

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

САМАРҚАНД ҚИШЛОҚ ХЎЖАЛИК ИНСТИТУТИ

5 640100 –Ветеринария бакалавриати йўналиши учун

**«ХУСУСИЙ ХИРУРГИЯ»
фанидан
маърузалар курси**



Самарқанд - 2007 й.

Маърузалар курси 5 640100 –Ветеринария бакалавриати йўналиши,
4- босқич талабалари учун мўлжалланган.

Маърузалар курси "Ҳайвонлар анатомияси, физиологияси, жарроҳлиги
ва фармакология" кафедрасининг бўлиб ўтган № сон йиғилишида кўриб
чиқилди.

Маърузалар курси институт Услубий комиссиясида бўлиб
ўтган № сон йиғилишида кўриб чиқилди.

Маърузалар курси институт Илмий кенгашида бўлиб ўтган
№ сон йиғилишида тасдиқланди ва чоп этишга рухсат этилди.

Тузувчилар: 1. **Р.М. Таштемиров**, в.ф.н., “Ҳайвонлар анатомияси,
физиологияси, жарроҳлиги ва фармакология” кафедраси доценти.

2. **Н.Ш. Давлатов**, в.ф.д., “Ҳайвонлар анатомияси,
физиологияси, жарроҳлиги ва фармакология”
кафедраси профессори.

3. **Х.Б. Ниязов**, “Ҳайвонлар анатомияси,
физиологияси, жарроҳлиги ва фармакология” кафедраси
катта ўқитувчиси.

Такризчилар: 1. **Қ.Н.Норбоев** Ветеринария, зоотехния
ва қорақўлчилик факультети,
ҳайвонлар касалликлари ва
паразитология кафедраси
муdiri, в.ф.д., профессор.

2. **Б.У.Собиров** Самарқанд медицина институти
факультатив госпитал кафедраси
муdiri, м.ф.д., профессор

1 – маъруза

Мавзу: Бош соҳасидаги касалликлар.

- Режа:**
1. Бош соҳасидаги жароҳатлар ва лат ейишлар.
 2. Юз ва уч тармоқли нервлар фалажи.
 3. Чалов (қилтиқ) касаллиги.
 4. Тил гиперкинези.
 5. Сўлак безларининг яллиғланиши.
 6. Актиномикоз.

Асосий адабиётлар:

- | | |
|--|--|
| 1. Шакалов К., Башкиров В.А.,
Калашник И.А. и др. | Частная ветеринарная хирургия.
Л., Агропромиздат, 1986. |
| 2. Калашник И.А. Передера Б.Я.,
Русинов А.Ф. | Практикум по общей и частной
ветеринарной хирургии.
М., Агропромиздат, 1988. |
| 3. Белов А.Д., Плахотин М.В.,
Башкиров Б.А. и др. | Общая ветеринарная хирургия.
М., Агропромиздат, 1990. |

Қўшимча адабиётлар:

- | | |
|--|--|
| 1. Плахотин М.В. | Справочник по ветеринарной
хирургии. М., Колос, 1977. |
| 2. Белов А.Д., Беляков И.М.,
Лукьяновский В.А., | Физиотерапия и физиопрофи-
лактика болезней животных.
М., Колос, 1983. |
| 3. Нарзиев Д.Х. | Ҳайвонлар анатомияси.
Тошкент, Меҳнат, 1986. |

Таянч иборалар: бош мия чайқалиши. Лаблар деформацияси. Ташҳис. Оқибати. И.Е. Поваженко усули. Пластик операция. Эпителийлашган оқма. Қон қуйилиши, гематома ва лимфоэкстравазатлар. Депрессия ҳолати. Кодиковнинг камфорали зардобы. Калла суягининг синишлари. Юз ва уч тармоқли нервлар фалажи. Марказий, периферик, бир томонлама ва икки томонлама фалаж. *Stipa capillata*, *Seteria viridis*. Хлораминли паста. Тил гиперкинези, «тил ўйини». Паротит. Нурсимон замбуруғ - *Actinomyces bovis*, *Actinobacillus Lignieri*, *Streptothrics Jsraeli*. Актиномикома. Друззалар.

1. Бош соҳасидаги жароҳатлар турли нарсаларнинг шикастловчи таъсири, нотўғри транспортировка, сақлаш, озиклантириш ва нўхталаш каби омиллардан келиб чиқади.

Клиник белгилар шикастнинг кучи, вақти ва жойига боғлиқ ҳамда турли кўринишда бўлади. Умумий белгилар (қон кетиши, оғриқ, жароҳат четларининг очилиши) дан ташқари бош мия чайқалишининг аломатлари; оғиз бўшлигига кириб борувчи жароҳатларда эса сув ича ололмаслик, жароҳатдан озиқанинг қайта чиқиши, унга ҳаво сўрилиши кузатилади. Сўлак беи зарарланганда оқмалар ҳосил бўлади.

Лаб ва оғиз бурчакларининг жароҳатларида яра ва лаблар деформацияси ривожланади. Бурун бўшлигига кириб борувчи жароҳатда эса ундан кўпикли – қизғиш суяқлик ажралади.

Таиҳис. Клиник белгилар яққол намоён бўлганлиги сабабли таиҳис кўйиш қийин кечмайди.

Оқибати.. Юзаки жароҳатларда оқибати яхши; кириб борувчиларда – эҳтиёткор; бош мия чайқалиши билан оғирлашган жароҳатда оқибати гумон ва хатто ёмон.

Даволаиш. Лабларнинг жароҳатларида И.Е. Поваженко усули бўйича чок ва боғлам қўйилади.

Қийқимли жароҳатларда жароҳат четларини чоклар ёрдамида иложи борица бир – бирига яқинлаштириш лозим. Йирик жароҳатларда пластик операция бажарилади. Лўнж жароҳатларида маҳсус чоклар қўлланади. Эпителийлашган оқмада унинг четларидан 0,5 см четланиб лўнж тўқималарининг ярмига етиб борувчи айлана кесим бажарилади. Ҳосил бўлган тери-тўқимали найча оғиз бўшлигига қараб иттарилиб киритилади ва сўнг қайтарилган четлар, мускул ва охирида терига чоклар қўйилади.

Юзаки жароҳатларга коллоидли суяқлик қўлланади: Zinci Oxydati – 1,0; Olei Ricini – 5 gtt, Vaselini 3 gtt, Collodii – 20,0.

Асоратларнинг олдини олиш мақсадида уйқу артериясига 0,25 % ли новокаин эритмаси билан (10 / 20 – 40 мл) антибиотиклар юборилади

Бош соҳасидаги лат ейишларда қон ва лимфа томирларининг ёрилишлари натижасида қон қуйилиши, гематома ва лимфоекстравазатлар

хосил бўлади. Оғир шикастда суяк синиши, дарз кетиши, бош мия чайқалиши ва мияга қон қуйилиши кузатилади.

Этиология. Ҳайвонлар йиқилиши, зарбалар, нўхта билан сиқилиш ва бошқалар.

Клиник белгилар. Лат ейишнинг белгилари тўқималар зарарланиш даражасига боғлиқ. Енгил ҳолатларда шиш, оғриқ сидирилиш ва бошқ. кузатилади. Калла суяги зарарланганда ҳаракатланиш координацияси бузилади, пареплегия, депрессия ривожланади, ҳайвоннинг тана ҳарорати пасаяди ёки унинг акси - ҳайвон безовталанади, юрак уриши тезлашади, кўз қорачиғи тораяди, тана ҳарорати ошади. Такрорий лат ейишлар суяклашувчи периостит ва экзостозлар ривожланишига олиб келади.

Таиҳис клиник белгилар асосида қўйилади.

Оқибати Енгил шикастда - яхши, бош мияга қон қуйилиши ва мия чайқалишида - гумон ва хатто ёмон.

Даволаш. Ҳайвон алоҳида хона, тинч шароит, янги юмшоқ тўшама билан таъминланади. Инфекциянинг олдини олиш мақсадида лат еган жойлар 1-2 % ли пиоктаниннинг спиртли эритмаси, бриллиант кўки, ёки 5% ли таниннинг спиртли эритмаси билан ишланади, қисқа новокаин - антибиотикли қамал ўтказилади. Қон қўйилиши ва тўқималарда экссудат тўпланишининг олдини олиш учун сиқувчи боғлам ва совуқ қўлланади. 2-3 кундан сўнг иситувчи муоложа, йодли малҳамлар билан массаж қилинади.

Депрессия ҳолатида камфора мойи, кофеин инъекциялари, оёқлар ва тана массажи, вена орқали Кодиковнинг камфорали зардоби юборилади. Ҳайвон безовталанганда юрак фаолиятини яхшилаш зарур (кофеинни юбориш), бир вақтда вена орқали ёки клизма ёрдамида хлоралгидрат, мускул орасига нейролептиклар: аминазин, ромпун, комбелен ва бошқ. юборилади.

Бош суяклари синганда операция йўли билан суяк бўлаклари олиб ташланади. Суяклашувчи периостит ва экзостозлар ривожланганда нуқтали куйдириш, ўткир кўзгатувчи малҳамларни суртиб сингдириш каби

муолажалар бажарилади. Керак бўлганда экзостозлар оператив йўл билан олиб ташланади.

2. Юз ва уч тармоқли нервлар фалажи. Юз нерви кулоқ, қовоқ, лаб ва лунж мускуллари учун ҳаракатлантирувчи нерв ҳисобланади. Юз нерви (бош миянинг VII жуфт нерви) юз каналидан чиқгандан сўнг кулоқ орти, кулоқнинг ички, қўш қоринли мускул, қовоқ - кулоқ, бўйин нервларини ажратади. Асосий қисми эса олдинга ўтиб дорсал (юқориғи) ва вентрал (пастки) лунж нервларга бўлинади.

Юз нервнинг фалажи барча турга мансуб ҳайвонларда лекин кўпроқ отларда учраб туради. Шикастланишга қараб фалаж марказий, периферик, бир томонлама ва икки томонлама бўлади.

Этиология. Касаллик ривожланишига механик зарба, жароҳат, йиқитишда лат ейиш, абсцесс, гематома, экзостоз, ёд жисмлар таъсири, нўхта билан сиқилиш, атроф тўқималарнинг яллиғланиши (кулоқ ости сўлак бези; ички, ўрта ва ташқи кулоқ яллиғланишлари) сабаб бўлиши мумкин. Ундан ташқари марказий фалаж инфекцион касалликлар – петехиал иситма, соқов, контагиоз плевропневмония, итлар ўлати ва инвазион касалликлар – отлар трипанозомози; бош мияга қон қуйилиш, ўсмалари, абсцесслари; захарли ўсимликлар, пестицидлар, наркотиклар билан захарланишдан келиб чиқиши мумкин.

Клиник белгилар нерв ва унинг тармоқлари зарарланиш жойига боғлиқ. Юз нервнинг икки томонлама тўлиқ фалажида ҳайвоннинг кулоқ супралари ва лаблар осилиб юқори қовоқлар тушиб қолади (птоз), бурун катаклари ёпилади ёки риностенотозга учрайди. Озуқа ва сувни қобул қилиш, нафас олиш қийинлашади. Қорамоллар оғзидан сўлак оқади. Бир томонлама фалажда белгилар бошнинг бир томонида кузатилади, лаб ва бурун қанотлари соғ томонга тортилиб қолади (қорамолларда кузатилмайди).

Лунж чигалининг фалажида кулоқ супралари ва қовоқлар нормал ҳолатда сақланади.

Лунжнинг дорсал нерви зарарланганда юқори лаб фалажи ва бурун риностенози ривожланади.

Лунжнинг вентрал нерви фалажланса пастки лабнинг ярми осилиб қолади.

Юз нерви ва унинг тармоқларининг барча турдаги фалажларида улар иннервация қиладиган мускуллар атрофияси кузатилади.

Ташиҳис клиник белгилар асосида қўйилади.

Оқибати. Нервнинг ўтказувчанлиги тикланса – яхши. Нерв бутунлиги бузилганда, трапециод тана соҳасидаги ўсмаларда - ёмон.

Даволаш. Комплексли даволаш ишлари бажарилиши лозим. Нерв шикастланган жойда қисқа новокаин қамали, енгил массаж, соллюкс лампаси ёрдамида иситиш каби муолажалар оғриқни ва томирлар спазмларини камайтиради, қон айланишини тиклайди. Зарарланган нерв бўйлаб массаж ёрдамида қуйидаги аралашмани суртиб сингдириш тавсия этилади: Camphorae – 15,0; Natrii chloride – 50,0; Spiritus aethylici – 3000,0. Тери остига 0,5 % ли стрихнин эритмаси (қуруқ модда ҳисобидан) юборилади: отларга – 0,001 – 0,003; қуй ва эчкиларга – 0,002 – 0,005; итларга – 0,001 – 0,003. Инъекциялар кичик дозадан бошланиб сўнг каттасига ўтилади. Фарадизация ва диатермогальванизациялар тавсия этилади. Н.С.Федотов стрихнинни ва гальваник токни комплексли қўллашни тавсия этади.

А.К.Кузнецов ва И.П.Липовцевлар фалажда қон томирларга кунаро 0,5 – 1 % ли новокаин эритмасини 1 кг массага 2,5 мг ҳисобидан юбориш яхши самара беришини қайд этадилар.

Фалажланган мускулларга В₁₂ витамини бир нечта нуқтага юборилади: катта ҳайвонларга – 1000 – 2000 мг, кичикларга – 10 – 20 мг бир инъекцияга (15 – 25 инъекция); парентерал йўл орқали тўқимали препаратлар, никотин кислотасини қўллаш тавсия этилади.

