

AKBAROV N.A.

**BOLALAR JARROXLIGI FANIDAN
AMALIY KO'NIKMALAR**

O'QUV QO'LLANMA



ANDIJON – 2022 yil



**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- *Pediatrica 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



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

AKBAROV NOSIRJON AKBAROVICH

**BOLALAR JARROXLIGI FANIDAN
AMALIY KO‘NIKMALAR**

O‘quv qo‘llanma

Bilim soxasi - Ijtimoiy ta‘minot va sog‘liqni saqlash - 500000

Ta‘lim soxasi – Sog‘liqni saqlash - 510000

Ta‘lim yo‘nalishi «Pediatriya ishi» – 5510200

“Bolalar jarroxligi” mutaxassisligi – 5A510202

ANDIJON-2022 yil.

Tuzuvchi:

Akbarov N.A. – Andijog davlat tibbiyot instituti, bolalar jarroxligi kafedrası, t.f.n., dotsent.

Taqrizchilar:

Aliev M.M. – Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, fakultativ bolalar xirurgiyasi kafedrası mudiri, t.f.d., professor.

Gafurov A.A. – Andijon davlat tibbiyot instituti pediatriya fakulteti dekani, t.f.d., professor.

O‘zbek tilida lotin grafikasida yozib tayyorlangan ushbu o‘quv qo‘llanmada xarbir amaliy ko‘nikma uchun maqsad, ko‘rsatma, qarshi ko‘rsatma, uni bajarish uchun kerakli tibbiy jixozlar, uni bajarish texnikasi va bajarish jarayonida mumkin bo‘lgan asoratlar xaqida ma‘lumot berilgan. Maxsus bo‘limlarda turli xil shoshilinch xolatlarda bolalarga dastlabki jarroxlik yordamini ko‘rsatish va tekshirish usullari xamda ularni bajarish texnikasini algoritmi, ya‘ni xarakatlar ketma-ketligi bayon qilingan. Bu esa, yuqori bosqich talabalari egallashlari lozim bo‘lgan amaliy ko‘nikmalarni bu tartibda bayon qilish, ular tomonidan o‘z kasbiy maxoratini puxta o‘zlashtirishni osonlashtiradi. Qo‘llanmada keltirilgan xarbir amaliy ko‘nikma uchun chizmalar, sxemalar, suratlar va rasmlar berilgan bo‘lib, ular rangli tasvirlarda ko‘rsatilgan. O‘quv qo‘llanma, bolalar jarroxligi fani bo‘yicha tibbiyot oliy o‘quv yurtlarining yuqori bosqich talabalari, magistrlar, klinik ordinatorlar uchun mo‘ljallangan. Qo‘llanmadan oilaviy poliklinikalarda faoliyat yuritayotgan umumiy amaliyot shifokorlari xam foydalanishi mumkin.

Barcha xuquqlar ximoyalangan. N.A.Akbarovning yozma ruxsatisiz qo‘llanmani to‘laligicha chop etish qat‘iyan man etiladi. Bu cheklov kitob qismlaridan o‘quv yoki ilmiy maqsadlarda foydalanishga, shuningdek undan taqrizlarda iqtibos keltirishga taalluqli emas.

MUNDARIJA

Kirish.....	21
Bo‘lim –I. Abdominal jarroxlikdan amaliy ko‘nikmalar.....	23
Qorinni yuzaki palpatsiya qilish.....	23
Qorinni Obrazsov-Strajestko bo‘yicha sirpanuvchi chuqur palpatsiya qilish....	25
Jigarni palpatsiya qilish	25
Sigmasimon ichakni palpatsiya qilish.....	26
Ko‘richakni palpatsiya qilish.....	27
Ko‘ndalang –chambar ichakni palpatsiya qilish.....	28
Ko‘tariluvchi yo‘g‘on ichakni palpatsiya qilish.....	28
Pastga tushuvchi yo‘g‘on ichakni palpatsiya qilish.....	29
Oqozonni palpatsiya qilish.....	30
Taloqni palpatsiya qilish.....	30
Qorinni bimanual taqqoslovchi palpatsiya qilish.....	31
O‘tkir appenditsitni asosiy simptomlarini aniqlash.....	32
Sitkovskiy simptomini aniqlash texnikasi.....	32
Filatov simptomini aniqlash texnikasi.....	33
Rovzing simptomini aniqlash texnikasi.....	34
Shetkin –Blyumberg simptomini aiqlash texnikasi.....	35
Bartome-Mixelson simptomini aniqlash texnikasi.....	36
Voskresenskiy simptomini aniqlash texnikasi.....	36
Erta yoshdagi bolalarda appenditsit va peritonitda “Qo‘lni itarish” simptomini aniqlash texnikasi.....	37
Vaynert simptomini aniqlash.....	38
3 yoshgacha bolalarda o‘tkir qorin sindromini medikamentoz uxlatib korish....	39
Qizilo‘ngach atreziyasida Elefant sinamasini o‘tkazish.....	41
Qizilo‘ngach atreziyasini zondlab aniqlash.....	42
Qizilo‘ngach tug‘ma nuksonlarini aniqlashda kontrastli rentgen tekshirish.....	43
Ezofagoskopiyani o‘tkazish texnikasi.....	45

Fibroezofagogastroduodenoskopiyanı (FEGDS) o‘tkazish texnikasi.....	46
Qizilo‘ngachdan qon ketganda Blekmor zondini o‘rnatish texnikasi.....	48
Pilorostenozni kontrastli rentgen tekshirish.....	49
Oshqozonni zondlash texnikasi.....	51
Oshqozonni yuvish texnikasi.....	54
Oshqozon va ingichka ichakni kontrastli rentgen tekshirish.....	58
Trendelenburg xolatida kontrastli rentgen tekshirish.....	59
Kindik churrasini konservativ davolash.....	60
Kindik oqmasini fistulografiya qilish.....	62
Assitda qorin bo‘shlig‘ini punksiya qilish va drenajlash.....	63
To‘g‘ri ichakni barmoq bilan tekshirish.....	65
To‘g‘ri ichakni rektal oyna bilan ko‘rish.....	67
Orqapeshov atreziyasida Vangenstin-Ris bo‘yicha rentgenografiya qilish.....	69
Anus va to‘g‘ri ichak atreziyasida Peller-Sitkovskiy sinamasini o‘tkazish	71
Anus va to‘g‘ri ichak atreziyasida A.I.Lyonyushkin sinamasini o‘tkazish.....	72
Gaz chiqaruvchi naychani qo‘yish texnikasi	73
Chiqib qolgan to‘g‘ri ichakni konservativ davolash.....	75
Tozalovchi xuknani o‘tkazish texnikasi.....	77
Sifonli xuknani o‘tkazish texnikasi.....	79
Duglas bo‘shlig‘i absessini ochish texnikasi.....	83
Orqapeshov va to‘g‘ri ichak stenozini bujlash.....	86
Rektoromanoskopiyanı o‘tkazish texnikasi.....	88
Kolonoskopiyanı (irrigoskopiya) o‘tkazish texnikasi.....	91
Pnevmoirrigoskopiyanı o‘tkazish texnikasi.....	93
Kontrastli irrigografiyanı o‘tkazish texnikasi.....	94
Konservativ usulda ichak dezinvaginatseyasini o‘tkazish.....	96
Chov churrasini aniqlash.....	98
Qislgan chov-yorg‘oq churrasini aniqlash.....	100
Splenomonometriya va splenopografiyanı o‘tkazish texnikasi.....	101

Bo‘lim –II. Torokal jarroxlikdan amaliy ko‘nikmalar.....	103
Bronxoskopiyani o‘tkazish texnikasi.....	103
Bronxografiyani o‘tkazish texnikasi.....	106
Plevra bo‘shlig‘ini punksiya qilish texnikasi.....	109
Plevra bo‘shlig‘ini drenajlash (torokotsentez) texnikasi.....	111
Qovurg‘alararo nervni bloqada qilish texnikasi.....	115
Bo‘lim –III. Urologiyadan amaliy ko‘nikmalar.....	116
Balanopostitni konservativ davolash texnikasi.....	116
Parafimozni davolash.....	118
Sirkumsiziyani bajarish texnikasi.....	120
Siydik pufagini (qovuqni) kateterlash texnikasi.....	123
Siydik pufagini (qovuqni) punksiya qilish texnikasi.....	127
Sistoskopiyani o‘tkazish texnikasi.....	128
Troakar bilan epitsistostoma qo‘yish texnikasi.....	131
Retrograd sistografiyani o‘tkazish texnikasi.....	134
Miksion sistografiyani o‘tkazish texnikasi.....	137
Retrograd uretroografiyani o‘tkazish texnikasi.....	139
Vena ichiga ekskretor uroografiyani o‘tkazish texnikasi.....	142
Infuzion urografiyani o‘tkazish texnikasi.....	145
Buyraklarni bimanual palpatsiya qilish texnikasi.....	146
Pasternak simptomini aniqlash texnikasi.....	148
Vishnevskiy bo‘yicha novokainli paranefral bloqada qilish texnikasi.....	150
Kriptorxizmni aniqlash texnikasi.....	152
Varikotseleni tekshirish texnikasi.....	153
Urug‘ tizimchasini Loren-Epshteyn bo‘yicha novokainli bloqada qilish.....	154
Moyak pardasi istisqosida diafonoskopiya qilish texnikasi.....	155
Teri orqali (perkutan) punksiya qilib nefrostoma qo‘yish texnikasi.....	156
Bo‘lim –IV. Yiringli jarroxlikdan amaliy ko‘nikmalar.....	160
Yiringli mastitni ochish va drenajlash texnikasi.....	160

Furunkulni ochish texnikasi.....	161
Qarbunkulni ochish texnikasi.....	163
Flegmonani ochish texnikasi.....	165
Chaqaloqlar flegmonasini Bokastova bo'yicha ochish texnikasi.....	166
Yumshoq to'qimalar absessini ochish texnikasi.....	168
Panaritsiyani ochish texnikasi.....	170
Osteotonomeriya va osteoperforatsiya qilish texnikasi.....	172
Bo'lim –V. Boshqa amaliy ko'nikmalar.....	175
Jaroxatga birlamchi jarroxlik ishlov berish.....	175
Termik kuygan jaroxatga birlamchi ishlov berish.....	177
Ateromani olish texnikasi.....	181
Venaseksiyaning bajarish texnikasi.....	182
Tashqi qon ketishlarni vaqtincha to'xtatish texnikasi.....	184
Stasionardan tashqarida vaqtincha qon to'xtatish.....	185
Oyoq yoki qo'l qantomirlaridan tashqi qon ketganda, vaqtincha qon to'xtatuvchi rezina qisqich (jgut) qo'yish texnikasi.....	185
Tananing boshqa joylaridagi qantomirlardan qon ketganda vaqtincha qon to'xtatish usullari.....	187
Yirik qantomirlardan qon ketganda, barmoq bilan bosib vaqtincha qon to'xtatish uchun anatomik nuqtalar.....	188
Burundan qon ketishni to'xtatish texnikasi.....	191
O'sib kirgan tirnoqni olish texnikasi.....	193
Yumshoq to'qimalardan yot jismni olish texnikasi.....	195
A.V.Vishnevskiy bo'yicha novokainli infiltratsion anesteziya qilish.....	197
A.V.Vishnevskiy bo'yicha vagosimpatik blokada qilish texnikasi.....	198
Oberst-Lukasheviya bo'yicha o'tkazuvchan anesteziya qilish texnikasi.....	199
Vena qon tomirini punksiya qilish texnikasi.....	201
Venaga tomizgichni (kapelnitsani) ulab dori yuborish.....	204
Oqma yo'lini zondlash.....	207

Fistulografiyani o‘tkazish.....	209
Traxeostomiya qilish texnikasi.....	211
Bo‘lim-VI. Mavzular bo‘yicha test savollar va vaziyatli masalalar.....	216
Test savollar.....	216
Vaziyatli masalalar.....	236
Foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati.....	245

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	21
ГЛАВА –I. Практические навыки по абдоминальной хирургии.....	23
Поверхностная пальпация живота.....	23
Скользящая глубокая пальпация живота по Образцову-Стражестко.....	25
Пальпация печени.....	25
Пальпация сигмовидной кишки.....	26
Пальпация слепой кишки.....	27
Пальпация поперечно-ободочной кишки.....	28
Пальпация восходящей ободочной кишки.....	28
Пальпация нисходящей ободочной кишки.....	29
Пальпация желудка.....	30
Пальпация селезенки.....	30
Сравнительная бимануальная пальпация живота.....	31
Определение основных симптомов острого аппендицита.....	32
Техника определения симптома Ситковского.....	32
Техника определения симптома Филатова.....	33
Техника определения симптома Ровзинга.....	34
Техника определения симптома Щеткина -Блюмберга.....	35
Техника определения симптома Бартоме-Михельсона.....	36
Техника определения симптома Воскресенского.....	36
Техника определения симптома «Оталкивание руки» при аппендиците и перитоните у детей раннего возраста.....	37
Определение симптома Вайнерта.....	38
Осмотр живота при синдроме острого живота у детей до 3 года с вводом в медикаментозный сон.....	39
Проведение пробы Элефанта при атрезии пищевода.....	41
Определение атрезии пищевода путем зондирования.....	42

Контрастное рентгеновское исследование при определении врожденной аномалии пищевода.....	43
Техника проведения Эзофагоскопии.....	45
Техника проведения Фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС).....	46
Техника установки зонда Блекмора при кровотечении из пищевода.....	48
Контрастное рентген исследование пилоростеноза.....	49
Техника зондирование желудка.....	51
Техника промывания желудка.....	54
Контрастное рентген исследование желудка и тонкого кишечника.....	58
Контрастное рентген исследование в положение Тренделенбурга.....	59
Консервативное лечение пупочной грыжи.....	60
Техника проведения фистулографии пупочного свища.....	62
Техника пункции и дренирования брюшной полости при асците.....	63
Пальцевое исследование прямой кишки.....	65
Осмотр прямой кишки с помощью ректального зеркала.....	67
Проведение рентгенографии по Вангенстину-Риса при атрезии заднего прохода.....	69
Проведение пробы Пеллера-Ситковского при атрезии заднего прохода и прямой кишки	71
Проведение пробы А.И.Лёнюшкина при атрезии заднего прохода и прямой кишки.....	72
Техника постановки газоотводной трубки.....	73
Консервативное лечение выпадение прямой кишки.....	75
Техника проведения очистительной клизмы.....	77
Техника проведения сифонной клизмы.....	79
Техника вскрытия абсцесса пространства Дугласа.....	83
Бужирование стеноза заднего прохода и прямой кишки.....	86
Техника проведения ректороманоскопии.....	88
Техника проведения колоноскопии (ирригоскопии).....	91

Техника проведения пневмоирригоскопии.....	91
Техника проведения контрастной ирригографии.....	94
Проведение дезинвагинации кишечника консервативным путём.....	96
Определение паховой грыжи.....	98
Определение ущемлённой пахово-мошоночной грыжи	100
Техника проведения спленомонометрии и спленопортографии.....	101
ГЛАВА –II. Практические навыки по торакальной хирургии.....	103
Техника проведения бронхоскопии.....	103
Техника проведения бронхографии.....	106
Техника проведения пункции плевральной полости.....	109
Техника дренирование плевральной полости (торокоцентез).....	111
Техника проведения блокады межрёберного нерва	115
ГЛАВА –III. Практические навыки по урологии	116
Техника консервативного лечения баланопостита.....	116
Лечение парафимоза.....	118
Техника выполнения циркумцизии.....	120
Техника катетеризации мочевого пузыря.....	123
Техника проведения пункции мочевого пузыря.....	127
Техника проведения цистоскопии.....	128
Техника наложения эпицистостомы с помощью троакара.....	131
Техника проведения ретроградной цистографии.....	134
Техника проведения микционной цистографии.....	137
Техника проведения ретроградной уретрографии.....	139
Техника проведения внутривенной экскреторной урографии	142
Техника проведения инфузионной урографии.....	145
Техника бимануальной пальпации почек.....	146
Техника определения симптома Пастернака.....	148
Техника паранефральной новокаиновой блокады по Вишневскому.....	150
Техника определения крипторхизма.....	152

Техника исследования варикоцеле.....	153
Новокаиновая блокада семявыносящего протока по Лорен-Эпштейну.....	154
Техника проведения диафаноскопии при водянке оболочек яичка.....	155
Техника наложения чрескожной (перкутанной) нефростомии.....	156
ГЛАВА –IV. Практические навыки по гнойной хирургии.....	160
Техника вскрытия и дренирования гнойного мастита.....	160
Техника вскрытия фурункула.....	161
Техника вскрытия карбункула.....	163
Техника вскрытия флегмоны.....	165
Техника вскрытия флегмоны новорождённых по Бокастовой.....	166
Техника вскрытия абсцесса мягких тканей.....	168
Техника вскрытия панариция.....	170
Техника проведения остеотонометрии и остеоперфорации.....	172
ГЛАВА –V. Другие практические навыки.....	175
Первичная хирургическая обработка ран.....	175
Первичная обработка раны от термического ожога.....	177
Техника удаления атеромы.....	181
Техника выполнения венасекции.....	182
Техника временной остановки наружных кровотечений.....	184
Временная остановка кровотечения вне стационара.....	185
Техника наложения резинового жгута для временной остановки кровотечения при наружном кровотечении из сосудов конечностей.....	185
Методы временной остановки кровотечения при наружном кровотечении из других сосудов тела.....	187
Анатомические точки для временной остановки наружного кровотечения путём надавливания пальцем при кровотечении из крупных сосудов	188
Техника остановки носового кровотечения.....	191
Техника удаления вросшихся ногтей.....	193
Техника удаления инородных тел из мягких тканей.....	195

Техника проведения новокаиновой инфильтрационной анестезии по А.В. Вишневскому.....	197
Техника проведения вагосимпатической блокады по А.В.Вишневскому....	198
Техника проведения проводниковой анестезии по Оберсту-Лукощевичу...	199
Техника пункции венозного сосуда.....	201
Введение лекарств через капельницы.....	204
Зондирование свищевого хода.....	207
Проведение фистулографии.....	209
Техника проведения трахеостомии.....	211
ГЛАВА-VI. Тестовые вопросы и ситуационные задачи по темам.....	216
Тестовые вопросы.....	216
Ситуационные задачи.....	236
Список использованной литературы.....	245

CONTENTS

Introduction.....	21
CHAPTER –I. Practical skills in abdominal surgery.....	23
Superficial palpation of the abdomen.....	23
A sliding palpation of the abdomen by Obratzov-Strajestko. ...	25
Palpation of the liver.....	25
Palpation of the sigmoid colon....	26
Palpation of the cecum.....	27
Palpation of the transverse colon.....	28
Palpation of the ascending colon.....	28
Palpation of the descending colon....	29
Palpation of the stomach.....	30
Palpation of the spleen.....	30
Comparative bimanual palpation of the abdomen.....	31
Determining the main symptoms of acute appendicitis.....	32
The technique of determining the symptom of Sitkovsky.....	32
The technique of determining the symptom of Filatova.....	33
The technique of determining the symptom of Rovsing.....	34
The technique of determining the symptom of Shchetkin-Blumberg.....	35
The technique of determining the symptom of Bartome-Michelson.....	36
The technique of determining the symptom of Voskresensky.....	36
The technique of determining the symptom "Reflection of the hand" in appendicitis and peritonitis in young children.....	37
The technique of determining the symptom of Weinert.....	38
Examination of the abdomen in acute abdominal syndrome in children under 3 years of age with an introduction to drug-induced sleep....	39
Conducting an Elephant test for esophageal atresia.....	41

Determination of esophageal atresia by probing.....	42
Contrast X-ray examination in determining a congenital anomaly of the esophagus.....	43
The technique of esophagoscopy.....	45
The technique of Fibroesophagogastroduodenoscopy (FEGDS).....	46
The technique of installation of the Blackmore probe when bleeding from the esophagus.....	48
Contrast X-ray examination of pyloric stenosis.....	49
The technique of gastric probing	51
The technique of gastric lavage.....	54
Contrast X-ray of the stomach and small intestine.....	58
Contrast X-ray examination in the position of Trendelenburg.....	59
Conservative treatment of umbilical hernia.....	60
The technique of fistulography of the umbilical fistula.....	62
The technique of puncture and drainage of the abdominal cavity in ascites	63
Finger examination of the rectum.....	65
Examination of the rectum with the help of a rectal speculum.....	67
Radiography according to Wangenstein-Rees for atresia of the anus.....	69
Peller-Sitkovsky probe for atresia of the anus and rectum	71
A.I. Lyonyushkin probe with atresia of the anus and rectum.....	72
The technique of gas pipe placement.....	73
Conservative treatment of rectal prolapse.....	75
The technique of conducting a cleansing enema.....	77
The technique of conducting a siphon enema.....	79
The technique of dissection the abscess of Douglas space.....	83
Bougienage of sinus and rectal stenosis.....	86
The technique of sigmoidoscopy.....	88

The technique of colonoscopy (irrigoscopy).....	91
The technique of pneumo-irrigoscopy.....	93
The technique of contrast irigography.....	94
Performing conservative disinvagination of the intestine.....	96
Determining the inguinal hernia.....	98
Determining the strangulated inguinal-scrotal hernia	100
Techniques of splenomonometry and splenoportography.....	101
CHAPTER –II. Practical skills in thoracic surgery.....	103
The technique of conducting bronchoscopy	103
The technique of conducting bronchography.....	106
The technique of conducting pleural cavity puncture.....	109
The technique of drainage of the pleural cavity (thoracentesis).....	111
The technique of conducting intercostal nerve blockade	115
CHAPTER- III. Practical skills on the urology.....	116
The technique of conservative treatment of balanoposthitis.	116
Treatment of paraphimosis..	118
The technique of performing circumcision.....	120
The technique of bladder catheterization.....	123
The technique of puncture of the bladder	127
The technique of cystoscopy.....	128
The technique of applying an epicystostomy with the help of a trocar.....	131
The technique of retrograde cystography.....	134
The technique of voiding cystography.....	137
The technique of retrograde urethrography.....	139
The technique for intravenous excretory urography.....	142
The technique for infusion urography.....	145
The technique for bimanual palpation of the kidneys.....	146

The technique of determining the symptom of Pasternak.....	148
The technique of paranephric novocaine blockade according to Vishnevsky....	150
The technique for determining cryptorchidism.....	152
The technique of research of varicocele.....	153
Novocaine blockade of the vas deferens according to Lauren-Epstein.....	154
The technique of diaphanoscopy with dropsy of testicular membranes.....	155
Percutaneous nephrostomy technique....	156
CHAPTER- IV. Practical skills in purulent surgery.....	160
The technique of dissection and draining purulent mastitis.....	160
The technique of dissection a boil.....	161
Carbuncle dissection technique.....	163
The technique of dissection phlegmon... ..	165
The technique of dissection the phlegmon of newborns according to Bokastova.....	166
The technique of dissection a soft tissue abscess	168
The technique of whitlow dissection	170
The technique of osteotometry and osteoperforation.....	172
CHAPTER –V. Other practical skills.....	175
Primary surgical treatment of wounds	175
Primary treatment of a wound from a thermal burn	177
The technique of atheroma removal.....	181
The technique of performing venesection.....	182
The technique for temporarily stopping external bleeding.....	184
Temporary stop of bleeding outside the hospital	185
The technique of applying a rubber tourniquet to temporarily stop bleeding in case of external bleeding from the vessels of the extremities.....	185

Methods for temporarily stopping bleeding in external bleeding from other vessels of the body	187
Anatomical points for temporarily stopping external bleeding by pressing with a finger when bleeding from large vessels	188
The technique for stopping nosebleeds	191
The technique of removal of ingrown toenail.....	193
The technique for removal of foreign bodies from soft tissues	195
The technique for conducting novocaine infiltration anesthesia according to A.V. Vishnevsky.....	197
The technique for conducting vagosympathetic blockade according to A.V.9Vishnevsky.....	198
Conduction anesthesia technique according to Oberst-Lukoshevich.....	199
The technique of puncture of Venous	201
The introduction of drugs through droppers.....	204
Probing of the fistula.....	207
Fistulography	209
The technique of tracheostomy	211
CHAPTER- VI. Test questions and situational tasks by topic	216
Test questions....	216
Situational tasks.....	236
Bibliography.....	245

**Men eshitdim va unitdim,
Men ko‘rdim va eslab qoldim,
Men bajardim va bilib oldim !!!
Konfutsiy (Kun-Syu-Szi)**

KIRISH

O‘zbekiston Respublikasida sog‘liqni saqlash bo‘yicha, yuqori malakaviy kadrlar tayyorlashga keng etibor berilmokda.

Keyingi yillarda tibbiyot oliy ta‘lim muassasalari bitiruvchilarini joylarga borganda, o‘z ish faoliyatida amaliy bilimlarini zamon talablariga yetarli darajada mos kelmay qolishi sezilib qolmoqda. Bu esa, bo‘lajak shifokor egallashi lozim bo‘lgan amaliy ko‘nikmalarni qadamma-qadam bajarish bayon etilgan, o‘zbek tilida lotin grafikasida yozilgan o‘quv qo‘llanmani yaratish zaruriyatini to‘g‘dirdi. Shuning uchun talabalarning amaliy bilimlarini oshirishda, amaliy ko‘nikmalarni qadamma-qadam bajarish to‘g‘risidagi mukammal yoritilgan o‘quv adabiyotlaridan foydalanish dolzarb bo‘lib kelmoqda. Xozirgacha

mavjud tibbiy adabiyotlarda bu mavzuga yetarli darajada o‘rin ajratilmagan. Bu adabiyotlarda berilgan amaliy ko‘nikmalar qisqa yozilib, ularni bajarish texnikasi to‘liq yoritilmagan. Talabalarni nazariy bilimlarini mustaxkamlash orqali ta‘lim berishning samaradorligini oshirishda bu o‘quv qo‘llanma, olingan nazariy bilimlarini amaliyotda qo‘llashda to‘g‘ri yondashishga yordam beradi va ularni yetuk mutaxassis bo‘lib yetishib chiqishini ta‘minlashda muxim o‘rin egallaydi.

Mazkur qo‘llanmada amaliy ko‘nikmalarni bajarishdagi harakatlar ketma-ketligi bayon etilgan. Bu esa, yuqori bosqich talabalari egallashlari lozim bo‘lgan amaliy ko‘nikmalarni bu tartibda bayon qilish, ular tomonidan o‘z kasbiy maxoratlarini puxta o‘zlashtirishni osonlashtiradi. Qo‘llanmada keltirilgan xarbir amaliy ko‘nikma uchun chizmalar, sxemalar, suratlar va rasmlar berilgan bo‘lib, ular rangli tasvirlarda ko‘rsatilgan.

Xozirda, simulyatsion o'qitish tizimida mulyajlardan foydalangan holda, innovatsion usullarni qo'llash orqali talabalarda amaliy ko'nikmalarni xosil qilish muxim o'rin egallamoqda.

O'quv qo'llanmada xarbir amaliy ko'nikma uchun maqsad, ko'rsatma, qarshi ko'rsatma, uni bajarish uchun kerakli tibbiy jixozlar, uni bajarish texnikasi va bajarish jarayonida mumkin bo'lgan asoratlar xaqida ma'lumot berilgan. Maxsus bo'limlarda turli xil shoshilinch xolatlarda bolalarga dastlabki jarroxlik yordamini ko'rsatish va tekshirish usullari xamda ularni bajarish texnikasini algoritmi bayon qilingan.

O'quv qo'llanma, bolalar jarroxligi fani bo'yicha tibbiyot oliy o'quv yurtlarining yuqori bosqich talabalari, magistrilar, klinik ordinatorlar uchun mo'ljallangan. Qo'llanmadan oilaviy poliklinikalarda faoliyat yuritayotgan umumiy amaliyot shifokorlari xam foydalanishi mumkin.

Ushbu kitob bolalar jarroxligi bo'yicha amaliy ko'nikmalarni professional darajada egallashga bog'ishlangan o'zbek tilida lotin grafikasida yozib tayyorlangan ilk qo'llanma bo'lganligi uchun, albatta kamchiliklardan xoli emas. Shuning uchun, muallif ushbu kitob xaqidagi barcha tanqidiy fikr-muloxazalarni mamnuniyat bilan qabul qiladi va keyingi nashrlarda inobatga oladi.

Qo'llanma O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi va Andijon davlat tibbiyot instituti Ilmiy Kengashi tomonidan nashrga tavsiya etilgan.

BO'LIM –I.

ABDOMINAL JARROXLIKDAN AMALIY KO'NIKMALAR

QORINNI YUZAKI PALPATSIYA QILISH

Maqsad: Qorin bo'shilig'ini yuzaki palpatsiya qilishni bilish.

Ko'rsatma: Qorin bo'shilig'ini yuzaki palpatsiya qilishga zaruriyat bo'lganda.

Kerakli tibbiy jixozlar: Kushetka, steril rezina qo'lqop.

Bajarish texnikasi:

Qorinni yuzaki paypaslanganda, qorinni oldingi devorini sezgirligini (normada bola paypaslashga reaksiya qilmaydi), og'riqliligini (normada og'riqsiz), mushaklarini tarangliligini (normada yumshoq), muskullarini gipotoniyasini (churra aniqlanishi mumkin, normada bo'lmaydi), qorin bo'shlig'i azolarini o'lchamlarini (kattalashganini), qorindagi damni (normada bo'lmaydi) aniqlash mumkin.

1. Shifokor bemor bilan kontaktga kirib, uni tinchlantiradi.

Bemor kushetkaga chalqancha xolatda yotadi, bemorni boshi tagiga kichik yostiqla qo'yiladi. Qo'llari tanasining yon tomonida yoki ko'krak qafasini ustiga qo'yib turadi. Oyoqlari tizza va chanoq-son bo'g'imida yuqoriga biroz bukiladi. Bunda qorinni oldingi devori mushaklari bo'shashgan xolatda bo'ladi.

2. Shifokor rezina qo'lqop kiyadi va kafti isitiladi.

3. Shifokor bemorning o'ng tomonida, uning yuziga qarab stulda o'tiradi. Qorinni yuzaki palpatsiya qilish, agar shikoyatlar bo'lmasa, chap yonbosh soxasidan boshlanadi.

4. O'ng qo'lni kafti bilan chap yonbosh soxasiga qo'yiladi va qorin devoriga barmoqlar bilan sekin bosiladi.

5. So'ng qo'lni o'ng tomondagi xuddi shu simmetrik soxaga ko'chiriladi va xuddi shunday kuch bilan bosiladi.

6. Qorinning yuqori qismi chap qovurg'a osti soxasidan palpatsiya qilinadi.

- 7.Keyin o'ng qovurg'a ravog'i osti simmetrik soxa palpatsiya qilinadi
- 8.Shundan so'ng, shifokor epigastral soxani palpatsiya qiladi
- 9.Kindik atrofi soxasi soat strelkasi bo'yicha palpatsiya qilinadi.
- 10.So'ng qovuq usti soxasi palpatsiya qilinadi
- 11.Yuqoridagi tartib bo'yicha II,III,IV vaV barmoq uchlari bilan qorin devoriga yengil bosilib, qorin mushaklari tarangligini aniqlanadi(chap yonbosh soxadan boshlab).
- 12.Qorin to'g'ri mushaklarini bir-biridan qochganligini aniqlash: o'ng qo'lning yarim bukilgan barmoklari qorin oq chizig'iga qo'yiladi va bemordan boshini ko'tarish so'raladi. Agar mushaklar bir- biridan qochgan bo'lsa, shifokor barmoqlari ichiga tushgandek bo'ladi.
- 13.Shetkin-Blyumberg simptomini aniqlash uchun, o'ng qo'lning yarim bukilgan barmoklarini qorin ichiga asta-sekin botiriladi, keyin qo'l barmoklari birdaniga tortib olinadi. Bunda qo'lni bosgandagi qorindagi og'riq kuchayadi va bu simptom mo'sbat deb baxolanadi.
- 14.Yuza palpatsiya kindik, chov soxasidagi churralarni aniqlash bilan yakunlanadi.
- 15.Rezina qo'lqop yechilib, antiseptik eritma bor idishga solinadi.



Bemorni qorin bo'shlig'ini palpatsiya qilishdagi xolati



Qorinni yuzaki palpatsiya qilish

Qorinni obrazsov-strajestko bo'yicha sirpanuvchi chuqur palpatsiya qilish

Maqsad: Qorin bo'shilig'i a'zolarini chuqur palpatsiya qilish.

Ko'rsatma: Qorin bo'shilig'i a'zolarini chuqur palpatsiya qilishga zaruriyat bo'lganda.

Kerakli tibbiy jixozlar: Kushetka, steril rezina qo'lqop.

Bajarish texnikasi:

1. Shifokor bemor bilan kontaktga kirib, uni tinchlantiradi.

Bemor kushetkaga chalqancha xolatda yotadi, bemorni boshi tagiga yostiqlik qo'yiladi. Qo'llari tanasining yon tomonida yoki ko'krak qafasini ustiga qo'yib turadi. Oyoqlari tizza va chanoq-son bo'g'imida yuqoriga bir oz bukiladi. Bunda qorinni oldingi devori mushaklari bo'shashadi.

2. Shifokor rezina qo'lqop kiyadi va kafti isitiladi.

Jigarni palpatsiya qilish

1. I moment – chap qo'lni kafti va 2-5 barmoqlarini o'ng bel soxasiga qo'yib, bosh barmog'i bilan oldidan o'ng qovurg'a yoyini bosib ushlab turiladi.

2. II moment – o'ng qo'lni 2-5 barmoqlarini uchini biroz bukib, o'rta o'mrov

chizig'i bo'yicha o'ng qobirg'a yoyini pastga qo'yadi.

3. III moment – bemorni nafas olishi paytida, terini biroz pastga siljitib, asta-sekin o'ng qo'l barmoqlarini qobirg'a ostiga botiradi.

4. IV moment – bemorga chuqur nafas olish aytiladi. Bunda jigar pastga tutushib, barmoqlar ostidan chiqadi. Normada jigar 5-7 yoshli bolalarda o'ng qobirg'a yoyi ostidan 1-2 sm pastga chiqib turadi, katta yoshli bolalarda esa qobirg'a yoyi ostidan chiqmaydi.

Odatda jigarni pastki qirg'oqlari o'tkir, yumshoq-elastik, og'riqsiz, yuzasi silliq va tekis bo'ladi.



Sigmasimon ichakni palpatsiya qilish

Sigmasimon ichak proeksiyasini aniqlash -kindik bilan chap spina ileaca anterior superior o'rtasida xayolan chiziq o'tkazamiz va uni uchta teng bo'lakka bo'lamiz. Chiziqning o'rta va tashqi qismlari o'rtasida sigmasimon ichak proeksiyasi bo'ladi.

1. I moment- o'ng qo'lni qorinning old devoriga palpatsiya qilinadigan a'zo o'qiga perpendiqo'lyar qo'yiladi

2. II moment- nafas olishda terini kindik tomonga yig'ib, burma xosil qilinadi.

3. III moment- nafas chiqarishda qo'l qoringa chuqur kiritiladi.

4. IV moment- qo'l a'zoning tepasidan pastga qarab sirpantiriladi va sigmasimon ichak aniqlanadi.



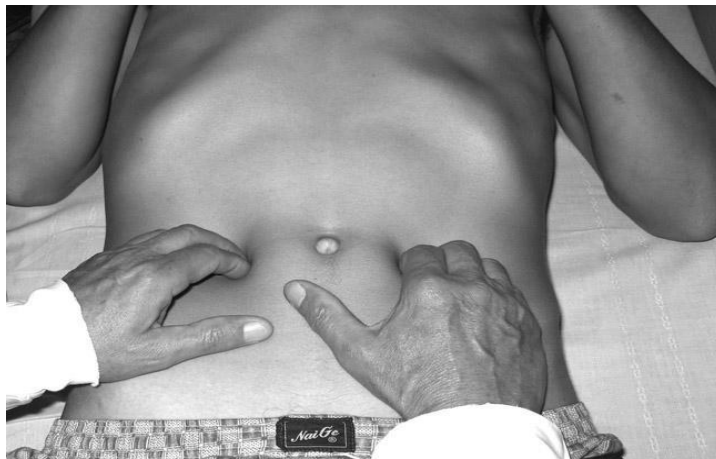
Ko'richakni palpatsiya qilish

- 1.Ko'r ichakning proeksiyasini aniqlash- kindik va o'ng tomondan *spina ileaca anterior superior* ni bog'lovchi chiziqning o'rta va tashqi uchdan bir qismlari chegarasi topiladi
- 2.I moment- o'ng qo'l qorinning oldi devoriga paypaslanadigan a'zo o'qiga perpendikulyar xolatda qo'yiladi
- 3.II moment- nafas olishda terini kindik tomonga yig'ib,burma xosil qilinadi
- 4.III moment- nafas chiqarishda qo'lni qoringa chuqur kiritilib, a'zoning yuqorisidan pastga va ichkaridan tashqariga sirpantiriladi va ko'richak aniqlanadi.



Ko'ndalang - chamber ichakni palpatsiya qilish

- 1.Oshqozonni pastki chegarasi palpatsiya qilib topiladi.
- 2.I moment- 2 ta qo'lning 4 ta yarim egilgan barmoqlari- oshkozoning topilgan pastki chegarasidan 2-3 sm pastga va qorinni o'rta chizig'idan 4-5 sm chap va o'ng tomonga (bilateral) qo'yiladi.
- 3.II moment-nafas olish vaqtida terini yuqoriga yig'ib, teri burmasi xosil qilinadi.
- 4.III moment - nafas chiqarishda qo'lni qoringa chuqur kiritilib, qo'lni a'zoning yuzasidan yuqoridan pastga sirpantirib tushiladi va ko'ndalang – chamber ichak aniqlanadi.



Ko'tariluvchi yo'g'on ichakni palpatsiya qilish

- 1.Ko'tariluvchi yo'g'on ichak proeksiyasini aniqlash- qorin o'ng to'g'ri mushak qirrasidan 1 sm tashqarida va o'ng qovurg'a yoyidan 2 sm pastda joylashgan.
- 2.I moment- chap qo'l panjasi o'ng bel soxasiga qo'yiladi, o'ng qo'l panjasi ko'tariluvchi yo'g'on ichak proeksiyasiga qo'yiladi.
- 3.II moment- nafas olishda kindik tomonga teri burmasi xosil qilinadi
- 4.III moment- nafas chikarishda qo'lni chuqur qoringa kiritilib, a'zoning yuzasidan ichkaridan tashqariga sirpantiriladi va ko'tariluvchi yo'g'on ichak aniqlanadi.



Pastga tushuvchi yo‘g‘on ichakni palpatsiya qilish

1. Pastga tushuvchi yo‘g‘on ichak proeksiyasini aniqlash- qorinni chap to‘g‘ri mushak qirrasidan 1 sm tashqariga va chap qovurg‘a yoyidan 2 sm pastda joylashgan.

2. I moment- o‘ng qo‘l panjasi chap bel soxasiga qo‘yiladi, chap qo‘lni pastga tushuvchi chamber ichak proeksiyasiga qo‘yiladi.

3. II moment- nafas olishda kindik tomonga teri burmasi xosil qilinadi.

4. III moment- nafas chiqarishda qo‘lni qoringa chuqur kiritilib, a‘zo ustidan ichkaridan tashqariga sirpantiriladi va pastga tushuvchi yo‘g‘on ichak aniqlanadi.



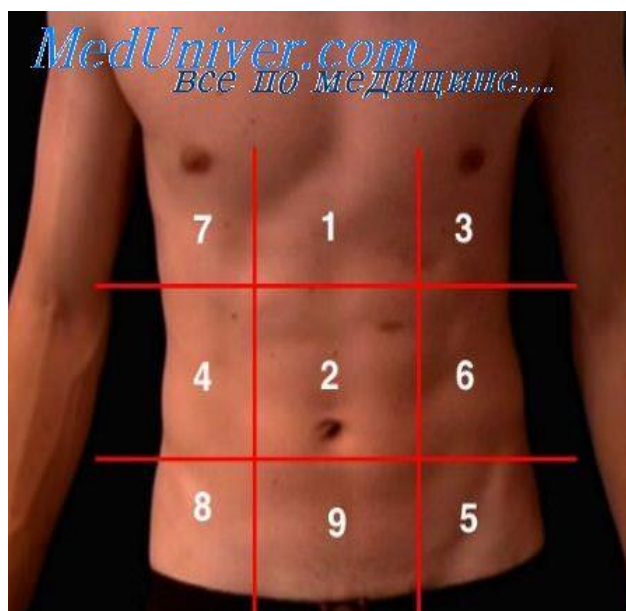
Oshqozonni palpatsiya qilish

- 1.Oshqozonni pastki chegarasi palpatsiya qilib topiladi.
- 2.I moment- oshkozoning aniklangan pastki chegarasiga o'ng qo'lning bukilgan 2-5 barmoqlarini old o'rta chiziqqa vertikal qo'yiladi.
- 3.II moment-nafas olishda terini yuqoriga siljitib, teri burmasi xosil qilinadi.
- 4.III moment- nafas chiqarishda qo'lni qoringa chuqur kiritilib, a'zoning yuzasidan yuqoridan pastga sirpantiriladi va oshqozon aniqlanadi.



Taloqni palpatsiya qilish

- 1.I moment- O'ng qo'lni birlashtirgan va biroz egilgan barmoqlarini chap qovurg'a yoyi tagiga qo'yiladi.
- 2.II moment- nafas olishda terini pastga siljitgan xolda teri burmasini xosil qilinadi.
- 3.III moment-bemor sekin-asta nafas chiqarganda,o'ng qo'lni ichkariga,qovurg'a yoyi tagiga botirib boradi.
- 4.IV moment-bemorga chuqur nafas olishni buyuradi, shu vaqtda agar taloq kattalashgan bo'lsa , pastga xarakatlanadi va qo'lga urilib, uning ustidan sirpanib o'tadi.
5. Barcha palpatsiyalar o'tkazilgandan so'ng rezina qo'lqop yechilib,antiseptik suyuqligi bor idishga solinadi.



Qorinni oldingi devorini soxalari:1-epigastral soxa; 2-kindik atrofi soxasi; 3-chap qovurg'a osti soxasi; 4-o'ng yon soxa; 5-chap yonbosh soxa; 6-chap yon soxa; 7-o'ng qovurg'a osti soxasi; 8-o'ng yonbosh soxa; 9-qovuq usti soxasi.

QORINNI BIMANUAL TAQQOSLOVCHI PALPATSIIYA QILISH

Maqsad: O'tkir qorin sindromida, qorinni oldingi devori mushaklarini passiv taranglashish joyini, taqqoslovchi palpatsiya qilib aniqlash.

Ko'rsatma: O'tkir qorin sindromi.

Kerakli tibbiy jixozlar: Kushetka, steril rezina qo'lqop.

Bajarish texnikasi:

1. Bemorni chalqancha yotqizib, bemorni boshi tagiga kichik yostiq qo'yiladi, oyoqlari tizza va son bo'g'imlarida qorin tomonga biroz bukiladi. Bemorning qo'llari ko'krak ustida bo'lishi lozim.
2. Shifokor rezina qo'lqop kiyib, kafti isitiladi.
3. Shifokor bemorni bosh tomoniga qarab, uning o'ng tomonida stulga o'tiradi.
4. Bemor bilan muloqotga kirilib, jismonan va ruxan tinchlantiradi.
5. Shifokor ikkala iliq qo'llari bilan qorinni ikki yonbosh soxasini bir vaqtda yuzaki palpatsiya qiladi. Bunda kaysi yonbosh soxasida mushaklar tarangligi (defans) aniqlansa, o'sha soxada patologiya bor deb xisoblanadi.
6. Rezina qo'lqop yechiladi.



O'TKIR APPENDITSITNI ASOSIY SIMPTMLARINI ANIQLASH

Sitkovskiy simptomini aniqlash texnikasi.

Maqsad: O'tkir appenditsitni tashxislash.

Ko'rsatma: Qorindagi og'riqlar.

Kerakli tibbiy jixozlar: Steril rezina qo'lqop, kushetka.

Bajarish texnikasi:

1. Shifokor rezina qo'lqop kiyib, kafti isitiladi.
2. Shifokor bemorni bosh tomoniga qarab, uning o'ng tomonida stulga o'tiradi.

3. Bemorni chap yonboshga, oyoqlari tizza va son bo'g'imlarida qorin tomonga biroz bukilgan xolatda yotqizilganda, appenditsitni pastga siljishi va tutqichini tortilishi natijasida, o'ng yonbosh soxasida osilish, og'riq seziladi – Sitkovskiy simptomi musbat deb baxolanadi.

4. Rezina qo'lqop yechiladi.



Filatov simptomini aniqlash texnikasi

Maksad: O'tkir appenditsitni tashxislash.

Ko'rsatma: Qorindagi og'riqlar.

Kerakli anjomlar: Steril rezina qo'lqop, kushetka.

Bajarish texnikasi:

1. Shifokor rezina qo'lqop kiyib, kafti isitiladi.
2. Bemorni chalqancha yotqizib, oyoqlari tizza va son bo'g'imlarida qorin tomonga biroz bukiladi.
3. Shifokor bemorni bosh tomoniga qarab, uning o'ng tomonida stulga o'tiradi.
4. Bemor bilan muloqotga kirilib, jismonan va ruxan tinchlantiradi.
5. 10 yoshdan katta bemorlarda shifokor bemorni qornini chap yonbosh soxasidan boshlab, soat miliga teskari yo'nalishda yo'g'on ichak proeksiyasi bo'yicha o'ng yonbosh soxasigacha yuzaki paypaslaydi. 10 yoshdan kichik bemorlarda esa bimanual palpatsiya qilinadi.

6. Bunda o'ng yonbosh soxada lokal og'riq aniqlanadi – Filatov simptomi musbat deb baxolanadi.

7. Rezina qo'lqop yechiladi.

Rovzing simptomini aniqlash texnikasi

Maqsad. O'tkir appenditsitni tashxislash.

Ko'rsatma. Qorindagi og'riqlar.

Kerakli anjomlar. Steril rezina qo'lqop, kushetka.

Bajarish texnikasi.

1. Shifokor rezina qo'lqop kiyib, kafti isitiladi.

2. Bemorni kushetkaga chalqancha yotqizib, oyoqlari tizza va son bo'g'imlarida qorin tomonga biroz bukiladi.

3. Shifokor bemorni bosh tomoniga qarab, uning o'ng tomonida stulga o'tiradi.

4. Bemor bilan muloqotga kirilib, jismonan va ruxan tinchlantiradi hamda qornini bo'shashtirishi so'raladi.

5. Chap qo'lni II-V barmoqlari bilan chap yonbosh soxasini bosib turgan xolda o'ng qo'lni II-V barmoqlari bilan sigmasimon ichak soxasiga ritmik ravishda 2-3 marotaba bosib turtki beriladi yoki chap qo'l bilan chap yonbosh soxasini bosmagan xolda, o'ng qo'lni II-V barmoqlari bilan sigmasimon ichak soxasiga ritmik ravishda 2-3 marotaba bosib turtki berish xam mumkin. Bunda yo'g'on ichakda bosim oshib, o'ng yonbosh soxasida lokal og'riq seziladi- Rovzing simptomi musbat deb baxolanadi.

6. Rezina qo'lqop yechiladi.



Shetkin –Blyumberg simptomini aiqlash texnikasi

Maqsad: Peritonitni tashxislash.

Ko‘rsatma: Qorindagi og‘riqlar.

Kerakli tibbiy jixozlar: Steril rezina qo‘lqop, kushetka.

Bajarish texnikasi:

1. Shifokor rezina qo‘lqop kiyib, kafti isitiladi.
 2. Bemorni kushetkaga chalqancha yotqizib, oyoqlari tizza va son bo‘g‘imlarida qorin tomonga biroz bukiladi.
 3. Shifokor bemorni bosh tomoniga qarab, uning o‘ng tomonida stulga o‘tiradi.
 4. Bemor bilan muloqotga kirilib, jismonan va ruxan tinchlantiradi hamda qornini bo‘shashtirishi so‘raladi.
 5. O‘ng qo‘lni II-V barmoqlari bilan asta- sekin qorinni yuza paypaslash yo‘li bilan eng kuchli og‘riq soxasi aniqlanadi.
 6. Shu soxa chuqurroq bosilib, qo‘l tez olinadi, bunda og‘riq kuchayib, bola bezovtalanadi va Shetkin-Blyumberg siptomi musbat deb baxolanadi.
 7. Keyin korinni boshqa soxalarida ham shu simptom tekshirib ko‘riladi – agar boshka soxalarida xam musbat bo‘lsa, peritonit tarqoq xisoblanadi.
- Shyotkin-Blyumberg simptomi qorin pardani yallig‘lanishi (peritonit) natijasida uni ta’sirlanishini bildiradi.
8. Rezina qo‘lqop yechiladi

Bartome-Mixelson simptomini aniqlash texnikasi.

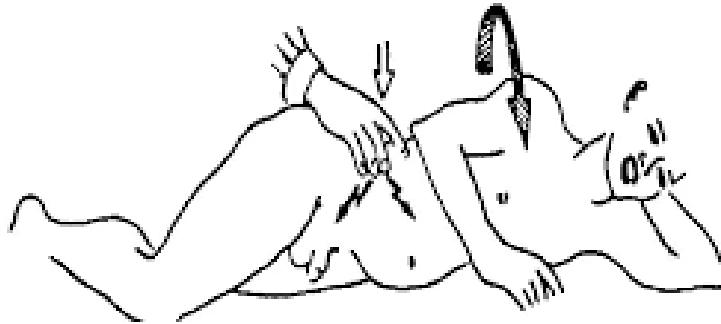
Maqsad: O‘tkir appenditsitni tashxislash.

Ko‘rsatma: Qorindagi og‘riqlar.

Kerakli tibbiy jixozlar: Steril rezina qo‘lqop, kushetka.

Bajarish texnikasi:

1. Shifokor rezina qo‘lqop kiyib, kafti isitiladi.
2. Bemorni kushetkaga chalqancha yotqizib, oyoqlari tizza va son bo‘g‘imlarida qorin tomonga biroz bukiladi.
3. Shifokor bemorni bosh tomoniga qarab, uning o‘ng tomonida stulga o‘tiradi.
4. Bemorni chap yonboshga yotqizilib, o‘ng qo‘lni II-IV barmoqlari bilan o‘ng yonbosh soxasini bosganda og‘riq seziladi – Bartome-Mixelson simptomi musbat deb baxolanadi.
5. Rezina qo‘lqop yechiladi.



Voskresenskiy simptomini aniqlash texnikasi.

Maqsad: O‘tkir appenditsitni tashxislash.

Ko‘rsatma: Qorindagi og‘riqlar.

Kerakli tibbiy jixozlar: Steril rezina qo‘lqop, kushetka.

Bajarish texnikasi:

1. Shifokor rezina qo‘lqop kiyib, kafti isitiladi.
2. Bemorni kushetkaga chalqancha yotqiziladi.
3. Shifokor bemorni bosh tomoniga qarab, uning o‘ng tomonida stulga o‘tiradi.
4. Shifokor chap qo‘li bilan bemorni ko‘ylagini pastga tortib ushlab turadi, o‘ng qo‘lini barmoqlarini biroz bukkan xolda, tortilgan ko‘ylak ustidan epigastral

soxadan o'ng yonbosh soxaga qarab tezdin sirpantirib yurgizadi. Bunda o'ng yonbosh soxada kuchli og'riq seziladi—Voskresenskiy simptomi musbat deb baxolanadi.

5. Rezina qo'lqop yechiladi.



Erta yoshdagi bolalarda appenditsit va peritonitda “Qo‘lni itarish” simptomini aniqlash texnikasi.

Maqsad: Erta yoshdagi bolalarda peritonit va appenditsitni tashxislash.

Ko‘rsatma: Erta yoshdagi bolalarda peritonit va appenditsitga gumon bo‘lganda lokal og‘riqni aniqlash. Bu yoshdagi bolalarda og‘riq qorin bo‘ylab bo‘lganligi sababli, qorinni palpatsiya qilinganda bemor qorin oldingi devori mushaklarini aktiv taranglashtirib oladi. Shuning uchun, bemorni qisqa vaqtli medikamentoz uhatib, o‘ng yonbosh soxasida lokal og‘riq borligini aniqlash zarur.

Kerakli tibbiy jixozlar: Steril rezina qo‘lqop, kushetka, xloral- gidratning 2-3% li eritmasidan yoshga bog‘liq holda (1 yoshgacha 10-15 ml, 1-2 yoshgacha 15-20 ml, 2-3 yoshgacha 20-25 ml), 20,0 li steril shpris, steril rezinali yoki polietilen kateter.

Bajarish texnikasi:

1. Bemorda tozalovchi xuqna o‘tkaziladi.
2. Shifokor rezina qo‘lqop kiyib, kafti isitiladi.

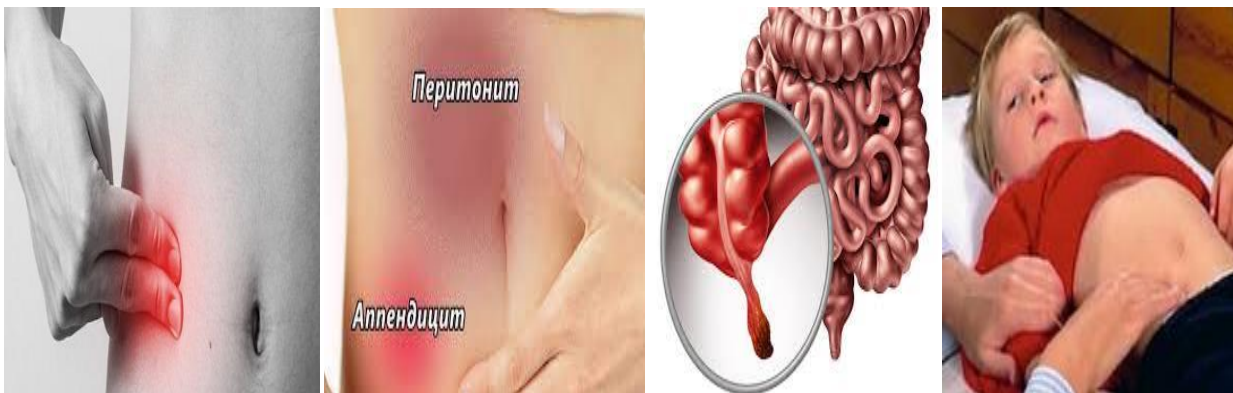
3. Bemorda yengil uyqu chaqirish maqsadida uning to'g'ri ichagiga 10-15 sm uzunlikda kateter kiritilib, yoshga bog'liq miqdorda, tana xaroratidagi 2-3 % li xloralgidrat eritmasini shprisga olib, kateter orqali to'g'ri ichakga yuboriladi. 10-15 min. dan so'ng bemor uxlaydi. Bunda qorin mushaklarini aktiv taranglashishi yo'qoladi.

4. Bemorni kushetkaga chalqancha yotqiziladi.

5. Shifokor bemorni bosh tomoniga qarab, uning o'ng tomonida stulga o'tiradi.

6. Shifokor o'ng qo'lini II-V barmoqlarini o'ng yonbosh soxasiga qo'yib, chuqur paypaslaydi. Agar appenditsit va peritonit bo'lsa, bemor uyqu xolatida bo'lsa ham shifokorni qo'lini o'z qo'li bilan itaradi va bu simptom musbat deb baxolanadi.

7. Rezina qo'lqop yechiladi.



Rasm 1.

Rasm 2.

Rasm 3.

Rasm 4.

Rasm 1-Shetkin-Blyumberg siptomini aniqlash; **Rasm 2**-o'tkir appenditsitda va peritonitda og'riqli soxalar; **Rasm 3**-o'tkir gangrenoz appenditsitni ko'rinishi; **Rasm 4**-o'tkir appenditsitni aniqlashda bemorni qornini palpatsiya qilish.

VAYNERT SIMPTOMINI ANIQLASH

Maqsad: Jigar va taloqni yopiq shikastlanishlarida og'riqni aniqlash.

Ko'rsatma: Jigar va taloqni yopiq shikastlanishlarini tashxislash.

Kerakli tibbiy jixozlar: Steril rezina qo'lqop, kushetka.

Bajarish texnikasi:

1. Shifokor rezina qo‘lqop kiyib, kafti isitiladi.
2. Bemorni kushetkaga chalqancha yotqizib, oyoqlari tizza va son bo‘g‘imlarida qorin tomonga biroz bukiladi.
3. Shifokor bemorni bosh tomoniga qarab, uning o‘ng yoki chap tomonida stulga o‘tiradi.
4. Ikkala qo‘lni 2-5 barmoqlari bilan ikkala bel soxasini ushlab turgan xolda, birinchi barmoqlar bilan ikkala qovurg‘a osti soxasini ezib ko‘riladi. Chap tomonda mushaklar taranglashuvi va og‘riq aniqlansa, taloq shikastlanishi, o‘ng tomonda mushaklar taranglashuvi va og‘riq aniqlansa, jigar shikastlanishi bor deb baxolanadi.
5. Rezina qo‘lqop yechilib, antiseptik eritma bor idishga solinadi.



Vaynert simptomini aniqlash

3 YOSHGACHA BOLALARDA O‘TKIR QORIN SINDROMINI MEDIKAMENTOZ UXLATIB KO‘RISH

Maqsad: 3 yoshgacha bo‘lgan bolalarni psixo-emotsional xolatini o‘ziga xosligi tufayli, qorin oldingi devori mushaklarini faol taranglashishini yo‘qotish uchun, o‘tkir qorin sindromida qorin oldingi devori mushaklarini passiv taranglashishini aniqlash.

Ko‘rsatma: Bemorda o‘tkir qorin sindromi.

Qarshi ko‘rsatma: To‘g‘ri ichak kasalliklari, bemorni umumiy og‘ir holati, jigar va buyraklarni funksiyasi o‘tkir buzilganda.

Kerakli tibbiy jixozlar: Steril rezina qo‘lqop, kushetka, rezinali yoki polietilen steril kateter, dokali salfetka, 20,0 li bir martali steril shpris, 100 yoki 200 ml li rezina balloncha (grusha), 3% xloralgidrat eritmasidan 20-30 ml.

Bajarish texnikasi:

1. Shifokor rezina qo‘lqop kiyadi.
2. Bemorni chap yonboshga yotqizib, oyoqlari tizza va son bo‘g‘imlarida qorin tomonga bukiladi.
3. Statsionar sharoitda osh tuzining 1% li gipertonik eritmasini bolaning yoshiga bog‘liq xolda 100-200 ml miqdorda 100 yoki 200 ml li rezina ballonchaga olinadi, so‘ng bemorga tozalovchi xuqna qilinadi.
4. Bemorni 5-10 minutdan keyin tuvakka o‘tqaziladi.
5. Stuldan so‘ng, bolani yana chap yonboshga yotqizib, oyoqlari tizza va son bo‘g‘imlarida qorin tomonga bukiladi va 10-15 sm uzunlikda to‘g‘ri ichakka kateter kiritilib, u orqali iliq 3% li xloralgidrat eritmasini 20,0 li shprisga olib, bolaning yoshiga bog‘liq xolda (1 yoshgacha 10-15 ml, 1 – 2 yoshda 15 – 20 ml, 2-3 yoshda 20 – 25 ml) to‘g‘ri ichakka yuboriladi.
6. Kateter to‘g‘ri ichakdan chiqarib olinadi va antiseptik eritma bor idishga solinadi. Bemorni chalqancha yotqiziladi. 10-15 daqiqadan so‘ng yuzaki uyqu chaqiriladi.
7. So‘ng bemorni qornini oldingi devorini yuzaki paypaslanadi. Bunda qorin oldingi devori mushaklarini passiv tarangligi aniqlanadi va peritonit deb tashxis qo‘yiladi.
Appenditsitda bu taranglik o‘ng yonbosh soxasida aniqlanadi. Agar shu joyni chuqurroq paypaslansa, lokal og‘riq kuchayib “qo‘lni itarish” simptomi xam aniqlanadi.
8. Rezina qo‘lqop yechilib, 3% li xloramin eritma bor idishga solinadi.

QIZILO‘NGACH ATREZIYASIDA ELEFANT SINAMASINI O‘TKAZISH

Maqsad: Qizilo‘ngach atreziyasini aniqlash.

Ko‘rsatma: Qizilungach atreziyasiga gumon qilinganda.

Kerakli tibbiy jixozlar: Steril rezina qo‘lqop, Sharer buyicha №8–10 li steril “Nelaton” yoki “Suction” polimer kateter, vazelin yoki tibbiyot glitserini, 20,0 li steril shpris.

Bajarish texnikasi:

1. Shifokor rezina qo‘lqop kiyadi.
2. Chaqaloqni ko‘ruv stoliga yelkasi bilan bosh qismini biroz yuqoriga ko‘tarib yotqiziladi
3. Kateter uchidan 5-6 sm uzunlikda vazelin yoki glitserin surtiladi.
4. Chap qo‘l bilan bolani boshi biroz oldinga bukilgan xolatda ushlab turiladi, o‘ng qo‘l bilan kateter pastki burun yo‘li yoki og‘iz-xalqum orqali qizilungachni to‘mtoq qismigacha kiritiladi.
5. Qizilungach atreziyasida kateter qizilo‘ngachni to‘mtoq tugallangan joyida, ya’ni 8-10 sm chuqurlikda to‘siqqa uchrab to‘xtab qoladi va zondning xarakatini to‘xtatib, Elefant sinamasi o‘tkaziladi.
6. Qizilo‘ngachdan zond orqali suyuqlik so‘rib olinadi.
7. 20,0 li shprisga xavo olinadi, kateter orqali xavo tezlik bilan yuboriladi. Bunda xavo og‘iz – burun bo‘shlig‘i orqali shovqin bilan chiqadi va qizilo‘ngachni atreziyasi bor deb baxolanadi. Atreziya bo‘lmaganda, xavo to‘siqlarsiz oshkozonga erkin o‘tadi.
8. Agar qizilo‘ngachni proksimal qismini traxeaga oqmasi bo‘lsa, yuborilgan xavo kateter orqali traxeaga o‘tib ketadi. Bunda Elefant sinamasi manfiy xisoblanadi.
9. Kateter sekinlik bilan chiqarib olinadi.
10. Rezina qo‘lqop yechilib, 3% li xloramin eritmasi bor idishga solinadi.



Qizilo'ngachni og'iz yoki burun orqali zondlash

Polimer kateterlar

QIZILO'NGACH ATREZIYASINI ZONDLAB ANIQLASH

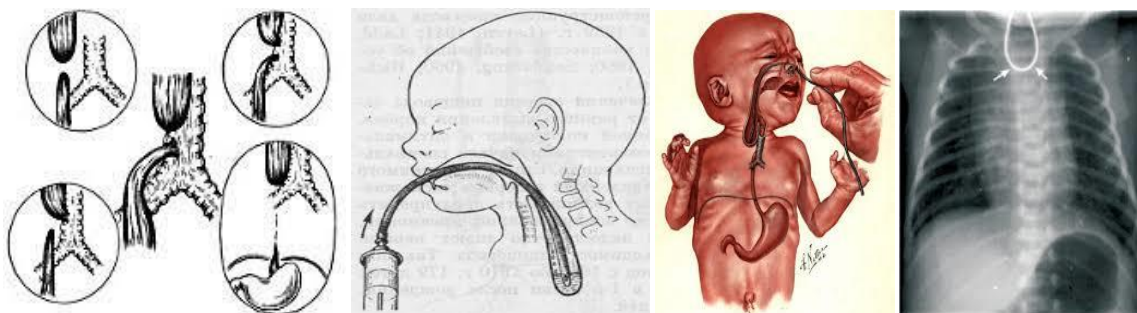
Maqsad: Qizilo'ngach atreziyasini aniqlash.

Ko'rsatma: Qizilo'ngach atreziyasiga gumon bo'lganda.

Kerakli tibbiy jixozlar: Steril rezina qo'lqop, Sharer buyicha №8–10 li steril "Nelaton" yoki "Suction" polimer kateter, steril vazelin yoki glitserin moyi.

Bajarish texnikasi:

1. Shifokor rezina qo'lqop kiyadi.
2. Chaqaloqni boshi biroz ko'tarilib, oldinga bukilgan xolatda chaqaloqlarni yo'rgaklash stoliga chalqancha yotqiziladi.
3. Kateter uchidan 5-6 sm uzunlikda vazelin yoki glitserin moyi surtiladi.
4. Kateterni o'ng qo'l bilan ushlab, chaqaloqni og'zi (rasm 2.) yoki pastki burun yo'li (rasm 3.) orqali qizilo'ngachga kiritiladi.
5. Qizilo'ngach atreziyasida kateter qizilo'ngachni to'mtoq tugallangan joyida to'siqqa uchrab to'xtab qoladi, agar kateter kiritish yana davom ettirilsa, u og'iz orqali qaytib chiqadi (rasm 4). Bunda qizilo'ngachni atreziyasi bor deb baxolanadi. Agar kateter qaytib chiqmasa, qizilo'ngachni teshib qo'ymaslik uchun uni qattiq itarmaslik kerak! Bunda Elifant sinamasini o'tkaziladi.
6. Agar qizilo'ngachni proksimal qismini traxeaga oqmasi bo'lsa, kateter traxeaga o'tib ketadi va chaqaloqda yo'tal paydo bo'ladi.
7. Kateter sekin asta chiqarib olinadi.
8. Rezina qo'lqop yechilib, 3% li xloramin eritmasi bor idishga solinadi.



Rasm 1.

Rasm 2.

Rasm 3.

Rasm 4.

Rasm 1-qizilo‘ngach atreziyasi turlari sxemasi; **Rasm 2**-qizilo‘ngachni og‘iz orqali zondlash; **Rasm 3**- qizilo‘ngachni burun orqali zondlash; **Rasm 4**-kiritilgan zondni qizilo‘ngachdan qaytib og‘izga chiqishi.

QIZILO‘NGACH TUG‘MA NUQSONLARINI ANIQLASHDA KONTRASTLI RENTGEN TEKSHIRISH

Maqsad: Qizilo‘ngach tug‘ma nuqsonlarini tashxislash.

Ko‘rsatma: Qizilo‘ngach atreziyasiga, qizilo‘ngach - traxeya oqmasiga, qizilo‘ngach stenoziga (axalaziyasiga),kalta qizilo‘ngachga gumon bo‘lganda.

Kerakli tibbiy jixozlar: Steril rezina qo‘lqop, Sharer bo‘yicha № 8–10 li steril “Nelaton” yoki “Suction” polimer kateter, vazelin moyi yoki tibbiyot glitserini, 5 va 10 ml li steril shprislar, yodolipol yoki yodning suvli eritmalaridan biri (verograf, triombrast, treozograf, yodamid v.b.).

Bajarish texnikasi:

1. Shifokor rezina qo‘lqop kiyadi.
2. Chaqaloqni rentgen stoliga chalqanchasiga, yelkasi bilan bosh qismini biroz yuqoriga ko‘tarib yotqiziladi
3. Kateter uchiga vazelin moyi yoki glitserin surtiladi.
4. Chap qo‘l bilan bolani boshi biroz oldinga bukilgan xolatda ushlab turiladi, o‘ng qo‘l bilan kateter pastki burun yo‘li yoki og‘iz orqali qizilo‘ngachni to‘mtiq qismigacha kiritiladi.
5. Qizilo‘ngachdan 10 ml li shpris yordamida kateter orqali suyuqlik so‘rib olinadi.

6.5 ml li shprisga 2,0-3,0 ml kontrast modda olinib, shpris kateter uchiga o'rnatiladi.

7. Bemorni vertikal xolatga o'tkazilib, kontrast modda kateter orqali qizilo'ngachga yuborilgach, to'g'ri proeksiyada rengenografiya qilinadi.

8. Qizilungach atreziyasida kontrast modda qizilo'ngachning to'mtoq tugagan soxasida turib qoladi, bronxga oqma bo'lganda, kontrast modda traxeya va bronxlarga oqib tushgani ko'rinadi.

Rentgenoskopiya qilinganda qizilo'ngach stenozida, kontrast modda qizilo'ngachning torayish qismida ingichka oqim ko'rinishida o'tadi, yuqori qismlarida kontrast modda turib qolishi aniqlanadi, bu qismlar kengaymagan xolatda bo'ladi. Qizilo'ngach axialaziyasida esa, kontrast modda vaqtinchalik qizilo'ngachning kardial qismida turib qoladi yoki ingichka oqim bilan oshqozonga oqib tushadi. Qizilo'ngach yuqori qismlari kengaygan xolatda bo'ladi.

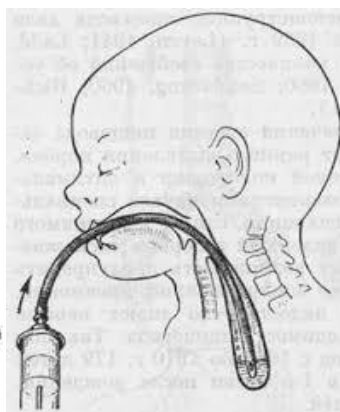
9. Yuborilgan kontrast modda shpris bilan kateter orqali qaytarib so'rib olinadi.

