



ТИББИЁТ ОЛИЙ
БИЛИМГОҲЛАРИ
ТАЛАБАЛАРИ УЧУН
ЎҚУВ АДАБИЁТИ

Б. С. ТУРСУНОВ

ХИРУРГИК БЕМОРЛАР ПАРВАРИШИ

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус
таълим вазирлиги тиббиёт олий билимгоҳлари
талабалари учун дарслик сифатида тасдиқлаган

Тошкент
Ибн Сино номидаги
нашриёт-матбаа бирлашмаси
1993

Тақризчилар: I Тошкент Давлат тиббиёт олий билимгоҳи стома-
тология куллиёти хирургик касалликлар кафедраси профессори
С. М. Аъзамхўжаев; I Тошкент Давлат тиббиёт олий билимгоҳи
госпитал хирургия кафедраси мудир, профессор А. В. Воҳидов,
шу олий билимгоҳ умумий хирургия кафедраси мудир, профессор
А. Ҳ. Янгиев

Турсунов Б. С.

- Т 91 Хирургик беморлар парвариши: Тиббиёт олий
билимгоҳлари талабалари учун дарслик. — Т.: Ибн
Сино номидаги нашр., 1993. — 182 б. — (Тиббиёт
олий билимгоҳлари талабалари учун. Ўқув адаби-
ёти).

Турсунов Б. С. Уход за хирургическими больными.

Дарсликда клиник медицинанинг бўлимларидан жарроҳлик касал-
ликларида беморлар парваришининг алоҳида ўзига хос томонлари
ёритилган. Китоб шу фан бўйича чиқарилган ўқув дастурига тўла
мувофиқ келади.

ББК 53.5

Т 4108020000 — 010
М 854 (04)—93 75.—92

ISBN 5-638-00569-2

© Б. С. Турсунов, 1993

ҚИРИШ

Ҳар қандай касалликка даво қилишда бемор парвариши муҳим ўрин тутати. Парвариш деганда бемор аҳволини енгиллаштиришга ва даволашнинг муваффақиятли чиқишига қаратилган тадбирларни тушуниш лозим. Бу тадбирлар касалликнинг тури ва характерида қатъи назар умумий ва муайян бўлиши мумкин. Кейингисига эса хирургик беморлар парвариши, урологик, онкологик, куйиш касаллиги, стоматологик, травматологик ва бошқалар кириши мумкин. Бошқача қилиб айтганда булар махсус парвариш турларидир.

Умумий парваришнинг ҳажми беморнинг соғлиқ ҳолатига боғлиқ бўлиб, ўз ичига: ширинсуханлик ва меҳрибонлик билан беморнинг кайфиятини кўтариш, бемор аҳволи устидан кузатиб бориш, беморнинг бўш вақтини ташкил қилиш, қулай ўринбош тайёрлаш ва уни тоза тутиш, беморларни ювиниб-тараниш, овқат ейиш, организмнинг физиологик эҳтиёжлари вақтида ёрдам бериш, санитария-гигиеник шароит яратиш ва уни сақлаб туриш ҳамда врач кўрсатмаларини ўз вақтида бажариш каби муҳим ишларни қамраб олади.

Беморларни парвариш қилиш айни вақтда касаллик туфайли дармони қуриган организмда жиддий асоратлар ривожланишига тўсқинлик қиладиган профилактик тадбир ҳам ҳисобланади.

Айниқса хирургик беморларни парвариш қилаётганда унинг касаллигини эмас, балки беморнинг ўзини кўз олдимизга келтиришимиз керак. «Даволаш» ва «парвариш» тушунчаларини бир-биридан ажратиш мумкин эмас, чунки улар бир-бири билан узвий боғлиқ, бириккинчисини тўлдириб туради ва битта мақсадни кўзда тутати.

Медицина олий билимгоҳи талабалари беморларни парвариш қилишда тиббий ҳамширалар билан биргаликда ишлашлари лозим, айрим ҳолларда эса баъзи тадбирларни бажаришда кичик тиббий ходим — санитаркалар (энагалар) ёрдамидан фойдаланилади.

Тиббий ҳамширанинг иши ниҳоятда масъулиятли, чунки беморни асосан улар парвариш қилишади. Ўз ишига меҳр қўйган, беморга меҳрибонлик кўрсата олган тиббий ҳамширагина яхши ҳисобланади. Бироқ бундан ташқари тиббий ҳамшира ва ишлаб чиқариш практикасини ўтаётган ёки махсус беморлар парваришига оид программа асосида дарс ўтаётган олий медицина билимгоҳи талабалари етарли даражада тиббий билимларга эга бўлиши ва қуйидаги вазифаларни адо этиши керак: а) беморларни (айниқса хирургик) врачлар, ассистентлар, доцентлар ёки профессор кўраётганда албатта қатнашиши, беморларнинг соғлиқ ҳолати тўғрисида маълумотлар бериш; б) операция қилинган беморларнинг боғламларини (повязка) кўздан кечириб туриш, ҳар хил ажралмалар билан, айнқса қон билан ҳўлланганда дарҳол врачни хабардор қилиш; в) эрталаб ва кечқурун беморларнинг ҳароратини ўлчаш, термометр кўрсаткичларини температура варақасига ёзиш, бир минут ичида томир уриши ва нафас олиш сонини ҳисоблаш, диурезни, касаллик тарихига батартиб ёзиб бориш; г) врач кўрсатмаси бўйича анализлар учун материаллар (қон, сийдик, ахлат ва бошқалар) йиғиш, уларни лабораторияга етказиш, текшириш натижаларини ўз вақтида йиғиш ва уларни касаллик тарихига ёпиштириб қўйиш; д) беморларни кўриш учун касалхонага келувчиларнинг касалхона ички тартиб-қоидаларини аниқ бажариши устидан кузатиш; е) қайси аъзо операция қилинганига қараб порция талабномаларини тузиш ва беморларнинг ўзларига белгиланган парҳез таомлари олишлари устидан кузатиб бориш; ё) операция қилиш керак бўлган беморлар учун асосан қон, дори-дармонлар, боғлов материали ва беморларни парвариш буюмларига талабномалар тузиш ва бўлим ҳамширасига топшириш.

Тиббий ҳамширанинг вазифаларидан бири бемор психикасини имкон борича эҳтиётлашга ва даволашнинг таъсирчанлигини оширишга қаратилган, тиббий ходимларнинг хатти-ҳаракати принциплари тўғрисидаги фан — тиббий деонтология қоидаларига пухта риоя қилиш ҳисобланади. Бемор билан хушмуомалада бўлиш ва унга меҳрибонлик қилиш, бемор ножўя хатти-ҳаракат қилганда ўзини тута билиш, бемор ва унинг яқин қариндошлари билан мулойимлик билан гаплашиш, врачга сиполик билан мурожаат қилиш ва унинг танқидий фикрларига босиқлик билан қулоқ солиш — тиббий ҳамширанинг асосий фазилатларидан бўлиши керак.

Тиббий ҳамшира беморга ҳам, унинг қариндошларига ҳам ҳеч қандай ортиқча маълумотлар бермаслиги керак. Бемор ҳузурида парвариш жараёнида вужудга келади-ган асоратлар тўғрисида гапирмаслик ва даволаш жараёнида рўй бериш эҳтимоли бўлган камчиликларга диққатни жалб қилмаслик керак.

Аксарият тиббий ҳамширанинг беморга даволовчи врач келгунга қадар шошилиш тиббий ёрдам кўрсатишига тўғри келади. Агар тиббий ҳамшира даволаш муолажаларининг техникасини яхши билмаса у бундай ёрдамни кўрсата олмайди. Шунинг учун техникавий кўникмаларни доимо такомиллаштириб бориш ҳамширанинг вазифаси ҳисобланади.

Тиббий ҳамшира даволаш муассасасидаги тартиб-интизомни сақлаб туриш ва кичик тиббий ходимдан ҳам унга рия этишини талаб қилиши керак. Тиббий ҳамширанинг врачга муносабати уларнинг умумий ишни қилаётганлиги ва умумий мақсадга интилаётганлиги билан белгиланади. Интизомли, ҳаракатчан, саранжом-саришта ва озода тиббий ҳамшира врачнинг яхши ёрдамчисидир. Бироқ врачнинг яхши ёрдамчиси бўлиши учун тиббий ҳамшира врачнинг ҳар бир кўрсатмасидаги маънони яхши тушуниб олиши ва уни онгли бажариши лозим. Бунинг учун у тиббий адабиётларни доим ўқиб бориб, олган билимларини такомиллаштириб туриши лозим. Тиббий ҳамшира врачнинг у ёки бу кўрсатмасининг зарурлигини тушуниб етганидан кейингина беморга тайин қилинган давонинг фойда бўлишига уни ишонтира олади. Тиббий ҳамшира ўзининг ҳамма шубҳаларини врачга маълум қилиши керак. Бундан ташқари, ўзининг хатти-ҳаракати билан врачнинг обрў-эътиборини мустаҳкамлаши, беморда врачга бўлган ишончини қувватлаб туриши керак.

Юқорида келтирилганлар беморларни умумий ва махсус парвариш қилишдаги асосий қондаю-қонунлардан (элементлардан) иборатдир. Аммо махсус парвариш қилиш турларига кирадиган хирургик беморлар парвариши алоҳида ўрин тутати.

Медицина олий билимгоҳлари талабалари тиббий ҳамшира ишига доир кўникмаларни, айниқса III курсдан кейин тиббий ҳамшира ёрдамчиси сифатида ишлаб чиқариш практикасида ўтаётганда эгаллай бошлайдилар. Бу даврда улар беморларни парвариш қилишнинг асосий элементларини ўрганадилар. Ҳозирги вақтда эса хирургик беморлар парваришини (махсус парвариш)

программа асосида ўтадилар. Мазкур ўқув қўлланмаси талабаларга ўзининг амалий фаолиятини яхшироқ тайёрлашда, махсус парвариш соҳасидаги билимларини ва амалий малакаларини мустаҳкамлашда ёрдам беради деб умид қиламиз.

Ушбу қўлланмани яратишда ўзларининг қимматли маслаҳатларини ва ёрдамларини кўрсатган профессорлар: И. А. Аҳмаджонов, А. М. Мамадалиев, Т. Ж. Жўраев, медицина фанлари номзодлари: С. А. Аллазов, Ц. С. Хутиевларга ўз миннатдорчилигимни билдираман.

Қўлланма биринчи бор ўзбек тилида чоп этилиши муносабати билан баъзи камчиликлардан ҳоли бўлмаслиги мумкин, билдирилган фикр ва мулоҳазаларни бажонидил қабул қиламан.

КЛИНИКА БИЛАН ТАНИШИШ. ХИРУРГИК БЕМОРЛАРНИ УМУМИЙ ПАРВАРИШЛАШ ТУҒРИСИДА ТУШУНЧА

Жарроҳлик ёки хирургия — беморларнинг танасига тиг теккизиб, яъни операция қилиш йўли билан даволаш туғрисидаги фандир. Жарроҳлик клиникасида беморлар даволанади, илмий-тадқиқот ишлари олиб борилади ва талабаларни ўқитилади ва улар тиббий малакани эгаллайдилар. Қасалхонада беморларни ётқизиб даволаш ишлари олиб бориладиган қисм стационар дейилади.

Бизнинг мамлакатимизда аҳолини жарроҳлик усулида даволаш жойларда ўз-ўзига ва ўзаро ёрдам кўрсатишдан то даволаш марказларида энг мураккаб операцияларни бажаришгача бўлган изчилликда олиб борилади.

Жарроҳлик стационари уч хил бўлади: умумий профилли, ихтисослашган ва ўта ихтисослашган.

Жарроҳлик клиникаларида: анестезиология-реанимация, шошилиш жарроҳлик, йирингли жарроҳлик, томир жарроҳлиги бўлимлари ва бошқа бўлимлар бўлиши мумкин. Ҳар бир жарроҳлик бўлими ўз навбатида палаталар, ординаторлар хонаси, операцион блок, овқатланиш хонаси ва санитария тармоғидан иборат бўлади.

Жарроҳлик беморларнинг умумий парвариши врач тавсияномаларини ўз вақтида ва аниқ бажарган ҳолда беморнинг тезроқ шифо топиб, куч-қувватининг тикланишига ва унинг азобини, дардини енгиллатишга қаратилган изчил чора-тадбирлардир.

Беморлар парвариши бўйича кичик медицина ҳамшираси деган ихтисослик илгариги «санитар» ўрнига 1968 йилдан бошлаб касаллар парвариши бўйича ўқишни тугатган кишиларга берилади. Ўқиш муддати ишдан ажралган ҳолда 2 ой ва ишдан ажралмаган ҳолда 4 ой давом этади. Кўпгина даволаш муассасаларида бўлимда ихтисосликни ҳисобга олиб, махсус дастур бўйича доимий ўқитиш йўлга қўйилган.

Кичик медицина ҳамширасининг иши врач ва медицина ҳамширасининг иши сингари масъулиятлидир.

Кичик медицина ҳамширасининг вазифаси қисқача қуйидагилардан иборат:

1) беморлар парвариши ва бўлимни тоза сақлаш;
2) врачлар ва ҳамшираларнинг топшириқларини ба-
жариш;

3) палаталарга ўз вақтида кириб беморларнинг та-
лабларини аниқлаш ва қондириш, муҳофаза тартибини
сақлаш, беморлар ухлаётганда палаталарни йиғиштир-
маслик, шовқин қилмаслик ва ҳ. к.;

4) ўзига қарашли беморларнинг фамилияларини, бо-
ларнинг эса исмини ёддан билиш. Кечаси ёш болаларни
тувакка ўтқазиш учун уйғотиш;

5) касаллар билан хушмуомалада бўлиш, улар билан
баҳслашмаслик ва тартиб-қондаларга хилоф бўлмаган
ҳамма талабларни қондириш. Агар бемор талаби бажар-
иб бўлмайдиган бўлса, бу ҳақда ҳамширага хабар
бериш;

6) бемор парваришида ишлатиладиган нарсаларнинг
(тувак, сийдикдон, тагликлар ва ҳ. к.) тозалигини назор-
ат қилиш. Ҳар гал ишлатилгандан кейин уларни ювиш
ва юқумсизлантириш.

7) ҳар кун эрталаб палаталарни йиғиштириш ва
шамоллатиш, тумбочка ва тўшакларни тартибга келти-
риш, палатадан идишларни йиғиштириш ва беморларни
врач кўригига тайёрлаш.

Жарроҳлик беморлар парваришида кичик медицина
ҳамширасининг ташқи кўриниши ҳам катта аҳамиятга
эга. Кичик медицина ҳамшираси тоза, дазмолланган,
тиззасини ёпиб турадиган халат ва бошига оқ рўмол
ўраши керак. Клиникада фақат чармдан тикилган уй
шиппагида юриш тавсия қилинади.

Касалликни эмас, балки беморни даволаш керак де-
ган ақидага риоя қилган ҳолда ҳар бир касалга алоҳида
ёндошиш керак. Беморлар кўпинча огриқнинг зўридан
қўпол ва инжиқроқ бўладилар. Айрим сурункали, узоқ
давом этган касалликларда бемор тушкунликка тушади.
Кичик медицина ҳамшираси бундай ҳолларда беморда
тузалишга ишонч, кайфиятига тетиклик бахш этиши
керак.

ХИРУРГИЯ ВА ХИРУРГИК БЕМОРЛАР ПАРВАРИШИДА ДЕОНТОЛОГИЯНИНГ АҲАМИЯТИ

Деонтология — тиббий этиканинг бир қисми бўлиб,
грекча «деон» — бурч ва «логос» — таълимот демакдир.

Деонтология — бу кичик, ўрта маълумотли тиббий

ходимлар ва врачларнинг тиббий муассасаларда ва бошқа шароитларда беморлар ва уларнинг қариндош-уруғлари билан муносабатда ўзларини қандай тутишлари кераклигини ўргатади.

Медицина деонтологияси катта бир йўлни босиб ўтди.

Деонтологиянинг асосий принципларини эрамизгача бўлган 460—377 йилларда Гиппократ таърифлаган эди: «Ўз ҳаётини тиббиёт фанига бағишлаган киши аввало қуйидаги фазилатларга: беғараз, камтар, доно бўлиши, соғлом ақлга эга бўлиши керак».

Хирургиямиз босиб ўтган йўлга бир назар ташласак, оддий жарроҳларимиздан бошлаб буюк хирургларимиз ҳам медицинанинг ахлоқ ва маънавий нормаларининг ривожланишида ўзларининг катта ҳиссаларини қўшганлари ва қўшиб келаётганлигининг гувоҳи бўламиз.

Хирургиямиз асосчиларидан бўлган Н. И. Пироговни хирургияга қанчалик меҳр-муҳаббат қўйганлигини, ёш авлод—врачларни ҳам катта маънавий руҳида тарбиялаганлигини ҳамда уларда беморларга нисбатан чуқур ҳурмат ва муҳаббат уйғота олганлигини мамнуният билан мисол қилиб олсак бўлади.

Ватанимиз ҳарбий хирурглари Н. И. Пирогов анъаналарини давом эттириб, иккинчи жаҳон урушида 72,6% жароҳат олган кишиларни даволадилар ва ҳаётга қайтардилар.

Хирурглар ишининг нақадар қийин эканлигини тушуниб етишимиз керак. Ҳар кунлик иш жараёнида хирург жуда ҳам моҳирлик билан иш тутиши зарур, чунки у хирургик бемор ва уларнинг қариндош-уруғларига касаллик диагноздан тортиб токи операциягача ва ҳаттоки операциядан кейинги парвариш давригача бўлган муолажаларни усталик билан тушунтириб бермоғи лозим. Хирург учун шундай қийин дамлар бўладики, у барча тажриба ва имкониятларини ишга солиб, бемор ҳаёти учун хавфли ва айни вақтда қилиниши зарур бўлган операцияларни бемор ва унинг қариндошларига етарли даражада тушунтира билиши керак. Хирургнинг эса бундай ишларни мукамал ҳал қилишига киришиши зарурий ҳолатдир. Бундай вазиятларда хирург бемор киши, унинг қариндош-уруғлари, коллектив ва ҳамкасблари олдидаги катта масъулиятни ҳамда маънавий жавобгарликни сезиши керак.

Хирург фаолиятига таниқли хирург Л. Лериш катта баҳо бериб ёзган эдики: «Кимки бир минут ичида вазиятни баҳолай олмаса у хирург бўла олмайди, ҳар

қандай операциядан олдин гумонсираб турса ишончсиз кишига ўхшаб қолади, қалб одамни ҳамма вақт олдинга ундаб туриши керак».

Одамлар орасида «қўли енгил хирург экан», «иши доим ўнгидан келади» деган ибораларни эшитамиз. Албатта, истеъдод билан билимни инкор этиб бўлмайди, ҳар иккаласи хирургда қўшиб олиб борилса «хирургик бахт»нинг пайдо бўлишига сабаб бўлади. Афсуски, шундайлар ҳам борки, улар ўзларининг хирургик фаолиятида фақат енгил хирургик беморларни танлаб операция қиладилар ва оғир хирургик беморлардан узоқроқ бўлиб, шу тариқа обрў-этибор қозонмоқчи бўладилар. Афсуски, бундай хирурглар халқ олдида ҳам, ҳамкасблари олдида ҳам шон-шуҳратга эга бўла олмайдилар.

Н. И. Пирогов «хирург бахтини» тўрт нарсадан деб билади: биринчидан — касаллик ҳақида ишонч; иккинчидан — операция қилиш вақтини яхши белгилаш, кўп ҳам эрта, ёки кўп ҳам кечга қолдирмаслик, бемор кайфиятига яхши таъсир этиш, ундаги қўрқиш ва ишончсизликни йўқотиш; учинчидан — нафақат операцияни яхши бажариш, ҳатто унинг асоратларга олиб келмаслик чоратадбирларини кўриш; тўртинчидан — кейинги даволаш жараёнини қунт ва матонат билан олиб боришдан иборат.

Т. Бильрот хирург билан терапевт орасидаги фарқни қуйидагича исботлайди: «Врачи севадилар, хирургдан қўрқадилар, демак биринчиси ўзининг рецепти билан бемор аҳволини енгиллаштиради, иккинчиси эса, аксинча, оғриқ олиб келади». Ҳақиқатдан ҳам, ҳозирги замон хирургияси оғриққа қарши кўп ютуққа эришса-да, лекин кўп нарсалар ҳозиргача ҳам муаммолигича қолмоқда. Хирургнинг катта-кичик хирургик муолажалар бажаришидан қатъий назар, у ҳамма вақт касалга кам оғриқ келтириш йўлларини ўйлаши керак.

С. И. Спасокукоцкий талабаларга лекция ўқиб турганида бемор ярасидаги боғлам ечилганда бир томчи қонни кўриб врачдан «Бу нима?» — деб сўраб, ўзи жавоб қилган экан: «Бу врачнинг полаёқатлигидан грануляциянинг қон аралаш ёшидир».

Ҳозирги замон хирурглари асептика ва антисептика қонда ва қонунларига амал қилишлари шарт. Бу тўғрида жуда кўп адабиётлар мавжуд, аммо хирургнинг, хирург-субординаторларнинг ушбу асосланган методларга амал қилмасликлари, операциядан олдин қўлларини шोшма-шошарлик билан ювишлари, боғловхонада ярани

боғлаш жараёнида қўйилган хатолар асоратларнинг келиб чиқишига сабаб бўлади. Хирург нафақат ишда, уй-рўзғорда ҳам, ҳаётда ҳам қўлини ҳар хил ифлосланишлардан сақлаши керак. Очиқ, ҳимояланмаган қўл билан ҳовлида ишлаш, қўл териси шикастланишига олиб келадиган юмушлар бажаришда эҳтиёт бўлиши керак. Шундай ишлар бажарилган тақдирда ҳам дарҳол қўлни тозаловчи моддалар билан ювиш шарт.

Хирургиядан дарс ўтадиган ассистент, доцент ёки профессор бўлмасин талабалардан юқорида келтирилган қонда-қонунларни талаб этишлари зарур.

Хирургик стационарда ишлайдиган, дарс ўтаётган барча ходимлар, врачлар, ҳамширалар, талабалар ўзларининг ташқи кўринишлари билан, ширинсуханлиги билан бошқаларга ўрнак бўлишлари зарур.

Ҳозирги замон хирургиясининг жадал суръатлар билан ривожланиб кетиши, айниқса трансплантология — одам аъзоларини кўчириб ўтказиш соҳасидаги америкалик жарроҳларнинг бирданига «юрак-ўпка», «юрак-ўпка-жигар» операцияларини бажаришлари медицина деонтологиясида ҳам бир қанча муаммоларни юзага келтирди. Хирург, реципиент ва донор ёки донор қариндош-уруғлари билан реципиент ўртасидаги муносабатлар шулар жумласидандир. Бутун оламга машҳур хирург Н. М. Амосов ҳам юракни кўчириб ўтказишга рухсат олгач автомобил ҳалокатидан ўлган ёш қизнинг юрагини олиб касал беморга ўтказишни унинг қариндош-уруғларидан сўрашга журъат эта олмаган. Бу эса трансплантологияда деонтологиянинг қийин ва мураккаб ахлоқий ва манъавий масалаларидан ҳисобланади.

Бундан ташқари, хирургияга янги асбоб-ускунларнинг кириб келиши ҳам деонтология соҳасида мураккаб вазифаларни вужудга келтирди. Мисол тариқасида шунини айтиш керакки, сунъий қон айланиш аппаратини (АИК) хирургияда қўлланишда уни ишга тушириш учун врачлардан ташқари инженер-механиклардан иборат катта бир бригада ишлаши керак. Ҳар хил касб эгаларининг бир тан, бир жон бўлиб ишлашларини таъминлаш ҳозирги шароитда қийин муаммолардан ҳисобланади. Хулоса қилиб айтганда, хирургия соҳасидаги деонтология муаммолари ўз актуаллигини йўқотгани йўқ, аксинча, ҳар бир медицина ходимидан, айниқса, талабалардан, ҳаттоки ҳамширалардан ҳам ўз соҳасининг жонкуяри, билимдони бўлишни талаб этади.

Илмий-техника тез суръатларда ривожланиб бораётган бугунги кунда хирургик беморларнинг операциядан олдинги ва уларнинг тезда соғайиб кетиши учун операциядан кейинги парвариши муҳим ўрин эгаллайди. Беморлар парвариши давомида эса деонтологиянинг аҳамияти ниҳоятда каттадир.

Беморга тўлиқ ҳамдардлик қилинади, унинг аҳволини тушунгандагина бемор билан тиббиёт ходими ўртасида давонинг наф беришига ишонч, самимий муносабат ўрнатилиши мумкин. Меҳрибонлик, маънавий ёрдам, самимийликнинг фойдаси дори моддалардан кўра кўпдир. Яқин ўтмишда тиббиёт ҳамширасини «шафқат ҳамшираси» деб бежиз айтишмаган. Азоб чекаётган одамга раҳм қилмайдиган, бепарво, худбин одамнинг тиббиёт муассасасида ишлашига йўл қўйиб бўлмайди.

Тиббиёт ҳамшираси беморни текширишда, уни турли хил операцияларга тайёрлашда, шифокор тайинлаган даво муолажаларини амалга оширишда, беморлар парваришида бевосита қатнашади. Бемор билан муомала қилган кичик ва ўрта тиббиёт ходимлари бемор хаёлини оғир ўй-фикрлардан ҳоли қилиши, чалғитиши, уни тетиклантириб, кўнглида соғайиб кетишга ишонч уйғотиши керак. Бунда албатта беморнинг индивидуал хусусиятларини ва мазкур фурсатдаги аҳволини ҳисобга олиш ҳам лозим; бир беморни чидаб туришга кўндириш керак бўлса («Сал оғрийдию, лекин кейин енгил тортасиз» — деб), бошқасини ҳар хил гап-сўзлар билан андармон қилиш керак бўлади ва ҳ. к.

Беморлар кўпинча ўрта ва кичик тиббиёт ходимларидан ўзининг диагнози ва қандай натижа билан тугашини сўрашади. Беморнинг дарди бедаво бўлса, айниқса унда хавфли ўсма (рак) касаллиги бўлса, буни унга айтиш мутлақо ярамайди. Касалликнинг қандай якунланишига келганда ҳамиша комил ишонч билан эсон-омон ўтиб кетади деб айтиш керак.

Беморнинг олдида у яхши тушунмайдиган ва кўнглида ваҳима ва қўрқинч уйғотадиган: «шок», «агония», «қон туфлаш», «гематома», «коллапс» сингари ибораларни ишлатмаслик керак. Наркотик уйқу ва ҳатто юзаки кома ҳолатидаги беморлар ҳам баъзан палатадаги гап-сўзларни эшитиб, кўнглига тугиб қўйишини эсдан чиқармаслик керак. Чунки бемор кўнглига озор етадиган бўлса, бу унинг аҳволини оғирлаштириб қўйиши, баъзи ҳолларда эса давланишдан бош тортиб, ҳатто ўзини ўзи ўлдиришга уриниб кўришга сабаб бўлиши мумкин. Гоҳи

беморлар бетоқат, даводан кўнгли тўлмай, гумонсирай-
диган бўлиб қолишади, уларда эс-ҳуш айниб қолиши,
галлюцинациялар, васваса бўлиб туриши мумкин. Ана
шундай ҳолларда кичик ва ўрта тиббиёт ходимлари
сабр-тоқатли ва хушмуомала бўлишлари зарур. Бемор
билан ҳеч қачон гап талашиб ўтириш ярамайди, лекин
даво чораларининг зарурлигини тушунтира олиш керак.

Шу билан бирга аҳволи унча оғир бўлмаган бемор-
лар, одатда, интизомни, даво режимини бузадилар: па-
латаларда чекадилар, спиртли ичимликлар ичадилар.
Бундай ҳолларда ўрта ва кичик тиббиёт ходимлари ин-
тизом бузилишига йўл қўймасликлари, қаттиққўл бў-
лишлари, аммо қўполлик қилмасликлари керак.

Медицина ҳамширасининг ташқи қиёфаси катта аҳа-
миятга эга. Ишга келгандан кейин у дазмолланган тоза
халат ёки мазкур муассасада расм бўлган кийимларни
кийиб олади, кўчада кийиб келган пойабзалини осон то-
заланадиган ва юрганда товуш чиқармайдиган шиппак
ёки алоҳида туфлига алиштиради. Сочларини махсус
қалпоқ ёки дуррача тагига бостириб олади. Саранжом
ва озода тиббиёт ходимаси бемор кўнглида ишонч уйғо-
тади. Ва, аксинча, кийим-кечакдаги пала-партишлик, ха-
латнинг кир бўлиши, қалпоқ ёки рўмол тагидан сочлар-
нинг чиқиб туриши, ҳаддан ошириб пардоз-андоз қилиш,
тирноқларни ўстириб бўяш — мана шуларнинг ҳаммаси
бемор кўнглида тиббиёт ҳамширасининг юқори малака-
сига, унинг аниқ, тоза ва пухта ишлай олишига шубҳа
пайдо қилади. Бемор шубҳалари бундай ҳолларда кў-
пинча ўринли бўлади. Баъзан бемор оғирлашиб қолиши
мумкин, лекин ўрта ва кичик тиббиёт ходимлари саро-
симага ёки ваҳимага тушмасликлари керак. Қандай ҳо-
днса рўй берса ҳам (шовуллаб қон кетиши, юрак рит-
мининг тўсатдан издан чиқиши, шок, агония, клиник
ўлим ҳолатларида) тиббиёт ходимларининг барча хат-
ти-ҳаракатлари жуда аниқ ва ишончли бўлиши керак.
Вазият қанчалик хавотирли бўлса, шунчалик паст то-
вушда гапириш керак. Биринчидан, беморнинг ўзига,
агар у ҳушидан кетмаган бўлса, бақир-чақирлар
ёмон таъсир кўрсатади; иккинчидан, бу бошқа беморлар-
нинг тинчини бузади, ҳаяжонлантиради, уларнинг соғли-
ғига зарар етказади; учинчидан, булар беморга ўз вақ-
тида ва малакали ёрдам кўрсатишга халақит беради.

Медицина ҳамширасининг кўпинча бемордан ташқа-
ри, унинг қариндош-уруғлари ва яқин одамлари билан
мулоқотда бўлишига тўғри келади. Бунда ҳам, юқорида

айтиб ўтилганидек, эҳтиёткорлик талаб этилади. Бемордан дардининг бедаволигини ёки аҳволининг оғирлашиб қолганини яширган ҳолда буни унинг қариндошларига ётиғи билан тушунтириш керак. Бироқ улар орасида ҳам бемор одамлар бўлиши мумкин, шуни ҳисобга олиб, улар билан гаплашганда ниҳоятда эҳтиёткор ва андишали бўлиш керак. Беморни кўргани келган одамлар билан гаплашишдан олдин врач билан маслаҳатланиш керак.

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

Аксарият ҳолларда беморнинг қариндошлари бўлимда бўлмаган дори-дармонларни топишда ўз ёрдамларини таклиф этадилар. Бундай таклифни мулойимлик билан, лекин қатъиян рад этмоқ керак.

Дори-дармонлар билан таъминлаш даволаш муассасаси маъмуриятининг бевосита вазифаси ҳисобланади ва зарур бўлганда ҳар қандай дорини расмий йўл билан топиш мумкин.

Тиббиёт ҳамшираси ўз малакасини доимо ошириб бориши лозим. Даволаш муассасасидаги умумий муҳит бунга ёрдам бериши керак.

ХИРУРГИК СТАЦИОНАРДАГИ ПАЛАТАЛАР, ОПЕРАЦИЯ БЛОКИ ВА ЯРА БОҒЛАШ ХОНАЛАРИГА ҚУЙИЛАДИГАН САНИТАРИЯ ТАЛАБЛАРИ

Маълумки, хирургик профилдаги бўлимлардан: умумий хирургик, ЛОР, урологик, травматологик, онкологик, офтальмологик ва бошқалар, қабулхона бўлими, операция хоналари ва анестезиология, реанимация бўлимлари билан бир бинода жойлашиши лозим, чунки улар бир-бири билан узвий равишда боғлиқдир. Ҳозирги вақтда палата бўлимларининг 44 дан ортиқ турлари мавжуддир.

Чет мамлакатларда, айниқса кейинги йилларда Англия, Франция ва АҚШ да айлана шаклидаги бўлимлар кўплаб қурилмоқда. Айлана шаклдаги бўлимларнинг афзаллиги ўтиш жойларининг қисқариши ҳисобига ҳодимларнинг беморлар билан мулоқот даврини узайтиришдир. Яна шуни мамнуният билан қайд қилиш керакки, айлана шаклдаги қурилган бинода тўғри бурчак шаклидаги бино бўлимига нисбатан бир-бирига ўтишда кам вақт сарфланиш афзаллиги бор. Мамлакатимизда шундай бинолардан бири онкологик марказдир.

Бўлимлар одатда 60 ўринга мўлжалланган бўлади. Айрим ҳолларда 25—40 ўринли махсус жарроҳлик бўлимлари очишга рухсат этилади. Замонавий палата бўлимлари ўтиб кетилмайдиган иккита секциядан иборат бўлиши керак ва улар зал, шлюз ёки коридор билан туташтирилган бўлади. Ҳар бир секцияда 30 тадан ўрин, бир ёшгача бўлган болалар учун эса 24 ўрин бўлиши керак. Палаталар бўлимида қуйидаги хоналар кўзда тутилади: навбатчи ҳамшира пости (4 м²), муолажалар хонаси (18 м²), боғлов хонаси (22 м²), ошхона (ўринлар сони ўринлар умумий сонининг 50—60 фоизини ташкил қилиши керак), оқликларни саралаш ва ишлатилган оқликларни, тозалаш воситаларини сақлаш хонаси (15 м²), ванна хонаси (12 м²), клизма хонаси (8 м²), ҳожатхона (эркаклар, аёллар ва ходимлар учун алоҳида).

Бўлимда бўлим мудирининг хонаси (12 м²), ординаторлар хонаси (10 м²), катта ҳамшира хонаси (10 м²), хўжалик ҳамшираси (сестра хозайка) хонаси (10 м²) ва ҳ. к. бўлиши керак.

Ҳар бир клиникада профессор, доцентлар учун иш кабинети ва 10—12 кишига мўлжалланган ўқув хоналари бўлиши керак.

Палаталар эса беморларнинг даволаш муассасасида ётиб даволанадиган жойидир. Жарроҳлик бўлимларининг палаталарида битта ўринга 7 м², болалар бўлимида 6 м² тўғри келиши керак. Қуйганлар учун бўлимда, битта ўринга 10 м² жой тўғри келиши керак. Аксарият палаталар 4 ўринга мўлжалланган бўлиши керак ва шунингдек 2 та икки ўринли ва 2 та бир ўринли палаталар ҳам бўлиши керак. Палатада ўринларнинг оптимал сони 3 та гача бўлмоғи даркор.

Бир ёшгача бўлган болаларни 2 ўринли палатага, бир ёшдан катта болаларни 4 дан кўп бўлмаган ўринли палаталарга жойлаштириш керак. Бир ёшгача бўлган болалар учун катта палаталарни алоҳида боксларга бўлиш керак. Ҳар бир боксда 1—2 тадан ўрин бўлиши керак. Чақалоқлар учун ажратилган боксларга қўйилган каравотлар 2 тадан ошмаслиги керак. Бир касалга мўлжалланган ва санитария тармоғига эга бўлган палата (ярим бокслар) дан изолятор сифатида фойдаланиш мумкин. Ташқаридан алоҳида кириладиган боксларгина тўлиқ изоляция қилинади.

Болалар хирургияси бўлимларида эмизикли болалар учун, бир ёшдан олти ёшгача бўлган болалар учун ва

катта ёшдаги болалар учун палаталар ажратилиши керак. Катта марказларда чала туғилган чақалоқлар учун ҳам палаталар ажратиш керак.

Болалар муассасаларида: а) касалхона ичи инфекция тарқалишининг олдини олиш учун камида 25 фоиз палаталар изоляцияланган, яъни ажратилган бўлиши керак.

б) 15—20 минут давомида беморларни эвакуация қилиш, яъни бошқа жойга кўчириш имконияти (кўплаб лифтлар, кенг зинапоялар) яратилган бўлиши;

в) машғулотлар ва ўйин учун махсус хоналар ажратилган бўлиши керак.

г) 20 фоизга яқин оналар учун қўшимча ўринлар ажратилиши керак. Ҳар бир палатанинг ички бўёғи, мебеллар ва ёритилиши беморлар кайфиятини кўтаришга ва даво самарасини оширишга хизмат қилиши керак. Ҳозирги даврда касалхоналарда оқ ранг билан биргаликда бошқа ранглارни қўллаш кенг тус олмоқда. Палаталарда ювиниш жойи ва ойналар, умумий ва ҳар бир каравот учун алоҳида ёритиш, ҳамширани чақирини системаси ва радиони қулоққа тутиб эшитиш системаси кўзда тутилган бўлиши керак. Бир ёки икки ўринли палаталар қўшимча марказлаштирилган кислород бериш ва вакуум-системалар билан жиҳозланиши зарур.

Металл каравотлар билан жиҳозланган палаталар диққатга сазовордир, бу эса венага дорни қуйиш учун штативлар ўрнатиш ва скелетдан тортиш учун мосламалар ўрнатиш имконини беради. Аксарият каравотлар функционал бўлиши керак. Палаталарда яна каравот ёнида турадиган тумбочка, кийим илгич, умумий стол, стуллар, қоғоз учун тўр идиш ва деворга ўрнатилган шкаф бўлиши керак. Ётиб даволанадиган касаллар учун каравотнинг устига кўтариб тушириладиган столлар керак бўлади. Палатада, хонада ўстириладиган гуллар ва деворларга 1—2 та тасвирий санъат намуналаридан осиб қўйиш ҳам мақсадга мувофиқдир.

Палаталар ва умуман бўлимда ҳаво ҳароратини яшийтиш асбоблари ёрдамида мўътадиллаштириб туриш керак. Умум жарроҳлик бўлимларининг палаталарида ҳарорат 20°C , болалар бўлимларида эса 22°C атрофида ушлаб турилади. Ҳавонинг нисбий намлиги 55—60 фоиз, ҳаво ҳаракатчанлиги секундига 15 м атрофида бўлиши керак. Бўлимдаги ҳамма палаталар табиий ёруғлик билан яхши ёритилиши керак, деразалар жанубга, жануби-шарқ ёки жануби-ғарбга очилган бўлиши керак.

Палата эшикларида даволовчи врач ва ҳамширанинг исми, отасининг исми ва фамилияси ёзиб қўйилган бўлиши керак.

Медицина ҳамширасининг пости унинг иш жойи бўлиб, у палатадагиларга яхши кўриниб турадиган жойда бўлиши, анестезиология, реанимация бўлимларида эса бевосита палатада жойлашиши керак. Пост дори-дармонлар, асбоблар, парвариш воситалари ва ҳужжатлар қўйиладиган шкафлар билан жиҳозланиши керак.

Ҳамшира постда ўтирганида унга ҳамма палаталар яхши кўриниб туриши керак.

Пост столида телефон, сигнализация стол лампочкаси бўлиши керак. Ойна тагида режим ва парҳез кўрсатилган касаллар рўйхати, температура варағи, календарь, айрим кўрсатмалар (масалан, ўмров ости венасига қўйилган катетерга қараб бориш, анализга материалларни олиш тўғрисида), беморларни ҳар хил текширишларга, йўл-йўриқлар ва операцияларга тайёрлаш қондалари бўлиши лозим.

Бундан ташқари, постда дорилар, ҳарорат ўлчагич, шпател, банкалар, қоғозлар, иситгичлар, ошқозонни ювиш ва шира олиш учун ишлатиладиган резина найлар (зонд) бўлиши керак. Пост ёнида тарози, бўй ўлчагич, холодильниклар туради. А ва Б рўйхатидаги дорилар муолажа хонасида сейфда сақланиши керак. Шкафда анафилактик шок ҳолатида ёрдам бериш учун мўлжалланган дорилар туриши зарур.

Касал кишининг ҳамширани чақириши ёруғлик ёки товуш сигнали орқали амалга оширилиши керак.

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

Врачларнинг иш жойи ординаторлар хонасидир. Бунда ҳар хил ҳужжатлар тўлдирилади. Столлар, стуллар, китоб ва кийим-кечак учун шкаф, ювинадиган жой, ойнадан ташқари бу ерда китоб жавонлари бўлиши керак. Эълонлар тахтачасида навбатчилар рўйхати, ҳафтада қилиниши лозим бўлган операциялар, беморларни текшириш ва даволашнинг ҳар хил схемалари бўлиши керак. Ординаторлар хонасига бўлим амалий фаолиятини

(қилинган операциялар сони, асосий касалликлар бўйича, ўлим ҳоллари сони, бир неча йил давомида ва охириги йил, кварталлар билан) кўрсатувчи стендлар, диаграммалар ва бошқа кўрсаткичларни қўйиш мақсадга мувофиқдир.

Китоб жавонига жарроҳликдан, анестезиология ва реанимациядан асосий қўлланмалар қўйилиши керак. Бўлимда фотоаппарат ва бошқа илм билан шуғулланиш учун керакли нарсалар бўлиши керак. Столда ойна тагида ҳамма ходимларнинг тўлиқ манзилгоҳи ва телефонлари бўлиши шарт.

Столдаги гуллар ва девордаги тасвирий санъат намуналари хонага фақатгина жонли руҳ бағишлайди. Ёзув машинкаси, телефон ва селектор врачлар ишини осонлаштириш учун хизмат қилиши шарт.

Операцион блок операцион зал, операциядан олдинги хона, наркоз хонаси, стерилизацион хона, материаллар хонаси, асбоб-ускуналар хонаси ва бошқа ёрдамчи хоналардан иборат. Операцион блок жарроҳлик бўлимининг юрагидир, шунинг учун ҳам унга алоҳида, катта талаблар қўйилади. У палаталардан алоҳида ажратилган чеккада жойлашиши керак.

Ҳозирги замон жарроҳлик бўлимларида, одатда, иккита бир-биридан ажратилган операцион зал бўлиши керак, бу — тоза ва йирингли касалликларни операция қиладиган заллардир. Операцион зал—бевосита операция қилинадиган жойдир. Операцион зал 100 ўринли жарроҳлик бўлими учун 40 м² ли кенг, ёруғ хона бўлиши керак. Хона деворлари кафель билан қопланган, шиплари мойли бўёқ билан бўялиши, поли ҳам кафель плиталари билан қопланган бўлиши керак.

Операция қилинадиган хонада доимо ҳарорат 20—22° С бўлиши лозим. Операция хонасида операция столи, ёриткичлар, бактерицид лампалар эса деворга ёки шипга осилган бўлиши керак. Операция олди хонаси ҳамшира ва жарроҳнинг операцияга тайёрланиши учун мўлжалланган. Стерилизацион хонада жарроҳлик асбоблари ва эритмаларни стериллаш учун мўлжалланган стерилизаторлар ўрнатилади. Асбоб-ускуналар (инструментал) хонаси жарроҳлик асбоб-ускуналарини сақлаш учун мўлжалланади, бу ерда улар махсус ойнаванд шкафларда сақланади. Материал хонасида операцион оқлиқлар, боғлов материаллари (салфеткалар, шарчалар, тампонлар), тикиш материаллари стерилизация учун тайёрланади.

Боғлаш хонаси — боғлашлар, айрим муолажа ва кичик операциялар ўтказишга мўлжалланган махсус жиҳозланган бўлмоғи даркор. Боғлаш хонасининг битта боғлов столига 15 м² майдон тўғри келиши керак.

Хулоса қилиб айтганда, юқорида келтирилган талабларга биноан нормал шароитлар стационар бўлимларида ташкил этилса, беморнинг яхши даволаниб кетишига имкон беради.

ЖАРРОҲЛИК КАСАЛЛИКЛАРИДА БИРИНЧИ ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Тўсатдан авж оладиган оғир касалликлар ва бахтсиз ҳодисалар (жароҳатлар, заҳарланишлар, куйиш, қон кетиши, ҳушдан кетиш ва ҳ. к.) инсон ҳаётида доимо учраб туради. Бундай ҳолларда шошилишчи тиббий ёрдам кўрсатиш талаб қилинади ва буни ҳар бир киши уддалай олиши керак.

Қисқа муддатга ҳушдан кетиш — бош миёда қон айланишининг ўткир етишмовчилиги оқибатида содир бўлади. Бундай ҳолат одам қаттиқ чарчаганда, қўрққанда, ҳавоси оғир хонада бўлганда юз беради. Бу ҳолат кўпинча камқон, юқумли касалликлардан энди тузалган беморларда кузатилади. Бунда беморнинг боши айланади, кўнгли айнийди, кўз олди қоронғиланиб ҳушини йўқотади. Бемор ранги кескин оқариб, бадан териси совуқ тер билан қопланади, оёқ-қўллари совийди, томир уриши тез ва кучсиз бўлиб қолади. Одатда хуруж 20—40 секунд давом этади ва бемор ҳушига келади. Бундай ҳолларда беморнинг ёстиғини олиб қўйилади, каравотининг оёқ томони кўтариб қўйилади. Деразани очиб, бемор кўйлагининг ёқалари ечилади, юзига, кўкрагига совуқ сув пуркалади, новшадил спирти шимдирилган пахта ҳидлатилади. Тадбирлар самара бермаса, врач чақирилади.

Шок сўзи инглиз тилида туртки деган маънони англатади. Бу атама шартли равишда келиб чиқиши ҳар хил қатор ўхшаш клиник ҳолатларни билдиради. Шок организмнинг асосий ҳаётий функциялари бўлмиш қон айланиши ва нафас олишнинг бузилиши билан белгиланади. Клиник амалиётда кардиоген, анафилактик, куйиш, жароҳат ва бошқа шок турлари учраб туради.

Жароҳатдан келиб чиқадиган шокка травматик шок, қон йўқотиш, оғриқ, қонсизланиш, тўқималардан сўрилган парчаланиш маҳсулотларидан заҳарланиш каби

омиллар сабаб бўлади. Травматик шокда патофизиологик ўзгаришлар асосини гиповолемия ташкил этади, бунда организмда айланаётган қон миқдори кескин камаяди. Бунга жавобан организмда катехоламинлар (адреналин, норадреналин) ишлаб чиқариш кескин кучаяди. Улар капилляр қон айланишига бевосита таъсир этиб, бунинг натижасида капилляр олди сфинктерлари ёпилади, капиллярорти сфинктерлари эса кенгайди. Микроциркуляциянинг бузилиши метаболизмнинг бузилишига олиб келади ва қонда кўп миқдорда сут кислотаси йиғилади (ацидоз).

Травматик шок босқичли жараён бўлиб, унда эректил ва торпид фазалари фарқ қилинади.

Эректил фаза жароҳатдан кейин бирдан ривожланади ва бунда беморда ўзига ва атрофдаги воқеаларга танқидий муносабат йўқолади. Тери ранги оқарган, томир уриши тезлашган, қон босими нормал, баъзан юқори бўлади. Эректил фаза 10—20 минут давом этади ва торпид фазага ўтади.

Торпид фазада беморнинг қон босими тушади, қўзғолиш қарахтлик билан алмашинади. Шок динамик жараён бўлиб, енгил босқичида даволанмаса, у оғир босқичга ўтади. Биринчи ёрдам:

1) нафас йўллари очиш ва ҳаво ўтишини таъминлаш; 2) ташқи қон кетишини тўхтатиш; 3) оғриқсизлантириш; 4) имобилизация; 5) тез фурсатда касалхоналарга етказиб бориш.

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

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

ши мумкин. Беморни ўринга ётқизиб, қорнига совуқ нарса қўйиш керак. Ахлатини врач келгунча сақлаш керак.

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

Агар беморнинг аҳволи унчалик оғир бўлмаса, унинг қаддини баланд қилиб ўтқазилади. Беморга муз бўлакчалари ютиш, совуқ сув ичиш, тўш соҳасига музли халтача қўйиш тавсия қилиниши керак.

ЖАРРОҲЛИК БЕМОРЛАРНИ ОПЕРАЦИЯГАЧА БЎЛГАН ДАВРДА ПАРВАРИШ ҚИЛИШ

Бўлимда беморни навбатчи ҳамшира қабул қилиб олади, қайд этади, яъни исми шарифини, онлавий аҳволини, касбини, турар жойи ва иш жойини ёзиб қўяди. Кейин бемор палатага жойлаштирилади, тиббий ҳамшира бемор тушганлиги тўғрисида палата врачига, тунда навбатчилик қилаётган навбатчи врачга хабар беради. Касаллик тарихи янги тушган касаллар папкасига солиб қўйилади. Кичик тиббий ҳамшира беморни унга ажратилган жойга жойлаштиради.

Беморнинг аксарият вақти тўшакда ўтишини ҳисобга олиб уни қулай ва тоза тўшак билан таъминлаш керак. Темир каравот осон ювилади, уни дезинфекциялаш осон. Каравотни беморга ҳар томонлама яқинлашиш кераклигини ҳисобга олиб ва ёнидаги каравотдан камида 1,5 м масофада қўйиш керак. Каравотни у ёки бу томонга суриш учун у ғилдаракчали бўлиши керак. Беморга тўшакда ҳар хил функционал ҳолатлар бериш учун функционал каравотлардан фойдаланилади. Каравот ёнида столча бўлиши шарт.

Беморларнинг ўринбош анжомлари ва кийим-кечаклари ҳафтада бир марта, гигиеник ваннадан кейин алиштирилади. Айрим ҳолларда зарурат бўлганда, бир неча марта алиштирилади. Бўлимда оқлиқлар бир кеча-кундузга етарли даражада ғамланган бўлиши керак.

Ўринбош анжомларини, айниқса оғир беморларга тиббий ҳамшира алиштиради. Ўринбошларни алиштиришнинг ҳар хил усуллари бор. Беморга юриш рухсат

этилган бўлса, кичик тиббий ҳамшира ёрдамида унинг ўзи алиштириши мумкин. Тўшакда ётадиган беморларга уни алиштириш қийинроқ. Бунинг учун чойшабни бош томонидан ўраб, юмалатиб оёқ томонидан олинади. Тоза чойшабни бинт каби икки томонидан ўраб беморнинг думғазаси тагидан ўтказилади, кейин бош ва оёқ томонига қараб ёйилади. Ўринбош ашжомларини икки киши алиштиради.

Беморнинг кўйлагини алиштириш учун белидан бошлаб кўйлак кўтарилиб турилади, бўйнига келтириб, қўллари баландга кўтарилади ва кўйлак эҳтиётлик билан бошидан чиқариб олинади. Кейин қўлларидан чиқарилади. Кийинтириш тескари тартибда амалга оширилади: олдин енглари кийгизилади, кейин бошидан ўтказилади ва бемор тагига ёйилади. Агар беморнинг қўли жароҳатланган бўлса, аввал беморнинг соғ қўлидан, кейин жароҳатланган қўлидан ечилади.

Оғир касалларда терини парвариш қилишга алоҳида аҳамият берилади. Ўзи юра оладиган беморлар ҳар кунни эрталаб ювинадилар, тишларини тозалайдилар ва ҳафтада бир марта гигиеник ванна қабул қиладилар. Тўшакда ётган беморлар бадан терисини ҳар кунни дезинфекцияловчи эритмалар билан артилади. Эритма бўлмаса, терини илиқ сувда ҳўлланган латта билан артиш мумкин.

Тиббий ҳамшира беморнинг бурун, қулоқлари ва кўзларини ҳам парваришлаб бориши керак. Бемор тумов бўлса унинг рўмолчасини тез-тез алиштириб туриш керак. Бурун қанотларига вазелин суртилади. Қулоқ бурмаларини, унинг орқасини илиқ сувда совунлаб ювилади ва қуруқ қилиб артилади. Кўзни ҳар кун юз юваётганда ювилади. Бунда борат кислотанинг эритмасидан фойдаланиш мумкин. Ҳамшира яна сочлар тозалигини назорат қилиб бориши керак. Оғир касаллар бошини 7—8 кунда камида бир марта ювиш керак.

Ҳамшира беморнинг чотини юва билиши керак. Ювишда калий перманганат ёки бошқа дезинфекцияловчи эритмалар ишлатилади. Бунинг учун корнцанг ва пахта керак бўлади. Бемор тагига (тоғорача) судно қўйилади. Чап қўлга эритма тўлдирилган кўзачани, ўнг қўлга юқумсизлантирилган пахта қистирилган қисқич (корнцанг) олиб жинсий органларни орқа чиқарув тешиги томон ювилади, кейин қуруқ пахта билан артилади.

Беморларни ваннада чўмилтириш учун уни бемор ўтиргунча сув билан тўлдириш керак. Сув ҳароратининг

бир хил бўлиши учун уни аралаштириб турилади. Заифлашган беморлар учун ярим ванна тайёрланади, яъни бемор ўтирганда сув оёқларини ва қорнининг пастки қисмини кўмиб туриши керак. Агар беморга ванна тақиқланган бўлса, уни душга туширилади. Бунинг учун ваннага тахта қўйилиб бемор унга ўтказилади. Улар ваннадаги каби бош қисмидан бошлаб ювинтирилади. Ювиниб бўлгандан кейин беморларга кўйлак, лозим, пайпоқ, шиппак ва халат берилади.

Ҳолсизланган беморларни овқатлантириш учун аввал уларга қулай ҳолат яратиш керак. Беморларни ҳамшира овқатлантиради. Бундай беморларнинг бошини кўтариб турилиб қошиқча билан бўтқа ёки суюқ овқат берилади. Сув махсус идишларда ичирилади. Айрим ҳолларда беморларни бурундан меъдага ўтказилган резина найлар (зондлар) орқали овқатлантирилади.

Парҳез билан даволашнинг аҳамияти катта. У биринчи навбатда бемор организмининг химиявий ва механик жиҳатдан эҳтиётлашни кўзда тутиб, айрим органлар функциясини тиклаш ёки организм учун етишмайдиган озиқ маҳсулотларини бериш демакдир. Парҳезларнинг турлари кўп.

БЕМОРЛАРНИ КЛИНИК ТЕКШИРУВГА ТАЙЕРЛАШ

Беморларни касалхонада бўлиш вақтини қисқартириш ва жарроҳлик фаоллигини ошириш учун одатда режали беморлар амбулатория йўли билан текширилиши керак. Энг кўп учрайдиган касалликларда текширишнинг умумий схемасини ишлаб чиқиш мақсадга мувофиқ ва улар минимал ёки максимал ҳажмда белгиланади.

Режали оператив даволашга муҳтож бўлган касалларга мажбурий ва махсус текшириш турлари белгиланади. Текширишнинг мажбурий минимуми умум қабул қилинган текшириш (кўздан кечириш, пальпация, перкуссия, аускультация) билан бир қаторда қуйидагиларни ўз ичига олади: 1) қоннинг умумий анализи; 2) сийдикнинг умумий анализи; 3) қон босимини ўлчаш; 4) кўкрак қафаси органларининг рентгеноскопияси (айрим ҳолларда); 5) қон группаси ва резус-факторни аниқлаш.

Кейинчалик биринчи учта текширишни керак бўлганда ёки ҳар 7—10 кунда такрорланади. Рентгенологик текшириш кўкрак қафаси органлари касалликлари билан оғриган ёки шунга шубҳа қилинган одамлар ва про-

филактик мақсадларда 1 йил мобайнида ундан ўтмаган беморларга белгиланади. Ун икки ёшга тўлмаган беморлар профилактик рентген кўригидан ўтказилмайди.

Ёши 50—60 дан ошган беморларни текширишнинг мажбурий минимумига электрокардиография ва терапевт консултацияси киритилади. Қонни текшириш диагностиканинг энг муҳим бўлимларидан биридир. Қонни текширишнинг учта асосий йўналиши бор: а) бактериологик ва серологик; б) биохимиявий; в) морфологик текшириш. Тиббий ҳамшира беморни огоҳлантириб, анализга қон олингунча овқатланмаслик кераклигини тайинлаб қўйиши керак.

Умумий анализ учун одатда бармоқ учидан, гоҳи қулоқ солинчоғидан қон олиш kifoya. Игна ёки чечак ланцети 2—2,5 мм чуқурликка санчилади, биринчи қон томчиси пахта билан артилади. Эритроцитларнинг чўкиш тезлиги, гемоглобин, лейкоцитлар, эритроцитларни текшириш учун кейин чиққан қон томчилари олинади. Ҳар бир муолажадан кейин бармоқ эфирга ҳўлланган латта билан артиб турилади. Қон олиб бўлингандан кейин бармоқ учи эфирга ҳўлланган пахтага ўраб қўйилади ва беморга бармоқни кафтга зич тақаб туриш тайинланади, шунда қон тез тўхтаб қолади.

Сийдикни текшириш буйракларнинг аҳволи билан функциясини аниқлаб беришдан ташқари бошқа органлар ва системаларда касаллик (жигар, модда алмашинуви касалликлари ва бошқалар) бор-йўқлиги тўғрисида фикр юритишга ҳам имкон беради. Шу муносабат билан сийдик анализи даволанишга келган ҳар бир беморни умуман текширишдан ўтказишнинг муҳим таркибий қисми ҳисобланади. Сийдик анализи учун эрталабки концентрланган сийдик порцияси олинади.

Катта ёшдаги одам бир кеча-кундузда 1 л дан 1,8 л гача сийдик ажратади, бу ўрта ҳисобда 1,5 л ни ташкил этади. Мўл суюқлик ичилганда сийдик миқдори кўпаяди ва одам қуруқ овқатлар билан овқатланганда, шунингдек ичи кетганда ҳамда кўп терлаганда сийдик миқдори камаёди.

Буйрак функцияси Зимницкий усули бўйича текширилганда бемор одатдагича овқатлар билан овқатланиб тургани ҳолда бир кеча-кундуз сийдигини ҳар 3 соатда алоҳида-алоҳида порциялар ҳолида йиғиб бориши керак. Сийдик йиғиш учун кичик тиббий ҳамшира олдиндан беморнинг исми шарифи, палата номерини, идишнинг тартиб номерини ёзиб идишларга ёпиштириб қўяди.

Саккиз порциянинг ҳар бирида сийдик миқдори ва нисбий эңчилиги ўлчаб кўрилади.

БЕМОРНИНГ МЕЪДА-ИЧАК СИСТЕМАСИНИ РЕНТГЕНОЛОГИК ТЕКШИРУВГА ТАЙЁРЛАШ

Бунга рентгеноконтраст моддаларнинг қизилўнғач, меъда, ўн икки бармоқ ичак, ингичка ва йўғон ичаклар орқали юбориб рентгенологик текширувдан ўтказиш киради. Бу текширишлар беморнинг меъда ва ичагини ахлат ва елдан халос қилишга қаратилган махсус тайёргарликдан кейин амалга оширилади. Бемор текширув арафасида дағал овқат (қора нон, картошка, бодом, ўрик ва бошқалар) емаслиги керак. Кечқурун ва текшириш кунини эрталаб ичакни тозалаш мақсадида тозаловчи ҳуқна (клизма) қилиниши керак. Текшириш арафасида ва шу кунини ичакда ел ҳосил бўлиши (метеоризм)нинг олдини олиш учун сурғи дори берилмайди. Меъдада кўп суюқлик йиғилиб қолганда уни бир неча кун давомида юшиб бориш керак. Ичилган контраст (дори) моддалар одатда йўғон ичакка бир кеча-кундуздан кейин ўтади ва шунинг учун уни ҳуқна қилмасдан текшириш керак.

