

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI

OLIY VA O'RTA MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI

TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

M.I. KOSIMXOJIYEV

**TRAUMATOLOGIYA VA ORTOPEDIYADAGI
BLOKADALARI**

(tibbiyot instituti talabalari va kursantlar uchun o'quv qo'llanma)

ANDIJON 2022 y.

Muallif:

M.I. Kosimxojiev - ADTI VMO va QTF travmatologiya-ortopediya, neyroxirurgiya, lor, bolalar anesteziologiya kafedra mudiri, t.f.d., dotsent

Taqrizchilar:

K.A. Qo'ldashev - ADTI Bolalar travmatologiya, ortopediya va neyroxirurgiya kafedra mudiri. t.f.d., dotsent

S. Pardayev - SamDTU travmatologiya va ortopediya kafedra mudiri. t.f.n., dotsent



**ANDIJON DAVLAT
TIBBIYOT INSTITUTI**

GUVOHNOMA



ANDIJON – 2022

O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi
Andijon davlat tibbiyot instituti rektorining 2022 yil "1" noyabrdagi
"683-sh"—sonli buyrug'iga asosan

M.I.Kosimxojiev

(muallifning familiyasi, ismi-sharifi)

5510100 - Davolash ishi

(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

_____ ning

talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan.

*Travmatologiya va ortopediyadagi blokadalar 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.



Rektor  M.M. Madazimov
(imzo)

Ro'yxatga olish raqami:



MUNDARIJA.

Mundarija	5
Annotatsiya	9
So'z boshi	11
umumiy qism	
1-bo'lim. Blokadalarining tasnifi. Amalga oshirishning umumiy qoidalari. Qo'llash mumkin bo'lmagan holatlar va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlar	13
2-bo'lim. Anestetik va dori vositalarining xarakteristikasi terapevtik blokadani bajarishda foydalaniladi	16
Maxsus qism	
3-bo'lim. Mahalliy infiltratsiya blokadalari	27
3.1. Uzun suyaklarning sinish joylarini blokirovka qilish	27
3.2. Qovurg'a sinishi blokadası	27
3.3. Ko'ndalang kesimning blokadası	28
3.4. Vishnevskiy bo'yicha oyoq-qo'llarning blokadası	29
3.5. Chuqur periosseus hujayraning blokadası Skoblin-Kutsenko bo'yicha son bo'shlig'i	32
3.6. Oldingi skalen mushaklarining blokadası	33
3.7. Kazanskiy bo'yicha retrosternal blokadası	34
3.8. Marev bo'yicha subpektoral blokadası.....	35
3.9. Beler bo'yicha vertebra blokadası	35
3.10. Shnek bo'yicha vertebra blokadası	36
3.11. Paravertebral vegetativ blokadası.....	38
3.12. Umurtqa artikulyar blokadası	38
3.13. Vishnevskiy bo'yicha pararenal blokadası.....	39
3.14. Shkolnikov-Selivanov bo'yicha intrapelvik blokadası.....	40
3.15. Piriformis mushaklarining blokadası	41
3.16. Aminev bo'yicha periokoksit blokadası	42
3.17. Vishnevskiy bo'yicha presakral blokadası.....	43
4-bo'lim. Mintaqaviy (o'tkazish) blokadalar	45
4.1. Vishnevskiy bo'yicha bachadon bo'yni vagosimpatik blokadası	46
4.2. Minkin bo'yicha servikotorakal (yulduzsimon) tugunni blokirovka qilish ...	47
4.3. Popelyanskiy bo'yicha stellat tugunining blokadası	48
4.4. Brakiyal pleksus blokadası.....	48
4.4.1. Brakiyal pleksus blokirovkasi	
Kulenkampf bo'yicha (supraklavikulyar usul)	48

4.4.2. Morgan brakiyal pleksus blokadasi (subklaviya usuli)	49
4.4.3. Pashchuk bo'yicha brakiyal pleksus blokirovkasi (qo'ltiq osti usuli).....	50
4.5. Qo'ltiq osti va qo'ltiq osti nervlarining blokadalari	51
4.5.1. Supraskapular va aksiller nervlarning blokadasi Braunga ko'ra	51
4.5.2. Supraskapular va aksiller nervlarning blokadasi Mityunin-Eliseevga ko'ra	52
4.5.3. Supraskapular nerv blokadasi Grishko-Grabovoyga ko'ra	52
4.6. Radial, median va ulnar nervlarning blokadasi tirsak bo'g'imi sohasida.....	53
4.7. Bilakning pastki uchdan bir qismidagi radial, media va to'g'ridan-to'g'ri nerv blokadasi.....	55
4.8. Oberst-Lukashevich bo'yicha interpaludal nervlarning blokadasi	56
4.9. Usoltseva bo'yicha raqamli nervlarning blokadasi	57
4.10. Interkostal nervlarning blokadasi	57
4.11. Interkostal paravertebral blokadasi.....	58
4.12. Interkostal paravertebral blokadasi Florikyanga ko'ra.....	59
4.13. Orqa miya nervlarining orqa shoxlarining blokadasi	59
4.14. Siyatik nerv bloklari	60
4.14.1. Voyno-Yasenetskiy bo'yicha siyatik asab blokadasi	60
4.14.2. Mur tomonidan siyatik nerv blokadasi	61
4.14.3. Siyatik asabning lateral kirish bilan blokadasi	62
4.14.4. Siyatik asabni oldingi yondashuv bilan blokirovka qilish	62
4.15. Femoral nerv blokadasi	64
4.16. Yanal femoral teri nervining blokadasi	64
4.17. Obturator nerv blokadasi	65
4.18. Femoral asabning mushak shoxlarini blokirovka qilish Skoblin-Kutsenkoga ko'ra	65
4.19. Siyatik asab shoxlarini blokirovka qilish Skoblin-Grishko	67
4.20. Tibial va peronealning blokadasi pastki oyoqning yuqori uchdan bir qismi darajasidagi nervlar	68
4.21. Tibial va peronealning blokadasi Braunga ko'ra pastki oyoqning pastki uchdan bir qismidagi nervlar	69
4.22. Posterior tibial va gastroknemiusning blokadasi Braunga ko'ra nervlar	70
4.23. Posterior tibial nerv bloki Voyno-Yasenetskiyga ko'ra	71
Bo'lim 5. Intraosseous blokadalari.....	72
Bo'lim 6. Qo'shimchalarning blokadalari (ponksiyonlar).	
Umumiy qoidalar.....	76
6.1. Yelka bo'g'imining blokadasi	76

6.2. To'sh suyagi bo'g'imining blokadası	77
6.3. Akromioklavikulyar bo'g'imning blokadası	77
6.4. Tirsak bo'g'imining blokadası	78
6.5. Bilak bo'g'imining blokadası	79
6.6. Son bo'g'imining blokadası	79
6.7. Sakroiliak bo'g'imning blokadası	77
6.8. Tizza bo'g'imining blokadası	80
6.9. Oyoq Bilagi zo'r blokadası.....	81
7-bo'lim. Terapevtik dori blokadası entezopatiya, karpal tunnelsindromi va bursit bilan	82
7.1. Skapula korakoid jarayoni hududini blokada qilish.....	83
7.2. Uzun boshning tendon mintaqasini blokirovka qilish biceps brachii.....	83
7.3. Subdeltoid (subakromial) sumkaning blokadası	83
7.4. Kichkina ko'krak mushaklari sindromida blokadası.....	84
7.5. Epikondilitda blokadası.....	85
7.6. Olekranon bursitida blokadası.....	87
7.7. Radiusning stiloiditi bilan blokadası.....	87
7.8. Karpal kanalning blokadası	88
7.9. Ulnar kanalining blokadası	89
7.10. De Querven kasalligida blokadası.....	89
7.11. Stenozli ligamentit bilan blokada barmoqlarning halqasimon ligamentlari (tetik barmoq)	91
7.12. Sonning katta trokanter qismining blokadası	91
7.13. Iskial tuberkulyar hududni blokada qilish	92
7.14. Pellegrini-Stida kasalligida blokadası.....	92
7.15. Patella entezopatiyasi bilan blokadası (jumperning tizzası)	93
7.16. Prepatellar bursitda blokadası.....	93
7.17. "Qarga oyog'i" sindromida blokadası.....	93
7.18. Axilles bursit va axillotendovaginitda blokadası.....	94
7.19. Plantar aponevrozning entezopatiyasida blokadası (to'pig'i).....	95
8-bo'lim Mahalliy in'ektsiya terapiyasi Dupuytren kasalligi bilan	96
8.1. Palmar (plantar) aponevrozining infiltratsiyasi dorivor aralashmaning eritması.....	96
8.2. Palmar aponevrozining infiltratsiyasi Sklyarenko bo'yicha furazolidon	97
8.3. Palmar aponevrozining papain bilan infiltratsiyasi Kazmin-Vetrila tomonidan	98
9-bo'lim. Epidural va orqa miya bloklari	99

9.1. Epidural blokada.....	99
9.2. Kaudal (sakral) epidural blokada Pashchukning fikriga ko'ra.....	101
9.3. Orqa miya blokirovkasi	103
Tibbiy atamalar lug'ati	107
Adabiyot	119

Аннотация

O'quv qo'llanma blokadalarining tasnifi, ularni amalga oshirishning umumiy qoidalari, anestetik va dori vositalarining qisqacha tavsifi, ortoped-travmatolog amaliyotida eng ko'p qo'llaniladigan blokadalar tasvirlangan.

O'quv qo'llanma travmatolog-ortopedlar, anesteziologlar, klinik ordinatorlar kursantlari, ordinatorlar, tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalarining IV-VI kurs talabalari, shuningdek, sport jamoalari shifokorlari uchun yozilgan.

Maxsus adabiyotlarni o'rganish asosida biz zamonaviy anesteziologlar va dorilarning qisqacha tavsifini berishga, ortoped-travmatologning klinik amaliyotida eng ko'p qo'llaniladigan asosiy blokadalarni taqdim etishga, ko'rsatmalar va ularni amalga oshirish texnikasini qisqacha tavsiflashga harakat qildik. iloji boricha.

Аннотация

Учебное пособие представлены классификации блокад, общие правила их выполнения, краткая характеристика анестетиков и лекарственных препаратов, описаны наиболее часто применяемые в практике травматолога-ортопеда блокады.

Учебное пособие написано для курсантов травматологов-ортопедов, анестезиологов, клинических ординаторов, врачей-интернов, для студентов IV-VI курсов студентов медицинских вузов, а также врачей спортивных команд.

На основании изучения специальной литературы мы постарались дать краткую характеристику современным анестетикам и лекарственным препаратам, представить основные, наиболее применяемые в клинической практике ортопеда-травматолога блокады, максимально сжато описать показания и технику их выполнения.

Annotation

The textbook presents the classification of blockades, the general rules for their implementation, a brief description of anesthetics and drugs, describes the most commonly used blockades in the practice of an orthopedic traumatologist.

The textbook is written for cadets of traumatologists-orthopedists, anesthesiologists, clinical residents, interns, for students of IV-VI courses of students of medical universities, as well as doctors of sports teams.

Based on the study of special literature, we tried to give a brief description of modern anesthetics and drugs, to present the main blockades most used in the clinical practice of an orthopedist-traumatologist, to describe the indications and the technique for their implementation as concisely as possible.

SO‘Z BOSHI

Zamonaviy sharoitda anestetik blokadalar doimiy ravishda takomillashtirilib, tobora ommalashib bormoqda. Mutaxassislar mahalliy in'ektsiya terapiyasi uchun turli xil anesteziyalar va dori-darmonlarning kuchli arsenaliga ega, bu nafaqat og'riqni yo'qotish, balki patologik sindromlar va kasalliklarni davolashni ham samarali amalga oshirish imkonini beradi. Shu munosabat bilan, "blokada" tushunchasi endi har qanday organ va anatomik mintaqaning funksiyasini to'xtatishdan biroz kengroq talqin qilinadi.

Jarrohlik tarixidagi muhim voqea zemstvo shifokori V.F. Voyno-Yasenetskiyning "Regional behushlik", muallifning o'zi tomonidan ajoyib va professional tarzda tasvirlangan. Anesteziyaning yangi turi - mintaqaviy behushlik bo'yicha o'sha davrlarning jahon tajribasini sarhisob qilib, chuqur topografik va anatomik tadqiqotlar o'tkazgan holda, o'zining shaxsiy boy jarrohlik amaliyotiga tayangan holda, Valentin Feliksovich nerv magistrallari va pleksuslariga o'zining ponksiyon yo'lini ishlab chiqdi.

"Regional behushlik" kitobi 1915 yilda Petrogradga nashr etilgan. Jahon ilmiy jamoatchiligi jarrohning mehnatini yuqori baholab, uni "ilmiy g'alaba", "ilmiy yutuq" deb baholadi. V.F. Voyno-Yasenetskiy Varshava universitetining nufuzli mukofoti (Gaynatskiy mukofoti) bilan taqdirlangan va 1916 yilda muallif dissertatsiya sifatida monografiyasini himoya qilgan va tibbiyot fanlari doktori ilmiy darajasini olgan. V.F. Voyno-Yasenetskiy (Arxiyepiskop Luqo) minglab ambulatoriya va yuzlab murakkab jarrohlik aralashuvlarni amalga oshirib, behushlikning "nafis" turining tarafdori bo'lib qoldi. Bugungi kunga kelib, Voyno-Yasenetskiyga ko'ra nerv magistrallari va pleksuslarining blokadasi klinik amaliyotda travmatologlar, stomatologlar, oftalmologlar, otorinolaringologlar, nevropatologlar va jarrohlar tomonidan muvaffaqiyatli qo'llaniladi.

Ushbu o'quv qo'llanmani nashr etish zarurati bir necha holatlar bilan bog'liq edi. Birinchidan, yosh ortoped-travmatolog mustaqil ish sharoitida ko'pincha blokadalarni bajarishda ham uslubiy, ham texnik jihatdan qiyinchiliklarga duch keladi.

Ikkinchidan, travmatologiya va ortopediya o'quv dasturini hisobga olgan holda, bugungi kunda mahalliy va mintaqaviy blokadalarining asosiy turlarini, shu jumladan intraosseöz blokadalar va bo'g'imlarning blokadalarini taqdim etadigan o'quv adabiyotlari mavjud emas. Anesteziklar bilan blokadalar zarbaga qarshi choralarning eng muhim tarkibiy qismidir, shuning uchun ular «Travmatologia va ortopedia» va «Xarbiy dala jarrohligi» kabi fanda taqdim etilishi kerak.

Maxsus adabiyotlarni o'rganish asosida biz zamonaviy anestezikalar va dorilarning qisqacha tavsifini berishga, ortoped-travmatologning klinik amaliyotida eng ko'p qo'llaniladigan asosiy blokadalarini taqdim etishga, ko'rsatmalar va ularni amalga oshirish texnikasini qisqacha tavsiflashga harakat qildik. iloji boricha.

Hozirgi kunda jadal rivojlanayotgan biologiya fanining bo'limlaridan biri bo'lgan antigomotoksik dorilarning qisqacha tavsifi - gomotoksikologiya va ularning tayanch-harakat tizimi patologiyalarini kompleks davolashda tutgan o'rni berilgan.

Taqdim etilgan travmatologiya va ortopediya bo'yicha o'quv qo'llanma turli xil shikast yetkazuvchi jarohatlar va tayanch-harakat tizimi kasalliklarini davolash bo'yicha bilimlarni to'plash va tizimlashtirish yo'lida ishonchli yordamchiga aylanish uchun mo'ljallangan.

"Travmatologiya va ortopediya" o'quv qo'llanmasi Andijon davlat tibbiyot instituti vrachlar malaka oshirish va kayta tayyollash fakultetini "Travmatologiya va ortopediya" kafedrasi tomonidan tayyorlangan bo'lib, unda zamonaviy va ilmiy darajada jarohatlar va tayanch-harakat tizimi kasalliklari diagnostikasi va davolash haqida ma'lumotlar keltirilgan. Darslik tibbiyot talabalari va travmatolog kursantlariga uchun mo'ljallangan.

1-BO'LIM

Blokada tasnifi.

Amalga oshirishning umumiy qoidalari.

Qo'llash mumkin bo'lmagan holatlar va mumkin bo'lgan asoratlari

Nerv impulslarining uzilish darajasiga qarab blokadalarining quyidagi turlari ajratiladi:

1. Mahalliy infiltratsiya (suyak sinishi blokadasi, intra- va periartikulyar, intrapelvik blokada va boshqalar).
2. Mintaqaviy: o'tkazuvchan (poya, pleksus, ganglionik); orqa miya; epidural; intraosseous; tomir ichiga.
3. Aralash blokadalar (anestetik to'qimalarga infiltratsiya qiladi, ikkala terminal nerv uchlarini ham, nerv magistrallarini, pleksuslarni va ganglionlarni ham bloklaydi).

Blokaniing maqsadiga ko'ra ular quyidagilarga bo'linadi:

1. Diagnostika.
2. Tibbiyot.
3. Profilaktik.

DIAGNOSTIK BLOKADALARI differentsial tashxis qo'yish uchun ishlatiladi (masalan, servikotorasik osteoxondrozning namoyon bo'lishidan koronar patologiya).

TERAPEVTIK BLOKADALARI ham patogenetik, ham simptomatik bo'lishi mumkin. Terapevtik blokadalar anestetik eritmani tirnash xususiyati beruvchi hududga emas, balki to'g'ridan-to'g'ri tirnash xususiyati bo'lgan joyga yuborish orqali amalga oshirilishi kerak. Anestetiklar bilan bir qatorda, boshqa dorilar (glyukokortikosteroidlar, xondroprotektorlar va boshqalar) patologik markazga kiritilishi mumkin.

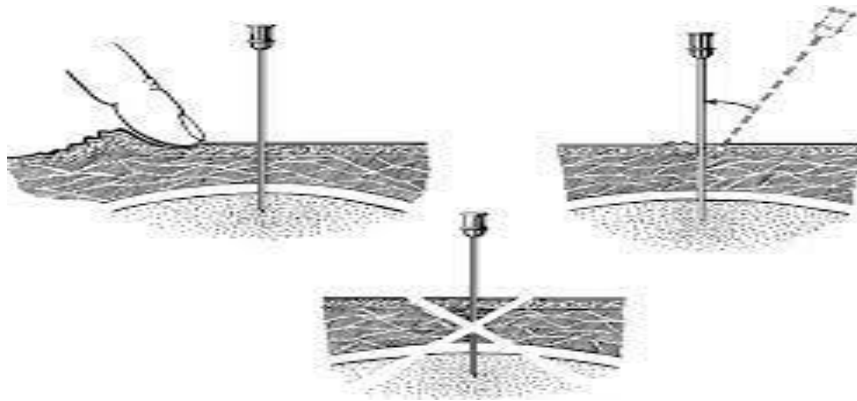
PREVENTIVE BLOKADALARI asoratlarni rivojlanishining oldini olish uchun ishlatiladi (og'ir jarohatlarda shok, operatsiyalar). Ular shikastlangan organ funksiyasini erta tiklashga va tiklanishiga hissa qo'shadi.

Shunday qilib, qovurg'a sinishida og'riq omilini olib tashlash sayoz nafas olishni, sekretiyanini ushlab turishni, bronxospazmni, atelektazni yo'q qiladi va pnevmoniya rivojlanishining oldini oladi.

BLOKADANI AMALGA OLISHNING UMUMIY QOIDALARI

Blokadani amalga oshirishdan oldin, anesteziya bilan intradermal test majburiydir. Asosiy talab - asepsiya va antisepsis qoidalariga qat'iy rioya qilish. Blokadalar kichik operatsiya xonalarida, toza kiyinish xonalarida yoki davolash xonalarida amalga oshiriladi. Ko'rsatish nuqtai nazaridan favqulodda vaziyatlarda tibbiy yordam ko'rsatish, shifoxonagacha bo'lgan bosqichda texnik jihatdan oddiy blokadalarni o'tkazishga ruxsat beriladi (uzun suyaklarning singan joylarini blokirovka qilish, kesmani blokirovka qilish, Shkolnikov-Selivanov bo'yicha intrapelvik blokada). Shifokorning qo'llarini jarrohlik operatsiyalari va manipulyatsiyalar kabi davolash kerak. Bir martalik shprits va ignalarni ishlatish kerak; ampulalar va dorilar bilan flakonlar blokadani amalga oshirishdan oldin darhol ochildi. Bemorning terisiga ikki marta yodning 5% li spirtli eritmasi, keyin bir marta 70% li spirt eritmasi bilan ishlov beriladi. Terini davolash uchun antiseptik sifatida xlorheksidin biglyukonatning 0,5% suvli-spirtli eritmasi yoki boshqa tasdiqlangan antiseptiklardan foydalanish mumkin. Blokada o'tkaziladigan anatomik maydon steril zig'ir bilan qoplangan. In'ektsiyadan oldin darhol in'ektsiya joyi alkogol bilan qayta ishlanadi. In'ektsiya ignasini kiritishdan oldin, tekis in'ektsiya kanali hosil bo'lmasligi uchun terini siljitish kerak (1-rasm).

Blokadalarni amalga oshirishdan oldin og'riqni kamaytirish uchun dastlab teriga 0,25-0,5% anestetik eritma (lidokain, novokain) bilan "limon qobig'i" hosil bo'lgunga qadar nozik igna bilan infiltratsiya qilish kerak, keyin esa kerak bo'lganda foydalaning. kattaroq uzunlikdagi va diametrli igna terining infiltratsiyalangan joyidan AOK qilinadi. Ignani to'qimalarga o'tkazishdan oldin anesteziyani kiritish kerak. Ignaning har bir oldinga siljishidan keyin aspiratsiya testini o'tkazish kerak. Blokada tugagandan so'ng, in'ektsiya joyi steril peçete bilan bosiladi, aseptik kiyinish qo'llaniladi yoki bakteritsid yopishtiruvchi gips bilan yopiladi.



Ras. 1. Blokadalar qoidasi.

Ba'zi hollarda gipsli shinalar yoki ortezlar bilan terapevtik immobilizatsiya ko'rsatiladi. Amalga oshirish texnikasiga rioya qilgan holda anesteziyalar bilan blokadalar to'liq behushlik, to'liq jarrohlik aralashuvlar va manipulyatsiyalarga erishishga, shuningdek turli kasalliklar va patologik sindromlarni samarali davolashga imkon beradi.

Anestetik eritmalar va terapevtik aralashmalar (anestetik va gormonal dori, anestetik va antihomotoksik dori) bilan blokadalar juda keng ko'rsatkichlarga ega. Biroq, bir qator umumiy va mahalliy kontrendikatsiyalar mavjud.

Umumiy kontrendikatsiyalar:

- mahalliy anesteziyaga nisbatan muvofiqlik yoki yuqori sezuvchanlik;
- bolalar yoshi (10-12 yoshgacha);
- nevropsikiyatrik kasalliklar va buzilishlar;
- dekompensatsiyalangan og'ir shok (gipovolemik, travmatik);
- gipokoagulyatsiya sindromi;
- umumiy septik jarayon (bakteremiya);
- salbiy munosabat yoki bemorning blokadani o'tkazishdan qat'iyan rad etishi.

Mahalliy kontrendikatsiyalar:

- tavsiya etilgan blokada hududida yuqumli-yallig'lanish va nekrotik jarayonlar;
- to'qimalarda aniq fibrotik o'zgarishlar, bu erda blokada qilish rejalashtirilgan.

2-BO'LIM

Terapevtik blokadalarni bajarishda ishlatiladigan anesteziik va dorilarning xususiyatlari

NOVOCAINE (sin.; Procaine) - keng tarqalgan bo'lib qo'llaniladigan efir tipidagi lokal anesteziik, bu anestetik faollik va birlik sifatida olingan toksiklik standarti. Ushbu anestetik asab to'qimalari tomonidan tanlab so'riladi, simpatik asab tizimining hujayralari va tolalari unga ayniqsa sezgir, bu uning tomirlarni kengaytiruvchi ta'siriga sabab bo'ladi. Novokain ta'siri ostida turli xil sezuvchanlik turlari ketma-ket o'chiriladi, birinchi navbatda, sovuq reaksiya, keyin termal, og'riq va taktil. U barcha turdagi mahalliy va mintaqaviy behushlik uchun ishlatilishi mumkin, ammo epidural va o'murtqa anesteziikalar uchun amid tipidagi anesteziikalar afzalroqdir. Preparat ko'pincha adrenalini bilan birgalikda qo'llaniladi, bu uning so'rilish tezligini taxminan 2 barobar kamaytiradi. Blokadalar uchun 0,25 ishlatiladi; 0,5; bitta; 2% novokain eritmalari. Shaxsiy intolerans holatlarida kontrendikedir.

TRIMEKAIN - anestetik ta'siri va davomiyligi bo'yicha novokaindan 2-3 baravar ustun bo'lgan amid tipidagi dori, u barcha turdagi lokal behushlik uchun qo'llaniladi, tez boshlanadigan, chuqur va uzoq davom etadigan og'riqni yo'qotadi. Novokaindan farqli o'laroq, u chandiq to'qimalariga ta'sir qiladi. 0,25-2% eritma shaklida 20 mg / kg tana vazniga ko'p bo'lmagan dozada qo'llaniladi. Trimekain past toksiklikka ega, kamroq nojo'ya reaksiyalarni keltirib chiqaradi va to'qimalarni bezovta qilmaydi.

DICAIN (sin.: Tetracaine, Pontocaine) efir tipidagi kuchli lokal anesteziik bo'lib, faolligi bo'yicha novokaindan sezilarli darajada ustundir, lekin juda zaharli (novokainga qaraganda 10 marta zaharliroq). 10 yoshgacha bo'lgan bolalarga dikain bilan behushlik berilmaydi. U asosan o'murtqa behushlik uchun ishlatiladi.

LIDOCAIN (sin.: Xylocaine, Xicaine, Lignocaine) kimyoviy jihatdan eng barqaror amid tipidagi anestetiklardan biri bo'lib, kislotalar, asoslar va qaynash ta'sirida o'z xususiyatlarini yo'qotmaydi. Tez ta'sir qiladi, analjezik ta'siri nisbatan qisqa muddatli. Lokal va mintaqaviy behushlikning barcha turlari uchun

qo'llaniladi. Kamdan kam hollarda allergik reaksiyalarni keltirib chiqaradi, novokaindan 4 barobar kuchliroq, lekin undan 2 barobar ko'proq zaharli. Kattalar uchun adrenalin bo'lmagan eritmada maksimal yagona doz 200 mg, adrenalinli eritmada - 500 mg Novokainga individual intolerans bilan lidokain muqobil anesteziik sifatida ishlatilishi mumkin. Yurak-qon tomir etishmovchiligi, jigar va buyraklar faoliyatining buzilishida kontrendikedir.

SOVKAIN (sin.: Tsinhokain, Dibukain) - amid tipidagi eng kuchli anestetiklardan biri, novokainga qaraganda 15-20 marta faolroq va undan 15-20 marta zaharliroq, uzoqroq ta'sir qiladi (3-4 soat). Sovkainni kuchaytirish uchun uni novokainga qo'shishingiz mumkin. U aniq gipotenziv ta'sirga ega, asta-sekin tanadan chiqariladi.

NEZAKAIN (sin.: Xlorprokain) - tez ta'sir etuvchi, qisqa og'riq qoldiruvchi ta'sirga va past toksiklikka ega efir tipidagi anesteziik. U infiltratsiya, mintaqaviy va epidural behushlik uchun ishlatiladi. Preparatning subaraknoid administratsiyasi kontrendikedir.

MEPIVACAIN (sin.: Karbokain, Skandikain) o'rtacha quvvat va toksiklikka ega. Analjezik ta'siri lidokainga qaraganda uzoqroq davom etadi. U infiltratsiya, mintaqaviy va epidural behushlik uchun ishlatiladi.

BUPIVAKAIN (sin.: Markami, Karbostezin, Anekain) amid tipidagi anesteziik bo'lib, sekin boshlang'ich, uzoq muddatli og'riq qoldiruvchi ta'sirga ega, yuqori kuch va toksiklikka ega.

Infiltratsiya, mintaqaviy, epidural va o'murtqa behushlik uchun ishlatiladi. Sensor faollik harakat faolligiga qaraganda ancha aniq va uzoq davom etadi. Bupivakain eritmasiga vazokonstriktorlarning qo'shilishi blokadaning davomiyligiga ta'sir qilmaydi. Preparatni tasodifiy tomir ichiga yuborish blokadalar va qorincha aritmiyalariga, yurak tutilishiga olib kelishi mumkin.

EDITOCAIN (sin.: Duranes) - amid tipidagi anesteziik, tez boshlanadigan va yuqori ta'sirga ega, uzoq davom etadigan og'riq qoldiruvchi ta'sirga ega, ammo zaharli. U infiltratsiya, mintaqaviy va epidural behushlik uchun ishlatiladi. Dvigatel faolligi sezgidan ko'ra aniqroqdir.

ROPIVACAIN (sin.: Naropin) - amid tipidagi anestetik, sekin boshlang'ich va uzoq muddatli og'riq qoldiruvchi ta'sirga ega va yuqori ta'sirga ega. Kardiotoksisite bupivakainga qaraganda kamroq aniqlanadi. Infiltratsiya, mintaqaviy, epidural va o'murtqa behushlik uchun ishlatiladi. Dvigatel faolligi sezgidan ko'ra aniqroqdir. Lokal anestetiklarning fizik-kimyoviy xususiyatlari Jadvalda ko'rsatilgan. bitta.

Jadval 1. Lokal anestetikaning fizik va kimyoviy xossalari

Maksimal bitta doz, mg	Harakat kuchi, konv., birliklar	Toksiklik, konv., birliklar	Effekt boshlanishi	Davomiyligi	Foydalanish uchun ko'rsatmalar
Lidokain 2%					
400	1.0	1,0	8-12	13	Epidural, kaudal, orqa miya, infiltratsion behushlik, o'tkazuvchanlik (poya) anesteziyasi
Trimekain 2,5%					
400	0,45	1,0	7-10	1,0-1,5	Xuddi shu
Bupivakain 0,5%					
150	4,0	2,0	10-12	3,0-3,5	Xuddi shu
Prilokain 2%					
900	0,65	0,77	10-13	2,0-3,0	Epidural, kaudal, infiltratsion, o'tkazuvchan anesteziya
mepivakain 2%					
400	1.0	1,8	7-15	3,0-5,0	Xuddi shu
etidokain 1%					
300	4,0	5,5	10-12	4,0 -6,0	Xuddi shu
Xlorprokain 2%					
800	0.5	0,3	1-2	0,5-1,0	Xuddi shu
Ropivakain 0,75% anesteziya; 0,2,1% epidural va o'tkazuvchanlik uchun% eritma infiltratsion behushlik uchun					
150	4,0	2,0	10-12	3,0-3,5	epidural, kaudal, orqa miya, infiltratsion behushlik, o'tkazuvchanlik (poya) anesteziyasi

YORDAMCHI DORILAR

Anesteziklarning ta'sirini uzaytirish va ularning toksikligini kamaytirish uchun ikkinchisiga 1: 200 000 nisbatda vazokonstriktorlar (adrenalin) qo'shiladi. Bu konsentratsiyaga 10 ml anestetik eritmaga bir tomchi 0,1% adrenalin eritmasini qo'shish orqali erishiladi, diametri 0,7-0,9 mm bo'lgan ignalar yordamida. Yuqori konsentratsiyalarda adrenalinning kuchaytiruvchi ta'siri biroz kuchayadi, qon ketishi va ikkilamchi tomir parezlari tufayli og'riq paydo bo'lishi xavfi mavjud. Adrenalin konsentratsiyasining oshishi bilan gipertenziv reaksiyalar va yurak aritmiyalari mumkin.

Adrenalin foydalanishdan oldin darhol anestetik eritmaga qo'shiladi. Norepinefrin aniq va umumiy vazokonstriksiyaning keltirib chiqaradi, to'qimalarning nekrozi xavfi mavjud, shuning uchun uni qo'llash noto'g'ri. Boshqa vazokonstriktor, felypressin (oktapressin) 0,003 U / ml dozada mahalliy anestezikaga qo'shilishi mumkin.

B1 vitamini lokal anestezikaning ta'sirini kuchaytiradi, chunki u gangliobloklovchi ta'sirga ega. Anesteziklarni kuchaytirish uchun B1 vitamini 30-60 mg miqdorida bromid tuzi shaklida yoki 25-50 mg miqdorida xlorid tuzi shaklida (mos ravishda 1 ml 3% yoki 6% tiamin bromid eritmasi yoki 2,5 ml 5% tiamin xlorid eritmasi).

Suaykichi blokadalar paytida anestezikaning ta'sirini uzaytirish uchun katta molekulyar kolloid eritmalar (8% jelatinol, poliglyukin, aminokon, albumin) 1: 9 nisbatda (3-5% anestetik eritmaning 1 qismi va 9) ishlatiladi. katta molekulyar kolloid eritmaning qismlari). Analjezik va terapevtik ta'sir 18-96 soat davom etadi. Og'riq qoldiruvchi ta'sirni kuchaytirish uchun 1 qism tibbiy etil spirti va 10 qism anestetik eritmada iborat spirt-novokain aralashmasi qo'llaniladi. Ba'zi hollarda 1:4 nisbati qo'llaniladi. Shu bilan birga, anestetik ta'sirga alkogolli ta'sir qo'shiladi. Metabolik va detoksifikatsiya jarayonlarini kuchaytiruvchi vositalar. So'nggi yillarda sport tibbiyoti shifokorlari va ortoped-travmatologlari amaliyotida antigomotoksik (murakkab biologik) preparatlar (AGTP) keng qo'llanila boshlandi, ularning harakati himoya adaptiv reaksiyalarni kuchaytirishga va zararlanish

markazida to'qimalarni zararsizlantirishga qaratilgan. Muayyan faol moddalar majmuasining past konsentratsiyasining sinergik birikmasi tufayli AGTPlar yallig'lanish (qirg'in) markazida yallig'lanish va yallig'lanishga qarshi sitokinlar o'rtasidagi konsentratsiya nisbatini ikkinchisi foydasiga o'zgartiradi. Bu fibrogenez va fibroliz o'rtasidagi muvozanatni tiklash orqali tez yallig'lanishga qarshi ta'sirga, matritsa hujayralararo bo'shliqning remodulyatsiyasiga va uning tuzilishining yangilanishiga olib keladi.

AGTP yordamida organning alohida to'qimalarining (masalan, bo'g'im yoki intervertebral diskning xaftaga), har qanday funktsional tizimning (masalan, butun bo'g'im yoki qon tomir tizimining) funktsiyasi va tuzilishiga ta'sir qilish mumkin. a'zolar) yoki salbiy reaksiyalarsiz metabolizmning ayrim turlariga ta'sir qilish. Terapevtik blokadalarini bajarishda ishlatiladigan anesteziya va dori vositalarining xususiyatlari

Hatto bitta organga mo'ljallangan barcha antihomotoksik dorilar murakkab va ko'plab tarkibiy qismlardan iborat. Gomotoksikologiya nuqtai nazaridan bunday murakkablik har qanday intoksikatsiya (gomotoksikoz) detoksifikatsiya omillarining murakkab, ko'p komponentli kombinatsiyasiga muhtojligi bilan izohlanadi, ya'ni har bir toksin o'ziga xos antitoksinga (gomotoksin) ega bo'lishi kerak.

AGTP tarkibiga quyidagi komponentlar kiradi.

Reaktiv vositalar klassik gomeopatik moddalardir. Ular klinik ko'rinishi preparatning patogenetik ta'siriga o'xshash kasallikda terapevtik ta'sirga ega. Reaktiv moddalar tananing mudofaasini bevosita rag'batlantiradi va boshqa komponentlarning ta'sirini kuchaytiradi

Organotrop komponentlar - ma'lum bir organga manba materialining organ o'ziga xosligi va tropizmiga ega bo'lgan bir qator gomeopatik moddalar. Ta'sirlangan to'qimalar va organlarning funktsiyalarini optimallashtirish.

Suis-organ komponentlari - bu cho'chqa yoki yosh cho'chqa go'shti embrionining kuchli sog'lom to'qimalari. Ular inson tanasidagi kasal organlarga

mos keladigan gomologik organlar va to'qimalardan olinadi, ularning funktsiyalari faollashadi.

