

**АҚБАРОВ Н.А.**

**БОЛАЛАР ЖАРРОХЛИГИ ФАНИДАН  
АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР**

**ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА**



**Андижон – 2022 йил**



**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI  
OLIV VA O‘RTA MAXSUS  
TA‘LIM VAZIRLIGI**

**GUVOHNOMA**



## O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus  
ta'lim vazirligining 2022 yil 19 " iyul " dagi  
233 " -sonli buyrug'iga asosan

*N. Akbarov*

(muallifning familiyasi, ismi-sharifi)

5510200- *Pediatrya ishi*

(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

ning

talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan

*Amaliy ko'nikmalar nomli o'quv qo'llanmasi*

(o'quv adabiyotining nomi va turi: darslik, o'quv qo'llanma)

ga

O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi tomonidan  
litsenziya berilgan nashriyotlarda nashr etishga ruxsat  
berildi.



Vazir

A. Toshkulov

(imzo)

Ro'yxatga olish raqami

233-1137



**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ  
ВАЗИРЛИГИ**

**АКБАРОВ НОСИРЖОН АКБАРОВИЧ**

**БОЛАЛАР ЖАРРОХЛИГИ ФАНИДАН АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР**

**Ўқув қўлланма**

Билим соҳаси - Ижтимоий таъминот ва соғлиқни сақлаш - 500000

Таълим соҳаси – Соғлиқни сақлаш - 510000

Таълим йўналиши «Педиатрия иши» – 5510200

“Болалар жаррохлиги” мутахассислиги – 5А510202

**Андижон-2022 йил.**

## **Тузувчи:**

**Акбаров Н.А.** – Андижог давлат тиббиёт институти, болалар жаррохлиги кафедраси, т.ф.н., доцент.

## **Тақризчилар:**

**Алиев М.М.** – Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Факультет болалар хирургияси кафедраси мудири, т.ф.д., профессор.

**Гафуров А.А.** – Андижон давлат тиббиёт институти педиатрия факультети декани, т.ф.д., профессор.

Ўзбек тилида лотин графикасида ёзиб тайёрланган ушбу ўқув қўлланмада харбир амалий кўникма учун мақсад, кўрсатма, қарши кўрсатма, уни бажариш учун керакли тиббий жихозлар, уни бажариш техникаси ва бажариш жараёнида мумкин бўлган асоратлар хақида маълумот берилган. Махсус бўлимларда турли хил шошилиш холатларда болаларга дастлабки жаррохлик ёрдамини кўрсатиш ва текшириш усуллари хамда уларни бажариш техникасини алгоритми, яъни харакатлар кетма-кетлиги баён қилинган. Бу эса, юқори босқич талабалари эгаллашлари лозим бўлган амалий кўникмаларни бу тартибда баён қилиш, улар томонидан ўз касбий махоратини пухта ўзлаштиришни осонлаштиради. Қўлланмада келтирилган харбир амалий кўникма учун чизмалар, схемалар, суратлар ва расмлар берилган бўлиб, улар рангли тасвирларда кўрсатилган. Ўқув қўлланма, болалар жаррохлиги фани бўйича тиббиёт олий ўқув юртларининг юқори босқич талабалари, магистрлар, клиник ординаторлар учун мўлжалланган. Қўлланмадан оилавий поликлиникаларда фаолият юритаётган умумий амалиёт шифокорлари хам фойдаланиши мумкин.

Барча ҳуқуқлар ҳимояланган. Н.А.Ақбаровнинг ёзма рухсатисиз қўллангани тўғрисида ҳеч қандай қатъийан ман этилади. Бу чеклов китоб қисмларидан ўқув ёки илмий мақсадларда фойдаланишга, шунингдек ундан тақриزلарда иқтибос келтиришга тааллуқли эмас.

## МУНДАРИЖА

Кириш.....	11
<b>Бўлим –I. Абдоминаль жаррохликдан амалий кўникмалар.....</b>	<b>13</b>
Қоринни юзаки пальпация қилиш.....	13
Қоринни Образцов-Стражестко бўйича сирпанувчи чуқур пальпация қилиш.....	15
Жигарни пальпация қилиш.....	15
Сигмасимон ичакни пальпация қилиш.....	16
Кўричакни пальпация қилиш.....	17
Кўндаланг –чамбар ичакни пальпация қилиш.....	18
Кўтарилувчи йўғон ичакни пальпация қилиш.....	18
Пастга тушувчи йўғон ичакни пальпация қилиш.....	19
Оқозонни пальпация қилиш.....	20
Талоқни пальпация қилиш.....	20
Қоринни бимануал таққословчи пальпация қилиш.....	21
Ўтқир аппендицитни асосий симптомларини аниқлаш.....	22
Ситковский симптомини аниқлаш техникаси.....	22
Филатов симптомини аниқлаш техникаси.....	23
Ровзинг симптомини аниқлаш техникаси.....	24
Щеткин –Блюмберг симптомини аниқлаш техникаси.....	25
Бартомье-Михельсон симптомини аниқлаш техникаси.....	226
Воскресенский симптомини аниқлаш техникаси.....	26
Эрта ёшдаги болаларда аппендицит ва перитонитда “Кўлни итариш” симптомини аниқлаш техникаси.....	27
Вайнерт симптомини аниқлаш.....	29
3 ёшгача болаларда ўтқир қорин синдромини медикаментоз ухлатиб кўриш.....	29

Қизилўнғач атрезиясида Элефант синамасини ўтказиш.....	31
Қизилўнғач атрезиясини зондлаб аниқлаш.....	32
Қизилўнғач туғма нуксонларини аниқлашда контрастли рентген текшириш.....	33
Эзофагоскопияни ўтказиш техникаси.....	35
Фиброэзофагогастродуоденоскопияни (ФЭГДС) ўтказиш техникаси.....	37
Қизилўнғачдан қон кетганда Блэкмор зондини ўрнатиш техникаси.....	39
Пилоростенозни контрастли рентген текшириш.....	40
Ошқозонни зондлаш техникаси.....	42
Ошқозонни ювиш техникаси.....	45
Ошқозон ва ингичка ичакни контрастли рентген текшириш.....	49
Тренделенбург ҳолатида контрастли рентген текшириш.....	51
Киндик чуррасини консерватив даволаш.....	52
Киндик оқмасини фистулография қилиш.....	54
Асцитда қорин бўшлиғини пункция қилиш ва дренажлаш.....	55
Тўғри ичакни бармоқ билан текшириш.....	58
Тўғри ичакни ректаль ойна билан кўриш.....	59
Орқапешов атрезиясида Вангенстин-Рись бўйича рентгенография қилиш.....	62
Анус ва тўғри ичак атрезиясида Пеллер-Ситковский синамасин ўтказиш.....	64
Анус ва тўғри ичак атрезиясида А.И.Лёнюшкин синамасини ўтказиш.....	65
Газ чиқарувчи найчани қўйиш техникаси.....	66
Чиқиб қолган тўғри ичакни консерватив даволаш.....	68
Тозаловчи хукнани ўтказиш техникаси.....	71
Сифонли хукнани ўтказиш техникаси.....	73
Дуглас бўшлиғи абцессини очиш техникаси.....	77
Орқапешов ва тўғри ичак стенозини бужлаш.....	80
Ректороманоскопияни ўтказиш техникаси.....	82
Колоноскопияни (ирригоскопия) ўтказиш техникаси.....	85
Пневмоирригоскопияни ўтказиш техникаси.....	87

Контрастли ирригографияни ўтказиш техникаси.....	89
Консерватив усулда ичак дезинвагинациясини ўтказиш.....	91
Чов чуррасини аниқлаш.....	93
Қислган чов-ёрғоқ чуррасини аниқлаш.....	94
Спленомонометрия ва спленопортаграфияни ўтказиш техникаси.....	95
<b>Бўлим –II. Торокаль жаррохликдан амалий кўникмалар.....</b>	<b>97</b>
Бронхоскопияни ўтказиш техникаси.....	97
Бронхографияни ўтказиш техникаси.....	101
Плевра бўшлиғини пункция қилиш техникаси.....	104
Плевра бўшлиғини дренажлаш (торокоцентез) техникаси.....	106
Қовурғалараро нервни блокада қилиш техникаси.....	110
<b>Бўлим –III. Урологиядан амалий кўникмалар.....</b>	<b>112</b>
Баланопоститни консерватив даволаш техникаси.....	112
Парафимозни даволаш.....	113
Циркумцизияни бажариш техникаси.....	115
Сийдик пуфагини (қовуқни) катетерлаш техникаси.....	119
Сийдик пуфагини (қовуқни) пункция қилиш техникаси.....	123
Цистоскопияни ўтказиш техникаси.....	124
Троакар билан эпицистостома қўйиш техникаси.....	127
Ретроград цистографияни ўтказиш техникаси.....	130
Микцион цистографияни ўтказиш техникаси.....	133
Ретроград уретрографияни ўтказиш техникаси.....	136
Вена ичига экскретор урографияни ўтказиш техникаси.....	139
Инфузион урографияни ўтказиш техникаси.....	142
Буйрақларни бимануал пальпация қилиш техникаси.....	144
Пастернак симптомини аниқлаш техникаси.....	146
Вишневский бўйича новокаинли паранефраль блокада қилиш техникаси.....	148
Крипторхизмни аниқлаш техникаси.....	150
Варикоцелени текшириш техникаси.....	151



Уруғ тизимчасини Лорэн-Эпштейн бўйича новокаинли блокада қилиш..	152
Мояк пардаси истисқосида диафоноскопия қилиш техникаси.....	153
Тери орқали (перкутан) пункция қилиб нефростома қўйиш техникаси....	154
<b>Бўлим –IV. Йирингли жаррохликдан амалий кўникмалар.....</b>	<b>158</b>
Йирингли маститни очиш ва дренажлаш техникаси.....	158
Фурункулни очиш техникаси.....	160
Қарбункулни очиш техникаси.....	161
Флегмонани очиш техникаси.....	163
Чақалоқлар флегмонасини Бокастова бўйича очиш техникаси.....	165
Юмшоқ тўқималар абцессини очиш техникаси.....	167
Панарицийни очиш техникаси.....	169
Остеотономерия ва остеоперфорация қилиш техникаси.....	171
<b>Бўлим –V. Бошқа амалий кўникмалар.....</b>	<b>174</b>
Жарохатга бирламчи жаррохлик ишлов бериш.....	174
Термик куйган жарохатга бирламчи ишлов бериш.....	177
Атеромани олиш техникаси.....	181
Венасекцияни бажариш техникаси.....	181
Ташқи қон кетишларни вақтинча тўхтатиш техникаси.....	185
Стационардан ташқарида вақтинча қон тўхтатиш.....	185
Оёқ ёки қўл қонтомирларидан ташқи қон кетганда, вақтинча қон тўхтатувчи резина қисқич (жгут) қўйиш техникаси.....	185
Тананинг бошқа жойларидаги қонтомирлардан қон кетганда вақтинча қон тўхтатиш усуллари.....	187
Йирик қонтомирлардан қон кетганда, бармоқ билан босиб вақтинча қон тўхтатиш учун анатомик нукталар.....	188
Бурундан қон кетишни тўхтатиш техникаси.....	192
Ўсиб кирган тирноқни олиш техникаси.....	193
Юмшоқ тўқималардан ёт жисмни олиш техникаси.....	196

А.В.Вишневский бўйича новокаинли инфилтрацион анестезия қилиш..	198
А.В.Вишневский бўйича вагосимпатик блоқада қилиш техникаси.....	199
Оберст-Лукашевия бўйича ўтказувчан анестезия қилиш техникаси.....	201
Вена қон томирини пункция қилиш техникаси.....	202
Венага томизгични (капельницани) улаб дори юбориш.....	205
Оқма йўлини зондлаш.....	209
Фистулографияни ўтказиш.....	210
Трахеостомия қилиш техникаси.....	212
<b>Бўлим-VI. Мавзулар бўйича тест саволлар ва вазиятли масалалар..</b>	<b>217</b>
Тест саволлар.....	217
Вазиятли масалалар.....	238
Фойдаланилган адабиётлар рўйхати.....	247

**Мен эшитдим ва унитдим,  
Мен кўрдим ва эслаб қолдим,  
Мен бажардим ва билиб олдим !!!  
Конфуций (Кун-Цю-Цзи)**

## **КИРИШ**

Ўзбекистон Республикасида соғлиқни сақлаш бўйича, юқори малакавий кадрлар тайёрлашга кенг этибор берилмоқда.

Кейинги йилларда тиббиёт олий таълим муассасалари битирувчиларини жойларга борганда, ўз иш фаолиятида амалий билимларини замон талабларига етарли даражада мос келмай қолиши сезилиб қолмоқда. Бу эса, бўлажак шифокор эгаллаши лозим бўлган амалий кўникмаларни қадамма-қадам бажариш баён этилган, ўзбек тилида лотин графикасида ёзилган ўқув қўлланмани яратиш заруриятини тўғдирди. Шунинг учун талабаларнинг амалий билимларини оширишда, амалий кўникмаларни қадамма-қадам бажариш тўғрисидаги мукамал ёритилган ўқув адабиётларидан фойдаланиш долзарб бўлиб келмоқда. Хозиргача мавжуд тиббий адабиётларда бу мавзуга етарли даражада ўрин ажратилмаган. Бу адабиётларда берилган амалий кўникмалар қисқа ёзилиб, уларни бажариш техникаси тўлиқ ёритилмаган. Талабаларни назарий билимларини мустахкамлаш орқали таълим беришнинг самарадорлигини оширишда бу ўқув қўлланма, олинган назарий билимларини амалиётда қўллашда тўғри ёндашишга ёрдам беради ва уларни етук мутахассис бўлиб етишиб чиқишини таъминлашда муҳим ўрин эгаллайди.

Мазкур қўлланмада амалий кўникмаларни бажаришдаги ҳаракатлар кетма-кетлиги баён этилган. Бу эса, юқори босқич талабалари эгаллашлари лозим бўлган амалий кўникмаларни бу тартибда баён қилиш, улар томонидан ўз касбий маҳоратларини пухта ўзлаштиришни осонлаштиради. Қўлланмада

келтирилган харбир амалий кўникма учун чизмалар,схемалар,суратлар ва расмлар берилган бўлиб,улар рангли тасвирларда кўрсатилган.

Хозирда,симуляцион ўқитиш тизимида муляжлардан фойдаланган холда,инновацион усулларни қўллаш орқали талабаларда амалий кўникмаларни хосил қилиш муҳим ўрин эгалламоқда.

Ўқув қўлланмада харбир амалий кўникма учун мақсад, кўрсатма,қарши кўрсатма,уни бажариш учун керакли тиббий жихозлар,уни бажариш техникаси ва бажариш жараёнида мумкин бўлган асоратлар хақида маълумот берилган. Махсус бўлимларда турли хил шошилиш холатларда болаларга дастлабки жаррохлик ёрдамини кўрсатиш ва текшириш усуллари хамда уларни бажариш техникасини алгоритми баён қилинган.

Ўқув қўлланма, болалар жаррохлиги фани бўйича тиббиёт олий ўқув юртинининг юқори босқич талабалари,магистрлар,клиник ординаторлар учун мўлжалланган.Қўлланмадан оилавий поликлиникаларда фаолият юритаётган умумий амалиёт шифокорлари хам фойдаланиши мумкин.

Ушбу китоб болалар жаррохлиги бўйича амалий кўникмаларни профессионал даражада эгаллашга боғишланган ўзбек тилида лотин графикасида ёзиб тайёрланган илк қўлланма бўлганлиги учун, албатта камчиликлардан холи эмас.Шунинг учун , муаллиф ушбу китоб хақидаги барча танқидий фикр-мулохазаларни мамнуният билан қабул қилади ва кейинги нашрларда инобатга олади. .

Қўлланма Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги ва Андижон давлат тиббиёт институти Илмий Кенгаши томонидан нашрга тавсия этилган.

# БЎЛИМ –I. АБДОМИНАЛЬ ЖАРРОХЛИКДАН АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР

## ҚОРИННИ ЮЗАКИ ПАЛЬПАЦИЯ ҚИЛИШ

**Мақсад:** Қорин бўшилиғини юзаки пальпация қилишни билиш.

**Кўрсатма:** Қорин бўшилиғини юзаки пальпация қилишга зарурият бўлганда.

**Керакли тиббий жихозлар:** Кушетка, стерил резина кўлқоп.

**Бажариш техникаси:**

Қоринни юзаки пайпасланганда, қоринни олдинги деворини сезгирлигини (нормада бола пайпаслашга реакция қилмайди), оғриқлилигини (нормада оғриқсиз), мушакларини таранглилигини (нормада юмшоқ), мускулларини гипотониясини (чурра аниқланиши мумкин, нормада бўлмайди), қорин бўшлиғи аъзоларини ўлчамларини (катталашганини), қориндаги дагни (нормада бўлмайди) аниқлаш мумкин.

1. Шифокор бемор билан контактга кириб, уни тинчлантиради.

Бемор кушеткага чалқанча ҳолатда ётади, беморни боши тагига кичик ёстикча қўйилади. Қўллари танасининг ён томонида ёки кўкрак қафасини устига қўйиб туради. Оёқлари тизза ва чаноқ-сон бўғимида юқорига бироз букилади. Бунда қоринни олдинги девори мушаклари бўшашган ҳолатда бўлади.

2. Шифокор резина кўлқоп кияди ва кафти иситилади.

3. Шифокор беморнинг ўнг томонида, унинг юзига қараб стулда ўтиради. Қоринни юзаки пальпация қилиш, агар шикоятлар бўлмаса, чап ёнбош соҳасидан бошланади.

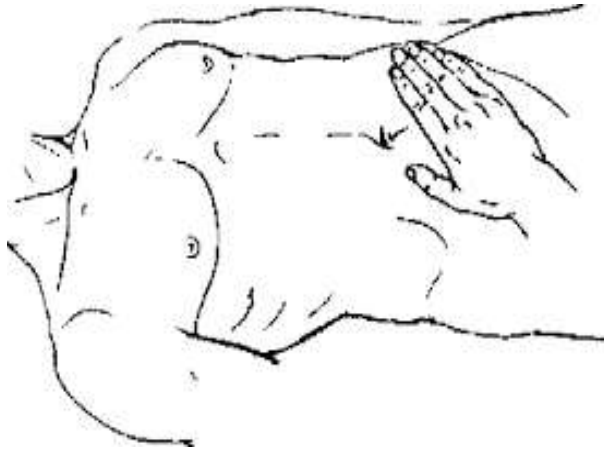
4. Ўнг қўлни кафти билан чап ёнбош соҳасига қўйилади ва қорин деворига бармоқлар билан секин босилади.

5. Сўнг қўлни ўнг томондаги худди шу симметрик соҳага кўчирилади ва худди шундай куч билан босилади.

6. Қориннинг юқори қисми чап қовурға ости сохасидан пальпация қилинади.
7. Кейин ўнг қовурға равоғи ости симметрик соха пальпация қилинади
8. Шундан сўнг, шифокор эпигастрал сохани пальпация қилади
9. Киндик атрофи сохаси соат стрелкаси бўйича пальпация қилинади.
10. Сўнг қовуқ усти сохаси пальпация қилинади
11. Юқоридаги тартиб бўйича II, III, IV ва V бармоқ учлари билан қорин деворига енгил босилиб, қорин мушаклари таранглигини аниқланади (чап ёнбош сохадан бошлаб).
12. Қорин тўғри мушакларини бир-биридан қочганлигини аниқлаш: ўнг қўлнинг ярим букилган бармоқлари қорин оқ чизиғига қўйилади ва бемордан бошини кўтариш сўралади. Агар мушаклар бир-биридан қочган бўлса, шифокор бармоқлари ичига тушгандек бўлади.
13. Щеткин-Блюмберг симптомини аниқлаш учун, ўнг қўлнинг ярим букилган бармоқларини қорин ичига аста-секин ботирилади, кейин қўл бармоқлари бирданига тортиб олинади. Бунда қўлни босгандаги қориндаги оғриқ кучаяди ва бу симптом мўсбат деб баҳоланади.
14. Юза пальпация киндик, чов сохасидаги чурраларни аниқлаш билан яқунланади.
15. Резина қўлқоп ечилиб, антисептик эритма бор идишга солинади.



Беморни қорин бўшлиғини пальпация қилишдаги ҳолати



Қоринни юзаки пальпация қилиш

### ҚОРИННИ ОБРАЗЦОВ-СТРАЖЕСТКО БЎЙИЧА СИРПАНУВЧИ ЧУҚУР ПАЛЬПАЦИЯ ҚИЛИШ

**Мақсад:** Қорин бўшилиғи аъзоларини чуқур пальпация қилиш.

**Кўрсатма:** Қорин бўшилиғи аъзоларини чуқур пальпация қилишга зарурият бўлганда.

**Керакли тиббий жихозлар:** Кушетка, стерил резина қўлқоп.

**Бажариш техникаси:**

1. Шифокор бемор билан контактга кириб, уни тинчлантиради.

Бемор кушеткага чалқанча холатда ётади, беморни боши тагига ёстикча қўйилади. Қўллари танасининг ён томонида ёки кўкрак қафасини устига қўйиб туради. Оёқлари тизза ва чаноқ-сон бўғимида юқорига бир оз букилади. Бунда қоринни олдинги девори мушаклари бўшашади.

2. Шифокор резина қўлқоп кияди ва кафти иситилади.

Шифокор беморнинг ўнг томонида, унинг юзига қараб стулда ўтиради.

### Жигарни пальпация қилиш

1. I момент – чап қўлни кафти ва 2-5 бармоқларини ўнг бел соҳасига қўйиб, бош бармоғи билан олдидан ўнг қовурға ёйини босиб ушлаб турилади.

2. II момент – ўнг қўлни 2-5 бармоқларини учини биров букиб, ўрта ўмров чизиғи

бўйича ўнг қобирға ёйини пастга қўяди.

3. III момент – беморни нафас олиши пайтида, терини бироз пастга силжитиб, аста-секин ўнг қўл бармоқларини қобирға остига ботиради.

4. IV момент – беморга чуқур нафас олиш айтилади. Бунда жигар пастга тутушиб, бармоқлар остидан чиқади. Нормада жигар 5-7 ёшли болаларда ўнг қоқобирға ёйи остидан 1-2 см пастга чиқиб туради, катта ёшли болаларда эса қоқобирға ёйи остидан чиқмайди.

Одатда жигарни пастки қирғоқлари ўткир, юмшоқ-эластик, оғриқсиз, юзаси силлиқ ва текис бўлади.



### **Сигмасимон ичакни пальпация қилиш**

Сигмасимон ичак проекциясини аниқлаш -киндик билан чап spina ileaca anterior superior ўртасида хаёлан чизик ўтказамиз ва уни учта тенг бўлакка бўламиз. Чизикнинг ўрта ва ташқи қисимлари ўртасида сигмасимон ичак проекцияси бўлади.

1. I момент- ўнг қўлни қориннинг олд деворига пальпация қилинадиган аъзо ўқиға перпендикуляр қўйилади

2. II момент- нафас олишда терини киндик томонга йиғиб, бурма хосил қилинади.

3. III момент- нафас чиқаришда қўл қоринга чуқур киритилади.

4. IV момент-қўл аъзонинг тепасидан пастга қараб сирпантирилади ва



сигмасимон ичак аниқланади.



### **Кўричакни пальпация қилиш**

1.Кўр ичакнинг проекциясини аниқлаш- киндик ва ўнг томондан *spina ileaca anterior superior* ни боғловчи чизикнинг ўрта ва ташқи учдан бир қисмлари чегараси топилади

2.I момент- ўнг қўл қориннинг олди деворига пайпасланадиган аъзо ўқига перпендикуляр холатда қўйилади

3.II момент- нафас олишда терини киндик томонга йиғиб,бурма хосил қилинади

4.III момент- нафас чиқаришда қўлни қоринга чуқур киритилиб, аъзонинг юқорисидан пастга ва ичкаридан ташқарига сирпантирилади ва кўричак аниқланади.



## **Кўндаланг - чамбар ичакни пальпация қилиш**

- 1.Ошқозонни пастки чегараси пальпация қилиб топилади.
- 2.I момент- 2 та қўлнинг 4 та ярим эгилган бармоқлари- ошқозоннинг топилган пастки чегарасидан 2-3 см пастга ва қоринни ўрта чизиғидан 4-5 см чап ва ўнг томонга (билатерал) қўйилади.
- 3.II момент-нафас олиш вақтида терини юқорига йиғиб, тери бурмаси хосил қилинади.
- 4.III момент - нафас чиқаришда қўлни қоринга чуқур киритилиб, қўлни аъзонинг юзасидан юқоридан пастга сирпантриб тушилади ва кўндаланг –чамбар ичак аниқланади.



## **Кўтарилувчи йўғон ичакни пальпация қилиш**

- 1.Кўтарилувчи йўғон ичак проекциясини аниқлаш- қорин ўнг тўғри мушак киррасидан 1 см ташқарида ва ўнг қовурға ёйидан 2 см пастда жойлашган.
- 2.I момент- чап қўл панжаси ўнг бел сохасига қўйилади, ўнг қўл панжаси кўтарилувчи йўғон ичак проекциясига қўйилади.
- 3.II момент- нафас олишда киндик томонга тери бурмаси хосил қилинади
- 4.III момент- нафас чиқаришда қўлни чуқур қоринга киритилиб, аъзонинг юзасидан ичкаридан ташқарига сирпантрилади ва кўтарилувчи йўғон ичак аниқланади.



### **Пастга тушувчи йўғон ичакни пальпация қилиш**

- 1.Пастга тушувчи йўғон ичак проекциясини аниқлаш- қоринни чап тўғри мушак қиррасидан 1 см ташқарига ва чап қовурға ёйидан 2 см пастда жойлашган.
- 2.I момент- ўнг қўл панжаси чап бел соҳасига қўйилади, чап қўлни пастга тушувчи чамбар ичак проекциясига қўйилади.
- 3.II момент- нафас олишда киндик томонга тери бурмаси ҳосил қилинади.
- 4.III момент- нафас чиқаришда қўлни қоринга чуқур киритилиб, аъзо устидан ичкаридан ташқарига сирпантирилади ва пастга тушувчи йўғон ичак аниқланади.



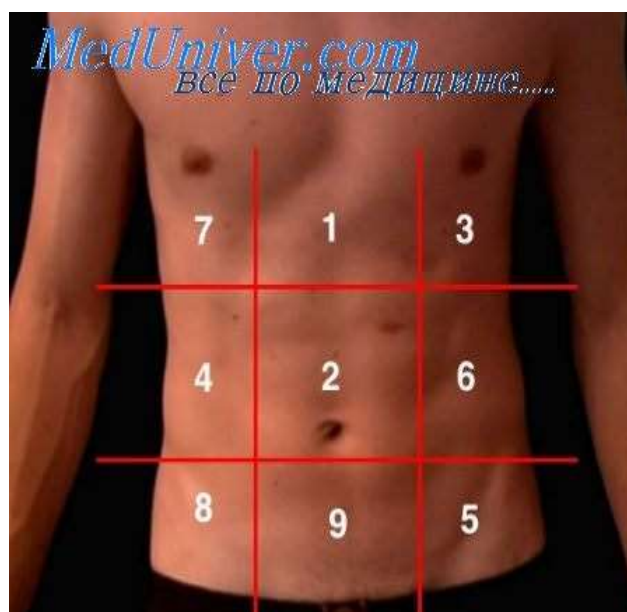
## **Ошқозонни пальпация қилиш**

- 1.Ошқозонни пастки чегараси пальпация қилиб топилади.
- 2.I момент- ошқозоннинг аниқланган пастки чегарасига ўнг қўлнинг букилган 2-5 бармоқларини олд ўрта чизикқа вертикал қўйилади.
- 3.II момент-нафас олишда терини юқорига силжитиб, тери бурмаси хосил қилинади.
- 4.III момент- нафас чиқаришда қўлни қоринга чуқур киритилиб, аъзонинг юзасидан юқоридан пастга сирпантиради ва ошқозон аниқланади.



## **Талокни пальпация қилиш**

- 1.I момент- Ўнг қўлни бирлаштирган ва биров эгилган бармоқларини чап қовурға ёйи тагига қўйилади.
- 2.II момент- нафас олишда терини пастга силжитган холда тери бурмасини хосил қилинади.
- 3.III момент-бемор секин-аста нафас чиқарганда,ўнг қўлни ичкарига,қовурға ёйи тагига ботириб боради.
- 4.IV момент-беморга чуқур нафас олишни буюради, шу вақтда агар талок катталашган бўлса , пастга харакатланади ва қўлга урилиб, унинг устидан сирпаниб ўтади.
5. Барча пальпациялар ўтказилгандан сўнг резина қўлқоп ечилиб,антисептик суюқлиги бор идишга солинади.



Қоринни олдинги деворини сохалари:1-эпигастраль соха; 2-киндик атрофи сохаси; 3-чап қовурға ости сохаси; 4-ўнг ён соха; 5-чап ёнбош соха; 6-чап ён соха; 7-ўнг қовурға ости сохаси; 8-ўнг ёнбош соха; 9-қовуқ усти сохаси.

## **ҚОРИННИ БИМАНУАЛ ТАҚҚОСЛОВЧИ ПАЛЬПАЦИЯ ҚИЛИШ**

**Мақсад:** Ўткир қорин синдромида, қоринни олдинги девори мушакларини пассив таранглашиш жойини, таққословчи пальпация қилиб аниқлаш.

**Кўрсатма:** Ўткир қорин синдроми.

**Керакли тиббий жихозлар:** Кушетка, стерил резина қўлқоп.

**Бажариш техникаси:**

- 1.Беморни чалқанча ётқизиб, беморни боши тагига кичик ёстик қўйилади, оёқлари тизза ва сон бўғимларида қорин томонга бироз букилади. Беморнинг қўллари кўкрак устида бўлиши лозим.
- 2.Шифокор резина қўлқоп кийиб, кафти иситилади.
- 3.Шифокор беморни бош томонига қараб, унинг ўнг томонида стулга ўтиради.
- 4.Бемор билан мулоқотга кирилиб, жисмонан ва рухан тинчлантиради.
- 5.Шифокор иккала илиқ қўллари билан қоринни икки ёнбош соҳасини бир вақтда юзаки палпация қилади. Бунда қайси ёнбош соҳасида мушаклар таранглиги (дефанс) аниқланса, ўша соҳада патология бор деб ҳисобланади.
- 6.Резина қўлқоп ечилади.



## **ЎТКИР АППЕНДИЦИТНИ АСОСИЙ СИМПТОМЛАРИНИ АНИҚЛАШ**

### **Ситковский симптомини аниқлаш техникаси.**

**Мақсад:** Ўткир аппендицитни ташхислаш.

**Кўрсатма:** Қориндаги оғриқлар.

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил резина қўлқоп, кушетка.

**Бажариш техникаси:**

- 1.Шифокор резина қўлқоп кийиб, кафти иситилади.

2. Шифокор беморни бош томонига қараб, унинг ўнг томонида стулга ўтиради.

3.Беморни чап ёнбошга, оёқлари тизза ва сон бўғимларида қорин томонга бироз букилган ҳолатда ётқизилганда, аппендицитни пастга силжиши ва тутқичини тортилиши натижасида, ўнг ёнбош соҳасида осилиш, оғриқ сезилади – Ситковский симптоми мусбат деб баҳоланади.

4.Резина қўлқоп ечилади.



### **Филатов симптомини аниқлаш техникаси**

**Мақсад:** Ўткир аппендицитни ташхислаш.

**Кўрсатма:** Қориндаги оғриқлар.

**Керакли анжомлар:** Стерил резина қўлқоп, кушетка.

**Бажариш техникаси:**

1.Шифокор резина қўлқоп кийиб, кафти иситилади.

2.Беморни чалқанча ётқизиб, оёқлари тизза ва сон бўғимларида қорин томонга бироз букилади.

3.Шифокор беморни бош томонига қараб, унинг ўнг томонида стулга ўтиради.

4.Бемор билан мулоқотга кирилиб, жисмонан ва рухан тинчлантиради.

5. 10 ёшдан катта беморларда шифокор беморни қорини чап ёнбош соҳасидан бошлаб, соат милига тескари йўналишда йўғон ичак проекцияси



бўйича ўнг ёнбош соҳасигача юзаки пайпаслайди. 10 ёшдан кичик беморларда эса бимануаль пальпация қилинади.

6.Бунда ўнг ёнбош соҳада локал оғриқ аниқланади – Филатов симптоми мусбат деб баҳоланади.

7.Резина қўлқоп ечилади.

### **Ровзинг симптомини аниқлаш техникаси**

**Мақсад.** Ўткир аппендицитни ташхислаш.

**Кўрсатма.** Қориндаги оғриқлар.

**Керакли анжомлар.** Стерил резина қўлқоп, кушетка.

**Бажариш техникаси.**

1.Шифокор резина қўлқоп кийиб, кафти иситилади.

2.Беморни кушеткага чалқанча ётқизиб, оёқлари тизза ва сон бўғимларида корин томонга бироз букилади.

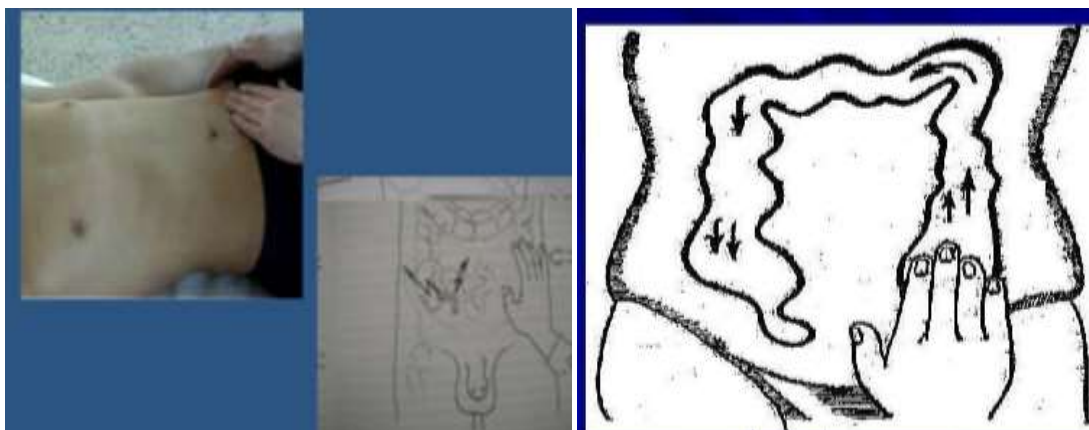
3.Шифокор беморни бош томонига қараб, унинг ўнг томонида стулга ўтиради.

4.Бемор билан мулоқотга кирилиб, жисмонан ва рухан тинчлантиради ҳамда коринни бўшаштириши сўралади.

5.Чап қўлни II-V бармоқлари билан чап ёнбош соҳасини босиб турган холда ўнг қўлни II-V бармоқлари билан сигмасимон ичак соҳасига ритмик равишда 2-3 маротаба босиб туртки берилади ёки чап қўл билан чап ёнбош соҳасини босмаган холда, ўнг қўлни II-V бармоқлари билан сигмасимон ичак соҳасига ритмик равишда 2-3 маротаба босиб туртки бериш ҳам мумкин. Бунда йўғон ичакда босим ошиб, ўнг ёнбош соҳасида локал оғриқ сезилади- Ровзинг симптоми мусбат деб баҳоланади.

6.Резина қўлқоп ечилади.





### **Щеткин –Блюмберг симптомини аиқлаш техникаси**

**Мақсад:** Перитонитни ташхислаш.

**Кўрсатма:** Қориндаги оғриқлар.

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил резина қўлқоп, кушетка.

**Бажариш техникаси:**

- 1.Шифокор резина қўлқоп кийиб, кафти иситилади.
- 2.Беморни кушеткага чалқанча ётқизиб, оёқлари тизза ва сон бўғимларида қорин томонга бироз букилади.
- 3.Шифокор беморни бош томонига қараб, унинг ўнг томонида стулга ўтиради.
- 4.Бемор билан мулоқотга кирилиб, жисмонан ва рухан тинчлантиради ҳамда қоринни бўшаштириши сўралади.
- 5.Ўнг қўлни II-V бармоқлари билан аста- секин қоринни юза пайпаслаш йўли билан энг кучли оғриқ сохаси аниқланади.
- 6.Шу соха чуқурроқ босилиб, қўл тез олинади, бунда оғриқ кучайиб, бола безовталанади ва Щеткин-Блюмберг сиптоми мусбат деб бахоланади.
- 7.Кейин қоринни бошқа сохаларида ҳам шу симптом текшириб кўрилади – агар бошқа сохаларида ҳам мусбат бўлса, перитонит тарқоқ ҳисобланади. Щеткин-Блюмберг симптоми қорин пардани яллиғланиши (перитонит) натижасида уни таъсирланишини билдиради.
- 8.Резина қўлқоп ечилади

## **Бартомье-Михельсон симптомини аниқлаш техникаси.**

**Мақсад:** Ўткир аппендицитни ташхислаш.

**Кўрсатма:** Қориндаги оғриқлар.

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил резина қўлқоп, кушетка.

**Бажариш техникаси:**

- 1.Шифокор резина қўлқоп кийиб, кафти иситилади.
- 2.Беморни кушеткага чалқанча ётқизиб, оёқлари тизза ва сон бўғимларида қорин томонга бироз букилади.
- 3.Шифокор беморни бош томонига қараб, унинг ўнг томонида стулга ўтиради.
- 4.Беморни чап ёнбошга ётқизиблиб, ўнг қўлни II-IV бармоқлари билан ўнг ёнбош соҳасини босганда оғриқ сезилади – Бартомье-Михельсон симптоми мусбат деб баҳоланади.
- 5.Резина қўлқоп ечилади.



## **Воскресенский симптомини аниқлаш техникаси.**

**Мақсад:** Ўткир аппендицитни ташхислаш.

**Кўрсатма:** Қориндаги оғриқлар.

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил резина қўлқоп, кушетка.

**Бажариш техникаси:**

- 1.Шифокор резина қўлқоп кийиб, кафти иситилади.
- 2.Беморни кушеткага чалқанча ётқизилади.
- 3.Шифокор беморни бош томонига қараб, унинг ўнг томонида стулга ўтиради.

4.Шифокор чап кўли билан беморни кўйлагини пастга тортиб ушлаб туради,ўнг кўлини бармоқларини бироз букган холда, тортилган кўйлак устидан эпигастраль сохадан ўнг ёнбош сохага қараб тездан сирпантериб юргизади.Бунда ўнг ёнбош сохада кучли оғриқ сезилади–Воскресенский симптоми мусбат деб баҳоланади.

5.Резина кўлқоп ечилади.



### **Эрта ёшдаги болаларда аппендицит ва перитонитда “Кўлини итариш” симптомини аниқлаш техникаси.**

**Мақсад:** Эрта ёшдаги болаларда перитонит ва аппендицитни ташхислаш.

**Кўрсатма:** Эрта ёшдаги болаларда перитонит ва аппендицитга гумон бўлганда локал оғриқни аниқлаш. Бу ёшдаги болаларда оғриқ қорин бўйлаб бўлганлиги сабабли, қоринни палпация қилинганда бемор қорин олдинги девори мушакларини актив таранглаштириб олади. Шунинг учун,беморни қисқа вақтли медикаментоз ухлатиб, ўнг ёнбош сохасида локал оғриқ борлигини аниқлаш зарур.

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил резина кўлқоп, кушетка, хлораль-гидратнинг 2-3% ли эритмасидан ёшга боғлиқ ҳолда (1 ёшгача 10-15 мл, 1-2 ёшгача 15-20 мл, 2-3 ёшгача 20-25 мл), 20,0 ли стерил шприц, стерил резинали ёки полиэтилен катетер.

### Бажариш техникаси:

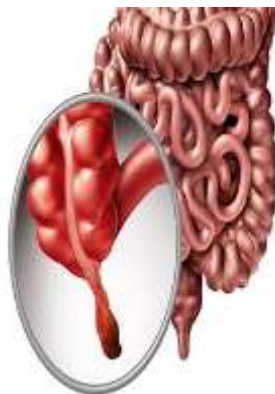
- 1.Беморда тозаловчи хуқна ўтказилади.
- 2.Шифокор резина қўлқоп кийиб, кафти иситилади.
- 3.Беморда енгил уйқу чақириниш мақсадида унинг тўғри ичагига 10-15 см узунликда катетер киритилиб, ёшга боғлиқ миқдорда, тана хароратидаги 2-3 % ли хлоральгидрат эритмасини шприцга олиб, катетер орқали тўғри ичакга юборилади. 10-15 мин.дан сўнг бемор ухлайди. Бунда қорин мушакларини актив таранглашиши йўқолади.
- 4.Беморни кушеткага чалқанча ётқизилади.
- 5.Шифокор беморни бош томонига қараб,унинг ўнг томонида стулга ўтиради.
- 6.Шифокор ўнг қўлини II-V бармоқларини ўнг ёнбош соҳасига қўйиб, чуқур пайпаслайди. Агар аппендицит ва перитонит бўлса, бемор уйқу ҳолатида бўлса ҳам шифокорни қўлини ўз қўли билан итаради ва бу симптом мусбат деб баҳоланади.
- 7.Резина қўлқоп ечилади.



Расм 1.



Расм 2.



Расм 3.



Расм 4.

**Расм 1**-Щеткин-Блумберг сиптомини аниқлаш; **Расм 2**-ўткир аппендицитда ва перитонитда оғриқли соҳалар; **Расм 3**-ўткир гангреноз аппендицитни кўриниши; **Расм 4**-ўткир аппендицитни аниқлашда беморни қорини пальпация қилиш.

## ВАЙНЕРТ СИМПТОМИНИ АНИҚЛАШ

**Мақсад:** Жигар ва талоқни ёпиқ шикастланишларида оғриқни аниқлаш.

**Кўрсатма:** Жигар ва талоқни ёпиқ шикастланишларини ташхислаш.

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил резина қўлқоп, кушетка.

**Бажариш техникаси:**

- 1.Шифокор резина қўлқоп кийиб, кафти иситилади.
- 2.Беморни кушеткага чалқанча ётқизиб, оёқлари тизза ва сон бўғимларида қорин томонга бироз букилади.
- 3.Шифокор беморни бош томонига қараб, унинг ўнг ёки чап томонида стулга ўтиради.
- 4.Иккала қўлни 2-5 бармоқлари билан иккала бел соҳасини ушлаб турган ҳолда, биринчи бармоқлар билан иккала қовурға ости соҳасини эзиб кўрилади. Чап томонда мушаклар таранглашуви ва оғриқ аниқланса, талоқ шикастланиши, ўнг томонда мушаклар таранглашуви ва оғриқ аниқланса, жигар шикастланиши бор деб баҳоланади.
- 5.Резина қўлқоп ечилиб, антисептик эритма бор идишга солинади.



Вайнерт симптомини аниқлаш

## 3 ЁШГАЧА БОЛАЛАРДА ЎТКИР ҚОРИН СИНДРОМИНИ МЕДИКАМЕНТОЗ УХЛАТИБ КЎРИШ

**Мақсад:** 3 ёшгача бўлган болаларни психо-эмоционал ҳолатини ўзига хослиги туфайли, қорин олдинги девори мушакларини фаол

таранглашишини йўқотиш учун, ўткир қорин синдромида қорин олдинги девори мушакларини пассив таранглашишини аниқлаш.

**Кўрсатма:** Беморда ўткир қорин синдроми.

**Қарши кўрсатма:** Тўғри ичак касалликлари, беморни умумий оғир ҳолати, жигар ва буйракларни функцияси ўткир бузилганда.

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил резина қўлқоп, кушетка, резинали ёки полиэтилен стерил катетер, докали сальфетка, 20,0 ли бир мартали стерил шприц, 100 ёки 200 мл ли резина баллонча (груша), 3% хлоральгидрат эритмасидан 20-30 мл.

**Бажариш техникаси:**

1. Шифокор резина қўлқоп кияди.
2. Беморни чап ёнбошга ётқизиб, оёқлари тизза ва сон бўғимларида қорин томонга букилади.
3. Стационар шароитда ош тузининг 1% ли гипертоник эритмасини боланинг ёшига боғлиқ холда 100-200 мл миқдорда 100 ёки 200 мл ли резина баллончага олинади, сўнг беморга тозаловчи хукна қилинади.
4. Беморни 5-10 минутдан кейин тувакка ўтказилади.
5. Стулдан сўнг, болани яна чап ёнбошга ётқизиб, оёқлари тизза ва сон бўғимларида қорин томонга букилади ва 10-15 см узунликда тўғри ичакга катетер киритилиб, у орқали илиқ 3% ли хлоральгидрат эритмасини 20,0 ли шприцга олиб, боланинг ёшига боғлиқ холда (1 ёшгача 10-15 мл, 1 – 2 ёшда 15 – 20 мл, 2-3 ёшда 20 – 25 мл) тўғри ичакка юборилади.
6. Катетер тўғри ичакдан чиқариб олинади ва антисептик эритма бор идишга солинади. Беморни чалқанча ётқизилади. 10-15 дақиқадан сўнг юзаки уйқу чақирилади.
7. Сўнг беморни қорнини олдинги деворини юзаки пайпасланади. Бунда қорин олдинги девори мушакларини пассив таранглиги аниқланади ва перитонит деб ташхис қўйилади.

Аппендицитда бу таранглик ўнг ёнбош соҳасида аниқланади. Агар шу

жойни чуқурроқ пайпасланса, локал оғриқ кучайиб “қўлни итариш” симптоми хам аниқланади.

8. Резина қўлқоп ечилиб, 3% ли хлорамин эритма бор идишга солинади.

## **ҚИЗИЛЎНГАЧ АТРЕЗИЯСИДА ЭЛЕФАНТ СИНАМАСИНИ ЎТКАЗИШ**

**Мақсад:** Қизилўнгач атрезиясини аниқлаш.

**Кўрсатма:** Қизилунгач атрезиясига гумон қилинганда.

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил резина қўлқоп, Шарьер буйича №8–10 ли стерил “Nelaton” ёки “Suction” полимер катетер, вазелин ёки тиббёт глицерини, 20,0 ли стерил шприц.

**Бажариш техникаси:**

1. Шифокор резина қўлқоп кияди.

2. Чақалоқни кўрув столига елкаси билан бош қисмини бироз юқорига кўтариб ётқизилади

3. Катетер учидан 5-6 см узунликда вазелин ёки глицерин суртилади.

4. Чап қўл билан болани боши бироз олдинга букилган ҳолатда ушлаб турилади, ўнг қўл билан катетер пастки бурун йўли ёки оғиз-халқум орқали қизилунгачни тўмтоқ қисмигача киритилади.

5. Қизилунгач атрезиясида катетер қизилўнгачни тўмтоқ тугалланган жойида, яъни 8-10 см чуқурликда тўсикқа учраб тўхтаб қолади ва зонднинг харакатини тўхтатиб, Элефант синамаси ўтказилади.

6. Қизилўнгачдан зонд орқали суюқлик сўриб олинади.

7. 20,0 ли шприцга ҳаво олинади, катетер орқали ҳаво тезлик билан юборилади. Бунда ҳаво оғиз – бурун бўшлиғи орқали шовқин билан чиқади ва қизилўнгачни атрезияси бор деб баҳоланади. Атрезия бўлмаганда, ҳаво тўсикларсиз ошқозонга эркин ўтади.

8.Агар қизилўнгачни проксимал қисмини трахеага оқмаси бўлса, юборилган хаво катетер орқали трахеага ўтиб кетади. Бунда Элефант синамаси манфий хисобланади.

9. Катетер секинлик билан чиқариб олинади.

10.Резина қўлқоп ечилиб,3% ли хлорамин эритмаси бор идишга солинади.



Қизилўнгачни оғиз ёки бурун орқали зондлаш

Полимер катетерлар

## ҚИЗИЛЎНГАЧ АТРЕЗИЯСИНИ ЗОНДЛАБ АНИҚЛАШ

**Мақсад:** Қизилўнгач атерзиясини аниқлаш.

**Кўрсатма:** Қизилўнгач атрезиясига гумон бўлганда.

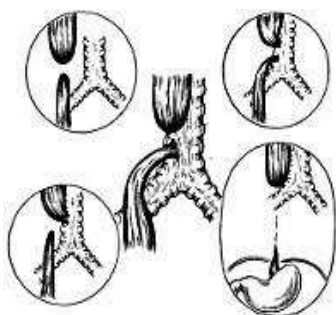
**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил резина қўлқоп, Шарьер буйича №8–10 ли стерил “Nelaton” ёки “Suction” полимер катетер, стерил вазелин ёки глицерин мойи.

**Бажариш техникаси:**

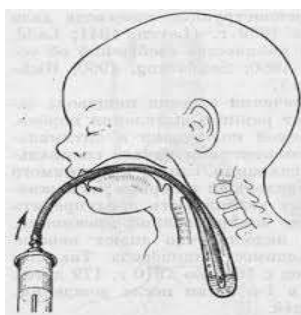
- 1.Шифокор резина қўлқоп кияди.
- 2.Чақалоқни боши бироз кўтарилиб, олдинга букилган ҳолатда чақалоқларни йўргаклаш столига чалқанча ётқизилади.
- 3.Катетер учидан 5-6 см узунликда вазелин ёки глицерин мойи суртилади.
- 4.Катетерни ўнг қўл билан ушлаб, чақалоқни оғзи (расм 2.) ёки пастки бурун йўли (расм 3.) орқали қизилўнгачга киритилади.



- 5.Кизилўнгач атрезиясида катетер қизилўнгачни тўмтоқ тугалланган жойида тўсиққа учраб тўхтаб қолади, агар катетер киритиш яна давом эттирилса, у оғиз орқали қайтиб чиқади (расм 4). Бунда қизилўнгачни атрезияси бор деб бахоланади.Агар катетер қайтиб чиқмаса,қизилўнгачни тешиб қўймаслик учун уни қаттиқ итармаслик керак! Бунда Элифант синамасини ўтказилади.
- 6.Агар қизилўнгачни проксимал қисмини трахеага оқмаси бўлса, катетер трахеага ўтиб кетади ва чақалоқда йўтал пайдо бўлади.
- 7.Катетер секин аста чиқариб олинади.
- 8.Резина қўлқоп ечилиб, 3% ли хлорамин эритмаси бор идишга солинади.



Расм 1.



Расм 2.



Расм 3.



Расм 4.

**Расм 1**-қизилўнгач атрезияси турлари схемаси; **Расм 2**-қизилўнгачни оғиз орқали зондлаш; **Расм 3**- қизилўнгачни бурун орқали зондлаш; **Расм 4**- киритилган зондни қизилўнгачдан қайтиб оғизга чиқиши.

## ҚИЗИЛЎНГАЧ ТУҒМА НУҚСОНЛАРИНИ АНИҚЛАШДА КОНТРАСТЛИ РЕНТГЕН ТЕКШИРИШ

**Мақсад:** Қизилўнгач туғма нуқсонларини ташхислаш.

**Кўрсатма:** Қизилўнгач атрезиясига, қизилўнгач - трахея оқмасига, қизилўнгач стенозига (ахалазиясига),калта қизилўнгачга гумон бўлганда.

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил резина қўлқоп, Шарьер бўйича № 8–10 ли стерил “Nelaton” ёки “Suction” полимер катетер, вазелин мойи ёки тиббиёт глицерини, 5 ва 10 мл ли стерил шприцлар, йодолипол ёки йоднинг сувли

эритмаларидан бири (верографин, триомбраст, трезограф, йодамид в.б.).

### **Бажариш техникаси:**

1.Шифокор резина қўлқоп кияди.

2.Чақалоқни рентген столига чалқанчасига, елкаси билан бош қисмини бироз юқорига қўтариб ётқизилади

3.Катетер учига вазелин мойи ёки глицерин суртилади.

4.Чап қўл билан болани боши бироз олдинга букилган холатда ушлаб турилади,ўнг қўл билан катетер пастки бурун йўли ёки оғиз орқали қизилўнгачни тўмтоқ қисмигача киритилади.

5.Қизилўнгачдан 10 мл ли шприц ёрдамида катетер орқали суёқлик сўриб олинади.

6.5 мл ли шприцга 2,0-3,0 мл контраст модда олиниб, шприц катетер учига ўрнатилади.

7.Беморни вертикал холатга ўтказилиб, контраст модда катетер орқали қизилўнгачга юборилгач, тўғри проекцияда рентгенография қилинади.

8.Қизилунгач атрезиясида контраст модда қизилўнгачнинг тўмтоқ тугаган соҳасида туриб қолади, бронхга оқма бўлганда, контраст модда трахея ва бронхларга оқиб тушгани кўринади.

Рентгеноскопия қилинганда қизилўнгач стенозида, контраст модда қизилўнгачнинг торайиш қисмида ингичка оқим кўринишида ўтади, юқори қисмларида контраст модда туриб қолиши аниқланади, бу қисмлар кенгаймаган холатда бўлади. Қизилўнгач ахалазиясида эса, контраст модда вақтинчалик қизилўнгачнинг кардиал қисмида туриб қолади ёки ингичка оқим билан ошқозонга оқиб тушади. Қизилўнгач юқори қисмлари кенгайган холатда бўлади.

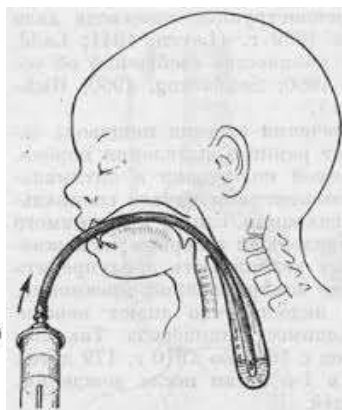
9.Юборилган контраст модда шприц билан катетер орқали қайтариб сўриб олинади.

10.Катетер аста-секин чиқариб олинади.

11. Резина қўлқоп ечилиб, катетер билан бирга, 3% ли хлорамин эритмаси бор идишга солинади.



Расм 1.



Расм 2.



Расм 3.



Расм 4.

**Расм 1**-қизилўнгач атрезияси схемаси; **Расм 2**-қизилўнгачга контраст моддани юбориш; **Расм 3**-қизилўнгач стенози; **Расм 4**-қизилўнгач атрезияси.

## ЭЗОФАГОСКОПИЯНИ ЎТКАЗИШ ТЕХНИКАСИ

**Мақсад:** Қизилўнгачни куйиш даражасини, торайган жойини, варикоз кенгайган вена контомирларини ҳолатини, қизилўнгачдаги ёт жисмни, полипни, дивертикулни аниқлаш.

**Кўрсатма:** Қайд қилиш, дисфагия, овқат ўтишини қийинлашуви, қизил ўнгачдаги ёт жисм, ошқозон-қизилўнгач рефлюкси.

**Қарши кўрсатма:** Астма хуружи, ўтқир юрак контомир етишмовчилиги, варикоз веналардан қон кетиш, қизил ўнгачни химик ва термик куйишининг 1-5 кунлари, ўтқир нафас етишмовчилиги.

**Керакли тиббий жихозлар:** Фиброэзофагоскоп ёки қаттиқ эзофагоскоп, операция столи, лидокаин спрейи ёки қисқа вақтли наркоз учун кетамин, 10,0 ёки 20,0 ли стерил шприц.

**Бажариш техникаси:**

Текширув эрталаб оч қоринга ўтказилади. Болаларда қаттиқ эзофагоскоп билан эзофагоскопия қилишда, кетамин билан қисқа вақтли наркоз берилади.

1. Резина қўлқоп кийилади.

2. Лидокаин спрейини олиб, халқум ва хиқилдоққа сепилади.

3. 5 дақиқадан сўнг беморни ёнбошига ёки чалқанча ётқизилади.

4. Фиброскоп найига унинг учидан 5-10 см узунликда глицерин суртилади.

5. Фиброскопни оғиз орқали халқумдан қизилўнгачни кириш қисмигача ўтказилади.

6. Кўрув назорати остида хаво юбориб, фиброскопни секин – аста ичкарига суриб қизилўнгачга ўтказилади ва унинг деворларини шиллиқ қаватларини яллиғланиши, эрозияси ва яраларини, ўсмаларни, ёт жисмни бор- йўқлиги, торайган ёки кенгайган жойларини, вена қонтомирларини ҳолати кўрилади.

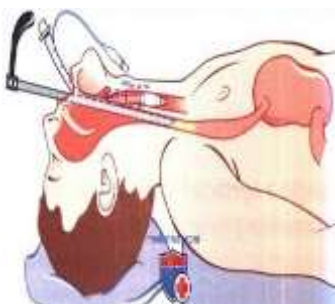
7. Муолажа тугагач, фиброскопни аста- секин орқага тескари тартибда тортиб чиқариб олинади.

8. Фиброскопни шланги антисептик эритма шимдирилган сальфетка билан артилади.

9. Резина қўлқоп ечилиб, антисептик эритма бор идишга солинади.



Расм 1.



Расм 2.



Расм 3.

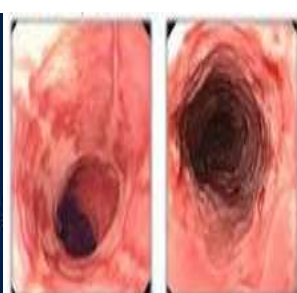
Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.



Расм 7.



Расм 8.

**Расм 1**-фиброэзофагоскоп билан эзофагоскопия қилиш ва мониторда кузатиш;  
**Расм 2**-қаттиқ эзофагоскоп билан эзофагоскопия қилиш; **Расм 3**- қаттиқ эзофагоскоп ; **Расм 4**- фиброэзофагоскоп; **Расм 5**-эзофагоскопияда қизилўнғач шиллик қаватини кўриниши; **Расм 6**:-1-қизилўнғачни юқори қисмини дивертикулини тешигини ва трахеяга кириш тешигини кўриниши,2-қизилўнғачни ўрта қисмини дивертикулларини 3 та тешигини кўриниши;  
**Расм 7**- эрозив эзофагит; **Расм 8**-нормада қизилўнғачни кардиал қисмини эзофагоскопияда кўриниши.

## **ФИБРОЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯНИ (ФЭГДС)**

### **ЎТКАЗИШ ТЕХНИКАСИ**

**Мақсад:** Қизилўнғач, ошқозон ва 12 бармоқли ичакни ҳолатини кўриш.

**Кўрсатмалар:** Қайд қилиш, дисфагия, ошқозон- ичак трактидан қон кетиш, портал гипертензияда вена қонтомирларини ҳолатини аниқлаш, ошқозон-қизилўнғач рефлюкси, ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги, Меллори-Вейс синдроми.

**Қарши кўрсатмалар:** Астма хуружи, ўтқир юрак қонтомир етишмовчилиги, варикоз веналардан қон кетиш, қизилўнғачни химик ва термик куйишининг 1-5 кунлари, ўтқир нафас етишмовчилиги.

**Керакли тиббий жихозлар:** Фиброэзофагогастроуденоскоп, операция столи, лидокаин спрей ёки қисқа вақтли нақоз учун кетамин, 10,0 ёки 20,0 мл ли шприц, вазелин ёки глицерин мойи.

#### **Бажариш техникаси:**

Текширув куннинг биринчи ярмида оч қоринга ўтказилади. Кичик ёшдаги болаларда кетамин билан қисқа вақтли наркоз остида ўтказилади.

1. Шприцга лидокаин эритмасини олиб, халқум ва хикилдоққа сепилади.

2.5 дақиқадан сўнг беморни чап ёнбошига ётқизилади.

3. Фиброскопни оғиз орқали халқумдан қизилўнғачни кириш қисмигача

ўтказилади.Кўрув назорати остида, хаво юбориб фиброскопни секин-аста суриб қизилўнгачга ўтказилади ва қизилўнгач деворини кузатиб борилади.

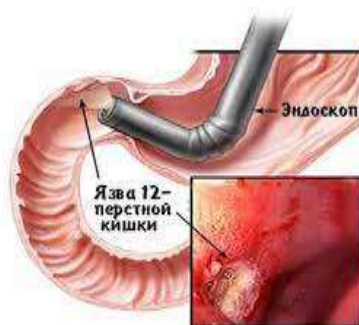
4.Сўнг, фиброскопни кардиал сфинктер (серрата чизиги) дан ошқозонга ўтказилади.

5.Хаво юбориб, ошқозон деворларини унинг пилорик сахасигача ва 12 бармоқли ичак деворлари кўздан кечирилади.

6.Фиброскопни аста-секин орқага тескари тартибда тортиб чиқариб олинади.



Расм 1.



Расм 2.



Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.

**Расм 1**-ўтни 12 бармоқли ичакдан ошқозонга ўтиши; **Расм 2**-ФЭГДСда 12 бармоқли ичакдаги ярани кўриниши; **Расм 3**-ФЭГДС да ошқозонни антраль қисмидаги ярани кўриниши; **Расм 4**-ФЭДСни экранда кузатиш; **Расм 5**-фиброэзофагогастроуденоскоп; **Расм 6**-фиброскопни қизилўнгачда, ошқозонда ва 12 бармоқли ичакда жойлашиш холатини схемаси.

# Қизилўнгачдан қон кетганда Блэкмор зондини ўрнатиш техникаси

**Мақсад:** Қизилўнгач ва меъдани кардиал қисмидан қон кетишни вақтинчалик тўхтатиш.

**Кўрсатма:** Қизилўнгачнинг варикоз кенгайган веналаридан ёки Меллори-Вейс синдромида профуз қон кетиши.

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил резина қўлқоп, 10,0 ли шприц, вазелин ёки глицерин, Жане шприци, Блэкмор зонди, 0,5% ли дикаин ёки 2% ли лидокаин эритмаси, промедол, пипольфен, тахминан 1 литрча қайнатилган илиқ сув.

## **Бажариш техникаси:**

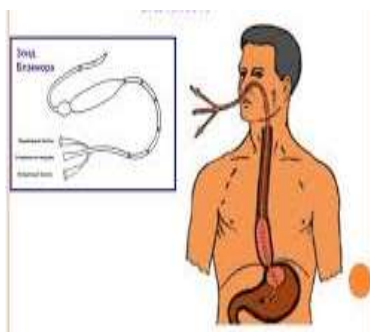
1. Резина қўлқоп кийилади.
2. Зонд баллончаларини бутунлигини текшириб, уларнинг ичига юбориладиган сув ёки хаво хажмини шприц ёрдамида аниқланади.
3. Зондга вазелин ёки глицерин суртилади.
4. Халқум-томоқ йўли 0,5% ли дикаин ёки 2% ли лидокаин эритмаси билан инсуфляция қилинади.
5. Зонд бурун орқали халқумга, қизилўнгачга, сўнг меъдага ўтказилади.
6. Зонднинг ошқозонга ўтказилган баллончасига 10,0 ли шприц орқали хаво юборилиб, сўнгра зонд юқорига тортилади.
7. Зонднинг қизилўнгач қисмидага баллончага, Жане шприци ёрдамида 70 мл гача хаво юборилади (ҳар қайси бемор учун индивидуал).
8. Баллончаларнинг шишириш даражаси, хаво ўтказгич каналидаги резинали баллончалар орқали назорат қилинади.
9. Меъда зонд орқали сув билан ювилади.
10. Меъдадан ажралаётган суюқликни таркибига қараб, тампонадани эффективлик даражаси, яъни қон тўхтаганлиги аниқланади.
11. Беморга вақти-вақти билан ёшига боғлиқ холда промедол, пипольфен



қилинади.