Агар бемор текширишга яхши тайёрланган бўлса, рентгенологик метод диагностика учун қимматли маълумотлар беради.

УТ ПУФАГИ ВА УТ ИУЛЛАРИНИ РЕНТГЕНОЛОГИК ТЕКШИРИШГА ТАЙЁРЛАШ

Холецистография — жигарнинг йоднинг айрим бирикмаларини қондан сингиб, уларни ўт билан ажратиб чиқариш қобилиятига ва ўт пуфагида йиғилишига асосланган.

Холецистографияни икки хил усул билан тайёрлаш мумкин: кечқурун бир марта ва бўлиб-бўлиб қабул қилиш йўллари. Одатда шу мақсадда йопагност, осбил, холевит ва бошқа дорилар ишлатилади.

Холеграфия ўт йўллари рентгенологик текшириш усулидир. Юқоридаги текширишларнинг яхши натижа бериши учун беморларни тўғри тайёрлашнинг аҳамияти катта.

Текширишдан 15—20 соат ва 1—1,5 соат олдин беморга тозаловчи ҳуқна қилинади, чунки ичак ахлат ва елдан ҳоли бўлиши керак.

ЖАРРОҲЛИК БЕМОРЛАРНИ ОПЕРАЦИЯГА ТАЙЕРЛАШ ОПЕРАЦИЯ ВА БОҒЛАШ ХОНАЛАРИДАГИ ИШЛАР

Операция қилиниши керак бўлган беморнинг жуда ҳаяжонланиши табиий. Операция пайтидаги оғриқни кутиш, операциядан кейинги даврда ёрдамга муҳтожлик туйғуси беморни руҳан эзади.

Бундай ҳолларда ҳар бир беморга алоҳида ёндашиш керак. Айрим ҳолларда тиббиёт ходимлари касаллигининг ҳақиқий хавфини бемордан яширишга мажбур бўладилар. Бунда врач бемордан касаллигини яшириб унга белгилари ўхшаш бўлган бошқа хавфсизроқ касаллиқни айтиши керак.

Одам оғиз бўшлиғида кўп сонли микроблар бўлиб, булар орасида касаллик қўзғатадиганлари ҳам бўлади. Бундай микроблар сони тиш карнесида, милк шамоллашида ва сурункали тонзиллитда кўпаяди. Бу сурункали инфекция ревматизм, нефрит каби кўпгина асоратларга олиб келиши мумкин.

Ҳар қандай операция инсон организми учун ҳам руҳий, ҳам жисмоний жароҳат бўлиб, унинг ҳимоя қобилиятини анча сусайтиради. Шунинг учун ҳам операциядан кейинги даврда илгари бўлган «мудроқ» инфекция ривожланиб кетади ва кўплаб асоратларга олиб келиши мумкин. Милк ва тишларида касалликлари бўлган беморлар операциядан олдин стоматологга даволанишлари керак. Операция қилиниши лозим бўлган ҳамма беморларга эрталаб, кечқурун ва овқатдан кейин оғизни чайиш зарурлигини ўқтириш керак.

Операциядан олдин беморнинг меъда-ичак системасини тозалаш керак. Агар бемор ичаги, меъдаси операция пайтида тўла бўлса, операциядан кейин қорин дам бўлиб, уларда қон айланиши бузилади, инфекция ривожланиб ичак деворидан ташқарига чиқиши мумкин.

Меъда ва ичакнинг дам бўлиши юрак ва ўпка системасининг ҳам функциясини бузади. Бу эса, ўз навбатида, қорин бўшлиғи аъзоларининг қон билан таъминланишини ёмонлаштиради. Операция меъда-ичак системасида бажарилаётган бўлса, улардаги моддалар қорин бўшлиғига тушиб, қорин пардасини яллиғлантириши мумкин. Операция пайтида меъданинг тўла бўлиши наркозда кўнгил айниб, қусиш пайтида оғиз орқали нафас йўллариغا ўтиб, уни беркитиб қўйиши (асфиксия) га олиб келиши мумкин.

Меъдадан овқатнинг ичакларга ўтиши (эвакуация)

бузилмаган ҳолларда операцияга тайёрлаш учун уларга операция куни овқат ейишни ман қилишнинг ўзи кифоя қилади. Агар меъдадан овқат эвакуацияси бузилган бўлса, операциядан олдин сўриб олинади. Бунинг учун йўғон меъда зондидан ва катта шприцдан (Жане шприци) фойдаланилади. Меъдада қуюқ овқат қолдиқлари ва шиллиқ бўлса, уни ювиш керак бўлади. Бундай ҳолларда шприц ўрнига зонд учига катта шиша воронка кийгизилади.

Беморларни операцияга тайёрлашда уларнинг бадан терисини тайёрлаш катта аҳамиятга эга, чунки тери бурмаларида, тешикчаларида кўплаб микроблар тўпланган бўлади ва уларнинг операция ярасига тушишининг олдини олиш мумкин. Шунинг учун ҳам беморларни операция арафасида чўмилтириб, кийимларини алиштирилади.

Операция куни бемор сочларни, тирноқлари олиниб, соқол-мўйловлари қирилади. Операциядан бир кун олдин бемор умумий ванна қабул қилади. Ҳар бир беморни чўмилтириш учун ваннани иссиқ сувда мочалка ва чўтка билан ювилади. Мочалка ва чўткаларни қайнатиб стериллаш тавсия қилинади.

Ванна ювилгандан кейин уни 3% ли лизол эритмаси билан дезинфекцияланади ва эритма илиқ сув билан чайиб ташланади. Беморни чўмилтиришдан олдин ваннани 37—38° С ли илиқ сув билан 2/3 қисмигача тўлдирилади. Ювинишда беморга ёрдам бериб унинг терисининг рангидан ва айниқса умумий аҳволдан хабардор бўлиб туриш керак. Ювиниш чоғида тер ва кир тўпланадиган жойлар (қўлтиқ, бармоқ оралари, чов, бўйин, оёқлар ва ҳ. к.) алоҳида эътибор билан тозаланади.

Умуман беморларни операцияга тайёрлашнинг маҳаллий, умумий ва махсус турлари фарқ қилинади.

Маҳаллий тайёргарлик операция майдонининг стериллигини кўзда тутати. Операция майдони атрофида кенг қилиб сочлар қирилади. Масалан, кўричак яллиғланганда (аппендицит) қорин олдинги деворининг (қов соҳасини қўшиб) 2/3 қисми қирилади. Терини жароҳатламайдиган ўткир устарадан фойдаланиш ва операция куни эрталаб қириш керак, чунки операция арафасида қирилган бўлса, терининг кесилган жойларидан инфекция тушиб, йиринглаб кетиши ва операцияни кечиктиришга сабаб бўлиши мумкин. Соч қирилгандан кейин терини спирт, диоксид ёки бошқа антисептик эритма билан артиш керак.

Умумий тайёргарлик муҳим ҳаётий функцияларни

нормаллаштиришга қаратилган бўлиб, хирург билан анестезиолог уни бирга ҳал қилади. Бу ўринда ўтган авлод хирургларининг кузатишларини келтириб ўтиш лозим, улар беморнинг аҳволига қараб операцияга кўрсатмалар қўйишган. Қиршнер операциядан кейинги асоратлар хавфи катта бўлганлигидан 1 ёшгача бўлган болаларда ва 70 ёшдан ошган кишиларда режали операциялар ўтказишни тавсия қилмас эди. Семиз кишиларда катта операциялар бажариш ҳам хавфли. Инсон организмнинг ички имкониятларини аниқлаш учун содда, шу билан бирга етарли даражада яхши маълумот берадиган синамалар (Штанге, Генча ва бошқалар) таклиф қилинган.

Штанге синамаси (нафас олиб, тутиб туриш вақти) 20 с дан кам ёки Генча синамаси (нафас чиқариб тутиб туриш) 12—10 с кам бўлса, бу юрак-томирлар, нафас олиш системаларининг функционал имкониятларини пастлигини билдириб, наркоз ва операциянинг хавфи катта эканлигидан далолат беради.

Санитария ва гигиеник жиҳатдан озода қилиш тўла ва қисман бўлади. Тўла санитария ишловида режали операция арафасида бемор тирноқларини олиши, душ ёки ванна қабул қилиб операция қилиниши керак бўлган соҳани айниқса тозалаб ювиши керак. Бемор операцияга тайёрланаётган палата поли, ҳамма нарса кечқурун хлораминнинг 0,5% ли эритмаси билан артилиши, шамоллатилиши ва ультрабинафша нурлар билан нурлантирилиши керак.

Қисман санитария ишловини шошилишч операциялардан олдин амалга оширилади. У тирноқларни олиш, қўлни, оёқларни ва тананинг бошқа ифлосланадиган қисмларини гексахлоран суспензиясида ҳўлланган сочиқ билан артишни ва операция майдонидаги сочни қиришни ўз ичига олади.

Операция арафасида бемор сақлаш учун соати, узуклари ва бошқа қимматбаҳо нарсаларини топширади. Премедикациядан олдин бемор қовуғини бўшатиши, кўзойнак, олинадиган протез тишларини олиб уларни палатада қолдириши керак.

КИЧИК ТИББИЙ ҲАМШИРАНИНГ ОПЕРАЦИЯ ВА БОҒЛАШ ХОНАЛАРИДАГИ ИШИ

Асептика — операция ёки муолажа чоғида микробларнинг ярага тушишининг олдини олишга қаратилган

чюра-тадбирлар йиғиндисидир. Ярага тегадиган ҳар қандай нарса стерил бўлиши керак. Ҳатто, бажариш жараёнида тери бутунлиги бузилмайдиган (меъда ширасини олиш, меъдани зонд билан ювиш, клизмалар ва ҳ. к.) муолажалар ҳам асептик шароитларда бажарилиши керак.

Асептика шахсий гигиенага риоя қилишдан бошланади. Ишга келиб кийимларни алиштириш керак. Халат, қалпоқча ёки рўмолча ювилган, дазмолланган бўлиши, беморнинг кийимбошлари ва унинг тўшаги мунтазам равишда алиштириб турилиши керак. Жарроҳлик бўлимида палата ва боғлаш хоналарини ҳўлланган латта билан тез-тез артиб, йиғиштириб туриш керак. Ходимларнинг қўлини парваришлагга алоҳида эътибор бериш керак. Ифлос ишларни қўлқопларда бажариш шарт. Сочни қалпоқча ёки рўмолча билан ёпиш керак.

Оғиз-бурунни бекитиб турадиган 4—5 қават докадан тикилган ниқоб тутуш, операция, боғлаш хонаси, муолажа хоналарида гапиришни, юришни чеклаш микробларнинг ажралиб чиқиши ва уларнинг ярага тушиш имкониятини кескин камайтиради.

Вақти-вақти билан (ҳар 10—15 кунда) ҳаводан, ходимлар қўлидан, томоғидан экма олиш керак бўлади.

ЖАРРОҲЛИК БЕМОРЛАРНИ БАЪЗИ БИР ОПЕРАЦИЯЛАРДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА ПАРВАРИШ ҚИЛИШ. УЛАРНИ ОЛИБ ЮРИШ (ТРАНСПОРТИРОВКА) ҚОЙДАЛАРИ

Беморларни бўлимда олиб юриш усулларини доловчи врач белгилайди. Бу эса беморнинг умумий аҳволига боғлиқ бўлиб, замбилда, юмшоқ курси, курси-замбилларда, қўлларда олиб юрилади. Беморни, айниқса оғир ётган беморларни олиб юришнинг энг осон ва қулай усули — замбилда олиб юриш усулидир. Беморларнинг замбилдаги ҳолати ўзи учун қулай бўлиши (касалнинг миждозига, шикастланиш турларига, оғир-енгиллигига боғлиқ) керак. Беморларни каравотдан замбилга иккита ходим кўтариб ётқизади — бири боши, бўйин, кўкрак соҳаларидан кўтарса, иккинчиси бел ва сон соҳаларидан кўтаради. Беморларни олиб юришда бир хил горизонтал ҳолатда сақлашга ҳаракат қилинади. Зинапоядан пастга олиб тушишда замбилнинг олдинги қисмини анча кўтарилади. Зинапоядан юқорига олиб чиқишда эса беморнинг бош қисми олдинга бўлиб, замбилнинг пастки қисми кўтарилиб текис ҳолатга эришилади.

Қорин бўшлиғи органларидаги операциялардан кейин парвариш, ўтказилган операциянинг оғир-енгиллиги ва ҳажмига боғлиқ бўлади. Қиёсан оддий операциялар (ўткир аппендицит, чурралар, ўт пуфагини олиб ташлаш — холецистэктомиялар ва б.)дан кейинги парвариш принциплари қуйидагилардир: бемор операция хонасидан палатага олиб келингандан сўнг уни янги тайёрлаб қўйилган тоза ўринга ёстиқсиз чалқанчасига ётқизиб қўйилади. Наркоздан кейинги даврда беморларда қусиш пайдо бўлиб, қусуқнинг нафас йўллариغا тиқилиб қолмаслиги чорасини кўриш жуда муҳимдир. Қусиш белгилари пайдо бўлса, тиббий ҳамшира беморнинг бошини бир ёнга буради, ҳамшира олдиндан тайёрлаб қўйилган тоза сурп билан беморнинг оғиз бўшлиғини артиб олади ва дарҳол врачга маълум қилади.

Операциядан кейинги даврда оғриққа қарши кураш катта аҳамиятга эга. Бундай ҳолларда оғриқ қолдириданган, тинчитадиган дори-дармонлар буюрилади. Мураккаб операциялардан сўнг, айниқса ичак ва меъданинг бир қисмини олиб ташлаш, жигар операцияларидан сўнг беморлар реанимация бўлимига ўтказилиб интенсив даволаш чоралари амалга оширилади. Бу хилдаги беморларда кўпинча бурун — меъда зонди қолдирилади. Ҳамшира зонддан чиқадиган ажралмаларнинг табиатини кўзатиб, чиқарилган суюқлик миқдорини қайд қилиб боради. Зонд тиқилиб қолмаслиги учун ҳар 3—4 соатда натрий хлориднинг озроқ миқдордаги изотоник эритмаси билан ювиб турилади. Зонд, ундан яшил рангли шилимшиқ чиқиши тўхтамагунча 48—72 соатгача сақлаб турилади. Зонд яхши ишлаб турган бўлса, ичиш учун оз миқдорда сув бериш мумкин. Оғиздан овқат беришдан олдин врач ҳамширани огоҳлантириб қўяди ва ўтказилган операциянинг табиатига қараб тегишли схемани буюради. Қорин бўшлиғи органларидаги операциялардан кейин кўпинча ичак қовузлоқлари газлар тўпланишидан дам бўлиб кетади. Метеоризм оғриқ туриши, нафас қийинлашиб қолиши билан давом этади. Метеоризмнинг олдини олиш ва унга қарши кураш мақсадларида кислородни нафасга олдириб туриш ва вақт-вақти билан ҳар 2—3 соатда тўғри ичак бўшлиғига 15—20 минутгача газ ўтказувчи най қўйиш керак.

Қорин бўшлиғидаги йирингли жараёнлар муносабати билан қилинган операциялар аксари дренаж қўйиб қўйиш, резина найлар ёки дока тампонлар қолдириб, устини салфетка ва боғламлар билан ёпиб қўйиш билан тўғал-

ланади. Тиббий ҳамшира боғламнинг тоза бўлишига қараб боради. Врач кўрсатмасига биноан уни алиштириб туради. Боғлам қаттиқ тортилмаслиги керак, акс ҳолда у кўп ноқулайликлар туғдириши мумкин, айниқса ичаклар дам бўлиб кетганида диафрагма экскурсиясини чеклаб қўяди ва шу билан нафас олишга ёмон таъсир қилади.

Кўкрак қафаси органларида қилинган операциялардан кейин нафас етишмовчилигининг олдини олиш асосий вазифа ҳисобланади. Айни вақтда беморнинг ўриндаги вазияти катта аҳамиятга эга. Бемор наркоздан кейинги даврда қаддини кўтариб ярим ўтирадиган ҳолатга келтириб қўйилади, лекин баъзан бемор ёнбоши билан ётқизиб қўйилиши ҳам мумкин. Ҳар бир конкрет ҳолда врач ҳамширага тегишли йўл-йўриқларни беради. Нафас йўлларида тўпланиб қолган шилимшиқни беморлар йўталиб яхши чиқариб ташлай олмайдилар, шу муносабат билан сўриб оладиган мосламалар ёрдамида шилимшиқни актив равишда сўриб олиб ташлаш зарур бўлади. Мана шу муолажани ҳамшира врач буюрганига қараб ҳар 20—30 минутда мунтазам бажариб боради. Ўндан ташқари, ингалициялар, кўкрак қафасини тебратадиган (вибрацион) массаж буюрилади. Горчичниклар, банкалар, балғам кўчирадиган микстуралардан фойдаланиш ўринли.

Плевра бўшлиғида одатда дренаж қолдирилган беморларга актив ёки пассив дренажлар улашиб қўйилади, бу эса операциядан кейинги даврда пневмоторакс ва гемоторакснинг олдини олади. Ҳамшира дренажларнинг қандай ишлаб турганлигини кузатиб боради, чиққан суюқлик миқдорини қайд қилиб боради. Ўпканинг бир қисми олиб ташланган маҳалда актив аспирация афзалроқдир.

Шуни таъкидлаш керакки, қорин бўшлиғи органлари операциясидан кейинги даврда беморларни парвариш қилишнинг умумий принциплари бу ерда ҳам ўринлидир. Операциядан кейинги даврнинг яқин соатларида беморнинг гемодинамик кўрсаткичларини кузатиб бориш, иситмаси, юрак-томирлар ишини кузатиш муҳим аҳамиятга эга.

Интенсив даволаш палатасига ёки реанимация бўлимига ётқизилган беморларга махсус карта очилиб, танасининг ҳарорати, пульси ва нафас ҳаракатларининг тезлиги, артериал босимнинг даражаси, ажратилган сийдиғи миқдори, беморга юборилган ва ичирилган суюқлик-

нинг ҳажми ва бошқалар шу картага ҳар 1—2 соатда ёзиб борилади, врач буюрганларининг бажо келтирилишини ҳам ҳамшира шу картага қайд қилиб боради. Бемор аҳволини шу тарзда қайд қилиш, таҳдид солиб келаётган хавфли асоратлар аломатларини вақтида пайқаб қолишга ва врач етиб келгунча зарур ёрдам кўрсатишга имкон беради. Операциядан кейинги даврда қуйидаги асоратлар: гипертермия, нафас етишмовчилиги, юрак-томирлар етишмовчилиги, қон кетиши, олигурия, анурия учраши мумкин.

ШОК, КОМА, АГОНИЯ ҲОЛАТЛАРИДА БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ

Шок — ҳаддан ташқари кучли таъсиротлар туфайли пайдо бўладиган оғир ҳолатдир. Шокда биринчи галда марказий нерв системасига озор етади. Шокнинг кўзғалиш (эректил) ва сўниш (торпид) фазалари фарқ қилинади. Кўзғалиш фазаси жуда қисқа муддатли бўлиб, унда мушаклар таранглашади, ҳарорат кўтарилади, артериал босим ошади. Тахикардия, нафаснинг тезлашиб, юза бўлиб қолиши, бетоқат ҳаракатлар қилиш, тер босиши хосдир. Айни вақтда беморлар актив бўлиб, оғриқлардан нолийдилар, чунки уларда сезувчанлик юқори бўлади. Шокни юзага келтирадиган таъсирот бартараф этилмаса, сўниш (торпид) фазаси бошланади. Бу фазада қон айланишининг издан чиқиши биринчи ўринга чиқиб, кислород етишмовчилиги (тўқима гипоксияси) бошланади, моддалар алмашинуви бузилиб, барча орган ва системаларнинг функциялари ишдан чиқади. Бемор жуда пассив бўлиб қолади, оғриқдан нолимай қўяди, чунки сезувчанлиги пасайиб кетади, ҳушни йўқотади.

Шокнинг асосий клиник белгилари: тери ранги оқаради ёки кўкариб кетади, томир уриши тезлашиб 100—140 мартагача етади, тўлиқлиги сусайиб кетади. Артериал қон босими пасайиб кетади, нафас олиш тезлашади, тери ва пай рефлекслари йўқолиб, буйрак, жигар функцияларининг издан чиқиши натижасида сийдикнинг кам ажралиб чиқиши (олигурия) ҳолатлари кутилади.

Кома — организмнинг носпецифик реакцияси бўлиб, ҳар хил сабаблар — шикастланиш, заҳарланиш, эпилепсия, диабет ҳамда миёда қон айланиши бузилишига ва миёя шишувига олиб келадиган бошқа касалликлар сабабли бошланади. Комада одамнинг эс-ҳуши айниб, у ҳаракатлар қила олмай қолади, нафаси ва юрак-томир-

лар фаолияти издан чиқади, рефлекслари, сезувчанлиги йўқолади.

Агония (ўлим талвасаси, қон талашиш) — организмнинг терминал ҳолатларидан бўлиб, ўлимнинг қайтар даври ҳисобланади. Агониядан аввал агониядан олдинги ҳолат бўлиб ўтади, бу вақтда артериал босим кескин пасаяди, эс-ҳуш тобора хиралашиб боради, миянинг электр активлиги пасаяди, орган ва тўқималарнинг кислородга ёлчимаёлиги кучаяди. Агониядан олдинги ҳолатнинг агония ҳолатига ўтиш даври терминал пауза (тўхтаб олиш) бўлиб, бу давр нафаснинг бирдан тўхтаб қолиши, кўз мугуз пардаси рефлексларининг сўниши билан характерланади ва у бир неча секунддан 3 минутгача давом этади. Шундан кейин ўлимнинг иккинчи даври — агония бошланади. Аввал оғриқ сезгиси йўқолади, барча рефлекслар сўнади, эс-ҳуш йўқолади, Нафас суст, сийрак бўлиши ёки, аксинча, одам зўр бериб калта нафас оладиган ва тезгина тўлиқ нафас чиқарадиган (нафас амплитудаси катта) бўлиши мумкин.

Юрак қисқаришлари сони аста-секин минутига 40—20 мартагача камаёди, пульс ипсимон бўлиб қолади, аранг билинади. Артериал қон босими симоб устуни ҳисобида 20—10 мм гача пасаяди. Агонал даврнинг қанча давом этиши ва клиник манзараси уни юзага келтирган сабабларга боғлиқдир. Агонал ҳолат бир неча минутдан то бир неча соатгача давом этиб клиник ўлим ҳолатига ўтиши мумкин. Бу ҳаёт билан ўлим ўрғасидаги қисқа (3—5 минут давом этадиган) давр бўлиб, нафас олиш ва юрак иши тўхтаб, тери рангининг оқариши, кўз қорачиғининг кенгайиб кетиши ва рефлексларнинг бутунлай йўқолиши билан характерланади. Бу қисқа давр қайтар ҳолат бўлиб ҳисобланади.

Бу терминал ҳолатларда ҳамма тиббий чора-тадбирлар ҳаёт учун зарур бўлган орган ва системалар фаолиятини тиклашга қаратилиши керак. Бундай беморлар алоҳида ажратилган хоналарга жойлаштирилиши ёки реанимация бўлимига ўтказилиши ва дарҳол ҳамшира назорати остида бўлиши лозим. Беморнинг нафас олиши (унинг сони, ритми, чуқурлиги), томир уриши, қон босимининг ҳолати, эс-ҳуши, бошқа орган ва системаларининг иши доимий кузатиб борилиши лозим. Бундан ташқари, тиббий ҳамшира врач буюрган ҳамма даво чораларини ўз вақтида бекаму кўст бажариши шарт. Бунинг учун эса оғир ётган беморларнинг парвариши учун зарур бўлган ҳамма нарсалар (игналар, шприцлар), дори-дар-

монлар, асбоблар ва бошқалар) бемор ётган хонада тахт қилиб қўйилиши керак.

Агония ҳолатида дарҳол комплекс реанимация тадбирларини бошлаш, биринчи галда оғиздан-оғизга, оғиздан-бурунга қилиб ўпкага сунъий нафас бериш, шунингдек юракни бевосита массаж қилишга киришиш керак. Агония ҳолатидан чиқарилган бемор анча вақтгача синчиклаб кузатиб борилади, уни парвариш қилиш кучайтирилади. Бемор баданига грелкалар қўйиб, ўраб-чирмаш, ётоқ яраларнинг олдини олиш чораларини кўриш, баданини дезинфекция қилувчи эритмаларнинг бири билан артиб туриш, беморни бир ёнбошидан иккинчисига ағдариб туриш, чойшаблар, адёл ва ёстиқ ҳамда ич кийимици тез-тез алмаштириш, уни едириб-ичириб туриш керак.

ТАЛАБАЛАРНИНГ БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ БЎЙИЧА ПАЛАТА ТИББИЙ ҲАМШИРАСИ ЕРДАМЧИСИ СИФАТИДАГИ ВАЗИФАЛАРИ

Практикадаги талаба юксак ахлоқий фазилатларга эга бўлиши керак. Унинг ҳамма хатти-ҳаракатларида беморга меҳрибонлик, диққат-эътибор сезилиб туриши керак. Талаба сабр-тоқатли ва одобли бўлиши лозим. Санчилган найзанинг жароҳати тузалиб кетса-да, бироқ кўпол сўзнинг заҳри сира кетмаслигини унутмаслик керак.

Интизомлилик, бўлим тиббий ходимининг кўрсатмаларини аниқ бажариш, доимо ўз билимларини такомиллаштиришга интилиш, умумий маданий савиясини ошириб бориш тиббий ходим учун зарур фазилатлардан саналади. У ҳамиша очиқ кўнгил, босиқ ва ўзини тута биладиган бўлиши керак. Ташқи қиёфаси беморларни хотиржам қиладиган, уларнинг ишончини тўла-тўкис оқлайдиган бўлиши керак.

2-курс талабалари вазифасига беморларни парвариш қилиш ва уларга биркитилган палаталарнинг санитария ҳолати устидан кузатиб бориш киради; даволовчи врачнинг даволаш ва гигиеник кўрсатмаларини ёзиб бориш ва аниқ бажариш. Улар ординатор ёки навбатчи врач беморларни айланиб кўриб чиқаётганда қатнашадилар, уларга беморларнинг соғлиқ ҳолати тўғрисида маълумот берадилар, улардан беморларни бундан кейинги парваришлаш бўйича кўрсатма оладилар. Уларнинг вазифасига беморлар ҳароратини ўлчаш, ҳароратни температура варақасига ёзиб бориш, пульс ва нафас олиш сонини ҳи-

соблаш; палаталарда озодалик, осойишталик ва тартиб устидан кузатиш, беморларнинг шахсий гигиена қоидаларига риоя қилишлари, оғиз бўшлиғини парваришлаш, соч ва тирноқларни олдириб туриш, гигиеник ваннани ўз вақтида қабул қилишлари, ич кийим ва ўринбош оқлиқларини алиштирилиши устидан кузатиб бориш киради. Ювинишда, овқатланишда уларга кўмаклашадилар, керак бўлса кўз, оғзи, қулоқларини ювиб қўядилар, ётоқ яралар ҳосил бўлишига йўл қўймаслик чораларини кўрадилар.

Врач кўрсатмаси бўйича анализлар учун материал (сийдик, ахлат, балғам, шилимшиқ ва б.) йиғадилар, уларни лабораторияга топширадилар, ўз вақтида текшириш натижаларини оладилар ва уларни касаллик тарихига ёпиштириб қўядилар; беморлар, кичик тиббий ходимлар ва келиб-кетувчиларнинг касалхона ички тартиб-қоидаларига аниқ риоя қилишлари устидан кузатиб борадилар; янги келган беморларни ички тартиб-қоидалар, кундалик режим ва шахсий гигиена қоидалари билан таништирадилар; дори-дармонлар, боғлов материаллари ва беморларни парвариш қилишда ишлатиладиган буюмларига талабномалар тузишда қатнашадилар; беморларни врачларнинг кўрсатмаси бўйича рентгенологик ва бошқа текширувларга юборадилар, рентген кабинетида касаллик тарихларининг қайтиб келиши устидан кузатиб борадилар, уларга текшириш натижаларини кўритадилар. Палата тиббий ҳамшираси билан биргаликда янги келган беморларни қабул қиладилар, санитария пропускнигида ўтказилган санитария обработкиси сифатини текширадилар, беморларни тегишли палатага жойлаштирадилар.

Практикант ўз ишига меҳр қўйиши, уни чуқур эгаллаш ва адо этишга ҳаракат қилиши зарур. Беморларнинг руҳини кўтаришнинг аҳамияти катта, ҳар бир беморга алоҳида ёндошиш керак. Бемор унга кўрсатилаётган меҳрибончилиқни яхши ҳис этади ва ўз навбатида ходимга ўз миннатдорчилигини билдиради, уни ҳурмат қилади.

Беморлар ҳасталик, ёқимсиз сезгилар таъсири остида аксарият инжиқ, ўзини тута билмайдиган, жиззаки бўлиб қоладилар. Бундай ҳолларда улар билан баҳслашиб ўтирмаслик, койимаслик, хафа бўлмаслик, қаттиқ гапирмаслик керак. Аксинча, уларни тинчлантириш, имкон борича паст келиш, айни вақтда беморларни мавжуд қоидаларга бўйсундириб, қунт билан ҳамма зарур тadbирларнинг бажарилишини талаб қилиш керак.

У озодалик ва батартиблик жиҳатидан ўрнак кўрса-тиши керак. Унинг иш кийими медицина халати, дурра-ча ёки қалпоқчадан ташкил топади. Халат тугмачалари орқа томонидан тақилади, дуррача (қалпоқча) сочларни бекитиб туради. У бўлимда юрганида овоз чиқармайди-ган юмшоқ пойабзал кийиши керак. Навбатчилик вақти-да пайпоқ ёки носки киймай юришга рухсат этилмайди. Талабанинг ўзи ҳам, кийимлари ҳам доимо озода бўлиши керак. Оғзидан бадбўй ҳид келиши, тер ҳиди беморда ёқимсиз сезгилар келтириб чиқаради. Навбатчилик вақ-тида пардоз-андоз қилиш, тақинчоқлар тақиш тавсия қилинмайди. Қўллар ҳамиша тоза ювилган, тирноқлар олинган бўлиши керак. Ҳар бир манипуляция, беморни овқатлантириш ва муолажалар бажаришдан сўнг қўлни яхшилаб ювилади, зарур бўлса дезинфекция қилинади. Айрим муолажалар (тўғри ичак ампуласини механик то-залаш) резина қўлқопда бажарилиши керак. Озодагар-чиликка риоя қиладиган ва камтар талаба-практикант ҳурмат ва обрў-эътибор қозонади.

Талаба-практикантнинг ўзига топширилган ишга ҳа-лол муносабатда бўлиши беморни муваффақиятли даво-лаш ва соғлиғини тиклашга, шубҳасиз, таъсир кўрсата-ди. Талаба-практикантнинг ҳар бир хатти-ҳаракати бў-лимнинг штатдаги ходими иши каби масъулиятлидир. У бирор ишга ўзбилармонлик қилмаслиги ва беморга зиён етказиб қўймаслик учун бўлимдаги масъул ходимнинг кўрсатмаларини пухтали билан адо этиши керак. Тала-ба айниқса оғир ётган беморларни парвариш қилаётган-нида жирканиш нималигини билмаслиги, бутун фикри-зикрини беморнинг азобини енгиллаштиришга қаратиши лозим.

3-курс талабалари ва тиббий билим юртларини тамом-лаган талабалар беморларни парвариш қилиш практика-сидан ўтиш даврида тиббий ҳамширанинг яқин ёрдамчи-си ҳисобланадилар ва тиббий ҳамшира билан ҳамкор-ликда врачларнинг қуйидаги топшириқ ва кўрсатмалари-ни бажаришлари керак: горчичник қўйиш ва зулуклар солиш; банкалар қўйиш; дўри моддаларини ийлаб сур-тиш; компресс қўйиш; артериал босимни ўлчаш; қулоқ-ни ювиш (қулоқ кири тўпланганда); врач кўрсатмалари бўйича физиотерапевтик муолажалар қўлланиш, газ ҳай-дайдиган найча қўйиш; ҳамма турдаги клизмалар (тоза-довчи, сифон, овқатли, томчили, дорили ва б.) қўйиш; меъдани зондлаш ва ювиш; қовуқни юмшоқ резина ка-тетер билан катетерлаш; қовуқни ювиш, қинни спринце-

вание қилиш (чайиш); тери остига ва мушак ичига инъекциялар қилиш, венага дори қуйиш; қон тўхтатувчи жгутлар боғлаш; сунъий нафас олдириш; шикастланишлар, заҳарланишлар, совуқ олдириш, куйишларда биринчи ёрдам кўрсатиш; аутогемотерапия ўтказиш; томоқ ва жинсий органлардан суртмалар олиш ва бошқалар.

Ҳар бир талаба-практикант оғир беморлар, ярадорларни ташиш ва бир жойдан иккинчисига кўтариб боришни ташкил қила олиши ва зарур ҳолларда уларни транспортда олиб бориши, шунингдек оддий текширувларни бажара олиши керак (сийдикни оқсил борлигига анализ қилиш, қон суртмаларини тайёрлаш ва б.).

Улар навбатчилик охирида тиббий ҳамшира билан бирга беморларнинг ҳаракати, бажарилган манипуляцияларнинг турлари ва ҳажмига доир маълумотнома тузадилар.

Талаба-практикантларнинг психология ва деонтология асосларини эгаллаб олишлари уларнинг касбга яраша хушмуомалали бўлишларига ёрдам беради, бундай талабалар беморлар билан тез тил топадилар, уларнинг дардини енгиллата оладилар.

Даволаш-профилактика муассасасидаги ҳамма бўлимлар иши бир-бирига мувофиқлашган, тартиб-интизом яхши йўлга қўйилган, ходимларнинг маданий савияси юқори бўлган тақдирдагина ишнинг сифати яхши бўлади.

БЕМОРНИНГ СТАЦИОНАРДАГИ РЕЖИМИ

Ҳар бир ишнинг алоҳида режим асосида бажарилиши яхши самара берганидек, беморларнинг стационарда даволанаётганларидаги режими ҳам муҳим аҳамиятга эга. Чунки, бемор касалхонага тушгандан бошлаб токи тузалиб чиққунга қадар маълум бир режим бўйича даволанади. Агар пала-партишликка йўл қўйилса касалхонада ишлаб чиқилган қондаю қонунларга амал қилинмаса, албатта бемор кишининг даволаниш процессига маълум даражада манфий таъсир кўрсатади.

Яхши тузилган режим беморларга бутун кун мобайлида етарли даражада ухлаш ва дам олиш, шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш, хоналарни тоза тутиш, ўз вақтида овқатланиш, мунтазам врачлик кузатуви, даво муолажаларини кечиктирмай бажаришни таъминлайди. Кундалик режим ва тартиб-қоидалар касалхона ва бўлим профилига боғлиқ. Касалликнинг характери ва

оғир-енгиллигига кўра беморларга қуйидаги режимлар тайинланади: беморга ҳатто ўтиришга ҳам рухсат этилмайдиган қатъий ўринда ётиш режими; ўринда ётиш режими — ўринда ҳаракат қилиш мумкин, бироқ ундан туриб кетишга рухсат этилмайди; ўринда ётиш режимининг ярим деган турида палатада юриш ва ҳожатхонага боришга рухсат берилади, оддий режим — бўлим атрофларида ва касалхонанинг шу мақсад учун ажратилган ҳудудида бемалол юришга рухсат этилади.

Беморлар ички тартиб-қондалар, врач кўрсатмалари, тиббий ҳамшира буюрганларини пухталиқ билан бажаришлари лозим. Практикант беморларнинг палаталар ва коридорларда шовқин қилмасликлари, касалхонанинг бошқа бўлимларига бормасликлари, бегонанинг ўрнида ўтирмасликлари, тунги уйқу, кундузги дам олиш вақтида осойишталикка риоя қилиб ўринларида ётишлари устидан кузатиб бориши керак. Соат 22 дан кейин ҳамма палаталарда чироқлар ўчирилади ва радио узиб қўйилади. Манипуляциялар бажариш ва дори-дармонлар бериш беморларнинг овқат ейиш, ухлаш ва дам олиш соатларига тўғри келмаслиги керак, шошилинич ҳоллар ва дори-дармонлар маълум соатларда бериладиган ҳоллар бундан мустасно. Касалхона режими бемор нерв системасига ва психикасига яхши таъсир қилиши керак. Шовқинларни бартараф этиш учун ходимлар жуда секин гапиришлари зарур.

БЕМОРНИНГ САНИТАРИЯ ИШЛОВИ (ОБРАБОТКАСИ)

Беморнинг стационарда, поликлиникада, турмушдаги ҳаёт тарзини идора қиладиган, касалликни даволаш ва профилактика қилиш таъсирчанлигини оширадиган тадбирлар ва қондалар йиғиндисига гигиена дейилади. Стационарга тушган ҳамма беморларни, оғир аҳволдаги беморлардан ташқари, санитария ишловидан ўтказилади (ванна, душхона ёки ҳўл сочиқ билан артиш). Талаба-практикант беморни ваннахонага олиб боради ва уни синчиклаб кўздан кечиради. Агар беморда бит ёки сиркалар топилса, сочларини олади, жунларини қиради ва баданнинг сочли қисмларига дезинфекция қиладиган моддалар суртади (К совуни, ДДТ совуни, ДДТ дусту, сабадилла, совун-керосинли эмульсия). Соч оладиган машина ва устара 70° спирт билан дезинфекция қилинади.

Беморлар стационарда бўлган вақтларида ҳар куни юз-қўллари, бўйинларини ювишлари, оғиз чайишлари,

соч тарашлари, ҳожатхонага борилгандан кейин ва овқатдан олдин қўл ювишлари керак. Практикант беморларнинг гигиеник режимини бажаришлари устидан кузатиб боради. Ётиб қолган беморларни ювинтириш, оғзини тоза тутиш, тагини ювиш, сочини тарашни талаба санитарка ёрдамида бажаради. Оғир ётган беморларнинг қўл ва юз терисини қайнаган сувга ҳўлланган пахта билан артилади. Қўз қовоқлари ва киприкларини 2% ли илиқ борат кислота эритмаси билан пипетка ёки пахта пилик ёрдамида ювилади, оғиз бўшлиғини тоза тутиш учун кунига 2—3 марта ювилади ёки дезинфекцион эритма билан чайилади (калий перманганат, риванол, фурацилиннинг кучсиз эритмалари), сўнгра 10% глицерин қўшилган 1% ли бура эритмасига ҳўлланган дока салфетка билан артилади. Бунда докани шпатель ёки корнцангга ўралади. Оғир аҳволдаги беморларнинг тагини кунига бир неча марта (сийиш ва ҳожатдан кейин) ювиш зарур.

Беморларни ҳафтада бир марта ваннада, душ остида чўмилтирилади ёки ётган жойида илиқ сув билан совунлаб ювилади (бу тадбирлар бемор стационарга тушгандаги каби бажарилади). Чўмилтиришдан кейин ич кийимлари ва ўринбош анжомлари алиштирилади ва тирноқлари олинади. Дезинфекция тадбирлари зарурат бўлганида ўтказилади.

Касалхонага келган ҳар бир бемор учун қайнатилган шахсий мочалка ва 50 г совун ажратилади. Дезинфекция қиладиган эритма қуйилган тоза мочалкалар «тоза» деган ёзуви бўлган ёпиқ идишда сақланади. Ишлатилган мочалкалар ҳам «ишлатилган» деган ёзуви бўлган ёпиқ идишда сақланади. Беморни чўмилтиришдан олдин ваннани иссиқ сув билан совунлаб ювилади, зарур бўлса (тери касаллиги ёки юқумли хасталиги бўлган беморлардан кейин) дезинфекция қилинади. Ваннахонада буғ йиғилиб қолишининг олдини олиш учун ваннани аввал совуқ сув, кейин иссиқ сув билан тўлдирилади. Сув ҳароратини махсус сув термометри билан ўлчанади. Оғир аҳволдаги беморларни тахта панжара устида ётган ҳолатида душ тагида резина шланг билан чўмилтириш мумкин. Чўмилтиришдан сўнг беморни чойшабга ўралади ва обдон қуригунча артилади. Баданни қисм-бақисм совунли илиқ сувга ҳўлланган сочиқ билан артилади. Баданнинг ювилган қисмларини тезда артилади. Чўмилтирилгандан кейин беморнинг қўл ва оёқларидаги тирноқлари олдирилади ва тоза касалхона кийимлари кийдирилади.

КАСАЛХОНАЛАРДА ДАВОЛАШ-МУҲОФАЗА РЕЖИМИ

Мамлакатимиз касалхоналарида кундалик режим тахминан бир хил. Тиббий ҳамшира иши шунга мувофиқ тақсимланади (1-жадвал).

1-жадвал

Касалхона режими

Соатлар	Тадбир	Тиббий ҳамширанинг иш ҳажми
1	2	3
7.00	Уриндан туриш	Палаталардаги чироқларни ёқади
7.05—7.30	Ҳароратни ўлчаш	Термометрларни тарқатади, тана ҳароратини тўғри ўлчаш устидан кузатиб боради, уни температура варағига ёзади.
7.30—8.00	Беморларни эрта-лабки ювиб-тараш	Оғир ётган беморларнинг ювинишига ёрдам беради, оғзи, бурни, кўзини тоза туттади. Сочини тарайди, ўринбошини қайта ёзади, вазиятини ўзгартириб туради. Сийдик, ахлатини лабораторияга жўнатади.
8.00—8.30	Дорн-дармонлар тарқатиш	Беморларга дорилар тарқатади ва уларнинг қабул қилинишини кузатиб боради
8.00—9.00	Понушта	Буфетчига овқат тарқатишда кўмаклашади, оғир беморларни овқатлантиради.
9.00—10.00	Врачларнинг айла-ниб чиқиши	Айланиб чиқишда қатнашади ва кўрсатмаларини ёзиб боради.
10.00—13.00	Врач кўрсатмаларини бажариш	Беморларни рентген кабинети, консультацияларга олиб боради, зондлаш, меъда шираси олиш, горчичник, иситувчи компресс қўйиш, инъекциялар, дорилар ёзиб бериш, оғир беморларни парваршлаш.
13.00—13.30	Дорилар тарқатиш	Беморларга дорилар тарқатади ва уларни қабул қилишда ҳозир бўлади.
13.30—14.30	Тушлик	Овқат тарқатишга ёрдам беради, оғир беморларни овқатлантиради.

1	2	3
14.30—16.30	Тушликдан кейин дам олиш	Палатани шамоллатади, унда ва бўлимда осойишталик бўлиши, оғир беморлар аҳволи устидан кузатиб боради.
16.30—17.00	Кундузги ҳароратни ўлчаш	Термометрларни улашиб чиқади, ўлчаш натижаларини температура варақаларига ва касаллик тарихига ёзиб қўяди.
17.00—17.30	Тушликдан кейинги чой	Бўлимдаги тартиб-интизомни кузатади, бемор қариндошлари келтирган маҳсулотларни текширади, ҳужжатларни тўлдиради (тайинлаш варақлари, рецептура варақлари).
17.30—19.00	Бемор қариндошларининг кўргани келиши, бўш вақт	
19.00—19.30	Дорилар тарқатиш	Кечки овқат олдидан дорилар тарқатади.
19.30—20.00	Кечки овқат	Кечки овқатни тарқатади, оғир беморларни овқатлантиради.
20.30—21.30	Кечки тайинланган кўрсатмаларни бажариш	Беморларни кейинги кун рентгенологик текширувга тайёрлайди, клизма, банка, иситувчи компресслар қўяди.
21.30—22.00	Кечки ювиб-тараши	Беморларни остини ювади, ўринбошини қайта ёзади, беморни қулай вазиятда ётқизади, оғиз бўшлиғини тозалаб қўяди, палатани шамоллатади ва б.
22.00	Ухлаш	Палаталарда чироқни ўчиради, беморларнинг устини ёпади, палата ва бўлимда осойишталикни таъминлайди.

Ходимларнинг алмашинуви, хоналарни йиғиштириш, ҳароратни ўлчаш беморлар уйқудан турганларидан кейин, эрталаб соат 7 дан амалга оширилади. Палатада тунги соатларда ҳамма беморларни безовта қилмаслик учун ёруғлик сигнализацияси ва тунги чироқлар бекам-кўст ишлаб туриши керак. Ходимлар ички тартиб-қоидаларни пухта бажаришлари ва уларни бўлимга келиб тушадиган ҳамма беморларга таништиришлари керак,

Даволаш-муҳофаза режимининг энг муҳим шартларидан бири бемор психикасини эҳтиётлаш, беморларга тўлиқ жисмоний ва руҳий осойишталик таъминлайдиган қулай шароитлар вужудга келтириш ҳисобланади.

Стационарда даволаш-муҳофаза режимини ташкил этиш учун кун тартибини оқилона белгилаш ниҳоятда муҳим, унда даво тадбирлари кучини пасайтирадиган ташқи муҳитнинг ёқимсиз таъсирларини (қаттиқ гапирини, шовқин, эшикларни қаттиқ очиб ёпиш) бартараф этиш кўзда тутилган бўлади.

Беморни салбий ҳис-ҳаяжонлардан эҳтиёт қилишга қаратилган тадбирларни у касалхонага келган вақтдан бошлаб кўриш керак. Ҳамма ташқи омиллар йиғиндисининг бемор психикасига таъсиридан келиб чиқиб, касалхонада қулай шароит яратиш, беморнинг дам олишини тўғри ташкил этиш, касалхона ҳаётининг умумий тартиб-қоидаларидаги шикастлайдиган мавжуд омилларни тугатишга алоҳида эътибор берилиши керак. Сўнгги йилларда даволаш-профилактика муассасалари ишида ватанимиз тиббиётининг ҳар бир инсон эҳтиёжларини имкон борича қониқтиришга интилишини акс эттирадиган «ҳамма нарса бемор учун» принципи тобора кўпроқ қарор топаёпти.

Беморларда тиббий парвариш буюмларини (қонга бўялган дока бўлаклари, қон юқлари бўлган шприц ва скальпеллар, пахта ва ифлосланган бинтларга тўла тоғорачалар ва б.) кўрганда пайдо бўлиши эҳтимол тутилган турли-туман салбий ҳаяжонларни бартараф этиш ниҳоятда муҳим. Беморларнинг бўш вақтини яхши ташкил этишнинг ҳам аҳамияти катта, бу беморни ўз дардига тааллуқли ғам-ташвишлардан ҳоли қилади. Бунинг учун махсус китоблар, ойномалар учун жавонлар қуриш, юрадиган беморлар учун телевизор ўрнатиш лозим. Юрадиган беморлар шу хонада ўз қариндошлари билан учрашишлари мумкин.

Очиқ ҳавода, айниқса ёз кунлари сайр қилишнинг аҳамияти катта. Беморлар бўш вақтларида мутолаа қиладилар, стол усти ўйинларини ўйнайдилар, кашта тикадилар, наушник орқали радио тинглайдилар.

КАСАЛХОНАДА ОВҚАТЛАНИШНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ

Касалхоналарда беморларни овқатлантириш тўғрисида гап кетар экан, диетологиянинг асосчиларидан бири М. И. Певзнернинг «Шифобахш овқатланиш — комплекс

терапиянинг асосий усулидир» ёки «Парҳез овқатлар бўлмаган жойда рационал терапия ҳам бўлмайди» — деган ибораларини келтириш жоиздир.

ЗАМОНАВИЙ ДИЕТОЛОГИЯДА ҚУЛЛАНИЛАДИГАН АСОСИЙ ПАРХЕЗЛАР

Асосий диеталар МФА Овқатланиш институти махсус клиникасида М. И. Певзнер бошчилигида илмий асосланган, системага солинган ва амалда ишлаб чиқилган. Буларнинг ҳаммаси мамлакатда ва кўпгина хорижий давлатларда эътироф этилган ва кенг тарқалган. Парҳезлар чегараланиш даражасига кўра таомларни танлаш ҳуқуқи бўлган парҳезларга ва танлаш ҳуқуқи бўлмаган қатъий парҳезларга бўлинади. Таомларни танлашга йўл қўйиладиган ва буюртма системаси амалга ошириладиган парҳезларга 1, 2, 5, 9, 10 ва 15-парҳезлар киради. Улар мувозанатлашган бўлади, шу туфайли улардан узоқ вақт фойдаланиб, организм эҳтиёжларини тўла-тўқис таъминлаш мумкин. Таомларни танлаш ҳуқуқи бўлмаган қатъий парҳезларга 0,06, 0в, 1а, 1в, 4, 5а, 5в, 8 ва парҳезларнинг бошқа айрим турлари киради. Қатъий парҳезлар кўпинча овқатланишнинг мувозанатлашмаган турларига киради, шунинг учун қисқа вақтга тайинланиши мумкин.

Диетотерапия бемор ҳолати динамикасига биноан қатъий парҳездан аста-секин кенгайтирилган овқатланишга ўтиш асосида амалга ошириляпти. Битта парҳезга жуда узоқ муддат амал қилишга камдан-кам ҳолларда рухсат этилади. Бу айниқса қатъий парҳезларга тааллуқлидир.

Парҳез овқат, масалан, айрим овқат моддалари сингизишнинг ирсий бузилишларида (ҳазм органлари, буйрак касалликлари, қандли диабет, ёғ босишда) бирдан-бир ёки асосий усуллардан бири бўлиши мумкин. Бошқа ҳолларда парҳез овқатлар билан даволаш касаллигининг асоратларига ва авж олишига йўл қўймай даволашнинг ҳар хил турлари таъсирини кучайтиради. Диетотерапия — овқатни шифо мақсадида қўлланишдир. У биринчи галда касал органни химиявий ва механик эҳтиётлаш, унинг функциясини тиклаш учун бир маҳсулотни иккинчи хил билан алиштириш ёки бемор организмга етишмай турган зарур овқат моддаларини киритишни ўз олдига мақсад қилиб қўяди.

Белгиланган номенклатурага биноан 1 дан 15 рақам-

ларгача ифодаланган парҳез овқатлар қўлланилади. Ҳар бир парҳезнинг ўз таърифи бор. Парҳезлар миқдори муассаса, яъни беморларнинг асосий қатлами (контингенти) билан белгиланади. Ҳар бир касалхонада асосий парҳез кунлар белгиланган. Умумий типдаги кўп ихтисослашган касалхонада амалда МФА Овқатланиш институти ишлаб чиққан 15 та парҳез қўлланилади.

Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан касалхона муассасалари учун камида 4 марталик, айрим гуруҳлардаги беморлар учун (юрак, касаллигида, яра касаллигида) эса 5—6 марталик овқатланиш режими белгиланган. Кундузги рационни бир меъёردа тақсимлаш ва кечки овқатга калориялилиги юқори кўп овқат ҳажми қолишига йўл қўймаслик зарур, одатда, кечки соатларга суткалик рацион калориялилигининг кўпи билан 25—30 фоизи тўғри келиши керак. Беморларни овқатлантириш вақти овқат миқдори ва даволаш муассасасининг режими билан белгиланади. Кундуз куни овқат ейиш ўртасидаги танаффуслар 4 соатдан ошмаслиги, охириги кечки овқат ва эрталабки нонушта ўртасидаги танаффус 10—11 соатдан ошмаслиги керак. Овқатни маълум соатлардагина мунтазам истеъмол қилиш беморларда вақтга нисбатан шартли рефлекс вужудга келтиради ва иштаҳанинг яхши бўлишига имкон беради.

2 марталик овқатлантиришда иккинчи нонушта, 6 марталик овқатлантиришда эса тушликдан кейинги овқат киритилади.

Беморга узоқ вақтгача битта парҳез столининг ўзини тайинлаш мумкин эмас, чунки қатъий белгиланган шифо овқат чегараланган, бинобарин, кам қимматли бўлади. Овқат хилини кўпайтириш учун овқат режимини ўзгартириб туриш, баъзан эса режимдан бир оз чекиниш ҳам мумкин.

Айрим касалликларда енгиллаштирувчи деган ном олган кунлар тайинланади.

Беморни тўғри (рационал) овқатлантириш овқатнинг фақат сифат таркиби билан эмас, балки овқатланиш режими билан ҳам белгиланади. Бу тушунчага кун мобайнида неча марта овқат ейиш, улар орасида физиологик оралиқларни тўғри сақлаш ва маҳсулотларнинг суткалик наборини тўғри тақсимлаш киради. Овқатни ташкил этиш ва назорат қилиш учун йирик касалхоналарда парҳез билан шуғулланувчи врачлар, бўлимларда эса парҳез ҳамширалари бўлади, бу функциялар бўлимнинг катта тиббий ҳамширасига топширилиши мумкин.

Тиббий ҳамшира беморларга ҳар кун порционник тузади, уни бўлимнинг катта ҳамширасига топширади, у эса ўз навбатида парҳезлар сонини жамлайди ва порционникни бош ошхонага йўллайди. Тунда касалхонага янги келган беморга порционникни қабулхона бўлимининг навбатчи ҳамшираси эрталаб топширади. Шу порционниклар асосида ошхонада овқат тайёрланади.

Ҳозирги вақтда меҳнатни илмий ташкил қилиш қўлланилиши туфайли буфетчилар овқат олиб келишга бормайдилар: овқат маълум идишда, бошқа ҳеч қаерда ишлатилмайдиган махсус автотранспортда марказлашган ҳолда олиб келинади. Овқат учун ишлатиладиган челақ ёки кастрюлкалар ҳамавақт тоза ва қопқоқли бўлиши керак. Идишни иситиладиган махсус кўчма столчаларга қўйилади ва илиқ ҳолда палатага келтирилади.

Юришга рухсат этилган беморлар ошхонага ўзлари борадилар. Ошхона табиий ёритилган катта хонада жойлашган бўлиши керак. Унда 4 кишилик мўъжаз столлар қўйилади, улар беморларни парҳез бўйича гуруҳларга бўлиб ўтқазиб ва яхши хизмат қилиш имконини беради. Қаттиқ стуллар қўйилгани маъқул, бу ҳолда уларни артиб чиқиш осон бўлади. Ошхона столлари ҳар гал овқатдан кейин йиғиштирилиши керак, иш охирида эса уларни иссиқ сув билан яхшилаб ювилади.

Буфетда ошхона идишлари сақланади, овқат беришдан олдин идишларни тарқатиш хонасига берилади. У ерда иситувчи асбоблар: газ плитаси, электр ёки газ шкафлар ва сув ҳаммомлари бўлади. Иссиқ сув учун титан ва идиш ювиш хонаси ҳам шу жойда бўлади. Бу хоналар ниҳоятда озода сақланиши лозим. Бунга буфетчи қараб туради, бироқ уларни катта ҳамшира ва палата тиббий ҳамширалари назорат қилиб турадилар. Ёз вақтида деразаларига тўр қоқиб қўйилиши керак, бу кўпгина юқумли меъда-ичак касалликларининг қўзғатувчиларини ташиб юрувчи пашшалардан ҳимоя қилади. Буфетхона ва ошхонада пашшалар бўлиши санитария-гигиеник режимга риоя қилишнинг қониқарсизлигидан далолат берадиган биринчи белги ҳисобланади. Овқат қолдиқларининг ёпиқ идишларда сақланишига ва ўз вақтида бўшатиб турилишига аҳамият бериш зарур.

Овқат сузиб бериладиган идишларни махсус ювгичларда хантал билан ювилади, шундан сўнг иссиқ сув оқими остида қунт билан чайилади ва махсус қуритгич шкафларга ёки тўрларга қўйилади. Вилка ва қошиқларни ҳам қуритилади.

Шифо овқатнинг вазифаси у ёки бу органнинг бузилган функциясини тиклашдан иборат. Касалхоналарда овқатланиш режими касаллик характери ва беморнинг индивидуал хусусиятларини ҳисобга олиб тузилади.

Касалхона овқатини ташкил қилишда овқатланиш режими муҳим шарт ҳисобланади. Бу тушунча остида фақат парҳез столларга риоя қилишнигина эмас, балки кун мобайнида овқатни рационал тақсимлаш, улар орасидаги танаффусларни, бир марталик миқдорини, овқатнинг оптимал температурасини тўғри белгилаш ҳам тушунилади. Бундан ташқари, овқатланиш билан боғлиқ бўлган ташқи шароитлар ҳам ҳисобга олиниши керак. Уларга дастурхонни безатиш, таомларнинг ташқи кўриниши, уларнинг таъми ва ҳиди, буфетчининг озодалиги киради. Бу омилларнинг барчаси овқатнинг яхши ҳазм бўлишига ва сингишига ёрдам беради. Кўпчилик беморларда иштаҳа бўлмаслигини ҳисобга олиб, таомлар хушқўрим ва иштаҳа очадиган қилиб тайёрланиши керак. Ошхонада осойишта шароит яратиш лозим. Бу ҳолда тиббий ҳамшира соғлиқни тиклаш учун овқат ейишнинг гоят муҳимлигини тушунтириши лозим.

Овқат ейишдан олдин ҳамма даво муолажалари ва физиологик эҳтиёжларни тугаллаш, палатани йиғиштириш ва шамоллатиш, оғир аҳволдаги беморларнинг қўлини ювиб қўйиш керак. Агар бемор ўрнидан туриб ўтира олмайдиган бўлса, ёстиғини баланд кўтариш ёки бир нечта ёстиқ қўйиб қаддини кўтариб ўтқазиб қўйиш керак. Беморнинг бўйни ва кўкрагига клеёнка ёки фартук тутилади. Ётадиган беморларга овқатланиш вақтида кравот олдига қўйиладиган столчалар ишлатилади. Оғир аҳволдаги, ҳолдан тойган ва ориқлаб кетган беморларни турли мосламалардан фойдаланиб улар учун қулай вазиятда овқатлантирилади. Тиббий ҳамшира чап қўли билан бемор бошини ёстиқ билан бирга кўтаради, ўнг қўлида эса беморга қошиқда овқат тутди. Бемор овқат ичишни истамаган тақдирда оғзига зўрлаб овқат қўйиш мумкин эмас, чунки овқатнинг нафас йўллариغا тушиши кўнгилсиз оқибатларга сабаб бўлиши мумкин.

Оғир ётган беморларни парваришлашнинг қийин томони иштаҳаси йўқ бўлган пайтларда уни овқат ейишга ундаш ҳисобланади. Бу ўринда бирор конкрет маслаҳатлар бериб бўлмайди.

