

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

Х.МУСАЛАТОВ, Г.ЮМАШЕВ, Л.СИЛИН

ТРАВМАТОЛОГИЯ ВА ОРТОПЕДИЯ

Ўзбекистон фан арбоби, профессор Ш.Ш. Хамраев тахрири остида узбек
тилида тайёрланган

*Ўзбекистон Республикаси олий ва урта махсус таълим
вазирлиги томонидан тиббиёт олий укув юртлари учун
дарслик сифатида наширга тавсия этилган*

Тошкент
2007 й.

54.58

Мусалатов Д.А

Т75 Травматология ва ортопедия: Олий ўқув юртлари учун дарслик
/ Х-А.Мусалатов, Г.С.Юмашев, Л.Л.Силин ва бошк Х.А.Мусалатов,
Г.С.Юмашев таҳрири остида қайта ишланган ва тулдирилган 4-
нашридан таржима; Таржимонлар: проф. Ш.Ш.Хамраев,
Н.М.Курбонов, С.У.Асилова, доц. СМ. Маннонов, Б.С. Турсунов; Ш.Ш.
Хамраев таҳрири остида; ЎзР олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги. -
Т.: Iqtisod-moliya, 2007. - 532 б. Юмашев Г.С., Силин Л.Л. ва бошк.

Дарсликнинг тўртинчи наشري (учинчиси 1990 йилда чиққан) катта ёшдаги кишилар ва болаларда таянч-харакат тизимининг типик шикастланишлари ва касалликлари ҳозирги замон даражасида баён қилинган. Диагностиканинг замонавий методлари, даволашнинг меҳнат қобилиятини тез тиклашни таъминлайдиган нодир ва синовдан ўтган янги усуллари тақдим қилинган.

ББК 54.58я73

© Москва, «Медицина», 1995
ISBN 5-225-02737-7 © Муаллифлар жамоаси, 1995
181Ш 978-9943-13-029-6 © «IQTISOD-MOLIYA», 2007

СЎЗ БОШИ

Травматизм даражасининг юқорилиги ва таянч-харакат тизимининг шикастланиши натижасида ўлим ва ногиронликнинг кўплиги ёш шифокорларнинг мутахассислигидан катъий назар ўтқир травма-тологик жароҳатланишда тезкор тиббий ёрдамни тўғри ва сифатли таъминлаш учун уларнинг малакасини ошириш зарурлигини такозо этади.

Муаллифлар травматология ва ортопедия бўлимларини ёзишда тиббиёт амалиёти ва олий тиббий таълим дидактик принципларига амал қилиб, тегишли масалалар бўйича билимларни шакллантиришга, тезкор ёрдамга мухтож бўлган беморларга ҳақимлик ёрдамини кўрсатишга ҳаракат қилганлар.

Шу билан бирга, талабалар бу фанни ўргангандан кейин типик шикастланишлар ва таянч-харакат тизими касалликларида, шикаст етганда зарур тез ёрдам кўрсата олиш, касалликни даволаш усулларини ишлатишда кўрсаткичларни аниқлаш, мутахассислар билан биргаликда шикастланганларга комплекс даволаш усулларини ўтказиш, турли ёш гуруҳларда ва катта одамларда типик тугма ва орттирилган ортопедик касалликларда таъхис қўйишни ўрганишлари, кейинги даволаш вариантлари ва истиқболларига баҳо бера олишлари керак

Муаллифлар дарслик юзасидан билдирилган ҳамма мулоҳазаларни бажонидил қабул қиладилар.

БИРИНЧИ ҚИСМ

ТРАВМАТОЛОГИЯ ВА ОРТОПЕДИЯНИНГ УМУМИЙ МАСАЛАЛАРИ

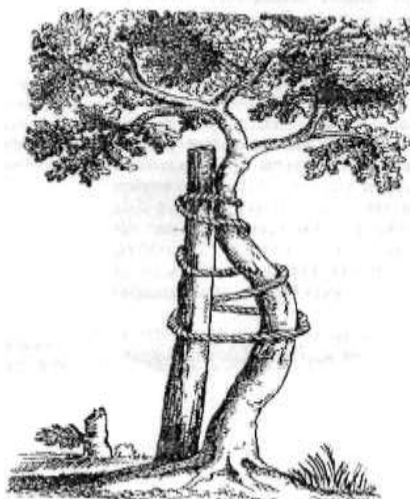
1 - б о б. ТРАВМАТОЛОГИЯ ВА ОРТОПЕДИЯНИНГ
РИВОЖЛАНИШ ТАРИХИ

Янги курсни ўргана бошлашда ҳар доим дефинициялардан, яъни, аниқ мантиқан ифодалаш, у ёки бу тушунчанинг мазмунини аниқлашдан иборат.

Травматология - инсон танаси шикастланишларини ўрганувчи фан.

1-расм. Тўғриланаётган дарахт расми.

Николаас Андри китобида бу ортопедия эмблемаси бўлди.



Ортопедия - мураккаб грек сўзи бўлиб, orthos - тик тўғри + paideia - тарбия маъносини англатади.

«Ортопедия» термини 1741 йилда француз олими Николаас Андри томонидан тавсия этилган бўлиб, болаларда қўл-оёқ дефор-мациялари принципини ифодалашда у кийшик ўсаётган дарахтга тўғри таёкчани боғлаб, тўғрилашни мисол тарикасида келтиради. Н.Андри чизган расми ортопедия рамзи бўлиб колди (1-расм).

Хозирги кунда ортопедия деганда биз инсон танаси деформацияларини ўрганувчи, аниқловчи ва тузатувчи фаннинг бир қисмини тушунамиз.

Палеопатологиянинг янги маълумотлари тиббиёт тарихида муҳим аҳамиятга эгадир. Палеопатология — ибтидоий жамоа тузуми даврида яшаган одамлар организмида носоғлом ўзгаришларни ўрганувчи фан хисобланади.

Одамларда касалликлар ва шикастларнинг излари унинг бугун тараккиёт даврида, питекантропдан то неандерталгача шаклла-нишида аниқланган. Археологлар изланишлари шуни аниқ кўрсатадики, палеолит

даврида, бундан 100 минг йил мукаддам неандертал одамлар шикастланишларда ёрдам кўрсатишган.

Неандерталларнинг суяк колдиклари текширилганда уларнинг хаётлик пайтларида турлича шикастланишлар: синган ўмров, билак тирсак ва курак суякларининг тўғри битганлиги аниқланган.

