

**A.S.BABA JANOV, A.S.TOIROV,  
A.I.AXMEDOV, J.Q.TO'XTAYEV**



**XIRURGIYADA AMALIY  
KO'NIKMALAR**

**TOSHKENT - 2023**

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA'LIM, FAN VA  
INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

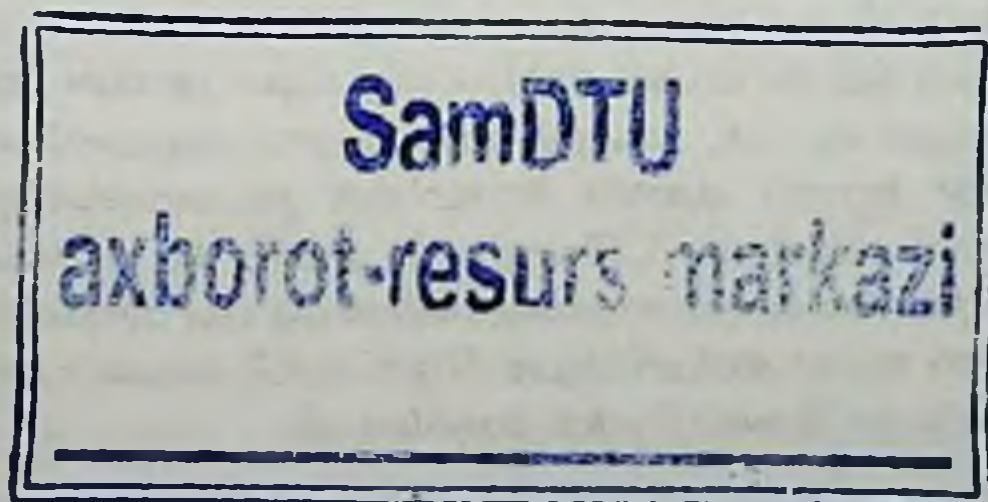


**A.S.BABAJanov, A.S.TOIROV, A.I.AXMEDOV, J.Q.TO'XTAYEV**

## **XIRURGIYADA AMALIY KO'NIKMALAR**

*Tibbiyot oliy muassasalari IV-V kurs talabalari uchun*

*amaliy ko'nikmalar*



“QAMAR MEDIA” NASHRIYOTI

TOSHKENT –2023

UO'K 617(075.8

KBK 54.5ya73

X 55

A.S.Babajanov, A.S.Toirov, A.I.Axmedov, J.Q.To'xtayev. Xirurgiyada amaliy ko'nikmalar. O'quv qo'llanma. – Toshkent: "Qamar media" nashriyoti, 2023, 101 bet.

**Mualliflar:**

Babajanov A.S.

t.f.d, dotsent, SamDTU Pediatriya fakulteti  
xirurgik kasalliklar kafedrası mudiri

Toirov A.S.

PhD., SamDTU Pediatriya fakulteti  
xirurgik kasalliklar kafedrası katta o'qituvchisi

Axmedov A.I.

PhD., SamDTU Pediatriya fakulteti  
xirurgik kasalliklari kafedrası assistenti

To'xtayev J.Q.

SamDTU Pediatriya fakulteti xirurgik  
kasalliklari kafedrası assistenti

**Taqrizchilar:**

Gulyamov O.M

t.f.d., Akademik "V.Voxidov nomidagi  
RLXIAM" DM Torakoabdominal onkoxirurgiya  
bo'limi rahbari

Kurbaniyazov Z.B.

t.f.d., prof. Samamarqand davlat tibbiyot  
universiteti 1-son xirurgik kasalliklari  
kafedrasining mudiri

*Annotasiya «Xirurgiyada amaliy ko'nikmalar» o'quv qo'llanmasida amaliy ko'nikmalarni qadamma-qadam algoritmi tuzilgan. Talabalar algoritm asosida bosqichma - bosqich to'g'ri bajarishga alohida e'tibor qaratilgan. Talaba amaliy ko'nikmani mustaqil, biroq o'qituvchi nazorati ostida mulyajlar, trenajyorlar, fantomlar va manekenlarda, ko'p marta mashq qilib o'rganishlari uchun qulay. Shuningdek asosiy kasalliklar klinik kechishi va ularni davolash usullari asosida yozilgan. « Xirurgiyada amaliy ko'nikmalar» o'quv qo'llanma tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalariga dars o'tish dasturi asosida tuzilgan bo'lib, xirurgik kasalliklarni diagnostika va davolash usullari hamda operasiyadan keyingi davrda bemorlarni parvarishlashga qaratilgan amaliy ko'nikmalar mujasamlashtirilgan. «Xirurgiyada amaliy ko'nikmalar» o'quv qo'llanmasi xirurgik kasalliklar fanidan bakalavriatning pediatriya ishi 5510200 ta'lim yo'nalishining 4 va 5 kurs talabalari uchun moljallangan. Shuningdek, umumiy amaliyot shifokorlari va xirurglarga ham ushbu qo'llanma foydali hisoblanadi.*

**ISBN 978-9943-9207-8-1**

*Ushbu o'quv qo'llanma SamDTU 2023-yil 3-may kuni bo'lib o'tgan 9-son Ilmiy Kengash majlisi tomonidan tasdiqlangan va nashr etishga ruxsat berilgan.*

© "Qamar media" nashriyoti

## MUNDARIJA

	SO'Z BOSHI .....	4
1	ME'DANI ZONDLASH.....	5
2	XO'QNA .....	10
3	TO'G'RI ICHAKNI BARMOQ BILAN TEKSHIRISH .....	13
4	«YO'TAL TO'RTKISI» BELGISINI ANIQLASH.....	16
5	SHYOTKIN BLYUMBERG SIPMTOMINI ANIQLASH .....	17
6	O'TKIR APPENDITSIT SIPMTOMLARINI ANIQLASH (ROVZING VA SITKOVSKIY).....	18
7	O'TKIR XOLETSISTIT SIPMTOMLARINI ANIQLASH (MYUSSI- GEORGIEVSKIY VA ORTNER-GREKOV) .....	19
8	O'TKIR PANKREATIT SIPMTOMLARINI ANIQLASH (KERTE VA MEYO-ROBSONA). .....	23
9	O'TKIR ICHAK TUTILISHIDA (SKLYAROV VA KIVUL) BELGISINI ANIQLASH.....	24
10	VENA TOMIRIGA SUYUQLIKLAR QUYISHNI BAJARISH.....	25
11	QON GURUHINI VA REZUS FAKTORNI ANIQLASH .....	29
12	QON QUYISH ASORATLARI VA UNING OLDINI Olish.....	35
13	KLAPANLI PNEVMOTOROKSDA BIRINCHI YORDAM.....	37
14	NAVOKAINLI BLOKADA TURLARI .....	39
15	NARKOZ ASORATLARI VA UNING OLDINI Olish.....	42
16	SIYDIK PUFAGINI KATETRIZATSIYA TEXNIKASI .....	48
17	ICHAK TUTILISHIDA DEKOMPRESSIYA USULLARI.....	51
18	ICHAK PERISTALTIKASINI STIMULYATSIYA QILISH.....	54
19	PERITONEAL DIALIZ.....	57
20	PLAZMOFEREZ TEHNIKASI.....	58
21	PLEVRANI PUNKSIYA QILISH.....	59
22	TO'G'RI VA QIYSHIQ CHURRALARNI FARQLASH USULLARI.....	63
23	BEMORLARNI DIAGNOSTIK TEKSHIRISHLARGA TAYYORLASH...	64
24	KO'KRAK QAFASI OBZOR RENTGENOGRAMMASINI O'QISH REJASI (YOZISH SXEMASI).....	65
25	REKTOROMONOSKOPIYA TEXNIKASI.....	66
26	QORIN BO'SHLIG'INI LAPAROTSENTEZ QILISH TEXNIKASI.....	68
27	BIRLAMCHI XIRURGIK ISHLOV BERISH TEXNIKASI.....	72
28	CHOKLARNI QO'YISH VA Olish TEXNIKASI .....	73
29	BRONXOSKOPIYA.....	77
30	VENOZ SINAMALARNI O'TKAZISH.....	89
	FOYDANILGAN ADABIYOTLAR .....	99

## SO‘Z BOSHI

Respublikadagi sog‘liqni saqlash tizimida o‘tkazilayotgan islohotlar kesimida yetuk kadrlarni tayyorlashda yangi o‘quv adabiyotlari muhim ahamiyatga ega.

Ilmiy texnika taraqqiyoti tibbiyot fani va amaliyotining tarmoqlarini mukammallashtirishga va yangi yo‘nalishlarining tez rivojlanishiga shart-sharoit yaratdi. Natijada xirurgik kasalliklarni vaqtida aniqlash imkoniyatlari sezilarli ravishda ortdi. Tadqiqotning qo‘shimcha metodlarining ahamiyati sezilarli darajaga ko‘tarildi. Bemorni tekshirish uchun jarrohlarni ilgari qo‘llagan ayrim usullar (laboratoriya, rentgenologiya, endoskopiya va boshqalar) zamonaviylashtirilishidan tashqari, mutlaqo yangi metodlar (funktional, ultratovush, radionuklid, immunologik va h.k.) ishlab chiqildi va ular amaliyotda tobora kengroq qo‘llanilayapti, diagnoz qo‘yishda ularning ahamiyati beqiyos oshmoqda.

Xirurgik bemorga qo‘yiladigan tashxis kasallik belgilarini (simptomlarini) aniq bilishni, ularni tahlil qila olishni va shu asosda tegishli belgilardan kasallikning to‘la manzarasini sintez qila bilishni talab qiladi. Bemorni tekshirishni muntazam ravishda olib borish (anamnez, ko‘zdan kechirish, paypaslab ko‘rish (palpasiya), tukillatib ko‘rish (perkussiya), eshitib ko‘rish (auskultasiya), laboratoriya ma‘lumotlari, rentgenologik, endoskopik va boshqa tekshiruv metodlari natijasida olingan ma‘lumotlarni to‘g‘ri tahlil qilib, xulosa chiqarishdan iboratdir.

Talabalarning “Xirurgiya” fani barcha yo‘nalishlari bo‘yicha klinik amaliyoti ta‘lim jarayonining 50%ini tashkil qiladi va “Xirurgiya” fani yo‘nalishlari bo‘yicha klinik amaliyotni kasalxonalarining xirurgik bo‘limlarida, shifoxonalarning qabul bo‘limlarida, poliklinikalarda va qishloq vrachlik punktlarida o‘tkaziladi. Shundan kelib chiqqan holda ushbu o‘quv qo‘llanma ham Davlat ta‘lim standartlari va bakalavriat talablari asosida yozilgan bo‘lib, xirurgik kasalliklarini o‘rganishda talabalarning amaliy ko‘nimalarni bilish va to‘g‘ri bajarish tartibi keng yoritilgan.

## 1. AMALIY KO'NIKMA

### ME'DANI ZONDLASH

#### *Oshqozon ichak yuqori qismi manipulyatsiyasi*

1. burun orqali zond yuborish
2. og'iz orqali zond yuborish
3. razoduodenal zond
4. ingichka ichakni zondlash
5. enteral ovqatlanishni zond orqali yuborishdagi muammolar

Oshqozon ichakni zondlash davolash va diagnostika maqsadida ortiqcha gaz va suyuqliklarni chiqarish oziqa va dorilarni yuborish uchun qo'llaniladi.

#### *Burun orqali zond yuborish*

**Ko'rsatma:** oshqozon kengayishi; privratnik obstruksiyasi; oshqozon ichak yuqori qismidan qon ketish; ichak tutilishi; ingichka ichak obstrukssiyasi; enteral oziqlantirishda.

**Qarshi ko'rsatma:** yaqinda operatsiya bo'lgan bo'lsa; bosh miya travmasi

**Anesteziya:** Burun shilliq qavatiga lidokain mazi surtiladi.

#### ***Kerakli jihozlar***

Leven zondi, shprits 60 ml.li, stetaskop, 1 stakan suv

Bemor holati osmonga qarab yotgan yoki o'tirgan

#### ***Texnikasi***

1. Og'izdan quloq yumshog'igacha va to'sh suyagining xanjarsimon o'sig'igacha zon o'lchanadi va yuttiriladi.

2. Zon atrofiga eritma surtiladi

3. Bemordan bosh egish so'raladi va burundan yuboriladi

4. Yutgandan so'ng bemor tiniq gapirish va nafas olishi kerak bemor suv icha olsa suv ichiriladi

5. Aniq joylashganini aniqlash uchun 20 ml havoni shprits orqali yuborib epigastral soha eshitiladi. Aniq bo'lsa plastinka yopishtrib qo'yiladi.

### *Asorati va bartaraf etish*

Diskomfort halqum yo'g'on zond yuborilsa bo'ladi bunda kam- kam suv ichirilsa bo'ladi.

Burun bo'shlig'i shikasti zond burundan pastga qarab turish kerak. Uzoq muddat zond ishlatilsa sinusit rivojlanishi mumkin bu holda zond boshqa burunga kiritiladi va antibiotiklar tafsiya qilinadi.

Traxeyaga tushishi. Nafas yo'llari obstruksiyasida xushi o'zida bo'lsa, yo'taladi gapirmaydi. Ko'krak qafasini rentgen tekshiriladi. Oshqozon yaradan qon ketishi to'xtasa gastrit bo'ladi.

### Og'iz orqali zond yuborish

**Ko'rsatma:** chaqaloqlar intubirlangan bemor boshdan miya jarohati me'da-ichakdan qon ketishi, ichak tutilishi, ingichka ichak obstruksiyasi

Qarshi ko'rsatma; me'dada operatsiya o'tkazgan bo'lsa

Jihozlar. Leven zondi, fiziologik zritma ,60ml li shprints, kateteri bilan, stetoskop

*Bemor holati osmonga qarab yotgan yoki o'tirgan.*

**Texnikasi:** zond labdan quloq yumshog'i va qorin old devorigacha o'lchandi, maz surtilib zond og'izdan me'daga tushguncha suriladi, qarshilik sezilsa sug'irib olinadi. Nafas etishmovchiligi noto'g'ri traxeyaga tushgan bo'ladi. 20 ml havo yuborilib epigastral soha eshitiladi. To'g'ri tushgan bo'lsa ko'p suv chiqadi. Har 3,4 soatda 15-20 ml izotonik eritma yuboriladi. Salen zondini qo'llaganda doimiy aspiratsiya bo'lishi mumkin. Leven zondida me'da maxsudoti chiqadi. Zond qo'llashdan oldin rentgen tekshirish kerak. Har 4-6 soatda me'da pH 4-5ga korreksiyalash kerak.

### **Bemorni tayyorlash**

1. Bemorning holati yonbosh bo'lib yoki o'tirgan holda bo'lishi, katalka yoki nasilkaning oyok qismi 5-20 gradus ko'tarilgan holda bo'lishi kerak.

2. Qoniqarli ahvolda bo'lgan bolalarda manipulyasiyani vertikal holda o'tkazish mumkin. Buning uchun yordamchi bolani tizza, tana, boshini ushlab turadi

3. Yutish refleksi yo'qolgan va chuqur komalarda bo'lgan bemorlarni zondlashdan oldin endotraxeal intubatsiya qilish lozim.

4. Reflektor aktivligi oshgan hollarda laringospazm va yurak to'xtashini oldini olish uchun vena ichiga yoki og'iz bo'shligi mushagiga atropin eritmasi yuborish lozim.

5. Xushi o'zida bo'lmagan bemorlarni zondlash uchun ayrim hollarda laringoskop qo'llash kerak bo'ladi.



### **Bajarilish texnikasi**

1. Zondni o'lchash lozim. Buning uchun zondni burun qanotlaridan quloqning yumshoq suprasigacha undan tushning xanjarsimon o'sigigacha o'lchanadi (oshqozonni proeksiyasi)

2. Zondning distal uchini vazelin yoki glitserin bilan moylanadi. Oral intubatsiyada yo'g'on oshqozon zondidan, nazogastralda esa ingichka zondan foydalaniladi.

3. Zondni oral yo'l bilan kiritganda bemorning og'zi shpatel yoki og'iz kengaytirgich yordamida ushlanadi.

4. Barmoqlar yordamida zondni belgilangan sohasigacha qizilo'ngachga kritiladi. Zond orqali oshqozon mahsulotlari va gaz pufaklari chiksa zond oshqozonda ekanligidan dalolat beradi.



5. Zondni burun orqali kiritganda tashki burun teshigi bo'ylab 3-4 sm chuqurlikda kiritiladi va ventral tomonga buraladi keyin burunning pastki yo'li koana orqali qizilo'ngachgacha keyin oshqozonga kiritiladi

6. Zondni joylashishini tekshirish uchun shprits orqali havo yuboriladi bir vaqtning o'zida oshqozon sohasi fonendoskop yordamida eshitiladi.

7. Duodenal zondlash uchun yangi tug'ilgan chakaloklarga zondni 25 sm, 6 oylik bolalarga 30 sm, 1 yoshlilarga 30 sm, 2-6 yoshlilarga 40-50 sm, 6-14 yoshlilarga 45-50 sm chuqurlikka kiritish kerak. Agar zond 12 barmoq ichakka o'tmasa 10 sm atrofida tortiladi va yana takror kiritiladi.

8. O'tkazuvchanligini saqlash uchun har 2 soatda zondni 20-30 ml izotonik eritma bilan yuvish lozim.

## **OSHQOZONNI YUVISH**

### ***Texnikasi***

1. Zondga voronka yoki shprits o'rnatiladi
2. Voronkani bemor boshidan yuqoriroq ko'tarish kerak, yuvish uchun unga suyuqlik solinadi va suyuqlik oshqozonga erkin oqishi uchun sharoit yaratiladi.
3. Toza suv chiqish uchun bu muolajani bir necha marotaba takrorlash kerak. Shuni bilish lozimki oshqozonga quyulgan suyuqlik ajraladigan suyuqlik miqdoriga teng bo'lishi kerak.
4. Muolaja oxirida zond orqali tozalovchi moddalar yuboriladi.
5. Zond olib tashlanadi.

### ***Asoratlari***

1. Yurakning reflektor to'xtab qolishi
2. Laringospazm
3. Og'iz bo'shlig'i va burun shilliq qavati travmasi
4. Zondni uzoq muddatda turishi natijasida shilliq qavat nekrozi
5. Burun bo'shlig'i shilliq qavati, og'iz-halkum, qizilo'ngachni yaralanishi
6. Oshqozon va qizilo'ngach perforatsiyasi
7. Yo'talning qiyinlashi natijasida o'pkada asoratlar keltirishi

## Suvdan zaharlanish.



№	Bosqichlar	Bajar madi	To'liq to'g'ri bajardi
1	Bemorni tinchlantirish, manipulyatsiyani tushintirish.		10
2	Rezina qo'lqopni kiyish.		10
3	Og'iz bo'shlig'i va me'dagacha bo'lgan masofani o'lchash. Buning uchun zondni burun qanotlaridan quloqning yumshoq suprasigacha undan to'shning xanjarsimon o'sig'igacha o'lchanadi (oshqozonni proektsiyasi)		10
4	Zondning distal uchini vazelin yoki glitserin bilan moylanadi. Oral intubatsiyada yo'g'on oshqozon zondidan, nazogastralda esa ingichka zondan foydalaniladi.		10
5	Barmoqlar yordamida zondni belgilangan sohasigacha qizilo'ngachga kritiladi. Zond orqali oshqozon mahsulotlari va gaz pufaklari chiqsa zond oshqozonda ekanligidan dalolat beradi.		10
6	Zondni bint bilan bemor boshiga fiksatsiya qilish.		10
7	Zondga voronka yoki shprits o'matiladi		10
8	Voronkani bemor boshidan yuqoriroq ko'tarish kerak, yuvish uchun unga suyuqlik solinadi va suyuqlik oshqozonga erkin oqishi uchun sharoit yaratiladi. Qayta zond orqali me'da mahsulotlarini so'rib olish		10
9	Ishlatilgan jihozlarni dezeritmaga solinigan idishga solish.		10
10	Perchatkilarni yechish va ularni dezeritmaga solish.		10
	Jami		100

## **2.AMALIY KO'NIKMA**

### **XO'QNALAR**

**Turlari:**

1. Tozalovchi klizma.
2. Sifonli klizma
3. Gipertonik klizma
4. Davolovchi klizma

Tozalovchi klizma

### **SIFON XO'QNA QILISH**

**Kerakli jihozlar:**

1. Qalin devorli rezina trubka jumrak
2. voronka
3. vazelin
4. 38 0 gacha isitilgan suyuqlik
5. Esmarx krujkasi
6. iliq suv
7. uchlik
8. klyonka
9. tog'ora
10. kushetka

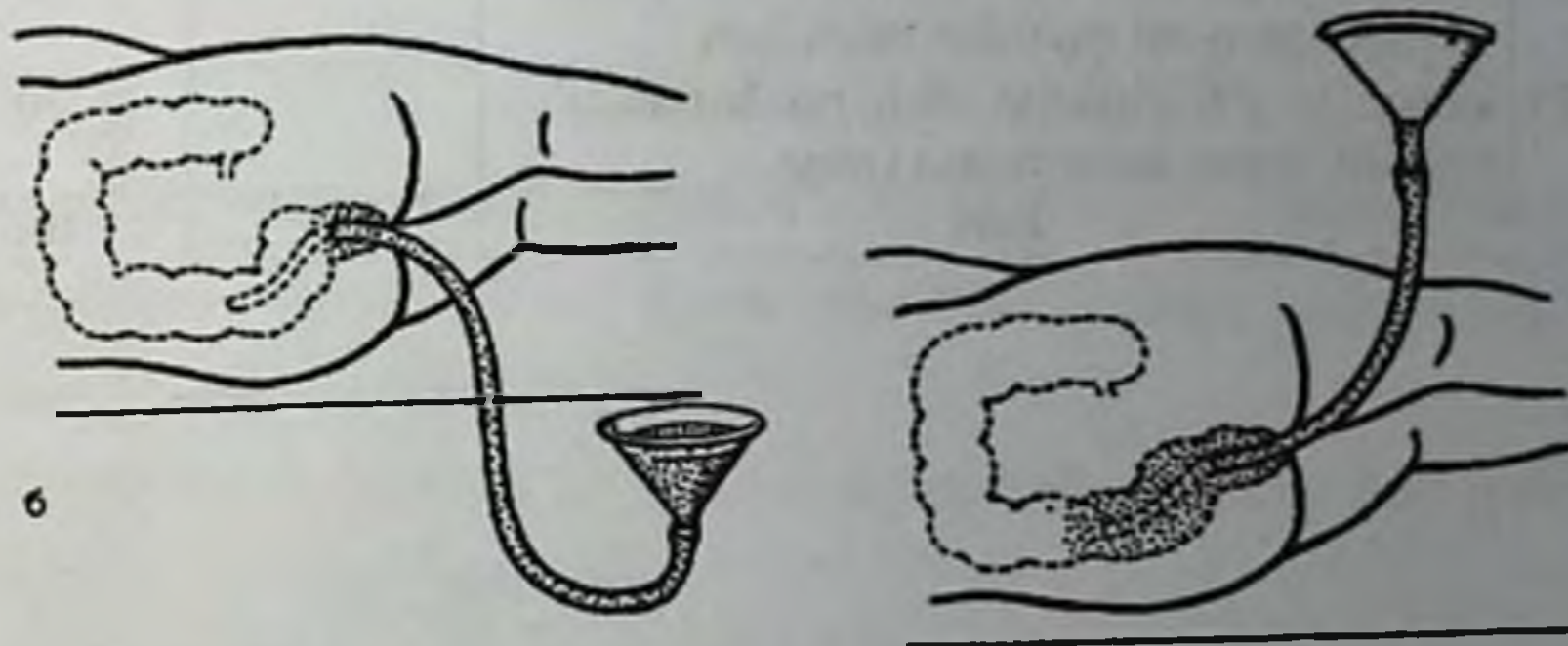
**Bemorlarni tayyorlash**

1. Bemorlarniy yonbosh yoki orqasi bilan yotqizish
2. Trubkani uchi vazelin bilan moylanadi
3. Boshqa uchiga voronka o'ratiladi

**Bajarish texnikasi**

1. Esmarx krujkasiga 37-38 0 issiqliqdagi 8-10 l miqdorda suv solinadi
2. Naycha ichiga havo qolmasligi uchun uchi pastga qaratilib krujka yuqoriga ko'tariladi
3. havo chiqqandan so'ng jumrak bekitiladi

4. kushetka ustiga klyonka to'shaladi
5. bemor kushetkaga chap yonboshi bilan tizzalarini bukkan holda qomiga tortib yotadi
6. bemor dumbalari ochilib orqa chiqaruv teshigiga vazelin surtiladi
7. uchlik orqa chiqaruv teshigiga 8-10 sm yuqoriga va oldinga karatib keyin sal orqaga aylanma harakat bilan kiritiladi.
8. jumrak ochiladi
9. Esmarx krujkasi ko'tarib turiladi
10. krujkada ozgina suv qolganida jumrak yopiladi
11. uchlik orqa chiqaruv teshigidan chiqarib olinadi
12. bemor yana bir necha minutdan so'ng hojatxonaga borib ichaklarini bo'shatadi
13. rezina naychadan uchlik ajratiladi va tozalanadi.



#### Asoratlari:

1. To'g'ri ichak shilliq qavatini ta'sirlantirish
2. Ichak to'qimasi va shilliq qavatini travmalash, perforatsiya
3. Suyuqlikning to'liq chiqmasligi natijasida axlatli oqmalar rivojlanishi
4. Suvdan intoksikatsiya.

**Bajariladigan bosqichlar:**

<b>№</b>	<b>Bosqichlar</b>	<b>Bajarmadi</b>	<b>To'liq to'g'ri bajardi</b>
1	Rezina qo'lqopni kivish		10
2	Orqa teshik sohasini krigi (gemorroj, yoriqlar, o'smalar borligini ko'rish).		10
3	Bemorni chap yonboshga yotqizish, tizzalarni qoringa keltirish		10
4	Dumba sohasiga klyonka solish, klyonka bir uchini chelakka solish		10
5	Rezina trubka bir uchiga shisha voronka o'matish (xajmi 0,5 l).		10
6	Ichak zondini vazelinlash		10
7	Aylanma xarakatlar bilan rezina zondni tug'ri ichak ichiga kirgizish 20-30 sm chuqurlikka.		10
8	Voronkani suv bilan to'lg'azish, suv ichakka kirishi bilan voronkani pastga to'shirish, voronkaga yuvindi suvlar bilan birga ichak mahsulotlari chiqishi		10
9	Esmarx krujkasini to'kish, toza suv to'ldirish, manipulyatsiyani qaytadan takrorlash.		10
10	Zondni to'g'ri ichakdan olish, perchatkilarni vechish, ularni dezeritmaga solish		10
	<b>Jami</b>		<b>100</b>

### 3. AMALIY KO'NIKMA

#### TO'G'RI ICHAKNI BARMOQ BILAN TEKSHIRISH



To'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish.

Ko'rsatma: to'g'ri ichak kasalliklari, uning funksiyasi buzilishi, qorin ,bo'shlig'i a'zolarining kasalliklari.

Kerakli vositalar: rezin qo'lqop, vazelin.

1 – qadam: Bemor yon tamonga tizzalarini qoriga yaqinlashtirib, tizza – tirsak holatida;

2 – qadam: Oraliq terisi va anal kanal shilliq qavatini ko'rikdan o'tkazish;

3 – qadam: o'ng qo'lga qo'lqop kiyiladi, II barmoq vazelin bilan surtiladi va anal kanalga kiritiladi;

4 – qadam: To'g'ri ichak bo'tun aylanasi bo'ylab ketma – ket tekshiriladi, og'riqli, o'smasimon sohalar belgilanadi. Ularning kattaligi, harakatchanligi, konsistentsiyasi, tashqi sfinkter holati, erkaklarda prostata bezi, ayollarda bachadon ortiqlari e'tiborga olinadi;

5 – qadam: Muolajadan so'ng barmoq patologik ajralmalar (kon, yiring, shilliq) bor – yo'qligiga tekshiriladi.

1. To'g'ri ichakni rektal oynalar bilan tekshirish.



**Ko'rsatma:** to'g'ri ichakni vizual tekshirish kerakligi va proktologik operatsiyalarda. Kerakli vositalar: rektal oyna, vazelin, rezin qo'lqop.

1-qadam: Bemor tizza – tirsak holatida;

2 – qadam: Rektal oyna tabaqalari vazelin bilan surtiladi va anusga yuborilib ochiladi;

3 – qadam: To'g'ri ichak vizual shilliq qavat rangi, holati, yoriqlar bor – yo'qligi, o'sma, infiltrat, patologik ajralmalar bor – yo'qligi tekshiriladi.

4 – qadam: Ko'rik yakunlangandan so'ng oyna tabaqalari yaqinlashtirilib, anusdan olinadi.

**2. To'g'ri ichakni anoskop bilan tekshirish.**



**Ko'rsatma:** Ampula proksimal soha to'g'ri ichak kasalliklari.

**Kerakli vositalar:** anoskop, vazelin, rezin qo'lqop.

1-qadam: Bemor tizza – tirsak holatida;

2 – qadam: anoskop vazelin bilan surtilib, anusga 10 – 12 sm chuqurlikgacha yuboriladi, mandren olinadi;

3 – qadam: anoskop tubusini asta – sekin olish vaqtida tug'ri ichak devori ko'zdan kechiriladi.