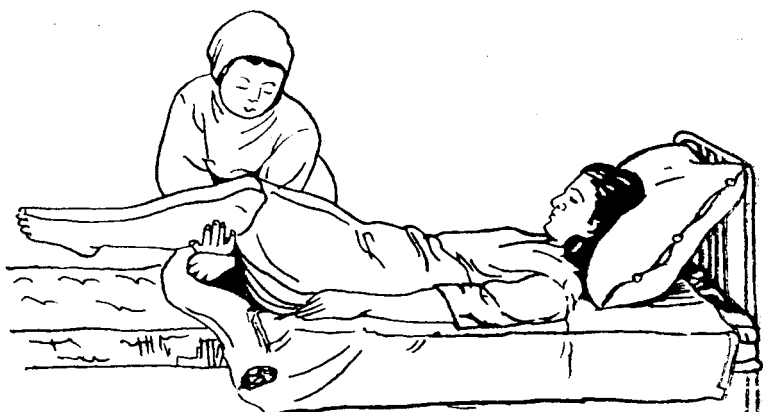
БЕМОРНИНГ ШАХСИЙ ГИГИЕНАСИ ТУҒРИСИДА ТУШУНЧА ВА УНИНГ ДАВОЛАШДАГИ АҲАМИЯТИ

Шахсий гигиена — одам баданини (териси, сочи, оғиз бўшлиғи, тишларини), ич кийим ва ўрин-кўрпа анжомлари, кийимбоши, турар жойини озода сақлашни кўзда тутати. Шахсий гигиенага риоя қилиш соғайишга, соғлиқни сақлаш ва мустаҳкамлашга имкон беради.

Бемор ўрнини тайёрлаш қоидалари. Бемор ўрнини тайёрлаш учун оқлиқ ва ўринбош анжомларининг комплекти бўлиши зарур, унга тўшак, жилдлари бўлган иккита пат ёки пар ёстиқ, чойшаб, кўрпа билан кўрпа жилди ва сочиқ киради. Каравотга юзаси силлиқ ва қаттиқ жун ёки пахта тўшак қўйилади. Ёстиқларга тоза ва дазмолланган жилдлар кийдирилади. Чойшаб ва жилдларни бурма ҳосил қилмайдиган қилиб ёзиш керак.

Ўринбош ва ич кийимларни алиштириш қоидалари. Оқлиқларни навбатдаги санитария ювиб-тарашидан кейин одатда 7—10 кунда бир марта алиштирилади. Оғир беморларда буни катта эҳтиёткорлик билан бажарилади. Беморни аста-секин каравот четига суриб қўйилади. Агар аҳволи имкон берса, ёнбоши билан ётқизилади, кир чойшабнинг бўш турган ярмини эни бўйлаб орқага томон ўралади, бўшаб қолган жойга эса ярми ўралган тоза чойшаб ёзилади (1-расм, а, б, в). Тоза ва кир чойшаб ўрамлари ёнма-ён ётади. Сўнгра беморни чойшабнинг тоза ярмига ётқизилади, кирини йиғиштирилади, тозасини ёзилади ва шу билан чойшаб солиш тугалланади. Агар беморга ўринда ҳаракатлар қилишга рухсат берилмаган бўлса, чойшабни бошқа усул билан алиштирилади. Аввалига беморнинг бошини бир оз кўтарилади, чойшабнинг бош томонини белга бурма ҳолида йиғилади, сўнгра оёқларини кўтарилади ва шу тариқа белга чойшабнинг иккинчи учини йиғилади, шундан сўнг уни бемор тагидан эҳтиётлик билан чиқарилади. Айни вақтида иккинчи томондан узунасига иккита ўрам қилиб ўралган тоза чойшабни бел остига киритилади, сўнгра уни иккала томондан — бош ва оёқлар тагига ёзилади.

Ич кийимларни алиштиришда муайян кетма-кетликка риоя қилиш керак: кўйлакни елкадан юқорига кўтарилади, аввал бошдан, сўнгра қўллардан чиқарилади, уни тескари тартибда кийинтирилади — кўйлакнинг олдин енги, сўнгра бош томони кийилади (2-расм, а, б). Оёқ-қўл касалликларида ёки шикастларида ич кийимни аввал соғлом оёқ-қўлдан, кейин касал оёқ-қўлдан ечилади.



а



б

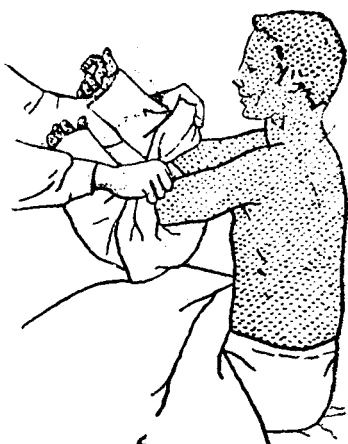


в

1-расм, а, б, в. Уринбош оқлиқларини алиштиришнинг турли хил усуллари.

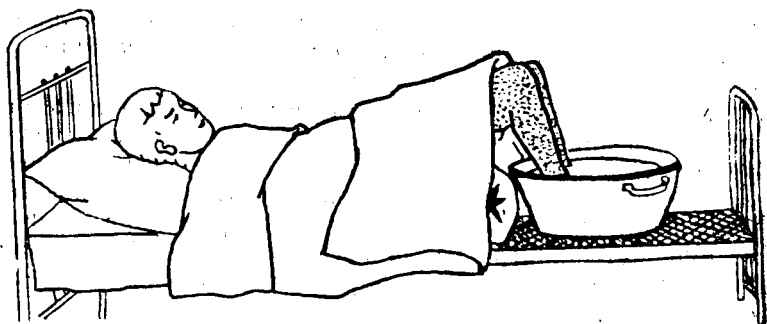


а



б

2-расм, а, б. Ич кийимни алиштириш.

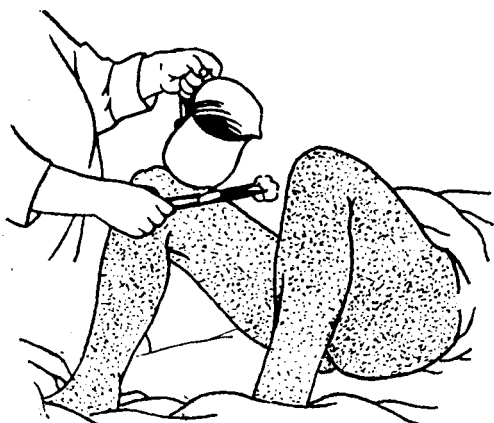


3-расм. Уринда оёқларни ювиш.

Кийимни тескари тартибда, яъни аввал шикастланган оёқ-қўлга кийилади.

Бемор бадан терисини парваришлаш қоидалари. Беморга қарашда бадан терисининг озода бўлишини таъминлаш муҳим. Агар беморнинг аҳволи қониқарли бўлса, у душ ёки гигиеник ваннага, кўксининг юқори қисмидан ташқари, бутун гавдаси билан тушади. Ётиб қолган беморларга маҳаллий ванна тайинланади, холос. Масалан, бемор қўл ёки оёқларини сувга солади (3-расм). Сув ҳарорати $+37\text{--}38^{\circ}\text{C}$ бўлади, муолажа давомлилиги кўпи билан 15 минут.

4-расм. Бемор аёл-
нинг тагини ювиш.



Оғир ётган беморларнинг юзини илиқ сувга ҳўлланган пахта билан артилади (сув ҳарорати $+36-37^{\circ}\text{C}$). Баданни ироқи совунли илиқ сувга ҳўлланган булутча ёки сочиқ билан қисм-бақисм: бўйин, кўкрак, қўллар, қорин, сон, оёқларни навбат билан, муайян кетма-кетликда қизаргунча ишқаб артилади.

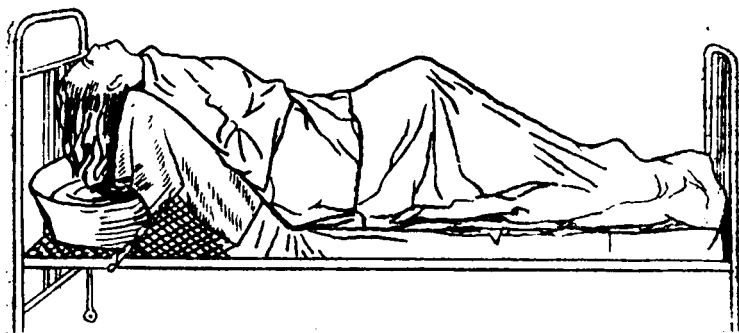
Уриндан турмай ётадиган режимдаги беморларга эрталабки ювиниш учун тўшаги олдига илиқ сув ва тоғорача тутилади. Улар талабалар ёрдамида аввал қўлини, сўнгра юзи, бўйни ва қулоқларини, қўлтиқ соҳасини, чов бурмаларини, сут безлари остидаги бурмаларни, айниқса кўп терлайдиган ва семиз беморларда қунт билан ювадилар, акс ҳолда тери бурмаларида бичилишлар ҳосил бўлади.

Жинсий органлар ва орқа чиқарув йўли соҳаси айниқса қунт билан парваришлашни талаб этади. Юрадиган беморлар шу мақсадда сув оқими вертикал бўлган махсус унитазлардан фойдаланишади ёки бошқа усулда остини ювадилар, ётган беморларнинг остини эса суткасига камида 1 марта ювилади. Бунда бемор чаноғи тагига клеёнка ёзилади. Тагга қўйиладиган судно тутилади ва тиззаларни букиб, оёқларни бир оз кериш таклиф қилинади. Оралиққа қуйғичдан илиқ сув ёки кучсиз калий перманганат эритмаси йўналтирилади. Сўнгра корнцанг билан қисиб олинган стерил пахта пилик билан жинсий органлардан орқа чиқарув йўлига томон бир неча ҳаракатлар қилинади (4-расм). Бошқа пахта пиликчаси билан оралиқни қуритилади.

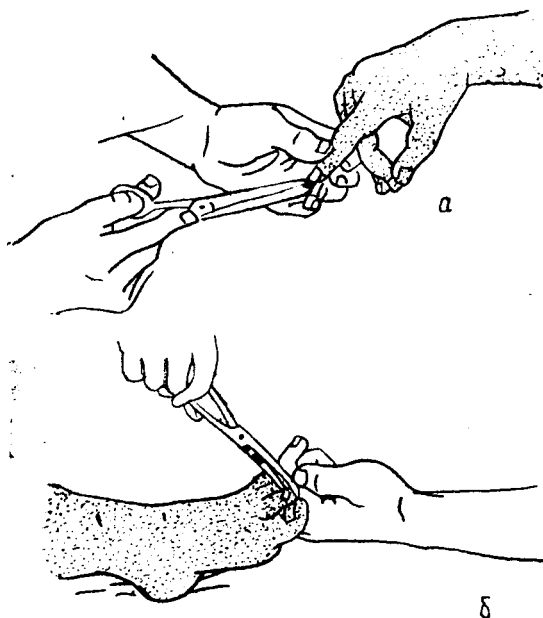
Ўтиб қолган беморларда ётоқ яралар пайдо бўлиши уларни яхши парвариш қилмаслик оқибатидир. Ётоқ яра—юза ёки чуқур яра бўлиб, қон айланишининг бузилиши ва тўқималарнинг жонсизланиши натижасида ҳосил бўлади. Уларнинг пайдо бўлишига нотекис, ноқулай солинган, камдан-кам йиғиб қайта ёзиладиган, бурмалари ва овқат ушоқлари бўлган ўринбош сабаб бўлади, қўйлак ва чойшаблардаги ямоқлар, оғир аҳволдаги беморларда бадан терисининг нажас ва сийдик билан тез-тез ифлосланиб туриши сабабли бичилиши шундай яралар пайдо бўлишига олиб келади. Ётоқ яралар аксарият думғаза, кураклар, дум суяги, оёқ панжаси, энса, қўймич дўмбоқлари сингари суяк дўмбоқлари бўлган ва юмшоқ тўқималар ўринбошда босиладиган соҳаларда вужудга келади. Ётоқ яралар пайдо бўлиш жиҳатидан хавфли соҳалар камфара спирти, одеколон ёки 25% ли нашатир спирти билан ҳўлланган стерил дока салфетка билан суткасига камида 1 марта ишқаб артилади, енгил массаж қилинади. Монелик қиладиган ҳоллар бўлмаса, беморнинг ўриндаги вазиятини вақти-вақти билан ўзгартириб турилади. Энг кўп босиладиган жойлар тагига мато ўралган резина чамбар қўйилади. Терининг қизарган соҳаларига (ётоқ яра ҳосил бўлишининг даракчилари) 5—10% ли калий перманганат эритмаси ёки 1% ли бриллиант яшилнинг спиртдаги эритмасини суткасига 1—2 марта суртилади. Бунда ҳосил бўладиган зич қатлам некрозланган участкаларни инфекция тушишдан ва намланишдан ҳимоя қиладди. Врач кўрсатмаси билан Вишневский малҳами суртилган боғлам қўйилади, у би-тиш жараёнларини тезлаштиради.

Беморнинг соч тирноқларини парвариш қилиш. Бош-ни 7—10 кунда илиқ сув билан совунлаб ювилади, сўнг-ра сочлари қуруқ қилиб артилади ва таралади (5-расм). Сочни металлдан ясалган тароқлар билан тарамаслик керак, чунки улар бош терисини таъсирлантиради. Узун сочларни қисм-бақисм таралади. Тароқларни ҳамиша то-за тутиш: натрий гидрокарбонатнинг иссиқ 2% ли эрит-масида ювиш ва вақти-вақтида этил спирти, сирка би-лан артиб туриш керак. Қўл ва оёқлардаги тирноқлар мунтазам олдириб (қирқиб) турилади (6-расм).

Бемор оғиз бўшлиғини парвариш қилиш қондалари. Оғиз шиллиқ пардасида ва тишларда ҳосил бўладиган караш, шунингдек овқат қолдиқлари тиш чўткаси ёки стерил дока салфетка билан кечқурун ва эрталаб меха-ник тозалаб турилади. Тиш чўткасини тиш оралиқлари-

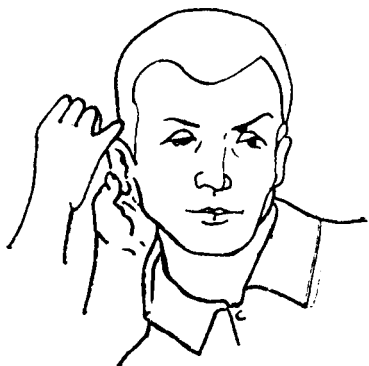


5-расм. Уринда беморнинг бошини ювиш.



6-расм. Қўл (а) ва оёқдаги (б) тирноқларни олдириш.

ни овқат қолдиқларидан ва тишларнинг ўзини карашдан тозалаш учун тишлар ўқи бўйлаб: юқори жағда — юқоридан пастга ва пастки жағда — пастдан юқорига томон юргизилади. Сўнгра тиш чўткасини илиқ тоза сув билан совунлаб ювилади, совун суртиб, кейинги гал фойдаланишга қадар қолдирилади.

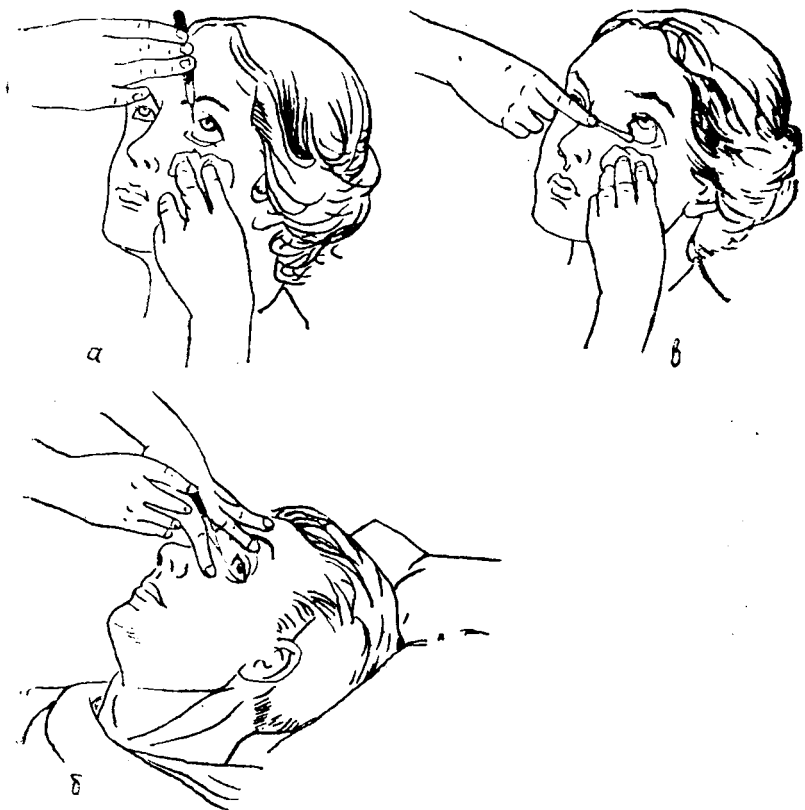


Қаттиқ овқатни чайнашда оғиз бўшлиғининг ўз-ўзидан тозаланиши юз беради. Оғир аҳволдаги беморларда бу жараён бузилади. Оғиз бўшлиғини парвариш қилиш тиш чўткасидан фойдаланишда шиллиқ парда шикастланишининг олдини олиш, уни ишқалаш, ювини ёки чайишдан иборат.

Тишлар ва тил 2% ли натрий гидрокарбонат эритмаси, 3% ли водород пероксид эритмаси, кучсиз калий перманганат эритмаси, физиологик эритмага ҳўлланган дока ёки пахта пиликчали пинцет ёрдамида артилади. Ҳар бир тишни алоҳида-алоҳида, айниқса бўйин қисмини қунт билан артилади. Юқори жағ тишларни артиш учун лунж шиллиқ пардасида орқа жағ тишлар сатҳида жойлашган қулоқ олди безининг чиқарув йўлига инфекция тушишининг олдини олиш учун лунжни шпатель билан обдан тортиб туриш лозим.

Оғир аҳволдаги беморларда оғиз бўшлиғини ҳар гал овқатлангандан сўнг резина баллон ёрдамида ювилади. Бунинг учун оғизни артишда ишлатилган дори эритмаларидан фойдаланилади. Суюқликнинг нафас йўллариغا тушиши учун беморни бошини бир оз энгаштириб ўтқазилади. Бўйни ва кўксини клеёнка фартук билан бекитилади, иягига эса буйраксимон тоғорачани тутиб турилади. Оғиз бурчагини шпатель билан тортиб турилади ва ўртача босимдаги суюқлик оқими билан аввал лаб бурчаларини, сўнгра эса оғиз бўшлиғининг ўзини ювилади.

Бурун, қулоқлар ва кўзларни парвариш қилиш. Бурун бўшлиғи ажралмаларидан нафас олишни қийинлаштирадиган қатқалоқлар ҳосил бўлади. Уларни тозалаш учун вазелин мойи суртилган дока пиликча киритилади ва 2—3 минут ўтгач қатқалоқлар айланма ҳаракатлар би-



8-расм. Кўзни парвариш қилиш.

а — бемор ўтирган ҳолатида дори томизниш; б — ётган ҳолатида; в — қовоқларга дори суртиш.

лан чиқарилади. Болада бурун йўллари пихта пиликча билан тозаланади.

Қулоқларни парвариш қилиш уларни илиқ сув билан совунлаб ювиш ва ташқи эшитув йўлини қулоқ сераси (кири)дан пихта пиликча ёрдамида эҳтиётлик билан тозалашдан иборат (7-расм).

Агар кўздаги ажралмалар киприк ва қовоқларни ёпиштирадиган бўлса, кўзни ювиш талаб этилади. Бунинг учун борат кислотанинг 2% ли эритмаси, физиологик эритма, совитилган қайнаган сув ишлатилади. Кўзни шиша идиш — ундинка, пипетка, ҳўлланган стерил док пиликча ёрдамида ювилади (8-расм). Муолажадан олдин

мўл қилиб вазелин суртилган термометрни киритиш лозим. Ҳарорат ўлчангандан сўнг термометр ювилади ва дезинфекция қилинади.

Ҳароратни кунига 2 марта: эрталаб соат 6 ва 7 орасида ва кечқурун соат 17 ва 18 орасида ўлчанади. Олинган маълумотлар температура варақасига ёзиб қўйилади.

Пульс частотасини аниқлаш. Пульс — юрак деворларининг турткисимон тебранишларидир. Билак артериясида пульсни аниқлаш учун текширувчи қўлининг 2—4 бармоқлари билан пастки қисмининг ички юзасига (артерия жойлашган жойга) қўяди ва уни билак суягига оҳиста босади, бош бармоғини текшириляётган одам қўли панжасининг ташқи юзасига қўяди. Ўнг қўлдаги пульсни чап қўл билан, чап қўлдагини ўнг қўл билан текширади. Одатда пульс 1 минут ёки 30 с мобайнида саналади, кейинги ҳолда натижани 2 га кўпайтирилади.

Қатта ёшдаги соғлом одамда тинч турганда пульс частотаси 1 минутда 60—80 қисқаришлар атрофида бўлади. Янги туғилган болаларда пульс частотаси 130—140. Қасалликларда пульс частотаси ўзгариши мумкин.

Нафас частотасини аниқлаш. Қатта ёшдаги соғлом одамда нафас ҳаракатлари частотаси минутига 16—20 га тенг, бунда аёллар эркакларга нисбатан 2—4 марта ортиқ нафас олади. Чақалоқ болаларда нафас частотаси минутига 40—60 марта.

Нафас ҳаракатлари частотаси юрак қисқаришлари частотасига 1:4 сингари нисбатда бўлади. Бемор нафасини ўзига сездирмай кузатилади. Уни кўкрак қафаси ҳаракатини кузатиб аниқлаш қулай (нафаснинг «кўкрак» типли аёлларда, «қорин» типли эркакларда кўпроқ ифодаланган). Қасалликларда нафас олиш бузилади. Нафас частотаси, чуқурлиги ва ритми ўзгариши ҳаво етишмаслиги сезгисини вужудга келтиради, бунга нафас қисиши дейилади. Беморнинг нафаси қисаётганда ёстиқ, болиш, бош томони кўтариладиган функционал каравот ёрдамида қаддини баланд вазиятда ётқизиш, кўкрак қафасини қисаётган кийимлардан ҳоли қилиш, хонани шамоллатиш йўли билан соф ҳаво киришига имкон яратиш, кислород бериш, нафас қисиши кучайганда врачга хабар қилиш лозим.

Бемор ажратмаларини текширишга йиғиш, ажратмаларни текшириш натижалари кўп жиҳатдан уларнинг тўғри йиғилганига ва лабораторияга келтирилганига боғлиқ.

Балғам деганда шиллик суюқлик тушунилиб, одам йўталганда, томоғини қирганда кўчиб чиқадиган хасталик ҳолати тушунилади. Беморнинг ажратган балғамини текширишда микроскопдан фойдаланиш яхши самара беради. Худди ахлат, сийдик каби балғам ҳам тоза шиша идишга солиниб беморнинг исми, фамилияси, текширишнинг мақсади, палата ва бўлим, даволовчи врачнинг фамилияси каби керакли маълумотлар шиша юзига ёзиб лабораторияга жўнатилади.

Баъзи бир ўпка касалларида балғам тез-тез ўзгариб туради. Уларнинг баъзиларида суткасида 500—1000 мл. гача боради. Ўпка абсцесси, бронхоэктаз касалликларида бир талай балғам чиқади. Бу балғам таркиби одатда ёпишқоқ ва бироз чўзилувчан бўлади. Баъзи ҳолларда балғам суюқ ҳолда ҳам бўлиши мумкин. Ўпка ва бронхларнинг касалликларида кўпгина ҳолларда аралаш хилдаги балғам учрайди. Тури ва табияти жиҳатидан балғамлар шилимшиқ, йирингли, серозли, қонли ҳам бўлиши мумкин. Сероз балғам суюқ, рангсиз, кўпиклидир, баъзан эритроцитлар қўшилиб қолганлиги учун пуштинамо тусда бўлади. Ўпка каверналаридан қон кетганда балғам қип-қизил бўлиб тушади, зотилжамда эса балғам занг тусда, қон аралаш шилимшиққа ўхшаб туради.

Микроскоп ёрдамида балғамни текширганда препаратнинг асосий қисми лейкоцитлардан иборат эканлиги кўринади, йирингли балғамда лейкоцитлар кўп миқдорда бўлади. Эритроцитлар балғамда борлиги қон аралашиб қолганини кўрсатади, балғамда қон оғиз бўшлиғида ёки ўпкадан қон кетаётганига боғлиқ бўлади. Ўпка тўқимаси парчаланганда балғамда эластик парчаларни топилади.

Бактериологик усул билан текшириш эса турли хил ўпка касалликларида балғамда микробларни аниқлашга ёрдам беради. Бактериологик текшириш учун балғам стерил идишга солинади. Мабодо балғам кам бўлса, уни салқин жойда сақлаб, 3 суткагача йиғиб бориш мумкин.

Балғам туфлаб юрадиган ҳар бир беморда қопқоқли, иложи бўлса қора шиша бўлиши шарт. Туфдонлар ҳар кун иссиқ сув билан тозаланиб, 5% ли карбол кислота, 2% ли калий перманганат эритмаси ёки 3% ли хлорамин қуйиб қўйилади. Умумий туфдонларни юқумсизлаштиришда балғам устига дезинфекцияловчи хлорамин эритмаси, тиндирилган оҳак эритмаси қуйиб қўйилади, кейин туфдонлар канализация тармоқларига бўшатилиб юборилади.

Сийдикни умумий текшириш учун лабораторияга 200 мл юборилади. Умумий анализга сийдик олишдан олдин аёлнинг қинидаги ажратмалар сийдикка тушмаслиги учун остини ювилади. Ҳайз кўриш даврида текширишга сийдик олиш тавсия этилмайди.

Юрак ва буйракнинг айрим касалликларида суткалик диурез, яъни бир сутка ичида ажралиб чиқадиган умумий сийдик миқдори ўлчанади, бу буйракнинг функционал қобилияти кўрсаткичи ҳисобланади. Нормада ичилган суюқлик миқдори (суткасига 1,5—2 л) ажратиладиган сийдик миқдорига барабар бўлиши керак. Агар суткалик диурез сутка ичида ичилган суюқлик миқдоридан кам бўлса, яъни манфий диурезда шиш ҳосил бўлишига тахмин қилиш мумкин.

Сийдикни лабораторияга қандга текшириш учун юборишда тубида чўкма ҳосил қилмаслиги учун таёқча билан аралаштирилади, 200 мл ни текширишга қолдирилади ва сутка ичидаги сийдикнинг умумий миқдори кўрсатилади.

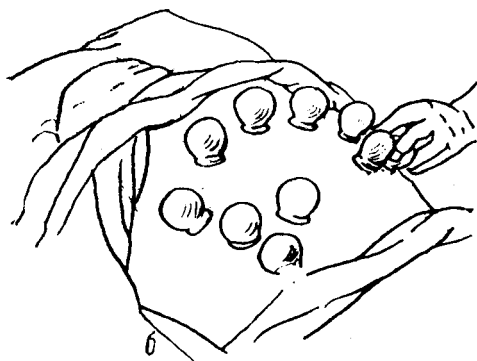
Умумий текшириш учун олинадиган ахлат массаси 5 г дан кам бўлмаслиги керак, уни чўп (шпатель) билан банкачага йиғилади. Ахлатни лабораторияга қоғоз, картон ва гугурт қутичаларда юбориш тавсия этилади. Текшириш учун йиғилган ахлат ва сийдикни лабораторияга юборишдан олдин ҳожатхонанинг кафель полида сақланади.

Компресс қўйиш. Иситувчи компресс — даволаш мақсадида қўйиладиган боғламдир. Чалғитадиган, сўриб оладиган ва оғриқ қолдирадиган восита сифатида қўлланилади. Иситувчи компресс уч қаватдан: уй ҳароратидаги сувга ёки 5% ли этил спиртига ҳўлланган, сиқилган ва тоза ҳамда қуруқ терига босилган мато парчаси; матонни тўла-тўкис бекитиб турадиган клеёнка ёки компресс қоғоз, клеёнкани бекитиб турадиган ва компресс остида ҳосил бўладиган иссиқни сақлайдиган пахта қатламидан иборат. Пахта қатлами клеёнкадан, клеёнка эса мато парчасидан катта бўлиши керак. Бу қатламларнинг жамини танага зич ёпишиб турадиган, сурилмайдиган ва томирларни босмайдиган қилиб бинтлаб қўйилади. Иситувчи компресс 6—8 соатга қўйилади, сўнгра ечилади, терини қуруқ қилиб артилади ва иссиқ қуруқ боғлам қўйилади.

Тери бутунлиги бузилганда ва ундаги касалликларда (йирингли касалликлар, фурункулёз) иситувчи компресс қўйилмайди.

Маҳаллий иссиқ компресс — қон оқиб келишига имкон беради ва оғриқ қолдирадиган таъсир кўрсатади. Бир неча қават қилиб букланган салфетка ёки докани 50—60° С ҳароратгача иситилган сувда ҳўлланади, сиқилади ва танага босилади, устига клеёнка, сўнгра жун мато қўйилади. Компрессни бинтлаш мумкин, бироқ уни 5—10 минут ўтгач алиштириш кераклигини унутмаслик лозим. Совуқ компресс (примочка) уриб олиш, бурун қонаш ҳолларида қаншарга, юрак уришида юрак соҳасига, иситмада бошга қўйилади. У томир торайтирувчи, оғриқ қолдирувчи ва яллиғланишга қарши таъсир кўрсатади. Мато парчасини муздай сувда ҳўлланади, оз-моз сиқилади ва врач кўрсатган соҳага босилади. 2—3 минутдан кейин уни алиштирилади. Компресс алиштириш муолажасини 1 соат ва бундан кўпроқ вақт давом эттирилади. Компресс ўрнига музли халтачадан фойдаланиш мумкин.

Банка ва горчичниклар қўйиш. Банкалар сўриб оладиган, яллиғланишга қарши ва оғриқ қолдирувчи таъсир кўрсатади. Уларни орқа соҳасига шикастланмаган терига, умуртқа поғонасидан ўнгга ва чапга, кўкрак қафасининг олдинги юзасига ўнг томонига қўйилади. Тўш, юрак, сут безлари ва умуртқа поғонаси соҳасига горчичниклар қўйиш мумкин эмас. Банкаларни ишлатиш олдиндан уларнинг қуруқ, тоза ва четлари учмаганлигини текшириб кўриш лозим. Банка қўйишдан олдин бадан терисига вазелин суртилади. Бемор қорнини босиб ёки студентга орқа ўгириб ёнбоши билан ётади. Узун металл зонд учига зич қилиб пахта ўралади, уни этил спиртида ҳўлланади (спирт алангаланиб кетмаслиги учун флакон оғзи бекитилади), бир оз сиқиб ташланади ва ёндирилади. Ёниб турган алангани тезлик билан банкага суқиб олинади, сўнгра шундай тезлик билан банкани терига маҳкам босилади (10-расм, а, б). Банкада сийраклашган ҳаво ҳисобига тери унга тортилади, банка баданга қатиқ ёпишади. 20—25 та банка қўйилгач бемор устига адёл ёпиб қўйилади. 10—15 минут ўтгач банкалар олинади. Уларни олиш учун банка четидаги терини бармоқ билан салгина босилади, бунда бўшлиққа ҳаво киради. Сўнгра терини қуруқ пахта бўлакчаси билан артилади; теридаги вазелин қолдиги тозаланади, беморнинг ич кийими кийдирилади, устига адёл ёпилади ва ярим соатча ўринда ётиш таклиф қилинади. Банка четлари қизиб кетганда ёки терига ёниб турган спирт томчилари тушганда беморнинг бадан терисини қуйиб қолиши мумкин. Бунга йўл қўйиш мумкин эмас.

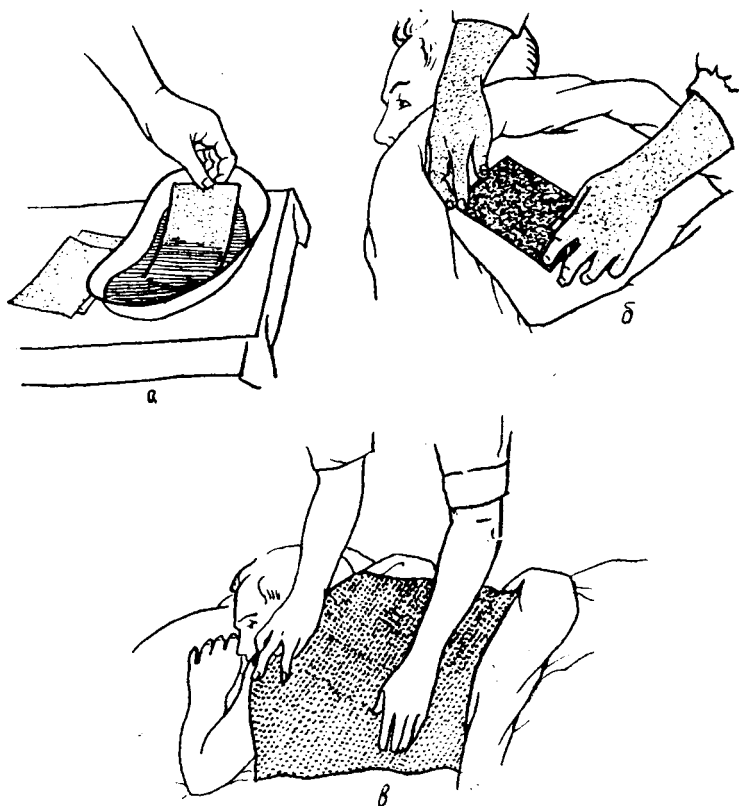


10-расм. Банка қўйиш.

а — банкани қиздириш; б — банкани олиш.

Горчичниклар банка қўйиладиган ҳолларда қўлланилади. Ишлатишдан олдин горчичниклар илиқ сувда ҳўлланади (иссиқ сув ҳантал ферментини парчалайди, натижада эфир ҳантал мойи ажралиши рўй бермайди) ва қўйилади (11-расм, а, б, в), бунда улар ачиштиради ва қиздиради. Агар қаттиқ ачиштиради ва оғриқ пайдо қилса, горчичникларни олиб қўйиш лозим.

Териси нозик болалар ва катталарга куйиб қолишдан сақлаш учун горчичниклар юпқа қоғоз қатлами устидан ёки тескари томони билан қўйилади. Улар олингандан кейин бадан терисини ҳўл доқа салфетка, сўнгра қуруқ салфетка билан горчица қолдиқларидан тозаланади, беморга бир оз вақтгача ўринда ётиш тавсия этилади.



11-расм. Горчичник қўйиш.

а — горчичникни намлаш; б — орқага горчичник қўйиш; в — горчичник қўйилган беморга қараш.

Узоқ сақланганда горчичниклар ўз кучини йўқотади, шунинг учун улар тайёрланган вақтга аҳамият бериш зарур. Яроқлилик муддати 8 ой.

Меъдани ювиш. Бу муолажани овқатдан заҳарланиш, токсикоинфекция ва ўткир гастритларда уй ҳароратидаги сув ёки дори моддалар эритмаси (2% ли натрий гидрокарбонат эритмаси ёки 1:5000 калий перманганат эритмаси) билан ўтказилади. Шу мақсадда сифими 500—1000 мл ли шиша воронка ва узунлиги 1,5 м ва диаметри 10—12 мм гача бўлган, сантиметр белгилари туширилган юмшоқ резина найчадан иборат йўғон меъда зондидан фойдаланилади. Меъда зондининг бир учи юмалоқ ва ён томонида овал тешиклари бор. Уни шу

учидан оғиз орқали меъдага туширилади. Воронка, зонд қайнатилади, ишлатишдан олдин эса стерил физиологик эритма билан чайилади. Меъдани бемор ўтирган ҳолатида ювилади. Унга узун клеёнка халат кийгизилади, стулга ўтқазилади, бошини олдинга бир оз энгаштирилади, оёқлари остига тоғорача қўйилади. Зондни юмалоқ учидан 10 см масофада ўнг қўлга олиниб, беморга ўнг томондан яқинлашилади, чап қўл билан бўйнидан ушлаб турилади. Беморга бурун орқали нафас олиш, зондни ушламаслик, оғизни очиш таклиф қилинади, бунда зонд учини тил илдизига қўйилади, бемордан зондни тишламаслик ва ютиш ҳаракатлари қилиш сўралади. Сўнгра зондни тезлик билан ҳалқум орқали қизилўнғачга 40 см белгисигача киритилади. Бу унинг меъдага тушганидан далолат беради. Зонднинг бўш турган учини воронка билан туташтирилади. Шу тариқа меъда ва воронкадан иборат туташадиган иккита идишлар системаси ҳосил қилинади.

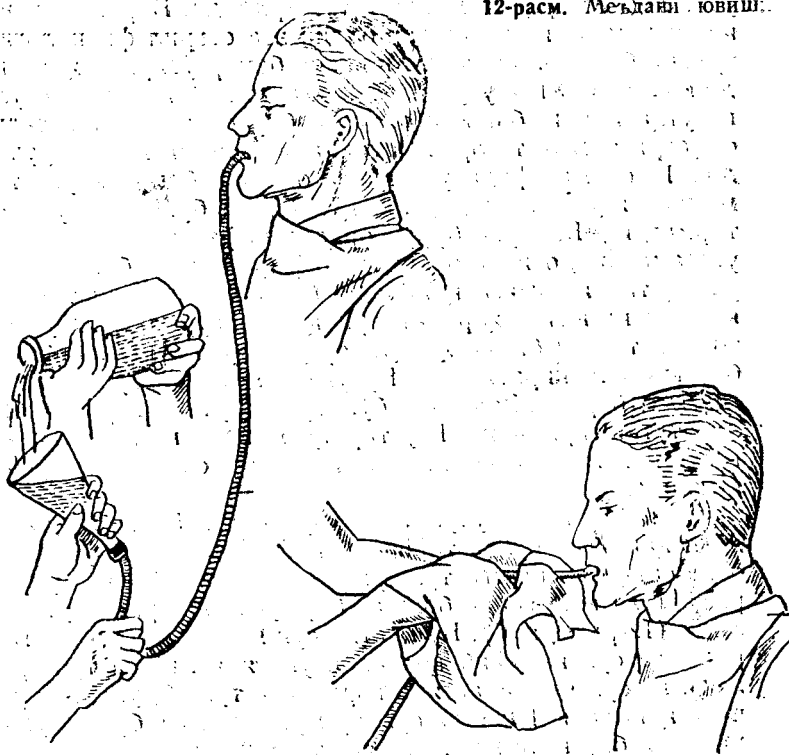
Меъдани ювиш учун уй ҳароратидаги 5—10 л ҳажмдаги қайнаган сувни тайёрлаб қўйиш лозим. Воронкани оғиз сатҳидан пастга туширилади, уни сув билан тўлдирилади ва аста-секин бошдан бирмунча юқорига кўтарилади (12-расм, а, б). Бу вақтда сув меъдага тушади. Воронкада сув камайиб қолганда уни яна пастга туширилади ва сув меъдадан яна воронкага тушиб, уни тоғорачага қўйилади. Ювинди сувлар мутлақо тоза бўлмагунча ювишни бир неча марта давом эттирилади.

Зондни эҳтиётлик билан чиқарилади, сўнгра зонд ва воронкани иссиқ ва совуқ сув билан қунт билан ювиб, ичидаги шилимшиқ, овқат қолдиқларидан тозаланади.

Меъдани ювишда меъдага сув билан бирга ҳаво киришига йўл қўймаслик керак, чунки бу ҳолда меъдани қайта ювиш қийин бўлади.

Тозалаш ва даво клизмаси қўйиш. Тозалаш клизмаси қабзийат, овқатдан заҳарланишда, операциялардан ва қорин бўшлиғи органларини рентгенологик текширувлардан олдин қўйилади.

Тозалаш клизмаси системаси шишадан ясалган даражаланган Эсмарх кружкаси, сифими 1 л гача резина қопчиқ, узунлиги 1,5 м гача ва диаметри 1 см гача резина найча, сув тушишни идора қилиб турадиган кран ёки қисқич, шиша ёки пластмасса учликдан иборат. Системадан ташқари, кружкани осиб қўйиш учун тиргак, сув термометри, вазелин, клеёнка, тоғора (челак), судно керак бўлади. Система яхшилаб ювилган бўлиши керак.



Кружкага уй ҳароратидаги ($20-22^{\circ}\text{C}$) тоза сув қуйилади: катта ёшдаги одам учун 1—2 л, 6—10 ёшдаги болалар учун 300—500 мл. Кружкани баландлиги 0,5 дан 1,5 м гача бўлган тиргакка осиб қўйилади, кран ёки қисқич очилади, системанинг ҳавоси ҳайдалиб тўлдирилади, сув ҳароратини ўлчаб кўрилади. Каравотга кнеенка ёзилади. Беморни чап ёнбоши билан каравот четига ётқизилади; қорин прессини бўшаштириш мақсадида оёқларини тиззаларида букилади ва қоринга тортиб ётилади. Қиритишдан олдин учликка вазелин суртилади, чап қўлнинг I ва II бармоқлари билан думбаларни керилади. Учликни ўнг қўл билан тўғри ичакка 12 см ичкарига киритилади. Учликнинг дастлабки 3—4 см ни орқа чиқарув йўлини киндик билан туташтирадиган чизик бўйлаб, сўнгга дум суягига параллел киритилади. Учлик киритилгандан кейин кран ёки қисқич очилади ва сув тўғри ичакка тушади. Кружка тубида сув камайиб қолганда ичакларга



13-расм. Бадан терисини парваришlash ва ётоқ яралар профилактикаси.

ҳаво қирмаслиги учун кранни беркитиш ёки кружкадан чиққан резина найчага қисқич қўйиш, шундан кейингина учликни тўғри ичакдан чиқариш лозим. Тозалаш клизмаси қўйилгандан сўнг бемор сувни 10 минутгача тутиб туриши керак.

Ичакка клизма ёрдамида суяқ ҳолдаги дорини юбориш мумкин. Даво клизмалари тозалаш клизмаларидан кейин резина баллон билан қилинади (13-расм).

5 ёшгача болаларга тозалаш клизмаси учлиги юмшоқ резина баллондан қилинади.

Беморга кислород бериш. Ҳозирги вақтда даволаш муассасалари кислород билан махсус газ трубалари орқали умумий системадан марказлашган ҳолда таъминланади. Палаталарни шу тариқа кислород билан таъминлашда каравотнинг бош томонига вентил, намлатгич (сув солинган идиш) ва резина шлангдан иборат тақсимлаш мосламасини қурилади. Беморнинг нафас йўлларига кислород киритиш учун қайнатилган ва вазелин суртилган резина катетердан фойдаланилади, уни пастки бурун йўли орқали бурун учидан қулоқ юмшоғигача бўлган масофада ҳалқум орқасидаги бўшлиққа юборилади (бу махсус кўникмани талаб қилади). Катетернинг ташқи учини юзга ёпишқоқ пластр тасмаси билан ёпиштирилади, сўнггра катетерни намлатгичдан келаётган шланг билан уланади. Намлатилмаган кислород нафас йўллари таъсирлантиради, шиллиқ пардани қурилади.

Кислородни нафасга олиш учун оғиз-бурунга тутил-
диган маскадан фойдаланилади. Бунда кислород 100—
200 кПа (1—2 атм) босим остида берилади.

Тиббий кислород «Кислород» ва «М» деган ёзуви бўл-
ган зангори рангли баллонларда сақланади ва ташила-
ди. Ҳар бир баллонда 15000 кПа (150 атм) босим ости-
даги 6000 л газсимон кислород бўлади. Баллон босимни
100—500 кПа (1—5 атм) гача пасайтириб борадиган ре-
дуктор билан таъминланган.

Кислороддан фойдаланишда портлаш юз беришининг
олдини олиш учун хавфсизлик қондаларига риоя қилиш:
кислород ҳар қандай мойлар ва эфирларга тегиб кетмас-
лиги, хизматчи ходимнинг қўли ҳамавақт тоза ва қуруқ
бўлиши; очиқ оловдан сира фойдаланмаслик, кислород
баллонларини қуруқ хонада, вертикал ҳолатда, махсус
бўлмада, 35° С дан ошмайдиган ҳароратда сақлаш, та-
шишда силкиниш, уриб олишдан эҳтиёт қилиш зарур.

Беморга кислородни кислород ёстиғидан бериш кенг
тарқалган, бу сиғими 12—25 л ли резина аралаштирил-
ган қопчиқдан иборат. Қопчиқ бурчакларидан бирига
кран ва воронкали резина найча монтаж қилинган. Ёс-
тиқни кислород баллондан босимни 1—2 атм гача пасай-
тирадиган махсус редуктор ёрдамида тўлдирилади. Кис-
лород ёстиғидаги кислороддан фойдаланишда воронкага
нам дока-салфетка ўралади. Оғизга маҳкам босилади
ва беморга оғиз орқали нафас олиш ва бурун орқали
чиқариш таклиф қилинади. Шу усул билан узоқ вақтга-
ча кислород бериш мумкин.

Аутогемотерапия деганда ўз қони билан ўзини даво-
лашга айтилади. Аутогемотерапия сурункали ҳамда йи-
рингли касалликларда, яъни фурункулёз, пневмониялар-
да, ўпка абсцесси ва бошқа касалликларда қўлланила-
ди. Муолажани бажариш учун венепункцияда қўллани-
ладиган стерил материал зарур. Шприц билан венадан
қон олиниб яна ўша беморнинг думбасига 6—8 см ли
ҳажмдаги игна орқали қон аста-секинлик билан юбори-
лади. Бу тадбирларни малакали шифокорлар тайинлай-
дилар. Давонинг дастлабки муолажаларини 2 милли-
метрли игналардан бошлаш керак. Ҳар 3—4 кунда
қоннинг умумий ҳажми оширилиб 10 мл гача етказила-
ди. Даволаш муддатини 8—12 та инъекциягача давом
эйтириш мумкин. Баъзан инъекция қилингандан кейин
12—24 соатгача беморни кузатиш керак. Баъзи ҳоллар-
да ёмон оқибатларга ҳам олиб келиши мумкин. Бу
пайтларда тана ҳарорати 38 °С га кўтарилиб, юракнинг

тез уриши, юзаки нафас олишлар, ҳолсизланиш, бадан-дан совуқ шилимшиқ тер чиқиши, лабларнинг кўкариши, ҳушсизланиш каби ҳодисалар юзага келиши мумкин.

Аэротерапия — очик ҳаво таъсирида даволаш демак-дир. Аэротерапиянинг махсус турларига кундузи ва кечаси очик ҳавода юришдан ташқари айвонларда, махсус ҳавоси яхши бўлган жойларда узоқ вақт бўлиш ҳамда ҳаво ванналари олиш кабилар ҳам киради. Мана шу тадбирлар узил-кесил бажарилса, тери орқали нафас олишни кучайтиради, терининг совуқ сезувчи рецепторларига қўзғатувчи таъсир кўрсатади, чунки атроф муҳитдан таъсир қиладиган ҳаво температураси тери юзасининг температурасидан доим паст бўлади. Ҳаво ҳаракати совитувчи таъсирни кучайтиради. Бу тадбирларнинг ҳаммаси марказий нерв системасига таъсир кўрсатади, нафас олиш, юрак-томир фаолиятларини яхшилайди. Умуман организмнинг чиниқиши вужудга келади.

Бадан шиши — одам организми тўқималари ва бўшлиқларида кўп миқдорда суюқлик тўпланиши туфайли пайдо бўлади. Шиш пайдо бўлишида қон томирлари ичидан тўқимага суюқлик сизиб чиқишининг кучайиши ва тўқимада суюқликнинг ушланиб қолиниши асосий ролни ўйнайди деб ҳисобланади. Мабодо атрофдаги тўқималарга томирлардан кўп миқдорда суюқлик чиқиб унинг сўрилиши қийинлашса ёки бутунлай тўхтаб қолса шиш пайдо бўлиши эҳтимолдан ҳоли эмас. Бундай ҳолларда сийдик чиқиш массаси камайиб қолади. Оёқлар ва гавда шишиб тери силлиқ бўлиб қолади, пўст ташлаш ҳоллари кузатилади. Юқоридаги ўзгаришлар томирларнинг кенг кўламда шикастланиши, веналарнинг варикоз кенгайиши, тромбоз, тромбоз, юрак етишмовчилиги, буйрак касаллигида, қон оқимининг секинлашишида, жигар циррозида пайдо бўлади.

Шиш пайдо бўлган баданда из тез қолади, шунинг учун беморга енгил ва майин кийим кийгизиш керак. Касалда шиш туфайли яралар пайдо бўлса ётиш вазиятини ўзгартириш, остидаги чойшабни текислаб ёзиш, вақти-вақти билан алмаштириб туриш керак. Бемор баданининг териси спиртнинг сувдаги эритмаси, атир билан ёки (камфора, спирт) билан артиб турилади.

Шиш зўрайиб, бадандаги шиш суюқлиги сизиб чиқиб турган тешик биллиниб қолгудек бўлса, у ерга инфекция тушмаслиги учун йод суртиш ва устига стерил док-салфетка ёпиб қўйиш даркор.

Бундай беморларга кўпинча ош тузини чеклаб истеъ-
мол қилиш кераклиги таклиф этилади.

Суyoқлик одатда баданнинг ҳаммадан кўра ташқи қисмларида тўпланиб боради. Одам тик турганда шишлар оёқларда пайдо бўлади ва кечга бориб кўпайиб қолади. Ётадиган кишиларда шишлар биринчи бўлиб бел соҳасида пайдо бўлади. Буйракка алоқадор шишлар одамнинг юзида, кўзларининг тагида пайдо бўлади, чунки бу соҳаларда тери ости клетчаткаси юмшоқ ривожланганлиги маълум.

Организмнинг бошқа аъзолари: юрак, жигар, буйрак касалликларига дучор бўлган касаллар вақти-вақти билан врачдан маслаҳатлар олиб турса бундай касалликнинг олдини олиш мумкин.

Бронхография деб, бронхлар ва трахея йўллари олдин контраст моддага тўлдириб, кейин рентгенологик текшириш усулига айтилади. Бронхографиялар учун қуйидаги кўрсатмалар бор: 1) бронхлар ва ўпканинг турли касалликларида бронх ва ўпка процессининг жойлашини аниқлаш; 2) бронхоскопияда бронхиал дарахтнинг кўринмайдиган ёки кам кўринадиган бўлимларини текшириш; 3) ўпкада қилиниши керак бўлган хирургик муолажанинг ҳажмини тўғри белгилаш.

Беморни бронхографияга тайёрлаш: 1) йод препаратларига индивидуал сезувчанликка олдиндан синама ўтказиш (беморга 2—3 кун давомида 1 ош қошиқдан калий йодининг 3% эритмасидан бериб турилади); 2) ўтказиладиган текширувнинг мақсади ва моҳиятини беморга тушунтириш; 3) йирингли балғам ажралганда текширувдан 3—4 кун аввал бронхиал дарахтни тозалаш; 4) бронхографиядан 20—60 мин олдин тери остига атропин сульфат (0,1%—1мл), пипольфен (0,025 г), седуксен (0,005г) юбориш. Диагностика вазифалари ва муайян ҳодисанинг хусусиятларига кўра умумий наркоз ёки маҳаллий анестезия учун дикаиннинг 2% ли эритмаси қўлланилади. Анестезияни суртиш, пуркаш ва аспирация қилиш йўли билан амалга ошириш мумкин. Суртиш учун деярли қўлланилмайди. Пуркаб анестезия қилиш учун махсус прибор — пульверизаторга ўхшаб ишлайдиган пуркагич ишлатилади. Беморга аспирацион усулни ҳам қўллаш мумкин. Бунда анестезияловчи модда пипетка ёрдамида чуқур нафас олиш пайтида бурун орқали киритилади ёки препарат тил илдизига оҳистагина томизилади, кейин трахея ва бронхларни анестезия қилиш учун ишлатиладиган зонд орқали амалга ошири-

лади. Бронхоскопия — махсус прибор — бронхоскоп ёрдамида трахея (кекирдок) ва бронхларнинг ички юзасини визуал текшириш методидир. Кекирдок ва бронхларда ўсмалар ўсганда, бронхлар ва ўпканинг йирингли касалликларида, ўпка силида, кекирдок ва бронхларларда ёт нарсалар туриб қолганда, хусусан нафас йўлларида ноконтраст касалликлари ва бошқа хасталикларидида диагнозни аниқлаш ёки белгилаш мақсадида диагностик бронхоскопия қилинади.

Бронхоскопияни тажрибали мутахассислар қилишлари лозим. Муолажани маҳаллий анестезия ёки наркоз остида ўтказиш керак. Атропиннинг 0,1% ли эритмаси билан премедикация қилинади. Бронхоскопияда анестезия қилувчи эритма (дианн, новокаин) ни суртиб, пуркаб ёки аспирация қилиб маҳаллий анестезияга эришилади. Анестезияни 2—3 минут оралатиб 2—3 босқичда ўтказилади. Дастлаб ҳалқум, кейин ҳиқилдоқ ва товуш бойламларининг шиллиқ пардаси анестезия қилинади ва анестезия қилувчи эритма шприц ёрдамида кекирдокка қўйилиши керак.

Бужлаш — қизилўнгач, сийдик чиқариш канали, эшитув найи ва шунга ўхшаш найсимон шаклдаги органларга диагностика ёки даво мақсадларида ишлатилади.

Бужларни тайёрлаш ва стериллаш. Ишлатилгандан кейин бужлар илиқ сувда совунлаб яхшилаб ювилиши, дока ёки юпқа сочиқ билан қуритилиши керак. Мой, қон ёки йиринг излари бор-йўқлигини текшириш зарур. Металл ва эластик бужлар юзасида дарз кетган жойлар пайдо бўлса, улар яроқсиз бўлиб қолади, чунки нотекис юзи органнинг шиллиқ пардасини зарарлаши мумкин. Асосан эластик бужларни дезинфекция қилиш учун симоб препаратларидан фойдаланилади. Эластик бужлар ва резина катетерлар учун металл стерилизаторлар тубига формалин таблеткалари, юқоридаги полкаларга бужлар қўйилади.

Ишлатилишдан олдин бужлар устидан дистилланган сув қўйиб юборилади, чунки уларнинг юзасидаги формалин ёки диоксид концентрланади. Бу усулнинг камчилиги, муолажанинг узоқ чўзилиши ҳисобланади, стерилизаторни қиздириш билан буни бартараф қилса бўлади. Киритишдан олдин бужларга стерил вазелин мойи ёки глицерин суртиш мумкин. Ҳамма вақт касалхона бўлимида бужлар стерил ҳолда запас бўлиши керак. Муолажа вақтида врач бемор ёнида бўлиши керак. Сий-

дик чиқариш канали торайганда, термик ёки химик моддалар таъсирида қизилўнгачнинг куйиб, чандиқланиб торайиб битиши, юқорида баён этилган жойларнинг қай даражада торайганлигини билиш учун ва уларни даволаш мақсадларида урологияда ва хирургияда кўпинча ҳар хил номердаги бужлар қўлланилади.

Боғловларда, гипс боғламлар қўйиш ва ечишда қатнашиш. Боғловлар махсус боғлов хоналарида, баъзан палаталарда ўтказилади. Боғловлардан олдин студентлар зарур стерил материаллар, стерил резина қўлқоплар, стерил инструментларни, ишлатилган боғлов материални ташлаш учун зарур идишларни (тоғора, челақ) тахт қилиб қўядилар.

Боғловни қўлларни тозалаб ювиб, дока ниқоблар тутган ҳолда ҳамма асептика ва антисептика қоидаларига амал қилиб ўтказилади.

Боғловни ечишда, жароҳатни тозалашда янги боғлам қўйишда пинцет, корнцанг ва қайчиларлардан фойдаланилади. Асбоблар боғловдан кейин, ҳар гал қўлқоплар ностерил нарсага тегиб кетилганда алиштирилади.

Тоза ва йирингли жароҳатлари бўлган ярадорларни тоза ва йирингли боғлов хоналарида жароҳатларига боғлов боғланади. Йирингли жароҳатга боғлов қўйишда жароҳат атрофидаги терида 0,5% ли нашатир спирт эритмаси, этил спирти, 5—10% ли йоднинг спиртдаги эритмаси суртилади. Жароҳатни 3% ли водород пероксид эритмаси ёки кучсиз калий перманганат эритмаси билан ювилади. Ечилган боғламлар йўқотилади. Ҳар гал йирингли жароҳат боғлангандан кейин қўлни совунлаб ювиш, йиринг текканда 0,5% ли хлорамин эритмаси билан чайиш лозим.

Гипсли боғламлар қўйиш учун гипс бинтларидан фойдаланилади. Улар қуйидагича тайёрланади. Столга дока бинт қўйилиб уни чапдан ўнгга томон ёзиб чиқилади. Сўнгра гипс кукунини бинт устига бир меъёردа сепилади, чап қўл билан бинт учини ушлаб туриб, ўнг қўл панжаси билан гипс кукунини бинтга ишқалаб суртилади. Яна гипс сепилади ва кафт қирраси билан кукунини бинт бўйлаб кукун қатлами қалинлиги тахминан 3 мм бўлгунча бир меъёрдa тақсимланади.

Гипсланган қисм рулон қилиб ўралади, бунда гипс кукун тўкилиб кетмаслигига эътибор бериш лозим. Сўнгра гипснинг бошқа қисмларига гипс сешиб чиқилади.

Ишлатишдан олдин гипсли бинтни илиқ сувли тоғо-

рага солинади. Сув шимиб олган бинтни сиқилади ва бевосита баданга қўйилади, бунда суяк дўмбоқчаларига ногигроскопик пахтадан қистирма қўйилади. Гипсли боғлам баданга зич ва бир текис ёпишиб туради, осон қолипланади, 15 минут ўтгач яхши иммобилизацияни таъминлайди, бир суткадан кейин тамомила қотади, нисбатан осон ечилади. Боғлам қуришини тезлаштириш учун боғламдан 2—2,5 мм масофадан фен ёрдамида илиқ ҳаво берилади. Боғлам қўйилиши билан бемор терисининг гипсдан ҳоли жойларини нам салфетка билан артиб ташлаш керак. Қотиб қолган гипс бўлакчаларини ечилган гипс боғламлари учун мўлжалланган қутига ташлаш лозим.

Зич қилиб қўйилган гипсли боғлам қон айланишини бузиши мумкин, бунда босилган жойда оғриқ, шиш пайдо бўлади, у муздай бўлиб қолади, бармоқлар кўкариб ёки оқариб кетади, сезувчанлиги йўқолади. Шунинг учун гипс боғлами қўйишда бармоқ учлари очиқ қолдирилади. Асорат пайдо бўлганда гипсли боғламни қайчи ёки махсус арра билан қирқиш ва олиб қўйиш керак.

