

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

ОЛИЙ ТАЪЛИМ ТИЗИМИ ПЕДАГОГ ВА РАЎБАР КАДРЛАРИНИ ҚАЙТА
ТАЙЁРЛАШ ВА УЛАРНИНГ МАЛАКАСИНИ ОШИРИШНИ ТАШКИЛ ЭТИШ
БОШ ИЛМИЙ - МЕТОДИК МАРКАЗИ

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ ҲУЗУРИДАГИ ПЕДАГОГ КАДРЛАРНИ
ҚАЙТА ТАЙЁРЛАШ ВА УЛАРНИНГ МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ТАРМОҚ
МАРКАЗИ

“ ДАВОЛАШ ИШИ ”

“ТИББИЁТДА (ХИРУРГИЯДА) ЗАМОНАВИЙ
ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИ ”
модули бўйича

Ў Қ У В – У С Л У Б И Й
М А Ж М У А

Тошкент 2016

Мазкур ўқув-услугий мажмуа Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2016 йил 6 апрелидаги 137-сонли буйруғи билан тасдиқланган ўқув режа ва дастур асосида тайёрланди.

Тузувчилар:

Охунов А.О. – тиббиёт фанлар доктори, профессор, Тошкент Тиббиёт Академияси умумий ва болалар хирургия кафедраси мудири.

Шайхова Х.Э. – тиббиёт фанлар доктори, профессор, Тошкент Тиббиёт Академияси ЛОР кафедраси профессори.

Тақризчи:

Duck-Jong Han, M.D.,Ph.D. Chairman of Board Medical Leaders Corporation

Ўқув-услугий мажмуа Тошкент тиббиёт академияси Кенгашининг 2016 йил 29 августдаги 1-сонли қарори билан наширга тавсия қилинган.

МУНДАРИЖА

I. ИШЧИ ДАСТУР.....	2
II. МОДУЛНИ ЎҚИТИШДА ФОЙДАЛАНИЛАДИГАН ИНТЕРФАОЛ ТАЪЛИМ МЕТОДЛАРИ.....	13
III. НАЗАРИЙ МАТЕРИАЛЛАР.....	21
IV. АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ МАТЕРИАЛЛАР.....	58
V. КЕЙСЛАР БАНКИ.....	77
VI. МУСТАҚИЛ ТАЪЛИМ МАВЗУЛАРИ.....	111
VII. ГЛОССАРИЙ.....	112
VIII. АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ.....	114

I. ИШЧИ ДАСТУР

Кириш

Дастур Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2015 йил 12 июндаги “Олий таълим муассасаларининг раҳбар ва педагог кадрларини қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПФ-4732-сон Фармонидаги устувор йўналишлар мазмунидан келиб чиққан ҳолда тўзилган бўлиб, у замонавий талаблар асосида қайта тайёрлаш ва малака ошириш жараёнларининг мазмунини такомиллаштириш ҳамда олий таълим муассасалари педагог кадрларининг касбий компетентлигини мунтазам ошириб боришни мақсад қилади.

Дастур мазмуни олий таълимнинг норматив-ҳуқуқий асослари ва қонунчилик нормалари, илғор таълим технологиялари ва педагогик маҳорат, таълим жараёнларида ахборот-коммуникация технологияларини қўллаш, амалий хорижий тил, тизимли таҳлил ва қарор қабул қилиш асослари, махсус фанлар негизида илмий ва амалий тадқиқотлар, технологик тараққиёт ва ўқув жараёнини ташкил этишнинг замонавий услублари бўйича сўнгги ютуқлар, педагогнинг касбий компетентлиги, глобал Интернет тармоғини ўзлаштириш бўйича янги билим, кўникма ва малакаларини шакллантиришни назарда тутади.

Дастур доирасида берилган мавзулар таълим соҳаси бўйича педагог кадрларни қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш мазмуни, сифати ва уларнинг тайёргарлигига қўйиладиган умумий малака талаблари ва ўқув режалари асосида шакллантирилган бўлиб, бу орқали олий таълим муассасалари педагог кадрларининг соҳага оид замонавий таълим ва инновация технологиялари, илғор хорижий тажрибалардан самарали фойдаланиш, ахборот-коммуникация технологияларини ўқув жараёнига кенг тадбиқ этиш, чет тилларини интенсив ўзлаштириш даражасини ошириш ҳисобига уларнинг касб маҳоратини, илмий фаолиятини мунтазам юксалтириш, олий таълим муассасаларида ўқув-тарбия жараёнларини ташкил этиш ва бошқаришни тизимли таҳлил қилиш, шунингдек, педагогик вазиятларда оптимал қарорлар қабул қилиш билан боғлиқ компетенцияларга эга бўлишлари таъминланади.

Қайта тайёрлаш ва малака ошириш йўналишининг ўзига хос хусусиятлари ҳамда долзарб масалаларидан келиб чиққан ҳолда дастурда тингловчиларнинг махсус фанлар доирасидаги билим, кўникма, малака ҳамда компетенцияларига қўйиладиган талаблар такомиллаштирилиши мумкин.

Мамлакатимизда таълим-тарбия тизимини тубдан ислох қилиш, уни замон талаблари даражасига кўтариш, жаҳон стандартларига мослаштириш, миллий кадрлар тайёрлашнинг янгиланган тизимини вужудга келтириш, мустақиллигимизни мустаҳкамлашда хизмат қилувчи билимли, иқтидорли, истиқлол тафаккурини ўзида сингдирган авлодни тарбиялаш бугунги куннинг долзарб вазифаларидан биридир.

Қайта тайёрлаш ва малака ошириш йўналишининг ўзига хос хусусиятлари ҳамда долзарб масалаларидан келиб чиққан ҳолда дастурда тингловчиларнинг махсус фанлар доирасидаги билим, кўникма, малака ҳамда компетенцияларига қўйиладиган талаблар такомиллаштирилиши мумкин.

Модулнинг мақсади ва вазифалари

Модулнинг мақсади: соғлиқни сақлаш тизимида юқори малакали етўқ мутахассисларга бўлган эҳтиёжни қондира оладиган, билим, малака ва амалий кўникмаларни керакли ҳажмда эгаллаган педагог кадрларни таёрлашдан иборат.

Модулнинг вазифалари:

- даволаш иши йўналиши фанларининг тараққиёт йўналишларида касалликларни эрта ташхислашда замонавий технологиялардан фойдаланиш ва амалиётда қўллаш туғрисида маълумотларни ўзлаштириш;
- замонавий инвазив ва ноинвазив текшириш усулларини қўллаш учун курсатмалар билан танишиш ва уларни ўз амалиётида ишлатиш. Нур билан ташхислаш деб номланган замонавий технологияларнинг тиббий имқониятларини ўрганиш;
- ҳозирги вақтда дунё тиббиётида амалиётга киритилаётган ташхислаш янгиликлари, уларнинг афзаллик томонлари, ташхислаш иши йўналишида янгича ёндошишлар, ташхислаш иши йўналиши

тармоғида замонавий инновацион ўзгаришлар билан танишиш ва амалиётда қўллашни ўргатиш.

Ушбу мажмуа хирургик касалликлари фани бўйича мулжалланган бўлиб, ўқув режа асосида тузилган ва ягона ўқув-услугий хужжат бўлиб ҳисобланади.

Хирургик касалликлари фанини замонавий диагностика усуллари, ушбу дастур тингловчиларнинг замонавий талаб даражасида билимга эга бўлиш ва шунга асосан ўқув жараёнини ташкил этишда олган билимларини жорий этишга йўналтирилгандир.

Хирургик касалликлари фани доимо ривожланишда бўлганлиги сабабли, тасаввурлар янгиланиб туради.

Хирургик касалликларини ташхислашда ультратовуш, доплерография, электроретинография каби янги текшириш усуллари пайдо бўлган ва кўз касалликларини даволаш усуллари кундан кунга ривожланиб бормоқда, анъанавий тасаввурлар ўзгариб боряпти ва кўплаб янгиликлар киритиляпти, ушбу модуль тиббиёт олий ўқув юртлари профессор-ўқитувчилари хирургик касалликлари мутахассислиги бўйича малакасини оширишга мўлжалланган ҳажмни ўз ичига олган.

Тингловчиларни хирургик касалликларининг долзарб муаммолари билан таништириш ҳамда ўқитишда замонавий тиббий ва педагогик технологияларни киритиб, ўқув жараёнини такомиллаштиришга интилган тиббиёт олий ўқув юртлари профессор-ўқитувчиларининг касбий малакасини оширишга йўналтирилган.

Модул бўйича тингловчиларнинг билими, кўникмаси, малакаси ва компетенцияларига қўйиладиган талаблар

“Тиббиётда (хирургияда) замонавий диагностика усуллари” модулини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида **тингловчи:**

- хирургия фанининг асосий назарий ва амалий соҳаларда эришган ютуқлари, муаммолари ва уларнинг ривожланиш истикболларини;
- хирургия фанини фундаментал ва амалий жиҳатларини;

- хирургия соҳасидаги инновацияларни ва таълим технологияларини ўқув жараёнига татбиқ этишнинг назарий ва амалий асосларини;
- хирургия соҳасидаги мутахассисларга қўйиладиган замонавий талабларни;
- хирургия соҳасидаги амалий хирургик касалликларни ва уларнинг ривожланиш босқичларини;
- хирургия касалликлар диагностикаси стандартларини;
- хирургик касалликларнинг кечиш хусусиятлари ҳақидаги **билимларга эга бўлиши;**
- хирургия фанларини ўқитишда илғор таълим технологияларидан самарали фойдаланиш;
- хирургик касалликларининг ривожланиш босқичларидан келиб чиққан ҳолда уларга ёндашиш;
- хирургик касалликларга социал-демографик муаммолардан келиб чиққан ҳолда ташхис қўйиш;
- замонавий диагностика, даволаш ва профилактика усулларида самарали фойдаланиш;
- хирургик касалликларнинг интеграллашган усулда даволаш **кўникмаларини эгаллаши;**
- хирургия соҳасида замонавий диагностик усулларида фойдаланиш;
- хирургик касалликларининг кечиш динамикасини аниқлаш;
- хирургия фанларини ўқитишда муаммоли педагогик вазиятларга инновацион ёндашиш **малакаларини эгаллаши;**
- хирургик касалликлар диагностикасида илғор хорижий тажрибаларни амалиётда қўллаш;
- хирургияда учрайдиган шошилиш ҳолатларда тез ёрдам кўрсатиш;
- хирургик операцияларни ўтказишда замонавий диагностик усулларида қўллаш **компетенцияларига эга бўлиши ва педагогик креативлик сифатларини эгаллаши лозим.**

Модулни ташкил этиш ва ўтказиш бўйича тавсиялар

“Хирургияда замонавий диагностика усуллари” модули маъруза ва амалий машғулотлар шаклида олиб борилсада, бунда вазиятли машқлар, слайдларни кўрсатиш, алоҳида педагогик вазиятларни шарҳлаш кабилардан фойдаланиш тавсия этилади.

Модулни ўқитиш жараёнида таълимнинг замонавий методлари ахборот-коммуникация технологиялари қўлланилиши назарда тутилган:

- маъруза дарсларида замонавий компьютер технологиялари ёрдамида презентация ва электрон-дидактик технологиялардан;
- ўтказиладиган амалий машғулотларда техник воситалардан, экспресс сўровлари, ақлий ҳужум, кичик гуруҳлар билан ишлаш, ва бошқа интерфаол таълим усуллари қўллаш назарда тутилади.

Модулнинг ўқув режадаги бошқа модуллар билан боғликлиги ва ўзвийлиги

“Хирургияда замонавий диагностика усуллари” модули мазмунан ўқув режадаги “Олий таълимнинг норматив-ҳуқуқий асослари”, “Илғор таълим технологиялари ва педагогик маҳорат”, “Таълим жараёнида ахборот-коммуникация технологияларини қўллаш” каби ўқув модуллари билан ўзвий боғлиқ бўлиб, педагогик фаолиятни самарали кечишини таъминлаш учун хизмат қилади.

Модулнинг олий таълимдаги ўрни

Тингловчилар модул доирасида ўзатиладиган маълумотларни таълим-тарбия жараёнини далил исботларга асосланган тиббиётни амалга ошириб, мақбул қарор қабул қилишга доир касбий компетентликка эга бўладилар.

Модул бўйича соатлар тақсимоти

№	Модул мавзулари	Тингловчининг ўқув юклараси, соат				
		ҳаммаси	Аудитория ўқув юклараси			мустақил таълим
			жами	жумладан		
		назарий		амалий машғулот		
1	Хирургик хасталикларини замонавий ташхислаш усулларининг умумий муаммолари	14	14	6	8	-
2	Хирургик хасталикларини замонавий ташхислаш усулларининг хусусий бўлими	26	24	8	16	2
3	Хирургик хасталикларини ташхислаш усулларининг XXI аср истиқболлари	4	2	2	-	2
	Жами: 44 соат	44	40	16	24	4

НАЗАРИЙ МАШҒУЛОТЛАР МАЗМУНИ

1–мавзу: Хирургияда замонавий ташхислаш усулларининг шаклланиб бориш босқичлари.

Хирургияда замонавий ташхислаш усулларининг шаклланиб бориш босқичларини навбатма навбат ўрганиб борилади. Хирургияда замонавий ташхислаш усулларини ривожланиши тарихини урганиш. Бу усулларини хирургияда аҳамияти ва қўлланилишини кенг ўрганилади.

2–мавзу: Хирургияда қўлланиладиган замонавий инвазив ва ноинвазив ташхислаш усуллари.

Магнит-резонанс томография (МРТ) — ички аъзолар ва туқималарни топографик текшириш усули. Бу усулни қўллашда ядроли магнит резонансни физик ҳосилаларини қўллашга асосланган бўлиб ҳисобланади. Эндоскопия — баъзи ички аъзоларни кўрикдан ўтказиш учун қўлланиладиган эндоскоп ёрдамида текшириш усули. Эндоскопик текширишда эндоскоп тананинг табиий тешиклари орқали киритилади.

3–мавзу: Хирургик касалликларни ва шикастланишларни ташхислашда қўлланиладиган замонавий объектив интеграл усуллари (APACHE, APACHE I, APACHE II, APACHE III, SAPS, SAPS II, SOFA, MODS, MPI).

Ишлаб чиқариш билан боғлиқ бўлмаган, ишлаб чиқариш билан боғлиқ бўлган шикастлар (саноатда, қишлоқ хўжалигида), қасддан қилинган шикастланишлар (ҳарбий ҳолатларда, ўз-ўзини ўлдириш ва ҳ.к.) каби шикастланишлар фарқ қилинади.

4–мавзу: Абдоминал хирургияда замонавий ташхислаш усуллари.

Абдоминал хирургияда замонавий ташхислаш усуллари – бунда қорин деворидаги касалликлар, қорин бўшлиғи аъзолари касалликлари замонавий усуллар билан ташхислаш усуллари чуқур ўрганилади.

5–мавзу: Торакал хирургияда замонавий ташхислаш усуллари.

Торакал хирургияда замонавий ташхислаш усуллари – бунда кўкрак қафаси деворидаги касалликлар, кўкрак қафаси шикастларида ва кўкрак бўшлиғи аъзолари касалликлари замонавий усуллар билан ташхислаш усуллари чуқур ўрганилади.

6–мавзу: Юрак ва қон-томирлар хирургиясида замонавий ташхислаш усуллари.

Ортирилган ва туғма юрак нуқсонларини замонавий ташхислаш, қон-томирлар сурункали облитерацияловчи хасталикларни ташхислаш, қон айланишини ўткир бузилишини ташхислаш замонавий усуллари кенг ўрганилади.

7–мавзу: Хирургик инфекцияда замонавий ташхислаш усуллари.

Хирургик инфекция хасталикларининг таснифи, хирургик инфекция хасталикларининг кечиши ва клиник намоён бўлиши хирургик инфекция хасталикларини ташхислаш замонавий усуллари ўрганилади.

8–мавзу: Замонавий гибрид ва кичик инвазив хирургик ташхислаш усуллариининг моҳияти ва камчиликлари. Ташхислаш жараёнининг истиқболлари.

Гибрид ташхислаш операциялар ҳақида тушунча, кичик инвазив ташхислаш усуллариини хирургиядаги ўрни ва роботехника ва ташхислашга оид масалалар кўриб чиқилади.

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР МАЗМУНИ

1–амалий машғулот:

Хирургияда қўлланиладиган лаборатор ва инструментал текшириш усуллариининг таснифи. Уларни қўллаш учун кўрсатма ва қарши кўрсатмалари. Хирургик беморларни текширишдаги қўшимча замонавий усуллар. Операция олди даврида беморларни ташхислаш ва операциядан сўнгги асоратларни прогнозлаш.

Хирургик беморга қўйиладиган ташхис касаллик белгиларини (симптомларини) аниқ билишини, уларни таҳлил қила олиши ва шу асосда тегишли белгилардан касалликнинг тўла манзарасини синтез қила бериш талаб қилади. Компьютер томографияси тананинг барча анатомик соҳаларини ва барча аъзоларини текширишга имқон беради.

2–амалий машғулот:

Хирургик хасталиклар ва шикастланишларни ташхислаш усулларининг алгоритмини танлаш. Хирургик хасталикларини ташхислаш давлат стандартлари моҳияти. Кекса ёшдаги беморларни хирургик хасталикларини ташхислаш учун ёндашув.

Жароҳатлар келиб чиқиши, хусусиятларига ва тўқималарнинг зарарланиш характерига қараб қуйидагича фарқланади: 1. Ўқ теккан. 2. Санчилган. 3. Кесилган. 4. Чопилган. 5. Уриб олинган. 6. Эзилган. 7. Йиртилган. 8. Лат еган. 9. Тирналган. 10. Тишланган. 11. Заҳарланган. 12. Аралаш. Ҳар бир жароҳат ўзига хос хусусиятларга эга, шунинг учун уларни даволашда ҳисобга олмоқ керак, масалан, санчилган, ўқ теккан жароҳатлар кўпинча кам қонайди. Кўз билан уларнинг чуқурлигини аниқлаш қийин, кўпинча ички органлар шикасти билан фарқланади”

3–амалий машғулот:

Шошилич хирургияда замонавий ташхислаш усуллари. Ташхислаш усулларга кўрсатмалар ва уларни танлаш алгоритми. Ташхислаш муаммоларида ечимини топиш усуллари.

Кўкрак қафаси шикастланиши деганда кўкрак қафаси девори ёки унинг ичидаги аъзоларнинг турли хил очиқ ва ёпик шикастланишлари тушунилади. Кўкрак қафаси шикастланишлари очиқ ва ёпик, суяклар шикастланмаган ва шикастланган, ички аъзолар шикастланган ва шикастланмаган турларга бўлинади.

4–амалий машғулот:

Режали хирургияда замонавий ташхислаш усуллари. Ташхислаш усулларига кўрсатмалар ва уларни танлаш алгоритми. Ташхислаш муаммоларида ечимини топиш усуллари.

Меъда ва 12 бармоқ ичакни сурункали яра касаллигига чалинган беморларда диспепсик белгилар турлича намоён бўлади. Булардан: кўнгил айнаши, иштаханинг патологик ўзгариши, жиғилдон қайнаши, қусиш ва ичак фаолиятининг бузилишидир.

5–амалий машғулот:

Тор мутахассислик йўналиши бўйича хирургик хасталикларни ва шикастланишларда замонавий ташхислаш усуллари. Термик шикастланишларни ташхислаш усуллари.

Тор мутахассисли йўналишлари бўйича асосий хасталикларни ташхислаш учун қўлланиладиган замонавий усулларни кўриб чиқиш. Бунда албатта офтолмология, оториноларингология, травматология ва ортопедия, урология, анестезиология ва реанимация, нейрохирургия, кардиохирургия ва бошқа йўналишдаги хасталикларини ташхислаш учун қўлланиладиган замонавий усуллар билан танишиб чиқилади.

6–амалий машғулот:

Юмшоқ тўқималарни хирургик инфекцияларини ташхислаш усуллари қандли диабетда хирургик инфекциясини ташхислаш замонавий алгоритми. Умумий хирургик инфекцияни ташхислаш замонавий усуллари.

Жарроҳлик инфекцияси (йирингли яллиғланиш касалликлари) хирургик касалликларнинг 1/3 қисмини ташкил этади, ўзининг оғирлигининг хилма-хиллигини, кечишини ўзига хослиги даволашнинг мураккаблиги билан алоҳида аҳамият касб этади. Хирургик инфекция тушунчаси касал қўзғатувчи аэроб ва анаэроб инфекциянинг специфик ва носпецифик турлари келтириб чиқарадиган хирургик касалликларни ўз ичига олиб, ҳозирги замонда касаллик қўзғатувчиларнинг патоген, химоя функциялари тубдан ўзгаргани учун жуда даволаниши мураккаб бўлган хасталиклар ҳисобланади.

ЎҚИТИШ ШАКЛЛАРИ

Мазкур модуль бўйича қуйидаги ўқитиш шаклларидан фойдаланилади:

- маърузалар, амалий машғулотлар (маълумотлар ва технологияларни англаб олиш, ақлий қизиқишни ривожлантириш, назарий билимларни мустаҳкамлаш);
- давра суҳбатлари (кўрилаётган лойиҳа ечимлари бўйича таклиф бериш қобилиятини ошириш, эшитиш, идрок қилиш ва мантиқий хулосалар чиқариш);
- баҳс ва мунозаралар (лойиҳалар ечими бўйича далиллар ва асосли аргументларни тақдим қилиш, эшитиш ва муаммолар ечимини топиш қобилиятини ривожлантириш).

БАҲОЛАШ МЕЗОНЛАРИ

№	Баҳолаш турлари	Максимал балл	Баллар
1	Кейс топшириқлари	2.5	1.2 балл
2	Мустақил иш топшириқлари		0.5 балл
3	Амалий топшириқлар		0.8 балл

II. МОДУЛНИ ЎҚИТИШДА ФОЙДАЛАНИЛАДИГАН ИНТЕРФАОЛ ТАЪЛИМ МЕТОДЛАРИ

1. «БИР-БИРИНИ ЎҚИТИШ».

Ўқитиш мақсади – тингловчилар ўқуш жараёнида фаол қатнашиши ва билимларини гуруҳдаги бошқа тингловчиларга етказиш учун имқоният бериш. Мақсад шундан иборатки, тингловчи ўзи билган маълумотни ўргатиши ва бошқа тингловчидан яна бир маълумот ўрганиши лозим.

Ўтказиш тартиби: Ўқув хонасида ҳар бир тингловчига ўқитувчи мавзу бўйича атамалар киритилган 1-2 тадан карточка тарқатади. 5 дақиқа давомида тингловчи карточкада кўрсатилган терминологияни ўқиб ўзлаштиради. Шу вақт мобайнида ўқитувчи хона бўйлаб айланиб юриб, тингловчи берилган информацияни тушунган ёки тушунмаганлигини текширади. Белгиланган берилган вақт тугаганда ўқитувчи тингловчига ўқув хонаси бўйлаб ҳаракатланиб дуч келганига ўзи билган факт билан таништиришни буюради. Ўқитувчи тингловчилар билан мулоқот вақтида тингловчилар фикрини тўғрилаб боради ва тингловчи маълумотни битта тингловчига ўргатишини, шунингдек ажратилган вақт мобайнида тингловчи ҳар бири билан маълумот алмашишини кўзатиб боради. Тингловчилар шу вазифани тугатганларидан кейин ўқитувчи улардан бир-бирларидан ўрганган маълумотларни сўраб-суриштиради. Агар зарурият бўлса ўқитувчи жавобларни доскада ёки флипкартада кўрсатади.

Намуна: “Юмшоқ тўқималарнинг очик ва ёпиқ шикастлари”.

ЛАТ ЕЙИШ

Бу юмшоқ тўқималарнинг ёпиқ механик шикастланиши бўлиб, бунда аъзо ва тўқималарнинг анатомик бутунлиги бўзилмайди.

ЧУЗИЛИШ

Бу тўқималарнинг анатомик бутунлиги сақланган ҳолда қисман узилишлар бўлиши билан ҳарактерланади.

УЗИЛИШ

Бу аъзо ёки тўқималарнинг ёпиқ шикастланиши бўлиб,

уларнинг анатомик бутунлиги бузилиши кўзатилади.

МУШАКЛАР УЗИЛИШИ

Бу мушакларнинг ёпик шикастланиши бўлиб, уларнинг анатомик бутунлиги бузилиши билан характерланади.

ЧАЙКАЛИШ

Бу тўқимага механик таъсир бўлиб, тўқималарда яққол анатомик бузилишларсиз уларнинг функционал ҳолатининг бузилишига олиб келади.

УЗОҚ БОСИЛИШ СИНДРОМИ

Бу ўзига хос патологик ҳолат бўлиб, юмшоқ тўқималарнинг узоқ (2-4 соатдан кўп) вақт давомида босилиши билан боғлиқ бўлади.

2. «ЗАНЖИР» УСУЛИ.

Ўқитувчи мавзу бўйича аниқликни бир турини айтади. Кейин занжир бўйича ҳар бир тингловчи бу жавобни давом этади. Бу тингловчи айтган маълумотни навбатдаги тингловчи такрорлайди ва ўзининг жавобини қўшади. Шу тариқа занжир бўйича тингловчилар жавоб айтиб чиқишади. Қайси тингловчи ўзининг навбатдаги жавобини айта олмаса ёки айтилган жавобни такрорласа ўйиндан чиқади. Биринчи ўйиндан чиққан тингловчи минимал балл олади, ўйин охиригача қолган тингловчи максимал балл олади.

Намуна:

Ўқитувчи: жароҳатловчи восита ва жароҳатланиш характериға қараб бирор жароҳатни ажратади:

кесилган

- 1-чи тингловчи: кесилган ва мажақланган.
- 2-чи тингловчи: кесилган, мажақланган ва санчилган.
- 3-чи тингловчи: кесилган, мажақланган, санчилган ва чопилган.
- 4-чи тингловчи: кесилган, мажақланган, санчилган, чопилган ва лат еган.
- 5-чи тингловчи: кесилган, мажақланган, санчилган, чопилган, лат еган ва тишланган.
- 6-чи тингловчи: кесилган, мажақланган, санчилган, чопилган, лат еган, тишланган ва йиртилган.

- 7-чи тингловчи: кесилган, мажақланган, санчилган, чопилган, лат еган, тишланган, йиртилган ва аралаш.

- 8-чи тингловчи: кесилган, мажақланган, санчилган, чопилган, лат еган, тишланган, йиртилган, аралаш ва ўқотар.

Биринчи давра тугагандан сўнг тингловчилар жойларини алмаштирадилар ва сценарий такрорланади.

3. «КАРТОН» МЕТОДИ.

