mushaklar kuchini mustahkamlash va bo‘g‘imlar serharakatini kengaytirish uchun mashqlar) zarur organizm faolligini ushlab turish uchun qo‘yilgan vazifalarga erishish.
– Yotoq yara paydo bo‘lganlik belgilari bo‘lmasligi lozim.
– Bemor holatini hisobga olgan holda, u bilan muloqotda bo‘lish uslubini natijali qo‘llashni bilish.
– Jismoniy chegaralanish va harakatchanlik darajasining imkoniyatidan kelib chiqqan holatini hisobga olgan holda o‘zini o‘zi parvarish qilishni amalga oshirishni bilish.
– Shikast, qoqilish yoki yiqilib tushish mumkin emas.
– Oila a’zolari va tibbiy xodimlar bilan birga jismoniy faoliyatni yo‘qotishning ahamiyati va bunga bemorning munosabatini muhokama qilishni bilish.

**Amaliy parvarish**

1. Meningeal simptom va qayta yorilish belgilarni erta aniqlash:
– hayotiy muhim ko‘rsatkichlarning o‘zgarishini monitor orqali kuzatib turish;
– es-hush darajasini kuzatish.
2. Operatsiyadan oldingi qayta qon ketishning oldini olish:
– tinch va yoqimli sharoit yaratishga harakat qilish;
– hojatga chiqishda kuchanish tufayli qorin ichki bosimining oshib ketishining oldini olish;
– gavda holatini almashtirishda kalla ichi bosimining oshib ketishining oldini olish tadbirlarini o‘tkazish;
– suv – elektrolit muvozanat va ovqatlanishni yaxshilash;
– hordiq.

3. Angiospazmni erta aniqlash va oldini olish.
4. Operatsiyadan oldingi xavotirlikni yumshatish.
5. Sochni kaltalashtirish, sochlarni qirish.
6. Operatsiyadan oldingi premedikatsiya.

**Subaraxnoidal qon quyilishi sababli kraniotomiya bo‘lgan bemorlarda operatsiyadan keyingi hamshiralik parvarishi**

Operatsiyadan keyingi davrda hamma narsa bemorning jismoniy faoliyatini tiklashga, operatsiya jarohatining normal bitishiga, bo‘lishi mumkin bo‘lgan asoratlarning oldini olishga qaratilgan bo‘lishi lozim.

Bemorning umumiy ahvolidan, og‘riqsizlantirish turidan, operatsiyaning xususiyatidan bog‘liq holda hamshira to‘shakda kerakli vaziyatni ta’minlaydi. Operatsiyadan keyin bemor yotadigan palata shamollatilgan bo‘lishi kerak, o‘ta yorug‘lik mumkin emas, to‘shakni shunday joylashtirish kerakki, bemorga hamma tomondan yondashish imkoniyati bo‘lsin. Operatsiya jarohati sohasiga muzli xaltacha qo‘yiladi, umumiy ahvoli, tashqi ko‘rinishi kuzatiladi, puls va A/B o‘lchanadi, nafas olish kuzatiladi, tana harorati aniqlanadi. Bemorning kundalik ehtiyojida yordam berish (gigiyenik muolajalar, oqvatlantirish, fiziologik ajralmalarni chiqarish va h.k.).

**Baholash**

1. Es-hush darajasi: ko‘zlarni ochish, verbal javob, harakat reaksiyasi, qorachiqlar holati.
2. Hayotiy muhim ko‘rsatkichlarning o‘zgarishi: nafas olish, tana harorati, puls, arterial bosim.
3. Iste’mol qilingan va ajratilgan suyuqlik muvozanati.
4. Holat, tana vaziyati, terining ahvoli.
5. Mushaklarning tirishib-tortishishi.
6. Qabul qilayotgan dori vositalari.
7. Funksional buzilishlar: harakat faoliyatining, ko‘rish, nutq hamda qovuq va to‘g‘ri ichak faoliyatining, yutish vazifasining buzilishi.

8. Kundalik hayot faoliyati: kundalik faoliyat darajasi, jamiyatdagi sharoit, yashash joyi.

9. Imkoniyatli ijtimoiy manbalar.

**Parvarish qilish vazifalari**

1. Operatsiyadan keyingi asorat belgisi sifatida kalla ichi bosimining oshishi belgilari paydo bo‘lishiga va ko‘payishiga yo‘l qo‘ymaslik kerak (operatsiyadan keyingi qon ketish, miya shishi, tirishishlar, hazm yo‘llaridan qon ketish, kalla ichi infeksiyasi, atelektaz va h.k.).
2. Paydo bo‘lgan buzilishlarni qabul qilish (asab sistemasi kamchiligi belgilari), qunt bilan mashqlarni bajarish va buzilishlarni hisobga olgan holda mustaqil kundalik hayotni olib borish.
3. O‘zining holatini qabul qila bilish, kundalik harakatlarni mustaqil bajarish bo‘yicha ko‘ngli qolmaslikka harakat qilish.
4. O‘zining yangi vazifalar bajarishiga, ijtimoiy tiklanish bosqichini hal qilishda atrofdagilarning qo‘llab-quvvatlashidan foydalangan holda moslasha bilish.
5. Tibbiy yordam talab qiladigan shoshilinch belgilarni mustaqil tushuntira bilish (mushaklarning tortishishi, bosh og‘rig‘i, qusish, hushning buzilishi, falajlanishning paydo bo‘lishi va qaytalanishi).
6. Bemor va oila a’zolari o‘zlarining xavotirlanish va vahimasini ko‘rsata bilish va chetdan yordam so‘ray olishi lozim.

## Amaliy parvarish

***Erta asoratlarni aniqlash va to‘g‘ri parvarish qilish***

1. Operatsiyadan keyingi qon ketishni erta aniqlash.
2. Operatsiyadan keyin kelib chiqqan miya shishi tufayli kalla ichi bosimining oshishidan bosh miyada iziga qaytmas o‘zgarishlarning oldini olish.
3. Dori preparatlari bilan davolash.
4. Operatsiyadan keyin nafas olishni va o‘pkada gaz almashinuvini kuzatish.

5. Tana holati va harakat faolligi.
6. Mushaklar tirishishi, shikast va boshqa salbiy omillarning oldini olish.
7. Issiq sababli azob chekish va umumiy ahvolni yengillashtirish.
8. Likvor oqishini kuzatish va operatsiyadan keyingi kalla ichi infeksiya rivojlanishining oldini olish.
9. Organizm qarshiligining pasayishi sababli kelib chiqadigan boshqa infeksiyalarning (kalla ichi infeksiyasi emas) oldini olish.
10. Hazm yo‘llaridan qon ketishning rivojlanish xavfi va qo‘llaniladigan chora-tadbirlar:

– *Normotenziv gidrotsefaliyani baholash:* befarqlik, yurish muvozanatining buzilishi, siydik tuta olmaslik.
– *Sezuvchanlik buzilganda qulaylik yaratish.*
– *Ijtimoiy tiklanishda yordam berish.*
– *Sog‘liq nazorati va kasalxonadan chiqishda ko‘rsatma berish.*

## Kalla-miya shikasti olgan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Voqea sodir bo‘lgan joyda ochiq jarohatlarda bog‘lam qo‘yiladi. Bemorni zambilga bosh tomonini ozgina ko‘targan holda yotqiziladi. Agar bemor behush bo‘lsa, tili orqaga ketib qolmasligi uchun, uni tashqariga mustahkamlab qo‘yiladi.

*Kalla suyagining gematomasiz sinishi.* Jarohatda birlamchi xirurgik ishlov o‘tkaziladi. Kalla suyagi singanda kasalxonaga yotqizish zarur. Agar asoratlar bo‘lmasa, kuzatuv o‘rnatiladi va zaruriyat tug‘ilganda analgetiklar buyuriladi (paratsetamol, 650 mg har 4 soatda ichishga yoki kodein 30–60 mg ichishga, har 4 soatda). Og‘ir vaziyatlarda kasalxonada yotish muddati cho‘ziladi. Boshning sochli qismida siniqsiz jarohat bo‘lsa, artib-tozalanadi va tikiladi. Sinishlarda teshib kiruvchi jarohat bor-yo‘qligi aniqlanadi. Qoqsholga qarshi emlash ko‘rsatilgan. Ifloslangan jarohatda profilaktik antibiotikoterapiya o‘tkaziladi.

*Xirurgik davo talab qilmaydigan shikast.* Kalla-miya shikastida dastlab o‘sib boruvchi hajmli hosila bor-yo‘qligi aniqlanadi (masalan, epidural yoki subdural gematoma), chunki u hayotga tahdid soladi va shoshilinch operatsiyani talab qiladi.

***Shoshilinch davolash***

a) og‘ir kalla-miya shikastida vaqt o‘tkazmay mutaxassislar, birinchi o‘rinda neyroxirurg jalb qilinadi. Tajribali hamshiraning doimiy navbatchiligi ta’minlanadi;

b) nafas yo‘llarining o‘tkazuvchanligini ta’minlovchi tadbirlar o‘tkaziladi, nafas olish va qon aylanish ushlab turiladi. Asosiy fiziologik ko‘rsatkichlarni doimiy nazorat qilish zarur;

d) nevrologik buzilishlarning o‘sib borishi, kerakli darajadagi oksigenatsiya va bir to‘xtamdagi A/B ga qaramasdan, gematoma yoki miya shishi bilan bog‘liq bo‘lishi kalla ichi bosimining ko‘tarilganligidan darak beradi. Bunday holatlarda, tezlik bilan giperventilatsiya ($pCO_2$ – 28–30 mm sim. ust.) tartibida sun’iy nafas berish boshlanadi, venoz qon qaytishi uchun bosh tomon ko‘tariladi, mannitol (1 g/kg vena ichiga oqim bilan) va furosemid (0,5 mg/kg) yuboriladi. Venalar buralib qolmasligi va bosilmasligini nazorat qilish kerak, chunki kalla ichi bosimining ko‘tarilishiga sabab bo‘ladi. Hamma sanalgan tadbirlar faqat KT qilishga va bemorni operatsiya xonasiga olib borishgacha muddatga vaqtinchalik naf beradi. Bemor o‘ziga shikast yetkazmasligi va naychani chiqarib tashlamasligi uchun qo‘l va oyoqlari bog‘lab qo‘yiladi. Yotoq yaraning oldini olish maqsadida har 2–3 soatda bemor holati o‘zgartirilib turiladi. Traxeya tarkibi (aseptik sharoitda) aspiratsiya qilib boriladi. Bukilib qolish kontrakturasining oldi olinadi.

***Tashqi lumbal subaraxnoidal drenajlash.*** Orqa miya oqma yaralarini konservativ davolashning tan olingan uslubi hisoblanadi. O‘rtacha bu usul yuqorida aytilgan oqma yarani 75% bemorlarda yopish imkonini beradi.

*Qo‘llashga ko‘rsatmalar*: orqa miya oqma yaralari to‘rsimon va qattiq pardalardagi nuqson natijasida likvorning tashqariga

oqib chiqishi natijasida, kalla suyagi va orqa miya kovaklarida yorilish yoki sinishlar orqali hosil bo‘ladi. Turli mualliflar ma’lumotiga ko‘ra, doimiy lumbal drenajni qo‘llashga *asosiy ko‘rsatmalar:* shikastlanishdan keyin likvorning burundan va kamdan kam quloqdan oqib chiqishi, operatsiyadan keyin likvorning burundan oqib chiqishi (kalla suyagi sinishi bo‘yicha operatsiya, yondosh bo‘shliqlar yoki kalla asosining oldingi chuqurchasidagi o‘smalarni olib tashlash), likvorning operatsiya jarohatidan oqib chiqishi (kalla suyagi va orqa miyadagi operatsiya), kraniotomiyadan keyin epidural bo‘shliqqa likvorning yig‘ilib qolishi.

Hamma ko‘rsatmalarni tahlil qilib chiqilganda, operatsiya qilish uchun eng ko‘p ko‘rsatma likvorning burundan chiqishi deb hisoblandi.

***Hamshiralik parvarishi.*** Neyroxirurgiyada hamshira tashqi lumbal drenajlash asoratlarining oldini olishda muhim rol o‘ynaydi. Taranglashgan pnevmosefaliya, drenaj xaltasining bemor boshiga nisbati tez o‘zgartirilganda yuzaga keladi. Shuning uchun hamshira drenaj xaltani ko‘rsatilgan ko‘rsatkichda ishonchli mahkamlab qo‘yishi lozim. Infeksiya tushish asoratining oldini olishda hamshiraga sistemaning sterilligini nazorat qilish vazifasi yuklatiladi. Hamshiraga yana bemorning umumiy ahvolini baholab borish ham yuklatiladi. Kalla ichiga havo kirganligi belgilari paydo bo‘lishi bilan zudlikda shoshilinch choralar ko‘rish zarur, chunki har qanday kechiktirilgan chora-tadbirda bosh miya tiqilib qolishi va o‘lim yuzaga kelishi mumkin. Nihoyat, hamshira bemor ahvolining o‘ta og‘irligini tushungan holda, bemor uchun qulaylik yaratishning ulkan imkoniyatiga ega.

Tashqi lumbal drenaj qo‘yilgan ko‘pchilik bemorlar boshidan jarohat olgan bo‘lib, madaniy qo‘llab-quvvatlash juda muhimdir. Hamshira orqali bemor oila a’zolari bilan aloqada bo‘ladi. Birinchi bo‘lib yangi belgi va simptomlarni sezgan va o‘z vaqtida shifokorga xabar bergan hamshira og‘ir asoratlarning oldini olgan bo‘ladi.

***Baholash:*** es-hush holati; asab ko‘rinishi; hayotiy muhim ko‘rsatkichlar.

***Parvarish vazifalari:***

- shikast olgan paytda kerakli tadbirlar orqali miyaga kislorod yetkazib berishni ta’minlash;
- bemor o‘zining yaqinlari va tanishlarining ismlarini eslay boshlashi, bunda olingan ishonchli ma’lumotlarning asta-sekin oshib borilishi kerak;
- bezovtalik, qo‘zg‘aluvchanlik va normal bo‘lmagan harakatlar tufayli yangi tan jarohatlar olishning oldini olishni bilish;
- jarohatni tozalash (jarohat chetlarini kesish), burun va quloqdan doimiy ajralma chiqishida gigiyenaga amal qilish yordamida infeksiya (meningit belgilarining bo‘lmasligi) rivojlanish belgilarining paydo bo‘lishining oldini olish;
- tibbiyot xodimlarining qo‘llab-quvvatlashi yordamida oila a’zolarida bemorning keyingi holati va yordam yo‘nalishi to‘g‘risida aniq tasavvur paydo bo‘ladi;
- bemor hayotini nazorat qilish ko‘nikmalarini amalda bajara olishni oila a’zolari ishlab chiqishi va o‘rganishi kerak;
- oila tomonidan qo‘llab-quvvatlash hisobiga bemorning qiziqishini oshirishga yordam berish hamda bemorning ijtimoiy hayotida o‘zgarishni hisobga olib ijtimoiy qo‘llash sistemasidan foydalana bilish.

***Amaliy parvarish:***

- nafas yo‘llarining o‘tkazuvchanligi va havo kirishni natijali ta’minlashga yordam berish***;***
- likvorning oqib ketishini kuzatish va infeksiyaning oldini olish;
- qo‘zg‘aluvchanlik, bezovtalik va tutqanoq xuruji natijasida shikast olishning oldini olish;
- bemor tuzalishiga qaratilgan, doimiy va yaqin o‘zaro muloqot;

– qo‘llab-quvvatlash uchun oilasiga murojaat qilish va uni o‘rgatish;
– shikast natijasida yuzaga kelgan ochiq jarohatda yordam ko‘rsatish.

**Bemorni transportirovka qilish uslublari**

Bemorni ehtiyotlik bilan chalqancha holatda zambilga yotqiziladi, bosh tagiga yumshoq yostiq yoki paxta-dokali aylana qo‘yiladi. Qattiq qimirlatmaydigan holatni ta’minlaydigan Yelanskiy shinasi yoki Shans tipidagi qattiq bo‘yin yoqasi yordamida bo‘yinni immobilizatsiya qilinadi. Yelanskiy shinasi fanerdan tayyorlanib, ikkita yarim teshikdan iborat bo‘lib, halqa yordamida birikkan bo‘ladi. Yoyilgan ko‘rinishda shina bosh va tana konturini beradi. Yuqori qismida boshning ensa qismi uchun kesma bo‘ladi, ikki yonida kleyonka bilan to‘ldirilgan yarim aylana valikdan iborat. Shinaga bir qavat paxta to‘shalib, keyin qayishchalar yordamida tana va yelka atrofiga biriktiriladi. Bosh jarohatida va tashqi qon ketishda jarohat va chetlari antiseptik bilan tozalab olinadi va aseptik bog‘lam qo‘yiladi. Agar bemorda qusish kuzatilsa, boshi yonbosh qilinib, sochiq tutiladi. Bemorning boshini ushlagan holda travmatologiya yoki neyroxirurgiya bo‘limlariga olib borish zarur. A/B va pulsni kuzatib borish, qon ketish va likvor oqishini to‘xtatmaslik kerak.

***Asoratlarning oldini olish (kalla ichi gipertenziyasi).*** Kallamiya shikastlari nafaqat kalla ichi gematomasi hosil bo‘lishi va kalla suyagi parchalari bilan bosilish natijasida, balki bosh miya shishishi bilan asoslangan kalla ichi gipertenziyasi bilan asoratlanadi. Kalla ichi gipertenziyasi bosh og‘rig‘i, ko‘ngil aynish, qusish, arterial gipertenziya, bradikardiya, ruhiy buzilish, nafas olish va qon aylanishning buzilishida namoyon bo‘ladi.

Kalla ichi gipertenziyasi va uning bosh miyani shikastlovchi izining oldini olish uchun kasalxonaga yotishdan oldingi bos-

qichda glukokortikoid gormonlar va saluretiklar (deksametazon 4–8 mg, laziks 20–40 mg, 2–4 ml 1% li eritmasi) qo‘llaniladi.

Proteolitik fermentlar ingibitorlari (kontrikal), o‘pkaning sun’iy ventilatsiyasi va gipotenziv preparatlarni shifokor kasalxona sharoitida buyuradi.

**Kommunikativ ko‘nikmalar.** Kalla-miya nervlari kasalliklarida, patologik o‘choq joylashishiga bog‘liq turli simptomlar kuzatiladi, lekin bemorni ko‘proq muloqotni yo‘qotish iztirobi bezovta qiladi. Bu yerda gap nutq va so‘zlash qobiliyatining buzilishi yoki vaqtincha muloqot qilish qobiliyatini yo‘qotgan bemorlar bilan muloqot qilish xususiyati haqida boradi. «Hamshira ishi asoslari» fanida o‘tilgan noverbal muloqot haqidagi materiallarni takrorlash asosida ishni tashkil etadi.

Bundan tashqari, amaliy mashg‘ulot o‘tib, unda o‘quvchilar quyida keltirilgan ma’lumotlardan foydalangan holda, rolli o‘yin bajaradilar va matnli ma’lumot va imo-ishoralar yordamida afaziya bo‘lgan bemorlar bilan muloqot texnikasini ko‘rsatib beradilar.

**1. Muloqot qobiliyatini ishlab chiqish:**

– suhbatdoshni shoshiltirmaslik va uni oxirigacha eshitish;
– «Ha» va «Yo‘q» javobini beradigan oddiy savollar berish;
– gapirishga majbur qilmaslik;
– sekin, nutqni qisqa gap va bo‘laklarga bo‘lib so‘zlash.

**2. Muloqot qilish vositasi:**

*(1) Matnli ma’lumot yordamida muloqot qilish:*

1. Alfavit doskasiga barmoq bilan ko‘rsatish: bemor barmog‘i bilan ko‘rsatib, kerakli ma’lumot beruvchi keng tarqalgan uslub, lekin, agar gap davomli bo‘lsa, bemorni charchatib qo‘yadi.

2. Yozma nutq: qo‘l bilan yozish imkoniyati bo‘lganda bu usul natijali bo‘ladi.

*(2) Imo–ishora:* qo‘l va barmoqlar hamda qo‘llar harakati bilan ifoda qilish. Eshitish vazifasi buzilganda hamshira bilan oldindan «ha» va «yo‘q» ni anglatuvchi shartli oddiy belgilar haqida kelishib olish kerak, bu bemor bilan suhbat olib borishda yordam beradi.

**3. Ongi buzilgan bemorlar bilan muloqot qilish.** Odatda, ongi buzilgan shaxs bilan muloqot o‘rnatib bo‘lmaydi, deb hisoblanadi. Lekin ko‘pincha bunday bemorlarda eshitish faoliyati saqlangan bo‘ladi, shuning uchun parvarishlovchi hamshira bemor bilan doimiy ravishda verbal aloqani ushlab turishi va uning ongiga ta’sir qilishi lozim.

## Ovqat qabul qilishida yordam berish xususiyati

Ovqat yeyishida yordam berishda quyidagi baholashni o‘tkazish zarur:

1) ovqatlanish uchun zarur faoliyat;

2) oyoqlarning, ayniqsa qo‘llarning harakat buzilishi, yutish va ta’m bilish faoliyatining buzilishi hamda ko‘ruv va ko‘rish maydonining buzilishi borligi va darajasi;

3) organizmning imkoniyat berilgan faolligi: yonbosh yotish, o‘tirish, ularning burchak holati va davomiyligi holati;

4) ovqat qabul qilishdagi ko‘rinishi: yotish holati ruxsat berilgan bemorlarda, qanchalik mustaqil holda bu holatni saqlay olishini tekshirib ko‘rish.

## Harakat faoliyatini mashq qilish

***O‘tkir davr.*** O‘tkir davrda, ya’ni kasallik boshlanishidan va 1 yoki 2–3 haftagacha, albatta o‘tkaziladigan davolash muolajalaridan tashqari, organizmning umumiy ahvolini kuzatish va foydalanmaslik sindromi va asoratlarning oldini olish zarur. Oyoq-qo‘llar uchun to‘shakda harakat mashqlarini bajarish va fiziologik ajratishni amalga oshirishni, yutish faoliyatini, ruhiy ahvolini yaxshilash hamda markaziy asab sistemasi faoliyatining buzilishini bartaraf qiluvchi tadbirlar o‘tkazish zarur.

***Tiklanish davri.*** O‘tkir davr tugagach, tiklanish davri boshlanadi (2–3 haftadan 3–6 oy oralig‘ida), bunda faoliyat mashqlarini amalga oshirish tadbirlari bilan bir vaqtda kundalik faollik kiritish ko‘nikmalarini qayta egallashga qaratilgan va ijtimoiy tiklanishga tayyorlash tadbirlari o‘tkaziladi.

*a*  *b* 

*14-rasm.* **Harakatni tiklash uchun moslamalar:**
*a* – harakat uchun; *b* – mustaqil ovqat pishirish uchun.

Tiklanish nafini oshirish uchun mashqlarni uy sharoitida, reabilitatsiya markazlarida o‘tkazish muhimdir.

***Barqarorlik davri***. Bu davr buzilishlarning qayta rivojlanishining oldini olish maqsadida javob beruvchi muhitni tayyorlash va o‘qitishga qaratilgan. Bu davrda bemor jamiyat hayotida ishtirok etishiga yordam berish lozim.

***Nutqni mashq qilish.*** Afaziya taqdiri ko‘pgina omillarga bog‘liq – bosh miya shikastining o‘lchami va joylashgan joyi, asosiy kasallik, afaziyaning shakli va og‘irlik darajasi, bemor yoshi, boshqaruvchi qo‘l, qo‘shimcha simptomlar, bemorning kasallikkacha bo‘lgan xarakteri, nutqni mashq qilish boshlangan davr va h.k.



*15-rasm.* **Avtomobilni qo‘lda boshqarishni mashq qiladigan trenajor.**

Afaziya bilan azob chekayotgan bemorlar to‘satdan o‘z ixtiyorini izhor qilish qobiliyatini yo‘qotganidan juda qiynaladilar. Parvarish qiluvchi bemorni doim tushunishga tayyor inson va oila a’zolari boshqa mutaxassislar bilan o‘zaro muloqot qilishda vositachi rolini bajaradigan inson bo‘la oladigan kishi bo‘lishi kerak.

### Uy sharoitida yashash masalalari bo‘yicha yo‘riqnoma

Kraniotomiya bo‘lgan bemorlar kasalxonadan chiqqach ko‘pgina faoliyat buzilishlar bilan to‘qnash kelishadi – ongning, xotiraning buzilishi, kognitiv aynishlar, afaziya, harakat buzilishlar, qabul qilish (ko‘rish, eshitish)ning buzilishi. Hamshira bemor va oila a’zolariga sog‘liqni nazorat qilish va kundalik hayot tartibiga tegishli masalalarni tushuntirishi va ularning tushunishiga erishishi kerak.

### Bemorni uy sharoitida yashash masalalariga o‘rgatish

***Bemorni o‘rgatish.***

1. Dorilarni o‘z vaqtida qabul qilishni tushuntirish: Shikastlanishda kuzatiladigan tutqanoq xurujini va u keyinchalik epilliptik tutqanoqqa o‘tishini oldini olish maqsadida tutqanoqqa qarshi preparatlarni uzoq muddat va to‘xtatmasdan ichish kerakligi haqida tushuntirish zarur. Dori qabul qilishni to‘xtatish tutqanoqning qaytalanishiga olib kelishi haqida ham tushuncha berish kerak.

– Bemor va oila a’zolari bilan birgalikda tutqanoqqa qarshi preparatlarni o‘z vaqtida va to‘g‘ri ichish uchun mos keladigan usullarni muhokama qiladi.
– Es-hush buzilishining yengil darajasida va xotira yo‘qolganda dorilarning doimiy turadigan joyini belgilab qo‘yish kerak.
– Har vaqt dori ichish vaqtiga dorilarning bir martalik dozasini tayyorlab qo‘yish lozim.

2. Jarohatni himoya qilish uchun va tashqi ko‘rinishdagi o‘zgarishni yashirish uchun parik yoki shlyapa kiyish va ro‘mol o‘rash taklif qilinadi.

3. Bemordan shoshilmaslik so‘raladi, chunki tiklanish uchun uzoq vaqt talab qilinadi.

4. Arterial bosim ko‘tarilishini chaqiruvchi omillarni bartaraf qilish va bemor bilan hayotiy odatlarini o‘zgartirish zarurligi haqida muhokama qilinadi.

Quyidagilarni amalga oshirish lozim:

– Bemorga o‘z vaqtida va qoida bo‘yicha gipotenziv dorilarni ichishni tushuntirish va uning mustaqil dori ichishni nazorat qilishida yordam berish.
– Ovqatlanishini kuzatish, hayvon yog‘i iste’mol qilishni chegaralashga harakat qilish va tuz miqdorini kamaytirish.
– Fiziologik ajralmalarni oziq tolalari bor ovqat iste’mol qilish hisobidan amalga oshirishni odat qilish va qabziyatni oldini olish.
– Ruhiy chidamli holatni ushlab turish va hissiyotli holatlardan qochishni o‘rganish.
– Mustaqillikni kundalik hayot faoliyatidagi yordamchi moslamalar hisobidan ishlab chiqishning ahamiyatini muhokama qilish.
– Bemorni kasalxonadan chiqqandan so‘ng mashq dasturi asosida faoliyat mashqlarini to‘xtovsiz bajarishga o‘rgatish.

***Bemor oilasini o‘rgatish.***

Dori ichishini nazorat qilishga o‘rgatish:

– Dorilarni ichish zarurligiga tegishli to‘g‘ri tushunchaga va oilasi tomonidan ta’sir qilishga erishish.
– Bir yoqlama bo‘shliqli agnoziya borligida, bemorga dorilarni kasal tarafga qo‘ymaslik kerakligi haqida ogohlantirish.
– Bemor mustaqil dori ichish kerakligini nazorat qilishni o‘rganguncha, har safar bemor dorini ichganligini tekshirish.

**NAZORAT SAVOLLARI:**

1. Bosh miyaning ochiq va yopiq shikastlarini ta’riflab bering.
2. Bosh miya chayqalishining klinik belgilari.
3. O‘rta darajali miya chayqalishining klinik belgilari.

4. Og‘ir darajali miya chayqalishining klinik belgilari.
5. Bosh miya lat yeyishining klinik belgilari.
6. Bosh miya bosilishining klinik belgilari.
7. Travmatik koma rivojlanish sabablari.
8. Kalla suyagi gumbazining sinishida qanday klinik belgilar kuzatiladi?
9. Kraniotomiya nima?
10. Subaraxnoidal qon quyilishi sababli kraniotomiya bo‘lgan bemorlarda operatsiyadan keyingi hamshiralik parvarishi.
11. Kalla-miya shikasti olgan bemorlarda hamshiralik parvarishi.
12. Tashqi lumbal subaraxnoidal drenajlashga ko‘rsatmalar.
13. Kommunikativ ko‘nikmalar – muloqot qobiliyatini ishlab chiqish.
14. Ongi buzilgan bemorlar bilan muloqot qilish.
15. Harakat faoliyatini mashq qilish.

## 1.12. Yurak va qon-tomirlarning xirurgik kasalliklarida hamshiralik parvarishi

Klinik amaliyotda tomirlarning distrofik kasalliklari katta ahamiyatga ega. Bu bo‘limda obliteratsiyalovchi endoarterit, venalarning varikoz kengayishi, tromboz va emboliyalar, yaralar, oqma yaralarni ko‘rib chiqamiz.

### Gangrenalar

Gangrenaning *quruq va ho‘l turlari* farq qilinadi.

***Quruq gangrena*** nekrotik to‘qimalarning asta-sekin zichlashuvi va qurishi (mumifikatsiya) bilan ta’riflanadi. Gangrenaning bu turi aseptik sharoitda qon ta’minoti asta-sekin to‘xtaganda rivojlanadi. Sog‘lom to‘qimalar bilan nekrozga uchragan to‘qimalar chegarasida granulatsion to‘qimalardan iborat demarkatsion chiziq hosil bo‘ladi. To‘qimalarning nekrozlangan qismi o‘z-o‘zidan ko‘chishi mumkin.

**Ho‘l gangrena** qon aylanishi buzilganda va yiringli yoki chirish infeksiya qo‘shilganda arterial tomir bo‘shlig‘i tez bekilib qolishi (emboliya) kuzatiladi. Klinik jihatdan u to‘qimalarning shishganligi bilan ta’riflanadi, terida to‘q qizil yoki kulrang dog‘lar va badbo‘y suyuqlik bilan to‘lgan pufaklar paydo bo‘ladi. Kasallik ro‘y-rost intoksikatsiya bilan kechadi. O‘z vaqtida davo qilinmasa, bemorlar vafot etadi.

## Infarkt

*Infarkt* deb, oxirgi arterial tomirlar bo‘shlig‘ini bekilib qolishi (spazm, tromboz, havoli yoki yog‘li emboliya) natijasida a’zoning qisman nekrozga uchrashiga aytiladi. Infarkt ko‘pincha yurak mushagida, o‘pkada, buyraklarda kuzatiladi. Infarktning klinik belgilari zararlangan organ faoliyatining buzilishi bilan ta’riflanadi.

## Obliteratsiyalovchi endoarterit

Bu kasallik asosida arteriyalarning, ayniqsa oyoqlarning distal bo‘limidagi distrofik o‘zgarishi yotadi va ishemik belgilar to‘plamini o‘z ichiga oluvchi tomirlarning stenozi va obliteratsiyasi bilan kechadi. Kasallik ko‘proq erkaklarda kuzatiladi. Endoarteritning rivojlanishiga tomirlarning qattiq spazmini chaqiruvchi uzoq muddatli sovuq qotish, sovuq olish, oyoqlarning shikastlanishi, chekish, avitaminoz, og‘ir ruhiy ta’sirlar, infeksiya, autoimmun jarayonning buzilishi va boshqa omillar sabab bo‘ladi.

**Klinik holati va belgilari.** Shikastlangan oyoqda arterial qon aylanish yetishmovchiligining darajasiga bog‘liq holda obliteratsiyalovchi endoarteritning 4 bosqichi farqlanadi:

**1-bosqich** – funksional moslanuvchi bosqich. Bemor oyoq barmoq uchlarida muzlash, sanchishish va kuyishishni sezadi, o‘ta tez charchash, holsizlanish bo‘ladi. Oyoqlar muzlaganda rangi oqaradi, ushlab ko‘rilganda sovuq bo‘ladi. Mushaklarda qon bilan ta’minlanishning yetishmovchiligi, kislorodni sarflashning buzilishi, to‘qimalarda moddalar almashinuvining chala parchalangan mahsulotlarining yig‘ilib qolishi bo‘ladi. Tovon arteriyalarida puls kuchsiz yoki umuman yo‘q.

**2-bosqich** – subkompensatsiya bosqichi. «Galma-gal oqsoqlanish» simptomi kuchayib boradi. Tovon va boldir terisi elastikligini yo‘qotadi, quruq bo‘lib qoladi, tovon ostida giperkeratoz aniqlanadi, tirnoqlar o‘sishi sekinlashadi, tirnoqlar qalinlashadi, mo‘rt, xira bo‘lib, jigarrang, silliq bo‘ladi. Tovon arteriyasida puls aniqlanmaydi.

**3-bosqich** – dekompensatsiya bosqichi. Tinch holatda ham yallig‘langan oyoqda og‘riq paydo bo‘ladi, 25–50 metrgacha yurish imkoniyati bo‘ladi. Teri tez jarohatlanadi, arzimagan shikast yorilish va yaralar paydo bo‘lishiga olib keladi. Tovon va boldir mushaklarining atrofiyasi tezlashadi. Bemorning mehnatga layoqati anchagina pasayadi.

**4-bosqich** – destruktiv o‘zgarishlar bosqichi. Tovon va barmoqlarda og‘riq doimiy va chidab bo‘lmaydigan darajaga yetadi. Odatda, yaralar oyoqning distal sohalarida, ko‘proq barmoqlarda bo‘ladi. Yara chetlari va tubi kir kulrangli karash bilan qoplangan, bitish donachalari yo‘q, atrofida yallig‘lanish infiltratsiyasi bo‘ladi, tovon va boldir shishi qo‘shiladi. Tovon va barmoqlarning rivojlanuvchi gangrenasi namli bo‘ladi. Yuqoriga chiquvchi arteriyalar trombozi natijasida tizza osti va son arteriyalarida puls bo‘lmasligi mumkin. Mehnat qobiliyati butunlay yo‘qoladi.

***Kechishi.*** Obliteratsiyalovchi endoarteritning kechishi uzoq muddatli bo‘lib, qo‘zg‘alish va remissiya bilan xarakterlanadi. Kasallikning ikkita asosiy klinik shakli ajratiladi:

*1) chegaralangan*, bunda oyoqlarning ikkalasida ham arteriya kasallanadi, bu shakl xavfsiz kechadi, o‘zgarishlar sekin rivojlanadi.

*2) tarqalgan – tutash*, nafaqat oyoq tomirlari, balki koronar va serebral arteriyalar, aorta tarmoqlari, qorin aortasining visseral tomirlari ham shikastlanadi.

***Davosi.*** Boshlang‘ich bosqichida kasallikni konservativ davolash maqsadga muvofiq. Zararli omillar ta’sirini bartaraf qilish (sovuq qotish va muzlashning oldini olish, chekishni taqiqlash, spirtli ichimliklar ichishni tashlash va h.k.). Spazmolitiklar yordamida tomirlar spazmini bartaraf qilish (no-shpa, galidor), ganglioblokatorlar buyurish (diprofen, dikalin). Og‘riqni qoldirish (analgetiklar, novokain blokadasi).

Metabolik jarayonlarni yaxshilash (B guruh vitaminlari, nikotin kislota, solkoseril).

Qon ivish jarayonini normallashtirish (geparin, reopoliglyukin, kurantil).

Desensibillovchi vositalar (dimedrol, suprastin, pipolfen), ko‘rsatma bo‘yicha yallig‘lanishga qarshi preparatlar (antibiotiklar, antipiretiklar, kortikosteroidlar), sedativ dorilar (elenium, seduksen). Konservativ davolashdan naf bo‘lmasa, operatsiyaga ko‘rsatma paydo bo‘ladi. Simpatik asab sistemasida o‘tkaziladigan – bel simpatektomiyasida kollateral qon aylanish yaxshilanadi, operatsiya ko‘proq naf beradi. Nekroz yoki gangrenada amputatsiya qilinadi.

## Venalarning varikoz kengayishi

Oyoq yuza venalarining tugunsimon kengayishi va devorlarining yupqalashishi bilan kechadigan vena kasalligi. Ayollarda erkaklarga nisbatan 3 marotaba ko‘proq kuzatiladi. Venalarning varikoz kengayishida bir qator omillar ta’siri bo‘lib, ularni ikki guruhga bo‘lish mumkin:

a) *moyil omillar* – tug‘ma yoki orttirilgan venadagi o‘zgarishlar, faoliyat ko‘rsatmaydigan arteriolo-venulyar anastomozlarning borligi, neyroendokrin izdan chiqishlar, vena devori tonusining pasayishi;

b) *keltirib chiqaruvchi omillar* – oyoq venalarida bosimning oshishiga va venoz qon oqimining qiyinlashishini chaqiruvchi omillar. Venalarning varikoz kengayishida venoz tarmoqlarida bosimning ko‘tarilishi kommunikativ venalar sistemasidagi klapanlar yetishmovchiligiga olib keladi. Qon chuqur venalardan mushaklar qisqarishi ta’sirida yuza venalarga haydaladi. Ayniqsa, boldir pastki qismida yaqqol ko‘zga tashlanadigan lokal venoz gipertenziya yuzaga keladi. Mikro qon aylanishning venoz bo‘limlarida bosim oshadi va arteriolo-venulyar anastomozlarning ochilishiga olib keladi. Kapillar tomirlarda qon aylanish pasayadi, to‘qimalar perfuziyasi va kislorod bilan ta’minlanishi kamayadi. Kapillar qon aylanishining keyingi buzilishlari faoliyatdagi kapillarlar sonining kamayish va ularda qon aylanishning

sekinlashishi hamda to‘qimalar bosimining oshib, tashqi bosilishi natijasida rivojlanadi. To‘qimalarda moddalar almashinuvi jarayoni buziladi, klinik jihatdan trofik yaralar va shish ko‘rinishida bo‘ladi.

*Klinik holati va simptomlari.* Moslanuvchan bosqichda bemorning jiddiy shikoyati bo‘lmaydi, shifokorga kosmetik nuqsonni bartaraf qilish maqsadida murojaat qilishi mumkin. Bu bosqichda funksional sinamalar yordamida turli joylashgan venalarning klapanli yetishmovchiligini aniqlash mumkin. Dekompensatsiya bosqichida venoz dimlanishning hamma belgilari bo‘ladi: oyoqlarning og‘irlashishi, og‘riq, shish, boldir pastki qismida berchlik, trofik yaralar.

*Davosi.* Asosan xirurgik davo. Operatsiyaga moneliklar – umumiy og‘ir ahvol, keksa yosh, homiladorlik. Bunday vaziyatlarda konservativ tadbirlar (elastik bint yoki paypoq kiyib yurish) bemor ahvolini yengillashtiradi.

Bemorlar qulay oyoq kiyim kiyishi, uzoq muddatga tik turmasligi, og‘ir jismoniy zo‘riqmasligi, vaqt oralatib gimnastik mashqlar bajarishi lozim. Sklerozlovchi terapiyada kengaygan venalarga sklerozlovchi eritmalar (varikosid, vistarin, sotradekol, trombovar) yuboriladi. Venalar punksiyasi vertikal holatda bemor yotgan yoki o‘tirgan vaziyatda bajariladi. Punksiya qilingan zahoti oyoqlarga gorizontal yoki yuqoriga ko‘tarilgan holat berilib, eritma yuboriladi. Varikozda o‘tkaziladigan hamma operatsiyaning mazmuni yuza venalarning asosiy tarmog‘ini yarim yopiq usulda olib tashlash yoki ularni teri va teri osti to‘qimasi bilan birga kesib, perforant venalarni bog‘lash va ayrim varikoz kengaygan venalarni olib tashlashdan iborat.

## Tromboz va emboliyalar

Qonning ivish sistemasi buzilganda yoki tomir devori shikastlanganda qonda uning qator tarkibiy qismlari (fibrin, eritrotsitlar, leykotsitlar) cho‘kadi, ular o‘zaro yopishib, tomir bo‘shlig‘ini berkitib qo‘yadigan va qon aylanishini buzadigan kompakt massa

– tromb hosil qiladi. Trombning tomirga tiqilib qolishi tromboz deyiladi. Odatda, tromb hosil bo‘lish holati asta-sekin ro‘y beradi, bu yangidan kengaygan, kollaterallar degan nom olgan mayda tomirlar orqali aylanma qon aylanishining bo‘lishi uchun sharoitlar orqali vujudga keladi.

Trombning bir qismi asosiy massadan uzilib chiqishi va embolga aylanishi mumkin. Embol tomir bo‘shlig‘ini tomir bo‘ylab berkitib qo‘yishi mumkin (emboliya). Yog‘ bo‘lakchalari, havo pufakchalari, travmada yoki infeksiyalarda tomir bo‘shlig‘iga tushgan mikrob to‘plamlari ham embol bo‘lishi mumkin. Emboliyada qon aylanishi to‘satdan buziladi, kollaterallar rivojlanishga ulgura olmaydi, natijada to‘qimalar yoki a’zoning tegishli qismi tez orada nekrozga uchraydi. Bosh miya, yurak va o‘pka tomirlarining emboliyalari ayniqsa xavfli bo‘lib, kishining o‘lib qolishiga sabab bo‘lishi mumkin.

***Klinik holati va belgilari.*** Klinik manzara tromb hosil bo‘lishining tezligiga, tomirning katta-kichikligiga va kollaterallarning soniga bog‘liq. Venalar trombozida qon aylanishining buzilishi qon dimlanishi hodisalari (zararlangan vena sohasida sianoz, shish, og‘riq) bilan ta’riflanadi. Arteriyalar trombozida tomir bo‘shlig‘i batamom bekilib, qon aylanishining asta-sekin buzilishi (gangrena) ro‘y beradi. Arteriyalar emboliyasida to‘satdan keskin og‘riq turadi, oyoqlar sovuq qotadi, tomir urmay qoladi va gangrena rivojlanadi. Bosh miya, yurak, o‘pka emboliyasida ularning faoliyati to‘satdan to‘xtab qoladi. Emboliya qisman bo‘lganida a’zolar faoliyati batamom to‘xtamaydi va davo to‘g‘ri olib borilsa, bemor hayotini saqlab qolish mumkin bo‘ladi.

***Davosi.*** Konservativ tadbirlar antikoagulantlar (geparin, neodikumarin, fibrinolizin) yuborishga va tomir spazmini yo‘qotishga (papaverin, novokain blokada) qaratilgan. Antikoagulantlar protrombin indeksini nazorat qilib turgan holda qo‘llaniladi. Oyoq baland ko‘tarib qo‘yiladi va mutlaqo orom beriladi. Yirik arteriya tomirlari emboliyasida zudlik bilan operatsiya qilinadi – embolni olib tashlash (embolektomiya).

## Yaralar

*Yara* deb teri yoki shilliq qavat defektiga aytiladi. Yaraning surunkali kechishi uning asosiy xususiyati hisoblanadi.

Yaraning hosil bo‘lish sabablari turli xil, biroq ularning asosida to‘qimalar oziqlanishining buzilishi yotadi, bu distrofik holatga va nekrozga olib keladi. Yaralar ko‘proq oyoq venalarining varikoz kengayishi, obliteratsiyalovchi endarterit va ateroskleroz zaminida paydo bo‘ladi. Ba’zan trofik yaralar nerv tolalari shikastlanganda hosil bo‘ladi.

***Davosi.*** Yaralarni hosil qilgan sabablarni aniqlash zarur. Uning sababini bartaraf etish, odatda yaraning tuzalishiga olib keladi. Venalar varikoz kengayganda ular olib tashlanadi yoki bog‘lab qo‘yiladi. Yara kesiladi va hosil bo‘lgan teri nuqsoni katta bo‘lsa, teri transplantanti bilan berkitiladi.

Asab tomirlari shikastlanishi natijasida paydo bo‘lgan yaralarda ular chandiqli to‘qimalardan xalos qilinadi, anatomik jihatdan batamom uzilganida tikiladi. Keyinchalik yara o‘z-o‘zidan bitib ketadi.

## Oqma yaralar

*Oqma yara* deb, a’zo va bo‘shliqlardan tashqariga yoki bo‘shliqlarga ochilgan kanallarga aytiladi. Oqma yaralar *tug‘ma va orttirilgan* bo‘ladi.

***Tug‘ma oqma yaralar:*** embrional davrda yoriqlar va yo‘llarning o‘sib yetilmasligidan hosil bo‘ladigan tug‘ma (bo‘yin, kindik, qovuq va b.) yaralar.

***Orttirilgan oqma yaralar***: yiringli yallig‘lanish holatlarida (flegmona, abssess, ostemiyelit) yoki turli xil yaralanishlar oqibatida yuzaga keladi.

**Sun’iy oqma yara**: muayyan ko‘rsatmaga binoan jarroh tomonidan hosil qilingan sun’iy oqma yara – stoma (gastrostoma, kolostoma va b.).

Odatda, oqma yaralarga tashxis qo‘yishda kanal zondlanadi va rentgenokontrast modda yuborib rentgenografiya qilinadi.

## Endarterit bilan og‘rigan bemorlarda operatsiyadan oldingi va keyingi hamshiralik parvarishi

Bemorni ruhan tayyorlash – operatsiyaning muvaffaqiyatli tugashiga ishonch uyg‘otish. Bemorning hissiyotlarini to‘g‘ri tushunish va diqqat bilan eshitish. Bemorning kasallik haqidagi tushunchasini aniqlash va unga tushunarli qilib tushuncha berish. Kasalxonaga shoshilinch yotqizilganda, oila a’zolariga xabar berish va ularni tinchlantirish.

Operatsiyadan keyingi parvarish operatsiyadan keyingi asoratlarning oldini olish (jarohatdan qon ketish, operatsiya jarohatining yiringlashi va h.k.).

Har bir bemor shifokordan tartibni o‘zgartirish bo‘yicha alohida ruxsat oladi: o‘tirishga, turishga har xil muddat beriladi. Hamshira bemorning birinchi marta turishini kuzatib turishi kerak.

Bemorlarni davolashning asosiy sharti – chekishni to‘xtatish. Chekish tomirlar spazmini chaqiradi. Oyoqlar toza va issiq saqlanishi lozim. Oyoq kiyim siqmaydigan, yumshoq va issiq bo‘lishi kerak. Arzimagan tirnalish yoki bichilish trofik yara rivojlanishiga sabab bo‘ladi. Kuchli og‘riqlarda shifokor buyurtmasi bilan analgetiklar (narkotik) va tomirlarni kengaytiruvchi preparatlar beriladi.

Operatsiya jarohatining asoratsiz bitishi va bemorning fiziologik faoliyatining tez tiklanishi yaxshi parvarish haqida xabar beradi.

## Varikozi bor bemorlarda operatsiyadan oldingi va keyingi hamshiralik parvarishi

*Bemorni ruhiy tayyorlash.* Hamshira bemorga g‘amxo‘rlik qilishi, xavotirligini yumshatishi, muvaffaqiyatli yakunga ishontirishi lozim. Bemorga davolovchi jismoniy mashqlarning muhimligini tushuntirishi kerak, shifokor buyurganlarni o‘z vaqtida va to‘g‘ri bajarish muvaffaqiyatga erishishiga ishontirish zarur.

*Davolovchi jismoniy mashqlar (LFK):*

- LFK ning vazifalari: oyoq venalaridan qonning qorin bo‘shlig‘idagi yirik qon tomirlarga oqib ketishi va yurakka keladigan qon hajmini oshirish;
- monelik: asoratlangan operatsiyadan keyingi davr;
- LFK shakli: davolovchi gimnastika.

Operatsiyadan oldingi davrda dastlabki holat – yotgan holda umumrivojlantiruvchi va nafas mashqlari bajariladi. Kasal oyoq uchun oyoq yengillashtirilgan dastlabki holatda – barmoqlar, tovon-boldir va tizza bo‘g‘imlari uchun faol mashqlar bajariladi. 2–3 kundan keyin oyoqlarni majburiy bintlash bilan, o‘lchamli yurish, yengil buyumlar bilan mashqlar bajarish buyuriladi.

Operatsiyadan keyin bemorni funksional karavotda oyoq tomonini ko‘targan holatda yotqiziladi. Umumrivojlantiruvchi, nafas mashqlari va barmoqlar, tovon-boldir bo‘g‘imlari uchun maxsus faol mashqlari qo‘llaniladi. 2–3-kuni bemorga o‘tirishga (bunda oyoqlar oldiga qo‘yilgan kursiga qo‘yiladi), yurishga (operatsiya qilingan oyoqni albatta bintlash sharti bilan) ruxsat beriladi. Keyinchalik operatsiya qilinmagan oyoqda venalarning varikoz kengayib ketishining oldini olish maqsadida ikkala oyoqni ham bintlash, elastik paypoq kiyib yurish tavsiya qilinadi. Davolash mashqlariga boldir va son mushaklari uchun 2–3 soatdan izometrik mashqlar bajarish qo‘shiladi. Bemorning operatsiya qilingan oyog‘iga ko‘tarib qo‘yilgan holat beriladi. Ikkinchi kundan boldirga elastik bint qo‘yib, yurishga ruxsat beriladi.

Choklar 7–8 sutkalarda olinadi. Operatsiyadan keyingi 8–12 hafta davomida elastik bintni qo‘llash tavsiya qilinadi. Oyoq kiyim siqmaydigan bo‘lishi kerak. Kasalxonadan ketgandan keyin suzish, chang‘ida yurish, velosiped haydash maqsadga muvofiq bo‘ladi.