Шу кунларгача етиб келган «Хаёт китоблари» - Аюрведада бундан неча минг йиллар илгари кадимий хинд хакимлири кўл-оёқларни ампу-таиия қилгани, бурун, кулоква лабда пластик операцияларни (хинд усули бўйича) бажаришгани ёзилган. Суяклар синганда уларни тортиш ва карама-карши тортиш йўли билан ўрнига солинган, турли бойламлар қўйиш ва бамбукдан ясалган тахтакачларда даволаш усуллари ишла-тилган.

Хитойда жароҳатларни, суяк синишларни ва бўғим чиқишларни жаррохлик усулида даволашган, турлича шиналар тайёрланган ва ампутация қилинган оёқлар учун протезлар ишлаб чиқилган. Оғриқсизлантириш мақсадида мандрагора, опий, наша, зигир ўсимлиги шарбати ва бошқалар ишлатилган.

Месопотамияда ҳам жаррохлик нисбатан анча юқори даражада ривожланган.

Кадимий Мисрда жаррохлик юқори савияда тараккий қилган.

Папирусдаги афсонавий муаллиф, илохийлаштирилган хаким Имхотек (Смит Папирус) ўртача шохлик даврига таълукли бўлиб, эрамиздан икки минг йил илгари ёзилган, унда 48 хил шикастланиш турлари ва катор жаррохлик муолажалари келтирилган.

Кадимий Юнонистонда жаррохлик бундан ҳам юқори даражада ривожланган эди. Кадимий юнон хакимлири жаррохликнинг асосан травматология ва бойламлар хақидаги фан - десмургия билан шугул-ланишган.

Кадимги даврда юнонлар анатомиядан махсус билимга эга эмас-дилар, чунки ўликларни ёриб кўрмаганлар. Уларда инсон танасининг тузилиши тўғрисида фақат эмпирик тушунча бўлган.

Тиббиётнинг отаси Гиппократнинг (эрамиздан илгари IV асрда яшаган) бизнинг фанимизга кўшган хисаси беқиёсдир.

Гиппократнинг жаррохликка бағишланган «Синишлар хақида», «Бошнинг жароҳатлари хақида», «Бўғимларни жойига солиш хақида» ва бошқа асарлари Кадимги Юнонистонда боғламлар, жаррохлик аппаратлар тўғрисидаги, жароҳатлар, суяк чиқишлари, бош, жумладан бошнинг юз қисми шикастларини даволаш тўғрисидаги таълимотлар жаррохликнинг юксак даражада ривожланганидан далолат беради. Гиппократнинг «Бўғимларни жойига солиш хақида»ги асарида «Гиппократ тахтачаси» (2-расм) ва чиккан суякларни ўрнига солиш учун Дастакли мослама «Гиппократ ўриндиги» тасвирлаб берилган (3-расм).



«Гипократ калпоги» деб аталадиган боғлам жарроҳликда хозир ҳам ишлатилади.

Кадимий Рим маданият, фан ва тиббиёт соҳаларидаги ютуқларни Кадимий Юнонис-тондан олган.

Эрамиздан аввалги I асрда Корнелий Цельс «Тиббиёт хаки-да» трактат ёзган, Цельс - рим-лик эркин фукаро, аслзодалар оиласининг фарзанди бўлиб, у тўла маънодаги даволовчи хаким бўлмаган.

2-расм. Ёгоч мосламада чивдан елка суягини Гипократ усулида ўрнига солиш. Цельс трактатининг «Тиббиёт хакида»ги саккизинчи китоби суяк жарроҳлиги масалалари ва травматологияга,

IV-X боблар суяк синишларига, XI-XXV боблар суяк чиқишларига багишланган. Бу боблар Гипократнинг «Синишлар хакида», «Бўғимлар Хакида» китобларидан ўзининг жиддийлиги, қисқа ва аниқ ёзилиши билан фарқ килади. Цельс суяк синишларини қўллар ёрдамида тортиш ва карама-карши тортиб, ўрнига солишга эътибор бериб, шу мақсадда махсус ричаг ва винт ёрдамида тортишга асосланган аппаратлардан фойдаланди, иммобилизация киладиган боғламлар ва турлича шиналарни ишлатган. Цельс шикастланишлар оқибатида учрайдиган гангрена ва бўғимларнинг котиб колишининг олдини олиш чораларига катта аҳамият берган.

Очиқ синишларда жароҳатга ишлов бериш — жарроҳнинг муҳим вазифаси: «жароҳат суякка нисбатан кўпроқ эътиборга лойик бўлиши керак» дейилган.

Цельс суяклар секин битаётганда унинг бўлакларини иккиламчи таъсирлантиришни тавсия этган.

Суюкларнинг бўкимлардан чиқишига оид бобларда умумий таъриф берилиб, «сувга калла ташлаганда юз берадиган чиқишлар», антик тиббиётда илк марта тасвирланган чиккан елкани ўрнига солиш учун ишлаб чиқилган махсус «курак» Гиппократ таклиф қилган усулдан фарқ килади.

Рим империяси емирилгандан сўнг тиббиёт фанининг таракдиёти неча асрлар давомида тўхтади ва араб халифаликлари даврида шарқда яна таракдий кила бошлади.

Бу даврнинг энг ёркин ва буюк намояндаси Ибн Сино эди. Шарқнинг буюк олими Абу Али ибн Сино (Авиценна) 980 йилда Бухоро шахрида таваллуд топган.

Абу Али ибн Сино тиббиёт соҳасида яратган ажойиб асарлари билан ўз номини адабийлаштирди, булар орасида «Тибб конунлари» асари асосий ўринни эгаллайди ва бу асар XVII асргача шарқ ва гарб ҳақимлари учун асосий дастури амал бўлиб келган.

«Тибб конунлари»нинг тўртинчи китобида муаллиф жароҳатлар, суюк касалликлари, синиш ва чиқишлар хусусида батафсил тўхталиб, уларни даволаш усулларини ҳам тасвирлаб берган. Аллома тавсия этган жаррохлик усуллари оқилона ва қўлланишга арзигулик бўлган.

Суюк чиқишларини ўрнига солиш усуллари багишланган боблар узоқ даврлар мобайнида Ўрта Осиё ва гарб давлатлари жаррохлари учун асосий қўлланма бўлиб келган. Елка чиқишини бевосита ўрнига солиш «Авиценна усули» деган ном олган. Замоनावий адабиётларда эса бу усул «Мотто усули» деган ном билан аталган.

Ибн Сино синиқларни даволашни ҳар томонлама ва чуқур изохлаш билан бир каторда, уларнинг синган сатҳи, сегментлари, жойлашуви ва ҳолатига қараб репозиция усуллари тўхталиб ўтган ва даволаш тамойиллари ҳамма синишлар тури учун асосан бир хил бўлган.

