

KO'KRAK QAFASIDA PNEVMOTORAKS VA GEMOTORAKSNING UMUMIY VA FARQLI BELGILARI

Ergasheva Iroda Akbarali qizi

Siyob Abu Ali ibn Sino nomidagi Jamoat Salomatligi texnikumi, bosh o'qituvchi

Annotatsiya: Ko'krak qafasi va uning a'zolari jarohatlari o'ta og'ir jarohatlar safiga kiradi, chunki ular aksariyat hollarda nafas olish a'zolari faoliyatini va qon aylanishining buzilishlarini keltirib chiqarib, bemorlarni o'limga giriftor qilishi mumkin. Ushbu maqola sizga pnevmotoraks va gemotoraksning hosil bo'lishi, davolash choralari haqida ko'nikma va bilimlarni beradi.

Kalit so'zlar: Ko'krak qafasi, pnevmomotoraks, torakoskopiya, gemotoraks, Gemorragik shok

Traxeyaning ko'krak bo'limi va yirik bronxlar jarohatlari aksariyat ko'krakning yo'l-transport falokatlari vaqtida yopiq jarohatlanishining oqibati hisoblanadi.

O'ziga xos belgilari: nafas olishning buzilishi, pnevmotoraks, ko'ks oralig'i emfizemasi, teri osti emfizemasi, gemotoraks va qon tuflash shular jumlasiga kiradi. Uzil-kesil diagnoz rentgenologik tekshiruvlar va bronxoskopiya va - grafiyalar natijasining tahlili asosida qo'yiladi.

Traxeobronxial shox butunligini tiklashga va qon oqishini to'xtatishga qaratilgan shoshilinch jarrohlik amaliyoti o'tkazishdan iborat bo'ladi. Pnevmo- va gemotoraks – ko'krak jarohatlarining o'ziga xos belgilaridan bo'lib hisoblanadi.

Pnevmtoraksning paydo bo'lishiga, ko'krak qafasining yopiq va teshib kiruvchi jarohatlanishlari, shuningdek bullyoz emfizema yoki polikistoz kasalliklarida o'pkaning spontan perforatsiyasi sabab bo'ladi. Odatda plevral bo'shliqda klapan mexanizmi paydo bo'lishi munosabati bilan havoning progressiv yig'ilishi bilan xarakterlanadigan tenzion (klapanli) pnevmotoraks ular orasida eng xavfli hisoblanadi. Bu holat o'pkaning siqilishiga, ko'ks oralig'ining surilishiga olib keladi.

Klinik manzarasi: nafas qisishi, nafas olishning qiyinlashuvi, teri qoplamlari tsianozi, taxikardiya, arterial qon bosimining (AQB) tushib ketishidan iborat bo'ladi. Zararlangan tomonda perkussiya qilinganda quticha tovushi eshitiladi, auskultativ tekshiruvda nafas olish shovqini eshitilmaydi. Rentgenografik tekshiruvda: o'pka kollapsi, ko'ks oralig'ining sog'lom tomonga siljigani aniqlanadi. Davolash. Plevral bo'shliq punktsiya qilinadi va yig'ilgan



havoni so'rib olish uchun aktiv aspiratsiyaga ulanadi, keyin torakoskopiya o'tkaziladi. SHunday qilib, klapan pnevmotoraks ochiq pnevmotoraksqa o'tadi.

Torakoskopiya aniqlangan o'pkaning talaygina jarohatlarida jarrohlik usuli qo'llanadi va bunda bajariladigan jarrohlik amaliyotining hajmi patologik jarayon hajmiga qarab belgilanadi. Kichik jarohatlarda plevral bo'shliq orqa qo'ltiq chizig'i bo'yicha VII-VIII qovurg'alar orasida va o'rta o'mrov chizig'i bo'yicha II qovurg'alar orasida drenajlanib, so'ngra aktiv aspiratsiya o'tkaziladi.

Germetik holat vujudga keltirilib o'pka yozilgandan so'ng 2-3 sutka o'tgach, drenaj 12-24 soatga qisib qo'yiladi. Rentgenologik tekshiruvda pnevmotoraks qaytalanmayotganiga ishonch hosil qilingach, drenajlar olib tashlanadi. Agar plevral bo'shliqda 3-4 sutka mobaynida germetik holat yuzaga kelmasa, jarrohlik usulida davolanadi. Hozirgi kunda endoskopik jarrohlik amaliyotlari rivojlanganligi tufayli, videotorakoskopik usulda jarrohlik amaliyoti bajrilishi maqsadga muvofiq bo'ladi.