***Operatsiyadan oldingi parvarish xususiyatlari***

*Fizikal baholash: v*arikoz o‘lchami; simptomlar darajasi; og‘riq, uvushish, boldir mushaklarining tortishishi, kuchayib borayotgan issiqlik sezgisi, ekzema, dog‘lar paydo bo‘lishi, tez

charchash, holsizlik; yurishga ta'siri; kundalik hayot tartibi (ko'p turib ishlaydimi? Ish mazmuni nimadan iborat?); moyil omillar: semizlik, homiladorlik va tug'ruq.

***Operatsiyadan oldingi qo'rquv va xavotirlanishda ruhiy parvarish***

– Shifokorning stripping haqidagi tushuntirishini bemor ilg'ab olganligini tekshirish va bu tushuncha kamlik qilsa, xavotirlikni yumshatish bo'yicha qo'shimcha tushuncha berish.

***Operatsiyadan keyingi parvarish***

*Asoratlarni vaqtida aniqlash uchun hamshira parvarishi:*

– Operatsiyadan keyin qon ketish (jarohat sohasida va teri osti), infeksiya, tromb hosil bo'lishi, tomirlarning erkin tromblar bilan berkilib qolishi va boshqa asoratlar rivojlanish ehtimoli bor, shuning uchun A/B, puls va og'riq borligini kuzatish zarur.
– Operatsiyadan keyin qon ketishni to'xtatish uchun elastik bog'lam qattiq mahkamlab qo'yilgan bo'lsa ham, 2–3 soatdan keyin bog'lamni yechib qayta bog'lash kerak, chunki oyoqlarda qon aylanishni ta'minlash zarurdir;
– Bemorga tushuntirishda, nevrologik buzilish, simptomlar yarim yildan keyin yo'qolishini va davriy shifokor ko'rigidan o'tayotganda simptomlardagi o'zgarishlarni albatta aytish kerakligi uqtiriladi.

*Operatsiyadan keyingi og'riq:*

– Og'riqsizlantiruvchi preparatlar yordamida og'riqni bartaraf qilishni ta'minlash.

*O'rnidan erta turish uchun hamshiralik parvarishi:*

– Operatsiyadan keyingi qon ketish xavfi yo'qolgandan keyin, qon aylanish va tromb hosil bo'lishining oldini olish uchun oyoqlar uchun harakat mashqlari bajarish lozim (karavotda oyoqlar uchun mashqlar).

**Endarterit bilan kasallangan bemorlarda uy sharoitida yashash masalalari bo‘yicha ko‘rsatma (A/B ko‘tarilishining oldini olish uchun to‘g‘ri hayot tarzi olib borish bo‘yicha yo‘riqnoma):**

- bemorning o‘z kasalini tushunish darajasini aniqlash;
- bemorga xirurgik operatsiya yo‘li bilan kasallangan qism olib tashlangan bo‘lsada, tomirlar aterosklerozi umuman saqlanishi va A/B ning to‘satdan ko‘tarilishi boshqa joyda o‘zgarish paydo bo‘lishi mumkinligini tushuntirish kerak (ba’zi hollarda A/B ni nazorat qilish zarur hamda qonda yog‘ miqdori oshishini va qandli diabetni nazorat qilish);
- hamshira kasallik rivojlanishi ateroskleroz borligi bilan bog‘liqligini bemorga tushuntiradi va kasallikning qayta rivojlanishining oldini olish choralarini u bilan birga muhokama qiladi – hayot tarzini o‘zgartirish, tuzni chegaralash, chekish va spirtli ichimliklardan tiyilish, haddan tashqari ko‘p yog‘ iste’mol qilishni to‘xtatish lozimligini tushuntiradi;
- bemor kasalxonadan chiqqandan keyin og‘ir jismoniy mehnat qilmasligi va kam yuklamali ishlarni bajarishda oila a’zolarining ta’siriga erishishi lozim;
- bemorga gipotenziv, siydik haydovchi preparatlar, varfarin tipidagi antikoagulantlar ta’sirini tushunishida yordam berish va birgalikda dorilarni o‘z vaqtida va to‘xtatmasdan qabul qilish yo‘llarini muhokama qilishi kerak;
- sun’iy tomirlar qo‘yilganda yangi tromblar rivojlanishini oldini olish maqsadida antikoagulyant preparatlar (varfarin) uzoq muddat qabul qilinadi, shuning uchun varfaringa nisbatan antagonist ta’sirga ega bo‘lgan oziq-ovqatlardan tiyilish kerakliligini tushuntirish lozim (shpinat va boshqa ko‘katli sabzavotlar);
- agar qon ketish kuzatilsa, uni to‘xtatish qiyin bo‘ladi, shuning uchun e’tiborli bo‘lish va lat yeyish, yiqilib tushish natijasida shikast olishdan ehtiyot bo‘lish kerak.

O‘zgarish bo‘lish ehtimolini hisobga olib, aloqa ma’lumotlarini berish:

- qorin bosimining oldini olish uchun qorin qismini tasma yoki belbog‘ bilan siqadigan kiyim kiymaslik;
- qorinni taranglashtiradigan jismoniy ish qilmaslik;
- og‘ir yuk ko‘tarmaslik;
- fiziologik hojatni amalga oshirishda kuchanmaslik;
- qorin sohasiga kuchli zarba tushishidan o‘zini ehtiyot qilish.

## Varikozi bor bemorlarga (elastik bog‘ni qo‘yish uslubi, elastik paypoqni kiyish va yashash tarzi bo‘yicha) ko‘rsatmalar

Bemorga operatsiyadan keyingi dastlabki 2–3 oy elastik bog‘lam (yoki elastik paypoq) yordamida yurish zarurligini tushuntirish.

***Elastik bintli bog‘lam qo‘yish usuli:***

- 8–10 sm enlikdagi bog‘lamdan foydalanish (ensiz bog‘lam tez bo‘shashadi, keng bog‘lam esa oyoq o‘lchamiga mos kelishi qiyin).
- Iloji boricha bog‘lamni chetdan boshlab qo‘yish (oyoq uchidan).
- Oyoqni e’tibor bilan bog‘lash, chunki qattiq bosib bog‘langanda oyoq uchlarida uvishish va og‘riq paydo bo‘ladi.
- Oyoq bo‘g‘imlaridan bog‘lam boshlansa tez yechilib ketadi, shuning uchun uni ikki marta o‘rab bog‘lanadi, bog‘lam tugaydigan son sohasida esa uning siljib ketmasligi uchun yopishqoq tasma bilan mustahkamlanadi.

***Elastik paypoq kiyish usuli:***

- Keraklicha siqib turadigan paypoqni tanlash lozim (to‘piqda 18 mm sim.ust., boldirga 12 mm sim.ust., songa 7 mm sim. ust).
- Boldir mushaklarining o‘lchamini tekshirish va shunga mos o‘lchamni tanlash.

– Qon aylanishini kuzatish uchun oyoq uchlari ochiq paypoq tanlash.
– Bog‘lam qo‘yadigan material havo o‘tkazadigan bo‘lishi kerak.

***Kiyish uslubi:***

– Bemorga paypoqni kiyishda burmalarni tekislashni tushuntirish, chunki ular qon dimlanishiga sabab bo‘ladi.
– Agar paypoqda buklanish bo‘lsa siqish darajasi kuchsizlanishi, shuning uchun ehtiyot bilan foydalanish va yirtmaslikni bemorga tushuntirish.
– Elastik paypoqdan foydalanayotgan vaqtda tirnoq va teri rangining (sianoz) o‘zgarishini kuzatishni bemorga tushuntirish.

***Oila a’zolarini o‘rgatish:***

Yurak-tomir sistemasida o‘tkazilgan operatsiyalar radikal emas, palliativ bo‘lib, palliativ operatsiyalar kasallik rivojlanishini vaqtincha to‘xtatadi. Shuning uchun bemor va uning oila a’zolari buni aniq tushunishlari muhim.

1) asoratlarni erta aniqlash;
2) chekishdan o‘zini tiyish bo‘yicha ko‘rsatma;
3) semirib ketishning oldini olish;
4) ruhiy kuchanishni yumshatish;
5) harakat faoliyatining talabdagi tartibi;
6) ambulator davolashni to‘xtatmaslik.

## Angiografiyada hamshiralik parvarishi

***Angiografiyaga tayyorlash.*** Muolaja o‘tkazishdan oldin bemorning yodga sezuvchanligini tekshiradi. Sinama o‘tkazish maqsadida, tibbiyot hamshirasi shifokorning bevosita nazorati ostida bemorga 1ml yodli kontrast modda kiritadi. Allergik reaksiyalar paydo bo‘lmasa, angiografik tekshirishni o‘tkazsa bo‘ladi. Tekshirish boshlashdan 20–30 min oldin premedikatsiya qilinadi.

Kontrast modda (verografin)ni 60–80 ml dan va katta tezlikda qon tomiriga yuboriladi. Kontrast moddani yuborishdan oldin bemorning tana haroratigacha isitish kerak.

***Bemorga tekshirishning maqsad va uslubi haqida aytish hamda tekshirish o‘tkazishda uning yordamiga erishish.*** Hamshira shifokorning tushuntirish suhbatida ishtirok etadi, bemor va uning oilasining so‘z va harakatlaridan, ular qanchalik tekshirish mazmunini tushunganliklarini aniqlab oladi hamda ularning xavotirlanish darajasini baholaydi.

***Punksiya qilinadigan soha va uning atrofidagi tuklarni tozalash.*** Bu muolaja 2 ta maqsadni ko‘zlaydi: tekshirishdan bir kun oldin punksiya sohasiga infeksiya tushishining oldini olishni ta’minlaydi, tekshirishdan keyin esa qon ketishni to‘xtatish uchun yopishtirilgan yopishqoq mustahkamlovchi lentani yechishda bo‘ladigan og‘riqni kamaytiradi.

***Xavotirlanishni yumshatish uchun tushuntirish.*** Tekshiriladigan kuni dastlabki muolajani o‘tkazish vaqtida xavotirlanishni yumshatish uchun bemor bilan tushuntirish suhbatini o‘tkazish.

***Tekshirish o‘tkazilayotganda uning xavfsiz va qulay o‘tishida yordam berish:***

(1) Kateter kiritilayotgandagi subyektiv belgilar;

(2) Kontrast moddani yuborishda anafilaktik shok belgilari;

(3) EKG monitori orqali aritmiyani kuzatish;

(4) Kuzatilishi mumkin bo‘lgan azoblarda g‘amxo‘rlik qilish;

Peshob ajratishga qistanganda, chanqaganda va h.k. larda yordam berish.

## Tekshirish o‘tkazilgandan keyin punksiya qilingan sohada qon ketishning oldini olishga, periferik arteriyalarning berkilib qolishiga va boshqa asoratlarning oldini olishga yo‘naltirilgan yordam

– Punksiya sohasidan qon ketish to‘xtaganligini tekshirish.

– Ichki qon quyilish maydonini kuzatish.

– Periferik arteriyalarda puls borligini tekshirish.
– Orom saqlashda yordam.
– Tana holatini o‘zgartirish, hojatga chiqish va ovqat yeyishda yordam berish.
– Beldagi og‘riqni kamaytirish.

**NAZORAT SAVOLLARI:**

1. Gangrenani ta’riflab bering.
2. Infarktni ta’riflab bering.
3. Yara nima?
4. Oqma yara nima?
5. Tug‘ma oqma yaralarni ta’riflab bering.
6. Sun’iy oqma yara yaratishdan maqsad?
7. Endarterit bilan og‘rigan bemorlarda operatsiyadan oldingi va keyingi hamshira parvarishi.
8. Varikozi bor bemorlarda operatsiyadan oldingi va keyingi hamshira parvarishi.
9. Bemorni angiografiyaga qanday tayyorlash kerak?
10. Quruq gangrenaning rivojlanish sabablari, belgilari.
11. Ho‘l gangrenaning rivojlanish sabablari, belgilari.
12. Obliteratsiyalovchi endarteritning klinik belgilari va davolash prinsiplari.
13. Venalarning varikoz kengayishining klinik belgilari va davolash prinsiplari.
14. Tromboz va emboliyalar.
15. Bemorni angiografiyaga tayyorlash.

## 1.13. Ovqat hazm qilish a’zolarining xirurgik kasalliklarida hamshiralik parvarishi

### Me’da raki, xoletsistit, appenditsit bilan og‘rigan bemorlar xususiyati

**Me’da raki.** Onkokasalliklarning eng ko‘p tarqalgan shakllaridan birini, xavfli kasalliklar umumiy sonining 40% ini tashkil qiladi.

***Etiologiyasi:*** me’da rakining etiologiya va patogenezi hozircha oxirigacha aniqlanmagan. Erkaklar ayollarga nisbatan ko‘proq og‘riydilar. Kasallik rivojlanishida irsiy moyillikning

ehtimoli bor. Me'da rakining rivojlanish ko'rsatkichi ovqatlanish xususiyatiga ham bog'liqligini kuzatish mumkin. Asosan yog'siz taom, sitrus mevalar, mevalar, sabzavotlar, mol go'shtini ko'proq iste'mol qiladigan kishilarda me'da raki, ko'p miqdorda ziravorlar, non, pishloq, juda issiq va yog'li ovqat, kuchli spirtli ichimliklarni iste'mol qiladiganlarga nisbatan kam uchraydi. Betartib ovqatlanadigan kishilar ovqatlanish tartibini saqlaydiganlarga nisbatan ko'proq me'da raki bilan og'riydilar. Rak rivojlanishida surunkali astral va autoimmun gastrit, me'da polipi bilan rak oldi kasalligi hisoblanadi. Bundan tashqari surunkali kallez – me'da yarasi rakka aylanishi mumkin.

*Me'da rakining 4 bosqichi farqlanadi:*

**I bosqich** – katta bo'lmagan, aniq chegaralangan o'sma, me'daning shilliq parda va shilliq osti qavatida joylashgan. Hududiy metastazlar yo'q.

**II bosqich** – o'sma me'daning mushak qavatini shikastlaydi, seroz qoplamga o'sib kirmaydi va qo'shni a'zolar bilan yopishmagan. Me'da harakatchanligini saqlagan, yaqin joylashgan hududiy limfa tugunlarida yakka harakatchan metastazlar kuzatiladi.

**III bosqich** – o'sma o'lchami katta, qo'shni a'zolarga o'sib kirgan va me'da harakatchanligini chegaralagan yoki regionar metastazlar bilan o'sma.

**IV bosqich** – xohlagan o'lchamdagi va xohlagan xususiyatga ega, tarqalgan metastazlarga ega rak o'smasi (boshqa a'zolarga metastaz bergan).

Kasallikning uchta davri farqlanadi: boshlang'ich, kasallikning aniq klinik namoyon bo'lishi; terminal.

***Klinik holati va belgilari.*** Kasallik rivojlanishining dastlabki bosqichida kichik belgilar sindromi tashxis qo'yish ahamiyatiga ega. Bularga quyidagi simptomlar kiradi: tez charchash, holsizlik, ishtahaning pasayishi, ba'zi bir taom turiga nafrat (go'sht, baliq), me'dada noqulaylik namoyon bo'lishi – kekirish, to'sh ostida

og‘irlik, me’daning to‘lib ketganlik sezgisi, ruhiy tushkunlik, yotsirash, befarqlik.

Yaqqol klinik namoyon bo‘lish davri quyidagi simptomlar bilan kuzatiladi: to‘sh osti sohasida doimiy so‘ruvchi yoki simillab turuvchi og‘riq, kam hollarda bulimiya, tez ozib ketish, ko‘ngil aynishi, qusish, surunkali ravishda me’dadan qon ketishi, uzoq davomli isitma. Hamma sanab o‘tilgan simptomlar kasallikning aniq bir bosqichida ko‘pchilik bemorlarda kuzatiladi. Lekin me’da rakining yashirin kechuvchi va og‘riqsiz shakllari uchrab turadi.

Kasallikning terminal davri to‘sh ostida, o‘ng qovurg‘a ostida (jigarga metastaz berganda), orqada (me’da osti beziga o‘sma o‘sib kirganda), ba’zan suyaklarda kuchli charchatib yuboradigan og‘riq borligi bilan xarakterlanadi, ishtahaning umuman yo‘qolishi va ovqatga nisbatan nafrat, ko‘ngil aynishi, kuchli holsizlik, har ovqatlangandan keyin qayt qilish, ozib ketish, isitma, terining quruqshishi, yer rangida bo‘lishi, ba’zi hollarda assit bo‘ladi.

Umurtqa pog‘onasiga metastaz bo‘lganda bemorning yurishi o‘zgaradi – bir yondan ikkinchi tomonga chayqalib yurish («o‘rdak» yurish), ozish, toliqishi asta-sekin rak – kaxeksiyaga o‘tadi. Bemor yurak-tomir yetishmovchiligi va intoksikatsiya holatidan o‘ladi.

Me’da rakini tashxislashni rentgenografiya, endoskopiya, UTT, kompyuterli tomografiya ta’minlaydi.

***Davosi.*** Barcha xavfli o‘smalarning davosi o‘zida uchta asosiy usulni qamrab oladi – xirurgik, nur bilan davolash, ximioterapiya, alohida yoki qo‘shib foydalaniladi. Xirurgik operatsiyani amalga oshirish asosiy talablaridan biri, o‘sma bitta a’zo sog‘lom to‘qimasi atrofida regionar limfa tugunlari bilan birga yoki o‘sma joylashgan a’zo bilan birga regionar limfa tugunlarini tizimi bilan birga olib tashlash hisoblanadi.

Metastazlar butun organizmga tarqalishida, hayotiy muhim a’zolarda joylashganda, operatsiya qilinmaydigan hollarda yagona

davo ximioterapiya va nurlash usulidir. Nur bilan va ximioterapiya keyinchalik xirurgik operatsiya qilishga sharoit yaratishi mumkin.

## Xoletsistit

Bu o‘t pufagi devorining yallig‘lanishi. U o‘tkir va surunkali bo‘lishi mumkin. Toshsiz va toshli – kalkulyoz (kataral, flegmonoz, gangrenoz, perforativ) xoletsistit farqlanadi.

***Etiologiyasi.*** O‘tkir xoletsistit yuzaga kelishida asosiy sabab infeksiya hisoblanadi. O‘t pufagiga u uch yo‘l orqali kiradi: qon orqali, ichaklardan o‘t yo‘llari orqali, limfa tomirlari orqali. O‘t pufagiga infeksiya qon va limfa bilan faqat jigarning zararlantirish faoliyati buzilganda tushadi. O‘t yo‘llari oqimining harakat faoliyati buzilganda bakteriya ichaklardan o‘tadi. Agar o‘t pufagining harakat faoliyati buzilmagan va o‘t dimlanmagan bo‘lsa, o‘t pufagiga infeksiya tushganda ham, o‘t pufagi yallig‘lanishi bo‘lmaydi.

Toshlar, uzaygan va egri o‘t yo‘llarining buklanib qolishi, uning torayishi o‘tning o‘t pufagida dimlanishiga olib keladi. O‘t-tosh kasalligi tufayli o‘tkir xoletsistitning rivojlanishi 85–90% ni tashkil qiladi. O‘t pufagi yo‘llarining tosh bilan berkilib qolishi natijasida, o‘tning ichaklarga tushishi to‘xtaydi, pufak devorida uning bosimi ko‘tariladi. Devor cho‘ziladi, unda qon aylanish yomonlashadi, yallig‘lanish rivojlanishiga sabab bo‘ladi. O‘t pufagi devoriga toshning ta’siri uzoq davomli bo‘lganda, surunkali xoletsistit sababchisi doimo o‘t-tosh kasalligi hisoblanadi.

***Klinik holat va simptomlar.*** O‘tkir xoletsistit bilan ko‘proq 50 yoshdan oshgan kishilar og‘riydi. O‘tkir xoletsistit bilan og‘riganlar umumiy sonining 40–50% ini qariyalar (75–89 yosh) va keksa yoshdagilar (60–74 yosh) tashkil qiladi. O‘tkir xoletsistit odatda to‘satdan boshlanadi. O‘t pufagining o‘tkir yallig‘lanishi boshlanishi ko‘pincha o‘t sanchig‘ining xuruji bilan kuzatiladi (o‘ng qovurg‘a ostida kuchli og‘riq). O‘t yo‘lining tosh bilan

berkilib qolishi chaqirgan o‘tkir og‘riqli xuruj o‘z-o‘zidan yoki og‘riqsizlantiruvchi dorilar qabul qilgandan so‘ng to‘xtaydi. Xuruj to‘xtagandan bir necha soat keyin o‘tkir xoletsistitning hamma belgilari namoyon bo‘ladi. Kasallikning asosiy namoyon bo‘lish belgisi qorinda kuchli va doimiy og‘riq bo‘lib, kasallik zo‘rayib borishi bilan kuchayib boradi. O‘tkir xoletsistitning doimiy belgilari – ko‘ngil aynish va bemorga yengillik keltirmaydigan qayta-qayta qusish. Kasallikning birinchi kunlaridan harorat ko‘tarilishi kuzatiladi. Teri va ko‘z olmasining sarg‘ayishi o‘tning normal chiqishiga to‘siq borligiga belgi berib, bu o‘t yo‘llarining tosh bilan tiqilib qolganligi bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin. Puls tezligi bir daqiqada 80 dan 120 ta va undan yuqori turtki o‘rtasida o‘zgarib turadi. Pulsning tez urishi xavfli belgi bo‘lib, chuqur intoksikatsiya ketayotganligidan guvohlik beradi va haroratning 39°C ga ko‘tarilishi, et uvushishi xoletsistit asoratidan darak beradi.

Duodenal zondlash, UTT va rentgen tekshirish kasallik tashxisini ancha yengillashtiradi. Surunkali xoletsistit yillab simptomsiz kechishi mumkin, keyin o‘tkir shaklga o‘tib, o‘zini asoratlar bilan namoyon qiladi.

***Asoratlar:*** peritonit, mexanik sariqlik, xolangit, o‘tkir pankreatit.

***Davosi.*** O‘tkir xoletsistit bilan og‘rigan bemorlar, xirurgik kasalxonaga yotqizilishi kerak. To‘shakda yotish tartibi, parhez, spazmolitiklar, baralgin, analgin yuboriladi, ikki yoqlama paranefral novokainli blokada qilinadi. Vena ichiga glukozaning 5% li eritmasi, fiziologik eritma, qon o‘rnini bosuvchi suyuqliklar miqdori sutkasiga 2–3 litrgacha quyish bilan dezintoksikatsiya terapiyasi o‘tkaziladi. Ta’sir doirasi keng antibiotiklar buyuriladi. Agar 24 soat ichida intensiv davolash o‘tkazilganligiga qaramay, yallig‘lanish jarayoni pasaymasa, bemorlarga operativ aralashuv ko‘rsatiladi – o‘t pufagi olib tashlanadi (xoletsistektomiya).

*Xoletsistektomiya* – ochiq laparotomiya yoki laparoskopik yo‘l bilan o‘t pufagini olib tashlash. Operatsiyaga ko‘rsatma o‘t-tosh

kasalligi hamda uning asoratlari (o‘tkir xoletsistit, o‘t pufagining empiyemasi, o‘t pufagining istisqosi), o‘t pufagi poliplari.

*Laparoskopik xoletsistektomiya*: endoskopik apparat kuzatuvi ostida qorin devorini alohida teshish orqali amalga oshiriladi.

*Laparoskopik usulning yutuqlari:* kam shikastlanish; kasalxonada yotish davrining qisqaligi; mehnat layoqatini yo‘qotish muddatining 2–5 martaga kamayishi; kosmetik effekt; asoratlar og‘ir kechishi va rivojlanishining past ko‘rsatkichi; iqtisodiy effekt (dorilardan tejash, kasalxonada yotish davrining kamligi, reabilitatsiya muddatining qisqarishi).

## Appenditsit

**Chuvalchangsimon o‘simtaning yallig‘lanishi.** Mikroblarning eng ko‘p tushish yo‘llari – enterogen, kamdan kam gematogen va limfogen yo‘l. O‘tkir va surunkali appenditsit farqlanadi. Patalogo-anatomik o‘zgarishlarga ko‘ra: kataral appenditsit; flegmonoz appenditsit; gangrenoz appenditsit; asoratlangan appenditsit (appendikular infiltrat, appendikular abssess, tutashgan yiringli peritonit, sepsis).

***Klinik ko‘rinishi.*** Odatda, kasallik to‘satdan boshlanadi. Og‘riq o‘rtacha kuchli, ba’zan o‘tkir, doimiy, kamdan kam davriy kuchayuvchi, lekin chidasa bo‘ladigan (xurujdan farqli). Ko‘pincha oyoqlarga beradi, yo‘tal va harakat qilganda kuchayadi. Ba’zan o‘ng yonboshda boshlanadi, ko‘proq to‘sh ostida yoki butun qorin bo‘ylab boshlanib, bir necha soat o‘tgach o‘ng yonboshga ko‘chadi – Koxer-Volkovich simptomi. Lekin paypaslab ko‘rilganda, dastlabki soatlardan og‘riq o‘simta sohasida aniqlanadi.

Ko‘ngil aynishi va qusish kuzatiladi, lekin yengillik keltirmaydi.

Hojat to‘xtashi mumkin (10%), tezlashgan (2%) – odatda o‘simta medial joylashganda kuzatiladi, ko‘proq faoliyat buzilmaydi.

Harorat – subfebril, kamdan kam yuqori bo‘ladi. Til oq karash bilan qoplangan, og‘ir hollarda quruq bo‘lishi mumkin.

Tilni ko‘zdan kechirayotganda bodomcha bezlarni ham ko‘zdan kechirish kerak (angina bor-yo‘qligini bilish uchun).

*Qorindagi mahalliy o‘zgarishlar:*

a) dastlab qorin nafas olishda ishtirok etadi, keyin pastki o‘ng qism nafas olishdan orqada qola boshlaydi, tekislanishi mumkin, og‘rigan tomonda muskullarning taranglashishi natijasida asimmetriyasi kuzatiladi;

b) faol harakat, yo‘talish, boshni ko‘tarish o‘ng yonboshda og‘riqni chaqiradi;

d) chegaralangan og‘riq va o‘ng yonboshda mushaklarning himoyali taranglashishi – eng asosiy belgi (keksalarda, kuchsizlangan kishilarda kam ifodalangan);

e) peritoneal simptomlar: Schetkin–Blyumberg, Mendel (72%) o‘ng yonboshda;

f) o‘ng yonbosh sohada teri giperesteziyasi;

g) perkussiyada – qorin bo‘shlig‘iga suyuqlik yig‘ilganda, infiltrat bo‘lganda o‘ng yonbosh sohasida bo‘g‘iq tovush bo‘ladi;

h) auskultatsiyada – peristaltikaning kuchsizlanishi.

***O‘tkir appenditsitning maxsus simptomlari:*** Rovzing simptomi, Rusakov bo‘yicha Voskresenskiy simptomi («ko‘ylakda» sirpanish) 97% bemorlarda musbat bo‘ladi,

*Sitkovskiy simptomi.* O‘tkir appenditsit tashxisi har tomonlama hamma umumiy va mahalliy belgilar tahliliga asoslanishi kerak. Qonda – leykotsitoz va ECHT tezlashgan.

***Davosi.*** O‘tkir appenditsitning davosi faqat operatsiya. Operatsiya tashxis qo‘yilgandan keyin qisqa muddat ichida qilinadi. Appendektomiya – chuvalchangsimon o‘simtani operativ yo‘l bilan olib tashlash. Ochiq va laparoskopik appendektomiya.

Mahalliy anesteziya ostida o‘ng yonboshda Volkovich – Dyakonov usulida qavatma-qavat to‘qima kesilib, qorin bo‘shlig‘i ochiladi. Antegrad appendektomiya amalga oshirilib, o‘simta cho‘ltog‘i kiset va Z simon chok bilan ichkariga kiritiladi va bosqichma-bosqich zararsizlantirilib, charviga biriktiriladi. Gemostaz bajariladi.

Chambarsimon ichakning terminal bo‘limi ko‘zdan kechiriladi. Jarohatga qavatma-qavat chok qo‘yiladi. Teri osti yog‘ to‘qimasi drenajlanadi. Operatsion jarohatga va teriga antiseptik vosita bilan ishlov berilib, aseptik bog‘lam qo‘yiladi.

***Operatsiya jarohatining bitish jarayoni.*** Jarohatning bitishi regenerativ jarayon bo‘lib, olingan shikastga organizmning biologik, fiziologik reaksiyasining namoyon bo‘lishidir.

*Umumiy shartlar* – yoshlarda, hayotiy muhim a’zolarda fiziologik buzilishlar yo‘qligi to‘g‘ri va o‘z vaqtida tiklanishga yo‘naltiradi. Ochlik, kaxeksiya, avitaminoz, diabet, anemiya, tomirlar sklerozida bitish sharoiti og‘irlashadi.

*Mahalliy shartlar* – joylashishi, jarohatning anatomo-fiziologik sharoiti, jarohat sohasining qon bilan ta’minlanishining yaxshiligi, innervatsiyaning saqlanganligi tiklanishni tezlashtiruvchi omillar hisoblanadi.

Agar jarohat chetlari tekis, bir-biriga zich yopishgan bo‘lsa bitish tez ketadi va birlamchi bitish deb ataladi.

Toza operatsiyalardan keyin (aseptik jarohat) hamda shikastlangan, lat yegan jarohat chetlari sog‘lom to‘qima chegarasida kesib olib tashlanganda, ya’ni birlamchi xirurgik ishlovdan keyin ularning chetlari tekis va chok qo‘yilgan, aseptik jarohatda birlamchi bitish kuzatiladi. Bitish 5–7 kun davom etib, nozik chandiq hosil bo‘ladi. Chok olingandan so‘ng arzimagan yallig‘lanish belgilari kuzatiladi: katta bo‘lmagan shish, qizarish, chandiqli to‘qima asta-sekin yallig‘lanish belgilarini yo‘qotadi, chandiq qattiq va rangpar bo‘lib qoladi.

Agar jarohat yorig‘i bo‘lsa yoki chetlari orasida bo‘shliq bo‘lsa, bitish sekin kechadi, granulatsion to‘qima rivojlanadi, bunday bitish turi ikkilamchi tortilib bitish deyiladi.

Ikkilamchi tortilib bitish yot jism yoki qon laxtasi, nekrotik o‘choq bo‘lganda, ochlik, kaxeksiya, moddalar almashinuvi buzilishi, jarohatda yoki bemor organizmida infeksiya borligi sababli to‘qimalar cho‘ziluvchanligi yo‘qligida yuzaga keladi. Yallig‘lanish simptomlari rivojlanadi: jarohat chetlari shishadi,

qizarish paydo bo‘ladi, mahalliy harorat ko‘tariladi, og‘riq yuzaga keladi, jarohat tubi seroz – yiringli ajralma bilan qoplanadi. Yallig‘lanish belgilarining rivojlanishi to‘qimalar reaksiyasi va infeksiya virulentligiga bog‘liq bo‘ladi. 48–96 soatdan keyin jarohatning ayrim sohalarida katta bo‘lmagan och qizil rangdagi tugunchalar paydo bo‘ladi. Ularning soni asta-sekin oshib boradi va jarohatning butun yuzasi, yoriq va cho‘ntaklar yangi, yosh to‘qima bilan to‘ladi va granulatsiyali to‘qima deb ataladi.

## O‘tkir ichak tutilishi turlari. Mezenterial tomirlar trombozi

Ichak tutilishi deganda, ichaklar harakatining buzilishi yoki batamom to‘xtashi tushuniladi. Ichak tutilishining *dinamik va mexanik tutilishi* farq qilinadi.

***Dinamik*** tutilishda ichaklarning harakat faoliyati buziladi, bu faoliyat peristaltikaning to‘liq to‘xtashigacha sustlashishi *(paralitik tur*) yoki ichak spazmi keskin kuchayishi *(spastik tur)* mumkin.

***Mexanik*** tutilishining turlari juda ko‘p, biroq bu turlarning hammasi kechishi jihatidan quyidagi ikkita guruhga bo‘linadi: *strongulatsion va obturatsion* ichak tutilishi.

*Ichakning strongulatsion tutilishi* – ichak tutilishining eng og‘ir turidir. Ichak bo‘shlig‘ining tiqilib qolishi ichak tutqich tomirlari va nervlarining bosilishi bilan o‘tadi, bu – qon aylanishining buzilishiga va ichak bo‘lagining tez jonsizlanishiga olib keladi. Ichakning strongulatsion tutilishi churralar qisilib qolganda, ichak buralishida, ichak tugilib qolishida kuzatiladi.

*Ichakning obturatsion tutilishi* – ichak tutilishining eng yengil turi hisoblanadi, chunki ichak bo‘shlig‘ining tiqilib qolishi ichak tutqich ezilmasdan sodir bo‘ladi. Ichakning yot jism, o‘sma va shu kabilardan tiqilib qolishining hamma turlari ichak tutilishining shu turiga kiradi.

***Ichaklar invaginatsiyasi*** ichak tutilishining strongulatsion va obturatsion turlari o‘rtasidagi oraliq turi hisoblanadi. Ichakning

bir bo‘lagi uning davomi bo‘lmish ikkinchi bo‘lagining ichiga kiradi. Ko‘pincha ingichka ichak ko‘richak sohasida yo‘g‘on ichakning ichiga kirib qoladi. Ingichka ichak ingichka ichakka, yo‘g‘on ichak yo‘g‘on ichakka kirib qolishi mumkin. Blastula devori bir qismining blastula ichiga noto‘g‘ri kirishi va ichak devorlarining to‘lqinsimon harakati ichak kasalliklariga sabab bo‘ladi. Invaginatsiyada ichak tiqilibgina qolmay (obturatsiya), balki ichak tutqich tomirlari ezilib ham qoladi (strongulatsion). Natijada qon aylanishi buziladi va keyinchalik invaginatsiya bo‘lgan ichak bo‘lagi nekrozga uchraydi.

Ichak tutilishi ichak tutqich tomirlarda qon laxtasi hosil bo‘lishiga bog‘liq bo‘lishi ham mumkin. Trombozga shikastlar, qon ivishi xususiyatining oshganligi, ichakning yallig‘lanish kasalliklari sabab bo‘lishi mumkin. Mezenterial tomirlar trombozidan ichak ma’lum bo‘limining qon bilan ta’minlanishi buziladi, keyinchalik esa jonsizlanish va gangrena rivojlanadi.

***Klinikasi.*** Ichak tutilishining hamma turlari uchun bir qator umumiy belgilar xos: qorinda xurujsimon og‘riq, najas kelishi va yel chiqishi to‘xtaydi, meteorizm (qorin dam bo‘ladi), qayt qilish, intoksikatsiya kuzatiladi.

Ichak tutilishining ayrim turlarida ichak tutilishining aytib o‘tilgan belgilardan tashqari, o‘ziga xos belgilari kuzatiladi. Ichak tutilishining *falajlik* turida qorin anchagina dam bo‘ladi va peristaltika butunlay to‘xtaydi.

*Spastik* turi uchun ichak peristaltikasining kuchayishi bilan birga xurujsimon og‘riqlar paydo bo‘ladi. Ichak tutilishining spastik turi paralitik turiga o‘tishi mumkin.

*Strongulatsion* tutilishda qorinda juda qattiq sanchiqsimon og‘riq paydo bo‘ladi. Ichak tutilishi nechog‘li yuqorida bo‘lsa, qusish shunchalik ko‘p bo‘ladi. Biroq ichakning quyi bo‘limlaridan najas kelishi mumkin. Ichakning ayrim bo‘limlarida dam bo‘lishi sababli qorin asimmetriyasi (Val belgisi) paydo bo‘ladi, auskultatsiyada ba’zan tushayotgan tomchi tovushi eshitiladi (Sklyarov belgisi), to‘g‘ri ichak ampulasi kengayadi

(Obuxov kasalxonasi belgisi). Bemorning ahvoli nihoyatda og‘ir bo‘ladi, arterial bosimi pasayadi, pulsi ipsimon bo‘lib qoladi, sovuq ter chiqadi, lablari va barmoqlarining uchi ko‘kimtir tus oladi, ko‘zlari kirtayadi, tovushi jarangdorligini yo‘qotadi, oyoq-qo‘llari muzday bo‘lib qoladi, biroq es-hushini yo‘qotmaydi. Tana harorati, odatda normal bo‘ladi. Ichakning jonsizlanishi tutash peritonitga olib keladi.

Obturatsion ichak tutilishida, agar ichak bo‘shlig‘ining qisman tiqilib qolishi mavjud bo‘lsa, klinikasi asta-sekin vujudga keladi. Ichakning olib keluvchi qovuzlog‘ida najas tutilib qoladi, bu xamirsimon konsistensiyadagi o‘smaga o‘xshash tuzilma ko‘rinishida aniqlanadi.

Ichakning to‘la tutilishida bemor ko‘p qusadi, qusuqdan najas hidi keladi, qabziyat bilan kuchli ich ketishi birin-ketin almashinib turadi. Bunga intoksikatsiya qo‘shiladi.

Invaginatsiyada klinik manzara, odatda tez ro‘y beradi, qusish, qorinda og‘riq bo‘ladi, paypaslab ko‘rilganda elastik konsistensiyadagi silindrsimon tuzilma aniqlanadi, o‘ng yonbosh sohasi ichiga tortib ketadi, najasda qon paydo bo‘lishi mumkin. Invaginatsiya ko‘pincha bolalarda bo‘ladi. Quyi invaginatsiyada invaginat anal teshikdan tashqariga chiqishi mumkin (to‘g‘ri ichak tushishidan farq qilish zarur).

### Mezenterial tomirlar trombozida

Qorinda muttasil og‘riq bo‘ladi, qorin birmuncha shishib chiqadi, ich to‘xtashi qayd qilinadi.

Ichak tutilishi tashxisida rentgenologik tekshiruv muhim ahamiyatga ega. Obzorli rentgenoskopiyada ichak qovuzloqlarida, gorizontal suyuqlik sathi bilan ayrim suyuqlik sohalari – Kloyberg kosachalari aniqlanadi.

***Davosi.*** Ichak tutilishining dinamik turida, birinchi navbatda, uni keltirib chiqargan sababni bartaraf etish zarur. Ichak shilliq mushaklarining ishini muvofiqlashtirish uchun paranevral novokain blokadasi qilinadi. Falajlanib ichak tutilishida u ichak

silliq mushaklarining tonusi oshiriladi, spastik turida esa – tonus pasaytiriladi. Ichak tutilishining paralitik turida blokada qilishdan tashqari, venaga 10–20 ml 10% li natriy xlorid eritmasi, teri ostiga 1 ml prozerin yoki pituitrin yuborish tavsiya etiladi. Gipertonik huqna (20–30 ml 10% li natriy xlorid eritmasi) yoki Ognev huqnasi (20 ml dan natriy xloridning gipertonik eritmasi, glitserin va vodorod peroksid) qilinadi. Obturatsion ichak tutilishida, ayniqsa bu koprostaz sababli kelib chiqqanda, tozalaydigan yoki sifonli huqna qilinadi. Ichak tutilishining hamma turlarida, intoksikatsiya bo‘lganda dezintoksikatsion terapiya (5% li glukoza eritmasi va fiziologik eritmani sutkasiga 3000 ml gacha) olib boriladi.

Konservativ tadbirlar naf bermaganda operatsion davo qilinadi – ichak tutilishining sababi bartaraf etiladi. Ichak tutilishi sabab bo‘lgan bitishmalarda ular kesiladi va deserozlangan bo‘laklar peritonizatsiya qilinadi (bitishmalar qaytadan hosil bo‘lishining oldini olish).

Ichak bo‘shlig‘i tiqilib qolishi natijasida yuz bergan obturatsion ichak tutilishida ichaklar qisman ko‘ndalang kesiladi (enterotomiya), bunda to‘siqlar olib tashlanib, ichakning butunligi tiklanadi.

Strongulatsiya uni keltirib chiqargan sababni bartaraf qilishi zarur. Ichak bo‘lagi yashab ketmaydigan bo‘lgan taqdirda uni sog‘lom to‘qimalar chegarasiga rezeksiya qilinadi. Ichak tutilishini o‘z vaqtida operatsion davo qilmaslik bemorni peritonitga va o‘limga olib keladi.

## Me’da va o‘n ikki barmoqli ichak yarasining xirurgik asoratlari

Me’da va o‘n ikki barmoqli ichak yarasi kasalligining xirurgik asoratlari ko‘p tarqalgan bo‘lib, 20–40 yoshdagi erkaklar ko‘p kasallanadi. Me’da va o‘n ikki barmoqli ichak yara kasalligining kelib chiqishiga talaygina omillar (mexanik, kimyoviy va hokazo) sabab bo‘lishi mumkin, degan fikrlar bor. Asoratlanmagan yangi

yaralarda shilliq parda osti qavatini qisman egallagan shilliq parda nuqsonigina bo‘ladi.

Uzoq davom etgan yara chetlari chandiqlanib, chandiqli yallig‘lanish – kallyoz yara hosil bo‘ladi. Ba’zan yara qo‘shni a’zolar (charvi, ko‘ndalang chambar ichak, me’da osti bezi) ga o‘tib, ularga yopishadi – penetratsiyalovchi yara hosil bo‘ladi. Yara me’daning chiqish bo‘limida yoki o‘n ikki barmoqli ichakning boshlang‘ich qismida bo‘lganda bu bo‘lim keskin torayib qolishi mumkin. Buni stenozlovchi yara deyiladi. Yara qorin bo‘shlig‘iga erkin yorib kirganda uni teshib kirgan (perforativ) yara deyiladi. Uzoq vaqtgacha tuzalmaganda yara rakka aylanishi mumkin.

***Klinikasi.*** Kasallik bir necha yilgacha cho‘ziladi va odatda, mavsumiy xarakterga ega bo‘ladi – bahorda va kuzda zo‘rayadi. Bemorlar to‘sh osti sohasidagi og‘riqdan nolishadi. Og‘riq ovqat yeyilgan zahoti (ilk og‘riqlar), 2–3 soat o‘tgach (kech og‘riqlar) va ko‘p vaqt o‘tgandan so‘ng (ochlik og‘riqlari) paydo bo‘lishi mumkin. Me’daning yara kasalligida paypaslab ko‘rilganda og‘riq to‘sh osti sohasida, o‘n ikki barmoqli ichak yarasida to‘sh osti sohasining picha o‘ng tomonidan qayd qilinadi, og‘riq penetratsiyali yaralarda ancha qattiq bo‘ladi. Ko‘pincha og‘riq qusish bilan o‘tadi. Stenozlovchi yaralarda qusish ayniqsa aniq ko‘rinadi, bunda me’dada ovqatning turib qolishi kuzatiladi.

Me’da va o‘n ikki barmoq ichakning yara kasalligi ko‘pincha me’da shirasining kislotaliligi anchagina oshganda paydo bo‘ladi. Diagnostikada endoskopik va rentgenologik tekshirishning muhim ahamiyati bor. Kontrast modda (bariy sulfat) yuborilganda yara chuqurchasini aniqlash mumkin. Hozirgi vaqtda maxsus asbob – gastrofibroskop yordamida me’da shilliq pardasini bevosita ko‘zdan kechirish bilan aniq tashxis qo‘yilmoqda.

***Davosi.*** Yangi yaralarda konservativ terapiya tavsiya qilinadi. U suyuq va muloyim ovqatlar tayinlash, ruhan orom berish, chekish va ichkilik ichishni tashlashdan iborat. Sanatoriy-kurortlarda mineral suvlar bilan davolash katta yordam beradi.

***Operatsion usulida davolash*** uchun qator ko‘rsatmalar mavjud: aniq ko‘rsatmalar – teshilgan yaralar, qo‘shni a’zolarga o‘tadigan malignizatsiya qilingan yara, kallyoz va stenozlaydigan yara va nisbiy ko‘rsatmalar – qonab turadigan yara, konservativ davo natija bermaganda (me’daning 2 yildan oshgan yara kasalligi, 3 yildan oshgan 12 barmoqli ichak yara kasalligi).

Rezeksiyaning turi yaraning qayerda joylashganligiga bog‘liq. Yara yuqoriroqda joylashgan bo‘lsa, me’daning kardial bo‘limi rezeksiya qilinadi yoki uni batamom olib tashlanadi, pilorik bo‘lim yarasida bu bo‘lim rezeksiya qilinadi. Me’da shirasining kislotaliligi nechog‘li yuqori bo‘lsa, me’daning shunchalik ko‘p qismi olib tashlanadi. Me’daning tegishli bo‘limi olib tashlangandan so‘ng boshlang‘ich bo‘limiga ulanadi (anastomozlanadi). Me’da rezeksiya qilinganda, yarani olib tashlashdan tashqari, me’da shirasining kislotaligi kamayadi, bu yaraning qaytalanish imkoniyatini kamaytiradi. Kislotalikni ko‘proq kamaytirish uchun qo‘shimcha ravishda selektiv vagotomiya qilinadi (adashgan nerv stvolini yoki tarmoqlarni qirqish), bu esa me’da shirasi kislotaligini yanada pasaytiradi.

***Yara kasalligining xirurgik asoratlari.*** Yaraning teshilishi – *perforatsiyasi.* Yara uzoq muddat kechganda shilliq qavat, shilliq parda osti qavati va qisman mushak qavatining yemirilishi kuzatiladi. Jismoniy ish, ko‘p ovqat yeyish, me’dani yuvish va shu kabilarda me’daning yara zonasidagi yupqalashgan qavati yoriladi (perforatsiya, teshiladi). Me’daning suyuqligi qorin bo‘shlig‘iga oqib chiqadi.

***Klinikasi.*** Teshilish vaqtida to‘sh osti sohasida to‘satdan qattiq og‘riq paydo bo‘ladi. Bu og‘riqni qoringa xanjar urishga taqqoslanadi va uni «xanjar urgandek» og‘riq deyiladi. U shok holatiga olib kelishi mumkin. Bunda qorin ichga tortiladi, qorin mushaklari taranglashgan (defans) bo‘ladi. Bemor oyoqlarini yig‘ib olib, chalqancha yoki yonboshlab yotadi. Shchetkin – Blyumbergning belgisi musbat bo‘ladi. Qorinni perkussiya qilishda qorin bo‘shlig‘ida havo borligidan (me’dadan tushgan)

jigarga xos bo‘g‘iq tovush eshitilmaydi. Qorin bo‘shlig‘i bemorni turg‘azib rentgenoskopiya qilinganda diafragma ostida havoli «o‘roq» belgisi aniqlanadi. Bemorning yuzi so‘lib qoladi, bo‘zaradi (Gippokrat yuzi). Puls avvaliga siyrak (Bergman simptomi), keyin esa tezlashgan bo‘ladi.

***Birinchi yordam, transportirovka qilish, davolash.*** Birinchi yordam ko‘rsatishda og‘riq qoldiruvchi dorilar ruxsat etilmaydi, chunki ular klinik manzarani o‘zgartirib qo‘yishi mumkin. Me’da zondlanadi. Birinchi yordam tariqasida yurak-tomir dorilar (kofein, kamfora, kordiamin) ishlatish, qoringa muzli xalta qo‘yish lozim. Bemorga suyuqlik ichirish qat’iyan man qilinadi.

Transportirovkani tez yordam mashinasida – zambilda bemor uchun qulay vaziyatda (yonboshida, chalqancha yotqizib) amalga oshiriladi. Birga olib boradigan xodim bemorni kuzatib turishi lozim. Qusganda bemorning boshini yon tomonga burish kerak (qusuq massasidan asfiksiya ro‘y berish xavfi bo‘ladi).

Shoshilinch operatsiya davolashning asosini tashkil etish. Bu me’da yoki o‘n ikki barmoqli ichakdagi *perforativ* teshikni tikish, qorin bo‘shlig‘iga tushgan me’da suyuqligini chiqarish va unga antibiotiklar yuborishdan iborat. Qorin bo‘shlig‘idagi jarohat zich qilib tikiladi. Ba’zan qorin bo‘shlig‘iga antibiotiklar yuborish uchun ingichka polietilen naycha (mikroirrigator) kiritiladi. Ayrim hollarda, bemorning ahvoli qoniqarli bo‘lganda va me’dada yallig‘lanish, yara paydo bo‘lmaganda me’da *rezeksiya* qilinadi.

**Qonab turgan yara.** Qator hollarda yara qon tomirini yemirishi mumkin, bu ko‘p qon ketishiga sabab bo‘ladi.

***Klinikasi.*** Ko‘p qon ketganda bemor kofe quyqasi rangida ko‘p qusadi (kislotali me’da suyuqligi ta’sirida o‘zgargan qon), najas qatronsimon bo‘ladi (bu ham qon aralashib kelgani uchun), peristaltika kuchayadi (Gordon-Teyler simptomi). Bemorning ahvoli tezda yomonlashadi, dam-badam hushidan ketib turadi. Terisi oqaradi, tomiri tez-tez uradi, to‘liqligi sust bo‘ladi, arterial bosimi pasayadi.

***Birinchi yordam, transportirovka qilish, davolash.*** Bemor gorizontal vaziyatda yotqiziladi, qorniga sovuq muolajalar buyuriladi. Faqat yotqizilgan holatda transportirovka qilinadi.

Davo konservativ tadbirlardan boshlanadi: tamomila tinch sharoit yaratiladi, qorniga muz xaltachalar qo‘yiladi, narkotiklar beriladi. Venaga 10% li kalsiy xlorid eritmasi va epsilon-aminokapron kislota, muskul orasiga vikasol yuboriladi. Oz-ozdan tomchilab qon quyiladi. Konservativ davo natija bermaganda operatsiya qilinadi – me’dani rezeksiya qilib, qonaydigan yara sohasi olib tashlanadi.

**Pilorus stenozi.** Pilorus stenozi yoki chandiqli torayishi me’daning pilorik qismida yoki o‘n ikki barmoqli ichakda yuz berishi mumkin. Shu sohada joylashgan yara bitgan taqdirda chandiqli bujmayish sodir bo‘ladi, natijada me’daning chiqish bo‘limi torayib qoladi.