Жаррохлик ҳамда травматологиянинг кейинги тараккиёти Уйғониш даврига тўғри келди ва бу ривожланиш Амбруаз Паре номи билан чамбарчас боғлиқдир.

Буюк француз жарроҳи Амбруаз Паре XVI аср бошларида туғилган ва бир неча юз йиллар ўтгач уни «Замоनावий жаррохликнинг отаси» деб тан олинган. Жаррохлик касбини у Париж шахрида ўрганган, 3 йил мобайнида «сартарош шоғирди» бўлиб ишлаган. Тиббиёт тарихидан маълумки, ўша даврда сартарошлар ҳамма оммавий жаррохлик муолажаларини бажаришган. Амбруаз Паренинг 1545 йилда ҳарбий дала жаррохлигига багишлаган «Ўк отар қуролдан, шунингдек ей, найза ва бошқа қуроллардан етказилган жароҳатларни даволаш усули» деган илк илмий асари чоп этилган.

Унинг иккинчи ўлмас хизмати ампутациялар ҳақидаги таълимоти ва қон оқишни тўхтатиш усуллари хиссобланган.

А. Паре биринчи суяк илиги бўшлиги ва арраланган суяк юзасини киздирилган темир ёрдамида куйдиришни ман этди, бу секвестрлар хосил бўлиши ва аста-секин ажралиб чиқишини тўхтатиб қўяди.

А.Парегача ҳеч ким ва ҳеч қачон протезлар ва ортопедик аппа-ратларни батафсил тасвирламаган. А.Паре «Жароҳатнинг хаводан зарарланиш оқибатида корнинг йиринглаши» таълимоти асосчиси ҳисобланади. Синган суякларнинг секин битишида, мушакларнинг атрофиясида сунъий равишда қон ҳаракатини сусайтириш ёки тўхтатиш каби даволаш усули мисли кўрилмаган янгилик ҳисобланади. А.Паре нотўғри ўсган тирнок операциясини таклиф этган, у биринчи бўлиб сон суяги бўйинчасини, сколиоз белгиларини тасвирлаш билан бирга тизза бўғимидан эркин таначаларни чиқариш усулини ишлаб чиққан.

Нихрят бу атокли француз жарроҳнинг жароҳатларни оқилона даволашга оид ўз изланишларида хайрон қоларли даражада тўғри йўл тутганлигини чуқур ҳурмат-эҳтиром билан эслатиб ўқишга тўғри келади. У жуда кўп нарсаларни билмагани холда ҳозирда ҳам қўлланилиб келинаётган антисептик воситаларни қўллаган.

Россияда шикастбандлик (синиқчилик) тўғрисидаги биринчи ҳужжатли гувоҳнома Украина ва Белоруссияни озод қилиш учун олиб борилган рус-поляк уруши даврларига тааллуқлидир.

1655 йил 1 майда Смоленскдаги подшоҳ, қароргоҳидан берилган буйруққа асосан Москва шаҳрида «беморлик» важдан қолган шикастбанд Первушка Петровни зудлик билан топиб юбориш топширилган. Уни М.Зыбиннинг Стрелецк мавзесидаги «Тош кўприк» ортидан кидириш буюрилган. Яна икки нафар шикастбанд Ивашка Максимов ва Степка Дорофеев хатидан «Уста шикастбанд угли Петров ва биз билан дорихонада ўқиган унинг иккита шоғирди олингани» маълум бўлади.

1654 йилнинг август ойида Аптекарь маҳкамасида 30 та ўқувчилар ва уларнинг болалари «даволаш иши» бўйича ўқишга қабул қилинди. Шундай қилиб, **Россияда биринчи марта Москва тиббий мактаби пайдо бўлди.** Дастлаб «даволаш иши» мактабида хорижий шифокорлар дарс беришди.

Москва тиббий мактаби ташкил топган кундан бошлаб икки муста-қил - даволаш ва шикастбандлик бўлимлари ташкил қилинди. Ярадор-ларни ва касалларни даволаш билан банд бўлган даволовчилардан фарқли равишда, шикастбандлар фақат суякларни шикастланган беморларга ёрдам бериш билан чекланиб қолганлар. Улар шу соҳада шубҳасиз мутахассис эдилар. Шикастбандлик иши халқ таъбирида катта тарихга эга бўлиб, XVII асрда рус жарроҳлигида муҳим соҳага айланди. Шунинг учун ҳам **П.Петров** ва унинг яқин шоғирдлари **Россияда травматология ва ортопедиянинг асосчилари ҳисобландилар.**

Профессор Буш рус жаррохлигининг ривожланишига катта хисса кўшган. У биринчи бўлиб рус тилида дарс ўта бошлади, биринчи рус жаррохлик дарслигини езд ва клиникасини ташкил килди.

И.Ф.Бушнинг «Жаррохликдан дарс беришга оид қўлланмаси» 1808 йили чоп этилди.

И.Ф.Буш «Синишлар, суякларнинг чиқиши, мухим боғламлар ва машиналар хақида»ги қўлланмасида бу масалаларга марказий ўрин ажратади. И.Ф.Бушнинг қўлланмаси 1807-1833 йилларда 5 мартаба нашр қилинди. Бундан кўриниб турибдики, XIX аернинг дастлабки уч ўн йиллигада синиқларни даволаш унинг карашларига асосланган эди.

И.Ф.Бушнинг энг иктидорли шоғирдларидан бири И.В.Буяльский бўлган. У уддабурон, янгилик яратувчи жаррох.эди. И.В.Буяльский кўпгина янги операцияларни жорий этди ва оёқ-қўлларнинг синиши ва чиқишида крахмал боғлам ишлатди.

Россияда 1806 йилда Голицин шифохонасида «Шикастбандлик фанининг мукаддимаси» чоп этилди ва фаннинг бир бўлими сифатида намоён бўлди. Е.О.Мухиннинг маблаг исосидан чоп этган бу асар тасодифан пайдо бўлмаган. Анча илгари 1791 йилида Е.О.Мухин Елизаветоград тиббий мактабида «Суяклар, чиқишлар, синишлар ва доривор боғламлар» хақида маъруза ўқиган. Бундан ташқари, бу китоб-да ўзининг синиқларни даволашдаги 20 йиллик тажрибасини ҳам инобатга олган. Унинг «Мухим ёки жаррохлик қисми» деб номланган китоби махсус чиқиш ва синишларга багишланган. Синишларни даволашни Е.О.Мухин «инсоннинг шифобахш кучлари» билан шифо-корлик санъатининг бирлиги деб хисоблайди.