10. Kateter asta-sekin chiqarib olinadi.

11. Rezina qo'lqop yechilib, kateter bilan birga, 3% li xloramin eritmasi bor idishga solinadi.



Rasm 1.



Rasm 2.



Rasm 3.



Rasm 4.

Rasm 1-qizilo'ngach atreziyasi sxemasi; **Rasm 2**-qizilo'ngachga kontrast moddani yuborish; **Rasm 3**-qizilo'ngach stenoz; **Rasm 4**-qizilo'ngach atreziyasi.

EZOFLAGOSKOPIYANI O‘TKAZISH TEXNIKASI

Maqsad: Qizilo‘ngachni kuyish darajasini, toraygan joyini, varikoz kengaygan vena qontomirlarini xolatini, qizilo‘ngachdagi yot jismni, polipni, divertikulni aniqlash,.

Ko‘rsatma: Qayd qilish, disfagiya, ovqat o‘tishini qiyinlashuvi, qizil o‘ngachdagi yot jism, oshqozon-qizilo‘ngach refluyksi.

Qarshi ko‘rsatma: Astma xuruji, o‘tkir yurak qontomir yetishmovchiligi, varikoz venalardan qon ketish, qizil o‘ngachni ximik va termik kuyishining 1-5 kunlari, o‘tkir nafas yetishmovchiligi.

Kerakli tibbiy jixozlar: Fibroezofagoskop yoki qattiq ezofagoskop, operatsiya stoli, lidokain spreyi yoki qisqa vaqtli narkoz uchun ketamin, 10,0 yoki 20,0 li steril shpris.

Bajarish texnikasi:

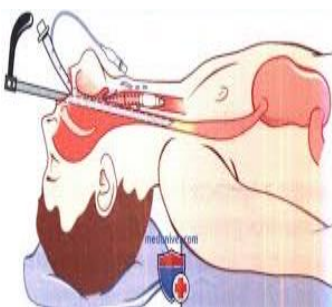
Tekshiruv ertalab och qoringa o‘tkaziladi. Bolalarda qattiq ezofagoskop bilan ezofagoskopiya qilishda, ketamin bilan qisqa vaqtli narkoz beriladi.

1. Rezina qo‘lqop kiyiladi.
2. Lidokain spreyni olib, xalkum va xiqildoqqa sepiladi.
3. 5 daqiqadan so‘ng bemorni yonboshiga yoki chalqancha yotqiziladi.
4. Fibroskop nayiga uning uchidan 5-10 sm uzunlikda glitserin surtiladi.
5. Fibroskopni og‘iz orqali xalkumdan qizilo‘ngachni kirish qismigacha o‘tkaziladi.
6. Ko‘ruv nazorati ostida xavo yuborib, fibroskopni sekin – asta ichkariga surib qizilo‘ngachga o‘tkaziladi va uning devorlarini shilliq qavatalarini yallig‘lanishi, eroziyasi va yaralarini, o‘smalarni, yot jismni bor- yo‘qligi, toraygan yoki kengaygan joylarini, vena qontomirlarini xolati ko‘riladi.
7. Muolaja tugagach, fibroskopni asta- sekin orqaga teskari tartibda tortib chiqarib olinadi.
8. Fibroskopni shlangi antiseptik eritma shimdirilgan salfetka bilan artiladi.

9. Rezina qo‘lqop yechilib, antiseptik eritma bor idishga solinadi.



Rasm 1.



Rasm 2.



Rasm 3.



Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.



Rasm 7.



Rasm 8.



Rasm 1-fibroezofagoskop bilan ezofagoskopiya qilish va monitorda kuzatish; **Rasm 2**-qattiq ezofagoskop bilan ezofagoskopiya qilish; **Rasm 3**- qattiq ezofagoskop ; **Rasm 4**- fibroezofagoskop; **Rasm 5**-ezofagoskopiyada qizilo‘ngach shilliq qavatini ko‘rinishi; **Rasm 6**:-1-qizilo‘ngachni yuqori qismini divertikulini teshigini va traxeyaga kirish teshigini ko‘rinishi,2- qizilo‘ngachni o‘rta qismini divertikullarini 3 ta teshigini ko‘rinishi; **Rasm 7**- eroziv ezofagit; **Rasm 8**-normada qizilo‘ngachni kardial qismini ezofagoskopiyada ko‘rinishi.

FIBROEZOFAGOGASTRODUODENOSKOPIYANI (FEGDS) O‘TKAZISH TEXNIKASI

Maqsad: Qizilo‘ngach, oshqozon va 12 barmoqli ichakni xolatini ko‘rish.

Ko‘rsatmalar: Qayd qilish, disfagiya, oshqozon- ichak traktidan qon ketish, portal gipertenziyada vena qontomirlarini xolatini aniqlash, oshqozon- qizilo‘ngach reflyuksi, oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi, Mellori-Veys sindromi.

Qarshi ko‘rsatmalar: Astma xuruji, o‘tkir yurak qantomir yetishmovchiligi, varikoz venalardan qon ketish, qizilo‘ngachni ximik va termik kuyishining 1-5 kunlari, o‘tkir nafas yetishmovchiligi.

Kerakli tibbiy jixozlar: Fibroezofagogastroduodenoskop, operatsiya stoli, lidokain sprej yoki qisqa vaqtli nakoiz uchun ketamin, 10,0 yoki 20,0 ml li shpris, vazelin yoki

glitserin moyi.

Bajarish texnikasi:

Tekshiruv kunning birinchi yarmida och qoringa o'tkaziladi. Kichik yoshdagi bolalarda ketamin bilan qisqa vaqtli narkoz ostida o'tkaziladi.

1. Shprisga lidokain eritmasini olib, xalkum va xiqildoqqa sepiladi.

2. 5 daqiqadan so'ng bemorni chap yonboshiga yotqiziladi.

3. Fibroskopni og'iz orqali xalqumdan qizilo'ngachni kirish qismigacha o'tkaziladi. Ko'ruv nazorati ostida, xavo yuborib fibroskopni sekin-asta surib qizilo'ngachga o'tkaziladi va qizilo'ngach devorini kuzatib boriladi.

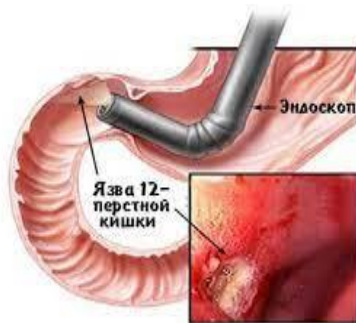
4. So'ng, fibroskopni kardial sfinkter (serrata chizig'i) dan oshqozonga o'tkaziladi.

5. Xavo yuborib, oshkozon devorlarini uning pilorik saxasigacha va 12 barmoqli ichak devorlari ko'zdan kechiriladi.

6. Fibroskopni asta-sekin orqaga teskari tartibda tortib chiqarib olinadi.



Rasm 1.



Rasm 2.



Rasm 3.



Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.

Rasm 1-o'tni 12 barmoqli ichakdan oshqozonga o'tishi; **Rasm 2**-FEGDSda 12 barmoqli ichakdagi yarani ko'rinishi; **Rasm 3**-FEGDS da oshqozonni antral qismidagi yarani ko'rinishi; **Rasm 4**-FEGDSni ekranda kuzatish; **Rasm 5**-fibroezofagogastroduodenoskop; **Rasm 6**-fibroskopni qizilo'ngachda, oshqozonda va 12 barmoqli ichakda joylashish xolatini sxemasi.

QIZILO'NGACHDAN QON KETGANDA BLEKMOR ZONDINI O'RNATISH TEXNIKASI

Maqsad: Qizilo'ngach va me'dani kardial qismidan qon ketishni vaqtinchalik to'xtatish.

Ko'rsatma: Qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalaridan yoki Mellori-Veys sindromida profuz qon ketishi.

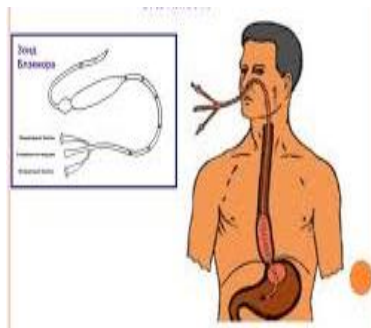
Kerakli tibbiy jixozlar: Steril rezina qo'lqop, 10,0 li shpris, vazelin yoki glitserin, Jane shprisi, Blekmor zondi, 0,5% li dikain yoki 2% li lidokain eritmasi, promedol, pipolfen, taxminan 1 litrcha qaynatilgan iliq suv.

Bajarish texnikasi:

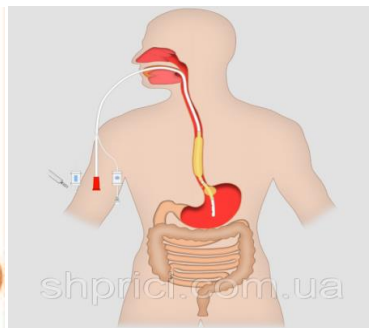
1. Rezina qo'lqop kiyiladi.
2. Zond ballonchalarini butunligini tekshirib, ularning ichiga yuboriladigan suv yoki xavo xajmini shpris yordamida aniqlanadi.
3. Zondga vazelin yoki glitserin surtiladi.
4. Xalqum-tomoq yo'li 0,5% li dikain yoki 2% li lidokain eritmasi bilan insuflyatsiya qilinadi.
5. Zond burun orqali xalqumga, qizilo'ngachga, so'ng me'daga o'tkaziladi.
6. Zondning oshqozonga o'tkazilgan ballonchasiga 10,0 li shpris orqali xavo yuborilib, so'ngra zond yuqoriga tortiladi.
7. Zondning qizilo'ngach qismidaga ballonchaga, Jane shprisi yordamida 70 ml gacha xavo yuboriladi (har qaysi bemor uchun individual).
8. Ballonchalarning shishirish darajasi, xavo o'tkazgich kanalidagi rezinali ballonchalar orqali nazorat qilinadi.
9. Me'da zond orqali suv bilan yuviladi.
10. Me'dadan ajralayotgan suyuqlikni tarkibiga qarab, tamponadani effektivlik darajasi, ya'ni qon to'xtaganligi aniqlanadi.
11. Bemorga vaqti-vaqti bilan yoshiga bog'liq xolda promedol, pipolfen qilinadi.

12. Rezina qo‘lqop yechilib, antiseptik eritma bor idishga solinadi.

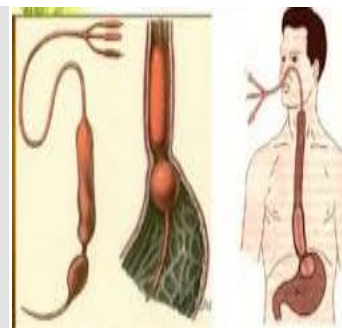
Zond uzog‘i bilan 24-72 soat gacha qo‘yiladi. So‘ng zondning oshqozon va qizilo‘ngach qismidagi ballonchalaridagi havo chiqarilib, zond asta- sekinlik bilan orqaga tortib olinadi.



Rasm 1.



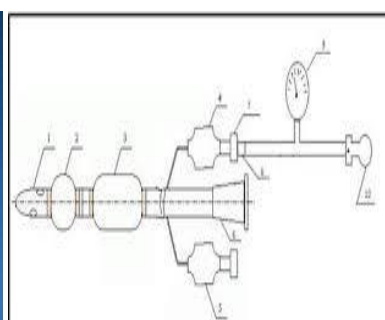
Rasm 2.



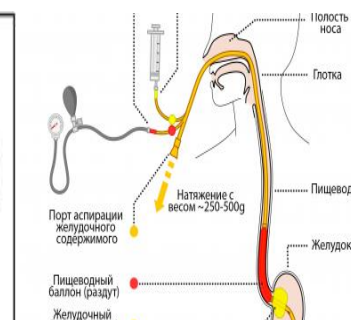
Rasm 3.



Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.

Rasm 1,2,3-Blekmor zondi yordamida, qizilo‘ngachni varikoz kengaygan venalaridan qon ketishini to‘xtatish sxemasi; **Rasm 4**-Blekmorning obturator zondi №18; **Rasm 5**-Blekmor zondini tuzilishi sxemasi; **Rasm 6**-zondni qizilo‘ngachga qo‘yish sxemasi.

PILOROSTENOZNI KONTRASTLI RENTGEN TEKSHIRISH

Maqsad: Pilorostenozni tashxislash.

Ko‘rsatma: Pilorostenozga gumon bo‘lganda.

Kerakli tibbiy jixozlar: Diametri 2-4 mm li polietilen ingichka steril oshqozon zondi (Shar‘er bo‘yicha № 8-10), glitserin yoki o‘simlik moyi, yodolipol, 20,0 li steril shpris, steril rezina qo‘lqop.

Bajarish texnikasi:

Tekshiruv rentgan xonasida bajariladi. Bemorni tekshiruvdan 2-3 soat avval ovqatlantirmaslik kerak.

1. Shifokor rezina qo‘lqop kiyadi.

2. Zondga shpris yordamida xavo yuborib, uning o‘tkazuvchanligi tekshiriladi.

4. Zondni og‘izdan oshqozongacha bo‘lgan uzunligi o‘lchanadi (burun uchidan quloqni yumshoq qismigacha va undan tush suyagining xanjarsimon o‘simtasigacha bo‘lgan uzunlikda) va flamaster bilan chizilib yoki leykoplastir bilan yopishtirilib belgi qo‘yiladi.

5. Zondga uning uchidan 5-6 sm uzunlikda glitserin yoki o‘simlik moyi surtiladi.

6. Bemorni og‘iz orqali zondlashda, kushetkaga chalqancha yotqizib shifokor chap qo‘lini bemorning boshini orqasiga qo‘yib biroz oldinga bukiladi. Bemorni og‘zi ochilib zondni o‘ng ko‘lga olib, uning uchini til ildiziga qo‘yib sekin-asta qizilo‘ngach orqali oshqozonga tushiriladi. Burun orqali zondlashda esa, burun kataklari shilliqlardan tozalanib, zond burunni pastki yo‘li orqali sekin-asta kiritiladi. Bemorni birdaniga bezovtalanib, kuchli yo‘tal tutishi zond uchini nafas yo‘liga tushib qolganligini bildiradi. Bunda zondni orqaga tortib, qaytadan kiritiladi. Oshkozon maxsulotini zond orqali o‘zi oqib chiqishi yoki uni shpris bilan tortganda chiqishi, zondni oshqozonga tushganligini bildiradi. Shu zond orqali oshkozon suyukligi so‘rib olinadi.

7. Yodolipolni ona suti bilan 1:1 nisbatda aralashmasidan bolaning yoshiga mos holda 10-20 ml shprisga olinib, zond orqali oshqozonga yuboriladi va zond oshqozondan sekin-asta chiqarib olinadi.

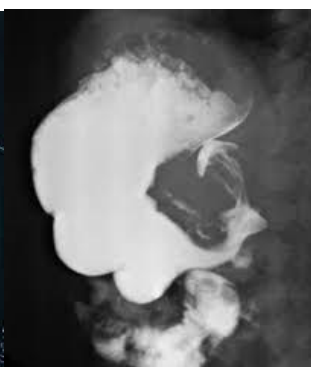
8. Rezina qo‘lqop yechiladi.

9. 20-30 minutdan so‘ng birinchi rentgen surati olinadi. Ikkinchi rentgen surati aralashma yuborilgandan 2 soat keyin o‘tkaziladi. Keyingi rentgen suratini olish ikkinchi rentgen surati natijasiga qarab, 3, 6 soatlardan so‘ng o‘tkaziladi. Agar 3, 6 soatdan keyin ham kontrast modda oshqozondan o‘tmasa yoki oz miqdorda o‘tsa ham pilorostenoz bor deb baholanadi.

Mumkin bo'lgan asoratlar: Zondni nafas yo'liga tushib qolib, bemorni kuchli yo'taltirib, bezovta qilishi, burun orqali zondlanganda burun shilliq qavatlarini shikastlanib qonashi.



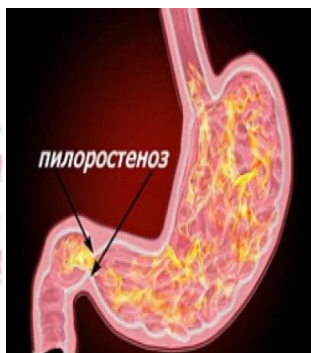
Rasm 1.



Rasm 2.



Rasm 3.



Rasm 4



Rasm 5.



Rasm 6.



Rasm 7.



Rasm 8.

Rasm 1- kontrast modda yuborilgandan 30 daqiqadan so'ngi rentgenogrammada u ichakka o'tmagan; **Rasm 2-3** soatdan so'ngi kontrast modda ingichka ichakka oz miqdordr o'tgan; **Rasm 3,4-** Gipertrofik pilorostenozni rasmda ko'rinishi; **Rasm 5-4** soatdan keyin xam kontrast modda ingichka ichakka o'tmagan; **Rasm 6-**tik turganda to'g'ri proeksiyada rentgenogramma; **Rasm 7-**yotgan xolda to'g'ri proeksiyada rentgenogramma, **Rasm 8-**tik turganda yonboshdan olingan rentgenogramma. Bu rentgenogrammalarda kontrast modda oshqozonda uzoq vaqt ushlanib turibdi.

OSHQOZONNI ZONDLASH TEXNIKASI

Maqsad: Oshqozonni yuvish, kontrastli rentgen tekshirish, oshqozon suyuqligini tekshiruvga olish, oral dekompressiya qilish, enteral oziqlantirish.

Ko'rsatma: Oshqozon orqali zaxarlanishlar, dinamik ichak tutilishlari (ichaklar parezi), bemor o'zi og'iz orqali ovqatlana olmaganda, 3 yoshgacha yoki bexush bemorlarda oshqozon-ichak traktini kontrastli rentgen tekshirish.

Qarshi kursatma: Oshqozondan qon ketganda, qizilo'ngachni chandiqli yoki o'sma natijasida torayishida, qizilo'ngach venalarini varikoz kengayishida.

Kerakli tibbiy jixozlar. Diametri 2-4 mm li polietilen ingichka steril oshqozon zondi (Shar'er bo'yicha № 8-12), vazelin yoki glitserin yoki o'simlik moyi, 20,0 li steril shpris, maxsus og'iz kergich yoki yumshoq materialdan tayyorlangan kergich, steril rezina qo'lqop, kushetka.

Bajarish texnikasi:

1. Bemor ertalab ovqatlanmasligi kerak.

2. Shifokor rezina qo'lqop kiyadi.

3. Zondga shpris yordamida xavo yuborib, uning o'tkazuvchanligi tekshiriladi.

4. Oshqozon zondini zaruriy uzunligi o'lchanadi (burun uchidan quloqning yumshoq qismigacha va undan to'sh suyagining xanjarsimon o'simtasigacha bo'lgan uzunlikda) va flamaster bilan chizilib yoki leykoplastir bilan yopishtirilib belgi qo'yiladi.

5. Zondga uning uchidan 5-6 sm uzunlikda vazelin yoki glitserin yoki o'simlik moyi surtiladi.

6. Oshqozonga zondni maqsadga muvofiq bir martalik yoki uzoq muddatga qo'yish mumkin. Agar oshqozonni bir marta zondlash kerak bo'lsa, zondni og'iz orqali, agar uzoq muddatga qo'yilsa, burun orqali zondlanadi.

7. 5 yoshgacha bo'lgan yoki xushsiz bemorni og'iz orqali zondlashda, kushetkaga chalqancha yotqizib, shifokor chap qo'lini bemorning boshini orqasiga qo'yib, biroz oldinga bukiladi. Bemorni og'zi ochilib, zondni tishlab olmasligi uchun tishlar orasiga maxsus og'iz kergich yoki yumshoq materialdan tayyorlangan kergich qo'yiladi. So'ng zondni o'ng qo'lga olib, uning uchini til ildiziga qo'yib, sekin- asta qizilo'ngach orqali oshqozonga tushiriladi. Burun orqali zondlashda esa, burun kataklari shilliqlardan tozalanib, zond burunni pastki yo'li orqali sekin- sta kiritiladi.

8. 5 yoshdan katta bemorni og'iz orqali zondlashda esa, stulga o'tqazib, boshini biroz oldinga engashtiriladi, og'izni katta ochish tavsiya etiladi. Zondni o'ng ko'lga olib, uning uchini til ildiziga qo'yib va bemorga yutinish tavsiya etiladi. Har

yutinishda zond belgilangan joyigacha ichkariga kiritilib boriladi. Bemorni birdaniga bezovtalanib, kuchli yo‘tal tutishi, zond uchini nafas yo‘liga tushib qolganligini bildiradi. Bunda zondni orqaga tortib, bemorni bir oz tinchlantirib, zond qaytadan kiritiladi. Oshqozon suyuqligini zond orqali o‘zi oqib chiqishi yoki uni shpris bilan tortganda chiqishi, zondni oshqozonga tushganligini bildiradi.

Bu yoshdagi bemorlarda ham burun orqali zondlash yuqorida ko‘rsatilgandek bajariladi.

Burun orqali oshqozonga uzoq vaqtga qo‘yilgan zondni, burun kataklari atrofi terisiga leykoplastir yordamida yopishtirib, maxkamlanadi.

9.Kerakli muolajalar bajarilgach, oshqozondan zond sekinlik bilan tortib chiqarib olinadi.

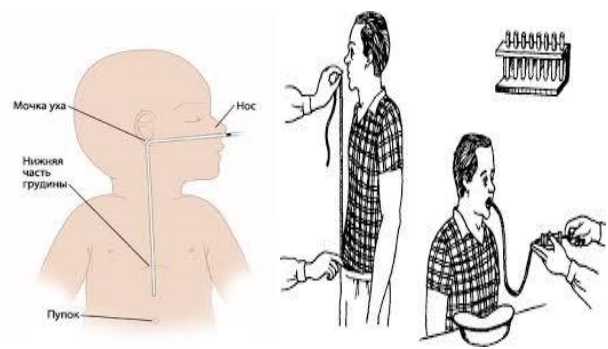
10.Rezina qo‘lqop yechilib, 3% li xloramin eritma bor idishga solinadi.

Mumkin bo‘lgan asoratlar: Zondni nafas yo‘liga tushib qolib, bemorni kuchli yo‘taltirib, bezovta qilishi, burun orqali zondlanganda burun shilliq qavatlarini shikastlanib qonashi.



Rezinali zondlar

Polimerli oshqozon zondlar



Oshqozonni burun yoki og‘iz orqali zondlash

Yoshga bog‘liq zond uzunligini o‘lchash

OSHKOZONNI YUVISH TEXNIKASI

Maqsad: Davolash va oshqozon kasalliklarini tashxislash.

Ko'rsatma: Oshqozon orqali zaxarli moddalar bilan yoki ovqatdan zaxarlanganda, oshqozonda o'tkaziladigan operatsiyadan oldin oshqozonni tozalash, oshqozondan qon ketish, oshqozon suyuqligini zaxarli moddalarga tekshirish uchun namuna olish.

Kerakli tibbiy jixozlar: Diametri 2-4 mm li 0,5-1 m uzunlikdagi polietilen ingichka steril oshqozon zondi (Shar'er bo'yicha № 8-12), glitserin yoki o'simlik moyi, shpatel, maxsus og'iz kergich yoki yumshoq materialdan tayyorlangan kergich, sirlangan paqirda qaynatilgan 3-5 l tana xaroratidagi iliq suv, cho'mich, kleyonkali fartuk, kushetka va choyshab, oshqozon yuvindisini tekshirish uchun toza shisha idish, oshqozon yuvindisini yig'ish uchun tog'ara, 100,0 yoki 200,0 li Jane shprisi, steril rezina qo'lqop, 0,5 l. li shishali yoki plasmassali voronka, 1-2 % li natriy gidrokarbonat eritmasi 3-5 l (kislatali moddalar bilan zaxarlanganda ishlatiladi), toza sochiq.

Bajarish texnikasi: Oshqozonni 2 ta usulda, ya'ni zondsiz va zond orqali yuvish mumkin.

1-usul: Zondsiz yuvish usulida bemorga 3-4 stakan ilik suv yoki sodali eritma yoki kaliy permanganatli eritma yoki boshqa suyuqlik ichiriladi. So'ng tilni ildiz soxasini, qo'lning 2-va 3-barmoqlari yoki shpatel bilan bosib, qayt qilish refleksi chakiriladi. Shuni bir necha bor qaytarilib, oshkozondan toza suv chiqqunga qadar yuviladi (rasm 7).

2-usul: Zond orqali yuvishda, muolajani shifokor va xamshira birga bajaradi.

1.Shifokor va xamshira rezina qo'lqop kiyadi.

2.Zondga shpris yordamida xavo yuborib, uning o'tkazuvchanligi tekshiriladi.

3.Oshqozon zondini yoshga mos zaruriy uzunligi o'lchanadi (burun uchidan quloqning yumshoq qismigacha va undan tush suyagining xanjarsimon usimtasigacha bo'lgan uzunlikda) va flamaster bilan chizilib, yoki leykoplastir bilan yopishtirilib belgi qo'yiladi(rasm 3).

4. Shifokor o'ziga va bemorga kleyonkali fartuk taqiladi.

5. Zondga uning uchidan 5-6 sm uzunlikda glitserin yoki paxta yoki pista moyi surtiladi.

6.5 yoshgacha bo'lgan bemorni zondlashda, xamshira stulga o'tirib bemorni oldini pelenka bilan yopib, bemor oyoqlarini o'zining ikki oyog'i orasiga olgan xolda boshini yelkasiga keltirib, bir oz oldinga engashtirib ushlab turadi. Stuldan pastga oyoqlar ro'parasiga tog'ara qo'yiladi. Xushsiz bemorni og'iz orqali zondlashda esa uni kushetkaga chalqancha yotqizib, xamshira chap qo'lini bemorning boshini orqasiga qo'yib, biroz oldinga bukilgan xolda ushlab turadi. Shifokor chap qo'lining bosh va o'rta barmoqlari bilan bemorni ikkala lunjidan qisib, pastki jag'ini pastga tushirib, og'zini ochadi. Zondni tishlab olmasligi uchun tishlar orasiga maxsus og'iz kergich yoki yumshoq materialdan tayyorlangan kergich qo'yiladi. So'ng shifokor zondni o'ng ko'lga olib, uning uchini til ildiziga qo'yib, sekin-asta (zond tez kiritilsa u buklanib qolishi mumkin!) qizilo'ngach orqali oshqozonga tushiriladi va bemorni o'ng yonboshga yotqiziladi.

7.5 yoshdan katta bemorni og'iz orqali zondlashda esa, bemor oldiga kleyonka fartuk tutilib stulga o'tqiziladi, oyoqlari orasiga tog'ara qo'yiladi. Xamshira bemor boshini bir oz oldinga engashtirilgan xolda ushlab turadi. Bemordan og'izni katta ochish so'raladi. Agar og'zini ochmasa, shpatel orqali til asosini bosib og'zi ochiladi. Shifokor zondni o'ng ko'lga olib, uning uchini til ildiziga qo'yib va bemorga yutinish tavsiya etiladi. Har yutinishda zond belgilangan joyigacha ichkariga kiritilib boriladi. Bemorni birdaniga bezovtalanib, kuchli yo'tal tutishi, zond uchini nafas yo'liga, ya'ni traxeyaga tushib qolganligini bildiradi. Bunda zondni orqaga tortib, bemorni bir oz tinchlantirib, zond qaytadan kiritiladi. Oshkozon maxsulotini zond orqali o'zi oqib chiqishi yoki uni shpris bilan tortganda chiqishi, zondni oshqozonga tushganligini bildiradi. Agar oshkozon suyuqligini tekshirish zarur bo'lsa, shpris yordamida undan taxminan 50 ml namuna olinadi, toza bankachaga quyiladi va og'zi berkitilib, yorliq yopishtiriladi, so'ng tekshirish uchun yuboriladi.

8. Agar bemor og'ir axvolda bo'lsa, uni o'ng yonboshga yostiqsiz yotqizib, barmoqlar bilan og'zini ochib, tishlari orasiga kergich qo'yib ushlab turiladi. So'ng boshini biroz oldinga bukib, zond kizil o'ngachga kirgizilib avval belgilab qo'yilga joygacha oshqozonga o'tkaziladi. Zondni tashqi uchini bemordan pastga tushiririladi, undan me'da suyuqligi ajralsa, bu zondning to'gri kiritilganligidan dalolat beradi. Agar me'da suyuqligi chikmasa, shpris bilan tortib ko'riladi, shunda xam chiqmasa, zondni orqaga yoki oldinga surib, uning xolati o'zgartiriladi.

9. Zond yuborilgandan so'ng uning tashqi teshigiga voronka ulanadi (agar yuvishni sifon prinspida o'tkazilsa).

10. So'ng uni oshqozon satxidan pastroqda ushlab turib, cho'mich bilan voronkaga suv quyiladi. Bunda voronka orqali zondga xavo tushib qolmasligi kerak. Oshqozonga yuboriladigan bir martalik suvning miqdori bemorni oshqozonini yoshiga mos xajmida olinadi. Voronkani asta-sekin og'izdan yuqoriga ko'tariladi. Suyuqlik oshqozonga tez o'tadi. Suyuqlik voronka bo'g'zigacha pasayganda, voronkani oshqozon satxidan pastga tushirib, tog'araga tutiladi va oshqozon yuvindisi zond orqali chiqib tog'araga to'kiladi. Bunda voronkadagi suvni xammasi tushib ketishiga yo'l qo'yib bo'lmaydi, chunki voronkaga qayta suv qo'yish vaqtida havo zond orqali oshqozonga ketib qolishi mumkin va bu muolajani qiyinlashtiradi. Buning uchun voronkaga qayta suv quyishda uni oshqozon satxida ushlab turish zarur. Muolajani toki yuvindi suv toza bo'lmaguncha bir necha marta takrorlanadi. Agar kislotali moddalar bilan zaxarlanganda oshqozonni yuvish, natriy godrokorbanat eritmasi bilan bajariladi. Oshqozonni yuvishda suvni zond orqali Jane shprisi yordamida yuborish qulayroqdir.

11. Muolaja to'gagach voronkani zondan ajratib olinib, zond asta-sekin tortib chiqariladi va bemorning iyagi va og'zi toza sochiq bilan artib qo'yiladi.

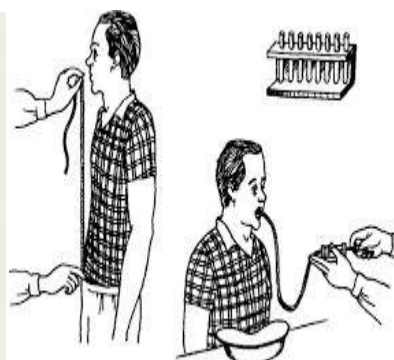
12. Rezina qo'lqop yechilib, antiseptik suyuqligi bor idishga solinadi.



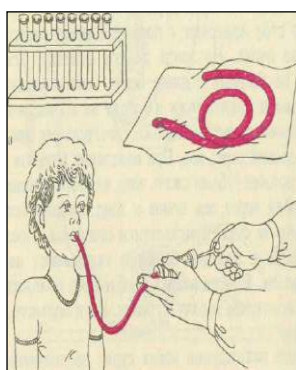
Rasm 1.



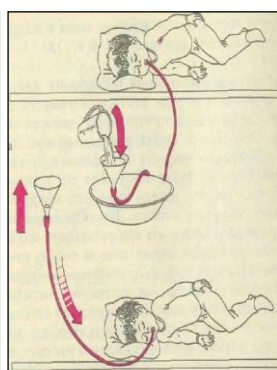
Rasm 2.



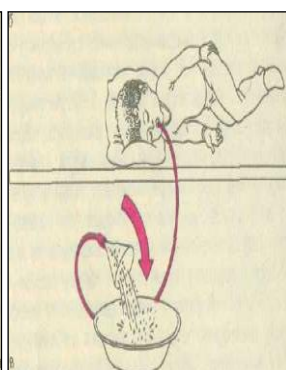
Rasm 3



Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.



Rasm 7.



Rasm 8.



Rasm 9.



Rasm 10.

Rasm 1-bemor o‘tirgan xolatda oshqozonini yuvish jarayoni va voronkaning xolatlari(a,b); **Rasm 2**-oshqozonni zond orqali yuvishda voronkaning xolatlari; **Rasm 3**-bemorni oshqozonini yuvish uchun, zondni uzunligini o‘lchash; **Rasm 4**-zond orqali oshqozondan suyuqlik olish; **Rasm 5,6**-bemor yonboshga yotgan xolda oshqozonni yuvish va voronkani yuvishdagi xolati; **Rasm 7**-bemor oshqozonini zondsiz o‘zi yuvishi; **Rasm 8**-og‘iz orqali oshqozonni zondlash; **Rasm 9**-polimer zondlar; **Rasm 10**- rezinali zondlar.

OSHQOZON VA INGICHKA ICHAKNI KONTRASTLI RENTGEN TEKSHIRISH

Maqsad: Oshqozon va ingichka ichakni tugʻma nuqsonlarini, kasalliklarini va oʻtkazuvchanligini aniqlash.

Koʻrsatma: Oshqozon va 12-barmoqli ichak yara kasalligiga, tugʻma pilorostenoz, pilorospazm va diafragmal churraga, tugʻma va orttirilgan ichaklar oʻtkazuvchanligini buzilishiga, ichaklar ikkilanishlariga, oʻsma gumon boʻlganda.

Kerakli tibbiy jixozlar: Dokadan tayyorlanga steril salftka va shariklar, steril rezina qoʻlqop, vazelin yoki glitserin moyi, diametri 3-5 mm li steril polietilen oshqozon zondi, 20,0 li steril shpris yoki 100 ml li Jane shprisi, yoki stakan, kontrast modda (yodolipol yoki 10% li bariy sulfat suspenziyasi).

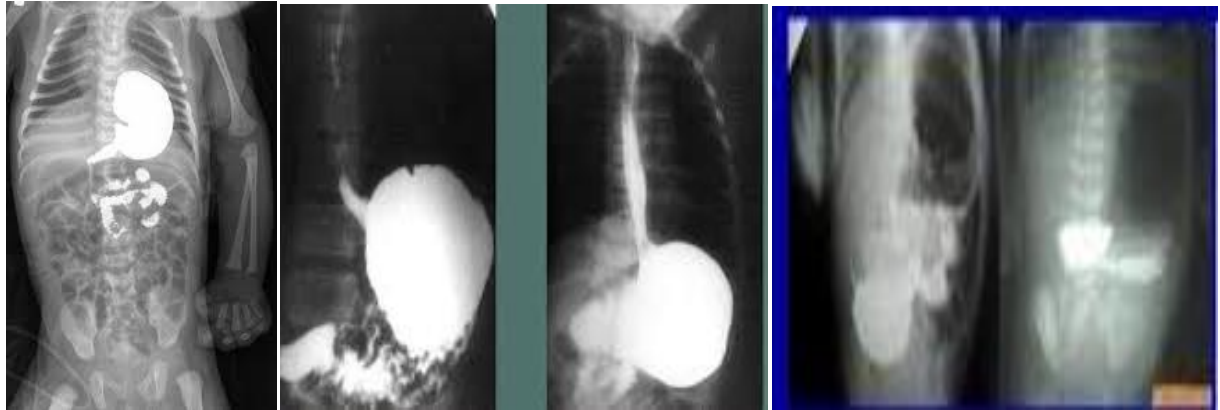
Bajarish texnikasi:

1. Shifokor rezina qoʻlqop kiyadi.
2. Bemorni yoshiga mos xolda oshqozon xajmini xisobga olib, shprisga yoki stakanga kerakli miqdorda kontrast moddalardan biri olinadi.
3. Agar bemor 3 yoshgacha yoki bexush boʻlsa, kontrast modda oshqozonga zond orqali yuboriladi. Bunda oshqozon zondini zaruriy uzunligi oʻlchanadi (burundan tush suyagining xanjarsimon oʻsimtasigacha boʻlgan uzunlikda).
4. Zond uchi vazelin yoki glitserin bilan moylanadi.
5. Bemorni boshini chap qoʻl bilan ushlanadi, oʻng qoʻl bilan oxista zond bolani chap burun katagi orqali kiritiladi. Bunda zond uchi burun, ogʻiz, halqum va qizilungach orqali oʻtib, oldindan belgilangan uzunlikda oshqozonga tushadi.
6. Zond orqali oshqozon maxsuloti chiqa boshlaydi, oshqozon qaynatilgan iliq suv bilan yuviladi, soʻngra shprisdagi kontrast modda oshqozonga yuboriladi.
7. Zond asta-sekinlik bilan oshqozondan chiqarib olinadi.
8. Agar bemor oʻzi icha olsa, kerakli miqdordagi kontrast moddani stakanga olib oʻtirgan xolatda ichiriladi.

9. Bemor rentgen stoliga chalqancha yotqiziladi.

10. Tekshirish maqsadi va ko'rsatmasiga binoan rentgen surati olinadi. (vertikal va gorizontal xolatda, to'g'ridan va yonboshdan, 10, 20, 30 daqiqada, 1, 2, 3 soatdan keyin va xokazo).

11. Rezina qo'lqop yechilib, antiseptik suyuqlik bor idishga solinadi



Kontrastli rentgenogrammada tug'ma yuqori ichak tutilishi aniqlanyapti.

TRENDELENGBURG XOLATIDA KONTRASTLI RENTGEN TEKSHIRISH

Maqsad: Kardiya xalaziyasida oshqozon-qizilo'ngach reflyuksini aniqlash.

Ko'rsatma: Ko'p marotaba qonli yoki qonsiz qayt qilish, bola xayotining 1-kunidan boshlab qayt qilsa, keyinchalik ovqatlantirilgandan so'ng qayt qilsa, yotganda, baqirib yig'laganda ivigan sut qayt qilsa.

Kerakli tibbiy jixozlar: Bolani yoshiga mos miqdorda rentgenkontrast modda (bariy sulfatni 10% li eritmasi), stakan yoki bolani yoshiga mos o'lchamdagi rezinali yoki polimer oshqozon zondi, 20,0 li shpris.

Bajarish texnikasi:

1. Bemorga vertikal xolatda rentgenkontrast modda ichiriladi. Agar bemor 2 yoshgacha bo'lsa, kontrast modda zond orqali oshqozonga yuboriladi.

2. So'ng, bemor oyog'ini yuqoriga va boshini pastga qilgan xolatda rentgen stoliga chalqancha yotqiziladi (Trendelenburg xlati).

3. To'g'ri proeksiyada rentgen surati olinadi.

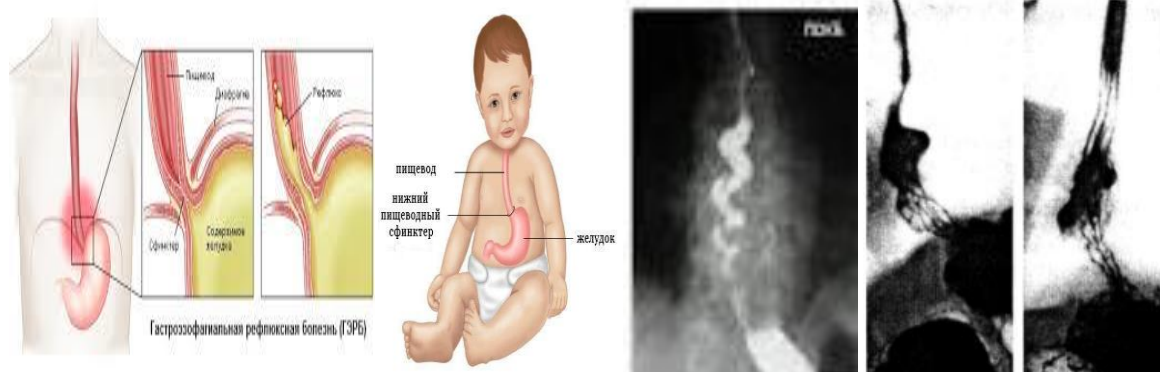
Agar kontrast modda oshqozondan qizil o'ngachka o'tsa, uni kardial kismini xalaziyasi bor deb baxolanadi. Buni rentgenoskopiya qilib xam ko'rish mumkin.



Rasm 1.

Rasm 2. Rasm 3. Rasm 4.

Rasm 5. Rasm 6.



Rasm 7.

Rasm 8.

Rasm 9.

Rasm10.

Rasm 1-bemor rentgen stolida Trendelenburg xolatida; **Rasm 2**- normada kardial qismdan oshqozon suyuligini qizilo'ngachga o'tmasligini sxemasi; **Rasm 3**- oshqozon-qizilo'ngach reflyuksi sxemasi; **Rasm 4**-dafragma muskulini bo'shashishi sababli, oshqozonni kardial qismini yuqoriga chiqib qolishi sxemasi; **Rasm 5,6,7**-gastro-ezofagal reflyuks sxemasi; **Rasm 8**-qizilo'ngachni pastki qismini sfingteri ko'rsatilgan sxema; **Rasm 9,10**-kontrastli rentgenogrammada oshqozon-qizilo'ngach reflyuksini ko'rinishi.

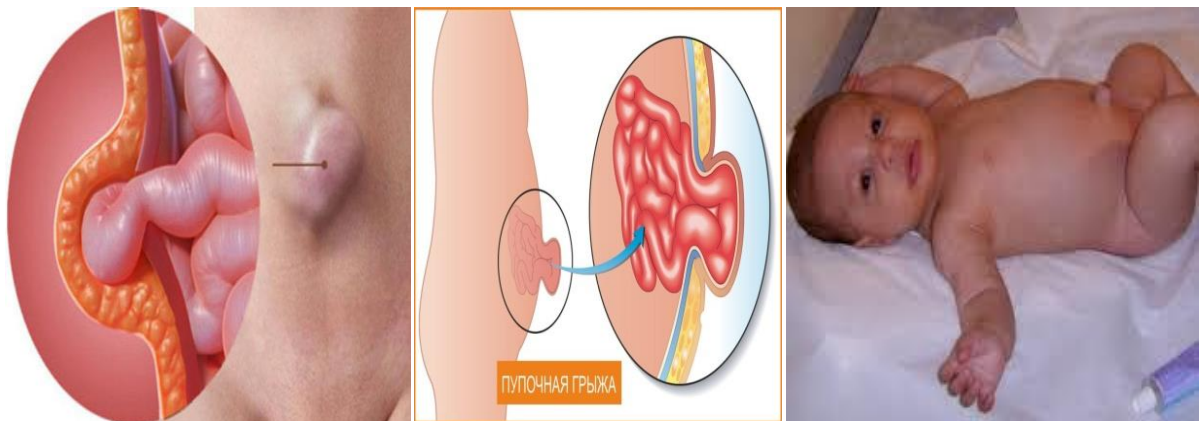
KINDIK CHURRASINI KONSERVATIV DAVOLASH

Kindik churrasi – Odatda chaqaloqlar tug'ilganda kindik tizimchasi bog'lanib kesiladi va kindik xalqasi 6-8 kunda o'z-o'zidan bitadi. Kindik xalkasi aponevrozining to'liq bitmasligi natijasida kindik xalqasidan charvi yoki ingichka

ichakning bir qismi qorin pardaga o‘ralib, bo‘rtib chiqadi va churra hosil qiladi.

Konservativ davosi quyidagicha:

1. Bolani xar yo‘rgaklashdan oldin qorniga 2-3 minut davomida yotqizilishi kerak. Bunda qorin pressi xosil bo‘lib kindik xalqasi torayadi.
2. Bolani qorni extiyotlik bilan, to‘g‘ri mushak bo‘ylab va kindik atrofi soat strelkasi bo‘yicha yengil massaj qilinadi.
3. Churra qorin bo‘shlig‘iga qiritilib, kindikning ikkala tomonidan teri yig‘ilib, burma hosil qilinadi va keng yopishqoq leykoplastir yopishtiriladi. Bunda leykoplastirni 7-10 kunda bir marta almashtirish kerak. Leykoplastir natijasida terida maseratsiya yoki terining ta’sirlanishi kuzatilsa, u olinib, shu joyga diametri 3-4 sm li tanga qo‘yib bog‘lash ham yaxshi natija beradi. Agar tanga bo‘lmasa, shunday o‘lchamdagi qattiq karton qog‘oz, yupqa foner, plastmassa yoki tunikalardan (qalinligi 004 mm li) ham yumaloq doira shaklda kesib tayyorlash mumkin. Qoringa maxsus bandaj taqish xam mumkin.
4. Bolani qornidagi bosimni kamaytirish uchun, bolani ko‘p yig‘latmaslik, yo‘taltirmaslik va qabziyatni oldini olish choralari ko‘riladi.
5. Konservativ davolash davomiyligi har-xil bo‘ladi. Odatda kindik xalqasi 1-2 yoshda bitadi. Agar kindik churrasi katta bo‘lib, kindik xalqasida qisilib qolsa, shoshilinch operatsiyaga ko‘rsatma bo‘lib hisoblanadi. Ko‘p xollarda 3 yoshgacha konservativ davolanadi. Agar bitmasa, operativ davoga ko‘rsatma hisoblanadi.



Kindik churrasi



Lyamkali bandaj tutish



Maxsus bandaj tutish

KINDIK OQMASINI FISTULOGRAFIYA QILISH

Maqsad: Siydik yo‘lini (uraxusni) va sariqlik yulini oqmalarini tashxislash.

Ko‘rsatma: Kindik chuqurchasidan suyuq ajralma chiqishi.

Kerakli tibbiy jixozlar: steril rezina qo‘lqop, spirt, ingichka polimer kateter yoki chaqaloqlar uchun ingichka metall uretral kateter, vazelin yoki tibbiyot glitserini, kontrast modda (yodning suvli eritmasi: verografin, triombrast, triozograf, yodamid v.b.dan biri), steril 5,0 li shpris, dokali steril salfetka va shariklar, leykoplastir.

Bajarish texnikasi:

1. Shifokor rezina qo‘lqop kiyadi.
2. Bemor rentgen stoliga chalqancha yotqiziladi.
3. Kateter uchiga vazelin yoki glitserin surtiladi.
4. 5,0 li shprisga 2-3 ml kontrast modda olinadi.
5. Oqma teshigiga ingichka kateter kiritilib, u orqali shprisga olingan kontrast modda yuborilgach, kateter chiqarib olinadi.
6. Yonbosh proeksiyada rentgent surati olinadi va oqmani yo‘nalishi aniklanadi.

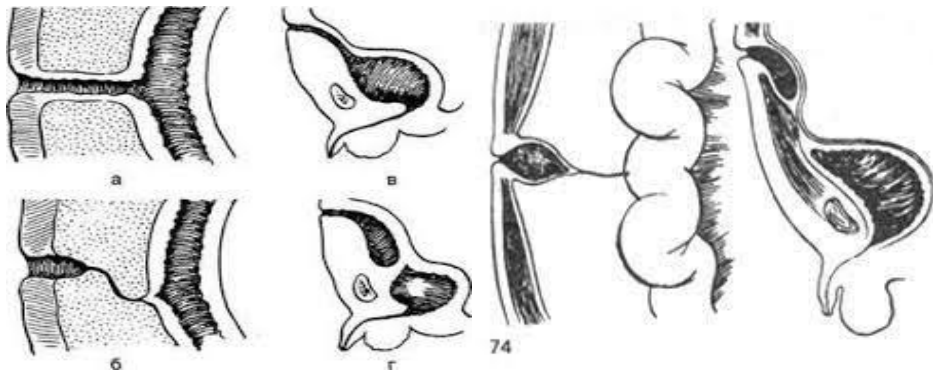
7. Agar rentgen suratda kontrast modda qorin bo'shlig'i tomon to'g'ri yo'nalishda ko'rinsa, sariqlik yo'lini oqmasi deb, agar pastga qovuq tomonga yo'nalishda ko'rinsa, siydik yo'lini (uraxusni) oqmasi deb baxolanadi.
8. Rezina qo'lqop yechilib, 3% li xloramin eritmasi bor idishga solinadi.



Rasm 1.

Rasm 2.

Rasm3.



Rasm 4.

Rasm 5.

Rasm 1-Sariqlik yo'lini oqmasi va fistulogrammasi; **Rasm 2,3**-kindik oqmasini ko'rinishi; **Rasm 4**-Sariqlik yo'lini to'liq(a) va noto'liq(b) oqmasi va uraxusni to'liq(v) va noto'liq (g) oqmasini sxemasi; **Rasm 5**- Sariqlik yo'lini va uraxusni noto'liq oqmasini sxemasi.

ASSITDA QORIN BO'SHLIG'INI PUNKSIYA QILISH VA DRENAJLASH

Maqsad: Qorin bo'shlig'idan assit suyuqligini chiqarish, chaqaloqlar peritonitini qiyosiy tashxislash, qorin bo'shlig'iga qon quyilishini tashxislash, laparoskopiyada tayyorlash etapi sifatida, peritoneal dializ o'tkazish uchun, pnevmoperitoneum qilish.

Ko'rsatma: Bemorni qorin bo'shlig'ida assit, chaqaloqlar peritoniti, qorin bo'shlig'iga qon quyilish, peritoneal dializ o'tkazish, laparoskopiyani o'tkazish, pnevmoperitoneumni o'tkazish.

Kerakli tibbiy jixozlar: Operatsiya stoli, steril rezina qo'lqop, 20 ml li steril shpris ignasi bilan, agar peritoneal dializ o'tkazish zarur bo'lsa troakar va ingichka steril polietilen kateter, spirt, 10 ml 0,5% li novokain, dokadan tayyorlangan steril salfetka va shariklar, pinset, leykoplastir, lotok.

Bajarish texnikasi:

1. Bemorni bog'lov xonasida operatsiya stoliga chalqancha yotqiziladi.
2. Shifokor rezina qo'lqop kiyadi.
3. Punksiya vaqtida siydik qopini teshib qo'ymaslik uchun, avval bemor siyib oladi, agar o'zi siyaolmasa kateter orqali siydikni chiqarib, siydik qopi bo'shatiladi.
4. Punksiya qilishning maqsadiga bog'liq, punksiya joyi tanlanadi. Ko'proq qorinni oq chizig'i bo'yicha, kindikdan 1-3 sm pastda yoki kindik bilan simfiz oralig'ini o'rtasida punksiya qilinadi.
5. Qorinni oldingi devorini kindik atrofi va punksiya qilish joyini terisi spirt bilan ishlanadi.
6. Shprisga ignani o'rnatib, 10 ml novokain olinadi. 7. Kindik soxaga aponevrozni qo'shib ipak ip (№6) bilan krestsimon chok qo'yiladi va chap qo'l bilan ipni uchlaridan ushlab yuqoriga tortib, qorin devorini maksimal ko'tarib turiladi.
8. Qorin yuzasiga 45 gradus burchak ostida o'ng qo'l bilan shpris ignasini qorin devoriga asta-sekin sanchib, bo'shliqqa tushish xissi paydo bo'lguncha kiritiladi. Agar shprisdagi novoqain xoli tushsa, yoki shprisni ignadan chiqarib olganda ignadan suyuqlik chiqishsa (assitda!) muolaja to'g'ri bajarilgan bo'ladi.

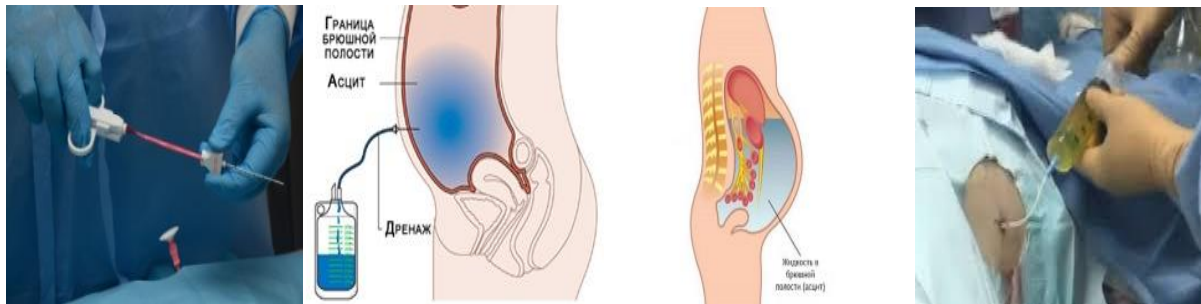
Agar peritoneal dializ o'tkazish kerak bo'lsa, troakar bilan punksiya qilinib, u orqali polietilen kateterni qorin bo'shlig'iga kiritiladi..

9. Keyingi muolajalar punksiyaning maqsadiga bog'liq bo'ladi: suyuqlik chiqarish, xavo kiritish, ingichka polietilen kateter kiritish, laparoskop tubusini kiritish va b.

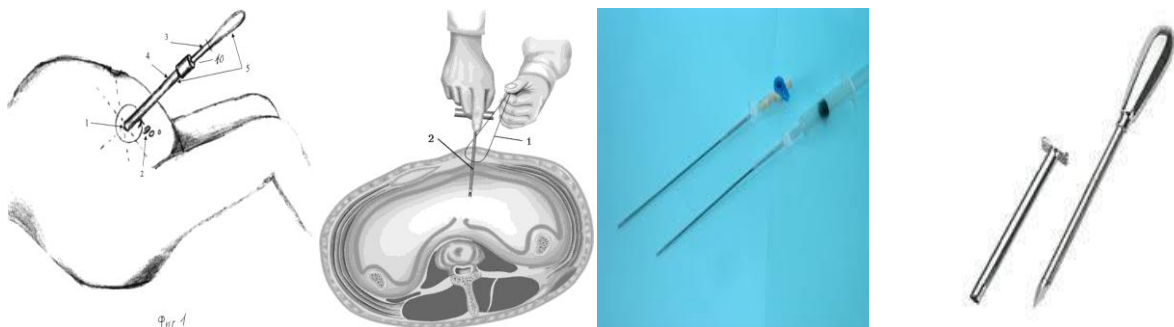
10.Suyuqlik qorindan olingandan so'ng,igna chiqarib olinadi va punksiya qilingan joyga spirt surkab, salfetka qo'yib,leykoplastir bilan teriga yopishtiriladi.

11.Rezina qo'lqop yechilib,3% li xloramin eritmasi bor idishga tashlanadi.

Mumkin bo'lgan asoratlar: Agar yuqorida ko'rsatilgan bajarish texnika qoidalari buzilsa, igna bilan ichakni yoki siydik qopini teshib qo'yish,xatto ichki a'zolari shikastlab qo'yish mumkin.



Assitda qorin b'qo'lig'ini punksiya qilish



Qorin bo'shlig'ini troakar bilan drenajlash. Punksiya igna. Troakar.

TO'G'RI ICHAKNI BARMOQ BILAN TEKSHIRISH

Maqsad: To'g'ri ichak kasalliklarini, Duglas bo'shlig'i abscessini tashxislash.

Ko'rsatma: To'g'ri ichak polipi, stenozi, Duglas bo'shlig'i abscessi, ichak invaginati boshchasini aniqlash,prostata bezi xolatini aniqlash va o'smalar, ichki gemoroydal tugunlar,infiltrat,yiringli paraproktit borligini aniqlash,rektoskopiya va rektoromanoskopiyani o'tkazishdan oldin to'g'ri ichak xolatini bilish .

Kerakli tibbiy jixozlar:Steril rezina qo'lqop, vazelin yoki glitserin, kushetka.

Bajarish texnikasi:

1. Bemor tizza-tirsak yoki chalqancha yotib, oyoqlari qorin tomon keltirilib tos-son bo'g'imida biroz kerilgan xolatda yoki chap yonboshga tizzalari qorin tomonga bukilgan xolatda, shifokorga orqasi bilan yotqiziladi.

2. Rezina qo'lqop kiyiladi.

3. O'ng qo'l ni ko'rsatkich barmog'iga vazelin surtiladi.

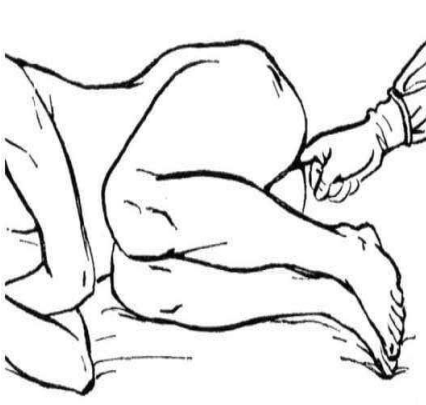
4. Ko'rsatkich barmoqni asta-sekin anal teshikka kiritilib, to'g'ri ichak soat strelkasi yo'nalishi bo'ylab aylanasiga tekshiriladi, og'riqli zona, infiltratsiya bor – yo'qligi aniqlanadi, tashqi va ichki sfinkter tonusiga axamiyat beriladi, xamda barmoq butunlay to'g'ri ichakka kiritilib, xosila bor-yo'qligi, to'g'ri ichak oldingi devorida qattqlik, osilish, flyuktuatsiya bor- yo'qligi tekshiriladi.

5. Barmok to'g'ri ichakdan chiqarilib, barmoq nima bilan ifloslangani (yiring, shillik, najas, kon) aniklanadi.

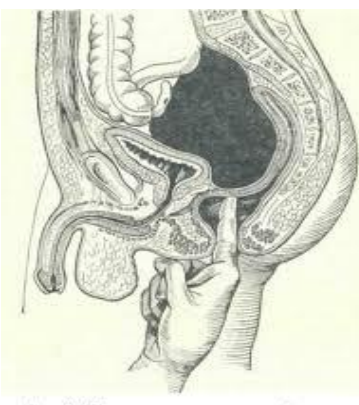
6. Rezina qo'lqop yechilib, dezinfeksiyalovchi eritma bor idishga solinadi.



Rasm 1.



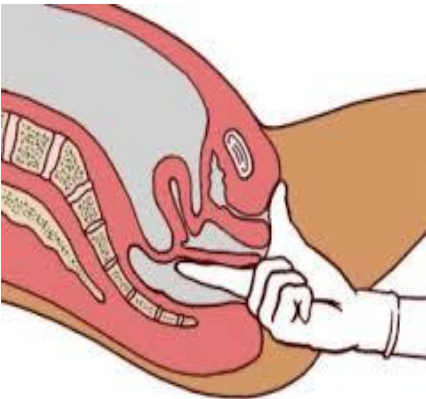
Rasm 2.



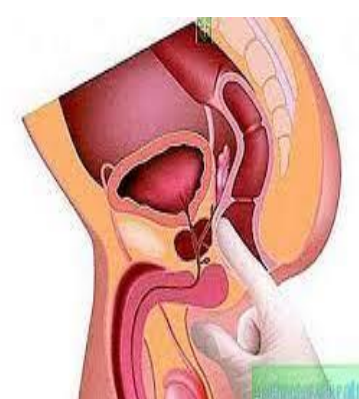
Rasm 3.



Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.

Rasm1-bemorni to‘g‘ri ichagini tizza-tirsak xolatida barmoq bilan ko‘rish sxemasi; **Rasm 2**-bemorni to‘g‘ri ichagini o‘ng yonboshga, tizzalari qorin tomonga bukilgan xolatda barmoq bilan ko‘rish sxemasi; **Rasm 3**-Duglas bo‘shlig‘i absessini barmoq bilan aniqlash sxemasi; **Rasm 4**:-1-to‘g‘ri ichakni ichki gemorroydal tuguni, 2- to‘g‘ri ichakni tashqi gemorroydal tuguni; **Rasm 5**-qizlarda to‘g‘ri ichakni barmoq bilan ko‘rish sxemasi; **Rasm 6**-o‘g‘il bolalarda to‘g‘ri ichak orqali prostata bezini barmoq bilan palpatsiya qilish sxemasi.

TO‘G‘RI ICHAKNI REKTAL OYNA BILAN KO‘RISH

Maqsad: To‘g‘ri ichak kasalliklarini aniqlash,to‘g‘ri ichakda bazi kerakli operatsiyalarni bajarish.

Ko‘rsatma:To‘g‘ri ichak shilliq qavati polipini tashxislash va uni olib tashlash,kattalashgan gemorroydal tugunlarni aniqlash va ularni sklerozlash yoki tugunli bog‘lash,o‘smadan biopsiya olish, anal teshigi yorig‘ini blokada qilish,Duglas bo‘shlig‘i absessini punksiya qilish va skalpel bilan ochib drenajlash,to‘g‘ri ichakdagi pararektal oqmani olib tikish.

Qarshi ko‘rsatmalar:. Anusni yoki to‘g‘ri ichakni tug‘ma yoki ortirilgan torayishi,ularni o‘tkir yallig‘lanishi,ulardan kuchli qon ketganda,anal teshigi va to‘g‘ri ichakni o‘tkir yorilishi,bemorda og‘ir yurak-qontomir yetishmovchiligi.

Kerakli tibbiy jixozlar: Rektal oyna, steril rezina qo‘lqop,shpatel,dokali salfetka,vazelin yoki glitserin yoki o‘simlik moyi, operatsiya stoli yoki ginekologik kreslo,3% li xloramin erimasi bor idish,to‘g‘ri ichak shilliq qavatini og‘riqsizlantiruvchi

gellardan(“Katedjal”,“EMLA”,”Luan”,”Nefluan”,”Anestezin”) biri yoki ketamin.

Tekshiruvga tayyorlash:

1-usul: Agar bemorda tekshiruvdan oldin 1-1,5 soatgacha bo‘lgan vaqt ichida ichi kelmagan bo‘lsa, ichini keltirish uchun tekshiruvdan 2-3 soat oldin,xar 30 minut intervalda 1 tabletkadan “Mikrolaks” beriladi,Bu to‘g‘ri ichakdan axlat kelishini kuchaytiradi.

2-usul: Tekshiruvdan 1 kun oldin kechkurun va tekshiruvdan 1 soat oldin tozalovchi xuqna o'tkaziladi. Tekshiruvdan 20-30 daqiqa oldin esa to'g'ri ichakka gaz chiqaruvchi naycha qo'yiladi.

Bajarish texnikasi:

1. Bemor tekshiruv stolida yoshiga bog'liq xolda chalqancha, oyoqlari qorin tomonga tizza va chanoq-son bo'g'imlarida biroz bukulgan xolatda yoki tizza-tirsak xolatida yotqiziladi.

2. Shifokor rezina qo'lqop kiyadi.

3. Tekshiruvdan 3-5 minut oldin bemorga og'riqsizlantirish qilinadi: 10 yoshgacha bolalarga qisqa muddatli (ketaminli) narkoz beriladi. Katta yoshli bolalarda, to'g'ri ichak tozalangandan keyin, to'g'ri ichak shilliq qavatidagi og'riq sezuvchi retseptorlarni joyli anesteziya qilish uchun, to'g'ri ichak shilliq qavatiga og'riqsizlantiruvchi gellardan birini surtiladi. Agar operatsiya qilish kerak bo'lsa xam qisqa muddatli narkoz beriladi.

7. Shpatelga vazelin olinib, rektal oyna uchlariga surtiladi.

8. Rektal oyna uchlari yopilgan xolda, asta-sekin to'g'ri ichakka oxirigacha, ya'ni oynani sopigacha kiritiladi.

9. Rektal oynani uchlarini sekin-asta ochib, ichakni oldingi va orqa devorlarini shilliq qavati xolati vizual ko'riladi. So'ng oynani uchlarini yopib, soat strekasi bo'yicha asta burab, to'g'ri ichakni ikkala yon devorlari ko'riladi.

10. Zarur bo'lsa kerakli operatsiyalar bajariladi.

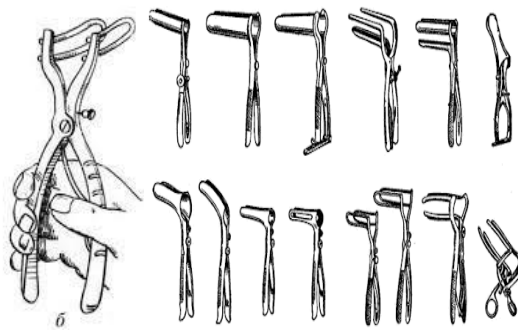
11. Tekshiruv yoki opratsiya tugagach, rektal oyna uchlari yopilgan xolda asta-sekin to'g'ri ichakdan chiqarib olinadi.

12. Rezina qo'lqop yechiladi

13. Ishlatilgan rektal oyna va yechilgan rezina qo'lqop 3% li xloramin eritmasi bor idishga solinadi.



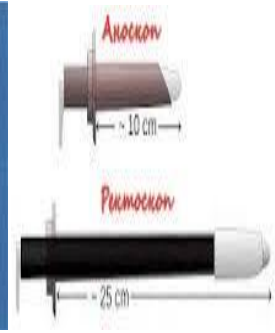
Rasm 1.



Rasm 2.



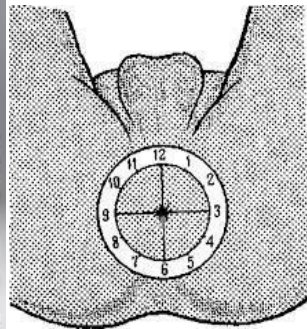
Rasm 3.



Rasm 4.



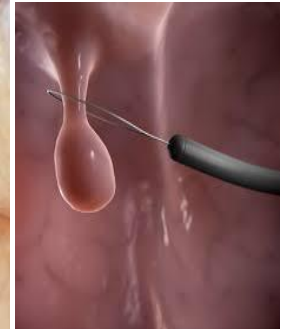
Rasm 5.



Rasm 6.



Rasm 7.



Rasm 8.

Rasm 1,2-rektal oynalarni turlari; **Rasm 3,4**-anoskop turlari; **Rasm 5**-to'g'ri ichakni rektoskop bilan ko'rishda bemor xolati; **Rasm 6**-soat strelkasi bo'yicha to'g'ri ichakni ko'rish sxemasi; **Rasm 7**-anoskop orqali to'g'ri ichakdagi polipni ko'rinishi; **Rasm 8**-to'g'ri ichak polipini rektal oyna orqali olish.

ORQAPESHOV ATREZIYASIDA VANGENSTIN-RIS BO'YICHA RENTGENOGRAFIYA QILISH

Maqsad: Oqmasiz orqapeshov va to'g'ri ichak atreziyasini uzunligini aniqlash orqali operativ taktikani belgilash.

Ko'rsatma: Orqapeshov va to'g'ri ichak atreziyasini oqmasiz shakli.

Kerakli tibbiy jixozlar: Leykoplastir, rentgen kontrast buyum (20-50 so'mlik tanga, metall sharik, bariy pastasi v.b.).

Bajarish texnikasi:

Rentgent tekshiruv, chaqaloq tug'ilgandan so'ng 12 soat o'tkazib bajariladi. Bunda chaqaloqni ichaklari xavo bilan to'lgan bo'ladi. 15-16 soat o'tgandan so'ng bajarilsa, nisbatan ishonchliroq bo'ladi.

1. Yangi tug'ilgan chaqaloqni dumg'aza-dum soxasini o'rta chizig'i bo'ylab orqa-peshov soxasiga rentgen kontrast buyum qo'yib, uni leykoplastir bilan teriga yopishtirib maxkamlanadi yoki shu soxaga bariy pastasi surtiladi.

2. Tekshiruvdan 1-1,5 soat avval chaqaloqni Trendelenburg xolatiga keltiriladi, ya'ni boshini biroz pastga, oyoqlarini tepaga qilib turiladi.

3. So'ng, 10-15 sekund davomida rentgen tasviri olinguncha, chaqaloqni yonbosh xolatida, boshini pastga oyoqlarini tepaga qilib vertikal xolatda ushlab turiladi va dumg'aza-dum soxasiga qo'l bilan 5-10 marta turtki beriladi. Bunda, to'g'ri ichakdagi mekoniy pastga, ya'ni sigmasimon ichak tomon tushadi va ichakdagi xavo to'g'ri ichakni atreziyaga uchragan qismini oxrigacha ko'tariladi.

4. Rentgen tasviri yonbosh proeksiyada olinadi.

Rentgen tasvirda to'g'ri ichakdagi xavo chegarasi bilan rentgen kontrast buyum orasidagi masofa aniqlanadi. Bu atreziyani uzunligini bildiradi.

Agar atreziya uzunligi 3 sm gacha bo'lsa, Dyufenbax bo'yicha oraliq proktoplastikasi qilinadi, undan uzun bo'lsa ikki etapli operatsiya, ya'ni 1-etapda sigmastoma qo'yiladi, so'ng bolaning xolatiga qarab, 6 oy-1 yoshida qorin oraliq proktoplastikasi o'tkaziladi.