Nozodalar - ma'lum usulda qayta ishlangan kasallik qo'zg'atuvchi moddalardan (patologik sekretsiyalar, ta'sirlangan to'qimalarning qismlari, mikrobiologik material) tayyorlangan moddalar.

Katalizatorlar hujayra nafas olish va metabolizm jarayonlarini faollashtiradigan kuchli vitaminlar, fermentlar, gormonlar va boshqa moddalardir.

Potensial allopatik preparatlar tegishli kimyoviy moddalardan (dorilar, bo'yoqlar, toksinlar) ularni qayta-qayta suyultirish va kuchaytirish orqali tayyorlanadi.

Suis-organ komponentlari va tugunlarini ishlab chiqarish ehtiyotkorlik bilan epidemiologik nazorat bilan birga keladi, bu esa har qanday infeksiyani yuqtirish imkoniyatini istisno qiladi.

MUMKIN ASORATLAR VA ANESTETIKLARNING NOJO TA'SIRLARI

Har xil turdagi blokadalarning asoratlari quyidagilar bo'lishi mumkin: - anestetikning haddan tashqari dozasi bilan bog'liq toksik reaksiyalar (ko'p miqdorda anesteziyani kiritish, uning yuqori konsentratsiyasi yoki tasodifiy tomir ichiga yuborish);

- allergik reaksiyalar, anafilaktik shok;
- yuqumli asoratlar;
- qon tomirlari, nerv trubalari, ichki organlarning ponksiyon (mexanik) shikastlanishi;
- texnik asoratlar (ponksiyon ignasining sinishi, kateterning ajralishi).

Anesteziyalar bilan doza artirish blokadalarning eng keng tarqalgan asoratlari hisoblanadi. Anesteziyalar bilan zaharlanishning klassik manzarasi markaziy asab tizimining qo'zg'alish (CNS) belgilari bilan tavsiflanadi - engil tashvish va tez nafas olishdan tortib kramplargacha, keyin yurak-qon tomir va nafas olish tizimlarining tushkunligi, ongni yo'qotish. Ko'p miqdorda anestetik

qonga kirganda, markaziy asab tizimining tushkunligi oldindan qo'zg'almasdan kuzatilishi mumkin. Bu, ayniqsa, markaziy asab tizimiga aniq ta'sir ko'rsatadigan ksilid guruhining dorilariga (trimekain, lidokain) tegishli. Dudaklarning uyquchanligi va anestezika kiritilgandan so'ng darhol tashvish paydo bo'lishi tomirlarning lümenine kirganligini ko'rsatadi.

Bupivakain kardiotsik ta'sirga ega, tasodifiy tomir ichiga yuborish bilan blokada va qorincha aritmiya, yurak tutilishi sabab bo'ladi. Bupivakain tufayli yuzaga kelgan qorincha taxiaritmiyalarini lidokain bilan emas, balki bretilium tosilat bilan davolash kerak (vena ichiga bolus 5 mlg/kg yoki mushak ichiga 5-10 mlg/kg har 6-8 soatda).

Shuni esda tutish kerakki, anesteziklarning toksikligining ortishi ularning konsentratsiyasining ortishi bilan arifmetik emas, balki geometrik progressiya bilan ortadi. Agar siz anestezikaning maksimal dozasini hisobga olsangiz, uning haddan tashqari dozasidan qochishingiz mumkin.

Anestezikaning haddan tashqari dozasini oldini olish uchun premedikatsiyaning bir qismi sifatida o'ziga xos antidotlar bo'lgan barbiturik kislota hosilalarini (luminal, barbital, Nembutal va boshqalar, operatsiyadan 30-40 minut oldin 0,1-0,2 g) buyurish tavsiya etiladi. Blokadalar, ayniqsa o'murtqa va epidural paytida anestetikning tomir ichiga kirishining oldini olish chorasi sinov dozasidir. Shu maqsadda 3-5 ml lokal anestetik AOK qilinadi. Agar test dozasi qon tomiriga kirsa, u holda 30-60 soniyadan so'ng yurak tezligi 20% ga oshadi. Sinov dozasini subaraknoid bo'shliqqa kiritish bilan o'murtqa behushlik belgilari 2-3 daqiqada rivojlanadi.

Anestezikaning haddan tashqari dozasi belgilari bilan kislorod inhalatsiyasi bilan terapevtik harakatlarni boshlash kerak. Agar ahvol yomonlashsa (tremor, konvulsiyalar), u holda barbiturik kislota preparatlari (geksenal yoki natriy tiopentalning 1-2% eritmalari) tomir ichiga yuboriladi. CNS depressiyasi bosqichida barbituratlar qo'llanilmasligi kerak, chunki bu uning depressiyasini kuchaytiradi. Zarur bo'lganda intubatsiya, mexanik ventilyatsiya, mushak gevseticilar buyuriladi, infuzion detoksifikatsiya terapiyasi (glyukoza eritmalari,

neogemodez, polidez, reopoliglyukin, refortan, stabizol) majburiy diurez bilan birgalikda buyuriladi.

Nafas olishning to'xtashi, qon bosimining keskin pasayishi, yurak tutilishi bilan kechadigan anesteziya bilan o'ta og'ir zaharlanish bo'lsa, davolash kardiopulmoner reanimatsiyaning umumiy qoidalariga muvofiq amalga oshiriladi. Shuni esda tutish kerakki, bemorning umumiy holati toksik reaksiyalarning paydo bo'lish chastotasiga ta'sir qiladi. Jigar va buyrak kasalliklari muhim ahamiyatga ega bo'lib, ular detoksifikatsiyaga va anesteziyani tanadan olib tashlashga to'sqinlik qiladi. Anestezikaning zaharlilikini oshiradigan omillar beriberi, ovqat hazm qilish va surunkali intoksikasiyaning har xil turlari (alkogolizm, giyohvandlik, qandli diabet).

Anesteziklarga yuqori sezuvchanlik va ularning intoleransiyasi allergik reaksiyalar (AR) shaklida yuzaga keladi - ekzema, ürtiker, dermatit, shish va boshqalar. Ko'p hollarda AR anestezikani qo'llashdan keyin bir necha soat o'tgach namoyon bo'ladi, anafilaktik shok bundan mustasno (AS), bu preparat kiritilgandan keyin darhol rivojlanadi. AS bilan qon bosimi keskin pasayadi, bronxospazm paydo bo'ladi, nafas olish etishmovchiligi rivojlanadi va yurak tutilishi mumkin. AS anestezikaning minimal dozalarini kiritgandan so'ng darhol paydo bo'lishi mumkin.

AR va AS ning oldini olish uchun anamnezni to'liq o'rganish katta ahamiyatga ega, shubhali holatlarda, qoida tariqasida, allergik reaksiyalarni keltirib chiqarmaydigan dorilarni (xikain, lidokain, trimekain) qo'llash tavsiya etiladi. ARning dori vositalarining oldini olish uchun antigistaminlarni (pipolfen, difengidramin, suprastin, diazolin, tavegil), shuningdek, barbiturik kislota preparatlarini (barbital, natriy etaminal, fenobarbital) premedikatsiyaga kiritish tavsiya etiladi.

ARni davolash umumiy qabul qilingan qoidalarga muvofiq amalga oshiriladi: bemorning hayotiga tahdid soladigan sharoitlarda mexanik ventilyatsiya, infuzion terapiya o'tkaziladi, antigistaminlar qo'llaniladi, giposensibilizatsiya qiluvchi terapiya buyuriladi (vena ichiga suprastin, 10%

kaltsiy xlorid eritmasi, 5%). askorbin kislota eritmasi, prednizolon 60-90 mg, gidrokortizon 90-230 mg). Bronxospazm bilan atropin, adrenalin kiritiladi, mexanik shamollatish amalga oshiriladi.

. Blokadalar paytida yuqumli asoratlar asepsiya va antisepsis qoidalarini buzish bilan bog'liq.

Qon tomirlariga, asab tomirlariga, ichki organlarga mexanik shikastlanishning oldini olish, shuningdek, anesteziyani noto'g'ri tomir ichiga yuborish blokadalarini o'tkazishda topografik anatomiyani bilish va aspiratsiya testlarini o'tkazishdan iborat.

Mahalliy yallig'lanish reaksiyalari (selülit) kationlarning to'qimalarga kirishi natijasida rivojlanadi, ular anestetik eritmalarda uzoq vaqt davomida (1-3 soat) metall qismlar (shprints pistonlari, ignalar) bilan aloqa qilishda hosil bo'ladi. Selülitni davolash termal ta'sir qilish yoki lidaza va ronidazani mahalliy yuborish orqali mahalliy qon aylanishini yaxshilashga qisqartiriladi. Yiringli-septik asoratlarni davolash jarrohlikda qabul qilingan umumiy qoidalarga muvofiq amalga oshiriladi.

QO'LLANILGAN DORILAR

TERAPEVTIK BLOKLARNING ISHLATILISHI

GLUKOKORTIKOSTEROIDLAR - bu aniq va tez namoyon bo'ladigan yallig'lanishga qarshi va immunosuppressiv ta'sirga ega dorilar. Ularning ta'sir qilish mexanizmi tegishli adabiyotlarda yaxshi o'rganilgan va batafsil taqdim etilgan. Mahalliy in'ektsiya terapiyasi uchun (peri- va intra-artikulyar blokadalar) glyukokortikosteroidlarning erimaydigan tuzlarining suspenziyalari qo'llaniladi, bu uzoq muddatli yallig'lanishga qarshi ta'sirga yordam beradi.

KO'RSATMALAR: yuqumli bo'lmagan artrit, osteoartritdagi sinovit, revmatik kelib chiqishi osteoartriti, bursit, tendovaginit, epikondilit.

QO'SHILMALARI. Glyukokortikosteroidlarni mahalliy qo'llash tizimli foydalanish bilan bir xil hollarda kontrendikedir. Shuni esda tutish kerakki, ushbu guruhning dorilari ülserogen ta'sirga ega, osteopeniyaga hissa qo'shadi. Glyukokortikosteroidlarni asossiz takroriy bo'g'im ichiga yuborish mahalliy

osteoporoz va osteoxondral destruksiyaga, ligamentlar va tendonlarning degeneratsiyasiga olib kelishi mumkin. Ushbu guruhning tayyorgarliklari turli xil etiologiyalarning yuqumli artritida, inyeksiya zonasida yumshoq to'qimalarning infeksiyasida, sepsis, gemartroz, intraartikulyar yoriqlarda kontrendikedir.

Mahalliy in'ektsiya terapiyasi uchun glyukokortikosteroid preparatlarini anesteziklar bilan birgalikda qo'llash kerak.

Gidrokortizon asetat nisbatan qisqa ta'sir qiluvchi dori bo'lib, terapevtik ta'sir qabul qilinganidan keyin qisqa vaqt ichida boshlanadi va 7-10 kun davom etadi. 5 ml (125 mg) flakonlarda suspenziya shaklida yoki 2 ml dan 2,5% ampulalarda ishlab chiqariladi.

Diprospan (sin.: Flosteron) uzoq muddatli dozalash shaklidir. 1 ml dan ampulalarda suspenziya sifatida ishlab chiqariladi. Intraartikulyar in'ektsiyadan keyin ta'sir 2-4 soatdan keyin boshlanadi va 3 haftagacha davom etadi.

Depo-medrol aniq terapevtik ta'sirga ega. 1 ml, 2 ml va 5 ml flakonlarda suvli suspenziya sifatida ishlab chiqariladi.

Kenalog-40 yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega bo'lib, u artikulyar in'ektsiyadan 24-72 soat o'tgach o'zini namoyon qiladi va 30 kungacha davom etadi. Takroriy mahalliy in'ektsiya terapiyasi bilan tendonlar, fastsiya, mushaklar, xaftaga nekroziga olib kelishi mumkin. 1 ml va 5 ml ampulalarda mavjud.

PROTEAZA INHIBITORLARI (Kontrykal, Gordox, Trasilol) revmatik bo'g'imlarning shikastlanishlarida, aseptik nekrozda bo'g'im ichiga yuborish uchun tavsiya etiladi. Katta bo'g'imlarga 200 000 dona kontrakalning suvli eritmasi yuboriladi, intraartikulyar in'ektsiya oralig'i 3-5 kun. Blokalar soni qo'shma zararning tabiati va darajasi bilan belgilanadi.

Bo'g'im ichiga yuborish uchun **CHONDROPROTECTORLAR** (natriy gialuronat, Fermatron, Gialgan, Synvix) endogen gialuron kislotasini ishlab chiqarishni rag'batlantiradi, bo'g'imlarning moylanishini ta'minlaydi, gialin xaftaga trofizmida ishtirok etadi. Intraartikulyar blokadalar kursidan so'ng artralgiya kamayadi, bo'g'imlarning funktsiyasi yaxshilanadi. Terapevtik ta'sir 6-12 oy davom etadi.

Alflutop xuddi shu dorilar guruhiga kiradi. Yallig'lanishga qarshi, analjezik, xondroprotektiv va regenerativ ta'sirga ega. Intraartikulyar 1-3 ml ni 3-4 kunlik interval bilan kiriting. Davolash kursi 5-6 blokadan iborat. Intraartikulyar yuborishni mushak ichiga yuborish bilan birlashtirish tavsiya etiladi (20 kun davomida 1 ml). Takroriy kurslar 3-4 oy ichida tavsiya etiladi. Shuni ta'kidlash kerakki, alflutopning samaradorligi og'ir sinovit bilan sezilarli darajada kamayadi. U 1 ml ampulalarda mavjud.

POLIVINILPIROLIDON (PVP) yoki "sun'iy sinovial suyuqlik" past molekulyar og'irlikdagi kolloid eritmadir. Ba'zi fizik-kimyoviy ko'rsatkichlarga ko'ra, preparat sinovial suyuqlikka yaqinlashadi. U qo'shilishda sirpanishni yaxshilaydi, halokatli fermentlarning faolligini inhibe qiladi, reparativ jarayonlarni rag'batlantiradi va sinovial membrananing sekretsiyasini normallantiradi.

U sinovial suyuqlikning hipoproduksiyasi bilan katta bo'g'imlarda kuchli degenerativ o'zgarishlar uchun ishlatiladi. Davolash kursi 5-6 kunlik interval bilan 4-6 blokdan iborat. Takroriy davolash kurslari yiliga 2 marta o'tkazilishi kerak. 5 ml dan ampulalarda mavjud.

Bo'g'im ichidagi oksigenoterapiya yallig'lanish va degenerativ bo'g'im kasalliklarini davolashda samarali vositadir. Bo'g'imga kiritilgan kislorod to'qimalarning trofizmini va qon aylanishini yaxshilaydi, og'riqni va oksidlanish-qaytarilish siklining mahalliy buzilishlarini engillashtiradi, gazning interpozitsiyasini yaratadi, bo'g'im ichidagi yopishqoqliklarning rivojlanishiga, sinovial buralishning obliteratsiyasiga to'sqinlik qiladi, reparativ regeneratsiyani rag'batlantiradi va xaftaga naslining oldini oladi. Tibbiy kislorod bo'g'imga asta-sekin, tez to'ldirishdan qochib, 40-100 sm³ hajmda yuboriladi. Blokadalor orasidagi intervallar 2-4 kun.

. *HYALURONIDASE* bilan blokadalardan foydalanish gialuron kislotasini parchalash, to'qimalarning o'tkazuvchanligini oshirish, yopishqoqliklarni, chandiqlarni yumshatish qobiliyatiga asoslanadi. Shikastlanishdan keyingi yallig'lanish-proliferativ reaksiyalarni to'xtatish uchun lidaza (64-128 birlik) glyukokortikosteroidlar va anestetiklar bilan birgalikda qo'llaniladi.

MAXSUS QISM

3-BO'LIM

Mahalliy infiltratsiya blokadalari

3.1. UZOQ SUYIK SIRISHGA QILISH

KO'RSATMALAR: uzun suyaklarning yopiq sinishi.

TEXNIKA. Anesteziya yopiq sinish joyida amalga oshiriladi (2-rasm). Gematoma igna bilan teshiladi, bu pistonning teskari zarbasi paytida shpritsga qon oqimidan dalolat beradi va 10-50 ml 1-2% anestetik eritma yuboriladi. Analjezik ta'sir "alkogol-anestetik" aralashmasi yordamida kengaytirilishi mumkin. Bir nechta yoriqlar bilan har bir segment anesteziyaning umumiy miqdorini hisobga olgan holda alohida-alohida behushlik qilinadi, shunga mos ravishda uning konsentratsiyasini kamaytiradi.

Blokadalarni amalga oshirishda quyidagi qoidalarga rioya qilish kerak:

- ignani kiritish joyi asosiy tomirlar va nerv magistrallarining proektsiyasidan uzoqda bo'lishi kerak;
- suyak bo'laklari to'g'ridan-to'g'ri teri ostida joylashgan joyga igna kiritilmasiz;
- blokada faqat buzilmagan teri orqali amalga oshirilishi kerak.

3.2. QURG'A SIRISHLARINI BLOKADASI

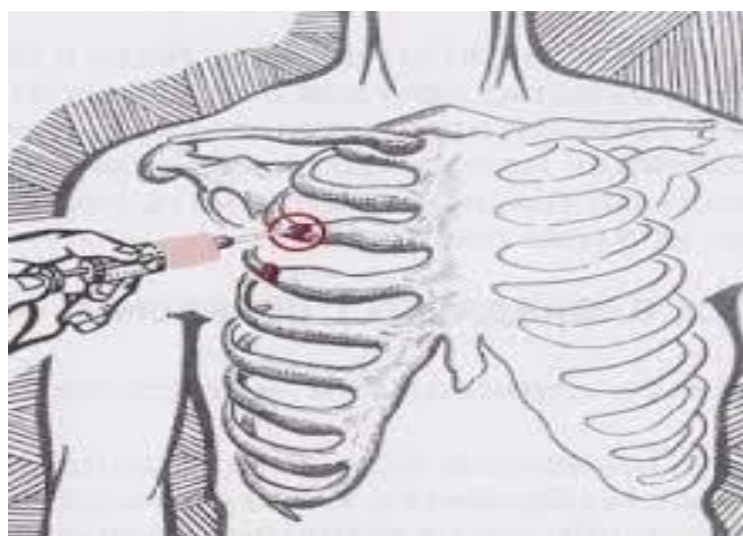
KO'RSATMALAR: qovurg'alarning bir va ko'p sinishi.

TEXNIKA. Bemorning sog'lom tomonda o'tirgan yoki yotgan holati. Terini antiseptik eritma bilan davolashdan so'ng, eng og'riqli joyini va suyak bo'laklarining krepatatsiya joyini paypaslang, 3-5 ml 1-2% anestetik eritmani yuboring, so'ngra igna uchini kaudal ravishda pastki chetiga egib oling. qovurg'a, 4: 1 nisbatda anestetik va spirt aralashmasidan yana 3-5 ml AOK qiling (3-rasm).

MUMKIN ASORATLAR: o'pkaning shikastlanishi.



Rasm 2. Uzun suyaklarning sinish joylarini blokirovka qilish



Rasm 3. Qovurg'a singan joylarini blokirovka qilish

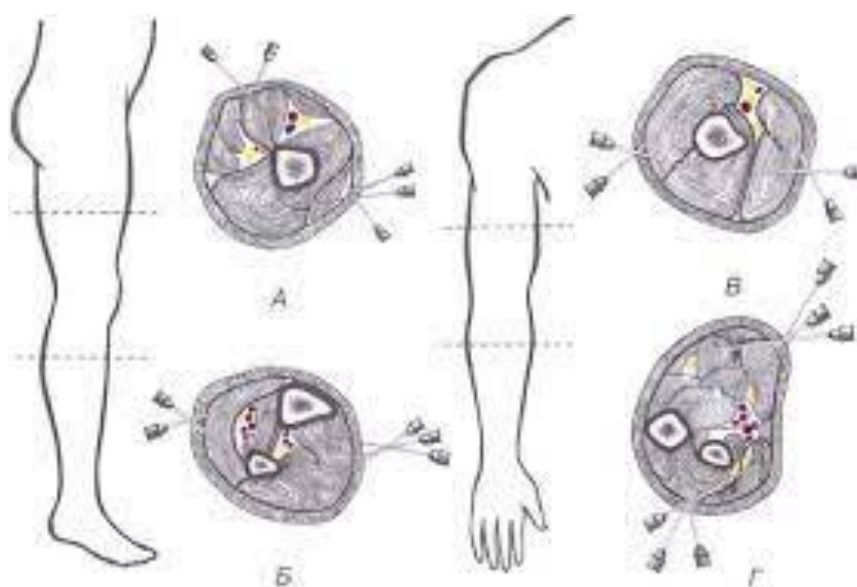
3.3. BLOKLANGAN KESIMA

KO'RSATMALAR: ochiq, shu jumladan o'q otish, uzun suyaklarning sinishi, cho'zilish sindromi, to'qimalarning pozitsion siqilish sindromi, kuyishlar va oyoq-qo'llarning muzlashi. Blokada uzoq muddatli turniket yoki turniketni olib tashlashdan oldin amalga oshirilishi kerak.

TEXNIKA. 200-500 ml 0,25% li anesteziya eritmasi aylana shaklida bir necha nuqtadan yumshoq to'qimalarga butun chuqurlikdagi suyakka singan yoki turniketning proksimal joyiga yuboriladi (4-rasm).

Har safar igna suyakka radial yo'nalishda teriga perpendikulyar, fastsiya qobig'i va nerv magistrallarining anatomik aloqalarini hisobga olmagan holda kiritiladi. Bunday holda, tanlangan darajadagi barcha nervlarning to'liq kimyoviy blokirovkasiga erishiladi.

MUMKIN ASORATLAR: asosiy tomirlar va nerv magistrallarining shikastlanishi. Ko'p miqdorda AOK qilingan anestetik bilan toksik ta'sir, kollaptoid holat mumkin.

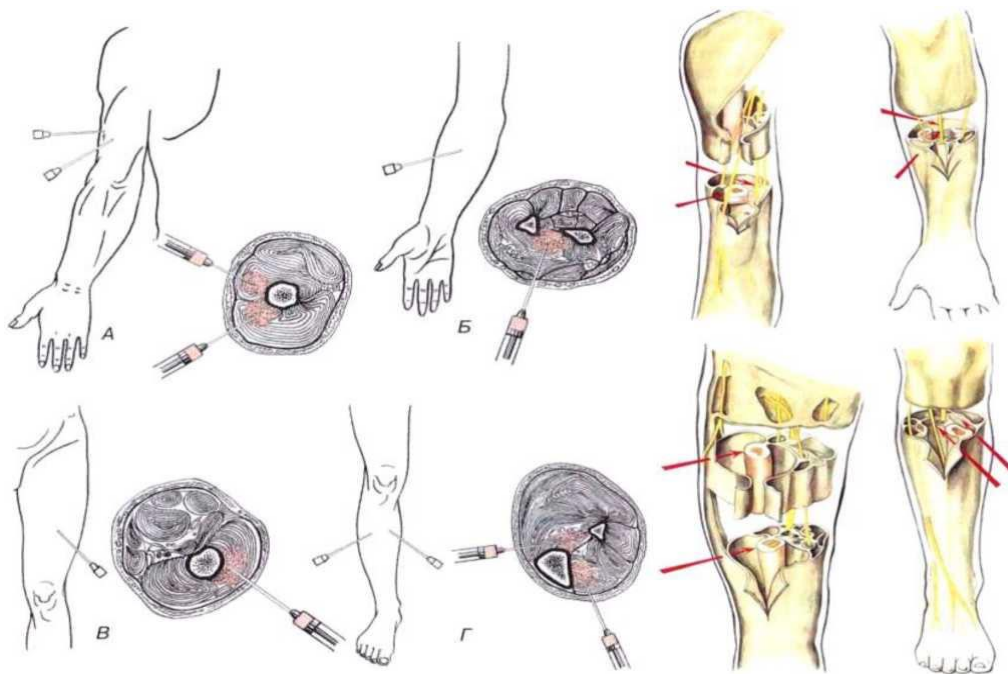


Rasm. 4. Kesmaning blokadasi: A - sonlar, B - boldirlar,
B - elka, D - bilak

3.4. VISHNEVSKIYDAGI LIMB HOLISI BLOKADASI

KO'RSATMALAR: travmatik shok, oyoq-qo'llarning ochiq va yopiq jarohatlari, kuyishlar, muzlash, uzoq vaqt eziluvchan sindrom, to'qimalarning pozitsion siqilish sindromi, zaharli ilon chaqishi, oyoq-qo'llarning yallig'lanishi, uzoq muddatli davolovchi yaralar, trofik yaralar, bo'g'imlarning kontrakturasi.

TEXNIKA. Bemorning pastki a'zosi stolga yoki cho'zilgan holatda zambilga joylashtiriladi. Yuqori oyoq-qo'lda blokadani amalga oshirayotganda, ikkinchisi tanadan chiqariladi va maxsus stend yoki yon stolga qo'yiladi (5-rasm).



Rasm . 5. Kassa blokadalar: A - elkalar, B - bilaklar, C - sonlar, G - boldirlar

Son yoki yelkaning old yuzasida, neyrovaskulyar to'plamdan uzoqda joylashgan joyda, teriga 0,25% anestetik eritma infiltratsiya qilinadi, so'ngra "limon qobig'i" maydoni uzun igna bilan teshiladi va yuqori bosim ostida anestezik suyakka fan shaklida yuboriladi - suyak (lar) joylashgan mushak hollari yoki oyoq-qo'lning mos keladigan segmentining nerv magistrallari o'tadi. Buning uchun anestezikani kiritish ma'lum bir anatomik mintaqadagi holatlar soniga qarab 3-4 balldan amalga oshiriladi. Igna teriga perpendikulyar ravishda suyakka chuqur o'tkaziladi. Ignaning oldinga siljishidan oldin anestetik oqimi bo'lishi kerak. Manipulyatsiya juda ehtiyotkorlik bilan amalga oshirilishi kerak: igna suyakka zarar bermasligi kerak, in'ektsiya silliq, silkinishsiz bajarilishi kerak. Blokadan keyin oyoq-qo'lni immobilizatsiya qilish kerak. Blokada 7-8 kunlik interval bilan takrorlanishi mumkin.

Yelkada ikkita mushak-skeletlari topildi - old va orqa (6-rasm). Anestezikani kiritish elkaning o'rta uchdan bir qismida, old va orqa yuzalarda joylashgan ikkita nuqtadan amalga oshiriladi. Har bir holatga 70-80 ml 0,25% anestetik eritma yuboriladi.

Bilakda uchta mushak-skelet tizimi mavjud. Nerv magistrallari oldingi mushak-skelet qobig'ida o'tganligi sababli, unga volyar yuzadan 1-1,5 sm chuqurlikda 80-100 ml 0,25% anestetik eritma yuboriladi.

Sonda uchta mushak-skelet tizimi mavjud. Femur antero-tashqi tayanch-harakat apparatida joylashgan, shuning uchun teri va teri osti to'qimalarining infiltratsion behushligidan so'ng, sonning antero-tashqi yuzasi orqali suyakka uzun igna kiritiladi. Suyak bilan aloqa qilgandan so'ng, ular 0,5-1 sm orqaga chekinadilar va 100-200 ml 0,25% anestetik eritma yuboriladi.

Pastki oyoqda to'rtta mushak-skelet qobig'i ajratilgan. Blokadani amalga oshirayotganda, oldingi tibial mushaklari va barmoqlarning ekstansor mushaklari, shuningdek, orqa tibial mushak va barmoqlarning fleksorlari holatiga anesteziyani kiritish kerak. Igna tibia tashqi chetidan 2 sm masofada kiritiladi va suyakning lateral yuzasiga parallel ravishda yo'naltiriladi.



Rasm 6. Oyoq-qo'llarning mushak-skeletlari topilmalari (strelkalar bilan ko'rsatilgan): A - elkalar, B - bilaklar, C - sonlar, D - boldirlar

Ikkinchi igna in'ektsiyasi tibia ichki chetidan medial 2 sm masofada amalga oshiriladi. Har bir holatga 50-70 ml 0,25% anestetik eritma yuboriladi. MUMKIN ASORATLAR: asosiy tomirlar va nerv magistrallarining shikastlanishi.

3.5. SKOBLIN-KUTSENKO BO'YICHA BOSCHNI CHUQUR PERIBOSSALGAN HUYVALIY BO'SHISHINI BLOKADASI

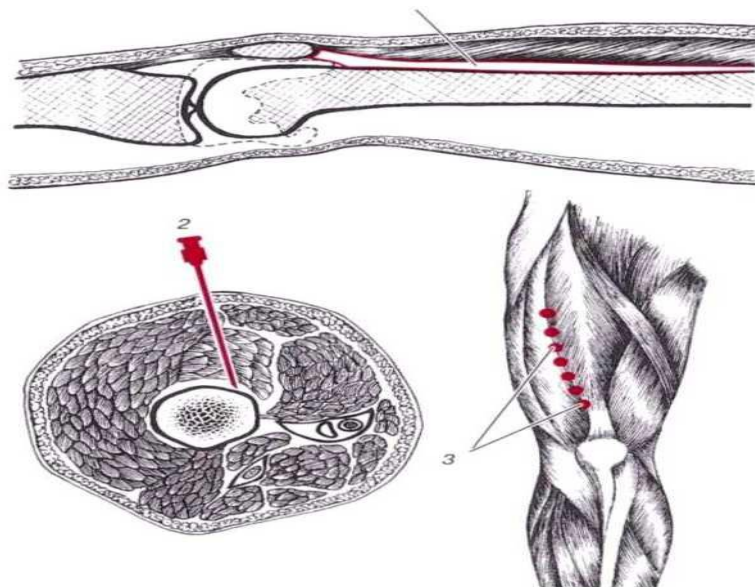
KO'RSATMALAR: miofasiotenodez asosida hosil bo'lgan tizza bo'g'imining ekstansor kontrakturalarining oldini olish va davolash. (Myofasiotenodez - mushaklar, fastsiya, tendonlarning bir-biri bilan va son suyagi bilan birlashishi.)

TEXNIKA. Anestezik yoki terapevtik aralashmani sonning chuqur periosseoz hujayra bo'shlig'iga (GOCS) yuborish joyi to'rt boshli mushak to'g'ri ichak boshining tashqi qirrasini, sonning o'rta va pastki uchdan bir qismi chegarasida, 8- Patellaning yuqori qutbidan 12 sm proksimal.

Terini anestezik eritma bilan behushlik qilgandan so'ng, uzun igna (8-10 sm) qo'llaniladi, u yumshoq to'qimalarda femurga qarab oldinga siljiydi va anestetik eritmani igna oldiga yuboradi. Igna suyakka to'liq kiritilib, son suyagiga yetib boradi, keyin 2-3 mm ga tortiladi va birinchi inyeksiyada 30-40 ml miqdorida anestetik yoki terapevtik aralashma yuboriladi (7-rasm). Takroriy in'ektsiyalarda qo'llaniladigan terapevtik aralashmaning hajmi o'rtacha 5-1 ml ga oshiriladi va 100-120 ml ga o'rnatiladi.

Terapevtik aralashmada anestetik eritma 0,5-1% - 30-40 ml, gidrokortizon asetat - 1 ml (kenalog, diprospan, flosteron), lidaza - 64-128 birlik, kolloid eritma (poliglyukin, reopoliglyukin, jelatinol) - 1 ml 10 dan iborat. . Takroriy in'ektsiyalarda anestetik va kolloid eritma tufayli terapevtik aralashmaning dozasi o'rtacha 5-10 ml ga oshiriladi. Qo'llashdan keyingi dastlabki soatlarda terapevtik aralashma suyuqlik interpozitsiyasini yaratib, gidravlik ta'sirga ega va keyinchalik terapevtik (degenerativ-proliferativ jarayonlarga patogenetik ta'sir ko'rsatadigan dorilar tufayli).

Terapevtik aralash tizza bo'g'imining funktsional harakatsizligining butun davrida qo'llaniladi. Gipsli gips borligida, terapevtik aralash ikkinchisida "deraza" orqali AOK qilinadi. Sonning GOKP blokadalari soni immobilizatsiya vaqtiga bog'liq va o'rtacha 4 dan 10 gacha. Mahalliy infiltratsiya bloklari.



Rasm 7. Sonning chuqur periosseus hujayrali bo'shlig'ining blokadasi: 1 - GOKP; 2 - sonning kesmasi, igna GOKPga kiritilgan; 3 - GOKP ga anesteziyani kiritish nuqtalari

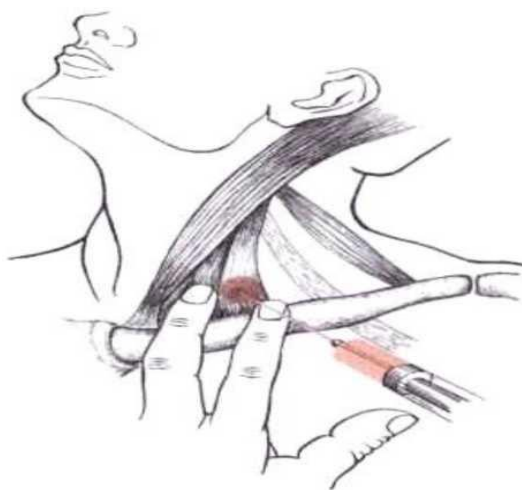
3.6. OLDIGAN LADIUS MUSHAKLARI BLOKADASI

KO'RSATMALARI: umurtqa pog'onasining osteoxondrozi, skalenus sindromi, ko'krak qafasi chiqishining neyrokompressiya sindromi.

TEXNIKA. Oldingi skalen mushagi sternokleidomastoid mushak orqasidagi klavikula ustidagi barmoq bilan aniqlanadi. Chap tomonning blokadasi bilan shifokor sternokleidomastoid mushakning klavikulyar qismini chap qo'lning uchinchi barmog'i uchi bilan ichkariga suradi (8-rasm).

Mushaklarni bo'shatish uchun bemordan boshini ta'sirlangan tomonga egish so'raladi. So'ngra, oldingi skalen mushaklarini qoplagandek, II va III barmoqlarni pastga tushiring. Skalenus sindromi bilan u og'riqli, tarang va yaxshi konturlangan. O'ng qo'l bilan chap qo'lning barmoqlari orasiga ingichka kalta igna mushak ichiga 0,5 sm dan ko'p bo'lmagan chuqurlikda AOK qilinadi va 2 ml 2% anestetik eritma yuboriladi. Anesteziyaning katta dozalarini kiritish orqali mushakni teshish istalmagan.

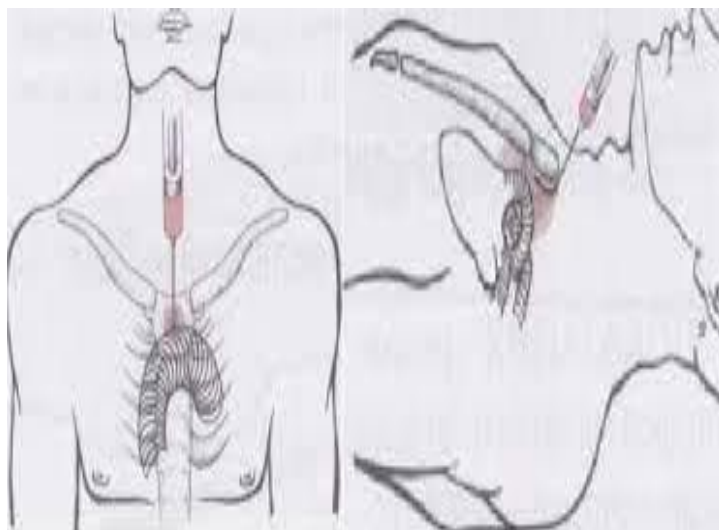
MUMKIN ASORATLAR: subklavian arteriyaning shikastlanishi.



Rasm 8. Anterior skalen mushaklarining blokadasi

3.7. Qozonga ko'ra, sternum blokadasi

KO'RSATMALAR: Ko'krak qafasining shikastlanishi, sternum sinishi, miya chayqalishi va yurakning siqilishi.



Rasm . 9. Retrosternal blokada

TEXNIKA. Bemor elkama pichoqlari ostidagi yostiq bilan orqa tomonida yotadi, boshi orqaga tashlanadi (9-rasm).