12. Резина қўлқоп ечилиб, антисептик эритма бор идишга солинади.

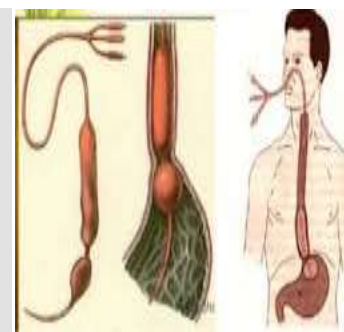
Зонд узоғи билан 24-72 соат гача қўйилади. Сўнг зонднинг ошқозон ва қизилўнгач қисмидаги баллончаларидаги ҳаво чиқарилиб, зонд аста-секинлик билан орқага тортиб олинади.



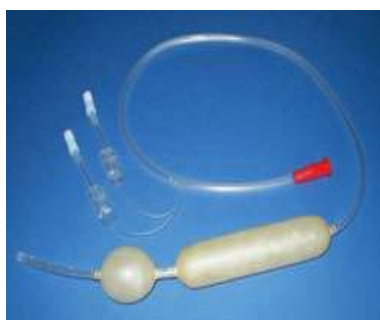
Расм 1.



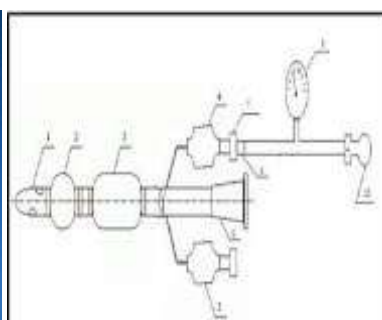
Расм 2.



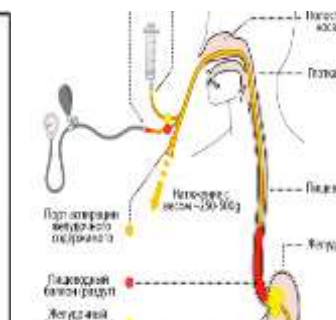
Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.

**Расм 1,2,3**-Блэкмор зонди ёрдамида, қизилўнгачни варикоз кенгайган веналаридан қон кетишини тўхтатиш схемаси; **Расм 4**-Блэкморнинг обтуратор зонди №18; **Расм 5**-Блэкмор зондини тузилиши схемаси; **Расм 6**-зондни қизилўнгачга қўйиш схемаси.

## ПИЛОРОСТЕНОЗНИ КОНТРАСТЛИ РЕНТГЕН ТЕКШИРИШ

**Мақсад:** Пилоростенозни ташхислаш.

**Кўрсатма:** Пилоростенозга гумон бўлганда.

**Керакли тиббий жихозлар:** Диаметри 2-4 мм ли полиэтилен ингичка стерил ошқозон зонди (Шаръер бўйича № 8-10), глицерин ёки ўсимлик мойи,



йодолипол, 20,0 ли стерил шприц, стерил резина қўлқоп.

### **Бажариш техникаси:**

Текширув рентган хонасида бажарилади. Беморни текширувдан 2-3 соат аввал овқатлантирмаслик керак.

1.Шифокор резина қўлқоп кияди.

2.Зондга шприц ёрдамида хаво юбориб, унинг ўтказувчанлиги текширилади.

4.Зондни оғиздан ошқозонгача бўлган узунлиги ўлчанади ( бурун учидан кулоқни юмшоқ қисмигача ва ундан туш суягининг ханжарсимон ўсимтасигача бўлган узунликда) ва фламастер билан чизилиб ёки лейкопластирь билан ёпиштирилиб белги қўйилади.

5.Зондга унинг учидан 5-6 см узунликда глицерин ёки ўсимлик мойи суртилади.

6.Беморни оғиз орқали зондлашда, кушеткага чалқанча ётқизиб шифокор чап қўлини беморнинг бошини орқасига қўйиб бироз олдинга букилади. Беморни оғзи очилиб зондни ўнг қўлга олиб, унинг учини тил илдизига қўйиб секин-аста қизилўнгач орқали ошқозонга туширилади. Бурун орқали зондлашда эса, бурун катаклари шилликлардан тозаланиб, зонд бурунни пастки йўли орқали секин-аста киритилади. Беморни бирданига безовталаниб, кучли йўтал тутиши зонд учини нафас йўлига тушиб қолганлигини билдиради. Бунда зондни орқага тортиб, қайтадан киритилади. Ошқозон махсулотини зонд орқали ўзи оқиб чиқиши ёки уни шприц билан тортганда чиқиши, зондни ошқозонга тушганлигини билдиради. Шу зонд орқали ошқозон суюклиги сўриб олинади.

7.Йодолиполни она сути билан 1:1 нисбатда аралашмасидан боланинг ёшига мос ҳолда 10-20 мл шприцга олиниб, зонд орқали ошқозонга юборилади ва зонд ошқозондан секин-аста чиқариб олинади.

8. Резина қўлқоп ечилади.

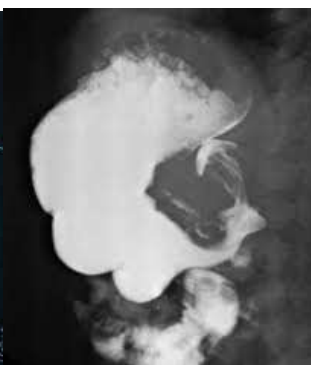
9.20-30 минутдан сўнг биринчи рентген сурати олинади. Иккинчи рентген сурати аралашма юборилгандан 2 соат кейин ўтказилади. Кейинги рентген

суратини олиш иккинчи рентген сурати натижасига қараб, 3, 6 соатлардан сўнг ўтказилади. Агар 3, 6 соатдан кейин ҳам контраст модда ошқозондан ўтмаса ёки оз миқдорда ўтса ҳам пилоростеноз бор деб баҳоланади.

**Мумкин бўлган асоратлар:** Зондни нафас йўлига тушиб қолиб, беморни кучли йўталтириб, безовта қилиши, бурун орқали зондланганда бурун шиллик қаватларини шикастланиб қонаши.



Расм 1.



Расм 2.



Расм 3.



Расм 4



Расм 5.



Расм 6.



Расм 7.



Расм 8.

**Расм 1-** контраст модда юборилгандан 30 дақиқадан сўнги рентгенограммада у ичакка ўтмаган; **Расм 2-3** соатдан сўнги контраст модда ингичка ичакка оз миқдордр ўтган; **Расм 3,4-** Гипертрофик пилоростенозни расмда кўриниши; **Расм 5-4** соатдан кейин ҳам контраст модда ингичка ичакка ўтмаган; **Расм 6-** тик турганда тўғри проекцияда рентгенограмма; **Расм 7-**ётган холда тўғри проекцияда рентгенограмма, **Расм 8-**тик турганда ёнбошдан олинган рентгенограмма. Бу рентгенограммаларда контраст модда ошқозонда узок вақт ушланиб турибди.

## ОШҚОЗОННИ ЗОНДЛАШ ТЕХНИКАСИ

**Мақсад:** Ошқозонни ювиш, контрастли рентген текшириш, ошқозон суюқлигини текширувга олиш, орал декомпрессия қилиш, энтерал озиклантириш.

**Кўрсатма:** Ошқозон орқали захарланишлар, динамик ичак тутилишлари (ичаклар парези), бемор ўзи оғиз орқали овқатлана олмаганда, 3 ёшгача ёки бехуш беморларда ошқозон-ичак трактини контрастли рентген текшириш.

**Қарши курсатма:** Ошқозондан қон кетганда, қизилўнғачни чандиқли ёки ўсма натижасида торайишида, қизилўнғач веналарини варикоз кенгайишида.

**Керакли тиббий жихозлар.** Диаметри 2-4 мм ли полиэтилен ингичка стерил ошқозон зонди (Шаръер бўйича № 8-12), вазелин ёки глицерин ёки ўсимлик мойи, 20,0 ли стерил шприц, махсус оғиз кергич ёки юмшоқ материалдан тайёрланган кергич, стерил резина қўлқоп, кушетка.

**Бажариш техникаси:**

1. Бемор эрталаб овқатланмаслиги керак.
2. Шифокор резина қўлқоп кияди.
3. Зондга шприц ёрдамида хаво юбориб, унинг ўтказувчанлиги текширилади.
4. Ошқозон зондини зарурий узунлиги ўлчанади (бурун учидан кулоқнинг юмшоқ қисмигача ва ундан тўш суягининг ханжарсимон ўсимтасигача бўлган узунликда) ва фламастер билан чизилиб ёки лейкопластирь билан ёпиштирилиб белги қўйилади.
5. Зондга унинг учидан 5-6 см узунликда вазелин ёки глицерин ёки ўсимлик мойи суртилади.
6. Ошқозонга зондни мақсадга мувофиқ бир марталик ёки узоқ муддатга қўйиш мумкин. Агар ошқозонни бир марта зондлаш керак бўлса, зондни оғиз орқали, агар узоқ муддатга қўйилса, бурун орқали зондланади.
- 7.5 ёшгача бўлган ёки хушсиз беморни оғиз орқали зондлашда, кушеткага чалқанча ётқизиб, шифокор чап қўлини беморнинг бошини орқасига қўйиб, бироз олдинга букилади. Беморни оғзи очилиб, зондни тишлаб олмаслиги учун тишлар орасига махсус оғиз кергич ёки юмшоқ материалдан тайёрланган кергич қўйилади. Сўнг зондни ўнг қўлга олиб, унинг учини тил илдизига қўйиб, секин- аста қизилўнғач орқали ошқозонга туширилади. Бурун орқали зондлашда эса, бурун катаклари шиллиқлардан тозаланиб, зонд

бурунни пастки йўли орқали секин-ста киритилади.

8.5 ёшдан катта беморни оғиз орқали зондлашда эса, стулга ўтказиб, бошини бироз олдинга энгаштирилади, оғизни катта очиш тавсия этилади. Зондни ўнг кўлга олиб, унинг учини тил илдизига қўйиб ва беморга ютиниш тавсия этилади. Ҳар ютинишда зонд белгиланган жойигача ичкарига киритилиб борилади. Беморни бирданига безовталаниб, кучли йўтал тутиши, зонд учини нафас йўлига тушиб қолганлигини билдиради. Бунда зондни орқага тортиб, беморни бир оз тинчлантириб, зонд қайтадан киритилади. Ошқозон суюқлигини зонд орқали ўзи оқиб чиқиши ёки уни шприц билан тортганда чиқиши, зондни ошқозонга тушганлигини билдиради.

Бу ёшдаги беморларда ҳам бурун орқали зондлаш юқорида кўрсатилгандек бажарилади.

Бурун орқали ошқозонга узоқ вақтга қўйилган зондни, бурун катаклари атрофи терисига лейкопластирь ёрдамида ёпиштириб, махкамланади.

9.Керакли муолажалар бажарилгач, ошқозондан зонд секинлик билан тортиб чиқариб олинади.

10.Резина кўлқоп ечилиб, 3% ли хлорамин эритма бор идишга солинади.

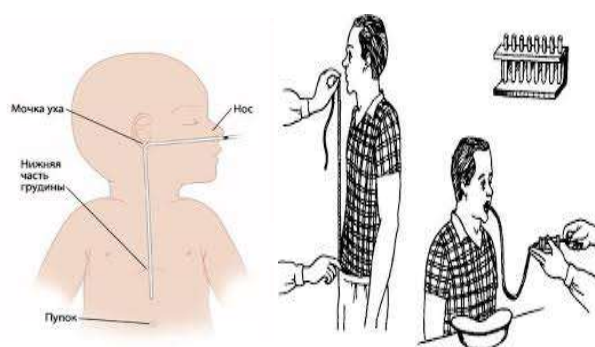
**Мумкин бўлган асоратлар:** Зондни нафас йўлига тушиб қолиб, беморни кучли йўталтириб, безовта қилиши, бурун орқали зондланганда бурун шиллик қаватларини шикастланиб қонаши.



Резинали зондлар



Полимерли ошқозон зондлар



Ошқозонни бурун ёки оғиз орқали зондлаш

Ёшга боғлиқ зонд узунлигини ўлчаш

## ОШҚОЗОННИ ЮВИШ ТЕХНИКАСИ

**Мақсад:** Даволаш ва ошқозон касалликларини ташхислаш.

**Кўрсатма:** Ошқозон орқали захарли моддалар билан ёки овқатдан захарланганда, ошқозонда ўтказиладиган операциядан олдин ошқозонни тозалаш, ошқозондан қон кетиш, ошқозон суюқлигини захарли моддаларга текшириш учун намуна олиш.

**Керакли тиббий жихозлар:** Диаметри 2-4 мм ли 0,5-1 м узунликдаги полиэтилен ингичка стерил ошқозон зонди (Шаръер бўйича № 8-12), глицерин ёки ўсимлик мойи, шпатель, махсус оғиз кергич ёки юмшоқ материалдан тайёрланган кергич, сирланган пақирда қайнатилган 3-5 л тана хароратидаги илиқ сув, чўмич, клеёнкали фартук, кушетка ва чойшаб, ошқозон ювиндисини текшириш учун тоза шиша идиш, ошқозон ювиндисини йиғиш учун тоғара, 100,0 ёки 200,0 ли Жане шприци, стерил резина қўлқоп, 0,5 л. ли шишали ёки пласмассали воронка, 1-2 % ли натрий гидрокарбонат эритмаси 3-5 л (кислатали моддалар билан захарланганда ишлатилади), тоза сочиқ.

**Бажариш техникаси:** Ошқозонни 2 та усулда, яъни зондсиз ва зонд орқали ювиш мумкин.

**1-усул:** Зондсиз ювиш усулида беморга 3-4 стакан илиқ сув ёки содали эритма ёки калий перманганатли эритма ёки бошқа суюқлик ичирилади. Сўнг тилни илдиз сохасини, қўлнинг 2-ва 3-бармоқлари ёки шпатель билан босиб,

қайт қилиш рефлекси чакирилади. Шунинг билан бир неча бор қайтарилиб, ошқозондан тоза сув чиққунга қадар ювилади (расм 7).

**2-усул:** Зонд орқали ювишда, муолажани шифокор ва хамшира бирга бажаради.

1.Шифокор ва хамшира резина қўлқоп кияди.

2.Зондга шприц ёрдамида хаво юбориб, унинг ўтказувчанлиги текширилади.

3.Ошқозон зондини ёшга мос зарурий узунлиги ўлчанади (бурун учидан кулоқнинг юмшоқ қисмигача ва ундан туш суягининг ханжарсимон усимтасигача бўлган узунликда) ва фламастер билан чизилиб, ёки лейкопластирь билан ёпиштирилиб белги қўйилади(расм 3).

4.Шифокор ўзига ва беморга клеёнкали фартук тақилади.

5.Зондга унинг учидан 5-6 см узунликда глицерин ёки пахта ёки писта мойи суртилади.

6.5 ёшгача бўлган беморни зондлашда, хамшира стулга ўтириб беморни олдини пеленка билан ёпиб, бемор оёқларини ўзининг икки оёғи орасига олган холда бошини елкасига келтириб, бир оз олдинга энгаштириб ушлаб туради. Стулдан пастга оёқлар рўпарасига тоғара қўйилади. Хушсиз беморни оғиз орқали зондлашда эса уни кушеткага чалқанча ётқизиб, хамшира чап қўлини беморнинг бошини орқасига қўйиб, бироз олдинга букилган холда ушлаб туради. Шифокор чап қўлининг бош ва ўрта бармоқлари билан беморни иккала лунжидан қисиб, пастки жағини пастга тушириб, оғзини очади. Зондни тишлаб олмаслиги учун тишлар орасига махсус оғиз кергич ёки юмшоқ материалдан тайёрланган кергич қўйилади. Сўнг шифокор зондни ўнг қўлга олиб, унинг учини тил илдизига қўйиб, секин-аста (зонд тез киритилса у букланиб қолиши мумкин!)қизилўнгач орқали ошқозонга туширилади ва беморни ўнг ёнбошга ётқизилади.

7.5 ёшдан катта беморни оғиз орқали зондлашда эса, бемор олдида клеёнка фартук тутулиб стулга ўтқизилади, оёқлари орасига тоғара қўйилади. Хамшира бемор бошини бир оз олдинга энгаштирилган холда ушлаб туради.

Бемордан оғизни катта очиш сўралади. Агар оғзини очмаса, шпатель орқали тил асосини босиб оғзи очилади. Шифокор зондни ўнг кўлига олиб, унинг учини тил илдизига қўйиб ва беморга ютиниш тавсия этилади. Ҳар ютинишда зонд белгиланган жойигача ичкарига киритилиб борилади. Беморни бирданига безовталаниб, кучли йўтал тутиши, зонд учини нафас йўлига, яъни трахеяга тушиб қолганлигини билдиради. Бунда зондни орқага тортиб, беморни бир оз тинчлантириб, зонд қайтадан киритилади. Ошқозон махсулотини зонд орқали ўзи оқиб чиқиши ёки уни шприц билан тортганда чиқиши, зондни ошқозонга тушганлигини билдиради. Агар ошқозон суюқлигини текшириш зарур бўлса, шприц ёрдамида ундан тахминан 50 мл намуна олинади, тоза банкачага қуйилади ва оғзи беркитилиб, ёрлик ёпиштирилади, сўнг текшириш учун юборилади.

8. Агар бемор оғир ахволда бўлса, уни ўнг ёнбошга ёстиқсиз ётқизиб, бармоқлар билан оғзини очиб, тишлари орасига кергич қўйиб ушлаб турилади. Сўнг бошини бироз олдинга букиб, зонд кизил ўнгачга киргизилиб аввал белгилаб қўйилган жойигача ошқозонга ўтказилади. Зондни ташқи учини бемордан пастга туширилади, ундан меъда суюқлиги ажралса, бу зонднинг тўғри киритилганлигидан далолат беради. Агар меъда суюқлиги чикмаса, шприц билан тортиб кўрилади, шунда ҳам чикмаса, зондни орқага ёки олдинга суриб, унинг ҳолати ўзгартирилади.

9. Зонд юборилгандан сўнг унинг ташқи тешигига воронка уланади (агар ювишни сифон принцида ўтказилса).

10. Сўнг уни ошқозон сатхидан пастроқда ушлаб туриб, чўмич билан воронкага сув қуйилади. Бунда воронка орқали зондга ҳаво тушиб қолмаслиги керак. Ошқозонга юбориладиган бир марталик сувнинг миқдори беморни ошқозонини ёшига мос ҳажмида олинади. Воронкани аста-секин оғиздан юқорига кўтарилади. Суюқлик ошқозонга тез ўтади. Суюқлик воронка бўғзигача пасайганда, воронкани ошқозон сатхидан пастга тушириб, тоғарага тутилади ва ошқозон ювиндиси зонд орқали чиқиб тоғарага



тўкилади. Бунда воронкадаги сувни хаммаси тушиб кетишига йўл қўйиб бўлмайди, чунки воронкага қайта сув қўйиш вақтида ҳаво зонд орқали ошқозонга кетиб қолиши мумкин ва бу муолажани қийинлаштиради. Бунинг учун воронкага қайта сув қўйишда уни ошқозон сатҳида ушлаб туриш зарур. Муолажани токи ювинди сув тоза бўлмагунча бир неча марта такрорланади. Агар кислотали моддалар билан захарланганда ошқозонни ювиш, натрий гидрокарбонат эритмаси билан бажарилади. Ошқозонни ювишда сувни зонд орқали Жане шприци ёрдамида юбориш қулайроқдир.

11..Муолажа тўтагач воронкани зонддан ажратиб олиниб, зонд аста-секин тортиб чиқарилади ва беморнинг ияги ва оғзи тоза сочиқ билан артиб қўйилади.

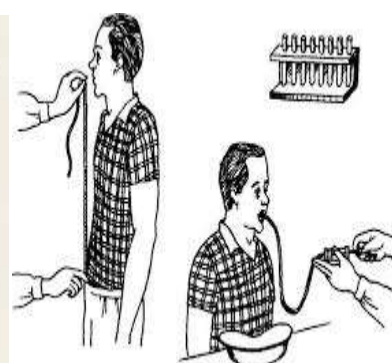
12. Резина қўлқоп ечилиб, антисептик суюқлиги бор идишга солинади.



Расм 1.



Расм 2.



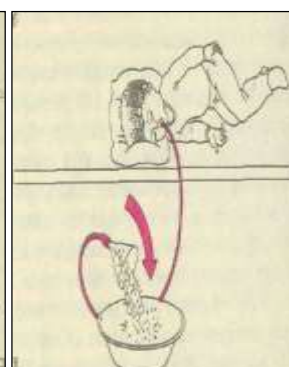
Расм 3



Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.



Расм 7.





Расм 8.



Расм 9.



Расм 10.

**Расм 1**-бемор ўтирган ҳолатда ошқозонини ювиш жараёни ва воронканинг ҳолатлари(а,б); **Расм 2**-ошқозонни зонд орқали ювишда воронканинг ҳолатлари; **Расм 3**-беморни ошқозонини ювиш учун, зондни узунлигини ўлчаш; **Расм 4**-зонд орқали ошқозондан суюқлик олиш; **Расм 5,6**-бемор ёнбошга ётган ҳолда ошқозонни ювиш ва воронкани ювишдаги ҳолати; **Расм 7**-бемор ошқозонини зондсиз ўзи ювиши; **Расм 8**-оғиз орқали ошқозонни зондлаш; **Расм 9**-полимер зондлар; **Расм 10**- резинали зондлар.

## ОШҚОЗОН ВА ИНГИЧКА ИЧАКНИ КОНТРАСТЛИ РЕНТГЕН ТЕКШИРИШ

**Мақсад:** Ошқозон ва ингичка ичакни туғма нуқсонларини, касалликларини ва ўтказувчанлигини аниқлаш.

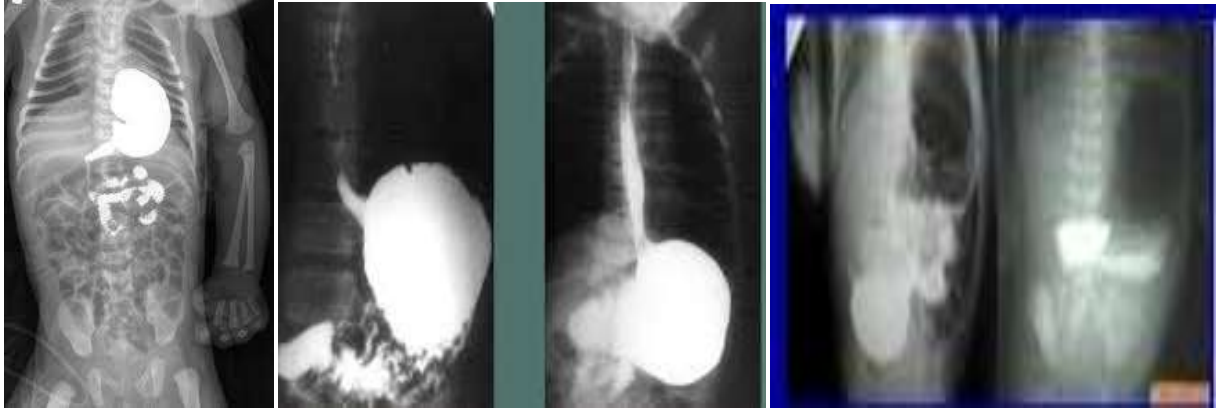
**Кўрсатма:** Ошқозон ва 12-бармоқли ичак яра касаллигига, туғма пилоростеноз,пилороспазм ва диафрагмал чуррага, туғма ва орттирилган ичаклар ўтказувчанлигини бузилишига, ичаклар иккиланишларига,ўсмасига гумон бўлганда.

**Керакли тиббий жихозлар:** Докадан тайёрланга стерил сальфетка ва шариклар, стерил резина қўлқоп, вазелин ёки глицерин мойи, диаметри 3-5 мм ли стерил полиэтилен ошқозон зонди, 20,0 ли стерил шприц ёки 100 мл ли Жане шприци,ёки стакан, контраст модда (йодолипол ёки 10% ли барий

сульфат суспензияси.

**Бажариш техникаси:**

- 1.Шифокор резина қўлқоп кияди.
- 2.Беморни ёшига мос холда ошқозон хажмини ҳисобга олиб, шприцга ёки стаканга керакли миқдорда контраст моддалардан бири олинади.
- 3.Агар бемор 3 ёшгача ёки беҳуш бўлса, контраст модда ошқозонга зонд орқали юборилади. Бунда ошқозон зондини зарурий узунлиги ўлчанади (бурундан туш суягининг ханжарсимон ўсимтасигача бўлган узунликда).
- 4.Зонд учи вазелин ёки глицерин билан мойланади.
- 5.Беморни бошини чап қўл билан ушланади, ўнг қўл билан охиста зонд болани чап бурун катаги орқали киритилади. Бунда зонд учи бурун, оғиз, ҳалқум ва қизилунгач орқали ўтиб, олдиндан белгиланган узунликда ошқозонга тушади.
- 6.Зонд орқали ошқозон махсулоти чиқа бошлайди, ошқозон қайнатилган илиқ сув билан ювилади, сўнгра шприцдаги контраст модда ошқозонга юборилади.
- 7.Зонд аста-секинлик билан ошқозондан чиқариб олинади.
- 8.Агар бемор ўзи ича олса, керакли миқдордаги контраст моддани стаканга олиб ўтирган холатда ичирилади.
- 9.Бемор рентген столига чалқанча ётқизилади.
- 10.Текшириш мақсади ва кўрсатмасига биноан рентген сурати олинади. (вертикал ва горизонталь холатда, тўғридан ва ёнбошдан, 10, 20, 30 дақиқада, 1, 2, 3 соатдан кейин ва хоказо).
- 11.Резина қўлқоп ечилиб, антисептик суюқлик бор идишга солинади



Контрастли рентгенограммада туғма юқори ичак тутилиши аниқланяпти.

## ТРЕНДЕЛЕНБУРГ ХОЛАТИДА КОНТРАСТЛИ РЕНТГЕН ТЕКШИРИШ

**Мақсад:** Кардия халазиясида ошқозон-қизилўнғач рефлюксини аниқлаш.

**Кўрсатма:** Кўп маротаба қонли ёки қонсиз қайт қилиш, бола хаётининг 1-кунидан бошлаб қайт қилса, кейинчалик овқатлантирилгандан сўнг қайт қилса, ётганда, бақириб йиғлаганда ивиган сут қайт қилса.

**Керакли тиббий жихозлар:** Болани ёшига мос миқдорда рентгенконтраст модда (барий сульфатни 10% ли эритмаси), стакан ёки болани ёшига мос ўлчамдаги резинали ёки полимер ошқозон зонди, 20,0 ли шприц.

**Бажариш техникаси:**

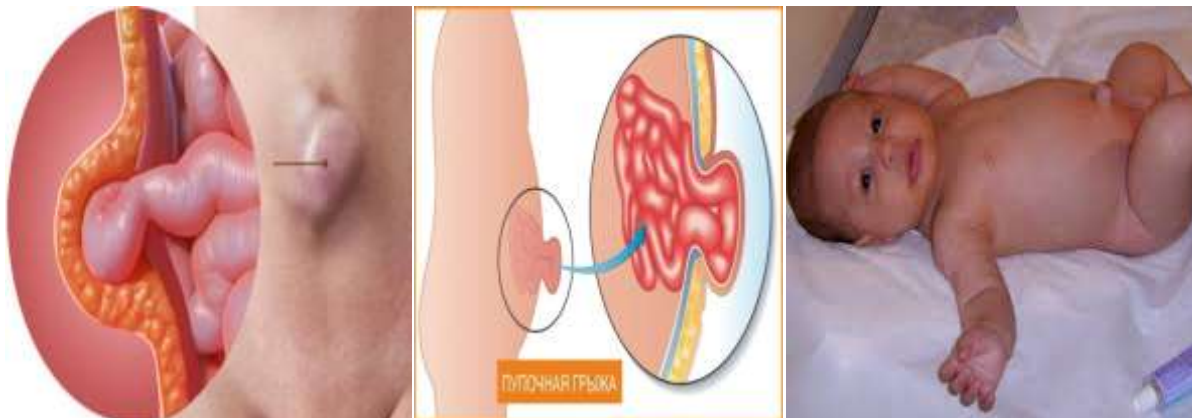
1. Беморга вертикал ҳолатда рентгенконтраст модда ичирилади. Агар бемор 2 ёшгача бўлса, контраст модда зонд орқали ошқозонга юборилади.
2. Сўнг, бемор оёғини юқorigа ва бошини пастга қилган ҳолатда рентген столига чалқанча ётқизилади (Тренделенбург ҳлати).
3. Тўғри проекцияда рентген сурати олинади.

Агар контраст модда ошқозондан қизил ўнғачка ўтса, уни кардиал қисмини халазияси бор деб баҳоланади. Буни рентгеноскопия қилиб ҳам кўриш мумкин.



### **Консерватив давоси қуйидагича:**

1. Болани хар йўргаклашдан олдин қорнига 2-3 минут давомида ётқизилиши керак. Бунда қорин пресси хосил бўлиб киндик халқаси тораяди.
2. Болани қорни эҳтиётлик билан, тўғри мушак бўйлаб ва киндик атрофи соат стрелкаси бўйича енгил массаж қилинади.
3. Чурра қорин бўшлиғига қиритилиб, киндикнинг иккала томонидан тери йиғилиб, бурма ҳосил қилинади ва кенг ёпишқоқ лейкопластирь ёпиштирилади. Бунда лейкопластирьни 7-10 кунда бир марта алмаштириш керак. Лейкопластирь натижасида терида мацерация ёки терининг таъсирланиши кузатилса, у олиниб, шу жойга диаметри 3-4 см ли танга кўйиб боғлаш ҳам яхши натижа беради. Агар танга бўлмаса, шундай ўлчамдаги қаттиқ картон қоғоз, юпка фонер, пластмасса ёки туникалардан (қалинлиги 004 мм ли) ҳам юмалоқ доира шаклда кесиб тайёрлаш мумкин. Қоринга махсус бандаж тақиш ҳам мумкин.
4. Болани қорнидаги босимни камайтириш учун, болани кўп йиғлатмаслик, йўталтирмаслик ва қабзиятни олдини олиш чоралари кўрилади.
5. Консерватив даволаш давомийлиги ҳар-хил бўлади. Одатда киндик халқаси 1-2 ёшда битади. Агар киндик чурраси катта бўлиб, киндик халқасида қисилиб қолса, шошилиш операцияга кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Кўп холларда 3 ёшгача консерватив даволанади. Агар битмаса, оператив давога кўрсатма ҳисобланади.



*Киндик чурраси*



Лямкали бандаж тутиш



Махсус бандаж тутиш

## КИНДИК ОҚМАСИНИ ФИСТУЛОГРАФИЯ ҚИЛИШ

**Мақсад:** Сийдик йўлини (урахусни) ва сариқлик йулини оқмаларини ташхислаш.

**Кўрсатма:** Киндик чуқурчасидан суюқ ажралма чиқиши.

**Керакли тиббий жихозлар:** стерил резина кўлқоп, спирт, ингичка полимер катетер ёки чақалоқлар учун ингичка металл уретрал катетер, вазелин ёки тиббиёт глицерини, контраст модда (йоднинг сувли эритмаси: верографин, триомбрат, триозограф, йодамид в.б.дан бири), стерил 5,0 ли шприц, докали стерил сальфетка ва шариклар, лейкопластирь.

**Бажариш техникаси:**

1. Шифокор резина кўлқоп кияди.
2. Бемор рентген столига чалқанча ётқизилади.
3. Катетер учига вазелин ёки глицерин суртилади.
4. 5,0 ли шприцга 2-3 мл контраст модда олинади.
5. Оқма тешигига ингичка катетер киритилиб, у орқали шприцга олинган контраст модда юборилгач, катетер чиқариб олинади.
6. Ёнбош проекцияда рентген сурати олинади ва оқмани йўналиши аникланади.



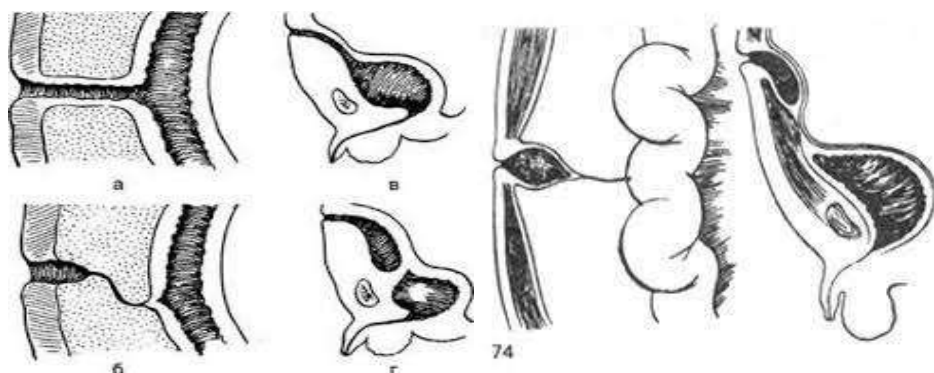
7. Агар рентген суратда контраст модда қорин бўшлиғи томон тўғри йўналишда кўринса, сариқлик йўлини оқмаси деб, агар пастга қовуқ томонга йўналишда кўринса, сийдик йўлини (урахусни) оқмаси деб баҳоланади.
8. Резина қўлқоп ечилиб, 3% ли хлорамин эритмаси бор идишга солинади.



Расм 1.

Расм 2.

Расм3.



Расм 4.

Расм 5.

**Расм 1**-Сариқлик йўлини оқмаси ва фистулограммаси; **Расм 2,3**-киндик оқмасини кўриниши; **Расм 4**-Сариқлик йўлини тўлик(а) ва нотўлик(б) оқмаси ва урахусни тўлик(в) ва нотўлик (г) оқмасини схемаси; **Расм 5**- Сариқлик йўлини ва урахусни нотўлик оқмасини схемаси.

## АСЦИТДА ҚОРИН БЎШЛИҒИНИ ПУНКЦИЯ ҚИЛИШ ВА ДРЕНАЖЛАШ

**Мақсад:** Қорин бўшлиғидан асцит суюқлигини чиқариш, чақалоқлар перитонитини қиёсий ташхислаш, қорин бўшлиғига қон қуйилишини

ташхислаш, лапароскопияда тайёрлаш этапи сифатида, перитониаль диализ ўтказиш учун, пневмоперитонеум қилиш.

**Кўрсатма:** Беморни қорин бўшлиғида асцит, чақалоқлар перитонити, қорин бўшлиғига қон қўйилиш, перитониал диализ ўтказиш, лапароскопияни ўтказиш, пневмоперитонеумни ўтказиш.

**Керакли тиббий жихозлар:** Операция столи, стерил резина қўлқоп, 20 мл ли стерил шприц игнаси билан, агар перитонеал диализ ўтказиш зарур бўлса троакар ва ингичка стерил полиэтилен катетер, спирт, 10 мл 0,5% ли новокаин, докадан тайёрланган стерил сальфетка ва шариклар, пинцет, лейкопластирь, лоток.

**Бажариш техникаси:**

1. Беморни боғлов хонасида операция столига чалқанча ётқизилади.
2. Шифокор резина қўлқоп кияди.
3. Пункция вақтида сийдик қопини тешиб қўймаслик учун, аввал бемор сийиб олади, агар ўзи сияолмаса катетер орқали сийдикни чиқариб, сийдик қопи бўшатилади.
4. Пункция қилишнинг мақсадига боғлиқ, пункция жойи танланади. Кўпроқ қоринни оқ чизиғи бўйича, киндикдан 1-3 см пастда ёки киндик билан симфиз оралиғини ўртасида пункция қилинади.
5. Қоринни олдинги деворини киндик атрофи ва пункция қилиш жойини териси спирт билан ишланади.
6. Шприцга игнани ўрнатиб, 10 мл новокаин олинади. 7. Киндик сохага апоневрозни қўшиб ипак ип (№6) билан крестсимон чок қўйилади ва чап қўл билан ипни учларидан ушлаб юқорига тортиб, қорин деворини максимал кўтариб турилади.
8. Қорин юзасига 45 градус бурчак остида ўнг қўл билан шприц игнасини қорин деворига аста-секин санчиб, бўшлиққа тушиш хисси пайдо бўлгунча киритилади. Агар шприцдаги новокаин холи тушса, ёки шприцни игнадан



чиқариб олганда игнадан суюқлик чиқишса (асцитда!) муолажа тўғри бажарилган бўлади.

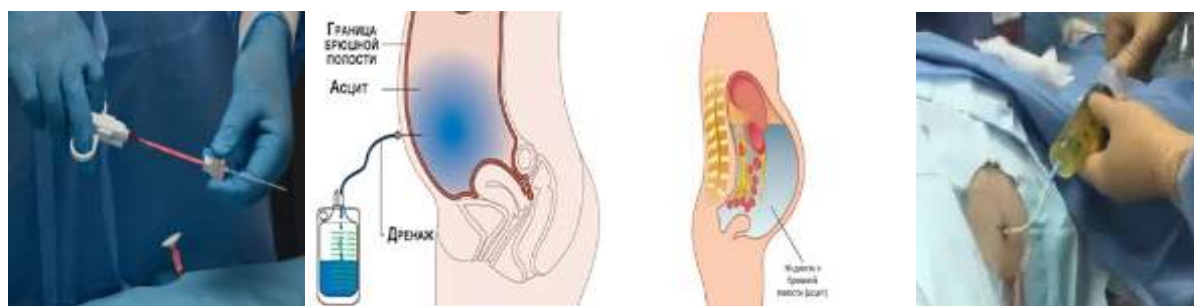
Агар перитонеал диализ ўтказиш керак бўлса, троакар билан пункция қилиниб, у орқали полиэтилен катетерни қорин бўшлиғига киритилади..

9. Кейинги муолажалар пункциянинг мақсадига боғлиқ бўлади: суюқлик чиқариш, хаво киритиш, ингичка полиэтилен катетер киритиш, лапароскоп тубусини киритиш ва б.

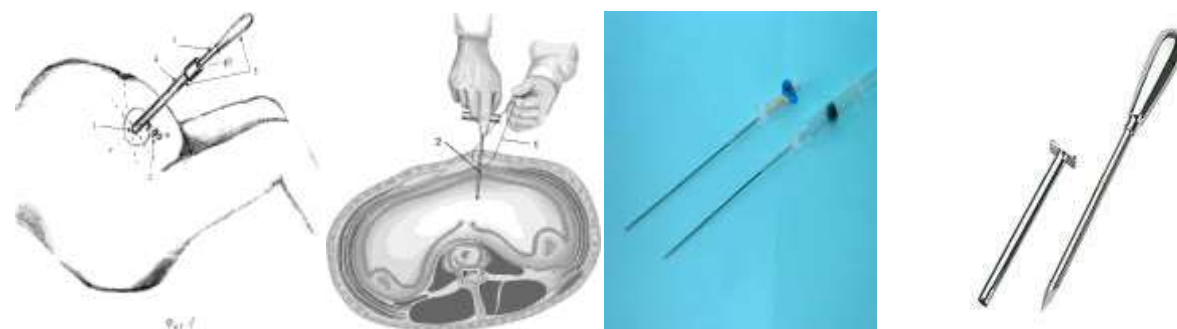
10. Суюқлик қориндан олингандан сўнг, игна чиқариб олинади ва пункция қилинган жойга спирт суркаб, сальфетка қўйиб, лейкопластирь билан терига ёпиштирилади.

11. Резина кўлқоп ечилиб, 3% ли хлорамин эритмаси бор идишга ташланади.

**Мумкин бўлган асоратлар:** Агар юқорида кўрсатилган бажариш техника қоидалари бузилса, игна билан ичакни ёки сийдик қопини тешиб қўйиш, хатто ички аъзоларни шикастлаб қўйиш мумкин.



Асцитда қорин бўшлиғини пункция қилиш



Қорин бўшлиғини троакар билан дренажлаш. Пункцион игна. Троакар.

## **Тўғри ичакни бармоқ билан текшириш**

**Мақсад:** Тўғри ичак касалликларини, Дуглас бўшлиғи абсцессини ташхислаш.

**Кўрсатма:** Тўғри ичак полипи, стенози, Дуглас бўшлиғи абсцесси, ичак инвагинати бошчасини аниқлаш, простата бези холатини аниқлаш ва ўсмалар, ички геморойдаль тугунлар, инфилтрат, йирингли парапроктит борлигини аниқлаш, ректоскопия ва ректороманоскопияни ўтказишдан олдин тўғри ичак холатини билиш .

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил резина қўлқоп, вазелин ёки глицерин, кушетка.

### **Бажариш техникаси:**

1. Бемор тизза-тирсак ёки чалқанча ётиб, оёқлари қорин томон келтирилиб тос-сон бўғимида биров керилган холатда ёки чап ёнбошга тиззалари қорин томонга букилган холатда, шифокорга орқаси билан ётқизилади.

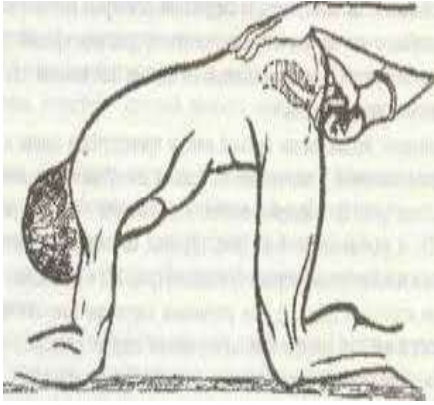
2. Резина қўлқоп кийилади.

3. Ўнг қўлни кўрсаткич бармоғига вазелин суртилади.

4. Кўрсаткич бармоқни аста-секин анал тешикка киритилиб, тўғри ичак соат стрелкаси йўналиши бўйлаб айланасига текширилади, оғриқли зона, инфилтрация бор – йўқлиги аниқланади, ташқи ва ички сфинктер тонусига ахамият берилади, ҳамда бармоқ бутунлай тўғри ичакка киритилиб, хосила бор-йўқлиги, тўғри ичак олдинги деворида қаттиқлик, осилиш, флюктуация бор- йўқлиги текширилади.

5. Бармоқ тўғри ичакдан чиқарилиб, бармоқ нима билан ифлослангани (йиринг, шиллик, нажас, кон) аниқланади.

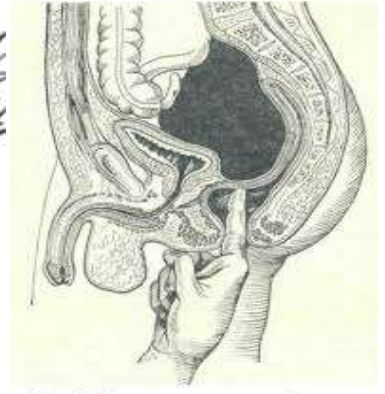
6. Резина қўлқоп ечилиб, дезинфекцияловчи эритма бор идишга солинади.



Расм 1.



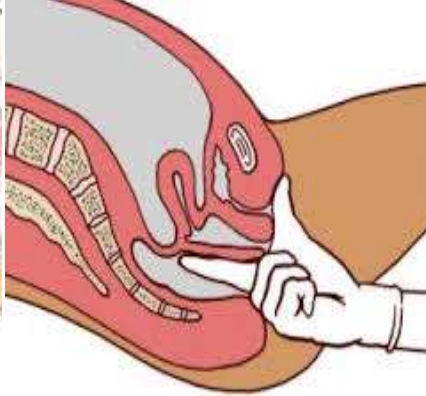
Расм 2.



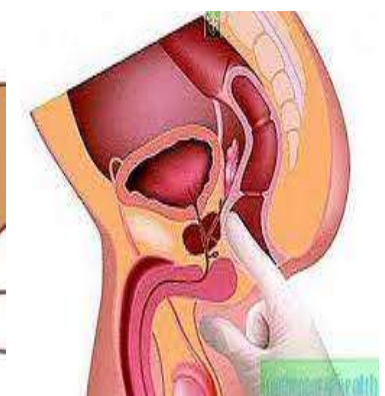
Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.

**Расм1**-беморни тўғри ичагини тизза-тирсак ҳолатида бармоқ билан кўриш схемаси; **Расм 2**-беморни тўғри ичагини ўнг ёнбошга, тиззалари қорин томонга букилган ҳолатда бармоқ билан кўриш схемаси; **Расм 3**-Дуглас бўшлиғи абсцессини бармоқ билан аниқлаш схемаси; **Расм 4**:-1-тўғри ичакни ички геморройдал тугуни, 2- тўғри ичакни ташқи геморройдал тугуни; **Расм 5**-қизларда тўғри ичакни бармоқ билан кўриш схемаси; **Расм 6**-ўғил болаларда тўғри ичак орқали простата безини бармоқ билан пальпация қилиш схемаси.

## **Тўғри ичакни ректаль ойна билан кўриш**

**Мақсад:** Тўғри ичак касалликларини аниқлаш, тўғри ичакда бази керакли операцияларни бажариш.

**Кўрсатма:** Тўғри ичак шиллиқ қавати полипини ташхислаш ва уни олиб ташлаш, катталашган геморройдалъ тугунларни аниқлаш ва уларни склерозлаш ёки тугунли боғлаш, ўсмадан биопсия олиш, анал тешиги ёриғини блокада қилиш, Дуглас бўшлиғи абцессини пункция қилиш ва скальпел билин очиб дренажлаш, тўғри ичакдаги параректаль оқмани олиб тикиш.

**Қарши кўрсатмалар:** Анусни ёки тўғри ичакни туғма ёки ортирилган торайиши, уларни ўткир яллиғланиши, улардан кучли қон кетганда, анал тешиги ва тўғри ичакни ўткир ёрилиши, беморда оғир юрак-қонтомир етишмовчилиги.

**Керакли тиббий жихозлар:** Ректал ойна, стерил резина кўлқоп, шпатель, докали сальфетка, вазелин ёки глицерин ёки ўсимлик мойи, операция столи ёки гинекологик кресло, 3% ли хлорамин эримаси бор идиш, тўғри ичак шиллиқ қаватини оғриқсизлантирувчи геллардан (“Катеджалъ”, “ЭМЛА”, “Луан”, “Нефлуан”, “Анестезин”) бири ёки кетамин.

**Текширувга тайёрлаш:**

**1-усул:** Агар беморда текширувдан олдин 1-1,5 соатгача бўлган вақт ичида ичи келмаган бўлса, ичини келтириш учун текширувдан 2-3 соат олдин, хар 30 минут интервалда 1 таблеткадан “Микролак” берилади, Бу тўғри ичакдан ахлат келишини кучайтиради.

**2-усул:** Текширувдан 1 кун олдин кечкурун ва текширувдан 1 соат олдин тозаловчи хуқна ўтказилади. Текширувдан 20-30 дақиқа олдин эса тўғри ичакка газ чиқарувчи найча қўйилади.

**Бажариш техникаси:**

1. Бемор текширув столида ёшига боғлиқ холда чалқанча, оёқлари қорин томонга тизза ва чаноқ-сон бўғимларида биров букулган холатда ёки тизза-тирсак холатида ётқизилади.

2. Шифокор резина кўлқоп кияди.

3.Текширувдан 3-5 минут олдин беморга оғриқсизлантириш қилинади: 10 ёшгача болаларга қисқа муддатли (кетаминли) наркоз берилади. Катта ёшли болаларда, тўғри ичак тозалангандан кейин, тўғри ичак шиллиқ қаватидаги оғриқ сезувчи рецепторларни жойли анетезия қилиш учун, тўғри ичак шиллиқ қаватига оғриқсизлантирувчи геллардан бирини суртилади. Агар операция қилиш керак бўлса ҳам қисқа муддатли наркоз берилади.

7. Шпательга вазелин олиниб, ректал ойна учларига суртилади.

8. Ректал ойна учлари ёпилган холда, аста-секин тўғри ичакка охиригача, яъни ойнани сопигача киритилади.

9. Ректаль ойнани учларини секин-аста очиб, ичакни олдинги ва орқа деворларини шиллиқ қавати холати визуаль кўрилади. Сўнг ойнани учларини ёпиб, соат стрелкаси бўйича аста бураб, тўғри ичакни иккала ён деворлари кўрилади.

10. Зарур бўлса керакли операциялар бажарилади.

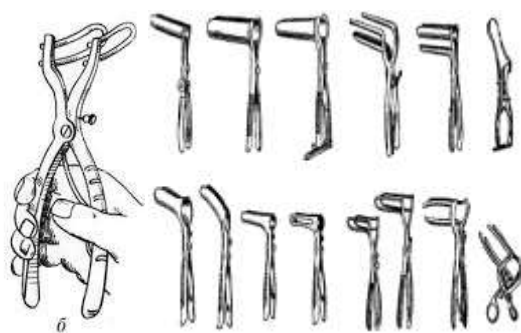
11. Текширув ёки операция тугагач, ректаль ойна учлари ёпилган холда аста-секин тўғри ичакдан чиқариб олинади.

12. Резина қўлқоп ечилади

13. Ишлатилган ректал ойна ва ечилган резина қўлқоп 3% ли хлорамин эритмаси бор идишга солинади.



Расм 1.



Расм 2.



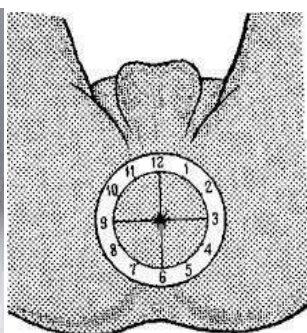
Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.



Расм 7.



Расм 8.

**Расм 1,2**-ректаль ойналарни турлари; **Расм 3,4**-аноскоп турлари; **Расм 5**-тўғри ичакни ректоскоп билиан кўришда бемор ҳолати; **Расм 6**-соат стрелькаси бўйича тўғри ичакни кўриш схемаси; **Расм 7**-аноскоп орқали тўғри ичакдаги полипни кўриниши; **Расм 8**-тўғри ичак полипини ректал ойна орқали олиш.

## **ОРҚАПЕШОВ АТРЕЗИЯСИДА ВАНГЕНСТИН-РИСЬ БЎЙИЧА РЕНТГЕНОГРАФИЯ ҚИЛИШ**

**Мақсад:** Оқмасиз орқапешов ва тўғри ичак атрезиясини узунлигини аниқлаш орқали оператив тактикани белгилаш.

**Кўрсатма:** Орқапешов ва тўғри ичак атрезиясини оқмасиз шакли.

**Керакли тиббий жихозлар:** Лейкопластирь, рентген контраст буюм (20-50 сўмлик танга, металл шарик, барий пастаси в.б.).

**Бажариш техникаси:**

Рентгент текширув, чақалоқ туғилгандан сўнг 12 соат ўтказиб бажарилади. Бунда чақалоқни ичаклари хаво билан тўлган бўлади. 15-16 соат ўтгандан сўнг бажарилса, нисбатан ишончлироқ бўлади.

1. Янги туғилган чақалоқни думғаза-дум соҳасини ўрта чизиғи бўйлаб орқапешов соҳасига рентген контраст буюм кўйиб, уни лейкопластирь билан терига ёпиштириб маҳкамланади ёки шу соҳага барий пастаси суртилади.

2. Текширувдан 1-1,5 соат аввал чақалоқни Тренделенбург ҳолатига келтирилади, яъни бошини бироз пастга, оёқларини тепага қилиб турилади.



3.Сўнг, 10-15 секунд давомида рентген тасвири олингунча, чақалоқни ёнбош холатида, бошини пастга оёқларини тепага қилиб вертикал холатда ушлаб турилади ва думғаза-дум соҳасига қўл билан 5-10 марта туртки берилади. Бунда, тўғри ичакдаги меконий пастга,яъни сигмасимон ичак томон тушади ва ичакдаги хаво тўғри ичакни атрезияга учраган қисмини охригача кўтарилади.

4.Рентген тасвири ёнбош проекцияда олинади.

Рентган тасвирда тўғри ичакдаги хаво чегараси билан рентген контраст буюм орасидаги масофа аниқланади. Бу атрезияни узунлигини билдиради.

Агар атрезия узунлиги 3 см гача бўлса, Дюфенбах бўйича оралик проктопластикаси қилинади, ундан узун бўлса икки этапли операция, яъни 1-этапда сигмастома қўйилади, сўнг боланинг холатига қараб, 6 ой-1 ёшида корин оралик проктопластикаси ўтказилади.

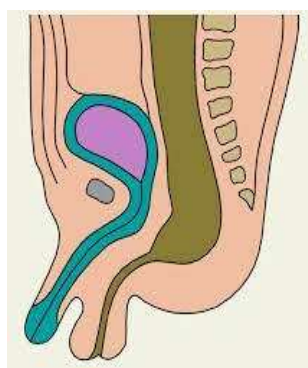
**Эслатма!** Адабиётлардаги маълумотларга кўра,Вангенстин - Рись синамаси 15% холларда тўғри ичак атрезиясини узунлигини аниқ кўрсатмаслиги мумкин.Шунинг учун,агар бу синама, атрезияни узунлигини 3 см дан узун кўрсатса, Пеллер-Ситковский ёки А.И.Лёнюшкин синамасини ўтказиш зарур,чунки тўғри ичак атрезиясида хирургик тактикани танлашда бунинг катта ахамияти бор.



Расм 1.



Расм 2.



Расм 3.



Расм 4.

**Расм 1**-анус атрезияси; **Расм 2,3**-орқапешов ва тўғри ичак атрезиясини кўриниши схемаси; **Расм 4**-Вангенстин-Рись бўйича чақалоқни ёнбош холатида олинган рентгенограммаси: анус соҳасидаги контраст буюм билан тўғри ичак атрезияси орасидаги масофани кўриниши.

## **АНУС ВА ТЎҒРИ ИЧАК АТРЕЗИЯСИДА ПЕЛЛЕР -СИТКОВСКИЙ СИНАМАСИНИ ЎТКАЗИШ**

**Мақсад:** Анус ва тўғри ичак атрезиясида тўғри ичак охири аниқлаб, атрезияни узунлигини белгилаш.

**Курсатмалар:** Орқапешов ва тўғри ичак атрезиясини оқмасиз шакллари.

**Қарши кўрсатма:** Анусни мембранали атрезия тури.

**Керакли тиббий жихозлар:** 10,0 ли стерил шприц, пункцион игна, 70<sup>0</sup> спирт, докали стерил сальфетка ва шариклар, пинцет, стерил резина қўлқоп, лейкопластирь.

**Бажариш техникаси:**

1. Бемор боғлов хонасида операция столини четига думбасини келтириб, оёқларини тизза-сон бўғимида қорин томон букиб ва бироз кериб, чалқанчасига ётқизилади ва хамшира оёқларини шу холатда ушлаб туради.

2. Шифокор резина қўлқоп кияди.

3. Орқапешов соҳаси спирт билан ишлов берилади.

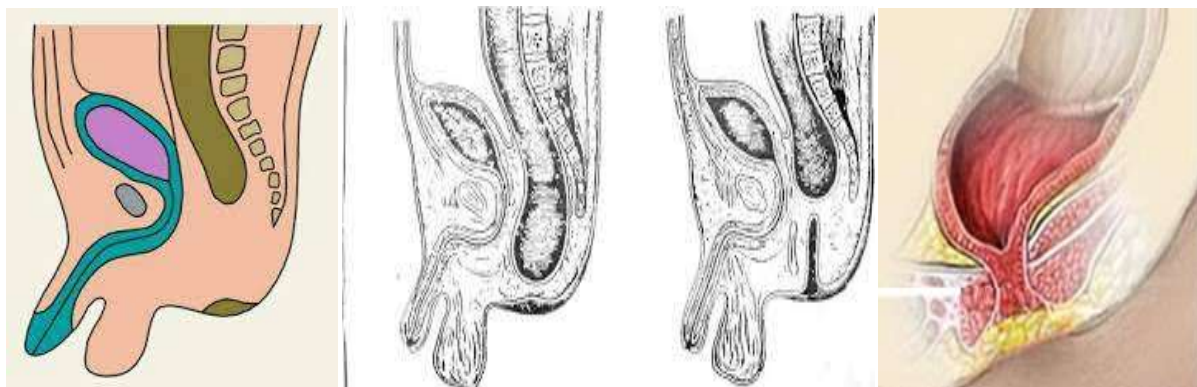
4. Сўнг, шприцга ўрнатилган ингичка игна билан анал тешигини табиий жойлашув соҳаси терисига санчиб, шприц поршенини орқага тортиб турган холда, игнани ичак тарафига йўналтириб, шприцда меконий томчиси ёки газ пайдо бўлгунча киритилади ва игна тери соҳасида белгиланиб, игна чиқариб олинади. Игнани учидан ундаги белгигача бўлган масофа атрезияни узунлигини билдиради. Агар атрезия узунлиги 2,5 см. дан узун бўлса юқори, агар ундан қисқа бўлса, пастки атрезия деб баҳоланади.

5. Пункция қилинган соҳа териси спирт билан артилиб, сальфетка қўйилади



ва лейкопластирь билан терига ёпиштириб қўйилади.

6.Резина қўлқоп ечилиб, 3% ли хлорамин эритмаси бор идишга солинади.



Орқапешов ва тўғри ичак атрезиясини схемаларда кўриниши.

## АНУС ВА ТЎҒРИ ИЧАК АТРЕЗИЯСИДА А.И.ЛЁНЮШКИН СИНАМАСИНИ ЎТКАЗИШ

**Мақсад:** Анус ва тўғри ичак атрезиясида тўғри ичак охирини аниқлаб, атрезияни узунлигини белгилаш.

**Кўрсатма:** Орқапешов ва тўғри ичак атрезиясини оқмасиз шакллари..

**Қарши кўрсатма:** Анусни мембранали атрезия тури.

**Керакли тиббий жихозлар:** 10,0 ли стерил шприц, пункцион игна, спирт 70<sup>0</sup> ли, 5 мл йодли контраст моддалардан бири (урографин, верографин, йодамид, триозограф, в.б.), докали стерил сальфетка ва шариклар, пинцет, стерил резина қўлқоп.

**Бажариш техникаси:**

1.Бемор рентген столини четига думбасини келтириб, оёқларини тизза- сон бўғимида қорин томон букиб ва бироз кериб , чалқанчасига ётқизилади ва хамшира оёқларини шу ҳолатда ушлаб туради.

2.Шифокор резина қўлқоп кияди.

3. Орқапешов соҳаси спирт билан ишлов берилади.

4.Сўнг, шприцга ўрнатилган ингичка игна билан анал тешигини табиий жойлашув соҳаси терисига санчиб, шприц поршенини орқага тортиб турган

холда, игнани ичак тарафига йўналтириб, шприцда меконий томчиси ёки газ пайдо бўлгунча киритилиб, тўғри ичакдаги газ ва меконий шприц билан тортиб чиқариб олинади.

5.Шприц игнадан ажратиб олиниб, унга олинган газ ва меконий чиқариб ташланади ва шприцга 5 мл. контраст модда олинади.

5.Сўнг, шприцни шу игнагақайта ўрнатилиб, у орқали 5 мл.контраст модда тўғри ичакка юборилади.

6.Игна шприц билан тортиб чиқарилиб, орқа чиқарув тешиги соҳаси терисига танга ёки бирор контраст нарса лейкопластирь билан ёпиштирилиб, жойи белгиланади.

7.Беморни вертикал холатги келтирилиб,икки проекцияда (олд – орқа ва ёнбош) рентгенография қилинади ва тўғри ичак атрезиясини узунлиги аникланади. Танга қўйилган соха билан тўғри ичакдаги контраст модданинг охири орасидаги масофа, атрезияни узунлигини кўрсатади.Агар атрезия узунлиги 2,5см.дан узун бўлса юқори,агар ундан қисқа бўлса,пастки атрезия деб бахоланади.

8.Орқапешов соҳасига қўйилган танга олиниб, пункция қилинган соха териси спирт билан артилиб, сальфетка қўйилади ва лейкопластирь билан терига ёпиштириб қўйилади.

9..Резина қўлқоп ечилиб, 3% ли хлорамин эритмаси бор идишга солинади.

## **ГАЗ ЧИҚРУВЧИ НАЙЧАНИ ҚЎЙИШ ТЕХНИКАСИ**

**Мақсад:** Ичакдан газни чиқариш.

**Кўрсатма:** Метиоризм, болани қорни шишиб безовта бўлиб йиғлаши,ичак парези, тозаловчи ва сифонли хукналардан кейин,йўғон ичакни эндоскопик текширувлардан олдин.

**Қарши кўрсатма:** Анус ва тўғри ичакни ўткир яллиғланиши ва уларни ёриғи, тўғри ичакдан қон кетиш, қоновчи геморрой,тўғри ичакни чиқиши.

**Керакли тиббий жихозлар:** Резинали ёки полиэтиленли газ чиқарувчи стерил найча, стерил резина қўлқоп, шпатель, вазелин ёки глицерин ёки болалар креми, кушетка, чақалоқлар учун йўргаклаш столи, лоток сув билан, докали стерил сальфетка, чойшаб, 3% ли хлорамин эритмаси бор идиш.

**Бажариш техникаси:**

1. Агар бемор 6 ойликкача ёшда бўлса, уни, устига чойшаб ёзилган кушеткага ёки йўргаклаш столига чалқанча ётқизиб, оёқлари қорин томон келтирилади. Агар бемор катта ёшда бўлса, уни чап ёнбошга тиззалари қорин томонга букилган ҳолатда шифокорга орқаси билан ётқизилади.

2. Резина қўлқоп кийилади.

3. Газ чиқарувчи найча тўмтоқ учидан бошлаб 5-10 см гача вазелин ёки глицерин билан мойланади.

4. Чап қўлнинг 1-2 бармоқлари билан думбасини кериб, ўнг қўл билан найчани аста-секин, эҳтиёткорлик билан айланма ҳаракатлантириб, анал тешиги орқали тўғри ичакка, ёшига боғлиқ ҳолда 5-10 см чуқурликка киргизилади. Газ чиқишини кузатиш учун найчани ташқи учи лотокдаги сувга тушириб қўйилади.

5. 10-30 дақиқа ўтгач, найча тўғри ичакдан чиқарилиб, анус атрофи сальфетка билан артилади.

6. Резина қўлқоп ечилади.

7. Резина қўлқоп ва найча дезинфекцияловчи суюқликка солинади.

**Мумкин бўлган асоратлар:** Тўғри ичак шиллик қаватини шикастланиши, инфекцияланиши, агар найча 1 соатдан узоқ турса, тўғри ичак шиллик қаватида ётоқ яра ривожланиши.



