

OZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

**OPERATIV JARROHLIK VA TOPOGRAFIK
ANATOMIYA**

fanidan

tibbiy OTM davolash va tibbiy-pedagogika fakultetlari talabalari uchun

AMALIY KO‘NIKMALAR

Toshkent-2011

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

«TASDIQLAYMAN»
TTA o‘quv ishlari prorektori,
professor **O.R.Teshaev.**

«___» _____ 2011 y.

OPERATIV JARROHLIK VA TOPOGRAFIK ANATOMIYA

fanidan

AMALIY KO‘NIKMALAR

(tibbiy OTM davolash va tibbiy-pedagoigka fakultetlari talabalari uchun o‘quv-uslubiy
qo‘llanma)

Toshkent tibbiyot akademiyasi tibbiy-biologik fanlar MUK kengashida ko‘rib
chiqilgan va tavsiya etilgan.

Bayonnoma № _____ «___» _____ 2011 y.

Toshkent 2011

Tuzuvchilar: **Shomirzaev N.H.**, tibbiyot fanlari doktori, TTA Odam anatomiyasi, operativ jarrohlik va topografik anatomiya kafedrası professori;

Gulmanov I.D., TTA Odam anatomiyasi, operativ jarrohlik va topografik anatomiya kafedrası assistenti;

Tuxtanzorova Sh.I., tibbiyot fanlari nomzodi, Samarqand Davlat tibbiyot instituti Odam anatomiyasi, operativ jarrohlik va topografik anatomiya kafedrası dotzenti.

Taqrizchilar: **Axmedov Sh.M.**, tibbiyot fanlari doktori, Toshkent pediatriya tibbiyot instituti Operativ jarrohlik va topografik anatomiya kafedrası mudiri;

Mirsharapov U.M., tibbiyot fanlari doktori, TTA Odam anatomiyasi, operativ jarrohlik va topografik anatomiya kafedrası mudiri.

Mundarija

KIRISH	5
MAHALLIY INFILTRATZIYALI ANESTEZIYA	6
YIRIK NERV POYALARI VA CHIGALLARINING NOVOKAINLI BLOKADASI.....	8
TO‘QIMALARNI AJRATISH VA BIRLASHTIRISH.....	11
QON KETISHNI VAQTINCHALIK VA BATAMOM TO‘XTATISH USULLARI.....	21
VENEPUNKTZIYA, VENESEKTZIYA, MAGISTRAL VENALARNI KATETERIZATZIYALASH.....	26
BO‘G‘IMLARNI PUNKTZIYA QILISH.....	32
TURLI JOYLASHUV XARAKTERIGA EGA ABSTZESSLAR VA FLEGMONALARNI OCHISH	34
TRAXEOSTOMIYA	43
PLEVRA BO‘SHLIG‘INI PUNKTZIYA QILISH.....	47
PERIKARD PUNKTZIYASI	49
QORIN PUNKTZIYASI.....	50
LYUMBAL PUNKTZIYA.....	51
AMALIY KO‘NIKMALARNI QADAMBA-QADAM BAJARISH TEXNIKASI	53
ADABIYOTLAR	59

KIRISH

O‘zini tibbiyot sohasiga bag‘ishlagan har bir talaba, bemorlarga u yoki bu tibbiy yordam ko‘rsatish uslubini o‘rganish uchun ma‘lum bilimlarga ega bo‘lmog‘i lozim. Shu nuqtai nazaridan amaliy mashg‘ulotlar vaqtida talabalarning amaliy ko‘nikmalarni o‘qituvchi yordamida, keyinchalik esa mustaqil ravishda o‘zlashtirishi asosiy masalalardan biri hisoblanadi. Amaliy ko‘nikmalarni o‘rganish talabalar uchun tibbiyot amaliyotining barcha vaziyatlarida o‘ziga ishonch hissiyotini beradi. Shuning uchun har bir talaba, u yoki bu ko‘nikmani o‘rganish va bajarish jarayonida tibbiy manipulyatziyaning har bir bosqichini mukammallik darajasida bajarilishiga intilishi kerak.

Buning uchun nima zarur? Birinchidan, amaliy ko‘nikma mazmunini o‘rganish va tahlil qilish. Shu maqsadda ma‘lum operativ aralashuvning maqsadi va masalalarini, unga bo‘lgan ko‘rsatma va qarshi ko‘rsatmalarni, sodir bo‘lishi kutilgan xato va asoratlarini (muolaja bajarilayotgan sohaning topografik-anatomik xususiyatlarini va yatrogen hodisalarni hisobga olgan holda), asoratlarning oldini olishni va ular sodir bo‘lganda bartaraf qilish yo‘llarini aniqlash zarurdir.

Ikkinchidan, ko‘nikmani bajarish texnikasini yoddan bilish kerak. Bu erda ta‘kidlash joizki, mashg‘ulot (yoki ko‘nikmani o‘zlashtirish) maqsadi ma‘lum bir manipulyatziyani bajarishni avtomatik tarzga keltirishdan iborat. Oxirgi ijobiy natijaga olib keluvchi har bir qadamni aniq tushungan talaba hech qachon xato qilmaydi. Shuning uchun sizlarga, avvalambor, o‘qituvchi bilan birgalikda manipulyatziyani bajarishning ketma-ketligini muhokama qilish, so‘ngra u yoki bu jihatlarini muhokama qilgan holda har bir qadamni alohida ko‘rib chiqish, ularni yodlash, bajarilish bosqichlariga mos ravishda har bir qadamni to‘g‘ri yozish (yoki chizish)ni amalga oshirish lozim.

Uchinchidan, operativ aralshuvni bajarish uchun kerak bo‘lgan instrumentlar yoki qo‘l ostidagi vositalardan foydalanishni bilish zarurdir. Asboblarning va uskunalarni, ularning ishlatilish joyini, texnik ma‘lumotlarini, qo‘llash qoidalarini bilish sizga ulardan turli vaziyatlarda to‘g‘ri va samarali foydalanish imkonini beradi. Odatda, ba‘zi hollarda ma‘lum bir harakatni bajarish uchun instrumentlar holatiga bo‘lgan talablar mavjud. Bundan tashqari faqat ushbu vaziyatda qo‘llanidigan maxsus instrumentlar, masalan, troakor, kateter, raspator va boshq. bor.

To‘rtinchidan, bajarish vaqtida va undan keyin operativ aralashuvning to‘g‘ri yoki noto‘g‘riligini tahlil qilish ham bemor, ham shifokor uchun hal qiluvchi hisoblanadi. Shundan kelib chiqqan holda ma‘lum bir manipulyatziyaning to‘g‘ri yoki noto‘g‘ri bajarilganligidan dalolat beruvchi simptom va sindromlarni o‘rganish zarur. Buning uchun ma‘lum bir sohaning topografik anatomiyasini aniq bilish talab qilinadi. Bu, o‘z navbatida, asoratalar rivojlanishi oldini olish imkonini beradi.

Unutmang: ***”Donishmandlar vaqtini bag‘ishlar she’riyat va fanlarga, Ahmoqlar – nizolar va uyqu illatlariga”.***

AMALIY KO'NIKMA № 1. MAHALLIY INFILTRATZIYALI ANESTEZIYA

Mahalliy anesteziya maqsadi bemor hushini saqlagan holda nerv o'tkazuvchanligini uzish yordamida chegaralangan sohada og'riq hissiyotlarini bartaraf qilishdan iborat.

Mahalliy anesteziya turlari:

1. Yuzaki (kontaktli) anesteziya – preparat shilliq qavatlariga qo'yiladi.
2. Infiltratziyali anesteziya – operatziya sohasidagi yumshoq to'qimalarni anestetikning kuchsiz eritmalari bilan qavatma-qavat infiltratziya qilish.
3. Futlyar anesteziya – anestetikni a'zo uchun futlyar hosil qiluvchi fastziya ostiga yuborish.
4. O'tkazuvchi anesteziya – nerv poyalari va chigallarini anestetik preparat bilan infiltratziya qilish.
5. Orqa miya anesteziyasi – punktziya yo'li bilan anestetik preparatni subaraxnoidal bo'shliqqa yuborish.
6. Peridural (epidural) anesteziya – anestetikni peridural bo'shliqqa kiritish.
7. Kaudal anesteziya – dumg'aza teshigi orqali anestetikni epidural bo'shliqning distal qismiga kiritish.

Bundan tashqari vena ichi (mahalliy), suyak ichi va muzlatish anesteziyalari farqlanadi.

Mahalliy anesteziyaning asoratlari va xavflari

Shifokor tomonidan bajarilayotgan mahalliy anesteziya nisbatan xavfsiz hisoblanadi (1 mln kuzatuvga bitta o'lim hodisasi). Ammo mahalliy anesteziyani bajarish uchun quyidagi qoidalarga amal qilish kerak:

- topografik anatomiyani bilish;
- mahalliy anestetiklar xossalarini bilish;
- preparatlarning adekvat kontzentratziyalarini ishlatish;
- eritmalarning etarli miqdorini qo'llash;
- barcha qarshi ko'rsatmalarni aniqlashtirish;
- yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarni inobatga olish va reanimatziya usullari (shokni davollash, sun'iy nafas olish, yurakni tashqi massaji)ga ega bo'lish.

Asoratlarni oldini olish uchun quyidagilarga rioya qilish zarur:

1. Vagolitik ta'sirga ega preparatlarni (atropin sulfatning 1% li 0,5–1 ml eritmasini) tayinlash orqali premedikatziyani olib borish.
2. Iloji boricha kuchsiz kontzentratziyali va uncha ko'p bo'lmagan miqdordagi eritmalarni qo'llash (orqa miya anesteziyasidan tashqari), anesteziyalovchi moddalarning dozasi oshishiga yo'l qo'ymaslik kerak.
3. Mahalliy anesteziyani bemor yotgan holatida bajarish.
4. Operatziya vaqtida faqat bitta anestetikdan foydalanish, uning qoldiqlarini (to'liq ishlatilmagan ampulalarni) yo'q qilish.
5. Novokain ishlatilganda anestetik rezorbtziyasini kamaytiruvchi adrenalinni qo'shish.
6. Yurak mamromi buzilgan, yuqori AB, gipertireozli, qandli diabetli bemorlarda anestetik eritmasiga qon tomirni toraytiruvchi preparat qo'shilganda alohida ehtiyotkor bo'lish.
7. Barmoqlardagi operatziyalarda (arteriyalarda!) anestetiklar bilan birgalikda qon tomirlarni toraytiruvchi preparatlarni ishlatishda ehtiyotkorlik zarur. Shu yo'sinda kaft va kaft oldi

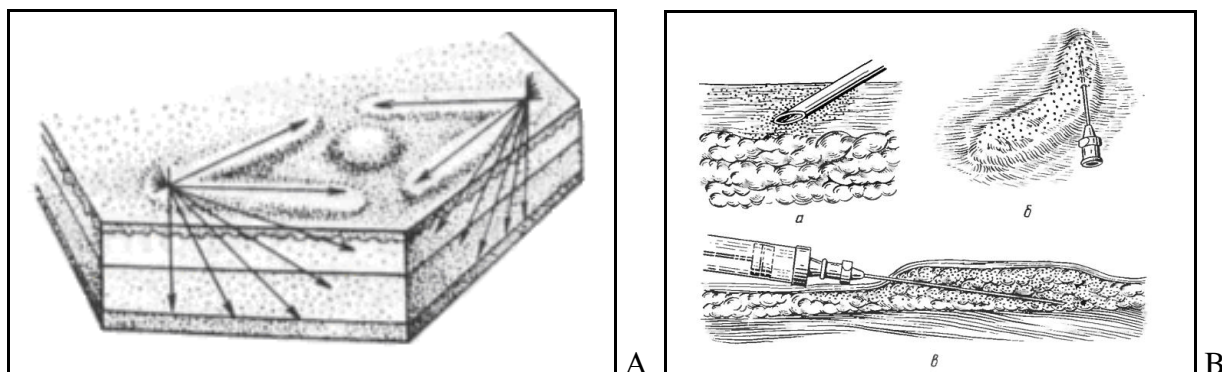
suylarini, jinsiy olatni, tolali teri lahtaklarini, burun va quloq uchlarini anesteziya qilishda ham ehtiyot bo'lish lozim.

8. Orqa miya anesteziyasida, simpatik poya blokadasida, siydik yo'li, siydik pufagi, traxeobronxial daraxt shilliq pardalarini anesteziya qilishda anestetik eritmalarga tomir toraytiruvchi preparatlarni qo'shish mumkin emas.
9. Faqat steril instrumentlar va anestetik eritmalarni ishlatish kerak.
10. Terini dezinfektiziyalashni xuddi operatziyadan oldingidek (shilliq paradalarni anesteziya qilishdan tashqari) bajarish zarur. Yiringli zararlanish (follikulitlar, uchuklar, furunkullar, infizirlangan ekzema va h.k.) mavjud terida anesteziya o'tkazish mumkin emas.
11. Anestetikdan intoksikatsiya simptomlari yuzaga kelganda traxeyani intubatziya qilishga tayyor bo'lish, sun'iy o'pka ventilyatsiyasi apparati, infuzion eritmalar tayyorlangan bo'lishi, yurakni massaj qilish texnikasini bilish zarur.

Infiltratsiyali anesteziya.

Zarur instrumentlar va vositalar: igna va shpritz, anestetik eritmasi.

Operatziya zonasini in'ektziya qilish natijasida anesteziyalovchi preparatlar sezuvchi nerv oxirlariga etib boradi. Infiltratsiyali anesteziya xuddi o'tkazuvchi anesteziya ta'siriga o'xshash holda keng zonada joylashgan nerv poyalarini falajlaydi. Agar terining ma'lum bir sohasida tezda anesteziyaga erishish kerak bo'lsa (masalan, punktziya uchun), anestetik teri ichiga "limon po'stlog'i" hosil bo'lguncha kiritiladi.



Rasm 1. A) infiltratsiyali anesteziyada igna yo'nalishlari; a – anestetik eritmasini teri ichiga yuborish; b – anestetik eritmasi bilan terini infiltratsiyalash; v – teri osti yog' klettzhatkasini infiltratsiyalash.

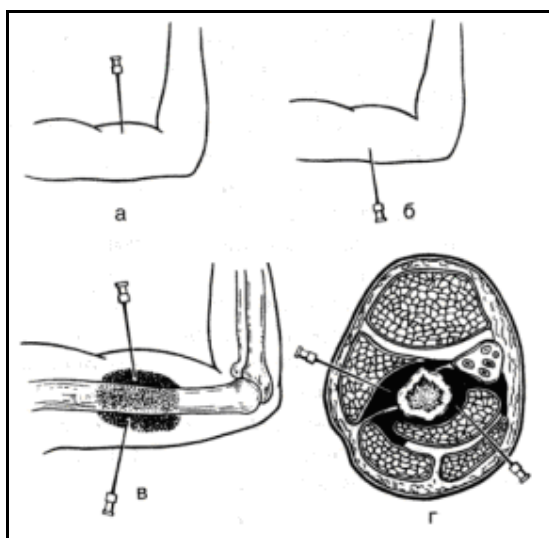
A.V.Vishnevskiy tomonidan ishlab chiqilgan sudraluvchi infiltrat uslubi mahalliy anestetik eritmasi bilan operatziyon kesim yo'nalishi bo'ylab to'qimalarni qavatma-qavat infiltratsiyasi amalga oshirilishiga asoslangan, bunda jarroh navbatma-navbat shpritz va skalpel bilan ishlaydi (infiltratsiya–kesish). Anestetikning qon tomirga tushishini oldini olish maqsadida preparatni ignaning harakati vaqtida yuborish kerak, bunda infiltrat qon tomirlarni sekin-asta chetga surib boradi.

AMALIY KO‘NIKMA № 2. YIRIK NERV POYALARI VA CHIGALLARINING NOVOKAINLI BLOKADASI

Futlyarli anesteziya.

A.V. Vishnevskiy tomonidan qo‘l-oyoqlarda qo‘llash maqsadida futlyarli novokain blokadasi ishlab chiqilgan. Futlyarli novokain blokadasi tinchlik va urush vaqtlarida, shuningdek boshqa fojialar natijasida ko‘p sondagi odamlarni qamrab olgan shikastlanishlarda va qo‘l-oyoqlar shikastlarida yuzaga keladigan travmatik shokni oldini olish va davolash borasida samarali uslub hisoblanadi. Futlyarli novokain blokadasi mos soha (yulka, bilak, son yoki boldir) tuzilishiga bog‘liq holda bir-biridan farq qiladi.

Zarur asboblari va vositalari: uzun igna va shpritz, anestetik eritmasi.



Rasm 2. Yelka sohasida futlyarli anesteziya: a) anestetik eritmani bukuvchi mushaklar g‘ilofiga yuborish nuqtasi; b) anestetik eritmani yozuvchi mushaklar g‘ilofiga yuborish nuqtasi; v) anestetik eritma deposi hosil qilinish zonasi; g) anestetik eritma deposining ko‘ndalang kesimda ko‘rinishi.

Yelkada futlyarli blokada ikkita nuqtadan: anestetik bukuvchi mushaklar futlyariga yelkaning oldingi yuzasidagi va yozuvchi mushaklar futlyariga yelkaning orqa yuzasidagi nuqtalardan amalga oshiriladi (0,25% li 100–120 ml eritma). Bilak tirsak bo‘g‘imida bukilgan holatdagi qo‘lning yelka sohasi oldingi yuzasi o‘rta uchdan bir qismida (qon tomir-nerv tutami proektziyasidan tashqarida) ingichka igna bilan “limon po‘stlog‘i” hosil qilinadi. Keyin ushbu sohaga uzun igna qadalib, u yelkaning ikki boshli mushagi orqali suyakkacha olib boriladi va oldingi mushak futlyariga novokain yuborilib zich infiltrat hosil qilinadi. So‘ng novokain eritmasi yelkaning orqa mushak futlyariga yelkaning uch boshli mushagi orqali yuboriladi.

Sonning futlyarli blokadasi bitta nuqtadan amalga oshiriladi. Sonning tashqi yuzasida hosil qilingan “limon po‘stlog‘i” orqali uzun igna sanchilib, anestetik igna yo‘nalishi bo‘ylab sekinlik bilan yuborilgan holda igna suyakkacha kiritiladi. Suyakka etib borgach igna biroz orqaga tortiladi va 0,25% novokain eritmasidan 150-180 ml kiritiladi. Preparat miqdori bemor konstitutsiyasiga va bo‘lg‘usi operatsiya hajmiga bog‘liq.

O‘tkazuvchi anesteziya

Anestetikni peri- va intranevral yoʻl bilan infiltratziya qilish orqali bir yoki bir nechta nerv poyalari oʻtkazuvchanligini toʻxtatish mumkin. Bunda sezuvchanlik va harakat yoʻqolishi bilan kechadigan keng zonani qamrab olgan anesteziyaga erishiladi. Birinchi boʻlib harorat sezgisi, keyin ogʻriq va taktil, oxirgi navbatda esa harakat sezgisi buziladi. Anestetik taʼsiri toʻxtagandan soʻng yuqorida sanab oʻtilgan sezgilarning tiklanishi teskari tartibda sodir boʻladi. Oʻtkazuvchi anesteziyani amalga oshirishdan oldin premedikatziya qilinishi tavsiya etiladi.

Lukashevich–Oberst boʻyicha oʻtkazuvchi ogʻriqsizlantirish

Koʻrsatmalar: qoʻl barmoqlarida bajariladigan operativ aralashuvlar.

Zarur asboblari va vositalari: igna va shpritz, tasmacha, qisqich, anestetik eritmasi.

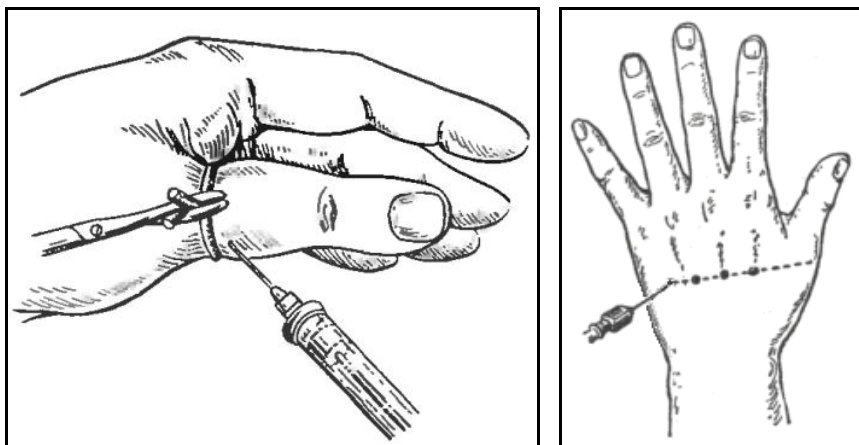
Texnikasi: barmoq asosining orqa-yon yuzasiga birin-ketin ikkita inʼektziya qilinadi, bunda igna barmoqning kaft yuzasiga yoʻnaltirgan holda 2% li novokain eritmasi yuboriladi. Keyin barmoq asosiga rezina tasmacha (steril) qoʻyiladi. Anesteziya 5–10 daqiqadan soʻng boshlanadi. Jgut teri kesilganidan keyin olinadi.

Braun–Usoltzeva boʻyicha oʻtkazuvchi ogʻriqsizlantirish

Koʻrsatmalar: qoʻl panjasi va barmoqlarida bajariladigan operativlar.

Zarur asboblari va vositalari: igna va shpritz, anestetik eritmasi.

Texnikasi: qoʻl panjasining orqa yuzasida kaft suyaklarining oʻrta va proksimal uchdan bir qismlari chegarasida suyaklararo oraliqlarga mos holda ingichka igna bilan teri ichi va ostiga 0,5% li novokain (yoki boshqa anestetik) eritmasi inʼektziya qilinadi. Keyin yirikroq va uzunroq igna olinib har bir suyaklararo oraliqlarga sekin-asta kiritilib panjaning kaft yuzasi teri ostiga tomon yoʻnaltiriladi. Bunda igna yoʻnalishi boʻylab har bir suyaklararo oraliqlarga 8–10 ml novokain eritmasi yuborilib boriladi.



Rasm 3. Oʻtkazuvchi anesteziya: a) bosh barmoqda Lukashevich–Oberst boʻyicha; b) qoʻl panjasida Braun–Usoltzeva boʻyicha.

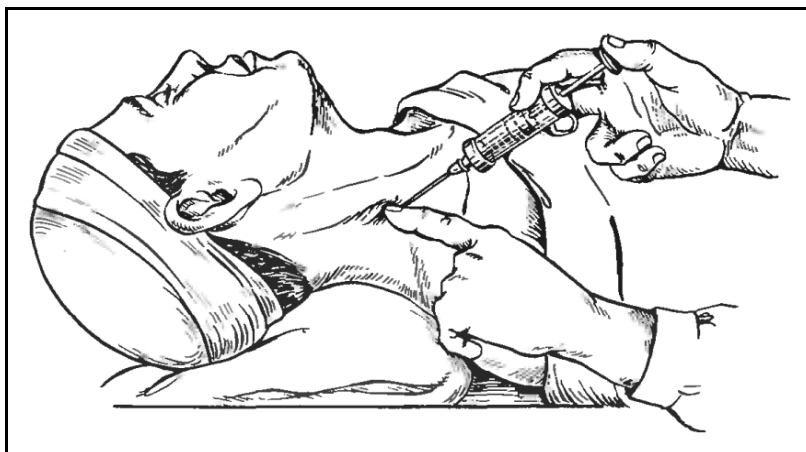
A.V.Vishnevskiy boʻyicha vagosimpatik blokada

Maqsad: koʻkrak qafasi shikastlari va koʻkrak boʻshligʻi aʼzolarida bajariladigan murakkab operativlarda rivojlanadigan plevropulmonal shokni oldini olish yoki bartaraf qilish, kuyishlarda mikrotzirkulyatziyani yaxshilash.

Zarur asboblari va vositalari: uzun igna va shpritz, anestetik eritmasi.

Texnikasi. Bemor chalqancha holatda yotqiziladi. Bosh qarama-qarshi tomonga buriladi. Boʻyinda toʻsh-oʻmrov-soʻrgʻichsimon mushakning orqa chetining tashqi boʻyinturuq venasi bilan kesishgan nuqtasi topiladi. Chap qoʻlning koʻrsatkich barmogʻi ushbu nuqtaga qoʻyiladi. Koʻrsatkich barmoq yordamida yumshoq toʻqimalar sekin-asta

kuch bilan bosiladi, bunda barmoq uchi umurtqa pogʻonasining boʻyin umurtqalariga taqalishi lozim. *Ushbu harakat boʻyinning medial qon-tomir nerv tutami (a.carotis communis, v.jugularis interna, n.vagus)ni ichkari tomonga surish imkonini beradi.* Barmoq bilan bosishni toʻxtatmasdan, koʻrsatkich barmoqning tirnoq falangasi yuqorisida oʻng qoʻldagi shpritz va igna yordamida terida “limon poʻstlogʻi” hosil qilinadi. Soʻngra, novokainning 0,25% li 40-50 ml eritmasi yuborilgan holda, igna ichkariga umurtqalarning oldingi yuzasi tomon sekinlik bilan kiritiladi. Igna umurtqaga tekanda chap qoʻl barmogʻi bilan bosish toʻxtatiladi. Analgetikning qolgan qismi yuboriladi. Shpritz ignadan olinib, qon bor yoki yoʻqligi tekshiriladi.



Rasm 4. A.V.Vishnevskiy boʻyicha vagosimpatik blokada.

Novokain eritmasi umurtqa oldi fastziyasi boʻylab sudraluvchi infiltrat koʻrinishida tarqalib, adashgan nerv va boʻyin simpatik poyasi, baʼzida esa diafragmal nerv epinevriysi bilan kontaktga tushadi. Toʻgʻri bajarilgan blokada belgilari: shu tomondagi yuz terisi va skleraning qizarishi, *Klod Bernar–Gorner* sindromining musbatligi – qorachiq torayishi (midriaz), qovoqlar tirqishining torayishi (ptoz) va koʻz olmasining botishi (enofthalm).

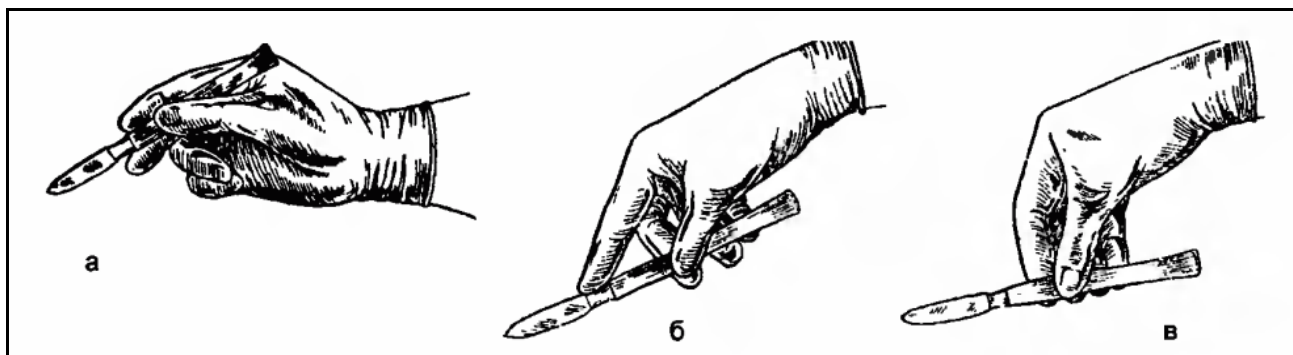
AMALIY KO‘NIKMA № 3.