Картон қоғозга тегишли маълумот ёзилади, уни топиш керак бўлади. Саволга жавоб бериши керак бўлган тингловчи ўқитувчининг ёнида гуруҳга юзи билан қараб туради. Жавоб берадиган тингловчи картондаги ёзувни кўрмайди. Бошқа тингловчилар картондаги ёзувни кўриб туришади. Ҳар бир тингловчи навбат билан картондаги жавобнинг тегишли белгиларини айтишади. Жавоб берадиган тингловчи гуруҳдошлари айтган белгилардан картондаги маълумотни аниқлайди.

Намуна: “Жароҳатлар”

Картондаги ёзув – **КЕСИЛГАН ЖАРОҲАТ**

Тингловчилар айтадиган белгилар:

1. Ўткир жисм орқали етказилади.
2. Тўқималарга таъсир қилганда юқори босимдаги таъсир кучи тор соҳага қаратилади, жароҳат етказувчи жисм йуналишида тўқималарни осон ажратади.
3. Атроф тўқималар бунда кам зарарланади.
4. Бунда жароҳатловчи жисм озгина механик куч берилганда чуқурроқ киради, чуқур жойлашган тўқималарни ҳам осон жароҳатлайди.
5. Оғриқ синдроми ўртача намоён бўлади.
6. Қон кетиши кўп миқдорда.
7. Жароҳатни очиклиги жароҳат ўқи ва лангер чизикларига боғлиқ бўлади.
8. Қон томирлар, нервлар, ковак аъзоларни жароҳатлаши билан хавфли.
9. Асоратсиз битади, кўпинча — битиши бирламчи.

Картондаги ёзув - **САНЧИЛГАН ЖАРОҲАТ**

Тингловчилар айтадиган белгилар:

1. Жароҳат ингичка ўткир жисм билан етказилади.

2. Унинг анатомик хусусияти теридаги кичкина соҳасида чуқур жароҳат билан характерланади (ёки шиллик қаватда).
3. Оғриқ синдроми кам намоён бўлади.
4. Жароҳат кенгайиши кўзатилмайди.
5. Ташқи қон кетиши йўқ.
6. Гематома ривожланиши мумкин.
7. Ўзига хослиги шундаки, арзимаган катталиқдаги ташқи жароҳат қон томирлар, нервлар ва ички аъзолар бутунлиги бузилиши билан кечиши мумкин.
8. Диагностикада катта қийинчиликлар туғдиради.
9. Улар жуда алдамчи: баъзан амалий ҳеч қандай зиён келтирмайди, баъзан ички аъзолар жиддий жароҳатларига сабаб бўлади.
10. Бунда қорин олд деворини тешиб ўтмайдиган теридаги кичик дефект бўлиши мумкин ва жигар, меъда, ичаклар жиддий жароҳатларида бемор ҳаётига хавф солувчи ҳолат ҳам кўзатилади.

4. «БРЭЙН-РИНГ» МЕТОДИ.

Бу усул машҳур шу номдаги телевизион интеллектуал ўйин мазмунига асосланган. Вазифа реал воқелик бўлиши ёки шундай қилиш керакки, умумий қоидалари реал воқеликка ўхшатиш бўлиши лозим.

Методнинг афзаллиги: метод тўғридан – тўғри вазиятни фаол ўрганиш имконини беради. Босим таъсир қилаётган шароитда иштирокчига вазиятни тез атрофлича ўйлаб чиқишга (инсоний муносабатлар жиҳатидан), стресс ҳолатларда қарор қабул қилиш, назарияни амалий вазиятда қўллаш ва муаммони ечимини аниқлашда интуициянинг шаклланишига имқон беради.

Ўқитувчи танлаш имқонияти бор: у муҳокамага қўшилиши ёки қўшилмаслиги ҳам мумкин, аммо ҳар қандай ҳолатда ҳам аниқловчи ҳолатида бўлиши лозим, дарс охирида ўзлаштириш бўлиши учун. Аниқ ҳолатларни ўрганиш методининг кучли томони уларнинг реаллик билан боғлиқлигини ўз ичига олади, чунки сунъий тўсиқларни бартараф қилиш воситалари бўлиб ҳисобланади, шунингдек аудитория ва шароитни ташкил қилади. У тингловчилар учун ёқимли бўлиши мумкин, чунки қуруқ теория эмас, реал ҳаётни кўрсатади.

Намуна:

Вазият №1. Травмпунктга 36 ёшли аёл мурожат қилди, у автобусдан чиқаётиб оёғини болдир-панжа бўғимидан қайириб олган. Сўзидан кўз олди коронгулашиб, кучли оғриқ сезган. Кўздан кечирганда буғим контурлари силлиқланган, тўқималар шишган, пальпацияда ўртача оғриқ сезади. Болдир-панжа бўғимида актив ва пасив ҳаракатлар кучли оғриқ ҳисобига кескин чегараланган. Крепитация йўқ. Рентгенограммада суяк шикастлари йўқ.

Савол: Сизнинг ташхисингиз ва тактикангиз.

Вазият №2. Стационарга чап кўлида кескин шиш, увишиш, фликтен бўлган бемор олиб келинди. Анамнезидан кучли алкоголь мастлик ҳолатида кечаси полда чап ёнбошида ухлаб қолган (кўлини устида). Кўздан кечирганда чап кўл шишган, асосан билак соҳасида. Терида фликтенлар, юзаки сезги аниқланмайди, чуқур сезги кескин пасайган.

Савол: Сизнинг ташхисингиз ва тактикангиз.

5. «ЛОКАЛ СТАТУСНИ ТАВСИФЛАШ» МЕТОДИ.

Педагог олдиндан тарқатма материални тайёрлайди. Қоғозда маълумот кўрсатилган бўлади. Унинг пастида жавоблар аралашган ҳолда берилади. Тингловчи ҳар бир маълумот тагига қайси жавоб тегишлилигини кўрсатиши керак.

Берилган локал статусни баҳоланг			
	Қандай жисм билан жароҳат етказилган?	Жароҳатдаги анатомик ўзгаришлар	Жароҳатдаги клиник ўзгаришлар
	1.	1.	1.
		2.	2.
		3.	3.
		4.	4.

6. “Кейс-стади” усули

“Кейс-стади” (инглиз тилида “case” – вазият, “study” – ўрганиш; вазиятли таҳлил ёки муаммоли вазиятларни таҳлил қилиш) методи талабаларда аниқ, реал

ёки сунъий яратилган муаммоли вазиятни таҳлил қилиш орқали энг мақбул вариантларини топиш кўникмаларини шакллантиришга хизмат қилади. У тингловчиларни бевосита ҳар қандай мазмунга эга вазиятни ўрганиш ва таҳлил қилишга ўргатади.

Намуна: қуйида келтирилган кейсни таҳлил килинг.

62 ёшли беморда, бачадон экстирпациясидан кейин 8 куни тўсатдан нафас сиқиши, кўкрак қафасидаги оғриқлар, хушидан кетиш кўзатилди. Реанимацион муолажалар ёрдамида беморни эс-хуши ўзига келди. Беморнинг умумий аҳволи ўта оғир. Юзида ва кўкрак қафасида цианоз аниқланади. Ўпкасида везиқўляр нафас. Пульс 120 марта 1 минутига АКБ.80\50 мм.см.уст. ўнг оёқда бироз шиш аниқланади, ўнг чов соҳасида томирлар инъекцияси аниқланади ва шу соҳасидаги оғриқлар сезади. Ангиографияда «чўлтоғ» симптоми чап ўпка артериясида аниқланади.

1. Қанақа асорат пайдо бўлди, шифокор тактикаси:
2. Шифокор тактикаси:
3. Замонавий даволаш усуллари:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ўнг сон венаси флеботромбози, чап ўпка чап тармоқ артерияси эмболияси	20	10-20	5-9	0-4
2.	оператив даво	30	20-30	5-19	0-4
3.	ҳамма жавоблар тўғри	20	10-20	5-9	0-4

7. “ВЕНН ДИАГРАММАСИ” усули

Тингловчиларда мавзуга нисбатан таҳлилий ёндашув, айрим қисмлар негизида мавзунинг умумий моҳиятини ўзлаштириш кўникмаларини ҳосил қилишга йўналтирилади. У кичик гуруҳларни шакллантириш асосида аниқ схема бўйича амалга оширилади.

Намуна: «Хирургик инфекция» мавзусига доир.

- 1. Сарамас касаллиги**
- 2. Эризепеллоид касаллиги**
- 3. Умумий белгилари**



8. “Т-жадвал” методи

График органайзер таянч ибораларни бир-бири билан ўзаро солиштириш, қиёслаш асосида ўрганилаётган мавзу ёки масаланинг муайян жиҳатини бир неча асосий белгиларга кўра батафсил ёритиш мақсадида қўлланилади. Кўп ҳолларда график органайзер мавзу мазмунида

ёритиладиган бир неча ҳолатларнинг афзаллик ёки камчиликларини, самарадорли ёки самарасизлигини, бугунги кун ва истиқбол учун аҳамиятини таққослаш мақсадида қўлланилади.

Намуна: “Ўпка абсцессининг замонавий ташхислаш” мавзуда берилган жадвални тўлдириш.

Ўпка абсцессидида кўзатиладиган ўзгаришлар	
Клиник белгилар	Лаборатор ва инструментал текширувларда аниқланадиган белгилар
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.
10.	10.

III. НАЗАРИЙ МАТЕРИАЛЛАР

1- мавзу: Хирургияда замонавий ташхислаш усулларининг шаклланиб бориш босқичлари.

Режа:

- 1.1 - Хирургияда ташхислашнинг келиб чиқиш босқичлари.
- 1.2 - Хирургияда ташхислашларнинг ривожланиш даврлари.
- 1.3 - Хирургияда ташхислаш истиқболлари.

Таянч иборалар: *Рентген, Ультратовуш, Компьютер томография, Магнит-резонанс томография, Инвазив ташхислаш усуллари.*

1.1 XX асргача математиклар Фредгольм ва Абель интеграл ечималарни ўрганиб боришди. Кейинчалик олинган маълумотлар томографиянинг асосига айланди. 1895 йилда В. К. Рентген ўтувчи «Х-нурларни» очди. Кейинчалик бу нурларни уни номи билан «рентген нурлари» деб айташади.

1905 йилда Я. Ван-Циттерт узоқ масофадаги юлдўзнинг радиусини томографик ўлчамини. 1917 йилда австриялик математик Иоганн Радон интеграл ёндашувни ҳосил қилиш усулини таклиф қилади. Кейинчалик бу ёндашув унинг номи билан айтилади. Лекин унинг аҳамияти охиригача аниқланмаган сабабли аста секин унутилади.

XX асрнинг 20 йилларида француз шифокори Бокаж томографик механик сканерни ихтиро қилади ва патентлайди. Бу ускуна тананинг режалаштирилган қисми ва қаватини рентген қоғозга нусхасини туширадиган бўлди. Бу ихтирони номини «рентген планиграфия» деб номлайди. Кейинчалик унинг номи «биотомия» ва яна маълум вақтдан сўнг «классик томография» дейилади.

1930 йилда италиялик инженер А. Валлебона сканер фикрини йўлга қўяди. Бу фикрни ўз вақтида Бокаж таклиф қилган бўлса ҳам, Валлебон уни

амалиётга киритади. 1934 йилда В. И. Феоктистов Россияда илк бор рентген томографни ишлаб чиқади.

1937 йилда польша математик Качмаж алгоритмни чоп этади. Бу алгоритм кейинчалик Кормак ва Хаунсфилд томонидан қўлланилади.

1937 йилда И. Раби янгилик яратади — ажратиб олинган ядро ядроли магнит резонанс (ЯМР).¹

1.2 - 1938 йилда А. Ошепков СВЧ-интроскопияни ихтиро қилади. 1941 йилда А. Н. Тихонов ноаниқ проекцияларни реконструкция қилиш учун шароит яратиб берувчи усулини ихтиро қилади. 1941—1945 йилларда рентген, гамма-ва нейтрон интроскоплари ҳисоблаш томографик йўналиш билан ҳарбий илмда кенг қўлланила бошланди. 1944 йилда Е. К. Завойский янги ҳосилани ихтиро қилади — электрон парамагнит резонанс (ЭПР).

1946 йилда Ф. Блох ва Э. Парселл конденсацияловчи муҳитда И.Рабининг ихтиросини қайтаришди.

1953 йилда И. А. Бочек качмаж алгоритмини стохастик версиясини ишлаб чиқади. Бу ўз навбатида тасвир сифатини оширади.

1953 йилда математик Вайнштейн проекцияни минимал миқдори билан гуруҳлар симметрияси орасидаги боғлиқлик теоремасини тасдиқлайди. Бу ўз навбатида томографияни кескин осонлаштиради.

1960 йилда В. А. Иванов ЯМР-томографияни ихтиро қилади.

1963 йилда америкалик физик А. Кормак томографик тикланиш масаласини қайта (Радон усулидан фарқланадиган) ишлаб чиқади.

1.3 1969 йилда англиялик инженер-физик Г. Хаунсфилд EMI Ltd. фирмаси томонидан «ЭМИ-сканер» яратади (EMI-scanner) — бу илк бор компьютер рентген томограф. Унинг клиник синовлари 1972 бўлиб ўтади.

1979 йилда Кормак ва Хаунсфилд «компьютер томографни ишлаб чиқарганлиги учун» физиология ва тиббиёт йўналиши бўйича Нобел мўқофотига сазовор бўлишди.

2003 йилда магнит-резонанс томография усули яратгани учун Питер Мэнсфилд и Пол Лотербур физиология ва тиббиёт йўналиши бўйича Нобел

¹ F. Charles Brunicaudi. Schwartz's principles of surgery. 10th edition. 2015-488 p.

мўқофотига сазовор бўлишди. 2003 йилда тўрт ўлчамли электрон томография усули яратилди.

Назорат саволлари:

1. Рентген қачон кашф қилинган?
2. Қандай ташхислаш усуллари хирургиянинг ривожланишига йўл очиб берган?
3. Қандай қилиб бугунги кунда ташхислаш усуллари ажратилади?

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-у. 451 p.
2. S.Das. A manual clinical surgery.Special investigations and differential diagnosis.11th edition.2014-216 p.
3. John Lumley et all. Demonstrations of physical signs in clinical surgery.19th edition.2013-185 p.
4. F. Charles Brunicardi. Schwartz's principles of surgery.10th edition.2015-488 p.
5. Peter F. Lawrence. Essentials of general surgery.15th edition.2013-379 p.

2-мавзу: Хирургияда қўлланиладиган замонавий инвазив ва ноинвазив ташхислаш усуллари

Режа:

- 2.1 - Ангиографиянинг блокиннинг тузилиши.
- 2.2 - Ангиография операцион хонасида ишлаш жараёни.
- 2.3 - Ноинвазив текшириш усуллари қўллаш.

Таянч иборалар: ангиография, доплерография, томография.

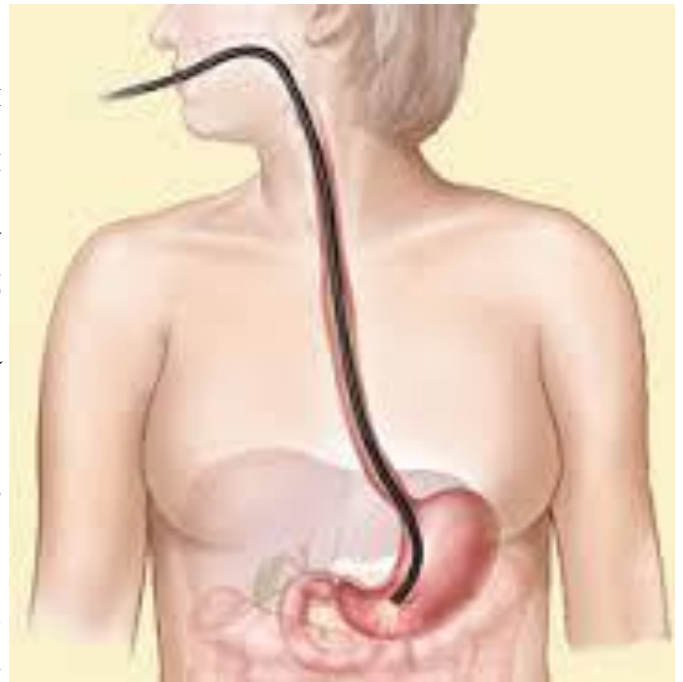
2.1. Магнит-резонанс томография (МРТ) — ички аъзолар ва тўқималарни топографик текшириш усули. Бу усулни қўллашда ядроли магнит резонансни физик хосилаларини қўллашга асосланган бўлиб ҳисобланади.²



Эндоскопия — баъзи ички аъзоларни кўриқдан ўтказиш учун қўлланиладиган эндоскоп ёрдамида текшириш усули. Эндоскопик текширишда эндоскоп тананинг табиий тешиклари орқали киритилади. Масалан: ошқозонни текшириш учун эндоскоп оғиз бўшлиғи орқали, нафас олиш йўлларини кўриш учун ҳиққилдоқ орқали, сийдик қопини кўриш учун сийдик йўллари орқали киритилади. Баъзи ҳолатларда қорин ёки кўкрак қафаси юмшоқ тўқималарини тешиб кириб кўриш учун қўлланилади (лапароскопия ёки торакоскопия).

ЭНДОСКОПИК ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ.

Ҳозирги замон фиброэндоскоплари сўриб тортиб олиш, тишлаб узиб олиш ёки игна ёрдамида материал олиш учун биотомлар билан таъминланган. Бу эса ўз навбатида ўсмалар ва ички аъзолар касаликларининг дастлабки диагностикасини сезиларли даражада яхшилашга, қон кетишига сабаб бўлган манбани аниқлашга ва ҳоказоларга имкон туғдиради.



Бронхоскопия, эзофагоскопия, гастродуоденоскопия, колоноскопия, цистоскопия, торакоскопия, медиастеноскопия ва лапароскопия

каби усулларнинг қўлланиши натижасида диагноз қўйиш учун зарур бўлган қимматли маълумотлар аниқланади.

²«Intra-operative DynaCT improves technical success of endovascular repair of abdominal aortic aneurysms.»
Journal of Vascular Surgery 49 (2): 288–295. DOI:10.1016/j.jvs.2015.09.013.

ТЕКШИРИШНИНГ ФУНКЦИОНАЛ УСУЛЛАРИ.

Ҳозирги замон ускуналари ёрдамида беморнинг кўпдан-кўп физиологик кўрсаткичлари аниқланади. Электрокардиография, электроэнцефалография, осциллография бажарилади, регионар, артериал босимни ўлчаш, география, спирометрия ва спирография амалга оширилади, термодиллюция усули билан юракнинг бир дақиқалик ва систолик кўрсаткичи, велоэргометрия усули билан жисмоний ҳаракатга нисбатан толерантлик аниқланади, электромагнит расходомер билан қон, рН-метр билан меъда флюометрияси қўлланилади.

ТЕКШИРИШНИНГ УЛТРАТОВУШ УСУЛЛАРИ.

Допплерография ва эхокардиография билан бир қаторда аъзоларни сканнерлаш усуллари, улар ҳажмини ва ички аъзоларнинг ҳамда бош миянинг яллиғланган тўқималарини, ут йўллари ни конкрементларини аниқлашда, юрак ва асосий ички касалликларни диагностикасида, акушерлик ва гинекология амалиётида қўлланилади. Бундай текшириш усуллари билан 10-12 см дан паст бўлмаган чуқурликда жойлашган ўсмалар ва бошқа патологик тўқималар аниқлаш осондир.



2.2. РАДИОИЗОТОП ДИАГНОСТИКА.

Организмга зарарли таъсир кўрсатмайдиган кам дозада қисқа вақт ярим парчаланадиган радионўқлид ёрдамида амалга оширилади. Ўсмалар, ички аъзолар ёки асосий томирлар калликлари диагностикаси учун қалқонсимон безлар, буйрак, жигар, меъда ости безлари, бош мия, скелет суяклари сцинтиграфияси қўлланилади.

Компьютер томографияси тананинг барча анатомик соҳаларини ва барча аъзоларини текширишга имкон беради. Кўндаланг томограммаларда (тана «кесимларида») сингдирилган рентген нурлари интенсивлигида юз берган хато арзимас ўзгаришларни билиш мумкин ва шу туфайли бош суяги ва мия, бўйин аъзолари, ўпка, жигар, меъда ости безини, буйрак, кичик чанок аъзолари

(контраст бўлмаган компьютер томографияси) ёки юрак ва асосий қон томирлар (контрастли компьютер томография), ўсмаларнинг жойлашган жойи ва ҳажми ёки яллиғланган соҳалари аниқланади.

2.3. ЯДРО-МАГНИТ-РЕЗОНАНС ТОМОГРАФИЯСИ.

Тананинг текширилатган соҳасига ташқаридан берилган кучли электромагнит нурланиш ядроси мўлжаллари ўзгаришини ва уларнинг айланиш ўқининг оқишини келтириб чиқаради. Шу зайдда пайдо бўлган резонанс нурланиш ўрганилаётган объектдан ёзиб олинади ва компьютер протонларнинг тақсимланишини ва шу соҳада ишлаб чиқаради.

Назорат саволлари:

1. Ангиографиянинг моҳияти нимада?
2. Қайси хирургик хасталикларини ангиография орқали ташхислаш мумкин?
3. Доплекс текшириш усуллари нима дегани?
4. Қандай замонавий ноинвазив усуллар ажратилади?

Фойдаланилган адабиётлар

1. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-451 p.
2. S. Das. A manual clinical surgery. Special investigations and differential diagnosis. 11th edition. 2014-216 p.
3. John Lumley et all. Demonstrations of physical signs in clinical surgery. 19th edition. 2013-185 p.
4. F. Charles Brunicaudi. Schwartz's principles of surgery. 10th edition. 2015-488 p.
5. Peter F. Lawrence. Essentials of general surgery. 15th edition. 2013-379 p.

3—мавзу: Хирургик касалликларни ва шикастланишларни ташхислашда қўлланиладиган замонавий объектив интеграл усуллари

Режа:

3.1 - интеграл текшириш усуллар тўғрисида умумий маълумот.

3.2 - интеграл текшириш усулларнинг моҳияти.

3.3 - интеграл текшириш усулларни қўллаш учун кўрсатмалар.

Таянч иборалар: *APACHE, APACHE I, APACHE II, ³ APACHE III, SAPS, SAPS II, SOFA, MODS, MPI.*

3.1. ШИКАСТЛАНИШ ТАСНИФИ.

Шикастланишлар бўйича қуйидаги классификация қабул қилинган:

1. Ишлаб чиқариш билан боғлиқ бўлмаган транспортда (темир йўл, автомобиль, трамвай ва ҳ.к.) Пиёда кетаётганда, спорт билан шуғулланганда (уюшган спортдан, шунингдек уюшмаган спортдан), тиббий офатлар таъсирида (ер қимирлаш, сел келиши ва ҳ.к.), турмушда (уруш- жанажаллар оқибатида) рўй берадиган травмалар.

2. Ишлаб чиқариш билан боғлиқ бўлган шикастлар (саноатда, қишлоқ хўжалигида).

3. Қасддан қилинган шикастланишлар (ҳарбий ҳолатларда, ўз-ўзини ўлдириш ва ҳ.к.). Механик, кимёвий, электр, термик, нурдан бўладиган рухий травмалар тафовут қилинади. Очик ва ёпиқ шикастлар ажратилади. Очик шикастланишда тери ва шиллик қаватнинг бутунлиги бузилади.

Шунингдек шикастланишнинг тананинг маълум қисмига таъсири бўйича (бош, кўкрак қафаси, қўл – оёқнинг ва ҳ.к.), шикастланишнинг тўқималарга таъсири бўйича (тери, шиллик қават, мушак, суяк, бўғим, пай ва ҳ.к.) гуруҳлари фарқ қилинади. Агар тўқиманинг маълум бир тури шикастланса, содда ёки оддий шикаст дейилади.

Шунингдек, шикастланиш бирданига бир неча системани таъсирласа (мия чайқалиши ва сон суякларининг синиши), унда бирга қўшилган шикаст дейилади. Шикастловчи куч теккан жойда ҳосил бўлган тўқима зарарланиши тўғри, узок соҳада (масалан, қуйимия дунглигига йиқилганда умуртқа поғонаси синади) ҳосил бўлгани воситали шикастлар номини олади.

³ Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-451 p

Шикастланиш характерини ҳисобга олиб, шикастлар якка-якка ва кўп (политравмалар) бўлади.

БОШ СУЯГИ, КЎКРАК ВА ҚОРИН БЎШЛИҒИДАГИ ЁПИҚ ШИКАСТЛАР.

Бу зарарланишлар алоҳида турдаги реакция бериши, ўзига хос клиник кўринишда бўлиши ва беморнинг ҳаётига хавфсизлиги сабабли алоҳида гуруҳларга киритилади.

1. Мия лат ейиши.
2. Миянинг шикастланиши, енгил формаси.
3. Миянинг шикастланиши, ўртача формаси.
4. Миянинг шикастланиши, оғир формаси.
5. Миянинг шикастланиши билан унинг эзилиши (қисилиши).
6. Мия шикастланмасдан унинг қисилиши.

МИЯНИНГ ЧАЙҚАЛИШИ.

Ёпиқ шикастлар ичида кўп учрайдигани мия чайқалиши ҳисобланади. Бу холда мия тўқимаси кам зарарланади ва патологоанатомик ўзгаришлар кам бўлади.

Клиникаси: мия чайқалганда кучли шикастланишда бемор хушидан кетиб, ўзига келгач бўлган воқеани эслай олмайди. Бу хол ретроград амнезия дейилади.

Клиник белгисига кўра мия чайқалишининг енгил, ўртача ва оғир даражалари тафовут қилинади.

Даволаш. Мия чайқалишининг ҳар қандай турида ҳам бемор албатта касалхонага ётқизилиши шарт. 2-3 хафта давомида у тинч шароитда бўлиши керак. Калла ичи босимини ва мия шишини камайтириш учун ҳар куни дори эритмалари (30-50 мл 40% глюкоза ; 20-50 мл 10% натрий хлорид, 10 мл 40 % уритропин, 5-10 мл 25 % магния сульфат эритмалари) юборилади, шишга қарши ва микроциркўляциянинг яхшиловчи моддалардан реополиглюкин (10 мл/ кг), деуретиклар (лазикс, фуросемид 2-6 мл) қилинади.

МИЯ УРИЛИШИ.

Мия урилиши оғир шикаст ҳисобланиб, бунда мия моддаси зарарланади, баъзан мия тўқимаи шикастланган сатх проекциясида бўлмасдан, балки қарама-қарши мия сатхида вужудга келади, бу ҳолатни қарши урилиш белгиси дейилади.

Патологоанатомик ўзгаришлар: мия урилишида мия хужайраларининг қон томирлари бузилиб, травматик шиш ривожланади, анатомик алоқа бузилади, мия тўқимасида юмшаш ва некроз ўчоқлари рўёбга қилади. Кейинчалик қуйилган қон сурилиши мумкин .