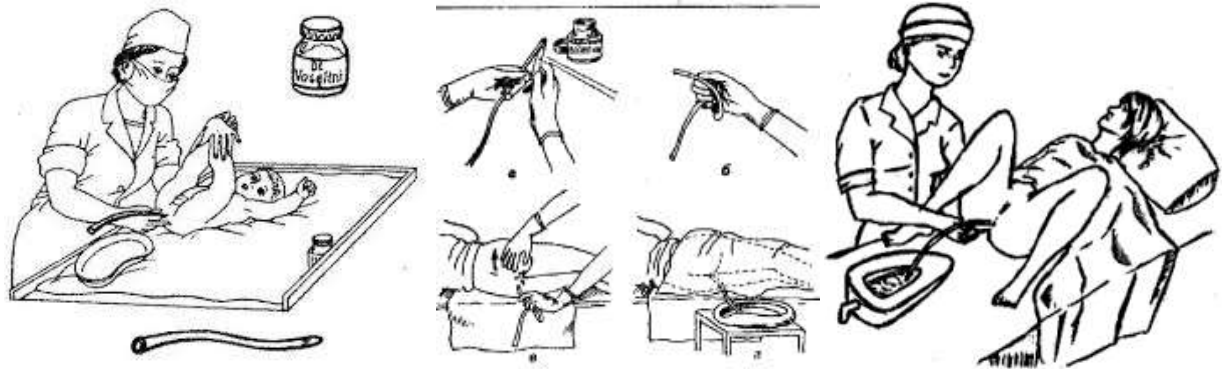
Резина найча



Полиэтилен найча



Чақалоқлар учун бир мартали найча



Газ чиқарувчи найчани қўйиш этаплари

## ЧИҚИБ ҚОЛГАН ТЎҒРИ ИЧАКНИ КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШ

**Мақсад:** Чиқиб қолган тўғри ичакни консерватив даволаш.

**Кўрсатма:** Тўғри ичакни чиқиб қолиши - ректоцеле.

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил резина қўлқоп, докадан тайёрланган стерил сальфетка, вазелин ёки глицерин, 5-10 мл 70° ли спирт, 10,0 ли стерил шприц игнаси билан, пинцет, 3-5см кенгли лейкопластирь.

**Бажариш техникаси:**

**I босқичли тўғри ичак чиқишини консерватив даволш:**

1. Муолажа боғлов хонада бажарилади. Бемор кушеткада орқасига, оёқлари тизза ва сон бўғимларида қоринга томон бироз букланган ҳолатда ётади.
2. Резина қўлқоб кийилади.
3. Чиқиб қолган тўғри ичакка вазелин мойи суртилади.

4.Ўнг қўлни бармоқлари билан чиқиб қолган тўғри ичак тешигига секин – аста босиб итариб. унинг чекка қисмлари билан бирга ичкарига киритилади.

5.Сўнг, беморни қорнига ётқизиб,иккала думбаларини бир-бирига яқинлаштириб,кенг лейкопластирь ёпиштирилади.Сўнг, беморни ота-онасига тўғри ичакни чиқиб қолишини сабаблари ва уни олдини олиш чоралари хақида тушунтирилади. Бундай консерватив даволаш 3-6 ойгача давом этиши мумкин.Агар эффект бўлмаса, склерозловчи терапия ўтказилади.

### **II босқичли тўғри ичак чиқишини консерватив даволаш:**

Бунда,Мезенцев бўйича склерозловчи терапия ўтказилади,яъни параректаль клетчаткага 70<sup>0</sup>ли спирт юбориб, асептик яллиғланиш чақирилади ва кейинчалик чандиқли тўқима хосил бўлиб, тўғри ичак девори фиксацияланади.

1.Бемор боғлов хонасида операция столини чеккасига, орқаси билан, оёқларини бироз кериб, тизза ва тос-сон бўғимларида қорин томон букиб ётади. Операция столини бош томони бироз пасайтирилади.Беморни думба сохаси операция столини қирғоғодан 6-8-см чиқиб туриши керак.Тос тагига ёстикча кўйилади.

2.Юқорида кўрсатилган усулда чиқиб қолган тўғри ичак ичкарига тўғриланади.

3.Орқа пешов атрофи териси спирт билан ишланади.

4.Беморни ёшига боғлиқ холда, шприцга 5 ёки 10 мл 70<sup>0</sup> ли спирт олинади.

5.Чап қўлни кўрсаткич бармоғи тўғри ичакка киритилиб,кузатув остида анус тешиги қирғоғидан 1-1,5 см қочириб, игнани параректал клетчаткага 4-5 см чуқурликка санчиб критилади ва игнани тортиб чиқараётиб, 1 кг тана вазнига 1 мл дан (10 мл дан кўп эмас) ,соат стрелкасини 6,3 ва 9 да спирт юборилади

6.Сўнг,терини пункция қилинган жойи спирт билан артилиб, шу жойга қурук стерил сальфетка кўйилади ва терига лейкопластирь билан ёпиштирилади.

7.Бемор қорнига ётқизилиб,думбалари бир-бирига келтирилиб,кенг лейкопластирь ёпиштирилади.

8.Резина қўлқоп ечиблиб, антисептик эритма бор идишга солинади.

**Мумкин бўлган асорати:** Агар спирт тўғри ичак деворига,терига ёки сфинктерга тушиб қолса,некроз ривожланиши мумкин.

12.Резина қўлқоп ечиблиб, антисептик эритма бор идишга солинади.

**III босқичли тўғри ичакни чиқиб қолиши хамма вақт оператив даволанади.**



Расм 1.



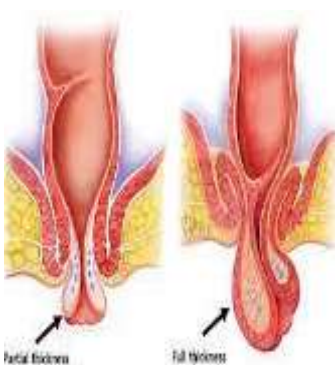
Расм 2.



Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.



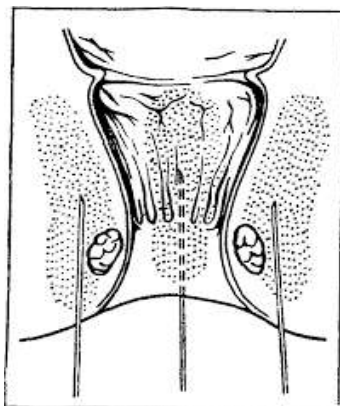
Расм 7.



Расм 8.



Расм 9.



Расм 10.



Расм 11.

**Расм 1,2,3,4-I-II-III** босқичли тўғри ичакни чиқиши; **Расм 5,6-** I-II-III босқичли тўғри ичак чиқишини схемаси; **Расм 7,8-**тўғри ичак чиқишини тўғрилангандан кейин бандаж тутиш турлари; **Расм 9-**тўғри ичак чиқишини олдини олиш учун мослама; **Расм 10-**параректаль клетчаткага спирт юбориб склерозловчи даволашда, игнани клетчаткага киритиш йўналишини схемаси; **Расм 11-**ректаль электростимулятор.

### **ТОЗАЛОВЧИ ХУҚНАНИ ЎТКАЗИШ ТЕХНИКАСИ**

**Мақсад:** Йўғон ичакни пастки қисмини ва тўғри ичакни нажасдан ва газдан тозалаш.

**Кўрсатма:** Қабзият, қорин бўшлиғи аъзоларида ўтказиладиган операцияларга тайёрлаш, даволовчи хуқналардан аввал.

**Қарши кўрсатма:**Ўткир ичак тугилиши, ичакдан қон кетиши, тўғри ва йўғон ичакни ўткир яллиғланиши ва хавфли ўсмалари, аппендицит, перитонит,ўткир юрак-қонтомир етишмовчилиги, тўғри ичакни чиқиб қолиши.

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил резина қўлқоп, болани ёшига мос хажмдаги ноксимон резина баллонча (30 мл дан 360 мл гача хажимли), беморни ёшига боғлиқ керакли миқдордаги, тана хароратидаги қайнатилган сув, вазелин ёки глицерин, клеёнкали чойшаб,кичик ёшдаги болалар учун тувак, 3% ли хлорамин эритмаси бор идиш.

**Бажариш техникаси:**

1. Бемор, хуқна қилиш учун ажратилган алохида хонада, клеёнкали чойшаб ёзилган кушеткада чап ёнига ёки чалқанча ётиб, оёқлари тизза ва чаноқ-сон бўғимларида қорин томон тортилиб букулган ҳолатда ётади.

2.Резина қўлқоп кийилади.

3.Иккала қўл билан баллочани ушлаб,1-бармоқ билан унинг тубига максимал босиб, баллончадан хавоси чиқарилиди.Шу ҳолатда ушлаб, идишдаги хуқна учун ишлатиладиган сувга учини ботириб, баллончадан бош бармоқларни олиб унга сув олинади.



4.Баллонча учига вазелин ёки глицерин суртилади.

5.Чап қўлнинг 1-2 бармоқлари билан думба ораси очилиб, ўнг қўл билан баллонча учини анал тешиги орқали 3-5 см гача чуқурликда тўғри ичакка киритилади ва баллончани анал тешигига маҳкам босиб туриб, ўнг қўл билан баллончани эзиб, ундаги сувни аста-секин тўғри ичакка юборилади.Сўнг баллончани максимал эзиб турган холда тўғри ичакдан чиқариб олинади

6. Беморга 5-10 минут давомида сувни ушлаб туриши кераклиги айтилади. Сўнг, кичик ёшли беморни тувакка ўтириши,катта ёшли беморни хожатга бориши буюрилади. Чиққан хосила сифати ва миқдорига қараб (ювинди сув ва ахлат массаси) ,қилинган хуқна эффеқтлиги баҳоланади.

7.Резина қўлқоп ечилиб,хлорамин эритмаси бор идишга солинади.

**Мумкин бўлган асоратлар:** Анус шиллик қаватини йиртилиши, тўғри ичак деворини тешилиши ва парапроктитни ривожланиши, анусдан ёки тўғри ичакдан қон кетиш.



Расм 1.



Расм 2.



Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.



Расм 7.



Расм 8.



**Расм 1,2**-ноксимон резина баллончалар турлари; **Расм 3**-хукна қилиш учун баллончага сув олиш; **Расм 4**-пласмасса учлик; **Расм 5**-кичик ёшли беморларга хукна қилишда беморнинг ҳолати; **Расм 6**- катта ёшли беморларга хукна қилишда беморнинг ҳолати; **Расм 7**-хукна қилиш учун пласмасса учликни тўғри ичакка киритиш ва беморнинг ҳолати; **Расм 8**-тозаловчи хукна қилиш учун бир мартали стерил стандарт суюқлик

## СИФОНЛИ ҲУҚНАНИ ЎТКАЗИШ ТЕХНИКАСИ

**Мақсад:** Йўғон ичакни нажас массаларидан тозалаш.

**Кўрсатма:** Сурункали қабзият, Гиршпруг хасталиги, ирригоскопия, ирригография, ректороманаскопия, фиброколоноскопия текширувларига тайёрлаш, қорин бўшлиғи, сийдик чиқарув ва кичик тос аъзоларини рентген текширувига тайёрлаш, йўғон ичакда ўтказиладиган операциялардан аввал, даволовчи хукналардан аввал, ўткир захарланишларда.

**Қарши кўрсатма:** Беморнинг оғир ҳолати, тўғри ва йўғон ичакда яллигланиш ва яра жараёнлари ва ундан қон келиши, ўткир ичак тутилиши, аппендицит, перитонит, юрак-қонтомир етишмовчилиги, тўғри ичакни чиқиб қолиши, қоновчи гемаррой, анал тешигини ва тўғри ичакни ўткир ёрилиши, . /

**Керакли тиббий жихозлар:** Кушетка, клеёнкали чойшаб, клеёнкали фартук, стерил резина қўлқоп, 1 л сифимдаги Эсмарх кружкаси (варонка) ёки 2 л хажмли резина баллон, челак, тоғора, чўмич, юмшоқ қисқич, шпатель, узунлиги 1-1,5 м гача бўлган, диаметри 1-1,5 см йўғонликдаги полиэтилен зонд, жўмракли пласмасса учлик, ош тузининг қайнатилиб 37-38 °С гача совутилган сувдаги 1 % ли эритмасидан 3 ёшгача 0,5-3л., 3-10 ёшгача 3-5л., 10 ёшдан катталарга 5-8л., вазелин, глицерин ёки ўсимлик мойи, газ чиқарувчи найча, 3% ли хлорамин эритмаси бор идиш, гигиеник сальфетка ёки туалет қоғози.

Хукнани тозаловчи вазифасини кучайтириш мақсадида сувга 2-3 ош

қошиқ глицерин ёки усимлик мойи қўшилади ёки 1 ош қошиқ болалар совуни қириндисини сувда эритиб қўшилади.

Тозаловчи хукнани Эсмархнинг шишали ёки 2 л. хажмли резина идиши ёрдамида ўтказилади. Уни учига узунлиги 1- 1,5 метр бўлган, жўмракли пластмасса учлиги бор резина найчани киритиб уланади. Пласмасса учликдаги жўмрак ёрдамида, кружкадан сувни ичакка ўтишини бошқариб турилади.

### **Бажариш техникаси:**

Муолажа беморда айрим рухий муаммоларни туғдириши мумкинлиги сабабли, унга муолажанинг мохиятини тушунтирилади.

Сифонли хукнани фақат шифокор хамшира ёрдамида, шифохонада стационар шароитида, хукна учун ажратилган алохида хонада бажаради.

1. Кушеткага клеёнка ва унинг устига чойшаб(пелёнка) ёзилиб, уни четини кушетка олдидаги тоғорага тушириб қўйилади.

2. Беморни чап ёнбошга, оёқлари тизза ва чаноқ-сон бўғимидан қорин томанга букланган ҳолатда кушеткани чеккасига ётқизилади.

3. Кушеткага яқин, полга тоғора қўйилади.

4. Резина қўлқоп кийилади.

5. Ўнг қўлни кўрсаткич бармоғига вазелин ёки глицерин суртилади.

6. Кўрсаткич бармоқ тўғри ичакка киритилиб, тўғри ичак текширилади, агар унда қаттиқ нажас бўлса, у олинади. Агар беморни муолажадан 1-2 соат олдин ичи келган бўлса, бу муолажа қилинмайди.

7. Қўлқоп кийилган қўлни илиқ сувда ювиб, сальфетка ёки сочиқ билан қуритилади.

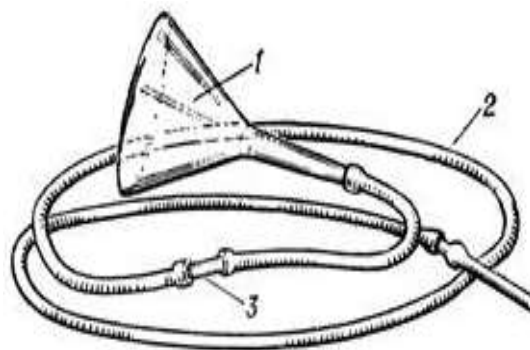
8. Резина зондни бир учи Эсмарх кружкасига уланади, пастки учига эса кранли пласмасса учлик уланади. .

9. Резина зондни пастки учига уланган пласмассани крани очилиб, Эсмарх кружкасига илиқ 0,5 л. 1% ли ош тузи эритмаси қўйилади ва системадан ҳаво чиқариб юборилгач, пласмасса учликни жўмраги беркитилади.

10. Шпательга вазелин олиб пласмасса учликка сурталади.
11. Чап қўлинг 1-2 бармоқлари билан думбани кериб, ўнг қўл билан пласмасса учлик енгил айланма харакатлантириб, эхтиёткорлик билан анус орқали тўғри ичакка киритилади.
12. Эсмарх кружкаси бемор сатхидан тепага 0,5-1 м. кўтарилади ва пласмасса учликни жўмраги очилади. Сув билан бирга ичакка хаво сўрилмаслиги учун, суюқлик Эсмарх кружкасида тугамасдан уни бемор сатхидан пастга тушириб, тўнтарилади ва ювинди сув тоғарага тўкилади. Кружкага яна янги сув қуйиб йўғон ичак қайта ювилади.
13. Нажаслик сув ичакдан, унга юборилган микдорда кайтиб чиқиши керак.
14. Юкоридаги муолажа ичак тозалангунча бир неча марта қайтарилади.
15. Хукнани тугатгач, пласмасса учлик аста-секин тўғри ичакдан чиқарилади. Зонд ва кружкани ювиб, хлорамин эритмаси бор идишга солинади.
16. Муолажа тугагандан сўнг, тўғри ичакда 10 дақиқага газ чиқарувчи найча қолдирилади.
17. Газ чиқарувчи найча олингач, анал тешиги атрофи ва оралик гигиеник сальфетка ёки туалет қоғози билан артилади.
18. Резина қўлқоп ечилиб, у хам хлораминли идишга солинади.
- Эслатма:** Сифонли хукна - бемор учун оғир муолажа, шу сабабли муолажани ўтказиш вақтида унинг ахволини кузатиб туриш зарур.



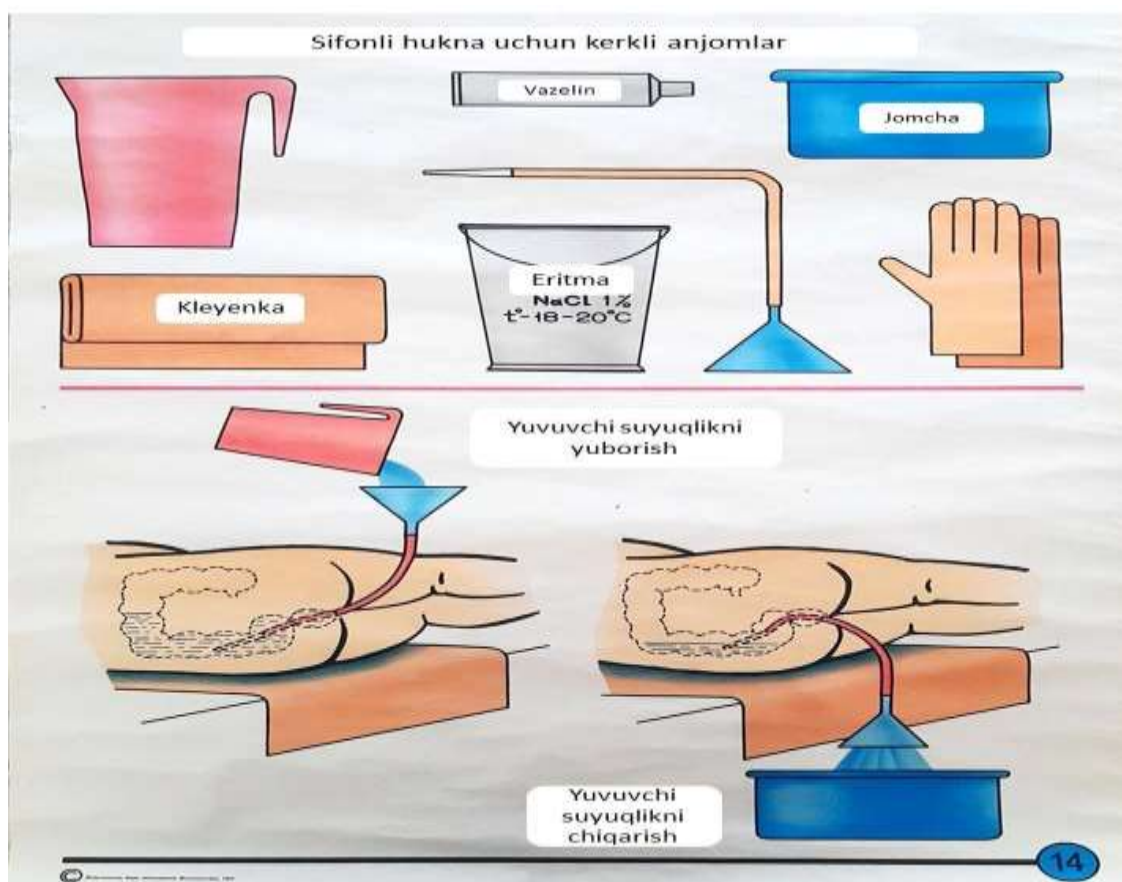
2 л ли резина баллон



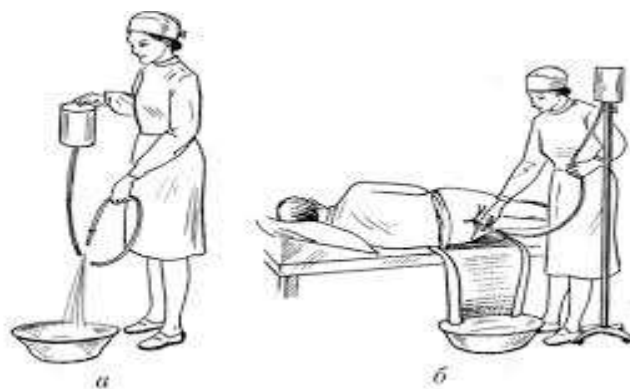
Эсмарх кружкаси



Газ чиқарувчи резина ва полиетилен найчалар



Сифонли хукна учун керакли тиббий анжомлар йиғиндиси ва хукна қилиш



Сифонли хукна қилиш этаплари



Тўғри ичакка найчани киритиш

## **ДУГЛАС БЎШЛИҒИ АБСЦЕССИНИ ОЧИШ ТЕХНИКАСИ.**

**Мақсад:** Дуглас бўшлиғидан йирингни чиқариб, санация қилиш ва дренажлаш.

**Кўрсатма:** Дуглас бўшлиғини абсцесси.

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил резина кўлқоп, докадан тайёрланган стерил сальфетка ва шариклар, резина боллон (груша), антисептик эритма (бетадин ёки декасан), вазелин ёки глицерин, ректал ойна ёки ректоскоп, 10,0 ёки 20,0 ли стерил шприц, стерил игна (йўғон, узун), тиббий скальпель, узун юмшоқ қисқич, полиэтилен дренаж найча, электр сўрғич.

**Бажариш техникаси:**

Бу муолажани ўғил болаларда фақат тўғри ичак (расм 4-1) орқали, қиз болаларда эса, тўғри ичак ёки қин орқали (расм 4-2 ва расм 2) ҳам бажарилади.

**I. Тўғри ичак орқали бажариш техникаси:**

1.Муолажа боғлов хонада бажарилади. Бемор кушеткада чап ёнбошига, оёқлари қоринга томон букланган ҳолатда ётади.

2.Тўғри ичак ампуласини тозалаш мақсадида бир маротабалик хуқна учун тайёрланган суюқлик (Клин энема) билан ёки хуқна учун резина баллонга қайнатилган илиқ сув олиниб, тозаловчи хуқна қилинади.

3.Беморга ёшига боғлиқ ҳолда хожат учун горшокка ўтириш ёки хожатхонага чиқиш буюрилади.

4.Бемор операция столига чалқанча ётқизишиб, кетамин билан қисқа вақтли умумий оғриқсизлантириш қилинади. Сўнг оёқларини тизза ва чаноқ-сон бўғимларида қорин томонга букилиб, този остига кўтариб турувчи ёстикча(валик) қўйилади ва оёқлари операция столига акушерлик ҳолати бўйича маҳкамланади.

5.Жаррох резина кўлқоб кийиб, анал тешиги атрофи антисептик эритма (бетадин, декасан ва в.б.) билан ишланади.

6.Тўғри ичакка анал тешиги орқали аста-секин вазелин билан мойланган стерил ректал ойна учлари беркилган холда киритилади ва у очилиб сфинктер ва тўғри ичак кенгайтирилади. Анал тешигини унга Фарабев кенгайтиргич киритиб ҳам кенгайтириш мумкин. Чап қўл кўрсаткич бармоғи ойна орқали тўғри ичакка киритилиб, тўғри ичак олдинги девори соҳасидаги осилган жойда флюктуация аниқланади (расм 1).

7.Тўғри ичакдаги бармок йўналиши бўйлаб флюктуация жойда Дуглас бўшлиғи шприцга ўрнатилган узун ва йўғон стерил игна билан пункция қилинади (расм 3).

8.Йиринг шприцга сўрилиб, шприц игнадан ажратилади.

9.Шприцдаги йиринг бактериологик экишга олинади.

10. Игна бўйлаб абсцесс скальпель билан кесиб очилиб, бўшлиққа дренаж найча киритилади ва йиринг найча орқали электр сўрғич билан сўрилади.

11.Шприц ва найча орқали йирингли бўшлиқ антисептик суюқлик (фууроциллин, декасан, диоксидин, риванол ва в.б.) билан бир неча марта тоза бўлгунча ювилади.

12.Дренаж найча Дуглас бўшлиғида 1-2 суткага қолдирилиб, ректал ойна олиб ташланади.

13. Резина қўлқоп ечилиб, ректал ойна билан антисептик эритма бор идишга солинади.

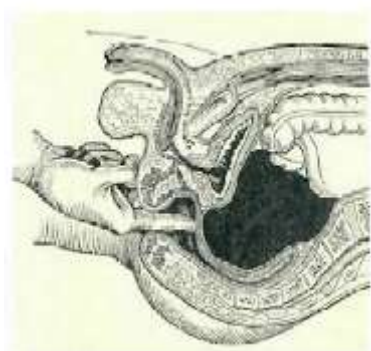
## **II. Қиз болаларда қин орқали бажариш техникаси:**

1.Муолажа боғлов хонада бажарилади.

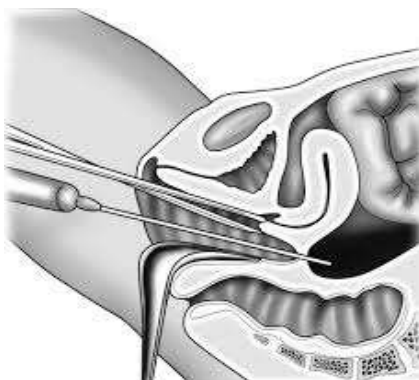
2.Бемор операция столига чалқанча ётқизилиб, кетамин билан қисқа вақтли умумий оғриқсизлантириш қилинади. Сўнг оёқларини тизза ва чаноқ- сон бўғимларида қорин томонга букилиб, този остига кўтариб турувчи ёстикча(валик) қўйилади ва оёқлари операция столига акушерлик холати бўйича маҳкамланади.

3.Жаррох резина қўлқоб кийиб, қин дахлизи антисептик эритма (бетадин, декасан ва в.б.) билан ишланади.

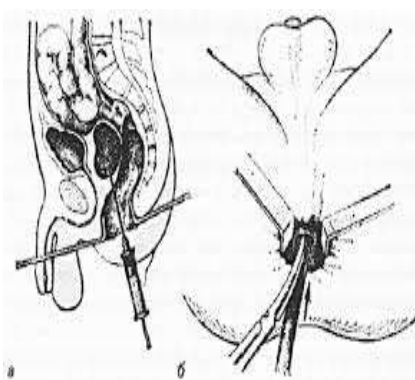
4. Қин Фарабев кенгайтиргичи билан кенгайтирилиб, юмшоқ узун қисқич киритилади ва бачадон бўйни қисқич билан юқорига кўтарилади (расм 2).
5. Қин бўйни орқали Дуглас бўшлиғи, шприцга ўрнатилган узун ва йуғон стерил игна билан пункция қилинади (расм 2,3) ёки шундай игна билан тўғри ичакни олдинги деворини пункция қилинади (расм 3,4).
6. Йиринг шприцга сўрилиб, шприц игнадан ажратилади.
7. Шприцдаги йиринг бактериологик экишга олинади.
8. Игна бўйлаб Дуглас бўшлиғи скальпель билан кесиб очилиб, бўшлиққа дренаж найча киритилади (расм 5) ва йиринг найча орқали электр сўргич билан сўрилади.
9. Шприц ва найча орқали йирингли бўшлиқ антисептик суюклик (фуроциллин, декасан, диоксидин, риванол ва в.б.) билан бир неча марта тоза бўлгунча ювилади.
10. Бачадон бўйнини кўтариб турган қисқич олинади.
11. Дренаж найча Дуглас бўшлиғида 1-2 суткага қолдирилади.
12. Резина қўлқоп ечилиб, антисептик эритма бор идишга солинади.



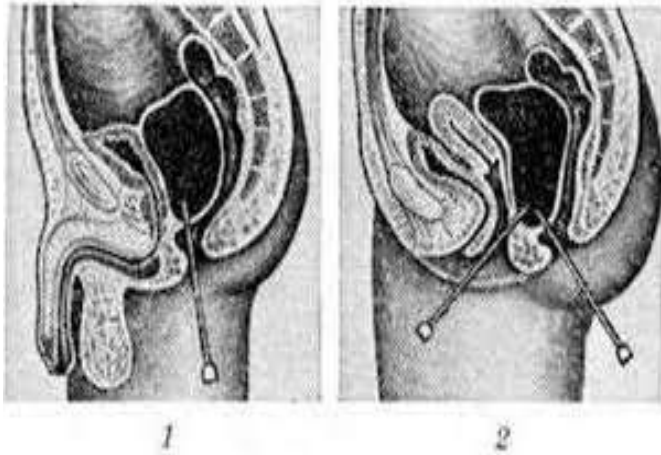
Расм 1.



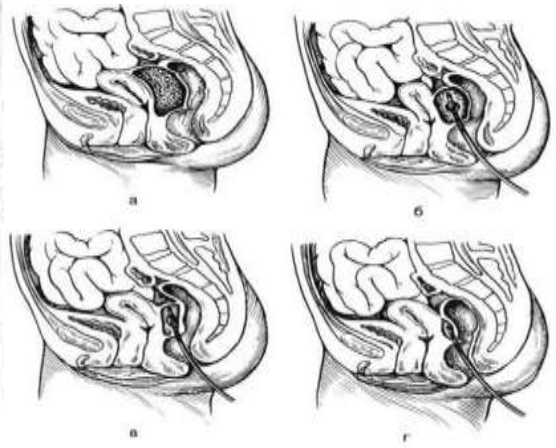
Расм 2.



Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.

**Расм 1**-Дуглас бўшлиғи абцессини бармоқ билан текшириш; **Расм 2**-қиз болаларда Дуглас бўшлиғи абцессини қин орқали пункция қилиш; **Расм 3**-ўғил болаларда Дуглас бўшлиғи абцессини тўғри ичак орқали пункция қилиш ва дренаж қўйиш; **Расм 4**:-1-ўғил болаларда Дуглас бўшлиғин тўғри ичак орқали пункция қилиш, 2- қиз болаларда Дуглас бўшлиғи абцессини қин орқали ва тўғри ичак орқали пункция қилиш; **Расм 5**- қиз болаларда Дуглас бўшлиғи абцессини тўғри ичак орқали дренажлаш схемаси.

## ОРҚА ПЕШОВ ВА ТЎҒРИ ИЧАК СТЕНОЗИНИ БУЖЛАШ

**Мақсад:** Орқа пешов ва тўғри ичакни туғма ва чандиқли торайишини кенгайтириш.

**Кўрсатма:** Орқа пешов ва тўғри ичакни туғма ва чандиқли торайиши.

**Қарши кўрсатма:** Беморни оғир ахволи, яъни юрак-қонтомир, нафас, ва буйракни ўткир етишмовчилиги, анестетикларга аллергияси бўлса.

**Керакли тиббий жихозлар:** Боғлов хонасида операция столи, Гегарнинг Шаръер бўйича № 12 дан № 17 гача катталикдаги металл ёки латексли бужлари, ёки пневматик буж, стерил вазелин мойи ёки глицерин, стерил резина қўлқоп, докали стерил сальфеткалар, 70 ° ли спирт, кетамин ёки анестезинли шамча ёки 2% ли лидокаин спреји (аэрозоли), бужни иситиш учун илиқ сув.



Бужларни ёшга боғлиқ ўлчамини танлаш: 1-4 ойга-№ 12; 5-8 ойга-№13; 9-12 ойга-№14; 2-4 ёшга - №15; 5-12 ёшга- №16; 13 ва ундан катта ёшга - №17.

### **Бажариш техникаси:**

- 1.Бужлашдан 20-30 дақиқа олдин тозаловчи хуқна ўтказилади.
  - 2.Беморни кўрув столига оёқлари тизза ва сон-чаноқ бўғимида қорин ва ён томонга бироз букилган холда чалқанча ётқизилади.
  - 3.Кичик ёшли болаларда оғриқсизлантириш мақсадида, бужлашдан 3-5 дақиқа олдин кетамин билан қисқа вақтли наркоз берилади, катта ёшли болаларда эса, 10-15 дақиқа аввал жойли оғриқсизлантириш учун орқа пешов орқали тўғри ичакка анестезинли шамча қўйилади ёки лидокаин спрейи сепилади.
  - 4.Шифокор резина қўлқоп кияди.
  - 5.Беморни ёши ва орқа пешовни торайиш даражасига боғлиқ холда контрол буж ўлчамини танлаб, бужни 5 дақиқага илиқ сувга солиб, тана харорати даражасида иситилади.
  - 6.Бужни спирт билан артиб мойланади ва контрол бужни анусга аста-секин киритиб, олдинга ва орқага бир неча марта киритиб-чиқариб харакатлантирилади. Кейин каттароқ ўлчамдаги бужни танлаб олиниб, юқоридагидек муолажа бажарилади (анусни ва тўғри ичакни жарохатланишига йўл қўймаслик керак !).
  - 7.Муолажадан сўнг буж чиқариб олинади ва анус атрофи вазелин колдиқларидан сальфетка артиб тозаланади.
  - 8.Резина қўлқоп ечилиб, 3% ли хлорамин эритма бор идишга солинади.
- Бужлаш даврийлиги: аввал хар 2 кунда 1 марта – 1 ой; сўнг хар 3 кунда 1 марта-1 ой; сўнг хар хафтада 1 марта – 1 ой; сўнг хар ойда 1 марта – 3 ой. Орқапешов ва тўғри ичак кенглиги ёшига мос ўлчамга етганда бужлаш тўхтатилади.

**Мумкин бўлган асоратлари:** Анус шиллик қаватини ёрилиши, тўғри ичак шиллик қаватини шикастланиши ёки тешилиши, тўғри ичакдан қон кетиш.



Расм 1.

Расм 2.

Расм 3.

Расм 4..



Расм 5.

Расм 6.

Расм 7.

Расм 8.

**Расм 1**-анусни каналини туғма стенози схемаси; **Расм 2**-анусни туғма стенози; **Расм 3**-оралиқ проктопластикасидан кейин анусни чандиқли торайиши; **Расм 4**-тўри ичакни бужлаш; **Расм 5**-хар-хил ўлчамли метал бужлар; **Расм 6**-хар-хил ўлчамли Гегарнинг латексли бужлари; **Расм 7**-пневматик бужлар; **Расм 8**-тўғри ичак стенозини бужлаш схемаси.

## РЕКТОРОМАНОСКОПИЯНИ ЎТКАЗИШ ТЕХНИКАСИ

**Мақсад:** Йўғон ичакни ректал ойнада кўринмайдиган дистал қисмларини текшириш.

**Кўрсатма:** Сурункали қабзият, ахлатнинг сурункали суяқ келиши, тўғри ичакдан ахлат билан қон келиши, тўғри ичак полипи ва яраси ҳамда шиллик каватини шикастланишига шубха бўлганда.

**Керакли тиббий жихозлар:** Ректороманоскоп, стерил резина кўлқоп, глицерин ёки ўсимлик мойи, Ричардсон баллони, газ чиқарувчи найча, 5,0 ли стерил шприц, кетамин.

### **Ректороманоскопияга тайёрлаш:**

- 1.Текширувдан 1 кун олдин кечкурун ва текширувдан 2 соат олдин тозаловчи хуқна ўтказилади.Бемор эрталаб овқатланмайди.
2. Текширувдан 20-30 дақиқа олдин тўғри ичакка газ чиқарувчи найча қўйилади.

### **Бажариш техникаси:**

- 3.Текширувдан олдин беморга қисқа муддатли (кетаминли) наркоз берилади.
- 4.Бемор текширув столида ёшига боғлиқ холда чалқанча, оёқлари қорин томонга тизза ва чаноқ-сон бўғимларида бироз букулган холатда ёки тизза-тирсак холатида ёки чап ёнбошга оёқлари тизза ва чаноқ-сон бўғимида қорин томонга бироз букилган холатда ўтқизилади.
- 5.Шифокор резина қўлқоп кияди.
- 6.Стерилланган ректороманоскоп йиғилади, ишга яроқлилиги текширилади (контактлар, лампочка ёниши).
- 7.Ректороманоскоп трубкасига олива киритилиб мой суртилади.
- 8.Ректороманоскоп тана сатхига параллель равишда аста-секин тўғри ичакка киритилади.
- 9.Ректороманоскоп тўғри ичакка 3-4 см чуқурликка киритилгандан сўнг, олива олиб ташаланади.
- 10.Ректороманоскопнинг ташки тешигига окуляр кийдирилади ва ректороманоскоп тубусини бироз ўнг ва чапга бураб, тўғри ва сигмасимон ичакка кириши визуал назорат остида давом эттирилади.
- 11.Ректороманоскопни киритиш жараёнида ичакни шиллиқ қавати холати текширилади.
12. Агар кўриш йўлида қора туннель, яъни ичак бўшлиғи кўриниб турса, ректороманоскопни чуқурга киритиш давом эттирилади.
- 13.Кўриш майдонини ичак шиллиқ қавати тўсиб қўйса, Ричардсон баллони ёрдамида ичакка хаво юборилиб, ичак бўшлиғи йуналиши аниқланади.

14. Шунингдек ичак эгриликларини ҳисобга олган ҳолда 15-25 см чуқурликкача йўғон ичак текширилиши мумкин.

15.Керак бўлса биопсия ва қириндидан бактериологик текширувга материал олинади.

16.Текширув тугагач, ректороманоскоп тубуси окулярдан кўзни узмаган ҳолда аста-секин ташқарига чиқариб олинади.

17. Ишлатилган ректороманоскоп антисептик эритмага шимдирилган сальфетка билан артиб тозаланади.

18. Резина қўлқоп ечилиб, антисептик эритма бор идишга солинади.



Расм1.



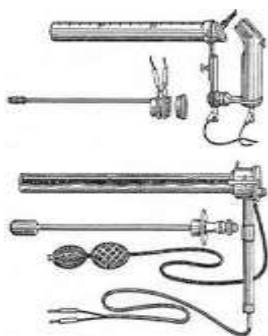
Расм 2.



Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.



Расм 7.



Расм 8.



Расм 9.

**Расм 1**-беморни чалқанча ётган ҳолатда ректороманоскопия қилиш; **Расм 2,3,4**-беморни тизза-тирсак ҳолатда ректороманоскопия қилиш; **Расм 5**-ректороманоскоп; **Расм 6**-сигмасимон ичакни полипи; **Расм 7**-йўғон ичакни полипи; **Расм 8**-йўғон ичакни дивертикули; **Расм 9**-йўғон ичакни раки.

## **КОЛОНОСКОПИЯНИ (ИРРИГОСКОПИЯ)ЎТКАЗИШ ТЕХНИКАСИ**

**Мақсад:** Йўғон ичак бўшлиғи шиллиқ қаватини колоноскоп орқали кўриш.

**Кўрсатма:** Сурункали қабзият ва ич кетиши, ичакдан қон кетиши, полипоз, яра, ўсма, ичак шиллиқ қаватини шикастланишига ҳамда долихосигмага шубҳа бўлганда.

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил резина қўлқоп, докали стерил сальфеткалар,тиббийёт вазелини ёки глицерин, фиброколоноскоп, газ чиқарувчи найча,3% ли хлорамин эритмаси бор идиш,ректал ойна.

**Беморни колоноскопияга тайёрлаш:**

- 1.Текширувдан 1 кун олдин кечқурун ва текширувдан 2 соат олдин сифонли тозаловчи хукна ўтказилади ва овқатланмаслиги керак.
2. Текширувдан 20-30 дақиқа олдин тўғри ичакка газ чиқарувчи найча кўйилади.

**Бажариш техникаси:**

- 1.Бемор текшириш столида чап томонга ётқизилган ҳолатда, тиззалари қоринга келтирилади.
- 2.Стерил резина қўлқоп кийилади.
- 3.Стерилланган фиброколоноскопни ишга яроқлилиги текширилади ва мониторга уланади.
4. Колоноскоп найига стерил вазелин мойи суртилади.
- 5.Дастлаб, тўғри ичак ректал ойна орқали кўрилади.
- 6.Ректал ойна орқали колоноскоп найи, ётган тана сатхига паралел равишда тўғри ичакка 3-4 см чуқурликка аста-секин бураб-бураб киритилади.
- 7.Кейинги киритиш визуал назорат остида, хаво инсуфляцияси билан йўғон ичакни шишириш орқали унинг ўқи бўйлаб олиб борилади.
- 8.Киритиш жараёнида йўғон ичакнинг шиллиқ қаватини ҳолати, бурмалари, полиплар,хосила бор ёки йўқлигига, яра, қонашига ахамият берилади.

9. Аста-секин шу тарзда кўр ичаккача борилади, Баугин тўсиғидан келувчи нажас таркибига ахамият берилади.

10. Лозим бўлса, биопсия ва бактериологик экзювга материал олинади.

11. Колоноскоп аста-секин визуал назорат остида ичакдан чиқарилиб, антисептик эритмаси шимдирилган сальфетка билан артилади.

12. Тўғри ичакка газ чиқарувчи найча қўйилади.

13. Резина қўлқоп ечилиб, антисептик эритма бор идишга солинади.



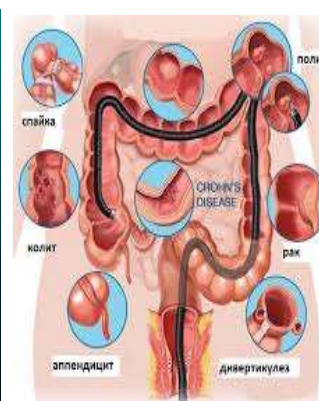
Расм 1.



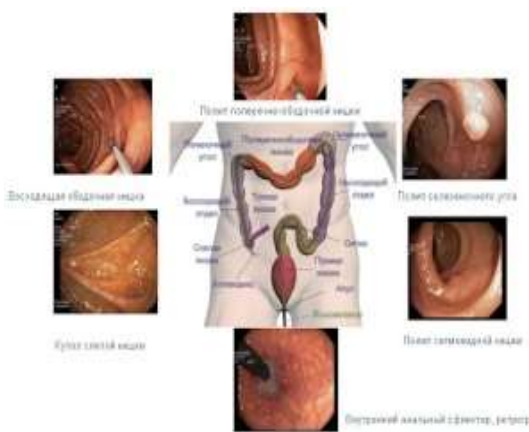
Расм 2.



Расм 3.



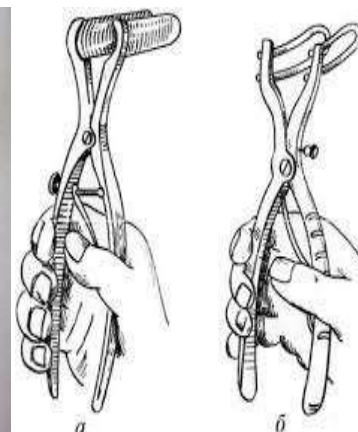
Расм 4.



Расм 5.



Расм 6



Расм 7..

**Расм 1,2**-фиброколоноскопияни ўтказиш ва мониторда кузатиш; **Расм 3**-фиброколоноскопияда сигмасимон ичакдаги ўсмани кўриниши; **Расм 4**-фиброколоноскопияда йўғон ичак касалликларини аниқлаш; **Расм 5**-фиброколоноскопияда йўғон ичак шиллиқ қаватини кўриниши; **Расм 6**-фиброколоноскоп; **Расм 7**-ректал ойна турлари.



## ПНЕВМОИРРИГОГРАФИЯНИ ЎТКАЗИШ ТЕХНИКАСИ

**Мақсад:** Йўғон ичак контурини, жойлашишини ва касалликларини аниқлаш.

**Кўрсатма:** Гршпрунг хасталиги, долихосигма, йўғон ичакни иккиланиши ва яра касаллиги ҳамда ўсмаларига шубҳа бўлганда.

**Керакли тиббий жихозлар:** Рентгеноскоп, Ричардсон баллони, стерил резина қўлқоп, 10,0 ли шприц, глицерин ёки вазелин, газ чиқарувчи найча.

**Беморни пневмоирригографияга тайёрлаш:**

Йўғон ичакни ахлат массаларидан тўла тозалаш учун, текширувдан 1 кун олдин кечқурун ва текширувдан 2 соат олдин сифонли тозаловчи хукна ўтказилади. Бемор эрталаб овқатланмайди.

**Бажариш техникаси:**

1. Бемор рентген хонасида рентген столига чалқанча ётқизилиб, оёқлари тизза ва сон-чанокларида қорин томонга бироз букилади.

2. Шифокор резина қўлқоп кияди.

3. Ричардсон баллони зондига мой суртилади.

4. Шу зонд тўғри ичакка 15-20 см чуқурликка киргизилади.

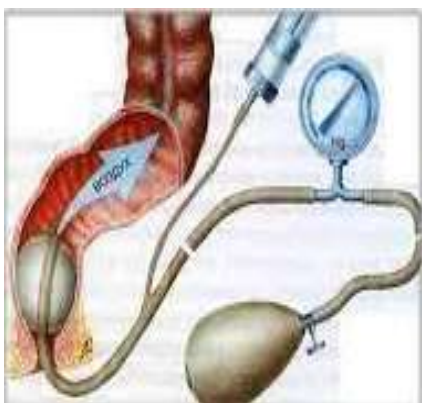
5. Шприц ёрдамида зонд баллонига (обтураторга) 10-15 мл ҳаво юборилади.

6. Рентген назорати остида аста-секин Ричардсон баллони ёрдамида тўғри ичакка ҳаво юборилади (босим 40-50 мм.с.у. дан ошмаслик керак!), ҳаво кўр ичакни тўлдирган захоти, тўғри праекцияда рентген сурати олинади.

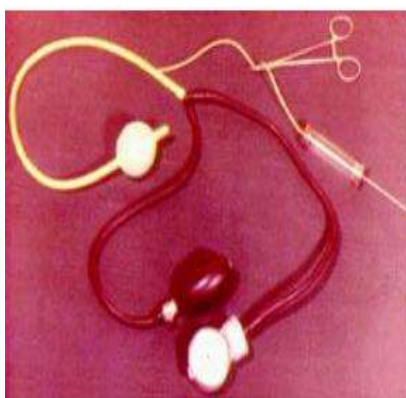
7. Зонд обтураторидан ҳаво шприц ёрдамида тортиб чиқарилади ва зонд олиб ташланади.

8. Тўғри ичакка 4-6 см чуқурликка газ чиқарувчи найча қўйилади. 5-10 дақиқадан сўнг у олиб ташланади.

9. Резина қўлқоп ечилиб, антисептик суяқлик бор идишга солинади.



Расм1.



Расм2.



Расм 3.



Расм4.



Расм 5.



Расм 6.

**Расм 1**-Ричардсон баллони ёрдамида йўғон ичакка хаво юбориш; **Расм 2**-Ричардсон баллонини тури; **Расм 3,4**-илиоцекал инвагинацияда инвагинат бошчасини кўриниши; **Расм 5**-йўғон ичакни - йўғон ичакка инвагинацияси; **Расм 6**- консерватив дезинвагинация ўтказилганда хавони йўғон ичакдан ингичка ичак ўтиши.

## КОНТРАСТЛИ ИРРИГОГРАФИЯНИ ЎТКАЗИШ ТЕХНИКАСИ

**Мақсад:** Йўғон ичак контурини, жойлашишини, шиллиқ қаватини ҳолатини, туғма ва ортирилган касалликларини аниқлаш.



**Кўрсатма:** Гиршпруг хасталиги, долихосигма, йўғон ичакни иккиланиши ва яра касаллиги ҳамда ўсмаларига шубха бўлганда.

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил резина қўлқоп, тиббиёт вазелин мойи, 60 ёки 100 мл ли бир маротабали стерил шприц ёки шприц Жане ёки хукна учун резина баллон(груша), 10 % ли барий сульфат суспензияси, газ чиқарувчи найча.

### **Беморни ирригографияга тайёрлаш:**

1.Йўғон ичакни ахлат массаларидан тўла тозалаш учун, текширувдан 1 кун олдин кечкурун ва текширувдан 2 соат олдин сифонли тозаловчи хукна ўтказилади.

2. Текширувдан 20-30 дақиқа олдин тўғри ичакка 4-6 см чуқурликка газ чиқарувчи найча қўйилади. Сўнг у олиб ташланади.

### **Бажариш техникаси:**

1.Бемор рентген хонасида рентген столига чап ёнбошга, оёқлари тизза ва сон- чаноқ бўғимларида қорин томонга биров букилган ҳамда тоз сохасини биров кўтариш мақсадида, унинг тагига ёстикча қўйилган ҳолатда ётқизилади.

2.Шифокор резина қўлқоп кияди.

3.Бир маротабали шприцга ёки резина баллонга, боланинг ёшига боғлиқ ҳолда керакли миқдордаги барий сульфат суспензияси олинади (тахминан: чақалоқлар учун—30—50 мл, 1 ёшгача болаларда— 50— 80 мл, 1—3 ёшли болаларга— 100—200 мл, 4—7 ёшли болаларга —200—500 мл, 7 ёшдан катта болаларга— 500—800 мл).

4.Шприц учига вазелин мойи суртилиб, тўғри ичакка киритилади ва контраст модда енгил босим остида оз-оз миқдорда йўғон ичакка юборилади. Бунда контраст моддани йўғон ичакка ўтишини диққат билан рентгент экранида кузатиб борилади. Йўғон ичакни контраст модда билан кучли тўлдириш мумкин эмас, чунки уни суний кенгайиши диагностик хатога олиб келиши мумкин.

5.Бемор чалқанча ва тўғри ётқизилиб, тўғри проекцияда рентгент сурати олинади. Сўнг беморни чап ёнбошга ҳамда ўнг ёнбошга ётган холда ҳам рентгент суратлари олинади.

6.Контраст моддани йўгон ичакдан чиқариш учун хожатга буюрилади.

7.Хожатдан сўнг яна тўғри проекцияда рентгент сурати олинади.

8.Резина қўлқоп ечилиб, 3% ли хлорамин эритмаси бор идишга солинади.

Йўгон ичак схемаси	Долихосигма	Пайра касаллиги
<p>Расширенная прямая кишка - мегаректум (боковой рентген снимок прямой кишки)</p>		
Гиршпруг хасталиги	Ирригограмма норма	
Мегаколон	Йўгон ичак дивертикулёзи	

## **КОНСЕРВАТИВ УСУЛДА ИЧАК ДЕЗИНВАГИНАЦИЯСИНИ ЎТКАЗИШ**

**Мақсад:** Ичак инвагинациясини консерватив даволаш.

**Кўрсатма:** Ичак инвагинацияси.

**Керакли тиббий жихозлар:** Ричардсон баллони, тўғри ичакни тўсиб турувчи баллонлик резина зонд (обтуратор), манометр, 20 мл ли бир марталик стерил шприц, кетамин, докали стерил сальфетка (2-3 дона), стерил резина кўлқоп, стерил вазелин мойи ёки глицерин, рентген аппарати, газ чиқарувчи найча.

**Бажариш техникаси:**

1. Ичак инвагинациясини бошланишидан 12 соатгача бажарилади.
2. Беморни рентген столига оёқлари тизза ва сон-чаноқ бўғимида қорин ва ён томонга биров букилган холда чалқанча ётқизилади.
3. Беморга кетамин билан қисқа вақтли наркоз берилади.
3. Текширувчи кўрғошинли фартук кияди.
4. Резина кўлқоп кийилади.
5. Анус атрофи совунли эритма билан сальфетка ёрдамида тозаланади ва қурук сальфетка билан қуритилади.
6. Йўғон ичакка хаво юбориш мосламаси зондига вазелин мойи суртилиб, тўғри ичакка 15-20 см чуқурликда ичкарига киритилади.
7. Шприц ёрдамида зонд баллонига (обтураторга) 15-20 мл хаво юборилади.
8. Хаво юбориш мосламаси зондига тройник орқали Ричардсон баллони ва манометр уланади.
9. Рентгеноскопия назорати остида аста-секин Ричардсон баллони ёрдамида тўғри ичакка хаво юборилади. Бунда агар хаво кўр ичаккача борса, ингичка ичакни – ингичка ичакка инвагинацияси деб бахоланади ва бу оператив даволашга кўрсатма бўлади. Агар инвагинат бошчаси, йўғон ичакнинг жигар бурчагида хаво фонида аниқ чегарали думалоқ соя шаклида кўринса, йўғон ичакни – йўғон ичакка инвагинацияси деб бахоланади ва рентген сурати олинади.

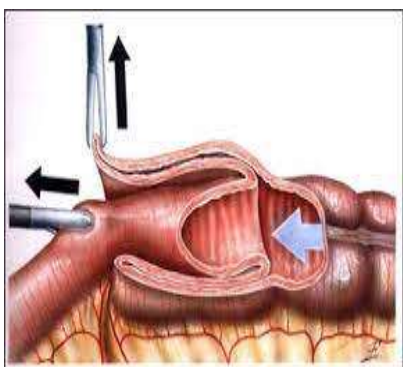
10. Дезинвагинация қилиш учун ичакка хаво юбориш давом эттирилади (ёшга боғлиқ холда манометр кўрсаткичи 30-40 мм.с.у.дан ошмаслиги керак!). Дезинвагинация юзага келса, рентгеноскопияда хавони кўр ичакдан ингичка ичакка ўтгани кўринади, шу захоти яна бир рентген сурати олинади. Агар керакли миқдорда хаво юборилишига қарамай дезинвагинация бўлмаса, оператив даволашга кўрсатма бўлади.

11. Зонд баллонидан хаво чиқарилади.

12. Зонд тўғри ичакдан чиқариб олинади.

13. Тўғри ичакка, қолдиқ хавони чиқариш учун, 10-20 дақақага хаво чиқарувчи найча кўйилади. Бемор уйғонгач, палатага ўтказилади.

14. Резина кўлқоп ечилиб, дезинфекцияловчи эритма бор идишга солинади.



Расм 1.



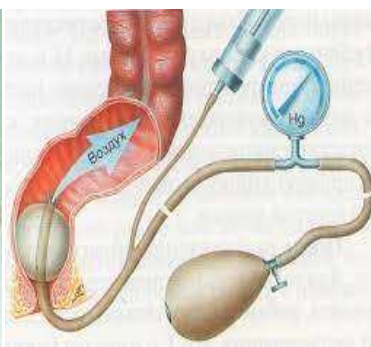
Расм 2.



Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.

**Расм 1**-дезинвагинация жараёни, **Расм 2**-Ричардсон баллони, **Расм 3**- йўғон ичакни-йўғон ичакка инвагинацияси; **Расм 4**-оператив дезинвагинация қилиш; **Расм 5**-йўғон ичакка Ричардсон баллони ёрдамида хаво юбориш, **Расм 6**-йўғон ичакда, киритилган хавони йўналиши.

## ЧОВ ЧУРРАСИНИ АНИҚЛАШ

**Мақсад:** Чов чуррасини ташхислаш.

**Кўрсатма:** Чов соҳасида тик турган ҳолатда, кучанганда шиш бўлиши.

**Керакли тиббий жихозлар:** Кушетка (кровать), стерил резина қўлқоп.

**Бажариш техникаси:**

- 1.Шифокор ўнг қўлига резина қўлқоп кияди ва кафти иситилади.
- 2.Тик турган ҳолатда кўрганда, беморни чов соҳасида териси ўзгармаган, маълум катталиқдаги хосила шиш аниқланади.
- 3.Беморни тик турган ҳолатида пайпаслаганда, юмшок - эластик консистенцияли,оғриқсиз хосила аниқланади.
- 4.Бемор чалқанча ётганда хосилани ўзи ёки унинг устига енгил босиб пайпаслаганда у қорин бўшлиғига кириб кетади.
- 5.Бола кучанганда,кучли йиғлаганда ёки йўталганда юмалоқ ёки овал шаклдаги хосила яна пайдо бўлади.
- 6.Чурра хосиласини қорин бўшлиғига киргизиб, чов канали ташқи тешигига ёрғоқ териси орқали кўрсаткич бармоқни киргазиб, унинг ўлчами аниқланади.
- 7.Бармоқни шу ҳолатда ушлаб туриб, болани йўталтириб «йўтал турткиси» сиптоми, бармоқ учига келаётган туртки орқали аниқланади.
- 8.Резина қўлқоп ечилади.



Расм 1.



Расм 2.



Расм 3.





Расм 4.

Расм 5.

Расм 6.

**Расм 1**-ўнг томонлама чов чурраси; **Расм 2**-чап чов чуррасида “йўтал турткиси” симптомини аниқлаш; **Расм 3**-чов чуррасини чов каналини ички тешигидан чиқиши; **Расм 4**-чап чов чуррасини чов каналини ташқи тешигидан чиқиши; **Расм 5**-ўнг чов чурраси; **Расм 6**-қисилмаган ва қисилган чов чуррасини кўриниши.

### ҚИСИЛГАН ЧОВ-ЁРҒОҚ ЧУРРАСИНИ АНИҚЛАШ

**Мақсад:** Қисилган чов-ёрғоқ чуррасини ташхислаш.

**Кўрсатма:** Беморни чов-ёрғоқ соҳасида оғриқ, хосила, шиш пайдо бўлиши, безовталиқ.

**Керакли тиббий жихозлар:** Кушетка (кровать), стерил резина кўлқоп, диафоноскоп.

**Бажариш техникаси:**

1. Шифокор резина кўлқоп кияди, ўнг кўл кафти иситилади.
2. Беморни тик ҳолатида объектив кўрилганда, чов- ёрғоқ соҳасида териси ўзгармаганини, хар-хил катталиқдаги хосила, шиш борлиги аниқланади.
3. Беморни чалқанчасига ётқизишиб, шифокор ўнг томонда бемор ёнида ўтирган ҳолда, ўнг кўл билан аста-секин хосила пайпасланади. Чов-ёрғоқ соҳасидаги хосила қаттиқ-эластик консистенцияли, овал ёки нотўғри шаклда, оғриқли эканлиги, босиб кўрилганда қорин бўшлиғига кирмаслиги аниқланади.

4.Мояк истисқоси билан қиёсий ташхислаш учун, хосилани диафоноскопия қилинади:агар хосиладан ёруғлик ўтмаса, қисилган чов – ёрғоқ чурраси деб,агар ёруғлик ўтса,мояк пардалари истисқоси (гидроцеле) деб бохоланади.

5.Резина қўлқоп ечилиб,антисептик эритма бор идишга солинади.



**Расм 1.**



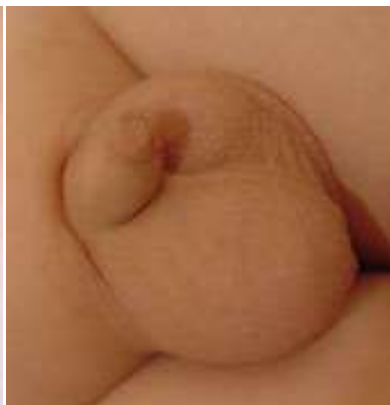
**Расм 2.**



**Расм 3.**



**Расм 4.**



**Расм 5.**



**Расм 6.**

**Расм 1,2-** чап томондан қисилган чов-ёрғоқ чурра; **Расм 3-**диафоноскопияда гидроцеле; **Расм 4-**ўнг мояк истисқоси; **Расм 5-**ўнг томондан қисилмаган чов-ёрғоқ чурра-қорин бўшлиғига тўғрилангунча ҳолат; **Расм 6-**қорин бўшлиғига тўғрилангандан кейинги ҳолат.

## **СПЛЕНОМОНОМЕТРИЯ ВА СПЛЕНОПОРТАГРАФИЯНИ ЎТКАЗИШ ТЕХНИКАСИ**

**Мақсад:** Портал хавзадаги (қопқа венасидаги) портал тизимдаги босимни ва вена контомирларирини архитектуроникасини аниқлаш.

**Кўрсатмалар:** Жигар циррози, спленомегалия, қизилўнғач веналарининг варикоз кенгайиши

**Керакли тиббий жихозлар:** Рентгенконтраст модда (йоднинг сувли эритмаларидан бири 20 мл.), 5,0 ва 20,0 ли стерил шприц, 10-12 см узунликдаги мандренли игна, Вальдман аппарати, 70<sup>0</sup> ли спирт, докали стерил сальфетка ва шариклар, стерил резина қўлқоп, лейкопластирь, кетамин.

**Бажариш техникаси:**

1. Резина қўлқоп кийилади.

2. Шприцга 20 мл контраст модда олинади.

1. Кетамин билан қисқа вақтли умумий оғриқсизлантириш остида, бемор рентген столида чалқанча ётган ва нафас бир неча дақиқага тўхтатилган ҳолатда.

2. Ўрта қўлтиқ ости чизиғи бўйича 10-11 қовурғалар орасида мандренли игна перпендикуляр равишда талокқа киритилади.

3. Мандрен олинганда игнадан бир неча томчи қон чиқиши, игнани талок пульпасида эканлигидан далолат беради.

4. Игна Вальдман аппаратига уланиб, ундаги босим аниқланади.

5. Игна Вальман аппаратида ажратилиб, шприцга олинган контраст модда, игна орқали талокқа тўлиқ тез юборилади ва унинг 2/3 қисми юборилганда (2-3 сек) рентген сурати олинади.

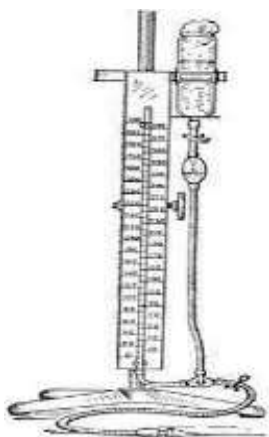
6. Игна олиниб, қовурга равоғини бармоқлар билан босиб, талок босиб турилади.

7. Терини пункция қилинган жойига стерил сальфетка қўйиб, лейкопластирь билан ёпиштирилади.

8. Резина қўлқоп ечилиб, 3% ли хлорамин эритмаси бор идишга солинади.

9. 10 минутдан сўнг 2 чи рентген тасвир олинади – бу экскретор урограмма.





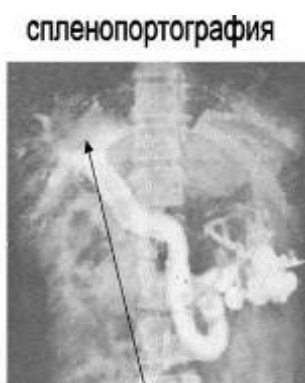
Расм 1.