Икки томонлама фалажда ва бурун катаклари торайганда Н.Ф.Фатъкин бўйича пластик операция қилинади.

Уч тармоқли нерв фалажи. Ҳамма турдаги ҳайвонларда, аммо итларда кўпроқ учрайди

Этиология. Бош мия касалликлари (кутуриш, итлар ўлати, мияга қон қуйилиши, абсцесс, ўсмалар), механик шикастланишлар, ўрта кулоқнинг яллиғланиши, тиш касалликлари, пастки жағнинг синиши, чалов касаллиги.

Клиник белгилар. Бир ва икки томонлама бўлади. Икки томонлама фалажда оғиз ёпилмайди – жағ осилиб қолади. Чайнаш мускуллари атрофияга учрайди. Бир томонламада пастки жағ соғ томонга қийшаяди.

Ташҳис. Итлар ўлатида касаллик узоқ вақт давом этади ва мушаклар атрофияга учрайди. Қутуришда ҳайвон бир ҳафтадан сўнг ўлади. Жағ бўғимининг чиқишида пастки жағни қўл билан юқорига кўтариб бўлмайди.

Оқибати. Икки томонлама фалажда ёмон. Бир томонламада эса гумон айрим пайтларда яхши.

Даволаш. Юқорида айтиб ўтилган.

3. Чалов (қилтиқ) касаллиги ҳайвонга *Stipa capillata* ёки *Seteria viridis* каби ўтларни егизишдан келиб чиқади

Клиник белгилар. Чайнаш ҳаракатлари қийинлашган, сўлак оқади, оғиздан ёқимсиз ҳид чиқади. Пастки жағ бир томонга силжийди. Палпацияда тўқималарнинг зичлиги, абсцесслар аниқланади. Оқмалардан куюқ йиринг ажралиб чиқади. Ҳайвоннинг тана ҳарорати кўтарилади. Ҳайвон ориқлайди ва бир неча ойдан сўнг ўлади. Отларда қилтиқлар кўз ости чуқурча, жағ бўғими ва бош мияга ўтиши мумкин.

Ташҳис клиник белгилар бўйича қўйилади.

Оқибати. Операция қилиб бўлмаса – ёмон.

Даволаш. Абсцесслар оператив йўл билан очилади. Йиринг тозаланиб ташланади ва бўшлиқ йод - глицерин билан (1 – 3) ишланади. Ташқи оқмалар йодланган водород перикиси билан ювилди (100 мл водород перикисига бир нечта томчи йод). Кейин канал узунасига очилади. Қилтиқларни чиқариб ташлаш учун оқмага хлораминли паста юборилади: Chloramini – 1,2; Cerae flavae -, Parafini – aa – 2,5; Vaselini – 24,0.

4. Тил гиперкинези термини И.И.Магда томонидан таклиф қилинган. Бу касалликда қорамоллар бошини вақт – вақти билан юқорига кўтариб, тилини оғзидан чиқаради ёки оғзи ичида кескин ҳаракатлантиради. Касалликни биринчи марта 1857 йили Виллер ўрганган ва уни «тил ўйини» деб номлаган.

Этиология Бу нуқсоннинг ҳосил бўлиши тўғрисида бир нечта фикрлар мавжуд: таклид қилиш (ёмон одат); озуқада минерал моддалар (кальций, фосфор, марганец, кобальт) ва витаминлар (В ва Д) етишмаслиги; ирсий омиллар.

Клиник белгилар. Тил гаперкинези катта ва ёш ҳайвонларда учраб, симментал зотини 26% ни, қора ола зотини эса 3-9% ни зарарлайди. Ҳайвон тилини оғзидан чиқариб бир дақиқада 110 маротаба ҳаракатлантиради ёки уни ташқарига чиқармасдан юқорига қайиради ва “тирсиллаган” товуш чиқаради. Айрим ҳолларда эса ҳайвон тилни тез –тез қулоқ томонга чиқариб туради.

Барча ҳолларда ҳам ҳайвон кўп миқдорда сўлак йўкотади. Натижада ошқозонга фермент ва оксилларининг тушиши камайиб тимпания ривожланиши мумкин.

Ташиҳис. Клиник белгилар асосида.

Даволаш. Радикал даволаш усули ишлаб чиқилмаган. Иструб тилнинг паст қисмига диаметри 3-4 см келадиган металл халқани 6 ойгача тақиб кўйишни таклиф қилади.

Гаперкинезга чалинган ҳайвонларни подадан ажратиш лозим. Ҳайвонлар тўлиқ рацион б-н таъминланади.

5. Сўлак безларининг яллиғланиши. Барча уй ҳайвонларда қулоқ олди, тил ости ва жағ ости сўлак безларинининг яллиғланиши кузатилади. Яллиғланиш бир ва икки томонлама, ўткир ва сурункали, паренхиматоз, интерстициал ва йирингли бўлиши мумкин.

Этиология. Механик шикаст, бошоқли ўсимликларнинг қилтиғи қириб қолиши, актиномикоз, манқа чақирувчиларининг ўрнашиши.

Клиник белгилар. Кулоқ олди безининг яллиғланиши – паротит, пастки жағнинг орқа четида тарқалган, оғриқли, иссиқ шиш ривожланиши билан характерланади. Айрим холларда шиш бош ва бўйин соҳаларига тарқалади, ҳалқум ва ҳиқилдоқни сиқиб нафас олишини қийинлаштиради.

Йирингли яллиғланишда юмшоқ нуқталар аниқланади. Икки томонлама яллиғланишда ҳайвон бошини олдинга чўзади. Сурункали кечишда шиш зичлашади, оқмалар ривожланади ва уларнинг ичидан йиринг оқиб чиқади.

Таиҳис. Клиник кўриниш бўйича қўйилади. Отларда юқори жағ коваклари ва лимфа тугунларнинг яллиғланишидан фарқлаш лозим.

Оқибати. Асептик яллиғланишда - яхши. Йирингли яллиғланишда эҳтиёткор.

Даволаш. Асептик яллиғланишнинг бошида зарарланган соҳага спирт-ихтиол ёки спирт - камфорали компресслар қўйилади. Йирингли яллиғланишда уйқу артериясига 20-40 мл 0,25 - 0,5% новокаин эритмаси ёки венага 0,25% новокаин 1кг тирик вазнга 1 мл ҳисобида антибиотиклар юборилади. Йирингхоналар очилиб ичи антисептик эритма билан ювилади ва сульфаниламид ёки антибиотик кукунлари сепилади.

6. Актиномикоз. Асосан қорамоллар айрим пайтларда чўчка ва бошқа ҳайвонлар касалланади. Кўпинча жағаро соҳаси, пастки жағ, тил, милк, танглай, лимфатик тугунлар, кулоқ ости сўлак беи зарарланади.

Клиник белгилар ва этиология: Чақирувчилар нурсимон замбуруғ ва бошқа микроблар - Actinomyces bovis, Actinobacillus Lignieri, Streptothrics Israeli. Касаллик ҳайвонларга моғорланган, актиномикоз чақирувчиси билан ифлосланган дағал хашак егизгандан келиб чиқади.

Касалликда диффузли, оғриқсиз, зич, ҳаракатсиз шиш ҳосил бўлади. Кейинчалик оқма пайдо бўлади. Суяклар қалинлашади, некрозга учрайди, тишлар қимирлаб жойидан тушиб қолади. Ҳайвон ориқлаб ўлади.

Таиҳис. Актиномикомеда друззаларни аниқлаш.

Даволаш. Операция ёрдамида актиномикомеа кесиб олиб ташланади ёки ичи кюретаж (қириш) қилинади.

Актиномикомага ва атрофига ҳар 7-10 кунда 30-80 мл ауто- ва гомоқон аралаш антибиотик юборилади.

Актиномикомага ва атрофига 0,5% новокаин билан пенициллин (бир инъекцияга 1 млн. Т.Б., кунига 2 маротаба, 12 кун давомида) ёки бошқа антибиотиклар юборилади.

Уйку артериясига 0,25% ли новокаин (20-40 мл.) билан антибиотикларни 1 кунда 1 маротаба юборилади.

Вена ичига 10% натрий йодити – 3 кг тирик вазнга 1 мл хисобидан, 3 кунда 1 маротоба қўйилади.

Актиномикомага 2-4 кун аро 40-80 мл йодиол (8-12 инъекция) инъекция қилинади.

Касалликнинг олдини олиш чоралари. Касаллик тарқалган хўжаликларда дағал хашаклар майдаланиб буғлантирилади. Молхона дезинфекция қилинади.

Назорат саволлари:

1. Бош соҳасидаги жароҳатларнинг клиник белгилари. Даволаш.
2. Бош соҳасидаги лат ейишларнинг клиник белгилари. Даволаш.
3. Юз ва уч тармоқли нервлар фалажининг клиник белгилари.
4. Юз ва уч тармоқли нервлар фалажини даволаш.
5. Чалов (қилтиқ) касаллигининг клиник белгилари, даволаш.
6. Тил гиперкинези. Клиник белгилари, даволаш.
7. Сўлак безларининг ялиғланишида клиник белгилар.
8. Сўлак безларининг ялиғланишини даволаш.
9. Актиномикознинг этиологияси ва чақирувчилари.
10. Актиномикознинг клиник белгилари ва даволаш усуллари.

2 – маъруза

Мавзу: Бўйин соҳасидаги касалликлар.

- Режа:**
1. Бўйин умуртқаларининг синиши ва чиқиши.
 2. Қизилўнгач жароҳатлари.
 3. Қизилўнгач дивертикули.
 4. Бўйинтурук венанинг яллиғланиши.

Асосий адабиётлар:

- | | |
|--|--|
| 1. Шакалов К., Башкиров В.А.,
Калашник И.А. и др. | Частная ветеринарная хирургия.
Л., Агропромиздат, 1986. |
| 2. Калашник И.А. Передера Б.Я.,
Русинов А.Ф. | Практикум по общей и частной
ветеринарной хирургии.
М., Агропромиздат, 1988. |
| 3. Белов А.Д., Плахотин М.В.,
Башкиров Б.А. и др. | Общая ветеринарная хирургия.
М., Агропромиздат, 1990. |

Қўшимча адабиётлар:

- | | |
|--|--|
| 4. Плахотин М.В. | Справочник по ветеринарной
хирургии. М., Колос, 1977. |
| 5. Белов А.Д., Беляков И.М.,
Лукьяновский В.А., | Физиотерапия и физиопрофи-
лактика болезней животных.
М., Колос, 1983. |
| 6. Нарзиев Д.Х. | Ҳайвонлар анатомияси.
Тошкент, Меҳнат, 1986. |

Таянч иборалар: умуртқаларнинг синиши. Тез аллюрлар. Бўйиннинг ҳаракатчанлиги. Рентгенологик текширишлар. Парез. Қизилўнгач жароҳатлари. Ёд жисмларнинг тикилиб қолиши. Магнитли зонд. Ютиш ҳаракатлари. Контраст моддалар. Бурун – қизилўнгач зонди. Қизилўнгач дивертикули. Флебитлар. Тромб. Тромбофлебит. Парафлебит. Метастазлар. Кумулятив хусусиятлар

1. Кўпинча 3 – 4, кам ҳолларда 1 – 2 чи умуртқаларнинг синиши кузатилади.

Этиология. Бўйин умуртқаларининг синиши ва чиқиши нисбатан кам учрайди. Сабаблари: отлар тез аллюрларда бош узра йиқилиши; қорамоллар чуқурларга йиқилиши, боши охур тўсиқларида тикилиб қолиши; итларни автомашина уриб кетиши, улар баланд жойдан йиқилиши.

Клиник белгилар. Бўйиннинг ҳаракатчанлиги чегаралланган бўлади. Ҳайвоннинг боши ва бўйни бир томонга қийшайиб туради ва уларни кўтарганда кучли оғриқ сезилади. Синган суяк бўлаклари ўз ўрнидан силжиганда фалаж ривожланади ва ҳайвон ўлади.

Ташҳис. Рентгенологик текширишлар билан тасдиқланади.

Оқибати. Умurtқа танаси ёки ёйи синганда – ёмон. Ўсимталарнинг ёпиқ синишларида – эҳтиёткор.

Даволаш. Бўйин умurtқаларининг синиши ва чиқишида бўйиннинг ҳаракатчанлигини 30 – 40 кунга чегаралаш лозим. Бунинг учун турли фиксаторлар қўлланади. Очiq синишларда орқа мия, қон томирлар, нервларни зарарламаслик учун хирургик муолажаларни жуда эҳтиёткорлик билан бажариш лозим. Парез ёки фалаж ривожланганда даволаш фойдасиз.

2. Қизилўнгач жароҳатлари.

Этиология. Қизилўнгач жароҳатлари кўпинча шиллиқ парда томонидан кузатилади. Сабаблари: ёд жисмларнинг тикилиб қолиши, зондни нотўғри қўллаш, магнитли зондни қўпол равишда ошқозонга киритиш; ташқи томондан жароҳатланиш эса шох билан урганда, тишлашларда, ўқ текганда ҳосил бўлади.

Клиник белгилар. Кириб борувчи жароҳатларда озуқа массалари жароҳатдан ташқарига чиқиши мумкин. Терининг бутунлиги бузилмаганда эса озуқа тери ости клетчаткасида тўпланади. Ички кичик жароҳатларда ютиш ҳаракатлари қийинлашган бўлиб оғиздан сўлак ажралади.

Ташҳис. Клиник белгилар бўйича қўйилади. Қизилўнгачнинг кўкрак қисмидаги жароҳатларида рентген қўлланади (контраст моддалар билан).

Оқибати. Қизилўнгачнинг бўйин қисмидаги кириб борувчи жароҳатида – эҳтиёткор, кўкрак қисми зарарланишида – ёмон.