***Klinikasi.*** Bemorlar ovqatdan so‘ng me’da sohasidagi og‘irlik va to‘lib ketish sezgisidan nolishadi. Ovqat yeyilgandan so‘ng bir necha soat o‘tgach, hazm bo‘lmagan ovqat qusib tashlanadi, bemor ozadi, suvsizlanadi. Tashxis rentgenologik yoki gastroskopik yo‘l bilan aniqlanadi.

***Davosi*** – me’da rezeksiya qilinadi. Me’da shirasining kislotaligi pasayib holsizlangan va zaiflashgan bemorlarda istisno tariqasida gastroenteroanastomoz operatsiyasini qilish mumkin. Bu – me’da bilan ingichka ichakning boshlang‘ich qovuzlog‘i o‘rtasida anastomoz vujudga keltirishdan iborat.

**Yaraning rakka aylanishi.** Ko‘p hollarda uzoq vaqtga cho‘zilgan yaralar, ayniqsa kallyoz yaralar xavfli o‘smaga aylanadi.

***Klinik manzarasi.*** Og‘riq doimiy tus oladi, ishtaha yomonlashadi, bemorlar ozib ketadi, me’da shirasining kislotaligi juda ham pasayib ketadi, kaxeksiya yuz beradi.

***Davosi***. Me’da rezeksiya qilinadi. Me’da rakida kichik va katta charvilar olib tashlanadi. Bemor och qolmasligi uchun gastrostoma qo‘yiladi.

## Me’da raki sababli me’da rezeksiyasi operatsiya bo‘lgan bemorlarda operatsiyadan oldingi va keyingi hamshiralik parvarishi

Xavfli o‘smasi bor bemorlar parvarishining xususiyati shundaki, ularga alohida ruhiy yondashish zarurligidir. Onkologik bemorlar juda o‘zgaruvchan, ruhiy ta’sirlanuvchan bo‘lib, buni bemorlar parvarishining hamma bosqichida hisobga olish kerak.

Bemorlarni operatsiyadan oldingi tayyorlash diqqat-e’tibor bilan, har bir harakatni hisobga olib bajariladi, chunki operatsiya murakkab va davomli bo‘ladi.

Me’dadagi operatsiyadan og‘ir qon ketish ehtimoli borligini hamshira yodda tutishi kerak. Alohida e’tiborni jarohat parvarishiga qaratish lozim, operatsiyadan keyingi dastlabki soatlarda bog‘lamning haddan tashqari qon bilan ivishi xavf belgisidir. Agar bemorning umumiy ahvoli shunga qaramay qoniqarli bo‘lib qolsa (puls yetarli to‘liqlikda, A/B normada) va jarohatdan qon ketish unchalik bo‘lmasa, unda bog‘lamni almashtirish yetarli. Drenaj naycha doimiy ravishda furatsillin eritmasi bilan yuvib turiladi, drenajdan ajralma kelmasligi, uning qon laxtasi bilan berkilib qolgani va ekssudatning yo‘qligi bilan asoslanib, buni hisobga olinadi.

To‘g‘ri ovqatlanish tartibi muhimdir. Bemor vitamin va oqsilga boy oziq olishi, kuniga 4–6 martadan kam bo‘lmasligi, taomning ta’m sifatiga e’tibor berish, haddan tashqari issiq yoki sovuq, qattiq qovurilgan bo‘lmasligi kerak.

Bemor va oila a’zolarini gigiyenik chora-tadbirlarga o‘rgatish zarur, tekshirish uchun peshob va hojatni rezina yoki nikellangan idishga yig‘ishga amal qilinib, ularni oqar suvda yuvish va dezinfeksiyalash mumkin.

Bemor uzoq muddatga majburiy holatda bo‘lsa – yotoq yara rivojlanishining oldini olish zarur.

## Xoletsistit sababli xoletsistektomiya operatsiyasi bo‘lgan bemorlarda operatsiyadan oldingi va keyingi hamshiralik parvarishi

### Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik

***Ruhiy parvarish*** – bemorni tinchlantirish, iloji boricha qo‘rquv va xavotirni yo‘qotish. Hamshira shifokor bilan birga bemor va qarindoshlarini davolash va anesteziya usuli bilan tanishtiradi. Bemorni operatsiyaga umumiy tayyorlash, premedikatsiya, operatsiya maydonini yaxshisi operatsiya xonasida tayyorlash ma’qul‌dir.

Operatsiyadan keyin o‘t yo‘llarida ko‘pincha o‘t suyuqligini tashqariga chiqarish uchun drenaj qoldiriladi. Drenaj oxirini to‘shakdan pastga joylashtirilgan idishga solinadi. Drenaj chiqib ketmasligi, buklanib qolmasligi, undan to‘xtovsiz ajralma chiqib turishini kuzatish zarurdir. Ajralma miqdori va tarkibi qayd qilinadi. Yallig‘lanish ketganda o‘t suyuqligi tiniq bo‘lib qoladi, ipir-ipir va yiring yo‘qoladi. Uzoq turadigan tashqi o‘t oqma yarasida o‘t suyuqligi qisman ichaklarga tushmaydi va hazm qilish faoliyatida ishtirok etmaydi, o‘z navbatida ovqat hazm bo‘lishiga salbiy ta’sir qiladi. Bunday hollarda o‘t suyuqligini toza idishga yig‘ish tavsiya qilinadi.

Jigar faoliyati buzilganda – birinchi sutkada suyuqlik ichish mumkin, ikkinchi sutkada 0-parhez stoli, keyingi kunlar – vitaminlarga boy 5- va $5^{A}$- parhez stollari buyuriladi.

## Appenditsit bilan, appendektomiya bo‘lgan bemorlarda operatsiyadan oldingi va keyingi hamshiralik parvarishi

***Ruhiy parvarish*** – hamshira bemorni tinchlantiradi, bunday holatni va operatsiya zarurligini yetarlicha tushuntiradi.

Chokning yallig‘lanishini va jarohat chetlari ochilib ketmasligini oldini olish maqsadida ichaklar harakatini kamaytiruvchi, ichak mikroflorasini yo‘qotish, kam axlat ajratuvchi parhez buyuriladi.

Operatsiyadan keyingi davr muvaffaqiyatli kechishida, asoratlanmagan o‘tkir appenditsitda, bemorga ikkinchi kundan o‘rnidan turishga va yurishga ruxsat beriladi. Operatsiyadan keyingi pnevmoniyaning oldini olish maqsadida davolovchi mashqlar zarur. Operatsiyadan keyingi jarohat obdan parvarishlanadi, 6–7 kunda choklar olinadi.

Bemor va oila a’zolariga ovqatlanish, ishlash, harakat faolligi masalalari bo‘yicha ko‘rsatma beriladi.

## Me’da rezeksiyasi bo‘lgan bemorlarni operatsiyadan oldin va keyin fizikal tekshirish

Me’da rezeksiyasi yoki me’daning butunlay olib tashlanish operatsiyasi bo‘lgan bemorlar ko‘pincha qon ketish, teshilish va boshqa asoratlar bilan kechadigan me’da raki hamda me’da va 12 barmoqli ichak yara kasalligi bilan qiynaladilar. Bu operatsiya bemor ovqatlanishi bilan uzviy bog‘lanishga ega bo‘lib, qo‘shimchasiga bemorga jiddiy ruhiy va jismoniy qiynalish qo‘shiladi. Shu yerda o‘zlashtirilgan nazariy bilimlarga asoslanib, operatsiyadan oldingi va keyingi baholashni amalda qo‘llab ko‘ramiz.

## Operatsiyadan oldingi baholash

Ba’zan bemorlarda operatsiyadan oldingi ovqatlanish holati yomon, shuning uchun yig‘ma baholashni o‘tkazish muhim va bemor operatsiyani ko‘tarinki holatda o‘tkaza olishini ta’minlash zarur.

Bundan tashqari, operatsiyadan keyin kuzatilishi mumkin bo‘lgan asoratlarni aniqlash uchun o‘pka, buyrak, jigarning funksional holatini o‘rganish hamda yurak-tomir kasalliklari borligini tekshirish zarur.

1. Umumiy ahvolini o‘rganish: hayotiy muhim ko‘rsatkichlar, yuz rangi va anemiya, shish borligi, vaznning og‘irlashishi yoki kamayishi, tez charchash.

2. Hazm sistemasining holati: ko‘ngil aynishi, qusish, me’dada og‘irlik, og‘riq borligi, ishtahaning yomonlashishi, hazm qilish yo‘llaridan qon ketishi (qon bilan qusish, melena va h.k.).
3. Defekatsiya: ich ketishi va qabziyat, yashirin qon borligi.
4. Ovqatlanish: iste’mol qilingan ovqat miqdori, anemiya borligi.
5. Tahlillar ma’lumoti: qon tahlili yordamida rakning kuchayish darajasini hamda o‘pkaga va yaqin joylashgan a’zolarga metastaz berganligini aniqlash, rentgen tekshirish, kompyuterli tomografiya, fibroskopiya va h.k.
6. Bemorning o‘z kasalini anglash va tushunish darajasi.
7. Kutilayotgan operatsiyaga bemor va oila a’zolarining tushuncha va reaksiyasi.

## Operatsiyadan keyingi baholash

O‘tkazilayotgan baholashning maqsadi operatsiyadan keyingi holatga va o‘tkazilgan vaqtiga bog‘liq, shuning uchun operatsiyadan keyingi bemorni parvarish qilish uchun baholovchi ma’lumotni muhokama qilish zarur.

1. Operatsiyaga tegishli ma’lumot: operatsiya turi, qon ketish hajmi va h.k., me’da rakida rak hujayralarining tarqalish darajasi va h.k.
2. Umumiy ahvolni baholash: hayotiy muhim ko‘rsatkichlar, gaz ajralish borligi, ko‘ngil aynishi.
3. Drenaj naychasining holati: kiritilgan soha va ko‘rinishi, me’da zondidan suyuqlikning ajralishi.
4. Jarohat sohasida og‘riq, tarqalgan og‘riq, noqulaylik sezgisi.
5. Operatsiyadan keyin rivojlanayotgan asoratlar belgilari: operatsiyadan keyingi qon ketish, o‘pka asoratlari, jarohat sohasida infeksiya rivojlanishi, choklar yechilishi, operatsiyadan keyingi ileus va h.k.

## Xoletsistektomiya bo‘lgan bemorlarni operatsiyadan oldin va keyin fizikal tekshirish

Xoletsistektomiya o‘tkazishga ko‘rsatma bo‘lib, yallig‘lanishning qayta rivojlanishi, perforatsiya va peritonit yoki o‘t pufagida tosh hosil bo‘lish xavfi bor holatlar xizmat qiladi. Operatsiya tadbiri o‘tkazishda 2 ta usul mavjud: laparoskopik (qorin bo‘shlig‘ini ochish) va endoskopik operatsiya. Bu yerda laparoskopik operatsiya qilinadigan bemorni baholash haqida gap ketadi.

## Operatsiyadan oldingi baholash

Bemorga isitma va qaytalanuvchi qorin og‘rig‘i tufayli jismoniy va ruhiy tinchlik zarur.

Operatsiyaga tegishli ma’lumot.

Umumiy ahvoli: hayotiy muhim ko‘rsatkichlar, allergiyasi borligi.

Kasallik belgilari: teri holati, sariqlik va yo‘ldosh simptomlar, qorin va xurujsimon og‘riqning joylashishi, darajasi, davomiyligi va h.k.

Ko‘ngil aynishi, qusish, ishtaha.

Tahlil ma’lumotlari: jigar faoliyati, ovqat yeyish holati, buyrak faoliyati va h.k.

Qilinadigan operatsiya haqida bemor va qarindoshlarining tushunchasi va reaksiyasi.

## Operatsiyadan keyingi baholash

1. Operatsiyaga tegishli ma’lumotlar: drenaj naycha borligi va ularning joylashganligi.
2. Umumiy ahvoli: hayotiy muhim ko‘rsatkichlar, sariqlik va terining boshqa ko‘rsatkichlari.
3. Operatsiyadan keyingi jarohat holati, asoratlari borligi.

## Appendektomiya qilinadigan bemorni operatsiyadan oldin va keyin fizikal tekshirish

Ko‘pincha appenditsit qorinda to‘satdan og‘riq bilan namoyon bo‘ladi va operatsiyani zudlik bilan bajarishni talab qilib, bu bemor va oila a’zolari uchun jiddiy bezovtalik sababi bo‘ladi. Shuning uchun kasallikning rivojlanish imkoniyatini hisobga olib, bemorni baholashni o‘tkazish muhimdir.

### Operatsiyadan oldingi baholash

Umumiy ahvoli: ko‘ngil aynishi, qusish, isitma.

Kasallik belgilari: qorin og‘rig‘ining joylashishi va darajasi, qorin shishishi sezgisi.

Tahlil ma’lumotlari: leykotsitlar soni, C–reaktiv oqsil, siydik tahlili.

### Operatsiyadan keyingi baholash

Operatsiyaga tegishli ma’lumot: appenditsit og‘irlik darajasi, qorin bo‘shlig‘ida infiltrat borligi, drenaj naycha borligi va joyi.

Umumiy ahvoli, jarohat holati, jarohat sohasida og‘riq borligi va darajasi, gaz ajralish bor-yo‘qligi.

Anesteziya ta’siri: bosh og‘rig‘i, ko‘ngil aynishi.

Bemorning to‘shakdan erta turishga tayyorligi darajasi.

### Tekshirishdan o‘tayotgan bemorga yordam (rentgenografiya, endoskopiya, UTT)

***Tekshirishga tayyorgarlik.*** Me’dani *rentgenologik tekshirish* tashxis qo‘yish maqsadida o‘tkaziladi.

Hamshira bemor va oila a’zolariga o‘tkaziladigan tekshirishning bajarilishi va zarurligini tushuntiradi. Normal ichak faoliyati bor bemorlar me’dani rentgenologik tekshirishga hech qanday maxsus tayyorgarlik talab qilmaydi. Me’da va ichaklari kasal bemorlarga tekshirishdan 2–3 kun oldin gaz hosil qiladigan oziq-ovqatlar bekor qilinadi (qora non, sabzavotlar, mevalar,

dukkaklilar, sut). Tekshirishga 14 soat qolganda bemor ovqat yeyishni to‘xtatadi, kechqurun 30 ml zaytun yog‘ini ichadi, 2–3 soatdan keyin bemorga 1–1,5 litr suv bilan tozalovchi huqna qilinadi. Tekshirishga 2–3 soat qolganda yana qaytadan tozalovchi huqna qilinadi. Kontrast modda sifatida bariy sulfat qo‘llaniladi, uni 100 g kukunini 80 ml suvga aralashtirish hisobidan tayyorlanadi.

O‘t pufagi va o‘t yo‘llarini *rentgenologik tekshiruvida* ko‘pincha ikkita asosiy usul qo‘llaniladi: xoletsistografiya va xolegrafiya. Hamshira bemorga tekshirish zarurligini tushuntiradi va unga qanday tayyorlanishni o‘rgatadi: bemor 3 kun ich dam bo‘lishining oldini oluvchi parhez saqlaydi (xom karam, qora non, sut iste’mol qilmaydi). Xoletsistografiyada bemor tekshirish arafasida rentgenokontrast yod saqlovchi preparat (xolevid, yopagnost)ni 20 kg vaznga 1 g hisobidan shirin choy bilan yarim soat davomida qabul qiladi. Ushbu preparatni qabul qilgandan keyin ko‘ngil aynishi va ich ketishi paydo bo‘lishi haqida bemorni ogohlantirish lozim. Xolegrafiya o‘tkazishda kontrast modda (bilignost, bilitrast) vena ichiga yuboriladi. Allergik reaksiya yuzaga kelishini hisobga olib, dastlab tana haroratigacha isitilgan 50% li bilignost yoki biligrafin eritmasi vena ichiga sinov dozasi (1–2 ml) da yuboriladi. 5–10 daqiqa davomida allergik reaksiya kuzatilmasa, preparatning asosiy dozasi yuboriladi. O‘t yo‘llarining tez to‘lishi qo‘shimcha ravishda 0,5 ml 1% li morfin eritmasi yuborilgandan keyin yuzaga keladi.

Me’dani *endoskopik tekshirish* maxsus optik moslama – endoskop yordamida me’da shilliq qavatini ko‘zdan kechirish bilan birga gistologik tekshirishga imkon beradi. Bemorni maxsus tayyorlash talab qilinmaydi. Rejali gastroskopiyani ertalab, och qoringa o‘tkaziladi, shoshilinch gastroskopiya esa sutkaning istalgan vaqtida bajariladi. Tekshirishdan 30 minut oldin bemor terisi ostiga 1 ml 0,1% li atropin eritmasi yuboriladi: tekshirishdan oldin halqum shilliq qavati dikain eritmasi bilan mahalliy og‘riqsizlantiriladi.

Qorin bo‘shlig‘i a’zolarining kasalliklarini tashxislash uchun *ultratovush tekshirish (exografiya)* keng qo‘llaniladi. Ushbu tekshirish och qoringa o‘tkaziladi. Tekshirishdan oldin 2–3 kun davomida bemorga meteorizmni bartaraf qilish uchun parhez buyuriladi, aktivlangan ko‘mir yoki karbolen, ko‘rsatma bo‘yicha fermentli preparatlar (festal) beriladi. Chekish mumkin emas, chunki chekish o‘t pufagining qisqarishiga sabab bo‘ladi.

**Tekshirishdan oldin va keyin hamshiralik parvarishi**

***Me’dani rentgenologik tekshirish***: ertalab hamshira bemorni rentgenologik bo‘limda kuzatadi. Rentgenologik bo‘limda bemor bariy sulfatni ichadi va rentgenografiya qilinadi. Bemorni palataga olib borish, tinchlik va kuzatuvni ta’minlash zarur.

***Og‘iz orqali xolitsistografiya qilish***: ertalab hamshira bemorni rentgenologik bo‘limda kuzatadi. Rentgenologik bo‘limda obzor rentgenogramma qilinadi, undan keyin bemor o‘t haydovchi nonushta qiladi (2 ta tuxum sarig‘i, sorbit 20 g). Keyingi rentgenogrammalar o‘t haydovchi nonushtadan 20, 30–40 va 45–60 daqiqa o‘tgach qilinadi. Bemorni palataga olib borish, tinchlik va kuzatuvni ta’minlash zarur.

***Xolegrafiya*:** ertalab hamshira bemorni rentgenologik bo‘limda kuzatadi. Ertalab och qoringa bemorga kerakli konsentratsiyadagi (37°C gacha isitilgan) kontrast moddani venasidan, sekinlik bilan 5–8 daqiqa davomida, bemorning yotgan holatida yuboriladi. Suratlar seriyasi 15 daqiqa o‘tgach qilinadi. Bemorni palataga olib borish, tinchlik va kuzatuvni ta’minlash zarur.

***Me’dani endoskopik tekshirish*:** bemor endoskopik xonaga kasallik tarixi bilan birga olib boriladi. Bemor stolga chap yonboshi bilan, oyoqlarini bukib yotqiziladi, ko‘kragi sochiq bilan yopiladi. Bemor tanasiga kerakli holat yaratiladi. Muolaja tugagandan keyin bemor 1–2 soat davomida ovqat yemasligi haqida ogohlantiriladi. Bemorni palataga olib borish, tinchlik va kuzatuvni ta’minlash zarur.

***Ultratovush tekshirish:*** tekshiriladigan kuni och qoringa UTT xonasiga keladi yoki hamshira bemorni kuzatadi. Bemor o‘zi

bilan almashtirishga oyoq kiyim, sochiq, choyshab, ambulatoriya kartasi (kasallik tarixi) olib kelishi zarur. Tekshirish bemor chalqancha, chap yoki o‘ng yonboshga yotgan holatda o‘tkaziladi. Tekshirilayotgan a’zo joylashgan soha terisiga maxsus gel surtib qo‘yiladi.

*O‘t pufagining qisqaruvchanlik imkoniyatini aniqlash bilan o‘tkaziladigan UTT:*

- tayyorgarlikni qorin bo‘shlig‘i a’zolarining UTT ga tayyorlanishi kabi qilinadi;
- UTT xonasiga o‘t haydovchi nonushta (2 ta tuxum sarig‘i xomligicha) olib borish;
- birlamchi ko‘ruv och qoringa o‘tkazilib, keyin o‘t haydovchi nonushta qabul qilinadi;
- qayta ko‘rish 50–60 daqiqa o‘tgach o‘tkaziladi;
- ko‘rish orasida ovqat iste’mol qilish mumkin emas;
- muolajadan keyin hamshira bemorni palataga kuzatadi.

## Drenaj naychani parvarish qilish

Umumiy o‘t yo‘llarini drenajlash operatsiyasida operatsiyadan keyingi davrda hamshira drenaj naycha jarohatdan chiqib ketmasligi, drenaj sistemasi buzilmasligini kuzatishi kerak. O‘tkir ko‘rinish susaygach, o‘t xossasi o‘zgaradi. U ancha tiniq, patologik tanachalarsiz bo‘lib qoladi. Shu vaqtdan boshlab drenaj uchi yuqoriga ko‘tariladi, dastlab 1–2 soatga, keyin uzoq muddatga. Agar bemor ahvoli yomonlashmasa, sariqlik kuchaymasa drenaj olib tashlanadi.

Hamshira ajralmani diqqat bilan kuzatib boradi, agar yiring, qon paydo bo‘lsa tezda shifokorga xabar beradi. Drenajni doimiy ravishda furatsilin eritmasi bilan yuvib turiladi, lekin ekssudat ajralishi bo‘lmasa, drenaj naychani yuvish maqsadga muvofiq emas, chunki drenaj orqali infeksiya kiritish mumkin. Drenaj atrofidagi terini yodning spirtdagi 3–5 %li eritmasi bilan artiladi.

## Operatsiyadan keyingi bemorlarning harakat faoliyatini kuzatish

***To‘shakdan erta turish.*** *Me’da rezeksiyasi, xoletsistektomiyadan* keyin harakat faoliyati tartibi 12–24 soat davomida qattiq to‘shak tartibda bo‘ladi. Birinchi 2 soat davomida bemor chalqancha holatda, yostiqsiz, bosh yonga burilgan, oyoqlar tizzalardan yengil bukilgan. Keyingi soatlarda bemor holati – chalqancha, boshi yostiqda. Keyingi 3 kun to‘shak tartibi. To‘shakdagi holati – yarim o‘tirgan, yonboshga burilish, tizzalarini bukishga ruxsat beriladi. Kasallikning 4–5-kunlari – palata tartibi shifokor ko‘rsatmasiga binoan, palatada turish va yurishga ruxsat beriladi.

*Appendektomiyadan* keyin harakat faoliyati rejimi – dastlabki 2 soat to‘shak tartibi. Bemor holati – chalqancha, yostiqda, tizzalar tizzadan yengil bukilgan. Keyingi 24 soat to‘shak tartibi. To‘shakdagi bemor holati o‘ziga qanday qulay bo‘lsa (yonboshda, tizzalarini bukkan holda). Ikkinchi kundan palata tartibi.

## Parhez bilan davolash

Parhez tayinlashdan maqsad me’da-ichak yo‘llarini to‘liq baholi ovqatlanishda kimyoviy, mexanik va termik avaylash.

***Me’da kasalligida.*** Me’dada o‘tkazilgan operatsiyadan keyin bemor ovqatlanishini qattiq nazorat qilish zarurdir. Operatsiyadan keyingi birinchi kun og‘iz orqali hech narsa qabul qilmaslik buyuriladi. Suv, tuz, oqsil va vitamin balansini quvvatlab turish uchun suv, tuz, oqsil va vitaminlar parenteral yo‘l bilan yuboriladi. Ikkinchi kuniga kun davomida 2 stakan suvni kichik qultum bilan ichishga ruxsat beriladi. 3-kundan 1a-parhez stoli tayinlanadi, keyinchalik 1b- va 1-parhez stollariga o‘tish bilan kengaytiriladi. Bemor ovqatni katta bo‘lmagan hajmda har 2–3 soatda qabul qiladi. Onkologik kasallik bilan og‘rigan bemorlarga to‘g‘ri ovqatlanish tartibini saqlash muhimdir. Bemor oqsil va vitaminlarga boy ovqatni kuniga 4–6 martadan kam bo‘lmagan holda qabul qilishi zarur. Haddan tashqari issiq, qo‘pol, qovurilgan ovqatdan o‘zini tiyishi kerak.

***Xoletsistitda*** to‘g‘ri ovqatlanish tartibi katta ahamiyatga ega. Ovqatlanish o‘t hosil bo‘lishiga, moddalar almashinuvi va o‘t ajralishiga ta’sir qiladi. Ovqatlanish orasidagi katta tanaffus o‘tning dimlanishiga olib keladi, kichik porsiyada bir xil vaqt oralig‘ida tez-tez ovqatlanish esa o‘tning yaxshi ajralishiga yordam beradi. Bemor kuniga 4–5 marta ovqatlanishi zarur. Hayvon yog‘i o‘t sanchig‘i xurujini chaqirishi mumkin. Xolesteringa boy taomlarni chegaralash lozim: margarin, dumba yog‘i, yog‘li konservalar. Salat yog‘lari (kungaboqar, makkajo‘xori, bodom) sog‘liq holatiga ijobiy ta’sir ko‘rsatadi, o‘t ajralishini rag‘batlantiradi. Xoletsistit qo‘zg‘alganda tuzni sutkasiga 5–6 g chegaralanadi. O‘t ajralishini oshirish va o‘t yo‘llarini yuvish maqsadida ko‘p suyuqlik ichish tavsiya qilinadi. Surunkali xoletsistit bilan og‘rigan bemorlarda Pevzner bo‘yicha 5-parhez stoli asosiy hisoblanadi.

Ruxsat beriladigan mahsulotlar: kuchsiz choy, sut, na’matak damlamasi, sabzavot va meva sharbati; oq, qora bug‘doy non; sut mahsulotlari – katta miqdorda tvorog, yog‘siz pishloq, sut, qatiq, kefir, ozgina qaymoq; yog‘lar – sariyog‘, makkajo‘xori, bodom va yaxshi tozalangan kungaboqar yog‘i; tuxumli taomlardan – oqsilli quymoq, tuxum oqsilidan sufle; vegetarian sho‘rva, yormali, sabzavotli, sutli; qaynatilgan, bug‘latilgan va dimlangan ko‘rinishdagi go‘sht va baliq; ko‘kat va sabzavot katta miqdorda xom holatda; mevalar katta miqdorda hamma tur va ko‘rinishda, faqat nordon mevalardan tashqari.

O‘t suyuqligi ajralishini oshirish, ichaklarning tozalanishi va xolesterinni chiqarib yuborish uchun organizm vitamin va magniy tuziga boy (grechka yormasi, sabzavot va mevalar) parhezli oziq-ovqat bilan to‘ldiriladi.

***Appenditsit*** ichaklarni yuklatish xavfli, operatsiyaning birinchi kunidan ichishga ruxsat beriladi. Ikkinchi kundan kletchatkasi kam, suyuq yoki yarim suyuq ovqat berish mumkin. Gaz hosil bo‘lishini va peristaltikani kuchaytiruvchi oziq-ovqat hamda qovurilgan taomlar ratsiondan o‘chiriladi (chok yechilib ketish xavfi bor).

## Uy sharoitida yashash masalalari bo‘yicha yo‘riqnoma

***Bemorni o‘rgatish.*** *Me’da rezeksiyasi bo‘lgan* bemorlarda ovqatlanishni nazorat qilish o‘ta muhim hisoblanadi. Taxminan operatsiyadan 3 oy o‘tgach bemor kuniga 3 marta ovqatlana boshlaydi. Ungacha haddan tashqari ko‘p yeb yubormaslikni kuzatishi zarur, har taom qabul qilgandan so‘ng qorin sohasi simptomlarni tekshirishi kerak. Iloji boricha yengil hazm bo‘ladigan ovqatni 5–6 kichik porsiyalarga bo‘lib iste’mol qilishi kerak. Spirtli ichimliklar, kofe va gazlangan ichimliklarni shifokor ruxsati bilan kerakli miqdorda qabul qilishi kerak. Organizm holatini kuzatishi, vaqti-vaqti bilan tibbiy ko‘rikdan o‘tib turishi lozim.

*Xoletsistektomiya bo‘lgan* bemorlarda ko‘pgina hollarda o‘t-tosh kasalligining rivojlanish sababi oldingi ovqatlanish tartibidir. Xulosa qilganda, yog‘li ovqatlarni taomnomadan qisqartirish, normadan ortiq kaloriyani qabul qilmaslikka harakat qilish va ovqatlanishni nazorat qilishi zarur.

## Oila a’zolarini o‘rgatish

Me’da rezeksiyasi bo‘lgan bemorlar, jarohat tuzalgandan keyin ichki a’zolar oldingi tartibda ishlaydi, deb fikrlashadi, darrov ko‘p ovqat yoki qiyin hazm bo‘ladigan taomlarni iste’mol qila boshlaydilar. Agar bemor o‘zi mustaqil ovqat tayyorlay olmasa, oila a’zolari bemorning hazm qilish faoliyatini hisobga olib ovqatlanishini nazorat qilishlari zarur.

**NAZORAT SAVOLLARI:**

1. Me’da raki.
2. Me’da raki rivojlanishining 4 bosqichi.
3. Me’da rakining klinik holati va belgilari.
4. Me’da rakini davolash usullari.
5. Me’da kasalliklarini tashxislash usullari.
6. Xavfli o‘smalarda nima uchun kaxeksiya rivojlanadi?
7. Xoletsistitning klinik holati va belgilari.
8. Xoletsistektomiyadan keyin drenaj nima uchun qoldiriladi?
9. Appenditsitning klinik holati va belgilari.

10. O‘tkir appenditsitning maxsus simptomlarini aytib bering.
11. Operatsiya jarohatining bitish jarayoni.
12. Qorin bo‘shlig‘idagi drenaj naychani parvarish qilish.
13. Parhez bilan davolash.

## 1.14. To‘g‘ri ichak kasalliklari

**To‘g‘ri ichakni tekshirish.** Bemorni defekatsiya aktidagi kabi cho‘qqaytirib o‘tqazib qo‘yilganda to‘g‘ri ichakning chiqqanligini, tashqi bavosil tugunlarini ko‘rish mumkin. Barmoq bilan tekshirishni bemor oyoqlarini qorniga tortib, yonboshi bilan yotgan holatida o‘tkaziladi. Buning uchun qo‘lqop kiyiladi. Ko‘rsatkich barmoqqa mo‘l qilib vazelin surtiladi va asta-sekin to‘g‘ri ichakka kiritiladi. Barmoq bilan tekshirish to‘g‘ri ichak va to‘g‘ri ichak yonidagi kletchatkaning patologik infiltratsiyasini, tromb hosil qilgan ichak gemoroidal tugunlarni, to‘g‘ri ichak yoriqlarining zichlashgan chetlarini va shu kabilarni aniqlash imkonini beradi.

Asboblar bilan tekshirish o‘tkazishdan oldin huqnalar yordamida bemorning yo‘g‘on va ingichka ichaklari qunt bilan tozalanadi. Tekshiruv tizza-tirsak vaziyatida olib boriladi. Rektal ko‘zguga vazelin surtiladi va ehtiyotlik bilan 8–10 sm ichkariga kiritiladi. Uni asta-sekin chiqara turib, to‘g‘ri ichak ko‘zdan kechiriladi.

Rektoromanoskopiyada ko‘pgina tashxisiy ma’lumotlar olish mumkin. Rektoromanoskopga vazelin surtiladi va 25–30 sm ichkariga kiritiladi. Ballon yordamida ichakka havo yuboriladi va asbobni chiqarayotganda ichak shilliq pardasi ko‘zdan kechiriladi.

To‘g‘ri ichak shilliq pardasinigina emas, balki yo‘g‘on ichak shilliq pardasini ham tekshirish uchun kolonofiroskop qo‘llaniladi. Elastik optikasi bor bu asbob kerakli burchak ostida egiladi va yo‘g‘on ichakning anchagina bo‘limlarini ko‘zdan kechirish imkonini beradi.

**Orqa chiqaruv yo‘lining yoriqlari.** Bunga to‘g‘ri ichak shilliq pardasining anal teshik sohasida zich najas massalari, yot jismlar va shu kabilardan oz-moz shikastlanishi sabab bo‘ladi. Avvaliga shilliq pardaning chiziqli shikasti aniqlanadi.

Keyinchalik yoriq chuqurlashadi, shilliq parda osti qavatigacha yetadi, uning chetlari zichlashadi.

***Klinikasi.*** Defekatsiya vaqtida qattiq og‘riq bo‘ladi, ba’zan ozroq qon yoki seroz-qon aralash suyuqlik paydo bo‘ladi. Yoriq ko‘pincha ich qotishi bilan o‘tadi. Ko‘zdan kechirishda terining o‘tuvchi burmasi sohasida «chegaradosh do‘mboqcha» ko‘rinishida qalin tortib tugaydigan uzunasiga ketgan oval shakldagi yoriq aniqlanadi. Sfinkter tonusi oshganligi, yoriqning chetlari va tubi zichlashganligi qayd qilinadi.

***Davosi.*** Yoriq yangi bo‘lganda konservativ davo qilinadi. Birinchi navbatda qabziyatni bartaraf etish zarur. Buning uchun parhez ovqatlar tanlash kerak. Bu ichning muntazam, yumshoq kelishini ta’minlaydi. Bemorga kanakunjut yoki parafin moyi, makkai sano va krushina qaynatmasi ichiriladi. To‘g‘ri ichakka 50–100 ml dan iliq zaytun moyi yuboriladi, belladonnali shamchalar buyuriladi, kaliy permanganat yoki ichimlik soda solingan vannaga o‘tirish, mikrohuqnalar tayinlanadi.

Konservativ davo kor qilmaydigan surunkali yoriqlarda to‘g‘ri ichak sfinkterini mahalliy anesteziya ostida qayta cho‘ziladi. Bunda yoriq yanada kattalashadi va bitishi tezlashadi. Davolashda qiyin bo‘lgan hollarda yoriq kesiladi va choklar solinadi.

## Bavosil

Bavosil deganda to‘g‘ri ichak venoz chegaralarining varikoz kengayishi tushuniladi va qon ketish, og‘riq bilan kechadi.

Joylashishiga ko‘ra *ichki va tashqi* bavosil farq qilinadi. Ichki bavosilni ko‘rib bo‘lmaydi va uni barmoq bilan yoki rektoskopik tekshiruvda aniqlanadi. Tashqi bavosil tugunlari anal teshik yaqinida ko‘rinadi. Qator hollarda bu tugunlarning yallig‘lanishi kuzatiladi. Bavosilga ich qotishi, homiladorlik, uzoq vaqt o‘tirish natijasida kichik chanoqdagi qon dimlanishi holatlari sabab bo‘ladi.

***Klinikasi.*** Bavosil tugunlarining shunchaki kattalashuvi og‘riqqa sabab bo‘lmasligi va bemorni bezovta qilmasligi mumkin. Biroq qator hollarda ichki bavosil tugunlari katta bo‘lib,

sfinkterning berkitish faoliyati yetarli bo‘lmaganda tashqariga chiqib qoladi. Bu sfinkter faoliyatini yanada pasaytiradi. Bunday holat to‘g‘ri ichakdagi najasning chiqishiga olib keladi, bu esa, o‘z navbatida, anal teshik sohasini kichraytiradi, terisi bichiladi va og‘riydi. Qator hollarda defekatsiya paytida oz-moz qon ketishi kamqonlikka olib kelishi mumkin.

Bavosil tugunlari tromboflebitida orqa chiqaruv yo‘li sohasida kuchli og‘riq paydo bo‘ladi, bu og‘riq defekatsiya vaqtida kuchayadi. Bavosil tugunlari ko‘kimtir tusga kirgan, taranglashgan, ustini fibrinoz parda qoplagan, shilliq pardasining ayrim joylarida yaralar paydo bo‘ladi.

***Davosi.*** Asoratlanmagan bavosilda ich qotishining oldini olish uchun parhez tartibga solinadi. Ich qotganda kanakunjut moyi va parafin moyi buyuriladi. Teri bichilganda kaliy permanganat solingan vannalarga o‘tiriladi. Qon ketishi ko‘p bo‘lganda gemostatik vositalar: vikasol, kalsiy xlorid, gemofobin va boshqalar qo‘llaniladi. Bavosil tugunlari trombozida 5% li kaliy permanganat eritmasi solingan iliq vannaga o‘tiriladi. Antikoagulantlar qo‘llaniladi. Presakral novokain blokadalari yaxshi natija beradi.

Agar bavosilda qonashga va yallig‘lanishga moyillik bo‘lsa, operatsiya qilib davolanadi. Yallig‘lanishning o‘tkir davrida operatsiya qilish mumkin emas. Bavosil tugunlari bog‘lab qo‘yiladi. Bir necha kun o‘tgach, bavosil tugunlari ko‘chib tushadi. Operatsiyadan keyingi davrda ich kelishini bir necha kunga to‘xtatib qo‘yiladi. Buning uchun bemor kletchatkasi kam ovqatlar yeydi va unga kuniga 3 marta 8–10 tomchidan opiy nastoykasi beriladi. Defekatsiya aktidan keyingi bemor kaliy permanganat (pushti rang eritma) yoki soda eritmasi (30–40 g) solingan vannaga o‘tiradi.

## To‘g‘ri ichak poliplari

Bular xavfsiz o‘smalardir. Ular yakka va ko‘p sonli, tariq donidan to yong‘oqdek kattalikda bo‘ladi. Ingichka oyoqchada turgan past joylashgan poliplar orqa chiqaruv yo‘li orqali chiqib

qolishi mumkin. Tashxis barmoq bilan tekshirish, rektoskopiya va rektoromanoskopiya asosida qo‘yiladi, yuqori joylashgan poliplarda tashxis kolonoskopiyada aniqlanadi.

***Davosi.*** Past joylashgan yakka poliplarda ichakning tegishli bo‘lagi kesib olib tashlanadi.

**To‘g‘ri ichak raki.** Anchagina ko‘p uchraydi va boshqa joylardagi raklar o‘rtasida beshinchi o‘rinni egallaydi. Bemorlar o‘rtasida erkaklar bilan ayollarning nisbati 3/2. Orqa chiqaruv yo‘li raki kamroq uchraydi, biroq xatarli o‘tadi. To‘g‘ri ichak ampulasi va proksimal bo‘limining raki adenokarsinoma yoki skiir bo‘lib, ba’zan to‘g‘ri ichakning sirkular torayishiga olib keladi. Metastazlanish limfogen yo‘l bilan ham, gematogen yo‘l bilan ham ro‘y berishi mumkin.

***Klinikasi*** kasallikning bosqichiga bog‘liq. Avvaliga kasallik belgilarsiz o‘tishi mumkin. Keyinchalik ich ketishi bilan almashinib turadigan qabziyat, tenezmlar, to‘g‘ri ichakdan shilimshiq, qon va yiring ajralishi kuzatiladi. O‘sma o‘sib, qalinlashganda to‘g‘ri ichak bo‘shlig‘i berkilib qolishi va quyi ichak tutilishi kuzatilishi mumkin.

Barmoq bilan tekshirishda, rektoskopiya va rektoromonoskopiya usulida tashxis qo‘yiladi. Tekshirishning bu turlarida o‘smani topish, uning kattalashishini, tarqalganligini, joylashishini, yaralar hosil qilganini va shu kabilarni aniqlash, gistologik tekshirish uchun to‘qima bo‘lakchasini olish mumkin. O‘sma to‘g‘ri ichak yonidan kletchatkaga o‘sib kirganda oraliq sohasida ro‘y-rost og‘riq paydo bo‘ladi, qovuqqa o‘sib kirganda siydik ajratish buziladi.

***Davosi.*** Kasallikning dastlabki bosqichlarida radikal operatsion davo qilinadi – to‘g‘ri ichakni o‘sma bilan birga sog‘lom to‘qimalar chegarasigacha olib tashlanadi. Ichakning qolgan qismi oraliq orqali o‘tkaziladi yoki qorin devoriga chiqariladi. Kasallikka radikal xirurgik davo qilishning iloji bo‘lmagan, zo‘raygan hollarda sigmasimon ichak bo‘lagini chap yonbosh sohasidan tashqariga chiqarib qo‘yish yo‘li bilan sun’iy orqa chiqaruv yo‘li (*anis pretenaturavis*) yasaladi.

Rentgenoterapiya ba’zan qoniqarli natija beradi. Rentgenoterapiya radikal davo qilishga imkon bermasada, rak o‘smasining o‘sishini birmuncha sekinlashtiradi. Palliativ davolashda bemor 2–3 yil yashaydi. Palliativ operatsiya qilinmaganda bemorlar ichak tutilishidan vafot etadilar.

## Yo‘g‘on ichakdagi operatsiyalarda bemorlarni parvarish qilish

Jarohatga infeksiya tushishi, choklar ochilib ketishining oldini olish uchun ichaklarni najas massalaridan qunt bilan tozalashning ahamiyati juda muhim. Bolalarni operatsiyaga 3–5 kun tayyorlanadi. Parhezga alohida ahamiyat beriladi. Ovqat tarkibida shlaklar kam, kaloriyaligi esa yetarli bo‘lishi kerak. Operatsiyadan 2–3 kun oldin surgi dorilar buyuriladi (15–30% li magniy sulfat eritmasini kuniga 6–8 marta bir osh qoshiqdan), ertalab va kechqurun tozalovchi huqna qilinadi. Infeksiyaning oldini olish uchun 3 kun oldin bemorga ichak florasiga ta’sir qiladigan antibiotiklar beriladi.

*To‘g‘ri ichak* operatsiyasidan bir kun avval ichaklar qunt bilan tozalanadi (tozalovchi huqnani toza suv chiqquniga qadar qilinadi). Ertalab ichaklarni chayindi suvlardan xoli qilish uchun rezina naycha kiritib, tozalovchi huqna qilinadi va oraliq yuviladi (bemorning osti kuchsiz kaliy permanganat eritmasi bilan yuviladi).

Yo‘g‘on ichakdagi operatsiyalardan keyin to‘g‘ri ovqatlanish tartibining ahamiyati katta. Ichaklarni to‘ldirib yuborish va peristaltikani erta vujudga keltirish xavfli (choklarning sitilish xavfi bor). Operatsiyadan keyin 1-kundan boshlab suyuqlik ichishga ruxsat etiladi. 2-kundan boshlab bemorga kletchatkasi kam, suyuq yoki suyuqroq ovqatlarni bera boshlash mumkin. Sut mahsulotlari, non, mevalar bermay turiladi. 5 kun mobaynida opiy nastoykasi buyuriladi, so‘ngra ichishga vazelin moyi beriladi va 7–8 kunga kelib tozalovchi huqna qilinadi.

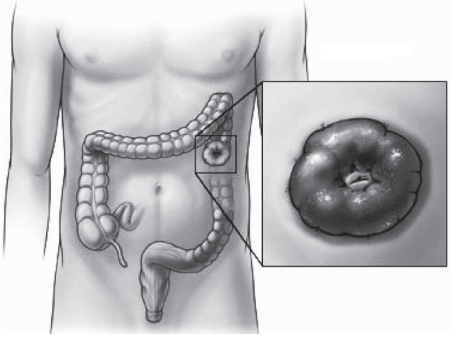
To‘g‘ri ichakdagi operatsiyadan keyin bemorlarni parvarish qilish yo‘g‘on ichak operatsiyasidagi singari bo‘ladi, biroq qo‘shimcha ravishda to‘g‘ri ichakka Vishnevskiy mazi surtilgan tamponga o‘ralgan rezina naycha kiritiladi. O‘rin-ko‘rpa qon va maz bilan ifloslanmasligi uchun kleyonka solinadi. Tamponlar 3-kuni almashtiriladi (10 daqiqa oldin narkotiklar yuboriladi). Defekatsiya aktidan keyin kuchsiz kaliy permanganat eritmasi solingan vannaga o‘tirish va keyin bog‘lash buyuriladi.

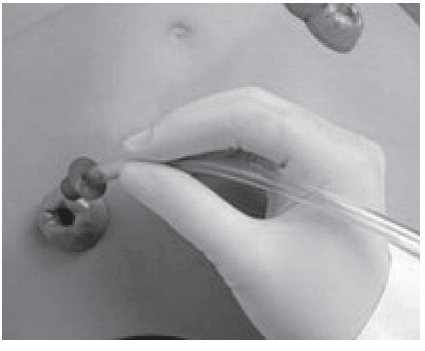
## To‘g‘ri ichak operatsiyalari bo‘lgan bemorlarda operatsiyadan keyingi parvarish xususiyatlari

To‘g‘ri ichak va qorin bo‘shlig‘ining xavfli o‘smalari natijasida ichak obturatsiyasi yoki strongulatsiyasi kuzatiladi. Ichak o‘tkazuvchanligini tiklashning iloji bo‘lmaganligidan palliativ operatsiya qilinadi – kolostoma qo‘yiladi.

***Ruhiy parvarish.*** Operatsiya o‘tkazilgandan keyin bemorga o‘zini qanday tutishi zarurligini anglatish kerak, uning kayfiyatini ko‘tarish, stomaning ahamiyatini tez-tez eslatib turish, stoma atrofidagi terini to‘g‘ri parvarish qilishni o‘rgatish lozim.

***Kolostomani parvarish qilish.*** Stomani mustaqil parvarish qilishni bilishi uchun bemor quyidagi ko‘nikmalarni o‘zlashtirishi zarur: 1) stoma va atrofidagi terini kuzatish, terini parvarish qilish, 2) xaltacha bilan ishlashni bilish.





*16-rasm.* **Stomaning ko‘rinishi.**

## Terini kuzatish va parvarish qilish

*Stoma va uning atrofidagi terini kuzatish*

1. Stomani kuzatish:
   – Stoma o‘lchami, stoma sohasidagi shilliq qavat rangi.
   – Gaz ajralishi, ajralayotgan ajralma ko‘rinishi.
2. Stoma atrofidagi terini kuzatish:
   – Teri patologiyasi – qizarish, shish, toshma va h.k.

*Terini parvarish qilish*

1. Terini najas qoldiqlaridan tozalash.
2. Stoma atrofidagi terini iliq suv va sovun yordamida yuvish.
3. Sovun qoldiqlarini obdon yuvib yuborish, terini quritib artish.

*Stoma uchun kerakli ashyolardan foydalanish:*

1. Xaltacha tanlab, stoma o‘lchamidan ozgina kattaroq (2–3 mm) teshik ochish.
2. Xaltacha ustidagi qog‘ozni yirtib, teriga yopishtirish.

## Kolostomani parvarish qilish bo‘yicha yo‘riqnoma

Stomani mustaqil parvarish qilish ko‘nikmalarini ertaroq mustahkamlash maqsadida, operatsiyadan keyingi 2–3 kundan boshlab hamshira bemor hamda oila a’zolari va u bilan muloqotda bo‘ladigan inson bilan yo‘l-yo‘riq o‘tkazadi.

**1-bosqich:** *Bemor stomani ko‘rishi kerak:*

– Operatsiyadan keyin jarohat sohasida bevosita tinchlik yaratish uchun bemor stoma sohasini ko‘rish holatida bo‘lmaydi. Lekin agar bemor o‘zi xohlasa, u stomani ko‘zgu orqali kuzatib turishini ta’minlash zarur.
– Agar to‘shak bosh tomonini ko‘tarish iloji bo‘lsa, unda bemor stoma holatini xaltachani almashtirish paytida kuzatishi mumkin.
– Bu bosqichda hamma muolajani hamshira bajara turib, bir vaqtda bemorga xaltachani almashtirish usuli haqida tushuntirib boradi.

**2-bosqich:** *Bemor stomani parvarish qilishni qisman bilishi kerak:*

– ajralmalarni yig‘ishtirish;
– xaltachani almashtirishni bilishi;
– stomani parvarish qila olishi kerak.

**3-bosqich:** Bemor stomani to‘liq parvarish qila olishi kerak.

### Uy sharoitida yashash masalalari bo‘yicha yo‘riqnoma

Ko‘pchilik bemorlar, stoma qo‘yish operatsiyasini o‘tkazgach, kasalxonadan tashqarida jiddiy chegaralanish bo‘yicha bezovtalik sezadi. Haqiqatda esa stoma borligi bilan yuzaga keladigan hech qanday chegaralanish bo‘lmaydi. Hamshira shunga e’tiborni qaratishi va bemorga ijtimoiy tiklanishga intilishga ega bo‘lishida, ruhan yengillik sezishida yordam berishi kerak.

***Ovqatlanish.*** Stoma qo‘yilishi bilan yuzaga kelgan, najas chiqarishni amalga oshirish bo‘yicha yangi odatlarni ishlab chiqishda, to‘g‘ri ta’minlangan ovqatlanish qoidalariga amal qilish zarur.

Agar bemorni har xil hidlar asabiylashtirsa, unda ko‘pincha yomon hid va gaz ajratadigan oziq-ovqatlarni iste’mol qilmaslik lozim (bodring, karam, kartoshka, sarimsoq piyoz, dukkaklilar, piyoz, gazlangan ichimliklar).

Ich suyulishiga e’tibor berish kerak, chunki u stoma sohasini nazorat qilishni murakkablashtiradi. Ichni suyultiradigan ovqat o‘ziga xos ko‘rinishga ega bo‘ladi, shuning uchun uni vaqtdan oldin aniqlash zarur.

Qabziyat rivojlanishining oldini olish uchun, tolasimon oziq va suyuqlik iste’mol qilish, kundalik tartibga amal qilish va jismoniy harakatni normada ushlab turish lozim.

Ajraladigan gaz miqdorini kamaytirish uchun havo yutmaslikka harakat qilish, ovqat qabul qilayotganda gapirmaslik, suyuq ovqatni bir ko‘tarishda ichmaslik kerak. Bundan tashqari, gaz hosil qiladigan ovqatlarni iste’mol qilishdan o‘zini tiyishi lozim.