Клиникаси: мия урилишида бемор узоқ вақт беҳуш ётади. Асосий белгилари, мия чайқалгандагидек бўлиб, бироқ улардан анча оғирроқ ўтади. Касаллик уч хил даражадаги оғирликда кечади: енгил, ўрта ва оғир.

Даволаш: мия урилишини даволаш худда мия чайқалишини даволашга ўхшайди, аммо ўринда ётиш режими узоқроқ давом этади – ўртача бир ойгача.

МИЯ ҚИСИЛИШИ.

Мия қисилиши бу калла суяги ичида йиғилган қон ёки синган калла суяги парчасининг мия моддасини эзиб қўйишидан иборат. Калла суяги ичига қон кетиши 80% ҳолларда унинг тармоқларини зарарлаши натижасида вужудга келади, шунингдек 20% да веноз синуслари калла суяк вена томирлари бутунлигининг бузилиши натижасида юзага келади. Мия қисилишининг белгилари ҳам қон қуйилганда (30-40) – гематомада ҳам намоён бўлиши мумкин.

Клиникаси: Травмадан сўнг елка вазият белгиси бўлиб, у бир неча соатдан бир неча кунгача давом этади. Шикастланган киши хушидан кетмайди (ёки тез хушига келади), травмадан сўнг ишга бориши, юриши мумкин. Бош оғриқ қисқа вақт бўлиб, ўтиб кетади ёки жуда кучли чидаб бўлмайдиган бўлиши ҳам мумкин. Бош оғриғи билан биргаликда беморнинг кўнгли айниб қусади, боши айланиб ҳаракатланиши, мувозанат сақлаши қийинлашади. Нафас олиши тезлашиб, юзаки бўлади, пульси сийрақ, аммо яхши уради, яъни мия томир уриши ёки мия қисилиши томир уриши белгиси кузатилади.

Даволаш: бу беморларга фақат жарроҳлик усули билан даво қилинади. Калла суяги трепанация қилинади, қон кетаётган томир боғланади, гематома ёки суяк синиқлари олиб ташланади. Гематоманинг локализацияси ангиография, компьютер - томография ва электроэнцефалография инструментал текширишлар билан аниқланади. Мия қисилганда, урилганда менингит, арахноидит, мия абсцеси, травматик эпилепсия, рухий бузилишлар, бош айланиши, оғриқлар каби асоратлар бўлади.

КЎКРАК ҚАФАСИ ВА УНИНГ ОРГАНЛАРИНИНГ ЕПИК ШИКАСТЛАРИ.

Кўкрак қафасини девори, ўпки ва юракнинг, катта магистрал томирларнинг чайқалиши ва қисилишдан ташқари, ўпка ва бронхларнинг ёпиқ ёрилиши ҳам кузатилади.

Кўкрак қафасининг чайқалиши кам учрайди, унинг сабаби портлаш ва ҳаво тўлқини бўлиши мумкин. Бу шикастланишнинг енгил кетишида кўкрак қафасининг эластиклиги муҳим ўрин тутди. Шунга қарамасдан баъзида ўпка , юрак чайқалишлари оғир зарарланиш билан утади.⁴

Клиникаси: Травматик шок белгиларига яқин бўлганлиги учун юрак чайқалишига диагноз қўйиш қийин бўлади. Шикастлангандан сўнг беморнинг юрак фаолияти сусаяди, унинг ранги – рўйи ўчиб, ҳарсиллайди, кўкаради, совуқ тер чиқади, шок аломатлари пайдо бўлади, баъзан у хушидан кетиб қолади. Оғир холларда бемор юзида, кўзининг конъюктивасида, кўкрак қафасининг олд қисмида ва кўкрак орасидаги органларида майда - майда патехиялар пайдо бўлади (травматик асфиксия синдроми) ва бирламчи юрак тўхташи юз бериши мумкин.

⁴ «Angiohybrid-OP - Neue Möglichkeiten, Planung, Realisierung und Effekte». Gefäßchirurgie - Zeitschrift für vaskuläre und endovaskuläre Medizin (17): 346–354.

Клиникаси: плевра бўшлиғига кириб қолган оз миқдордаги ҳаво одатда сезиларли ўзгаришларга сабаб бўлмайди ва қўшимча ҳаво киришга йўл қўйилмаса, ўз - ўзидан шимилиб кетади.

Ҳавонинг кўп миқдори, айниқса, босим остида йиғилиши (клапанли) ўпканинг, кўкс оралиғининг қисилишига, нафас олиш ва юрак фаолиятининг бузилишига олиб боради. Оғир пневмоторакс хансираш, кўкариш (цианоз), томир уришининг тезлашиши билан ифодаланиб плевра – пульмонал шок аломатлари пайдо бўлади .

Қовурға оралиғи текисланади, кўкрак қафаси катталашади, бочка симон бўлиб нафас олиш қийинлашади.

Доимий аспирация қилиш усули даволашда яхши ёрдам беради, бунинг учун тортиб олиш системасига эга бўлгани уч ҳажмли (Субботин – Пертес аппарати) шиша идиш ва манфий босим ташкил қилувчи электрли мослама ёки инжекторлардан фойдаланилади.

Оғир холларда торакотомия қилиниб, ўпка жароҳати тикилади: баъзида йиртилган ўпка сатхи резекция қилинади.

Тери ости эмфиземаси – ҳаво тери остига йиғилганда пайдо бўлиб, унга кўпинча қовурғалар синиши сабаб бўлади. Травма бўлган жойда тўқима шиши, пальпацияда енгил қисирлаш сезилади. Тери ости эмфиземаси кўкрак қафасининг қарама – қарши томонига ҳам ўтади, елкага, бўйинга, юзга ва бошга тарқалади. Бўйиннинг чуқур қатламларига, кўкс оралиғига ҳам ҳаво тарқалиши амалиётда ҳам синаб кўрилган. Тери ости эмфиземасининг сабаби тўхтатилмаса, бу акфиксияни келтириб чиқаради.

Агар гипертензия кўкс оралиғи эмфиземаси вужудга келса, юракнинг экстроперикардтампонадасининг олдини олиш учун тезлик билан Коллар усули бўйича бўйин медиастинотомияси қилинади. Унинг учун бўйинтурўқсоҳасини кесиб тўқималар очилади ва бармоқ билан аорта ёйигача туннель қилиб олиб борилади. Кўкс оралиғини декомпрессия – босимини камайтириш учун дренаж қўйилади.

Асфиксия намоён бўлаётганида трехеостомия қўйилади.

Гемоторакс: Ўпка тўқимаси жароҳатланганида, қовургалараро артерия шикастлаганда, ичкарига қон кетиб, плеврабўшлиғига қон тўпланиб қолиши гемоторакс деб аталади. У очиқ ва ёпиқ шикастларда ҳам вужудга келиши мумкин (унинг маҳаллий ва умумий белгилари қон кетиш бобида батафсил ёритилган.).

3.2.ҚОРИН БЎШЛИҒИ ОРГАНЛАРИНИНГ ЁПИҚ ШИКАСТЛАНИШИ.

Қоринда ёпиқ шикастлар кўпинча транспорт травмасида, одам баланд жойдан йиқилиб тушганда рўй беради.

Ички органларнинг зарарланиши травмаловчи агентнинг тури ва кучидан ташқари, бошқа сабаблар - яъни қорин деворининг эластиклиги, мускулнинг тонуси, ёғ қаватининг қалинлиги, олдинги касаллик белгилари ҳамда ковак органларнинг тўлиб туришига ҳам боғлиқ бўлади.

Чунончи, ковак орган шикастланиши вақтида тўлиб турган бўлса, унинг ёрилиши осонроқ ва каттароқ бўлади; ичи бўш ичаклар ва меъда камдан- кам ёрилади. Патологик жараёнлар натижасида ўзгарган паренхиматоз органлар (безгак вақида талок, гепатитда жигар ва ҳ.к.)нинг ёрилиши кўпроқ учрайди.

Клиникаси: Ўтмас травмалардан кейин кўпинча ҳар хил оғирликдаги шок кузатилади. Кейинги белгилар ва касаллик кечиши зарарланган органга боғлиқ бўлади. Қорин бўшлиғидаги органлар икки гуруҳга – ковак ва паренхиматоз органларга бўлинади.

Ички ковак органлар (меъда шираси, ичак шираси ва нажас сафро ёки сийдик) қорин бўшлиғига тушиб, қорин пардасининг яллиғланиши, яъни перитонит ривожланади. Агар овқат хазм қилиш йўлининг юқори қисмидаги аъзолар зарарланса – меъда, 12 бармоқ ичак, касалликларининг белгиси намоён бўлади.

Шикастланиш пайтида бемор кучли оғриқ сезади, қорин мушаклари реффлектор равишда қисқариб, таранглашади («тахтасимон») ва нафас ҳаракатида қатнашмайди. Пальпация қилинганда кучли оғриқ, босиб қўйиб юборилса, оғриқ кучайиши –Щеткин – Блюмберг симптоми кузатилади. Енгил перкуссияда ҳам оғриқ пайдо бўлади. Перкуссияда жигардан чиқадиган бўғик

овоз йўқолиб, ҳаво мавжудлиги билинади. Ренгеноскопияда қорин бўшлиғида ҳаво борлиги аниқланади, лапроскопияда ёт моддаларни, меъда, ичак ёриғини кўриш мумкин.⁵

Паренхиматоз органларининг шикастланиши (жигар, талоқ, буйраклар) бўшлқққа қон кетиши билан хавфлидир. Биринчи дақиқаларда кучли оғрик бўлади, ички қон кетиш натижасида ўткир камқонлик (анемия) ривожланади. Беморнинг юзи оқариб, пульси тезлашади ва кучсизланади, боши айланади, қусади, артериал босим тобора пасайиб боради. Перитонеал белгилар аввалига ноаниқ бўлади. Перкуссия қилинганда қориннинг пастки ва ён қисмларида тўмтоқ паст товуш эшитилади. Касалнинг ҳолати ўзгартирилса, бу товуш ҳам ўз жойини ўзгартиради. Перитонит ривожланиши билан бемор ҳолати оғирлашади.

Даволаш. Қон кетишини тўхтатиш учун зудлик билан операция қилинади. Жигарнинг шикастланган қисми одатда тикилади ва катта чарви билан тампонада қилинади ; ёки тежамли резекция қилинади, талоқ олиб ташланади, кичикроқ ёрик бўлса тикилади.

Талоқ шикастида икки босқичли (жигарда ҳам шу қайд қилинади) ёрилиш кузатилади; аввалиаи орган капсуласи остига қон тўпланади ва маълум вақт ўтгач (бир соатдан бир неча суткагача) капсула остига қон кетаверса, иккиламчи ёрилади ва ички қон кетиш, шок аломатларини беради.

Жигар тўқимасига қон кетишини компьютер томография, ангиография, радиоизотоп сцинтиграфия, ультра товуш ёрдамида текшириш билан аниқланади¹. Диагноз қўйишда лапарацентаз ва лапороскопия қўл келади.

Меъда ости бези зарарланганда, унинг ферментлари атрофдаги тўқималарга ёмон таъсир кўрсатиб, оғир перитонитни пайдо қилади. Агар меъда ости безининг бош қисми зарарланган бўлса, диагностика қийин бўлади ва йирингли жараён қорин пардаси орқа бўшлиғида ривожланади

⁵ «Angiohybrid-OP - Neue Möglichkeiten, Planung, Realisierung und Effekte».Gefässchirurgie - Zeitschrift für vaskuläre und endovaskuläre Medizin (17): 346–354.

Буйрак ёрилиб кетганда қон кетиш қорин пардаси орқа қисмидан паранефрал сатхга тарқалади ёки интроперитонеал – қорин бўшлиғига тарқалади.

Ундан ташқари , ёрилган буйракдан қон аралашган сийдик, ретроперитонеал юзага ёки қорин бўшлиғига тушади. Унча катта бўлмаган буйрак ёриғи консерватив даволанади, буйрак кенг ёрилганда тўхтамаётган қон кетиш эса операция йўли билан бажарилади. Буйрак ёриғига чок қўйилади ёки олиб ташланади.

Қорин бўшлиғи ичида сийдик қовуғининг ёрилиши натижасида сийдик перитонитга олиб келади, бу холда тезда операция қилиб, сийдик пуффаги бутунлигини тиклаш зарур. Агар сийдик пуфагининг пастки қисмлари ёрилса, ундаги суюқлик пуффақ атрофидаги йўқ қаватига тушади ва сийдик флегмонасини пайдо қилади, оғир интоксикацияга олиб келади. Бу холда сийдик пуфаги ёриғи тикилади ва атроф тўқимага дренаж қўйилади. Одатда пуффақ ёрилганда сийдик чиқарув каналига сийдик чиқариб туриш учун доимий катетр ёки сийдик пуффагига фистула (эпицистостома) қўйилади.

Қорин бўшлиғидаги ва қорин пардаси орқа қисмидаги органлар иккиламчи – қовурға ва чаноқ суяклари синганда ҳам вужудга келиши мумкин¹.

Қовурғанинг қаттик лат ейиши, синиши, жигар, буйрак ва талоқнинг зарарланишига сабабчи бўлади, чаноқ суяги парчалари эса сийдик қовуғини, сийдик йўллари зарарлаши мумкин.

1.F. Charles Brunicaardi. Schwartz's principles of surgery.10th edition.2015-488 p.

Оғир шикастлар торакоабдоминал зарарланишларга олиб келади. Унда диафрагма ёрилиб, қорин бўшлиғи органлари кўкрак бўшлиғига ўтиши мумкин. Кавак ва паренхиматоз органлар зарарлаганда тезкор лапаротомия зарур, чунки кечикиш оғир асоратларга сабаб бўлади.

3.3. ЁПИҚ ШИКАСТЛАР.

Юмшоқ тўқималарнинг ёпиқ зарарланиши қуйидагиларга бўлинади: чайқалиш, уриб олиш (лат ейиш), шикастланиш, узилиш, ёрилиш ва эзилиш.

ЧАЙҚАЛИШ. Юмшоқ тўқималарнинг чайқалиши ўткир травмаларда кам учрайди ва кўпинча характерли белгилари бўлмаганлиги туфайли бемор учун билинмай ўтади.

Сурункали чайқалиш, яъни тез-тез қайтарилиб турувчи чайқалиш – вибрация касаллигига мансуб бўлиб, пневматик асбоб ва болғалар, электр қирқувчи ва турли аппаратларда меҳнат қилувчи кишиларда учрайди. Сурункали чайқалишда бемор бўғимларида вақт ўтиши билан (тери, тери ости ёғ қатламида, бўғимда, нервда) склеротик ўзгаришлар пайдо бўлади, суякларда экзостоз ёки кистани пайдо бўлади, беморларнинг асаблари таранглашган бўлади.

Даволаш – вибрацион касаллик физиотерапевтик ва бальнеотерапевтик даволанади. Таъсир қилувчи агент йўқотилади.

ЛАТ ЕЙИШ. Аъзо ва тўқималарнинг бевосита бирор тўмтоқ нарса билан урилиши натижасидан тери бутунлигининг бузилмай зарарланиши лат ейиш дейилади. Одамга зарб текканида ёки бирор қаттиқ нарса устига йиқилиб тушганида ва бадани лат ейди. Унинг белгилари тананинг зарарланган соҳасига таъсир қилувчи буюмнинг тури, оғирлигига ҳамда таъсир қилиш тезлигига боғлиқ бўлади. Кўпинча баданнинг очик жойлар шикастланади: бош, калла, қўл – оёқлар. Лат ейишга тери ости ёғ қатлами, мушаклар ва паренхиматоз аъзолар ўта сезгир бўлади, камроқ сезгирлик – тери, фасция, апоневроз ва пайлардадир.

Клиникаси. Лат еганда шиш, қон қуйилиши, оғриқ ва орган функциясининг бузилиши қайд қилинади. Бу симптомлар кейин пайдо бўлади.

Аввалига оғриқ ва функционал бузилишлар юзага келади, лекин кейинчалик қайтади. Оғриқнинг кучи лат ейишнинг (нервга яқин бўлган суякда, бўғимда) жойи в унинг зарбига боғлиқ. Шиш ва қон талашлар кўпи билан 2-3 кунда шикастдан кейин пайдо бўлади. Оғир лат ейишдан сўнг ҳарорат кўтарилиши ва умумий ҳолатнинг бузилиши қайд қилинади.

Диагностикаси. Диагноз қўйишда тўқима ва органларнинг зарарлангани ёки синган- чиққанлигини, тўқима, пайларнинг узилмаганлигини ҳисобга олиш зарур.

Патологоанатомик ўзгаришлар. Улар тўқима травмаси ва чидамлилигига боғлиқдир. Кўпинча лат ейишда тери ости ёғ қатламида ўзгаришлар бўлиб, унда майда қон ва лимфа қон томирлари зарарланади. Бу ҳолатда қон томир деворларининг мустаҳкамлиги, қоннинг ивиши ва бошқа омиллар ҳам аҳамиятлидир. Ҳар хил катталиқдаги қонталашлар пайдо бўлади, атрофдаги тўқималарда асептик яллиғланиш (шиш, экссудация, лейкоцитлар сурилиши) юзага келади. Қон талашганда суюқ қисми лимфа томири орқали сўрилади, қолган эритроцитлар эса парчаланиб гемоглобинни ташкил қилади, у эса атрофдаги тўқимага сўрилиб, гемосидеринга айлангани учун, ранги ўзгаради, моматалоқ бўлади. Унинг рангига қараб, лат ейиш вақтини аниқлаш қийин эмас. Узоқ вақтгача қон талаш соҳанинг ўртасида суюқ қон бўлади, атрофида эса қон лахталари пайдо бўлади. Кейинчалик бириктирувчи тўқима ўсиб, чандик пайдо бўлади. Агар сурилиш кечикса, қон кистасига олиб келади. Лат ейилган жойда баъзан кўпгина чандикларнинг пайдо бўлиши оғриққа сабаб бўлади.

Лат ейишнинг баъзи бир турларида, масалан, катта куч таъсир этганда терининг катта бир қисми шилиниб кетиши, йирик нерв стволи уриб олинганда шок ривожланиши ёки шикастланган нерв иннервация қиладиган соҳанинг зарарланиши, бўғим уриб олинганда унинг функцияси бузилиши, кўкрак қафаси ёки ўпка лат еганда тери ости эмфиземаси ва шунга ўхшашлар пайдо бўлиши мумкин.

ШИКАСТЛАНИШ ВА УЗИЛИШ.

Шикастланиш ва узилиш механизми бир хил тўқималарнинг зарарланиши икки қарама-қарши куч тортилганда ёки қотирилган тананинг кучли тортилиши натижасида вужудга келади. Тўқималар тортилиш кучидан ортиқроқ куч ишлатилса, унда узилиш пайдо бўлади. Мушакларнинг кучли тортилиши натижасида ҳомиладор аёлларда, қорин терисида йўл-йўл чизиқлар пайдо бўлади ёки хроник бўғим чиқишларида бўғим анатомик соҳасини йўқотади ва одатдаги ҳаракатлар камаяди¹.

Агар тўқима ташки томондан анатомик бир бутунликка эга бўлмаса, унда шикастланиш дейилади, анатомик бутунлик йўқолиб, нофизиологик ҳолатда бўлса унда узилиш дейилади. Узилиш қисман ва бутунлай узилиш формаларига эга. Бу ҳолдаги травмалар кутилмаган тасодифларда, югуришда, йиқилишда, юк кўтарганда юзага келиши мумкин.

Одатда шикастланиш ва узилиш бўғим пайларида бўлиб унда кўпинча болдир, панжа бўғими зарарланади. Шунингдек пайлар, мушаклар, фасциялар, нерв толалари ва қон томирлари узилиб кетиши мумкин.

Клиникаси. Шикастланиш ва узилиш клиникаси лат ейиш белгиларига ўхшайди, травма бўлган соҳада қаттиқ оғриқ сезилади, ҳаракат бузилади, юмшоқ тўқималарга ва баъзан бўғим бўшлиғига қон қуйилиши (гемартроз), бўғим шишиб кетиши билан ифодаланади. Бу белгилар узилиш юз берганда кучлироқ бўлади¹.

Шикастланиш ва узилиш, нерв толаларининг эзилиши суяклар ва бўғимлар синишида кўпроқ учрайди.

1.F. Charles Brunicardi. Schwartz's principles of surgery.10th edition.2015-488 p.

Нерв толалари шикастланишининг белгилари ҳар хил бўлиб, баъзида унинг функцияси бутунлай йўқолиши мумкин. Қон томирлари зарарланиши ташқи таъсир кучли бўлмаганда ҳам бўлиши мумкин. Уларнинг интимаси травмага сезгир бўлиб, адвентицияси эса мустаҳкамроқдир. Шунинг учун томир уриши тўлқини натижасида вақт ўтиши билан чин аневризми пайдо бўлиши ва у катта ҳажмни эгаллаши мумкин, унда томир уриши яққол кўзга ташланиб туради.

Даволаш. Шикастланиш лат ейишни даволагандай бажарилади, фақатгина узоқроқ ва барқарор иммобилизация қилиш лозим. Бунинг учун гипс боғламини ишлатиш мумкин. Узилиш рўй берганда пайни, нерв толасини, қон томирларини ёки апоневрозни операция йўли билан тиклади. Агар нуқсон мавжуд бўлса, маҳаллий ёки аллопластик моддалардан олиб, уларнинг бутунлиги тикланади.

ҚИСИЛИШ. Қисилишда шикастлантнрувчи агент бемор танасига узок вақт таъсир қилиши мумкин. Енгил қисилишдан клиникаси лат ейилгандек кечади, аммо қисилишда қон қуйилишлар чуқур ва кенг бўлиб, оғир асоратларни олиб келади.

Узоқ компрессияда, қон айланишнинг бузилиши кичик қон томирларини қисиб, тери, тери ости ёғ қаватини, шу тузилмаларнинг некрозга ва яра-чақа бўлишига сабаб бўлади. Яра-чақа қўлтиқ сатхида, тананинг бўртиб турувчи суяк, бўғим соҳаларида, айниқса шу соҳалар ҳаракатсиз турган бўлса ёки тўқималар гипс боғлами, бемор танасининг оғирлиги билан босиб турилса вужудга келади.

Енгил қисилишлар маҳаллий зарарланишни вужудга келтиради. Бемор ҳаёти учун хавф туғдирмайди. Оғир қисилишлар, айниқса ер қимирлаганда, курилиш ишларида ва ҳарбий шароитда оғир оқибатларга сабаб бўлади. Тўқималарнинг қисилиши катта қон томирларини(сон, тизза ости елка артериялари) ҳам қисиб қўяди ва мушакларни оғир шикастлантиради, бу хол позицион травма дейилади. Унинг натижасида қўл-оёқда шиш пайдо бўлади, нервларда парез ва фалажликларга, буйрак шикастланишига олиб келади, яъни қўл-оёқларнинг эзилиш синдроми (травматик токсикоз) руёбга келади.

ТРАВМАТИК ТОКСИКОЗ (ТЎҚИМАЛАРНИНГ УЗОҚ ЭЗИЛИШ СИНДРОМИ, КРАШ СИНДРОМ)

Травматик токсикоз ўпирилиш, ер қимирлаш, бомбардимон қилиш, темир йўл ҳалокатлари ва бошқалар вақтида кузатилади.

Клиникаси. оғир эзилишларнинг маҳаллий белгилари декомпрессиядан кейин, яъни эзилган жойни босиб турган юк олиб ташлангандан сўнг намоён бўлади. Биринчи соатнинг ўзидаёқ қўл-оёқ ҳажми тез катталаша бошлайди, тўқималари ушлаб кўрилганда суюқлик юборилгандек сезилади. 24 соат ичида шиш хаддан ташқари катталашади¹. Қўл-оёқ қотиб оқаради, рангсизланиб, кўкимтир доғлар пайдо бўлади, сезиш қобилияти йўқолиб, томир уриши аниқланмайди, ҳаракатлар камайиб, кейинчалик уларга иложи бўлмайди. Бориб-бориб терида кўнғир доғ ва пуффақлар (ҳар хил катталиқда) юзага келиб улар сероз ва геморрагик суюқликлар билан тўлган бўлади. Тирноқлар кўкариб, муздай бўлиб қолади, тери сатҳида ёрилишлар, муматалоқ ва жароҳатлар пайдо бўлади. Бу патологияда суяк синишлари ҳам вужудга келиши мумкин.

Патологик ўзгаришлар. Зарарланган қўл-оёқ мушаклари қонсиз, кулранг некрозланган бўлади. Некроз популяция хилини ташкил қилади, шиш ва тўқималарда қон билан иммобилизация кузатилади. Вена ва артерия томирларида тромбоз, тўқималарнинг ҳамма қаватларида механик характердаги зарарланиш намоён бўлади¹. Шиш катталашиши билан қуюқлашади ва травматик шок белгилари пайдо бўлади. Эзилган тўқималардан ва интерстициал кенгликдан плазма йўқолади, гематокрит тез баландлашади, гемоглабин, эритроцитлар сони кўпаяди, тўқима чириши натижасида токсин моддалар- полипептидлар, фосфор, калий, гемоглобин организмга сўрилади.

1.F. Charles Brunnicardi. Schwartz's principles of surgery. 10th edition. 2015-488 p.

Буйракларнинг ҳажми катталашади, тўқимасининг бир қисми ёт тўқимага айланади, найчаларининг бир қисми ўлади (некроз), мушак пигменти (миоглобин), оксил моддалар ўлиши ва қон қуйилиши кузатилади.

Шундай қилиб мушак тўқималарида кенг некрозлар ёки оғир дистрофик ўзгаришлар намоён бўлади. Бу ҳолат тўқималарнинг узок эзилиш синдроми, травматик токсикоз ёки уриш синдроми деб юритилади.

Умумий белгилари уч босқичдан иборат. Эрта (бошланғич), оралик ва кечки, уларнинг ҳар бири ўзига хос белгиларга эга.

Биринчи соатларда беморнинг аҳволи яхшидек кўринади ва у диагностика даволашда турли хатоларга сабаб бўлади. Шикастланган соҳада кучли оғриқ, кам ҳаракатлик, дармонсизлик сезади. Кўнгли айнийди, томир уриши тезлашади, артериал босим камаяди, унда кўзғалиш эйфорияси кузатилади. Шиш катталашини билан умумий аҳволи оғирлашади, беҳол, бепарво бўлади. Бу шароитда травматик шок белгиси намоён бўлади. Сийдик камаяди, ранги ўзгаради, оксил пайдо бўлади. Травматик шок белгилари бўлган бошланғич босқичи 1-2 суткага чўзилади. Унинг асосида мушаклар некрози ва миоглобин чиқиши, буйрак найчаларининг беркилиши кузатилади. Бир неча кун ичида ўткир буйрак етишмовчилиги ва уремия пайдо бўлади. Шу билан бирга ўткир жигар етишмовчилиги, сарғайиб кетиши кузатилади. Бу ўткир жигар-буйрак етишмовчилигини юзага келтиради, юрак – томир етишмовчилиги кучаяди. Бу босқич оралик босқичга мансуб бўлиб, унинг негизида тўқималар чириши ётади.