Даволаш. Ташқи ва кириб борувчи жароҳатларда хирургик ишлов берилади, кичик нуқсонларда чоклар қўйилади. Биринчи кунларда ҳайвон оч қолдирилади. Кейинчалик, озуқани қабул қилиш қийинлашса бурун – қизилўнгач зонди қўлланади. Катта шиш ва флегмона ривожланганда уни

хирургик йўл билан очиб некротик тўқималарни олиб ташлаш ва жарёнга антисептик воситалар билан ишлов бериш лозим.

3. Қизилўнгач дивертикули деб унинг девори биртомонлама бўртиб чиқишига айтилади. От ва қорамолларда қизилўнгач дивертикули асосан кўкрак қисмида кузатилади.

Этиология. Дивертикуллар турли механик шикастланишлар натижасида қизилўнгач торайишидан келиб чиқади. Зич озуқа массалари торайган жой олдида йиғилиб мускуллар атрофияси ва чегаралланган кенгайишни чақиради. Ундан ташқари дивертикуллар қизилўнгач деворининг дегенератив ва яллиғланиш жараёнларида, у ўпка билан ёпишиб қолишида ҳам кузатилиш мумкин.

Клиник белгилар. Ҳайвонни озиқлантиргандан сўнг бўйинтурук соҳасида оғримайдиган, шакли бўйича ноксимон шиш ҳосил бўлади. Қорамолларда метеоризм ривожланади. Кечиктирилган ҳолларда нафас қисиши, юрак фаолиятининг бузилиши; қорамолларда сўлак оқиши, метеоризм; ит ва мушукларда қусиш аломатлари кузатилади. Кўкрак қисмининг дивертикулида нафас қисиш, йўтал, қусиш аломатлари озуқани қабул қилгандан кейин бирданига бошланади.

Ташҳис. Клиник белгилар, рентгенологик текширишлар асосида қўйилади. Зондлашни эҳтиёткорлик билан бажариш лозим.

Оқибати. Қизилўнгачнинг кўкрак қисмидаги дивертикулида — эҳтиёткор.

Даволаш. Қизилўнгачнинг бўйин қисмидаги дивертикулида суяқ озуқа берилади, ошқозон томонига қаратилиб қизилўнгач массаж қилинади. Зарурият туғилганда операция бажарилиб дивертикулни қисман кесаб торайтириш лозим.

4. Бўйинтурук венанинг яллиғланиши кўпинча катта ҳайвонлар венасига айрим дори васиталарни (хлоралгидрат, кальций хлориди, новарсенол, флавакардин гидрохлориди) юборилганда ҳосил бўлади.

. Бўйинтуруқ венанинг флебити асосан аҳволи оғир, септик ҳолатдаги ҳайвонларда ривожланади. Флебитлар этиологиясида организмнинг сенсibiliзацияси муҳим рол ўйнайди. Бундай ҳайвонларда вена томири деворининг шикастланиши тромбофлебит шаклида кечади. Флебитлар патологик жараён атроф тўқималаран ўтганда ҳам ривожланиш мамкин.

Соғ ҳайвонларда қон томирни пункция қилиш асоратсиз кечади.

Клиник белгилар. Асептик флебитда бўйинтуруқ венанинг саҳасида шиш катта бўлиб ривожланмайди. Венани пальпация қилганда ҳайвон оғриқ сезади. Жараён сурункали кечганда венанинг девори ва атроф тўқималар зичлашади. Асептик тромбофлебитда бўйинтуруқ венанинг соҳасида зич, узунчоқ ҳосила аниқланади, оғриқ ва маҳаллий ҳароратнинг кўтарилиши кузатилади. Касалликнинг сурункали шаклида оғриқ сезилмайди. Агар тромб венини тўлиқ ёпиб қолмаса уни бармоқ билан қисганда томирнинг периферик қисми кенгайди.

Йирингли тромбофлебитда ҳайвоннинг умумий аҳволи ёмон, тана ҳарорати кўтарилган, иштаҳаси йўқолганлиги аниқланади. Бўйин ва бошнинг ҳаракатчанлиги чегараланади. Зарарланган венани пальпация қилиб бўлмайди. Бўйиннинг бўйинтуруқ вена соҳаси иссиқ, оғрийди, шишган. Венани бармоқ билан қисиб кўрганда унинг периферик қисми кенгаймайди. Касаллик оғирлашганда зарарланган жойда абсцесслар ривожланади. Тромб парчаланганда эса ўпкада йирингли метастазлар ривожланиш мумкин..

Таиҳис. Клиник белгилар ва анамнестик маълумотлар асосида қўйилади. Тери ости флегмона ва яллиғланиш шишидан фарклаш лозим.

Оқибати. Асептик флебит, парафлебит ва тромбофлебитларда - яхши. Венанинг йирингли яллиғланишларида – эҳтиёткор.

Даволаш. Асептик флебит ва тромбофлебитларда даволаш ишлари инфекциянинг олдини олиш ва тромб тезроқ сўрилиб кетишига йўналтирилади. Бўйинтуруқ вена соҳасида терига йод билан ишлов берилади. Биринчи кунда совуқ, кейинчалик эса иситувчи молажалар қилинади, плазмин парентерал юборилади, қисқа новокаин қамали бажарилади.

Тромб ҳосил бўлишининг олдини олиш ва мавжудини тезроқ сўрилишини таъминлаш учун венага, тери ости ёки мускул орасига гепарин юборилади. Бир кунга катта ҳайвонларга 150 000 Т.Б. (150 мг), кичик ҳайвонларга 5000-10000 Т.Б. (15 мг). Гепарин 4-6 соат таъсир қилади.

Оғиз орқали кукун ёки пилула шаклида дикумарин кунига 2-3 маротаба: отларга 0,5-2,0 гр, қорамолларга 0,8 - 2,5 гр, итларга, 0,02 - 0,1 гр дан берилади. Препарат кумулятив хусусиятларга эга бўлгани учун у 2 - 4 кун таъсир қилади. Флегмонозли тромбофлебитларда (тўқима таранглашишини камайтириш, қон айланишини яхшилаш, токсинлар чиқиб кетишини таъминлаш учун) вена устидаги тери бир неча жойдан узунасига кесилади.

Абцеслар очилади. Йирингли - некротик тромбофлебитда венанинг зарарланган қисми қесиб олиб ташланади. Венанинг зарарланган қисми олиб ташлангандан сўнг бўшлиқга 4 - 6 кунга антисептиклар билан дренаж қўйилади. Касал ҳайвонларга 3 - 4 кун фақат суюқ озуқа берилади.

Тромбофлебитларнинг олдини олиш мақсадида, тери остига кузғатувчи эритма тушганда, бу ерга натрий хлориднинг изотоник ёки новокаиннинг 0,5% ли эритмаси юборилади.

Назорат саволлари:

1. Бўйин умуртқалари синишининг клиник белгилари.
2. Бўйин умуртқаларининг синишини даволаш.
3. Қизилўнгач жароҳатларини келтирувчи сабаблар.
4. Қизилўнгач жароҳатларини даволаш.
5. Қизилўнгач дивертикулининг этиологияси ва клиник белгилари.
6. Бўйинтуруқ венанинг яллиғланишини келтирувчи сабаблар.
7. Бўйинтуруқ вена тромбофлебитининг клиник белгилари.
8. Асептик флебит ва тромбофлебитларни даволаш.
9. Йирингли-некротик тромбофлебитни даволаш.

3 - маъруза.

Мавзу: Яғрин ва кўкрак соҳаларидаги касалликлар.

- Режа:** 1. Яғрин соҳасидаги флегмоналар.
2. Яғрин соҳасидаги йирингли - некротик жараёнлар.
3. Кўкрак девори жароҳатлари.
4. Пневмоторакс.
5. Гемоторакс.

Асосий адабиётлар:

- | | |
|--|--|
| 1. Шакалов К., Башкиров В.А.,
Калашник И.А. и др. | Частная ветеринарная хирургия.
Л., Агропромиздат, 1986. |
| 2. Калашник И.А. Передера Б.Я.,
Русинов А.Ф. | Практикум по общей и частной
ветеринарной хирургии.
М., Агропромиздат, 1988. |
| 3. Белов А.Д., Плахотин М.В.,
Башкиров Б.А. и др. | Общая ветеринарная хирургия.
М., Агропромиздат, 1990. |

Қўшимча адабиётлар:

- | | |
|--|--|
| 4. Плахотин М.В. | Справочник по ветеринарной
хирургии. М., Колос, 1977. |
| 5. Белов А.Д., Беляков И.М.,
Лукьяновский В.А., | Физиотерапия и физиопрофи-
лактика болезней животных.
М., Колос, 1983. |

Таянч иборалар: Яғрин флегмонаси. Метастазлар. Цианоз. Тери ости, фасция ости ва мускуллараро флегмоналар. Йирингли окмалар. Анаэробли флегмона. “Ўлим крести”. Умуртка ўсимтасининг некрози. Суяк секвестрлари. Петрификатлар. Қийқимли-бурчакли, вертикал, сагитал кесимлар. Десмотомия. Кўкрак қафасининг жароҳатлари. Эмфизема. Перфорация. Ёпик пневмоторакс. Плеврит. Клапанли пневмоторакс. Атимпаник товуш. Окклюзив боғлам. Пневмопексия. Гемоторакс. Бўғиқ горизонтал чизик. Таракоцентез. Реинфузия.

1. Яғрин соҳасида патологик жараёнларнинг ривожланиши ва кечишида қуйидагилар муҳим аҳамият касб этади:

Кенг фасциал варақлар ва мускул қатламларининг қаватма – қават жойлашиши ва уларнинг орасида бўш бириктируви тўқиманинг мавжудлиги.

Бу тўқималарнинг деярли зич хосилалар (кўкрак умуртқаларнинг таналари ва ўсимталари, қовурғалар, пай ва пайчалар, курак суяги ва унинг тоғайи) орасида тифиз жойлашиши.

Яғриндаги тўқимали қаватларнинг кенг қўлламда ҳаракатланиши ва унинг натижасида экссудатив жараёнларнинг тарқалишига мойиллиги.

Яғрин флегмоналари – яғрин соҳасидаги юмшок бириктирувчи тўқиманинг диффузли ўтқир йирингли яллиғланиши.

Этиология. Яғрин флегмоналари қўпинча аралаш маҳаник ва биологик шикастлар натижасида келиб чиқади. Механик шикаст буйинтуруқ, эгар, кам

ҳолда бошқа жисимлар ёки йиртқич ҳайвонлар тишлаши натижасида келиб чиқади. Айрим ҳолларда йирингли яллиғланиш метастазлар сифатида инфекцион касалликларда ҳам ҳосил бўлиши мумкин (бруцеллёз, паратиф). Касаллик пайдо бўлишига аллергия ҳолат, чарчаш, қизиб кетиш, гиповитаминозлар, ориқлаш каби ҳоллар туртки бўлади.

Клиник белгилари. Яғрин флегмонасида бир-ёки икки томонлама диффузли таранг иссиқ ва оғридиган шиш пайдо бўлади. Тери таранглашиб ялтираб тўради. Тана ҳарорати 41°C гача ва ундан ҳам юқори кўтарилади. Юрак уриш ва нафас олиш тезлашади. Ҳайвон озукани қабул қилмайди, жабрланади, кўзнинг шиллик пардалари қизаради, буруннинг шиллик пардаси эса цианозга учрайди, оғзи қуриydi. Қонда ёш лейкоцитлар сони кўпаяди.

Тери ости флегмонасида 3 - 4 кундан сунг яллиғланиш белгилари сусайиб жараёнда юмшалиш ўчоқлари пайдо бўлади. 6-7 кунларда эса абцесслар ўз - ўзидан ёрилади. Фасция ости ва мускуллараро флегмоналарда йирингли бўшлиқлар чуқур жойлашганликлари сабабли улар 8-12 кундан сўнг ёрилади. Йирингли ўчоқлар ёрилиб йиринг ташқарига чиқгандан сўнг ҳайвоннинг умумий аҳволи анча яхшиналади. Йирингхоналар ўрнига яралар пайдо бўлади, уларнинг ичидан кўп миқдорда йиринг ва ўлган туқималарнинг парчалари ажралиб чиқади. Агар яра катта бўлиб унинг тешиги орқали йирингхона йиринг ва ўлган туқималардан тўлиқ тозаланса ҳайвон тузалиб кетади. Яра қичик бўлиб у орқали йиринг ташқарига тулиқ чиқолмаса йирингли оқмалар ҳосил бўлади ва жараён сўрункали шаклига айланади.

Яғрин соҳасининг анаэробли флегмонасида йиринг ҳосил бўлмайди, лекин урнида катта шиш ривожланади. Экссудат лимфага ўхшаш бўлиб ундан ўлакка хид килади. Ҳайвоннинг тана ҳарорати аввал кўтарилади кейин эса тушиб кетади (ўлим крести). Пульс сони 100 ва ундан ҳам зиёд тезлашади ва ҳайвоннинг аҳволи кескин ёмонлашади. Агар жараёнда йиринг ҳосил бўлса ҳайвоннинг аҳволи яхшиланади.

Ташҳис. Клиник белгилар ва пункция ёрдамида аниқланади. Ташҳис қўйишда қонни текшириш катта аҳамияга эга.

Оқибати. Бошланғич босқичларда антибиотикларни қўллаганда касаллик оқибати яхши, кечиктирилган ҳолларда - гумон, анаэробли флегмонада доимо гумон.