***Kiyim:***

– Stoma sohasini siqib qo‘ymaydigan xohlagan kiyimini kiyish mumkin.
– Odatda, erkin kiyim kiyish qulay, chunki u xaltachani bo‘rtib turishini yashiradi.
– Agar kamar stoma ustiga to‘g‘ri kelsa, tortib turuvchi bog‘ichdan foydalanish maqsadga muvofiqdir.

***Vanna qabul qilish:***

– Stoma bo‘lishiga qaramay, o‘zini vanna qabul qilishdan tiyishga zarurat yo‘q.
– Xaltachani almashtiradigan kuni vannani xaltachani yechgandan keyin qabul qilishi, boshqa vaqtlarda esa xaltacha bilan cho‘milish mumkin.
– Agar vanna ovqat yeyishdan oldin yoki ovqatlangandan keyin 2 soat ichida qabul qilinsa, vanna qabul qilish vaqtida axlat ajralmaydi.

***Harakat faoliyati:***

– Qorin muskullarining kuchli taranglashishi bilan, sherigi bilan qo‘pol to‘qnashish talab qiladigan sport turlari bilan shug‘ullanish tavsiya qilinmaydi. Boshqa sport turlariga chegaralanish yo‘q.
– Avaylab jismoniy harakat qilish stoma faoliyatini normallashtirish uchun foydali.

***Sayr qilish va sayohatga chiqish:***

– Stoma borligi sayr qilishga va sayohatga chiqish uchun chegaralanish hisoblanmaydi.

***Fiziologik hojatga chiqish usullarini amalga oshirish:***

– Kolostoma bor bo‘lganda ham oddiy najas hosil bo‘ladi, shuning uchun har doim najas chiqishi uchun vaqti-vaqti bilan ichaklarni yuvib turish tavsiya qilinadi.
– Ichaklarni yuvish: bir martada najas chiqarish usuli, aniq miqdordagi iliq suvni stoma orqali ichaklarga yuborish yo‘li bilan qilinadi. Ichaklarni yuvish uslubini bemorga o‘rgatish uchun, dastlab u yetarli darajada tabiiy hojat chiqarishni amalga oshirish texnikasini yaxshi o‘zlashtirishi kerak.

Agar bemorga ushbu muolaja tayinlangan bo‘lsa, unda unga ichaklarni yuvish uslubi haqida tushuntirish zarur. Bemor kasalxonadan chiqishidan oldin yoki ambulatoriya sharoitida davolanishda ijtimoiy tiklanish maqsadiga istagi bo‘lsa, bemor bilan ko‘rsatma o‘tkaziladi.

***Yoqimsiz hidga qarshi tadbirlar.*** Stoma qo‘yilgan bemorlar ajralmadan kelayotgan hid tufayli noqulaylik sezadi.

Agar hid ta’sirlantirsa, unda najas aniq bir vaqtda chiqishini ta’minlash kerak. Yoqimsiz hidni bartaraf qilish usullarini o‘ylab topish zarur, masalan: hidning tarqalishiga qarshilik qiladigan xaltacha tanlab, unga hidni bartaraf qiladigan vosita solinadi.

**NAZORAT SAVOLLARI:**

1. To‘g‘ri ichakni tekshirish usullarini gapirib bering.
2. Orqa chiqaruv yo‘lining yoriqlari, belgilari va parvarish xususiyatlari.
3. Bavosil belgilari va parvarish xususiyatlari.
4. To‘g‘ri ichak poliplari belgilari va parvarish xususiyatlari.
5. To‘g‘ri ichak raki belgilari va parvarish xususiyatlari.
6. Yo‘g‘on ichakdagi operatsiyalarda bemorlarni parvarish qilish.
7. To‘g‘ri ichak operatsiyadan keyingi bemorlarni parvarish xususiyatlari.
8. Stoma va uning atrofidagi terini kuzatish.
9. Stomasi bor bemorlarning ovqatlanishi.
10. Stomasi bor bemorlarni cho‘miltirish.

## 1.15. Buyrak va siydik ajratish a’zolarining xirurgik kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

### Buyrak va siydik ajratish a’zolarining xirurgik kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarning xususiyatlari

**Urologiya** xirurgiyaning siydik-tanosil a’zolari (buyraklar, siydik yo‘llari, qovuq, siydik chiqarish kanali, prostata bezi, moyaklar, jinsiy olat) kasalliklari bor bemorlarda davolash bilan shug‘ullanadigan bo‘limidir.

***Urologiyaga oid maxsus terminlar:***

*Sistoskopiya* – sistoskop yordamida qovuqni tekshirish. Qovuq shilliq qavatini siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi orqali

kirgazilgan sistoskop yordamida tekshirish. Siydik yo‘llarini kateterlash yordamida ko‘tariluvchi piyelografiya qilinadi.

*Xromotristoskopiya*. Buyraklar faoliyatini aniqlash imkonini beradi. Shu maqsadda venaga 4 ml 4% li indigokarmin eritmasi yuboriladi. Qovuqqa sistoskop kiritiladi. Normada 3–4 daqiqa o‘tgach, siydik yo‘llaridan ko‘k rangga bo‘yalgan siydik ajraydi. Indigokarmin ajralib chiqishi ushlanib qolganda buyrak yoki siydik yo‘llari faoliyati buzilganligi to‘g‘risida fikr yuritish mumkin.

*Siydik yo‘llarini kateterlash*. Tekshirish uchun maxsus kateterlovchi sistoskop qo‘llaniladi. Uning yordamida siydik yo‘liga maxsus kateter kiritiladi. Siydik yo‘li chandiqli torayganda kateter to‘siq oldida turib qoladi. Siydik yo‘li kateteri orqali siydikni bevosita buyrak jomidan olish mumkin.

*Ko‘tariluvchi piyelografiya*. Siydik yo‘li kateteri orqali buyrak jomiga kontrast modda – 20%li sergozin eritmasi, kardiotrast, diodon kiritiladi va rentgenogramma qilinadi. Toshlar va o‘sma yaxshi ko‘rinadi.

*Venaga kontrast modda yuborib, urografiya qilish*. Venaga 40% li sergozin eritmasidan 50 ml yuboriladi va 10, 20, 30 daqiqadan keyin siydik yo‘llari rentgenografiya qilinadi. Bu usul buyraklarning siydik ajratish faoliyatini va to‘siqlar borligini aniqlash imkonini beradi.

*Sistografiya*. 10–20% li sergozin, diodon yoki kardiotrast eritmasidan 100–150 ml quyib, to‘ldirilgan qovuqni rentgenografiya qilish. Qovuqdagi o‘smalar, shikastlarni tashxislash imkonini beradi.

## Siydik-tosh kasalligi

Siydik-tosh kasalligi – siydik ajratish a’zolarida tosh hosil bo‘ladigan kasallik bo‘lib, ko‘proq buyrak va qovuqda hosil bo‘ladi.

Siydik-tosh kasalligining hosil bo‘lish va rivojlanishining asosiy sababi moddalar almashinuvining buzilishi bo‘lib, bunda

erimaydigan tuzlar hosil bo‘lib, toshga aylanadi. Toshlar soni va joylashish joyi turlicha bo‘ladi. Yosh kishilarda ko‘proq tosh siydik yo‘llarida va buyrakda bo‘ladi, qovuq toshlari ko‘pincha katta yoshdagi kishilarda va bolalarda tashxislanadi.

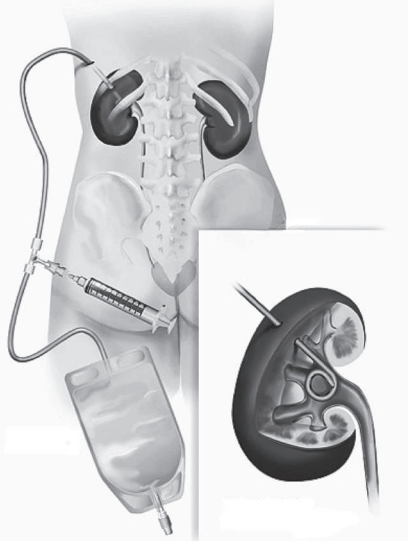
*Kasallik rivojlanishiga moyil asosiy omillarga*: siydik ajratish yo‘llarining anatomik nuqsonlari; irsiy nefrit va nefrozga o‘xshash sindromlar; siydik-tanosil a’zolarining surunkali kasalliklari (piyelonefrit, sistit, prostatit va h.k.); hazm qilish sistemasining surunkali kasalliklari (gastrit, kolit va h.k.); ba’zi bir aniq ovqat, suvlar va h.k.

***Klinik holati va simptomlari.*** Toshning joylashgan o‘rniga qarab bemor turli simptomlarga shikoyat qilishi mumkin, lekin quyidagi simptomlar bu kasallik uchun asosiy hisoblanadi: xurujsimon og‘riqlar; siydikda qon bo‘lishi; umumiy ahvolining yomonlashuvi.

Buyrakda tosh bo‘lganda og‘riq ko‘pincha jismoniy zo‘riqishdan keyin paydo bo‘ladi, bemorlarda siydik-tanosil yo‘llarining boshqa kasalliklari qo‘zg‘alishi mumkin. Agar tosh qovuqda bo‘lsa, unda bemorni tez-tez og‘riq bilan siyish hamda harakat qilganda og‘riq sezgisi bezovta qiladi. Tosh siydik kanalida joylashganda bemor tez-tez siydik ajratishga chaqiriq sezadi, og‘riq beldan sonning ichki tomoniga, chotga va qorin pastiga tarqaladi. Agar tosh siydik kanali yorig‘ini berkitib qo‘yib, buyrakda siydik yig‘ilib qolsa, buyrak xuruji boshlanadi. Bemor belda boshlangan kuchli og‘riqning qoringa o‘tishini sezadi. Tosh o‘z joylashishini o‘zgartirmaguncha yoki siydik kanalidan chiqib ketmaguncha xuruj davom etadi.

*Piuriya* – kasallikning kam uchraydigan belgisi. Tana haroratining ko‘tarilishi, intoksikatsiya belgilari, leykotsitoz, ECHTning tezlashishi infeksiya tushganidan darak beradi va bemorni kasalxonaga yotqizish tavsiya qilinadi.

Tashxis klinik belgilar, rentgenologik tekshirish va vena ichi urografiyasi ma’lumotlari asosida qo‘yiladi. Urografiya tosh borligi, ularning soni, o‘rni, o‘lchami, buyrak va siydik yo‘llarining holati haqida ma’lumot olishga imkon beradi.



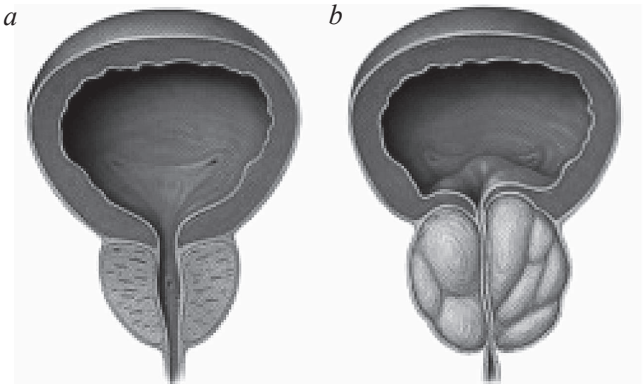
*17-rasm.* **Nefrostoma.**

***Davolash.*** *Siydik-tosh kasalligini* davolash shifokorning doimiy nazorati ostida o‘tkaziladi. Toshning o‘lchamiga qarab dori preparatlari bilan yoki xirurgik usulda davolash tanlanadi. Hozirgi vaqtda ko‘pgina nooperativ usullar bo‘lib, xirurgik aralashuvsiz yaxshi natijalarga erishishga imkon beradi – toshlarni maydalash.

*Toshlarni kesish* (*Lithotomia;* litotomiya) – konkrementlarni olib tashlash maqsadida qovuqni ochish bo‘yicha xirurgik operatsiya.

## Prostata bezi adenomasi

Prostata bezining xavfsiz giperplaziyasi bo‘lib, qari va keksa yoshdagi erkaklar orasida keng tarqalgan kasallik va siydik chiqarish kanalining proksimal qismining atrofida joylashgan fibroepitelial to‘qimasining morfologiyasi bilan ifodalanadi. Klinik jihatdan ham kasallik yetarli darajada keng tarqalgan bo‘lib, bunda siydik ajralishining buzilish belgisi 60 yoshdan oshgan erkaklarda 35% ni tashkil etadi. Kasallik simptomatikasi uchta asosiy komponentlardan iborat: mexanik, dinamik va qovuq faoliyatining buzilishi.




*18-rasm.* **Prostata bezi:**
*a* **– norma;** *b* **– kattalashgan.**

Prostata bezi adenomasining rivojlanish sababi hozirgacha to‘liq aniqlanmagan. Lekin, shubhasiz, bu kasallik rivojlanishida boshlovchi rolni gormonal omillar o‘ynaydi. Prostata bezi adenomasi o‘ziga xos «erkaklar klimaksi» natijasi bo‘lishi mumkin: moyaklarning inkretor vazifasining so‘nishi va buning natijasida erkak organizmida ayol jinsiy gormonlari erkaklar jinsiy gormonlaridan ustunlik qiladi.

***Simptomlar.*** Klinik jihatdan kasallik obstruktiv va irritativ belgilar bilan namoyon bo‘ladi. *1-guruh belgilari:* qiynalib siydik ajratish, qovuqning to‘liq bo‘shamaganlik sezgisi, siyishning bevaqt boshlanishi, kuchanib siydik ajratish. *2-guruh belgilari:* tez-tez, talabli siydik ajralishi, siydikni tuta olmaslik.

## Prostata bezi gipertrofiyasi sababli prostata bezi rezeksiyasi bo‘lgan bemorlarda operatsiyadan oldingi hamshiralik parvarishi

***Davolash.*** Giperplaziyani davolashga hayot mazmunini anchagina kamaytiradigan yaqqol namoyon bo‘lgan belgilar, o‘tkir surunkali siydik tutilishi, qaytalanuvchi makrogematuriya, buyrak yetishmovchiligining va qovuq toshlarining shakllanishi, siydik ajratish yo‘llarining infeksiyali yallig‘lanish kasalliklari absolut ko‘rsatma bo‘lib hisoblanadi. Dorili va xirurgik davolash

farqlanadi. Oxirgi vaqtlarda prostata bezining xavfsiz giperplaziyasini davolashning yangi texnologiyalari jadal rivojlanish olmoqda.

**Ruhiy tayyorlash.** Bu vaqtda bemor va shifokorning yaqin muloqoti juda muhim. Bemorga operatsiyaning maqsadi va bajarilishi tushuntiriladi. Bemorni tinchlantirish, ba'zan bir necha so‘z bilan hamshira umidsizlik bilan operatsiyaga tayyorlanayotgan bemorning og‘ir shubhalanish va murakkab xavotirlanishini tarqatishi mumkin.

**Jismoniy tayyorlash.** Bir kun oldin bemor yengil ovqatlanadi. Agar monelik bo‘lmasa, hamma bemorlarga bir kun oldin tozalovchi huqna qilinadi. Operatsiyadan bir kun oldin kechqurun bemor vanna qabul qiladi, unda to‘shak va ichki kiyimlar almashtiriladi. Bemor ahvolidagi o‘zgarishlarni sezgan hamshira shifokorga axborot beradi: rejali operatsiyalarni, hatto tana harorati ozgina ko‘tarilganda ham, yengil shamollashda, terida yiringli yara paydo bo‘lganda qoldirish maqsadga muvofiqdir. Buyraklarning ajratish faoliyatini yaxshilash tadbirlari ko‘riladi (siydik haydovchi preparatlari), siydik infeksiyasining oldini olish va so‘ndirish (antibiotiklar, furodonin), oqsilsiz, tuzsiz parhez buyuriladi.

Prostata bezi gipertrofiyasi sababli prostata bezi rezeksiyasi bo‘lgan bemorlarda operatsiyadan keyingi hamshiralik parvarishi

Operatsiya tugagandan keyin hamda bemor narkozdan uyg‘ongach va mustaqil nafas olish tiklangandan keyin endotraxeal naycha olib tashlanadi hamda anesteziolog va hamshira kuzatuvida bemor palataga ko‘chiriladi. Bemorning operatsiya xonasidan palataga qaytishida funksional to‘shak tayyorlanadi, uni shunday joylashtirish kerakki, unga hamma tomondan yondashish, kerakli apparatlarni o‘rnatish qulay bo‘lishi lozim. To‘shak choyshablarini tekislash, isitish, palatani shamollatish, yorug‘likni kamaytirish kerak. Ahvolidan, o‘tkazilgan operatsiya va og‘riqsizlantirish xususiyatiga bog‘liq holda to‘shakdagi aniq vaziyatni ta'minlash kerak.

Urologik amaliyotda faollashtirish va turish tavsiya qilinadi. Drenajlar chiqib ketmasligi va siljimasligi uchun tadbirlar qabul qilish kerak. Bunday vaziyatlarda drenaj yorig‘ini qisish, nay uchini bukib bog‘lash zarur, bemor vanna qabul qilayotganda ham shunday qilish kerak. Yuradigan bemorlarda kiyimi namlanmasligi uchun, ularga kichkina shisha idish berib, bo‘yniga osib qo‘yiladi. Prostatektomiyada qovuq usti drenaji olingandan keyin, siydik yig‘uvchi xaltachaga tushirilgan ikkita naychasi bor kapsula kiydiriladi (to‘shakning ikki tarafidan). Bemorni chalqancha yotqiziladi, kapsula shunday o‘rnatiladiki, oqma yara uning markazida bo‘ladi. Kapsuladan siydik ajralishi kamayganda, uretra orqali siydik ajralish oshib boradi. Keyin kapsulani bog‘lam bilan almashtirib, bemorga yurishga ruxsat beriladi. Prostatektomiya operatsiyasi ko‘proq alohida qunt bilan parvarish qilishga muhtoj keksa yoshdagi kishilarda o‘tkaziladi. Ba’zan bunday bemorlar operatsiyaning birinchi bosqichida (siydik teshigi qo‘yilgan) uyiga javob beriladi va qayta kasalxonaga yotguncha ularni ambulatoriya sharoitida olib boriladi: bog‘lam, drenaj almashtirish, qovuqni yuvish. Urologik bo‘limda palatalarni yaxshilab shamollatish, ventilatsiya qilish katta ahamiyatga ega. Bu oddiy tadbirlar tez-tez bog‘lam almashtirish va siydik yig‘uvchi xaltani bo‘shatib turish bilan birgalikda toza havoga erishishga, o‘ziga xos hidni bartaraf qilishda yordam beradi.

## Litotomiya operatsiyasi bo‘lgan bemorlarda hamshiralik parvarishi

***Ruhiy parvarish*** – hamshira bemorga kasallik sabablari, davolash jarayoni, operatsiyaning bajarilishi, agar bemor shifokor tavsiyasini bajarmasa kelib chiqadigan asoratlar haqida tushuntiradi. Tekshirish o‘tkazishda, laboratoriya tahlillari olishda, nima uchun qilinayotganini va bemor o‘zini qanday tutishi kerakligini tushuntiradi.

Premedikatsiya qoidasi bo‘yicha, operatsiya umumiy narkoz ostida, siydik ajralishi uchun drenaj va kateter qoldirish bilan

tugatiladi. To‘shakni shunday tayyorlash kerakki, choyshab (taglik, kleyonka)ni ajralmalardan himoya qilish uchun va ajralmalar oqishini osib qo‘yilgan, tiqin bilan qattiq yopiladigan, drenaj yoki kateterga ulangan naycha teshigiga mos teshigi bor, iloji boricha tiniq idishlar bilan ta’minlash. Siydik yig‘uvchi moslama va nay oldindan qaynatiladi (yuqoriga chiquvchi infeksiya profilaktikasi). Drenajni siydik yig‘uvchiga solishdan oldin, unga 50–100 ml kuchsiz rangli eritma (furatsillin, rivanol) solinadi, u antiseptik xossadan tashqari, achigan siydikdan ammiak hidini yo‘qotadi. Bemorni to‘shakka yotqizishda, drenajni bog‘lam bilan mustahkam bog‘lash, siydik yig‘uvchi to‘g‘ri kirilgan, buralib qolmagan bo‘lishi, aniq chuqurlikkacha kirgan (idish tubiga yoki devoriga taqalib qolmasligi kerak) bo‘lishini nazorat qilish lozim.

Urologik davolashga xos holat, bu siydikning drenaj atrofiga sachralishidir. Bu bog‘lamni tez-tez almashtirishni talab qiladi (bir kunda bir necha marta) – ivib qolishiga qarab. Bog‘lam paxtasiz qo‘yiladi, chunki paxta siydikni shimib olib, yoqimsiz hid va terining bichilishiga sabab bo‘ladi.

Siydik-tosh kasalligining oldini olishda kerakli miqdorda suv ichish (kuniga 2–3 litr) hisoblanadi. Agar siydikda fosfat va karbonat toshlari bo‘lsa, parhezda sut, sut mahsulotlari, tuxum chegaralangan bo‘lishi kerak. Agar *urat toshlari* bo‘lsa, go‘sht, dukkaklilar, shokolad kamaytirilib, sut – o‘simlik parhezi buyuriladi. Agar siydikda *oksalatlar* ko‘p bo‘lsa ovqatdan sut, yong‘oq, shovul olib tashlanib, olma va nok buyuriladi.

## Buyrak va siydik ajratish a’zolarining xirurgik kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarni fizikal tekshirish

Konkrementlar yoki toshlar buyrakda, so‘rg‘ichlarning kalsiylanishi yoki siydikda kalsiy, siydik kislotasi, sistin, magniy-ammoniy-kalsiy-fosfat tuzlarining cho‘kishi natijasida shakllanadi.

Kimyoviy tarkibi bo‘yicha oksalatli, fosfatli, karbonatli, uratli, xolesterinli va aralash toshlar bo‘ladi.

**O‘tkir davr** – bemorda siydik ajratish yo‘llarining obstruksiyasi simptomlari yoki yallig‘lanish belgilari bo‘ladi.

**Metabolik davr** – bu davrda konkrementlarning o‘sishi yoki shakllanishini mos keluvchi terapiya yordamida bartaraf qilish mumkin.

Kasallikning o‘tkir davrida siydik ajratish yo‘llarining yuqori qismida tosh borligining belgisi – og‘riq.

- Og‘riqning joyi konkrement joylashuviga bog‘liq. U belning yuqori qismida, belda yoki yonbosh sohada bo‘lishi mumkin. Oraliqqa tarqalishi mumkin.
- Og‘riq siydik kanalining yoki buyrak jomlarining kengayishi natijasida yuzaga kelib, tosh o‘lchamidan qat’i nazar, og‘riqqa sababchi bo‘lishi mumkin.
- Qorinda og‘riq, to‘g‘ri ichakda og‘riq va tenezma bo‘lsa, tosh buyrak jomlarida joylashgan bo‘ladi, ko‘ngil aynishi va qusish bilan birga kechadi.
- Yonboshda og‘riq va chov sohasiga, siydik chiqaruvchi kanalga tarqalishi bilan kechadigan buyrak xuruji og‘rig‘i toshlarning siydik ajratish kanalining o‘rta bo‘limida joylashishiga xosdir.
- Infeksiya siydik-tosh kasalligini ko‘pincha asoratlaydi va odatda, yonboshda yoki belda og‘riq bilan, isitma va varaja bilan kechadi, ayniqsa siydik chiqaruvi yo‘llarining obstruksiyasida.

***Umumiy ahvolni baholash.*** Bemorlar bezovta, o‘ziga og‘riqni yengillashtiruvchi qulay vaziyat topishga harakat qiladi. Kuchli og‘riq, ko‘ngil aynish va qusishga shikoyat qiladi.

***Diurez va siydikni baholash.*** Siydik ajratish tez-tez, og‘riqli bo‘lishi belgilanadi, siydik rangi o‘zgaradi (gematuriya). Gematuriya og‘riq bilan kechishi mumkin yoki og‘riqsiz, mikroskopik yoki yaqqol.

***Tashxislash***. Siydik umumiy tahlili (gematuriya, tuz kristallari, siydik sig‘imi), rentgenologik ma’lumotlar, UTT, retrograd urografiya, sistoskopiya.

***Davolash.*** Konservativ va xirurgik.

## O‘tkir buyrak xurujida shoshilinch yordam

Buyrak xuruji siydik yo‘llari bo‘ylab toshning siljishi yoki siydikning chiqishi buzilishi bilan bog‘liq. Buyrak xurujida og‘riq to‘satdan, sanchiqli, kuydiruvchi, tiluvchi bo‘lib, ko‘proq belda joylashadi va siydik kanali bo‘ylab tarqaladi. Siydik chiqarish tezlashgan, og‘riqli. Og‘riq ko‘ngil aynishi, qusish, meteorizm bilan kechadi. Agar siydik-tosh kasalligi siydik yo‘llari infeksiyasi ustiga paydo bo‘lsa, unda xuruj varaja tutish, haroratning ko‘tarilishi va siydikda katta miqdorda leykotsitlar paydo bo‘lishi bilan kechadi.

Buyrak xurujida bemor muskuli orasiga 2 ml 50% li analgin, 1 ml 1% li dimedrol, 1 ml 0,1% li atropin yuboriladi. Bemorni zambilga chalqancha yotqizib, urologiya bo‘limiga joylashtiriladi.

## Siydik ajralish buzilishida yordam berish

***Ruhiy yordam berish.*** Hamshira bemorni tinchlantirishi lozim. Ushbu holat sababini tushuntirishi, bemorning qo‘rquv va bezovtaligini bartaraf qilishi, keyingi harakat rejasi bilan tanishtirib, bemorning roziligini olishi kerak.

***Jismoniy yordam (qovuqni kateterlash).*** Kateterlash: qovuqqa kateterni kirgizib, tutilib qolgan siydikni chiqarib olish. Yumshoq va qattiq kateterlar qo‘llaniladi.

*Kateterlashga tayyorgarlik:* hamshira qo‘llarini iliq suvda cho‘tka va sovun bilan yuvib, spirt, yod bilan yuqumsizlantirishni o‘z ichiga oladi. Muolaja oldidan bemor tashqi a’zolari yuviladi. Kateter steril bo‘lishi kerak.

Yumshoq kateterlarni ishlatishdan oldin iliq suvda sovun bilan yuvib artiladi, 10–15 daqiqa qaynatiladi va yopiq emal yoki shisha idishda 2% li bor yoki karbol kislotasi eritmasida saqlanadi. Qattiq kateter qaynatish yo‘li bilan yoki avtoklavda sterillanadi.

***Diyetoterapiya. Ovqatlanish bo‘yicha ko‘rsatma*****:** *oksalat tuzlari* bo‘lganda uglevod, yog‘lar, osh tuzi va kalsiy hamda shavel

kislotasiga boy oziqlar chegaralangan parhez tavsiya qilinadi. Oqsil – 100 g, yog‘lar – 50 g, uglevod – 300 g, osh tuzi 5–8 g, vitamin C qo‘shiladi. 2 litrgacha suv ichish. Oq va qora non, yorma va xamirli taomlar ruxsat beriladi, hayvon va o‘simlik yog‘lari, sut va sut mahsulotlari (qaymoq, tvorog, pishloq), tuxum, sabzavotli, sut va mevali sho‘rvalar, karam, sabzi, dukkaklilar, turp, bodring, uzum, salat, o‘rik, shaftoli, behi, nok va ularning sharbatini iste’mol qilish mumkin.

Chegaralangan miqdorda go‘sht, baliq, qaynatilgan qush go‘shti – 150–200 g ruxsat berilgan. Shavel, shpinat, lavlagi, anjir, loviya, petrushka, ko‘ksulton, choy, kakao, kofe, shokolad taqiqlanadi.

*Fosfat tuzlari* bo‘lganda – kalsiyga boy oziqlarni chegaralash, qovurilgan taomlarni taqiqlash va suyuqlik ichishni 2 litrgacha olib boruvchi parhez buyuriladi. Oqsil – 100 g, yog‘lar – 100 g, uglevodlar – 400 g, osh tuzi – 5–8 g, A, C, D, B vitaminlari. Non, xamirli taomlar, ovsyanka, no‘xat, qovoq, qizil smorodina, olmalar mumkin.

Chegaralangan miqdorda sho‘rvalar, go‘shtli souslar, qaynatilgan baliq, go‘shtli va baliq konservalari, tuxum va tuxumli taomlar, sut va sut mahsulotlari iste’mol qilinadi. Shirinliklar, pishloq, o‘tkir salatlar va alkogol taqiqlanadi.

*Urat toshlari* bo‘lganda umumiy kaloriyani, oqsilni, yog‘larni, osh tuzini taqiqlash. Ko‘p suv ichish – 2 litrgacha, oqsil – 70 g, yog‘ – 80 g, uglevod – 40 g, osh tuzi – 6–8 g, C va B vitaminlar qo‘shish. Oq va qora non, sutli va mevali sho‘rvalar, xamirli taomlar, sabzavot, mevalar, sirka mumkin. Sut mahsulotlari va tuxumni chegaralash. Jigar, buyrak, miya, shprot, go‘shtli va baliqli sho‘rva suvi, souslar, shavel, shpinat, qo‘ziqorin, dukkaklilar taqiqlanadi.

### Uy sharoitida yashash masalalari bo‘yicha yo‘riqnoma

***Bemorni o‘rgatish.*** Buyrakda qayta tosh bo‘lishning oldini olish usullarini o‘rgatish. Turmush odatlarini qayta ko‘rib chiqish:

ovqatlanish, suyuqlik qabul qilish (kuniga 1500 ml dan ortiq) odatlari. Siydik chiqarish yo‘llari infeksiyasining oldini olish, tozalikni saqlash.

***Oila a’zolarini o‘rgatish.*** Qayta tosh hosil bo‘lishning oldini olishga qaratilgan o‘qishni bemor bilan birgalikda o‘tash.

**NAZORAT SAVOLLARI:**

1. Urologiya tibbiyotda qaysi yo‘nalish bilan shug‘ullanadi?
2. Sistoskopiya nima?
3. Xromotristoskopiyada qaysi kontrast modda ishlatiladi?
4. Siydik yo‘llarini kateterlashda qaysi endoskopik apparat ishlatiladi?
5. Ko‘tariluvchi piyelografiyada nimalarni aniqlash mumkin?
6. Siydik-tosh kasalligi klinik belgilari.
7. Prostata bezi adenomasi klinik belgilari.
8. Litotomiya operatsiyasi bo‘lgan bemorlarda hamshiralik parvarishi.
9. O‘tkir buyrak xurujida shoshilinch yordam.
10. Prostata bezi adenomasi klinik belgilari.

## 1.16. O‘smalar

**O‘smalar haqida tushuncha**. O‘sma deganda to‘qimalarning patologik ko‘payishi tushuniladi. U turli xil sabablarga ko‘ra hosil bo‘ladi va normal moddalar almashinuvi holatlari bilan farq qiladi.

O‘smaning xususiyati hujayralarning beto‘xtov ko‘payishi hisoblanadi. Gistologik jihatdan ko‘pchilik o‘smalar a’zo yoki to‘qimalarga birmuncha o‘xshash tuzilgan. O‘sma o‘zini tashkil qilgan asli to‘qima (parenxima) va ushlab turadigan to‘qima – tomirlar, nervlar, biriktiruvchi to‘qima (stroma)dan iborat. Shu bilan birga o‘smaning tuzilishi sog‘lom a’zo yoki to‘qimaning tuzilishidan katta farq qiladi. Xavfsiz va xavfli o‘smalar tafovut qilinadi.

Xavfli o‘smalar yosh yetilmagan to‘qimadan o‘sib ko‘payadi. Ular tez o‘sadi. Qo‘shni to‘qimalarga o‘sib kirish va o‘sma hujayralarining limfa *(limfogen)* yoki qon tomirlar *(gemotogen yo‘l)*

sistemasi orqali a’zolar va to‘qimalarga o‘tishga *(metastazlanish)* moyilligi bilan ajralib turadi.

O‘sma olib tashlangandan keyin u yana shu sohada o‘sishi mumkin *(retsediv).* O‘smaning qo‘shni to‘qimalarga o‘sib kirishi o‘sma hujayralarining to‘qimalar ich-ichiga o‘sib kirishi, qo‘shni to‘qimalarning yemirilishi va o‘rin almashinuvi yo‘li bilan sodir bo‘ladi. Bunday o‘sish infiltratsiya yo‘li bilan o‘sish deyiladi. Metastatik o‘sma onalik o‘sma tuzilishiga ega va xuddi shunday tez suratda o‘sishi bilan farq qiladi. Xavfli o‘smalardan organizmning holdan toyishi – *kaxeksiya* kuzatiladi. Xavfli o‘smalar to‘qimalarni yemirishi natijasida parchalanadi. Rivojlangan to‘qimasiga qarab rak va sarkoma farqlanadi: *rak* – epiteliy hujayralardan rivojlanib, eng ko‘p uchraydigan xavfli o‘sma; *sarkoma* – biriktiruvchi to‘qimadan rivojlanadigan xavfli o‘sma.

Xavfli o‘smaning rivojlanishida to‘rt davr farqlanadi:

1. O‘smaning mahalliy o‘sishi.

2. O‘smaning limfa yo‘llari yaqinidagi limfa tugunlarigacha tarqalishi.

3. Metastazlarning gematogen yo‘l orqali qo‘shni a’zolarga o‘sishi.

4. O‘smaning butun organizm bo‘ylab tarqalishi (dissemina-tsiyalanish).

*Xavfsiz o‘smalar* yetilgan to‘qimalardan o‘sib ko‘payadi, qo‘shni to‘qimalarni ich-ichiga kirmasdan surib o‘sadi, kapsula hosil qilib o‘sadi, metastazlar bermaydi, umumiy holsizlikka sabab bo‘lmaydi va kaxeksiyaga olib kelmaydi, o‘smalar yetilib parchalanmaydi.

*Tashxis qo‘yishda* anamnez ma’lumotlari, bemor shikoyatlari, obyektiv tekshirish natijalari; aniq tashxis qo‘yishga imkon beradigan tekshirishlar: sitologik tashxis – o‘sma hujayralarini topish maqsadida punktat yoki surtma olish, biopsiya – o‘sma tuzilishini aniqlash maqsadida gistologik tekshirish uchun to‘qima bo‘lakchasini olish, obzor rentgenografiya, tomografiya,

UTT, radioizotop tashxis, endoskopik tekshirishlar muhim ahamiyatga ega.

*Davosi.* Xavfsiz o‘smalar – radikal xirurgik operatsiya qilinadi.

Xavfli o‘smalar davosi: jarrohlik operatsiyasi (radikal yoki palliativ), nur bilan davolash, kimyoterapiya, gormonoterapiya. Ko‘pincha bu usullar birgalikda qo‘llaniladi.

*Rak oldi holati.* Xavfli o‘smadan oldin yuzaga keladigan va ko‘pincha xavfli o‘smaga aylanadigan turli xil holatlarni *rak oldi holati* deb ataladi. Bunday holatlar jumlasiga rivojlanish nuqsonlari, surunkali yallig‘lanishlar, to‘qima regeneratsiyasining buzilishi, giperplastik buzilishlar kiradi. Rak oldi kasalliklari bor kishilar dispanser hisobida turishi va yiliga kamida 2 marta ko‘rikdan o‘tishi shart.

## Onkologik bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari

Onkologik kasalliklari bor bemorlarni parvarish qilishning o‘ziga xos tomonlari bor. Bemorlardan haqiqiy tashxisni yashirish, ya’ni bemor ruhiyatini avaylab muhofaza qilish zarur. «Rak», «Sarkoma» terminlarining o‘rniga «yara», «torayish», «qattiqlashish» kabi so‘zlarni ishlatish lozim. «Kanser», «s-r», «neoplazma» singari lotincha terminlarni ham qo‘llamaslik kerak, ko‘pchilik bemorlar terminologiyani yaxshi bilishadi.

Ko‘pchilik onkologik bemorlarning ruhiyati nozik bo‘ladi, ular juda ta’sirchan bo‘lib qoladilar, shuning uchun o‘sma kasalligi og‘irlashgan bemorlarni davolashning boshidayoq boshqa bemorlardan ajratgan ma’qul.

Bemorga tegishli hujjatlar tasodifan uning qo‘liga tushib qolishidan ehtiyot bo‘lish kerak. Haqiqiy tashxis haqida bemorning eng yaqin qarindoshlariga (ota-ona, farzandlar, opa-ukalar) ma’lumot berish mumkin, biroq ularning bemorga haqiqiy tashxisni aytib qo‘ymasliklarini tayinlash zarur.

Operatsiyaga tayyorgarlik davridagi, operatsiyadagi va operatsiyadan keyingi hamshiralik parvarishi darslikning barcha tegishli bo‘limlarida kasalliklar bilan birga yoritilgan.

**NAZORAT SAVOLLARI:**

1. O‘smalar haqida tushuncha.
2. Xavfli o‘smalarni ta’riflab bering.
3. Metastazlanish nima?
4. Xavfsiz o‘sma infiltratsiya yo‘li bilan o‘sadimi?
5. Rak qaysi hujayralardan rivojlanadi?
6. Sarkoma qaysi hujayralardan rivojlanadi?
7. Xavfli o‘smaning rivojlanish davrlarini gapirib bering.
8. Xavfli o‘smalarni davolash.
9. Rak oldi kasalliklari haqida gapirib bering.
10. Onkologik bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari.

## 2-bob. INTENSIV TERAPIYANI O‘TAYOTGAN BEMORLARNING XUSUSIYATLARI

Intensiv terapiya terminal holatdagi bemorlarda o‘limni oldini olish va klinik o‘lim holatidan chiqqan bemorlarda hayotiy muhim a’zolar faoliyatini tiklash va quvvatlab turish uchun o‘tkaziladigan davolash chora-tadbirlar kompleksidir. Intensiv terapiya tadbirlari reanimatsiya va intensiv terapiya bo‘limida amalga oshiriladi.

Reanimatsiya va intensiv terapiya bo‘limining asosiy vazifasi kritik holat sababli buzilgan hayotiy muhim jarayonlarni tiklash va quvvatlashga qaratilgan chora-tadbirlar kompleksini amalga oshirish bo‘lib, quyidagilarni o‘z ichiga oladi:

- reanimatsiya va intensiv terapiyaga muhtoj bo‘lgan bemorlarga zamonaviy davolash usullarini qo‘llab, hayot uchun zarur bo‘lgan a’zolarining ish faoliyatini tiklash;
- rejali va shoshilinch kelgan bemorlarni og‘riqsizlantirishga tayyorlash va og‘riqsizlantirish usullarini aniqlash;
- tashxis qo‘yish, turli xil tekshirishlar va muolajalarda hamda tug‘ruqlarda og‘riqsizlantirishni tashkil qilish;
- kasalxonadagi tibbiyot xodimlarining reanimatsiya sohasidagi malakalarini oshirish;
- boshqa bo‘limlardagi reanimatsiya va jadal davolashga muhtoj bemorni reanimatsiya bo‘limiga ko‘chirish va ularni og‘ir holatdan chiqarishda jadal davolash va reanimatsiya usullarini qo‘llash, ahvoli yaxshilangandan so‘ng kerakli bo‘limga ko‘chirish;
- reanimatsiya bo‘limidagi bemorlarning hayotiy muhim a’zolarining ish faoliyati tiklanguncha reanimatsiya va jadal davolash usullarini qo‘llash;

– qabulxonaga og‘ir holatda keltirilgan bemorlarda reanimatsiya va intensiv davolash usullarini qo‘llab, terminal holatga tushmaslik choralarini ko‘rish;
– harakatdagi reanimatsiya xodimlari bilan doimiy aloqada bo‘lib, zarur bo‘lganda tashkiliy va nazariy hamda amaliy tarzda yordam berish;
– operatsiya paytida organizmni turli xil shikastlardan asrash va og‘riqsizlantirish hamda operatsiyadan keyingi davrda bemorni kuzatish;
– kasalxona bo‘limlarida o‘tkazilgan muolajalar natijasida kelib chiqqan asoratlarni, noxush holatlarni o‘rganib, shifokorlar konferensiyasida tahlil qilib, oldini olish choralarini ko‘rish.

**Bemorlarni reanimatsiya va intensiv terapiya bo‘limida davolashga ko‘rsatmalar:**

– koma holatlari;
– shok holatlari;
– o‘tkir nafas yetishmovchiligi;
– o‘tkir yurak-tomir yetishmovchiligi;
– o‘tkir buyrak yetishmovchiligi;
– talvasa;
– og‘ir zaharlanishlar;
– tarqalgan peritonit;
– katta operatsiyalar va operatsiyadan keyingi davrning og‘ir kechishi;
– klinik o‘limdan chiqqan holat;
– qonning ivish jarayoni buzilishi;
– og‘ir kuyish, sovuq urush va nurlanish holatlari.

## 2.1. Reanimatologiyaning rivojlanish tarixi

Anesteziologiya va reanimatsiyaning rivojlanishini bir necha davrga bo‘lish mumkin:

*Birinchi davr* – eramizdan oldingi va keyingi yillarni o‘z ichiga olib, tibbiyotda og‘riqsizlantirish usullari qo‘llanilgan.

*Ikkinchi davr* – 1842–1947-yillarni o‘z ichiga oladi. Bu davrda hayotning tugashi va organizmning so‘ngan funksiyalarini hayotga qaytarish bilan bog‘liq bo‘lgan nazariy bilimlar shakllangan.

*Uchinchi davr* – ilmiy-amaliy ishlar bilan shug‘ullanish davri. Bu davrda organizmni faqat og‘riqsizlantirish emas, har qanday jarohat va og‘riq natijasida sodir bo‘ladigan asoratlardan, noxush holatlardan saqlash ishlari olib borilgan. Ana shu davrdan boshlab, narkoz va mahalliy og‘riqsizlantirish to‘g‘risida yetarli tajribaga ega bo‘lingan.

1966-yildan boshlab, ilmiy asosda rivojlanib, tabobat sohasida keng qo‘llanila boshlandi. Shahar va viloyat markazlarida ilmiy tekshirish institutlari, bo‘lim va laboratoriyalar ochila boshlandi. 1970-yillarga kelib esa anesteziologiya va reanimatsiya xizmati birlashib, keng va ko‘p qismga ega bo‘lgan kasalxonalarda anesteziologiya va reanimatsiya bo‘limlari ochildi.

## O‘zbekistonda anesteziologiya-reanimatologiya xizmatining tashkil etilishi va rivojlanishi

Respublikamizda anesteziologiya-reanimatologiya xizmati 1966-yildan boshlab rivojlana boshladi, ya’ni shifokorlar malakasini oshirish oliygohida anesteziolog-reanimatologlar tayyorlash kursi ochildi. Keyinchalik oliygohga qarashli birinchi shahar klinikasida anesteziologiya-reanimatologiya kafedrasi tashkil etildi (1970). Unga professor A.S. Zarzar boshchilik qilib, kafedra yosh mutaxassislarni aspirantura va klinik ordinaturaga qabul qila boshladi. Hozirgi vaqtda respublikamizning klinika va kafedralarida shu soha bo‘yicha 40 dan ortiq professor, 8 ta tibbiyot fani doktorlari, 60 ga yaqin fan nomzodlari xizmat qilib kelmoqdalar.

Anesteziologiya-reanimatologiya xizmati uch bosqichda boshqariladi:

- O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligidagi bosh mutaxassis bosh anesteziolog-reanimatolog;
- viloyatlardagi bosh mutaxassis;
- tumanlardagi bosh mutaxassislar.

Respublikamizning hamma viloyatlarida, tuman kasalxonalarida va tez tibbiy yordam markazlarida anesteziologiya-reanimatologiya bo‘limlari mavjud, ayrim kasalxonalarda esa mutaxassisliklar bo‘yicha anesteziologiya-reanimatologiya bo‘limlari tashkil etilgan (masalan, tug‘ruqxona va bolalar kasalxonalarida, kardiologiya bo‘limlarida va h.k.).

Anesteziologiya xizmati faqat og‘riqsizlantirish bilan shug‘ullanadi. Bemorni operatsiyaga tayyorlash, anesteziya turini aniqlash, operatsiya va boshqa tekshirish muolajalarida organizm ishini sun’iy boshqarish, organizmni operatsiya davomidagi shikastlar, ruhiy toliqishlardan asrash, operatsiya tugagandan so‘ng bemorni reanimatsiya xizmatiga (albatta bemor uyg‘ongandan so‘ng) topshirib, narkoz kartasiga yozib imzo qo‘yish bilan chegaralanadi. Bundan keyingi jarayonlar reanimatolog javobgarligiga o‘tadi. Ko‘pchilik viloyat va tuman markaziy kasalxonalarida qo‘shma reanimatsiya-anesteziologiya va jadal davolash bo‘limlari mavjud bo‘lib, u yerlarda hozirgi davolash usullari qo‘llaniladi. Katta klinik kasalxona va ilmiy tekshirish institutlarida bu xizmatlar alohida ko‘rinishda yoki har sohaning o‘z reanimatsiyasi, masalan, neyroreanimatsiya, kardioreanimatsiya, toksikologik reanimatsiya, operatsiyadan keyingi reanimatsiya, bolalar reanimatsiyasi, tug‘ruqxonalar reanimatsiyasi va hokazolar bo‘lishi mumkin.

Respublikamizda reanimatsiya-intensiv davolashda har 10000 aholiga 10,7 ta kasal o‘rni to‘g‘ri keladi.

Respublikamizda 1992-yil 18-avgustda Sog‘liqni saqlash vazirligining 445-sonli «O‘zbekiston Respublikasi xalqiga anesteziologiya-reanimatsiya xizmatini kelajakda takomillashtirish va yaxshilash choralari to‘g‘risida» qabul qilgan qaroriga muvofiq, shu soha xizmati takomillashtirib borilmoqda. Bu ikkala sohaning rivojlanishi, ko‘rsatiladigan xizmatlar yoki boshqa o‘xshashliklarini hisobga olib, anesteziologiya va reanimatsiya emas, balki anesteziologiya-reanimatologiya xizmati deb, bu soha shifokorlarini esa anesteziolog-reanimatologlar deb atashga kelishildi.

1999-yilda Respublika anesteziolog-reanimatologlarining birinchi syezdi bo‘lib o‘tdi, Respublika anesteziolog va reanimatologlari assotsiatsiyasi tashkil etildi. Bu tashkilot Yevropa va Jahon anesteziolog-reanimatologlar tashkilotiga kiritildi. O‘zbekistonda anesteziolog-reanimatologlar tayyorlash va o‘qitish bo‘yicha Yevropa regional fondining ochilishi respublikamizda anesteziologiya-reanimatologiya xizmati rivojlanishiga turtki bo‘ldi.

2003–2010-yillarda respublikamizga 250 dan ortiq narkoz, sun’iy nafas berish apparatlari va boshqa diagnostik davolash asbob-uskunalari keltirildi.

## 2.2. Reanimatsiya yoki jadal kuzatish bo‘limida hamshiraning ish o‘rnini to‘g‘ri tashkil etish

Hamshiraning ish o‘rnini to‘g‘ri tashkil etish bemorlar ahvolini yaxshilashda muhim ahamiyatga ega. Reanimatsiya palatalari yoki reanimatsiya bo‘limlarida mavjud jihozlarni ishchi holatda tayyorlab qo‘yishdan maqsad har qanday tasodif va baxtsiz hodisalarda ham malakali yordam ko‘rsatishdir.

Reanimatsiya palatalarida hamshiraning ish o‘rni palata ichida bo‘lishi, bu bemor organizmida bo‘ladigan o‘zgarishlar va boshqa ko‘rsatkichlarni o‘z vaqtida aniqlab, tegishli yordam ko‘rsatish imkonini beradi. Bemor reanimatsiya bo‘limiga qabul qilingandan so‘ng, hamshira birinchi navbatda qilinadigan ishlar tartibini tuzadi, sun’iy nafas berish apparatida turgan bemorlarga alohida e’tibor beradi. Navbatchilikni qabul qilayotgan hamshira dori-darmondan tortib, xonadagi barcha asboblar ishga taxtligini tekshiradi.

## 2.3. Reanimatsiya va intensiv terapiya bo‘limining tuzilish va jihozlanishi

Reanimatsiya va intensiv terapiya bo‘limi tarkibida reanimatsiya zali, intensiv terapiya palatalari, muolaja xonasi, shifokorlar xonasi, hamshiralar xonasi, bo‘lim boshlig‘i va katta hamshira xonalari, apparatlar va oqliklar xonalari, ekspress-laboratoriya, dush va hojatxonalar bo‘ladi. Reanimatsiya va intensiv terapiya bo‘limi

tuzilishining asosiy prinsipi markazda reanimatsiya zali va uning atrofida intensiv terapiya palatalarining joylashishidir.

Bu joylashuv hamshira postidan hamma bemorlarni kuzatish imkonini beradi. Bo‘limning tuzilishida quyidagi shartlarga amal qilish ko‘zda tutilgan. Har bir bemorni kuzata olish va bemor karavotiga har tomondan maxsus apparaturalarni o‘rnata olish. Xonalarda elektr tokiga ulanadigan apparatlardan foydalanilishi sababli yerga ulanish imkoniyati bo‘lishi zarur va apparaturalar uchun tagliklar bilan jihozlangan bo‘lishi zarur. Har bir karavot oldida kislorod manbai, manfiy bosim tizimi (faol drenajlash uchun) va bosimli tizimlar (o‘pka sun’iy ventilatsiyasi apparati uchun) bo‘lishi zarur.