Egri igna suprasternal chuqurchaga qat'iy sagittal tekislikda kiritiladi. Ignani sternumning orqa yuzasi bo'ylab siljitib, ular oldingi mediastinga elastik pulsatsiya bilan belgilanadigan aorta yoyi darajasiga o'tadi. 30 ° C ga qadar

qizdirilgan 100 ml 0,5% anestetik eritma AOK qilinadi, atrofdagi to'qimalarga infiltratsiya qilinadi, yurak pleksusini bloklaydi.

MUMKIN ASORLAR: aorta, brakiyosefalik vena, plevra, o'pkaning shikastlanishi.

3.8. MAREVGA MUVOFIQ SUBPEKTORAL BLOKADASI

KO'RSATMALAR: qovurg'alararo nevrologiya; yuqori oyoq-qo'llardagi jarrohlik aralashuvlar uchun boshqa lokal behushlik turlariga qo'shimcha sifatida.

TEXNIKA. Chal qo'li bilan chalqancha yotgan bemorning holati (10-rasm). Katta ko'krak mushaklarining tashqi chetini aniqlang va II daraja - TP, qovurg'alar terini behushlik qiladi. Keyin igna katta ko'krak mushaklari ostiga 6-7 sm chuqurlikka o'tkaziladi va 200 ml gacha 0,25% anestetik eritma yuboriladi. Anestezik katta va kichik ko'krak mushaklarining ichki yuzasi bo'ylab tarqaladi va mushaklararo bo'shliqlar orqali qo'ltiq osti va supraklavikulyar bo'shliqqa kirib, skalen mushaklari orasiga tarqaladi.



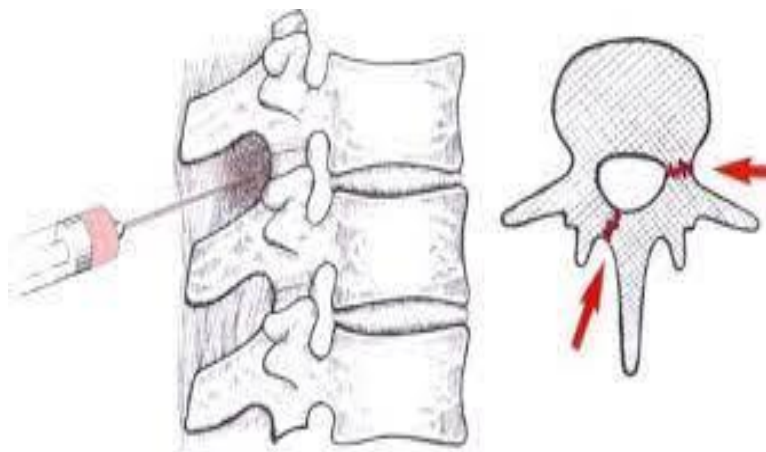
Rasm 10. Subpektoral blokada

3.9. BELER TOMONIDAN VERTEBRAL BLOKADASI

KO'RSATMALAR: umurtqa pog'onasining sinishi, asosan, orqa tayanch majmuasining shikastlanishi, interspinous ligamentoz.

TEXNIKA. Singan darajasida 2-4 sm chuqurlikda terining behushligidan so'ng singan vertebra ustidagi umurtqalararo bo'shliqqa 10-30 ml 0,5% anestetik eritma yuboriladi (11-rasm).

MUMKIN ASORATLAR. Ignani chuqurroq kiritish epidural bo'shliqqa kirib borishi mumkin.



Rasm 11. Beler bo'yicha vertebra blokadasi

3.10. VERTEBRAL AUGER BLOKADASI

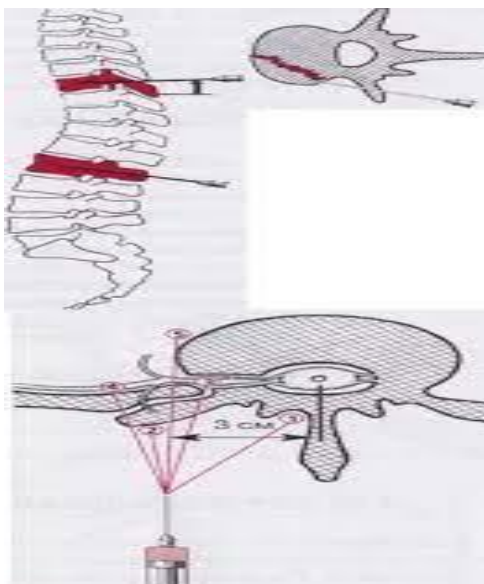
KO'RSATMALAR: umurtqa pog'onasining sinishi, asosan oldingi qo'llab-quvvatlash majmuasi.

TEXNIKA. Bemorning oshqozonida yotgan holati. Orientir palpatsiya paytida og'riqli va shikastlangan umurtqa pog'onasining chiqadigan o'murtqa jarayonidir. Ko'krak umurtqalari umurtqa pog'onasining qiyshiq joylashuvi tufayli singan taqdirda, igna chiqib turgan umurtqa pog'onasi sathidan 2-3 sm balandlikda kiritiladi.

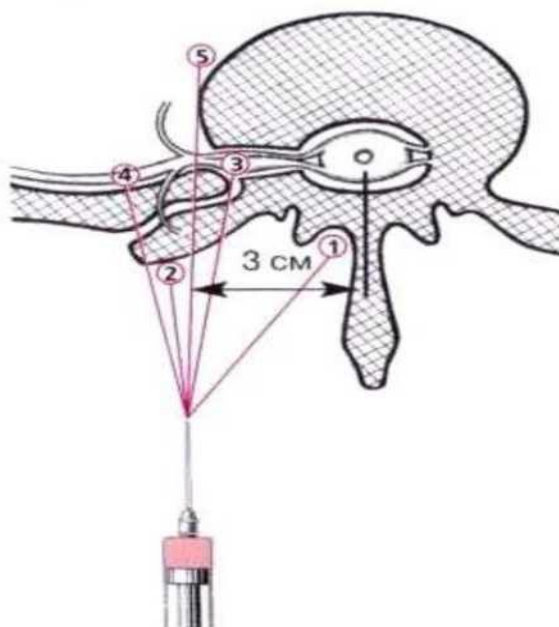
Lomber mintaqada, o'murtqa jarayonlarning gorizontal yo'nalishi tufayli, kiritish joyi mos keladigan o'murtqa jarayon darajasida joylashgan. Teri behushligidan so'ng, 10-12 sm uzunlikdagi igna paravertebral, tikanli jarayonlar chizig'idan 3-4 sm lateral ravishda, gorizontal yuzaga 35 ° burchak ostida orqaga tortiladi (12, 13-rasm). Igna oldinga siljishi bilan yumshoq to'qimalarga 0,25% anestetik eritma yuboriladi. 5 dan 8 sm gacha chuqurlikda igna ko'ndalang jarayonga yoki qovurg'aga etib boradi. Uni yuqori chetidan aylanib o'tib, igna yanada oldinga siljiydi va 8-10 sm chuqurlikda umurtqali tanaga etib boradi.

Ignadan qonga bo'yalgan eritma paydo bo'lgandan so'ng, gematomaga 10-15 ml 1% anestetik eritma yuboriladi.

MUMKIN ASORATLAR. Igna yo'nalishini o'zgartirish epidural bo'shliqqa kirib borishi bilan to'la.



Rasm 12. Shnek bo'yicha vertebra blokadasi



Rasm 13. Umurtqa blokadalarining sxemasi: 1 - paravertebral vegetativ, 2 - orqa miya nervlarining orqa shoxlari, 3 - trunkus ganglion, 4 - paravertebral qovurg'alararo, 5 - Shnek bo'yicha umurtqa blokadasi.

3.11. PARAVERTEBRAL AVTONOM BLOKADASI

KO'RSATMALAR. umurtqa pog'onasining degenerativ-distروفik kasalliklari, asosan lumber mintaqa (osteoxondroz, spondilarroz, paravertebral mushaklarning miotonik reaksiyalari). Blokada tortish va qo'lda terapiya bilan murakkab davolashda qo'llaniladi.

TEXNIKA. Yupqa igna bilan terini antiseptik eritmalar bilan davolashdan so'ng teri va teri osti yog'ini behushlik qilish, o'rta chiziqdan 2,5-3 sm orqaga chekinish (o'murtqa jarayonlar chizig'i) (13-rasmga qarang). Keyin qalinroq igna (uzunligi 10-12 sm) bilan teri teshiladi va igna 40-45 ° burchak ostida tikilgan o'smalar asosiga oldinga suriladi. Iгна oldidan anestezikani yuborib, ular umurtqa pog'onasiga etib boradilar. Fan shaklidagi 10-20 ml 0,5-0,75% anestetik eritma kiriting. Anestetikning umumiy miqdori uning bir martalik maksimal dozasi oshmasligi kerak.

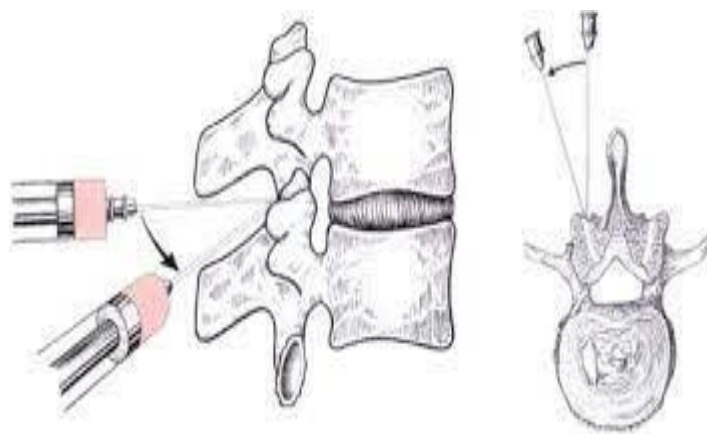
MUMKIN ASORATLAR. Iгна yo'nalishini o'zgartirish va chuqurroq kiritish epidural bo'shliqqa kirib borishi bilan to'la.

3.12. UMURTQALI ARTIKULYAR BLOKADASI

KO'RSATMALAR: bel umurtqasining degenerativ-distروفik kasalliklari, asosan spondiloartroz.

TEXNIKA. Bel umurtqasining faset bo'g'imlarini ponksiyon qilish texnikasi bo'g'imlarning yo'nalishiga qarab tanlanadi. Blokada uchun uzunligi kamida 12 sm bo'lgan igna ishlatiladi. Artikulyar jarayonlar frontal tekislikda 45 ° burchakka yo'naltirilganda, bo'g'in quyidagicha teshiladi: igna barmoq diametridan 1,5 baravar ko'p kiritiladi. o'murtqa jarayonlarning chizig'i, igna uchini to'liq suyak to'qimalariga o'tkazib yuboradi (o'n to'rtinchi rasm). Ignani oldinga siljitish jarayonida teri va mushaklarning to'liq infiltratsion behushligi amalga oshiriladi. Keyin bemorga qo'shma bo'shliqning yo'nalishiga mos keladigan burchakka burish so'raladi. Iгна yo'nalishiga to'g'ri kelganda, ikkinchisi bo'g'im bo'shlig'iga 1-2 mm oldinga suriladi. Artikulyar fasetlarning frontal yo'nalishi 45 ° dan ortiq bo'lsa, ponksiyon bemorning yon tomonida yoki oshqozonida bel umurtqasining egilishi bilan amalga oshiriladi. Iгна teshilgan bo'g'in darajasiga to'g'ri keladigan umurtqa

pog'onasining pastki chetiga qaratib, 2-3 sm lateral va bir oz kaudal orqaga tortiladi. Igna uchi yuqori artikulyar jarayonning xaftaga tushadigan yuzasiga to'xtaguncha bo'g'imning pastki inversiyasiga o'tkaziladi. Ignani kiritgandan so'ng, intraartikulyar ravishda aspiratsiya tekshiruvi o'tkaziladi, so'ngra 3-4 ml 1-2% anestetik eritma yuboriladi. Davolash kursi uchun, qoida tariqasida, 5-7 kunlik interval bilan 3-4 blokada qo'llaniladi.



Rasm 14. Vertebral artikulyar blokadasi

MUMKIN ASORATLAR. Agar igna noto'g'ri yo'naltirilgan va kiritilgan bo'lsa, ikkinchisi intervertebral teshikka lateral ravishda sirpanishi mumkin, bu esa orqa miya nervini innervatsiya qilish sohasida paresteziya va otish og'rig'iga va subaraknoid preparatni kiritishiga olib kelishi mumkin.

3.13. VISHNEVSKIYGA MUVOFIQ PERINEFRAL BLOK

KO'RSATMALAR: travmatik, kuyish shoki, qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishi, son va pastki oyoqning shikastlanishi, transfüzyondan keyingi shok, cho'zilgan siqilish sindromi, to'qimalarning pozitsion siqilish sindromi.

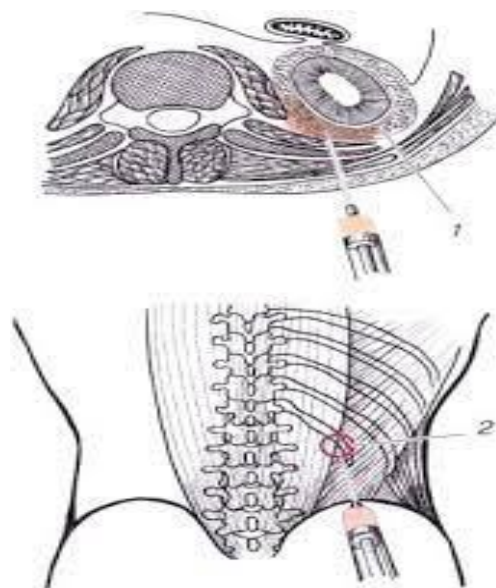
TEXNIKA. Bemor yonboshlab yotqiziladi, rolik XII qovurg'a va yonbosh suyagi qanoti orasiga qo'yiladi. Bemor yotadigan oyog'i tizza va son bo'g'imlarida egilgan, ikkinchi oyog'i cho'zilgan holatda. XII qovurg'aning pastki orqa iliokostal mushaklarining tashqi qirrasi bilan kesishgan joyida, teri yuzasiga perpendikulyar, teri va teri osti to'qimalariga nozik igna bilan anestetik eritma bilan infiltratsiya qilinadi.

20 ml shpritsga qo'yilgan uzun igna (10-12 sm) infiltratsiyalangan to'qimalar orqali yumshoq to'qimalarga chuqur surtiladi. Ignaning holati in'ektsiya

joyiga perpendikulyar, ignaning oldinga siljishidan oldin anestetik eritma oqimi amalga oshiriladi. Shprints pistoni vaqti-vaqti bilan o'ziga qarab tortiladi va qonning ko'rinishi kuzatiladi. Mushak to'qimasi va ko'ndalang fastsiyadan o'tgandan so'ng, igna uchi perirenal to'qimalarga kiradi (15-rasm).

Quyidagi belgilar igna perirenal bo'shliqqa etib kelganligini ko'rsatadi: "bo'shliqqa tushish" hissi, anestetik eritma kuchlanishsiz kiradi, shprints ignadan chiqarilganda, anestetik eritma orqaga oqmaydi. Igna perirenal bo'shliqqa etib kelganiga ishonch hosil qilgandan so'ng, 60-100 ml 0,25% anestetik eritma yuboriladi, u tarqalib, buyrak, buyrak usti va çölyak pleksuslarini, shuningdek simpatik asabning chegara magistralini yuvadi.

MUMKIN ASORATLAR: buyraklar, ichaklarning shikastlanishi.



Rasm 15. Pararenal blokada:

1 - igna perirenal to'qimalarga kiritiladi, 2 - in'ektsiya joyi in'ektsiya ignasi

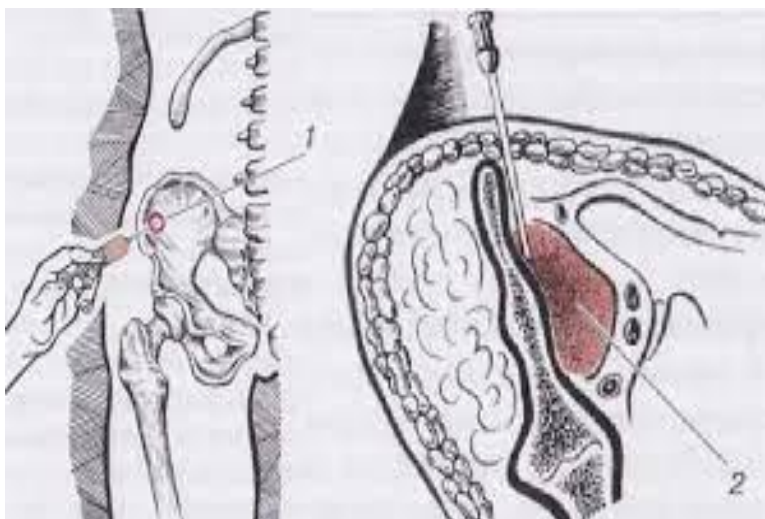
3.14. SHKOLNIKOV-SELIVANOV BO'YICHA TOS ICHIDAGI BLOKADASI

KO'RSATMALAR: tos suyaklari sinishida travmatik shok va tos a'zolarining shikastlanishi, yonbosh suyagining izolyatsiya qilingan sinishi.

TEXNIKA. Bemor orqa tomonida yotadi. Yupqa igna umurtqaning oldingi yuqori yonbosh suyagidan medial 1 sm masofada teri osti to'qimalarining terisini behushlik qilish uchun ishlatiladi (16-rasm).

Infiltratsiya qilingan joydan 14-15 sm uzunlikdagi igna kiritiladi. Igna yuqoridan pastga va olddan orqaga suriladi, 0,25-0,5% li anestetik eritma buyuriladi, igna bilan doimo yonbosh suyagining ichki yuzasi seziladi. Igna kesilgan qismi iliumning ichki yuzasi bo'ylab siljishi uchun yo'naltirilgan bo'lishi kerak. 12-14 sm chuqurlikda igna yonbosh chuqurchasiga tayanadi, u erda 250-300 ml 0,25% anestetik eritma yuboriladi. Ikki tomonlama blokadani amalga oshirayotganda, har bir tomonga 250 ml 0,25% anestetik eritma yuborilishi mumkin.

MUMKIN ASORATLAR. Blokada texnikasiga qat'iy rioya qilgan holda, hech qanday asoratlar kuzatilmadi.



Rasm 16. Intrapelvik blokada: 1 - igna kiritish joyi, 2 – igna yonbosh suyagiga kiritiladi

3.15. PIRIFID MUSHAKLAR BLOKADASI

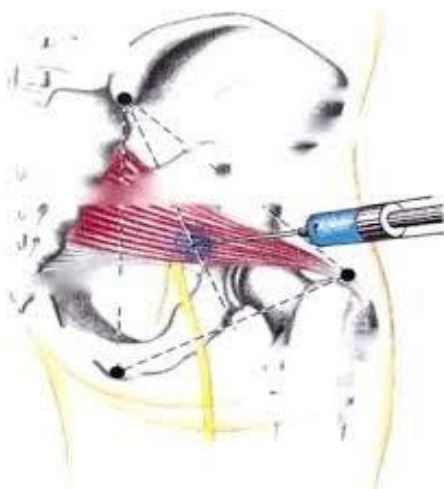
KO'RSATMALAR. Lomber-sakral umurtqa pog'onasining osteoxondrozi bilan yoki mushak ichiga in'ektsiya texnikasining buzilishi natijasida piriformis mushaklarining doimiy patologik himoyasi yuzaga keladi, bu esa siyatik asabning siqilishiga olib keladi.

TEXNIKA. Bemorning oshqozonida yotgan holati. Terini antiseptik eritmalar bilan davolashdan so'ng, uchta nuqta belgilanadi: orqa yuqori yonbosh umurtqa pog'onasi, katta trokanterning cho'qqisi va ishkial tuberozit (17-rasm).

Belgilangan nuqtalar chiziqlar bilan bog'lanadi, natijada uchburchak hosil bo'ladi. Orqa yuqori umurtqa pog'onasida joylashgan burchakning yuqori qismidan uchta teng qismga bo'lingan bissektisa tushiriladi. Pastki va o'rta qismlarning chegarasida terining va teri osti to'qimalarining behushligi amalga oshiriladi, so'ngra gluteus maximus va o'rta mushaklar orqali uzun igna o'tkaziladi, elastik qarshilik hissi paydo bo'lguncha ikkinchisiga anestetik eritma bilan infiltratsiya qilinadi. sakrospinöz ligamentga erishildi.

Igna 1 sm ga chiqariladi, sagittal chiziqqa 60 burchak ostida egilib, kranial bo'ylab 1 sm oldinga suriladi, ignaning uchi piriformis mushaklarining qorin bo'shlig'iga kiradi, bu erda 10-20 ml 0,5-1 % anestetik eritma yuboriladi.

MUMKIN ASORLAR: siyatik asabning ponksiyon shikastlanishi, ignaning kichik tos suyagiga kirib borishi.



Rasm 17. Piriformis mushaklarining blokadasi

3.16. AMINEVGA BO'YICHA PARAKOF BLOKADASI

KO'RSATMALAR koksiksin sinishi, koksigodiniya.

TEXNIKA. Bemorning pozitsiyasi oyoqlarini tortib, orqa tomonida yotadi.

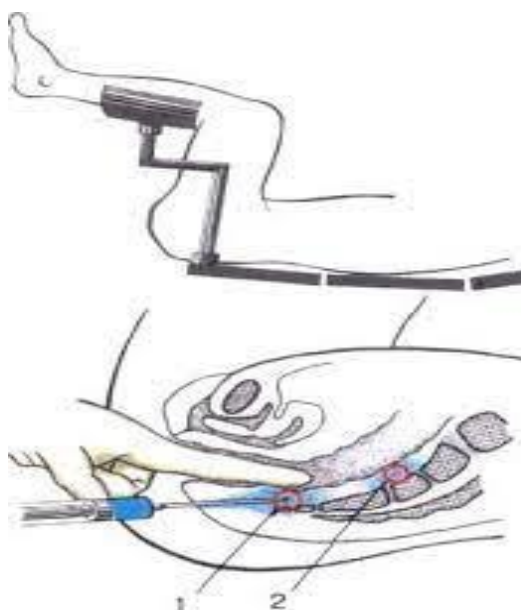
Bu holat bemorga ginekologik yoki urologik kafedrada berilishi mumkin (18-rasm, a). Bunday holda, quyidagi talablarga rioya qilish kerak: bemorning tos suyagi ko'tarilishi va stol chetiga bir oz cho'zilishi kerak, oyoqlari yivga o'xshash tayanchlar bilan stendlarga qo'yilishi kerak, stolning bosh uchi biroz ko'tarilishi

kerak. . Teri va teri osti to'qimalariga 0,25% li anestetik eritma bilan koksiksin uchi va anus kanali orasidagi orqa o'rta chiziq bo'ylab ingichka igna bilan infiltratsiya qilinadi (18-rasm, b). Keyin, chap qo'lning ko'rsatkich barmog'i nazorati ostida, to'g'ri ichakka kiritilgan, anestetik eritma uzun igna (8-10 sm) bilan AOK qilinadi, uni asosan koksiks atrofida va uning old tomoniga to'playdi. Blokani o'tkazish uchun 100-150 ml 0,25% anestetik eritma ishlatiladi.

Etil spirti eritmasi anestetik eritmaga 1:10 nisbatda qo'shilishi mumkin.

QARSHI KO'RSATMALAR: pararektal to'qimalarda yallig'lanish jarayonlari.

MUMKIN ASORATLAR: pararektal to'qimalarning infeksiyasi, to'g'ri ichak bo'shlig'iga anestetikni kiritish.



Rasm 18, a. Parakoksigeal va presakral blokadalarni o'tkazishda bemorning holati

Rasm 18, b. - koksikulyar blokada, 2 - presakral blokada

3.17. VISHNEVSKIY BO'YICHA PRAKRED BLOKADASI

KO'RSATMALAR: sakrumning sinishi, koksigodiniya.

TEXNIKA. Bemor oyoqlari oshqozonga tortilgan holda o'ng tomonga yotqiziladi. Bemorning pozitsiyasi koksikulyar blokadani o'tkazish bilan bir xil bo'lishi mumkin (18-rasm, a ga qarang). Koksiks va anus o'rtasida yupqa igna bilan

teri va teri osti to'qimalarining behushligi amalga oshiriladi, bu joydan uzun igna (8-10 sm) kiritiladi (18-rasmga qarang, b). Anestezik eritma zich to'qima tuzilmalaridan o'tishi bilan ignani chuqurroq siljitib, doimiy ravishda sakrumning old yuzasiga e'tibor qaratib, AOK qilina boshlaydi. Anestetik eritma sakral va hipogastrik nerv pleksuslarini yuvadi. 100 dan 120 ml gacha 0,25% anestetik eritmani kiriting.

QO'SHILMALARI: oldingi blokadada bo'lgani kabi.

MUMKIN ASORLAR: to'g'ri ichakning ponksiyon shikastlanishi, pararektal to'qimalarning infeksiyasi.

4-BO'LIM

MINTAQAVIY (O'TKAZISH) BLOKADALAR

Ushbu turdagi behushlik bilan lokal behushlikdan ko'ra ko'proq konsentrlangan anesteziya eritmalari (1-2%) ishlatiladi, ular peri- yoki endoneural tarzda qo'llaniladi. O'tkazuvchan anesteziya uchun stend, pleksus va ganglionik variantlar mavjud.

MINTAQAVIY BLOKADALARNI AMALGA OLISHNING UMUMIY QOIDALARI.

1. Blokadan oldin umumiy qabul qilingan qoidalarga muvofiq premedikatsiyani buyurish kerak.

2. Anestezik eritmani iloji boricha perineural yo'l bilan yuborish kerak. Kirishning to'g'riligi ignani kiritish paytida paresteziya paydo bo'lishi bilan ko'rsatiladi.

3. Endoneural in'ektsiyalardan qochish kerak, agar kerak bo'lsa, bunday anesteziya asta-sekin kichik hajmda qo'llaniladi.

4. Blokada o'tkazilganda, intravaskulyar in'ektsiyani istisno qilish uchun aspiratsiya testi qayta-qayta o'tkaziladi.

5. Blokada o'tkazilayotganda ignaning uchi nerv yo'nalishiga perpendikulyar ravishda aralashtiriladi, anestetik eritma fan shaklida kiritilishi kerak. Regional behushlik uchun ishlatiladigan ignalar o'tkir bo'lishi kerak, o'tkir burchak 45-60 °.

6. Anestetik eritmada adrenalinning optimal konsentratsiyasidan foydalanishingiz kerak (1: 200 000) va blokadani amalga oshirishdan oldin darhol anestetik eritmaga qo'shing.

7. Anestetik eritmalarning konsentratsiyasi va ruxsat etilgan maksimal dozalarini qat'iy rioya qiling.

8. Ignani kiritishdan oldin, anestetik eritmaning intradermal infiltratsiyasini amalga oshirish, "limon qobig'i" ni yaratish kerak.

9. To'qimalarga mexanik shikast etkazmaslik uchun anestetik eritma asta-sekin kiritilishi kerak.

4.1. BO'YIN VAGOSIMPATİK BLOKADASI.

KO'RSATMALAR: plevropulmoner shok, qovurg'aning ko'p sinishi, ochiq, yopiq va qopqoq pnevmotorakslari, nafas yo'llarining kuyishi, operatsiyadan keyingi pnevmoniya, travmatik asfiksiya sindromi, yog 'emboliyasi sindromi (o'pka shakli).

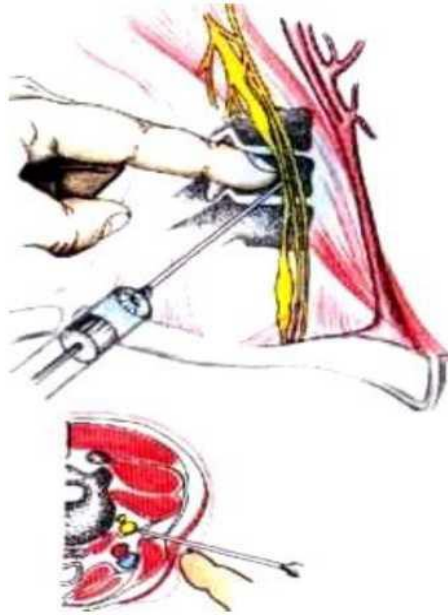
TEXNIKA. Bemorning pozitsiyasi elkama pichoqlari ostiga qo'yilgan rolik bilan orqa tomonida yotadi, bosh blokadaga qarama-qarshi tomonga buriladi (19-rasm).

Blokaning yon tomonidagi bemorning qo'li pastga tortiladi. O'ng to'sh suyagi mushagining o'rtasidan 1-1,5 sm balandlikda, uning orqa cheti bo'ylab 1-2 ml 0,25-5% li anestetik eritma teri ichiga yuboriladi.

Chap qo'lning ko'rsatkich barmog'i bilan mushak va tomirlar ichkariga aralashtiriladi va bo'yin umurtqalarining old yuzasi seziladi. Keyin barmoq uchiga uzun igna kiritiladi va bo'yin umurtqalarining old yuzasiga qarab ichkariga suriladi. Ignani oldinga siljitish jarayonida kichik qismlarga (2-3 ml) anestetik eritma yuboriladi, bu esa protsedurani og'riqsiz qiladi. Umurtqalarga igna uchi bilan tegib, aspiratsiya tekshiruvi o'tkaziladi va shpritsga qon kirmasligiga ishonch hosil qilgandan so'ng, 30-60 ml 0,25% anestetik eritma asta-sekin yuboriladi. Shundan so'ng, igna chiqariladi va in'ektsiya joyi steril doka to'pi bilan 1-2 daqiqa davomida bosiladi.

Vagosimpatik blokadani o'tkazish metodologiyasiga qat'iy rioya qilgan holda, anestetik eritma simpatik magistralning bachadon bo'yini tugunlaridan cho'zilgan vagus asab va nervlarni bloklaydi.

Blokada samaradorligining belgilari ptozis, mioz, enoftalmos (Horner triadasi), yuzning va ko'zning shilliq qavatining qizarishi, perikorneal tomirlarga in'ektsiya, blokada qilingan tomondan terlashning kamayishi. Vagosimpatik blokada og'riqni, yo'tal refleksini yo'qotadi, qon aylanish tizimini tonlaydi va qon bosimini oshiradi.



Rasm. 19. Bo'yin vagosimpatik blokadasi

QO'SHILMALARI: vagosimpatik blokadani ikkala tomondan bir vaqtda o'tkazish tavsiya etilmaydi, blokadalar orasidagi interval kamida 30-40 minut bo'lishi kerak. Vagosimpatik blokadani o'tkazishda anestetik eritmaga adrenalin qo'shish mumkin emas.

MUMKIN ASORLAR: uyqu arteriyasi, ichki bo'yin venasi, qizilo'ngachning ponksiyon shikastlanishi. Ehtimol, ichakning atoniyasi va perezining rivojlanishi (maxsus davolashni talab qilmaydi).

4.2. BUIN-TU'SH(yulduzsimon) BLOKADASI

MINKIN TUGUNI

KO'RSATMALAR: bachadon bo'yni osteoxondrozi, skalenus sindromi, humeroskapular periartroz, travmadan keyingi qo'l distrofiyasi (Sudek sindromi), vertebrobasilar sindromi, vertebral arteriya sindromi.

TEXNIKA. Bemor orqa tomonida yotadi, elkalari ostiga kichik rolik qo'yiladi; yuz blokada joyiga qarama-qarshi tomonga buriladi To'sh suyagi mushagini tashqariga siljitgandan so'ng, jarroh bu mushakning ichki chetining o'rtasi darajasida (yoki xuddi shunday bo'lsa, krikoid xaftaga darajasida) barmoqlari bilan ko'ndalang jarayonda chuqur egiladi. VI bo'yin umurtqasi, uyqu tuberkulasi. To'g'ridan-to'g'ri barmog'i bo'ylab igna kiritiladi, u tuberkulyoz

hududida suyakka tayanadi. Keyin ignani suyakdan biroz olib tashlash kerak (1-2 mm ga tortiladi) va igna pavilonini kranial yo'nalishda burib, uni bir necha millimetr pastga siljiting. Aspiratsiya tekshiruvini o'tkazgandan so'ng va igna qon tomiriga zarar bermasligiga ishonch hosil qilgandan so'ng, 5-10 ml 0,5-1% anestetik eritma yuboriladi, bu esa oldingi umurtqa fastsiyasiga tarqaladi. Anestetik bloklar stellat tugun, ba'zan esa (ko'proq miqdorda anestetik kiritilishi bilan) va yuqori ko'krak simpatik tugunlari.

QO'SHILMALARI VA MUMKIN ASORATLAR vagosimpatik blokadani o'tkazish bilan bir xil.

4.3. POPELYANSKIY BO'YICHA YULDUZ TUGUNINING BLOKADASI

TEXNIKA. Bemorning boshi orqaga tashlangan orqa tomonida yotgan holati. Terini anesteziya eritma bilan infiltratsiya qilgandan so'ng igna birinchi qovurg'aning boshiga qarab oldinga suriladi, unga qarshi 6-7 sm chuqurlikda yotadi. Yulduzsimon ganglion VII bo'yin umurtqasining ko'ndalang yo'li o'rtasida joylashgan. birinchi qovurg'aning boshi. Agar aspiratsiya tekshiruvi paytida shpritsga qon kirmasa, 10-15 ml 0,5% anestetik eritma yuboriladi. Agar 7 sm chuqurlikdagi igna suyakka tayanmasa va to'siqsiz chuqurroq cho'kib ketgan bo'lsa, u holda igna pozitsiyasi noto'g'ri.

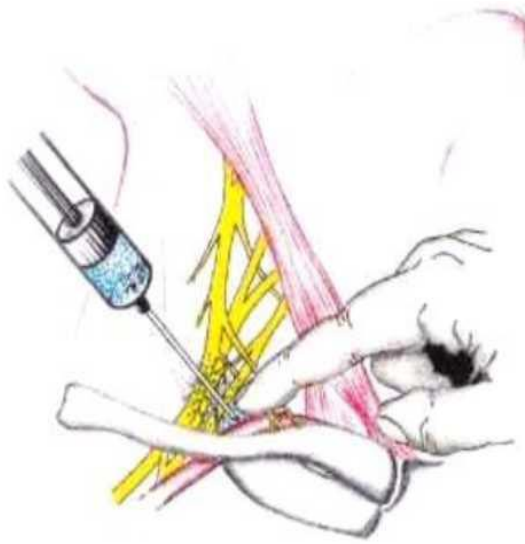
4.4. BRACHERIC PLEXUS BLOKLARI

4.4.1. Kulenkampf bo'yicha BRACHERIC pleksus blokadasi

(supraklavikulyar yo'l)

KO'RSATMALAR: yuqori oyoq-qo'llardagi operatsiyalarda og'riqni yo'qotish, yuqori oyoqning neyrodistrofik sindromi (Sudek sindromi).

TEXNIKA. Bemorning elkama pichoqlari darajasida rolik bilan orqa tomonida yotgan holati; bosh inyeksiyadan teskari tomonga buriladi. Ignani kiritish nuqtasi klavikulaning o'rtasidan 1 sm yuqorida, arteriya pulsatsiyasidan tashqariga. Teri va teri osti to'qimalarining infiltratsiyasidan so'ng, igna old tomondan orqaga va to'xtaguncha frontal tekislikka 60 ° burchak ostida kiritiladi.



Rasm. 20. Brakiyal pleksusning blokadasi (supraklavikulyar usul)

I qovurg'ada, 5 sm dan ortiq bo'lmagan chuqurlikda. Ignaga o'rnatilgan kauchuk tiqin cho'mish chuqurligi uchun cheklovchi sifatida xizmat qilishi mumkin. Keyin 1-qovurg'aning yuqori cheti bo'ylab sirg'alib, ular igna bilan brakiyal pleksusning shoxlariga etib boradilar, bu yuqori oyoqning barcha nervlari bo'ylab otish og'riqlarining paydo bo'lishidan dalolat beradi (20-rasm).

Ikki marta aspiratsiya tekshiruvidan so'ng igna 180 ° burilish bilan 30 ml 1% anestetik eritma yuboriladi. Anesteziya 10-15 daqiqada sodir bo'ladi.

MUMKIN ASORLAR: plevra va o'pkaning shikastlanishi. Bunga yo'l qo'ymaslik uchun ignani botirish chuqurligini cheklovchi (rezina tiqin) darajasi bilan qat'iy cheklash kerak.