Даволаш. Яғрин флегмонасининг серозли инфильтрация босқичида (хўппозланишидан олдин) операция бажарилади. Бу билан тўқималарда патологик чўнтақлар ҳосил бўлиши ва некрознинг олди олинади. Тўқималар антибиотик-новокаин эритмаси билан инфильтрация қилинади. Жараёнга 4-5 кун давомида дренаж қўйилади. Яллиғланиш жараёнини сусайтириш мақсадида иккиламчи эртанги чоклар қўйиш мақсадга мувофиқ.

Яғрин соҳасидаги йирингли-некротик жараёнлар (бўйин усти пайи, умуртқалар ўсимталари, курак усти тоғайи, фасциялар некрози) олдиндан ҳосил бўлган ўткир йирингли жараёнлар билан патогенетик боғлиқ.

Клиник белгилар. Клиник жиҳатдан яра ва оқмалар ҳосил бўлиши аҳамиятга эга. Оқма йўллари тўғри бўлмай, мускул қаватларни айланиб ўтади ва қон томир ҳамда нервлар бўйлаб жойлашади. Эски оқмаларда оғриқ сезилмайди, аммо умуртка ўсимтасининг некрозида (йирингли остит, остеомиелит) оғриқ кучли бўлади. Оқмалардан чиқган суюқлик кўп миқдорда, суюқ ва қон аралаш (ўсимталар парчаланишида); бўйин усти пайи некрозида эса қуюқроқ ва сарғиш рангда; бурсанинг йирингли яллиғланишда эса шилимшиқ-йирингли бўлади.

Ташиҳис. Экссудатда тўқима толалари, майда суяк секвестрлари, онхоцерк ва петрификатларни аниқлаш муҳим аҳамият касб этади. Жараён чиритувчи инфекция билан ифлосланса сассиқ, чўнтақларда йиринг тўпланиб қолса ачиқ хид сезилади.

Оқибати. Умуртқа ўсимталарининг остеомиелити ва курак тоғайининг некрозида ёмон. Бўйин усти пайи некрозида зарарланган қисмлар олиб ташланса ва экссудат эркин оқиб чиқишга шароит яратилса ҳайвон 4-6 ҳафтада соғайиб кетади.

Даволаш. Яғрин соҳасидаги йирингли некротик жараёнларни даволашда оператив усул ёрдамида ўлган тўқималарни олиб ташлаш ва йиринг каналларини очиш терапиянинг асосини ташкил қилади.

Операцияда қўйидаги кесимлар қўлланади:

- қийқимли-бурчакли кесим энса бурсасининг йирингли яллиғланиши ва бўйин усти пайининг пластинкасимон қисми некрозида бажарилади. Қий қим асоси 15 см узунликда бўлиб учи пастга қаратилади.

- вертикал кесимлар кенг йиринхоналарни очишда қўлланади. Кесимлар ораси 7-10 см.

- сагитал кесим яғриннинг ўрта ва каудал қисмларида қўлланади. Кесим умуртқа ўсимталари ва бўйин усти пайига йўл очиш учун бажарилади. Кесим узунлиги 15 см дан ошмаслиги зарур.

Бўйин усти пайининг десмотомияси некротик жараён тарқалишига йўл қўймайди. Қон оқишни механик усул билан тўхтатиш қийин бўлгани сабабли, вена орқали қон кетишни камайтирадиган воситалар: қон зардоб, кальций хлориди юборилади. Операциядан кейин микробларга қарши воситалар, умумий антисептик терапия қўлланади.

2. Кўкрак девори жароҳатлари. Кўкрак қафасининг юзаки жароҳатлари тўлиқ ёки қисман кесиб тозаланганда одатда тезда даволанади. Жароҳат чуқур жойлашган мускул қатламларига бориб етганда асоратлар пайдо бўлиши мумкин. Бунда тўқималар орасига ҳаво сўрилиши натижасида, бош, бўйин соҳаларигача бориб етадиган эмфизема ривожланади. Ён томондан ичкарига йўналтирилган кўкрак қафасининг жароҳатлари уйқу артерияси, бўйинтуруқ вена, трахея зарарланиши билан кечиши мумкин. Кўкрак қафасининг пастки қисмлари жароҳатланганда кўкрак ташқи венаси зарарланади (кучли қон оқади). Чуқур, тифиз жароҳатларда (паншаха билан урганда) анаэробли инфекция ривожланишининг ҳавфи бор. Жароҳатга кириб қолган турли ёд жисмлар қорамолда инкапсуляцияга учрайди, отлада эса окма ҳосил бўлади.

Оқибати. Кичик юзаки жароҳатларда яхши; катта қон томирлар ва трахея жароҳатларида, анаэроблар билан ифлосланганда – ёмон.

Даволаш. Хирургик ишлов берш ва антисептик воситаларни қўллаш.

3. Пневмоторакс. Этиология ва патогенез. Кўкрак деворининг перфорацияси (тешилиши) ҳайвон ҳаётига ҳавф туғдиради. Ҳаво кўкрак қафасига ташқиридан ёки ўпканинг жароҳатидан кириб боради. Жароҳатдан сўнг ҳавонинг келиши тўхтаса ёпик пневмоторакс дейилади.

Очиқ пневмотораксда ҳаво нафас олиш вақтида кўкрак бўшлиғига кириб қайта чиқади. Клапанли пневмоторакс камроқ учрайди. Бунда девор плеврозининг қисми ёки мускул қатлами клапан ҳосил қилади. Бу ҳолатда ҳаво кўкрак бўшлиғига кириб қайта чиқмайди ва натижада унда босим ошаверади.

Клиник белгилар. Пневмотораксда ҳайвон безовталана бошлайди; нафас олиши тезлашади; юрак уриш сони кўпайди; шиллиқ пардалар кўкаради. Кейинчалик, плеврит ривожланиши билан ҳайвон жабрланади, тана ҳарорати ошади. Очиқ жароҳатдан суюқлик чиқиб туради. Перкуссияда атимпаник товуш эшитилади.

Оқибати. От, ит, қўй ва мушукларда икки томонли пневмоторакс ривожланишининг ҳавфи бор. Қорамолларда енгилроқ кечади. Пневмотораксдан олдин ўпка касаллиги мавжуд бўлса ёки ўпка ва плеврода йирингли жараён ривожланса оқибати ёмон.

Даволаш. Жароҳатдан ҳавонинг сўрилишига тўсқинлик қиладиган окклюзив боғламни қўллаш яхши самара беради. Тезда шокга қарши тадбирлар (венага 0,25% ли новокаин эритмасини юбориш, вагосимпатик қамал) ўтказилади. Ёпик пневмотораксда зиёд ҳаво сўриб олинади. Жароҳат ичига стрептоцид ва антибиотик аралашмаси ёки эмульсия киритилади. 3-4 кун антибиотикотерапия қўлланади. Жароҳат боғлам остида 8-9 кун қолдирилади, сўнг устига иккиламчи чоқлар қўйилади. Очиқ пневмотораксда хирургик ишлов берилади яъни жароҳат қаватма-қават тикилади; қовурғалар яқинлаштирилади (металл скобкалар билан); қовурғалар резекцияси

бажарилади; пневмопексия – ўпка девор плеврасига тикиб қўйилади. Барча ҳолатларда синган қовурғаларнинг учлари силлиқланади

4. Гемоторакс. *Этиология.* Қовурғалараро қон томирлар, кўкрак ички артерияси, ўпка қон томирлари, катта веналар зарарланганда плеврал бўшлиқда қон тўпланади.

Клиник белгилар. Чегаралланган қон қуйилиши аниқланмайди. Катта ҳайвонда 0,5 л ва кўпроқ тўпланса перкуссияда бўғиқ горизонтал чизик аниқланади. Ташҳисни аниқлаш учун таракоцентез қилинади. Плеврал бўшлиқда қон узок вақт суяк ҳолатда қолади. Гемоторакс аксарият ҳолларда пневмоторакс билан биргаликда кечади, шунинг учун у жуда хавфли ҳисобланади.

Даволаш. Қовурғалараро қон томирлар боғланади. Бошқа ҳолларда қон ивишини тезлаштирадиган воситалар қўлланади.

Қон камайишни тўлдириш учун ҳайвонга натрий хлориди, глюкоза эритмалари, қон қўйилади. Реинфузия яхши самара беради. Бунинг учун плевра бўшлигидан қон сўриб олиниб унга 1 литрга 150 мл ҳисобидан 10% ли кальций хлориди эритмаси қўшилади, 4 қават донадан фильтрация қилиниб бирданига венага юборилади. Реинфузия ёки қон ўрнини босувчи суяқликларни, юрак фаолиятини яхшиловчи воситаларни юборишда қон босими ошиб қайта қон кетиши ривожланиши мумкин, шунинг учун уларни секин ва кам – камдан юбориш зарур.

Назорат саволлари:

1. Яғрин соҳасидаги флегмоналарни келтирувчи сабаблар.
2. Яғрин соҳасидаги флегмоналарнинг кечиши ва клиник белгилари.
3. Яғрин соҳасидаги флегмоналарни даволаш принципи.
4. Яғрин соҳасидаги некротик жараёнлар келтирувчи сабаблар.
5. Яғрин соҳасидаги некротик жараёнларнинг хусусиятлари ва клиник белгилари.
6. Яғрин соҳасидаги некротик жараёнлар даволаш принципи.
7. Кўкрак девори жароҳатларини келтирувчи сабаблар.
8. Кўкрак девори жароҳатларининг хусусиятлари.
9. Пневмотораксни келтирувчи сабаблар.
10. Пневмоторакснинг кечиши ва клиник белгилари.
11. Пневмотораксни даволаш принципи.
12. Гемотораксни келтирувчи сабаблар.
13. Гемоторакснинг клиник белгилари.

4 – маъруза.

Мавзу: Қорин соҳасидаги касалликлар.

Режа: 1. Қорин девори жароҳатлари.
2. Қорин девори гематома ва лимфоэкстравазатлари.
3. Перитонитлар.
4. Чурралар тўғрисида тушунча, чурра турлари, клиникаси

ва даволаш усуллари.

Асосий адабиётлар:

1. Шакалов К., Башкиров В.А.,
Калашник И.А. и др.
2. Калашник И.А. Передера Б.Я.,
Русинов А.Ф.
3. Белов А.Д., Плахотин М.В.,
Башкиров Б.А. и др.

Қўшимча адабиётлар:

4. Плахотин М.В.
5. Нарзиев Д.Х.

Частная ветеринарная хирургия.
Л., Агропромиздат, 1986.

Практикум по общей и частной
ветеринарной хирургии.
М., Агропромиздат, 1988.

Общая ветеринарная хирургия.
М., Агропромиздат, 1990.

Справочник по ветеринарной
хирургии. М., Колос, 1977.

Ҳайвонлар анатомияси.
Тошкент, Меҳнат, 1986.

Таянч иборалар: қорин девори. Ички аъзолар. Ичаклар перфорацияси. Гематома. Лимфоэкстравазат. Қалқийдиган шиш. Пункция. Тампонада. Перитонит. Инкапсуляция. Битишмалар. Лапароскопия. Диагностик лапаротомия. Протеолитик ферментлар. Қорин чурраси, чурра халқаси, чурра халтаси, чурра ичидаги аъзолар. Киндик, чот, оралиқ чурралар. “озод” чурра, тўғрилаб бўлмайдиган, жойига тушмайдиган, қисилган чурра. ирсий нуқсон. Герниотомия. Аллопластика.

1. Қорин деворининг икки хил жароҳатлари мавжуд:

а) қорин бўшлигига ўтмайдиган. Бунда тери, клетчатка ва мускуллар шикастланиб, қорин пардасининг бутунлиги бузилмайди.

б) қорин бўшлигига кириб боровчи жароҳатлар. Бундай жароҳатларда қорин деворининг барча тўқималари ва ҳатто айрим ички аъзолар шикастланади.

Этиология. Жароҳатлар одатда шох, туёқ, тақа, ёд жисмлар ва ҳайвон тишлари билан келтирилади.

Клиник белгилар. Кесилган, чопилган ва йиртилган жароҳатларда оғрик, қон кетиши, жароҳат четларининг бир – биридан қочиши яққол намоён бўлади; санчилган ва ўқ текган жароҳатларда эса қон кетиши билинмаслиги ҳам мумкин. Жароҳат катта бўлса ундан чарви, ичак ва бошқа ички аъзолар чиқиб қолади. Ошқозон ёки ичаклар перфорациясида қорин бўшлиги

ифлосланади ва кейинчалик перитонит ривожланиши мумкин. Жигар, қон томирлар жароҳатланса қорин бўшлиғида қон тўпланади.

Таиҳис. Анамнез, клиник белгилар, жароҳат ревизияси натижалари асосида қўйилади.

Оқибати. Юзаки жароҳатларда – яхши. Қорин бўшлиғига кириб борувчи жароҳатларда – эҳтиёткор ёки гумон.

Даволаш. Биринчи навбатда жароҳатга бирламчи хирургик ишлов берилади. Кейин қисқа новокаин қамали қилиниб антисептик муолажалар бажарилади. Қорин девори қаватма – қават тикилади.

2. Қорин деворидаги гематомалар териости, субфасциал ва мускуллараро, тарқалиши бўйича – чегаралланган ва диффуз бўлиши мумкин.

Этиология. Гематомалар ёпиқ механик шикастланишларда ҳосил бўлади.

Клиник белгилар. Шикастдан сўнг тез катталашадиган, иссиқ ва флюктуация берадиган шиш ривожланади. Пункция қилинганда игнадан қон оқиб чиқади.

Таиҳис. Клиник белгилар ва пункция натижалари асосида қўйилади.

Оқибати. Янги оддий гематомаларда – яхши, инфекция билан ифлосланса – эҳтиёткор.