**3. To'g'ri ichakka gaz chiqaruvchi nay kiritish**

**Ko'rsatma:** gaz chiqarishning buzilishi, meteorizm.

**Kerakli vositalar:** gaz chiqaruvchi nay (40 – 50 sm uzunlikdagi, 1 sm diametrgacha bo'lgan egri, yon teshiklari bor va uchi yumaloklashgan nay), vazelin.

1 – qadam: tizza yarim bukilib, chalqancha, oyoqlarini ochgan holat;

2 – qadam: qo'lga qo'lqop kiyiladi;

3 – qadam: vazelin bilan surtilgan nay, kuch ishlatmagan holda aylana harakatlar bilan to'g'ri ichakka yuboriladi; 4 – qadam: nayning erkin uchi sudnoga tushiriladi.





**Bajariladigan bosqichlar:**

<b>№</b>	<b>Bosqichlar</b>	<b>Bajarmadi</b>	<b>To'liq to'g'ri bajardi</b>
1	Rezina qo'lqopni kiyish		10
2	Bemor tizza-tirsak xolatida, yonboshlagan yoki chalqancha yotgan holatda, tizzalar qoriga keltirilgan		10
3	Orqa teshik sohasini ko'rigi (gemorroj, yoriqlar, o'smalar borligini ko'rish).		10
4	Ikkinchi barmoq vazelinlanadi va u anal kanalga sekin tiqiladi		20
5	To'g'ri ichak aylanasi bo'ylab tekshiriladi, og'riqliyigi, xosila bor yoki yo'qligi, tashqi sfinkter xolati va kichik chanoq a'zolariga baxo beriladi		20
6	Manipulyadan keyin barmoq ko'riladi, barmoqda patologik ajralmalar bor yoki yo'qligi (yiring, qon, shilliq).		20
7	Perchatkilami yechish, ulami dezeritmaga solish		10
	<b>Jami</b>		<b>100</b>

**4-AMALIY KO'NIKMA**  
**«YO'TAL TO'RTKISI» BELGISINI ANIQLASH**

Maqsad: churra asoratini (qisilish) aniqlash, davolash taktikasini aniqlash

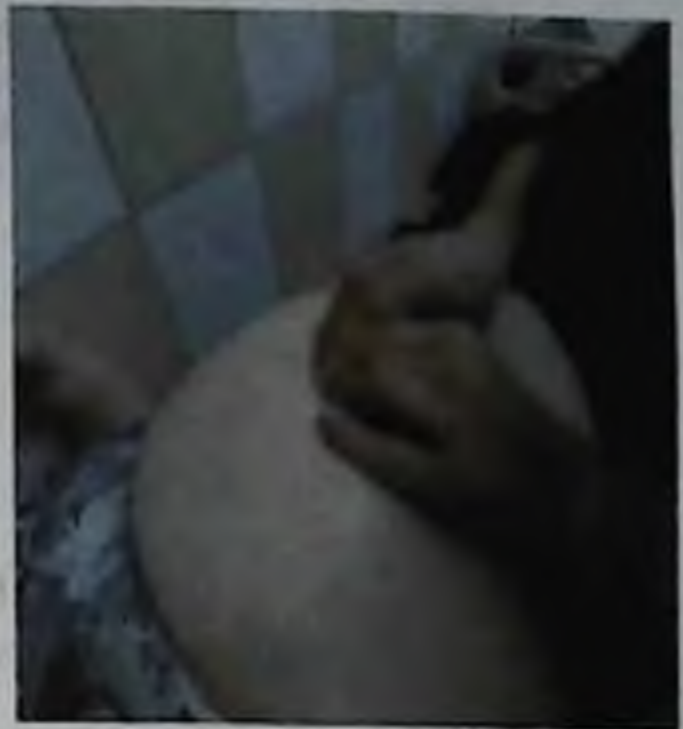
Ko'rsatma: chov, son, kindik, amaliyotdan keyingi churralar, oq chiziq churralari

Kerakli anjomlar: kushetka

**Bajariladigan bosqichlar:**

<b>№</b>	<b>Bosqichlar</b>	<b>Bajarmadi</b>	<b>To'liq to'g'ri bajardi</b>
1	Bemorni turgan va yotgan holda tekshirish		10
2	Bo'rtma sohasini ko'zdan kechirish		10
3	Anamnez vig'ish		10
4	O'ng qo'l kaftini bo'rtma sohasiga qo'yish		10
5	Bemordan yo'talishni so'rash		15
6	Bo'rtmani kaftga urilishini sezish		15
7	Agar bemor yo'talganida bo'rtma kaftga urilsa churra qisilmagan, yo'tal belgisi musbat		15

8	Agar bemor yo'talganida bo'rtma kaftga unilmasa churra qisilgan, yo'tal belgisi manfiy		15
	Jami		100



### 5-AMALIY KO'NIKMA SHYOTKIN BLYUMBERG SIPMTOMINI ANIQLASH

**Maqsad:** Qorin parda yallig'lanish begisini aniqlash (destruktiv appenditsit, 12-barmoq ichak yarasini perforatsiyasi)

**Ko'rsatma:** Qorindagi og'riqlar.

**Kerakli anjomlar:** yorug' xona, kushetka.

#### Bajariladigan bosqichlar:

№	Bosqichlar	Bajarmadi	To'liq to'g'ri bajardi
1	Bemor holati. Bemor orqasiga yotqazilib aniqlanadi.		15
2	Vrach bemor o'ng tomonidan borib o'tiriladi.		15
3	Qorin old devoriga vrach barmoqlarini qo'yish .		15
4	Paypastlash og'riq sohasidan uzoq joyda boshlanadi.		15
5	Qorin devorini barmoqlar bilan bosib turib, undan qo'lni tez tortib olinganida kasallangan joyda og'riq keskin zo'rayadi (musbat).		20
6	Shetkin Blyumberg belgisini baholash		20
	Jami		100

SamDTU

axborot-resurs markazi



## 6. AMALIY KO'NIKMA

### O'TKIR APPENDITSIT SIMPTOMLARINI ANIQLASH (ROVZING VA SITKOVSKIY).

Maqsad: O'tkir appenditsitga tashxis qo'yish.

Ko'rsatma: Qorindagi og'riqlar.

Kerakli anjomlar: yorug' xona, kushetka.

#### Bajariladigan bosqichlar:

N <sup>o</sup>	Bosqichlar	Bajarmadi	To'liq to'g'ri bajardi
1	Bemor holati. Rovzing simptomi bemor orqasiga votqazilib aniqlanadi.		10
2	Vrach bemor o'ng tomonidan borib o'tiradi.		10
3	Qorin old devoriga vrach barmoqlarini qo'yish .		10
4	Chap yonbosh sohasini zarb tushayotgandek qilib bosib ko'rilganida o'ng yonbosh sohasida og'riq paydo bo'ladi (zo'rayadi).		10
5	Rovzing simptomini baholash.		15
6	Bemor holati. Sitkovskiy simptomi bemor orqasiga votqazilib aniqlanadi.		15
7	Bemor chap yonboshiga o'girilganida o'ng yonbosh sohasidagi og'riq zo'rayadi (og'irlik hissi).		15
8	Sitkovskiy simptomini baholash.		15
	Jami		100

Rovzing simptomi

Sitkovskiy simptomi



## 7. AMALIY KO'NIKMA

### O'TKIR XOLETSISTIT SIMPTOMLARINI ANIQLASH USULLARI

Turli qo'llanmalarda o'tkir xoletsistit uchun xarakterli deb tasvirlangan bir qancha klinik simptomlar quyidagicha: Ayzenberg simptomi - o'ng kurak burchagi tagiga urib ko'rilganida og'riqning o't pufagi soxasiga tarqalishi. Ashoff o't pufagi - o't pufagida o't suyuqligining dimlanib qolishi, qorinning ustki yarmida sanchiq, ko'ngil aynishi, qayt qilish bilan namoyon bo'ladi. Bu simptom o't pufagidan o't oqib chiqib turishi qiyinlashib qolgan paytda kuzatiladi. Ko'rvuaze simptomi (Courvoisier sinonimi: Tere (Terrier) simptomi - me'da osti bezi boshchasining o'sma yoki psevdotumoroz pankreatitda va umumiy o't yo'lining quyi qismi, Oddi sfinkteri rakida, ya'ni mexanik sariqlikka uchragan kasallarda o't pufagining kattalashib cho'zilib ketishi (lekin bemor og'riq

sezmaydi). Bereznegovskiy - Yeleker (Ohlecker) simptomi - og'riqning o'ng yelkaga tarqalishi. Boas (Boas) Skvirskiy simptomi - VIII - X ko'krak umurtqalari soxasi bosib yoki tuqillatib urib ko'rilganida shu umurtqalarning chap va o'ng tomonida og'riq sezilishi. Botkin simptomi - (holetsisto-



koronar simptom) - yurak, chap kurak va chap yelka soxasida tutib-tutib turadigan sanchiqqa o'xshash og'riq bilan namoyon bo'ladi, bu og'riq qorinning ustki yarmidan tarqaladi. Ko'pincha o't sanchig'idan oldin boshlanadi. EKG da o'zgarishlar yuzaga kelishi ham mumkin. Volskiy simptomi - o'ng qovurg'alar osti soxasiga kaft qirrasi bilan pastdan yuqoriga qarab sekingina urib ko'rilganida og'riq sezilishi. Myussi (G. deMussy) simptomi, sinonimi: Georgievskiy simptomi - buyinda diafragma nervi o'tadigan joyga (o'ng M. Sternocleidomostoidea oyoqchalari orasiga) bosib ko'rilganida og'riq sezilishi. Zaxarin simptomi: o't pufagi soxasiga tuqillatib urib yoki bosib ko'rilganida og'riq sezilishi.

Karavanov simptomi (sinonimi: yo'tal zarbi simptomi) - o'ng qo'lning to'rt barmog'i bilan o't pufagi soxasiga asta-sekin bosib ko'riladi. Paydo bo'ladigan og'riq asta-sekin bosilib qoladi. Shundan keyin bemorga yo'talish taklif etiladi. Yo'tal paytida o'ng qovurg'alar tagida qattiq og'riq paydo bo'ladi.

Ker (Kehr) simptomi - chuqur nafas olingan paytda o'ng qovurg'alar osti soxasi paypaslab ko'rilganda qattiq og'riq paydo bo'ladi. Ker nuqtasi - o'ng tomondagi qorin, to'g'ri muskuli tashqi chetining qovurg'a ravog'i bilan kesishadigan joyidagi nuqta - o't pufagi joylashgan yerga to'g'ri keladi. Lyaxovitskiy simptomi (sinonimi: xanjarsimon o'simta fenomeni) - xanjarsimon o'simta (processus xurhoideus) «uchiga» salgina bosib ko'rilganida og'riq paydo bo'lishi.



Bu og'riqning sababi yuqoriga ko'tarilib boruvchi limfadenit boshlanganligidir, chunki o't pufagining limfa tomirlari xanjarsimon o'simta orqasida joylashgan limfa tuguni bilan bog'langan bo'ladi. Miritsi sindromi - (ductushepaticuspropria) o't pufagining og'zi yoki yo'lida joylashgan tosh umumiy jigar o't yo'lini bosib qo'yishi natijasida safroni o'n ikki barmoqli ichakka chiqmay qolishi. Umumiy jigar o't yo'lining o'nga o't pufagi yo'lidan yoki pufak bilan jigar yo'li o'rtasidagi oqma yaradan tushgan tosh bilan tiqilib qolishi ham shu sindrom jumlasiga kiradi. Risman simptomi - o'ng qovurg'alar tagiga urib ko'rilganida og'riqning keskin kuchayishi. Bunda kasal nafas olishni reflektor yo'l bilan to'xtatib qo'yadi. Shaffar simptomi zonasi - Shaffar zonasida og'riq bo'lishi - bu zona bir-biriga tik ikkita chiziqning - o'rta chiziq (I. alba) bilan kindik ustidan ko'ndalang o'tadigan chiziqning kesishish nuqtasidan qorin, devorining ustki o'ng qismida xosil bo'ladigan burchak bissektrisasi olgan joy (o't pufagi shu yerda joylashgan). Sharko triadasi - og'riq, sariqlik, qaltirashdan iborat triada, birga uchraydigan uchta simptom, o'tkir yiringli xolangitning klassik alomatlari. Reynolds tomonidan tasvirlangan shoksimon og'ir xolangit Sharko triadasidan tashqari kasalning es-xushi aynib, qon bosimi pastga tushib ketishi bilan ham xarakterlanadi. Shu xildagi xolangitning klinik belgilarini yana Reynolds pentadasi deb ham aytiladi.

### **O'TKIR XOLETSISTIT SIMPTOMLARINI ANIQLASH (MYUSSIGEOORGIEVSKIY VA ORTNER-GREKOV).**

**Maqsad:** O'tkir xoletsistitga tashxis qo'yish.

**Ko'rsatma:** Qorindagi og'riqlar, asosan o'ng qovurg'a osti soxasi.

**Kerakli anjomlar:** yorug' xona, kushetka.

## Bajariladigan bosqichlar:

№	Bosqichlar	Bajarmadi	To'liq to'g'ri bajardi
1	Bemor xolati. Myussi Georgievskiy simptomi bemor orgasiga votqazilib aniqlanadi.		10
2	Vrach bemor o'ng tomonidan borib o'tiradi.		10
3	Qorin old devoriga vrach barmoqlarini qo'yish		10
4	Paypastlash og'riq sohasidan uzoq joyda boshlanadi.		10
5	Bo'yinda diafragma nervi o'tadigan joyga (o'ng M. Stemocleidomostoidea oyoqchalari orasiga) bosib ko'rilganida o'ng yonbosh sohada og'riq sezilishi.		10
6	Mvussi Georgievskiy simptomini baholash.		10
7	Bemor holati. Ortner Grekov simptomi bemor orgasiga votqazilib aniqlanadi.		10
8	O'ng qovurg'a ravog'iga kaftni qirrasi bilan sekin urilganda o't qopini o'mida og'riq paydo bo'lishi;		15
9	Ortner Grekov simptomini baholash.		15
	Jami		100



## 8. AMALIY KO'NIKMA

### O'TKIR PANKREATIT SIMPTOMLARINI ANIQLASH (KERTE VA MEYO-ROBSONA).

Maqsad: Me'da osti bezi o'tkir xirurgik patologiyasini aniqlash.

Ko'rsatma: O'tkir pankreatitda epigastral sohadagi og'riqlar.

Kerakli anjomlar: yorug' xona, kushetka.

#### Bajariladigan bosqichlar:

№	Bosqichlar	Bajarmadi	To'liq to'g'ri bajardi
1	Bemor holati. O'tkir pankreatitda - Kerte simptomi bemor orqasiga yotqizilib aniqlanadi.		10
2	Vrach bemor o'ng tomonidan borib o'tiradi.		10
3	Epigastral sohada vrach barmoqlarini qo'yish .		10
4	Epigastral sohada palpator xarakatlarni o'tkazish.		10
5	Kerte belgisini baholash.		10
6	Bemor holati. O'tkir pankreatitda - Mayo-Robson simptomi bemor orqasiga yotqizilib aniqlanadi.		10
7	Vrach bemor o'ng tomonidan borib o'tiradi.		10
8	Qovurg'a-umurtqa burchagi sohada vrach barmoqlarini qo'yish .		10
9	Qovurg'a-umurtqa burchagi sohada palpator xarakatlarni o'tkazish.		10
10	Mayo-Robson belgisini baholash.		10
	Jami		100





## 9. AMALIY KO'NIKMA

### O'TKIR ICHAK TUTILISHIDA (SKLYAROV VA KIVUL) BELGISINI ANIQLASH

Maqsad: O'tkir ichak tutilish belgisini aniqlash.

Ko'rsatma: Bemorlarda ichi va gaz kelmasligi, qorin dam bo'lishi.

Kerakli anjomlar: yorug' xona, kushetka.

#### Bajariladigan bosqichlar:

№	Bosqichlar	Bajarmadi	To'liq to'g'ri bajardi
1	Bemor holati. O'tkir ichak tutilishida Sklyarov belgisini bemor orqasiga yotqizilib aniqlanadi.		10
2	Vrach bemor o'ng tomonidan borib o'tiradi.		10
3	Mezogastral sohada vrach barmoqlarini qo'yish		10
4	Mezogastral sohada palpator xarakatlarni o'tkazganda "chayqalish shovqini" eshitiladi.		10
5	Sklyarov belgisini baholash.		10
6	Bemor xolati. O'tkir ichak tutilishida Kivul belgisini bemor orqasiga yotqizilib aniqlanadi.		10
7	Vrach bemor o'ng tomonidan borib o'tiriladi.		10
8	Mezogastral sohada vrach barmoqlarini qo'yish		10
9	Mezogastral sohada perkutor harakatlarni o'tkazganda metal timpanit shovqin eshitiladi.		10
10	Sklyarov belgisini baholash.		10
	Jami		100



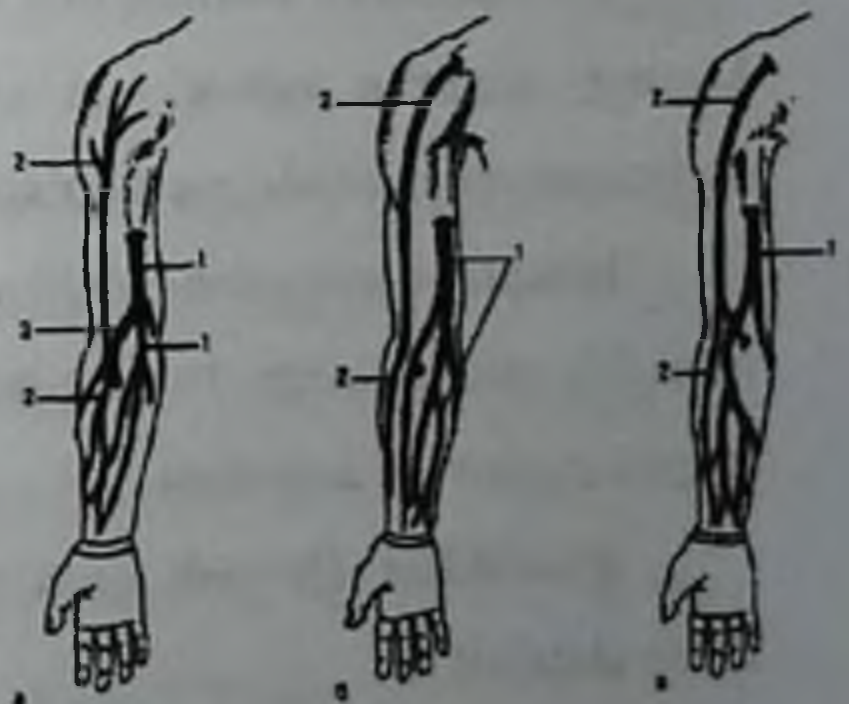
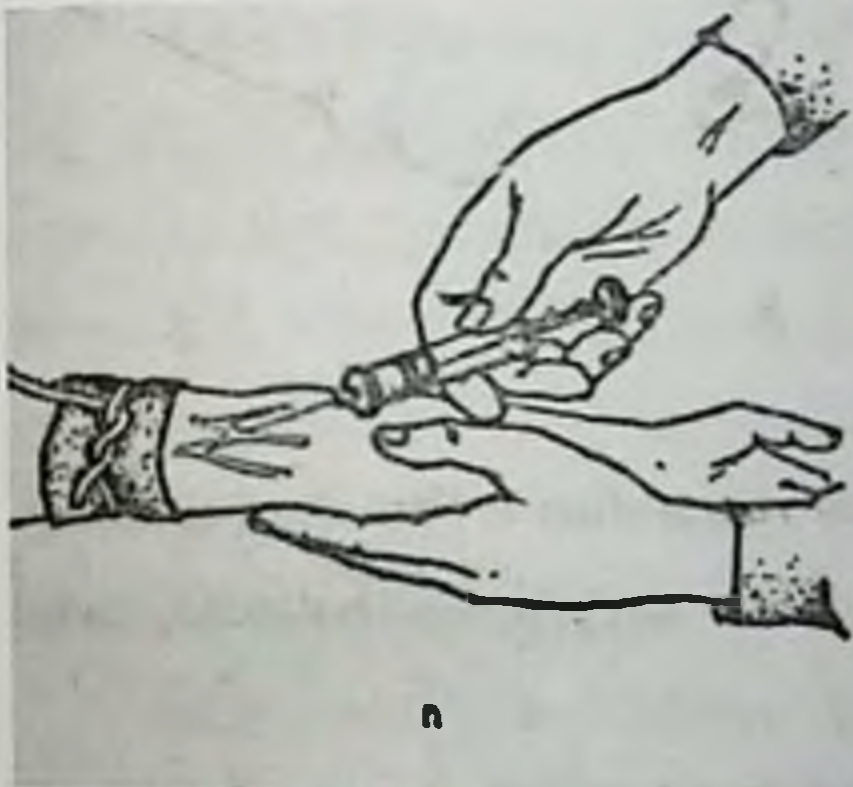
## 10. AMALIY KO'NIKMA VENA TOMIRIGA SUYUQLIKLAR QUYISHNI BAJARISH

Bemorlarga intensiv terapiya o'tkazish maqsadida infuzion transfuzion davo choralari o'tkazish muhim o'rinlardan birini egallaydi. Infuzion-transfuzion davoni ta'minlashda markaziy va periferik venalar kateterizatsiyasi zarurdir. Venalar punksiyasi va kateterizatsiyasining turli usullari mavjud bo'lib, ana shu vaqtdagi bemorning ahvoli tibbiyot xodimlari oldiga bir qator muammolarni qo'yadi:

1. Shoshilinchlik (darhol yoki kechiktirilsa bo'ladi).
2. Muolaja tezligi (uzoq yoki qisqa muddatga).
3. Infuziyalar hajmi (oz yoki ko'p).
4. Usulning o'ziga xosligi (murakkablik, asoratlar miqdori).
5. Imkoniyatlar (kateterizatsiya usulini o'zlashtirilganligi, asboblarni bilan ta'minlanganligi, organizmning individual xususiyatlari).

Har qanday holatda ham kateterizatsiya va punksiya muolajasiga individual yondoshiladi.

### PERIFERIK VENALAR PUNKSIYASI VA KATETERIZATSIYASI



#### Bilak vuzaki venalarining joylashishi

- 1 — bilakning medial teri osti venasi;
- 2 — bilakning lateral teri osti venasi;
- 3 — oraliq vena;



### Qul-kaft venalar joylashishi.

1 — dorsal barmok venasi; 2  
— lateral teri osti venasi.

### Qul-kaft venalarini kateterizatsiyalash



### Bilak yuzaki venalarini kateterizatsiyalash



**Ko'rsatmalar.** Dori-darmonlar, infuzion va transfuzion eritmalar hajmining kamligi, analizlar uchun qon olish, hajmi va davomiyligi bo'yicha katta bo'lmagan operatsiyalar va muolajalar.

Infuzion-transfuzion terapiya o'tkazish uchun tomirlar o'zaniga doimiy va ishonchli ulanish lozim. Buning uchun yumshoq, egiluvchan periferik kateterlar (angiokat) dan foydalaniladi.

**Afzalliklari.** Qo'yish usuli oddiy, maxsus mahorat talab qilmaydi, qon ketish ehtimoli oz.

**Kamchiliklari.** Uzoq vaqtda ishlatib bo'lmashligi, tromboflebit.

**Texnikasi.** Punksiya va kateterizatsiya uchun panja, bilak, tirsak va to'piq venalaridan foydalaniladi.

Vena yanada yaqqol ko'rinishi uchun punksiya qilinadigan joydan yuqoriga jgut qo'yib boylanadi. Agar vena ko'rinmasa, paypaslab topiladi. Teriga aseptik ishlov beriladi (spirt bilan yaxshilab artiladi), vena yonidan teshiladi, so'ngra venani punksiya o'rnidan pastdan barmoq bilan fiksatsiya qilinib (vena qochmasligi uchun) igna vena ichiga kiritiladi. Bir urinishda teri va vena devorini teshib punksiya qilish ham mumkin. Ignadan qon kela boshlashi bilan unga kateter kiritiladi.

Uzun kateter qo'llanilganda lateral venadan ko'ra medial tirsak venasini punksiya qilish ma'qulroq (u orqali ko'krak bo'shlig'i venalariga yo'l yaqinroq). Agar kateter kalta (5-7 sm) bo'lsa, vena tanlashning prinsipial farqi yo'q.

Qo'lning medial teri osti venasi, panjaning orqa yuzasidan bilak old yuzasining tirsak tomoniga o'tadi va tirsak buklamida (o'rta vena vositasida) lateral teri osti venasi bilan anastomoz hosil qiladi, so'ngra ikki boshli yelka mushagi egatchasidan borib fassiya ichidan teshib o'tadi va yelka venasiga

Qo'yiladi. Qo'lning lateral teri osti venasi panja orqa yuzasidan bilakning old yuzasiga nursimon qirg'oq orqali o'tadi va bilakning qolgan venalari bilan qo'shib, tirsak chuqurchasiga yo'naladi va tirsak sohasida medial teri osti venasi bilan (o'rta vena vositasida) anastomoz hosil qilib, yelka ikki boshli mushagining yonbosh egatchasi bo'ylab borib qo'ltiq osti venasiga quyiladi.

Ignaning ichi yoki aksincha tashqi qismi bo'ylab venaga kiritiladigan kateterlar ishlab chiqariladi.

**Igna ichidan punksiyava kateterizatsiya qilish,** Venani teri orqali punksiya qilinib, igna ichidan kateter yuborilganda, kateter biror to'siqqa uchrasa, kateterni igna bilan birga olib tashlanadi. Agar igna ichidaligida kateterning o'zini olib tashlashga qarakat qilinganda, ignaning kesimi bilan kateter qirqilib ketishi mumkin. Kateterizatsiyadan so'ng kateter ignadan ingichka bo'lgani uchun biroz qon sizib chiqib turishi mumkin.

**Kateterni igna ustidan kiritish.** Bunda maxsus, ustiga kateter maqamlangan igna bilan vena punksiya qilinadi. Kateter venaga kirishi uchun igna uchini ichkariga 3-5 mm ga kiritiladi. So'ng kateterni venaga kiritib, igna olib tashlanadi.

**Seksion kateterizatsiya.** Xuddi venaseksiyadagidek teri, teri osti klechatkasi, yuzaki fassiya kesilgach, o'tmas yo'l bilan venani ajratiladi. Bog'lamasdan igna bilan punksiya qilinadi va o'tkazgich kiritiladi. Terining alohida joyidan (jarohatdan tashqi) igna bilan teshilib, igna orqali o'tkazgichning ikkinchi uchi tashqariga chiqariladi. Keyin o'tkazgich orqali kateter venaga kiritiladi. Jarohat to'liq tikib berkitiladi. Kateter teriga mahkamlanadi. Choklar o'rni va atrofiga ishlov berilib, aseptik bog'lov qo'yiladi. Bu odatiy venaseksiyadan qulayroq hisoblanadi.

**Venaseksiya.** Odatda tirsak bukلامي venalari, son teri osti katta venasi, to'piq oldi venasida o'tkaziladi (oyoq venalarida tromboembolik asoratlar ko'proq uchraydi).

Teriga spirt bilan aseptik ishlov beriladi. Tirsak chuqurchasida ko'ndalang kesim bajariladi (agar kelloid chandiqlik hosil bo'lsa, qo'l harakatida chegaralanish bo'lmasligi uchun) teri, teri osti va yuzaki fassiya kesilgach, vena ajratilib, ostiga ikkita ipak ip o'tkaziladi. Periferik tomon bog'lanib, vena devori kesiladi, ichiga kateter yuboriladi va fiksatsiya qilinadi. Teri tikilib, kateter qo'shimcha mahkamlanadi. Teriga ishlov, aseptik bog'lam qo'yiladi.

### **Venosektsiya o'tkazish texnikasi**

**Maqsad:** vena ichi infuziyasini o'tkazish uchun periferik venalar yo'qligi.

**Ko'rsatma:** vena ichiga qo'yish.

**Anjomlar:** jgut, antiseptiklar, skalpel, kateter, shprits, shyolk, igna, qisqich, 0,5%-li novokain eritmasi.

### Bajariladigan bosqichlar:

No	Chora tabdirlar	Bajarmadi (0 ball)	To'liq to'g'ri bajardi
1	Bemorga umumiy yondoshish. Venaseksiya uchun vena tanlanadi (masalan boldiming medial qismi)		5
2	Jgut, venaseksiya uchun tanlagan joydan yuqoridan qo'yiladi		5
3	Teri antiseptiklar bilan ishlov beriladi va 0,5% li novokain bilan mahalliy anesteziya qilinadi		5
4	Gemostaz qilgan holda teri kesiladi		10
5	Vena ushlagich bilan olinadi va distal qismi kesilib bog'lanadi		15
6	Venaning proksimal qismidan kesma qilinadi		20
7	Proksimal yo'nalishda kateter venaga kiritiladi		15
8	Kateter venaga mahkamlab bog'lanadi		10
9	Teriga choklar qo'yilib va kateter shu choklar bilan fiksatsiyalanadi		10
10	Venaseksiya to'g'ri bajrilishini tekshirish: kateter orqali shprits yordamida qon tortib olinadi.		5
	Jami		100

## 11. AMALIY KO'NIKMA

### QON GURUHINI VA REZUS FAKTORINI ANIQLASH

Qon guruhini aniqlash uchun quyidagi vositalar kerak bo'ladi:

- I(0), II(A), III(V) guruhlarning ikkita har xil seriyadagi va bir ampula IV(AV) guruhning zardobi bo'lgan ikkita komplekt standart zardoblar (har bir zardob bo'lgan ampulaga quruq, toza pipetka quyiladi);
  - pipetka bilan natriy xloming izotonik eritmasi bo'lgan flakon;
  - toza yuvilgan, quruq tarelka;
  - predmet shisha;
  - barmoq yumshog'ini sanchish uchun steril nayzasimon ignalar;
  - steril shariklar;
  - spirt.