Расм 2.



Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.

**Расм 1**-Вальдман аппарати; **Расм 2**-спленопортограмма схемаси:1-талоққа киритилган игна; 2-талоқ венаси;3-дарвоза вена;4-ошқозонни тож веналари; **Расм 3**-портал тизим вена томирларини схемаси; **Расм 4**- жигар ичи веналарини блоки; **Расм 5**- спленопортограмма:Портал гипертензия синдромида қизилўнгач веналарини варикоз кенгайиши; **Расм 6**-спленопортограмма: жигардан ташқари веналарни блоки.

## БЎЛИМ –II. ТОРОКАЛЬ ЖАРРОХЛИКДАН АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР

### БРОНХОСКОПИЯНИ ЎТҚАЗИШ ТЕХНИКАСИ

**Мақсад:** Ўпка – бронх туғма нуқсонларини ва касалликларини ташхислаш, бронхларни санация қилиш, бронхография қилишда контраст моддани ва даволовчи дори моддаларини киритиш, бронхлардан полипни ёки ёт жисмларни олиш.

**Кўрсатмалар:** Ўпка ва бронхларнинг туғма нуқсонлари ва сурункали йирингли касалликлари, катта кортикал абсцесс, бронхоэктатик касаллик, бронхлар ёт жисмлари, обструктив бронхит.

**Керакли тиббий жихозлар:** Қаттиқ бронхоскоп, суний нафас олиш аппарати,ларингоскоп,интубацион найча,ёт жисмни олиш учун қисқич. контраст модда (йоднинг сувли эритмаларидан бири), электрон оптик ускуна (ЭОУ), элетрсўрғич, ёстикча (валик),полиэтилен катетер, анестетик (кетамин), миорелаксант, 20,0 ли стерил шприц, докали стерил сальфеткалар,антисептик эритмалардан бири,керакли дори модда, кислород, операция столи, стерил резина қўлқоп,агар фақат бронхларни холатини кўриш керак бўлса,фибробронхоскоп.

**Бажариш техникаси:**

1.Бемор операция столига чалқанча ётқизилиб,елкаси остига ёстикча кўйилади.

2.Резина қўлқоп кийилади.

3.Беморга кетамин билан қисқа вақтли умумий анестезия миорелаксантлар билан ўтказилади.

4.Ниқоб орқали кислород билан нафас берилади.

5.Оғиз бўшлиғига ларингоскоп киритилади, юмшок танглай тилчаси, хиқилдоқ усти топилиб, тил илдизига кўтарилади. Ларингоскоп ёрдамида трахеяга боланинг ёшига мос ўлчамдаги бронхоскоп тубуси танланади:

1 ёшгача № 5

1-3 ёшга № 6-7

4-5 ёшга № 8-9

6-8 ёшга № 10-11

9-12 ёшга №12-13

13-15 ёшга №14-15

16-18 ёшга №16-17

6.Трахеяни овоз ёриғи топилиб, кенгайтирилиб, бронхоскоп билан халқалари кўндаланг жойлашиши билан характерланадиган трахеяга кирилади. Бронхоскопга суний нафас олиш апаратининг кислород найчаси уланиб, кислород берилади.

7.Трахеянинг бифуркация қаринасига етгач, соғ тарафни текширишга киришилади.

8.Тубусни ўнг асосий бронхга киритиш учун, беморнинг бўйни чап томонга эгилади, сўнг юқори, ўрта ва пастки бўлак бронхлари кўрилади.

9.Беморнинг бошини ва бўйнини бироз кўтариб, ўнг томонга эгиб, бронхоскоп чап асосий бронхга киритилади, юқори ва пастки бўлак бронхлари ва сегментар бронхлар кўрилади.

10. Ёт жисм аниқланса, қисқич билан олиб ташланади. Йиринг,шиллик ёки қон аниқланса, электсўргич билан найча орқали сўриб ташланади ва бактериларга текшириш учун эзма олинади.

11. Агар йиринг бўлса, бронхлар катетер орқали фурациллин эритмаси билан ювилади ва сўнг у сўриб ташланади.

12.Санациядан сўнг муколитиклар, протеолитик ферментлар ва антибиотиклардан бирини бронхларга юборилади.

13.Агар бронхография қилиш керак бўлса, бронхларга контраст модда юбориб бронхография қилинади(“Бронхография қилиш техникаси”га қаралсин!).

14. Беморда мустақил нафас олиш қайта тиклангач,бронхоскоп тубуси секин-аста тортиб олинади ва ёрдамчи нафас олиш давом эттирилади.

15.Резина кўлқоп ечилиб, дезинфекцияловчи эритма бор идишга солинади.

16.Бемор тўла уйғонгач, палатага ўтказилиб,ахволи кузатиб турилади.

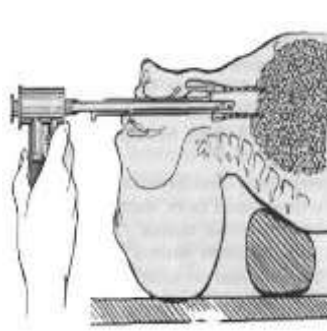
**Мумкин бўлган асоратлар:**Траея ва бронхларни шикастланиши ёки тешилиши.



Расм 1.



Расм 2.



Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.



Расм 7.



Расм 8.



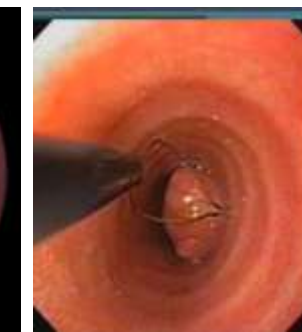
Расм 9.



Расм 10.



Расм 11.



Расм 12.



Расм 13.



Расм 14.



Расм 15.

**Расм1,2,3,4** –каттик бронхоскоп билан бронхоскопия қилиш; **Расм 5,6,7,8-** фибробронхоскоп билан бронхоскопия қилиш; **Расм 9-**бронхоскопияда

трахеяни, ўнг ва чап бош бронхларни кўриниши; **Расм 10**-чап бош бронхда ёт жисмни кўриниши; **Расм 11**-бронхдан қон оқиб чиқиши; **Расм 12**-бронхдан полипни бронхоскоп орқали олиш; **Расм 13,14**-қаттиқ бронхоскопларни турлари; **Расм 15**-фибробронхоскоп.

## **БРОНХОГРАФИЯНИ ЎТКАЗИШ ТЕХНИКАСИ**

**Мақсад:** Беморда бронх дарахтининг архитектуроникасини аниқлаш.

**Кўрсатма:** Бронхоэктатик касалликка, ўпка ва бронхларни туғма нуқсонларига гумон бўлганда.

**Керакли тиббий жихозлар:** Қаттиқ ёки фибробронхоскоп, суний нафас олиш аппарати, контраст модда (йоднинг сувли эритмаларидан бири), электрон оптик ускуна (ЭОУ), электрсўрғич,ларингоскоп, ёстикча(валик), полиэтилен катетер,анестетик (кетамин), миорелаксант, 20,0 ли стерил шприц,стерил резина қўлқоп,кислород, операция столи.

**Бажариш техникаси:**

1.Беморни операция столига чалқанча ётқизилиб,елкаси остига ёстикча кўйилади..

2.Резина қўлқоп кийилади.

2.Беморга кетамин билан қисқа вақтли умумий анестезия миорелаксантлар билан ўтказилади.

3.Ниқоб орқали кислород билан суний нафас берилади.

4.Оғиз бўшлиғига ларингоскоп киритилади, юмшоқ танглай тилчаси, хиқилдоқ усти топилиб, тил илдизига кўтарилади. Ларингоскоп ёрдамида трахеяга боланинг ёшига мос ўлчамдаги тубус танланади (“Бронхоскопияни ўтказиш техникаси”га қаралсин!).

5.Овоз ёриғи топилиб, кенгайтирилиб, бронхоскоп билан халқалари кўндаланг жойлашиши билан характерланадиган трахеяга кирилади.

Бронхоскопга суний нафас олиш аппаратининг кислород найчаси уланиб, кислород берилади.

6.Трахеянинг бифуркация қаринасига етгач, соғ тарафни текширишга киришилади.

7.Тубусни ўнг асосий бронхга киритилганда, беморнинг бўйни чап томонга эгилади, сўнг юқори ўрта ва пастки бўлак бронхлари кўрилади.

8.Беморнинг бошини ва бўйнини бир оз кўтариб ўнг томонга эгиб, бронхоскоп чап асосий бронхга киритилади, юқори ва пастки бўлак бронхлари ва сегментар бронхлар кўрилади.

9.Бронхография ўтказиш учун, шприцга контраст модда олиниб, у бронхоскоп орқали бронхга киритилган катетер орқали бронхга юборилади ва тўғри проекцияда рентгенография қилинади.

10. Сўнг,контраст модда катетер орқали шприц билан сўриб ташланиб, бронхлар шу катетер орқали 1:5000 фурациллин эритмаси билан ювилади, сўнг у сўриб ташланади.

11.Агар бронхларда йиринг бўлса, уни санация қилинган, муколитиклардан ёки протеолитик ферментлардан ва антибиотиклардан бирини юбориб кўйилади.

12.Катетерни бронхоскопдан чиқариб олиб, бемор уйғониб, мустақил нафас олиши тиклангач, секин –аста бронхоскоп трахеядан чиқариб олинади.

13.Резина кўлқоп ечилиб, дезинфекцияловчи эритма бор идишга солинади.

14.Бемор тўла уйғонгач, палатага ўтказилиб,ахволи кузатиб турилади.

**Мумкин бўлган асоратлар:**Трахея ва бронхларни шикастланиши ёки тешилиши.





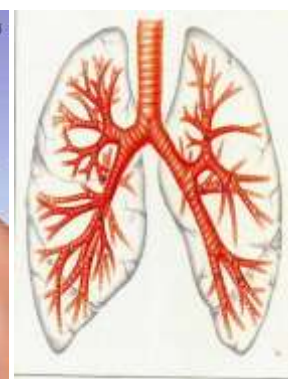
Расм 1.



Расм 2.



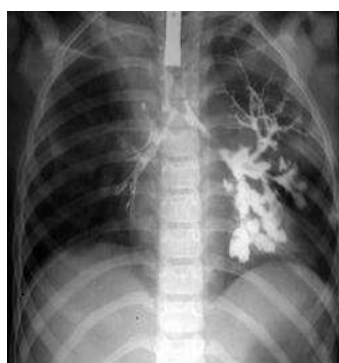
Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.



Расм 7



Расм 8.



Расм 9.



Расм 10.

**Расм 1**-фибробронхоскоп орқали бронхография қилиш; **Расм 2**-қаттиқ бронхоскоп орқали бронхография қилиш; **Расм 3**- фибробронхоскопия қилиш; **Расм 4**-трахея ва бронхларни тузилиши схемаси; **Расм 5**-бронхограммада, ўнг ўпкани пастки бўлагини ва икки томонлама бронхоэктази; **Расм 6**-бронхограммада, чап ўпкани бронхоэктази; **Расм 7**:-бронхограммада, 1,2-чап ўпкани қуйи бўлагини бронхоэктази, 3-ўнг ўпкани қуйи бўлагини бронхоэктази; **Расм 8,9**-қаттиқ бронхоскоп турлари ; **Расм 10**-фибробронхоскоп.



## ПЛЕВРА БЎШЛИҒИНИ ПУНКЦИЯ ҚИЛИШ ТЕХНИАСИ

**Мақсад:** Кўкрак қафаси ичи босимини ошиши синдроми билан кечувчи касалликларни қиёсий ташхислаш, шилинч ёрдам кўрсатиш ва даво такатикасини аниқлаш.

**Кўрсатма:** Кўкрак қафаси ичи босими ошиши синдроми билан кечувчи патологик ҳолатлар (пневмоторакс, пиоторакс, пиопневмоторакс, гемоторакс).

**Керакли тиббий жихозлар:** Боғлов хонасида операция столи, стерил резина кўлқоп, 20,0 ли стерил шприц игнаси билан, калта резина найча ўрнатилган пункцион игна, 3% ёки 5% ли йод, 70<sup>0</sup> ли спирт, 0,5% ли новокаин, докадан тайёрланган стерил салфетка ва шариклар, тиббий лейкопластирь, бактерияга экиш учун пробирка, пинцет, юмшоқ қисқич..

### **Бажариш техникаси:**

1. Боғлов хонада бемор операция столида муолажа томондаги қўлини юқорига кўтариб бошини ушлаб ўтирган ҳолат берилади ва уни шу ҳолатда хамшира ушлаб туради. Ёки бемор стулга тескари ўтириб қўлларини стул суюнчиғига бир-бирини устига қўйиб бошини шу қўллари устига эгиб қўйиб туради.

2. Кўкрак қафасини умумий рентген текшириш маълумотларига асосан пункция қилиш нуқтаси аниқланади. Пневмотораксда пункция ўрта ўмров чизиғи бўйлаб 2-3 қовурғалар оралиғига, агар плевра бўшлиғида суюқлик бўлса, орқа ёки ўрта қўлтиқ чизиғи бўйича 6-7 қовурғалар оралиғига қилинади.

3. Пункция жойи териси йод ва спирт билан ишланиб, новокаин билан А.В. Вишневский бўйича инфилтратион анестезия қилиниб, қовурғалараро қон томир ва нервларни шикастламаслик учун игнани пастки қовурғанинг юқори қирраси бўйлаб киргизилади. Игна узунлиги 5-7 см диаметри 0,5-1 мм. Игнага калта резина найча ўрнатилиб, унинг эркин учи шприцга киритиш учун канюла билан таъминланган. Резина найча ўрта қисмида

қисқич билан қисиб беркитилган.

4. Чап қўл билан тахминий тешилган жойда тери сурилиб, фиксацияланади.

Чунки игна олингач ғадир-будур канал хосил бўлиши керак.

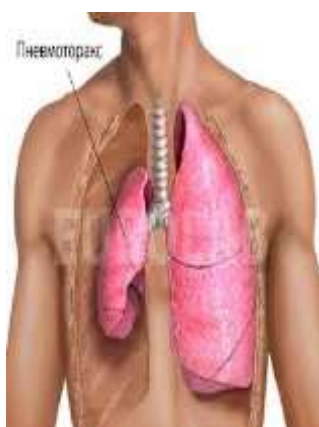
5. Ўнг қўл билан игна қатъий перпендикуляр равишда кўкрак деворига бўшлиққа тушганликни хис қилгунча киритилади.

6.Сўнг резина найчага шприц уланади,қисқич найчадан олиниб плевра бўшлиғидаги хаво ёки суюқлик сўриб олинади. Шприцни бўшатишдан олдин найчани яна қисқич билан қисилади. Суюқлик ёки хаво билан қисилган кўкс оралиғи аъзоларини тез силжишини олдини олиш мақсадида сўриб олиш секинлик билан бажарилади, бунда боланинг пульси ва умумий ахволи кузатилади. Агар беморда йўтал ёки ахволи оғирлашса сўриб олиш тўхтатилади.

7.Агар плевра бўшлиғидан суюқлик олинган бўлса, ундан бактерияларга экиш ва антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш учун анализга олинади.

8.Муолажа тугагач, игна орқали плевра бўшлиғига антибиотиклардан бирини эритмасини юбориб, у чиқариб олинади ва пункция қилинган соха терисига спирт суртиб стерил сальфетка қўйилади ва лейкопластирь ёпиштирилади.

**Мумкин бўлган асоратлари:** Қовурғалараро қон томирларни, нервларни ва ўпкани шикастланиши , тери ости эмфиземасини риволаниши, гематома.



Расм 1.



Расм 2.



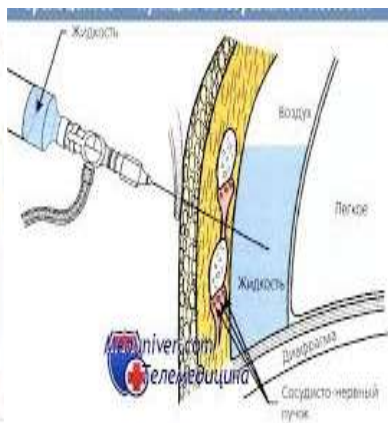
Расм3.



Расм 4



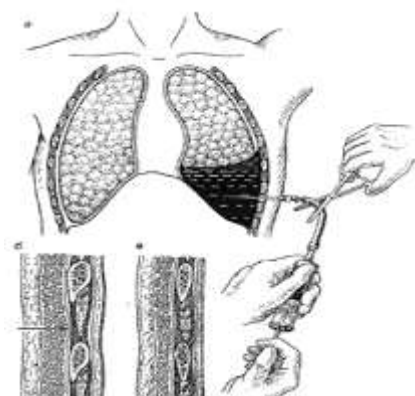
Расм 5.



Расм 6.



Расм 7.



Расм 8.



Расм 9.



Расм 10.

**Расм 1**-ўнгдан пневмоторакс; **Расм 2**-плевра бўшлиғини пункция қилиш; **Расм 3**-ўнг томонда пиопневмоторакс; **Расм 4**- пункция қилишда бемор холати; **Расм 5**-беморни чап ёнбошга ётган холатда пункция қилиш; **Расм 6**-гидротораксда плевра бўшлиғини пункция қилиш схемаси; **Расм 7**-плевра бўшлиғини цункция қилиш этаплари схемаси; **Расм 8**-плевра бўшлиғидан суюқликни шприц билан тортиб олишда, юмшоқ қисқичдан фойдаланиш схемаси; **Расм 9**-плевра бўшлиғидан суюқликни пункция қилиб, шприц билан тортиб олиш схемаси; **Расм 10**- пункцион игналар.

## ПЛЕВРА БЎШЛИҒИНИ ДРЕНАЖЛАШ (ТОРОКОЦЕНТЕЗ)

### ТЕХНИКАСИ

**Мақсад:** Очиқ ёки ёпиқ пневмотораксни, пиотораксни, пиопневмотораксни даволаш.

**Кўрсатма:** Очиқ ёки ёпиқ пневмоторакс,пиоторакс,пиопневмоторакс.

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил резина қўлқоп, 70<sup>0</sup> ли спирт,3%ёки 5% ли йод, 0,25% ёки 0,5% ли новокаин, 10,0 ли стерил шприц игнаси билан,стерил ипак ип ва хирургик игна, докали стерил сальфетка ва шариклар,пахта,троакар,скальпель,юмшоқ пинцет,юмшоқ қисқич, лейкопластирь,антисептик суюқликлардан бири(фурацилин,риванол,декосан в.б.), проксимал учида 2см ораликда 2-3 та тешиги бўлган,дистал учида эса клапанли дренаж полиэтилен найча(Бюлау бўйича дренажлаш учун),Бобров банкаси.Актив дренажлаш учун эса 2 та Бобров банкаси,улардан 1 таси сувли манометрли.

**Бажариш техникаси:**

1.Резина қўлқоп кийилади

2. Бемор операция столида чалқанча ёки соғ томонга бироз ёнбошлаган ва кўкрак қафаси тагига ёстиқча(валик) қўйилган ёки ўтирган ҳолатда бўлади.Агар ўтирган ҳолатда бўлса,бемор стулга тескари ўтириб, қўлларини стул суянчиғиги бир-бирини устига қўйиб, бошини шу қўллари устига пастга қараб эгиб туради.

3.Орқа ёки ўрта қўлтиқ чизиғи бўйича, пневмотораксда 2-3 қовурғалар орасида,пиоторакс ва пиопневмотораксда 7-8 қовурғалар орасида операция соҳаси йод ва спирт билан ишлов берилади.

4.Операция соҳаси новокаин билан инфильтрацион анестезия қилинади

5.Тери 1-1,5 см узунликда скальпель билан қовурғалар бўйлаб кесилиб,жарохатни икки қирғоғига терига, ушлаб турувчи 2 та чок қўйилади

6.Троакар пастки қовурғани юқори қирриси бўйлаб, тери жарохати орқали кўкрак қафасига бироз куч билан бўшлиққа тушганликни хис қилгунча киритилади.

7.Дренаж найчани дистал учи қисқич билан қисилади.

8.Троакардан стилет олиниб,унинг ташқи тешигини бош бармоқ билан вақтинча беркитиб туриб,унинг тешиги орқали дренаж найча плевра

бўшлиғига 4-5 см узунликда киритилади.

9.Троакар, дренаж найчани ушлаб турган холда ташқариги аста- секин чиқариб олинади ва найчани аввал қўйилган иплар билан терига боғлаб фиксация қилинади.

10.Бюлау бўйича пассив дренажлашда резина қўлқопни битта бармоғини асосидан кесиб олиб, унинг тўмтоқ учини клапан хосил қилиш учун 1-1,5 см узунликда бўйлаб кесилади ва найчани учидан аввал қўйилган қисқични олиб, резина ичига киритиб, ипак ип билан маҳкам боғлаб қўйилади.Найчани бу учи антисептик суюқлиги бўлган Бобров банкасига солиб қўйилади.

11.Актив дренажлашда дренаж найчанинг ташқи учи туташ идишли (иккита туташ Бобров банкалари) системага улаб қўйилади.

11.Дренаж найчаси атрофи тери жарохати 2 та ипак ип билан тикилади ва дренаж найча шу иплар билан боғланади ва асептик боғлам қўйилади.

12.Дренажлашдан сўнг рентген текшириш тавсия этилади.

**Дренаж найчани олиш техникаси:**Аввал қўйилган дренаж найчани фиксацияловчи ипларни кесиб олиб,найчани охирги учига Жане шприцини улаб вакуум хосил қилган холда найча тортиб олинади.Тери ярасини чеккалари бир-бирига тортиб яқинлаштирилиб,кенг лейкопластирь билан ёпиштирилади.1-2 кундан сўнг у олинади. Яра бирламчи битади.

**Мумкин бўлган асоратлар:** Қовурғалараро қонтомирларини ва нерв толаларини шикасиланиши,ўпкани тешилиши ҳамда териости эмфиземасини ривожланиши.



Расм 1.



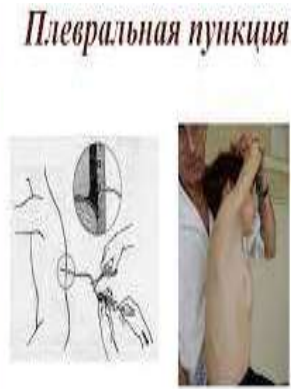
Расм 2.



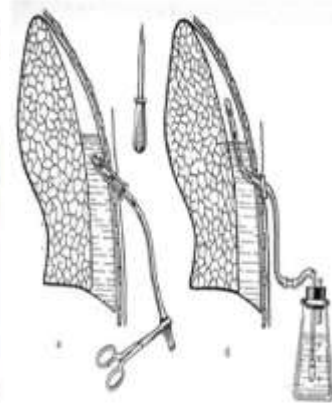
Расм 3



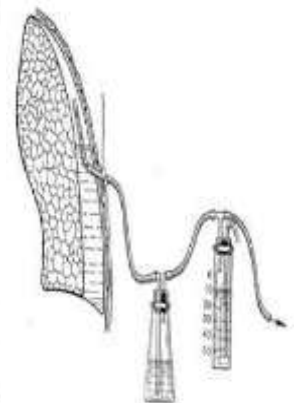
Расм 4.



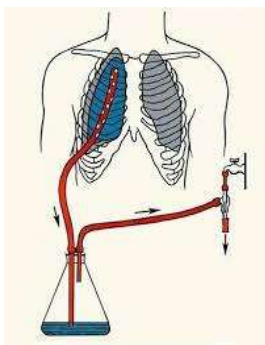
Расм 5.



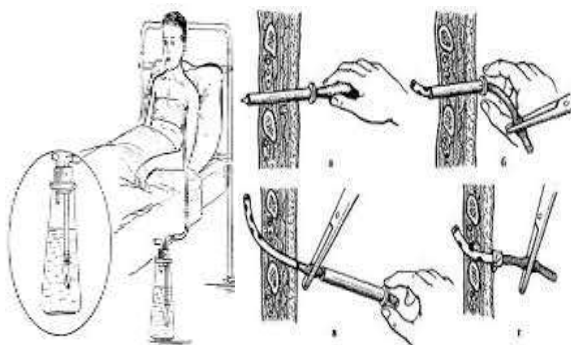
Расм 6.



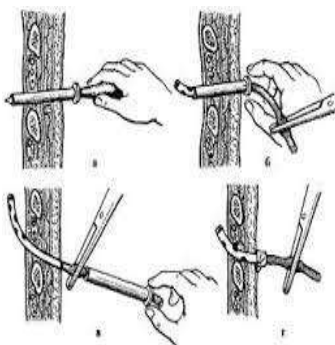
Расм 7.



Расм 8.



Расм 9.



Расм 10.



Расм 11.



Расм 12.



Расм 13.



Расм 14.



Расм 15.

**Расм 1**-ўнгдан пневмоторакс; **Расм 2**-чапдан пиопневмоторакс; **Расм 3**-шприцга қон аралаш йиринг чиқиши; **Расм 4**- Бюлау бўйича пассив дренажлашда бемор ҳолати; **Расм 5**-плевра бўшлиғини пункция қилишда бемор ҳолати; **Расм 6**-Бюлау бўйича пассив дренажлаш; **Расм 7**-Бобров банкалари ёрдамида туташ идишли тизимда актив дренажлаш.Сувли манометри уланган; **Расм 8**-сув ўтказувчи труба кранига уланиш орқали актив дренажлаш; **Расм 9**-Бюлау бўйича пассив дренажлашда беморни



кроватдаги холати; **Расм 10-** троакар ёрдамида дренажлаш этаплари; **Расм11-** юмшоқ қисқич ёрдамида плевра бўшлиғини дренажлаш; **Расм 12,13,14-** троакар турлари; **Расм 15-** торокоцентез қилиш учун жихозлар йиғмаси.

## **ҚОВУРҒАЛАРАРО НЕРВНИ БЛОҚАДА ҚИЛИШ ТЕХНИКАСИ**

**Мақсад:** Қовурғалараро нервда кучли оғрик(невральгия) бўлганда оғриқсизлантириш.

**Кўрсатма:** Қовурғаларни синишида, қовурғаларни резекциясида, қовурғалараро нервни яллиғланишида, кўкрак қафаси юмшоқ тўқималарини лат ейиши ёки эзилишида, торокотомиядан кейинги даврда, плевритда.

**Керакли тиббий жихозлар:** Анестезия учун 10,0 ёки 20,0 ли стерил шприц игнаси билан, 3% ёки 5% ли йод, 70<sup>0</sup> ли спирт, 0,25 % ёки 0,5% ли новокаин, юмшоқ пинцет, докали стерил сальфетка ва шариклар, пахта ва лейкопластирь.

### **Бажариш техникаси:**

1. Бемор орқаси билан ёки жарохатга қарама-қарши томони билан ёнбошга ётқизилади. Шу томондаги қўли жарохатдан узоқлаштирган холда ўтказилади.

2. Резина қўлқоп кийилади.

3. Шифокор чап қўл бармоқлари билан шу соҳасидаги терини фиксация қилади ва игна санчиладиган жойни аниқлаб олади.

4. Шифокор ўнг қўлига новокаин эритмаси бор шприцни олиб, секин терига санчади ва терида новокаинли лимон пўсти хосил қилинади, кейин қаватма-қават игна киритилади ва секин новокаин эритмаси қаватма-қават юборилади, охирида қовурғалараро мушакларгача игна киритилиб, новокаин эритмаси юборилади. Игнани чапга ва ўнгга йўналтириб оғриқсизлантириш майдони кенгайтирилади.

**Эслатма:** Жарохатланган қовурғадан юқоридаги ва пастдаги қовурғалар



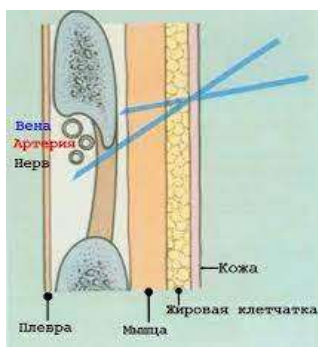
орасига хам албатта новакаин эритмаси юборилиши лозим.

5.Игна тортиб олинади ва санчилган жой терисига йод суркаб,стерил сальфетка қўйиб, терига лейкопластирь ёпиштирилади.

**Мумкин бўлган асоратлар:** Қовурғалараро нерв ва қон-томирларни шикастланиши, гематома,игнани плевра ёки қорин бўшлиғига тушиб қолиши.

**Асоратларни бартараф қилиш:** Шприцда қон пайдо бўлса ёки қовурғалараро нервга игна санчилгани сезилганда,плевра ёки қорин бўшлиғига тушиб қолса, игна суғуриб олинади, оғриқсизлантириш бошқа жойдан қайта ўтказилади. Гематома бўлганда спиртли компрессли боғлам қўйилади.

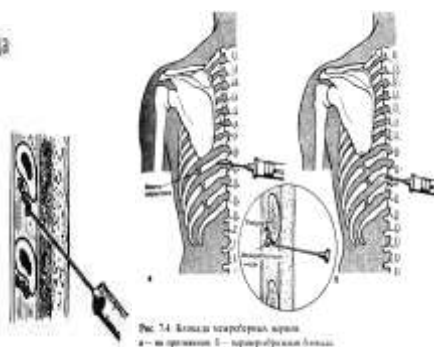
6.Резина қўлқоп ечилиб,антисептик эритма бор идишга солинади.



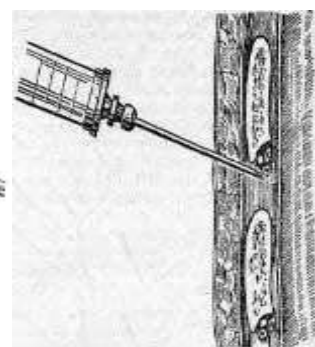
Расм 1.



Расм 2.



Расм 3.



**Расм 1**-қўкрак қафаси қовурғалар оралиғи тўқималарини,нерв ва контомирларини топограф-анатомик жойлашувини схемаси; **Расм 2**-блокада қилишда бемор ҳолати; **Расм 3**-қовурғалараро ва паравертебрал блокада қилиш схемаси; **Расм 4**-блокада қилишда игнани қовурғага нисбатан йўналиши схемаси.

## **БЎЛИМ –III. УРОЛОГИЯДАН АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР**

### **БАЛАНОПОСТИТНИ КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШ ТЕХНИКАСИ**

**Мақсад:** Баланопоститни (олат бошчасини (баланит) ва қопчасини (постит) ўткир яллиғланиши) даволаш.

**Кўрсатма:** Беморда баланопостит.

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил резина қўлқоп, стерил докали шариклар, 3% водород пероксиди, антисептик эритмалардан бири (риванол, фурациллин 1:5000, калий перманганат, декосан, 0,5-1% ли диоксидин ёки бошқа) ва малхамлардан бири (левомеколь, синтомицинни 10% ли линименти ёки бошқа), юмшоқ қисқич, юмшоқ пинцет ва 5,0 ли стерил шприц, стерил ингичка калта полиэтилен катетер.

**Бажариш техникаси:**

**1-усул:**

- 1.Шифокор резина қўлқоп кияди.
- 2.Бемор боғлов хонада операция столига ёки кушеткага чалқанчасига ётган холда, олат бошчаси қопчасини пастга туширилиб бошча очилади. Агар қопча тешиги тор бўлса, уни юмшоқ қисқич учини қопча учига киргизиб, аста-секин кенгайтирилиб, қопча пастга туширилади.
- 3.Олат бошчаси ва қопчаси аввал водород пероксиди билан сўнг фурациллин ёки диоксидин билан шарикларни пинцет билан ушлаб ювилади.
- 4.Олат бошчаси ва қопчасига синтомицин линименти ёки левомеколь малхами суртилади.
- 5.Олат бошчаси қопчаси аввалги ҳолатига қайтариб қўйилади.
- 6.Беморга антибиотик препаратларидан бирини ичишга буюрилади.
- 7.Резина қўлқоп ечилиб, антисептик эритмага солинади.

**2-усул:**

Агар бошча қопчаси тешигини очишни иложи бўлмаса, 5,0 ли шприцга фурацилин эритмасидан олиб, 2 марта ювилади. Сўнг, шу шприцга

синтомицин линиментидан 2мл ва 0,5% новокаиндан хам 2мл олиб аралаштириб, шприц учини қопча тешигига киргизиб, қопча ичига юборилади.

Агар қопча тешиги жуда хам тор бўлса, шприц учига, болани ёшига мос холда калта полиэтилен катетер ўрнатилиб, қопча тешиги орқали унинг ичига киритилади ва қопча юқоридагидек антисептик суюқлик билан икки марта ювилади. Сўнг шу катетер орқали, қопча ичига новокаинга аралаштирилган синтомицин линименти юборилади. Бу усул билан баланопостидни консерватив даволлаш бизнингча энг яхши усул хисобланади.

Бу муолажа баланопоститни оддий катараль шаклида кунда бир махал 3-4 кун, ярали ёки гангреноз шаклида эса, тўла тузалгунча ўтказилиб турилади.



Олат қопчасини ювиш

Баланопостит

## ПАРАФИМОЗНИ ДАВОЛАШ

**Парафимоз** – қайрилиб қолган олат қопчасини ташқи тешигида, олат бошчасини сиқилиб қолишига айтилади.

**Мақсад:** Парафимозни даволаш.

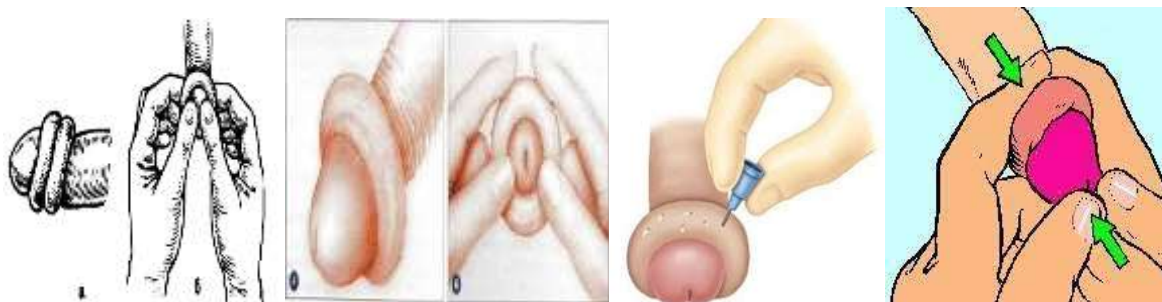
**Кўрсатма:** Парафимоз.

**Керакли тиббий жихозлар:** Спирт 70<sup>0</sup> ли, стерил анатомик пинцет, тиббий скальпель, қайчи, кетгут, вазелин мойи, докали стерил сальфетка ва шариклар, новокаин 0,5% ли, стериль шприц 5,0 ли, стерил резина қўлқоп.

## **Бажариш техникаси:**

### **I. Консерватив даволаш техникаси.**

1. Шифокор резина қўлқоп кияди.
2. Олат бошчаси ва қайрилиб қолган қопча атрофига вазелин мойи суртилади.
3. Терновский буйича олат бошчасини қисиб турган қопчани иккала қўлнинг II-III бармоқлари орасига ён томонларидан олиниб, олат бошчасини иккала қўлнинг бош бармоқлари билан итариб, қайрилиб қолган олат бошчаси қопчасини бошча томон тортиб тўғриланади (расм 1). Бу муолажа ёрдам бермаса оператив йўл билан даволанади.



Парафимозни консерватив даволаш.

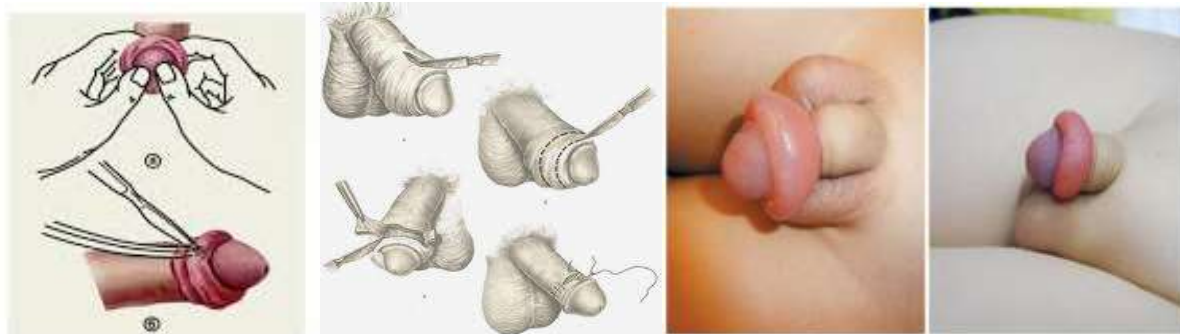
а-парафимоз; б-Терновский буйича олат бошчасини тўғрилаш схемаси.

### **II. Оператив даволаш техникаси.**

1. Пинцет ёрдамида спиртга шимдирилган шарик билан олатга ишлов берилади.
2. Махаллий оғриқсизлантириш учун олат асосига шприц ёрдамида 5-10 мл новокаин юборилади.
3. Олатни дорсал юзаси бўйича 2-3 см узунликда, бўйлама йўналишда, сиқиб турувчи халқани ҳамма қаватлари скальпел билан кесилиб, олат бошчасига тушурилади.
4. Кесилган ярага чок қўйилмайди, агар томирдан қон чиқса, уни кетгут билан боғланади, жароҳат устига асептик боғлам қўйилади. Олат қопчасини яраси

битиб, шиши қайтгандан сўнг, режали равишда Circumcisio операцияси ўтказилади.

**Мумкин бўлган асоратлар:** Қисиб турган олат қопчасини кесиш пайтида олат танаси ёки бошчаси жароҳатланиши мумкин.



Расм 1.

Расм 2.

Расм 3.

**Расм 1**-сиқиб турувчи халқани хамма қаватлари скальпель билан кесилиб, олат бошчасига тушуриш схемаси.**Расм 2**-циркумцизия қилиш этаплари схемаси.**Расм 3**-болада парафимозни кўриниши.

### **ЦИРКУМЦИЗИЯНИ БАЖАРИШ ТЕХНИКАСИ**

**Мақсад:** Қуйида келтирилган кўрсатмалар бўйича олат бошчасини ўраб турувчи қопчасини кесиб олиб ташлаш билан операция қилиб даволаш.

**Кўрсатма:** Туғма ёки ортирилган чандикли фимоз, баланопоститни кесиб даволагандан 1 ой кейин, кўп қайталанувчи баланопостит, парафимозни консерватив даволашни иложи бўлмаса, препуциал қопчани жуда узунлиги, калта қопча тортқиси, миллий диний мақсадда ўз хохиши билан суннат қилдириш.

**Қарши кўрсатма:** Гемофилия, ўтқир йирингли баланопостит, қон ивиши вақтини меъридан узайиши. гипоспадия, эписпадия .

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил резина қўлқоп, докали стерил сальфетка ва шариклар, юмшоқ узун тўғри қисқич, ариқчали зонд, пинцет, скальпель, спирт, гемостатик сальфетка, агар бўлса лазерли асбоб, 10,0 ли стерил шприц

игнаси билан, 0,5% ёки 1% ли новокаин ёки 2% ли лидокаин, стерил капрон ёки кетгут ёки ипак ёки ўзи сўрилиб кетувчи бошқа суний иплардан бири.

**Бажариш техникаси:** Ўғил болаларда жинсий олат хаёт учун мухим аъзолардан бири бўлганлиги учун,циркумцизия операциясини тажрибали жаррох-уролог бажариши керак.

1.Бемор боғлов хонасида оперция столида оёқларини узатиб,қўлларини бош томонга кўтариб,чалқанча ётади ва оёқлари столга докали ёки резинали ёки қайишли камар билан боғлаб қўйилади.

4.Жинсий аъзо асосини новокаин ёки лидокаин билан инфилтрацион анестезия қилинади. Кетамин билан қисқа муддатли умумий анестезия билан ҳам қилиш мумкин.

Хозирда циркумцизия қилишнинг жуда кўп хар-хил инновацион усуллари бор. Қуйида кенг қўлланиладиган асосий усуллар берилган.

### **1-усул.**

Олат танаси ва қопчаси спирт билан ишланади.Олат бошчасини тож чуқурчаси сохасида қопча териси скальпель билан циркуляр кесилади,сўнг кесилган қопча терисини чеккаларини 1-1,5 см пастга тушириб қопчани ички қавати ҳам циркуляр кесилади. Қонаётган томирлар ип билан тугуб боғланади. Олатни кесилган терисини қирғоқларини қопчани кесилган ички қаватини қирғоқларига яқинлаштириб,оралиғини 2см дан қилиб тикилади.

6.Жарохатга асептик боғлов қўйилади.

### **2-усул.**

Қопча тешиги орқали бошча билан қопча оралиғига то бошчани бўйнигача арикчали зонд киритилади.Қопчани учини қисқич билин ушлаб тортиб туриб, ундан то бошча бўйнигача қопчани иккала қавати скальпел билан кесилади. Сўнг бошча бўйин сохасида кесимни циркуляр давом эттириб, қопча олиб ташланади ва қоновчи қон томирлар тугунли ип билан боғланади.Қопчани иккала қавати 1-усулдагидай тикилади.

### **3-усул:**

Қопчани учини иккита қисқич билан ушлаб тортиб туриб, чап қўлни 1-ва2-бармоқлари орасида қопчани ташқи томонидан бошчани пастги босиб ушлаб туриб, бармоқлар тепасида қопчага узун тўғри юмшоқ қисқич қўйилади ва унинг устидан қопчани скальпель билан кесиб олиб ташланади. Қолган муолажалар 1-усулдагидай бажарилади.

#### 4-усул:

1. Хамма муолажалар 1-2-, 3-усулларга боғлиқ холда бажарилади, фарқи кесиш скальпельда эмас лазер билан кесилади. Афзалликлари: операция тез бажарилади, қон кетиш бўлмайди, ярани шиши бўлмайди, оғриқ кучли бўлмайди, операция яраси тез битади. Камчилиги лазер апарати қиммат.

**Мумкин бўлган асоратлар:** Агар операция техник жихатдан тўғри бажарилмаса, қуйидаги асоратлар ривожланиши мумкин: томирга боғланган ип ечилиб чиқиб кетиб қон кетиш, операция ярасига инфекция тушиб йиринглаши, 3-усулда операция қилинганда бошчани ёки унинг учини скальпель билан кесиб қўйиш ва уретрани ташқи тешигини чандикли битиб торайиб қолиши (меатостеноз), чала кесиш натижасида қопча ярасини чандикли битиб, бошчани қисиб қўйиши, уретрит ривожланиши, агар қопча таги билан кўп кесиб олинса, аъзо териси тортилиб битиб, азони деформация қилиб қўйиши.

Қуйида инновацион усулларда циркумцизия қилиш учун айрим асбобларни расмлари келтирилган.



Расм 1.



Расм 2.

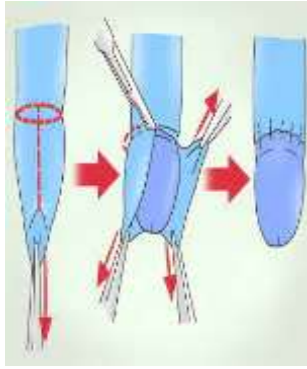


Расм 3.

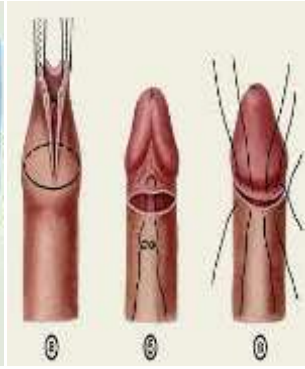


Расм 4.





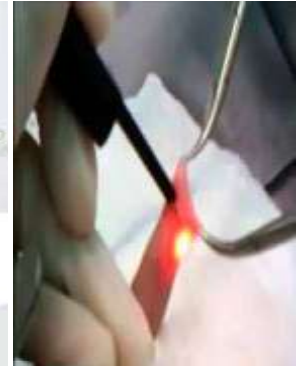
Рисм 5.



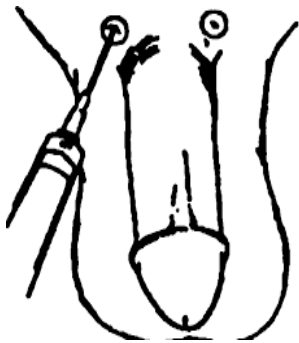
Рисм 6.



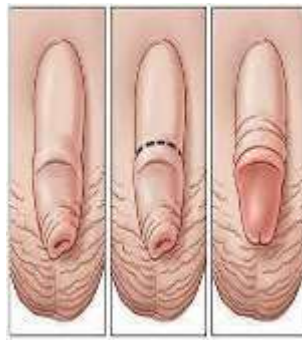
Рисм 7.



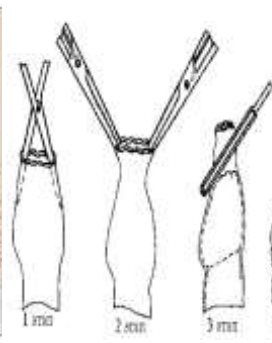
Рисм 8.



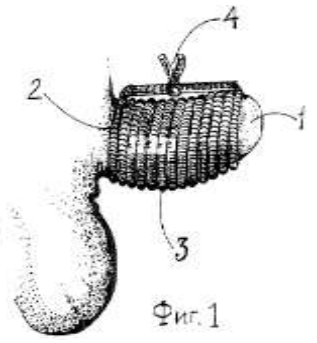
Рисм 9.



Рисм 10.



Рисм 11.



Рисм 12.



Рисм 13.



Рисм 14.



Рисм 15.



Рисм 16.



Рисм 17.



Рисм 18.



Рисм 19.



Рисм 20.

**Расм 1** -Туғма фимоз; **Расм 2,3**-Чандиқли фимоз; **Расм 4**-Жинсий аъзони циркумцизиядан кейинги холати; **Расм 5,6** – 2-усулда циркумцизия қилиш; **Расм 7** -Степлер ёрдамида циркумцизия қилиш; **Расм 8** - Лазер ёрдамида циркумцизия қилиш; **Расм 9**-Циркумцизия қилишда ўтказувчан оғриқсизлантириш; **Расм 10**- 1-усулда циркумцизия қилиш; **Расм 11**-3-усулда циркумцизия қилиш; **Расм 12** - Гемостатик боғлов; **Расм 13**- Циркумцизия учун кесувчи халқа; **Расм 14** - Циркумцизия учун аппарат; **Расм 15**- Циркумцизия учун циркуляр степлер; **Расм 16** - Циркумцизия учун степлер-гуттаперчи;; **Расм 17**-Циркумцизия қилиш учун керакли хирургик асбоблар тўплами; **Расм 18** - Циркумцизия учун кесувчи халқа; **Расм 19** - Радиотўлқинли скальпель; **Расм 20**-Қон тўхтатиш учун косметологик коагулятор;

### **СИЙДИК ПУФАГИНИ (ҚОВУҚНИ) КАТЕТЕРЛАШ ТЕХНИКАСИ**

**Мақсад:** Даволаш мақсадида–сийдик тутилишида сийдик пуфагини бўшатиш. Сийдик пуфагига даволовчи дори моддаларни юбориш.Суткалик диурезни аниқлаш.

Ташхислаш мақсадида–сийдик пуфагидаги патологик холатни аниқлашда, яъни контрастли цистография ва микцион цистографияни ўтказишда контраст моддани сийдик қопага юбориш.

**Кўрсатма:** Ўткир сийдик тутилиши, беморни мустақил сияолмаслиги, сийдик пуфагини даволаш, эрта ёшли бемор болаларда ва оғир ахволдаги бемор болаларда суткалик диурезни аниқлаш, тахлил учун сийдик олиш, сийдик пуфагини контрастли рентген текшириш.

**Қарши кўрсатма:** Ўткир уретрит, ўткир цистит, уретрани шикастланишлари.

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил резина қўлқоп, Шарьер буйича № 8–10 ли стерил эластик полимер (“Nelaton” ёки “Suction” катетер, кўрсатма

бўлганда Фолэ катетери) ёки қаттиқ металл катетер, стерил тиббий глицерин мойи, кушетка, спирт 70 °, докали стерил салфетка ва шариклар, стерил пинцет, лоток, лейкопластирь, антисептик эритмалардан бири (илик фурациллин 1:5000, риванол таблеткаси ёки порошоги, диоксидин 1%-10,0, декосан 0,02%-50,0-100,0-200,0-400,0 ли, борат кислота 3% ли).

**Бажариш техникаси: Ўғил болаларда қовуқни катетерлаш техникаси.**

1.Беморни кушеткага чалқанча ётқизиб бироз бошини кўтариб, сонлар орасига сийдик оқиб тушиши учун лоток қўйилади.

2.Шифокор резина қўлқоп кияди ва беморни ўнг томонида туради.

3.Жинсий олат бошчаси ва уретрани ташқи тешиги антисептик эритмани бири билан шимдирилган салфеткалар ёрдамида ювилиб, пинцет ёрдамида спирт шимдирилган шариклар билан ишланади.

4.Ёшга мос ўлчамдаги стерил эластик катетерлардан бирини танлаб олиб, жинсий олат бошчасини бўйин қисмида чап қўлнинг II-III бармоқлар орасига олиб, уретра шиллиқ қаватини тиришини йўқатиш учун олдинга ва юқорига тортилади. Уретрани ташқи тешиги орқали стерил глицерин суртилган катетерни учи ўнг қўл билан пинцет ёрдамида ушланиб, секин- аста сийдик пуфагига киртилади. Катетерни ташқи учи лотокга тушириб қўйилади. Эластик катетерни сийдик пуфагига киритиш имкони бўлмаганда, қаттиқ метал катетердан фойдаланилади. Катетерни ташқи тешигидан сийдик чиқиши, катетерни сийдик пуфагига тушганлигини билдиради.

5.Мақсадга мувофиқ, сийдик пуфагини сийдикдан тўла бўшатиладан сўнг, керакли муолажалар бажарилади.

6.Катетер сийдикни тўлиқ чиқиб тугашидан бироз олдин секин- аста тортиб чиқариб олинади, шунда, қолдиқ сийдик чиқаётганда сийдик чиқариш каналини ювиб чиқади.

Агар катетерни узоқ вақт сийдик пуфагида ушлаб туриш зарур бўлса, катетерни олат бошчасига лейкопластирь билан маҳкамлаб қўйилади.

7.Резина қўлқоп ечилиб,антисептик эритма бор идишга солинади.

### **Қиз болаларда сийдик пуфагини катетерлаш техникаси.**

1.Беморни кушеткага чалқанча ётқизиб, бироз бошини кўтариб, тизза ва чаноқ-сон бўғимидан қорин томонга бироз букилади ва икки томонга керилган ҳолда сонлар орасига сийдик оқиб тушиши учун лоток қўйилади.

2.Шифокор резина қўлқоп кияди ва беморнинг ўнг томонида туради.

3.Ташқи жинсий аъзо атрофи (катта лаблари) ўнг қўл билан антисептик эритмани бири билан шимдирилган салфеткалар ёрдамида ювилади ва пинцет ёрдамида спирт шимдирилган шариклар билан ишланади. Сўнг чап қўлнинг I-II бармоқлари билан жинсий аъзонинг катта лаблари керилиб, сийдик чиқарув каналининг ташқи тешиги, ўнг қўл билан антисептик эритмани бири билан шимдирилган салфеткалар ёрдамида юқоридан пастга ювилади.

4.Ёшга мос ўлчамдаги стерил эластик катетерлардан бирини танлаб олиб, уретрани ташқи тешиги орқали стерил глицерин суртилган катетерни учи ўнг қўл билан пинцет ёрдамида ушланиб, секин- аста сийдик пуфагига киртилади. Қиз болаларда сийдик чиқариш канали калта (2-4 см) ва кенг бўлганлиги учун катетерлаш қийинчилик туғдирмайди.

5.Катетерни ташқи тешигидан сийдик чиқиши, катетерни сийдик пуфагига тушганлигини билдиради.

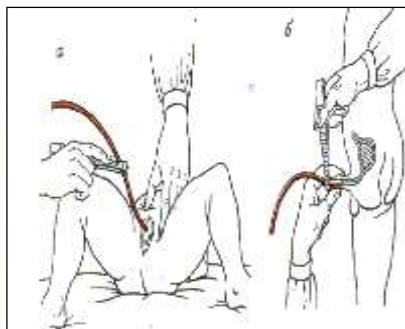
6.Мақсадга мувофиқ сийдик пуфагини сийдикдан тўла бўшатиладигандан сўнг, керакли муолажалар бажарилади.

7.Агар катетерни узоқ вақт сийдик пуфагида ушлаб туриш зарурати бўлмаса, у секин-аста тортиб чиқариб олинади. Агар бунга зарурат бўлганда, катетерни жинсий аъзо катта лабларига лейкопластирь билан маҳкамлаб қўйилади.

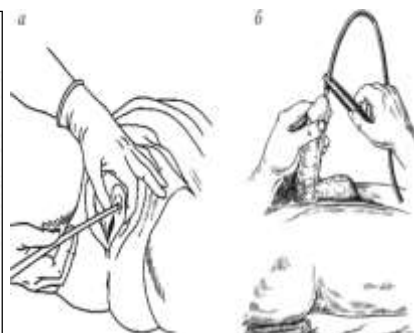
8.Резина қўлқоп ечилиб,антисептик эритма бор идишга солинади.



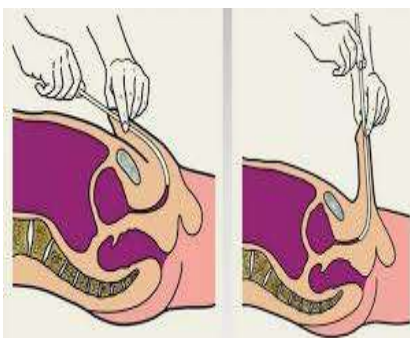
Расм 1.



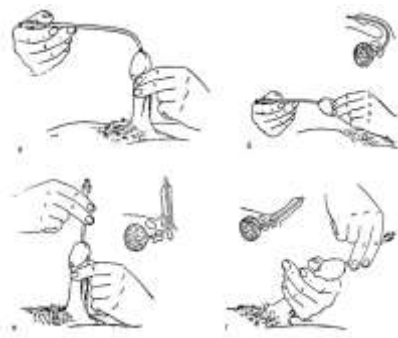
Расм 2.



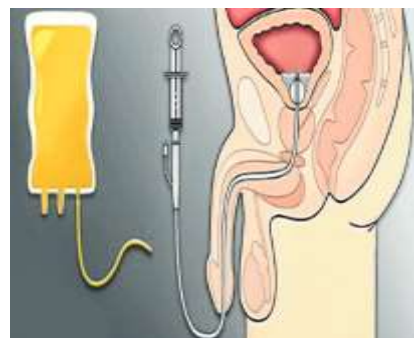
Расм 3.



Расм 4.



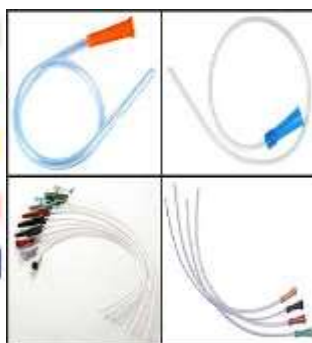
Расм 5.



Расм 6.



Расм 7.



Расм 8.



Расм 9.



Расм 10.

**Расм 1,2,3а** – кизларда қовуқни катетерлаш; **Расм 2б,3б,4,5** – ўғил болаларда қовуқни катетерлаш; **Расм 6**–ўғил болаларда қовуқни Фоле катетери билан катетерлаб,қовуққа шприц орқали дори юбориш; **Расм 7,8** – Нелатон катетерларини турлари; **Расм 9**–қовуқни катетерлаш учун резинали катетерлар; **Расм 10**–қовуқни катетерлаш учун хар-хил пластикли ва металл катетерлар турлари.

## **СИЙДИК ПУФАГИНИ (ҚОВУҚНИ) ПУНКЦИЯ ҚИЛИШ ТЕХНИКАСИ.**

**Мақсад:** Қовуқдан сийдикни пункция қилиб чиқариш.

**Кўрсатма:** Бемор мустақил сияолмаганда, полиэтилен ёки металл катетер ёрдамида қовуқдан сийдикни чиқариш имконияти бўлмаганда, сийдикни чиқариш.

**Керакли тиббий жихозлар:** Кушетка, стерил резина қўлқоп, 20 мл ли стерил шприц, узун ва йўғон игна, 70<sup>0</sup> ли спирт, стерил шариклар, пинцет, лейкопластирь, лоток.

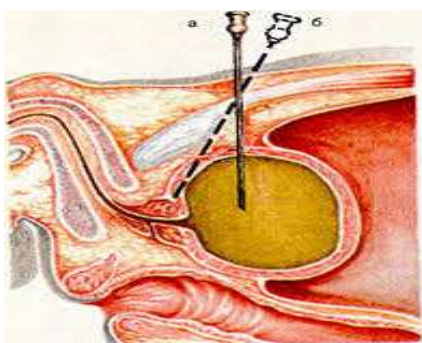
**Бажариш техникаси:**

1. Беморни кушеткага чалқанча ётқизилади.
2. Шифокор резина қўлқоп кияди.
3. Қовуқ соҳасида қоринни олдинги девори териси спирт билан ишланади.
4. Симфиздан 3-4 см юқорида, қоринни ўрта чизиғи бўйлаб, шприцга узун ва йўғон игнани ўрнатиб, қоринни олдинги юзасига нисбатан 60 градус бурчак остида ёки перпендикуляр ушлаб, шприц поршенини тортган ҳолда, қовуқни олдинги девори пункция қилинади. Шприцга сийдик чиқиши, игнани қовуқ бўшлиғига тушганидан дарак беради. Сўнг игнадан шприцни чиқариб олинади. Бунда сийдик игна орқали, агар у найчага уланган бўлса, у орқали оқиб чиқади. Сийдикни тўла чиқариш учун, чап қўл билан қовуқ усти соҳасини бироз босган ҳолда, игнани аста -секин қовуқ бўшлиғига чуқурлаштириб киргизиб борилади.
5. Сийдик, қовуқдан тўла олингандан сўнг, игна чиқариб олинади ва пункция қилинган жойга асептик боғлам қўйиб, лейкопластирь билан терига ёпиштирилади.

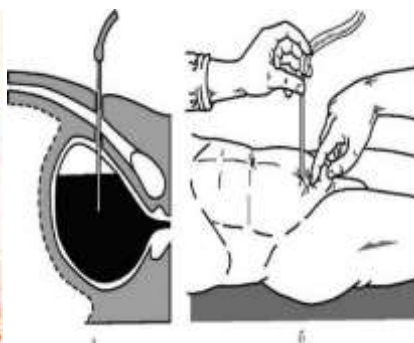
**Бўлиши мумкин бўлган асорат:** Одатда қовуқ сийдик билан тўла бўлганда, қорин бўшлиғидаги ичаклар юқорига кўтарилган ҳолатда бўлади. Агар



юқорида кўрсатилган бажариш техника қоидалари бузилса, игна қорин бўшлиғига ўтиб, ичакни тешиб қўйиши мумкин.



Расм 1.



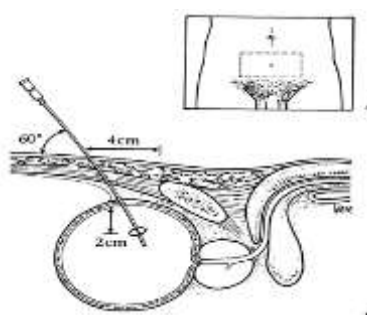
Расм 2.



Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.

**Расм 1**-қовуқни пункция қилишда игнани йўналишини схемаси: а-тўғри, б- нотўғри; **Расм 2**-қовуқни найча уланган игна билан пункция қилиш схемаси; **Расм 3**-қовуқни шприц уланган игна билан микропункция қилиш схемаси; **Расм 4**-қовуқни пункция қилиб, сийдик чиқариш учун, полиэтилен найча уланган игна; **Расм 5**-қовуқни цункция қилишда, қорин олди деворида игнани пункция қилиш жойи, яъни симфиздан 4 см юқорида ва игнани йўналиши, яъни қорин олди юзасига нисбатан 60 градус бурчак остида бўлиши кўрсатилган схема; **Расм 6**-қовуқни ультратовуш кузатувида пункция қилиш.

## ЦИСТОСКОПИЯНИ ЎТКАЗИШ ТЕХНИКАСИ

**Мақсад.** Сийдик пуфаги касалликларини ташхислаш ва даволаш.



**Кўрсатма.** Сийдик пуфагини туғма ва орттирилган оқмаларига, ярасига, ўсмаларига, сийдик тошига, ёт жисимига, дивертикулига, уретероцелега, сийдик найини сийдик пуфагига қўйилиш тешигини туғма стенозига (ахалазиясига), кенгайишига (халазиясига), эктопиясига гумон бўлганда ва сийдик найларини ретроград катетерлаш.

**Қарши кўрсатма.** Сийдик чиқариш канали (уретра), сийдик пуфаги ва ташқи жинсий аъзоларнинг ўткир яллиғланиши касалликлари ва шикастланишлари ҳамда беморни умумий оғир ахволи, уретрани стриктураси.

**Керакли тиббий жихозлар.** Стерил резина кўлқоп, урологик кресло, болалар учун стерил цистоскоп ёки фиброцистоскоп, стерил глицерин, докадан тайёрланган стерил сальфетка ва шариклар, спирт 70<sup>0</sup>, илиқ фурациллин 1:5000 эритмаси, 20 мл ли стерил шприц ёки 100 мл ли Жане шприци, лоток.

**Бажариш техникаси.**

- 1.Текширишдан олдин бемор сийдирилади.
- 2.Беморни урологик креслога биров бошини кўтариб, оёқларини тизза ва чаноқ-сон бўғимидан қорин томонга биров букилади ва икки томонга ташқарига керилган ҳолда чалқанча ётқизиб, сонлар орасига сийдик оқиб тушиши учун лоток қўйилади.
- 3.Шифокор резина кўлқоп кияди.
- 4.Болаларда цистоскопия қисқа муддатли наркоз остида ўтказилади.
- 5.Жинсий олат бошчаси ва уретрани ташқи тешиги антисептик эритмани бири билан шимдирилган сальфеткалар ёрдамида артилиб, пинцет ёрдамида спирт шимдирилган шариклар билан ишланади.
- 6.Цистоскоп стволи учига глицерин суртилади.
- 7.Жинсий олат олдинга ва юқорига тортилиб, унинг ташқи тешигига цистоскоп учи, олдинги уретранинг орқа уретрага ўтиш қисмигача аста-секин киритиб борилади. Сўнг жинсий олат цистоскоп билан биргаликда қориннинг ўрта чизиғидан пастга, ёрғоққа қараб букилади ва цистоскоп

сыйдик пуфаги томон киритилиб, қов суякларини бирлашган бўғими (симфиз) остидан сийдик пуфагига тушилади.