Даволаш. 4 – 5 кунларга бориб гематома игна ёрдамида ёки кесим орқали қон ва қон лахталаридан тозаланади ва гематома бўшлиғи антисептик эритма билан ювилади. Жароҳат қисман тикилади, унинг пастки қисми очик қолдирилиб, керак бўлганда ундан дренаж киритилади.

Қорин деворидаги лимфоекстравазатлар тери қавати остки тўқималардан травматик ажралишида ҳосил бўлади. Бунда лимфа томирлари узилиши натижасида янги ҳосил бўлган бўшлиқда лимфа тўпланади.

Этиология. Лимфоекстравазат кўпроқ қорамолларда учрайди. У ўтмас жисмларнинг қорин терисига нисбатан қия йўналишда урилганда ҳосил бўлади. Масалан ҳайвон йиқилганда, кичик эшикларда қисилиб қолганда, дарахтларга урилганда, транспортировкада ва бошқ..

Клиник белгилар. Гематомадан фарқи ўлароқ лимфоэкстравазат бирданига эмас, балки шикастдан кейин 3 – 4 кунларда пайдо бўлади. Дастлаб шикастланган жойда кичик қалқийдиган шиш ҳосил бўлади, сўнг бир hafta ичида шиш каттариб, халтасимон шаклга киради. Одатда маҳаллий ҳароратнинг кўтарилиши ва умумий реакция кузатилмайди.

Таъхис. Клиник белгилар ва пункция натижалари асосида қўйилади.

Даволаш. Ҳайвонга тинч шароит таъминланади, қисқа новокаин қамали бажарилади, 5 – 6 кунларга бориб лимфоэкстравазат оператив йўл билан очилади; ичидаги фибрин ва қон чиқариб ташланади; бўшлик Вишневский линименти ёки 5 – 10 % ли эфирдаги йодоформ эритмасига намланган салфеткалар билан тампонада қилинади. Жароҳатнинг юқориги қисми тикилади.

3. Перитонит – яъни қорин пардасининг яллиғланиши, барча ҳайвонларда, аммо кўпинча от ва қорамолларда учрайди.

Этиология. Аксарият ҳолларда қорин деворининг кириб боровчи жароҳатларида; хирургик операциялар – руменотомия, кесарча қирқиш, герниотомия, катта қорин ва ичакларни пункция қилишда асорат сифатида ҳосил бўлади. Ундан ташқари перитонит абсцессларнинг қорин бўшлигига очилиши; сийдик пуфаги, ичаклар, бачадон ёрилишида ҳам ривожланиши мумкин.

Клиник белгилар. Перитонитлар ўткир ва сурункали, тарқалиши бўйича чегераланган ва тарқалган бўлади. Чегераланган перитонит сўрилиб кетиши ёки инкапсуляцияга учраши мумкин.

Ўткир перитонитда умумий ҳарорат ошади, ҳайвоннинг иштаҳаси кескин пасаяди, нафас олиш ва пульс сонлари кўпаяди; яллиғланган соҳа таранглашган ва оғриқли бўлади. Ҳайвон жабрланади. Отлар терлайди ва қалтирайди. Қорамолларнинг тана ҳарорати фақат касаллик бошланишида кўтарилади. Уларда ошқозон бўлинмаларининг атонияси ривожланади. Касаллик одатда фибринозли ёки фибринозли – йирингли характерга эга.

Бундай яллиғланиш тури қорин бўшлигининг аъзоларида битишмалар ва абсцесслар ҳосил бўлишига олиб келади.

Ташиҳис. Клиник белгилар ва пункция натижалари асосида қўйилади. Аниқ ташҳисни қўйиш қийин бўлса лапароскопия ёки диагностик лапаротомия бажарилади.

Оқибати. Ўткир тарқалган перитонитларда – эҳтиёткор; чегараланган асептик перитонитда – яхши. Аммо бу ҳолда қорин пардаси ва ички аъзолар орасида кўп сонли битишмалар ҳосил бўлади.

Даволаш. Касалликнинг олдини олиш мақсадида В.В.Мосин бўйича қорин нервларининг қамали бажарилади. Битишмаларнинг олдини олиш учун протеолитик ферментлар, кислород ва антигистаминли препаратлар қўлланади. Протеолитик ферментларни қўллашдан олдин мускул орасига 8 – 10 мл 2,5 % ли дипразин ёки 2 – 3 % ли супрастин эритмаларини, кейин қорин бўшлигига 20 – 30 мг химотрипсин (50 мл 0,5 % ли новокаин эритмасида) билан антибиотикларни кунига бир маротаба 3 кун давомида юбориш лозим. Қорин бўшлигига 10 л кислородни юбориш яхши самара беради.

Даволашга иложи борица эрта ёндошиш лозим. Йирингли экссудатни чиқариб ташлаш учун қориннинг пастки қисмида пункция ёки кесим бажарилади.

4. Қорин чурраси деб ички аъзолар қорин пардасининг париетал қавати билан биргаликда қорин бўшлигидан ташқарига, тери остига ёки бошқа тўқималар орасига ва бўшликларга силжишига айтилади. Чурранинг анатомик элементларига чурра халқаси, чурра халтаси ва чурра ичидаги аъзолар киради.

Чурра халқасини патологик кенгайган табиий ёриқ (киндик халқаси, чот канали) ёки ёрилган қорин девори ҳосил қилади. Чурра халқаси кичик ёки кенг бўлиши мумкин ва кўпинча у вақт ўтиши билан кенгаяди.

Чурра халтаси қорин пардаси ва фасциядан ҳосил бўлиб кириш жойи, бўйин ва танасидан иборат.

Чурра узоқ вақт даволанмаса ичида бириктирувчи тўқимали тўсиқлар ҳосил бўлади. Қорин деворининг мускул қаватлари узилганда қорин пардаси

ва сарик фасция бутунлиги ҳам бузулиши мумкин. Бундай ҳолатларда ички аъзолар тери остига тушиб қолади ва клиник нуқтаи – назардан жараён чуррага, патолого – анатомик томондан эса - пролапсусга тўғри келади. Чурра ичидаги нарсалар чурра ҳалқасига яқин жойлашган тўқима, ички аъзолар қисмлари ҳамда трансудатдан иборат.

Чурралар таснифланиши: анатомик жойлашиши бўйича – киндик, чот, оралик ва бошқ.; келиб чиқиши бўйича - туғма (табiiй ёриқларнинг патологик шаклланиши, масалан чот каналининг кенглиги) ва орттирилган (қорин деворининг шикастлари, туғишда кучли зўриқиш, йиқилиш, оғир иш бажариш, ич кетиши) бўлади. Чурралар ривожланишига авитаминоз, нотўғри озиқлантириш, моцион камлиги, макро – микроэлементларнинг етишмаслиги, наслчилик ишларини нотўғри олиб бориш кабилар туртки бўлади.

Чурра ичидагиларнинг ҳолатига қараб тўғрилаб бўладиган ёки “озод” чурра, тўғрилаб бўлмайдиган, жойига тушмайдиган ва клиник нуқтаи – назардан зудлик билан операция қилишни талаб қиладиган чурраларнинг яна бир турига қисилган чурра дейилади. Чурранинг бу турида чурра ҳалтасига кириб – чиқиб турадиган ички аъзолар (ичак, чарви ва ҳ.) чурра ҳалтасининг бўйин қисмида, чурра ҳалқасига қисилиб қолади. Қисилган чурра эластик ҳалқаси торайганда ва ичакдаги озуқа массаси ўтмай қолганда ҳосил бўлиши мумкин.

Қорин чурраларини **киндик чурраси** мисолида кўриб чиқамиз. Киндик чурраси кўпинча чўчқа ва ит болаларида учрайди. Ундан келиб чиқадиган иқтисодий зарар сезиларли бўлади. 2,5 – 3 ойлик касал чўчқа болалари бошқаларига нисбатан бир-неча кг енгил келади, яъни ўсишдан қолади, айримлари эса ҳалоқ бўлади.

Этиология. Кўп муаллифлар фикрича бу ирсий нуқсон бўлиб, хомила она қорнида бўлганда унда кенг киндик ҳалқаси ҳосил бўлиши билан боғлиқ. Ундан ташқари бундай ҳайвонларда киндик вена, киндик артерияси ва ураҳус секин редуцияга учрайди. Уларнинг қолдиқларидан киндик – жигар ва киндик – пуфак каби боғламлар 5 ойлик касал ҳайвонларда ҳам топилган. Ундан

ташқари бу касаллик ҳайвон зўриқишида, қорин деворининг таранглашишида, киндик қўпол равишда узилганда; ич кетиши, қотиши ва қусишда ҳам ривожланади.

Клиник белгилар. Чурра тўқималарига инфекция тушганда абсцесс ривожланиши мумкин. Бундай абсцесс мустақкам пиоген парда билан қопланган бўлгани сабабли ўз – ўзидан ёрилмайди ва кучли умумий ўзгаришлар чақирмайди. Палпацияда чурра ҳалқаси ва ёнида юмалоқ, кам оғриқли флюктуация берадиган шиш аниқланади. Айрим чурраларда ҳалқа топилмайди.

Чурра диагностикасини мураккаблаштирадиган сурункали яллиғланиш жараёнларидан носпецифик киндик гранулёмасини айтиб ўтиш лозим. У одатда киндик тизимчасининг инфекцион яллиғланиши ёки қисилиб қолган чарвида грануляцион тўқима ўсишида кузатилади.

Даволаш. Консерватив даволаш усуллари (бандаж, ўткир қўзғатувчи малҳамларни суртиш, ҳалқа атрофига спирт ёки гипертоник эритмани юбориш) қўллаш яхши самара бермайди.

Даволашнинг энг яхши ва самарали усули герниотомиядир. Унинг қуйидаги хиллари мавжуд:

1. Нозиклашган, зарарланган ёки ярали тери унга ёпишиб қолган чурра ҳалтасининг бир қисми билан биргаликда кесиб олиб ташланади.

2. Тиғиз чурра ҳалқаси барча ҳолларда ҳам айлана чок билан ёпилади.

3. Репозиция қилиш (ичкарига қайта жойлаштириш) қийин бўлган чарви чурра ҳалтасининг зиёд қисми билан биргаликда кесиб олиб ташланади.

4. Массив, қалин деворга эга чурра ҳалтаси барча ҳолатларда ҳам кесиб очилади. Унинг ичак билан битишма ҳосил қилган қисми кесиб ажратилади ва ичак билан биргаликда ичкарига қайтарилади.

5. Чурра ҳалтаси жуда катта бўлганда уни бирданига кесиб олиб ташлаш хавфли, чунки бунда қорин ичидаги ичаклар кескин ташқарига чиқиб кетиши мумкин. Бундай чурра ҳалтаси оз – оздан кесилиб бирин – кетин чокланади.

6. Чурра ҳалқаси қандай чок билан ёпилмасин, уни мустаҳкамлаш учун терига ғўлачали чоклар қўйилиши зарур. Чок иплари тери билан биргаликда “оқ линия” га яқин турган апоневроздан ҳам ўтиши лозим.

7. Киндик чуррасининг рецидивларида аллопластика қўлланади. Бунинг учун лавсан, тефлон, фоторлон ва бошқа синтетик материаллар қўлланади.

8. Қисилган чурраларда ва чурра халтаси ёрилганда ичак резекцияси қилинишини доим эсда тутиш лозим.

Назорат саволлари: .

1. Қорин деворидаги жароҳатларнинг этиологияси, клиник белгилари ва уларни даволаш усуллари.
2. Қорин девори гематомасининг клиник белгилари ва уни даволаш.
3. Қорин девори лимфозэкстравазатларининг этиологияси.
4. Қорин девори лимфозэкстравазатларининг клиник белгилари ва уларни даволаш
5. Перитонитлар этиологияси.
6. Перитонитларнинг клиник белгилари.
7. Перитонитларни даволаш.
8. Чурралар тўғрисида тушунча.
9. Чурра турлари,
10. Чурра клиникаси ва даволаш усуллари.
11. Герниотомия тушунчаси ва унинг хиллари.

5 – маъруза.

Мавзу: Андрология.

- Режа:**
1. Баланопоститлар.
 2. Фимоз. Парафимоз.
 3. Бичишдан кейинги асоратлар: қон кетиши, чарви, умумий қин пардаси ва уруғдон тизимчасининг тушиб қолиши.
 4. Уруғдон халтаси флегмонаси.
 5. Фуникулитлар.

Асосий адабиётлар:

- | | |
|--|--|
| 1. Шакалов К., Башкиров В.А.,
Калашник И.А. и др. | Частная ветеринарная хирургия.
Л., Агропромиздат, 1986. |
| 2. Калашник И.А. Передера Б.Я.,
Русинов А.Ф. | Практикум по общей и частной
ветеринарной хирургии.
М., Агропромиздат, 1988. |
| 3. Белов А.Д., Плахотин М.В.,
Башкиров Б.А. и др. | Общая ветеринарная хирургия.
М., Агропромиздат, 1990. |

Кўшимча адабиётлар:

- | | |
|------------------|--|
| 4. Плахотин М.В. | Справочник по ветеринарной
хирургии. М., Колос, 1977. |
| 5. Нарзиев Д.Х. | Хайвонлар анатомияси.
Тошкент, Меҳнат, 1986. |

Таянч иборалар: препуций халтаси, постит, баланит. Смегма. Аччиқ сийдик. Препуций дивертикули. Ярачали балано – поститлар. Эрозия Халқасимон яра. Фиброзли тўқима. Трихомоноз, вибриоз. Буриштирувчи ва куйдирувчи воситалар. Сакрал, ўтказувчан, инфильтрацион анестезия. Суспензор боғлам. Вапоризация (буғлантириш), соллюкс лампаси, инфраруж, Фимоз, “қалбаки” фимоз. Парафимоз, парез, фалаж. Бичишдан кейинги асоратлар. Уруғдон халтасининг флегмонаси. Суспензор боғлам. Пенис. Илик ванна. Бичиш техникаси. Уруғ тизимчаси. Битишмалар. Фуникулитлар. Демаркацион тўсиқ.