4.4.2. Morganga ko'ra BRACHERIC pleksus blokadasi (subklaviya usuli)

KO'RSATMALAR: supraklavikulyar usul bilan bir xil.

TEXNIKA. Bemor yotgan holatda, boshi neytral holatda. Teri va teri osti yog 'to'qimalari klavikulaga infiltratsiya qiladi (21-rasm). Keyin 9 sm uzunlikdagi igna teriga 45 ° burchak ostida yonbosh suyagining boshiga qarab kiritiladi. Qo'shimcha qo'llanma sifatida palpatsiya bu sohada subklavian arteriyaning pulsatsiyasini aniqlaydi. 5-7 sm chuqurlikda yuqori oyoq va paresteziya nervlari bo'ylab og'riq paydo bo'ladi, shundan so'ng 20-25 ml 1% anestetik eritma yuboriladi.

Mumkin bo'lgan asoratlar: supraklavikulyar usul bilan bir xil.

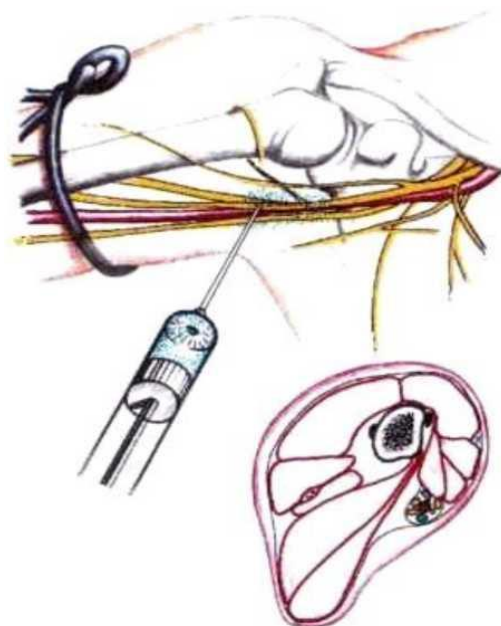
4.4.3. PASCHUK BO'YICHA BRACHERIC PLEXUS BLOCK (*aksiller usul*)

KO'RSATMALAR: yuqori qo'llardagi operatsiyalar paytida behushlik, asosan elkaning o'rta uchdan bir qismidan.

TEXNIKA. Bemorning orqa tomonida o'g'irlangan va tashqariga aylantirilgan a'zosi bilan yotgan holati. Turniket katta pektoralis va orqaning keng muskullarining humerusiga biriktirilish darajasida qo'llaniladi.

Ignani qo'l'tiq osti chuqurchasiga kiritish joyi to'g'ridan-to'g'ri dumg'aza boshining tepasida, aksillar arteriya pulsatsiyasi joyiga to'g'ri keladi (22-rasm). Teri anestetik eritma bilan infiltratsiya qilinadi, humerus o'qiga perpendikulyar ingichka qisqa igna kiritiladi. Fassial g'ilofning teshilishining belgisi ignaning bosilishi va "tushishi" bo'lib, undan keyin paresteziyalar paydo bo'lishi kerak. Aspiratsiya tekshiruvidan so'ng 35-40 ml 1% anestetik eritma yuboriladi. Birinchi teri ponksiyonidan ignani manipulyatsiya qilish orqali anesteziya aksillar arteriya oldiga va orqasiga AOK qilinadi. Anestetik eritma kiritilgandan 5-8 minut o'tgach, turniket chiqariladi.

MUMKIN ASORATLAR: qo'l'tiq osti arteriyasining ponksiyon shikastlanishi.



Rasm. 22. Brakiyal pleksusning blokadasi (aksiller usul)

4.5. SUPRASPELLAR VA AXILLAR NERVLARNING BLOKADSI

4.5.1. YUQISH BO'LGAN VA QO'LQSIZLARNING BLOKADASI

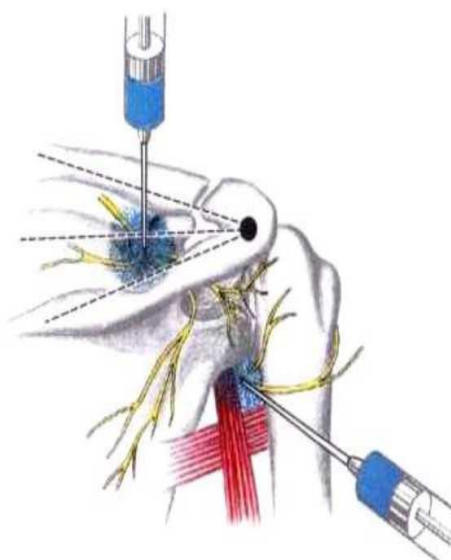
JANGARNING NERVLARI

KO'RSATMALAR: dum-kapulyar periartroz, yuqori oyoq-qo'lning shikastlanishdan keyingi distrofiyasi, elka bo'g'imining o'tkir va surunkali bursitlari, o'tkir va surunkali kapsulit, posterior artrotomiya uchun yordamchi behushlik va elkaning dislokatsiyasini kamaytirish.

TEXNIKA. In'ektsiya joyi yelka suyagi va klavikulaning umurtqa pog'onasidan hosil bo'lgan burchakning bissektisasida, uning tepasidan 3,5 sm masofada joylashgan (23-rasm). Teri va teri osti to'qimalari behushlikdan so'ng, igna supraspinatus chuqurchasidagi to'qimalardan suyakda to'xtaguncha o'tkaziladi va 5-10 ml 1% anestetik eritma yuboriladi.

Qo'ltiq osti nervini behushlik qilish uchun 10-15 ml 1% anestetik eritma akromial jarayonning orqa burchagidan 5-6 sm (vertikal pastga) masofada joylashgan to'rtburchak teshik mintaqasiga AOK qilinadi.

Mumkin bo'lgan asoratlar: supraskapular asabning behushligi bilan plevra va o'pkaning shikastlanishi; qo'ltiq osti nervini behushlik qilishda - a.a xilla ris va v.a xillari ponksiyon shikastlanishi, yelka bo'g'imi bo'shlig'iga ignaning kirib borishi.

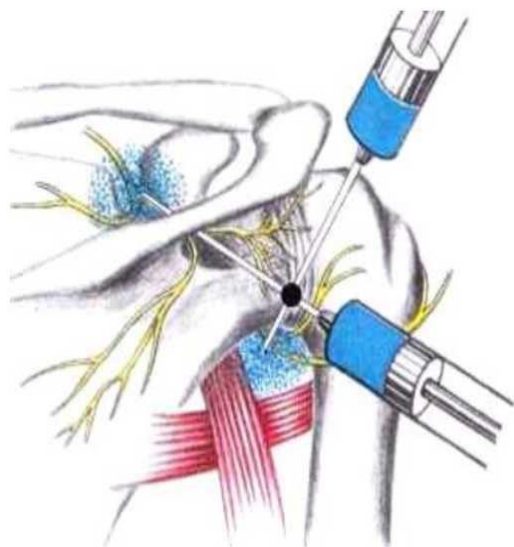


Rasm 23. Braun bo'yicha supraskapular va qo'ltiq osti nervlarining blokadasi

4.5.2. Mityunin-Eliseev bo'yicha supraskapular va aksiller nervlarning blokadasi

TEXNIKA. Bemorning pozitsiyasi - o'tirish. Blokada 8 sm uzunlikdagi igna bilan bitta teri teshilishidan amalga oshiriladi. Ignani kiritish nuqtasi akromial jarayonning orqa chetidan 2-2,5 sm pastga qarab joylashgan (24-rasm). Supraskapulyar nervni to'sib qo'yish uchun igna korakoid o'simta tomon, pastdan yuqoriga, 15-20° burchak ostida, suyakda to'xtaguncha (korakoid jarayonning asosi yoki yelka suyagi tanasi) oldinga suriladi. 5-7 sm chuqurlikda, keyin 5 mm ga tortiladi va 10-15 ml 0,5-1% anestetik eritma yuboriladi.

Qo'ltiq osti nervini og'riqsizlantirish, igna o'ziga qarab tortiladi va skapula bo'yni yo'nalishi bo'yicha 4-6 sm chuqurlikka pastga va oldinga olib boriladi, bu erda 10-15 ml 0,5-1% anestetik eritma ham yuboriladi. . Shunday qilib, supraspinatus elkasining rotatorlari, qorin bo'shlig'i va deltoid mushaklarining bo'shashishiga erishiladi. Ushbu usul bilan plevra, o'pka va asosiy tomirlarning shikastlanishi amalda istisno qilinadi.

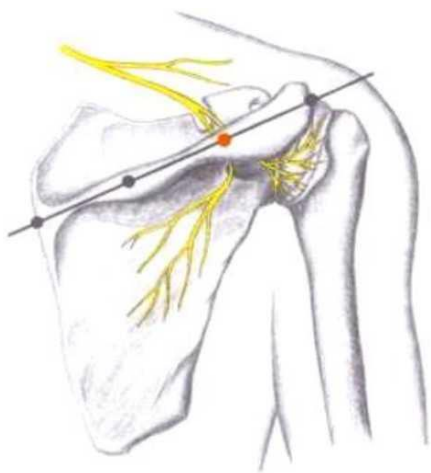


Rasm. 24. Mityunin-Eliseev bo'yicha qo'ltiq osti va qo'ltiq osti nervlarining blokadasi.

4.5.3. GRISHKO-HORBENGA MUVOFIQ QO'SHILGAN NERVLAR BLOKADASI

TEXNIKA. Supraskapular nervni topish texnikasini soddalashtirish uchun mualliflar quyidagi belgilarni taklif qilishdi (25-rasm).

Skapulaning avizosi aniqlanadi va uning yuqori qirrasi bo'ylab skapulaning ichki chetidan akromial jarayonning tashqi chetiga metilen ko'k yoki porloq yashil rang bilan to'g'ri chiziq tortiladi. Chiziq 3 ta teng qismga bo'lingan. Segmentlarning tashqi va o'rta uchdan bir qismi chegarasida terining va teri osti to'qimalarining behushligi amalga oshiriladi, so'ngra igna frontal tekislikka 45° burchak ostida kiritiladi, suyakda to'xtaguncha kranial ochiladi (supraskapular chuqurchalar).



Rasm. 25. Grishko-Grabovoy bo'yicha skapulyar nerv blokadası.

Shundan so'ng, ignaning fan shaklidagi harakatlari elkama-elka bo'g'imi hududida paresteziya olinmaguncha amalga oshiriladi. Keyin 20-30 ml 0,5% anestetik eritma yuboriladi.

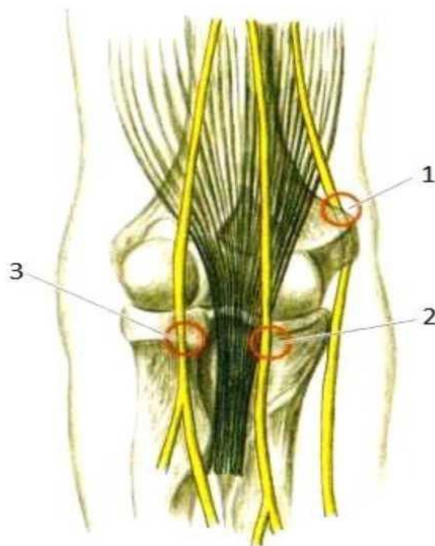
4.6. Tirsak bo'g'imi hududida radial, median va ulnar nervlarning blokadası

KO'RSATMALAR: jarrohlik aralashuvlar va qo'l va bilakning pastki uchdan bir qismining shikastlanishi uchun behushlik; brakıyal pleksus blokadası uchun qo'shimcha behushlik sifatida.

TEXNIKA. Radial nerv blokirovkasi. Yuqori oyoq-qo'l tirsak bo'g'imida $10-15^\circ$ burchak ostida egiladi, shundan so'ng ikki bosh suyagining lateral chegarasi kubital chuqurchada paypaslanadi (26-rasm).

Teri va teri osti to'qimalariga behushlik qilinadi, so'ngra 2-2,5 sm uzunlikdagi to'mtoq kesilgan igna (yoki cheklovchi rezina tiqinli igna) bilakka parallel ravishda kiritiladi, uni radius boshiga va lateral tomonga yo'naltiradi. paresteziyalar yoki suyak bilan aloqa paydo bo'lguncha, humerus epikondili. .

Paresteziya paydo bo'lganda, igna 1-2 mm dan chiqariladi va 5-10 ml 1% anestetik eritma yuboriladi. Suyak bilan aloqa qilgandan so'ng, igna 8-10 mm dan tortib olinadi va shunga o'xshash miqdorda anesteziya yuboriladi.



Rasm. 26. Tirsak bo'g'imi sohasidagi radial (1), median (2), ulnar (3) nervlarning

Blokadasi median nerv bloki. Birinchi holatda bo'lgani kabi, yuqori oyoq-qo'lning holati. Kubital chuqurchada, biceps tendonining medial qirrasida, brakial arteriya paypaslanadi. 4 sm uzunlikdagi to'mtoq burchakli ignadan foydalaning (yoki cheklovchi rezina tiqin bilan). Igna arteriyadan darhol medial kiritiladi va paresteziya paydo bo'lguncha yoki suyak bilan aloqa qilmaguncha, humerusning medial epikondiliga yo'naltiriladi. Paresteziya paydo bo'lganda, 5-10 ml 1% anestetik eritma yuboriladi, suyak bilan aloqa qilganda, igna 1 sm ga chiqariladi, shundan so'ng shunga o'xshash miqdorda anestetik AOK qilinadi.

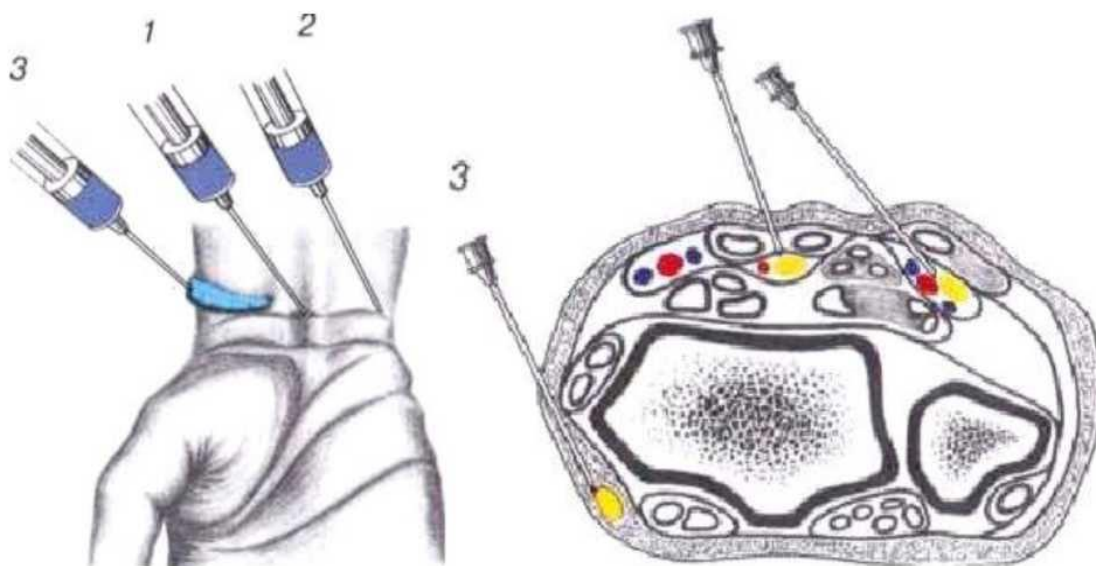
Ulnar nerv bloki. Oyoq-qo'lning holati shunga o'xshash. Uzunligi 2 sm bo'lgan to'mtoq kesilgan burchakli igna ishlatiladi. Ignani kiritish joyi - son suyagining medial epikondilining yuqori qirrasida. Igna paresteziya yoki qo'zg'atilgan vosita reaksiyasi paydo bo'lguncha kiritiladi va 5-10 ml 1% anestetik eritma yuboriladi.

MUMKIN ASORATLAR: brakial arteriyaning ponksiyon shikastlanishi.

4.7. Bilakning pastki uchdan bir qismidagi radial, media va to'g'ridan-to'g'ri nerv blokadasi

KO'RSATMALAR: qo'l jarohlari, qo'l operatsiyalari.

TEXNIKA. Anesteziya median asabdan boshlanadi. Igna bilak bo'g'imining chizig'iga 1 sm proksimaldan qo'lning radial bukuvchisi tendonining ulnar chetiga kiritiladi (27-rasm).



Rasm. 27. Bilakning pastki uchdan bir qismidagi radial (3), median (1) va ulnar (2) nervlarning blokadasi.

Bosh barmog'i qachon o'g'irlanganligini va qo'lning radial tomonga burilishini aniqlash oson. Ular 0,5-0,7 sm chuqurlikka solingan ingichka kalta ignadan foydalanadilar, fan shaklida median asab yo'nalishi bo'ylab ko'ndalang harakatlanib, paresteziya olishga harakat qilishadi. Ignaning oldinga siljishi to'xtatiladi va 3-5 ml 1-2% anestetik eritma yuboriladi, igna chiqarilganda yana 2-3 ml anestetik yuboriladi (median nervning kaft shoxi bloklanadi). Agar paresteziyani olishning iloji bo'lmasa, ventilyator shaklida 10 ml gacha anestetik yuboring.

Ikkinchisi ulnar asabni behushlik qiladi. Igna bilak bo'g'imi chizig'idan 2 sm proksimalda, qo'lning tirgak suyagi fleksiyasining tendonining radial chetiga kiritiladi. E'gimli ravishda, 60-70 ° burchak ostida, igna uchini fan shaklida siljitib, ular paresteziya olishga harakat qilishadi, shundan so'ng 4-5 ml 1-2% anestetik

eritma yuboriladi. Ulnar nervning dorsal shoxini to'sib qo'yish uchun 2-3 ml anestetik eritma to'qimalarga tirsak suyagi boshining kaft yuzasi mintaqasiga yuboriladi.

Uchinchisi radial asabning yuzaki shoxini behushlik qiladi. Igna bilak bo'g'imi chizig'iga 3 sm proksimaldan "no'qmoq qutisi" sohasida va teri ostiga, bosh barmoqning uzun va qisqa ekstansor mushaklari tendonlari orasiga 5-7 ml 1-2% dan kiritiladi. anestetik eritma infiltratsiya qilinadi.

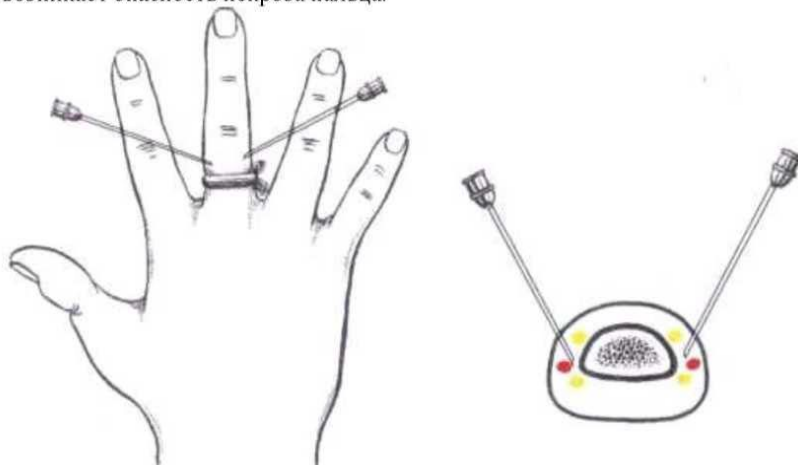
MUMKIN ASORATLAR: to'g'ridan-to'g'ri tomirlarning ponksiyon shikastlanishi.

4.8. Oberst-Lukashevich bo'yicha interdigital nervlarning blokadasi

KO'RSATMALAR; barmoq jarrohligi.

TEXNIKA. Barmoqning tagida turniket qo'llaniladi. Anestetik ikki tomondan barmoqning asosiy falanksining lateral va dorsal yuzalarining chegarasidagi nuqtada AOK qilinadi (28-rasm).

а во время операции в периферии пальца.



Rasm. 28 Oberst-Lukashevich bo'yicha interdigital nervlarning blokadasi

Birinchiidan, dorsal (1-2 ml 1-2% anesteziya eritma) va igna yanada oldinga siljishi bilan kaft (1,5-2 ml anestetik eritma) nerv shoxlari anesteziya qilinadi. Blokada o'tkazilayotganda, anestetik eritmaga adrenalin qo'shilmasligi kerak.

MUMKIN ASORATLAR. Uzoq muddatli turniket va anestetik eritmaning katta dozasi bilan barmoqning nekrozi xavfi mavjud.

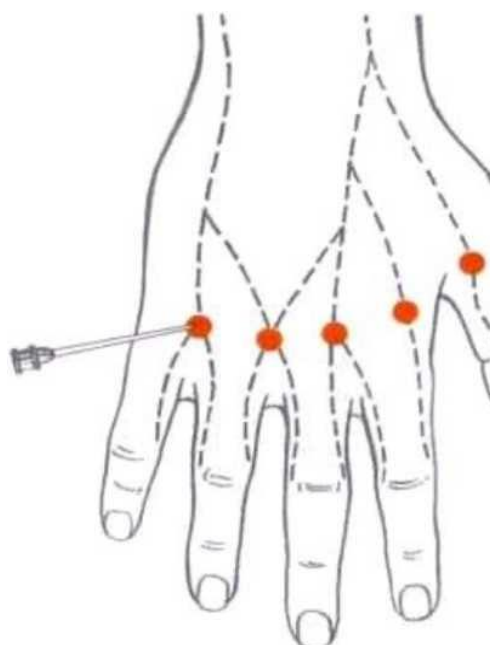
4.9. BARMOQ NERVLRI BLOKADASI

KO'RSATMALAR: barmoq jarrohligi.

TEXNIKA. Terini antiseptik eritmalar bilan davolashdan so'ng, 0,5-1 ml 1% anesteziya eritmasi intradermal tarzda ingichka igna bilan suyaklararo bo'shliqlarga, umumiy kaft raqamli nervlarining proksimal bo'linmasiga yuboriladi (29-rasm). Terining infiltratsiyalangan joylari orqali kaft yuzasi yo'nalishi bo'yicha uzun igna bilan 20-25 ml 1% anestetik eritma yuboriladi. Metakarpalning har ikki tomoniga anestetik AOK qilinadi.

Sekin-asta barcha to'qimalarga infiltratsiya qilingan igna kaft yuzasi terisi ostiga chuqur kirib boradi.

MUMKIN ASORATLAR: raqamli arteriyalarning ponksiyon shikastlanishi, anesteziyani tomir ichiga yuborish.



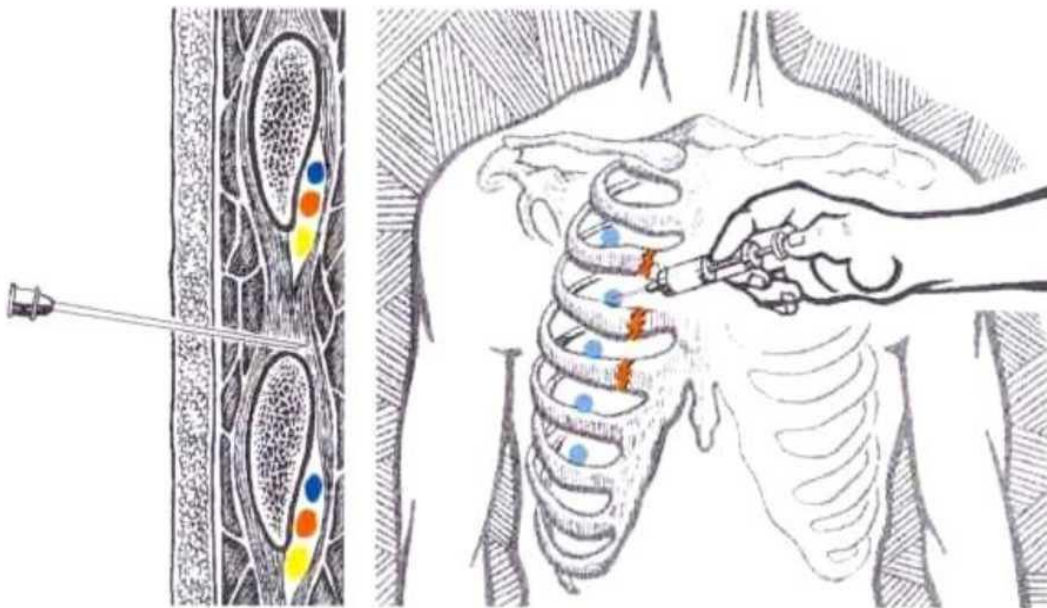
Rasm. 29. Raqamli nerv blokadası

4.10. Qovurgalararo nerv blokadası

KO'RSATMALAR: bir va ko'p qovurg'a sinishi, ko'krak qafasidagi ko'karishlar, qovurg'alararo nevrologiya, torakalgiya, ksifalgiya.

TEXNIKA. Bemorning sog'lom tomonda yoki o'tirishdagi holati. Singan darajasida va qovurg'a bo'ylab umurtqa pog'onasiga qarab 3-4 sm orqaga

chekingan holda, igna qovurg'aning pastki chetiga to'liq kiritiladi, yumshoq to'qimalarga anestetik eritma bilan infiltratsiya qilinadi. Qovurg'aga etib kelganida, igna qisman tortiladi va qovurg'aning pastki chetidan siljiydi. Aspiratsiya testi o'tkaziladi, undan so'ng 5-10 ml 1% anestetik eritma yuboriladi.



Rasm. 30. qovurg'alararo nervlarning blokadasini (matnda tushuntirish)

Qoida tariqasida, interkostal nervlarning tepasida va ostida blokada amalga oshiriladi. Bir qator mualliflar qovurg'alararo nervlarning blokadasini amalga oshirayotganda, diqqatni pastki qovurg'aning yuqori chetiga, yumshoq to'qimalarga infiltratsiya qilishni, so'ngra igna uchini kranial tomonga, shikastlangan qovurg'aning pastki chetiga yo'naltirishni tavsiya qiladilar. ignani 0,5-1 sm oldinga siljitib, 5-10 ml 1% anestetik eritma yuboring (30-rasm).

Anestezikaning ta'sirini kuchaytirish uchun unga 4: 1 nisbatda tibbiy spirt qo'shilishi mumkin.

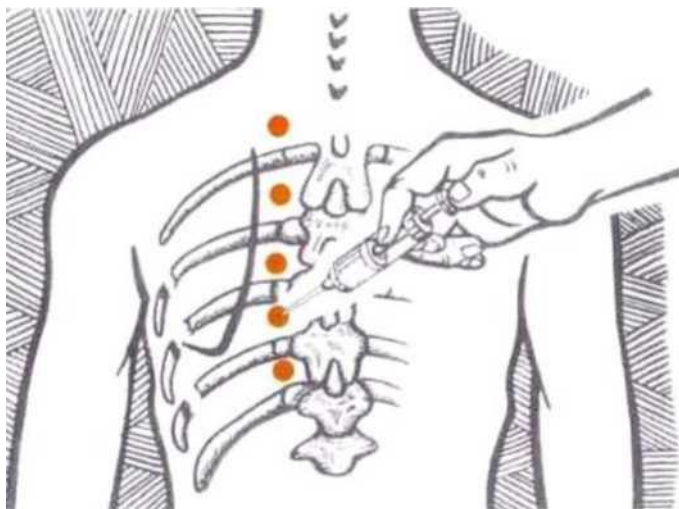
MUMKIN ASORATLAR: pnevmotoraks rivojlanishi bilan o'pkaning shikastlanishi.

4.11. QOVURG'ALARARO PARAVERTEBRAL BLOKADASI.

KO'RSATMALAR: qovurg'alarning ko'p va qo'sh sinishi, qovurg'alarning "fenestratlangan" sinishi, sternum, ko'krak qafasining sinishi va quyosh pleksusining blokadasini bilan birgalikda laparotomiya.

TEXNIKA. Bemorning sog'lom tomonda yotgan yoki o'tirgan holati.

Ko'krak umurtqalarining o'murtqa o'simtalarining pastki chetidan 4-5 sm masofada qadam tashlab, teri va teri osti yog 'to'qimalari nozik igna bilan anestetik eritma bilan behushlik qilinadi (13-4 va 31-rasmlarga qarang). Keyin igna sagittal tekislikdan 45° tashqariga buriladi va qovurg'a yoki ko'ndalang jarayonga tegguncha ichkariga suriladi.



Rasm. 31. qovurg'alararo paravertebral blokada

Aspiratsiya testidan so'ng 5-10 ml 0,5-1% anestetik eritma yuboriladi. In'ektsiya sonini kamaytirish uchun anestetik eritmaning hajmini qo'shni paravertebral hududga tarqatish uchun 20 ml ga oshirish mumkin.

MUMKIN ASORATLAR: o'pkaning shikastlanishi.

4.12. FLORIKYAN BO'YICHA INTERKOSTAL PARAVERTEBRAL BLOKADASI

TEXNIKA. Igna paravertebral chiziq bo'ylab kiritiladi. Igna qovurg'aning pastki qismiga tegguncha kiritiladi, so'ngra qovurg'aning pastki chegarasi bo'ylab umurtqa pog'onasiga, qovurg'a boshiga o'tkaziladi va 15-20 ml 0,5% anesteziik eritmasi. interkostal nervning chiqish joyiga AOK qilinadi.

4.13. ORQA NERVLARNING ORQA TARMOQLARI BLOKADASI

KO'RSATMALAR: bel umurtqasining degenerativ-distروفik kasalliklari.

TEXNIKA. Igna o'murtqa o'simtaning pastki chetidan 3-3,5 sm lateral tomondan va 1-1,5 sm kaudaldan teri va teri osti yog'ini infiltratsiya qilib kiritiladi

(13-2-rasmga qarang). Keyin igna sagittal tekislikda 15-20 ° burchak ostida egilib, ko'ndalang jarayonning asosiga tegguncha to'qimalarda oldinga siljiydi, 3-5 ml 0,5-1% anestetik eritma yuboriladi, shundan so'ng, igna fan shaklida harakatlantirilib, intertransvers ligament mintaqasiga yana 5-8 ml AOK qilinadi. Ushbu usul bilan tananing orqa yuzasining faset bo'g'implari, mushaklari va ligamentlarini innervatsiya qiluvchi orqa miya nervining orqa shoxining medial, median va lateral shoxlari bloklanadi.

Mumkin bo'lgan asoratlari: o'murtqa behushlikning namoyon bo'lishi bilan subaraknoid bo'shliqqa igna kirishi.

4.14. BLOKADA

4.14.1. VOYNO-YASENETSKY bo'yicha siyatik asabni blokirovka qilish

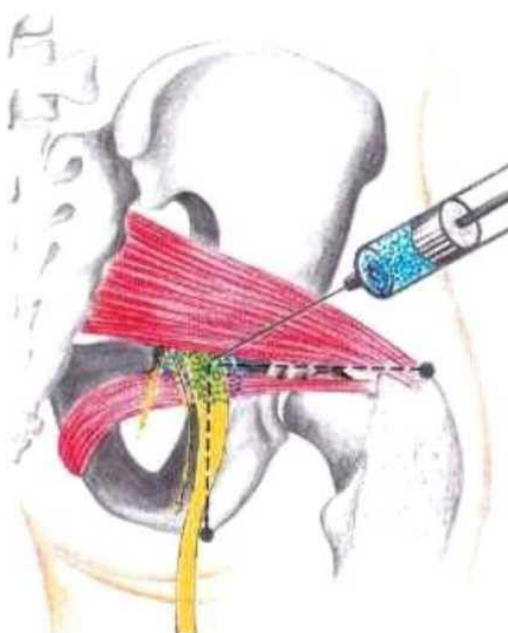
KO'RSATMALAR: pastki ekstremitadagi operatsiyalar.

TEXNIKA. Bemorning oshqozonida yotgan holati. Palpatsiya yo'li bilan katta trokanterning uchini va iskiyal tuberozni aniq aniqlash kerak. Buning uchun shifokor xuddi shu nomdagi cho'tkani bemorning sonining orqa tomoniga qo'yadi, birinchi barmog'ini katta trokanterning tepasiga qo'yadi va ko'rsatkich va o'rta barmoqlarning tirnoq falanjlari bilan iskiyal tuberkulni palpatsiya qiladi, bir. ulardan tashqi, ikkinchisi esa ichki chetini topadi. Siyatik asab to'g'ridan-to'g'ri iskiyal tuberozning tashqi chetida joylashgan. Katta trokanterning yuqori qismidan sagittal tekislikka qat'iy perpendikulyar bo'lgan to'g'ri chiziq chiziladi, boshqa chiziq iskiyal tuberozning tashqi qirrasini bo'ylab o'tadi (32-rasm). Ushbu chiziqlarning kesishishi natijasida hosil bo'lgan to'g'ri burchakning yuqori qismida teri va teri osti yog 'to'qimalarining infiltratsiyasi amalga oshiriladi, so'ngra uzun ingichka igna paresteziya olinmaguncha qat'iy vertikal yo'nalishda oldinga suriladi. Bunday holda, 10-15 ml 2% anestetik eritma yuboriladi.

Paresteziya bo'lmasa, igna dastlabki kiritish nuqtasidan 1 sm proksimal yoki 1 sm lateralga kiritiladi.

Agar paresteziya bo'lmasa, perineural behushlik uchun 20-30 ml anestetik eritma yuborilishi kerak.

MUMKIN ASORLAR: ignaning kichik siyatik teshikka kirishi, siyatik asabning ponksiyon shikastlanishi. Siyatik asabning yuqori bo'linishi bilan faqat bitta umumiy peroneal asab bloklanishi mumkin.



Rasm. 32. Voyno-Yasenetskiy bo'yicha siyatik asab blokadasi

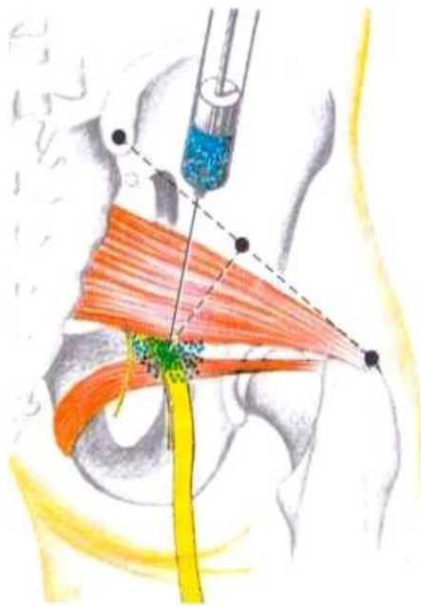
4.14.2. BLOK O'TIRGICH NERVI MOUR tomonidan

KO'RSATMALAR: pastki ekstremitadagi operatsiyalar.

TEXNIKA. Bemorning oshqozonida yoki yon tomonida yotgan holati. Pastki oyoq son va tizza bo'g'imlarida $45-60^\circ$ burchak ostida egilgan bo'lishi kerak, tovon pastki oyoq-qo'lning tizza bo'g'imida joylashgan. Katta trokanterning yuqori qismidan orqa yuqori yonbosh umurtqasi yo'nalishi bo'yicha chiziq chiziladi, uning o'rtasidan kaudal yo'nalishda 4-5 sm uzunlikdagi perpendikulyar chiziladi (33-rasm).

10-14 sm uzunlikdagi ingichka igna teri va teri osti to'qimalarining behushligini hosil qiladi, so'ngra igna paresteziya yoki suyak bilan aloqa olinmaguncha frontal tekislikda oldinga suriladi. Agar kerak bo'lsa, igna tortiladi va dastlabki kiritish joyining taxminan 0,5 sm lateral yoki medial qismiga qayta kiritiladi. Paresteziyaning paydo bo'lishi majburiydir. 20-25 ml 0,5-1% anestetik eritma kiriting.

MUMKIN ASORATLAR: ignaning tos bo'shlig'iga kirib borishi, siydik pufagining shikastlanishi. Ushbu asoratlarni istisno qilish uchun A.Yu. Pashchuk (1987) yo'l-yo'riq sifatida katta trokanterning uchidan orqa pastki yonbosh umurtqa pog'onasi tomon chiziq chizishni taklif qiladi (yuqori orqa tomonga emas). Bu igna uchini to'g'ridan-to'g'ri ishiumga joylashtirish imkonini beradi.