Qon guruhini aniqlash yaxshi yoritilgan, harorati 15 dan 25°S gacha bo'lgan xonada bajariladi.

Har bir standart zardob ampulasi qon guruhi, seriya nomeri, titri, yaroqlilik muddati, tayyorlangan joyi ko'rsatilgan pasport-etiketkasi ega bo'lishi kerak. Etiketkaga ega bo'lmagan ampula bilan ishlash qat'iyan man etiladi! AVO sistema bilan qon guruhini aniqlash uchun ishlatiladigan standart zardoblar ma'lum rangli markirlarda chiqariladi: I(0) — rangsiz, II(A) — havo rang, III(B) — qizil, IV(AB) — sariq. Rangli markirovka etiketkada rangli polosa shaklida keltiriladi: I(0) zardob etiketkasi polosa yuk, II(A) zardobida — ikkita ko'k rangli polosa, III(B) zardobda — uchta polosa qizil rangda va IV(AB) zardobda — sariq rangli turtta polosa. Zardoblar +4 - + 10°S temperaturada saklanadi. Zardob xira bulmasligi kerak, ampulasi butun bo'lishi kerak. Zardobda cho'kma, xlopyalarning bo'lishi yaroqsizligini bildiradi. Zardob titri 1:32dan kam bo'lmasligi kerak, faolligi esa yuqori bo'lishi kerak: agglyutinatsiyaning birinchi belgilari 30 sek. dan oshmasligi kerak. Yaroqlilik muddati o'tgan saklanib qolgan zardoblar ishlatishga nolo'iq.

Qon guruhini aniqlash uchun maxsus tarelkaning qon guruhlari alohida yozilgan kvadratlariga I(0), II(A), III(B) guruh zardoblarining ikkala seriyasi katta tomchi qilib pipetka bilan tomiziladi. Barmoq yostiqchasi spirt bilan ishlov berilganidan so'ng nayzali igna bilan teri sanchiladi. Qonning birinchi tomchisi marlili sharik bilan artiladi, keyingilari esa predmet oynaning alohida burchaklari bilan ketma-ket ravishda zardob tomchilari bilan aralashtiriladi. Tomiziladigan qon tomchisi zardob tomchisidan 5-10 marta kichik bulishi kerak. Keyin zardob bilan qon aralashishi uchun tarelka chayqaladi. Taxminiy natijalar 3 minutdan so'ng baholanadi, bundan keyin natriy xlorning izotonik eritmasi tarelkaning har bir kvadratiga tomizilib, tarelka chayqatiladi va agglyutinatsiya reaksiya xulosasi 5 minutdan beriladi.

Izogemagglyutinatsiya musbat reaksiyasida natriy xlorning izotonik eritmasi qo'shib aralashtirilgandan so'ng eritrotsitlar yopishishi natijasida paydo bo'lgan ipir-ipirlar va donadorlik tarqalmaydi. Manfiy reaksiyada esa tarelkadagi

zardob tomchilari yaltiroqligi, bir xil pushti rangda saqlanib qoladi va ipir-ipirlar, donadorlik bo'lmaydi.

### **ABO sistemasi**

Agglyutinogen A va B eritrotsitlar hujayralarining membranasida joylashgan bo'lib, agglyutinin  $\alpha$  va  $\beta$  esa qon zardobida bo'ladi. Xuddi shu ya'ni, bir xil nomdagi agglyutinogenlarni agglyutininlar bilan o'zaro ta'siri natijasida agglyutinatsiya reaksiyasi yuzaga keladi. Agar bir xil nomdagi agglyutinogenlar (AB) agglyutininlar ( $\alpha\beta$ ) bilan aralashtirilgan bo'lsa, qon mos emas deb hisoblanadi. Qonda agglyutinogenlar va agglyutininlarni mavjudligiga qarab to'rtta qon guruhi ajratiladi.

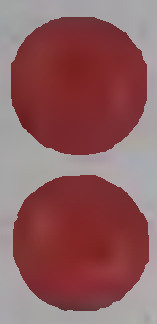




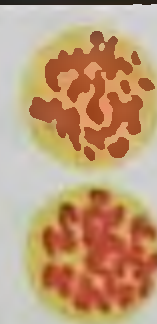


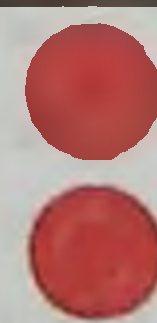
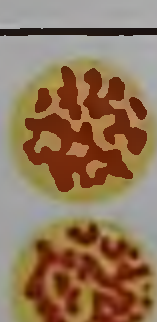
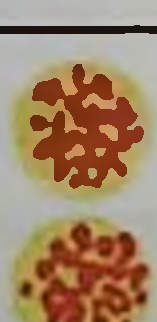


Birinchi guruh 0 (I)  $\alpha\beta$  - eritrotsitlarda agglyutinogenlar mavjud emas. Qon zardobida faqat ikkita agglyutinin ( $\alpha$  va  $\beta$ ) mavjud, qolgan uchta guruhning eritrotsitlarini agglyutinatsiya qilish qobiliyatiga ega.

Ikkinchi guruh A (II)  $\beta$  - eritrotsitlari tarkibida agglyutinogen A mavjud, shu sababli qaysi qon guruhining qon zardobidagi agglyutinin  $\alpha$  bo'lsa, o'sha guruhda agglyutinatsiya reaksiyasi sodir bo'ladi. Agar zardobda agglyutinin  $\beta$  bo'lsa, unda eritrotsitlarida agglyutinogen B bo'lgan guruhni agglyutinatsiyaga uchratadi.

Uchinchi guruh B (III)  $\alpha$  - eritrotsitlar tarkibida agglyutinogen B mavjud, bunday eritrotsitlar tarkibida agglyutinin  $\beta$  bo'lgan qon guruhi zardobi ta'sirida agglyutinatsiyaga uchraydi. Agar zardobda agglyutinin  $\alpha$  bo'lsa, tarkibida agglyutinogen A bo'lgan qon guruhi eritrotsitlarini agglyutinatsiyaga uchratadi.



Agglyutinatsiya reaksiyalarining I(0), II(A), III(B) guruh zardoblari bilan quyidagi 4ta kombinatsiyasi bo'lishi mumkin:

Standart zardoblar bilan agglyutinatsiya reaksiyasi			Tekshiriladigan qon guruh
O $\alpha\beta$ (I)	A $\beta$ (II)	B $\alpha$ (III)	
			O $\alpha\beta$ (I)
			A $\beta$ (II)
			B $\alpha$ (III)
			AB $_0$ (IV)
AB $_0$ (IV) zardob bilan tasdiqlash			

To'rtinchi qon guruhi AB (IV) $_0$  – eritrotsitlari tarkibida agglyutinogen A va B mavjud, bu yuqoridagi uchta qon guruhi zardobi ta'sirida agglyutinatsiyaga uchraydi. Bu qon guruhini zardobida agglyutinini yo'q, shu sababli boshqa guruh eritrotsitlarini agglyutinatsiyaga uchrata olmaydi. Shuni yodda tutish lozimki, agglyutinogen A ning bir necha turlar farqlanadi, shu sababli mos ravishda

gruppachalarga bo'linadi, masalan  $\Pi(A)\beta$  guruhining  $\Pi(A1)$ ,  $\Pi(A2)$  va  $IV(AB)_0$  guruhining -  $IV(A1B)$  va  $IV(A2B)$  gruppachalari mavjud.

1.  $I(0)$  guruhda zardoblarning ikkala seriyada agglyutinatsiya bo'lmaydi.
2.  $II(A)$  guruh zardobining ikkala seriyasi bilan izogemagglyutinatsiya reaksiyasining manfiy bo'lishi,  $I(0)$  va  $III(V)$  guruh zardoblarining ikkkala seriyasi bilan musbat bo'lishi  $II(A)$  qon guruhidan darak beradi.
3.  $III(B)$  guruh zardobining ikkala seriyasi bilan izogemagglyutinatsiya reaksiyasining manfiy bo'lishi,  $I(0)$  va  $II(A)$  guruh zardoblarining ikkkala seriyasi bilan musbat bo'lishi  $III(B)$  qon guruhidan darak beradi.
4.  $I(0)$ ,  $II(A)$ ,  $III(B)$  guruh zardoblarining ikkala seriyasida izogemagglyutinatsiya reaksiyasining musbat bo'lishi  $AB_0(IV)$  qon guruhiga tegishli bo'ladi. Bunday xulosa berishdan oldin  $AB_0(IV)$  guruhning standart zardobi bilan reaksiyani ko'rish kerak, reaksiya natijasi manfiy bo'lishi tekshirishni tasdiqlaydi.

Bu turdagi kombinatsiyalardan tashqari boshqa kombinatsiyalarning bo'lishi tekshirish noto'g'ri o'tkazilganligidan darak beradi.

Standart sarumlar yordamida qonni aniqlash "oddiy reaksiya" deb ataladi. Aniqlash plastinkada amalga oshiriladi, uning ustiga sarum guruhlarining belgilari mum qalam bilan qo'llaniladi. Birinchidan, ikki xil seriya uchun 2 qatorda qilingan yozuvlarga ko'ra, plastinkaga 1-2 tomchi standart sarumlar qo'llaniladi. Har bir tomchi zardobga barmoq yoki venadan olingan tekshiriluvchi qon qo'shiladi va chayqab aralashtiriladi. Qon miqdori sarumdan 10-15 baravar kam bo'lishi kerak. Reaksiya 5 daqiqadan ko'proq vaqt davomida kuzatiladi, shundan so'ng aglutinatsiya mavjudligi bilan qon guruhi haqida xulosa chiqariladi.

Qon guruhini aniqlash uchun maxsus tarelkaning qon guruhlari alohida yozilgan kvadratlariga  $I(0)$ ,  $II(A)$ ,  $III(B)$  guruh zardoblarining ikkala seriyasi katta tomchi qilib pipetka bilan tomiziladi. Barmoq yostiqchasi spirt bilan ishlov berilganidan so'ng nayzali igna bilan teri sanchiladi. Qonning birinchi tomchisi marlili sharik bilan artiladi, keyingilari esa predmet oynaning alohida burchaklari

bilan ketma-ket ravishda zardob tomchilari bilan aralashtiriladi. Tomiziladigan qon tomchisi zardob tomchisidan 5-10 marta kichik bulishi kerak. Keyin zardob bilan qon aralashishi uchun tarelka chayqlaladi. Taxminiy natijalar 3 minutdan so'ng baholanadi, bundan keyin natriy xloming izotonik eritmasi tarelkaning har bir kvadratiga tomizilib, tarelka chayqatiladi va agglyutinatsiya reaksiya xulosasi 5 minutdan beriladi.

#### Bajariladigan bosqichlar

No	Muolajalar ketma-ketligi	Bajarmad i	To'liq o'g'ri bajardi
1	Qon guruhini aniqlash uchun qon guruhlari alohida yozilgan maxsus tarelkalarni olish		5
2	Tarelkalarning kvadratlariga I(0), II(A), III(B) guruh zardoblarining ikkala seriyasi katta tomchi qilib pipetka bilan tomiziladi.		15
3	Barmoq yostiqliyasi spirt bilan ishlov berilganidan so'ng nayzali igna bilan teri sanchiladi.		20
4	Qonning birinchi tomchisi marlili sharik bilan artiladi, keyingilari esa predmet oynaning aloxida burchaklari bilan ketma-ket ravishda zardob tomchilari bilan aralashtiriladi.		20
5	Tomiziladigan qon tomchisi zardob tomchisidan 5-10 marta kichik bo'lishi kerak. Keyin zardob bilan qon aralashishi uchun tarelka chayqaladi.		20
6	Taxminiy natijalar 3 minutdan so'ng baholanadi, bundan keyin natriy xloming izotonik eritmasi tarelkaning har bir kvadratiga tomizilib, tarelka chayqatiladi		10
7	Agglyutinatsiya reaksiya xulosasi 5 minutdan beriladi.		10
	Jami		100

## 12. AMALIY KO'NIKMA

### QON QUYISH ASORATLARI VA UNING OLDINI OLISH.

Gemotransfuziya ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalariga, bajarish texnikasi qoidalariga, serologik reaksiya o'tkazish qoidalariga qat'iyan rioya qilinsa havfsiz davolash usuli hisoblanadi. Gemotransfuziyaga jiddiy, organizmga befarq bo'lmagan – tirik to'qima transplantatsiyasi deb qaralishi kerak



#### Gemotransfuziya asoratlarining klassifikatsiyasi

**I. Qon quyish texnikasining buzilishi bilan bog'liq bo'lgan mexanik harakterdagi asoratlar:**

1. Yurak o'tkir kengayishi.
2. Havo emboliyasi.
3. Trombozi emboliyalar.
4. Arteriya ichiga qon quyilgandan so'ng oyoq va qo'lda qon aylanishining buzilishi.

#### **II. Reaktiv harakterdagi asoratlar:**

Mos kelmagan qon quyilgandan so'ng kelib chiqadigan posttransfuzion shok (gemolitik shok):

- a) qon guruhi to'g'ri kelmagan qon quyilganda;
- b) rezus-moslik to'g'ri kelmagan qon quyilganda;
- v) boshqa faktorlarga ko'ra mos kelmagan qon quyilganda.

Izoserologik xususiyatlariga ko'ra mos kelgan qon quyilgandan so'ng kelib chiqadigan posttransfuzion shok:

- a) infeksiyalangan qon quyilgandan so'ng;
- b) o'zgargan (gemolizga uchragan, kizdirilgan va boshqa) qon quyilgandan so'ng.

1. Anafilaktik shok.
2. Sitratli shok.
3. Posttransfuzion pirogen reaksiya.
4. Massiv gemotransfuziya sindromi.

### ***III. Infektsion kasalliklarni gemotransfuziya orqali yuqtirish:***

1. O'tkir infeksiion kasalliklarni yuqtirish.
2. Zaxm yuqtirish.
3. Bezgak kasalligini yuqtirish.
4. Gepatit yuqtirish.
5. OITS yuqtirish.

**Qon quyish bilan bog'liq bo'lgan asoratlarni profilaktikasi quyidagi qoidalariga amal qilish bilan amalga oshiriladi:**

I. Qon guruhini yuqori sifatli zardoblar bilan qat'iy texnika qoidalariga rioya qilish bilan aniqlash

II. Bevosita flakondan olingan qon guruhi va bemor qon guruhining mosligi gemotransfuziyadan oldin shaxsan qon quyuvchi vrach tomonidan amalga oshiriladi.

III. Har bir qon quyishdan oldin donor qoni va bemor zardobi individual mosligi tekshirilishi kerak

IV. Quyiladigan qonga bemor reaksiyasini aniqlash uchun gemotransfuziya boshida biologik sinama o'tkazish: qonning birinchi 75 ml uch lahzada 25 ml dan 3 – 4 min tanaffus oralig'ida, qonning har bir porsiyasi 30 sek davomida yuboriladi. Sinamani o'tkazish davomida bemor qat'iy kuzatiladi: umumiy ahvoli, tashqi ko'rinishi, puls, nafas olishi.

Ushbu qoidalar bilan birgalikda quyidagilarni bajarish kerak: qon va qon preparatlarini to'g'ri saqlash va transportirovka qilish, quyiladigan qon yaroqligiga to'g'ri makroskopik baho berish (gemolizlangan va infeksiyalangan quyqasi bor qonni inkor etish), qon qizib ketish va muzlashini oldini olish

### 13. AMALIY KO'NIKMA

#### KLAPANLI PNEVMOTOROKSDA BIRINCHI YORDAM

##### Material ta'minot:

1. Individual bog'lama paketi (IBP) yoki bint, kleyonka, leykoplastir.
2. Jarohatni tozalash uchun antiseptik eritmalar.
3. Vazelin yoki indifferent maz.
4. Shpatel.
5. Plevral punksiya uchun instrumentlar nabori.
6. Shokka qarshi vositalar.



##### Birinchi yordam ketma-ketligi:

1. 50% analgin eritmasidan 2 ml yoki 2% promedol eritmasidan 1 ml vrach ko'rsatmasiga ko'ra mushak orasiga yuborib og'riqsizlantirishni bajarish;
2. Antiseptik eritma bilan jarohat atrofi terisiga ishlov berish;
3. Jarohatga okklyuzion bog'lama quyish (jarohatni tamponada qilgandan so'ng atrof terini yog'li eritma bilan ishlov berish va IBPdan steril salfetka quyish, leykoplastir bilan fiksatsiya qilish);
4. Bog'lama ustiga muz pufak quyish;
5. Jarohatlangan tamondan havoni chiqarish uchun plevral punksiya o'tkazish;

## Plevra bo'shlig'ini passiv drenajlash texnikasi

№	Muolajalar ketma-ketligi	Bajarmadi	To'liq to'g'ri baiardi
1.	Bemorni o'tkizish, punksiya kilinadigan		10
2.	Punksiya qilinadigan qovurg'a oralig'ini aniqlash (VI-VII qovurg'a oralig'i orqa		10
3.	Punksiya qilinadigan joyni spirt-yod		10
4.	Navokain bilan og'riqsizlantirish		10
5.	Troakar bilan punksiya qilish		15
6.	Troakar orqali drenaj nayini plevra		15
7.	Troakar chiqarilib yod surtilib asentik		15
8.	Passiv drenajni o'rnatish		15
	Jami		100



6. Oksigenoterapiya o'tkazish;
7. Vena ichiga poliglyukin 500 ml, mushak orasiga kordiamin 2 ml yuborish;
8. Vrach tavsiyasiga ko'ra umumiy ta'sirga ega bo'lgan gemostatiklar yuborish;
9. arterial qon bosimi, puls, nafas olishni nazorat kilish;
10. Xirurgiya bo'limiga nosilkada gospitalizatsiya qilish (bemor yarim o'tirgan holatda);
11. Qoqshol profilaktikasi.

## 14. AMALIY KO'NIKMA

### NAVOKAINLI BLOKADA TURLARI

#### Vishnevskiy bo'vicha bo'vin vagosimpatik blokadası

##### **Ko'rsatma:**

- Ko'krak qafasining ochiq va yopiq pnevmotoraksli jarohatlari;
- Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i jaroxatlarida jarohat sohasidan nerv impulslarini o'tishini bloklash maqsadida.

##### **Bajarilish usuli:**

Bemorni gorizontal holatga yotqizib yelka sohasiga yostikcha quyiladi. Boshini muolaja qilinadigan sohadan qarama-qarshi tomonga buriladi. Soha spirt yod bilan ishlov berilgach to'sh-o'mrov-surg'ichsimon mushakning lateral tomonidan tashqi kovak vena bilan kesishgan nuqtadan yuqoriroqdan (til osti suyagi sohasidan) blokada nuqtasi joylashgan.



Chap qo'l ko'rsatkich bormoq bilan soha bosilib to'qimani traxeya tomonga itariladi va uzun igna bilan avval yuqoriga va ichkariga kiritish harakatlari bilan 40-50

ml 0,25 % novokain eritmasi yuboriladi. (rasm.1.16). Muolajaning natijasi bir necha daqiqadan so'ng Gomer simptomi (qorachiqning blokada kilingan tomonda kengayishi) musbat bo'lishi bilan aniqlanadi.

#### Rasm.1. A.V. Vishnevskiy buvicha vagosimpatik blokada texnikasi.

##### Paranebral blokada.

Paranebral novokainli blokada A.V. Vishnevskiy tomonidan ishlab chiqilgan bo'lib, anestetikni buyrak fassiyalari bilan chegaralangan buyrak atrofi to'qimalariga yuborishdan iborat. Bu usul simpatik nerv tugunlarining ichak, buyrak, buyrak usti bezi va katta va kichik ichki nerv tugunlarini bloklashga qaratilgan.

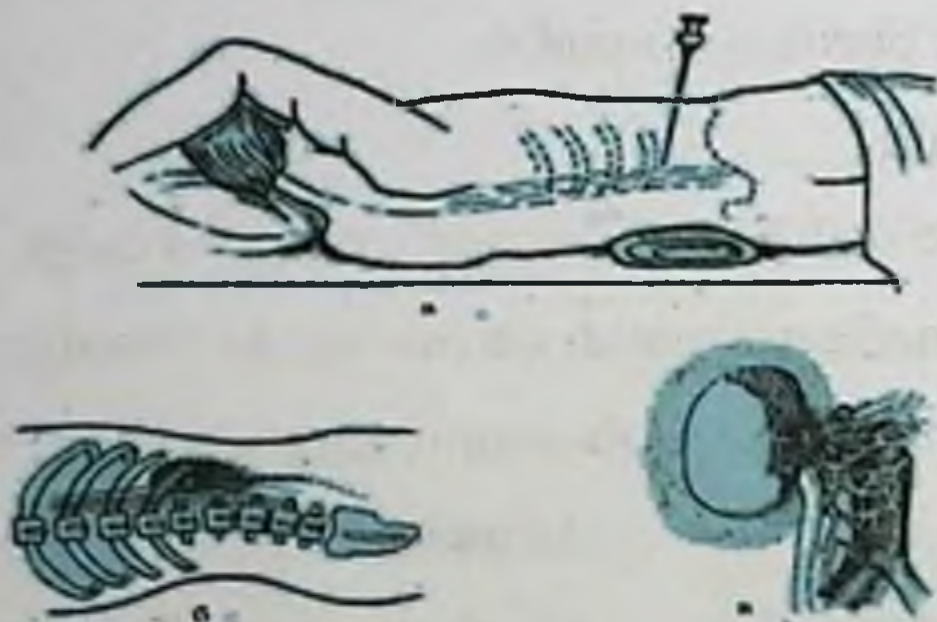


Ko'rsatmalar:

- Ichaklar parezi;
- Gemotransfuzion shok holatlari;
- Anesteziyaning komponentlari sifatida.

Bajarilish usuli:

Bemorni sog' tomonga yonbosh yotqizilib bel sohasiga yostiqcha quyiladi. Bemor yotgan tomondagi oyog'ini bukib tepada turganini yozgan holatda bo'ladi.



**Rasm. 2.** Vishnevskiy A.V. bo'yicha paranefral blokada. **a-** punksiya qilish vaqti bemorning holati; **b-** paranefral punksiya uchun novokainni yuborish sohasi; **v-** novokainni tarkalishi.

Bel sohasi asseptik ishlovdan so'ng XII qovurg'aning pastki qismidan yelkaning uzun mushagi kesishgan nuqta sohasi novokain bilan anesteziya qilinib 10-12 sm li igna bilan tanaga perpendikulyar ravishda qavatma-qavat anestetik yuborilib boriladi. Paranefral fassiyadan ignani o'tishi o'ziga xos qattiqlikdan o'tish sezgisi bilan aniqlanadi. Igna paranefral to'qimaga tushganligiga to'liq ishonch hosil qilingach, 0,25% novokaindan 60-100 ml miqdorda yuboriladi. (rasm. 1.17).

### Qovurg'alararo nervlar blokadasi

Ko'krak qafasi shikastlanishlarida, ko'krak va qorin bo'shlig'i operatsidan keyingi og'riqsizlantirish maqsadida qovurg'alararo nervlar blokadasi qo'llaniladi.

Bu usulni kavurgalarning orqa yoki o'rta qo'ltiq osti chizig'idan bajarish mumkin.

Anestetik bu sohadan qovurg'alar oro bo'shliqdan medial tomonga shimilib paravertebral to'qimadagi nerv hosilalarigacha yetib boradi va anestetik natijani kengaytiradi.

### **Bajarish usuli:**

Bemorni yonbosh yotqizib iloji boricha bosh va tizzalarini qorin tomonga tortib gujanak holatga keltirish lozim. Teri aseptik ishlovdan so'ng umurtqa suyagining o'tkir o'simtalaridan 7 sm lateral tomondan yod bilan o'simtalarga paralel chiziq chizib olinadi. Chiziq bilan qovurgalami ineksiya qilinadigan sohalari kesishgan chiziq'larga nuqtalar qo'yiladi. Barmoq bilan qovurg'aning pastki qirrasini topiladi. Shundan so'ng ignani to'g'ri qovurg'agacha tikib boriladi, so'ngra ignani bir oz tortib teri osti to'qimasigacha tortilib boriladi. Ignani qovurg'a bo'ylab qovurg'aning pastiga qarab yo'naltiriladi va 2-3 ml 1% lidokain eritmasi yuboriladi. Xuddi shu usulda keyingi nuqtalar anesteziya qilib boriladi.



**Rasm 3. Qovurg'alararo nervlarni blokada qilish. (a-o'pka; b- plevra; c- qovurg'alararo nerv; d- arteriya; e- vena )**

### **Vagosimpatik blokada texnikasi**

**Maqsad:** og'riqsizlantirish

**Ko'rsatma:** ko'krak qafasidagi jarohat, torakotomiya.

**Anjomlar:** 96% li spirt, 0,5% -li novokain eritmasi, shprits.

### Bajariladigan bosqichlar

No	Muolajalar ketma-ketligi	Bajarmadi	To'liq to'g'ri bajardi
1	Bemorni chalqancha yotqizish. Bemor ostiga va bo'yniga yostiqcha solish. Bemor boshini qarama - qarshi tomonga burish.		5
2	Amaliyot sohasiga ishlov berish.		15
3	Terini og'riqsizlantirish		20
4	Chap qo'l ko'rsatgich barmog'i bilan m.sternoclaidomastoideusni orqa qirrasini ichkariga va oldinga surish		20
5	Ignani IV bo'yin umurtqasi ko'ndalang o'simtasi tomonga qarab 4-6 sm kiritish.		20
6	Ignani shpripsdan ajratish va qon tomirlar butunligini tekshirish.		10
7	30-50 ml 0.25% novokain eritmasini yuborish.		10
	Jami		100

### 15. AMALIY KO'NIKMA

#### NARKOZ ASORATLARI VA UNING OLDINI OLISH

Asoratlar asosan narkozning birinchi 15 minutida, bemorni uyg'otishda va narkozdan keyingi davrda anesteziologlar tamonidan xatolar natijasida paydo bo'ladi.

Narkoz profilaktikasida bemorni narkozga tayyorlash, narkozni olib borish va narkozdan keyingi davrda tizimli choralar ko'rilishi kerak. Profilaktik zanjir choralari 12 zvenodan iborat: 1. Bemor operatsiyadan bir kun oldin, 2. Bemor ertalab narkozdan oldin, 3. Kislorod ballonni tekshirish, 4. Narkoz apparatini tekshirish, 5. Instrumentlar, 6. Medikamentlar, 7. Qon va qon o'rmini bosuvchi preparatlarni quyish uchun sistema, 8. Operatsion stol, 9. Operatsion stoldagi bemor, 10. Uyg'otish, 11. Katalkadagi bemor, 12. To'shakka qaytgan bemor.

## ASORATLAR VA ULARNING DAVOSI

**Apnoe** — nafas harakatining to'xtashi. Bu asoratning yagona ratsional davosi — to'liq mustaqil nafas tiklanguncha o'pka sun'iy ventilyasiyasini o'tkazish.

**Laringospazm** — ovoz boylamlarining spazmi.

**Bronxospazm** — bronxiolalar bo'shlig'ini to'satdan spazmi.

### O'pka sun'iy ventilyasiyasini bajarish

#### Traxeya intubatsiyasi

#### *Ko'rsatma*

a. *Apnoe*;

b. *Laringospazm*;

s. *Broxospazm*;

#### *Holati:*

Djekson holatida

#### *Texnikasi:*

a) Laringoskopni ishlashini tekshirib ko'ring.

b) Rezina ko'lqop kiying.

c) O'ng qo'lning 1 va 2-barmoqlari bilan bemorning tishlari va lablari surilgandan so'ng

d) chap qo'lda laringoskopii ushlab klinokni o'rta chiziq bo'yicha tish va tanglay orasiga kiriting.

e) Tilni yuqoriga va biroz chapga suring. Bemor labi tish bilan klinok orasiga kirib qolmasligi uchun uni uning qo'l bilan suriladi.

f) Klinok kiritilishi bilan yumshoq tanglay, tilcha va xiqildoq qopqog'i ko'rinadi. To'g'ri klinokdan foydalanganda xiqildoq qopqog'i ko'tariladi va ovoz paylari ko'rinadi. Qizilo'ngachga kirish xiqildoq ostida tirkishga o'xshash ko'rinishga ega. Agar klinok bukma bo'lsa til iddiz va xiqildoq qopqog'i asosiga qo'yiladi va klinok uchi ko'tarilganda xiqildoq qopqog'i ochiladi, ovoz boylamlari harakatsiz ochiq holatda ko'rinadi.