8.Цистоскопга икки каналли кран уланиб, шприц ёрдамида сийдик пуфаги илиқ фурациллин эритмаси билан, суюқлик тиниқ бўлгунча ювилади.

9.Сўнг ёшига мос қовуқ хажмини ҳисобга олиб, керакли миқдорда илиқ фурациллин эритмаси билан сийдик пуфаги тўлдирилади.

10.Цистоскоп мандрени чиқариб олинади ва цистоскопга оптик система киритилиб, унга электр токи уланади. Сийдик пуфагини ички юзасини кўриш, чапдан соат стрелкаси бўйича цистоскопни айлантириб, патологиялар бор ёки йўқлиги аниқланади.

11.Цистоскоп секин-аста чиқариб олинади.

12.Резина кўлқоп ечилиб, антисептик эритмаси бор идишга солинади.

Қиз болаларда цистоскопияни ўтказиш, уларнинг уретраси калта ва кенг бўлганлиги учун қийинчилик туғдирмайди.

**Мумкин бўлган асоратлар:** Уретрани жароҳатланиши, уретрал лихоратка.



Расм 1.



Расм 2.



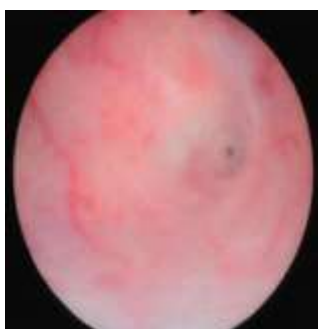
Расм3.



Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.



Расм 7.



Расм 8.



Расм 9.



Расм 10.



Расм 11.

Расм 12.

**Расм 1,2**-ўғил болаларда қаттиқ цистоскоп билан цистоскопия қилиш; **Расм 3**- ўғил болаларда фиброцистоскоп билан цистоскопия қилиш; **Расм 4**- қаттиқ (металли) операцион цистоскоп орқали қовуқдаги тошни парчалаш; **Расм 5**-уретероцеле; **Расм 6**-ўткир катарал цистит; **Расм 7**-сийдик пуфаги яраси; **Расм 8**-фиброцистоскопияда сийдик пуфагидаги тошни кўриниши; **Расм 9.10**-сийдик пуфагини кўриш, сийдик найини катетерлаш учун қаттиқ (металли) цистоскоплар турлари; **Расм 11**-сийдик пуфагини кўриш, коагуляция қилиш, биопсия олиш ва ювиш учун операцион қаттиқ цистоскоп; **Расм 12**-сийдик пуфагини кўриш учун фиброцистоскоп.

## ТРОАКАР БИЛАН ЭПИЦИСТОСТОМА ҚЎЙИШ ТЕХНИКАСИ

**Мақсад:** Бемор бирор сабабга кўра мустақил сияолмаганда ва катетер орқали ҳам қовуқдан сийдикни чиқариш имконияти бўлмаганда, узоқ вақт сийдикни чиқиб туришини таъминлаш.

**Кўрсатма:** Бемор мустақил сияолмаганда, полиэтилен ёки металл катетер ёрдамида ҳам қовуқдан сийдикни чиқариш имконияти бўлмаганда, уретрани шикастланишларида (узилиши, тешилиши, йиртилиши), уретрада ўтказилган операциялардан кейин, туғма нейроген сийдик пуфагида (атониясида), сийдикни узоқ вақт доимий чиқариб туриш зарурати бўлиши.

**Керакли тиббий жихозлар:** Кушетка, стерил резина қўлқоп, 10 мл ли стерил шприц игнаси билан, троакар, стерил тиббий скальпель, стерил оддий

полиэтилен ёки Фоле катетер, стерил ипак ип, спирт, 0,5% ли новокаин, докали стерил сальфетка ва шариклар, пинцет, лейкопластирь, лоток.

### **Бажариш техникаси:**

Муолажагача бемор сийдик пуфаги тўлдир бўлиши керак. Агар сийдик қопа тўла бўлмаса, уни игна билан пункция қилиб, шприц орқали фурацилин юбориб тўлдириб олиш керак. (“Сийдик қопини пункция қилиш техникаси”га қаралсин!). Агар уретрадан катетер ўтса, фурацилинни шу катетер орқали юбориб, қовуқ тўлдирилади. Бунда қовуққа яқин турган қорин парда ва ингичка ичаклар юқорига кўтарилиб туради ва уларни тешилиш хавфи бўлмайди.

1. Беморни кушеткага чалқанча ётқизилади.

2. Шифокор резина кўлқоп кияди.

3. Қовуқ соҳасида қоринни олдинги девори териси спирт билан ишланади.

4. Симфиздан 3-4 см юқорида қоринни ўрта чизиғи бўйлаб тери ва юмшоқ тўқималар новокаин билан инфильтрация қилиниб, маҳаллий оғриқсизлантирилади.

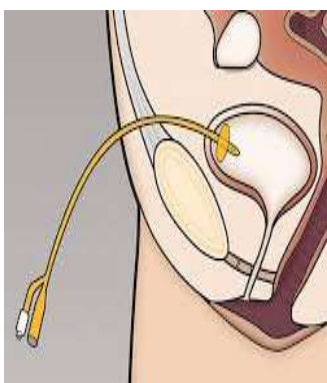
5. Шу жойда тери 1-1,5 см узунликда қоринни ўрта чизиғига параллел холда скальпель билан кесилади ва троакарни қоринни олдинги юзасига нисбатан перпендикуляр ушлаб турган холда, бироз куч билан эзиб апоневроз ва мускулларни ҳамда қовуқ деворини тешиб қовуққа тушилади.

6. Троакардан унинг стилети олинади. Троакар тубусидан сийдик чиқиши, уни қовуқ бўшлиғига тушганидан дарак беради. Сўнг троакар тешиги орқали сийдик қопига полиэтилен катетерни беморни ёшига боғлиқ холда сийдик қопини хажмини ҳисобга олиб 5-10 см узунликда киритилади ва троакар, катетерни қовуқда қолдириб, сийдик қопидан тортиб чиқариб олинади.

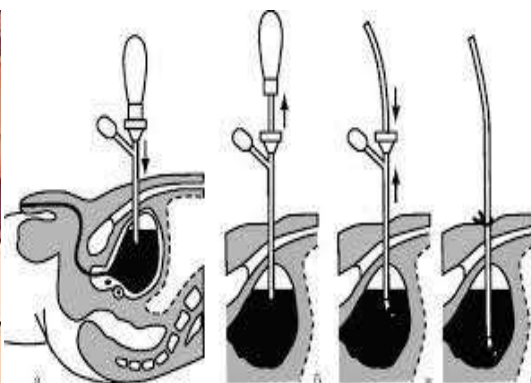
7. Катетер терига ипак ип блин тикиб боғланади. Бунда сийдик катетер орқали оқиб чиқади.

5.Терини тешилган жойига асептик боғлам қўйиб,лейкопластирь билан терига ёпиштирилади.

**Бўлиши мумкин бўлган асорат:** Одатда қовуқ сийдик билан тўла бўлганда, қорин бўшлиғидаги ичаклар юқорига кўтарилган ҳолатда бўлади. Агар юқорида кўрсатилган бажариш техника қоидалари бузилса, троакар билан ичакни тешиб қўйиш мумкин ёки қорин бўлиғига тушиб қолиш мумкин.Агар шундай асорат ривожланса, операция йўли билан эпицистотомия қилиниб ,сийдик қопада Петцеръ ёки Фоле катетерини киргизиб қолдирилади ва операция яраси одатдагидай тикилади ва асептик боғлам қўйилади..



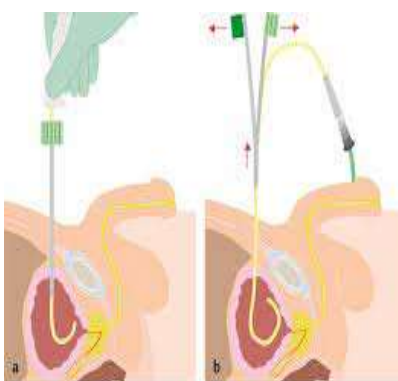
Расм 1.



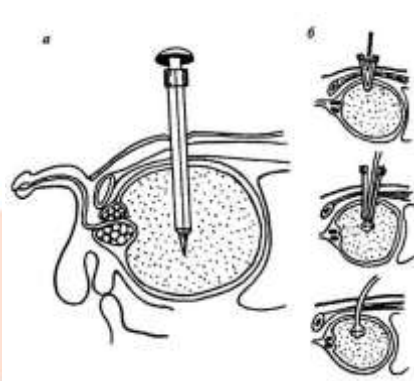
Расм 2.



Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.



Расм 7



Расм 8.



Расм 9.

**Расм 1**-эпицистостома қўйилган схемаси; **Расм 2**-эпицистостомия қўйиш этапллари кўрсатилган схема; **Расм 3**-троакар билан эпицистостома қўйилган бемор; **Расм 4**-қовуққа троакар орқали илмоқли дренаж найча қўйилган схемаси; **Расм 5**-троакар билан эпицистостома қўйиш схемаси; **Расм 6,7,8,9**-троакарлар турлари.

### РЕТРОГРАД ЦИСТОГРАФИЯНИ ЎТКАЗИШ ТЕХНИКАСИ

**Мақсад.** Қовуқни ҳолатини, катталигини, шаклини, контурини, дивертикулини, қовуқда ўсма ёки яра борлигини, қовуқни туғма ёки орттирилган оқмаларини, шикастланишини, аномалияларини аниқлаш.

**Кўрсатма.** Қовуқни туғма ва орттирилган патологияларини ташхислаш.

**Қарши кўрсатмалар.** Ўткир уретрит, ўткир цистит, уретрани шикастланишлари, тотал гематурия, беморни умумий оғир ахволи, йод препаратларига аллергия борлиги.

**Керакли тиббий жихозлар.** Эластик полимер катетер (Шарьер бўйича № 8-10 ўлчамли), стерил глицерин, стерил сальфеткалар, спирт 70 °, олдиндан тайёрланган 15-20% ли контраст модда (йоднинг сувли эритмаларидан бири - триомбрат, йодамид, триозограф, верографин ва б. ни фурациллин эритмаси билан тайёрланган), антисептик эритмалардан бири (илиқ фурациллин 1:5000, риванол эритмаси, диоксидин 1%-10,0, декасан 0,02%-50,0-100,0-

200,0-400,0 ли, борат кислота 3% ли), стерил пинцет, стерил резина кўлқоп, стерил шприц 20,0 ли, лоток.

Беморни текширувдан олдин тозаловчи хуқна қилинади.

### **Қиз болаларда бажариш техникаси.**

1.Беморни рентген столига чалқанча ётқизиб, бироз бошини кўтариб, оёқларини тизза ва чаноқ-сон бўғимидан қорин томонга бироз букилади ва икки томонга керилган ҳолда, сонлар орасига сийдик оқиб тушиши учун лоток қўйилади.

2.Шифокор резина кўлқоп кияди ва беморнинг ўнг томонида туради.

3.Ташқи жинсий аъзо атрофи (лаблари) ўнг қўл билан антисептик эритмани бири билан шимдирилган салфеткалар ёрдамида ювилади ва пинцет ёрдамида спирт шимдирилган шариклар билан ишланади. Сўнг чап қўлнинг I-II бармоқлари билан жинсий аъзонинг катта лаблари керилиб, сийдик чиқарув каналининг ташқи тешиги, ўнг қўл билан антисептик эритмани бири билан шимдирилган салфеткалар ёрдамида юқоридан пастга артилади.

4.Ёшга мос ўлчамдаги стерил эластик катетерлардан бирини танлаб олиб, уретрани ташқи тешиги орқали стерил глицерин суртилган катетерни учи ўнг қўл билан пинцет ёрдамида ушланиб, секин-аста сийдик пуфагига киртилади. Қиз болаларда сийдик чиқариш канали калта (2-3 см) ва кенг бўлганлиги учун, катетерлаш қийинчилик туғдирмайди.

5.Катетерни ташқи тешигидан сийдик чиқиши, катетерни сийдик пуфагига тушганлигини билдиради.

6.Сийдик пуфагини катетер орқали сийдикдан тўла бўшатиладан сўнг, шприц ёрдамида катетер орқали, ёшига мос қовуқ хажмини ҳисобга олиб, керакли миқдорда тайёрлаб олинган, хона хароратидаги контраст моддалардан бирини қовуққа сийиш хисси пайдо бўлгунча юборилади.

7.Сийдик пуфагига қўйилган катетер олиб ташланади.

8.Тўғри проекцияда рентген сурати олинади.

9.Беморга қовуқни контраст моддадан бўшатиш учун сийиш буюрилади.



10.Резина қўлқоп ечилиб,антисептик эритмаси бор идишга солинади.

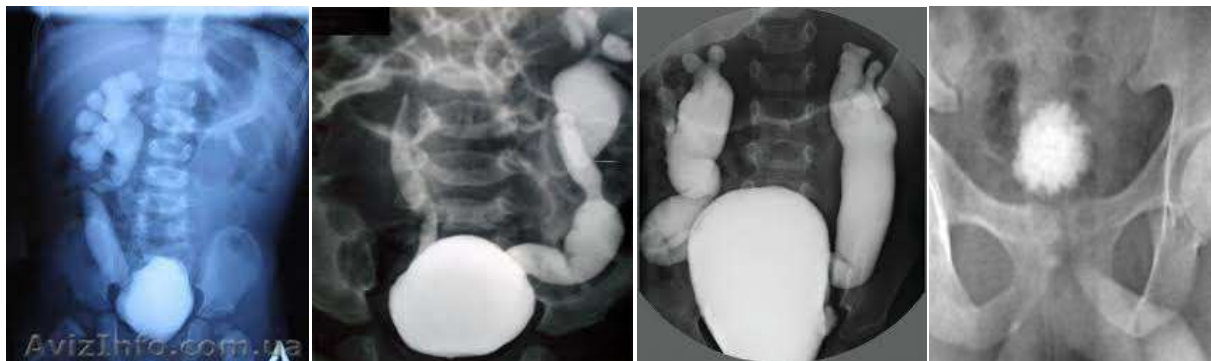
### **Ўғил болаларда бажариш техникаси.**

1.Жинсий олат бошчаси ва уретрани ташқи тешиги антисептик эритмани бири билан шимдирилган салфеткалар ёрдамида артилиб, пинцет ёрдамида спирт шимдирилган шариклар билан ишланади.

2.Ёшга мос ўлчамдаги стерил эластик катетерлардан бирини танлаб олиб, жинсий олат бошчаси бўйин қисмида, чап қўлнинг II-III бармоқлар орасига олиб, уретра шиллик қаватини тиришини йўқатиш учун олдинга ва юқорига тортилади. Уретрани ташқи тешиги орқали стерил глицерин суртилган катетерни учи ўнг қўл билан пинцет ёрдамида ушланиб, секин-аста сийдик пуфагига киртилади. Катетерни ташқи учи лотокга тушириб қўйилади. Эластик катетерни сийдик пуфагига киритиш имкони бўлмаганда, қаттиқ катетердан фойдаланилади. Катетерни ташқи тешигидан сийдик чиқиши, катетерни сийдик пуфагига тушганлигини билдиради.

3.Бошқа муолажаларни бажариш техникаси қиз боалардагидек бажарилади ва натижаси бахоланади.

**Мумкин бўлган асоратлар.** Уретрада оғриқ бўлиши, уретрал лихаратка, йод препаратига аллергия,қаттиқ катетердан фойдаланилганда уретрани шикастланиши.



Расм 1.

Расм 2.

Расм 3.

Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.



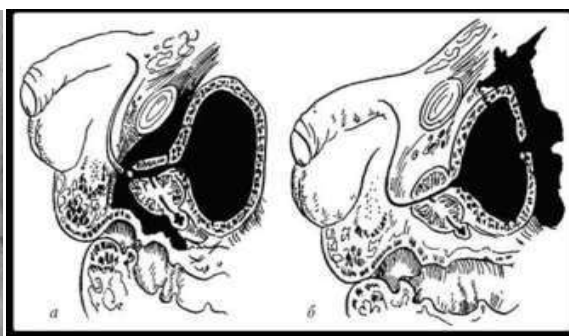
Расм 7.



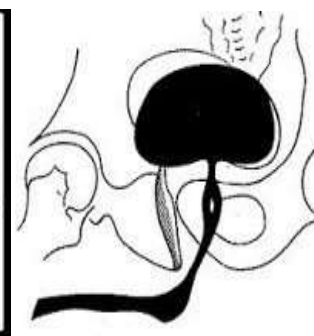
Расм 8.



Расм 9.



Расм 10.



Расм 11.

**Расм 1-**ретроград цистограммада,ўнгда сийдик пуфаги-сийдик найи пассив рефлюкси ва III-даражали уретерогидронефроз; **Расм 2-** ретроград цистограммада,икки томонлама сийдик пуфаги-сийдик найи пассив рефлюкси ва чап томонда III-даражали уретерогидронефроз; **Расм 3-** ретроград цистограммада,икки томонлама сийдик пуфаги-сийдик найи пассив рефлюкси ва икки томонлама IV-даражали уретерогидронефроз; **Расм 4-**сийдик пуфагини иккиламчи бужмайиши; **Расм 5,6,7-**сийдик пуфагини хар-хил дивертикуллари; **Расм 8,9-**сийдик пуфагини қорин бўшлиғидан ташқарига ёрилиши; **Расм 10:-а-**сийдик пуфагини бўйин қисмини ёрилиши,б-сийдик пуфагини тепа қисмини ёрилиши; **Расм 11-** ретроград уретроцистограмма схемаси,нормада.

## МИКЦИОН ЦИСТОГРАФИЯНИ ЎТКАЗИШ ТЕХНИКАСИ

**Мақсад:** Қовуқ-сийдик найи рефлюксини аниқлаш.

**Кўрсатма:** Қовуқ-сийдик найи рефлюксига гумон бўлганда.УТТ да уретерогидронефроз аниқланса.

**Қарши кўрсатмалар:** Ўткир уретрит, ўткир цистит, нейроген сийдик пуфаги (қовуқни атонияси), қовуқни ва уретрани шикастланишлари.

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил эластик полимер катетер (Шарьер бўйича № 8-10 ўлчамли), стерил тиббий глицерин,докали стерил сальфетка ва шариклар, спирт 70<sup>0</sup>, олдиндан тайёрланган 15-20% ли контраст модда (йоднинг сувли эритмаларидан бири - триомбрас, йодамид, триозограф, верографин ва б. ни фурациллин эритмаси билан тайёрланган),илик фурациллинни 1:5000 ли сувли эритмасидан,беморни ёшига боғлиқ холда сийдик пуфагини хажмига мос 50,0-100,0-200,0-400,0, стерил пинцет, стерил резина кўлқоп, стерил шприц 20,0 ли, лоток.

**Қиз болаларда бажариш техникаси:**

1.Беморни рентген столига чалқанча ётқизиб, бироз бошини кўтариб, тизза ва чаноқ-сон бўғимидан қорин томонга бироз букилади ва икки томонга керилган ҳолда сонлар орасига сийдик оқиб тушиши учун лоток қўйилади.

2.Шифокор резина кўлқоп кияди ва беморнинг ўнг томонида туради.

3.Ташқи жинсий аъзо атрофи (лаблари) ўнг қўл билан антисептик эритмани бири билан шимдирилган салфеткалар ёрдамида ювилади ва пинцет ёрдамида спирт шимдирилган шариклар билан ишланади. Сўнг, чап қўлнинг I-II бармоқлари билан жинсий аъзонинг катта лаблари керилиб, сийдик чиқарув каналининг ташқи тешиги ўнг қўл билан антисептик эритмани бири билан шимдирилган салфеткалар ёрдамида юқоридан пастга ювилади.

4.Ёшга мос ўлчамдаги стерил эластик катетерлардан бирини танлаб олиб, уретрани ташқи тешиги орқали, стерил глицерин суртилган катетерни учи ўнг қўл билан пинцет ёрдамида ушланиб, секин-аста сийдик пуфагига киртилади. Қиз болаларда сийдик чиқариш канали кенг ва калта (2-3 см) бўлганлиги учун катетерлаш қийинчилик туғдирмайди.

5. Катетерни ташқи тешигидан сийдик чиқиши, катетерни сийдик пуфагига тушганлигини билдиради.

6. Сийдик пуфагини сийдикдан тўла бўшатиладигандан сўнг, шприц ёрдамида катетер орқали, ёшига мос қовуқ хажмини ҳисобга олиб, керакли миқдорда тайёрлаб олинган, хона хароратидаги контраст моддалардан бирини, қовуқда сийиш ҳисси пайдо бўлгунча юборилади.

7. Тўғри проекцияда биринчи рентген суръати олинади ва сийдик пуфагига қўйилган катетер олиб ташланади. Бунда контраст моддани уретералардан бирига ёки иккаласига ўтиши **пассив** рефлюкс борлигини билдиради.

8. Агар пассив рефлюкс аниқланмаса, актив рефлюксга текширилади. Бунинг учун беморга сийиш тавсия этилади ва сийиш жараёни вақтида иккинчи рентген суръати олинади (“микция”-сийиш деган маънони билдиради). Контраст моддани уретералардан бирига ёки иккаласига ўтиши **актив** рефлюкс борлигини билдиради.

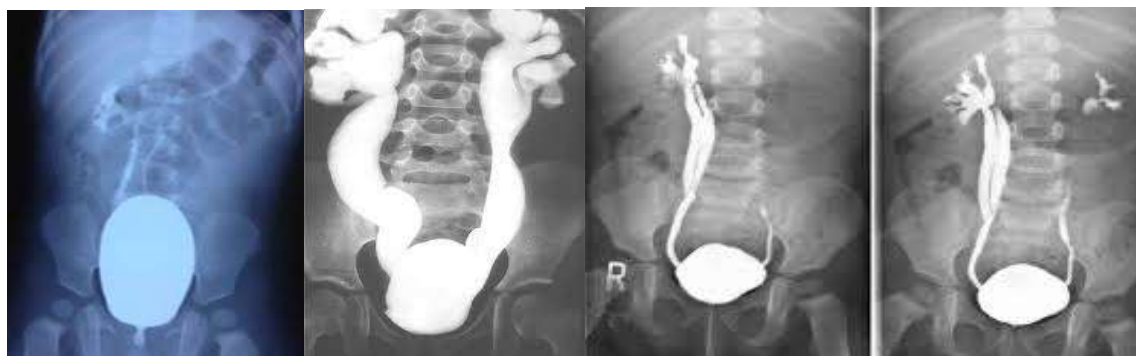
9. Резина қўлқоп ечилиб, антисептик эритма бор идишга солинади.

#### **Ўғил болаларда бажариш техникаси:**

1. Жинсий олат бошчаси ва уретрани ташқи тешиги антисептик эритмани бири билан шимдирилган салфеткалар ёрдамида ювилиб, пицет ёрдамида спирт шимдирилган шариклар билан ишланади.

2. Ёшга мос ўлчамдаги стерил эластик катетерлардан бирини танлаб олиб, жинсий олат бошчаси бўйин қисмида чап қўлнинг II-III бармоқлар орасига олиб, уретра шиллиқ қаватини тиришини йўқатиш учун олдинга ва юқорига тортилади. Уретрани ташқи тешиги орқали стерил глицерин суртилган катетерни учи ўнг қўл билан пинцет ёрдамида ушланиб, секин-аста сийдик пуфагига киртилади. Катетерни ташқи учи лотокга тушириб қўйилади. Эластик катетерни сийдик пуфагига киритиш имкони бўлмаса, метал катетердан фойдаланилади. Катетерни ташқи тешигидан сийдик чиқиши катетерни сийдик пуфагига тушганлигини билдиради.

Бошқа муолажаларни бажариш техникаси қиз болалардагидек бажарилади ва натижаси бахоланади.



Расм 1.

Расм 2.

Расм 3.

Расм 4.

**Расм 1**-ўнг томонда пассив рефлюкс,яни сийдик пуфага контраст модда билан тўлдирилганда,контраст юқори сийдик йўлига кўтарилган; **Расм 2**-иккала томонда пассив рефлюкс ва икки томонлама IV -босқичли уретерогидронефроз аниқланган; **Расм 3,4**-сияётган пайтдаги рентгенграммада, икки томонлама актив рефлюкс ва ўнг томонда II -босқичли уретерогидронефроз аниқланган.

## РЕТРОГРАД УРЕТРОГРАФИЯНИ ЎТКАЗИШ ТЕХНИКАСИ

**Мақсад.** Уретранинг шаклини, диаметрини,ўтказувчанлигини,бутунлигини ва бошқа потологияларини аниқлаш.

**Кўрсатмалар.** Уретрани қисман атрезиясини, ёт жисмларни, ўсмаларни, дивертикулларни, шикастланишларни борлигини ва жойлашган жойини аниқлаш. Туғма ва орттирилган оқмаларни борлигини, жойлашган жойини ва йўлини аниқлаш, стеноз ва чандиқли стриктураларни борлигини, жойлашган жойини ва узунлигини аниқлаш, кундузги сийдик тута олмаслик. Уретрада ўтказилган операциялардан кейинги натижаларини назорат қилиш.

**Қарши кўрсатмалар.** Ўткир уретрит, цистит, орхит, макрогематурия, беморни умумий оғир ахволи, йод препаратларига аллергия борлиги.

**Керакли тиббий жихозлар.** Спирт 70<sup>0</sup> ли, стериль шприц 20,0 ли, докали стерил сальфетка ва шариклар, стерил резина қўлқоп, контраст модда-йоднинг сувли эритмаларидан бири (триомбраст, верографин, триозограф,йодамид ва б.), NaCl нинг 0,9% ли эритмаси.

**Бажариш техникаси.**

1.Агар бемор сияолса,сийдик пуфагини бўшатиш учун беморга сийиш буюрилади.

2.Шифокор резина қўлқоп кияди.

3.Бемор рентген столида чап ёнбошга бир оз қийшиқ ётган ҳолда, чап оёғи тизза ва чаноқ-сон бўғимида қорин томонга тўлиқ букилиб, ташқарига бурилган ҳолда бўлади. Ўнг оёғи тўлиқ ёзилиб, бироз орқага ва ташқарига буралади.

4.Жинсий олат бошчаси ва уретрани ташқи тешиги антисептик эритмани бири билан шимдирилган салфеткалар ёрдамида артилиб, пинцет ёрдамида спирт шимдирилган шариклар билан ишланади.

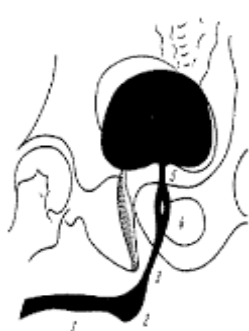
5.Шприцга контраст моддани 1:1 нисбатда NaCl нинг 0,9% ли эритмасида эритиб, 20 мл илиқ контраст модда олинади.

6.Жинсий олат букилган чап оёқ сонига параллел равишда тортилиб, шприц канюласини уретранинг ташқи тешигига киритиб, секин-аста контраст моддани юбораётган вақтида, уни сийдик пуфагига тушганда ёки уретрада тўсиқ сезгиси пайдо бўлганда, рентген нурини жинсий олат асосига йўналтирган ҳолда, рентген сурати олинади.

7.Шприц уретрадан чиқариб олинади.

8.Резина қўлқоп ечилиб,антисептиук эритма бор идишга солинади..

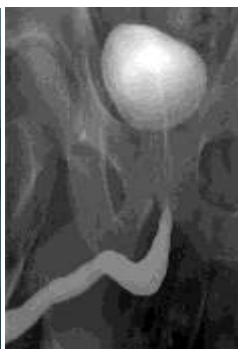
**Мумкин бўлган асоратлар.** Уретрада оғриқ бўлиши, уретрал лихаратка, йод препаратига аллергия.



Расм 1.



Расм 2.



Расм 3.



Расм 4



Расм 5.



Расм 6.



Расм 7.



Расм 8.



Расм 9.



Расм 10.

**Расм 1**-ретроград уретроцистограмма схемаси, нормада; **Расм 2**-уретроцистограммада орқа уретрани дистал қисмида стриктура аниқланган; **Расм 3**-уретроцистограммада орқа уретрани проксимал қисмида стриктура аниқланган; **Расм 4**-уретроцистограммада олдинги уретрани орқа уретрага ўтиш қисмида стриктура аниқланган; **Расм 5**-уретроцистограммада олдинги уретрани проксимал қисми билан орқа уретрани стриктураси аниқланган; **Расм 6**-шприц орқали контраст моддони уретрага ретроград юбораётиб, уретрография қилиш схемаси; **Расм 7**-олдинги уретрани орқа уретрага ўтиш қисмини стриктураси; **Расм 8**-олдинги уретрани проксимал қисмини стриктураси; **Расм 9**-орқа уретрани узилиши; **Расм 10**-орқа уретрани ёрилиши.



## **ВЕНА ИЧИГА ЭКСКРЕТОР УРОГРАФИЯНИ ЎТКАЗИШ ТЕХНИКАСИ**

**Мақсад.** Буйраклар функционал ҳолатини, косача ва жомчаларини кенгайтириш ва деформациясини даражасини ҳамда сийдик йўллари ўтказувчанлигини ва анатомик ҳолатини аниқлаш.

**Кўрсатма.** Буйраклар ва юқори сийдик йўллари хирургик касалликларига гумон бўлганда.

**Қарши кўрсатма.** Азотемия (гиперуремия, уремия) билан кечувчи ўткир ва сурункали буйрак етишмовчилигини декомпенсация босқичи, макрогематурия, гломерулонефрит, шок, коллапс, коматоз ҳолатлар, оғир жигар етишмовчилиги, гипертиреозидизм, гипертония касаллигини декомпенсация босқичи, йод препаратига аллергияси бўлса.

**Керакли тиббий жихозлар.** 2,0 ва 20,0 ли стерил шприцлар игнаси билан, йоднинг сувли эритмаларидан бири (тромбаст 76%, триозограф 76%, трийодтрас 70%, йодамид-300, верографин 76% ва б.), активланган кўмир (карболен) 0,5 таблеткалари, 1%-1 мл димедрол, стерил пахта ёки дока шариклар, 70<sup>0</sup> этил спирти, резинали қисқич (жгут), стерил резина кўлқоп.

**Бажариш техникаси.**

1. Беморни текширувга тайёрлаш. Беморга текширувгача 2 кун давомида ахлат массаларини камайтириш мақсадида енгил диета буюрилади ва активланган кўмир (карболен) ёшига мос ҳолда 1-2 таблеткадан 3 маҳалдан берилади. Текширувдан бир кун аввал кечқурун ва текширув куни эрталаб текширувдан 2 соат аввал тозаловчи ҳуқна қилинади.

2. Текширувдан 1 соат аввал контраст моддага аллергиясини олдини олиш ва беморни тинчлантириш мақсадида мускул орасига 1%-1 мл димедрол инъекция қилинади.

3. Бемор рентген столида чалқанча ётади.

4.Беморни текширувга ичакларини тайёргарлик даражасини билиш мақсадида қорин бўшлиғини умумий рентген тасвири олинади.

5.Шифокор резина қўлқоп кияди.

6.Контраст моддалардан бирини, беморнинг тана массасига боғлиқ миқдорда шприцга олинади ( 1 ёшгача 2-3 мл/кг., 1-3 ёшгача-1,5-2 мл/кг. 4 ёшдан катта болаларга 1-1,5 мл/кг, лекин 40 мл дан кўп эмас).

7.Ўнг ёки чап қўлнинг пастки 1/3 қисмига резинали жгут қўйилади.

8.Билак венаси схасидаги тери спирт шимдирилган шарик билан ишланади.

9.Контраст модда олинган шприц билан венани пункция қилиниб, контраст моддани секинлик билан 1-2 минут давомида юборилади. Сўнг игна венадан чиқарилиб, инъекция ўрнига спирт шимдирилган шарик қўйилиб, лейкопластирь билан терига маҳкамланади.

10. Резина қўлқоп ечилади.

Кичик ёшдаги болаларда (3 ёшгача) тана массасини камлиги ва қон айланишни тезлиги туфайли, контраст моддани буйраклардан тез чиқиб кетишини ҳисобга олиб, рентген тасвирини контраст модда юборилгандан кейин 5-10-15 минутларда, катта ёшли болаларда эса 7-14-20 минутларда олинади. Зарурат бўлганда кечиктирилган, яни 30-60-90 минутларда ҳам рентген тасвири олинади.

Рентген тасвири барча сийдик чиқарув аъзоларини қамраб олиши керак. Агар экскретор урографияда кечиктирилган рентген тасвирида ҳам буйраклар фаолияти аниқланмаса, бир суткадан кейин инфузион урография ўтказилади.

**Мумкин бўлган асоратлар.** Аллергик реакция, шок, коллапс, қайт қилиш.



Расм 1.

Расм 2.

Расм 3.

Расм 4.

Расм 5.



Расм 6.

Расм 7.

Расм 8.

Расм 9.

Расм 10.



Расм 11.

Расм 12.

Расм 13.

Расм 14.

Расм 15.

**Расм 1,2**-экскретор урограмма норма; **Расм 3**-ўнг буйракни тўлиқ, чап буйракни нотўлиқ иккиланиши; **Расм 4**-иккитомонлама туғма II-босқичли уретерогидронефроз; **Расм 5**-ўнг буйракни IV-босқичли, чап буйракни III-босқичли туғма гидронефрози; **Расм 6**-L-симон буйрак; **Расм 7**-иккала буйраklarни туғма нотўлиқ иккилиниши; **Расм 8**- иккитомонлама туғма III-босқичли уретерогидронефроз; **Расм 9**-чап буйракни туғма II-босқичли гидронефрози; **Расм 10**- тақасимон буйрак; **Расм 11**-иккала буйраklarни

туғма тўлиқ иккиланиши; **Расм 12**-ўнг томонлама туғма III-босқичли уретерогидронефрози, чап томондан буйрак ва сийдик найини агенезияси; **Расм 13**- ўнг буйракни туғма пиелоектазияси, чап томондан буйрак ва сийдик найини агенезияси; **Расм 14**-ўнг буйракни чап томонга дистопияси; **Расм 15**- чап буйракни нотўлиқ иккилиниши ва пастки сегментини II-босқичли гидронефрози.

## **ИНФУЗИОН УРОГРАФИЯНИ ЎТКАЗИШ ТЕХНИКАСИ**

**Мақсад.** Буйрак етишмовчилигида буйракларни экскретор урография текширувида функцияси аниқланмаса, буйракларни резерв функциясини аниқлаш.

**Кўрсатма.** Буйрак етишмовчилигида буйракларни экскретор урография текширувида функцияси аниқланмаслик.

**Қарши кўрсатма.** Шок, коллопс, буйрак етишмовчилигининг декомпенсация босқичи, гиперуремия, гломерулонефрит, макрогематурия, оғир жигар етишмовчилиги, гипертиреозидизм, гипертония касаллигини декомпенсация босқичи, йод препаратига аллергия.

**Керакли тиббий жихозлар.** Йоднинг сувли эритмаларидан бири (триозограф 76%, триомбрас 60% ёки 76% ли, йодамид-300, верографин 76% ли), глюкозани 5% ли эритмаси ёки NaCl 0,9% ли эритмаси, томизгич (система), стерил шприц игнаси билан, 70<sup>0</sup> ли спирт, докали ёки пахта шариклар, лейкопластирь, стерил резина қўлқоп, кушетка.

**Бажариш техникаси.**

1. Шифокор резина қўлқоп кияди.

2. Беморга экскретор урография ўтказилгандан 1 сутка кейин, контраст моддалардан бирини танлаб, беморни тана массасига боғлиқ миқдорда (3 ёшгача 2-3 мл/кг, 3-7 ёшгача 1,5-2 мл/кг, 7 ёшдан катталарга 1-1.5 мл/кг) олинади.

3.Керакли миқдорда олинган контраст моддани 100 ёки 200 мл ли флакондаги керакли миқдорда 5% ли глюкоза ёки 0,9% ли NaCl эритмаси билан аралаштириб тайёрланади.

4.Тайёрланган эритма системага уланади.

5.Беморни кушеткага чалқанча ётқизилади.

6.Танланган билак венасини пункция қилиш соҳасидан юқорисига резина қисқич (жгут) қўйилади.

7.Билак венасини пункция қилиш соҳа териси спирт шимдирилган пахта шарик билан ишлов берилади.

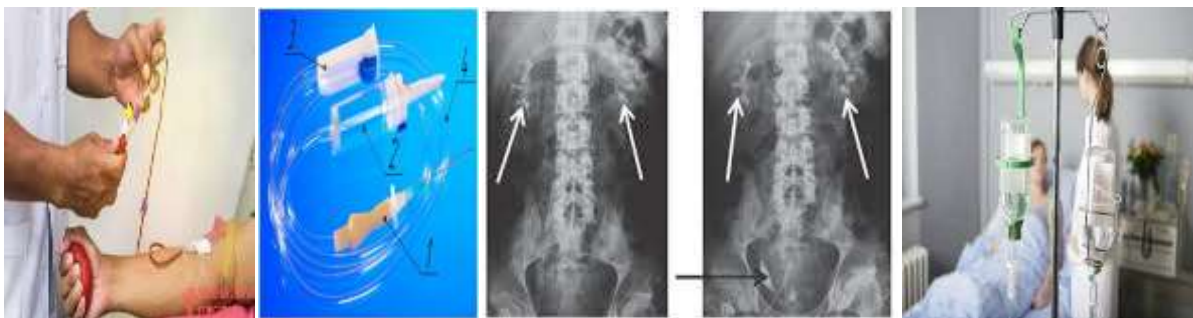
8.Система игнаси вена қон томирига уланиб, терига лейкопластирь билан маҳкамланади ва 15-20 минут давомида томчилаб юборилади.

9.Контраст модда томир ичига томчилатиб юборилгандан сўнг, система томирдан аста-секин олинади. Сўнг игна венадан чиқарилиб, инъекция ўрнига спирт шимдирилган шарик қўйилиб, лейкопластирь билан терига маҳкамланади.

10.Резина қўлқоп ечилади.

11.Рентген суратини тўғри праекцияда 3 ёшгача бўлган болаларда 10-20-40 минутларда, катта ёшдаги болаларда 15-30-60 минутларда олинади. Зарурат бўлса 2-3 соатдан кейин ҳам рентген суратини олиш мумкин.

**Мумкин бўлган асоратлар:** Аллергик реакция, шок, коллапс, қайт қилиш.



Расм 1.

Расм 2.

Расм 3.

Расм 4.

**Расм 1**-контраст моддани вена ичига томизгич орқала томизиб юбориш учун томизгични улаш; **Расм 2**- томизгич (система); **Расм 3**-инфузион урограммалар; **Расм 4**- контраст моддани вена ичига томизгич орқала томизиб юбориш.

## **БУЙРАКЛАРНИ БИМАНУАЛ ПАЛЬПАЦИЯ ҚИЛИШ ТЕХНИКАСИ**

Буйрақларни пальпация қилиш иккала қўл билан (бимануал) ва бемор ётган ёки тик турган ҳолатда бажарилади. Ётган ҳолатда пальпация қилиш тўғрироқ бўлади. Пальпацияда буйрақларни катта ёки кичиклиги, қаттиқ ёки юмшоқлиги, ҳаракатчанлиги, юзасини ҳолати ва оғриқ бор ёки йўқлиги аниқланади. Нормада буйрақлар ёшга боғлиқ ўлчамда, ҳаракатсиз, қаттиқ-эластик, юзаси силлиқ, теккис ва оғриқсиз бўлади. Ортиқча вазинли, семиз беморларда, агар ўсмалари (нейробластома, нефробластома) бўлмаса, буйрақни пальпация қилиб аниқлаб бўлмайди.

**Мақсад:** Буйрақларни ўлчамини, ҳаракатчанлигини ва оғриқлар борлигини аниқлаш.

**Кўрсатмалар:** Буйрақлар патологиясида (гидронефроз, ўсма, нефроптоз в.б.).

**Керакли тиббий жихозлар:** Кушетка, стерил резина қўлқоп.

**Бажариш техникаси:**

**Буйрақларни бемор ётган ҳолатда пальпация қилиш техникаси:**

Ўнг буйрақни пальпация қилиш:

1. Шифокор резина қўлқоп кийиб, кафти иситилади.
2. Буйрақни пайпаслашда бемор вертикал ҳолатда ёки кушеткада оёқлари тизза бўғимидан биров букилган ҳолда чалқанча ётган бўлиши керак.
3. Шифокор беморни ўнг томонида туради ва бемордан қорнини бўш тутишини сўралади.
4. I момент – чап қўлни кафтини ўнг бел соҳасида XII қобирға остига, буйрақ проекциясига қўйиб, ўнг қўлни қоринни ўнг тўғри мускулдан

ташқарида,бармоқларни ўнг қобирға ёйидан 3-4 см пастга қўйилади.

5. II момент – беморни нафас олиши пайтида, терини бироз пастга силжитиб, бурма хосил қилинади.

6. III момент –нафас чиқариш фонида,теридан бурма хосил қилгандан сўнг,ўнг қўлни аста-секин чуқурга ботириб борилади.Бунда чап қўл кафти ўнг қўл томонга учрашувчи ҳаракат қилинади.Текширувчи максимал даражада қўлларини, қоринни олдинги ва орқа деворлари бир-бирига теккунча яқинлаштиради.

Чап буйракни пальпация қилиш:

1. I момент –чап қўлни беморни танаси яъни, бели орқасидан чап XII қобирға остига,чап буйрак проекциясига ўтказиб қўяди,ўнг қўлни эса,қоринни чап тўғри мускулидан ташқарида,бармоқлари XII чап қобирға ёйидан 3-4 см пастга қўйилади..

2. II момент – қолган барча ҳаракатлар ,ўнг буйракни пальпация қилишдагидек бажарилади.

7.Резина қўлқоп ечилади.



Расм 1.



Расм 2.





Расм 3.



Расм 4.

**Расм 1,2-**бемор ётган холда ўнг буйракни пальпация қилиш; **Расм 3-** бемор ётган холда чап буйракни пальпация қилиш; **Расм 4-** бемор тик турган холда ўнг буйракни пальпация қилиш;

### **ПАСТЕРНАК СИМПТОМИНИ АНИҚЛАШ ТЕХНИКАСИ**

**Мақсад:** Буйрак касалликларида унда оғриқни аниқлаш.

**Кўрсатма:** Буйрак касалликларига гумон бўлганда.

**Керакли тиббий жихозлар:** Кушетка.

**Бажариш техникаси:** Болани кийимидан холи қилган холда, орқа томондан иккинчи бел умурткаси проекциясида (ўнг томонда бироз пастрокда, чап томонда бироз тепарокда) иккала томондан симметрик равишда текширилади.

- 1.Бемор тик ёки чалқанча ёки қорни билан ётган холатда бўлиши мумкин.
- 2.Шифокор беморни ўнг томонида,юзига қараб стулда ўтиради.
- 3.Симптомни бемор тик ёки ўтирган холатда аниқлашда, шифокор бир қўл кафтини беморни бел соҳасига, буйраклардан бирини проекциясига (қовурға - бел бурчагига) қўяди ва мушт қилинган иккинчи қўл кафтини латерал қирғоғи билан биринчи қўл кафти устига енгил уради.

Симптомни бемор чалқанча ётган холатда аниқлашда,шифокор бир қўлини текширилайётган буйрак соҳасида бел остига киритади ва II-V бармоқлари билан қисқа туртки беради.

Пастернак симптоми мусбат (оғриқ бўлиши) ёки манфий бўлиши мумкин. Агар уриб кўрганда оғриқ кузатилса, симптом мусбат, агар ҳеч қандай оғриқ кузатилмаса, симптом манфий деб баҳоланади. Буйракда тошлар, гломерулонефрит, пиелонефрит, ўсмалар, гидронефроз бўлганда симптом мусбат бўлади. Пастернак симптомининг мусбат бўлиши, буйракда патологик жараён мавжудлигидан далолат беради. Бунда, буйрак яллиғланишларида буйрак капсуласи таранглашиши, тортилиши натижасида, шу ерда жойлашган нерв охирлари қитиқланиши оқибатида оғриқ пайдо бўлиши мумкин.

Беморда Пастернак симптоми, иккала буйракларда навбатма-навбат аниқланади.

### Симптом Пастернак



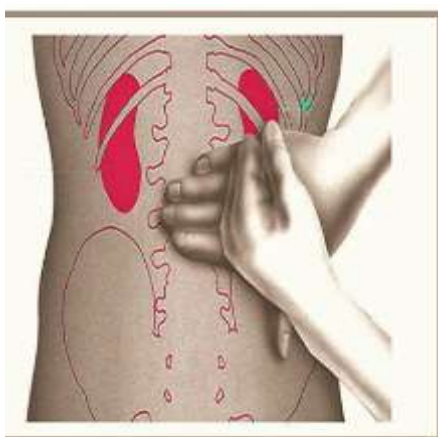
Расм 1.



Расм 2.



Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.

**Расм 1,2,3**-бемор тик турганда Пастернак симптомини аниқлаш; **Расм 4**-Пастернак симптомини аниқлашда,қўлни белга қўйиш схемаси; **Расм 5**-бемор қорни билан ётган холда Пастернак сиптомини аниқлаш; **Расм 6**- бемор чалқанча ётган холда Пастернак сиптомини аниқлаш.

## **ВИШНЕВСКИЙ БЎЙИЧА НОВОКАИНЛИ ПАРАНЕФРАЛЬ БЛОҚАДА ҚИЛИШ ТЕХНИКАСИ**

**Мақсад:** Қорин бўшлиғи аъзолари ва қон томирларини сезувчи ва вегетатив иннервациясини камайтириш орқали, тўқималарни трофикасини яхшилаш ҳамда оғриқсизлантириш.

**Кўрсатма:** Паралитик(динамик) ичак тутилиши, жигар ва буйрак санчиғлари, ўткир панкреатит, ўткир холецистит, ўткир буйрак етишмовчилиги.

**Қарши кўрсатма:** Новокаинга аллергия реакцияси бўлганда.

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил резинали қўлқоп, боғлов хонада операция столи, 20,0 ли стерил шприц игнаси билан, 0,25% ли новокаин, 3% ли йод,спирт 70<sup>0</sup> ли, стерил докали сальфетка ва шариклар, лейкопластирь, ёстикча (валик).

**Бажариш техникаси.**

1.Бемор боғлов столида, оёқлари тизза ва чаноқ-сон бўғимида бир оз қорин томонга букилиб, ўнг томонлама блокадада чапга, чап томонлама блокадада ўнгга ёнбошлаб ётади ва ёнбош суяги қирғоғонинг юқорисига ёстикча (валик) қўйилади.

2.Шифокор қўлқопни кияди.

3.Шприцга новокаин олинади.

4.Пункция сохаси-белни тўғирловчи узун мускулининг латерал қирғоғи билан 12- қовурға орасидаги бурчак, спирт билан ишланади.

5.Шприцнинг узун игнаси танага перпендикуляр равишда пункция сохасига

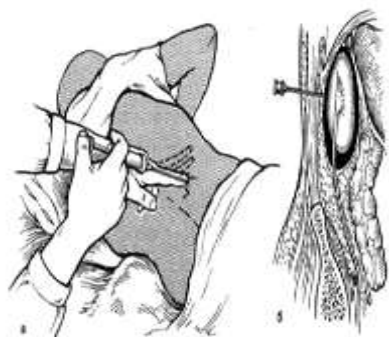
қўйилиб, шприц поршенини итарган ҳолда киритиб борилади. Игна паранефрал клетчатка бўшлиғига тушганда, бўшлиққа тушиш ва новокаинни энгил юбориш сезгиси пайдо бўлади ва ёшга мос миқдорда 0,25% ли новокаин (50-80-100 мл) юборилади.

6.Игнани секин- аста чиқариб, пункция жойига спирт шимдирилган шарик қўйиб, лейкопластирь билан териға ёпиштирилади.

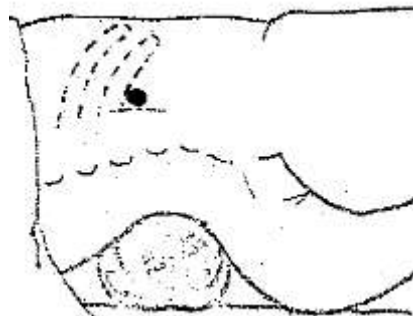
7.Шифокор қўлқопни ечади ва антисептик эритма бор идишга солинади.

Муолажадан сўнг, бемор бир сутка давомида ётиб туриши керак.

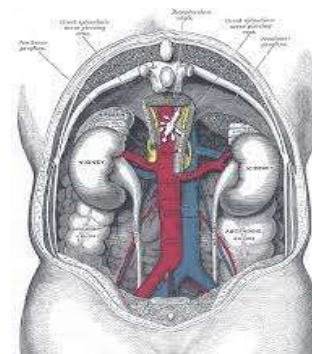
**Мумкин бўлган асоратлар.** Техник хатолик туфайли игна қорин аортасини, пастки ковак венани ёки буйракнинг йирик қон томирлари ва паренхимасини тешиб қўйиши мумкин. Бунда шпришга қон чиқиши кузатилади. Бу ҳолда игнани томирдан чиққунча, яъни шприцга қон чиқмай қолгунча бироз орқага тортилади ва новокаин юборилади. Камдан-кам ҳолларда ичакни тешиб қўйиш ҳам мумкин.



Расм 1.



Расм 2.



Расм 3.

**Расм 1**-паранефраль бўшлиқни игна билан пункция қилиш нуктаси (а) ва новокаинни юбориш жойи схемаси; **Расм 2**-паранефраль бўшлиқни цункция қилишда, бемор ҳолати ва пункция қилиш соҳасини схемаси; **Расм 3**-бел соҳасида буйракларни,қонтомирларни ва нерв толаларини топографик анатомиясини схемаси.

## КРИПТОРХИЗМНИ АНИҚЛАШ ТЕХНИКАСИ

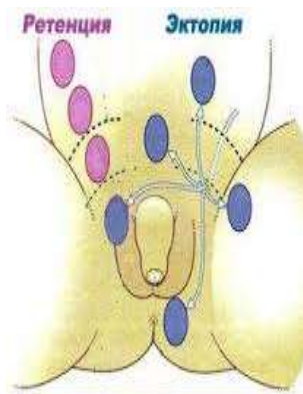
**Мақсад:** Крипторхизмни пальпация қилиб ташхислаш.

**Кўрсатма:** Ёрғоқда бир ёки иккала мойкнинг бўлмаслиги.

**Керакли тиббий жихозлар:** Кушетка, стерил резина қўлқоп.

**Бажариш техникаси:**

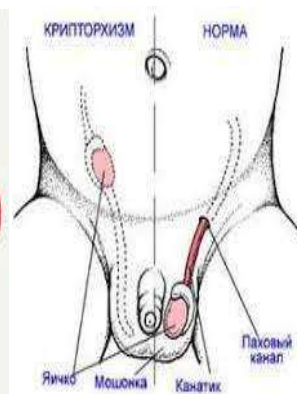
1. Беморни кушеткага чалқанча ётқизилади.
2. Шифокор резина қўлқоп кияди ва совук қўл Кремастер мускулини рефлексини чақирмаслиги учун кафти иситилади.
3. Шифокор беморни ўнг томонида ўтирган холда, аста-секин ёрғоқни иккала ярмини навбатма-навбат пайпаслайди.
4. Ёрғоқда мойк топилмаса, чов канали текширилади: ўнг қўл кўрсаткич бармоғи ёрғоқ орқали чов канали ташқи тешиги соҳасига тери ости орқали олиб борилади. Чап қўл II-IV бармоқлари билан чов канали проекцияси тери орқали пайпасланади. Мойк чов каналида бўлса, қўлга уринади ва чов крипторхизми деб ташхис қўйилади. Одатда крипторхизмда мойк ўлчамлари меъёрдан кичик бўлади.
5. Мойк чов каналида пайпасланмаса, у қорин бўшлиғида ёки эктопик жойлашган бўлиши мумкин, унда УТТ буюрилади.
6. Резина қўлқоп ечилади.



Расм 1.



Расм 2.



Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.

Расм 6.

Расм 7.

Расм 8.

**Расм 1,2,3,4**—мойкни нормада ёрғоқда ва юқорида ушланиб қолиш сохалари схемаларда кўрсатилган; **Расм 5**-чап томонлама крипторхизм; **Расм 6**-ўнг томонлама крипторхизм; **Расм 7,8**-ўнг томонлама крипторхизмда мойкни пальпация қилиш.

### ВАРИКОЦЕЛЕНИ ТЕКШИРИШ ТЕХНИКАСИ

**Мақсад:** Уруғ тизимчаси веналарининг варикоз кенгайишини аниқлаб ташхис қўйиш.

**Кўрсатма:** Ёрғоқ, чов, ёнбош сохаларида оғирлик, симмилловчи оғриклар, мойкни пастга осилиб туриши, уруғ тизимчаси веналарини варикоз кенгайганлигини касаллик томонда сезилиши.

**Керакли тиббий жихозлар:** Кушетка (кровать), стерил резина қўлқоп.

**Бажариш техникаси:**

1. Шифокор резина қўлқоп кияди.
2. Беморни тик ҳолатида кўриш: касаллик томонда ёрғоқни катталашуви, мойкнинг осилиб туриши, ёрғоқ териси бурмаларини силлиқланиши, ёрғоқ терисини кўкариб туриши кўрилади.
3. Беморни тик ҳолатида ёрғоқни пайпаслаш: патология томонда ёрғоқ юқори полюси, баъзан пастроқда қўлга кенгайган веналар “ёмғир чувалчанги ғужуми” тарзида пайпасланади.



4.Беморни чалқанча ётган ҳолда кўриш: ётган ҳолатда кенгайган уруғ тизими веналарининг бироз кичрайиши кузатилади.

5.Пайпаслаганда кенгайган веналарнинг бироз юмшаши аниқланади.

6.Чов канали ташки тешиги текширилганда, уруғ тизимчасини бироз кенгайганлиги, қаттиклашуви ва бироз оғриқ сезилади.

7.Резина кўлқоп ечилади.



Чап томондан III-даражали варикоцеле

## УРУҒ ТИЗИМЧАСИНИ ЛОРЭН-ЭПШТЕЙН БЎЙИЧА НОВОКАИНЛИ БЛОҚАДА ҚИЛИШ

**Мақсад:** Орхит ва эпидидимитни даволаш.

**Кўрсатма:** Беморда орхит ва эпидидимит.

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил резина кўлқоп, 10,0 ёки 20,0 ли стерил шприц игнаси билан, спирт, докали стерил сальфетка ва шариклар, 0,25% ёки 0,5% ли новокаин, пенициллин ёки ампициллин эритмаси, лейкопластирь.

**Бажариш техникаси:**

- 1.Бемор боғлов хонада столда ёки кушеткада чалқанча ётади.
- 2.Шифокор резина кўлқоп кияди.
- 3.Орхит ривожланган томон чов соҳаси терисини спирт билан ишланади.
- 4.Шприцга керакли миқдордаги ( 20-50 мл ) новокаин билан антибиотик эритмасини олиб, уруғ тизимчаси соҳаси терисини кўл билан ушлаб кўтариб турган ҳолда ,уруғ тизимчаси атроф тўқималарига инфильтрация қилинади.



5.Игна чиқариб олингандан сўнг, пункция қилинган соха терисига спирт суртаб,сальфетка қўйиб лейкопластирь билан ёпиштирилади.

Бу муолажани бир кунда бир махалдан 3-4 кун қилинади.

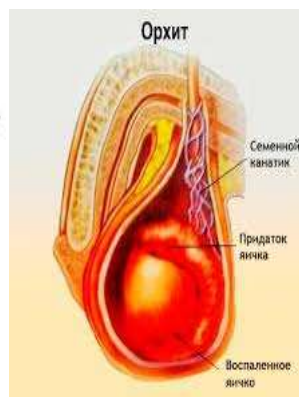
**Мумкин бўлган асоратлар:** Қон томирлар тешилиб гематома ривожланиши ва тўқималарни инфекцияланиши.



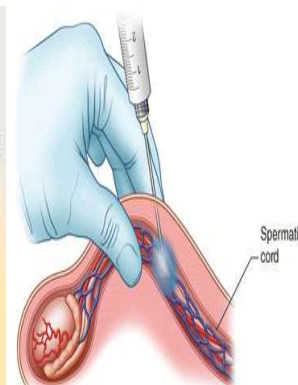
Расм 1.



Расм 2.



Расм 3.



Расм 4.

**Расм 1**-чап томонлама ўткир орхит; **Расм 2**-уруғ тизимчасини Лорэн-Эпштейн бўйича блокада қилиш схемаси; **Расм 3**-ўткир орхитни кўриниши; **Расм 4**-уруғ тизимчасини кўтариб туриб,Лорэн-Эпштейн бўйича блокада қилиш.

## МОЯК ПАРДАСИ ИСТИСКОСИДА ДИАФОНОСКОПИЯ ҚИЛИШ ТЕХНИКАСИ

**Мақсад:** Мояк пардаси истисқосини(гидроцелени) чов-ёрғоқ чурраси билан қиёсий ташхислаш.

**Кўрсатма:** Мояк пардаси истисқосига гумон бўлганда.

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил резина қўлқоп ва диафоноскоп- ёритгич.

**Бажариш техникаси:**

- 1.Бемор ётган ёки тикка турган холда бўлади.
- 2.Шифокор резина қўлқоп кияди.
- 3.Диафоноскопни (ёриткични) қўлга олиб, гидроцелегга гумон қилинган ёрғоқ терисига қўйиб, ёрғокда ёруғлик нури ўтиб,уни ёришишини кўради. Агар ёрғоқ ёришса гидроцеле деб ташхис қўйилади.

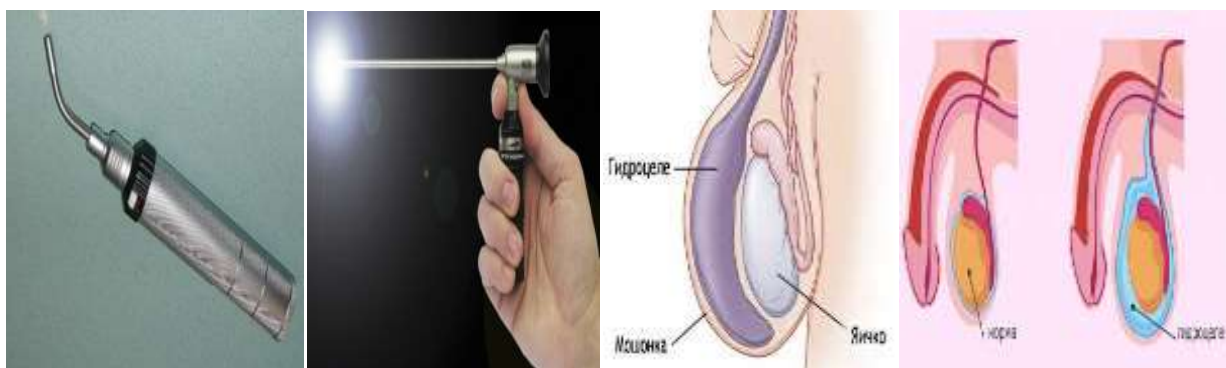
4. Резина қўлқоп ечилиб, антисептик эритма бор идишга солинади.



Расм 1.

Расм 2.

Расм 3.



Расм 4.

Расм 5.

Расм 6.

Расм 7.

Расм 1,2,3-ўнг мойкни гидроцелеси; Расм 4,5-диафоноскоп турлари; Расм 6,7-мойк гидроцелеси схемаси.

### ТЕРИ ОРҚАЛИ (перкутан) ПУНКЦИЯ ҚИЛИБ НЕФРОСТОМА ҚЎЙИШ ТЕХНИКАСИ

**Мақсад:** Беморда буйракдан дренаж найча орқали вақтинча сийдикни чиқиб туришини таъминлаш.

**Кўрсатма:** Юқори сийдик йўллари обструкциялари (сийдик найини қисман ёки тотал туғма стенози, сийдик найини сийдик пуфагига қуйилиш тешигини ахалазияси, сийдик найини орттирилган чандикли стриктураси, сийдик найини ўсмалари, сийдик найи атроф тўқималарини ўсмалари натижасида уни эзилиб, букилиб қолиши натижасида сийдик чиқишини қийинлашиши ва б.) натижасида туғма ёки орттирилган

гидронефроз,уретерогидронефроз,пионефроз ривожланиши сабабли хамда болани ёши чақалоқ ва 1 ёшгача бўлса,умумий ахволи оғир бўлса,радикал коррекцияловчи пластик опрациялрни ўтказишни имконияти бўлмаса, буйракдан сийдикни чиқиб туришини вақтинчалик таъминлаш учун,нефростома кўйишга зарурат туғилади.

**Қарши кўрсатма:** Беморда гемофилия касаллиги бўлса,қонни ивиш вақтини узайиши (ДВС), беморни умумий ахволи оғир бўлса.

**Керакли тиббий жихозлар:** Ультратовуш аппарати ёки рентген телеэкрани,операция столи, нефростомик анжомлар йиғмаси, махсус Чиб игнаси,стерил резина кўлқоп, 10,0 ли стерил шприц игнаси билан, терини тикиш учун стерил ипак ип ва игна, 3% ли йод,спирт, 0,5% ли новокаин ёки кетамин, контраст модда (йоднинг сувли эритмаларидан бири: верографин,йодамид,урографин,триомбрас,триозограф в.б.), докали стерил сальфетка ва шариклар, пинцет, лейкопластирь,сийдикни йиғиш учун контейнер.

**Бажариш техникаси:**

1.Беморни операция столига ёки рентген столига қорни билан ярим ёнбош холатда ётқизилади.

2.Шифокор резина кўлқоп кияди.

Муолажа 5 ёшгача бўлган беморларда кетамин билан қисқа вақтли наркоз остида,катта ёшли беморларда эса, новокаинни инфилтрация қилиб жойли оғриқсизлантириш орқали бажарилади.

3.Белнинг тўғри мускулини латерал қирғоғи билан 12-қовурғани пастки қирғоғи орасида хосил бўлган бурчакда тери йод ва спирт билан ишланади.

4.Шу соха териси ва юмшоқ тўқималар новокаин билан инфилтрация қилиниб, жойли оғриқсизлантирилади.

5.Ультратовуш аппаратини экранида доимий кузатувда,шу жойда махсус Чиб игнасини мандрени билан бел юзасига нисбатан перпендикуляр ушлаб

турган холда, бироз куч билан эзиб терини, апоневрозни ва буйрак паренхимасини тешиб, буйрак бўшлиғига тушилади.