TO‘QIMALARNI AJRATISH VA BIRLASHTIRISH

Har bir operatsiya ketma-ket keluvchi bosqichlardan iborat. Birinchi bosqich o‘tkir asbob yordamida yoki tumtoq yo‘l bilan to‘qimalarni qavatma-qavat ajratish. Kesish yo‘nalishi iloji boricha yirik qon tomir va nervlar yo‘nalishiga, shuningdek teridagi Langer chiziqlari joylashishiga mos kelishi lozim. Ikkinchi bosqich – operativ uslub – shikastlangan a‘zo yoki to‘qimadagi jarrohlik aralashuvi. Uchinchi bosqich – a‘zo yoki to‘qimalarning anatomik va funktsional butunligini tiklash uchun to‘qimalarni birlashtirish.

To‘qimalarni ajratish

Teri, teri osti klettzhatkasi, fastsiyalar, mushaklar, ichki a‘zolarni kesish skalpellar, amputatsion va rezektsion pichoqlar, qaychilar yordamida bajariladi. Terini kesish uchun qorinchali skalpeldan foydalaniladi. Skalpelni qo‘lda ushlashning bir nechta usuli bor (ruchka, g‘ijjak, oshxona pichog‘i, mushtda).



Rasm 5. Skalpelni ushlash qoidalari.

a – ruchka tipida; b – oshxona pichog‘i tipida; v – g‘ijjak tori tipida.

Ba‘zi hollarda to‘qimalarni kesish elektr pichoq yordamida bajariladi, u bir vaqtning o‘zida ham kuydiruvchi (dezinfektsiyalovchi), ham qon to‘xtatuvchi ta‘sir ko‘rsatadi.

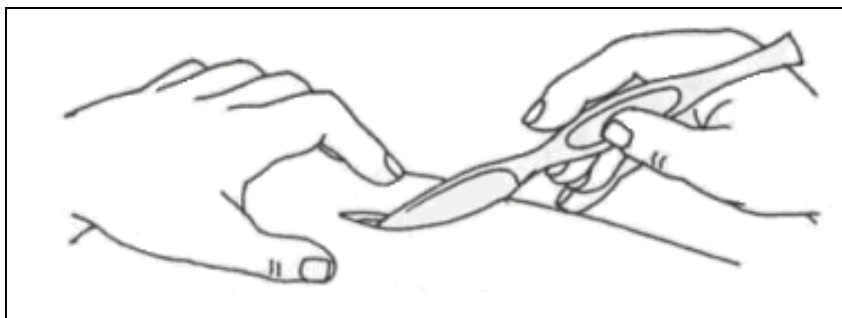
To‘g‘ri rejalangan kesim operatiya uchun zarur bo‘lgan ishchi maydonni ta‘minlay oladigan uzunlikka ega bo‘ladi. Kesim joyi (kesim chizig‘i) har doim yaxshi ko‘rinishi kerak.

Murakkab kesimlarda ularning yo‘nalish chiziqlari oldindan buyoq bilan belgilanadi.

Terini kesish

Kerakli asbob: qorinchali skalpel.

Texnikasi. Chap qo‘lning birinchi va ikkinchi barmoqlari bilan teri belgilangan kesim chizig‘idan ikki tomonda fiksatsiyalanadi va cho‘ziladi, o‘ng qo‘l bilan skalpel teriga 90 gradus ostida kiritiladi. Bundan so‘ng, skalpelni 45 gradus ostiga qiyshaytirib bir tekis harakat bilan kesish chizig‘ining oxirigacha olib boriladi. Kesish skalpelni teriga perpendikulyar holatga o‘tkazish bilan tugatiladi. Bu usul kesimning butun davomiyligida bir xil chuqurlikka ega bo‘lish imkonini beradi.



Rasm 6. Terini kesish texnikasi.

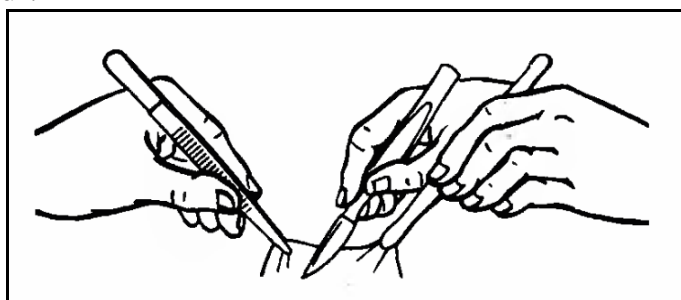
Teri jarohatining chetlarini avaylash lozim, bu jarohat bitishini tezlashtiradi. Teri jarohatlari chetlarini faqat ingichka, oʻtkir, bir-, ikki- yoki toʻrt tishli ilmoqlar bilan ushlab va koʻtarish mumkin. Agar operativ aralashuv uzoqroq vaqt davom etadigan boʻlsa, unda teri chetlarini ushlagich-iplar bilan tutib turish kerak (iplar oxirlari asbob yordamida fiksatsiyalanadi). Bunday iplarni qoʻyish uchun igna teri va teri osti klettzhatkasi chegarasidan olib oʻtiladi.

Kesilgan yuza tomirlarni assistent dokali shariklar bilan bosib turadi; qon ketishni toʻxtatish Pean yoki Koxerning qon toʻxtatuvchi qisqichlarini qoʻyish va keyin tomirlarni bogʻlash bilan amalga oshiriladi. Baʼzi holatlarda diatermokoagulyatsiya yordamida gemostaz bajariladi.

Fastsiyani kesish

Zarur asboblari va vositalari: qorinchali yoki oʻtkir uchli skalpel, jarrohlik pintztlari, tarnovsimon zond.

Texnikasi. Teri va teri osti klettzhatkasi kesilganidan soʻng jarroh (assistent bilan birgalikda) operatsion jarohat markazida ikkita xirurgik pintset yordamida fastsiyani koʻtaradi, fastsiyani ozgina kesib, u erga tarnovsimon zondni kiritadi. Skalpel tigʻini yuqoriga qaratgan holda zond tarnovi boʻylab fastsiya butun operatsion kesim davomiyligida kesiladi.



Rasm 7. Fastziyani kesish texnikasi.

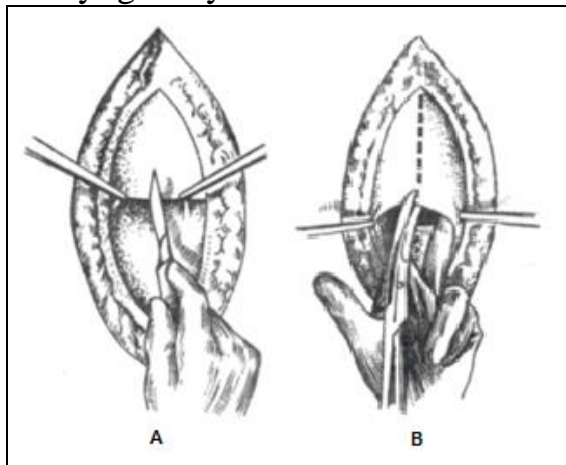
Mushaklarni kesish

Qorin parda boʻshligʻi aʼzolarida bajariladigan operatsiyalardan soʻng rivojlanishi mumkin boʻlgan operatsiyadan keyingi churralarning oldini olish maqsadida qorin old-yon devori mushaklarini kesmaslikka intilish kerak, mushaklarni tolalari yoʻnalishi boʻylab tumtoq yoʻl bilan ajratish lozim. Boshqa holatlarda mushaklar koʻndalangiga kesilishi shart.

Qorin pardani kesish

Zarur asboblari va vositalari: qorinchali yoki oʻtkir uchli skalpel, tumtoq uchli Koxer qaychilari, anatomik pintztlar.

Texnikasi. Ikkita anatomik pintzet yordamida qorin parda ko‘tariladi va biroz kesiladi. Chap qo‘lning ikkinchi va uchinchi barmoqlari hosil bo‘lgan teshikka kiritilib qorin parda yuqoriga ko‘tariladi, barmoqlar orasidan parietal qorin parda qaychi yordamida teri kesimi davomiyligi bo‘yicha kesiladi.



Rasm 8. Qorin pardani kesish texnikasi.

To‘qimalarni birlashtirish

To‘qimalarni birlashtirishni qo‘l bilan chok qo‘yish, turli tikuvchi moslamalarni qo‘llagan holda mexanik chok qo‘yish yoki yopishtirish (to‘qima suyuqliklari bilan kontaktda bo‘lganda tezda qotish bilan sodir bo‘ladigan suyuq monomerlarning polimerizatziyasi) orqali amalga oshirish mumkin. Ko‘pincha tugunli va uzluksiz chok qo‘llaniladi.

Choklarni qo‘l bilan qo‘yish – to‘qimalarni birlashtirishning eng ko‘p ishlatiladigan usuli. Choklar igna, igna tutqichlar va tikuv matolari yordamida qo‘yiladi.

Tikuv materiallari – jarohat chetlarini birlashtirish yoki tomirlarni bog‘lashda qo‘llaniladigan materiallarning umumiy nomi. Tikuv materialini sifatida ketgut, paxta, ipak, zig‘ir tolali iplar, ot tolasi, kiyik paylaridan tayyorlangan iplar, turli-tuman sintetik iplar va metall sim ishlatiladi. Tikuv materialini tanlash jarrohlik aralashuvining turi va hajmi, shuningdek tikilayotgan to‘qimalar xarakteri va ular bitib ketishi muddatlariga bog‘liq.

Tikuv materialiga qo‘yilgan asosiy talablar: biologik moslik, so‘riluvchanlik, mustahkamlik (pishiqlik) va atravmatiklik.

Ipning yuza xossalari: eshilgan va to‘qilgan iplar g‘adir-budir yuzaga ega va to‘qimalardan o‘tayotganda arralovchi ta’sir hosil qiladi. Polimer qobiqli monofilament va polifilament iplar arralovchi ta’sirni kamaytiradi va ipning sirpanishini engillashtiradi. Ammo polimerli qobiq tugunning mustahkamligini susaytiradi va murakkab konfiguratsiyali tugunlar qo‘yishni talab qiladi.

Ipning igna bilan birikishi: atravmatik ignalar eng yaxshi deb hisoblanadi, ularda ip ignaga kavsharlangan va xuddi ignaning davomidek ko‘rinadi. Alohida kichik o‘lchamdagi iplar talab qilinadigan mikrojarrohlikda ba’zi ignalarni ipga metallni purkash yo‘li bilan tayyorlashadi.

Ipning manipulyatsion xossalari: elastiklik va egiluvchanlik kiritilgan. Qattiq iplar bilan manipulyatsiya qilish qiyinroq, ular to‘qimalarni shikastlaydi, va chandiq hosil bo‘lishi yallig‘lanish bosqichi orqali sodir bo‘ladi. Shu bilan bir vaqtda haddan

tashqari elastiklik jarohat chetlarining bir-biridan uzoqlashishiga olib keladi. Eng yaxshi manipulyatziyon xossasiga ipak iplar ega (“oltin standart”).

Tikuv materialining tasnifi.

1. So‘riladigan tikuv matolari:

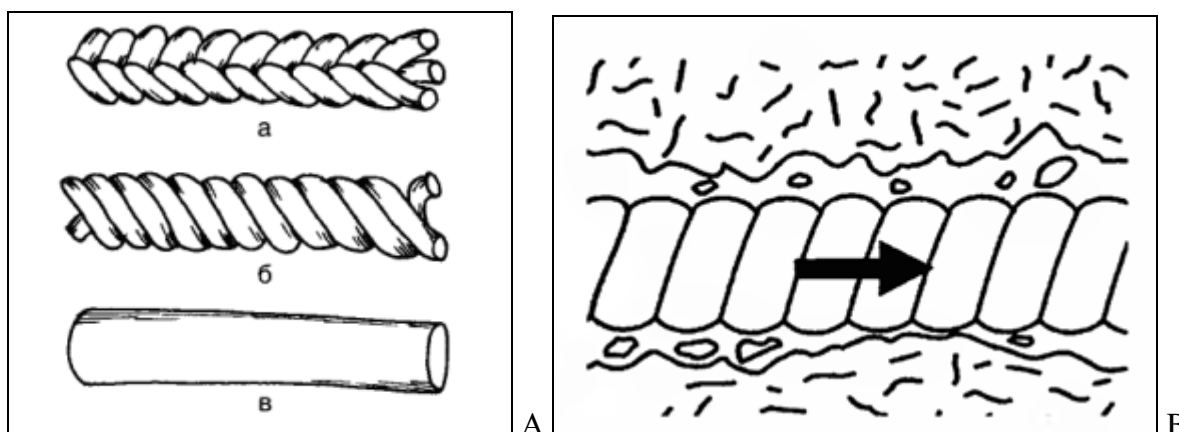
- A) tabiiy: ketgut (ketgut-plan, ketgut-xrom), kollagen, pay ipi;
- B) sintetik: poliglikolid, tzellyuloza, polidioksanon asosidagi materiallar.

2. So‘rilmaydigan tikuv matolari:

- A) tabiiy (zig‘ir, ipak, paxta);
- B) sintetik: poliamidli materiallar (mariderm, kapron, neylon, dakron), poliefirli materiallar (lavsan, neylon, etibond, mersilen, M-dek) va boshq.;
- B) metalli: po‘lat sim, titanli klipslar.

Ip tuzilishi

To‘qilgan ip ancha ingichka iplar tutamidan tashkil topgan. Bunday ip uzilishga nisbatan etarlicha pishiq, lekin monofilament ipga qaraganda ancha travmatik. Bundan tashqari u “pilik xossasi” ga ega, bu infeksiyaning ip bo‘ylab tarqalishiga olib keladi.



Rasm 9. A) ip tuzilishi: a – to‘qilgan; b – eshilgan; v – monofilament; B) ipning to‘qimalarni arralash effekti.

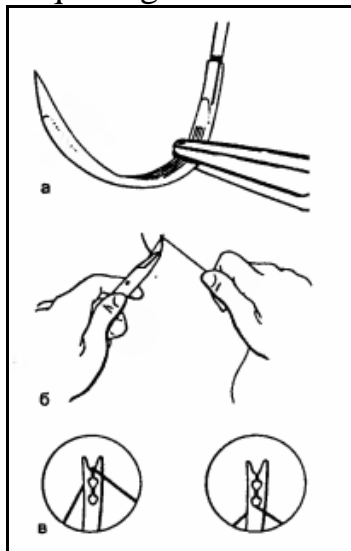
Eshilgan ip (zig‘ir, ipak) zamonaviy jarrohlikda kam qo‘llaniladi.

Monofilament ip – yaxlit tola ko‘rinishidagi sintetik ip – to‘qimalardan o‘tishda ularni shikastlamaydi («oltin standart»).

Tikuv materialini tanlash (ipak, ketgut, simlar va boshq.) chokka qo‘yilgan talablarga va materiallarning sifati, kamchiliklari va afzalliklariga bog‘liq. Ipak ipi organizm to‘qimalarida deyarli so‘rilmaydi. Ketgut so‘rilib ketish xossasiga ega (ip qalinligi va uni dastlabki qayta ishlanishiga bog‘liq holda), ammo ketgut ishlatilganda chok pishiqligi va tugun mustaqamligi ipak ipga nisbatan ancha kam bo‘ladi. Shuning uchun to‘qimalarni biriktirishda yetarlicha mustahkamlik zarur bo‘lsa (masalan aponevrozlarni tikish) ipak iplar qo‘llaniladi; tez so‘riluvchi material va to‘qimalarda yot jism bo‘lmasligi talab qilinganda (buyrak jomi, siydik pufagini tikish) ketgut qo‘llaniladi.

Ignani tanlash. Kesuvchi jarrohlik ignalari nisbatan zich to‘qimalar (teri, aponevroz)ni tikishda ishlatiladi. Sanchuvchi ignalar nisbatan yumshoq to‘qimalar (ichak, mushaklar)ga chok qo‘yishda qo‘llaniladi.

Ignaning orqa va oʻrta uchdan bir qismi (ignaning quloqchasiga yaqinroq joyda) igna tutqichning “tumshugʻi” bilan ushlanib mahkamlanadi. 15-18 sm li (tugunli choklar uchun) yoki ancha uzunroq oʻlchamdagi ip (uzluksiz choklar uchun) yuqoridan pastga qarab jarrohlik ignalari quloqchasiga oʻrnatiladi.



Rasm 10. Ignani igna tutqich bilan ushlash va ipni igna quloqchasiga oʻrnatish.

Ichak choklari uchun baʼzida toʻgʻvri ignalar ham qoʻllaniladi, ularni igna tutqichsiz ishlatish mumkin.

Jarohatni yopishning asosiy tamoyillari.

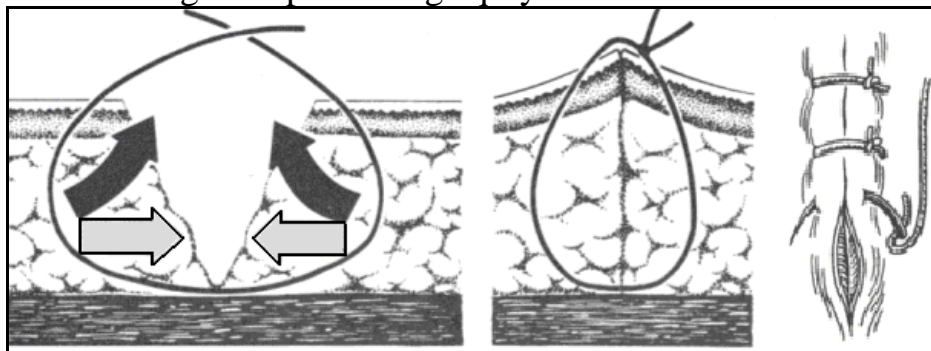
Jarohat chetlarini kuchli tortib tikish mumkin emas. Jarohat chetlarini choʻzmasdan engil harakatlar bilan ingichka ilmoqlar yordamida yaqinlashtirish kerak.

Yot jismlar (hatto ligaturalar) uzoq vaqt jarohatda qolmasligi lozim, sababi ular jarohatning normal bitish jarayoniga toʻsqinlik qiladi.

Shikastlar natijasida yuzaga kelgan jarohatlarni yopishda jarrohlik asboblari va tikuv materiallari toʻqimalarni iloji boricha kamroq shikastlashiga intilish zarur. Jarohat chetlarini koʻtarib turish uchun yordamchi asboblardan: ingichka, bir- yoki ikki tishli ilmoqlar, maxsus pintsetlardan foydalanish kerak. Chok qoʻyishda xirurgik pintsetlardan foydalanish umuman mumkin emas. *Eslab qoling*: hech qanaqa kuch bilan jarohat chetlarini yaqinlashtirishga, ularni adaptatziyalashga urinmaslik kerak.

Tugunli chok.

Tugunli chok alohida toʻrtta baxyadan iborat, har bir baxya oʻz ichiga 4 ta bosqichni oladi: ignani sanchib kiritish, uni chiqarish, ligaturani tortish va uni bogʻlash. Tugunli chok odatda teriga va aponevrozga qoʻyiladi.



Rasm 11. Tugunli chok qoʻyish texnikasi.

Jarrohlik amaliyotida ko‘pincha oddiy tugunli chok, shuningdek tugunli choklarning boshqa turlari qo‘llaniladi.

Zarur asboblar va vositalar: kesuvchi ignalar, ignatutqichlar (Xegar, Матъе), ipak ip (to‘qilgan, eshigan), ilmoqlar (bir-, ikki tishli), anatomik pintsetlar.

Oddiy tugunli chok texnikasi. Jarohat chetini qayirib undan 0,5-1 sm uzoqroqda epitelial qavatga igna sanchiladi va igna terining barcha qavatidan o‘tkaziladi (igna egriliga mos ravishda qo‘lni harakatlantirgan holda). Keyin igna teri osti klettzhatkasidan o‘tkaziladi, bunda igna jarohat tubidan o‘tkanligiga e‘tibor qilish lozim. Jarohatning qarama-qarshi chetidan igna chuqurdan yuzaga qaragan yo‘nalishda chiqariladi. Igna jarohat chetlari orqali simmetrik tarzda o‘tishi kerak. Bunda chokka to‘qimalarning bir hil miqdori tushadi. Igna to‘qimalardan ikki bosqichda (sanchish va chiqarish) alohido holda o‘tishi kerak.

Ignani sanchish va chiqarish jarohatga qat’iy ravishda perpendikulyar bo‘lmog‘i zarurdir. Chokning baxyalari etarlicha siyrak bo‘lishi kerak. Har bir ip o‘tkazilganidan keyin bog‘lanadi va kesiladi. Tugun jarohat ustida emas, balki igna sanchish yoki chiqarish nuqtalari ustida qo‘yilishi lozim.

Eslab qoling!

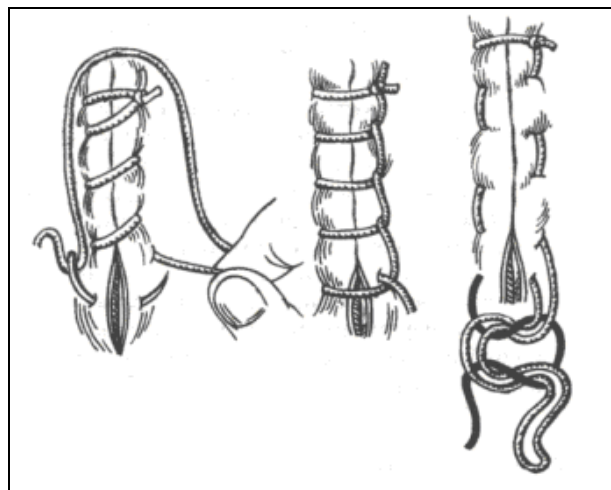
- Agar igna jarohat chetlaridan uzoqda sanchilsa, unda chokka yuza qavatlardagi to‘qimalarning ko‘p qismi tushadi va tugun bog‘lanayotgan vaqtda to‘qimalarning ushbu katta miqdordagi massasi jarohat chetlarini ichkariga va pastga siljitadi, natijada terining epitelial cheti ichkariga qayriladi va jarohat tomon kirib ketadi.
- Har xil xarakterdagi jarohat chetlarini birlashtirayotgan vaqtda chok tuguni ancha adaptatziyalangan tomonda bo‘lishi lozim.
- Jarohatning ikkala chetini bir vaqtda tikishni faqat kichik yuza jarohatlarda bajarish mumkin. Bunday holatlarda jarohat chetlarini barmoqlar bilan yaqinlashtirish kerak.
- Chok tagida bo‘shliq qoldirmaslik uchun chokni juda ham yuza holatda qo‘yish mumkin emas, sababi bo‘shliqda jarohat ajralmasi to‘planishi mumkin. Jarohatning bir chetini yuzaroq, boshqa chetini chuqurroq olish kerak emas, sababi bunday holatlarda har xil to‘qimalarning bir-biriga yaqinlashishi sodir bo‘ladi.
- Terining uzun masofadagi jarohatida avvalambor jarohatning o‘rtasiga bitta chok qo‘yish kerak, so‘ngra, jarohatning ikkala yarmini teng bo‘lib, ushbu joylarga yana ikki chok (situatsion choklar) qo‘yish lozim, bundan keyin qolgan jarohat qismlarini choklar bilan birlashtirish kerak (1-2 sm masofada). Jarohat chetlarini ancha zich biriktirishni talab qiladigan aponevrotik choklarni bir-biriga yaqinroq qo‘yish lozim.

Uzluksiz chok.

Uzluksiz chokning birinchi baxyasi xuddi tugunli chokdagidek bog‘lanadi, so‘ng xuddi shu ip bilan jarohatning to‘liq masofasi tikiladi, bunda chokka jarohatning barcha qavatlarini chuqurlik va kengligi bo‘yicha bir xil tarzda olish kerak. Odatda igna teriga jarohat chetidan 1 sm masofada sanchiladi va qarama-qarshi tomonda xuddi shundoq masofada teridan chiqariladi. Chokning har bir baxyasidan keyin assistent ikkitta pintset bilan ipni ushlab oladi va shu bilan jarohat chetlarini yaqinlashtiradi. Choklar bir-biridan 1-2 sm masofada qo‘yiladi.

Chokning oxirgi baxyasida iplarni ikkitalik xirurgik tugun bilan tugatish kerak. Uzluksiz chokning klassik namunasi *Multanovskiy* chokidir.

Uzluksiz choklar ortiqcha yuklamalar ta’siri bo‘lmaydigan joylarga qo‘yiladi.



Rasm 12. Uzlukusiz chok qo'yish texnikasi.

Matrats choklar.

Matrats choklar ham tugunli, ham uzluksiz bo'lishi mumkin.

Vertikal matrats choki: uzlukli chok, uni qo'yishda igna jarohatga kiritilgan tomondan chiqariladi. Bunda ip jarohat chetlariga perpendikulyar holatda joylashadi. Chokning keyingi baxyasi jarohatning boshqa chetida hosil qilinadi. Bu chok qo'llanilganda jarohat chetlarining bir-biriga chog'ishishi juda yaxshi bo'ladi. Odatda *Mak-Milan* yoki *Donati* vertikal choklari qo'llaniladi.

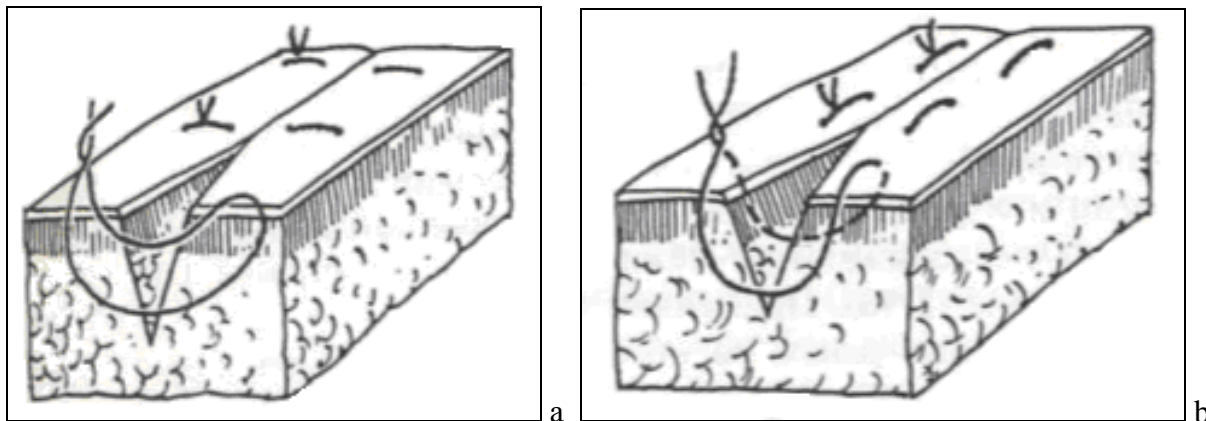
Texnikasi. Igna jarohat chetidan 2-3 sm masofada biroz tashqariga qiyshaytirilgan holda kiritiladi. Keyin igna jarohat tubiga qarab yo'naltiriladi. Ignaning uchi jarohat kesimining eng chuqur nuqtasi orqali o'tishi lozim.