Кечки босқич жигар ва буйрак фаолиятининг тикланиши билан ифодаланиб, тўқималар некрози, йирингли – септик ҳолат олдинги сафга чиқади.

Назорат саволлари:

1. Интеграл ташхислаш усуллари нима дегани?
2. Интеграл текшириш усулларнинг моҳияти нимада?
3. Бугунги кунда қўлланиладиган интеграл текшириш усуллар қайси?
4. Интеграл текшириш усулларнинг истиқболи борми?

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-у. 451 p.
2. S.Das. A manual clinical surgery.Special investigations and differential diagnosis.11th edition.2014-216 p.
3. John Lumley et all. Demonstrations of physical signs in clinical surgery.19th edition.2013-185 p.
4. F. Charles Brunicardi. Schwartz's principles of surgery.10th edition.2015-488 p.
5. Peter F. Lawrence. Essentials of general surgery.15th edition.2013-379 p.

4–мавзу: Абдоминал хирургияда замонавий ташхислаш усуллари

Режа:

- 4.1 - Қорин девори хирургик хасталиклари.
- 4.2 – Даволаш мезонлари.

Таянч иборалар: *видеолапроскопия, компьютер томография, ангиография.*

4.1. ПЕРИТОНИТ - қорин пардаларининг яллиғланиши. Асосан перитонит қорин бўшлиғи аъзоларининг ҳар хил йирингли яллиғланиш касаллигини асорати эканлиги янгилик эмас. Ва ниҳоят яна бир перитонит тури «криптоген перитонит», ҳозиргача бу перитонитни этиологияси аниқ эмас. Перитонитни келиб чиқиш омиллари:

- 1) ошқозон ва ичак трактини йирингли яллиғланиш жараёни (ўткир аппендицит, ўткир холецистит, ўткир панкреатит ва б.);⁶
- 2) аёллар жинсий аъзоларини йирингли яллиғланиш касалликлари (ўткир сальпингит, ўткир аднексит);
- 3) ошқозон ва ичак трактини яллиғланиши сабабли бутунлигини бузулиши ёки ошқозон ва ичак трактини механик шикастланиши (ошқозон ва

⁶S.Das. A manual clinical surgery.Special investigations and differential diagnosis.11th edition.2014-216 p.

12 бармоқ ичак яраси перфорацияси, ошқозон деворини жароҳатланиши ёки ичакни жароҳатлари);

4) Қорин аъзоларини ёпиқ ва очик шикастланиши;

5) Ичак деворлари қон айланишини бузилиши натижасида келиб чиқадиган гангрена (ичак томирлари тромбозмида, томирлардаги касалликлар, ичак томирларини ташқаридан ўсмалар билан сиқилиб қолиши);

6) ошқозон ва ичакларда ўтказилган операциялардан кейин чокларни етишмовчилиги;

7) кўшни аъзоларни ўткир йирингли касалликлари (йирингли плеврит, пионефроз, паранефрит, қорин парда орти флегмонаси).

Перитонит чақирувчи инфекция асосан ичак таёқчаси ҳисобланади, лекин стрептококклар, стафилококклар ва энтерококклар ҳам кўзгатувчи бўлиши мумкин. Охириги пайтларда перитонитни пневмококклар ва анаэроб неклостридиал бактериялар ҳам чақирадиган бўлган.

Клиник амалиётда асептик перитонит ҳам учраб туради, бу перитонит кўпинча қорин бўшлиғига қорин бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ ва очик шикастланиши туфайли қон оқиши натижасида келиб чиқади (гемоперитонеум), ошқозон жароҳатланишида ошқозон ширасини оқиши натижасида, ошқозон ости ферменларини қорин бўшлиғига тарқалиши натижасида келиб чиқади. Лекин жигар ёрилиши ва ошқозон перфорациясини 3 соатгача асептик перитонит деб талқин қилинади, 4-5 соат ўтгач қорин бўшлиғида инфекцияланиш бошланиб йирингли экссудатга айланади.

Маҳаллий чегараланган перитонитни динамикаси мақбулроқ кечади, шунингдек маҳаллий диффуз перитонитда ёхуд умумий перитонитни даволаш натижалари ҳар доим ҳам ижобий натижа бермаслиги мумкин.

Қорин пардани ўткир яллиғланишини диагностикасида перитонит касаллигига хос бўлган энг муҳим (кардинал) симптомларига асосланиб қўйилади. Симптомлар ичида энг муҳими: бу қориндаги шиддатли, доимий оғриқ, қорин пардасини таъсирланиш симптоми (Щеткин - Блюмберг) симптоми ёки яққол аниқланадиган қорин олд деворини тарангланиши. Перитонитда қориндаги оғриқ, ковак аъзоларни (ошқозон, 12 бармоқ ичак, ингика ичак, йўғон ичак,

чувалчангсимон ўсимтани) бутунлиги бузилганда содир бўлади, одатда тўсатдан бошланади. Агарда перитонит бирон аъзони яллиғланиши ҳисобига содир бўлган унда оғриқ аста секин кучайиб боради. Қорин олд девори мушакларини тарангланиш даражаси ҳар хил - бироз тарангланишдан «тахтасимон таранглашиш» гача кузатилади.

Перитонитни маҳаллий симптомлари интоксикация билан кечади: тана ҳароратини кўтарилиши, совуқ қотиб қалтираш, ҳолсизлик, ҳаёт учун муҳим аъзолар фаолиятини заифланиши¹. Кўпинча коллапс ҳолати юз беради. Перитонит билан беморни ўзига хос кўринишда бўлади: тери ва шиллик қаватлар рангил оқис тусда, кўпинча кўкимтир тусга киради, юз кўринишида кўркув намоён бўлади, безовталанади, юз чеҳраси ўткирлашади (кўзи киртаяди, юз қарашини лоқайд - «Гиппократ юзи») пайдо бўлади.

4.2. МАҲАЛЛИЙ ДАВОЛАШ

фақат хирургик операция билан. Операция ургент хирургия йўналиши бўйича ўтказилади. Уни мақсади – қорин бўшлиғидаги яллиғланиш ўчоғини бартараф қилиш ва қорин пардани яллиғланишини жадал даволаш учун қулай шароит яратиш. Операция пайтида перитонит ўчоғини тўлиқ олиб ташлаш зарур (радикал операция). Аъзони олиб ташлаш эктомия дейилади, аъзони бир қисмини кесиб олиб ташлаш резекция дейилади, ковак аъзолар деффектини тикиш — чок қўйиш дейилади.

1.F. Charles Brunnicardi. Schwartz's principles of surgery.10th edition.2015-488 p.

Агарда яллиғланиш ўчоғини олиб ташлашни иложи бўлмаса, яллиғланиш ўчоғидан инфекцияни қорин парда орқали тарқалишини олдини олиш учун ва яллиғланган ўчоқни маҳаллий даволашни осонлаштириш учун йиринг бўшлиғи очилади ва дренаж қўйилади бу паллиатив операция (йирингли бўшлиқни очиш ва дренажлаш) деб номланади.

Операция пайтида қорин бўшлиғидаги йирингли ва чириган экссудатни, йиғилган қонни, йиғилган сафрони, овқат қолдиқларини, ахлат массаларини ва ёт жисмларни максимал даражада олиб ташлаш зарур.

Суюқ экссудатни электр сўргич билан аспирация қилиб олиш қулай. Қорин бўшлиғини экссудатдан тозалашда, ўнг ва чап дифрагма ости, ўнг ва чап ёнбош чуқурчаси ва кичик чанокдан олиб ташлаш эътибордан есда қолмаслиги керак. Париетал ва висцерал қорин парда устидаги фибрин пардалари қаттиқ ёпишмаган бўлса пинцет ёки салфетка билан олиб ташлаш керак. Агар фибрин пленкалари қаттиқ ёпишган бўлса зинҳор олиб ташлашга ҳаракат қилиш керак эмас, акс ҳолда аъзони сероз қавати шикастланиб кейинчалик перфорация бўлиши мумкин. Қорин бўшлиғини антисептик суюқликлар билан ювиш фақат перитонит тарқалган бўлсагина ювилади, маҳаллий ёки диффуз перитонитда қорин бўшлиғини ювиш қатъиян ман қилинади¹.

Агар перитонитда радикал операция қилиш иложи бўлса, яллиғланган ўчоқ тубдан олиб ташланган бўлса, кейинчалик иккиламчи перитонит бўлмасликка амин бўлсак, унда операцион жароҳат дренаж найча қолдирмай зич қилиб тикилади. Лекин операция пайтида инфекция ўчоғини бутунлай бартараф қилишни иложи бўлмаса, хирург иккиламчи перитонит бўлмасликга кафиллик беролмаса қорин бўшлиғи кўрсатма билан дренажланади. Дренаж ўрнатишда икки тешикли дренажлар ўрнатиб диализ ҳам ўтказиш мумкин.

1.F. Charles Brunicaardi. Schwartz's principles of surgery.10th edition.2015-488 p.

Охириги пайтларда тарқалган перитонитларда, узоқ муддат чўзилиб келган яллиғланиш жараёни даволаш натижалари камроқ наф берган бўлса, унда операциядан сўнги даврда, санация мақсадида режалаштирилган реллапаротомия қилиш тавсия қилинади (санацион лапаротомия). Ошқозон ва ичак йўлида перитонит туфайли парез аломати ҳисобига йиғилиб қолган сақламаларни эвакуация қилиш мақсадида ошқозон ва ингичка ичак Миллер - Эббот зонди билан бурун орқали интубация қилинади.

Назорат саволлари:

1. Қорин девори хирургик хасталиклари қандай ташхисланади?
2. Ўткир панкреатит қандай ташхисланади?
3. Ўткир холецистит қандай ташхисланади?
4. Ўткир аппендицит ва унинг асоратлари қандай ташхисланади?
5. Ичак тутилиши қандай ташхисланади?
6. Ўткир перитонит қандай ташхисланади?

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-у. 451 p.
2. S.Das. A manual clinical surgery. Special investigations and differential diagnosis. 11th edition. 2014-216 p.
3. John Lumley et all. Demonstrations of physical signs in clinical surgery. 19th edition. 2013-185 p.
4. F. Charles Brunicaudi. Schwartz's principles of surgery. 10th edition. 2015-488 p.
5. Peter F. Lawrence. Essentials of general surgery. 15th edition. 2013-379 p.

5–мавзу: Торакал хирургияда замонавий ташхислаш усуллари

Режа:

5.1 - кўкрак қафас шикастланишини замонавий ташхислаш.

5.2 - ўпкалар хирургик хасталикларини замонавий ташхислаш усуллари.

5.3 - кўкс оралиқ аъзолари хасталикларини замонавий ташхислаш усуллари.

Таянч иборалар: *пневмоторакслар ва гемотораксни ташхислаш, ўпка абсцесси ва эхинококкози, медиаститни замонавий ташхислаш усуллари.*

5.1. Висцерал ва париетал плевра варағини йирингли яллиғланиши бўлиб, плевра бўшлиғига йирингли эксудатни йиғилиши билан изоҳланади.

Йирингли яллиғланиш бутун плевра варағини қамраб олади (диффуз плеврит) ёки чегараланган соҳада йиғилади (локализациялашган, чегараланган плеврит).

Йирингли суюқлик плевра бўшлиғини дуч келган жойида йиғилиб ҳар томондан чегараланган, халталанган йирингли плеврит пайдо қилади¹.

Кўпинча йирингли плеврит кўкрак қафаси аъзолари (бронхлар, ўпка, кўкс оралиғи, қизилўнғач) ларни айрим йирингли касалликларини асорати натижасида келиб чиқиши мумкин. Бирламчи йирингли яллиғланиш плевра бўшлиғига тўғридан-тўғри плевра бўшлиғига тешиб кирувчи (санчилган, санчилиб кесилган, ўқ текган) жароҳатлар туфайли киради ёки қовурғаларни очик синишида, ёпиқ шикастланишда ўпка тўқимасини йиртилиши натижасида бронхлардан инфекция киради¹.

Йирингли плеврит қорин бўшлиғидан диафрагма коллекторлари орқали плевра бўшлиғига кириши мумкин масалан (диафрагма ости абсцессида). Йирингли плевритни келиб чиқишига энг қулай шароит бу жароҳат туфайли гемотораксда, қон эскириб инфекцияланиб йирингли плевритга олиб келади.

1.S.Das. A manual clinical surgery.Special investigations and differential diagnosis.11th edition.2014-216 p.

Клиник манзараси. Йирингли плевритда тана ҳарорати 38-39°C гача кўтарилиши кўзатилади, кўкрак қафасида оғриқлар безовта қилади, нафас сиқилиши кўзатилади. Айрим ҳолларда қорин соҳасида оғриқлар безовда қилади, буни сабаби плеврани яллиғланиши диафрагмани кўзғатади ва қорин нерви орқали қоринга иррадиацияланади.

5.2. Плевритни маҳаллий симптомларига мансуб: кўкрак қафасини яллиғланган томонида ўпка устида ўпка товушини ўрнига перкутор тўмтоқ товуш аниқланади. Везиқўляр нафасни сусайиши ёки умуман эшитилмаслиги, «ўпка устида овоз титраши» етишмовчилиги.

Кўкрак қафасини рентгенологик текширувда яллиғланган кўкрак қафаси томонда хиралашганлиги аниқланади. Диагнозга аниқлик киритиш учун, плевра бўшлиғи пункция (торакоцентез) қилинади. Пункция қилганда йиринг чиқса, йирингли плеврит ташхиси тасдиқланади.

Йирингли плевритни даволаш учун олдинга қўйилган мақсадлар: 1) плевра бўшлиғидан йирингни эвакуация қилиш; 2) кўкрак қафаси аъзоларини нормал фаолият кўрсатиши учун қулай биологик шароитни тиклаш ва 3) интоксикацияни бартараф қилиш.

5.3. Плевра бўшлиғидаги йирингни чиқариш учун кўп мартали аспирацион пункция ёрдамида қилинади, пункция қилишни охирида плевра бўшлиғига антибактериал дори-воситалардан юборилади.

Агарда пункция билан даволаб бўлмаса, унда троакар билан плевра бўшлиғи ўрта қўлтиқ ости чизиғи бўйлаб VII-VIII қовурғалар аро соҳадан тешиб кирилади ва троакар орқали дренаж қолдирилади ва дренаж фаол аспирацион қурилмага уланади, улар сувли насос, электр аспиратор, вакуумли аспираторлар бўлиши мумкин. Икки каналли «Каншин» дренажлари қўйилса, йиринг ҳам чиқарилади ва иккинчи каналида антисептик моддалар юборишга имқон яратади. Хирургик клиникаларида йирингли плевритни даволашда Пертес ва Гартертлар ихтиро қилган вакуумли қурилма ишлатилиб келинмоқда. Бу қурилма 3 та шиша идишдан иборат бўлиб ҳар хил баландликда ишлайди. Иккита шиша идишини ҳажми 5-10 л, иккита тешиги бор, битта тешик тепада, иккинчи тешик тубига яқинроқ жойда бўлади. Иккита шиша идишни пастки

тешиги бир бирига резина най билан уланган, (2) чи шишани тепа тешиги резина қопқоқ билан бёкитилган. Резина қопқоқни тешиб 2 та шиша найча киритилган ва бу найчага резина найчалар уланган. Уни бир учи плевра бўшлиғига уланган иккинчи учи (2) эса шиша идишга резина най билан уланган. (2) шиша идиш сув билан тўлдирилади, унда сув пастки (3) идишга оқиб тушади ва тепадаги (2) идишда вакуум ҳосил қилади, натижада шиша идиш (1) дамҳаво сўриб олинса, плевра бўшлиғидан идиш тубидаги фурациллинга йиринг оқиб тушади. Плевра бўшлиғидаги йирингни фаол аспирация қилинса ўпкани тўлиқ нафас олишига плевра бўшлиғида манфий босим ҳосил қилгани сабабли имкон яратилади. Тўлиқ дезинтоксикацион ва массив инфузион терапия беморни қисқа муддат ичида тузалишини таъминлайди.

Назорат саволлари:

1. Очик, ёпиқ ва клапанли пневмотораксларни қандай ташхисланади ва уларни қандай фарқлаш лозим?
2. Ўпканинг бсцесси ва эхинококкозини замонавий ташхислаш усуллари қанақа?
3. Медиастенитни қандай ташхислаш лозим? Уни ташхислаш алгоритми.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-у. 451 p.
2. S.Das. A manual clinical surgery. Special investigations and differential diagnosis. 11th edition. 2014-216 p.
3. John Lumley et all. Demonstrations of physical signs in clinical surgery. 19th edition. 2013-185 p.
4. F. Charles Brunicaudi. Schwartz's principles of surgery. 10th edition. 2015-488 p.
5. Peter F. Lawrence. Essentials of general surgery. 15th edition. 2013-379 p.

6–мавзу: Юрак ва қон-томирлар хирургиясида замонавий ташхислаш усуллари

Режа

6.1 - ортирилган ва туғма юрак нуқсонларини замонавий ташхислаш.

6.2 - қон-томирлар сурункали облитерацияловчи хасталикларни ташхислаш.

6.3 - қон айланишини ўткир бузилишини ташхислаш замонавий усуллари.

Таянч иборалар: *Юрак нуқсонлари, облитерацияловчи эндоартериит ва атеросклероз, қон-томирлар тромбоз ва эмболиялари.*

6.1. ТРОМБОФЛЕБИТ - (phlebitis) вена қон томирлар деворини яллиғланиши билан баробар вена ичида тромб ҳосил бўлишига айтилади. Флебитни келиб чиқишига сабаб вена қон томир деворига микробларни кириб қолиши сабаб бўлади.

Флебита келиб чиқишига сабаб бўлади:

Вена қон томирни ичини кенгайиши (венани варикоз кенгайиши), венада қон ҳаракатини бузулиши (венани димланиши).

Вена қон томир деворини шикастланиши ёки вена атрофида юмшоқ тўқималарни шикастланиши уларга инфекцияни кўшилиши.

Флебитни кўзгатувчиси кўпинча йирингли жараён чақирадиган микроблар бўлади.

Кўп ҳолларда флебитни келиб чиқишига сабаб яллиғланиш ўчоғидан инфекцияни ён атрофида жойлашган вена қон томир деворига ўтиши ҳисобига келиб чиқади.

ФЛЕБИТ вена қон томири деворига тўғридан тўғри венапункция қилиш пайтида асептика қоидалари бўзилса келиб чиқади. Кам-кам ҳолларда вена деворига инфекция гематоген йўллар билан тушади. Вена деворида ривожланган яллиғланиш жараёни трофик ўзгаришларга олиб келади. Бир вақтни ўзида яллиғланган вена соҳада қон ҳаракати сёкинлашади. Бу икки омил

ўз навбатида тромб ҳосил бўлишига олиб келади, айниқса буларга қонни ивишини бўзулиши кўшилса (Вирхов училиги) кўпроқ кўзатилади.⁷

Юзаки ва чуқур веналарни флебит ва тромбофлебит фарқланади. Юзаки оддий флебитда кичикроқ шиш пайдо бўлади, яллиғланган вена бўйлаб оғриқ пайдо бўлади. Яллиғланган вена устида тери йўл-йўл кўринишдаги қизариш билан намоён бўлди. Касалланган оёқ бироз шишади. Тана ҳарорати кўтарилади. Венада тромб ҳосил бўлса пайпаслаганда оғриқли ҳосила пайпасланади.

Чуқур флебитларда (тромбофлебитларда) яллиғланган оёқда биринчи навбатда эътиборни жалб қиладиган даражада шиш кўпаяди, терисини ранги кўкимтир тусга киради, беморларни касал оёғида кучли оғриқлар безовта қилади.

Йирингли тромбофлебит ривожланган бўлса маҳаллий ва умумий симптоматика кучаяди. Тана ҳарорати 38-40°C гача кутарилади, қалтираш кўзатилади, оёқдаги оғриқ жуда кучаяди. Оёқдаги шиш қисқа вақтни ичида катталашади.

Тромбофлебитлар кўпинча оёқда кўзатилади, бунга сабаб оёқни қон томирлар архитектурасини ўзига хослиги, айниқса оёқда варикоз касаллиги бўлса кўпроқ кўзатилади. Касаллик асоратлар билан бошланади, бу асоратларга:

- 1) тромбозни вена йўналиши бўйлаб тезлик билан тарқалиши;
- 2) инфекцияланган тромбни томир деворидан кўчиб бошқа аъзоларга эмбол сифатида микрацияланиши - эмбол ўпка артериясига борса ўпка гангрена ривожланиши мумкин;
- 3) майда тромбларни катталашиб, уларни тезда инфекциланиши натижасида яллиғланиш жараёни атроф тўқималарга тарқалиб абсцесс ҳосил бўлиши ёки каттароқ майдонга тарқалиши мумкин;
- 4) Энг хафлироғи менингиал инфекция ҳамда бош мия инфекцияси кўпинча юзда жойлашган фурунқўлдан юз веналарини тромбофлебити асорати

⁷ «3D Navigation in Complex TEVAR». Endovascular Today: 69–74.

натижасида келиб чиқади. Яна ҳам хафлироғи болдир ва сондан тепага кўтарилувчи тромбофлебитда тромбни пастки ковак венага микрацияланиши.

6.2. Бунда ўпка артерияси ўткир тромбоэмболияси натижасида бронхоспазм ривожланиб бир зумли ўлимга олиб келиши мумкин.

Мазкур ташхисли беморлар фақат стационар шароитда даволаниши ва шошилиш кўрсатмалар бўйича кузатувда бўлишлари зарур!!!

Консерватив даволаш албатта стационар шароитда яллиғланишга қарши чора-тадбирлар ва антикоагулянт терапия биргаликда олиб борилади. Юза веналар ўткир тромбофлебитда яллиғланишга қарши даволашда яллиғланган веналар бўйлаб хлорэтил сепиб чиқилади ва яллиғланган вена соҳасига Вишневский малҳами билан боғлам қўйиб даволанади. Беморни касал оёғи 24 соат давомида (Беллер шинасига ўрнатилади). Оддий тромбофлебитни йирингли тромбофлебитга айланишини олдини олиш учун ва яллиғланган вена томир атроф тўқималарни яллиғланишини олдини олиш учун антибиотикотерапия ўтказилади. Антибиотиклардан левомецетин (хлорамфеникол) 2-2,5 г дан суткасига 6-10 кун давомида буюрилади.

6.3. Яллиғланишга қарши терапияни албатта антикоагулянтлар билан биргаликда олиб борилади, антикоагулянтларни қуллашда албатта қонни ивиш тизимини (қонни ивиш ва протромбин индексни) назорати остида қуйидаги схема бўйича қўлланилади:

1. Даставвал тўғридан тўғри таъсир кўрсатадиган антикоагулянтлардан - гепарин (1 мг гепарин 1 кг вазнга, ўрта ҳисобда 25-75 мг гепарин вена ичига ҳар 4 соатда, ёки 200 мг гепарин в 1000 мл физиологик эритма 0,9% натрий хлор эритмасида). Бир вақтни ўзида билвосита таъсир қиладиган антикоагулянтлар қўлланилади, инкубацион даври 48-72 соатни ташкил қилади..

2. Гепарин билан даволаш 1-2 кун давом этади, шу муддатдан сўнг фақат билвосита таъсир қиладиган антикоагулянтлар (дикумарин, неодикумарин) билан давом эттирилади.⁸

⁸ «Angiohybrid-OP - Neue Möglichkeiten, Planung, Realisierung und Effekte». Gefäßchirurgie - Zeitschrift für vaskuläre und endovaskuläre Medizin (17): 355–358.

3. Антикоагулянтларни дозалари протромбин индекс кўрсаткичига асосан назорат қелинади, протромбин индекси 30-40% га етганда, антикоагулянтларни дозаси камайтириб борилади.

Тромбофлебитни асоратлари юзага келганда оператив даволаш тўғридан-тўғри кўрсатма бўлади ва қуйидаги операциялар қўлланилади:

1. Венани тромб олди соҳасидан боғлаш (масалан, катта тери ости венани сон венасига тушиш жойида боғлаш - Троянов-Тренделенбург операцияси).⁹
2. Флебэктомия (венани тромб билан бирга яллиғланган атроф тўқималари билан бирга олиб ташлаш).
3. Магистрал венага фильтр-ушлагич ўрнатиш.

Назорат саволлари:

1. Юрак нўқсонлар таснифи қанақа?
2. Юрак нўқсонларни клиник ташхислаш усуллари қанақа?
3. Юрак нўқсонларини инструментал ташхислаш усуллари қанақа?
4. Облитерацияловчи эндоартериит этиология ва патогенези қанақа?
5. Қон томирларни облитерацияловчи хасталиклари қандай ташхисланади?
6. Уткир тромбоз ва эмболияни қандай ташхислаш лозим?

⁹ «Intra-operative DynaCT improves technical success of endovascular repair of abdominal aortic aneurysms.». Journal of Vascular Surgery 49 (2): 288–295. DOI:10.1016/j.jvs.2008.09.013.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-451 p.
2. S. Das. A manual clinical surgery. Special investigations and differential diagnosis. 11th edition. 2014-216 p.
3. John Lumley et al. Demonstrations of physical signs in clinical surgery. 19th edition. 2013-185 p.
4. F. Charles Brunicaudi. Schwartz's principles of surgery. 10th edition. 2015-488 p.
5. Peter F. Lawrence. Essentials of general surgery. 15th edition. 2013-379 p.

7-мавзу: Хирургик инфекцияда замонавий ташхислаш усуллари.

Режа:

- 7.1- Хирургик инфекция хасталикларининг таснифи.
- 7.2- Хирургик инфекция хасталикларининг кечиши ва клиник намоён бўлиши.
- 7.3- Хирургик инфекция хасталикларини ташхислаш замонавий усуллари.

Таянч иборалар: *хирургик инфекция, интоксикация, лимфоцитопения, тромбоцитопения, абсцесс, флегмона, сепсис.*

РИВОЖЛАНУВЧИ АНЕМИЯ. Сепсис билан беморларда гемоглобинни 60% гача камайиши.

ЛЕЙКОЦИТАР ФОРМУЛАНИ ЧАПГА СИЛЖИШИ. Лейкоцитларни умумий миқдорини ошиб кетиши, лейкоцитларни токсик донадорлиги. Прогностик томондан лимфоцитларни динамикада ошиб бориши жуда муҳим роль ўйнайди. Юқори лейкоцитоз билан лимфопения кўзатилса— прогнози қониқарсиз кечади.

ИНТОКСИКАЦИЯНИ ИНТЕГРАЛ БАҲОЛАШ — ЛИИ, ГПИ.

Т-ЛИМФОЦИТОПЕНИЯ анаэроб сепсисга хос, прогностик нуқтаи назардан қониқарсиз. Т-лимфоцитларни 24 соат ичида 30%га камайиши — сепсисни эрта симптомларига киради.

ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ — сепсисни эрта ва муҳим клиник белгиларига киради. Тромбоцитларни 24 соат ичида 30 % га камайиб кетиши — сепсисни эртанги симптомларига киради.

ЭЧТни ортиши сепсисни ривожланиб боришидан далолат беради. **НООРГАНИК ФОСФАТ** кўрсаткичини 24 соат ичида 30% га тушиб кетганда, гранулоцитларни фагоцитар ва бактерицид фаоллиги қайтариб бўладиган депрессияси кўзатилади.

ҚОННИ ЛАКТАТ КЎРСАТКИЧИНИ ОШИШИ— анаэроб метаболизмни маркери. Патологик ва биохимик маркерлар орасида протеолизни фаоллашувини умумий ферментатив гомеостазни бўзулиши аҳамиятга молик

УНИВЕРСАЛ МАРКЕРЛАР СИФАТИДА ЎРТАНЧИ МОЛЕКУЛАЛАР МИҚДОРИ ЭЪТИБОРНИ ЖАЛБ ҚИЛАДИ — молекуляр массаси 300-500 Д. олигопептидларга. Ўртанчи молекулалар концентрациясини корреляцияси сепсисни асосий клиник, биохимик ва прогностик негизларига киради.

ЦИТОКИНЛАРНИ МИҚДОРИНИ АНИҚЛАШ. Кўпроқ эътиборни жалб қиладиган бу TNF ва интерлейкин. Уларни ўзгаришини аниқлашни аҳамияти шундаки, сепсисни оғирлик даражасини аниқлашга ёрдам беради ва тўғри даволашга туртки бўлади, ҳамда иммунотерапия ўтказишга асос бўлади. Қонни умумий таҳлилида чапга силжиган лейкоцитоз аниқланади, тобора тушиб кетаётган гемолобин миқдори ва эритроцитлар миқдорини тушиб кетиши кузатилади.

Энг керакли текширувларга қонни экиш киради. Қонни экиш учун 3 кун кетма-кет олинади. Метастазланган сепсисда қонни экиш учун ҳарорат кўтарилганда олиш мақсадга мувофиқ бўлади. Шунинг назарда тутиш керакки, агарда экма натижаси манфий чиққан тақдирда ҳам сепсисни инкор қилиш

нотуғри бўлади. Сийдик таҳлилида протеинурия, эритроцитлар, лейкоцитлар ва цилиндрурия аниқланади.

Назорат саволлари:

1. Хирургик инфекциянинг замонавий таснифи қанақа?
2. Хирургик сепсис таснифи қанақа?
3. Хирургик сепсисни ташхислаш замонавий маркерлари қанақа?
4. Кандли диабетда хирургик инфекциянинг кечиши қандай ташхисланади?
5. Хирургик инфекцияни ташхислаш учун қандай инструментал ташхислаш асбоблари қулланилади?

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-у. 451 p.
2. S.Das. A manual clinical surgery. Special investigations and differential diagnosis. 11th edition. 2014-216 p.
3. John Lumley et all. Demonstrations of physical signs in clinical surgery. 19th edition. 2013-185 p.
4. F. Charles Brunicardi. Schwartz's principles of surgery. 10th edition. 2015-488 p.
5. Peter F. Lawrence. Essentials of general surgery. 15th edition. 2013-379 p.

8–мавзу: Замонавий гибрид ва кичик инвазив хирургик ташхислаш усулларининг мохияти ва камчиликлари. Ташхислаш жараёнининг истиқболлари.

Режа:

- 8.1- Гибрид ташхислаш операциялар.
- 8.2- Кичик инвазив ташхислаш хирургия.
- 8.3- Роботехника ва ташхислаш.

Таянч иборалар: *шошилинч хирургия, режали хирургия, инновацион технологиялар, гибрид операциялар, хужайравий технологияли ташхислаш.*

8.1. Гибрид операция хонаси — тиббий кўрик учун мулжалланган замонавий асбоблар билан жихозланган операцион хона. Масалан С-ёйли, компьютер томограф, ёки магнит-резонанс томография.¹⁰ Бу ускуналар тиббий кўрик учун қулланилиб кичик инвазив хирургик муолажаларни бажариш учун қўлай бўлади. Кичик инвазивлиг моҳияти эса катта кесмалар бажариш зарурияти булмаганлиги. Бунда муолажа бажариш учун катетер ёки эндоскоп урнатиш етарли бўлади.



Юрак клапанларини алмаштириш бўйича, аритмия ва аорта анефризмаси бўйича бажариладиган операциялар. Гибрид операциялар кардиохирургияда бугунги кунда кенг қўлланиладиган муолажалардан ҳисобланади.¹¹

Аорта анефризмасини даволашда қўлланиладиган гибрид операциялар бугунги кунда эндоваскуляр операцияларнинг кенг қўлланилишига йўл очиб берди.

Назорат саволлари:

1. Гибрид операциялар нима ва уларнинг моҳияти нимадан иборат?
2. Замонавий ва истиқбол хирургия йўналишлари қанақа?
3. Хужайравий технологияли ташхислаш нимадан иборат?

¹⁰ «The Cardiovascular Hybrid OR-Clinical & Technical Considerations». CTSnet.

¹¹ Invasiveness of surgical procedures. Wikipedia.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-y. 451 p.
2. S.Das. A manual clinical surgery. Special investigations and differential diagnosis. 11th edition. 2014-216 p.
3. John Lumley et all. Demonstrations of physical signs in clinical surgery. 19th edition. 2013-185 p.
4. F. Charles Brunicaudi. Schwartz's principles of surgery. 10th edition. 2015-488 p.
5. Peter F. Lawrence. Essentials of general surgery. 15th edition. 2013-379 p.

IV. АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ МАТЕРИАЛЛАРИ

1 – амалий машғулот:

Хирургияда қўлланиладиган лаборатор ва инструментал текшириш усулларнинг таснифи. Уларни қўллаш учун кўрсатма ва қарши кўрсатмалари. Хирургик беморларни текширишдаги қўшимча замонавий усуллар. Операция олди даврида беморларни ташхислаш ва операциядан сўнги асоратларни прогнозлаш.

Ишдан мақсад:Тингловчиларни хирургик беморларни текширишдаги кетма кетликни ва тизимни ўргатиш , хирургик патологияли беморларда локал ҳолатни баҳолашни.

Масаланинг қўйилиши: Лаборатор текшириш усуллари. Эндоскопик текшириш усуллари. Функционал текшириш усуллари. Ультразвўқ текшириш усуллари. Радиоизотоп текшириш усуллари. Компьютер томография. Позитронно-эмиссион томография. Мультиспирал компьютер томография. Магнит-резонанс томография.

Ишни бажариш учун намуна: Хирургик беморга қўйиладиган ташхис касаллик белгиларини (симптомларини) аниқ билишини, уларни таҳлил қила олиши ва шу асосда тегишли белгилардан касалликнинг тула манзарасини синтез қила бериш талаб қилади. Компьютер томографияси тананинг барча анатомик сохаларини ва барча аъзоларини текширишга имқон беради.

Назорат саволлари:

1. Беморнинг шикоятлари, анамнези, умумий кўрик, пальпация, перкуссия ва аускультация нима?
2. Ҳар бир усул нима мақсадда ишлатилади?
3. Лаборатор текшириш усулларида қайси бирини биласиз?
4. Қандай эндоскопик, функционал, ультратовуш ва радиоизотоп текшириш усулларини биласиз?

5. Компьютер томография, позитронно-эмиссион томография, мультиспирал компьютер томография, магнит-резонанс томография нима ва улар қандай мақсадда ишлатилади?

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery.26th edition.2012-451 p.
2. S.Das. A manual clinical surgery.Special investigations and differential diagnosis.11th edition.2014-216 p.
3. John Lumley et all. Demonstrations of physical signs in clinical surgery.19th edition.2013-185 p.
4. F. Charles Brunicaudi. Schwartz's principles of surgery.10th edition.2015-488 p.
5. Peter F. Lawrence. Essentials of general surgery.15th edition.2013-379 p.

2–амалий машғулот:

Хирургик хасталиклар ва шикастланишларни ташхислаш усулларининг алгоритмини танлаш

Ишдан мақсад: Тингловчини хирургик патологияли беморларни текширишдаги асосий ва қўшимча усулларни ўргатиш.

Масаланинг қўйилиши: Хирургик хасталикларини ташхислаш давлат стандартлари моҳияти. Кекса ёшдаги беморларни хирургик хасталикларини ташхислаш учун ендашув.

Ишни бажариш учун намуна: Жароҳатлар келиб чиқиши, хусусиятларига ва тўқималарнинг зарарланиш характерига караб қуйидагича фарқланади: 1. Ўқ текган. 2. Санчилган. 3. Кесилган. 4. Чопилган. 5. Уриб олиган 6. Эзилган. 7. Йиртилган. 8. Лат еган, кирилган. 9. Тирналган 10. Тишланган. 11. Заҳарланган. 12. Аралаш.

Ҳар бир жароҳат ўзига хос хусусиятларга эга, шунинг учун уларни даволашда ҳисобга олмок керак, масалан, санчилган, ўқ теккан жароҳатлар кўпинча кам қонайди. Кўз билан уларнинг чўқурлигини аниклаш кийин, кўпинча ички органлар шикасти билан фарқланади”

Утмас ашёлар, зонд учи, метал учликлардан хосил бўлган санчилган жароҳатлар кечиши бошқача булалди, кесилган ва чопилган жароҳатлар ташки нўқсонлар кенглиги, кўп ташки қон котиши билан ҳарактерланади. Урилган, эзилган ва йиртилган жароҳатларда қон кам кетсада, улар кучли оғриқ беради, ифлосланади, кўпинча улар тўқималар махаллий некрози, қон айланиши бузилиши билан кечади.

Енгил утилиш (лат ейиш) оғриқ билан кечсада, оғир окибатларга олиб колмайди.

Тишланган жароҳатлар фақат ўзининг катталиги, чўқурлиги, йиринглаши билан фарқланса-да, оғир асоратга, кутириш касаллигига келади. Кутириш вуриси кутирган хайвон сулаги билан, у тишлаб олганда жароҳатга утади. Каламуш, сичқон, олмахон ва мушўқлар тишлаганда "Каламуш касаллиги" (содоку) пайдо бўлиши мумкин.

Кесилган жароҳатлар ўткир нарса (курол) текканда ва беради, одатда атрофдаги тўқималар зарарланмайди. Жароҳат четларининг бир биридан ажралиб, Тўғрилиги, жароҳат учлари эса ўткир бўлиши билан фарқланади.

Чопилган жароҳат ўткир ва оғир курол (килич, болта ва ҳ.к.) таъсири натижасида ёз беради. Бундай жароҳатлар чўқур бўлади, каттик эарб натижасида атрофдаги тўқималар зарарланади.

Уриб олинган ёки йиртилган жароҳатлар утмас куролдан юзага келади, тўқималар каттик шикастланади, четлари булмай, тўқималар осилиб туради, бу жароҳатлар ифлосланишига тез учрайди.

Аралаш жароҳатлар деганда хозирги кунда жанговар захарловчи моддалар ёки радиация таъсирида, бошқа жароҳатлар билан руй бераётган ҳолатлар назарда тутилади.

Ўқ теккан яраланишларни иккига бўлиш мумкин: ўқ ва осколкали жароҳатлар. Ўқ теккан яраланишларни иккига бўлиш мумкин. Ўқ теккан ўзига хос таъсири бўйича бошқа жароҳатлардан фарқ қилади.

1. Жароҳат канали-йўлининг чуқурлиги (тешиб ўтган, кур, тегиб утган ва в.б.)

2. Анатомик тўқималардан мураккаб ўзгаришлар.

3. Травматик тўқима некроз зонаси ёки бирламчи қонтўзия. Унда бирламчи жароҳат йўли-канални тўқима детрити ва ёт жисмлар билан тулади, шунингдек тўқималарнинг молекулалар чайқалиш зонаси ёки иккиламчи травматик некрози.

4. Яраланган пайтда (бирламчи инфекция) ёки эвакуация босқичида (иккиламчи инфекция) инфекция тушиши. Бу ҳолат биринчи ёрдам ёки бирламчи хирургик ишлаш кечикканда юзага келади.

Жароҳатнинг чуқурлигига қараб, юза, тешиб ўтган жароҳат ва аъзоларнинг шикастланиши фарқ қилинади. Масалан, тери, тери ости ва қорин мушаклари шикастланиши ва жароҳатларга киради, агар қорин пардаси шикастланса тешиб ўтган жароҳат дейилади. Шикастланишда ички органлар, масалан, жигар, талоқ ёки бошқа органлар жароҳатланса, унда жароҳат асоратли ҳисобланади.

Шикастланган тўқима органларга қараб, юз, калла, бўйин, кўл-оёқ жароҳатлари фарқланади. Асептик ва инфекция тушган жароҳатлар бўлади. Асептик жароҳатлар деб, операция ёки бирламчи ёки иккиламчи ёрдам берилган жароҳатлар, шартли равишда кесилган ёки чопилган жароҳатларни айтса бўлади. Қолган жароҳатлар, тери ва атрофдаги нарсалар орқали инфекция тушганлиги учун ифлосланган ҳисобланади.

Жароҳатлар янги ёки кесиккан бўлади. Янги жароҳат деб шикастланиш рўй бергандан кейин 24 соат ичида беморга ёрдам кўрсатилишига айтилади. Бу давр ичида жароҳат чеккалари кесиб олиниб, жароҳат инфекциясининг олдини олиш мумкин, ифлосланган жароҳатни асептика айлантиришига имкон туғилади. Агар бемор 24 соатдан сўнг мурожаат қилган бўлса, бирламчи ёки иккиламчи жароҳат битиши таффовут қилинади. Жароҳатнинг йиринглаб, грануляцион тўқима билан тўлиб битиши иккиламчи битишга киради. Шикастланган тўқималарнинг аввалига бирламчи ҳолатига қайтиши жароҳатнинг битиши дейилади. Бу ҳол шикастланган тўқималарнинг регенерациясига боғлиқ бўлади, ёхуд бунда эпителий бириктирувчи тўқима ва суяк, баъзан эса нуқсон пишиб етилмаган тўқималар билан тўлади (репарация).

Назорат саволлари:

1. Хирургик хасталикларини ташхислашда қандай текшириш усуллари қўлланилади?
2. Хирургик хасталикларини ташхислаш учун қўлланиладиган замонавий усулларни қандай ташлаш лозим?
3. Уларнинг кадам боскичлари қанақа?

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-у. 451 p.
2. S.Das. A manual clinical surgery.Special investigations and differential diagnosis.11th edition.2014-216 p.
3. John Lumley et all. Demonstrations of physical signs in clinical surgery.19th edition.2013-185 p.
4. F. Charles Brunicardi. Schwartz’s principles of surgery.10th edition.2015-488 p.
5. Peter F. Lawrence. Essentials of general surgery.15th edition.2013-379 p.

3– Амалий машғулот:

Шошилинич хирургияда замонавий ташхислаш усуллари. Ташхислаш усулларга кўрсатмалар ва уларни танлаш алгоритми. Ташхислаш муаммоларида ечимини топиш усуллари.

Ишдан мақсад: Тингловчиларни шикастланишларнинг замонавий таснифи, шикастланишлар хавфи ва асорати, шикастланишларда биринчи ёрдам кўрсатиш билан таништириш. Турли хил жароҳатларда клиник ўзига хосликни, жараҳотда кечадиган жараёнларни ва “янги” жароҳатларни даволашни ўргатиш. Йирингли жароҳатларни клиникаси, диагностикаси ва давосини ўрганиш.

Масаланинг қўйилиши: Чайқалиш. Лат ейиш. Йиртилиш ва узилиш. Эзилиш. Травматик токсикоз. Жароҳатлар таснифи. Жароҳатнинг битиши. Жароҳатларни даволаш. Жароҳатга бирламчи хирургик ишлов бериш.

Жароҳатга ишлов беришнинг бошқа турлари. Инфицирланган ва йиринглаган жароҳатларни даволаш

Ишни бажариш учун намуна:

1. Кўкрак қафаси шикастланиши деганда кўкрак қафаси девори ёки унинг ичидаги аъзоларнинг турли хил очик ва епик шикастланишлари тушунилади.

2. Кўкрак қафаси шикастланишлари очик ва епик, суяклар шикастланмаган ва шикастланган, ички аъзолар шикастланган ва шикастланмаган турларга булинади.

3. Кўкрак қафаси шикастланишлари диагностика усуллари; бемор шикояти ва анамнезини аниқлаш, умумий клиник текширишлар (кўриш, пальпацияда оғрик, перкуссияда абсцесс 1 фазасида, гемо- ва пиотораксда бўғиқлик, пневмотораксда – тимпанит, аускультацияда абсцесс 1 фазаси ва гидротораксда нафас олиш сустлиги ёки аниқланмаслиги, абсцесс 2 фазасида эса амфорик нафас ва катта ўлчамли нам хириллашлар аниқланади. Диагностиканинг энг информатив ва объектив усули - рентген билан текширувдир.

4. Пневмоторакс – бу плевра бўшлиғида ҳаво тупланиши бўлиб, кўкрак қафаси девори жароҳати ёки бронх жароҳатидан кириши мумкин.

5. Пневмоторакс турлари: очик, епик, клапанли ва спонтан.

Ёпик пневмотораксда плевра бўшлиғидаги ҳаво атмосфера ҳавоси билан туташмайди, кўкрак қафасидаги жароҳат тўқималар силжиши туфайли бекилиб қолади.

Очик пневмотораксда ҳаво плевра бўшлиғига нафас олганда кириб, нафас чиқарганда ташқарига чикиб кетади.

Клапанли пневмотораксда ҳаво плевра бўшлиғига нафас олганда кириб, нафас чиқарганда эса юмшоқ тўқима лахтаги кўкрак қафаси девори ёки бронх жароҳатини ёпиб қўйиши сабаб ташқарига чиқа олмайди.

6. Гемоторакс - плевра бўшлиғида қон тупланиши бўлиб, кўпинча ўпка, қовурғалараро артерия ёки ички кўкрак артерияси жароҳати билан боғлиқ. **Гемоторакс турлари:** кичик гемоторакс (қон сатхи курак ўртасигача кўтарилиши), ўрта гемоторакс (1500мл-гача қон тўпланиши), катта гемоторакс (бунда қуйилган қон ҳажми 1500мл-дан ошиб кетади).

7.Спонтан пневмоторакс – бу аниқ сабабсиз ва шикастланишсиз плевра бўшлиғида ҳаво тўпланишидир.У кўпинча ўпканинг буллез трансформацияси ва ўпка кистасида учрайди.

8.Пиопневмоторакс - бу плевра бўшлиғида йиринг ва ҳаво тўпланиши бўлиб, ўпка абсцессининг плевра бўшлиғига очилиши натижасида иккиламчи пайдо бўлади. Пиопневмоторакс плевра эмпиемасининг очиқ турига киради.

Пиопневмоторакс ўпка абсцесси плевра бўшлиғига очилганда пайдо бўлиб, нафас етишмовчилиги, хансираш,тахикардия,тери ва шиллик қаватлар цианози, кўкрак қафасидаги оғриқ баъзан шок ҳолати, юқори ҳарорат билан намоён бўлади. Перкуссияда кўкрак қафаси хаста тарафи пастки қисмларида бўғиқлик устида тимпанит аниқланади. Рентгенологик текширувда кўкрак қафаси пастки қисмида горизонтал сатхли соя бўлиб, юқори қисмларида пневмоторакс, бронх-томир расми йўқлиги, ўпка коллапси аниқланади.

Ўпкадан қон кетишига оч қизил ранг, кўпиксимон, ҳаво аралаш қон туфуриш хос. Аспирацияда эса нафас етишмовчилиги, цианоз, тахикардия, аускультацияда нам хириллашлар аниқланади. Ташхис учун бронхоскопия ва бронхиал артериография етакчи аҳамиятга эга.

Пневмоторакс хансираш, тахикардия, терим ва шиллик қаватлар цианози, ўпканинг пучайиб қолиши, кўкс аъзоларининг соғлом тарафга силжиши, перкуссияда - қутича товуши, рентгенологик текширувда ўпка коллапси билан намоён бўлади. Клапанли пневмотораксда биринчи ўринга нафас сиқиши ва ҳаво етишмовчилигицианоз,тахикардия чиқади. Перкуссияда қутича товуши, пальпацияда тери эмфиземаси крепитация орқали, рентгенограммада ўпка коллапси ва кўкс аъзоларининг соғлом тарафга силжиши аниқланади.

Гемоторакс плевра бўшлиғи ичига қон кетиши, ўпка коллапси, кўкс оралиғи аъзоларининг соғлом тарафга силжиши, гемодинамика бузилиши,шок,хансираш билан намоён бўлади. Гемоторакс ташхисида рентгенологик текширишлар ва плеврал пункция етакчи аҳамиятга эга.

Пиопневмоторакс клиникаси ва ташхиси пио- ва пневмоторакс клиникалари йиғиндиси, йирингли интоксикация, нафас етишмовчилиги

белгиларига асосланади. Диагностикада анамнез маълумотлари, рентгенологик текширувлар ва плеврал пункция натижалари асосий аҳамиятга эга.

Пневмоторакс турли шаклларида стационаргача бўлган шошилиш ердам:

- Ёпиқ пневмотораксда тор.
- Акал бўлимга етказиш, симптоматик даво.
- Очик пневмотораксда – окклюзион асептик боғлама куйиш, оғриқсизлантириш, юрак дорилари.
- Клапанли пневмотораксда – плевра бўшлиғини пункция қилиш ва дренажлаш, шокка қарши, юрак дорилари, кислород бериш.
- Гемотораксда – плеврал пункция, гемостатиклар, АКБ ва Нь микдорини динамикада кузатув, кўрсатма бўйича гемотрансфузия, катта гемоторакс ва қон кетиш давом этганда – торакотомия.

Назорат саволлари:

1. Чайқалиш, лат ейиш, йиртилиш, узилиш, эзилиш дегани нима?
2. Травматик токсикоз нима?
3. Бу касаллик ҳақидаги асосий маълумотларни келтиринг.
4. Жароҳатлар таснифи?
5. Жароҳатнинг битиши қандай юзага келади?
6. Жароҳатларни даволаш.
7. Жароҳатга бирламчи хирургик ишлов бериш.
8. Жароҳатга ишлов беришнинг бошқа турлари.
9. Инфицирланган ва йиринглаган жароҳатларни даволаш.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-451 p.
2. S. Das. A manual clinical surgery. Special investigations and differential diagnosis. 11th edition. 2014-216 p.

3. John Lumley et all. Demonstrations of physical signs in clinical surgery.19th edition.2013-185 p.
4. F. Charles Brunicardi. Schwartz's principles of surgery.10th edition.2015-488 p.
5. Peter F. Lawrence. Essentials of general surgery.15th edition.2013-379 p.

4–амалий машғулот:

Режали хирургияда замонавий ташхислаш усуллари. Ташхислаш усулларга кўрсатмалар ва уларни танлаш алгоритми. Ташхислаш муаммоларида ечимини топиш усуллари.

Ишдан мақсад: Тингловчига операциядан олдин беморларни текшириш усуллари, операцияга кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни аниқлашни ўргатиш.

Масаланинг қўйилиши: Умумий маълумот. Хирургик операциялар таснифи. Беморларни операцияга тайёрлашни. Беморларни психологик тайёрлашни. Беморларни физик тайёрлашни. Информацион маълумот. Операцияга борадиган беморни касаллик тарихини таҳлили. Лаборатор кўрсаткичларини таҳлил қилиш. Операция хатарлик даражасини аниқлаш ва белгилаш. Юрак хасталиги намоён бўлган беморлар. Юрак хасталиги намоён бўлмаган беморлар. Ўпка хасталиклари намоён бўлган беморлар. Ўпка хасталиги намоён бўлмаган беморлар. Буйрак ва буйрак устки безлар хасталиги бўлган беморлар. Қандли диабет билан хасталанган беморлар. Қари ёшдаги беморлар. Касаллик тарихида шифокор тавсияларини киритиш. Ички аъзоларни катетерлаш, дренажлаш ва интубация қилиш.

Ишни бажариш учун намуна: Меъда ва 12 бармоқ ичакни сурункали яра касаллигига чалинган беморларда диспепсик белгилар турлича намоён бўлади. Булардан: кўнгил айнаши, иштаханинг патологик ўзгариши, жиғилдон қайнаши, қусиш ва ичак фаолиятининг бузилишидир.

Диагностикаси. Ташхис қўйишни-беморни объектив кўришдан бошлаш лозим. Кузатув натижасида врач бемор танасини конституцион тузилишига, асаб ҳолатининг холерик типига мансуб эканлигига, терисида дермографизм

ривожланганлигига, терлашнинг кучайганлигига ва тилнинг оқимтир шиллик билан қопланганлигига диққатини йўналтиради.

Беморнинг қорин пайпасланганда одатдагидан тортиқ бўлади. Яра касаллигининг кўзғалиш даврида қорин девори мушаклари нисбатан эпигастрал соҳада таранглашган ва оғриқли бўлади. Меъда ярасида эпигастрал ва киндик чап томонда, 12 бармоқ ичак ярасида қорин ўрта чизигининг ўнг ёнбош қисми, киндик атрофини ўнг томонида оғриқ аниқланади.

Перкуссия вақтида қорин деворининг эпигастрал соҳасининг чап томонида ошқозон ярасида киндикнинг ўнг ёнбош қисмида 12 бармоқли ичакни ярасида бемор оғриқ сезади-Мендель белгиси.

Қорин девори терисида гипертестезия соҳасини (Захарин-Гед) ичакни ўтмас бошчаси билан тирналганда кўриш мумкин. Оғриқли ҳолат-Баос, Оппенховский нуқталари мавжудлигини кўрсатади.

Лаборатор текширувларидан: умумий қон таҳлили, меъда ширасининг миқдори ва ҳолатини текшириш, қон, сийдик, копрологик таҳлиллар ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

Асоратланмаган меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигига чалинган беморлар қонида деярли ўзгаришлар кузатилмайди. Меъда ва 12 бармоқ ичак ярасида бемор қонида яралар туфайли гипохром анемия кузатилади.

Меъда ширасини текшириш усуллари.

Меъда ширасини текширишнинг қуйидаги усуллари мавжуд:

1. Зонд ёрдамида.
2. Зондсиз усулда текшириш (радиотелеметрик, гастроацидотест, ионалмашинуви) усуллари.

Зондсиз текшириш усуллари ҳозирги пайтда кенг қўлланилмайди, зонд ёрдамида текширишлар усули ингичга назогастрал найча билан бир маротаба ёки фракцион (узоқ вақт давомида) меъда ширасини текширишга имконият яратади. (Базал, симуляция қилинган ва хлорид кислота миқдорлари

аниқланади. Фракцион, Кея, Холанддер усуллари бўйича). Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги рентгенологик текшируви.