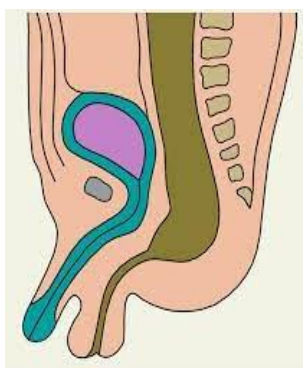
Eslatma! Adabiyotlardagi ma'lumotlarga ko'ra, Vangenstin - Ris sinamasi 15% xollarda to'g'ri ichak atreziyasini uzunligini aniq ko'rsatmasligi mumkin. Shuning uchun, agar bu sinama, atreziyani uzunligini 3 sm dan uzun ko'rsatsa, Peller-Sitkovskiy yoki A.I. Lyonyushkin sinamasini o'tkazish zarur, chunki to'g'ri ichak atreziyasida xirurgik taktikani tanlashda buning katta ahamiyati bor.



Rasm 1.



Rasm 2.



Rasm 3.



Rasm 4.

Rasm 1-anus atreziyasi; **Rasm 2,3**-orqapeshov va to‘g‘ri ichak atreziyasini ko‘rinishi sxemasi; **Rasm 4**-Vangenstin-Ris bo‘yicha chaqaloqni yonbosh xolatida olingan rentgenogrammasi: anus soxasidagi kontrast buyum bilan to‘g‘ri ichak atreziyasi orasidagi masofani ko‘rinishi.

ANUS VA TO‘G‘RI ICHAK ATREZIYASIDA PELLER -SITKOVSKIY SINAMASINI O‘TKAZISH

Maqsad: Anus va to‘g‘ri ichak atreziyasida to‘g‘ri ichak oxirini aniqlab, atreziyani uzunligini belgilash.

Kursatmalar: Orqapeshov va to‘g‘ri ichak atreziyasini oqmasiz shakllari.

Qarshi ko‘rsatma: Anusni membranali atreziya turi.

Kerakli tibbiy jixozlar: 10,0 li steril shpris, punksiyon igna, 70⁰ spirt, dokali steril salfetka va shariklar, pinset, steril rezina qo‘lqop, leykoplastir.

Bajarish texnikasi:

1. Bemor bog‘lov xonasida operatsiya stolini chetiga dumbasini keltirib, oyoqlarini tizza-son bo‘g‘imida qorin tomon bukib va biroz kerib , chalqanchasiga yotqiziladi va xamshira oyoqlarini shu xolatda ushlab turadi.

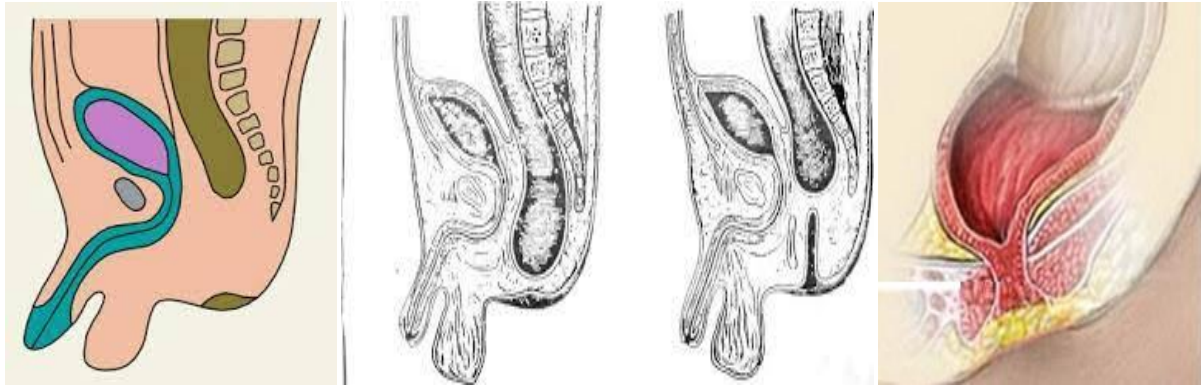
2. Shifokor rezina qo‘lqop kiyadi.

3. Orqapeshov soxasi spirt bilan ishlov beriladi.

4. So‘ng, shprisga o‘rnatilgan ingichka igna bilan anal teshigini tabiiy joylashuv soxasi terisiga sanchib, shpris porshenini orqaga tortib turgan xolda, ignani ichak tarafiga yo‘naltirib, shprisda mekoniy tomchisi yoki gaz paydo bo‘lguncha kiritiladi va igna teri soxasida belgilanib, igna chiqarib olinadi. Ignani uchidan undagi belgigacha bo‘lgan masofa atreziyani uzunligini bildiradi. Agar atreziya uzunligi 2,5sm.dan uzun bo‘lsa yuqori, agar undan qisqa bo‘lsa, pastki atreziya deb baxolanadi.

5. Punksiya qilingan soxa terisi spirt bilan artilib, salfetka qo‘yiladi va leykoplastir bilan teriga yopishtirib qo‘yiladi.

6. Rezina qo‘lqop yechilib, 3% li xloramin eritmasi bor idishga solinadi.



Orqapeshov va to‘g‘ri ichak atreziyasini sxemalarda ko‘rinishi.

ANUS VA TO‘G‘RI ICHAK ATREZIYASIDA A.I.LYONYUSHKIN SINAMASINI O‘TKAZISH

Maqsad: Anus va to‘g‘ri ichak atreziyasida to‘g‘ri ichak oxirini aniqlab, atreziyani uzunligini belgilash.

Ko‘rsatma: Orqapeshov va to‘g‘ri ichak atreziyasini oqmasiz shakllari..

Qarshi ko‘rsatma: Anusni membranali atreziya turi.

Kerakli tibbiy jixozlar: 10,0 li steril shpris, punksiyon igna, spirt 70⁰ li, 5 ml yodli kontrast moddalardan biri (urografin, verograf, yodamid, triozograf, v.b.), dokali steril salfetka va shariklar, pinset, steril rezina qo‘lqop.

Bajarish texnikasi:

1. Bemor rentgen stolini chetiga dumbasini keltirib, oyoqlarini tizza- son bo‘g‘imida qorin tomon bukib va biroz kerib, chalqanchasiga yotqiziladi va xamshira oyoqlarini shu xolatda ushlab turadi.
2. Shifokor rezina qo‘lqop kiyadi.
3. Orqapeshov soxasi spirt bilan ishlov beriladi.
4. So‘ng, shprisga o‘rnatilgan ingichka igna bilan anal teshigini tabiiy joylashuv soxasi terisiga sanchib, shpris porshenini orqaga tortib turgan xolda, ignani ichak tarafiga yo‘naltirib, shprisda mekoniy tomchisi yoki gaz paydo bo‘lguncha kiritilib, to‘g‘ri ichakdagi gaz va mekoniy shpris bilan tortib chikarib olinadi.
5. Shpris ignadan ajratib olinib, unga olingan gaz va mekoniy chikarib tashlanadi va

shprisga 5 ml. kontrast modda olinadi.

5. Soʻng, shprisni shu ignagaqayta oʻrnatilib, u orkali 5 ml. kontrast modda toʻgʻri ichakka yuboriladi.

6. Igna shpris bilan tortib chiqarilib, orqa chikaruv teshigi soxasi terisiga tanga yoki biror kontrast narsa leykoplastir bilan yopishtirilib, joyi belgilanadi.

7. Bemorni vertikal xolatgi keltirilib, ikki proeksiyada (old – orqa va yonbosh) rentgenografiya qilinadi va toʻgʻri ichak atreziyasini uzunligi aniklanadi. Tanga qoʻyilgan soxa bilan toʻgʻri ichakdagi kontrast moddaning oxiri orasidagi masofa, atreziyani uzunligini koʻrsatadi. Agar atreziya uzunligi 2,5 sm. dan uzun boʻlsa yuqori, agar undan qisqa boʻlsa, pastki atreziya deb baxolanadi.

8. Orqapeshov soxasiga qoʻyilgan tanga olinib, punksiya qilingan soxa terisi spirt bilan artilib, salfetka qoʻyiladi va leykoplastir bilan teriga yopishtirib qoʻyiladi.

9. Rezina qoʻlqop yechilib, 3% li xloramin eritmasi bor idishga solinadi.

GAZ CHIQRUVCHI NAYCHANI QOʻYISH TEXNIKASI

Maqsad: Ichakdan gazni chiqarish.

Koʻrsatma: Metiorizm, bolani qorni shishib bezovta boʻlib yigʻlashi, ichak parezi, tozalovchi va sifonli xuknalardan keyin, yoʻgʻon ichakni endoskopik tekshiruvlardan oldin.

Qarshi koʻrsatma: Anus va toʻgʻri ichakni oʻtkir yalligʻlanishi va ularni yorigʻi, toʻgʻri ichakdan qon ketish, qonovchi gemorroy, toʻgʻri ichakni chiqishi.

Kerakli tibbiy jixozlar: Rezinali yoki polietilenli gaz chiqaruvchi steril naycha, steril rezina qoʻlqop, shpatel, vazelin yoki glitserin yoki bolalar kremi, kushetka, chaqaloqlar uchun yoʻrgaklash stoli, lotok suv bilan, dokali steril salfetka, choyshab, 3% li xloramin eritmasi bor idish.

Bajarish texnikasi:

1. Agar bemor 6 oylikkacha yoshda boʻlsa, uni, ustiga choyshab yozilgan kushetkaga yoki yoʻrgaklash stoliga chalqancha yotqizib, oyoqlari qorin tomon keltiriladi. Agar bemor katta yoshda boʻlsa, uni chap yonboshga tizzalari qorin tomonga bukilgan xolatda shifokorga orqasi bilan yotqiziladi.

2.Rezina qo‘lqop kiyiladi.

3.Gaz chiqaruvchi naycha to‘mtiq uchidan boshlab 5-10 sm gacha vazelin yoki glitserin bilan moylanadi.

4.Chap qo‘lning 1-2 barmoqlari bilan dumbasini kerib, o‘ng qo‘l bilan naychani asta-sekin,extiyotkorlik bilan aylanma xarakatlantirib, anal teshigi orqali to‘g‘ri ichakka, yoshiga bog‘liq xolda 5-10 sm chuqurlikka kirgiziladi. Gaz chiqishini kuzatish uchun naychani tashqi uchi lotokdagi suvga tushirib qo‘yiladi.

5.10-30 daqiqa o‘tgach, naycha to‘g‘ri ichakdan chiqarilib, anus atrofi salfetka bilan artiladi.

6.Rezina qo‘lqop yechiladi.

7.Rezina qo‘lqop va naycha dezinfeksiyalovchi suyuqlikka solinadi.

Mumkin bo‘lgan asoratlar: To‘g‘ri ichak shilliq qavatini shikastlanishi,infeksiyalanishi, agar naycha 1 soatdan uzoq tursa, to‘g‘ri ichak shilliq qavatida yotoq yara rivojlanishi.



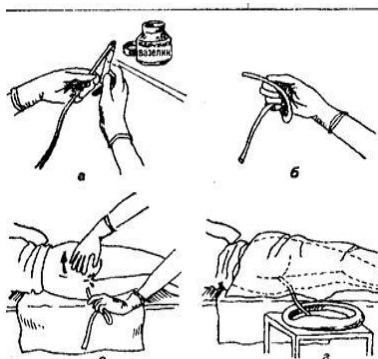
Rezina naycha



Polietilen naycha



Chaqaloqlar uchun bir martali naycha



Gaz chiqaruvchi naychani qo‘yish etaplari

CHIQIB QOLGAN TO‘G‘RI ICHAKNI KONSERVATIV DAVOLASH

Maqsad: Chiqib qolgan to‘g‘ri ichakni konservativ davolash.

Ko‘rsatma: To‘g‘ri ichakni chiqib qolishi - rektotsele.

Kerakli tibbiy jixozlar: Steril rezina qo‘lqop, dokadan tayyorlangan steril salfetka, vazelin yoki glitserin, 5-10 ml 70⁰ li spirt, 10,0 li steril shpris ignasi bilan, pinset, 3-5sm kengli leyqoplastir.

Bajarish texnikasi:

I bosqichli to‘g‘ri ichak chiqishini konservativ davolsh:

1. Muolaja bog‘lov xonada bajariladi. Bemor kushetkada orqasiga, oyoqlari tizza va son bo‘g‘imlarida qoriga tomon biroz buklangan xolatda yotadi.
2. Rezina qo‘lqob kiyiladi.
3. Chiqib qolgan to‘g‘ri ichakka vazelin moyi surtiladi.
4. O‘ng qo‘lni barmoqlari bilan chiqib qolgan to‘g‘ri ichak teshigiga sekin – asta bosib itarib. uning chekka qismlari bilan birga ichkariga kiritiladi.
5. So‘ng, bemorni qorniga yotqizib, ikkala dumbalarini bir-biriga yaqinlashtirib, keng leykoplastir yopishtiriladi. So‘ng, bemorni ota-onasiga to‘g‘ri ichakni chiqib qolishini sabablari va uni oldini olish choralari xaqida tushuntiriladi. Bunday konservativ davolash 3-6 oygacha davom etishi mumkin. Agar effekt bo‘lmasa, sklerozlovchi terapiya o‘tkaziladi.

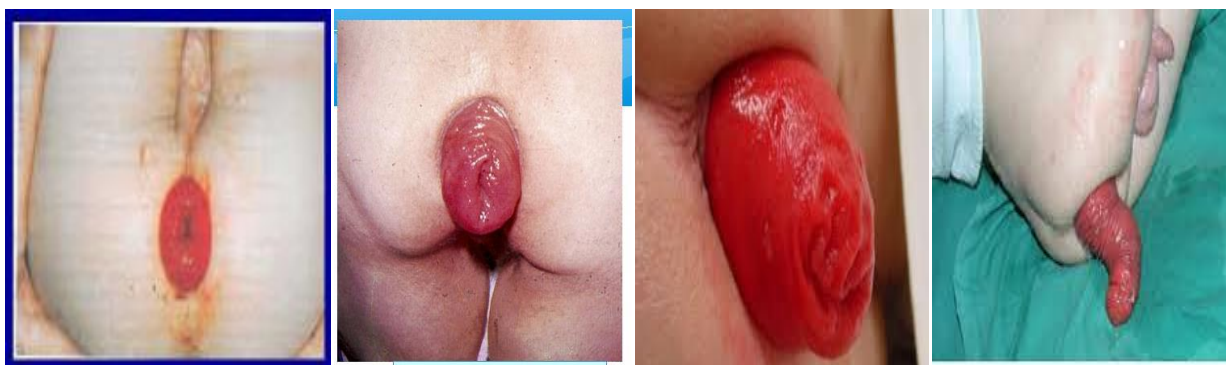
II bosqichli to‘g‘ri ichak chiqishini konservativ davolash:

Bunda, Mezensev bo‘yicha sklerozlovchi terapiya o‘tkaziladi, ya‘ni pararektal kletchatkaga 70⁰li spirt yuborib, aseptik yallig‘lanish chaqiriladi va keyinchalik chandiqli to‘qima xosil bo‘lib, to‘g‘ri ichak devori fiksatsiyalanadi.

1. Bemor bog‘lov xonasida operatsiya stolini chekkasiga, orqasi bilan, oyoqlarini biroz kerib, tizza va tos-son bo‘g‘imlarida qorin tomon bukib yotadi. Operatsiya stolini bosh tomoni biroz pasaytiriladi. Bemorni dumba soxasi operatsiya stolini qirg‘og‘odan 6-8-sm chiqib turishi kerak. Tos tagiga yostiqcha qo‘yiladi.
2. Yuqorida ko‘rsatilgan usulda chiqib qolgan to‘g‘ri ichak ichkariga to‘g‘rilanadi.

- 3.Orqa peshov atrofi terisi spirt bilan ishlanadi.
 - 4.Bemorni yoshiga bog'liq xolda, shprisga 5 yoki 10 ml 70⁰ li spirt olinadi.
 - 5.Chap qo'lni ko'rsatkich barmog'i to'g'ri ichakka kiritilib,kuzatuv ostida anus teshigi qirg'og'idan 1-1,5 sm qochirib, ignani pararektal kletchatkaga 4-5 sm chuqurlikka sanchib kritiladi va ignani tortib chiqarayotib, 1 kg tana vazniga 1 ml dan (10 ml dan ko'p emas) ,soat strelkasini 6,3 va 9 da spirt yuboriladi
 - 6.So'ng,terini punksiya qilingan joyi spirt bilan arilib, shu joyga quruq steril salfetka qo'yiladi va teriga leykoplastir bilan yopishtiriladi.
 - 7.Bemor qorniga yotqizilib,dumbalari bir-biriga keltirilib,keng leykoplastir yopishtiriladi.
 - 8.Rezina qo'lqop yechilib, antiseptik eritma bor idishga solinadi.
- Mumkin bo'lgan asorati:** Agar spirt to'g'ri ichak devoriga,teriga yoki sfinkterga tushib qolsa,nekroz rivojlanishi mumkin.
- 12.Rezina qo'lqop yechilib, antiseptik eritma bor idishga solinadi.

III bosqichli to'g'ri ichakni chiqib qolishi xamma vaqt operativ davolanadi.

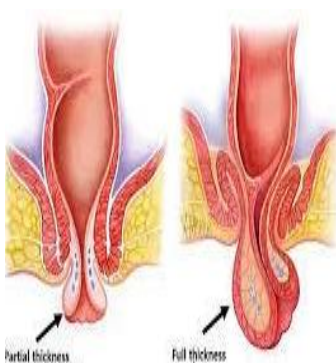


Rasm 1.

Rasm 2.

Rasm 3.

Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.



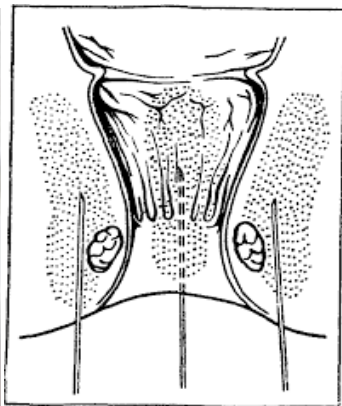
Rasm 7.



Rasm 8.



Rasm 9.



Rasm 10.



Rasm 11.

Rasm 1,2,3,4-I-II-III bosqichli to‘g‘ri ichakni chiqishi; **Rasm 5,6-** I-II-III bosqichli to‘g‘ri ichak chiqishini sxemasi; **Rasm 7,8-**to‘g‘ri ichak chiqishini to‘g‘rilangandan keyin bandaj tutish turlari; **Rasm 9-**to‘g‘ri ichak chiqishini oldini olish uchun moslama; **Rasm 10-**pararektal kletchatkaga spirt yuborib sklerozlovchi davolashda, ignani kletchatkaga kiritish yo‘nalishini sxemasi; **Rasm 11-**rektal elektrostimulyator.

TOZALOVCHI XUQNANI O‘TKAZISH TEXNIKASI

Maqsad: Yo‘g‘on ichakni pastki qismini va to‘g‘ri ichakni najasdan va gazdan tozalash.

Ko‘rsatma: Qabziyat, qorin bo‘shlig‘i a‘zolarida o‘tkaziladigan operatsiyalarga tayyorlash, davolovchi xuknalardan avval.

Qarshi ko‘rsatma:O‘tkir ichak tutilishi, ichakdan qon ketishi, to‘g‘ri va yo‘g‘on ichakni o‘tkir yallig‘lanishi va xavfli o‘smalari, appenditsit, peritonit,o‘tkir yurak-qontomir yetishmovchiligi, to‘g‘ri ichakni chiqib qolishi.

Kerakli tibbiy jixozlar: Steril rezina qo‘lqop, bolani yoshiga mos xajmdagi noksimon rezina balloncha (30 ml dan 360 ml gacha xajimli), bemorni yoshiga bog‘liq kerakli miqdordagi, tana xaroratidagi qaynatilgan suv, vazelin yoki glitserin, kleyonkali choyshab,kichik yoshdagi bolalar uchun tuvak, 3% li xloramin eritmasi bor idish.

Bajarish texnikasi:

1. Bemor, xuqna qilish uchun ajratilgan aloxida xonada, kleyonkali choyshab yozilgan kushetkada chap yoniga yoki chalqancha yotib, oyoqlari tizza va chanoq-son bo'g'imlarida qorin tomon tortilib bukulgan xolatda yotadi.

2. Rezina qo'lqop kiyiladi.

3. Ikkala qo'l bilan ballochani ushlab, 1-barmoq bilan uning tubiga maksimal bosib, ballonchadan xavosi chiqariladi. Shu xolatda ushlab, idishdagi xukna uchun ishlatiladigan suvga uchini botirib, ballonchadan bosh barmoqlarni olib unga suv olinadi.

4. Balloncha uchiga vazelin yoki glitserin surtiladi.

5. Chap qo'lning 1-2 barmoqlari bilan dumba orasi ochilib, o'ng qo'l bilan balloncha uchini anal teshigi orqali 3-5 sm gacha chukurlikda to'g'ri ichakka kiritiladi va ballonchani anal teshigiga maxkam bosib turib, o'ng qo'l bilan ballonchani ezib, undagi suvni asta-sekin to'g'ri ichakka yuboriladi. So'ng ballonchani maksimal ezib turgan xolda to'g'ri ichakdan chiqarib olinadi.

6. Bemorga 5-10 minut davomida suvni ushlab turishi kerakligi aytiladi. So'ng, kichik yoshli bemorni tuvakka o'tirishi, katta yoshli bemorni xojatga borishi buyuriladi. Chiqqan xosila sifati va miqdoriga qarab (yuvindi suv va axlat massasi), qilingan xuqna effektligi baxolanadi.

7. Rezina qo'lqop yechilib, xloramin eritmasi bor idishga solinadi.

Mumkin bo'lgan asoratlar:

Anus shilliq qavatini yirtilishi, to'g'ri ichak devorini teshilishi va paraproktitni rivojlanishi, anusdan yoki to'g'ri ichakdan qon ketish.



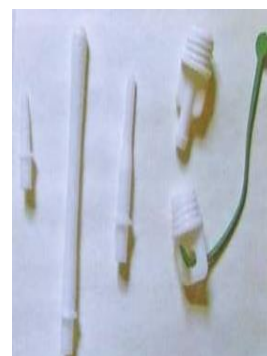
Rasm 1.



Rasm 2.



Rasm 3.



Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.



Rasm 7.



Rasm 8.

Rasm 1,2-noksimon rezina ballonchalar turlari; **Rasm 3**-xukna qilish uchun ballonchaga suv olish; **Rasm 4**-plasmassa uchlik; **Rasm 5**-kichik yoshli bemorlarga xukna qilishda bemorning xolati; **Rasm 6**- katta yoshli bemorlarga xukna qilishda bemorning xolati; **Rasm 7**-xukna qilish uchun plasmassa uchlikni to'g'ri ichakka kiritish va bemorning xolati; **Rasm 8**-tozalovchi xuqna qilish uchun bir martali steril standart suyuqlik

SIFONLI HUQNANI O'TKAZISH TEXNIKASI

Maqsad: Yo'g'on ichakni najas massalaridan tozalash.

Ko'rsatma: Surunkali qabziyat, Girshprung xastaligi, irrigoskopiya, irrigografiya, rektoromanaskopiya, fibrokolonoskopiya tekshiruvlariga tayyorlash, qorin bo'shlig'i, siydik chiqaruv va kichik tos a'zolarini rentgen tekshiruviga tayyorlash, yo'g'on ichakda o'tkaziladigan operatsiyalardan avval, davolovchi xuknalardan avval, o'tkir zaxarlanishlarda.

Qarshi qo'rsatma: Bemorning og'ir xolati, to'g'ri va yo'g'on ichakda yalliglanish va yara jarayonlari va undan qon kelishi, o'tkir ichak tutilishi, appenditsit, peritonit, yurak-qontomir yetishmovchiligi, to'g'ri ichakni chiqib qolishi, qonovchi gemarroy, anal teshigini va to'g'ri ichakni o'tkir yorilishi.

Kerakli tibbiy jixozlar: Kushetka, kleyonkali choyshab, kleyonkali fartuk, steril rezina qo'lqop, 1 l sig'imdagi Esmarx krujkasi (varonka) yoki 2 l xajmli rezina

ballon, chelak, tog'ora, cho'mich, yumshoq qisqich, shpatel, uzunligi 1-1,5 m gacha bo'lgan, diametri 1-1,5 sm yo'g'onlikdagi polietilen zond, jo'mrakli plasmassa uchlik, osh tuzining qaynatilib 37-38 °S gacha sovutilgan suvdagi 1 % li eritmasidan 3 yoshgacha 0,5-3l., 3-10 yoshgacha 3-5l., 10 yoshdan kattalarga 5-8l., vazelin, glitserin yoki o'simlik moyi, gaz chiqaruvchi naycha, 3% li xloramin eritmasi bor idish, gigienik salfetka yoki tualet qog'oz.

Xuqnani tozalovchi vazifasini kuchaytirish maqsadida suvga 2-3 osh qoshiq glitserin yoki usimlik moyi qo'shiladi yoki 1 osh qoshiq bolalar sovuni qirindisini suvda eritib qo'shiladi.

Tozalovchi xuknani Esmarxning shishali yoki 2 l. xajmli rezina idishi yordamida o'tkaziladi. Uni uchiga uzunligi 1- 1,5 metr bo'lgan, jo'mrakli plastmassa uchligi bor rezina naychani kiritib ulanadi. Plasmassa uchlikdagi jo'mrak yordamida, krujkadan suvni ichakka o'tishini boshqarib turiladi.

Bajarish texnikasi:

Muolaja bemorda ayrim ruxiy muammolarni tug'dirishi mumkinligi sababli, unga muolajaning moxiyatini tushuntiriladi.

Sifonli xuknani faqat shifokor xamshira yordamida, shifoxonada statsionar sharoitida, xukna uchun ajratilgan aloxida xonada bajaradi.

1. Kushetkaga kleyonka va uning ustiga choyshab (pelyonka) yozilib, uni chetini kushetka oldidagi tog'oraga tushirib qo'yiladi.

2. Bemorni chap yonboshga, oyoqlari tizza va chanoq-son bo'g'imidan qorin tomonga buklangan xolatda kushetkani chekkasiga yotqiziladi.

3. Kushetkaga yaqin, polga tog'ora qo'yiladi.

4. Rezina qo'lqop kiyiladi.

5. O'ng qo'lni ko'rsatkich barmog'iga vazelin yoki glitserin surtiladi.

6. Ko'rsatkich barmoq to'g'ri ichakka kiritilib, to'g'ri ichak tekshiriladi, agar unda qattiq najas bo'lsa, u olinadi. Agar bemorni muolajadan 1-2 soat oldin ichi kelgan bo'lsa, bu muolaja qilinmaydi.

7. Qo'lqop kiyilgan qo'lni iliq suvda yuvib, salfetka yoki sochiq bilan quritiladi.

8.Rezina zondni bir uchi Esmarx krujkasiga ulanadi, pastki uchiga esa kranli plasmassa uchlik ulanadi. .

9.Rezina zondni pastki uchiga ulangan plasmassani krani ochilib, Esmarx krujkasiga iliq 0,5 l. 1% li osh tuzi eritmasi quyiladi va sistemadan xavo chiqarib yuborilgach, plasmassa uchlikni jo‘mrangi berkitiladi.

10.Shpatelga vazelin olib plasmassa uchlikka surtaladi.

11. Chap qo‘lning 1-2 barmoqlari bilan dumbani kerib, o‘ng qo‘l bilan plasmassa uchlik yengil aylanma xarakatlantirib,extiyotkorlik bilan anus orqali to‘g‘ri ichakka kiritiladi.

12.Esmarx krujkasi bemor satxidan tepaga 0,5-1 m. ko‘tariladi va plasmassa uchlikni jo‘mrangi ochiladi. Suv bilan birga ichakka xavo so‘rilmasligi uchun, suyuqlik Esmarx krujkasida tugamasdan uni bemor satxidan pastga tushirib, to‘ntariladi va yuvindi suv tog‘araga to‘kiladi. Krujkaga yana yangi suv quyib yo‘g‘on ichak qayta yuviladi.

13.Najaslik suv ichakdan, unga yuborilgan mikdorda kaytib chikishi kerak.

14.Yukoridagi muolaja ichak tozalanguncha bir necha marta qaytariladi.

15.Xuknani tugatgach, plasmassa uchlik asta-sekin to‘g‘ri ichakdan chikariladi. Zond va krujkani yuvib, xloramin eritmasi bor idishga solinadi.

16.Muolaja tugagandan so‘ng, to‘g‘ri ichakda 10 daqiqaga gaz chiqaruvchi naycha qoldiriladi.

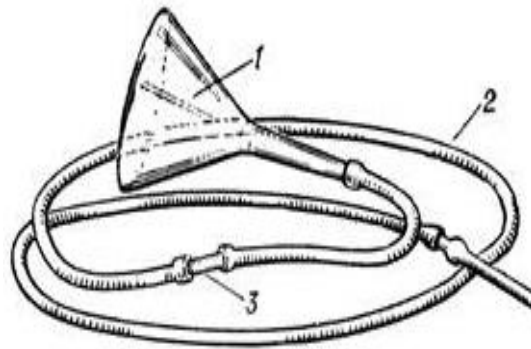
17. Gaz chikaruvchi naycha olingach,anal teshigi atrofi va oraliq gigienik salfetka yoki tualet qog‘ozi bilan artiladi

18.Rezina qo‘lqop yechilib, u xam xloraminli idishga solinadi.

Eslatma: Sifonli xukna - bemor uchun og‘ir muolaja, shu sababli muolajani o‘tkazish vaqtida uning axvolini kuzatib turish zarur.



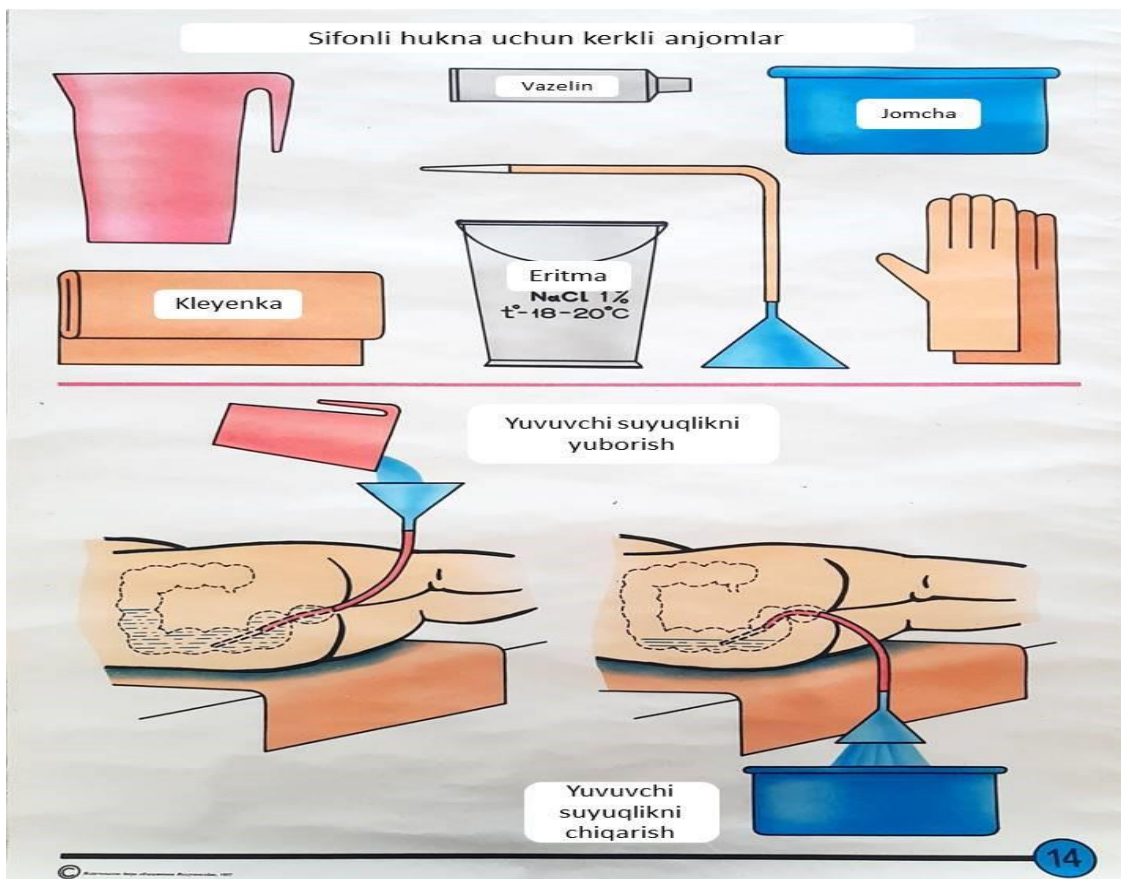
2 l li rezina ballon



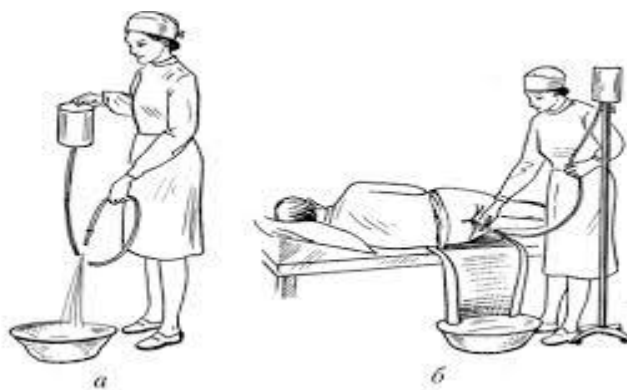
Esmarx krujkasi



Gaz chiqaruvchi rezina va polietilen naychalar



Sifonli xukna uchun kerakli tibbiy anjomlar yig'indisi va xukna qilish



Sifonli xukna qilish etaplari



To'g'ri ichakka naychani kiritish

DUGLAS BO'SHLIG'I ABSSESSINI OCHISH TEXNIKASI

Maqsad: Duglas bo'shlig'idan yiringni chiqarib, sanatsiya qilish va drenajlash.

Ko'rsatma: Duglas bo'shlig'ini absessi.

Kerakli tibbiy jixozlar: Steril rezina qo'lqop, dokadan tayyorlangan steril salfetka va shariklar, rezina bollon (grusha), antiseptik eritma (betadin yoki dekasana), vazelin yoki glitserin, rektal oyna yoki rektoskop, 10,0 yoki 20,0 li steril shpris, steril igna (yo'g'on, uzun), tibbiy skalpel, uzun yumshoq qisqich, polietilen drenaj naycha, elektr so'rg'ich.

Bajarish texnikasi:

Bu muolajani o'g'il bolalarda faqat to'g'ri ichak (rasm 4-1) orqali, qiz bolalarda esa, to'g'ri ichak yoki qin orqali (rasm 4-2 va rasm 2) ham bajariladi.

I. To'g'ri ichak orqali bajarish texnikasi:

1. Muolaja bog'lov xonada bajariladi. Bemor kushetkada chap yonboshiga, oyoqlari qoringa tomon buklangan xolatda yotadi.
2. To'g'ri ichak ampulasini tozalash maqsadida bir marotabalik xuqna uchun tayyorlangan suyuqlik (Klin enema) bilan yoki xuqna uchun rezina ballonga qaynatilgan iliq suv olinib, tozalovchi xuqna qilinadi.
3. Bemorga yoshiga bog'liq xolda xojat uchun gorshokka o'tirish yoki xojatxonaga chiqish buyuriladi.

4. Bemor operatsiya stoliga chalqancha yotqizilib, ketamin bilan qisqa vaqtli umumiy og'riqsizlantirish qilinadi. So'ng oyoqlarini tizza va chanoq-son bo'g'imlarida qorin tomonga bukilib, tozi ostiga ko'tarib turuvchi yostiqcha (valik) qo'yiladi va oyoqlari operatsiya stoliga akusherlik xolati bo'yicha maxkamlanadi.

5. Jarrox rezina qo'lqob kiyib, anal teshigi atrofi antiseptik eritma (betadin, dekasana va v.b.) bilan ishlanadi.

6. To'g'ri ichakka anal teshigi orqali asta-sekin vazelin bilan moylangan steril rektal oyna uchlari berkilgan xolda kiritiladi va u ochilib sfinkter va to'g'ri ichak kengaytiriladi. Anal teshigini unga Farabev kengaytirgich kiritib ham kengaytirish mumkin. Chap qo'l ko'rsatkich barmog'i oyna orqali to'g'ri ichakka kiritilib, to'g'ri ichak oldingi devori soxasidagi osilgan joyda flyuktuatsiya aniqlanadi (rasm 1).

7. To'g'ri ichakdagi barmok yo'nalishi bo'ylab flyuktuatsiya joyda Duglas bo'shlig'i shprisga o'rnatilgan uzun va yug'on steril igna bilan punksiya qilinadi (rasm 3).

8. Yiring shprisga so'rilib, shpris ignadan ajratiladi.

9. Shprisdagi yiring bakteriologik ekishga olinadi.

10. Igna bo'ylab abscess skalpel bilan kesib ochilib, bo'shliqqa drenaj naycha kiritiladi va yiring naycha orqali elektr so'rg'ich bilan so'riladi.

11. Shpris va naycha orkali yiringli bo'shliq antiseptik suyuklik (furotsillin, dekasana, dioksidin, rivanol va v.b.) bilan bir necha marta toza bo'lguncha yuviladi.

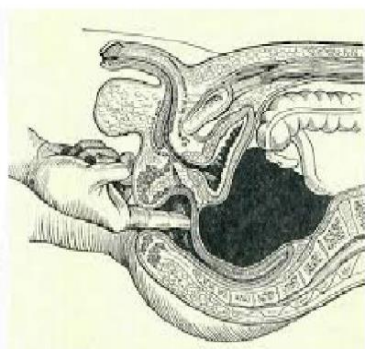
12. Drenaj naycha Duglas bo'shlig'ida 1-2 sutkaga qoldirilib, rektal oyna olib tashlanadi.

13. Rezina qo'lqop yechilib, rektal oyna bilan antiseptik eritma bor idishga solinadi.

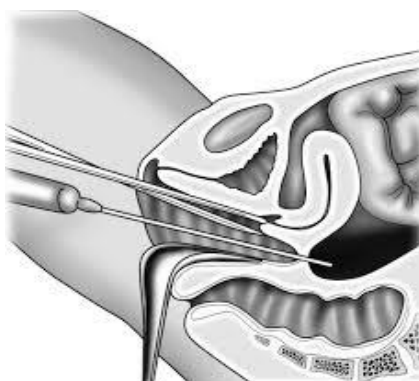
II. Qiz bolalarda qin orqali bajarish texnikasi:

1. Muolaja bog'lov xonada bajariladi.

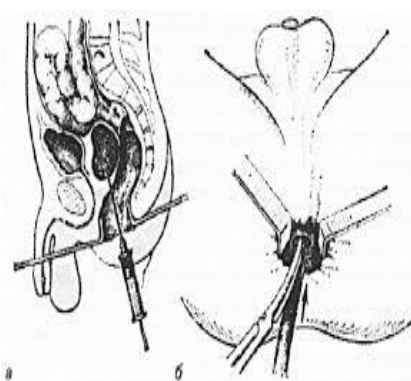
2. Bemor operatsiya stoliga chalqancha yotqizilib, ketamin bilan qisqa vaqtli umumiy og'riqsizlantirish qilinadi. So'ng oyoqlarini tizza va chanoq-son bo'g'imlarida qorin tomonga bukilib, tozi ostiga ko'tarib turuvchi yostiqcha (valik) qo'yiladi va oyoqlari operatsiya stoliga akusherlik xolati bo'yicha maxkamlanadi.
3. Jarrox rezina qo'lqob kiyib, qin daxlizi antiseptik eritma (betadin, dekasana va v.b.) bilan ishlanadi.
4. Qin Farabev kengaytirgichi bilan kengaytirilib, yumshoq uzun qisqich kiritiladi va bachadon bo'yni qisqich bilan yuqoriga ko'tariladi (rasm 2).
5. Qin bo'yni orqali Duglas bo'shlig'i, shprisga o'rnatilgan uzun va yug'on steril igna bilan punksiya qilinadi (rasm 2,3) yoki shunday igna bilan to'g'ri ichakni oldingi devorini punksiya qilinadi (rasm 3,4).
6. Yiring shprisga so'rilib, shpris ignadan ajratiladi.
7. Shprisdagi yiring bakteriologik ekishga olinadi.
8. Iгна bo'ylab Duglas bo'shlig'i skalpel bilan kesib ochilib, bo'shliqqa drenaj naycha kiritiladi (rasm 5) va yiring naycha orqali elektr so'rg'ich bilan so'riladi.
9. Shpris va naycha orkali yiringli bo'shliq antiseptik suyuqlik (furotsillin, dekasana, dioksidin, rivanol va v.b.) bilan bir necha marta toza bo'lguncha yuviladi.
10. Bachadon bo'ynini ko'tarib turgan qisqich olinadi.
11. Drenaj naycha Duglas bo'shlig'ida 1-2 sutkaga qoldiriladi.
12. Rezina qo'lqop yechilib, antiseptik eritma bor idishga solinadi.



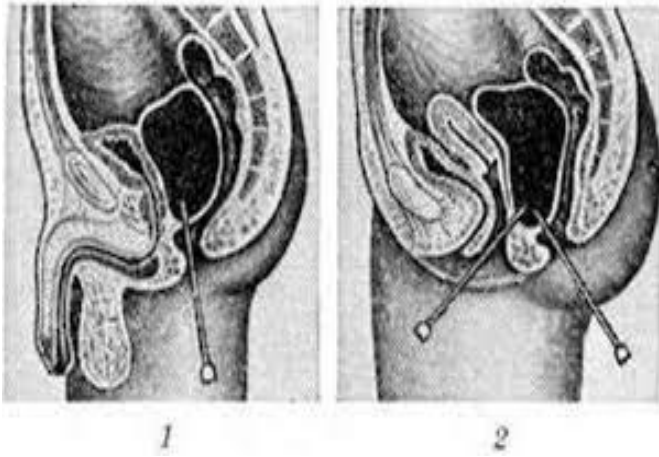
Rasm 1.



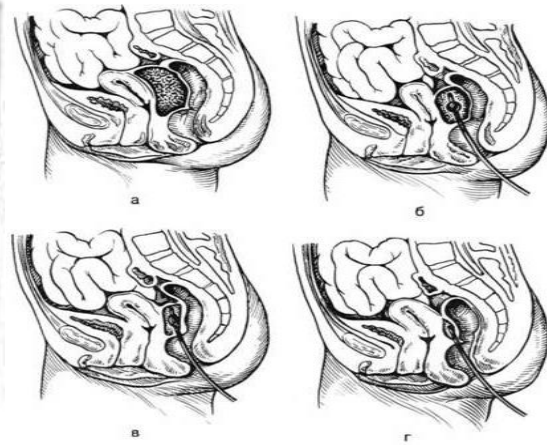
Rasm 2.



Rasm 3.



Rasm 4.



Rasm 5.

Rasm 1-Duglas bo'shlig'i absessini barmoq bilan tekshirish; **Rasm 2**-qiz bolalarda Duglas bo'shlig'i absessini qin orqali punksiya qilish; **Rasm 3**-o'g'il bolalarda Duglas bo'shlig'i absessini to'g'ri ichak orqali punksiya qilish va drenaj qo'yish; **Rasm 4**:-1- o'g'il bolalarda Duglas bo'shlig'in to'g'ri ichak orqali punksiya qilish, 2- qiz bolalarda Duglas bo'shlig'i absessini qin orqali va to'g'ri ichak orqali punksiya qilish; **Rasm 5**- qiz bolalarda Duglas bo'shlig'i absessini to'g'ri ichak orqali drenajlash sxemasi.

ORQA PESHOV VA TO'G'RI ICHAK STENOZINI BUJLASH

Maqsad: Orqa peshov va to'g'ri ichakni tug'ma va chandiqli torayishini kengaytirish.

Ko'rsatma: Orqa peshov va to'g'ri ichakni tug'ma va chandiqli torayishi.

Qarshi ko'rsatma: Bemorni og'ir axvoli, ya'ni yurak-qontomir, nafas, va buyrakni o'tkir yetishmovchiligi, anestetiklarga allergiyasi bo'lsa.

Kerakli tibbiy jixozlar: Bog'lov xonasida operatsiya stoli, Gegarning Shar'er bo'yicha № 12 dan № 17 gacha kattalikdagi metall yoki lateksli bujlari, yoki pnevmatik buj, steril vazelin moyi yoki glitserin, steril rezina qo'lqop, dokali steril salfetkalar, 70⁰ li spirt, ketamin yoki anesteziyli shamcha yoki 2% li lidokain spreyi (aerozoli), bujni isitish uchun iliq suv.

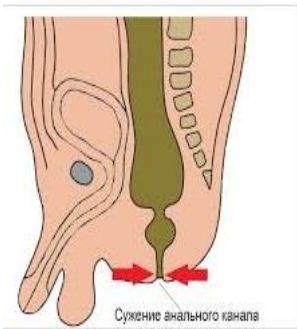
Bujlarni yoshga bog'liq o'lchamini tanlash: 1-4 oyga-№ 12; 5-8 oyga-№13; 9-12 oyga-№14; 2-4 yoshga - №15; 5-12 yoshga- №16; 13 va undan katta yoshga - №17.

Bajarish texnikasi:

1. Bujlashdan 20-30 daqiqa oldin tozalovchi xuqna o'tkaziladi.
2. Bemorni ko'ruv stoliga oyoqlari tizza va son-chanoq bo'g'imida qorin va yon tomonga biroz bukilgan xolda chalqancha yotkiziladi.
3. Kichik yoshli bolalarda og'riqsizlantirish maqsadida, bujlashdan 3-5 daqiqa oldin ketamin bilan qisqa vaqtli narkoz beriladi, katta yoshli bolalarda esa, 10-15 daqiqa avval joyli og'riqsizlantirish uchun orqa peshov orqali to'g'ri ichakka anesteziya shamcha qo'yiladi yoki lidokain spreysi sepiladi.
4. Shifokor rezina qo'lqop kiyadi.
5. Bemorni yoshi va orqa peshovni torayish darajasiga bog'liq xolda kontrol buj o'lchamini tanlab, bujni 5 daqiqaga iliq suvga solib, tana xarorati darajasida isitiladi.
6. Bujni spirt bilan artib moylanadi va kontrol bujni anusga asta-sekin kiritib, oldinga va orqaga bir necha marta kiritib-chiqarib xarakatlantiriladi. Keyin kattaroq o'lchamdagi bujni tanlab olinib, yuqoridagidek muolaja bajariladi (anusni va to'g'ri ichakni jaroxatlanishiga yo'l qo'ymaslik kerak!).
7. Muolajadan so'ng buj chiqarib olinadi va anus atrofi vazelin qoldiqlaridan salfetka artib tozalanadi.
8. Rezina qo'lqop yechilib, 3% li xloramin eritma bor idishga solinadi.

Bujlash davriyligi: avval xar 2 kunda 1 marta – 1 oy; so'ng xar 3 kunda 1 marta-1 oy; so'ng xar haftada 1 marta – 1 oy; so'ng xar oyda 1 marta – 3 oy. Orkapeshov va to'g'ri ichak kengligi yoshiga mos o'lchamga yetganda bujlash to'xtatiladi.

Mumkin bo'lgan asoratlari: Anus shillik qavatini yorilishi, to'g'ri ichak shilliq qavatini shikastlanishi yoki teshilishi, to'g'ri ichakdan qon ketish.



Rasm 1.



Rasm 2.



Rasm 3.



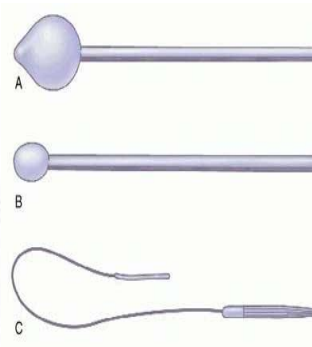
Rasm 4..



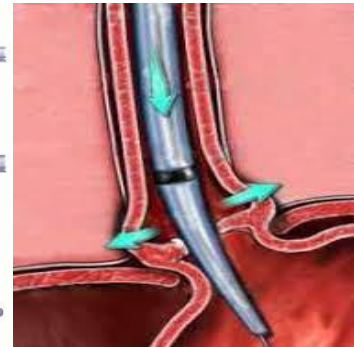
Rasm 5.



Rasm 6.



Rasm 7.



Rasm 8.

Rasm 1-anusni kanalini tugʻma stenozi sxemasi; **Rasm 2**-anusni tugʻma stenozi; **Rasm 3**-oraliq proktoplastikasidan keyin anusni chandiqli torayishi; **Rasm 4**-toʻri ichakni bujlash; **Rasm 5**-xar-xil oʻlchamli metal bujlar; **Rasm 6**-xar-xil oʻlchamli Gegarning lateksli bujlari; **Rasm 7**-pnevmatik bujlar; **Rasm 8**-toʻgʻri ichak stenozini bujlash sxemasi.

REKTOROMANOSKOPIYANI OʻTKAZISH TEXNIKASI

Maqsad: Yoʻgʻon ichakni rektal oynada koʻrinmaydigan distal qismlarini tekshirish.

Koʻrsatma: Surunkali qabziyat, axlatning surunkali suyuq kelishi, toʻgʻri ichakdan axlat bilan qon kelishi, toʻgʻri ichak polipi va yarasi xamda shilliq kavatini shikastlanishiga shubxa boʻlganda.

Kerakli tibbiy jixozlar: Rektoromanoskop, steril rezina qoʻlqop, glitserin yoki oʻsimlik moyi, Richardson balloni, gaz chiqaruvchi naycha, 5,0 li steril shpris, ketamin.

Rektoromanoskopiyaga tayyorlash:

1. Tekshiruvdan 1 kun oldin kechkurun va tekshiruvdan 2 soat oldin tozalovchi xuqna o'tkaziladi. Bemor ertalab ovqatlanmaydi.
2. Tekshiruvdan 20-30 daqiqa oldin to'g'ri ichakka gaz chiqaruvchi naycha qo'yiladi.

Bajarish texnikasi:

3. Tekshiruvdan oldin bemorga qisqa muddatli (ketaminli) narkoz beriladi.
4. Bemor tekshiruv stolida yoshiga bog'liq xolda chalqancha, oyoqlari korin tomonga tizza va chanoq-son bo'g'imlarida biroz bukulgan xolatda yoki tizza-tirsak xolatida yoki chap yonboshga oyoqlari tizza va chanoq-son bo'g'imida qorin tomonga biroz bukilgan xolatda yotqiziladi.
5. Shifokor rezina qo'lqop kiyadi.
6. Sterillangan rektoromanoskop yig'iladi, ishga yaroqliligi tekshiriladi (kontaktlar, lampochka yonishi).
7. Rektoromanoskop trubkasiga oliva kiritilib moy surtiladi.
8. Rektoromanoskop tana satxiga parallel ravishda asta-sekin to'g'ri ichakka kiritiladi.
9. Rektoromanoskop to'g'ri ichakka 3-4 sm chuqurlikka kiritilgandan so'ng, oliva olib tashalanadi.
10. Rektoromanoskopning tashki teshigiga okulyar kiydiriladi va rektoromonoskop tubusini biroz o'ng va chapga burab, to'g'ri va sigmasimon ichakka kirishi vizual nazorat ostida davom ettiriladi.
11. Rektoromanoskopni kiritish jarayonida ichakni shilliq qavati xolati tekshiriladi.
12. Agar ko'rish yo'lida qora tunnel, ya'ni ichak bo'shlig'i ko'rinib tursa, rektoromanoskopni chuqurga kiritish davom ettiriladi.
13. Ko'rish maydonini ichak shilliq qavati to'sib qo'ysa, Richardson balloni yordamida ichakka xavo yuborilib, ichak bushlig'i yunalishi aniqlanadi.

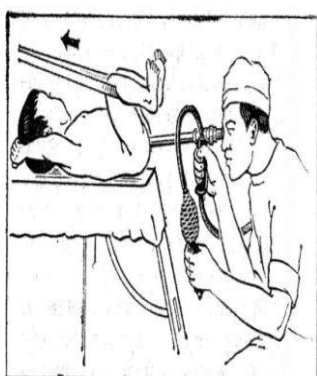
14. Shuningdek ichak egriliklarini xisobga olgan xolda 15-25 sm chuqurlikkacha yo‘g‘on ichak tekshirilishi mumkin.

15. Kerak bo‘lsa biopsiya va qirindidan bakteriologik tekshiruvga material olinadi.

16. Tekshiruv tugagach, rektoromanoskop tubusi okulyardan ko‘zni uzmagun xolda asta-sekin tashqariga chiqarib olinadi.

17. Ishlatilgan rektoromanoskop antiseptik eritmaga shimdirilgan salfetka bilan artib tozalanadi.

18. Rezina qo‘lqop yechilib, antiseptik eritma bor idishga solinadi.



Rasm 1.



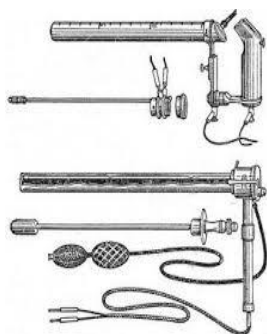
Rasm 2.



Rasm 3.



Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.



Rasm 7.



Rasm 8.



Rasm 9.

Rasm 1-bemorni chalqancha yotgan xolatda rektoromanoskopiya qilish; **Rasm 2,3,4**-bemorni tizza-tirsak xolatda rektoromanoskopiya qilish; **Rasm 5**-rektoromanoskop; **Rasm 6**-sigmasimon ichakni polipi; **Rasm 7**-yo‘g‘on ichakni polipi; **Rasm 8**-yo‘g‘on ichakni divertikuli; **Rasm 9**-yo‘g‘on ichakni raki.

KOLONOSKOPIYANI (IRRIGOSKOPIYA)

O‘TKAZISH TEXNIKASI

Maqsad: Yo‘g‘on ichak bo‘shlig‘i shilliq qavatini kolonoskop orqali ko‘rish.

Ko‘rsatma: Surunkali qabziyat va ich ketishi, ichakdan qon ketishi, polipoz, yara, o‘sma, ichak shilliq qavatini shikastlanishiga xamda dolixosigmaga shubxa bo‘lganda.

Kerakli tibbiy jixozlar: Steril rezina qo‘lqop, dokali steril salfetkalar, tibbiyot vazelini yoki glitserin, fibrokolonoskop, gaz chiqaruvchi naycha, 3% li xloramin eritmasi bor idish, rektal oyna.

Bemorni kolonoskopiyaga tayyorlash:

1. Tekshiruvdan 1 kun oldin kechqurun va tekshiruvdan 2 soat oldin sifonli tozalovchi xuqna o‘tkaziladi va ovqatlanmasligi kerak.

2. Tekshiruvdan 20-30 daqiqa oldin to‘g‘ri ichakka gaz chiqaruvchi naycha qo‘yiladi.

Bajarish texnikasi:

1. Bemor tekshirish stolida chap tomonga yotqizilgan xolatda, tizzalari qoringa keltiriladi.

2. Steril rezina qo‘lqop kiyiladi.

3. Sterillangan fibrokolonoskopni ishga yaroqliligi tekshiriladi va monitorga ulanadi.

4. Kolonoskop nayiga steril vazelin moyi surtiladi.

5. Dastlab, to‘g‘ri ichak rektal oyna orqali ko‘riladi.

6. Rektal oyna orqali kolonoskop nayi, yotgan tana satxiga paralel ravishda to‘g‘ri ichakka 3-4 sm chuqurlikka asta-sekin burab-burab kiritiladi.

7. Keyingi kiritish vizual nazorat ostida, xavo insuflyatsiyasi bilan yo‘g‘on ichakni shishirish orqali uning o‘qi bo‘ylab olib boriladi.

8. Kiritish jarayonida yo‘g‘on ichakning shilliq qavatini xolati, burmalari, poliplar, xosila bor yoki yo‘qligiga, yara, qonashiga axamiyat beriladi.

9. Asta-sekin shu tarzda ko‘r ichakkacha boriladi, Baugin to‘sig‘idan keluvchi najas tarkibiga axamiyat beriladi.

10. Lozim bo‘lsa, biopsiya va bakteriologik ekuvga material olinadi.

11. Kolonoskop asta-sekin vizual nazorat ostida ichakdan chiqarilib, antiseptik eritmasi shimdirilgan salftetka bilan artiladi.

12. To‘g‘ri ichakka gaz chiqaruvchi naycha qo‘yiladi.

13. Rezina qo‘lqop yechilib, antiseptik eritma bor idishga solinadi.



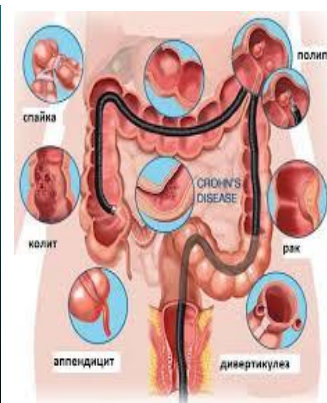
Rasm 1.



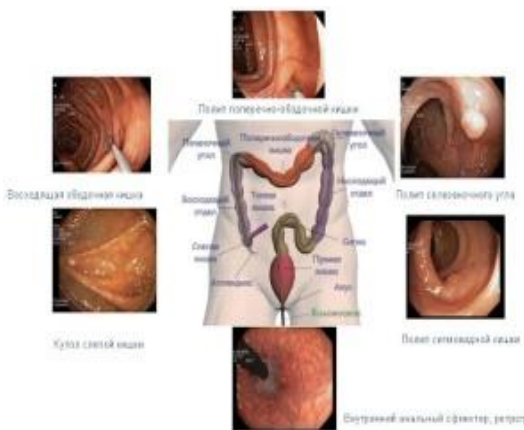
Rasm 2.



Rasm 3.



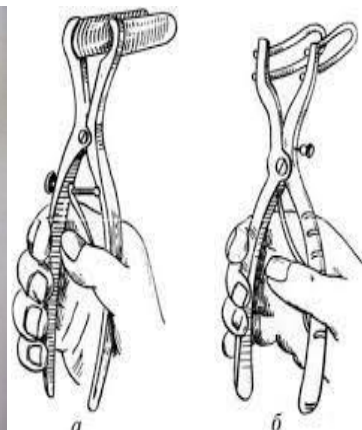
Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6



Rasm 7..

Rasm 1,2-fibrokolonoskopiyaning o‘tkazish va monitorda kuzatish; **Rasm 3**-fibrokolonoskopiya sigmasimon ichakdagi o‘smanni ko‘rinishi; **Rasm 4**-fibrokolonoskopiya yo‘g‘on ichak kasalliklarini aniqlash; **Rasm 5**-fibrokolonoskopiya yo‘g‘on ichak shilliq qavatini ko‘rinishi; **Rasm 6**-fibrokolonoskop; **Rasm 7**-rektal oyna turlari.

PNEVMOIRRIGOGRAFIYANI O‘TKAZISH TEXNIKASI

Maqsad: Yo‘g‘on ichak konturini, joylashishini va kasalliklarini aniqlash.

Ko‘rsatma: Grshprung xastaligi, dolixosigma, yo‘g‘on ichakni ikkilanishi va yara kasalligi xamda o‘smalariga shubxa bo‘lganda.

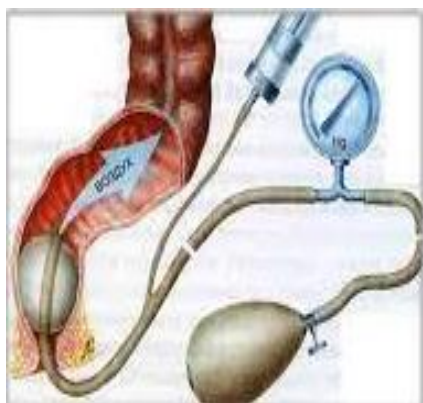
Kerakli tibbiy jixozlar: Rentgenoskop, Richardson balloni, steril rezina qo‘lqop, 10,0 li shpris, glitserin yoki vazelin, gaz chiqaruvchi naycha.

Bemorni pnevmoirrigografiyaga tayyorlash:

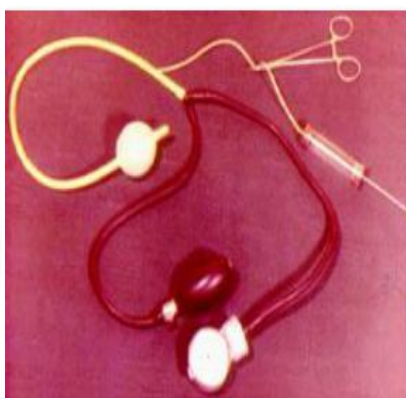
Yo‘g‘on ichakni axlat massalaridan to‘la tozalash uchun, tekshiruvdan 1 kun oldin kechqurun va tekshiruvdan 2 soat oldin sifonli tozalovchi xuqna o‘tkaziladi. Bemor ertalab ovqatlanmaydi.

Bajarish texnikasi:

1. Bemor rentgen xonasida rentgen stoliga chalqancha yotqizilib, oyoqlari tizza va son-chanoqlarida qorin tomonga biroz bukiladi.
2. Shifokor rezina qo‘lqop kiyadi.
3. Richardson balloni zondiga moy surtiladi.
4. Shu zond to‘g‘ri ichakka 15-20 sm chuqurlikka kirgiziladi.
5. Shpris yordamida zond balloniga (obturatorga) 10-15 ml havo yuboriladi.
6. Rentgen nazorati ostida asta-sekin Richardson balloni yordamida to‘g‘ri ichakka havo yuboriladi (bosim 40-50 mm.s.u. dan oshmaslik kerak !), havo ko‘r ichakni to‘ldirgan zaxoti, to‘g‘ri praeksiyada rentgen surati olinadi.
7. Zond obturatoridan havo shpris yordamida tortib chiqariladi va zond olib tashlanadi.
8. To‘g‘ri ichakka 4-6 sm chuqurlikka gaz chiqaruvchi naycha qo‘yiladi. 5-10 daqiqadan so‘ng u olib tashlanadi.
9. Rezina qo‘lqop yechilib, antiseptik suyuqlik bor idishga solinadi.



Rasm1.



Rasm2.



Rasm 3.



Rasm4.



Rasm 5.



Rasm 6.

Rasm 1-Richardson balloni yordamida yo‘g‘on ichakka xavo yuborish; **Rasm 2**-Richardson ballonini turi; **Rasm 3,4**-iliotsekal invaginatsiyada invaginat boshchasini ko‘rinishi; **Rasm 5**-yo‘g‘on ichakni - yo‘g‘on ichakka invaginatsiyasi; **Rasm 6**- konservativ dezinvaginatsiya o‘tkazilganda xavoni yo‘g‘on ichakdan ingichka ichak o‘tishi.

KONTRASTLI IRRIGOGRAFIYANI O‘TKAZISH TEXNIKASI

Maqsad: Yo‘g‘on ichak konturini, joylashishini, shilliq qavatini xolatini, tug‘ma va ortirilgan kasalliklarini aniqlash.

Ko‘rsatma: Girshprung xastaligi, dolixosigma, yo‘g‘on ichakni ikkilanishi va yara

kasalligi xamda o'smalariga shubxa bo'lganda.

Kerakli tibbiy jixozlar: Steril rezina qo'lqop, tibbiyot vazelin moyi, 60 yoki 100 ml li bir marotabali steril shpris yoki shpris Jane yoki xukna uchun rezina ballon(grusha), 10 % li bariy sulfat suspenziyasi, gaz chiqaruvchi naycha.

Bemorni irrigografiyaga tayyorlash:

1.Yo'g'on ichakni axlat massalaridan to'la tozalash uchun, tekshiruvdan 1 kun oldin kechqurun va tekshiruvdan 2 soat oldin sifonli tozalovchi xuqna o'tkaziladi.

2. Tekshiruvdan 20-30 daqiqa oldin to'g'ri ichakka 4-6 sm chuqurlikka gaz chiqaruvchi naycha qo'yiladi. So'ng u olib tashlanadi.

Bajarish texnikasi:

1.Bemor rentgen xonasida rentgen stoliga chap yonboshga, oyoqlari tizza va sonchanoq bo'g'imlarida qorin tomonga biroz bukilgan xamda toz soxasini biroz ko'tarish maqsadida, uning tagiga yostiqcha qo'yilgan xolatda yotqiziladi.

2.Shifokor rezina qo'lqop kiyadi.

3.Bir marotabali shprisga yoki rezina ballonga, bolaning yoshiga bog'liq xolda kerakli miqdordagi bariy sulfat suspenziyasi olinadi (taxminan: chaqaloqlar uchun—30—50 ml, 1 yoshgacha bolalarda— 50— 80 ml, 1—3 yoshli bolalarga— 100—200 ml, 4—7 yoshli bolalarga —200—500 ml, 7 yoshdan katta bolalarga— 500—800 ml).

4.Shpris uchiga vazelin moyi surtilib, to'g'ri ichakka kiritiladi va kontrast modda yengil bosim ostida oz-oz miqdorda yo'g'on ichakka yuboriladi. Bunda kontrast moddani yo'g'on ichakka o'tishini diqqat bilan rentgent ekranida kuzatib boriladi. Yo'g'on ichakni kontrast modda bilan kuchli to'ldirish mumkin emas, chunki uni suniy kengayishi diagnostik xatoga olib kelishi mumkin.

5.Bemor chalqancha va to'g'ri yotqizilib, to'g'ri proeksiyada rentgent surati olinadi. So'ng bemorni chap yonboshga xamda o'ng yonboshga yotgan xolda xam rentgent suratlari olinadi.

6.Kontrast moddani yo'g'on ichakdan chiqarish uchun xojatga buyuriladi.

7.Xojatdan so‘ng yana to‘g‘ri proeksiyada rentgent surati olinadi.

8.Rezina qo‘lqop yechilib, 3% li xloramin eritmasi bor idishga solinadi.

Yo‘g‘on ichak sxemasi	Dolixosigma	Payra kasalligi
Girshprung xastaligi	Irrigogramma norma	
Megakolon	Yugon ichak divertikulyozi	

KONSERVATIV USULDA ICHAK DEZINVAGINATSIYASINI O‘TKAZISH

Maqsad: Ichak invaginatsiyasini konservativ davolash.

Ko‘rsatma: Ichak invaginatsiyasi.

Kerakli tibbiy jixozlar: Richardson balloni, to‘g‘ri ichakni to‘sib turuvchi

ballonlik rezina zond (obturator), manometr, 20 ml li bir martalik steril shpris, ketamin, dokali steril salfetka (2-3 dona), steril rezina qo'lpop, steril vazelin moyi yoki glitserin, rentgen apparati, gaz chiqaruvchi naycha.

Bajarish texnikasi:

1. Ichak invaginatsiyasini boshlanishidan 12 soatgacha bajariladi.
2. Bemorni rentgen stoliga oyoqlari tizza va son-chanoq bo'g'imida qorin va yon tomonga biroz bukilgan xolda chalqancha yotkiziladi.
3. Bemorga ketamin bilan qisqa vaqtli narkoz beriladi.
3. Tekshiruvchi qo'rg'oshinli fartuk kiyadi.
4. Rezina qo'lpop kiyiladi.
5. Anus atrofi sovunli eritma bilan salfetka yordamida tozalanadi va quruq salfetka bilan quritiladi.
6. Yo'g'on ichakka xavo yuborish moslamasi zondiga vazelin moyi surtilib, to'g'ri ichakka 15-20 sm chuqurlikda ichkariga kiritiladi.
7. Shpris yordamida zond balloniga (obturatorga) 15-20 ml xavo yuboriladi.
8. Xavo yuborish moslamasi zondiga troynik orqali Richerdson balloni va manometr ulanadi.
9. Rentgenoskopiya nazorati ostida asta-sekin Richardson balloni yordamida to'g'ri ichakka xavo yuboriladi. Bunda agar xavo ko'r ichakkacha borsa, ingichka ichakni – ingichka ichakka invaginatsiyasi deb baxolanadi va bu operativ davolashga ko'rsatma bo'ladi. Agar invaginat boshchasi, yo'g'on ichakning jigar burchagida xavo fonida aniq chegarali dumaloq soya shaklida ko'rinsa, yo'g'on ichakni – yo'g'on ichakka invaginatsiyasi deb baxolanadi va rentgen surati olinadi.
10. Dezinvaginatiya qilish uchun ichakka xavo yuborish davom ettiriladi (yoshga bog'liq xolda manometr ko'rsatkichi 30-40 mm.s.u.dan oshmasligi kerak !). Dezinvaginatiya yuzaga kelsa, rentgenoskopiya xavoni ko'r ichakdan ingichka ichakka o'tgani ko'rinadi, shu zaxoti yana bir rentgen surati olinadi. Agar kerakli miqdorda xavo yuborilishiga qaramay dezinvaginatiya bo'lmasa, operativ

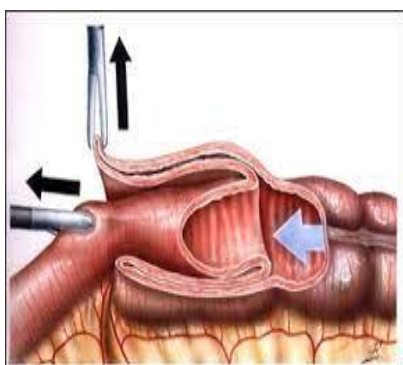
davolashga ko'rsatma bo'ladi.