Е.О.Мухин туфайли ватан жаррохлиги биринчи мартаба рус тилида анатомияга ва катта шахсий тажрибасига асосланган ноёб қўл-ланмага эга бўлди.

О. Е.Мухиннинг асарлари шифокор Николай Пироговга касб танлашга ёрдам берди, у 14 ёшида Москва университетининг тиббиёт факультетига ўқишга кириб, 28 ёшида Дерптда жаррохлик бўйича профессорлик унвонини олади. Буюколим ва педагог Николай Иванович Пирогов тиббиётга мисли кўрилмаган хисса кўшди. У топографик анато-миянинг асосчиси хисобланади, жажонда биринчи бўлиб жанг майдонида наркоз ишлатган, харбий-дала жаррохлиги асосларини яратган ва кўпгина жаррохлик операциялари услубини ишлаб чиқдан. Биз уни фақат травматология соҳасига кўшган улушига тўхталиб ўтамиз.

Н.И.Пирогов 1852 йилда дунёда биринчи мартаба «товон бўғимдан чиқиб кетганда болдир суякларини суяк-пластик усулда узайтириш» операциясини таклиф килди ва бажарди. Шундай қилиб, Н.И.Пирогов остеопластик жаррохликнинг ҳам асосчиси хисобланади.

У «Харбий-дала жаррохлиги» деган янги фан сохасини яратди ва уруш даврида ярадорларни транспортировка қилиш ва даволашнинг илмий усулларини ишлаб чиқди. Ярадорлар олган жароҳат-ларнинг оғир-енгиллик даражасига караб бўлиниши классик системага айланди. Буни Н.И.Пирогов биринчи мартаба рус армиясига жорий этди ва бу система зудлик билан Европанинг ҳамма армияларида қабул қилинди. **Н.И.Пирогов 1856-1858** йиллардаги Крим компаниясида биринчи мартаба урушда гипс боғламини қўллади, шундан кейин гипс боғлами ёрдамида қилинган иммобилизация усулини жаҳон тан олди ва бу усул хозир ҳам ўз моҳиятини йўқртгани йўқ.

Синишларни амбулатор шароитида даволаш усулларини ишлаб чиққан ва унинг асосчилардан бири Россиялик ККРейер хисобланади. Киевлик профессор-жаррох Н.М.Волкович фикрича «оёқ суяклари синишини даволашча рус жаррохлари биринчилар каторида катта хизмат кўрсатган».

XIX аср охирида ўз хаётини батамом ортопедияга бағишлаган дастлабки мутахассислар пайдо бўлди.

Биринчи ортопедлар Германияда пайдо бўлдилар - Густав Крауз, Кёлликер, Юлиус Вольф, Адольф Лоренц ва Альберт Гоффа, Америкада — Тайлор, Сайр, Гибней, Англияда — Теби, Роберт Джонс, Италияда - Панцери ва Кодивилля, Францияда — Кирмиссон ва Редар.

Гоффа тузган ортопедиядан 1891 йилда биринчи немис дарслигини чоп этди. Россия ва ГАРБда амалий ортопедия хусусий ташаббус бўйича пайдо бўлди. Бирок ҳаммаси янги даволаш усулларини тарқок холда жорий этишга қаратилган уринишлар эди. Россияда хали клиник илмий ва ўқув ортопедияси йўқ. эди. Тиббий маълумотни ортопедиядан дарс бериш билан бойитиш фикри Харбий-тиббий академиянинг десмургия ва механургия кафедрасида туғилди ва 1895 йилда бу ишни Генрих Иванович Турнер бошқарди. Россия ортопедлар мактабининг асосчиси Генрих Иванович Турнер 1858 йилда Петербургда таваллуд топган. Г.И.Турнер машхур жаррох ККРейер раҳбарлигида жаррох.-ликни пухта ўрганиб олди ва, айниқса, таянч-харакат системаси патологиясини даволаш сохасини яхши эгаллади.

Г.И.Турнернинг ортопедияга тааллуқли асарларидан гипс техника-сини такомиллаштирганини айтса бўлади. Г.И.Турнер хорижий муал-лифлардан фарқни равишда, синган суяклар секин битаётганда, синган жойни уриб туришни тавсия килди.

Г.И.Турнер қилган изланишлари жаҳон ортопедиясининг ривожла-нишида маълум из қолдирди. Сон суяги бўйинчасининг қийшайиши хақида, травматик эпифизеолиз хақида, тизза артродезининг янги усул ва тизза копкогининг эскирган синишини даволаш, умуртканинг Бехтерев касал-лиги хақида, сил спондилити кечишида организмда химоя кучларининг пайдо бўлиши, панжа кафти суякларининг аскарларда учрайдиган харбий маршдаги синиши, жаррохлик муолажасидан кейинги ёғ эмболиясининг клиник шакллари хақидаги ишлари шулар жумласига киради. Умуртқадаги

тугма аномалияларнинг касбга дойр иш қобилияга таъсири, умуртканинг ривожланиш нуқсонлари ва уларнинг бел огриги патологиясидаги моҳияти, спондилолистезнинг ҳосил бўлиш механизмига дойр тадқиқотлари алоҳида ўрин эгаллайди.

Г.И.Турнер ҳаётининг сўнгга йилларида шикастланишларда рўй берадиган нейротрофик асоратлар масалаларига катга кизиқиш билан қаради. У синикдарнинг битиш жараёнининг бузилиш сабабларини топишга ва айрим трофик бузилишларни қайта тиклашга ҳаракат қилди. **Г.И.Турнер** бошқалардан илгари тор механотерапия позициясидан даволаш гимнастикасига ўтди. У ўзининг ҳаракатчанлиги, изланув-чанлиги, кунт-матонати билан Россияда биринчи кафедра ва ортопедия клиникасини ташкил қилди ва умрининг охиригача бу клиникани ўзи бошқарди. Г.И.Турнер Россияда биринчи бўлиб «ногирон» бола-ларни ҳимоя қилиш масаласини кўтарди, «Болалардаги ногиронлик билан» давлатнинг ўзи қурашиши шартлигини қайл этди. 1917 йили унинг ташаббуси билан Петербургнинг Лахтин кўчасида болалар ортопедияси институти ташкил қилинди.

Профессор Г.И.Турнернинг ишини унинг шоғирдлари давом эт-тирди, улардан бири Герман Александрович Альбрехт эди. Октябр инқилобидан кейин унинг зиммасига Петроградца йиғилиб қолган уруш ногиронларини протезлашни таклиф қилиш юқланган эди.

Г.А.Альбрехтнинг кейинги бутун фаолияти Ленинград протезлаш институтини ташкил қилиш билан боғлиқдир.