1. Препуций халтасининг яллиғланиши (**постит**) ва жинсий аъзо бошчасининг яллиғланиши (**баланит**) барча турдаги эркак ҳайвонларда учрайди. Балано – поститлар айниқса кўп наслдор буқа, хўкиз, буйвол, қўқор ва хрякларда ҳосил бўлади.

Этиология. Балано – поститлар қуйидаги сабаблардан келиб чиқади: қорин девори ва препуцийнинг гўнг билан ифлосланиши; смегма йиғилиб қолиши сабабли препуций ичида сийдикнинг туриб қолиши; аччиқ сийдик билан препуций шиллиқ пардасининг таъсирланиши; механик шикастлар; специфик инфекциянинг таъсири (спирохета, вирус, замбуруғ, некротизация, стронгилята личинкалари ва бошқ.). Ундан ташқари буқаларда тигиз узун препуций, хрякларда препуций дивертикулининг мажбурияти препуций халтасининг яллиғланишига мойиллик яратади.

Клиник белгилар. Касаллик бошида ҳайвон реакцияларининг сустлиги ва тез – тез сийдик ажралиш холлари кузатилади. Препуций соҳасида тери шишган, иссиқ ва оғриқли бўлади. Препуций халтасидан серозли ёки сероз – шилимшиқ экссудат оқиб препуций тешигининг атрофидаги жунларни ўзаро ёпиштиради. Агар экссудат узоқ вақт оқса (1 ой) тешик атрофидаги тери мацерацияга учраб уни ярачалар қоплайди, тери остида эса йирингхоналар ривожланади. Касалликнинг ўткир даврида эркак ҳайвондаги ургочи ҳайвонларни қочириш хусусиятлари сусаяди.

Вақт ўтиши билан жараён жинсий аъзога, қорин девори ва уруғдон халтасига тарқалиши мумкин.

И.С. Черненко буқалардаги ярачали балано – поститлар 3 клиник босқичини ажратади:

1. Препуций тешигининг атрофида майда эрозия ва бир нечта юзаки яралар пайдо бўлади. Тери иссиқ, бироз шишган ва кам оғриқли. Жунлар ўзаро ёпишган. Препуций халтаси шишган, хомирсифат консистенцияли.

2. Препуций тешигининг атрофида юмшоқ халқасимон яра ҳосил бўлади. Яра кир – қўнғир рангли ихорозли экссудат билан қопланади. Сўнг ярачалар битта катта ярага бирлашади. Препуций деворида фиброзли тўқима ўсади, жунлар тўкилади. Сийдик ажратиш оғриқли кечади.

3. Энг оғир босқич бўлиб, жараёнга шиллиқ парда қўшилади; халқасимон яра қадоқлашади. Фиброзли тўқима ривожланганлиги сабабли препуций тешиги тораяди. Препуцийнинг охириги қисми зич, оғриқли, катта ва замбуруғсимон шаклда бўлади. Сийдик ажратиш қийин ва оғриқ билан кечади ва у ингичка, тарқоқ оқим билан тизиллаб чиқади.

Препуций бўшлиги йирингли – некротик экссудатга тўлади. Касал ҳайвон жабрланади, ориқлайди. Флегмоноз жараён ривожланганда препуций халтаси ва жинсий аъзо тўқималарининг некрози, сепсис ривожланиши мумкин.

Таъхис. Юқорида айтиб ўтилган клиник белгилар асосида қўйилади. Зараланиш даражасини аниқлаш учун, ўтказувчан анестезия ёрдамида жинсий

аъзо ташқарига чиқарилади. Микроскопия ва серологик текширишлар ёрдамида трихомоноз, вибриоз ва бошқа балано - поститлар бир - бирдан ажратилади.

Окибати. Кассалик бошланишида рационал даволаш усуллари қўллаш яхши самара беради. 2 - чи боскичда - эхтиёткор; 3 – боскичда - гумон; туқималарнинг кули некрозида-ёмон.

Даволаш. Ўткир ва ярим ўткир кечишда препуций халтаси шилимшиқ экссудатдан тозаланиб антисептик, яллиғланишга қарши, буриштирувчи ва қўйдирувчи воситалар қўлланади: калий перманганати (эритма ёки кукуни) бор кислотаси, йодоформ ёки нафталин билан; ок стрептоцид кукуни ёки эритмаси; риванол эритмаси; пенициллин, стрептоцид ва синтомицин кукунлари, эритмалари ёки малҳамлари. Дори воситаларини эркин киритиш мақсадида сакрал, ўтказувчан ёки инфильтрацион анестезияни бажариш керак.

Яралар калий перманганати ва бор кислотаси кукунларининг (1:3) аралшмаси билан ишланади. Ташқарига чиқиб қолган жинсий аъзо жойига киритилиб суспензор боғлам қўйилади. Тўқималарда фибринозли ўзгаришлар кечса вапоризация (буғлантириш), соллюкс лампаси, инфраруж, УЮЧ терапия, тўқимали терапия қўлланиши лозим. Ривожланган фимозда оператив даволаниш талаб қилинади.

Флегмонозли балано-поститларда тўқималар ичидаги босимни камайтириш, маҳаллий қон ва лимфа айланишини яхшилаш, токсик моддаларни чиқариш мақсадида тери юзасида майда кесимлар бажарилади.

2. Фимозда препуций тешигининг патологик торайиши натижасида жансий аъзони ташқарига чиқариб бўлмайди. Касаллик асосан айғир, буқа ва итларда учрайди. Агар ҳайвон шишган жинсий аъзонинг бошчасини ташқарига чиқаролмаса бунга “қалбаки” фимоз дейилади.

Клиник белгилар. Ҳайвон сийганда жинсий аъзони ташқарига чиқармайди. Уни сунъий йўл билан чиқариш қийин бўлади ёки умуман амалга

ошмайди. Сийиш қийин кечади ва ингичка оқим билан чиқади. Препуций халтасида ихорозли хидга эга смегма тўпланади. Пальпацияда шиш, оғрик ва маҳаллий ҳароратнинг кўтарилиши аниқланади.

Туғма фимозда биринчи соатлардаёқ ҳайвон безовталанади; санчик ва препуций халтасининг катталашиши кузатилади.

Оқибати. Ўз вақтида даволанса – яхши, препуций ўсмаларида – гумон.

Даволаш. Препуций бўшлиғи сийдик ва смегмадан тозалангандан сўнг оператив усул қўлланади.

Парафимоз – жинсий аъзонинг препуциал халқасида қисилиб қолиши. Бунда жинсий аъзо ташқарида қолиб препуций халтасига қайтиб кирмайди. Бичилган ҳайвонларда кам учрайди.

Этиология. Жинсий аъзонинг механик шикастланишлари, қўпол катетеризация, парез, фалаж, совуқ уриш, бичишдан сўнг шиш ривожланиши, ўсма, чандик, яралар; умумий холсизланиш.

Клиник белгилар. Жинсий аъзо пассив осилиб туради. Касаллик бошида уни ичкарига сунъий киритиш мумкин, лекин у бари – бир ташқарига чиқади. Тез вақтда жинсий аъзо шишади, таранглашади. Пенис (жинсий аъзо) осон шикастланиши сабабли унда қон қуйилиши, гематома, жароҳат, ярачалар ва некроз ўчоқлари пайдо бўлади.

Оқибати. Касаллик бошланишида даволанса – яхши. Яра ва ўсмаларда – эҳтиёткор.

Даволаш. Кичик яллиғланиш шишида Буров суюқлиги билан намланган докали салфеткалар ва кучсиз бинтлаш қўлланади; суспензор боғлам ёрдамида жинсий аъзо горизонтал ҳолатга келтирилади.

Шиш камайгандан сўнг жинсий аъзо препуцийга жойлаштирилади ва сунъий ушлаб турилади. Совуқ муолажалар ёрдам бермаганда иссиқ (вапоризация, илиқ ванна) муолажалар, камфора мойи ёки ихтиол малҳами билан массаж бажарилади. Даволаш муолажаларини кунига 2-3 маротаба ўтказиш лозим.

Яралар 1 % ли спиртли пиоктанин ёки бриллиант кўки билан ишланади. Патологик грануляцияга ляпис, мис купоросининг кукуни сепилади ёки унга киздирилган металлни босиш лозим. Фалажланган жинсий аъзо ампутация қилинади. Препуций тешиги торайганда операция қилинади.

3. Бичишдан кейинги қон кетиши операция вақтида – бирламчи; операциядан сўнг бир – оз вақт ўтганда – иккиламчи ва операциядан бир – неча кун ўтгандан сўнг – кечиккан бўлиши мумкин.

Этиология. Бичиш техникасининг бузилиши, носоз асбобларни қўллаш; қон томир касалликлари.

Клиник белгилар. Уруғ тизимчасидан қон томчилаб, кучсиз ёки кучли оқади. Айғир, буқа ва хрякларда уруғ тизимчаси қорин бўшлиғида узилса у ерда қон тўпланади. Катта қон йўқотилишида шиллиқ пардалар оқаради, пульс ва нафас олиш тезлашади, ҳайвонни титроқ босади.

Даволаш. Уруғдон ҳалтаси ёки умумий қин пардасидан чиқаётган қон гемостатик пинцетлар ёрдамида тўхтатилади. Уруғ тизимчасидан келаётган қон гемостатик пинцет, лигатура ёки тампонада ёрдамида тўхтатилади. Лигатурани тизимчанинг кесилган учидан 2 – 3 см баландроқ боғлаш лозим.

Катта қон оқишда ҳайвонга қон қуйилади, кальций хлориди (10 % - 150 мл), викасол (0,1 – 0,3 / 0,01 – 0,03 г дан кунига 2 -3 маротаба) қўлланади.

Чарви ва ичакнинг тушиб қолишини кўпинча айғир, хряк ва куёнларда кузатиш мумкин.

Этиология. Чот каналининг катталиги, чот чурраси, зўриқиш (операция пайтида), уруғдон тизимчасини қўпол равишда тортиб чиқариш.

Клиник белгилар. Чарви тушганда ҳайвон тинч туради, пульс нормал уради, оғриқ сезилмайди. Ичак одатда операция пайтида тушиб қолади бунда ҳайвон безовталанади, пульси тезлашади, санчиқ кузатилади.

Оқибати. Чарви ёки ичак ифлосланса, шикастланса ва шишган бўлса – гумон.

Даволаш. Чарви тозаланади, ювилади ва ифлосланган жойдан юқорида лигатура боғланади. Лигатурадан пастроқ жойи эса кесиб

ташланади. Ичак операция вақтида чиқиб қолса наркоз қўлланади. Ташқарига тушиб қолган ичак илиқ антисептик эритмага намланган матога ўралади (ифлосланишнинг олдини олиш учун) ва сўнг қорин бўшлиғига қайта киритилади. Умумий қин пардасининг четларига эса чоклар қўйилади.

4. Уруғдон халтасининг флегмонаси асосан иккиламчи ҳол бўлиб ҳисобланади ва бунга кўпинча операцион жароҳатига инфекция тушиши сабаб бўлади.

Этиология. Операция техникасини тўғри бажармаслик (кичик кесим, тўқималарни қўпол равишда ажратиш), асептика ва антисептика қоидаларини бузиш, операциядан кейинги даврда ҳайвонларни нотўғри сақлаш; анатомик ва конституционал хусусиятлар ва бошқа, микрофлоранинг тушишига шароит яратувчи омиллар.

Клиник белгилар. Клиник кўриниш турли бўлиши мумкин. Айрим ҳолларда асоратсиз, чегаралланган шиш ривожланади. Бир қатор ҳолатларда эса тарқалган шиш жуда тез пайдо бўлиб оғир асоратлар ҳосил бўлади.

Яллиғланиш шиши турғунлик шишдан қизариш, оғриқ, маҳаллий ва умумий ҳароратнинг кўтарилиши билан ажралиб туради. Операцион жароҳатни кўздан кечирганда уруғдон халтаси, уруғдон тизимчаси ва умумий қин пардасининг битишмалари кузатилади. Жароҳатдан серозли ёки серозли – фибринозли экссудат оқиб чиқади.

Флегмонада шиш бутун уруғдон халтаси ва хатто препуций, қорин девори ҳамда сон соҳаларига тарқалади. Ҳайвон жабрланади, иштахаси йўқолади, нейтрофилли лейкоцитоз ривожланади. Вақтида даволанмаса ҳайвон сепсисдан ўлиши мумкин.

Тишҳис. Клиник белгилар асосида.

Оқибати. Биринчи босқичда – эҳтиёткор; кечиктириб даволанганда – гумон ёки ёмон.

Даволаш. Экссудат оқиб чиқишига яхшироқ шароит яратиш мақсадида биринчи навбатда жароҳатни каттароқ очиб битишмаларни йўқотиш керак. Иккиламчи битишмаларнинг олдини олиш учун жараён ичига 5 % ли бор

малҳами суртилади. Эксудат янада тезроқ оқиб чиқиши учун жароҳатга йодоформли эфирда намланган дренаж киритилиши лозим (хар куни алмашилинади). Диффузли шишларда терида вертикал 2 – 3 см узунликда кесимлар бажарилади. Антибиотико-, патогенетик ва умумий терапия қўлланади.