Rasm. 33. Mur bo'yicha siyatik asabni blokirovka qilish

4.14.3. O'TIRGICH NERV YONBOSH YOTGAN HOLDA BLOKADASI

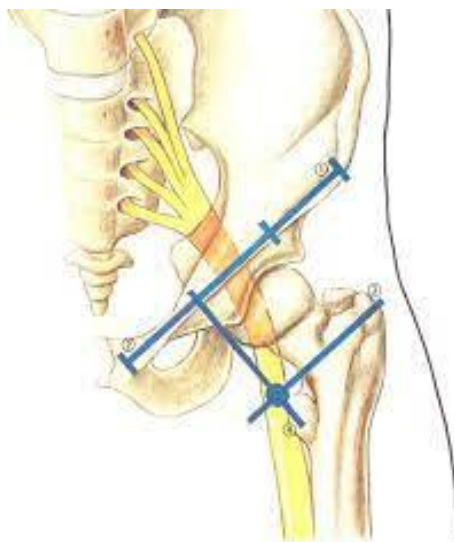
Siyatik asabni behushlik qilishning bu usuli, agar bemorning yon tomonida yoki oshqozonida bajarilmasa, qo'llaniladi.

TEXNIKA. Bemorning pozitsiyasi orqa tomonida yotadi. Oyoq, iloji bo'lsa, tizza bo'g'imi ostidagi rolni qo'yib, kalça qo'shimchasida bir oz egiladi. Distal katta trokanterning orqa qirrasini aniqlanadi. Bu joyda, uzun igna frontal tekislikda 7-10 sm chuqurlikda, iskiyal tuberozning tashqi yuzasiga tegmaguncha amalga oshiriladi. Igna 0,5-1 sm yuqoriga tortiladi va 20-25 ml anestetik eritma yuboriladi.

4.14.4. O'TIRGICH NERV OLDI YUNALISHDA BLOKADASI

TEXNIKA. Bemorning pozitsiyasi orqa tomonida yotadi. Terini antiseptik eritmalar bilan davolashdan so'ng, suyak belgilari belgilanadi: oldingi yuqori yonbosh umurtqasi, pubik tuberkul, katta trokanter cho'qqisining lateral qirrasini (34-rasm).

Oldingi yuqori yonbosh umurtqa pog'onasidan pubik tuberkulga qadar to'g'ri chiziq chiziladi, u uchta teng segmentga bo'linadi. O'rta va medial segmentlar orasidagi nuqta orqali birinchisiga perpendikulyar ikkinchi chiziq o'tkaziladi. Katta trokanterning lateral chetidan birinchi chiziqqa parallel ravishda uchinchi chiziq chiziladi. Bu chiziqning ikkinchisi bilan kesishish nuqtasi siyatik asabni behushlik qilish uchun igna kiritish joyidir. Topografik-anatomik jihatdan bu nuqta sartorius mushagidan lateralda, to'g'ri femoris mushagidan medial tomonda, kichik trokantergacha medialdan 1-1,5 sm masofada joylashgan.



Rasm. 34. Anterior yondashuv bilan siyatik asabni blokirovka qilish

Bu joyda teri va teri osti to'qimalari anestetik eritmalar bilan infiltratsiya qilinadi, infiltratsiya qilingan joydan 8-12 sm uzunlikdagi igna kiritiladi va femurning old yuzasiga tegguncha yon tomonga yo'naltiriladi. Son suyagiga etib kelgan igna orqaga tortiladi va medial son suyagiga sonning orqa yuzasiga, son suyagi orqasiga 5 sm ga yo'naltiriladi. Bunday chuqurlikka kiritilgan igna uchi siyatik asab yaqinida joylashgan. Aspiratsiya tekshiruvidan so'ng 15-30 ml 1% anestetik eritma yuboriladi.

MUMKIN ASORATLAR: femoral arteriya yoki uning chuqur shoxiga ponksiyon shikastlanishi.

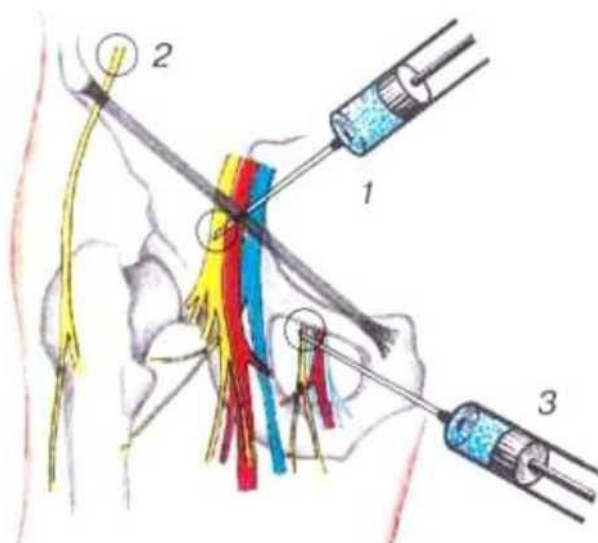
4.15. FEMORAL NERVINI BLOKADASI

KO'RSATMALAR: patellaning shikastlanishi va kasalliklari, femoral asab nevrirlari, siyatik asab anesteziyasiga qo'shimcha sifatida; blokada diagnostik maqsadlarda amalga oshirilishi mumkin.

TEXNIKA. Bemor yotgan holatda. Femoral arteriyani paypaslang. Yon tomondan, uning bevosita yaqinida, inguinal ligamentdan 1,5-2 sm masofada, frontal tekislikka perpendikulyar igna kiritiladi (35-rasm).

Sonning yuzaki fastsiyasi, lateral arteriya teshilgandan so'ng, igna iliopektineal fastsiya o'tguncha ichkariga suriladi va fan shaklida 10-15 ml 1% anestetik eritma yuboriladi.

MUMKIN ASORATLAR: femoral arteriyaning ponksiyon shikastlanishi.



Rasm. 35. Son nervi (1), sonning lateral teri nervi (2), obturator nerv (3) blokadasi.

4.16. SONI LATERAL TOMONDAGI TERI OSTI NERVINI BLOKADASI

KO'RSATMALAR: sonning tashqi teri nervi nevralgiasini (Rot sindromi) diagnostikasi va davolash uchun, siyatik va femoral nervlarning behushligiga qo'shimcha sifatida.

TEXNIKA. Bemorning pozitsiyasi orqa tomonida yotadi. Ignani kiritish joyi inguinal burma ostida, oldingi yuqori yonbosh umurtqa pog'onasidan 2,5 sm

medial masofada joylashgan (35-rasmga qarang). Igna teriga to'g'ri burchak ostida kiritiladi.

Teri va teri osti yog 'infiltratsiyasidan so'ng, igna fastsiya ostiga suriladi va 5-10 ml 0,5-1% anestetik eritma yuboriladi. Keyin bir xil miqdordagi behushlik ventilyator shaklida dastlabki in'ektsiya uchun subfassial medial AOK qilinadi. Jiddiy semizlik bo'lmasa, asab oldingi yuqori yonbosh umurtqa pog'onasidan 1,5 sm medial nuqtada bloklanishi mumkin.

4.17. OBTERIOR NERVINI BLOKADASI

KO'RSATMALAR: son bo'g'imining artrozida og'riqni yo'qotish, femoral asab blokadasi bilan birgalikda behushlik qilish uchun.

TEXNIKA. Bemorning pozitsiyasi orqa tomonida yotadi. Ignani kiritish joyi inguinal ligamentdan 1,5 sm pastda, femoral arteriyadan medial 3 sm va pubik tuberkuldan 3 sm medial masofada joylashgan (35-rasmga qarang). Igna suyak bilan aloqa qilguncha frontal tekislikka 60° burchak ostida kiritiladi. Keyin u biroz yuqoriga tortiladi va frontal tekislikka 75° burchak ostida ichkariga yo'naltiriladi. Obturator teshigining yuqori chetini igna uchi bilan aniqlab, u qo'shimcha ravishda 1-1,5 sm chuqurlashtiriladi.

Paresteziya olingandan so'ng, 10-15 ml 0,5-1% anestetik eritma yuboriladi. Agar paresteziya kiritilgandan so'ng darhol paydo bo'lmasa, dastlabki mahkamlangandan so'ng igna uchi dastlabki kiritilgan joydan taxminan 0,5 sm medial yoki yon tomonga siljiydi. Ignani teri osti yog'i darajasiga olib tashlashda yana 10 ml anestetik AOK qilinadi.

MUMKIN ASORATLAR: obturator arteriyaning ponksiyonli shikastlanishi.

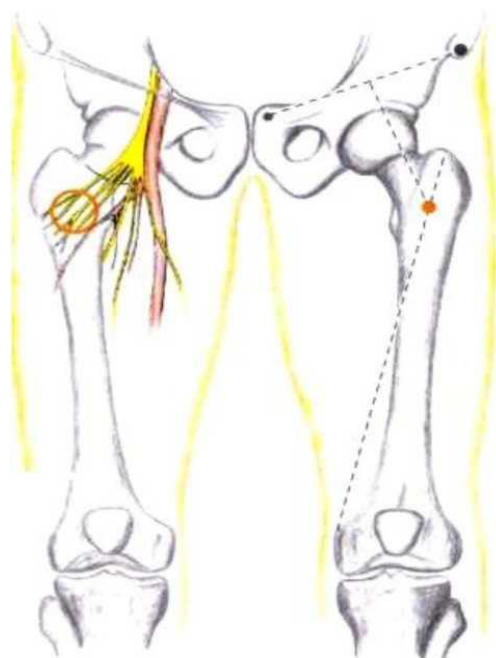
4.18. SKOBLIN-KUTSENKO BO'YICHA FEMOR NERVASI MUSHAK TARMOQLARINI BLOKADASI.

KO'RSATMALAR: miyofassiotenodez tufayli tizza bo'g'imining ekstansor kontrakturalarini tiklash uchun selektiv behushlik usuli sifatida.

TEXNIKA. Son nervining mushak shoxlari sonning oldingi mushaklari guruhini, artikulyar kapsulani va son suyagi periostini innervatsiya qiladi. Miyofasyotenodez bilan bu anatomik shakllanishlar patologik jarayonda ishtirok etib, tizza bo'g'imining disfunktsiyasini keltirib chiqaradi.

Anestetik eritmani qo'llash joyi ikkita chiziqning kesishish nuqtasidir: birinchisi katta trokanterning uchidan femurning ichki kondiliga tortiladi, ikkinchisi - pupart ligamentining o'rtasidan pastga tushirilgan perpendikulyar. birinchi chiziq bilan kesishish, pupart ligamentidan 6-8 sm distal (36-rasm). Teri va teri osti yog 'to'qimalari ko'rsatilgan joyda behushlik qilinganidan so'ng, igna sonning to'g'ri fastsiyasi ostiga o'tkaziladi va 20-40 ml 1% anesteziya eritmasi fan shaklida bo'ladi. In'ektsiya ignasini kiritish chuqurligi teri osti yog'ining og'irligiga qarab 2,5-5 sm gacha.

Femoral asabning mushak shoxlari blokadasida tizza bo'g'imidagi harakatlar ustidan hissiy nazoratni saqlab turganda, selektiv behushlik va to'rt boshli mushak va bo'g'im kapsulasining gevşemesi sodir bo'ladi.



Rasm. 36. Femoral nervning mushak shoxlarini blokirovka qilish

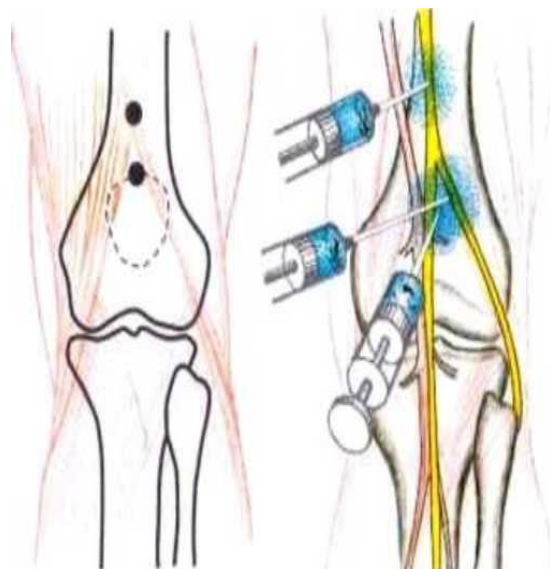
4.19. SKOBLIN-GRISHKO BO'YICHA TIZZA CHUKURCHASIDA O'TIRGICH NERVINI SHOXCHALARINI BLOKADASI

KO'RSATMALAR: pastki oyoqning pastki uchdan bir qismiga zarar etkazish, oyoq Bilagi zo'r bo'g'im, oyoq; belgilangan anatomik sohalarda jarrohlik aralashuvlar.

TEXNIKA. Tibial asabni blokirovka qilish uchun bemor pastki oyoq ostidagi kichik yostiq bilan oshqozonga yotqiziladi. Popliteal chuqurning yuqori burchagini cheklovchi biceps va semitendinosus femoris mushaklarining tendoni paypaslanadi.

Ushbu tendonlarning ichki qirralari orasidagi masofaning o'rtasida patellaning yuqori qutbi darajasida paresteziya olinmaguncha vertikal ravishda 0,5-1,5 sm chuqurlikda in'ektsiya qilinadi (37-rasm). Ignaning uchi tibial asabga etib kelganida, kalcaneal mintaqada paresteziya yoki birinchi barmoqni ko'rsatadi. 10 ml 1 - 1,5% anestetik eritma kiriting. Peroneal asabni behushlik qilish uchun tibial nerv blokadasidan keyin igna yuqoriga tortiladi va old tekislikka 45 ° burchak ostida kaudal ravishda ikki boshli femoris tendonining ichki chetiga yo'naltiriladi. 1 sm chuqurlikda peroneal asab joylashgan. Undagi zarba oyoqning orqa qismida yoki beshinchi barmoqda paydo bo'ladigan paresteziyadan dalolat beradi. Nerv sohasiga 5-10 ml 1% anestetik eritma yuboriladi. Peroneal nerv blokadasida oldingi ponksiyon joyidan 1,5 sm orqaga chekinib, alohida yondashuv bilan amalga oshirilishi mumkin.

Bundan tashqari, safen nerv behushligi ham amalga oshirilishi mumkin. Ignani kiritish joyi sonning tendonlari va sartorius mushaklarining tendonlari o'rtasida, ichki kondil mintaqasida joylashgan bo'lib, u erda 5-7 ml yuboriladi.



Rasm. 37. Siyatik anesteziyaning shoxlarini blokirovka qilish. popliteal chuqurlik darajasida nerv

QO'SHILMALARI: o'tkazuvchanlik blokadalar uchun umumiy.

MUMKIN ASORATLAR: popliteal arteriyaning ponksiyon shikastlanishi.

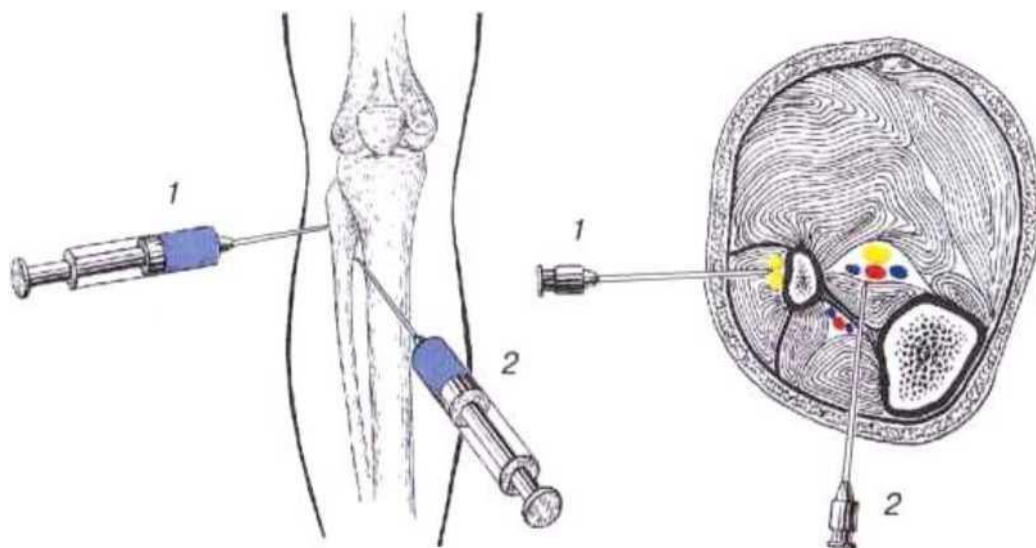
4.20. KATTA VA KICHIK BOLDIR NERVLARINI YUQORI UCHLIGIDAN BLOKADASI.

KO'RSATMALAR: pastki oyoqning pastki uchdan bir qismi, to'piq bo'g'imi va oyoqning shikastlanishi, ko'rsatilgan anatomik sohalarda jarrohlik aralashuvlar.

TEXNIKA. Umumiy peroneal nervni behushlik qilish uchun fibulaning boshi ostiga, uning tashqi yuzasi bo'ylab igna kiritiladi va 10-15 ml 1% anestetik eritma yuboriladi. Ikkinchisi tashqi mushak-fassial holatda tarqalib, bo'shashgan perineural to'qimalarni singdiradi va nerv bo'ylab impulslarning o'tkazilishini to'xtatadi (38-rasm).

Tibial asabni behushlik qilish uchun igna old tomondan, fibulaning ichki chetiga kiritiladi. Keyinchalik, igna suyaklararo parda orqali 5-6 sm chuqurlikka o'tkaziladi. Igna uchi oyoq orqa mushak-fassial bo'shlig'ining chuqur qismiga kiradi, bu erda 30-40 ml 1% anestetik eritma. in'ektsiya qilinadi.

MUMKIN ASORATLAR: arteriyalarning ponksiyon shikastlanishi.

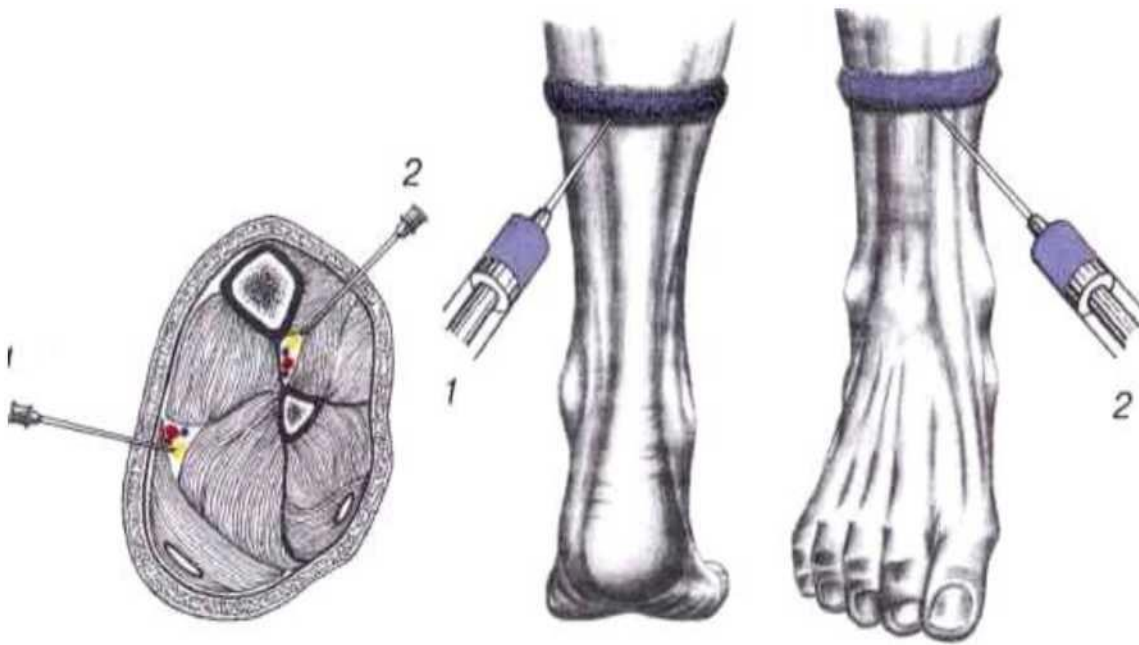


Rasm. 38. Oyoqning yuqori uchdan bir qismi darajasida tibial va peroneal nervlarning blokadası: 1 - peroneal asab, 2 - tibial nerv Mintaqaviy (o'tkazuvchan) blokadalar

4.21. BRAUN BO'YICHA KATTA VA KICHIK BOLDIR NERVLARINI PASTI UCHLIGIDAN BLOKADASI.

KO'RSATMALAR: to'piq va oyoq jarohatlari, oyoq jarrohligi.

TEXNIKA. Teri ostida joylashgan nervlarni 10-12 sm masofada blokirovka qilish uchun to'piqlarning proksimal tepalari ko'ndalang yo'nalishda anestetik eritma bilan teri osti to'qimasini infiltratsiya qiladi - bilaguzuk deb ataladigan narsa olinadi (39-rasm). Axilles tendonining ichki qirrasi bilan kesishgan joyda, igna fibula yo'nalishi bo'yicha 3-4 sm chuqurlikka o'tkaziladi va 5-7 ml 1% anestetik eritma yuboriladi, bu esa uning blokadasini ta'minlaydi. tibial asab. Peroneal asabni blokirovka qilish uchun igna kiritish nuqtasi "bilaguzuk" ning oldingi tibial mushak tendonining tashqi qirrasi bilan kesishishiga mos keladigan nuqtadir. Igna suyaklararo membrana yo'nalishi bo'yicha oyoq o'qiga perpendikulyar ravishda kiritiladi. 5-7 ml anestetik eritmani kiriting. Hammasi bo'lib, oyoqning pastki uchdan bir qismidagi blokadaga 30-40 ml anestetik eritma sarflanadi.

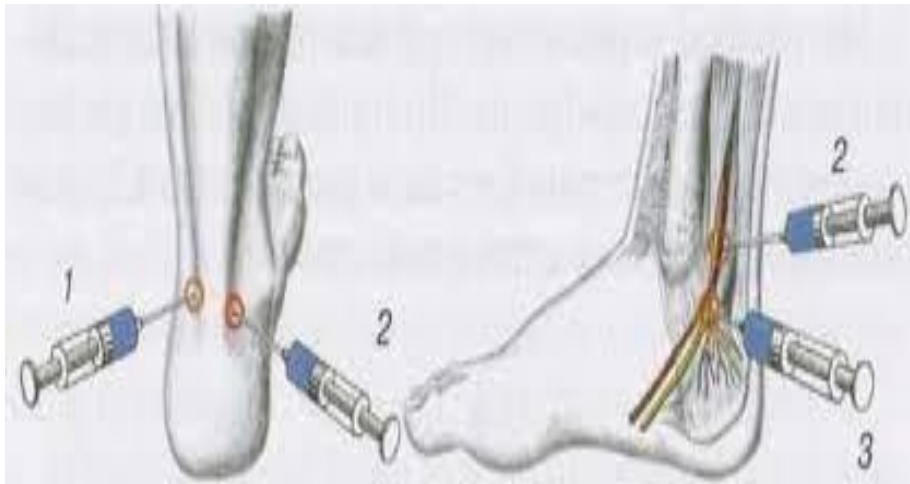


Rasm 39. Pastki uchdan bir qismi hududida siyatik asab shoxlarini blokirovka qilish pastki oyoq: 1 – katta boldir nerv blokadasi , 2 - kichik boldir nerv blokadasi

4.22. BRAUN BO'YICHA KATTA BOLDIR NERVLARINI ORKA YUZASINI BLOKADASI.

KO'RSATMALAR: oyoq jarohatlari, oyoqlarda jarrohlik aralashuvlar.

TEXNIKA. Posterior tibial asab medial malleolaning orqasida bloklanadi (40-rasm). Posterior tibial arteriya paypaslanadi, igna arteriyaning pulsatsiya nuqtasiga paresteziya olinmaguncha yoki suyak bilan aloqa qilguncha tangensial yo'naltiriladi. Agar paresteziya yuzaga kelsa, u holda igna 1-2 mm dan chiqariladi va 5 ml 1% anestetik eritma yuboriladi. Sural nerv lateral malleol va Axilles tendoni o'rtasida bloklanadi.



Rasm. 40. Orqa tibial va sural nervlarning blokadasi: 1 - sural nerv, 2 - Braun bo'yicha orqa tibial nerv, 3 - Voyno-Yasenetskiy bo'yicha tibial orqa nerv.

4.23. VOYNO-YASENETSKIY BO'YICHA KATTA BOLDIR NERVLARINI ORKA YUZASINI BLOKADASI

TEXNIKA. Nerv retinakulumdan o'tadigan joyda bloklanadi, ya'ni. flexorum {lig.laciniatum Voyno-Yasenetskiy bo'yicha.}, ya'ni. Brown usuliga qaraganda biroz distal (40-rasmga qarang). Retinakulaning ponksiyonidan so'ng darhol t. flexorum, 5 ml 1% li anestetik eritma yuboriladi, bu n. plantaris med shoxlarini behushlik qiladi. va n. plantaris lat. Teri ostiga yuborilganda 3-5 ml 1% li anestetik eritma t.t. flexorum, tovon suyagining yuqori cheti darajasida n.tibialis post., n.calcanei med shoxlari tiqilib qoladi.

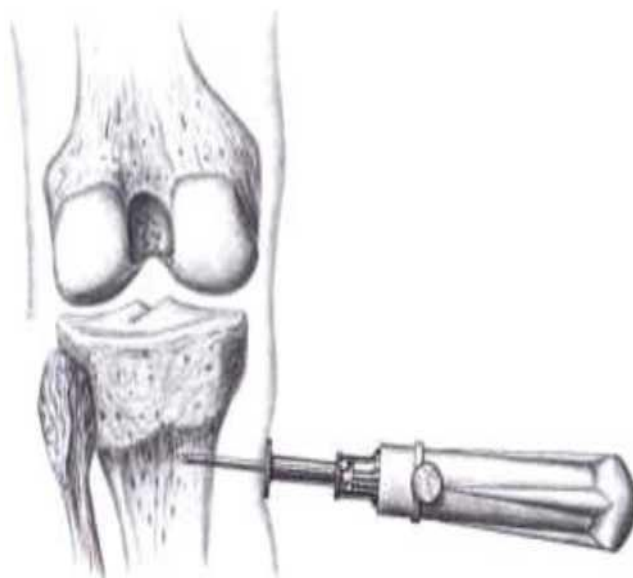
5-BO'LIM

SUYAK ICHIDAGI BLOKADALAR

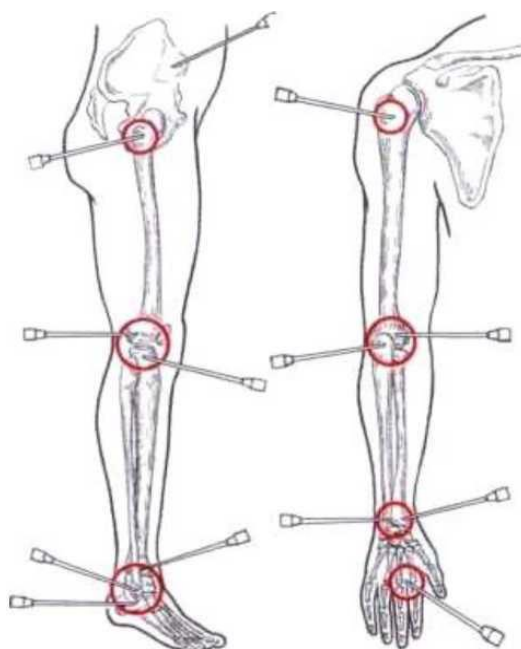
KO'RSATMALAR: ekstremitalarning distal qismidagi jarrohlik aralashuvlar, sinishlar, dislokatsiyalar, cho'zilish sindromi, osteomielit, travmadan keyingi neyrotrofik kasalliklar.

TEXNIKA. Intraosseous blokadalarni o'tkazishda quyidagi talablarga rioya qilish kerak: ignani kiritish qon tomirlari va nervlarning o'tish joyidan uzoqda, kanselli suyakda amalga oshirilishi kerak; mandrinli maxsus ignalardan foydalaning (masalan, Kassirskiy, Bir, CITO); intraosseous igna kiritilishidan oldin anestetik eritma bilan teriga, teri osti to'qimalariga va periosteumga infiltratsiya qilish kerak. Suyak ichiga 1-1,5 sm chuqurlikda intraosseous igna kiritiladi (ignaning suyakning shimgichli qismiga kirganligi belgisi uning pavilonidan bir tomchi suyak yog'ining ko'rinishidir) (41-rasm). Oyoq-qo'llarni blokirovka qilishda avval igna proksimal qo'yish joyiga turniket qo'llaniladi.

Yuqori oyoq-qo'lda, intraosseous igna uchun in'ektsiya joylari: katta tuberkulyar va son suyagining kondillari, olekranon, radius va ulna distal epifizlari, I va II metakarpal suyaklarning boshlari. Pastki oyoq-qo'llarda - katta trokanter va sonning kondillari, tibia kondillari, to'piqlar, tovon suyagi, 1-chi metatarsal suyakning boshi (42-rasm). Tos suyaklari singan taqdirda, intraosseous igna yonbosh suyagiga, ishiya tuberkulyoziga kiritilishi mumkin; yelka suyagining sinishi bilan skapulaning umurtqa pog'onasiga, sternum bilan - uning tanasi va tutqichi sohasida.



Rasm.41 _ suyak blokadasining ichki sinishlarini bajarish printsiipi.



Rasm. 42. Suyak ichidagi blokadalar. Intraosseous igna kiritish joylari

Anesteziyaga erishish uchun zarur bo'lgan eritma miqdori behushlik qilinadigan hududga bog'liq. Shunday qilib, oyoqni behushlik qilish uchun 50-60 ml 0,25% anesteziya eritmasi kalcaneus yoki metatarsal boshga yuboriladi. Pastki oyoqni behushlik qilish uchun 100-120 ml 0,25% anestetik eritma to'piq yoki to'piq suyagiga yuboriladi. Sonni behushlik qilishda igna kondillarga kiritiladi va bu eritmadan 120-150 ml AOK qilinadi. Intraosseous blokadalarni o'tkazishda ksilid guruhining anesteziyalariga ustunlik berish kerak, anestetik eritmaga

adrenalin qo'shilishi behushlikning sifati va davomiyligiga ta'sir qilmaydi. Shuni esda tutish kerakki, AOK qilingan intraosseous anesteziyaning birinchi qismlari og'riqni kuchaytiradi; anestetik eritmani kiritish jarayonida terida oq dog'lar paydo bo'ladi, bu behushlikning boshlanishini ko'rsatadi.

Anesteziklarning analjezik ta'sirini uzaytirish uchun V.A. Polyakov (1980) intraosseous uzaygan blokadalarni ishlab chiqdi. Uzaytirish 1:9 nisbatda 5% anestetik eritma va katta molekulyar eritma (poliglyukin, jelatinol, aminokrovin, aminopeptid) aralashmasini kiritish orqali erishiladi. Uzoq muddatli blokadaning analjezik va terapevtik ta'siri 18 dan 96 soatgacha davom etadi.

Zararning xarakteriga, shikastlanishning xususiyatlariga, asoratlarning mavjudligi yoki yo'qligiga qarab, muallif uzoq muddatli intraosseous blokadalarning 5 turini ishlab chiqdi.

1. Fragmentlarni qayta joylashtirish, dislokatsiyani kamaytirish uchun **ODDIY INTRROOSTEOUS UZAYLI BLOK** ko'rsatiladi. Aralash suyak ichiga yuboriladi, shu jumladan 10 ml 5% anestetik eritma va 90 ml 8% jelatinol eritmasi (ikkinchisini katta molekulyar plazma o'rnini bosuvchi moddalardan birining bir xil miqdordagi eritmasi bilan almashtirish mumkin).

2. **INTRAOSSIONAL UZAYLI GEMOSTATIK BLOKLASH** uzoq muddatli og'riqni yo'qotish va shikastlangan suyak tomirlaridan qon ketishini to'xtatish uchun ishlatiladi. Bloklovchi eritma 10 ml 5% anestetik eritma, 90 ml 8% jelatinol eritmasi va 5 ml 1% vikasol eritmasidan (etamsilat) iborat.

3. **INRAOSTEOZ UZAYTILI YANGILG'IGA QARSHI BLOKKADA** yaralar, kuyishlar, muzlash, osteomielitning yiringli asoratlarini davolashda tavsiya etiladi. Terapevtik aralashmada 10 ml 5% anestetik eritma, 90 ml 8% jelatinol eritmasi, antibiotikning kunlik dozasi mavjud. Mikroflorasining sezgiriligiga qarab yoki keng spektrli antibakterial preparatlar qo'llaniladi.

4. **INTRAOSSIONAL UZAYTILGAN TROFIK BLOK** reparativ osteogenezning buzilishi (kechiktirilgan konsolidatsiya, birlashtirilmagan sinish, soxta bo'g'inlar), osteopenik sindrom uchun qo'llaniladi. Terapevtik aralashmada 10 ml 5% anestetik eritma, 90 ml 8% jelatinol eritmasi, 1 ml 0,1% atropin eritmasi,

1-2 ml 2% difengidramin eritmasi, 2 ml 5% tiamin xlorid eritmasi (B1 vitamini) mavjud.

5. INTRAOSTEOUS UZAYTILI ANTIKOAGULYANT BLOK asosan kuyish va muzlashda zararlangan to'qimalarda kapillyar trombozning oldini olish uchun qo'llaniladi. Terapevtik aralashmada 10 ml 5% anestetik eritma, 90 ml aminokislota qon yoki albumin va 20 000-30 000 birlik geparin mavjud.

6. Yuqorida ta'riflangan blokadalarga o'xshab, biz INTRRAOSSEOUS UZAYILGAN ANTIOSTEO-PORTIK BLOKADASI deb ataladigan blokadadan foydalanamiz. Terapevtik aralashmada 10 ml 5% anestetik eritma, 90 ml plazma o'rnini bosuvchi kolloid eritma (8% jelatinol eritmasi, reopoliglyuksin, 10% reogluman eritmasi, 6% volikam eritmasi, 6% Rondex eritmasi) va kalsitonin (35-80) mavjud. IU) yoki miakalsik (100 -200 ME).

Anestetik va plazma o'rnini bosuvchi eritmaning hajmi mutanosib ravishda oshirilishi yoki kamayishi mumkin. Blokadalar 5-7 kunlik interval bilan amalga oshiriladi, bloklar soni osteoporoz darajasi va patologiyaning tabiati (o'rtacha 5-12 blok) bilan belgilanadi. Terapevtik aralashmani intraosseally tomchilab yuborish ham mumkin. Ko'rsatkichlar tizimli va mintaqaviy osteoporoz fonida uzun suyaklarning sinishi, suyak to'qimalarining disregeneratsiyasining turli xil variantlari (kechiktirilgan konsolidatsiya, birlashtirilmagan yoriqlar, soxta bo'g'inlar).

QO'SHILMALARI: blokadalar uchun umumiy.

Mumkin bo'lgan asoratlar: anestetikning haddan tashqari dozasi, yuqumli asoratlar.

6-BO'LIM

BO'GIMLARNI BLOKADASI (ponksiyon).

Umumiy qoidalar

Qo'shish etarli uzunlik va diametrli igna bilan teshiladi. Ignani kiritish joyidagi teri yon tomonga siljiydi (1-rasmga qarang). Teri, teri osti to'qimalarining behushligini bajaring; ignani to'qimalarga oldinga siljitishdan oldin anestetik eritma qo'llanilishi kerak. Igna qo'shma kapsuladan o'tib ketganda, jarrohning qo'li qarshilik ko'rsatadi, shundan so'ng igna bo'shliqqa erkin kirib boradi. Pistonning teskari zarbasi sinovial suyuqlik, qon, yiring, ekssudat hosil qilishi mumkin. Dori-darmonlarni bo'g'imga yuborish mumkin. Igna tortib olinganda, manipulyatsiya boshida siljigan teri chiqariladi va igna kanali yopiladi. Yod eritmasi bilan ishlov berilgandan keyin ponksiyon joyiga aseptik kiyinish qo'llaniladi.

KO'RSATMALAR: patologik tarkibni evakuatsiya qilish, anesteziya va dori vositalarini yuborish.