ХИРУРГИК ИНФЕКЦИЯЛИ БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Хирургик инфекция — хирург ишида учрайдиган энг тарқалган патология ҳисобланади. У амбулатория шароитида ҳам, стационар шароитида ҳам бирмунча салмоқли ўрин эгаллайди. Йирик хирургик стационарда хирургик инфекцияли беморлар учун махсус бўлимлар ажратилади. Бундай беморларга даво қилишда ўрта тиббий ходимнинг роли бениҳоя муҳим. У хонани ғоят тоза сақлашидан ташқари, беморларни парварини қилишда бевосита қатнашади ва врачга тегишли ёрдам кўрсатади. Беморларда яхши кайфият ва касалликнинг хайрли тугашига ишонч билдириш ва хушмуомалада бўлиш тиббий ходим ишининг муҳим қисмидир.

Дарднинг кичиги ва каттаси бўлмаслигини унутмаслик лозим. Юздаги катта бўлмаган чипқон нотўғри даво қилинганда ёки унга ўз вақтида аҳамият берилмаганда ўлим билан якунланиши мумкин. Даволаш тадбирлари тўғри амалга оширилганда оғир сепсисда ҳам тўлиқ соғайиб кетишга эришиш мумкин.

Тиббий ходимнинг хирургик инфекция бўлимларидаги иши ўзига хос хусусиятларга эга. Йирингли жароҳатлар кунда, баъзан эса бир кунда бир неча марта боғлашни талаб этади. Бу кўп миқдорда боғлов материали-

ни талаб этади, уни тежаб-тергаб ишлатиш лозим бўлади.

Йирингли жароҳатга даво қилишда пахта ишлатиб катта боғламлар қўйиш мақсадга мувофиқ эмас, чунки улар термостат таъсирини вужудга келтиради, йирингли ажратмалар бадбўй ҳид тарқатади. Бу ҳолда хоналарни шамоллатиш, дезодорантлар ишлатиш керак бўлади. Одатда хирургик инфекция бўлими икки бўлинмадан иборат бўлиб, бирида йирингли жароҳати бўлган ва кўп йиринг ажралиб турадиган беморлар, иккинчисида эса жароҳати тикилган ва операциядан кейинги беморлар ётадилар. Бу иккала бўлинмадаги беморлар бир-бирлари билан мулоқотда бўлмасликлари керак. Бўлимлардаги ходимлар тозалikka ва хоналарнинг озода бўлишига бутун диққат-эътиборларини қаратишлари лозим, чунки охириги маълумотларга кўра бундай бўлимларда беморлардан ташқари тиббий ходимлар инфекция тарқатувчи бўлиб қолишлари мумкин.

Беморларнинг тўғри овқатланишига катта аҳамият берилади. Овқат витаминлар, оқсилларга бой, мазали бўлиши керак.

Умумий йирингли инфекция (сепсис)га учраган беморлар парвариши. Беморни беморлар сони кам палатага жойлаштириш, яхшиси алоҳида палатага ётқизиш керак. Палатани мунтазам шамоллатиб туриш ва озода сақлаш (ҳар куни нам усулда артиб тозалаш, БУФ лампалари билан нурлантириш) лозим. Оқлиқларнинг тоза бўлишига катта аҳамият берилади. Яхши қуримаган оқлиқ ва ундаги бурмалар ётоқ яралар пайдо бўлишига олиб келади. Беморнинг кунига бир неча марта гавда вазиятини ўзгартирилади, орқасини ва аъзойи баданини ишқаб артилади. Ўпкадан асоратлар пайдо бўлмаслиги учун қаддини баланд қилиб ўтқазилади, нафас гимнастикаси ўтқазилади, балғам ажратишга ўргатилади.

Юқори ҳарорат ва организмнинг сувсизланиши меъда-ичак йўллари ишини издан чиқаради. Шунга кўра оғиз бўшлиғини яхши парвариш қилиш (чайиш, нам тампон билан артиш) зарур.

Ич келишини нормага солиш учун 2 сутка ичида кам деганда бир марта тозалаш клизмаси қилинади ёки ичак перистальтикасини кучайтиришга қаратилган бошқа тадбирлар кўрилади (гипертоник клизма, Огнев бўйича клизма, венага 10% ли натрий хлорид, мускул орасига прозерин ёки питуитрин). Суткалик диурез албат-

та аниқланади (буйрак функциясини назорат қилиш). Соғайишг даврида беморни яхши овқатлантирилади, аста-секин ўриндан туришига, даволаш гимнастикасига, мускуллар массажига катта эътибор берилади.

Газ инфекцияси бўлган беморлар парвариши. Беморлар сепсис бўлган беморлар каби парваришга муҳтож бўладилар. Палатада осойишта шароит ва тинчликни сақлаш зарур. Уйқусизликка қарши курашиш учун ухлатадиган (люминал, ноксирон), тинчлантирадиган (андаксин, бром, валериана препаратлари), оғриқ қолдирувчи дорилар (промедол, пантопон, морфин, фентанил) тайинланади.

Анаэроб газ инфекцияси бошқа беморларга осонликча юқади. Шунга кўра бемор алоҳида палатада ётиши керак. Хизмат қилаётган ходим палатада махсус халат кийиб юради, шу халати билан бошқа беморлар палатасига кирмаслиги керак. Қўлқоп, фартуклар киядилар. Боғлов материали албатта куйдирилади. Бемор оқлиқларига автоклавларда махсус ишлов берилади. Бу беморларга хизмат кўрсатиш учун махсус асбоблар ажратилади, ҳар бир боғловдан кейин уларни бўлиб-бўлиб қайнатилади ёки қуруқ иссиқлик билан стерилизация қилинади. Анаэроб инфекцияли беморларни парвариш қилиш хусусиятларига боғловларни тез-тез алиштириб туриш керади.

Қоқшол бўлган беморларни парваришlash. Беморни деразаларига парда тутилган ва кам ёритиладиган алоҳида палатага жойлаштирилади. Бу шартларга амал қилмаслик талваса хуружларига сабаб бўлади. Беморлар анча-мунча суюқлик йўқотадилар, шу туфайли уларга парентерал ёки томчили клизмада 3—4 л суюқлик юборилади. Агар беморда пешоб келмаса, кунига 2 марта сийдик катетер билан чиқарилиши керак. Бунинг учун уретраси анестезия (дикаин, новокаин) қилинади. Талваса синдроми бўлган беморни бурни орқали киритилган ингичка зонд билан овқатлантирилади. Овқат суюқ ҳолда берилади. У юқори калорияли ва сервитамин бўлиши керак. Сепсисдаги сингари ич мунтазам келиши, ўз вақтида сийдик ажратиш устидан кузатиб бориш лозим. Ётоқ яралар, ўпка яллиғланишининг олдини олиш чоралари кўрилгани яхши.

Суяк-бўғим сили бўлган беморларни парваришlash. Бундай патологияли беморларнинг асосий қисми болалар ҳисобланади. Бу ҳол парваришнинг ўзига хос олиб борилишини тақозо этади. Кўпгина муолажалар асос-

сиз рад этилади, бола инжиқлик қилади. Беморлар кўпинча таъми аччиқ, тахир дориларни ичишдан бош тортадилар. Бундай беморларнинг узоқ муддатгача гипс боғлами билан мажбурий вазиятда ётишларини унутмаслик керак. Шу муносабат билан ётоқ жаралар, ўпка яллиғланиши, мушаклар атрофияси кабиларни профилактика қилишга жиддий эътибор бериш зарур. Беморлар соф ҳаводан етарли даражада баҳраманд бўлишлари керак. Бунинг учун палата яхши шамоллатилиши лозим. Шаҳар чеккасида қурилган шифохоналар ана шу талабларга жавоб беради. Қуёш ванналари, ультраби-нафша нурлантириш тавсия этилади. Беморларга оқсил, витаминларга бой овқатлар берилади.

Оқма жаралар бўлганда носпецифик йирингли инфекция тушишига қарши ҳамма чоралар кўрилиши керак. Специфик ва носпецифик инфекциянинг қўшилиб келиши асосий касаллик кечишини кескин оғирлаштиради ва махсус давони талаб этади.

Микрофлора моҳиятини ва унинг йирингли ажратмада антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш учун суртма олиш. Олдиндан тахт қилиб қўйилган стерил пробиркадан фойдаланилади, унинг ичида сим ёки чўпга ўрнатилган стерил пахта тампон бўлиб, у пробирка тиқинидан ўтказилган. Тампон пробиркадан чиқарилади, унга текшириладиган материал қўйилади ва уни пробирка деворларига текизмай пробиркага солинади ва пробиркани тиқин билан маҳкам бекитилади. Пробирка шу заҳоти бактериологик лабораторияга (қуриб қолмаслиги ва микроб аутолизи юз бермаслиги учун) ёзуви билан жўнатилади, унда беморнинг исми ва отасининг исми, бўлимнинг номи, диагнози, суртманинг қаердан олингани ва текширув мақсади (микрофлора характери, унинг муайян антибиотиклар турларига сезувчанлиги ва бошқа маълумотлар) ёзилган бўлади.

Умуртқа поғонаси сили бўлган беморларнинг парвариши хусусида алоҳида тўхталиб ўтамиз.

Беморларнинг бу тонфаси узоқ вақтгача стационарда гипс боғлам қўйилган ҳолатда ётади. Гўдакнинг мажбурий ҳолати уни парвариш қилаётганда бир қанча қийинчиликлар туғдиради. «Ўтка» номли махсус сийдикдон ётган ҳолатда пешоб қилишни осонлаштиради. Ётган ҳолатда ич келиши дастлаб қийинчилик туғдиради, би-роқ вақт ўтиши билан беморлар бунга мослашиб қоладилар. Гипс каравотчада узоқ муддат, баъзан йиллаб ётиш мушаклар атрофиясига сабаб бўлади ва буни про-

филактика қилиш мақсадида массаж қўлланилади. Массажни ҳамширалар ва мутахассис-массажистлар бажарадилар.

Бундай беморларда юз берадиган оғир асоратлардан бири ётоқ яралар ҳисобланади.

Ётоқ яраларни профилактика қилиш учун орқа думбалар, болдир мушаклари спирт (яхшиси камфора спирти) билан артилади. Беморларни 1—2 соатга юз тубан ҳолатда ётқизилиб 1—2 минутга ультрабинафша нурлантирилади. Бундай беморларни каталкада бир ойда 2—3 марта ётган ҳолатида чўмилтирилади.

Гипс каравотчалар мунтазам алиштириб турилади, чунки улар ифлосланиб туради. Сўнгги йилларда хирургик инфекция бўлимларида (йирингли касаллик бўлимларида) ичакнинг оқма яралари бўлган беморлар кўп даволанадилар.

Бундай беморларни парвариш қилишнинг ўз хусусиятлари бор. Ҳар бир тиббий ҳодим буларни билиши шарт. Ичак массалари бенхтиёр ажралади, уларнинг таркибида ферментлар бўлади, шунинг учун бундай беморларни яхши парвариш қилмаслик ичак оқмаси атрофидаги терида беморга азоб берадиган дерматит ҳосил бўлишига олиб келади. Унинг олдини олиш учун Лассар пастаси қўлланилади, уни оқма атрофига иссиқ ҳолда қўйилади.

Ичак ажратмаларини беморнинг ўзи ёки парвариш қилаётган одам клизма баллончаси билан тортиб олади. Оқма йўлини эса стерил дока салфетка билан бекитиради. Ўз-ўзидан маълумки, бундай беморларнинг ўринбошини озода сақлаш, палатасини тез-тез шамоллатиб туриш керак. Бегона ҳидларни йўқотиш учун 1:5000 фурацилин ва калий перманганат эритмаси қўлланилади.

II БОБ

КАЛЛА СУЯГИ-МИЯ ВА ОРҚА МИЯСИ ШИКАСТЛАНГАН БЕМОРЛАР ПАРВАРИШИ

Бемор касалхонага тушгандан кейин биринчи бўлиб у билан кўп ҳолларда ўрта медицина ходими ёки бемор парваришига алоқадор кишилар (талабалар, энагалар ва б.). учрашади. Шу биринчи учрашувда кўпинча ўрта медицина ходими орқали беморда касалхона тўғрисида

ўзига хос фикр ва мулоҳазалар туғилади. Демак, бемор билан яхши психологик контактнинг муҳим аҳамиятга эга эканлигини унутмаслик керак.

Айниқса нейрохирургия ва нейротравматология бўлимларида беморларни парвариш қилишни ташкил этишда икки хил аспекти кўзда тутиш лозимдир: психологик ва техник йўналишлар. Биринчи масалада энг аввало бемор киши билан тез контактга кириб, ширин сўз билан унинг ҳасратли дардини енгиллаштира билиш, иккинчиси эса ходим ўз касбининг моҳир устаси бўлиши керак. Ҳар иккаласи қўшиб олиб борилса, нейротравматологик беморлар парваришида яхши натижаларга эришиш мумкин.

Нейрохирургик беморлар каталкада ётганларида ёки коляскада ўтирганларида ҳар бир гапни эҳтиёткорлик билан гаплашиш керак. Айниқса, «жой йўқ», «энди нима қиламиз», «бу касал оғир, йўл беринглар» ибораларини ишлатиш ноўриндир. Чунки калла суяги-мияси шикастланган беморлар табиати нозик, ҳар бир нарсадан шубҳа қиладиган бўладилар.

Ихтисослашган нейрохирургик ёрдам ривожланиши калла суяги ва бош мияси шикастланган беморларга хизмат кўрсатиш учун махсус стационарлар ташкил қилишга олиб келди. Калла суяги ва бош миянинг травматик шикастлари ёпиқ ва очиқ турларга бўлинади. Ана шу икки турдан, ёпиқ шикастларда калла суяги қопламларига шикаст етмаган бўлади ёки шикастланган бўлса-да калла суяги билан ташқи муҳит ўртасида алоқа бўлмайди. Калла суягининг очиқ шикастларида калла суяги бўшлиғи суяқлардаги нуқсон туфайли бошнинг юмшоқ қопламлари (тери, клетчатка) билан бирга зарарланади. Бундай шикастлар бош миянинг шикастланиш белгилари (чайқалиш, лат ейиш, тешиб кирган яраланиш ва бош миянинг босилиши ва б.) ёки бундай белгиларсиз ўтиши мумкин. Бош миянинг чайқалиши ёпиқ калла суяги-мия шикастларининг энг енгил формаси ҳисобланади, бунга эс-ҳушнинг бартараф бўладиган қайтар функционал ўзгаришлари борлиги, зарарланишнинг ўчоқли симптомлари бўлмаслиги ва умумий мия симптомларининг устунлиги (бош оғриғи, бош айланиши, кўнгил айланиши, қусиш, ёруғликка қарай олмаслик ва б.) хос. Бош мия лат ейишида (енгил, ўртача ва оғир даражаси) клиник манзарада контузияли ўчоқлар борлиги билан боғлиқ қайтмас морфологик ўзгаришлар устунлик қилади. Бу симптомлар муайян мушак гуруҳларининг

парези ва фалажи, нутқ, эшитув ва кўрув қобилияти бузилишлари, сезувчанлик бузилишининг ҳар хил турлари билан намоён бўлади. Эс-ҳушни йўқотиш бош мия латейишининг ҳамма даражаси учун хос. Агар бундай беморларда люмбал пункцияда ликворда қон аралашмаси топилса, бу — бош мия урилишининг энг ишончли симптоми ҳисобланади. Аксарият эс-ҳуш қисқа вақтга йўқотиладиган бош мия чайқалишидан фарқли равишда мия урилганда эс-ҳушнинг узоқ вақтга ва оғир бузилиши қайд қилинади. Мия чайқалиши бўлган беморлар одатда меҳнатга қайтсалар, бош мияси лат еган беморлар аксарият бош мия шиши, нафас ва юрак иши бузилиши, шунингдек йирингли менингит ва абсцесслардан ҳалок бўладилар. Бундай беморларда бош миянинг ошиб борадиган шиши, гавда ҳарорати кўтарилиши, мия пардалари симптомлари орта бориши, қон таркиби ўзгариши қайд қилинади. Шунинг учун ҳам бош мияси чайқалишга учраган ва лат еган беморлар зудлик билан касалхонага ётқизилиши, уларни врач қунт билан кузатиб бориши ва улар ўринда ётиш режимига қаттиқ амал қилишлари керак. Одатда 3—4 кун ўтгач, бош мияси чайқалган беморларнинг аҳволи яхшиланади (бош оғриғи, кўнгил айнаши, бош айланиши йўқолади, тер ажралиши ва пульс нормага тушади), 10—12 кундан кейин улар стационардан уйига жўнатилиши мумкин.

Бош мияси лат еган беморлар эса оғир ҳолатдан секин чиқадилар. Эс-ҳушнинг кирарли-чиқарли бўлиб қолганлиги қўзғолиш билан алмашинади, бу узоқ вақт тўшақда ётишни талаб этади. Улар стационарда касаллигининг оғир-енгиллигига кўра 18 дан 30—40 кунгача ётадилар. Бундай беморларнинг ўринда ётиш режимига амал қилмаслиги ҳарорат кўтарилишига, умуман бемор аҳволининг ёмонлашувига олиб келиши мумкин, натижада тузалиш муддати кечикиб кетади.

Бундай беморларга ёрдам кўрсатишда тиббий ҳамширанинг аҳамияти катта. Бундай беморлар носилкага ётқизилган ҳолда кўтарилади. Қиш шароитида совуқ олдириб қўймаслик учун беморни ўраб-чирмаб қўйиш шарт. Агар шикастланган одам алкогольдан мастлик ҳолатида келтирилган бўлса, айниқса ҳушёрлик кўрсатиш лозим, чунки бундай ҳолларда ички органлар, чаноқ органлари ва умуртқа поғонаси кўп сонли шикастланган бўлиши мумкин. Бундай беморни қунт билан текшириш ва кузатиш тўғри диагноз қўйиш ва даволашга гаровдир.

Навбатчи ҳамшира бош териси шикастланганда сочи

олдириш ва устарада қирдириш кераклигини унутмаслиги керак.

Калла суяги-мия шикастланишининг ўткир даврида эпилептик тутқаноқлар ривожланиши эҳтимол. Унинг биринчи белгилари (мушаклар учиши, юз мушаклари тортишиши) пайдо бўлиши билан венага 0,5% ли седуксен эритмасидан 2 мл ни глюкоза билан (40% — 10 мл) юбориш ва беморнинг бошини юмшоқ жойга қўйиш, жағлари орасига сочиқ ёки рўмолни қистириб қўйиш керак. Шикастланишдан кейин 12 соатдан кечиктирмай қоқшолга қарши зардоб юбориш лозим. Жароҳат қаттиқ ифлосланган бўлса, зардоб дозасини ошириш керак. Юрак-томирлар фаолияти бузилганда коргликон, кальций хлорид, полиглюкин юбориш, кислород ингаляцияси қилиш лозим. Тиббий ҳамшира ҳушдан кетган, қусётган ёки талваса тутаётган беморларнинг ҳаммаси касалхонага ётқизилиши кераклигини билиши керак. Беморнинг аҳволи нечоғли оғир бўлса, у шунчалик яхши парвариш қилиниши лозим. Оғир беморни соғайиб келаётган бемор билан бир жойга ётқизиш ярамайди. Бундай беморларга махсус ажратилган палатада ёки палаталар блокада индивидуал ҳамшира пости хизмат кўрсатиши керак. Бундай беморларни санитария ишловидан ўтказишнинг ўзига хос томонлари бор. Уларни ечинтиришда кийимбошининг айрим қисмларини қирқишга тўғри келади. Бундай ҳолларда ҳамшира беморнинг гавда ҳароратини ўлчайди, томир уришини, нафас олиш сонини санайди, артериал, босимини аниқлайди. Венасига эритма ва суюқликлар қўйишни йўлга қўйиш учун ўмров венаси (артерияси) катетеризация қилинади.

Беморни стационарда бир ердан иккинчисига кўчиришни навбатчи ҳамшира назорат қилиб туриши керак. Бунда беморнинг бошини шикастлардан ва кескин ҳаракатлардан эҳтиётлаш, шу мақсадда бошини ёстиққа баландроқ қўйиб ётқизиш лозим. Ўринбоши илиқ бўлиши ва грелкалар билан иситилиши керак. Беҳуш ҳолатдаги аёлларни суткалик диурезини ҳисоблаш учун катетерлаш керак. Шу мақсадда эркакларга ҳам сийдикдон бериш лозим. Эс-ҳуши кирарли-чиқарли бўлиб турадиган бемор овқатни яхши ея олмаса, унга меъда зонди орқали махсус тайёрланган озиқли аралашма юборишга тўғри келади. Ҳамшира оғиз бўшлиғи ҳолатини тез-тез текшириб туриши, милк ва тишларини артиб қўйиши, тили ва шиллиқ пардаларига глицерин ёки вазелин суртиши керак. Тил ва милкларнинг шиллиқ пардасида

яра-чақалар пайдо бўлганда таъсир доираси кенг антибиотиклар эритмаси (эритромицин, мономицин ва б.) билан чайиш лозим. Томоқ ва ҳалқумдан шилимшиқни эластик катетер ёрдамида мунтазам тортиб туриш керак. Уни тортиб олишдан бир неча минут олдин бурун-ҳалқумдаги қотиб қолган шилимшиқни суюлтириш мақсадида бурун йўлларига трипан эритмасини томизиш мақсадга мувофиқ.

Умуртқа поғонаси ва орқа мияси шикастланган беморлар парвариши ҳам ўзига хос қийин бўлади. Урта маълумотли тиббий ходим умуртқасига шикаст етган беморни ниҳоятда эҳтиёткорлик билан авайлаб кўтариши лозим. Умуртқасининг бўйин қисми шикастланган беморни кўтаришда уни замбилнинг юмшоқ юзасига чалқанча ётқизиш лозим. Кўкрак ва бел бўлими, орқа мияси шикастланган беморларни юз тубан ётқизилган ҳолатда транспортда олиб юрилади. Замбил юзаси қаттиқ (фанера тўшалган) ва горизонтал ҳолатда бўлиши лозим. Агар бемор ҳушини йўқотган ҳолатда бўлса, уни қорни билан ётқизиш мумкин эмас (нафас иши бузилиши эҳтимол). Умуртқа ва орқа мияси шикастланган беморлар баъзан ўзларича юра оладилар ва шунга ҳаракат қиладилар. Бунга асло йўл қўймасдан уларни замбилга ётқизиш лозим, чунки умуртқа суягининг синиқлари ҳаракат вақтида силжиши ва орқа мияда қайтмас шикастланишларга сабаб бўлиши, оёқ-қўллар фалаж бўлиб қолиши, чаноқ органлари функцияси издан чиқиши мумкин. Беморни ётқизишда, ўраб-чирмашда кескин, қўпол ҳаракатлар қилмаслик лозим. Бундай беморлар стационарга келиб тушганларида сийдик ажратиши, ичи келиши ва тери қоплами (ётоқ яралар) ҳолатини аниқлаш керак. Тўлиб кетган қовуқни катетерлаш, ётоқ яраларга антисептиклар сепиш ва боғламлар қўйиш керак. Бундай беморларни ваннада чўмилтириш мумкин эмас. Тери қопламларини нам сочиқ, камфора спирти билан артиш керак. Беморни палатага олишдан аввал умуртқанинг шикастланган соҳасини рентгенография қилиш керак. Беморни бир жойдан иккинчисига кам кўчиришга ҳаракат қилган яхши.

Ҳозирги вақтда умуртқа поғонаси шикастланган беморлар умуртқаси силжиган ёки шакли бузилган бўлса, биринчи сутка ичида операция қилинади. Шунга қарамай, операциядан олдинги даврда умуртқа танасининг қўшимча силжиниға тўсқинлик қиладиган шароитлар яратиш зарур. Шу мақсадда бемор каравотининг бош

томонини полдан 40—45 см га кўтарилади ва Глиссон қовузлоғи ёрдамида тортиб қўйилади. Кўкрак ва бел умуртқалари синган бўлса, қўлтиқлар орқали тасма ўтказиб тортиб қўйиш мақсадга мувофиқ. Уларнинг тузилиши ҳар хил, бироқ унинг вазифаси кўкрак, қорин ва оёқлар қия вазиятда туриши ва ўз оғирлиги билан умуртқа поғонасининг пастки қисмини умуртқанинг синган зонасидан узоқлаштириш ва унинг табиий тўғриланishi учун шароитлар яратишдан иборат.

Орқа мияси шикастланган беморлар оёқ панжаси, думбалар ва думғаза соҳасида ётоқ яра пайдо бўлишининг олдини оладиган даво тадбирларига муҳтож бўладилар. Бу тадбирлар врач бошчилигида олиб борилади ва тери қопламлари камфора ёки салицил спирт билан артиб турилади, бу трофикани яхшилайди, эпителийни ясилаштиради. Товон дўмбоғи, думғаза остига пахта-докадан тайёрланган болишчалар қўйилади, бунда улар ўринбошдан юқори вазиятда бўлади ва маҳаллий қон айланиши бузилмайди. Бунда ҳар кун пухталик билан бажариш керак. Ётоқ жаралар пайдо бўла бошлаганда кунига бир неча марта бу соҳани спирт шимдирилган стерил дока ёки пахта билан артиш, ультрабинафша нурлантириш ҳам фойдали. Афсуски, ётоқ жаралар йиринглаб кетиб, йиринг тери ости клетчаткаси, мушаклар ва бошқа чуқур жойлашган тўқималарга ўтиши мумкин. Бунинг олдини олиш мақсадида антибиотиклар ёки Вишневский малҳамини ишлатиш керак. Орқа мияси ва умуртқа поғонасига шикаст етган беморларни икки киши бўлиб вазиятини ўзгартириш лозим. Ётоқ жараларнинг олдини олишда овқатланишнинг ҳам аҳамияти бор: сабзавот ва меваларни, витаминларни кўпроқ истеъмол қилиш керак.

Ҳамшира қовуқ ва тўғри ичакнинг ўз вақтида бўшалиб туришини кузатиб бориши керак, чунки орқа мия ва умуртқа поғонаси шикастланишларида кўпинча уларнинг фаолияти бузилади. Беморларнинг бир қисмида сийдик ажралиши издан чиқиб, буйрак функцияси бузилишига, қовуқ ёрилишига олиб келиши ва уларнинг ҳаёти хавф остида қолиши мумкин. Бунда цистит, пиелит ва уросепсис ривожланиши эҳтимол. Бунда суткасига камида 2 марта қовуқ асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилинган ҳолда катетерланади (қўлни чўтка билан совунлаб ювилади ва спиртни ишқаб суртилади). Сийдик чиқариш каналининг ташқи тешигинг антисептик билан ювилади, стерил катетерга вазелин

суртилади ва уни куч ишлатмай эҳтиётлик билан киритилади.

Орқа миянинг бўйин бўлими шикастланганда диафрагманинг ҳаракатсиз бўлиб қолиши оқибатида ривожланадиган икки томонлама гипостатик пневмония хатарли асоратлардан бири ҳисобланади. Бундай беморларга даволаш ва нафас гимнастикасининг ҳамма турларини тайинлаш, стационарга тушган кунидан бошлаб кислород ингальциясини қўлланиш керак. Йўтал рефлекс пасайганда ва ҳиқилдоқда йиринг тўпланиб қолганда уни электр сўргич ёрдамида мунтазам тозалаб туриш лозим. Тиббий ходимлар бундай беморларни айнқса қунт билан парвариш қилишлари керак. Уларнинг-ҳаракатсиз ётишлари оғриқни камайитириш ва ётоқ яраларнинг олдини олиш мақсадида у ёнбошдан бу ёнбошига тез-тез айлантириб туриш заруратини келтириб чиқаради. Ҳамшира бундай беморларда руҳий бузилишлар пайдо бўлиб, бу уларнинг ўз жонига суиқасд қилишга уринишлари (заҳарланиш ва б.) эҳтимоли борлигини унутмаслиги керак. Шунга кўра тунда бу назоратни кучайитириш, палатада чироқни тунда ҳам ёқиб қўйиш, ғаладонларда тигли ва санчиладиган нарсаларнинг бўлишига йўл қўймаслик зарур.

Умуртқа поғонаси ва орқа мияси шикастланган беморларни комплекс даволаш соҳасидаги тажриба беморларда соғайиб кетишга ишонч уйғотишга асос бўла олади. Бунда тиббий ҳамширанинг аҳамияти беқиёсдир.

Хулоса қилиб айтганда, ўз ишнини меҳр-муҳаббат билан бажарадиган энагалар, ҳамширалар ва бу жараёнда иштирок этадиган талабалар беморлар парваришида қанчалик чуқур билимга эга бўлсалар, касалнинг шунчалик тез тузалиб кетишига сабаб бўладилар.

III БОБ

ЖАҒ-ЮЗ СОҲАСИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ ВА КАСАЛЛИКЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Жағ-юз соҳаси жароҳатланган, оғиз бўшлиғида яллиғланиш касалликлари бўлган беморлар ва операциядан кейинги беморларни парвариш қилишнинг ўзига хос хусусиятлари бор. Бундай беморларда чайнаш

функцияси бузилиши натижасида оғиз бўшлиғининг ўз-ўзидан тозаланиши қийинлашади. Тишлардаги овқат қолдиқлари микроблар учун қулай озиқли муҳит ҳисобланади. Доимий намлик, мўътадил ҳарорат (37°) ҳам патоген, ҳам шартли патоген микроблар кўпайишига, бинобарин, жағ-юз соҳасида флегмоналар ва остеомиелитлар кўринишидаги оғир асоратларга сабаб бўлиши эҳтимол. Шунга кўра бундай беморлар синчиклаб парваришlashга муҳтож бўладилар.

Жағ-юз шикастлари бўлган беморларни умумий парвариш қилиш ва шикастнинг тури ва қаерда жойлашганига кўра махсус парваришlash фарқ қилинади.

Умумий парвариш қилиш. Аввало юрак-томирлар системаси, нафас ва физиологик жўналишлар ҳолати устидан назорат ўрнатилади. Актив ҳаракатлар ва кўкрак қафаси учун машқлар (нафас гимнастикаси) бронх-пульмонал асоратларнинг олдини олишнинг муҳим воситаси саналади. Актив ҳаракатларсиз ўринда ноилжликдан ётишни жағ-юз шикасти бош мия шикасти билан бирга учраганда оқласа бўлади. Бунда ўринда кунига 3—4 марта нафас гимнастикаси қилиш тавсия қилинади.

Махсус парвариш қилиш. Аввало оғиз бўшлиғини қунт билан парвариш қилиш зарур. Шилимшиқ, қон ва некротик массаларни ютиб юборишдан сақланиш учун дастлабки кунлардан бошлаб беморни қаддини баланд қилиб ётқизилади. Беморларга махсус резина қопчиқлар ёки туфдонлар бериш, кўкрагига клеёнка фартук тутиб қўйиш лозим.

Беҳуш ётган беморларга айниқса катта эътибор бериш керак. Бундай беморларда оғиз бўшлиғининг ўз-ўзидан тозаланиши қийинлашиб қолгани туфайли суткасига камида 2 марта тишларини, милк ва тилини дезинфекция қиладиган эритмага (риванол, фурацилин, калий перманганат) ҳўлланган дока салфетка билан артиб қўйиш керак. Тиш синиқларини шиналар билан иммобилизация қилишдан сўнг оғиз бўшлиғини парвариш қилиш ҳам ғоят муҳим, чунки бундай беморларда оғиз бўшлиғининг ўз-ўзидан тозаланиши қийинлашган бўлади. Уларда оғиз бўшлиғини кун мобайнида бир неча марта дезинфекция қиладиган илиқ эритма оқими билан чайиб туриш лозим. Бу одат резина найча ва стерил шиша учлиқ билан таъминланган Эсмарх кружкаси ёрдамида амалга оширилади. Бу муолажа вақтида беморнинг кўкрагини резина ёки полиэтилен фартуқ билан бекитилади, ияги остига лоток ёки тоғорача қўйилади.

оғиз бурчакларини шпатель билан тортиб туриб суюқлик оқимини ўртача босимда оғизга йўналтирилади. Овқатдан олдин ва кейин ювилади. Бундан ташқари, водород пероксидга ҳўлланган дока шарчалар билан тиш орасидаги бўшлиқлар тозаланади.

Шиналардан кейин беморларга алоҳида парвариш қилинади. Оғиз бўшлиғини суюқлик оқими билан ювилгандан сўнг шиналар ва тишлар бўйнини улар орасига кириб қолган овқат қолдиқларидан тозалаш керак. Бунда водород пероксид эритмасига ҳўлланган пахта ўралган чўп ишлатган маъқул.

Кунига 2 марта беморларга «кислород ванначаси» қилиш керак. Бунинг учун буйраксимон иккита тоғорача тайёрлаб қўйилади. Стерил лотокка кучли калий перманганат эритмасига ва 3% ли водород пероксид эритмасига ҳўлланган (4—5 тадан) шарчалар солиб қўйилади. Беморнинг ияги остига оғиз бўшлиғидаги нарсаларни тупуриш учун ностерил буйраксимон тоғорача қўйилади. Оғиз бўшлиғи кўп марталаб ҳар иккала турдаги шарчалар билан артилади. Оғиз бўшлиғи кўчган эпителий ва овқат қолдиқларидан тозалангунча шундай қилинади.

Оғиз бўшлиғини шу тахлитда мунтазам парвариш қилиш фақат гигиеник эмас, балки даволаш таъсирига ҳам эга. Жароҳатнинг битиш шароитлари яхшиланади, йиринг-қон аралаш ажратмалар ютилмайди ва шу тариқа маҳаллий ва умумий асоратлар қолмайди, бадбўй ҳид йўқолади.

Оғиз бўшлиғининг оғир йирингли яллиғланиш жараёнлари бўлган беморларда гигиенанинг аҳамияти катта. Оғиз бўшлиғини суткасига 10 мартагача дезинфекция қиладиган иссиқ эритма билан ювиш тайинланади. Беморлар бу муолажани ўзлари бажарадилар. Учлик оқимини яллиғли инфильтрат соҳасига ёки оғиз бўшлиғи жароҳатига йўналтириш таклиф қилинади. Бундай ювишда оғиз бўшлиғидаги патологик қисм исийди.

Сўнгги йилларда болалар ўртасида ўткир герпетик стоматит кўп учратилапти. Бундай болаларда оғизни парвариш қилишнинг ўз хусусиятлари бор. Вирус инфекциясида қоннинг ивиш системаси бузилишини туфайли тиббий ходимнинг гўдак оғиз бўшлиғида актив ҳаракатлар қилиши тавсия этилмайди, бу капиллярларнинг шикастланишига олиб келиб, натижада қон кетиши мумкин. Уни айниқса уй шароитида тўхтатиш қийин бўлади. Шунинг учун бу касалликда оғиз бўшлиғини

эҳтиётлаб (кунига 3—4 марта) тозалаш керак. Бола овқатланганидан 20 минут ўтгач оғиз бўшлиғи ҳар хил антисептик эритмалар билан ювилади. Эритма резина баллончага олинади, боланинг бошини энгаштирилади, ияги остига буйраксимон тоғорача қўйилади, баллонча канюласи оғиз бўшлиғига киритилади, идиш бўшатилади. Шунингдек оғиз бўшлиғи лизоцим эритмаси ва 1% ли трипсин билан ювилади. Оғиз чайилгандан кейин оғиз бўшлиғи даҳлизига даво малҳамлари киритилади.

Жағ-юз соҳаси касалланган беморларни даволашда парҳез овқатларнинг аҳамияти катта. Бундай беморларни тўла қимматли овқатлантириш қийин вазифа. Шикастланиш юз берган заҳоти улар чайнаш ва аксарият ютиш функцияси йўқотилиши сабабли овқатни одатдагича ейишга лаёқатсиз бўлиб қоладилар.

Жағ-юз соҳаси шикастланган ёки яллиғланган беморга механик ва кимёвий жиҳатдан эҳтиётлайдиган одатдаги тўла қимматли овқатлар тайинланади. Янги маҳсулотлар (гўшт, сабзавотлар ва б.) қунт билан юмшатилади, олинган массани сув ёки бульон билан суюқ гомогенат олингунча суюлтирилади, зираворлар қўшилмайди, саливацияни камайтириш учун туз чегараланади, овқат иссиқ бўлмаслиги (40—50°) керак.

Ютиш функцияси бузилган беморларни, одатда, чойнак орқали овқатлантирилади. Унинг жўмрагига узунлиги 15—20 см келадиган дренаж найча кийгизилади. Бемор кийимбоши ва ўрин-кўрпасини ифлосланишдан сақлаш учун кўкрагини клеёнка фартук билан бекитилади. 50°С гача иситилган овқатни чойнакка қўйилади. Овқатлантирувчи одам чойнакни қўлига олади, беморга оғзини катта очишни таклиф қилади ва найчани тил илдизигача киритади, сўнгра чойнакни бемор оғзидан юқорига кўтариб бармоқларини ёзади. Бунда овқат оғиз бўшлиғига ўзича тушади. 3 секундни санаб найчани қисади. Шу фурсат ичида 8—10 мл овқат тушади ва беморда овқатни ютиш ва нафас олишга имконият яратилади. Бу муолажани шошилмай, сабр-тоқат билан бир неча марта такрорланади. Тиббий ходимлар беморларга чойнак ёрдамида мустақил овқатланишни ўргатадилар. Беморлар бу вазифанинг уддасидан чиқадиладар. Қуюқ таомга бульон, сут ёки қайнаган сув қўшиб уни керакли консистенциягача суюлтириш мумкин. Беморларга нон талқон кўринишида берилади.

Жағ синиқлари иммобилизация қилингандан кейин оғизни очиш имкони бўлмай қолганда, бироқ ютиш сақ-

ланганда беморни перорал овқатлантирилади. Бу ҳолда чойнак жўмрагини оғиз бўшлиғи даҳлизига унинг тиш тушган қисмига ёки тиш қаторлари тўлиқ бўлса, ретромоляр табиий ёриққа киритилади. Бунда бемор чойнакдан овқатни мустақил сўриб ола бошлайди. 2—3 кун ўтгандан кейин беморлар бу ишни мустақил бажара бошлайдилар. Кўпчилик беморлар учун қошиқ ва кружка одат тусига кирган буюмлар бўлиб, тажрибадан маълум бўлишича, юзи шикастланган беморлар овқатни худди шу буюмлардан фойдаланиб ейишни тез ўзлаштириб оладилар.

Чайнаш функцияси билан бир қаторда ютиш функцияси ҳам бузилган беморларни зонд орқали овқатлантириш тавсия қилинади.

Бунинг учун: ингичка меъда зонди ёки олиवासиз (бошчаси бўлмаган) дуоденал зонд ёки диаметри 7—8 мм, узунлиги 1 м гача бўлган тиниқ хлорвинил найчасини тахт қилиб қўйиш зарур. Агар зонд меъдага киритиладиган бўлса, учидан 45 см масофада белги қилинади. Санаб ўтилган ашёларнинг ҳаммаси стерилланиши, қайнатилиб совитилиши керак. 2—3 стаканدا овқат (500—600 мл) тайёрланади, уни 50—60°C гача иситилади.

Зонд юбориш учун бурун йўлига анестетик (дикаин, кокаин) эритмаси томизилади. Глицерин суртилган юмалоқ зонд учини пастки бурун йўлига киритилади. Зонднинг 15—17 см бурун-ҳалқумга киргандан сўнг беморга бошни энгаштириш ва ютиш ҳаракатларини қилиш таклиф этилади. Бу вақтда найча (зонд)ни оз-оздан меъдагача, яъни 45 см белгисигача сурилади. Зонд меъдага тушгандан кейин унинг эркин учидан меъда шираси оқиб чиқа бошлайди.

Овқатлантириш учун зонднинг ташқи учига овқат тўлдирилган шприц уланади ва аста-секин поршенини босиб, уни меъдага киритилади. Овқат оз-оздан юборилади.

Овқатлантириш тугаллангандан кейин шприц олинади, меъда шираси чиқиб кетмаслиги учун зонд учини қисқич билан маҳкамлаб қўйилади. Қисқич ёппишқоқ пластр ёки бинт билан маҳкамланади. Ҳар гал овқат берилгандан сўнг зондни қайнаган сув ёки чой билан ювиш зарур.

Ингичка резина зондни бурун йўлида 14—16 кунгача, хлорвинил найчани 3—4 ҳафтагача қолдириш мумкин. Найча олингандан кейин обдон ювилади.

Жағ-юз шикастлари ва касалликлари бўлган беморларни парентерал овқатлантириш кам қўлланилади, уни асосан беҳуш ҳолатда ётган беморларга тайинланади.

Жағ-юз шикастлари бўлган ярадорлар ва беморларни кунига камида 4 марта овқатлантириш лозим. Овқат таркибида турли хил юқори сифатли маҳсулотлар бўлиши керак.

IV БОБ

ҚОРИН ДЕВОРИ ВА ҚОРИН БЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИ ШИКАСТЛАРИ ВА КАСАЛЛИКЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАР ПАРВАРИШИ

Қорин бўшлиғи органларининг ёпиқ шикастлари (йиртилишлари) унинг тешиб кирадиган яраланишлари каби оғир хасталиклар ҳисобланади. Қўпчилик беморлар ошиғич операция қилинишига муҳтож бўладилар. Шунинг учун олиб операциядан олдинги тайёргарлик имкони борида қисқа бўлиши лозим. Гигиеник ванна, тозалаш клизмаси, меъдани ювиш каби муолажалар қилинмайди, уларга монелик бор. Бундай ҳолларда операциядан олдинги тайёргарлик одатда операцион майдондаги тукларни қириш, тери қопламларини совунли илиқ сув билан ювишдан иборат бўлади. Меъда ичини тозалаш учун бурун орқали зонд юборилади, қовуқни бўшатилади. Шокка, юрак фаолияти пасайиб кетишига, анемияга қарши курашишга қаратилган қолган тадбирлар операция хонасида хирургик операцияга қадар ва операция вақтида ўтказилади.

Врач кўрсатмаси бўйича беморга юрак дорилари, наркотик моддалар юборилади, қон, қон ўрнини босадиган суюқликлар, физиологик эритма, глюкоза эритмаси қўйилади.

Операциядан кейин беморни каравотнинг бош томони баланд қилиб чалқанча ётқизиб қўйилади. Операциядан кейинги даврда бу вазият ўпка вентилизациясини яхшилайдиган, пневмония, бронхлар бекилиб қолишининг олдини олади. Оғир бемор нечоғлик яхши парвариш қилинса, соғайиши шунчалик осонлашади. Ўз вақтида ва юқори малака билан ўтказилган операция ҳал қилувчи омил бўлса-да, кўп нарса операциядан кейин беморни тўғри парвариш қилишга боғлиқ бўлади. Қорин

(кўкрак) бўшлиғи органларида ўтказиладиган ҳар қандай операцияда беморлар юза нафас оладилар, бинобарин, бронхларда қон димланиши учун муайян шаройтлар вужудга келиб, бронхитлар, пневмония каби асоратлар пайдо бўлиши мумкин. Бу кўнгилсиз асоратлар асосий касалликнинг кечишини оғирлаштиради, тузалиш муддатини узайтириб юборади. Упка ва бронхлар томонидан бўладиган асоратлар болаларни ва катта ёшдаги одамларни ўлимга гирифтор қилиши эҳтимол. Шунга кўра операциядан кейинги даврда уларнинг олдини олиш ғоят муҳим аҳамият касб этади.

Упкадан бўладиган асоратларнинг олдини олиш учун беморларга горчичниклар тайинланади, банкалар қўйилади, балғам кўчирувчи микстуралар ичирилади, операциядан кейинги илк даврда нафас гимнастикаси қилинади, гавдани камфора спирти, скипидар, спирт, атир билан ишқаб артилади. Беморни ўринда эрта ҳаракатлантириш ҳам шу мақсадни кўзда тутди.

Операциядан кейинги даврдаги тадбирлар қайси орган шикастланганига боғлиқ. Меъда ва ичак яраланишларида одатда операциядан кейин биринчи кун оғиздан овқат ейиш ман қилинади. Яқин 2—3 сутка ичида парентерал (ҳазм йўлини четлаб ўтиб) овқатлантирилади, бунда 1—2 л 5—10% ли глюкоза эритмаси, шунча миқдорда изотоник натрий хлорид эритмаси, плазма (200—500 мл), Рингер—Локк эритмаси, тўла қимматли оқсиллар аралашмаси кабилар ишлатилади. Бундан ташқари, беморларга юрак-томирлар системаси аҳволига, қорин бўшлиғидаги ичи бўш органнинг шикастланиш характериға, шикаст юз берган вақтдан операциягача ўтган муддатга, бемор ёшиға қараб юрак препаратлари, нафас аналептиклари, наркотик воситалар, антибиотиклар ва шу кабилар тайинланади.

Операциядан кейинги даврдаги парваришда меъда-ичак йўли яраланган ва шикастланган беморларни овқатлантириш масалалари алоҳида ўрин тутди. Илгари беморга 2-куни бир неча қошиқ бульон ичишға рухсат этилар эди. Агар қорин бўшлиғидаги органлар шикастланганда операция эрта муддатларда (дастлабки 6 соатда) қилинган ва қорин пардаси яллиғланмаган бўлса, беморларни оч-наҳор қолдиришининг ҳожати йўқ. Бундай ҳолларда эрта овқатлантириш (операциянинг 2-кунидан) ичак перистальтикаси (ҳаракати)ни кўзғатувчи омил ҳисобланади, бу ундаги димланишни йўқотишға ёрдам беради, ўпкадаги ҳар хил асоратларнинг олдини

олади. Беморлар касалхонага кечикиб олиб келинганда аҳвол бошқача бўлади. Бундай пайтларда операциядан кейинги даврда беморларни эрта овқатлантиришга йўл қўймаслик лозим. Бундай тоифадаги беморларни овқатлантириш (бульон, хом тухум, картошка пюреси, творог, ҳар хил бўтқалар, мева сувлари каби енгил ҳазм бўладиган таомлар) ичак перистальтикаси пайдо бўлгандан кейин амалга оширилади, ел чиқиши, ахлат келиши шундан далолат беради. Одатда овқатни оз-оздан, бўлиб-бўлиб берилади (суткасига 6 марта ва бундан кўпроқ). Ичак яраланганда 2-кундан кунига 3—4 марта 1 ош қошиқдан вазелин мойи тайинланади.

Биринчи кунлари меъдада суюқлик йиғилиб қолиши мумкин. Бундай ҳолларда уни бурун орқали чиқариш учун меъдага ингичка зонд киритилиб, ундан шприц ёрдамида суюқлик тортиб олинади. Ичак перистальтикасини қўзғатиш учун тозалаш клизмаси қилинади, прозерин, серотонин, адипинат эритмалари, гипертоник натрий хлорид эритмалари юборилади. Буйрак олди (паранефрал) новокаин блокадаси ҳам перистальтикани яхшилайдиган. Одатда блокада учун кучсиз новокаин эритмалари (0,25—0,5% 80—100,0 мл миқдорда) ишлатилади. Ўғон ичак шикастланганда тозалаш клизмаси қилиш хавфли, чунки бунда ичакнинг шу қисмига қўйилган чоклар бўшаб қолиши эҳтимол.

Беморларга операциядан кейин 3—4-кундан бошлаб юришга рухсат этилади. Чоклар 8—10-кун олинади.

Паренхиматоз органлар (жигар, талок) йиртилганда операциялар ўтказишда парвариш принциплари сақланиб қолади. Фақат парҳез овқатлар хилини бирмунча эрта муддатларда кенгайтириш, лекин беморни актив ҳаракатларга эҳтиётлик билан ўргатиш керак. Қанча қон йўқотилганига қараб, бундай ҳолларда беморларга эритроцитар масса, қон, плазма, қон ўрнини босувчи оқсилли суюқликлар киритилиши зарур.

Перитонитли беморларни парвариш қилиш. Операциядан кейинги даврда дезинтоксикацион терапия: катта миқдордаги суюқлик, глюкозани парентерал юбориш, қон, плазма, гидролизатлар қуйиш, қорин бўшлиғига антибиотиклар ва новокаин юбориш тайинланади. Ўпкадан юз берадиган асоратлар, юрак-томирлар бузилишларига қарши чоралар кўрилади (банка, горчичник, нафас гимнастикаси, камфора, кофеин инъекцияси ва б.).

Бемор ётган каравотнинг бош томони кўтариб қўйилади. Қоринга совуқ нарса қўлланилади. Қорин дам

бўлишига қарши чоралар кўрилади. Беморни меъда ва ичаклардаги операцияларда қандай парвариш қилинса, шундай қилинади.

Чурраси тушган беморларни парвариш қилиш. Ички органлари талайгина чиққан катта чурралар сабабли бажарилган операциядан кейинги беморларга алоҳида аҳамият берилади. Бундай беморларда операциядан кейин қорин ичидаги босим анчагина кўтарилади, бу диафрагманинг юқори ҳолатни эгаллаб юрак иши қийинлашуви ва ўпканинг нафас экскурсияси мушкуллашувига олиб келади. Буни бартараф этиш мақсадида операциядан 2—3 ҳафта муқаддам беморга Тренделенбург вазияти берилади (каравотнинг оёқ томони баландроқ кўтарилади) ва чурра ичидаги орган тўлиқ жойига солинади. Операциядан кейин нафас гимнастикаси катта ўрин тутади.

Чурраларни кесишда ичакни тайёрлашга катта аҳамият берилади, чунки бундай беморлар қабзиятдан нолиб юрадилар. Операциядан 3—4 кун олдин сурги дори берилади. Операциядан бир кун аввал тозалаш клизмаси қилинади. Операциядан кейинги даврда ёрғоқ ишии, орхит ва эпидидимитнинг олдини олиш учун беморга суспензорий тақиб қўйилади, бунда ёрғоқ юқорига кўтарилган бўлиб, қорин устида ётади. Бир ҳафтадан кейин беморларнинг туришига рухсат этилади.

Қорин бўшлиғи органларида турли касалликлар туфайли операция ўтказилган беморларни парвариш қилиш ўзига хос айрим хусусиятларга эга. Бу операциялар шошилинч ва планли турларга бўлинади. Одатда ўткир аппендицит, кавак органлар тешилиши (яра касаллиги сабабли меъда, ўн икки бармоқ ичак, ич терламада ичак тешилиши), ўткир холецистит, панкреатит, ичак тутилиб қолиши, чурра қисилишида қилинадиган шошилинч операциялар қисқа муддатли тайёргарликдан кейин ўтказилади. Бундай ҳолларда операцион майдон қирилгандан, тери қоплами совунли илиқ сув билан артилгандан, қовуқ бўшатишгандан, меъдани тозалаш учун унга зонд киритилгандан, юрак-томирлар ва нафас системаларидаги бузилишлар изга солингандан кейин беморлар зудлик билан операция столига ётқизилади. Кейинчалик организмнинг ҳаётий муҳим органларидаги бузилишларни тиклашга қаратилган ҳамма тадбирлар хирургик операция вақтида, шунингдек операциядан кейинги даврда амалга оширилади. Бу тадбирлар одат-

да шок, интоксикацияга, юрак иши пасайиб кетишига ҳарши курашга йўналтирилган.

Беморларни қорин бўшлиғи органларидаги планли операцияларга, операциядан олдин куни билан ва тўла қимматли тайёрлаш лозим. Қасалликнинг характерига кўра гомеостазни тиклашга, организмда оқсил, электролит, витамин етишмаслигини бартараф этишга имкон берадиган воситалар юборилади. Операцияга қадар нафас гимнастикаси, рационал тўла қимматли юқори калорияли овқатланиш, электролитлар, оқсиллар мувозанатини тиклаш зарур вазифа ҳисобланади.

Қорин бўшлиғидаги органлари шошилиш ва планли операция қилинган беморларни операциядан кейин парваришлаш қорин бўшлиғида жароҳатлари ва яраланиш бўлган беморларни парвариш қилишдан унчалик кўп фарқ қилмайди.

ҲАЗМ ОРГАНЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ БУЛГАН БЕМОРЛАР ПАРВАРИШИ

Бундай касалликларни умумхирургик ва ошиғич про-филдаги стационарда кузатишга тўғри келади.

Қизилўнгачи касалланган беморларни операциядан олдин тайёрлаш ва операциядан кейин парваришлаш. Қизилўнгачдаги ҳар қандай операциянинг яхши натижа билан тугаши операциядан олдинги тайёргарликнинг қунт билан ўтказилганига боғлиқ.

Бундай беморларни операцияга тайёрлашнинг ўзига хос системаси ишлаб чиқилган:

1. Психологик тайёрлаш.
2. Овқат ўтиши бузилиши, хусусан дегидратация ва қоқ суяк бўлиб ориқлаб кетишни синчиклаб текшириш.
3. Қўшилиб келадиган касалликларни аниқлаш ва даволаш.

Операциядан олдинги тайёргарлик бевосита госпитализациядан кейин текшириш билан бирга тайинлавиши керак. Психологик тайёргарликнинг аҳамиятини алоҳида таъкидлаб ўтиш лозим. Беморни даволаш яхши натижа беришига ишонтира олиш лозим, беморларни қизилўнгачи операция қилиниб соғайиб келаётган беморлар ётган палаталарга жойлаштирилади.

Операциядан олдинги тайёргарлик жараёнида қизилўнгач ўтказувчанлигининг бузилиши (дисфагия) га дуч келинади, бу овқатланиш, сув-электролит баланси, кис-

лота-ишқор мувозанати бузилиши, ланжлик, тери қопламларининг рангпарлиги, тахикардия, гипертония, оқсил етишмовчилиги ва айланиб юрган қон ҳажмининг бирмунча ўзгариши билан характерланади.

Қизилўнгач ўтказувчанлиги сақланиб қолганда беморларнинг овқатланиши нисбатан осон бўлади. Бунда парҳез дисфагия даражасига кўра танланиши керак. Беморларни кунига 4—6 марта овқатлантириш лозим. Сут, кефир, қаймоқ, мева ва сабзавот сувлари, кисель, қирилган мева ва сабзавотлар чегараланмаган миқдорда берилади. Бундан ташқари, менюга суюқ манная бўтқаси, 2—4 дона хом тухум, 150 г қанд, 50—70 г сариёғ, гўшт ва балиқ бульонлари киритилиши мумкин. Суткалик рацион 3500 калориядан кам бўлмаслиги керак.

Энергетик сарфларни тўлдириш мақсадида 5—10% ли глюкоза эритмаларида қўйилган эмульсия киритиш керак. Оқсил танқислигига барҳам бериш учун оқсил гидролизати эритмалари (аминопептид), кристаллик аминокислоталар (альвезин) қўлланилади. Оқсилларнинг умумий миқдори 3000—3500 мл бўлиши керак. Парентерал овқатлантиришнинг асосий таркибий қисми витаминлар (С, В), қон ва унинг компонентларини (плазма, эритроцитар масса) қуйиш ҳисобланади. Қоронар қон айланиши етишмовчилигига қарши кураш, қон босимини нормага солиш, нафас органларини тайёрлаш (нафас гимнастикаси) тайёргарлик комплексига киради.

Умумхирургик тайёргарликдан (ванна, тозалаш клизмаси, қорин, кўкрак, қов, қўлтиқ терисидаги тукларни қириш) ташқари, қизилўнгачни тозалаш (борат кислота, фурациллин кабилар билан ювиш) ишини ҳам бажариш лозим.

Қизилўнгачи операция қилинган беморларда операциядан кейинги давр асоратлар бўлмаганда ҳам жуда оғир кечади, шунга кўра даволаш ва парвариш жараёнида ҳамма нарсага катта аҳамият бериш керак.

Гигиеник режимга катта аҳамият бериш зарур: оғиз бўшлиғи ва ҳалқумни ниҳоятда тоза сақлаш, бунинг учун фурациллин, водород пероксид ёки калий перманганатнинг кучсиз эритмаси билан артиш ёки чайиш йўли билан эришилади. Гемодинамикани барқарорлаштириш—анастомозлар ва операцион жароҳатларнинг яхши битиши учун бирдан бир муҳим шарт ҳисобланади. Инфузион-трансфузион терапия йўқолган қон ва суюқлик ўрнини тўлиқ қоплаш керак. Ўмров ости венасидаги

доимий катетер периферик веналарнинг таъсирланишини ва ўтказувчанлиги бузилишини истисно қилиши керак.

Операциядан кейин нафаснинг бузилиши операция натижаларини йўққа чиқариши мумкин. Шунинг учун операция охирида ўпкани шишириш, плеврал бўшлиқлардан ҳавони аспирация қилиш керак. Кўкрак қафасини ҳар куни рентгенологик текшириш зарур. Операциядан кейин дастлабки 24 соатда бурун орқали кислородни узлуксиз ингальция қилиш, сўнгра бир хил танаффуслар билан уни 3—5 кун мобайнида ўтказиш лозим. Ўпка асоратлари профилактикасида нафас гимнастикасининг аҳамияти катта. Бронхлардан балғамни вақти-вақтида аспирация қилиш керак (бронхоскопия).

Операциядан кейинги даврда антибиотиклар қўлланиш ғоят муҳим. Сув балансини керакли даражада сақлаб туриш жуда масъулиятли вазифа. Дастлабки уч сутка ичида беморга ортиқча суюқлик берилмаслиги керак. Унинг максимал миқдори 3000 мл.

Қизилўнгачдаги операциялар, одатда, оқсил умумий миқдорининг пасайиши билан ўтади. Бу гипо- ва диспротеинемияга қарши курашиш учун қатор даво тадбирларини ўтказишни тақозо қилади.

Қизилўнгач-меъда анастомози операциясидан сўнгра 4—5-суткадан бошлаб суюқлик ичира бошлаш мумкин. 7-кундан ичимлик чегараланмаган миқдорда берилади ва суюқроқ овқатлар (хом тухум, кисель, қаймоқ, кефир, гўшт бульони) тайинланади. Кейинги 3—4 кунда парҳезни бўтқалар, пюре, қотган нон ҳисобига кенгайтирилади. 15-кундан бошлаб беморларни 1-столга ўтказилади.

Операциядан кейин 4 кун ўтгач беморнинг туриб ўтиришига рухсат берилади. Ел ва ич келиши тўхтаб қолганда гипертоник клизма тайинланади. Анастомоз қилинган бўлса, қизилўнгачни рентгенда биринчи марта 10—15- суткада текширилади.

Рентгенологик манзара нормал бўлганда ва клиник кечиши силлиқ ўтганда бемор касалхонадан 3-ҳафтанинг охирида уйига жўнатилиши мумкин.

Меъдада бажарилган операцияларда беморлар парвариши. Операцияга умумий тайёргарлик беморнинг аҳволига (ориқлаб кетган, камқон), касаллик формасига ва асоратларига боғлиқ. Асоратланмаган формаларида тайёргарлик умумий қоидаларга биноан ўтказилади, операциядан бир кун аввал кечқурун қўшимча равишда

бемор меъдаси ювилади. Қамқон бўлиб қолган беморларни (ярасидан қон кетаётган, меъда раки) тайёрлаш қон, эритроцитар масса қуйиш йўли билан камқонликка қарши курашиш чораларини кўришдан иборат. Меъдадинг чиқиш бўлими торайганда у чўзилган бўлади, бемор ғарақ-ғарақ қусадди, кўп сув, ферментлар, тузлар йўқотади.