Г.А.Альбрехт протезлаш принципларини ва протезлашга ёндашув-ларни илмий асослади. Ўзининг ишларида оёқ протезларини статик ва динамик нуқтаи назардан қараб, сунъий оёқ панжасини тузиш схема-сини асослади, ортопедик корсет ва аппаратларнинг конструктив принципларини шакллантирди. У нормал ва ортопедик оёқ кийимларига тааллуқли анча масалаларга аниқдик киритди. Айниқса, у протезлашнинг мураккаб ва оғир қисми — сунъий қўл протези устида тиришқоклик билан ишлаб, икки қўли тирсагининг юқори қисмидан ампутация қилинган ногиронлар учун фаол ишлайдиган биринчи протез нусха-ларини ва ишлов мосламаларини илк бор яратди. Шундай қилиб, тиббиётда янги соҳа — протезлаш фани вужудга келди.

Россияда биринчи ортопедия институти 1906 йилда Петербург Харбий-тиббиёт академиясида ташкил топган. Институтни профессор Р.Р.Вреден бошқарган. Профессор Р.Р.Вреден ўз фамилияси устидан қулимсираб, «зараримдан кўра фойдам кўпроқ» дер эди. Ҳақиқатдан ҳам у фойдали инсон эди. Роман Романович Вреден Г.И.Турнернинг шоғирди, 30 га яқин турлича жаррохлик касалликларини даволаш методлари, ортопедик деформациялар, жумладан, яссиоёқлик умуртка кийшайиши, «Вреден операциялари» номини олган болалар фалажини даволаш усулларини ишлаб чиқди. Улардан ҳозир ҳам фойдаланилади.

Р. Р. Вреден - «харбий-дала жаррохлиги» хакида биринчи яратилган қўлланманинг муаллифи, бу китоб ҳамма харбий хакимларларнинг хар куни фойдаланадиган мухим асари ҳисобланади. Санкт-Петербургдаги ўзи ташкил қилган ортопедия илмий текшириш институти Р.Р.Вреден номи билан аталади.

Биринчи жаҳон урушида Россияда жуда кўп шикастлар олган ногиронлар пайдо бўлди, булар учун Москва шаҳрида махсус ихтисос-лаштирилган муассаса зарур эди. Бу савдогар Морозов оиласи маблағлари ҳисобидан 1916 йилда очилди.

Уруш ва унинг оқибатлари сабабли пайдо бўлган жуда кўп ногирон-лардан ташқари, аҳолини саломатлигига, айниқса, болалар саломат-лигига суяк сили касаллиги катта зарар етказди.

Собик иттифокда суяк сили касаллиги илмий муаммосини ечиш ва унга қарши олиб борилган ташқилий ишлар профессор Т.П.Красно-баев номи билан чамбарчас боғлиқдир. **Т.П.Краснобаев** ва унинг ҳамкасблари туфайли болалар ортопедияси мустақил фан тариқасида ривожланди.

1917 йилда Петроградда **А.Л.Поленов** ташкил қилган Физио-жаррохлик институт ўз фаолиятини бошлади. Унинг ташаббуси билан Россияда илк марта биринчи ёрдам станцияси ташкил топади ва институт билан биргаликда ишлайди. Биринчи ёрдам станциясининг ташкил топиши (**кейинчалик** уларга тез ёрдам станциялари номи берилди) шикастланишларда ихтисослашган хизматни яхшилашга катта аҳамиятга эга бўлди.

1919 йилда Москвада Петроград Физио-жаррохлик институтига ўхшаш биринчи ёрдам станцияси очилди ва кейинчалик у Н.В.Склифо-совский номидаги тез ёрдам институти таркибига қўшилди. Унда шикастларни даволовчи жаррохлик бўлими (профессор В.В.Гори-невская раҳбарлигида) очилди.

1918 йилда Россияда биринчи ортопедия ва фавматология кафедраси Давлат тиббий билимлар институтида очилди ва уни профессор **А.Л. Поленов бошқарди**.

Москвада ихтисослаштирилган тиббий ёрдам масаласи илгаригидек долзарб эди. Россия жаррохиясининг кўзга кўринган вақили В.Н.Розанов қисқа муддат ичида Солдатенков шифохонаси жаррохлик бўлими асосида (ҳозирги С.П.Боткин номидаги шифохона) ярадорлар учун госпитал ташкил қилиб, у ерда ишлаш учун ўзининг яқин шоғирдла-ридан Н.Н.Приоров, А.Д.Очкин, Е.Д.Дмитриева ва бошқаларни жалб қилди.

В.Н.Розанов ва унинг шоғирдлари Н.Н.Приоров ва А.Д.Очкинлар Москвада протез ишини ташкил қилишга катта улуш қўшдилар.

В.Н.Розанов ташаббуси билан 1919 йил бошида протез иши бўйича техник-конструкторлар тайёрловчи биринчи махсус курслар ташкил қилинди.

1921 йилда Москвада ҳукумат қарорига биноан Даволаш-протез институти ташкил қилинди. В.Н.Розанов таклифига кўра институтга ёш ассистент Николай Николаевич Приоров директор қилиб тайинланди. Собиқ иттифокда ортопедия ва травматологиянинг ривожланиши унинг номи билан боғлиқ.

Н.Н.Приоров 1921 йилдан бошлаб умрининг охиригача Даволаш-протез институтининг директори бўлиб ишлади. Шу институт асосида 1940 йилда Марказий травматология ва ортопедия илмий тадқиқот институти ташкил топди (ЦИТО). 1961 йилда Н.Н.Приоровнинг вафо-тидан сўнг институтга унинг номи берилди.

Н.Н.Приоров 1931 йилда Москвада врачлар малакасини ошириш Марказий институтида биринчи травматология ва ортопедия кафедрасини ва 1933 йилда И.М.Сеченов номидаги 1 Москва тиббиёт институтида травматология ва ортопедия кафедрасини ташкил қилди. Н.Н.Приоров раҳбарлигида таянч-харакат апаратининг деформация-ларини даволаш масалалари ишлаб чиқилди. У тўқима ва аъзоларни консервлаш ва трансплантация қилиш масалалари билан шуғулланди. 1932 йилда Москвада унинг ташаббуси билан травматолог-ортопедлар жамияти ташкил қилинди ва у жамиятга доимий раҳбар бўлиб қолди. Н.Н.Приоров ўзининг травматизм таснифини таклиф этди.

Травматология олий ўқув юртлардаги умумий жаррохлик курси таркибида ташкил қилинди. Бироқ мамлакатда ўқув дарсликлари, қўлланмалар ва бу фандан даре бера оладиган кадрлар мавжуд эмас эди.