5. Фуникулитлар (уруғдон тизимчасининг яллиғланиши). Бичишдан сўнг ҳосил бўладиган асоратларнинг орасида уруғдон тизимчасининг яллиғланиши энг кўп учрайди.

Этиология. Бичиш техникасига риоя қилмаслик (уруғдон тизимчасини узун қолдириш ва унинг кўп жойини эзиб шикастлаш, лигатурани қўпол боғлаш, қон томирларнинг қўпол шикастланиши), инфекция тушиши; ботриомикоз, актиномикоз ва бошқ..

Клиник белгилар. Тизимча тўқималарининг эзилган ёки қўполлик билан лигатура қўйилган жой яллиғланиш ўчоғи бўлиб ҳисобланади. У одатда асептик кечиши сабабли атрофида демаркацион тўсиқ ҳосил бўлади, натижада ўлган тўқималар сўрилиб кетади ёки ажралиб тушади.

Инфекция тушганда жараён септик кўринишни эгаллаб ўткир, ярим ўткир ёки сурункали шаклда кечади. Ўткир шаклида 3 – 5 кундан сўнг уруғдон халтасида бир ёки икки томонлама иссиқ ва оғриқли шиш пайдо бўлади ва уруғдон тизимчаси йўғонлашади. Айғирларда бичиш жароҳатидан йирингли, қорамолларда эса қон аралаш сассиқ экссудат ажралиб чиқади.. Ҳайвоннинг тана ҳарорати кўтарилади, у жабрланади, иштаҳаси йўқолади, қийин ҳаракатланади.

Жараён яхши кечганда 3 – 10 кунлардан сўнг чегараланиш белгиларини кузатиш мумкин, яъни яллиғланиш сусаяди. Ярим ўткир ва сурункали кечишида кўп сонли абсцесс, йирингли оқмалар ривожланади.

Оқибати. Ўз вақтида самарали даволашда – яхши. Сурункали кечишида – эҳтиёткор.

Даволаш. Ўткир шаклида битишмалар бартараф этилади. Операцион майдон антисептиклар билан ишланиб жароҳат ичига дренаж киритилади.

Антибиотикотерапия, паранефрал новокаин қамали бажарилади. Самара бермаса оператив усул билан зарарланган жой олиб ташланиши зарур.

Назорат саволлари:

1. Балано - поститларни келтирувчи сабаблар ва клиник белгилари.
2. Балано - поститларнинг ривожланиш боскичлари.
3. Балано - поститларни даволаш.
4. Фимоз тушунчаси, клиник белгилари ва даволаш усуллари.
5. Парафимоз тушунчаси, клиник белгилари ва даволаш усуллари.
6. Бичишдан кейин қон кетишининг клиник белгилари ва даволаш усуллари.
7. Чарви, умумий қин пардаси ва уруғдон тизимчасининг тушиб қолишида клиник белгилар.
8. Чарви, умумий қин пардаси ва уруғдон тизимчасининг тушиб қолишида даволаш ишлари.
9. Уруғдон халтаси флегмонасини келтирувчи сабаблар ва клиник белгилари.
10. Уруғдон халтаси флегмонасини даволаш.
11. Фуникулитларни келтирувчи сабаблар ва клиник белгилари.
12. Фуникулитларни даволаш усуллари.

6 – маъруза.

Мавзу: Оёқ касалликлари.

- Режа:**
1. Ҳайвонларда оёқ касалликларининг содир бўлиш даражаси ва улардан келиб чиқадиган иқтисодий зарар.
 2. Ҳаракат аъзоларининг статикаси ва динамикаси.
 - 2.1. Ҳаракат аппарати фаолиятининг бузилиш сабаблари.
 - 2.2. Қ.х. ҳайвонлар оёқларининг асосий функциялари.
 - 2.3. Ҳайвон оёқларининг статикаси ва динамикасида мускул, фасция, суяк, бўғим, пай ва боғламларнинг фаолияти.
 - 2.4. Тана мускулларининг ҳайвон ҳаракатидаги иштироқи.

2.5. Ҳаракат аъзоларининг амортизацион хусусияти.

3. Оқсоқланиш турлари.

Асосий адабиётлар:

- | | |
|--|--|
| 1. Шакалов К., Башкиров В.А.,
Калашник И.А. и др. | Частная ветеринарная хирургия.
Л., Агропромиздат, 1986. |
| 2. Калашник И.А. Передера Б.Я.,
Русинов А.Ф. | Практикум по общей и частной
ветеринарной хирургии.
М., Агропромиздат, 1988. |
| 3. Белов А.Д., Плахотин М.В.,
Башкиров Б.А. и др. | Общая ветеринарная хирургия.
М., Агропромиздат, 1990. |

Кўшимча адабиётлар:

- | | |
|------------------|--|
| 4. Плахотин М.В. | Справочник по ветеринарной
хирургии. М., Колос, 1977. |
| 5. Нарзиев Д.Х. | Ҳайвонлар анатомияси.
Тошкент, Меҳнат, 1986. |

Таянч иборалар: иқтисодий зарар. Статика ва динамика. Локомотор аппарат. Пай – боғлам аппарати. Таянч ва ҳаракатланиш. Протракция, ретракция. Ҳаракат цикли. Қадам. Осилиб туриш фазаси, Таянч фазаси Бирламчи контакт. Тана оғирлигини қабул қилиш. Экстензор, флексор, аддуктор, абдуктор, ротатор, тензор. Фиброзли қин. Букиш ва ёзиш. Кўкрак камари. Икки елкали ричаг. Ҳаракат координацияси. Амортизацион функция. Ҳаракат аритмияси. Осилиб турган оёқ оқсоқлиги. Таяниб турган оёқ оқсоқлиги. Аралаш оқсоқлик. “Шпат” оқсоқлиги, “хўроз юриш. ”Вақти – вақти бўладиган оқсоқлик.

1. Чорвачиликни соғломлаштириш йўлидаги ветеринария фаолиятида уй ҳайвонларининг оёқ касалликларини даволаш ва олдини олиш муҳим аҳамият касб этади.

Юқумсиз касалликлар орасида оёқ касалликлар ўртача 15 – 30 %, катта сутчилик хўжаликларда эса 66 – 88 % ни ташкил қилади. Шулардан бармоқлар аро ёриғига – 1,4 %, туёқ айланаси флегмонасига – 15 %, бармоқ юмшоғининг флегмонасига – 14 %, туёқ девори пододерматитларига – 9,1 %, туёқ ёрилишига 5 %, туёқнинг санчилган жароҳатларига – 3 %, эксунгуляцияга – 1,5 %, бармоқ суякларининг кариесига – 5 %, оёқ дистал қисмининг дерматитларига – 1,2 %, йирингли артритларга 10,3 %, периоститларга – 1,2 % тўғри келади (А.Г.Санин, 1978).

А.Н.Елисеев кўрсатишича, шикастланишларнинг умумий сонидан суяк ва бўғим ичи синишлар 10 – 14 % ни ташкил қилади. А.М.Атаева маълумот беришича йирик чўчкачилик хўжаликларда ҳайвонларнинг тос – сон бўғимининг чиқишлари юқумсиз касалликлардан 33 % ни ташкил қилади.

Қўйларнинг оёқларидаги шикастланишлар 25 – 42 % ларда учрайди.

Қ.х. ҳайвонлар оёқ касалликларининг асосий хусусиятлардан бири – улар кўпинча сурункали кечади. Натижада ҳайвонлар узок вақт мобайнида ишчанлигини ва маҳсулдорлигини йўқотади ва буларнинг барчаси албатта сезиларли иқтисодий зарар келтиради.

Оёқ касалликларидан келиб чиқадиган иқтисодий зарар кўп омиллардан келиб чиқади; масалан соғин сигирларнинг туёқлари зарарланганда уларнинг сут маҳсулдорлиги 70 – 80 % га камаяди, ҳайвонлар ориқлайди. Наслдор эркак ҳайвонлар қочириш хусусиятини йўқотади. Ҳайвонлардан соғлом бола олиш қийинлашади. Қўйлар кескин ориқлайди ва ҳатто ўладилар.

2.1. Ҳаракат аппарати фаолиятининг бузилиши қуйидаги сабаблардан келиб чиқади: терида - экзема, дерматит, куйишлар; тери ости клетчаткасида – флегмона, абсцесс, ётоқ яраси; фасцияларда – яллиғланиш, узилишлар; мускулларда – чўзилиш, узилиш, атрофиялар; пай – боғлам аппаратида – тендинит, десмоидит, контрактура, узилишлар; бурса ва пай қинида – бурсит ва тендовагинитлар; нервларда – неврит, парез, фалаж; суяк усти пардаси, суяк ва суяк илигида – периостит, остит, кариес, некроз, остеомиелит, актиномикоз, синишлар; бўғимларда – артрит, артроз, периартрит, анкилоз, чиқишлар; туёқ соҳасининг касалликлари.

Ундан ташқари локомотор аппаратининг фаолияти бошқа аъзоларнинг касалликларида (қон томирлар, ошқозон, ичак, эндокрин безлар); модда алмашинувининг бузилишида (рахит, остеомалация, авитаминоз), инфекцион (оқсил, бруцеллёз, паратиф ва бошқ.) ва инвазион касалликларда (онхоцеркоз) ҳам бузилиши мумкин.

Экстерьер камчиликларидан ташқари нотўғри озиқлантириш, моцион йўқлиги, туёқларни нотўғри ёки кечиктириб қирқиш, ҳайвонни нотўғри эксплуатация қилиш ҳам оёқ касалликларини чақирishi мумкин.

2.2. Қ.х. ҳайвонлар оёқларининг асосий функцияси – таянч ва ҳаракатланишдир. Ҳайвон тинч турган вақтда оёқлар унинг танасини кўтариб туради, ҳаракатда эса оёқлар ҳайвонни бир жойдан иккинчисига ўтишини таъминлайди. Ҳайвоннинг ҳаракатланиши скелет мускулларининг қисқариши ва олд ҳамда орқа оёқларнинг навбатма – навбат иши натижасида амалга ошади. Бунда иккита оёқ (диагонал бўйича) ерга таянса, қолган иккитаси ҳавода “осилиб” туради.

Ҳаракат аъзоларининг юқорида кўрсатилган физиологик функцияси уларнинг анатомик тузилишига боғлиқ бўлиб марказий нерв система, биринчи навбатда бош миyanинг катта ярим шарлар пўстлоғи орқали бошқарилади.

Локомотор аппарат суяк, мускул, пай ва боғламлардан тузилган. Оёқ суяклари ҳайвон танаси билан кўкрак (елка) ва тос (қорин) камарлари орқали бирикади. Оёқнинг юқориги сегменти массив мускулатура ривожланиши билан характерланади. Ўрта ва пастки сегментлар суяк – бўғим ва пай – боғлам аппаратларидан ва кам микдорда мускуллардан тузилган. Оёқ суяклари ўзаро бурчак ҳосил қилиб бирлашади ва мускулларнинг пай учлари ҳамда боғламлар билан фиксация қилинади (ушлаб турилади).

Оёқларнинг алоҳида бўғимлар ҳаракатини кўриб чиқганда, ҳаракат қуйидагилардан ташкил топганлиги аниқланади: протракция – бутун оёқнинг олдинга ҳаракатланиши (краниал) ва ретракция – оёқнинг орқага (каудал) силжиши.

Тўртала оёқларнинг тугалланган ҳаракати **ҳаракат циклини** ташкил қилади. Бир оёқнинг тугалланган ҳаракати эса **қадам** деб аталади.

Ҳаракатни анализ қилиш мақсадида қадам фазаларга бўлинади. Қадам босиш вақтида ҳайвон оёғи икки фазадан ўтади: **осилиб туриш фазаси** (протракция) ва **таянч фазаси** (ретракция). Ҳавода осилиб туриш фазасида, тўлиқ ретракциядан сўнг, ҳар бир оёқ 3 даврни кечиb ўтади: бўғимларнинг

букилиши ва оёқнинг кўтарилиши; краниал айланиш, яъни оёқ олдинга чиқарилаётганда у елка ёки тос – сон бўғимида айланади; оёқнинг тўғриланиши ва ерга қўйилиши. Таянч фазаси мобайнида оёқ яна 3 даврдан ўтади: ер билан бирламчи контакт; ўзига тана оғирлигини қабул қилиш; олдинга ҳаракатланиш.

Ҳайвон ҳаракатининг турли аллюрларида ўзгариши, оёқ бўғимлари бурчакларининг ўзгариши, давр давомийлиги ҳамда давр ва фазалар орасидаги ўтган вақтга боғлиқ. Олдиниги оёқлар ҳайвон танасини олдинга тортади, орқа оёқлар эса уни иттиради.

2.3. Ҳайвон оёқларининг статика ва динамикасида мускул, фасция, суяк, бўғим, пай, пай қинлари, боғлам ва бурсалар етакчи аҳамиятга эга. Айрим мускуллар битта бўғим фаолиятида қатнашса, бошқалари бир нечта бўғимлар ишида иштироқ этади. Узун мускуллар гистологик тузилиши жихатидан фақатгина мускул толалардан иборат бўлиб қолмасдан, айрим жойларида пайсимон тўқима билан мустаҳкамланади. Бу уларнинг чидамлилигини ошириб чарчасини анча камайтиради.

Мускуллар бажарадиган иши бўйича қуйидаги гуруҳларга бўлинади:

- Экстензорлар ва флексорлар – оёқнинг кўндаланг ўқи бўйлаб фаолият қилади. Экстензорлар бўғимнинг ташқи бурчагидан ўтади, флексорлар эса унинг ички бурчагида жойлашади.

- Аддукторлар - оёқнинг ички (медиал) юзасида ва абдукторлар - оёқнинг ташқи (латерал) юзасида жойлашади.