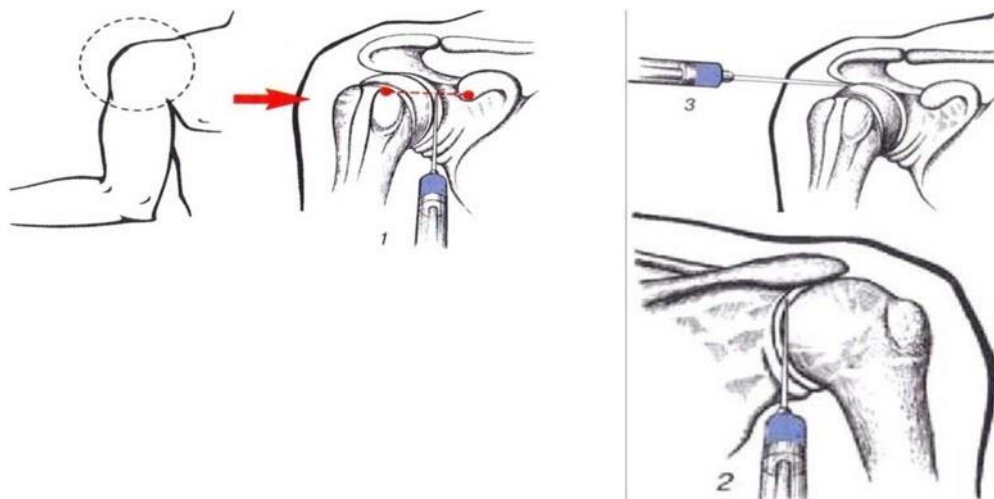
6.1. ELKA BLOKADASI

Blokada old, orqa va yon tomondan amalga oshiriladi (43-rasm).

Old tomondan ponksiyon paytida bemor chalqancha yotqiziladi, qo'l tirsak bo'g'imida egilib, tirsak bo'g'imi frontal tekislikda bo'lishi uchun tashqariga keltiriladi va aylantiriladi. Shu bilan birga, yelka bo'g'imining old yuzasida yelka suyagining kichik tuberkulasi va yelka suyagining korakoid jarayoni osongina aniqlanadi, ular orasida elka bo'g'imining teshilishi uchun joy tanlanadi. Igna aniq old tomondan orqaga yo'naltiriladi. Orqa tomondan ponksiyon qilish uchun bemor oshqozonga yotqiziladi, akromiyal jarayon cho'qqisining orqa qirradi va uning ostida yotgan deltoid mushakning cheti seziladi. Bu erda sayoz chuqurcha aniqlanadi, u aytilgan mushakning qirradi va deyarli gorizontall ravishda ishlaydigan supraspinatus mushaklari bilan chegaralanadi. Igna korakoid jarayoni yo'nalishi bo'yicha oldinga siljib, chuqurchaning pastki qismiga kiritiladi.

Yelka bo'g'imining lateral tomondan teshilishi bemorning o'tirgan yoki sog'lom tomonda yotgan holatida amalga oshiriladi. Qo'l tananing bo'ylab

joylashtirilgan. Igna akromiyal jarayonning oxiri va son suyagining katta tuberkulasi o'rtasida o'rtasiga kiritiladi.



Rasm. 43. Yuqori oyoq-qo'lning holati va ponksiyonga kirish elka qo'shma: 1 - old, 2 - orqa, 3 - lateral

6.2. STERNOKLUVER BO'G'IMINING BLOKADASI

KO'RSATMALAR: travmadan keyingi artroz, yuqumli bo'lmagan etiologiyaning artriti.

TEXNIKA. Blokada bemorning o'tirgan yoki orqa tomonida yotgan holatida amalga oshiriladi. Bemorning yuqori a'zosi tirsak bo'g'imida 90 ° burchak ostida egilib, tanaga qo'shiladi. Palpatsiya bo'g'imning chizig'ini aniqlaydi. Terini antiseptik eritma bilan davolashdan so'ng teri va teri osti yog 'to'qimalari infiltratsiya qilinadi, igna teriga perpendikulyar ravishda old tomondan orqaga yo'naltiriladi va 1-1,5 sm chuqurlikda AOK qilinadi. Ayeksiya qilingan davolash aralashmasining hajmi 2 ga teng. -3 ml.

6.3. AKROMIA-UMROV B'OGIM BLOKADASI

KO'RSATMALAR: travmadan keyingi artroz, yuqumli bo'lmagan etiologiyali artriti, dumg'aza periartrozi.

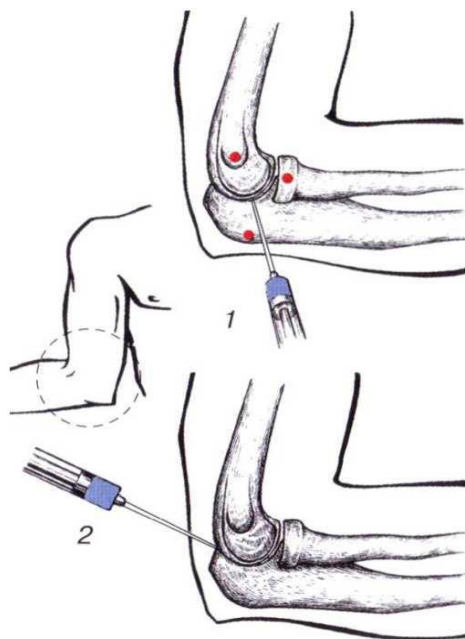
TEXNIKA. Bemorning pozitsiyasi, avvalgi blokadada bo'lgani kabi. Blokadan oldin, qo'shilish chizig'ini aniq lokalizatsiya qilish kerak. Shu maqsadda,

alamatni kalit bilan tekshirishda bo'lgani kabi, yoqa suyagiga bosim o'tkaziladi. Terini antiseptik eritma bilan davolashdan so'ng, qo'shma chiziq belgilanadi. Blokada qo'shimchanning markazi oldida amalga oshiriladi. Teri, teri osti yog 'to'qimasini infiltratsiya qilib, igna 1,5-2 sm chuqurlikda kiritiladi. AOK qilingan terapevtik aralashmaning hajmi 2-3 ml ni tashkil qiladi.

6.4. TIRSAK B'OGIM BLOKADASI

TEXNIKA. Blokada bilakni to'g'ri burchakka egilgandan so'ng, radius boshining proektsiyasida bo'g'inning orqa yuzasidagi chuqurchada amalga oshiriladi. Ignani kiritish joyi olekranonning qirrasini va lateral epikondilning pastki cheti o'rtasida joylashgan (44-rasm). Igna teriga perpendikulyar oldinga siljishi kerak. Bo'g'im orqa tomondan ham teshilishi mumkin - igna yelka suyagining tashqi qirrasini va olekranonning tashqi qirrasini orasiga kiritiladi va biroz oldinga va distalga o'tadi.

Anestetik yoki davolash aralashmasining hajmi 5-7 ml ni tashkil qiladi. Tirsak bo'g'imini ichkaridan ponksiyon qilish kerak emas, chunki ulnar asabning shikastlanishi mumkin.

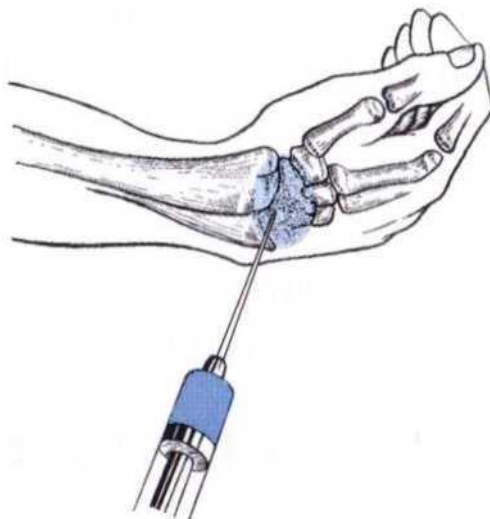


Rasm. 44. Yuqori oyoq-qo'lning joylashishi va tirsak bo'g'imiga ponksiyon kirishi: 1 - lateral, 2 - orqa.

6.5. RADIUS BO'G'INING BLOKADASI

TEXNIKA. Blokada dorsal yuzadan, t.extensor pollicis longus va t.Indicts proprius tendonlari o'rtasida, ulna va radiusning stiloid jarayonlarini bog'laydigan chiziqda amalga oshiriladi (45-rasm).

Bo'g'im bir tomondan radius va ikkinchi tomondan skafoid va lunat suyaklari orasiga kiradi. Qo'l bo'g'im bo'shlig'ining orqa qismini ochish uchun pronatsiya va volar fleksiyonda bo'lishi kerak. Anestetik yoki davolash aralashmasining hajmi 5-7 ml ni tashkil qiladi.



6.6. KUIMICH B'OGIM BLOKADASI

TEXNIKA. Bemorning to'g'rilangan son bilan yotgan holatida old yoki tashqi yuzadan bajarilishi mumkin (46-rasm).

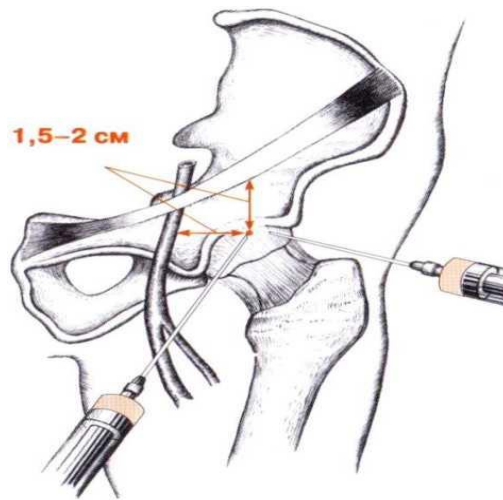
Old ponksiyonda igna kiritish nuqtasi joylashgan Inguinal ligamentdan 1,5-2 sm pastga va son arteriyasidan 1,5-2 sm tashqariga.

Igna old tomondan orqaga suyagida to'xtaguncha kiritiladi. Tashqi yuzadan teshilganda, igna to'g'ridan-to'g'ri katta trokanterning yuqori qismidan suyak bilan aloqa qilguncha teri yuzasiga to'g'ri burchak ostida kiritiladi. Keyin igna son suyagi bo'ylab 2-3 sm yuqoriga ko'tarilib, bo'g'im bo'shlig'iga kiradi. Anestetik yoki davolash aralashmasining hajmi 10-15 ml ni tashkil qiladi.

6.7. SACRAL-ILIAC BIRGANISH TEXNIKASINI BLOKKADI.

Blokada bemorning oshqozonida yotgan holda amalga oshiriladi. Palpatsiya orqa yuqori va orqa pastki tos umurtqalarini aniqlaydi. Ularning

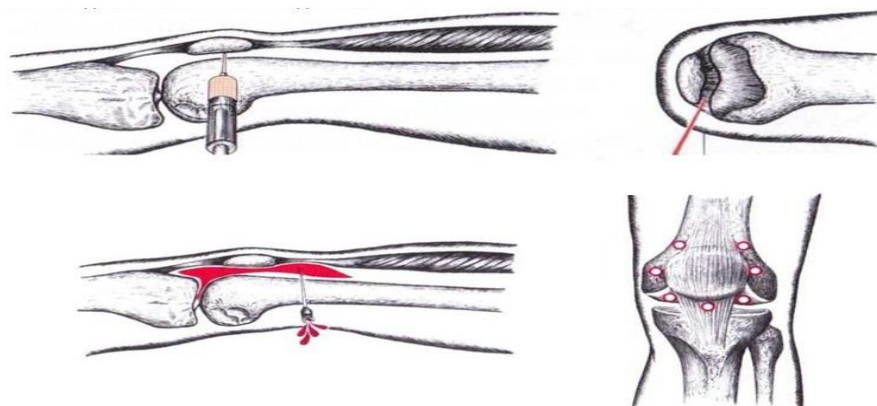
orasidagi masofa yarmiga bo'linadi. Bo'linish nuqtasida teri va teri osti yog'ining behushligi amalga oshiriladi. Infiltratsiyalangan hudud orqali ingichka uzun igna sagittal tekislikka 45° burchak ostida, u ligamentlarga (interspinoz sakroiliak, dorsal sakroiliak va sakrotuberkulyar) va 10-20 ml 0,5-1% anestetik eritmasiga to'xtaguncha kiritiladi. terapevtik aralashmalar.



Rasm. 46. Son bo'g'imiga ponksiyon orqali kirish: 1 - oldingi, 2 - lateral

6.8. TIZZA BO'GIMIGA BLOKADASI

TEXNIKA. Blokada, qoida tariqasida, tashqaridan amalga oshiriladi. Bemorning pozitsiyasi orqa tomonida yotadi. Tizza qo'shilishi ostida kichik yostiqlik qo'yiladi. Igna patellaning tashqi chetining yuqori va o'rta uchdan bir qismining chegarasiga, dorsal tomondan 0,5-1 sm va patellaning orqa yuzasiga parallel ravishda oldinga kiritiladi (47-rasm). AOK qilingan anestetik yoki davolash aralashmasining hajmi 5-15 ml ni tashkil qiladi.



Rasm. 47. Yanal kirish bilan tizza bo'g'imining ponksiyonu

Rasm. 48. Tizza bo'g'imining yuqori inversiyasining ponksiyoni

Rasm. 49. Tizza bo'g'imiga ponksiyon kirish

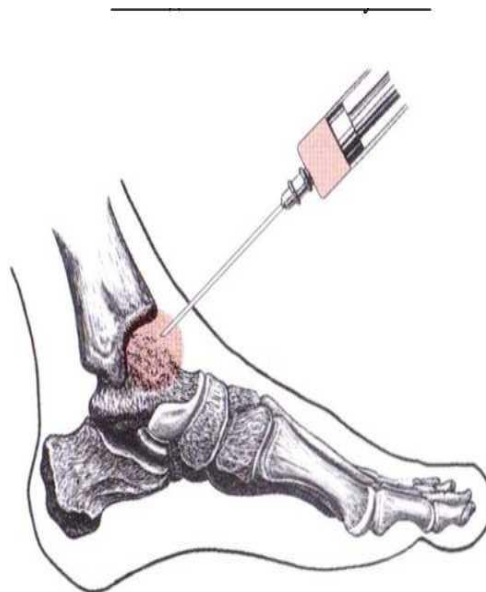
Tiz bo'g'imining yuqori buralishini teshish uchun igna patellaning proksimal yuqori qutbining lateral tomonidan kiritiladi va tizza bo'g'imining tashqi yuzasiga perpendikulyar ravishda 3 sm chuqurlikda quadrisepsning tendon cho'zilishi ostida uzatiladi. femoris mushaklari (48-rasm).

Yuqori inversiya teshilganda to'qimalarning elastik qarshiligi engib o'tadi. Tizza bo'g'imining ponksiyoni rasmda ko'rsatilgan boshqa kirish joylaridan amalga oshirilishi mumkin.

6.9. BOLDIR- OSHIK BO'GIMIDA BLOKADASI

TEXNIKA. Blokada oldingi yuzada amalga oshiriladi. Oyoqqa bir oz plantar fleksiyon ($5-10^\circ$) beriladi (50-rasm).

Igna orqaga perpendikulyar yo'naltiriladi, shunda u tibia va talus orasiga o'tadi va 10-15 ml 0,5-1% anestetik eritma yuboriladi.



Rasm. 50. Oyoq Bilagi zo'r ponksiyon

7-BO'LIM

Entezopatiya, tunnel sindromi va bursit uchun terapevtik dori blokadası.

Entezopatiyalar - bu tendonlar, ligamentlar, tolali kapsulalarni suyak shakllanishiga biriktirish joylarida lokalizatsiya qilingan surunkali degenerativ-distrofik jarayonlar. Mustaqil kasallik sifatida, ayniqsa, sportchilar, balet raqqosalari, musiqachilar, kundalik jismoniy mehnat bilan shug'ullanadigan odamlarda (gipschilar, rassomlar) doimiy mikrotravmatizatsiya yoki ortiqcha yuklanish natijasida entezopatiya rivojlanadi. Entezopatiyalar vertebrogenik degenerativ-distrofik kasalliklarda refleks sindromining namoyon bo'lishi mumkin. Uzoq muddatli patologik impulslar natijasida neyromiyosteofibroz tendonlar, ligamentlar va boshqa tolali to'qimalarning biriktiruvchi joylarida rivojlanadi. Tunnel sindromlari (siqilish mononevopatiyasi) asab magistralining atrofdagi to'qimalar (suyak, tolali, mushak) tomonidan siqilishidan kelib chiqadi. Ko'pincha, tendonlar va ligamentlarning biriktirilish joylarida shilliq qavatlar (bursalar) mavjud bo'lib, ular ham patologik jarayonda ishtirok etadilar. Klinik jihatdan entezopatiya tendonlar va mushaklar bo'ylab tarqalishi mumkin bo'lgan juda kuchli og'riq bilan tavsiflanadi. Davolashning yo'qligi yoki uning samarasizligi kasallik surunkali bosqichga o'tishi mumkin, og'riq zerikarli, og'riqli xarakterga ega bo'lib, zo'riqish bilan namoyon bo'ladi va kechasi va atmosfera bosimining o'zgarishi bilan kuchayishi mumkin. Murakkab holatlarda mushaklar atrofiyasi hosil bo'ladi, bo'g'imlarning ishi buziladi, kasbiy malaka yo'qoladi.

Entezopatiya bilan blokadalarni amalga oshirishda bu kerak;

- blokada hududining topografik va anatomik xususiyatlarini aniq yo'naltirish;
- og'riq markazini lokalizatsiya qilish uchun palpatsiya;
- anestetik yoki terapevtik aralashmani to'g'ridan-to'g'ri patologik markazning epitsentriga kiritish;
- anestetik yoki terapevtik aralashmani, ayniqsa glyukokortikosteroidlarni subperiosteal kiritishdan saqlanish.

7.1. KURAKNI TUMSHIKSIMON SUYAKNI BLOKADASI

Korakoid jarayoniga uchta muskulning tendonlari biriktirilgan: ikki bosh suyagining kalta boshi, ko'krak qafasi kichik va korakobrakial, ikkinchisining biriktirilgan joyida shilliq qavat mavjud.

TEXNIKA. Blokada bemorning o'tirgan yoki yotgan holatida amalga oshiriladi. Terini antiseptik eritmalar bilan davolashdan so'ng, korakoid jarayoni paypaslanadi, teri va teri osti yog'i 0,5-1% anestetik eritma bilan infiltratsiya qilinadi. Igna teri yuzasiga perpendikulyar ravishda korakoid jarayonining yuqori qismiga qarab, to'qimalarga infiltratsiya qilinadi. Korakoid jarayoniga etib borgandan so'ng, igna 1-2 mm ga tortiladi va anestetik eritma yoki terapevtik aralashma 5-7 ml hajmda fan shaklida yuboriladi. Blokadani amalga oshirgandan so'ng, 2-3 kun davomida klassik sharf bandaji bilan immobilizatsiya qilingan holda, yuqori oyoq-qo'lning dam olishini yaratish kerak.

7.2. ELKA BICEPS BOSCHLARI UZUN PAINI BLOKADASI

Ikki bosh suyagining uzun boshining tendoni yelka suyagining katta va kichik tuberkullari orasidan o'tadi. Intertuberkulyar sohada tendon sinovial qobiq bilan o'ralgan bo'lib, unda jismoniy ortiqcha yuk va surunkali mikrotravmatizatsiya paytida aseptik yallig'lanish va fibrotizatsiya (tunnel sindromi) paydo bo'ladi.

TEXNIKA. Deltoid mushak orqali jarroh ko'rsatkich va halqa barmoqlari bilan son suyagi tuberkullarini paypaslaydi, terini, teri osti yog'ini va barmoqlar orasidagi delta mushaklarini infiltratsiya qiladi. Igna suyakka oxirigacha suriladi, keyin 2-3 mm ga tortiladi va 3-5 ml hajmda anestetik eritma yoki terapevtik aralashma yuboriladi.

7.3 SUBDELTOID (SUBAKROMIAL) XALTA BLOKADASI

Subdeltoid sinovial bursa korakoakromial ligament va elka bo'g'imining kapsulasi o'rtasida joylashgan. Xaltaning pastki qirrasi humerusning katta tuberkulasiga tushadi, sumka yuqoridan deltoid mushak bilan qoplangan.

KO'RSATMASI: subakromial bursit, impingement sindromi.

TEXNIKA. Palpatsiya skapulaning akromial jarayonini va humerus boshini aniqlaydi. Ko'rsatilgan anatomik shakllanishlar orasidagi masofaning

o'rtasida lateral yuzadan teri va teri osti yog 'to'qimalarining infiltratsiyasi, deltoid mushaklari amalga oshiriladi. Deltoid mushak infiltratsiyasidan so'ng, igna xarakterli yorilish sezilguncha oldinga siljiydi va 3-5 ml anestetik eritma yoki terapevtik aralashma yuboriladi.

MUMKIN ASORATLAR: Ignaning elka bo'g'imiga kirib borishi.

7.4. MINOR PEKTORALIS SINDROMI BLOKADASI

Kichkina ko'krak muskuli ko'krak mushaklarining ikkinchi qavatida, katta ko'krak mushaklari ostida joylashgan. U III-V qovurg'alardan ularning osteokartilajli artikulyatsiyasi yonidan boshlanadi va kalta tendon orqali yelka suyagining korakoid jarayoniga biriktiriladi. Topografik jihatdan korakoid protsess va kichik pektoralis mushaklari orasidan subklavian arteriya, vena va brakiyal pleksus o'tadi.

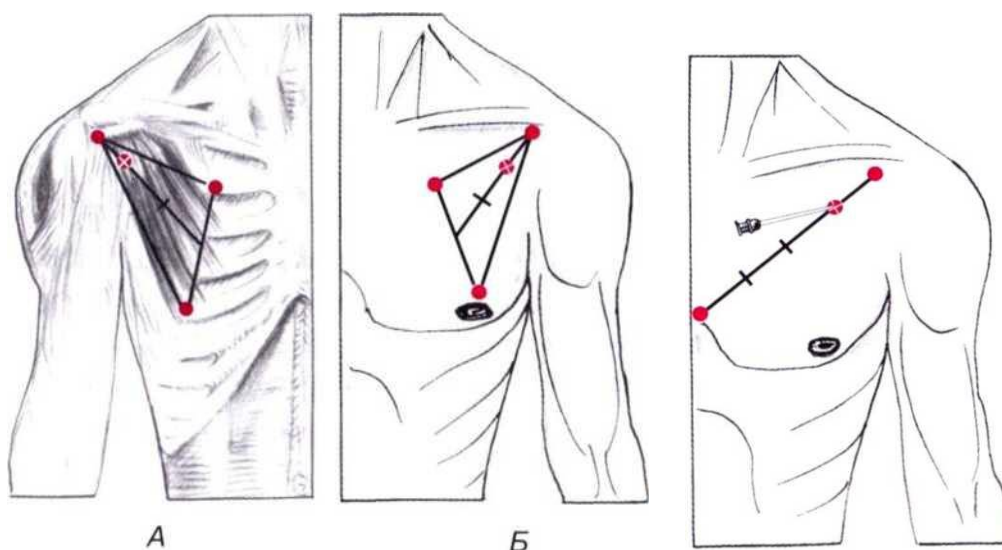
Kichkina ko'krak sindromi sportchilar (og'ir atletikachilar, gimnastikachilar, basketbolchilar) va qurilish ishchilarida (gipschilar, rassomlar) ortiqcha yuklanish va surunkali mikrotravmatizatsiya natijasida yuzaga keladi.

Yelka bo'g'imlari sohasiga nurlanish bilan II-IV qovurg'alar darajasida mahalliy og'riqlar bilan namoyon bo'ladi. Tendonning korakoid jarayoniga biriktirilgan joyida entezopatiya rivojlanishi bilan neyrovaskulyar to'planning siqilishi tufayli radikulyar turdagi yuqori oyoqlarda paresteziyalar qayd etilishi mumkin.

Muhim diagnostika mezon - bu harakatga qarshilik ko'rsatgan holda, yuqori oyoq-qo'lni dorsal o'g'irlash holatidan sagittal qo'shilish holatiga o'tkazishga urinayotganda og'riqning ko'payishi va kuchayishi.

TEXNIKA. Blokada bemorning orqa tomonida yotgan holda amalga oshiriladi. Terini antiseptik eritmalar, yod yoki porloq yashil bilan davolashdan so'ng, pektoralis kichik mushaklarining proektsiyasi belgilanadi. Uning biriktirilish joylari to'g'ri chiziqlar bilan bog'lanib, uchburchak hosil qiladi. Korakoid jarayoni hududida joylashgan uchburchakning burchagidan uchta teng qismga bo'lingan bissektrisa tushiriladi. Bisektorning yuqori va o'rta qismlari orasidagi nuqtada teri va teri osti yog'i 0,25-0,5% anestetik eritma bilan infiltratsiya qilinadi. Keyin,

ingichka uzun igna bilan, infiltratsiyani davom ettirib, ular ko'krak qafasidagi katta mushakning oldingi fastsiya varag'idan, uning mushak to'qimasidan va orqa fastsiya qatlamidan o'tadi. Igna 5-7 mm oldinga siljiydi, yelka bo'g'imi tomon yo'naltiriladi, teri yuzasiga nisbatan 30-40 ° burchak ostida va 10-15 ml 0,5% anestetik eritma yoki davolash aralashmasi yuboriladi. Ko'krak qafasining old yuzasida kichik pektoralis mushaklarining proektsiyasini ko'paytirishning qiyinligini hisobga olib, biz oddiyroq usulni taklif qildik. Terini davolashdan keyin antiseptiklar, yod yoki porloq yashil eritma bilan skapulaning korakoid jarayonini 4 ta teng segmentga bo'lingan sternumning xiphoid jarayoni bilan bog'laydigan to'g'ri chiziq chiziladi. 1 va 2 segmentlar orasidagi nuqtada blokada amalga oshiriladi (51-rasm).



Rasm. 51. Kichik ko'krak mushaklarining blokadasi: A - topografik va anatomik belgilar; B - ignani kiritish nuqtasini aniqlash; B - igna kiritish nuqtasini aniqlash bizning versiyamiz

7.5. EPIKONDILITDA BLOKADASI.

Lateral epikondilit (tennischi tirsagi) tirsak bo'g'imida kengaygan monoton takrorlanuvchi harakatlar va bilakni bir vaqtning o'zida supinatsiya qilish natijasida rivojlanadi. Barmoqlarning ekstansor tendonlari, bilakning uzun va qisqa radial ekstensorlari neuroosteofibroz shakllanishi mumkin bo'lgan lateral epikondilga biriktirilgan. Xuddi shu anatomik mintaqada radial kollateral (halqali) ligament

biriktiriladi va og'riq sindromi uning biriktirilishi joyida (lateral epikondiloz) post-travmatik aseptik yallig'lanish tufayli bo'lishi mumkin. Lateral epikondil mintaqasidagi og'riqlar servikal osteoxondrozning namoyon bo'lishi mumkin.

TEXNIKA. Blokada mushaklarning lateral epikondilga biriktirilishi sohasida, palpatsiya bilan aniqlanadigan maksimal og'riq nuqtasida amalga oshiriladi. Antiseptik eritmalar bilan davolashdan so'ng teri va teri osti yog 'to'qimalarining infiltratsiyasi amalga oshiriladi. Igna teri yuzasiga nisbatan 30-40° burchak ostida suyakka tegguncha kiritiladi, so'ngra 1-2 mm ga tortiladi va 5-7 ml anestetik eritma yoki davolash aralashmasi yelpik shaklida bo'ladi. Glyukokortikosteroidlar bilan blokadalarni o'tkazishda takroriy administratsiya 10-14 kunlik interval bilan amalga oshiriladi. Blokada tugallangandan so'ng, gipsli shina yoki ortez bilan 2-3 kun davomida immobilizatsiya qilish tavsiya etiladi.

MEDIAL EPIKONDILIT (golfchi tirsagi) bilak mushaklari guruhlarining "ortiqcha yuklanishi" natijasida paydo bo'ladi (bilakning radial fleksiyasi, ulnarisning radial fleksiyasi, barmoqlarning yuzaki fleksiyasi, bosh barmog'ining uzun fleksiyasi, uzun kaft mushaklari, mushaklar - pronator teres) ularning biriktirilish joylarining reaktiv yallig'lanishi bilan. Medial epikondilit ko'proq golf, beysbol va tennis kabi sport turlarida uchraydi.

Medial epikondil sohasidagi og'riqlar vertebrogenik sindrom tufayli ham paydo bo'lishi mumkin.

TEXNIKA. Antiseptik eritmalar bilan davolashdan so'ng, blokada eng og'riqli nuqtada, medial epikondildan 0,5-1 sm distalda amalga oshiriladi. Igna teri yuzasiga nisbatan 30-40 burchak ostida, yumshoq to'qimalarga infiltratsiya qilinadi, suyakka tegguncha oldinga suriladi, so'ngra 1-2 mm va 3-5 ml anestetik eritma yoki terapevtik aralashma bilan tortiladi. ventilyator shaklida bo'ladi. Shuni yodda tutish kerakki, medial orqada xuddi shu nomdagi sulkusdagi epikondil ulnar nervi o'tadi.

MUMKIN ASORATLAR: ulnar asabning ponksiyon jarohati.

7.6. TIRSAK BO'GIMIDAGA BLOKADASI

Shilliq sumkasi elkaning triceps mushaklarining tendonini biriktirish joyida teri ostida joylashgan. Bursit sportchilarda va jismoniy mehnat bilan shug'ullanadigan odamlarda yelkaning triceps mushaklarining surunkali kuchlanishi (kurashchilar, voleybolchilar, masonlar, duradgorlar) natijasida yuzaga keladi. Olekranon mintaqasining bursitlari o'tkir shikastlanish natijasida paydo bo'lishi mumkin. Bursit bilan shilliq qavatning devorlari qalinlashadi, uning bo'shlig'ida ekssudativ suyuqlik to'planadi. Ba'zida bursa yallig'lanishi mumkin. Tirsak bo'g'imining dalgalanishi, og'rig'i, disfunktsiyasi klinik tarzda qayd etiladi. Jarayonning surunkali kursida bo'shliqda "guruch tanalari" hosil bo'ladi. Olekranonning bursitini gut va revmatoid artritda kuzatish mumkin.

TEXNIKA. Anestetik eritma olekranon tagidagi teriga infiltratsiya qilinadi, igna 2-3 mm chuqurlikda va bursa bo'shlig'iga kiradi. Ko'p miqdorda ekssudat bo'lsa, ikkinchisi evakuatsiya qilinadi va 2-4 ml terapevtik aralashma bursa bo'shlig'iga yuboriladi. Surunkali bursitda terining anestetik eritmasi bilan infiltratsiyasidan so'ng, ekssudat yopishqoq mustahkamlikka ega bo'lganligi sababli, katta diametrlig'ga igna ishlatiladi. Blokadani amalga oshirgandan so'ng, bosimli bandaj yoki tirsagini qo'llash maqsadga muvofiqdir.

7.7. RADYUM SUYIKINING STYLOIDITI BILAN QULF

Ko'pincha entezopatiya radiusning stiloid jarayoni hududida rivojlanadi, bu erda brachioradialis mushak (ya'ni hrachioradialis) biriktiriladi va klinik jihatdan bosh barmog'ini o'g'irlaganda kuchayadigan og'riq, qo'lning charchashi, konturlarning silliqqligi bilan namoyon bo'ladi. va stiloid jarayoni hududida shish. Radiografiya mahalliy osteoporozni ko'rsatishi mumkin.

TEXNIKA. Blokada maksimal og'riq nuqtasida amalga oshiriladi, igna yuqoridan pastga, 40-60 ° burchak ostida suyak bilan aloqa qilguncha kiritiladi. Keyin igna 1-2 mm ga tortiladi va terapevtik aralashma 2-4 ml hajmda fan shaklida AOK qilinadi. Davolash aralashmasini subperiostal yuborishdan qochish kerak. Blokada tugagandan so'ng, 2-3 kun davomida gipsli shina yoki ortez bilan immobilizatsiya qilish tavsiya etiladi.

7.8. KARPAL KANALNI BLOKADASI

Karpal tunnel sindromi - bu kaftning ko'ndalang ligamentining gipertrofiyasi natijasida yuzaga keladigan median asabning siqilish neyropatiyasi. Asosiy klinik ko'rinishlari: I-III barmoqlar mintaqasida og'riq va paresteziya, Tinel simptomi (bilakdagi median nerv ustidan perkussiya paytida og'riqning kuchayishi), Falen simptomi (qo'l 2 daqiqa davomida egilganida og'riqning keskin kuchayishi)..

TEXNIKA. Bilak bo'g'imlari hududi terisini antiseptik eritmalar bilan davolashdan so'ng, bilak supinatsiya holatida, qo'l esa engil egilish holatida (52-rasm). 2-3 sm uzunlikdagi igna bilak va bilak chegarasida proksimal teri burmasining o'rtasiga lateral, bilak bo'g'imining kaft yuzasi terisini teshish uchun ishlatiladi, teri va teri osti to'qimalariga infiltratsiya qilinadi.



Rasm. 52. Karpal kanalining blokadasi

Keyin igna radial tomonga 30-40 ° burchak ostida va oldinga palma tomon yo'naltiriladi. In'ektsiya teri yuzasidan 5-9 mm dan ko'p bo'lmagan chuqurlikda amalga oshiriladi, to'qimalarga 1-3 ml 1% anestetik eritma bilan 0,5-1 ml kortikosteroid preparatlari (diprosan, kenalog, gidrokortizon asetat, flosteron). Agar anestetik median asabga etib borsa, 1-barmoqning vaqtinchalik gipoesteziyasi, II-III va IV barmoqning yarmining lateral yuzalarida paydo bo'lishi mumkin.

MUMKIN ASORATLAR: median asabning shikastlanishi.

7.9. ULNAR KANALNING BLOKADASI

Ulnar bilak sindromi (Guyon kanali sindromi) - qo'lning IV-V va qisman III barmoqlari mintaqasida vazomotor-trofik buzilishlar, kichik kaft bo'shlig'ining atrofiyasi rivojlanishi bilan. Bu sindrom yuqoridan oldingi bilak ligamenti (ligamentun carpi volare), medial va pastdan tendon cho'zilishi orqali hosil bo'lgan Guyon kansa deb ataladigan tirgak nervining kaft shoxi, tirsak arteriyasi va venalarining siqilishiga asoslangan. (retinaculum flexorum), lateral tomondan pisiform suyak bilan (53-rasm).

TEXNIKA. Blokadani amalga oshirish uchun 5-7 mm chuqurlikda kaftga qarab 30-40 ° burchak ostida, pisiform suyagining medial chetiga kiritilgan ingichka igna ishlatiladi. AOK qilingan anestetik yoki davolash aralashmasining hajmi 2-4 ml ni tashkil qiladi.



Rasm. 53 ulnar kanali

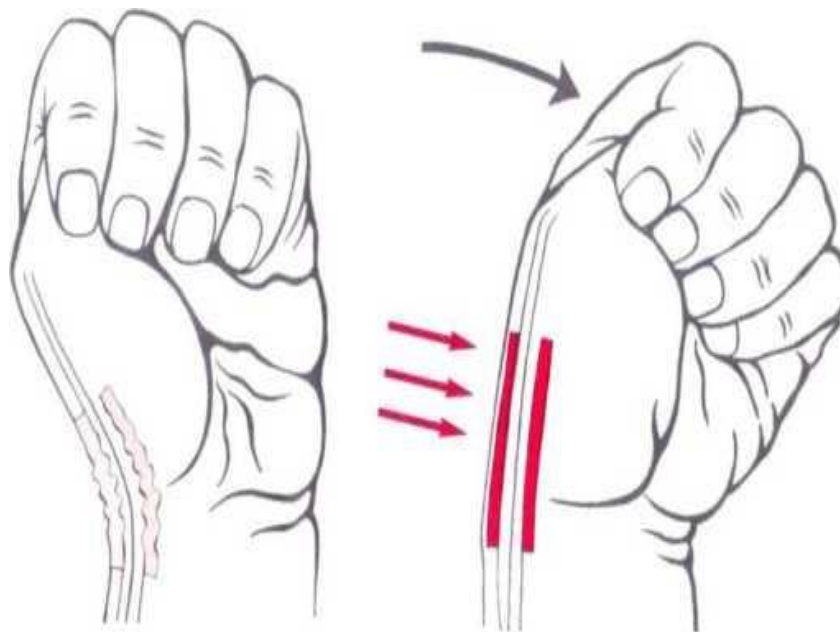
7.10. DE QUERVEN KASALLIKDAGI BLOKADASI

De Quervain kasalligi - ekstansor tendonlarining aseptik yallig'lanishi bilan birinchi tolali kanalning stenozini. Birinchi tolali kanalda kalta ekstansorning tendonlari va qo'lning birinchi barmog'ining uzun abduktor mushaklari o'tadi.