Хозирги замон рентген аппаратлари ёрдамида меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигини 85-95%ини тўғри ташхислаш мумкин. Меъда ва 12 бармоқ ичак сурункали яра касаллигида асосий ва йўлдош (ёрдам берувчи) рентгенология симптомлар мавжуддир. Асосий белгиларга: яранинг кратерга ўхшаш “ниши”сига барий эритмаси кириши сабабли аниқ кўринади. Юзаки яраларда барий тарқоқ жойлашиб, контрастнинг яра бўлган жойда тангага ўхшаш тўпланиши кузатилади.

Асосий симптомлардан-меъда шиллик пардасидаги бўқилишлар релефининг бузилиши (конвергенцияланиши) кўринади. Конвергенция- яра атрофидаги бурмалар чандиқланиши сабабли буралиб радиар формага эга бўлади ёрдам берувчи белгиларга:

1. Меъда катта айланмасини бармоққа ўхшаш тортилиши (бу белги ярага қарама-қарши турган қисмда кузатилади);
2. Меъданинг перисталтик ҳаракати кучайиши;
3. Меъда пилорик қисмининг торайиши (стеноз);
4. Ўн икки бармоқ ичак «пиёз»симон қисмини дискинезия ҳолатига тушиши.
5. Меъда умумий ҳажми кенгайиб атония ҳолатига тушиши;
6. Гастроэзофагеал рефлюксининг бўлиши ўзига хос асосий рентгенологик симптомлар ҳисобланади.

Гастродуоденоскопия.

Гастродуоденоскопия меъда ва 12 бармоқ ичак сурункали касаллигида асосий текширув муолажаларидан ҳисобланади.

Гастродуоденоскопия ёрдамида яранининг қайси жойида жойлашганлиги, шакли, қон томирларга нисбатан ҳолати, шиллик пардани қайси даражада яллиғланганлигига, стенозланиш қайси даражада эканлигини визуал баҳолаш мумкин. Эндоскопик текширув натижасида эзофагогастрал ва дуоденогастрал рефлюксни, ҳамда меъда ва 12 бармоқ ичак сурункали яра касаллиги билан биргаликда кечаётган йўлдош касалликлар меъда ва 12 бармоқ

ичак полипи, эрозиялар, яхши ва ёмон ўсмалар Меллора-Вейс синдроми ҳолатларини ҳам аниқлаш шароити тўқилади.

Капрологик текширув ёрдамида (бензидинли Грегерсен синамаси) натижасида қон борлиги аниқланади. Грегерсен синамаси кўпинча асоратланмаган яраларда ва меъда рак хасталигида мусбат бўлади.

Меъда ва 12 бармоқ ичак сурункали яра касаллиги асоратлари.

Пилороантрал стеноз.

Меъда пилороантрал қисм стенози (стеноз-тройиш) 7-15% ҳолларда учрайди. Стеноз ҳолати ривожланишининг асосий сабаблари:

1. Меъда антрал қисмидаги катта яраларни чандикланиши;
2. Меъданинг 12 бармоққа ўтиш қисмида яра жойлашиб битиши сабабли чандиқлар пайдо бўлади;
3. Ярани 12 бармоқли пиёзсимон қисмида бўлиши;
4. Яра атрофида ривожланган яллиғланиш натижасида меъда ва 12 бармоқли ичак қаватларида шиш пайдо бўлиши;
5. Перигастрит ва перидуоненит. Яранинг клиник кечишида энг кўп аҳамиятга молик бўлган сабаб-чандиқли стеноздир. Баъзан меъдадан 12 бармоқ ичакка ўтиш жойи 0,5см гача тораяди. Шу сабабли меъдадан 12 бармоқ ичакка овқат ўтиши тамомни йўқолади.

Стеноз яра асоратининг клиник кечиши 3 босқичдан иборат:

Компенсацияланган, субкомпенсацияланган ва декомпенсацияланган.

Компенсацияланган босқичда беморнинг умумий аҳволи қониқарли ҳолатда бўлади. Стеноз ҳолати ривожланган беморларда овқатланишдан 20-30 минутдан сўнг меъда соҳасида дамланиш ва кекириш пайдо бўлади. Бу беморларда истеъмол қилган овқатни қусишни тақазо қилади. Овқат қусиш бу пайтда фақатгина юмшоқ бўлмаган овқатлар истеъмол қилгандан сўнг пайдо бўлади. Компенсацияланган стеноз пайтида меъданинг эвакуатор фаолияти 10-20% сусайган бўлади, чунки меъда мушаклари гипертрофияси ривожланиб, ўн икки бармоқли ичакка овқатни қисқариш натижасида куч билан ўтказилади.

Субкомпенсация босқичида оч меъдани рентгенологик текширганда кўп миқдорда суюклик борлигини, пилородуоденал каналининг ута торайганлигини

ва қабул қилинган барий эритмасининг 12-24 соатдан кейин кам 2/3 қисми меъдада турганлиги аниқланади.

Декомпенсация босқичи. Бу босқичда меъда атония ҳолатига учраб кенгайди ва тўлиқ тос бўшлиғига тушади. Оч пайтида ҳам меъдада кўп миқдорда суюқлик тўпланиб қолади. Беморлар кўпинча озгина қуруқ тери ва суяк ҳолатида бўлиб, доимо оғзидан ачиган хид сезилиб туради. Беморларда сўлакнинг кўп ажралиши натижасида оғизнинг бурчакларида ёриқлар пайдо бўлади. Қусиш сабабли электролитлар, ферментлар, оксиллар ва витаминларни кўп миқдорда йўқотади. Бемор организмида сув миқдорининг камайиши кузатилади. Бундай ҳолат натижасида бемор қони қуюқлашиши ривожланади. Бемор организмида гипозлоремия, гипокалиемия, гипонатриемия ривожланади. Қон таркибида гипопропротеинемия ривожланиб, алкалоз ҳолати руй беради.

Дегидратация ривожланиши натижасида азотемия ҳолати пайдо бўлади. Юқоридаги моддалар алмашуви бузилиши сабабли бутун организмда чуқур дистрофия ривожланади.

Хлорпения, дегидротация, азотемия, гипокелиемия, калций ва натрий тузлари алмашинувини камайиши тетанияга олиб келади ва неврологик симптомлар ривожланади: парестезия, панжаларнинг патологик қисқариши (акушер панжаси) ҳамда менингиал белгилар пайдо бўлади.

Декомпенсацияланган стеноз ривожланганда: бемор кахексия ҳолатига учраб, тери ости ёғ қатлами умуман йўқолиб кетади.

Лаборатор белгилар: қон таркибида эритроцитлар ва РП миқдорининг ўзгариши ва қон зардобининг камайиши туради. Гематокрит 70-80% атрофида бўлади. Қон таркибида хлоридлар камаяди (нормада 550 мг%), шу билан биргаликда сийдикдаги хлоридлар миқдори 2-3 гача пасаяди (нормада 10-15)г. Меъда шираси олиниб, 10-15 дақиқа шишада сақланганда, уч қатламга бўлинади: пастки қатлам овқат аралашмаси, ўрта қатлам суюқлик ва юқори қатлами шиллиқ суюқликдан иборат бўлади.

Назорат саволлари:

1. Хирургик операциялар таснифи.

2. Беморлар операцияга қандай тайёрлантирилади? Беморни психологик тайёрлаш нима? Беморни операцияга физик тайёрлаш дегани нима?
3. Операциядан олдин текшириладиган қандай усулларни биласиз?
4. Операцияга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар нимага асосланиб қўйилади?
5. Операция олди даври вазифалари нимадан иборат?
6. Беморни шошилиш ва режали операцияга тайёрлашдаги тафовут нимадан иборат?
7. Оператив даволаш босқичлари дегани нима?
8. Операция асоратлари ва хавфи бўйича нималарни биласиз? Уларни келиб чиқиши ва сабаб бўлувчи омиллар бўйича аниқ клиник мисоллар келтиринг.
9. Хирургик операциянинг ҳар бир босқичига тариф беринг: беморни операция столига ётқизиш тартиблари, операция майдонини тайёрлашни, оғриқсизлантиришни, операция бошланишини, операция бажариш, операцияни тугатиш.
10. Операциядан кейинги даврда организмда қандай ўзгаришлар юзага келади?
11. Қандай операциядан кейинги асоратлар бўлади? Уларнинг профилактикаси ва давоси қандай амалга оширилади.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-y. 451 p.
2. S.Das. A manual clinical surgery. Special investigations and differential diagnosis. 11th edition. 2014-216 p.
3. John Lumley et all. Demonstrations of physical signs in clinical surgery. 19th edition. 2013-185 p.
4. F. Charles Brunnicardi. Schwartz's principles of surgery. 10th edition. 2015-488 p.
5. Peter F. Lawrence. Essentials of general surgery. 15th edition. 2013-379 p.

5–амалий машғулот:

Тор мутахассислик йўналиши бўйича хирургик хасталикларни ва шикастланишларда замонавий ташхислаш усуллари. Термик шикастланишларни ташхислаш усуллари.

Ишдан мақсад: Тингловчиларга бош, кўкрак ва қорин шикастланишларида асосий диагностика усулларини ўргатиш.

Масаланинг қўйилиши: Бош шикастланиши: чайқалиш, лат ейиш, эзилиш. Орқа мия ёпиқ шикастлари. Кўкрак қафаси шикастлари. Пневмоторакслар: очиқ, ёпиқ, клапанли. Гемоторакс. Қорин аъзолари ёпиқ шикасти. Шикастланиш натижасида ковак (ошқозон, ичак) ва паренхиматоз аъзолар (жигар, талок, буйрак) йиртилиши. Сийдик қопи йиртилиши.

Суяклар синиши: таснифи, суяк парчаларини силжиши, синишларда патологоанатомик ўзгаришлар, синишлар клиникаси, синишлар давоси, синиш асоратлари ва оқибатлари.

Бўғимлар чиқиши: таснифи, клиникаси. Ҳомиладорлар, болалар ва қарияларда шикастланишлар. Куйиш ва куйиш касаллиги.

Куйиш таснифи. Куйиш майдонини аниқлаш усуллари. Куйиш чуқурлигини диагностикаси. Куйиш кечишини баҳолай олиш.

Ишни бажариш учун намуна: Тор мутахассисли йўналишлари бўйича асосий хасталикларни ташхислаш учун қўлланиладиган замонавий усуллари кўриб чиқиш. Бунда албатта офтолмология, оториноларингология, травматология ва ортопедия, урология, анестезиология ва реанимация, нейрохирургия, кардиохирургия ва бошқа йўналишдаги хасталикларини ташхислаш учун қўлланиладиган замонавий усуллар билан танишиб чиқилади.

Назорат саволлари:

1. Бош шикастланиши: чайқалиш, лат ейиш, эзилишига таъриф беринг. Орқа мия ёпиқ шикастлари.
2. Кўкрак қафаси шикастлари. Пневмоторакслар: очиқ, ёпиқ, клапанли. Гемоторакс.

3. Қорин аъзолари ёпиқ шикасти. Шикастланиш натижасида ковак (ошқозон, ичак) ва паренхиматоз аъзолар (жигар, талок, буйрак) йиртилиши. Сийдик қопи йиртилиши.
4. Суяклар синиши: таснифи, суяк парчаларини силжиши, синишларда патологоанатомик ўзгаришлар, синишлар клиникаси, синиш асоратлари ва оқибатлари. Бўғимлар чиқиши: таснифи, клиникаси.
5. Куйиш таснифи. Куйиш майдонини аниқлаш усуллари. Куйиш чуқурлигини дигностикаси. Куйиш кечишини диагностикаси. Совуқ уриши нима дегани? Таснифи. Клиникаси, диагностикаси, биринчи ёрдам. Электротравма дегани нима? Электротравмада ўлим сабаби? Таснифи, клиникаси, диагностикаси, биринчи ёрдам.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-y. 451 p.
2. S.Das. A manual clinical surgery.Special investigations and differential diagnosis.11th edition.2014-216 p.
3. John Lumley et all. Demonstrations of physical signs in clinical surgery.19th edition.2013-185 p.
- 4.F. Charles Brunicardi. Schwartz's principles of surgery.10th edition.2015-488 p.
5. Peter F. Lawrence. Essentials of general surgery.15th edition.2013-379 p.

6–амалий машғулот:

Юмшок тўқималарни хирургик инфекцияларини ташхислаш усуллари. Қандли диабетда хирургик инфекциясини ташхислаш замонавий алгоритми. Умумий хирургик инфекцияни ташхислаш замонавий усуллари.

Ишдан мақсад: Тери ва тери ости ёғ қавати ўткир носпецифик йирингли инфекцияли беморларда касаллик кечиши ва диагностикаси оид тамойилларни ўргатиш.Сепсиснинг этиологияси, патогенези ва клиник кечишини ўрганиш. Сепсисни диагностика усуллари билан таништириш.

Масаланинг куйилиши: Фурункул, карбункул, абсцес, флегмона, сарамас, эризипелоидлар клиник кўриниши ва диагностикаси. Сепсиснинг клиник кўриниши ва диагностикаси.

Ишни бажариш учун намуна: Жарроҳлик инфекцияси (йирингли яллиғланиш касалликлари) хирургик касалликларнинг 1/3 қисмини ташкил этади, ўзининг оғирлигининг хилма-хиллигини, кечишини ўзига хослиги даволанишнинг мураккаблиги билан алоҳида аҳамият касб этади.

Хирургик инфекция тушунчаси касал кўзгатувчи аэроб ва анаэроб инфекциянинг специфик ва носпецифик турлари келтириб чиқарадиган хирургик касалликларни ўз ичига олиб, ҳозирги замонда касаллик кўзгатувчиларнинг патоген, химоя функциялари тубдан ўзгаргани учун жуда даволаниши мураккаб бўлган хасталиклар ҳисобланади. Антибиотиклар янги чиққан даврларда (УВУ-идан кейинги йиллар) бир хил антибиотикнинг озгина дозаси ҳам бу хасталикларни осонгина даволанишига олиб келарди, ҳозирда эса жуда кўп ҳолларда касаллик даволаниш тугул сепсис, метостази сепсис ҳолатигача ривожланиб кетаяпти.

Шунинг учун бу хасталиклар ҳақида бафуржа тўхталиб ўтиш, ўрганиш хирургиянинг долзарб соҳаларидандир. Хирургик инфекцияга одатда, жарроҳлик йўли билан комплекс даво қилинади.

Организмнинг физиологик функциясига, ташқи таъсирга иммунобиологик жавоб бериш қобилиятига ва қаршилик кўрсатишга салбий таъсир кўрсатувчи ташқи муҳитнинг турли-туман омиллари ёки кўзгатувчилар хирургик инфекциянинг кўпайишига имқоният яратади. Касалликнинг авж олишида касаллик туғдирадиган микроблар катта роль ўйнайди. Организмга тушган микроорганизмлар миқдори қанчалик кўп, улар қанчалик вирулентли ва организмнинг ташқи таъсирга қаршилик кўрсатиш нечоғлик заиф бўлса, хирургик инфекциянинг ривожланиш эҳтимоли шунчалик кўп бўлади.

Йирингли инфекция авж олишида тери ва шилимшиқ моддаларнинг қаршилик кўрсатиш қобилияти катта аҳамиятга эга. Шикастланмаган тери ва

шиллик пардалар микробларга уларнинг организмга таъсир кўрсатиши учун ўтиб бўлмайдиган тўсиқ ҳисобланади.

Механик ва бошқа омиллар таъсири натижасида терининг энг устки қавати ва шиллик парда қопламаси зарарланади, ана шу йўл билан инфекция учун «кириш дарвозаси» очилади. Микроблар хатто арзимаган яра-чақалар туйфайли ҳам тўқималар орасидаги бўшлиққа, кейин лимфатик системага, лимфа оқими билан эса янада ичкаридаги тўқима қаватларига (тери ости ёғ клетчаткаси, мушаклар, лимфа тугунлари ва б.) ўтади.

Ўткир йирингли инфекциянинг авж олишига қуйидаги омиллар имконият яратади:

1) Кириш дарвозаси соҳасида тери трофикасининг (тўқималарда нормал модда алмашинувининг) бузилиши (қон қуйилиши, некроз чирик жойлар);

2) полиинфекция (бир неча турдаги микроб флораларнинг синергик бирлашиб таъсир этиши);

3) суперинфекция (вирулентлиги билан фарқ қилувчи микробларнинг янги турлари кириши ёки тўпланиши).

Организмнинг йирингли инфекцияга реакцияси умумий, шунингдек, маҳаллий ҳолда намоён бўлади.

Маҳаллий белгилар ҳаммага маълум ҳодисалар: қизариш, шиш, оғриқ, ҳароратнинг кўтарилиши, жароҳатланган орган ва тўқималар фаолиятининг бузилиши билан ифодаланади.

Умумий реакция тана ҳароратининг баланд кутарилиши, эт увишиши, бош оғриши, кам қувватлик, одам эсининг оғиб туриши, тахикардия, жигар ва буйрақлар фаолиятининг бузилиши билан ифодаланади.

Назорат саволлари:

1. Фрункул. Клиникаси ва диагностикаси.
2. Карбункул. Клиникаси, диагностикаси.
3. Абсцесс. Клиникаси, диагностикаси.
4. Флегмона. Клиникаси, диагностикаси, давоси ва профилактикаси.

5. Сарамас ва эризипелоид. Клиникаси, диагностикаси.
6. Гидраденит. Клиникаси, диагностикаси.
7. Парапроктит. Клиникаси, диагностикаси.
8. Йирингли паротит. Клиникаси, диагностикаси.
9. Мастит. Клиникаси, диагностикаси.
10. Лимфаденит нима? Унинг клиник кўриниши қандай? Лимфаденит диагностикаси қандай амалга оширилади?

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-y. 451 p.
2. S.Das. A manual clinical surgery. Special investigations and differential diagnosis. 11th edition. 2014-216 p.
3. John Lumley et all. Demonstrations of physical signs in clinical surgery. 19th edition. 2013-185 p.

V. КЕЙСЛАР БАНКИ

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 1

45 ёш бемор узок муддат совукда бўлгач тана ҳарорати 39оС, кўкрак қафаси ўнг қисмида нафас олганда ва йўталганда кучаювчи оғриқ пайдо бўлган. Шамоллашга қарши даво олса ҳам тана ҳарорати 8 кун тушмаган, ўнг кўкрак остида перкуссияда бўғиқлик, нафас олишлик сусайгани аниқланган.

I. Беморда қандай хасталик бор:

II. Қандай қўшимча текширишлар керак:

III. Ўпка абсцесси бронхга очилгунча давр рентгенсемиотикаси:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ўнг ўпка ўткир абсцесси	20	10-20	5-9	0-4
2.	кўкрак қафаси рентгеноскопияси, ўпка рентгенографияси, қон ва сийдик умумий анализи	30	20-30	5-19	0-4
3.	ўпка 2 ва 6 сегментларида юмалоқ соя перифокал инфильтрация билан	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 2

45 ёш бемор узок муддат совукда бўлгач, тана ҳарорати 39оС га кўтарилиб, нафас олганда кучаювчи оғриқ кўкрак қафаси ўнг тарафида пайдо бўлган. Йўтал ва балғам ажралиши бўлмаган. 8 кун давомида даволанса ҳам ҳарорати тушмаган. 9- кун йўтал билан оғиз тўла сассиқ йирингли балғам ташлаган, кунига 200 мл атрофида балғам ажралиб тўрган. Тана ҳарорати тушиб, бемор ҳолати енгиллашган. Ўнг кўрак остида перкутор товуш бироз бўғиқ, нафас олиш суст, йирик ўлчамли нам хириллашлар ва амфорик нафас олиш мавжуд.

I. Беморда қандай касаллик бор:

II. Диагнозни аниқлаш учун қандай текширувлар керак:

III. Даволаш тактикаси қандай бўлиши керак, бемор қаерда даволанади:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ўнг ўпка абсцесси, бронхга очилган даври	20	10-20	5-9	0-4
2.	ўпка рентгенографияси, 2 проекцияда, балғам умумий анализи, бронхоскопия, қон ва сийдик умумий анализи	30	20-30	5-19	0-4
3.	бемор торакал бўлимда даволаниши керак	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 3

50 ёш беморда ўнг ўпка кўп сонли сурункали абсцесслари бўйича ўнг тарафлама пневмонэктомия қилинган. Бемор уйғонганидан 20 мин. ўтгач, анестезиолог тахикардия (минутига 140 марта), ипсимон пульс аниқлаган. Систолик қон босими 50 мм. Симоб устунига тенг. Перкуссияда кўкрак ўнг тарафида бўғиқлик аниқланади.

I. Қандай асорат хақида ўйлаш мумкин:

II. Асоратни қандай текшириш тасдиқлайди:

III. Қандай даво чоралари лозим:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ўпка томирларидаги лигатура ечишиб, томирлардан қон кетиши	20	10-20	5-9	0-4
2.	кўкрак қафаси рентгенографияси, кўкрак қафасида суюқлик борлиги ва унинг микдорини УТТда аниқлаш, плеврал бўшлиқ пункцияси	30	20-30	5-19	0-4
3.	зудлик билан реторакотомия қилиш, қонаётган томирларни тикиш ва боғлаш, гемостатик даво, ОЦКни тўлдириш	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 4

Ёш беморга ўнг ўпка кўпсонли сурункали абсцесслари бўйича пневмонэктомия қилинган. Операциядан сўнгги давр плевра эмпиемаси билан асоратланган. 8 ой даволаш: плеврал пункциялар, плевра бўшлиғини дренажлаш ва ювиш бесамар. Бемор аҳволи нисбатан қониқарли, силласи қуримаган. Амилоидоз белгилари йўқ.

I. Диагнозни қандай қўйиш мумкин, плевра эмпиемаси клиник манзараси қандай;

II. Беморни операцияга қандай тайёрлаш керак;

III. Беморга қандай операция қилиш керак;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	хаста тарафда нафас олганда кучаювчи оғриқлар, қовурғалар оралиғининг силлиқлашуви, перкутор бўғиқлик, нафас шовқинлари эшитилмаслиги ва юқори тана ҳарорати хос, рентгенограммада горизонтал сатҳга эга гомоген соя	20	10-20	5-9	0-4
2.	гомеостаз ва КИЦС коррекцияси, антибактериал терапия, кон ва оксил препаратлаи қўйиш, плеврал лаваж	30	20-30	5-19	0-4
3.	плеврэктомия, ўпка декортикацияси, плевра бўшлиғини дренажлаш, Линберг бўйича торакопластика	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 5

34 ёш бемор ўнг ўпка юқори бўлаги сурункали абсцесси бўйича ўнг ўпка юқори бўлаги лобэктомиясидан сўнг 2нчи куни аҳволи бирдан оғирлашган. Кўкракда оғриқлар кучайиб нафас етишмовчилиги ва тахикардия пайдо бўлган. Тана ҳарорати 37оС. Кўкрак ўнг тарафи нафасда суст қатнашади, нафас

шовқинлари эшитилмайди. Перкутор товуш қисқарган. Рентгенда кўкрак ўнг тарафи сояланган. Кўкс оралиғи ўнгга силжиган.

I. Беморда қандай асорат юз берди;

II. Бу асорат нега юзага келди;

III. Беморни қандай даволаш лозим;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ўнг ўпка ателектази	20	10-20	5-9	0-4
2.	операциядан аввал ва сўнг бронхлар санацияси сифатсиз бўлган, операцияга тайергарлик сифатсиз, юқори лобэктомиядаги техник камчиликлар	30	20-30	5-19	0-4
3.	санацион даво бронхоскопияси, антибактериал терапия, юрак давоси, нафас аналептиклари	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 6

20 ёш бемор 2 ҳафта давомида йўтал билан кунига 200-300 мл йирингли балғам ташлайди, ҳолсизлик, терлаб кетиш, тана ҳароратининг 37,8-39оС га кўтарилишига шикоят қилади. Болалиқдан хаста. Бармоқлари ноғора чўпига ўхшаш, тирноқлари - соат шишасига. 1 ой аввал рентген текширувида бронх-томир картинаси кучайгани, ўнг ўпка пастки қисмлари ғоваксимон структурага эга экан.

I. Диагнозни аниқлаш учун қандай текширувлар керак;

II. Беморни қайерда даволаш керак;

III. Даво тактикаси қандай бўлиши керак;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	диагностик бронхоскопия (йирингли эндобронхит манзараси), бронхография	20	10-20	5-9	0-4

	(бронхоэктазия, бронхлар яқинлашуви, чўлтоқ супурги белгиси), балғам анализи				
2.	торакал хирургия бўлимида	30	20-30	5-19	0-4
3.	комплекс антибактериал, умумий ва симптоматик даво, ҳафтасига 1-2 марта бронхоскопик санация, чекланган бронхоэктазларда ва моънелик бўлмаса – оператив даво	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 7

50 ёш бемор 3 ҳафтадан бери гриппдан сўнг тана ҳарорати субфебрил, қуруқ йўтал, ҳолсизлик, силласи қуриши, ҳансирашга шикоят қилади. Чап ўпка юқори бўлагидан нафас суст. СОЭ 45 мм/соат. Балғам анализидан кўплаб эритроцитлар. Рентген текширувида ўпка юқори бўлагидан аниқ чегараси бўлмаган ногомоген соя. Ёнлама текширувда 3 сегмент ателектази. Бронхографияда юқори бўлак бронхи торайган, емирилган контурга эга, олдинги сегмент бронхи аниқланмайди.

I. Сизнинг диагнозингиз:

II. Сизнинг тактикангиз:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ўнг ўпка юқори бўлаги марказий раки	20	10-20	5-9	0-4
2.	операцияга тайёргарликдан сўнг пульмонэктомия	30	20-30	5-19	0-4
3.	?	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 8

50 ёш бемор торакал бўлимга оғир аҳволда келган. Шикоятлари ўнг ўпка соҳасида оғриқ, нафас етишмовчилиги, акроцианоз, йўтал билан қўланса ҳидли, гўшт селига ўхшаш балғам ажралишига, оғир интоксикация, тана ҳарорати кўтарилиши, гемодинамика кўрсаткичлари паст ва камқонлик. Ўпка рентгенографиясида ўнг ўпкада аниқ чегарасиз интенсив сояланиш бўлиб, унда кўплаб деструкция ўчоқлари бор. Плевра бўшлиғида бироз суяқлик бор.

I. Сизнинг ташхисингиз;

II. Сизнинг даволаш тактикангиз;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ўнг ўпка гангренаси	20	10-20	5-9	0-4
2.	5-7 кун давомида комплекс операция олди давоси (антибиотиклар, гемотрансфузия, гемосорбция, юрак препаратлари, инфузион-дезинтоксикацион терапия), ўнг тарафлама пневмонэктомия, иммунотерапия	30	20-30	5-19	0-4
3.	?	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 9

40 ёш бемор пневмания ремиссияси пайтида бирдан тана ҳарорати кўтарилиб, совуқ қотиб, кўкрагида оғриқ ва йўтал пайдо бўлган. Хасталикнинг 7-куни йўтал вақтида оғиз тўла йирингли балғам ташлаган. Қунига 300 мл.дан балғам ташлаб тўрган. Иситмаси, оғриқ ва интоксикация камайиб тўрган вақтнинг 3-нчи куни йўталиш алвонранг, ҳаво пуфаклари аралаш балғам ташлаган.