Jarohat tubidan ip o'tkazilgandan so'ng igna va ip jarohatning boshqa cheti orqali igna kiritish nuqtasiga simmetrik holda chiqariladi. Ignani kiritish va chiqarish nuqtalari teri yuzasida jarohat chetidan bir xil masofada bo'lishi kerak. Igna chiqarilgan tomonda igna yana jarohat cheti yaqinida teriga sanchiladi va derma qavatini o'rtasidan chiqariladi, qarama-qarshi tomonda derma qavatidan kiritilib teri yuzasiga simmetrik holda chiqariladi.

Ip baxyasining yuza qismi shunday bajarilishi kerakki, bunda igna kiritish va chiqarish nuqtalari, ya'ni ignaning dermada paydo bo'lish nuqtalari ikkala tomonda bir xil bo'lishi lozim. Chok tortilganda jarohat chetlari biroz ko'tariladi va derma hamda epitelial qavatlar bir-biriga mos ravishda chog'ishadi.

Gorizontal matrats (P-simon) chokni jarohat chetlarini andak ko'tarish kerak bo'lganda qo'yiladi. U vertikal chokdan shunisi bilan farq qiladiki, bunda ip teri yuzasida jarohat chetlariga parallel joylashadi.

Texnikasi. Ingichka ipli atravmatik ignani jarohatning chetidan 2-3 mm masofada kiritiladi va jarohatning qarama-qarshi tomonida igna kiritilish nuqtasiga simmetrik holda chiqariladi. Keyin igna chiqish joyidan 4-6 mm masofada yana teriga kiritilib qarama-qarshi tomondagi jarohat cheti orqali o'tkaziladi va ilk bor sanchilgan nuqtadan 4-6 mm masofada chiqariladi hamda ip oxirlari bog'lanib tugun hosil qilinadi.



Rasm 13. Matrats chok: a) vertikal; b) gorizontal.

Teri ichi choklari.

Uzluksiz teri ichi (ham haqiqiy teri ichi, ham teri osti) choklari ipni teri yuzasiga chiqarmasdan teriga parallel holda va bir xil chuqurlikda qo'yiladi. Sezilmaydigan yoki yaShirin choklarni (teri ichi choklarini) plastik operatsiyalarda qo'llash maqsadga muvofiq (jarohat cheti bo'ylab taranglashish pasayadi, terida chok tamg'alari bo'lmaydi). Ammo shuni esda tutish kerakki, jarohat chetlarini aniq chog'ishtirmaslik qo'pol chandiq yuzaga kelishiga sababchi bo'ladi.

Fastsiya va aponevrozlarni tikish.

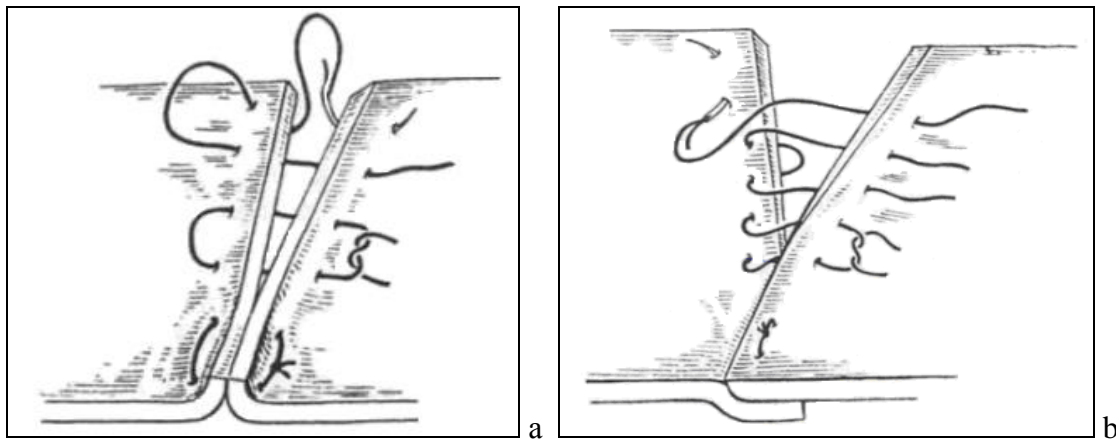
Fastsiyalar ketgut yoki ipak bilan tikilishi mumkin. Odatda tugunli choklar qo'llaniladi. Mushaklar aponevrozlarini ipak iplar bilan tikish yaxshiroq natija beradi. Aponevrozni tikishda uning chetlarini faqat chok qo'yish joylarida shaylash zarur, aponevrozni keng shaylash uning oziqlanishi buzilishiga va nekrozga olib keladi. Choklar bir-biridan 0,5–1 sm masofada qo'yiladi. Chokning har bir tugunlarini mahkam (tarang qilib) bog'lash kerak.

Oddiy tugunli aponevroz choki. Igna kesim chetidan 0,8–1 sm masofada sanchiladi va qarama-qarshi tomondagi jarohat chetidan simmetrik holda chiqariladi. Chokka boshqa to'qimalar olinmasligini kuzatib borish kerak. Chok tuguni chog'ishtirilayotgan aponevroz chetlaridan yon tomonlarida qo'yilishi lozim.

Aponevroz duplikaturasi hosil qilinib qo'yiladigan P-simon chok. Ushbu chok ko'pincha churra darvozalarini plastika qilishda qo'llaniladi. Bu chokni qo'yishda aponevroz chetlarini ko'proq hajmda shaylash darkor bo'ladi.

Igna kesilgan aponevrozning bitta chetida sanchilib aponevrozning barcha qavatlaridan o'tkaziladi va aponevrozning qarama-qarshi tomonida tashqaridan-ichkariga va ichkaridan-tashqariga o'tkazilib, aponevrozning dastlabki igna sanchilgan chetidan ichkaridan tashqariga qarab o'tkaziladi. Iplar tortilganda aponevrozning bir cheti ikkinchi chetining ustiga joylashadi va chok chizig'i bo'ylab aponevrozning duplikaturasi yuzaga keladi.

Duplikaturadan yuqoridagi aponevroz lahtagi alohida tugunli choklar yordamida pastki lahtakka tikiladi. Bunda aponevroz varaqalarining bir-biriga birikishini ta'minlovchi mustahkam chandiq hosil bo'lishga sharoit yaratiladi.



Rasm 14. Aponevrozni tikish: a) tugunli chok bilan; b) P-simon chok bilan (duplikatur hosil qilish).

Mushak choki.

Mushak tolalari yoʻnalishi boʻylab kesilgan mushaklarni tikish uchun odatda oddiy tugunli choklar yoki uzluksiz ketgutli choklar qoʻllaniladi, bunda har ikkala tomondan mushakning 1 sm dan koʻp boʻlmagan toʻqimasi chokka olinadi va choklar kesilgan mushak chetlarining faqat bir-biriga yaqinlashgunicha tortiladi, bu mushaklar atrofiyasi yuzaga kelishini oldini oladi. Mushak tolalari yoʻnalishiga koʻndalang holda kesilgan mushaklarga qoʻyilgan tugunli chok mushaklar orasidan yorib chiqadi, Shuning uchun bunday hollarda fastsial plastinkali P-simon mushak choki qoʻllaniladi.

Qorin pardani tikish.

Qorin parda ingichka ketgut yordamida chirmashuvchi uzluksiz chok bilan tikiladi.

Moslashtiruvchi choklar.

Ular jarohat chetlarining qalinligi turli xil boʻlgan jarohatlarga, yoki jarohatning bir cheti ajratilgan, boshqasi esa fiksatsiyasini yoʻqotmagan jarohatlarga qoʻyiladi.

Bir cheti toʻqimalardan ajratilgan va harakatzhan, boshqa cheti esa chuqurdagi toʻqimalarga fiksatsiyalangan jarohat quyidagi tarzda tikiladi: igna jarohatning harakatzhan cheti yaqiniga sanchilib jarohat tubi orqali oʻtkaziladi va keyinchalik ichkaridan-tashqariga qarab fiksatsiyalangan jarohat cheti orqali teri yuzasiga chiqariladi. Shu asnoda, masalan oziqlantiruvchi oyoqchali teri lahtaklari tikiladi.

Har xil qalinlikdagi jarohat chetlari birlashtirish jarayoni avvalambor jarohatning ancha ingichka cheti tikilishidan boshlanishi zarur. Bunda teri cheti yaqinidan kiritilgan igna teri osti klettzhatkasi boʻylab qiyshiq yoʻnalishda tashqariga harakatlantiriladi, ignaning sanchilish va chiqarilish nuqtalari jarohatning ikkala chetida ham bir xil masofada boʻlmogʻi lozim.

Agar jarohat chetlari haddan tashqari koʻtarilgan, har xil qalinlikda boʻlsa “oʻlik boʻshliq” hosil qilmaydigan va jarohat chetlarini maksimal tarzda moslashtiradigan turli matratz choklar qoʻllanilgani maʼquldir.

Ikkilamchi choklar.

Jarohatga birlamchi jarrohlik ishlovi berilgan yiringli jarohatlarni tikish uchun, birlamchi jarrohlik ishlovi berish muddati va jarohatdagi reparativ jarayonlar holatiga mos ravishda ikkilamchi choklar qoʻllanilishi mumkin.

Jarohatning notekis chetlari va haddan tashqari granulyatziyalar mavjud boʻlganda, jarohat chetlarida qoʻpol chandiqlar bor uzoq vaqt bitmagan, yaʼni teri chetlari chandiqlik hisobiga chuqurdagi toʻqimalarga birikib ketgan jarohatlarda jarohat

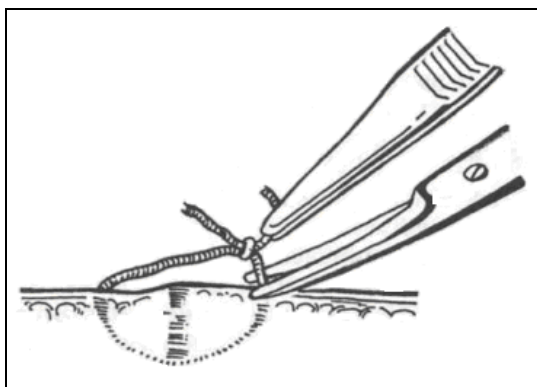
chetlari kesib olib tashlanadi. Boshqa vaziyatlarda granulyatsiyalarni kesish zarur emas, sababi jarohatda qoldirilgan granulyatsiyalar ancha qisqa muddatlarda mustahkam chandiq hosil qiladi.

Ikkilamchi choklarni qo'yishda maxsus ikkilamchi choklar ishlatiladi – Spasokukotskiy choki, vertikal ilmoqsimon chok, ko'p baxyali chirmashuvchi chok va boshq.

Teri chokini olish.

Teri choki quyidagi tarzda olinadi: chok tuguni xirurgik pintset yordamida ko'tariladi, chok kanalidan teri yuzasida joylashgan ip qismini o'tkazmaslik maqsadida ligatura chok kanalidan biroz tortib chiqariladi. So'ngra ip tugundan pastroqda kesiladi va chok butunlay chiqarib olinadi.

Klinik sharoitlarda choklar operatsiyadan keyingi 3–10 kunlarda olinadi.



Rasm 15. Chokni olish texnikasi.

Choklarni vaqtli olishning maqsadga muvofiqligini ta'kidlash joiz (jarohatdagi tikuv matosi biriktiruvchi to'qima hosil bo'lish jarayonini buzadi), bu, o'z navbatida, yiringlanish chastotasini kamaytiradi, bitish jarayonini tezlashtiradi va operat'iyadan keyingi mayin chandiq shakllanishiga olib keladi. Choklar olinganidan so'ng to'qimalarning siqilishi bartaraf qilinadi, limfa- va qon aylanish yaxshilanadi.

Chok tamg'alari (chokning teriga bosimi natijasida yuzaga kelgan izlar) jarohat haddan tashqari tortib tikilganda, Shish holati yuzaga kelganda, jarohat infitziqlanganda, katta hajmdagi to'qimalar chokka olinganda ancha ifodalangan bo'ladi.

AMALIY KO‘NIKMA № 4.

QON KETISHNI VAQTINCHALIK VA BATAMOM TO‘XTATISH USULLARI

Qon ketishning tashqi va ichki turlari farqlanadi. Tashqi qon ketish arterial, venoz, kapillyar va aralash bo‘lishi mumkin. Ichki qon ketishlar yopiq turdagi shikastlar natijasida yuzaga keladi.

Qon ketishni to‘xtatish usllarini ikki guruhga ajratishadi: **vaqtinchalik** va **batamom**.

Qon ketishni vaqtinchalik to‘xtatish uslublari:

- qo‘l-oyoqni bo‘g‘im sohasida ko‘tarish va maksimal bukish;
- siquvchi bog‘lamni q‘yish;
- *Mikulich-Radetzkiy* bo‘yicha tamponada qilish;
- barmoq bilan bosish;
- rezina jgut qo‘yish;
- qon to‘xtatuvchi qisqichlardan foydalanish.

Qo‘l-oyoqlardagi unchalik katta bo‘lmagan qon ketishlarni qo‘l yoki oyoqni ko‘tarib qo‘yish bilan to‘xtatish mumkin. Suyaklar sinmagan vaziyatlarda jarohatdan yuqorida qo‘l yoki oyoqni maksimal bukish bilan qon ketish to‘xtatiladi. Barmoq bilan bosib turish orqali qon ketishni qisqa vaqtga to‘xtatish mumkin, va uni faqat shoshilinch vaziyatlarda shikastlangan qon tomirga qisqich qo‘yishdan oldin qo‘llash kerak.

Rezina jgut arterial qon ketish joyidan yuqoriroqda, asosan yelka va son sohalariga qo‘yiladi. Jgutni shunday qo‘yish kerak-ki, bunda jgut qo‘yilgan joydan pastda arteriya pulsatsiyasi aniqlanmasligi lozim. Jgutni kuchsiz qo‘yish qon ketishini to‘xtamaydi, jgutni juda ham qattiq tarzda qo‘yish ham xavfli, sababi nerv va tomirlar siqilishi ruy beradi, bu keyinchalik falajlarga va tomir intimasining shikastlanishiga olib keladi-ki, uning natijasida qo‘l-oyoqning tomirlarida tromb hosil bo‘lishiga va so‘ngra gangrenaga sababchi bo‘ladi. Jgut qo‘yishni nafaqat qon ketishlarda, balki operatsiya vaqtida qon ketishni oldini olish maqsadida ham ishlatiladi. Ammo ushbu usulni qon ketishni vaqtinchalik to‘xtatish maqsadida kuchli ifodalangan ateroskleroz mavjud keksa yoshdagi shaxslarda va yallig‘lanish jarayonlari (tarqoq yiringli jarayon, limfangiit, anaerob infektsiya) bo‘lgan hollarda qo‘llash mumkin emas. Jgut faqat 1-2 soatga qo‘yiladi.

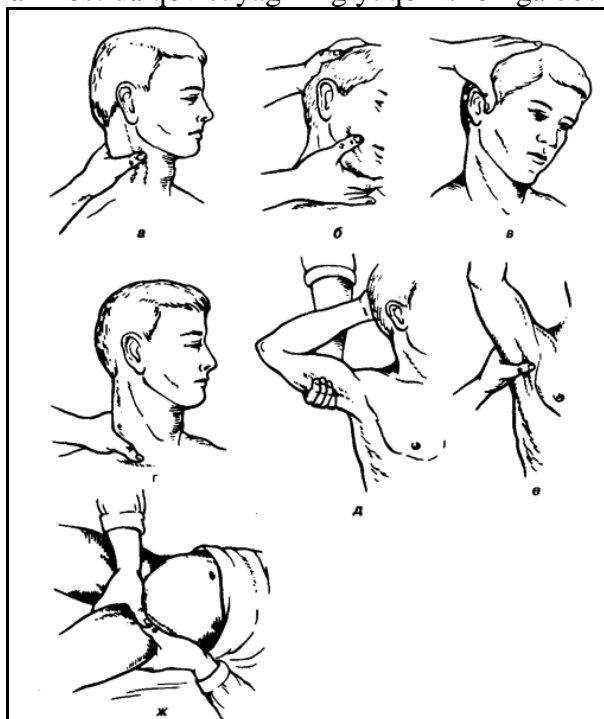
Yirik tomirlar shikastlanganda tamponada yoki bog‘lam qo‘yish bilan vaqtinchalik qon ketishini to‘xtatishga erishib bo‘lmaydi. Bunday holatlarda *Pean*, *Koxer* yoki “moskit” tipidagi qisqichlar ishlatiladi, ular yordamida jarohatdagi qon tomir ushlanib siqiladi va tomir bog‘lanadi, yoki qisqich ustida jarohatga bog‘lam qo‘yilib bemor davolash muassasasiga olib boriladi, u erda qon ketishni batamom to‘xtatish amalga oshiriladi.

Arteriyani barmoq bilan bosish. Vaqtinchalik qon ketishini to‘xtatishning bir usuli sifatida arteriyani shikast joyidan yuqorida suyakka barmoq bilan bosish hisoblanadi.

Arteriyalarni bosish joylari:

1. Boshda yuz chakka arteriyasini yonoq suyagidan yuqorida chakka suyagiga bosish mumkin.
2. Yuz sohasida yuz arteriyasi chaynov mushagining oldingi cheti oldida pastki jag‘ tanasiga bosiladi.
3. Bo‘yinda umumiy uyqu arteriyasini VI bo‘yin umurtqasining ko‘ndalang o‘simtasi uyqu dumboqchasiga bosish mumkin.

4. O‘mrov usti chuqurchasida o‘mrov osti arteriyasini I qovurg‘adagi oldingi narvonsimon mushak dumboqchasiga bosish mumkin.
5. Qo‘ltiq osti chuqurchasida qo‘ltiq osti arteriyasini yelka suyagining boshchasiga bosish mumkin.
6. Yelka arteriyasi yelkaning o‘rta uchdan bir qismida yelka suyagiga bosiladi.
7. Bilak va tirsak arteriyalarini shu nomli suyaklarning bigizsimon o‘simtalariga bosish mumkin.
8. Son arteriyasi chov boylami ostida qov suyagining yuqori shoxiga bosilishi kerak.



Rasm 16. Arteriyalarni bosish texnikasi. a – umumiy uyqu arteriyasini; b – yuz arteriyasini; v – yuza chakka arteriyasini; g – o‘mrov osti arteriyasini; d – yelka arteriyasini; e – qo‘ltiq osti arteriyasini; j – son arteriyasini.

Umumiy uyqu arteriyasini bosish texnikasi

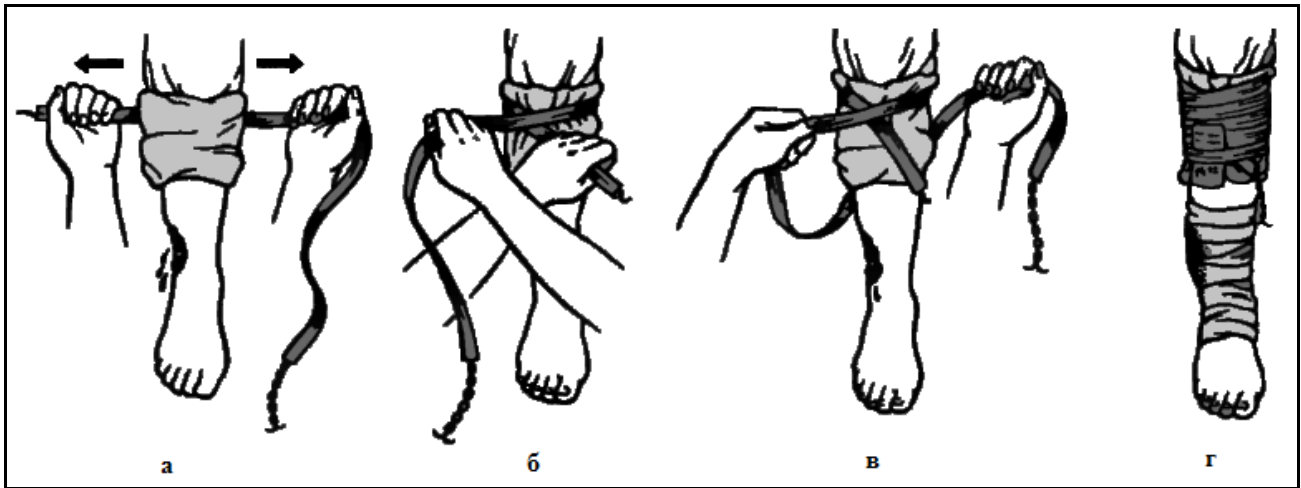
Jarroh jabrlanganning yuz tomonida joylashadi. O‘ng qo‘lning birinchi barmog‘i bo‘yinning oldingi yuzasiga o‘ng so‘rg‘ichsimon-to‘sh-o‘mrov mushagining oldingi cheti o‘rtasiga (agar jarohat chap tomonda bog‘lsa – chap qo‘lning birinchi barmog‘i chap so‘rg‘ichsimon-to‘sh-o‘mrov mushagining oldingi cheti o‘rtasiga) qo‘yiladi. Boshqa barmoqlar bo‘yinning orqa yuzasiga qo‘yiladi. Sekin-asta barmoqlar qat’iy tarzda sagittal tekislik bo‘yicha shikastlangan qon tomirdan qon ketishi to‘xtaguncha bir-biriga yaqinlashtiriladi.

Diqqat! Agar barmoqlar bilan siqishning yo‘nalishi chetga og‘sa, umumiy uyqu arteriyasi bo‘yin umurtqasining ko‘ndalang o‘simtasidan sirpanib chiqib ketadi, agar barmoq bilan bosish medial tomon yo‘naltirilsa, unda tomirdan ichkarida joylashgan traxeyani siqib qo‘yish mumkin.

Jgut qo‘yish

Jgut jarohatdan yuqorida, iloji boricha jarohatga yaqinroq qilib va qo‘l-oyoqning bitta suyakdan iborat qismlariga qo‘yiladi. Jgutdan faqat 2 soat foydalanish mumkin.

Esmarx jgutini qo‘yish texnikasi. Qo‘l-oyoqning terisi yuzasiga jarohatdan yuqorida taglik (kiyim qismi yoki qandaydir mato) qo‘yiladi. Taglik ustidan jgut bir nechta aylana hosil qilinib qo‘yiladi. Jgutning oxirgi aylanasi mustahkamlanadi. Jgut sohasiga jgut qo‘yilgan vaqt va yordam ko‘rsatgan odam familiyasi yozilgan qog‘oz biriktiriladi.



Rasm 17. Jgut qo'yish texnikasi.

a – jgutni qo'yishga tayyorgarlik; b – jgutni qo'yishning boshlanishi; v – birinchi turni fiksatsiyalash; g – jgutni qo'yishning oxirgi kosrinishi.

Qon ketishni batamom to'xtatish usullari:

1. Mexanik (ligatura qo'yish, tomirni jarohatda va masofada bog'lash).
2. Fizik (elektr- i termokoagulyatsiya).
3. Biologik (gemostatik gubka, biologik materiallar bilan tamponada qilish).
4. Kimyoviy (vodorod perekisi, xlorli temir eritmasi va boshq.).
5. Tomir choki.

Zarur jarrohlik asboblari va materiallari: kesuvchi: skalpel (qorinchali va o'tkir uchli), Rixter va Kuper qaychilari, o'tkir uchli qaychilar; fiksatsiyalovchi: pintsetlar (anatomik va xirurgik), Farabefning plastinkasimon ilmoqlari, tishchali Folkman ilmoqlari (o'tkir va tumtoq); qon to'xtatuvchi: Koxer va Bilrot qisqichlari, Deshan ignasi, Satinskiy qisqichi; yordamchi: tarnovsimon zond, korntsanglar (to'g'ri va qayrilgan), plastinkalar, Shpatellar, qoshiqchalar; to'qimalarni birlashtirish uchun: xirurgik ignalar (sanchuvchi va kesuvchi), ipak ligaturalar.

Tomirni jarohat ichida bog'lash.

Muolajani Shikast va otilgan jarohatlarda Shoshilinch tarzda amalga oshirish zarur. Tomirni jarohat ichida bog'lash qon ketishini to'xtatishning eng tarqalgan usulidir, uning maqsadi – shikastlangan joyda tomir bo'shlig'ini yopish.

Shikastlangan tomirga jarohat ichida ligatura qo'yish texnikasi. Jarohatdan yuqorida jgut qo'yiladi. Qon tomir-nerv tutami yo'nalishi bo'ylab jarohat kesilib ochiladi. Shikastlangan arteriyaning oxirlari ajratiladi. Shikastlangan arteriyaning oxirlariga, tomir o'qi bo'ylab qon to'xtatuvchi qisqichlar qo'yiladi. Arteriya oxirlari puxtalik bilan atrofdagi to'qimalardan 1-2 sm masofada ajratiladi. Avval arteriyaning markaziy, keyin periferik oxirlariga ligatura qo'yiladi. Yirik tomirlar shikastlanganda arteriyaning markaziy oxiriga ikki ligatura – bittasi bevosita arteriyaga, ikkinchisi shu tomir va atrofdagi to'qimalardan o'tkazilib (ligaturaning sirpanib chiqib ketishini oldini olish maqsadida) qo'yiladi. Arteriya oxirining unga qo'yilgan ligatura bilan birga pulsatsiyalanishi ligaturani to'g'ri qo'yilganligidan dalolat beradi.

Arteriyani masofada bog'lash. Agar Shikastlangan arteriyani jarohat ichida bog'lash iloji bo'lmasa arteriyani masofada bog'lash qo'llaniladi. A'zoning yoki qo'l-oyoqning shikastlangan bo'limiga qon kelishini kamaytirish yoki to'xtatish maqsadida Shikastlangan joydan proksimalroqda tomirni masofada bog'lashni bajarish zarur. Ushbu muolajani bajarish uchun yirik arteriya poyalarining proektsion chiziqlaridan foydalanish kerak. Bunda to'g'ri ochib kirish (arteriya qat'iy tarzda proektsion chiziq

bo‘ylab ochiladi) yoki chetki ochib kirish (arteriya proektzion chiziqdan tashqariroqda ochiladi) qo‘llanilishi mumkin.

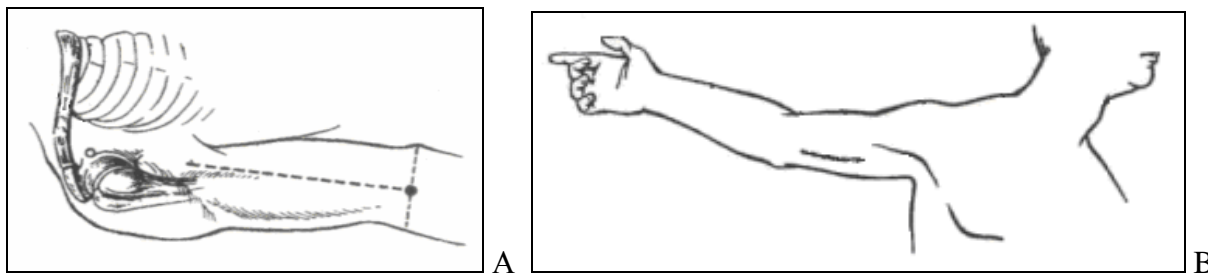
Yelka arteriyasini yelkaning o‘rta uchdan bir qismida ochish va bog‘lash operatsiyasining texnikasi.