Меъда тонусини кўтариш ва интоксикацияни камайтириш учун операциядан бир неча кун олдин беморнинг меъдасини ҳар куни 0,25% ли хлорид кислота эритмаси билан ювилади.

Сув-туз мувозанатини тиклаш мақсадида оқсил, туз, сув, витамин препаратлари парентерал юборилади.

Операциядан кейин 3-куни бемор меъда ости беэи соҳасида оғирлик, кекириш ва қусишдан шикоятлар килиши мумкин. Бунга анастомоз шиши, меъда чўлтоғи парези сабаб бўлиши мумкин. Бундай ҳолатда меъда деворига қўйилган чоклар ситилиб кетиши эҳтимол. Бу ҳолда меъдадаги нарсаларни вақти-вақтида чиқариб турилади.

Меъдада операция ўтказилгандан кейин беморнинг овқати устидан синчиклаб кузатув олиб бориш керак. Операциядан кейин 1-куни бемор оғзига ҳеч нарса солмайди. Сув-туз, оқсил ва витамин мувозанатини қувватлаб туриш учун сув, туз, оқсиллар ва витаминларни парентерал йўл билан юборилади. 2-куни (асоратланмай кечишида) кун мобайнида тахминан 2 стакан сув ёки қандсиз чойни ичиш (қултумлаб) рухсат этилади, 3-кундан бошлаб механик эҳтиётлайдиган 1а-номерли стол (қанд, сариёғ, хом тухум, кисель ва б.) тайинланади. Кейинчалик парҳезни кенгайтирилиб одатдаги столга (1 б, 1) ўтилади. Меъда резекция қилинганда меъда шираси кислоталилиги пасайиб кетиши сабабли овқат ҳазмини нормага солиш учун беморга суюлтирилган хлорид кислота, пепсин ёки меъда шираси берилади. Меъда ҳажмининг кичрайиб қолиши билан боғлиқ бўлган «кичик меъда» ҳодисаларини назарда тутиш зарур. Шу туфайли бемор оз-оздан, ҳар 2—3 соатда овқат ейдиган бўлиб қолади.

Беморни синчиклаб текширганда айрим органлар ва системалар томонидан махсус даво методларини талаб қиладиган бузилишлар топилмаган тақдирда операциядан олдинги тайёргарлик қуйидагича олиб борилади.

Бемор касалхонага келган кунидан бошлаб чалқанча ётганда уни кўкси билан яхши нафас олишига ўргатиш

учун мунтазам нафас гимнастикаси билан шуғуллантириш керак. Операциядан 2—3 кун аввал умуман тонусни оширувчи воситалар тайинланади.

Операциядан олдин уч кун мобайнида бемор клетчаткаси бўлмаган енгил ҳазм бўладиган овқатлар тамадди қилади. Операциядан бир кун аввал ичаклари клизма ёрдамида тозаланади, операция кунни эрталаб эса меъдаси ювилади. Ҳолсизланган ва сувсизланган беморларга сув мувозанатини тўлиқ тиклаш учун ҳар кун физиологик эритма ва 5% ли глюкоза эритмаси юборилади. Суткасига 1,5 л гача юбориш сув билан етарлича тўйинганлигидан далолат беради.

Операциядан кейинги давр. Ҳоят қийин ва давомли резекциядан кейин ва меъда экстирпацияси ўтказилган ҳолларда суюқликларни операциядан кейин ҳам қуйишни (томчилаб) давом эттириш лозим. Бу тадбирни беморда қон босимининг тушиб кетиш ва операциядан кейин шок юз бериш хавфи йўқолгунча амалга ошириб туриш лозим. Меъда экстирпациясидан кейин қуйишни бир сутка мобайнида давом эттириш, бунда лоақал 250 мл миқдорда қон қуйиш шарт. Биринчи сутка давомида юрак-томирлар тонусини оширадиган турли хил воситалар қўлланиш мақсадга мувофиқ.

Меъдаси операция қилинган беморда биринчи суткаларда пульс ҳолати ва қон босими устидан кузатиб, уни ўлчаб туриш лозим. Қон босими тушиб кетганда шу заҳотиёқ шокка қарши тадбирларни бошлаш керак.

Жараён енгил кечганда операциядан кейинги даврни қуйидагича ўтказилади.

Биринчи суткада бемор ейиш учун оғзига ҳеч нарса солмайди, декомпрессия учун эса меъдага назогастрал зонд киритилади. Суюқликни тери остига ёки венага юборилади. Операциядан кейин 2-суткада беморга икки-уч қултум сув ичишга рухсат берилади. Агар шундан кейин кекириш бўлмаса, суткада 400 мл сувни оз-оздан ичишга рухсат этилади. Айни вақтда бемор 1000 мл гача суюқлик ичади. 3-кундан бошлаб, зарур миқдордаги суюқликни оғиз орқали олади. Бульон, кисель, шарбатлар ичиш мумкин. 4-кун парҳезга 50 г сариеғ, 2 дона тухум қўшилади. 5-кундан манная бўтқаси ейишга рухсат берилади. 7—8- кун одатдаги парҳез тайинланади. 3-4- кундан бошлаб беморга ўтириш ва юришга рухсат этилади. Аҳён-аҳёнда меъда резекциясидан кейин операциядан кейинги парез (метеоризм) манзарасини кузатишга тўғри келади.

Метеоризмда даво тадбирларини кунига 3 марта 1 мл дан атропин (1:1000) тайинлашдан бошлаш керак. Бундан ташқари, тўғри ичакка газ ҳайдовчи найчани тезда киритиш зарур. Сўнгра венага 10 мл 10% ли ош тузи эритмасини қуйиш мумкин. Беморнинг меъдаси ювилади. Бундай ҳолларда аксарият А. В. Вишневский бўйича буйрак олди новокаин блокадаси яхши таъсир қилади.

ЖИГАР ВА ЎТ ЙУЛЛАРИДАГИ ОПЕРАЦИЯЛАРДА БЕМОРЛАР ПАРВАРИШИ

Жигар функцияси бузилганда операцияга тайёргарлик ўринда ётиш ва парҳезга риоя қилиш режимига амал қилишдан, глюкоза билан инсулин юборишдан иборат (ёғларни чегаралаш, кўп миқдорда витаминлар юбориш, 5-сонли стол).

Жигар функциясининг чуқур бузилишлари билан ўтадиган обтурацион сариқлиги бўлган беморлар алоҳида тайёргарликни талаб этадилар. Обтурацион сариқликда ўтнинг ичакларга нормал тушиши тўхтади ва шу тариқа ёғлар ва витамин К ўзлаштирилиши бузилади. Ичаклардан витамин К нинг етарлича тушмаслиги протромбин ишланиши издан чиқишига ва қон ивиш жараёнларини бузилишига олиб келади, бунда қон оқувчанликнинг ошиши кузатилади. Бундай ҳолларда оператив аралашув талайгина қон кетиш фонида кечади. Бу асоратнинг олдини олиш мақсадда беморларга витамин К ёки унинг ўринбосари — викасол, кальций хлорид юборилади, қон ва плазма бўлиб-бўлиб қуйилади.

Умумий ўт йўлини дренаж қилиш операцияларида операциядан кейинги даврда тиббий ҳамшира ёки талаба дренаж найчаси жароҳатдан тушиб кетмаслиги, дренаж системаси бузилиб қолмаслиги устидан кузатиб бориши шарт. Ўткир ҳодисалар тугагандан сўнг ўт суюқлиги характери ўзгаради. У ипир-ипирларсиз ва йирингсиз, бирмунча тиниқ бўлиб қолади. Шу вақтдан бошлаб дренаж учини юқорига, аввал 1—2 соатга, кейинроқ эса бундан узоқ вақтга кўтарилади. Агар беморнинг аҳволи яхшиланмаса, сариқлик орта бормаса, дренаж олиб қўйилади. (одатда операциядан кейин 10—12-кун).

Ўт пуфагининг узоқ вақтдан буён мавжуд оқмаларида нормал овқат ҳазми бузилади, яъни ўт суюқлигининг кўп қисми ташқарига чиқарилади.

Йўғон ичаги операция қилинган беморлар парвариши. Беморни операцияга тайёрлаш ва операциядан кейин парвариш қилишнинг ўзига хос хусусиятлари бор. Йў-

ғон ичакдаги операциянинг муваффақияти кўп жиҳатдан беморларни операцияга тайёрлаш ва операциядан кейинги даврда уларни тўғри парвариш қилишга боғлиқ. Операциядан 3—5 кун аввал беморларга кам шлаклар тутган парҳез овқатлар тайинланади.

Ичак флорасига таъсир қиладиган антибиотиклар (кунига 3 марта 0,5 г дан стрептомицин), кунига 3 марта 0,5 г дан канамицин, кунига 3 марта 2 таблеткадан тетрациклин таблеткалари ичирилади. Икки кун аввал кучсиз калий перманганат эритмасидан тозалаш клизмаси қилинади. Операциядан олдин ҳам шундай клизма қилинади, бунда эрталабки клизма операциядан 2—3 соат илгари бажарилади. Клизмадан ва ич келгандан сўнг ортиқча сувнинг сўрилиб кетиши учун бемор камидан бир соат ўринда ётиши керак.

Операциядан кейин 2—3-кун ичакка енгил ҳазм бўладиган овқатлар, тухум, сариеғ, творог, кефир берилади.

Тўғри ичакдаги операцияда бир кун аввал ичаклар обдан ювилади (сув тоза бўлгунча тозалаш клизмаси). Эрталаб ичакни ювинди сувлардан ҳоли қилиш учун резина найча юбориб тозалаш клизмаси қилинади ва чот орасини покиза қилинади (кучсиз калий перманганат эритмаси билан ювилади).

Иўғон ичакдаги операциялардан кейин тўғри овқатланиш режимининг аҳамияти катта. Ичакнинг тўлиб кетиши ва перистальтикасини эрта қўзғатиш хавфли (чоклар ситилиб кетиши мумкин). Операциядан кейин 1-кундан суюқлик ичишга рухсат берилади. 2-кундан бошлаб беморга клетчаткаси кам, суюқ ёки суюқроқ овқатлар берилиши мумкин. Сут маҳсулотлари, нон, мева-лар ман қилинади. 5 кун мобайнида опий настойкаси, сўнгра ичишга вазелин мойи берилади ва 7—8-кунга келиб тозалаш клизмаси қилинади.

Тўғри ичакдаги операциядан кейин беморлар парвариши иўғон ичак операциясидан кейинги беморлар парвариши каби бўлади, бироқ қўшимча равишда тўғри ичакка Вишневский малҳами қўйилган тампон билан ўралган резина найча киритилади. Ўринбошнинг қон ва малҳамдан ифлосланмаслиги учун клеёнка ёзилади. Тампонларни 3—4 кунда алиштирилади (10 минут олдин наркотиклар киритилади). Ич келгандан кейин кучсиз калий перманганат эритмаси солинган бел ваннаси, сўнгра жароҳатни боғлаш тайинланади.

Ахлат оқмаси бўлган беморларни парвариш қилишнинг ўзига хос томонлари бор. Оқма ва оқма атрофида-

ги тери донмий парваришни талаб этади. Оқма атрофидаги тери шилинишига йўл қўймаслик учун бундай беморларда жароҳатни тез-тез қайта боғлаб туриш керак. Бемор ҳаракатлари вақтида сирпаниб тушмаслиги учун боғламни яхши боғлаш керак. Ҳар гал ич бўшатиладиган кейин ичак шиллиқ пардасининг кўриниб турган қисмига вазелинга ҳўлланган салфетка босиш, устидан пахтали салфетка қўйиш, сўнгра бинтлар ёки махсус бандаж билан маҳкамлаш лозим. Клеол ёки ёпишқоқ пластр шилатиш тавсия қилинмайди, чунки боғламлар тез-тез алиштириб турилганда тери шилиниб жароҳатланиши эҳтимол. Оқма атрофидаги терига индифферент малҳам суртиш керак.

Оқма шаклланиб операцион жароҳат битгандан кейин терининг таъсирланишини камайтириш учун ҳар кўни ванналар қилиш жуда фойдали. Ахлат тутилиб қолганда клизма қилишга зарурат пайдо бўлади. Бунинг учун қўлқоп тақиш ва оқма орқали ичакка учлик киритиш ва эҳтиётлик билан 500—600 мл сув юбориш керак.

Меъдани даволаш ва диагностика мақсадида ювилади. Стенозловчи меъда яраси, ичак тутилиб қолиши, сифатсиз маҳсулотлар ва кучли таъсир қиладиган моддалардан заҳарланиш меъдани ювишга кўрсатмалардан ҳисобланади. Бунга монелик қиладиган ҳоллар бўлиб қизилўнгач ва меъдадан қон кетиши (яра, рак, веналарнинг варикоз кенгайиши), айрим юрак-томирлар касалликлари (аорта аневризмаси, тож томирлар етишмовчилиги, миокард инфаркти) ҳисобланади.

Ювиш учун йўғон меъда зонди, ҳажми 0,5—1 л ли воронка ва меъда зонди билан воронкани туташтирадиган резина найчадан фойдаланилади. Беморни стулга ўтқазилади ва унга клеёнка фартуқ кийгизилади. Бемордан оғзини катта очиш ва бурун орқали чуқур нафас олиш сўралади. Сувга ҳўлланган меъда зондини оғиз орқали қизилўнгачга киритилади. Бу вақтда бемор ютиш ҳаракатларини қилиши керак. Воронкани бемор тиззалари сатҳида тутиб туриб, уни сувга тўлдирилади ва бемор оғзидан 25 см юқорига аста-секин кўтарилади. Воронкадаги сув сатҳи найчага етгандан кейин воронкани пастга тушириб, уни аввалги вазиятда тутиб турилади. Сув билан суюлтирилган меъда суюқлиги воронкага туша бошлайди. Меъда суюқлиги воронкадан тўкиб ташланади. Бу муолажани бир неча марта, меъда суюқлиги батамом олингунча такрорланади.

Қорин бўшлиғи пункцияси (врач бажаради). Беморнинг аҳволи қониқарли бўлганда пункцияни беморни стулга ўтқазиб қўйган ҳолда қилинади. У стул суянциғига суяниб ўтириши керак. Оғир ётган беморларда пункцияни ёнбоши билан ётқизиб қилинади. Пункциядан олдин бемор қовуғини бўшатиши ёки сийдигини катетер билан чиқариш керак. Врач, тиббий ҳамшира ёки талаба қўлини операциядан олдин қандай бўлса, шундай покиза қилади. Қорин терисига йод суртилади. Пункцияни қориннинг ўрта чизиги бўйлаб киндик билан қов бирикмаси орасидаги масофа ўртасида қилинади. Тешиладиган жой олдиндан 0,25% ли новокаин эритмаси билан анестезия қилинади. Пункция троакар билан бажарилади. Қорин бўшлиғидан суюқликни аста-секин (коллапс хавфи борлигидан) чиқарилади. Троакар чиқарилгандан кейин битта тери чоки ва асептик боғлам қўйилади. Чиқарилган суюқликни текширишга жўнатилади.

V БОБ

УРОЛОГИК БЕМОРЛАР ПАРВАРИШИ

УМУМИЙ МАЪЛУМОТЛАР

Урология — хирургиянинг эркакларда сийдик-таносил органлари ва аёлларда сийдик ажратиш органлари касалликларини ўрганиш билан шуғулланадиган бўлиmdir. Бу органларга жуфт буйраклар ва сийдик йўллари, қовуқ, сийдик чиқариш канали, шунингдек эркакларда простата беzi, мойклар, уларнинг қўшимчалари, уруғ чиқарувчи йўллар, уруғ пуфакчалари кириши маълум.

Урологик беморлар оғир тоифадаги беморлардан саналади: кексалик ёши, сийдик ажралиб турадиган дренаж найчалар қўйилганлиги, уларда эндоскопик ва рентгенологик текширувлар ўтказиш зарурлиги тиббий ҳамширалар ва талабалардан махсус билимлар ва амалий қўникмаларни талаб қилади. Бундай билимлар ва малакаларга фақат урология бўлимларининг тиббий ҳамширалари ва юқори курс талабаларигина эмас, балки терапевтик, хирургик, гинекологик бўлимлар ва поликлиника кабинетларида ишлайдиган ўрта маълумотли тиббий ходимлар ҳам эга бўлишлари керак. Чунки бу ходимларнинг ўз фаолиятида асосий дардидан ташқари урологик хасталиклари ҳам бўлган беморларни парвариш қилишларига тўғри келади.

УРОЛОГИЯДА ТЕКШИРИШ МЕТОДЛАРИ, АСБОБ-УСКУНАЛАР ВА УЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ

Урологик касалликлар диагностикасида (яллиғланиш касалликлари, сийдик-тош касаллиги, ўсмалар, шикастланишлар ва б.) умумий текширишлардан (кўздан кечириш, пайпаслаб кўриш, перкуссия, аускультация) ташқари, фақат урологияда қўлланиладиган махсус текшириш методларидан ҳам фойдаланилади. Инструментал, лаборатория, рентгенологик, радиоизотоп, ультратовуш методлари шулар гуруҳига кирази.

Бу методларни қўлланишда врачлардан ташқари, тиббий ҳамширалар ва юқори курсларнинг талабалари ҳам фаол иштирок этадилар.

Инструментал текшириш методларига: катетерлаш, бужлаш, цистоскопия (ва уретроскопия) кирази. Шунитакки керакки, урологик асбобларни биринчигалда тиббий ҳамширалар стерилизация қиладилар, улар асбобларнинг стерил бўлишини таъминлаш учун муайян инструкция ва қондаларга амал қилишлари шарт. Бу сийдик йўлларига инфекция тушишининг олдини оладиган асосий омил ҳисобланади.

Урологияда инструментал текширишнинг энг кўп ишлатиладиган методи қовуқни диагностик (уретра ўтказувчанлигини текшириш, қовуқдаги сийдик миқдори ва б.) ва даволаш мақсадида (қовуқни бўшатиш, унинг бўшлиғига антисептик ва бошқа воситалар киритиш) катетеризация қилиш ҳисобланади. Ишлатилган материалга кўра катетерларнинг 3 тури фарқ қилинади: резина (юмшоқ), эластик (қаттиқроқ) ва металл (қаттиқ) катетерлар. Бундан ташқари, эркакларда, аёлларда ва болаларда сийдик чиқариш каналининг хусусиятларига боғлиқ ҳолда эркак, аёл ва болаларнинг металл катетерлари фарқ қилинади. Улар бир-биридан узунлиги, диаметри ва тумшугининг шакли бўйича фарқ қилади. Эркаклар металл катетери сийдик чиқариш каналининг орқа бўшлиғига мос ҳолда 90° остида эгилган бўлади. Аёллар металл катетерлари бирмунча калта ва тумшуги бир оз эгилган. Болалар металл катетерлари эркаклар катетерларидан фақат ташқи диаметрининг кичиклиги билан фарқ қилади. Резина ва эластик катетерлар ҳам бир-биридан ташқари диаметри бўйича фарқ қилади. Юқорида баён қилинган катетерлардан ташқари, қовуқни қов усти оқмаси орқали дренаж қиладиган резинадан ясалган қалпоқли катетерлар (Петцер, Малеко катетери,

ва б.), учида баллончалари бўлган юмшоқ цилиндрсимон катетерлар бўлади. Кейингиси доимий катетер сифатида қўлланилиб, қулайлиги билан ажралиб туради.

Тиббий ҳамшира қовуқни резина катетер билан мустақил катетеризация қилиши мумкин. Металл катетер билан катетеризация қилишда у катетерларни тахт қилиб қўяди ва врач бу тадбирни бажараётганда қатнашади. Резина катетер билан катетеризация қилиш металл ёки эластик катетерлар ишлатишдан осон бўлади. Аёлларга нисбатан эркакларда катетер ишлатиш мушкулроқ. Аёлларни катетеризация қилишда жинсий ёриқдан уретра ташқи тешигини топишда қийинчиликларга дуч келинади.

Эркакларда қовуқни аввал резина катетер билан катетеризация қилинади, бунга муваффақ бўлинмаса, эластик катетер ва ниҳоят металлдан ясалган катетер ишлатилади. Резина катетер билан катетеризация қилиш учун жинсий олат бошчасини чап қўлнинг III ва IV бармоқлари билан ушланади, I ва II бармоқлар билан сийдик чиқариш каналининг ташқи тешигини очилади. Олатнинг ташқи тешиги ва бошчасига дезинфекция қиладиган эритма суртилади. Кейин стерил пинцет билан катетерни учига яқин жойидан ушланади, иккинчи учини шу қўлнинг IV ва V бармоқлари орасида ушланади. Катетер учига бирор препарат (мой, глицерин ва б.) суртилади ва илгарилама ҳаракатлар билан катетерни уретра бўйлаб ичкарига сура бошланади, катетер қовуқ ташқи сфинктери соҳасида қаршиликка дуч келиши мумкин. Катетердан сийдик чиқиши унинг қовуққа тушганлигидан далолат беради. Сўнгра катетерни чиқарилади.

Эркакларни металл катетер билан катетерлаш учун муайян техник қондаларга амал қилиш талаб этилади: урстранинг ташқи тешигига дезинфекцияладиган эритма суртилгандан кейин мойли модда суртилган стерил катетер тумшуғи уретрага киритилади ва катетерга перпендикуляр ҳолат берилади, шу пайтда катетер тумшуғи уретранинг простата қисмида, яъни қовуққа кириш қисмида қолади. Жинсий олатга катетерни киритиб уни ичкарига сурилади ва катетер яна горизонтал ҳолатни эгаллайди. Катетер қовуққа тушгандан кейин ундан сийдик ажралиб чиқа бошлайди. Катетерни бўйлама ўқи бўйлаб бемалол бура олиш имконияти катетер тумшуғи қовуқ бўшлиғида турганлигидан далолат беради.

Аёлларда қовуқни металл катетер билан катетерланади: жинсий лаблар керилади, вульвани дезинфекция

қиладиган эритма билан артилади, клитор пастидаги сийдик чиқариш каналининг ташқи тешигини топиб, катетерни сийдик чиқариш каналига киритилади. Аёлларда бу манипуляцияни ўтказиш беҳавотирлигини назарда тутиб, уни тиббий ҳамширанинг ўзи бажариши мумкин.

Бужлаш металл катетер билан катетерлашга ўхшаб кетади. Бужлар — бўшлиғи бўлмаган инструментлар бўлиб, улар эластик ва металлдан ясалган бўлиши мумкин, сийдик чиқариш канали торайишларида уни кенгайтириш учун қўлланилади. Одатдаги буж ўта олмайдиган сийдик чиқариш каналининг жиддий торайишларида ипсимон эластик бужлар ишлатилади. Улар металл бужлар учун «йўл бошловчи» бўлиб хизмат қилиши мумкин. Бунда уларга металл бужни бураб қўйилади ва уни қовуққа сурилади. Бу манипуляцияни врач бажаради. Тиббий ҳамшира бужларни тайёрлайди, ишлов беради ва стериллайди. Инструмент ишлатилгандан кейин уни илиқ сув билан ювилади. Металл ва резинадан ясалган инструментларни 30 минут қайнатиб стерилизация қилинади.

Инструментал текшириш методларига шунингдек эндоскопик методлар киради. Кундалик амалиётда цистоскопия ва хромоцистоскопия, сийдик йўллари катетеризация қилиш, эндовезикал биопсия қўлланилади.

Цистоскоплар корпус ва оптик қисмдан иборат бўлиб, уларнинг 3 тури мавжуд: кўриш учун ишлатиладиган, катетеризация қиладиган ва операцион цистоскоплар. Кўриш цистоскопи ёрдамида қовуқ бўшлиғини кўздан кечириш ёки хромоцистоскопия қилиш мумкин. Сийдик йўли катетеризацион цистоскоп билан бажарилади. Операцион цистоскоплар қовуқда баъзи бир эндоскопик хирургик манипуляцияларни (тўқима бўлакчасини олиш, оёқчали ўсмани олиб ташлаш ва ҳ. к.) амалга оширишга мўлжалланган. Цистоскопларнинг бу тоифасига простата бези ёки қовуқ ўсмасини қирқиш учун электрорезектоскоп, қовуқдаги тошни майдалаш учун цистоскоп — метотрипторни (тош майдалагични) киритадилар.

Тиббий ҳамшира цистоскоп қисмларини стериллайди, тайёрлайди ва йиғади. Унинг металлдан ясалган қисмларини ажратилган ҳолда қайнатиш йўли билан стерилланади, оптик қисмларини эса 96° спиртда 20—30 минут мобайнида стерилланади. Врачга инструментни узатишдан олдин уни трансформатор вилкасига улаш йўли билан цистоскопни текшириб кўриш лозим.

Ҳар бир буйракнинг алоҳида-алоҳида функционал

ҳолати ва сийдик йўлларининг ўтказувчанлиги хромоцис-тоскопия йўли билан аниқланади. Бунинг учун цистоско-пия вақтида врач сийдик йўллари оғзини топганидан ва ўрганганидан кейин тиббий ҳамшира бемор венасига 0,4% ли индигокарминдан 5 мл юборади. У буйраклар орқали ажралиб чиқади ва нормада 5—10 минут ўтгач сийдик йўллари оғзида пайдо бўлиб сийдикни кўк ранг-га бўяйди.

Тиббий ҳамширанинг сийдик йўлини катетерлашда қатнашуви айниқса масъулиятли вазифа ҳисобланади. Врач катетеризацион цистоскопни қовуққа қўйганидан ва сийдик йўллари оғзини топганидан кейин тиббий ҳамши-ра цистоскоп катетеризацион каналининг резина қалпоқ-часига суртиш учун спирт шимдирилган пахта бўлакча-сини узатади. Кейин, сийдик йўлига киритиладиган катетерни узатишда тиббий ҳамшира катетер стерилли-гини сақлаб қолиш учун қуйндагича иш кўради: бирин-чидан, катетер ғилофи билан узатилади, врач катетер-нинг ўзига қўл теккизмай, уни ғилофи билан олади, шу вақтда ҳамшира юборилаётган катетернинг ғилофини аста-секин ечиб туради. Одатда сийдик йўлини катетер-лаш ретроград уретеропиелография, яъни контраст мод-дани юқори сийдик йўлларига юбориб рентгенография қилиш ёки уларнинг инфекцион-яллиғланиш касалликларида сийдик йўллари дезинфекция қиладиган эритма билан ювиш учун бажарилади. Баъзан сийдик йўлини катетерлашни буйрак санчиғини йўқотиш мақсадида қи-линади. Хулоса қилиб айтганда, сийдик йўли орқали контраст моддалар, дезинфекция қиладиган эритмалар юбориш ёки катетердан чиқариладиган сийдик йиғишни тиббий ҳамшира врач кузатуви остида асептика ва анти-септика қоидаларига риоя қилинган ҳолда бажаради.

Ва ниҳоят, тиббий ҳамшира урологик инструментлар-ни бекаму кўст ва батартиб сақлаши керак бўлади, бу унинг ишчанлигига ва саранжом-саришталигига боғлиқ.

ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАРДА УРОЛОГИК БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ

Урология амалиётида қуйидаги шошилинч (ургент), яъни ошиғич ёрдам талаб қиладиган ҳолатлар: буйрак санчиғи, сийдик чиқариш тутилиб қолиши, анурия, мак-рогематурия учрайди.

Буйрак санчиғи. Буйрак санчиғи номини олган симп-томлар йиғиндисин юқори сийдик йўлларида уродинами-

ка тўсатдан бузилганда, яъни сийдикнинг жомча ва сийдик йўли бўйлаб ҳаракати тўхтаб қолганда кузатилади.

Буйрак санчиғида биринчи ёрдам бу диагнозга тўлиқ ишонч бўлганда кўрсатилиши керак, чунки буйрак санчиғини, айниқса ўнг томонлама буйрак санчиғини қорин бўшлиғининг ўткир хирургик касалликларидан (ўткир аппендицит, меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг яра касаллиги ва б.) фарқ қилиш кўпинча қийин бўлади.

Буйрак санчиғи диагнози аниқлангандан кейин иссиқ қилиш, спазмолитик ва оғриқ қолдирадиган воситалардан фойдаланиш мумкин. Иссиқлик муолажаларига бел соҳасига қайноқ грелка қўйиш, иссиқ ванна киради. Спазмолитик ва оғриқ қолдирадиган препаратлардан сўнгги вақтларда баралгин 5,0 мл дан мушак орасига ёки венага юборилиб, яхши натижа олинади, агар оғриқ қолмаса, 1—2% ли промедолдан 1,0 мл ни мушак орасига 0,1% ли атропин билан 1,0 мл миқдорда юборилиши керак.

Тиббий ҳамшира ва юқори курс талабаси ўтказадиган бу ҳамма тадбирлар буйрак санчиғи хуружини тўхтатмаса, врач-урологнинг ёрдами керак бўлади: у эркакларда уруғ тизимчасини ва аёлларда бачадон юмалоқ бойламани новокаин билан блокада қилади, чаноқ ичининг новокаин блокадасини амалга оширади, сийдик йўлини катетерлайди.

Сийдик чиқаришнинг ўткир тутилиб қолиши. Пастки сийдик йўллариининг кўпгина касалликлари (қовуқ ва сийдик чиқариш каналининг), чунончи қовуқдаги тош, простата бези адеһомаси, сийдик чиқариш каналининг торайиши ва бошқа касалликлар сийдик чиқаришнинг ўткир ёки хроник тутилиб қолиши билан намоён бўлади. Сийдик чиқаришнинг ўткир бузилиши шунингдек бошқа урологияга боғлиқ бўлмаган касалликларда: орқа мия шикастланганда, операциядан кейинги даврда (аппендэктомиядан кейин ва ҳ.к.) кузатилади.

Сийдик чиқариш ўткир бузилганда қовуқда 200—300 мл дан 2—3 л гача сийдик йиғилиб қолади ва врачгача ёки врач ёрдами кўрсатилмаган тақдирда оғир ишурня билан тугалланиши мумкин: бунда тўлиб кетган қовуқда сфинктер атонияси сабабли уретрадан сийдик томчилаб чиқиб туради. Бу жараён шунингдек буйрак функцияси бузилиши билан ўтади.

Сийдик ўткир тутилиб қолганда ёрдам кўрсатишнинг асосий мақсади қовуқни бўшатишдан иборат бў-

лади, бунга қовуқни катетеризация қилиш ёки бунинг иложи бўлмаганда қовуқни қов устидан пункция қилиш ёрдамида эришиш мумкин. Катетеризацияни одатда резина катетер билан қилинади, бундай қилиб бўлмаганда эластик ва металлдан ясалган катетерлар билан қилинади. Унинг техникаси юқорида баён қилинган эди. Уретра шикастланган ҳолларда сийдик чиқариш ўткир тутилган тақдирда тиббий ҳамширанинг хатти-ҳаракати бошқача бўлишини эслатиб ўтиш жоиздир. Бундай ҳолларда қовуқни катетеризация қилиш мумкин эмас ва тиббий ҳамширанинг вазифаси касаллик характерини аниқлаш ва шошилиш равишида врач ёрдамини ташкил қилишдан иборат.

Қовуқни қов устидан пункция қилишни операция аралашувининг ҳамма шароитларига амал қилган ҳолда олиб борилади (қўл, операцион майдонни покиза қилиб тайёрлаш ва ҳ.к.). Пункция қилишдан олдин пайпаслаб кўриш ва пункция ёрдамида қовуқ тубининг сатҳини аниқ билиб олиш зарур. Қовуқ тўлиб кетганда қорин пардаси бурмаси юқорига кўтарилиб қолган бўлади ва пункция қилиш хавфсиз бўлади. Чап қўл билан қов усти соҳасидаги терини киндикка оҳиста чўзиб, ўнг қўл билан узунлиги 15—20 см ва бўшлиғининг эни тахминан 1 мм бўлган металл игнани олинади ва игнани перпендикуляр йўналишда қов суякларидан 1,5—2,0 см баландликда ўрта чизик бўйлаб олдинги қорин деворига санчилади. Игна қовуққа бориб тушганда ундан сийдик чиқа бошлайди.

Анурия. Анурияни сийдик чиқаришнинг ўткир тутилиб қолишидан фарқ қилишни билиш керак. Биринчи ҳолда иккала ёки битта буйрак функцияси йўқолганлигидан, шунингдек сийдик чиқариш йўллари тутилиб қолишидан сийдик қовуққа тушмайди. Анурия шунингдек юрак-томирлар системаси касалликларида кузатилиши ҳам мумкин. Преренал, ренал, постренал ва аренал (иккала ёки ишлаб турган битта буйрак олиб ташлангандан кейинги ҳолат) анурия фарқ қилинади.

Сийдик йўллариининг тош, ивиган қон ёки йирингдан бирор бўлими бекилиб қолишига боғлиқ бўлган обтурацион ануриясида тиббий ҳамшира бир соат ҳам вақтни бой бермай биринчи ёрдам кўрсатишга киришиши, унинг асосий иши сийдик йўллари спазминини бартараф қилиш бўлиши керак. Юрак-томирлар етишмовчилиги белгилари пайдо бўладиган преренал анурияда ҳамши-

ра юрак дорилари, артериал босимни кўтарадиган дори препаратлари юбориш каби айрим тадбирларни кўриши мумкин.

Макрогематурия. Сийдикда қон пайдо бўлиши микрогематурия кўринишида бўлиши мумкин, бунда эритроцитлар микроскоп остида кўринади, макрогематурияда эса сийдикка қон аралашиб келганини кўз билан кўриш мумкин. Макрогематурияни уретрадан қон ўз-ўзича, сийдик ажратишга боғлиқ бўлмаган ҳолда ажратиши қайд қилинадиган уретрорагия ҳолатидан фарқ қилиш керак. Уни шунингдек аёлларда ҳайз кўриш вақтида сийдикка қон аралашиб келадиган гематурия билан адаштирмаслик лозим.

Сийдикда қон аралашмаси оз-моз (150 мл сийдикка 3-4 томчи қон қўшилганда у пушти рангга киради) ва кўп миқдорда бўлиши эҳтимол. Бунда сийдикда қон лахталари ҳам учрайди.

Макрогематурия оғриқлар билан ўтиши (сийдиктош касаллиги, шикастлар ва б.) ва оғриқсиз бўлиши мумкин, бу буйрак ёки сийдик йўллари ўсмаси борлигидан дарак берадиган бирдан-бир ва хатарли симптом ҳисобланади. Микрогематурияда беморлар планли текширувга муҳтож бўладилар ва тиббий ҳамшира кўздан кечираётган вақтда ҳеч қандай хавф-хатар бўлмайди. Макрогематурияли беморлар сийдик ажратиш органларидаги шикастланишларда ўрта маълумотли тиббий ходимларнинг врачгача ёрдамга муҳтож бўладилар, чаноқ суякларни шикастланган беморларнинг тиззаси остига болиш қўйилиб уларни шчитга (қаттиқ ўринга) ётқизилади, очиқ шикастларда эса асептик боғлам қўйиш лозим. Агар гематурия оғриқ билан ўтса (баъзан қон оқиши ва оғриқ сабабли шок ҳолати билан ҳам), оғриқ қолдирадиган воситалар ва шокка қарши чоралар кўриш зарур. Қон оқишини тўхтатиш учун шикастланган орган проекциясига музли халтача қўйилади, гемостатик препаратлар (кальций хлорид, викасол, кальций глюконат) тайинланади.

Ўрта тиббий ходимлар (врачлар ҳам) сийдик йўлларидаги ўсма жараёнига алоқадор оғриқсиз макрогематурияда қон тўхтатувчи чоралар кўришга шошилмай гематурия фонида гематурия манбаини аниқлашга ҳаракат қилиш кераклигини унутмасликларни керак.

УРОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ҚИСКАЧА ТАЪРИФИ. ОПЕРАЦИЯ ЙҶЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ ВА ПАРВАРИШ ҚИЛИШ

Урологик касалликлар — ривожланиш нуқсонлари, инфекцион-яллиғланиш касалликлари, сийдик-тош касаллиги, ўсмалар ва бошқа ҳолатлар ҳамма хирургик касалликларининг тахминан 30 фоизини ташкил этади ва уларнинг кўпчилиги хирургик даволаш методини талаб этади. Урта маълумотли тиббий ходимнинг бу ҳамма касалликларни билиши унчалик муҳим эмас, бироқ улар операциялардан кейин беморларни парвариш қилишни яхши билишлари керак, чунки операциянинг қандай натижа билан тугаши беморни қунт билан яхши парвариш қилишга боғлиқ.

Буйрак ва сийдик йўлларидаги операциялардан кейин беморларни парвариш қилиш. Буйрак ва сийдик йўлларида қуйидаги операциялар қилинади: нефрэктомия, нефротомия, буйрак резекцияси, нефропексия, пиелотомия, пиелостомия ва нефропиелостомия, уретеролитотомия. Нефрэктомиядан кейин беморларни парвариш қилишнинг энг муҳим вазифаси ажралиб чиқаётган сийдик миқдори устидан кузатиб бориш ҳисобланади, бу — қолган бирдан-бир буйракнинг ишлаб турганидан дарак беради. Операциядан кейинги дастлабки соатлар, баъзан кунлар мобайнида бемор кескин ҳаракатлар қилмай ва бурилмай чалқанча ётиши керак. Нефрэктомиядан кейин бу буйрак оёқчасидан лигатуранинг сирпаниб тушишининг олдини олади.

Нефрэктомия операциясидан кейин жароҳатдангина эмас, балки табиий сийдик йўлларида ҳам қон оқishi эҳтимол. Жароҳатда ва сийдикда қирмизги қизил қон, айниқса унинг лахталари билан бўлиши хавотирлантириши лозим. Бундай асоратларни буйрак резекциясидан кейин ҳам кузатиш мумкин. Қон аралашмасининг кўп-озлигини оддий усулда қуйидагича аниқласа бўлади: докага бир неча томчи сийдик томизилади, унда қон маркази ва сийдик дока четлари бўйлаб ёйилади. Уларнинг майдони бўйича қон кетиш даражасини тахминан аниқлаш мумкин.

Нефропексияда операциядан кейинги даврнинг ўзига хос хусусияти шундан иборатки, операциядан кейин буйракнинг ўз аввалги ўрнига, пастга силжишининг олдини олиш учун беморлар каравотининг бош томонини пастга тушириб қўйилган ҳолатда ётқизилади.

Пиелотомия ва уретеротомияда жомча ёки сийдик йўли девори кесилади ва шу сабабли операциядан кейинги даврда сийдик жароҳатга сизиб ўтиши мумкин. Бундай жароҳатнинг олдини олиш учун томчи ёки сийдик йўли девори кесилган жароҳатда оддий дренаж найчалар қолдирилади.

Пиело-ёки нефростомия номини олган операциялардан кейин буйракларни дренаж қилишга тўғри келади. Бунда буйрак ёки жомча жароҳати яқинида «эҳтиёт» найча қўйиш шарт. Тиббий ҳамширалар зиммасига шу найчалар устидан доимий кузатув ўрнатиш тушади, беморни бир ёнбошидан иккинчи ёнбошига ётқизиш, боғлам боғлашда айниқса эҳтиёткорликка риоя қилиш керак, чунки нефростомик найча чиқиб кетганда уни буйрак бўшлиғига қайта ўрнатиш қийин бўлади ва сийдик буйрак олди клетчаткасига сизиб чиқа бошлайди. Шунинг учун нефростомик найча, бундан ташқари, лигатураси билан терига маҳкамланади, уни шунингдек бемор гавдасига лейкопластир ёки докатасма билан ёпиштирилади.

Қовуқдаги операциялар. Қовуқда қилинадиган энг кўп учрайдиган операцияларга: қовуқни юқоридан кесиш (эпицистотомия ёки эпицистостомия), қовуқни резекция қилиш ва қовуқни олиб ташлаб сийдик йўллариини ичакка кўчириб ўтқизиш ёки терига ташқи муҳитга чиқариш киради.

Операциядан кейинги даврда боғламлар ва дренажлар устидан қунт билан кузатиш лозим, бу қон оқишини, шунингдек дренаж найчанинг бекилиб қолганлиги ёки сурилганлигини ўз вақтида аниқлашга имкон беради. Одатда урологик операциялар, шу жумладан қовуқдаги операциялардан кейин жароҳатга сийдик тушмаслиги учун сийдикни ҳайдаш мақсадида дренажлар ва катетерлар қолдирилади. Каравотга шиша ёки махсус қопчиқлар боғлаб қўйилиб, уларга дренажлардан ажратиб чиқадиган суюқлик йиғилади. Сийдик йиғиладиган қопчиқлар тиниқ материалдан ишланади ва ички юзаси стерил бўлади. Бу ҳолда фақат сийдик характериини (қон, йиринг аралашгани) эмас, балки маълум вақт ичида ажратилган сийдик миқдорини ҳам аниқлаш мумкин. Шу мақсадлар учун шишалар ишлатиладиган бўлса, тиниқ рангли шишани олиш керак, шишадаги сийдик ҳидини йўқотиш учун унга озроқ миқдорда дезодорант восита (калий перманганат ва б.) қўйиш мумкин.

Диурезни аниқ ҳисоб-китоб қилиш. Табиий йўл билан ажратиладиган сийдик миқдорини, найча яқинидан чиқадиган сийдикни, дренаж орқали чиқадиган сийдикни алоҳида-алоҳида ўлчаш лозим.

Одатда поликлиника шароитларида қов усти қовуқ оқмалари ва дренажлари бўлган беморларни узоқ вақтгача парвариш қилишга тўғри келади. Бундай шароитларда тиббий ҳамширалар зиммасига қовуқни вақти-вақтида дезинфекция қиладиган эритмалар билан ювиб туриш, оқма атрофидаги терини парвариш қилиш тушади. Қовуқни ювиш учун бирор антисептик, кўпинча фурациллиннинг кучсиз эритмаларидан фойдаланилади, 50—100 мл антисептик Жане шприци ёрдамида қовуққа юборилади, сўнгра у ўзича қайта оқиб тушади. Дренаж найчалар ифлосланиб қолганда уларни алиштириш зарурати пайдо бўлади, буни врач амалга оширади.

Простата безидаги операция. Бу органда аденома туфайли қовуқ орқали қилинадиган аденомэктомия операцияси, рак сабабли простатэктомия, абсцессда йирингликни очиш кабилар бажарилади.

Аденомэктомияда гемостазни яхши ўтказиш ва операциядан кейинги даврда қон оқишининг олдини олиш муҳим вазифа ҳисобланади. Операциядан кейин дастлабки кунларда сийдикка гўшт чайиндиси рангини берадиган оз-моз қон аралашиб келишига йўл қўйилади. Бироқ сийдикнинг жуда қизил бўлиб қолиши, айниқса унда қон ивиндилари бўлиши ва артериал босимнинг тушиб кетиши ҳаммани хавотирлантириши ва тиббий ҳамшира бу ҳақда врачга зудлик билан хабар бериши керак.

Аденомэктомиядан кейин дренаж найчалар қовуқ усти оқмаси ва уретра орқали ўрнатилади. Операциядан кейинги даврнинг яхши ўтиши уретрал катетернинг узлуксиз ишлаб туриши билан таъминланади. Шу мақсадда уретра орқали икки каналли найча ёки энсиз ва энлироқ ёнма-ён қўйиладиган иккита найча ўрнатилади. Қовуқ энсиз найча орқали дезинфекция қиладиган эритма билан доимий ювиб турилади, энли найча орқали эса қовуқдан чайинди суюқлик чиқариб турилади. Тиббий ҳамшира операциядан кейинги дастлабки суткаларда аденома ўрнидан қон оқиши батамом тўхтагунча найчаларни қунт билан кузатиб бориши керак.

Сийдик чиқариш каналида ва ташқи жинсий орган-

ларда қилинадиган операциялар. Сийдик чиқариш каналлида операция ўтказилгандан кейин (одатда уретра стриктураси, ривожланиш нуқсонлари сабабли бажариладиган пластик операциялар) эрекциянинг олдини олиш мақсадида беморларга бром препаратлари берилади, ҳамшира иштирокида сийдик чиқариш каналининг ташқи тешиги озода қилинади. Бунда у ёпишиб қолмайди ва уретрада қон ва йирингли суюқлик йиғилмайди.

Ерғоқдаги операциялардан кейин дока ёки қаттиқ босиб турадиган боғламдан тайёрланган стерил суспензорий тақилади. Жинсий олатдаги операциялардан кейин (улардан энг кўп учрайдигани ҳатна қилиш) сийдикнинг боғламга тушишига йўл қўймаслик керак. Шу мақсадда сийдик ажралиб чиқиши учун дарча очилган боғлам қўйилади.

Урологик беморларни парвариш қилиш ҳусусиятларини умумлаштириб, ватанимизнинг атоқли хирурги М. М. Дитерихснинг «Операциядан чиққан беморларни парвариш қилишда ҳамма нарса муҳим, ҳамма нарса керак, ҳамма нарса эътиборга лойиқдир» — деган гапини эслатиб ўтиш ўринлидир.

VI БОБ

ОНКОЛОГИК БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ ҲУСУСИЯТЛАРИ

Онкологик беморларни парвариш қилишнинг ўз хусусиятлари бор ва у муваффақиятли даволашнинг зарур таркибий қисмларидан ҳисобланади. Бу амалда амбулаторияда бемор билан биринчи учрашган вақтдан бошланади, стационарда, сўнгра эса уйда давом қилади. Рак билан касалланган бемор умр бўйи фақат врачларнинг эмас, балки тиббий ҳамшираларнинг ҳам доимий ва синчков кузатуви остида бўлади.

Онкологик беморлар кўпчилик ҳолларда хавотирликда ва руҳан эзилган ҳолатда бўлганликлари сабабли амбулаторияда текширув жараёнида даволанишга ишонч туғдирадиган психотерапияга муҳтож бўладилар.

Бемор психикаси даволашни кутаётган ва даволашиб чиқаётган атрофдаги беморларнинг кўп сонли яхши ва ёмон ахборотлари билан дуч келади. Тиббиёт

ходимлари ҳамма салбий таъсирларни олдиндан билишлари ва уларни бартараф этишга ҳаракат қилишлари керак. Шифокорлар стационарда имкон борича кўтаринки шароит яратишга интилишлари лозим. Онкология муассасасида бемордан ҳақиқий диагнозни яширишга ҳаракат қилинади. Бу ўринда стационарнинг бутун аҳли бу ҳақда келишиб олиши керак. Ахборотдаги оз бўлса-да, қарама-қаршилик беморда ундан қандайдир хавф-хатар яшириляпти, деган ўринли шубҳа туғдиради. Тиббий ҳамшира беморга ҳам, унинг қариндош-уруғларига ҳам ҳеч қандай ортиқча маълумот бермаслиги керак. Бироқ, шифокорлар бемордан унинг ҳақиқий аҳволини кўпинча яшира олмайдилар.

Хориждаги кўпгина онкологлар бемор ўз хасталигига оид бор ҳақиқатни билиши керак деб ҳисоблайдилар. Уларнинг фикрича, диагнозни яшириш беморнинг ўз тақдирини ҳал қилишда иштирок этиш имкониятидан маҳрум этади, натижада қатор ҳолларда у даволанишдан бош тортади.

Бизнинг тиббиёт бошқача мулоҳаза юритади. Беморлар тиббий ходимдан ўз диагнозига оид ҳақиқатни билганларидан кейин ваҳимага тушадилар, юраклари сиқила бошлайди, врачга ва тузалиб кетишга ишончни бутунлай йўқотадилар. Бизнинг назаримизда Гиппократнинг «бемордан уни нималар кутаётганини, муҳими қандай хавф борлигини яшириш керак» — деган ибораси ҳозирда ҳам долзарблигича қолмоқда.

Бизда касаллик тўғрисидаги ҳақиқатни беморнинг яқин қариндошларига сирни ошкор қилмаслик шарти билан айтилади. «Рак», «қанцер», «саркома», «бластома» каби сўзларни ишлатмаслик қабул қилинган. Уларни «касаллик», «хроник яра», «инфилтрат» каби атамалар билан алиштириш лозим. Касаллик тарихи ва бошқа ҳужжатлар ишончли жойда сақланиши ва бемор қўлига тушмаслиги керак.

Тиббий ҳамшира ва кичик тиббий ходимлар яхши ишлашлари учун ўзларининг кийин ва шарафли касбларига меҳр қўйишлари керак. Интизомлилик, врач кўрсатмаларининг аниқ бажарилиши, амалий малакаларни оширишга, илмий маълумотларини, ўз маданиятини оширишга доимий интилиш тиббий ҳамширанинг асосий фазилатларидан ҳисобланади. У ҳамиша хушмуомала, босиқ, ўзини тутат биладиган, беморга ва қариндошларига меҳрибон бўлиши керак.

Тўғри овқатланиш режими рақ бўлган беморларни даволашда муҳим омиллардан саналади. Бирор махсус парҳезга амал қилишнинг ҳожати йўқ. Одатда хавфли ўсмалари бор беморларда иштаҳа бўлмайдиган ва ҳатто овқатдан юз ўгирадиган. Бундай ҳолларда овқатдан олдин беморга 50—100 мл вино ичишга рухсат бериш мумкин. Овқатдан 30 минут олдин натурал меъда шираси, хлорид кислота билан пепсин эритмаси, ацидин-пепсин, аскорбинат кислота тавсия қилинади. Овқат турли-туман, хуштаъм оқсиллар ва витаминларга бой бўлиши керак.

Рақ билан касалланган беморларни парвариш қилиш хирургик касалликлар парваришига жуда ўхшаш. Бироқ парваришнинг ўзига хос хусусиятлари ҳам бўлиб, у ўсманнинг жойлашган жойига, унинг тарқалганлигига, асоратлари ва даволаш методларига боғлиқ. Қуйидаги онкологик беморларни диагнозга боғлиқ ҳолда парвариш қилишнинг асосий хусусиятлари келтирилади.

БОШ МИЯСИДА ЎСМАЛАР БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ

Бош мия ўсмалари бош оғриғи хуружлари, бош айланиши, кўнгил беҳузур бўлиши, қусиш, юрак-томирлар бузилиши, нафаснинг авж олиб борадиган бузилишлари ва эпидемик тутқаноқлар билан ўтади. Врач кўрсатмаларини пухталиқ билан адо этиш шарт. Тиббий ҳамшира беморни ётқизиб қўйиши, унга тегишли ҳолат бериши (ўтқазиб қўйиши ёки нафас йўллариغا аспирация бўлмаслиги ва қусуқ массаларидан асфиксия бўлмаслиги учун бошини ён томонга буриши) керак. Зудлик билан врачни чақириши керак. Эпилептик хуруж тутиб қолганда жағнинг юмилиб ва тилнинг орқага кетиб қолганининг олдини олиш керак. Бунинг учун лаблар орасига чўп қистириш ва тилни инструмент билан ушлаб туриш лозим. Операциядан кейин наркоз таъсири батамом тўхтагунча нафас, томир уриши ва қон босими устидан кузатиб бориш керак.

ОҒИЗ БУШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ РАҚ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ

Бу соҳадаги ўсмалар оғиздан бадбўй ҳид келиши билан ўтиб, яралар ҳосил қилишга мойил бўлади, қо-

найди, жағға ўсиб киради ва унинг ютиш функциясини бузади. Агар бемор ўзича уддалай олмаса, тиббий ҳамшира эрталаб ва кечқурун тишларини ювиб қўйиш лозим. Ҳар гал у овқатдан кейин оғзини артиши, уй ҳароратидаги дезинфекция қиладиган эритмалар билан чайиши керак. Ўсмадан қон оққундай бўлса, тампон билан босиб врачни чақириш даркор. Агар ташқи уйқу артериясига химиотерапия учун катетер қўйилган бўлса, у орқали дори юбориш, тушиб кетмаслиги ва тромб ҳосил қилмаслиги устидан кузатиб бориш керак.

ҚИЗИЛЎНГАЧ РАКИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ

Тўлиқ дисфагияда (қизилўнгалар тутилиб қолганда), метастазларда ёки кўкс ораллиги органларига ўсиб кирганда, эзофаготрахеал оқмалар ҳосил бўлганда операция усулида даво қилинганда беморлар пассив бўлиб қоладилар ва доимий парваришга муҳтож бўладилар. Бемор жисмонан заифлашиб қолганидан ўринбошини ва оқлиқларини ҳамшира билан санитарка алиштириб туришлари керак. Ўринбош тугун ва ямоқларсиз, яхши дазмолланган ва силлиқ бўлиши лозим. Бичилиш рўй бермаслиги учун бадан терисини тоза тутиш керак. Ҳамшира беморнинг терисини камфора спирти, атир, ароқ, ошхона сиркаси билан (бир стакан сувга 1 ош қошиқ) артиб туриши лозим. Сўнгра терини қуруқ қилиб артиб вазелин суртиб қўйилади. Лайнқасча оралиғини илиқ калий перманганат эритмаси ва дезинфекция қиладиган бошқа эритма билан артишга аҳамият бериш зарур. Юз, бўйин ва гавданинг юқори қисмини ҳар куни, оёқларни ҳафтасига 2-3 марта ювиш керак. Беморда гастростом бўлса ва у сунъий овқатлантирилса, унга найча орқали суяқ овқат берилади. Ҳар гал овқатлантиришдан сўнг найча бўшлиғини овқат қолдиқларидан тозалаш ва гастростом найчани тоза тутиш учун найчага сув, чой қуйиб чайиш керак.

МЕЪДА РАКИ БЎЛГАН БЕМОРЛАР ПАРВАРИШИ

Одатда бундай беморлар операцияга қадар меъдани ювиш ва тоза сув тушгунча тозалаш клизмаси қилинишига муҳтож бўладилар. Операциядан кейин беморнинг эс-ҳуши жойига келгунча ҳамшира унинг пульс

си ва нафас олиши устидан кузатиб бориши керак. Агар меъдада зонд қолдирилган бўлса, ажратмаларини кузатиб борилади. Зонд яхши ишламай қолганда Жане шприци билан меъда суюқлиғини вақти-вақтида олиб туриш керак. Агар зонд орқали янги қон чиқса, бу ҳақда зудлик билан врачга хабар бериш лозим.

ИЧАКЛАР РАҚИ БЎЛГАН БЕМОРЛАР ПАРВАРИШИ

Ичаклар рақи бўлган беморларда кўпинча ичак тутилиб қолиш ҳодисалари, қон кетиши, қора қатронсимон кўринишдаги ахлат, рангпарлик, томирнинг тез-тез уриши, артериал босимнинг пасайиши кузатилади. Бундай ҳолларда ҳамшира врачни чақириши керак. Кўрсатмалар бўйича меъдани ювиш ва тозалаш клизмаси қилиш лозим. Агар операция вақтида ғайритабиий анус шаклланаётган бўлса, ҳамшира анус функцияси ва унинг атрофининг тозаллиги устидан кузатиши лозим. Кейинчалик у беморга ва қариндошларига тувакдан фойдаланиш усулларини ўргатиши керак.

ҲИҚИЛДОҚ РАҚИ БЎЛГАН БЕМОРЛАР ПАРВАРИШИ

Ҳиқилдоқ рақи бор беморларга айниқса тунги вақтларда бўладиган асфиксия таҳдид солади. Тиббий ҳамшира буни унутмаслиги ва вақти-вақтида бемордан хабар олиб туриши керак. Асфиксия белгилари пайдо бўлгандан кейин (нафас олиш қийинлашуви, цианоз, нафас қисиши) зудлик билан врачни чақириши керак. Беморни ўтқазиб қўйиш, форточка (дераза)ни очиш ва намланган кислород бериш лозим. Трахеостома қўйиш операциясидан кейин ҳамшира беморнинг нафаси ва пулси устидан кузатиб бориши, найчанинг тушиб кетмаслиги ва ичи ифлосланиб қолмаслигига қараб бориши керак. Зарурат бўлганда трахеостома найчасини тозаланиши ва алиштиришни ўрганиш керак. Бу усулларни беморга ва қариндошларига ҳам ўргатиш лозим.

ЎПКА РАҚИ БЎЛГАН БЕМОРЛАР ПАРВАРИШИ

Ўпка рақи кўпинча нафас қисиши ва ҳаво етишмаслиги сезгиси билан ўтади. Нафас қисаётганда тиббий ҳамшира беморнинг боши тагига бир неча ёстиқлар қўйиб қаддини баланд қилиб ётқизиши: қисиб турган кийимларини ечиши, палатада деразани (форточ-

кани) очиб қўйиши, кислород бериши ва бемор аҳволи тўғрисида зудлик билан врачга хабар бериши керак. Агар бемор қон тупураётган бўлса, тезда врачга хабар бериши ва унинг кўрсатмаларини тез бажариши керак.

Операциядан кейинги беморларнинг эс-ҳуши тўлиқ жойига келгунча нафас олиши, пульси ва босими устидан кузатиб бориши лозим. Агар операция вақтида плевра бўшлиғида дренаж найча қолган бўлса, ҳамшира унинг функцияси, характери ва ажратма миқдори устидан кузатиб бориши керак.

СУТ БЕЗИ РАКИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ

Сут бези раки улғайиб кетиб парчаланганда кўпинча бадбўй ҳид чиқади ва қон оқади. Тиббий ҳамшира навбатчилиги вақтида боғламни бир неча марта алиштириши керак. Жароҳатни водород пероксид, фурациллин, риванол, калий перманганат эритмаси билан ювилади. Малҳамли боғламлар қўйилади.

Операциядан кейин пульс, нафас олиш ва босим устидан кузатилади. Дренажлар функциясини текшириш ва уларни ўз вақтида бўшатиб туриш лозим. Агар улардан бири ишламаётган бўлса, бу ҳақда врачга айтиш керак. Эртасига беморларнинг вазияти актив бўлади. Ҳамшира беморга ва қариндошларига дренаж найчаларни бўшатиб туриш усулларини ўргатиши керак.

ОНКО-УРОЛОГИК БЕМОРЛАР ПАРВАРИШИ

Буйрак жароҳатида кўпинча сийдик-таносил йўлларида мўл қон оқади. Ҳамшира бунни кузатиш билан бирга сийдикни тоза идишга йиғиши ва тезда врачни чақириши лозим.

Қовуқ ва простата бези ракида ажралаётган сийдик миқдори, унинг ранги устидан кузатиб бориш, сийдикда қон бўлганда қовуқ ва чов соҳасига совуқ грелка қўйиш керак. Қовуқ резекциясидан ёки простата бези ўсмаси олиб ташлангандан кейин дренаж найча ёки катетернинг тозалиги ва функциясини ва операцион жароҳатни кузатиб туриш керак. Қовуқ-қин оқмалари шаклланганда дезинфекция қиладиган эритма билан ювилади.