1927 йилда А.Л.Поленов тахрири остида катта бир жамоа тузган «Амалий травматология асослари» номли қўлланма чоп этилди. Бу травматологиядан биринчи салмоқли қўлланма нафақат Россияда, балки хорижда ҳам ягона асар эди. Бу қўлланмани тузишда энг кўзга кўринган йирик олимлар катнашди.

Россия травматологияси соҳасида Николай Алексеевич Богораз ўзига хос ёркин сиймо эди. 1909 йилда «Оёқпанжасининг қисман ам-путацияси» мавзусида докторлик диссертациясини ёқлади. У 40 ёшида биринчи жаҳрн урушига жўнайди Кейинчалик Ростов-Донда ўз ишини давом эттиради.

1920 йилда госпиталга консультацияга шошилиб кетаётганида, одамларга лик тўла трамвайга осилади ва йиқилиб тушиб, оқибатда икки оёғидан ҳам ажрайди. Бироқ у енгилмади. Фожиадан икки ҳафта ўтгач, каталкада юриб, касалларни кўриб чиқади. Олти ойдан кейин эса протезда соатлаб операцион стол олдида туриб, операциялар қилиш-ни давом эттиради.

1920 йилда тиббий илмий жамиятда «Сон суяги ампутацияси хақида ўйлар» деган мавзуда маъруза қилиб, ўз касаллик тарихи хақида сўзлаб беради.

Бу маъруза қизиқарли фиқоларга бой. Унда муаллифнинг жуда катта илмий салоҳияти, унинг бой касб тажрибаси, ўз дилининг исти-

роби ва, айна вақтда, умумий инсоний оптимизми, келажакка орзу-умидлари ифодаланган эди. «Инсоният 6 минг йиллик тарихи мобай-нида протездан яхшироқ нарса ихтиро қила олмагани унинг учун уят бўлиши керак», деган эди **Николай Алексеевич**.

У маърузани қуйидаги сўзлар билан тугатган: «Протезлар қанчалик яхши ишланган бўлмасин, улар ниҳоятда такомиллашмаган ва инсоният бу йўналишдан кетмаслиги керак Фақат аъзоларни трансплантация қилиш йўли билан фан оёқсиз қолган инсонларга хақиқий ёрдам бериш имкониятига эга бўлади».

Травматология бўйича кўп қўлланмаларда Н.А.Богораз усулидаги сегментар остеотомия деган машхур операция тўғрисидаги маълумотни ўқиш мумкин.

Шундай қилиб, иккинчи жаҳон уруши бошланиши арафасида Россияда травматология юксак даражада ривожланди. Бу 72% яра-дорларнинг соғлигини қайта тиклаб, уларнинг фронтга қайтишига имкон яратди.

Иккинчи жаҳон уруши даврида шок қон оқишлар, ўқ отар қуроллардан яраланишлар, шунингдек бўғимлар ва оёқ-қўлларнинг яраланишларига оид энг мухим муаммолар хал қилинди.

Ҳамма йирик шаҳарларда ихтисослаштирилган ортопед-травма-тологик бўлимлар ва кейинчалик минтақавий травматология ва ортопедия институтлари ташкил қилинди.

Ундан кейинги йилларда суяк синишларини жадал даволаш усуллари ривожлана бошланди ва шу билан бир қаторда, интра- ва экстремедуляр остеосинтез, таянч-ҳаракат системасининг дегенератив ва яллиғланиш касалликлари, болаларда учрайдиган туғма ва ортти-рилган деформацияларни даволаш усуллари йўлга қўйилди.

Реконструктив жаррохликда консервланган тўқималар, айниқса, аутоген суяк тўқимаси ўрнатиш анча авж олди. Бу операциялар И.М.Си-тенко, Р.Р.Вреден, Н.П.Новаченко, В.Д.Чаклин ва бошқалар томони-дан бажарилди.

Травматология ва ортопедия соҳасида Россияда қўлга киритилган мухим назарий ва амалий янгилиги, бу Г.А.Илизаров ва О.Н.Гуду-шаури томонидан яратилган ва асослаб берилган компрессион-дистрак-цион усул эди. Бу метод принциплари асосида ташқи фиксация учун универсал ва тор мақсадли аппаратлар яратилди.

В.Д.Чаклиннинг 1931 йилдан бошлаган ишлари туфайли умуртқа жаррохлиги соҳасида катта натижаларга эришилди.

Микрожаррохиятни жорий этилиши травматология ва ортопедияда жаррохлик имкониятини анчагина бойитди.

КМ.Сивашнинг чаноқ-сон бўғимини тотал эндопротезлаш соҳасидаги қилган изланишларини бутун жаҳон тан олди.

Реконструктив жаррохликда нобиологик материаллар кенг миқёсда ишлатила бошланди.

2 БОБ ШИКАСТ ВА ШИКАСТЛАНИШЛАР. УЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРАЛАРИ

Травма (шикаст). Ўткир травма - фавқулотда бир вақтнинг ўзида турли ташқи омиллар (механик, термик кимёвий, радиацион ва бошқалар)нинг инсон организмга тўсатдан таъсири остида тўқи-маларнинг анатомик бутунлиги ва физиологик функциясининг бузи-лишидир.

Тўқималарнинг шикастланиш табиатига қараб, тери (лат ейиш, жароҳатлар ва бошқалар), тери ости (пайлар узилиши, суяклар синиши ва бошқалар) ва бўшлиқлар (лат ейиш, қон куйилиши, кўкрак қорин, бўғимларнинг жароҳатланиши ва бошқалар) шикастланиши мумкин.

Ш и к а с т л а н и ш л а р куч таъсир қилган нуқтага қараб бевосита ва билвосита турларга бўлинади. Улар якка (сон суягининг кўндаланг синиши), кўп сонли (бир неча ковурағалар синиши), қўшма (чанок суяклари синиб сийдик пуфагининг ёрилиши) ва комбинация-ланган (соннинг синиши ва оёқ панжасини совуқ олиши) бўлиши мумкин.

Механик омилнинг таъсири сиқилиш, чўзилиш, йиртилиш, буралиш ёки зарбага қарши турларда учрайди, натижада куч тушган жойдаги тана қисми шикастга учрайди.

Ташқи омилларнинг таъсир кучига шикастловчи куч йўналиши, куч таъсир этувчи бурчак шикастловчи агентнинг кинетик энергияси; шикастловчи агент таъсирининг давомлилиги (совуқ олганда, куйган-да, қисилиб қолишлар) киради.

Травматизм. Аҳолининг маълум гуруҳлари ёки қатламида бир хил вазиятда, меҳнат ва турмуш шароитларида юз берадиган шикастла-нишлар йиғиндиси ҳисобланади.