Bemor holati chalqancha. Qo‘l supinatsiya holatida qo‘shimcha stolikga fiksatsiyalangan. Mahalliy infiltratsion anesteziya bajariladi.

Yelka arteriyasining proektzion chizig‘i: qo‘ltiq osti chuqurchasining cho‘qqisidan yelkaning ikki boshli mushagi ichki chetidagi medial egat bo‘ylab yelkaning ikki boshli mushagi payi va yelka suyagi ichki dumboq usti to‘pig‘i orasidagi masofaning o‘rtasiga o‘tkazilgan chiziqdir.

Yelka arteriyasining proektzion chizig‘idan 2 sm tashqarida 6-8 sm uzunlikda teri skalpel bilan kesiladi.

Teri jarohati chetlari o‘tkir Folkman ilmoqchalari yordamida yon tomonlarga tortiladi. Yelkaning ikki boshli mushagi ichki cheti bo‘ylab shu mushak fastsial g‘ilofining oldingi devori kesiladi. Mushak tumtoq Folkman ilmoqlari yoki plastinkasimon ilmoqlar yordamida lateral tomonga suriladi. Anatomik pintsetlar bilan ikki boshli mushak fastsial g‘ilofi orqa devorini hosil qiluvchi fastsiya ushlanib ehtiyotkorlik bilan biroz kesiladi. Hosil bo‘lgan teshikka tarnovsimon zond kiritiladi va zond bo‘ylab skalpel yordamida yelka ikki boshli mushagi fastzial g‘ilofining orqa devori kesiladi.



Rasm. 18. Yelka arteriyasini ochish va bog‘lash. A) yelka arteriyasining proektzion chizig‘i; B) yelka arteriyasini ochish uchun teri va teri osti klettzhatkasini kesish chizig‘i.

Ikkita yopiq holdagi pintsetlar yordamida tomir-nerv tutami ajratiladi. Arteriya yonidagi venalardan alohidalanadi. Vena va arteriya orasidan *Deshan* ignasi yordamida vena ostiga navbatma-navbat bir-biridan 1-2 sm masofada ikkita (periferik va markaziy) ligatura o‘tkaziladi va ular bog‘lanadi. Periferik va markaziy ligaturalar orasida markaziy ligaturadan 0,5 sm masofada venoz tomir kesiladi.

Oraliq nervi tomonidan *Deshan* ignasi yordamida arteriya ostiga ikkitalik ipak ligatura o‘tkaziladi. Avval xirurgik tugun bilan tomirning markaziy oxiri, so‘ng periferik oxiri bog‘lanadi. Keyin markaziy ligaturadan 0,5 sm distalroqda yana bitta tikilgan ligatura qo‘yiladi. Qaychilar bilan arteriya ikkita ligatura orasida kesiladi. Ligaturalar orasida arteriyaning kesilishi simpatik innervatsiyaning uzilishiga olib keladi, bu o‘z navbatida desimpatizatsiya samarasini beradi. Desimpatizatsiya kollateral qon aylanish rivojlanishi uchun yaxshi sharoit yaratadi. Operatsion jarohat qavatma-qavat tikiladi. Qo‘l tirsak bo‘g‘imida to‘g‘ri burchak ostida bukilib, yaqinlashtirilgan va supinatsiya qilingan holatda immobilizatsiyalanadi.

Yelka arteriyasini bog‘lashni yelka arteriyasidan *a.profunda brachi* chiqish joyidan pastroqda amalga oshirish zarur. Kollateral qon aylanish *a. profunda brachii* va

a. collateralis ulnaris superior shoxlarining bilak va tirsak arteriyalari qaytuvchi shoxlari (*a. recurrens radialis* va *ulnaris*) orasida rivojlanadi.

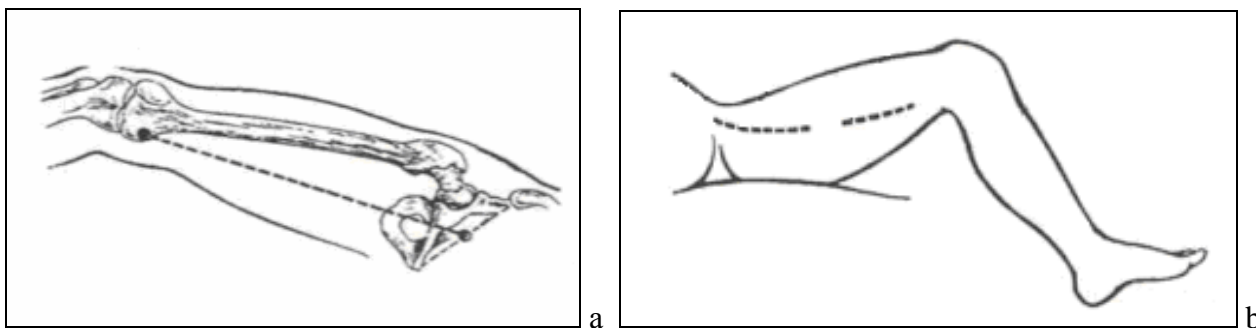
Yelka arteriyasini tirsak chuqurchasida ham bog‘lash mumkin.

Son arteriyasini ochish va bog‘lash operatsiyasining texnikasi.

Son arteriyasining proektzion chizig‘i (Ken chizig‘i) – oyoq tizza va tos-son bo‘g‘imlarida biroz bukilgan va tashqariga rotat‘iya qilingan holatida yuqori oldingi yonbosh o‘sig‘i va qov simfizi orasidagi masofaning o‘rtasidan son suyagining yaqinlashtiruvchi do‘mboqchasiga o‘tkazilgan chiziq.

Texnikasi. Bemor holati chalqancha, son biroz uzoqlashtirilgan va tashqariga rotatziya qilingan. Mahalliy infiltratsion anesteziya bajariladi.

Teri chov boylamining o‘rtasidan 1-2 sm yuqorida boshlangan va sonning oldingi-medial yuzasi bo‘ylab 10-12 sm uzunlikda pastga proektzion chiziqqa mos ravishda yo‘naltirilgan holda kesiladi. Teri, teri osti klettzhatkasi va yuza fastsiya kesiladi. Teri osti klettzhatkasida tashqi uyatli arteriya va venalari ajratiladi va bog‘lanib kesiladi.



Rasm 19. Son arteriyasini ochish va bog‘lash: a – son arteriyasining proektzion chizig‘i; b – son arteriyasining yuqori va pastki uchdan bir qismini ochish uchun teri va teri osti klettzhatkasini kesish chizig‘i.

Tarnovsimon zond bo‘ylab sonning serbar fastsiyasi yuza varag‘i uning oval chuqurchani hosil qilgan o‘roqsimon chetidan biroz tashqariroqda kesiladi. *Jarohatda quyidagilar ko‘rinadi: lateral tomonda son arteriyasi, medial tomonda son venasi, ular orasida fastzial to‘siq.* Ikkita yopiq holdagi anatomik pintzetlar yordamida arteriya atrofdagi to‘qimalardan alohilanadi. Vena tomondan arteriya ostiga *Deshan* ignasi yordamida ikkita ligatura o‘tkaziladi. Arteriya bog‘lanib ligaturalar orasidan kesiladi. Jarohat qavatma-qavat tikiladi. Bog‘lam qo‘yiladi.

Son arteriyasini uning tarmog‘i bo‘lmish chuqur son arteriyasi chiqish joyidan distalroqda bog‘lash zarur. Son arteriyasi bog‘langanidan so‘ng kollateral qon aylanishi *a.glutea inferior* va *a.circumflexa femoris lateralis*, *a.pudenda externa* va *a.pudenda interna*, *a.obturatoria* va *a.circumflexa femoris medialis* orasidagi anastomozlar orqali rivojlanadi.

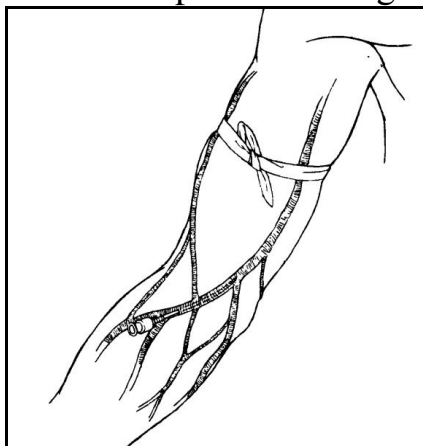
AMALIY KO‘NIKMA № 5. VENEPUNKTSIYA, VENESEKTSIYA, MAGISTRAL VENALARNI KATETERIZATSIYALASH

Venepunksiya – venani teshish – tashxislash va davolash maqsadida qonni olish va dori vositalarini yuborish uchun qo‘llaniladi. Punksiya joyi bo‘lib, asosan tirsak bukilmadagi, panjaning orqa yuzasidagi yuza venalar hisoblanadi.

Tirsak bukilmasi sohasida venepunksiya

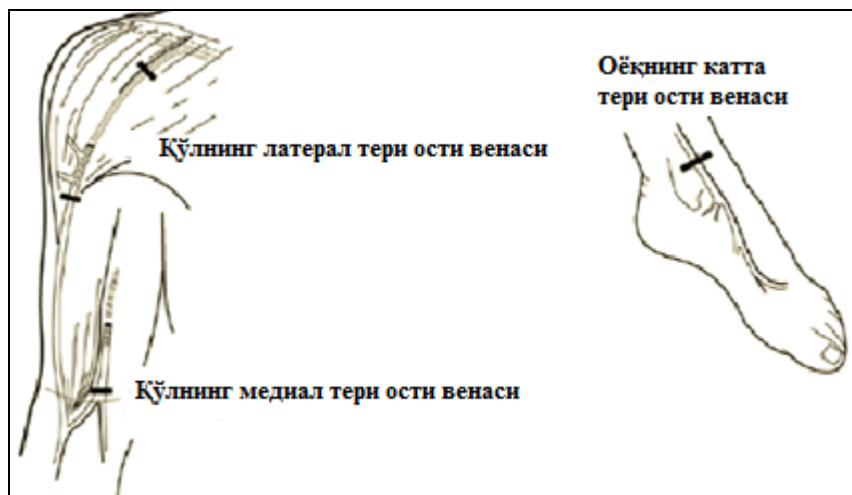
Ko‘rsatmalar. Tashxislash va davolash maqsadida qon olish va dori vositalarini yuborish uchun.

Texnikasi. Yelkaning o‘rta va pastki uchdan bir qismlari orasiga jgut qo‘yiladi. Teshish joyi spirt bilan ishlanadi. Chap qo‘l bilan teri biroz tortiladi. O‘ng qo‘l bilan igna sekin-asta teri va vena devori orqali o‘tkaziladi. Igna venaga tushish hissi sezilganidan so‘ng va shpritsda qon tomchisi paydo bo‘lganidan keyin shprits salgina pastga tushirilib igna vena bo‘ylab ichkariga yo‘naltiriladi. Vena ichi infuziyasi amalga oshirilishi lozim bo‘lganda jgut shpritsda qon paydo bo‘lishi bilan olinadi, venadan qon olishda esa jgut muolajaning oxirigacha qoldiriladi. Muolaja tugagandan keyin igna kiritilgan soha spirt bilan ishlanadi va aseptik elimli bog‘lam qo‘yiladi.



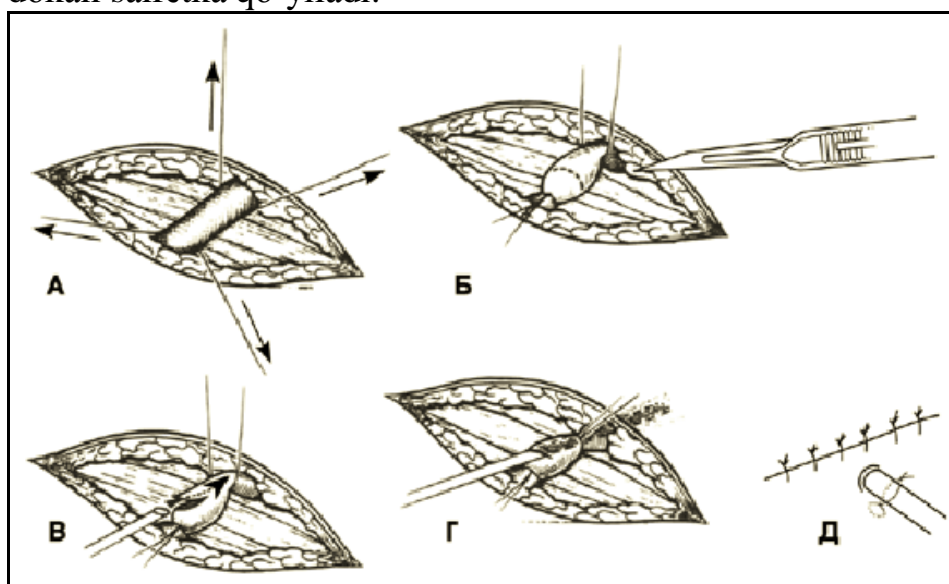
Rasm 20. Tirsak chuqurchasida venepunksiya.

Venesektsiya anatomik (teri osti kletzhatkasining qalinligi, venoz tomirlarning kuchsiz rivojlanganligi) yoki funktsional (shok, gipovolemiya) sabablarga ko‘ra teri osti venalarining yaxshi ifodalanmaganligi, shuningdek uzoq vaqt infuzion terapiya o‘tkazilishi zarur bo‘lgan sharoitlarda qo‘llaniladi. Venesektsiyaning afzalliklari – kateterni kiritishni vizual nazorat qilish va uni ishonchli tarzda fiksatsiyalashdir.



Rasm 21. Venesektsiya bajarish joylari.

Texnikasi. Venesektsiya qilinadigan teri sohasi dezinfektsiyalanadi. Teri kesilish joyi novokainning 0,5% li eritmasi bilan og‘riqsizlantiriladi. Vena o‘qiga ko‘ndalang holatda (yoki vena yo‘nalishi bo‘ylab) uncha chuqur bo‘lmagan 2-3 sm uzunlikda teri kesiladi. Vena ehtiyotkorlik bilan atrof to‘qimalardan 1,5-2 sm gacha ajratiladi. Vena ostiga *Deshan* ignasi yordamida ikkita ipak ligatura o‘tkaziladi. Distal ligatura ikki tugun bilan bog‘lanadi va iplar oxirlari tortilib vena biroz ko‘tariladi. Ligaturadan proksimalroqda vena devori yo‘g‘on igna bilan teshiladi yoki qaychilar yordamida vena devori diametrining 1/2-1/4 kattaligida kesiladi. Vena bo‘shlig‘iga kateter kiritiladi. Kateter ustidan (proksimalroqda) ikkinchi ligatura bog‘lanadi. Infuzion terapiya uchun mo‘ljallangan sistema qo‘shiladi. Teri jarohlari chetlari ipak iplar bilan tikiladi, ularning bittasi bilan qo‘shimcha ravishda kateter yoki igna fiksatsiyalanadi. Kateter tagiga steril dokali salfetka qo‘yiladi.



Rasm 22. Venesektsiya texnikasi. a – ajratilag vena ostiga ikkita ligaturani qo‘yish; b – venaning distal oxirini bog‘lash va vena devorini kesish; v – vena ichiga kateterni kiritish; g – venaning proksimal oxirini kateter ustidan bog‘lash; d – terini tikish va kateterni fiksatsiyalash.

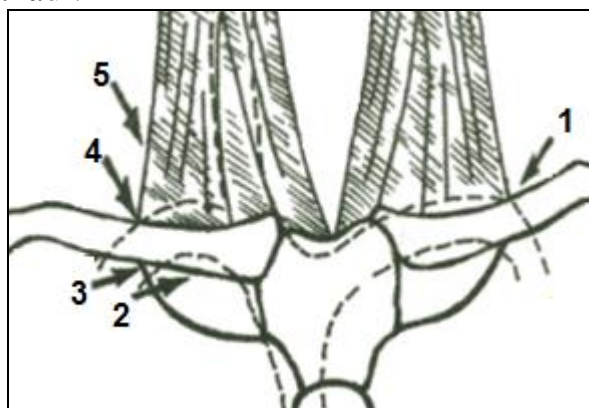
Kateterni 12-24 soatdan keyin olib tashlash zarur, sababi flebotromboz rivojlanishi mumkin.

Markaziy venalarni Seldinger bo‘yicha kateterlash

Ko'rsatmalar: markaziy venoz bosimni uzoq vaqt va tez nazorat qilish; yurak bo'shliqlarini rentgenologik tekshirish, shuningdek qon tomirlar (o'pka aretriyalari, yonbosh, kavak, buyrak va jigar aretriyalarining) o'tkazuvchanligini va tarqalish turini aniqlash maqsadida; ko'p komponentli infuzion terapiya va periferik venalarga tushish iloji bo'lmagan vaziyatlarda (keng kuyishlar, shikastlar va tromboflebitlar, venesekstiyalardan keyin va boshq.) ko'p sondagi vena ichi infuziyalari; periferik venalar devorlarini ta'sirlantiruvchi moddalarni yuborish (masalan, natriy gipoxloriti); parenteral oziqlantirish zaruriyati va doimiy biokimyoviy nazorat lozimligi.

Qarshi ko'rsatmalar: yuqor kavak vena sindromi; Pedjet-Shretter sindromi; qonning ivish tizimi buzilishlari; vena kateterizatsiya joyidagi mahalliy yallig'lanish jarayonlari; kuchli ifodalangan nafas etishmovchiligi va o'pkalar emfizemasi; ikki tomonlama pnevomotoraks; o'mrov suyaklari sohasidagi shikastlar.

Eslatma: birinchi beshta punktlar faqat o'mrov osti venasini kateterlash uchun qarshi ko'rsatma hisoblanadi.



Rasm 23. O'mrov osti venasini kateterlash nuqtalari.

1 – Ioffe nuqtasi; 2 – Morgan–Xarkins nuqtasi; 3 – Aubaniak nuqtasi; 4 – Djeyma–Mayer nuqtasi; 5 – Xaap nuqtasi.

O'mrov osti uslubi bilan teri orqali o'mrov osti venasini punktsion kateterlash (Aubaniak nuqtasi).

Texnikasi. Bemor holati chalqancha, operatsion stolning bosh tomoni pastga tushirilgan, bemor bel sohasiga yostiqcha qo'yilgan, bemor boshi punktsiya qilish joyiga nisbatan qarama-qarshi tomonga burilgan. Punktsiya tomondagi bemor qo'li tanaga yaqinlashtirilgan va keskin supinatsiya holatida, assistent qo'lni kaudal tomonga tortadi. Bemor holati Trendelenburg vaziyatida bo'lishi mumkin. Tibbiy hamshira bo'yinning oldingi va yon sohalarini, yelka kamarini, qo'ltiq osti sohasini, ko'krak devorining oldingi-yon yuzasini ko'krak bezi so'rg'ichi sohasigacha spirt bilan ishlaydi. Keyin spirt bilan artadi. Jarroh operatsion stolning bosh tomonida joylashadi.

O'mrov suyagining o'rta va ichki uchdan bir qismlari chegarasidan 1 sm pastda joylashgan nuqtada "limon po'stlog'i" hosil qilish uchun ingichka igna yordamida novokainning 0,5% eritmasi yuboriladi. Igna novokain eritmasi to'xtovsiz yuborilgan holda to'sh-o'mrov birikmasining yuqori chetiga tomon yo'naltiriladi. Igna o'mrov suyagi ostiga kiritilib u erga novokainning qolgan qismi yuboriladi. Keyin igna olinadi.

Igna kiritilishini ko'rsatkich barmoq bilan cheklagan holda yo'g'on igna (masalan Dyufu ignasi) bilan "limon po'stlog'i" sohasida teri teshiladi. Igna olinadi.

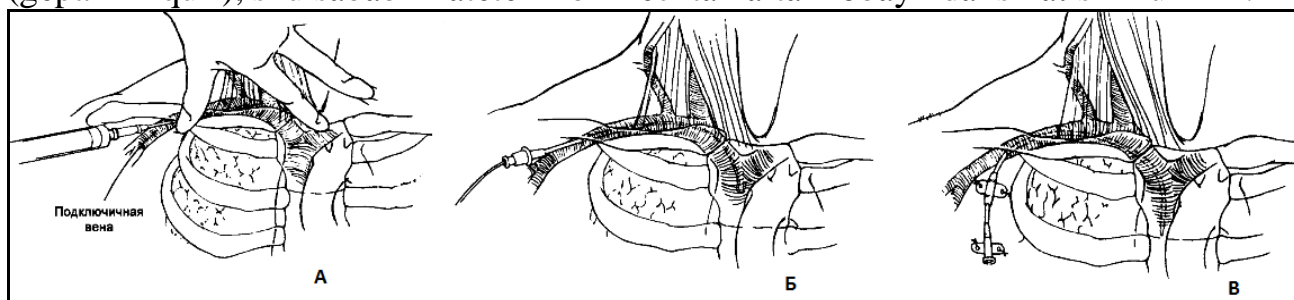
20 ml hajmdagi shpritsning yarmigacha 0,9 % natriy xlorid eritmasi olinadi, shpritsga unchalik o'tkir bo'lmagan va oxiri tumtoq tarzda kesilgan igna o'rnatiladi

(o‘mrov arteriyasini teshib qo‘ymaslik uchun). Igna qiyaligi kanyulada belgilab olinadi. Igna kiritilayotgan vaqtda uning qiyaligi kaudal-medial tomonga yo‘nalgan bo‘lishi kerak. Dastlab o‘tkir igna bilan amalga oshirilgan joyga yo‘g‘on igna kiritiladi, bunda igna kiritilish chuqurligi ko‘rsatkich barmoq bilan cheklangan bo‘lishi kerak (2 sm dan ortiq emas). Igna medial tomonga to‘sh-o‘mrov birikmasi tomon yo‘naltiriladi, davriy ravishda shprits porsheni orqa tortilib shpritsga qon kelishi kuzatilib boriladi. Agar venaga tushish hissi sodir bo‘masa igna biroz orqaga tortiladi va bir nechta gradusga igna yo‘nalishi o‘zgartirilib punktziya boshqatdan amalga oshiriladi. Shpritsda qon paydo bo‘lishi bilan uning bir qismi venaga qaytariladi va qo‘shimcha ravishda shpritsga qon tortiladi. Musbat natija olingach bemordan nafas olishni to‘xtatish so‘raladi va ignadan shprits olinib ignaning teshigi barmoq bilan bosiladi. Bemor nafas olishiga ruxsat beriladi.

Ignaga engil harakatlar bilan yo‘naltirgichi mavjud kateter kiritiladi. Yo‘naltirgich uzunligi kateter uzunligidan ikki barobar ko‘p bo‘lishi lozim. Bemordan nafas olishni to‘xtatib turish so‘raladi. Kateter teshigi barmoq bilan bosilib turib yo‘naltirgich olinadi. Kateterga rezinali tiqin qo‘yiladi. Shundan keyin bemorga nafas olishga ruxsat beriladi. Agar bemor hushini yo‘qotgan bo‘lsa, igna va kateter bo‘shliqlari germetikligini saqlashga qaratilgan barcha muolajalar nafas chiqarish vaqtida bajariladi.

Kateter infuzion sistema bilan birlashtiriladi va bitta yoki ikkita ipak ip bilan teriga fiksatsiyalanadi. Aseptik bog‘lam qo‘yiladi.

Har bir infuziya tugatilganidan so‘ng kateterga 0,1 ml heparin yuboriladi (heparinli qulf), shu sababli kateterni bir nechta hafta mobaynida ishlatish mumkin.



Rasm 24. O‘mrov osti venasini o‘mrov osti uslubi bilan teri orqali punktziya qilish texnikasi: a – o‘mrov osti venasini punktziya qilish; b – kateterni kiritish; v – kateterni fiksatsiyalash.

O‘mrov usti yo‘li bilan o‘mrov osti venasini teri orqali punktziya qilish va kateterizatsiya qilish texnikasi (Ioffe nuqtasi).

Texnikasi. Bemor holati chalqancha, operatsion stolning bosh tomoni pastga tushirilgan, bemor beli tagiga yostiqcha qo‘yilgan, bemor boshi punktziya qilish joyidan qarama-qarshi tomonga burilgan. Bemor qo‘li tanaga yaqinlashtirilgan, keskin supinatsiya qilingan holatda, assistent qo‘lni kaudal tomonga tortadi. Bemor Trendelenburg vaziyatida ham bo‘lishi mumkin. Tibbiy hamshira bo‘yinning oldingi va yon yuzalarini, yelka kamarini, qo‘ltiq osti chuqurchasini, ko‘krak qafasining oldingi-yon yuzalarini ko‘krak bezi so‘rg‘ichlari sohasigacha spirt bilan qayta ishlaydi. Keyin spirt yod bilan yuvib tashlanadi. Jarroh bemorning boshi tomonida joylashadi.

To‘sh-o‘mrov-so‘rg‘ichsimon mushakning lateral oyoqchasi va o‘mrov suyagining yuqori cheti orasida hosil bo‘lgan burchak sohasida o‘mrov suyagidan 0,5 sm yuqoriroqda jarroh ignani kiritadi. Igna teridan o‘tgach uni sagittal tekislikka

nisbatan 45° va oʻmrov suyagining frontal tekisligiga nisbatan 15° yoʻnalishda yoʻnaltiradi va venani teshadi.

Shprintsda qon paydo boʻlishi bilan qonni orqaga venaga kiritib keyin yana shprintsga tortadi. Shprintsda qon yaxshi paydo boʻlsa bemordan nafas olishni toʻxtatib turishni soʻrab igna teshigi barmoq bilan yopilgan tarzda shprints ignadan olinadi. Nafas olishga ruxsat beriladi.

Ignaga engil aylana harakatlar bilan yarmigacha yoʻnaltiruvchi simi mavjud kateter kiritiladi. Yoʻnaltiruvchi sim uzunligi kateter uzunligidan ikki barobar katta boʻlishi lozim. Bemordan nafas olishni ushlab turish soʻraladi. Igna teshigi barmoq bilan yopilib, yoʻnaltiruvchi sim chiqarib olinadi. Kateterga rezina naycha oʻrnatiladi. Shundan keyingina bemorga nafas olishga ruxsat beriladi. Agar bemor hushida boʻlmasa, vena ichidagi igna va kateter boʻvshligʻini germetikligini saqlashga qaratilgan barcha harakatlar bemor nafas chiqarish paytida amalga oshiriladi.

Kateter infuzion tizim bilan ulanadi va teriga tugunli choklar bilan mustahkamlanadi. Aseptik bogʻlam qoʻyiladi.

Nojoʻya taʼsirlari va asoratlari.