Bo‘lim narkoz va nafas berish apparaturalari, kardiomonitorlar va pulsoksimetrlar, elektrodefibrillatorlar va kardiostimulatorlar, efferent davolash usullari (gemosorbsiya, qonni ultrabinafsha nurlantirish) moslamalari, elektroso‘rg‘ich, ingalyatorlar, portativ rentgen apparati, traxea intubatsiyasi, traxeostomiya, markaziy venalarni kateterlash, prevral va lyumbal punksiya uchun jihozlar to‘plami, «Ambu» qopchasi, zondlar va kateterlar, funksional karavotlar, zarur laborator jihozlar va dori vositalari bilan ta’minlangan bo‘lishi kerak.

Tezkor va intensiv terapiyani o‘tkazish vaqtida bemorning hayotini saqlab qolish eng muhim vazifa bo‘lganligi sababli, ko‘p sonli apparatlar va doimiy kuzatish sistemasi qo‘llaniladi.

Reanimatsiya va intensiv terapiya bo‘limida maxsus qurilma monitorlar yordamida bemorlarni kuzatish organizm holati haqidagi obyektiv ma’lumotlarni to‘plash va to‘satdan yuzaga keladigan hayot uchun xavfli daqiqalarda xavf signalini berish imkoniyatini beradi.

Monitorlar quyidagi ko‘rsatkichlarni qayd qiladi: arterial qon bosim, EKG, qonning kislorod bilan to‘yinish darajasi pulsoksimetriya. Bundan tashqari, ba’zi monitorlar yordamida boshqa parametrlar kattaligini kuzatish mumkin: chiqarilayotgan havoda karbonat angidrid gazining parsial bosimi va o‘pkani sun·iy ravishda apparatli ventilatsiyasini o‘tkazish vaqtida O‘KCH.

Ko‘rsatmalarni qayd qilish hamshira tomonidan intensiv kuzatish xonasida chiziqli grafik-gistogrammalar ko‘rinishida amalga oshiriladi.

Apparatli monitoringni o‘tkazish vaqtida hamshira quyidagilarni bajarishi lozim:

- apparat datchiklarini bemorning badaniga o‘rnatish va ular to‘g‘ri o‘rnatilganligini kuzatish;
- apparatni yoqish va uni ish tartibiga sozlash;
- fiziologik parametrlar ahamiyatini displeyda qayd qilish va intensiv kuzatish kartasida ma’lum chastotasi bilan ifodalash;
- xavf-xatar signali bo‘lgan taqdirda shifokorni chaqirib, zaruriyat bo‘lsa, reanimatsiya tadbirlarini zudlik bilan boshlash;
- monitoring tugagandan so‘ng bir marotaba foydalanadigan datchiklarni utilizatsiya qilish, ko‘p marotaba foydalanadigan datchiklarni dezinfeksiyalash.

Kardioreanimatsiya bo‘limida o‘tkir miokard infarkti, o‘tkir yurak-tomir yetishmovchiligi kabi yurak faoliyatining o‘tkir buzilishlariga uchragan bemorlarda tezkor tadbirlar amalga oshiriladi. Katta va o‘rta yoshdagi kishilar uchun muammo bo‘lib hisoblanadigan yurakning ishemik kasalliklari orasida miokard infarkti hayot uchun xavflidir. To‘satdan keskin og‘riq bilan kechuvchi yurak xuruji oqibatida bemor ahvoli og‘irlashadi, ba’zida hushdan ketadi. Bunday hollarda bemor intensiv terapiyaning kardioreanimatsiya bo‘limiga olib kelinadi. Bu yerda bemorni xavfsiz holat va uni qo‘llab-quvvatlashga yo‘naltirilgan davolash va parvarish amalga oshiriladi. Kardioreanimatsiya bo‘limida bir vaqtning o‘zida quyidagi 4 asosiy vazifa hal qilinadi:

- diagnostika;
- intensiv davolash;
- EKG va gemodinamika ko‘rsatmalarini uzluksiz kuzatish;
- to‘laqonli parvarish.

**Intensiv terapiyani o‘tayotgan bemorlarning jismoniy va ruhiy holati.**

Jismoniy holati: reanimatsiya bo‘limiga tushgan bemorning jismoniy holati kasallik xarakteriga bog‘liq. Bemorda tez-tez quyidagi holatlar kuzatilib turiladi: AB, puls, yurak qisqarishi chastotalari, nafas olish chastotalari beqarorligi, qon yo‘qotish, organizm intoksikatsiyasi, qusish, qo‘l tremori, hushdan ketish, stupor holat, tutqanoq tutish holati, og‘riq sindromlari, bezgak, behollik, koma holati va b.

Ruhiy reaksiya: intensiv terapiya bo‘limidagi bemorlarga ko‘p ruhiy omillar ta’sir qiladi: yaqinlaridan ayrilish, bo‘limning ahvoli, ko‘p sonli ulangan apparatura. Shu sababli bemor bu omillar bilan aloqada bo‘lganda yolg‘izlik hissi, kasalligi tuzalmasligidan va o‘limdan qo‘rqish tuyg‘usini boshdan kechiradi. Ushbu holatlar bemorda tormozlanish yoki agressiyani keltirib chiqarishi mumkin.

## 2.4. Intensiv terapiya bo‘limi va kardioreanimatsiya bo‘limida hamshiralik parvarishi maqsadlari va hamshiraning tutgan o‘rni

Hamshiralik parvarishining maqsadlari: Intensiv terapiya bo‘limi va kardioreanimatsiya bo‘limida davolanayotgan bemorlarni hamshiralik parvarishining maqsadi biron-bir holat sababli buzilgan muhim funksiyalarni tiklash va saqlash tadbirlari kompleksini amalga oshirish hamda bemor batamom tuzalib ketishi, oilasiga va jamiyatga qaytishi uchun ma’naviy yordam ko‘rsatishdan iborat.

Hamshiraning vazifasi – bemorning ahvolini kuzatish yo‘li bilan, tekshirish va o‘lchovlar vaqtida hamda turli xil kuzatuv apparatlari orqali olinadigan ma’lumotlardagi o‘zgarishlar haqida o‘z vaqtida xabar berishdan iborat. Shuningdek, qabul qilinayotgan suyuqlik hajmi va ajralayotgan massalarni kuzatish va ushbu ma’lumotlarni yozuvlar shaklida qayd qilishdir. Mazkur holatda bemorning ahvoli haqida oila a’zolariga ma’lumot berib turish zarur.

**Intensiv kuzatish apparatlaridan foydalanib bemorni kuzatish.**

Tezkor va intensiv terapiyani o‘tkazish vaqtida bemorning hayotini saqlab qolish eng muhim vazifa bo‘lganligi sababli, ko‘p sonli apparatlar va doimiy kuzatish sistemasi qo‘llanadi.

Reanimatsiya va intensiv terapiya bo‘limida maxsus qurilma monitorlar yordamida bemorlarni kuzatish organizm holati haqidagi obyektiv ma’lumotlarni to‘plash va to‘satdan yuzaga keladigan hayot uchun xavfli holatlar haqida xavf-xatar signalini berish imkoniyatini beradi.

**Reanimatsiya va intensiv terapiya bo‘limi hamshirasining vazifalari:**

*1. Hamshira ishni boshlaganida quyidagilarni bajarishi shart:*

– bo‘limdagi bemorlar haqida ma’lumot yig‘ish va stabil bo‘lmagan gemodinamikali, terminal va koma holatidagi, o‘pka sun’iy ventilatsiyasi o‘tkazilayotgan, operatsiyadan keyingi va psixozli bemorlarga alohida e’tibor berishi;
– bemorlar va ularning psixik holatining og‘irlik darajasini baholashi;
– arterial qon bosim, puls, nafas olish tezligi, tana harorati, diurez, yuborilgan suyuqlik hajmini o‘lchash va intensiv terapiya kartasida qayd qilishi;
– qo‘yilgan bog‘lamlar holatini baholash (joyidan surilmaganligi, ifloslanganligi);
– kateterlar, zondlar, stomalar holatining va mahkamlanganligi va o‘tkazuvchanligini, drenajlar va ulardan chiqayotgan ajralmalarni baholashi;
– yotoq yaralar paydo bo‘lishi mumkin bo‘lgan sohalarda yumshoq to‘qimalar holatini baholashi;
– monitor datchiklarining to‘g‘ri mahkamlanganligi, monitor ko‘rsatkichlari, o‘pkaning sun’iy ventilatsiyasi apparati ishini nazorat qilish;
– bemor kasalligini hisobga olgan holda uning holatini (Fauler, Sims va boshqa holatlar) nazorat qilish.

*2. Ish kuni davomida hamshira quyidagilarni bajarishi shart:*

– bemorlarni yuvintirish va og‘iz bo‘shlig‘i, oralig‘i, tashqi jinsiy a’zolariga ishlov berishi;
– oqliklari va kiyimlarini almashtirishi;
– bemorlarni ovqatlantirishi;
– yotoq yaralarini oldini olishi;
– koma holatidagi bemorlarda endotraxeal yoki traxeostomik naycha orqali hamda og‘iz bo‘shlig‘idan balg‘amni so‘rib olish yo‘li bilan traxeo-bronxial nafas yo‘llari sanatsiyasini amalga oshirishi;
– nafas gimnastikasi va davolash fizkulturasini o‘tkazishi;
– markaziy venoz va peridural kateterlar atrofidagi teriga ishlov berish, bog‘lamini almashtirish, operatsiyadan keyingi ifloslangan bog‘lamlarni almashtirishi;
– oddiy fizioterapevtik muolajalarni (ingalyatsiya, xantal qo‘yish, oksigenoterapiya va b.) o‘tkazishi;
– doimiy kateter yoki sistostoma orqali qovuqni antiseptik eritmalar bilan yuvishi (sutkada 2 marta);
– nazo‘gastral zond orqali me’dani yuvishi.

*3. Hamshira kun mobaynida shifokor quyidagi ko‘rsatmalarini bajarishi zarur:*

– dori moddalarini yuborish va infusion-transfuzion terapiya o‘tkazishi;
– infuziyadan so‘ng markaziy venoz kateterga geparinli «qulf» yuborish;
– peridural kateterga dori vositalarini yuborishi;
– me’da zondini qo‘yishi;
– qovuqqa kateter qo‘yishi;
– huqna qilishi;
– qon yoki boshqa biologik suyuqliklarni tahlil qilish uchun olishi.

4. Hamshira klinik o‘lim yuz berganda reanimatsiya tadbirlarini boshlaydi.

5. Hamshira markaziy vena kateterizatsiyasi, traxea intubatsiyasi, traxeostomiya, lumbal va plevral punksiya uchun jihozlar

to‘plamini tayyorlaydi, ularni o‘tkazishda shifokorga yordam beradi.

6. Hamshira nazorat va diagnostika apparatlarni: kardiomonitor, kardiograf, elektrodefibrillator, o‘pkaning sun’iy ventilatsiyasi apparatini ishlatishga tayyorlaydi, ulaydi va ularning saqlanishiga javob beradi.

7. Hamshira jihozlarni sterilizatsiyaga tayyorlash va sterillashni amalga oshiradi, ishlatilgan materiallarni zararsizlantiradi hamda palatada sanitar-profilaktik tartibni saqlashni nazorat qiladi.

8. Hamshira quyidagi tibbiy hujjatlarni rasmiylashtiradi:

– bemorlar harakati hisobotini;
– porsiyali talabnomani;
– intensiv terapiya kartasini;
– bo‘lim navbatchi hamshirasi jurnalini;
– harorat varaqasini;
– narkotik va kuchli ta’sir etuvchi vositalarni hisobga olish jurnalini;
– qon va qon komponentlarini quyish jurnalini;
– qon o‘rnini bosuvchilarni quyish jurnalini;
– laborator tahlillar va instrumental tekshiruvga yo‘llanmalarni;
– mutaxassislar konsultatsiyasi uchun talabnomani;
– qon quyish bo‘limiga qon va qon komponentlari uchun talabnomani;
– kasallik tarixi varaqasiga narkotik va kuchli ta’sir etuvchi vositalar yuborilganligini qayd etadi.

Bundan tashqari hamshira quyidagilarni bilishi va bajarishi lozim:

– bo‘limdagi apparatlarni ishlatishni bilishi (yoqish, o‘chirish, apparat ishini nazorat qilish);
– bemor ahvoli yoki laborator tahlillar ko‘rsatkichlarida, apparat nazorati ko‘rsatkichlaridagi har qanday o‘zgarishlar, qabul qilingan va ajratilgan suyuqlik miqdori haqida shifokorga o‘z vaqtida axborot berib turishi;

– shifokor buyurgan tibbiy muolajalarni o‘tkazishni;
– bemorlarni davolashda shifokorga malakali yordam ko‘rsatishni;
– o‘zini-o‘zi parvarishlash tanqisligini hisobga olgan holda ahvoli og‘ir bemorlarni parvarishlashni;
– o‘pka sun’iy ventilatsiyasi va yurakni yopiq massaj qilish ko‘nikmalariga ega bo‘lishi.

**Reanimatsiya va intensiv bo‘lim hamshirasining huquqlari:**

– kichik tibbiy xodimlarining ishini nazorat qilish;
– ilmiy amaliy konferensiyalarda ishtirok etish.

## 2.5. Terminal holatlar

Organizmda o‘tkir rivojlanayotgan kasalliklar (shok, miokard infarkti, ko‘p qon yo‘qotish, zaharlanish) va shikastlar tufayli kislorod yetishmovchiligi paydo bo‘lishi bilan terminal holatlar yuzaga keladi.

Terminal holatlar yig‘ma tushuncha bo‘lib, hayotiy funksiyalarning haddan tashqari pasayib ketishi bilan xarakterlanadi va quyidagi bosqichlarga bo‘linadi:

– talvasa oldi (agoniya oldi);
– talvasa (agonal);
– klinik o‘lim.

*Agoniya oldi holati* – bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etishi mumkin. Bu davrda bemorning es-hushi qisman saqlangan, arterial qon bosim 60 mm.sim.ust.dan past. Dastlab taxikardiya so‘ngra esa bradikardiya kuzatiladi. Nafas olishi tezlashadi, patologik nafas turiga almashadi. Bemorning burun uchi, barmoqlarining ko‘karishi kuzatiladi. To‘qima va a’zolarda kislorod yetishmovchiligi belgilari kuzatiladi.

*Agonal holat* – miyaning po‘stlog‘i ishdan chiqadi. Bemorning es-hushi yo‘qoladi. Markaziy asab sistemasi faoliyati so‘na boshlaydi. Nafas olish havoni yutish ko‘rinishida bo‘ladi. Qon bosimi va reflekslarni aniqlab bo‘lmaydi. Periferik arteriyalarda puls

aniqlanmaydi. Ko‘z qorachiqlari kengayadi, yorug‘likka reaksiyasi yo‘qoladi. Bu davr bir necha daqiqa davom etadi.

*Klinik o‘lim* – bu organizmning markaziy asab sistemasi, nafas va yurak faoliyati to‘xtagandan keyin bir necha daqiqa davom etadigan holatdir. Bu holat hayot bilan o‘lim o‘rtasidagi holatdir. Bu davrda qon aylanishi va nafas to‘xtashi kuzatiladi, ammo organlarda qaytmas o‘zgarishlar sodir bo‘lmagan bo‘ladi. Shuning uchun bu bosqichda bemorni qaytadan hayotga qaytarish mumkin bo‘ladi. Yurak urishi va nafas olishi to‘xtaydi, ko‘z qorachig‘i kengayib, uning reflekslari yo‘qoladi. Bunday holatda 5–6 daqiqadan kechikmay reanimatsiya usullarini qo‘llab bemorni tiriltirish imkoni bo‘ladi. 5 daqiqadan so‘ng to‘qimalarda qaytmas o‘zgarishlar sodir bo‘lib, biologik o‘limga o‘tadi.

## Biologik o‘lim

Biologik o‘lim bevosita klinik o‘limdan keyin boshlanib, qaytmas jarayon hisoblanadi va bunda organizmni tiriltirish-jonlantirishning imkoni qolmaydi. Bu jarayon barcha to‘qimalardagi nekrotik jarayon bo‘lib, bosh miya po‘stlog‘i neyronlaridan boshlanib qon aylanishi to‘xtaganidan keyin bir soat ichida sodir bo‘ladi. Keyingi 2 soat ichida esa barcha ichki organlar hujayralarining o‘lishi kuzatiladi (teri nekrozi esa bir necha soatdan keyin, ba’zan esa sutkadan keyin sodir bo‘ladi).

## Biologik o‘lim belgilari

*Murda dog‘lari* – qonning tanani pastki qismlariga to‘planishidan terining o‘ziga xos ko‘kimtir-binafsha rang yoki qizg‘ish binafsha rang tusga kirishi. Bu dog‘lar yurak faoliyati to‘xtaganidan 2–4 soatdan keyin paydo bo‘ladi.

*Murdaning qotishi* – skelet mushaklarining qisqarishi va dag‘allashishi va bo‘g‘imlarda passiv harakatlarga qarshilik paydo bo‘lishi. U yurak faoliyati to‘xtaganidan 2–4 soatdan keyin sodir bo‘lib, 1 sutkadan keyin maksimum darajaga yetadi va 3–4 sutkadan keyin yo‘qoladi.

*Murdaning parchalanishi* – kech muddatlarda sodir bo‘lib, to‘qimalarning yiringli parchalanishi bilan namoyon bo‘ladi. Parchalanishning muddatlari ko‘pincha tashqi muhit sharoitlariga bog‘liq.

### Biologik o‘limni qayd etish

Biologik o‘lim quyidagi belgilar majmuasi asosida qayd qilinadi:

- yurak faoliyatining yo‘qligi;
- 25 daqiqa davomida yurak faoliyatining aniqlanmasligi (atrof-muhitning odatdagi haroratida);
- mustaqil nafasning yo‘qligi;
- ko‘z qorachiqlarining maksimal kengayishi va ularning yorug‘likka reaksiyasi yo‘qligi;
- shox parda reflekslarining yo‘qligi;
- tananing quyi qismlarida o‘limdan keyingi gipostaza belgilari.

## 2.6. Yurak-o‘pka reanimatsiyasi

Yurak-o‘pka reanimatsiyasi to‘satdan klinik o‘lim sodir bo‘lganda bajariladi. Klinik o‘lim yuz bergan vaqtdan 5 daqiqadan kam vaqt o‘tgan bo‘lsa, reanimatsiya tadbirlari o‘tkaziladi. Shuning uchun odatda yurak-o‘pka reanimatsiyasi yordam beruvchining ko‘z o‘ngida yuz bergan hollarda amalga oshiriladi.

Davolab bo‘lmaydigan kasalliklarda va kasallikning oxirgi bosqichlarida yuz bergan o‘limda yurak-o‘pka reanimatsiyasi qilinmaydi.

Yurak-o‘pka reanimatsiyasini P.Safar uch davrga ajratgan (har bir davr uch bosqichdan iborat):

**I davr. Organizm hayotini elementar ta’minlash.**

**1-bosqich** – nafas yo‘llari o‘tkazuvchanligini ta’minlash;

**2-bosqich** – «og‘izdan og‘izga», «og‘izdan burunga», «og‘izdan og‘izga va burunga» usulidan birini qo‘llab o‘pka sun’iy ventilatsiyasini o‘tkazish;

**3-bosqich** – yurakni yopiq (bilvosita) massaj qilish.

**II davr. Organizmning hayotiy muhim funksiyalarini quvvatlash.**

Mustaqil qon aylanishini tiklash, qon aylanishi va nafas ko‘rsatkichlarining barqarorligini ta’minlash tadbirlarini o‘z ichiga oladi.

**1-bosqich** – dori vositalari va infuzion eritmalarni venaga yuborish;

**2-bosqich** – elektrokardiografiya;

**3-bosqich** – qorinchalar fibrillatsiyasini defibrillyator yordamida bartaraf qilish.

**III davr. Organizm hayotini davomiy va uzoq muddat quvvatlash.**

**1-bosqich** – yurak to‘xtashi sabablarini aniqlash va bartaraf qilish;

**2-bosqich** – miya faoliyatini normallashtirishning zamonaviy tadbirlarini qo‘llab, normal fikrlashni tiklash;

**3-bosqich** – boshqa a’zo va sistemalar faoliyatini tiklashga qaratilgan intensiv terapiya.

### Nafas yo‘llari o‘tkazuvchanligini ta’minlash

Nafas yo‘llari o‘tkazuvchanligining buzilish sabablari:

- koma holatida mushaklar bo‘shashganligi sababli nafas yo‘llarining til ildizi yoki hiqildoq qopqog‘i bilan bekilib qolishi;
- nafas yo‘llariga qusuq massalari yoki qon laxtalari tiqilib qolishi;
- laringospazm;
- bronxospazm;
- bronxlar shilliq qavatining shishishi;
- yod jismlar tiqilib qolishi.

Nafas yo‘llarining o‘tkazuvchanligini ta’minlash.

Safar usuli (boshni orqaga egish, og‘izni ochish, pastki jag‘ni oldinga surish):

– o‘ng qo‘l peshonaga qo‘yiladi;
– chap qo‘l bilan pastki jag‘dan ushlab og‘izni ochiladi;
– pastki jag‘ni oldinga suriladi.

**Nafas yo‘llaridan yod jismlarni olib tashlash**

*1. Nafas yo‘llarini suyuq moddalardan tozalash:*

– bir yoki ikki barmoqqa salfetka o‘rab og‘izga kiritiladi va tozalanadi;
– noksimon balloncha yoki elektroso‘rg‘ich yordamida so‘rib olish.

Buning uchun bemorni yonboshlatib yotqizish qulayroq, agar umurtqaning bo‘yin sohasi shikastiga gumon bo‘lsa, uni o‘girishda bosh, bo‘yin va ko‘krak qafasini bir tekislikda saqlash lozim (orqa miyani shikastlab qo‘ymaslik uchun).

*2. Qattiq jismlardan tozalash:*

– ko‘rsatkich barmoqni ilgak ko‘rinishida bukib og‘izdan yod jism olinadi;
– ikkinchi va uchinchi barmoqlarni pinset ko‘rinishida kiritib olinadi;
– anesteziologik qisqich yoki Lyuerning darrachali qisqichi yordamida olinadi.

Quyidagi usullardan foydalanish mumkin:

1. Agar jabrlangan hushida bo‘lsa:
– jabrlangandan yo‘talishni so‘raladi;
– reanimator jabrlangan boshini mumkin qadar pastga engashtirib, orqasiga kuraklar orasiga 3–5 marta uradi;
– jabrlangan orqasidan quchoqlab bir mushtumini kindikdan sal yuqoriroqqa ikkinchi qo‘lini birinchisi ustidan ushlab bir necha bor siqadi – Geimlih usuli.
2. Agar jabrlangan behush bo‘lsa:
– bemor yonboshiga o‘giriladi, kuragi orasiga orqasidan kaft bilan 3–5 marta uriladi;
– bemorni chalqancha yotqizib kindikdan sal yuqoriroqqa bir-birini ustiga qo‘yilgan kaftlar bilan bosiladi, bunda reanimator bemor yonida tizzalab turadi yoki bemorning ustiga minib oladi.

Nafas yo‘liga havo o‘tkazgichni kiritish.

Ko‘rsatmalar: til bilan nafas yo‘li bekilib qolishining oldini olish.

Jihozlar:

– havo o‘tkazgich;
– shpatel;
– rezina qo‘lqop;
– dezinfeksiyalovchi eritmali idish.

**Harakat tartibi:**

1. Rezina qo‘lqop kiyish.
2. Bemor boshini orqaga egish.
3. Barmoqlarni tish orasiga kiritib yoki pastki jag‘ni ko‘tarib bemor og‘zini ochish.
4. Havo o‘tkazgichni og‘izga uchini yuqoriga qaratib kiritish va 180° ga o‘girish yoki shpatel yordamida til ildizini bosib havo o‘tkazgichni uchini pastga qaratib kiritish.
5. Muolaja tugagandan so‘ng shpatel, rezina qo‘lqoplarni dezinfeksiyalovchi eritmali idishga solish.

## O‘pkaning sun’iy ventilatsiyasi (O‘SV)

*Ko‘rsatmalar:* nafas yo‘llari o‘tkazuvchanligini tiklash, laringospazm, nafas yo‘llariga qusuq massasining tiqilib qolishi, tilning halqumga ketib qolishi, intubatsion naychaning buralib ketishi.

O‘pkaga sun’iy nafas berishning Silvester va Nilson usullaridan «og‘izdan og‘izga», «og‘izdan burunga» va «aralash» usulidan foydalaniladi.

O‘pkaning sun’iy ventilatsiyasi ekspirator usullari jabrlanuvchining o‘pkasiga (uning og‘zi yoki burnidan) reanimator tomonidan puflab havo berish. Bemor o‘pkasiga reanimator o‘pkasidan chiqayotgan havo kiradi, uning tarkibida 16–18% kislorod bo‘ladi.

***Og‘izdan og‘izga nafas berish*** – bu usul bilan o‘pkaning sun’iy ventilatsiyasi qilinganda, bir qo‘l bilan bemorning boshi

orqaga bukiladi (qayiriladi). Katta va ko‘rsatkich barmoqlar bilan burun kataklari qisib berkitiladi. Ikkinchi qo‘l bilan bo‘yinni orqaga bukiladi (nafas yo‘llari o‘tkazuvchanligini ta’minlash). Chuqur nafas olinib, lablarni bemorning lablariga yopishtiriladi va kuch bilan bemorning o‘pkasiga havo puflanadi. Bunda bemorning ko‘krak qafasi ko‘tarilishi kerak. Og‘izni og‘izdan olinganda passiv nafas chiqarish sodir bo‘ladi (ko‘krak qafasi pasayishi hisobiga). Bemorning ko‘krak qafasi pasayib, dastlabki holatga kelgach, ikkinchi nafasni berish mumkin.

***Og‘izdan burunga nafas berish*** – bu usul qo‘llanilganda bir qo‘l bilan bemorning boshi orqaga qayiriladi, ikkinchisi bilan pastki jag‘ni tortib oldinga siljitiladi. Og‘iz yopiladi. Chuqur nafas olinib, lablar bilan burun qoplanadi va puflanadi. Bemorning o‘pkasini har 5 soniyada shishirish kerak (1 daqiqada 16 marta).

***Og‘izdan burun va og‘izga nafas berish.***

Yangi tug‘ilgan chaqaloq va go‘daklarda havo bir vaqtning o‘zida og‘iz va burunga puflanadi (go‘dakning yuzi juda kichkinaligi uchun). Puflash tezligi 1 daqiqada 20 marta bo‘lishi kerak.

O‘pkaning sun’iy ventilatsiyasi qoidalari:

1. «Bemorning o‘pkasi – reanimator o‘pkasi» sistemasi germetikligini ta’minlash.

2. Ko‘krak qafasiga puflaganda u ko‘tarilib, so‘ng pasayishini (eshitib ko‘rish ham mumkin) nazorat qilish.

3. Nafas yo‘llari normal o‘tkazuvchanligini ta’minlash (kerak bo‘lsa, havo o‘tkazgichdan foydalaniladi).

4. Shaxsiy xavfsizlikni esdan chiqarmaslik (infeksiya va h.k).

## Yurakni massaj qilish

Yurak turli sabablar natijasida – suvga cho‘kish, bo‘g‘ilish, gazlardan zaharlanish, elektr toki, miyaga qon quyilishi, miokard infarkti va boshqa sabablar natijasida to‘xtab qolishi mumkin. Bunda yurakning qonni haydashi to‘xtaydi va tomirlar bo‘ylab qon oqmay qoladi.

Yurak to‘xtashining asosiy simptomlariga quyidagilar kiradi:

– hushdan ketish;
– pulsning aniqlanmasligi (uyqu va son arteriyalarida);
– yurak tonining eshitilmasligi;
– nafas to‘xtashi;
– teri va shilliq pardalarning oqarishi yoki ko‘karishi;
– ko‘z qorachiqlarining kengayishi;
– mushaklar tortishishi.

Bu hollarda tezlik bilan ko‘rsatilgan yordam tufayli insonni hayotga qaytarish mumkin, aks holda organizmda qaytmas o‘zgarishlar sodir bo‘lib, inson hayotdan ko‘z yumadi.

Yurakni massaj qilish 2 usulda o‘tkaziladi:

– yopiq massaj (tashqaridan);
– ochiq massaj qilish (operatsiya yo‘li bilan).

**Yurakni bilvosita (yopiq) massaj qilish.** Bu usulda yurak to‘sh suyagi bilan umurtqa pog‘onasi o‘rtasida bosiladi, natijada qon yurakdan kichik va katta qon aylanish doiralari tomirlariga o‘tadi, yurak bo‘sh qo‘yilgandan keyin devorlari yozilib, bo‘shliqlariga qon qaytadan to‘planadi. Shu usulda sun’iy yo‘l bilan qon aylanishini vujudga keltirib, organizmning hayoti uchun muhim organlarning ishini tiklash mumkin bo‘ladi. Natijada yurak muskullari qon bilan ta’minlanadi va yurak muskullari mustaqil qisqarishi mumkin.

**Harakat ketma-ketligi:**

– bemor qattiq, tekis yerga, chalqancha yotqiziladi;
– to‘sh suyagining uchidan 2 barmoq yuqoriga (to‘sh suyagining pastki qismiga) bir qo‘l kafti, barmoqlar uchi bemor badaniga tegmaydigan qilib qo‘yiladi;
– ikkinchi kaft birinchisining ustiga qo‘yiladi, qo‘llar tirsak bo‘g‘imlarida yozilgan bo‘lishi kerak;
– yordam ko‘rsatayotgan odam to‘shni turtkisimon bosib, uni umurtqa pog‘onasi yo‘nalishi bo‘yicha 3–5 sm ga siljitadi;
– qo‘l zarb bilan ko‘krakka bosilgandan so‘ng ko‘krakdan ajratmasdan tez bo‘shashtiriladi;

– turtkilar soni daqiqasiga 70–80, yosh bolalarda 100–120 marta bo‘lishi kerak;
– yurak to‘g‘ri va o‘z vaqtida massaj qilinsa, to‘shni har gal bosishda uyqu va son arteriyalarida puls paydo bo‘ladi, bemorning ko‘z qorachig‘i torayadi va terisi qizaradi;
– yurak 10–15 daqiqa davomida massaj qilinib, sun’iy nafas oldirib ko‘rilganidan keyin yurak faoliyati tiklanmasa (ko‘z qorachig‘i kengligicha qolsa, yorug‘likka reaksiya bermasa), biologik o‘lim sodir bo‘lganligini ko‘rsatadi va muolaja to‘xtatiladi.

ESLATMA: ko‘krakni qisish vaqtida bosimni ko‘paytirish uchun gavda og‘irligini qo‘lga solish kerak. 10–12 yoshgacha bo‘lgan bolalarda yurakning tashqi massajini faqat bir qo‘l bilan, chaqaloq bolalarda esa 2 ta barmoq uchi bilan o‘tkazish kerak.

### Qo‘l asboblari bilan o‘pkaning sun’iy ventilatsiyasi

Ekspirator o‘pkaning sun’iy ventilatsiyasi uchun qo‘l nafas asboblari ishlatiladi. Bular: RDA, Ambu qopchasi, DP, KAMA lardir. Ambu qopchasini ishlatganda bir qo‘l bilan bemorning boshi orqaga qayiriladi va shu bilan birga niqobni bemorning yuziga mahkam bosiladi: burun qismini birinchi barmoq bilan, jag‘ qismini ikkinchi barmoq bilan, uchinchi va to‘rtinchi barmoqlar bilan bemorning jag‘i yuqoriga tortiladi. Bunda og‘iz yopiladi, havo burun orqali kiradi. Nafas berish yanada samarali bo‘lishi uchun, burun yo‘llari berk bo‘lganda havo o‘tkazgichlardan foydalaniladi. Havo o‘tkazgich til ildizini oldiga surib, havoga yo‘l ochadi. Havo o‘tkazgich o‘lchamini to‘g‘ri tanlash kerak (kalta bo‘lsa, tilni halqumga itarib yuboradi, kattasi ham maqsadga muvofiq emas). Shu bilan birga havo o‘tkazgich nafas yo‘llari o‘tkazuvchanligiga kafil bo‘lolmasligini esda tutish lozim. Havo o‘tkazgichni og‘izga burmasini pastga qilib kiritiladi, keyin 180°ga aylantiriladi. S-simon naycha bilan o‘pkaning sun’iy ventilatsiyasi o‘tkazilganda bir qo‘l bilan burun berkitiladi, ikkinchi qo‘l bilan og‘iz chetlari qisilib, germetikligiga e’tibor

beriladi. Ambu qopchasi bilan ventilatsiya qilinganda havo o‘tkazgichdan foydalanish mumkin.

**O‘pkaning sun’iy ventilatsiyasi qoidalari:**

1. «Bemorning o‘pkasi – reanimator o‘pkasi» sistemasi germetikligini ta’minlash.

2. Ko‘krak qafasiga puflaganda u ko‘tarilib, so‘ng pasayishini (eshitib ko‘rish ham mumkin) nazorat qilish.

3. Nafas yo‘llari normal o‘tkazuvchanligini ta’minlash (kerak bo‘lsa, havo o‘tkazgichdan foydalaniladi).

4. Shaxsiy xavfsizlikni esdan chiqarmaslik (infeksiya va h.k).

**O‘pka-yurak reanimatsiyasi samaradorligining belgilari:**

– ko‘z qorachig‘ining torayishi;
– uyqu arteriyasida pulsning paydo bo‘lishi;
– bemor qon bosimining ko‘tarilishi;
– periferiyada tomir urishining paydo bo‘lishi;
– teri rangining yaxshilanishi.

**O‘pka-yurak reanimatsiyasining asoratlari:**

– noto‘g‘ri bajarilganda qovurg‘alar sinishi;
– o‘pka va ichki a’zolarning shikastlanishi;
– ichki a’zolardan qon ketishi.

## 2.7. Defibrillatsiya

Defibrillatsiya shifokor tomonidan hamshira yordamida amalga oshiriladi. Rejali defibrillatsiya narkoz ostida o‘tkaziladi, shoshilinch defibrillatsiya esa (bemor hushsiz holatda, hayotiy ko‘rsatmalarga asoslangan holda) narkozsiz o‘tkaziladi.

*Ko‘rsatmalar:* qorinchalar fibrillatsiyasi, qorinchalar paroksizmal taxikardiyasi, mersal aritmiya.

*Jihozlar:*

– defibrillator elektrodlari bilan;
– elektr o‘tkazuvchi pasta yoki fiziologik eritma;
– dokali salfetkalar.

Bemor tekis va qattiq joyga yotqiziladi. Apparatni ishlatishdan avval uni 220 yoki 127 volt elektr tarmog‘iga ulash, uning

bemorga boruvchi elektrodlaridan tok o‘tishini tekshirib ko‘rish kerak.

Defibrillatsiya qilishning 2 usuli bor:

a) ko‘krak qafasi orqali;

b) to‘g‘ridan to‘g‘ri yurakning o‘ziga.

Bu usullarni o‘tkazishda apparatning elektrodlari ko‘krak qafasiga mustahkam yopishib turishi kerak (10 kg og‘irlikda), aks holda qarshilik ko‘payib, tok kuchi kamayib ketadi. Ko‘krak qafasi orqali qilinadigan defibrillatsiyada elektrodlar quyidagicha joylashtiriladi: ikkala elektrodni ham ko‘krak qafasining oldingi sathiga, ya’ni birinchisi o‘ng tomonda II qovurg‘a oralig‘iga, ikkinchisi esa chap tomonda yurak uchi sohasiga qo‘yiladi.

Elektrodlarning impulsi yaxshi o‘tishi va bemor terisidagi qarshilikni kamaytirish maqsadida teriga maxsus pasta surtiladi yoki elektrolit (osh tuzining izotonik eritmasi yoki oddiy suv bilan) ho‘llangan doka bilan elektrodlar o‘raladi. Dastlabki muolaja kichik kuchlanishli tok bilan o‘tkaziladi va natija yaxshi bo‘lmasa, kuchlanishni 0,5–1 KV miqdorda oshirib, muolaja takrorlanadi. Katta odamda muolaja qilish uchun 5,000–5,500 V gacha tok kuchini berish mumkin.

## 2.8. Intensiv terapiyani o‘tayotgan bemorlarda hamshira parvarishi xususiyatlari

Reanimatsiya va intensiv terapiya bo‘limida hamshiraning vazifasi bemorlarni parvarish qilishdan iborat bo‘ladi. Ushbu bo‘limlarda asosan operatsiyadan keyingi eng dastlabki davrni boshidan kechirayotgan bemorlar yotqiziladi. Shuning uchun operatsiya zalidan bemor bo‘limga olib kelingan vaqtda palatada hamma narsa taxt turishi kerak. Bemor yotgan katalkani qaysi tomondan olib kelish ma’qul ekanligini, xalal beradigan narsalarni chetga surib qo‘yish lozim. Bemorning o‘rniga toza oqliklar oldindan solinib, tayyorlab qo‘yilgan bo‘lishi kerak. Choyshablarning buklanib-taxlanib qolgan joylari bo‘lmasligi kerak. Shifokorning ko‘rsatmasiga binoan karavotni oldindan zarur holatga keltirib

qo‘yish lozim (bosh yoki oyoq tomonini ko‘tarish). Operatsiyadan keyingi bemorni joyiga olib borishning eng muhimi uni operatsiya stolidan katalkaga va katalkadan karavotga olib yotqizishdir.

1. Tibbiyot xodimlari bemorlarga nisbatan mehr va e’tibor bilan g‘amxo‘rlik munosabatida bo‘lishlari kerak.

2. Davolash-himoyalash tartibini saqlash (bemorlarni xavotirlik, kuyinish, qo‘rquv va boshqa og‘ir ruhiy kechinmalardan asrash zarur).

3. Organizmning asosiy hayotiy muhim vazifalarini nazorat qilish (yurak-tomir sistemasi, MNS, jigar, buyrak va b.).

**Gigiyenik parvarish:**

– yuvintirish;
– ovqatdan oldin qo‘l yuvish;
– badanni artish;
– oyoqni yuvish;
– soch tarash;
– burniga ishlov berish;
– ko‘ziga ishlov berish;
– qulog‘iga ishlov berish;
– og‘iz bo‘shlig‘iga ishlov berish;
– kiyim va ich kiyimlarini almashtirish;
– oqliklarini almashtirish.

**Davolash-profilaktik parvarish:**

– operatsiyadan keyingi jarohatga qo‘yilgan bog‘lam va drenajlarni nazorat qilish;
– yotoq yaralarining oldini olish;
– o‘pka tomonidan uchraydigan asoratlarning oldini olish;
– flebitlarning oldini olish (bemorlarni faollashtirish, davolash fizkulturasi, oyoqlarga elastik bint qo‘yish);
– yiringli asoratlarning oldini olish (aseptika qoidalariga qat’iy rioya qilish);
– tromboembolik asoratlarning oldini olish;
– ichaklar va siydik ajratish sistemasi tomonidan parezlarning oldini olish.

**Fiziologik ehtiyojlarda yordam ko‘rsatish:**

- ovqatlantirish;
- suyuqlik ichirish;
- tuvak qo‘yish;
- siydikdon tutish;
- siydik ajratish qiyinlashgan bo‘lsa, qovuqni kateterlash yoki doimiy kateter qo‘yish;
- najas ajralishi qiyinlashganda tozalovchi huqna qilish.

## Bemorlar parvarishining asosiy texnikasi

Reanimatsiya va intensiv terapiya bo‘limlarida davolanayotgan bemorlarning tuzalib ketishi to‘g‘ri parvarish qilishga bog‘liq. O‘lim bilan tugash holati asosiy kasallik oqibatida emas, balki uning asorati natijasida ro‘y berishi mumkin. Faqat malakali hamshira parvarishi yordamida ularning oldini olish mumkin, aks holda intensiv terapiyaning zamonaviy usullari foydasiz bo‘lishi mumkin.

Sharoitlarni tayyorlash. Ko‘p hollarda, bemorning ichida ro‘y berayotgan holat davolash obyekti hisoblanadi. Hamshiralarning diqqati esa tashqi muhitni saqlash va yaxshilash, ya’ni bemor atrofida ro‘y berayotgan sharoitga qaratilgan bo‘lishi lozim.

Bo‘linma va xonalarda quyidagi sharoitlar mavjud bo‘lishi lozim: bemorlarni bir-biridan ajratish, reanimatsiya va monitoring uchun maxsus apparaturani qo‘llagan holda har bir bemorni kuzatish va har bir karavotga har tomonlama yaqinlashish imkoniyati bo‘lishi lozim. Shuningdek, navbatchi reanimatolog navbatchi mutaxassislar, yordamchi va texnik xodimlar bilan erkin aloqada bo‘lishi zarur. Elektrodefibrillator, «Ambu qopi», elektr so‘rg‘ich, intubatsiya va markaziy tomirlar uchun to‘plam, zondlar, shprislar, infuziyalar uchun sistemalar, bog‘lov materiallari va dorilar qo‘yilgan ko‘chma stollar doimo tayyor turishi lozim. Shovqin va tashrif qiluvchilardan izolatsiyalangan bo‘lishi zarur.

Palatada toza havo, tegishli harorat (24°C–26°C) va namlik darajasini ta’minlash hamda pol va karavot atrofidagi maydonning

tozaligini kuzatib turish lozim. Zarurat tufayli bemor 24 soat mobaynida karavotda vaqtni o‘tkazishga majbur, shu sababli ular vaqt o‘tishi, kecha va kunduzni ajratish, sanani bilishlari uchun harakat qilish kerak.

*Tozalikni saqlash.* Intensiv terapiya bo‘limiga tushgan bemorlar juda nimjon va immuniteti pasaygan bo‘ladi. Ikkilamchi infeksiya qo‘shilishi va uning asoratini oldini olish maqsadida hamshira muntazam ravishda gigiyenik muolajalarni bajarib turishi kerak. Shuningdek, gigiyenik muolajalar bemorning kayfiyatini ko‘tarishga yordam beradi. Quyidagi gigiyenik muolajalar bajariladi:

Og‘ir bemorlarning og‘iz bo‘shlig‘ini tozalash.

– Og‘iz va burun bo‘shlig‘iga turli naychalar kiritilgan bo‘lsa, organizmning o‘zini o‘zi tozalash funksiyasi susayadi, bu holat infeksiya rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Kuniga kamida 3 marta tishlarni tozalash yoki og‘izni chayish lozim.
– Ikkita hamshira naychalarini ushlab, og‘iz bo‘shlig‘ining gigiyenik muolajalarini tezda bajarishlari, so‘ngra naychalar o‘rnatilish joyini almashtirishlari lozim.

## Ostini yuvish, qinni chayish

Ichi bo‘shagandan so‘ng bemorlarning ostini yuvish:

– muolajani o‘tkazish davrida bemorga kateter kiritilgan bo‘lsa, bemorga muolaja ehtiyotlik bilan o‘tkazilishi kerak. Siydik kateteri atrofi va qin sohasi ajralmalar to‘planadigan joy bo‘lib, tez ifloslanishi sababli ushbu sohalarni kuniga 1–2 marta artish va quritish lozim.

Badanning alohida qismlarini yuvish:

– Terida qon aylanishini yaxshilash, infeksiyalar va yotoq yaralarning oldini olish maqsadida butun badanni sochiq bilan ho‘llab artishni rejalashtirish va amalga oshirish lozim.
– Bo‘g‘imlar kontrakturasi va muskullar atrofiyasining oldini olish uchun ho‘llab artinish bilan bir qatorda barcha bo‘g‘imlar uchun massaj va harakatli mashqlarni bajarish zarur. Tana holati o‘zgartirilayotgan vaqtda bemorning

bo‘yni qayrilib, naycha chiqib ketmasligini diqqat bilan kuzatib turish lozim. Og‘ir holatdagi bemorning hayotiy ko‘rsatkichlari yoki monitorni kuzatib turish kerak.

Monitorga ulangan simlar va drenaj naychalarini nazorat qilib, parallel ravishda teri holatini kuzatish zarur.

Jarohatdan so‘ng bosh qon bilan ifloslangan bo‘lsa, iloji boricha boshni tezroq yuvish va infeksiyaning oldini olish kerak. Bundan tashqari, bemor noxush hid va qichinishni sezmasligi uchun boshni yuvishga mo‘ljallangan ko‘chma apparat yordamida haftada 1–2 marta bosh yuviladi. Bosh yuvish imkoniyati bo‘lmagan taqdirda iliq suv yoki 35–50% li iliq spirt yordamida artilib, sochni quritish lozim. Sochni tarash yoki parvarish qilish vaqtida yotadigan bemorga noqulaylik yetkazmaslik yoki tana holatini almashtirishda xalaqit bermasligini ta’minlash lozim.

Yostiq-jild, choyshablarini va ich kiyimlarini almashtirish:

– intensiv terapiya xonasida yotgan bemorlarning yostiq-jild, choyshablarini va ich kiyimlarini tez-tez almashtirish yotoq yaralarning oldini olishda muhim ahamiyatga ega. Yotadigan o‘rinning qulay holatini saqlash: non ushoqlarini qoqib tashlash, burmalarini yozish zarur.

Fiziologik hojatni amalga oshirishda yordam berish.

## Siydik ajralishi

Bunday bemorlarda tabiiy siydik ajratish imkoniyati bo‘lmaydi. Shu sababli, ayniqsa, doimiy kateter qo‘yilgan bemorlarda siydik oqishi va uning xususiyatini kuzatib turish, infeksiya rivojlanishi va siydik chiqarish kanali shikastlanishining oldini olish hamda bemorning ahvoli yaxshilanishi bilan kateterni iloji boricha vaqtliroq olish uchun harakat qilish lozim.

## Defekatsiya

Bemor og‘izdan ovqat iste’mol qilishga holi bo‘lmaganda ham ichak ichidagi qoldiqlar va peristaltika hisobiga defekatsiya ro‘y beradi. Biroq odatda harakatlanish faolligi to‘satdan to‘xtab qolishi, yurak-tomir yetishmovchiligi va dori qabul qilish

natijasida ichak ishlashi buzilishi oqibatida ich qotishi kuzatiladi. Va, aksincha, hazm qilish va so‘rilishning yomonlashuvi hamda ichak ishlashining patologik kuchayishi diareyaga olib kelishi mumkin. Diareyada suyuqlik yo‘qotilishi va elektrolit balans buzilishini nazorat qilish lozim. Ich qotganda esa diafragma ko‘tarilishi nafas olish va qon aylanishiga salbiy ta’sir qilishi (AB ko‘tarilishi, puls tezlashishi, aritmiya va nafas olishning qiyinlashishi)ni hisobga olgan holda zarur yordam ko‘rsatish lozim. Shuningdek, chot va orqa chiqaruv teshigi sohasining tozaligini nazorat qilish (yuvish va quritish) kerak.

## Ovqat qabul qilishda yordam berish (ovqatlanishni ta’minlash)

Og‘ir holatda bemorlarni peroral ovqatlantirish kam uchraydi, ko‘proq hollarda suyuqlik va ozuqa moddalarini parenteral kiritish amalga oshiriladi. Kuchli jismoniy va ruhiy stress natijasida bemorlarning ishtahasi pasayadi va og‘iz orqali qabul qilish shartlari bajarilgan taqdirda ham bemor ovqatni yuta olmasa, ovqatni majburlab tiqishtirish bemorda yanada kuchli stressni keltirib chiqarishi mumkin. Biroq bemorlar ovqatni og‘iz orqali qabul qilishni tuzalish alomati deb hisoblaydilar va ularga hech bo‘lmasa oz-ozdan yeb turishiga yordam berish kerak. Shuningdek, ovqat qabul qilishda yordam berish bemor bilan munosabatni yaxshilashga imkon berishni yodda tutish lozim.

Naycha orqali ovqatlantirishni yaxshisi Fauler holatida o‘tkazish lozim. Ovqatni sekinlik bilan yuborish kerak, qorin sohasi shishini yoki suyuqlik orqaga qaytgan taqdirda yuborishni zudlik bilan to‘xtatish va ortiqchasini so‘rib olish lozim. Shuningdek, muolajadan oldin, muolaja vaqtida va undan so‘ng nafas olish va qon aylanishi dinamikasini nazorat qilish va biror-bir o‘zgarish bor-yo‘qligini kuzatib turish lozim.

Tomir ichiga giperalimentatsiya usuli markaziy vena kateteriga ulangan sistema orqali to‘yingan va yuqori kaloriyali preparatlarni yuborishdan iborat. Ushbu usul sterillikka qat’iy rioya qilgan holda qo‘llaniladi. Kateter kiritilgan joyga yetarlicha

dezinfeksiya qilingandan so‘ng steril bog‘lov qo‘yiladi. Sistema yopishqoq plastir yordamida ko‘krak terisiga mahkamlanadi.

Siydik tarkibida glukoza bor-yo‘qligi tekshiriladi, diurez va siydikning solishtirma og‘irligi o‘lchanadi. Shuningdek, vaqti-vaqti bilan elektrolitlar tarkibi, buyraklar funksiyasi va boshqa parametrlarni tekshirish va har qanday o‘zgarishlarga e’tibor berish lozim. Noma’lum sabablarga ko‘ra bemorda gipertermiya mavjud bo‘lgan taqdirda, eng avval, kateter orqali infeksiya tushganligini taxmin qilib, zudlik bilan uni olib tashlash va kateterning uchini bakteriologik tekshirish uchun laboratoriyaga topshirish lozim.

## Faollik

Faollik – odam uchun zarur bo‘lgan tana harakati bo‘lib, odatda uning tabiiy fiziologik ehtiyojiga bog‘liq. Faollik uchun kerakli energiya va kislorodli ozuqa moddalari yurak nasosi tufayli qon oqimi bilan yetkazib beriladi.