11. Zond ballonidan xavo chiqariladi.

12. Zond to'g'ri ichakdan chiqarib olinadi.

13. To'g'ri ichakka, qoldiq xavoni chiqarish uchun, 10-20 daqaqaga xavo chiqaruvchi naycha qo'yiladi. Bemor uyg'ongach, palataga o'tkaziladi.

14. Rezina qo'lqop yechilib, dezinfeksiyalovchi eritma bor idishga solinadi.



Rasm 1.



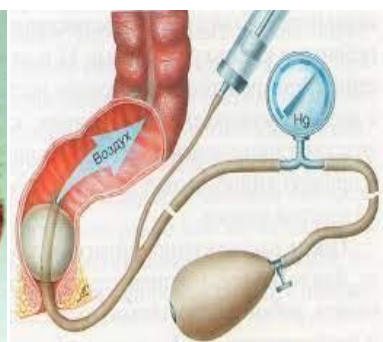
Rasm 2.



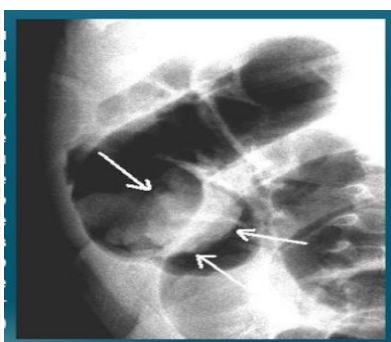
Rasm 3.



Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.

Rasm 1-dezinvasinatsiya jarayoni, **Rasm 2**-Richardson balloni, **Rasm 3**- yo'g'on ichakni-yo'g'on ichakka invaginatsiyasi; **Rasm 4**-operativ dezinvasinatsiya qilish; **Rasm 5**-yo'g'on ichakka Richardson balloni yordamida xavo yuborish, **Rasm 6**-yo'g'on ichakda, kiritilgan xavoni yo'nalishi.

CHOV CHURRASINI ANIQLASH

Maqsad: Chov churrasini tashxislash.

Ko'rsatma: Chov soxasida tik turgan xolatda, kuchanganda shish bo'lishi.

Kerakli tibbiy jixozlar: Kushetka (krovat), steril rezina qo'lqop.

Bajarish texnikasi:

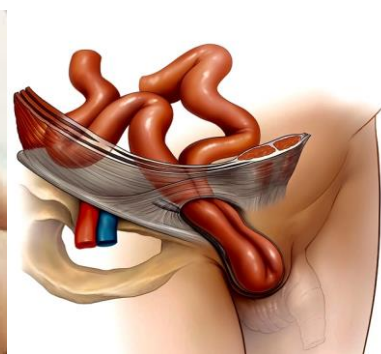
1. Shifokor o'ng qo'lga rezina qo'lqop kiyadi va kafti isitiladi.
2. Tik turgan xolatda ko'rganda, bemorni chov soxasida terisi o'zgarmagan, ma'lum kattalikdagi xosila shish aniqlanadi.
3. Bemorni tik turgan xolatida paypaslaganda, yumshok - elastik konsistensiyali, og'riqsiz xosila aniqlanadi.
4. Bemor chalqancha yotganda xosilani o'zi yoki uning ustiga yengil bosib paypaslaganda u qorin bo'shlig'iga kirib ketadi.
5. Bola kuchanganda, kuchli yig'laganda yoki yutalganda yumaloq yoki oval shakldagi xosila yana paydo bo'ladi.
6. Churra xosilasini qorin bo'shlig'iga kiritib, chov kanali tashqi teshigiga yorg'oq terisi orqali ko'rsatkich barmoqni kiritib, uning o'lchami aniklanadi.
7. Barmoqni shu xolatda ushlab turib, bolani yo'taltirib «yo'tal turtkisi» siptomi, barmoq uchiga kelayotgan turtki orqali aniqlanadi.
8. Rezina qo'lqop yechiladi.



Rasm 1.



Rasm 2.



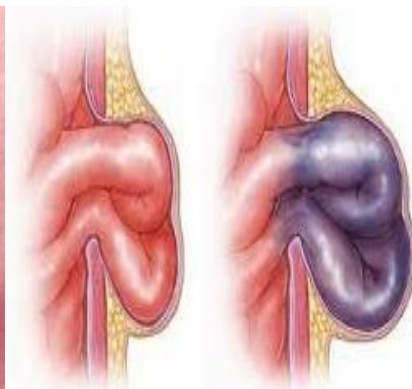
Rasm 3.



Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.

Rasm 1-o‘ng tomonlama chov churrasi; **Rasm 2**-chap chov churrasida “yo‘tal turtkisi” simptomini aniqlash; **Rasm 3**-chov churrasini chov kanalini ichki teshigidan chiqishi; **Rasm 4**-chap chov churrasini chov kanalini tashqi teshigidan chiqishi; **Rasm 5**-o‘ng chov churrasi; **Rasm 6**-qisilmagan va qisilgan chov churrasini ko‘rinishi.

QISILGAN CHOV-YOG‘OQ CHURRASINI ANIQLASH

Maqsad: Qisilgan chov-yorg‘oq churrasini tashxislash.

Ko‘rsatma: Bemorni chov-yorg‘oq soxasida og‘riq, xosila,shish paydo bo‘lishi, bezovtalik.

Kerakli tibbiy jixozlar: Kushetka (krovat), steril rezina qo‘lqop, diafonoskop.

Bajarish texnikasi:

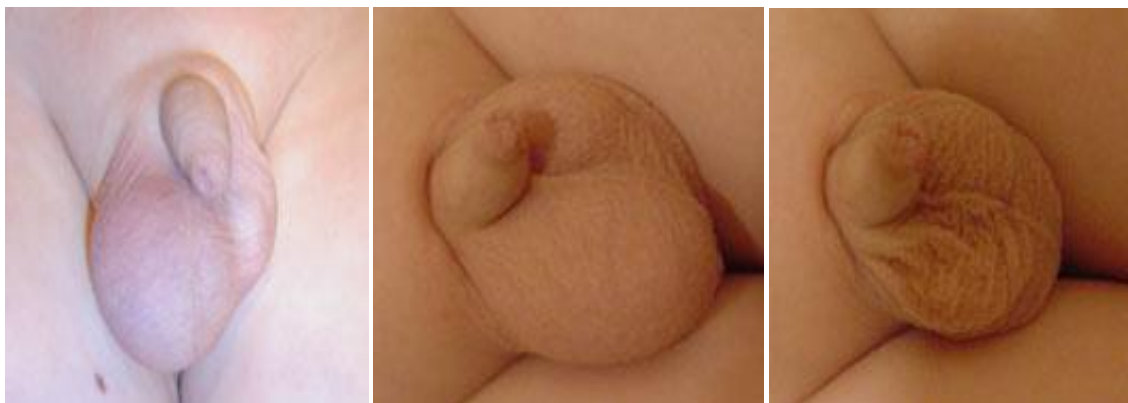
- 1.Shifokor rezina qo‘lqop kiyadi, o‘ng qo‘l kafti isitiladi.
- 2.Bemorni tik xolatida ob‘ktiv ko‘rilganda, chov- yorg‘oq soxasida terisi o‘zgarmaganini, xar-xil kattalikdagi xosila,shish borligi aniqlanadi.
- 3.Bemorni chalqanchasiga yotkizilib,shifokor o‘ng tomonda bemor yonida o‘tirgan xolda, o‘ng qo‘l bilan asta-sekin xosila paypaslanadi. Chov-yorg‘oq soxasidagi xosila qattiq-elastik konsistensiyali, oval yoki noto‘g‘ri shaklda, og‘riqli ekanligi, bosib ko‘rilganda qorin bo‘shlig‘iga kirmasligi aniqlanadi.
- 4.Moyak istisqosi bilan qiyosiy tashxislash uchun, xosilani diafonoskopiya qilinadi:agar xosiladan yorug‘lik o‘tmasa, qisilgan chov – yorg‘oq churrasi deb,agar yorug‘lik o‘tsa,moyak pardalari istiskosi (gidrotsele) deb boxolanadi.
- 5.Rezina qo‘lqop yechilib,antiseptik eritma bor idishga solinadi.



Rasm 1.

Rasm 2.

Rasm 3.



Rasm 4.

Rasm 5.

Rasm 6.

Rasm 1,2- chap tomondan qisilgan chov-yorg'oq churra; **Rasm 3-** diafonoskopiyada gidrotsele; **Rasm 4-o'ng** moyak istiskosi; **Rasm 5-o'ng** tomondan qisilmagan chov-yorg'oq churra-qorin bo'shlig'iga to'g'rilanguncha xolat; **Rasm 6-**qorin bo'shlig'iga to'g'rilangandan keyingi xolat.

SPLENOMONOMETRIYA VA SPLENOPORTAGRAFIYANI O'TKAZISH TEXNIKASI

Maqsad: Portal xavzadagi (qopqa venasidagi) portal tizimdagi bosimni va vena qontomirlaririni arxitektonikasini aniqlash.

Ko'rsatmalar: Jigar sirrozi, splenomegaliya, qizilo'ngach venalarining varikoz kengayishi

Kerakli tibbiy jixozlar: Rentgenkontrast modda(yodning suvli eritmalaridan biri 20 ml.), 5,0 va 20,0 li steril shpris, 10-12 sm uzunlikdagi mandrenli igna,

Valdman apparati, 70⁰ li spirt, dokali steril salfetka va shariklar, steril rezina qo‘lqop, leykoplastir, ketamin.

Bajarish texnikasi:

1. Rezina qo‘lqop kiyiladi.

2. Shprisga 20 ml kontrast modda olinadi.

1. Ketamin bilan qisqa vaqtli umumiy og‘riqsizlantirish ostida, bemor rentgen stolida chalqancha yotgan va nafas bir necha daqiqaga to‘xtatilgan xolatda.

2. O‘rta qo‘ltiq osti chizig‘i bo‘yicha 10-11 qovurg‘alar orasida mandrenli igna perpendikulyar ravishda taloqqa kiritiladi.

3. Mandren olinganda ignadan bir necha tomchi qon chiqishi, ignani taloq pulpasida ekanligidan dalolat beradi.

4. Igna Valdman apparatiga ulanib, undagi bosim aniqlanadi.

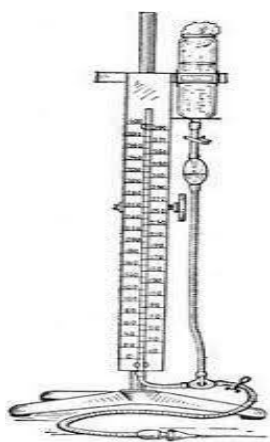
5. Igna Valman apparatidan ajratilib, shprisga olingan kontrast modda, igna orqali taloqqa to‘liq tez yuboriladi va uning 2/3 qismi yuborilganda (2-3 sek) rentgen surati olinadi.

6. Igna olinib, qovurga ravog‘ini barmoqlar bilan bosib, taloq bosib turiladi.

7. Terini punksiya qilingan joyiga steril salfetka qo‘yib, leykoplastir bilan yopishtiriladi.

8. Rezina qo‘lqop yechilib, 3% li xloramin eritmasi bor idishga solinadi.

9. 10 minutdan so‘ng 2 chi rentgen tasvir olinadi – bu ekskretor urogramma.



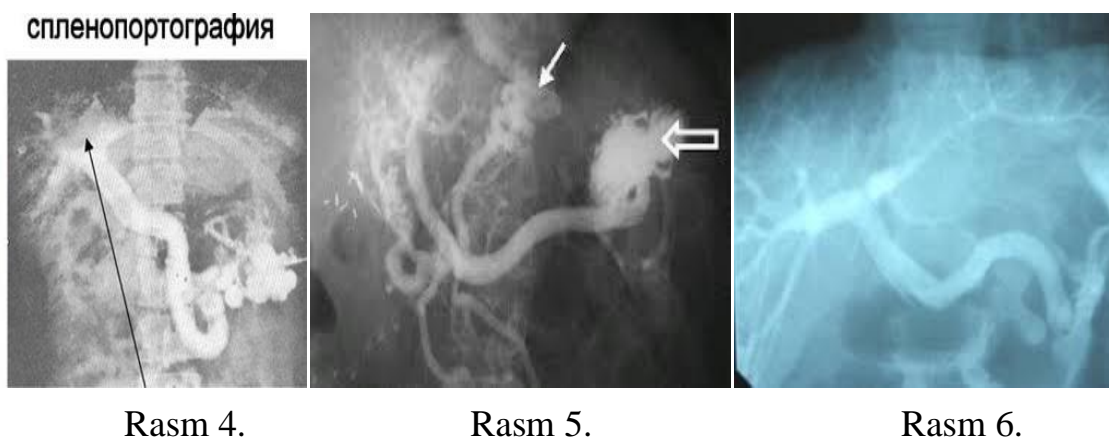
Rasm 1.



Rasm 2.



Rasm 3.



Rasm 1-Valdman apparati; **Rasm 2**-splenoportogramma sxemasi:1-taloqqa kiritilgan igna; 2-taloq venasi;3-darvoza vena;4-oshqozonni toj venalari; **Rasm 3**-portal tizim vena tomirlarini sxemasi; **Rasm 4**- jigar ichi venalarini bloki; **Rasm 5**-splenoportogramma:Portal gipertenziya sindromida qizilo‘ngach venalarini varikoz kengayishi; **Rasm 6**-splenoportogramma: jigardan tashqari venalarni bloki.

BO‘LIM –II.

TOROKAL JARROXLIKDAN AMALIY KO‘NIKMALAR

BRONXOSKOPIYANI O‘TKAZISH TEXNIKASI

Maqsad: O‘pka – bronx tug‘ma nuqsonlarini va kasalliklarini tashxislash, bronxlarni sanatsiya qilish, bronxogafiya qilishda kontrast moddani va davolovchi dori moddalarini kiritish, bronxlardan polipni yoki yot jismlarni olish.

Ko‘rsatmalar: O‘pka va bronxlarning tug‘ma nuqsonlari va surunkali yiringli kasalliklari, katta kortikal abscess, bronxoektatik kasallik, bronxlar yot jismlari, obstruktiv bronxit.

Kerakli tibbiy jixozlar: Qattiq bronxoskop, suniy nafas olish apparati,laringoskop,intubatsion naycha,yot jismni olish uchun qisqich. kontrast modda (yodning suvli eritmalaridan biri), elektron optik uskuna (EOU),

eletrso'rg'ich, yostiqcha (valik), polietilen kateter, anestetik (ketamin), miorelaksant, 20,0 li steril shpris, dokali steril salfetkalar, antiseptik eritmalardan biri, kerakli dori modda, kislorod, operatsiya stoli, steril rezina qo'lqop, agar faqat bronxlarni xolatini ko'rish kerak bo'lsa, fibrobronxoskop.

Bajarish texnikasi:

1. Bemor operatsiya stoliga chalqancha yotqizilib, elkasi ostiga yostiqcha qo'yiladi.
2. Rezina qo'lqop kiyiladi.
3. Bemorga ketamin bilan qisqa vaqtli umumiy anesteziya miorelaksantlar bilan o'tkaziladi.
4. Niqob orqali kislorod bilan nafas beriladi.
5. Og'iz bo'shlig'iga laringoskop kiritiladi, yumshok tanglay tilchasi, xiqildoq usti topilib, til ildiziga ko'tariladi. Laringoskop yordamida traxeyaga bolaning yoshiga mos o'lchamdagi bronxoskop tubusi tanlanadi:
1 yoshgacha № 5
1-3 yoshga № 6-7
4-5 yoshga № 8-9
6-8 yoshga № 10-11
9-12 yoshga № 12-13
13-15 yoshga № 14-15
16-18 yoshga № 16-17
6. Traxeyani ovoz yorig'i topilib, kengaytirilib, bronxoskop bilan xalqalari ko'ndalang joylashishi bilan xarakterlanadigan traxeyaga kiriladi. Bronxoskopga suniy nafas olish apparatining kislorod naychasi ulanib, kislorod beriladi.
7. Traxeyaning bifurkatsiya karinasiga yetgach, sog' tarafni tekshirishga kirishiladi.
8. Tubusni o'ng asosiy bronxga kiritish uchun, bemorning bo'yni chap tomonga egiladi, so'ng yuqori, o'rta va pastki bo'lak bronxlari ko'riladi.
9. Bemorning boshini va bo'ynini biroz ko'tarib, o'ng tomonga egib, bronxoskop chap asosiy bronxga kiritiladi, yuqori va pastki bo'lak bronxlari va segmentar

bronxlar ko‘riladi.

10. Yot jism aniqlansa, qisqich bilan olib tashlanadi. Yiring,shilliq yoki qon aniqlansa, elektso‘rg‘ich bilan naycha orqali so‘rib tashlanadi va bakterilarga tekshirish uchun ekma olinadi.

11. Agar yiring bo‘lsa, bronxlar kateter orqali furatsillin eritmasi bilan yuviladi va so‘ng u so‘rib tashlanadi.

12.Sanatsiyadan so‘ng mukolitiklar, proteolitik fermentlar va antibiotiklardan birini bronxlarga yuboriladi.

13.Agar bronxgrafiya qilish kerak bo‘lsa, bronxlarga kontrast modda yuborib bronxografiya qilinadi(“Bronxografiya qilish texnikasi”ga qaralsin!).

14. Bemorda mustaqil nafas olish qayta tiklangach,bronxoskop tubusi sekin-asta tortib olinadi va yordamchi nafas olish davom ettiriladi.

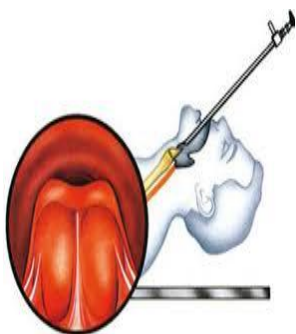
15.Rezina qo‘lqop yechilib, dezinfeksiyalovchi eritma bor idishga solinadi.

16.Bemor to‘la uyg‘ongach, palataga o‘tkazilib,axvoli kuzatib turiladi.

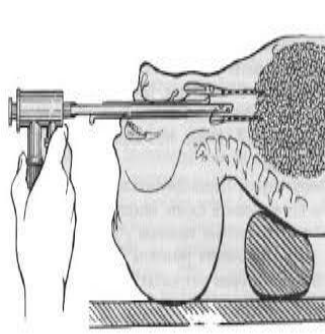
Mumkin bo‘lgan asoratlar:Traeya va bronxlarni shikastlanishi yoki teshilishi.



Rasm 1.



Rasm 2.



Rasm 3.



Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.



Rasm 7.



Rasm 8.



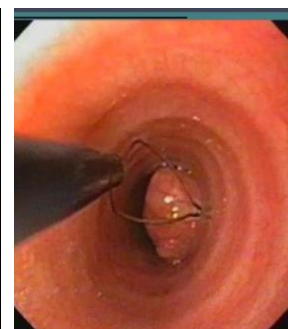
Rasm 9.



Rasm 10.



Rasm 11.



Rasm 12.



Rasm 13.



Rasm 14.



Rasm 15.

Rasm 1,2,3,4 –qattiq bronxoskop bilan bronxoskopiya qilish; **Rasm 5,6,7,8-** fibrobronxoskop bilan bronxoskopiya qilish; **Rasm 9-**bronxoskopiya traxeyani, o'ng va chap bosh bronxlarni ko'inishi; **Rasm 10-**chap bosh bronxda yot jismni ko'inishi; **Rasm 11-**bronxdan qon oqib chiqishi; **Rasm 12-**bronxdan polipni bronxoskop orqali olish; **Rasm 13,14-**qattiq bronxoskoplarni turlari; **Rasm 15-** fibrobronxoskop.

BRONXOGRAFIYANI O'TKAZISH TEXNIKASI

Maqsad: Bemorda bronx daraxtining arxitektonikasini aniqlash.

Ko'rsatma: Bronxoektatik kasallikka, o'pka va bronxlarni tug'ma nuqsonlariga gumon bo'lganda.

Kerakli tibbiy jixozlar: Qattiq yoki fibrobronxoskop, suniy nafas olish apparati, kontrast modda (yodning suvli eritmalaridan biri), elektron optik uskuna (EOU), elektrso'rg'ich, laringoskop, yostiqcha (valik), polietilen kateter, anestetik (ketamin), miorelaksant, 20,0 li steril shpris, steril rezina qo'lqop, kislorod, operatsiya stoli.

Bajarish texnikasi:

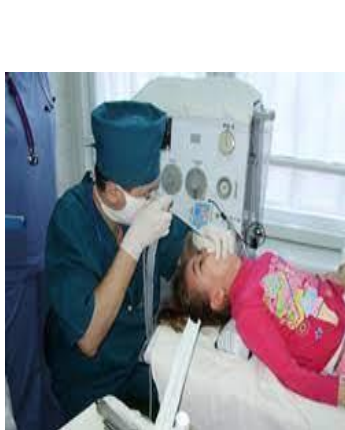
1. Bemorni operatsiya stoliga chalqancha yotqizilib, elkasi ostiga yostiqcha qo'yiladi..
2. Rezina qo'lqop kiyiladi.
2. Bemorga ketamin bilan qisqa vaqtli umumiy anesteziya miorelaksantlar bilan o'tkaziladi.
3. Niqob orkali kislorod bilan suniy nafas beriladi.
4. Og'iz bo'shlig'iga laringoskop kiritiladi, yumshoq tanglay tilchasi, xiqildoq usti topilib, til ildiziga ko'tariladi. Laringoskop yordamida traxeyaga bolaning yoshiga mos o'lchamdagi tubus tanlanadi ("Bronxoskopiyani o'tkazish texnikasi"ga qaralsin!).
5. Ovoz yorig'i topilib, kengaytirilib, bronxoskop bilan xalqalari ko'ndalang joylashishi bilan xarakterlanadigan traxeyaga kiriladi. Bronxoskopga suniy nafas olish apparatining kislorod naychasi ulanib, kislorod beriladi.
6. Traxeyaning bifurkatsiya karinasiga yetgach, sog' tarafni tekshirishga kirishiladi.
7. Tubusni o'ng asosiy bronxga kiritilganda, bemorning bo'yni chap tomonga egiladi, so'ng yuqori o'rta va pastki bo'lak bronxlari ko'riladi.
8. Bemorning boshini va bo'ynini bir oz ko'tarib o'ng tomonga egib, bronxoskop chap asosiy bronxga kiritiladi, yuqori va pastki bo'lak bronxlari va segmentar bronxlar ko'riladi.
9. Bronxografiya o'tkazish uchun, shprisga kontrast modda olinib, u bronxoskop orqali bronxga kiritilgan kateter orqali bronxga yuboriladi va to'g'ri proeksiyada rentgenografiya qilinadi.
10. So'ng, kontrast modda kateter orqali shpris bilan so'rib tashlanib, bronxlar shu kateter orqali 1:5000 furatsillin eritmasi bilan yuviladi, so'ng u so'rib tashlanadi.
11. Agar bronxlarda yiring bo'lsa, uni sanatsiya qilingach, mukolitiklardan yoki proteolitik fermentlardan va antibiotiklardan birini yuborib qo'yiladi.

12. Kateterni bronxoskopdan chiqarib olib, bemor uygʻonib, mustaqil nafas olishi tiklangach, sekin – asta bronxoskop traxeyadan chiqarib olinadi.

13. Rezina qoʻlqop yechilib, dezinfeksiyalovchi eritma bor idishga solinadi.

14. Bemor toʻla uygʻongach, palataga oʻtkazilib, axvoli kuzatib turiladi.

Mumkin boʻlgan asoratlar: Traeya va bronxlarni shikastlanishi yoki teshilishi.



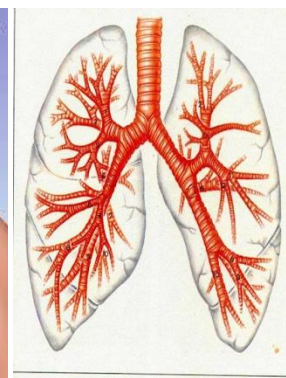
Rasm 1.



Rasm 2.



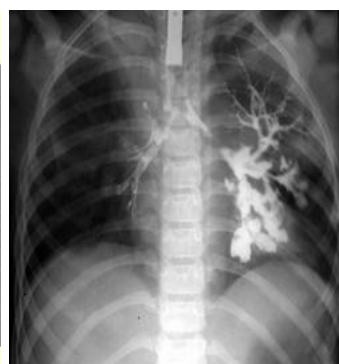
Rasm 3.



Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.



Rasm 7



Rasm 8.



Rasm 9.



Rasm 10.

Rasm 1-fibrobronxoskop orqali bronxografiya qilish; **Rasm 2**-qattiq bronxoskop orqali bronxografiya qilish; **Rasm 3**- fibrobronxoskopiya qilish; **Rasm 4**-traxeya va bronxlarni tuzilishi sxemasi; **Rasm 5**-bronxogrammada, oʻng oʻpkani pastki

bo'lagini va ikki tomonlama bronxoektazi; **Rasm 6**-bronxogrammada, chap o'pkani bronxoektazi; **Rasm 7**:-bronxogrammada, 1,2-chap o'pkani quyi bo'lagini bronxoektazi, 3-o'ng o'pkani quyi bo'lagini bronxoektazi; **Rasm 8,9**-qattiq bronxoskop turlari ; **Rasm 10**-fibrobronxoskop.

PLEVRA BO'SHLIG'INI PUNKSIYA QILISH TEXNIASI

Maqsad: Ko'krak qafasi ichi bosimini oshishi sindromi bilan kechuvchi kasalliklarni qiyosiy tashxislash, shilinch yordam ko'rsatish va davo takatikasini aniqlash.

Ko'rsatma: Ko'krak qafasi ichi bosimi oshishi sindromi bilan kechuvchi patologik xolatlar (pnevmotoraks, piotoraks, piopnevotoraks, gematoraks).

Kerakli tibbiy jixozlar: Bog'lov xonasida operatsiya stoli, steril rezina qo'lqop, 20,0 li steril shpris ignasi bilan, kalta rezina naycha o'rnatilgan punksiya igna, 3% yoki 5% li yod, 70⁰ li spirt, 0,5% li novokain, dokadan tayyorlangan steril salftetka va shariklar, tibbiy leykoplastir, bakteriyaga ekish uchun probirka, pinset, yumshoq qisqich..

Bajarish texnikasi:

1. Bog'lov xonada bemor operatsiya stolida muolaja tomondagi qo'lini yuqoriga ko'tarib boshini ushlab o'tirgan xolat beriladi va uni shu xolatda xamshira ushlab turadi. Yoki bemor stulga teskari o'tirib qo'llarini stul suyanchig'iga bir-birini ustiga qo'yib boshini shu qo'llari ustigi egib qo'yib turadi.

2. Ko'krak qafasini umumiy rentgen tekshirish ma'lumotlariga asosan punksiya qilish nuqtasi aniqlanadi. Pnevmotoraksda punksiya o'rta o'mrov chizig'i bo'ylab 2-3 qovurg'alar oralig'iga, agar plevra bo'shlig'ida syuqlik bo'lsa, orqa yoki o'rta qo'ltiq chizig'i bo'yicha 6-7 qovurg'alar oralig'iga qilinadi.

3. Punksiya joyi terisi yod va spirt bilan ishlanib, novokain bilan A.V. Vishnevskiy bo'yicha infiltratsion anezteziya qilinib, qovurg'alararo qon tomir va nervlarni shikastlamalik uchun ignani pastki qovurg'aning yuqori

qirradi bo‘ylab kirgiziladi. Igna uzunligi 5-7sm diametri 0,5 -1 mm. Ignaga kalta rezina naycha o‘rnatilib, uning erkin uchi shprisga kiritish uchun kanyula bilan taminlangan. Rezina naycha o‘rta qismida qisqich bilan qisib berkitilgan.

4. Chap qo‘l bilan taxminiy teshilgan joyda teri surilib, fiksatsiyalanadi. Chunki igna olingach g‘adir-budur kanal xosil bo‘lishi kerak.

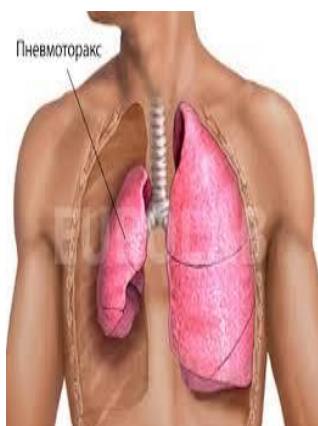
5. O‘ng qo‘l bilan igna qatiy perpendikulyar ravishda ko‘krak devoriga bo‘shliqqa tushganlikni xis qilguncha kiritiladi.

6. So‘ng rezina naychaga shpris ulanadi, qisqich naychadan olinib plevra bo‘shlig‘idagi xavo yoki suyuqlik so‘rib olinadi. Shprisni bo‘shatishdan oldin naychani yana qisqich bilan qisiladi. Suyuqlik yoki xavo bilan qisilgan ko‘ks oralig‘i a‘zolarini tez siljishini oldini olish maqsadida so‘rib olish sekinlik bilan bajariladi, bunda bolaning pulsi va umumiy axvoli kuzatiladi. Agar bemorda yo‘tal yoki axvoli og‘irlashsa so‘rib olish to‘xtatiladi.

7. Agar plevra bo‘shlig‘idan suyuqlik olingan bo‘lsa, undan bakteriyalarga ekish va antibiotiklarga sezgirligini aniqlash uchun analizga olinadi.

8. Muolaja tugagach, igna orqali plevra bo‘shlig‘iga antibiotiklardan birini eritmasini yuborib, u chiqarib olinadi va punksiya qilingan soxa terisiga spirt surtib steril salfetka qo‘yiladi va leykoplastir yopishtiriladi.

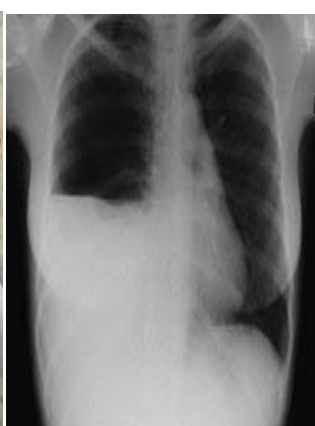
Mumkin bo‘lgan asoratlari: Qovurg‘alararo qon tomirlarni, nervlarni va o‘pkani shikastlanishi , teri osti emfizemasini rivolanishi, gematoma.



Rasm 1.



Rasm 2.



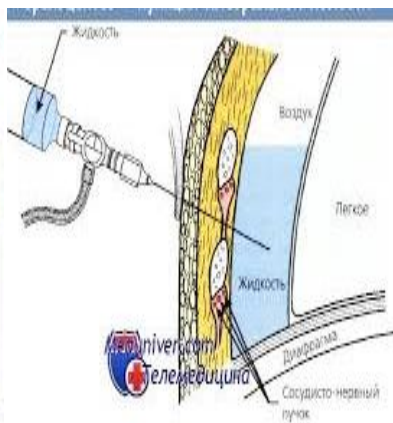
Rasm3.



Rasm 4



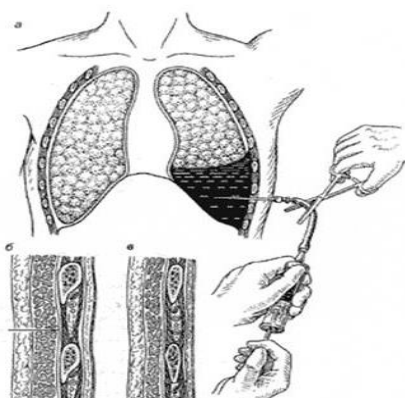
Rasm 5.



Rasm 6.



Rasm 7.



Rasm 8.



Rasm 9.



Rasm 10.

Rasm 1-o'ngdan pnevmotoraks; **Rasm 2**-plevra bo'shlig'ini punksiya qilish; **Rasm 3**-o'ng tomonda piopnevmotoraks; **Rasm 4**- punksiya qilishda bemor xolati; **Rasm 5**-bemorni chap yonboshga yotgan xolatda punksiya qilish; **Rasm 6**-gidrotoraksda plevra bo'shlig'ini punksiya qilish sxemasi; **Rasm 7**-plevra bo'shlig'ini sunksiya qilish etaplari sxemasi; **Rasm 8**-plevra bo'shlig'idan suyuqlikni shpris bilan tortib olishda, yumshoq qisqichdan foydalanish sxemasi; **Rasm 9**-plevra bo'shlig'idan suyuqlikni punksiya qilib, shpris bilan tortib olish sxemasi; **Rasm 10**- punksiyon ignalar.

PLEVRA BO'SHLIG'INI DRENAJLASH (TOROKOTSENTEZ)

TEXNIKASI

Maqsad: Ochiq yoki yopiq pnevmotoraksni, piotoraksni, piopnevmotoraksni davolash.

Ko'rsatma: Ochiq yoki yopiq pnevmotoraks,piotoraks,piopnevotoraks.

Kerakli tibbiy jixozlar: Steril rezina qo'lqop, 70⁰ li spirt,3% yoki 5% li yod, 0,25% yoki 0,5% li novokain, 10,0 li steril shpris ignasi bilan,steril ipak ip va xirurgik igna, dokali steril salfetka va shariklar,paxta,troakar,skalpel,yumshoq pinset,yumshoq qisqich, leykoplastir,antiseptik suyuqliklardan biri(furatsilin,rivanol,dekosan v.b.), proksimal uchida 2sm oraliqda 2-3 ta teshigi bo'lgan,distal uchida esa klapanli drenaj polietilen naycha(Byulau bo'yicha drenajlash uchun),Bobrov bankasi.Aktiv drenajlash uchun esa 2 ta Bobrov bankasi,ulardan 1 tasi suvli manometrli.

Bajarish texnikasi:

1.Rezina qo'lqop kiyiladi

2. Bemor operatsiya stolida chalqancha yoki sog' tomonga biroz yonboshlagan va ko'krak kafasi tagiga yostiqcha(valik) qo'yilgan yoki o'tirgan xolatda bo'ladi.Agar o'tirgan xolatda bo'lsa,bemor stulga teskari o'tirib, qo'llarini stul suyanchig'igi bir-birini ustiga qo'yib, boshini shu qo'llari ustiga pastga qarab egib turadi.

3.Orqa yoki o'rta qo'ltiq chizig'i bo'yicha, pnevmotoraksda 2-3 qovurg'alar orasida,piotoraks va piopnevotoraksda 7-8 qovurg'alar orasida operatsiya soxasi yod va spirt bilan ishlov beriladi.

4.Operatsiya soxasi novokain bilan infiltratsion anesteziya qilinadi

5.Teri 1-1,5 sm uzunlikda skalpel bilan qovurg'alar bo'ylab kesilib,jaroxatni ikki qirg'og'iga teriga, ushlab turuvchi 2 ta chok qo'yiladi

6.Troakar pastki qovurg'ani yuqori qirrisi bo'ylab, teri jaroxati orqali ko'krak qafasiga biroz kuch bilan bo'shliqqa tushganlikni xis qilguncha kiritiladi.

7.Drenaj naychani distal uchi qisqich bilan qisiladi.

8.Troakardan stilet olinib,uning tashqi teshigini bosh barmoq bilan vaqtincha berkitib turib,uning teshigi orqali drenaj naycha plevra bo'shlig'iga 4-5 sm uzunlikda kiritiladi.

9.Troakar, drenaj naychani ushlab turgan xolda tashqarigi asta- sekin chiqarib olinadi va naychani avval qo'yilgan iplar bilan teriga bog'lab fiksatsiya qilinadi.

10. Byulau bo'yicha passiv drenajlashda rezina qo'lqopni bitta barmog'ini asosidan kesib olib, uning to'mtoq uchini klapan xosil qilish uchun 1-1,5 sm uzunlikda bo'ylab kesiladi va naychani uchidan avval qo'yilgan qisqichni olib, rezina ichiga kiritib, ipak ip bilan maxkam bog'lab qo'yiladi. Naychani bu uchi antiseptik suyuqligi bo'lgan Bobrov bankasiga solib qo'yiladi.

11. Aktiv drenajlashda drenaj naychani tashqi uchi tutash idishli (ikkita tutash Bobrov bankalari) sistemaga ulab qo'yiladi.

11. Drenaj naychasi atrofi teri jaroxati 2 ta ipak ip bilan tikiladi va drenaj naycha shu iplar bilan bog'lanadi va aseptik bog'lam qo'yiladi.

12. Drenajlashdan so'ng rentgen tekshirish tavsiya etiladi.

Drenaj naychani olish texnikasi: Avval qo'yilgan drenaj naychani fiksatsiyalovchi iplarni kesib olib, naychani oxirgi uchiga Jane shprisini ulab vakuum xosil qilgan xolda naycha tortib olinadi. Teri yarasini chekkalari bir-biriga tortib yaqinlashtirilib, keng leykoplastir bilan yopishtiriladi. 1-2 kundan so'ng u olinadi. Yara birlamchi bitadi.

Mumkin bo'lgan asoratlar: Qovurg'alararo qontomirlarini va nerv tolalarini shikasilanishi, o'pkani teshilishi xamda teriosti emfizemasini rivojlanishi.



Rasm 1.



Rasm 2.



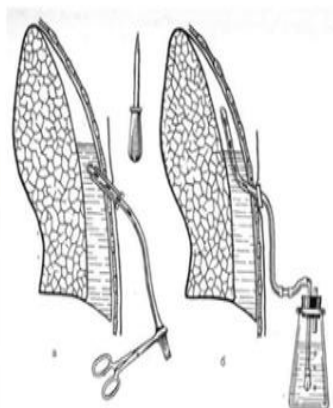
Rasm 3



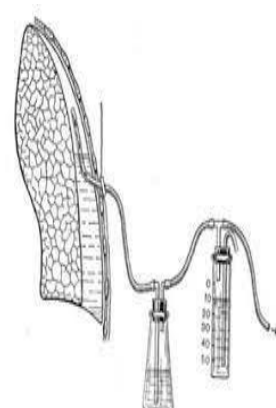
Rasm 4.



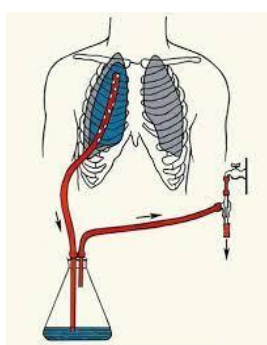
Rasm 5.



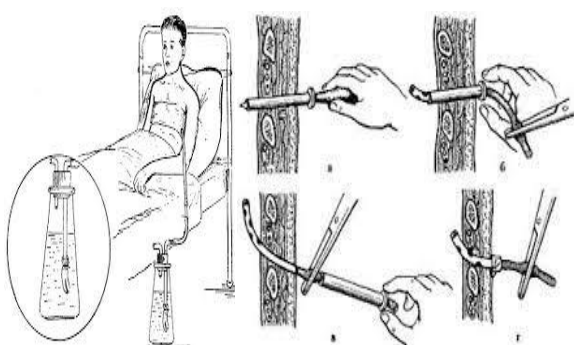
Rasm 6.



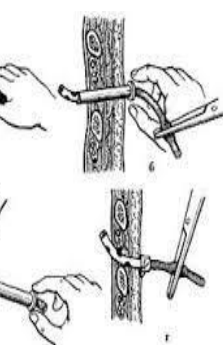
Rasm 7.



Rasm 8.



Rasm 9.



Rasm 10.



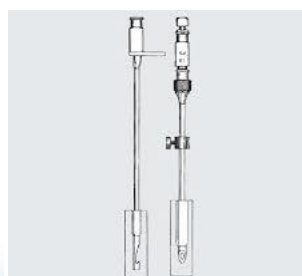
Rasm 11.



Rasm 12.



Rasm 13.



Rasm 14.



Rasm 15.

Rasm 1-o'ngdan pnevmotoraks; **Rasm 2**-chapdan piopnevmotoraks; **Rasm 3**-shprisga qon aralash yiring chiqishi; **Rasm 4**- Byulau bo'yicha passiv drenajlashda bemor xolati; **Rasm 5**-plevra bo'shlig'ini punksiya qilishda bemor xolati; **Rasm 6**-Byulau bo'yicha passiv drenajlash; **Rasm 7**-Bobrov bankalari yordamida tutash idishli tizimda aktiv drenajlash.Suvli manometri ulangan; **Rasm 8**-suv o'tkazuvchi truba kraniga ulanish orqali aktiv drenajlash; **Rasm 9**-Byulau bo'yicha passiv drenajlashda bemorni krovatdagi xolati; **Rasm 10**- troakar yordamida drenajlash

etaplari; **Rasm 11**-yumshoq qisqich yordamida plevra bo'shlig'ini drenajlash; **Rasm 12,13,14**-troakar turlari; **Rasm 15**-torokotsentez qilish uchun jixozlar yig'masi.

QOVURG'ALARARO NERVNI BLOQADA QILISH TEXNIKASI

Maqsad: Qovurg'alararo nervda kuchli og'riq (nevralgiya) bo'lganda og'riqsizlantirish.

Ko'rsatma: Qovurg'alarni sinishida, qovurg'alarni rezeksiyasida, qovurg'alararo nervni yallig'lanishida, ko'krak qafasi yumshoq to'qimalarini lat yeyishi yoki ezilishida, torokotomiyadan keyingi davrda, pleuritda.

Kerakli tibbiy jixozlar: Anesteziya uchun 10,0 yoki 20,0 li steril shpris ignasi bilan, 3% yoki 5% li yod, 70⁰ li spirt, 0,25 % yoki 0,5% li novokain, yumshoq pinset, dokali steril salfetka va shariklar, paxta va leykoplastir.

Bajarish texnikasi:

1. Bemor orqasi bilan yoki jaroxatga qarama-qarshi tomoni bilan yonboshga yotqiziladi. Shu tomondagi qo'li jaroxatdan uzoqlashtirgan xolda o'tkaziladi.

2. Rezina qo'lqop kiyiladi.

3. Shifokor chap qo'l barmoqlari bilan shu soxasidagi terini fiksatsiya qiladi va igna sanchiladigan joyni aniqlab oladi.

4. Shifokor o'ng qo'lga novokain eritmasi bor shprisni olib, sekin teriga sanchadi va terida novokainli limon po'sti xosil qilinadi, keyin qavatma-qavat igna kiritiladi va sekin novokain eritmasi qavatma-qavat yuboriladi, oxirida qovurg'alararo mushaklarga igna kiritilib, novokain eritmasi yuboriladi. Ignani chapga va o'ngga yo'naltirib og'riqsizlantirish maydoni kengaytiriladi.

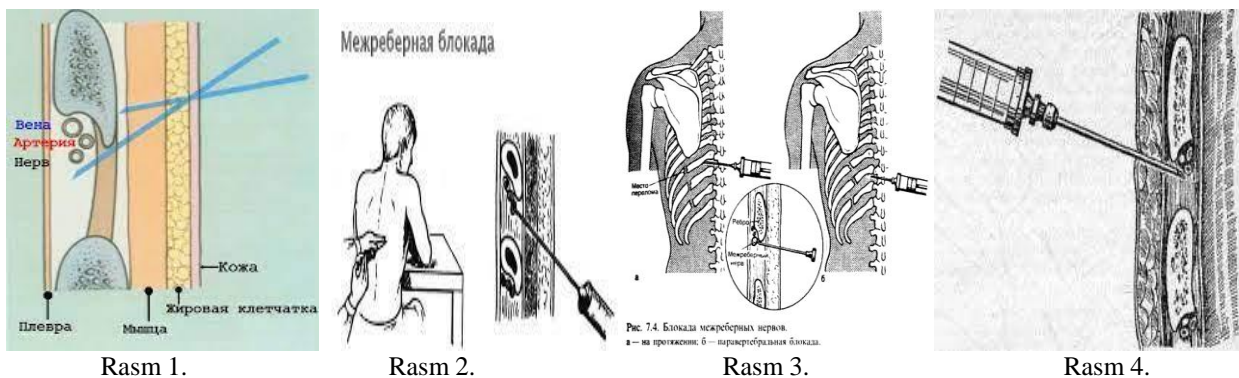
Eslatma: Jaroxatlangan qovurg'adan yuqoridagi va pastdagi qovurg'alar orasiga xam albatta novokain eritmasi yuborilishi lozim.

5. Ignani tortib olinadi va sanchilgan joy terisiga yod surkab, steril salfetka qo'yib, teriga leykoplastir yopishtiriladi.

Mumkin bo'lgan asoratlar: Qovurg'alararo nerv va qon-tomirlarni shikastlanishi, gematoma, ignani plevra yoki qorin bo'shlig'iga tushib qolishi.

Asoratlarni bartaraf qilish: Shprisda qon paydo bo'lsa yoki qovurg'alararo nervga igna sanchilgani sezilganda, plevra yoki qorin bo'shlig'iga tushib qolsa, igna sug'urib olinadi, og'riqsizlantirish boshqa joydan qayta o'tkaziladi. Gematoma bo'lganda spirtli kompressli bog'lam qo'yiladi.

6. Rezina qo'lqop yechilib, antiseptik eritma bor idishga solinadi.



Rasm 1-ko'krak qafasi qovurg'alar oralig'i to'qimalarini, nerv va qontomirlarini topograf-anatomik joylashuvini sxemasi; **Rasm 2**-blokada qilishda bemor xolati; **Rasm 3**-qovurg'alararo va paravertebral blokada qilish sxemasi; **Rasm 4**-blokada qilishda ignani qovurg'aga nisbatan yo'nalishi sxemasi.

BO'LIM –III.

UROLOGIYADAN AMALIY KO'NIKMALAR

BALANOPOSTITNI KONSERVATIV DAVOLASH TEXNIKASI

Maqsad: Balanopostitni (olat boshchasini (balanit) va qopchasini (postit) o'tkir yallig'lanishi) davolash.

Ko'rsatma: Bemorda balanopostit.

Kerakli tibbiy jixozlar: Steril rezina qo'lqop, steril dokali shariklar, 3% vodorod peroksidi, antiseptik eritmalaridan biri (rivanol, furatsillin 1:5000, kaliy permanganat, dekosan, 0,5-1% li dioksidin yoki boshqa) va malxamlardan biri

(levomekol, sintomitsinni 10% li linimenti yoki boshqa), yumshoq qisqich, yumshoq pinset va 5,0 li steril shpris, steril ingichka kalta polietilen kateter.

Bajarish texnikasi:

1-usul:

1. Shifokor rezina qo‘lqop kiyadi.
2. Bemor bog‘lov xonada operatsiya stoliga yoki kushetkaga chalqanchasiga yotgan xolda, olat boshchasi qopchasini pastga tushirilib boshcha ochiladi. Agar qopcha teshigi tor bo‘lsa, uni yumshoq qisqich uchini qopcha uchiga kirgizib, asta-sekin kengaytirilib, qopcha pastga tushiriladi.
3. Olat boshchasi va qopchasi avval vodorod peroksidi bilan so‘ng furatsillin yoki dioksidin bilan shariklarni pinset bilan ushlab yuviladi.
4. Olat boshchasi va qopchasiga sintomitsin linimenti yoki levomekol malxami surtiladi.
5. Olat boshchasi qopchasi avvalgi holatiga qaytarib qo‘yiladi.
6. Bemorga antibiotik preparatlaridan birini ichishga buyuriladi.
7. Rezina qo‘lqop yechilib, antiseptik eritmaga solinadi.

2-usul:

Agar boshcha qopchasi teshigini ochishni iloji bo‘lmasa, 5,0 li shprisga furatsilin eritmasidan olib, 2 marta yuviladi. So‘ng, shu shprisga sintomesin linimentidan 2ml va 0,5% novokaindan xam 2ml olib aralashtirib, shpris uchini qopcha teshigiga kirgizib, qopcha ichiga yuboriladi.

Agar qopcha teshigi juda xam tor bo‘lsa, shpris uchiga, bolani yoshiga mos xolda kalta polietilen kateter o‘rnatilib, qopcha teshigi orqali uning ichiga kiritiladi va qopcha yuqoridagidek antiseptik suyuqlik bilan ikki marta yuviladi. So‘ng shu kateter orqali, qopcha ichiga novokainga aralashtirilgan sintomitsin linimenti yuboriladi. Bu usul bilan balanopostidni konservativ davollash bizningcha eng yaxshi usul xisoblanadi.

Bu muolaja balanopostitni oddiy kataral shaklida kunda bir maxal 3-4 kun, yarali yoki gangrenoz shaklida esa, to‘la tuzalguncha o‘tkazilib turiladi.



Olat qopchasini yuvish

Balanoposti

PARAFIMOZNI DAVOLASH

Parafimoz – qayrilib qolgan olat qopchasini tashqi teshigida, olat boshchasini siqilib qolishiga aytiladi.

Maqsad: Parafimozni davolash.

Ko‘rsatma: Parafimoz.

Kerakli tibbiy jixozlar: Spirt 70⁰ li, steril anatomik pinset, tibbiy skalpel, qaychi, ketgut, vazilin moyi, dokali steril salfetka va shariklar, novokain 0,5% li, steril shpris 5,0 li, steril rezina qo‘lqop.

Bajarish texnikasi:

I.Konservativ davolash texnikasi.

- 1.Shifokor rezina qo‘lqop kiyadi.
- 2.Olat boshchasi va qayrilib qolgan qopcha atrofiga vazelin moyi surtiladi.
- 3.Ternovski buyicha olat boshchasini qisib turgan qopchani ikkala qo‘lning II-III barmoqlari orasiga yon tomonlaridan olinib, olat boshchasini ikkala ko‘lning bosh barmoqlari bilan itarib, qayrilib qolgan olat boshchasi qopchasini boshcha tomon tortib to‘g‘rilanadi (rasm 1). Bu muolaja yordam bermasa operativ yo‘l bilan davolanadi.



Parafimozni konservativ davolash.

a-parafimoz; b-Ternovskiy bo'yicha olat boshchasini to'g'rilash sxemasi.

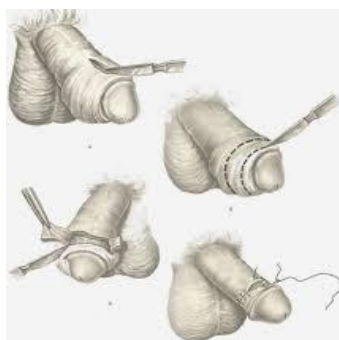
II. Operativ davolash texnikasi.

1. Pinset yordamida spirtga shimdirilgan sharik bilan olatga ishlov beriladi.
2. Maxalliy og'riqsizlantirish uchun olat asosiga shpris yordamida 5-10 ml novokain yuboriladi.
3. Olatni dorsal yuzasi bo'yicha 2-3 sm uzunlikda, bo'ylama yo'nalishda, siqib turuvchi xalqani xamma qavatlari skalpel bilan kesilib, olat boshchasiga tushuriladi.
4. Kesilgan yaraga chok qo'yilmaydi, agar tomirdan qon chiqsa, uni ketgut bilan bog'lanadi, jaroxat ustiga aseptik bog'lam qo'yiladi. Olat qopchasini yarasi bitib, shishi qaytgandan so'ng, rejali ravishda Circumcisio operatsiyasi o'tkaziladi.

Mumkin bo'lgan asoratlar: Qisib turgan olat qopchasini kesish paytida olat tanasi yoki boshchasi jaroxatlanishi mumkin.



Rasm 1.



Rasm 2.



Rasm 3.

Rasm 1-siqib turuvchi xalqani xamma qavatlari skalpel bilan kesilib, olat boshchasiga tushurish sxemasi.**Rasm 2**-sirkumsiziya qilish etaplari sxemasi.**Rasm 3**-bolada parafimozni ko‘rinishi.

SIRQUMSIZIYANI BAJARISH TEXNIKASI

Maqsad: Quyida keltirilgan ko‘rsatmalar bo‘yicha olat boshchasini o‘rab turuvchi qopchasini kesib olib tashlash bilan operatsiya qilib davolash.

Ko‘rsatma: Tug‘ma yoki ortirilgan chandiqli fimoz, balanopostitni kesib davolagandan 1 oy keyin, ko‘p qaytalanuvchi balanopostit, parafimozni konservativ davolashni iloji bo‘lmasa, preputsial qopchani juda uzunligi, kalta qopcha tortqisi, milliy diniy maqsadda o‘z xoxishi bilan sunnat qildirish.

Qarshi ko‘rsatma: Gemofiliya, o‘tkir yiringli balanopostit, qon ivishi vaqtini meyoridan uzayishi. gipospadiya, epispadiya .

Kerakli tibbiy jixozlar: Steril rezina qo‘lqop, dokali steril salfetka va shariklar, yumshoq uzun to‘g‘ri qisqich, ariqchali zond, pinset, skalpel, spirt, gemostatik salfetka, agar bo‘lsa lazerli asbob, 10,0 li steril shpris ignasi bilan, 0,5% yoki 1% li novokain yoki 2% li lidokain, steril kapron yoki ketgut yoki ipak yoki o‘zi so‘rilib ketuvchi boshqa suniy iplardan biri.

Bajarish texnikasi: O‘g‘il bolalarda jinsiy olat xayot uchun muxim a‘zoldan biri bo‘lganligi uchun, sirkumsiziya operatsiyasini tajribali jarrox-urolog bajarishi kerak.

1. Bemor bog‘lov xonasida operatsiya stolida oyoqlarini uzatib, qo‘llarini bosh tomonga ko‘tarib, chalqancha yotadi va oyoqlari stolga dokali yoki rezinali yoki qayishli kamar bilan bog‘lab qo‘yiladi.

4. Jinsiy a‘zo asosini novokain yoki lidokain bilan infiltratsion anesteziya qilinadi.

Ketamin bilan qisqa muddatli umumiy anesteziya bilan xam qilish mumkin.

Xozirda sirkumsiziya qilishning juda ko‘p xar-xil innovatsion usullari bor.

Quyida keng qo‘llaniladigan asosiy usullar berilgan.

1-usul.

Olat tanasi va qopchasi spirt bilan ishlanadi. Olat boshchasini toj chuqurchasi soxasida qopcha terisi skalpel bilan sirkulyar kesiladi, soʻng kesilgan qopcha terisini chekkalarini 1-1,5 sm pastga tushirib qopchani ichki qavati xam sirkulyar kesiladi. Qonayotgan tomirlar ip bilan tugub bogʻlanadi. Olatni kesilgan terisini qirgʻoqlarini qopchani kesilgan ichki qavatini qirgʻoqlariga yaqinlashtirib, oraligʻini 2sm dan qilib tikiladi.

6. Jaroxatga aseptik bogʻlov qoʻyiladi.

2-usul.

Qopcha teshigi orqali boshcha bilan qopcha oraligʻiga to boshchani boʻynigacha ariqchali zond kiritiladi. Qopchani uchini qisqich bilan ushlab tortib turib, undan to boshcha boʻynigacha qopchani ikkala qavati skalpel bilan kesiladi. Soʻng boshcha boʻyin soxasida kesimni sirkulyar davom ettirib, qopcha olib tashlanadi va qonovchi qon tomirlar tugunli ip bilan bogʻlanadi. Qopchani ikkala qavati 1-usuldagiday tikiladi.

3-usul:

Qopchani uchini ikkita chisqich bilan ushlab tortib turib, chap qoʻlni 1-va2-barmoqlari orasida qopchani tashqi tomonidan boshchani pastgi bosib ushlab turib, barmoqlar tepasida qopchaga uzun toʻgʻri yumshoq qisqich qoʻyiladi va uning ustidan qopchani skalpel bilan kesib olib tashlanadi. Qolgan muolajalar 1-usuldagiday bajariladi.

4-usul:

1. Xamma muolajalar 1-2-,3-usullarga bogʻliq xolda bajariladi, farqi kesish skalpelda emas lazer bilan kesiladi. Afzalliklari: operatsiya tez bajariladi, qon ketish boʻlmaydi, yarani shishi boʻlmaydi, ogʻriq kuchli boʻlmaydi, operatsiya yarasi tez bitadi. Kamchiligi lazer apparati qimmat.

Mumkin boʻlgan asoratlar: Agar operatsiya texnik jixatdan toʻgʻri bajarilmasa, quyidaga asoratlar rivojlanishi mumkin: tomirga bogʻlangan ip yechilib chiqib ketib qon ketish, operatsiya yarasiga infeksiya tushib yiringlashi, 3-usulda

operatsiya qilinganda boshchani yoki uning uchini skalpel bilan kesib qo'yish va uretrani tashqi teshigini chandiqli bitib torayib qolishi (meatostenoz), chala kesish natijasida qopcha yarasini chandiqli bitib, boshchani qisib qo'yishi, uretrit rivojlanishi, agar qopcha tagi bilan ko'p kesib olinsa, a'zo terisi tortilib bitib, azoni deformatsiya qilib qo'yishi.

Quyida innovatsion usullarda sirkumsiziya qilish uchun ayrim asboblarni rasmlari keltirilgan.



Rasm 1.



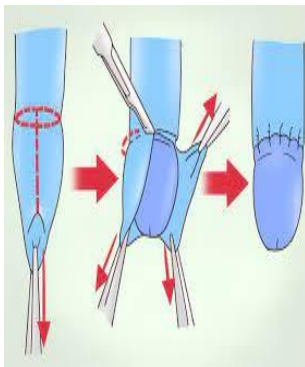
Rasm 2.



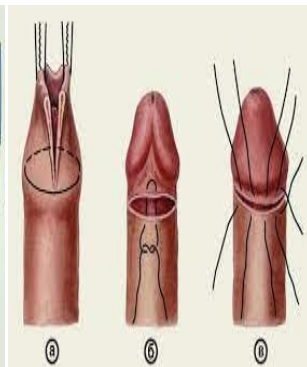
Rasm 3.



Rasm 4.



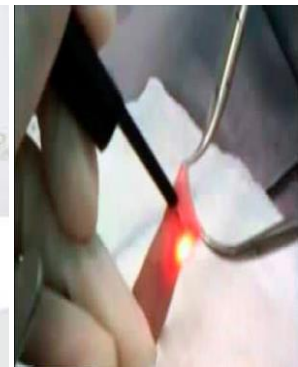
Rasm 5.



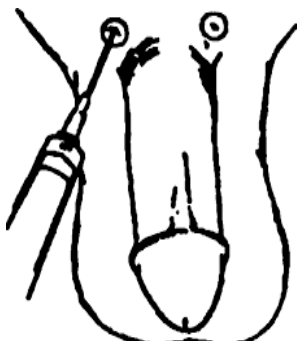
Rasm 6.



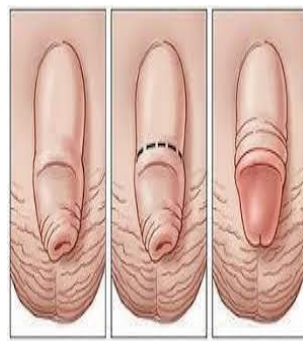
Rasm 7.



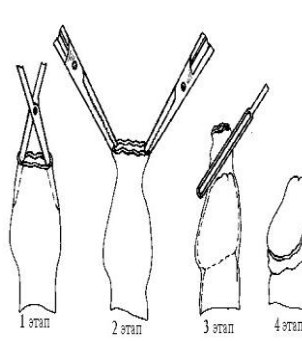
Rasm 8.



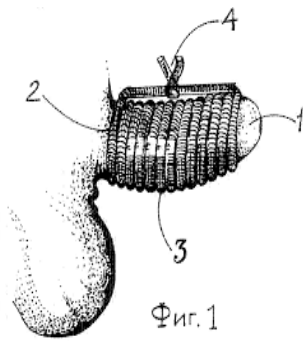
Rasm 9.



Rasm 10.



Rasm 11.



Rasm 12.



Rasm 13.



Rasm 14.



Rasm 15.



Rasm 16.



Rasm 17.



Rasm 18.



Rasm 19.



Rasm 20.

Rasm 1 -Tug‘ma fimoz; **Rasm 2,3**-Chandiqli fimoz; **Rasm 4**-Jinsiy a‘zoni sirkumsiziyadan keyingi xolati; **Rasm 5,6** – 2-usulda sirkumsiziya qilish; **Rasm 7** - Stepler yordamida sirkumsiziya qilish; **Rasm 8** - Lazer yordamida sirkumsiziya qilish; **Rasm 9**-Sirkumsiziya qilishda o‘tkazuvchan og‘riqsizlantirish; **Rasm 10**- 1-usulda sirkumsiziya qilish; **Rasm 11**-3-usulda sirkumsiziya qilish; **Rasm 12** - Gemostatik bog‘lov; **Rasm 13**- Sirkumsiziya uchun kesuvchi xalqa; **Rasm 14** - Sirkumsiziya uchun apparat; **Rasm 15**- Sirkumsiziya uchun sirkulyar stepler; **Rasm 16** - Sirkumsiziya uchun stepler-guttaperchi;; **Rasm 17**-Sirkumsiziya qilish uchun kerakli xirurgik asboblarni to‘plami; **Rasm 18** - Sirkumsiziya uchun kesuvchi xalqa; **Rasm 19** - Radioto‘lqinli skalpel; **Rasm 20**-Qon to‘xtatish uchun kosmetologik koagulyator;

SIYDIK PUFAGINI (QOVUQNI) KATETERLASH TEXNIKASI

Maqsad: Davolash maqsadida–siydik tutilishida siydik pufagini bo‘shatish. Siydik pufagiga davolovchi dori moddalarni yuborish.Sutkali diurezni aniqlash.

Tashxislash maqsadida—siydik pufagidagi patologik xolatni aniqlashda, ya'ni kontrastli sistografiya va miksion sistografiyani o'tkazishda kontrast moddani siydik qopiga yuborish.

Ko'rsatma: O'tkir siydik tutilishi, bemorni mustaqil siyaolmasligi, siydik pufagini davolash, erta yoshli bemor bolalarda va og'ir axvoldagi bemor bolalarda sutkalik diurezni aniqlash, taxlil uchun siydik olish, siydik pufagini kontrastli rentgen tekshirish.

Qarshi ko'rsatma: O'tkir uretrit, o'tkir sistit, uretrani shikastlanishlari.

Kerakli tibbiy jixozlar: Steril rezina qo'lqop, Sharer buyicha № 8–10 li steril elastik polimer (“Nelaton” yoki “Suction” kateter, ko'rsatma bo'lganda Fole kateteri) yoki qattiq metall kateter, steril tibbiy glitserin moyi, kushetka, spirt 70⁰, dokali steril salfetka va shariklar, steril pinset, lotok, leykoplastir, antiseptik eritmalardan biri (iliq furatsillin 1:5000, rivanol tabletkasi yoki poroshogi, dioksidin 1%-10,0, dekosan 0,02%-50,0-100,0-200,0-400,0 li, borat kislota 3% li).

Bajarish texnikasi: O'g'il bolalarda qovuqni kateterlash texnikasi.

1. Bemorni kushetkaga chalqancha yotqizib biroz boshini ko'tarib, sonlar orasiga siydik oqib tushishi uchun lotok qo'yiladi.

2. Shifokor rezina qo'lqop kiyadi va bemorni o'ng tomonida turadi.

3. Jinsiy olat boshchasi va uretrani tashqi teshigi antiseptik eritmani biri bilan shimdirilgan salfetkalar yordamida yuvilib, pinset yordamida spirt shimdirilgan shariklar bilan ishlanadi.

4. Yoshga mos o'lchamdagi steril elastik kateterlardan birini tanlab olib, jinsiy olat boshchasini bo'yin qismida chap qo'lning II-III barmoqlar orasiga olib, uretra shilliq qavatini tirishini yo'qatish uchun oldinga va yuqoriga tortiladi. Uretrani tashqi teshigi orqali steril glitserin surtilgan kateterni uchi o'ng qo'l bilan pinset yordamida ushlanib, sekin- asta siydik pufagiga kiritiladi. Kateterni tashqi uchi lotokga tushirib qo'yiladi. Elastik kateterni siydik pufagiga kiritish imkoni

bo'lmaganda, qattiq metal kateterdan foydalaniladi. Kateterni tashqi teshigidan siydik chiqishi, kateterni siydik pufagiga tushganligini bildiradi.

5.Maqsadga muvofiq, siydik pufagini siydikdan to'la bo'shatilgandan so'ng, kerakli muolajalar bajariladi.

6.Kateter siydikni to'liq chiqib tugashidan biroz oldin sekin- asta tortib chiqarib olinadi, shunda, qoldiq siydik chiqayotganda siydik chiqarish kanalini yuvib chiqadi.

Agar kateterni uzoq vaqt siydik pufagida ushlab turish zarur bo'lsa, kateterni olat boshchasiga leykoplastir bilan maxkamlab qo'yiladi.

7.Rezina qo'lqop yechilib,antiseptik eritma bor idishga solinadi.

Qiz bolalarda siydik pufagini kateterlash texnikasi.

1.Bemorni kushetkaga chalqancha yotqizib, biroz boshini ko'tarib, tizza va chanoq-son bo'g'imidan qorin tomonga biroz bukiladi va ikki tomonga kerilgan holda sonlar orasiga siydik oqib tushishi uchun lotok qo'yiladi.

2.Shifokor rezina qo'lqop kiyadi va bemorning o'ng tomonida turadi.

3.Tashqi jinsiy a'zo atrofi (katta lablari) o'ng qo'l bilan antiseptik eritmani biri bilan shimdirilgan salfetaklar yordamida yuviladi va pinset yordamida spirt shimdirilgan shariklar bilan ishlanadi. So'ng chap qo'lning I-II barmoqlari bilan jinsiy a'zoning katta lablari kerilib, siydik chiqaruv kanalining tashqi teshigi, o'ng qo'l bilan antiseptik eritmani biri bilan shimdirilgan salfetaklar yordamida yuqoridan pastga yuviladi.

4.Yoshga mos o'lchamdagi steril elastik kateterlardan birini tanlab olib, uretrani tashqi teshigi orqali steril glitserin surtilgan kateterni uchi o'ng qo'l bilan pinset yordamida ushlanib, sekin- asta siydik pufagiga kiritiladi. Qiz bolalarda siydik chiqarish kanali kalta (2-4 sm) va keng bo'lganligi uchun kateterlash qiyinchilik tug'dirmaydi.

5.Kateterni tashqi teshigidan siydik chiqishi, kateterni siydik pufagiga tushganligini bildiradi.

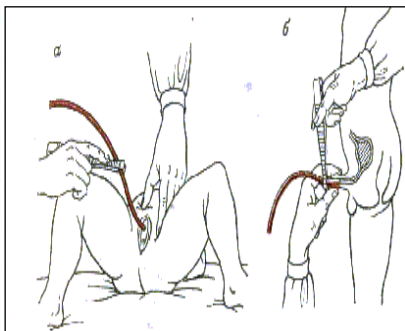
6. Maqsadga muvofiq siydik pufagini siydikdan to'la bo'shatilgandan so'ng, kerakli muolajalar bajariladi.

7. Agar kateterni uzoq vaqt siydik pufagida ushlab turish zarurati bo'lmasa, u sekin-asta tortib chiqarib olinadi. Agar bunga zarurat bo'lganda, kateterni jinsiy a'zo katta lablariga leykoplastir bilan maxkamlab qo'yiladi.

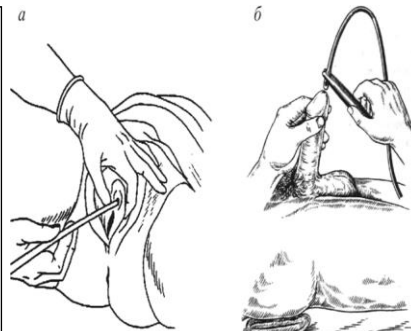
8. Rezina qo'lqop yechilib, antiseptik eritma bor idishga solinadi.



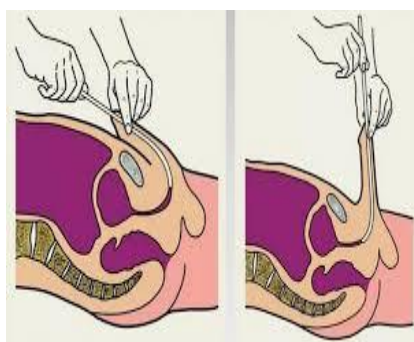
Rasm 1.



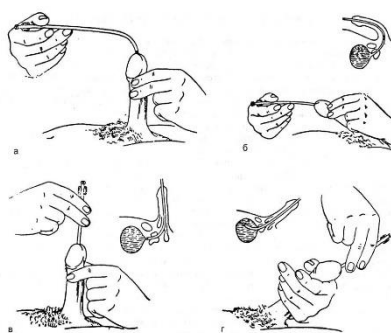
Rasm 2.



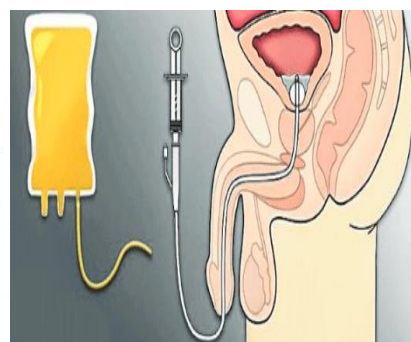
Rasm 3.