- Kateter venada uzoq vaqt qolsa kateterda tromblar yuzaga kelishi mumkin, ular yo oʻz-oʻzidan uzilishi, yo kateter olinayotgan paytda uzilib qon aylanish doirasiga tushishi mumkin. Bunday holat koʻpincha oʻpka arteriyalari mikroemboliyalariga sababchi boʻladi.
- Igna va kateter sababli shikastlangan vena devorida albatta tromboflebit hodisalari ruy beradi.
- Parietal va vistzeral plevrani teshib qoʻyish pnevmotoraks rivojlanishiga olib keladi. Agar plevral boʻshliq teshilsa va unga kateter qoʻyilsa infuzion dori vositalari katta miqdorda plevral boʻshliqqa tushadi, bu bemor ahvoli yomonlashishiga olib keladi, sababi infuzion terapiya samarasi boʻlmaydi, aksincha plevral boʻshliqqa tushgan dori eritmalari oʻpkani va yurakni siqib qoʻyadi.
- Agar vena oʻrniga oʻmrov soti arteriyasi teshilsa, unda atrofdagi toʻqimalarni siqib qoʻyuvchi gematoma yuzaga keladi.
- Haddan tashqari uzun kateter ishlatilganda, kateterning oxiri oʻpka arteriyasiga etib borib yurak devorini shikastlashi mumkin (hatto uning teshilishigacha), bu toʻsh ortida toʻsatdan yuzaga keladigan ogʻriqlar, ekstrasistolalar, yurak shovqinlari paydo boʻlishi bilan kechadi. Shoshilinch yordam tariqasida kateterni olib tashlash kerak.
- Kateterni olib tashlash vaqtida uning bir qismi uzilib (sinib) tomir ichiga tushib embolni hosil qilishi mumkin.
- Kanyulya va infuzion sistema orasida germetiklik yoʻq boʻlsa havoning soʻrilishi ruy beradi. Koʻpincha bunday emboliya massiv boʻladi va yomon oqibatlarga olib kelishi mumkin.

Daffi boʻyicha son venasini kateterlash

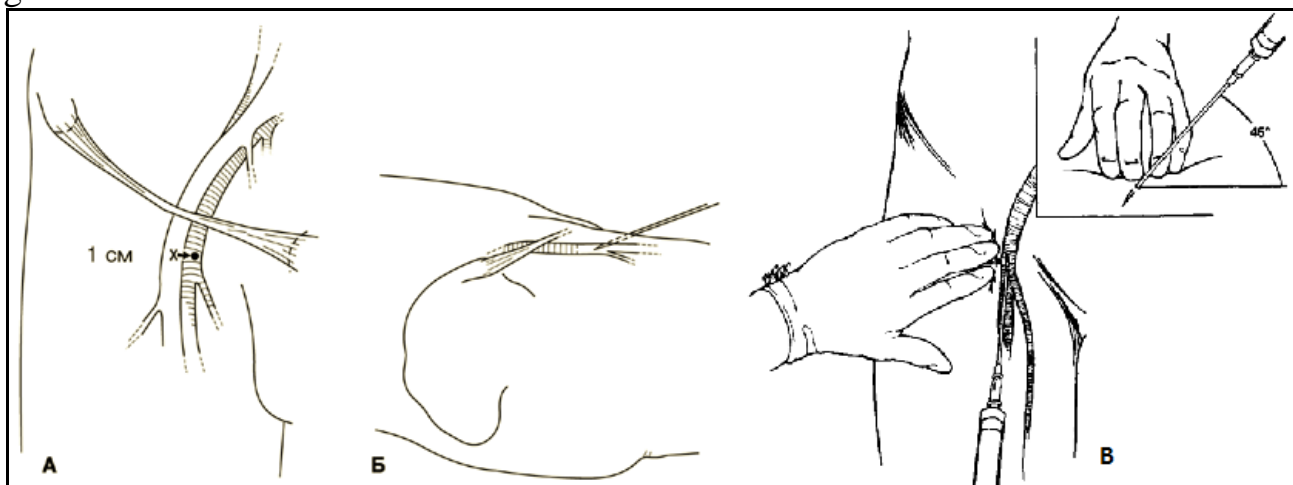
Son venasini kateterlash koʻp hollarda asoratlar bilan kechadi, Shuning uchun uni faqat boshqa venalarni kateterlash iloji boʻlmaganda amalga oshirish zarur.

Kateterlashni ikkala tomonda ham bajarish mumkin.

Texnikasi. Bemor chalqancha holatda. Dumbalari ostiga yostiqcha qoʻyiladi, chov sohasi biroz koʻtariladi, son uzoqlashtiriladi va biroz tashqariga aylantiriladi. Jarroh bemor yuziga qaragan holda yon tomonda joylashadi. Son arteriyasi paypaslash yoʻli bilan bevosita chov boylami ostida topiladi. Son venasi arteriyadan medial tomonda joylashgan boʻladi. Punkttsiya aseptik sharoitlarda bajariladi. Venepunkttsiya ehtiyotkorlik bilan amalga oshirilishi lozim, sababi son arteriyasiga tushib qolish xavfi mavjud, bu oʻz navbatida kuchli qon ketishga va arteriyaning spazmiga olib keladi.

Katta yoshdagilarda punkttsiya joyi – bevosita chov boylami tagida son arteriyasidan 1 sm medialroqda. Igna uchi teridagi punkttsiya joyiga qoʻyiladi va igna hamda shprints bemor boshi tomon yoʻnalgan holda teriga sanchiladi, keyin shprints biroz

tashqariga buriladi. So‘ng shpritsni biroz yuqoriga ko‘tarib (teri sathiga nisbatan 20–30° ga) igna venaga kiritiladi. Igna kiritilish vaqtida shprits porsheni biroz orqaga tortiladi. Odatda venaga 2-4 sm chuqurlikda tushiladi. Shpritsda qon paydo bo‘lishi u ignadan olinadi va kateter kiritiladi.



Rasm 25. Son venasini punktsiya qilish va kateterlash: a – punktsiya nuqtasi; b, v – igna yo‘nalishlari.

Bolalarda punktsiya son arteriyasining medial tomonida bevosita chov boylami tagida amalga oshiriladi. Kateterizatsiya uslubi xuddi kattalardagidek, faqat shprits kamroq (10–15°) burchak ostida qo‘yilishi kerak, sababi vena bolalarda yuza joylashgan bo‘ladi.

AMALIY KO'NIKMA № 6. BO'G'IMLARNI PUNKTSIYA QILISH

Jarrohlik asboblari va materiallar: igna va shprits.

Yelka bo'g'imi punktsiyasi

Ko'rsatmalar. Yelka bo'g'imi yiringli artriti. Yelka bo'g'imining yiringli artriti odatda yiringli oqmalarning uchta varianti yuzaga chiqishiga olib keladi: ko'krak mushaklari ostiga, deltasimon mushak ostiga va kurak ostiga. Seroz-yiringli va hatto yiringli artritlarda yiringni aspiratsiya qilish, bo'g'im bo'shlig'ini antiseptiklar bilan yuvish va bo'g'im bo'shlig'iga antibiotiklarni yuborish bilan birga bajariladigan punktsiya qilish uslubi yaxshi natijalarga olib keladi. Bo'g'im punktsiyasi tashxisiy va davolash maqsadlarida qo'llaniladi

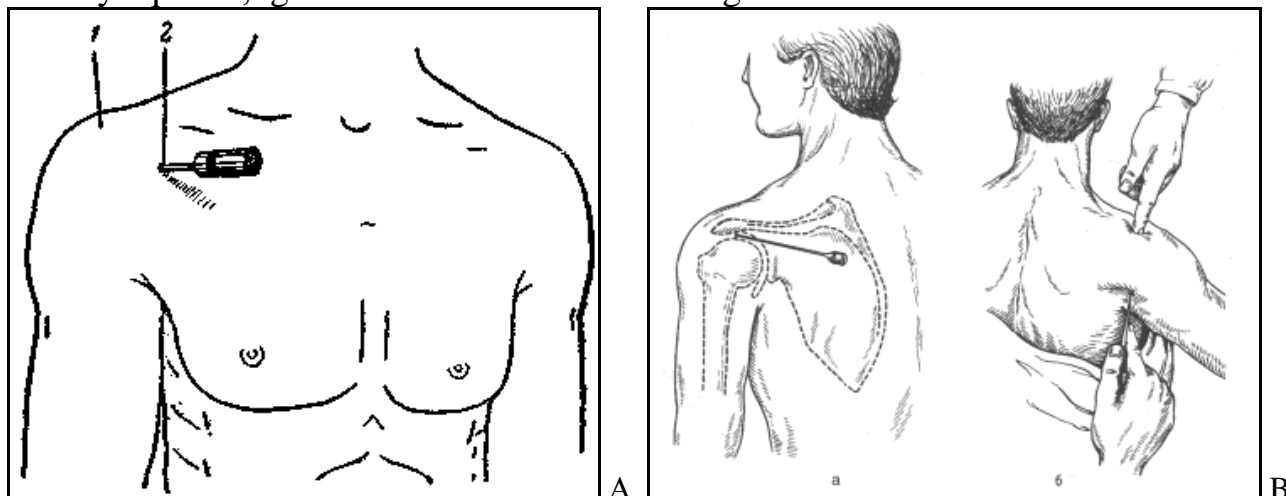
Texnikasi. Yelka bo'g'imini punktsiya qilish uchun diametri 1,5-2 sm bo'lgan igna ishlatiladi. Yumshoq to'qimalarning infitsirlanishi oldini olish va punktsion kanal siljigan to'qimalar bilan berkilishini ta'minlash maqsadida teri biroz surilishi kerak.

Yelka bo'g'imini oldindan, orqadan yoki tashqaridan punktsiya qilish mumkin.

Oldingi punktsiyada mo'ljal sifatida kurak suyagining tumshuqsimon o'simtasi olinadi. Igna kurak suyagi akromial o'simtasi eng yaxshi aniqlanadigan qismining oldingi-tashqi cheti yaqiniga sanchiladi va ovsimta bo'ylab yo'nalgan holda kurakning tumshuqsimon o'simtasi va yelka suyagining kichik do'mboqchasi orasidan o'tkazilib yelka suyagi boshchasi tomon 1 sm chuqurga kiritiladi va yelka bo'g'imi tirqishining yuqori bo'limiga tushiladi. Oldingi punktsiyani yelka bo'shlig'ida suyuqlik ko'p bo'lganda amalga oshirish oson.

Orqa punktsiyada igna kiritish nuqtasi kurak suyagi akromial o'simtasidan pastda, deltasimon mushakning orqa cheti va *m.supraspinatus* ning pastki cheti konturlari hisobiga hosil bo'lgan chuqurchada joylashgan. Igna kurak suyagining tumshuqsimon o'simtasi tomon yo'naltirilishi kerak.

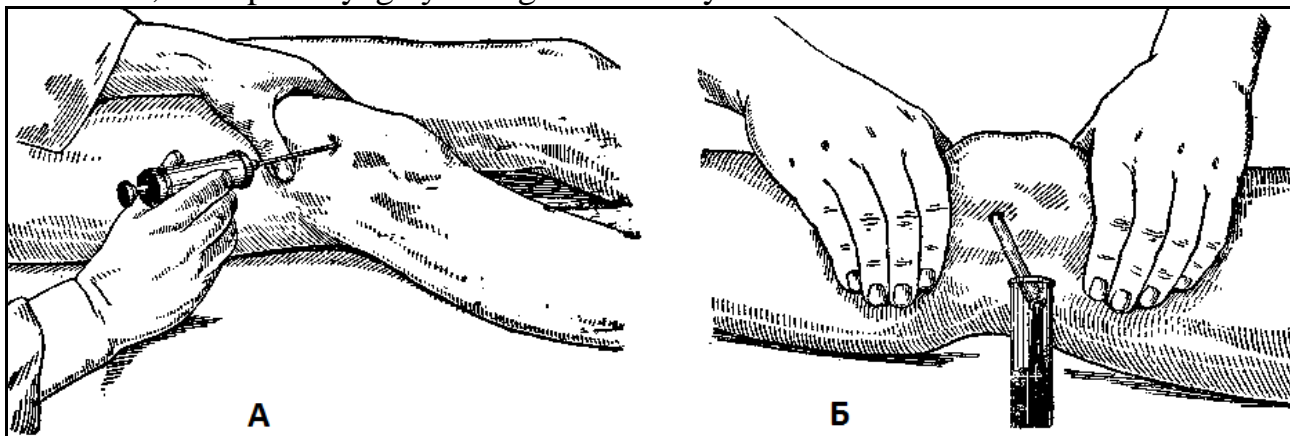
Yelka bo'g'imini tashqaridan punktsiya qilishda yelka suyagi katta do'mboqchasi yuqorisida (kurak suyagi tumshuqsimon o'simtasi sathi) akromial o'simta cho'qqisidan 2 sm pastdagi nuqtadan foydalaniladi. Agar bevosita akromial o'simta cho'qqisi tagida punktsiya qilinsa, igna akromil osti sinovial xaltaga tushadi.



Rasm 26. Yelka bo'g'ini punktsiya qilish. A) oldingi usul: 1 – akromion; 2 – punktsiya nuqtasi va igna yo'nalishi. B) orqa usuli.

Tizza bo'g'imi punktsiyasi.

Bemor chalqancha oyoqlarini yozgan holatda. Punktsiya qilish nuqtasi: tizza usti qopqog'i o'rta sathida uning tashqi chetidan 1-1,5 sm masofada. Igna ko'proq hollarda tizza qopqog'ining tashqi chetidan kiritiladi, kamroq holda ichki chetidan amalga oshirish mumkin. Igna teriga sanchilgach son o'qiga perpendikulyar holatda sonning to'rt boshli mushagi payi tagiga yo'naltiriladi va 3-4 sm chuqurlikka kiritiladi. Tizza qopqog'ini bosib bo'g'im bo'shlig'idagi suyuqlik bo'g'imning yuqori burilmasiga o'tkaziladi, bu aspiratsiyaga yaxshigina sharoit yaratadi.



Rasm 27. Tizza bo'g'imi punktsiyasi: A – punktsiya nuqtasi va igna yo'nalishi; B – tizza qopqog'iga bosish va suyuqlikni chiqarish.

AMALIY KO‘NIKMA № 7.

TURLI JOYLASHUV XARAKTERIGA EGA HASMOLLAR ABSTZESSLAR VA FLEGMONALARNI OCHISH

Kaft va barmoqlardagi yallig‘lanish jarayonlarini operativ davolash hajmi va xususiyati jiddiy tarzda ushbu a‘zolarining topografik-anatomik xossalariga bog‘liq.

Jarrohlik asboblari va materiallar. Kesuvchi: skalpel (qorinchali va o‘tkir uchli), Rixter va Kuper qaychilari. Fiksatsiya uchun: pintsetlar (anatomik va xirurgik), Farabefning plastinkali ilmoqlari, Folkmaning tishli ilmoqchalari (o‘tkir va tumtoq uchli). Qon to‘xtatuvchi: Koxer va Bilrot qisqichlari. Yordamchi: Koxer zondi, tarnovsimon zond, korntzanglar (to‘g‘ri va qayrilgan), plastinkalar, Shpatellar, kurakchalar. To‘qimalarni birlashtirish uchun: xirurgik ignalar (sanchuvchi, kesuvchi), ipak ligaturalar va iplar. Drenaj materiallari (rezinali tasmachalar, naychalar).

Yiringli jarayon qo‘l barmoqlarida joylashsa Lukashevich–Oberst bo‘yicha og‘riqsizlantirish qo‘llaniladi. Qo‘l kaftida operatsiya bajarish lozim bo‘lsa Braun-Usoltzeva bo‘yicha o‘tkazuvchi og‘riqsizlantirish, yoki bilakning pastki uchdan bir qismida bajariladigan anesteziya, yoki umumiy og‘riqsizlantirish qo‘llaniladi.

Teri hasmolini ochish va drenajlash texnikasi.

Operatsiya anesteziyasiz amalga oshirilishi mumkin, sababi yiring terining epidermal va so‘rg‘ichli qavatlari orasida joylashib sezuvchanligi yo‘q epidermal qavat bilan qoplangan bo‘ladi. Qaychilar bilan eksudat (yiring) natijasida ko‘chgan epidermal qavat kesiladi va yiringli o‘choq ochiladi. Keyin ko‘chgan epidermis to‘la kesib olib tashlanadi. Bunda teri osti klettzhatkasida joylashgan nekrotik o‘choqqa olib boruvchi yiringli oqma yo‘lini nazardan chiqarmaslik zarur (“ilmatugma” shaklidagi hasmol). Shuningdek yiringli cho‘ntaklar qolmaganligiga ham e‘tibor berish kerak, sababi ular yallig‘lanish jarayonining tarqalish manbai hisoblanadi. Yiringli o‘choq olib tashlanib tozalanganidan so‘ng operatsion jarohat puxta taftish qilinadi. Agar taftish paytida chuqurga yo‘nalgan oqma yo‘l aniqlansa, u xuddi teri osti hasmoli sifatida ochilib drenirlanishi lozim.

Barmoq teri osti hasmolini ochish va drenajlash texnikasi.

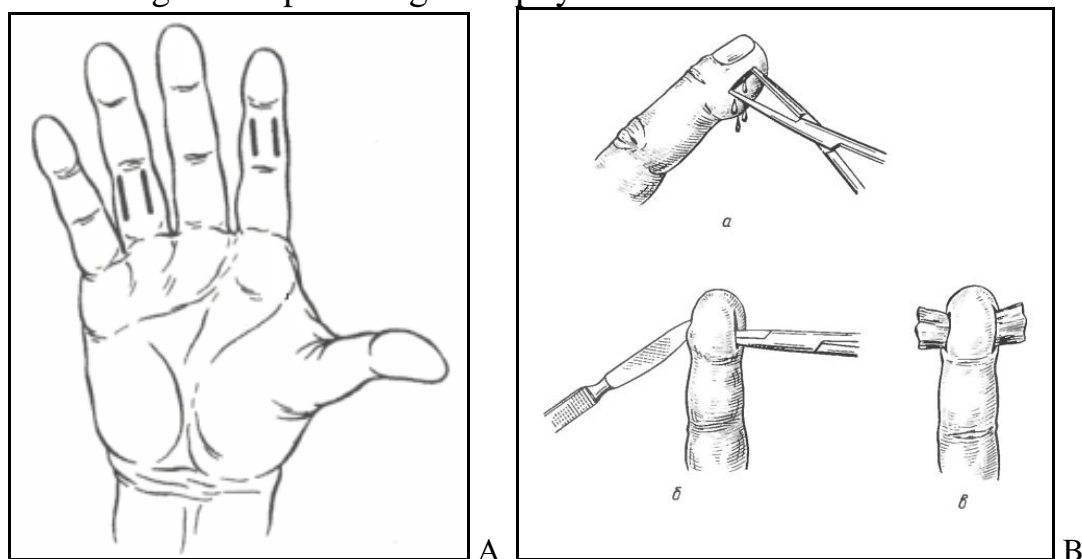
Teri osti hasmoli barmoq o‘qiga ko‘ndalang ravishda joylashgan biriktiruvchi to‘qimali to‘siqchalar bo‘ylab paylar, bo‘g‘imlar va suyaklar tomon tarqalish xususiyatiga ega. Teri osti hasmollarini ochish va drenajlash uchun Klapp bo‘yicha chiziqli-yon kesimlar, ovalsimon kesimlar, ravoqsimon kesimlar qo‘llaniladi.

Klapp bo‘yicha chiziqli-yon kesimlar asosan tirnoq falangasi sohasidagi oqmali hasmollarda va o‘rta hamda asosiy falangalardagi yiringli jarayonlarda qo‘llaniladi. Klapp kesimlari ishlatilganda yiringli o‘choq butun uzunligi bo‘yicha ochiladi, nekrozga uchragan to‘qimalar olib tashlanadi. Kesimlar falangalararo burmalarga o‘tmasligi kerak, sababi ikkilamchi chandiqlanish bilan bitayotgan yaralar qo‘pol chandiqlar hosil bo‘lishiga olib keladi, bu o‘z navbatida barmoqlar falangalarining qisman kontrakturasiga sababchi bo‘ladi.

Barmoqlardagi juft chiziqli-yon kesimlar orqali fibroz qin ustidan bir yoqdan ikkinchi yoqqa o‘tgan drenajlarni qo‘yish mumkin, bu yaxshi drenajlash samarasini ta‘minlaydi va jarohatni yuvishga imkon beradi.

Texnikasi. Barmoq falangasi yon tomonida, falangalararo burmalarning yon oxirlarini tutashtiruvchi gorizontaal chiziqdan pastroqda chiziqli-yon kesim amalga oshiriladi. Jarohat chetlari kengaytiriladi va oqmalar hamda qo‘shimcha yiringli

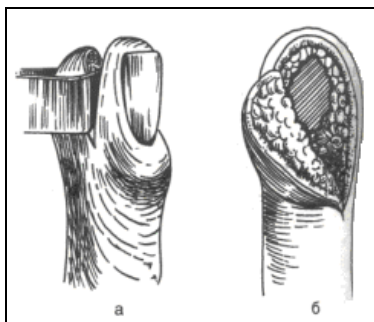
jarayonlar mavjudligi tekshiriladi (agar ular aniqlansa ular atrof to'qimalar bilan birgalikda kesib olib tashlanadi). Zaruriyat bo'lsa qarama-qarshi tomonda ham shunday muolajalar amalga oshiriladi. Yiring va nekrotik to'qimalar yo'q qilinadi. Gemostaz bajariladi. Jarohatga antiseptikli bog'lam qo'yiladi.



Rasm 28. Klapp bo'yicha chiziqli-yon kesimlar: A) o'rta va proksimal falangalardagi yiringli o'choqlarni ochish uchun; B) a – jarohat chetlarini kengaytirish; b – kontraptura uchun kesim; v – o'tuvchi drenaj.

Tinoq falangalari sohalaridagi **oval kesimlar** barmoqlar distal bo'limlaridagi hasmollarda qo'llaniladi. Bunda kesim falangani xuddi ikki qismga ajratadi: kichik qism o'zida suyakni tutgan tirnoq falangasini, katta qismi esa – etli yostiqchani tutadi. Bunday operativ ochib kirish barmoq falangasining barcha bo'limlarini ko'zdan kechirish va nekrotik to'qimalarni radikal tarzda kesib olib tashlash, shuningdek barmoqlar uchlari sezuvchanligini saqlab qolish imkonini beradi. Bundan tashqari ovalsimon kesimlar yiringli ajralmalar oqib ketishini yaxshilaydi. Bu kesimning kamchiligi barmoqning kaft yuzasida yoysimon chandiq hosil bo'lishi bilan bog'liq, bu chandiq tirnoq falangasini ikki qismga ajratadi. Shu bilan bir vaqtda suyak usti pardasi bilan yopishgan katta chandiq hisoiga falanganing deformatziyasi barmoq funktsiyasi cheklanishiga olib keladi. Shuning uchun bunday kesimni tirnoq falangasi suyagining jarayonga qo'shilish bilan kechgan teri osti hasmolining og'ir, haddan tashqari o'tkazib yuborilgan hollarida qo'llash maqsadga muvofiqdir.

Texnikasi. Ovalsimon kesimni amalga oshirish uchun skalpel barmoqning yon tomonlarida falangalararo burma oxiridan o'tkazilgan gorizontaal chiziq oxiriga qo'yiladi va arralovchi harakatlar bilan kesim bajariladi. Kesim falangalararo burma sathiga etmasdan to'xtatiladi. Jarohat ko'zdan kechiriladi, oqmalar va qo'shimcha yiringli jarayonlar mavjudligi aniqlanadi. Yiring va nekrotik to'qimalar olib tashlanadi. Gemostaz amalga oshiriladi. Zarurat bo'lsa drenaj qoldiriladi. Jarohatga antiseptikli bog'lam qo'yiladi.



Rasm 29. Tirnoq falangasi sohasida oval kesim.

Ravoqsimon (klyushkasimon) kesim tirnoq falangasining kaft yuzasi hasmollarida eng yaxshi uslub hisoblanadi. U yiringli ajralmaning yetarlicha oqib ketishiga sharoit yaratadi, kelgusida taktil sezuvchanlik buzilishiga olib kelmaydi. Jarohat bitganidan so‘ng chandiqlar odatda ingichka, elastik bo‘ladi, barmoq funksiyasi buzilmaydi.

Texnikasi. Yumshoq to‘qimalarni kesishni falangalararo burma sathidan biroz yuqoriroqda boshlaymiz va tirnoq falangasining yon tomoni bo‘ylab davom ettirib barmoq uchining o‘rtasida tugatamiz. Bunda kesimning chuqur qismi nekroz o‘chog‘iga mos kelishi va falanganing oxirgi yuzasida o‘rta chiziqdan tashqarida, klyushkaning ruchkasi esa tirnoq falangasining asosida joylashishi kerak. Bunday kesim orqali tirnoq falangasining bir tomonida teri lahtagini suyak kagacha preparovka qilish imkoniyati vujudga keladi. Natijada terini suyak usti pardasi bilan bog‘lab turgan biriktiruvchi to‘qimali o‘siqchalar buziladi. Kesim orqali nerkotik o‘choq kesib olib tashlanadi va yiring chiqariladi.



Rasm 30. Tirnoq falangasining kaft yuzasidagi ravoqsimon kesimlar.

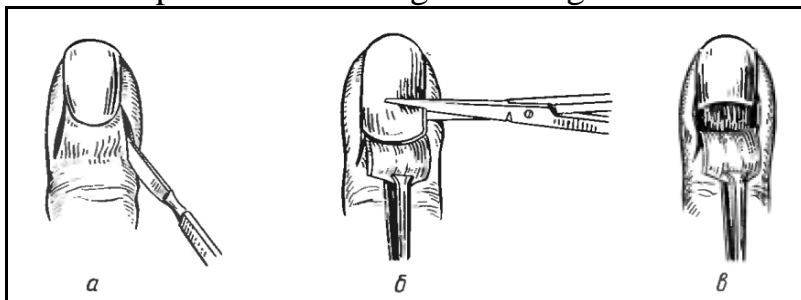
Jarohat oqmalar va yiringli jarayonning qo‘shimcha yo‘llari bor-yo‘qligiga tekshiriladi (ular bor bo‘lsa atrof to‘qimalar bilan birga kesib olib tashlanadi) va jarohat yuviladi. Gemostaz amalga oshiriladi (zarurat bo‘lsa). Jarohatga rezina tasmacha 1-2 kunga qo‘yiladi. Antiseptikli bog‘lam qo‘yiladi.

Paronixiy va tirnoq osti hasmolini ochish va drenajlash texnikasi.

Paronixiy ko‘pincha tirnoqning bitta tomonida rivojlanadi. Paronixiyda yiringli eksudat tirnoq uyumi va terisi qatlamida to‘planadi. Tirnoq atrofi hasmoli tirnoqning yon cheti sohasida joylashadi. Tirnoq osti hasmolida yiring tirnoq plasinkasi, ko‘pincha

tirnoq plastinkasining distal qismi ostida yig'iladi. Tirnoq plastinkasi ostida yiring to'planishi tirnoqni sekin-asta ko'chirib boradi, ya'ni tirnoq osti hasmoli yuzaga keladi.

Yiring tirnoq ildizini yopib turgan tirnoq burmasi eponixiyi ostidan atrofga tarqalishi holatlarida tirnoq plastinkasining proksimal qismida P-simon kesim o'tkaziladi, kesimning ko'ndalang qismi eponixiy orqali, qolgan ikki qismi esa ko'ndalang kesim oxiridan proksimal tomonga 1-2 sm ga olib boriladi.



Rasm 31. Total paronixiyda Kanavell operatsiyasi. a – teridagi kesimlar; b – tirnoqning zararlangan qismini kesib olib tashlash; v – tirnoqning proksimal uchdan bir qismini rezektsiyasidan so'nggi jarohat.