Аҳолида турли фаолият турларида учрайдиган шикастланишларнинг сабаб-оқибатларига оид боғлиқликларни аниқлаш, шикастларнинг олдини олиш учун ишлаб **чиқиладиган** чоралар учун зарурдир. Бу боғ-лиқликлар шикастларни келиб чиқиш шарт-шароитларини системага солиб ўрганиш, такрор шикастларни келтириб чиқарадиган ички ва ташқи омилларни таҳлил қилишга имкон беради.

Ишлаб чиқаришдаги травматизм - саноат ва қишлоқ, хўжалик ишлаб чиқаришида ва **ишлаб чиқаришга оид бўлмаган травматизм** -турмушда, кўчада, транспорт воситасига, спортга, харбий хизматга оид ва бошқа травматизм турлари фарқ қилинади.

Травматизм даражаси 1 ой, бир йил учун 100 ёки 1000 кишига шикастлар миқдори бўйича ҳисобланади

Ишлаб чиқариш (саноат) травматизми ўз ичига ишлаб чиқариш жараёнида, саноатда, қурилишда, транспортда, қишлоқ хўжалик ишлаб чиқаришида ўз вазифасини бажараётган пайтда олинган шикастланишларни бирлаштиради.

Шикастлантирувчи омиллар бир неча турларга бўлинади: 1) мосламалар, инструментлар, механизмлар ва бошқа турдаги ускуна-лар (транспорт ва кўтаргичлардан ташқари); 2) транспорт воситалари; 3) кўтарувчи жихозлар; 4) ўрни ўзгартириладиган юклар ва нарсалар (**уларнинг** ағдарилишидан ташқари); 5) тираладиган нарсаларнинг ағдарилиши ва баландликдан тушиши (улардан отилиб чиқадиган бўлаклар билан бирга); 6) электр токи; 7) аланга (портлаш, ёнғин), эриган металл, жихозларнинг қизиб турган қисми, иссиқ сув, бур ва бошқа термик омиллар; 8) баландликдан йиқилиш; 9) сувга ботиш (чўкиб кетиш); 10) шикастлайдиган бошқа омиллар.

Шикастларга имкон яратувчи сабабларнинг асосий гуруҳлари куйидагилар:

Ташқилий сабаблар: иш жараёнини ташкил қилишдаги камчиликлар, унинг **ахволи** ва жихозланиши, нотўғри, хавфли иш усуллари кўллаш, иш жараёнида техника хавфсизлиги ва меҳнатни муҳофаза қилишга эътибор бермаслик иш жараёнини ёмон ташкил қилиш, шахсий ҳимоя мосламалар йўқлиги ёки уларнинг носозлиги.

Техник сабаблар: жихозлар — дастгоҳлар, машиналар, приборларнинг носозлиги, қўл асбоблари ва мосламаларнинг носозлиги; машиналар конструкциясининг номукамаллиги; машиналар, даст-гоҳлар ва бошқа турдаги саноат жихозларининг атрофи ўралмаган-лиги ва эҳтиёт мосламаларининг йўқлиги, ўраладиган мосламалар, автоматик блокировка ва бошқаларнинг номукамаллиги.

Моддий воситалар — асбоб-ускуналардан етган шикастланишлар (деталлар, тайёр асбоблар ва бошқаларнинг тушиб кетиши).

Санитария-гигиеник сабаблар: ишлаб чиқаришда санитария-гигиеник режимнинг бузилиш ҳоллари - иш жойида ёритилишнинг етишмовчилиги ёки кўплиги, иш жойида хароратнинг ҳаддан ташқари баландлиги ёки пастлиги, вентиляциянинг етиш-мовчилиги, ишлаб чиқаришдаги чанг, ишлаб чиқариш ҳудудининг ифлослиги, чиқиндиларнинг тўпланиб қолганлиги.

Шахсий сабаблар: ишчиларнинг касалликларини ўз вақтида аниқламаслик малакасининг етишмаслиги, айрим психологик ва физиологик ҳолатлар, хусусан, чарчаш ва алкоғолли ичимликларни суистеъмол қилиш.

Шикастланишнинг қайд этилган сабаблари рўйхати кўп жиҳатдан ишлаб чиқариш спецификлигига боғлиқ.

Травматизмнинг профилактикаси асосида бахтсиз ҳодиса рўй берган жойда ҳар бир бахтсиз ҳодисани текшириш йўли билан шикастларнинг пайдо бўлиш сабаблари, вазияти ва шароитларини ўрганиш ётади. Ишлаб чиқаришда ҳар бир шикастланган шахсга ўз вақтида ўша жойнинг ўзида бирламчи тиббий ёрдам ташкил қилинади ва зарурат бўлса, уни ихтисослаштирилган даволаш - профилактика муассасасига юборилади.

Ишлаб чиқаришда юз берган шикастнинг оғир-енгиллиги тўғри-сидаги хулосани шикастланган шахс даво олаётган даволаш муассасаси врачлари берадилар. Бунга бахтсиз ходиса рўй берган корхона, муассаса ёки жамоа хўжалиги даволаш муассасасига талабнома ёзади. Шикаст-ларнинг оғир-енгиллигини аъзолар ва системаларнинг анатомик ши-кастланиши табиати, шикастланган шахснинг хаёти ва соғлиғи учун хавфлилиги, йўқотилган функцияларнинг реал тикланиш имконият-лари бўйича аниқланади.

Хар бир корхонада учта асосий кўрсаткич бўйича травматизм ҳақида фикр юритиш мумкин: травманинг такрорланиш коэффиценти, одатда 100 ёки 1000 та ишловчига ҳисоб қилинадиган иш қобилияти йўқотилган, кунлар сонига ҳисобланади. Бу кўрсаткичларни аниқлаш учун қуйидаги маълумотларга эга бўлиш керак яъни шу корхонада ҳисобот ойининг биринчи санасидаги ташкилотда ишловчиларнинг сонини билиш керак

Травма такрорланиш коэффиценти — интенсив кўрсаткич формула бўйича ҳисобланади.

$$K_1 = \frac{\text{Шикастланган ҳоллар сони}}{\text{Ҳисобот ойининг 1-санасида ишловчилар сони}} \cdot 100\%$$

Шу йўсинда 100 ишловчининг иш қобилиятини йўқотган кунлари аниқланади.

$$K_2 = \frac{\text{Ишга яроқсиз кунлар сони}}{\text{Ҳисобот ойининг 1-санасида ишловчилар сони}} \cdot 100\%$$