ОНКО-ГИНЕКОЛОГИК БЕМОРЛАР ПАРВАРИШИ

Онко-гинекологик беморлар кўпинча жинсий органлардан ажралмалар келиши ва қон кетишидан шикоят қиладилар. Бундай вақтларда ҳамшира санитарка билан бирга жинсий йўллари қунт билан ювиши, қорин остига совуқ нарса қўйиши, бачадон бўйнини малҳамли тампон билан тампонлаши керак. Операциядан кейинги даврда дастлабки кунлари катетер қовуқда қолдирилади. Унинг функциясини, ажралиб чиқаётган сийдик миқдорини кузатиб бориш лозим. Агар жинсий органлардан ажралмалар чиқаётган бўлса, эҳтиётлик билан спринцевание қилиш (чайиш) керак. Тўғри ичак-вагинал оқмалари шаклланганда дезинфекция қиладиган эритмалар билан ювиш керак бўлади.

Чидаб бўлмайдиган оғриқ бўладиган ракда наркотик моддалар киритилади. Оғриқ қолдирадиган таъсирни юзага келтириш учун дорининг дозасини, таъсир муддатини ва неча марта юбориш кераклигини билиб олиш керак. Аўвалига одатда промедол инъекциялари тайинланади. Уни димедрол, реланиум, анальгетиклар билан қўшган ҳолда таъсирини кучайтириш мумкин. Таъсири етарли бўлмаганда омнопон, морфин буюрилади. Наркотиклар дозасини уларнинг таъсирига кўра ошириш мумкин. Наркотиклар тўғри қўлланилганда беморлар унга ўрганиб қолмайдилар. Тиббий ҳамшира ва юқори курс талабаларининг вазифаси беморларга оғриқ қолдирадиган воситалар юбориш ва уларнинг дардини енгиллаштиришдир.

VII БОБ

ОЁҚ-ҚўЛЛАРНИНГ ТОМИРЛАРИ КАСАЛ БўЛГАН БЕМОРЛАР ПАРВАРИШИ

ОЁҚ ВЕНАЛАРИНИНГ ВАРИКОЗ КЕНГАЙИШИ

Оёқ веналарининг варикоз кенгайиши деганда тери остидаги юза веноз томирларнинг касаллиги тушунилади.

Бў касаллиқни келтириб чиқарадиган сабаблар сўнгги вақтларгача тўла-тўқис аниқланмаган. Кўпчилик олимлар веналарнинг варикоз кенгайиши «веналар

заифлигидан» — улар девори мушак қаватининг етар-
лича ривожланмаганлигидан пайдо бўлиши мумкин,
деб эътироф этадилар. У туғма бўлиши ёки зарарли
омиллар таъсиридан кейин ривожланиши мумкин. Бу
ҳақда қуйироқда сўз юритамиз.

Маълумки, веноз система учун қон оқимининг
асосан юқорига, оғирлик кучига қарши йўналиши харак-
терли. Унинг тескари ҳаракат қилишига, веналарнинг ич-
ки деворидаги яримойсимон клапанлар—чўнтаклар ха-
лақит қилади. Қонга тўлиб, улар ёпилади, томир бўш-
лигини бекитиб қўяди ва қонни фақат бир томонга —
пастдан юқорига ўтказди. Вена деворининг тонуси,
яъни унинг таранглик даражаси ҳам муҳим аҳамият-
га эга.

Веноз қон оқимининг асосий «двигатели» бу қисқа-
риб веналардан қонни гўё сиқиб чиқарадиган оёқ му-
шакларидир. Ритм билан кенгайдиган кўкрак қафаси-
нинг сўриб олиш таъсири ҳам муайян роль ўйнайди.
Нафас олиш вақтида унда манфий босим вужудга ке-
либ, йирик вена томирлари дарҳол бунга реакция қи-
лади.

Веналарнинг варикоз кенгайиши аксарият 30-50 ёш-
даги одамларда, камроқ йигитларда ва кекса одам-
ларда бўлади.

Касаллик узоқ муддатгача тик туриб нишлагча
мажбур одамда пайдо бўлиши эҳтимол, тик ҳолатда
турилганда веналардаги қон босими ётган ҳолатга
қараганда 5—10 марта кўтарилади, бунинг натижасида
унинг оқиши қийинлашади ва веналар кенгайди. Кен-
гайган веналардаги босим эса янада кўп (тахминан
12—15 марта) ошиб, шу тариқа касаллик кўринишини
кучайтиради.

Оёқ веналарида қон димланиши қовуқ, жинсий ор-
ганлар, тўғри ичаклардаги яллиғланиш касалликлари
сабабли келиб чиқиши мумкин, чунки оёқнинг вена то-
мирлари шу органлардан қон олиб келадиган веналар
билан туташган бўлади. Бошқа ҳолларда касаллик
пайдо бўлишига оғир жисмоний меҳнат, шунингдек хо-
миладорлик, туғруқ ва ёғ босиш кабилар имкон бе-
ради.

Касалликнинг ривожланишида одатда кўп ёки бир
неча мойил қиладиган омилларнинг аҳамияти борли-
гини таъкидлаб ўтиш зарур.

Бошланғич босқичда касаллик симптомлари деяр-
ли бўлмайди. Энг илк белгиси — оёқларда кечга бориб

пайдо бўладиган ва тунда йўқоладиган оз-моз шишлардир. Бундай шишлар баъзан оёқларда оғирлик билан ўтади. Кейинчалик оғриқ, тери қичимаси пайдо бўлади, қичима тунда ва иссиқда кучаяди.

Бориб-бориб оёқлардаги веналарнинг шакли баттар ўзгариб, тери остидан туртиб чиқади. Халтасимон кенгаймалар, эгри-бугриликлар, тугунсимон қалинлашмалар рўй-рост кўриниб туради. Веналар варикоз кенгайганда вақт ўтиши билан терининг озиқлашиши бузилади.

Веналарнинг варикоз кенгайишини даволаш мумкинми? Даволаш эрта бошланса, мумкин.

Веналар унчалик кенгайиб кетмаган даврда даволаш яхши натижа беришини эслатиб ўтиш жоиз. Шунинг учун беморлар врачга эрта мурожаат қилишлари ва маслаҳатларини оғишмай бажаришлари лозим. Аввало тўғри қон айланишига халақит берадиган ҳамма сабабларни бартараф этиш керак. Иш характерига кўра узоқ вақт ўтиришга тўғри келса, касал оёққа горизонтал ҳолат берилади. Ҳар ярим-бир соатда оз-моз юриб келиш ёки 10-15 марта оёқ учида кўтарилиш керак. Бунда болдир мушакларининг қисқариши қон айланишини яхшилайдиган, веноз қон оқимини кучайтиради. Бундай машқлар тик туриб ишлайдиганларга ҳам тавсия этилади, бироқ бунда танаффусларни тезроқ — ҳар 45—50 минутда қилиш керак. Ишдан кейин оёққа дам беришнинг энг яхши йўли кичик масофаларга аста-секин, шошилмай сайр қилишдир. Ўтирган ва ҳатто ётгандан юрган маъқулроқ. Шунинг учун кечқурунлари телевизор олдида узоқ ўтирмаслик керак: узоқ вақтгача ҳаракат қилмаслик фақат оёқлар шишувига ва қон димланишига олиб келмай, балки тромбоз, яъни веналарнинг тикилиб қолишига сабаб бўлади. Кечқурун ухлашдан олдин 30—40 минутгача бамайлихотир сайр қилишга одатланиш керак.

Врачлар кўпчилик беморларга эластик бинтлар ва пайпоқлардан фойдаланишни маслаҳат берадилар. Улар яхши даво эффектини беради, веналарнинг бундан кейин кенгайишининг олдини олади, қон айланишини яхшилайдиган. Эрталаб ўриндан турмасдан бинтлар боғлаш ва пайпоқ кийгизиш керак, бу веноз қон оқиб кетишини енгиллаштиради.

Веналарнинг варикоз кенгайиши авж олмаслиги учун даволаш физкультураси билан мунтазам шуғулланиш лозим. Жисмоний машқлар туфайли қон айла-

чиши кучаяди, веналарда қон димланиб қолиши бар-
тараф бўлади. Сув муолажалари, айниқса сузиш фойда-
ли, лекин сув илиқ бўлиши лозим. Оёқларни ёришиш
ва шилинишдан эҳтиёт қилиш, ҳар куни ухлашдан ол-
дин ювиш, пайпоқ ва носкиларни тез-тез алиштириб
туриш керак. Капрон пайпоқ ва носки кийиш тавсия
этилмайди. Улар оёқ терлашини кучайтириб, терини
таъсирлантиради ва қичиштиради. Оёқлар чарчамас-
лиги учун пойабзал ҳатто касалликнинг илк даврида
ҳам қулай, паст пошнали бўлиши керак. Бу ҳолда гавда
оғирлиги бутун панжада бир хил тақсимланади.

Агар касалликнинг илк босқичларида даволаш ўт-
казилмаган, врач тавсиялари, меҳнат ва дам олиш ре-
жими, гигиеник муолажалар ва жисмоний машқлар ба-
жарилмаган бўлса, венада ва унинг атрофидаги тўқи-
маларда рўй берган талайгина ўзгаришлар оқибатида
турли хил асоратлар: трофик яралар, қон оқниши, тром-
бофлебит, тромбоз ва бошқалар пайдо бўлиши эҳтимол.

Бундай асоратлари бўлган беморлар стационарда
даво олишга муҳтож бўладилар ва кўпчилик ҳолларда
операция аралашуви ўтказилиб, бу яхши натижа бе-
ради. Томирлардаги операцияларнинг ғоят мураккаб-
лиги ва кўп меҳнат талаб қилишини қайд қилиб ўтиш
лозим. Шунинг учун беморни операцияга жуда пухта
тайёрлаш керак. Беморга психик ва жисмоний осо-
йишталик яратилади. Уларнинг кўнглини кўтарилади,
психотерапевтик воситалар тайинланади, тиббий хо-
димлар ва ота-оналар уларга меҳрибонлик кўрсатади-
лар.

Операцияга қадар гигиеник ванна қилинади, яра
санация қилинади ва тозаланади. Калий перманганат
ёки сода эритмаси билан ванна қилингандан кейин яра
атрофидаги тери қопламларини обдон қуриштиш ва
спирт билан артиш керак. Яранинг ўзини ва атрофи-
даги терини маҳаллий ювиш қўлланилади. Ярага тур-
ли антисептиклар: фурациллин, риванол, натрий хло-
рид, антибиотик эритмалари, ферментлар ва ҳар хил
малҳамлар шимдирилган боғламлар қўйилади. Физио-
терапевтик муолажалар қўлланилади.

Операциядан кейинги даврда беморлар узоқ вақт-
гача ўринда ётиб қолмасликлари керак. Оёқ венала-
рининг касалликлари бўлган беморларни қимирлатмай
ётқизиб қўйилганда улар қийин аҳволга тушиб қола-
дилар, уларда руҳий бузилишлар юзага келиши мум-
кин, беморлар бош мия, юрак ёки ўпка томирлари

тромбоэмболиясига учраб қолиш хавфидан чўчиб юрадилар.

Беморлар оёғини Беллер шинаси ёрдамида баланд кўтариб қўйиб, уларнинг яхши ухлашига шароит яратиб берилади.

Беморларни стационарда актив боқиш, уларнинг касалхонада бўлиш муддатини қисқартириш ўрта ва кичик тиббий ходимларнинг ишини енгиллаштиради.

Оёқларнинг ўткир тромбофлебитлари ва флеботромбозлари томирларнинг ўткир тиқилиб қолиш ҳоллари орасида биринчи ўринни эгаллайди. Оёқ ва чаноқ веналари системасининг кўпинча тромб ҳосил қилиши, унинг димланиш ҳодисаларига мойиллиги ва веноз қон химизми хусусиятлари билан изоҳланади. Бу касалликлар мустақил патология сифатида камдан-кам вужудга келади. Улар аксарият юрак-томирлар касалликлари, хавфли ўсмалар, инфекцион касалликлар ва септик жараёнларнинг асоратлари ҳисобланади. Аксарият улар ҳомиладорлик, туғруқ, гинекологик касалликлар, қорин бўшлиғи ва чаноқ органларидаги операциялар, шикастланишлар билан боғлиқ бўлади. Бу асорат асосан 40 ёшдан ошган шахсларда ва кўпроқ аёлларда кузатилади.

Ўткир тромбофлебит венанинг қон ивиндиси — тромб билан тиқилиб қолишидир. Одатда томирнинг яллиғланган қисмида ҳосил бўлади. Бунда вена деворлари ғадир-будур бўлиб қолади, унда тромбоцитлар ва бошқа фибрин иплари тутилиб қолади, натижада томир бўшлиғи бекилиб қолади.

Флеботромбоз яллиғланиш жараёни ва қон оқиб кетиши камроқ юзага чиққан вена бўшлиғида тромб ҳосил бўлиши билан характерланади. Бевосита тери остида жойлашган веналар зарарланадиган юза тромбофлебит ва тўқима бағрида ётадиган веналар тиқилиб қоладиган чуқур флеботромбоз фарқ қилинади. Тери остидаги ўткир тромбофлебитда аксарият болдирда оғриқли қалинлашма пайдо бўлади, тери қизаради, ушлаб кўрилганда иссиқ уннайди.

Чуқур веналар тромбофлебити ва флеботромбози бошланишини пайқаш қийин. Оёқнинг ҳамма жойида оғриқ ва шиш одатда бир неча кундан кейин пайдо бўлади. Шунгача айниқса эрталабки соатларда, одам ўриндан тураётганда айрим нохуш сезгилар пайдо бўлади. Оёқларда, айниқса болдирда ғалати оғирлик сезилади. Тўпиқ яқини бир оз шишади. Касалликнинг

бу кам сезиладиган белгиларини вақтида пайқаган маъқул. Бундай пайтда ўриндан турмаслик, оёқ тагига ёстиқ қўйиш ва врачни чақириш керак.

Бундай эҳтиёт чоралар кўришнинг сабаби нимада? Ахир «тинчгина, ўз жойида турган тромб» безовта қилмаслиги керак эди-ку! Тажриба кўрсатишича, тромбларнинг кўп қисми эртами-кечми сўрилиб кетади. Агар юза венадаги тромб ямоқ шаклида қолиб кетсада, қон айланишини унчалик бузмайди.

Чуқур веналарга келганда иш бошқача бўлади. Тромб зарарланган вена деворидан узилиб қон оқими билан ҳаётий муҳим органлар томирларига кириши мумкин. Энг хавфли асорат—ўпка томирининг тикилиб қолишидир. Чуқур веналар ўтказувчанлигининг узоқ вақтгача бузилиши бир умрга қоладиган, қайтмас ўзгаришларга сабаб бўлиши мумкин. Оёқларда доимий шишлар пайдо бўлади, яллиғланган вена девори аста-секин бузилади ва яралар пайдо бўлиши мумкин.

Ўткир тромбофлебит ва флеботромбозни даволашнинг иккита усули бор: операция ва консерватив усуллар. Ҳар бир конкрет ҳолда операция қилиш масаласини фақат хирург аниқлай олади. Ҳозирги замон табобатида тромбнинг қаерда жойлашганини, унинг ўлчамини аниқлай оладиган текшириш методлари мавжуд.

Тромбнинг узилиб тушиш хавфи бўлганда уни хирургик йўл билан олиб ташланади ёки унинг ҳаётий муҳим органлар томирларига тушиш йўлини қирқиш учун устидаги венани боғлаб қўйилади. Агар тромбнинг узилиб тушиш хавфи бўлмаса, одатда, операция қилинмайди ва қон ивишини секинлаштирадиган воситалар — антикоагулянтлар ва тромбни эритувчи препаратлар қўлланилади. Улар тромб ўсишининг олдини олади. Унинг эриб кетишига имкон беради.

Бироқ бу дориларнинг касалликнинг ўткир даврида, яъни бир неча соатдан 4 суткагача давр ичида эффе́ктивлигини эслатиб ўтиш керак.

Тромбофлебит ва флеботромбоз билан касалланган бемор врач тавсия қилган режимга риоя қилиши, у тайинлаган дориларни ичиши керак.

Сузиш, оддий юриш ва қатор машқлар оёқларга ўртача жисмоний нагрузка беради, гавданинг ортиқча оғирлиги (семизлиги) оёқларни ниҳоятда толиқтиради.

Шаҳар ва қишлоқ жойлардаги эпидемиологик текширувлар ёғ босиш бу касалликка йўл очадиган омил эканлигини кўрсатди. Тромбофлебит ва флеботромбоз-

нинг семиз одамларда оғирлиги нормал одамларга қараганда 2-3 марта кўпроқ учраши аниқланди.

Ишлаб чиқариш гимнастикаси, айниқса узоқ вақтлик туриб ёки ўтириб ишлайдиган одамларда катта профилактик аҳамиятга эга.

Касалликнинг олдини олиш учун оёқлар терисини, бармоқ ораларини тоза сақлаш фоят муҳим. Агар касалликнинг илк босқичларида даволаш ўтказилмаган, меҳнат ва дам олиш режимига амал қилинмаган бўлса, ҳар хил асоратлар, жумладан посттромботик касаллик пайдо бўлиб, ногиронликка сабаб бўлиши мумкин.

Ҳар ким меҳнат қобилияти юқори ва кайф руҳияти яхши бўлса-да диспансер кузатувидан ўтиб туриши керак.

ОЁҚЛАРНИНГ ОБЛИТЕРАЦИЯ ҚИЛАДИГАН ЭНДАРТЕРИИТИ ВА АТЕРОСКЛЕРОЗИ

Облитерация қиладиган (бўшлиқни битирадиган, шаклни бузадиган) эндартериит ва атеросклероз клиникаси кўп жиҳатдан бир-бирига ўхшайди ва айни вақтда ўзига хос қатор хусусиятларга эга.

Бу иккала касалликни бирлаштирадиган белгиларга тромб ҳосил қилиш ва артериал етишмовчилик ривожланиши билан ўтадиган хроник облитерацияловчи жараённи қайд қилиб ўтиш мумкин.

Бу касалликларни бир-биридан ажратиб турадиган белги облитерацияли жараённинг оёқнинг магистрал томирлари бўйлаб тарқалиш йўналиши ҳисобланади. Чунончи, атеросклерозда оёқ артериялари бирмунча кеч зарарланади, чунки атеросклероз бутун организмнинг систем касаллиги ҳисобланади, аксарият юрак, аорта, бош мия артерияларини ва шундан кейингина оёқларнинг йирик артерияларини зарарлантиради. Бунда облитерация жараёни (аксарият сон сегменти зарарланади) окклюзия бўлган жойдан пастга тушадиган йўналишда тарқалади.

Шунингдек систем касаллик бўлган эндартериитда биринчи навбатда майда калибрдаги артериялар ва оёқ панжаси дистал бўлимларидаги капиллярлар зарарланади, кейинчалик спазм ҳосил қилиш жараёни юқорига кўтарилади ва оёқ артерияларининг йирик магистрал артерияларига ўтиб, уларни окклюзия қилади.

Облитерацияловчи эндартериит ривожланишида ташқи муҳит омиллари, хусусан совуқ ва намлик, та-

маки чекиш, ичкилик, оғир жисмоний иш, кўп юриш, шикастланиш, интоксикация кабилар ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Бу омиллар хроник таъсир қилганда оёқ дистал бўлимларидаги артериялар ва капиллярлар спазми пайдо бўлади, қон айланиши бузилади, тромблар ҳосил бўлади, томир деворининг ҳамма қаватларидаги бириктирувчи тўқима ўсиб қалин тортади ва трофик бузилишлар пайдо бўлади.

Оёқ артерияларининг облитерацияловчи эндартериитида касалликнинг ривожланишида алмашинув жараёнлари, асосан ёғ алмашинувининг бузилиш омили ётади. Бу липопроteidлар ва липидлар, хусусан холестеринлар алмашинуви бузилиши билан ифодаланади. Липидлар соғлом артериал томир интимасида йиғила бошлайди. Уларда атеросклеротик пиллакчалар ҳосил бўлади ва бириктирувчи тўқима ўсиб қалинлашади, бу тромблар ҳосил бўлишига ва магистрал томирлар окклюзиясига олиб келади.

Облитерацияловчи касалликлар билан асосан эркаклар ва камдан-кам аёллар касалланадилар. Эндартериит асосан 20 дан 35 ёшгача одамларда, атеросклероз эса 30 ёшдан бошлаб ҳар қандай ёшда, ҳатто кексаликда ҳам учрайди.

Атеросклероздан фарқли равишда эндартериитда клиник манзара ва томирларнинг ўзидаги облитерацияловчи жараён бирмунча тезроқ кечади. Оёқ панжаси дистал бўлими майда артерияларининг спазми болдир томирларига нисбатан тез тарқалиб, бу томирлар тромбозини келтириб чиқаради. Шу туфайли беморда артериал етишмовчиликнинг юзага чиққан симптомлари (ишемик синдром) пайдо бўлади, чунки касалликнинг қисқа даври ичида коллатерал қон айланиши ҳали ривожланиб етмаган бўлади. Бемор оёқ панжаси муздай бўлади, оғриқ синдроми пайдо бўлади, бемор оқсоқланиб юради, у 100—200 м юргандан кейин тўхтаб қолади. Бу жараённинг авж олиши беморнинг ишемияланган тўқималарида деструктив-трофик бузилишлар ривожланишига олиб келади (панжа бармоқлари соҳасида яралар ва некроз пайдо бўлиб, улар оёқни кесишига сабаб бўлиши мумкин).

Шундай қилиб, оёқ томирларининг облитерация қиладиган касалликларини эндартериит ва атеросклероз деб фарқ қилиш беморга комплекс даво тайинлашда, хусусан операция қилишда принципнал аҳамиятга эга.

Ҳозирги вақтда оёқлар эндартериити ва атеросклерозини консерватив ва хирургик даволашнинг кўп сонли усуллари таклиф этилган.

Бироқ беморлар ўз соғлиғини эҳтиёт қилганларида ва врач тавсияларини пухта бажарганларида бу касалликларнинг олдини олса бўлади. Шунинг учун томирлар спазмини келтириб чиқарувчи таъсиротларни бартараф этиш, оёқ периферик томирларининг кенгайишига имкон берадиган восита ва усулларни қўлланиш профилактиканинг асоси ҳисобланади.

Бу касаллик билан оғриган бемор учун у яшайдиган ва ишлайдиган ташқи муҳитнинг аҳамияти катта. Тўғри ташкил этилган меҳнат ва дам олиш режими облитерацияли жараёни авж олишдан сақлайди. Бемор катта жисмоний куч ва узоқ вақт тик туриш билан боғлиқ бўлмаган ишни бажариши мумкин. Илиқ ва қуруқ хонада ишлаш мумкин: оёқ-қўллар узоқ вақт совқатиб қолмаслиги керак.

Актив дам олиш керак, йилнинг ҳар қандай мавсумида, яхшиси эрталаб ва кечқурун сайрлар қилишга руҳсат этилади. Ёзда кўп вақт очиқ ҳавода, асосан сояда юриш керак. Чўмилиш тавсия этилмайди, чунки ҳатто илиқ сув ҳам узоқ вақт спазмга сабаб бўлиши ва қон айланишини издан чиқариши эҳтимол. Бемор жисмоний ва руҳий чарчашлардан ҳоли қилиниши керак. Кўпинча касаллик ана шу омиллардан қўзғийди ёки асоратлар қолдиради.

Ҳайвонот ва ўсимлик оқсиллари миқдори етарлича бўлган тўла қимматли овқатлар берилади. Овқатда витаминлар, сабзавот ва мевалар миқдори кўп бўлиши керак.

Семириб кетмасликка ҳаракат қилиш лозим. Ортиқча овқатланиш организмда атеросклероз ривожланишига имкон берадиган асосий сабаблардан бири ҳисобланади.

Тамаки чекиш ва спиртли ичимликлар ичиш ман қилинади. Ичкилик томирларда склеротик жараёнларни кучайтиради. Улар қайишқоқлигини йўқотади ва деворлари мўрт бўлиб қолади.

Никотиннинг томирларни торайтирадиган, касал оёқда қон айланишини ёмонлаштирадиган ва тана ҳароратини пасайтирадиган заҳарлигини унутмаслик керак. Никотиндан хроник заҳарланиш оёқ артерияларининг узоқ вақтгача спазм ҳолатида қолишига олиб келади. Шунинг учун бу касаллик баъзан турмушда

чекувчилар касаллиги дейилади. Чекишни ташламасдан даволашда яхши натижага эришиб бўлмайди.

Пойабзал танлашга алоҳида аҳамият берини керак. У оёқни қисмайдиган ва иссиқ бўлгани яхши. Иссиқ ва юмшоқ жун пайпоқлар кийиш лозим. Оёқларни шилиниш ва қадоқлардан эҳтиёт қилиш лозим.

Оёқ териси гигиенаси томир касалликлари профилактикасида катта ўрин тутати. Тўқималарда озиқланиш бузилиши оқибатида тери қопламларининг ҳолати ўзгаради. Улар қуруқ бўлиб қолади, атрофия ҳодисалари пайдо бўлади (юпқалашади, ялтироқ бўлиб қолади). Оёқ панжаси тери қопламининг ёриқлар ёки шилинишлар кўринишидаги ҳатто арзимаган шикастларни ҳам даво қилиниши қийин трофик яра авж олишига сабаб бўлиши эҳтимол. Бу ҳол оёқ терисини авайлаб парваришлашни талаб этади.

Оёқлар териси ниҳоятда тоза бўлиши керак, чунки кўзга кўринмайдиган тирналишлар инфекция кириши учун кириш дарвозаси бўлиб хизмат қилиши ва юқорига кўтариладиган йирингли жараён (лимфангоит, лимфаденит, флегмона ва б.) ривожланишига олиб келиши мумкин. Оёқларни ҳафтасига уч марта илиқ сувда совунлаб ювиш керак.

Гигиеник ваннадан кейин оёқ панжаси ва болдир тери қопламларига индифферент крем ёки малҳам (бу ҳар хил озиқлантирадиган кремлар, яхшиси болалар креми) суртган маъқул. Эпителийнинг юза қатламларини шикастлантириб қўймаслик мақсадида кремни эҳтиётлик билан, куч ишлатмай ийлаб суртилади.

Бу тоифадаги беморларнинг тирноқлари секин ўсади, тирноқлар қалинлашади, шаклан ўзгаради, хира тортади. Уларни ваннадан кейин қирқилади, калта қирқиш тавсия этилмайди, чунки бундан терини шикастлантириб қўйиш ва шу тариқа паронихия ривожланиши мумкин.

Ҳар бир бемор касаллигининг илк босқичида диспансер кузатувига олиниб даволаниши лозим. Бироқ беморларни диспансерлашга юзаки қарамаслик керак. Бемор мурожаат қилган врач касаллигининг клиник кўринишлари борлигини қайд қилиб қўя қолмай, балки беморнинг иш шароити, турмушдаги ноқулай ва зарарли омилларни ҳам қунт билан муфассал ўрганиши керак. Шундагина диспансер кузатуви яхши натижа беради.

Бунда оёқ артерияларининг облитерация қиладиган касалликлари бўлган беморлар билан қуйидаги тadbирларни ўтказиши керак:

1. 6 ойга бир марта беморни чақириш ва аҳволига объектив баҳо бериш (коагулограмма, реография, ЭКГ, ультратовушли доплерография).

2. Йил мобайнида беморни стационарда даволаш курсини ўтказиш.

3. 3 йилда бир марта беморни даволаниш учун санаторий-курортга юбориш.

Бу хасталикда бемор организмда юз берадиган кўп сонли ўзгаришлар унинг меҳнат қобилияти тўлиқ ёки қисман йўқотилишига олиб келади. Бироқ бундай беморларнинг кўпчилиги, айниқса касалликнинг бошланғич босқичларида узоқ муддатгача меҳнатга лаёқатли бўлиб қоладилар. Касаллик келтириб чиқарадиган омилларни йўқотиш, режимни тўғри ташкил этиш ва профилактик тadbирларни мунтазам ўтказиб туриш йўли билан бу касалликларнинг олдини олиш мумкин.

VIII БОБ

ТРАВМАТИК БЕМОРЛАР ПАРВАРИШИ

Ўмуман, ҳар бир касалхона қабул қилиш бўлимидан бошланади. Қабул қилиш бўлими санитария қоида-қонунларига ҳар тарафлама жавоб бера олса беморга биринчи медицина ёрдами кўрсатиш сифатли бўлади, бу ҳаттоки бемор тақдирида ҳам муҳим роль ўйнайди. Қабул қилиш бўлимида ҳақиқий билимдон, ўз касбининг усталари ишлашлари керак. Бўлимда касал кўрадиган хона, боғлов ва гипс қўядиган хоналар албатта бўлиши шарт.

Ҳозирги вақтда медицинамиз кундан-кунга ривожланиб бораётганда бўлимда рентген кабинет ва реанимация зали бўлса, мақсадга мувофиқ бўлади. Чунки травматологик беморларга биринчи ёрдамни мукамал кўрсатиш учун юқоридагиларнинг бўлиши жуда ҳам зарурдир.

Беморлар кўпинча қабул бўлимига тез ёрдамда олиб келинадилар. Келтирилган беморларни қабул қилиб олишдан бошлаб, токи охиригача даволаб, уйига жавоб беришгача бўлган даврда уларни медицина

энагалари, ҳамширалари ҳамда олий билимгоҳ талабалари томонидан қилинадиган парваришнинг аҳамияти жуда каттадир. Чунки травматологик беморларнинг ўз вақтида тузалиб кетиши кўп жиҳатдан парваришга боғлиқдир.

Ўрта медицина ходимлари, талабалар травматологик беморлар парваришининг асосий элементларини, қўл-оёқлар, кўкрак қафаси суяклари, умуртқа, чаноқ суяклари синганда, беморларни операцияга тайёрлаш ва ундан кейинги даврдаги парвариш қилишни яхши билишлари керак. Айниқса гипсдаги, скелет тортмасидаги касалларни, болаларни, кекса ёшдаги одамларни ҳамда ётоқ яраси бор беморларни парваришлаш муҳимдир.

Бундан ташқари, травматологик беморларнинг узоқ муддатли даволанишларини ҳисобга олиб ички аъзолар хасталикларини ҳам инобатга олган ҳолда парваришлаш лозимдир. Жумладан, юрак-қон томирлари системаси, нафас олиш, овқат ҳазм қилиш, сийдик чиқариш органлари системаси ва бошқалар.

Скелет суякларининг кўп сонли ва қўшилиб келган синишларида даволаш ва парвариш қилиш муаммосининг долзарблиги йил сайин ошиб борапти.

Ҳозирги вақтдаги шикастланишлар аксарият кўп сонли бўлиб, улар кўп қон йўқотиш, қон айланиш, нафас олиш, модда алмашинувининг ўткир бузилиши билан ўтади. Хирурглар ва травматологларга скелетнинг бир ёки бир неча сегментлари чегарасидаги кўп сонли синишлар билан бирга ички органларнинг зарарланишига доир мураккаб масалаларни ҳал қилиш тўғри келади. Врачлар шикастланганларнинг ҳаёт-мамоти учун курашда, шикастланган орган функциясини тўла-тўқис тиклашда ҳамавақт ҳам ғолиб чиқавермайдилар.

Агар тез ва ошиғич ёрдам кўрсатишда катта тажрибаси бўлган йирик травматологик марказларда кўп сонли шикастларга учраган беморларни даволаш масалалари қониқарли ҳал қилинса, кичикроқ травматологик ва айниқса умумий хирургик бўлимларда бу масалалар кўпинча қийин кўчади. Иккинчи томондан, реанимацион тадбирларнинг активлиги кўп сонли синишларга ортопедик даво қилиш режасини иккинчи ўринга суриб қўяди.

Суякларнинг кўп сонли синишлари юз берган беморларни парвариш қилиш масалалари ҳам етарлича ишлаб чиқилмаган. Бундай беморлар касалхонага ёт-

қизилган вақтдан бошлаб тиббий ходимлар олдида қатор жиддий вазифалар кўндаланг бўлиб туради' (ечинтириб-кийинтириш, санитария жиҳатдан озода қилиш, физиологик вазият ва осойишталик яратиш, ўрин-кўрпа анжомларини алиштириш, овқат едириш, айирув функцияларини таъминлаш, буларнинг ҳаммасини асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилиниб бажарилади).

Кўп сонли шикастларга учраган ҳамма беморларда, айниқса кўкракдаги бирга юз берган шикастларда 2—3-кунни травмадан кейинги пневмония ривожланган. Шунга кўра боғламини суюлтирилган ва унинг кўчишига имкон берадиган эритмаларни (эфедрин, трипсин, спирт буғлари ва б.) интратрахеал микротрахеостома орқали киритиш мақсадга мувофиқ.

Рухий таъсиротни камайтириш, беморни қулай вазиятда ётқизиш учун уни алоҳида палатага ётқизиш, бематол ҳаракатлар қилишни (ҳамшира ёрдамида), яхши ухлашини таъминлаш зарур. Даво муолажаларини беморнинг бедорлик пайтида бажаришга ҳаракат қилиш лозим. Шикаст етмаган тўқималарни массаж қилиш ва даволаш гимнастикаси беморнинг янги вазиятга мослашишига имкон беради.

Гипс боғлами қўйилган беморларни парвариш қилиш алоҳида диққат-эътиборни талаб қилади. Гипс боғламини яхши сақлаш учун қўйидаги қоидаларга амал қилиш лозим:

— гипс синишининг олдини олиш учун бемор қўл-оёғидаги гипс боғлами қотгунча уни столга қўймасдан ушлаб туриш;

— қотган гипс боғламидаги қўл-оёқни қаттиқроқ ёстиққа қўйиш лозим, чунки қаттиқ юзадаги етарлича қотмаган гипс боғламнинг қабарик қисмларида юмшоқ тўқималарга ботиб киради;

— беморни 2—3 нафар тиббий ходим бўғимларини букмасдан кўтариши керак;

— ҳар куни оқлиқларни қоқиш;

— гипс боғлам четларини босилишдан ва синишдан сақлаш;

— жароҳат битишини яхшилаш мақсадида гипс боғламдаги жароҳат соҳасида «дарча» қирқиб қўйиш;

— беморни 7—10 кунда бир марта гипс боғламга нам теккизмасдан ювинтириш керак.

Транспорт иммобилизацияси даврида парвариш қилишнинг асосий қоидалари қўйидагилар:

— имкон борича осойишта шароит яратиш ва шикастланган одамни транспортнинг озор етказмайдиган турида ташиш;

— бош ва бўйин шикастланганда тил орқага кетишининг олдини олиш ва тўғри овқатлантириш ва б.;

— кўкрак қафаси шикастланганда — оғриқ қолдирувчи воситаларни албатта юбориш, ўпка вентилизациясини яхшилаш учун шароитлар яратиш;

— умуртқа поғонаси шикастланганда — ётоқ яраларни профилактика қилиш, сийдик ажратиш ва ич келиш имкониятини таъминлаш;

— чаноқ ва оёқ суяклари шикастланганда чаноқ органлари функцияси устидан кузатиб бориш (ич келиши ва сийдик ажралиши), оёқнинг қон билан таъминланиши, ётоқ яралар профилактикаси.

IX БОБ

КУЙИШ КАСАЛЛИГИДА ПАРВАРИШЛАШ

Иссиқ нарсадан (термик), химиявий моддалар таъсирида (кимёвий) нур энергияси ва электр токидан куйишлар фарқ қилинади.

Куйиш деб, тери ва шиллиқ парда бутунлигининг термик, кимёвий, нур энергияси ва электр токи таъсирида зарарланишига айтилади. Куйиш бу маҳаллий характерга эга бўлиб, тез орада, амбулатория шароитида битиб кетади.

Куйиш касаллиги эса, куйиш таъсирида келиб чиқадиган синдромлар йиғиндисидир. Бу вақтда киши организмнинг ҳамма аъзоларида патологик ўзгаришлар вужудга келади, барча турдаги модда алманишувлари бузилади. Куйиш касаллиги катта майдондаги куйишлар рўй берганда намоён бўлади. Куйиш касаллигида ҳар хил даврлар бўлади (шок, токсемия, септикотоксемия, соғайиш).

Куйиш ва куйиш касаллиги бутун ер куррасида жуда кўп учрайдиган ҳолатдир. Чунки ёниш, ҳар хил жароҳатлар, автотранспортларнинг кўпайиб кетиши ва уларнинг бир-бирлари билан тўқнашуви натижасида келиб чиқадиган ёнғиндан куйиш, ҳарбий саноатимизнинг атом ва ядро бомбалари билан таъминланганлиги, лазер нурларининг кўпайганлиги келажакда ҳам бу турдаги касалликнинг камаймаслигидан далолат бериб турибди.

1990 йилда Россияда 652 минг киши куйиш жароҳатини олган, бу эса 100 минг одамдан 441 киши куйган демакдир. Э. Панованинг 1991 йил ахборотиға қараганда ҳар йили куйишдан 25 минг киши нобуд бўлар экан, бу эса, 100 минг кишидан 17 таси демакдир.

Бизнинг Ўзбекистон Республикасида Р. Т. Султонов, С. Н. Наврўзов ва бошқаларнинг 1991 йил маълумотларига кўра, 1986 йилда 100 ўринга мўлжалланган куйган касалларни даволаш республика маркази очилди. Кейинги вақтларда ўринлар сони республика-мизда 220 дан 620 гача оширилган. Агар норматив бўйича 10 минг кишига 0,4 ўрин бўлса, бу ҳолат бизда ҳали 0, 26 эканлиги қайд этилган. Демак, республикамиз учун 820 ўрин (шундан 495 катта ёшдаги кишилар, 325 болалар) бўлиши керак.

Республикамизда куйган касалларнинг ўлими ҳам собиқ СССРга таққослаб олинганда юқори эканлиги таъкидланган.

Юқорида келтирилган маълумотлар куйган касалларни даволаш, уларнинг ўлимини пасайтириш учун касалликнинг ҳар бир даврида (шок, токсемия, септикотоксемия, тузалиш) беморларни мунтазам парвариш қилиш катта аҳамиятга эга эканлигини тақозо қилади. Куйган касалларни парвариш қилиш ва даволаш жараёнида барча медицина ходимлари, айниқса энагалар, ҳамширалар, талабалар, врачлар: хирург, терапевт, невропатолог, психиатр, болалар педиатрлари иштирок этишлари керак.

Куйишларда рўй берадиган патологик-анатомик ўзгаришлар ва уларнинг клиник кўринишига кўра куйишнинг бир неча даражаларини фарқ қилиш расм бўлган. Тўқималарда куйишнинг чуқурлигига кўра А. А. Вишневский ва ҳамкорларининг қуйидаги классификацияси таклиф қилинган (1960): I даражаси — тери эритемаси, II даражаси — пуфакчалар ҳосил бўлиши; III А — терининг нотўлиқ некрози, бунда оролсимон эпителийланиш бўлиши эҳтимол; III Б — терининг бутун қалинлиги бўйича некрози, IV босқичи — тери ва ичкарида жойлашган тўқималар некрози.

Кўпинча шикастланганларда куйишнинг ҳар хил даражаси бирга учрайди.

Куйишнинг III А даражасида дерманинг чуқур қаватлари ва тери ости клетчаткасида сақланиб қолган тер ва ёғ безлари, шунингдек соч сўғонлари куйган жароҳатнинг ўз-ўзидан эпителийланиш манбаи бўлиб хизмат

қилади. III даражадаги куйишни III А ва III Б га бўлишнинг катта амалий аҳамияти бор. Дастлабки турлари консерватив усулларда, III Б даражада куйишлар эса фақат операция усулида даволанади.

I, II ва III А даражадаги куйишлар юза, III Б—IV даражадаги куйишлар чуқур куйишлар дейилади.

Бироқ клинист куйишдан кейин илк муддатларда тери органоидларининг зарарланиш даражасини аниқлай олмайди.

Тўқималарнинг қандай чуқурликда куйганлигини куйишнинг дастлабки кунларида тахминан аниқланади, холос. Куйиш чуқурлигини аниқлаш қандай куйиб қолганликни билиб олишга ёрдам беради.

Куйиш майдонини аниқлаш учун Б. Н. Постников (1938) ўз методикасини таклиф қилган. У 20 дан 40 ёшгача кишиларнинг ўртача бўйи ҳисоб-китобларини ўтказган ҳар бир соҳанинг терининг умумий сатҳига (16000 см^2) процент (фоиз) нисбатини ҳисоблаб чиқарган.

Б. Н. Постников бўйича куйган юзани целлофан варағи ёки эмульсияси ювиб ташланган рентген плёнкаси ёрдамида ўлчаган. Ўлчамлари 18—24, 24 x 30 ва 30 x 40 см ли бу варақлар қопқоғи ишқаб бекитиладиган шиша цилиндрларда формалин бугларида сақланади.

Куйган юзага тиниқ клеёнка ёки целлофан варағи қўйилади. Сўнгра куйган юза чегараларини метилен яшилининг 1% ли сувдаги ёки спиртдаги эритмасига ҳўлланган пахта ўралган чўп ёки мум қалам билан эҳтиёткорона чизилади. Шундан кейин куйган терига теккан клеёнка ёки целлофан юзаси илиқ сув ёки спиртда ҳўлланган дока шарча билан артилади (жароҳатдан теккан суюқлик ва эпидермис бўлакларидан тозалаш учун) ва бир неча минут қуригунича қолдирилади. Куйиш контури туширилган тиниқ варақ квадрат сантиметрларга бўлинган сетка (тўр) туширилган қоғоз варағи устига қўйилади ва контур чегаралари ичидаги квадрат сантиметрлар сони қайд қилинади.

КУЙИШ КАСАЛЛИГИ

Катта майдондаги куйиш натижасида шикастланган одам организмидаги ўзгаришлар йиғиндиси ҳозир куйиш касаллиги номини олган. У муайян цикллар билан кечади Бу касаллик кечиши 4 даврга бўлиниб,

уларнинг ҳар бири ўз кўринишига эга ва алоҳида даволашни талаб этади.

Касалликнинг биринчи даври куйишдан бўладиган шок, иккинчиси ўткир куйиш токсемияси, учинчиси — септикотоксемия ва тўртинчиси — реконвалесценция (соғайиш). Куйиш майдони нечоғлик катта ва чуқур бўлса, куйиш касаллиги фазалари шунчалик оғир ўтади ва соғайиш шу қадар узоққа чўзилади.

Шокда организм қаттиқ қизишдан ва зарарли омил таъсири зонасидаги нерв охирларининг ўта кучли таъсирланиши оқибатида қаттиқ изтироб ва зарбага дучор бўлади. Қонга зарарланган зона тўқималаридан парчаланиш маҳсулотлари тушиши, марказий нерв системаси идора қилиш функциясининг бузилиши, кўп миқдорда суюқлик ва оқсиллар йўқотилиши организмнинг кўпгина системалари ишини бузади. Гавда сатҳининг 2/3 қисмини эгаллаган катта ва чуқур куйишларда ички органлар иши шу қадар оғир бузиладики беморнинг соғайиб кетиши катта шубҳа остида бўлади.

Ўсаётган организмнинг анатомик-физиологик хусусиятларига кўра катта майдондаги эмас, балки гавда юзасининг 3—5 фонзини ташкил этадиган чуқур зарарланишлар болалар ҳаёти учун хавфли бўлади, чунки улар куйиш шокини келтириб чиқариши мумкин.

Куйиш шоки даври куйиш юз берган заҳоти юз беради ва 2-3 сутка давом қилади. Ҳозирги тушунчаларга кўра куйиш шоки қон суюқ қисми (плазма)нинг атрофдаги зарарланган тўқималарга ва улардан ташқарига тез ўтиши фониди ривожланади. Бунинг натижасида қон ўзанида айланиб юрган плазма ҳажми камаяди, сув-электrolит мувозанати бузилади, қон нисбатан қуюқлашади. Айланиб юрган қон ҳажми камайиши сабабли тўқималарга кислород етказиб берилиши ёмонлашади. Ҳужайралар кислород етишмаслиги — гипоксиядан зарар кўради. Уларда чала оксидланган алмашинув маҳсулотлари йиғилади. Бу ички муҳит доимийлигини бузади ва капиллярлар девори ўтказувчанлиги ошиб, томир ўзанидан суюқлик йўқотилади. Агар бу оғир аҳволни яхшилаб бўлмаса, беморда қайтмас ҳолат вужудга келади. Шок ҳолатидаги бемор оғриқдан нолимайди, унинг ранги оқариб кетган, ланж ва бефарқ бўлади. Кўпинча у қаттиқ ташна бўлади, бироқ ичилган сув қайт қилишни қўзғатади ва у организмдан чиқиб кетади.

Сийдик ажралиши билинарли даражада камаяди,

энг оғир ҳолларда эса батамом тўхтайди. Пульс тезлашади, қон босими тушиб кетади.

Замонавий даволаш методлари деярли ҳамиша беморни шок ҳолатидан чиқаришга имкон беради. Бироқ бунинг учун даволашни жуда эрта—ички органлар тўқималарида қайтмас ўзгаришлар ривожланишига қадар бошлаш керак. Шокка қарши профилактика ва даволаш куйиш шоки белгилари аниқ юзага чиқмаган ёш болалар учун айниқса муҳим. Гўдак болада компенсатор ва идора қиладиган механизмлар ҳали етарлича ривож топмаганлиги сабабли даволаш нимагадир ўтказилмаётган ёки чала ўтказилаётган бўлса, беморнинг умумий аҳволи тўсатдан ёмонлашиб қолиши мумкин.

Касалликнинг кейинги фазаси — ўткир куйиш токсемиясидир. Куйиш касаллигининг токсинли фазасида тўқималарда йиғиладиган суюқлик яна қон ўзанига туша бошлайди. Қон концентрацияси суюқланади, камқонлик орта боради, плазмадаги оксил миқдори тобора камайиб боради, СОЭ ошади. Айни вақтда организмнинг некрозланган тўқималардан тушган қоннинг заҳарли парчаланиш маҳсулотларидан ва куйган жароҳатда тез ривожланадиган инфекциянинг ҳаёт фаолияти маҳсулотларидан заҳарланиш содир бўлади. Тери юзасида доимо яшайдиган микрофлора тери бутунлиги бузилмаганда одамда ҳеч қандай касаллик кўзғатмайди. Тери шикастланганда инфекция одам танаси ичига осонликча киради, у ерда кўпаяди ва организмни ўз ҳаёт фаолияти маҳсулотлари билан заҳарлай бошлайди.

Куйишдаги ўткир токсемия, юқори иситма, тез ривожланадиган камқонлик билан ўтади, ўпка яллиғланиши, жигар ёки буйрак касалланиши билан ўтади. Бу даврда беморда тана ҳарорати бирдан кўтарилади, у алаҳлайди, эси кирарли-чиқарли бўлиб қолади, талваса тутаяди. Уйқусизлик бошланади, иштаҳа деярли бўлмайди. Бемор инжиқ бўлиб қолади, овқатдан юз ўгиради, уйқуси ёмонлашади. Бемор қанча ёш бўлса, куйиш интоксикацияси шунчалик оғир кечади, периферик қондаги ўзгаришлар яққол бўлади, ички органлар томонидан асоратлар (пневмония, диспепсия, куйишдан бўладиган скарлатина, стоматит, отит, меъда-ичак йўлининг ўткир яралари ва б.) кўп ривожланади.

Актив умумий даволаш бу даврнинг ўтишини осонлаштириши ва унга қўшилиб келадиган асоратлар пайдо бўлишининг олдини олиши мумкин.

Учинчи давр — септикококсемия — некроз бўлган тўқималарда йиринг ҳосил қиладиган инфекциянинг тез ривожланиши билан боғлиқ. Микроблар ажратадиган ферментлар иштирокида куйган жойдаги ўлган тўқималар эриб кетади ва кўчиб тушади. Жароҳатдан чиқаётган ажралмалар билан бирга бемор организмига керакли оксилларнинг кўп миқдорини ўзи йўқотади, бу ички органлар ишига ва модда алмашинувига салбий таъсир қилади. Айни вақтда организм микробларнинг ҳаёт фаолияти маҳсулотларидан муттасил заҳарланиб туради. Микроб заҳари — токсинлар таъсири камқонликка олиб келади, бош мия, юрак, жигарнинг нормал ишини бузади, организмнинг ҳимоя кучларини янада камайтиради. Беморнинг ҳар қандай органига тушган йиринг пайдо қилувчи микроблар уларда ўрнашиб қолиши ва кўпайиб йирингли ўчоқлар ҳосил қилиши эҳтимол. Шу тариқа қон айланиши юз беради. У бемор ўлимига сабабчи бўлиши мумкин.

Яллиғланиш, атрофик ва дистрофик табиатидаги ҳар хил асоратлар (пневмония, плеврит, перикардит, паренхиматоз гепатит, нефрозонефрит, флегмона ва абсцесслар) касалликнинг учинчи даври учун жуда хос. Оғриқ сезгилари, иситма бемор нерв системасини ҳолдан тойдиради. Болалар инжиқ бўлиб қоладилар, ёмон ухлайдилар, овқатдан юз ўгирадилар, даволаш муолажаларидан бош тортадилар.

Куйишдан 2—2,5 ҳафта ўтиши билан бемор озиб кетади. Катта куйган жароҳат узоқ вақт тузалмаганда бемор чўп-устихон бўлиб ориқлаб кетади. Териси қайишқоқлигини йўқотади, суяк дўмбоқлари яққол кўриниб қолади. Бунинг натижасида ётоқ яралар пайдо бўлади.

Ориқлаб кетган беморни ўз ҳолига келтиришга ҳамма вақт ҳам эришиб бўлмайди, йўқотилган тери қопламини тиклайдиган хирургик даволаш, қон, плазма қуйиш, организм қаршилигини оширадиган антибактериал терапия ва бошқа воситалар бундай беморларга даво қилишда ёрдам бериши мумкин.

Репаратив жараёнлар яхши кечганда қорақўтир тўлиқ кўчиб тушадиган вақтга келиб ҳарорат пасаяди, оғриқ тинчийди, шиш камаяди, грануляциялар пайдо бўлади. Бу даврда тери қопламининг тикланиши организмда катта йирингли жароҳат борлиги билан боғлиқ ҳамма патологик ўзгаришларни тугатишнинг асосий усули ҳисобланади.

Куйиш касаллигининг тўртинчи даври — реконвалесценция (соғайиш). Бу фаза ичида оғир жисмоний ва руҳий травмани бошидан кечирган организмнинг ҳамма функциялари нормага кела бошлайди. Бу даврининг илк босқичи чуқур куйишларда тери қопламани операция йўли билан тўлиқ ёки деярли тўлиқ тиклаш вақтидан бошланади. У ички органлар томонидан касаллик белгилари йўқолгунча ва бемор организми функциялари тиклангунча давом қилади. Масалан, бола учун бу нормал уйқу, иштаҳанинг тикланиши, атрофдаги воқеаларга қизиқиш, озодаликка эҳтиёж сезиш, мустақил юриш деган гапдир. Мактаб ўқувчилари ўзини-ўзи уддалайдилар ва ўқишга қобилиятли бўладилар.

Катта ва чуқур куйишлардан кейин соғайиш даври узоқ вақтгача чўзилади. Бу давр ичида консерватив ва оператив даволаш ёрдамида зарарланган бўғимлар соҳасида чандиқланиш оқибатида йўқотилган ҳаракатлар тикланади ва косметик нуқсонлар бартараф қилинади.

КУЙИШ КАСАЛЛИГИНИНГ ТУРЛИ ДАВРЛАРИДА КУЙГАН БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ

Куйиш касаллигининг дастлабки даврида куйиш шоки белгилари йўқолгунча ва умумий ҳолат барқарор бўлгунча бемор реанимация бўлимида ётади.

Куйиб қолган беморга шокка қарши терапия ўтказиш даврида тиббий ҳамшира ва талабанинг роли бениҳоя катта. Уларнинг асосий вазифалари ҳамма кўрсатмаларни пухта бажариш, врач назорати остида венага томчи дорилар қуйишни кузатиб бориш ва рўй бераётган ҳамма ўзгаришларни қайд қилиш ҳисобланади. Куйиш касаллиги биринчи даврини даволаш асосини трансфузион терапия ташкил қилишини ҳисобга олган тиббий ҳамшира ва талаба тери ости веналарини пункция қилишни яхши эгаллаган бўлиши лозим, чунки пункция қилинган венада игнанинг тиқилиб қолиши ёки бемор аҳволининг бирданига ёмонлашуви палатада дори препаратларини шошилишч юборилишини талаб этади.

Трансфузия тугагандан сўнг игна венадан олинади, игна санчилган жойга 10—15 минутга стерил шарча қўйилади. Қон оқиши тўхтагандан 30 минут — 1 соат ўтгач инъекция қилинган жой енгил массаж қилинади.

Суюқлик юбориш вақтинча тўхтатилган, катетер

эса венада қолган бўлса, тромб ҳосил бўлишининг олдини олиш учун унинг бўшлиғига 5мл изотоник натрий хлорид эритмаси 0,1 мл гепарин билан юборилади, сўнгра канюла қопқоқ билан бекитилади, пластир ёпиштирилади ва шу соҳага стерил боғлам ёки наклейка қўйилади.

Трансфузион терапия олаётган ҳар бир беморга «шок варағи» очилади. Унга беморнинг фамилияси, исми ва ёши, касаллик тарихи номери, шокка қарши даво бошланган кун ва соат ёзиб қўйилади. Тиббий ҳамшира ҳар 2 соатда кўрсатмалар картасига артериал босим, бир минутдаги пульс частотаси ва нафас олиш сони, тана ҳарорати, ажратилган сийдик миқдорини ёзиб қўяди, агар бемор қайт қилган бўлса, қайт массаси ҳажмини, ичилган суюқлик миқдорини, ахлати қандайлигини ва бошқа ўзгаришларни (безовталиқ, алаҳлаш, ҳушдан кетиш ва б.) қайд этади. Беморнинг рангги ўчиб кетаётганини, артериал босими тушиб кетганини, пульс ва нафаси тезлашганини, қусиши, кам сийишини пайқаган ҳамшира бу симптомлар ҳақида тезда врачга хабар қилиши керак. Картада шунингдек қўйиладиган суюқликлар миқдори ва таркиби кўрсатилади. Масалан, ҳамшира бемор соат 6 дан 8 гача вена орқали 400 мл плазма олгани, 3 та кислород ингаляцияси қилингани, соат 8 дан 12 гача эса 400 мл полиглюкин, 150 мл қон қўйилганини айтади. Бу маълумотларни ва беморнинг умумий ҳолати динамикасини таҳлил қилган врач шокка қарши трансфузион терапиянинг қандай наф бераётганига баҳо беради ва даволаш схемасига ўзгартиришлар киритади.

Қўйишдан бўладиган шок ҳолатидаги беморларга кислород ингаляциялари намланган кислород билан бурун катетери орқали ўтказилади. Катетер учта учи бўлган ингичка резина найчадан иборат: иккита юмалоқланган учига вазелин суртилиб бурун йўллариغا киритилади, найчанинг учинчи учи тройник орқали намланган кислород оқимига уланади. Катетернинг пастки қисмини бола лунжига лейкопластир тилиши билан ёпиштирилади. Катетер юборишдан олдин бурун йўлларини қатқалоқдан тозалаш керак.

Катетер ўтказувчанлигини доимо текшириб туриш лозим, чунки унга шилимшиқ тиқилиб қолиши мумкин.

Қўйиш катта майдонни эгаллаганда ажратилган сийдикни қовуққа киритилган катетер ёрдамида ҳисоб-

китоб қилинади. Катетернинг эркин учи пластир билан бемор сонларига маҳкамланади ва резина найчага уланади. Найча каравотга осиб қўйилган ўлчов идишга туширилади. Ҳар 1—2 соатда ажратилган сийдик ҳажми ёзиб қўйилади. Ўртача майдон куйганда ҳар гал ажратилган сийдик ҳисобга олиб борилади.

Ўғил болаларда сийдикдонларни бевосита чов соҳаси терисига ва қовга пластир тилишлари билан ёпиштириб қўйиш мумкин, сийдик йиғиш учун қиз болаларни шиширилган резина суднога ётқизиш мумкин.

Нафас етишмовчилигини профилактика қилишда тиббий ҳамширанинг роли бениҳоя катта. У куйишдан шок бўлган беморда ўткир ёки аста-секин, айниқса тери қопламлари билан бирга нафас йўллари ҳам куйганда, ривожланиши мумкин. Нафас етишмовчилиги бемор ҳушсиз ётганда, тили тикилиб қолганда, трахеобронхиал шохга балғам йиғилиб қолганда ёки нафас йўлларига қусуқ массалари тушганда, шунингдек шиллиқ парда куйиши сабабли товуш ёриғи бекилиб нафас йўллари шишганда пайдо бўлади. Нафас етишмовчилигида аввалига бемор безовталанади, нафаси қисиб бурун парраклари кенгаяди, сўнгра нафас олишда қовурғалараро оралиқлар ичига тортилади, лаб ва тирноқлар, тери қопламлари кўкимтир тусга киради, оқибат-натижада нафас тўхтаб қолиши мумкин. Бу симптомлар пайдо бўлганда ҳамшира врач етиб келгунча беморнинг пастки жағини олдинга тортиши, электр сўрғич ёрдамида оғзи ва бурнидаги нарсаларни тозалаш, намланган кислород беришни йўлга қўйиши лозим. Нафас тўхтаб қолганда зудлик билан сунъий нафас олдира бошлаш керак. Нафас йўлларига қусуқ массалари тушмаслиги учун қусиш белгилари пайдо бўлиши билан бемор бошини ён томонга буриш, лунжи тагига бир неча қават қилиб букланган сочиқ ва буйраксимон идишни қўйиш лозим. Бола қусиб бўлгунча уни ёлғиз қолдириб бўлмайди. Қусишда овқат ва сув беришга рухсат этилмайди.

Қуйишдан шок бўлган беморларга овқат ва суюқликни фақат врач рухсати бўйича, шунда ҳам оз-оздан, яхшиси чой қошиқда берилади.

Шу даврнинг ўзида зонд билан қўшимча овқатлантириш йўлга қўйилиши мумкин, бу бемор овқатдан юз ўгиришига қарамай, организмига юқори калорияли витаминланган озиқли моддалар тушишини таъминлаш имконини беради.

Зонд орқали овқатлантириш учун аралашма таркибига: қуруқ ва янги сут, сариёғ ва ўсимлик мойи, тухум, қанд, асал, аскорбинат кислота, С ва В гуруҳидаги витаминлар кирази. Зонд орқали овқатлантириш учун глицерин суртилган ингичка хлорвинил зондни врач бемор бурни орқали меъдасига киритади ва уни қаншарига пластир тилиши билан маҳкамлаб қўйилади. Зонднинг ташқи учига игна кийгизилиб, у орқали система ёрдамида озиқли аралашма минутига 60 томчи тезликда юборилади.

Куйиш касаллигининг бу босқичида ва бундан кейингиларида ҳамшира боғлам ҳолати, беморнинг каравотдаги ҳолати устидан, соғлом тери соҳалари, чов, оғиз бўшлиғининг гигиенасига риоя қилинишини кузатиб боради. Беморни осойишта муҳофаза режими билан таъминлаш, шовқин каби зарарли омилларни бартаф этиш лозим.