O‘tkir miokard infarktiga chalingan bemorlarga infarktdan so‘ng 48–72 soat mobaynida intensiv terapiyaning kardiologiya bo‘limida tinch holat va harakatlar cheklanishi buyuriladi. Jismoniy va ruhiy faollik cheklanishi energiya sarflanishi kamayishiga yordam beradi. Demak, hamshira bemorga harakat qilish (tana holatining o‘zgarishi), najas chiqarish, ovqatlanish, gigiyenik muolajalarini bajarish kabi zarur harakatlarni bajarishga yordam berishi kerak. Xavotir va g‘azab, qo‘rquv va qattiq tashvishlanish yurakni tezroq ishlashga majbur qiladi, shuning uchun bemorni tinch holatda ushlab turish juda muhimdir. Infarktdan avval normal hayot kechirgan odamlar kardiologiya ITB bo‘limiga tushib, qat’iy yotish tartibiga rioya qilishlari zarur. Harakatlanish mumkin emasligi ularga azob va chidab bo‘lmas noqulaylik hissini keltiradi. Hamshira bemor uchun qulay bo‘lgan holatda yotqizishi lozim. ITB bemorlari g‘amgin holatda bo‘ladilar, ularga ko‘p sonli datchik va naychalar ulangan, jarohatlardan kuchli og‘riq sezadilar. Bunday holatda umuman

harakat qila olmaydilar yoki juda kam harakatlanadilar. Odatda bemorlarning holati har 2 soatga o‘zgartiriladi. Bundan tashqari, reabilitatsiyaning ilk bosqichlarida barmoq va qo‘l, bo‘g‘imlari uchun mashqlar rejalashtiriladi va bajariladi.

### Dam olish va uyqu

Faollik bilan bir qatorda dam olish ham muhim hisoblanadi. Bemor o‘zi uchun qulay holatda bo‘lsa, dam olish imkoni bo‘ladi. Tananing qulay holatini bemorning xohishini hisobga olgan holda, masalan, yostiqlar yordamida yaratish mumkin. Jismoniy azoblarning ozgina yengillashishi yoki oila a’zolari bilan uchrashuv bemorning hayotga bo‘lgan qiziqishini orttiradi.

Intensiv terapiya bo‘limi bemor ahvolining 24 soat ichida har qanday o‘zgarishlariga tayyor joy bo‘lib, bu yerda doimo asbob-uskunalar ishlab turadi, chiroq yoqilgan va faol ish ketayotgan bo‘ladi. Bu holat ma’lum shovqin bilan kechadi. Bunda ko‘p hollarda bemorlarda uyqu va bedorlik doimo almashinib turadi. Bemorning bioritmlari va hayot ritmi bir-biriga mos kelishi uchun tunda uyqu vaqtini iloji boricha uzaytirish zarur. Davolanish va hamshiralik muolajalari vaqtini hamda dam olish va uyqu vaqtini aniq belgilab olish lozim. Tungi vaqtda kuzatish uchun yetarli bo‘lgan darajada yorug‘likni pasaytirish va tabiiy uyquni tezlashtirish uchun sharoit yaratish kerak. Ortiqcha tovushlar (ovoz, baland kulgi, qadam tovushi, asbob va uskunalar ishlashi, metall va monitor tovushlari)ni bartaraf qilish lozim. Uyqu bemorning jismoniy va ruhiy holatiga salbiy ta’sir ko‘rsatuvchi omil bo‘lganligi sababli juda e’tiborli bo‘lish kerak.

### Muomala

Muomala odamlar orasidagi munosabatdir. Intensiv terapiya bo‘limida davolanayotgan bemorlar muomala qiladigan odamlar soni cheklangan. Bunday bemorlar yolg‘izlikni sezadilar, umuman muhitda o‘zlarini begonaday sezadilar, jismoniy ojizlikdan umidsizlikka tushadilar. Bunday holatda boshqalar

sen haqingda qayg‘urayotganini, g‘amxo‘rlikni sezish juda muhim. Bemorlarda bunday ruhiy holatga yo‘l qo‘ymaslik uchun hamshiralar bemorlar bilan yaxshi munosabatlarni ta’minlashi lozim, chunki hamshira boshqalarga nisbatdan ko‘proq bemor bilan muloqotda bo‘ladi.

Hamshira bemorni ismi bilan chaqirib, o‘zini ham tanishtirishi lozim. Bemor har doim o‘ziga nisbatan iliq munosabatni sezishi kerak.

Og‘zaki munosabat vositalari faqat bemorni tinglash va subyektiv ma’lumotlarni to‘plash uchun mo‘ljallangan. So‘z bilan odam qalbini davolash mumkin. Bemorning kayfiyati ko‘tarinki va shod bo‘lishi muhim.

Bemorda hamshiraga nisbatan ishonch paydo bo‘lganda, unda qiyinchiliklarni yengish istagi yuzaga keladi.

Og‘zaki munosabat qobiliyati yo‘qolishi ko‘zda tutilganda, unga mos bo‘lgan usulni bemor bilan birga o‘ylab ko‘rish kerak. Bemor og‘zaki bo‘lmagan vositalar yordamida ko‘rsatayotgan iltimos va shikoyatlarni tushunish uchun hamshira tayyor bo‘lishi kerak. Bemor biror narsani tushunmoqchi bo‘lganda energiyani ko‘p sarflanishini, uni tushunmagan vaqtda g‘azablanishini hisobga olish zarur. Bemorning jismoniy holatiga ko‘ra ehtiyojlarni baholash va avvaldan sezish muhim. Har xil bemorlarda ehtiyojlari turlicha bo‘lsa ham, qat’iy cheklanish holatiga tushgan og‘ir bemorlarning barchasida umumiy ruhiy reaksiya va jismoniy azoblar yuzaga keladi.

Hamshiralar o‘z bilimlaridan foydalanishlari, boshqalar to‘g‘risida g‘amxo‘rlikni rivojlantirishlari, bemorlarning xohish va istaklarini oldindan bilishlari zarur.

## 2.9. Intensiv terapiya vaqtida kuzatish (monitoring)

Bemorni kuzatish uchun mo‘ljallangan tibbiy uskuna organizm ahvoli to‘g‘risida uzluksiz ma’lumotnoma olish uchun kerak. Uskunalarning ko‘pchiligida, o‘lchash bilan bir qatorda, avvaldan belgilangan ma’lumotlar bilan ko‘rsatkichlarning

nomuvofiqligida tovushli signalni berish funksiyasi o‘rnatilgan. Shu sababli davolashning borishini kuzatish patologiyalarni erta bosqichda aniqlash mumkin.

Tibbiy uskunalardan foydalanishda quyidagilarga e’tibor berish lozim:

Elektr xavfsizlik: elektroshoklarning oldini olish uchun yerga ulanishni ta’minlash zarur.

Texnik xavfsizlik: sensorning teri bilan davomli kontakti joyini kuzatish zarur. Shuningdek, to‘qima bosilishi tufayli shikastlanishning oldini olish uchun mahkamlash joyini vaqti-vaqti bilan almashtirib turish lozim.

Elektr magnit nosozliklarning oldini olish: tibbiy moslama yoki maishiy moslama o‘rtasida elektr magnit to‘lqinlarning o‘zaro interferensiyasi sababli nosozliklar va shovqin yuzaga kelishi ehtimoli bor. Asbob-uskunalarni bir-biridan iloji boricha uzoqroq joylashtirish yoki filtr bilan jihozlangan uskunalardan foydalanish lozim.

**Apparat va moslamalar yordamida kuzatish.** Intensiv terapiyani o‘tayotgan bemorlar organizmini kuzatish monitorlar yordamida olib boriladi. Monitorlarda o‘lchanadigan hayot faoliyatining ko‘rsatkichlari: puls tezligi, arterial bosim, nafas olish tezligi va tana harorati. Bemor tanasiga yopishtirilgan sensorlar yordamida olinadigan ma’lumotlar monitorlarda raqamlar va to‘lqinlar ko‘rinishida ifodalanadi.

## O‘pka sun’iy ventilatsiyasi apparatiga ulangan bemorlarni parvarish qilish

O‘pka sun’iy ventilatsiyasi – bemor mustaqil nafas olishi organizmni kerakli hajmdagi kislorod bilan ta’minlay olmagan hollarda samarali va ishonchli davolash usuli hisoblanadi.

Quyidagi hollarda bemorni boshqariluvchi nafas olishga o‘tkaziladi:

– mustaqil nafas olish to‘xtaganda;
– nafas olish tezligi va maromi buzilganda;
– nafas yetishmovchiligi oshib borganda.

Sun’iy nafas olish apparati nima?

O‘pkaning sun’iy ventilatsiyasi, davolashning usuli sifatida, alveolar ventilatsiya va oksigenatsiyani yaxshilash hamda nafas muskulaturasining relaksatsiyasi va dam olishi maqsadida amalga oshiriladi. Nazorat qilinadigan (boshqariladigan) va yordamchi nafas oldirish usuli farqlanadi. Bunda mustaqil nafas mavjudligiga qaramasdan ventilatsiya mexanik usul bilan to‘liq ushlab turiladi, yordamchi nafasda esa mustaqil nafas saqlanib, yetishmayotgan qism mexanik ravishda to‘ldiriladi.

**Sun’iy o‘pka ventilatsiyasi (SO‘V) apparatlarining tuzilishi va undan foydalanish qoidalari.** Sun’iy ventilatsiya apparatining tuzilishi:

Uzatmali moslama.

SO‘V apparatida ushbu moslama havo oqimini ishlab chiqaradi va uni o‘pkaga haydaydi. Uzatma elektromexanik (elektr kuchlanish) yoki pnevmatik (havo bosim ostida uzatiladigan) bo‘ladi.

Havo uzatish moslamasi.

Uzatmali moslama tomonidan ishlab chiqarilayotgan energiya porshen va maxsus mexanizm yordamida havo oqimiga aylanadi.

Havo oqimini boshqarish mexanizmi.

Ushbu moslamaning vazifasi uzatish moslamasida ishlab chiqarilgan havo bemorga faqat nafas olish vaqtida berilib nafas chiqarishda esa berilmaydi. Bu yerda elektromagnit klapanlar qo‘llaniladi.

Nafas konturi oqim regulatori va bemor orasidagi havoni haydaydi, quyidagi qismlardan iborat:

Nafas olish va chiqarish klapani: ma’lum yo‘nalishda nafas konturi bo‘ylab havo harakatlanishini havoni qaytadan yutishga yo‘l qo‘ymaydigan bir tomonlama klapan.

Havo namlovchi va nebulayzer: bemor tomonidan olinayotgan havoni namlaydi va turli dorivor vositalar (bronxlarni kengaytiruvchi preparatlar, nafas yo‘llarini tozalaydigan preparatlar va boshqalar) ingalyatsiyasi uchun qo‘llanadi.

Shlang: bemorni apparat bilan bog‘laydigan nay bo‘lib, gofrirovkalangan nay deb ham ataladi.

Turli monitorlarning sensorlari: nafas konturida bosimni aniqlaydigan, havo o‘tishi tezligini aniqlaydigan, kislorod konsentratsiyasi, harorat va namlik darajasini aniqlaydigan sensorlar.

Y-simon birlashtiruvchi: shlangni endotraxeal naycha (traxeostomik naycha)ga ulashda qo‘llaniladigan adaptor.

## Foydalanish qoidalari

Sun’iy o‘pka ventilatsiyasi (SO‘V) apparatlarini ishlatishdan avval (bemorga ulashdan oldin) tekshirish:

Nafas konturi shlangi, Y-simon birlashtiruvchi va barcha turdagi monitorlar simlari butunligi (nosozliklar va yoriqlarning yo‘qligi) tekshirilgandan so‘ng buralib ketgan va bukilgan joylarni tuzatib, to‘g‘ri yig‘ish zarur.

Elektromexanik uzatmali moslama (elektr kuchlanish): elektr kabel uzilganligi, shteker, yerga ulangan simning nosozligi bor-yo‘qligi tekshirilib, moslamani maxsus (mustaqil manbalardan ta’minlanadigan) rozetkalarga ulanadi.

Pnevmatik uzatmali moslama (havo): butunligi (nosozlik va yoriqlar yo‘qligi) tekshirilgandan so‘ng birlashtiruvchi bilan shlang va shteker-adapter havoni markazlashgan ravishda uzatish sistemasining havo berish moslamasiga ulanadi, bunda birlashgan joyga havo chiqib ketishi tekshiriladi.

Gazli ballonlardan foydalangan vaqtda ballon ichida gaz miqdorini nazorat qilib turish zarur.

Isitgich, namlagich va unga tutashgan qismlar butunligi tekshiriladi, zarur miqdordagi steril suv quyiladi. Isitgich va namlagichda harorat sozlangandan so‘ng apparatning ishlashi quyida qayd qilingan bandlar bo‘yicha tekshiriladi, shuningdek, termostat ishlashi va namlik darajasi tekshiriladi.

Nafas konturidan havoning chiqib ketishi gofrirovkalangan naycha, isitgich va namlagich hamda Y-simon birlashtiruvchining birlashadigan joylarida kuzatiladi.

Uzoq o‘pka sun’iy ventilatsiyasi maxsus apparatlar yordamida intubatsion yoki traxeostomik naycha orqali o‘tkaziladi.

Reanimatsiya va intensiv terapiya hamshirasi quyidagilarni yaxshi bilishi zarur:

- bo‘limda qo‘llaniladigan respiratorlar tuzilishini;
- bemor va o‘pkaning sun’iy ventilatsiya apparatini ishga tayyorlash xususiyatlarini;
- o‘pkaning sun’iy ventilatsiyasini o‘tkazish texnikasi;
- o‘pkaning sun’iy ventilatsiyasini o‘tkazish vaqtida bemor ahvoli va apparat ishini, o‘pkaning sun’iy ventilatsiyasini boshlashdan oldin respirator ishini, turli tartibda tekshirish zarur. Hamma shlang va ulagichlari steril va namlagichi distillangan suv bilan to‘ldirilgan bo‘lishi kerak. Doimo zaxiradagi ishchan o‘pkaning sun’iy ventilatsiyasini apparati bo‘lishi kerak (asosiy o‘pkaning sun’iy ventilatsiyasi apparati to‘satdan ishdan chiqib qolish hollarida ulash uchun).

Bundan tashqari quyidagilar tayyorlab qo‘yilishi zarur:

- traxeal va og‘iz kateterlari (bir martalik);
- traxeyaga quyish uchun steril fiziologik eritma;
- 4% li natriy gidrokarbonat eritmasi;
- 20 va 10 grammli bir martalik shprislar;
- traxeostomik va intubatsion naychalarni parvarishlash uchun kerakli jihozlar (steril salfetkalar, sharchalar, pinset, spirt 70% li, leykoplastr).

O‘pkaning sun’iy ventilatsiyasida nafas tezligi bir daqiqada 18-20 marta. Berilayotgan aralashmadagi kislorod konsentratsiyasi quyidagilarga qarab nazorat qilinadi:

- bemorning ahvoliga;
- sianozning darajasiga;
- bemor arterial qonida kislorodning parsial bosimiga (90 mm. sim. ust. past bo‘lmasligi kerak).

O‘pkaning sun’iy ventilatsiyasi apparatidan bemorni ajratish juda ehtiyotkorlik bilan amalga oshiriladi. Bemor mustaqil nafas olishga o‘tishida quyidagilar nazorat qilinadi:

- puls;
- nafas olish tezligi;
- arterial qon bosim;
- qonning kislota-ishqor muhiti va kislorod balansi.

## SO‘V apparatidan o‘chirilganda hamshiralik parvarishi

O‘SV apparatiga ulangan bemor boshqarilayotgan nafas holatidan spontan nafasga bosqichma-bosqich o‘tkaziladi va oxir oqibat SO‘V apparatidan ajralib, traxeal naycha olib tashlanadi.

Sun’iy o‘pka ventilatsiyasi apparatidan ajratish usuli.

Ajratish jarayonini tushuntirish:

- Bemorga hozirgi vaziyatni va SO‘V moslamalari ketma-ket ajratish uchun sekin-asta o‘zgarishi haqida tushuntirish.
- Chuqur nafas olish va yo‘talni chaqirish bo‘yicha qo‘llanma va mashqlarni bajarish.
- SO‘V dan ajratishning rejalashtirilgan kuni haqida bemorga xabar berish va roziligini olish.

**Ajratish vaqtida kuzatish va yordam berish.** SO‘V apparatidan ajratish jarayonida bemorning ahvoli o‘zgargan taqdirda bitta bosqichga qaytarish masalasi ko‘riladi. Ahvol yomonlashishi ko‘rsatkichlari – qonda gazlar tahlili, nafas holati, puls tezligi va arterial bosim, aritmiya mavjudligi va es-hush darajasi. Avvalgi bosqichga qaytish yoki mo‘ljallangan maqsadga erishilgan taqdirda, bemorning tuzalishiga bo‘lgan intilishini so‘ndirmaslik va ko‘nglini qoldirmaslik uchun tushuntirish ishlari olib boriladi.

## Ekstubatsiya vaqtida va undan so‘ng yordam berish

**Ekstubatsiya vaqtida yordam berish:**

Kislorodli niqob, ekstubatsiya uchun so‘rg‘ich va qayta intubatsiyani o‘tkazish uchun jihozlar tayyorlanadi. Traxeal kanyula chiqarilishi haqida bemorga ma’lum qilinadi va bunga roziligi olinadi. Bevosita ekstubatsiyadan avval traxeya va og‘iz bo‘shlig‘idan ajralmalarni so‘rib olishni amalga oshirib, ekstubatsiyadan keyin havo o‘tkazuvchanligi ta’minlanadi.

**Ekstubatsiyadan keyin yordam berish:**

- bevosita ekstubatsiyadan so‘ng bronxospazm, halqum nervi falaji va halqum shishi kabi asoratlar yuzaga kelish ehtimoli bor. Patologiyalarni erta bosqichda aniqlash uchun

nafas olish holati, nafas tovushlari, arterial qonda erigan gazlar miqdori, yuz terisi rangi, teri holatini kuzatish;
– tovush boylamlari shishining oldini olish uchun ularning ta'sirlanmasligini ta'minlab, biroz vaqt baland ovozda gaplashmaslik zarurligi haqida bemorga tushuntirish;
– balg'am mustaqil ajralishiga yordam berish;
– ekstubatsiya o'tkazilishi munosabati bilan tuzalish jarayoni bir qadam oldinga siljiganligi hagidagi xursandchilikni bemor bilan baham ko'rish;
– mustaqil nafas tiklanishiga yordam berish;
– qorin nafasiga yordam berish;
– qorin nafasi ahamiyati va usulini tushuntirish;
– relaksatsiya (bo'shashtirish)ni ta'minlash uchun chalqancha yotish holatida tizzalarni bukkan holda ko'tarish va qorin muskullarini bo'shashtirish;
– bemorning qo'llarini ko'krak ustiga va qorin sohasiga qo'yish;
– chuqur nafas olib, qorinni shishirish;
– bemor qorin shishganligini his qilishi uchun hamshira bemorning qorin sohasida turgan qo'li ustiga o'z qo'lini qo'yib, biroz bosish;
– ko'krak sohasi qimirlamasligiga harakat qilish;
– lablarni siqib, sekin nafas chiqarish.

**O'pkaning sun'iy ventilatsiyasidagi bemorlarning nazorati:**

– vizual kuzatish (ahvoli, tashqi ko'rinishi, teri va shIlliq pardalar rangi, o'rnidagi holati);
– monitor kuzatuvi (yurak urushi tezligi, nafas olish tezligi, AB, nafas olish hajmi);
– nafas yo'llarini tozalab turish;
– og'iz boshlig'iga antiseptik eritmalar bilan ishlov berib turish;
– har 3–4 soatda bemor holatini o'zgartirib turish.

**Traxeyadan ajralmalarni so'rib olish usuli.**

– Steril kateter sterillikka rioya qilgan holda chiqarib olinadi va so'rg'ich shlangi bilan birlashtiriladi.

– So‘rib olishda simob ustunining 80–120 mm ga teng bosim belgilanadi.
– SO‘V apparatini traxeal kanyuladan ajratayotgan vaqtda so‘rg‘ich kateteri traxeal kanyulaga birlashtiriladi (birlashtirilgan vaqtda so‘rg‘ich kateterida bosim bo‘lmasligi lozim). Kateter 10 sm gacha kiritiladi.
– So‘rg‘ich kateteriga bosim beriladi. So‘rib olish davomiyligi 10 sekundgacha.
– So‘rib olish tugagandan so‘ng SO‘V apparatini darhol yoqiladi.
– So‘rg‘ich kateterining yuzasi spirtga ho‘llangan paxta bilan artiladi va kateterning ichki qismini yuvish uchun steril distillangan suv so‘rib olinadi. Yuvib tozalash har bir so‘rish muolajasidan so‘ng amalga oshiriladi.
– So‘rib olish muolajasi tugagandan so‘ng hayot uchun muhim ko‘rsatkichlar, aritmiya bor-yo‘qligi va yuz ifodasining o‘zgarishini tekshirib, bemorning ahvoli muntazam kuzatiladi.
– So‘rib olish muolajasi sababli bemorda gipoksiya holati rivojlanishi ehtimoli borligi sababli so‘rish muolajasidan avval berilayotgan kislorod konsentratsiyasining parsial bosimini oshirish lozim.
– Bemorga muolaja tugaganligi haqida ma’lum qilinadi.

**Balg‘am ko‘chirishga yordam berish**

– SO‘V apparati yoqilgan vaqtda balg‘am ajralishiga yordam beruvchi asosiy usul – bu tana holatining o‘zgartirilishidir.
– Tana holati o‘zgartirilganda e’tibor qaratish kerak bo‘lgan bandlar:
– tartib bo‘yicha quyidagi tana holatlari bajariladi: chalqancha yotish, qorinda yotish, 40–60 darajali burchak ostida yonboshlab yotish;
– balg‘am ajralishiga yordam berish uchun bitta holatni 20 daqiqaga qoldirish kerak;
– yotoq yaralarni oldini olish uchun bemor bitta holatda 2 soatdan ko‘p qolmasligiga e’tibor berish lozim;

– og‘riq bor-yo‘qligini va bemorning umumiy ahvoli kuzatiladi;
– turli xil naychalar va kateterlar bukilib qolmasligi yoki chiqib ketmasligiga e’tibor berib, tana holati o‘zgartiriladi;
– qorinda yotgan holatni o‘zgartirish uch kishi yordamida amalga oshiriladi: bittasi bemorning boshi ustida turib, xavfsizlikni ta’minlaydi, naychalar va kateterlarni nazorat qiladi va jarayonni boshqaradi;
– tana holatini mahkamlash va yotoq yaralarning oldini olish uchun yostiq kabi moslamalar qo‘llanadi;
– ko‘krak qafasi perkussion massaj qilib turiladi;
– aseptika va antiseptika qoidalariga qat’iy rioya qilinadi;
– bemorning ahvoli doimiy nazorat qilinadi.
– ishlab turgan respiratorni parvarishlash:
– doimiy artib turish;
– namlagichni vaqtida to‘ldirish va nam yig‘gichni vaqtida bo‘shatish;
– shlanglardan namlikning oqishini nazorat qilish;
– har kuni intubatsion va gofrirlangan naychalarni almashtirish.

Har ikki kunda apparat dezinfeksiyalangan apparatga almashtiriladi.

Hamshira har kuni bemorning individual varaqasini to‘ldirib boradi. Unda har soatda quyidagilar belgilanadi:

– puls;
– nafas olish tezligi;
– arterial qon bosim;
– tana harorati;
– diurez;
– bemor salomatligida bo‘layotgan o‘zgarishlar (qusish, teri rangi o‘zgarishi, hushdan ketish, gipertermiya, harakat qo‘zg‘alishi va b.);
– o‘tkazilayotgan davo;
– har kuni to‘ldirilgan individual varaqa kasallik tarixi varaqasiga yopishtiriladi va yangisi to‘ldiriladi.

**NAZORAT SAVOLLARI**

1. Intensiv terapiya deganda nimani tushunasiz?
2. Reanimatsiya va intensiv terapiya bo‘limi qanday tuzilishga ega?
3. Reanimatsiya va intensiv terapiya bo‘limi nimalar bilan jihozlanadi?
4. Reanimatsiya va intensiv terapiya bo‘limida davolanish uchun ko‘rsatmalarni ayting.
5. Intensiv terapiya o‘tayotgan bemorlarda hamshira parvarishi vazifalari nimalardan iborat ?
6. Terminal holat deganda nimani tushunasiz?
7. Terminal holatning qanday bosqichlari farqlanadi?
8. Klinik o‘limning qanday belgilari bor?
9. Elementar o‘pka-yurak reanimatsiyasi qanday o‘tkaziladi?
10. Elementar o‘pka-yurak reanimatsiyasi samaradorligining belgilari va asoratlari.
11. O‘pka sun’iy ventilatsiyasi apparatiga ulangan bemorlarni parvarishlashda nimalarga e’tibor beriladi?

## 2.10. Shok va koma holatidagi bemorlarda hamshiralik parvarishi

Shok – kuchli endogen va ekzogen ta’sirlarga organizmning himoya va javob reaksiyasi hisoblanadi. Shok holatlarining umumiy klinikasi:

– teri rangining oqish sianotik tusga kirishi va sovuq yopishqoq ter bilan qoplanishi;
– hushning xiralashuvi;
– dispnoe;
– oliguriya;
– taxikardiya;
– arterial va puls bosimining pasayishi.

### Shok tarixidan ma’lumotlar

Shok haqidagi ma’lumotlar Gippokrat davridan kelgan.

Shokni birinchi bo‘lib H. Le Drana (1737) ta’riflagan va davolash choralarini taklif qilgan.

XIX asr boshida P. Savenko shok hosil bo‘lishida markaziy asab sistemasi funksiyasining buzilishi sababligini ko‘rsatgan.

N.I. Pirogov shokning klinik manzarasini to‘liq yoritib berdi va ikki davrga ajratdi: erektil va torpid.

XIX asr oxiri va XX asr boshlarida birinchi marta shok haqida nazariya shakllangan.

**Shok klassifikatsiyasi:**

*I. Kelib chiqishiga koʻra:*

– travmatik;
– kuyish;
– gemorragik;
– gemotransfuzion;
– anafilaktik;
– kardiogen;
– septik.

*II. Ogʻirligiga koʻra:*

– kompensatsiyalangan;
– dekompensatsiyalashgan;
– qaytmas (terminal holat).

*III. Hosil bo ʻlish vaqtiga koʻra:*

– birlamchi, erta;
– ikkilamchi, kech yoki toksik.

*IV. Fazalariga koʻra:*

– erektil;
– torpid.

*V. Ogʻirlik darajasiga koʻra:*

*I daraja* – umumiy ahvoli oʻrtacha, puls 1 daqiqada 80–100 ta, maks. AB 90 mm sim. ust.

*II daraja* – umumiy ahvoli ogʻir, puls 1 daqiqada 100–140, AB 90–70 mm sim. ust. gacha kamayishi.

*III daraja* – ahvoli juda ogʻir, puls 120–160, AB 70–50 mm sim. ust.

*IV daraja* – (agoniya oldi holati) ahvoli oʻta ogʻir, puls faqat-gina magistral qon tomirlarda qiyinchilik bilan paypaslanadi, maksimal AB 50 mm sim. ust. aniqlanmaydi.

## Shikastlanish shoki

Bu shokning paydo boʻlishiga turli a’zolarning va gavda qism-larining shikastlanishlari sabab boʻladi. Shikastlanish shokining

rivojlanishida qon yo‘qotish, kuchli og‘riq, to‘qimalarning parchalanishi kabi omillar muhim o‘rin tutadi.

Shokning og‘ir kechishiga asab va jismoniy tomondan toliqish, qo‘rqish, sovuq qotish, och qolish kabilar sabab bo‘ladi.

Ko‘p qon yo‘qotish natijasidagi shok (bolalarda, keksalarda va og‘riqqa juda sezuvchan shaxslarda) og‘ir kechadi. Bundan tashqari, refleksogen sohalar shikastlanganda ham shok tez rivojlanadi.

Shikastlanish shokida qon va plazmani ko‘p yo‘qotish natijasida organizmda aylanayotgan (sirkulatsiyadagi) qon va plazma hajmi kamayadi, gipoksiya va giperkapniya rivojlanishiga sabab bo‘ladi. Sirkulatsiyadagi qon hajmining 20–30 foizga kamayishi va qon bosimining keskin pasayishi oqibatida o‘lim yuzaga keladi.

**Klinikasi.**

Shikastlanish shoki ikki bosqichda kechadi:

**Erektil bosqich (qo‘zg‘alish bosqichi)** – shikastlangan ondayoq rivojlanadi. Bunda asab sistemasining qo‘zg‘alishi tufayli bemorda harakat qo‘zg‘alishi kuchayadi, es-hushi joyida faqat og‘riqdan shikoyat qiladi, yordam so‘raydi, o‘rnidan turib ketadi va o‘z ahvolining og‘irligiga ahamiyat bermaydi. Teri va yuzi qizaradi, ter bilan qoplanadi, puls tezlashadi. Arterial qon bosim normada yoki biroz ko‘tariladi, nafas olishi tezlashadi. Agar zararli omillar davom etaversa, ikkinchi bosqichga o‘tishi mumkin.

**Torpid (tormozlanish) bosqichi** – bu bosqichda asab, yurak, o‘pka, jigar, buyraklarning faoliyati pasayib ketadi. Qonda yig‘iladigan zaharli moddalar tomirlar va kapillarlarni falajlaydi. Bemor ahvoli keskin og‘irlashadi. Es-hushi saqlangan bo‘lsa ham, ruhiyati qorong‘ilashgan, terisi oqargan, sovuq yopishqoq ter bilan qoplanadi. Puls ipsimon tezlashib, arterial qon bosim tushib ketadi, a’zolarga qon kelishi kamayadi. Kislorod tanqisligi kuchayadi, bu esa asab hujayralarining juda tez o‘lishiga olib keladi. Nafas olish pasayadi, yurak tonlari tez va bo‘g‘iq bo‘ladi. Buyrak faoliyati buzilib, anuriya rivojlanadi. Shuning uchun ham shok holatida reanimatsiya tadbirlari barvaqt va zudlik bilan o‘tkazilishi kerak.

Shokning klinik kechishi og‘irligiga ko‘ra uch darajaga bo‘linadi.

**1 – yengil darajasi:** umumiy ahvoli qoniqarli, es-hushi saqlangan, pulsi 90–100 marta uradi, A/B 100–90 mm simob ustunida.

**2 – o‘rtacha og‘irlik darajasi:** bemorning es-hushi qorong‘ilashgan, pulsi 1 daqiqada 110–130 marta uradi, nafas olish daqiqasiga 26 marta va yuzaki uradi. Terilar oqargan, sovuq ter bosgan, reflekslar so‘na boshlagan.

**3 – og‘ir darajasi:** ahvoli og‘ir, esi kirarli-chiqarli, atrofga befarq qaraydi. Terisi yopishqoq ter bilan qoplangan, lablar, burun, barmoq uchlari ko‘kimtir tusda. Puls ipsimon, 1 daqiqada 140–160 marta uradi. A/B 60 mm simob ustunidan tushib ketadi.

Nafas yuzaki va tez. Bemor o‘ziga bog‘liq bo‘lmagan holda siydik va najas ajratishi mumkin.

**Davolash.** Shokda birinchi yordam ko‘rsatish va davolash unga olib keluvchi sabablarni bartaraf etish quyidagi tartibda bajariladi:

- nafas yo‘llarini tozalash va o‘tkazuvchanligini tiklash, intubatsiya va o‘pkani sun’iy ventilatsiya qilish;
- tashqi qon oqishini to‘xtatish, jarohatga aseptik bog‘lam qo‘yish;
- og‘riqsizlantirish;
- immobilizatsiya qilish;
- vena ichiga qon va qon o‘rnini bosuvchi suyuqliklar yuborish va gemoglobinning 100 g/l dan past bo‘lmasligini kuzatish;
- bemorni shikastlangan joydan ehtiyotlik bilan olib chiqish va tezlik bilan shifoxonaga olib borish.

Shikastlanish shokida reanimatsiya tadbirlarining turi hayot uchun zarur organlar faoliyatining buzilishini tiklashga qaratilgan bo‘lishi kerak. Shokni davolash markaziy asab sistemasi faoliyatini normallashtirish, og‘riqqa qarshi kurash, sirkulatsiyadagi qon hajmini to‘ldirish, tomirlar tonusini ko‘tarish, gaz almashinuvi, buyrak, jigar faoliyatlarini va boshqa holatlarini

normallashtirish kabi maqsadlarni nazarda tutgan holda amalga oshiriladi.

Shikastlanishning og‘ir belgilarini yo‘qotish va kamaytirish bilan birga bemorni ruhan tinchlantirish kerak. Bu maqsadda singan suyak sohasi novokain eritmasi bilan infiltrativ, g‘ilofli anesteziya, qovirg‘alararo blokada qilish kabi og‘riqsizlantiriladi yoki umumiy narkoz usullari qo‘llaniladi. Shu bilan birga reopoliglukin 500 ml sutkasiga 2 marta yuborish, analgetiklar 2 ml, 50% analgin 1–2 ml, baralgin 5 ml tomir ichiga yuboriladi, omnopon, pantopon 1%–1 ml va 1–2 ml 1% li promedol teri ostiga yuboriladi. Og‘riqsizlantirish uchun azot oksidi bilan yengil narkoz berish ham yaxshi natija beradi. Kalla, ko‘krak shikastlarida vagosimpatik novokainli blokada, qorin va chanoq shikastlarida paranefral blokadalari qilingandan keyin ular 5–6 daqiqa o‘tgach ta’sir qiladi va og‘riqsizlantirish 5–6 soatgacha davom etadi.

Bemorga transport immobilizatsiyasi qilinadi.

Nafas yo‘llarining o‘tkazuvchanligini tiklashni kuzatib borish zarur, chunki nafas o‘lishning buzilishi o‘tkir nafas yetishmovchiligiga olib keladi.

Tashqi va ichki qon oqishi tufayli vujudga kelgan shokda sirkulatsiyadagi qon hajmini (SQH) to‘ldirish zarur. Davom etayotgan qon oqish paytida qon hajmini to‘ldirish mumkin emas. Shuning uchun ham avval oqayotgan qon to‘xtatilib, so‘ngra uning o‘rnini to‘ldirmoq zarur. Buning uchun turli xil kolloid eritmalar vena orqali yuboriladi.

Sintetik kolloid eritmalar poliglukin, reopoliglukin, jelatinol quyiladi.

Tuzli eritmalar – ringer, laktosol, natriy xloridning izotonik eritmasi asesol, disol, trisol kabilar quyiladi.

Sirkulatsiyadagi qon hajmi tiklanganligini arterial va markaziy venalardagi bosimning ko‘tarilishi bilan aniqlanadi.

Shokning hamma bosqichlarida, qon tomirga albatta antigistamin preparatlar (dimedrol, suprastin, pipolfen) inyeksiya qilinadi.

Shok paytida har doim nafas buzilishi kuzatiladi. Ko‘krak, umurtqa pog‘onasi va orqa miya shikastlarida va elektr shikastlarida nafas olishning buzilishi ko‘proq namoyon bo‘ladi. Bunday holatda kislorod ingolatsiyasi qilinishi kerak. Yengil shikastlarda kislorod burun orqali qo‘yilgan kateter bilan beriladi. Og‘ir shokda esa, bemor o‘pkasi apparat orqali uzoq muddat sun’iy ventilatsiya qilinadi va gipoksiya bartaraf qilinadi.

Modda almashinuvi buzilishining oldini olish va normallashtirish uchun 4% li natriy gidrokarbonat (200–300 ml), natriy laktat (200 ml) vena ichiga, 10–15 ml 5% li askorbin kislota, 1–2 ml vitamin $B_1$, $B_6$, $B_{12}$ eritmalari yuboriladi.

Gipokalsemiya rivojlangan taqdirda 10% kalsiy xlor, glukoza insulin bilan prednizolon 30–60 mg vena ichiga yuboriladi. Vena ichiga plazma, oqsil gidrolizati, albumin (10–20), 200 ml yuborish bilan organizmdagi oqsillar yetishmovchiligi (gipoprotenemiya) bartaraf qilinadi.

Tromboemboliyaning oldini olish uchun 5.000 birlikdan geparin har 6 soatda inyeksiya qilib turiladi.

Kontrikal 40–60 birlikda yuboriladi.

O‘tkir buyrak yetishmovchiligida esa diuretiklar – peritoneal yoki ekstrokorporal dializ qilinadi.

Bemorlar zarur bo‘lsa zond orqali ovqatlantiriladi va umumiy gigiyenik choralar amalga oshiriladi.

## Anafilaktik shok

Allergik reaksiyaning bir turi bo‘lib, organizmga kirgan yot oqsil va organik kimyoviy moddalarga nisbatan qarshi reaksiyasidir. Anafilaktik reaksiya organizmga dori preparatlari, jumladan antibiotiklar, diagnostika preparatlari kiritilganda, hasharotlar chaqqanda hamda oziq-ovqat mahsulotlaridan so‘ng ham rivojlanishi mumkin.

Anafilaksiya – o‘z-o‘zini himoya qilish degan so‘zdan kelib chiqqan va ko‘pincha allergen parenteral yuborilganda yuzaga chiqadi.

*Shokning klinik belgilari:* teriga toshmalar toshishi, toshmalarning butun badanga tarqalishi, burun bitishi, aksirish, burun

oqishi, nafas olishning qiyinlashuvi, quruq yo‘tal, xushtaksimon nafas, teri, lab, tirnoqlarning ko‘karishi, bosh aylanishi, nutqning buzilishi, ko‘ngil aynishi, qusish, qorindagi og‘riq.

Anafilaktik shokning rivojlanishi 3 ta shaklda kechadi:

yashin tezligidagi shok – shok dastlabki 10 daqiqa ichida rivojlanadi;

zudlik bilan rivojlanuvchi shok – shokkacha bo‘lgan davr 30–40 daqiqani tashkil etadi;

sekinlik bilan rivojlanuvchi shok – shokkacha bo‘lgan davr bir necha soatni tashkil etadi.

Anafilaktik shokning turlari:

– teri;
– serebral;
– astmoid;
– kardiogen;
– abdominal.

*Teri shakli* – terining qichishi, qizarishi, eshakyemi toshishi, toshmalarning bir-biri bilan qo‘shilishi, Kvinke shish paydo bo‘lishi mumkin. Teridagi o‘zgarishlar reaksiyadan so‘ng 30–40 daqiqadan keyin kelib chiqadi.

*Serebral shakli* – bosh og‘rig‘i, ko‘ngil aynishi, paresteziya, hushdan ketish, tutqanoqlar, beixtiyor siyish va defekatsiya kuzatilishi mumkin. Bu epilepsiya tutqanoqlarini eslatadi. Agar adrenalin bilan davo qilinganda yuqoridagi o‘zgarishlar yo‘qolsa, anafilaktik shok diagnozi qo‘yiladi.

*Astmoid shakli* – bo‘g‘ilish ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Til, hiqildoq, traxeya shishishi oqibatida yuqori nafas yo‘llari o‘tkazuvchanligi buziladi va nafas buzilishi kuzatiladi.

*Kardiogen shakli* – yurak sohasida siquvchi og‘riqlar, taxikardiya, ritm buzilishlari bilan namoyon bo‘ladi.

*Abdominal shakli* – qorinda shish, og‘riq, ko‘ngil aynishi, qusish bilan namoyon bo‘ladi.

Davolash:

1. Organizmga allergen tushishini to‘xtatish (jgut bog‘lash, me’dani zondlash). Dori allergen vena ichiga yuborilgan bo‘lsa,

igna venada qoldiriladi va dori moddalar shu igna orqali yuboriladi.

2. Bemorni tekis joyga yotqizish, toza havo kelishini ta'minlash, traxeyani intubatsiya qilish, oksigenoterapiya.

3. Adrenalin yuborish, teri orasi, vena ichiga va ingalatsiya yo'li bilan yuboriladi. Allergen kirgan joy atrofi adrenalin bilan inyeksiya qilinadi.

4. Gormonlar – 60–90 mg (2–3 ml) prednizolon fiziologik eritmada tomir ichiga yuboriladi.

5. Bronxospazmda – vena ichiga 2,4% – 10 ml eufillin yuboriladi

6. O'tkir yurak yetishmovchiligida – venaga yurak glikozidlari 0,05% – 0,5–l ml strofantin fiziologik eritmada tomir ichiga yuboriladi.

7. Yuqoridagi davo yordam bermaganda sun'iy nafas va yurak bilvosita massaj qilinadi.

## Gemorragik shok

Qisqa muddat ichida aylanayotgan qon hajmining 10–20% va undan ortiq miqdorda yo'qotilishi oqibatida kelib chiqadi. Shokning og'irlik darajasi yo'qotilgan qon miqdoriga va qon oqish davriga bog'liq.

Bemor qancha ko'p va qisqa muddat ichida qon yo'qotsa, shok shuncha og'ir o'tadi.

Qon yo'qotish tasnifi (Amerika jarrohlar kollegiyasi, 1982-y.).

**Qon yo'qotish. Aylanayotgan qon hajmi defekti % va ml**

| I sinf (yengil) | 15% | 750 ml |
|---|---|---|
| II sinf (o'rtacha) | 20–25% | 1000–1200 ml |
| III sinf (og'ir) | 30–40%* | 1500–2000 ml |
| IV sinf (o'ta og'ir) | 40% va ko'p | 2000 ml va ko'p |

Gemorragik shok og'irlik darajasiga ko'ra davrlari:

– kompensatsiya – organizm yurak qon-tomir sistemasining fiziologik kompensatsiyasi hisobiga o'tkir qon yo'qotishga javob beradi. Bemorning hushi joyida, ba'zan yengil

bezovtalanish kuzatiladi. Ko‘zdan kechirganda terisi biroz oqargan, periferik venalari bo‘shashgan. Qo‘l-oyoqlari sovuq. Pulsi kuchsiz to‘liqlikda, biroz taxikardiya, qon bosimi normada, yengil oliguriya;

– dekompensatsiyalashgan (qaytuvchi) bosqich – arterial qon bosim pasaygan. Bemorning hushi xiralashgan, hansirash, taxikardiya (100–120 marta), puls bosimi kamayadi, oliguriya, akrosianoz;
– qaytmaydigan – bemorning ahvoli og‘ir, hushsiz, teri qoplamlari oqish rangda, sovuq ter bilan qoplangan, gipotermiya, oligoanuriya kuzatiladi. Puls periferiyada ipsimon yoki umuman aniqlanmaydi. Arterial qon bosim 60 mm. sim. ust. past.

Davolash:

1. Ekspress diagnostika maqsadida shok indeksi (Shi) aniqlanadi, ya’ni 1 daqiqadagi yurakning qisqarishlar soni sistolik arterial qon bosimga nisbati aniqlanadi.

Normada shok indeksi = 60/120 = 0,5 (60–1 min yurakning qisqarishlari soni; 120 – sistolik arterial qon bosimi normal ko‘rsatkichi).

2. Qon ketishini to‘xtatish (jgut, siqib turuvchi bog‘lam).

3. Og‘riqsizlantirish.

4. Markaziy venalarni kateterlash (infuziya-transfuziya).

5. O‘tkir nafas yetishmovchiligiga qarshi kurash (yuqori nafas yo‘llari o‘tkazuvchanligini ta’minlash, havo o‘tkazgich qo‘yish, traxeya intubatsiyasi, sun’iy o‘pka ventilatsiyasini o‘tkazish).

6. Oksigenoterapiya.

7. O‘tkir yurak qon-tomir yetishmovchiligi belgilarini bartaraf etish.

8. Siydik qopini kateterlash (soatlik, sutkalik diurezni nazorat qilish).

## Kuyish shoki

Yong‘in xavfsizligi qoidalariga rioya qilmaslik, xavfsizlik texnikasi qoidalarini buzish (olov, qaynoq suv). Shokning og‘irligi

kuyish maydoni va chuqurligiga bog‘liq bo‘ladi. Kuyish maydoni 10% dan 15–20% gacha bo‘lsa, kuyish shoki kelib chiqadi. Kuyish maydoni 9%li qoida bilan o‘lchanadi (qo‘l-oyoq 18%, kalla 9%, oldi orqa tana 18%, oraliq qismi l%ni tashkil qiladi.

Kuyish shokining patofiziologiyasi asosida og‘riq, plazma yo‘qotish-gipovolemiya yotadi. Hujayralar ichida natriy miqdori ortishi natijasida osmotik bosim oshadi, giperkaliemiya yuzaga keladi. Qon-tomirlar ichidagi suyuqlik miqdori kamayganidan buyrak faoliyati buziladi. Oligoanuriya hosil bo‘ladi. Qonda azot shlaklari oshadi.

Kuyish shokida birlamchi bo‘lib og‘riq katta rol o‘ynaydi va bemorda kuchli psixomotor qo‘zg‘alish kuzatiladi, taxikardiya, hansirash, sistolik arterial qon bosim 90 mm. sim. ust. dan past, oligoanuriya kuzatiladi.

Kuyish shoki 4 darajada kechadi:

I daraja – kuyish maydoni 20%, chuqurligi 5–10%;

II daraja – kuyish maydoni 21–50%, chuqurligi 10–30%;

III daraja – kuyish maydoni 50–80%, chuqurligi 10–30%;

IV daraja – kuyish maydoni 80%, chuqurligi 65%.

**Davolash:**

1. Kuygan joylarni tezda sovitish.
2. Og‘riqsizlantirish.
3. Kuygan joylarni steril doka bilan yopish.
4. Infuzion terapiya o‘tkazish (qon zardobi, albumin, kolloid).
5. Mikrosirkulatsiyani yaxshilash (eufillin, novokain, gormonlar).
6. Nafas yo‘llari kuyganda (kislorod bilan davolash, bronxolitiklar, sun’iy nafas berish).
7. O‘tkir buyrak yetishmovchiligini davolash (siydik haydovchi, antibakterial terapiya).
8. Energetik ta’minotni tiklash (10%li glukoza insulin bilan, enteral ovqatlantirish).
9. Proteolitik fermentlarni neytrallashtirish (trasilol, kontrikal, gordoks).
10. Gemodializ.

**Septik shok**

Grammanfiy va grammusbat bakteriyalar keltirib chiqaradi.

Septik shok 2 ta fazada kechadi:

*Giperdinamik* – bemorning yuzi qizargan, badani issiq, tana harorati vaqti-vaqtida ko‘tariladi, bemor qaltirab sovuq qotadi.

*Gipodinamik* – tana harorati 40 darajadan oshadi, havo yetishmaydi, bemor qo‘zg‘aluvchan bo‘ladi, terisi sarg‘ayib, lab va tirnoqlari ko‘karadi va bemor hushini yo‘qotadi. Nafas olishi 50 marta bo‘lib, bemorning qon bosimi pasayadi, pulsi tez va ipsimon bo‘ladi. Bemorning ko‘z sklerasi sarg‘ayadi.

Davolash:

1. O‘tkir nafas yetishmovchiligi va o‘tkir yurak yetishmovchiligi belgilarini bartaraf etish.
2. Antibakterial davo.
3. Simptomatik terapiya.
4. Hayotiy muhim a’zolar funksiyasi tiklangach, infeksiya o‘chog‘i sanatsiya qilinadi.

## 2.11. Koma holatidagi bemorlarda hamshiralik parvarishi

Koma – markaziy asab sistemasi faoliyatining tormozlanishi bo‘lib, barcha analizatorlar funksiyasining buzilishi bilan xarakterlanadi. Koma grekcha so‘z bo‘lib, «qattiq uyquga ketish», degan ma’noni anglatadi.

Komaning kelib chiqishida gipoksiya yotadi. Gipoksiya natijasida miyada qon va suyuqliklar aylanishi buziladi, miya shishi oqibatida paydo bo‘lgan zaharli moddalar neyronlarni o‘ldiradi, markazlarni ishdan chiqaradi.

Koma paydo bo‘lishiga ko‘ra quyidagi turlarga bo‘linadi:

- *nevrologik koma* – jarohat, yallig‘lanish, o‘sma, insult sababli markaziy asab sistemasining zararlanishi tufayli kelib chiqadigan koma;
- *endokrinologik koma* – ichki sekretsiya bezlarining yetishmasligi yoki funksiyasining oshishi tufayli paydo bo‘ladigan komalar;

- *toksik koma* – ekzogen va endogen zaharlanish tufayli paydo bo‘ladigan komalar;
- *gipoksik komalar* – gaz almashinuvining buzilishi va gipoksiya tufayli paydo bo‘ladigan komalar.

Komaning quyidagi darajalari mavjud:

*1-daraja* – bemor bo‘shashgan, savollarga qiyinchilik bilan javob beradi, atrofdagilarga nisbatan befarq, nutqi buzilgan. Bemor uyqu holatida bo‘lib, nafas olishi qisman tezlashgan, arterial qon bosim ko‘tarilgan bo‘ladi.

*2-daraja* – bemor sopor holatida bo‘lib, hushsiz, savollarga qiyinchilik bilan javob beradi, so‘zlarni cho‘zib, zo‘rg‘a gapiradi. Nafas olishi tezlashgan, taxikardiya, arterial qon bosim birmuncha pasaygan yoki me’yorda bo‘ladi. Reflekslar saqlangan, lekin sust bo‘ladi.

*3-daraja (og‘ir yoki chuqur koma)* – bemor hushsiz, reflekslari so‘ngan, qorachiqlar kengaygan. Terisi kulrang, akrosianoz. Nafas olishi tez va yuzaki, aritmiya, arterial qon bosimi tushib ketgan. Ixtiyorsiz defekatsiya va siydik ajralishi kuzatiladi.

*4-daraja (terminal holat)* – bemor hushsiz, reflekslar yo‘q, nafas olish patologik (Kussmaul va Cheyn-Stoks ko‘rinishida), arterial qon bosim aniqlanmaydi, yurak faoliyati to‘xtaydi. Bu davrda bemorni komadan chiqarib bo‘lmaydi.