Klinik jihatdan de Quervain kasalligi qo'lni mushtga qisganda radiusning stiloid jarayoni mintaqasida og'riq, 1 barmoq bilan narsalarni ushlab kuchining pasayishi bilan namoyon bo'ladi.

Funksional buzilishlar birinchi barmoqning kengayishi va o'g'irlanishini cheklash shaklida namoyon bo'ladi. Murakkab holatlarda, bu tendonlar sohasida krepitus qayd etilishi mumkin. De Quervain kasalligining klassik alomati Finkelshteyn simptomidir: birinchi barmoq fleksiya holatida va qolgan barmoqlar tomonidan ushlab turiladi va og'riq birinchi tolali kanalning proektsiyasida paydo bo'ladi, bu qo'lning ulnar o'g'irlanishi bilan keskin ortadi. (54-rasm).

TEXNIKA. Terini antiseptik eritmalar bilan davolashdan keyin maksimal og'riq joyi aniqlanadi. Igna anestetik eritma yoki terapevtik aralashma bilan infiltratsiya qilingan tendonlar bo'ylab kiritiladi. Igna tendon g'ilofning lümenine kirdi bo'lsa, dori aralashmasi joriy etish ko'p qarshilik holda sodir bo'ladi va paypaslash tendonlari bo'ylab tendon qobig'ining shishishi his mumkin. AOK qilingan terapevtik aralashmaning hajmi 2-4 ml ni tashkil qiladi. Glyukokortikosteroid preparatlarini intratendinal yuborishdan qochish kerak, chunki bu tendonlarning nasli va yorilishiga olib keladi.



Rasm. 54 Finkelshteyn simptomi.

7.11. BARMOQLARNING TOZILGAN LIGAENTITI BILAN BLOKADASI (QIQISH) BORMOQLAR

Kasallik I-V barmoqlarning kaft yuzasining suyak-tolali kanallarining uzoq muddatli mikrotravmatizatsiyasiga, tendonlar o'tadigan ligamentli kanallarning, shuningdek, halqali ligamentlarning tsikatrissial torayishiga asoslangan. Kasallik asosan ayollarga ta'sir qiladi. Asosiy simptomlar kaft yuzasida bir yoki bir nechta barmoqlar tagida og'riq, fleksiyon va kengayish bilan kuchayadi. Ushbu sohada palpatsiya o'tkir og'riq va yumaloq shaklning zich shakllanishi (tendonlarning fuziform deformatsiyasi) bilan aniqlanishi mumkin. Qalinlashgan tendon stenozli halqali ligamentdan o'tib ketganda, barmoqning chertishi va "tiqilib qolishi" aniqlanishi mumkin. Kelajakda doimiy kontraktura shakllanishi mumkin.

7.12. FEMIRNING BUYUK TROCHERINING BLOKASI

Katta trokanter mintaqasidagi og'riq mushaklarning biriktiruvchi joylari (ya'ni W. gluteus medius, gluteus minimus, periformis) va gluteal fastsiyaning neyromyoosteofibrozi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Bundan tashqari, katta gluteus muskulining tendoni va katta trokanterning orqa lateral yuzasi o'rtasida shilliq qavat (bursa throchanterika) mavjud bo'lib, u yallig'lanishi mumkin. Bir qator mualliflar katta trokanter mintaqasidagi og'riqni trokanterit deb talqin qilishadi.

Shuni esda tutish kerakki, trokanterit mustaqil kasallik sifatida bemorlarning 70-80 foizida tuberkulyoz etiologiyasiga ega.

Katta trokanterdagi og'riqlar kestirib qo'yish sindromida ham paydo bo'lishi mumkin, bu son bo'g'imidagi konsentrik harakatlar paytida iliofemoral ligamentning katta trokanterning uchidan o'tishi natijasida yuzaga keladi.

TEXNIKA. Blokada sog'lom tomonda joylashgan holatda amalga oshiriladi. Katta trokanter hududida maksimal og'riq nuqtasi paypaslanadi, teri va teri osti yog'i infiltratsiya qilinadi, keyin uzun igna (5-7 sm) qo'llaniladi, u oldinga siljiydi. Suyak bilan aloqa qilish. Suyakga etib borgandan so'ng, igna 2-3 mm ga tortiladi va davolash aralashmasi 10-20 ml hajmda keng fan shaklida bo'ladi.

7.13 O'TIRGICH DO;MBOK SUYAGINI BLOKADASI

Iskial tuberkulyar mintaqada katta qo'shimcha va ikki bosh suyaging tendonlari, yarim tendinoz mushaklari va sakro-tuberkulyar ligament biriktiriladi. Xuddi shu sohada shilimshiq ischio-dumba sumkasi mavjud.

Ischial tuberosity sohasidagi og'riq bu mushaklarning biriktiruvchi joylarining entezopatiyasi yoki / yoki shilliq qavatning yallig'lanishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Bu sohada entezopatiya va bursit uzoq vaqt davomida o'tirish holatida bo'lgan odamlarda rivojlanadi, travma natijasi yoki poliartritning namoyon bo'lishi mumkin.

TEXNIKA. Bemorning holati sog'lom tomonda yotadi, pastki oyoq-qo'l o'sha tomonda kestirib, 90-100 ° gacha egiladi. Terini antiseptik eritmalar bilan davolashdan so'ng, iskial tuberozite palpatsiya qilinadi. Maksimal og'riqning proektsiyasida teriga 0,25-0,5% anestetik eritma bilan infiltratsiya qilinadi, so'ngra teri osti yog 'to'qimasi va mushaklari suyak bilan aloqa qilgunga qadar ingichka uzun igna bilan infiltratsiya qilinadi. Igna 2-3 mm ga qarama-qarshi tomonga tortiladi va 15-20 ml anestetik yoki davolash aralashmasi keng fan shaklida bo'ladi.

7.14. PELLEGRINI-STIDA KASALLIKDAGI BLOKADASI

Ushbu sindrom sonning ichki kondiliga biriktirilgan joyda ichki kollateral ligamentning shikastlanishi yoki ortiqcha yuklanishi natijasi bo'lishi mumkin, rivojlangan holatlarda ligamentning biriktirilishi sohasida ossifikatsiya sodir bo'ladi. Bir qator mualliflar bu patologiyani yallig'lanish va sonning katta qo'shimcha mushaklari (ya'ni adduktor magnus) biriktirilish joyining keyingi ossifikatsiyasi bilan bog'lashadi. Klinik jihatdan, sonning ichki epikondil mintaqasida og'riq bor va ikkinchisi pastki oyoqning yuklanishi va valgatsiyasi paytida kuchayadi.

TEXNIKA. Terini antiseptik eritmalar bilan davolashdan so'ng, maksimal og'riqning joyi palpatsiya bilan aniqlanadi. Igna 1-2 sm ko'proq proksimalga, 30-40 ° burchak ostida, teriga, teri osti yog 'to'qimalariga suyakka tegguncha infiltratsiya qilinadi. Keyin igna 2-3 mm yuqoriga tortiladi va ventilyator shaklida 10-15 ml anestetik eritma va glyukokortikosteroid preparatidan iborat terapevtik

aralashma yuboriladi. Blokada tugagandan so'ng, 2-3 kun davomida bir qismli gips yoki ortez bilan immobilizatsiya qilish tavsiya etiladi.

7.15. PATELLET ENTESOPATIYASIDA BLOKADASI (JUMPER TIZZASI)

Entezopatiyaga xos bo'lgan o'zgarishlar patellaning pastki qutbida, uning ligamentini biriktirish joyida, shuningdek, patellaning yuqori qutbida, to'g'ri ichakning tendonlari va oraliq boshlarning birikish nuqtasida sodir bo'lishi mumkin. to'rt boshli mushak. Klinik jihatdan patellaning pastki yoki yuqori qutbida mahalliy og'riqlar mavjud bo'lib, u qarshilik bilan kengayish momentida kuchayadi.

TEXNIKA. Terini yupqa igna bilan antiseptik eritmalar bilan davolashdan so'ng, teri patellaning pastki yoki yuqori qutbi mintaqasiga infiltratsiya qilinadi, igna suyak bilan aloqa qilguncha va 3-5 ml davolash aralashmasidan oldinga suriladi. in'ektsiya qilinadi.

7.16. PREPATELLAR BURSITDA BLOKADASI

Prepatellar shilliq qavati (bursa prepatellaris subcutanae) patellaning old yuzasi va teri o'rtasida joylashgan, shuning uchun u ko'pincha shikastlanadi (o'tkir yoki surunkali). Ba'zida prepatellar bursit revmatoid yoki gutli poliartritda polisinovitning namoyon bo'lishi mumkin. Bu klinik jihatdan patella oldida cheklangan, og'riqsiz va faol bo'lmagan shish bilan namoyon bo'ladi. Bursaning sezilarli kattaligi bilan tizza bo'g'imida harakatlanishning cheklanishi mavjud.

TEXNIKA. Terini yupqa igna bilan antiseptik eritmalar bilan davolashdan keyin teriga 2-3 ml 0,5-1% anesteziya eritmasi infiltratsiya qilinadi. Keyin 0,5-1 sm oldinga infiltratsiya qilingan joydan kattaroq diametrli igna kiritiladi.). Prepatellar bursaning ponksiyoni ham lateral, ham medial yuzadan amalga oshirilishi mumkin. Shuni esda tutish kerakki, prepatellar sumkasi ko'p kamerali tuzilishga ega bo'lishi mumkin. Blokadan keyin tizza bo'g'imini bint yoki bir yarim shina bilan immobilizatsiya qilish tavsiya etiladi.

7.17. "G'UZ OYOG'I" SINDROMIDAGI BLOKADASI

Medial kondil atrofida egilgan tendon (t. gracilis), tikuvchi (m.sartorius) va semitendinosus (m.semitendinosus) muskullarining paylari bo'g'im

bo'shlig'idan 5-6 sm distalda tibia anteromedial yuzasiga birikadi. yuzaki "qarg'a oyog'i" ni hosil qiluvchi tizza bo'g'imining . Xuddi shu sohada kichik sinovial sumka (bursa anserin) mavjud bo'lib, bu mushaklarning tendonlarining siljishini ta'minlaydi. Ushbu anatomik hududning entezopatiyasi va bursitiga pastki oyoqning tashqi aylanishi (raqqosalar, gimnastikachilar, xokkeychilar) bilan bog'liq ortiqcha biomexanik yuk, shuningdek, tizza bo'g'imining varus deformatsiyasi sabab bo'lishi mumkin."Goz bursa" ning reaktiv yallig'lanishi tizza bo'g'imining osteoartritining kuchayishi natijasi bo'lishi mumkin.

TEXNIKA. Antiseptiklar bilan davolangandan so'ng, ingichka igna oyoqning old medial yuzasining 0,5-1% anestetik eritmasi, tizza bo'g'imining bo'g'im bo'shlig'idan 5-6 sm distal va 3-5 ml anesteziya yoki teriga infiltratsiya qilinadi. davolash aralashmasi teri ostiga fan shaklida AOK qilinadi. Ignani suyak bilan aloqa qilish uchun oldinga siljitish tavsiya etilmaydi.

7.18. ACHILLOBURSIT VA ACHILLOTENDO VAGINIT BILAN BLOKADASI

Axilles bursitlari asosan sportchilar, balet raqqosalari, raqqosalarda kuzatiladi. Kasallik baland poshnali poyabzallarni past poshnali poyabzalga almashtirish natijasida yuzaga kelishi mumkin.

Axilles tendonining biriktirilishi sohasida ikkita sinovial sumka mavjud bo'lib, ularda aseptik yallig'lanish jarayoni rivojlanadi. Birinchisi kalcaneus va Axilles tendonu (kaltsan tendon sumkasi), ikkinchisi - Axilles tendoni va teri (posterior tovon sumkasi) o'rtasida joylashgan.

Klinik jihatdan, Axilles bursit Axilles tendonining biriktiruvchi joyida shish, mahalliy og'riq, oqsoqlik, oyoq barmoqlarida turolmaslik bilan namoyon bo'ladi.

Tendovaginit Axilles tendoni atrofida shishish bilan namoyon bo'ladi, oyoqning harakati, og'riq va krepitus qayd etiladi. Oyoqning passiv dorsifleksiyasi og'riqni kuchaytiradi. Buning sababi Axilles tendonining o'zi, sinovial qobiq yoki tendinöz tutqichning yallig'lanishi.

TEXNIKA. Axilles bursit bilan blokada lateral tomondan, 1-2 sm proksimalda kalcaneal tuberkulyozdan amalga oshiriladi. Teri infiltratsiyasidan so'ng igna 2-3 mm ga oldinga siljiydi va shilliq qopga kiradi. 1,5-2 ml davolash aralashmasi kiriting. Tendovaginit bilan 5-10 ml hajmdagi para-Axilles terapevtik aralashmasini yuborish tavsiya etiladi. Axilles tendonining qalinligida terapevtik aralashmani kiritishdan qochish kerak. Blokadani amalga oshirgandan so'ng, tizza bo'g'imida bir oz egilgan (10-15 °) va oyoq Bilagi zo'r bo'g'imdagi plantar fleksiyan holatida oldingi gipsli shpalni immobilizatsiya qilish kerak.

7.19. PLANTAR APONEVROZINING ENTESOPATIYASIDA BLOK ADASI (CALE SPUR)

Plantar aponevrozning entezopatiyasi - uning tovon suyagiga yopishgan joyining surunkali aseptik yallig'lanishi bo'lib, rentgenologik jihatdan uning cho'qqisi old tomonda joylashgan suyak shakllanishi sifatida aniqlanadi (tosh suyagi). Shu bilan birga, esda tutish kerakki, og'riq tovonning rentgenologik belgilari bo'lmasa paydo bo'lishi mumkin. Plantar aponevrozning kaltsenusga biriktirilgan joyida palpatsiya paytida og'riq aniqlanadi, bu esa oyoq barmoqlarining passiv dorsifleksiyasi bilan kuchayadi.

TEXNIKA. Igna tovon mintaqasining medial tomonidan ingichka teri orqali, oyoqning plantar yuzasiga parallel ravishda kiritiladi. Suyak bilan aloqa qilishdan oldin teriga va teri osti yog 'to'qimalariga infiltratsiya qiling. Suyakga yetib borgach, igna 1-2 mm ga tortiladi, uning yo'nalishi o'zgartiriladi, yumshoq to'qimalarga 3-5 mm ga oldinga siljiydi va 5-7 ml davolash aralashmasi asta-sekin fan shaklida bo'ladi. To'piq mintaqasining teri osti yog 'to'qimalari tuzilishining anatomik xususiyatlarini hisobga olgan holda, anestetik eritma juda sekin AOK qilinadi. Agar blokadadan so'ng ushbu sohada ultratovush terapiyasi kursi o'tkazilsa, terapevtik ta'sir kuchayadi.

8-BO'LIM

Dupuytren kasalligi uchun mahalliy in'ektsiya terapiyasi

Dupuytren kasalligi - biriktiruvchi to'qimalarning tizimli kasalligi. Ko'pincha palma aponevrozi (Dupuytren kontraktürü) ta'sirlanadi, u tsicatrissial ravishda qayta tug'iladi, qalinlashadi, ajinlanadi, teriga lehimlanadi. Terida huni shaklidagi retraktsiyalar hosil bo'ladi, teri osti yog 'to'qimalari yo'qoladi. Natijada, qo'lning deformatsiyasi, barmoqlarning kontrakturasining shakllanishi va barmoqlarning fleksorlarining tendonlari patologik jarayonda ishtirok etmaydi. Dyupuytren kasalligida plantar aponevroz ham teri osti tugunlari va zich teri osti kordonlari (Ledderhose kontrakturasi) shakllanishi bilan tolali degeneratsiyaga duchor bo'lishi mumkin.

Dupuytren kontrakturasini davolashning asosiy usuli jarrohlikdir. Patologik jarayonni barqarorlashtirish va operatsiyadan keyin relapslarning oldini olish uchun konservativ davoning tarkibiy qismi sifatida dori vositalari bilan blokadalar qo'llanilishi mumkin. Dupuytren kontrakturalarini davolashda blokadalarning ta'sir qilish mexanizmi dorilarning antifibroz ta'siriga asoslangan.

8.1. PALMAR (O'SIM) APONEVROZINING DORILAR ARAŞMASI ERITIMI BILAN INFILTRASIYA.

Blokadan bir necha kun oldin, palma terisini yoki oyoqning er osti yuzasini tayyorlash kerak, buning uchun issiq (36-38 ° S) tuz yoki sho'r-sodali vannalar qo'llaniladi.

TEXNIKA. Qo'lning palma yuzasi yoki oyoqning plantar yuzasi antiseptiklar bilan ishlanadi. Extemporae 0,5-1% anestetik eritma (5-10 ml), 64-128 birlik lidaza, 0,5-1,0 ml glyukokortikosteroid preparati (gidrokortizon asetat, diprospan, flosteron) dan iborat terapevtik aralashmani tayyorlaydi. Eritma katta qiyinchilik bilan qo'llaniladi, shuning uchun kichik hajmli shpritslar (2 ml, insulin shprits) va nozik ignalarni ishlatish afzaldir. Ko'rsatilgan terapevtik aralashma in'ektsiya uchun ishlatiladi va sikatrik o'zgargan aponevrozning sekin infiltratsiyasi. Jarayonning tarqalishiga qarab, terapevtik aralashmaning hajmi va dorilarning dozasi oshirilishi mumkin. Takroriy manipulyatsiya 2-3 kundan keyin

amalgaga oshiriladi. Davolash kursi – 10-15 in'ektsiya. Agar kerak bo'lsa, in'ektsiya kursi 2-3 oydan keyin takrorlanishi mumkin. In'ektsiyalarni amalgaga oshirgandan so'ng, tuzatish manipulyatsiyasi amalgaga oshiriladi, aseptik bandaj qo'llaniladi va giperekstantsiya holatida palma gipsli shina qo'llaniladi.

8.2. SKLYARENKO BO'YICHA FURAZOLIDON BILAN PALMAR APONEVROZINING INFILTRASIYASI

Furazolidon kollagen biosintezining inhibitori bo'lib, aniq antifibroz ta'sirga ega. Ex temporae, furazolidon bilan flakonga 4-5 ml 1% li anestetik eritma qo'shiladi va kuchli chayqatiladi. Furazolidon suvli eritmalarda amalda erimaydi, shuning uchun uning suspenziyasi shpritsga tortilgan flakonda hosil bo'ladi.

Inyeksiya joyi xloroetil bilan sug'oriladi. Qalin igna to'g'ridan-to'g'ri tsikatrissial o'zgargan kaft aponevroziga AOK qilinadi, uni iloji boricha ko'proq infiltratsiya qilishga harakat qiladi. Terini chandiq o'zgargan kaft aponevroziga mobilizatsiya qilish uchun uning va kaft terisi orasiga furazolidon suspenziyasi yuboriladi.

Furazolidon suspenziyasi bilan kaft aponevrozining infiltratsiyasi juda og'riqli, shuning uchun kaft yuzasi terisini xloretil bilan sug'orish o'miga, Braunga ko'ra bilak bo'g'imi darajasida dastlabki o'tkazuvchan anesteziyani tavsiya qilamiz. In'ektsiyadan so'ng barmoqlarning fleksiya kontrakturasini kamaytirish uchun tuzatish manipulyatsiyasi amalgaga oshiriladi, so'ngra giperekstantsiya holatida aseptik bandaj va palma gipsli shina qo'llaniladi. In'ektsiyadan keyingi reaksiyani kamaytirish uchun mualliflar dastlabki 5-7 kun ichida qo'lning kaft yuzasini gidrokortizon va geparin malhamlari bilan teng nisbatda moylagan holda 50% dimexid eritmasi bilan kompresslardan foydalanishni tavsiya qiladilar. Dupuytrenning I-II darajali kontrakturasini uchun furazolidonning bir martalik dozasi 20 mg, III-IV daraja - 40 mg. Davolash kursi 10-14 kunlik interval bilan 5-7 in'ektsiyadan iborat.

Ushbu muolajalar uchun **QO'SHILMALAR** yo'q. Birinchi in'ektsiyadan keyin qo'lning shishishi, mahalliy haroratning oshishi va o'rtacha og'riq shaklida mahalliy reaksiya mumkin.

8.3. KAZMIN-VETRILZ BO'YICHA PALMAR APONEVROZINING PAPAIN BILAN INFILTRASIYASI.

Papainni qo'llash mukopolisakkaridlar kompleksining oqsil komponentining gidrolizlanishi tufayli oqsil aloqalarini buzish qobiliyatiga asoslanadi.

TEXNIKA. Cho'tkaning palmar yuzasi antiseptik eritma bilan ishlanadi. Qo'llashdan oldin papain 2% anestetik eritmada eritiladi, bu esa palma aponevrozining tugunlari va iplarini infiltratsiya qilish uchun ishlatiladi.

Bir oz o'zgartgan to'qimalarga fermentlarni kiritishdan qochish kerak, chunki bu qo'l to'qimalarining kuchli shishishiga olib keladi. Papaning bir martalik dozasi 1-3 mg, o'rtacha umumiy dozasi 10-27 mg. Birinchi darajali kontraktura bilan 5-7 marta, II-III darajali - 5-17, AOK qilingan eritmaning hajmi 0,6-1,2 ml ni tashkil qiladi. In'ektsiyalarni amalga oshirgandan so'ng, bir kun davomida spirtli kompress qo'llaniladi. Ikkinchi kuni soda eritmasi bo'lgan vannalar, massaj va tuzatuvchi gimnastika buyuriladi, kechasi qo'l maksimal kengayish holatida kaftli shpil bilan immobilizatsiya qilinadi.

MUMKIN ASORATLAR. Barcha holatlarda papainni qo'llashda umumiy (isitma, qichishish, petechial toshmalar, zaiflik, bezovtalik) va mahalliy reaksiyalar (qo'l sohasidagi qichishish, shish va og'riq) qayd etiladi. Yon ta'sirlarni hisobga olgan holda, ferment kiritilgandan keyin birinchi 2-3 kun ichida antigistaminlarni buyurish tavsiya etiladi.

QO'SHILMALARI: allergik kasalliklar, miokard infarkti, qo'lning teri kasalliklari.

9-BO'LIM

Epidural va orqa miya bloklari

9.1. EPIDURAL BLOKADASI

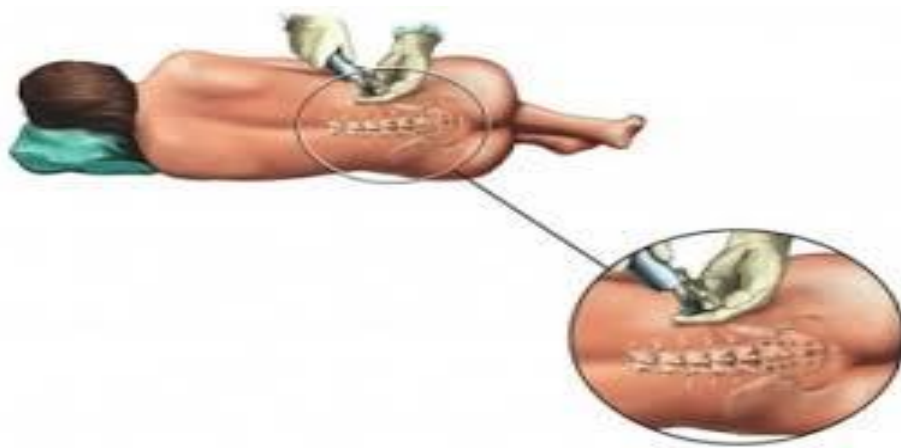
Epidural (sin.: epidural, ekstradural) blokada (anesteziya), anestetik eritmaning asab tizimining segmentlariga ta'sir qilish mexanizmi va darajasiga ko'ra, behushlikning mintaqaviy turiga kiradi. Lokal anesteziya epidural bo'shliqqa yuboriladi, u orqa miya yoki miya bilan aloqa qilmaydi, shuning uchun anesteziya bevosita miyaga ta'sir qilmaydi.

KO'RSATMALAR: pastki ekstremitalarda va tos bo'shlig'ida jarrohlik aralashuvlar (uzoq muddatli operatsiyadan keyingi og'riqsizlantirishga erishish uchun), umurtqa pog'onasining degenerativ-distrofik kasalliklari uchun preparatlarni qo'llash.

TEXNIKA. Epidural blokada bemorning oyoqlari oshqozonga olib kelingan holda o'tirgan yoki yotgan holatida amalga oshiriladi (55-rasm). Ponksiyon joyi behushlikning kerakli darajasiga bog'liq.

Ikkita igna ishlatiladi: biri teri osti behushlik uchun, ikkinchisi blokada uchun. Birinchi igna orqali terining va teri osti yog'ining dastlabki behushligi amalga oshiriladi. Spinous jarayonlar orasiga igna kiritish joyini aniqlang. Blokada uchun uzunligi 10 sm, ichki diametri taxminan 1 mm, o'tkir, ammo qisqa uchi bo'lgan igna ishlatiladi. Igna sagittal tekislikdagi tikanli jarayonlar orasiga, qat'iy ravishda orqa o'rta chiziq bo'ylab, engil kranial og'ish bilan kiritiladi (56-rasm).

Ignaning kesilishi ham kranial yo'naltirilishi kerak. Igna 2-2,5 sm chuqurlikda, umurtqa pog'onasiga perpendikulyar bo'lgan bel sohasida, ko'krak qafasida burchak ostida, ignani bir oz pastga egib, o'murtqa jarayonlarning yo'nalishiga mos keladi. Keyin ignaga natriy xloridning izotonik eritmasi va havo pufagi bo'lgan shprits biriktiriladi.

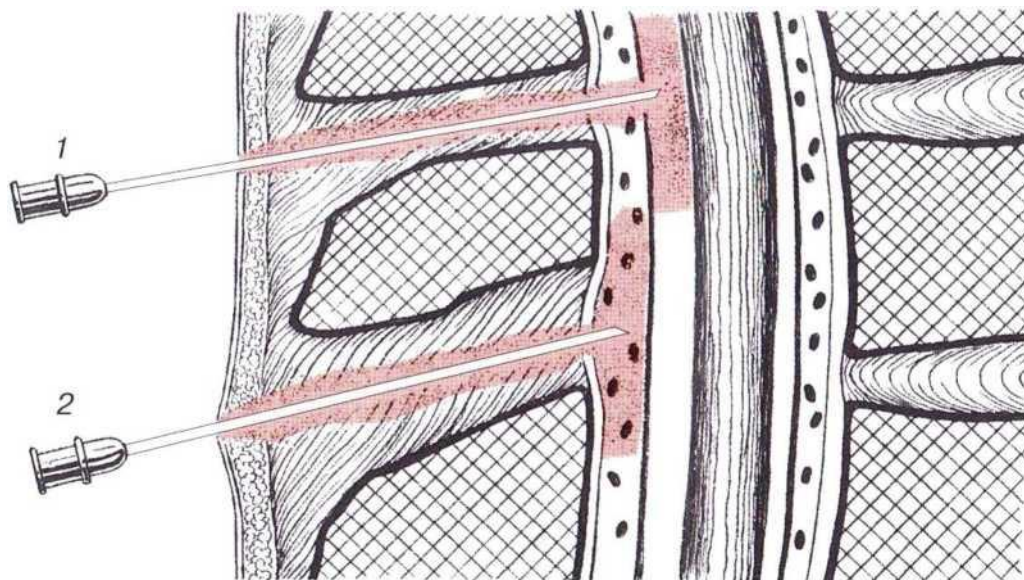


Rasm. 55. Epiduralni bajarishda bemorning holati va orqa miya blokadasi

Ignani ichkariga keyingi siljitish shpripsdagi havo siqilish darajasi nazorati ostida amalga oshiriladi. Epidural bo'shliqqa kirishdan oldin igna teri, teri osti yog', supraspinous, interspinous va sariq ligamentlardan o'tadi. Ignaning uchi ligamentlarning tolalari orasida bo'lsa, shprips pistonini bosganda eritma juda sekin harakat qiladi va undagi havo pufakchasi siqiladi. Igna epidural bo'shliqqa kirishi bilan qarshilik pasayadi va piston osongina oldinga siljiydi. Shpripsni ignadan olib tashlashda uning lümenidan suyuqlik oqib chiqmasligi kerak.

Suyuqlikning ko'rinishi igna uchi subdural bo'shliqqa kirganligini ko'rsatadi. Agar igna epidural bo'shliqqa kirs, unga 10-15 ml anestetik eritma yoki davolash aralashmasi yuboriladi. Uzoq muddatli behushlik yoki terapevtik ta'sirni amalga oshirish uchun anestetik yoki terapevtik aralashmani fraksiyonel kiritish uchun igna orqali ingichka PVX kateter o'tkazilishi mumkin. Mutlaq jarrohlik anesteziya va mushaklarning to'liq gevşemesi uchun A.Yu. Pashchuk (1987) 2% xikain eritmasi, 2-3% trimekain eritmasi yoki 0,5% bupivakain eritmasini kiritishni tavsiya qiladi. Agar mushaklarning bo'shashishi unchalik muhim bo'lmasa, u holda ksikainning 1-1,5% eritmasi, trimekainning 2% va bupivakainning 0,25% eritmasi ishlatiladi. Bitta doz anestezikaning turiga bog'liq va bemorning tana vaznining kilogrammi uchun hisoblanadi. Lidokainning maksimal bir martalik dozasi 400 mg (15-20 ml 2% lidokain eritmasi); bupivakainning maksimal yagona dozasi 150 mg (10-20 ml 0,70% bupivakain eritmasi); mepivakainning maksimal yagona dozasi 400 mg, nekain 800 mg. Anesteziya chegaralari anestetik eritma kiritilgandan 10-

20 minut o'tgach aniqlanadi. Klinik tajriba shuni ko'rsatadiki, epidural behushlik uchun giyohvand analjeziklaridan foydalanish yanada kuchli va uzoq muddatli analjezik ta'sir ko'rsatadi. Epidural foydalanish uchun ruxsat etilgan farmakopeya morfin va fentanildir.



Rasm. 56. Epidural blokada (1); orqa miya bloki (2)

QO'SHILMALARI: gipovolemiya, og'ir shok, intoksikatsiya, sepsis; epidural bo'shliqqa igna kiritishni qiyinlashtiradigan umurtqa pog'onasi kasalliklari; periferik va markaziy asab tizimining kasalliklari; taklif qilingan ponksiyon hududida yallig'lanish jarayonlarining mavjudligi.

9.2. KAUDAL (SACRAL) EPIDURAL

PASCHUK LOCKAD

Kaudal behushlik - bu anestezikaning ma'lum bir in'ektsiya joyi - sakral kanalning chiqishi bilan epidural behushlikning bir turi. Sakral teshik sakrumning kaudal cho'qqisida joylashgan va yon tomondan sakral shoxlar bilan cheklangan. Qoida tariqasida, sakral teshikning uzunligi taxminan 2 sm, kengligi 1,5 sm dan oshmaydi, ochilishga kirish sakrokoksigeal ligament bilan qoplangan. Sakral kanal vertebral kanalning davomi bo'lib, uzunligi taxminan 10 sm.

KO'RSATMALAR: ortopediyada ushbu turdagi blokada bel va lumbosakral umurtqa pog'onasi osteoxondrozini davolashning boshqa usullari bilan birgalikda qo'llaniladi: qo'lda va tortish terapiyasi.

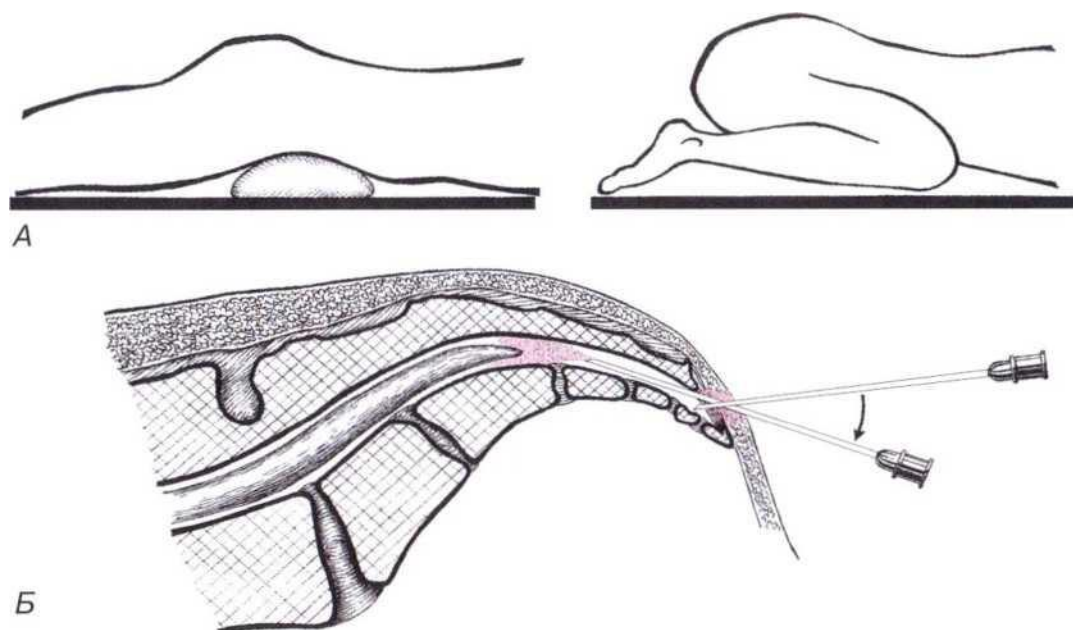
TEXNIKA. Bemor qorin bo'shlig'ida "singan" operatsiya stolida yoki pubik bo'g'im ostida rolik bilan yotadi. Oyoqlar bir oz yoyilgan va anal yoriqning yuqori qismini ochish uchun ichkariga buriladi (57-rasm).

Orqa yuqori yonbosh umurtqalari orasiga chiziq tortiladi va unga parallel ravishda kaudal tomondan 1 sm masofada ikkinchi chiziq (taqiqlash chizig'i) o'tkaziladi. Sakral shoxlar paypaslayotgan qo'lning bosh barmog'i va ko'rsatkich barmog'i bilan kranial anal burmada joylashgan. Ularni belgilash tavsiya etiladi, chunki teri va teri osti yog 'to'qimalarining infiltratsiya anesteziyasidan so'ng, sakral kanalning ochilishiga yo'naltirishni vizual va palpatsiya qilish qiyin bo'lishi mumkin. Yupqa igna orqali sakrokoksigeal ligament anesteziya qilinadi, shundan so'ng sakral kanalga oz miqdorda anestetik (2-3 ml) yuboriladi. Yupqa ignani olib tashlaganingizdan so'ng, epidural blokadalar uchun igna (mandrel bilan) kiritiladi. Epidural va orqa miya blokadasi.

Birinchidan, igna frontal tekislikka $30-40^\circ$ burchak ostida oldinga suriladi. Palpatsiya qiluvchi qo'lning ko'rsatkich barmog'i va bosh barmog'i sakral shoxlarda joylashgan bo'lib, ignaning teri osti yog'iga tasodifiy tushishini oldini oladi. Igna sekin-asta sakrokoksigeal ligamentning o'tishiga qadar oldinga siljiydi, bu qarshilikning keskin to'xtashi bilan seziladi. Shundan so'ng, ignaning oldinga siljish burchagi taxminan $10-15^\circ$ gacha kamayadi. Agar ignaning uchi suyakka to'g'ri kelsa, u yuqoriga tortiladi. Keyinchalik kranial oldinga siljish bilan frontal tekislikka nisbatan moyillik burchagi yanada kamayadi. Dural qopchaga zarar yetkazmaslik uchun igna 2-3 sm dan uzoqroqqa kiritilmasligi kerak. Agar miya omurilik suyuqligi chiqarilmasa, u holda igna 90° 2 marta aylantiriladi, shundan so'ng shprints ulanadi va aspiratsiya testi o'tkaziladi. Anestetikning hajmi 20-25 ml ni tashkil qiladi. Anestezik eritma 1 lomber vertebra darajasiga tarqaladi va barcha lomber-sakral segmentlarni anesteziya qiladi.