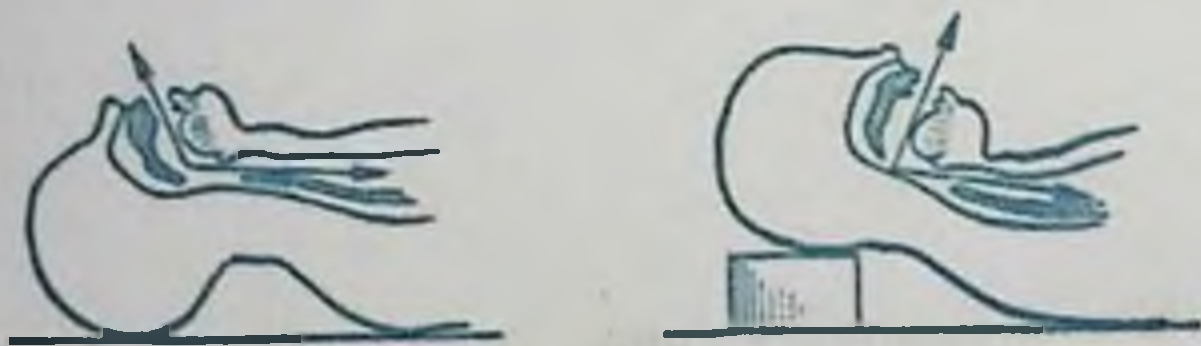
g) Laringoskopiya vaqtida oldingi kesuvchi tishlarga klinokni tirash tishlar sinishiga, pastgi jag'ning chiqishiga sabab bo'lishi mumkin. Bemor nafas olayotgan bo'lsa ovoz boylamlari ochilib yopilib turadi. Ovoz yorigi yuqorida bo'lsa ovoz boylamlar ochilib xiqildoqni o'ng qo'l bilan pastga bosiladi va intubatsiya osonlashtiriladi.

h) Vizual nazorat ostida o'ng qo'l bilan kerakli kattalikdagi naychani klinok ariqchasiga 2-3 sm yoni bo'ylab ovoz boylamlari orqasidan o'tkaziladi. Intubatsion trubka ovoz boylamlari orqasiga manjetkasi kirgunicha yuboriladi.

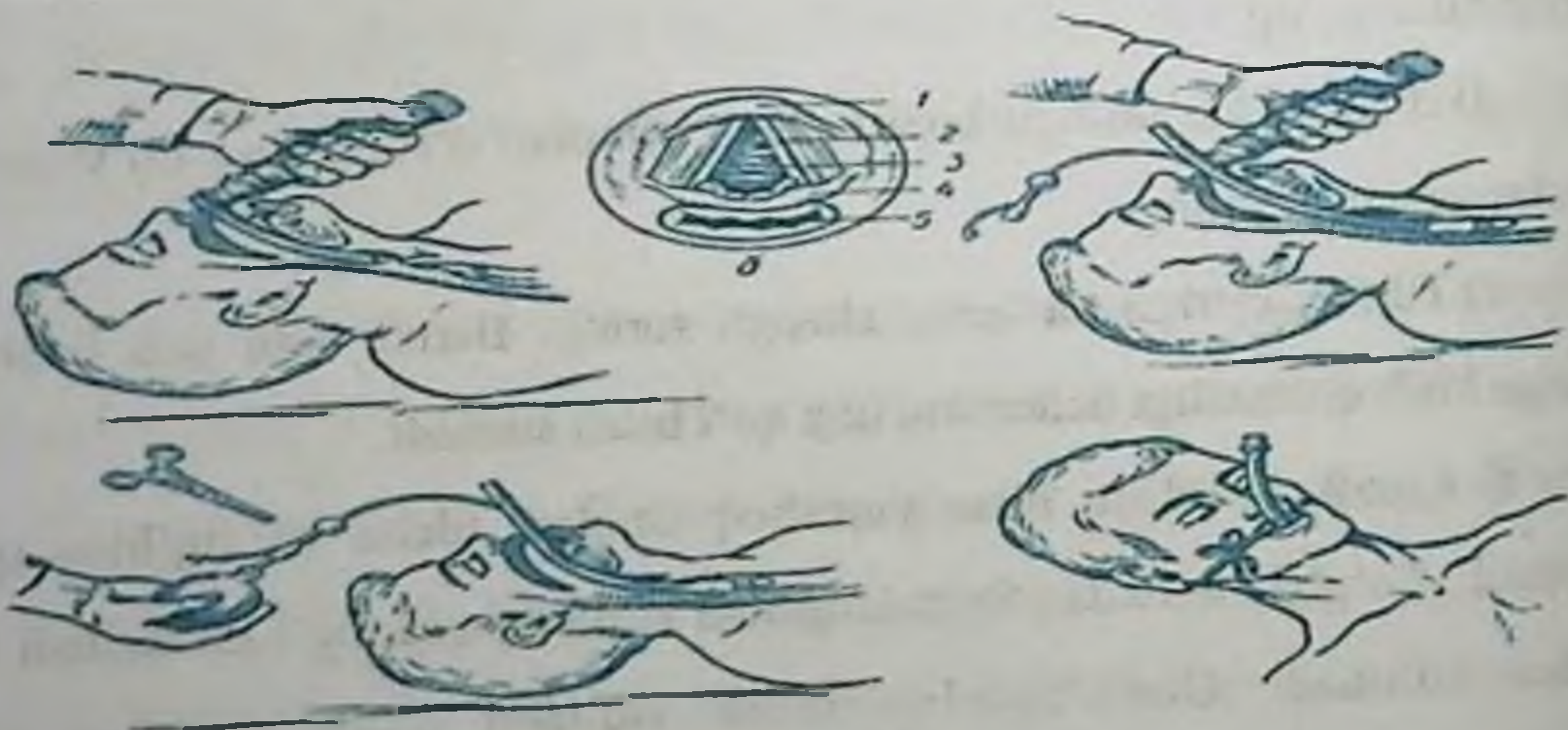
i) Manjetkaga havo yuborilib germitizm hosil qilig.

j) Naycha yonboshiga (rasporka) qo'ying va trubkani bint bilan mahkamlang.

### Holati.



### Texnikasi



## KONIKOTOMIYA

Traxeostomiyaga nisbatan tez va soddaroq bajariladigan operatsiyadir.

**Ko'rsatmalar:** yuqori nafas yo'llarining shishi, laringospazm, intubatsiya qilishning texnik sabablarga ko'ra iloji yo'qligi. Konikotomiya (minitraxeostomiya) uchun bir marta ishlatiladigan yig'malar (Mpi Tgasp-Rogax firmasi) ishlatiladi.

### Qarshi ko'rsatma

1. Bo'qoq kasalligida
2. Abscess
3. Ko'k yo'talda holati

Chalkancha yotqizish

### Jihozlar

1. Chegaralagichli skalpel
2. Plastik o'tkazgich
3. Ichki diametri 4mm li traxeal kanyulya
4. Qonnektor
5. Traxeya sanatsiyasi uchun kateter

### Texnikasi.

Krikotireoid parda kesilib, tomoq ichiga o'tkazgich kiritiladi va u bo'ylab traxeal kanyulya o'rnatiladi. O'tkazgich olib tashlanadi. Traxeal kanyulya tasma bilan bo'yinga bog'lab qo'yiladi. Konnektor yordamida sun'iy nafas apparatiga ulanadi.

Muolajani 15-30 soniyada bajarish mumkin. Bu kasalxonagacha bo'lgan yordam ko'rsatish vaqtida qo'l keladi

**Konikotomiya bajarish  
texnikasi**



**Gipotoniya.** Ucha shakli farqlanadi.

1. Puls tezlashishi bilan arterial gipotenziya. Bu holatda qon va qon o'mini bosuvchi preparatlar quyish bilan sirkulyasiyadagi qon hajmini (SKX) to'ldirish kerak. O'tkir buyrak usti bezi yetishmovchiligiga gumon bo'lganda katta dozada glyukokortikoid garmonlar yuboriladi.

2. Normal puls bilan arterial gipotenziya xususan tiopental-natriy bilan narkoz berilganda kuzatiladi. Bu holatda kichik dozada vazopressorlar yuboriladi.

3. Puls sekinlashishi bilan arterial gipotenziya gipoksiyada, narkotik analgetiklar peredozirovkasida, navokain bilan intoksikatsiyada kuzatiladi. Davolashda keltirib chiqargan sabablarni bartaraf etish kerak.

**Regurgitatsiya**— me'da-ichak traktidan og'izga suyuqlikni passiv ravishda qilib turishi. Davolash – stolning bosh tamonini pastga zudlik bilan tushirish va surgich bilan suyuqlikni so'rib olish, intubatsiya, traxeyadan aspiratsiyalangan suyuqlikni so'rib olish.

**Qayt qilish.** Zond orqali me'dadagi mahsulotlarni yo'qotish.

## SELLIK USULI

**Ko'rsatma.** Aspiratsion sindromni oldini olish uchun xirurgiyada to'la oshqozon simptomini, aspiratsiyani oldini olish maqsadida Regurgitatsiyani oldini olish uchun, aspiratsion sindromni profilaktikasi uchun qo'llaniladi

Xirurgiyada to'liq oshqozon simptomini aspiratsiyani oldini olish maqsadida ham qo'llaniladi

**Qarshi ko'rsatma**

Bo'yin sohasi travmalari

Toksik bo'qoqning og'ir darajasi

**Holati**

Gorizontal

### Texnikasi

Uzuksimon tog'ayini topib bosh, ko'rsatgich, o'rta barmoq bilan ushlab uni biroz unga siljitib bosamiz. Shunda qizilo'ngach siljiydi va bosiladi, qayta ovqat o'tmaydi. So'ngra intubatsion naycha tiqiladi va manjet shishiriladi.



### Bajariladigan bosqichlar

No	Muolajalar ketma-ketligi	Bajarmadi	To'liq to'g'ri bajardi
1	Bemorgni chalqancha yotqizish. Ko'rsatkich barmog'i bilan uzuksimon va qalqonsimon tog'ay orasidagi bo'shliqni topish		5
2	Qalqonsimon tog'ayning jarohatlarini oldini olish uchun barmoqlar bilan bosiladi		15
3	Terini og'riqsizlantirish		20
4	Boshqa qo'lga kesuvchi chetidan 2 sm uzoqlikda skalpel olinadi va uzunligi 2 sm gacha bo'lgan ko'ndalang kesma qilinadi, bu orqali teri va tog'aylar o'rtasidagi bog'lam kesiladi;		20
5	Qilingan kesma teshik orqali traxeyaga jarohat kengaytirgich kiritiladi, so'ngra traxeostomiya trubkasi kiritiladi		20
6	Naycha fiksatsiya qilinadi		10
7	Jarohat kengaytirgich chiqariladi va kislorod aralashmasi yuboriladi.		10
	Jami		100



## 16. AMALIY KO'NIKMA

### SIYDIK PUFAGINI KATETRIZATSIYA TEXNIKASI

#### **Maqsad:**

1. Siydik pufagini bo'shatish.
2. Siydik pufagiga dori vositalarini yuborish.

**Ko'rsatma:** Siydik tutilishi, siydik pufagini yuvish, kontrast moddani retrograd yuborish, tekshirish uchun siydik olish uchun.

#### **Qarshi ko'rsatma:**

1. Siydik pufagi jarohatlari.
2. Siydik pufagi va Siydik chiqarish kanali o'tkir yallig'lanishi.

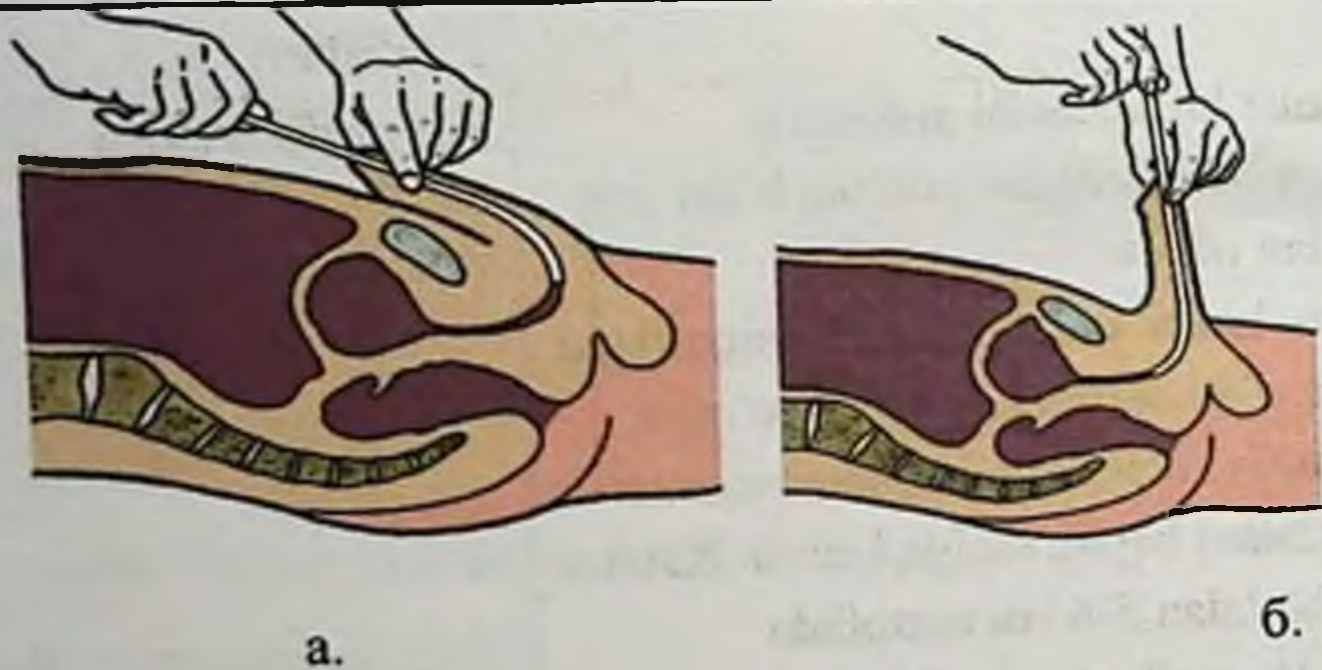
#### **Kerakli vositalar:**

- Steril kateter
- Steril qo'lqop
- Steril salfetaklar
- Steril glitserin, pinset, shtanglass
- selofan
- sudno
- Kir materiallari uchun xalta, eritma antiseptik
- siydik tuplaydigan idish
- Dinamikni kuzatish uchun varoq

Shartli bo'lgan sharoit: kateterizatsiyalash uchun ikki yuzalik tibbiy ma'lumot bilan bajarilishi kerak.

№	Bosqichlari	Asoslash
<b>I. Muolajaga tayyorlash</b>		
1.	Bemorga qilinadigan muolajadan maqsad va ketma-ketlikni tushuntirish va roziligini olish.	Axborotga bemor huquqlarini ta'minlash
2.	Bemorga qulay holatni tanlashga ruhsat berish: chalkancha yotib yoki oyoqlarini yoygan holda yarim o'tirgan holat.	Muolajani uchun zarur sharoitlar
3.	Bemor tagiga shimib oluvchi material (yoki moyli mato bilan qoplangan material) tana go'shti, Sudno.	Infektsion xavfsizlikni taminlash
4.	Steril qo'lqop	Aseptik qoidalariga rioya qilish
5.	Jinsiy olatni steril salfetka bilan o'rash	Kasalxona ichi infeksiyasi (KII) xavfini kamaytirish
6.	Chap qo'l bilan jinziy yo'lni ushlab turish, tanaga perpendikulyar ravishda maksimal uzunlikka tortib turish	Kateter utishi uchun sharoit yaratish, siydik chikaruvchi kanalning birinchi egriligini to'g'rilash
7.	Jinsiy olat boshchasini antiseptik eritmaga botiriladigan salfetka bilan ung qo'l bilan ishlov.	KII profilaktikasi
8.	Yordamchidan kateterizatsiya chiqarilgan vaqti va o'lchamiini tekirishni so'rash. Yordamchi katetemi gilofdan chiqaradi va muolajani bajaruvchiga beradi. Kateter yosh teshikdan 5-6 sm masofada masofadan turib o/ng qo'l 1 va 2 barmoqlari bilan, kateter tashqi uchi 4-5 barmoqlar bilan ushlanadi.	
<b>II. Muolajani bajarish</b>		
9.	Assistentdan kateter ustidan steril gliserinni quyish so'raladi.	Uretra shilliq qavati travmasining profilaktikasi
10.	Jinsiy olatni kateterga «kiydirish» bilan uretrada ko'p kuch bermasdan siydik pufagiga yetib siydik paydo bo'lganicha harakat qildirish. Kateterning erkin uchi sudnoga qo'yiladi. Agar katetemi harakat qildirishda to'sqinlik paydo bo'lsa muolajani to'xtatish kerak.	Kateter yulida obstrukciya bulsa, kateterizaciya muolajasini vrach bajaradi.

11.	Siydik pufagi to'liq bo'shaguncha kateter erkin uchini sudnogo qo'yish	Gigiena sharoitlarini ta'minlash
<b>III. Muolajani yakunlash</b>		
12.	Kateterni chikarib, dezinfeksiyalovchi eritmaga kuyish	BII profilaktikasi
13.	Salfetkalarni dezinfeksiyalovchi eritmaga tashlash. Dam olish sharoitlarini ta'minlash	Infekcion xavfsizlikni ta'minlash qo'lqoplarni yechib dezinfeksiyalovchi eritmaga tashlash BII profilaktikasi
14.	Bemorga qulay holatga o'tishiga yordam berish	Dam olish sharoitlarini ta'minlash
15.	Qo'lqoplarni yechib dezinfeksiyalovchi eritmaga tashlash	KII profilaktikasi
16.	qo'lni yuvib quritish	KII profilaktikasi
17.	Dinamik varakka muolajaga bemorning reaksiyasini yozish. Bemorga qulay holatga o'tishiga yordam berish	Bemorlarga parvarish



**Erkaklarda siydik pufagini kateterizasiya etaplari.**



**Ayollar siydik pufagini  
kateterizasiyasi**



Yumshoq kateterlar



Qattiq kateterlar

## 17. AMALIY KO'NIKMA ICHAK TUTILISHIDA DEKOMPRESSIYA USULLARI



# INGICHKA ICHAKNI UZUN ZOND BILAN ZONDLASH

## Ko'rsatma:

1. Oziqlantirish.
2. Ichak parezi.

**Asboblari:** Steril yo'g'on oshqozon zondlar, varonka, vazilin, yuvish uchun suv, suv kogoz, yuvindi suvlar uchun togora, qo'lqob, fartuk.

**Texnikasi:** Bemorni qisib turuvchi narsalar yechiladi. Stul suyanchig'iga suyanib, boshini oldiga egib, oyoqlarini yon tomonga yozib o'tirishi kerak. Penset bilan zond olinib, to'mtoq uchidan 10-15 sm uzoqlikda ushlab, chap qo'l bilan, erkin uchini ushlab kerak. Ushbu zond bemorning og'iz bo'shlig'i, orqali medaga yuboriladi. Varonka zondning erkin uchiga ulanadi, varonkani pastga tushirib, yuvuvchi suyuqlik to'ldiriladi va asta sekin yuqoriga ko'tariladi, pastga yana tushirib oshqozon moddalari chiqsa bo'shatiladi, toza suv paydo bo'lguncha takrorlanadi. Zond asta sekin tortib olinadi.

**Asorati:** Qizilo'ngach devorlari shikaslanishi, qonashi. Bu mediostinetga sabab bo'lishi mumkin. Nayning uzoq turishi esa burun nafasini va balg'am chiqarishining buzilishiga olib keladi.

## Bajariladigan bosqichlar:

No	Chora tabdirlar	Bajarmadi (0 ball)	To'liq to'g'ri bajardi
1	Bemorni qisib turuvchi narsalar yechiladi.		5
2	Stul suyanchigiga suyanib, boshini oldiga egib, oyoqlarini yon tomonga yozib o'tirishi kerak.		15
3	Penset bilan zond olinib, to'mtoq uchidan 10-15 sm uzoqlikda ushlab, chap qo'l bilan, erkin uchini ushlab kerak.		20
4	Ushbu zond bemorning og'iz bo'shlig'i, orqali medaga yuboriladi.		20
5	Varonka zondning erkin uchiga ulanadi, varonkani pastga tushirib, yuvuvchi suyuqlik to'ldiriladi		20

6	Asta sekin yuqoriga ko'tariladi, yana pastka tushirib oshqozon moddalari chiqsa bo'shatiladi, toza suv paydo bo'lguncha takrorlanadi.		10
7	Zond asta sekin tortib olinadi.		10
	Jami		100

### **Ichak bo'shlig'i dekompressiya usullari**

Ichak dekompressiyasining ko'plab usullari taklif etilgan, bularning hammasi bir xil talabga javob berishi kerak: ichaklarni gaz va suyuqlikdan maksimal xalos etish. Qorin bo'shlig'i infeksiyasining profilaktikasi, operatsiyadan keyingi davrda ichak mahsulotlarini kiyinchiliklarsiz surib olish, muolajani minimal travmatizatsiyasi.

#### **Punksion yo'l bilan ichak dekompressiyasi**

Ichak devorini punksiya qilib ichak bo'shlig'idagi mahsulotlarni yo'q qilish.

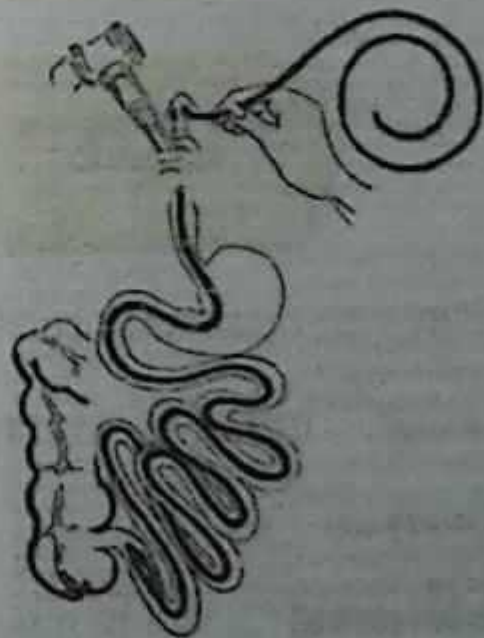
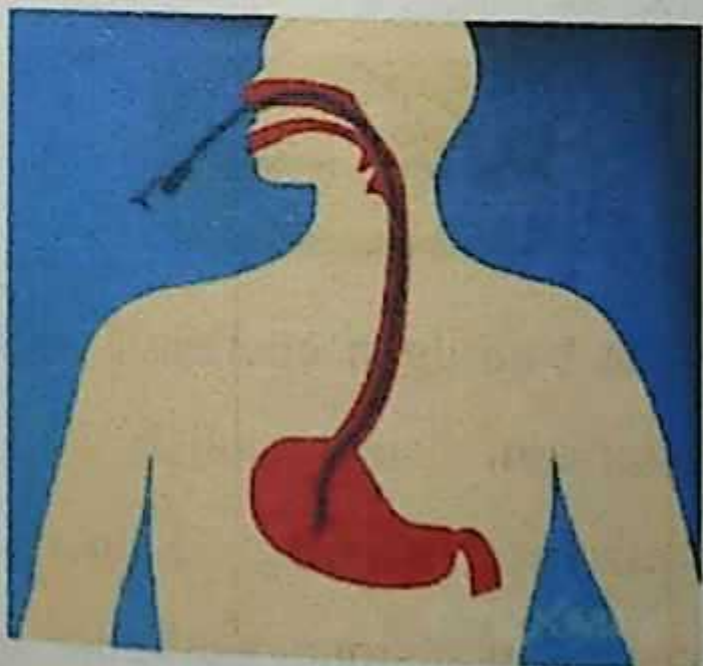
Asorati: peritonit rivojlanish xavfi yuqori.

#### **Enterostoma yo'li bilan ichak dekompressiyasi**

Ichak dekompressiyasi uchun enterostoma (podvesnaya enterostoma) qo'yish.

#### **Zond orqali ichaklar dekompressiyasi**

Ichak bo'shlig'ini uzun Mellori-Ebot zondi bilan operatsiya vaqtida va operatsiyadan keyingi davrda maksimal dekompressiyaga erishish mumkin.



**Zond orqali ichak intubatsiyasi**

## Ichak intubatsiya texnikasi

Zondni burun, gastrostoma, ileostoma yoki cekostoma, to'g'ri ichak orqali ichak bo'shlig'iga kiritish mumkin. Har bir usulning uziga xos afzalliklari va kamchiliklari bor.

## Ichak bo'shlig'ini transnazal dekompressiyasi

Ichak dekompressiyasida zondni transnazal kiritishda anesteziolog bilan birgalikda bajariladi. Anesteziolog vazelinga botirilgan zondni burun yo'li, qizilo'ngach orqali me'da bo'shlig'iga yuboradi. Keyin xirurg me'da devorida zondni paypaslab o'n ikki barmok ichak egriliklari, Treits boylami orqali ingichka ichak bo'shlig'iga yuboradi. Keyin jarroh zondni oshqozon devori orqali ushlaydi va uni Treitz boylami ostidagi ingichka ichakning boshlang'ich qismida tegib, uchini topguncha uni o'n ikki barmoqli ichakning egilishi bo'ylab o'tkazadi. Zond iloji boricha ileosekal sohagacha yuborilishi kerak.

## 18. AMALIY KO'NIKMA

### ICHAK PERISTALTIKASINI STIMULYATSIYA QILISH



Parez rivojlanishining birinchi bosqichida bajarilgan operatsiya og'irligiga qaramasdan, infuzion terapiya, me'da shirasini surib olish va ichak stimulyatsiyasi o'tkaziladi. Ichak stimulyatsiyasi quyidagi ketma-ketlikda bajariladi: avval 2,5% benzogeksoniy eritmasi bilan qisman ganlionar blokada

arterial kon bosimi va puls nazoratida bajariladi. 40-60 minutdan keyin mushak orasiga 1-2 ml 0,05% prozerin eritmasi bir marta yuboriladi. Keyinchalik 30 minutdan keyin 100 ml miqdorda natriy xloring 10% gipertonik eritmasi bilan klizma kilinadi.

### **Gipertonik klizma**

**Gipertonik klizma.** Gipertonik eritma to'g'ri ichak bo'shlig'iga ko'p miqdorda suyuqlik transsudasiyasini chaqiradi, bu axlat massalarini erishini va to'g'ri ichakning kuchaytirilgan peristaltikasini ta'minlaydi. Ichak devori tonusini pasayishi bilan ichakdan axlat massalari chiqadi, suyuqlikni ichak bo'shlig'iga transsudasiyasi evaziga CKH kamayadi, bu esa qon bosimining pasayishiga olib keladi.

**Maqsad.** Mustaqil defekasiya stimulyatsiyasi.

**Ko'rsatma:** qabziyat, ichaklar parezi.

**Qarshi ko'rsatma:** Yo'g'on ichak pastki qismlaridagi yallig'lanishi va yarali jarayon, anal teshik sohasidagi yoriq va qon ketuvchi gemorroidal tugunlar.

**Kerakli anjomlar.** Jane shpritsi yoki 50 - 100 ml hajmdagi rezin noksimon ballon, steril rektal nay yoki kateter; vazelin; 25 - 33% magniy sulfat yoki natriy xloring 10% 50 - 100 ml miqdordagi eritmasi; qo'lqoplar; marlili salfetkalar; «Klizmali nakonechniklar» uchun xloraminning 3% li eritmasi.

#### **Texnikasi:**

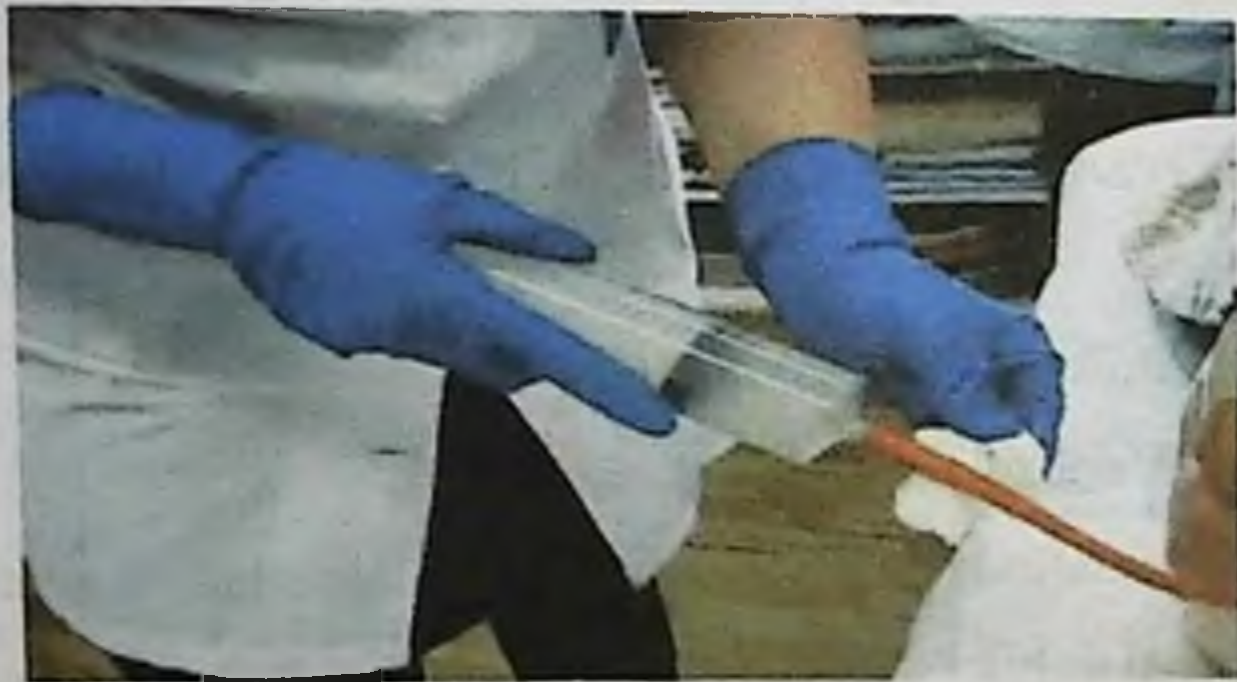
1. Gipertonik eritmaning ma'lum miqdori bankaga quyilib, 38°C gacha qizdiriladi.
2. Gipertonik eritma Jane shpritsiga yoki noksimon ballonchaga to'ldiriladi.
3. Bemor chap yonboshga tizzani qomiga yaqinlashtirgan holda yotish tavsiya etiladi.
4. Rezina qo'lqoplar kiyiladi. To'g'ri ichakka 10 - 15 sm kattalikdagi rektal nay kiritilib salfetka bilan ushlab turiladi.
5. Trubkaga Jane shpritsi (yoki balloncha) ulanadi va asta-sekin gipertonik eritma yuboriladi.