### «Glazgo» shkalasi bo‘yicha simptomlarni aniqlash

Ushbu shkala oddiyligi va obyektivligi bilan ajraladi. Unda es-hushning buzilishi uchta ko‘rsatkich (ko‘z ochilishi, og‘zaki javob, harakat reaksiyasi) bo‘yicha belgilanadi, buzilish darajasi esa ballarda hisoblanadi.

Ushbu test o‘tkazilishi natijasida olingan ballar miqdori quyidagicha sharhlanadi:

15 ball – tiniq es-hush;

13–14 ball – gangish;

9–12 ball – sopor;

4–8 ball – koma;

3 ball – miya o‘lishi.

Ayrim kasalliklar natijasida kuzatiladigan modda almashinuvining buzilishlari oqibatida yuzaga keladigan organizmdagi o‘zgarishlar metabolik koma deb ataladi.

**Metabolik комaning tashxisiy mezonlari**

| T/r | Sabablari | Tashxisiy mezonlari |
|---|---|---|
| 1. | Qandli diabet | Og‘izdan atseton hidi kelishi, degidratatsiya, siydikda yuqori miqdorda qand va keton tanachalari. |
| 2. | Gipoglikemiya | Terlash, qaltirash, yuz giperemiyasi, taxikardiya. |
| 3. | Uremiya | Og‘izdan «uremik» hid kelishi, degidratatsiya, teri qurishi, mushaklar tortishishi, to‘sh ortidagi og‘riqlar, enteropativa. |
| 4. | Jigar yetishmovchiligi | Og‘izdan «jigar» hidi kelishi, sariqlik, terida petexiyalar, qon qusish, burundan qon ketishi. |
| 5. | Miksedema | Yuz shishishi, bo‘yinda chandiq, teri qurishi, bradikardiya, tana haroratining pasayishi. |
| 6. | Giperkapniya | Terlash, sianoz, bradikardiya, o‘pka patologiyasi belgilari. |

## Umumiy davolash va parvarish qilish choralari

Koma holatida birinchi yordam ko‘rsatish va davolashdan oldin uning kelib chiqish sabablari va boshlang‘ich darajalarini aniqlab olish zarur. Bular komani davolash uchun asosiy omil hisoblanadi. Maxsus o‘tkazilgan laboratoriya tahlillari tashxisni yana ham aniqroq belgilaydi va maxsus davolash tadbirlari o‘tkazishni ko‘rsatib beradi.

Koma holatida o‘tkazilgan reanimatsiya tadbirlari miyaning kislorodga nisbatan tanqisligiga, nafas olish va qon aylanishi buzilishining oldini olishga qaratilgan bo‘lishi kerak. Buning uchun bemorni yonboshga yotqizib (yengil darajada) og‘ziga havo o‘tkazuvchi naycha kiritiladi, og‘ir holatlarda esa intubatsiya yoki traxeostomiya qo‘yilib nafas beriladi. Zond orqali oshqozon suyuqligini so‘rib olish aspiratsiyaning oldini oladi. Nafas olish va qon aylanish faoliyatlarini ma’lum darajada ushlab turish kerak. O‘mrov osti yoki boshqa katta tomirga kateter qo‘yib 5% glukoza va boshqa dori-darmonlar kiritishga kirishmoq kerak.

Yuqorida keltirilgan tadbirlar bemorni transportda olib borish uchun ham zarurdir. Koma holatdagi bemor juda ham ehtiyotkorlik bilan olib boriladi va bu paytda kollapsning oldini olish maqsadida 1ml kordiamin tomira ichiga, 2–3 ml sulfakamfokain va 1 ml kofein teri ostiga yuboriladi.

Agar bemorda kollaps rivojlangan bo‘lsa, 1 ml mezatonga yoki 0,5 ml noradrenalin 250 ml 5% li glukoza eritmasi bilan 1 daqiqada 20–30 tomchidan tomir ichiga tomchilab yuboriladi.

Agar koma holati zaharlanish bilan bog‘liq bo‘lsa, shu joyning o‘zida oshqozonni tozalab (12–15 *l*) iliq suv bilan yuviladi. Transportda olib borishda har doim sun’iy nafas oldirish va yurakni tashqi uqalashni o‘tkazishga tayyor turish kerak.

Aspiratsiyaning oldini olish maqsadida bemorlarni yonboshi bilan yotqizib bosh tomoni biroz tushirilgan holatda transportda olib borish lozim.

Bemorning miyasiga qon quyilishi natijasida sodir bo‘lgan koma holatida transportda olib borish, ayniqsa, xavflidir. Bunday bemorlarni transportda olib borishda yorilgan qon-tomiridan qon oqishi va nafas olishni izdan chiqarishi bilan xavfli hisoblanadi. Agar bunday bemorlarda qon bosimi 180 mm. simob ustunidan yuqori bo‘lsa, transportda olib borishdan oldin, 200–400 mm qonni chiqarib tashlab, ehtiyotlik bilan bemorni zambilga yotqiziladi. Boshi chayqalmasligi uchun bemorning boshi oyog‘iga nisbatan yuqori qilib yotqiziladi.

## Giperglikemik koma

Qandli diabetning og‘ir asoratlari insulin yetishmovchiligi va glukozaning jigar va to‘qimalarda saqlanishi buzilishidan kelib chiqadi. Qandli diabet surunkali ko‘rinishda rivojlanib, yengildan og‘ir turiga qarab rivojlanib boradi.

Noto‘g‘ri davolanish o‘tkir va surunkali kasallik qo‘shilishi, intoksikatsiya, jigar kasalligi diabetning qaytalanishiga bu esa koma oldi holatiga olib keladi.

Organizmga glukoza yig‘ilishining buzilishi tufayli keskin ravishda karbon suvlar, moylarning almashinuvi ham buziladi.

Natijada keton tanachalari oshib ketadi, bu esa qonda karbonat angidrid gazi oshishiga olib keladi.

Giperosmolyar (giperglikemik) koma qonning yuqori osmolarligi va giperglikemiya hamda organizmning yaqqol suvsizlanishi bilan kechadi. Qonda keton tanachalari koʻrsatkichi oshmaganda, asidoz aniqlanmaydi. Giperosmolyar koma ikkinchi tipdagi qandli diabetda kuzatilib, uning kam uchraydigan asorati hisoblanadi va koʻproq yoshi ulugʻ kishilarda kuzatiladi. Bemorlarda uchraydigan oʻtkir kasalliklar, infeksiyalar, sepsis, tananing kuyishi, siydik haydovchi dorilarni kop iste'mol qilish, oʻtkazilgan jarrohlik amaliyoti ushbu ogʻir asoratning rivojlanishiga olib keladi.

Yuqoridagi holatlar qandli diabetning ikkinchi tipida qonda insulinga qarshi garmonlarning keskin oshishiga va oqibatda toʻqimalarning unga boʻlgan sezuvchanligi kamayishiga hamda jigarda aminokislotalardan proteoliz va giperglukoneogenez kuchayishiga sabab boʻladi. Bularning barchasi toʻqimalar tomonidan glukoza parchalanishini qiyinlashtiradi va qonda uning miqdori oshishiga olib keladi.

Giperglikemiya natijasida bemorda glukozuriya, osmotik diurez, organizmning suvsizlanishi kuzatiladi. Bir vaqtning oʻzida organizmdagi mavjud insulin lipoliz va ketogenez jarayonini toʻxtatib turishga hamda ketoasidoz rivojlanishini oldini olishga imkon beradi.

Giperosmolyar koma bir necha kun ichida rivojlanib, bemorlarni yuqori darajadagi holsizlik, tashnalik va poliuriya bezovta qiladi. Deyarli barcha hollarda anoreksiya kuzatiladi. Obyektiv koʻrikda teri va shilliq pardalar quruq, teri elastikligi pasaygan, mushaklar va koʻz soqqasi tonusi susaygan. Komatoz holat tez rivojlanadi. Glukozani koʻp miqdorda miya hujayralariga kelishi hamda koʻplab sorbitol hosil boʻlishi sababli bemorlarda miyada qon aylanishining buzilishiga xos oʻchoqli oʻzgarishlar kuzatiladi. Ogʻir degidratatsiya holati giperosmolar gipotoniyaga, miokardning qisqaruvchanlik faoliyati susayishiga,

koptokchalar filtratsiyasining kamayishiga, oliguriya va anuriyaga olib keladi. Natijada bemorda shok, prerenal buyrak yetishmovchiligi va chuqur koma rivojlanadi. O‘z vaqtida zarur tibbiy yordam ko‘rsatilmasa, o‘lim yuz beradi.

Giperglikemik komaga tushgan bemorlar qonida glukoza miqdori ko‘tariladi. Qonda kreatenin miqdori oshib ketadi. Ushbu komani davolash diabetik ketoasidoz muolajasidan birmuncha farq qiladi. Bemorlarga ko‘proq suyuqlik quyish lozim. Suyuqlik yuborilish davrida bemor diurezi, arterial qon bosimi, tomir urishi, markaziy venoz bosimini kuzatib borish kerak. Ko‘rsatkichlarning ko‘tarilib borishi suyuqlikni kamaytirishga ko‘rsatma hisoblanadi.

**Klinikasi.** Diabet ketoatsidozning rivojlanishida ikkita: koma oldi va diabetik koma bosqichlari mavjud.

Koma oldi holatida bemorda behollik, uyqu bosish, bosh og‘rig‘i, ishtahaning pasayishi, kuchli chanqash, ko‘ngil aynish, ich ketish, til qurishi, og‘izdan atseton hidi kelishi, qonda qand va keton tanachalarining ko‘payishi (13 mg % ko‘p) siydikda oqsil, glukozalar, silindrlar paydo bo‘lishi kuzatiladi, bu holatlarda agar o‘z vaqtida, yetarli darajada davolash tadbirlari ko‘rsatilmasa, darhol diabetik koma bosqichiga o‘tishi mumkin. Bunday paytda bemor hushsiz, puls tez va yumshoq uradi. Arterial qon bosim pasayadi, harorati (35–36°C) tushib ketadi. Ko‘z olmalari yumshoq, nafas olish yuzaki, ba’zan qorin devori taranglashgan va o‘tkir qorin simptomlariga o‘xshaydi. Qonda yuqori leykotsitoz paydo bo‘ladi. Diabetik yoki giperglikemik komaning oqibati koma holatining davom etishi muddatiga va gemodinamikaning buzilishi darajasiga bog‘liqdir.

*Davolash:*

1. Koma holatida bemorning boshi yon tomonga burilgan holatda yotqiziladi va shifokor chaqiriladi.

2. Glukometr yordamida qand miqdori aniqlanadi. Siydikdagi qand va atseton miqlori aniqlanadi.

3. Oksigenoterapiya o‘tkaziladi.

Shifokor ko‘rsatmasiga binoan tez ta’sir qiluvchi oddiy insulin 50–100 TB vena ichiga fiziologik eritmada yuboriladi. Keyinchalik kichik dozalar rejimida insulin yuborish davom ettiriladi. Har soatda bemorga 10–15 TB yoki har ikki soatda 20–30 TB oddiy insulin teri osti yoki vena ichiga fiziologik eritmada tomchilab yuboriladi.

5. Har soatda barmoqdan qon olib qondagi qand miqdori aniqlab turiladi.

6. Bemor qusganda yordam ko‘rsatiladi.

7. Shifokor ko‘rsatmasiga binoan:

a) natriy xlor 0,9% – 500 ml vena ichiga tomchilab yuboriladi;

b) natriy gidrokarbonat 4% – 400 ml vena ichiga tomchilab yuboriladi;

d) askorbin kislota 5% – 5 ml vena ichiga fiziologik eritmada yuboriladi;

e) karboksilaza 100 mg fiziologik eritmada venaga yuboriladi.

11. Arterial qon bosim, puls har 10–15 daqiqada o‘lchab turiladi.

12. Arterial qon bosim pasayganda:

– kordiamin 2 ml teri ostiga;

– mezaton 1% 1 ml yuboriladi.

Bemor koma holatidan chiqqandan keyin shifokor ko‘rsatmasiga binoan, uzoq ta’sir qiluvchi insulin: Aktrafan, Pratafan, Mikstard, Humulin, Ultralong bilan davolash shifokor nazorati ostida davom ettiriladi. Komadan keyin insulin teri ostiga shifokor tayinlagan dozada inyeksiya qilinadi.

Reanimatsiya tadbirlari gemodinamik o‘zgarishlarmi va yurak-tomir faoliyatini saqlashga qaratilgan bo‘lishi kerak. Bemorning hushi tiklangandan 3–4 soat keyin asta-sekin umumiy ovqatlanish tartibiga o‘tkaziladi.

## Gipoglikemik koma

Qandli diabetni davolashda gipoglikemik koma (qonda glukoza miqdori 3–2,8 mmol/l) insulin miqdori oshib ketishi tufayli rivojlanadi.

**Sabablari:**

- insulin dozasini me'yoridan ortiq qabul qilish;
- ovqatlanish tartibining buzilishi – zarur miqdordagi oddiy uglevodlarni o'z vaqtida qabul qilmaslik yoki bir marotaba ovqatlanishni o'tkazib yuborish;
- haddan tashqari jismoniy zo'riqish (jismoniy zo'riqish vaqtida to'qimalarni insulinga bo'lgan sezuvchanligini kamaytiruvchi va jigardagi glukoneogenez jarayonini jadallashtiruvchi kontrinsular gormonlar ishlab chiqarilishi oshadi. Jigardagi glukoneogenez jarayoni qondagi glukoza miqdorini saqlab turish va miyaning glukoza bilan oziqlanishini ta'minlaydi). Insulin qabul qiluvchi qandli diabetga chalingan bemorlarda uning so'rilishi va ta'sir etishi davom etadi. Bu esa glukoneogenez jarayonini susaytiradi va natijada gippoglikoniyaga sabab bo'ladi.

**Klinikasi:** klinik kechishini shartli ravishda ikki bosqichga bo'lish mumkin. Boshlang'ich yoki simpotaodrenal va bosh miyaga kislorod yetishmasligi oqibatida yuzaga kelgan markaziy nerv sistemasidagi o'zgarishlar. Simpotaodrenal bosqichda bemorda katexolaminlar ortiqligi natijasida kuzatiladigan taxikardiya, qaltirash, terlash, ochlik hissi kabi belgilar paydo bo'ladi. Ulardan tashqari bosh og'rig'i vahima va bezovtalik kuzatilishi mumkin. Gipoglekimiya holati rivojlanib borgan sari markaziy nerv sistemasi disfunksiyasi, ya'ni mushaklar tonusining oshishi, o'zini boshqacha tutish, epilepsiyaga o'xshash tirishishlar yuzaga keladi va bemorda koma hamda miya shishishi rivojlanadi.

### Obyektiv tekshiruv ma'lumotlari

Koma oldidan bemor bo'shashib, holsiz, keyin esa bezovta, qo'zg'aluvchan bo'lib qoladi. Bemor agressiv, ma'nosiz xatti-harakatlar qiladi. Qaltiraydi va es-hushi aynib turadi. Ko'zdan kechirganda teri qoplamalari oqargan va nam holatda bo'ladi. Muskullar tonusi oshib, klonik va tonik talvasalar kuzatiladi.

Ko‘z soqqasi tonusi o‘zgarmaydi. Nafas olishi tezlashadi. Bemordan atseton hidi kelmaydi. Puls taxikardiya, arterial qon bosimi normada yoki sal oshadi. Komada bemor behush bo‘lib, ko‘z qorachiqlari kengayadi. Nafas olishi tez va yuzaki. Pulsi ipsimon, AB pasayadi. Muskullar tonusi pasayib reflekslar yo‘qoladi.

***Davolash:***

1. Bemorga darhol shirin choy ichiriladi, qand, non, konfet yediriladi. Shifokor chaqiriladi.

2. Bemor yotqizib qo‘yiladi.

3. Ekspress usulda qondagi qand miqdori aniqlanadi (3 mmol/l dan kam).

4. Shifokor ko‘rsatmasiga binoan:

Glukoza 40% – 40–80 ml vena ichiga yuboriladi, naf bermasa shu muolaja yana takrorlanadi.

Bemor hushiga kelmasa: glukoza 5% – 200 ml vena ichiga tomchlab yuboriladi.

Prednizolon 30–60 nig glukozaga qo‘shib vena ichiga yuboriladi.

Oksigenoterapiya.

Talvasada: seduksen 0,5% – 2 ml mushak orasiga inyeksiya qilinadi.

Arterial qon bosim pasayganda: Kordiamin 2 ml teri ostiga, mezaton 1% – 1 ml yuboriladi.

Bemor ahvoli muntazam kuzatib, baholab boriladi.

## Jigar komasi

Jigar komasi – metabolik komaning shakllaridan biri bo‘lib, jigar funksiyalarining keskin buzilishi, intoksikatsiya tufayli rivojlanadi.

Gepatoserebral yetishmovchilikning 3 tipi farqlanadi.

*Birinchi tip* – jigar-hujayraviy, destruktiv koma. Aksariyat hollarda bemor komaga olib kelgan patologik holat bilan davolanayotganda shifoxonada yuzaga keladi.

U gepatotsitlarning total yoki subtotal nekrozi bilan bog‘liq bo‘lib, 80% dan ortiq holatlarda o‘limga olib keladi. Virusli gepatit B va C og‘ir kechganda, to‘rt xlorli uglerod, fosfor, rangpar poganka bilan zaharlanganda va ba’zi dori vositalari ta’sirida yuzaga keladi.

*Ikkinchi tip* – portal tizimli aylanib o‘tuvchi koma. U jigar bo‘laklari arxitektonikasining turg‘un o‘zgarishi va portokaval venoz anastomozlarning hosil bo‘lishi bilan bog‘liq. Komaning bu tipi jigarning spirtli ichimliklar va virus ta’sirida yuzaga kelgan sirrozida kuzatiladi.

*Uchinchi tip* – terminal holat yoki gipokaliemik jigar komasi, surunkali jigar kasalliklari natijasida yuzaga keladi. Bu holat kaliy ionlarining o‘tkir yo‘qotilishi, kompensatsiyalanmagan va nafas bilan bog‘liq bo‘lmagan alkaloz tufayli toksikligi oshib ketgan ammiak ta’sirida rivojlanadi.

Davolash tamoyili – bemor zudlik bilan yonbosh holatda shifoxonaning reanimatsiya bo‘limiga yotqiziladi.

Jigar komasi o‘tkir jigar kasalliklari va surunkali gepatit, jigar sirrozida yuzaga keladi. Modda almashinuvining buzilish jarayoni oqibatida rivojlanadi. Bundan tashqari jigar distrofiyasi, glukogenning kamayishi, intoksikatsiya, oqsil almashinuvining buzilishi kabi omillar ham komaning rivojlanishiga sabab bo‘lishi mumkin.

*Klinikasi:* bemorda umumiy darmonsizlik, ishtahaning pasayishi, jigar o‘lchamining kichrayishi, keskin sariqlik, uyqusizlik va qo‘zg‘alish paydo bo‘ladi. Teri osti qon quyilishi, burundan, buyrakdan qon oqishi mumkin, najas rangsizlanadi. Og‘ir holatdagi komada hushidan ketish, axilik najas paydo bo‘ladi. Jigar o‘lchami juda kichrayadi. Siydikda oqsil va silindrlar paydo bo‘ladi.

**Davolash:** bemorga 50 ml 40% li glukoza vena ichiga, 5%–400 ml glukoza vena ichiga, 1 ml 20% li kofein teri ostiga, 2 ml kordiamin, 1 ml vitamin $B_{12}$, askorbin kislotasi 5% ligidan 5 ml vena ichiga kiritiladi. Qon ketishida qon to‘xtatuvchi ditsinon,

kalsiy xlorid yuboriladi. Kortikosteroidlardan prednizolon, kortizon yuboriladi. Ovqat moddalaridan oqsil va yog‘ miqdori chegaralanadi.

## Uremik koma

Uremik koma quyidagi jarayonlardan so‘ng rivojlanadi. Og‘ir metall tuzlari bilan zaharlanishda (simob, vismut, oltin, uran, sulfanilamidlar). O‘tkir infeksiya – ich terlama, sepsis, buyrak kasalliklari: glomerulonefrit, gidronefroz, buyrak sili va boshqalarda.

*Klinikasi:*

Uremiya odatda sekinlik bilan rivojlanadi va oliguriya hamda anuriya paydo bo‘lishi bilan kechadi. Sutkalik diurez 300 ml dan oshmaydi.

Bemorda dastlabki sutkada adinamiya, ishtahaning yo‘qolishi, ko‘ngil aynishi, qusish, ba’zan mushaklar tirishishi, es-hushining buzilishi paydo bo‘ladi. Yurak tonlari bo‘g‘iq, bradikardiya (1 daqiqada 40 martagacha) rivojlanadi. Siydikda ko‘pincha proteinuriya ko‘p miqdorda silindrlar, epiteliy va qon ajrala boshlaydi. Qonda azot qoldig‘i miqdori oshadi (500–600 mg) nafas olish ham yuza Kussmaul tipida bo‘ladi.

*Davolash:* bemor venasidan 250–500 ml qon chiqariladi va qon almashtirib quyiladi, 1% – 2–4 ml laziks fiziologik eritmada vena ichiga yuboriladi. 30 ml 40% li glukoza yoki 500 ml 5% li glukoza vena ichiga tomchilab quyiladi. 300 ml 4% li natriy gidrokarbonat eritmasi 10 ml 5% li askorbin kislotasi venaga yuboriladi. Tirishishda 30% li xloralgidrad eritmasidan 100–150 ml tomchilab huqna qilinadi, 1 yuminal 0,05 g 1 kunda 3 marta yoki 10% li natriy bromdan 10 ml vena ichiga va diuretiklar yuboriladi. Bu tadbirlar natijasiz bo‘lsa, 2–3 sutka davomida peritonial dializ qilinadi. Bu muolaja maxsus buyrak reanimatsiya markazlarida «Sun’iy buyrak» apparati yordamida o‘tkaziladi.

**NAZORAT SAVOLLARI**

1. Travmatik shok nima?
2. Travmatik shok sabablari.
3. Travmatik shokning nechta bosqichi bor?
4. Travmatik shokning belgilari.
5. Travmatik shokning nechta darajalari bor?
6. Travmatik shokda birinchi yordam qanday ko‘rsatiladi?
7. Koma holatida birinchi yordam qanday ko‘rsatiladi?
8. Giperglikemik koma nima?
9. Diabetik ketoatidozning bosqichlari haqida ma’lumot bering.
10. Giperglikemik komaning davosi haqida ma’lumot bering.
11. Gipoglikemik koma nima?
12. Gipoglikemik komaning klinikasi qanday kechadi?
13. Gipoglikemik komaning davosi haqida nimalarni bilasiz?
14. Jigar komasi haqida ma’lumot bering.
15. Jigar komasining klinikasi qay tarzda kechadi?
16. Jigar komasining davosi nima?
17. Uremik koma nima va uning klinikasi?
18. Uremik komaning davosi.

## 2.12. O‘tkir miokard infarkti bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Hozirgi vaqtda yurak qon tomir sistemasi kasalliklari ko‘p uchraydi. Jahon Sog‘liqni saqlash tashkilotining bergan ma’lumotlariga ko‘ra, inson o‘limiga sabab bo‘luvchi kasalliklardan birinchi o‘rinda yurak qon-tomirlar sistemasi xastaliklari turadi. Bu kasalliklarning rivojlanishi aqliy ishlar bilan shug‘ullanadigan odamlar sonining ko‘payishi va fan-texnikaning rivojlanib borishiga bog‘liqdir. Yurak qonni harakatlantirib uni inson a’zolari va to‘qimalariga yetkazib berib turadigan a’zodir. U old koks oralig‘iga joylashib, sog‘lom odam yuragining asosi chap tomonda 2 qovurg‘a damida, uchi 5 qovurg‘a oralig‘ida turadi, yurak hajmi 250–300 gr ni tashkil etadi. Yurak 3 qavat:

– ichki endokard;
– o‘rta miokard;
– tashqi perikarddan tuzilgan.

Arteriyalar – qonni yurakdan olib ketuvchi qon tomirlar.

Venalar – qonni yurakka olib keluvchi qon tomirlar.

Kapillar – arteriya va venalarni bir-biriga bog‘lab turuvchi bir qavatli eng mayda tomirlardir, ular moddalar va gazlar almashinuvini amalga oshiradi.

*Yurak qon-tomir sistemasi kasalliklarining asosiy klinik belgilari va tekshirish usullari.*

Qon aylanish sistemasi kasalliklarining o‘ziga xos klinik belgilari yurak o‘ynashi, uning to‘xtab-to‘xtab urishi (aritmiya), yurak sohasida og‘riq, hansirash, nafas qisishi (bo‘g‘ilish), shish, sianoz va boshqalar.

*Yurak o‘ynashi.* Sog‘lom odam tinch holatda va sezilarli fizik kuchlanishda ham yurak urishini sezmaydi, faqatgina fizik zo‘riqishda (masalan, zo‘r berib yugurgandan so‘ng) yurak urishi tezlashishi bilan uning qattiq urayotganini sezadi, tana harorati yuqori darajaga ko‘tarilganda ham yurak o‘ynashi seziladi.

Yurak ritmining buzilishi – aritmiya deb ataladi. Aritmiya yurakning to‘xtab-to‘xtab, xuddi xayolida muzlab, to‘xtab qolganday, qisqa kuchli urishi tushuniladi. Yurakning to‘xtab-to‘xtab urishi bir marotaba yoki davomli bo‘lishi mumkin. Bu holat yurak qisqarishining buzilishiga sabab bo‘ladi.

*Yurak sohasidagi og‘riq* yurak kasalligining muhim simptomidir. Og‘riq ko‘pincha to‘sh sohasida bo‘lib, ba’zan harakatni to‘xtatganda yoki nitroglitserin qabul qilganda o‘tadi.

*Hansirash.* Yurak muskullarining to‘satdan bo‘shashishi sababli hansirash kelib chiqadi (xuddi nafas qisish xurujiday), bu hol yurak astmasi xuruji deb ataladi.

*Shish* yurak yetishmovchiligining xarakterli belgisidir, aniqrog‘i o‘ng qorincha yetishmovchiligi. Yurak kasalliklarida shish asosan pastdan boshlanadi, bemor yotgan paytda shish bel va dumg‘aza sohasida aniqlanadi.

*Sianoz.* Lablar, burun uchi, barmoqlar ko‘karadi va yurak yetishmovchilik belgilaridan biri bo‘lib, shishdan oldin kelib chiqadi. Ko‘pincha akrosianoz kuzatiladi.

*So‘rab-surishtirish.* Qon aylanish sistemasi zararlanganda bemor hansirash, vaqti-vaqti bilan bo‘g‘ilib qolish, yurak o‘ynashi va yurak ishida to‘xtalish bo‘lib turishi, yurak sohasi hamda to‘sh ortidagi og‘riqlar, yo‘tal, qon tuflash, badanida shishlar borligidan noliydi. Yurak kasalliklarida hansirash paydo bo‘lishning sababi gazlar almashinuvining buzilib chala oksidlangan mahsulotlarning qonda to‘planib qolishidir.

Shishlar paydo bo‘lganda, birinchi galda venalar bilan kapillarlarda o‘tkazuvchanlik kuchayib, qonda to‘qimalarga suyuqlik o‘tadi. Bemor ko‘zdan kechirilganda, hammadan avval uning vaziyati, teri qoplamlarining rangiga ahamiyat beriladi. Yurak yetishmovchiligining xarakterli belgisi shishdir. Shish ko‘pincha (ayniqsa, yurak yetishmovchiligining dastlabki davrlarida) oyoqlarda, ba’zan u odam dam olganida yoki kechasi uxlab turganidan keyin tez yo‘qolib ketadi.

Yurak sohasi tekshirilganda, do‘ppayib chiqib turgan joyi (yurak yoki aorta anevrezmasi) borligini, yurak uchi zarbining ancha kuchayganini bilsa bo‘ladi.

Yurak fonendoskop yoki stetoskop bilan eshitib ko‘riladi. Normada ikkita yurak toni eshitiladi. I sistolik ton yurak qisqarib (sistola), chap bo‘lma qorincha klapani bilan o‘ng bo‘lma qorincha klapanlari bekiladigan va miokard tarang tortiladigan paytda yuzaga kelsa, II diastola vaqtida paydo bo‘ladi va aorta klapani bilan o‘pka stvoli klapanining berkilishidan kelib chiqadi. Sog‘lom odamda sistolik arterial bosim simob ustuni hisobidan 110 mm dan to 140 mm gacha borishi mumkin.

Miokard infarkti (MI) – bu miokardning ishemik nekrozi bo‘lib, koronar qon oqimining miokardni kislorodga bo‘lgan ehtiyojini o‘tkir qondirmasligi tufayli rivojlanadi. Qon aylanishining buzilishi yurak toj tomirlarining birortasini tromb bilan berkilib qolishi yoki ateroskleroz tugunchalari tufayli qon tomirlarining torayishiga olib keladi. Natijada ishemik nekroz rivojlanadi. Tromb hosil bo‘lishda qonning ivish xususiyati yuqori bo‘lishi ahamiyatga egadir. Uzoq muddat yurak-tomirlarining torayishi

ham ikkilamchi trombozga va nihoyat miokard infarktiga olib keladi.

Yurak mushaklarining zo‘riqishi, ruhiy qo‘zg‘alish kabilar infarktning rivojlanishida qo‘shimcha omillar hisoblanadi. Infarkt oldi davrida uning rivojlanishiga sabab bo‘lgan ayrim omillarni o‘z vaqtida aniqlash bilan miokard infarktining oldini olish mumkin. Infarkt oldi holatida bir necha marta stenokardiya xuruji tez-tez takrorlanishi, xurujda og‘riq kechishining kuchliligi, davomiyligi, og‘riqning jismoniy zo‘riqish yoki tinch holatda paydo bo‘lishi, nitroglitserin ta’sirida og‘riqning pasayishi yoki davom etishi va shu kabi o‘zgarishlar tez-tez takrorlanib turadi.

***Sabablari:*** yurak toj tomiri aterosklerozi, arterial gipertoniya, asabiy va jismoniy zo‘riqish, qon ivuvchanligining kuchayishi.

***Klinikasi:*** miokard infarktning asosiy belgilaridan biri— yurak sohasida paydo bo‘lgan kuchli og‘riqdir. Bu og‘riq stenokardiya og‘rig‘idan kuchliligi bilangina emas, balki uzoq davom etishi bilan ham farq qiladi. Og‘riq 2–3 soatgacha davom etishi, yurakdan chap yelkaga, chap qo‘l va ko‘krak ostiga tarqaladi. Bemorning umumiy ahvoli yomonlashuvi bilan davom etadi. Ba’zan og‘riq to‘shning so‘rg‘ichsimon o‘simtasi ostida paydo bo‘lib, ko‘krak qafasiga qarab tarqaladi. Og‘riq siquvchi yoki xuddi kuydirayotgandek xarakterga ega va o‘lim vahimasi bilan davom etadi. Og‘riq qoldiruvchi dorilar yuborilganda og‘riq qisqa muddatga to‘xtaydi va yana paydo bo‘ladi.

Miokard infarkti belgilarining rivojlanishiga ko‘ra o‘tkir miokard infarktining tipik va atipik turlari farq qilinadi. Miokard infarktining tipik turida to‘sh orqasidagi yoki yurak sohasidagi og‘riq bilan kechadi.

Klinik kechishi 5 ta bosqichdan o‘tadi:

**1-*bosqich:*** prodromal davri yoki infarkt oldi bosqichi. Uzoqligi bir necha soat, kun, bir oyni tashkil etishi mumkin.

**2-*bosqich:*** juda o‘tkir davri – o‘tkir ishemiya paydo bo‘lgan vaqtdan nekroz belgilari paydo bo‘lguncha o‘tgan davr bo‘lib, 30 daqiqadan 2 soatgacha davom etadi.

**3-*bosqich:*** o‘tkir davri – nekroz rivojlanishi, 2–14 kun davom etadi.

**4-*bosqich:*** nim o‘tkir davri – nekrotik to‘qima granulatsion to‘qima bilan qoplanadi va chandiq hosil bo‘lishining erta davri tugaydi.

**5-*bosqich:*** infarktdan keyingi davr – chandiqning zichligi oshadi va miokard ishida yangi o‘zgarishlarga maksimal adaptatsiya davri boshlanadi. 3–6 oy davom etadi.

Miokard infarkti mayda va yirik o‘choqli bo‘ladi.

**Klinikasi:** juda qattiq intensivlikdagi bosimli, o‘tkir, «xanjarsimon» og‘riq bezovta qiladi. U chap qo‘lga, pastki jag‘ga, quloqqa, tishlarga, qoringa, chap kurakka tarqaladi. Nekroz zonasi qanchalik katta bo‘lsa, og‘riq ham shunchalik kuchli bo‘ladi.

Og‘riq bir kuchayadi, bir kamayadi, bir necha soat davom etadi (20–30 daqiqadan ko‘p bo‘ladi). Nitroglitserin bilan og‘riqni to‘xtatib bo‘lmaydi. Bemorda o‘lim hissi, bezovta bo‘lish paydo bo‘ladi. Ayrim hollarda og‘riqsiz kechishi mumkin.

**Obyektiv ko‘rikda:** bemor juda bezovta, kuchli og‘riqdan o‘zini qo‘yarga joy topolmaydi, o‘lim vahimasiga tushadi. Teri, ko‘zga ko‘rinarli shilliq qavatlar oqargan, akrosianoz paydo bo‘lishi ham mumkin. Puls – bradikardiya, taxikardiya ayrim hollarda aritmiya bo‘ladi. Auskultatsiyada yurak tonlari bo‘g‘iq eshitiladi. Arterial qon bosimi pasayadi. Yurak chegaralari perkussiyada chap tarafga kengaygan holatda bo‘ladi.

**Miokard infarktining atipik shakllari.**

1. Abdominal (gastral) ko‘rinishi. Og‘riq epigastral sohada bo‘lib, qayd qilish, ko‘ngil aynishi, ich ketishi, oshqozon-ichak parhezi bilan kechishi mumkin. Qorin palpatsiyasi og‘riqli bo‘ladi.

2. Astmatik ko‘rinishi. Og‘ir hansirash, bo‘g‘ilish, pushti rang balg‘amli yo‘tal bilan kechadi.

3. Kollaptoid shakli. Kardiogen shok belgilari bilan kechadi – gipotenziya, bosh og‘rishi, ko‘z oldi qorong‘ulashishi. Sovuq terlash.

4. Shishli shakli. Hansirash, kamquvvatlik, shish, assit, gepatomegaliya, ya'ni o‘ng qorincha yetishmovchiligi belgilari kuzatiladi.

5. Aritmik shakli. Ekstrasistoliya, paroksizmal taxikardiya, titroq aritmiya.

6. Serebral shakli. Miyada qon aylanishi buzilishi bilan kechadi. Bosh aylanish, ko‘ngil aynish, qayd qilish, hushini yo‘qotish.

7. Sust simptomli (klinik belgili). Kamquvvatlik, terlash.

**Asoratlari:**

1. Aritmiyalar.
2. Kardiogen shok.
3. O‘tkir yurak yetishmovchiligi.
4. Perikardit.
5. Yurak yo‘rilishi.
6. Dressler sindromi.

## Kardiogen shok

Kardiogen shok – miokard qisqaruvchanlik qobiliyatining buzilishi natijasida yurak zarb hajmining keskin kamayishi va miokard mushaklarining kislorod bilan to‘yinishining buzilishi oqibatida rivojlangan patologik holat hisoblanadi.

Kardiogen shokning asosiy sababi miokard infarktidir. Miokard mushaklarining nekrozga uchragan qismi qisqarish jarayonida ishtirok etmaydi, agarda 40% va undan ko‘p maydon qisqarishda ishtirok etmasa, kardiogen shok rivojlanadi. Natijada yurak zarb hajmi kamayadi. Bu o‘z navbatida qorinchalarda bosim ortishiga va qorinchalarning kengayishiga olib keladi. Qorinchalar yetishmovchiligi arterial bosimning pasayishiga va kichik qon aylanish sistemasi gipertenziyasiga (o‘pka shishi) sabab bo‘ladi.

Kardiogen shokning turlari:

– Reflektor.
– Chin (haqiqiy) shakli.
– Areaktiv.
– Aritmik.

***Reflektor shakli*** – kuchli og‘riq va tomirlar tonusining keskin tushib ketishi bilan ifodalanadi.

***Chin (haqiqiy) shakli*** – yurak nasos funksiyasining buzilishi va umumiy periferik tomirlar qarshiligining ortishi bilan ifodalanadi.

***Areaktiv shakli*** – transmural miokard infarkti oqibatida kelib chiqadi va periferik tomirlar tonusining keskin ortib ketishi va mikrosirkulatsiyaning buzilishi bilan kechadi.

***Aritmik shakli*** – gemodinamikaning buzilishi taxikardiya va bradikardiya oqibatida rivojlanadi.

***Klinikasi:*** yurak sohasi, to‘sh orqasida kuchli og‘riq, og‘riq chap qo‘l, pastki jag‘ga tarqaladi. Xansirash, o‘lim vahimasini sezish. Arterial gipotoniya (A/B 80 mm. sim. ust. teng), tana haroratining pasayishi, teri rangining oqarishi, akrosianoz, oligoanuriya. EKG da miokard infarktiga xos belgilar kuzatiladi.

V.N. Vinogradov bo‘yicha kardiogen shokning 3 ta darajasi farqlanadi:

***I daraja (yengil):*** davomiyligi 3–5 soat, sistolik arterial qon bosim 90 mm.sim.ust.teng, puls bosimi 40–25 mm.sim.ust.teng. Yurak yetishmovchiligi belgilari sust rivojlangan.

***II daraja (o‘rtacha og‘ir):*** davomiyligi 5 soatdan ortiq, sistolik arterial qon bosim 80 mm. sim. ust. past, puls bosimi 30–15 mm. sim. ust. teng. O‘tkir yurak yetishmovchiligi belgilari yaqqol ifodalangan (tinchlikda hansirash, akrosianoz, o‘pkada xirillashlar).

***III daraja (og‘ir):*** davomiyligi uzoq, arterial qon bosim 15 mm. sim. ust. va undan past. O‘tkir yurak yetishmovchiligi avj olib boradi, o‘pka shishi kuzatiladi.

***Davolash:***

1. Markaziy va periferik vena kateterizatsiyasini o‘tkazish.
2. Oksigenoterapiya.
3. Og‘riqni bartaraf etish (Narkotik analgetiklar-morfin 1% – 1,0, promedol 2% – 1,0). Bemorda qo‘rquv hissini yo‘qotish uchun neyroleptoanalgeziya o‘tkaziladi (fentanil 0,005% – 1,0,

droperidol 0,25% – 1,0). Bu usulning afzalligi – simpatoadrenal sistemani tinchlantiradi, umumiy periferik tomir qarshiligini pasaytiradi, kichik qon aylanish sistemasida bosimni tushiradi, periferik qon aylanishni yaxshilaydi. Natijada yurakka tushayotgan zo‘riqish birmuncha kamayadi.

4. Trombolitik terapiya. Tromb hosil bo‘lishi va asoratlarni oldini olish maqsadida geparin, fibrinolizin, streptokinaza singari antikoagulyantlar buyuriladi.

5. Nitrat preparatlari. Nitroglitserin 0,0005 – antianginal miokardning kislorodga bo‘lgan talabini va chap qorinchaga tushayotgan zo‘riqishni kamaytiradi.

6. Arterial gipotenziya va o‘pka shishida gormonlar: gidrokartizon 1000 mg/s, prednizolon 500–600 mg/s tomchi usulida buyuriladi.

7. Yurak ritmini tiklash uchun antiaritmik preparatlar buyuriladi.

### Elek trokardiografiya va monitor kuzatuvi

EKG olish texnikasi: aniq EKG yozuvi olish uchun elektrod bemor terisiga yaxshi tegib turishi kerak va bemor elektr o‘tkazgichlardan 1,5–2 m uzoqlikda bo‘lishi kerak. Elektrodlar oyoqqa (boldirning pastki 1/3 qismiga) va qo‘lga (bilakning pastki 1/3 qismiga) teri spirt bilan yaxshilab tozalangach taqiladi. Elektrod ostiga natriy xlorning 5–10% li eritmasiga shimdirilgan salfetka qo‘yiladi yoki tok o‘tkazuvchi maxsus pastalar surtiladi.

Ko‘krak elektrodlari teriga vakuum hisobiga yopishtiriladi, keyin elektrodlar elektr simlar yordamida elektrokardiografga ulanadi (qizil o‘ng qo‘ldagi elektrodga, sariq chap qo‘lga yashil chap oyoqqa, qora rang o‘ng oyoqqa).

Elektrokardiograf 5 daqiqa davomida qizdiriladi va kerakli tezlikka qo‘yiladi (25 yoki 50 mm/soniya). Uzatmalar muruvati 0 holatiga qo‘yiladi. Maxsus kalibr tugmachasi bosilib, lenta tortish mexanizmi ishga tushiriladi.

Uzatmalar muruvati holati o‘zgartirilib standart I, II, III va kuchaytirilgan bir qutbli aVR (o‘ng qo‘ldan) aVL (chap qo‘ldan) aVF (chap oyoqdan) uzatmalar yoziladi.

Bir qutbli ko‘krak uzatmalari, muruvatni «V» holatiga keltirilib, ko‘krak elektrodi quyidagi joylarga qo‘yiladi:

$V_1$ – To‘sh suyagining o‘ng qirg‘og‘i to‘rtinchi qovurg‘a orasiga.

$V_2$ – To‘sh suyagi chap qirg‘og‘i to‘rtinchi qovurg‘a oralig‘iga.

$V_3$ – $V_4$ va $V_2$ ni tutashtiruvchi chiziqning o‘rtasiga.

$V_4$ – Chap o‘rta o‘mrov chizig‘i bo‘yicha beshinchi qovurg‘a oralig‘iga.

$V_5$ – Chap oldingi qo‘ltiq osti chizig‘i bo‘yicha beshinchi qovurg‘a oralig‘iga.

$V_6$ – Chap qo‘ltiq osti o‘rta chizig‘i bo‘yicha beshinchi qovurg‘a oralig‘iga.

Bemor karavotning temir qismiga tegmasligi kerak. Elektrokardiograf va bemor yotgan karavot yerga ulanishi kerak. Agar bemor sun’iy nafas apparatida bo‘lsa, apparat yerga ulanishi yoki qo‘lda (Ambu) sun’iy nafas berilishi kerak.

***Monitor kuzatuv:*** elektrodlar ko‘krak qafasiga yopishtiriladi. Elektrodlar yumaloq shaklda bo‘lib, o‘rtasida elektr to‘kini o‘tkazuvchi pasta bo‘ladi. Elektroddan yopishqoq qog‘oz ajratilib, elektrodni yopishqoq qismi bilan teriga yopishtiriladi. Teridagi tuklar (elektrodlarning teri bilan kontakti yaxshi bo‘lishi uchun) tozalanadi va spirt bilan artiladi. Elektrodlarni har kuni yoki kontakt buzilganda (ko‘chganda, pasta qurib qolganda) almashtiriladi.

Elektrodlarni ikkinchi standart uzatma ko‘rinishidagi EKG olish uchun quyidagi joylarga yopishtiriladi.

Manfiy elektrod (qizil) o‘ng o‘mrovning o‘rtasi pastiga, musbat elektrod chap o‘mrov o‘rta chizig‘i bo‘ylab oltinchi, yettinchi qovurg‘alar oralig‘iga, neytral elektrod qora chap o‘mrovning o‘rtasi pastiga.

Normal EKGda quyidagi tishlar va intervallar bo‘ladi:

R – ikkala bo‘lmachalar qo‘zg‘alishi, kengligi 0,06 dan 0,1 gacha, balandligi 1,5–2,5 mm.

Interval R – Q impulsning bo‘lmachadan qorinchaga o‘tish vaqti.

QRS – qorincha kompleksi qo‘zg‘alishning butun miokard qorinchalari bo‘yicha tarqalish vaqti. QRS kengligi 0,06 sek – 0,1 soniya.

ST interval qorinchalar qo‘zg‘alish intensivligi pasayish vaqti. Bu interval doim gorizontal chiziq bo‘lib. yuqori va pastga siljishi 1 mm dan oshmasligi kerak.

QT intervali yurak qorinchalarining qo‘zg‘alish vaqtini, ya’ni yurak elektrik sistola vaqtini ko‘rsatadi. Normada sistola vaqti 0,24 dan 0,55 gacha bo‘ladi.

Hamshira elektrokardiogramma olishni, bemorni kardiomonitorga texnika xavfsizligiga amal qilgan holda ulashni bilishi kerak. Elektrokardiogrammadagi asosiy o‘zgarishlarni bilishi va ular paydo bo‘lganda shifokorni xabardor qilishi lozim.

EKG: T – tishcha amplitudasi juda baland bo‘ladi va o‘tkirlashadi. Keyin shikastlanish belgilari paydo bo‘ladi (3 kun davomida): subendokardial ishemiya belgilari – ST segmenti izoliniyadan pasayib ketadi, T tishcha pasayib, ST intervali bilan qo‘shilib ketadi.

***Davolash:***

Bemorga qat’iy yotoq tartibi yaratiladi. Bemorni qimirlatmasdan yotqizib qo‘yiladi. Siqib turgan keyimlari bo‘shatib qo‘yiladi. Til ostiga tomir kengaytiruvchi dori vositalari yordamida og‘riq kamaytiriladi. Til ostiga nitroglitserin 0,0005 1 tabletkadan beriladi yoki izoket ayrazoli 1–2 dozada til ostiga sepiladi. Bu dorilarni 3–5 daqiqa oralatib berish mumkin. Kislorod yostig‘i yordamida namlangan kisloroddan nafas oldiriladi. Shifokor ko‘rsatmasiga binoan nonarkotik analgetiklardan analgin 50% 4 ml mushak orasi, baralgin 5 ml venaga yuboriladi.

***Og‘riqni qoldirish.***

Narkotiklar: morfin (l%–1–2 ml), promedol 2%–1–2 ml, omnopon 1–2%–1 ml, og‘riqni qoldiruvchi «kokteil» – promedol + 50%–2 ml analgin, 1%–1 ml dimedrol, 1%–0,5 atropin.

Neyroleptoanalgeziya: fentanil (narkotik analgetik) + droperidol (neyroleptik) – 2 ml, 3 ml. Fentanil 0,005% – 1–2 ml, droperidol 0,25% – 2–4 ml. Talamanal.

- antikoagulyantlar: geparin, fibrinolizin, dikumarin;
- nitratlar va nitritlar: nitrong, erinit, nitrosorbit, natriy nitrit;
- fibrinolitik preparatlar: fibrinolizin, streptokinaza, streptodekaza;
- oksigenoterapiya, yurak glikozidlari, elektr stimulatsiya.

Miokard infarktining har xil asoratlari ularning turiga ko‘ra davolanadi.

***Profilaktikasi.***

Miokard infarkti paydo bo‘lishining etiologik sabablarining oldini olish (ateroskleroz, gipertoniya). Miokard infarkti rivojlanishiga sabab bo‘ladigan omillarni o‘z vaqtida aniqlash va davolash. Dispanser kuzatuvi, infarkt oldi holatlariga o‘z vaqtida davo qilish.

## Bemorlarda hamshiralik parvarishi

Miokard infarktiga shubha qilinganda bemorni zudlik bilan kasalxonaga olib borish zarur. Bemor zambilda, kiyimida, qabulxonada yechintirmasdan olib ketiladi. Zambildan bemor palatadagi karavotga olib yotqiziladi. Miokard infarkti bilan og‘rigan bemorlarga davo qilishda rejim katta ahamiyatga egadir.

Bunday bemorlar uzoq vaqtgacha o‘rinda qimirlamay yotishi jismoniy hamda ruhiy jihatdan tamomila xotirjam bo‘lishi kerak.

Bemorni yuvintirish, badanini artish, tuvak tutish ishlari juda ehtiyotkorlik bilan bajariladi.

Tibbiyot hamshirasi miokard infarkti bilan og‘rigan bemorlarga parvarish qilish qoidalarini yaxshi bilishi kerak. Avvalo bemorga jismoniy tinchlik yaratish zarur.

Bir yon boshdan ikkinchi yon boshga o‘girilishga ruxsat berilmaydi.

Yurakda og‘riq paydo bo‘lganida til tagiga validol yoki nitroglitserin beriladi. Nitroglitserin bir chaqmoq qandga tomizilib tez so‘rish uchun bemorga beriladi.

Birinchi kunlari bemorni yarim suyuq ovqat bilan qoshiqda kam-kamdan ovqatlantirib turiladi. Keyingi kunlarda ovqatning umumiy kalloriyali hajmi cheklanadi. Suyuqlik sutkasiga 600 milli miqdorda ichishga ruxsat etiladi. Bug‘da pishirilgan kotletlar, ezilgan tvorog, olma, lavlagi, sabzi, qora olxo‘ridan tayyorlangan pyure berib turiladi. Bu ichak peristaltikasini kuchaytiradi va uning bo‘shalib turishiga yordam beradi.

Metiorizmga sabab bo‘ladigan taomlarni bermaslik kerak. Chunki qorinning dam bo‘lib turishi yurak ishini qiyinlashtirib qo‘yadi va og‘riqlar paydo bo‘lishiga sabab bo‘lishi mumkin. Bemorga har safar kam-kamdan ovqat berib turish lozim.