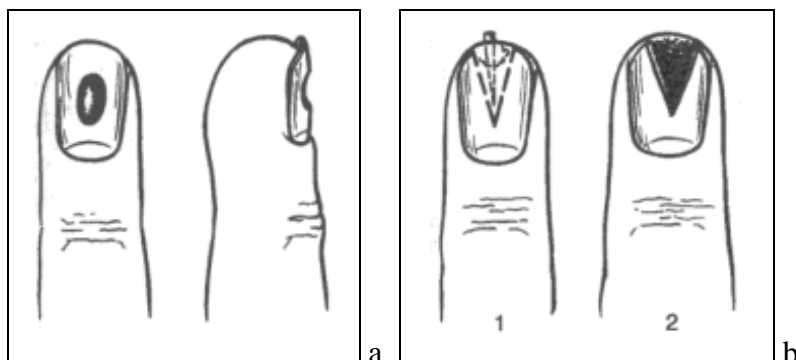
Paronixiyda kesim faqat shikastlangan tomonda amalga oshiriladi, va yiring natijasida ko'chgan tirnoq qismigina kesib olinishi kerak.

Tirnoq atrofi paronixiyida yiring o'chog'iga skalpel bilan teri qavatlarini strujka ko'rinishida olish orqali sekin-asta kirib boriladi. Yiringli o'choq ochilgach tirnoqning yiring natijasida ko'chgan qismigina olib tashlanadi.

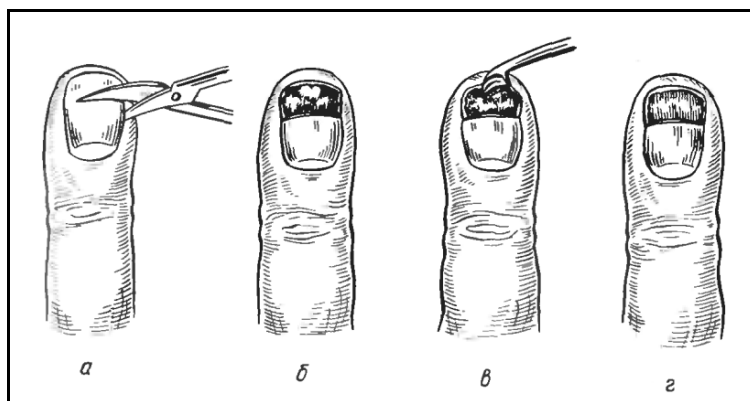
Tirnoq osti hasmoli tirnoq plastinkasi ostida ekssudat to'planishidir, bunda tirnoqning tirnoq o'rindig'iga fiksatsiyasi yo'qoladi, tirnoq faqat proksimal qismdagi matriksga mustahkam birikkan bo'ladi.

Tirnoq plastinkasining markaziy qismida yiringli o'choq shakllangan holatda (tirnoq osti gematomasi yiringlashi) tirnoq plastinkasi bevosita yiringli o'choq ustida trepanatziya qilinadi. Buning uchun o'tkir burchak ostida qo'yilgan skalpel tig'i bilan tirnoq plastinkasi sekin-asta kesiladi va yiring o'chog'i ochiladi. Tirnoqdagi teshik yiring o'chog'i o'lchamlarigacha kengaytiriladi, lekin tirnoq o'rindig'ini shikastlamaslik zarur, sababi tirnoq falangasiga zarar yetkazish mumkin.

Tirnoq osti hasmolining chegaralangan shakllarida tirnoq plastinkasini rezektsiya qilish kerak. Yiring tirnoqning erkini chetida joylashganida tirnoq plastinkasi o'tkir uchli qaychilar bilan ponasimon shaklda kesiladi. Qaychining bir branshasi tirnoq ostiga kiritilib kesiladi. Xuddi shu tariqa ikkinchi kesim bilan ponasimon shaklda tirnoq kesib olinadi.

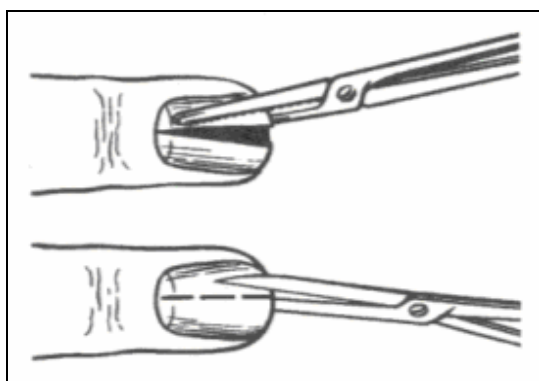


Rasm 32. Tirnoq osti panarititsiyasi: a – yiring tirnoqning markazi ostida to'planganida tirnoq plastinkasini trepanatsiya qilish; b – tirnoq osti panarititsiyalarida tirnoqni rezektsiya qilish.



Rasm 33. Distal tirnoq osti panaritsiyasida tirnoq plastinkasini rezektsiya qilish: a, b – tirnoq plastinkasining distal uchdan bir qismini rezektsiyasi; v – suyak qoshiqchasi bilan tirnoq matriksidagi yiringli o‘choqni qirib olish; g – operatsiyaning tugallangan ko‘rinishi.

Yiring natijasida tirnoq plastinkasi to‘liq ko‘chgan holatlardagina yiringli o‘choqni to‘la drenajlash uchun tirnoq olib tashlanadi. Tirnoqni olib tashlash uchun o‘tkir uchli qaychidan foydalaniladi, uning yordamida tirnoq plastinkasi o‘rta chiziq bo‘ylab butun uzunasiga kesiladi. Buning uchun qaychi bransha sining biri tirnoq plastinkasi va tirnoq o‘rindig‘i orasiga kiritiladi, ikkinchisi tirnoq ustiga qo‘yiladi.



Rasm 34. Tirnoq plastinkasi to‘la ko‘chganida tirnoqni olib tashlash texnikasi: tirnoq plastinkasini kesish va tirnoq teng bo‘laklarini olib tashlash.

Hosil bo‘lgan har bir tirnoq yarmi Koxer qisqichi bilan ushlanib qo‘poruvchi harakatlar bilan avval bir tomoni, keyin ikkinchi tomoni tortib olinadi.

Turli joylashish xususiyatiga ega tendovaginitlarni ochish va drenajlash texnikasi.

Pay hasmollarida to‘qimalarni kesish turi, kesim uzunligi va joylashishi bo‘yicha bir-biridan farq qiluvchi ko‘pgina operativ ochib kirishlar tavsiya etilgan.

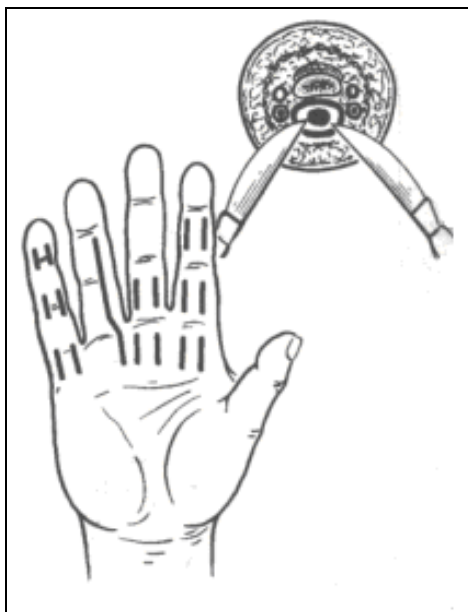
Pay hasmollarini ko‘pincha falangalarning yon tomonlarida olib boriladigan chiziqli kesimlar bilan ochishadi (R.Klapp, L.G.Fishman, A.Kanavell bo‘yicha).

R.Klapp barmoqning uchta falangasida juft yon kesimlarni va kaftning distal bo‘limlarida ikkita juft kesimlarni amalga oshirgan.

L.G.Fishman pay qinlarini ochish uchun asosiy falangada ikkita chiziqli-yon kesimlar va kaftning distal bo‘limida chiziqli kesim o‘tkazish maqsadga muvofiq deb hisoblangan.

A.Kanavell yiringli tendovaginitda pay qinini o‘rta va asosiy falangalarning kaft yuzalari bilak chetlari orqali o‘tkazilgan kesimlar bilan ochishni tavsiya qilgan. II–IV

barmoqlardagi pay qinlarini taftish qilish va drenajlash uchun kesimni kaftga davom ettirishni maslahat beradi.



Rasm. 35. Tendovaginitlarni ochish va drenajlash uchun kesimlar yoʻnalishlari.

Sinovial qinning oldingi devori oʻrta chizigʻi boʻylab, yaʼni barmoqing oldingi yuzasida va barmoqda uzun uzlkusiz kesimlarni amalga oshirish qatʼiyan man qilinganligini hech qachon unutmaslik kerak. Barmoqing oldingi-yon va yon yuzaalaridagi kesimlar uzunligi paylarni koʻzdan kechirishga imkon beradigan darajada minimal boʻlishi zarur. Bunda kesish barmoqing oʻrta va asosiy falangalari chegaralarida barmoqlardagi teri burmalariga oʻtmasdan amalga oshiriladi. Shunday qilib, barmoqlarni bukuvchi paylarning suyak-fibroz kanallarini mustahkamlashda muhim rol uynaydigan krestsimon boylamlar shikastlanishi oldi olinadi. Ushbu boylamlar shikastlanganda paylar chiqishi va keyinchalik ular qurishi hamda nekrozi sodir boʻlishi mumkin.

Texnikasi. Barmoqing yon yuzalarida chiziqli kesim orqali teri va teri osti yogʻ klettzhatkasi kesiladi. Jarohat chetlari va tubi taftish qilinadi. Oʻtkir uchli ilmoqchalar yoki pintzetlar bilan operatsion jarohat kengaytiriladi. Teri kesimiga mos ravishda fibroz qin ikki tomondan kesiladi. Yiring chiqariladi. Kesilgan fibroz qin chetlari kengaytiriladi, va qin boʻshligʻi hamda pay koʻzdan kechiriladi. Nekrozga uchragan toʻqimalar olib tashlanadi. Qin boʻshligʻi antiseptik eritma bilan yuviladi. Har bir kesimga rezina tasmacha oʻrnatiladi. Bogʻlam qoʻyiladi.

Tendovaginitlarni ochish texnikasi

Birinchi barmoq tendovaginitida asosiy falanga doirasida juft yon kesimlar amalga oshiriladi. Qoʻshimcha qilib bosh barmoq tepaligining tirsak chegarasida, bosh barmoq uzun bukuvchi muskuli payi proektsiyasidan ichkariroqda kesim bajariladi. Bunda bosh barmoq tepaligining proksimal uchdan bir qismiga, yaʼni Kanavell taʼqiqlangan zonaga oʻtish mumkin emas, sababi ushbu zonada koʻndalang yoʻnalishda bosh barmoq tepaligi muskullarini innervatziyalovchi oraliq nervining shoxi joylashadi. Pirogov–Paron klettzhatka boʻshligʻiga yiring tarqalgan hollarda bu klettzhatka bilakning pastki uchdan bir qismi bilak yuzasida amalga oshirilgan kesim bilan ochiladi.

Beshinchi barmoq yiringli tendovaginitida pay qinining distal oxiri oʻrta va asosiy falangalarning kaft yuzalari boʻylab oʻtkazilgan chiziqli-yon kesimlar orqali

ochiladi. V barmoq tepaligi butun uzunligi bo‘ylab kesiladi. Kesim tubida kaft aponevrozi va tirsak sinovial xaltasi kesiladi. Yiring Pirogov–Paron klettzhatkasiga tarqalgan xolatlarida bilakning pastki uchdan bir qismida kesim amalga oshiriladi.

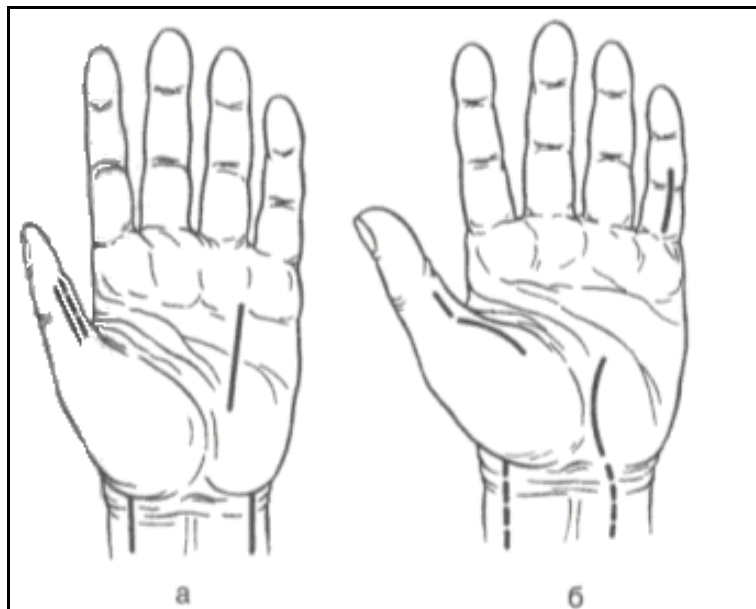
Tendobursitlarni ochish texnikasi

Bilak sinovial xaltasi yiringli tendobursitida bilak sinovial xaltasi distal oxiri I barmoqning asosiy falangasi sohasidagi ikkita oldingi-yon kesimlar bilan ochiladi. Teri va teri osti klettzhatkasi kesiladi. Jarohat chetlari kengaytiriladi, teri kesimi yo‘nalishiga mos holda fibroz qin ikki tomondan kesib ochiladi. Yiring chiqarib tashlanadi, va qin bo‘shlig‘i hamda pay taftish qilinadi. Nekrozga uchragan to‘qimalar olib tashlanadi. Qin bo‘shlig‘i antiseptik eritma bilan yuviladi. Operatsion kesimlarga ikki tomondan rezina tasmachlar o‘rnatiladi.

Bilak sinovial xaltasining proksimal oxiri bilakning pastki uchdan bir qismi sohasida ochiladi. Buning uchun bilak suyagi bigizsimon o‘simtasidan 2 sm yuqoriroqda (bilak arteriyasi jarohatlanishini olidini olish maqsadida) kesish boshlanadi va bilakning oldingi-yon cheti bo‘ylab proksimal tomonga 6 sm uzunlikda davom ettiriladi. Bunda kesim chizig‘i yo‘nalishi panjani bilak tomonga bukuvchi va yelka-bilak muskullari paylari orasidan o‘tishi kerak. Teri, teri osti yog‘ klettzhatkasi va bilak fastziyasi kesilganidan so‘ng yelka-bilak muskuli payi tumtoq ilmoqlar yordamida tashqariga, qon tomir-nerv tutami esa ichkari tomonga tortiladi. Bosh barmoqni bukuvchi uzun muskul tashqi cheti ochilib uni kvadrat pronatordan oldinga va ichkariga surgan holda Pirogov–Paron klettzhatka bo‘shlig‘iga kiramiz. Bilak sinovial xaltasining proksimal oxiri ko‘zdan kechiriladi.

Operatsiya kontrapertura qo‘yish orqali jarohatni ikki tomondan drenajlash bilan tugatiladi. Buning uchun bilak tomondagi kesim orqali Pirogov–Paron klettzhatkasidan korntsang tirsak tomonga o‘tkaziladi va korntsangga mo‘ljallangan holda tirsak suyagi chetiga parallel holda 6 sm uzunlikdagi kesim amalga oshiriladi. Teri, teri osti klettzhatkasi va bilak fastsiyasi kesiladi. Panjani tirsak tomonga bukuvchi muskul va tirsak qon tomir-nerv tutami birgalikda tumtoq uchli ilmoq yordamida tashqariga suriladi. Jarohat tubida barmoqlarni bukuvchi chuqur muskul topiladi va u oldinga va tashqariga suriladi. Kvadrat pronatorning muskul tolalari yo‘nalishiga qarab bilakning chuqur klettzhatka bo‘shlig‘iga kiriladi va tirsak sinovial xaltasining proksimal oxiri ko‘zdan kechiriladi. Korntsang bilan drenaj nayi ushlanadi va qarama-qarshi tomonga tortiladi, natijada drenajning oxirlari bilakning ikki tomonida qoladi.

Pirogov–Paron klettzhatkasida yiring bo‘lmagan holatda bilak sinovial xaltasi ochilishi kerak. Operatsiyadan keyin qo‘l gipsli longeta yordamida immobilizatziya qilinadi.



Rasm. 36. Tendobursitlarni ochish uchun mo'ljallangan kesimlar yo'nalishi.

Tirsak sinvial xaltasining yiringli tendobursitida pay qinining distal qismi jimjiloqning asosiy falangasidagi juft yon kesimlar bilan ochiladi. Kaftda tirsak sinovial xaltasi V barmoq tepaligining tashqi cheti bo'ylab o'tkazilgan kesim bilan ochiladi, bunda teri va teri osti klettzhatkasi kesilib ba'zi hollarda kaftning yuza arterial ravog'i bog'lanishi va kesilishi mumkin. Kaft aponevrozi kesilganidan so'ng jarohat tumtoq ilmoqlar bilan kengaytiriladi va taranglashgan sinovial xalta topilib u kesib ochiladi, yiring chiqarib tashlanadi va jarohat drenajlanadi.

L.G.Fishman bunday holatlarda yiring to'planishi oldini olish maqsadida qo'shimcha tarzda Pirogov–Paron klettzhatkasini ham ochish kerakligini ta'kidlaydi. Buning uchun teri va teri osti klettzhatkasi tirsak suyagi bigizsimon o'sig'idan 2 sm proksimalroqda boshlangan va tirsak suyagining cheti bo'ylab 8-10 sm ga davom ettirilgan kesim bilan kesiladi. Bilak fastziyasi kesilganidan keyin kaftni tirsak tomonga bukuvchi muskul tirsak nervi va tirsak arteriyasi bilan birgalikda tumtoq yo'l bilan tashqariga suriladi. Operatziya jarohat tubida barmoqlarni bukuvchi chuqur muskul ko'rinadi, bu muskul ham tashqariga va biroz oldinga suriladi, va kvadrat pronatorning ko'ndalang joylashgan muskul tolalariga qarab bilakning chuqur klettzhatka bo'shlig'iga kirib boriladi, bu erda tirsak sinovial xaltasining proksimal ko'r cho'ntaklari ko'zdan kechiriladi. Bunda shu narsani esda tutish kerakki, naysimon shaklga ega bilak sinovial xaltasidan farqli, tirsak sinovial xaltasi barmoqlarni bukuvchi muskul paylari, yuza va chuqur barmoqlarni bukuvchi muskullar paylari va barmoqlarni bukuvchi yuza muskuldan oldinda joylashgan uchta cho'ntaklaridan iborat. Bilak tendobursitidagi kabi kontrapertura hosil qilinadi.

Kesishgan flegmona (U-simon flegmona) deb ataladigan va bir vaqtda tirsak hamda bilak sinovial xaltalari yallig'lanishi, bosh barmoq va jimjiloq tendovaginitlari bilan kechadigan yiringli-yallig'lanish jarayonida pay qinlari va sinovial xaltalar yiringli jarayonlarini davolashga qaratilgan kesimlar qo'llanilishi bilan bajariladigan operativ usullardan foydalaniladi.

Kaftning o'rta o'rindig'i chuqur (aponevroz osti) flegmonasini ochish va drenajlash texnikasi

Kesishni III va IV kaft suyaklari proektziyalari oralig'ida bo'ylama tarzda olib boramiz va teri, teri osti klettzhatkasini kesamiz. Operatziya jarohat ko'zdan kechiriladi va tozalanadi. Operatziya jarohat tumtoq uchli ilmoqlar bilan kengaytiriladi. II va III barmoqlarga yo'nalgan paylar orasidan kaft aponevrozi kesiladi. Agar kaft aponevrozida nekrozga uchragan qismlari bo'lsa ular sog' to'qima doirasida kesib olib tashlanadi. Kaft aponevrozi chetlari ilmoqlarga olinib chetga tortiladi. Tumtoq yo'l bilan yiring, nekrozga uchragan tuzilmalar olib tashlanadi (shu bosqichda kaft arterial ravoqlarining shikastlanish xavfi bor). Jarohat antiseptik eritmasi bilan yuviladi. Qo'shimcha tarzda kaftning chuqur klettzhatka bo'shlig'i ko'zdan kechiriladi. Operatziya jarohatga malham surtilgan rezinali tasmachalar o'rnatiladi. Steril bog'lam qo'yiladi. Ikki qo'shni bo'g'imlarni o'z ichiga olgan gipsli bog'lam bilan qo'l immobilizatsiya qilinadi.

Kaft orqasi flegmonalarini ochish va drenajlash texnikasi.

Kaft orqasi flegmonalari flyuktuatsiya markazidan o'tkazilgan bo'ylama kesimlar orqali ochiladi. Kaft orqasi aponevroz osti flegmonalari ikkita kesim bilan ochilishi va drenirlanishi mumkin. Bunda kesimlar II va V kaft suyaklari ustidan, ya'ni kaft orqa aponevrozi birikish joylaridan o'tkaziladi.

AMALIY KO'NIKMA № 8. TRAXEOSTOMIYA

Traxeostomiya (*tracheostomia*) – kekirdakni kesish va uning bo'shlig'iga kanyulya kiritish.

Ko'rsatmalar: havoning nafas yo'llariga tushishi qiyinlashishi va asfiksiya hodisalarining kuchayib borishi, yot jismlarni olib tashlash.

Asfiksiya darajasiga qarab bu operatziya mahalliy og'riqsizlantirish ostida yoki hech qanaqa og'riqsizlantirish qo'llanilmasdan (asfiksiyaning yuqori darajalarida) bajariladi. Kekirdak ochilishi joyiga qarab, ya'ni qalqonsimon bez bo'yinchasiga nisbatan yuqori, o'rta va pastki traxeostomiyalar farqlanadi. Yuqori traxeostomiya qo'llanilishi kattalarda ma'quldir, pastki traxeostomiya esa bolalarda maqsadga muvofiq. Maxsus asboblardan mavjud bo'lmagan sharoitlarda va nafas yo'lini shoshilinch tarzda ochish kerak bo'lsa uzuksimon tog'ay kesilishi (krikotomiya) yoki uni hiqildoqning qalqonsimon tog'ayi bilan birlashtirib turgan membranasi kesilishi (konikotomiya) mumkin.

Jarrohlik asboblari va material: skalpel (qorinchali va o'tkir uchli), Rixter va Kuper qaychilari, pintzetlar (anatomik va xirurgik), Farabefning plastinkasimon ilmoqlari, Folkmanning tishchali ilmoqlari (o'tkir uchli va tumtoq uchli), Koxer va Bilrot qisqichlari, Koxer zondi, tarnovsimon zond, bir tishli o'tkir uchli ilmoqchalar, traxeya kengaytirgich, traxeostomik kanyulya, xirurgik ignalar (sanchuvchi, kesuvchi), ipak ligaturalar.

Yuqori traxeostomiya texnikasi

Operatziya qiluvchi bemordan o'ng tomonda, assistent chap tomonda joylashishadi. O'rta chiziq bo'ylab qalqonsimon tog'ayning o'rtasidan pastga qarab 4-6 sm (bolalarda 3 sm) uzunlikdagi kesim o'tkaziladi. Qavatma-qavat teri, teri osti klettzhatkasi, yuza fastziya kesiladi. Jarohat chetlari ilmoqlar bilan tortiladi. Agar bo'yinning o'rta venasi ko'rinsa u ilmoqlarning bittasiga olinadi. Bo'yinning oq chizig'i bo'yicha ikkita pintzet bilan bo'yinning ikkinchi va uchinchi fastziyalari ushlanadi, ular teshilib, keyin Koxer zondi yoki tarnovsimon zond yordamida kesiladi. To'sh-qalqonsimon, to'sh-til osti mushaklari chetga suriladi. Natijada qalqonsimon bezning bo'yinchasi va uning yuqori cheti bo'ylab joylashgan qon tomirlar anastomozlari ko'rinadi. Qalqonsimon bez bo'yinchasidan sal yuqoriroqda uzuksimon tog'ay joylashgan bo'ladi. Qaychilar bilan qalqonsimon bez bo'yinchasini uzuksimon tog'ayga va kekirdakning yuqorigi halqalariga fiksatsiyalovchi boylamlar kesiladi. Shundan keyin qalqonsimon bez bo'yinchasi yuqori chetidan tumtoq ilmoq o'tkazilib, bo'yincha pastga tortiladi.

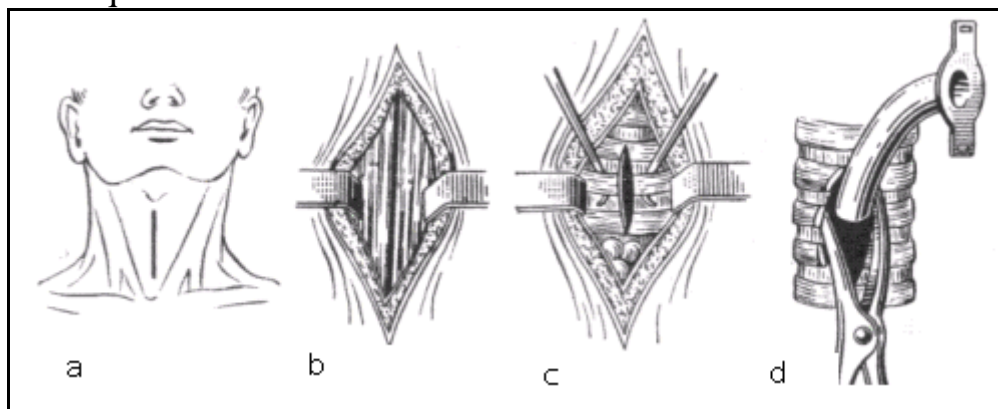
Qalqonsimon bez bo'yinchasidan yuqoriga yo'nalgan va kekirdakning oldingi yuzasini yopib turgan bezning piramidasimon o'simtasini kesib, uning qolgan cho'ttog'ini mahkam bog'lab qo'yish mumkin. Kekirdak halqalarining biri ostiga bir tishli o'tkir uchli traxeostomik ilmoqchalar o'rta chiziqdan ikki tomonda qo'yilib halqalararo membrana teshiladi va ilmoqlar yordamida kekirdak fiksatsiyalanadi. Shuningdek hiqildoq ham bir tishli o'tkir uchli ilmoqcha bilan fiksatsiyalanadi.

Jarroh chap qo'li bilan ilmoqlarning bittasini ushlab turgan holda o'ng qo'lidagi o'tkir uchli skalpel bilan kekirdakning halqalarini (traxeostomik kanyulya diametriga mos holda ikki-uchta halqani) bez bo'yinchasidan hiqildoq tomon kesadi. Bunda o'ng qo'lining ko'rsatkich barmog'i skalpel tig'ini 1 sm uzunlikda chegaralagan holatda va

skalpel tig'i yuqoriga qaragan bo'lishi lozim. Esda tutish kerakki, uzuksimon tog'ay shikastlanishi unda xondro-perixondrit rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Kekirdak shilliq pardasi kesilganligi tekshiriladi. Shilliq parda kesilgan vaqtda havo keskin tarzda kekirdakka va o'pkalarga kirib ular shilliq qavatlarini reflektor qo'zg'alishiga sababchi bo'ladi, buning oqibatida kuchli yo'tal sodir bo'ladi.

Traxeostomik jarohatga traxeya kengaytirgich qo'yiladi. Traxeya kengaytirgich ochilib, kekirdak teshigi kengaytiriladi. Keyin kekirdak teshigiga traxeostomik kanyulya kiritiladi, bunda uning qalqoni sagittal tekislikda bo'lishi lozim. So'ngra traxeostomik kanyulya shunday aylantiriladi-ki, bunda uning qalqoni frontal tekislikka mos kelishi kerak, va bir vaqtning o'zida kanyulya kekirdak ichkarisiga kiritiladi. Traxeostomik kanyulyaning kekirdak bo'shlig'ida to'g'ri joylashganligi tekshiriladi. Kanyulya bo'yinga fiksatsiyalanadi. Traxeostomik kanyulyadan yuqorida va pastda operatziya jarohat qavatma-qavat tikiladi.