6. Yuborilgandan so'ng rektal nay berkitiladi va salfetka bilan to'g'ri ichakdan tortib olinadi.

7. Bemorga yuborilgan eritma ichak bo'shlig'ida 20 - 30 minutgacha ushlanishi tavsiya etiladi, buning uchun bemor chalqancha yotishi qulay.

8. Ishlatilgan rektal nay va Jane shpritsi (yoki balloncha) 3% xloramin eritmasiga quyiladi.



### Ognev bo'yicha klizma

**Ko'rsatma:** operatsiyadan keyin va qabziyalarda mustaqil defekasiya aktini yengillashtirish.

**Kerakli instrumentlar:** noksimon ballon, vazelin, Ognev bo'yicha aralashma (10% 20 ml tuzli eritma, 20 ml glitserin yoki o'simlik yog'i, 20 ml 3% vodorod peroksid).

**1 - qadam.** Bemor chap yonboshga tizzalarini qoriga yaqinlashtirgan holda yotadi;

**2 - qadam.** To'g'ri ichakka vazelin surtilgan noksimon ballon uchi kiritiladi;

**3 - qadam.** Aralashma eritmasini yuborgandan so'ng defekatsiya akti 2 soatdan keyin bo'lishi kerak. Aralashmaning ta'sirlovchi harakati ichak peristaltikasini kuchaytiradi va ichak bo'shlig'idan mahsulotlarni chiqaradi.

## 19. AMALIY KO'NIKMA

### PERITONEAL DIALIZ

Organizmdan toksik moddalarni tabiiy yarim o'tkazuvchi membrana - qorin parda orqali tozalash usuli. Qorin parda qorin bo'shlig'i va organizmning ichki muhiti bilan, birinchi o'rinda qon va limfa bilan chambarchas bog'liq. Qorin pardada doimo transsudatsiya va so'rilish jarayonlari boradi. Qorin parda qonning suv-elektrolit tarkibini, kislota-asos muvozanatini, oqsil almashinuvini, qonning osmotik bosimini regulyatsiyasida qatnashadi, shuningdek, qon va qorin bo'shlig'idagi toksik moddalarni kontsentratsiya gradientiga qarab tozalashdi.

#### **Ko'rsatma**

Molekulalari kattaligi qorin pardadagi teshiklarga mos bo'lgan toksik agentlarni olib tashlash, surunkali va o'tkir jigar yetishmovchiligi, ekzogen zaharlanishlar, tarqalgan yiringli peritonit og'ir formalari, gipergidratatsiya peritoneal gemodializga ko'rsatma bo'ladi.

Peritoneal dializni amalga oshirish uchun qorin devori punktsiyasi yoki operativ yo'l bilan qorin bo'shlig'iga kateter kiritiladi. Qorin bo'shlig'iga dializlovchi eritma yuboriladi. Dializlovchi suyuqlik kontsentratsiya gradientiga ko'ra toksik agentlarni o'ziga tortib oladi. Kerak bo'lganda osmotik va onkotik bosim gradientini hosil qilib organizmdan suyuqlikni ham chiqarish mumkin.

Peritoneal dializning 2 ko'rinishi farqlanadi:

1. Oqimli (doimiy) dializ - qorin bo'shlig'iga ikkita kateter kiritiladi, ularning biridan doimi dializlovchi suyuqlik yuboriladi, ikkinchisidan dializat chiqariladi.

2. Fraktsion dializ - bitta kateter qo'yiladi. Qorin bo'shlig'iga kiritilgan dializlovchi suqlik bir muncha payt o'sha yerda qoladi (40 minutdan oshmasligi kerak), keyin chiqariladi va yana yangi eritma kiritiladi.



Peritoneal dializ o'tkazish tehnikasi

## 20.AMALIY KO'NIKMA PLAZMOFEREZ TEHNIKASI

Bu usul detoksikatsion effekti og'ir intoksikatsiyali bemorning qonini to'liq yoki qisman almashtirishga asoslangan. Qoni almashtirib ko'yish intoksikatsiya darajasini kamaytiradi, gemostazni normallashtiradi, mikrotsirkulyatsiyani yaxshilaydi, immunologik statusni oshiradi.

### Ko'rsatma

Septik jarayon progressiyasi, septik shok, ogir ekzogen intoksikatsiyalar koni almashtirib kuyishga Ko'rsatma buladi.

**Texnikasi.** Qonni almashtirib quyish uchun magistral vena punktsiya qilinadi, undan bemor qoni chiqariladi va donor qoni kiritiladi. Bir momentda sirkulyatsiyadagi qon hajmining 8-10% chiqariladi va shuncha kiritiladi. Organizmdan chiqarilgan qoni sentrifugalab, eritrositlarini qayta bemorga quyish ham mumkin. Bunda faqat plazma donoming plazmasi yoki albumin bilan almashtiriladi va bu plazmoferez deyiladi



### Bajariladigan bosqichlar:

No	Chora tabdirlar	Bajarmadi (0 ball)	To'liq to'g'ri bajardi
1	Bemor chalqancha yotqiziladi.		20
2	Qo'lqop kiyilib, qonni almashtirib qo'yish uchun magistral vena topiladi		20
3	Teri spirt bilan ishlov beriladi, punktsiya qilinadi.		20
4	Bemor qoni chiqariladi va donor qoni kiritiladi.		20
5	Bir momentda sirkulyatsiyadagi qon hajmining 8-10% chiqariladi va shuncha kiritiladi.		20
	Jami		100

## 21.AMALIY KO'NIKMA

### PLEVRANI PUNKTSIYA QILISH.

**Ko'rsatmalar:** pnevmotoraks, gidro-yoki gemotoraks. Teri zararlangan joylarda (piodermiya, belni o'rab oluvchi temiratki va h.k.) punktsiya qilib bo'lmaydi.

**Metodikasi:** bemor karavot yonidagi stolchaga joylashtirilgan yostiqa boshi va qo'lini qo'yib o'tiradi. Chegaralangan plevritda punktsiya nuqtasini rentgenografiya ma'lumotlariga qarab tanlanadi. Chegaralanmagan gidrotoraksda punktsiyani VI-VII qovurg'a oralig'ida o'rta yoki orqa qo'ltiq osti chizig'i bo'yicha, pnevmotoraksda - II qovurg'a oralig'ida o'rta o'mrov chizig'i bo'yicha qilinadi. Operatsiya maydoni antiseptik eritma bilan artiladi, teri, teri osti kletchatkasi va qovurg'a oralig'i novokainning 0,5% li eritmasi bilan mahalliy og'riqsizlantiriladi. Punktsiya qovurg'aning yuqorigi qirrasini bo'ylab qilinadi. Ninaning plevra bo'shlig'iga kirishi bo'shliqqa «qulash» sifatida seziladi. Shpris porsheni tortilganda unga suyuqlik yoki havo kiradi. Ninaga rezina naycha ulanadi. Plevra ichidagi patologik moddalarni so'rib chiqariladi.

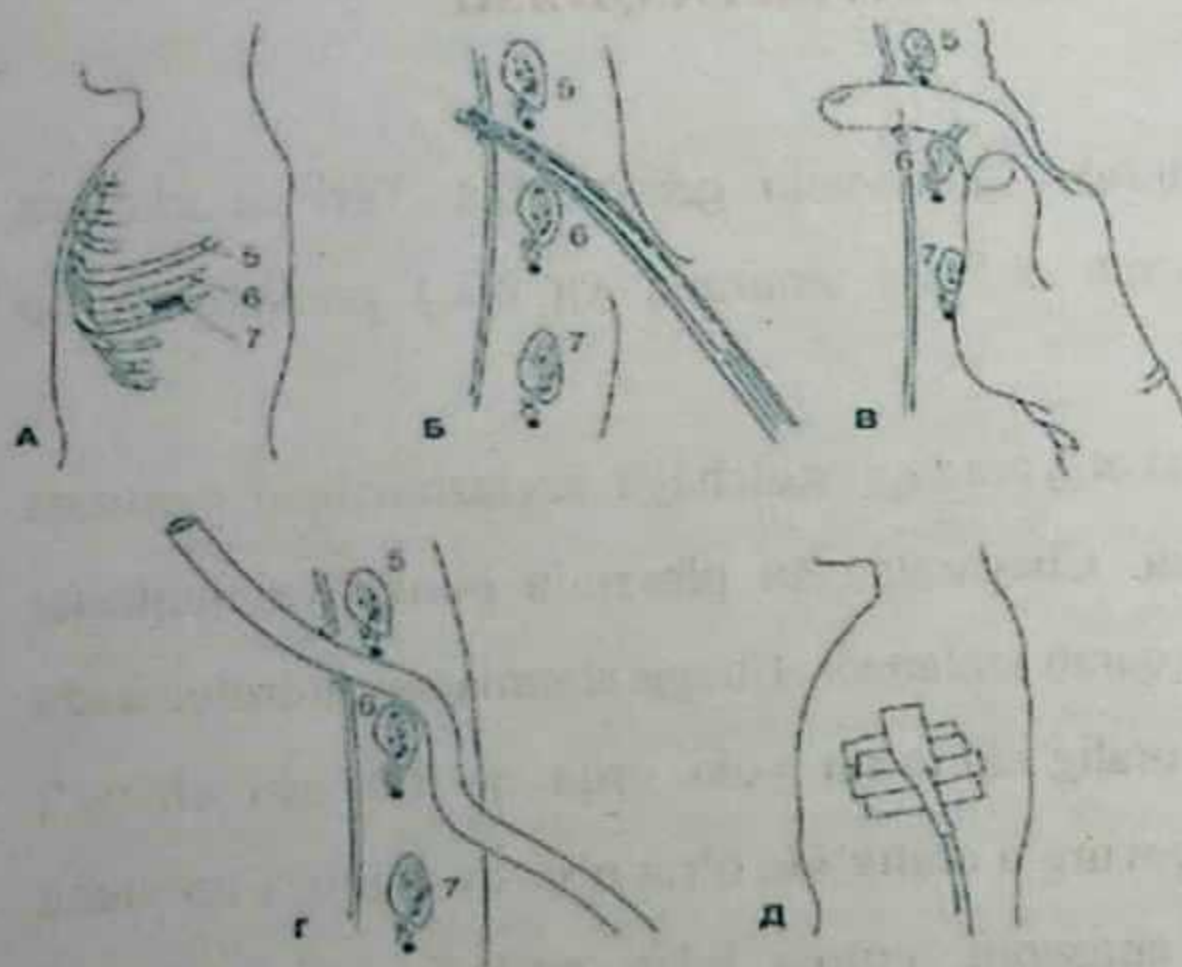
**Asoratlari:** Qovurg'alararo arteriya, o'pkaning jarohatlanishi, pnevmotoraks, taloq va jigarning shikastlanishi.

### **Plevra bo'shligini drenajlash.**

**Ko'rsatmalar:** 1) spontan pnevmotoraks, 2) shikastlanishdan keyingi pnevmotoraks, 3) plevra empiyasi; 4) piopnevmotoraks.

Total pnevmotoraks, empiema va piopnevmotoraksda 2 ta nuqtada drenaj qo'yiladi; orqa qo'ltiq osti chizig'i bo'yicha VII-VIII qovurg'a oralig'ida va o'mrov o'rta chizig'i bo'yicha II qovurg'a oralig'ida, plevradagi cheklangan jarayonda – bo'shliqning eng pastki nuqtasida sinov punktsiyasini o'tkazgandan so'ng drenaj qo'yiladi.

Drenajni troakar orqali o'tkazish yo'li bilan drenajlash. 0,25% -40,0 ml novokain eritmasida mahalliy anesteziyasi ostida teri qovurg'aning yuqori chegarasiga parallel ravishda 0,5 sm uzunlikda kesiladi.



Keyin qovurg'aning yuqorigi qirrasini bo'ylab plevra bo'shlig'iga ohista troakar kiritiladi. Stilet chiqarib olinadi va distal uchi yopiq bo'lgan drenaj naychani tezlik bilan kiritiladi. Troakar chiqarib olinadi. Drenaj naychani teriga P-simon chok bilan mahkamlanadi.

**Fabrika sistemalarini qo'llagan holda drenaj qo'yish.** Bunda drenaj naychasi troakaming stiletiga zich kiydirilgan bo'ladi. Plevra bo'shlig'iga kirgandan keyin stilet drenajning naychasidan chiqarib olinadi, drenaj naycha plevra bo'shlig'ida qoladi. Drenaj naychani teriga P-simon choklar bilan tikiladi.

**Drenajni operatsiya yo'li bilan kiritish orqali drenaj qo'yish.** 0,25% - 60,0 ml novokain eritmasida mahalliy anesteziyasi ostida qovurg'alararo oraliqqa

parallel ravishda 2-2,5 sm uzunlikda teri kesiladi. To'qimalarni qisqich yordamida o'tmas yo'l bilan ajratib, uni qovurg'alararo oraliq orqali plevra bo'shlig'iga o'tkaziladi, so'ngra qisqich yordamida plevra bo'shlig'iga drenaj naycha kiritiladi. Kesilgan joy tikib qo'yiladi. Naycha teriga choklar bilan mahkamlanadi.

Plevra bo'shlig'ini drenajlash uchun chekka qismida bir nechta yon teshiklari bo'lgan turli rezina va sun'iy naychalar ishlatiladi. Plevra bo'shlig'iga drenaj havo yoki suyuqlikni aspiratsiya qilish uchun kiritiladi. Plevra bo'shlig'i ichidagi bosim manfiy ekanligini hisobga olgan holda sistema aspiratsiyani amalga oshirishi va bir vaqtning o'zida germetiklikni ta'minlashi zarur. Byulau bo'yicha eng sodda kuchsiz aspiratsiya shundan iboratki, bir uchiga rezina qo'lqopdan kesib olingan barmoqdan iborat ventil kiydirilgan drenaj naycha idishdagi suv (antiseptik eritma)ga tushiriladi.

Byulau bo'yicha kuchsiz aspiratsiyani antiseptik eritma to'ldirilgan Bobrov bankasini qo'llab amalga oshirish mumkin. Bunda suyuqlikka botirilgan uzun naycha plevra bo'shlig'idan chiquvchi drenajga ulanadi.

Shiddatli aspiratsiyada 2 bankali sistemadan iborat bo'lgan individual va markazlashgan sistemalar ishlatiladi. Individual kichik so'ruvchi asbob sifatida qaytadan qilingan (klapanlar joyi almashtirilgan) akvariumlar uchun mo'ljallangan mikrokompressorni ishlatgan ma'qul.

### **Torakoskopiya.**

**Ko'rsatmalar:** 1) etiologiyasi noma'lum bo'lgan pleuritlar; 2) spontan pnevmotoraks; 3) piopnevmotoraks; 4) plevra o'smalari; 5) ichki a'zolar shikastlanishi gumon qilinayotgan ko'krakning yopiq shikastlanishi; 6) ko'krakning ichiga kiruvchi jarohatlari.

**Moneliklar:** plevra bo'shlig'i obliteratsiyasi; total gemotoraks; nafas olish funksiyasining III darajali buzilishi; yurak-tomir sistemasi funksiyasining o'tkir buzilishi; terminal holatlar.

Torakoskop asbobi yordamida amalga oshiriladi.

**Bemorni tekshirishga tayyorlash:** ko'krak qafasining 2 ta proektsiyadagi rentgenografiyasi, boshqa a'zo va sistema buzilishlarini to'g'rilash, 20-30 daqiqa oldin premedikatsiya qilish.

**Metodikasi.** Odatda, bemor sog' yonboshiga yotadi. Torakoskopni kirgizish joyi - IV qovurg'a oralig'ida, o'rta qo'ltiq osti chizig'idan birmuncha oldinroqda, chegaralangan bo'shliqlar bor bo'lsa, bo'shliq ko'krak devoriga eng yaqin joylashgan nuqtada tanlanadi. Odatda, 0,25% -60,0 ml novokain eritmasi bilan mahalliy anesteziya qilinadi, bronxlarni alohida-alohida intubatsiya qilib, umumiy anesteziya qilish ham mumkin. Plevra bo'shlig'i punktsiya qilinadi, ninadan havo yoki suyuqlikning paydo bo'lishi troakami kiritish joyi to'g'ri tanlanganligidan dalolat beradi. Punktsiya nuqtasida qovurg'alar yo'nalishiga parallel ravishda kichikroq qilib 1 sm teri kesiladi. Muskullarni to'mtoq yo'l bilan suriladi va qovurg'aning yuqori qirrasi bo'ylab plevra bo'shlig'iga ohistalik bilan troakar kiritiladi. Stiletni olib tashlab, troakar gilzasi orqali yumshoq kateter kiritiladi, plevra bo'shlig'idan suyuqlikni (yiring, ekssudat, qon) aspiratsiya qilinadi. So'ngra torakoskopning optik sistemasi kiritiladi va bosqichma-bosqich plevra bo'shlig'ini, uning devorlari va o'pka yuzasini ko'zdan kechiriladi. Kerak bo'lsa mahsus qisqichlar yordamida biopsiya qilinadi. Torakoskopiyani tugatishdan oldin chuqur P-simon muskul-teri choki qo'yiladi, ingichka silikonli drenaj havoni aspiratsiya qilish uchun qoldiriladi. Drenajni kuchli aspiratsiyada 1-2 kunga qoldiriladi, keyin olib tashlanadi.

**Asoratlari;** o'pkaning qo'shimcha kollapsi va ko'ks oralig'ining siljishi sababli nafas olish va qon aylanishi funktsiyalarining buzilishlari, qovurg'a oralig'i tomirlari va ko'krak a'zolarining shikastlanishi, plevra bo'shlig'iga infeksiya tushishi, o'pka, ko'krak qafasi to'qimalari emfizemasi.

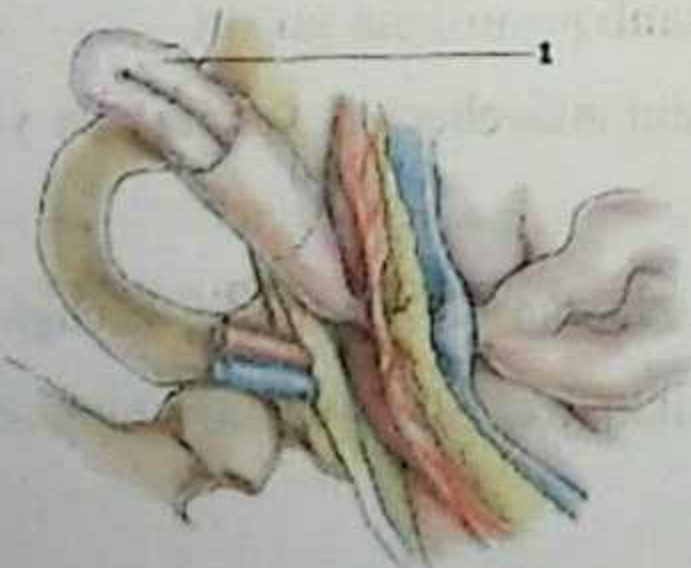
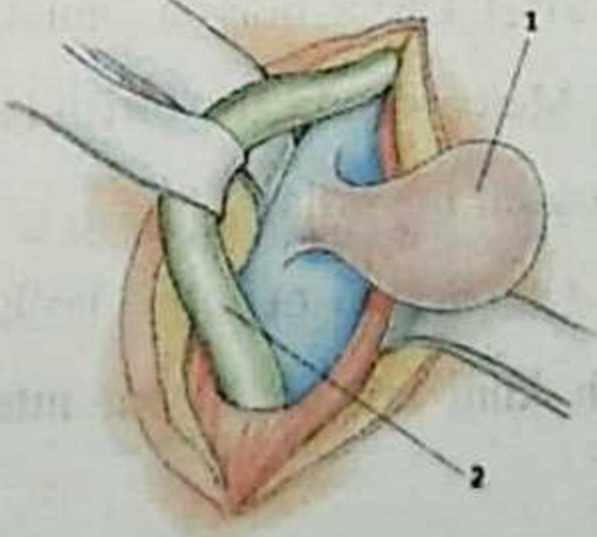
**Bajariladigan bosqichlar:**

№	Chora tabdirlar	Bajarmadi (0 ball)	To'liq to'g'ri bajardi
1	Bemorni stulga o'tirish		5
2	Amaliyot soxasiga ishlov berish		15
3	Amaliyot soxasini anestiziya qilish (penvomtoraksda II qovurg'a oralig'i va gidrotoraksda orqa qo'ltiq osti chizig'i bo'yicha VII – VIII qovurg'a oralig'i).		20
4	II yoki VII – VIII qovurg'alar oralig'ida qovurg'a yuqorigi qirrasidan ignani kiritish		20
5	Shpirtsni tortib bo'shliqqa tushish xisi bo'lmaguncha ignani kiritish		20
6	Shpirtsni tortib xavoni tortib olish		10
7	Ignani olib tashlash va aseptib bog'lam qo'yish		10
	Jami		100

**22.AMALIY KO'NIKMA**

**TO'G'RI VA QIYSHIQ ChURRALARNI FARQLASH USULLARI**

**Chov churrasining turi**

Qiyshiq chov churrasi	To'g'ri chov churrasi
Qorin bo'shlig'idan plica umbilicalis (s. plicaepigastica) dan tashqarida chiqadi.	Qorin bo'shlig'idan plica umbilicalis (s. plicaepigastica) dan ichkarida chiqadi.
Chov kanalining yo'lini takrorlaydi.	O'zining oldida ko'ndalang fastsiyani surib, chov oralig'i orqali to'g'ri yo'nalishda o'tadi
	



Tug'ma bo'ladi. Ko'pincha bolalarda va o'rta yoshlarda uchraydi	Tug'ma bo'lmaydi. Ko'pincha qariyalarda uchraydi.
Urug' tizimchasi churra xaltasidan ichkarida joylashadi.	Urug' tizimchasi churra xaltasidan tashqarida joylashadi.
Churra bo'rtmasi oval shaklda.	Churra bo'rtmasi yumaloq shaklda, pupart boylamining medial qismida aniqlanadi.
Ko'pincha bir tamonlama.	Ko'pincha, ayniqsa qariyalarda ikki tamonlama.
Yorg'oqqa to'shadi.	Yorg'oqqa tushmaydi.
«Yo'tal to'rtkisi» boshlang'ich bosqichida yon tamondan, chov kanalining ichki teshigi tamonidan aniqlanadi.	«Yo'tal to'rtkisi» to'g'ridan, chov kanali tashqi teshigi ro'parasidan aniqlanadi.
a. epigastica inferior pulsatsiyasi chov kanaliga yuborilgan barmoqdan ichkarida aniqlanadi.	a. epigastica inferior pulsatsiyasi chov kanaliga yuborilgan barmoqdan tashkarida aniqlanadi.

### 23.AMALIY KO'NIKMA

#### BEMORLARNI DIAGNOSTIK TEKSHIRISHLARGA

#### TAYYORLASH

**Bemorni ultratovush tekshirishi, ezofagogastroduodenofibroskopiya, me'da va o'n ikki barmoqli ichak rentgenologik tekshirish va irrigoskopiyaga tayyorlash**

1. Tibbiy xodim bemorga o'zini tanishtiradi, muolajaning maqsadi va bajarilishini tushuntiradi. Bemorni psihologik tayyorlab, roziligini oladi.

2. Tekshirishdan 3 kun oldin gaz xosil qiluvchi ovqatlarni (sabzavotlar, mevalar, sut maxsulotlari, qora non, mevali soklar) iste'mol qilmaydi. Ruxsat beriladi: kisel, kasha, bulyon, omlet, baliq, qaynatib pishirilgan go'sht.

3. Meteorizmدا tekshirishdan 3 kun oldin moychechak damlamasi yoki yog'li surgilar buyuriladi.

4. Qabziyatga moyillik bo'lganda tekshirishdan bir kun oldin kechga va tekshirish kuni ertalab 2 soat interval bilan ikki martadan tozalovchi klizma qilinadi.

5. Tekshirishdan bir kun oldin kechga yengil ovqat iste'mol qilinadi, tekshirish och qoringa o'tkaziladi. Bemorni laparoskopiyaga tayyorlash.



Laparoskopiya kuni bemor ovqatlanmasligi kerak. Muolajani o'tkazishdan yetti kun oldin gaz xosil qiluvchi oziq – ovqatlar iste'mol qilinmaganligi ma'qul. Ovqatlanish menyusida yengil va tez xazm bo'ladigan ovqatlar bo'lishi kerak. Bemorga tabiiy o'tlardan tayyorlangan tinchlantiruvchi vositalar buyuriladi.

Tekshirishdan besh kun oldin absorbentlar va fermentlar buyuriladi.

Laparoskopiyaga bir kun qolganda kechga ichaklarni tozalovchi klizma qilinadi, parxezli ovqatlar, kechga suyuq ovqat buyuriladi.

## **24. AMALIY KO'NIKMA**

### **KO'KRAK QAFASI OBZOR RENTGENOGRAMMASINI**

#### **O'QISH REJASI (YOZISH SXEMASI)**

1. Rentgenogrammaning proektsiyasi (oldingi yoki orqa to'g'ri, o'ng yoki chap yon, oldingi yoki orqa qiyshiq: 1- yoki 2 – chi).
2. Rentgenografiyaning asosiy sharoiti (bemor axvoli og'irligiga qarab o'tirgan yoki yotgan holatda; xushsiz bemorlarda nafas dinamikasidagi aniqliklarsiz va x.z.).
3. Rentgenogramma sifatini baholash (fiziko – ximik xarakteristikasi: optik zichligi, kontrastligi, rasmning aniqligi; artefaktlar yo'qligi).
4. Ko'krak qafasi yumshoq to'qimalarining holati (xajmi, strukturasi, yot jismlar yoki travmalardan keyingi erkin gazlar borligi).

5. Ko'krak qafasi va yelka skeletining holati (joylashishi, shakli, suyaklar kattaligi va strukturasi: qovurg'alar, to'sh, ko'rinarli bo'yin va ko'krak umurtqalari, o'mrov suyaklari, kurak suyaklari, yelka suyaklarining bosh qismlari; yosh bolalarda o'sish zonasi suyaklanish yadrosining holati).

6. O'pka maydonlarini solishtirib baholash (maydoni, shakli, yaltiroqligi). Patologik simptomlar (keng yoki chegaralangan qorong'ilashish yoki yorug'lashish, o'choqlar, yumaloq yoki xalqasimon soyalanish) aniqlanganda, ularning holatini, shaklini, kattaligini, soyalanish zichligini, strukturasi, konturlarini batafsil yozish kerak. 7. O'pka suratining holati (elementlarning taqsimlanishi, arxitektonikasi, kalibri, konturlarining xarakteri).



8. O'pka ildizlarining holati (joylashishi, shakli, kattaligi, strukturasi, elementlar konturi, qo'shimcha xosilalarning borligi).

9. Ko'ks oralig'ining holati (joylashishi, shakli va kengligi, aloxida a'zolar xarakteristikasi). 10. Rentgenomorfometriya.

11. Rentgenologik (kliniko – rentgenologik) xulosa.

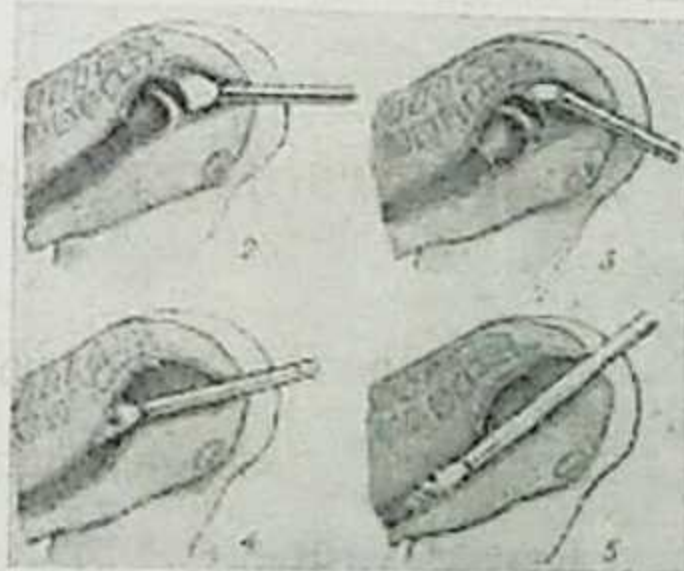
12. Tavsiyalar.