Bemorga bir yon boshdan ikkinchi yon boshga o‘girilib yotishga ruxsat etilgandan keyingina ovqat miqdori ko‘paytiriladi. Bunda: qaynatilgan go‘sht, baliq, ho‘l meva va sabzavotlar beriladi. Bemorning ichi qotib qabziyat bo‘lganida tozalash huqnasi o‘tkaziladi. Yotoq yaralarining oldini olish uchun rezina chambarlar qo‘yiladi. Miokard infarkti bilan og‘rigan bemorning choyshablarini ehtiyot bo‘lib almashtirish kerak. Bunda choyshab bemorning oyoqlaridan beliga tomon hamda boshidan beli tomon bint ko‘rinishida o‘rab kelinadi, so‘ngra bemorning beli sekin ko‘tarilib, kir choyshab chiqarib olinadi va tozasi yana xuddi shu taxlitda solib beriladi. Bemor terisi har kuni dezinfeksiyalanuvchi eritma bilan artib turiladi. Bemorni har qanday hayajon va bezovtalikdan ehtiyot qilish lozim. Yurak sohasida og‘riqlar paydo bo‘lsa, darhol shifokorga xabar berish lozim. Ichak faoliyatini kuzatish muhim ahamiyatga ega. Najas turib qolganda huqna qilish yoki bemorga surgi dori berish lozim. Bundan tashqari, bemor davolash mashqlarini qanchalik yaxshi va to‘g‘ri bajarayotganini (asta-sekin, oyoq-qo‘llarining passiv harakatlaridan faol harakatlar va nafas mashqlarigacha) kuzatish lozim. Bemorning faollik darajasini asta-sekin oshirishda, yurak qisqarishi chastotasi va arterial qon

bosimni nazorat qilishda, dorilarini o‘z vaqtida qabul qilishga yordam berishi lozim. Shuningdek, ovqatlanishni cheklash zarur, buning uchun gaz hosil bo‘lishiga sabab bo‘ladigan mahsulotlarni ovqat ratsionidan olib tashlash lozim. Parvarish qilishda bemor uchun tinch holat, yaxshi kayfiyat va kelajakka bo‘lgan ishonch majburiy shartlardandir.

***Fiziologik holat.*** O‘tkir davrda bemorga qat’iy yotoq tartibi tayinlangani sababli, hamshira unga hojat chiqarishda yordam berishi lozim. Dastlabki kunlari bemor fiziologik hojatni yotgan o‘rnida amalga oshiradi. Hamshira fiziologik hojatda yordam berishda minimal harakatlanishni ta’minlaydi.

Og‘riqni yo‘qotish maqsadida qo‘llanilgan morfin gidroxlorid ichak peristaltikasiga ta’sir ko‘rsatib, qabziyatga moyillikni keltirib chig‘arishi mumkin.

Davolash maqsadida buyurilgan tinch holat va harakatsizlik qabziyatga olib kelishi mumkin. Defekatsiya vaqtida odam kuchanganda ko‘krak ichi bosimi ko‘tariladi va ushbu holat tomirdan qon oqishi hajmini ma’lum bir vaqtga o‘zgartirib, yurak ishlashi hajmini oshiradi. Shu sababli najas o‘tishini nazorat qilish muhimdir.

Najasni yumshashtirish uchun mo‘ljallangan preparatlar yordamida defekatsiya vaqtida kuchanishni yengillashtirishga harakat qilish lozim. Yurakka ortiqcha og‘irlik tushmasligi va bemor kuchanmasdan hojat chiqarishi uchun muvofiq bo‘lgan usullarni tanlashi kerak.

Bemorda ertalabki yuvinish-taranishni amalga oshirish vaqtida bemorning ahvolini hisobga olgan holda yordam ko‘rsatish kerak. Badanning gigiyenik muolajalari ham zaruriyatga ko‘ra badanning alohida qismlarini artishdan butun badanni ishqalab artishgacha bajariladi.

Bemorning choyshabi yamoqsiz va choksiz yostiq jildlari bog‘ichsiz va tugmalarsiz bo‘lishi kerak. Bemorning qaddini baland qilib yotqizish kerak bo‘lganda karavotning bosh tomonini ko‘tarib qo‘yiladi. Pastga surilib ketmasligi uchun oyoqlariga tirgak

qo‘yiladi. Og‘ir bemorlar funksional karavotlarga yotqiziladi. Bunday karavotda yotgan bemorlarni urintirmasdan ularga qulay bo‘lgan sharoitni yaratish mumkun. Kasallik odam organizmining barcha a’zolari va sistemalari faoliyatini izdan chiqaradi. Kasal organizm teriga nisbatan ortiqcha talablar qo‘yadi, shunga ko‘ra bemor ozodalikka rioya qilishning ahamiyati ortadi.

Yuz va bo‘yinni har kuni yuvib turish lozim. Agar bemorga turish mumkun bo‘lmasa, u holda hamshira uni bulutcha (gubka) vositasida ko‘zadan suv quyib yuvintiradi. Qo‘lni har kuni va har gal ovqatlanishdan oldin, hojatxonaga borgandan keyin yuvish lozim.

**NAZORAT SAVOLLARI**

1. Miokard infarkti nima, turlarini sanang.
2. Miokard infarkti sabablari, belgilari, davolash usullari.
3. Miokard infarktining atipik variantlari, klinik belgilari, shoshilinch yordam.
4. Miokard infarktida EKG diagnostikasi.
5. O‘tkir miokard infarkti bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi.
6. Miokard infarktining asoratlari.
7. Miokard infarktida parhezning ahamiyati.
8. Miokard infarktini oldini olish choralari.

## 2.13. Kuygan bemorlarda hamshiralik parvarishi

– *kuyish* – termik, kimyoviy, elektr toki yoki nurning ta’sirida vujudga keladigan shikastlanishdir. Kuyish sabablariga ko‘ra:
– *termik kuyish* (quyosh nuri, ultrabinafsha nurlari, ochiq yong‘in, yonib turgan gaz, olov, issiq suyuqliklar, suyuq metall sochmalari, bug‘ va boshqalardan);
– *kimyoviy kuyish* – ba’zi kimyoviy moddalar ta’sirida (kislota, ishqor, og‘ir metallar tuzi, fosfor va boshqalardan kuyish);
– *nurlanishdan kuyish* – ionlantiruvchi radiatsiya ta’sirida kuyish;
– *elektr tokidan kuyish va chaqmoqdan kuyish.*

Kuyish ta’sirida teri va shilliq qavatdagi nerv oxirlari ta’sirlanib, kuchli og‘riq yuzaga keladi. Kuchli og‘riq o‘z navbatida markaziy asab sistemasining o‘zgarishiga sabab bo‘ladi. Issiqlikning to‘qimalarga ta’siridan kapillarlar devorlarining o‘tkazuvchanligi oshadi, oqibatda tomir ichidagi zardob teri ostiga va to‘qimalarga chiqib ketadi. Natijada kuygan to‘qimalar maydoni atrofida shish va pufaklar paydo bo‘ladi. Kuyishning 2–3 darajalarida suyuqlik yo‘qotish ko‘proq bo‘ladi.

Kuyish oqibatida plazma yo‘qotiladi, bir qism eritrotsitlar gemolizga uchraydi va qon aylanishining buzilishi natijasida gipoksiya rivojlanadi. Qon quyuqlashadi va uning yopishqoqligi oshadi. Kapillarlardan qon oqishi sekinlashadi. Organizmda qonning mikrosirkulatsiyasi buzilishi metabolik va biokimyoviy o‘zgarishlarga olib keladi. Oxirigacha parchalanmagan moddalar miqdori ko‘payadi va atsidoz rivojlanadi. Organizmdagi oksidlanish jarayonlarining buzilishi tufayli tana harorati pasaya boradi.

Yumshoq to‘qimalar qanchalik chuqur jarohatlanganiga qarab, kuyishning quyidagi darajalari farq qilinadi:

***I daraja*** **–** yuzaki epidermal kuyish. Teri qizaradi va shishadi.

***II daraja*** **–** teri yuqori qavatining kuyishi. Teri qizaradi va har xil kattaliklardagi pufakchalar hosil bo‘ladi, ularning ichi tiniq yoki xiraroq suyuqlikka to‘la bo‘ladi.

***III daraja*** **–** terining butun qavatini va qisman teri osti yog‘ to‘qimasini egallaydi. Bunda to‘qimalardagi oqsillarning ivib qolishi natijasida teri po‘stloq hosil qilib nekrozlanadi (o‘ladi).

***IV daraja*** **–** chuqur to‘qimalarning, ya’ni pay, suyak, mushaklarning kuyishi (to‘qimalar nekrozi, ko‘mirga aylanishi).

Barcha xildagi kuyish qattiq og‘riq bilan kechadi: ko‘p joy qattiq kuyganda shok paydo bo‘lishi mumkin. Kuyishning og‘ir-yengilligi xavfi faqat kuyish darajasiga bog‘liq bo‘lmasdan, balki kuygan sathning katta-kichikligiga ham bog‘liqdir. Masalan, badan sathining 1/3 qismi (bolalarda esa hatto 1/4 – 1/8 qismi)

kuyishi odam hayoti uchun xavfli bo‘lishi, badan sathining 1/3 – 1/2 qismidan ko‘prog‘ining kuyishi, odatda, o‘limga sabab bo‘lishi aniqlangan.

III darajada agar badanning 10% idan ko‘prog‘i kuysa, kuyish kasalligi boshlanadi. Bu kasallik nerv sistemasi faoliyatining buzilishi bilan xarakterlidir. Ko‘p suyuqlik yo‘qotish va kuchli og‘riq natijasida shok boshlanadi. Tana harorati 39°–40° ga ko‘tariladi. Kuygan soha bitishdan to‘xtaydi, yiringli jarayon kuchayadi, umumiy ahvol og‘irlashadi, ishtaha yo‘qoladi, bemor qusadi, oza boshlaydi va organizmning umumiy intoksikatsiyasi boshlanadi.

Kuyganda to‘g‘ri tibbiy yordam jarayoni ko‘rsatish uchun kuygan joyni o‘lchash muhim ahamiyatga ega.

1. *Kaft bilan o‘lchash* – katta yoshli odamda kaftning ichki yuzasi butun badan yuzasining 1–2% ini tashkil etadi. Kuygan joyga sterillangan salfetka yopib o‘lchanadi va shu son 1 yoki 1,2 ga ko‘paytiriladi.

2. *To‘qqizlar qoidasiga muvofiq o‘lchash* — bosh, bo‘yin yuzasi badanning 9% ni, bir qo‘l yuzasi 9% ini, tana 36% ini, har bir oyoq yuzasi 18% ini, oraliq va jinsiy organlar 1% ini tashkil etadi. Raqamlardan foydalanib kuygan yuzani taxminan aniqlash mumkin.

3. Kishi tanasining umumiy sathi 16000 $sm^2$ ga tengdir. Uni hisobga olib Postnikov (1949) kuyish joyiga steril sellofan qo‘yib, kuygan sathni aniqlashni ishlab chiqqan.

Kuyishda birinchi yordam ko‘rsatish umumiy va mahalliy choralardan iborat bo‘ladi.

Bu holda asosiy vazifalardan biri zararlanganni yong‘indan olib chiqish, yonayotgan joyni o‘chirish yoki kuyayotgan kiyimni yechib olishdir. Kiyimni tez o‘chirmoq darkor, buning uchun shikastlangan kishi choyshabga tez o‘raladi yoki qalin mato ishlatsa ham bo‘ladi. Kuygan joydan kiyimlar kesib olinadi, dastlabki 20 daqiqada kuygan sathlar sovuq suv bilan chayiladi

yoki botirib turiladi. Bu yordam ta’sirida og‘riq kamayadi, travmatik shokning oldi olinadi. Keyinchalik kuygan joylar spirt bilan artilishi mumkin. So‘ngra kuygan sath toza choyshab yoki uzunasiga qirqilgan, iloji bo‘lsa, dazmollangan kiyim-kechak bilan o‘raladi. Quruq, imkon boricha sterillangan bog‘lam ishlatilgani ma’qul. Shuningdek, maxsus aerozollar (olazol, amprovizol, pantenol, oleol – ko‘pik hosil qiluvchi aerozol + senovokain + dioksidin) va og‘riq qoldiruvchi moddalar ishlatiladi.

Oyoq-qo‘lning ko‘p joyi kuyganda, transport shinasi qo‘yish shart. Badan sathining ko‘p joyi kuyganda bemor sterillangan choyshabga o‘raladi. Kislota va ishqor ta’sirida kuyganda teriga tushgan kimyoviy moddalarni tezda sovuq suv bilan yaxshilab yuvish kerak. Shundan keyin kislotalar ta’siri ishqorlar bilan (2% li soda eritmasi, sovunli suv, bo‘r kukuni, qizdirilgan inagneziya sepmasi), ishqorlar ta’siri esa kislotalar (1–2% li sirka va limon kislota) bilan neytrallanadi. Qizilo‘ngach va me’da kimyoviy moddalardan kuygan birinchi soatlarda me’da ehtiyotlik bilan ko‘p miqdordagi suvda yuviladi, agar yuvish mumkin bo‘lmasa, kuygan bemorga sut yoki paxta yog‘i ichiriladi. Birinchi yordam ko‘rsatilgandan keyin bemor tibbiyot muassasasiga jo‘natiladi.

***Davolash.*** Kuyishni davolash bir qancha umumiy va mahalliy chora-tadbirlardan iborat.

*Umumiy choralar* – bemorning ahvoliga qarab shokka, zaharlanishga, suvsizlanishga, sepsisga va kamqonlikka qarshi kurashishdan iborat bo‘ladi. Bemor ko‘p miqdorda issiq shirin choy, mors va boshqalarni (bir kunda 4–5 litrgacha) ichishi lozim. Shuningdek, suyuqlik teri ostiga, mushaklar orasiga yoki huqna holida yuboriladi. Yuqori kalloriyali, oqsil va vitaminga boy ovqat yeyish katta ahamiyatga ega.

*Mahalliy davolash* – birinchi darajali kuyishda kuygan sohaga sterillangan vazelin surtish kifoya qiladi. Og‘riqni kamaytirish uchun kuygan sohaga 1% li novokain eritmasiga ho‘llangan

sterillangan salfetka yopiladi. Tozalash asosan, kuygan sohani va uning atrofini fiziologik eritma hamda 5% yoki 0,5% li nashatir spirt eritmasi bilan ohista yuvishdan, iflos qilib turgan narsalarni va pufakchalarning qolgan qismlarini olib tashlashdan iborat. Tozalashdan keyin har xil bog‘lamlar qo‘yiladi: quruq aseptik, penitsillin yoki novokain eritmasi bilan ho‘l, ko‘pincha esa mazli bog‘lamlar (vazelin yog‘i, sintomitsin emulsiyasi, vishnevskiy mazi) va boshqalardan foydalaniladi. Kuyishni hech qanday bog‘lamsiz ochiq davolash maqsadga muvofiqdir. III–IV darajali kuyishda o‘lgan to‘qimalarni olib tashlash (nekroektomiya) va terini ko‘chirib o‘tkazish tavsiya etiladi.

Kuyishni mahalliy davolashda bir necha maqsad ko‘zda tutiladi. Bunda infeksiyaning oldini olish yoki uni susaytirishga, plazma yo‘qotishning oldini olish yoki kamaytirishga, og‘riq sezgilarini tugatishga, kuyishdan zararlangan to‘qimalarning parchalanish mahsulotlari qonga so‘rilishini kamaytirishga va nihoyat, kuygan badanni epiteliy bilan tezroq qoplanishiga intilish kerak.

Hozirgi vaqtda kuyishni davolashning ikkita asosiy: ochiq va yopiq usuli tatbiq etilmoqda. Ochiq usul bog‘lamsiz usul deb ham ataladi. Yopiq usulda har xil dorilar surtilgan bog‘lamlar ishlatiladi.

Ochiq usulda davolaganda maxsus vositalardan foydalaniladi. Kuygan soha birlamchi tozalanib, bemor karkas ostidagi sterillangan choyshabga yotqiziladi. Karkas ustidan sterillangan choyshab va adyol yoyiladi. Karkas ichidagi lampalar yoqilib bemor isitiladi. Qurigan havo isituvchi ta’sir etib, kuygan soha ustida strup zich quruq po‘st hosil qiladi. Bu esa, kuygan sohani yaxshi himoya qiladi. Hozirgi paytda kuygan jarohatga terini ko‘chirib o‘tkazish usuli ham keng qo‘llanilyapti.

Ba’zan yuz va yuqori nafas yo‘llari kuyganda (qaynoq suv, bug‘ yoki gaz) halqum tez shishib, nafas qisganda traxeostomiya xirurgik davolash sifatida qo‘llaniladi.

Qo‘l-oyoq to‘qimalari qora ko‘mir bo‘lganda tirik to‘qima chegarasida amputatsiya qilinadi.

*Kuygan bemorlarni parvarish qilish*. Kuygan bemorning to‘shagi iflos bo‘lmasligi uchun matras bilan choyshab orasiga albatta kleyonka solinadi. Ichki kiyimlarini umumxirurgik bemorlarga nisbatan, tez-tez almashtirib turish kerak, chunki bunday bemorlarda yara yuzasi katta bo‘lganidan kiyim ko‘pincha yaradan ajralayotgan suyuqlikni shimadi. Uncha katta bo‘lmagan soha kuyganda terini haftada bir marta oddiy gigiyenik vanna qilib tozalash oson. Ko‘p joy kuyganda esa umumgigiyenik vannalardan tashqari, terining sog‘lom joylari har kuni 2% li bor spirt eritmasi bilan artib turiladi. Davolashda va parvarish qilishda kuygan bemorni ovqatlantirish juda katta ahamiyatga ega.

**NAZORAT SAVOLLARI**

1. Kuyish sabablari, turlari.
2. Kuyishning qanday darajalari farq qilinadi?
3. Kuyish maydoni va chuqurligi qanday o‘lchanadi?
4. Kuygan bemorlarni parvarish qilish.
5. Bemorlarni davolash.

## 2.14. Kechiktirib bo‘lmaydigan holatlarda bemorlarda hamshiralik parvarishi

Zaharlanish – o‘tkir kasallik kabi boshlanib, organizmga kimyoviy moddaning toksik ta’siri natijasida yuzaga keladi.

Zaharlanishning quyidagi turlari bir-biridan farq qiladi:

– maishiy (alkogolli, tasodifiy, qasddan);
– ishlab chiqarishdagi;
– bolalardagi;
– tibbiy;
– biologik;
– ovqatdan.

Organizmga zaharning tushish yo‘llari to‘rt xil bo‘ladi:

1. Ingalyatsion (tutun holida).
2. Teri orqali.
3. Ichak orqali.
4. Parenteral (ko‘pincha tibbiy).

Oziq-ovqat moddalari bilan zaharlanganda oshqozonni zond orqali 18–20°C haroratdagi 12–15 1 suv bilan (har bir porsiyasi 300–500 ml bo‘lishi kerak) yuvish lozim.

***Ilon chaqqanda,*** teri ostiga yoki muskul orasiga toksik modda tushganda 6–8 soatga o‘sha joyga sovuq qo‘yiladi. 0,3 mg 0,1% li adrenalin eritmasi, ilon chaqqan joyning yuqorisiga esa novokain blokadasi qilinadi.

Ingalyatsion zaharlanishda zaharlangan kishini toza havoga olib chiqib, nafas olish yo‘lini kislorod bilan ingalyatsiya qilish lozim.

Teriga toksik modda tushganda terini oqar suvda yuvib tashlash kerak.

Toksik modda to‘g‘ri ichakka, qinga, siydik pufagiga yuborilganda ularni huqna, sprinsirovka va kateterizatsiya qilish lozim.

Toksik moddani qon aylanish sistemasidan chiqarish uchun siydik haydovchi vositalar qo‘llaniladi.

O‘tkir zaharlanishdagi asosiy patologik sindromlar. Nevrologik o‘zgarishlar turli-tumanligi bilan farq qiladi, bu markaziy va periferik asab sistemasi strukturasiga bevosita toksik ta’sir natijasida hamda zaharlanganning boshqa a’zolari (jigar va buyrak) funksiyalarining buzilishi hisobiga bo‘ladigan intoksikatsiyalar natijasida kelib chiqadi. Eng og‘ir psixonevrologik o‘zgarishlarga intoksikatsion psixoz, toksik koma, tirishish sindromi kiradi.

Yurak-tomir faoliyatining buzilishi bu toksik shok bo‘lib, u arterial bosimining birdaniga pasayishi, teri oqarishi, taxikardiya, hansirash, qon tarkibining o‘zgarishi bilan kechadi.

Yurakka birlamchi ta’sir qiluvchi zaharli moddalar bilan zaharlanganda, yurak ritmi, uning o‘tkazuvchanligi buzilishi kuzatiladi va kollaps rivojlanadi.

Nafas olishning buzilishi quyidagi ko‘rinishda bo‘lishi mumkin:

1) aspiratsion-obturatsion shakli. Bu tilning orqaga ketishi va qusiq massalari tufayli tiqilib qolishi bilan kechadi;

2) nafas o‘zgarishlarining markaziy shakli ixtiyoriy nafas olish harakatlarining yo‘qligi yoki yetishmasligi bilan kechadi;

3) o‘pka shokining rivojlanishi bilan bog‘liq – o‘pka shishi, pnevmoniya, bronxospazm bilan kechadigan o‘tkir traxeobronxit.

Oshqozon-ichak sistemasining shikastlanishi o‘tkir gastroenterit, qusish, ich ketishi, qorinning har xil joyida va turli intensivlikdagi og‘riqlar ko‘rinishida kechadi.

Jigarning shikastlanishi jigarning kattalashishi va og‘riq bo‘lishi, ko‘z sklerasi va terining sarg‘ayishi bilan kechadi. Odatda qisqa vaqt ichida asabiy o‘zgarishlar ham qo‘shiladi – bezovtalik, qon ketishi, teri va shilliq qavatlarga qon quyilishi.

Buyraklar shikastlanganda, ko‘pincha tezda o‘tkir buyrak yetishmovchiligi rivojlanadi.

Oshqozon-ichak traktida toksik moddalar yig‘ilishi mumkin, shuning uchun oshqozon va ichak yuvilishi kerak.

***Uxlatuvchi moddalar bilan zaharlanish.***

Bunda ko‘rsatiladigan birinchi yordam: jabrlanuvchi koma yoki chuqur uyquga ketgan holatda bo‘ladi. Nafas vaqt-vaqti bilan, rangi oqarib ketgan yoki sianoz (ko‘karish), harorati ko‘tarilgan, keyinchalik toshma toshishi mumkin. Aktivlangan ko‘mir yoki qandaydir boshqa sorbentlardan foydalanish, oshqozonni yuvish va kuchli ichni suruvchi vositalarni yuborish shart.

***Alkogol bilan zaharlanish.***

Bunda shuni unutmaslik kerakki, alkogol katta miqdorda qabul qilinganda yaqqol psixotrop ta’sirga ega. Boshlang‘ich davrida o‘zini idora qila olmaslik, og‘riq sezishning pasayishi va hushidan ketish kuzatiladi. Birinchi yordam shundan iboratki, tezlik bilan oshqozonni yuvish, nafas yo‘llarining o‘tkazuvchanligini ta’minlash, yurak dorilarini berish va iloji bo‘lsa, kislorodoterapiyani boshlash kerak.

***Gazdan zaharlanish.***

Is gazi avtomashinalardan chiqadigan gazlar tarkibida va uylar pechka bilan isitilganda hosil bo‘ladi. O‘tkir zaharlanganda psixonevrologik buzilishlar ustun turadi, bosh og‘rishi, bosh aylanishi, chanqash, qayt qilish, hushdan ketish, nafas olishning buzilishi kuzatiladi. Birinchi yordam, avvalambor, jabrlanuvchini o‘choqdan zudlik bilan olib chiqishdan boshlanadi. Bronxlar o‘tkazuvchanligini ta’minlash, havo-kislorod aralashmasini uzoq vaqt kiritish va yurak-tomir preparatlarini yuborish zarur.

Hozirgi vaqtda sanoat, qishloq xo‘jaligi, uy sharoitida fosfororganik birikmalar bilan zaharlanish ko‘p tarqalgan. Bu modda asab sistemasiga ta’sir qiladi, ya’ni holsizlik, bosh og‘rishi, bosh aylanishi, toqatsizlik, nafas olishning buzilishi (bu holat nafas muskullarining bo‘shashishi bilan bog‘liq), qorinda og‘riq va ich ketishi kuzatiladi.

***Davolash:***

- iloji boricha tezroq organizmdan zaharni chiqarib tashlash (oshqozonni yuvish, ichni suruvchi vositalarni qo‘llash);
- maxsus antidot moddalar yuborish.

***Kuydiruvchi moddalar bilan zaharlanish.***

Bunga uksus (sirka) essensiyasi taalluqlidir. Klinik kechishi mahalliy kuydiruvchi ta’sirdan va umumiy-rezorbtiv ta’sirdan kelib chiqadi. Bemorlar tomog‘idagi kuchli og‘riq, qayt qilishi va nafas olishning kechikishidan shikoyat qiladilar. Suyuqlikni yo‘qotish shok holatiga olib keladi. Eritrotsitlarning parchalanish belgisi – qizil yoki jigarrang siydik paydo bo‘ladi. Davolash oshqozonni yuvish, promedol, yurak preparatlarini yuborishga asoslangan. Oshqozon yuvilgan suvda qonning bo‘lishi yuvishni davom ettirishga qarshilik qilmaydigan ko‘rsatma hisoblanadi (ishqoriy eritmalarni ishlatish man etiladi).

***Bo‘g‘ilish*** – o‘pkaga havo o‘tishi uchun to‘siqlar bo‘lganda kelib chiqadi. U yuqori nafas yo‘llariga yot jismlarning tushishi, shikastlanishi yoki ovoz boylamlarining tirishuvchi spazmlari

bilan asoslanishi mumkin. Nafas siqishida birinchi yordam berilganda, avvalo, toza havoning o‘tishi uchun qulay sharoit yaratishga harakat qilish, keyin jabrlanuvchini jonlantirish chora-tadbirlarini boshlash kerak.

***O‘tkir allergik reaksiyalar.***

Barcha dori-darmonlar (antibiotiklar, zardob va vaksinalar) hamda muayyan meva mahsulotlari allergik xususiyatga ega bo‘ladilar: tuxum, shokolad, asal, qulupnay, sitrus mevalar. Allergik reaksiyaning og‘irligi sensibilizatsiya darajasi bilan belgilanadi.

Anafilaktik shok allergik reaksiyalar to‘plami hisoblanib, juda og‘ir darajada kechadi. Anafilaktik shokning doimiy belgilaridan bo‘lib, o‘tkir tomir yetishmovchiligi, qon bosimining keskin tushishi bilan, yuzning oqarishi yoki giperemiyasi, sianoz, kuchli terlash, puls ipsimonligi hisoblanadi. Yurak ritmi chastotasi va to‘g‘riligi buziladi. O‘pka shishi rivojlanishi mumkin va qo‘ng‘iroqsimon nafas paydo bo‘lishi, ko‘p miqdorda ko‘pikli balg‘am ajralishi, o‘pkaning barcha yuzasi bo‘yicha xirillashlar, bronxospazm paydo bo‘lishi kuzatiladi. Psixomotor qo‘zg‘alishlar paydo bo‘lishi mumkin, u adinamiyaga, hushni yo‘qotishga, ixtiyorsiz siydik ajralishiga va defekatsiyaga sababchi bo‘ladi. Ba’zan alohida muskul guruhlarining uchishi hamda tonik yoki klonik tirishishlar yuz berishi mumkin.

Anafilaktik shokda birinchi yordam quyidagi ketma-ketlikda ko‘rsatiladi:

– allergik reaksiya chaqirgan preparatning inyeksiya qilingan yoki hasharot chaqqan joyining proksimal (yuqorigi) qismiga bog‘lagich siqib qo‘yiladi. Bu venoz shishni blokada qiladi va organizmga allergen kirishiga yo‘l qo‘ymaydi;
– teri ostiga 0,5 adrenalin qilinadi;
– maska yordamida kislorod berish kerak;

– tomoqning o‘ta shishida va nafas yo‘llarining o‘tkazuvchanligi buzilganda Dyufo ignasi yordamida konikotomiya qilinib, kateter kiritiladi;
– agar adrenalin kiritilishi natijasiz bo‘lsa, gemodinamikani stabilizatsiya qilish va sirkulatsiya bo‘layotgan qon hajmini tiklash uchun poliglukin tomchilatib yuboriladi;
– bronxospazmni yo‘qotish uchun 5–10 ml 2,4% eufillin yuboriladi;
– shu bilan birgalikda antigistamin (dimedrol, suprastin, pipolfen) preparatlar yuboriladi;
– vena ichiga kortikosteroidlar (prednizolon, gidrokortizon) yuboriladi.

## O‘tkir zaharlanishlarda hamshiralik jarayonini o‘tkazish. Oshqozonga zond qo‘yish va yuvish

Oshqozonga zond qo‘yishdan uni yuvishda (zaharlanishlarda, operatsiyadan oldin), oshqozon shirasini chiqarishda, naycha orqali ovqatlantirishda foydalaniladi. Zondga ishlatishdan oldin vazelin yoki glitserin surtiladi. Agar bemor hushida bo‘lsa, yutish harakatlari saqlangan bo‘lsa, undan zondni yutish iltimos qilinadi. Bir vaqtning o‘zida qizilo‘ngachga itarib kiritiladi yoki suv berilib va suv bilan yutish iltimos qilinadi. Agar oshqozon zondi uzoq vaqt turadigan bo‘lsa, ingichka naydan foydalaniladi va u burundan kiritiladi. Oshqozonni yuvishda og‘izdan kiritiladigan yo‘g‘on naydan (bir marta) foydalaniladi. Naycha oshqozonga tushganida ishonch hosil qilish uchun epigastral sohaga fonendoskop qo‘yib, shpris orqali 50 ml havo yuborib eshitiladi (agar nay to‘g‘ri qo‘yilgan bo‘lsa, yuborilgan suyuqlik oqib chiqadi, o‘pkaga aspiratsiya bo‘lmaydi). Oshqozonni yuvish va so‘rib chiqarish uchun Jane shpirisidan foydalaniladi. Ichak parezi bo‘lgan bemorni operatsiyadan oldin va operatsiyadan keyin bir necha kun, ichak parezi bartaraf bo‘lguncha ichaklarni naychalash va dekompressiya qilish mumkin. Ichaklarni

naychalashdan enteral ovqatlanishda ham foydalanish mumkin. Ba'zan nay (komatoz bemorlarda) traxeyaga ketib qolishi mumkin, bunda kuchli yo'tal kuzatilib, nayning qarama-qarshi tomonidan nafas shovqini eshitiladi. Bunday holatda nayni darhol olib tashlash kerak (laringospazm yuzaga kelishi mumkin). Ba'zan og'ir holatlarda va oshqozon to'la bo'lganda naychalashni osonlashtirish uchun to'g'ri laringoskopiyadan foydalaniladi (ezofagoskopiya). Bunda kornsang bilan nay qizilo'ngach orqali oshqozonga yuboriladi. Traxeyani intubatsiya qilish oshqozon shirasi bilan o'pka aspiratsiyasining oldini oladi. Oshqozon nayi burun katagida uzoq vaqt turib qolsa, yotoq yara yoki otit keltirib chiqarishi mumkin. Shuning uchun har 2 kunda boshqa burun katagiga almashtiriladi. Zond qo'yish vaqtida qizilo'ngach devorlari shikastlanishi, qonashi mumkin. Bu mediastinitga sabab bo'lishi mumkin. Nayning uzoq turishi esa burun nafasini va balg'am chiqarishning buzilishiga olib keladi.

Hamshira oshqozonga zond qo'yish va yuvishni, uni parvarishlashni bilishi lozim. Operatsiyadan keyingi bemordagi zond davolovchi shifokor ruxsatidan so'ng olib tashlanadi.

## Oksigenoterapiya

**Oksigenoterapiya –** bu to'qimalarga yetib borayotgan kislorod miqdorini turli texnik vositalar yordamida oshirishga qaratilgan usul va harakatdir. Oksigenoterapiyadan maqsad gipoksiyani yo'qotish va gipoksiya kelib chiqishining oldini olishdir.

Organizmga qo'shimcha kislorodni ingalyatsiya, giperbarik oksigenatsiya (GBO), enteral (oshqozonga), venaga, ekstrakorporal usullar bilan berish mumkin.

**Kislorod ingalyatsiyasi –** amaliy tibbiyotda eng ko'p tarqalgan. U nafas olinayotgan havodagi yoki gaz aralashmasidagi kislorodning foiz miqdorini oshiradi. So'ng plazmada kislorod parsial bosimi ko'tariladi, gemoglobinning kislorod bilan to'yinishi ortadi. Kislorodning plazmada eruvchanligi kuchayadi.

Kislorod ingalyatsiyasi samarasiga: bemorga berilayotgan konsentratsiyasi nafas yo‘llari ochiqligi alveolalar soni va funksional holati, alveokapillar qon aylanishi (mikroserkulatsiya), alveokapillar va eritrotsitlar membrana o‘tkazuvchanligi, gemoglobinning kislorodni o‘ziga bog‘lab keyin to‘qimalarga berish xususiyati va to‘qimalarning kislorodni o‘zlashtira olish xususiyatlari ta’sir qiladi. To‘qimalar metobolizmi qancha yuqori bo‘lsa (gipertermiya) shuncha kislorodga ehtiyoj ko‘p bo‘ladi. Oksigenoterapiyaga ko‘rsatmalar: turli gipoksiyalar. Gipoksiyaning klinik belgilari: sianoz (lablar, tirnoq osti teri qoplamalari), hansirash (taxipnoe bradipnoega o‘tib, keyin nafas to‘xtaydi), taxikardiya (dekompensatsiya bo‘lsa, bradikardiyaga o‘tib so‘ng yurak to‘xtaydi) arterial gipertenziya yoki gipotenziya, es-hushining yo‘qolishi – psixomator qo‘zg‘alish sopor, koma, tonik va klonik talvasalar. Kislorod ingalyatsiyasi uchun intranozal (burun) naychalar, bosh tentlari, yuz niqoblari (shu jumladan Ambu qopchasi), mikrotraxeostoma (teri orqali traxeyaga qo‘yilgan naycha vositasida), intubatsion nay, traxeostoma qo‘llaniladi. Ko‘proq burun naychalari va kanulalari ishlatiladi. Yumshoq rezina yoki elastik kateter burun katagiga shunday yuboriladiki, uning uchi og‘iz-halqum ko‘rilganda yumshoq tanglaydan pastda bo‘lishi kerak, ya’ni kateter pastki burun yo‘lida turishi kerak. So‘ngra kateterni yopishqoq tasma bilan burun qanotlariga mahkamlab qo‘yiladi. Chunki u sidirilib tashqariga chiqsa, ingalyatsiya samarasi pasayadi va aksincha ichkariga kirib ketsa, qizilo‘ngachga kislorod yetib oshqozonni shishirib yuborishi mumkin.

Kateter qo‘llanilganda «o‘lik masofa» ko‘paymaydi, lekin nafas kontori germetik bo‘lmagani uchun kislorod yuqori konsentratsiyasini hosil qilish qiyin. Kislorod ingalyatsiyasi 3–6 litr/ daqiqa bo‘lganda u qitiqlovchi va qurituvchi ta’sir ko‘rsatib bemorda negativ reaksiya paydo bo‘ladi (ingalyatsiyadan bosh tortadi).

Kanulalarni esa faqat tashqi burun yo‘liga kiritiladi. Ular qulay bo‘lib, bemor qiynalmaydi. Sanchqisimon burun kanulasi bilan ingalyatsiya o‘tkazilayotgan paytda gaplashish, ovqatlanish mumkin.

Hamshira kislorod ingalyatsiyasi uchun apparatni tayyorlashi va muolajani texnika xavfsizligiga amal qilib otkazishi kerak.

## Traxeya intubatsiyasi

**Traxeya intubatsiyasi** – nafas yo‘llarining o‘tkazuvchanligini ta’minlash va o‘pkaning sun’iy ventilatsiyasi uchun germetiklik hosil qilish maqsadida traxeya ichiga intubatsion naycha kiritishdir. Intubatsiyadan oldin laringoskopiya va traxeya intubatsiyasini yengillashtirish maqsadida analgetiklar, anestetiklar, trankvilizatorlar, miorelaksant va narkotiklardan foydalaniladi (sababi laringospazm, yurak faoliyati buzilishi) keyin kislorod bilan ingalyatsiya va yordamchi ventilatsiya qilib so‘ng intubatsiya qilinadi.

Agar bemor koma holatida bo‘lib traxeal va hiqildoq reflekslari so‘ngan bo‘lsa, laringoskopiya va intubatsiya uchun qo‘shimcha narkotik analgetiklar va trankvilizator, mioreleksantlar qilishning hojati yo‘q. Gipoksiyada va bradikardiyada vagus reflekslarini bartaraf qilish uchun tomir ichiga atropin sulfat, metasin yuboriladi. Traxeya intubatsiyasi laringoskop bilan og‘iz orqali (orotraxeal intubatsiya) amalga oshiriladi. Orotraxeal intubatsiyada 2 ta holatdan foydalaniladi. Ikkala holatda ham bemor chalqancha yotqiziladi. Klassik qulaylashtirilgan Djekson holatiga bosh ostiga 6–8 sm. li yostiqcha qo‘yiladi (bunda ko‘rinish yaxshilanadi), o‘ng qo‘lning 1 va 2 barmoqlari bilan bemorning tishlari va lablari suriladi. Chap qo‘lda laringoskopni ushlab klinok o‘rta chiziq bo‘yicha tish va tanglay orasiga kiritiladi. Til yuqoriga va biroz chapga suriladi. Bemor labi tish bilan klinok orasiga kirib qolmasligi uchun uni o‘ng qo‘l bilan suriladi.

Klinok kiritilishi bilan yumshoq tanglay, tilcha va hiqildoq qopqog‘i ko‘rinadi. To‘g‘ri klinokdan foydalanilganda hiqildoq qopqog‘i ko‘tariladi va ovoz paylari ko‘rinadi. Qizilo‘ngachga kirish hiqildoq ostida tirqishga o‘xshash ko‘rinishga ega. Agar klinok bukilgan bo‘lsa, til ildizi va hiqildoq qopqog‘i asosiga qo‘yiladi va klinok uchi ko‘tarilganda hiqildoq qopqog‘i ochiladi, ovoz bog‘lamlari harakatsiz ochiq holatda ko‘rinadi va traxeya intubatsiya qilinadi. Laringoskopiya vaqtida oldingi kesuvchi tishlarga klinokni tirash tishlar sinishiga, pastki jag‘ chiqishiga sabab bo‘lishi mumkin. Bemor nafas olayotgan bo‘lsa, ovoz bog‘lamlari ochilib-yopilib turadi. Ovoz yorig‘i yuqorida bo‘lsa, hiqildoqni o‘ng qo‘l bilan pastga ezib obzor va intubatsiya osonlashtiriladi.

Vizual nazorat ostida o‘ng qo‘l bilan kerakli kattalikdagi naychani klinok ariqchasi 2–3 sm yoni bo‘ylab ovoz boylamlari orasidan o‘tkaziladi. Intubatsion trubka ovoz bog‘lamlari orqasiga manjetka kirguncha yuboriladi. Manjetkaga havo yuborilib, germetizm hosil qilinadi. Trubka to‘g‘ri turganligini ko‘krak qafasi ekskursiyasidan va o‘pkani eshitib ko‘rib aniqlanadi (chuqur kiritilganda o‘ng o‘pkaga kirib qolishi mumkin). Endotraxeal trubka kattaligi maxsus formula va qo‘llanmalarda foydalanib tanlanadi.

**Nazotraxeal intubatsiya.** Intubatsion trubka uzoq vaqt turganda va stomatologik operatsiyalarda qo‘llaniladi. Uchiga glitserin surtilgan trubkani ehtiyotlik bilan burun katagiga kiritilib, burun-tomoqqa yuboriladi. Laringoskopiya qilish uchun trubkani uchidan ushlab (korntsang bilan) traxeyaga yo‘naltiriladi.

Ko‘rmasdan burun orqali traxeyani intubatsiya qilish laringoskopiya qilishning iloji bo‘lmaganda (travmatik defektlarda, anomaliyalarda) qo‘llaniladi. Bunda trubkani halqumga burunning pastki yo‘li orqali yo‘naltiriladi. Trubka teshigidagi nafas shovqini u hiqildoqqa yaqinlashganda kuchayadi. Trubka

ovoz bog‘lamlari orasidan o‘tganda yo‘tal paydo bo‘ladi. Nafas to‘xtaydi, keyin tiklanadi. Trubka to‘g‘ri turganligini sun’iy nafas berib ko‘krak qafasini ekskursiyasiga va auskultativ nazorat qilinadi.

Agar urinish samarasiz bo‘lsa yoki trubka to‘siqqa uchrasa, uni biroz tortiladi va qaytadan traxeya intubatsiya qilinadi.

Barmoq orqali ko‘rmasdan intubatsiya qilish laringoskopsiz holatlarda qilinadi. Tilni tortib, ko‘rsatkich barmoq og‘iz halqumga tiqiladi, hiqildoq qopqog‘ini barmoq bilan ko‘tarib, barmoq uchi ovoz tirqishiga qo‘yiladi. Barmoq trubkani yo‘naltirish uchun bu usul ham qo‘llaniladi.

Hamshira traxeyani muvaffaqiyatli intubatsiya qilish uchun kerakli anjomlarni tayyorlashi, intubatsiya vaqtida shifokorga assistentlik qilishi, favqulodda holatlarda – shifokor yo‘qligida bu vazifani o‘zi uddalay bilishi kerak.

### Siydik pufagini (naychalash) kateterlash

Siydik pufagini (naychalash) kateterlashda:

1. Aseptikaning barcha qoidalariga rioya qilish.

2. Yaxshi sterillangan kateterga vazelin yoki glitserin surtib ishlatish.

3. Kateterlashdan oldin qo‘lni yaxshilab yuvish.

4. Kateterning siydik pufagiga kiradigan qismiga qo‘l tekkizmaslik.

5. Kateterni pinset yordamida kiritish zarur.

Ayollarda siydik chiqarish kanali kichik va to‘g‘ri bo‘lgani uchun kateter qo‘yish ancha oson. Ularga Petser kateteri ishlatiladi. Bunda yo‘naltirgich (provodnik) yordamida hamshira (furatsillin bilan tashqi jinsiy a’zolarni yuvgandan keyin) bir qo‘li bilan katta uyatli lablarni kengaytiradi, ikkinchi qo‘li bilan esa pinset yordamida kateter qo‘yadi. Erkaklarda tashqi siydik chiqaruv kanali antiseptik eritma (furatsillin) bilan yuviladi chap qo‘li bilan jinsiy olat vertikal holatga keltirilib, shu qo‘lning

ko‘rsatkich barmog‘i bilan jinsiy olat lablari kerilib uretra teshigi orqali kateter (Timan, foli-manjetka bilan) uchidan ushlab siydik chiqaruv kanaliga kiritiladi. Kateter maxsus siydik yig‘uvchi idishga ulanadi. Siydik chiqaruv kanaliga infeksiya tushishining oldini olish uchun siydik pufagi 1 sutkada 2–3 marta iliq furatsillin (1:5000) bilan yuviladi. Hamshira ayol va erkaklar siydik qopini rezina (plastik) kateterlar bilan, aseptika qoidalariga rioya qilib naychalashni, uni parvarishlashni, maxsus idishlarga siydik to‘plashni bilishi kerak.

**NAZORAT SAVOLLARI**

1. O‘tkir zaharlanishlar deb nimaga aytiladi?
2. O‘tkir zaharlanish sabablarini ayting.
3. O‘tkir zaharlanish yo‘llarini sanab bering.
4. O‘tkir zaharlanish turlarini sanab bering.
5. O‘tkir zaharlanishlarda klinik belgilarni aytib bering.
6. Zaharlanishlarda birinchi tibbiy yordam ko‘rsatishni aytib bering.
7. Antidoterapiya nima?
8. Organizmning detoksikatsiya usullariga nimalar kiradi?

## FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

### Asosiy adabiyotlar


1. *Ziyayeva M.F., Xodjasheva M.D., Kasimova D.I., Xamedova M.A., Ochilov O‘.B.* Kattalarda hamshiralik parvarishi. 1-qism. – T.: «Niso poligraf» nashriyoti, 2014.
2. *Yusupova L.Yu., Burixodjayeva H.S., Shadiyeva Sh.* Kattalarda hamshiralik parvarishi. 3-qism. – T.: «Fan va texnologiya» nashriyoti, 2012.
3. *Барыкина Н.В., Зарянская В.Г.* Сестринское дело в хирургии. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2010.
4. *Yunusjonova Z.S., Mirzayeva S.A., Bositxonova E.I.* Psixologik parvarish. «O‘zbekiston faylasuflari milliy jamiyati», – T., 2010.
5. *Hamrayev A.J.,* X*amedova M.A.* Xirurgiya. – T.: «O‘qituvchi», 2009.


### Qo‘shimcha adabiyotlar


1. *Назиров Ф.Г.* и другие. Лекарственные препараты в Узбекистане. Справочник Видаль, «Астрофарм сервис», – Москва, 2008.
2. *Sobirov D.M., Gazizov A.Z., Ismailova B.X.* Tibbiy muolajalar. – T.: «Voris» nashriyoti, 2007.
3. *Nazirov F.G.* Bemorlarni uyda va shifoxonada parvarish qilish. – T.: «Abu Ali ibn Sino» nashriyoti. 2003.
4. JICA materiallari.

5. Internet saytlari:
   www.ziyo.net
   www.med.uz
   www.wikipedia.ru
   www.medical.ru
   www.minzdrav.uz
   www.tma.uz
   www.tashpmi.uz.

# MUNDARIJA

**KIRISH** ..... 3

**1-bob. XIRURGIK YO‘L BILAN DAVOLANAYOTGAN BEMORLARNING XUSUSIYATLARI**

1.1. Xirurgiya fani haqida tushuncha ..... 4
1.2. Jarrohlik ishini tashkil qilish ..... 4
1.2.1. Operatsion blok tuzilishi, vazifasi va jihozlanishi ..... 4
1.2.2. Aseptika va antiseptika asoslari ..... 7
1.3. Xirurgik yo‘l bilan davolanayotgan bemorlarda hamshiralik parvarishining xususiyatlari ..... 9
1.4. Og‘riq va og‘riqsizlantirish ..... 27
1.5. Desmurgiya ..... 33
1.6. Qon ketayotgan bemorlarda hamshiralikparvarishi ..... 38
1.7. Qon quyilgan bemorlarda hamshiralik parvarishi ..... 44
1.8. Yiringli yallig‘lanish kasalliklarida hamshiralik parvarishi ..... 50
1.9. Tayanch-harakat apparatining xirurgik kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi ..... 60
1.10. Nafas a’zolari va ko‘krak qafasining xirurgik kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi ..... 75
1.11. Kalla-miya shikastlari va miyaga qon quyilgan bemorlarning xususiyatlari ..... 95
1.12. Yurak va qon-tomirlarning xirurgik kasalliklarida hamshiralik parvarishi ..... 113
1.13. Ovqat hazm qilish a’zolarining xirurgik kasalliklarida hamshiralik parvarishi ..... 127
1.14. To‘g‘ri ichak kasalliklari ..... 155
1.15. Buyrak va siydik ajratish a’zolarining xirurgik kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi ..... 164
1.16. O‘smalar ..... 175

## 2-bob. INTENSIV TERAPIYANI O‘TAYOTGAN BEMORLARNING XUSUSIYATLARI


2.1. Reanimatologiyaning rivojlanish tarixi ..... 180
2.2. Reanimatsiya yoki jadal kuzatish bo‘limida hamshiraning ish o‘rnini to‘g‘ri tashkil etish ..... 183
2.3. Reanimatsiya va intensiv terapiya bo‘limining tuzilish va jihozlanishi ..... 183
2.4. Intensiv terapiya bo‘limi va kardioreanimatsiya bo‘limida hamshiralik parvarishi maqsadlari va hamshiraning tutgan o‘rni ..... 186
2.5. Terminal holatlar ..... 190
2.6. Yurak-o‘pka reanimatsiyasi ..... 192
2.7. Defibrillatsiya ..... 199
2.8. Intensiv terapiyani o‘tayotgan bemorlarda hamshira parvarishi xususiyatlari ..... 200
2.9. Intensiv terapiya vaqtida kuzatish (monitoring) ..... 208
2.10. Shok va koma holatidagi bemorlarda hamshiralik parvarishi ..... 217
2.11. Koma holatidagi bemorlarda hamshiralik parvarishi ..... 227
2.12. O‘tkir miokard infarkti bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik parvarishi ..... 238
2.13. Kuygan bemorlarda hamshiralik parvarishi ..... 251
2.14. Kechiktirib bo‘lmaydigan holatlarda bemorlarda hamshiralik parvarishi ..... 256
**FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR** ..... 268

*O‘quv nashri*

**M. F. ZIYAYEVA**

# XIRURGIK KASALLIKLAR BILAN OG‘RIGAN VA INTENSIV TERAPIYANI O‘TAYOTGAN BEMORLARDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

*Kasb-hunar kollejlari uchun o‘quv qo‘llanma*

Muharrir *A. Ziyadov*
Badiiy muharrir *J. Gurova*
Texnik muharrir *D. Salixova*
Musahhih *H. Zakirova*
Kompyuterda sahifalovchi *B. Babaxodjayeva*

Original-maket «NISO POLIGRAF» nashriyotida tayyorlandi.
Toshkent viloyati, O‘rta Chirchiq tumani, «Oq-ota» QFY,
Mash’al mahallasi Markaziy ko‘chasi, 1-uy.
Litsenziya raqami AI №265.24.04.2015.

Bosishga 2017-yil 10-noyabrda ruxsat etildi. Bichimi $60\times84^{1}/_{16}$.
Ofset qog‘ozi. «Times New Roman» garniturasi. Kegli 12,5.
Shartli bosma tabog‘i 17,0. Nashr b.t. 15,81. Adadi 2451 nusxa.
Buyurtma №632.

«NISO POLIGRAF» MCHJ bosmaxonasida chop etildi.
Toshkent viloyati, O‘rta Chirchiq tumani, «Oq-ota» QFY,
Mash’al mahallasi Markaziy ko‘chasi, 1-uy.