Rasm 4.



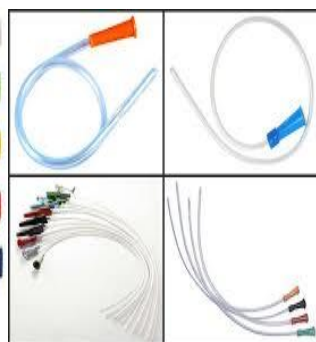
Rasm 5.



Rasm 6.



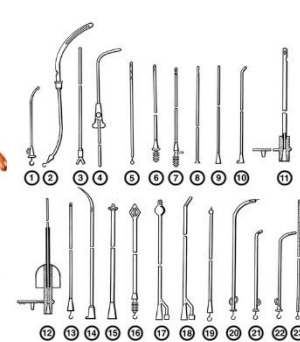
Rasm 7.



Rasm 8.



Rasm 9.



Rasm 10.

Rasm 1,2a,3a – qizlarda qovuqni kateterlash; **Rasm 2b,3b,4,5** – o'g'il bolalarda qovuqni kateterlash; **Rasm 6**-o'g'il bolalarda qovuqni Fole kateteri bilan

kateterlab, qovuqqa shpris orqali dori yuborish; **Rasm 7,8** – Nelaton kateterlarini turlari; **Rasm 9**-qovuqni kateterlash uchun rezinali kateterlar; **Rasm 10**-qovuqni kateterlash uchun xar-xil plastikli va metall kateterlar turlari.

SIYDIK PUFAGINI (QOVUQNI) PUNKSIYA QILISH TEXNIKASI

Maqsad: Qovuqdan siydikni punksiya qilib chiqarish.

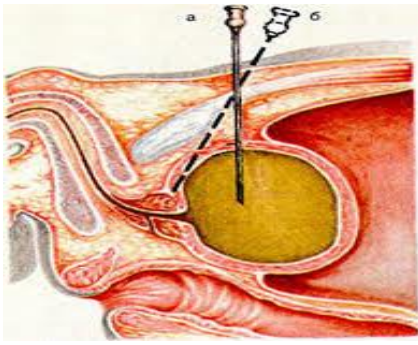
Ko'rsatma: Bemor mustaqil siyaolmaganda, polietilen yoki metall kateter yordamida qovuqdan siydikni chiqarish imkoniyati bo'lmaganda, siydikni chiqarish.

Kerakli tibbiy jixozlar: Kushetka, steril rezina qo'lqop, 20 ml li steril shpris, uzun va yo'g'on igna, 70° li spirt, steril shariklar, pinset, leykoplastir, lotok.

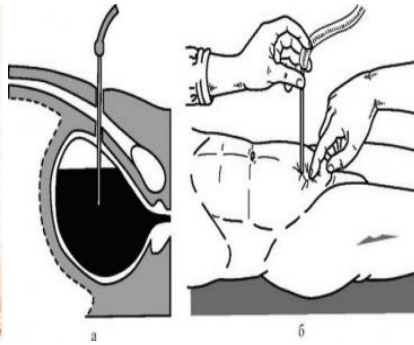
Bajarish texnikasi:

1. Bemorni kushetkaga chalqancha yotqiziladi.
2. Shifokor rezina qo'lqop kiyadi.
3. Qovuq soxasida qorinni oldingi devori terisi spirt bilan ishlanadi.
4. Simfizdan 3-4 sm yuqorida, qorinni o'rta chizig'i bo'ylab, shprisga uzun va yo'g'on ignani o'rnatib, qorinni oldingi yuzasiga nisbatan 60 gradus burchak ostida yoki perpendikulyar ushlab, shpris porshenini tortgan holda, qovuqni oldingi devori punksiya qilinadi. Shprisga siydik chiqishi, ignani qovuq bo'shlig'iga tushganidan darak beradi. So'ng ignadan shprisni chiqarib olinadi. Bunda siydik igna orqali, agar u naychaga ulangan bo'lsa, u orqali oqib chiqadi. Sydikni to'la chiqarish uchun, chap qo'l bilan qovuq usti soxasini biroz bosgan holda, ignani asta -sekin qovuq bo'shlig'iga chuqurlashtirib kirgizib boriladi.
5. Siydik, qovuqdan to'la olingandan so'ng, igna chiqarib olinadi va punksiya qilingan joyga aseptik bog'lam qo'yib, leykoplastir bilan teriga yopishtiriladi.

Bo'lishi mumkin bo'lgan asorat: Odatda qovuq siydik bilan to'la bo'lganda, qorin bo'shlig'idagi ichaklar yuqoriga ko'tarilgan xolatda bo'ladi. Agar yuqorida ko'rsatilgan bajarish texnika qoidalari buzilsa, igna qorin bo'shlig'iga o'tib, ichakni teshib qo'yishi mumkin.



Rasm 1.



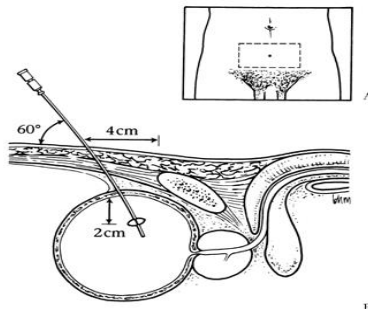
Rasm 2.



Rasm 3.



Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.

Rasm 1-qovuqni punksiya qilishda ignani yo'nalishini sxemasi: a-to'g'ri, b-noto'g'ri; **Rasm 2**-qovuqni naycha ulangan igna bilan punksiya qilish sxemasi; **Rasm 3**-qovuqni shpris ulangan igna bilan mikrosunksiya qilish sxemasi; **Rasm 4**-qovuqni punksiya qilib, siydik chiqaraish uchun, polietilen naycha ulangan igna; **Rasm 5**-qovukni sunksiya qilishda, qorin oldi devorida ignani punksiya qilish joyi, ya'ni simfizdan 4 sm yuqorida va ignani yo'nalishi, ya'ni qorin oldi yuzasiga nisbatan 60 gradus burchak ostida bo'lishi ko'rsatilgan sxema; **Rasm 6**-qovuqni ultratovush kuzatuvda punksiya qilish.

SISTOSKOPIYANI O'TKAZISH TEXNIKASI

Maqsad. Siydik pufagi kasalliklarini tashxislash va davolash.

Ko'rsatma. Siydik pufagini tug'ma va orttirilgan oqmalariga, yarasiga, o'smalariga, siydik toshiga, yot jisimiga, divertikuliga, ureterotselega, siydik nayini siydik pufagiga quyilish teshigini tug'ma stenoziga (axalaziyasiga), kengayishiga (xalaziyasiga), ektopiyasiga gumon bo'lganda va siydik naylarini

retrograd kateterlash.

Qarshi ko'rsatma. Siydik chiqarish kanali (uretra), siydik pufagi va tashqi jinsiy a'zolarining o'tkir yallig'lanishi kasalliklari va shikastlanishlari hamda bemorni umumiy og'ir axvoli, uretrani strikturasi.

Kerakli tibbiy jixozlar. Steril rezina qo'lqop, urologik kreslo, bolalar uchun steril sistoskop yoki fibrotsistoskop, steril glitserin, dokadan tayyorlangan steril salfetka va shariklar, spirt 70⁰, iliq furatsillin 1:5000 eritmasi, 20 ml li steril shpris yoki 100 ml li Jane shprisi, lotok.

Bajarish texnikasi.

1. Tekshirishdan oldin bemor siydiriladi.
2. Bemorni urologik kresloga biroz boshini ko'tarib, oyoqlarini tizza va chanoq-son bo'g'imidan qorin tomonga biroz bukiladi va ikki tomonga tashqariga kerilgan holda chalqancha yotqizib, sonlar orasiga siydik oqib tushishi uchun lotok qo'yiladi.
3. Shifokor rezina qo'lqop kiyadi.
4. Bolalarda sistoskopiya qisqa muddatli narkoz ostida o'tkaziladi.
5. Jinsiy olat boshchasi va uretrani tashqi teshigi antiseptik eritmani biri bilan shimdirilgan salfetkalar yordamida artilib, pinset yordamida spirt shimdirilgan shariklar bilan ishlanadi.
6. Sistoskop stvoli uchiga glitserin surtiladi.
7. Jinsiy olat oldinga va yuqoriga tortilib, uning tashqi teshigiga sistoskop uchi, oldingi uretraning orqa uretraga o'tish qismigacha asta-sekin kiritib boriladi. So'ng jinsiy olat sistoskop bilan birgalikda qorinning o'rta chizig'idan pastga, yorg'oqqa qarab bukiladi va sistoskop siydik pufagi tomon kiritilib, qov suyaklarini birlashgan bo'g'imi (simfiz) ostidan siydik pufagiga tushiladi.
8. Sistoskopga ikki kanalli kran ulanib, shpris yordamida siydik pufagi iliq furatsillin eritmasi bilan, suyuqlik tiniq bo'lguncha yuviladi.
9. So'ng yoshiga mos qovuq xajmini xisobga olib, kerakli miqdorda iliq furatsillin eritmasi bilan siydik pufagi to'ldiriladi.

10. Sistoskop mandreni chiqarib olinadi va sistoskopga optik sistema kiritilib, unga elektr toki ulanadi. Siydik pufagini ichki yuzasini ko'rish, chapdan soat strekasi bo'yicha sistoskopni aylantirib, patologiyalar bor yoki yo'qligi aniqlanadi.

11. Sistoskop sekin-asta chiqarib olinadi.

12. Rezina qo'lqop yechilib, antiseptik eritmasi bor idishga solinadi.

Qiz bolalarda sistoskopiyani o'tkazish, ularning uretrasi kalta va keng bo'lganligi uchun qiyinchilik tug'dirmaydi.

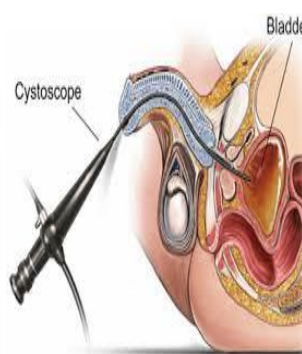
Mumkin bo'lgan asoratlar: Uretrani jaroxatlanishi, uretral lixoratka.



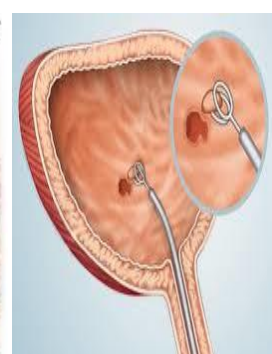
Rasm 1.



Rasm 2.



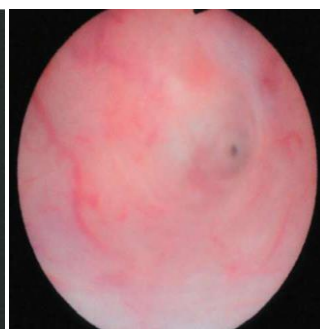
Rasm3.



Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.



Rasm 7.



Rasm 8.



Rasm 9.



Rasm 10.



Rasm 11.



Rasm 12.

Rasm 1,2-o'g'il bolalarda qattiq sistoskop bilan sistoskopiya qilish; **Rasm 3**-o'g'il bolalarda fibrotsistoskop bilan sistoskopiya qilish; **Rasm 4**-qattiq (metalli) operatsion sistoskop orqali qovuqdagi toshni parchalash; **Rasm 5**-ureterotsele; **Rasm 6**-o'tkir kataral sistit; **Rasm 7**-siydik pufagi yarasi; **Rasm 8**-fibrotsistoskopiyada siydik pufagidagi toshni ko'rinishi; **Rasm 9.10**-siydik pufagini ko'rish,siydik nayini kateterlash uchun qattiq (metalli) sistoskoplari turlari; **Rasm 11**-siydik pufagini ko'rish,koagulyatsiya qilish,biopsiya olish va yuvish uchun operatsion qattiq sistoskop; **Rasm 12**-siydik pufagini ko'rish uchun fibrotsistoskop.

TROAKAR BILAN EPITSISTOSTOMA QO'YISH TEXNIKASI

Maqsad: Bemor biror sababga ko'ra mustaqil siyaolmaganda va kateter orqali xam qovuqdan siydikni chiqarish imkoniyati bo'lmaganda, uzoq vaqt siydikni chiqib turishini ta'minlash.

Ko'rsatma: Bemor mustaqil siyaolmaganda, polietilen yoki metall kateter yordamida xam qovuqdan siydikni chiqarish imkoniyati bo'lmaganda, uretrani shikastlanishlarida(uzilishi,teshilishi,yirtilishi),uretrada o'tkazilgan operatsiyalardan keyin, tug'ma neyrogen siydik pufagida (atoniyasida), siydikni uzoq vaqt doimiy chiqarib turish zarurati bo'lishi.

Kerakli tibbiy jixozlar: Kushetka, steril rezina qo'lqop, 10 ml li steril shpris ignasi bilan, troakar,steril tibbiy skalpel, steril oddiy polietilen yoki Fole kateter, steril ipak ip, spirt, 0,5% li novokain,dokali steril salftka va shariklar, pinset, leykoplastir, lotok.

Bajarish texnikasi:

Muolajagacha bemor siydik pufagi to'ldir bo'lishi kerak.Agar siydik qopi to'la bo'lmasa, uni igna bilan punksiya qilib,shpris orqali furatsilin yuborib to'ldirib olish kerak.(“Siydik qopini punksiya qilish texnikasi”ga qaralsin!).Agar uretradan kateter o'tsa,furatsilinni shu kateter orqali yuborib,qovuq to'ldiriladi. Bunda

qovuqqa yaqin turgan qorin parda va ingichka ichaklar yuqoriga ko'tarilib turadi va ularni teshilish xavfi bo'lmaydi.

1. Bemorni kushetkaga chalqancha yotqiziladi.

2. Shifokor rezina qo'lqop kiyadi.

3. Qovuq soxasida qorinni oldingi devori terisi spirt bilan ishlanadi.

4. Simfizdan 3-4 sm yuqorida qorinni o'rta chizig'i bo'ylab teri va yumshoq to'qimalar novokain bilan infiltratsiya qilinib, maxalliy og'riqsizlantiriladi.

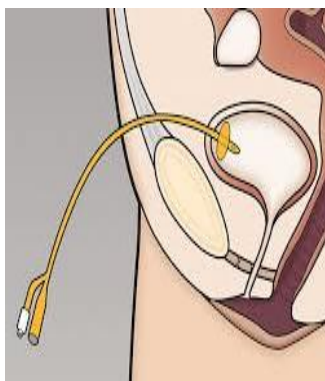
5. Shu joyda teri 1-1,5 sm uzunlikda qorinni o'rta chizig'iga parallel xolda skalpel bilan kesiladi va troakarni qorinni oldingi yuzasiga nisbatan perpendikulyar ushlab turgan xolda, biroz kuch bilan ezib aponevroz va muskullarni xamda qovuq devorini teshib qovuqqa tushiladi.

6. Troakardan uning stileti olinadi. Troakar tubusidan siydik chiqishi, uni qovuq bo'shlig'iga tushganidan darak beradi. So'ng troakar teshigi orqali siydik qopiga polietilen kateterni bemorni yoshiga bog'liq xolda siydik qopini xajmini xisobga olib 5-10 sm uzunlikda kiritiladi va troakar, kateterni qovuqda qoldirib, siydik qopidan tortib chiqarib olinadi.

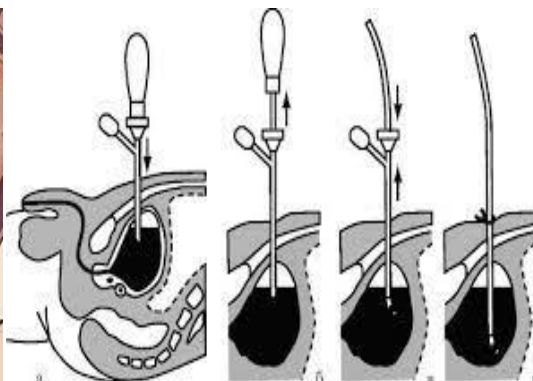
7. Kateter teriga ipak ip blin tikib bog'lanadi. Bunda siydik kateter orqali oqib chiqadi.

5. Terini teshilgan joyiga aseptik bog'lam qo'yib, leykoplastir bilan teriga yopishtiriladi.

Bo'lishi mumkin bo'lgan asorat: Odatda qovuq siydik bilan to'la bo'lganda, qorin bo'shlig'idagi ichaklar yuqoriga ko'tarilgan xolatda bo'ladi. Agar yuqorida ko'rsatilgan bajarish texnika qoidalari buzilsa, troakar bilan ichakni teshib qo'yish mumkin yoki qorin bo'lig'iga tushib qolish mumkin. Agar shunday asorat rivojlansa, operatsiya yo'li bilan epitsistotomiya qilinib, siydik qopida Petser yoki Fole kateterini kirgizib qoldiriladi va operatsiya yarasi odatdagiday tikiladi va aseptik bog'lam qo'yiladi..



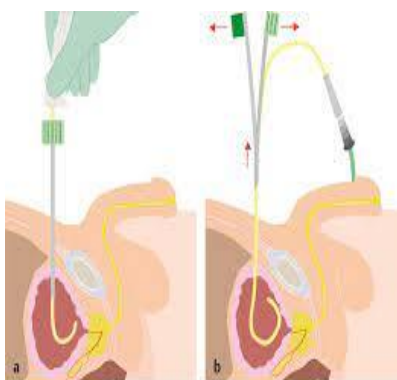
Rasm 1.



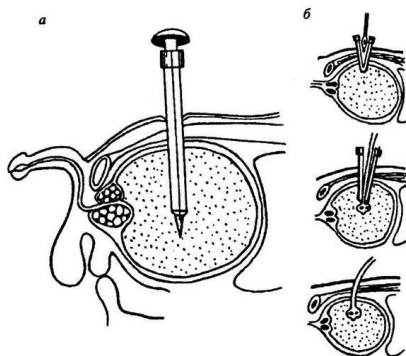
Rasm 2.



Rasm 3.



Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.



Rasm 7



Rasm 8.



Rasm 9.

Rasm 1-epitsistostoma qo'yilgan sxemasi; **Rasm 2**-epitsistostomiya qo'yish etaplari ko'rsatilgan sxema; **Rasm 3**-troakar bilan epitsistostoma qo'yilgan bemor; **Rasm 4**-qovuqqa troakar orqali ilmoqli drenaj naycha qo'yilgan sxemasi; **Rasm 5**-troakar bilan epitsistostoma qo'yish sxemasi; **Rasm 6,7,8,9**-troakarlar turlari.

RETROGRAD SISTOGRAFIYANI O‘TKAZISH TEXNIKASI

Maqsad. Qovuqni holatini, kattaligini, shaklini, konturini, divertikulini, qovuqda o‘sma yoki yara borligini, qovuqni tug‘ma yoki orttirilgan oqmalarini, shikastlanishini, anamaliyalarini aniqlash.

Ko‘rsatma. Qovuqni tug‘ma va orttirilgan patologiyalarini tashxislash.

Qarshi ko‘rsatmalar. O‘tkir uretrit, o‘tkir sistit, uretrani shikastlanishlari, total gematuriya, bemorni umumiy og‘ir axvoli, yod preparatlariga allergiya borligi.

Kerakli tibbiy jixozlar. Elastik polimer kateter (Sharer bo‘yicha № 8-10 o‘lchamli), steril glitserin, steril salftkalar, spirt 70⁰, oldindan tayyorlangan 15-20% li kontrast modda (yodning suvli eritmalaridan biri - triombrast, yodamid, triozograf, verograf va b. ni furatsillin eritmasi bilan tayyorlangan), antiseptik eritmalaridan biri (iliq furatsillin 1:5000, rivanol eritmasi, dioksidin 1%-10,0, dekasan 0,02%-50,0-100,0-200,0-400,0 li, borat kislota 3% li), steril pinset, steril rezina qo‘lqop, steril shpris 20,0 li, lotok.

Bemorni tekshiruvdan oldin tozalovchi xuqna qilinadi.

Qiz bolalarda bajarish texnikasi.

1. Bemorni rentgen stoliga chalqancha yotqizib, biroz boshini ko‘tarib, oyoqlarini tizza va chanoq-son bo‘g‘imidan qorin tomonga biroz bukiladi va ikki tomonga kerilgan holda, sonlar orasiga siydik oqib tushishi uchun lotok qo‘yiladi.

2. Shifokor rezina qo‘lqop kiyadi va bemorning o‘ng tomonida turadi.

3. Tashqi jinsiy a‘zo atrofi (lablari) o‘ng qo‘l bilan antiseptik eritmani biri bilan shimdirilgan salftkalar yordamida yuviladi va pinset yordamida spirt shimdirilgan shariklar bilan ishlanadi. So‘ng chap qo‘lning I-II barmoqlari bilan jinsiy a‘zoning katta lablari kerilib, siydik chiqaruv kanalining tashqi teshigi, o‘ng qo‘l bilan antiseptik eritmani biri bilan shimdirilgan salftkalar yordamida yuqoridan pastga artiladi.

4. Yoshga mos o‘lchamdagi steril elastik kateterlardan birini tanlab olib, uretrani tashqi teshigi orqali steril glitserin surtilgan kateterni uchi o‘ng qo‘l bilan pinset

yordamida ushlanib, sekin-asta siydik pufagiga kiritiladi. Qiz bolalarda siydik chiqarish kanali kalta (2-3 sm) va keng bo'lganligi uchun, kateterlash qiyinchilik tug'dirmaydi.

5. Kateterni tashqi teshigidan siydik chiqishi, kateterni siydik pufagiga tushganligini bildiradi.

6. Siydik pufagini kateter orqali siydikdan to'la bo'shatilgandan so'ng, shpris yordamida kateter orqali, yoshiga mos qovuq xajmini xisobga olib, kerakli miqdorda tayyorlab olingan, xona xaroratidagi kontrast moddalardan birini qovuqqa siyish xissi paydo bo'lguncha yuboriladi.

7. Siydik pufagiga qo'yilgan kateter olib tashlanadi.

8. To'g'ri proeksiyada rentgen surati olinadi.

9. Bemorga qovuqni kontrast moddadan bo'shatish uchun siyish buyuriladi.

10. Rezina qo'lqop yechilib, antiseptik eritmasi bor idishga solinadi.

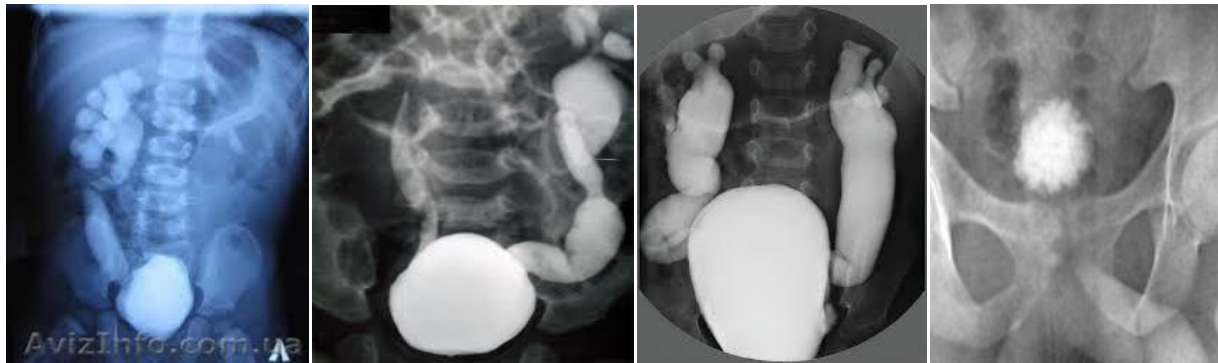
O'g'il bolalarda bajarish texnikasi.

1. Jinsiy olat boshchasi va uretrani tashqi teshigi antiseptik eritmani biri bilan shimdirilgan salfetaklar yordamida arilib, pinset yordamida spirt shimdirilgan shariklar bilan ishlanadi.

2. Yoshga mos o'lchamdagi steril elastik kateterlardan birini tanlab olib, jinsiy olat boshchasi bo'yin qismida, chap qo'lning II-III barmoqlar orasiga olib, uretra shilliq qavatini tirishini yo'qatish uchun oldinga va yuqoriga tortiladi. Uretrani tashqi teshigi orqali steril glitserin surtilgan kateterni uchi o'ng qo'l bilan pinset yordamida ushlanib, sekin-asta siydik pufagiga kiritiladi. Kateterni tashqi uchi lotokga tushirib qo'yiladi. Elastik kateterni siydik pufagiga kiritish imkoni bo'lmaganda, qattiq kateterdan foydalaniladi. Kateterni tashqi teshigidan siydik chiqishi, kateterni siydik pufagiga tushganligini bildiradi.

3. Boshqa muolajalarni bajarish texnikasi qiz boalardagidek bajariladi va natijasi baxolanadi.

Mumkin bo'lgan asoratlar. Uretrada og'riq bo'lishi, uretral lixaratka, yod preparatiga allergiya, qattiq kateterdan foydalanilganda uretrani shikastlanishi.



Rasm 1.

Rasm 2.

Rasm 3.

Rasm 4.

Дивертикул мочевого пузыря



Rasm 5.



Rasm 6.



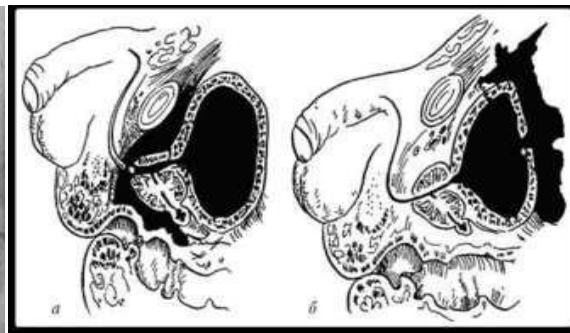
Rasm 7.



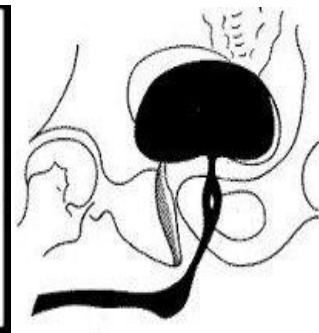
Rasm 8.



Rasm 9.



Rasm 10.



Rasm 11.

Rasm 1-retrograd sistogrammada, o'ngda siydik pufagi-siydik nayi passiv reflyuksi va III-darajali ureterogidronefroz; **Rasm 2**- retrograd sistogrammada, ikki tomonlama siydik pufagi-siydik nayi passiv reflyuksi va chap tomonda III-darajali ureterogidronefroz; **Rasm 3**-retrograd sistogrammada, ikki tomonlama siydik

pufagi-siydik nayi passiv reflyuksi va ikki tomonlama IV-darajali ureterogidronefroz; **Rasm 4**-siydik pufagini ikkilamchi bujmayishi; **Rasm 5,6,7**-siydik pufagini xar-xil divertikullari; **Rasm 8,9**-siydik pufagini qorin bo'shlig'idan tashqariga yorilishi; **Rasm 10**:-a-siydik pufagini bo'yin qismini yorilishi,b-siydik pufagini tepa qismini yorilishi; **Rasm 11**-retrograd uretotsistogamma sxemasi,normada.

MIKSION SISTOGRAFIYANI O'TKAZISH TEXNIKASI

Maqsad: Qovuq-siydik nayi reflyuksini aniqlash.

Ko'rsatma: Qovuq-siydik nayi reflyuksiga gumon bo'lganda.UTT da ureterogidronefroz aniqlansa.

Qarshi ko'rsatmalar: O'tkir uretrit, o'tkir sistit, neyrogen siydik pufagi (qovuqni atoniyasi), qovuqni va uretrani shikastlanishlari.

Kerakli tibbiy jixozlar: Steril elastik polimer kateter (Sharer bo'yicha № 8-10 o'lchamli), steril tibbiy glitserin,dokali steril salfetka va shariklar, spirt 70⁰, oldindan tayyorlangan 15-20% li kontrast modda (yodning suvli eritmalaridan biri - triombrast, yodamid, triozograf, verografin va b. ni furatsillin eritmasi bilan tayyorlangan),iliq furatsillinni 1:5000 li suvli eritmasidan,bemorni yoshiga bog'liq xolda siydik pufagini xajmiga mos 50,0-100,0-200,0-400,0, steril pinset, steril rezina qo'lqop, steril shpris 20,0 li, lotok.

Qiz bolalarda bajarish texnikasi:

1.Bemorni rentgen stoliga chalqancha yotqizib, biroz boshini ko'tarib, tizza va chanoq-son bo'g'imidan qorin tomonga biroz bukiladi va ikki tomonga kerilgan holda sonlar orasiga siydik oqib tushishi uchun lotok qo'yiladi.

2.Shifokor rezina qo'lqop kiyadi va bemorning o'ng tomonida turadi.

3.Tashqi jinsiy a'zo atrofi (lablari) o'ng qo'l bilan antiseptik eritmani biri bilan shimdirilgan salfetkalar yordamida yuviladi va pinset yordamida spirt shimdirilgan shariklar bilan ishlanadi. So'ng, chap qo'lning I-II barmoqlari bilan jinsiy a'zoning katta lablari kerilib, siydik chiqaruv kanalining tashqi teshigi o'ng qo'l bilan

antiseptik eritmani biri bilan shimdirilgan salftkalar yordamida yuqoridan pastga yuviladi.

4.Yoshga mos o'lchamdagi steril elastik kateterlardan birini tanlab olib, uretrani tashqi teshigi orqali, steril glitserin surtilgan kateterni uchi o'ng qo'l bilan pinset yordamida ushlanib, sekin-asta siydik pufagiga kiritiladi. Qiz bolalarda siydik chiqarish kanali keng va kalta (2-3 sm) bo'lganligi uchun kateterlash qiyinchilik tug'dirmaydi.

5.Kateterni tashqi teshigidan siydik chiqishi, kateterni siydik pufagiga tushganligini bildiradi.

6.Siydik pufagini siydikdan to'la bo'shatilgandan so'ng, shpris yordamida kateter orqali, yoshiga mos qovuq xajmini xisobga olib, kerakli miqdorda tayyorlab olingan, xona xaroratidagi kontrast moddalardan birini, qovuqda siyish xissi paydo bo'lguncha yuboriladi.

7.To'g'ri proeksiyada birinchi rentgen sur'ati olinadi va siydik pufagiga qo'yilgan kateter olib tashlanadi.Bunda kontrast moddani ureteralardan biriga yoki ikkalasiga o'tishi **passiv** reflyuks borligini bildiradi.

8.Agar passiv reflyuks aniqlanmasa, aktiv reflyuksga tekshiriladi. Buning uchun bemorga siyish tavsiya etiladi va siyish jarayoni vaqtida ikkinchi rentgen sur'ati olinadi ("miksiya"-siyish degan ma'noni bildiradi). Kontrast moddani ureteralardan biriga yoki ikkalasiga o'tishi **aktiv** reflyuks borligini bildiradi.

9.Rezina qo'lqop yechilib,antiseptik eritma bor idishga solinadi.

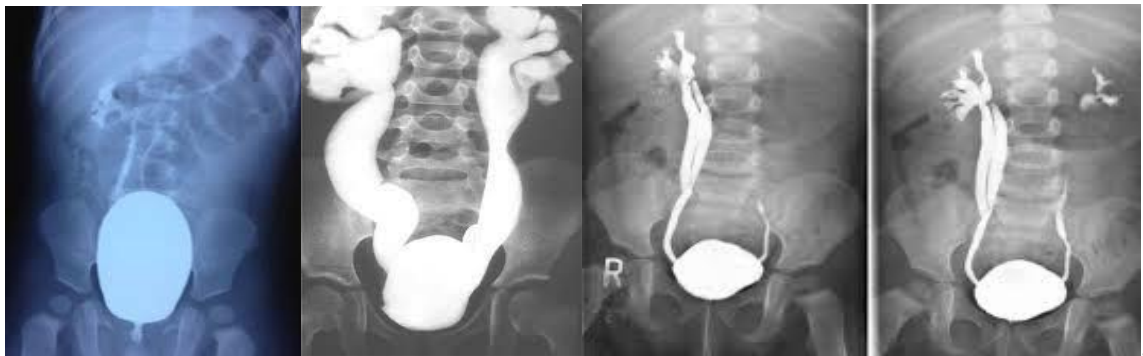
O'g'il bolalarda bajarish texnikasi:

1.Jinsiy olat boshchasi va uretrani tashqi teshigi antiseptik eritmani biri bilan shimdirilgan salftkalar yordamida yuvilib, pitset yordamida spirt shimdirilgan shariklar bilan ishlanadi.

2.Yoshga mos o'lchamdagi steril elastik kateterlardan birini tanlab olib, jinsiy olat boshchasi bo'yin qismida chap qo'lning II-III barmoqlar orasiga olib, uretra shilliq qavatini tirishini yo'qatish uchun oldinga va yuqoriga tortiladi. Uretrani tashqi teshigi orqali steril glitserin surtilgan kateterni uchi o'ng qo'l bilan pinset

yordamida ushlanib, sekin-asta siydik pufagiga kiritiladi. Kateterni tashqi uchi lotokga tushirib qo'yiladi. Elastik kateterni siydik pufagiga kiritish imkoni bo'lmasa, metal kateterdan foydalaniladi. Kateterni tashqi teshigidan siydik chiqishi kateterni siydik pufagiga tushganligini bildiradi.

Boshqa muolajalarni bajarish texnikasi qiz bolalardagidek bajariladi va natijasi baxolanadi.



Rasm 1.

Rasm 2.

Rasm 3.

Rasm 4.

Rasm 1-o'ng tomonda passiv reflyuks,yani siydik pufaga kontrast modda bilan to'ldirilganda, kontrast yuqori siydik yo'liga ko'tarilgan; **Rasm 2**-ikkala tomonda passiv reflyuks va ikki tomonlama IV -bosqichli ureterogidronefroz aniqlangan; **Rasm 3,4**-siyayotgan paytdagi rentgenogrammada, ikki tomonlama aktiv reflyuks va o'ng tomonda II -bosqichli ureterogidronefroz aniqlangan.

RETROGRAD URETROGRAFIYANI O'TKAZISH TEXNIKASI

Maqsad. Uretraning shaklini, diametrini, o'tkazuvchanligini, butunligini va boshqa potologiyalarini aniqlash.

Ko'rsatmalar. Uretrani qisman atreziyasini, yot jismlarni, o'smalarni, divertikullarni, shikastlanishlarni borligini va joylashgan joyini aniqlash. Tug'ma va orttirilgan oqmalarni borligini, joylashgan joyini va yo'lini aniqlash, stenoz va chandiqli strikturalarni borligini, joylashgan joyini va uzunligini aniqlash, kunduzgi siydik tuta olmaslik. Uretrada o'tkazilgan operatsiyalardan keyingi natijalarini nazorat qilish.

Qarshi ko'rsatmalar. O'tkir uretrit, sistit, orxit, makrogematuriya, bemorni umumiy og'ir axvoli, yod preparatlariga allergiya borligi.

Kerakli tibbiy jixozlar. Spirt 70⁰ li, steril shpris 20,0 li, dokali steril salfetka va shariklar, steril rezina qo'lqop, kontrast modda-yodning suvli eritmalaridan biri (triombrast, verografin, triozograf, yodamid va b.), NaCl ning 0,9% li eritmasi.

Bajarish texnikasi.

1. Agar bemor siyaolsa, siydik pufagini bo'shatish uchun bemorga siyish buyuriladi.

2. Shifokor rezina qo'lqop kiyadi.

3. Bemor rentgen stolida chap yonboshga bir oz qiyshiq yotgan holda, chap oyog'i tizza va chanoq-son bo'g'imida qorin tomonga to'liq bukilib, tashqariga burilgan xolda bo'ladi. O'ng oyog'i to'liq yozilib, biroz orqaga va tashqariga buraladi.

4. Jinsiy olat boshchasi va uretrani tashqi teshigi antiseptik eritmani biri bilan shimdirilgan salfetkalar yordamida arilib, pinset yordamida spirt shimdirilgan shariklar bilan ishlanadi.

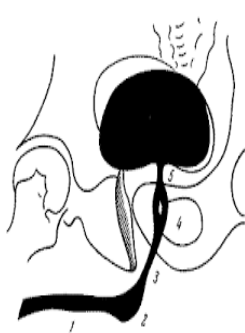
5. Shprisga kontrast moddani 1:1 nisbatda NaCl ning 0,9% li eritmasida eritib, 20 ml iliq kontrast modda olinadi.

6. Jinsiy olat bukilgan chap oyoq soniga parallel ravishda tortilib, shpris kanyulasini uretraning tashqi teshigiga kiritib, sekin-asta kontrast moddani yuborayotgan vaqtida, uni siydik pufagiga tushganda yoki uretrada to'siq sezgisi paydo bo'lganda, rentgen nurini jinsiy olat asosiga yo'naltirgan holda, rentgen surati olinadi.

7. Shpris uretradan chiqarib olinadi.

8. Rezina qo'lqop yechilib, antiseptik eritma bor idishga solinadi..

Mumkin bo'lgan asoratlar. Uretrada og'riq bo'lishi, uretral lixaratka, yod preparatiga allergiya.



Rasm 1.



Rasm 2.



Rasm 3.



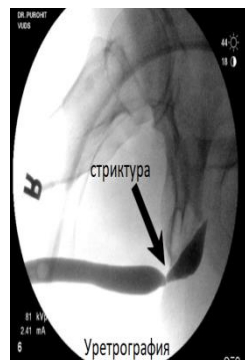
Rasm 4.



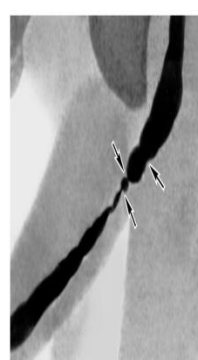
Rasm 5.



Rasm 6.



Rasm 7.



Rasm 8.



Rasm 9.



Rasm 10.

Rasm 1-retrograd uretrotsistogramma sxemasi,normada; **Rasm 2**-uretrotsistogrammada orqa uretrani distal qismida striktura aniqlangan; **Rasm 3**-uretrotsistogrammada orqa uretrani proksimal qismida striktura aniqlangan; **Rasm 4**-uretrotsistogrammada oldingi uretrani orqa uretraga o'tish qismida striktura aniqlangan; **Rasm 5**-uretrotsistogrammada oldingi uretrani proksimal qismi bilan orqa uretrani strikturasi aniqlangan; **Rasm 6**-shpris orqali kontrast moddoni uretraga retrograd yuborayotib,uretrografiya qilish sxemasi; **Rasm 7**-odingi uretrani orqa uretraga o'tish qismini strikturasi; **Rasm 8**-oldingi uretrani proksimal qismini strikturasi; **Rasm 9**-orqa uretrani uzilishi; **Rasm 10**-orqa uretrani yorilishi.

VENA ICHIGA EKSKRETOR UROGRAFIYANI

O‘TKAZISH TEXNIKASI

Maqsad. Buyraklar funksional xolatini, kosacha va jomchalarini kengayishi va deformatsiyasini darajasini xamda siydik yo‘llarini o‘tkazuvchanligini va anatomik xolatini aniqlash.

Ko‘rsatma. Buyraklar va yuqori siydik yullarini xirurgik kasalliklariga gumon bo‘lganda.

Qarshi ko‘rsatma. Azotemiya (giperuremiya, uremiya) bilan kechuvchi o‘tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligini dekompensatsiya bosqichi, makrogematuriya, glomerulonefrit, shok, kollaps, komatoz xolatlar, og‘ir jigar yetishmovchiligi, gipertireoidizm, gipertoniya kasalligini dekompensatsiya bosqichi, yod preparatiga allergiyasi bo‘lsa.

Kerakli tibbiy jixozlar. 2,0 va 20,0 li steril shprislar ignasi bilan, yodning suvli eritmalaridan biri (trombrast 76%, triozograf 76%, triyodtrast 70%, yodamid-300, verografin 76% va b.), aktivlangan ko‘mir (karbolen) 0,5 tabletkalari, 1%-1 ml dimedrol, steril paxta yoki doka shariklar, 70⁰ etil spirti, rezinali qisqich (jgut), steril rezina qo‘lqop.

Bajarish texnikasi.

1. Bemorni tekshiruvga tayyorlash. Bemorga tekshiruvgacha 2 kun davomida axlat massalarini kamaytirish maqsadida yengil dieta buyuriladi va aktivlangan ko‘mir (karbolen) yoshiga mos xolda 1-2 tabletkadan 3 maxaldan beriladi. Tekshiruvdan bir kun avval kechqurun va tekshiruv kuni ertalab tekshiruvdan 2 soat avval tozalovchi xuqna qilinadi.

2. Tekshiruvdan 1 soat avval kontrast moddaga allergik reaksiyasini oldini olish va bemorni tinchlantirish maqsadida muskul orasiga 1%-1ml dimedrol in’eksiya qilinadi.

3. Bemor rentgen stolida chalqancha yotadi.

4. Bemorni tekshiruvga ichaklarini tayyorgarlik darajasini bilish maqsadida qorin bo'shlig'ini umumiy rentgen tasviri olinadi.

5. Shifokor rezina qo'lqop kiyadi.

6. Kontrast moddalardan birini, bemorning tana massasiga bog'liq miqdorda shprisga olinadi (1 yoshgacha 2-3 ml/kg., 1-3 yoshgacha-1,5-2 ml/kg. 4 yoshdan katta bolalarga 1-1,5 ml/kg, lekin 40 ml dan ko'p emas).

7. O'ng yoki chap qo'lning pastki 1/3 qismiga rezinali jgut qo'yiladi.

8. Bilak venasi sxasidagi teri spirt shimdirilgan sharik bilan ishlanadi.

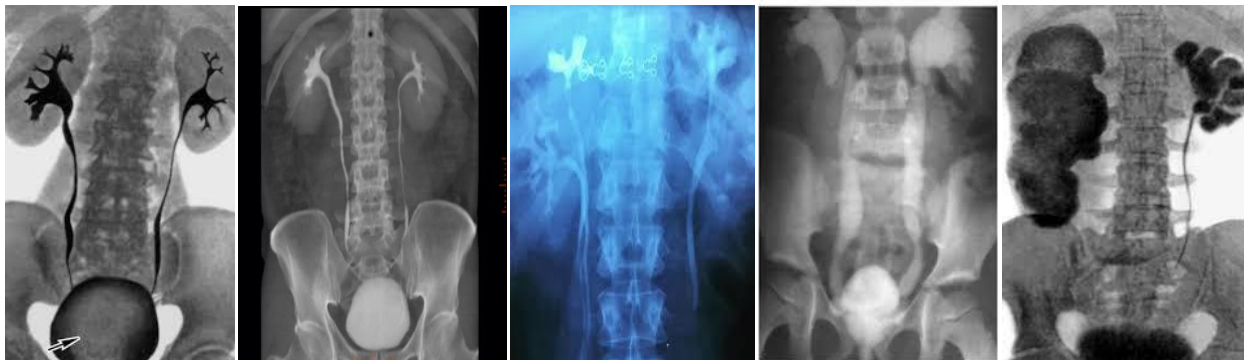
9. Kontrast modda olingan shpris bilan venani punksiya qilinib, kontrast moddani sekinlik bilan 1-2 minut davomida yuboriladi. So'ng igna venadan chiqarilib, in'eksiya o'rniga spirt shimdirilgan sharik qo'yilib, leykoplastir bilan teriga maxkamlanadi.

10. Rezina qo'lqop yechiladi.

Kichik yoshdagi bolalarda (3 yoshgacha) tana massasini kamligi va qon aylanishni tezligi tufayli, kontrast moddani buyraklardan tez chiqib ketishini xisobga olib, rentgen tasvirini kontrast modda yuborilgandan keyin 5-10-15 minutlarda, katta yoshli bolalarda esa 7-14-20 minutlarda olinadi. Zarurat bo'lganda kechiktirilgan, yani 30-60-90 minutlarda ham rentgen tasviri olinadi.

Rentgen tasviri barcha siydik chiqaruv a'zolarini qamrab olishi kerak. Agar ekskretor urografiya kechiktirilgan rentgen tasvirida ham buyraklar faoliyati aniqlanmasa, bir sutkadan keyin infuzion urografiya o'tkaziladi.

Mumkin bo'lgan asoratlar. Allergik reaksiya, shok, kollaps, qayt qilish.



Rasm 1.

Rasm 2.

Rasm 3.

Rasm 4.

Rasm 5.



Rasm 6.



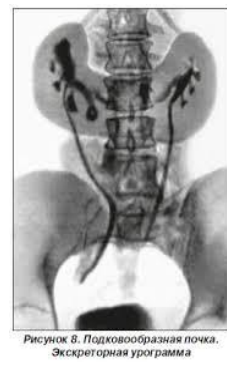
Rasm 7.



Rasm 8.



Rasm 9.



Rasm 10.



Rasm 11.



Rasm 12.



Rasm 13.



Rasm 14.



Rasm 15.

Rasm 1,2-ekskretor urogramma norma; **Rasm 3**-o'ng buyrakni to'liq,chap buyrakni noto'liq ikkilanishi; **Rasm 4**-ikkitomonlama tug'ma II-bosqichli ureterogidronefroz; **Rasm 5**-o'ng buyrakni IV-bosqichli,chap buyrakni III-bosqichli tug'ma gidronefrozi; **Rasm 6**-L-simon buyrak; **Rasm 7**-ikkala buyraklarni tug'ma noto'liq ikkilinishi; **Rasm 8**- ikkitomonlama tug'ma III-bosqichli ureterogidronefroz; **Rasm 9**-chap buyrakni tug'ma II-bosqichli gidronefrozi; **Rasm 10**- taqasimon buyrak; **Rasm 11**-ikkala buyraklarni tug'ma to'liq ikkilanishi; **Rasm 12**-o'ng tomonlama tug'ma III-bosqichli ureterogidronefrozi,chap tomondan buyrak va siydik nayini ageneziyasi; **Rasm 13**-o'ng buyrakni tug'ma pieloektaziyasi,chap tomondan buyrak va siydik nayini ageneziyasi; **Rasm 14**-o'ng buyrakni chap tomonga distopiyasi; **Rasm 15**-chap buyrakni noto'liq ikkilinishi va pastki segmentini II-bosqichli gidronefrozi.

INFUZION UROGRAFIYANI O'TKAZISH TEXNIKASI

Maqsad. Buyrak yetishmovchiligida buyraklarni ekskretor urografiya tekshiruvida funksiyasi aniqlanmasa, buyraklarni rezerv funksiyasini aniqlash.

Ko'rsatma. Buyrak yetishmovchiligida buyraklarni ekskretor urografiya tekshiruvida funksiyasi aniqlanmaslik.

Qarshi ko'rsatma. Shok, kollops, buyrak yetishmovchiligining dekompensatsiya bosqichi, giperuremiya, glomerulonefrit, makrogematuriya, og'ir jigar yetishmovchiligi, gipertireoidizm, gipertoniya kasalligini dekompensatsiya bosqichi, yod preparatiga allergiya.

Kerakli tibbiy jixozlar. Yodning suvli eritmalaridan biri (triozograf 76%, triombrast 60% yoki 76% li, yodamid-300, verografin 76% li), glyukozani 5% li eritmasi yoki NaCl 0,9% li eritmasi, tomizgich (sistema), steril shpris ignasi bilan, 70⁰ li spirt, dokali yoki paxta shariklar, leykoplastir, steril rezina qo'lqop, kushetka.

Bajarish texnikasi.

1. Shifokor rezina qo'lqop kiyadi.
2. Bemorga ekskretor urografiya o'tkazilgandan 1 sutka keyin, kontrast moddalardan birini tanlab, bemorni tana massasiga bog'liq miqdorda (3 yoshgacha 2-3 ml/kg, 3-7 yoshgacha 1,5-2 ml/kg, 7 yoshdan kattalarga 1-1.5 ml/kg) olinadi.
3. Kerakli miqdorda olingan kontrast moddani 100 yoki 200 ml li flakondagi kerakli miqdorda 5% li glyukoza yoki 0,9% li NaCl eritmasi bilan aralashtirib tayyorlanadi.
4. Tayyorlangan eritma sistemaga ulanadi.
5. Bemorni kushetkaga chalqancha yotqiziladi.
6. Tanlangan bilak venasini punksiya qilish soxasidan yuqorisiga rezina qisqich (jgut) qo'yiladi.
7. Bilak venasini punksiya qilish soxa terisi spirt shimdirilgan paxta sharik bilan

ishlov beriladi.

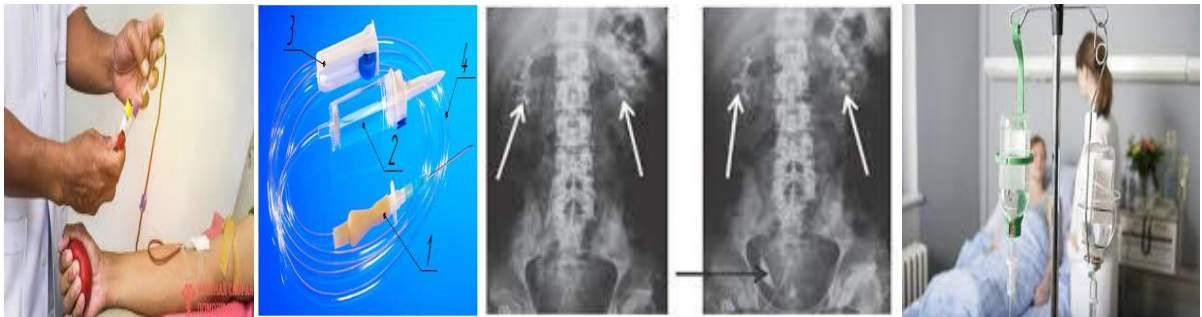
8.Sistema ignasi vena qon tomiriga ulanib, teriga leykoplastir bilan maxkamlanadi va 15-20 minut davomida tomchilab yuboriladi.

9.Kontrast modda tomir ichiga tomchilatib yuborilgandan so'ng, sistema tomirdan asta-sekin olinadi. So'ng igna venadan chiqarilib, in'eksiya o'rniga spirt shimdirilgan sharik qo'yilib, leykoplastir bilan teriga maxkamlanadi.

10.Rezina qo'lqop yechiladi.

11.Rentgen suratini to'g'ri praeksiyada 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda 10-20-40 minutlarda, katta yoshdagi bolalarda 15-30-60 minutlarda olinadi. Zarurat bo'lsa 2-3 soatdan keyin ham rentgen suratini olish mumkin.

Mumkin bo'lgan asoratlar: Allergik reaksiya, shok, kollaps, qayt qilish.



Rasm 1.

Rasm 2.

Rasm 3.

Rasm 4.

Rasm 1-kontrast moddani vena ichiga tomizgich orqala tomizib yuborish uchun tomizgichni ulash; **Rasm 2**- tomizgich (sistema); **Rasm 3**-infuzion urogrammalar; **Rasm 4**- kontrast moddani vena ichiga tomizgich orqala tomizib yuborish.

BUYRAKLARNI BIMANUAL PALPATSIYA QILISH TEXNIKASI

Buyraklarni palpatsiya qilish ikkala qo'l bilan (bimanual) va bemor yotgan yoki tik turgan xolatda bajariladi. Yotgan xolatda palpatsiya qilish to'g'riroq bo'ladi. Palpatsiyada buyraklarni katta yoki kichikligi, qattiq yoki yumshoqligi, xarakatchanligi,

yuzasini xolati va og'riq bor yoki yo'qligi aniqlanadi. Normada buyraklar yoshga bog'liq o'lchamda, xarakatsiz, qattiq-elastik, yuzasi silliq, tekkis va og'riqsiz bo'ladi. Ortiqcha vazinli, semiz bemorlarda, agar o'smalari (neyroblastoma, nefroblastoma) bo'lmasa, buyrakni palpatsiya qilib aniqlab bo'lmaydi.

Maqsad: Buyraklarni o'lchamini, xarakatchanligina va og'riqlar borligini aniqlash.

Ko'rsatmalar: Buyraklar patologiyasida (gidronefroz, o'sma, nefroptoz v.b.).

Kerakli tibbiy jixozlar: Kushetka, steril rezina qo'lqop.

Bajarish texnikasi:

Buyraklarni bemor yotgan xolatda palpatsiya qilish texnikasi:

O'ng buyrakni palpatsiya qilish:

1. Shifokor rezina qo'lqop kiyib, kafti isitiladi.
2. Buyrakni paypaslashda bemor vertikal xolatda yoki kushetkada oyoklari tizza bo'g'imidan biroz bukilgan holda chalqancha yotgan bo'lishi kerak.
3. Shifokor bemorni o'ng tomonida turadi va bemordan qornini bo'sh tutishini so'raladi.
4. I moment – chap qo'lni kaftini o'ng bel soxasida XII qobirg'a ostiga, buyrak proeksiyasiga qo'yib, o'ng qo'lni qorinni o'ng to'g'ri muskulidan tashqarida, barmoqlarni o'ng qobirg'a yoyidan 3-4 sm pastga qo'yiladi.
5. II moment – bemorni nafas olishi paytida, terini biroz pastga siljitib, burma xosil qilinadi.
6. III moment – nafas chiqarish fonida, teridan burma xosil qilgandan so'ng, o'ng qo'lni asta-sekin chuqurga botirib boriladi. Bunda chap qo'l kafti o'ng qo'l tomonga uchrashuvchi xarakat qilinadi. Tekshiruvchi maksimal darajada qo'llarini, qorinni oldingi va orqa devorlari bir-biriga tekkuncha yaqinlashtiradi.

Chap buyrakni palpatsiya qilish:

1. I moment – chap qo'lni bemorni tanasi ya'ni, beli orqasidan chap XII qobirg'a ostiga, chap buyrak proeksiyasiga o'tkazib qo'yadi, o'ng qo'lni esa, qorinni chap to'g'ri muskulidan tashqarida, barmoqlari XII chap qobirg'a yoyidan 3-4 sm pastga qo'yiladi..

2. II moment – qolgan barcha xrakatlar ,o‘ng buyrakni palpatsiya qilishdagidek bajariladi.

7.Rezina qo‘lqop yechiladi.



Rasm 1.



Rasm 2.



Rasm 3.



Rasm 4.

Rasm 1,2-bemor yotgan xolda o‘ng buyrakni palpatsiya qilish; **Rasm 3-** bemor yotgan xolda chap buyrakni palpatsiya qilish; **Rasm 4-** bemor tik turgan xolda o‘ng buyrakni palpatsiya qilish;

PASTERNAK SIMPTOMINI ANIQLASH TEXNIKASI

Maqsad: Buyrak kasalliklarida unda og‘riqni aniqlash.

Ko‘rsatma: Buyrak kasalliklariga gumon bo‘lganda.

Kerakli tibbiy jixozlar: Kushetka.

Bajarish texnikasi: Bolani kiyimidan xoli kilgan xolda, orqa tomondan ikkinchi bel umurtkasi proeksiyasida (o'ng tomonda biroz pastrokda, chap tomonda biroz teparoqda) ikkala tomondan simmetrik ravishda tekshiriladi.

1. Bemor tik yoki chalqancha yoki qorni bilan yotgan xolatda bo'lishi mumkin.

2. Shifokor bemorni o'ng tomonida, yuziga qarab stulda o'tiradi.

3. Siptomni bemor tik yoki o'tirgan xolatda aniqlashda, shifokor bir qo'l kaftini bemorni bel soxasiga, buyraklardan birini proeksiyasiga (qovurg'a - bel burchagiga) qo'yadi va musht qilingan ikkinchi qo'l kaftini lateral qirg'og'i bilan birinchi qo'l kafti ustiga yengil uradi.

Simptomni bemor chalqancha yotgan xolatda aniqlashda, shifokor bir qo'lini tekshirilayotgan buyrak soxasida bel ostiga kiritadi va II-V barmoqlari bilan qisqa turtki beradi.

Pasternak simptomi musbat (og'riq bo'lishi) yoki manfiy bo'lishi mumkin. Agar urib ko'rganda og'riq kuzatilsa, simptom musbat, agar hech qanday og'riq kuzatilmasa, simptom manfiy deb baxolanadi. Buyrakda toshlar, glomerulonefrit, pielonefrit, o'smalar, gidronefroz bo'lganda simptom musbat bo'ladi. Pasternak simptomining musbat bo'lishi, buyrakda patologik jarayon mavjudligidan dalolat beradi. Bunda, buyrak yallig'lanishlarida buyrak kapsulasi taranglashishi, tortilishi natijasida, shu yerda joylashgan nerv oxirlari qitqlanishi oqibatida og'riq paydo bo'lishi mumkin.

Bemorda Pasternak simptomi, ikkala buyraklarda navbatma-navbat aniqlanadi.

Симптом Пастернака



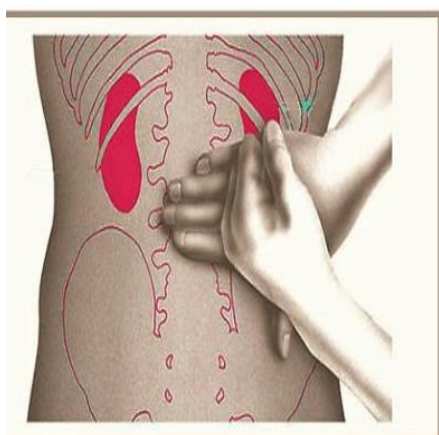
Rasm 1.



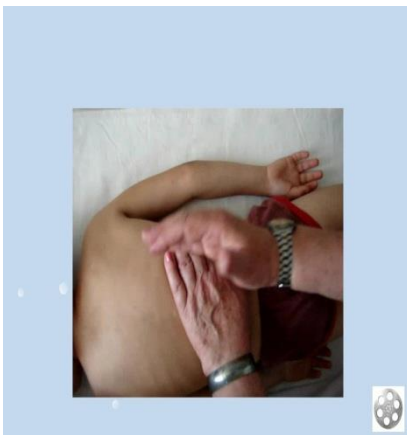
Rasm 2.



Rasm 3.



Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.

Rasm 1,2,3-bemor tik turganda Pasternak simptomini aniqlash; **Rasm 4**-Pasternak simptomini aniqlashda, qo'lni belga qo'yish sxemasi; **Rasm 5**-bemor qorni bilan yotgan xolda Pasternak simptomini aniqlash; **Rasm 6**- bemor chalqancha yotgan xolda Pasternak simptomini aniqlash.

VISHNEVSKIY BO'YICHA NOVOKAINLI PARANEFRAL BLOQADA QILISH TEXNIKASI

Maqsad: Qorin bo'shlig'i a'zolari va qon tomirlarini sezuvchi va vegetativ innervatsiyasini kamaytirish orqali, to'qimalarni trofikasini yaxshilash hamda og'riqsizlantirish.

Ko'rsatma: Paralitik(dinamik) ichak tutilishi, jigar va buyrak sanchig'lari, o'tkir pankreatit, o'tkir xolesistit, o'tkir buyrak yetishmovchiligi.

Qarshi ko'rsatma: Novokainga allergik reaksiyasi bo'lganda.

Kerakli tibbiy jixozlar: Steril rezinali qo'lqop, bog'lov xonada operatsiya stoli, 20,0 li steril shpris ignasi bilan, 0,25% li novokain, 3% li yod, spirt 70⁰ li, steril dokali salfetka va shariklar, leykoplastir, yostiqcha (valik).

Bajarish texnikasi.

1. Bemor bog'lov stolida, oyoqlari tizza va chanoq-son bo'g'imida bir oz qorin tomonga bukilib, o'ng tomonlama blokadada chapga, chap tomonlama blokadada o'ngga yonboshlab yotadi va yonbosh suyagi qirg'og'oning yuqorisiga yostiqcha

(valik) qo'yiladi.

2.Shifokor qo'lqopni kiyadi.

3.Shprisga novokain olinadi.

4.Punksiya soxasi-belni to'g'irlovchi uzun muskulining lateral qirg'og'i bilan 12- qovurg'a orasidagi burchak, spirt bilan ishlanadi.

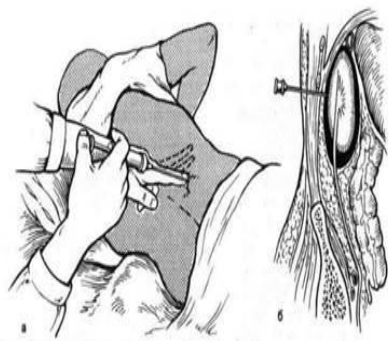
5.Shprisning uzun ignasi tanaga perpendikulyar ravishda punksiya soxasiga qo'yilib, shpris porshenini itargan holda kiritib boriladi. Igna paranefral kletchatka bo'shlig'iga tushganda, bo'shliqqa tushish va novokainni yengil yuborish sezgisi paydo bo'ladi va yoshga mos miqdorda 0,25% li novokain (50-80-100 ml) yuboriladi.

6.Ignani sekin- asta chiqarib, punksiya joyiga spirt shimdirilgan sharik qo'yib, leykoplastir bilan teriga yopishtiriladi.

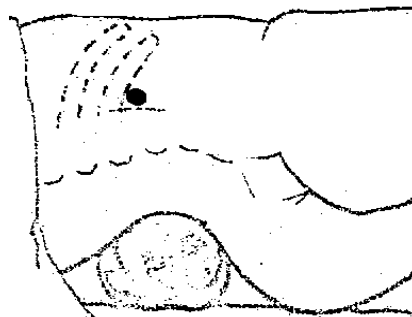
7.Shifokor qo'lqopni yechadi va antiseptik eritma bor idishga solinadi.

Muolajadan so'ng, bemor bir sutka davomida yotib turishi kerak.

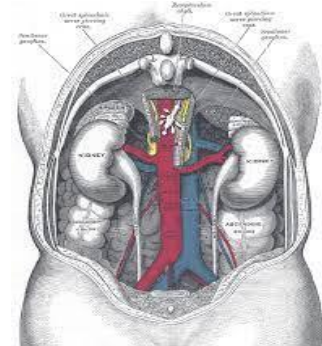
Mumkin bo'lgan asoratlar. Texnik xatolik tufayli igna qorin aortasini, pastki kovak venani yoki buyrakning yirik qon tomirlari va parenximasini teshib qo'yishi mumkin. Bunda shprishga qon chiqishi kuzatiladi. Bu holda ignani tomirdan chiqquncha, ya'ni shprisga qon chiqmay qolguncha biroz orqaga tortiladi va novokain yuboriladi. Kamdan-kam hollarda ichakni teshib qo'yish ham mumkin.



Rasm 1.



Rasm 2.



Rasm 3.

Rasm 1-paranefral bo'shliqni igna bilan punksiya qilish nuqtasi (a) va novokainni yuborish joyi sxemasi; **Rasm 2**-paranefral bo'shliqni sunksiya qilishda, bemor

xolati va punksiya qilish soxasini sxemasi; **Rasm 3**-bel soxasida buyraklarni, qontomirlarni va nerv tolalarini topografik anatomiyasini sxemasi.

KRIPTORXIZMNI ANIQLASH TEXNIKASI

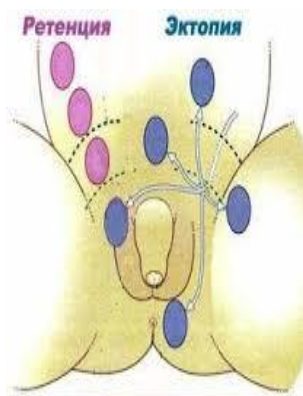
Maqsad: Kriptorxizmni palpatsiya qilib tashxislash.

Ko'rsatma: Yorg'oqda bir yoki ikkala moyakning bo'lmasligi.

Kerakli tibbiy jixozlar: Kushetka, steril rezina qo'lqop.

Bajarish texnikasi:

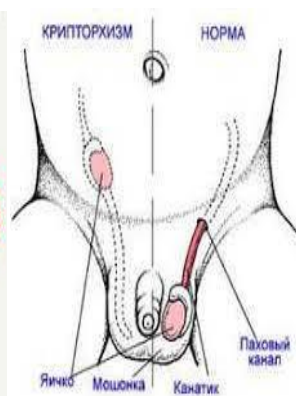
1. Bemorni kushetkaga chalqancha yotqiziladi.
2. Shifokor rezina qo'lqop kiyadi va sovuk qo'l Kremaster muskulini refleksini chaqirmasligi uchun kafti isitiladi.
3. Shifokor bemorni o'ng tomonida o'tirgan xolda, asta-sekin yorg'oqni ikkala yarmini navbatma-navbat paypaslaydi.
4. Yorg'oqda moyak topilmasa, chov kanali tekshiriladi: o'ng qo'l ko'rsatkich barmog'i yorg'ok orqali chov kanali tashqi teshigi soxasiga teri osti orqali olib boriladi. Chap qo'l II-IV barmoqlari bilan chov kanali proeksiyasi teri orqali paypaslanadi. Moyak chov kanalida bo'lsa, qo'lga urinadi va chov kriptorxizmi deb tashxis qo'yiladi. Odatda kriptorxizmda moyak o'lchamlari me'yordan kichik bo'ladi.
5. Moyak chov kanalida paypaslanmasa, u qorin bo'shlig'ida yoki ektopik joylashgan bo'lishi mumkin, unda UTT buyuriladi.
6. Rezina qo'lqop yechiladi.



Rasm 1.



Rasm 2.



Rasm 3.



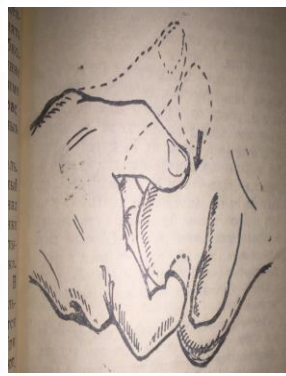
Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.



Rasm 7.



Rasm 8.

Rasm 1,2,3,4—moyakni normada yorg‘oqda va yuqorida ushlanib qolish soxalari sxemalarda ko‘rsatilgan; **Rasm 5-chap** tomonlama kriptorxizm; **Rasm 6-o‘ng** tomonlama kriptorxizm; **Rasm 7,8-o‘ng** tomonlama kriptorxizmda moyakni palpatsiya qilish.

VARIKOTSELENI TEKSHIRISH TEXNIKASI

Maqsad: Urug‘ tizimchasi venalarining varikoz kengayishini aniqlab tashxis qo‘yish.

Ko‘rsatma: Yorg‘oq, chov, yonbosh soxalarida og‘irlik, simmillovchi og‘riqlar, moyakni pastga osilib turishi, urug‘ tizimchasi venalarini varikoz kengayganligini kasallik tomonda sezilishi.

Kerakli tibbiy jixozlar: Kushetka (krovat), steril rezina qo‘lqop.

Bajarish texnikasi:

1. Shifokor rezina qo‘lqop kiyadi.
2. Bemorni tik xolatida ko‘rish: kasallik tomonda yorg‘oqni kattalashuvi, moyakning osilib turishi, yorg‘oq terisi burmalarini silliqanishi, yorg‘oq terisini ko‘karib turishi ko‘riladi.
3. Bemorni tik xolatida yorg‘oqni paypaslash: patologiya tomonda yorg‘ok yuqori polyusi, ba‘zan pastroqda qo‘lga kengaygan venalar “yomg‘ir chuvalchangi g‘ujumi” tarzida paypaslanadi.
4. Bemorni chalkancha yotgan holda ko‘rish: yotgan xolatda kengaygan urug‘ tizimi venalarining biroz kichrayishi kuzatiladi.

5. Paypaslaganda kengaygan venalarning biroz yumshashi aniqlanadi.

6. Chov kanali tashki teshigi tekshirilganda, urug' tizimchasini biroz kengayganligi, qattiklashuvi va biroz og'riq seziladi.

7. Rezina qo'lqop yechiladi.



Chap tomondan III-darajali varikotsele

URUG' TIZIMCHASINI LOREN-EPHTEYN BO'YICHA NOVOKAINLI BLOQADA QILISH

Maqsad: Orxit va epididimitni davolash.

Ko'rsatma: Bemorda orxit va epididimit.

Kerakli tibbiy jixozlar: Steril rezina qo'lqop, 10,0 yoki 20,0 li steril shpris ignasi bilan, spirt, dokali steril salfetka va shariklar, 0,25% yoki 0,5% li novokain, penitsillin yoki ampitsillin eritmasi, leykoplastir.

Bajarish texnikasi:

1. Bemor bog'lov xonada stolda yoki kushetkada chalqancha yotadi.

2. Shifokor rezina qo'lqop kiyadi.

3. Orxit rivojlangan tomon chov soxasi terisini spirt bilan ishlanadi.

4. Shprisga kerakli miqdordagi (20-50 ml) novokain bilan antibiotik eritmasini olib, urug' tizimchasi soxasi terisini qo'l bilan ushlab ko'tarib turgan xolda, urug' tizimchasi atrof to'qimalariga infiltratsiya qilinadi.

5. Igna chiqarib olingandan so'ng, punksiya qilingan soxa terisiga spirt surtab, salfetka qo'yib leykoplastir bilan yopishtiriladi.