Rasm. 37. Yuqori traxeostomiya: a – terini kesish chizig'i; b – bo'yinning o'rta chizig'ini kesish; c – kekirdak halqalarini kesish; d – kekirdak kesimini kengaytirish va traxeostomik kanyulani kiritish.

Pastki traxeostomiya texnikasi

Operatziya qiluvchi bemordan chap tomonda, assistent o'ng tomonda turishadi. O'rta chiziq bo'ylab to'sh suyagi o'yig'idan uzuksimon tog'aygacha teri, teri osti klettzhatkasi, yuza fastziya kesiladi. Jarohat chetlari tumtoq uchli ilmoqchalar bilan chetga tortiladi. Qon ketayotgan yuza qon tomirlar (asosan chap va o'ng tomondagi yuza venalar orasidagi ko'ndalang anastomoz tomirlari) qisqichlarga olinib bog'lanadi.

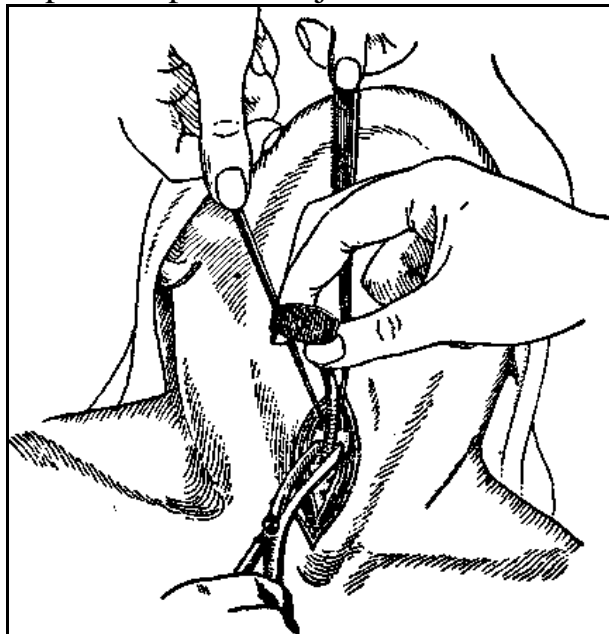
Ikkita pintzet bilan o'rta chiziq bo'yicha operatziya jarohatning yuqori va pastki qismlarida bo'yin oq chizig'i ushlanib skalpel bilan biroz kesiladi. Kesilgan joyga tarnovsimon zond kiritilib bo'yinning oq chizig'i (ikkinchi va uchinchi fastziyalar hisobiga hosil bo'lgan) yuqoriga va pastga qarab kesilib, to'sh usti aponevrozlararo klettzhatka bo'shlig'iga tushiladi. Klettzhatka tumtoq yo'l bilan ajratilib qalqonsimon bez bo'yinchasida yotgan to'sh-til osti va to'sh-qalqonsimon mushaklar chetga suriladi. Venoz bo'yinturuq ravog'i pastga siljtiladi. Qalqonsimon bez bo'yinchasini kekirdak halqalari bilan tutashtirib turgan boylamlar qaychi yordamida kesiladi va qalqonsimon bez bo'yinchasi tumtoq ilmoq bilan yuqoriga tortiladi.

Kekirdak oldi g'ovak klettzhatkasidagi qon tomirlar (venoz chigal va eng pastki qalqonsimon arteriya) ajratilib qon to'xtatuvchi qisqichlarga olinadi, bog'lanadi va kesiladi. O'tkir uchli bir tishli ilmoqchalar halqalararo membranani teshgan holda kesiladigan kekirdak halqalari ostiga o'rnatiladi. Kekirdak ushbu ilmoqchalar bilan fiksatsiyalanib kekirdakning tog'ayli halqalari skalpel bilan kesiladi, bunda skalpel uchi qalqonsimon bez bo'yinchasiga qo'yilgan tumtoq ilmoq tomonga qaragan va skalpel

uchi 1 sm masofada chegaralangan bo‘lishi lozim. Kekirdak shilliq pardasi kesilganligi tekshiriladi.

Traxeostomik jarohatga traxeya kengaytirgich kiritilib traxeostomik teshik kengaytiriladi. Kekirdak teshigiga traxeostomik kanyulya kiritiladi, bunda traxeostomik kanyulyaning qalqoni sagittal tekislikda bo‘lishi va keyin sekin-asta kanyulya kiritilishi bilan asbob qalqoni frontal tekislikka o‘tkaziladi va kanyulya kekirdak ichiga tushiriladi. Traxeya kengaytirgich olinadi.

Kekirdak bo‘shlig‘ida kanyulyaning to‘g‘ri joylashganligi tekshiriladi. Kanyulyadan yuqorida va pastda operatsion jarohat tikiladi.



Rasm. 38. Kekirdak bo‘shlig‘iga traxeostomik kanyulani kiritish.

O‘rta traxeostomiya qalqonsimon bez bo‘yinchasi yopib turgan kekirdak qismida amalga oshiriladi. Nafas yo‘lini ochishning bu usulida zarur vaziyat bo‘lib qalqonsimon bez bo‘yinchasini qisqichlarga olib uni kesish hisoblanadi. Bez bo‘yinchasiga ligaturalar qo‘yib kesish unchalik ishonarli emas, sababi ligaturalarning siljib chiqib ketish xavfi bor. Agar bez bo‘yinchasi keng bo‘lib u pastdagi kekirdak halqalariga mustahkam birikkan bo‘lsa ligaturalarning sirpanib chiqib ketish xavfi ortadi. Shu bilan birga, aynan keng va kekirdakka mustahkam birikkan bez bo‘yinchasi bor vaziyatda jarroh bez bo‘yinchasini siljitish ilojini topa olmay o‘rta traxeostomiyani bajarishga majbur bo‘ladi. Traxeostomiyaning qolgan bosqichlari pastki traxeostomiya bosqichlaridan farq qilmaydi.

Traxeostomiyadagi xatolar va xavfli holatlar

Bo‘yinning o‘rta chizig‘iga mos ravishda bajarilmagan kesim bo‘yin venalari (ichki bo‘yinturuq venasi), ba’zida uyqu arteriyalari shikastlanishiga olib keladi (bo‘yin venalari jarohatlanganda havo emboliyasi yuzaga chiqishini ham esdan chiqarmaslik zarur). To‘sh usti aponevrozlararo klettzhatkada bo‘yinturuq venoz chigalini, kekirdak oldi klettzhatkasida esa – toq qalqonsimon venoz chigalini shikastlab qo‘yish xavfi mavjud.

Kekirdak kesimining traxeostomik kanyulya diametriga mos kelmasligi. Nafas yo‘lini yetarlicha kenglikda kesilmasligi sababli kanyulya kekirdak devorlariga bosim o‘tkazib kekirdak halqalarining xondro-perixondriti rivojlanishiga olib keladi. Kekirdakdagi teshik juda katta bo‘lsa va kanyulya bilan to‘liq bekilmasa havo bo‘yinning g‘ovak klettzhatkasiga chiqib teri osti va, hatto ko‘ks oralig‘ida emfizema yuzaga kelishishiga sababchi bo‘ladi.

Kekirdakning noto‘g‘ri kesish. Yuza kesishda kuchli Shishga uchragan kekirdakning shilliq pardasi ko‘chishi sodir bo‘ladi, bu o‘z navbatida kanyulyaning shilliq osti qavatiga tushib qolishiga olib keladi. Bunday holatlarda kekirdak shilliq qavati pintzetlar bilan ushlanib qo‘shimcha ravishda kesilishi kerak. Skalpel juda chuqurga kiritilsa skalpelning uchi kekirdakning orqa membranoz devorini teshib, unga birikib turgan qizilo‘ngachni jarohatlashi mumkin. Agar qizilo‘ngach shikastlangan bo‘lsa uni tikish zarur.

Kekirdak ochilish oldidan to‘liq gemostaz bajarilmasligi yoki kekirdak devoridagi nisbatan yirikroq qon tomirlar jarohatlanishi qonning kekirdak va bronxlarga oqib tushishini yuzaga keltiradi.

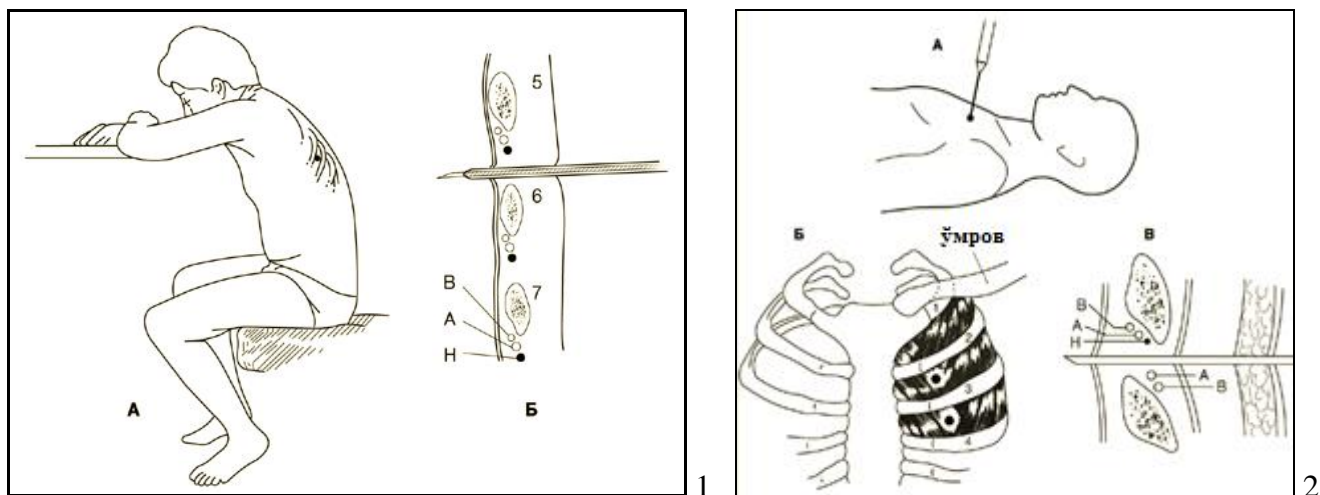
O‘rta traxeostomiyada asosiy xavf qalqonsimon bezning kesilgan bo‘yinchasidan parenximatoz qon ketishi bilan bog‘liq.

AMALIY KO'NIKMA № 9. PLEVRA BO'SHLIG'INI PUNKTZIYA QILISH

Ko'rsatmalar: tashxisni aniqlash (suyuqlik xossasini belgilash maqsadida), eksudatni olib tashlash va keyinchalik dori vositalarini plevra bo'shlig'iga yuborish.

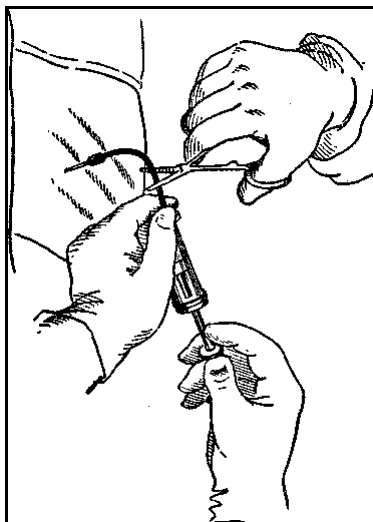
Jarrohlik asboblari va materiallar: standart igna va Shpritz, skalpel, troakor yoki Edsonning mandrenli punktziyon ignasi, rezina naycha, qisqichlar.

Texnikasi. Bemor o'tirgan holatda, punktziya tomondagi qo'l bosh orqasiga tashlangan bo'lishi lozim.



Rasm 39. Pevral bo'shliq punktziyasi. 1) piotoraksda: a – bemor holati va punktziya nuqtasi; b – punktziya ignasining yo'nalishi; 2) pnevmotoraksda: a – bemor va igna holati; b – punktziya nuqtasi; v – punktziya ignasining yo'nalishi. V) vena, A) arteriya, N) nerv.

Punktziya joyida yumshoq to'qimalar infiltratziyalı anesteziya amalga oshiriladi (*plevral bo'shliqda erkin nazla bo'lganda punktziya ob'ektiv va/yoki rentgenologik aniqlangan suyuqlik sathidan eng pastki nuqtada bajariladi*). Teri qovurg'a ustida pastga suriladi. Igna pastda joylashgan qovurg'aning yuqori cheti sathida sanchilib (*shu bilan qovurg'alararo tomir-nerv tutami shikastlanishi oldi olinadi*) 3-4 sm chuqurga kiritiladi. Plevra bo'shlig'ini punktziya qilish odatda perkutor tumtoqlik markazida, ko'pincha orqa qo'ltiq osti chizig'i yoki kurak chizig'i bo'ylab yettinchi-sakkizinchi qovurg'alararo oraliqlarda amalga oshiriladi. ***Esda tutish kerak:*** *igna suyuqlik ustidan o'tib o'pka to'qimasiga yoki qovurg'a-diafragmal sinusdan o'tib qorin bo'shlig'iga tushib qolishi mumkin.* Bunday asorat oldini olish uchun ko'krak qafasi teshilganidan so'ng igna biroz yuqoriga, diafragma gumbaziga parallel holda yo'naltirilishi lozim. Bo'shliqqa tushgandan keyin ignaga Jane shpritzni o'rnatiladi. Jane shpritzni va rezina naycha yordamida patologik suyuqlik olib tashlanadi. Jane shpritzini rezina naychadan ajratib olish uchun naycha qisqich bilan siqilishi kerak.



Rasm 40. Shpritzni ignadan olish vaqtida kateterga qisqich qo'yish.

Punktziya joyiga bog'lam qo'yiladi.

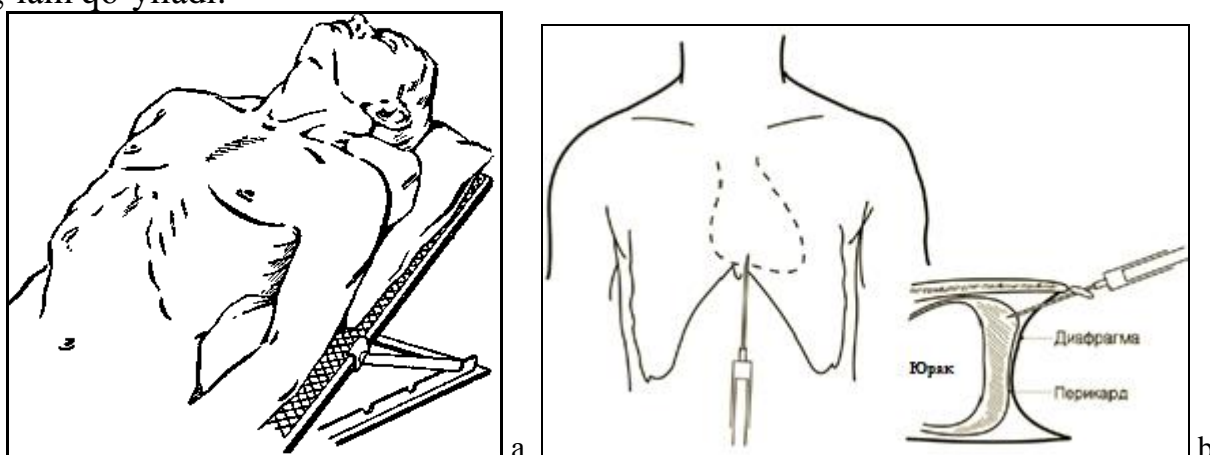
Asoratlari. Plevral bo'shliqdan suyuqlikni tez tortib olishda ko'ks oralig'i a'zolarining shu tomonga keskin siljishi ruy berishi, shuningdek plevro-pulmonal shok rivojlanishi mumkin.

AMALIY KO'NIKMA № 10 PERIKARD PUNKTZIYASI

Ko'rsatmalar: yurak tamponadasi, perikard bo'shlig'idagi patologik suyuqliklar va h.k.

Jarrohlik asboblari: standart igna va shpritz, skalpel, troakor yoki Edsonning mandrenli punktzion ignasi.

De Larre bo'yicha punktziya texnikasi. Ingichka troakor yoki punktzion igna chap tomonda VII qovurg'aning tog'ay qismi to'sh suyagiga birikish sathida tana yuzasiga 45° holatda joylashtirilgan holda sanchiladi va 1-1,5 sm chuqurga kiritilib teri, teri osti klettzhatkasi, fastziyalar va perikard teshiladi. Keyin shpritz pastga bosilib igna to'sh suyagiga deyarli parallel holda yo'naltirib perikard bo'shlig'ining oldingi-pastki bo'limiga kiriladi. Pulsatziyani sezish igna uchining yurakkka tekkanligidan dalolat beradi. Shpritz bilan perikard bo'shlig'idagi ekssudat olib tashlanadi. Punktziya joyiga bog'lam qo'yiladi.



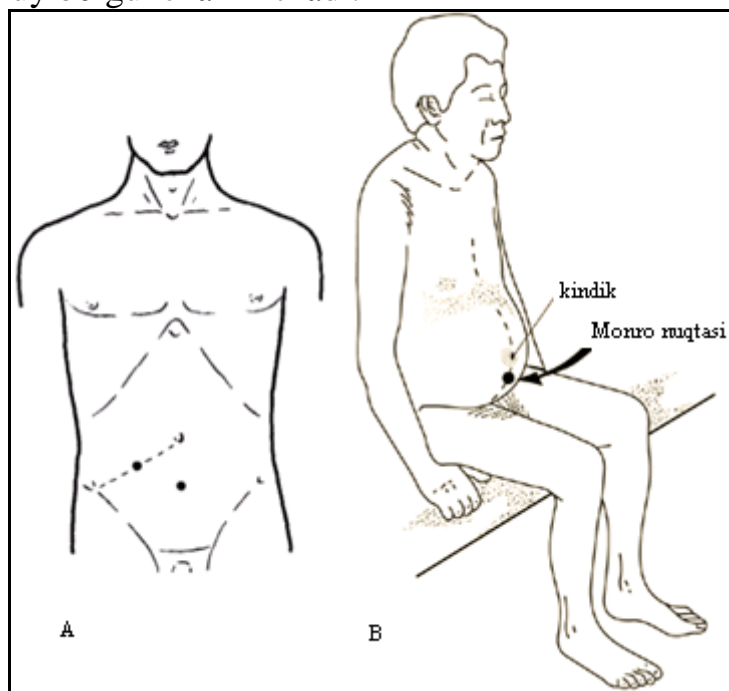
Rasm 41. Perikard punktziyasi: a) bemor holati; b) igna yo'nalishi.

AMALIY KO'NIKMA № 11. QORIN PUNKTZIYASI

Ko'rsatmalar. Qorin parda bo'shlig'ini punktziya qilish asosan astzitda amalga oshiriladi. Astzit qonning suyuq qismi parietal qorin parda orqali qorin parda bo'shlig'iga transsudatziyasiga olib keladigan portal gipertenziya sharoitida rivojlanadi va qorin parda bo'shlig'ida astzit suyuqligi to'planishi bilan kechadi. Ushbu to'plangan suyuqlikni punktziya qilib olib tashlash lozim. Portal venoz bosim oshishi jigar usti, jigar va jigar osti to'siqlari hisobiga portal yoki jigar venalarining to'silishi sababidan rivojlanadi.

Jarrohlik asboblari va vositalari: standart igna va shpritz, skalpel, troakor (standart modeli, Nelson troakori, Abrams troakori) yoki Edsonning mandrenli punktziyon ignasi, kesuvchi ignalar va ipak ligatura.

Texnikasi. Kindik va simfizning yuqori cheti orasidagi masofa yoki Monro nuqtasidan (kindik va yonbosh suyagi yuqori-oldingi o'sig'i orasidagi masofaning o'rtasidagi nuqta) tashqariroqdagi teri spirt bilan ishlanadi. Punktziya joyidagi terida infiltratziyali anesteziya amalga oshiriladi. Teri va teri osti klettzhatkasi skalpel bilan kesiladi (troakor yoki punktziyon igna diametriga mos holda). Igna sekin-asta, teriga perpendikulyar holatda bo'shliqqa tushish sezgisi paydo bo'lguncha va suyuqlik tomchilab chiqishi ruy berguncha kiritiladi.



Rasm 42. Qorin punktziyasi. A) punktziya nuqtasi; B) bemor vaziyati.

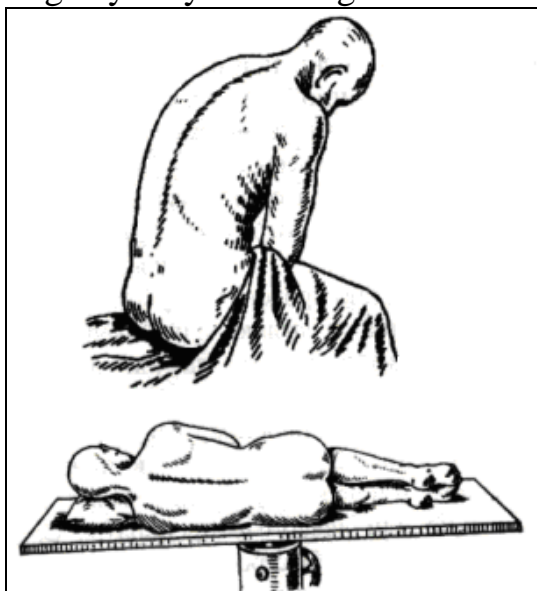
Astzit suyuqligi sekinlik bilan, bemorning umumiy ahvolini nazorat qilgan holda olinadi. Kerakli miqdordagi suyuqlik olinganidan so'ngina chiqariladi. Teri jarohati tugunli choklar bilan tikiladi (zarurat bo'lganda) va yod eritmasi bilan qayta ishlanadi. Punktziya joyiga aseptik bog'lam qo'yiladi.

AMALIY KO'NIKMA № 12. LYUMBAL PUNKTZIYA

Ko'rsatmalar. Tashxisiy va davolash maqsadlarida orqa miya suyuqligini olish, dori vositalari va anestetiklarni yuborish, subaraxnoidal bo'shliqqa kislorod yuborish.

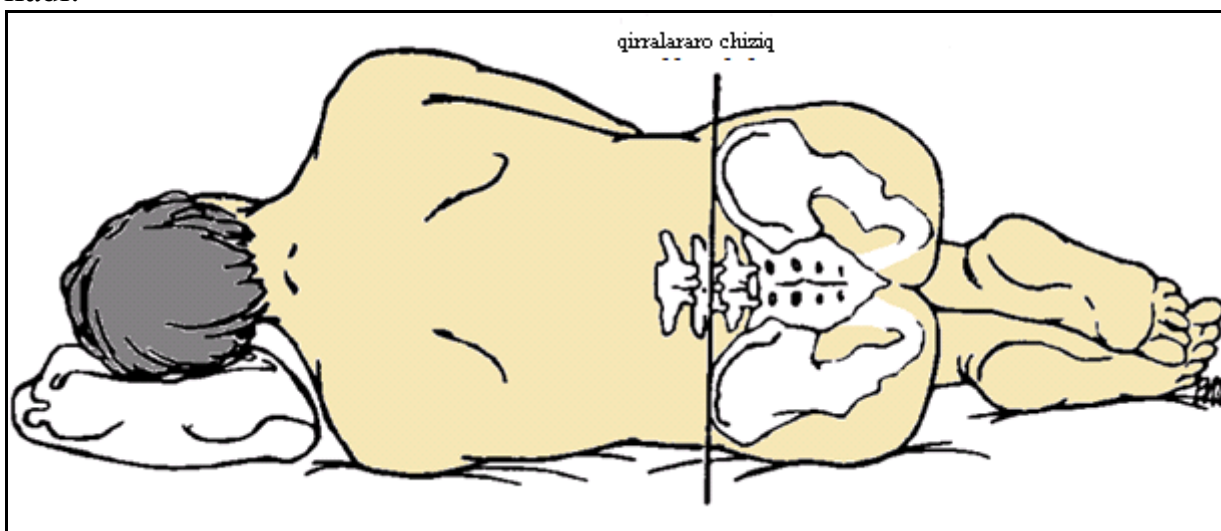
Jarrohlik asboblari: Edsonning mandrenli punktziya ignasi, gradatziyalangan probirka, turli hajmdagi shpritzlar.

Texnikasi. Bemor o'tirgan yoki yonboshlagan holatda.



Rasm 43. Lyumbal punktziyada bemor vaziyatlari.

Teri spirt bilan ishlanadi. Barmoq bilan V bel umurtqa o'tkir o'sig'i paypaslanib topiladi.



Rasm 44. Punktziya nuqtasini aniqlash.

Bevosita V bel umurtqasi o'tkir o'sig'i ustida mandrenli igna o'rta chiziq bo'ylab teri yuzasiga qat'iy tarzda perpendikulyar holatda sanchiladi. Keyin igna uchi biroz kranial tomonga og'dirilib 4-6 sm chuqurga teri, teri osti klettzhatkasi, umurtqalararo boylamlar va orqa miyaning qattiq pardasi orqali kiritiladi. Xarakterli qisirlash sezilganidan so'ng ignani kiritish to'xtatiladi. Keyin igna biroz 1-2 mm chuqurga kiritiladi (kanyuladan orqa miya suyuqligi tomchilab chiqishi kerak). Oqib chiqayotgan

suyuqlik gradatziyalangan probirkaga to‘planadi. Kerakli miqdordagi orqa miya suyuqligi olingach igna chiqarib olinadi. Punktziya joyi yod eritmasi bilan ishlanib bog‘lam qo‘yiladi.

AMALIY KO'NIKMALARNI QADAMBA-QADAM BAJARISH TEXNIKASI

Infiltratziyon anesteziyani bajarishning qadamba-qadam texnikasi.