- Ротаторлар – оёқни ташқарига ёки ичкарига айлантирувчи мускуллар. Улар оёқнинг узанасига ўтган ўқига нисбатан қия жойлашади. Оёқни ташқарига қараб айлантирувчи мускуллар супинатор, ичкарига айлантирувчи мускуллар эса пронатор деб аталади.

- Тензорлар – фасцияларни таранглаштирувчи мускуллар.

Оёқ фасциялари, айниқса чуқурлари алоҳида мускул ва мускул гуруҳлари учун фиброзли қинни ҳосил қилади, мускуллар орасидаги ўзаро боғлиқликни таъминлайди, уларни скелет билан боғлайди, мускуллар ва тана

ишини координация қилади, пай – боғлам апаратининг ишида иштирок этиб ҳайвон толиқишини ва чарчашини камайтиради .

Эркин оёқлар скелети ҳайвоннинг тана оғирлигини ўзига олувчи ва уни кўтариб турувчи пассив таянч апарати бўлиб ҳисобланади. Ҳайвон ҳаракатланганда, ўзаро бурчак шаклида бириккан, ва мускулларнинг пайли учлари ҳамда боғламлар билан яхши фиксация қилинган суяклар, мускул ва пайлар ҳаракатга келтирувчи ричаглар ролини бажаради.

Оёқ суяқларининг анатом – гистологик тузилиши уларнинг физиологик функцияси билан тўғиз боғлиқ. Узун суяклар зич тўқимадан тузилган бўлиб устун ва ричаглар ролини ўйнайди. Суякнинг губкисимон қисмлари унинг бўғим учларида жойлашиб мустаҳкам ва енгилбўлади. Улар нисбатан катта ҳажмга эга бўлганликлари учун суякларнинг бўғим юзаларини кенг бўлишини таъминлайди.

Бўғимлар ҳаракат аъзоларининг орасида алоҳида ўрин тутадилар. Бўғимлар икки ва кўпроқ суякларнинг ўзаро бирикишида энг яхши дифференциал шакли ҳасобланади.

Оёқнинг асосий ҳаракатлари (букиш ва ёзиш) бўғимларнинг кўндаланг ўқи атрофида бажарилади. Бошқа ҳаракатлар (пронация, супинация ва ротация) уларнинг узунасига ўтадиган ўқи атрофида амалга оширилади. Аддукция ва абдукция фақат кўп ўқли бўғимлар (тос – сон ва елка – курак) орқали бажарилади.

Пай – боғлам апарати бир тарафдан ўзаро бирикадиган таянч суяк сегментларини (бўғимлар) ишончли ушлаб туради, уларнинг тана оғирлигидан букилиб кетишига йўл қўймайди ва иккинчи тарафдан статика (қисман динамикада ҳам) даврида оёқ мускулларининг ишини қисман бажаради.

Пай қинлари ва бурсалар оёқларнинг статика ва динамикасидаги роли – мускул, пай ва бўғимларни шикастланишдан химоялаш ва ўзаро ишқаланишини камайтиришдадир.

2.4. Ҳайвон танаси (бош билан биргаликда) ҳар бир оёқлар жуфтига нисбатан икки елкали ричаг функциясини бажаради. Олдинги калта елка

ролини бўйин ва бош, орқа елкани эса сағрин ва биринчи 2 -3 чи дум умуртқалари ўйнайди. Ҳар бир оёқлар жуфтига нисбатан тананинг айланиш вазифасини (кўтариш ва тушириш) ўнг ва чап оёқларни бирлаштирувчи кўндаланг ўқлар бажаради (куракларнинг юқориги учлари, тос – сон бўғимлари).

Бош ва бўйин тана оғирлигини оёқлар орасида тақсимлайди ва олд оёқлар билан тигиз боғланганлиги сабабли барча ҳаракатларда иштироқ этади. Бу боғланиш мускуллар бўйин умуртқалари, бўйин усти пайи ва калла суяги билан бевосита тигиз бирлашиши орқали бажарилади.

Иккала жуфт оёқлар ҳаракатининг координацияси тананинг орқа – кўкрак ва бел – қорин бўлинмалари орқали бажарилади. Бу иш асосан кўкрак камари, тос, сон, ва тизанинг бир қатор мускулларнинг кўкрак, бел, сағри, дум умуртқаларига ва қовурғаларга бевосита фиксация қилиниши ҳамда орқа, кўкрак ва қорин мускулларнинг ўзаро тигиз бирлашиши натижасида амалга оширилади.

Ҳайвон танасининг оғирлигани ўнг ва чап оёқлар орасида марказлаштириш камарлар ва тана мускулларининг бир томонлама қисқариши орқали бажарилади.

2.5. Ҳаракат аъзоларнинг амортизацион ёки буферли функциясини анатомио – физиологик мослама - суяк – пай – мускул ва боғламлар аппаратлари таъминлайди. Бу аппаратларнинг физиологик вазифаси – тана ва ҳаракат аъзоларни ҳаракат вақтида кучли тебраниш ва микрошикастлардан сақлаш, оёқларнинг ўрта сегментларига тана оғирлигини эластик қобул қилишдир.

Ҳайвон оёғида 3 асосий амортизаторлар мавжуд: проксимал, ўрта ва дистал. Проксимал амортизатор ролини кўкрак оёғининг юқори сегмент мускуллари, курак – елка ва тирсак бўғимининг боғламлари; орқа оёқларда – тоғай менисклар ҳамда тиза ва сакраш бўғимларнинг боғламлари ўйнайди. Ўрта амортизатор ролини олд ва орқа оёқларда бармоқ фалангалари ва

кунжутсимон суякчаларнинг боғлам аппарати ҳамда бармоқ букувчи пайлар ўйнайди. Дистал амортизатор ёки рессорли механизм ролини туёқ бажаради.

Қўшимча амортизаторларга бўғим тоғайлари ва боғламлари, фасция, бурса, пай қинлари, сакраш ва билакузук бўғимларнинг калта суякчалари киради.

3. Оқсоқланиш турлари. Оёқларнинг кўпгина касалликлари функцияларининг бузилиши ва ҳаракат аритмияси билан кечади. Касал ҳайвоннинг оқсаш тури патологик жараённинг анатомио – топографик жойлашиши ва уни келтирувчи сабаблар билан боғлиқ. Оқсашларни таснифлаш катта амалий аҳамиятга эга, чунки у оёқ касаллигининг табиати ва характери кўрсатиб, ташхис қўйишни осонлаштиради.

Оёқ фаолиятининг бузилиши унинг ҳавода “осилиб” турган ёки ерга таяниб турган даврига тўғри келади ва қадам қисмларининг қисқариши ёки узайиши билан характерланади.

Соғ ва касалланган оёқнинг қадами икки қисмдан (ярим қадамлар) иборат – биринчи ёки орқа ва иккинчи ёки олд қисмлар. Оқсоқламайдиган ҳайвонда қадамнинг иккала қисмлари бир узунликда, оқсайдиганда эса ҳар – хил, қадамнинг умумий узунлиги эса соғ ва касал ҳайвонда бир хил бўлади.

Оқсоқликнинг 3 асосий тури мавжуд: осилиб турган оёқнинг оқсаш, таяниб турган оёқнинг оқсаш ва аралаш. Ундан ташқари вақти – вақти бўладиган, абдукция ёки аддукция билан кечадиган, оёқни олдинга чиқариб ёки орқага узатиб оқсоқланиш каби оқсоқликлар кузатилади.

Осилиб турган оёқ оқсоқлиги оёқни олдинга кўтариб чиқаришда аниқ намоён бўлади. Кўпинча бундай оқсоқлик оёқни олдинга чиқарадиган маскуллар касалланганда ривожланади. Ҳайвоннинг касалланган оёғи секин ҳаракатланади, ердан етарлича кўтарилмайди ва олдинга қараб тўлиқ чиқарилмайди. Ҳайвон уни соғ оёқга яқин қўяди, яъни қадамнинг иккинчи – олд қисми қисқаради.

Таяниб турган оёқ оқсоқлиги амортизация даврида, у ердан узилганча оғриқ сезилиши сабабли пайдо бўлади. Бу оқсоқлик туёқнинг барча

касалликларида, бармоқ суякларининг синишида, статик аппаратнинг пайлари узилганда, таяниш учун оёқни ёзадиган мускуллар фалажида намоён бўлади: олд оёқларда – билак нерви (елканинг уч бошли м.), орқа оёқларда – сон нерви (соннинг тўрт бошли м.). Таянганда оғриқ сезилиши туфайли, ҳайвон таяниш фазасини қисқартиришга интилади ва натижада соғ оёғини олдинга тўлиқ чиқармай уни касал оёқнинг ёнига қўяди. Бунда қадамнинг орқа яъни биринчи қисми қисқаради.

Аралаш оқсоқлик иккала фазада ҳам намоён бўлиши мумкин. Уни проксимал – курак – елка ва тос – сон бўғимлар зарарланганда, елканинг икки бошли мускули ва дўнгликлараро бурса яллиғланишида яққол кузатиш мумкин. Аммо кўпинча бу хилдаги оқсоқлик оёқнинг дистал қисмлари зарарланганда ривожланади.

“Шпат” оқсоқлиги ёки “хўроз юриш” (касалланган оёқ бўғимларининг тез букилиши ва секин, нотекис ёзилиши) барча сурункали ноэксудатив артритларда, айниқса орқа оёқларда кузатилади.

Вақти – вақти бўладиган оқсоқлик асосий артериал стволлар тромбози ва эмболиясининг кардинал (асосий) белгисидир. Олд оёқларда – қўлтиқ ва елка артериялар; орқа оёқларда – ташқи ёнбош артерияси ёки қорин аортаси. Ўрта ва сон артерияларнинг ўтказувчанлиги пасайганда оқсоқлик билинмайди.

Бундай оқсоқлик фақат ҳайвон чопганда 3 – 4 дақиқадан сўнг билинади. Бу ҳолат мускуллар иши жадалланиши сабабли уларда ишемия ва контрактура пайдо бўлиши билан боғлиқ. Чопиб кетадиган ҳайвон бирданига тўхтайти ёки йиқилади. Бир неча дақиқадан сўнг у дам олиб яна ўрнидан туради, унинг юрак фаолияти яхшиланади ва оқсоқлиги йўқолади. Тез чопганда пайдо бўлган оқриқ шокга олиб келиши мумкин.

Назорат саволлари:

1. Ҳайвонларда оёқ касалликларининг содир бўлиш даражаси.
2. Оёқ касалликларидан келиб чиқадиган иқтисодий зарар.
3. Ҳаракат аъзоларининг статикаси ва динамикаси тушунчаси.

4. Протракция, ретракция. Ҳаракат цикли. Қадам тушунчалари.
5. Ҳаракат аппарати фаолиятининг бузилиш сабаблари.
6. Қ.х. ҳайвонлар оёқларининг асосий функциялари.
7. Ҳайвон оёқларининг статикаси ва динамикасида мускул, фасция ва суякларнинг фаолияти.
8. Ҳайвон оёқларининг статикаси ва динамикасида бўғим, пай ва боғламларнинг фаолияти.
9. Тана мускулларининг ҳайвон ҳаракатидаги иштироқи.
10. Ҳаракат аъзоларининг амортизацион хусусияти.
11. Оқсоқланиш турлари.
13. Осилиб турган оёқ оқсоқлигининг сабаблари ва белгилари.
14. Таяниб турган оёқ оқсоқлигининг сабаблари ва белгилари.
15. Аралаш оқсоқликнинг сабаблари ва белгилари.
16. “Шпат” оқсоқлигининг сабаблари ва белгилари.
17. Вақти – вақти бўладиган оқсоқликнинг сабаблари ва белгилари.

3 - МАЪРУЗА.

МАВЗУ: ЯҒРИН ВА КЎКРАК СОҲАЛАРИДАГИ КАСАЛЛИКЛАР.

Режа: 1. Яғрин соҳасидаги флегмона

**2. Яғрин соҳасидаги йирингли - некротик
жараёнлар.**

3. Кўкрак девори жароҳатлари.

4. Пневмоторакс.

5. Гемоторакс.

Асосий адабиётлар:

- | | |
|---|--|
| 1. Шакалов К., Башкиров В.А.,
Калашник И.А. ва бошқ. | Частная ветеринарная
хирургия..
Л., Агропромиздат, 1986. |
| 2. Калашник И.А. Передера Б.Я.,
Русинов А.Ф. | Практикум по общей и частной
ветеринарной хирургии.
М., Агропромиздат, 1988. |
| 3. Белов А.Д., Плахотин М.В.,
Башкиров Б.А. и др. | Общая ветеринарная хирургия.
М., Агропромиздат, 1990. |

Қўшимча адабиётлар:

- | | |
|--|--|
| 4. Плахотин М.В. | Справочник по ветеринарной
хирургии. М., Колос, 1977. |
| 5. Белов А.Д., Беляков И.М.,
Лукьяновский В.А., | Физиотерапия и физиопрофи-
лактика болезней животных.
М., Колос, 1983. |

Таянч иборалар: Яғрин флегмонаси. Метастазлар. Цианоз. Тери ости, фасция ости ва мускуللари флегмоналар. Йирингли оқмалар. Анаэробли флегмона. Умуртка ўсимтасининг некрози. Суяк секвестрлари. Петрификатлар. Қийқимли-бурчакли, вертикал, сагитал кесимлар. Десмотомия. Кўкрак қафаси жароҳатлари. Эмфизема. Перфорация. Ёпик пневмоторакс. Плеврит. Клапанли пневмоторакс. Атимпаник товуш. Оклюзив боғлам. Пневмопексия. Гемоторакс.. Таракоцентез. Реинфузия.