## **25.AMALIY KO'NIKMA**

### **REKTOROMONOSKOPIYA TEXNIKASI**

Ushbu muolaja maxsus jixozlangan xonada bajariladi. Rektoromanoskopiya asosan og'riqsizlantirishsiz bajariladi (muolaja og'riqsiz). Ayrim hollarda maxalliy og'riqsizlantirish (anal yorigi yoki orqa teshik soxasida travmatik jaroxatlar bo'lsa) mumkin. Rektoromanoskopiya dan oldin albatta to'g'ri ichak barmoq bilan tekshiriladi. Muolajani o'tkazishda bemor tizza-tirsak

holatida bo'ladi. Orqa teshik soxasiga vazelin surtilgandan so'ng rektoskop tubusi to'g'ri ichakka 4 – 5 sm chuqurlikka kiritiladi. Keyin muolaja ko'rish nazoratida bajariladi, shilliq qavat burmalarini yoyish uchun apparat tubusiga havo yuboriladi. Rektoskop harakat qilganda defekatsiya akti paydo bo'lishi mumkinligi to'g'risida bemorga tushuntirish kerak, bu normal holat. 12 – 14 sm chuqurlikda ichak bukalmasi paydo bo'ladi (to'g'ri ichakni sigmasimon ichakka o'tish joyi). Ko'rik vaqtida qon, shilliq va suyuq axlat paydo bo'lib ko'rikka xalaqit bersa, elektrootsos bilan so'rib olinadi. Rektoromanoskopiya o'tkazganda gistologik va sitologik tekshirishga material biopsion qisqichlar yordamida olish mumkin.



**Bajariladigan bosqichlar:**

<b>№</b>	<b>Bosqichlar</b>	<b>Bajarmadi</b>	<b>To'liq to'g'ri bajardi</b>
1	Manipulyatsiya paytida bemor tizza-tirsak holatini oladi yoki chap tomoniga yotadi		10
2	Rezina qo'lqopni kiyish to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish		10
3	Orqa teshik soxasiga vazelin surtilgandan so'ng rektoskop tubusi to'g'ri ichakka 4 – 5 sm chuqurlikka kiritiladi.		10
4	Keyin muolaja ko'rish nazoratida bajariladi, shilliq qavat burmalarini yoyish uchun apparat tubusiga havo yuboriladi.		20
5	Ko'rik vaqtida qon, shilliq va suyuq axlat paydo bo'lib ko'rikka xalaqit bersa, elektrootsos bilan so'rib olinadi.		20
6	Rektoromanoskopiya o'tkazganda gistologik va sitologik tekshirishga material biopsion qisqichlar yordamida olish mumkin		20
7	Perchatkilarni yechish, ularni dezeritmaga solish		10
	<b>Jami</b>		<b>100</b>

**26. AMALIY KO'NIKMA****QORIN BO'SHLIG'INI LAPAROTSENTEZ QILISH TEXNIKASI**

Qorin bo'shlig'ining punktsiyasi diagnostika yoki davolash maqsadida astsitik suyuqlikni olish uchun bajariladi.

**Kerakli vositalar:**

1. Steril bog'lama material;
2. Stilet bilan steril troakar;
3. 1 m uzunlikdagi rezin drenaj nay;
4. 5 – 10 ml igna bilan steril shprits;
5. 0,5% navokain eritmasi;
6. Steril pintset, qaychi, qisqich, to'mtoq zond;
7. Steril skalpel, teri ignasi, ipak ip, igna ushlaydigan qisqich;

8. Steril probirka;
9. Leykoplaster;
10. Steril rezina qo'lqop;
11. 700 etil spirti;
12. Yodonat, xlorgeksidin biglyukonat 0,5% eritmasi;
13. Klyonka/klyonkali fartuk;
14. Astsitik suyuqlikni yig'ish uchun idish;

**Bemorni tayyorlash:**

1. Punkttsiyadan 1-2 soat oldin tozalovchi klizma;
2. Punkttsiyadan bir oz oldin siydik pufagini bo'shatish;
3. Vrach tavsiyasiga ko'ra punkttsiyadan 15 – 20 min. oldin bemorga 2% promedol 1ml va atropin sulfat 0,1% - 0,5 ml teri ostiga yuboriladi;
4. Bemor stulga suyangan holda o'tiradi.

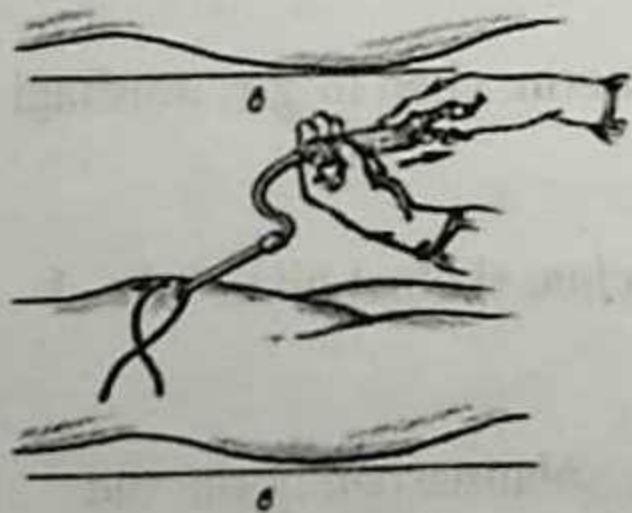
Punkttsiya aseptikaning hamma qoidalariga rioya qilgan holda bog'lama yoki muolaja xonasida o'tkaziladi.

**Qorin bo'shlig'i punkttsiya qilish texnikasi:**

1. Stul suyanchig'iga suyanib, o'tiradi.
2. Qorin, oldingi devori terisiga aseptik ishlov berilib, qavatma – qavat og'riqsizlantiriladi.
3. Astsitda o'rta chiziq, kindik va qov o'rtasida qorin, chap to'g'ri mushagi qirradi bo'ylab punkttsiya qilinadi.
4. Punkttsiya soxasida troakarni yaxshi kiritish uchun skalpel bilan 0,5 – 1 sm kattalikda teri kesiladi.
5. Stilet bilan birgalikda troakar bilan ko'p kuch ishlatmasdan qorin, old devori teshiladi.
6. Troakardan stilet olinadi va trubka orqali astsitik suyuqlik oqadi.
7. Kollaps rivojlanishi oldini olish uchun suyuqlik asta – sekin chiqariladi (xar 5 minutda 1 l).
8. Suyuqlik olinganidan so'ng troakar olinadi, punkttsiya joyiga chok va aseptik bog'lam qo'yiladi.

## Laparotsentez texnikasi:

1. Vrach qo'lga ishlov beradi;
2. Qorin, old devori yodonat va 0,5% spirt xlorgeksidin biglyukonat eritmasi bilan ishlov beriladi va steril quruq salfetka bilan quritiladi.
3. Qorin, old devori 0,25 - 0,5 % navokain eritmasi bilan qavatma – qavat og'riqsizlantiriladi. Teriga yana bir bor ishlov beriladi.
4. Punktsiya joyi terisi 0,5 – 1 sm kattalikda teri skalpel yordamida kesiladi.
5. Stilet bilan troakar yordamida qorin, old devori ko'p kuch ishlatmasdan teshiladi. Parietal qorin, pardadan o'tishda ko'pincha og'riqli bo'ladi va troakar bo'shliqqa tushgandek sezgi paydo bo'ladi.



6. Troakardan stilet olinadi va troakar nayi orqali astsitik suyuqlik o'tkiziladi.

7. Kerak bo'lsa steril probirkaga bioximik analiz uchun suyuqlik olinadi.

8. Troakar orqali qorin, bo'shlig'iga rezina nay yuboriladi, erkin uchi tog'oraga quyiladi, suyuqlik asta – sekin tanaffus qilib chiqariladi.

9. Troakar olinib drenaj nay teriga fiksatsiya qilinadi va teriga chok qo'yiladi, asseptik bog'lam.

Asoratlari: - ichak tutkichi qon tomirlarini jaroxatlab qorin, bo'shlig'iga qon ketish;

- qorin, bo'shlig'i a'zolarini shikastlanishi;

- aseptika qoidalari bo'zilganda qorin, devori flegmonasi;

- teri osti emfizemasi;

- punktsion teshik orqali suyuqlik chiqishi.

Rasm. 1. Diagnostika maqsadida astsitik suyuqlikni evakuatsiya qilish uchun laparotsentez. a – qorin, bo'shlig'iga troakar kiritish; b - troakar orqali qorin, bo'shlig'iga drenaj kiritish; v - qorin, bo'shlig'idagi patologik suyuqlikni shprints bilan tortib olish.

**Bajariladigan bosqichlar:**

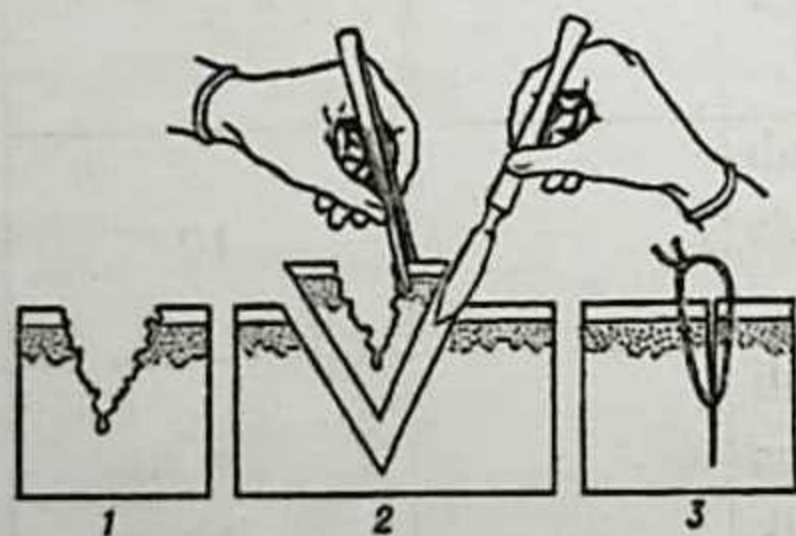
№	Chora tabdirlar	Bajarmadi (0 ball)	To'liq to'g'ri bajardi
1	Bemorning siydik qopi bo'shatiladi		5
2	Bemor o'tirib oyoqlari osiltirgan yoki yotib boshi ko'tarilgan xolatga keltiriladi		5
3	Bemor oldiga oldidan turiladi. Punktsiya nuqtasi tanlanadi – o'rta chiziq bo'ylab kindikdan 2 sm pastda		5
4	Manipulyatsiya soxasiga aseptik ishlov beriladi		10
5	Punktsiya soxasi 0.5% novokain eritmasi bilan anesteziya qilinadi		15
6	Teri skalpel bilan 1 sm gacha kesma qilinadi		20
7	Qorin old devori troakar yordamida qoringa perependikulyar ravishda teshiladi – qorin bo'shlig'idan suyuqlik kela boshlaydi. Suyuqlik chiqarish qoidasi – qorinni prostina orqali siqib sekinlik bilan xar 5-6 min oralab tanaffus qilib suyuqlik chiqariladi		15
8	Astsitik suyuqlik sekinlik bilan chiqariladi va bemorni umumiy xolati, AQB, puls nazorat qilingan xolda		10
9	Qorin bo'shlig'iga troakar orqli rezinali naycha kiritilib u teriga fiksatsiyalashtiriladi va jaroxatga aseptik bog'lam qo'yiladi yoki troakar butunlay olib tashlanadi		10
10	Qorin old devori jaroxati tikiladi va antiseptik eritmalar bilan ishlov berilib, aseptik bog'lam qo'yiladi		5
	Jami		100



## 27. AMALIY KO'NIKMA

### BIRLAMCHI XIRURGIK ISHLOV BERISH TEXNIKASI

1. Bemorni kushetka yoki operatsion stolga yotqizish;
2. Steril qo'lqop kiyish; 3. Pintset bilan efir yoki nashatr spirtiga botirilgan tamponni olish, jaroxat atrofidagi terini tozalash;
3. Vodorod peroksid (furatsilin)ga botirilgan tampon bilan jaroxatda erkin yotgan yot jismlar va qon quyqalarini olib tashlash;
4. Markazdan periferiyaga qarab yodonat (xlorgeksidin spirtli eritmasi)ga botirilgan tampon bilan ishlov berish;
5. Operatsion maydonni steril material bilan chegaralash;
6. Operatsion maydonni yodonat (xlorgeksidin spirtli eritmasi)ga botirilgan tampon bilan ishlov berish;
7. Jaroxatni skalpel bilan sog'lom to'qima chegarasida kesish;
8. Jaroxat qirrasi, devori va tubi kesib olinishi kerak, ifloslangan, qon bilan imbibitsiya bo'lgan, jaroxatlangan to'qimalarni olib tashlash;
9. Qo'lqoplarni almashtirish;



11. Jaroxatni steril material bilan chegaralash;
12. Instrumentlarni almashtirish;
13. Qon ketuvchi qon tomirlarni bog'lash yoki tikish;
14. Chok qo'yish muammosini yechish: a) birlamchi choklar qo'yish; b) provizor choklar qo'yish;
15. Operatsion maydonni yodonat (xlorgeksidin spirtli eritmasi)ga botirilgan tampon bilan ishlov berish;
16. Quruq aseptik bog'lam qo'yish.

### Bajariladigan bosqichlar:

№	Chora tabdirlar	Bajarmadi (0 ball)	To'liq to'g'ri bajardi
1	Bemorni kushetka yoki operatsion stolga yotkizish		5
2	Steril qo'lqop kiyish		5
3	Markazdan periferiyaga qarab antiseptik eritmalar bilan jaroxat soxasiga ishlov berish		5
4	Operatsion maydonni antiseptik eritmalar bilan ishlov berish		10
5	Jaroxat qirg'og'ini maxalliy og'riqsizlantirish		15
6	Jaroxat soxasi, tubini reviziya qilish		15
7	Jaroxatni skalpel bilan sog'lom to'qima chegarasida kesish		20
8	Qon ketuvchi qon tomirlarni bog'lash yoki tikish		10
9	Jaroxatga chok qo'yish		10
10	Quruq aseptik bog'lam qo'yish		5
	Jami		100

## 28.AMALIY KO'NIKMA

### CHOKLARNI QO'YISH VA OLISH TEXNIKASI

Operatsion jaroxatga tugunli choklar qo'yish texnikasi

Ko'rsatma:

Jaroxatni davolash.

Qarshi ko'rsatma: Yo'q

Material ta'minot:

Steril:

1. Anatomik pintset – 1, xirurgik pintset – 2;

2. Igna to'tuvchi qisqich -1;

3. Qaychi – 1;
4. Ipak;
5. Kesuvchi ignalar -2;
6. Steril salfetaklar;
7. Yodonat;
8. Lotoklar;
9. Niqob;
10. Rezina qo'lqop;
11. 3% xloramin eritmasi;
12. Leykoplastr.

**Texnikasi:**

1. Niqobni va klyonkali fartukni taqish;
2. Qo'llarga ishlov berish, steril qo'lqop kiyish;
3. Operatsion stolni yoyish;
4. Pintset va Gegar igna tutuvchi qisqichi bilan ipakli ip bilan ignani tayyorlash;
5. Jaroxat qirralarini yodonat eritmasi bilan ishlov berish;
6. Jaroxat qirg'og'ini pintset bilan ushlab, qirg'oqdan 5 mm masofada teri va teri osti yog' qavatini igna bilan teshish, jaroxatning ikkinchi qirg'og'ini ichkaridan tashqi tamonga, ignani shu masofada chiqarish;
7. Jaroxat qirg'oqlarini ikkita pintset bilan yaqinlashtirish;
8. Ip uchlarini jaroxatdan yon tamonda bog'lash va tugundan 0,5 sm masofada kesish;
9. Choklar 1 – 2 sm interval bilan qo'yilishi kerak; Chokni yodonat bilan ishlov berish va steril bog'lama qo'yish.

**Operatsion jaroxatdan tugunli choklarni olish texnikasi**

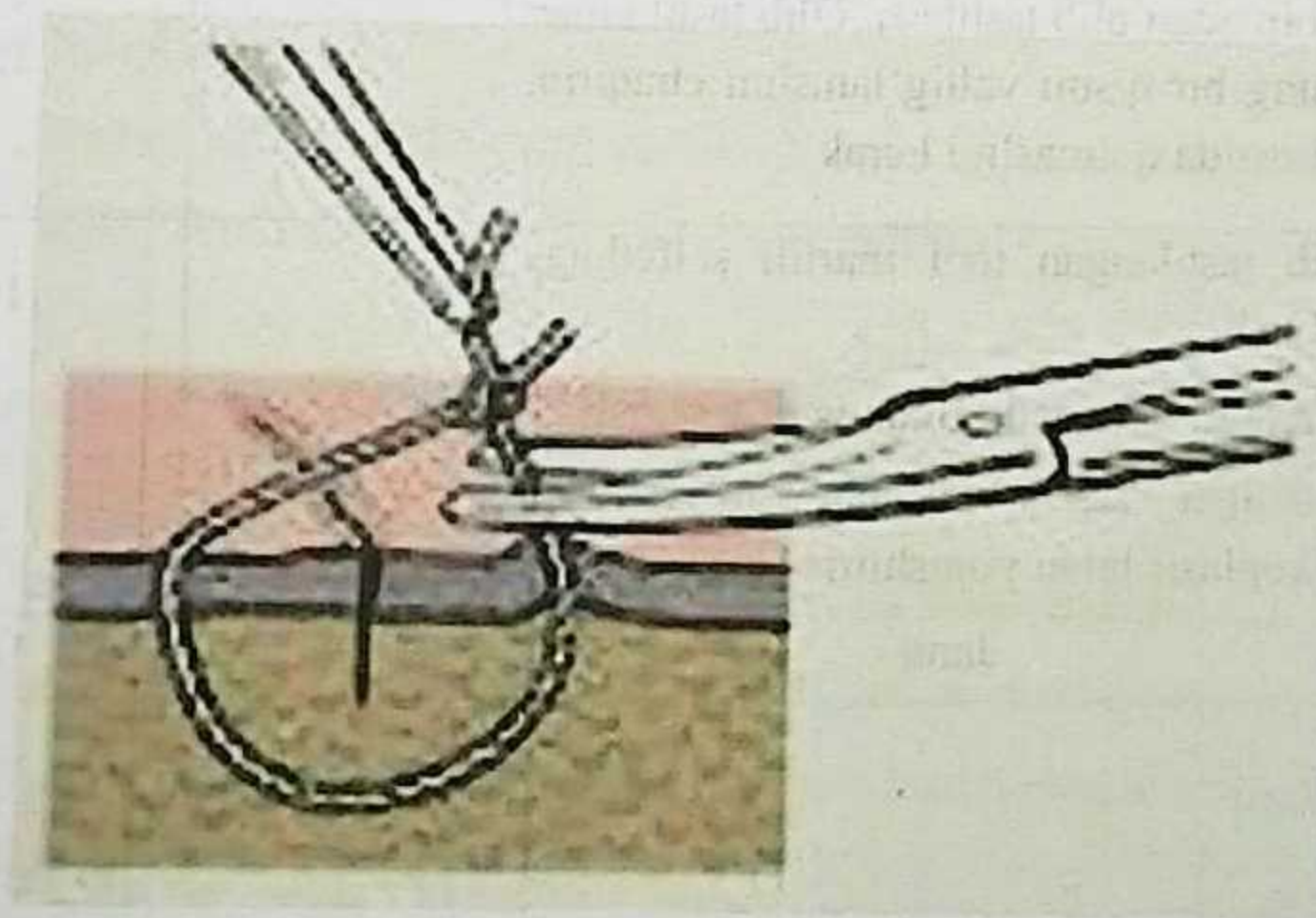
**Ko'rsatma:**

Operatsiyadan keyingi jaroxatning bitishi.

Qarshi ko'rsatma: yo'q.

### Texnikasi:

1. Jaroxatdan bog'lamani olib tashlash;
2. Jaroxatni ko'zdan kechirish va choklarni olish mumkinligini baholash;
3. Olish mumkin bo'lgan choklarni sanash;
4. Antiseptik eritmaga botirilgan salfetka bilan operatsiyadan keyingi jaroxatga ikki marotaba (keng, tor) ishlov berish
5. Anatomik pintset bilan chok tugunini ushlab va yengilgina ko'tarish;
6. Qaychi bilan tugundan yuqorida oq chiziq chegarasida, iloji boricha teriga yaqin qilib ipni kesish;
7. Ipni asta – sekin, ko'p kuch ishlatmasdan to'qimadan olib tashlash. Olib tashlangan ipning bir qismi yallig'lanishni chaqirib, teri ostida qolmasligi kerak;
8. Olib tashlangan ipni marlili salfetkaga qo'yish;
9. Jaroxatni antiseptik bilan ishlov berish;
10. Jaroxatga steril salfetka qo'yish va leykoplaster bilan yopishtirish.



**Bajariladigan bosqichlar:**

<b>№</b>	<b>Chora tabdirlar</b>	<b>Bajarmadi (0 ball)</b>	<b>To'liq to'g'ri bajardi</b>
1	Jaroxatdan bog'lamani olib tashlash		5
2	Jaroxatni ko'zdan kechirish va choklarni olish mumkinligini baholash		5
3	Olish mumkin bo'lgan choklarni sanash		5
4	Antiseptik eritmaga botirilgan salfetka bilan operatsiyadan keyingi jaroxatga ikki marotaba (keng, tor) ishlov berish		10
5	Anatomik pintset bilan chok tugunini ushlab va yengilgina ko'tarish		15
6	Qaychi bilan tugundan yuqorida oq chiziq chegarasida, iloji boricha teriga yaqin qilib ipni kesish		20
7	Ipni asta – sekin, ko'p kuch ishlatmasdan to'qimadan olib tashlash. Olib tashlangan ipning bir qismi yallig'lanishni chaqirib, teri ostida qolmasligi kerak		15
8	Olib tashlangan ipni marlili salfetkaga qo'yish		10
9	Jaroxatni antiseptik bilan ishlov berish		10
10	Jaroxatga steril salfetka qo'yish va leykoplaster bilan yopishtirish		5
	<b>Jami</b>		<b>100</b>

## 29. AMALIY KO'NIKMA

### BRONXOSKOPIYA

Bronxlarning qay darajada shikastlanganligini klinik va rentgenologik simptomlar kelib chiqqan holda bronxologik izlanishlarsiz tashxis qo'yishga imkon bo'lmaganda bronxoskopiyaga ko'rsatma bo'ladi.

#### **I. Klinik simptomlarga asoslangan xolda bronxoskopiyaga ko'rsatma**

1. Sababsiz yo'tal (kasallikni yagona belgisi sifatida uzoq muddatli yo'tal).
2. Noaniq simptomatik yo'tal (patologik jarayonga mos holda tashxislash mumkin bo'lmagan cho'ziluvchan qattiq yo'tal)
3. Har qanday holatda shifokor o'pkadagi yallig'lanish jarayonini cho'zilgan surunkali kechishiga ahamiyat berishi lozim.
4. Nafas qisilishi, jaroxat miqdorini noo'rinligi.
5. Qon tupurish va o'pkadan qon ketishi.
6. Qisqa muddat ichida balg'am miqdorini o'lchash (bronxlarga tiqilgan bo'lishi ham mumkin).
7. O'pkaning anik tuberkulyozli zararlanishini yo'qligida batsillyarlik va oligobatsillyarlik (bronxlar tuberkulyoz, bronxonodulyarli oqma uchrashi mumkin).
8. Bronxlardagi patologik moddani bakteriologik va sitologik tekshiruvni zarurligi.

#### **II. Rengenologik simptomlarga asoslangan ko'rsatmalar:**

1. Bronxial o'tkazuvchanlikni buzilishi belgilariga asoslangan: o'pkaning bazi bo'laklari yoki umumiy kichrayishi; gipoventilyasiyalar; atelektazlar; bo'laklar yoki umumiy o'pkaning dimlanishi.
2. Cho'zilgan yoki surunkali pnevmoniya (cho'zilgan va surunkali yallig'lanish asosan boshqa kasalliklar fonida uchraydi).
3. Aniqlanmagan etiologiyali ildiz oldi, o'pkaning o'rta qismlari, shuningdek o'pka ildizlari va ko'ks oralig'idagi soyalanishlar uchrashi.

4.O'pka ichki soxasini o'lchamlari tezkor o'zgarishi (kavernoza tuberkulyoz va absesslarda).

5.O'pkaning disseminirlangan kasalligi.

6.O'pka tuberkulyozi.

7.Noaniq etiologiyali plevrit.

**III. Xirurgik davolashdan oldin har qanday holatlarda bronxoskopiyaning zarurligi:**

**Davolovchi bronxoskopiyaga ko'rsatma**

1.Bronxlar obstruksiyasini keltirib chiqaruvchi omillar shilliq, yiring, qon, yot jismlardan tozalash.

2.Bronx yo'lida tamponada keltirib chiqaruvchi o'pkadan qon ketishni to'xtatish.

3.Yiringli bronxidlarni davolash.

4.O'pka ichki soxalaridan yiringni tozalash.

5.Bronxoplevral va bronxonodulyar oqmalarni davolash.

6.Traxeya va bronxlarda yallig'lanishdan keyingi stenozlarni davolash.

Bronxlar obstruksiyasini keltirib chiqaruvchi o'tkir va progressirlangan surunkali nafas yetishmovchilida shoshilinch bronxoskopiyaga ko'rsatma:

1.O'pkadan massiv qon ketish.

2.Traxeya va bronxlarda tebranuvchi katta yot jism.

3.Amaliyotdan keyingi atelektaz va o'pkaning gipoventilyatsiyasi.

4.Oshqozon maxsuloti bilan asperatsiya.

5. Bronxlar obturatsiyasini yopishqoq shillikli astmatik statusi.

6.Traxeya va bronxlarni ko'krak qafasi jaroxatidan shikastlanishi.

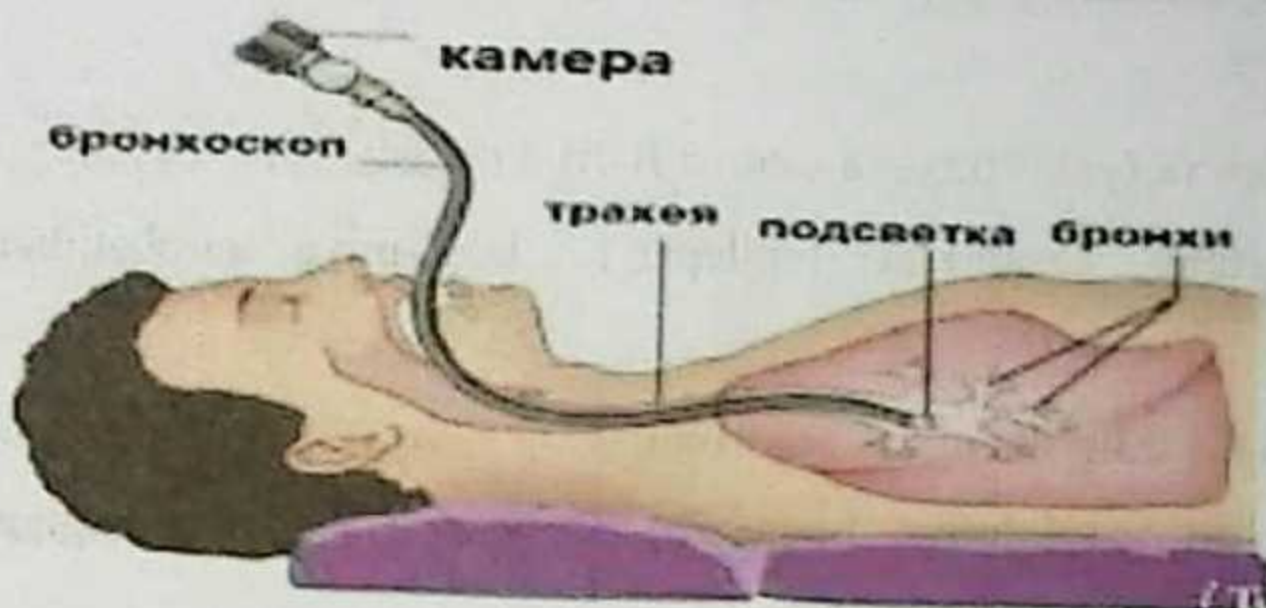
7. Nafas yo'llarini termik shikastlanishi.

Shoshilinch bronxoskopiya maqsadi – bronxlar obstruksiyasi, o'pka gaz almashinuvini yaxshilash maqsadida tezkor tashxislash va asosiy muammoni bartaraf etish.

1-2 shoshilinch holatlarda rigid bronxoskopiya amaliy sharoitda umumiy og'riqsizlantirish ostida o'tkaziladi.

3-7 shoshilinch holatlarda odatda tezkor bronxofibroskopiya intubatsion naycha orqali o'pka suniy ventilyasiyasi bilan amaliyot yoki reanimatsiya bo'limida o'tkaziladi.

### Rigid bronxoskopiyaga ko'rsatma



Bronxofibroskopiyaning rigid bronxoskopiyaga nisbatan afzalligiga qaramasdan klinik amaliyotda rigid endoskopli bronxoskopiya yagona tanlov usuli hisoblanadigan holatlar bo'ladi:

- 10-yoshgacha bo'lgan bolalarda bronxoskopiya;
- Traxeya yoki bronxlarda tebranuvchi yopishqoq katta yot jism;
- o'pkadan massiv qon ketish;
- ovqat va oshqozon mahsuloti bilan massiv aspiratsiya;
- kattalashgan traxeobronxial limfa tugunlarida punktsion biopsiya;
- traxeya va (yoki) asosiy bronxlarni stenozlovchi va chandiqli jarayonlarda elektro- va lazer endobronxial xirurgiyasida;
- bronxial va bronxoplevral oqmalarni endobronxial davolashda.