Bu muolajani bir kunda bir maxaldan 3-4 kun qilinadi.

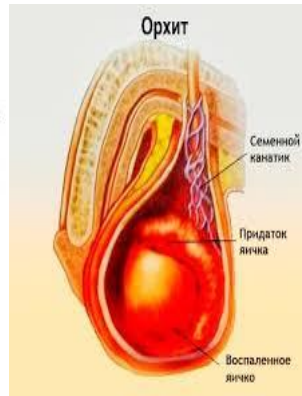
Mumkin bo'lgan asoratlar: Qon tomirlar teshilib gematoma rivojlanishi va to'qimalarni infeksiyalanishi.



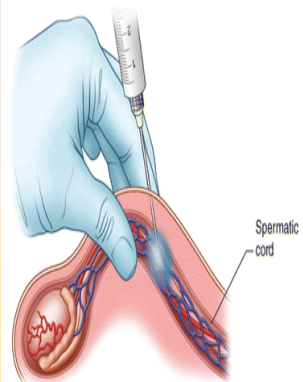
Rasm 1.



Rasm 2.



Rasm 3.



Rasm 4.

Rasm 1-chap tomonlama o'tkir orxit; **Rasm 2**-urug' tizimchasini Loren-Epshtein bo'yicha blokada qilish sxemasi; **Rasm 3**-o'tkir orxitni ko'rinishi; **Rasm 4**-urug' tizimchasini ko'tarib turib, Loren-Epshtein bo'yicha blokada qilish.

MOYAK PARDASI ISTISKOSIDA DIAFONOSKOPIYA QILISH TEXNIKASI

Maqsad: Moyak pardasi istisqosini(gidrotseleni) chov-yorg'oq churrasi bilan qiyosiy tashxislash.

Ko'rsatma: Moyak pardasi istisqosiga gumon bo'lganda.

Kerakli tibbiy jixozlar: Steril rezina qo'lqop va diafonoskop- yoritgich.

Bajarish texnikasi:

1. Bemor yotgan yoki tikka turgan xolda bo'ladi.
2. Shifokor rezina qo'lqop kiyadi.
3. Diafonoskopni (yoritkichni) ko'lga olib, gidrotselega gumon qilingan yorg'oq terisiga qo'yib, yorg'oqda yorug'lik nuri o'tib, uni yorishishini ko'radi. Agar yorg'oq yorishsa gidrotsele deb tashxis qo'yiladi.
4. Rezina qo'lqop yechilib, antiseptik eritma bor idishga solinadi.



Rasm 1.



Rasm 2.



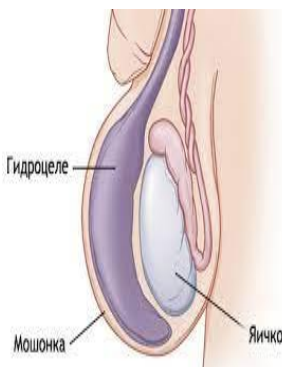
Rasm 3.



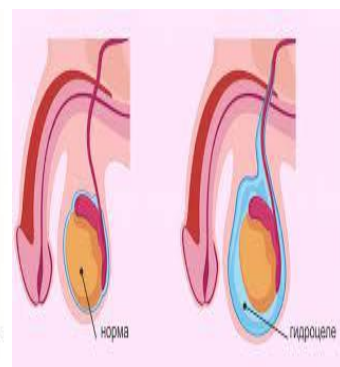
Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.



Rasm 7.

Rasm 1,2,3-o'ng moyakni gidrotseselesi; Rasm 4,5-diafonoskop turlari; Rasm 6,7-moyak gidrotseselesi sxemasi.

TERI ORQALI (perkutan) PUNKSIYA QILIB NEFROSTOMA QO'YISH TEXNIKASI

Maqsad: Bemorda buyrakdan drenaj naycha orqali vaqtincha siydikni chiqib turishini ta'minlash.

Ko'rsatma: Yuqori siydik yo'llarini obstruksiyalari (siydik nayini qisman yoki total tug'ma stenozi, siydik nayini siydik pufagiga quyilish teshigini axialaziyasi, siydik nayini orttirilgan chandiqli strikturasi, siydik nayini o'smalari, siydik nayi atrof to'qimalarini o'smalari natijasida uni ezilib, bukilib qolishi natijasida siydik chiqishini qiyinlashishi va b.) natijasida tug'ma yoki orttirilgan gidronefroz, ureterogidronefroz, pionefroz rivojlanishi sababli xamda bolani yoshi chaqaloq va 1 yoshgacha bo'lsa, umumiy axvoli og'ir bo'lsa, radikal korreksiyalovchi plastik opratsiyalrni o'tkazishni imkoniyati bo'lmasa, buyrakdan

siydikni chiqib turishini vaqtinchalik ta'minlash uchun, nefrostoma qo'yishga zarurat tug'iladi.

Qarshi ko'rsatma: Bemorda gemofiliya kasalligi bo'lsa, qonni ivish vaqtini uzayishi (DVS), bemorni umumiy axvoli og'ir bo'lsa.

Kerakli tibbiy jixozlar: Ultratovush apparati yoki rentgen teleekrani, operatsiya stoli, nefrostomik anjomlar yig'masi, maxsus Chib ignasi, steril rezina qo'lqop, 10,0 li steril shpris ignasi bilan, terini tikish uchun steril ipak ip va igna, 3% li yod, spirt, 0,5% li novokain yoki ketamin, kontrast modda (yodning suvli eritmalaridan biri: verografin, yodamid, urografen, triombrast, triozograf v.b.), dokali steril salftka va shariklar, pinset, leykoplastir, siydikni yig'ish uchun konteyner.

Bajarish texnikasi:

1. Bemorni operatsiya stoliga yoki rentgen stoliga qorni bilan yarim yonbosh xolatda yotqiziladi.

2. Shifokor rezina qo'lqop kiyadi.

Muolaja 5 yoshgacha bo'lgan bemorlarda ketamin bilan qisqa vaqtli narkoz ostida, katta yoshli bemorlarda esa, novoqainni infiltratsiya qilib joyli og'riqsizlantirish orqali bajariladi.

3. Belning to'g'ri muskulini lateral qirg'og'i bilan 12-qovurg'ani pastki qirg'og'i orasida xosil bo'lgan burchakda teri yod va spirt bilan ishlanadi.

4. Shu soxa terisi va yumshoq to'qimalar novokain bilan infiltratsiya qilinib, joyli og'riqsizlantiriladi.

5. Ultratovush apparatini ekranida doimiy kuzatuvda, shu joyda maxsus Chib ignasini mandreni bilan bel yuzasiga nisbatan perpendikulyar ushlab turgan xolda, biroz kuch bilan ezib terini, aponevrozni va buyrak parenximasini teshib, buyrak bo'shlig'iga tushiladi.

6. Ignadan uning mandreni olinadi. Ignadan siydik chiqishi, uni buyrak bo'shlig'iga tushganidan darak beradi. So'ng, igna teshigi orqali buyrak bo'shlig'iga o'tkazgich (provodnik) kiritiladi. Igna chiqarib olinadi. So'ng, o'tkazgichni kengaytirgichga (dilyatatorga) o'tkazib, uni burab-burab kiritib ,punksiya qilingan teshik kanali

kengaytiriladi. So‘ng, kengaytirgich chiqarib olinadi va o‘tkazgichga maxsus polietilen kateter kiydirilib, u o‘tkazgich orqali bemorni yoshiga bog‘liq xolda jomcha-kosacha xajmini xisobga olib 5-7 sm uzunlikda buyrakka kiritiladi. O‘tkazgich, kateterni buyrakda qoldirib, undan asta-sekin tortib chiqarib olinadi.

7. Kateter teriga ipak ip bilan 2-3 ta tikib bog‘lanadi. Kateterni tashqi uchi siydik yig‘iladigan konteynerga ulanadi.

5. Terini teshilgan joyiga aseptik bog‘lam qo‘yib, leykoplastir bilan teriga yopishtiriladi.

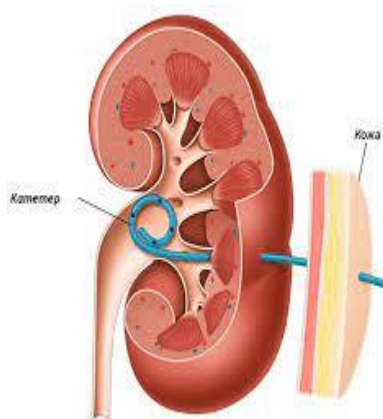
6. So‘ng, buyrakka kiritilgan kateterni xolatini, supravezikal obstruksiyalarni joyini, jomcha-kosacha tizimini xajmini bilish uchun, shpris bilan kateter orqali 5-10 ml kontrast modda (yodning suvli eritmalaridan birini) yuborib, antegrad pieloureterografiya qilinadi.

7. Rezina qolqop yechilib, antiseptik eritma bor idishga solinadi.

Mumkin bo‘lgan asorat: Buyrakni igna bilan teshilgan joyidan oz miqtorda qon ketish va paranefral gematoma rivojlanishi, infeksiyalanishi, punksiya qilingan tomonda kam xollarda igna bilan plevrani, qorin bo‘shlig‘iga tushib qolib ichakni teshib qo‘yish mumkin. Agar shunday asorat rivojlansa, bemorni axvoli kuzatib turiladi va kerakli choralar ko‘riladi.



Rasm 1.



Rasm 2.



Rasm 3.



Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.



Rasm 7.



Rasm 8.



Rasm 9.

Rasm 1-teri orqali o'ng buyrak bo'shlig'ini punksiya qilish; **Rasm 2**-teri orqali punksiya nefrostomiyada kateter –stentni buyrak jomchasida joylashish xolati sxemasi; **Rasm 3**-nefrostomik kateterni tashqarida teriga tikib maxkamlash; **Rasm 4**-punksiya qilingan joyga aseptik bog'lov qo'yilib, drenaj kateterni tashqi uchi siydik yig'uvchi rezervuar-konteynerga ulangan ; **Rasm 5**-bemorda kateter konteynerga ulangan xolatini ko'rinishi; **Rasm 6**-nefrostomiya qilish uchun Chib ignasi; **Rasm 7**-steril paketda nefrostomik jixozlar yig'indisi; **Rasm 8,9**-teri orqali punksiya nefrostomiya qilish uchun anjomlar turlari.

BO‘LIM –IV.

YIRINGLI JARROXLIKDAN AMALIY KO‘NIKMALAR

YIRINGLI MASTITNI OCHISH VA DRENAJLASH TEXNIKASI

Maqsad: Yiringli mastitni ochib davolash.

Ko‘rsatma: Bolalarda yiringli mastit.

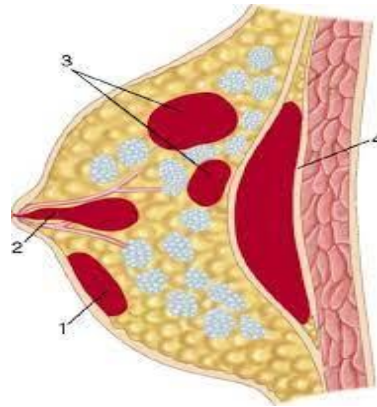
Kerakli tibbiy jixozlar: Bog‘lov xonasida operatsion stol, steril rezina qo‘lqop, 3% yod, 70⁰ li spirt, 0,5% novokain, 3% vodorod peroksidi, 0,02%(1:5000) furatsillinni suvli eritmasi, natriy xloridning 10%li gipertonik eritmasi, dokadan tayyorlangan steril salfetkalar va shariklar, bint yoki leykoplastir, steril tibbiy skalpel, yumshoq qisqich, 10,0 li shpris ignasi bilan, pinset, rezina chiqargich.

Bajarish texnikasi:

1. Bemor operatsiya stoliga chalqancha yotqiziladi.
2. Rezina qo‘lqop kiyiladi.
3. Operatsiya maydoni terisiga yod va spirt bilan ishlov beriladi.
4. Ko‘krak bezini yiringlagan soxa terisi skalpel bilan uni anatomo-topagrafik tuzilishini (bo‘lakli) xisobga olib, bezni so‘rg‘ichiga nisbatan radiar yo‘nalishda 3-4 sm uzunlikda yonma-yon joylashgan 2-3 ta bo‘laklar ustidan kesiladi. Retromammar absessda esa, ko‘krak bezi ostidan yarimoysimon qilib kesiladi.
5. Jaroxat chetlari yumshoq qisqich bilan kengaytirilib, yiring chiqariladi va salfetka va shariklar bilan quritiladi.
6. Avval vodorod peroksidi, so‘ng furatsillin bilan yuviladi.
7. Jaroxatga rezina chiqargich qo‘yib, antibiotik kukunini sepiladi va yana jaroxat atrofi terisi spirt bilan artiladi.
8. Jaroxatga gipertonik eritma shimdirilgan salfetka qo‘yib, bint bilan bog‘lanadi yoki leykoplastir bilan teriga yopishtiriladi.
9. Rezina qo‘lqop yechilib, antiseptik suyuqligi bor idishga solinadi.



Rasm 1.



Rasm 2.



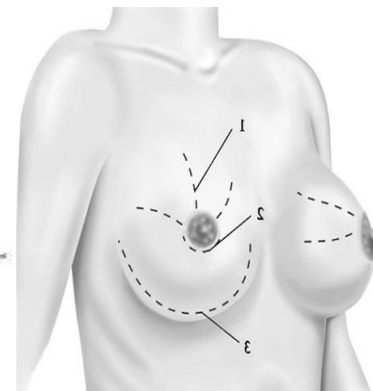
Rasm 3.



Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6

Rasm 1-chaqaloqda chap ko'krak bezini yiringli mastiti; **Rasm 2**:-1-subareolar abscess,2-aeroloofat,3-intramammar abscess,4-retromammar abscess; **Rasm 3**-mastit so'rg'ichga nisbatan 3 ta radiar kesib ochilgan; **Rasm 4**-ko'krak bezini bo'lakli tuzilishini sxemasi; **Rasm 5**-mastitda terini qizarishi,bez bo'lagini yiringli yallig'lanishi,bo'laklar oralig'i yo'li,bez bo'laklari,bezni yog' kletchatkasi,ko'krak muskuli sxema qilib ko'rsatilga; **Rasm 6**-mastitda kesimlar yo'nalishi .

FURUNQULNI OCHISH TEXNIKASI

Maqsad: Furunkulni ochib, yiringli o'choqni sanatsiya qilish.

Ko'rsatma:Furunkul.

Kerakli tibbiy jixozlar: Steril tibbiy skalpel,pinset, 10,0 li steril shpris ignasi bilan, 0,02%(1:5000) furatsillinni suvli eritmasi, dokadan tayyorlangan steril salfetka va shariklar, steril rezina qo'lqop, bint yoki leykoplastir, 3% li yoki 5% li yod, 70⁰ li

spirt, 3% li vodorod peroksidi, 0,5% li novokain, natriy xloridning 10% li gipertonik eritmasi.

Bajarish texnikasi:

1. Rezina qo‘lqop kiyiladi.
2. Furunkul soxa terisi yod va spirt bilan ishlanadi.
3. Furunkul atrofi to‘qimasi novokain bilan joyli infiltratsion anesteziya qilinadi.
4. Furunkulni flyukuatsiya bo‘lgan joyini skalpel bilan kesib ochilib, yiring chiqariladi, nekrozlangan sterjen olinadi va vodorod peroksidi va furatsillin bilan yuviladi.
5. Jaroxatga natriy xloridning gipertonik eritmasi shimdirilgan salfetka qo‘yib, leykoplastir bilan yopishtiriladi.
6. Rezina qo‘lqop yechilib, antiseptik suyuqligi bor idishga solinadi.

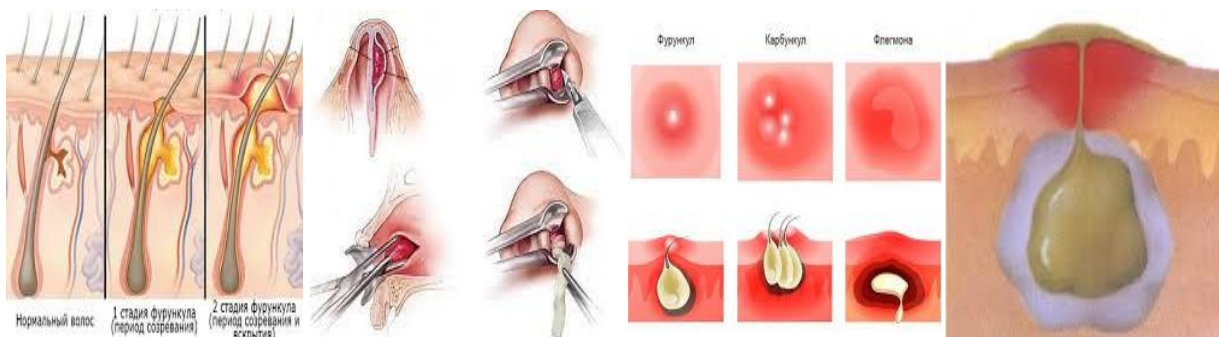


Rasm 1.

Rasm 2.

Rasm 3.

Rasm 4.



Rasm 5.

Rasm 6.

Rasm 7.

Rasm 8.

Rasm 1-furunkul; **Rasm 2**-furunkul atrofi to‘imasini novokain bilan infiltratsiya qilib og‘riqsizlantirish; **Rasm 3**-furunkul sterjenini pinset bilan olish; **Rasm 4**-terida furunkulni xar-xil ko‘rinishi; **Rasm 5**-furunkulni rivojlanish jarayoni

bosqichini sxemasi; **Rasm 6**-furunkulni ochish, sanatsiya qilish, furunkul sterjenini qisqich bilan olish va ochilgan jaroxat bo'shlig'iga rezina chiqargichni qo'yish sxemasi; **Rasm 7**-furunkulni, karbunkulni va flegmonani ko'rinishini sxemasi; **Rasm 8**-absesslangan furunkul sxemasi.

QARBUNKULNI OCHISH TEXNIKASI

Maqsad: Karbunkulni ochib davolash.

Ko'rsatma: Boladagi karbunkul.

Kerakli tibbiy anjomlar: Bog'lov xonasida operatsion stol, steril qo'lqop, 3% yod, 70⁰ li spirt, 0,5% novokain, 3% vodorod peroksidi, 0,02% (1:5000) furatsillinni suvli eritmasi, natriy xloridning 10% li gipertonik eritmasi, dokadan tayyorlangan steril salftetka va shariklar, bint yoki leykoplastir, steril tibbiy skalpel, yumshoq qisqich, 10,0 li shpris ignasi bilan, pinset, rezina chiqargich yoki ingichka dokali tompon.

Karbunkulni davolash taktikasi, uning rivojlanish bosqichiga, katta-kichikligiga, tanada joylashgan joyiga va bemorning yoshiga xamda umumiy axvolini og'irlik darajasiga bog'liq xolda xar-xil bo'ladi.

Agar bemorda karbunkul kichik bo'lib, I -infiltrativ bosqichida bo'lsa xamda umumiy axvoli qoniqorli bo'lsa, ambulator sharoitda konservativ davo o'tkaziladi yani, UVCh, spirtli kompres qo'yiladi va antibiotikterapiya o'tkaziladi. Agar bemor yoshi kichik bo'lib, karbunkul katta bo'lsa va II -yiringlash bosqichida bo'lsa, statsionarda xirurgik davo o'tkaziladi. Agar karbunkul bemorning yuzida bo'lsa, faqat statsionarda davolanadi. IV – nekroz boskichli karbunkul, statsionarda xirurgik davolashga ko'rsatma bo'lib xisoblanadi.

Bajarish texnikasi:

1. Bemorga operatsiya stolida, tananing qaysi joyida karbunkul bo'lishiga qarab xolat beriladi.
2. Rezina qo'lqop kiyiladi.
3. Opersiya maydoni terisiga yod va spirt bilan ishlov beriladi.

4.Karbunkul atrofi terisi novokain bilan infiltratsiya qilinib, joyli og'riqsizlantiriladi.

4.Skalpel bilan karbunkul ustidan terini krestitsimon kesiladi.

5.Jaroxat chetlari yumshoq qisqich bilan kengaytirilib,yiring chiqariladi, agar nekrotik to'qimalar bo'lsa, ular xam olinadi.

6.Avval vodorod peroksidi, so'ng furatsillin eritmasi bilan yuviladi, so'ng salfetka va shariklar bilan quritiladi.

7.Jaroxatga rezina chiqargich qo'yib,antibiotik kukunini sepiladi yoki jaroxat chuqurchasiga, natriy xlorning gipertonik erimasi shimdirilga ingichka dokali tompoq qo'yiladi va yana jaroxat atrofi terisi spirt bilan artiladi.

8.Jaroxatga gipertonik eritma shimdirilgan salfetka qo'yib, bint bilan bog'lanadi yoki leykoplastir bilan teriga yopishtiriladi.

9.Rezina qo'lqop yechilib,antiseptik suyuqligi bor idishga solinadi.



Rasm 1.

Rasm 2.

Rasm 3.

Rasm 4.

Rasm 5.



Rasm 6.

Rasm 7.

Rasm 8.

Rasm 9.

Rasm 10.

Rasm 1,2,3-absesslangan karbunkul; **Rasm 4,5**-o'zi teshilib ochilgan qarjunkul;

Rasm 6,7-karbunkulni kesib ochib,yiringini chiqarish; **Rasm 8,9,10**-karbunkul kesib ochilib, yiring va nekrotik to'qimadan tozalangan.

FLEGMONANI OCHISH TEXNIKASI

Maqsad: Flegmonani ochib, yiringli jaroxatni sanatsiya qilish.

Ko'rsatma: Yumshoq to'qimada yiringli o'choq-flegmonani bo'lishi.

Kerakli tibbiy jixozlar: 3% yoki 5% li yod, 70⁰ etil spirti, dokadan tayyorlangan steril salfetka va shariklar, bint, 10,0 yoki 20,0 li steril shpris ignasi bilan, tibbiy skalpel, yumshoq qisqich, pinset, rezina chiqargich, drenaj naycha, 0,25% yoki 0,5% novokain, 3% vodorod peroksidi, 0,02% (1:5000) furatsillinni suvli eritmasi, natriy xloridning 10% li gipertonik eritmasi, steril rezina qo'lqop, leykoplastir, bakteriyaga ekish uchun probirka.

Bajarish texnikasi:

1. Bemorga operatsiya stolida, tananing qaysi joyida flegmona bo'lishiga qarab xolat beriladi.
2. Rezina qo'lqop kiyiladi.
3. Yiringli o'choq markazi aniklanadi.
4. Yiringli o'choq atrof terisi yod va spirt bilan artiladi.
5. Maxalliy infiltratsion yoki qisqa vaqtli umumiy anesteziya o'tkaziladi.
6. Yiringli o'choq markazi bo'yicha skalpel bilan teri, teri osti yog qavati kesiladi.
7. Chuqur joylashgan to'qimalar qisqich bilan kengaytiriladi.
8. Yiring evakuatsiya qilinadi.
9. Bakteriyaga ekish olinadi.
10. Yiringli bo'shliqqa drenaj naycha kiritib, shpris orqali vodorod peroksidi, furatsillin bilan yuviladi.
11. Yiringli jaroxat doka sharik yoki salfetka bilan quritiladi.
12. Yiringli jaroxatga rezina chiqargich yoki drenaj naycha kiritiladi (kerak bo'lsa!).
13. Jaroxatga gipertonik eritma shimdirilgan salfetka bilan bog'lam qo'yiladi.
14. Bog'lam leykoplastir bilan teriga yopishtiriladi yoki bint bilan bog'lanadi.
15. Rezina qo'lqop yechilib, antiseptik suyuqligi bor idishga solinadi.



Rasm 1.



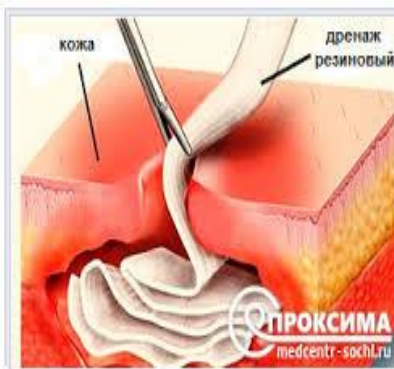
Rasm 2.



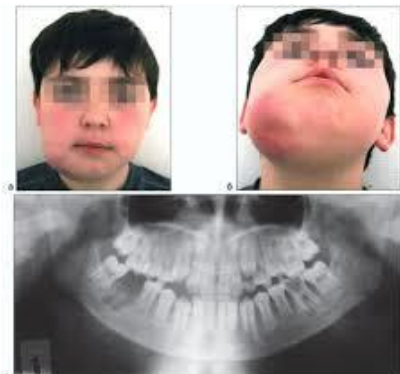
Rasm 3.



Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.

Rasm 1-boldirni yuqorigi qismini flegmonasini ochib drenajlash; **Rasm 2**-belni flegmonasini ochib drenajlash; **Rasm 3**-qo'l kaftini flegmonasi; **Rasm 4**-chaqaloqlar flegmonasi; **Rasm 5**-flegmonani ochib unga rezinali chiqargich qo'yish sxemasi; **Rasm 6**-o'ng jag'osti odontogen flegmonasi.

CHAQALOQLAR FLEGMONASINI BOKASTOVA BO'YICHA OCHISH TEXNIKASI

Maqsad: Flegmonani ochib sanatsiya qilish.

Ko'rsatma: Chaqaloqlar flegmonasi.

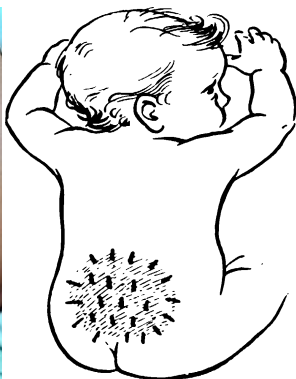
Kerakli tibbiy jixozlar: Steril tibbiy skalpel, pinset, yumshoq qisqich, 10,0 li shpris ignasi bilan, dokadan tayyorlangan steril salfetka va shariklar, steril rezina qo'lqop, bint, 3% yoki 5% li yod, 70⁰ li spirt, 3%li vodorod peroksidi, 0,5%li novokain, 0,02%(1:5000) furatsillinni suvli eritmasi, natriy xloridning 10% li gipertonik eritmasi.

Bajarish texnikasi:

1. Chaqaloqni bog'lov xonasida operatsiya stoliga, tananing qaysi joyida flegmona bo'lishiga qarab xolat beriladi.
2. Rezina qo'lqop kiyiladi.
3. Operatsiya maydoni spirt bilan ishlanadi.
4. Operatsiya, zararlangan maydon kichik bo'lsa, joyli anesteziya qilib, agar katta bo'lsa, ketamin bilan qisqa vaqtli narkoz ostida bajariladi. Joyli anesteziya uchun, 0,25% li novokain bilan antibiotikni aralashmasini, zararlangan soxa maydoni bo'ylab, sog' to'qima chegarasigacha, teri ostiga yuborib, infiltratsiya qilinadi.
5. So'ng, 1-1,5 sm uzunlikda, flegmona soxasi va 2 sm gacha sog'lom soxa terisi fassiyagacha shaxmatsimon qilib ko'pgina kesiladi. Kesiklar oralig'i 2 sm atrofida bo'lishi kerak. Agar teri nekrozlangan bo'lsa, uni extiyotkorlik bilan qirqib olinadi.
6. Jaroxatlarni avval vodorod peroksidi bilan, so'ng antiseptik (dioksidin, furatsillin, dekosan yoki b.) bilan sanatsiya qilinadi va natriy xloridni gipertonik eritmasiga shimdirilgan salfetka qo'yib, bint bilan bog'lanadi. Davolashning 1-2 kunlari bog'lovni xar 5-6 soatda, keyingi 3-4 kunlari esa sutkada 2 marta almashtiriladi.
7. Rezina qo'lqop yechilib, antiseptik eritma bor idishga solinadi.



Rasm 1.



Rasm 2.



Rasm 3.



Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.



Rasm 7.



Rasm 8.

Rasm 1-chaqaloqlar flegmonasini nekroz fazasi; **Rasm 2**-chaqaloqlar flegmonasini Bokastova bo'yicha shaxmatsimon kesish sxemasi; **Rasm 3,4,5,6,7**-tananing xarxil joylarida joylashgan chaqaloqlar flegmonasi; **Rasm 8**-qiyosiy tashxislash uchun bolani yuzida saramas.

YUMSHOQ TO'QIMALAR ABSESSINI OCHISH TEXNIKASI

Maqsad: Absessni ochib, yiringli bo'shliqni sanatsiya qilish.

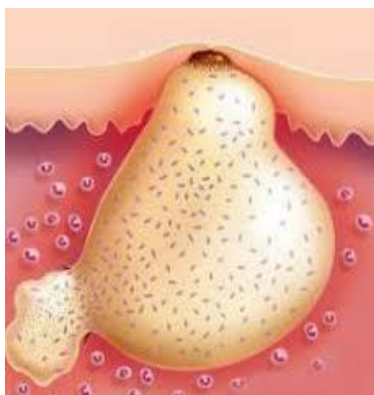
Ko'rsatma: Yumshoq to'qimada chegaralangan yiringli absessni bo'lishi.

Kerakli tibbiy jixozlar: 3% yoki 5% li yod, 70⁰ etil spirti, dokadan tayyorlangan steril salfetka va shariklar, bint, steril shpris ignasi bilan, tibbiy skalpel, yumshoq qisqich, pinset, rezina chiqargich, drenaj naycha, 0,25% yoki 0,5% novokain yoki ketamin,, 3% vodorod peroksidi, 0,02% (1:5000) furatsillinni suvli eritmasi, natriy xloridning 10% li gipertonik eritmasi, steril rezina qo'lqop, leykoplastir, bakteriyaga ekish uchun probirka.

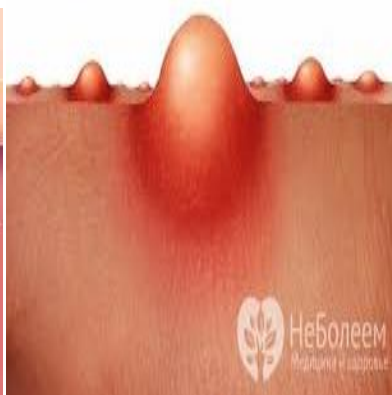
Bajarish texnikasi:

1. Bemorga operatsiya stolida, tananing qaysi joyida absess bo'lishiga qarab xolat beriladi.
2. Rezina qo'lqop kiyiladi.
3. Flyuktuatsiya markazi aniqlanadi.
4. Yiringli o'choq atrof terisi yod va spirt bilan artiladi.
5. Novokain bilan maxalliy infiltratsion yoki ketamin bilan qisqa vaqtli umumiy og'riqsizlantirish o'tkaziladi.

6. Flyuktuatsiya markazi bo'yicha skalpel bilan teri, teri osti yog' to'qimasi kesiladi.
7. Jaroxat qisqich bilan kengaytiriladi.
8. Yiring evakuatsiya qilinadi.
9. Bakteriyaga ekish olinadi.
10. Yiringli bo'shliqqa drenaj naycha kiritib, shpris orqali vodorod peroksidi va furatsillin bilan yuviladi.
11. Yiringli bo'shliq dokali sharik yoki salfetka bilan quritiladi.
12. Yiringli bo'shliqqa rezina chiqargich yoki drenaj naycha kiritiladi (kerak bo'lsa), drenaj naychaning tashqi uchi kontraperturadan chiqariladi.
13. Jaroxatga gipertonik eritma shimdirilgan salfetka qo'yib, bint bilan bog'lanadi yoki leykoplastir bilan yopishtiriladi.
14. Rezina qo'lqop yechilib, antiseptik suyuqligi bor idishga solinadi.



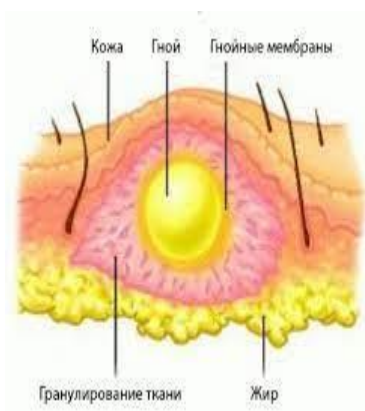
Rasm 1.



Rasm 2.



Rasm 3.



Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.

Rasm 1,2-absess; **Rasm 3**-qo'l bilagini absessi; **Rasm 4**-absess jarayonini sxemasi; **Rasm 5**-chap dumbani absessi; **Rasm 6**-chap dumba absessi kesib ochilib, rezina chiqargich qo'yilgan.

PANARITSIYNI OCHISH TEXNIKASI

Maqsad: Panaritsiyani operatsiya qilib, yiringni chiqarib davolash.

Ko'rsatma: Barmok to'qimalarini o'tkir yiringli yallig'lanishi-panaritsiy.

Kerakli tibbiy jixozlar: Steril rezina qo'lqop, 10,0 li steril shpris ignasi bilan, 1-2% li novokain yoki 2% li lidokain, ingichka rezina qisqich (jgut), steril tibbiy skalpel, pinset, yumshoq kiskich, 3% li vodorod peroksidi, 0,02% (1:5000) furatsillinni suvli eritmasi, dokadan tayyorlangan salftka va shariklar, bint, rezina chiqargich, natriy xloridning 10% li gipertonik eritmasi, 3% yoki 5% li yod, 70⁰ etil spirti, bakteriyaga ekish uchun probirka.

Bajarish texnikasi:

1. Rezina qo'lqop kiyiladi.

2. Yiringli jarayon bo'lgan barmoqqa yod va spirt bilan ishlov beriladi.

3. Barmoq asosi jgut bilan bog'lanadi.

4. Oberst-Lukashevich usulida novokain bilan og'riqsizlantiriladi ("OBERST-LUKASHEVICH BO'YICHA O'TKAZUVCHAN ANESTEZIYA QILISH TEXNIKASI" ga qaralsin !)

5. Panaritsiyani turiga bog'liq xolda kesim turi tanlanadi:

Teri panaritsiyda, yiringli jarayonni ochish uchun, barmoq o'qi bo'ylab, uning yon tomonida yiringli o'choq ustida teri kesiladi.

Teri osti chuqur panaritsiyda, uni ochish uchun barmoq o'qi bo'ylab, uning ikkala yon tomonida kesik o'tkazib, yumshoq qisqich bilan o'tmas yo'l bilan bir-birini tutashtiriladi va rezina drenaj chiqargich o'tkazib qo'yiladi.

Tirnoq osti panaritsiyda, tirnoq plastinkasini o'rtasida barmoq bo'ylab, o'tkir uchli qaychi bilan uning ildizigacha kesib, qisqich bilan ushlab yuqoriga qayrib olib tashlanadi.

Paranixiyda, tirnoq ildizi soxasidagi yiringlagan terini skalpel bilan kesib ochiladi.

Suyak panaritsiyda, barmoqni oxirgi tirnoq falangasini uchidan boshlab, terisini frontal yo'nalishda suyakgacha kesib, yiringli o'choq ochiladi va suyakni nekrozga uchrab chirigan qismini xirurgik tishlagich(kusachka) bilan olib tashlanadi.

6. Yiring evakuatsiya kilinib, jaroxat quritiladi, nekrotik to'qima olib tashlanadi.

7. Bakteriyaga ekish olinadi.

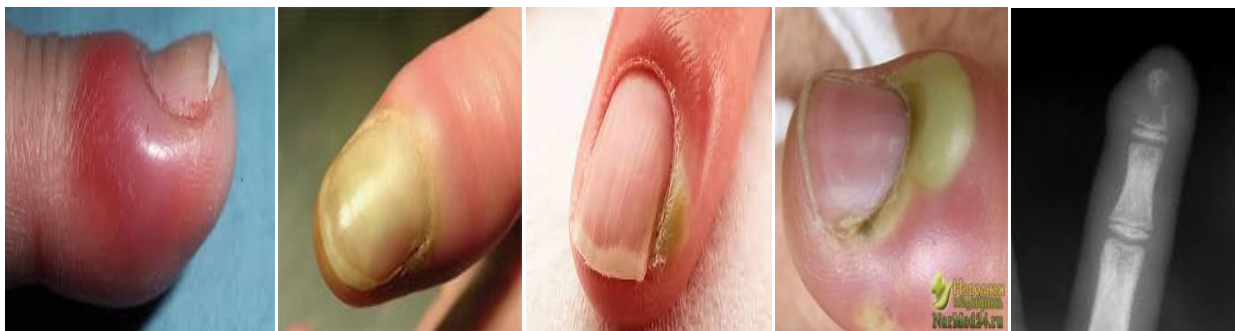
8. Yiringli jaroxat vodorod peroksidi, furatsilin bilan shpris yordamida yuviladi, shariklar bilan quritiladi.

9. Yiringli jaroxatga rezina chiqargich qo'yiladi.

10. Jaroxatga gipertonik eritma shimdirilgan salfetka qo'yib, bint bilan bog'lab qo'yiladi.

11. Jgut yechib olinadi.

12. Rezina qo'lqop yechilib, antiseptik eritma bor idishga solinadi.



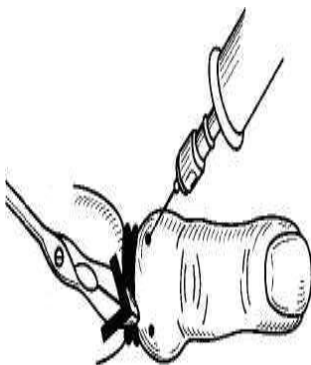
Teri osti panaritsiy

Tirnoq osti panaritsiy

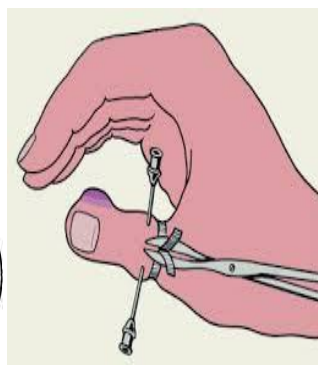
Teri panaritsiy

Paranixiy

Suyak panaritsiy



Rasm 1.



Rasm 2.



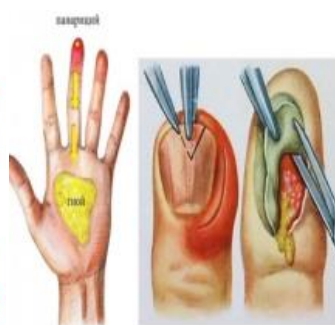
Rasm 3.



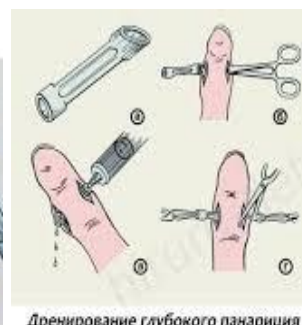
Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.



Дренирование глубокого панариция

Rasm 7.



Схема разрезов

Rasm 8.

Rasm 1,2,3-Oberst-Lukashevich bo'yicha o'tkazuvchan og'riqsizlantirish; **Rasm 4-1-**barmoq panariysiysini ochish; **Rasm 5-**barmoqni teri,teriosti,tirnoqosti,suyak,tirnoq atrofi va pay panariysiylarini sxemasi; **Rasm 6-**tirnoqosti panariysiyni ochish; **Rasm 7-**teriosti panariysiyni ochib,drenajlash. **Rasm 8** -panariysiyni turlariga bog'liq o'tkaziladigan kesimlarni sxemasi.

OSTEOTONOMETRIYA VA OSTEOPERFORATSIYA QILISH

TEXNIKASI

Maqsad: Naysimon suyak ichi bosimini o'lchash, suyak ichi bosimini kamaytirish, yallig'lanish (yiringlash) o'chog'ini sanatsiya qilish, maxalliy antibiotikoterapiya.

Ko'rsatma: Naysimon suyaklarni o'tkir gematogen osteomieliti.

Kerakli tibbiy jixozlar:Bog'lov xonasida operatsiya stoli,steril rezina qo'lqop, 3% yod, 70⁰ etil spirti, 10,0 li steril shpris ignasi bilan,1-2% novokain yoki 2% li lidokain yoki ketamin, rezina qisqich (jgut), steril tibbiy skalpel,pinset, yumshoq qisqich, 3% vodorod peroksidi, 0,02%(1:5000) furatsillinni suvli eritmasi, dokadan tayyorlangan steril salfetka va shariklar, bint, rezina chiqargich, natriy xloridning 10% li gipertonik eritmasi, suyakni teshish uchun Aleksyuk ignasi (1,5-2 mm, 10-15 sm yon devorida 2 ta teshigi bor) yoki elektrodrel yoki boshqa osteoperforatorlardan biri, antibiotik eritmasi, suyak ichi bosimini o'lchash uchun Valdman apparati (suvli monometr), bakteriyaga ekish uchun probirka, polietilen drenaj naychalar,oyoqni immobilizatsiya qilish uchun gipsli longet yoki shina.

Bajarish texnikasi:

Osteomielitning boshlang'ich bosqichida osteoperforatsiya qilish:

- 1.Bemor bog'lov xonada operatsiya stolida chalqancha yotadi.
- 2.Shifokor rezina qo'lqop kiyadi.
- 3.Og'riqsizlantirish maxalliy yoki ketamin bilan qisqa vaqtli narkoz.
- 4.Osteomonometriya va osteoperforatsiya, operatsiya yoki bog'lov xonasida, aseptik sharoitda o'tkaziladi.

- 5.Suyakning yallig‘langan soxasi, yumshoq to‘qimalardaga maxalliy o‘zgarishlarga va rentgenogrammaga qarab aniqlanadi.
- 6.Suyakning distal va proksimal soxalarida teri yod va spirt bilan ishlanadi.
- 7.Og‘riqsizlantirish novokain bilan infiltratsion anesteziya qilib yoki ketamin bilan qisqa vaqtli narkoz berib.
- 8.Shprisga o‘rnatilgan Aleksyuk ignasi yordamida, shu soxalar yumshoq to‘qimalari suyakgacha punksiya qilinadi. Agar lazer bo‘lsa, teri orqali 4-5 joydan osteoperforatsiya qilinsa, yana xam yaxshi bo‘ladi
- 9.So‘ng,ignani aylanma xarakatlantirib yoki elektrodrel yordamida, suyakni kortikal qavatini teshib, bo‘shliqqa tushish xissi paydo bo‘lguncha kiritiladi. Bunda ignadan bosim bilan tomchilab qon yiring aralash chiqadi.
- 10.Igna Valdman apparatiga ulanib, suyak ichi bosimi o‘lchanadi (N 60-80 mm. suv ustunini ko‘rsatadi, osteomielitda esa 100-500 mm. suv. ustunini ko‘rsatadi).
- 11.Agar suyak ichi bosimi 100 mm. suv ustunidan baland bo‘lsa, suyak ichidan yiring yoki qon aralash yiring ajralsa, teri orqali osteoperforator yordamida bir-biridan 1,5-2 sm masofada 3-4 ta 0,2-0,3 sm diametrda shaxmatsimon osteoperforatsiya o‘tkaziladi. Yoki zaralangan soxani distal va proksimal soxalarida, teri orqali 1 tadan osteoperforatsiya qilinib, suyak ichiga mikroirrigator kirgizib qo‘yiladi.Keyinchalik, yuqorigi mikroirrigatorni tashqi uchiga, antiseptik suyuqligi bor tomizgich ulanib, suyak ichigi tomchilib yuboriladi. Pastki mikroirrigatorni tashqi uchi esa,antiseptik suyuqligi bor idishga solib qo‘yiladi.
- 12.Jaroxatga rezina drenaj qo‘yib, gipertonik bog‘lam qo‘yiladi.
- 13.Operatsiya qilingan oyoq, gipsli longet yoki shina bilan immobilizatsiya qilinadi.

Osteomielitik flegmona bosqichida osteoperforatsiya qilish:

- 1.Jarayon soxasi ustidan teri va yumshoq to‘qimalari suyakgacha kesiladi (10-12 sm.) va jaroxat avval vodorod peroksidi bilan, so‘ng furatsillin eritmasi bilan yuvilib, yiringdan tozalanadi.
- 2.Suyak usti pardasi, zaralangan soxada uzunasiga kesiladi.

3.Sog'lom suyak chegarasigacha, 0,2-0,3 sm diametrda shaxmatsimon 3-4 ta osteoperforatsiya qilinadi.

4.Perforativ teshiklar orqali suyak ichi antiseptik eritma (furatsillin,dioksidin,dekosan va b.) bilan yuvilib,antibiotik yuboriladi.

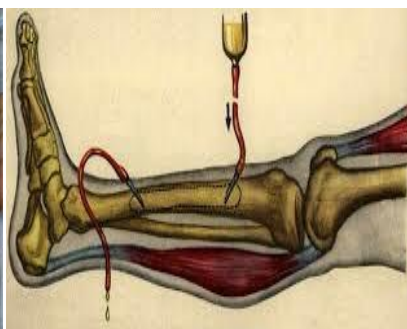
5.Jaroxatga rezina drenaj qo'yib, gipertonik bog'lam qo'yiladi.

6.Operatsiya qilingan oyoq, gipsli longet yoki shina bilan immobilizatsiya qilinadi.

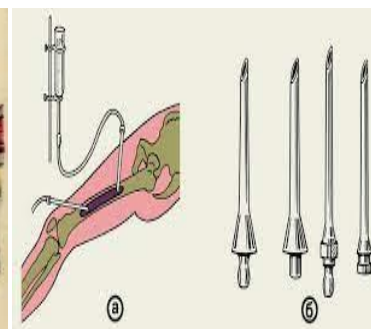
7.Rezina qo'lqop yechilib,antiseptik suyuqligi bor idishga solinadi.



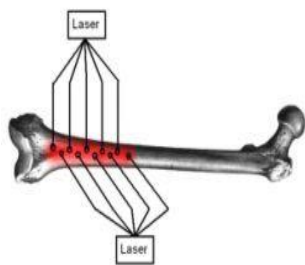
Rasm 1.



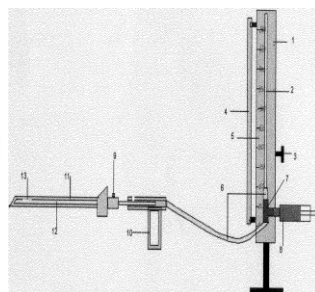
Rasm 2.



Rasm 3.



Rasm 4.



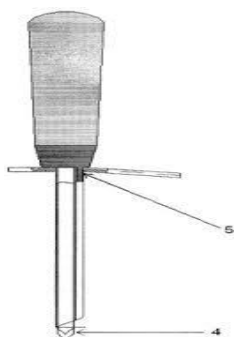
Rasm 5.



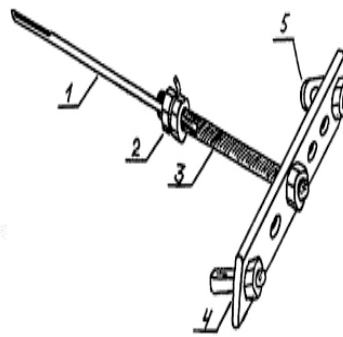
Rasm 6.



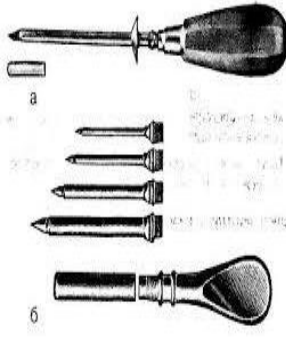
Rasm 7.



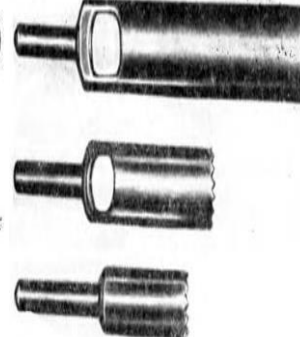
Rasm 8.



Rasm 9.



Rasm 10.



Rasm 11.

Rasm 1,2-katta boldir suyagini osteomielitida, proksimal va distal soxasida osteoperforatsiya qilinib,mikroirrigator qo'yilgan, proksimal mikroirrigatorga antiseptik suyuqligi bor tomizgich ulangan,distal mikroirrigatoridan esa antiseptik

suyuqlik tashqariga oqib chiqqan; **Rasm 3**-son suyagini osteomielitida ,proksimal va distal soxalarida, Aleksyuk ignasi bilan osteoperforatsiya qilinib, igna suyak ichida qoldirilib,proksimal ignaga antiseptik suyuqligi bor tomizgich ulangan; **Rasm 4**-son suyagi osteomielitida lazer bilan teri orqali birnechta shaxmatsimon osteoperforatsiya qiligan; **Rasm 5**-suyak ichi bosimini o'ldash uchun Valdman apparati; **Rasm 6**-osteoperforatsiya qilish uchun K.P.Aleksyuk ignasi; **Rasm 7,8,9,10**-osteoperforatorlar turlari; **Rasm 11**-lazerli osteoperforator.

BO'LIM –V.

BOSHQA AMALIY KO'NIKMALAR

JAROXATGA BIRLAMCHI JARROXLIK ISHLOV BERISH

Maqsad: Jaroxatlarni turiga qarab, birlamchi jarroxlik ishlov berish.

Ko'rsatma: Bemorda yirtilgan, kesilgan, chopilgan, ezilgan, majaqlangan,teshilgan jaroxatlar.

Kerakli tibbiy jihozlar: Operatsiya stoli yoki kushetka, steril rezina qo'lqop, 10,0 yoki 20,0 li steril shpris ignasi bilan, dokadan tayyorlangan steril salfetka va shariklar, paxta, bint, 3% yoki 5% li yod, 70^0 li spirt, 3% li vodorod peroksidi, steril tibbiy skalpel, pinset, yumshoq qisqich, 0,5% li novokain, qon tomirni bog'lash uchun steril ketgut, terini tikish uchun steril ipak ip va igna, leykoplastir, steril bint, 0,02%(1:5000) furatsillinni suvli eritmasi, steril rezina chiqargich.

Bajarish texnikasi:

1. Bemor bog'lov xonada operatsiya stolida, jaroxat olgan joyiga qarab qulay xolatda yotadi yoki o'tiradi.
- 2.Rezina qo'lqop kiyiladi.
- 3.Jaroxat atrof terisi yod va spirt bilan ishlanadi.
- 4.Jaroxat atrofi to'qimalariga A.V.Vishnevskiy bo'yicha novokainli infiltratsion anesteziya qilinadi.
- 5.Agar jaroxatda tomirlardan qon ketayotgan bo'lsa,yumshoq qisqich bilan ularni ushlab, ketgut bilan bog'lanadi.

6. Agar jaroxatda yot jismlar bo'lsa, ularni olib tashlanadi, agar ifloslangan bo'lsa, vodorod peroksidi va furatsilin bilan yuviladi.

7. Agar jarohat chetlari tekis bo'lsa, u qavatma-qavat ipak ip bilan tikiladi, agar g'adir-budir bo'lsa, chetlarini qirqib tekislanadi va kerak bo'lsa jaroxatga rezina chiqargich qo'yib, antibiotik kukunini solib, so'ng jarohat chetlari bir biriga yaqinlashtirgan holda ipak ip bilan choklanadi va aseptik bog'lam qo'yiladi.

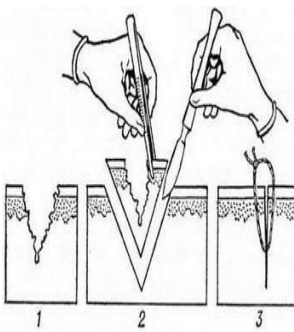
8. Tikilgan teri chokiga spirt surtab, aseptik bog'lam qo'yiladi.

9. Agar biror anatomik bo'shliq bilan jarohat bog'liq bo'lib, shu bo'shliqqa qon ketayotgan bo'lsa, shoshilinch ravishda shu bo'shliqqa bog'liq operatsiya o'tkaziladi.

10. Rezina qo'lqop yechilib, antiseptik suyuqligi bor idishga solinadi.

11. Xamma jaroxat olgan bemorlar, qoqsholga (stolbnyak) qarshi emlanadi.

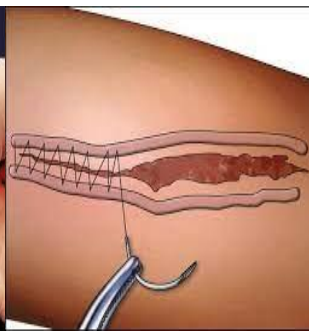
Mumkin bo'lgan asoratlar: Jarohat chetlari yaxshilab tekislanmasa, jarohat chetlari notekis bitishi mumkin, mikroblardan tozalanmasa, jaroxat yiringlab, uning chetlari ochilib ketishi mumkin.



Rasm 1.



Rasm 2.



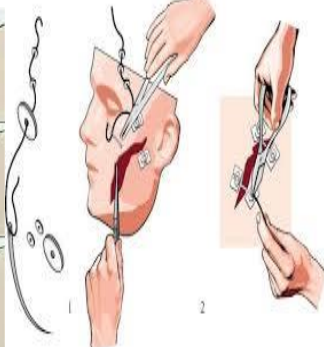
Rasm 3.



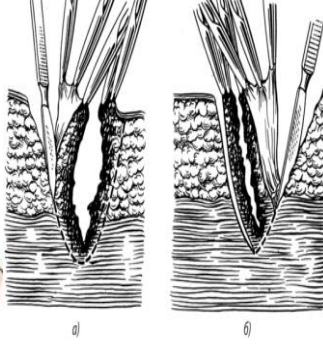
Rasm 4.



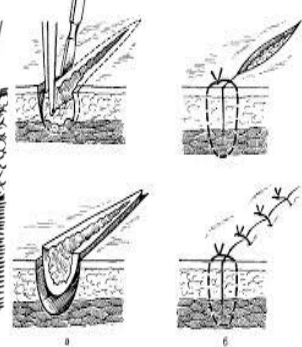
Rasm 5



Rasm 6.



Rasm 7.



Rasm 8.



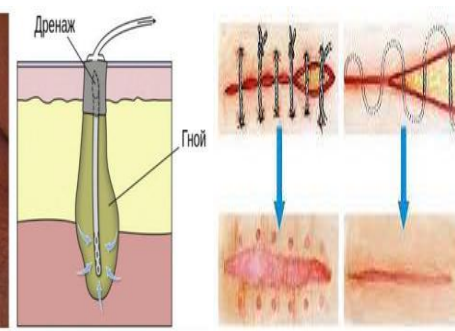
Rasm 9.



Rasm 10.



Rasm 11.



Rasm 12.



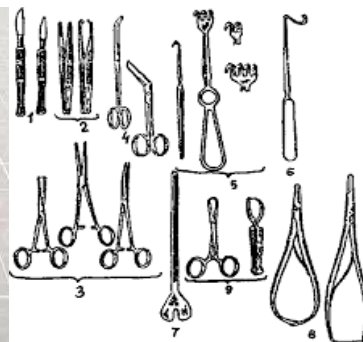
Rasm 13.



Rasm 14.



Rasm 15.



Rasm 16.

Rasm 1 - jaroxat chekkalarini skalpel bilan kesish va teriga chok qo'yish; **Rasm 2** - jaroxat terisiga tugunli chok qo'yish; **Rasm 3** - jaroxatga uzuluksiz kosmetik chok qo'yish; **Rasm 4** -jaroxatga aseptik bog'lam qo'yish; **Rasm 5** - bilakdagi jaroxatdan qon ketish turlari; **Rasm 6** -yuz soxasi jaroxatiga ishlov berish; **Rasm 7** - jaroxat chekkalarini kesib olib tashlash; **Rasm 8** - jaroxat qirg'oqlarini skalpel bilan kesib olib, unga oddiy tugunli chok qo'yish sxemasi; **Rasm 9** - qo'l kaftidagi jaroxatni steril paxta shariklar bilan tozalash; **Rasm 10** -qo'ldagi tikilgan jaroxatga setkali steril bog'lam qo'yish; **Rasm 11** - infeksiyalangan jaroxatni, unda rezinali chiqargich yoki drenaj naycha qoldirib tikish; **Rasm 12** - jaroxatga tugunli va uzuluksiz kosmetik chok qo'yish; **Rasm 13, 14** - kerakli tibbiy jixozlar; **Rasm 15** - jaroxatni tozalash uchun 3% li vodorod peroksidi; **Rasm 16** - jaroxatga birlamchi jarroxlik ishlov berish uchun kerakli asboblarni jamlamasi.

ТЕРМИК КУЙГАН JAROXATGA BIRLAMCHI ISHLOV BERISH

Maqsad: Kuygan jaroxatga birlamchi ishlov berish.

Ko'rsatma: Termik kuyish.

Kerakli tibbiy jihozlar: Dokadan tayyorlangan steril salfetka va shariklar, steril bint, 3% li yod, 70⁰ li spirt, 3% li vodorod peroksidi, 0,02 % (1:5000) li furatsillin eritmasi, xar-xil komponentli malxam, gel, antiseptik eritmalar, maxsus bog'lovlardan biri, steril skalpel, pinset, 0,5% li novokain, steril shpris ignasi bilan, steril rezina qo'lqop.

Bajarish texnikasi: Kuyish maydonining katta-kichikligiga, ya'ni foyiziga, kuyish chuqurligiga, ya'ni darajasiga, shokni og'irlik darajasiga bog'liq xolda, birlamchi ishlov beriladi.

Termik kuyishning 4 ta darajasi farqlanadi:

I-darajali kuyishda, teri qizarib, biroz shishgan bo'ladi.

II-darajali kuyishda, terida suyuqlik ushlovchi pufakchalar bo'ladi.

III-darajali kuyishda, terini xamma qavati kuyib, nekrotik o'lik to'qima va yara bo'ladi.

IV-darajali kuyishda, teridan tashqari, chuqurda yotgan to'qimalar, ya'ni mushaklar, paylar va suyaklar xam kuyadi va nekrotik o'lik to'qimaga aylanadi..

1. Avval, tasir agenti bartaraf qilinadi.

2. Kuyish soxasidagi kiyimi yechiladi.

3. Rezina qo'lqop kiyiladi.

4. -I-darajali kuyishda, ambulator sharoitda, kuygan joyga 20-30 daqiqaga sovuq suvga shimdirilgan lattani qo'yiladi yoki sovuq suvni oqizib turiladi yoki sellofan paketga solingan muz qo'yiladi. So'ng, quruq yoki furatsillinga namlangan salfeka qo'yib, bint bilan bog'lab qo'yiladi.

-II-darajali kuyishda, ambulator sharoitda, teridagi ajarab chiqqan epidermisni ochilib ketgan pufakchalarini qoldiqlari olib tashlanadi, ochilmagan pufakchalari (bullalar) esa, asosiga yaqin joyda, aylantirib kesilib, suyuqligi chiqariladi va furatsillinga namlangan salfetka qo'yib yoki aerosol preparatlaridan birini (Amprozol, Olazol, Pentanol, Aserbin va b.) sepib, bint bilan bog'lanadi.

-III-darajali kuyishda, agar kuyish maydoni 5% dan ko'p bo'lmasa, ambulator sharoitda, analgetik va tinchlantiruvchi preparatlar qilinib, undan ko'p

bo'lsa statsionarda, umumiy og'riqsizlantirib, agar sintetik matoli kiyimi teriga yopishib qolgan bo'lsa, uning qoldiqlari(parchalari) olib tashlanadi. Agar kuygan soxa yarasi ifloslangan bo'lsa,vodorod peroksidi bilan tozalanadi va yaraga furatsillin yoki levomikol yoki sintomitsin malxamini surtab,salfetka qo'yib,bint bilan bog'lanadi..

-IV-darajali kuyishda, kuygan soxani biror mato bilan o'rab, tezlik bilan statsionarga yuboriladi va birlamchi ishlov berish umumiy og'riqsizlantirish ostida bajariladi. Nekrotik o'lik to'qtmalar olib tashlanadi va kerakli bog'lam qo'yiladi.

Kuyishning barcha darajalarida,birinchi va keyingi ishlov berishda bog'lam qo'yishda, quyidaga antiseptik va yara bitishini tezlashtiruvchi xar-xil komponentli preparatlardan foydalanish mumkin:

- 1.Aerozollar (Amprozol,Olazol,Pantenol,Aserbin va b.).
- 2.Antiseptik eritmalar (1:5000 li furatsillin,0,5-3% li geksoxorofen,yodopiron eritmaları-Betadin,Povidon-yod,Lavasep va b.).
- 3.Kumush ushlovchi kremlar (Argosulfan,Dermazin,Ebermin va b.).
- 4.Xar-xil komponentli malxamlar (Levomekol, Levosin, Sulfargin, 10%li Sintomitsin, Metiluratsil, Sinkli, Dioksidinli, Furatsillinli va b.).
- 5.Gidrogellar (Gelepran,Gidrosorb, va b.).
- 6.Gidrokolloidlar (Gidrokoll va b.).
- 7.Gubkasimon bog'lovlar (Algimaf,Algikol,Syuspur-derm va b.).
- 8.Maxsus bog'lovlar (Aktivteks,Appolo va b.).

5.Kuyish maydonini foyiziga,darajasiga qarab, shokga qarshi og'riksizlantirish o'tkaziladi:

Kuyish maydoni 9%-10% gacha bo'lsa, 50% li analgin 0,1 ml yoshiga va 2,5% li pipolfen 0,1-0,15ml yoshiga muskul orasiga.

Kuyish maydoni 10%-15% gacha bo'lsa, 1% li promedol 0,1 ml yoshiga m/o.ga.

Kuyish maydoni 15% dan yukori bo'lsa, 1% li promedol 0,1 ml yoshiga m/o va 0,5% li seduksen 0,05 ml/kg m/o yoki v/i.ga.

Kuyish shokining III-darajasida, periferik vena qantomiri kateterizatsiya qilinib,

infuzion terapiya o'tkaziladi(5% li glyukoza,kolloid va fiziologik eritmalar quyiladi).

Quyidagi xollar,bemorlarni statsionarga yotqizishga ko'rsatma bo'ladi:

-Kuyishning shok oldi va shok xolatlari.

-I-darajali, tana yuzasini 10% va undan katta maydonli kuyishlar.

-II- darajali, tana yuzasini 5% va undan katta maydonli kuyishlar.

-III-darajali, tana yuzasini 5% va undan katta maydonli kuyishlar.

-IV- darajali chuqur kuyishlar.

-Yuzni, qo'l yoki oyoq panjalarini va jinsiy a'zolari II-darajali kuyishlari.

Boshqa xollarda bemorlarni ambulator sharoitda davolash mumkin.

Xamma termik kuygan bemorlar,qoqsholga (stolbnyak) qarshi emlanadi.



Rasm 1.

Rasm 2.

Rasm 3.

Rasm 4.

Rasm 5.



Rasm 6.

Rasm 7.

Rasm 8.

Rasm 9.



Rasm 10.

Rasm 11.

Rasm 12.

Rasm 13.

Rasm 1-kuyish darajalari; **Rasm2**-kuyishning darajalariga qarab,to'qimalrni

kuyish chuqurligi; **Rasm 3**-bilak terisini I –darajali kuyishi;**Rasm 4**-qo‘l kafti va panjalarini II - darajali kuyishi; **Rasm 5**-qo‘l panjalarini IV – darajali kuyishi; **Rasm 6**-malxamlar; **Rasm 7,8**-oyoq va qo‘l kafti terisini I –darajali kuyishida sovuq suv quyib sovutish; **Rasm 9**-oyoqni boldir,tovon va kaftini IV–darajali kuyishi; **Rasm- 10,11,12,13**-xar-xil komponentli malxamlar.

ATEROMANI OLIISH TEXNIKASI

Maqsad: Ateromani olish.

Ko‘rsatma: Ateroma.

Kerakli tibbiy jixozlar: Tibbiy steril skalpel, yumshoq qisqich,pinset,dokadan tayyorlangan steril salfetka va shariklar,70⁰ li spirt, 5% yod, 10,0 li steril shpris ignasi bilan, 0,5% novokain 10 ml, terini tikish uchun steril ipak ip va igna, bint yoki leykoplastir

Bajarish texnikasi:

- 1.Bemorni operatsiya stoliga qulay holatda yotqiziladi.
- 2.Shifokor rezina qo‘lqop kiyadi.
3. Ateromaga usti va atrofi terisiga yod va spirt bilan ishlov beriladi.
- 4.Ateroma usti terisi novokain bilan infiltratsion anesteziya qilinadi.
- 5.Operatsiya maydoni steril choyshab bilan o‘raladi.
- 6.Ateroma usti terisini skalpel bilan yarimoysimon kesib, o‘tkir va to‘mtoq yo‘llar bilan ateroma atrof to‘qimalardan ajratilib to‘liq olib tashlanadi.
7. Ateroma chuqurchasiga 5% yod bilan ishlov beriladi. Jarohat qavatma - qavat tikilib, aseptik bog‘lam qo‘yiladi.
- 8.Rezina qo‘lqop yechilib,antiseptik suyuqligi bor idishga solinadi.

Mumkin bo‘lgan asoratlari: Jarohatni yiringlashi va ateromani retsedivi.



Ateromani novokain bilan infiltratsion og'riqsizlantirish va kesib olib tashlash.

VENASEKSIYANI BAJARISH TEXNIKASI

Maqsad: Uzoq vaqt (2-4 kunga) vena ichiga dori-darmonlarni infuziya qilib yuborish uchun vena bo'shlig'ini kesib ochib, ichiga venoz kateterni kirgizib bog'lash.

Ko'rsatma: Agar bemorning yuzaki venalari yaxshi bo'lmasa, lekin bemorga uzoq muddatli infuzion terapiya qilish lozim bo'lsa veneseksiya qilinadi.

Kerakli tibbiy jixozlar: Steril rezina qo'lqop, 10,0 li shpris ignasi bilan, dokadan tayyorlangan steril salfetka va shariklar, 3% yoki 5% li yod, 70⁰ li spirt, steril skalpel, pinset, yumshoq qisqich, Dyushan ilmog'i, 0,5% li novokain, venani bog'lash uchun steril ketgut, terini tikish uchun steril ipak ip va xirurgik igna, steril polietilenli venoz kateter, leykoplastir, steril bint, natriy xlorning 0,9% li eritmasi

Bajarish texnikasi:

Veneseksiya uchun asosan qo'lni tirsak chuqurchasi venalari, kamroq uyqu, o'mrovosti, son, boldir va to'piq venalaridan foydalaniladi.

1. Bemor bog'lov xanada operatsiya stoliga yotqiziladi.
2. Rezina qo'lqop kiyiladi.
3. Seksiya qilinadigan vena soxa terisi yod va spirt bilan ishlanadi.
4. Operatsiya soxasi teri va teri osti to'qimalari novokain bilan maxalliy infiltratsion aneteziya qilinadi.
5. Vena yo'nalishida teri skalpel bilan 2-3sm uzunlikda kesilib, yumshoq qisqich bilan yara kengaytirilib, vena topiladi va uning tagidan 2 ta ketgutli ligatura o'tkaziladi.

6. Periferik ligatura bilan venani bog‘lanadi, markaziysidan esa, ushlab turuvchi sifatida foydalaniladi.

7. Venani tagiga pinsetni kiritib, vena punksiya qilinadi va igna orqali leska o‘tkaziladi, igna olinib, leska orqali kateter qo‘yiladi yoki vena kichik kesilib ochiladi va kateterni uning bo‘shlig‘iga kiritib, uni atrofini ketgutli ip bilan bantik qilib bog‘lab qo‘yiladi. Ketgutning uchlarini jarohatning yuzasiga chiqarib qo‘yiladi.

8. Kateterni kanyulasini maxsus tiqin (probka) bilan berkitiladi. 9. Teri ipak ip bilan 2-3 ta tikiladi.

10. Kateterni leykoplastir bilan teriga yopishtirib qo‘yiladi.

11. Yaraga aseptik bog‘lam qo‘yiladi.

12. Rezina qo‘lqop yechilib, antiseptik suyuqligi bor idishga solinadi.

13. Bemor yotoq xonasiga (palataga) yoki muolaja xonasiga o‘tkaziladi va avvaldan tayyorlab qo‘yilgan tomizgichga (sistemaga) ulanadi.

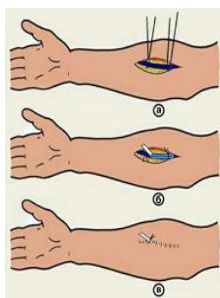
14. Muolajalar tugagach, leykoplatir ko‘chirib olinadi, kateterdan sistema bo‘shatiladi, ketgutning tashqaridagi erkin uchlarini tortib, kateter atrofidagi bantik yechib yuboriladi (teridagi choklarni yechmasdan).

15. Kateter sekin-asta venadan chiqarib olinadi, so‘ng ketgutli ligaturani uchlarini tezda tortib vena bog‘lanadi va ketgut uchlari kesib tashlanadi. Agar lozim bo‘lsa teriga qo‘shimcha chok qo‘yiladi.