Беморнинг гавда оғирлиги кўрсаткичлари динамикасига баҳо бериш учун оғирлигини ҳар куни ўлчаш керак. Кичик ёшдаги болаларни тортиш учун болалар тиббий тарозиси, катта ёшдагилар учун каравот-тарозидан фойдаланилади.

КУЙИШ КАСАЛЛИГИНИНГ ИККИНЧИ ДАВРИДА ПАРВАРИШ ҚИЛИШ

Бу даврда тўғри парваришлаш ва врач кўрсатмаларини пухта бажариш бемор ҳаётига жиддий хавф соладиган асоратларнинг олдини олиши мумкин.

Куйиш касаллигининг иккинчи даврида трансфузион даволаш давом қилиши туфайли тиббий ҳамшира палатада томчилар қуйиш устидан аввалгидай кузатиб бориши керак. Агар булар йирик венага катетер орқали бажарилаётган бўлса, ҳар бир муолажа катетерга гепарин эритмаси юбориш билан тугалланади. Шундан кейин канюла тешиги қопқоқ билан бекитиледи ва катетер учини маҳкам ушлаб турадиган боғлам қўйилади.

Катта куйишларда куйишнинг 3-суткасидан бошлаб одатда антибиотикларни парентерал юбориш тайинланади.

Куйиш касаллигининг бу даврида парварииш қиладиган ходимлар ўпкадан бўладиган асоратларнинг олдини олиш чораларини кўрадилар. Пневмония ривожланишига йўл қўймаслик учун болани кўпинча кўта-

риб юриш керак. Каттароқ болаларга қаддини баланд қилиб ётқизиш, уларни бир неча марта чуқур нафас олишга мажбур қилиш (нафас гимнастикаси) ёки ҳаво шарини пуфлатиш зарур. Палатани мунтазам шамоллатиб туриш лозим.

Доимо қон ва плазма қуйиб туриладиган куйиш бўлими зардоб гепатити юқиш хавфи юқори бўлган стационарлар қаторига киради. Бу асоратни профилактика қилиш учун умумий санитария қоидаларидан ташқари, ҳамма инструментларни ишончли стериллаш, бир марталик шприцлар ва системалар қўлланиш, битта шприцнинг фақат игнасини алиштириб бир неча беморларда ишлатилишига йўл қўймаслик зарур.

Бу даврда беморнинг бадан терисини парвариш қилишнинг аҳамияти катта, бу йирингли касалликлар ва ётоқ яраларнинг олдини олади. Ўринбош оқлиқлари ва ич кийимларни тез-тез алиштириш, терининг соғлом қисмларини камфора спирти билан артиш терининг нафас ва ажратиш функциялари яхшиланишига имкон беради, бемор вазиятини вақти-вақтида ўзгартириб туриш эса терида қон айланишини яхшилайд.

Оғир куйишга учраган беморларнинг сочини олдириб туриш керак. Бу уларни парвариш қилишни осонлаштиради. Қирқилмаган сочларни чанг ва қазғоқдан тозалаш учун ҳар куни тараб туриш керак.

Бемор оғзини ҳар куни 2% ли натрий гидрокарбонат эритмаси билан санация қилиш лозим. Бу шиллиқ пардада яллиғланиш ўзгаришларининг (стоматит ва оғиз оқариш касаллиги) олдини олади ва иштаҳани яхшилайд.

Меъда-ичак йўли ишини назорат қилиш ҳам иштаҳа очилишига ва овқат ҳазм бўлишининг яхшиланишига имкон беради. Агар беморнинг ичи келмаса, клизмалар қилишга тўғри келади. Тиббий ҳамшира ахлат, сийдик ва қусуқ массаларининг қандайлигини кузатиб бориши шарт. Кўриниши ва консистенцияси одатдагидан фарқ йиғиш, врачга кўрсатиш ва текширишга юбориш лозим. қиладиган қусуқ массалари, сийдик ва ахлатни албатта «Кофе қуйқаси» кўринишига эга қусуқ массаси ва қатронсимон ахлат меъда ёки ичакларда қонаб турадиган яралар борлигидан далолат беради. Бу куйиш касаллиги иккинчи даврининг ғоят жиддий асоратидир. Бунда болага тинч шароит яратиш, гавдасига баланд вазият бериш, тўш ости соҳасига музли халтача қўйиш, совитилган ва қирилган овқатларни фақат врач рухсати би-

лан бериш керак. Шилимшиқ қон аралаш суюқ ич кетиши ичакнинг ўткир инфекцион касаллиги қўшилганидан дарак беради. Касал бўлган одам бошқалардан ажратилиши, атрофдаги кишилар эса бактерия ташувчиликка текширилиши керак.

Буйракдан бўладиган асоратларда ажратиладиган сийдик миқдори камайиб кетади. Сийдик гўшт чайиндиси рангига киради, лойқа бўлиб қолади. Жигар томонидан бўладиган ўзгаришлар сийдик ва ахлат рангини ўзгартиради, сийдик тўқ рангли пивога ўхшаб қолади, ахлат эса рангсизланади.

Тўғри овқатланишни ташкил қилиш куйган беморларни даволашда муҳим вазифа ҳисобланади. Беморни овқатлантиришда қийинчиликлар пайдо бўлади. Аксариyat беморларда иштаҳа деярли бўлмайди, баъзан эса у овқатдан батамом юз ўгиради. Шунинг учун овқат мазали қилиб тайёрланиши керак. Беморга овқатни оздан бериш керак. Бир неча қошиқ қуюқ овқат берилгач чой, шарбат, апельсин ёки олма бўлакчасини едириш* лозим.

Беморга меҳрибонлик кўрсатиш ва айна вақтда мавриди келганда қаттиққўллик қилиш, уни изтироблардан чалғитиш тиббий ҳамширага бу муаммони ҳам енгишга имкон беради.

Болани боғлам боғлаш вақтида эмас, балки улар орасида, баъзан эса тунда ҳам безовта қилгнса, у ишжиқ, ланж бўлиб қолади, яхши ухлай олмайди. Боланинг қониб ухлаши учун оғриқ қолдирадиган, ухлатадиган ва тинчлантирадиган воситалардан фойдаланишга тўғри келади. Уларни врач тайинлайди. Дориларнинг болага қандай таъсир қилаётганини навбатчи тиббий ҳамшира врачга айтиб туриши керак. Шу ахборотга кўра врач наркотик модда дозасини ўзгартириши, бир препарат ўрнига иккинчисини тайинлаш мумкин.

Ҳамшира боланинг яхши ухлаши учун осойишталикни сақлашни, ёруғ лампа ёқмаслиги, бола тонгга яқин ухлаб қолган бўлса, эрталабки ҳароратни ўлчаш ёки дори бериш учун уйғотмаслиги керак. Тинч уйқу бола учун даволаш каби муҳимдир.

Тиббий ҳамшира куйган жароҳатга қўйилган боғламнинг ҳолатини кузатиб бориши керак.

Боғлам зарарланган соҳани қисмаслиги, бўғимлар функциясини чеклаб қўймаслиги, кўз, орқа чиқарув йўли, сийдик чиқариш каналини бекитиб қўймаслиги керак. У қуруқ жароҳатни яхши ёпиб турадиган бўли-

ши керак. Боғламга сийдик ёки ахлат текканда унинг ташқи қаватларини алиштириш керак. Чуқур куйишдан кейин 10—12-кундан бошлаб ўлган тўқималарнинг эриши сабабли жароҳатдан йиринг чиқа бошлайди. У жароҳатга боғланган боғламга шимилади. Агар боғлам нам бўлиб қолса, йиринг ўринбош оқлиқларининг ифлослантимаслиги учун ҳамшира унинг устидан бинтлаши лозим. Боғлам жуда намланиб кетганда уни янгидан бинтланади. Ҳар қандай даво муолажаларини ўтказишда тиббий ходимлар қўлнинг тоза бўлишига эътибор беришлари лозим. Боғламда кўк-яшил рангдаги йирингли суюқлик пайдо бўлганда ходимлар санитария-гигиена қоидаларини бажаришга айниқса эътибор беришлари керак.

КУЙИШ КАСАЛЛИГИНИНГ УЧИНЧИ ДАВРИДА ПАРВАРИШЛАШ

Ўткир куйиш токсемияси давридаги куйганларга даво қилиш қоидалари куйиш касаллигининг учинчи босқичига ҳам тааллуқли. Парваришлаш эҳтимол тутилган асоратларнинг олдини олишда аввалгидай биринчи ўринда туради. Палатанинг гигиеник ҳолатига, бемор бадан териси ва шиллиқ пардаларини парваришлашга, ўринбошнинг озодалигига ўпка, меъда-ичак йўллари ва бошқа органлардан бўладиган асоратларни профилактика қилишга бутун эътиборни қаратиш лозим. Бундан ташқари, касалликнинг учинчи даврида кучли овқатлантириш, бўғимларда ҳаракатларни тиклашга ҳаракат қилиш ва беморда кўтаринки руҳни қувватлаб туриш катта аҳамиятга эга.

Оғир ётган беморларни бу даврда бурун орқали меъдага туширилган зонд орқали қўшимча овқатлантириш мумкин. Зондни врач киритади ва у беморга халақит бермай меъдада узоқ вақт қолиши мумкин. Овқат бериш ўртасидаги танаффусларда зонд бўшлиғи тиқин билан бекитилади ва пластр билан қулоқ орқасига ёпиштириб қўйилади. Тиббий ҳамшира бемор зондни чиқариб юбормаслиги устидан кузатиб бориши лозим, чунки уни қайта киритиш бемор учун ёқимсиз тадбирдир. Зонд орқали овқатлантиришни тиббий ҳамшира томчи ҳусулда ўтказад, уни ўтказиш учун тиниқ пластмассадан ишланган ва зонднинг эркин учига уландирилган трансфузия системасидан фойдаланиш мумкин. Озиқ-ли аралашмалар сифатида суюқ озиқ-овқат маҳсулот-

ларидан тайёрланган эмульсиялар (шакар қўшилган суюқ қаймоқ, тухум, гўшт бульони) ва оқсил гидролизатлари (аминопептид) ишлатилади. Аралашма юбориш тезлиги беморда ҳеч қандай ёқимсиз сезгилар пайдо қилмаслиги керак.

Куйиш касаллигининг учинчи босқичида оғир даражада куйган беморлар гормонал даволаш оладилар. Гормонлар кучли таъсир қиладиган препаратлар. Улар қўлланиши туфайли модда алмашинуви нормага тушади, аллергияк яллиғланиш реакциялари ривожланиши тормозланади ва тикланиш жараёнлари кечиши учун қулай шароит вужудга келади. Одатда гормонал препаратлар таблеткаларда тайинланади (кунига 6—8 таблеткадан), лекин парентерал юборилиши ҳам мумкин. Даво курсини пала-партиш ўтказиш бемор учун жиддий асоратлар билан тугайди. Шунинг учун гормонал даво олаётган беморлар постдаги тиббий ҳамширанинг махсус ҳисобида туришлари, врач тайинлаган даволаш курси эса оғишмай ва пухталики билан ўтказилиши керак.

Бўғимларда ҳаракат қийинлашиб қолишини профилактика қилиш бемор вазиятини ўзгартириш, шунингдек бўғимлардаги пассив ва актив ҳаракатлар ёрдамида амалга оширилади. Бемор эрталаб даволаш физкультураси методисти билан индивидуал дастур бўйича шуғулланади, эришилган натижаларни мустақамлаш учун ҳаракатлар бир неча мартадан эрталаб ва кечқурун такрорланиши керак. Бемор тўшаги ёнида бўладиган навбатчи тиббий ҳамшира беморга методист топшириғини бажаришни эслатиб туриши ва унинг бажарилишини кузатиб туриши лозим. Зарурат бўлганда беморга қўмаклашиш — вазиятни ўзгартириш, копток узатиш, бўғимни керакли вазиятда тутиб турадиган лонгетани маҳкамлаш керак.

Куйиб қолган беморнинг руҳиятига стационарда узоқ вақт бўлиш, мажбурий ҳолат, жароҳатлардаги оғриқ, манипуляция ва боғламлар боғлашда оғриқ туриши, иситма, интоксикация салбий таъсир кўрсатади. Батартиб кийинган, босиқ ва мулойим, болага она каби меҳрибон тиббий ҳамшира унинг кўнглига йўл топа олади.

Тиббий ҳамшира оғир аҳволдаги касал болани асло койимаслиги ва силтамаслиги, оғриқли муолажалар билан қўрқитмаслиги, аҳволнинг оғирлиги ҳақида гапирмаслиги керак.

ОПЕРАЦИЯДАН ОЛДИНГИ ТАЙЁРГАРЛИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Янги чуқур куйишларда ва куйиш оқибатлари юз берганда тери пластикаси операциялари қилинади. Улар ёрдамида йўқотилган тери қоплами икки марта тикланади ёки чандиқли деформация ва контрактуралар бартараф этилади. Бемор операцияга тайёрланиши керак. Чандиқли ўзгаришлар сабабли планли тартибда операция йўли билан даволанишга келган беморларга операциядан олдинги даврда чандиқларни юмшатиш ва чўзиш учун иссиқ муолажалар ва даволаш гимнастикаси тайинланади. Ўткир куйишга учраган беморлар терини кўчириб ўтказишга боғламни тез-тез алиштириш, такроран қон, оқсил препаратлари қуйиш, қон яратилишини яхшилайдиган витаминлар ва препаратлар юбориш йўли билан тайёрланади.

Беморни руҳий тайёрлашнинг муҳимлигини ҳам эътибордан соқит қилмаслик керак. Кичкинтойларни одатда бўлажак операция ҳақида огоҳлантирилмайди, бироқ мактаб ўқувчисига операция қилишнинг зарурлиги, бунда ҳеч оғриқ сезгилари хавф солмаслигини яхшилаб тушунтириш ва бўлажак операция олдидаги қўрқувни йўқотишга ҳаракат қилиш лозим.

Беморни операцияга тайёрлаш шунингдек айрим лаборатория текширувлари ўтказишни ўз ичига олади. Беморнинг сийдиги ва қони текширилади. Қолган ҳолларда қўшимча текширувлар, масалан, кўкрак қафаси рентгеноскопияси ёки суяклар, бўғимлар рентгенографияси тайинланади. Операцияга бевосита тайёргарлик бир кун олдин бошланади. Умумий ванна (ўткир куйишга учраган бемор жароҳатига албатта боғлам қўйилади, буни даволовчи врач қилади) ва оқлиқларни алмаштирилади. Ичаклар тозалаш клизмаси ёрдамида тозаланади. Енгил кечки овқат берилади. Кечқурун ухлатадиган, тинчлантирадиган ва оғриқ қолдирадиган воситалар берилиши шарт.

Болаларда терини кўчириб ўтказиш операцияси ҳамиша умумий оғриқсизлантириш йўли билан ўтказилади. Шунинг учун операция бўладиган кунни болага овқат бермаслик керак. Операциядан 40 минут олдин болага қовуқни бўшатиш таклиф қилинади, сўнгра анестезиолог-врач тайинланган премедикация қилинади. Операция хонасига болани албатта ётган ҳолатида олиб кириш керак.

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ПАРВАРИШ

Тиббий ҳамширанинг операциядан кейинги даврдаги роли ниҳоятда катта. Операциядан кейин яхши парвариш қилмаслик мураккаб ва узоқ давом қилган операция фойдасини йўққа чиқариши мумкин. Беморни операция қилгандан кейин интенсив терапия палатасига ётқизилади, у ерда наркоз ва реанимация учун зарур кислород, аппаратлар, дори-дармонлар бўлади. Бемор операция хонасидан олиб келингунча каравоти грелкалар билан иситиб қўйилади. Операция қилинган соҳаларни иммобилизация қилиш учун кўпинча гипс лонгеталар қўлланилади, операция қилинган бемор каравотининг матраци остига ёғоч шчит қўйилади, бунда ўринкўрпа тушиб кетмайди ва гипс боғлам шаклининг ўзгаришига йўл қўйилмайди. Операция қилинган қўл-оёқ қўйиладиган жойга матрац ҳўл бўлишининг олдини олиш учун клеёнка ва пелёнка ёзиб қўйилади. Гипс боғлам намлигининг буғланиши учун операциядан кейин 1—2-суткаларда гипс боғлам устига адёл ёпмаслик керак. Шишларни камайтириш, юмшоқ тўқималар босилишининг олдини олиш ва қон айланиши бузилмаслиги учун операция қилинган жойни баландроқ кўтариб қўйилади.

Агар боғлам қўйилган жойдаги шиш орта борса, навбатчи врачни чақириш керак. Боғлам унинг ёрдамида узунасига қирқилади ва бинт билан яна маҳкамланади.

Тери пластикаси операциясидан кейин операциядан кейинги маҳаллий асоратларни профилактика қилиш учун кўчириб ўтказилган жой яқинига музли халтача қўйиш тавсия қилинади. Врач кўрсатмаларига биноан тери кўчириб ўтказилган жой хирургик операциядан кейин дастлабки 5 кун мобайнида совитиб турилиши керак. Совитилган тўқималарда кислородга эҳтиёж камроқ бўлади ва улар операция сабабли қон айланишининг вақтинча бузилишини осон ўтказади. Агар операция умумий оғриқсизлантириш усулида ўтказилган бўлса, бемор ўринга чалқанча ҳолатда ёстиқсиз ётқизилиши ва устига адёл ёпиб қўйилиши керак, оёқларига грелка қўйилади. Грелка ишлатишда ҳамшира ундан сув силжимаётганлигини текшириб кўриши ва куйиш рўй бермаслиги учун грелкани сочиққа ўраб қўйиши лозим. Одатда беморни палатага операция вақтида қўйилган томчилаб суюқлик қуйиш системаси билан олиб

келинади. Беморнинг эс-ҳуши тўлиқ тикланмаганлиги сабабли у ҳаракат билан игнани венадан чиқариб юбориши, боғламга зарар етказиши мумкин, шунинг учун ҳамшира бемор уйғонаётган даврда айниқса зийрак бўлиши керак.

Уйғониш даврида кислород терапия ўтказиш ва беморда қусиш пайдо бўлса, қусуқ массаларининг кекирдакка ўтмаслиги устидан кузатув олиб бориш керак. Наркоздан кейин одатда қаттиқ ташналик пайдо бўлади, шунга қарамай суюқлик миқдорини кескин чегаралаш лозим, чунки сув такрор қусишга сабаб бўлиши мумкин. Кейинчалик, врач кўрсатмаларига амал қилиб, ичимлик ичишни аста-секин кўпайтириш ва овқат бера бошлаш керак. Қандай ва неча марта овқатланишни врач тайинлайди.

Тиббий ҳамшира бемор табиий эҳтиёжлари сонини ва аввало сийдик миқдори ва қандайлигини кузатиб боради, операция вақтида қўйилган боғлам ҳолатини ва беморнинг аҳволи-руҳиятини, юриш, туришини, шикоятларини кузатади, пульс ва нафас частотасини, гавда ҳароратини ўлчаб боради. Ҳароратнинг тўсатдан кўтарилиши, нафас ёки юрак етишмовчилигининг илк белгилари пайдо бўлиши, сийдик тутилиши, боғламга қон шимилиши, беморнинг безовта бўлиши — буларнинг жами ўпкада асоратлар пайдо бўлганини кўрсатиб, операциядан кейинги 1-суткада ингаляциялар ва кўкрак қафасига горчичниклар тайинланади. Терини кўчириб ўтказиш операциясидан кейин иккинчи суткада беморни парвариш қилиш янада қийинлашади. Умумий оғриқсизлантириш усулини қўллаб жароҳат ўраб боғланади. Хирург тери кўчириб олинган жойлардан боғламларнинг юқори қаватларини бўшатади, сўнгра беморни мажбурий вазиятда ётқизиб донор соҳалари очиқ қолдирилади. Сўнгра соллюкс электр лампаси ёрдамида бу соҳалар қурилади. Лампа бемордан 75 см — 1 м масофада ўрнатилади. Бемор қизиб кетмаслиги учун лампани 30—45 минут қиздирилгандан сўнг 15 минутдан танаффус қилинади.

Донорлик участкаларининг қаерда жойлашганига кўра донорлик жароҳатида қорақўтир пайдо бўлгунча беморни 6—8 кунгача қорнида чалқанча ёки ёнбошида, яъни мажбурий ва ноқулай вазиятда ушлаб туришга тўғри келади. Оғриқ қолдирувчи препаратларни мунтазам қўлланиш ва психологик таъсир ёрдамида бемор учун қийин бўлган бу даврни енгиш мумкин. Операция-

дан кейин 6—8-суткада донорлик жароҳатидаги бир қаватли салфеткалар уларга шимилган лимфа билан бирга қуриydi ва ўткир оғриқ сезгилари йўқолади. Бу даврга келиб бемор мажбурий ҳолатга ўрганиб қолади. Донорлик жароҳатларини қуритиш уларга инфекция тушишининг олдини олади. Кейинчалик бир қават докка остидаги қорақўтир тагида битиш бошланади ва у операциядан кейин 10—15-кунга келиб тугалланади.

КУЙГАНЛАРНИ ЖАРОҲАТИНИ БОҒЛАШГА ТАЙЁРЛАШ

Беморни тери пластикаси операциясига тайёрлаш даврида жароҳатга боғлам қўйиш билан бирга ванналар қилинади. Бундай ҳолларда палата тиббий ҳамшираси ва санитарка оғриқ қолдирадиган препаратлар юборилганидан кейин беморни ванна хонасига олиб борадилар. Ваннада боғламни ушлаб турган ҳамма бинтлар қайчи ёрдамида эҳтиётлик билан қирқилади ва олиб ташланади. Бемор жароҳатга ёпишиб турган боғламлари билан илиқ сув тўлдирилган ваннага солинади. Санитарка ваннани олдиндан мочалка билан совунлаб ва дезинфекция қиладиган эритма (0,5 % ли тинитилган хлорли оҳак эритмаси, 2% ли хлорамин эритмаси) қўшиб ювади. Ваннадаги қўнғир рангли доғлар 3% ли водород хлорид кислота эритмаси билан артилади, сўнгра ваннани қайноқ сув билан чайиб, ҳарорат $+36^{\circ}\text{C}$ сув билан тўлдирилади. Беморни ваннага солишдан олдин сувга калий перманганат эритмаси қўшиб унга оч-пушти ранг берилади. Ўзига сувни шимдириб олган салфеткалар жароҳат юзасидан аста-секин кўчиб туша бошлайди. Салфеткалар кўчиб тушгандан кейин беморни ваннадан олинади, тоза чойшаб ёзилган каталкага ётқизилади ва гавдасининг соғлом қисмларини эҳтиётлик билан артилади. Бемор совқотмаслиги учун яра боғлайдиган тиббий ҳамшира ва даволловчи врач беморнинг жароҳатларига шу ваннанинг ўзида боғлам боғлашлари мумкин. Боғламга ишлатиладиган антисептик эритма бир оз илтилилиши лозим.

Беморни қаттиқ оғриқдан ҳоли қилиш учун катта куйишларда яра боғлаш наркоз остида бажарилади. Наркоз қилиб яра боғлашдан олдин беморга овқат бермаслик керак. Яра боғлашдан 20—30 минут олдин врач-анестезиолог премедикация тайинлайди, (тери остига атропин, оғриқ қолдирувчи, ухлатадиган препаратларни юборишни ўз ичига олган дори-дармонлар

билан тайёрлаш). Бу препаратларни палата тиббий ҳамшираси ёки анестезиолог тиббий ҳамшира юборади ва беморни каталкага эҳтиётлик билан ётқизади, санитарка эса уни яра боғлаш хонасига олиб боради.

БЕМОРЛАРНИ КУЙИШ КАСАЛЛИГИНИНГ СОҒАЙИШ ДАВРИДА ПАРВАРИШЛАШ

Куйишдан кейинги яралар тўлиқ ва деярли тўлиқ битиб кетгандан кейин бемор умумий палатага ўтказилади ва унинг ҳаракат режими кенгайтирилади. У мустақил овқат ейди, ўтиради, юришга ўрганади, унда ҳаётга қизиқиш уйғонади, болалар эса қолиб кетган дарсларини давом эттиради, тенгқурлари билан ўйнай бошлайди, ўзидан кучсиз, ёшроқ болаларга ёрдам бериш истаги пайдо бўлади. Бу даврда тиббий ходимнинг бутун фикри-зикри унинг жисмоний ва руҳий ҳолати тикланишига ҳар томонлама кўмаклашишга қаратилиши лозим. Шу масалаларни ҳисоога олиб, даволаш тадбирлари ички органларда эҳтимол тутилган асоратларни бартараф қилиш беморнинг ҳаракат имкониятларини ривожлантиришга йўналтириши керак. Бунини амалга ошириш йўллари турли-туман: буларга режим, кучли овқатлантириш, дори-дармонлар билан даволаш, даволаш гимнастикаси, ванналар, массаж, иссиқлик ва электр муолажалари, маънавий таъсир қилиш, мактабда ўқитиш кабилар киради. Бу ҳамма усуллар бир-бирини тўлдиради.

Куйган болани даволашнинг охирги босқичида, олдинги босқичлардаги каби тиббий ҳамширанинг фаоллиги ва ўз зиммасидаги вазифаларни сидқидилдан адо қилиши муваффақиятнинг гарови ҳисобланади. Соғайиб келаётган болани парваришлайдиган тиббий ҳамширадан энди дори-дармонларни ўз вақтида тарқатиш ва инъекциялар қилишни билишгина эмас, балки боланинг нималарга қизиқишини билиб олиш, кундалик режимни қандай бажариши, иштаҳаси қандайлиги, даволаш физкультураси методисти ва мактаб муаллимидан олган топшириқларни қандай адо этиши, болалар билан муносабатини кузатиб бориш ҳам талаб қилинади.

Агар бола ҳамма топшириқ ва кўрсатмаларни яхши бажарса, уни албатта мақташ ва рағбатлантириш лозим. Телевизордан бериладиган кўрсатувни кўриш вақтини узайтириш, шеър ўқиб бериш, эртақлар айтишни ана шундай имтиёзлар қаторига киритиш мумкин. Акс ҳолда болани мулоҳимлик, бироқ қатъият билан тартиб

ва интизомга чақириш керак. Кичкинтойга бериладиган ҳар қандай топшириқни қизиқарли ўйин шаклига кири-тиш лозим. Боланинг харҳаша қилаётганини, овқатдан юз ўгираётганини, яхши ухламаётганини кўргач бунинг сабабини аниқлаш, унинг кўнглини кўтариш ва эркала-тиш, йўқолган ўйинчоғи, китобини топиб бериш, ота-онаси билан учраштириш, ўртоқлари билан яраштириб қўйиш керак. Ҳамшира ўз кайфияти ёмонлигини, хафа-гарчилигини болаларга сездирмаслиги лозим. Бир мар-та ёлғон гапирган тиббий ҳамширага болалар ишонмай қўяди ва уни ҳурмат қилмайди. Ўзаро ишонч ва ҳамжи-ҳатликда касал болаларнинг жисмоний ва маънавий кучлари тезроқ тикланади.

КУЙГАН КАСАЛЛАР РЕАБИЛИТАЦИЯСИ

Куйиш касаллигини бошидан кечирган беморларнинг барча аъзолари функциясини аввалги ўз ҳолига қайта-риш — реабилитациянинг муҳим вазифаларидандир.

Реабилитация қилиш усуллари кўп ҳолларда: куйиш ярасининг қай даражада даволанганлиги, касалликнинг маҳаллий ва умумий асоратлари, куйиш юзаси, унинг тарқалиши, чуқурлиги ва тўқималарнинг нечоғлик за-рарланишига боғлиқдир.

1980 йилларгача реабилитация масаласига бир то-монлама ёндашиш мавжуд эди. Баъзи бирлар фақат консерватив усуллارни хуш кўрсалар, бошқалар эса бирор дори қўллаш, яна бири эса, пластик операция-нинг турларини қўллар эдилар. Юқорида келтирилган тенденциялар айниқса куйиш касаллиги бўйича ўтказил-ган I — II собиқ Бутуниттифоқ (1972, 1979 йй.), I, II ва IV Бутунроссия (1969, 1973, 1986), I, II ва III Украина (1964, 1968, 1975) конференцияларида яққол намоён бўлди. Бундай воқеалар халқаро конгрессларда ҳам ўз ифодасини топди (I — II — Эдинбург, 1965; III — Прага, 1970; IV — Буэнос-Айрес, 1974; V — Стокгольм, VI — Сан-Фарнциско, 1982).

Фақатгина 1972 йилда Д. И. Александрова томони-дан куйиш касаллигини бошидан кечирган кишиларни санаторий ва курортларда, айниқса Сочи-Мацестада даволаш мумкинлиги кўрсатилди. Лекин, уни амалга ошириш фақат Украинанинг Тернополь, Винница, Хме-льницк ва Житомир вилоятларидаги даволаш-профилак-тик марказларда амалга оширилди. Ҳозирги вақтда кўп йиллик самарали меҳнатимиз туфайли (Б. С. Турсунов,

1988) яратилган реабилитация дастури 3 даврга бўлинади: I — куйиш касаллигини бошидан кечиргандан кейинги давр ёки операциягача бўлган давр, II — операция ва III — операциядан кейинги давр.

Биринчи даврда барча консерватив усуллар қўлланади (пирогенал, лидаза, террилитин, триамцинолон, ацетонид), физик (ультратовуш, магнит тўлқинлари, компрессия, шифобахш сувлар (радон ва сероводородли). Баъзи ҳолларда аниқ кўрсатмага асосан келоид чандиқлар кридестракция қилинади.

Реабилитациянинг иккинчи, операция даври вилоят ёки республика куйиш касалликларини даволаш марказларида олиб борилади. Оғир ҳолларда пай пластикаси ёки микрохирургик операциялар кўзда тутилади.

Учинчи — операциядан кейинги даврда эса олдинги даволаш-профилактика марказлари иштирок этадилар. Иккиламчи чандиқлар ҳосил бўлса, ягона усул — операция қилишдир.

Беморларни диспансер кўригидан оғир асоратлар мавжуд вақтида 6 ойда 2—3 марта, енгил ҳолларда эса 1 йилда 2—3 марта ўтказиш кифоядир. Бундан кейин эса 1 йилда 1 марта кўриш тавсия этилади.

Хулоса қилиб айтганда, ҳар бир реабилитация даврида беморлар парвариши даволаш жараёнининг муҳим қисми ҳисобланади. Парваришда қатнашадиган энгалар, ҳамширалар ва талабалар беморлар ўртасида уларнинг соғайиб кетиши учун реабилитациянинг қанчалик аҳамиятга эга эканлигини тушунтиришлари ва уларни бу ишга юз фоиз жалб этишлари керак. Ўзларининг эса, ҳар бир реабилитация даврида сидқидилдан иштирок этишлари беморлар учун муҳим ва зарурдир.

Х Б О Б

ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ БУЛГАН БОЛАЛАРНИНГ УМИМИЙ ПАРВАРИШИ

Парвариш деганда боланинг асосий ҳаётий эҳтиёжларини қониқтиришда (овқат ейиш, ичимлик ичиш, ҳаракат қилиш, ичак ва қовуқни бўшатиш ва б.) ва касаллик ҳоллари вақтида (қусиш, йўтал, қон оқиши, нафас олиш бузилиши ва б.) ёрдам бериш тушунилади. Парвариш шунингдек бемор учун осойишталик, қулай микроклим (ёруғ палата, соф ҳаво, қулай ва озода ўринбош, керакли маиший буюмлар, деворларда расмлар,

ўйинлар учун хона), мактаб машғулотлари учун шароитлар яратишни ўз ичига олади. Бу оғир хирургик касалликлар билан касалланган ва узоқ вақт ётиб қолган болалар учун айниқса муҳим. Болага касаллиги вақтида парвариш қилиш кўп жиҳатдан унинг натижасини белгилайди. Парвариш қилиш кўламини беморнинг ёши ва ҳолатига, касаллик характерига, унга тайинланган режимга боғлиқ. Парвариш бўйича ҳамма вазифалар палата тиббий ҳамширалари зиммасига юкланади. Улар шу ишларни бажаришга масъулиятли ҳисобланадилар. Тиббий ҳамширалардан ташқари, парвариш ишига қисман касал болаларнинг оналари (одатда кўкрак ёшидаги болалар ва оғир ётган болаларнинг оналари), шунингдек тиббиёт олий билимгоҳларининг қуйи курсларида ўқийдиган талабалар жалб этилади.

Хирургик касалликлари бўлган болаларни парваришда уларни операциядан олдин тайёрлаш, операция қилиш ва операциядан кейин боқиш муҳим аҳамиятга эга. Хирургик бўлимга тушадиган беморларнинг кўпчилиги операция қилинади. Операциядан олдинги давр улар касалхонага тушган вақтдан бошланади, бу давр ичида ҳамма нарса операция хавфини камайтириш, асоратларнинг олдини олишга қаратилади. Сирасини айтганда, операциядан олдинги давр операциядан олдинги тайёргарлик деган гапдир. Бу вақт ичида турли орган ва системаларнинг функционал ҳолати ўрганилади (бемор комплекс текширилади) ва операцияга тайёргарлик кўрилади. Бу даврдаги тадбирларни ҳар қандай операциядан олдин албатта ўтказиладиган умумий ва айрим операцияларнинг ўзида ўтказиладиган махсус турларга бўлиш мумкин.

Болаларни планли операцияларга умумий тайёрлаш. Чов ва киндик чурраси, мойк пардалари истисқоси, крипторхизм, ўлчами кичикроқ хавфсиз ўсмалар каби хирургик касалликлари бўлган беморларни касалхонага келган кунининг эртасига операция қилинади. Бундай ҳолларда болада операциядан олдинги зарур лаборатория текширувлари поликлиникада бевари та госпитализациядан олдин ўтказилади. Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи органларидаги, буйрак ва сийдик чиқарув йўлларидаги катта операциялар, шунингдек айрим ортопедик операциялардан олдин, махсус диагностик текширувлардан ташқари, бола организмнинг асосий, ҳаётий муҳим функциялари ҳолати аниқланади. Буйрак, жигар функцияси, айланиб юрган қон ва унинг тарки-

бий қисмлари ҳажми, плазма ва эритроцитлардаги асосий электролитлар даражаси, азот баланси, гормонал аҳволни аниқлашнинг аҳамияти катта, шунингдек қон ивиш ва ивишга қарши системаларининг ҳолатини билиш муҳим. Шунга мувофиқ ҳолда беморларни операциядан олдин тайёрлаш болалар хирургик бўлимларининг ихтисослигига кўра ўз хусусиятларига эга.

Операциядан олдинги асосий текширувларга: боланинг бўйи ва гавда оғирлигини ўлчаш, артериал босимни аниқлаш, қон ва сийдикнинг клиник анализи, қон группалари ва резус-омилни аниқлаш, кўкрак қафаси органлари рентгенографияси киради. Қон биохимиявий кўрсаткичларини назорат қилган ҳолда қуйидаги даво тадбирлари тайинланади: мақсадга мувофиқ ва кучли овқатлар, қон ва бошқа суюқликлар ва озиқли аралашмалар қўйиш, витаминлар, аминокислоталар, даволаш физкультураси тайинлаш ва б. Тайёргарлик баъзан бир неча ҳафтага чўзилади. Унинг таъсирчанлиги тўғрисида умумий аҳволнинг яхшиланиши, қон кўрсаткичлари, гавда оғирлигининг ошиб бориши бўйича хулоса чиқарилади. Шунинг учун ҳам кўрсатмаларнинг мунтазам бажарилиши устидан кузатиб бориш, бола оғирлигини вақти-вақтида ўлчаб туриш керак.

Болани операцияга психологик тайёрлашнинг ҳам аҳамияти катта. Болалар операциядан хавотирланадилар ва қўрқадиладар ва кўпинча: «Мени операция қилишларини истамайман» ёки «Мени қачон операция қилишмоқчи?», — деган саволларни берадилар. Бундай болалар оғриқ сезгиларини ёмон кўтарадилар. Шунинг учун уларни операцияга қунт билан тайёрлаш, ҳатто доридармонлардан ҳам фойдаланиш, ота-онасини чақиртириш лозим. Тиббий ҳамшира боланинг ёмон кайфияти тўғрисида врачга ўз вақтида хабар бериши ва беморга операциянинг муҳимлиги ва зарурлигини мулоҳимлик билан тушунтирмоғи керак.

Ўта сезувчан, аллергия ва астма хуружларига мойиллиги бўлган болаларга қўшимча равишда тинчлантирадиган (триоксазин, седуксен), антигистамин (дипразин, димедрол) препаратлар тайинланади. Операциядан олдин қўрқув босадиган катта ёшдаги болаларга врач ухлатадиган препаратлар (фенобарбитал, люминал, барбамил ва б.) тайинлайди.

Операциядан олдин инфекция хавфини камайтирадиган тадбирлар кўрилади: гигиеник ваннага тушиб, ички кийим ва ўринбош оқликларини алиштириш, катта ёш-

даги болаларда эса қилинажак операция майдонидаги сочларни қириш шулар жумласига киради. Операция кунни кечқурун ва эрталаб тозалаш клизмаси қилинади. Эрталаб болага овқат ва ичимлик берилмайди, чунки болаларда деярли ҳамма операциялар умумий оғриқсизлантириш (наркоз) остида ўтади ва бир неча қултум сув қусишга сабаб бўлиши мумкин, бу эса бемор ҳаёти учун хатарлидир. Операциядан 30—40 минут олдин ҳамма ҳолларда дори-дармонлар берилади — премедикация қилинади, бу нерв системаси фаоллигини, наркотик уйқу учун керак модда алмашинувини пасайтиради. Одатда тери остига промедол, атропин ва димедролнинг ёшга яраша бир марталик дозаси юборилади.

Болаларни планли операцияларга тайёрлаш кўп жиҳатдан хирургик касаллик характериға ва боланинг ёшиға боғлиқ.

Болаларни торакал бўлимда операция қилишға тайёрлаш. Торакал хирургия бўлимиға кўкрак бўлиғида жойлашган органларнинг турли-туман касалликлари бўлган болаларни жойлаштирилади. Уларға ўпка ва плевра касалликлари, юрак ва йирик томирларнинг туғма ва орттирилган ривожланиш нуқсонлари, кўкс ораллиғининг хавфсиз ва хавфли ўсмалари, қизилўнгачнинг ривожланиш нуқсонлари ва касалликлари киради. Ҳозирги вақтда торакал хирургия болалар бўлимининг амалда иккита кўриниши бор. Битта бўлимда ўпка, плевра, кўкс ораллиғининг турли патологияси бўлган болалар ётадиган бўлим ва юрак-томирлар системасининг ривожланиш нуқсонлари ва касалликлари бўлган болалар ётадиган бўлим бўлади.

Клиник текшириш методлари билан бир қаторда торакал хирургия бўлимида диагностиканинг турли-туман инструментал методлари кенг тарқалган. Улар орасида энг муҳимлари: бронхография, бронхоскопия, радионуклид диагностика, ангиокардиопульмонография ва ташқи нафас ва газ алмашинуви функциясини текшириш ҳисобланади. Тиббий ҳамшира бу текшириш методлари тўғрисида тўлиқ тасаввурға эга бўлиши керак, чунки у болани бевосита текширишға тайёрлайди, уни ўтказишда қатнашадан ва муолажадан кейин беморнинг аҳволи устидан кузатиб боради.

Бронхография. Трахеобронхиал шохни контраст текшириш. Ҳар гал текширувдан кейин ишлатилган катетер ва шприцларни қунт билан ювиш, уларни стериллаш керак. Бронхографиядан сўнг болани палатада кара-

вотининг оёқ томонини бир оз кўтариб қўйиб горизонтал ҳолатда ётқизилади. Бронхографиядан кейин болаларга кўпроқ этибор билан қараш керак, уларга балғам кўчирадиган микстура, доимий кислород ингальяцияси тайинланади. Болага овқатни текширувдан 3—4 соат ўтгач берилади. Нафас қисганда ва цианозда зудлик билан врачни чақириш керак.

Пневмомедиастенография — кўкс оралиғида ўсмасимон тузилмалар борлиғига шубҳа бўлганда қўлланилади. Бу текширувни ёш болаларда наркоз остида, каттароқ болаларда маҳаллий анестезия остида ўтказилади, бола текширувга қадар овқат емаслиги керак. Агар текширув маҳаллий анестезия остида олиб борилса, 10—20 мл ҳажмли стерил шприцлар ва 0,25% ли новокаин эритмасини тахт қилиб қўйилади.

Болаларни йирингли жараёнлар сабабли ўпкада қилинадиган операцияга тайёрлаш беморларнинг умумий аҳволини яхшилаш, қўшимча инфекция ўчоқларини санация қилиш (кариоз тишлар, хроник тонзиллит, гайморит ва б.), ўпканинг дренаж функциясини яхшилашдан иборат, бунинг учун ҳар куни даволаш физкультураси ўтказилади, болага «дренаж» ҳолат берилади ва балғамни суюлтирадиган ва ўпканинг зарарланган бўлагини йирингдан яхшироқ тозалашга имкон берадиган протеолитик ферментлар билан ингальяциялар тайинланади.

Болаларни абдоминал хирургия бўлимида операцияга тайёрлаш. Меъда-ичак йўлларида операциялар қилиш, операциялардан олдинги махсус тадбирларни талаб этади, улар биринчи галда ичакни мунтазам бўшатишга ва бола организми гомеостази (ички муҳити)ни нормаллаштиришга қаратилиши лозим. Болаларга ёшига мос ҳолда ичак перистальтикасини кучайтирадиган маҳсулотлар (сули ва гречиха бўтқаси, қизил лавлаг, сабзи, олма, асал ва б.) қўшилган ични юмшатадиган парҳез овқатлар тайинланади. Сут-кислотали маҳсулотлар (простокваша, ацидофилин, янги кефир) қулай таъсир кўрсатади. Турли клизмалар — тозалаш, гипертоник, сифон, даво клизмалар кўп фойда беради.

Болаларда меъдада операциялар ривожланиш нуқсонлари, камроқ портал гипертензия (яра тешилиши, қон оқиши) сабабли қилинади. Бундай операцияларга тайёргарлик умумий ҳолатнинг бузилиш даражасига (ориқлаб кетиш, камқонлик, сувсизланиш) кўра белгиланади. Бундай беморларни операцияга тайёрлашда

ҳамма тадбирлар венага туз, оқсиллар, витаминлар билан тўйинтирилган эритмаларни юбориш йўли билан бузилган мувозанатни тиклашга қаратилиши керак. Пилорус спазмини пасайтирадиган дори препаратлари тайинланади. Қизилўнгач, меъдаси варикоз кенгайиши бўлган портал гипертензияли беморларга юмшоқ овқатлар (қирилган) тайинланади. Бундан ташқари, камқонликни бартараф этиш ва йўқолган оқсил ўрнини тиклаш учун операциядан олдин қон ва оқсил препаратлари кўп марта қўйилади.

Ривожланиш нуқсонлари (Гиршпрунг касаллиги, аноректал аномалиялар ва б.) ва бошқа касалликлар (полипоз, носпецифик ярали колит ва б.) сабабли йўғон ичак ва човда ўтказиладиган операциялар аксарият махсус тайёргарликни талаб этади. Пасайган плазма оқсиллини нормага солиш керак бўлади. Рационга ҳайвонот ва ўсимлик оқсиллари тутган маҳсулотлар, В, С группа витаминлари қўшимча киритилади. Венага плазма, аминокислоталар мунтазам қўйиб турилади. Рўй-рост юзага чиққан камқонликда даволаш тадбирлари комплексига қон қўйиш, темир препаратлари қўйиш киритилади. Йўғон ичакни тайёрлаш алоҳида аҳамиятга эга. Гиршпрунг касаллиги долихосигмада, тўғри ичак атрезиясининг оқмали формаларида болалар хроник қабзиятдан қийналадилар. Операция кунгача ичаклар ахлат массаларидан тўлиқ озод қилиниши керак, бу ахлат интоксикацияси ва операциялардан кейинги асоратларнинг олдини олиш хусусида муҳимдир. Шунинг учун тавсия қилинган режимни (парҳез, тозалаш клизмалари) қўнгил билан адо қилиш, ҳафтасига мунтазам 2 марта сифон клизмалари қилиш керак. Клизмадан кейин орқа чиқарув йўлига торайган зона орқали йўғон ичакнинг кенгайган сегментига 1—2 соатга газ ҳайдайдиган найча киритилади.

Болаларни урологик бўлимда операцияга тайёрлаш. Урологик беморларни операцияга тайёрлаш хусусиятлари касаллик характери, қилинадиган операция тури, яллиғланиш жараёни активлиги, буйрак етишмовчилигининг даражаси билан белгиланади. Буйрак етишмовчилиги белгилари бўлган беморларда кислота-асос мувозанати, электролит ва оқсил баланси тартибга келтирилади. Шу мақсадда қон ўрнини босадиган суюқликлар, қон препаратлари, глюкоза трансфузияси қилинади. Сийдик йўлларида яллиғланиш жараёни актив бўл-

ганда микрофлорага сезувчанликни ҳисобга олган ҳолда антибактериал терапия курси ўтказилади.

Урологик касаллиги бўлган беморларни операцияга тайёрлаш диагностик материалларнинг аниқ йиғилишига боғлиқ. Турли лаборатория текширувлари учун сийдик йиғиш урологик беморлар билан ишлашда катта ўрин эгаллайди. Бунда гигиеник қоидаларга риоя қилиш — боланинг жинсий органлари топ-тоза бўлиши керак. Ўғил болаларда закар учини смегма ва сийдикдан илиқ сув ёки фурациллинг ҳўлланган пахта ёки дока тампон билан артилади. Ўғил бола бирданига шишачага сийиши лозим, сийдикни шишачаси билан лабораторияга юборилади. Физиологик фимози бўлган кичик ёшдаги ўғил болаларда закар бошчасини чиқариш керак эмас. Закарнинг препуциал халтачасининг ўзи тампон билан артилади, холос.

Қиз болада сийдик йиғишдан олдин остини оқиб турган илиқ сув билан ювилади. Ювиш вақтида қўлни фақат бир йўналишда — қовдан анал тешикка томон юргизиш лозим, бу ташқи жинсий органларнинг ахлатдан ифлосланишини сақлайди. Қиз бола остини ювганидан кейин қовуғини тувакка бўшатади, ундаги сийдикни воронка орқали шишага қуйилади. Тувак, воронка, шиша совунлаб ювилган ва иссиқ сув билан чайилган бўлиши керак. Анализ учун йиғилган сийдик қуйилган шишани тоза пахта тампон билан бекитилади. Айрим ҳолларда қиз болаларда сийдикни катетер билан йиғилади. Кўкрак ёшидаги болаларда сийдик махсус сийдикдон, шиша ёки резина пробирка, резина сўрғичга йиғилади. Текшириш учун йиғилган сийдикни дарҳол лабораторияга олиб борилади, бунинг иложи бўлмаса, бир оз фурсат салқин жойда (совутгичда) сақланади, чунки уй ҳароратида сийдик айнийди ва текширувга яроқсиз бўлиб қолади.

Лабораторияга юбориладиган сийдикли шишага бўлимнинг номи, боланинг фамилияси, исми ва ёши, сийдикнинг қайси анализга юборилаётгани, тиббий ҳамширанинг имзоси ёзилган бўлиши керак.

Сийдик йўли оқмалари ва сийдик тутолмаслик, қовуқ экстрофияси, эписпадияси бўлган беморларни ҳар куни кечқурун ёки «ором соатида» гигиеник ваннага туширилади, кунига бир неча марта илиқ калий перманганат эритмаси билан остини ювилади. Оқма атрофида ёки чотда ва сонларнинг ички юзасида дерматит бўлган ҳолларда тери ультрабинафша нур билан нурлатилади,

рух мазик ёки Лассар пастаси суртилади. Сийдик йўли ёки қовуқни ичак сегменти билан алиштириш билан боғлиқ операцияга тайёргарликда, шунингдек сийдик йўлини йўғон ичакка кўчириб ўтказишда ичакни рентгенологик текширилади. Ахлатни гижжа тухумлари бор-йўқлигига ва анал тешик атрофидаги теридан олинган суртмани острицалар тухумлари бор-йўқлигига уч марта текширилади. Операцияга қадар 5—7 кун мобайнида таъсир доираси кенг антибиотиклар тайинланади.

Янги туғилган чақалоқларни операцияга тайёрлаш. Янги туғилган чақалоқлар хирургияси бўлимига ҳар хил туғма ривожланиш нуқсонлари ва йирингли касалликлари бўлган болаларни ётқизилади. Йирингли касалликлари бўлган чақалоқлар махсус ажратилган палатага жойлаштирилиши керак. Чақалоқларда аксариyat ҳазм йўлининг (меъда, қизилўнач, ўн икки бармоқ ичак, ингичка ичак) ривожланиш нуқсонлари кузатилади, улар асосан шошилинич операция қилишни талаб этади. Операциядан олдинги тайёргарлик ҳажми патологик ўзгариш характерига ва операцион аралашувнинг мураккаблигига боғлиқ. Чақалоқ болада терморегуляция тақомилига етмаганини қайд қилиб ўтиш зарур. Чақалоқ тез совқотади ва совуқни кўтара олмайди. Шунга кўра болаларни операция хонасига илиқ грелкалар билан бирга келтирилади. Болани иссиқ тутиш мақсадида оёқ-қўлларини пахта билан ўраб, уни бинт билан маҳкамланади. Гипертермияда (тана ҳарорати 38°C дан ошганда) врач иситмани туширадиган воситалар тайинлайди.

Болаларни ошиғич операцияларга тайёрлаш. Болаларни ошиғич, яъни кечиктириб бўлмайдиган операцияларга тайёрлашда ҳар соат фурсатни қўлдан бой бериш бола аҳволини оғирлаштириши ва ҳаёт учун хавfli асоратлар пайдо бўлиш имкониятини оширишини ҳисобга олиш керак. Ошиғич операцияга тушган беморларда аксариyat меъда тўлиб кетган бўлади. Бундай беморни операция хонасига юборишдан олдин меъдасидаги нарсаларни зонд билан чиқарилади. Бу қонданинг бузилиши беморда операция столида қусуқ массаси аспирацияси хавфини вужудга келтиради. Бемор оғир ҳолатда касалхонага келтирилганда операциядан олдинги тайёргарликни қабулхона бўлимининг ўзида ўтказилади. Зарур текширувлар қаторига: пульс, артериал босимни ўлчаш, қон группаси ва резус-омилни, гемоглобин, гематокритни аниқлаш ки­ради.

Қон кетиши, ичак тутилиб қолиши, оғир травматик шикастланишлар сабабли шошилишч хирургик операциялар олдидан операция бошланишига жуда кам фурсат қолганда ҳатто махсус текширувларсиз венага қон ўрнини босадиган суюқликлар, Рингер эритмаси, глюкоза қуйилади. Бу дезинтоксикацияга ва бузилган гидроион мувозанатини тиклашга имкон беради. Қабулхона бўлимининг ўзида қон кетишини тўхтатиш бўйича шошилишч чоралар кўрилиши (жгут ёки стерил босиб турадиган боғлам қўйилади) зарур. Зарурат бўлганда болани зудлик билан операция хонасига олиб борилади. Бемор қон аралаш қусаётган ички қон кетишида меъда соҳасига музли халтача қўйилади. Тўғри ичакдан қон кетаётганда қоринга совуқ нарса қўйилади. Шундан сўнг врач кўрсатмаси бўйича беморни эндоскопик текширишга тайёрлаш бошланади.

Оғир йирингли хирургик инфекцияси бўлган беморлар бирмунча давомли операциядан олдинги тайёргарликка муҳтож бўладилар. Операцияга қадар беморнинг оғир аҳволини енгиллаштириш керак, акс ҳолда у наркоз ва операцияни кўтара олмаслиги мумкин. Чунончи, агар болада перитонит, сувсизланиш, интоксикация ҳодисалари қайд қилинса, юрак-томирлар системаси функцияси издан чиқса, 2—3 соат ичида бузилган функциялар ва дезинтоксикацияни нормага солишга мўлжалланган тайёргарлик кўрилади. Томчи дори қуйиш системаси йўлга қўйилиб, беморни шу система билан операция хонасига етказилади.

Шундай қилиб, операцияга тайёрлаш болаларни хирургик даволашда муҳим ўрин эгаллайди. У беморнинг аҳволи ва ёшига, операция характерига ва операцияга бўлган вақтга боғлиқ.

Беморларни операциядан кейинги даврда парвариш-лаш. Беморларни операциядан кейинги даврда парваришлаш хирургик давонинг муҳим ва масъулиятли босқичидир. Ҳатто маҳорат билан ўтказилган операциядан кейин ҳам беморни нотўғри ёки пала-партиш парвариш қилиш хирургнинг ҳамма ҳаракатларини пучга чиқаради, оғир асоратлар пайдо қилиши ва ҳатто беморни нобуд қилиши мумкин. Операциядан кейин беморларни боқиш ва тиббий ходимларнинг ишлаши учун қулай шароитларни таъминлаш мақсадида йирик клиникалар ва касалхоналарда реанимация ва интенсив терапия бўлимлари деб аталадиган махсус операциядан кейинги бўлимлар очилган. Агар касалхонада бунга

шаронглар бўлмаса, операциядан кейинги беморлар учун хирургик бўлимларда махсус палаталар ажратилади.

Операциядан кейинги давр хирург охириги чокни тиканидан ва жароҳатга боғлам қўйганидан сўнг бошланади. Бола бир оз фурсат операция хонасида ётади, сўнггра уни палатага олиб борилади ва ўринга ётқизилади.

БОЛАНИ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИН ПАРВАРИШ ҚИЛИШНИНГ УМУМИЙ МАСАЛАЛАРИ

Операциядан кейинги беморларни, айниқса болаларни парвариш қилишда икир-чикирларнинг ўзи йўқ. Бунда ҳамма нарса: врач кўрсатмаларини пухта бажариш, тана ҳарорати, артериал босим, пульс тезлиги, нафас олишни мунтазам ўлчаб-ҳисоблаб бориш; ичилган ва ажратилган суюқлик миқдорини, неча марта ич келиши ва ахлат характерини қайд қилиш муҳим. Операциядан кейинги жароҳат ҳолати устидан синчиклаб кузатиш, боғлам ёки пластирни текшириб кўриш, бемор аҳволидаги ҳар қандай ўзгаришларни ёзиб бориш, оғир бемор учун махсус карта тўлдириш ва врачга мунтазам ахборот бериб туриш лозим. Қон кетиши, юрак, нафас тўхташи каби асоратлар пайдо бўлганда врач келгунча зарур ёрдам кўрсатиш талаб этилади.

Айниқса кичик ёшдаги болалар ўринда мажбурий вазиятда сабр-тоқат қилиб ётиш зарурлигини англаб етмайдилар. Шунинг учун бола операциядан кейин ўз саломатлигига путур етказмаслиги учун махсус чоралар кўришга тўғри келади. Шундай чоралардан бири беморни операциядан кейин ўринда қимирламайдиган қилиб ётқизишдир. Бунинг учун боланинг оёқ-қўлларини каравотга бинт ва пахтадан тайёрланган юмшоқ манжеткалар ёрдамида боғлаб қўйилади. Зарурат бўлганда болани танасидан энлик юмшоқ белбоғ билан боғлаб қўйилади. Бунда қаттиқ боғлаш сира мумкин эмас, чунки бу оғриқ кучайишига сабаб бўлади, веноз қон димланиб қолади. Тери билан манжетка орасидан бармоқ бемалол ўта оладиган бўлиши керак. Маҳкамлаб қўйиш давомлилиги боланинг ёшига ва операциядан кейинги аҳволига боғлиқ.

Операциядан кейин дастлабки соатларда беморларда наркозга жавоб реакцияси натижасида қусиш рўй беради. Шунга кўра операциядан кейинги беморларни ниҳоятда қунт билан кузатиб бориш лозим. Болада қу-

сиш аломатлари пайдо бўлиши билан боланинг бошини ён томонга буриш, идиш тутиш, қусуқ массалари тушгандан сўнг оғиз бўшлиғини олдиндан тайёрлаб қўйилган стерил дока боғлам билан артиш керак. Қусиш такрорланиб туриши мумкинлигини ҳисобга олиб беморларни наркоздан бутунлай уйғонгунча ва қусиш тўхтагунча кузатиб бориш зарур.

Операциядан кейин қаттиқ ташна бўладилар. Бола фақат врач рухсати билан у белгилаган миқдорда суюқлик ичиши мумкин. Болаларда операциядан кейинги яқин ўтган даврда оғриқ қолдиришга ҳаракат қилишнинг аҳамияти катта. Агар бола операцион жароҳат ёки бошқа жойдаги оғриқдан шикоят қилса, бу ҳақда зудлик билан врачга мурожаат қилиш керак.

Операциядан кейинги даврда касал боланинг умумий гигиеник парваришлашнинг аҳамияти катта. Беморга операцион жароҳат соҳасини кир қилмай ёки ҳўл қилмай қўл ювиш, ювиниш, овқат ейишни ўргатиш лозим. Ўринда ётиб қолган катта ёшдаги беморларни ва илк гўдак ёшидаги болаларни тиббий ҳамшира кичик тиббий ходим билан бирга гигиеник жиҳатдан ювиб-тарайди. Мунтазам равишда бемор танасини ҳўл сочиқ билан артиб ишқалаш, остини ювиш, кўкрак ёшидаги болаларнинг йўрғагини янгилаш керак. Бу тадбирлар терида бичилиш ва ётоқ яраларнинг олдини олади. Оғир ётган беморлар ич кийимини тез-тез — ҳар куни ва шарт-шароитларга кўра (қусиш, ахлат, сийдик тегиши ва б.) кунига бир неча марта алиштирилади. Оғир ётган беморнинг чойшабини алиштириш ходимлардан муайян малака талаб қилади. Агар катта ёшдаги болага ёнбошига ўгирилишга рухсат этилган бўлса, аввал бошини оҳиста кўтариш ва боши тагидан ёстиқни олиб қўйиши, сўнгра ёнбошга юзи билан каравон четига ўгирилишга кўмаклашиш керак. Ўринбошнинг бўш қолган ярмига кир чойшабни гардишсимон юмалатиб йиғиладди. Бўш қолган жойига ярмигача гардишсимон кўринишдаги чойшабни қўйиш лозим. Сўнгра беморга чалқанча ётиш ва иккинчи ёнбошга бурилишга ёрдам берилади, шундан кейин бемор юз томони билан каравонининг қарама-қарши четида тоза чойшабда ётади. Шундан сўнг кир чойшабни йиғиштириб тозасини текис қилиб ёзилади. Ёш болаларнинг ўрнини солишда ётган ҳолатида қўлда кўтариб турилади. Агар беморга актив ҳаракатлар қилишга рухсат этилмаган бўлса, чойшабни бошқа усулда алиштирилади. Кир чойшабни кара-

вотнинг бош томонидан бошлаб беморнинг бошини ва гавдасининг юқори қисмини санитарка билан биргаликда кўтарган ҳолда йиғилади. Кир чойшаб ўрнига кўндаланг қилиб ўралган тоза чойшабни қўйилади ва уни бўш қолган жойда ёзилади. Сўнгра тоза чойшабга ёстиқ қўйилиб унга беморнинг боши қўйилади. Иккита одам бемор чаноғини кўтаради, кир чойшабни каравотнинг оёқ томонига суриб унинг ўрнига тозасини ёзишда давом этилади. Шундан сўнг кир чойшаб олиб ташланади. Чойшаб алиштиришнинг ҳар иккала усули ҳам ходимларнинг чаққон ҳаракат қилишларига қарамай, беморни кўп безовта қилади ва шунинг учун баъзан уни каталкага олиб ётқизиш ва ўринбошини қайтадан ёзиш мақсадга мувофиқ, чунки бу иш билан икки кишининг шуғулланишига тўғри келади.