### Bronxofibroskopiya o'tkazishga qarshi ko'rsatmalar

#### Mutloq:

- maxalliy anesteziyada qo'llaniladigan preparatlarni
- mahalliy anesteziyaga qo'llanadigan dorilarga allergik holat bo'lishi;
- oxirgi 6 oy oralig'ida infarkt miokard o'tkazgan bo'lsa;



- o'tkir insult;
- yurak ritmini buzilishi (III darajadan yuqori);
- diastolik qon bosimini 100 mm.sim.ust. dan yuqori bo'lgan gipertonik kasallik;
- o'pka-yurak va yurak-qon tomir yetishmovchiligining III darajasida;
- bronxial astmaning avj davrida, xurujlar oralig'i davri 3 haftadan kam bo'lganda
- halqum va (yoki) traxeya stenozii II-III darajasi;
- asab-ruhiy kasalliklar (epilepsiya, bosh-miya jarohatidan keyin, shizofreniya);
- qorin bo'shlig'ida og'riq sindromi;
- tashxisni aniqlash bemorni davolash samaradorligiga ta'sir o'tkazolmaydigan o'ta og'ir holati.

#### **Nisbiy:**

- yuqori nafas yo'llari o'tkir respirator kasalliklari;
- yurak ishemik kasalligi;
- og'ir qandli diabet;
- homiladorlik (ikkinchi yarmi);
- surunkali alkogolizm;
- qalqonsimon bezni kattalashuvi III daraja;
- hayz sikli davri.

#### **Rigid bronxoskopiyaga qarshi ko'rsatmalar**

- yuqoridagi qarshi ko'rsatmalar (bronxofibroskopiya);
- og'iz bo'shligi kasalliklari;
- pastki jag' ankilozi;
- bo'yin umurqasini jarohati;
- aorta anevrizmasi.

## **Endoskopik asbob va uskunalar**

Endoskopiya xonasi bog'lov yoki kichik amaliyotlar xonasi talablariga mos kelishi kerak: maydoni 18 m<sup>2</sup>, devorlari kafellangan, kvarts yorug'ligi bilan taminlangan, markazlashtirilgan kislorod bilan taminlangan, ventilyasiya.

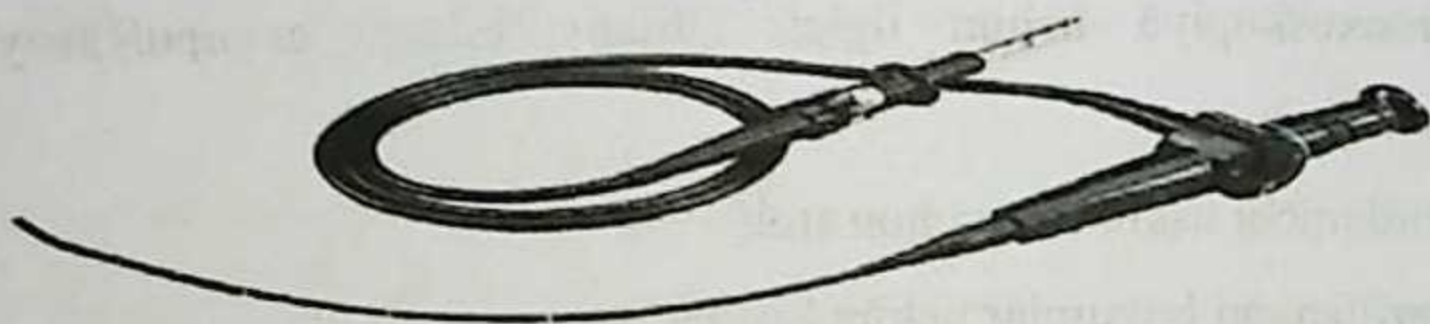
### **Xonada bo'lishi kerak:**

- fibrobronxoskopiya uchun stomatologik kreslo;
- bronxoskopiya uchun narkoz uchun amaliyot stoli;
- markazlashgan aspirator yoki elektroso'rgich;
- bronxoskopiya uchun ilgich (shtativ bilan), manipulyatsiya stoli (harakatlanuvchi);
- yordamchi uskunalar uchun stol;
- sterillangan buyumlar uchun bikslar;
- qo'lqoplar;
- asoratlarda shoshilinch yordam ko'rsatish uchun medikamentlar joylashtirishga muljallangan shkaf;
- intubatsiya uchun to'plam;
- biopsiya materiali uchun stol;
- endoskopni yuvish vositasi;
- quruq pech (suxojarovoy shkaf);
- "Olimpas", "Pentoks", "Fudjinon" (Yaponiya) va "LOMO" (Rossiya) firmasi tomonidan ishlab chiqarilgan qayishqoq bronxoskop;
- Fridelya turli va "K.Shtors, "R. Volf" firmasi tomonidan ishlab chiqarilgan nafas o'tkazuvchi rigid bronxoskop;
- Endoskopga yorug'lik manbasi, biopsiya qisqichlari, brash-biopsiya uchun cho'tkalar, punksiyon ignalar, yot jismni olib tashlash uchun qisqichlar, diatermik bog'lamlar va boshqalar.

Bronxologik tekshiruvlarni rejali yoki shoshilinch o'tkazilishiga qaramasdan ratsional xona joylashishi kerak. Rentgen-endoskopik tekshiruvlarni uyg'unlashuvi rentgen xonasida elektrooptik konvertor va televizor, narkoz apparati va endoskop bilan ta'minlangan bulishi kerak.

Yangi zamonaviy endoskopni endovideosistema bilan ta'minlanishi endoskopik tekshiruvlarni samaradorligini va ishonchliligini oshirishga yordam berdi. Endoskopik xona (bo'lim) anesteziologiya va reanimatsiya bo'limi tezkor aloqa obektlari bilan taminlangan bo'lishi zarur.

### Bemorni fibroskopiya tayyorlash



Bemorni tayyorlash klinik tekshiruvlardan boshlanadi: ko'krak qafasini to'g'ri va yon proyeksiyalarda rengenografiya, EKG, spirografiya, qon va siydik tahlili, qon guruhi va rezus omil. Dastlab bemor bilan dori moddalarini qay darajada qabul qilishi, shuningdek anestetiklar, tish protezlari haqida suhbat orqali anamnezi va shikoyatlari aniqlanadi. Bemorning bezovtaligida tekshiruvdan oldin trankvilizator (5-10 mg seduksen, 10 mg elenium) lardan biri buyuriladi. Tekshiruv och qoringa o'tkaziladi, premedikatsiya bronxoskopiyadan 30 daqiqa oldin qilinadi. Teri ostiga 1 ml 0,1 % atropin (metatsin) eritmasiga va mushak orasiga 1ml 1% demidrol eritmasi ineksiya qilinadi. Glaukoma bilan kasallangan bemorlarda tekshiruv atropinsiz o'tkaziladi. Bronxoobstruktiv sindromi bor bemorlarda tekshiruvdan 15 daqiqa oldin vena ichiga 10 ml 2,4% eufillin eritmasi 10 ml fiziologik eritma bilan, maxalliy og'riqsizlantirish boshlanishidan oldin esa darhol 1-2 doza bronxolitik (salbutamol, berogek va b.) buyuriladi.

Emotsional labil bemorlarga tekshiruvdan oldin mushak orasiga 1-2 ml 0,5% relanium buyuriladi. Fibroskopiya amaliyotini 2 holatda bemorni –

o'tirgan yoki yotgan holatda o'tkazish mumkin. Agar bemorda nafas yetishmovchiligi kuzatilsa, asoratlar kuzatilishi ehtimoli yo'q bo'lsa, tekshiruvni bemor o'tirgan xolatida, shuningdek davolovchi bronxoskopiyani bemor o'tirgan holatida o'tkazish maqsadga muvofiq, chunki bunda bemorga sanatsiyalanuvchi eritmani yo'talib chiqarish bir muncha qulaylik yaratadi.

### ***Bronxoskopiyada og'riqsizlantirish***

#### ***Maxalliy og'riqsizlantirish***

Maxalliy anesteziya uchun 2% lidokain, trimekain, piromekain eritmalari qo'llaniladi.

5-10 % novokain eritmasi ham qo'llash mumkin. Yuqori toksikligi sababli kokain va dikain maxalliy anesteziya uchun hozirgi kunda qo'llanilmayapti. Anesteziya usuli bronxofibroskopni kiritish usuliga bog'liq. Transnazal yoki transoral qo'llash usullari mavjud.

Endoskopik tekshiruvni muvaffaqiyatli o'tishi refleksogen zonalarini adekvat anesteziyasiga bog'lik. Bronxofibroskopni transnazal kiritish quyi nafas yo'llarini anesteziyasi aspiratsion yoki applikatsion usullar bilan o'tkaziladi. Aspiratsion anesteziyani kichik dozada bir burun yo'liga chuqur nafas vaqtida yuboriladi boshqa burun yo'lini bemor barmoq bilan bosadi. Endoskopni transoral kiritishda bemor tilini chiqargan holatda salfetka bilan ushlab va nafas olishda til ildizi va og'iz-xalqumni orqa devoriga anestetik sepiladi. Ovoz boylamlari, qatlamlari, bronx daraxti va segmentlari anesteziyasi bronxofibroskop kanalida katetr orqali ko'rib turgan holatda sepish yo'li bilan o'tkaziladi.

### **Kattalar uchun anesteziyalovchi modda miqdori (ml)**

(Inshakov L.N., Palamarchuk G.F. va soavt.)

Transnazal kiritishda quyi nafas yo'li va burunxalqum

Endoskopni transoral kiritishda

til ildizi va og'izhalqum 1-2

Halqum (ovoz boylamlari) 3-4

Traxeya va traxeya bifurkatsiyasi 2-3

O'ng asosiy bronx

(bronx daraxti bo'laklari) 2-3

Chap asosiy bronx

(bo'laklararo qatlamlar) 2-3

Jami: 10-15

Shunday qilib, yuqori va quyi nafas yo'llarini adekvat anesteziyasi uchun 10 dan 15 ml gacha maxalliy og'riqsizlantirish moddalari, quruq modda hisobida 200-300 mg talab qilinadi.

**Mumkin emas** bir tekshiruvda 20 ml 2% (400 mg) anestetik eritmani qo'llash.

### **Umumiy og'riqsizlantirish**

Qattiq bronxoskopiya o'tkazish uchun tekshiruvdan oldin anesteziolog-shifokor tomonidan bemorga narkozni va premedikatsiyaning xavf darajasini aniqlash majburiy.

Premedikatsiya sifatida tekshiruvdan 30 daqiqa oldin yoki vena ichiga 5 daqiqa oldin 0,1%- 0,5 1,0 ml atropin mushak orasiga buyuriladi.

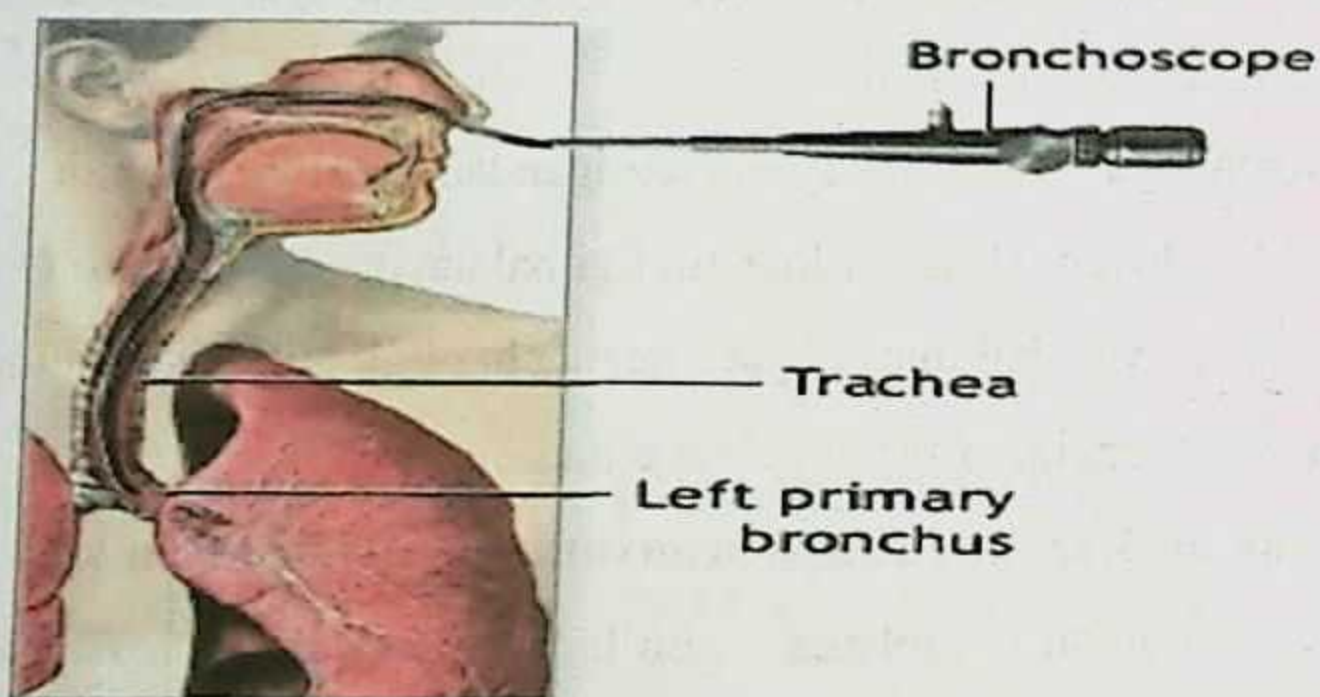
Umumiy og'riqsizlantirish uchun barbituratlar qo'llaniladi (tekshiruv uchun geksenal yoki 1gr dan oshmagan holatda tiopental natriy). Anestetiklar vena ichiga shpritsdan ko'ra transfuzion apparat orqali sekinlik bilan yuborilishi muhimroq.

Kerakli doza klinikadan kelib chiqqan holatda qabul qilinadi. Narkozni kerakli chuqurligi xushni yo'qotish, ko'z olmasini suzuvchi harakati, nafas susayishi orqali aniqlanadi. Shundan keyin qisqa ta'sirli miorelaksantlar – depolyarizatsiyalovchi relaksantlar, suksinilxolin (ditilin, listenon, miorelaksin) 2 mg/kg dastlabki doza, ushlab turuvchi doza 0,5 mg/kg (ne bolye 250 mg na issledovaniye) kerak bo'lsa ineksiya qilinadi.

Narkoz vaqtida yordamchi ventilyasiya olib borish boshlanadi. Miorelaksantlar kiritilishi bilan o'pka suniy ventilyasiyasiga o'tiladi. Total relaksatsiya fonida nafas beruvchi bronxoskop tubusi bilan traxeya intubatsiyasi

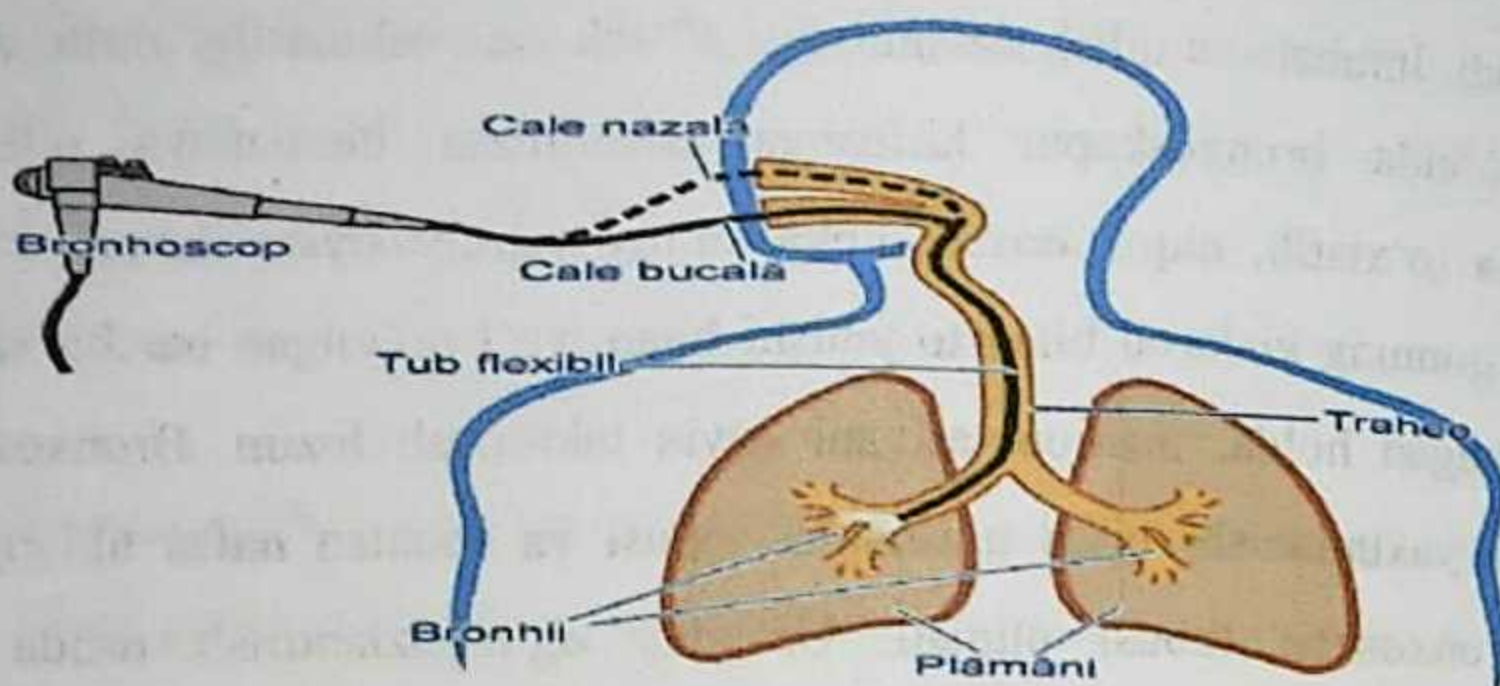
o'tkaziladi. Buning uchun qiya laringoskopdan foydalanib ovoz boylami aniqlanadi. Intubatsiya qilish davomiyligi 30 sek. dan oshmasligi zarur. Agar bu vaqtni ichida bronxoskopni kiritishga erishilmasa intubatsiya o'tkazishni vaqtincha to'xtatib, niqob orqali o'pka su'niy ventilyasiyasi davom ettiriladi. So'ngra qonning kislorod bilan to'yinishi bilan, yo'l qo'yilgan barcha xatolarni ko'zda tutgan holda, manipulyasiyani qayta takrorlash lozim. Bronxoskopiya amaliyoti yakunlanishi bilan mushaklar tonusi va spontan nafas tiklangandan so'ng bronxoskop tubusi olinadi. Umumiy og'riqsizlantirish ostida qattiq bronxoskopiya o'tkazilgandan so'ng davolovchi shifokorning 2-3 soat davomida kuzatuvi ostida katalkada bemor palatasiga o'tkaziladi.

### Transnazal bronxofibroskopiya o'tkazish texnikasi



Bemor o'tirgan holatda bo'ladi. Anesteziyadan so'ng bronxofibroskop quyi nafas yo'li orqali soxa kuzatuvi ostida kiritiladi. Burun quyi rakovinasi, xoana, tanglay pardalari, ovoz boylami yondashib unga 2,0 – 3,0 ml 2% lidokain sepiladi. 30-60 sekunddan so'ng bronxofibroskop halqum, traxeyaga kiritiladi va endoskop kanal orqali katetr yordamida bronx shilliq qavatiga sepish orqali anestiziya davom ettiriladi. Anestetikni kichik qismlarga bo'lib anesteziyaga qilish orqali, bronxofibroskopni sekinlik bilan kiritish talab qilinadi. Bu usulni kamchiligi tubusni burunning qisqa yo'li orqali kiritaolmaslik hisoblanadi.

## Transoral bronxofibroskopiya o'tkazish texnikasi



Bemor o'tirgan holatda bo'ladi. Anesteziyadan so'ng til ildizi, og'iz- va halqumyutqun yo'li tishlar orasiga og'iz blakator o'rnatiladi, til yonboshi bo'ylab bronxofibroskop kiritiladi. Hiqildoq va ovoz boylami mo'ljal bo'lib hisoblanadi. Bronxoskopni harakati davomida ovoz boylami, traxeya, bronxlarga kichik miqdorda anestetik sepib boriladi.

Bronxoskopiya tekshiruvi o'tkazilgandan so'ng bemor hamshira hamroxligida davolovchi shifokor kuzatuvligi palatasiga o'tkaziladi. Ovqat qabul qilishga halqum va halqumyutqun sezuvchanligi tiklanganligidan so'ng tekshiruvdan 40-60 daqiqa o'tgach ruxsat etiladi.

### Umumiy narkoz ostida rigid bronxoskop o'tkazish texnikasi

Bemor yotgan holatda bo'ladi. Narkoz berilgandan va giperventilyasiyadan so'ng laringoskop ko'targichi bilan pastki jag' ko'tariladi. Bronxoskop tubusi hiqildoqqa kiritiladi bunda ovoz boylami ko'rinadi. Qaltis harakatlari va kuchsiz tubus traxeyaga kiritiladi. Bunda yuqori labni kesuvchi tishlar va bronxoskop tubusi orasida qolib jaroxatlanishidan ehtiyot bo'lish kerak bo'ladi. Tubusni traxeyaga kiritishda o'pka suniy ventilyasiyasi samaradorligiga ishonch hosil qilish kerak. Kislorod-xavo aralashmasi yo'qotilishidan qochish maqsadida og'iz bo'shlig'iga bo'sh tamponada qilish talab qilinadi. Traxeya shillig'ini kuzatish ovoz boylamidan o'tgandan so'ng darhol boshlanadi, shuning uchun sekinlik bilan tubusni bifurkatsiyagacha kiritish zarur.

Bemor kuzatuvi sog'lom tomondan boshlanadi. O'ng o'pkaning bronxini kuzatishda bemor boshi chap tomonga va yuzi chap tomonga qaratiladi. Chap o'pkaning bronxini kuzatishda bemor boshi o'ng tomonga qaratiladi. Rigid bronxoskop bilan bronxoskopiya o'tkashzish bronx bo'laklari, bronxning quyi segmentlari va bronxning o'ng yuqori segment o'siqlarini ko'zdan kechirish imkon yaratadi. Subsegmentar bronxlarni ko'zdan kechirish uchun bronxoskop tubusi orqali fibrobronxoskop kiritish ta'lab qilinadi.

### **Umumiy bronxoskopik simptomatologiya**

Tashxisiy bronxoskopiya bronx va o'pkaning turli kasalliklari belgilarini aniqlash, shuningdek patologik o'zgarishga uchragan bronxlar va o'pka parenximasidan sitomorfologik va bakteriologik tekshiruvlar uchun materiallar olishda qo'llaniladi. Bronxoskopik suratni taxlil qilishda bir xil mezonlar va yagona terminologiyadan foydalanish maqsadga muvofiq. Bronxoskopiya endoskopik belgilarni baxolash algoritmi tuzilgan (Palamarchuk G.F. i soavt., 1998).

Algoritm quyidagi belgilardan iborat:

- Yuqori va quyi nafas yo'llarining anatomik va funksional o'zgachaligi;

- O'sma a'lomatlari, tuberkulyoz, qon ketish manbalari, yot jismlar;

- Nafas yo'llarining ko'rinishi va shikastlanish darajasi (infiltratsiya, obturatsiya, kompressiya, chandiqli obliteratsiya I-III darajali).

Bronxlarning yallig'lanishda o'zgarish xususiyatlari keyingi endoskopik belgilar bilan baxolanadi:

- Shilliq qavat ko'rinishi: rangpar, och pushti, giperemirlangan;

- Shilliq qavat shishi: tog'ay xalqalarning kam darajada yengil tekislanishi;

- Tog'ay suratining kam darajada (bilinarli) yo'qolishi va bronx o'siqlarini qisilishi;



- Ajralmaning ko'rinishi va miqdori: shillikli, yiringli (fibrinoz); suyuq, yopishqoq, miqdori kam miqdorda, ko'p (aspiratsiyadan so'ng qayta paydo bo'lish);

- Tomir surati saqlangan, aniqlanmaydi, gipervaskulyarizatsiyalangan;

- Shilliq qavatdan qon ketishi;

- Shilliq qavatning yemirilishi;

- Shilliq bezlarining chiquvchi o'siqlari: yakka, to'p, kengaygan, bo'shliqsimon;

- Shilliq qavatning ingichkalanuvi;

- Qatlama shilliq qavatlar ko'rinishi va xarakteri: ko'ndalang qavatlar, radial;

- Bronx daraxtlari, segmentar, subsegmentar bronxlarning ko'rinishi va xarakatchanligi (yupqalashgan, asosi qalinlashgan, tor, yupqalashgan);

- Shilliq qavatlar yaralanishi;

- Chandiqlar: chizikli, yulduzsimon, devori deformatsiyasi;

- Dog' pigmentlari: ko'rinib turuvchi, nisbatan ko'rinib turuvchi;

- Shilliq qavat infiltratsiyasi;

- Do'ngsimon shilliq osti xosila;

- Oqmalar: limfobronxial, bronx cho'ltog'i.

### **Nafas yo'llarining o'tkazuvchanliging o'zgarishi**

Stenozlar: infiltrativ, kompression, chandiqli (obliteratsiya); konsentrik, ekssentrik, voronkasimon: qisqarish darajasi (o'tkazuvchanlikni 1-qisqarish 1/3 ga, 2 — 1/2 ga, 3-2/3 ga va ko'proq).

O'tkazuvchanlik obturatsiyasi: shilliq, yiring, qon laxtalari, yot jism, kazeoz massa, bronxolit, granulyasiya, o'sma (o'sma ekzo - endofit) bilan.

### **Rivojlanish anomaliyasi**

Traxeobronxomegaliya, traxeya va bronx devori divertikuli, traxeo-qizilo'ngach oqmasi, bronxlar separatsiyasi.

Normada traxeobronxeal daraxt bronxoskopiyada quyidagicha ko'rinishda bo'ladi. Ovoz boylami to'g'ri shaklda, ovoz qatlamlari to'liq xarakatchan.

Traxeya erkin, traxeya bifurkatsiyasi o'tkir, xarakatchan. I-V tartib bronx shoxlari yumaloq shaklda, erkin, ular o'siqlari o'tkir, xarakatchan. Barcha bronxlar shilliq qavatlar och pushti rangda, pastki tomir suratida. Bezlar shilliq o'siqlari nuqtali: ajralma suyuq, kam miqdorda shilliq bilan.

### Endobronxial biopsiya



Tashxisiy bronxoskopni asosiy qismini biopsiya tashkil qiladi. U tashxis qo'yish va jarayonni tarqalishini aniqlash uchun qo'llaniladi. Gistologik va sitologik tekshiruvlar uchun material olish bir nechta usullar bilan amalga oshiriladi. Har qaysi o'ziga yarasha ko'rsatmalarga ega.

Bakteriologik va sitologik izlanishlar uchun bronxoskopning biopsiya kanalidan o'tkazilgan katetr yordamida 20 ml natriy xlorid eritmasi kiritiladi keyin eritma bronxial massa bilan aspiratsiya qilinadi.