QO'SHILMALARI: epidural blokadalarga o'xshash.

MUMKIN ASORLAR: umumiy toksik reaksiya, umumiy o'murtqa falaj, keng tarqalgan epidural behushlik.



Rasm. 57. Kaudal epidural blokada: A - bemorning holati blokadani amalga oshirayotganda, B - sakralga igna kiritish printsipli teshik

9.3. ORQALIK BLOKADASI

Orqa miya behushligi subaraknoid bo'shliqqa anesteziik eritmani kiritishni o'z ichiga oladi, bu vaqtinchalik somatik va vegetativ sezuvchanlik blokirovkasini keltirib chiqaradi, shuningdek, orqa miya oldingi va orqa ildizlarining motor o'tkazuvchanligini bloklaydi.

KO'RSATMALAR: pastki ekstremitalarga, suyaklarga va tos a'zolariga jarrohlik aralashuvlar.

TEXNIKA. Darajaga qarab, o'murtqa behushlik past, o'rta va yuqori bo'linadi. Ortopedik-travmatologik amaliyotda, qoida tariqasida, past va o'rta behushlik qo'llaniladi.

Past blokada bilan ponksiyon joyi L4-L5 yoki L5-S1 darajalari, o'rtacha - L3-L4. Ponksiyon bemorning o'tirgan yoki yon tomonida yotgan holatida, yaxshi egilgan umurtqa pog'onasi, sonlari oshqozonga bosilgan va bosh ko'krigiga egilgan holatda amalga oshiriladi (56-rasmga qarang). Orqa teriga ikki marta

antiseptik yoki spirtli ichimliklar bilan ishlov beriladi. Yod eritmalaridan foydalanish tavsiya etilmaydi, chunki hatto uning izlari ham subaraknoid bo'shliqqa olib kelishi aseptik araxnoiditga olib kelishi mumkin. Teri va teri osti to'qimalarining behushligidan so'ng, o'murtqa ponksiyonlar uchun uzun igna ishlatiladi (56-rasmga qarang). Igna asta-sekin qat'iy ravishda o'rta chiziq bo'ylab, umurtqa pog'onalarining moyilligiga mos ravishda bir oz kranial og'ish bilan umurtqa pog'onalari orasidan oldinga siljiydi. Igna kesmasi sagittal tekislikda joylashgan bo'lishi maqsadga muvofiqdir, bu uning dura materning ichki qatlamiga zararli ta'sirini kamaytiradi.

Igna sekin-asta ligamentli apparatdan o'tib ketganda, zich to'qimalarning qarshiligi seziladi, bu sariq ligamentning teshilishidan keyin to'satdan yo'qoladi. Shundan so'ng, mandrin chiqariladi va igna dura materini teshib 2-3 mm oldinga siljiydi. Miya omurilik suyuqligining igna pavilonidan chiqishi uning subaraknoid bo'shliqda aniq lokalizatsiyasining mutlaq belgisidir. Agar igna suyak yoki periosteumga kirgan bo'lsa, unda uning lümeni tiqilib qolgan deb taxmin qilish kerak. Igna olib tashlanadi, yuviladi yoki yangisi bilan almashtiriladi. Teshilishning ikkinchi urinishi igna yo'nalishini o'zgartirish orqali amalga oshiriladi.

Jadval 2. Orqa miya anesteziyasida qo'llaniladigan lokal anesteziikalarning xususiyatlari (Koryachkin V.A., Strashnov V.I., 2000).

Anestezikaning	konsentratsiyasi	Doza	davomiyligi harakatlar, h
giperbarik eritmalar			
Lidokain	5% 7,5% glyukoza eritmasida	60 mg (1,2 ml)	0,75-1,5
Bupivakain	0,75% 8,25% glyukoza eritmasida	9 mg (1,2 ml)	2,0-4,0
Tetrakain	0,5% 5% glyukoza eritmasida	12 mg (2,4 ml)	2,0-3,0
izobar eritmalar			
Lidokain	2% suvli eritmasi	60 mg (3,0 ml)	1,0-2,0
Bupivakain	0,5% suvli eritmasi	15 mg (3,0 ml)	2,0-4,0
Tetrakain	0,5% suvli eritmasi	15 mg (3,0 ml)	3,0-5,0
Gipobarik eritmalar			
Tetrakain	0,1% suvli eritma	10 mg (10 ml)	3,0-5,0

Pavilyondan qon paydo bo'lganda, igna olib tashlanadi va boshqa orqa miya suyuqligi bilan qon bo'shatilganda va ikkinchisini engillashtirish tendentsiyasi mavjud bo'lsa, aniq miya omurilik suyuqligi olinmaguncha anestetik AOK qilinmaydi. . O'murtqa behushlik uchun lokal anesteziika eritmaları o'ziga xos og'irligiga qarab giperbarik, izobarik va gipobariklarga bo'linadi (bariklik - bu 1 ml anestetik eritma massasining 1 ml miya omurilik suyuqligi massasiga nisbati). 4 ° C.) (2-jadval).

Turli xil o'ziga xos og'irlikdagi eritmaları kiritishda ularning subaraknoid bo'shliqdagi gidrodinamik xususiyatlarini hisobga olish kerak. Trendelenburg pozitsiyasida gipobarik eritma kaudal yo'nalishda, giperbarik eritma esa kranial tarzda tarqaladi. Operatsiya stolining bosh uchi ko'tarilganda, gipobarik eritma kranial, giperbarik eritma esa kaudal yo'nalishda tarqaladi.

Jadval 3. Orqa miya uchun ratsional dori kombinatsiyalari miya behushligi (Koryachkin V.A., Strashnov V.I., 2000)

Dori vositalarining kombinatsiyasi	Davomiyligi operatsiyalar	Davomiyligi operatsiyadan keyingi behushlik
5% eritma lidokain - 2 ml, fentanil 50 mkg	90 daqiqagacha	60-70 min
5% eritma lidokain - 2 ml, klonidin - 75 mkg	120 daqiqagacha	4-5 soat
5% eritma lidokain - 2 ml, fentanil - 50 mkg, klonidin - 75 mkg	180 daqiqagacha	6,0-6,5 soat
0,5% eritma karbostezin - 3-4 ml, fentanil - 100 mkg, klonidin - 100 mkg	240 daqiqagacha	7,0-7,5 soat
3% eritma sitanest - 1,8 ml, klonidin - 100 mkg	180 daqiqagacha	4,0-5,0 soat

So'nggi yillarda mahalliy og'riqsizlantirish bilan birga giyohvand analjezikleri va markaziy adrenomimetikani kiritishni o'z ichiga olgan kombinatsiyalangan o'murtqa behushlik qo'llanildi. Ularning eng oqilona kombinatsiyasi jadvalda keltirilgan. 3-jadvalda.

QO'SHILMALARI: yurak-qon tomir etishmovchiligi, gipovolemiya, og'ir anemiya, septik holatlar, kaxeziya, ruhiy kasalliklar, intrakranial bosimning oshishi, miyokard infarkti, gipertenziya bilan birgalikda ishemik kasallik, lomber mintaqadagi yallig'lanish jarayonlari, orqa terining pustular kasalliklari, og'ir deformatsiyalar. orqa miya , bemorning ushbu turdagi behushlikdan voz kechishi. Mumkin bo'lgan asoratlar: kuchli gipotenziya, bosh og'rig'i (40% glyukoza eritmasi, 25% magniy sulfat eritmasini tomir ichiga yuborish bilan to'xtatiladi).

TIBBIY ATAMALAR LUG'ATI.

Abraxiya (abrachia; a - + yunoncha braxoin - qo'l) - rivojlanish anomaliyasi: yuqori oyoq-qo'llarning yo'qligi.

Agenez (ageneziya; a- yunoncha genesis - kelib chiqishi, rivojlanishi) - qarang aplaziya.

Ameliya (Amelia; a - yunoncha melos tananing qismi, a'zo) - rivojlanish anomaliyasi: oyoq-qo'llarining yo'qligi.

Amputatsiya - bu a'zoni, uning bir qismini yoki biron bir organni yirtib tashlash yoki kesish.

Amputatsiya amniotik (a. amniotica: A. intrauterin, A. konjenital - rivojlanish anomaliyasi: A. a'zolar yoki ularning qismlari prenatal davrda amniotik siqilishlar bilan siqish tufayli).

Ankiloz (ankylos; ankylos + oz) - bo'g'imlarda harakatchanlikning yo'qligi.

Suyak ankilozi (a. ossea) - artikulyar artikulyar yuzalarning suyak birlashishi natijasida yuzaga keladigan bo'g'im ichidagi ankiloz.

Anomaliya (anomaliya; yunoncha «og'ish»; anomalos — noto'g'ri; A. rivojlanishining sinonimi) — anomaliyalarga malformatsiyalar va deformatsiyalar kiradi.

Aplaziya (aplaziya; a-yunoncha plasis hosil bo'lish, hosil bo'lish, agenez so'zining sinonimi) — tananing bir qismi, a'zosi yoki uning bir qismi, har qanday to'qima bo'limi yo'q bo'lgan rivojlanish anomaliyasining umumiy nomi.

Aplastik - 1) aplaziya bilan bog'liq yoki aplaziya bilan tavsiflangan; 2) tuzilishsiz, shaklsiz.

Apparat (apparat) va anatomiya - turli xil kelib chiqishi va tuzilmalariga ega bo'lgan tana tizimlari yoki alohida organlarning funktsional birikmasi.

A. harakati (sinonimi A. tayanch-harakat) — suyaklar to'plami, ular va skelet mushaklari orasidagi bog'lanishlar.

Apodiya (apodia; a- yunoncha yiring, podos - oyoq) - rivojlanish anomaliyasi: pastki oyoq-qo'llarning yo'qligi.

Araxnodaktiliya (araxnodaktiliya; araxno-yunoncha daktylos — barmoq; sinonimi: dolichostenomelia, o'rgimchak qo'li) — rivojlanish anomaliyasi: barmoq va oyoq barmoqlarining cho'zilishi va ingichkalashi.

Afalangiya (aphalangia; a- yunoncha phalagos, rhalagos - barmoq falanksi) - rivojlanish anomaliyasi: barmoq yoki uning bir yoki ikkita falanjining yo'qligi.

Braxi- 1) (yelka yelkasi; qo'l) qo'shma so'zlarning tarkibiy qismi bo'lib, “yelkadan yuqori bo'g'imgacha tegishli” ma'nosini bildiradi; 2) (yunoncha brachus short) – qo'shma so'zlarning tarkibiy qismi bo'lib, “qisqa”, “qisqartirilgan” ma'nosini bildiradi.

Braxidaktiliya (braximetakarpiya; brachy - + yunoncha dactylos barmoq; qisqa barmoqlarning sinonimi) rivojlanish anomaliyasi: barmoqlar yoki oyoq barmoqlarining qisqarishi.

Gemimeliya (hemi + yunoncha melos tananing qismi, a'zosi) - rivojlanish anomaliyasi: bir a'zoning yoki uning bir qismining yo'qligi.

Gigantizm (gigantismus; makrosomiya bilan sinonim) - tananing ayrim qismlarining juda yuqori o'sishi yoki haddan tashqari kattalashishi bilan tavsiflangan klinik sindrom.

Qisman gigantizm (g. partialis; gigantism partialis sinonimi) - embriogenezning buzilishi yoki neyrotrofik buzilishlar natijasida yuzaga keladigan tananing alohida qismlarining gigantizmi.

Giperfalangiya (hiperfalangiya; barmoqning giper + phalanx) - rivojlanish anomaliyasi: barmoqlar yoki oyoq barmoqlari falanjlarining sonining ko'payishi.

Gipogenez (gipogenez; gipo + yunoncha genesia- kelib chiqishi, rivojlanishi) - qarang Gipoplaziya.

Gipoplaziya (gipoplaziya; hipo + yunoncha plasis - shakllanish, tarbiya; gipogenezning sinonimi) - a'zo, tananing bir qismi yoki butun organizmning rivojlanmaganligidan iborat bo'lgan rivojlanish anomaliyalarining umumiy nomi.

Gipofalangiya (gipofalangiya; barmoqning gipo + phalanx) yoki oligofalangiya - rivojlanish anomaliyasi: me'yorga nisbatan barmoqlar va oyoq barmoqlaridagi falanjlar sonining kamayishi.

Bo'g'imning deformatsiyasi (deformation articulationis) - bo'g'im shaklining o'zgarishi, dislokatsiya paytida bo'g'im suyaklari uchlarining siljishi, bo'g'imdagi patologik to'qimalar o'simtalarining rivojlanishi va boshqalar.

Dichiriya (dichiria; di + yunoncha cheir hand) - rivojlanish anomaliyasi: qo'lning ikki baravar ko'payishi.

Klinodaktiliya (klino - barmog'ini egish, egish) - barmoqlar rivojlanishidagi anomaliya, ular qiyshiq yoki egri.

Limb (membrum, PNA, Extremitas, BNA, JNA) - tananing juftlashgan qismi, tanadan cho'zilgan, tayanch-harakat tizimi bilan bog'liq.

Yuqori oyoq (m. Superius, PNA, extemalis thoracica, JNA) - tananing yuqori qismidan cho'zilgan oyoq.

Pastki oyoq (m. inferius, PNA) - tananing pastki qismidan cho'zilgan oyoq.

Tug'ma kontraktura (c. congenita) tug'ilish paytidan boshlab kuzatiladigan kontraktura bo'lib, mushaklar, teri yoki bo'g'im elementlarining rivojlanishidagi anomaliya tufayli yuzaga keladi.

Konkretsiya (concrecentia) - birgalikda o'sadi, blokirovka qilishning sinonimi.

Oyoq oyoqlari (talipes; pes equinovarus bilan sinonim) oyoqning supinatsiya, plantar fleksiyon va adduksiya bilan tavsiflangan deformatsiyasi.

Tug'ma oyoq (talipes congenitus) - oyoq mushaklari, ligamentlari va suyaklarining g'ayritabiiy rivojlanishi natijasida paydo bo'lgan to'qmoq.

Klub qo'li (talipomanus) - qo'lning frontal tekislikdagi bilak o'qidan doimiy og'ishi.

Tug'ma qo'l (t. congenita) - bilakning mushaklari, ligamentlari va suyaklari rivojlanishidagi anomaliyadan kelib chiqqan qo'l.

Tirsak qo'li (manus vara) - qo'lning tirsak tomoniga og'ishi.

Radial qo'l (manus valga) - qo'lning radial tomonga og'ishi.

Suyak (lar) (os, ossa PNA, BNA, JNA) - suyak to'qimasidan qurilgan organ, shuningdek, xaftaga va biriktiruvchi to'qimalarga tegishli; skeletning bir qismi.

Makrodaktiliya (makrodaktiliya; makro + yunoncha dactylos barmoq, megalodactylia sinonimi - megalodactylia) - rivojlanish anomaliyasi; haddan tashqari uzun barmoqlar yoki oyoq barmoqlari.

Makropodiyalar (makropodiya; makro + yunoncha yiring, podos oyoq; megalopodiyaning sinonimi) rivojlanish anomaliyasi: haddan tashqari uzun pastki oyoq-qo'llar.

Makronixiya (makronixiya; makro + yunoncha shish, onychos panjasi; megalonixiya bilan sinonim) - tirnoq plastinkasining patologik kengayishi; masalan, rivojlanish anomaliyasi sifatida kuzatiladi.

Mikromeliya (micromelia; micro + yunoncha melos tananing qismi, a'zo) - rivojlanish anomaliyasi: oyoq-qo'llarining kichik o'lchami.

Monodopiya (monodopiya; mono + yunoncha yiring, podos oyoq) rivojlanish anomaliyasi: bir oyog'ining yo'qligi.

Monobrachia (monobrachia; mono + yunoncha brachion qo'li) - rivojlanish anomaliyasi: bir qo'lning yo'qligi.

Oz - jarayon, jarayon natijasi, organizmning patologik holati ma'nosini bildiruvchi qo'shimcha.

Oligodactylia (Oligodactylia; oligo + yunoncha daktylos barmoq) - rivojlanish anomaliyasi: barmoqlar yoki oyoq barmoqlarining to'liq bo'lmagan soni.

Peromeliya (peromelia, yunoncha peros buzilgan + tananing melos qismi, a'zo) rivojlanish anomaliyasi: normal tana o'lchamlari bilan qisqa oyoq-qo'llar.

Yassi oyoqlar (pes planus; yassi oyoqning sinonimi) oyoqning deformatsiyasi bo'lib, ular to'liq yo'qolgunga qadar uning yoyi balandligining doimiy pasayishi bilan tavsiflanadi.

Polidaktiliya (polydaktiliya; poly - + yunoncha daktylos barmoq; sinonimi giperdaktiliya, polidaktiliya) - rivojlanish anomaliyasi: qo'l yoki oyoqning olti yoki undan ortiq barmoqlari.

Malformatsiya (tug'ma nuqsonning sinonimi) - bu organ yoki to'qimalarning tuzilishi va funktsiyalarida qo'pol o'zgarishlarga olib keladigan rivojlanish anomaliyasi.

Malformatsiyalar (tug'ma nuqsonlar, rivojlanish anomaliyalari) - intrauterin rivojlanish jarayonida yuzaga keladigan tananing normal tuzilishidan turli xil og'ishlar to'plami.

Pseudo (yunoncha pseudēs false) qo'shma so'zlarning ajralmas qismi bo'lib, "yolg'on", "xayoliy" ma'nolarini bildiradi.

Qo'lning tug'ma bo'linishi (dicheiria congenita) - rivojlanish anomaliyasi: interdigital bo'shliqlarning bilak suyaklarigacha cho'zilishi.

Superkompleks, qo'shimcha suyaklar (tarsaliya) - oyoqlarning qo'shimcha suyaklari, mustaqil ossifikatsiya yadrosidan rivojlanadi.

Sindaktiliya (syndactylia; syn + yunoncha dactylos barmoq) rivojlanish anomaliyasi: qo'shni barmoqlar yoki oyoq barmoqlarining to'liq yoki qisman birlashishi.

Sinoztoz (sinostoz; sin + yunoncha osteon suyagi + oz) - alohida suyaklarning biri-biri bilan qo'shilishi.

Konjenital sinostoz (s.congenita) - rivojlanish anomaliyasi sifatida shakllangan sinostoz; masalan, bilak yoki tarsus suyaklarida, umurtqalarda, qovurg'alarda topilgan.

Sinfalangiya (sinfalangiya; sin + yunoncha phalanx, phalagos barmoq phalanx) - rivojlanish anomaliyasi; barmoqlar va oyoq barmoqlarining falanjlarining birlashishi.

Sinxondroz (sinxondroz; PNA, BNA, JNA; sin + yunoncha chondros - xaftaga + oz; xaftaga tushadigan birikmaning sinonimi) - suyaklarning (yoki bir suyak qismlarining) xaftaga tushadigan to'qima orqali uzluksiz bog'lanishi.

Oyoq (pes, PNA, BNA, JNA) pastki oyoqning distal qismi bo'lib, u tik turgan, yurish, yugurish va sakrashda qo'llab-quvvatlovchi organ bo'lib, bahor funksiyasini bajaradi.

Oyoq valgus (pes valgus) - oyoqning o'g'irlanishi va pronatsiyasining kombinatsiyasi, bunda uning medial qirrasi tayanch bo'lib xizmat qiladi.

Varus oyog'i (varus uchun) - oyoqning adduksiyasi va supinatsiyasining kombinatsiyasi, bunda uning lateral qirrasi tayanch bo'lib xizmat qiladi.

Ot oyog'i (pes equinus) - oyoq Bilagi zo'r bo'g'imning kontraktürü, bunda oyoq plantar fleksiya holatida o'rnatiladi.

Adduction oyog'i (pes adductus) - oyoqning deformatsiyasi, unda uning oldingi qismi qo'shiladi.

Bo'shliq oyoq (pes excavatus) - oyoqlarning deformatsiyasi, oyoqning haddan tashqari baland bo'ylama yoyi bilan tavsiflanadi.

Kalcanal oyog'i (pes calcaneus) - oyoq Bilagi zo'r bo'g'imning kontrakturasi, oyoqning kengaytma holatida fiksatsiyasi, bunda tayanch tovoq tuberkulasiga tushadi.

Deformatsiyalar - ontogenez jarayonida yuzaga keladigan tananing alohida qismlari o'rtasidagi munosabatlarning tug'ma doimiy buzilishi.

Fleksion (fleksiya) egilish.

Fokomeliya (fokomeliya: yunoncha foke muhr + tananing melos qismi, oyoq-qo'l) - rivojlanish anomaliyasi: proksimal oyoq-qo'llarning yo'qligi yoki sezilarli darajada rivojlanmaganligi, buning natijasida normal rivojlangan oyoq va (yoki) qo'llar to'g'ridan-to'g'ri bog'langanga o'xshaydi. tana.

Ektrodaktiliya (ektrodaktiliya: yunoncha ektroma erta tug'ilish + daktylos barmoq) rivojlanish anomaliyasi: bir yoki bir nechta barmoqlarning yo'qligi.

Ektromeliya - (ektromelia yunoncha ektroma erta tug'ilish + tananing melos qismi, oyoq-qo'l) - rivojlanish anomaliyasi: butun pastki oyoqning (son, pastki oyoq va oyoq) sezilarli darajada rivojlanmaganligi.

Словарь медицинских терминов. (на русском языке)

Абрахия (abrachia; а - + греч. brachoin - рука) – аномалия развития: отсутствие верхних конечностей.

Агенезия (agenesia ; а- греч.genesis – происхождение, развитие) – см. аплазия.

Амелия (Amelia; а – греч.melos часть тела, конечность) – аномалия развития: отсутствие конечностей.

Ампутация- отрыв или отсечение конечности, ее части или какого – то органа.

Ампутация амниотическая (а. amniotica: синоним А. внутриутробная, А. врожденная - аномалия развития: А. конечности или ее части вследствие передавливания амниотическими перетяжками во внутриутробном периоде).

Анкилоз (ankylos; анкил+ оз) – отсутствие подвижности в суставе.

Анкилоз костный (а. ossea) – внутрисуставной анкилоз, обусловленный костным сращением сочленяющихся суставных поверхностей.

Аномалия (anomalia; греч. «отклонение»; anomalos – неправильный; синоним А. развития) – аномалиям относятся пороки развития и уродства.

Аплазия (aplasia; а- греч. plasis формирование, образование, синоним агенезия) – общее название аномалия развития, при которых отсутствует часть тела, орган или его часть, участок какой – либо ткани.

Апластический – 1) относящейся к аплазии или характеризующийся аплазией; 2) бесструктурный, бесформенный.

Аппарат (apparatus) а анатомии – функциональное объединение систем организма или отдельных органов различного происхождения и строения.

А. движения (синоним А. опорно- двигательный) – совокупность костей, соединений между ними и скелетной мускулатуры.

Аподия (apodia; а- греч.pus, podos - нога) – аномалия развития: отсутствие нижних конечностей.

Арахнодактилия (arachnodactilia; арахно- греч. daktylos – палец; синоним: долихостеномелия, кисть паучья) – аномалия развития: удлинение и утончение пальцев рук и ног.

Афалангия (aphalangia; а- греч. phalanx, phalangos – фаланга пальца) – аномалия развития: отсутствие пальца или одной – двух его фаланг.

Брахи- 1) (brachion плечо; рука) составная часть сложных слов, означающая «относящийся к плечу к верхней конечности»; 2) (греч. brachus короткий) – составная часть сложных слов, означающая «короткий», «укороченность».

Брахидактилия (brachymetacarpia; брахи - + греч. dactylos палец; синоним короткопалость) – аномалия развития: укорочение пальцев рук или ног.

Гемимелия (геми+ греч. melos часть тел, конечность) – аномалия развития: отсутствие одной конечностей или её части.

Гигантизм (gigantismus; синоним макросомия) – клинический синдром, характеризующийся очень высоким ростом или чрезмерным увеличением отдельных частей тела.

Гигантизм частичный (g. partialis; синоним гигантизм партиализ) – гигантизм отдельных частей тела, обусловленный нарушением эмбриогенеза или нерво – трофическими расстройствами.

Гиперфалангия (hyperphalangia; гипер+ фаланга пальца) – аномалия развития: увеличение числа фаланг пальцев рук или ног.

Гипогенезия (hypogenesis; гипо+ греч. genesis- зарождение, развитие) – см. Гипоплазия.

Гипоплазия (hypoplasia; гипо+ греч. plasis – формирование, образование; синоним гипогенезия) – обобщенное название аномалий развития, заключающихся в недоразвитии органа, части тела или целого организма.

Гипофалангия (hypophalangia; гипо + фаланга пальца), или олигофалангия – аномалия развития: уменьшенное по сравнению с нормой число фаланг на пальцах кистей и стоп.

Деформация сустава (deformation articulationis) – изменение формы сустава, вызванное смещением концов сочленяющихся костей при вывихе, развитием в суставе патологических тканей разрастаний и т.п.

Дихирия (dichiria; ди + греч. cheir рука) – аномалия развития : удвоение кисти.

Клинодактилия (klino – наклонять, сгибать палец) – аномалия развития пальцев, при которой они расположены косо или искривлены.

Конечность (membrum, PNA, Extremitas, BNA, JNA) – парная часть тела, отходящая от туловища относящаяся к опорно-двигательному аппарату.

Конечность верхняя (m. Superius, PNA, extemalis thoracica, JNA)- конечность, отходящая от верхней части туловища.

Конечность нижняя (m. inferius, PNA) – конечность, отходящая от нижней части туловища.

Контрактура врожденная (c. congenita)- контрактура, наблюдаемая с момента рождения и обусловленная аномалией развития мышц, кожи или элементов самого сустава.

Конкресценция (concrascentia) – срастаться, синоним блокирования.

Косолапость (talipes; синоним pes equinovarus) – деформация стопы, характеризующаяся ее супинацией, подошвенными сгибанием и приведением.

Косолапость врожденная (talipes congenitus) – косолапость, обусловленная аномалией развития мышц, связочного аппарата и костей стопы.

Косорукость (talipomanus) – стойкое отклонение кисти от оси предплечья во фронтальной плоскости.

Косорукость врожденная (t. congenita) – косорукость, обусловленная аномалией развития мышц, связочного аппарата и костей предплечья.

Косорукость локтевая (manus vara) – косорукость отклонением кисти в локтевую сторону.

Косорукость лучевая (manus valga) – косорукость отклонением кисти лучевую сторону.

Кость (-и) (os, ossa PNA, BNA, JNA) – орган, построенный из костной ткани, содержащий также хрящевую и собственно соединительную ткань; часть скелета.

Макродактилия (macroductyilia; макро + греч. dactylos палец, синоним мегалодактилия – megalodactyilia)- аномалия развития; чрезмерно длинные пальцы рук или ног.

Макроподия (macropodia; макро + греч. pus, podos нога; синоним мегалоподия) – аномалия развития: чрезмерно длинные нижние конечности.

Макронихия (macronychia; макро + греч. опух, onychos коготь; синоним мегалонихия) – патологическое увеличение ногтевой пластинки; наблюдается, например, как аномалия развития.

Микромелия (micromelia; микро + греч. melos часть тела, конечность)- аномалия развития: малые размеры конечностей.

Монодопия (monodopia; моно + греч. pus, podos нога) – аномалия развития: отсутствие одной ноги.

Монобрахия (monobrachia; моно + греч. brachion рука) – аномалия развития: отсутствие одной руки.

Оз – суффикс, означающий «процесс», «результат процесса», «патологическое состояние организма».

Олигодактилия (Oligodactylia; олиго + греч. daktylos палец) – аномалия развития: неполное количество пальцев кистей или стоп.

Перомелия (peromelia, греч. peros изувеченный + melos часть тела, конечность) – аномалия развития: малая длина конечностей при нормальных размерах туловища.

Плоскостопия (pes planus; синоним стопа плоская) – деформация стопы характеризующаяся стойким уменьшением высоты ее свода до их полного исчезновения.

Полидактилия (polydaktylia; поли - + греч. daktylos палец; синоним гипердактилия, многопалость) – аномалия развития: шесть и более пальцев на руке или ноге.

Порок развития (синоним врожденный порок, мальформация) – аномалия развития, повлекшая за собой грубые изменения строения и функции органа или ткани.

Пороки развития (врожденные пороки, аномалии развития) – совокупность разнообразных отклонений от нормального строения организма, возникающие в процессе внутриутробного развития.

Псевдо (греч. pseudēs ложный) – составная часть сложных слов, означающая «ложный», «мнимый».

Расщепление кисти врожденное (dicheiria congenita) – аномалия развития: удлинение межпальцевых промежутков до костей запястья.

Сверхкомплексные, добавочные кости (tarsalia) – добавочные кости стоп, развиваются из самостоятельного ядра окостенения.

Синдактилия (syndactylia; син + греч. dactylos палец)- аномалия развития: полное или частичное сращение соседних пальцев кисти или стопы.

Синозтоз (synostosis; син + греч. osteon кость +оз) – сращение отдельных костей между собой.

Синостоз врожденный (s.congenita) – синостоз, образовавшийся как аномалия развития; встречается, например, в костях предплечья или предплюсны, в позвонках , ребрах.

Синфалангия (synphalangia; син + греч. phalanx, phalangos фаланга пальца) – аномалия развития; сращение фаланг пальцев рук и ног.

Синхондроз (synchondrosis; PNA, BNA, JNA ; син + греч. chondros – хрящ + оз; синоним хрящевое соединение) – непрерывное соединение костей (или частей одной кости) посредством хрящевой ткани.

Стопа (pes, PNA, BNA, JNA) – дистальный отдел нижней конечности, являющийся органом опоры и выполняющий рессорную функцию при стоянии, ходьбе, беге и прыжках.

Стопа вальгусная (pes valgus) – сочетание отведения и пронации стопы, при котором опорой служит ее медиальный край.

Стопа варусная (per varus) – сочетание приведения и супинации стопы, при котором опорой служит ее латеральный край.

Стопа конская (pes equinus) - контрактура голеностопного сустава, при которой стопа фиксирована в положении подошвенного сгибания.

Стопа приведения (pes adductus) – деформация стопы, при которой ее передний отдел приведен.

Стопа полая (pes excavatus) - деформация стоп, характеризующаяся чрезмерно высоким продольным сводом стопы.

Стопа пяточная (pes calcaneus) - контрактура голеностопного сустава с фиксацией стопы в положении разгибания, при которой опора приходится на пяточный бугор.

Уродства – врожденные стойкие нарушения взаимоотношений отдельных частей организма, возникающие в процессе онтогенеза.

Флексия (flexio) сгибание.

Фокомелия (phocomelia: греч. phoke тюлень + melos часть тела, конечность) – аномалия развития: отсутствие или значительное недоразвитие проксимальных отделов конечностей, вследствие чего нормально развитые стопы и (или) кисти кажутся прикрепленными непосредственно к туловищу.

Эктродактилия (ectrodactylia: греч. ektroma преждевременное рождение + daktylos палец) – аномалия развития: отсутствие одного или нескольких пальцев.

Эктромелия – (ectromelia греч. ektroma преждевременное рождение + melos часть тела, конечность) – аномалия развития: значительное недоразвитие всей нижней конечности (бедро, голени и стопы).

ADABIYOT

1. A.S. 1189436 SSSR, MKI 3 A 61 B 17/56. Tizza qo'shmasining kontrakturasini oldini olish usuli / A.P.Skoblin, S.N.Kutsenko (SSSR) - No 3726456 / 28-14. Ilova.13.02.14. Chop etilgan 11/07/85. Buqa. № 41.
2. Binevich V.M. Amaliy tibbiyotda ponksiyonlar va kateterizatsiyalar. - Sankt-Peterburg; "Elbi/SPb", 2003. - 384 b.
3. Grishko A.Ya. Pastki oyoq-qo'lning o'tkazuvchan anesteziyasi Ortopediya va travmatologiya klinikasida ildiz bo'shlig'i: tezis. dis... samimiy. asal. Fanlar. - Simferopol, 1999. - 19 p.
4. Dolinin V.A. Bisenkov N.P. Yaralar va jarohatlar bo'yicha operatsiyalar. - L.: Tibbiyot, - 2012. - 191 p.
5. Parda P.Z. Tizza bo'g'imining deformatsiya qiluvchi artrozi va uni davolash kislorodning intraartikulyar qo'llanilishi: Muallifning konspekti ... dis. Doktor med. Fanlar. – Samarqand, 1969. – 52 b.
6. Kazmin A.I., VetrileS.T., Grishin I.G. Dyupuytren kontrakturasini papain bilan davolash to'g'risida // Ortopediya, travmatologiya va protez. - 2012. - No 8. - S. 62-67.
7. Koryachkin V.A., Strashnov V.I. Orqa miya va epidural behushlik (shifokorlar uchun qo'llanma). - Sankt-Peterburg, 2000. - 95 p.
8. Kotenko V.V., Lanshakov V.A. Shikastlanishdan keyingi qo'l distrofiyasi. - M.: Tibbiyot, 1997. - 125 p.
9. Kutsenko S.N. Tizza bo'g'imining shikastlanishdan keyingi ekstansor kontrakturalarining oldini olish va erta davolash: Diss...cand.med.sci. - Simferopol,2018.2 5 5 b.
10. Mityunin D.A., Eliseev S.L. Qo'litiq osti va qo'litiq osti nervlarining o'tkazuvchan anesteziyasining yangi usuli va uni elkaning travmatik dislokatsiyasini kamaytirishda qo'llash jihatlari// Ortoped-travmatologlarning mintaqaviy konferentsiyasi materiallari. - Simferopol, 2011. - S. 36-38.
11. Morgan J. Edvard Jr., MegidS. Maykl. Klinik anesteziologiya. Kitob. I. - M.: Binom - Sankt-Peterburg: Nevskiy dialekti, 2000. - 395 p.

12. Musalatov X.A. Baxtsiz hodisalar uchun jarrohlik. - M .: Tibbiyot, 1998. - 590 b.
13. Pashchuk A.Yu. Mintaqaviy behushlik. - M .: Tibbiyot, 2017. - 155 p.
14. Polyakov V.A. Travmatologiya bo'yicha tanlangan ma'ruzalar. - M .: Tibbiyot, 2010. - 269 b.
15. Popelyanskiy Ya.Yu. Periferik asab tizimining kasalliklari. Shifokorlar uchun qo'llanma. - M .: Tibbiyot, 1989. - 461 p.
16. A. I. Prodan, A. Yu. Pashchuk, V. A. Radchenko va G. X. Lomber spondilarroz. - Xarkov: Osnova, 1992. - 105 p.
17. Sklyarenko E.T., Gerasimenko S.I., Perfilova T.N. Dupuytren kasalligini furazolidon bilan davolash // Ortopediya, travmatologiya va protezlash. - 2002 .-No 2 .-C . 45-47.
18. Skoblin A.P., Jila Yu.S., Dzherelei A.N. Travmatologiya va ortopediya bo'yicha amaliy mashqlar bo'yicha qo'llanma - M.; Tibbiyot, 1975. - 221 p.
19. Skoblin A.P., Kutsenko S.N. Tizza bo'g'imlarining ekstansor kontrakturalarining oldini olish va erta davolash usuli // Ortopediya, travmatologiya va protezlash. - 2005. - No 12. - S. 47-49.
20. V. N. Starosek, S. N. Kutsenko, V. A. Shaposhnikov, Ya. B. Xaykin, A. N. Brexov va V. N. Milner, Russ. Jarrohlik, travmatologiya va ortopediyada blokadalar: Usul, qo'llanma. - Simferopol, 1997. - 35 p.
21. Florekyan A.K. Ko'krak jarohatlari uchun jarrohlik. Tanlangan ma'ruzalar. - Xarkov: Osnova, 1998. - 509 p.
22. Jarrohlik manipulyatsiyasi / Ed. prof. B. O. Milkova, V. N. Krutsyak. - K.: Vyscha maktabi, 1985. - 207 p.
23. Yasenetskiy-Voino V.F. Mintaqaviy behushlik. - Petrograd; A.E. Kollinz bosmaxonasi, 1915 yil. - 228 b.