6.Игнадан унинг мандрени олинади.Игнадан сийдик чиқиши, уни буйрак бўшлиғига тушганидан дарак беради. Сўнг, игна тешиги орқали буйрак бўшлиғига ўтказгич (проводник) киритилади.Игна чиқариб олинади.Сўнг, ўтказгични кенгайтиргичга (диллятаторга) ўтказиб, уни бураб-бураб киритиб ,пункция қилинган тешик канали кенгайтирилади.Сўнг, кенгайтиргич чиқариб олинади ва ўтказгичга махсус полиэтилен катетер кийдирилиб, у ўтказгич орқали беморни ёшига боғлиқ холда жомча-косача хажмини хисобга олиб 5-7 см узунликда буйракка киритилади.Ўтказгич, катетерни буйракда қолдириб, ундан аста-секин тортиб чиқариб олинади.

7.Катетер терига ипак ип билан 2-3 та тикиб боғланади. Катетерни ташқи учи сийдик йиғиладиган контейнерга уланади.

5.Терини тешилган жойига асептик боғлам қўйиб,лейкопластирь билан терига ёпиштирилади.

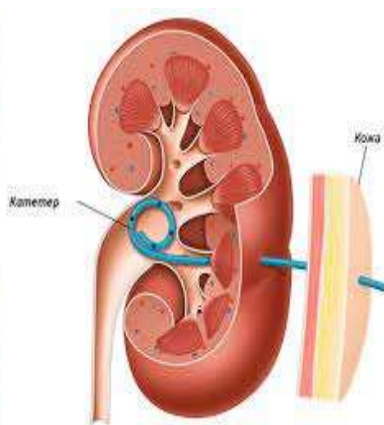
6.Сўнг,буйракка киритилган катетерни холатини,суправезикал обструкцияларни жойини,жомча-косача тизимини хажмини билиш учун, шприц билан катетер орқали 5-10 мл контраст модда (йоднинг сувли эритмаларидан бирини) юбориб,антеград пиелоуретерография қилинади.

7.Резина қолқоп ечилиб,антисептик эритма бор идишга солинади.

**Мумкин бўлган асорат:** Буйракни игна билан тешилган жойидан оз миқторда қон кетиш ва паранефрал гематома ривожланиши,инфекцияланиши,пункция қилинган томонда кам холларда игна билан плеврани,қорин бўшлиғига тушиб қолиб ичакни тешиб қўйиш мумкин. Агар шундай асорат ривожланса, беморни ахволи кузатиб турилади ва керакли чоралар қўрилади.



Расм 1.



Расм 2.



Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.



Расм 7.



Расм 8.



Расм 9.

**Расм 1**-тери орқали ўнг буйрак бўшлиғини пункция қилиш; **Расм 2**-тери орқали пункцион нефростомияда катетер –стентни буйрак жомчасида жойлашиш холати схемаси; **Расм 3**-нефростомик катетерни ташқарида терига тикиб маҳкамлаш; **Расм 4**-пункция қилинган жойга асептик боғлов қўйилиб, дренаж катетерни ташқи учи сийдик йиғувчи резервуар-контейнерга

уланган ; **Расм 5**-беморда катетер контейнерга уланган холатини кўриниши; **Расм 6**-нефростомия қилиш учун Чиб игнаси; **Расм 7**-стерил пакетда нефростомик жихозлар йиғиндиси; **Расм 8,9**-тери орқали пункцион нефростомия қилиш учун анжомлар турлари.

## **БЎЛИМ –IV. ЙИРИНГЛИ ЖАРРОХЛИКДАН АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР**

### **ЙИРИНГЛИ МАСТИТНИ ОЧИШ ВА ДРЕНАЖЛАШ ТЕХНИКАСИ**

**Мақсад:** Йирингли маститни очиб даволаш.

**Кўрсатма:** Болаларда йирингли мастит.

**Керакли тиббий жихозлар:** Боғлов хонасида операцион стол, старил резина кўлқоп,3% йод,70<sup>0</sup> ли спирт, 0,5% новокаин, 3% водород пероксиди, 0,02%(1:5000) фурациллинни сувли эритмаси, натрий хлориднинг 10%ли гипертоник эритмаси,докадан тайёрланган стерил сальфеткалар ва шариклар, бинт ёки лейкопластирь,стерил тиббий скальпель, юмшоқ қисқич,10,0 ли шприц игнаси билан, пинцет, резина чиқаргич.

**Бажариш техникаси:**

- 1.Бемор операция столига чалқанча ётқизилади.
- 2.Резина кўлқоп кийилади.
- 3.Оперция майдони терисига йод ва спирт билан ишлов берилади.
- 4.Кўкрак безини йиринглаган соха териси скальпель билан уни анатомо-топаграфик тузилишини(бўлакли) хисобга олиб,безни сўрғичига нисбатан радиар йўналишда 3-4 см узунликда ёнма-ён жойлашган 2-3 та бўлақлар устидан кесилади. Ретромаммар абсцессда эса, кўкрак бези остидан яримойсимон қилиб кесилади.
- 5.Жарохат четлари юмшоқ қисқич билан кенгайтирилиб,йиринг чиқарилади ва сальфетка ва шариклар билан қуритилади.



6.Аввал водород пероксиди, сўнг фурациллин билан ювилади.

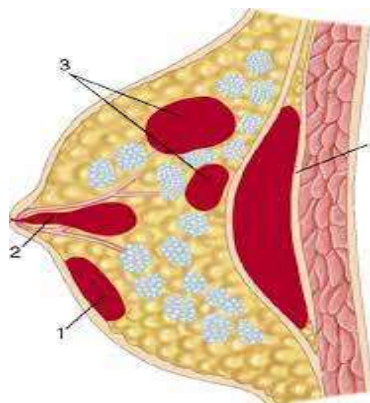
7.Жарохатга резина чиқаргич қўйиб ,антибиотик кукунини сепилади ва яна жарохат атрофи териси спирт билан артилади.

8.Жарохатга гипертоник эритма шимдирилган сальфетка қўйиб, бинт билан боғланади ёки лейкопластирь билан терига ёпиштирилади.

9.Резина қўлқоп ечилиб,антисептик суюқлиги бор идишга солинади.



Расм 1.



Расм 2.



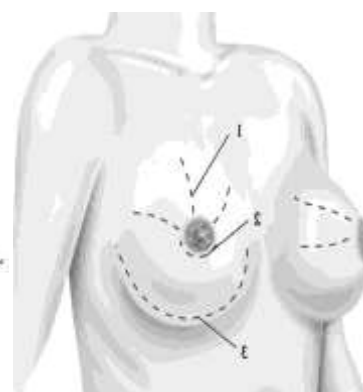
Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.



Расм 6

**Расм 1**-чақалокда чап кўкрак безини йирингли мастити; **Расм 2**:-1- субареолар абсцесс,2-аэролоофат,3-интрамаммар абсцесс,4-ретромаммар абсцесс; **Расм 3**-мастит сўрғичга нисбатан 3 та радиар кесиб очилган; **Расм 4**- кўкрак безини бўлакли тузилишини схемаси; **Расм 5**-маститда терини қизариши,без бўлагини йирингли яллиғланиши,бўлақлар оралиғи йўли,без бўлақлари,безни ёғ клетчаткаси,кўкрак мускули схема қилиб кўрсатилга; **Расм 6**-маститда кесимлар йўналиши .



## ФУРУНҚУЛНИ ОЧИШ ТЕХНИКАСИ

**Мақсад:** Фурункулни очиб, йирингли ўчоқни санация қилиш.

**Кўрсатма:**Фурункул.

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил тиббий скальпель,пинцет, 10,0 ли стерил шприц игнаси билан, 0,02%(1:5000) фурациллинни сувли эритмаси, докадан тайёрланган стерил сальфетка ва шариклар, стерил резина кўлқоп, бинт ёки лейкопластирь, 3% ли ёки 5% ли йод, 70<sup>0</sup> ли спирт,3%ли водород пероксиди, 0,5%ли новокаин, натрий хлориднинг 10% ли гипертоник эритмаси.

### Бажариш техникаси:

- 1.Резина кўлқоп кийилади.
- 2.Фурункул соха териси йод ва спирт билан ишланади.
3. Фурункул атрофи тўқимаси новокаин билан жойли инфилтрацион анестезия қилинади.
4. Фурункулни флюктуация бўлган жойини скальпель билан кесиб очилиб, йиринг чиқарилади, некрозланган стержен олинади ва водород пероксиди ва фурациллин билан ювилади.
- 5.Жарохатга натрий хлориднинг гипертоник эритмаси шимдирилган сальфетка қўйиб, лейкопластирь билан ёпиштирилади.
- 6.Резина кўлқоп ечилиб,антисептик суюқлиги бор идишга солинади.

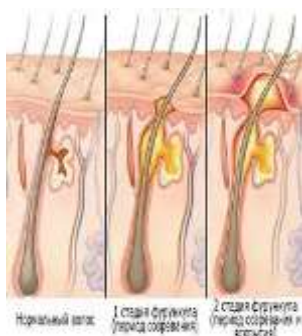


Расм 1.

Расм 2.

Расм 3.

Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.



Расм 7.



Расм 8.

**Расм 1**-фурункул; **Расм 2**-фурункул атрофи тўимасини новокаин билан инфильтрация қилиб оғриқсизлантириш; **Расм 3**-фурункул стерженини пинцет билан олиш; **Расм 4**-терида фурункулни хар-хил кўриниши; **Расм 5**-фурункулни ривожланиш жараёни босқичини схемаси; **Расм 6**-фурункулни очиш, санация қилиш, фурункул стерженини қисқич билан олиш ва очилган жарохат бўшлиғига резина чиқаргични қўйиш схемаси; **Расм 7**-фурункулни, карбункулни ва флегмонани кўринишини схемаси; **Расм 8**-абцесланган фурункул схемаси.

## ҚАРБУНКУЛНИ ОЧИШ ТЕХНИКАСИ

**Мақсад:** Карбункулни очиш даволаш.

**Кўрсатма:** Боладаги карбункул.

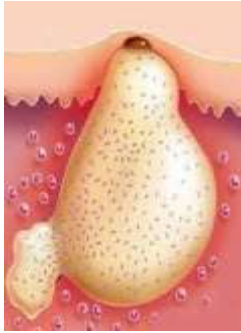
**Керакли тиббий анжомлар:** Боғлов хонасида операцион стол, стерил кўлқоп, 3% йод, 70° ли спирт, 0,5% новокаин, 3% водород пероксида, 0,02%(1:5000) фурациллинни сувли эритмаси, натрий хлориднинг 10%ли гипертоник эритмаси, докадан тайёрланган стерил сальфетка ва шариклар, бинт ёки лейкопластирь, стерил тиббий скальпель, юмшоқ қисқич, 10,0 ли шприц игнаси билан, пинцет, резина чиқаргич ёки ингичка докали томпон.

Карбункулни даволаш тактикаси, унинг ривожланиш босқичига, катта-кичиклигига, танада жойлашган жойига ва беморнинг ёшига ҳамда умумий ахволини оғирлик даражасига боғлиқ холда хар-хил бўлади.

Агар беморда карбункул кичик бўлиб, I -инфилтратив босқичида бўлса хамда умумий ахволи қониқорли бўлса, амбулатор шароитда консерватив даво ўтказилади яни, УВЧ, спиртли компрес қўйилади ва антибиотиктерапия ўтказилади. Агар бемор ёши кичик бўлиб, карбункул катта бўлса ва II - йиринглаш босқичида бўлса, стационарда хирургик даво ўтказилади. Агар карбункул беморнинг юзида бўлса, фақат стационарда даволанади. IV – некроз босқичли карбункул, стационарда хирургик даволашга кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

### **Бажариш техникаси:**

1. Беморга операция столида, тананинг қайси жойида карбункул бўлишига қараб ҳолат берилади.
2. Резина қўлқоп кийилади.
3. Операция майдони терисига йод ва спирт билан ишлов берилади.
4. Карбункул атрофи териси новокаин билан инфилтрация қилиниб, жойли оғриқсизлантирилади.
4. Скальпель билан карбункул устидан терини крестсимон кесилади.
5. Жароҳат четлари юмшоқ қисқич билан кенгайтирилиб, йиринг чиқарилади, агар некротик тўқималар бўлса, улар ҳам олинади.
6. Аввал водород пероксиди, сўнг фурациллин эритмаси билан ювилади, сўнг сальфетка ва шариклар билан қуритилади.
7. Жароҳатга резина чиқаргич қўйиб, антибиотик кукунини сепади ёки жароҳат чуқурчасига, натрий хлорнинг гипертоник эримаси шимдирилган ингичка докали томпон қўйилади ва яна жароҳат атрофи териси спирт билан артилади.
8. Жароҳатга гипертоник эритма шимдирилган сальфетка қўйиб, бинт билан боғланади ёки лейкопластирь билан терига ёпиштирилади.
9. Резина қўлқоп ечилиб, антисептик суюқлиги бор идишга солинади.



Расм 1.



Расм 2.



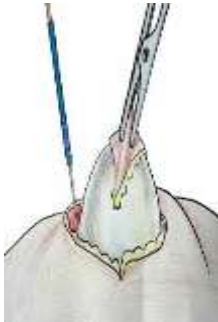
Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.



Расм 7.



Расм 8.



Расм 9.



Расм 10.

**Расм 1,2,3**-абсцесланган карбункул; **Расм 4,5**-ўзи тешилиб очилган карбункул; **Расм 6,7**-карбункулни кесиб очиб,йирингини чиқариш; **Расм 8,9,10**-карбункул кесиб очилиб, йиринг ва некротик тўқимадан тозаланган.

### ФЛЕГМОНАНИ ОЧИШ ТЕХНИКАСИ

**Мақсад:** Флегмонани очиб, йирингли жароҳатни санация қилиш.

**Кўрсатма:** Юмшоқ тўқимада йирингли ўчоқ-флегмонани бўлиши.

**Керакли тиббий жихозлар:** 3% ёки 5% ли йод, 70<sup>0</sup> этил спирти, докадан тайёрланган стерил сальфетка ва шариклар,бинт, 10,0 ёки 20,0 ли стерил шприц игнаси билан,тиббий скальпель,юмшоқ қисқич, пинцет, резина чиқаргич, дренаж найча, 0,25% ёки 0,5% новокаин, 3% водород пероксида, 0,02%(1:5000) фурациллинни сувли эритмаси, натрий хлориднинг 10%ли гипертоник эритмаси,стерил резина қўлқоп,лейкопластирь,бактерияга экиш учун пробирка.

**Бажариш техникаси:**

- 1.Беморга операция столида, тананинг қайси жойида флегмона бўлишига қараб ҳолат берилади.
- 2.Резина қўлқоп кийилади.
- 3.Йирингли ўчоқ маркази аниқланади.
4. Йирингли ўчоқ атроф териси йод ва спирт билан артилади.
- 5.Маҳаллий инфилтратсион ёки қисқа вақтли умумий анестезия ўтказилади.
- 6.Йирингли ўчоқ маркази бўйича скальпель билан тери, тери ости ёғ қавати кесилади.
- 7.Чуқур жойлашган тўқималар қисқич билан кенгайтирилади.
8. Йиринг эвакуация қилинади.
- 9.Бактерияга экиш олинади.
- 10.Йирингли бўшлиққа дренаж найча киритиб, шприц орқали водород пероксиди, фурациллин билан ювилади.
11. Йирингли жароҳат доқа шарик ёки сальфетка билан қуритилади.
- 12.Йирингли жароҳатга резина чиқаргич ёки дренаж найча киритилади (керак бўлса!).
13. Жароҳатга гипертоник эритма шимдирилган сальфетка билан боғлам қўйилади.
- 14.Боғлам лейкопластирь билан терига ёпиштирилади ёки бинт билан боғланади.
- 15.Резина қўлқоп ечилиб, антисептик суюқлиги бор идишга солинади.



Расм 1.



Расм 2.



Расм 3.

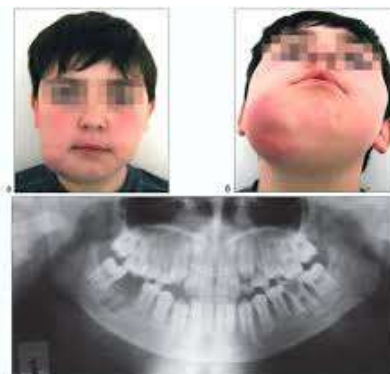




Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.

**Расм 1**-болдирни юқorigи қисмини флегмонасини очиб дренажлаш; **Расм 2**- белни флегмонасини очиб дренажлаш; **Расм 3**-қўл кафтини флегмонаси; **Расм 4**-чақалоқлар флегмонаси; **Расм 5**-флегмонани очиб унга резинали чиқаргич қўйиш схемаси; **Расм 6**-ўнг жағости одонтоген флегмонаси.

## **ЧАҚАЛОҚЛАР ФЛЕГМОНАСИНИ БОҚАСТОВА БЎЙИЧА ОЧИШ ТЕХНИКАСИ**

**Мақсад:** Флегмонани очиб санация қилиш.

**Кўрсатма:** Чақалоқлар флегмонаси.

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил тиббий скальпель, пинцет, юмшоқ қисқич, 10,0 ли шприц игнаси билан, докадан тайёрланган стерил сальфетка ва шариклар, стерил резина қўлқоп, бинт, 3% ёки 5% ли йод, 70<sup>0</sup> ли спирт, 3%ли водород пероксиди, 0,5%ли новокаин, 0,02%(1:5000) фурациллинни сувли эритмаси, натрий хлориднинг 10% ли гипертоник эритмаси.

**Бажариш техникаси:**

1. Чақалоқни боғлов хонасида операция столига, тананинг қайси жойида флегмона бўлишига қараб холат берилади.
2. Резина қўлқоп кийилади.
3. Операция майдони спирт билан ишланади.
4. Операция, зарарланган майдон кичик бўлса, жойли анестезия қилиб, агар

катта бўлса, кетамин билан қисқа вақтли наркоз остида бажарилади. Жойли анестезия учун, 0,25% ли новокаин билан антибиотикни аралашмасини, зараланган соха майдони бўйлаб, соғ тўқима чегарасигача, тери остига юбориб, инфилтрация қилинади.

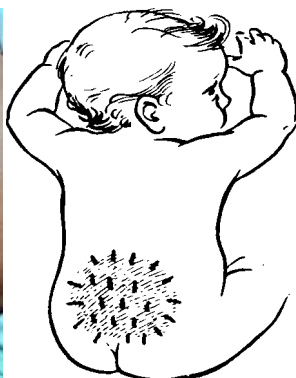
5. Сўнг, 1-1,5 см узунликда, флегмона сохаси ва 2 см гача соғлом соха териси фасциягача шахматсимон қилиб кўпгина кесилади. Кесиклар оралиғи 2 см атрофида бўлиши керак. Агар тери некротланган бўлса, уни эхтиёткорлик билан қирқиб олинади.

6. Жарохатларни аввал водород пероксиди билан, сўнг антисептик (диоксидин, фурациллин, декосан ёки б.) билан санация қилинади ва натрий хлоридни гипертоник эритмасига шимдирилган сальфетка қўйиб, бинт билан боғланади. Даволашнинг 1-2 кунлари боғловни хар 5-6 соатда, кейинги 3-4 кунлари эса суткада 2 марта алмаштирилади.

7. Резина қўлқоп ечилиб, антисептик эритма бор идишга солинади.



Расм 1.



Расм 2.



Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.



Расм 7.



Расм 8.



**Расм 1**-чақалоқлар флегмонасини некроз фазаси; **Расм 2**-чақалоқлар флегмонасини Бокастова бўйича шахматсимон кесиш схемаси; **Расм 3,4,5,6,7**-тананинг хар-хил жойларида жойлашган чақалоқлар флегмонаси; **Расм 8**-қиёсий ташхислаш учун болани юзида сарамас.

## **ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАР АБЦЕССИНИ ОЧИШ ТЕХНИКАСИ**

**Мақсад:** Абцессни очиб, йирингли бўшлиқни санация қилиш.

**Кўрсатма:** Юмшоқ тўқимада чегараланган йирингли абцессни бўлиши.

**Керакли тиббий жихозлар:** 3% ёки 5% ли йод, 70<sup>0</sup> этил спирти, докадан тайёрланган стерил сальфетка ва шариклар,бинт, стерил шприц игнаси билан,тиббий скальпель,юмшоқ қисқич, пинцет, резина чиқаргич, дренаж найча, 0,25% ёки 0,5% новокаин ёки кетамин,, 3% водород пероксиди, 0,02%(1:5000) фурациллинни сувли эритмаси, натрий хлориднинг 10% ли гипертоник эритмаси, стерил резина қўлқоп, лейкопластирь, бактерияга экиш учун пробирка.

**Бажариш техникаси:**

- 1.Беморга операция столида, тананинг қайси жойида абцесс бўлишига қараб холат берилади.
- 2.Резина қўлқоп кийилади.
- 3.Флюктуация маркази аниқланади.
4. Йирингли ўчоқ атроф териси йод ва спирт билан артилади.
- 5.Новокаин билан маҳаллий инфилтрацион ёки кетамин билан қисқа вақтли умумий оғриқсизлантириш ўтказилади.
- 6.Флюктуация маркази бўйича скальпель билан тери, тери ости ёғ тўқимаси кесилади.
- 7.Жарохат қисқич билан кенгайтирилади.
8. Йиринг эвакуация қилинади.
- 9.Бактерияга экиш олинади.

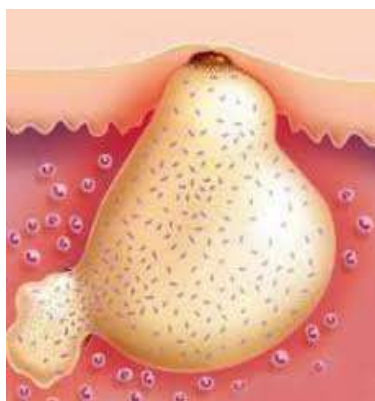
10.Йирингли бўшлиққа дренаж найча киритиб, шприц орқали водород пероксида ва фурациллин билан ювилади.

11. Йирингли бўшлиқ докали шарик ёки сальфетка билан қуритилади.

12.Йирингли бўшлиққа резина чиқаргич ёки дренаж найча киритилади (керак бўлса), дренаж найчанинг ташқи учи контрапертурадан чиқарилади.

13. Жароҳатга гипертоник эритма шимдирилган сальфетка қўйиб, бинт билан боғланади ёки лейкопластирь билан ёпиштирилади.

14. Резина қўлқоп ечилиб, антисептик суюқлиги бор идишга солинади.



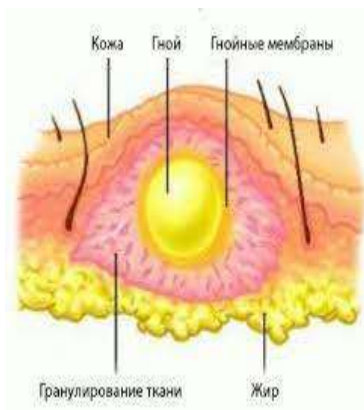
Расм 1.



Расм 2.



Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.

**Расм 1,2-абцесс; Расм 3-қўл билагини абцесси; Расм 4-абцесс жараёнини схемаси; Расм 5-чап думбани абцесси; Расм 6-чап думба абцесси кесиб очилиб,резина чиқаргич қўйилган.**

## ПАНАРИЦИЙНИ ОЧИШ ТЕХНИКАСИ

**Мақсад:** Панарицийни операция қилиб, йирингни чиқариб даволаш.

**Кўрсатма:** Бармоқ тўқималарини ўткир йирингли яллиғланиши-панариций.

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил резина қўлқоп, 10,0 ли стерил шприц игнаси билан, 1-2% ли новокаин ёки 2% ли лидокаин, ингичка резина қисқич (жгут), стерил тиббий скальпель, пинцет, юмшоқ қисқич, 3% ли водород пероксиди, 0,02%(1:5000) фурациллинни сувли эритмаси, докадан тайёрланган сальфетка ва шариклар, бинт, резина чиқаргич, натрий хлориднинг 10% ли гипертоник эритмаси, 3% ёки 5% ли йод, 70<sup>0</sup> этил спирти, бактерияга экиш учун пробирка.

**Бажариш техникаси:**

1. Резина қўлқоп кийилади.
2. Йирингли жараён бўлган бармоққа йод ва спирт билан ишлов берилади.
3. Бармоқ асоси жгут билан боғланади.
4. Оберст-Лукашевич усулида новокаин билан оғриқсизлантирилади (“ОБЕРСТ-ЛУКАШЕВИЧ БЎЙИЧА ЎТКАЗУВЧАН АНЕСТЕЗИЯ ҚИЛИШ ТЕХНИКАСИ” Га қаралсин !).
5. Панарицийни турига боғлиқ холда кесим тури танланади:

**Тери панарицийда,** йирингли жараённи очиш учун, бармоқ ўқи бўйлаб, унинг ён томонида йирингли ўчоқ устида тери кесилади.

**Тери ости чуқур панарицийда,** уни очиш учун бармоқ ўқи бўйлаб, унинг иккала ён томонида кесик ўтказиб, юмшоқ қисқич билан ўтмас йўл билан бир-бирини туташтирилади ва резина дренаж чиқаргич ўтказиб қўйилади.

**Тирноқ ости панарицийда,** тирноқ пластинкасини ўртасида бармоқ бўйлаб, ўткир учли қайчи билан унинг илдизигача кесиб, қисқич билан ушлаб юқорига қайриб олиб ташланади.

**Паранихийда,** тирноқ илдизи соҳасидаги йиринглаган терини скальпель билан кесиб очилади.

**Суяк панарицийда,** бармоқни охириги тирноқ фалангасини учидан

бошлаб, терисини фронталь йўналишда суякгача кесиб, йирингли ўчок очилади ва суякни некрозга учраб чириган қисмини хирургик тишлагич(кусачка) билан олиб ташланади.

6.Йиринг эвакуация килиниб,жарохат куригилади, некротик тўқима олиб ташланади.

7.Бактерияга экиш олинади.

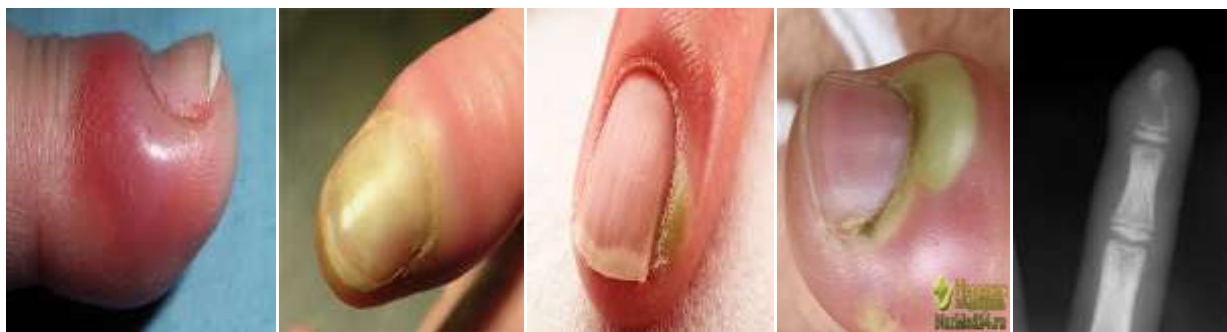
8.Йирингли жарохат водород пероксиди, фурацилин билан шприц ёрдамида ювилади,шариклар билан куригилади.

9.Йирингли жарохатга резина чиқаргич қўйилади.

10.Жарохатга гипертоник эритма шимдирилган сальфетка қўйиб, бинт билан боғлаб қўйилади.

11.Жгут ечиб олинади.

12.Резина қўлқоп ечилиб, антисептик эритма бор идишга солинади.



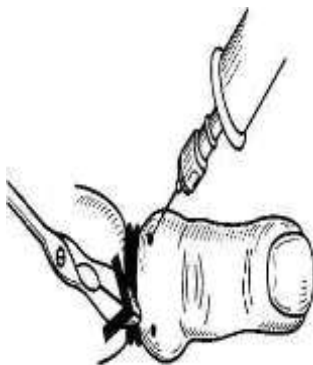
Тери ости  
панариций

Тирноқ ости  
панариций

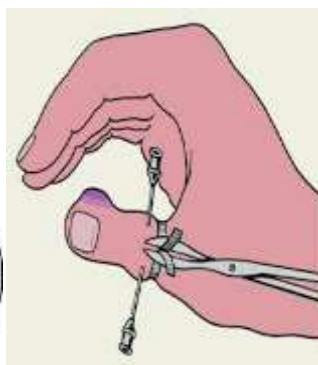
Тери  
панариций

Паранихий

Суяк  
панариций



Расм 1.



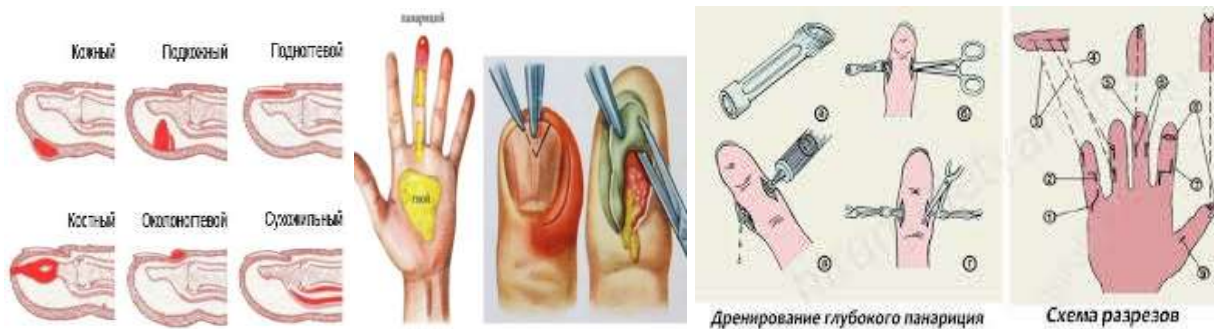
Расм 2.



Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.

Расм 6.

Расм 7.

Расм 8.

**Расм 1,2,3**-Оберст-Лукашевич бўйича ўтказувчан оғриксизлантириш; **Расм 4-1**-бармоқ панарийцийсини очиш; **Расм 5**-бармоқни тери, териости, тирноқости, суяк, тирноқ атрофи ва пай панарийцийларини схемаси; **Расм 6**-тирноқости панарийцийни очиш; **Расм 7**-териости панарийцийни очиш, дренажлаш. **Расм 8** -панарийцийни турларига боғлиқ ўтказиладиган кесимларни схемаси.

## ОСТЕОТОНОМЕТРИЯ ВА ОСТЕОПЕРФОРАЦИЯ ҚИЛИШ ТЕХНИКАСИ

**Мақсад:** Найсимон суяк ичи босимини ўлчаш, суяк ичи босимини камайтириш, яллиғланиш (йиринглаш) ўчоғини санаця қилиш, махаллий антибиотикотерапия.

**Кўрсатма:** Найсимон суякларни ўткир гематоген остеомиелити.

**Керакли тиббий жихозлар:**Боғлов хонасида операция столи, стерил резина кўлқоп, 3% йод, 70<sup>0</sup> этил спирти, 10,0 ли стерил шприц игнаси билан, 1-2% новокаин ёки 2% ли лидокаин ёки кетамин, резина қискич (жгут), стерил тиббий скальпель, пинцет, юмшоқ қискич, 3% водород пероксида, 0,02%(1:5000) фурациллинни сувли эритмаси, докадан тайёрланган стерил сальфетка ва шариклар, бинт, резина чиқаргич, натрий хлориднинг 10% ли гипертоник эритмаси, суякни тешиш учун Алексюк игнаси (1,5-2 мм, 10-15 см ён деворида 2 та тешиги бор) ёки электродрель ёки бошқа остеоперфораторлардан бири, антибиотик эритмаси, суяк ичи босимини

ўлчаш учун Вальдман аппарати (сувли монометр), бактерияга экиш учун пробирка, полиэтилен дренаж найчалар, оёқни иммобилизация қилиш учун гипсли лонгет ёки шина.

### **Бажариш техникаси:**

#### **Остеомиелитнинг бошланғич босқичида остеоперфорация қилиш:**

1. Бемор боғлов хонада операция столида чалқанча ётади.
2. Шифокор резина кўлқоп кияди.
3. Оғриқсизлантириш маҳаллий ёки кетамин билан қисқа вақтли наркоз.
4. Остеомонометрия ва остеоперфорация, операция ёки боғлов хонасида, асептик шароитда ўтказилади.
5. Суякнинг яллиғланган соҳаси, юмшоқ тўқималардага маҳаллий ўзгаришларга ва рентгенограммага қараб аниқланади.
6. Суякнинг дистал ва проксимал соҳаларида тери йод ва спирт билан ишланади.
7. Оғриқсизлантириш новокаин билан инфилтрацион анестезия қилиб ёки кетамин билан қисқа вақтли наркоз бериб.
8. Шприцга ўрнатилган Алексюк игнаси ёрдамида, шу соҳалар юмшоқ тўқималари суякгача пункция қилинади. Агар лазер бўлса, тери орқали 4-5 жойдан остеоперфорация қилинса, яна ҳам яхши бўлади.
9. Сўнг, игнани айланма харакатлантириб ёки электродрель ёрдамида, суякни кортикал қаватини тешиб, бўшлиққа тушиш хисси пайдо бўлгунча киритилади. Бунда игнадан босим билан томчилаб қон йиринг аралаш чиқади.
10. Игна Вальдман аппаратига уланиб, суяк ичи босими ўлчанади (N 60-80 мм. сув устунини кўрсатади, остеомиелитда эса 100-500 мм. сув. устунини кўрсатади).
11. Агар суяк ичи босими 100 мм. сув устунидан баланд бўлса, суяк ичидан йиринг ёки қон аралаш йиринг ажралса, тери орқали остеоперфоратор ёрдамида бир-биридан 1,5-2 см масофада 3-4 та 0,2-0,3 см диаметрда

шахматсимон остеоперфорация ўтказилади. Ёки зараланган сохани дистал ва проксимал сохаларида, тери орқали 1 тадан остеоперфорация қилиниб, суяк ичига микроирригатор киргизиб қўйилади. Кейинчалик, юқориги микроирригаторни ташқи учига, антисептик суюқлиги бор томизгич уланиб, суяк ичиги томчиلىб юборилади. Пастки микроирригаторни ташқи учи эса, антисептик суюқлиги бор идишга солиб қўйилади.

12. Жароҳатга резина дренаж қўйиб, гипертоник боғлам қўйилади.

13. Операция қилинган оёқ, гипсли лонгет ёки шина билан иммобилизация қилинади.

### **Остеомиелитик флегмона босқичида остеоперфорация қилиш:**

1. Жараён соҳаси устидан тери ва юмшоқ тўқималари суяккача кесилади (10-12 см.) ва жароҳат аввал водород пероксиди билан, сўнг фурациллин эритмаси билан ювилиб, йирингдан тозаланади.

2. Суяк усти пардаси, зараланган соҳада узунасига кесилади.

3. Соғлом суяк чегарасигача, 0,2-0,3 см диаметрда шахматсимон 3-4 та остеоперфорация қилинади.

4. Перфоратив тешиклар орқали суяк ичи антисептик эритма (фурациллин, диоксидин, декосан ва б.) билан ювилиб, антибиотик юборилади.

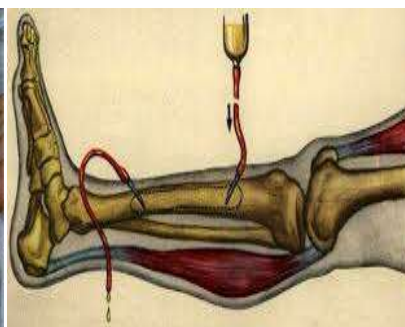
5. Жароҳатга резина дренаж қўйиб, гипертоник боғлам қўйилади.

6. Операция қилинган оёқ, гипсли лонгет ёки шина билан иммобилизация қилинади.

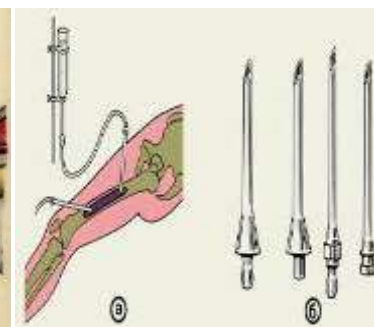
7. Резина қўлқоп ечиلىб, антисептик суюқлиги бор идишга солинади.



Расм 1.

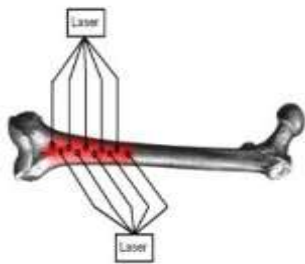


Расм 2.

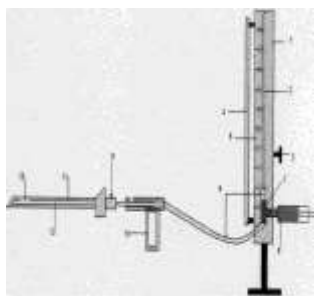


Расм 3.





Расм 4.



Расм 5.



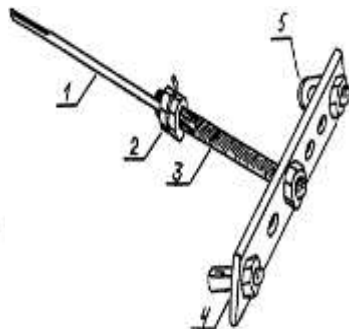
Расм 6.



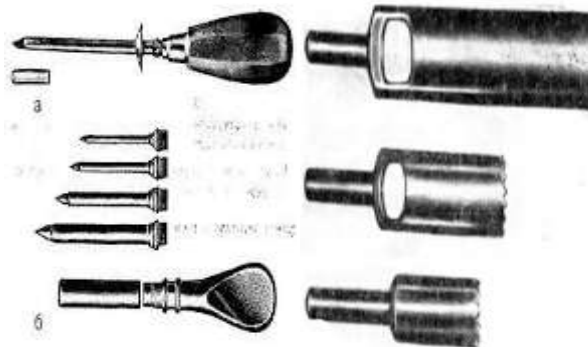
Расм 7.



Расм 8.



Расм 9.



Расм 10.

Расм 11.

**Расм 1,2**-катта болдир суягини остеомиелитида, проксимал ва дистал сохасида остеоперфорация қилиниб, микроирригатор қўйилган, проксимал микроирригаторга антисептик суюқлиги бор томизгич уланган, дистал микроирригатордан эса антисептик суюқлик ташқарига оқиб чиққан; **Расм 3**-сон суягини остеомиелитида ,проксимал ва дистал сохаларида, Алексюк игнаси билан остеоперфорация қилиниб, игна суяк ичида қолдирилиб, проксимал игнага антисептик суюқлиги бор томизгич уланган; **Расм 4**-сон суяги остеомиелитида лазер билан тери орқали бирнечта шахматсимон остеоперфорация қилиган; **Расм 5**-суяк ичи босимини ўлчаш учун Вальдман аппарати; **Расм 6**-остеоперфорация қилиш учун К.П.Алексюк игнаси; **Расм 7,8,9,10**-остеоперфораторлар турлари; **Расм 11**-лазерли остеоперфоратор.

## БЎЛИМ –V. БОШҚА АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР

### ЖАРОХАТГА БИРЛАМЧИ ЖАРРОХЛИК ИШЛОВ БЕРИШ

**Мақсад:** Жароҳатларни турига қараб, бирламчи жарроҳлик ишлов бериш.

**Кўрсатма:** Беморда йиртилган, кесилган, чопилган, эзилган, мажақланган, тешилган жароҳатлар.

**Керакли тиббий жиҳозлар:** Операция столи ёки кушетка, стерил резина қўлқоп, 10,0 ёки 20,0 ли стерил шприц игнаси билан, докадан тайёрланган стерил сальфетка ва шариклар, пахта, бинт, 3% ёки 5% ли йод, 70<sup>0</sup> ли спирт, 3% ли водород пероксиди, стерил тиббий скальпель, пинцет, юмшоқ қисқич, 0,5% ли новокаин, қон томирни боғлаш учун стерил кетгут, терини тикиш учун стерил ипак ип ва игна, лейкопластирь, стерил бинт, 0,02%(1:5000) фурациллинни сувли эритмаси, стерил резина чиқаргич.

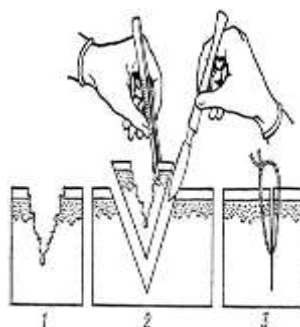
**Бажариш техникаси:**

1. Бемор боғлов хонада операция столида, жароҳат олган жойига қараб қулай ҳолатда ётади ёки ўтиради.
2. Резина қўлқоп кийилади.
3. Жароҳат атроф териси йод ва спирт билан ишланади.
4. Жароҳат атрофи тўқималарига А.В.Вишневский бўйича новокаинли инфилтратсион анестезиа қилинади.
5. Агар жароҳатда томирлардан қон кетаётган бўлса, юмшоқ қисқич билан уларни ушлаб, кетгут билан боғланади.
6. Агар жароҳатда ёт жисмлар бўлса, уларни олиб ташланади, агар ифлосланган бўлса, водород пероксиди ва фурацилин билан ювилади.
7. Агар жароҳат четлари текис бўлса, у қаватма-қават ипак ип билан тикилади, агар ғадир-будир бўлса, четларини қирқиб текисланади ва керак бўлса жароҳатга резина чиқаргич қўйиб, антибиотик қуқунини солиб, сўнг жароҳат четлари бир бирига яқинлаштирган ҳолда ипак ип билан чокланади ва асептик боғлам қўйилади.
8. Тикилган тери чокига спирт суртаб, асептик боғлам қўйилади.
9. Агар бирор анатомик бўшлиқ билан жароҳат боғлиқ бўлиб, шу бўшлиққа қон кетаётган бўлса, шошилиш равишида шу бўшлиққа боғлиқ операция ўтказилади.

10. Резина қўлқоп ечиблиб, антисептик суюқлиги бор идишга солинади.

11. Хамма жароҳат олган беморлар, қоқшолга (столбняк) қарши эмланади.

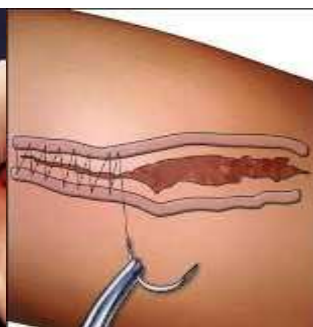
**Мумкин бўлган асоратлар:** Жароҳат четлари яхшилаб текисланмаса, жароҳат четлари нотекис битиши мумкин, микроблардан тозаланмаса, жароҳат йиринглаб, унинг четлари очилиб кетиши мумкин.



Расм 1.



Расм 2.



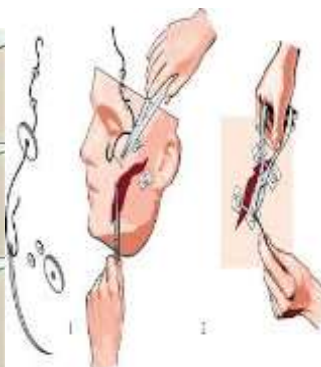
Расм 3.



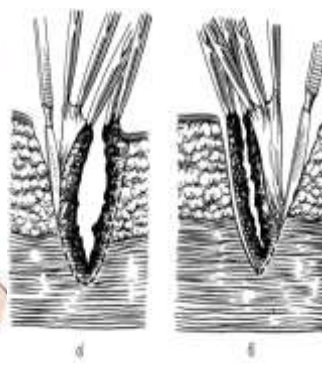
Расм 4.



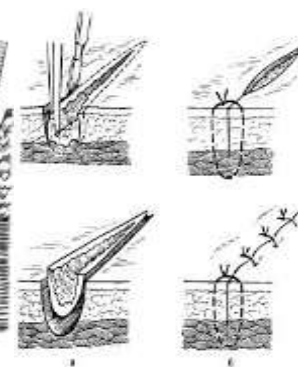
Расм 5.



Расм 6.



Расм 7.



Расм 8.



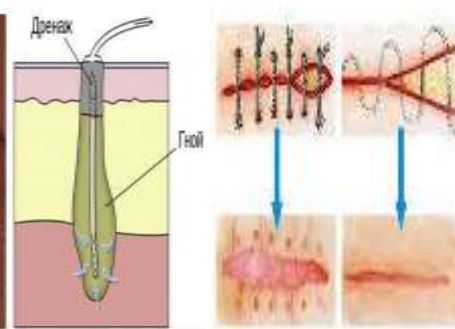
Расм 9.



Расм 10.



Расм 11.



Расм 12.



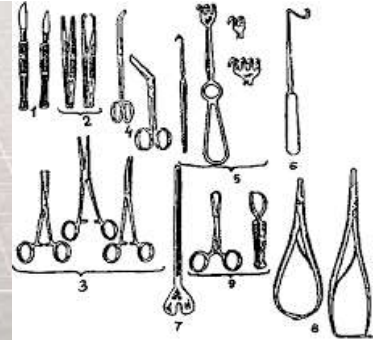
Расм 13.



Расм 14.



Расм 15.



Расм 16.

**Расм 1** - жарохат чеккаларини скальпель билан кесиш ва терига чок қўйиш; **Расм 2** - жарохат терисига тугунли чок қўйиш; **Расм 3** - жарохатга узулуксиз косметик чок қўйиш; **Расм 4** -жарохатга асептик боғлам қўйиш; **Расм 5** - билакдаги жарохатдан қон кетиш турлари; **Расм 6** -юз сохаси жарохатига ишлов бериш; **Расм 7** - жарохат чеккаларини кесиб олиб ташлаш; **Расм 8** - жарохат қирғоқларини скальпель билан кесиб олиб, унга оддий тугунли чок қўйиш схемаси; **Расм 9** - қўл кафтидаги жарохатни стерил пахта шариклар билан тозалаш; **Расм 10** -қўлдаги тикилган жарохатга сеткали стерил боғлам қўйиш; **Расм 11** - инфекцияланган жарохатни, унда резинали чиқаргич ёки дренаж найча қолдириб тикиш; **Расм 12** - жарохатга тугунли ва узулуксиз косметик чок қўйиш; **Расм 13, 14** - керакли тиббий жихозлар; **Расм 15** - жарохатни тозалаш учун 3% ли водород пероксида; **Расм 16** - жарохатга бирламчи жаррохлик ишлов бериш учун керакли асбоблар жамламаси.

## ТЕРМИК КУЙГАН ЖАРОХАТГА БИРЛАМЧИ ИШЛОВ БЕРИШ

**Мақсад:** Куйган жарохатга бирламчи ишлов бериш.

**Кўрсатма:** Термик куйиш.

**Керакли тиббий жихозлар:** Докадан тайёрланган стерил сальфетка ва шариклар,стерил бинт, 3% ли йод, 70<sup>0</sup> ли спирт, 3% ли водород пероксида, 0,02 % (1:5000) ли фурациллин эритмаси,хар-хил компонентли малхам,гел,антисептик эритмалар,махсус боғловлардан бири, стерил скальпель, пинцет, 0,5% ли новокаин, стерил шприц игнаси билан,стерил

резина қўлқоп.

**Бажариш техникаси:** Куйиш майдонининг катта-кичиклигига, яъни фойизига, куйиш чуқурлигига, яъни даражасига, шокни оғирлик даражасига боғлиқ холда, бирламчи ишлов берилади.

Термик куйишнинг 4 та даражаси фарқланади:

I-даражали куйишда, тери қизариб, бироз шишган бўлади.

II-даражали куйишда, терида суюқлик ушловчи пуфакчалар бўлади.

III-даражали куйишда, терини хамма қавати куйиб, некротик ўлик тўқима ва яра бўлади.

IV-даражали куйишда, теридан ташқари, чуқурда ётган тўқималар, яъни мушаклар, пайлар ва суяклар хам куяди ва некротик ўлик тўқимага айланади..

1. Аввал, таъсир агенти бартараф қилинади.

2. Куйиш соҳасидаги кийими ечилади.

3. Резина қўлқоп кийилади.

4. I-даражали куйишда, амбулатор шароитда, куйган жойга 20-30 дақиқага совуқ сувга шимдирилган латтани қўйилади ёки совуқ сувни оқизиб турилади ёки целлофан пакетга солинган муз қўйилади. Сўнг, куруқ ёки фурациллингга намланган сальфека қўйиб, бинт билан боғлаб қўйилади.

-II-даражали куйишда, амбулатор шароитда, теридаги ажараб чиққан эпидермисни очилиб кетган пуфакчаларини қолдиқлари олиб ташланади, очилмаган пуфакчалари (буллалар) эса, асосига яқин жойда, айлантриб кесилиб, суюқлиги чиқарилади ва фурациллингга намланган сальфетка қўйиб ёки аэрозол препаратларидан бирини (Ампрозоль, Олазоль, Пентанол, Ацербин ва б.) сепиб, бинт билан боғланади.

-III-даражали куйишда, агар куйиш майдони 5% дан кўп бўлмаса. амбулатор шароитда, аналгетик ва тинчлантирувчи препаратлир қилиниб, ундан кўп бўлса стационарда, умумий оғриқсизлантириб, агар синтетик матоли кийими терига ёпишиб қолган бўлса, унинг қолдиқлари (парчалари) олиб ташланади. Агар куйган соҳа яраси ифлосланган бўлса, водород пероксиди билан

тозаланади ва ярага фурациллин ёки левомикол ёки синтомицин малхамини суртаб,сальфетка қўйиб,бинт билан боғланади..

-IV-даражали куйишда, куйган сохани бирор мато билан ўраб, тезлик билан стационарга юборилади ва бирламчи ишлов бериш умумий оғриқсизлантириш остида бажарилади. Некротик ўлик тўқтмалар олиб ташланади ва керакли боғлам қўйилади.

Куйишнинг барча даражаларида,биринчи ва кейинги ишлов беришда боғлам қўйишда, куйидага антисептик ва яра битишини тезлаштирувчи хар-хил компонентли препаратлардан фойдаланиш мумкин:

- 1.Аэрозоллар (Ампрозоль,Олазоль,Пантеноль,Ацербин ва б.).
- 2.Антисептик эритмалар (1:5000 ли фурациллин,0,5-3% ли гексохлорофен,йодопирон эритмалари-Бетадин,Повидон-йод,Лавасеп ва б.).
- 3.Кумуш ушловчи кремлар (Аргосульфан,Дермазин,Эбермин ва б.).
- 4.Хар-хил компонентли мальхамлар (Левомеколь,Левосин,Сульфаргин,10%лиСинтомицин,Метилурацил,Цинкли, Диоксидинли,Фурациллинли ва б.).
- 5.Гидрогеллар (Гелепран,Гидросорб, ва б.).
- 6.Гидроколлоидлар (Гидроколл ва б.).
- 7.Губкасимон боғловлар (Альгимаф,Альгиколь,Сюспур-дерм ва б.).
- 8.Махсус боғловлар (Активтекс,Апполо ва б.).

5.Куйиш майдонини фойизига,даражасига қараб, шокга қарши оғриқсизлантириш ўтказилади:

Куйиш майдони 9%-10%гача бўлса, 50% ли анальгин 0,1 мл ёшига ва 2,5% ли пипольфен 0,1-0,15мл ёшига мускул орасига.

Куйиш майдони 10%-15% гача бўлса, 1% ли промедол 0,1 мл ёшига м/о.га.

Куйиш майдони 15% дан юкори бўлса, 1% ли промедол 0,1 мл ёшига м/о ва 0,5% ли седуксен 0,05 мл/кг м/о ёки в/и.га.

Куйиш шокининг III-даражасида, периферик вена қонтомири катетеризация қилиниб, инфузион терапия ўтказилади(5% ли



глюкоза, коллоид ва физиологик эритмалар куйилади).

Куйидаги холлар, беморларни стационарга ётқизишга кўрсатма бўлади:

-Куйишнинг шок олди ва шок холатлари.

-I- даражали, тана юзасини 10% ва ундан катта майдонли куйишлар.

-II- даражали, тана юзасини 5% ва ундан катта майдонли куйишлар.

-III- даражали, тана юзасини 5% ва ундан катта майдонли куйишлар.

-IV- даражали чуқур куйишлар.

-Юзни, қўл ёки оёқ панжаларини ва жинсий аъзоларни II– даражали куйишлари.

Бошқа холларда беморларни амбулатор шароитда даволаш мумкин.

Хамма термик куйган беморлар, қоқшолга (столбняк) қарши эмланади.



Расм 1.

Расм 2.

Расм 3.

Расм 4.

Расм 5.



Расм 6.

Расм 7.

Расм 8.

Расм 9.



Расм 10.

Расм 11.

Расм 12.

Расм 13.



**Расм 1**-куйиш даражалари; **Расм2**-куйишнинг даражаларига қараб, тўқималрни куйиш чуқурлиги; **Расм 3**-билак терисини I – даражали куйиши; **Расм 4**-қўл кафти ва панжаларини II - даражали куйиши; **Расм 5**-қўл панжаларини IV – даражали куйиши; **Расм 6**-мальхамлар; **Расм 7,8**-оёқ ва қўл кафти терисини I – даражали куйишида совуқ сув қуйиб совутиш; **Расм 9**-оёқни болдир, товон ва кафтини IV– даражали куйиши; **Расм- 10,11,12,13**-хархил компонентли мальхамлар.

## АТЕРОМАНИ ОЛИШ ТЕХНИКАСИ

**Мақсад:** Атеромани олиш.

**Кўрсатма:** Атерома.

**Керакли тиббий жихозлар:** Тиббий стерил скальпель, юмшоқ қисқич, пинцет, докадан тайёрланган стерил сальфетка ва шариклар, 70<sup>0</sup> ли спирт, 5% йод, 10,0 ли стерил шприц игнаси билан, 0,5% новокаин 10 мл, терини тикиш учун стерил ипак ип ва игна, бинт ёки лейкопластирь

**Бажариш техникаси:**

1. Беморни операция столига қулай ҳолатда ётқизилади.
2. Шифокор резина қўлқоп кияди.
3. Атеромага усти ва атрофи терисига йод ва спирт билан ишлов берилади.
4. Атерома усти териси новокаин билан инфилтрацион анестезия қилинади.
5. Операция майдони стерил чойшаб билан ўралади.
6. Атерома усти терисини скальпель билан яримойсимон кесиб, ўткир ва тўмтоқ йўллар билан атерома атроф тўқималардан ажратилиб тўлиқ олиб ташланади.
7. Атерома чуқурчасига 5% йод билан ишлов берилади. Жароҳат қаватма - қават тикилиб, асептик боғлам қўйилади.
8. Резина қўлқоп ечилиб, антисептик суюқлиги бор идишга солинади.

**Мумкин бўлган асоратлари:** Жароҳатни йиринглаши ва атеромани рецедиви.



Атеромани новокаин билан инфильтрацион оғриқсизлантириш ва кесиб олиб ташлаш.

### ВЕНАСЕКЦИЯНИ БАЖАРИШ ТЕХНИКАСИ

**Мақсад:** Узоқ вақт (2-4 кунга) вена ичига дори-дармонларни инфузия қилиб юбориш учун вена бўшлиғини кесиб очиб, ичига веноз катетерни киргизиш боғлаш.

**Кўрсатма:** Агар беморнинг юзаки веналари яхши бўлмаса, лекин беморга узоқ муддатли инфузион терапия қилиш лозим бўлса венесекция қилинади.

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил резина қўлқоп, 10,0 ли шприц игнаси билан, докадан тайёрланган стерил сальфетка ва шариклар, 3% ёки 5% ли йод, 70° ли спирт, стерил скальпель, пинцет, юмшоқ қисқич, Дюшан илмоғи, 0,5% ли новокаин, венани боғлаш учун стерил кетгут, терини тикиш учун стерил ипак ип ва хирургик игна, стерил полиэтиленли веноз катетер, лейкопластирь, стерил бинт, натрий хлорнинг 0,9% ли эритмаси

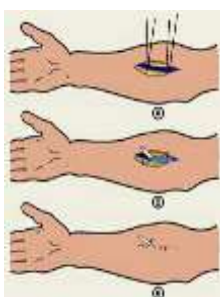
#### **Бажариш техникаси:**

Венесекция учун асосан қўлни тирсак чуқурчаси веналари, камроқ уйқу, ўмровости, сон, болдир ва тўпиқ веналаридан фойдаланилади.

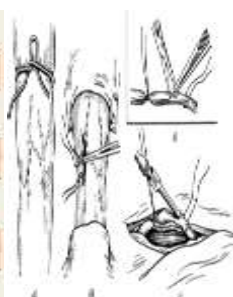
1. Бемор боғлов ханада операция столига ётқизилади.
2. Резина қўлқоп кийилади.
3. Секция қилинадиган вена соха териси йод ва спирт билан ишланади.

- 4.Операция сохаси тери ва тери ости тўқималари новокаин билан маҳаллий инфилтратион анетезия қилинади.
- 5.Вена йўналишида тери скальпель билан 2-3см узунликда кесилиб, юмшоқ қисқич билан яра кенгайтирилиб, вена топилади ва унинг тагидан 2 та кетгутли лигатура ўтказилади.
6. Периферик лигатура билан венани боғланади, марказийсидан эса, ушлаб турувчи сифатида фойдаланилади.
- 7.Венани тагига пинцетни киритиб, вена пункция қилинади ва игна орқали леска ўтказилади, игна олиниб, леска орқали катетер қўйилади ёки вена кичик кесилиб очилади ва катетерни унинг бўшлиғига киритиб, уни атрофини кетгутли ип билан бантик қилиб боғлаб қўйилади. Кетгутнинг учларини жароҳатнинг юзасига чиқариб қўйилади.
8. Катетерни канюласини махсус тикин (пробка) билан беркитилади. 9.Тери ипак ип билан 2-3 та тикилади.
- 10.Катетерни лейкопластирь билан терига ёпиштириб қўйилади.
- 11.Ярага асептик боғлам қўйилади.
- 12.Резина қўлқоп ечилиб,антисептик суюқлиги бор идишга солинади.
- 13.Бемор ётоқ хонасига (палатага) ёки муолажа хонасига ўтказилади ва аввалдан тайёрлаб қўйилган томизгичга ( системага) уланади.
- 14.Муолажалар тугагач, лейколатирь кўчириб олинади, катетердан система бўшатилади, кетгутнинг ташқаридаги эркин учларини тортиб, катетер атрофидаги бантик ечиб юборилади (теридаги чокларни ечмасдан).
- 15.Катетер секин-аста венадан чиқариб олинади, сўнг кетгутли лигатуранинг учларини тезда тортиб вена боғланади ва кетгут учлари кесиб ташланади. Агар лозим бўлса терига кўшимча чок қўйилади.
- 16.Операция ярасига яна асептик боғлов қўйилади.
- 17.Операция яраси битгач,теридаги чоклар олиниб,асептик боғлов қўйилади.

**Мумкин бўлган асоратлари.** Флебит, тромбофлебит ва катетерни тромб билан тикилиб қолиши, ярани инфекцияланиши, катетерни тасодифан тортилиб чиқиб кетиши.



Расм 1.



Расм 2.



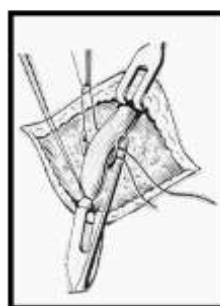
Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.



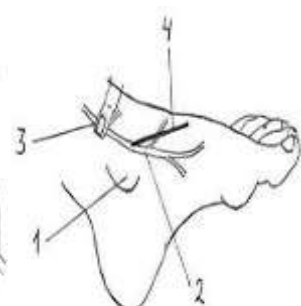
Расм 7.



Расм 8.



Расм 9.



Расм 10.

**Расм 1**-билак венасини венасекция қилиш; **Расм 2,3**-билакга юқорида қисқич қўйиш ва венани топиб, унинг тагидан иккита кетгутли ип ўтказиб, дистал қисмини боғлаб, проксимал қисмини пункция қилиб, унга катетер киргизиш боғлаш; **Расм 4**-венани проксимал қисмини пункция қилиш; **Расм 5**-венага қўйилган катетерни, асептик боғлов қўйиб, териға лекопластирь билан маҳкамлаш; **Расм 6**-топилган венани тагидан кетгутли ип ўтказиш ва уни дистал қисмини боғлаш; **Расм 7,8**-керакли тиббий жихозлар; **Расм 9,10**-тўпиқ венасини венасекция қилиш.

## **ТАШҚИ ҚОН КЕТИШЛАРНИ ВАҚТИНЧА ТЎХТАТИШ ТЕХНИКАСИ**

Қон кетишини тўхтатиш вақтинча ва узил-кесил бўлади. Қон кетишни вақтинча тўхтатиш стационардан ташқариди бажарилади, узил-кесил тўхтатиш эса, стационар шароитида бажарилади.

Ташқи қон кетишлар артериал, веноз, капилляр ва аралаш бўлиши мумкин. Артериал қон кетиши - артериялар жароҳатланганда содир бўлади. Артерияларда қон босими юқорилиги учун, жароҳатдан қон пульс тўлқинига мос ҳолатда отилиб чиқиб туради. Кетаётган қон ранги қип-қизил тусда бўлади. Катта артериялардан қон кетиши, организмнинг тез қон йўқотиш оқибатидаги ўлимга олиб келиши мумкин. Шу сабабли, қон кетишларда қонни тўхтатишга қаратилган барча муолажаларни кечиктирмасдан, дарҳол ўтказиш керак.

Ташқи қон кетишларни, уларнинг турига боғлиқ ҳолда, вақтинча тўхтатиш учун қуйидаги усулларни қўллаш мумкин:

1. Босиб турувчи боғлов қўйиш (жароҳат тампонадаси).
2. Қон томирини юқорисидан қўл (мушт) билан босиб туриш.
3. Қўл, ёки оёқни бўғимлардан максимал буқиш.
4. Жгут қўйиш

### **СТАЦИОНАРДАН ТАШҚАРИДА ВАҚТИНЧА ҚОН ТЎХТАТИШ**

**Оёқ ёки қўл қонтомирларидан ташқи қон кетганда, вақтинча қон тўхтатувчи резина қисқич (жгут) қўйиш техникаси**

**Мақсад:** Оёқ ёки қўлнинг артерия ва вена қонтомирларидан ташқи қон кетишни вақтинча тўхтатиш.

**Кўрсатма:** Оёқ ёки қўлнинг йирик артерия ва вена қонтомирларидан ташқи қон кетиш

**Керакли тиббий жихозлар:** Резинали қисқич (жгут), қоғоз варағи,ручка ёки қалам, шина учун ёғоч тахта ёки таёқча,резина жгут бўлмаса, бирор мато,камар,арғамчи ип ва бошқалар.