Операциядан кейин болани парвариш қилишга қўйиладиган умумий талаблардан ташқари операциянинг ҳар хил турларига хос хусусиятлар ҳам мавжуд.

Торакал бўлимда беморларни парвариш қилиш. Операциядан кейинги даврда операциядан кейин эҳтимол тутилган асоратлар профилактикасига катта аҳамият берилади. Операциядан кейинги даврнинг энг хатарли асоратларидан бири ўпка ателектази, ўпка коллапси ва ўткир пневмония ҳисобланади. Операциядан кейинги даврнинг дастлабки кунларида операцион жароҳат соҳасидаги оғриқни қолдиришнинг аҳамияти катта. Оғриқ ҳаракатларни чеклаб қўяди, нафас амплитудасини камайтиради, йўталишга имкон бермайди, бу операция қилинган ўпка бронхларида балғам йиғилишига олиб келади. Тиббий ҳамшира оғриқ синдроми устидан доимо кузатиб бориши ва оғриқ қолдирадиган воситалар таъсири тугаши билан врачга хабар қилиши лозим. Асоратларни профилактика қилиш мақсадида беморни каравотда ҳаракатлар қилишга, балғам туфлаб туришга ундашга тўғри келади, у билан даволаш физкультураси машғулотлари олиб борилади.

Ўпка қисман резекция қилингандан кейин плевра бўшлиғи дренаж ва актив аспирация қилинади. Системада доимий манфий босим вужудга келтирилиб, уни манометр билан назорат қилинади. Боланинг ёшига кўра сув устун ҳисобида 5—10 дан 40 см гача босимни қувватлаб турилади. Дренаж системанинг ишлашини қунт билан кузатиш, ажралиб чиққан суюқлик миқдори ва характерини қайд қилиш, плевра бўшлиғидан ҳаво чиқишини назорат қилиб бориш зарур. Дренаж сис-

темада носозлик ёки бемор аҳволида ўзгаришлар сезилганда бу ҳақда зудлик билан врачга хабар бериш керак. Операциядан 2—3 кун ўтгач, ҳаво ва суюқлик йиғилиши тўхтагандан сўнг дренаж система олиб қўйилади.

Ҳиқилдоғида кескин шиш, нафас етишмовчилиги ривожланаётган торакал беморларда шошилиш трахеостомия қилинади. Бундай беморларни айниқса катта эътибор билан асептикага риоя қилиб парваришлаш талаб этилади. Трахеостома атрофидаги терига кунига 2 марта йод настойкаси ёки дезинфекция қиладиган бошқа эритма суртилади, шундан сўнг устига стерил боғлам ёпиб қўйилади. Трахеостомик найчани ҳар кун илаштириб турилади. Трахеостомали беморнинг йўталиб балғам ажратиши, шунга кўра йиринг, шилимшиқ, балғам тўпланишининг олдини олиш мақсадида трехеобронхиал шох ҳар кун тозалаб турилади. Бунда шилимшиқ электр сўргичга уланган стерил катетер билан тортилади. Трахеяни яхшироқ тозалаш учун бевосита тортиш олдидан трахеостома орқали ичимлик сода эритмаси (5—20 мл) қўйилади.

Торакал бўлимда қизилўнгачи кимёвий моддалардан куйган болалар беморларнинг оғир гуруҳини ташкил қиладн. Бу шикаст натижасида қизилўнгач чандиқли торайиб, ҳатто батамом тутилиб қолади. Бундай бемор овқат ея олмагани сабабли унда гастростомия операцияси қилинади (қориннинг олдинги деворида ва меъда деворида тешик очиб меъда сунъий йўли очилади). Болани гастростома орқали овқатлантирилади, бунда унга осон ҳазм бўладиган юқори калорияли суюқ овқат тайинланади.

Тибиий ҳамшира беморни овқатлантиради ва гастростомага қараб туради. Парваришнинг қийинлиги шундаки, гастростома атрофидаги тери тезда мацерацияга учрайди (бичилади). Ҳар гал овқатлантиришдан сўнг гастростома соҳасини озода қилиш зарур. Терини калий перманганат эритмасига (0,1%) намланган пахта ёки дока тампон билан артилади ва дока салфетка билан қуритилади. Сўнгра унга Лассар пастаси суртилади ва тоза боғлам қўйилади. Қизилўнгач қисман торайганда гастростома орқали бужланади.

Абдоминал хирургия бўлимида беморларни парвариш қилиш. Қорин бўшлиғи органларидаги операциядан кейин парваришлаш операциянинг оғир-енгиллигига ва ҳажмига боғлиқ. Чов чурраси, крипторхизм, мойак истис-

қоси кабилардан операция қилинган беморлар одатда эртаси куніеқ ўрнидан туриши, ҳожатга бориши, операциядан олдин қандай овқатлар тамадди қилган бўлса, яна ўшаларни еявериши мумкин. Ичакка тааллуқли аппендэктомия ва бошқа операциялардан кейин ўринда ётиш режими бирмунча қаттиқ бўлади ва 3—4 кунгача беморга юмшоқ махсус парҳез овқатлар бериб турилади. Пилоростеноз туфайли операция қилинган чақалоқ болаларга операцион аралашувидан 6 соат ўтгач соғиб олинган кўкрак сути аввалига ҳар 2 соатда берилиб, тунда танаффус қилинади, иккинчи суткадан порцияни аста-секин кўпайтириб борилади, тўртинчи суткадан эса одатдаги эмизиш режимига ўтилади.

Қорин бўшлиғида ўтказиладиган оғир операциялардан кейинги беморлар (ичак тутилиб қолишида ичакни қисман резекция қилиш, Гиршпрунг касаллиги ва б.) алоҳида диққат-эътибор ва парваришни талаб этади. Бундай ҳолларда беморнинг қаддини баланд қилиб ўтқазиб қўйилади. Дастлабки 2—3 сутка ичида овқат ва суюқлик берилмай, парентерал овқатланиш тайинланади. Бурун орқали киритилган меъда зондини қолдирилади, унинг ўтказувчанлигини сақлаб қолиш учун уни ҳар 2 соатда физиологик эритма билан ювиб турилади. Агар зонд орқали шилимшиқ ёки суюқлик ажралса, унинг ажралган вақти, миқдори, характери ёзиб қўйилади ва бу ҳақда врачга хабар берилади. Аксарият қорин бўшлиғи органларидаги операциялардан кейин газ ҳосил бўлиши ва ичакнинг газлардан шишиб чиқиши (метеоризм) орта боради. Метеоризмга қарши курашиш ва олдини олиш мақсадида кислородни нафасга олиш (оксигенотерапия) тайинланади, газ ҳайдовчи найча қўлланилади ёки гипертоник клизма қилинади.

Чови операция қилинган болалар алоҳида парваришга муҳтож бўладилар. Одатда бундай беморнинг оёқларини ўринда кўтариб ва кериб қўйилади, бунинг учун махсус чопс шинадан фойдаланилади. Бола бундай вазиятда чоклари олингунча ўрта ҳисобда 8—10 кун ётади, сўнгра уни одатдаги вазиятга ўтказилади.

Жароҳатга, орқа чиқарув йўлига, сийдик чиқариш каналига қўйиладиган дренажларнинг (резина, докатилиши, найчалар ва катетерлар) ҳолати ва тўғри ишлаши устидан доимий кузатув олиб бориш лозим. Тиббий ходим бола дренажни беҳосдан чиқариб юбормаслиги устидан кузатиб бориши, ажралиб чиқаётган суюқлик характери ва миқдорини қайд қилиши лозим. Дре-

нажни врач иштирокисиз алиштириш ёки олиб ташлаш мумкин эмас. Човни ҳар куни қунт билан покиза қилиб туриш керак. Бола сийганидан ёки ичи келганидан кейин остини кучсиз калий перманганат эритмаси билан ювиш, терисини дока салфетка билан қуритиш лозим. Агар жароҳат атрофида яллиғланиш белгилари — тери қизариши, шиш пайдо бўлса, тезлик билан врачга хабар берилади, врач эса яллиғланишга қарши даво тайинлайди. Бу қоидаларга амал қилинмаса, чоклар ситилиб чиқиши, йирингли жараёнлар сингари оғир асоратлар вужудга келади.

Ахлати ва сийдигини тутолмайдиган беморларга ёши ва патологик ўзгаришларнинг турига кўра индивидуал парвариш қилиш лозим. Ахлатини тутолмайдиган беморларни уч гуруҳга бўлиш мумкин: 1) орқа чиқарув йўли тешиги табиий, ичи келадиган, бироқ вақти-вақтида булғаниб қоладиган беморлар; 2) орқа чиқарув йўли тешиги табиий, ичи ўзича келмайдиган, ахлат оз-оздан чиқиб турадиган беморлар; 3) ташқи чиқарув йўли тешиги ғайритабиий бўлган беморлар.

Биринчи гуруҳга одатда ректовестибуляр ёки ректовагинал оқмалари бўлган қиз болалар кирази. Одатда улар тувакка ўтириш истагини билдирадилар. Бироқ уларда оралиқ ва жинсий ёриқ доимо ахлат билан ифлосланган бўлади. Уларда сийдик чиқарув йўлларининг юқорига кўтариладиган инфекцияси ривожланиш хавфи вужудга келади, шунга кўра оралиқ ва жинсий органларини қунт билан тоза тутишга ҳаракат қилинади. Қиз болани ичи келгандан кейингина эмас, балки кунига бир неча марта кучсиз калий перманганат эритмаси билан остини ювилади. Яхши парвариш қилинмаганда оралиқ териси бичилади, бадбўй ҳид чиқади. Болани қаттиқ қичишиш безовта қилади.

Иккинчи гуруҳдаги беморларда ич келиш истаги пайдо бўлмайди, ахлат орқа чиқарув йўли орқали доимо ажралиб туради. Бундай беморларга врач кўрсатмасига кўра кунига 2—3 марта тозалаш клизмаси қилинади. Клизмани эрталаб, нонуштадан кейин ва ухлашдан олдин қилган яхши. Бола кундузи човига боғлаб қўйилган йўргакларда бўлади, ажралиб чиқаётган ахлат ана шу йўргакларга йиғилади. Йўргак вақти-вақтида алиштирилиб, болани остини ювиб турилади. Каттароқ ёшдаги болалар бунинг ўзлари ўрганиб оладилар ва бошқалар ёрдамига муҳтож бўлмайдилар.

Орқа чиқарув йўли тешиги ғайритабиий бўлган бе-

морларни парвариш қилишда айрим қийинчиликларга дуч келинади. Уни қориннинг ўнг ёки чап ярмида ҳосил қилинади. Ичакни қорин девори тешигига тикиб қўйилади, ахлат массаси шу тариқа ҳосил қилинган «орқа чиқарув йўли» дан ажралиб чиқади. Ахлат оқмаси атрофидаги тери бичилиб кетмаслиги учун терини тўғри парвариш қилиш керак. Қорин терисини калий перманганат эритмаси билан ювиб ва пахта тампон билан қуритилгандан кейин унга Лассар пастаси ёки рух малҳамини мўл қилиб суртиш лозим. Ичакдан чиқаётган ахлат массасини махсус тувакка ёки қорин олдинги деворига боғлаб қўйиладиган пластик халтачаларга йиғиш қулайдир. Идиш кунига бир неча марта тозаланади, ювилади ва жойига ўрнатиб қўйилади.

Сийдик тутолмаслик кўпинча ахлат тутолмаслик билан бирга учрайди, бироқ алоҳида кузатилиши ҳам мумкин. Сийдик терини баттар таъсирлантиради, ёқимсиз ҳид пайдо қилишдан ташқари, яхлит эрозиялар пайдо бўлишига олиб келади. Сийдик тутолмасликда уни сийдик чиқарув каналининг ташқи тешигига боғлаб қўйилган дока салфеткаларга йиғилади. Бундан ташқари, қиз ва ўғил болалар учун махсус сийдикдонлар бўлади. Сийдикдон кунига 4—5 марта бўшатилади, бадбўй ҳидли қаттиқ чўкмани эритиш учун калий перманганат эритмаси билан ювилади.

Ахлати ёки сийдигини тутолмайдиган беморларни парвариш қиладиган тиббий ҳамшира, касб-кор кўникмаларидан ташқари, серандиша ва одобли, болага меҳрибон бўлиши керак. Айниқса катта ёшдаги болалар ўз дардларидан қаттиқ изтироб чекадилар ва ҳар қандай танбеҳдан хафа бўладилар. Тиббий ходимнинг бурчи бундай беморларнинг кўнглини кўтариш, уларда соғайиб кетишга ишонч ҳосил қилиш ҳисобланади.

Урология бўлимида беморларни парвариш қилиш. Урологик беморларни парвариш қилишнинг қийинлиги шундаки, буйраклар, сийдик йўллари, қовуқда операция ўтказилгандан кейин сийдик дренажлар орқали оқиб чиқиши мумкин. Улар сони битта, бир неча, баъзан 4—5 тагача бўлиши мумкин. Операция қилинган органдан сийдик бевосита чиқадиغان функционал дренажлар ва эҳтиётдан қўйиладиган дренажлар бўлади. Улар функционал дренаж тушиб кетганда ёки чок орқали сизиб чиқаётган тўқима суюқлиги ёки сийдикни ҳайдаш учун қорин бўшлиғи орқасида ўрнатилади.

Дренажнинг вазифаси ва сийдикнинг қайси орган-

дан чиқаётганлигини билиш учун уларга тамға босилган бўлади (маркировка). Беморлар ажратадиган сийдик йиғиладиган ўлчов банкалар ёки шишаларда ҳам тегишли ёзувлар бўлади. Ҳар бир дренаж алоҳида банкага туширилади. Тиббий ҳамшира дренажлар, уларнинг ўрнатилиши, ўтказувчанлиги устидан доимий назорат қилиб боради. Дренаж тушиб кетганда сийдик атрофидаги тўқималарга туша бошлайди, уларда йиғилади, натижада оқма чўнтаклар ҳосил бўлиб, улар яллиғланиш жараёнини ҳосил қилади. Дренажнинг ўтказувчанлиги яхши бўлиши керак. Унда йиринг, қон ивиндиси, шилимшиқ тиқилиб қолмаслиги учун суткасига 3—4 марта уни фурацилин эритмаси билан (1:5 000) ювилади.

Урологик беморларда операциядан кейинги даврда диурез ўлчаб борилади. Бунда бола ичган ва парентерал юборилган суюқлик миқдори аниқ ўлчанади. Шунингдек умуман ажралиб чиққан сийдик миқдори ва ҳар бир дренаждан тушган сийдик миқдори ҳисоб қилинади. Сийдикнинг боғламга сизиб ўтиш тезлиги ҳам қайд қилинади.

Гипоспадия, уретранинг посттравматик торайиши кабиларда операциялар олдидан беморларда цистостомия ўтказилади, яъни сунъий уретра ҳосил қилинади. Цистостомик найчанинг ташқи учини сийдикдонга (шишага) туширилади, уни бемор танасига боғлам билан маҳкамланади. Цистостомали беморлар парвариши сийдикдонни суткасига 4—5 марта бўшатиб туриш, цистостома атрофидаги терини тоза тутиш ва цистостомик найчани ювишдан иборат.

Ажралиб чиқадиган сийдик характери доимо кузатиб бориш зарур. Операциядан кейин дастлабки суткаларда сийдикка оз-моз қон аралашиб келиши эҳтимол. Агар қон лахталар ҳолида ёки талай миқдорда ажралиб чиқадиган бўлса, дарҳол врачга хабар бериш зарур.

Урологик беморлар операциядан кейин дастлабки 2 сутка ичида парентерал овқатлантирилади. Сўнгра уларга тузлар, оқсил чегараланган, бироқ сабзавотлар, мевалар, шарбатлар миқдори оширилган махсус парҳез овқат тайинланади. Тиббий ҳамшира тегишли парҳезга риоя қилинишини назорат қилиб боради.

Янги туғилган чақалоқлар бўлимида беморларни парвариш қилиш. Бу бўлимга турли хил ривожланиш нуқсонлари (ҳазм йўли, диафрагма, ўпка, қорин олдин-

ги деворида) ва йирингли хасталиклари (некротик флегмона, мастит, амфолит, остеомиелит, сохта фурункулёз ва б.) бўлган, ҳаётининг биринчи ойини яшаб келаётган чақалоқлар ётқизилади. Чақалоқлик даврида ўтказиладиган операцияларнинг тахминан 80 фоизини ошиғич операциялар ташкил этади. Йирингли касалликлари бўлган чақалоқлар махсус ажратилган хонага ётқизилиши керак. Тиббий ходимлар йирингли палаталарда фойдаланиладиган инструментлар, оқлиқлар, идиш кабилар алоҳида стерилланишини кузатиб боришлари керак. Тиббий ходимлар шахсий гигиена қоидаларига ўғишмай амал қилишлари, қўлнинг тозалиги ва тирноқлар калта қилиб олингани устидан кузатиб боришлари лозим; бунда чақалоқнинг нозик терисини ҳамшира ҳар кун и эрталаб тоза стерил пахта бўлакчаси билан артади, халат, дезинфекцияланган пойабзал, стерил қалпоқча кияди. Стерил ниқоб тутиш шарт, уни ҳар 4 соатда алиштириб турилади. Респиратор-вирус инфекцияси, дерматитлар, кариес ва бошқа юқумли касалликларнинг белгилари бўлган шахсларнинг чақалоқлар бўлишида ишлашига рухсат этилмайди. Чақалоқ болаларни эмизиш учун махсус ажратилган хоналардаги оналарга ҳам худди шундай талаблар қўйилади.

Қизилўнғач, ичаклардаги операциялардан кейин оғир септик ҳолатларда чақалоқ болаларни парентерал ёки зонд орқали овқатлантирилади. Парентерал овқатлантиришда венага суюқлик қуйишни адо этаётган ҳамшира суюқликнинг вена орқали тез юборилиши чақалоқда ҳатто ўпка шиши ва юрак-томирлар етишмовчилиги сингари асоратлар пайдо қилиши мумкинлигини унутмаслиги керак. Қандай препаратлигига кўра (қон, плазма, глюкоза ва б.) оқим билан юбориш 3—4 минут, томчилаб юбориш минутига 10—20 томчи тезликда амалга оширилади.

Зонд орқали овқатлантиришда зондни чақалоқ меъдасига бурун йўлларида бирига енгил айланма ҳаракатлар билан куч ишлатмай киритилади. Зондни керакли узунликда киритиш учун уни сиртқи томондан пастки учи билан киндик ва ханжарсимон ўсиқ ўртасига, юқори қисмида эса қулоқ юмшоғи сатҳида белги қўйилади. Зонд трахеяга тушмаслиги учун зонд киритилаётганда чақалоқ боши энгаштирилиши керак. Зонднинг трахеяга тушиб қолганини боланинг йўталиши, бўғиқ йиғисидан пайқаш мумкин. Зонд ичкарига керакли даражада киритилганидан кейин уни юз терисига лейко-

пластир билан ёпиштириб қўйилади. Зонд ҳар 2 кунда чиқариб олинади ва шиллиқ парда бичилишига ҳамда яллиғланишига йўл қўймаслик учун уни бошқа бурун йўлига киритилади. Баъзан беморга овқат бўлиб-бўлиб берилади, бунда тиббий ҳамшира овқатни сўрғичли шишача ёки чой қошиқда беради. Бунда врач тайинлаган тартиб ва дозага амал қилинади. Кузатув варақасида ҳар гал овқат берилган вақт ва ейилган овқат миқдори қайд қилинади.

Операциядан кейинги даврда меъда-ичак йўлининг нормал ишлашига, жумладан ичакнинг ўз вақтида бўшалишига катта аҳамият берилиши лозим. Қабзиятларда беморга тозалаш ёки гипертоник клизмалар тайинланади. Чақалоққа тозалаш клизмаси резина баллонча ёрдамида ҳарорати 28—30°C да қайнатилган сув билан қилинади. Болани чалқанча ётқизилади, чап қўл билан оёқларини қорнига тортилади, ўнг қўл билан эса вазелин суртилган учликни анал тешикка 3 см ичкарига киритилади. Юбориладиган суюқлик миқдори 30—50 мл ни ташкил қилади. Гипертоник клизмалар ичак перистальтикасини рағбатлантириш учун тайинланади. Чақалоқ болаларда гипертоник клизмалар учун хона ҳароратидаги 5% ли натрий хлорид эритмасидан фойдаланилади. Юбориладиган эритма ҳажми 20—25 мл дан ошмаслиги керак. Айрим ҳолларда тозалаш ва гипертоник клизмалар тўғри ичакка 8—10 см ичкарига киритилган катетер ёрдамида қилинади, бу ичакнинг юқорида жойлашган қисмларини тозалашга ёрдам беради. Бунда катетерга суюқликни поршенни оҳиста босиб шприц орқали киритилади. Тўғри ичакка суюқлик юборилгандан кейин 15—20 минут ўтгач ичи келмаса, 10 см ичкаригача газ ҳайдовчи найча қўйилади.

Чақалоқлар хирургияси бўлимида врач ҳамшира ёрдамида ёки ҳамширанинг ўзи яра боғлаш ишини бажаради. Бемор ярасини зарур дори-дармонлар, инструментлар, боғлов материали тахт қилиб қўйилган йўргаклаш столида боғланади. Манипуляцияларни беморни иложи борица эҳтиёт қилган ҳолда амалга ошириш лозим. Чунончи, ярага ёпишиб қолган боғламни водород пероксид ёки калий перманганат эритмаси билан эринмасдан шимдирилади. Агар ярани мустақил боғлаётган тиббий ҳамшира жароҳатнинг авж олганини аниқлайдиган бўлса, у зудлик билан врачга хабар қилади ва унинг кўрсатмаларини бажаради. Йирингли жароҳатлар водород пероксид эритмаси билан мўл қилиб ювилади,

ҳосил бўлган кўпикни пахта тампон билан артиб оли-
нади ва жароҳат дезинфекция қиладиган эритма билан
артилади. Сўнгра жароҳат соҳаси қуриштилади ва стерил
наклейка ёки боғлам билан бекитилади. Агар жароҳат
тоза бўлса, яллиғланиш аломатлари бўлмаганда тоза
асептик боғлам қўйилади.

Чақалоқ бола организмда ҳамма патологик жара-
ёнлар ғоят тез ривожланишини яна бир марта таъкид-
лаб ўтиш зарур. Шунинг учун бемор аҳволидаги барча
ўзгаришларни ўз вақтида пайқаш, уларни аниқ қилиб
қайд қилиш ва шошилиш чоралар кўриш учун врачга
маълум қилиш керак.

Йирингли хирургия бўлимида беморларни парвариш қилиш хусусиятлари

Гўдаклик ёшидаги йирингли касалликлар ғоят тур-
ли-туман, улар ҳамма ёшдаги болаларда учраши мум-
кин. Йирингли хирургия бўлимларига алоҳида талаблар
қўйилади. Бу бўлимларга йирингли касалликлари бўл-
маган беморларни жойлаштиришга асло рухсат этил-
майди. Бу бўлимларнинг ўз операция хоналари, яра
боғлаш хоналари, санузеллари, оқликлар сақланадиган
хоналари, озиқ-овқат блоки бўлади. Йирингли бўлим-
лардаги тиббий ходимларнинг олдиндан санитария
ишловидан ўтмасдан ва кийим-бошини алиштирмасдан
бошқа бўлимларга киришлари мумкин эмас.

Йирингли касалликлари бўлган болалар кенг, ёруғ,
қуёш нури яхши тушадиган ва тез-тез шамоллатиб ту-
риладиган палаталарга жойлаштирилишлари керак.
Палаталарни суткасига 3—4 марта ультрабинафша нур-
лар билан нурлантириш лозим. Ўйинчоқлар, деразалар,
йўрғаклаш столи, эшик дасталари, туваклар, сийдик
йиғиш учун идишлар ва бошқа нарсалар мунтазам (ҳар
кун) нам усулда дезинфекция қилиниши керак. Бемор-
нинг кийимбоши ва ўрин-кўрпаси тоза, яхши дазмол-
ланган, йўрғаклар эса яхши стерилизация қилинган бў-
лиши даркор. Тиббий ҳамшира кичик тиббий ходимнинг
хоналарни қандай йиғиштирганини (нам усулда тоза-
лаш, ахлатни, ишлатилган материалларни олиб чиқиш
ва ёқиб юбориш ва б.) назорат қилиб боради. Беморни
парвариш қилаётган тиббий ходим ҳар гал бемор яра-
сини боғлаганидан кейин қўлини махсус воситалар
(0,5% ли нашатир спирти ёки «Первомур», этил спир-
ти) билан яхшилаб дезинфекция қилади. Яра боғлаш,
яллиғланиш ўчоғини ювиш каби ҳамма манипуляциялар

палатада эмас, балки яра боғлаш хонасида ўтказилиши шарт. Яра боғлашда ишлатилган материаллар алоҳида челака ёки бакка ташланади ва ҳар куни ёқиб турилади. Манипуляция ўтказиладиган резина қўлқопларни ҳар гал яра боғлашдан кейин тозасига алиштирилади, ишлатилганларини эса антисептик эритмага солиб қўйилади.

Операциядан кейинги даврда йирингли жароҳатни маҳаллий даволаш алоҳида ўрин тутади. Жароҳатга ёпишиб қотиб қолган боғламни фурацилин, водород пероксид эритмаси билан ҳўллаш лозим. Боғламни илиқ ваннада ҳўллаш мақсадга мувофиқ эмас, чунки бу қайта инфекция тушишига ва инфекциянинг янада тарқалишига олиб келиши мумкин. Йиринг батамом чиқиб кетгунига қадар ош тузининг 10% ли ёки магнезий сульфатнинг 25% ли эритмаси шимдирилган нам дока боғламлар тавсия қилинади. Ярани тез-тез боғлаш тавсия этилмайди, чунки бу унинг битиб кетишига ноқулай шароитлар вужудга келтиради. Йиринг чиқиши камайиб яллиғланиш ҳодисалари сўниб боргандан кейин ярани 2—3 суткада бир марта боғлаш кифоя. Грануляциялар пайдо бўлгандан кейин малҳамли боғламларга ўтиш керак.

Бўшлиқ ёки жароҳатлардан йиринг оқиб чиқиши учун дренажларни кенг қўлланиш йирингли хирургия бўлими ишининг муҳим хусусиятларидан биридир. Кўпчилик ҳолларда яра боғлаш вақтида дренаж антисептик ва антибиотиклар эритмалари билан ювилади.

Йирингли касалликлари бўлган беморлар учун операциядан кейинги даврда гипс боғламларни қараб бориш ва ётоқ яраларнинг олдини олиш муҳим аҳамиятга эга. Гипс боғлам қўйилгандан кейин бемор дастлабки 2 сутка ичида ҳар 3—4 соатда кўздан кечириб турилиши зарур. Гипс боғламини нотўғри қўйиш ёки яллиғланиш авж олиши сабабли тўқималар ичида босимнинг орта бориши оқибатида тўқималар босилади, кейин эса ётоқ яралар ва тери некрозлари ривожланади. Гипс боғлами остидаги ётоқ яралар ва некрозлар (жонсизланиш) аксарият суяк дўмбоқлари соҳасида (тўпиқ, товон, қафт орқаси, думғаза, тизза бўғими) ривожланади.

Гипс боғлами қўйилгандан кейин яллиғланиш ўчоғида оғриқ кучайганда, бармоқлар ранги оқариб ёки кўкариб кетганда, улар муздай бўлиб қолганда, шишганда ва сезувчанлиги бузилганда бу ҳақда тезда врачга

хабар бериш ва бундай боғламни зудлик билан алиштириш керак.

Шундай қилиб, йирингли хирургия бўлимида асептика ва антисептика қоидаларининг бузилиши йирингли инфекциянинг стационарнинг бошқа бўлимларига ҳам тарқалишига, тиббий ходимларга юқишига, бемор организмига иккиламчи инфекция тушишига сабаб бўлиши мумкин.

ИЛОВАЛАР

ТАЛАБАЛАР, ТИББИЙ ҲАМШИРАЛАР ВА ЭНАГАЛАРНИНГ БИЛИШЛАРИ ЗАРУР БУЛГАН АМАЛИЙ МАЛАКАЛАР РЎЙХАТИ

Гигиеник малакалар

1. Аввало тиббий ходимлар ўзларини гигиеник нормада тутиши.
2. Беморлар ётган палаталарни ҳўллаб артиш, тозалаш, хлорли оҳакнинг 0,5% ва 1% ли эритмаларини тайёрлаш.
3. Беморларнинг терисини парвариш қилиш, ҳар куни ювинтириб-тараш.
4. Соч, қулоқ, кўзни парваришлаш.
5. Оғиз бўшлиғини чайиш, тозалаш.
6. Беморларнинг тирноқларини олиш, гигиеник ваннада чўмилтириш. Тумбочкаларнинг санитария аҳволини текшириб бориш.
7. Ички кийимларни ва ўрин-кўрпа жилдларини алиштириш.
8. Даво ванналарини тайёрлаш техникаси.
9. Даволаш муассасалари ҳовлисини тоза тутиш.

Беморларга кўз-қулоқ бўлиб туриш

1. Бемор ётган палатага очиқ чеҳра билан кириш.
2. Беморнинг ташқи кўриниши ва аҳволини кузатиб бориш.
3. Нафас ҳаракатларини санаб, график ёзиб бориш.
4. Томир уриши тезлигини ва табиатини аниқлаб, график ёзиб бориш.
5. Қандай йўталаётганини кузатиб бориш.
6. Сийиши ва ичи келишидан хабардор бўлиб туриш.
7. Қорин оғришидан хабардор бўлиб туриш.

Овқатланиш

1. Беморларнинг қайси парҳез, столга тўғри келишини билиш.

2. Беморларга овқат тарқатишда қатнашиш.
3. Ёшига кўра суткалик ва бир марталик овқат миқдорини ҳисоблаш.
4. Беморни овқатлантиришда қатнашиш.
5. Беморларни кўргани келаётганлар ва улар олиб келган озиқ-овқатларни назорат қилиб бориш.

Дори-дармонлар билан даволаш

1. Дори моддаларни ёзиб, уларни дорихонадан олишни уюштириш.
2. Антибиотиклар дозасини ҳисоблаш ва суюлтириш.
3. Заҳарли ва кучли таъсир қиладиган дориларнинг ҳисобини олиб бориш ва уларни сақлаш.
4. Дориларни тарқатиш.
5. Инсулин дозасини ҳисоблаш ва уни юбориш.
6. Қоқшолга қарши ва бошқа зардобларни юбориш.
7. Тўғри ичакка хлоралгидрат юбориш.
8. Бурун, қулоқ ва кўзга дори томизиш.
9. Венага юбориладиган дориларнинг таъсир механизми билан танишиш.

Муолажалар

1. Беморлар тирноғини олиш.
2. Банкалар, горчичниклар қўйиш.
3. Горчичниклар билан ўраш.
4. Грелка, муз солинган резина чамбарлар қўйиш.
5. Намланган кислород бериш.
6. Иситувчи компресс қилиш.
7. Ҳар хил клизмалар қилиш.

Текшириш ва ўлчашлар

1. Беморнинг умумий аҳволини баҳолаш.
2. Ҳароратини ўлчаш ва уни ёзиб бориш.
3. Сийдик, ахлат ва балғам йиғиш.
4. Бармоқ учидан қон олиш.
5. Венадан қон олиш.
6. Артериал босимни ўлчаш.
7. Қоннинг қуйишга яроқлигини аниқлаш.
8. Қон группасини ва резус-мансублигини аниқлаш.
9. Антибиотикларга сезгирликни аниқлаш.
10. Зимницкий синамаси.
11. Рентгенда текширишга тайёргарлик кўриш.

**Медицина хат-ҳужжатларини тўлдириш ва расмий-
лаштириш**

**Қасалхонага келиб тушган ва уйига жавоб берилган
беморларни журналга қайд қилиб бориш**

1. Шошилиш хабарнома тўлдиришда иштирок этиш.
2. Оғир ётган беморларнинг варақасини тутиш ва ёзиб бориш.
3. Қасаллик тарихи билан танишиб чиқиш.
4. Қасаллик тарихининг паспорт қисмини тўлдириш.
5. Буюрилган дори-дармонларни қасаллик тарихидан ёзиб олиш.
6. Порционник ва меню-тақсим тузишда иштирок этиш.
7. Уйига жавоб берилган беморнинг қасаллик тарихидан кўчирма тайёрлашни ўрганиш.
8. Диспансерлаш картасини тўлдириш.

Кечиктириб бўлмайдиган ёрдам

1. Бемор беҳуш ётганда ёрдам бериш.
2. Бемор қусганда ёрдам бериш.
3. Иситмаси кўтарилиб кетганда ёрдам бериш.
4. Ўтиришишда ёрдам бериш.
5. Томоқ бўғилиб қолганда ёрдам бериш.
6. Юракни билвосита уқалаш (массаж).
7. Сунъий нафас олдириш: оғиздан-оғизга, оғиздан-бурунга.
8. Босиб турувчи боғламлар қўйиш.
9. Меъда, ичаклар, бурун ҳамда ўпкадан қон кетганда ёрдам бериш.
10. Заҳарланганда ёрдам бериш.
11. Вақтинча қон тўхтатиш қоида-қонунларини билиш.
12. Суяклар синганда биринчи ёрдам.
13. Қалла суяги шикастланганда биринчи ёрдам.
14. Қуйганда биринчи ёрдамни бериш.
15. Хавфли жойлардан ҳайвонлар тишлаганда биринчи ёрдамни билиш.

**Бошланғич курсларнинг талабалари учун хирургик
беморларни умумий парвариш қилиш бўйича амалий
малакалар рўйхати**

1. Турли хил ишчи дезинфекцияловчи эритмалар тайёрлаш.
2. Қўлни дезинфекция қиладиган эритмалар билан дезинфекция қилиш.
3. Операция боғлов блоки хоналарини, палата, коридор, кабинетларни йиғиштириш.

4. Беморни ўринда тоғорада ювинтириш.
5. Ўринда ётадиган беморларнинг ич кийимларини алмаштириш.
6. Ўринда ётадиган беморларда ётоқ яраларни профилактика қилиш.
7. Ўринда ётадиган беморларда ўринбош оқлиқларини алиштириш.
8. Хирургия бўлимида беморларни овқатлантириш.
9. Беморни каравотдан каталкага, каталкадан каравотга кўчиришда ва бошқа муолажаларда ёрдам бериш.
10. Одамнинг турли ажратмалари; балғами, бурун шилимшиғи, ахлат ва сийдигини йиғиш.
11. Лаборатория жавобларини ўз вақтида олиб келиб тиббий ҳамширага бериш.

Талабалар учун умумий хирургиядан амалий малакалар рўйхати

1. Умуман стерилизация тўғрисида тушунча ва унинг методикаси.
2. Автоклав тузилиши ҳақида тушунча.
3. Стерилизация тўғрилигини аниқлаш методлари.
4. Биксларга асбобларни ўрнатиш.
5. Кетгутни стерилизация қилиш.
6. Ипакни стерилизация қилиш.
7. Катетерларни стерилизация қилиш.
8. Резина қўлқопларни стерилизация қилиш.
9. Қўлни Альфельд, Спасокукоцкий-Кочергин ва бошқа методлар бўйича ишлов (обработка қилиш) техникаси.
10. Операцион майдонга ишлов бериш.
11. Стерил халат кийиш қондаси.
12. Маҳаллий анестезия учун препаратлар.
13. Новокаин блокадаси.
14. Қўйиладиган қонни сақлаш шароитлари.
15. Қон группаларини аниқлаш.
16. Индивидуал мос келиш-келмасликка синама.
17. Биологик мос келиш-келмасликка қон олиш.
18. Артерия ва венадан қон оқишини тўхтатиш техникалари.
19. Биринчи хирургик ишлов бериш принциплари.
20. Жароҳат жараёни фазаларини аниқлаш.
21. Операцион жароҳатнинг йиринглаш белгилари.
22. Бирламчи ва иккиламчи чок қўйиш принциплари. Чокларни олиш.
23. Қуйишда, суяк синганда, совуқ олдирганда ва бош-

қа касалликларда ёрдам кўрсатиш (тегишли бўлимларга қаралсин).

24. Суртма (малҳам), сепма ва чайқатма дориларни қўллаш.
25. Тери остига, мускул орасига ва венага инъекция қилиш.
26. Суюқликларни венага томчилатиб юбориш учун зарур системаларни тайёрлаш.
27. Газ ҳайдовчи найча қўйиш.
28. Меъдани ювиш.
29. Фракцион усул билан меъда суюқлигини олишда қатнашиш.
30. Дуоденал зондлашда қатнашиш.

Юқори курс (4—5-курслар) талабалари учун хирургиядан амалий малакалар рўйхати

1. Хирургик беморларни текширишни ўрганиш.
2. Қон қуйиш.
3. Қон қуйишда асоратларга қарши кураш ва уларни даволаш.
4. Аппендэктомияда маҳаллий оғриқсизлантириш.
5. Чурраларни қирқишда маҳаллий оғриқсизлантириш.
6. Панжа ва бармоқларни маҳаллий оғриқсизлантириш ва операция қилиш.
7. Паранефрал блокада методикаси.
8. Жигар юмалоқ бойламини новокаин билан блокада қилиш методикаси.
9. Вагосимпатик блокадалар.
10. Плеврал пункция методикаси.
11. Жигар хирургик касалликларида беморларни функционал текшириш методикаси.
12. Қизилўнгачни текшириш ва операцияга тайёрлаш.
13. Меъда ва ўн икки бармоқ ичакни текшириш ва операцияга тайёрлаш.
14. Меъда ости безини текшириш ва операцияга тайёрлаш.
15. Чамбар ичакни текшириш ва операцияга тайёрлаш.
16. Ётоқ яраларнинг олдини олиш ва даволаш.
17. Йирингли абсцесс, карбункул, чипқонда операция қилиш.
18. Панариций (милкак) да панжани кесиш.
19. Жароҳатдан қон оқишини тўхтатиш.
20. Жароҳатга бирламчи хирургик ишлов бериш.
21. Плевра бўшлиғи пункцияси.

22. Қовуқни катетерлаш.
23. Венесекция.
24. Ичак стимуляцияси.
25. Трахеостомия қилиш.
26. Касаллик тарихини тўғри расмийлаштириш, касаллик варақасини ёзиб бориш.
27. Эндоскопик методларни ўрганиш.
28. Лапароскопия техникасига кўрсатма ва монеликни ўрганиш.
29. Бавосилда ошиғич операция қилиш.
30. Йўғон ва тўғри ичаги касалланган беморларни текшириш методикаси.

6-курс хирург-талабалари учун амалий малакалар

1. Биркитиб қўйилган беморлар ярасини боғлаш.
2. Ошқозонни ювиш.
3. Қлизмаларнинг ҳамма турларини қилиш.
4. Ўн икки бармоқ ичакни зондлаш.
5. Қизилўнгачни бужлаш.
6. Гастростом орқали касални овқатлантириш.
7. Операциядан кейинги дренаж найни олиб ташлаш.
8. Режали операцияларга касални тайёрлаш.
9. Венесекция.
10. Новокаин блокадаси.
11. Плеврал пункциялар.
12. Юза жароҳатларни бирламчи хирургик ишлаш.
13. Юмшоқ тўқималардаги хавфсиз ўсмалар (липوما, фиброма ва б.) ни олиб ташлаш.
14. Юмшоқ тўқималар абсцесси, панариций, флегмоналарни кесиш.
15. Аппендэктомия.
16. Чурраларни қирқиш.
17. Перитонит ва бошқаларда қорин бўшлиғига дренаж қўйиш.
18. Дренажни олиб ташлаш.

Нейрохирургияда амалий малакалар рўйхати

1. Қалла суяги ва умуртқа поғонаси обзор суратларини ҳамда ангиограмма рентген суратларини ўқиш.
2. Бемор аҳволи ва эс-ҳушига баҳо бериш.
3. Беморни операцияга тайёрлаш.
4. Беморни каравотдан каталкага ва каталкадан каравотга ўтказиш.
5. Каталкадан операция столига ўтказиш.
6. Операциядан кейин беморнинг ярасини боғлаш.

7. Операцияда ассистентлик қилиш.
8. Операция вақтида беморни кузатиб бориш.
9. Оғир ётган беморни зонд орқали овқатлантириш.
10. Люмбал пункция.
11. Люмбал ликвор босимини ўлчаш.
12. Уч тармоқли нерв I тармоғини кўз косаси усти тешигидан чиққан жойида новокаин блокадаси қилиш.
13. Уч тармоқли нерв II тармоғини кўз косаси ости тешигидан чиққан жойида новокаин блокадаси қилиш.
14. Уч тармоқли нерв III тармоғини ментал тешикдан чиққан жойида новокаин блокадаси қилиш.
15. Спинал илдизларнинг перидурал сегментлар блокадаси.
16. Думғаза ўймаси орқали эпидурал новокаин блокадаси.
17. Беморнинг 1 минутдаги нафас олиш сонини назорат қилиш.
18. Беморнинг 1 минутдаги пульси сонини ўлчаб бориш.

Жағ-юз соҳасидаги касалликларда амалий малакалар рўйхати

1. Жағ-юз касалликларини бир-биридан фарқлай билиш.
2. Юз жароҳатларидан қон оққанда босиб турадиган боғлам қўйиш.
3. Қўл билан вақтинча қон тўхтатишни билиш.
4. Юз жароҳатларида қаттиқ тампонада қилиш.
5. Тилни тўғноғич билан маҳкамлаш методикасини ўрганиш.
6. Пастки жағ синганда сопқонсимон юмшоқ боғлам қўйиш.
7. Юқори жағ синганда ушлаб турадиган боғлам қўйиш.
8. Пастки жағга стандарт транспорт шина қўйиш.
9. Юқори жағга стандарт транспорт шина қўйиш.
10. Ҳар куни шиналарни текшириб туриш.
11. Пастки ва юқори жағни иммобилизация қилиш учун дуррачадан сопқонсимон боғлам қўйиш.
12. Оғиз бўшлиғини ва тишларни, кариоз тишларни аниқлаш ва санаця картасига ёзиш учун кўздан кечириш қоидалари.

13. Оғиз бўшлиғини чайишни билиш—актив кислород (оғиз бўшлиғини кислородли ваннача билан чайиш).
14. Қайси дори-дармонлар билан оғиз бўшлиғини чайишни билиш.
15. Пульпит ва периодонтитда кариоз бўшлиққа дори моддалар қўйиш қоидалари.
16. Беморда жағ синиш симптомларини аниқлаш.
17. Яраланиш ва стоматитларда оғиз бўшлиғини чайиш методикасини эгаллаш.
18. Сўлак оқмаслигига қарши чоралар.
19. Жағ-юз операцияларида кўз ва қулоқларнинг касалланиб қолмаслиги учун доимий равишда мутахассисларга кўрсатиб туриш.

Урологиядан амалий малакалар рўйхати

1. Урологик касалликларнинг умумий диагностикасини билиш.
2. Пастернацкий симптомини аниқлаш.
3. Жойидан қўзғаш симптомини аниқлаш.
4. Буйракни пайпаслаб кўриш.
5. Қовуқни катетерлаш.
6. Простата безини пальпатор (бармоқ билан) текшириш.
7. Вақтинча катетер қўйишни билиш.
8. Доимий катетерни қўйиш техникаси.
9. Цистография, пневмоцистография, уретрография.
10. Урологик беморларнинг ярасини боғлаш.
11. Урологияда қўлланиладиган ҳар хил новокаин блокадалар турлари.
12. Лорин-Эпштейн бўйича новокаин блокадаси.
13. Паранефрал новокаин блокадаси.
14. Рентген урограммани ўқиш.
15. Петцер катетерини алиштириш.

Онкологиядан амалий малакалар

1. Онкологик беморлар учун тўлдириладиган ҳужжат-жатларни ўрганиш.
2. Онкологик диспансерларда деонтологияга қаттиқ риоя қилиш.
3. Онкологик беморлар диагнозини ўзларидан сир тутиш.
4. Онкологик мавзуда аҳоли учун лекция ўқиш ва суҳбатлар ўтказиш.

5. Онкологик беморлар анамнези ва кўздан кечириш.
6. Хавфсиз ўсмаларнинг белгиларини билиш.
7. Хавфли ўсмаларнинг белгиларини билиш.
8. Лаборатория текширувчи маълумотларини турли органларнинг хавфли ўсмаларига қиёсан изоҳлаш.
9. Қон, сийдик, ахлатни текширув натижаларини изоҳлаш.
10. Турли органлар рентгенограммаларини ўсмаларнинг типик белгилари билан изоҳлаш.
11. Тўғри ичакни бармоқ билан текшириб топилган ўзгаришларни изоҳлаш.
12. Сут беи ракида тери симптомларини ва сўрғичдаги симптомларни аниқлаш.
13. Ташқи органлар ўсмаларида диагностик пункция қилиш, суртмалар ва қирмалар олиш.
14. Сиртда жойлашган ўсмалар ва регионар лимфа тунларини аниқлаш.
15. Биопсия учун материал олиш ва гистологик лабораторияга юбориш.
16. Сиртда жойлашган ўсмаларнинг электрик коагуляцияси ва уларни олиб ташлаш.
17. Хавфли ўсма диагнозини таърифлаб, босқичи, клиник группасига баҳо бериш.
18. Химиотерапевтик даволаш жараёнида қон кўрсаткичларини назорат қилиш, даво ёрдами кўрсатиш.
19. Ракнинг улғайиб кетган формасида симптоматик даво тайинлаш.
20. Нур билан даволашни ўрганиш, онкологик беморларни операцияга тайёрлашда қатнашиш.
21. Онкологик беморларни операциядан кейинги парваришини билиш.

Травматологиядан амалий малакалар рўйхати

1. Суяк синишининг умумий диагностикаси.
2. Очиқ ва ёпиқ синишларни бир-биридан фарқлаш.
3. Вақтинчалик қон тўхтатиш усулларини билиш.
4. Суяклар жароҳатланганда биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш.
5. Шина турлари, кўрсатмалар ва улардан фойдаланиш.
6. Таянч-ҳаракат аппарати шикастланганда транспорт имобилизацияси.
7. Турли гипс боғламлар қўйиш ва ечиш техникаси.
8. Турли хил новокаин блокадаларини билиш.
9. Қоқшол ва анаэроб инфекциянинг актив ва пассив профилактикаси.

10. Белер бўйича оғриқсизлантириш техникаси.
11. Школьников бўйича оғриқсизлантириш техникаси.
12. Лейкопластир ва скелетдан тортиб қўйиш ва ечиш техникаси.
13. Типик жойидан синган билак суягини репозиция қилиш техникаси.
14. Жароҳатларни бирламчи хирургик тозалаб дори қўйиш.
15. Бўғимларни пункция қилиш.
16. Маҳаллий новокаин блокадаси қилиш.
17. Асоратланмаган янги чиққан суякларни жойига солиш.
18. Скелет усулида тортиб қўйиш.
19. Гипс боғламлар қўйиш.
20. Суяк синиши билан биргаликда бошқа аъзолар жароҳатланиши диагностикаси.
21. Суяк синиши билан куйиш жароҳатида биринчи ёрдамни билиш.

Куйиш касаллиги бўйича амалий малакалар рўйхати

1. Куйиш ҳақида тушунча.
2. Куйиш касаллиги ҳақида тушунча.
3. Куйиш турлари.
4. Куйиш касаллиги даражалари.
5. Куйиш касаллиги даврлари (босқичлари) ҳақида тушунча.
- шок
- токсемия
- септикотоксемия
- соғайиш
6. Куйиш юзасини аниқлаш усуллари.
7. Нафас йўллари куйганлигини диагностика қилиш.
8. Куйганда биринчи ёрдам.
9. Стационарда даволашга кўрсатмалар.
10. Қайси ҳолларда куйган касалларни амбулатория усулида даволаш мумкин.
11. Куйиш юзасини бирламчи ювиш (туалет).
12. Некротомия ҳақида тушунча.
13. Некрэктомия ҳақида тушунча.
14. Яралинг операцияга тайёр эканлигини таърифлаш.
15. Аутопластика ҳақида тушунча.
16. Гомопластика ҳақида тушунча.
17. «Марка» методи ҳақида тушунча.
18. Куйиш касаллиги асоратлари.

19. Гипертрофик чандиқлар ҳақида тушунча.
20. Келоид чандиқлар ҳақида тушунча.
21. Реабилитация усуллари.
22. Маҳаллий ясси — пластик усуллар операцияси.
23. Ўткир пластик усул.
24. Z-пластик усули.
25. Трапециясимон усул.
26. L-симон усул.
27. Кўприк усули (мостовидный лоскут)
28. Филатов усули.
29. Қўшма усуллар ҳақида тушунча.
30. Куйган касаллар диспансеризацияси.

МУНДАРИЖА

Кириш	3
I боб. Клиника билан танишиш. Хирургик беморларни умумий парваришlash тўғрисида тушунча	7
Хирургия ва хирургик беморлар парваришида деонтологиянинг аҳамияти	8
Хирургик стационардаги палаталар, операция блоки ва яра боғлаш хоналарига қўйиладиган санитария талаблари	14
Жарроҳлик касалликларида биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш	19
Жарроҳлик беморларни операциягача бўлган даврда парвариш қилиш	21
Беморларни клиник текширувга тайёрлаш	23
Беморнинг меъда-ичак системасини рентгенологик текширувга тайёрлаш	25
Ўт пуфаги ва ўт йўллари рентгенологик текширишга тайёрлаш	25
Жарроҳлик беморларни операцияга тайёрлаш	26
Операция ва боғлаш хоналаридаги ишлар	26
Кичик тиббий ҳамширанинг операция ва боғлаш хоналаридаги иши	28
Жарроҳлик беморларни баъзи бир операциялардан кейинги даврда парвариш қилиш. Уларни олиб юриш (транспортiroвка) қондалари	29
Шок, кома, агония ҳолатларида беморларни парвариш қилиш	32
Талабаларнинг беморларни парвариш қилиш бўйича палата тиббий ҳамшираси ёрдамчиси сифатидаги вазифалари	34
Беморнинг стационардаги режими	37
Беморнинг санитария ишлови (обработкаси)	38
Касалхонада овқатланишни ташкил қилиш	42
Замонавий диетологияда қўлланиладиган асосий парҳезлар	43
Беморнинг шахсий гигиенаси тўғрисида тушунча ва унинг даволашдаги аҳамияти	47
Талабаларнинг даволаш муассасаларида муолажалар бажаришлари	56
Хирургик инфекцияли беморларни парвариш қилиш хусусиятлари	71
II боб. Қалла суяги-мия ва орқа мияси шикастланган беморлар парвариши	75
III боб. Жағ-юз соҳасининг шикастланишлари ва касалликлари бўлган беморларни парваришlash хусусиятлари	81
IV боб. Қорин девори ва қорин бўшлиғи аъзоларида шикастлари ва касалликлари бўлган беморлар парвариши	86
Ҳазм органлари касалликлари бўлган беморлар парвариши	90
Жигар ва ўт йўлларидаги операцияларда беморлар парвариши	95

V боб. Урологик беморлар парвариши	98
Умумий маълумотлар	98
Урологияда текшириш методлари, асбоб-ускуналар ва улардан фойдаланиш	99
Шошилинч ҳолатларда урологик беморларни парвариш қилиш	102
Урологик касалликларнинг қисқача таърифи. Операция йўли билан дэволаш ва парвариш қилиш	106
VI боб. Онкологик беморларни парвариш қилиш хусусиятлари	109
Бош миясида ўсмалар бўлган беморларни парвариш қилиш	111
Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати рак билан касалланган беморларни парвариш қилиш	111
Қизилўнғач раки бўлган беморларни парвариш қилиш	112
Меъда раки бўлган беморлар парвариши	112
Ичаклар раки бўлган беморлар парвариши	113
Хиқилдоқ раки бўлган беморлар парвариши	113
Ўпка раки бўлган беморлар парвариши	113
Сут беzi раки бўлган беморларни даволаш	114
Онко-урологик беморлар парвариши	114
VII боб. Оёқ-қўлларнинг томирлари касал бўлган беморлар парвариши	115
Оёқ веналарининг варикоз кенгайиши	115
Оёқларнинг облитерация қиладиган эндартеринти ва атеросклерози	121
VIII боб. Травматологик беморлар парвариши	125
IX боб. Куйиш касаллигида парваришлаш	128
Куйиш касаллиги	130
Куйиш касаллигининг турли даврларида куйган беморларни парвариш қилиш	134
Куйиш касаллигининг иккинчи даврида парвариш қилиш	137
Куйиш касаллигининг учинчи даврида парваришлаш	140
Операциядан олдинги тайёргарлик хусусиятлари	142
Операциядан кейинги парвариш	143
Куйганларни жароҳатини боғлашга тайёрлаш	145
Беморларни куйиш касаллигининг соғайиш даврида парваришлаш	146
Куйган касаллар реабилитацияси	147
X боб. Хирургик касалликлари бўлган болаларнинг умумий парвариши	148
Болани операциядан кейин парвариш қилишнинг умумий масалалари	148
Ирингли хирургия бўлимида беморларни парвариш қилиш хусусиятлари	167
Иловалар	169

Учебное издание

БАХРАН САЛОМОВИЧ ТУРСУНОВ

доктор медицинских наук, профессор

**УХОД ЗА ХИРУРГИЧЕСКИМИ
БОЛЬНЫМИ**

Ташкент, 700129, Издательско-полиграфическое объединение
им. Ибн Сины, Навои, 30.

Уқув нашри

БАҲРОН САЛОМОВИЧ ТУРСУНОВ

тиббиёт фанлари доктори, профессор

**ХИРУРГИК БЕМОРЛАР
ПАРВАРИШИ**

Муҳарририят мудир *Б. Мансуров*

Муҳаррир *Х. Зокиров*

Расмлар муҳаррири *М. Эргашева*

Техник муҳаррир *В. Мешчерякова*

Мусахҳиҳ *С. Абдунабиева*

ИБ 1813

Босмаҳонага 17.12.92 да берилди. Босишга 25.02.93 да рухсат этилди. Бичими 84×108¹/₃₂. Газета қоғози. Юқори босма. Адабий гарнитур. Шартли босма табағи 9,66. Нашр босма табағи 10,25. Шартли бўёқ-оғт. 9,87. № 114—91-ракамли шартнома. № 411 — ракамли буюртма. Жами 7000 нусха. Нархи шартнома асосида.

Ибн Сино номидаги нашриёт-матбаа бирлашмаси, Тошкент, Навоий кўчаси, 30.
Ўзбекистон Республикаси Давлат матбуот қўмитаси, Тошкент Китоб-журнал фабрикаси. Тошкент, 700194, Юнусобод даҳаси, Н. Муродов кўчаси, 1.

Ибн Сино номидаги нашриёт-матбаа бирлашмаси 1993 йилда тиббиёт олий билимгоҳлари талабалари учун қуйидаги дарсликларни босмадан чиқаради:

А. А. Қодиров. Тиббиёт тарихи.

Мазкур дарсликда тиббиётнинг тарихий ривожланиш йўллари ва унинг ҳозирги кунга қадар етган даражаси ҳақидаги маълумотлар изчиллик билан баён қилинган.

Муаллиф бўлажак шифокор учун тиббиёт тарихини ўрганиш муҳим аҳамиятга эга эканлигини алоҳида таъкидлаб ўтади.

Қитоб тиббиёт олий билимгоҳлари талабаларига мўлжалланган бўлиб, тиббиётнинг ривожланиш йўлларини чуқур ўрганишда, унинг эришган ютуқларини тўғри англашда талабаларга дастур бўлиб хизмат қилади. Уларнинг билим даражаси ва савиясини оширади, касбий-эстетик, маънавий-ғоявий ва маданий жиҳатдан юксак даражадаги мутахассислар бўлиб етишишларида муҳим ўрин тутаяди.

Р. Э. Худойбердиев, Н. Қ. Аҳмедов ва бошқалар. Одам анатомияси.

Мазкур дарсликда талабалар тиббиётнинг энг муҳим фани ҳисобланган анатомия ва морфологияга оид янгиликлар билан яқиндан танишади.

Муаллифлар ушбу дарсликда ҳар бир аъзонинг, қолаверса анатомик системаларнинг тузилишини, эмбрионал ўсишнинг ёш ва жинсга қараб ўзгариб туришини тушунарли ва қизиқарли қилиб баён қилишга уринганлар. Қитобнинг ҳар бир боби атрафлича кенгайтирилган, ички аъзоларнинг анатомик тузилишини: уларнинг қон томирлар ва нервлар билан қандай қилиб таъминланганлигини яққол тасвирлаб берганлар. Шунингдек, синдесмология, нерв системаси, автоном-вегетатив нерв системаси бўлимлари қайта ишланган ва анча тўлдирилган.

А. А. Қодирова, Ю. Қ. Жабборова. Акушер-лик.

Дарсликда қисқача акушерлик тарихи, аёллар жинсий органларининг анатомияси ва физиологияси, туғруқ жараёни, ҳомиладорлик ва туғруқнинг патологик кечиши, гестозлар, ҳомиладаги патологик ва физиологик ҳолатлар, акушерлик операциялари, даволаш-профилактика омиллари ва бошқалар келтирилади.

Дарслик биринчи марта ўзбек тилида ёзилиб, олий тиббиёт билимгоҳлари талабаларига мўлжалланган.

Н. М. Мажидов. Умумий неврология.

Дарслик асосий тиббиёт олий билимгоҳлари талабаларига мўлжалланган, у ёш невропатолог-врачлар ва илмий ходимларга ҳам шу фанни ўрганишда ва ўзлаштиришда катта ёрдам беради. Ҳозирги вақтда бу қўлланмага эҳтиёж жуда катта.

Қитобнинг биринчи нашри 1973 йилда чоп этилган. Қитобнинг янги нашрига Ўзбекистон неврология илмининг тарихи, олий нерв системаси, вегетатив нерв системасига оид янги боблар киритилди. Қитоб шу соҳадаги замонавий маълумотлар билан тўлдирилди, аввалги нашридаги жузъий ноаниқликлар ва камчиликлар бартараф этилди, янги расмлар билан бойитилди.