I. Сизнинг ташхис, қандай текширишлар лозим:

II. Қандай асорат юзага келган:

III. Биринчи врачлик ёрдами:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қоникарсиз жавоб
1.	ўпка абсцесси, II давр, қон туфуриш асорати билан, ўпка рентгенографияси	20	10-20	5-9	0-4
2.	ўпка абсцессидан қон кетиши	30	20-30	5-19	0-4
3.	қонаётган бронх сегментини бронхоскопик пломбировка қилиш, гемостатиклар, бронхларни айрим интубация қилиш, гемостатиклар, бронхиал артериографияда қонаётган томир тармоғини эмболизациялаш, гемостатиклар	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 10

45 ёш бемор оғир юк кўтаргач тўсатдан кўкрак қафаси ўнг томонида оғриқ, нафас етишмовчилиги пайдо бўлиб ёта олмаган. Туриш ёки ўтиришга мажбур бўлган. Кўкрак қафаси ўнг тарафи нафас олишда суст қатнашади, перкутор ноғора товуши, аускультацияда – нафас фақат ўпка илдизи соҳасида аниқланади, шовқинлар йўқ.

I. Сизнинг ташхисингиз ва уни тасдиқлаш учун қандай текширишлар лозим;

II. Спонтан пневмоторакс рентгенсемиотикаси;

III. Бемор қаерда даволаниши керак;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қоникарсиз жавоб
1.	Ўнг ўпка буллез трансформацияси, спонтан пневмоторакс асорати билан. Кўкрак қафасининг рентгенографиясини қилиш керак.	20	10-20	5-9	0-4
2.	Пневмоторакс, ўпка	30	20-30	5-19	0-4

	коллапси, плеврал синусда суюқлик, кўкс оралиғининг қарама-қарши томонга силжиши				
3.	Торакал бўлимда, хирургия бўлими торакал палатасида	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 11

Бемор 42 ёшда стационарга тезкор равишда олиб келинди. Қон қусиш тўсатдан бошланган. Бемор такидлашича сўнги 2 йил давомида 2 марта қон кетиш. Анамнезида Боткин хасталигини ўтказган. Кўрганда қорин юза веналари «медуза боши» дек кенгайган. Катталашган талоқ ва қирғоқлари қаттиқлашган жигар пайпасланади.

I. Қон кетиш манбаи:

II. Ташхисни тасдиқловчи тешириш усули:

III. Даво муолажаларини нимадан бошлаган маъқул:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ВРВ	20	10-20	5-9	0-4
2.	ЭГДФС	30	20-30	5-19	0-4
3.	гемостатиклар, Блекмор зонди	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 12

Ўн икки бармоқли ичак яраси бўлган бемор ҳафта давомида азобловчи, орқага узатилувчи оғриқ, жиғилдон қайнаши, тунги оғриқ (қайсики бемор шу сабабли ухлай олмаган) кабилар билан ҳарктерланган касаллик қўзиши кузатилди. Охириги икки кун давомида оғриқлар йўқолиб, жиғилдон қайнаши тўхтади, лекин беморни ҳолсизлик ва бош айланиши безовта қила бошлади.

I. Қайси асорат кўзатилмоқда;

II. Қайси тешириш усулларини ўтказиш лозим;

III. Операция турлари;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ярадан қон кетиши	20	10-20	5-9	0-4
2.	гемодинамик кўрсаткичларни аниқлаш, ошқозонни зондлаш, тозаловчи хўқна ва тезкор ЭГДФС	30	20-30	5-19	0-4
3.	ошқозон резекцияси ёки ярани тикиш ваготомия билан	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 13

Бемор 65 ёшда кўп йиллардан буён ошқозон яра хасталиги билан хасталаниб, охириги 2 кунда оғриқлар интенсивлиги камайиб, кучайиб борувчи ҳолсизлик ва бош айланиши пайдо бўлди. Бугун эрталаб ўрнидан тураётиб бир неча сония хушини йўқотган. Ичи кўп миқдорда қора рангда келди. Тез ёрдам шифокори кўригида пульс 100 зарба 1 минутда. Бемор рангпар бўлиб, эпигастрал соҳада бироз оғриқ бўлиб, қорин парда таъсирланиш аломати йўқ

I. Яра касаллигини қайси асорат кузатилмоқда;

II. Сиз ўз ташхисингизни тасдиқлаш учун тезкор равишда қайси текшириш усуллари йўтказиш лозим деб топардингиз?

III. Беморни даволаш учун сиз уни қаерга ва қандай жўнатасиз?

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ярадан қон кетиши	20	10-20	5-9	0-4
2.	ЭГДФС	30	20-30	5-19	0-4
3.	тез ёрдам машинасида жарроҳлик бўлимига	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 14

Бемор умумий аҳволи ўрта оғирликда, ҳолсиз, бош айланиш, хушидан кетиш ҳолати кузатилган. Тери қопламлари рангпар. АКБ 90/60мм.см.уст, Рс-120 зарба 1 минутда, «кофе қуйқа»сидек қусган, ичи қора рангда келган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. ОИТ дан қон кетиш кўп кузатиладиган сабаблари:

А. *

Б. Геморрагик гастрит

В. Меллори-Вейс синдроми

Г. Эрозив гастрит

Д. Тактикангиз

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ошқозон-ичак трактидан (ОИТ) қон кетиши	20	10-20	5-9	0-4
2.	ошқозон ва 12бармоқли ичак яраси	30	20-30	5-19	0-4
3.	1% викасол, аминаокапрон кислота, дицинон тавсия қилиш, антиацидлар тавсия қилиш, H ₂ блокаторлар тавсия қилиш,	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 15

Бемор анамнезида кўп йиллардан буён ошқозон яра мавжуд. Даврий равишда (1 йилда 2 марта кўзиб туради) охири бор оғриқлар интенсивлиги камайиб, кучайиб борувчи ҳолсизлик ва бош айланиши кузатила бошлади. Кейинроқ бутун қоринда тарқоқ оғриқ пайдо бўлди. Бемор мажбурий ҳолатда: ётган ҳолатда оёқларини қоринга яқинлаштирган, юз чизгилари ўткирлашган.

I. Қайси асорат кўзатилмоқда;

II. Шифохонада перфорация ва ярадан қон кетиш қандай ташхисланади;

III. Ярадан қон кетиш ҳамда яра перфорацияси бўлган беморда даво тактикангиз;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ҳар иккаласи	20	10-20	5-9	0-4
2.	обзор рентгенография	30	20-30	5-19	0-4
3.	оператив даво	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 16

35 ёшли бемор клиникага ошқозон ярасидан қон кетиш аломатлари билан келди. Унда 2 йил давомида бу 3чи марта қон кетиши. Олиб борилган консерватив даво муолажаларидан сўнг қонли қусиш тўхтади. Гемоглобин миқдори 60 днан 108 г/лгача кўтарилди. Умумий аҳволи яхшиланди. Лекин 3 соатдан сўнг беморда яна кўп миқдорда қонли қусиш кузатилди.

I. Қайси асорат кўзатилмоқда;

II. Тактикангиз;

III. Давони қандай ташкил этиш керак;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ярадан қон кетиши қайталамоқда	20	10-20	5-9	0-4
2.	такрор ЭГДФС ўтказиш қонни вақтинчалик тўхтатиш ва кейинчалик оператив даво учун	30	20-30	5-19	0-4
3.	вақтинчалик қон тўхтатгандан сўнг оператив даво: қонаётган томирни тикиш ваготомия билан, вақтинчалик қон тўхтатгандан сўнг оператив даво: радикал ошқозон резекцияси	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 17

Бемор 40 ёшда кўп қусишдан сўнг қонли қусиш кузатилди. Бемор рангпар, ҳолсиз.

I. Сиз нимага гумонсирамоқдасиз:

II. Ташхисни тасдиқловчи текшириш усули:

III. Тактикангиз:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	Меллори-Вейс синдроми	20	10-20	5-9	0-4
2.	ЭГДФС	30	20-30	5-19	0-4
3.	тинчлантирувчи ётоқ режими, консерватив даво (гемостатиклар, H2 блокаторлар, протон помпа ингибиторлари)	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 18

Бемор 60 ёшда клиникага қон кетиш аломатлари оғзидан очиқ қизил рангли, кўпikli қон келиши билан келди. Умумий аҳволи оғир тери қопламлари рангпар бўлиб, жуда озиб кетган

I. Сиз нимага гумонсирамоқдасиз;

II. Ташхисни тасдиқловчи текшириш усули;

III. Тез ёрдам шифокорининг қуйидаги ҳолатдаги биринчи ёрдами;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ўпка потологияси	20	10-20	5-9	0-4
2.	ўпка рентгенскопияси ва бронхоскопия нишонли биопсия билан	30	20-30	5-19	0-4
3.	юқоридагиларни ҳаммасини биргаликда амалга ошириш керак	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 19

Бемор 35 ёшда кўп вақт ревматизм билан даволанган. У мушак орасига курели антибиотиклар олмоқда, доимо аспирин ичиб, вақти-вақти билан санатор-курортда даволанади. Беморда тўсатдан «кофе қуйқаси»дек қусиш кузатилди. Илгари бундай ҳолат кузатилмаган. ОИТ томонидан шикоятни бўлмаган.

I. Сиз нимага гумонсирамоқдасиз;

II. Ташхисни тасдиқловчи текшириш усули;

III. Биринчи навбатда қандай чора кўриш керак;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ўткир аспиринли яра, эрозив гастрит ревматик васкулит фониди	20	10-20	5-9	0-4
2.	ЭГДФС	30	20-30	5-19	0-4
3.	1% викасол, аминаокапрон кислотадицинон тавсия қилиш, антиацидлар тавсия қилиш, H ₂ блокаторлар тавсия қилиш	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 20

Бемор 42 ёшда шифохонага тезкор равишда олиб келинди. Қонли қусиш тўсатдан рўй берган. Унда 5 йил давомида бу 3 марта қон кетиши. Анамнезида вирусли гепатит В бор. Кўрганда қорин юза веналари кенгайган. Катталашган талок ва қирғоқлари қаттиқлашган жигар пайпасланади.

I. Ташхисингиз;

II. Қандай анатомик ўзига хослик қон кетишга сабаб бўлди;

III. Қуйидаги текширувлардан қайси бири бу ҳолатда ҳеч қандай аҳамиятга эга эмас:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	жигар циррози, портал гипертензия, кизилўнгач варикоз кенгайган веналаридан қон кетиш	20	10-20	5-9	0-4
2.	қизилўнгач псткки 1/3 қисмидаги порто-ковал анастомоздан	30	20-30	5-19	0-4
3.	Ректороманоскопия	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 21

Ўн икки бармоқли ичак яраси бўлган бемор ҳафта давомида азобловчи, орқага узатилувчи оғриқ, жиғилдон қайнаши, тунги оғриқ (қайсики бемор шу сабабли ухлай олмаган) кабилар билан характерланган касаллик кўзиши кузатилди. Охирги икки кун давомида оғриқлар йўқолиб, жиғилдон қайнаши тўхтади, лекин беморни ҳолсизлик ва бош айланиш безовта қила бошлади. Тез ёрдам билан ярадан қон кетишга гумонсираб клиникага олиб келинди.

1. Қандай текширув усуллари ташхисни тасдиқлайди;

II. Қайси текширув усулини қўллаб қон кетиш интенсивлигини баҳолаш мумкин;

III. Давони нимадан бошлаш лозим;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ЭГДФС, контрастли рентгенография, умумий қон таҳлили	20	10-20	5-9	0-4
2.	ЭГДФС	30	20-30	5-19	0-4
3.	ҳар иккаласи	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 22

Бемор 50 ёшда кўп йиллардан буён ошқозон яра хасталиги билан хасталаниб, охирги 2 кунда оғриқлар интенсивлиги камайиб, кучайиб борувчи ҳолсизлик ва бош айланиши пайдо бўлди. Ичи кўп миқдорда қора рангда келди. Тез ёрдам машинасида шифохонага олиб келинди. Бемор рангпар бўлиб, эпигастрал соҳада бироз оғриқ бўлиб, қорин парда таъсирланиш аломати йўқ. Гемодинамик кўрсаткичлар 25% ОЦК дефицитини кўрсатмоқда. ЭГДФС картинада ярадан сизиб қон кетиш аломати.

1. Бу кўрсаткичлар қон кетиш қайси даражасига тўғри келади?

II. Бу қон кетишни Форест бўйича таснифланг.

III. Операция турлари.

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	3	20	10-20	5-9	0-4
2.	2а	30	20-30	5-19	0-4

3.	Ошқозон резекцияси ёки ярани тикиш ваготомия билан ва дренажловчи операция	20	10-20	5-9	0-4
----	--	----	-------	-----	-----

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 23

Бемор умумий аҳволи ўрта оғирликда, ҳолсиз, бош айланиш, хушидан кетиш ҳолати кузатилган. Тери қопламлари рангпар. АКБ 90/60мм.см.уст, Ps-120 зарба 1 минутда, «кофе куйқа»сидек қусган, ичи қора рангда келган.

I. Бу аломатлар қайси хасталик учун хос;

II. Ўз ташхисингизни тасдиқлаш учун қандай тезкор текширув усулларини қўллайсиз;

III. Тактикангиз;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ошқозон ва 12бармоқли ичак яраси	20	10-20	5-9	0-4
2.	ЭГДФС	30	20-30	5-19	0-4
3.	1% викасол, аминаокапрон кислота, дицинон тавсия қилиш, Антиацидлар тавсия қилиш, H2 блокаторлар тавсия қилиш	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 24

Бемор анамнезида кўп йиллардан буён ошқозон яра мавжуд. Даврий равишда (1 йилда 2марта кўзиб туради) охирги бор оғриқлар интенсивлиги камайиб, кучайиб борувчи ҳолсизлик ва бош айланиши кўзатила бошлади. Кейинроқ бутун қоринда тарқоқ оғриқ пайдо бўлди. Бемор мажбурий ҳолатда: ётган ҳолатда оёқларини қоринга яқинлаштирган, юз чизгилари ўткирлашган. Беморда ярадан қон кетиш яра перфорацияси билан биргаликда келганига шубҳа қилинмоқда.

I. Ташхисни тасдиқлаш учун муҳим текширув усули:

II. Қайси текширув усули перфорация ташхисини тасдиқлайди:

III. Перфорация учун ҳарактерли триада:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ЭГДФС, обзор рентгенография	20	10-20	5-9	0-4
2.	обзор рентгенография	30	20-30	5-19	0-4
3.	Мондор	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 25

Бемор 60 ёшда клиникага қон кетиш аломатлари оғзидан очиқ қизил рангли, кўпikli қон келиши билан келди. Умумий аҳволи оғир, тери қопламлари рангпар бўлиб, жуда озиб кетган. Беморда ўпка раки гумон қилинмоқда.

I. Ташхисни қандай тасдиқлаш керак;

II. Қандай асорат юз берган;

III. Давони нимадан бошлаш керак;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ҳаммаси тўғри	20	10-20	5-9	0-4
2.	ўсма емирилиши бронхга ёрилиш билан	30	20-30	5-19	0-4
3.	1% виқасол, аминокепрон кислота, дицинон тавсия қилиш	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 26

Беморда ошқозон кичик эгрилигида жойлашган оёқчадаги аденоматоз полип борлиги аниқланди

I. Тактикангиз:

II. Операциядан кейинги тактикангиз:

III. Қасалликни қайси бир патология билан қиёслаш керак:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	эндоскопик электроэксцизия	20	10-20	5-9	0-4
2.	Кузатув ва 6 ойдан сўнг ЭГДФС нишонли биопсия билан	30	20-30	5-19	0-4
3.	экзофит рак	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 27

Беморда ошқозон кардиал қисмида деворга инфилтрация бермаган ва қизилўнгачга ўсиб кирмаган экзофит рак аниқланди. Регионар ва узоқлашган метастаз аломати йўқ.

I. Беморни операция қилиш керакми;

II. Операция ҳажми;

III. Операциядан кейинги тактикангиз;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	Ҳа	20	10-20	5-9	0-4
2.	ошқозон проксимал резекцияси	30	20-30	5-19	0-4
3.	кузатув ва 6 ойдан сўнг ЭГДФС нишонли биопсия билан	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 28

Бемор 65 ёшда кўп йиллардан буён ошқозон яра хасталиги хасталаниб, охирги 2 кунда оғриқлар интенсивлиги камайиб, кучайиб борувчи ҳолсизлик ва бош айланиши пайдо бўлди. Бугун эрталаб ўрнидан тураётиб бир неча сония хушини йўқотган. Ичи кўп миқдорда қора рангда келди. Тез ёрдам шифокори кўригида Ps-100 зарба 1 минутда. Бемор рангпар бўлиб, эпигастрал соҳада бироз оғриқ бўлиб, қорин парда таъсирланиш аломати йўқ

I. Нима юз берган?

II. Сиз ўз ташхисингизни тасдиқлаш учун тезкор равишда қайси текшириш усуллари йўқолиши лозим деб топардингиз?

III. Беморни даволаш учун сиз уни қаерга ва қандай жўнатасиз?

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ярадан қон кетиши	20	10-20	5-9	0-4
2.	ЭГДФС	30	20-30	5-19	0-4
3.	тез ёрдам машинасида жарроҳлик бўлимига	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 29

Қабулхонага тезкор равишда 15 ёшли бемор тўсатдан оғзи тўлиб қонли қусишга шикоят қилиб келди. Бу ҳолат биринчи бор. Бемор рангпар, ҳолсиз. Дармонсизлик динамикада ортиб бормоқда. Пайпаслаганда спленомегалия аломати. Қон таҳлилида панцитопения бўлиб, жигар функцияси бузилиш аломати йўқ. Беморга синдромал ташхис: портал гипертензия қўйилди.

I. Қайси асорат кўзатилмоқда;

II. Бу ҳолатда портал гипертензиянинг қайси варианты кузатилмоқда;

III. Даво муолажаларини нимадан бошлаган маъқул;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	қизилўнгач варикоз кенгайган веналаридан қон кетиш	20	10-20	5-9	0-4
2.	жигар ости блоки	30	20-30	5-19	0-4
3.	гемостатиклар, Блекмор зонди	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 30

Бемор 55 ёшда кучли қусишдан сўнг қонли қусиш кузатилди. Бемор сут беги раки сабабли химиотерапия курсини олмоқда. Ҳар бир курс кучли қусиш билан кўзатилмоқда. Бемор рангпар, ҳолсиз.

I. Сизнинг ташхисингиз;

II. Ташхисни тасдиқлочи тешириш усули;

Ш. Тактикангиз;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қоникарсиз жавоб
1.	Меллори-Вейс синдроми	20	10-20	5-9	0-4
2.	ЭГДФС	30	20-30	5-19	0-4
3.	тинчлантирувчи ётоқ режими, консерватив даво (гемостатиклар, Н2 блокаторлар, пратон помпа ингибиторлари)	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 31

Бемор 50 ёшда. Клиникамизга чап оёқда вена томирларини кенгайиши, кечкурун шишлар пайдо бўлиши, товоннинг медиал тарафида қичишиш безовта қилиши билан шикоят қилиб келди. Кўрикда: таннанинг пастки қисмида тана ҳарорати нормал, катта тери ости венаси кенгайган, товоннинг пастки медиал қисми пигментлашган, пульсация сақланган.

I. Сизнинг ташхисингиз;

II. Қайси касалликлар билан қиёсий ташхис ўтказиш лозим;

III. Текширув методлар;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қоникарсиз жавоб
1.	чап оёқни варикоз кенгайиши декомпенсация босқичи	20	10-20	5-9	0-4
2.	ўткир тромбоз	30	20-30	5-19	0-4
3.	функционал синамалар	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 32

Бемор 28 ёшда шифохонага ўнг оёқда оғирлик ва оғриқ сезиши вертикал ҳолатда чарчаб қолиши тунда шишлар оёқда пайдо бўлиши ва дам олгандан сўнг шишларни йўқолиши билан шикоят қилиб келди. Кўрикда: ўнг оёқнинг тери ости венаси кенгайганлиги ва тик ҳолатда томирларни чувалчангсимон кенгайганлиги ва пульсация сақланганлиги аниқланади.

I. Сизнинг ташхисингиз;

II. Қайси касалликлар билан қиёсий диагностика ўтказиш лозим;

III. Қайси функционал синамалар кўпроқ информатив;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	чап оёқни варикоз кенгайиши компенсация босқичи	20	10-20	5-9	0-4
2.	юзаки веналар ўткир тромбози	30	20-30	5-19	0-4
3.	Троянова – Трендленбург	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 33

Бемор 24 ёшда. Чап оёқда оғриқ оғирлик сезишига, мушалкда тортишиш ва қичиши пайдо бўлишига, товонда шишлар бўлишига шикоят қилиб келди. Кўрикда: Чап оёқнинг катта тери ости венаси кенгайганлиги аниқланади.

I. Сизнинг ташхисингиз;

II. Қайси касалликлар билан қиёслаш керак;

III. Қайси функционал синамлар информатив;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	чап оёқни варикоз кенгайиши субкомпенсация босқичи	20	10-20	5-9	0-4
2.	юзаки веналарни ўткир тромбози	30	20-30	5-19	0-4
3.	Троянов-Трендленбург	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 34

Бемор 50 ёшда клиникага иккала оёқда доимий оғриқлар, увишиш, иккала оёқда шишлар безовта қилишига шикоят қилиб келди. Кўрикда: товонлар қалинлашган, кўқарган, шишган. Иккала оёқнинг ички томонидан кўплаб трофик яралар бор.

I. Сизнинг диагнозингиз

II. Қандай текширув методалари ўтказиш лозим;

III. Қайси касалликлар билан қиёслаш лозим;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	чап оёқнинг варикоз касаллиги декомпенсация босқичи, трофик яралар асорати	20	10-20	5-9	0-4
2.	Флебография	30	20-30	5-19	0-4
3.	посттромбофлебитик синдром	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 35

Бемор 63 ёшда. Ўнг оёқда сезгирликни камайиши, увишиш, қичишиш, тана ҳароратини ошишига, кучли оғриқлар пайдо бўлишига шикоят қилиб келди. Кўрикда: товон қалинлашган, кўқарган, шишган. Ўнг оёқда юзаки веналарни шнурсимон кенгайиши ва шу соҳада қизаришлар борлиги, пальпатор оғриқлар сезиши аниқланади.

I. Сизнинг диагнозингиз;

II. Инструментал текшириш усуллар;

III. Қандай асоратлар бўлиши мумкин;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	иккала оёқни варикоз кенгайиши компенсация босқичи, тромбофлебит асорати	20	10-20	5-9	0-4
2.	Флебография	30	20-30	5-19	0-4
3.	ўпка артериясини тромбоемболияси	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 36

Бемор 65 ёшда, клиникага мушакларда оғриқ бўлиши, тана ҳароратини кўтарилиши, оёқларда шиш пайдо бўлишига шикоят қилиб келди. Хомонс и Левенберг симптомлари мусбат.

I. Сизни диагнозингиз;

II. Даволаш тактикаси;

III. Текширув методлари;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	чуқур венлар ўткир тромбофлебити	20	10-20	5-9	0-4
2.	ётоқ режим, Беллер шинасини 10 кунга қўйиш, антибиотиклар и антикогулянтлар бериш	30	20-30	5-19	0-4
3.	функционал синамалар	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 37

Бемор 55 ёшда клиникага чап оёқда оғриқ, шиш, вена томирларини кенгайишига, шишлар борлигига, трофик яра борлигига шикоят қилиб келди. Яра гоҳида ёпилиб очилиб қайталанди.

I. Сизнинг диагнозингиз:

II. Қайси касалликлар билан қиёслаш лозим:

III. Диагнозни аниқлаштириш учун лозим:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	Чап оёқнинг посттромбофлебитик синдроми яралли формаси	20	10-20	5-9	0-4
2.	веналарни варикоз кенгайиши касалиги	30	20-30	5-19	0-4
3.	Флебография	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 38

Бемор 32 ёшда оёқда вена томирларини варикоз кенгайишига, тез чарчашга, оғирлик сезишига, шишлар борлигига шикоят қилиб келди.

I. Қандай касаллик ҳақида уйлаш мумкин:

II. Қайси касалликлар билан қиёслаш лозим:

III. Текшириш усуллар:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	оёқнинг варикоз касаллиги	20	10-20	5-9	0-4
2.	ўткир тромбофлебит	30	20-30	5-19	0-4
3.	Флебография	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 39

Бемор 45 ёшда клиникага веналарни варикоз кенгайишига, ҳолсизликка, чап оёқда оғриқлар бўлиши, мушакларда тортишиш сезишига шикоят қилиб келди.

I. Сизнинг диагнозингиз:

II. Қандай текширувлар ўтказиш лозим:

III. Тавсия этиладиган оператив даво тури:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	чап оёқнинг юза веналарини бирламчи атоник кенгайиши	20	10-20	5-9	0-4
2.	функционал синамлар	30	20-30	5-19	0-4
3.	Беккокк бўйича флебэктомия	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 40

Бемор 59 ёш анамнезида 8 ой олдин оёқларни чуқур веналарини ўткир тромбозини ўтказган. Шикояти: чап оёқдаги оғриқ ва оғирлик хисси, оёқларда кўп вақт турганда оғриқларни кучайишига ҳамда горизонтал ҳолатда оғриқларни йўқолишига. Чап оёқда юзаки веналарни илон изи кўринишида варикоз кенгайиши аниқланади.

I. Сизнинг ташхисингиз;

II. Текшириш усуллари;

III. Даволаш тактикаси;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	посттромбофлебитик синдром, варикоз тури	20	10-20	5-9	0-4
2.	Флебография	30	20-30	5-19	0-4
3.	оператив даво	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 41

Бемор 55 ёш, болдир соҳасидаги ўткир оғриқларга, оғриқларни ҳаракат вақтида кучайишига, болдирни пастки учдан бир қисмидаги шишга, тана ҳароратини ошишига. Оёқ кафти букилганда болдир мушакларида оғриқ пайдо бўлади. Худди шундай оғриқлар болдирни ўрта қисми Рива-Роччи манжетаси билан сиқилганда ҳам пайдо бўлади.

I. Сизнинг ташхисингиз;

II. Беморда қанси симптомлар аниқланган;

III. Текшириш усуллари;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ўнг оёқ чуқур веналари ўткир тромбози	20	10-20	5-9	0-4
2.	оёқ кафти бўкилганда оғриқлар пайдо бўлиши – Хоманс симптоми. Шундай оғриқлар манжета билан сиқилганда пайдо бўлиши – Левенберг симптоми	30	20-30	5-19	0-4
3.	Флебография	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 42

Бемор 35 ёш, болдир мушакларидаги ўткир оғриқлар, оғриқларни ҳаракат вақтида кучайиши, болдир пастки қисмида шиш, тана ҳароратини ошиши шикояти билан келди.