Travmatik gemotoraks. Ko'krak qafasining o'tmas va teshib kirgan jarohatlari oqibatida paydo bo'ladi. Qon ketish manbalari: qovurg'alararo qon tomirlari, jarohatlangan o'pka, yirilgan chandiqlar, yirik qon tomirlar va yurak jarohatlari bo'lishi mumkin. Kasallikning kechishi. Qon yo'qotishning umumiy belgilari bilan birga anemiya va gipoksiya holatiga xos bo'lgan laborator ko'rsatkichlarning tahlili. Hidrotoraksning rentgen manzarasi uning turiga qarab bo'ladi.

Gemotoraks plevra bo'shlig'iga yig'ilgan qon miqdoriga qarab 3 xil turda bo'ladi: kichik gemotoraks, o'rtacha va katta gemotoraks. Kichik gemotoraks – plevral bo'shliqda 500 ml gacha qon yig'ilishi. Bu holat bemorning tashqi ko'rinishiga va fizikal tekshiruv ma'lumotlarida kam aks etadi. Rentgenogrammada o'zgarishlar deyarli ko'rinmaydi. O'rtacha gemotoraks – plevral bo'shliqda 500 dan 1000 ml gacha qonning yig'ilishi. Rentgentasvirda ko'krak qafasining qisman qorong'ulashgan qismi yaxshi ko'rinib turadi. Odatda bemorning rangi oqarib ketgan, anemiya belgilari yaqqol ko'rinadi, sovuq ter bosgan, arterial qon bosimi pasaygan, puls va nafas olishi tezlashgan bo'ladi.

Katta gemotoraks – plevral bo'shliqda 1000 ml dan ko'proq qon yig'ilishi, rentgentasvirda o'pkaning shu tarafi (gemotoraks hisobiga) to'liq qorong'ilashgan, ko'ks oralig'i qarama-qarshi tomonga surilgan. Gemorragik shok belgilari ham yaqqol namoyon bo'ladi. Davolash. Qon plevral bo'shliqda 1000 ml dan ko'proq bo'lganda qon ketish manbaini topish va qon ketishni to'xtatish, ya'ni shoshilinch torakotomiya o'tkazish talab etiladi. Kichik gemotoraksda – plevra bo'shlig'i punktsiyasi o'tkazilib, yig'ilgan qon alohida tadbirlar bilan aspiratsiya qilinib, autogemotransfuziya (o'ziga qayta quyish) amalga oshiriladi. Bu orada torakoskopiya o'tkazilib, qon ketish manbaini topish, uni ko'zdan kechirib qon yo'qotish tezligiga baho berish va elektrokoagulyatsiya yo'li bilan uni to'xtatish lozim bo'ladi. Yirik qon tomirlar jarohatlanganda, o'pka to'qimasidagi katta jarohatlar zudlik bilan jarrohlik

usulida amaliyot o'tkazilishini talab qiladi. Qolgan hollarda, plevral bo'shliq orqa qo'ltiq chizig'i buylab VI qovurg'alar orasidan drenajlanadi, o'pka to'qimasi jarohatlanganda esa, o'rta o'mrov chizig'i bo'ylab II qovurg'alar orasidan drenajlanib, uzluksiz aktiv aspiratsiyaga ulanadi. Muolaja: yo'qotilgan qon o'rnini to'ldirishga qaratilgan bo'lib, shokka qarshi qo'llaniladigan chora-tadbirlarni o'z ichiga oladi. Agar drenajlar bo'yicha qon yo'qotish 1 soat mobaynida 200 ml dan oshsa yoki 3 soat ichida soatiga 300 ml dan oshadigan bo'lsa, torakotomiya amaliyoti bajarilishi shart bo'ladi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. XIRURGIK KASALLIKLAR SH.I. KARIMOV TOSHKENT 2010
2. Каримов Ш.И., Бабаджанов Б.Д. Диагностика и лечение острого перитонита. Ташкент, 1994.
3. Наврузов С.Н. Хирургические болезни, Ташкент, 2004



Research Science and
Innovation House