Жгутларнинг бир неча ҳиллари мавжуд. Эсмарх жгути (узунлиги 1м га яқин резина най) ва тасма шаклли жгут (1 м гача,эни 3-4 см ли резина).Тасма шакллиси бошқаларига нисбатан кенгроқ қўлланилади. Жгутларнинг ҳар иккала турида ҳам, икки учларида жгутни маҳкамлаш учун илгаклари мавжуд. Жгут билан фақат, оёқ ва қўллардаги катта артериялардан қон кетишини тўхтатилади. Жгут нотўғри қўйилса, жгутдан пастки соҳа тўқималарини некрози, қон томирлар тромбози, невритлар, ва х.к. асоратлар келиб чиқиши мумкин. Аксинча, кучсиз тортилган жгут, фақат веналарни эзади ва веноз қон оқиб кетишига тўсқинлик қилиб, давом этаётган артериал қон кетишини кучайтириши мумкин.

#### **Бажариш техникаси:**

- 1.Бемор чалқанча холатда бирор текис жойга ётади
- 2.Қонаётган қўл ёки оёқ тепага кўтарилиб ушлаб турилади.
- 3.Жгутни, қон кетаётган жойини юқорироғида, қўл ёки оёқни остидан ўтказиб олинади.
- 4.Шу соҳа териси устини юмшоқ мато билан ўралади ёки кийимни (кўйлак энги ёки шим пойчасини) туширилади.
- 5.Жгутни иккала қўл билан тортиб чўзиб,таранглаштирилган холатда, 2-3 маротаба қўл ёки оёқ атрофида айлантириб, артериал қон тўхтагунча боғланади.Бунда жгут ҳалқалари бир-бирини устида эмас, балки ёнма-ён жойлашиши керак. Биринчи турни (айланма) тортиш даражаси қон тўхташига эришилгунча бўлиши керак (бундан кучли таранг тортилиш, нервлар эзилиши ва кейинчалик параличлар ривожланишига олиб келиши, жгут ўрнида кучли оғриқлар пайдо бўлиши мумкин). Жгутнинг кейинги айланалари фиксацияловчи вазифани ўтайди. Шу сабабли қолган

айланаларни, жгут таранглигини секин-аста камайтириб ўралади. Айланаларни шундай ўраш лозимки, кейингиси аввалгисини ярмигача қоплаб турсин.

6. Жгутни охириги учлари, унинг илгаклари билан маҳкамланади.

7. Жароҳат юзаси бирор мато билан ўраб, боғлаб қўйлади.

8. Жгутни 2 соатгача, қишда 1-1,5 соатгача ушлаб туриш мумкин. Агар ундан узок муддат ушлаб туриш керак бўлса, уни 3-5 дақиқага қўйиб юбориш, кейин яна қайтадан, аввал қўйилган соҳадан бироз силжитиб, қайта қўйиш лозим бўлади. Жгут қўйиб юборилган пайтда қонаётган артерияни бармоқ билан босиб, қон кетишини тўхтатиб турилади. Жгут қўйилган вақтни терига шарикли ручка билан ёзиб қўйиш ёки қоғозга ёзиб, боғловга қистириб қўйиш ёки жўнатиш хужжатларида кўрсатиш лозим.

9. Жгут қўйилган қўл ёки оёқни транспорт шинаси билан иммобилизация қилинади ва баландроқ ҳолат берилади.

10. Беморни ётган ҳолатда тезликда стационарга транспортировка қилинади ва жгут ва боғловни доимо назорат қилиб турилади.

Қон тўхтатувчи жгут йўқ бўлса, қўл остидаги мато ва ашёлардан (камар, арғамчи, чорси, буров, рўмолча ва бош.) фойдаланиш мумкин.. Бунинг учун, кенг тасма (4-5 см) шаклидаги пишиқ мато олинади. Жароҳатланган қўл ёки оёқ остидан ўтказиб олинади ва учлари тугилади. Тугун ва қўл ёки оёқ орасига таёқча (калтакча) қўйиб, периферик пульс йўқолгунча бураб айлантирилади. Таёқча ортга айланиб, жгут бўшаб кетмаслиги учун уни боғлаб қўйилади.

### **Тананинг бошқа жойларидаги қонтомирлардан қон кетганда вақтинча қон тўхтатиш усуллари.**

Веноз қон кетиш - веналарда босим паст бўлади, шу сабабли қонаш секин, бир маромдаги оқим остида, тўқ -қизил қон оқиши билан намоён бўлади. Катта веналар жароҳатланганда қон кетиши, пульсланган кўриниш олиши,



вена ичидаги манфий босим сабабли венага ҳаво сўрилиши оқибатида ҳаво эмболиясига олиб келиши мумкин.

Босиб турувчи боғловни капиллярлар ва кичикроқ веналардан қон кетишида қўлланилади. Жароҳатга бир неча қатли стерил дока салфетка қўйилади ва юзани бир хил босимда кафт ва бармоқлар билан 5-10 дақиқа мобайнида босиб турилади. Бу ҳолатда жароҳатга қон оқиб келиши камаяди. Жароҳатдаги қон ивишни бошлайди, қон оқиши камая бошлайди ва кейин тўхтайтиди. Қон тўхтагандан сўнг, жароҳатни зич боғлаб қўйиш мумкин бўлади.

Жароҳат чуқур бўлган ҳолатларда, пинцет ёрдамида стерил бинт билан тампонада қилинади. Тампон устидан эса, пахта-докали боғлов қўйилади. Жароҳатланган қўл ёки оёққа баландроқ ҳолат берилади.

Артерияни юқорисидан босиб туришни катта бармоқ, кафт, мушт билан амалга ошириш мумкин. Бу усул билан қон кетишини қисқа муддатга – жгут тайёр бўлгунча, тўхтатиб туриш мумкин. Босиб туриш билан артериал қон кетишини узоқроқ муддатга тўхтатиб туриб бўлмайди. Транспортировка учун бу усул умуман ярамайди. Босишни артерия суяклар яқинидан ўтган соҳаларда амалга оширилади.

Қўл, ёки оёқни бўғимлардан максимал букиб, қон тўхтатишни, синишлар йўқ бўлган ҳолатларда қўлланилади. Қон кетиш соҳаси юқорисидан, бўғимнинг букловчи юзасига пахта-докали валик қўйилади ва бўғимни максимал даражада, токи бўғим пастида пульс йўқолгунча (артерия валик ва қўл ёки оёқнинг бўғимнинг икки тарафидаги қисмлари ўртасида қисилгунча) қисилади. Шу ҳолатда қўл ёки оёқни бинт (камар ёки бошқа қўл остидаги ашё) ёрдамида боғлаб қўйилади ва боғлов қўйилган вақтни кўрсатиб, оёқ ёки қўл терисига ручка билин ёзиб қўйилади ёки қоғозга ёзиб, боғловга тўғноғич билан қадаб қўйилади. Бу усул билан қон тўхтатишни, беморларни яқин даволаш муассасасига транспортировка қилиш пайтида қўллаш мумкин.

**Йирик қонтомирлардан қон кетганда, бармоқ билан босиб вақтинча қон тўхтатиш учун анатомик нуқталар:**

1. Ўмров ости артериясини, ўмров усти соҳасида 1 -қовурғага босиб туриш.
2. Елка артериясини, икки бошли мускулнинг ички қирғоғи, суякнинг ички юзасида босиб турилади.
3. Чакка артериясини, қулоқ олд супраси олдидан, ёноқ суягига босиш мумкин.
4. Умумий уйқу артериясини, тўш-ўмров-сўрғичсимон мушак олдидан, VI бўйин умуртқасини кўндаланг ўсиғига босиб туриш мумкин,
5. Сон соҳасидан қон кетишида, сон артериясини чов соҳасида, пупарт бойламдан пастда, қов суяги ўсиғига горизонтал сатҳида, сон артериясини босиб туриш мумкин ёки чов соҳасига пахта-докали валик қўйиб, сон артериясини сонни максимал қоринга келтириб букиш билан босилади. Сонни танага шу ҳолатда камар билан боғлаб қўйилади.
6. Тизза бўғими пастидан қон кетишларида, тизза ости чуқурчасига пахта-докали валик қўйилади. Тизза ости артериясини босишга тиззани максимал букиб эришилади. Шу ҳолатда камар билан фиксация қилинади.
7. Елка юқорисидан ва ўмров ости соҳасидан қон кетишларида, ўмров ости артериясини ўмров суяги ва 1-қовурға орасида қисилишига, бемор қўлини максимал даражада ортга қилиб букиш билан эришиш мумкин. Шу ҳолатда қўлни бинт ёки камар билан ишончли фиксация қилинади.
8. Елка бўғимидан пастдаги қон кетишларида, қўлтиқ остига пахта-докали валик қўйиб, қўлни кўкрак қафасига максимал келтирилади ва боғлаб қўйилади.
9. Тирсак бўғимидан пастги қон кетишларида, тирсак бўғими ички юзасига пахта-докали валик қўйилади ва артерияни тирсакни максимал букиш билан қисиб қўйилади ва қўлни фиксация қилинади.

Стационар шароитида, жарохатдан қон кетишни узил-кесил тўхтатиш тўғрисида “*Жарохатга бирламчи хирургик ишлов бериш*”га қаралсин!



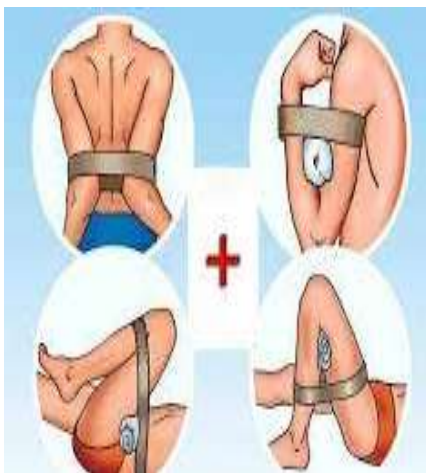
Расм 1.



Расм 2.



Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.



Расм 7.



Расм 8.



Расм 9.



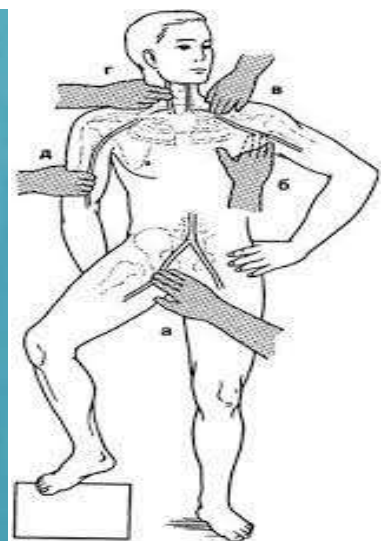
Расм 10.



Расм 11.



Расм 12.



Расм 13.

**Расм 1**-капилляр ва веноз қон кетишни тўхтатиш усуллари; **Расм 2**-веноз ва артериал қон кетишни тўхтатиш усуллари; **Расм 3**-билак артериясидан қон кетганда, томпон қўйиб, қўл билан босиб вақтинча тўхтатиш; **Расм 4**-қўл ва оёқни йирик қонтомирларидан қон кетганда, вақтинча тўхтатиш усуллари; **Расм 5**-билак қонтомирларидан қон кетганда, елкага резинали қисқич (жгут) қўйиш; **Расм 6**-болдир қон томирларидан қон кетганда, сонга резинали қисқич қўйиш; **Расм 7**-уйқу, ўмров ости, юз, энса, билак ва қўлтиқ ости артерияларидан қон кетганда, томирни бармоқ билан босиб, вақтинча тўхтатиш усуллари; **Расм 8**-болдир, билак, ўмров ости артерияларидан қон кетганда, вақтинча тўхтатиш усуллари; **Расм 9**-билак артериясидан қон кетганда, елкага мато қўйиб, уни бураб қисиб тўхтатиш; **Расм 10**-капилляр

қон кетишни тўхтатиш учун керакли тиббий анжомлар; **Расм 11**-бўйин соҳасида қон кетганда ,вақтинча тўхтатиш усули; **Расм 12**-резина қисқичлар турлари; **Расм 13**-йирик қонтомирларни қўл билан босиб, вақтинча қон тўхтатиш учун, танадаги нуқталар схемаси.

## **Бурундан қон кетишни тўхтатиш техникаси**

**Мақсад:** Бурундан кетётган қонни тўхтатиш.

**Кўрсатма:** Бурундан қон кетиш.

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил узун юмшоқ пинцет ва қисқич,стерил махсус тайёрланган ингичка докали тампон,стерил пахта шариклари,3% ли водород пероксиди,№ 2 стерил ипак ип

**Бажариш техникаси:**

Бола кушеткага ётқизиблиб, бурун қоқиш манъ этилади.Қон тўхтатишнинг энг оддий усули, бурунни ташқаридан бармоқлар билан тўсиғигача сиқиб туриш. Агар 3-4 минутдан кейин ёрдам бермаса, буруннинг олдинги тампонадаси ўтказилади. Бунинг учун, стерил пахтани водород пероксидга намлаб, шариклар ёки тор марлили тампон бурунга киритилади. Бурун устига совуқ компресс қуйилади.

Камдан-кам ҳолатларда, олдинги тампонда ёрдам бермаса ва қон бурун-халқумдан қизилўнгачга ўтса ёки бола қон тупурса, буруннинг орқа тампонадаси ўтказилади. Бунда юмшоқ резинали ёки полиэтилен катетер (№10-12) ташқи бурун тешигига киритилади ва бурун-халқумгача силжитилади. Катетер учи бурун-халқумда кўрингач, узун пинцет ёки қисқич ёрдамида оғиздан шу учи тортиб олинади ва ипакли №2 ли ипак лигатура билан 15-20 см узунликда боғланиб, бошқа учи билан лигатура орқали маҳкамланади ва докали тампон халқумнинг орқа деворига олиб каттиқ қисилади. Лигатура катетердан ажратилиб олиниб, олдинги тампонадага ўтказилади. Лигатуранинг учлари олдинги тампонадага



боғланади. Тампонлар 24-48 соатдан кейин олинади. Орқа тампон 2-чи лигатура орқали олинади. У эса оғиз орқали чиқарилади. Орқа тампонадан кейин, бемор ЛОР шифокори кузатуви остида стационарга ётқизилади.



Расм 1.



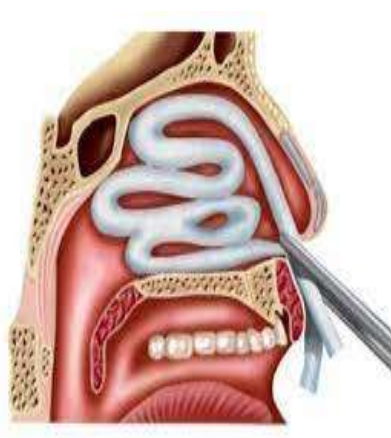
Расм 2.



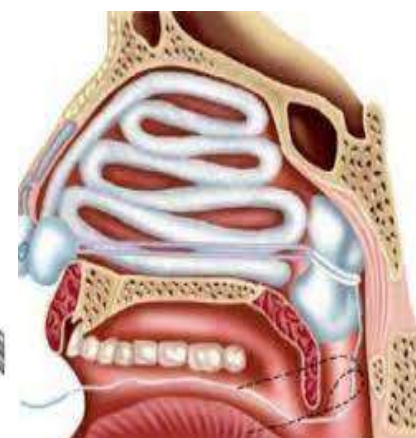
Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.

**Расм 1**-бурунни бармоқлар билан босиб қон тўхтатиш; **Расм 2**-бурун устига совуқ қўйиш; **Расм 3**-бурундан қон кетганда бошни тўғри ва нотўғри ҳолати; **Расм 4**-бурун бўшлиғини томпонада қилиш ва орқа томпонада қилиш учун мослама – обтуратор; **Расм 5**-бурун бўшлиғини олдинги томпонада қилиш; **Расм 6**-бурун бўшлиғини орқа томпонада қилиш схемаси.

### ЎСИБ КИРГАН ТИРНОҚНИ ОЛИШ ТЕХНИКАСИ

**Мақсад:** Оёқ ёки қўл бармоқларидаги ўсиб кирган тирноқни олиш.

**Кўрсатма:** Беморни оёқ ёки кўл панжаларини охириги фалангасига ўсиб кирган тирноқ.

**Керакли тиббий жихозлар:** Докадан тайёрланган стерил сальфетка ва шариклар, стерил бинт, 3% ёки 5 % ли йод, 70<sup>0</sup> ли спирт, 3% ли водород пероксиди, 0,02%(1:5000) фурациллин, 0,5% ёки 2% ли новокаин, стерил учли қайчи, пинцет, юмшоқ қисқич, тиббий скальпель, 10,0 ли стерил шприц игнаси билан, стерил резина кўлқоп, ингичка резинали қисқич ( жгут).

**Бажариш техникаси:**

- 1.Бемор боғлов хонасида столда ёки кушеткада, ўсиб кирган тирноқ қайси бармоқдалигига боғлиқ холда операция қилишга қулай холатда бўлади.
- 2.Резина кўлқоп кийилади.
- 3.Тирноғи ўсиб кирган бармоқ териси, унинг асосидан учигача йод ва спирт билан ишланади.
- 4.Бармоқ асосига ингичка резина қисқич қўйилади.
- 5.Бармоқ Оберст-Лукашевич бўйича новокаин билан ўтказувчан оғриқсизлантирилади.(Шу усул техникасига қаралсин!)
- 6.Ўсиб кирган тирноқни учли қайчи билан қирқиб олиб ташланади.
- 7.Агар ўсиб кирган тирноқ атроф тўқималари йиринглаган бўлса, водород пероксиди ва фурациллин билан ювиб тозаланади.
- 7.Резина қисқич ечилади.
- 8.Жарохатга антибиотик кукунини сепиб, асептик боғлам қўйилади.
- 9.Резина кўлқоп ечилиб, антисептик суюқлик бор идишга солинади.

**Мумкин бўлган асоратлари:**

- 1.Жарохатда нерв ва қон томирлар шикастланиши мумкин.
- 2.Жарохат инфекцияланиб, йиринглаши мумкин





Расм 1.



Расм 2.



Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.



Расм 7.



Расм 8.



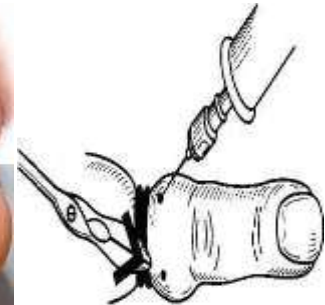
Расм 9.



Расм 10.



Расм 11



Расм 12.

**Расм 1**-оёқни бош бармоғини ўсиб қирган тирноғини махсус асбоб билан олиш; **Расм 2**-оёқни бош бармоғини ўсиб қирган тирноғини узгич (кусачка) билан олиш; **Расм 3,4**-бармоқни ўсиб қирган тирноғини юмшоқ қисқич билан ушлаб бураб олиш; **Расм 5**-оёқни бош бармоғини тирноғини ўсиб қириши; **Расм 6**-оёқни бош бармоғини ўсиб қирган тирноғини атроф тўқимасини яллиғланиши; **Расм 7**-оёқни бош бармоғини ўсиб қирган тирноғини қайчи билан олиш; **Расм 8**-қўл бармоғини ўсиб қирган тирноғини махсус асбоб билан олиш; **Расм 9**-оёқни бош бармоғини ўсиб қирган тирноғига, тортиб турувчи илмоқ (скоба)қўйилган; **Расм 10,11**-оёқни бош бармоғини ўсиб қирган тирноғига махсус тортиб турувчи пластинка қўйилган; **Расм 12**-тирноқни олишда,Оберст-Лукашевич бўйича оғриқсизлантириш схемаси.

## **Юмшоқ тўқималардан ёт жисмни олиш техникаси**

**Мақсад:** Юмшоқ тўқималарга кириб қолган ёт жисмларни олиш.

**Кўрсатма:** Беморни танасини юмшоқ тўқималарига кириб қолган хар-хил метал жисмлар (миқ, игна, сим, арматура, пичоқ, метал парчалари ва б.), ёғоч парчалари, дарахт шохлари, пласмасса парчалари, тошлар, шиша парчалари, тикан ва ташқи мухитдан тушадиган бошқа майда жисмлар.

**Керакли тиббий жихозлар:** Докадан тайёрланган стерил сальфетка ва шариклар, бинт, 3% ёки 5% ли йод, 70<sup>0</sup> ли спирт, 3% ли водород пероксиди, 0,02%(1:5000) фурациллин, 0,5% ёки 2% ли новокаин, қайчи, пинцет, юмшоқ қисқич, тиббий скальпель, 10,0 ли стерил шприц игнаси билан, стерил резина қолқоп, агар тикиш керак бўлса, стерил ипак ип ва хирургик игна.

### **Бажариш техникаси:**

1. Бемор боғлов хонасида столда ёки кушеткада, тананинг ёт жисм кирган жойига боғлиқ холда, операция қилишга қулай холатда бўлади.
2. Жарохат атрофи териси йод ва спирт билан ишланади, агар жарохат ифлосланган бўлса, водород пероксиди ва фурациллин билан ювиб тозаланади.
3. Жарохатланган соха юмшоқ тўқималари новокаин билан жойли оғриқсизлантирилади.
4. Ёт жисм тортиб олинмайди, жарохат кесиб ёки кесмасдан тўмтоқ йўл билан кенгайтирилиб, у олиб ташланади. Ёт жисм қолдиғи қолмаганлиги текшириб кўрилади.
5. Жарохат яна водород пероксиди ва фурациллин билан қайта ювилади.
6. Жарохат қирғоқлари текис бўлмаса, уларни кесиб олиб текисланади.
7. Жарохат тикилади. Керак бўлса жарохатда резина чиқаргич қолдириб тикилади.
8. Жарохатга асептик боғлам қўйилади.
9. Кейин қоқшолга қарши анатоксин қилинади. Агар кейинги 6 ой ичида

вакцинация олган бўлса, 500 АБ анатоксин қилинади, 6 ой ичида олмаган бўлса 1000 АБ анатоксин қилинади. .

10.Резина қўлқоп ечилиб,антисептик сууюқлиги бор идишга солинади.

### Мумкин бўлган асоратлар:

1.Жарохатда ёт жисм бўлаклари қолиб кетиши мумкин.

2.Жарохатда нерв ва қон томирларни шикастланиши мумкин.

3.Жарохат инфекцияланиб, йиринглаши мумкин.



Расм 1.

Расм 2.

Расм 3.

Расм 4.

Расм 5.



Расм 6.

Расм 7.

Расм 8.

Расм 9

Расм 10

**Расм 1**-болдир юмшоқ тўқималарини ёғоч парчаси тешиб ўтган; **Расм 2**-қўл кафти ташқи юзасига санчилиб қолган ёт жисмни олиш; **Расм 3**-кўрсаткич бармоққа санчилиб қолган ёт жисмни олиш; **Расм 4**-кўрсаткич бармоқ юмшоқ тўқимасига кириб қолган миқ; **Расм 5**-оёқни I ва II бармоқларини юмшоқ тўқималарига кириб қолган темир ёт жисм. **Расм 6**-қўлни IV бармоғига кириб қолган игна; **Расм 7**-юмшоқ тўқмалардан ёт жисмларни олиш учун ўткир ва илмоқли асбоблар; **Расм 8**-ёт жисмни, тўқимани кесиб олгандан кейин терини тикилган ҳолати; **Расм 9**-елка бўғимига кирган кичик

ёт жисмни лупада катталаштириб кўриш. **Расм 1**-товонга ойнани парчаси тешиб кириб қолган.

## **А.В.ВИШНЕВСКИЙ БЎЙИЧА НОВОКАИНЛИ ИНФИЛЬТРАЦИОН АНЕСТЕЗИЯ ҚИЛИШ**

**Мақсад:** Юмшоқ тўқималарда ўтказиладиган операцияларда жойли оғриқсизлантириш.

**Кўрсатма:** Юмшоқ тўқималарда хар-хил операциялар ўтказиш.

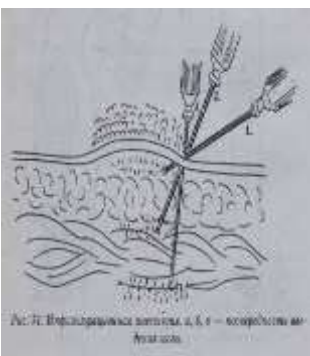
**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил резина қўлқоп, 10,0 ёки 20,0 ли стерил шприц игнаси билан, 3% ёки 5% ли йод, 70<sup>0</sup> ли спирт, 0,25% ёки 0,5% ли новокаин, докадан тайёрланган стерил сальфетка ва шариклар, пинцет.

**Бажариш техникаси:**

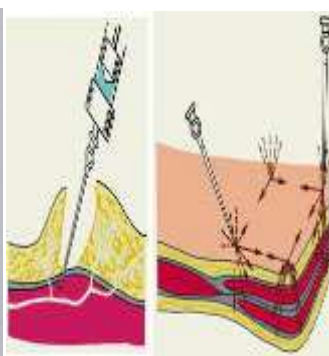
- 1.Беморга операцион столда қандай операция ўтказилишига боғлиқ холда холат берилади.
- 2.Резина қўлқоп кийилади.
- 3.Операция майдонига йод ва спирт билан ишлов берилади.
- 4.Шприцга керакли микдордаги новокаинни олиб, игнани терига суқиб новокаин юбориб, аввал “лимон пўстлоғи” хосил қилинади, сўнг игнани хар-хил йўналишда чуқурга тўқималарга суқиб, аста-секин керакли микдорда новокаин юбориб, тўқималар инфилтрация қилинади.
- 5.Операция тугагандан кейин, асептик боғлов қўйилади..
- 6.Резина қўлқоп ечилиб, антисептик суюқлиги бор идишга солинади.



Расм 1.



Расм 2.



Расм 3.



Расм 4.

**Расм 1**-терида новокаин билан лимон пўстлоғини хосил қилиш; **Расм 2**-териости тўқималарга игнани хар-хил йўналишларда киргизиб,новокаинни юбориб,инфилтрация қилиш; **Расм 3**-операция майдонидаги юмшоқ тўқималарга игнани хар-хил жойларда қаватма-қават киргиб ,инфилтрация қилиш схемаси; **Расм 4**-Лорен-Эпштейн бўйича уруғ тизимчаси атрофи тўқималарини новокаин билан инфилтрация қилиб,блокада қилиш.

## **А.В.ВИШНЕВСКИЙ БЎЙИЧА ВАГОСИМПАТИК БЛОҚАДА ҚИЛИШ ТЕХНИКАСИ**

**Мақсад:** Ўтказувчан оғриқсизлантириш,плевропульмонал шокни профилактика қилиш ва даволаш.

**Кўрсатма:** Очiq пневмоторакс, плевропульмонал шокни олдин олиш учун, кўкрак бўшлиғи аъзоларини шикастланишларида,кўкрак қафаси аъзаларида ўтказилган операциялардан кейин, операцион шок холатларда.

**Қарши кўрсатма:** Диафрагмани парези,қорин бўшлиғи аъзоларини шикастланиши.

**Керакли тиббий жихозлар:** 10,0 ёки 20,0 ли стерил шприц игнаси билан, 3% ёки 5%ли йод,70<sup>0</sup> ли спирт, докадан тайёрланган стерил сальфетка ва шариклар, 0,25% ёки 0,5% ли новокаин, пинцет,тиббий лейкопластирь, ёстикча (валик).

**Бажариш техникаси:**

1. Бемор орқасига чалқанча ётказилади.
2. Елкаси остига ёстикча (валик) кўйилади.
3. Беморни боши бироз орқага ва қарама-қарши томонга бурилиб, шу томондаги қўл ва елкаси пастга туширилади.
4. Пункция қилинадиган соха териси йод ва спирт билан ишланади.
5. Врач чап кулининг кўрсаткич бармоғи билан *m.sternocleidomastoidus*нинг орқа қирғоғи ўртасидан бўйин умуртқаси томон босиб,



мускуллар ва мускулдан орқа ва медиал томонда жойлашган бўйиннинг контомир-нерв тутами ҳам ичкари ва олдинга сурилади.

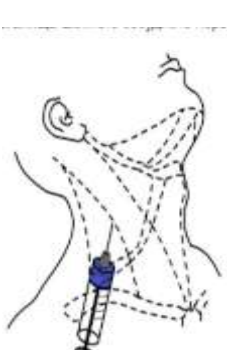
6. Шприцга новокаин олиб, игнаси терига санчилиб,новокаинли инфильтрация қилинади ва IV бўйин умуртқаси кўндаланг ўсимтаси олд юзаси йўналишида ичкарига, бирюз юқорига 4-6 см чуқурликда киритилади ва шприц тортиб кўрилади(қон чиқмаслик керак). Шприцда 0,25%-ли 40-50мл новокаин бир вақтда юборилади. Блоқада тўғри ўтказилганда, юзда ва кўз оқида гиперемия бўлади, айрим пайтда Клод-Бернар-Горнер синдроми (қорачиқ торайиши, кўз ёриғи қисқариши, кўз олмаси тушиши) кузатилади;

7. Игна чиқарилади, игна санчилган жойга йод суркаб, асептик боғлам кўйиб, лейкопластирь билан терига ёпиштирилади.

**Мумкин бўлган асоратлар:** Уйку артериясини,венани,қизилўнгачни ва трахеяни тешилиши, пункция қилинган жойда гематома, шу томондаги кўлида парез,чап томонда қилинганда юрак фаолиятини бузилиши.Агар шприцга қон чиқса,игнани чиқариб бармоқ билан пункция қилинган сохани 3-5 дақиқага босиб турилиди.Агар қизилўнгач тешилса,новокаин юборилганда аччиқ сезилади,агар трахея тешилса,йўтал бўлиб,трахеяда ёт жисм борлиги хис қилинади.Бундай холларда блоқада қилиш тўхтатилади.



Расм 1.



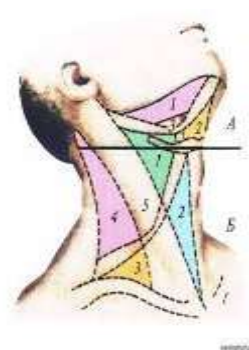
Расм 2.



Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.

**Расм 1**-терида пункция қилиш нуктасини белгилаш ва блоқада қилиш; **Расм 2**-терида пункция қилиш нуктасини белгилаш схемаси; **Расм 3**-пункция қилишда игнани йўналиши схемаси; **Расм 4**- IV бўйин умуртқаси кўндаланг ўсимтаси олд юзасига игнани киритиш; **Расм 5**-бўйинни сохаларга бўлиниш схемаси.

## **ОБЕРСТ-ЛУКАШЕВИЧ БЎЙИЧА ЎТКАЗУВЧАН АНЕСТЕЗИЯ ҚИЛИШ ТЕХНИКАСИ**

**Мақсад:** Бармоқда ўтказиладиган операцияларда, бармоқни икки ён томонидан ўтадиган нерв толаларини ўтказувчан оғриқсизлантириш.

**Кўрсатма:** Ўсиб кирган тирноқни олиш, панарицийни очиш, бармоқдаги жароҳатларга бирламчи жарроҳлик ишлов бериш ва бармоқдаги ёт жисмни олиш.

**Керакли тиббий анжомлар:** Боғлов хонасида операция столи, стерил резина қўлқоп, 5,0 ёки 10,0 ли стерил шприц игнаси билан, 3% ёки 5% ли йод, 70<sup>0</sup> ли спирт, докадан тайёрланган стерил сальфетка ва шариклар, стерил бинт, 0,5% ли новокаин ёки 2% ли лидокаин, пинцет, тиббий лейкопластирь, ингичка резина қисқич (жгут), юмшоқ қисқич.

**Бажариш техникаси:**

1. Бемор боғлов хонасида операция столида чалқанча ётган ёки ўтирган холатда бўлади.
2. Резина қўлқоп кийилади.
3. Операция қилинадиган бармоқ терисига йод ва спирт билан ишлов берилади.
4. Операция қилинадиган бармоқ асоси ингичка резинали жгут ёки бинт ёки докали тасма билан сиқиб боғланади
5. Бармоқни икки ён томонидан ўтган нерв толаларини блокада қилиш учун, қўйилган жгутдан биров дисталроқ, бармоқни иккала ён томони терисига игнани навбатма-навбат санчиб, тўқималар новокаин билан инфильтрация қилинади. Бунда бармоқ асосида новокаинли инфильтрацион халқа хосил бўлади, натижада бармоқни икки ён томонидан ўтадиган нерв толалари оғриқсизланади.
6. 2-3 минут ўтгач, керакли операция бажарилади.

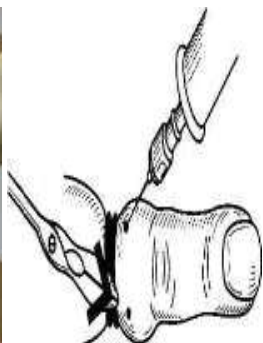


7.Операция тугагандан сўнг, бармоқдан жгут ечилади ва бармоқ жарохатига асептик боғлам қўйиб,бинт билан боғланади.

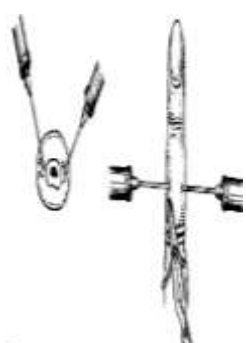
8.Резина қўлқоп ечилиб, антисептик суюқлиги бор идишга солинади.



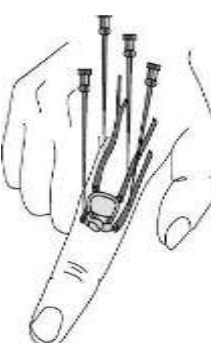
Расм 1.



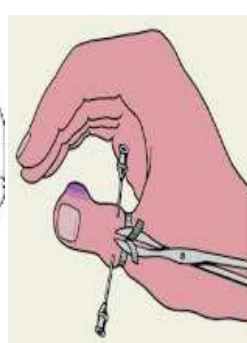
Расм 2.



Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.

**Расм 1**-қўлни кўрсаткич бармоғини панарийцида ўтказувчан оғриқсизлантириш; **Расм 2,3,4,5**-бармоқ ососига ингичка резина қисқич қўйиб, ўтказувчанлик оғриқсизлантириш схемаси.

## ВЕНА ҚОН ТОМИРИНИ ПУНКЦИЯ ҚИЛИШ ТЕХНИКАСИ

**Мақсад.** Анализга қон олиш, венадан қон чиқариш, турли суюқ дори моддаларини шприц орқали ёки томизгич (система) улаб томчилаб, вена орқали организмга юбориш.

**Кўрсатма:** .Организмга суюқ дори моддаларни юбориш зарурати бўлганда.

**Керакли тиббий жихозлар:**Резина қисқич (жгут), юмшоқ қисқич,пинцет, 5,0 ёки 10,0 ёки 20,0 ли стерил шприц игнаси билан, қон чиқариш ёки қон ўрнини босувчиларни қуйиш учун йўғон игна, 70<sup>0</sup> ли спирт, пахта шариклар, тоза сочиқ, клеёнкали болишча (валик),стерил резина қўлқоп, стерил лоток,юборилиши керак бўлган дори модда,суюқ дори моддаларни венага томчилаб юбориш учун томизгич(система) ва лейкопластирь.

**Венепункцияни бажариш техникаси:**

Венепункция учун асосан қўлни тирсак чуқурчаси веналари, камроқ оёқлардаги ва кафтнинг юза веналари ҳамда бош веналаридан фойдаланилади.

1.Бемор каравотда ёки кушеткада чалқанча ётган холда ёки стулда ўтирган холда бўлади.Агар тирсак венасини пункция қилинса, бемор стулга унинг суянчиғига қараб олди билан ўтириб, пункция қилинадиган қўлини унинг суянчиғига ёзиб қўйилади.

2.Ёзилган қўлнинг тирсаги остига сочиқ ёпилган болишча қўйилади.

3.Шифокор ёки хамшира қўлларини яхшилаб совунлаб ювиб, спирт билан артади ва резина кўлқоп кияди.

4.Елканинг пастки 3 дан 1 қисмига резина жгут қўйиб, артериал қон оқими сақланган холда веналар қисилади. Артериал қон оқимини сақланганлигини пульсдан текширилади. Агар пульс заиф бўлса, жгут жуда кучли сиқилганини билдиради ва жгут бироз бўшатилади.

5..Пункция қилинадиган соха териси спирт билан ишланади.

6..Шприцга суюқлик (физ.эритма) олиб игнани ўтказувчанлиги текширилади.

7.Венани яхши тўлиши учун бемордан муштини бир неча марта сиқиб-очишни сўралади сўнг муштини ушлаб турилади.

8.Шифокор чап қўлининг 2 ва 3 чи бармоқлари билан венани фиксация қилиб, унинг терисини тахминий пункция қилинадиган жойдан пастга бироз тортиб турилади.Игнада ва шприцда хаво бўлмаслиги керак.

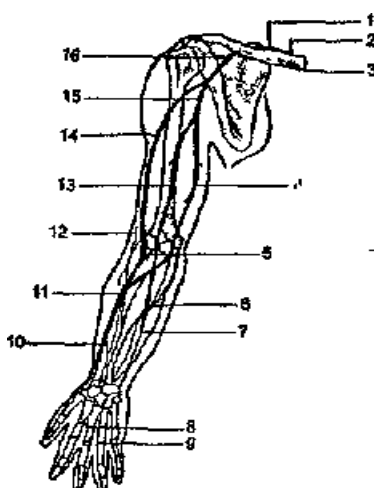
9.Агар дори юбориш керак бўлса, дори олинган шприц игнасини кесилган жойини тепага қилиб,венага параллел равишда терига санчиб ўтказиб,  $45^{\circ}$  бурчак остида игнани юқорига йўналтириб, кейин эса бирмунча кичикроқ бурчак остида венани ён томонидан ёки устидан тешиб, вена ичига киритилади. Игна венада тўғри жойлашган бўлса, шприцда қон пайдо бўлади. Агар қон йўқ бўлса, игнани теридан суғуриб олмасдан венага киритишга қайта уриниб кўрилади .Игнани венага фақат бир марта киритиш

мумкин, икки марата киритилса гематома ривожланиши мумкин. Шприцда қон пайдо бўлгач, чап қўл билан жгут ечилади ва бемордан муштини ёзиб қўлини бўшатишни сўралади..

10.Агар лаборатор текширувга қон олиш керак бўлса,игнани канюласи остига пробирка қўйилади ёки шприц билан қон тортиб олинади. Агар қон чиқариб юбориш зарур бўлса, игнани канюласига резина найчани уланади ва найчани ташқи учини лотокка тушириб қўйилади. Агар томирга суяқ дори моддаларни юбориш керак бўлса, игнага дори эритмаси тортилган шприц уланиб юборилади.Агар дори моддаларни томчилаб юбориш керак бўлса, системани учи игнани канюласига уланади.

11.Муолажа тугагач, спиртли пахта инъекция қилинган жойга босиб, игнани венадан чиқариб, беморга бўш қўлини кўрсаткич бармоғини пахта устига қўйиб, қўлни тирсақда букиб 2-3дақиқа ушлаб туришни сўралади. Игна ўрнига стерил босиб турувчи (лейкопластирь билан ёки бинт билан) боғлам қўйилади.

**Мумкин бўлган асоратлар:** Венани иккала деворини тешилиши, териости гематомани ривожланиши, артерияни тешилиши, флебит, нервни зарарланиши,пункция жойини инфекцияланиши,хаво эмболияси.



Расм 1.



Расм 2.



Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.



Расм 7.

**Расм 1**-қўлнинг вена қонтомирларини проекциясини схемаси; **Расм 2**-билак венасини пункция қилиш; **Расм 3**-қўлни кафт юзаси венаси пункция қилиниб, томизгич уланган ва игна терига лейкопластирь билан ёпиштириб маҳкамланган; **Расм 4**- билак чуқурчаси венаси пункция қилиниб, игнага томизгич уланган ва терига лейкопластирь билан ёпиштириб маҳкамланган; **Расм 5**-билак чуқурчаси венасини пункция қилиш; **Расм 6**-билак венасини пункция қилиш учун, қўлга резина қисқич қўйиш; **Расм 7**-венапункция учун махсус игналар.

### **ВЕНАГА ТОМИЗГИЧНИ (КАПЕЛЬНИЦА) УЛАБ ДОРИ ЮБОРИШ**

**Мақсад:** Беморга венаси орқали суюқ дори моддаларни томчилаб юбориш.

**Кўрсатма:** Беморни сувсизланиши (дегидратация), ўткир захарланишларда дезинтоксикация ўтказиш, парентерал озиклантириш, қон ва унинг ўрнини босувчи препаратларни томчилаб юбориш.

**Керакли тиббий жихозлар:** Венага томизгич (система), пахта шариклар, 70<sup>0</sup> ли спирт, суюқ дори препаратлари солинган флакон, пинцет, юмшоқ қисқич, 5,0 ёки 10,0 ли шприц игнаси билан, штатив, резина қисқич (жгут), стерил резина қўлқоп, клеёнкали болишча(валик), тоза сочиқ.

**Бажариш техникаси:** Венапункция учун асосан қўлни тирсак чуқурчаси веналари, камроқ оёқлардаги ва кафтнинг юза веналари ҳамда бош веналаридан фойдаланилади.

1.Юбориладиган дорининг яроқлилиги (номи, яроқлик муддати, ранги, тиниқлиги, микдори), системани герметиклиги ва яроқлилик муддати текширилади.

2. Шифокор ёки хамшира қўлларини яхшилаб совунлаб ювиб, қуритиб, спирт билан артади ва резина қўлқоп кийяди.

3.Флаконни металл қопқоғи спиртли томпон билан артилиб, унинг марказий қисми пинцет билан очилади..

4. Пакетни очиб система олинади ва тармоқ найчанинг игнасида қопқоғини олиб, игнасини флаконни пробкасини тешиб унга киритилади.

5.Система қисқичини ёпиб, флаконни тубини юқорига кўтариб, уни штативда маҳкамланади.

6.Системани қисқичини очиб, томизгични кўндаланг ҳолатга ағдариб, уни ярмигача суёқлик билан тўлдирилади.

7. Қисқични ёпиб, томизгични аввалги вертикал ҳолатига келтирилади.

8. Қисқични очиб, ҳаво тўлиқ чикиб кетмагунча ва инъекция учун мўлжалланган игнадан томчилар пайдо бўлгунча система тўлдирилади.

9.Бемор каравотда ёки кушеткада орқаси билан чалқанча ётади.

10.Агар тирсак венасини пункция қилинса, беморни ёзилган қўлини тирсаги остига сочиқ ёпилган болишча қўйилади.

11..Билакнинг пастки 3/1 қисмига резина жгут қўйиб, артериал қон оқими сақланган ҳолда веналар қисилади. Артериал қон оқимини сақланганлигини пульсдан текширилади. Агар пульс заиф бўлса, жгут жуда кучли сиқилганини билдиради ва жгут биров бўшатилади.

12.Пункция қилинадиган соҳа териси спирт билан ишланади.

13.Шприцга суёқлик (физ.эритма) олиб, игнани ўтказувчанлиги текширилади.

14.Венани яхши тўлиши учун, бемордан муштини бир неча марта сиқиб-очишни сўралади.

15.Шифокор чап қўлининг 2 ва 3 чи бармоқлари билан венани фиксация қилиб, унинг терисини тахминий пункция қилинадиган жойдан пастга бироз тортиб турилади. Игнада ва шприцда хаво бўлмаслиги керак.

16.Шприц игнасини кесилган жойини тепага қилиб,венага параллел равишда терига санчиб ўтказиб 45<sup>0</sup> бурчак остида игнани юқорига йўналтириб, кейин эса бирмунча кичикроқ бурчак остида венани ён томонидан ёки устидан тешиб, вена ичига киритилади. Игна венада тўғри жойлашган бўлса, шприцда қон пайдо бўлади. Агар қон йўқ бўлса, игнани теридан суғуриб олмасдан венага киритишга қайта уриниб кўрилади .Игнани венага фақат бир марта киритиш мумкин, икки марата киритса гематома ривожланиши мумкин. Шприцда қон пайдо бўлгач, чап қўл билан жгут ечилади ва бемордан муштини ёзиб, қўлини бўшатишни сўралади..

17.Игнани канюласига система уланади ва системадан қисқич олинади.

18.Игна ва системани канюласи лейкопластирь билан терига ёпиштириб маҳкамланади.

19.Муолажа тугагач, спиртли пахтана инъекция қилинган жойга босиб, игнани венадан чиқариб, беморга қўлини кўрсаткич бармоғини пахта устига қўйиб, қўлни тирсақда букиб 2-3дақиқа ушлаб туришни сўралади. Игна ўрнига стерил босиб турувчи (лейкопластирь билан ёки бинт билан) боғлам қўйилади.

**Мумкин бўлган асоратлар:** Венани иккала деворини тешилиши, гематома,артерияни тешилиши,флебит,нервни зарарланиши,пункция жойини инфекцияланиши, хаво эмболияси, бемор кескин харакатланса игна венадн чиқиб кетиши мумкин.

Инъекция қилинган жой қаттиқлашса ёки тери қизарса, йод сеткаси, спиртли компресс қўйиш керак.





Расм 1.



Расм 2.



Расм 3.



Расм 4.



Расм 5.



Расм 6.



Расм 7.



Расм 8.



Расм 9.

**Расм 1**-беморга томизгич уланган холат; **Расм 2**-томизгич суюқлиги бор резервуарга уланган; **Расм 3**-томизгич ва суюқлик ушловчи резервуарлар турлари ҳамда уларни штативга махкамланган холати; **Расм 4**-томизгични суюқликка тўлдириб ,томирга улаш учун тайёрлаш; **Расм 5**- томизгич қон томирга уланиб,қўл терисига лейкопластирь билан ёпиштириб махкамланган; **Расм 6**-томирни игна билан пункция қилиб,унинг канюласига томизгич уланган; **Расм 7**-томизгич; **Расм 8**-томизгични



суяқлиги бор резервуарга улаш; **Расм 9**-кафтнинг юза венасини пункция килиб, томизгич уланган ва терига лейкопластирь билан махкамланган.

## **ОҚМА ЙЎЛИНИ ЗОНДЛАШ**

**Мақсад:**Бемордаги аъзо ва тўқималарни оқмаларини зонд орқали текшириб,уларни чуқурлигини ва йўналишини аниқлаш.

**Кўрсатма:** Ковак аъзоларни, киндикдаги сариқлик йўлини ва сийдик йўлини(урахусни) тўлиқ ва нотўлиқ оқмалари, туғма ректовистубуляр, ректовагинал, уретрал оқмалар, бўйинни туғма ўрта оқмаси, параректаль оқмалар,юмшоқ тўқималардаги йирингли оқмалар, операциялардан кейинги хар-хил оқмалар.

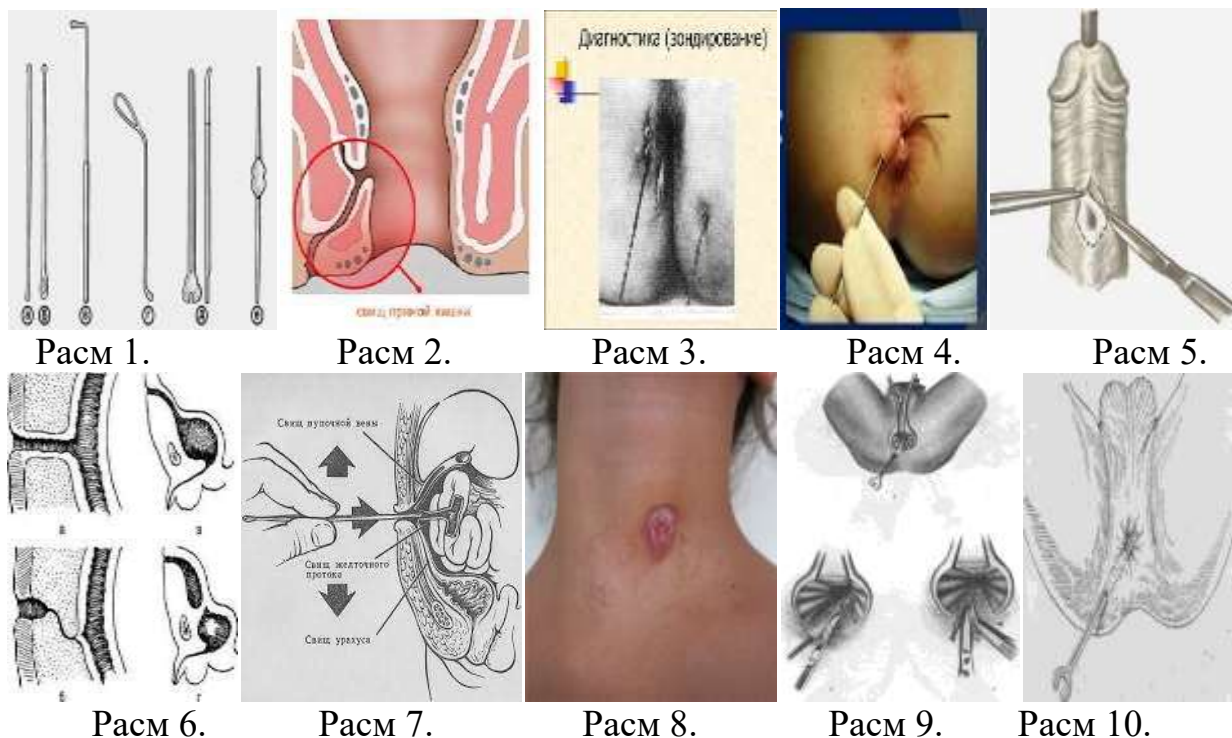
**Қарши кўрсатма:** Ахволи жуда оғир бўлган беморлар, оқма соҳасидаги ўткир яллиғланиш жараёни, қон кетиш холатлари ва бошқалар.

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил резина қўлқоп, стерил тиббий глицерин, дез.эритма, метал ёки юмшоқ зонд. Метал зондлар 4 хил бўлади:тугмасимон, кўзиқоринсимон, ичи ковакли ва коваксиз, ариқчали ёки ариқчасиз.

### **Бажариш техникаси:**

- 1.Бемор боғлов хонада операция столида қайси оқмани аниқлашга қараб, шунга мос холатда бўлади.
- 2.Шифокор қўлини совунлаб ювади ва спирт билан ишлов беради.
- 3.Резина қўлқоп кийилади.
- 4.Зондланадиган соҳа дез.эритма билан тозаланади.
- 5.Зондга глицерин суртилиб, уни секин аста босимсиз оқмани тешиги орқали чуқурга йўналтириб,оқмани чуқурлиги ва йўналиши аниқланади.
- 6.Резина қўлқоп ечилиб,антисептик суяқлиги бор идишга солинади.

**Мумкин бўлган асоратлар:** Қон кетиш ва оқма йўлини шикастланиши, тешилиши.



**Расм 1**-металл зондлар турлари; **Расм 2**-тўлиқ параректаль оқма схемаси; **Расм 3**-параректаль оқмани зондлаш; **Расм 4**-тўғри ичак оқмасини зондлаш; **Расм 5**-уретрани оқмаси; **Расм 6**-сариклик йўлини тўлиқ (а) ва нотўлиқ (б) оқмаси ҳамда урахусни тўлиқ (в) ва нотўлиқ (г) оқмалари; **Расм 7**-киндик оқмасини зондлаш; **Расм 8**-бўйинни ўрта оқмаси; **Расм 9,10**-параректал оқмани операция вақтида зондлаш.

## ФИСТУЛОГРАФИЯНИ ЎТКАЗИШ ТЕХНИКАСИ

**Мақсад:** Бемордаги аъзо ва тўқималарни хар-хил оқмаларини контрастли рентген текшириб,уларни чуқурлигини ва йўналишини,аъзоларга тутушлигини аниқлаш.

**Кўрсатма:** Ковак аъзоларни, киндикдаги сариклик йўлини ва сийдик йўлини(урахусни) тўлиқ ва нотўлиқ оқмалари, туғма ректовистубуляр, ректовагинал, уретрал оқмалар, бўйинни туғма ўрта оқмаси, параректаль оқмалар,юмшоқ тўқималардаги ва суякдаги йирингли оқмалар, ичак оқмалари,ўт йўллари оқмалари,операциялардан кейинги хар-хил оқмалар.

**Қарши кўрсатма:** Ахволи жуда оғир бўлган беморлар, оқма соҳасидаги ўткир яллиғланиш жараёни, қон кетиш ҳолатлари ва бошқалар.

**Керакли тиббий жихозлар:** Стерил резина қўлқоп, стерил тиббий глицерин, дез.эритма, метал ёки ингичка полиэтилен стерил катетер, 5,0 ёки 10,0 мл ли стерил шприц, 70<sup>0</sup> ли спирт, стерил юмшоқ пинцет, докадан тайёрланган стерил сальфетка ва шариклар, контраст модда (йўднинг сувли эритмаларидан бири (тиомбраст, триозограф, йодамид, верографин ва б.).

**Бажариш техникаси:**

1. Бемор рентген столида, қайси оқмани аниқлашга қараб, шунга мос ҳолатда бўлади.
2. Шифокор қўлини совунлаб ювади ва спирт билан ишлов беради.
3. Резина қўлқоп кийилади.
4. Агар оқма бўшлиғида йирингли ёки бошқа масса бўлса, охиригача тозаланиб, оқма соҳаси дез.эритма ва спирт билан тозаланади.
5. Катетерга глицерин суртилиб, уни секин-аста босимсиз бураб, оқмани тешиги орқали чуқурга йўналтириб киритилади.
6. Шприцга керакли миқдордаги контраст модда олиниб, уни катетер орқали бўшлиқ тўлгунча юборилади. Бунда асосан оқма тешиги ва катетр орасидаги герметиклик ахамияти катта. Оқма бўшлиғи контраст модда билан тўлганлиги рентген экрани орқали назорат қиланади ва керакли вақтда катетерни оқмадан чиқармасдан суратга олинади. Бунда оқмани чуқурлиги ва йўналиши аниқланади.
7. Катетер оқмадан чиқариб олинади.
8. Резина қўлқоп ечилиб, антисептик суюқлиги бор идишга солинади.

**Мумкин бўлган асоратлар:** Контраст моддага аллергия реакция, оқма соҳасидаги оғриқ, тана ҳароратини кўтарилиши.



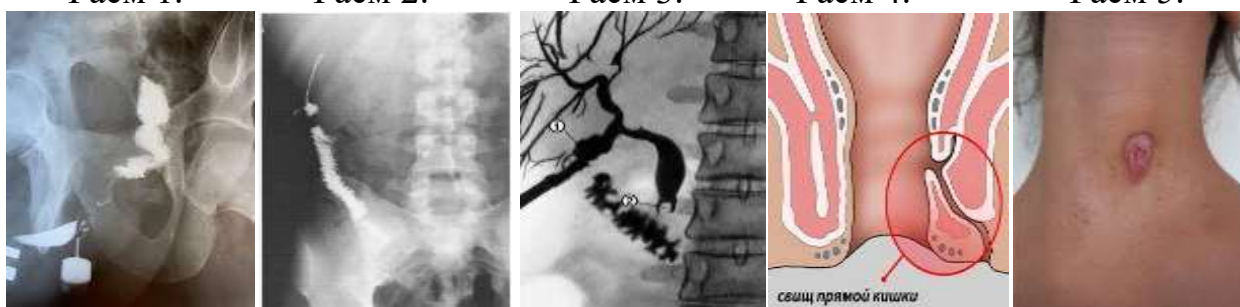
Расм 1.

Расм 2.

Расм 3.

Расм 4.

Расм 5.



Расм 6.

Расм 7.

Расм 8.

Расм 9.

Расм 10.

**Расм 1**-ректофестibuляр оқма;**Расм 2**-ректоуретрал оқма;**Расм 3**-товон суягини сурункали остеомиелитида йирингли оқма;**Расм 4**-киндикни туғма оқмаси;**Расм 5**-бўйинни туғма ён оқмасини фистулографияси;**Расм 6**-тос суягини сурункали остеомиелитида йирингли оқма;**Расм 7**-урахусни киндикка туғма оқмаси;**Расм 8**-жигардан ташқи ўт йўлини оқмаси;**Расм 9**-тўлиқ параректаль оқма схемаси; **Расм 10**-бўйинни туғма ўрта оқмаси.

## ТРАХЕОСТОМИЯ ҚИЛИШ ТЕХНИКАСИ

**Мақсад:** Трахеяда нафас ўтишига тўсиқ бўлганда нафас ўтишини тامينлаш ва 15 кундан узоқ вақт суний нафас олдириш учун.

**Қарши кўрсатма:** Беморда гемофилия касаллиги, қон ивиш вақтини узайиши (ДВС).

**Кўрсатма:** Ўткир Квинк шиши, дифтерияда чин круп, ёлғон круп, ўткир химик куйишдан трахеяни шиши, нафас ўтишини қийинлаштирувчи трахеядаги ёт жисм, кекирдак ва трахеяни бўйин қисмини ёмон сифатли ўсмалари, бош

суяги ва мияни оғир шикастланиши, 15 кундан узоқ вақт ўпкани суний нафас олдириш зарурати бўлганда.

**Керакли тиббий жихозлар:** Тиббий стерил скальпель, анатомик ва хирургик пинцет, Бильрот ва Кохернинг қон тўхтатувчи қисқичи, трахеяни кенгайтириш учун Трусс ва Вульфсонни кенгайтиргичи, қалқонсимон без бўйинини кўтариш учун тўмтоқ илмоқ, Люэрнинг трахеостомик канюляси (беморни ёшига боғлиқ ўлчамдаги), электрсўрғич-аспиратор, трахеяни ушлаб туриш учун Шассеньякни ўткир бир тишли илмоғи, игна ушлагич, шилликни сўриб олиш учун полимер катетер, чуқурчали зонд, кислородли болиш, болишча (валик), докадан тайёрланган стерил сальфетка ва шариклар, 70<sup>0</sup> ли спирт, 5% ли йод, 10,0 ли стерил шприц игнаси билан, оғриқсизлантириш усулига қараб 0,5% новокаин 10 мл ёки кетамин, терини тикиш учун стерил ипак ип ва хирургик игна, стерил бинт, стерил резина кўлқоп.

#### **Бажариш техникаси:**

Қалқонсимон безни бўйин қисмига нисбатан юқориги ва пастки трахеостомия фарқланади.

#### **Юқориги трахеостомияни бажариш техникаси:**

1. Беморни операция столига орқаси билан ётқизилади.
2. Елкаси остига ёстиқча қўйиб, боши орқага букилади.
3. Шифокор резина кўлқоп кияди.
4. Беморга кетамин билан наркоз берилади.
5. Операция майдони атрофи стерил чойшаб билан ўраб ёпилади.
6. Бўйинни олдинги юзаси терисига йод ва спирт билан ишлов берилади.
7. Ўткир учли скальпель билан бўйинни оқ чизиғи бўйлаб, қалқонсимон тоғайни пастки қирғоғидан бошлаб узунасига пастга қараб 3-4 см узунликда қаватма-қават тери, териости ёғ клетчаткаси ва бўйинни юза фацияси кесилади. Сўнг, тўш-қалқонсимон мускул топилиб, у юмшоқ қисқич билан икки томонга кенгайтирилади ва узуксимон тоғай ва қалқонсимон безни бўйин қисми топилади. Шу ерда бўйинни ички фасцияси кўндаланг

кесилиб, безни бўйин қисми ўтмас йўл билан пастга сурилиб, трахеяни юқориги тоғайлари очилади. Сўнг, трахеяни нафас олишда харакатини тўхтатиб туриш учун, кекирдак бир тишли ўткир учли илмоққа олинади. Ўнг қўлга ўткир учли скальпельни олиб, кесиш юзасини юқорига қилиб, унинг учидан 1 см юқорисига кўрсаткич бармоқни қўйиб ушлаб (трахеяни орқа деворини шикастламаслик учун), безни бўйин қисмини юқори қирғоғодан трахеяни 3-4 тоғайлари юқорига кекирдакка қараб кесилиб очилади ва трахеяга хаво тушади.

8. Трахеостомик ярани кенгайтиргич билан бироз кенгайтириб, трахеостомик канюлани трахея ичига киритилади ва кенгайтиргич олинади.

9. Нафас олгандаги хаво қайтиб чиқиб кетмаслиги учун, канюлани баллон манжетига шприц орқали хаво юбориб шишириб, канюля билан трахея оралиғидаги бўшлиқ беркитилади

10. Агар зарурат бўлса, канюля орқали трахеяга катетер киритилиб, нафас йўлларига тушиб қолган шиллик ва қонларни электр сўргич билан сўриб санация қилинади.

11. Тери яраси трахеостомик канюлягача ипак ип билан тикилади ва канюля атрофига асептик боғлов қўйилади.

12. Трахеостомик канюля махсус лента ёки бинт билан махкамланиб, бўйинга боғлаб қўйилади. Керак бўлса, суний нафас олдирувчи аппаратга улаб қўйилади.

13. Резина қўлқоп ечилиб, антисептик суюқлиги бор идишга солинади.

### **Пастки трахеостомияни бажаришдаги фарқи:**

1. Юмшоқ тўқималарни узуксимон тоғайдан бошлаб тўш чуқурчасигача пастга қараб узунасига қаватма-қават 3-4 см узунликда кесилиб, тўшусту апаневрозлараро бўшлиққа тушилади.

2. Тўмтоқ йўл билан клетчаткани ажратиб, бўйинтуруқ вена ёйини пастга силжитиб, бўйинни чуқур фасцияси кесилади ва тўш-тилости мускулини тўмтоқ йўл билан икки томонга кериб, бўйин ички фасцияси кесилиб, трахея

олди бўшлиққа тушилади.Шу ерда веноз чигали,базида қолқонсимон безни пастки артерияси топилиб, уларни боғлаб кесилади .

3.Қолқонсимон безни бўйин қимини тўмтоқ йўл билан тепага кўтариб силжитилади ва скальпельни юқорида кўрсатилгандай ўнг қўлга ушлаб,уни тўшдан юқорига қараб қолқонсимон безни бўйин қисмига йўналтириб, трахеяни 4-5 тоғайлари кесилади.

4.Кейинги ҳаракатлар юқориги трахеостомияни бажаришдек бажарилади.

### **Крикоконикотомия қилиш техникаси:.**

Бу муолажа шошилиш критик ҳолатларда қилинади:

1.Оғриқсизлантишсиз, бўйинни ўрта чизиғи бўйлаб,скальпель билан узуксимон тоғайни пастидан узунасига бирварақайига тери,узуксимон тоғай ёйи ва қолқонсимон-узуксимон бойлам кесилади.

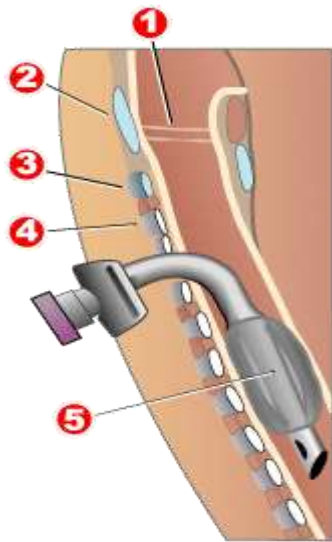
2.Кесилган ярага дарров юмшоқ қисқич киритилиб,унинг учларини кериб,нафас йўлига ҳаво киришини таминланади.