№	Amaliy ko'nikma bosqichlari	Ball, %	Bajarish baholari, %	
			to'g'ri	noto'g'ri
1	Soha terisi antiseptik eritma bilan ishlanadi	5	4,5	0,5
2	Igna o'tkir burchak ostida teriga sanchiladi	15	13,5	1,5
3	Mo'ljallangan kesim yo'nalishi bo'ylab anestetik moddasi "limon po'stlog'i" hosil bo'lguncha teri ichiga yuboriladi	30	27	3
4	Keyin, anestetik eritmasini yuborishni ignani teri osti klettzhatkasida mo'ljallangan kesim yo'nalishi bo'ylab kiritish orqali amalga oshiriladi.	25	22,5	2,5
5	Teri va teri osti klettzhatkasi kesilganidan so'ng operatziyon kesim yo'nalishiga mos holda anestetik moddasi bilan to'qimalarning qavatma-qavat zich infiltratziyasi bajariladi	25	22,5	2,5
JAMI:		100	90	10

A.V.Vishnevskiy bo'yicha vagosimpatik blokada texnikasi

№	Amaliy ko'nikma bosqichlari	Ball, %	Bajarish baholari, %	
			to'g'ri	noto'g'ri
1	Bo'yinda to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushakning orqa cheti bilan tashqi bo'yinturuq venasi kesishgan joy aniqlanadi.	5	4,5	0,5
2	Chap qo'lining ko'rsatkich barmog'i shu kesishma ustiga qo'yiladi.	5	4,5	0,5
3	Ko'rsatkich barmoq bilan yumshoq to'qimalar sekin-asta kuch bilan umurtqa pog'onasining oldingi yuzasiga tekkuncha bosiladi.	10	9	1
4	Bosib turishni davom etib, ko'rsatkich barmoqning falangasi usti bo'ylab o'ng qo'l bilan shpritzni ushlab igna kiritiladi va teri ostiga novokain eritmasini yuborish orqali "limon po'stlog'i" hosil qilinadi.	15	13,5	1,5
5	Keyin igna sekinlik bilan barmoq bo'ylab ichkariga, umurtqaga tekkuncha kiritiladi, igna kiritilishi davomida novokainning 0,25% li eritmasi yuborib turiladi (40-50 ml hajmda).	40	36	4
6	Igna umurtqaga tegishi bilan chap qo'lining ko'rsatkich barmog'i bilan bosib turish to'xtatiladi.	10	9	1
7	Novokainning qolgan qismi yuboriladi.	10	9	1
8	Shpritz olinib, ignada qon bor yoki yo'qligi tekshiriladi.	5	4,5	0,5
JAMI:		100	90	10

Teriga tugunli chok qo'yish texnikasi

№	Amaliy ko'nikma bosqichlari	Ball, %	Bajarish baholari,%	
			to'g'ri	noto'g'ri
1	Tikuv materialini tanlash	5	4,5	0,5
2	Igna va igna tutqichni tanlash	5	4,5	0,5
3	Igna va igna tutqichni tayyorlash	5	4,5	0,5
4	Yordamchi asboblarni ishlatish	5	4,5	0,5
5	Jarohat chetlarini yaqinlashtirish	5	4,5	0,5
6	Ignani tashqaridan ichkariga qarab jarohat chetidan 0,5-1 sm uzoqroqda terining butun qavati orqali o'tkazish (igna egriligiga mos holdagi qo'l harakati bilan)	20	18	2
7	Igna teri osti to'qimasidan o'tkazilib jarohat tubigacha olib boriladi	5	4,5	0,5
8	Ignani chiqarish chuqurdan ichkaridan tashqariga yo'naltirilgan holda jarohatning qarama-qarashi tomonidagi kiritish nuqtasiga simmetrik holda teri yuzasiga chiqariladi	20	18	2
9	Ignani kiritish va chiqarish jarohatga qat'iy perpendikulyar tarzda amalga oshiriladi	10	9	1
10	Chok tuguni igna kiritish yoki chiqarish nuqtasi ustida qo'yiladi	10	9	1
11	Har bir ip bog'langanidan so'ng kesiladi	10	9	1
JAMI:		100	90	10

Teriga uzluksiz chok qo'yishning qaddamba-qadam bajarish texnikasi

№	Amaliy ko'nikma bosqichlari	Ball, %	Bajarish baholari,%	
			to'g'ri	noto'g'ri
1	Tikuv materialini tanlash	5	4,5	0,5
2	Igna va igna tutqichni tanlash	5	4,5	0,5
3	Igna va igna tutqichni tayyorlash	5	4,5	0,5
4	Yordamchi asboblarni ishlatish	5	4,5	0,5
5	Jarohat chetlarini yaqinlashtirish	5	4,5	0,5
6	Jarohat cheti tashqariga ag'dariladi	20	18	2
7	Igna teriga jarohat chetidan 1 sm uzoqroqda kiritiladi va teri osti klettzhatkasi hamda jarohat tubidan o'tkaziladi	5	4,5	0,5
8	Igna qarama-qarshi tomonda teri yuzasiga jarohat chetidan 1 sm uzoqroqda chiqariladi	20	18	2
9	Chokning har bir baxyasidan keyin assistent ikkita pintzet bilan ipni ushlab oladi va jarohat chetlarini yaqinlashtirgan holda iplarni tortadi	10	9	1
10	Choklar bir-biridan 1-2 sm uzoqlikda qo'yiladi	10	9	1
11	Chokning oxirgi baxyasida iplar ikkitalik jarrohlik tuguni bilan bog'lanadi	10	9	1
JAMI:		100	90	10

Umumiy uyqu arteriyasini bosishning qadamba-qadam bajarilish texnikasi

№	Amaliy ko'nikma bosqichlari	Ball, %	Bajarish baholari,%	
			to'g'ri	noto'g'ri
1	Jarroh bemor oldida unga yuzma-yuz joylashadi	10	9	1
2	Bosh barmoq bo'yinning oldingi yuzasiga, to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushakning oldingi cheti o'rtasiga qo'yiladi	30	27	3
3	Qolgan barmoqlar bo'yinning orqa yuzasiga qo'yiladi	30	27	3
4	Barmoqlar sekin-asta qat'iy tarzda sagittal tekislikda bir-biriga Shikastlangan tomirdan qon ketishi to'xtaguncha yaqinlashtiriladi	30	27	3
JAMI:		100	90	10

Jgut qo'yishni qadamba-qadam bajarilish texnikasi

№	Amaliy ko'nikma bosqichlari	Ball, %	Bajarish baholari,%	
			to'g'ri	noto'g'ri
1	Qo'l-oyoqning terisiga taglik qo'yiladi	10	9	1
2	Taglik ustidan rezina jgut o'rnatilib bir necha marta aylantiriladi	30	27	3
3	Jgutning oxirgi aylanasi mahkamlanadi	30	27	3
4	Jgut sohasiga yoki jgutning o'ziga jgut qo'yilgan vaqt va yordam ko'rsatgan shaxs familiyasi yozilgan qog'oz bo'lagi o'rnatiladi	30	27	3
JAMI:		100	90	10

Shikastlangan arteriyani jarohat ichida bog'lashning qadamba-qadam texnikasi

№	Amaliy ko'nikma bosqichlari	Ball, %	Bajarish baholari,%	
			to'g'ri	noto'g'ri
1	Jarohatdan yuqoriroqda jgut qo'yiladi	5	4,5	0,5
2	Qon tomir-nerv tutami yo'nalishi bo'ylab jarohat kesilib keng ochiladi	20	18	2
3	Shikastlangan arteriyalar oxirlari ajratiladi	20	18	2
4	Shikastlangan arteriya oxirlariga tomir o'qi bo'ylab qon to'xtatuvchi qisqichlar qo'yiladi	15	13,5	1,5
5	Arteriya oxirlari puxtalik bilan atrof to'qimalardan 1-2 sm masofada ajratiladi	15	13,5	1,5
6	Dastlab tomirning markaziy, keyin periferik oxiriga ligatura qo'yiladi	20	18	2
7	Arteriyaning unga qo'yilgan ligatura bilan birga pulsatsiya qilishi ligaturani to'g'ri qo'yilganidan dalolat beradi	5	4,5	0,5
JAMI:		100	90	10

Yelka arteriyasini masofada bog'lashning qadamba-qadam texnikasi

№	Amaliy ko'nikma bosqichlari	Ball, %	Bajarish baholari,%	
			to'g'ri	noto'g'ri
1	Bemor holati chalqancha. Qo'l qo'shimcha stolga supinatziya va uzoqlashtirilgan holatda fiksatsiyalangan	3	2,7	0,3
2	Mahalliy infiltratziyon anesteziya bajariladi	10	9,0	1,0
3	Arteriyaning proektziyon chizig'idan 2 sm tashqariroqda teri 6-8 sm uzunlikda kesiladi	12	10,8	1,2

4	Operatziya jarohat chetlari kengaytiriladi	3	2,7	0,3
5	Yelka ikki boshli mushakning ichki cheti bo'ylab mushak fastzial g'ilofi oldingi devori kesiladi	10	9,0	1,0
6	Mushak ilmoqlar yordamida tashqari tomonga suriladi	3	2,7	0,3
7	Tarnovsimon zond yordamida yelka ikki boshli mushak g'ilofining orqa devori kesiladi	8	7,2	0,8
8	Ikkita pintzet yordamida ehtiyotkorlik bilan qon tomir-nerv tutami ajratiladi	10	9,0	1,0
9	Arteriya venalardan alohidalanadi	8	7,2	0,8
10	Oraliq nervi tomonidan Deshan ignasi yordamida yelka arteriyasi tagiga ikkitalik ligatura o'tkaziladi	15	13,5	1,5
11	Arteriya bog'lanadi va qaychilar yordamida ligaturalar orasida kesiladi	10	9,0	1,0
12	Operatziya jarohat qavatma-qavat tikiladi	5	4,5	0,5
13	Tirsak bo'g'imida to'g'ri burchak ostida bukilgan va yaqinlashtirgan hamda supinatziya holatida qo'l immobilizatsiyalanadi	3	2,7	0,3
JAMI:		100	90	10

Venepunktziyani bajarishning qadamba-qadam texnikasi

№	Amaliy ko'nikma bosqichlari	Ball, %	Bajarish baholari, %	
			to'g'ri	noto'g'ri
1	Yelkaning pastki uchdan bir qismiga jgut qo'yiladi	10	9	1
2	Igna sanchish joyi spirt bilan ishlanadi	10	9	1
3	Chap qo'l barmog'i bilan teri tortiladi	10	9	1
4	O'ng qo'l bilan igna sanchiladi va sekin-asta teri hamda vena devori orqali kiritiladi	20	18	2
5	Igna venaga tushishi hissiyoti va shpritzda qon tomchisi paydo bo'lganidan so'ng shpritz biroz pastga tushiriladi va igna vena ichiga yanada chuqurroq kiritiladi	20	18	2
6	Vena ichi infuziyasini amalga oshirish uchun jgut echiladi, qon olishda jgut muolaja oxirigacha qoldiriladi	20	18	2
7	Venepunktziyadank eyin igna kiritilgan joy spirt bilan qayta ishlanadi va aseptik bog'lam qo'yiladi	10	9	1
JAMI:		100	90	10

Venesektziyani bajarishning qadamba-qadam texnikasi

№	Amaliy ko'nikma bosqichlari	Ball, %	Bajarish baholari, %	
			to'g'ri	noto'g'ri
1	Venesektziya sohasining terisi dezinfektziyalanadi	3	2,7	0,3
2	Kesish joyi novokainning 0,25% eritmasi bilan anesteziyalanadi	7	6,3	0,7
3	Vena yo'nalishiga nisbatan ko'ndalang yoki unga paralel holda 2-3 sm li uncha chuqur bo'lmagan kesim bilan teri kesiladi	10	9	1
4	Vena ochilib tumtoq yo'l bilan 1,5-2 sm masofada atrof to'qimalardan jaratiladi	10	9	1
5	Deshan ignasi yordamida vena tagidan ikkita ligatura o'tkaziladi	10	9	1
6	Distal ligatura ikki tugunli qilib bog'lanadi va iplar tortilib vena biroz kztariladi	5	4,5	0,5
7	Vena devori ligaturadan distalroqda yo'g'on igna bilan punktziya qilinadi yoki diametrining 1/2-1/4 qismi qaychilar bilan kesiladi	15	13,5	1,5
8	Venaga kateter kiritiladi	10	9	1
9	Kateter ustidan ikkinchi ligatura (proksimalroqda) bog'lanadi	5	4,5	0,5
10	Infuzion terapiya sistemasi kateterga qo'shiladi	10	9	1
11	Teri jarohati chetlari ipak iplari bilan tikiladi, iplarning bittasi bilan kateter fiksatsiya qilinadi	10	9	1
12	Kateter tagiga steril salfetka qo'yiladi	5	4,5	0,5
JAMI:		100	90	10

Yelka bo'g'imini punktziya qilishning qadamba-qadam texnikasi

№	Amaliy ko'nikma bosqichlari	Ball, %	Bajarish baholari, %	
			to'g'ri	noto'g'ri
1	Yelka bo'g'imini punktziya qilish uchun diametri 1,5-2 mm li igna tanlanadi	10	9	1
2	Kurak suyagining tumshuqsimon o'simtasi sohasida teri barmoq bilan chetga suriladi	10	9	1
3	Igna kurak suyagining tumshuqsimon o'simtasi sohasida kiritiladi	20	18	2

4	Igna kurak suyagi akromial o'sig'i oldingi-tashqi cheti bo'ylab ichkariga yo'naltiriladi, yelka suyagi kichik do'mboqchasi va kurak suyagining tumshuqsimon o'simtasi orasidan yelka suyagi boshchasi tomon 1 sm chuqurlikka kiritilib bo'g'im tirqishining yuqori bo'lmiga tushiladi	60	54	6
JAMI:		100	90	10

Tizza bo'g'imini punktziya qilishning qadamba-qadam texnikasi

№	Amaliy ko'nikma bosqichlari	Ball, %	Bajarish baholari, %	
			to'g'ri	noto'g'ri
1	Punktziya tizza qopqog'i cheti o'rtasidan 1-1,5 sm yuqoriroqda joylashgan nuqtada bajariladi	10	9	1
2	Igna tizza qopqog'ining tashqi chetiga, kamroq hollarda ichki chetiga yaqin joyda kiritiladi	20	18	2
3	Igna son o'qiga perpendikulyar holatda sonning to'rt boshli mushakgi payi osti tomon 3-4 sm chuqurlikkagacha kiritiladi	60	54	6
4	Tizza qopqog'ini barmoq bilan bosib bo'g'im bo'shlig'idagi suyuqlik bo'g'imning yuqori burilmasiga o'tkaziladi, bu bo'g'im ichidagi suyuqlikni aspiratziya qilishni yaxshilaydi	10	9	1
JAMI:		100	90	10

Teri osti hasmolini ochish va drenajlashning qadamba-qadam texnikasi

№	Amaliy ko'nikma bosqichlari	Ball, %	Bajarish baholari, %	
			to'g'ri	noto'g'ri
1	Klapp bo'yicha chiziqli-yon kesimlar bilan yiringli o'choq ochiladi	50	45	5
2	Yiringli o'choqni taftish qilish va antiseptiklar bilan yuvish amalga oshiriladi	10	9	1
3	Teri va teri soti klettzhatkasining nekrozga uchragan qismlari kesib olib tashlanadi	15	13,5	1,5
4	Yallig'lanish o'chog'i oqmalar va qo'shimcha yiring yo'llari bor yoki yo'qligini aniqlash maqsadida ko'zdan kechiriladi	10	9	1
5	Operatziya jarohat to'liq tozalanadi	10	9	1
6	Antiseptikli bog'lam qo'yiladi	5	4,5	0,5
JAMI:		100	90	10

Tendovaginitni ochish va drenajlashning qadamba – qadam texnikasi

№	Amaliy ko'nikma bosqichlari	Ball, %	Bajarish baholari, %	
			to'g'ri	noto'g'ri
1	Barmoqning yon yuzalarida chiziqli kesimlar bilan teri va teri osti klettzhatkasi kesiladi	50	45	5
2	Jarohat chetlari va tubi taftish qilinadi	7	6,3	0,7
3	O'tkir uchli ilmoqlar bilan jarohat kengaytiriladi	3	2,7	0,3
4	Teri kesimiga mos holda payning fibroz qini ikki tomonda kesiladi	10	9	1
5	Yiringli tarkib olib tashlanadi	5		0,5
6	Kesilgan fibroz qinning chetlari kengaytiriladi va qin bo'shlig'i hamda pay ko'zdan kechiriladi	7	6,3	0,7
7	Nekrozga uchragan to'qimalar olib tashlanadi	7	6,3	0,7
8	Qin ichi antiseptik eritmasi bilan yuviladi	3	2,7	0,3
9	Qisqich yordamida drenaj naycha kiritilib qarama-qarshi tomondan chiqariladi	5	4,5	0,5
10	Antiseptikli bog'lam qo'yiladi	3	2,7	0,3
JAMI:		100	90	10

Yuqori traxeostomiya bajarishning qadamba-qadam texnikasi

№	Amaliy ko'nikma bosqichlari	Ball, %	Bajarish baholari, %	
			to'g'ri	noto'g'ri
1	Qalqonsimon tog'aydan pastga qarab 4-6 sm uzunlikdagi kesim bilan teri, teri osti klettzhatkasi, yuza fastziya va bo'yinning oq chizig'i qavatma-qavat kesiladi	10	9	1
2	Bo'yinning o'ng va chap tomonlarida to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon va to'sh-qalqonsimon mushaklari chetga suriladi	3	2,7	0,3
3	Uzüksimon tog'ay va uning tagida joylashgan qalqonsimon bezning bo'yinchasi ochiladi	3	2,7	0,3
4	Bo'yin ichi fastziyasi ko'ndalang yo'nalishda kesiladi	3	2,7	0,3

5	Qalqonsimon bez bo'yinchasi tumtoq yo'l bilan kekirdakdan ajratilib pastga tortiladi	7	6,3	0,7
6	Kekirdakning yuqorigi tog'aylari ochiladi	3	2,7	0,3
7	Hiqildoq bir tishli o'tkir uchli ilmoqcha bilan fiksatsiyalanadi	3	2,7	0,3
8	O'tkir uchli skalpel (tig'i yuqoriga qaratilgan holda) yordamida qalqonsimon bez bo'yinchasidan hiqildoq tomonga yo'nalgan holda kekirdakning uchinchi va to'rtinchi tog'aylari kesiladi	10	9	1
9	Kekirdak shilliq pardasi kesilganligiga ishonch hosil qilinadi	8	7,2	0,8
10	Traxeotomik jarohatga traxeya kengaytirigich kiritiladi	5	4,5	0,5
11	Traxeya kengaytirigich yordamida kekirdak kesilgan joyi kengaytiriladi	7	6,3	0,7
12	Traxeostomik kanyulaning qalqoni sagittal tekislik bo'yicha o'rnatilib kanyula kekirdak bo'shlig'iga kiritiladi	12	10,8	1,2
13	Traxeya kengaytirigich olinadi	3	2,7	0,3
14	Kanyulya qalqoni frontal tekislikda bo'lguniga qadar aylantiriladi va bir vaqtning o'zida kanyula kekirdak bo'shlig'iga kiritiladi	5	4,5	0,5
15	Kanyulaning kekirdak bo'shlig'ida to'g'ri joylashganligi tekshiriladi	3	2,7	0,3
16	Kanyula bo'yinga fiksatsiyalanadi	5	4,5	0,5
17	Teri jarohati traxeostomik kanyulagacha tikiladi	10	9	1
JAMI:		100	90	10

Pastki raxeostomiyani bajarishning qadamba-qadam texnikasi

№	Amaliy ko'nikma bosqichlari	Ball, %	Bajarish baholari, %	
			to'g'ri	noto'g'ri
1	Uzüksimon tog'aydan to'sh o'yig'teri, teri osti klettzhatkasi, yuza fastziya kesiladi	10	9	1
2	Bo'yinning oq chizig'i bo'ylab xususiy fastziya kesiladi	2	1,8	0,2
3	To'sh usti aponevrozlararo klettzhatkaga tushib boriladi va undagi klettzhatka tumtoq yo'l bilan ajratiladi	2	1,8	0,2
4	Bo'yinturuq vena ravog'i pastga siljtiladi	2	1,8	0,2
5	Kurak-o'mrov fastziyasi kesiladi	2	1,8	0,2
6	Bo'yinning o'ng va chap tomonlarida to'sh-til osti va to'sh-qalqonsimon mushaklari ochiladi	2	1,8	0,2
7	Mushaklar yon tomonlarga suriladi	2	1,8	0,2
8	Bo'yin ichi fastziyasining parietal varag'i kesiladi	2	1,8	0,2
9	Traxeya oldi klettzhatkasiga kirib boriladi	2	1,8	0,2
10	Traxeya oldi klettzhatkasida venoz chigal va eng pastki qalqonsimon arteriya ajratilib ligaturaga olinadi va kesiladi	2	1,8	0,2
11	Qalqonsimon bezning bo'yinchasi yuqoriga suriladi	2	1,8	0,2
12	Kekirdak uni qoplab turgan bo'yin ichi fastziyasining vistzeral varag'idan ajratiladi	2	1,8	0,2
13	O'tkir uchli skalpel (tig'i yuqoriga qaratilgan holda) yordamida to'sh suyagidan qalqonsimon bez bo'yinchasi tomon kekirdakning to'rtinchi va beshinchi tog'aylari kesiladi	10	9	1
14	Kekirdak shilliq pardasi kesilganligiga ishonch hosil qilinadi	8	7,2	0,8
15	Traxeostomik jarohatga traxeya kengaytirigich kiritiladi	5	4,5	0,5
16	Traxeya kengaytirigich yordamida kekirdak kesilgan joyi kengaytiriladi	7	6,3	0,7
17	Traxeostomik kanyulaning qalqoni sagittal tekislik bo'yicha o'rnatilib kanyula kekirdak bo'shlig'iga kiritiladi	12	10,8	1,2
18	Traxeya kengaytirigich olinadi	3	2,7	0,3
19	Kanyulya qalqoni frontal tekislikda bo'lguniga qadar aylantiriladi va bir vaqtning o'zida kanyula kekirdak bo'shlig'iga kiritiladi	5	4,5	0,5
20	Kanyulaning kekirdak bo'shlig'ida to'g'ri joylashganligi tekshiriladi	3	2,7	0,3
21	Kanyula bo'yinga fiksatsiyalanadi	5	4,5	0,5
22	Teri jarohati traxeostomik kanyulagacha tikiladi	10	9	1
JAMI:		100	90	10

Plera bo'shlig'ini punktziya qilishning qadamba-qadam texnikasi

№	Amaliy ko'nikma bosqichlari	Ball, %	Bajarish baholari, %	
			to'g'ri	noto'g'ri
1	Punktziya joyida yumshoq to'qimalarning infiltratsiyali anesteziyasi amalga oshiriladi	10	9	1
2	Teri qovurg'a ustidan pastga tortiladi	5	4,5	0,5

3	Pastdagi qovurgʻaning yuqori cheti boʻylab igna 3-4 sm gach kiritiladi	15	13,5	1,5
4	Plevrani teshish odatda perkutor tumtoqlanish markazida, koʻpincha orqa qoʻltiq osti chizigʻi yoki kurak chizigʻi boʻyicha ettinchi-sakkizinchi qovurgʻalararo oraliqda amalga oshiriladi, bunda igna diafragma gumbaziga parallel holda biroz yuqoriga yoʻnaltiriladi	30	27	3
5	Ignaga Shpritz qoʻshiladi	10	9	1
6	Rezina naycha va Jane shpritz yordamida plevral boʻshliqdagi patologik suyuqlik olib tashlanadi	20	18	2
7	Jane shpritzini naychadan olish paytida rezina naycha qisqich bilan siqiladi	5	4,5	0,5
8	Punktziya joyi bogʻlam bilan berkiladi	5	4,5	0,5
JAMI:		100	90	10

Perikard punktziyasining qadamba-qadam texnikasi

№	Amaliy koʻnikma bosqichlari	Ball, %	Bajarish baholari, %	
			toʻgʻri	notoʻgʻri
1	Tana yuzasiga nisbatan 45° burchak ostidagi holatda ingichka troakor yoki yoʻgʻon igna bilan chap tomonda VII qovurgʻa togʻayining toʻsh suyagiga birikish sathida teriga sanchilib 1-1,5 sm chuqurlikka teri osti klettzhatkasi, fastziya va perikard orqali kiritiladi	40	36	4
2	Keyin igna toʻsh suyagiga paralell holda joylashtirilib perikard boʻshligʻining oldingi-pastki boʻlimiga kiritiladi	30	27	3
3	Pulbsatziya sezgisi igna uchining yurakka tekkanligidan dalolat beradi	5	4,5	0,5
4	Shpritz yordamida perikard boʻshligʻidagi eksudat olinadi	20	18	2
5	Punktziya joyi bogʻlam bilan yopiladi	5	4,5	0,5
JAMI:		100	90	10

Qorin punktziyasini bajarishning qadamba-qadam texnikasi

№	Amaliy koʻnikma bosqichlari	Ball, %	Bajarish baholari, %	
			Toʻgʻri	notoʻgʻri
1	Kindik va simfizning yuqori cheti orasidagi masofaning oʻrtasi yoki Monro (kindik va yonbosh suyagining oldingi-yuqori oʻsigʻi orasidagi masofaning oʻrtasidagi) nuqtadan tashqariroqdagi soha terisi qayta ishlanadi	5	4,5	0,5
2	Punktziya sohasida infiltratziyalı anesteziya amalga oshiriladi	15	13,5	1,5
3	Teri va teri osti klettzhatkasi skalpel bilan kesiladi (troakor yoki punktziya igna diametriga mos ravishda)	15	13,5	1,5
4	Igna sekin-asta teriga perpendikulyar holatda boʻshliqqa tushish sezgisi paydo boʻlguncha va ignadan suyuqlik chiqquncha kiritiladi	30	27	3
5	Bemorning umumiy ahvolini nazorat qilib astzit suyuqligi sekinlik bilan olinadi	10	9	1
6	Astzit suyuqligining kerakli miqdori olingach igna chiqariladi	10	9	1
7	Teridagi jarohat ipak iplar bilan tikiladi va yod eritmasi bilan ishlanadi	10	9	1
8	Punktziya joyi bogʻlam bilan berkiladi	5	4,5	0,5
JAMI:		100	90	10

Lyumbal punktziya qadamba-qadam texnikasi

№	Amaliy koʻnikma bosqichlari	Ball, %	Bajarish baholari, %	
			toʻgʻri	notoʻgʻri
1	Teri spirt bilan qayta ishlanadi	5	4,5	0,5
2	Barmoq bilan V umurtqa barmogʻining oʻtkir oʻsigʻi yuqori cheti paypaslanib topiladi	5	4,5	0,5
3	Bevosita V umurtqa oʻtkir oʻsigʻi ustida mandrenli igna qatʻiy tarzda oʻrta chiziq boʻylab perpendikulyar holatda sanchiladi	15	13,5	1,5
4	Igna uchini sekin-asta kranial tomonga ogʻdirib chikariga kirib boriladi	15	13,5	1,5
5	Igna teri, teri osti klettzhatkasi, umurtqalararo boylamlar va orqa miyaning qattiq pardasi orqali 4-6 sm chuqurga kiritiladi	15	13,5	1,5
6	Xarakterli qirsillash sezilganidan soʻng igna kiritilishi toʻxtatiladi va mandren olinadi	10	9	1
7	Keyin igna 1-2 sm chuqurroqqa kiritiladi (kanyuladan orqa miya suyuqligi tomchilab chiqib boshlashi kerak)	20	18	2
8	Oqib chiqayotgan orqa miya suyuqligi probirkaga olinadi	5	4,5	0,5
9	Kerakli orqa miya suyuqligi olingach igna chiqarib olinadi	5	4,5	0,5
10	Punktziya joyi yod bilan ishlanadi va bogʻlam qoʻyiladi	5	4,5	0,5

Adabiyotlar

1. Komarov B.D. Neotlojnaya xirurgicheskaya pomosh pri travmax. – M., 1984.
2. Kuzin M.I. Mestnoe obezbolivanie. – M., 1982.
3. Rouzen M. Chreskojnaya kateterizatziya centralnix ven. – M., 1986.
4. Osnovi operativnoy xirurgii. Pod red. chlena korrespondenta RAMN professora S.A.Simbirtzeva. SPb, Izdatelstvo «Gippokrat». 2002.
5. Rukovodstvo po texnike xirurgicheskix manipulyatziy. / Avt. – sost. G.Chen i dr. Per. s angl. – Vitebsk. Bedmedkniga. –1996. –384 s.: il.