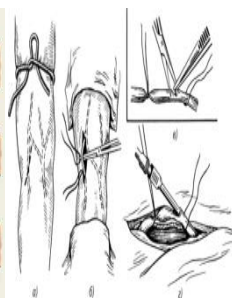
16. Operatsiya yarasiga yana aseptik bog‘lov qo‘yiladi.

17. Operatsiya yarasi bitgach, teridagi choklar olinib, aseptik bog‘lov qo‘yiladi.

Mumkin bo‘lgan asoratlari. Flebit, tromboflebit va kateterni tromb bilan tiqilib qolishi, yarani infeksiyalanishi, kateterni tasodifan tortilib chiqib ketishi.



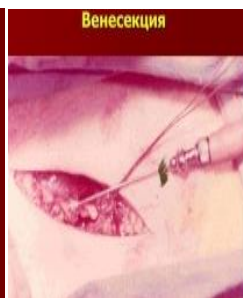
Rasm 1.



Rasm 2.



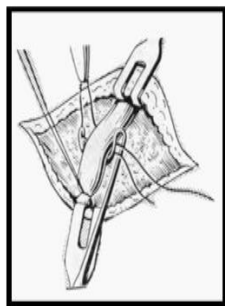
Rasm 3.



Rasm 4.



Rasm 5.



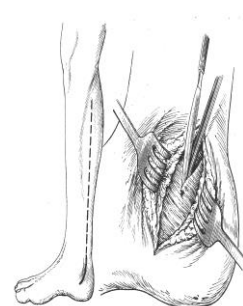
Rasm 6.



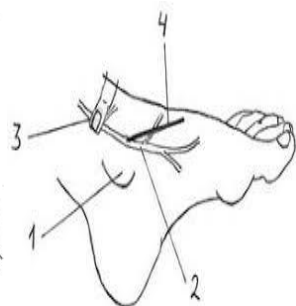
Rasm 7.



Rasm 8.



Rasm 9.



Rasm 10.

Rasm 1-bilak venasini venaseksiya qilish;**Rasm 2,3**-bilakga yuqorida qisqich qo'yish va venani topib, uning tagidan ikkita ketgutli ip o'tkazib, distal qismini bog'lab,proksimal qismini punksiya qilib,unga kateter kiritib bog'lash; **Rasm 4**-venani proksimal qismini punksiya qilish; **Rasm 5**-venaga qo'yilgan kateterni,aseptik bog'lov qo'yib,teriga lekoplastir bilan maxkamlash; **Rasm 6**-topilgan venani tagidan ketgutli ip o'tkizish va uni distal qismini bog'lash; **Rasm 7,8**-kerakli tibbiy jixozlar; **Rasm 9,10**-to'piq venasini venaseksiya qilish.

TASHQI QON KETISHLARNI VAQTINCHA TO'XTATISH TEXNIKASI

Qon ketishini to'xtatish vaqtincha va uzil-kesil bo'ladi. Qon ketishni vaqtincha to'xtatish statsionardan tashqaridi bajariladi,uzil-kesil to'xtatish esa, statsionar sharoitida bajariladi.

Tashqi qon ketishlar arterial,venoz,kapilyar va aralash bo'lishi mumkin.

Arterial qon ketishi - arteriyalar jaroxatlanganda sodir bo'ladi. Arteriyalarda qon bosimi yuqoriligi uchun, jaroxatdan qon puls to'liqiniga mos holatda otilib chiqib turadi. Ketayotgan qon rangi qip-qizil tusda bo'ladi. Katta arteriyalardan qon ketishi, organizmning tez qon yo'qotish oqibatidagi o'limga

olib kelishi mumkin. Shu sababli, qon ketishlarda qonni to'xtatishga qaratilgan barcha muolajalarni kechiktirmasdan, darhol o'tkazish kerak.

Tashqi qon ketishlarni, ularning turiga bog'liq xolda, vaqtincha to'xtatish uchun quyidagi usullarni qo'llash mumkin:

1. Bosib turuvchi bog'lov qo'yish (jaroxat tamponadasi).
2. Qon tomirini yuqorisidan qo'l(musht) bilan bosib turish.
3. Qo'l, yoki oyoqni bo'g'imlardan maksimal bukish.
4. Jgut qo'yish

STATSIONARDAN TASHQARIDA VAQTINCHA QON TO'XTATISH

Oyoq yoki qo'l qontomirlaridan tashqi qon ketganda, vaqtincha qon to'xtatuvchi rezina qisqich (jgut) qo'yish texnikasi

Maqsad: Oyoq yoki qo'lning arteriya va vena qontomirlaridan tashqi qon ketishni vaqtincha to'xtatish.

Ko'rsatma: Oyoq yoki qo'lning yirik arteriya va vena qontomirlaridan tashqi qon ketish

Kerakli tibbiy jixozlar: Rezinali qisqich (jgut), qog'oz varag'i, ruchka yoki qalam, shina uchun yog'och taxta yoki tayoqcha, rezina jgut bo'lmasa, biror mato, kamar, arg'amchi ip va boshqalar.

Jgutlarning bir necha hillari mavjud. Esmarx jguti (uzunligi 1m ga yaqin rezina nay) va tasma shaklli jgut (1 m gacha, eni 3-4 sm li rezina). Tasma shakllisi boshqalariga nisbatan kengroq qo'llaniladi. Jgutlarning har ikkala turida xam, ikki uchlarida jgutni maxkamlash uchun ilgaklari mavjud. Jgut bilan faqat, oyoq va qo'llardagi katta arteriyalardan qon ketishini to'xtatiladi. Jgut noto'g'ri qo'yilsa, jgutdan pastki soha to'qimalarini nekrozi, qon tomirlar trombozi, nevrillar, va x.k. asoratlar kelib chiqishi mumkin. Aksincha, kuchsiz tortilgan jgut, faqat venalarni ezadi va venoz qon oqib ketishiga to'sqinlik qilib, davom etayotgan arterial qon ketishini kuchaytirishi mumkin.

Bajarish texnikasi:

1. Bemor chalqancha xolatda biror tekis joyga yotadi
2. Qonayotgan qo'l yoki oyoq tepaga ko'tarilib ushlab turiladi.
3. Jgutni, qon ketayotgan joyini yuqorirog'ida, qo'l yoki oyoqni ostidan o'tkazib olinadi.
4. Shu soha terisi ustini yumshoq mato bilan o'raladi yoki kiyimni (ko'ylak yengi yoki shim poychasini) tushiriladi.
5. Jgutni ikkala qo'l bilan tortib cho'zib, taranglashtirilgan xolatda, 2-3 marotaba qo'l yoki oyoq atrofida aylantirib, arterial qon to'xtaguncha bog'lanadi. Bunda jgut halqalari bir-birini ustida emas, balki yonma-yon joylashishi kerak. Birinchi turni (aylanma) tortish darajasi qon to'xtashiga erishilguncha bo'lishi kerak (bundan kuchli tarang tortilish, nervlar ezilishi va keyinchalik paralichlar rivojlanishiga olib kelishi, jgut o'rnida kuchli og'riqlar paydo bo'lishi mumkin). Jgutning keyingi aylanalari fiksatsiyalovchi vazifani o'taydi. Shu sababli qolgan aylanalarni, jgut tarangligini sekin-asta kamaytirib o'raladi. Aylanalarni shunday o'rash lozimki, keyingisi avvalgisini yarmigacha qoplab tursin.
6. Jgutni ohirgi uchlari, uning ilgaklari bilan mahkamlanadi.
7. Jaroxat yuzasi biror mato bilan o'rab, bog'lab qo'yladi.
8. Jgutni 2 soatgacha, qishda 1-1,5 soatgacha ushlab turish mumkin. Agar undan uzoq muddat ushlab turish kerak bo'lsa, uni 3-5 daqiqaga qo'yib yuborish, keyin yana qaytadan, avval qo'yilgan sohadan biroz siljitib, qayta qo'yish lozim bo'ladi. Jgut qo'yib yuborilgan paytda qonayotgan arteriyani barmoq bilan bosib, qon ketishini to'xtatib turiladi. Jgut qo'yilgan vaqtni teriga sharikli ruchka bilan yozib qo'yish yoki qog'ozga yozib, bog'lovga qistirib qo'yish yoki jo'natish xujjatlarida ko'rsatish lozim.
9. Jgut qo'yilgan qo'l yoki oyoqni transport shinasi bilan immobilizatsiya qilinadi va balandroq holat beriladi.
10. Bemorni yotgan xolatda tezlikda statsionarga transportirovka qilinadi va jgut va bog'lovni doimo nazorat qilib turiladi.

Qon to'xtatuvchi jgut yo'q bo'lsa, qo'l ostidagi mato va ashyolardan (kamar, arg'amchi, chorsi, burov, ro'molcha va bosh.) foydalanish mumkin.. Buning uchun, keng tasma (4-5 sm) shaklidagi pishiq mato olinadi. Jaroxatlangan qo'l yoki oyoq ostidan o'tkazib olinadi va uchlari tugiladi. Tugun va qo'l yoki oyoq orasiga tayoqcha (kaltakcha) qo'yib, periferik puls yo'kolguncha burab aylantiriladi. Tayoqcha ortga aylanib, jgut bo'shab ketmasligi uchun uni bog'lab qo'yiladi.

TANANING BOSHQA JOYLARIDAGI QON TOMIRLARDAN QON KETGANDA VAQTINCHA QON TO'XTATISH USULLARI.

Venoz qon ketish - venalarda bosim past bo'ladi, shu sababli qonash sekin, bir maromdagi oqim ostida, to'q -qizil qon oqishi bilan namoyon bo'ladi. Katta venalar jaroxatlanganda qon ketishi, pulslangan ko'rinish olishi, vena ichidagi manfiy bosim sababli venaga havo so'rilishi oqibatida havo emboliyasiga olib kelishi mumkin.

Bosib turuvchi bog'lovni kapillyarlar va kichikroq venalardan qon ketishida qo'llaniladi. Jaroxatga bir necha qatli steril doka salfetka qo'yiladi va yuzani bir xil bosimda kaft va barmoqlar bilan 5-10 daqiqa mobaynida bosib turiladi. Bu holatda jaroxatga qon oqib kelishi kamayadi. Jaroxatdagi qon ivishni boshlaydi, qon oqishi kamaya boshlaydi va keyin to'xtaydi. Qon to'xtagandan so'ng, jaroxatni zich bog'lab qo'yish mumkin bo'ladi.

Jaroxat chuqur bo'lgan holatlarda, pinset yordamida steril bint bilan tamponada qilinadi. Tampon ustidan esa, paxta-dokali bog'lov qo'yiladi. Jaroxatlangan qo'l yoki oyoqqa balandroq holat beriladi.

Arteriyani yuqorisidan bosib turishni katta barmoq, kaft, musht bilan amalga oshirish mumkin. Bu usul bilan qon ketishini qisqa muddatga – jgut tayyor bo'lguncha, to'xtatib turish mumkin. Bosib turish bilan arterial qon ketishini uzoqroq muddatga to'xtatib turib bo'lmaydi. Transportirovka

uchun bu usul umuman yaramaydi. Bosishni arteriya suyaklar yaqinidan o'tgan sohalarda amalga oshiriladi.

Qo'l, yoki oyoqni bo'g'imlardan maksimal bukib, qon to'xtatishni, sinishlar yo'q bo'lgan holatlarda qo'llaniladi. Qon ketish sohasi yuqorisidan, bo'g'imning buklovchi yuzasiga paxta-dokali valik qo'yiladi va bo'g'imni maksimal darajada, toki bo'g'im pastida puls yo'qolguncha (arteriya valik va qo'l yoki oyoqning bo'g'imning ikki tarafidagi qismlari o'rtasida qisilguncha) qisiladi. Shu holatda qo'l yoki oyoqni bint (kamar yoki boshqa qo'l ostidagi ashyo) yordamida bog'lab qo'yiladi va bog'lov qo'yilgan vaqtni ko'rsatib, oyoq yoki qo'l terisiga ruchka bilan yozib qo'yiladi yoki qog'ozga yozib, bog'lovga to'g'nog'ich bilan qadab qo'yiladi. Bu usul bilan qon to'xtatishni, bemorlarni yaqin davolash muassasasiga transportirovka qilish paytida qo'llash mumkin.

YIRIK QONTOMIRLARDAN QON KETGANDA, BARMOQ BILAN

BOSIB VAQTINCHA QON TO'XTATISH UCHUN ANATOMIK

NUQTALAR:

1. O'mrov osti arteriyasini, o'mrov usti sohasida 1 -qovurg'aga bosib turish.
2. Yelka arteriyasini, ikki boshli muskulning ichki qirg'og'i, suyakning ichki yuzasida bosib turiladi.
3. Chakka arteriyasini, quloq old suprasi oldidan, yonoq suyagiga bosish mumkin.
4. Umumiy uyqu arteriyasini, to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushak oldidan, VI bo'yin umurtqasini ko'ndalang o'sig'iga bosib turish mumkin,
5. Son sohasidan qon ketishida, son arteriyasini chov sohasida, pupart boylamdan pastda, qov suyagi o'sig'iga gorizontol satxida, son arteriyasini bosib turish mumkin yoki chov sohasiga paxta-dokali valik qo'yib, son arteriyasini sonni maksimal qoringa keltirib bukish bilan bosiladi. Sonni tanaga shu holatda kamar bilan bog'lab qo'yiladi.
6. Tizza bo'g'imi pastidan qon ketishlarida, tizza osti chuqurchasiga paxta-dokali valik qo'yiladi. Tizza osti arteriyasini bosishga tizzani maksimal bukib erishiladi. Shu holatda kamar bilan fiksatsiya qilinadi.

7.Elka yuqorisidan va o‘mrov osti sohasidan qon ketishlarida, o‘mrov osti arteriyasini o‘mrov suyagi va 1-qovurg‘a orasida qisilishiga, bemor qo‘lini maksimal darajada ortga qilib bukish bilan erishish mumkin. Shu holatda qo‘lni bint yoki kamar bilan ishonchli fiksatsiya qilinadi.

8.Elka bo‘g‘imidan pastdagi qon ketishlarida, qo‘ltiq ostiga paxta-dokali valik qo‘yib, qo‘lni ko‘krak qafasiga maksimal keltiriladi va bog‘lab qo‘yiladi.

9.Tirsak bo‘g‘imidan pastgi qon ketishlarida, tirsak bo‘g‘imi ichki yuzasiga paxta-dokali valik qo‘yiladi va arteriyani tirsakni maksimal bukish bilan qisib qo‘yiladi va qo‘lni fiksatsiya qilinadi.

Statsionar sharoitida, jaroxatdan qon ketishni uzil-kesil to‘xtatish to‘g‘risida “Jaroxatga birlamchi xirurgik ishlov berish”ga qaralsin!



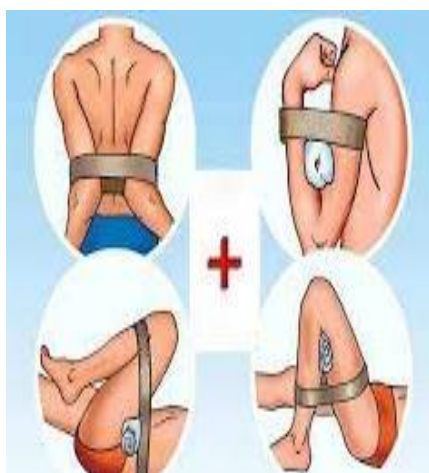
Rasm 1.



Rasm 2.



Rasm 3.



Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.



Rasm 7.



Rasm 8.



Rasm 9.



Rasm 10.

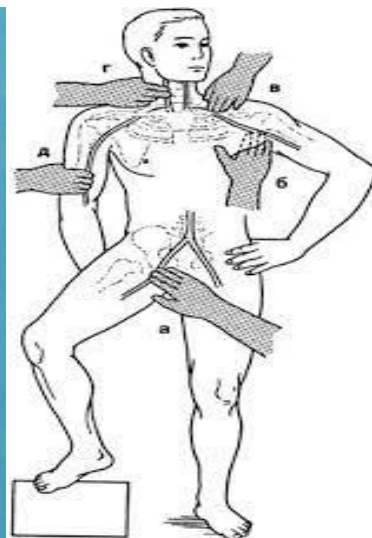
метод остановки кровотечения из сонной артерии



Rasm 11.



Rasm 12.



Rasm 13.

Rasm 1-kapillyar va venoz qon ketishni to'xtatish usullari; **Rasm 2**-venoz va arterial qon ketishni to'xtatish usullari; **Rasm 3**-bilak arteriyasidan qon ketganda,

tompon qo'yib, qo'l bilan bosib vaqtincha to'xtatish; **Rasm 4**-qo'l va oyoqni yirik qontomirlaridan qon ketganda,vaqtincha to'xtatish usullari; **Rasm 5**-bilak qontomirlaridan qon ketganda,elkaga rezinali qisqich(jgut) qo'yish; **Rasm 6**-boldir qon tomirlaridan qon ketganda,songa rezinali qisqich qo'yish; **Rasm 7**-uyqu,o'mrov osti,yuz,ensa,bilak va qo'litiq osti arteriyalaridan qon ketganda,tomirni barmoq bilan bosib,vaqtincha to'xtatish usullari; **Rasm 8**-boldir,bilak,o'mrov osti arteriyalaridan qon ketganda,vaqtincha to'xtatish usullari; **Rasm 9**-bilak arteriyasidan qon ketganda,elkaga mato qo'yib,uni burab qisib to'xtatish; **Rasm 10**-kapillyar qon ketishni to'xtatish uchun kerakli tibbiy anjomlar; **Rasm 11**-bo'yin soxasida qon ketganda ,vaqtincha to'xtatish usuli; **Rasm 12**-rezina qisqichlar turlari; **Rasm 13**-yirik qontomirlarni qo'l bilan bosib, vaqtincha qon to'xtatish uchun, tanadagi nuqtalar sxemasi.

BURUNDAN QON KETISHNI TO'XTATISH TEXNIKASI

Maqsad: Burundan ketyotgan qonni to'xtatish.

Ko'rsatma: Burundan qon ketish.

Kerakli tibbiy jixozlar: Steril uzun yumshoq pinset va qisqich,steril maxsus tayyorlangan ingichka dokali tampon,steril paxta shariklari,3% li vodorod peroksidi,Nº 2 steril ipak ip

Bajarish texnikasi:

Bola kushetkaga yotqizilib, burun qoqish man' etiladi.Qon to'xtatishning eng oddiy usuli, burunni tashqaridan barmoqlar bilan to'sig'igacha siqib turish. Agar 3-4 minutdan keyin yordam bermasa, burunning oldingi tamponadasi o'tkaziladi. Buning uchun, steril paxtani vodorod peroksidga namlab, shariklar yoki tor marlili tampon burunga kiritiladi. Burun ustiga sovuq kompress quyiladi.

Kamdan-kam holatlarda, oldingi tamponda yordam bermasa va qon burun-xalqumdan qizilo'ngachga o'tsa yoki bola qon tupursa, burunning orqa tamponadasi o'tkaziladi. Bunda yumshoq rezinali yoki polietilen kateter (Nº10-12) tashqi burun teshigiga kiritiladi va burun-xalqumgacha siljtiladi. Kateter uchi

burun-xalqumda ko‘ringach, uzun pinset yoki qisqich yordamida og‘izdan shu uchi tortib olinadi va ipakli №2 li ipak ligatura bilan 15-20 sm uzunlikda bog‘lanib, boshqa uchi bilan ligatura orqali maxkamlanadi va dokali tampon xalqumning orqa devoriga olib qattiq qisiladi. Ligatura kateterdan ajratilib olinib, oldingi tamponadaga o‘tkaziladi. Ligaturaning uchlari oldingi tamponadaga bog‘lanadi. Tamponlar 24-48 soatdan keyin olinadi. Orqa tampon 2-chi ligatura orqali olinadi. U esa og‘iz orqali chiqariladi. Orqa tamponadan keyin, bemor LOR shifokori kuzatuvi ostida statsionarga yotqiziladi.



Rasm 1.



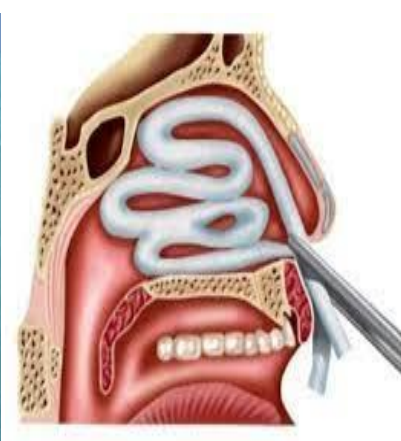
Rasm 2.



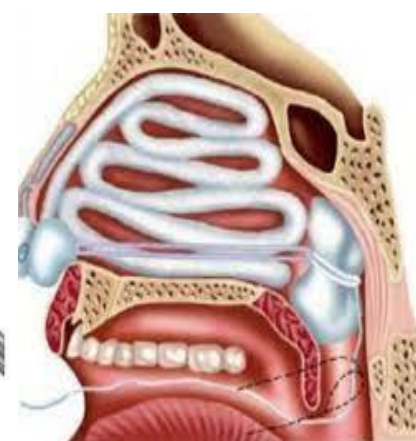
Rasm 3.



Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.

Rasm 1-burunni barmoqlar bilan bosib qon to‘xtatish; **Rasm 2**-burun ustiga sovuq qo‘yish; **Rasm 3**-burundan qon ketganda boshni to‘g‘ri va noto‘g‘ri xolati; **Rasm 4**-burun bo‘shlig‘ini tomponada qilish va orqa tomponada qilish uchun moslama – obturator; **Rasm 5**-burun bo‘shlig‘ini oldingi tomponada qilish; Rasm 6-burun bo‘shlig‘ini orqa tomponada qilish sxemasi.

O'SIB KIRGAN TIRNOQNI OLISH TEXNIKASI

Maqsad: Oyoq yoki qo'l barmoqlaridagi o'sib kirgan tirnoqni olish.

Ko'rsatma: Bemorni oyoq yoki qo'l panjalarini oxirgi falangasiga o'sib kirgan tirnoq.

Kerakli tibbiy jixozlar: Dokadan tayyorlangan steril salfetka va shariklar, steril bint, 3% yoki 5% li yod, 70⁰ li spirt, 3% li vodorod peroksidi, 0,02%(1:5000) furatsillin, 0,5% yoki 2% li novokain, steril uchli qaychi, pinset, yumshoq qisqich, tibbiy skalpel, 10,0 li steril shpris ignasi bilan, steril rezina qo'lqop, ingichka rezinali qisqich (jgut).

Bajarish texnikasi:

1. Bemor bog'lov xonasida stolda yoki kushetkada, o'sib kirgan tirnoq qaysi barmoqdaligiga bog'liq xolda operatsiya qilishga qulay xolatda bo'ladi.
2. Rezina qo'lqop kiyiladi.
3. Tirnog'i o'sib kirgan barmoq terisi, uning asosidan uchigacha yod va spirt bilan ishlanadi.
4. Barmoq asosiga ingichka rezina qisqich qo'yiladi.
5. Barmoq Oberst-Lukashevich bo'yicha novokain bilan o'tkazuvchan og'riqsizlantiriladi. (Shu usul texnikasiga qaralsin!)
6. O'sib kirgan tirnoqni uchli qaychi bilan qirqib olib tashlanadi.
7. Agar o'sib kirgan tirnoq atrof to'qimalari yiringlagan bo'lsa, vodorod peroksidi va furatsillin bilan yuvib tozalanadi.
7. Rezina qisqich yechiladi.
8. Jaroxatga antibiotik kukunini sepib, aseptik bog'lam qo'yiladi.
9. Rezina qo'lqop yechilib, antiseptik suyuqlik bor idishga solinadi.

Mumkin bo'lgan asoratlari:

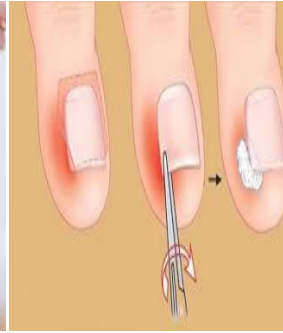
1. Jaroxatda nerv va qon tomirlar shikastlanishi mumkin.
2. Jaroxat infeksiyalanib, yiringlashi mumkin



Rasm 1.



Rasm 2.



Rasm 3.



Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.



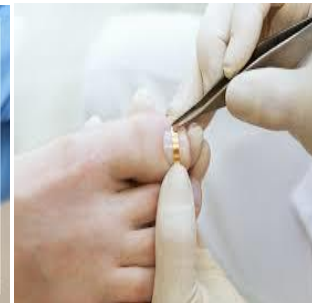
Rasm 7.



Rasm 8.



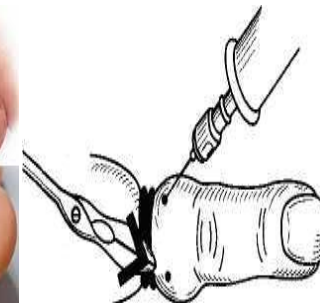
Rasm 9.



Rasm 10.



Rasm 11



Rasm 12.

Rasm 1-oyoqni bosh barmog'ini o'sib kirgan tirnog'ini maxsus asbob bilan olish; **Rasm 2**-oyoqni bosh barmog'ini o'sib kirgan tirnog'ini uzgich (kusachka) bilan olish; **Rasm 3,4**-barmoqni o'sib kirgan tirnog'ini yumshoq qisqich bilan ushlab burab olish; **Rasm 5**-oyoqni bosh barmog'ini tirnog'ini o'sib kirishi; **Rasm 6**-oyoqni bosh barmog'ini o'sib kirgan tirnog'ini atrof to'qimasini yallig'lanishi; **Rasm 7**-oyoqni bosh barmog'ini o'sib kirgan tirnog'ini qaychi bilan olish; **Rasm 8**-qo'l barmog'ini o'sib kirgan tirnog'ini maxsus asbob bilan olish; **Rasm 9**-oyoqni bosh barmog'ini o'sib kirgan tirnog'iga, tortib turuvchi ilmoq (skoba)qo'yilgan; **Rasm 10,11**-oyoqni bosh barmog'ini o'sib kirgan tirnog'iga maxsus tortib turuvchi plastinka qo'yilgan; **Rasm 12**-tirnoqni olishda, Oberst-Lukashevich bo'yicha og'riqsizlantirish sxemasi.

YUMSHOQ TO‘QIMALARDAN YOT JISMNI OLISH TEXNIKASI

Maqsad: Yumshoq to‘qimalarga kirib qolgan yot jismlarni olish.

Ko‘rsatma: Bemorni tanasini yumshoq to‘qimalariga kirib qolgan xar-xil metal jismlar (miq,igna,sim,armatura,pichoq,metal parchalari va b.),yog‘och parchalari, daraxt shoxlari,plasmassa parchalari,toshlar,shisha parchalari, tikan va tashqi muxitdan tushadigan boshqa mayda jismlar.

Kerakli tibbiy jixozlar: Dokadan tayyorlangan steril salfetka va shariklar, bint, 3% yoki 5 % li yod, 70^0 li spirt, 3% li vodorod peroksidi, 0,02%(1:5000) furatsillin, 0,5% yoki 2% li novokain, qaychi, pinset, yumshoq qisqich, tibbiy skalpel, 10,0 li steril shpris ignasi bilan,steril rezina qolqop,agar tikish kerak bo‘lsa, steril ipak ip va xirurgik igna.

Bajarish texnikasi:

- 1.Bemor bog‘lov xonasida stolda yoki kushetkada, tananing yot jism kirgan joyiga bog‘liq xolda, operatsiya qilishga qulay xolatda bo‘ladi.
- 2.Jaroxat atrofi terisi yod va spirt bilan ishlanadi,agar jaroxat ifloslangan bo‘lsa, vodorod peroksidi va furatsillin bilan yuvib tozalanadi.
- 3.Jaroxatlangan soxa yumshoq to‘qimalari novokain bilan joyli og‘riqsizlantiriladi.
4. Yot jism tortib olinmaydi, jaroxat kesib yoki kesmasdan to‘mtoq yo‘l bilan kengaytirilib, u olib tashlanadi. Yot jism qoldig‘i qolmaganligi tekshirib ko‘riladi.
- 5.Jaroxat yana vodorod peroksidi va furatsillin bilan qayta yuviladi.
- 6.Jaroxat qirg‘oqlari tekis bo‘lmasa,ularni kesib olib tekislanadi.
- 7.Jaroxat tikiladi. Kerak bo‘lsa jaroxatda rezina chiqargich qoldirib tikiladi.
- 8.Jaroxatga aseptik bog‘lam qo‘yiladi.
- 9.Keyin qoqsholga qarshi anatoksin qilinadi.Agar keyingi 6 oy ichida vaksinasiya olgan bo‘lsa, 500 AB anatoksin qilinadi, 6 oy ichida olmagan bo‘lsa 1000 AB anatoksin qilinadi. .

10. Rezina qo‘lqop yechilib, antiseptik suyuqligi bor idishga solinadi.

Mumkin bo‘lgan asoratlar:

1. Jaroxatda yot jism bo‘laklari qolib ketishi mumkin.
2. Jaroxatda nerv va qon tomirlarni shikastlanishi mumkin.
3. Jaroxat infeksiyalanib, yiringlashi mumkin.



Rasm 1.



Rasm 2.



Rasm 3.



Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.



Rasm 7.



Rasm 8.



Rasm 9



Rasm 10

Rasm 1-boldir yumshoq to‘qimalarini yog‘och parchasi teshib o‘tgan; **Rasm 2**-qo‘l kafti tashqi yuzasiga sanchilib qolgan yot jismini olish; **Rasm 3**-ko‘rsatkich barmoqqa sanchilib qolgan yot jismini olish; **Rasm 4**-ko‘rsatkich barmoq yumshoq to‘qimasiga kirib qolgan miq; **Rasm 5**-oyoqni I va II barmoqlarini yumshoq to‘qimalariga kirib qolgan temir yot jism. **Rasm 6**-qo‘lni IV barmog‘iga kirib qolgan igna; **Rasm 7**-yumshoq to‘qmalardan yot jismlarni olish uchun o‘tkir va ilmoqli asboblar; **Rasm 8**-yot jismini, to‘qimani kesib olgandan keyin terini tikilgan xolati; **Rasm 9**-yelka bo‘g‘imiga kirgan kichik yot jismini lupada kattalashtirib ko‘rish. **Rasm 1**-tovonga oynani parchasi teshib kirib qolgan.

A.V.VISHNEVSKIY BO‘YICHA NOVOKAINLI INFILTRATSION ANESTEZIYA QILISH

Maqsad: Yumshoq to‘qimalarda o‘tkaziladigan operatsiyalarda joyli og‘riqsizlantirish.

Ko‘rsatma: Yumshoq to‘qimalarda xar-xil operatsiyalar o‘tkazish.

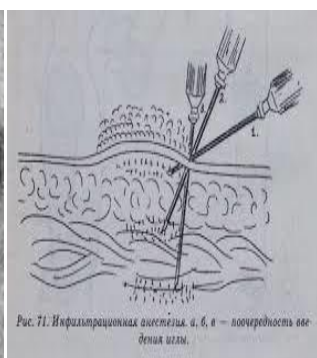
Kerakli tibbiy jixozlar: Steril rezina qo‘lqop, 10,0 yoki 20,0 li steril shpris ignasi bilan, 3% yoki 5% li yod, 70⁰ li spirt, 0,25% yoki 0,5% li novokain, dokadan tayyorlangan steril salfetka va shariklar, pinset.

Bajarish texnikasi:

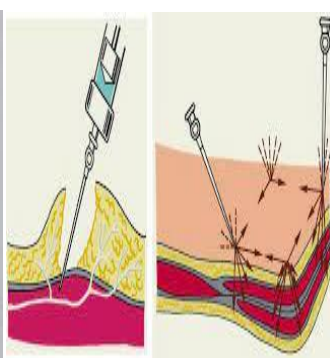
1. Bemorga operatsion stolda qanday operatsiya o‘tkazilishiga bog‘liq xolda xolat beriladi.
2. Rezina qo‘lqop kiyiladi.
3. Operatsiya maydoniga yod va spirt bilan ishlov beriladi.
4. Shprisga kerakli miqdordagi novokainni olib, ignani teriga suqib novokain yuborib, avval “limon po‘stlog‘i” xosil qilinadi, so‘ng ignani xar-xil yo‘nalishda chuqurga to‘qimalarga suqib, asta-sekin kerakli miqdorda novokain yuborib, to‘qimalar infiltratsiya qilinadi.
5. Operatsiya tugagandan keyin, aseptik bog‘lov qo‘yiladi..
6. Rezina qo‘lqop yechilib, antiseptik suyuqligi bor idishga solinadi.



Rasm 1.



Rasm 2.



Rasm 3.



Rasm 4.

Rasm 1-terida novokain bilan limon po‘stlog‘ini xosil qilish; **Rasm 2**-teristi to‘qimalarga ignani xar-xil yo‘nalishlarda kirgizib, novokainni yuborib, infiltratsiya

qilish; **Rasm 3**-operatsiya maydonidagi yumshoq to‘qimalarga ignani xar-xil joylarda qavatma-qavat kirgib ,infiltratsiya qilish sxemasi; **Rasm 4**-Loren-Epshtein bo‘yicha urug‘ tizimchasi atrofi to‘qimalarini novokain bilan infiltratsiya qilib,blokada qilish.

A.V.VISHNEVSKIY BO‘YICHA VAGOSIMPATIK BLOQADA QILISH TEXNIKASI

Maqsad: O‘tkazuvchan og‘riqsizlantirish,plevropulmonal shokni profilaktika qilish va davolash.

Ko‘rsatma: Ochiq pnevmotoraks, plevropulmonal shokni oldin olish uchun, ko‘krak bo‘shlig‘i a‘zolarini shikastlanishlarida,ko‘krak qafasi a‘zalarida o‘tkazilgan operatsiyalardan keyin, operatsion shok xolatlarda.

Qarshi ko‘rsatma: Diafragmani parezi,qorin bo‘shlig‘i a‘zolarini shikastlanishi.

Kerakli tibbiy jixozlar: 10,0 yoki 20,0 li steril shpris ignasi bilan, 3% yoki 5% li yod,70⁰ li spirt, dokadan tayyorlangan steril salfetka va shariklar, 0,25% yoki 0,5% li novokain, pinset,tibbiy leykoplastir, yostiqcha (valik).

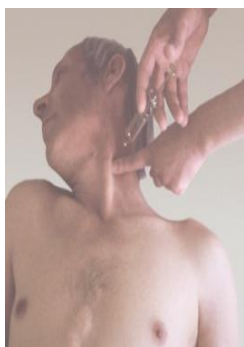
Bajarish texnikasi:

1. Bemor orqasiga chalqancha yotkaziladi.
2. Yelkasi ostiga yostiqcha (valik) qo‘yiladi.
3. Bemorni boshi biroz orqaga va qarama-qarshi tomonga burilib, shu tomondagi qo‘l va yelkasi pastga tushiriladi.
4. Punksiya qilinadigan soxa terisi yod va spirt bilan ishlanadi.
5. Vrach chap qulining ko‘rsatkich barmog‘i bilan *m.sternocleudomastoidus*ning orqa qirg‘og‘i o‘rtasidan bo‘yin umurtqasi tomon bosib, muskullar va muskuldan orqa va medial tomonda joylashgan bo‘yinning qontomir-nerv tutami xam ichkari va oldinga suriladi.
6. Shprisga novokain olib, ignasi teriga sanchilib,novokainli infiltratsiya qilinadi va IV bo‘yin umurtqasi ko‘ndalang o‘simtasi old yuzasi yo‘nalishida ichkariga, biryuz yuqoriga 4-6 sm chuqurlikda kiritiladi va shpris tortib ko‘riladi

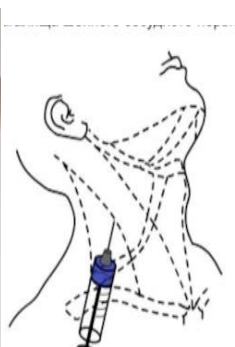
(qon chiqmaslik kerak). Shprisda 0,25%-li 40-50ml novokain bir vaqtda yuboriladi. Bloqada to‘g‘ri o‘tkazilganda, yuzda va ko‘z oqida giperemiya bo‘ladi, ayrim paytda Klod-Bernar-Gorner sindromi (qorachiq torayishi, ko‘z yorig‘i qisqarishi, ko‘z olmasi tushishi) kuzatiladi;

7. Igna chiqariladi, igna sanchilgan joyga yod surkab, aseptik bog‘lam qo‘yib, leykoplastir bilan teriga yopishtiriladi.

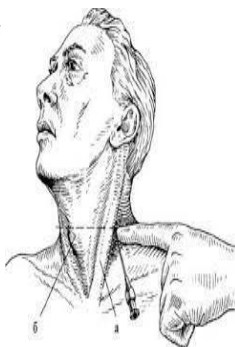
Mumkin bo‘lgan asoratlar: Uyqu arteriyasini, venani, qizilo‘ngachni va traxeyani teshilishi, punksiya qilingan joyda gematoma, shu tomondagi qo‘lida parez, chap tomonda qilinganda yurak faoliyatini buzilishi. Agar shprisga qon chiqsa, ignani chiqarib barmoq bilan punksiya qilingan soxani 3-5 daqiqaga bosib turiladi. Agar qizilo‘ngach teshilsa, novokain yuborilganda achchiq seziladi, agar traxeya teshilsa, yo‘tal bo‘lib, traxeyada yot jism borligi xis qilinadi. Bunday xollarda bloqada qilish to‘xtatiladi.



Rasm 1.



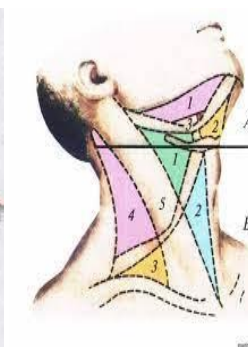
Rasm 2.



Rasm 3.



Rasm 4.



Rasm 5.

Rasm 1-terida punksiya qilish nuqtasini belgilash va blokada qilish; **Rasm 2**-terida punksiya qilish nuqtasini belgilash sxemasi; **Rasm 3**-punksiya qilishda ignani yo‘nalishi sxemasi; **Rasm 4**- IV bo‘yin umurtqasi ko‘ndalang o‘simtasi old yuzasiga ignani kiritish; **Rasm 5**-bo‘yinni soxalarga bo‘linish sxemasi.

OBERST-LUKASHEVICH BO‘YICHA O‘TKAZUVCHAN ANESTEZIYA QILISH TEXNIKASI

Maqsad: Barmokda o‘tkaziladigan operatsiyalarda, barmoqni ikki yon tomonidan o‘tadigan nerv tolalarini o‘tkazuvchan og‘riqsizlantirish.

Ko'rsatma: O'sib kirgan tirnoqni olish, panaritsiyni ochish, barmoqdagi jaroxatlarga birlamchi jarroxlik ishlov berish va barmoqdagi yot jismni olish.

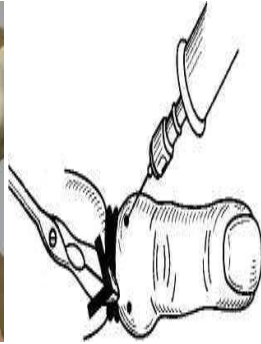
Kerakli tibbiy anjomlar: Bog'lov xonasida operatsiya stoli, steril rezina qo'lqop, 5,0 yoki 10,0 li steril shpris ignasi bilan, 3% yoki 5%li yod, 70⁰ li spirt, dokadan tayyorlangan steril salfetka va shariklar, steril bint, 0,5% li novokain yoki 2% li lidokain, pinset, tibbiy leykoplastir, ingichka rezina qisqich (jgut), yumshoq qisqich.

Bajarish texnikasi:

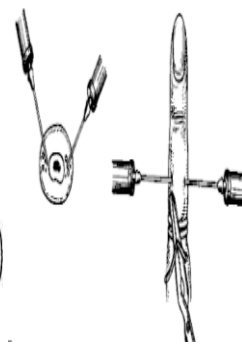
1. Bemor bog'lov xonasida operatsiya stolida chalqancha yotgan yoki o'tirgan xolatda bo'ladi.
2. Rezina qo'lqop kiyiladi.
3. Operatsiya qilinadigan barmoq terisiga yod va spirt bilan ishlov beriladi.
4. Operatsiya qilinadigan barmoq asosi ingichka rezinali jgut yoki bint yoki dokali tasma bilan siqib bog'lanadi
5. Barmoqni ikki yon tomonidan o'tgan nerv tolalarini blokada qilish uchun, qo'yilgan jgutdan biroz distalroq, barmoqni ikkala yon tomoni terisiga ignani navbatma-navbat sanchib, to'qimalar novokain bilan infiltratsiya qilinadi. Bunda barmoq asosida novokainli infiltratsion xalqa xosil bo'ladi, natijada barmoqni ikki yon tomonidan o'tadigan nerv tolalari og'riqsizlanadi.
6. 2-3 minut o'tgach, kerakli operatsiya bajariladi.
7. Operatsiya tugagandan so'ng, barmoqdan jgut yechiladi va barmoq jaroxatiga aseptik bog'lam qo'yib, bint bilan bog'lanadi.
8. Rezina qo'lqop yechilib, antiseptik suyuqligi bor idishga solinadi.



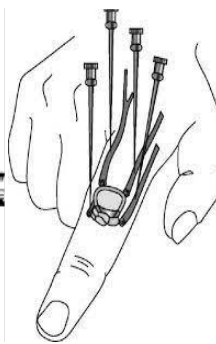
Rasm 1.



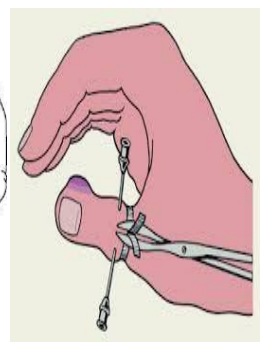
Rasm 2.



Rasm 3.



Rasm 4.



Rasm 5.

Rasm 1-qo‘lni ko‘rsatkich barmog‘ini panariysida o‘tkazuvchan og‘riqsizlantirish;
Rasm 2,3,4,5-barmoq ososiga ingichka rezina qisqich qo‘yib, o‘tkazuvchanlik og‘riqsizlantirish sxemasi.

VENA QON TOMIRINI PUNKSIYA QILISH TEXNIKASI

Maqsad. Analizga qon olish, venadan qon chiqarish, turli suyuq dori moddalarini shpris orqali yoki tomizgich (sistema) ulab tomchilab, vena orqali organizmga yuborish.

Ko‘rsatma:Organizmga suyuq dori moddalarni yuborish zarurati bo‘lganda.

Kerakli tibbiy jixozlar:Rezina qisqich (jgut), yumshoq qisqich,pinset, 5,0 yoki 10,0 yoki 20,0 li steril shpris ignasi bilan, qon chiqarish yoki qon o‘rnini bosuvchilarni quyish uchun yo‘g‘on igna, 70⁰ li spirt, paxta shariklar, toza sochiq, kleyonkali bolishcha (valik),steril rezina qo‘lqop, steril lotok,yuborilishi kerak bo‘lgan dori modda,suyuq dori moddalarni venaga tomchilab yuborish uchun tomizgich(sistema) va leykoplastir.

Venepunksiyani bajarish texnikasi:

Venepunksiya uchun asosan qo‘lni tirsak chuqurchasi venalari, kamroq oyoqlardagi va kaftning yuza venalari xamda bosh venalaridan foydalaniladi.

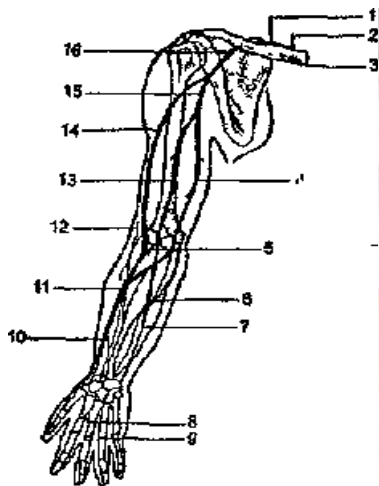
1.Bemor karavotda yoki kushetkada chalqancha yotgan xolda yoki stulda o‘tirgan xolda bo‘ladi.Agar tirsak venasini punksiya qilinsa, bemor stulga uning suyanchig‘iga qarab oldi bilan o‘tirib, punksiya qilinadigan qo‘lini uning suyanchig‘iga yozib qo‘yiladi.

2. Yozilgan qo‘lning tirsagi ostiga sochiq yopilgan bolishcha qo‘yiladi.
3. Shifokor yoki xamshira qo‘llarini yaxshilab sovunlab yuvib, spirt bilan artadi va rezina qo‘lqop kiyadi.
4. Elkaning pastki 3 dan 1 qismiga rezina jgut qo‘yib, arterial qon oqimi saqlangan xolda venalar qisiladi. Arterial qon oqimini saqlanganligini pulsdan tekshiriladi. Agar puls zaif bo‘lsa, jgut juda kuchli siqilganini bildiradi va jgut biroz bo‘shatiladi.
5. Punksiya qilinadigan soxa terisi spirt bilan ishlanadi.
6. Shprisga suyuqlik (fiz. eritma) olib ignani o‘tkazuvchanligi tekshiriladi.
7. Venani yaxshi to‘lishi uchun bemordan mushtini bir necha marta siqib-ochishni so‘raladi so‘ng mushtini ushlab turiladi.
8. Shifokor chap qo‘lining 2 va 3 chi barmoqlari bilan venani fiksatsiya qilib, uning terisini taxminiy punksiya qilinadigan joydan pastga biroz tortib turiladi. Ignada va shprisda xavo bo‘lmasligi kerak.
9. Agar dori yuborish kerak bo‘lsa, dori olingan shpris ignasini kesilgan joyini tepaga qilib, venaga parallel ravishda teriga sanchib o‘tkazib, 45° burchak ostida ignani yuqoriga yo‘naltirib, keyin esa birmuncha kichikroq burchak ostida venani yon tomonidan yoki ustidan teshib, vena ichiga kiritiladi. Igna venada to‘g‘ri joylashgan bo‘lsa, shprisda qon paydo bo‘ladi. Agar qon yo‘q bo‘lsa, ignani teridan sug‘urib olmasdan venaga kiritishga qayta urinib ko‘riladi. Ignani venaga faqat bir marta kiritish mumkin, ikki marata kiritilsa gematoma rivojlanishi mumkin. Shprisda qon paydo bo‘lgach, chap qo‘l bilan jgut yechiladi va bemordan mushtini yozib qo‘lini bo‘shatishni so‘raladi..
10. Agar laborator tekshiruvga qon olish kerak bo‘lsa, ignani kanyulasi ostiga probirka qo‘yiladi yoki shpris bilan qon tortib olinadi. Agar qon chiqarib yuborish zarur bo‘lsa, ignani kanyulasiga rezina naychani ulanadi va naychani tashqi uchini lotokka tushirib qo‘yiladi. Agar tomirga suyuq dori moddalarni yuborish kerak bo‘lsa, ignaga dori eritmasi tortilgan shpris ulanib yuboriladi. Agar dori

moddalarni tomchilab yuborish kerak bo'lsa, sistemani uchi ignani kanyulasiga ulanadi.

11. Muolaja tugagach, spirtli paxtana in'eksiya qilingan joyga bosib, ignani venadan chiqarib, bemorga bo'sh qo'lini ko'rsatkich barmog'ini paxta ustiga qo'yib, qo'lni tirsakda bukib 2-3daqqa ushlab turishni so'raladi. Igna o'rniga steril bosib turuvchi (leykoplastir bilan yoki bint bilan) bog'lam qo'yiladi.

Mumkin bo'lgan asoratlar: Venani ikkala devorini teshilishi, teriosti gematomani rivojlanishi, arteriyani teshilishi, flebit, nervni zararlanishi, punksiya joyini infeksiyalanishi, xavo emboliyasi.



Rasm 1.



Rasm 2.



Rasm 3.



Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.



Rasm 7.

Rasm 1-qo'lning vena qontomirlarini proeksiyasini sxemasi; **Rasm 2**-bilak venasini punksiya qilish; **Rasm 3**-qo'lni kaft yuzasi venasi punksiya qilinib, tomizgich ulangan va igna teriga leycoplastir bilan yopishtirib

maxkamlangan; **Rasm 4-** bilak chuqurchasi venasi punksiya qilinib,ignaga tomizgich ulangan va teriga leykoplastir bilan yopishtirib maxkamlangan; **Rasm 5-**bilak chuqurchasi venasini punksiya qilish; **Rasm 6-**bilak venasini punksiya qilish uchun,qo‘lga rezina qisqich qo‘yish; **Rasm 7-**venapunksiya uchun maxsus ignalar.

VENAGA TOMIZGICHNI (KAPELNITSA) ULAB DORI YUBORISH

Maqsad: Bemorga venasi orqali suyuq dori moddalarni tomchilab yuborish.

Ko‘rsatma: Bemorni suvsizlanishi (degidratatsiya), o‘tkir zaxarlanishlarda dezintoksikatsiya o‘tkazish, parenteral oziqlantirish, qon va uning o‘rnini bosuvchi preparatlarni tomchilab yuborish.

Kerakli tibbiy jixozlar: Venaga tomizgich (sistema), paxta shariklar, 70⁰ li spirt,suyuq dori preparatlari solingan flakon, pinset, yumshoq qisqich, 5,0 yoki 10,0 li shpris ignasi bilan, shtativ, rezina qisqich (jgut), steril rezina qo‘lqop, kleyonkali bolishcha(valik), toza sochiq.

Bajarish texnikasi: Venapunksiya uchun asosan qo‘lni tirsak chuqurchasi venalari, kamroq oyoqlardagi va kaftning yuza venalari xamda bosh venalaridan foydalaniladi.

- 1.Yuboriladigan dorining yaroqliligi (nomi, yaroqlik muddati, rangi, tiniqligi, mikdori), sistemani germetikligi va yaroqlilik muddati tekshiriladi.
2. Shifokor yoki xamshira qo‘llarini yaxshilab sovunlab yuvib, quritib, spirt bilan artadi va rezina qo‘lqop kiyyadi.
- 3.Flakonni metall qopqog‘i spirtli tompon bilan artilib, uning markaziy qismi pinset bilan ochiladi..
4. Paketni ochib sistema olinadi va tarmoq naychanning ignasidan qopqog‘ini olib, ignasini flakonni probkasini teshib unga kiritiladi.
- 5.Sistema qisqichini yopib, flakonni tubini yuqoriga ko‘tarib, uni shtativda maxkamlanadi.

6. Sistemani qisqichini ochib, tomizgichni ko'ndalang xolatga ag'darib, uni yarmigacha suyuqlik bilan to'ldiriladi.
7. Qisqichni yopib, tomizgichni avvalgi vertikal xolatiga keltiriladi.
8. Qisqichni ochib, xavo to'liq chikib ketmaguncha va in'eksiya uchun mo'ljalangan ignadan tomchilar paydo bo'lguncha sistema to'ldiriladi.
9. Bemor karavotda yoki kushetkada orqasi bilan chalqancha yotadi.
10. Agar tirsak venasini punksiya qilinsa, bemorni yozilgan qo'lini tirsagi ostiga sochiq yopilgan bolishcha qo'yiladi.
11. Bilakning pastki 3/1 qismiga rezina jgut qo'yib, arterial qon oqimi saqlangan xolda venalar qisiladi. Arterial qon oqimini saqlanganligini pulsdan tekshiriladi. Agar puls zaif bo'lsa, jgut juda kuchli siqilganini bildiradi va jgut biroz bo'shatiladi.
12. Punksiya qilinadigan soxa terisi spirt bilan ishlanadi.
13. Shprisga suyuqlik (fiz. eritma) olib, ignani o'tkazuvchanligi tekshiriladi.
14. Venani yaxshi to'lishi uchun, bemordan mushtini bir necha marta siqib-ochishni so'raladi.
15. Shifokor chap qo'lining 2 va 3 chi barmoqlari bilan venani fiksatsiya qilib, uning terisini taxminiy punksiya qilinadigan joydan pastga biroz tortib turiladi. Ignada va shprisda xavo bo'lmasligi kerak.
16. Shpris ignasini kesilgan joyini tepaga qilib, venaga parallel ravishda teriga sanchib o'tkazib 45^0 burchak ostida ignani yuqoriga yo'naltirib, keyin esa birmuncha kichikroq burchak ostida venani yon tomonidan yoki ustidan teshib, vena ichiga kiritiladi. Igna venada to'g'ri joylashgan bo'lsa, shprisda qon paydo bo'ladi. Agar qon yo'q bo'lsa, ignani teridan sug'urib olmasdan venaga kiritishga qayta urinib ko'riladi. Ignani venaga faqat bir marta kiritish mumkin, ikki marata kiritisa gematoma rivojlanishi mumkin. Shprisda qon paydo bo'lgach, chap qo'l bilan jgut yechiladi va bemordan mushtini yozib, qo'lini bo'shatishni so'raladi..
17. Ignani kanyulasiga sistema ulanadi va sistemadan qisqich olinadi.

18. Igna va sistemani kanyulasi leykopplastir bilan teriga yopishtirib maxkamlanadi.

19. Muolaja tugagach, spirtli paxtana in'eksiya qilingan joyga bosib, ignani venadan chiqarib, bemorga qo'lini ko'rsatkich barmog'ini paxta ustiga qo'yib, qo'lni tirsakda bukib 2-3daqqa ushlab turishni so'raladi. Igna o'rniga steril bosib turuvchi (leykopplastir bilan yoki bint bilan) bog'lam qo'yiladi.

Mumkin bo'lgan asoratlar: Venani ikkala devorini teshilishi, gematoma, arteriyani teshilishi, flebit, nervni zararlanishi, punksiya joyini infeksiyalanishi, xavo emboliyasi, bemor keskin xarakatlansa igna venadn chiqib ketishi mumkin.

In'eksiya kilingan joy qattiqlashsa yoki teri qizarsa, yod setkasi, spirtli kompress qo'yish kerak.



Rasm 1.



Rasm 2.



Rasm 3.



Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.



Rasm 7.



Rasm 8.



Rasm 9.

Rasm 1-bemorga tomizgich ulangan xolat; **Rasm 2**-tomizgich suyuqligi bor rezervuarga ulangan; **Rasm 3**-tomizgich va suyuqlik ushlovchi rezervuarlar turlari xamda ularni shtativga maxkamlangan xolati; **Rasm 4**-tomizgichni suyuqlikka to'ldirib ,tomirga ulash uchun tayyorlash; **Rasm 5**- tomizgich qon tomirga ulanib,qo'l terisiga leykoplptir bilan yopishtirib maxkamlangan; **Rasm 6**-tomirni igna bilan punksiya qilib,uning kanyulasiga tomizgich ulangan; **Rasm 7**-tomizgich; **Rasm 8**-tomizgichni suyuqligi bor rezervuarga ulash; **Rasm 9**-kaftning yuza venasini punksiya qilib, tomizgich ulangan va teriga lykoplastir bilan maxkamlangan.

OQMA YO'LINI ZONDLASH

Maqsad:Bemordagi a'zo va to'qimalarni oqmalarini zond orqali tekshirib,ularni chuqurligini va yo'nalishini aniqlash.

Ko'rsatma: Kovak a'zolari, kindikdagi sariqlik yo'lini va siydik yo'lini(uraxusni) to'liq va noto'liq oqmalari, tug'ma rektovistubulyar, rektovaginal, uretral oqmalar, bo'yinni tug'ma o'rta oqmasi, pararektal oqmalar,yumshoq to'qimalardagi yiringli oqmalar, operatsiyalardan keyingi xarxil oqmalar.

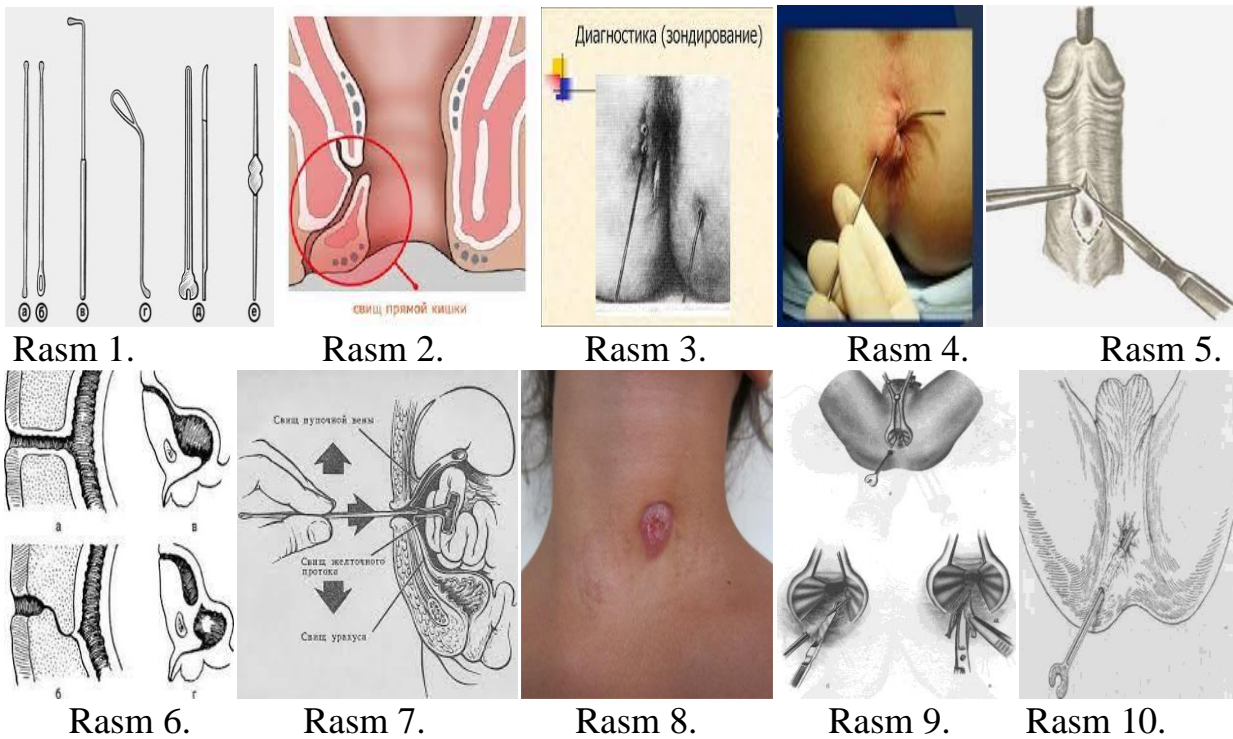
Qarshi ko'rsatma: Axvoli juda og'ir bo'lgan bemorlar, oqma soxasidagi o'tkir yallig'lanish jarayoni, qon ketish xolatlari va boshqalar.

Kerakli tibbiy jixozlar: Steril rezina qo‘lqop, steril tibbiy glitserin, dez. eritma, metal yoki yumshoq zond. Metal zondlar 4 xil bo‘ladi: tugmasimon, qo‘ziqorinsimon, ichi kovakli va kovaksiz, ariqchali yoki ariqchasiz.

Bajarish texnikasi:

1. Bemor bog‘lov xonada operatsiya stolida qaysi oqmani aniqlashga qarab, shunga mos xolatda bo‘ladi.
2. Shifokor qo‘lini sovunlab yuvadi va spirt bilan ishlov beradi.
3. Rezina qo‘lqop kiyiladi.
4. Zondlanadigan soxa dez. eritma bilan tozalanadi.
5. Zondga glitserin surtilib, uni sekin asta bosimsiz oqmani teshigi orqali chuqurga yo‘naltirib, oqmani chuqurligi va yo‘nalishi aniqlanadi.
6. Rezina qo‘lqop yechilib, antiseptik suyuqligi bor idishga solinadi.

Mumkin bo‘lgan asoratlari: Qon ketish va oqma yo‘lini shikastlanishi, teshilishi.



Rasm 1-metall zondlar turlari; **Rasm 2-**to‘liq pararektal oqma sxemasi; **Rasm 3-** pararektal oqmani zondlash; **Rasm 4-**to‘g‘ri ichak oqmasini zondlash; **Rasm 5-** uretrani oqmasi; **Rasm 6-**sariqlik yo‘lini to‘liq (a) va noto‘liq (b) oqmasi xamda uraxusni to‘liq (v) va noto‘liq (g) oqmalari; **Rasm 7-**kindik oqmasini zondlash;

Rasm 8-bo'yinni o'rta oqmasi; **Rasm 9,10**-pararektal oqmani operatsiya vaqtida zondlash.

FISTULOGRAFIYANI O'TKAZISH TEXNIKASI

Maqsad: Bemordagi a'zo va to'qimalarni xar-xil oqmalarini kontrastli rentgen tekshirib, ularni chuqurligini va yo'nalishini, a'zolarga tutushligini aniqlash.

Ko'rsatma: Kovak a'zolari, kindikdagi sariqlik yo'lini va siydik yo'lini(uraxusni) to'liq va noto'liq oqmalari, tug'ma rektovistubulyar, rektovaginal, uretral oqmalar, bo'yinni tug'ma o'rta oqmasi, pararektal oqmalar,yumshoq to'qimalardagi va suyakdagi yiringli oqmalar, ichak oqmalari,o't yo'llari oqmalari,operatsiyalardan keyingi xar-xil oqmalar.

Qarshi ko'rsatma: Axvoli juda og'ir bo'lgan bemorlar, oqma soxasidagi o'tkir yallig'lanish jarayoni, qon ketish xolatlari va boshqalar.

Kerakli tibbiy jixozlar: Steril rezina qo'lqop, steril tibbiy glitserin, dez.eritma, metal yoki ingichka polietilen steril kateter, 5,0 yoki 10,0 ml li steril shpris, 70⁰ li spirt, steril yumshoq pinset, dokadan tayyorlangan steril salfetka va shariklar, kontrast modda (yo'dning suvli eritmalaridan biri (tiombrast, triozograf, yodamid, verografin va b.).

Bajarish texnikasi:

- 1.Bemor rentgen stolida, qaysi oqmani aniqlashga qarab, shunga mos xolatda bo'ladi.
- 2.Shifokor qo'lini sovunlab yuvadi va spirt bilan ishlov beradi.
- 3.Rezina qo'lqop kiyiladi.
4. Agar oqma bo'shlig'ida yiringli yoki boshqa massa bo'lsa, oxirigacha tozalanib, oqma soxasi dez.eritma va spirt bilan tozalanadi.
- 5.Kateterga glitserin surtilib, uni sekin-asta bosimsiz burab, oqmani teshigi orqali chuqurga yo'naltirib kiritiladi.

6. Shprisga kerakli miqdordagi kontrast modda olinib, uni kateter orkali bo'shliq to'lguncha yuboriladi. Bunda asosan oqma teshigi va katetr orasidagi germetiklik ahamiyati katta. Oqma bo'shlig'i kontrast modda bilan to'lganligi rentgen ekrani orqali nazorat qilanadi va kerakli vaqtda kateterni oqmadan chiqarmasdan suratga olinadi. Bunda oqmani chuqurligi va yo'nalishi aniqlanadi.

7. Kateter oqmadan chiqarib olinadi.

8. Rezina qo'lqop yechilib, antiseptik suyuqligi bor idishga solinadi.

Mumkin bo'lgan asoratlari: Kontrast moddaga allergik reaksiya, oqma soxasidagi og'riq, tana xaroratini ko'tarilishi.



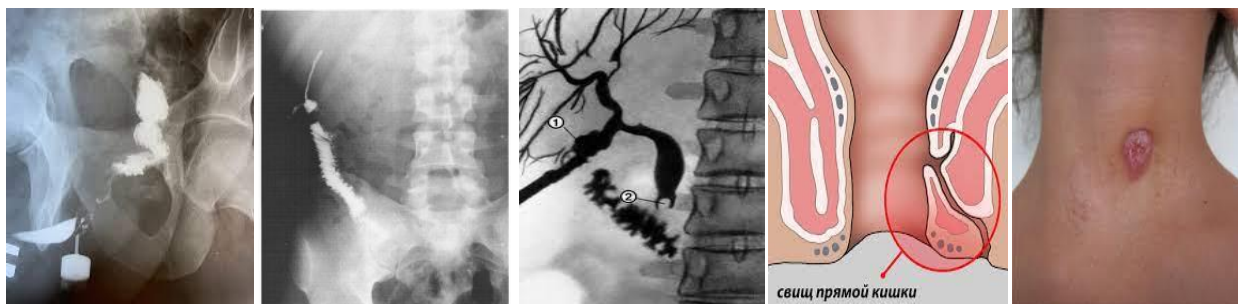
Rasm 1.

Rasm 2.

Rasm 3.

Rasm 4.

Rasm 5.



Rasm 6.

Rasm 7.

Rasm 8.

Rasm 9.

Rasm 10.

Rasm 1-rektofestibulyar oqma;**Rasm 2**-rektouretral oqma;**Rasm 3**-tovon suyagini surunkali osteomielitida yiringli oqma;**Rasm 4**-kindikni tug'ma oqmasi;**Rasm 5**-bo'yinni tug'ma yon oqmasini fistulografiyasi;**Rasm 6**-tos suyagini surunkali osteomielitida yiringli oqma;**Rasm 7**-uraxusni kindikka tug'ma oqmasi;**Rasm 8**-jigardan tashqi o't yo'lini oqmasi;**Rasm 9**-to'liq pararektal oqma sxemasi; **Rasm 10**-bo'yinni tug'ma o'rta oqmasi.

TRAXEOSTOMIYA QILISH TEXNIKASI

Maqsad: Traxeyada nafas o'tishiga to'siq bo'lganda nafas o'tishini taminlash va 15 kundan uzoq vaqt suniy nafas oldirish uchun.

Qarshi ko'rsatma: Bemorda gemofiliya kasalligi, qon ivish vaqtini uzayishi (DVS).

Ko'rsatma: O'tkir Kvink shishi, difteriyada chin krup, yolg'on krup, o'tkir ximik kuyishdan traxeyani shishi, nafas o'tishini qiyinlashtiruvchi traxeyadagi yot jism,kekirdak va traxeyani bo'yin qismini yomon sifatli o'smalari,bosh suyagi va miyani og'ir shikastlanishi,15 kundan uzoq vaqt o'pkani suniy nafas oldirish zarurati bo'lganda.

Kerakli tibbiy jixozlar: Tibbiy steril skalpel, anatomik va xirurgik pinset, Bilrot va Koxerning qon to'xtatuvchi qisqichi, traxeyani kengaytirish uchun Truss va Vulfsonni kengaytirgichi,qalqonsimon bez bo'ynini ko'tarish uchun to'mtoq ilmoq, Lyuerning traxeostomik kanyulyasi (bemorni yoshiga bog'liq o'lchamdagi), elektso'rg'ich-aspirator, traxeyani ushlab turish uchun Shassnyakni o'tkir bir tishli ilmog'i, igna ushlagich, shilliqni so'rib olish uchun polimer kateter,chuqurchali zond,kislorodli bolish, bolishcha (valik), dokadan tayyorlangan steril salfetka va shariklar,70⁰ li spirt, 5% li yod, 10,0 li steril shpris ignasi bilan,og'riqsizlantirish usuliga qarab 0,5% novokain 10 ml yoki ketamin, terini tikish uchun steril ipak ip va xirurgik igna, steril bint,steril rezina qo'lqop.

Bajarish texnikasi:

Qalqonsimon bezni bo'yin qismiga nisbatan yuqorigi va pastki traxeostomiya farqlanadi.

Yuqorigi traxeostomiyani bajarish texnikasi:

- 1.Bemorni operatsiya stoliga orqasi bilan yotqiziladi.
- 2.Elkasi ostiga yostiqcha qo'yib,boshi orqaga bukiladi.
- 3.Shifokor rezina qo'lqop kiyadi.
- 4.Bemorga ketamin bilan narkoz beriladi.