I. Бирламчи ташхисингиз;

II. Об'ектив текширишда қайси симптомлар мусбат бўлади;

III. Даволаш тактикаси;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қоникарсиз жавоб
1.	чап оёқ чуқур веналари ўткир тромбофлебити	20	10-20	5-9	0-4
2.	Хоманс ва Левенберг	30	20-30	5-19	0-4
3.	ётоқ режим, жароҳатланган томонга Беллер шинасини қўйиш, малҳамли бинтли боғлам, антикоагулянт ва антибиотиклар	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 43

Бемор 45 ёш чап оёқ веналари варикоз кенгайишига шикоят қилиб келди. Объетив: оёқ ҳарорати нормал, оёқ қати тери ости венаси кенгайган, болдирни пастки медиал соҳаси пигментланган, томирлар пульсацияси нормал.

I. Сизнинг ташхисингиз;

II. Қайси текшириш методалир ёрдамида ташхисни тасдиқлаш мумкин;

III. Қайси касалликлар билан қиёслаш керак;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қоникарсиз жавоб
1.	чап оёқ веналари варикоз кенгайиши, декомпенсация босқичи	20	10-20	5-9	0-4
2.	функционал синмалар, флебография	30	20-30	5-19	0-4
3.	ўткир тромбофлебит	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 44

Бемор 28 ёш, чап оёқдаги оғриқ ва оғирлик ҳиссига шикояти билан келди. Чап оёқдаги шишлар тундаги дам олишдан сўнг ҳам ўтмайди. Шишлар тўпик соҳасига ҳам тарқалган. Анамнезияда 3 ой олдин чуқур веналар тромбозини ўтказган.

I. Сизнинг ташхисингиз;

II. Қайси текшириш усуллари ташхисни тасдиқлаши мумкин;

III. Қайси касалликлар билан қиёслаш керак;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	посттромбофлебитик синдром, чап болдир чуқур веналари зарарланиши билан	20	10-20	5-9	0-4
2.	флебоданометрия ва функционал флелография	30	20-30	5-19	0-4
3.	чуқур веналар ўткир тромбози	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 45

Бемор 39 ёш, анамнезида 8 ой олдин чап оёқ юзаки веналари ўткир тромбозини ўтказган. Шикоят: чап оёқдаги оғриққа, узоқ вақт турганда оғриқларни кучайишига, горизонтал ҳолатда оғриқлар камаяди.

I. Сизнинг ташхисингиз;

II. Текшириш усуллари;

III. Даволаш тактикаси;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	посттромбофлебитик синдром	20	10-20	5-9	0-4
2.	Флелография	30	20-30	5-19	0-4
3.	оператив даво	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 46

Бемор 34 ёш. Чап оёқнинг пастки қисмида қизариш, шиш борлигига ва ҳаракат вақтида чап оёқ мушакларида оғриқ пайдо бўлишига шикоят қилиб келди.

I. Сизнинг диагнозингиз;

II. Қандай диагностика методлари ўтказишлари лозим;

III. Қайси касалликлари билан қиёсий ташхис ўтказиш лозим;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлик жавоб	Нотўлик жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	чап оёқ юзаки веналарин тромбофлебити	20	10-20	5-9	0-4
2.	Флебография	30	20-30	5-19	0-4
3.	юзаки веналарни ўткир тромбози	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 47

Бемор 64 ёшда, чап оёқда оғриқлар, увишиш, қичишиш, тана ҳароратини 38 С га кўтарилишига шикоят қилиб келди. Кўрикда: товон қалинлашган, цианотик ўзгарган, шишган. Чап оёқ юзаки венларини шнурсимон кенгайганлиги, терисини қизарганлиги ва пальпатор венада оғриқ сезишлиги аниқланади.

I. Сизнинг диагнозингиз;

II. Қандай асоратлар кўзатилиши мумкин;

III. Қандай текширув методлари ўтказилиши керак;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлик жавоб	Нотўлик жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	чап оёқнинг варикоз касаллиги декомпенсация босқичи, тромбофлебит асорати	20	10-20	5-9	0-4
2.	ўпка артериясини тромбоэмболияси	30	20-30	5-19	0-4
3.	функционал синамалар ва флебография	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 48

Бемор 64 ёшда, ўнг оёқда кучли оғриқ, увишиш, қичишиш ва тана ҳароратининг кўтарилишига шикоят қилиб келди. Кўрикда: товон қалинлашган, кўқарган, шишган. Чап оёқ юзаки веналарини шнурсимон кенгайганлиги, венадан юқори соҳада терини қизарганлиги ва пальпатор вена соҳасида оғриқ сезиши аниқланади.

I. Сизнинг диагнозинги;

II. Қайси касалликлар билан қиёслаш лозим;

III. Қандай асоратлар кўзатилиши мумкин;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ўнг оёқнинг варикоз касаллиги декомпенсация босқичи, тромбофлебит асорати	20	10-20	5-9	0-4
2.	ўткир тромбоз	30	20-30	5-19	0-4
3.	кўтарилувчи тромбоз	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 49

Бемор 64 ёшда, иккала оёқда қизариш, оғриқ, қичишиш, тана ҳароратининг 38 Сга кўтарилишига шикоят қилиб келди. Кўриқда: товон соҳаси қизарган, шишган, қалинлашган. Иккала оёқда юзаки веналарни шнурсимон кенгайганлиги ва венадан юқори қисмида тери қизарганлиги, пальпатор вена соҳасида оғриқ сезишлиги аниқланади.

I. Сизнинг диагнозингиз;

II. Қандай асоратлар кўзатилиши мумкин;

III. Диагностика методлари;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	иккала оёқнинг варикоз касаллиги декомпенсация босқичи, тромбофлебит асорати	20	10-20	5-9	0-4
2.	ўпка артериясини тромбоэмболияси, кўтарилувчи тромбоз, Посттромбофлебитик синдром	30	20-30	5-19	0-4
3.	махсус функционал синамалар и флебография	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 50

Бемор 28 ёшда клиникага: бўйин соҳасидаги 1,5x1,0 см оғриқларга ва шишга ва пульсацияга шикоят қилиб келди. Анамнездан: 2 ой олдин шу соҳага отилган жароҳат олган ва шундан кейин бўйин соҳасида шиш пайдо бўлган. Аусқўльтатив: шиш устида систолик шовқин эшитилади.

I. Сизнинг ташхисингиз;

II. Қандай текшириш усули бу касалликда информати;

III. Қандай даволаш усуллари мавжуд;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	травматик артериал аневризма	20	10-20	5-9	0-4
2.	артериография	30	20-30	5-19	0-4
3.	аневризмани кесиш, томир бутунлигини тиклаш	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 51

Поликлиника шифокори қабулига 35 ёшли эркак оёқлардаги оғриқларга, оғриқни ҳаракатда кучайишига, сезгини йўқолишига шикоят қилиб келди. Кўрикда: иккала оёқ атрофиялашган, артериал пульсация пасайган, аусқўльтацияда аорта проекциясида систолик шовқин эшитилади.

I. Қайси касаллик ҳақида уйлаш мумкин;

II. Лериш синдромини асосий келиб чиқиш сабаблари;

III. Мавжуд операция турларини санаб ўтинг;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	Лериш синдроми	20	10-20	5-9	0-4
2.	томирларнинг атеросклеротик жароҳатланиши, аутоиммун фактор	30	20-30	5-19	0-4
3.	оклюзион томир резекцияси, протезлаш	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 52

Бемор 40 ёшда: тез чарчашга, оёқ мушаклари диффуз атрофиясига, ностабил эрекцияга шикоят қилиб келди. Кўрикда: болдир ва панжа териси оқимтир тусда эканлиги шу ҳолат вертикал шароитда ҳам сақланиши аниқланади.

I. Қайси касаллик ҳақида уйлаш мумкин:

II. Дифференциал диагностика мақсадида қайси текшириш усуллари қўлланилади:

III. Қайси касалликлар билан дифференциал диагностика ўтказиш зарур:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	Лериш синдроми	20	10-20	5-9	0-4
2.	аорта- ангиотерапия	30	20-30	5-19	0-4
3.	облетирланган эндоартериит	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 53

Поликлиника шифокори қабулига 60 ёшли аёл оёқдаги оғриқларга, камсезгирликга, соч тўкилишига, тирноқларни сёкин ўсишига, оёқни совуқ сезишига, анал сфинктери етишмовчилигига шикоят қилиб келди.

I. Диагно;

II. Қўшимча текшириш усуллари;

III. Касалликни ривожланиши ва авж олишига олиб келувчи омиллар;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	Лериш синдроми	20	10-20	5-9	0-4
2.	ультратовуш доплерографияси, реовазография, ренгеноконтраст ангиография, радиоизотоп текшириш усуллари	30	20-30	5-19	0-4
3.	атеросклеротик стеноз қисмини катталигига	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 54

Поликлиника шифокори қабулига 22 ёшли эркак бемор: оёқдаги оғриқларга, ўтиб кетувчи оксоқланишга 200- 300 метрдан, кўп вақтдан бери битмаётган оёқ панжасидаги ярага шикоят қилиб мурожат қилди.

I. Қайси томир касалликлари билан тафовут қилиш керак:

II. Қандай томир касалликлари билан тафаут қилиш зарур:

III. Касалликни этиопатогенези:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	облетирланган эндоартериит, Лериш синдроми, тромбоангиит, диабетик ангиопатия	20	10-20	5-9	0-4
2.	Лериш синдроми	30	20-30	5-19	0-4
3.	аутоиммун жараён	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 55

Поликлиника шифокорига 20 ёшли бемор аёл: оёқдаги оғриқларга, субфебрил гипертермияга, бўғимлардаги оғриқларга, тахикардияга, камқувватликга шикоят қилиб мурожаат қилди.

I. Диагно;

II. Қандай томир касаллик лари билан тафаут қилиш зарур;

III. Даво тактикасини танлаш;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	неспецифик аортоартериит	20	10-20	5-9	0-4
2.	аортанинг атеросклеротик жароҳатланиши	30	20-30	5-19	0-4
3.	антибактериал ва гармонтерапияси	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 56

Поликлиника шифокорига 22 ёшли эркак бемор: оёқдаги санчикларга, бармоқлардаги сезгирликни пасайганлигига, тез- тез чарчашга, камқувватликга шикоят қилиб келди. Оёқ совуқ сезганида оқимтир тусга кириб, пайпаслаганда совуб қолади. Соатига 4-5 км/с юрганда 1000 м юрганда ўтувчи оқсоқлик аниқланади. Ўнг оёқ артериясида пульсация сусайган, чап оёқ пульсацияси аниқланмайди.

I. Касаллик босқичини ва даво тактикасини аниқланг;

II. Даво тактикасини танлаш;

III. Касалликни аниқлайдиган қандай функционал пробалар мавжуд;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	1 босқичи, консерватив даво: спазмолитиклар, микроциркуляцияни ва қон реологиясини яхшилаш	20	10-20	5-9	0-4
2.	консерватив даво: спазмолитиклар, микроциркуляцияни ва қон реологиясини яхшилаш	30	20-30	5-19	0-4
3.	Опелл плантар ишемии пробаси, проба Шамова, Самюэлс	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 57

Тез ёрдам машинаси чақирикга борганида 66 ёшдаги аёлга, кўп йилдан бери мерцал аритмия оғриган беморда ўнг оёқда, қуймижда пайдо бўлган ўткир оғриқларга, оёқларини совушига шикоят қилади.

I. Диагноз;

II. Қайси томир касалликлари билан тафовут қилиш керак;

III. Даво тактикасини танлаш;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	илео-феморал тромбоз	20	10-20	5-9	0-4
2.	ўткир флеботромбоз	30	20-30	5-19	0-4
3.	тромб лизиси, эндовасқўляр тромбэктомия	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 58

65 ёшли бемор, кўп йиллардан бери оёқ варикоз веналари кенгайиши билан хасталанган. 3 кун олдин чап болдир орқа медиал қисми вена томирлари проекциясида оғриқ сезди. Оғриқ кучайди, бемор ҳаракатдаги қийинчиликлар сеза бошлади, тана температураси 37,8Сгача кўтарилди. Кўриқда: вена томир йўналишида эркин ифодаланган гиперемия аниқланади. Вена томир деворлари қалинлашган, айрим жойлари шетқасимон ўзгарган, оғриқли боғлам шаклида пальпация қилинади. Тери инфильтрациялашган, қизарган, оғриқли. Оёқ ва панжаларда шиш аниқланмайди.

I. Диагноз;

II. Даво тактикаси;

III. Иккиламчи веналар варикоз кенгайиши сабаблари;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	оёқ юзаки веналари тромбофлебити	20	10-20	5-9	0-4
2.	оператив даво	30	20-30	5-19	0-4
3.	ҳамма жавоблар тўғри	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 59

70 ёшли беморда, чап сон ва болдир веналарида иккиламчи варикоз кенгайган веналар аниқланади. 10 йил олдин бемор флеботромбоз ўтказган. Ундан ташқари бемор болдир медиал юзасида трофик яра аниқланади ўлчамлари 10x5 см, ва кўп вақтдан бери битиш тенденцияси йўқ. Флебографик текширувда сон ва болдир чуқур веналари реканализациялашган, кўплаб коммуникант веналар аниқланади.

I. Диагноз;

II. Даво тактикаси;

III. Флеботромбоз профилактикаси;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	беморда посттромбофлебитик синдром, оператив даво	20	10-20	5-9	0-4
2.	тромболитик ва антикоагулянт терапия самарасизлигида, оператив даво	30	20-30	5-19	0-4
3.	медикаментоз ва механик профилактика	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 60

62 ёшли беморда, бачадон экстирпациясидан кейин 8-куни тўсатдан нафас сиқиши, кўкрак қафасидаги оғриқлар, хушидан кетиш кузатилди. Реанимацион муолажалар ёрдамида беморни эс-хуши ўзига келди. Беморнинг умумий аҳволи ўта оғир. Юзида ва кўкрак қафасида цианоз аниқланади. Ўпкасида везикуляр нафас. Пульс 120 марта 1 минутига АКБ.80\50 мм.см.уст. ўнг оёқда бироз шиш аниқланади, ўнг чов соҳасида томирлар инъекцияси аниқланади ва шу соҳасидаги оғриқларни сезади. Ангиографияда «чўлтоғ» симптоми чап ўпка артериясида аниқланади.

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ўнг сон венаси флеботромбози, чап ўпка чап тармоқ артерияси эмболияси	20	10-20	5-9	0-4
2.	оператив даво	30	20-30	5-19	0-4
3.	ҳамма жавоблар тўғри	20	10-20	5-9	0-4

VI. МУСТАҚИЛ ТАЪЛИМ МАВЗУЛАРИ

Мустақил ишни ташкил этишнинг шакли ва мазмуни.

Тингловчи мустақил ишни муайян модулни хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллардан фойдаланиб тайёрлаш тавсия этилади:

- ўқув ва илмий адабиётлардан фойдаланиш асосида модуль мавзуларини ўрганиш;
- тарқатма материаллар бўйича маърузалар қисмини ўзлаштириш;
- автоматлаштирилган ўргатувчи ва назорат қилувчи дастурлар билан ишлаш;
- махсус адабиётлар бўйича модуль бўлимлари ёки мавзулари устида ишлаш;
- тингловчининг касбий фаолияти билан боғлиқ бўлган модуль бўлимлари ва мавзуларни чуқур ўрганиш.

Мустақил таълим мавзулари

- Шошилиш хирургияда замонавий ташхислаш усуллар;
- Режали хирургияда замонавий ташхислаш усуллар;
- Шикастланишда замонавий ташхислаш усуллар;
- Хирургиянинг тор мутахассисликда замонавий ташхислаш усуллар;
- Хирургик инфекцияда замонавий ташхислаш усуллар;
- Интенсив терапияга мухтож бўлган хирургик беморларни замонавий ташхислаш усуллар;
- Ноинвазив замонавий ташхислаш усуллар;
- Инвазив замонавий ташхислаш усуллар;
- Нурли замонавий ташхислаш усуллар;
- Хирургияда сканнерли замонавий ташхислаш усуллар;
- Хужайравий технология ва замонавий ташхислаш усуллар;
- Роботехника ва замонавий ташхислаш усуллар.

VII. ГЛОССАРИЙ

ТЕРМИН	Ўзбек тилидаги шарҳи	Инглиз тилидаги шарҳи
АНГИОГРАФИЯ	Ошқозон ҳазм тизимида қон кетишни аниқлаш иложини берувчи инструментал рентгенологик текшириш тури	X-ray inspection tool that allows you to detect bleeding in the gastrointestinal tract.
АНОСКОПИЯ	Аноскоп ёрдамида текшириш усули	research that is carried out using a special instrument - anoscope
АРТРОСКОП	Бўғин бўшлиғини текшириш учун асбоб	device inserted into a joint to its inspection
АРТРОСКОПИЯ	Эндоскоп ёрдамида бўғин бўшлиғини текшириш ва амалиёт бажариш	research and operations in the joint cavities rigid endoscope
БЕРНШТЕЙН ТЕСТ	Кислотани ошқозондан қизилўнгачга тушганини текширувчи синама	test to determine whether heartburn caused by acid gets into the esophagus from the stomach
БИОПСИЯ	Анализ учун тўқимадан синама олиш	taking a piece of tissue for analysis
ВЕНТРИҚЎЛОСКОПИЯ	Мия ошқозончаларини текшириш усули	the study of the brain ventricles via fiber optical devices
ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ	Видеакамера, лапароскоп, ёритувчи ва нурли асбоб	device that combines a video camera, a laparoscope, lighting, optical fiber
ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ	Эндоскоп ёрдамида ошқозон ва ун икки бармоқли ичак бўшлиғини текшириш	Method antrum and duodenum examination using an endoscope
ГИСТЕРОСКОП	Махсус нурлар билан мослаштирилган асбоб	hollow instrument, equipped with a special lighting device
ГИСТЕРОСКОПИЯ	Бачадон ичини эндоскопик текшириш ва муолажалар ўтказиш	endoscopic research, medical and surgical manipulation into the uterine cavity
ДЕФЕКОГРАФИЯ	Аноректор соҳани текшириш усули, дефекация жараёнини кўрсата бериши мумкин	X-ray of the anorectal area, reflecting the full value of the act of defecation
КОЛОНОСКОПИЯ	Йўғон ичакни кўриш учун текшириш усули	study, in which the doctor can see the colon

		throughout
КОЛОРЕКТАЛ ПАССАЖНИ ТЕКШИРИШ	Югон ичакдан пассаж жараёнини кўриб бера оладиган текшириш усули	test to determine how food moves through the large intestine
ЛАПАРОСКОП	Қорин бўшлиғини текшириш учун қўлланиладиган камера билан мослашган найча	a long, thin tube equipped with an optical camera to examine the inside of the abdominal organs
ЛАПАРОСКОПИЯ	Лапароскопия ёрдамида текшириш ўтказиш	study using a laparoscope
ЛАРИНГОСКОП	Ҳиқилдоқни текшириш учун мослама	instrument for the study of the larynx
ЛАРИНГОСКОПИЯ	Ҳиқилдоқни текшириш	laryngeal examination
ЖИГАР ТЕСТЛАРИ	Жигар ва ўт йўлларини фаолиятини баҳоловчи қон таҳлиллари	blood tests to help you determine how well the work the liver and biliary system
ПРОКТОСИГМОИДСКОПИЯ	Тўғри ва сигмасимон ичакни эндоскопик текшириш усули	endoscopic examination of rectum and sigmoid
ПРОКТОСКОП	Тўғри ичакни эндоскопик текшириш учун ускуна	endoscopic instrument, which is a solid short pipe that is used to study the area of the anus and rectum
ПРОКТОСКОПИЯ	Тўғри ичакни эндоскопик текшириш усули	endoscopic examination of the rectum
РЕЗЕКТОСКОП	Эндоскоп тури	kind of endoscope
СИГМОИДСКОПИЯ	Югон ичакни ичини текшириш эндоскопик усули	diagnostic endoscopy of the inside of the colon
ХОЛАНГИОГРАФИЯ	Ўт йўлларини текшириш	biliary tract study
ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИЯ ЭНДОСКОПИК РЕТРОГРАД	Ошқозон ости беzi ва ўт йўлларини текшириш иложи берувчи усул	study bile ducts and pancreas
ТЕРИ ОРҚАЛИ ЖИГАР ОРҚАЛИ ХОЛАНГИОГРАФИЯ	Ўт йўлларини текшириш рентгенологик усули	X-ray examination of the gallbladder and bile ducts
ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ	Ошқозон, қизилунгач, 12 бармоқ ичакни текшириш усули	study to identify esophageal diseases, gastric or duodenal ulcers

VIII. АДАБИЁТЛАР РУЙХАТИ

Махсус адабиётлар

1. F. Charles Brunicaudi. Schwartz's principles of surgery. 10th edition. 2015-488 p.
2. S. Das. A manual clinical surgery. Special investigations and differential diagnosis. 11th edition. 2014-216 p.
3. John Lumley et all. Demonstrations of physical signs in clinical surgery. 19th edition. 2013-185 p.
4. Peter F. Lawrence. Essentials of general surgery. 15th edition. 2013-379 p.
5. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-451 p.
6. Хирургик касалликлар. Ш.И.Каримов, Т.- 2005
7. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О.// Понятие о хирургии. Организация работы хирургического отделения.//Методическая рекомендация сценариев проведения практических занятий с использованием интерактивных методов обучения. Т, 2012 – 6 с.
8. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О.//Асептика. Сценарии для проведения практических занятий с использованием современных педагогических технологий составленные на основе единой методической систем//Методическая рекомендация. Т.-2012.-15 с.
9. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О.//Антисептика. Сценарии для проведения практических занятий с использованием современных педагогических технологий составленные на основе единой методической систем//Методическая рекомендация. Т.-2012.-20 с.
10. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О.//Обследование хирургического больного. Курация больных. Схема академической истории болезни. Сценарии для проведения практических занятий с использованием современных педагогических технологий составленные на основе единой методической систем//Методическая рекомендация. Т.-2012.-29 с.
11. Охунов А.О.//Сценарии и сборник заданий для практических занятий по общей хирургии с использованием современных педагогических технологий.

Учебно-педагогическое пособие для преподавателей по дисциплине «Общая хирургия». Т.-2012.-118 с.

12. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О.//Десмургия. Сценарии для проведения практических занятий с использованием современных педагогических технологий составленные на основе единой методической систем//Методическая рекомендация. Т.-2012.-18 с.
13. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О.//Кровотечение и кровопотеря. Сценарии для проведения практических занятий с использованием современных педагогических технологий составленные на основе единой методической систем//Методическая рекомендация. Т.-2012.-21 с.
14. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О.//Переливание крови и кровезаменителей. Осложнения в трансфүзиологии. Сценарии для проведения практических занятий с использованием современных педагогических технологий составленные на основе единой методической систем//Методическая рекомендация. Т.-2012.-32 с.
15. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О.//Общая хирургия в модулях – Электронный учебник на русском языке – 2013 год.
16. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О., Шарипов Ю.Ю.//Неспецифическая хирургическая инфекция.- Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках.-2013 год.
17. Охунов А.О. Закрытые повреждения головы. Сценарии для проведения практических занятий с использованием современных педагогических технологий «Работа в малых группах» составленные на основе единой методической систем//Методическая рекомендация на ўзбекском, русском и английском языках. Т.-2012.-20 с.
18. Охунов А.О. ва бошкалар//Умумий хирургия.- Электрон учебник на ўзбекском языке – 2014 йил.
19. Охунов А.О., Каюмов Т.Х.//Что такое хирургия?-Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках.-2014 год.

20. Охунов А.О., Каюмов Т.Х.//История развития современной хирургии.- Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках.- 2014 год.
21. Охунов А.О., Каюмов Т.Х.//Пионеры хирургии.- Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках.-2014 год.
22. Охунов А.О., Абдуллаев У.Р.//Асептика и антисептика.-Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках.-2014 год.
23. Охунов А.О., Шарипов Ю.Ю.//Десмургия.- Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках.-2014 год.
24. Охунов А.О., Шарипов Ю.Ю.//Кровотечение и методы остановки кровотечения.- Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках.-2014 год.
25. Охунов А.О., Шарипов Ю.Ю.//Основы трансфўзиологии.- Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках.-2014 год.
22. Охунов А.О., Ходиев Х.С.//Учение о ранах.- Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках.-2014 год.
23. Охунов А.О.//Основы травматических повреждений.- Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках.-2014 год.
24. Охунов А.О., Мехманов Ш.Р.//Термические поражения.- Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках.-2014 год.
25. Баймаков С.Р., Охунов А.О.//Острая и хроническая специфическая хирургическая инфекция.- Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках.-2014 год.
26. Охунов А.О., Шарипов Ю.Ю.//Учение о ранах.-Электронное обучающее и контролирующее учебное пособие со сборником мультимедийных тестов на ўзбекском, русском и английском языках.-2015.
27. Охунов А.О., Баймаков С.Р., Иноятова Д.П.//Основы трансплантологии.- Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках.- 2014 год.

28. Охунов А.О., Шарипов Ю.Ю., Асадов Х.М.//Основы пластической и эстетической хирургии.- Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках.-2014 год.
29. Охунов А.О., Каюмов Т.Х., Мехманов Ш.Р. и др.//Сборник тестов разного уровня для студентов по дисциплине «Общая хирургия».- Сборник тестов на ўзбекском и русском языках.-2014.
30. Охунов А.О., Тавашаров Б.Н., Саттаров И.С.//Омертвление тканей: некроз, гангрена, пролежни, свищи, трофические язвы.-Электронное обучающее и контролирующее учебное пособие со сборником мультимедийных тестов на ўзбекском, русском и английском языках.-2015.
31. Охунов А.О., Тавашаров Б.Н., Саттаров И.С.//Общая хирургическая инфекция.-Электронное обучающее и контролирующее учебное пособие со сборником мультимедийных тестов на ўзбекском, русском и английском языках.-2015.
32. Охунов А.О., Тавашаров Б.Н.//Сборник мультимедийных тестов по разделу «Асептика и антисептика». Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках. Т.-2015.
33. Охунов А.О., Тавашаров Б.Н.//Сборник мультимедийных тестов по разделу «Десмургия». Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках. Т.-2015.

Интернет ресурслар

1. www.med.knig.biz/index.php
2. www.tgma.ru/formation/kafedra.vulnus.htm
3. www.bookmed.ru/illustrated.php
4. www.shop.medicinform.net/showtov.asp.
5. www.surgeryinfection
6. www.generalsurgery
7. www.tma.uz
8. www.zionet.uz
9. www.edu.uz