3.Асфиксия ўтиб кетгандан кейин, трахеостомия қилинади.

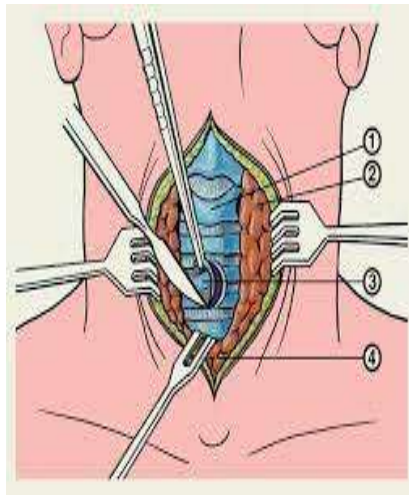
Агар крикоконикотомия қилишни иложи бўлмаса, беморни ҳаётини сақлаб қолиш учун,бўйинни ўрта чизиғи бўйлаб қолқонсимон тоғайни пастидан трахеяга тезкорлик билан ,бўлса йўғон игнани,бўлмаса ичи тешик метал ёки пласмасса найчани трахеяга санчиб киритилади.Асфиксия ўтиб кетгандан кейин ,керак бўлса трахеостомия қилинади.

**Мумкин бўлган асоратлари:** а)-интраоперацион асорати: уйқу артериясини ва бўйинтуруқ венасини тешилиб қон кетиши,трахеяни орқа деворини ва қизилўнгачни тешилиши,трахея халқаларини синиши,қолқонсимон без тўқимасини шикастланиши; б)-эрта асорати: бўйин,юз ва кўкс оралиғида эмфизема ривожланиши,пневмоторакс ривожланиши,жароҳатдан қон оқиб, нафас йўлларига тушиб, асфиксия ривожланиши, трахеостомик канюляни чиқиб кетиши, в) –кеч асорати: жароҳатни йиринглаши,йирингли трахеобронхит,аспирацион пневмония,трахея стенози,трахеал оқма,овозни ўзгариши,косметик дефект.

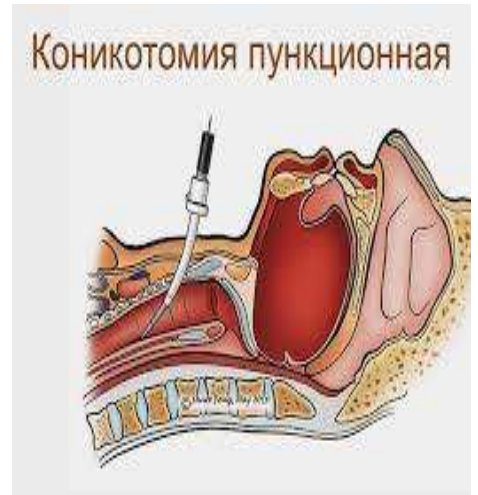




Рисм 1.



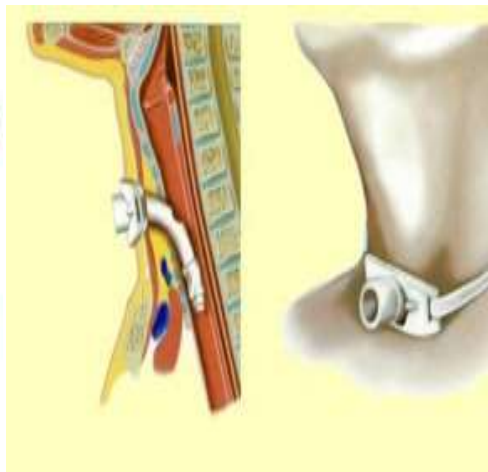
Рисм 2.



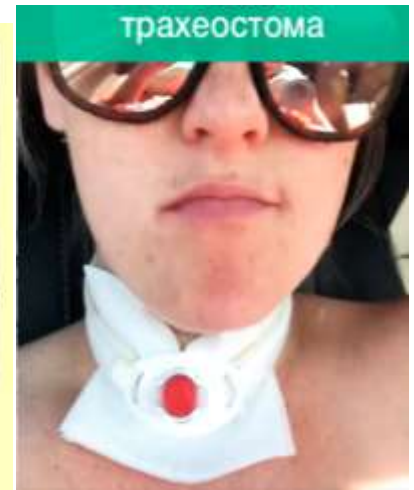
Рисм 3.



Рисм 4.



Рисм 5.



Рисм 6.



Рисм 7.



Рисм 8.



Рисм 9.



Расм 10.



Расм 11.



Расм 12.



Расм 13.

**Расм 1:** 1-овоз бойлами; 2-узуксимон тоғай; 3,4-трахеяни тоғайлари; 5-трахеостомик канюляни баллонли манжети; **Расм 2:**-1-узуксимон тоғай,2-қалқонсимон безни чап бўлаги,3-трахеяни кесилган тоғайи,4-қалқонсимон безни бўйин қисми; **Расм 3**-пункцион коникотомия қилинган ҳолатни схемаси; **Расм 4**-кекирдак (гортан),қалқонсимон тоғай,узуксимон тоғай,қалқонсимон без,трахея тоғайларини ва пастки қалқонсимон без веналарини топографик жойлашуви; **Расм 5**-трахеостомик канюляни трахеяда жойлашув ҳолати ва канюляни махсус лента билан бўйинга боғлаб қўйилган ҳолати; **Расм 6**-трахеостомик канюля асептик боғлам устидан махсус лента билан бўйинга боғлаб қўйилган; **Расм 7**-трахеостомия қилиш учун зарур анжомлар жамламаси; **Расм 8**-полимерли трахеостомик канюлялар турлари; **Расм 9**-тери орқали пункцион коникотомия қилиш учун анжомлар жамламаси; **Расм 10**-трахеостомик канюляни бўйинга боғлаш учун хар- хил ўлчамли махсус ленталар; **Расм 11,12,13**-махсус ленталар турлари.

## **БЎЛИМ-VI. МАВЗУЛАР БЎЙИЧА ТЕСТ САВОЛЛАР ВА ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР**

### **ТЕСТ САВОЛЛАР:**

#### **1 .Ректорومانоскопияга кўрсатма:**

- а) тўғри ва сигмасимон ичакнинг касалликларида;\*
- б) йўғон ичакнинг кўтарилувчи қисмининг касаллигида;

- в) йўғон ичакнинг кўндаланг қисмининг касаллигида;
- г) копростазда;
- д) ёнбош ичак касалликларида;

**2. Вангенстийн-Рисъ бўйича рентгенография ўтказилади:**

- а) анус ва тугри ичак атрезиясининг оқмасиз шаклида;\*
- б) Гиршпрунг касаллигида;
- в) тўғри ичак атрезиясини оқмали шаклида;
- г) анус эктопиясида;
- д) ректовезикал оқмали атрезияда;

**3. Портал гипертензияни ташхислаш учун қандай текшириш ўтказилади?**

- а) спленопортография, спленоманометрия;\*
- б) жигар реографияси;
- в) жигар эхографияси;
- г) холецистография;
- д) умумий жигар ренгенографияси;

**4. Ўткир аппендицитда Бартомье-Михельсон симптоми таърифни кўрсатинг:**

- а) кўйлак устидан киндикдан ўнг ёнбош соҳасига қараб қўл билан сирпанганда оғриқнинг кучайиши;
- б) ўнг оёқни кўтарган пайтда қорин палпациясида оғриқнинг кучайиши;
- в) сигмасимон ичак соҳасини тукиллашиб урганда. ўнг ёнбошда оғриқнинг кучайиши;
- г) оғриқ аввал тўш ости соҳасида бошланади, кейинчалик ўнг ёнбош соҳага ўтади;
- д) бемор ҳолати чап ёнбошда, ўнг ёнбош соҳаси пальпациясида оғриқ аниқланади;\*

**5. Воскресенский симптомини изоҳлаб беринг:**

- а) киндик соҳасидаги оғриқ;
- б) эпигастрал соҳадан оғриқнинг ўнг ёнбош соҳасига ўтиши;
- в) чап ёнбош соҳасини босганда, ўнг ёнбош соҳада оғриқнинг бўлиши;
- г) кўйлакни тортиб, устидан қорин соҳасида қўлни ўтказиш вақтида оғриқнинг бўлиши;\*
- д) ўнг ёнбош соҳани босганда чап ёнбош соҳада оғриқнинг бўлиши;

**6. «Йўтал турткиси симптоми бу:**

- а) чуррани тўлқинсимон пайпаслаганда йўтал пайдо бўлиши;
- б) бемор йўтал пайтда чуррани пайпаслаганда унинг ичкарига ботиши;
- в) бир неча марта йўталгандан сўнг чурранинг қорин бўшлиғига тўғирланиши;
- г) бемор йўталган пайтда чурра халқаси пайпаслаганда турткининг кузатилиши;\*
- д) бемор йўталган пайтда чурра пайпасланганда чурра соҳасида оғриқнинг кузатилиши;

**7. Инфузион урография қайси ҳолатда ўтказилади?**

- а) буйрақларнинг нормал функциясида;
- б) ўткир сийдик тутилишида;
- в) сийдик зичлиги юқори бўлганда;
- г) сийдик зичлиги паст бўлганда;\*
- д) анурияда;

**8. 12 ёшли болада экскретор урографияда: буйрак жоми ва косачаларинг кескин кенгайиши, сийдик найи ўлчамлари нормал. Сизнинг ташхисингиз:**

- а) гидрокаликоз;
- б) буйрак ўсмаси;
- в) мегауретер;
- г) уретерогидронефроз;
- д) гидронефроз;\*

**9. Экскретор урографияда қандай контраст модда қўлланилади?**

- а) верографин;\*
- б) билигност;
- в) барий эритмаси;
- г) йодолипол;
- д) индигокармин;

**10. Гидронефрозда якуний ташхислаш учун қандай текшириш усули қўлланилади?**

- а) экскретор урография;\*
- б) умумий урография4

- в) цистография;
- г) фистулография;
- д) уретрография;

**11. Урологик текширишларнинг қайси бирида контраст модда вена ичига юборилади?**

- а) экскретор урография;\*
- б) цистография;
- в) кўтарилувчи пиелография;
- г) микцион цистоуретрография;
- д) ретропневмоперитонеум;

**12. Колоноскопия қайси аъзони текширишда қўлланилади?**

- а) йўғон ичакни текширишда;\*
- б) ингичка ичакни текширишда;
- в) қизилўнгачни текширишда;
- г) меъдани текширишда;
- д) 12- бармоқли ичакни текширишда;

**13. Болаларда бронхография ва бронхоскопияни қўллашга кўрсатма:**

- а) бронхоэктаз касаллиги, трахеобронхеал дарахт ўтказувчанлигининг бузилиши;\*
- б) плевритлар;
- в) пневмония;
- г) ўпка эмфезимаси;
- д) пневмоторакс;

**14. «Йўтал туртки» симптоми аниқланади:**

- а) тўғриланувчи чов чуррасида;\*
- б) сиқилган чов чуррасида;
- в) ўткир кечувчи гидроцеледа;
- г) тўғриланмайдиган чов чуррасида;
- д) варикоцеледа;

**15. Ўткир флегмоноз аппендицитда қуйидаги симптомлар аниқланади:**

- а) Щеткин-Блумберг;
- б) Бартомье-Михельсон;
- в) Кохер-Волкович;

- г) Ровзинг;
- д) хамма жавоблар тўғри;\*

**16. Сифон хукна учун неча %ли натрий хлор эритмаси ишлатилади?**

- а) 1%;\*
- б) 5% ;
- в) 0,9%;
- г) 3% ;
- д) 10%;

**17. Қизилўнгач венаси варикоз кенгайишидаги қон оқишини механик тўхтатиш усули:**

- а) Блекмор зондини киритиш;\*
- б) гемостатик терапия;
- в) Петъцер катетерини киритиш;
- г) меъдани совуқ сув билан ювиш;
- д) спленоренал анастомоз;

**18. Пайпасланганда ўнг ёнбош сохасининг махаллий оғриғига хос симптом:**

- а) Филатов;\*
- б) Ровзинг;
- в) Ситковский;
- г) Кохер;
- д) Воскресенский;

**19. Кўрсатилган диагностик усуллардан қайси бири қизилўнгач халазиясида информатив ҳисобланади?**

- а) Тренделенбург холатида рентгенография;
- б) вертикал холатда рентгенография;
- в) Левин бўйича рентгенография;
- г) Элефант синамаси;
- д) меъда-ичак тизимини контрастли рентген тасвири;\*

**20. Таранглашган пневмотораксда кечиктириб бўлмайдиган ёрдам:**

- а) плеврал пункция;\*
- б) кислород билан ингаляция;
- в) сунъий нафас олдириш;
- г) эуфиллин инъекцияси;

д) хаммаси тўғри;

**21. Эмизакли болада киндик чурраси аниқланганда ўтказилади:**

- а) шошилич операция;
- б) массаж ва қоринга ётқизиш;\*
- в) бандаж ва сиқиб йўргаклаш;
- г) бандаж;
- д) фақат сиқиб йўргаклаш;

**22. Сийдик қопини дивертикулида асосий диагностик усул:**

- а) контрастли цистография;\*
- б) экскретор урография;
- в) инфузион урография;
- г) диафоноскопия;
- д) антеград пиелография;

**23. Бронхоэктатик касалликда асосий текширув усули:**

- а) бронхография;\*
- б) кўкрак қафаси рентгенографияси;
- в) кўкрак қафаси рентгеноскопияси;
- г) компьютер томография.;
- д) спирография.;

**24. Ўпкани гипоплазиясини ташхислашда асосий текширув усули:**

- а) бронхография;\*.
- б) кўкрак қафаси рентгеноскопияси;
- в) бронхоскопия;
- г) кўкрак қафаси рентгенографияси;
- д) компьютер томография;

**25. Кўкрак ёшидаги болаларда ичак инвагинациясини даволаш бошланади:**

- а) операциядан;
- б) вена ичи стимуляциясидан;
- в) тўғри ичак орқали ҳаво юбориб дезинвагинация қилишдан;\*
- г) лапароскопиядан;
- д) ичак перистальтикасини электростимуляциясидан;



**26. Гиршпруг хасталигини аниқлаш учун қўлланилади:**

- а) компьютер томографияси;
- б) лапароскопия;
- в) УТТ;
- г) қорин бўшлиғи аъзоларини рентгенографияси;
- д) барий бўтқаси билан ирригография;\*

**27. Болаларда буйрақларни функционал ҳолатини аниқлаш учун ўтказилади:**

- а) экскретор урография;\*
- б) сийдик чўкмасини микроскопияси ва цистография;
- в) Нечипоренко бўйича сийдик таҳлили;
- г) сийдикни умумий таҳлили;
- д) цистография ва ретроград пиелография;

**28. Узоқ вақт битмаётган киндик ярасида кўрсатма бўлади:**

- а) УТТ ва қорин бўшлиғи умумий рентгенографияси;
- б) киндикни зондлаш;
- в) фистулография ва киндикни зондлаш;\*
- г) сийдик қопини контрастли текшируви ва фистулография;
- д) ошқозон-ичак трактини контрастли текшируви ;

**29. Ўткир аппендицитда Ситковский белгиси бу:**

- а) чап ёнбошга ётганда оғриқнинг кучайиши ;
- б) бемор кўйлаги бўйлаб киндикдан ўнг ёнбош сохага сирпантирувчи ҳаракатда оғриқ пайдо бўлиши ;\*
- в) оёқни букмаган ҳолатда юқорига кўтарган ҳолатда. ўнг ёнбош сохани пальпациясида оғриқ бўлиши ;
- г) сигмасимон ичакни турткисимон пальпациясида ўнг ёнбошда оғриқ;
- д) ўнг мойк чап мойкка нисбатан юқорида жойлашган;

**30. Чақалоқлар некротик флегмонасида ўтказиладиган тўғри муолажа:**

- а) жароҳатни резина чиқаргичлар билан дренажлаш ;
- б) антибиотиклар юбориш учун ирригатор билан дренажлаш;
- в) флегмонани Бокастова бўйича шахматсимон кесиб, гипертоник эритмали боғлам қўйиш ;\*
- г) тери ости клетчаткасидаги йирингли чўнтақларни очиш;
- д) кесмалардан кейин жароҳатни тампонлаш ;

**31. 2 хафталик беморда инфилтрация босқичидаги чап томонлама мастит аниқланади. Тавсиянгиз:**

- а) оғиз орқали антибиотиклар бериш;
- б) малҳамли боғлам ;
- в) инфилтрат пункцияси;
- г) инфилтрат соҳасида 1-3 та радиал кесим;\*
- д) сут безини сиқиш ;

**32. 12 ёшли болада ошқозон -ичак трактида қон кетиш клиникаси. Текширувни нимадан бошлаш керак?**

- а) ошқозон, 12 бармоқ ичакни контраст такшируви;
- б) гастродуоденоскопия;\*
- в) лапароскопия ;
- г) лапаротомия ва қорин девори тафтиши;
- д) колоноскопия ;

**33. Чақалоқларда йирингли жараёнларга хирургик ишлов беришда лозим бўлган анестезия тури:**

- а) умумий анестезия;\*
- б) маҳаллий инфилтрацион анестезия;
- в) маҳаллий ўтказувчи анестезия ;
- г) маҳаллий хлорэтил ;
- д) индивидуал кўрсатма;

**34. Чов-ёрғоқ чуррасини мойк истисқоси билан қиёсий ташхислаш учун қандай текшириш усули қўлланилади?**

- а) пальпация қилиш;
- б) диафоноскопия қилиш;\*
- в) умумий рентгенография;
- г) компьютер томография;
- д) пункция қилиш;

**35. Болада қизилўнгач перфорацияси. Жароҳатнинг характерини аниқлаш мақсадида фиброэзофагоскопия ўтказишга қарор қилинди. Ушбу муолажа учун оғриқсизлантириш усулини танланг:**

- а) маҳаллий оғриқсизлантириш;
- б) оғриқсизлантирилмайди;
- в) перидурал анестезия;

- г) вена ичи анестезия;
- д) миорелаксантлар билан интубацион наркоз;\*

**36. Пиотораксининг давосида кўзда тутилади:**

- а) ўчоққа таъсир қилмасдан интенсив даво ;
- б) плевра бўшлиғини Бюлау бўйича дренажлаш;\*
- в) плевра бўшлиғи пункцияси ;
- г) плевра бўшлиғини актив аспирация усулида дренажлаш;
- д) бронхоскопия;

**37. Беморда оддий пневмоторакс. Бунда нима тавсия этилади?**

- а) бронхоблокада;
- б) плевра пункцияси;\*
- в) плевра бўшлиғини Бюлау бўйича дренажлаш;
- г) плевра бўшлиғини актив аспирация усулида дренажлаш;
- д) бронх катетеризацияси;

**38. Бронхиал окмални таранглашган пневмотораксининг даво тактикаси нимадан иборат?**

- а) плевра пункцияси;
- б) бронхоблокада;
- в) плевра бўшлиғини Бюлау бўйича дренажлаш;
- г) плевра бўшлиғини актив аспирация усулида дренажлаш;\*
- д) кузатув;

**39. Пиотораксининг давосида кўзга тутилади:**

- а) ўчоққа таъсир қилмасдан интенсив даво;
- б) плевра бўшлиғини Бюлау бўйича дренажлаш;\*
- в) плевра бўшлиғи пункцияси ;
- г) плевра бўшлиғини актив аспирация усулида дренажлаш;
- д) бронхоскопия;

**40. Болаларда тўғри ичакнинг тушишини инвагинациядан фарқлашда қўлланиладиган текшириш усули:**

- а) қорин бўшлиғининг умумий рентген тасвири;
- б) тўғри ичакни бармоқ билан текшириш ;\*
- в) ҳаво билан ирригография;
- г) лапароскопия ;

д) колоноскопия ;

**41. 2 ёшли болада туғилгандан бошлаб сурункали қабзият кузатилади.**

**Ахлат фақат тозаловчи ҳуқнадан кейин келади. Ушбу ҳолатда касаликни аниқлашга ёрдам беради:**

- а) қорин бўшлиғининг умумий рентген тасвири;
- б) ҳаво билан ирригография ;
- в) барий эритмаси билан ирригография;\*
- г) оғиз орқали барий эритмасини бериш ;
- д) колоноскопия ;

**42. Гиршпруг касаллигининг ўткир турида қайси текширишни бажариш мақсадга мувофиқ?**

- а) ирригоскопия;
- б) ирригография;\*
- в) оғиз орқали барий эритмасини бериш<sup>4</sup>
- г) колоноскопия;
- д) ацетилхолинэстераза активлигини аниқлаш<sup>4</sup>

**43. Крипторхизмнинг чов турига характерли:**

- а) пальпацияда мойк сон томон силжийди;
- б) пальпацияда мойк чов канали йўналиши бўйлаб силжийди;\*
- в) пальпацияда мойк аниқланмайди ;
- г) пальпацияда мойк ёрғоқда аниқланади;
- д) ҳаммаси нотўғри;

**44. Болаларда уретрани ёрилган жароҳатида бажарилмайди:**

- а) инфузион урография;
- б) восходящая уретрография;
- в) пастга тушувчи цистоуретрография;
- г) сийдик қопи катетеризацияси;\*
- д) урофлоуметрия ;

**45. Болаларда сийдик қопи жароҳатларида асосий диагностик усул ҳисобланади:**

- а) экскретор урография;
- б) цистоскопия ;
- в) контрастли цистография;\*

- г) сийдик қоши катетеризацияси;
- д) хромоцистоскопия ;

**46. Қуйидаги текшириш усулларида қайси бири буйрак жароҳатларида юқори информатив ҳисобланади:**

- а) реоренография ;
- б) цистоуретрография;
- в) цистоскопия ;
- г) экскретор урография;\*
- д) полипозицион цистография;

**47. Болаларда анурияда бажарилмайди:**

- а) сийдик ажратиш тизими умумий рентген тасвири;
- б) экскретор урография ;\*
- в) цистоуретрография ;
- г) ретроград пиелография;
- д) цистоскопии;

**48. Гиршпруг касаллигида сифонли хукна қилиш учун қайси эритма ишлатилади?**

- а) 9 % ли натрий хлор;
- б) ош тузининг 1 % ли эритмаси;\*
- в) ош тузининг 10% ли эритмаси;
- г) совунли эритма;

**49. Киндикни нотулик оқмасида асосий диагностик усул?**

- а) фистулография\*;
- б) пальпация қилиб;
- в) қорин бўшлиғини умумий рентгенграфия қилиш;
- г) оқмани катетерлаш;
- д) цистография;

**50. Кислота билан қуйишда ошқозонни нима билан ювилади?**

- а) 2-3 % натрий бикарбонат эритмаси\*;
- б) 0,25 % новокаин эритмаси ;
- в) 0,5-1 % лимон ёки уксус кислотаси;
- г) 2 % хлорамин эритмаси ;
- д) изотоник эритма;

**51. Ишкор билан куйишда ошкозонни нима билан ювилади?**

- а) 0,5-1 % лимон ёки уксус кислотаси билан\*;
- б) 2-3 % натрий бикарбонат эритмаси ;
- в) 0,25 % новокаин эритмаси ;
- г) изотоник эритма;
- д) 2 % хлорамин эритмаси;

**52. Вангенстейн-Рисъ бўйича рентген текшириш ўтказиш вақтида беморнинг холати:**

- а) вертикал;
- б) горизонтал;
- в) оёгини юкорига килиб;\*
- г) қорин билан ётқизиблиб;
- д) ўнг ёнбошга ётқизиблиб;

**53. Буйрак шикастланишида асосий текширув усули:**

- а) экскретор урография \*;
- б) компьютер томография;
- в) умумий рентген тасвири;
- г) ультратовуш текшируви;
- д) хромоцистография;

**54. Суяк панарициясини операция қилишда қайси анестезия маъқулроқ?**

- а) ўтказувчан анестезия;\*
- б) инфилтратион анестезия;
- в) ниқобли оғриксизлантириш;
- г) интубацион оғриксизлантириш;
- д) махаллий хлорэтилли;

**55. Ўткир гематоген остеомиелитнинг бошланиш даврида ишончли диагностика қилиш усули:**

- а) юмшок тўқималарни диагностик пункция қилиш;
- б) ангиография, флебография;
- в) суякларни рентгенография қилиш;
- г) остеоперфорация ва остеотометрия;\*
- д) суякларни ультратовушли текшириш;

**56. Сон суяги пастки 3/1 қисмини ўткир гематоген остеомиелити, касалликнинг 6-7 куни. Юмшоқ тўқималар пункциясида йиринг топилди. Сизнинг даво услубингиз:**

- а) юмшоқ тўқималарни кесиш;
- б) кесиш, остеоперфорация, резина чикаргич қўйиш;\*
- в) остеоперфорация, суяк ичига антибиотиклар киритиш;
- г) тери орқали остеоперфорация;
- д) суяк атрофига антибиотиклар юбориш;

**57. Чакалоқлар мастити касаллигида қандай жаррохлик усули қўлланилади?**

- а) шахмат тартибида кўп майда кесмалар;
- б) ярим ойсимон кесмалар;
- в) радиал кесмалар;\*
- г) бўшаштирувчи кесмалар;
- д) кесиш керак эмас;

**58. Некротик флегмонада қайси эритма билан боғлам қўйилади?**

- а) ош тузини 1 % ли эритмаси;\*
- б) 40 % ли уротропин;
- в) 40 % ли глюкоза;
- г) 40 % ли сергозин;
- д) 70 градусли спирт билан;

**59. Гидроцеленнинг чов ёрғоқ чуррасидан асосий фарқли белгиси:**

- а) оғриқ бўлмаслиги;
- б) ёрғоқни катталашиши;
- в) касалликнинг муддати;
- г) диафоноскопияда ёришиши;\*
- д) ёрғоқ терисида ўзгариш бўлмаслиги;

**60. Уруғ тизимчаси ва мойк пардалари истисқосини қиёсий аниқловчи тарқалган ва енгил текшириш усули:**

- а) диафаноскопия;\*
- б) тешиб қўриш;
- в) чов сохасининг рентген сурати;
- г) чов сохаси пальпацияси;



д) лаборатор тахлиллар;

**61. Ўпка агенезияси ташхиси нимага асослаган холда қўйилади?**

- а) клиникага;
- б) спирометрияга;
- в) бронхоскопия, бронхографияга;\*
- г) цитологик текширишга;
- д) плевра бўшлиғини пункциясига;

**62. Ўпка ателектазини қиёсий диагностикасида асосий текшириш усули?**

- а) аортография;
- б) бронхография;\*
- в) бронхоскопия;
- г) ангиопулмонография;
- д) ўпкани сканерлаш;

**63. Плевра бўшлиғини дренажлашда қуйидаглардан қайси бири замонавийроқ ва қулайроқдир?**

- а) кичик торакотомия;
- б) Сельдингер усулида дренажлаш;
- в) троакар ёрдамида торакоцентез;\*
- г) стилет-дренаж ёрдамида дренажлаш;
- д) очик дренажлаш;

**64. Таранглашган пиопневмотораксда даволаш услубини кўрсатинг:**

- а) плевра пункцияси;
- б) Бюлау бўйича плевра бўшлиғини дренажлаш;
- в) актив аспирация билан плевра бўшлиғини дренажлаш;\*
- г) радикал операция;
- д) бронхоскопия;

**65. Қовурғалар синганда маҳаллий оғриқсизлантириш учун кўпинча қайси дори ишлатилади?**

- а) новокаин;\*
- б) морфин;
- в) хлорэтил;

- г) аналгин;
- д) баралгин;

**66. Ошқозон яра касаллигида энг информатив текшириш усули:**

- а) фиброгастроскопия;\*
- б) ультратовуш текшириш;
- в) КТграфия;
- г) умумий рентгенография;
- д) ошқозон ширасини текшириш;

**67. Ошқозон ва 12 бармоқли яра касаллиги рентген диагностикасида қайси контраст қўлланилади?**

- а) йодолипол;
- б) барий сульфат;\*
- в) билигност;
- г) триомбраст;
- д) верографин;

**68. Ошқозондан қон кетаётганлигини тасдиқловчи текширув усули:**

- а) эзофагоскопия;
- б) қорин бўшлиғини умумий рентген тасвири;
- в) контрастли гастроэнтерография;
- г) гастродуоденофиброскопия;\*
- д) колоноскопия;

**69. Пилоростенозни аниқловчи етакчи текшириш усулини кўрсатинг:**

- а) қорин бўшлиғи аускультацияси;
- б) ошқозон-ичакларни контрастли Р-логик текшириш;\*
- в) гастродуоденоскопия;
- г) қоннинг биохимик таҳлиллари;
- д) катталашган пилорисни пальпацияланиши;

**70. Чақалокларда ошқозон-ичакларни контрастли текширишда қўлланиладиган контраст модда:**

- а) йодолипол;\*
- б) барий сульфат;
- в) жалайдон;

- г) уротраст;
- д) билигност;

**71. 1 ёшли болада киндик чурраси бор. Чурра дефекти 0,5 см. умумий ахволи қониқарли. Қайси тавсия маъқулрок?**

- а) шошилич ташрих;
- б) 2 ёшдан кейин режали ташрих;
- в) динамикада кузатув;
- г) уқалаш, қорин олдинги девори мушакларини мустахкамлаш;
- д) уқалаш, қорин олдинги девори мушакларини мустахкамлаш, қабзиятни олдини олиш, киндикни лейкопластирь билан мустахкамлаш;\*

**72. Киндикнинг тўлиқ оқмасини аниқлашда қимматли усуллардан бири:**

- а) визуал кўрик;
- б) фистулография;\*
- в) лаборатор тахлиллар;
- г) қорин бўшлиғини умумий рентген тасвири;
- д) ультратовушли текшириш;

**73. Фистулография бу:**

- а) ошқозонга фистула қўйиб текшириш; .
- б) жарохатга фистула қўйиш;
- в) оқмаларга фистула қўйиш;
- г) оқмаларга контраст юбориб, рентген қилиш;\*
- д) контрастни оғиз орқали бериш;

**74 Янги туғилган чақалоқларда қизилўнгачни контрастли текшириш учун қайси контраст модда ишлатилади?**

- а) барий сульфат;
- б) йодолипол;\*
- в) индигокармин;
- г) бриллиант яшили;
- д) метил кўки;

**75. Қизилўнгач атрезиясига гумон қилинса, уни аниқлаш учун ўтказилиши зарур бўлган энг оддий ва имкониятли усул:**

- а) қизилўнгачни контрастли рентгенографияси;\*

- б) ошқозонга зонд ўтказиш;
- в) қорин бўшлиғини обзор рентгенографияси;
- г) эзофагоскопия;
- д) кўкрак қафасини ультратовушли текшириш;

**76. Элефант синамасини ўтказиш учун зонд орқали нима юборилади?**

- а) хаво;\*
- б) сув;
- в) контраст модда;
- г) антисептик эритма;
- д) водород пероксиди;

**77. Ошқозонга контраст модда киритиб, Тренделенбург ҳолатида рентген текшириш ўтказганда, контрастни қизилўнгачга қайтиб чиқиши қайси касалликни тасдиқлайди?**

- а) қизилўнгачни туғма калталигини;
- б) қизилўнгач ахалазиясини;
- в) қизилўнгач халазиясини;\*
- г) пилоростенозни;
- д) қизилўнгачни туғма торайишини;

**78. Қуйидаги белгилардан қайси бири ўткир ичак тутилишида кузатилади?**

- а) Ситковский симптоми;
- б) Щеткин-Блюмберг симптоми;
- в) Ваал симптоми;\*
- г) Ровзииг симптоми;
- д) юқоридагиларнинг ҳаммаси;

**79. Ичаклар инвагинациясини неча соатгача консерватив даволаш мумкин?**

- а) 6 соатгача;
- б) 8-10 соатгача;
- в) 12 соатгача;\*
- г) 18-20 соатгача;
- д) 24 соатгача;

**80. Паралитик ичак тутилишида кўлланиладиган энг самарали блоқада:**

- а) вагосимпатик блоқада;
- б) паранефрал блоқада;\*
- в) когурғалар оралиғи блоқадаси;
- г) параумбликал блоқада;
- д) Лорен-Эпштейн блоқадаси;

**81. 2 ёшли беморнинг ичи туғилгандан буён қотади. Ахлат фақат хукнадан кейин келади. Қайси текширишни ўтказиш зарур?**

- а) кориннинг умумий рентгенографияси;
- б) пневмоирригография;
- в) барий билан ирригография;\*
- г) оғиз орқали барий бериш;
- д) колоноскопия;

**82. Болаларда тўғри ичак тушишида склерозловчи терапия учун кўлланиладиган спирт эритмаси концентрацияси:**

- а) 20 %;
- б) 40 %;
- в) 60 %;
- г) 70 %;\*
- д) 96 %;

**83. Тўғри ичак тушишида склерозловчи терапия кимнинг усули билан ўтказилади:**

- а) Долецкий С.Я.;
- б) Баиров Г.А.;
- в) Мезенов А.С.;\*
- г) Шувалова З.А.;
- д) Ленюшкин А.И.;

**84. Болаларда склерозловчи терапияда тўғри ичак атрофига юбориладиган спиртнинг максимал миқдори:**

- а) 5 мл гача;
- б) 10 мл гача;\*
- в) 15 мл гача;
- г) 20 мл гача;

д) 30 мл гача;

**85. Тўғри ичак ва анал тешиги атрезиясини пункцион усул билан текширишни қайси олим таклиф этган?**

- а) Бартоме-Михельсон;
- б) Вангенстин-Рись;
- в) Пеллер-Ситковский;\*
- г) Стоун-Бенсон;
- д) Соаве-Ленюшкин;

**86. Тўғри ичак ва анал тешиги атрезиясида Вангенстейн-Рись бўйича рентген текшириш, бола туғилгандан кейин неча соат ўтгач ўтказилади?**

- а) туғилган захоти;
- б) 2-4 соат ўтгач;
- в) 12-14 соат ўтгач;\*
- г) 16-18 соат ўтгач;
- д) киндиги тушгандан кейин;

**87. Қайси нуқсонли ривожланишда Вангенстейн-Рись усулида текшириш ўтказилади?**

- а) Гиршпрунг касаллигининг ўткир шакли;
- б) тўғри ичак атрезиясининг оқмали тури;
- в) орқапешов ва тўғри ичак атрезиясининг оқмасиз турида;\*
- в) тўғри ичак ва анал тешигининг туғма торайишларида;
- д) хамма аноректал нуқсонларда;

**88. Сурункали Гиршпрунг касаллигида операциядан олдин қилинадиган хукна:**

- а) физиологик эритма билан хукна;
- б) тозаловчи хукна;
- в) сифонли хукна;\*
- г) хлоралгидратли хукна;
- д) Огнев бўйича хукна;

**89. Спленопортография қилиш учун қайси контраст юборилади?**

- а) йодолипол;
- б) барий сульфат;

- в) кардиотраст;\*
- г) билитраст;
- д) билигност;

**90. Спленопортография вақтида контраст модда қайси йўл билан киритилади?**

- а) оғиз орқали;
- б) венага;
- в) артерияга;
- г) талоқ ичига пункция қилиб;\*
- д) хамма йўл билан мумкин;

**91. Портал гипертензияда қизилўнгачдан қон кетганда қайси усул самарали?**

- а) гемостатик терапия;
- б) жигар соҳасига совуқ кўйиш;
- в) қорин аортасини босиб туриш;
- г) Блекмор зондини қўллаш;\*
- д) шошилинич операция;

**92. 3 ёшгача болада ўткир аппендицитни ташхислаш учун қўлланилади:**

- а) диазепам;
- б) никобли наркоз;
- в) табиий уйқу пайтида кўриш;
- г) 3% ли хлоральгидрат билан ухлатиб кўриш;\*

**93. 3 ёшдан катта болаларда ўткир гематоген остеомиелитни хирургик даволаш тамойиллари:**

- а) остеоперфорация;\*
- б) суяк бўшлиғини антисептиклар билан ювиш;\*
- в) лонгет билан оёқ-қўлларни иммобилизация қилиш;\*
- г) Шеде бўйича тортиш;
- д) малхамли боғлов, консерватив;

**94. . Агар жароҳатдан қон тўқ-қизил рангда чиқса, бу:**

- а) капилляр;
- б) веноз;\*



- в) аралаш;
- г) артериал;

**95. Куйишнинг биринчи босқичи учун хос:**

- а) тери ва зарарланган жой қизариши;\*
- б) пуфакча ва сероз суюқлик пайдо бўлиши;
- в) яққол оғрик;\*
- г) шиш;\*
- д) хамма эпителиал қаватлар некрози ва коагуляцияси;

**96. Куйишнинг учинчи даражаси учун хос;**

- а) тери ва зарарланган соха қизариши;
- б) яққол оғрик;\*
- в) хамма эпителиал қаватлар некрози ва коагуляцияси;\*
- г) куйиш шоки белгилари;\*
- д) фасция мушак ва пайларнинг зарарланиши;

**97. Тўртинчи даражали куйиш учун хос:**

- а) яққол оғрик;\*
- б) хамма эпителиал қаватлар некрози ва коагуляцияси;
- в) куйиш шоки белгилари;\*
- г) фасция, мушак ва пайларнинг зарарланиши.\*
- д) тўқималарни ўта куйиши; \*

**98. Қуйидагилардан қайси бири артериал қон кетишга характерли?**

- а) тўқ қон тўхтамай доим бирхил оқимда чиқиб туради;
- б) қон жарохат юзасидан секин сизиб чиқиб туради;
- в) қип-қизил қон фонтан бўлиб пулсацияланиб чиқиб туради;\*
- д) жарохатдан қон томчилаб чиқиб туради;

**99. Тўғри ичак полипидан қон кетишига гумон бўлганда текшириш**

**зарур:**

- а) ангиография;
- б) радиоизотоп текшириш;
- в) хазм йўлини контраст билан текшириш;
- г) тўғри ичакни бармоқ билан текшириш;\*

д) копрология;

**100. Ташқи қон кетишни нечта тури фарқланади?**

а) артериал;

б) веноз;

в) капилляр;

г) аралаш;

д) хаммаси тўғри;\*

### **ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР:**

#### **Масала-1.**

3 ёшли болада бронхоскопия қилингандан сўнг кучли йўтал, (вовиллаган) овоз хиррилаши, инспиратор хансираш, тана хароратини 38°C га кўтарилиши кузатилди. Сизнинг мулоҳазангиз ва тактикангиз?

#### **Масала-2.**

Бўлимга 3 ёшли бола туғилгандан буён ахлатининг қийин келишидан шикоят қилиб келди. Онаси хар 3-4 кунда тозалов клизмаси ўтказган. Бола физик ривожланишдан орқада қолган. Кўрганда териси оқиш, қорни шишган. Сизнинг ташхисингиз ва текшириш усулингиз?

#### **Масала-3.**

5 ёшли болани ота-онаси поликлиникага мурожат қилди, болада ахлатидан сўнг қизил қон келишига шикоят қилишди. Бошқа шикояти йўқ, ахлати шаклланган. Сизнинг ташхисингиз, қандай текшириш ўтказиш керак?.

#### **Масала-4.**

Тман шифохонасида хирург чақалоқни кенг кесимда некротик флегмонани очди. Шундай даволаш усули тўғрими, нотўғри бўлса нима сабабдан?

#### **Масала-5.**

6 ёшли болада тез қайталанадиган қорин оғриғи ва сийдик анализида ўзгаришлар бор. Болага шифохона шароитида экскретор урография

қилинди. Рентгенда буйрак сийдик жоми, косачалари кенгайгани аниқланди. Диагности нима?

**Масала-6.**

Шифохонага 2 ёшар бола икки томонлама зотилжам ташхиси билан қабул қилинди. Кечаси йўтал тутган вақтида болада кўкариш, қисқа муддатли апноэ, томир урушини тезлашиши кузатилади. Нафас олиш тез, ёрдамчи мускуллар иштирокида. Қандай асорат ривожланган. Аниқ ташхис қўйиш учун нима қилиш керак?

**Масала-7.**

4 хафталик бола профилактик кўрув вақтида педиатр киндигидан суюқлик ажралишини аниқлади. Киндик атрофида тери ўзгаришсиз. Тана харорати 36,8 С. Сизнинг маслахатингиз? Тактикангиз?

**Масала-8.**

2 ёшли бола ўнг томонлама деструктив пневмония билан пункция қилинди, пункция вақтида 150 мл йиринг ва кўп микдорда хаво чиқди. Плеврал бўшлиқдан игна олингандан сўнг болада тезда нафас етишмовчилик белгилари ва бесарамжонлик бўлди. Пункция қилинган жойда тез тарқалувчи тери ости эмфиземаси пайдо бўлди. Сизнинг тактикангиз?.

**Масала-9.**

13 ёшли бола қабул бўлимига умумий бехоллик, кўнгил айниш, кофесимон кусиш шикоятлар билан олиб келинди. Маълум бўлишича 1 йилдан бери бола эпигастрал соҳасида овқатдан кейин оғриқ, охирги кунларда оғриқ, зарда бўлиш, озиб кетиш, боланинг ранги оқарган. Пешонасида совуқ тер, адинамик. Сизнинг ташхисингиз, текшириш усули қандай?

**Масала-10.**

Чақалоқ туғилгандаги биринчи дақиқаларида оғзидан ва бурнидан кўпиксимон сўлак ажралиши белгиланди. Қайси кассаликни инкор қилиш мумкин? Керакли текширишлар?

**Масала-11.**

Бемор шифохонага ўнг оралиқ бронхта рентганоқонтраст ёт жисм борлиги билан келди. Кечқурун кучли йўтал туфайли болада цианоз, брадипноэ, безовталиқ келиб чиқди, аускультация қилиб кўрилганда, чап томонда нафас етишмовчилиги аниқланди. Сабаби нима? Қандай шошилинич ёрдам тавсия қиласиз?

#### **Масала-12.**

Қизилўнгачни шошилинич рентгенологик текшириш учун врачлар ўртасида кантраст моддани танлашда хар- хил фикр пайдо бўлди. Қуйидаги вариантлар тавсия этилди: серно-кислый барий 5 мл, йодлипол 3-5 мл, сергозин 1 мл, контрастсиз текширув, қизилўнгачни резинали контраст зон киргизиш йўли билан. Бу усуллардан қайсини ўтказиш мумкин, мумкин эмас? Нега?

#### **Масала-13.**

25 кунлик чақалоқда касаллик тўсатдан истимасини 39-40 Сга чиқиши билан бошланди, бир марта қусди хам. Кўкрак қафасини олдинги юзасида терида катталиги 10-12 см бўлган чегаралари аниқ гиперемия, оғриқли бироз каттиқлашиш пайдо бўлган. Сизни ташхисингиз ва даво чорангиз?

#### **Масала -14.**

Йирингли жаррохлик бўлимига 6 ёшли бола қуйидаги шикоятлар билан олиб келинди: оралиқ сохада йирингли суюқлик ажралиши, 1 ой олдин ўткир парапроктит билан даволанган, йиринг ёрилган. Олиб келинганда беморни умумий ҳолати қониқарли. Анал тешиги сохасида йирингли оқма яра бор. Тана температураси 36 С. Оқмани йўлини аниқлаш учун қандай текшириш қилиш керак?

#### **Масала-15.**

Сиз участка педиатрисиз, 5 ёшли қизчанинг ота онаси болада йирингли балғам билан доимий равишда нам йўтал борлигига шикоят қилиб келди. Ота онасининг сўзига кўра қизча 1,5 ёшлигида нафас йўлига ёт жисм билан аспирация бўлган (ёнғок ютиб юборган) ва 3 ойдан сўнг бронхоскоп

ёрмаида чап бронх пастки бўлагидаги ёт жисм олиб ташланган. Аускультацияда чап ўпка пастки бўлагида нафас товуши кескин сусайган, нам хириллаш эшитилмоқда.

Сизнинг бирламчи ташҳисингиз, текшириш режаси?

**Масала- 16.**

Бола 1,5 ёш, ўнг томонлама зотилжам билан оғримоқда. 7- куни холати бирданига ёмонлашди. Хансираш, нафас сони 80 тагача тезлашган, цианоз пайдо бўлди. Харорати 37,5 С. Кўкрак қафасининг ўнг қисми таранглашган. Перкуссияда ўнг томонда кути товуши, аускультацияда нафас товуши эшитилмади. Сизнинг бирламчи ташҳисингиз, текшириш ва даволаш режаси?

**Масала - 17.**

Клиникага 1 ойлик чақалоқ келтирилди. Ахлат келиши жуда қийин, ел юриши ҳам қийинчилик билан. Қорни каттайган. Тасвирий рентгенда йўғон ичаклари кенгайган, газ кўп тўпланган. Тозаловчи ва сифонли хукналардан кейин ҳам беморнинг қорни пасаймади. Бироқ, беморнинг ахволи оғирлашаверди. Қусиш бошланди. Бу ерда қандай касаллик бўлиши мумкин? Қандай текшириш усулини қўллайсиз?

**Масала -18.**

Бола 3 ёшда. Онасининг сўзидан 1 соат олдин каустик сода ичиб юборган. Бола безовта. Оғиз бўшлиғида шиллик қават гиперемияси ва шиш, гиперсаливация аниқланади. Сизнинг дастлабки ташҳисингиз ва тактикангиз.?

**Масала -19.**

Бемор 9 ёш. Келгандаги шикоятлари бел соҳасидаги оғриққа, сийдигининг қон аралаш келишига. Анамнезида бола орқаси билан йиқилиб тушган. Кўрувда ўнг бел соҳасида оғриқ, шиш бор. Сийдиги қон аралаш. Сизнинг ташҳисингиз ва текшириш усули?

**Масала -20.**

Чақалоқ 1 ойлик. Киндик қолдиқлари 5 кунда тушгандан кейин киндик чуқургилидан рангсиз суюқлик ажралиб турибди. Ташхис қўйиш учун қандай текшириш усуллари қўлланилади?

**Масала -21.**

Қизча 2 ёш 6 ойлик . Киндик соҳасида ноксимон шиш 3,5x2 см. кўринади. Пальпацияда хосила қоринга тўғриланади. Хосила устидаги тери ўзгармаган. Сизни ташхисингиз ва даволаш тактикангиз?

**Масала-22.**

Бола 7 ёш. Шикояти температуранинг 37 Сга кўтарилишига, қорнидаги доимий оғриққа ва бир марта қайд қилишга.Кўрувда – қорин мушаклари таранглашган, симптом Ситковский, Ровзинг ва Филатов мусбат. Анализиде лейкоцитоз. Сизнинг ташхисингиз ва тактикангиз?

**Масала -23.**

Бола 8 ёш. 5 кун олдин аппендэктомия операцияси ўтказилган. Кечадан бери тана харорати 38 гача кўтарилган. Қориннинг пастки соҳасида ва сийганида оғриқ. Per rectum- тўғри ичак олдинги деворининг осилиб туриши ва оғриқ кузатилади. Сизнинг ташхисингиз ва тактикангиз?

**Масала -24.**

8 ойлик болани касаллик бошланганидан 8 соат ўтгандан сўнг шифохонага олиб келишди. Касаллик ўткир бошланган, безовталанган, оёқларини типирчилатган, овқат емай қўйган. Нотинчлик хуружи қисқа вақтли бўлган. Кейин бола ухлаб қолган. 20-25 мин дан сўнг уйғониб қусиш пайдо бўлган, қайта кескин нотинчлик бўлган. Текшириш вақтида болани ранги оқарган, адинамик, кўришга реакциясига йўқ. Таглик тўқ-қизил ажралмалар билан ифлосланган. Дастлабки ташхис, текшириш режаси. Сизнинг тактикангиз?

**Масала -25.**

Янги туғилган чақалоқда перкуссияда кўкрак қафасининг ўнг томонида тўмтоқлик, ўнг томонда нафаснинг йўқлиги, кўкс оралиғи аъзоларини тўлик

ўннга силжиши аниқланди.. Ташхисни қўйиш учун қандай текшириш ўтказиш керак?

**Масала -26.**

Кўкрак қафасининг рентгенограммасида плевра соҳасида горизонтал суюқлик сатхи ва тўлиқ бужмайган ўпканинг соғлом ўпка тамонга силжиганлиги кўринади. Ташхисни қўйинг ва даво чорасини белгиланг.

**Масала -27.**

2 ёшли беморнинг ичи туғилгандан буён қотади. Ахлат фақат хукнадан кейин келади. Қайси текширишни ўтказиш зарур?

**Масала -28.**

Боланинг 5-бармоғида оғриқ ва шиш бўлиб, у кафт томон тарқалмоқда. Актив ҳаракатлар йўқ, пассив ҳаракатлар кескин чекланган ва оғриқли. Ташхисингиз ва даволаш усулингиз?

**Масала -29.**

Сон суягини пастки 3/1 қисмида ўткир гематоген остеомиелити, касалликнинг 6-7 кунли. Юмшоқ тўқималар пункциясида йиринг топилди. Сизнинг даво услубингиз?

**Масала -30.**

4 ойлик умумий ахволи қониқарли болада чов соҳасида 3х3 см оғриқсиз, ҳаракатлари чекланган, қаттиқ эластик, ушлаб кўрганда ўлчамлари ўзгармайдиган хосила аниқланади. Диагнозни аниқлаш учун нима қилиш керак?

**Масала -31.**

Профилактик кўрув вақтида педиатр киндикдан суюқлик ажралишини кўрди, киндик атроф териси ўзгаришсиз, болани температураси 36,8 С. сизнинг маслаҳатингиз ва келгуси тактикангиз?

**Масала -32.**

4 ёшли бола шифохонага ошқозон- ичак трактининг юқори қисмидан қон кетиш билан олиб келинди. Госпитализация вақтида қон кетиш аломатлари



аниқланмайди. Нв – 90г/л, АД – 100/ 50 мм.сим.уст.. Сизни тахминий ташхисингиз.Қандай текшириш ўтказиш керак?

**Масала -33.**

13 ёшли бола шифохонага ошқозон- ичак трактининг пастки қисмидан қон кетиши билан олиб келинди. Госпитализация вақтида қон кетиш аломатлари аниқланмайди. Нв – 90г/л, АД – 100/ 50 мм.сим.уст.. Сизни тахминий ташхисингиз.Қандай текшириш ўтказиш керак?

**Масала -34.**

Янги туғилган чақалоқда перкуссияда кўкрак қафасининг ўнг томонида тўтмоқлик, ўнг томонда нафаснинг йўқлиги, кўкс оралиғи аъзоларини тўлик ўнгга силжиши аниқланди. Бронхоскопияда ўнг асосий бронхнинг йўқлиги қайд қилинади. Ташхисни қўйинг.

**Масала -35.**

10 ёшли бола велосипеддан йиқилиб тушган. Болада ўнг бел соҳасида оғриқ. Макрогематурия бўлаяпти. Сизнинг тахминий ташхисингиз. Қандай текшириш ўтказиш керак?

**Масала -36.**

Чақалоқ қорнининг юқори қисмлари, айниқса эпигастрал соҳалари шишган, қориннинг пастки қисмларини бир оз ботганлиги аниқланмоқда. Умумий рентген суратда эпигастрал соҳада иккита суюқлик сатхи кўринаяпти. Кўп миқдорда қайт қилганидан сўнг, эпигастрал соҳада шиш йўқолмоқда. Сизнинг тахминий ташхисингиз. Қандай текшириш ўтказиш керак?

**Масала -37.**

1,5 ойлик чақалоқнинг онаси жаррохлик бўлимига боланинг 20 кундан бери эмизганидан сўнг ва йиғлаганида, горизонтал ҳолатда бўлганида қайт қилаётганлигига шикоят қилиб келди. Сизнинг тахминий ташхисингиз. Қандай текшириш ўтказиш керак?

**Масала -38.**

Чақалоқ хаётининг 2-суткасида ахволи ёмонлашиб, ўт аралаш қайт қилди. Қусуқ массаси кейинчалик ахлатли характерга ўтди. Болада меконий ва ел келмаган. Сизнинг тахминий ташхисингиз. Қандай текшириш ўтказиш керак?

**Масала -39.**

Бола 7 ёшда. Автотравмадан сўнг ўткир сийдик тутилиши кузатилмоқда. Рентгенограммада чаноқ суяклари синган. Сизнинг тахминий ташхисингиз. Қандай текшириш ўтказиш керак?

**Масала -40.**

Болалар бўлимига 7 ойлик бола “ичак инвагинацияси” ташхиси билан келди. Касаллик бошланганига 10 соат бўлган. Шу болага даволаш тактикасини танланг.

**Масала -41.**

Бола 12 ёшда. Бўйнининг орқасида кўк-қизил рангдаги яллиғланишли некротик инфильтрат бор бўлиб, хажми 2-3 см. Оғриққа, холсизликка, бош оғриғига шикоят қилапти. Тана харорати 39<sup>0</sup> С. Сизнинг ташхисингиз ва даволаш тактикангиз?

**Масала -42.**

3 ёшли қизча қабул бўлимига “ўткир аппендицит” гумони билан келтирилди. Шифокор текиришига негативлик билан ёндошмоқда. Бола безовталаниб, бақирапти. Олдинги қорин деворини пальпация қилишга имконият бермаяпти. Нима қилиш керак?

**Масала -43.**

Бола 11 ёшда. Қорнида бирданига оғриқ пайдо бўлиб, сийдик йўли, жинсий аъзолар ва сонга иррадиацияланувчи характерга эга бўлиб, дизурик белгилар билан кузатилмоқда. Кўнгил айниши, бир мартаба қайт қилиш кузатилган. Қорни юмшоқ, нафас актида иштирок этаяпти. Пастернацкий симптоми ўнг томонда мусбат. Сийдик анализида: макрогематурия. Сизнинг тахминий ташхисингиз? Қандай текширув ўтказиш керак?

**Масала -44.**

4 ёшли бола шошилич холатда қуйидаги шикоятлар: қорнининг пастки соҳасида бирданига оғриқ, сияолмаслик билан келди. Кўрилганда сийдик пуфагини катталашгани ва оғриқлилиги аниқланди. Сийдик 10 соат давомида келмаган. Сизнинг тахминий ташхисингиз? Қандай текширув ва даволаш усулини қўллаш керак?

**Масала -45.**

3,5 ёшли бола ўнг оралиқ бронхда рентгенконтраст ёт жисм билан стационарга келди. Кечаси қаттиқ йўталдан сўнг болада цианоз, брадипноэ, безовталиқ кузатилаяпти. Аускультацияда чап томонда нафас эшитилмаяпти. Сизнинг тахминий ташхисингиз? Қандай тез ёрдам чораси кўрилади?

**Масала -46.**

6 ёшли қизча стационар шароитида пиелонефрит ва ўнг бел соҳасида тез-тез хуружли оғриқ билан даволанмоқда. Текширилганда буйраклар ва сийдик ажратиш йўлини рентген контрастли текшириш зарурати пайдо бўлиб қолди. Бу қандай текшириш ва қандай ўтказилади?

**Масала -47.**

Болада бирданига ўткир пневмония фонида йўтал, хансираш, цианоз пайдо бўлди. Аҳволи оғир: тахикардия, тахипноэ, ўткир нафас етишмовчилиги кузатилаяпти. Кўздан кечирилганда: чап томонда қовурға оралиқларининг бўртиши, ўпкада тимпанит, нафаснинг сустлиги аниқланаяпти. Юракнинг соғ тарафга силжиши кузатилди. Рентгенограммада: плеврал бўшлиқда ҳаво, ўпканинг тотал коллапси аниқланди. Сизнинг тахминий ташхисингиз ва даволаш тактикангиз?

**Масала -48.**

Жарроҳлик бўлимининг қабулхонасига 10 ёшли қиз келтирилди, 3 кун олдин велосипеддан йиқилган. Шикояти: ўнг болдир қисмида оғриқ бўлганига, тана хароратини  $38^{\circ}$  С гача кўтарилганига, юраолмаганлигига. Ўнг оёқнинг болдир қисмида териси қизил-кўкимтир рангда, шишган. Пальпацияда

флюктуация аниқланди. Сизнинг тахминий ташхисингиз ва даволаш тактикангиз?

**Масала -49.**

Туғруқхонадан, 5 соат аввал туғилган чақалоқ жаррохлик бўлимига орқа пешов атрезияси ташхиси билан олиб келинди. Атрезия оқмасиз. Даволаш тактикасини белгилаш учун қандай текшириш ўтказиш керак?

**Масала -50.**

Дефекция сўнгида ахлати устида бир неча томчи қирмизи ранг қон бўлиши шикояти билан келган бемор болани тўғри ичаги бармоқ билан кўрилганда ҳеч нарса аниқланмади. Қон келиш сабабини аниқлаш учун яна қандай текшириш ўтказиш керак?

## Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

**Асосий:**

- 1.Алиев М.М. Болалар хирургияси.1-2 том.Тошкент, "Янги Нашр"2018.-375 б.
- 2.Баиров Г.А., Рошаль Л.М. Гнойная хирургия детей: Руководство для врачей. Л.: Медицина, 1991.-272 с.
- 3..Гадаев А., Ахмедов Х.С. Умумий амалиёт врачлари учун амалий кўни кмалар тўплами. Тошкент, "Мухаррир нашрети",2010.-427 б.
- 4.Исаков Ю.Ф.,Лопухин Ю.М.,Степанов Э.А. и др. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста:Учебник,2-е изд.М.:Медицина,1989.-592 с.
- 5.Лёнюшкин А.И. Руководство по детской поликлинической хирургии.Ленинград."Медицина", 1986.-336 с.  
кмалар тўплами. Тошкент, "Мухаррир нашрети",2010.-427 б.
- 6.Лопаткин Н.А.,Пугачев А.Г. Детская урология.Руководство.М.:Медмцина,1986.-496 с.
- 7.Сулаймонов А.С. Болалар хирургияси. Ўқув адабиёти.-Абу Али ибн Сино, Тошкент, 2000.-520 б.

8. Гурсунов Б.С. Хирургик беморлар парвариши. Дарслик. II нашри. Тошкент. "Абу Али ибн Сино", 1995.-239 б.

**Кўшимча:**

1. Ащеулова Т.В., Питецкая Н.И. Глубокая скользящая методическая пальпация отделов кишечника, печени, селезёнки. Методические указания к практическим занятиям студентов по пропедевтике внутренней медицины. Харьков, ХНМУ, 2016.-20 с.

2. Баиров Г.А. Неотложная хирургия детей. Ленинград. "Медицина", 1983.-406 .

3. Барбара Бейтс, Лин Байкли. Энциклопедия клинического обследования больного, 2001.

4. Барыкина Н.В., Зарянская В.Г. Сестринское бело в хирургии. Ростов-на-Дону, "Феникс", 2014.

5. Болотова Н.В., Аверьянов А.П., Филина Н.Ю. Методика клинического обследования ребенка. Электронное учебное пособие для студентов мед. вузов. Саратовский медицинский университет, 2006.

6. Георгиу Н.К., Куражос Б.М. Цисто-уретрография у детей. Атлас рентгенограмм. Кишинев, "Штиинца", 1986.- 93 с.

7. Глухов А.А., Андреев А.А. и др. Основы ухода за хирургическими больными. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2013.

8. Денисов И.Н., Ивашкин В.Т., Княжев В.А. и др. Энциклопедия клинического обследования больного. 2001.

9. Детские болезни: под ред. Шабалова Н.П. 5-изд. , Питер, 2006.- 832 с.

10. Детские болезни. под ред. Л.А. Исаевой. М., Медицина, 2002. -592 с-, ил стр.321-330.

11. Долецкий С.Я. Специальные методы исследования в хирургии детского возраста и пограничных областях. М., Медицина, 1970.-239 с.

12. Исамитдинов Б.Х., Ибайдуллаева С.А., Махмудов М.С. ва б. Хамширалик иши. Ўқув қўлланма. Андижон, 1993.-84 б.

13. Капитан Т.В. Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми: Учебник

для студентов мед.вузов.-М.: МЕД пресс-информ,2004.-654 с..

14.Краснов А.Ф. Хамширалик иши. Тиббиёт олий укув юртлари олий маълумотли хамшира факультети талабалари учун дарслик. М.,2000.1- 2 т.

15.Кукушка И.С.,Бобровая В.И.,Вершигода А.В. и др. Практические навыки из медицины неотложных состояний.,Киев,2008.-162 с.

16. 2122.Нишанов П.Н.,Батиров А.К.,Рахманов Б.Ж. Практические навыки по хирургии для студентов 6 курса лечебного факультета.(Учебно-методическая разработка). Андижан,1998.-72 с.

17.Тарасюк В.С. Остановка внешнего кровотечения. Научно-методич. Пособие,Винница,2000.-55 с.

18.Терещенко А.В.,Люлько А.В. Рентгено-урологическая диагностика в педиатрии.,Киев, «Здоровья», 1985.- 152 с.

19.Тульчинская В., Соколова Н, Шеховцева Н. Сестринское дело в педиатрии. Изд-во “Феникс”, Ростов на Дону. 2001.

20.Мухина С.А.,Гарнохина И.И. Общий уход за больными. М.,”Медицина”,1989.

21.Обуховец Т.А.,Чернова О.В. Основы сестринского дела: практикум.- Ростов-на-Дону, «Феникс»,2018.-687с.

22.Ослопов В.Н., Богоявленская О.В. Общий уход за больными в терапевтической клинике.М., «Гэотер-мед», 2004.

23.Островская И.В., Широкова А.Основы сестринского дела: Учебник.-М.: ГЕОТАР–Медиа,2015.-320 с.

24.Парамонова Н.С. Медицинские манипуляции и навыки в педиатрии. Учебное пособие. М., «Медицина»,2015.-191 с.

25.Сабилов Д.М.,Газизов А.З.,Исмаилова Б.Х. Тиббий муолажалар.”Voris-Nashriyot”, «Тошкент,2007.-100 б.

26.Усов И.Н., Чичко М.В., Астахова Л.Н. Практические навыки педиатра. Минск, Изд-во “Высшая школа”, 1988.

27.Уход за больным ребенком: учебно-методическое пособие для студентов

педиатрического факультета. Н.С.Парамонова и др;  
под.ред.Н.С.Парамоновой.-Гродно:ГрГМУ,2010.-196 с.

28.Шамсиев Ф.С., Еренкова Н.В. Справочник по уходу за больными детьми  
Тошкент, 1993.

29. Яромыча И.В. Сестринское дело. Минск, «Вышэйшая школа»,2004.

**Интернет сайтлар:**

1.pohudeen.net/protcedury/sifonnaja-klizma.html

2.www.syl.ru/article/204702/new-sitonnaya-klizma

3.www.Ziyo.Net

4.www.MedPortal.ru

5.www.evrika.ru

6.www.Med-edu.ru

7.www.med-info.ru