5. Operatsiya maydoni atrofi steril choyshab bilan o‘rab yopiladi.
6. Bo‘yinni oldingi yuzasi terisiga yod va spirt bilan ishlov beriladi.
7. O‘tkir uchli skalpel bilan bo‘yinni oq chizig‘i bo‘ylab, qalqonsimon tog‘ayni pastki qirg‘og‘idan boshlab uzunasiga pastga qarab 3-4 sm uzunlikda qavatma-qavat teri, teriosti yog‘ kletchatkasi va bo‘yinni yuza fatsiyasi kesiladi. So‘ng, to‘sh-qalqonsimon muskul topilib, u yumshoq qisqich bilan ikki tomonga kengaytiriladi va uzuksimon tog‘ay va qalqonsimon bezni bo‘yin qismi topiladi. Shu yerda bo‘yinni ichki fassiyasi ko‘ndalang kesilib, bezni bo‘yin qismi o‘tmas yo‘l bilan pastga surilib, traxeyani yuqorigi tog‘aylari ochiladi. So‘ng, traxeyani nafas olishda xarakatini to‘xtatib turish uchun, kekirdak bir tishli o‘tkir uchli ilmoqqa olinadi. O‘ng qo‘lga o‘tkir uchli skalpelni olib, kesish yuzasini yuqoriga qilib, uning uchidan 1 sm yuqorisiga ko‘rsatkich barmoqni qo‘yib ushlab (traxeyani orqa devorini shikastlamalik uchun), bezni bo‘yin qismini yuqori qirg‘og‘odan traxeyani 3-4 tog‘aylari yuqoriga kekirdakka qarab kesilib ochiladi va traxeyaga xavo tushadi.
8. Traxeostomik yarani kengaytirgich bilan biroz kengaytirib, traxeostomik kanyulani traxeya ichiga kiritiladi va kengaytirgich olinadi.
9. Nafas olgandagi xavo qaytib chiqib ketmasligi uchun, kanyulani ballon manjetiga shpris orqali xavo yuborib shishirib, kanyulya bilan traxeya oralig‘idagi bo‘shliq berkitiladi
10. Agar zarurat bo‘lsa, kanyulya orqali traxeyaga kateter kiritilib, nafas yo‘llariga tushib qolgan shilliq va qonlarni elektr so‘rg‘ich bilan so‘rib sanatsiya qilinadi.
11. Teri yarasi traxeostomik kanyulyagacha ipak ip bilan tikiladi va kanyulya atrofiga aseptik bog‘lov qo‘yiladi.
12. Traxeostomik kanyulya maxsus lenta yoki bint bilan maxkamlanib, bo‘yinga bog‘lab qo‘yiladi. Kerak bo‘lsa, suniy nafas oldiruvchi apparatga ulab qo‘yiladi.
13. Rezina qo‘lqop yechilib, antiseptik suyuqligi bor idishga solinadi.

Pastki traxeostomiyani bajarishdagi farqi:

- 1.Yumshoq to‘qimalarni uzuksimon tog‘aydan boshlab to‘sh chuqurchasigacha pastga qarab uzunasiga qavatma-qavat 3-4 sm uzunlikda kesilib, to‘shusti apanevrozlararo bo‘shliqqa tushiladi.
- 2.To‘mtoq yo‘l bilan kletchatkani ajratib,bo‘yinturuq vena yoyini pastga siljitib,bo‘yinni chuqur fassiyasi kesiladi va to‘sh-tilosti muskulini to‘mtoq yo‘l bilan ikki tomonga kerib,bo‘yin ichki fassiyasi kesilib, traxeya oldi bo‘shliqqa tushiladi.Shu yerda venoz chigali,bazida qolqonsimon bezni pastki arteriyasi topilib, ularni bog‘lab kesiladi .
- 3.Qolqonsimon bezni bo‘yin qimini to‘mtoq yo‘l bilan tepaga ko‘tarib siljiriladi va skalpelni yuqorida ko‘rsatilganday o‘ng qo‘lga ushlab,uni to‘shdan yuqoriga qarab qolqonsimon bezni bo‘yin qismiga yo‘naltirib, traxeyani 4-5 tog‘aylari kesiladi.
- 4.Keyingi xarakatlar yuqorigi traxeostomiyani bajarishdek bajariladi.

Krikokonikotomiya qilish texnikasi:.

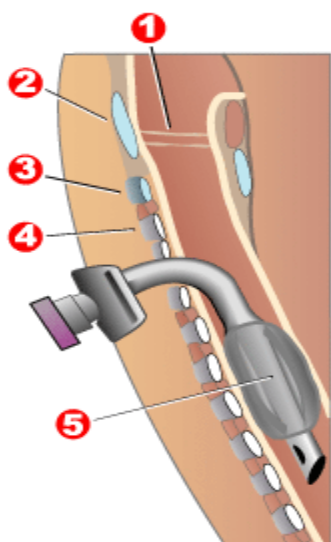
Bu muolaja shoshilinch kritik xolatlarda qilinadi:

- 1.Og‘riqsizlantishsiz, bo‘yinni o‘rta chizig‘i bo‘ylab, skalpel bilan uzuksimon tog‘ayni pastidan uzunasiga birvarakayiga teri,uzuksimon tog‘ay yoyi va kolqonsimon-uzuksimon boylam kesiladi.
- 2.Kesilgan yaraga darrov yumshoq qisqich kiritilib,uning uchlarini kerib,nafas yo‘liga xavo kirishini taminlanadi.
- 3.Asfiksiya o‘tib ketgandan keyin, traxeostomiya qilinadi.

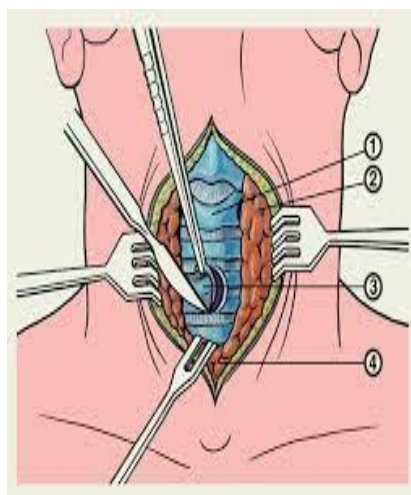
Agar krikokonikotomiya qilishni iloji bo‘lmasa, bemorni xayotini saqlab qolish uchun,bo‘yinni o‘rta chizig‘i bo‘ylab qolqonsimon tog‘ayni pastidan traxeyaga tezkorlik bilan ,bo‘lsa yo‘g‘on ignani,bo‘lmasa ichi teshik metal yoki plasmassa naychani traxeyaga sanchib kiritiladi.Asfiksiya o‘tib ketgandan keyin ,kerak bo‘lsa traxeostomiya qilinadi.

Mumkin bo‘lgan asoratlari: a)-intraoperatsion asorati: uyqu arteriyasini va bo‘yinturuq venasini teshilib qon ketishi, traxeyani orqa devorini va qizilo‘ngachni teshilishi,traxeya xalqalarini sinishi,qalqonsimon bez to‘qimasini shikastlanishi;

b)-erta asorati: bo'yin,yuz va ko'ks oralig'ida emfizema rivojlanishi, pnevmotoraks rivojlanishi, jaroxatdan qon oqib, nafas yo'llariga tushib, asfiksiya rivojlanishi, traxeostomik kanyulyani chiqib ketishi, **v) –kech asorati:** jarohatni yiringlashi, yiringli traxeobronxit, aspiratsion pnevmoniya, traxeya stenoz, traxéal oqma, ovozni o'zgarishi, kosmetik defekt.



Rasm 1.



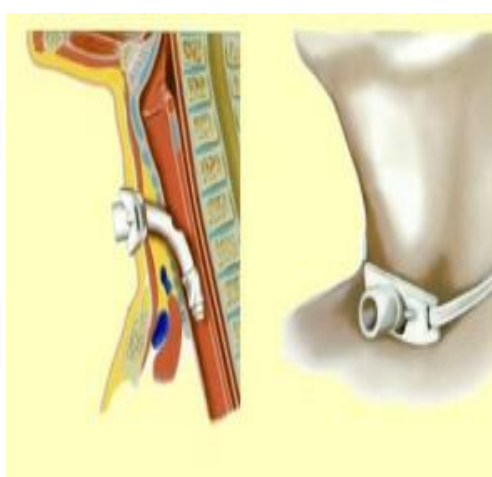
Rasm 2.



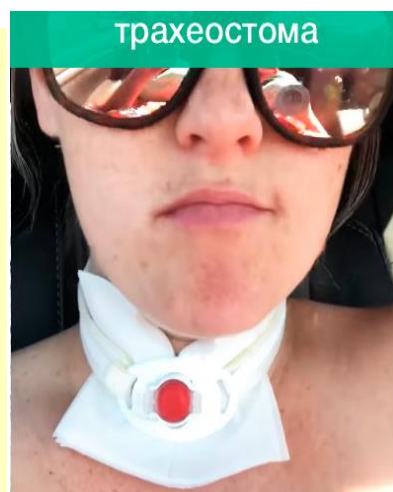
Rasm 3.



Rasm 4.



Rasm 5.



Rasm 6.



Rasm 7.



Rasm 8.



Rasm 9.



Rasm 10.



Rasm 11.



Rasm 12.



Rasm 13.

Rasm 1: 1-ovoz boylami; 2-uzuksimon tog'ay; 3,4-traxeyani tog'aylari; 5-traxeostomik kanyulyani ballonli manjeti; **Rasm 2:-**1-uzuksimon tog'ay,2-qalqonsimon bezni chap bo'lagi,3-traxeyani kesilgan tog'ayi,4-qalqonsimon bezni bo'yin qismi; **Rasm 3-**punksion konikotomiya qilingan xolatni sxemasi; **Rasm 4-**kekirdak (gortan),qalqonsimon tog'ay,uzuksimon tog'ay,qalqonsimon bez,traxeya tog'aylarini va pastki qalqonsimon bez venalarini topografik joylashuvi; **Rasm 5-**traxeostomik kanyulyani traxeyada joylashuv xolati va kanyulyani maxsus lenta bilan bo'yinga bog'lab qo'yilan xolati; **Rasm 6-**traxeostomik kanyulya aseptik bog'lam ustidan maxsus lenta bilan bo'yinga bog'lab qo'yilgan; **Rasm 7-**traxeostomiya qilish uchun zarur anjomlar jamlamasi; **Rasm 8-**polimerli traxeostomik kanyulyalar turlari; **Rasm 9-**teri orqali punksiion konikotomiya qilish uchun anjomlar jamlamasi; **Rasm 10-**traxeostomik kanyulyani bo'yinga bog'lash uchun xar-xil o'lchamli maxsus lentalar; **Rasm 11,12,13-**maxsus lentalar turlari.

BO'LIM-VI.

MAVZULAR BO'YICHA TEST SAVOLLAR VA VAZIYATLI MASALALAR

TEST SAVOLLAR:

1. Rektoromanoskopiyaga ko'rsatma:

- a) to'g'ri va sigmasimon ichakning kasalliklarida;*
- b) yo'g'on ichakning ko'tariluvchi qismining kasalligida;
- v) yo'g'on ichakning ko'ndalang qismining kasalligida;
- g) koprostazda;
- d) yonbosh ichak kasalliklarida;

2. Vangenstiyn-Ris bo'yicha rentgenografiya o'tkaziladi:

- a) anus va tugri ichak atreziyasining oqmasiz shaklida;*
- b) Girshprung kasalligida;
- v) to'g'ri ichak atreziyasini oqmali shaklida;
- g) anus ektopiyasida;
- d) rektovezikal oqmali atreziyada;

3. Portal gipertenziyani tashxislash uchun qanday tekshirish o'tkaziladi?

- a) splenoportografiya, splenomanometriya;*
- b) jigar reografiyasi;
- v) jigar exografiyasi;
- g) xolesistografiya;
- d) umumiy jigar rengenografiyasi;

4. O'tkir appenditsitda Bartome-Mixelson simptomi ta'rifini ko'rsating:

- a) ko'ylak ustidan kindikdan o'ng yonbosh sohasiga qarab qo'l bilan sirpanganda og'riqning kuchayishi;
- b) o'ng oyoqni ko'targan paytda qorin palpatsiyasida og'riqning kuchayishi;
- v) sigmasimon ichak sohasini tukillatib urganda. o'ng yonboshda og'riqning kuchayishi;
- g) og'riq avval to'sh osti sohasida boshlanadi, keyinchalik o'ng yonbosh sohaga o'tadi;
- d) bemor holati chap yonboshda, o'ng yonbosh sohasi palpatsiyasida og'riq aniqlanadi;*

5. Voskresenskiy simptomini izohlab bering:

- a) kindik sohasidagi og‘riq;
- b) epigastral sohadan og‘riqning o‘ng yonbosh sohasiga o‘tishi;
- v) chap yonbosh sohasini bosganda, o‘ng yonbosh sohada og‘riqning bo‘lishi;
- g) ko‘ylakni tortib, ustidan qorin sohasida qo‘lni o‘tkazish vaqtida og‘riqning bo‘lishi;*
- d) o‘ng yonbosh sohani bosganda chap yonbosh sohada og‘riqning bo‘lishi;

6. «Yo‘tal turtkisi simptomi bu:

- a) churrani to‘lqinsimon paypaslaganda yo‘tal paydo bo‘lishi;
- b) bemor yo‘tal paytda churrani paypaslaganda uning ichkariga botishi;
- v) bir necha marta yo‘talgandan so‘ng churraning qorin bo‘shlig‘iga to‘g‘irlanishi;
- g) bemor yo‘talgan paytda churra xalqasi paypaslaganda turtkining kuzatilishi;*
- d) bemor yo‘talgan paytda churra paypaslanganda churra soxasida og‘riqning kuzatilishi;

7. Infuzion urografiya qaysi xolatda o‘tkaziladi?

- a) buyraklarning normal funksiyasida;
- b) o‘tkir siydik tutilishida;
- v) siydik zichligi yuqori bo‘lganda;
- g) siydik zichligi past bo‘lganda;*
- d) anuriyada;

8. 12 yoshli bolada ekskretor urografiya: buyrak jomi va kosachalariing keskin kengayishi, siydik nayi o‘lchamlari normal. Sizning tashxisingiz:

- a) gidrokalikoz;
- b) buyrak o‘smasi;
- v) megaureter;
- g) ureterogidronefroz;
- d) gidronefroz;*

9. Ekskretor urografiya qanday kontrast modda qo‘llaniladi?

- a) verografin;*
- b) bilignost;
- v) bariy eritmasi;
- g) yodolipol;
- d) indigokarmin;

10. Gidronefroзда yakuniy tashxislash uchun qanday tekshirish usuli ko‘llaniladi?

- a) ekskretor urografiya;*
- b) umumiy urografiya⁴
- v) sistografiya;
- g) fistulografiya;
- d) uretrografiya;

11. Urologik tekshirishlarning qaysi birida kontrast modda vena ichiga yuboriladi?

- a) ekskretor urografiya;*
- b) sistografiya;
- v) ko‘tariluvchi pielografiya;
- g) miksion sistouretrografiya;
- d) retropnevmooperitoneum;

12. Kolonoskopiya qaysi a‘zoni tekshirishda qo‘llaniladi?

- a) yo‘g‘on ichakni tekshirishda;*
- b) ingichka ichakni tekshirishda;
- v) qizilo‘ngachni tekshirishda;
- g) me‘dani tekshirishda;
- d) 12- barmoqli ichakni tekshirishda;

13. Bolalarda bronxografiya va bronxoskopiyani qo‘llashga ko‘rsatma:

- a) bronxoektaz kasalligi, traxeobronxeal daraxt o‘tkazuvchanligining buzilishi;*
- b) pleuritlar;
- v) pnevmoniya;
- g) o‘pka emfezimasasi;
- d) pnevmotoraks;

14. «Yo‘tal turtki» simptomi aniqlanadi:

- a) to‘g‘rilanuvchi chov churrasida;*
- b) siqilgan chov churrasida;
- v) o‘tkir kechuvchi gidrotsaleda;
- g) to‘g‘rilanmaydigan chov churrasida;
- d) varikotsaleda;

15. O‘tkir flegmonoz appenditsitda quyidagi simptomlar aniqlanadi:

- a) Shetkin-Blyumberg;
- b) Bartome-Mixelson;
- v) Koxer-Volkovich;
- g) Rovzing;
- d) xamma javoblar to‘g‘ri;*

16. Sifon xukna uchun necha %li natriy xlor eritmasi ishlatiladi?

- a) 1%;*
- b) 5% ;
- v) 0,9%;
- g) 3% ;
- d) 10%;

17. Qizilo‘ngach venasi varikoz kengayishidagi qon oqishini mexanik to‘xtatish usuli:

- a) Blekmor zondini kiritish;*
- b) gemostatik terapiya;
- v) Petser kateterini kiritish;
- g) me‘dani sovuq suv bilan yuvish;
- d) splenorenal anastomoz;

18. Paypaslanganda o‘ng yonbosh soxasining maxalliy og‘rig‘iga xos simptom:

- a) Filatov;*
- b) Rovzing;
- v) Sitkovskiy;
- g) Koxer;
- d) Voskresenskiy;

19. Ko‘rsatilgan diagnostik usullardan qaysi biri qizilo‘ngach xalaziyasida informativ xisoblanadi?

- a) Trendelenburg xolatida rentgenografiya;
- b) vertikal xolatda rentgenografiya;
- v) Levin bo‘yicha rentgenografiya;
- g) Elefant sinamasi;
- d) meda-ichak tizimini kontrastli rentgen tasviri;*

20. Taranglashgan pnevmotoraksda kechiktirib bo‘lmaydigan yordam:

- a) pleural punksiya;*
- b) kislorod bilan ingalyatsiya;
- v) sun‘iy nafas oldirish;
- g) eufillin in‘eksiyasi;
- d) xammasi to‘g‘ri;

21. Emizakli bolada kindik churrasi aniqlanganda o‘tkaziladi:

- a) shoshilinch operatsiya;
- b) massaj va qoringa yotqizish;*
- v) bandaj va siqib yo‘rgaklash;
- g) bandaj;
- d) faqat siqib yo‘rgaklash;

22. Siydik qopini divertikulida asosiy diagnostik usul:

- a) kontrastli sistografiya;*
- b) ekskretor urografiya;
- v) infuzion urografiya;
- g) diafonoskopiya;
- d) antegrad pielografiya;

23. Bronxoektatik kasallikda asosiy tekshiruv usuli:

- a) bronxografiya;*
- b) ko‘krak qafasi rentgenografiyasi;
- v) ko‘krak qafasi rentgenoskopiyasi;
- g) kompyuter tomografiya.;
- d) spirografiya.;

24. O‘pkani gipoplaziyasini tashxislashda asosiy tekshiruv usuli:

- a) bronxografiya;*
- b) ko‘krak qafasi rentgenoskopiyasi;
- v) bronxoskopiya;
- g) ko‘krak qafasi rentgenografiyasi;
- d) kompyuter tomografiya;

25. Ko‘krak yoshidagi bolalarda ichak invaginatsiyasini davolash boshlanadi:

- a) operatsiyadan;
- b) vena ichi stimulyatsiyasidan;
- v) to‘g‘ri ichak orqali havo yuborib dezinvasinatsiya qilishdan;*
- g) laparoskopiyadan;
- d) ichak peristaltikasini elektrostimulyatsiyasidan;

26. Girshprung xastaligini aniqlash uchun qo‘llaniladi:

- a) kompyuter tomografiyasi;
- b) laparoskopiya;
- v) UTT;
- g) qorin bo‘shlig‘i a‘zolarini rentgenografiyasi;
- d) bariy bo‘tqasi bilan irrigografiya;*

27. Bolalarda buyraklarni funksional holatini aniqlash uchun o‘tqaziladi:

- a) ekskretor urografiya;*
- b) siydik cho‘kmasini mikroskopiyasi va sistografiya;
- v) Nechiporenko bo‘yicha siydik tahlili;
- g) siydikni umumiy tahlili;
- d) sistografiya va retrograd pielografiya;

28. Uzoq vaqt bitmayotgan kindik yarasida ko‘rsatma bo‘ladi:

- a) UTT va qorin bo‘shlig‘i umumiy rentgenografiyasi;
- b) kindikni zondlash;
- v) fistulografiya va kindikni zondlash;*
- g) siydik qopini kontrastli tekshiruv va fistulografiya;
- d) oshqozon-ichak traktini kontrastli tekshiruv ;

29. O‘tkir appenditsitda Sitkovskiy belgisi bu:

- a) chap yonboshga yotganda og‘riqning kuchayishi ;
- b) bemor ko‘ylagi bo‘ylab kindikdan o‘ng yonbosh soxaga sirpantiruvchi xarakatda og‘riq paydo bo‘lishi ;*
- v) oyoqni bukman holatda yuqoriga ko‘targan holatda. o‘ng yonbosh sohani palpatsiyasida og‘riq bo‘lishi ;
- g) sigmasimon ichakni turtkisimon palpatsiyasida o‘ng yonboshda og‘riq;
- d) o‘ng moyak chap moyakka nisbatan yuqorida joylashgan;

30. Chaqaloqlar nekrotik flegmonasida o'tkaziladigan to'g'ri muolaja:

- a) jaroxatni rezina chiqargichlar bilan drenajlash ;
- b) antibiotiklar yuborish uchun irrigator bilan drenajlash;
- v) flegmonani Bokastova bo'yicha shaxmatsimon kesib, gipertonik eritmali bog'lam qo'yish ;*
- g) teri osti kletchatkasidagi yiringli cho'ntaklarni ochish;
- d) kesmalardan keyin jarohatni tamponlash ;

31. 2 xaftalik bemorda infiltratsiya bosqichidagi chap tomonlama mastit aniqlanadi. Tavsiyangiz:

- a) og'iz orqali antibiotiklar berish;
- b) malhamli bog'lam ;
- v) infiltrat punksiyasi;
- g) infiltrat sohasida 1-3 ta radial kesim;*
- d) sut bezini siqish ;

32. 12 yoshli bolada oshqozon -ichak traktida qon ketish klinikasi.

Tekshiruvni nimadan boshlash kerak?

- a) oshqozon, 12 barmoq ichakni kontrast takshiruvi;
- b) gastroduodenoskopiya;*
- v) laparoskopiya ;
- g) laparotomiya va qorin devori taftishi;
- d) kolonoskopiya ;

33. Chaqaloqlarda yiringli jarayonlarga xirurgik ishlov berishda lozim bo'lgan anesteziya turi:

- a) umumiy anesteziya;*
- b) maxalliy infiltratsion anesteziya;
- v) maxalliy o'tkazuvchi anesteziya ;
- g) maxalliy xloretil ;
- d) individual ko'rsatma;

34. Chov-yorg'oq churrasini moyak istisqosi bilan qiyosiy tashxislash uchun qanday tekshirish usuli qo'llaniladi?

- a) palpatsiya qilish;
- b) diafonoskopiya qilish;*
- v) umumiy rentgenografiya;
- g) kompyuter tomografiya;
- d) punksiya qilish;

35. Bolada qizilo'ngach perforatsiyasi. Jarohatning xarakterini aniqlash maqsadida fibroezofagoskopiya o'tkazishga qaror qilindi. Ushbu muolaja uchun og'riqsizlantirish usulini tanlang:

- a) mahalliy og'riqsizlantirish;
- b) og'riqsizlantirilmaydi;
- v) peridural anesteziya;
- g) vena ichi anesteziya;
- d) miorelaksantlar bilan intubatsion narkoz;*

36. Piyoraksning davosida ko'zda tutiladi:

- a) o'choqqa ta'sir qilmasdan intensiv davo ;
- b) plevra bo'shlig'ini Byulau bo'yicha drenajlash;*
- v) plevra bo'shlig'i punksiyasi ;
- g) plevra bo'shlig'ini aktiv aspiratsiya usulida drenajlash;
- d) bronxoskopiya;

37. Bemorda oddiy pnevmotoraks. Bunda nima tavsiya etiladi?

- a) bronxoblokada;
- b) plevra punksiyasi;*
- v) plevra bo'shlig'ini Byulau bo'yicha drenajlash;
- g) plevra bo'shlig'ini aktiv aspiratsiya usulida drenajlash;
- d) bronx kateterizatsiyasi;

38. Bronxial oqmal taranglashgan pnevmotoraksning davo taktikasi nimadan iborat?

- a) plevra punksiyasi;
- b) bronxoblokada;
- v) plevra bo'shlig'ini Byulau bo'yicha drenajlash;
- g) plevra bo'shlig'ini aktiv aspiratsiya usulida drenajlash;*
- d) kuzatuv;

39. Piyoraksning davosida ko'zga tutiladi:

- a) o'choqqa ta'sir qilmasdan intensiv davo;
- b) plevra bo'shlig'ini Byulau bo'yicha drenajlash;*
- v) plevra bo'shlig'i punksiyasi ;
- g) plevra bo'shlig'ini aktiv aspiratsiya usulida drenajlash;
- d) bronxoskopiya;

40. Bolalarda to‘g‘ri ichakning tushishini invaginatsiyadan farqlashda qo‘llaniladigan tekshirish usuli:

- a) qorin bo‘shlig‘ining umumiy rentgen tasviri;
- b) to‘g‘ri ichakni barmoq bilan tekshirish ;*
- v) havo bilan irrigografiya;
- g) laparoskopiya ;
- d) kolonoskopiya ;

41. 2 yoshli bolada tug‘ilgandan boshlab surunkali qabziyat kuzatiladi. Axlal faqat tozalovchi huqnadan keyin keladi. Ushbu holatda kasalikni aniqlashga yordam beradi:

- a) qorin bo‘shlig‘ining umumiy rentgen tasviri;
- b) havo bilan irrigografiya ;
- v) bariy eritmasi bilan irrigografiya;*
- g) og‘iz orqali bariy eritmasini berish ;
- d) kolonoskopiya ;

42. Girshprung kasalligining o‘tkir turida qaysi tekshirishni bajarish maqsadga muvofiq?

- a) irrigoskopiya;
- b) irrigografiya;*
- v) og‘iz orqali bariy eritmasini berish4
- g) kolonoskopiya;
- d) asetilxolinesteraza aktivligini aniqlash4

43. Kriptorxizmning chov turiga xarakterli:

- a) palpatsiyada moyak son tomon siljiydi;
- b) palpatsiyada moyak chov kanali yo‘nalishi bo‘ylab siljiydi;*
- v) palpatsiyada moyak aniqlanmaydi ;
- g) palpatsiyada moyak yorg‘oqda aniqlanadi;
- d) hammasi noto‘g‘ri;

44. Bolalarda uretrani yorilgan jaroxatida bajarilmaydi:

- a) infuzion urografiya;
- b) vosxodyashaya uretrografiya;
- v) pastga tushuvchi sistouretrografiya;
- g) siydik qopi kateterizatsiyasi;*
- d) urofloumetriya ;

45. Bolalarda siydik qopi jarohatlarida asosiy diagnostik usul hisoblanadi:

- a) ekskretor urografiya;
- b) sistoskopiya ;
- v) kontrastli sistografiya;*
- g) siydik qopi kateterizatsiyasi;
- d) xromotsistoskopiya ;

46. Quyidagi tekshirish usullaridan qaysi biri buyrak jarohatlarida yuqori informativ hisoblanadi:

- a) reorenografiya ;
- b) sistouretrografiya;
- v) sistoskopiya ;
- g) ekskretor urografiya;*
- d) polipozitsion sistografiya;

47. Bolalarda anuriyada bajarilmaydi:

- a) siydik ajratish tizimi umumiy rentgen tasviri;
- b) ekskretor urografiya ;*
- v) sistouretrografiya ;
- g) retrograd pielografiya;
- d) sistoskopii;

48. Girshprung kasalligida sifonli xukna qilish uchun qaysi eritma ishlatiladi?

- a) 9 % li natriy xlor;
- b) osh tuzining 1 % li eritmasi;*
- v) osh tuzining 10% li eritmasi;
- g) sovunli eritma;

49. Kindikni notuliq oqmasida asosiy diagnostik usul?

- a) fistulografiya*;
- b) palpatsiya qilib;
- v) qorin bo'shlig'ini umumiy rentgengrafiya qilish;
- g) oqmani kateterlash;
- d) sistografiya;

50. Kislota bilan kuyishda oshkozanni nima bilan yuviladi?

- a) 2-3 % natriy bikarbonat eritmasi*;
- b) 0,25 % novokain eritmasi ;
- v) 0,5-1 % limon yoki uksus kislotasi;
- g) 2 % xloramin eritmasi ;
- d) izotonik eritma;

51. Ishkor bilan kuyishda oshkozanni nima bilan yuviladi?

- a) 0,5-1 % limon yoki uksus kislotasi bilan*;
- b) 2-3 % natriy bikarbonat eritmasi ;
- v) 0,25 % novokain eritmasi ;
- g) izotonik eritma;
- d) 2 % xloramin eritmasi;

52. Vangenstiyn-Ris bo'yicha rentgen tekshirish o'tkazish vaqtida bemorning xolati:

- a) vertikal;
- b) gorizontal;
- v) oyogini yukoriga kilib;*
- g) qorin bilan yotkizilib;
- d) o'ng yonboshga yotqizib;

53. Buyrak shikastlanishida asosiy tekshiruv usuli:

- a) ekskretor urografiya *;
- b) kompyuter tomografiya;
- v) umumiy rentgen tasviri;
- g) ultratovush tekshiruvi;
- d) xromotsistografiya;

54. Suyak panaritsiyasini operatsiya qilishda qaysi anesteziya ma'qulroq?

- a) o'tkazuvchan anesteziya;*;
- b) infiltratsion anesteziya;
- v) niqobli og'riqsizlantirish;
- g) intubatsion og'riqsizlantirish;
- d) maxalliy xloretilli;

55. O‘tkir gematogen osteomielitning boshlanish davrida ishonchli diagnostika qilish usuli:

- a) yumshok to‘qimalarni diagnostik punksiya qilish;
- b) antiografiya, flebografiya;
- v) suyaklarni rentgenografiya qilish;
- g) osteoperforatsiya va osteotonometriya;*
- d) suyaklarni ultratovushli tekshirish;

56. Son suyagi pastki 3/1 qismini o‘tkir gematogen osteomieliti, kasallikning 6-7 kuni. Yumshoq to‘qimalar punksiyasida yiring topildi. Sizing davo uslubingiz:

- a) yumshoq to‘qimalarni kesish;
- b) kesish, osteoperforatsiya, rezina chikargich qo‘yish;*
- v) osteoperforatsiya, suyak ichiga antibiotiklar kiritish;
- g) teri orqali osteoperforatsiya;
- d) suyak atrofiga antibiotiklar yuborish;

57. Chakaloklar mastiti kasalligida qanday jarroxlilik usuli qo‘llaniladi?

- a) shaxmat tartibida ko‘p mayda kesmalar;
- b) yarim oysimon kesmalar;
- v) radial kesmalar;*
- g) bo‘shashtiruvchi kesmalar;
- d) kesish kerak emas;

58. Nekrotik flegmonada qaysi eritma bilan bog‘lam qo‘yiladi?

- a) osh tuzini 1 % li eritmasi;*
- b) 40 % li urotropin;
- v) 40 % li glyukoza;
- g) 40 % li sergozin;
- d) 70 gradusli spirt bilan;

59. Hidrotselenning chov yorg‘oq churrasidan asosiy farqli belgisi:

- a) og‘riq bo‘lmasligi;
- b) yorg‘oqni kattalashishi;
- v) kasallikning muddati;
- g) diafonoskopiyada yorishishi;*
- d) yorg‘oq terisida o‘zgarish bo‘lmasligi;

60. Urug‘ tizimchasi va moyak pardalari istisqosini qiyosiy aniqlovchi tarqalgan va yengil tekshirish usuli:

- a) diafanoskopiya;*
- b) teshib ko‘rish;
- v) chov soxasining rentgen surati;
- g) chov soxasi palpatsiyasi;
- d) laborator taxlillar;

61. O‘pka ageneziyasi tashxisi nimaga asoslagan xolda qo‘yiladi?

- a) klinikaga;
- b) spirometriyaga;
- v) bronxoskopiya, bronxografiyaga;*
- g) sitologik tekshirishga;
- d) plevra bo‘shlig‘ini punksiyasiga;

62. O‘pka atelektazini qiyosiy diagnostikasida asosiy tekshirish usuli?

- a) aortografiya;
- b) bronxografiya;*
- v) bronxoskopiya;
- g) angiopulmonografiya;
- d) o‘pkani skanerlash;

63. Plevra bo‘shlig‘ini drenajlashda quyidaglardan qaysi biri zamonaviyroq va qulayroqdir?

- a) kichik torakotomiya;
- b) Seldinger usulida drenajlash;
- v) troakar yordamida torakotsentez;*
- g) stilet-drenaj yordamida drenajlash;
- d) ochiq drenajlash;

64. Taranglashgan piopnevmotoraksda davolash uslubini ko‘rsating:

- a) plevra punksiyasi;
- b) Byulau bo‘yicha plevra bo‘shlig‘ini drenajlash;
- v) aktiv aspiratsiya bilan plevra bo‘shlig‘ini drenajlash;*
- g) radikal operatsiya;
- d) bronxoskopiya;

65. Qovurg‘alar singanda maxalliy og‘riqsizlantirish uchun ko‘pincha qaysi dori ishlatiladi?

- a) novokain;*
- b) morfin;
- v) xloretil;
- g) analgin;
- d) baralgin;

66. Oshqozon yara kasalligida eng informativ tekshirish usuli:

- a) fibrogastroskopiya;*
- b) ultratovush tekshirish;
- v) KTgrafiya;
- g) umumiy rentgenografiya;
- d) oshqozon shirasini tekshirish;

67. Oshqozon va 12 barmoqli yara kasalligi rentgen diagiostikasida qaysi kontrast qo‘llaniladi?

- a) yodolipol;
- b) bariy sulfat;*
- v) bilignost;
- g) triombrast;
- d) verografin;

68. Oshqozondan qon ketayotganligini tasdiqlovchi tekshiruv usuli:

- a) ezofagoskopiya;
- b) qorin bo‘shlig‘ini umumiy rentgen tasviri;
- v) kontrastli gastroenterografiya;
- g) gastroduodenofibroskopiya;*
- d) kolonoskopiya;

69. Pilorostenozni aniqlovchi yetakchi tekshirish usulini ko‘rsating:

- a) qorin bo‘shlig‘i auskultatsiyasi;
- b) oshqozon-ichaklarni kontrastli R-logik tekshirish;*
- v) gastroduodenoskopiya;
- g) qonning bioximik taxlillari;
- d) kattalashgan pilorisni palpatsiyalanishi;

70. Chaqaloqlarda oshqozon-ichaklarni kontrastli tekshirishda ko‘llaniladigan kontrast modda:

- a) yodolipol;*
- b) bariy sulfat;
- v) jelaidon;
- g) urotrast;
- d) bilignost;

71. 1 yoshli bolada kindik churrasi bor. Churra defekti 0,5 sm. umumiy axvoli qoniqarli. Qaysi tavsiya ma’qulroq?

- a) shoshilinch tashrix;
- b) 2 yoshdan keyin rejali tashrix;
- v) dinamikada kuzatuv;
- g) uqalash, qorin oldingi devori mushaklarini mustaxkamlash;
- d) uqalash, qorin oldingi devori mushaklarini mustaxkamlash, qabziyatni oldini olish, kindikni leykoplastir bilan mustaxkamlash;*

72. Kindikning to‘liq oqmasini aniqlashda qimmatli usullardan biri:

- a) vizual ko‘rik;
- b) fistulografiya;*
- v) laborator taxlillar;
- g) qorin bo‘shlig‘ini umumiy rentgen tasviri;
- d) ultratovushli tekshirish;

73. Fistulografiya bu:

- a) oshqozonga fistula qo‘yib tekshirish; .
- b) jaroxatga fistula qo‘yish;
- v) oqmalarga fistula qo‘yish;
- g) oqmalarga kontrast yuborib, rentgen qilish;*
- d) kontrastni og‘iz orqali berish;

74 Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda qizilo‘ngachni kontrastli tekshirish uchun qaysi kontrast modda ishlatiladi?

- a) bariy sulfat;
- b) yodolipol;*
- v) indigokarmin;
- g) brilliant yashili;
- d) metil ko‘ki;

75. Qizilo‘ngach atreziyasiga gumon qilinsa, uni aniqlash uchun o‘tkazilishi zarur bo‘lgan eng oddiy va imkoniyatli usul:

- a) qizilo‘ngachni kontrastli rentgenografiyasi;*
- b) oshqozonga zond o‘tkazish;
- v) qorin bo‘shlig‘ini obzor rentgenografiyasi;
- g) ezofagoskopiya;
- d) ko‘krak qafasini ultratovushli tekshirish;

76. Elefant sinamasini o‘tkazish uchun zond orqali nima yuboriladi?

- a) xavo;*
- b) suv;
- v) kontrast modda;
- g) antiseptik eritma;
- d) vodorod peroksidi;

77. Oshqozonga kontrast modda kiritib, Trendelenburg xolatida rentgen tekshirish o‘tkazganda, kontrastni qizilo‘ngachga qaytib chiqishi qaysi kasallikni tasdiqlaydi?

- a) qizilo‘ngachni tug‘ma kaltaligini;
- b) qizilo‘ngach axialaziyasini;
- v) qizilo‘ngach xalaziyasini;*
- g) pilorostenozni;
- d) qizilo‘ngachni tug‘ma torayishini;

78. Quyidagi belgilardan qaysi biri o‘tkir ichak tutilishida kuzatiladi?

- a) Sitkovskiy simptomi;
- b) Shetkin-Blyumberg simptomi;
- v) Vaal simptomi;*
- g) Rovziig simptomi;
- d) yuqoridagilarning xammasi;

79. Ichaklar invaginatsiyasini necha soatgacha konservativ davolash mumkin?

- a) 6 soatgacha;
- b) 8-10 soatgacha;
- v) 12 soatgacha;*
- g) 18-20 soatgacha;
- d) 24 soatgacha;

80. Paralitik ichak tutilishida ko‘llaniladigan eng samarali bloqada:

- a) vagosimpatik bloqada;
- b) paranefral bloqada;*
- v) qovurg‘alar oralig‘i bloqadasi;
- g) paraumblikal bloqada;
- d) Loren-Epshteyn bloqadasi;

81. 2 yoshli bemorning ichi tug‘ilgandan buyon qotadi. Axlat faqat xuknadan keyin keladi. Qaysi tekshirishni o‘tkazish zarur?

- a) qorinning umumiy rentgenografiyasi;
- b) pnevmoirrigografiya;
- v) bariy bilan irrigografiya;*
- g) og‘iz orqali bariy berish;
- d) kolonoskopiya;

82. Bolalarda to‘g‘ri ichak tushishida sklerozlovchi terapiya uchun qo‘llaniladigan spirt eritmasi konsentratsiyasi:

- a) 20 %;
- b) 40 %;
- v) 60 %;
- g) 70 %;*
- d) 96 %;

83. To‘g‘ri ichak tushishida sklerozlovli terapiya kimning usuli bilan o‘tkaziladi:

- a) Doleskiy S.Ya.;
- b) Bairov G.A.;
- v) Mezenov A.S.;*
- g) Shuvalova Z.A.;
- d) Lenyushkin A.I.;

84. Bolalarda sklerozlovchi terapiyada to‘g‘ri ichak atrofiga yuboriladigan spirtning maksimal miqdori:

- a) 5 ml gacha;
- b) 10 ml gacha;*
- v) 15 ml gacha;
- g) 20 ml gacha;
- d) 30 ml gacha;

85. To'g'ri ichak va anal teshigi atreziyasini punktsion usul bilan tekshirishni qaysi olim taklif etgan?

- a) Bartome-Mixelson;
- b) Vangenstin-Ris;
- v) Peller-Sitkovskiy;*
- g) Stoun-Benson;
- d) Soave-Lenyushkin;

86. To'g'ri ichak va anal teshigi atreziyasida Vangensiyn-Ris bo'yicha rentgen tekshirish, bola tug'ilgandan keyin necha soat o'tgach o'tkaziladi?

- a) tug'ilgan zaxoti;
- b) 2-4 soat o'tgach;
- v) 12-14 soat o'tgach;*
- g) 16-18 soat o'tgach;
- d) kindigi tushgandan keyin;

87. Qaysi nuqsonli rivojlanishda Vangensiyn-Ris usulida tekshirish o'tkaziladi?

- a) Girshprung kasalligining o'tkir shakli;
- b) to'g'ri ichak atreziyasining oqmali turi;
- v) orqapeshov va to'g'ri ichak atreziyasining oqmasiz turida;*
- v) to'g'ri ichak va anal teshigining tug'ma torayishlarida;
- d) xamma anorektal nuqsonlarda;

88. Surunkali Girshprung kasalligida operatsiyadan oldin qilinadigan xukna:

- a) fiziologik eritma bilan xukna;
- b) tozalovchi xukna;
- v) sifonli xukna;*
- g) xloralgidratli xukna;
- d) Ognev bo'yicha xukna;

89. Splenoportografiya qilish uchun qaysi kontrast yuboriladi?

- a) yodolipol;
- b) bariy sulfat;
- v) kardiotrast;*
- g) bilitrast;
- d) bilignost;

90. Splenoportografiya vaqtida kontrast modda qaysi yo‘l bilan kiritiladi?

- a) og‘iz orqali;
- b) venaga;
- v) arteriyaga;
- g) taloq ichiga punksiya qilib;*
- d) xamma yo‘l bilan mumkin;

91. Portal gipertenziyada qizilo‘ngachdan qon ketganda qaysi usul samarali?

- a) gemostatik terapiya;
- b) jigar soxasiga sovuq qo‘yish;
- v) qorin aortasini bosib turish;
- g) Blekmor zondini qo‘llash;*
- d) shoshilinch operatsiya;

92. 3 yoshgacha bolada o‘tkir appenditsitni tashxislash uchun qo‘llaniladi:

- a) diazepam;
- b) niqobli narkoz;
- v) tabiiy uyqu paytida ko‘rish;
- g) 3% li xloralgidrat bilan uxlatib ko‘rish;*

93. 3 yoshdan katta bolalarda o‘tkir gematogen osteomielitni xirurgik davolash tamoyillari:

- a) osteoperforatsiya;*
- b) suyak bo‘shlig‘ini antiseptiklar bilan yuvish;*
- v) longet bilan oyoq-qo‘llarni immobilizatsiya qilish;*
- g) Shede bo‘yicha tortish;
- d) malxamli bog‘lov, konservativ;

94. Agar jaroxatdan qon to‘q-qizil rangda chiqsa, bu:

- a) kapillyar;
- b) venoz;*
- v) aralash;
- g) arterial;

95. Kuyishning birinchi bosqichi uchun xos:

- a) teri va zararlangan joy qizarishi;*
- b) pufakcha va seroz suyuqlik paydo bo‘lishi;
- v) yaqqol og‘riq;*
- g) shish;*
- d) xamma epitelial qavatlar nekrozi va koagulyatsiyasi;

96. Kuyishning uchinchi darajasi uchun xos;

- a) teri va zararlangan soxa qizarishi;
- b) yaqqol og‘riq;*
- v) xamma epitelial qavatlar nekrozi va koagulyatsiyasi;*
- g) kuyish shoki belgilari;*
- d) fassiya mushak va paylarning zararlanishi;

97. To‘rtinchi darajali kuyish uchun xos:

- a) yaqqol og‘riq;*
- b) xamma epitelial qavatlar nekrozi va koagulyatsiyasi;
- v) kuyish shoki belgilari;*
- g) fassiya, mushak va paylarning zararlanishi.*
- d) to‘qimalarni o‘ta kuyishi; *

98. Quyidagilardan qaysi biri arterial qon ketishga xarakterli?

- a) to‘q qon to‘xtamay doim birxil oqimda chiqib turadi;
- b) qon jaroxat yuzasidan sekin sizib chiqib turadi;
- v) qip-qizil qon fontan bo‘lib pulsatsiyalanib chiqib turadi;*
- d) jaroxatdan qon tomchilab chiqib turadi;

99. To‘g‘ri ichak polipidan qon ketishiga gumon bo‘lganda tekshirish zarur:

- a) angiografiya;
- b) radioizotop tekshirish;
- v) xazm yo‘lini kontrast bilan tekshirish;
- g) to‘g‘ri ichakni barmoq bilan tekshirish;*
- d) koprologiya;

100. Tashqi qon ketishni nechta turi farqlanadi?

- a) arterial;
- b) venoz;
- v) kapillyar;
- g) aralash;
- d) xammasi to‘g‘ri;*

VAZIYATLI MASALALAR:

Masala-1.

3 yoshli bolada bronxoskopiya qilingandan so'ng kuchli yo'tal, (vovillagan) ovoz xirrilashi, inspirator xansirash, tana xaroratini 38°S ga ko'tarilishi kuzatildi. Sizning muloxazangiz va taktikangiz?

Masala-2. Bo'linga 3 yoshli bola tug'ilgandan buyon axlatining qiyin kelishidan shikoyat qilib keldi. Onasi xar 3-4 kunda tozalov klizmasi o'tkazgan. Bola fizik rivojlanishdan orqada qolgan. Ko'rganda terisi oqish, qorni shishgan.

Sizning tashxisingiz va tekshirish usulingiz?

Masala-3.

5 yoshli bolani ota-onasi poliklinikaga murojat qildi, bolada axlatidan so'ng qizil qon kelishiga shikoyat qilishdi. Boshqa shikoyati yo'q, axlati shakllangan. Sizning tashxisingiz, qanday tekshirish o'tkazish kerak?

Masala-4.

Tman shifoxonasida xirurg chaqaloqni keng kesimda nekrotik flegmonani ochdi. Shunday davolash usuli to'g'rimi, noto'g'ri bo'lsa nima sababdan?

Masala-5.

6 yoshli bolada tez kaytalanadigan qorin og'rig'i va siydik analizida o'zgarishlar bor. Bolaga shifoxona sharoitida ekskretor urografiya qilindi. Rentgenda buyrak siydik jomi, kosachalari kengaygani aniqlandi. Diagnozi nima?

Masala-6.

Shifoxonaga 2 yoshar bola ikki tomonlama zotiljam tashxisi bilan qabul qilindi. Kechasi yo'tal tutgan vaqtida bolada ko'karish, qisqa muddatli apnoe, tomir urushini tezlashishi kuzatiladi. Nafas olish tez, yordamchi muskullar ishtirokida. Kanday asorat rivojlangan. Aniq tashxis qo'yish uchun nima qilish kerak?

Masala-7.

4 xaftalik bola profilaktik ko'ruv vaqtida pediatri kindigidan suyuqlik ajralishini aniqladi. Kindik atrofida teri o'zgarishsiz. Tana xarorati 36,8 S. Sizning maslaxatingiz? Taktikangiz?

Masala-8.

2 yoshli bola o'ng tomonlama destruktiv pnevmoniya bilan punksiya qilindi, punksiya vaqtida 150 ml yiring va ko'p miqdorda xavo chiqdi. Plevral bo'shliqdan igna olingandan so'ng bolada tezda nafas yetishmovchilik belgilari va besaramjonlik bo'ldi. Punksiya qilingan joyda tez tarqaluvchi teri osti emfizemasi paydo bo'ldi. Sizning taktikangiz?.

Masala-9.

13 yoshli bola qabul bo'limiga umumiy bexollik, ko'ngil aynish, kofesimon qusish shikoyatlar bilan olib kelindi. Ma'lum bo'lishicha 1 yildan beri bola epigastral soxasida ovqatdan keyin og'riq, oxirgi kunlarda og'riq, zarda bo'lish, ozib ketish, bolaning rangi oqargan. Peshonasida sovuq ter, adinamik. Sizning tashxisingiz, tekshirish usuli qanday?

Masala-10.

Chaqaloq tug'ilgandagi birinchi daqiqalarida og'zidan va burnidan ko'piksimon so'lak ajralishi belgilandi. Qaysi kassalikni inkor qilish mumkin? Kerakli tekshirishlar?

Masala-11.

Bemor shifoxonaga o'ng oraliq bronxda rentganokonstrast yot jism borligi bilan keldi. Kechqurun kuchli yo'tal tufayli bolada sianoz, bradipnoe, bezovtalik kelib chiqdi, auskultatsiya qilib ko'rilganda, chap tomonda nafas yetishmovchiligi aniqlandi. Sababi nima? Qanday shoshilinch yordam tavsiya qilasiz?

Masala-12.

Qizilo'ngachni shoshilinch rentgenologik tekshirish uchun vrachlar o'rtasida kantrast moddani tanlashda xar-xil fikr paydo bo'ldi. Quyidagi variantlar tavsiya etildi: serno-kisliy bariy 5 ml, yodlipol 3-5 ml, sergozin 1 ml, kontrastsiz tekshiruv, qizilo'ngachni rezinali kontrast zon kirgizish yo'li bilan. Bu usullardan qaysini o'tkazish mumkin, mumkin emas? Nega?

Masala-13.

25 kunlik chaqaloqda kasallik to'satdan istimasini 39-40 Sga chiqishi bilan boshlandi, bir marta qusdi xam. Ko'krak qafasini oldingi yuzasida terida kattaligi 10-12 sm bo'lgan chegaralari aniq giperemiya, og'riqli biroz qattiqlashish paydo bo'lgan. Sizni tashxisingiz va davo chorangiz?

Masala -14.

Yiringli jarroxlik bo'limiga 6 yoshli bola quyidagi shikoyatlar bilan olib kelindi: oraliq soxada yiringli suyuqlik ajralishi, 1 oy oldin o'tkir paraproktit bilan davolangan, yiring yorilgan. Olib kelinganda bemorni umumiy xolati qonikarli. Anal teshigi soxasida yiringli oqma yara bor. Tana temperaturasi 36 S. Oqmani yo'lini aniqlash uchun qanday tekshirish qilish kerak?

Masala-15.

Siz uchastka pediatisiz, 5 yoshli qizchaning ota onasi bolada yiringli balg'am bilan doimiy ravishda nam yo'tal borligiga shikoyat qilib keldi. Ota onasining so'ziga ko'ra qizcha 1,5 yoshligida nafas yo'liga yot jism bilan aspiratsiya bo'lgan (yong'ok yutib yuborgan) va 3 oydan so'ng bronxoskop yordamida chap bronx pastki bo'lagidagi yot jism olib tashlangan. Auskultatsiyada chap o'pka pastki bo'lagida nafas tovushi keskin susaygan, nam xirillash eshitilmoqda.

Sizning birlamchi tashhisingiz, tekshirish rejasi?

Masala- 16.

Bola 1,5 yosh, o'ng tomonlama zotiljam bilan og'rимоqda. 7- kuni xolati birdaniga yomonlashdi. Xansirash, nafas soni 80 tagacha tezlashgan, sianoz paydo bo'ldi. Xarorati 37,5 S. Ko'krak qafasining o'ng qismi taranglashgan. Perkussiyada o'ng tomonda quti tovushi, auskultatsiyada nafas tovushi eshitilmadi. Sizning birlamchi tashhisingiz, tekshirish va davolash rejasi?

Masala - 17.

Klinikaga 1 oylik chaqaloq keltirildi. Axlat kelishi juda qiyin, yel yurishi xam qiyinchilik bilan. Qorni kattaygan. Tasviriy rentgenda yug'on ichaklari kengaygan, gaz ko'p to'plangan. Tozalovchi va sifonli xuknalardan keyin xam bemorning

qorni pasaymadi. Biroq, bemorning axvoli og'irlashaverdi. Qusish boshlandi. Bu yerda qanday kasallik bo'lishi mumkin? Qanday tekshirish usulini qo'llaysiz?

Masala -18. Bola 3 yoshda. Onasining so'zidan 1 soat oldin kaustik soda ichib yuborgan. Bola bezovta. Og'iz bo'shlig'ida shilliq qavat giperemiyasi va shish, gipersalivatsiya aniqlanadi. Sizning dastlabki tashxisingiz va taktikangiz.?

Masala -19.

Bemor 9 yosh. Kelgandagi shikoyatlari bel soxasidagi og'riqqa, siydigining qon aralash kelishiga. Anamnezida bola orqasi bilan yiqilib tushgan. Ko'ruvda o'ng bel soxasida og'riq, shish bor. Siydigi qon aralash. Sizning tashxisingiz va tekshirish usuli?

Masala -20.

Chaqaloq 1 oylik. Kindik qoldiqlari 5 kunda tushgandan keyin kindik chuqurgilidan rangsiz suyuqlik ajralib turibdi. Tashxis qo'yish uchun qanday tekshirish usullari qo'llaniladi?

Masala -21.

Qizcha 2 yosh 6 oylik . Kindik soxasida noksimon shish 3,5x2 sm. ko'rinadi. Palpatsiyada xosila qoringa to'g'rilanadi. Xosila ustidagi teri o'zgarmagan. Sizni tashxisingiz va davolash taktikangiz?

Masala-22.

Bola 7 yosh. Shikoyati temperaturaning 37 Sga ko'tarilishiga, qornidagi doimiy og'riqqa va bir marta qayd qilishga. Ko'ruvda – qorin mushaklari taranglashgan, simptom Sitkovskiy, Rovzing va Filatov musbat. Analizida leykotsitoz. Sizning tashxisingiz va taktikangiz?

Masala -23.

Bola 8 yosh. 5 kun oldin appendektomiya operatsiyasi o'tkazilgan. Kechadan beri tana xarorati 38 gacha ko'tarilgan. Qorninng pastki soxasida va siyganida og'riq. Per rectum- to'g'ri ichak oldingi devorining osilib turishi va og'riq kuzatiladi. Sizning tashxisingiz va taktikangiz?

Masala -24.

8 oylik bolani kasallik boshlanganidan 8 soat o'tgandan so'ng shifoxonaga olib kelishdi. Kasallik o'tkir boshlangan, bezovtalangan, oyoqlarini tipirchilatgan, ovqat yemay qo'ygan. Notinchlik xuruji qisqa vaqtli bo'lgan. Keyin bola uxlab kolgan. 20-25 min dan so'ng uyg'onib qusish paydo bo'lgan, qayta keskin notinchlik bo'lgan. Tekshirish vaqtida bolani rangi oqargan, adinamik, ko'rishga reaksiyasiga yo'q. Taglik to'q-qizil ajralmalar bilan ifloslangan. Dastlabki tashxis, tekshirish rejasi. Sizning taktikangiz?

Masala -25.

Yangi tug'ilgan chaqaloqda perkussiyada ko'krak qafasining o'ng tomonida to'mtoqlik, o'ng tomonda nafasning yo'qligi, ko'ks oralig'i a'zolarini to'liq o'ngga siljishi aniqlandi.. Tashxisni qo'yish uchun qanday tekshirish o'tkazish kerak?

Masala -26.

Ko'krak qafasining rentgenogrammasida plevra soxasida gorizontal suyuqlik satxi va to'liq bujmaygan o'pkaning sog'lom o'pka tamonga siljiganligi ko'rinadi. Tashxisni qo'ying va davo chorasini belgilang.

Masala -27.

2 yoshli bemorning ichi tug'ilgandan buyon qotadi. Axlal faqat xuknadan keyin keladi. Qaysi tekshirishni o'tkazish zarur?

Masala -28.

Bolaning 5-barmog'ida og'riq va shish bo'lib, u kaft tomon tarqalmoqda. Aktiv xarakatlar yo'q, passiv xarakatlar keskin cheklangan va og'riqli. Tashxisingiz va davolash usulingiz?

Masala -29.

Son suyagini pastki 3/1 qismida o'tkir gematogen osteomieliti, kasallikning 6-7 kuni. Yumshoq to'qimalar punksiyasida yiring topildi. Sizning davo uslubingiz?

Masala -30.

4 oylik umumiy axvoli qoniqarli bolada chov soxasida 3x3 sm og'riqsiz, xarakatlari cheklangan, qattiq elastik, ushlab ko'rganda o'lchamlari o'zgarmaydigan xosila aniqlanadi. Diagnostika aniqlash uchun nima qilish kerak?

Masala -31.

Profilaktik ko'ruv vaqtida pediater kindikdan suyuqlik ajralishini ko'rdi, kindik atrof terisi o'zgarishsiz, bolani temperaturasi 36,8 S. sizning maslahatingiz va kelgusi taktikangiz?

Masala -32.

4 yoshli bola shifoxonaga oshqozon- ichak traktining yuqori qismidan qon ketish bilan olib kelindi. Hospitalizatsiya vaqtida qon ketish alomatlari aniqlanmaydi. Nv – 90g/l, AD – 100/ 50 mm.sim.ust.. Sizni taxminiy tashxisingiz. Qanday tekshirish o'tkazish kerak?

Masala -33.

13 yoshli bola shifoxonaga oshqozon- ichak traktining pastki qismidan qon ketishi bilan olib kelindi. Hospitalizatsiya vaqtida qon ketish alomatlari aniqlanmaydi. Nv – 90g/l, AD – 100/ 50 mm.sim.ust.. Sizni taxminiy tashxisingiz. Qanday tekshirish o'tkazish kerak?

Masala -34.

Yangi tug'ilgan chaqaloqda perkussiyada ko'krak qafasining o'ng tomonida to'tmoqlik, o'ng tomonda nafasning yo'qligi, ko'ks oralig'i a'zolarini to'liq o'ngga siljishi aniqlandi. Bronxoskopiyada o'ng asosiy bronxning yo'qligi qayd qilinadi. Tashxisni qo'ying.

Masala -35.

10 yoshli bola velosipeddan yiqilib tushgan. Bolada o'ng bel soxasida og'riq. Makrogematuriya bo'layapti. Sizning taxminiy tashxisingiz. Qanday tekshirish o'tkazish kerak?

Masala -36.

Chaqaloq qornining yuqori qismlari, ayniqsa epigastral soxalari shishgan, qorinning pastki qismlarini bir oz botganligi aniqlanmoqda. Umumiy rentgen suratda epigastral soxada ikkita suyuqlik satxi ko‘rinayapdi. Ko‘p miqdorda qayt qilganidan so‘ng, epigastral soxada shish yo‘qolmoqda. Sizning taxminiy tashxisingiz. Qanday tekshirish o‘tkazish kerak?

Masala -37.

1,5 oylik chaqaloqning onasi jarroxlik bo‘limiga bolaning 20 kundan beri emizganidan so‘ng va yig‘laganida, gorizontal xolatda bo‘lganida kayt qilayotganligiga shikoyat qilib keldi. Sizning taxminiy tashxisingiz. Qanday tekshirish o‘tkazish kerak?

Masala -38.

Chaqaloq xayotining 2-sutkasida axvoli yomonlashib, o‘t aralash qayt qildi. Qusuq massasi keyinchalik axlatli xarakterga o‘tdi. Bolada mekoniy va yel kelmagan. Sizning taxminiy tashxisingiz. Qanday tekshirish o‘tkazish kerak?

Masala -39.

Bola 7 yoshda. Avtotravmadan so‘ng o‘tkir siydik tutilishi kuzatilmoqda. Rentgenogrammada chanoq suyaklari singan. Sizning taxminiy tashxisingiz. Qanday tekshirish o‘tkazish kerak?

Masala -40.

Bolalar bo‘limiga 7 oylik bola “ichak invaginatsiyasi” tashxisi bilan keldi. Kasallik boshlanganiga 10 soat bo‘lgan. Shu bolaga davolash taktikasini tanlang.

Masala -41.

Bola 12 yoshda. Bo‘ynining orqasida ko‘k-qizil rangdagi yallig‘lanishli neqrotik infiltrat bor bo‘lib, xajmi 2-3 sm. Og‘riqqa, xolsizlikka, bosh og‘rig‘iga shikoyat qilayapti. Tana xarorati 39⁰S. Sizning tashxisingiz va davolash taktikangiz?

Masala -42.

3 yoshli qizcha qabul bo‘limiga “o‘tkir appenditsit” gumoni bilan keltirildi. Shifokor tekirishiga negativlik bilan yondoshmoqda. Bola bezovtalanib,

baqirayapti. Oldingi qorin devorini palpatsiya qilishga imkoniyat bermayapti. Nima qilish kerak?

Masala -43.

Bola 11 yoshda. Qornida birdaniga og‘riq paydo bo‘lib, siydik yo‘li, jinsiy a‘zolar va songa irradiatsiyalanuvchi xarakterga ega bo‘lib, dizurik belgilar bilan kuzatilmoqda. Ko‘ngil aynishi, bir marotaba qayt qilish kuzatilgan. Qorni yumshoq, nafas aktida ishtirok etayapti. Pasternaskiy simptomi o‘ng tomonda musbat. Siydik analizida: makrogematuriya. Sizning taxminiy tashxisingiz? Qanday tekshiruv o‘tkazish kerak?

Masala -44.

4 yoshli bola shoshilinch xolatda quyidagi shikoyatlar: qorning pastki soxasida birdaniga og‘riq, siyaolmaslik bilan keldi. Ko‘rilganda siydik pufagini kattalashgani va og‘riqliligi aniqlandi. Siydik 10 soat davomida kelmagan. Sizning taxminiy tashxisingiz? Qanday tekshiruv va davolash usulini qo‘llash kerak?

Masala -45.

3,5 yoshli bola o‘ng oraliq bronxda rentgenkontrast yot jism bilan statsionarga keldi. Kechasi qattiq yo‘taldan so‘ng bolada sianoz, bradipnoe, bezovtalik kuzatilayapti. Auskultatsiyada chap tomonda nafas eshitilmayapti.

Sizning taxminiy tashxisingiz? Qanday tez yordam chorasi ko‘riladi?

Masala -46.

6 yoshli qizcha statsionar sharoitida pielonefrit va o‘ng bel soxasida tez-tez xurujli og‘riq bilan davolanmoqda. Tekshirilganda buyraklar va siydik ajratish yo‘lini rentgen kontrastli tekshirish zarurati paydo bo‘lib qoldi. Bu qanday tekshirish va qanday o‘tkaziladi?

Masala -47.

Bolada birdaniga o‘tkir pnevmoniya fonida yo‘tal, xansirash, sianoz paydo bo‘ldi. Ahvoli og‘ir: taxikardiya, taxipnoe, o‘tkir nafas yetishmovchiligi kuzatilayapti. Ko‘zdan kechirilganda: chap tomonda qovurg‘a oraliqlarining bo‘rtishi, o‘pkada timpanit, nafasning sustligi aniqlanayapti. Yurakning sog‘ tarafga siljishi kuzatildi.

Rentgenogrammada: plevral bo'shliqda havo, o'pkaning total kollapsi aniqlandi. Sizing taxminiy tashxisingiz va davolash taktikangiz?

Masala -48.

Jarrohlik bo'limining qabulxonasiga 10 yoshli qiz keltirildi, 3 kun oldin velosipeddan yiqilgan. Shikoyati: o'ng boldir qismida og'riq bo'lganiga, tana xaroratini 38° S gacha ko'tarilganiga, yuraolmaganligiga. O'ng oyoqning boldir qismida terisi qizil-ko'kimtir rangda, shishgan. Palpatsiyada flyuktuatsiya aniqlandi. Sizing taxminiy tashxisingiz va davolash taktikangiz?

Masala -49.

Tug'ruqxonadan, 5 soat avval tug'ilgan chaqaloq jarroxlik bo'limiga orqa peshov atreziyasi tashxisi bilan olib kelindi. Atreziya oqmasiz. Davolash taktikasini belgilash uchun qanday tekshirish o'tkazish kerak?

Masala -50.

Defikatsiya so'ngida axlati ustida bir necha tomchi qirmizi rang qon bo'lishi shikoyati bilan kelgan bemor bolani to'g'ri ichagi barmoq bilan ko'rilganda hech narsa aniqlanmadi. Qon kelish sababini aniqlash uchun yana qanday tekshirish o'tkazish kerak?

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI

Asosiy:

1. Aliev M.M. Bolalar xirurgiyasi. 1-2 tom. Darslik. Toshkent, 2018.
2. Bairov G.A., Roshal L.M. Gnoynaya xirurgiya detey: Rukovodstvo dlya vrachey. L.: Meditsina, 1991.-272 s.
3. Gadaev A., Axmedov X.S. Umumiy amaliyot vrachlari uchun amaliy ko‘ni kmalar to‘plami. Toshkent, "Muxarrir nashryoti", 2010.-427 b.
4. Isakov Yu.F., Lopuxin Yu.M., Stepanov E.A. i dr. Operativnaya xirurgiya s topograficheskoy anatomiey detskogo vozrasta: Uchebnik, 2-ye izd. M.: Meditsina, 1989.-592 s.
5. Lyonyushkin A.I. Rukovodstvo po detskoy poliklinicheskoy xirurgii. Leningrad. "Meditsina", 1986.-336 s.
6. Lopatkin N.A., Pugachev A.G. Detskaya urologiya. Rukovodstvo. M.: Medmsina, 1986.-496 s.
7. Sulaymonov A.S. Bolalar xirurgiyasi. O‘quv adabiyoti. -Abu Ali ibn Sino, Toshkent, 2000.-520 b.
8. Tursunov B.S. Xirurgik bemorlar parvarishi. Darslik. II nashri. Toshkent. "Abu Ali ibn Sino", 1995.-239 b.

Qo‘shimcha:

1. Asheulova T.V., Piteskaya N.I. Glubokaya skolzyashaya metodicheskaya palpatsiya otdelov kishechnika, pecheni, selezyonki. Metodicheskie ukazaniya k prakticheskim zanyatiyam studentov po propedevtike vnutrenney meditsini. Xarkov, XNMU, 2016.-20 s.
2. Bairov G.A. Neotlojnaya xirurgiya detey. Leningrad. "Meditsina", 1983.-406 .
3. Barbara Beyts, Lin Baykli. Ensiklopediya klinicheskogo obsledovaniya bolnogo, 2001.
4. Barikina N.V., Zaryanskaya V.G. Sestrinskoe belo v xirurgii. Rostov-na-Donu, "Feniks", 2014.

5. Bolotova N.V., Averyanov A.P., Filina N.Yu. Metodika klinicheskogo obsledovaniya rebenka. Elektronnoe uchebnoe posobie dlya studentov med. vuzov. Saratovskiy meditsinskiy universitet,2006.
- 6.Georgiu N.K.,Kurajos B.M. Sisto-uretrografiya u detey.Atlas rentgenogramm.Kishinev,"Shtiinsa",1986.- 93 s.
- 7.Gluxov A.A.,Andreev A.A. i dr. Osnovi uxoda za xirurgicheskim bolnimi. M.:GEOTAR – Media,2013.
- 8.Denisov I.N.,Ivashkin V.T.,Knyajev V.A. i dr. Ensiklopediya klinicheskogo obsledovaniya bolnogo.2001.
- 9.Detskie bolezni: pod red. Shabalova N.P. 5-izd. , Piter, 2006.- 832 s.
- 10.Detskie bolezni. pod red. L.A. Isaevoy. M., Meditsina, 2002. -592 s-, il str.321-330.
- 11.Doleskiy S.Ya. Spesialnie metodi issledovaniya v xirurgii detskogo vozrasta i pogranichnix oblastyax.M.,Meditsina,1970.-239 s.
12. Isamitdinov B.X.,Ibaydullaeva S.A.,Maxmudov M.S. va b. Xamshiralik ishi.O‘quv qo‘llanma.Andijon,1993.-84 b.
- 13.Kapitan T.V. Propedevtika detskix bolezney s uxodom za detmi: Uchebnik dlya studentov med.vuzov.-M.: MED press-inform,2004.-654 s..
- 14.Krasnov A.F. Xamshiralik ishi. Tibbiyot oliy ukuv yurtlari oliy ma’lumotli xamshira fakulteti talabalari uchun darslik. M.,2000.1- 2 t.
- 15.Kukushka I.S.,Bobrovaya V.I.,Vershigoda A.V. i dr. Prakticheskie naviki iz meditsini neotlojnih sosotoyaniy.,Kiev,2008.-162 s.
16. 2122.Nishanov P.N.,Batirov A.K.,Raxmanov B.J. Prakticheskie naviki po xirurgii dlya studentov 6 kursa lechebnogo fakulteta.(Uchebno-metodicheskaya razrabotka). Andijan,1998.-72 s.
- 17.Tarasyuk V.S. Ostanovka vneshnego krovotecheniya. Nauchno-metodich. Posobie,Vinnitsa,2000.-55 s.
- 18.Tereshenko A.V.,Lyulko A.V. Rentgeno-urologicheskaya diagnostika v pediatrii.,Kiev, «Zdorovya», 1985.- 152 s.

19. Tulchinskaya V., Sokolova N, Shexovseva N. Sestrinskoe delo v pediatrii. Izd-vo "Feniks", Rostov na Donu. 2001.
20. Muxina S.A., Tarnoxina I.I. Obshiy uxod za bolnimi. M., "Meditsina", 1989.
21. Obuxoves T.A., Chernova O.V. Osnovi sestrinskogo dela: praktikum.-Rostov-na-Donu, «Feniks», 2018.-687s.
22. Oslopov V.N., Bogoyavlenskaya O.V. Obshiy uxod za bolnimi v terapevticheskoy klinike. M., «Geoter-med», 2004.
23. Ostrovskaya I.V., Shirokova A. Osnovi sestrinskogo dela: Uchebnik.-M.: GEOTAR–Media, 2015.-320 s.
24. Paramonova N.S. Meditsinskie manipulyatsii i naviki v pediatrii. Uchebnoe posobie. M., «Meditsina», 2015.-191 s.
25. Sabirov D.M., Gazizov A.Z., Ismailova B.X. Tibbiy muolajalar."Vorish-Nashriyot", «Toshkent, 2007.-100 b.
26. Usov I.N., Chichko M.V., Astaxova L.N. Prakticheskie naviki pediatra. Minsk, Izd-vo "Visshaya shkola", 1988.
27. Uxod za bolnim rebenkom: uchebno-metodicheskoe posobie dlya studentov pediatricheskogo fakulteta. N.S. Paramonova i dr; pod.red. N.S. Paramonovoy.-Grodno: GrGMU, 2010.-196 s.
28. Shamsiev F.S., Yerenkova N.V. Spravochnik po uxodu za bolnimi detmi Toshkent, 1993.
29. Yaromicha I.V. Sestrinskoe delo. Minsk, «Visheyshaya shkola», 2004.

Internet saytlar:

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