### 30.AMALIY KO'NIKMA VENOZ SINAMALARNI O'TKAZISH

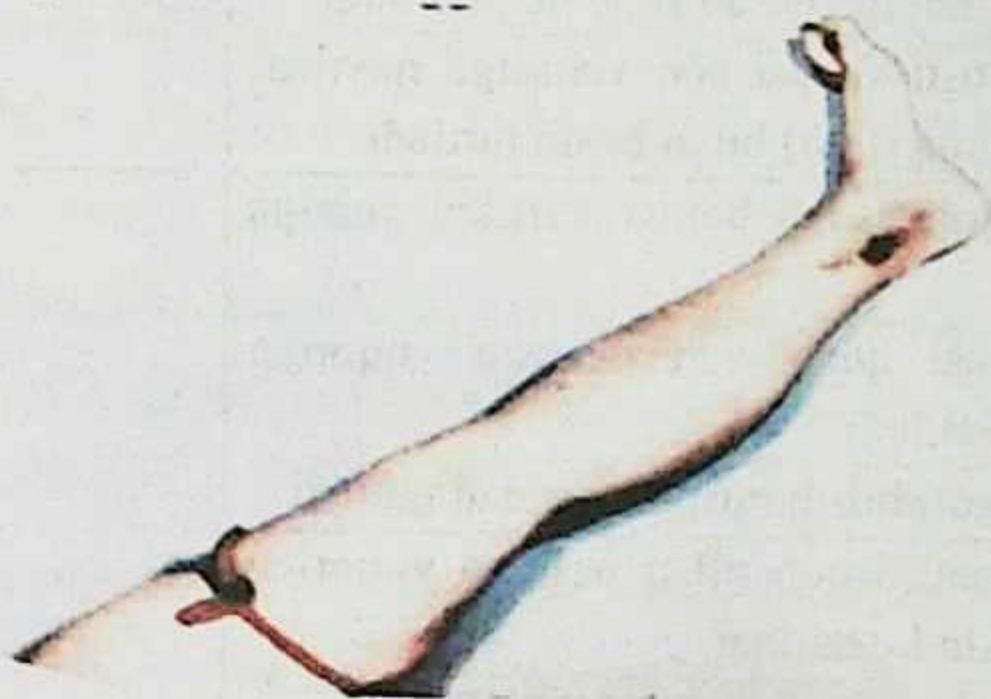
Oyoq venalarida varikoz kengayishi bo'lgan bemorni diagnostika qilish to'g'ri davolash rejasini tuzish uchun bir qator savollarga javob berish kerak bo'ladi. Buning uchun katta va kichik teri osti venalari hamda kommunikant venalarda klapan yetishmovchiligini aniqlash va venalarning funksional qobiliyatini anatomik jixatdan joylashishi, chuqur venalari funksional holatini aniqlash, bundan tashqari trofik buzilishlar darajasini aniqlash kerak bo'ladi. Tekshiruv davomida teri qoplamasining holatiga, ularning trofik o'zgarishlariga,

oyoqlarning hajmi va teri haroratining farqiga e'tibor berish kerak. Venalarning varikoz kengayishi, ularning joylashishi, kalibri, bo'rtganlik darajasi, tarangligi va boshqalarga alohida e'tibor berish kerak. Klapan apparatning, katta, kichik va kommunikant venalarining funksional imkoniyatlarini aniqlash bir qator klassik sinamalar yordamida boshlanishi kerak. Ulardan eng qulayi Trendelenburg-Troyanov sinamasidir. Mualliflar ushbu sinama katta teri osti venasidagi venoz reflyuksning bor yoki yo'qligini aniqlash uchun taklif qilishdi. Birinchi holatda sinama musbat, ikkinchisida esa manfiy hisoblanadi. Boshqacha aytganda sinamaning musbatligi katta teri osti venasida klapan yetishmovchiligi bor. Trendelenburg-Troyanov sinamasi manfiy bo'lganda esa katta teri osti venasida klapan yetishmovchiligi va qonning reflyuksi aniqlanmaydi.

Trendelenburg-Troyanov sinamasi kichik teri osti venasining funksional holati haqida ham ma'lumot berishi mumkin. Buning uchun bemorga gorizontol holatda jgut qo'yilib oyoq ko'tariladi va kichik teri osti venasi barmoq bilan bosiladi. Shundan so'ng bemor o'midan turishi so'raladi. Agar barmoq bilan bosib turilgan kichik teri osti venasi bilan uning tizimi to'ldirilmasa va barmog'ini olgandan keyin darhol tomirda to'lishish kuzatilsa uning klapanlari yetishmovchiligidan darak beradi.

Yuzaki vena klapanlari yetishmovchiligini aniqlash uchun Brodi - Troyanov-Trendelenburg sinamasi qo'llaniladi. Bu sinamani bajarish uchun bemorni yotgan holatida tekshirilayotgan oyog'ini ko'tarish lozim, yuzaki varikoz kengaygan tomirlarning bo'shashini ta'minlash uchun. Shundan keyin, katta teri osti venasini son sohasidan o'tgan yuzasini barmoq bilan qisamiz va sonning yuqori uchinchi qismiga yumshoq rezinali jgut bog'laymiz. So'ng bemor oyoqqa turadi. Teri osti venalari avvaliga tushib turadi, lekin keyinchalik, 30 sek davomida perefiriyadan kelayotgan qon bilan to'ladi. Agar bemor oyoqqa turishi bilan birdaniga teri osti venasining sondagi qisilgan joyini yo'qotsak, son va boldir varikoz kengaygan venalari bir necha soniya davomida teppadan qaytib kelayotgan qon bilan to'lar edi. Agar klapan apparat saqlangan bo'lsa bu holat bo'lmaydi. Bemorda o'tkazilgan sinama natijalari: oyoq ko'tirildandan keyin katta

teri osti venasi bo'shab, jgut qo'yilib va bemor vertikal holatga kelgandan so'ng katta teri osti venasi jgut yechilmasdan 5 soniyada to'ladi (katta teri osti venasini quyilish joyini ochishdan oldin), bu kommunikant venalar patologiyasi sababli katta teri osti venasining to'lishi bo'lgan. Jgut yechilgandan keyin teri osti venalari devorlarining bosimi oshdi, bu katta teri osti venasi klapan apparatining patologiyasidan dalolat beradi.



### Trojanov-Trendelenburg sinamasi



(a) Trojanov – Trendelenburg sinamasi - II holat, (b) Trojanov-Trendelenburg sinamasi- III holat

## Bajariladigan bosqichlar:

No	Chora tabdirlar	Bajarmadi (0 ball)	To'liq to'g'ri bajardi
1	Bemor gorizontal xolatga keltiriladi va kasal oyog'i yuqoriga ko'tariladi		10
2	Yotgan xolatda teri osti venalari panjadan pupart bog'lamiga qarab silab bo'shatiladi		20
3	Katte teri osti venasi son venasiga quyilish joyida barmoq (jgut) bilan bosib turiladi		20
4	Bormoqni olmasdan bemor vertikal xolatga keltiriladi		10
5	Oyoq venasi qon bilan pastdan yuqoriga to'lishi kuzatiladi		10
6	Barmoq (jgut) bosib turilgan joydan olinadi		20
7	Teri soti venasi qon bilan pastdan yuqoriga qarab to'lishi kuzatiladi		10
	Jami		100



**Brodi-Troyanov-Trendelenburg sinamasi**

## Brodi-Troyanov-Trendelenburg

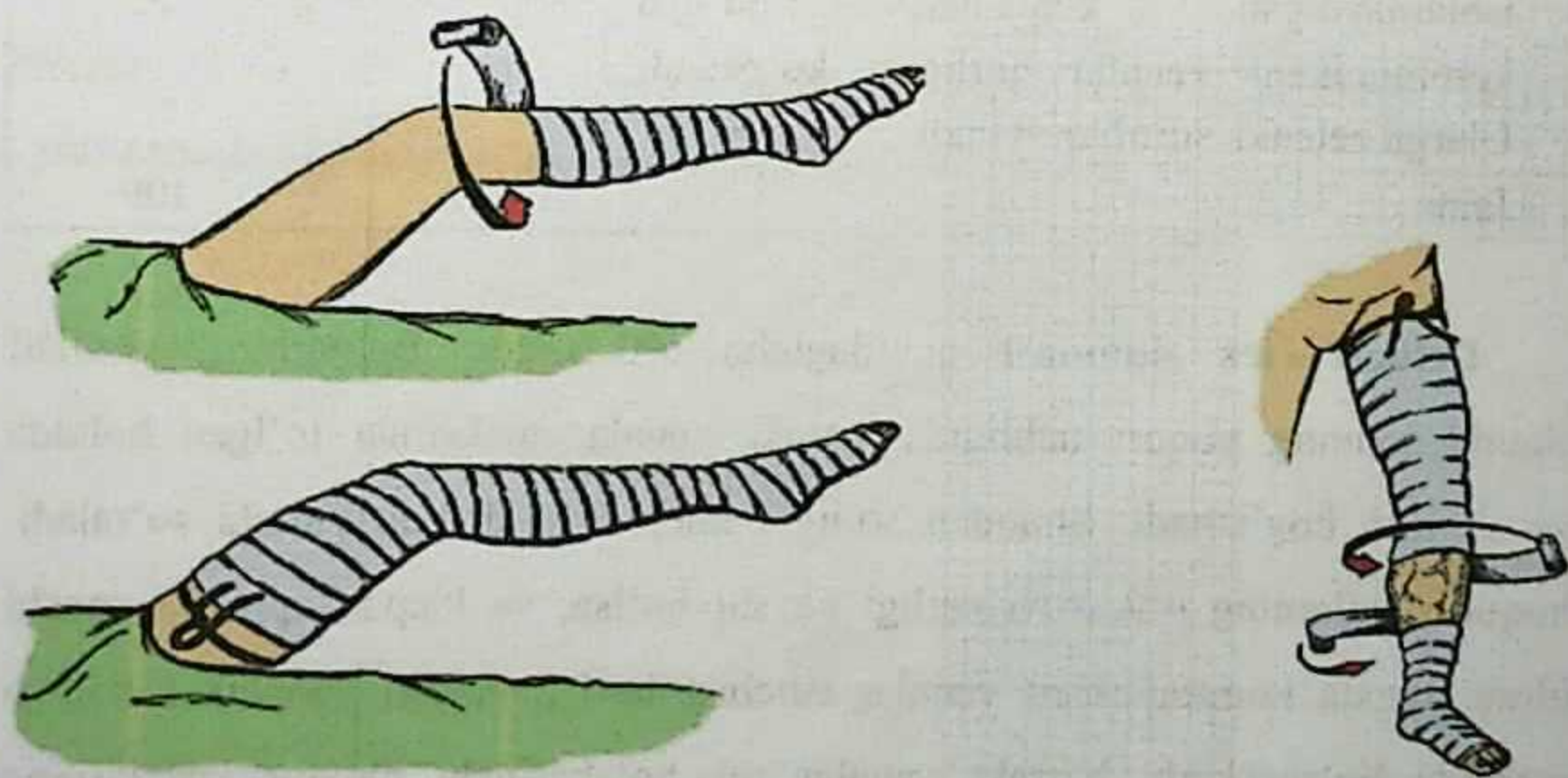
sinamasi etaplarning sxematik ko'rinishi:  
a) oyoqlarning varikoz kengaygan venalari chiqishi;

b) vertikal holatga qaytargandan keyin venalar qonto'planmaydi (varikoz sabablari- katta teri osti venasi klapan apparatining patologiyasi);

v) vertikal holatga qaytargandan keyin venalar qonto'planadi (varikoz sabablari- katta teri osti venasi va kommunikant klapan apparatining patologiyasi- sinama natijasi ikkilamchi musbat );

**Pratt sinamasi.** Bemorning yotgan holatida va sonning varikoz kengaygan

venalari bo'shashgandan keyin yuqori uchligidagi teri osti katta venalarini proksimal qismini bosuvchi rezinali jgut bog'lanadi. Shundan so'ng o'sha oyoq barmoqlaridan boshlab jugutgacha elastik bint bog'lanadi keyin bemorni vertikal holatga o'tkaziladi. Elastik bintni yuqoridan boshlab bittadan iplari yechiladi. Bunda jgut va bint orasi 5-10 sm oralig'ida bo'lib, shu oraliqqa yuqoridan pastka qarab ikkinchi elastik bint bog'lanadi. Ikkala bint orasida varikoz venalarining tarang segmenti hosil bo'lishi, yuzaki venalar perforant vena yetishmovchiligidan darak beradi. Kuratsiya qilingan bemorda bu sinama o'tkazilganda, chap soni pastki uchligida va yuqori boldir uchligida kuchsiz kommunikant venalar aniqlandi. Shu vaqtning o'zida boldirning o'rta va pastki uchligida komunikant venalar lokalizatsiyasini aniqlashni imkoni bo'lmaydi, chunki ko'rinarli darajada shish hisobiga dermatoskleroz va giperpigmentasiya ko'plab komunikant venalar yetishmovchiligini aniqlashga to'sqinlik qildi. Shuning uchun Pratt sinamasini diagnostik imkoniyati bu holatda keskin chegaralangan. Bu sinama indurativ silyulit, ekzema, trofik yaralar, semizligi bo'lmagan va birlamchi teri osti varikoz kengayishlari bo'lgan bemorlarda o'tkazilsa maqsadga muvofiq.



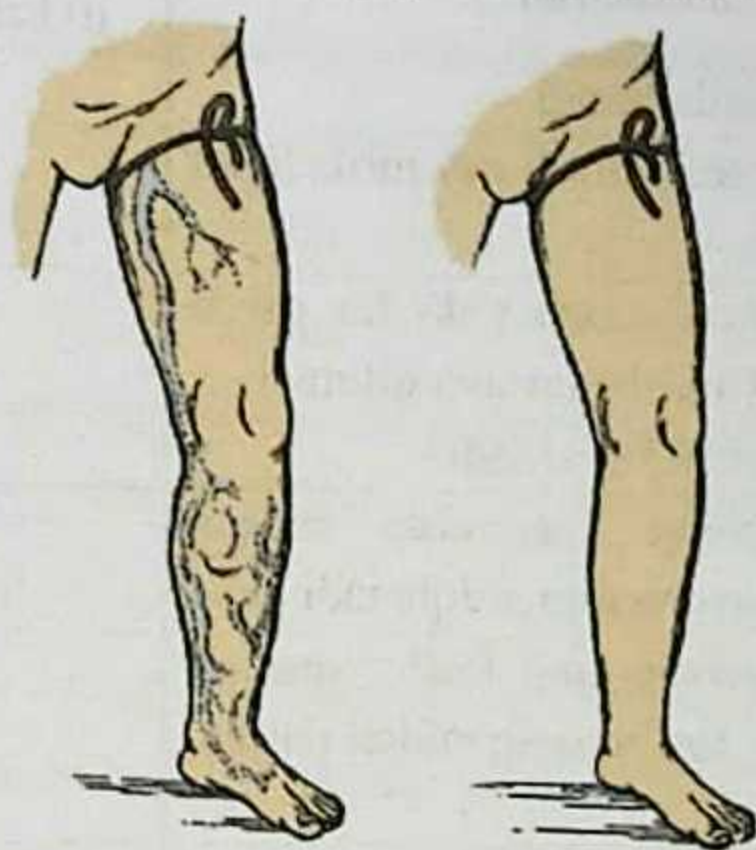
**Pratt sinamasi**

**Bajariladigan bosqichlar:**

№	Chora tabdirlar	Bajarmadi (0 ball)	To'liq o'g'ri bajardi
1	Bemor gorizontal xolatga keltiriladi va kasal oyog'i yuqoriga ko'tariladi		10
2	Yotgan xolatda teri osti venalari panjadan pupart bog'lamiga qarab silab bo'shatiladi		10
3	Oyoq panjasidan boshlab yuzaki venalarni bosuvchi elastik bint bog'lanadi		20
4	Son sohasida pupart bog'lami ustiga jgut bog'lanadi		10
5	Jgutni yechmasdan turib bemorga o'midan turish tavsiya qilindai		10
6	Bemor o'midan turgandan keyin jgutni tagidan pastga qarab ikkinchi elastik bint bog'lanadi		20
7	Pastdagi bint o'ram-o'ram qilib yechiladi, yuqoridagi bint esa orasi 5-6 sm ochiq joy qoldirib pastga o'raladi.		15
8	Bintlardan ozod bo'lgan uchastkada venalarning tez to'lishi bu yerda ishlamaydigan klapanlari bo'lgan kommunikant venalar borligini ko'rsatadi. Ularga zelenka surtib qo'yiladi.		5
	Jami		100

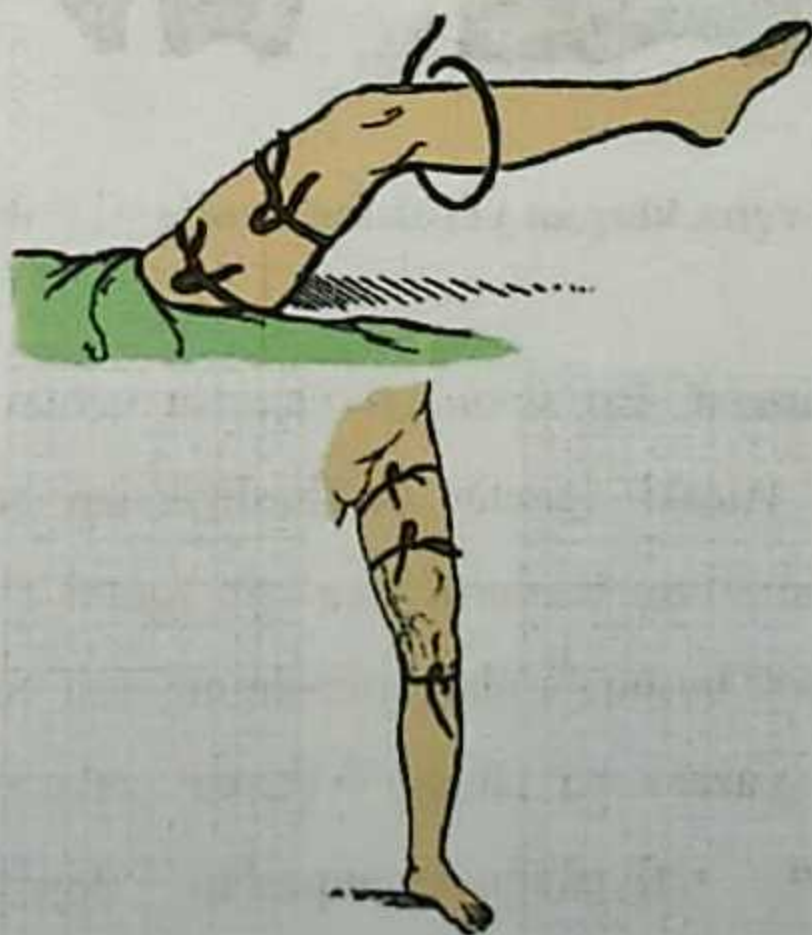
**Delbe-Pertes sinamasi** quyidagicha o'tkaziladi. Bemorning vertikal holatida sonning yuqori uchligida yuzaki venalar maksimal to'lgan holatda rezinali jgut bog'lanadi. Shundan so'ng bemor 5-10 daqiqa yurishi so'raladi. Chuqur venalarning o'tkazuvchanligi yaxshi bo'lsa, va klapan apparati yaxshi ishlasa hamda kommunikant venalar ishchan bo'lsa yuzaki venalar 1 daqiqa davomida bo'shashadi. Yuzaki venalar tez bo'shashishi chuqur venalarning o'tkazuvchanligi yaxshiligidan, klapan apparati yaxshi ishlashidan va komunikant venalar ishchanligidan dalolat beradi. Agarda yuzaki venalar 5-10 daqiqa yurgandan so'ng xam bo'shashmagan bo'lsa, aksincha vena devorlaridagi

tugunlar tarangligi ortadi va bemorda og'riq kuzatiladi bunday holat chuqur venalar o'tkazuvchanligi past yoki yo'qligidan dalolat beradi.



**Delbe-Pertes sinamasini o'tkazilishi**

**Sheynis sinamasi.** Bemorning yotgan holatda oyoqlarini ko'taradi. Teri osti venalar bo'shashgandan so'ng: soniga, oyoqning pastki oval chuqurchasiga, tizza bo'g'imidan bir oz pastga 3 ta jgut bog'lanadi. Bemor oyoqqa turgiziladi. Venalar asta sekinlik bilan qonga to'la boshlaydi. Agar varikoz tugunlari tez kattalashsa demak aynan o'sha joyda klapanlar va komunikant venalar yetishmovchiligi bor deb hisoblash mumkin



**Sheynis sinamasining etaplari**



### Bajariladigan bosqichlar:

	Chora tabdirlar	Bajarmadi (0 ball)	To'liq to'g'ri bajardi
1	Bemor vertikal xolatda turadi		10
2	Songa faqat yuza venalarini bosib turiladigan jgut bog'lanadi		20
3	Bemorga 5-10 minut yurish yoki bir joyda turib odimlashdan (marsh) tavsiya qilinadi		20
4	Oyoq venalarini tulishi kuzatiladi		10
5	Teri osti venalarining kuchayishi chuqur venalarning o'tkazuvchanligi aniqlanadi		20
6	Yurishdan keyin venalarning kuchaymasligi chuqur venalarning tutilib qolganidan dalolat beradi		20
	Jami		100



### Perforant vena klapan yetishmovchiligini palpasiya qilib aniqlash

**Talman sinamasi.** Bu sinamani bajarish uchun 2-3 m li rezinali jgut ishlatiladi. Jugutni yuzaki venalar bo'shashgandan so'ng bemorni oyog'iga bog'lanadi. Shundan so'ng bemorni turg'izib jgutni qattiqroq qisiladi. Dopler signali olingan tomirni boshqalaridan ajratishning iloji yo'qligini hisobga olib, bu sinama yordamida yuzaki va chuqur venalar o'tkazuvchanligini, chuqur va perforant venalarni reflyuksini aniqlashni ilojisi yo'q. Ultratovushli doplerografiya, perforant venalar klapanlarining yetishmovchiligi bilan bog'liq

bo'lmagan varikoz kasalligining boshlang'ich bosqichlarida teleangioektaziyalami, retiqulyar varikozlarni aniqlashda qo'llaniladi. Rangli dupleksli skanirlash – noinvaziv diagnostikada yetakchi metod hisoblanadi. Bu usul yordamida yuzaki venalar anatomiyasini, o'tkazuvchanligini va klapan apparatining holatini aniqlash, chuqur venalar klapan apparatining holatini, teri osti perforant venalar klapanlarining funksiyasi holatini, angiodisplaziyaning arteriovenoz formasidan venoz formasini saralashda foydalaniladi. Surunkali vena yetishmovchiligini og'ir formalari klinik ko'rinishini, varikoz venalarining har xil klinik-anatomik formalariga o'xshash ekanligini inobatga olib, rangli dupleksli skanerlashni o'tkazish barcha SVYe da muhim hisoblanadi. Bu usul davolash natijalarini baholashda, xamda kasallikni qaytalanishini aniqlashda birlamchi ahamiyatga egadir.



**Talman sinamasi**

Adabiyotlarda ko'rsatilishicha yuzaki venalar varikoz kengayishi, haqiqiy sabablarini aniqlash juda qiyin va bunda chuqur venalar oqimida klinik o'zgarishlar kuzatilmaydi hamda bunday o'zgarishlar birlamchi yoki essensial varikoz deyiladi (bunday nomlash ko'p bemorlardan jarroxlik davolashda – varikoz kengaygan venalarni olishda qo'l keladi).

Yuzaki venalar varikoz kengayishini chaqiruvchi asosiy sababni

aniqlashda, u ikkilamchi (kompensator) deb nomlanadi va unga olib keluvchi, tug'ma (Parks-Weber-Ruboshev kasalligi) va ortirilgan arterio – venoz fistulalar, angiodyplaziyalar, postromboflebitik sindromlar kiradi.

Chuqur venalar o'tkazuvchanligining buzilganligini hamda klapanlarining ishchanligi saqlanganligi yoki buzilganligi xaqida malumotga ega bo'lish muxim sanaladi. Flebografik izlanishlar bemorning vertikal holatida zo'riqish bilan (Valsalva – sinamasi nafas olingandagi taranglashish) venalar klapanlari tavaqalari qonning retrograd oqishiga qarshilik qilgandagina ular to'liq funksiya bajara oladi deb hisoblanishini ko'rsatadi. Shu maqsadda nafaqat ko'tariluvchi va retrograd flebografiya ishlatiladi. Kombinatsiyalangan izlanishlar qo'l va oyoqlar butun vena tizimini holatini o'rganishga yordam beradi.



## FOYDANILGAN ADABIYOTLAR:

1. Охунов А.О. Умумий хирургия. Дарслик. Тошкент. Янги нашр. 2019 й.
2. Алиев М.М. Болалар хирургияси. 1-2 том. Дарслик. Тошкент. Янги нашр. 2018 й.
3. Алиев М.М. Детская хирургия. 1-2 том. Учебник. Тошкент. Янги нашр. 2018 й.
4. Ю.Ф. Исаков, А.Ю. Разумовский. Детская хирургия. Учебник. Москва. «ГЭОТАР-Медиа», 2016 г.
5. Арипов У .А., Каримов Ш.И. Умумий хирургия. Дарслик. Тошкент. Абу Али Ибн Сино нашриёти. 2013 й.
6. Sh.I.Karimov Xirurgik kasalliklar. Дарслик. Тошкент. Абу Али Ибн Сино нашриёти. 2011 й.
7. Ш.И.Каримов Хирургические болезни. Учебник. Ташкент. Абу Али Ибн Сино нашриёти. 2005 г.
8. Малярчук В.И., Пауткин Ю.Ф. Хирургические болезни. Курс факультетской хирургии. Москва. Медицина. 2002 г.
9. Разумовский А.Ю. Детская хирургия. Национальное руководство. Краткая версия. Руководство. Москва. «ГЭОТАР-Медиа», 2016 г.
10. George W. Holcomb III. Ashcraft's Pediatric Surgery 6 th Edition. Textbook. NY. 2014.
11. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О. Антисептика. Сценарии для проведения практических занятий с использованием современных педагогических технологий составленные на основе единой методической систем. Методическая рекомендация. Ташкент. Шарк. 2012 г.
12. Файзиев Ё.Н. ва бошқалар, Кон ва кон таркибий қисмларини қуйиш. Услубий қулланма. Тошкент. Шарк. 2015 й.
13. Файзиев Ё.Н. ва бошқалар, Кон кетиш ва уни тухтатиш усуллари. Услубий қулланма. Тошкент. Шарк. 2015 й.

14. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О., Шарипов Ю.Ю. Неспецифическая хирургическая инфекция. - Электронное учебное пособие на узбекском, русском и английском языках. Ташкент. 2013 г.

15. Ш.И.Каримов. Хирургик касалликлар. Дарслик. Тошкент. Абу Али Ибн Сино. 1991 й.

16. Daniel Beauchamp, Mark Evers, Kenneth L.Mattox, Sabiston «Textbook of surgery»: The biological basis of modern surgical practice. Textbook. Elsevier. Canada. 2013.

17. М.И.Кузин. Хирургические болезни. Учебник. Москва. Медицина. 2002г. 10. Савельев В.В. Хирургические болезни в 1-й том. Учебное пособие. 27 Москва. «ГЭОТАР-Медиа». 2006 г.

18. Савельев В.В. Хирургические болезни в 2-й том. Учебное пособие. Москва. «ГЭОТАР-Медиа». 2006 г.

19. Савельев В.В. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Руководство. Москва. «ГЭОТАР-Медиа». 2004 г.

20. Шевченко Ю.Л. Частная хирургия том 1. Монография. Москва. Медицина. 1998 г.

21. Шевченко Ю.Л. Частная хирургия том 2. Монография. Москва. Медицина. 1998 г.

22. Баиров Г.А., Рошаль Л.М. Гнойная хирургия детского возраста. Монография. Санкт-Петербург. 1991 г.

23. А.С. Сулайманов ва б. Болалар жаррохлиги. Дарслик. Тошкент, Шарк. 2000 й.

24. А.И. Ленюшкин. Руководство по детской поликлинической хирургии. Руководство. Ленинград. Медицина. 1986г.

25. Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. М.

26. Детская хирургия. Научно-практический журнал. М.

**Интернет сайтлари:**

1. [www.laparoscopy.ru](http://www.laparoscopy.ru)

2. <http://xvviw.medicalstud.ru/med-ge>

3. <http://www.mediasphera.aha.ru/surgery/surg-mn.htm>
4. <http://www.medobook.com/>
5. <http://www.livelib.ru/book/1000284686>
6. <http://zivonet.uz/ru/> Узбекистан таълим портали.
7. <http://www.med-edu.ru/> Шифокорлар учун таълим портал.
8. <http://www.childsurgery.ru/> Европейское общество детских хирургов.
9. <http://eduportal.uz/rus/info/information/schoolinfo/y36eKHCTOH>

информацион таълим портали

**A.S.BABA JANOV, A.S.TOIROV, A.I.AXMEDOV, J.Q.TO'XTAYEV**

## **XIRURGIYADA AMALIY KO'NIKMALAR**

*Tibbiyot oliy muassasalari IV-V kurs talabalari uchun  
amaliy ko'nikmalar*

**“Qamar media” nashriyoti, 2023**

**Muharrir:** Muhammad Sobir

**Muharrir:** Iroda Emazarova

**Musahhih:** Osima Sobirjon qizi

**Texnik muharrir:** Sherzod Xujakulov

**ISBN 978-9943-9207-8-1**



“Qamar media” nashriyoti, Toshkent sShahar, Mirobod tumani  
Qo'yliq mavze-4, 3-uy, 26-xonadon. tel.: +99894-672-71-11

Terishga berildi: 20.07.2023 yil. Bosishga ruxsat etildi: 28.07.2023 yil.

Bichimi 60x84<sup>1/16</sup>, «Times New Roman» garniturasida.

Shartli bosma tabog'i 6,5. Adadi 50 nusxa. Buyurtma № 7/2023.

Noshirlik litsenziyasi: № 18-4178

---

Samarqand viloyat pedagoglarni yangi metodikalarga o'rgatish milliy markazi  
bosmaxonasida chop etildi.



**Babajanov Axmadjon Sultanbayevich**

**Tibbiyot fanlari doktori, dotsent,  
Samarqand ShTB boshlig'i, Samarqand  
davlat tibbiyot universiteti pediatriya  
fakulteti xirurgik kasalliklar kafedrası  
mudiri**



**Toirov Abduxamid Suvonovich**

**PhD., Samarqand davlat tibbiyot universiteti  
pediatriya fakulteti xirurgik kasalliklar  
kafedrası katta o'qituvchisi**



**Axmedov Adxam Ibodullayevich**

**PhD., Samarqand davlat tibbiyot universiteti  
pediatriya fakulteti xirurgik kasalliklar  
kafedrası assistenti**



**To'xtayev Jamshid Qodirqulovich**

**Samarqand davlat tibbiyot universiteti  
pediatriya fakulteti xirurgik kasalliklar  
kafedrası assistenti**

ISBN 978-9943-9207-8-1



9 789943 920781