Ишлаб чиқаришдаги травматизмни таҳлил қилганда вақтинчалик ишга яроқсизлик битта кўрсаткичи билан қаноатланмаслик керак чунки уларнинг гхар бири бир ходисани турли жихатларини баҳолайди ва улар бир-бирини тўлдиради. Шикастланишларнинг учраш коэффиценти корхона маъмуриятининг техника хавфсизлиги бўлими, жамоат ташки-лотлари ва тиббиёт ходимлари билан ҳамкорликда бахтсиз ходисаларнинг олдини олиш бўйича олиб бораётган ишларининг сифатини кўрсатади. 100 ишловчига ишга яроқсиз кунлар сони - асосан иқтисодий кўрсаткич, шикастланиш оқибатида иш кучининг йўқотилишини таърифловчи ва социал суғурта бўйича тўланадиган пул миқдоридир. У ишлаб чиқаришда бахтсиз ходисаларнинг олдини олиш бўйича ишни ташкил қилинганига ва шикастланганга биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш ва уни даволашга боғлиқ, битта корхонадаги шикастларнинг оғир-енгиллик коэффиценти ва, айниқса, бир хил шикастланишларда даволаш муассасаларининг бирламчи ёрдам бериши ва шикастланганларни даволашни сифат кўрсаткичи тарзида қабул қилиш мумкин.

Травматизм бўйича профилактик ишга баҳо беришда қайси ишлаб чиқаришда бўлмасин, тўғри хулоса чиқариш учун учта комплекс кўрсаткичларни комплекс таҳлил қилиш керак

Болалар травматизми ва уни профилактика қилиш йўллари. Болалар травматизми — болаларда бир хил ёшдаги гуруҳда, маълум шароитда бир хил учрайдиган шикастланиш йиғиндиси (турмуш шароити, мактабгача ва мактаб муассасаси, ишлаб чиқариш устахоналари, уюлмаган хордиқ чиқариш ва бошқалар) ҳисобланади.

Травманинг оғир-енгиллигини, шикастланишларнинг у ёки бу механизмини, травма юз берган вазиятни, травма олинган вақтини аниқ, тасаввур қилиш, тиббий ёрдам бериш шаклларини такомил-лаштириш ва, айниқса, болалар травматизмига қарши профилактик чоралар ишлаб чиқишга ёрдам беради.

Сабаб-оқибат омилларини текшириш асосида болалар травматизмини ўрганишда унинг бир неча тури фарқ қилинади, уларнинг салмоғи бир хил бўлмайди: турмушда учрайдиган травматизм — тахминан 60% ни ташкил қилади, кўчада учрайдиган травматизм (транспорт воситаларига боғлиқ бўлган ва боғлиқ бўлмаган) - 15% га яқин, спортга боғлиқ бўлган - 9%, мактабда учрайдиган - 8% га яқин, бундан ташқари, унинг туғруқ травматизми, қишлоқ хўжалик ва бошқа турлари мавжуд.

Травматизм туридан ва шикастланиш табиатидан қатъий назар, шикастланишлар ўғил болаларда кўпроқ учрайди (умумий сонига нисбатан 2/3), чунки ўғил болалар турмушда, мактабда ва кўчада кўп шўхлик қиладилар, ҳаракатчан бўладилар, тартибга чақириш қийин бўлади.

Оила шароитида, уйда, ҳовлида юз берган ҳамма шикастланишлар турмушда учрайдиган травматизмга тааллуқли. Бу шароитларда болаларга ота-онаси ва катта ёшдаги қариндошлар қарайди. Боғчада, мактабда ва у ердан келаётган пайтларда юз берган травмалар - мактаб травматизмига киради.

Уюштирилган спорт машғулотида, мусобақаларда ва уюштирилмаган дам олиш вақтида етган шикастланишлар спорт травматизми ҳисобланади.

Болалар травматизмининг ҳамма туридан транспорт травматизми энг кўп, оғир шикастланишларга сабаб бўлади, айрим ҳолларда эса ўлим билан тугайди. Кўпинча травматизмининг бу тури мактаб ёшидаги болаларда учрайди. Бундай шикастланишларнинг сабаби оддий куча қоидаларини бузишдир. Бу травматизм статистик ҳисоботларда «Кўча нотранспорт травматизми» номи билан юритилади.

Мактабларда ишлаб чиқариш ўқуви ва ўқув-ишлаб чиқариш фаолияти туфайли травмалар сезиларли даражада кўпайди. Бу травматизм-га кўпинча жихозлар, асбоб-ускуналарнинг носозлиги ва уларни ишла-тишни етарли даражада билмаслик сабаб бўлади.

Оғирлик даражаси бўйича енгил шикастланишлар кўп (50-55% га яқин) учрайди. Ўртача оғирликдаги шикастланишлар 30-32% ни ташкил қилади, оғир шикастланишлар эса 3-4% ни ташкил қилади, уларнинг бир қисми ўлим билан тугайди.

Шикастланишлар табиати бўйича болалар травматизми структураси қуйидагича тақдим қилиниши мумкин: бош мия травмаси - 35%; ёпик синишлар — 29%; очик синишлар — 4,6%, лат ейиш, бойлам аппаратининг қисман йиртилишлари — 9,8%; куйишлар, совуқ олдиришлар - 8,9%; жарохатлар - 9,2%; бошқа турлари (электрдан шикастланиш, сувга чўкиш, хайвонлар тишлаши) - 3,5%.

Болалар травматизмининг бу кўрсаткичлари ёш гурухига қараб жиддий фарқ қилади. ЮНЕСКО маълумотларига қараганда 5-14 ёшдаги болаларда бахтсиз ходисалардан энг юқори - 50% да ўлим содир бўлади, 1 ёшгача бўлган болаларда эса ўлим 4% ни ташкил қилади ва 65 ёшдан юқори ёшдаги гурухлар ўлими билан таққосласа бўлади.

Болалар травматизмига қарши курашиш тадбирларини тўғри ташкил қилиш ва ўтказиш учун қуйидаги гурухларда болалар травматизмининг хусусиятларини инобатга олиш шарт: кўкрак ёшидаги (1 ёшгача), кичик боғча ёшидаги (1 ёшдан 3 ёшгача), мактабгача бўлган ёш (3 ёшдан 7 ёшгача) ва мактаб ёшидаги (7 ёшдан 16 ёшгача) бўлган болалар ота-оналари ёки парвариш қиладиган катталар қарамоғида бўлади, шунинг учун бундай болаларда содир бўладиган бахтсиз ходи-саларга катта ёшдаги одамлар сабабчи бўлади.

Катталар орасида олиб бориладиган профилактик ишлар болани парвариш қилишда унинг шикастланишига тўлиқ йўл қўймайдиган даражада ташкил этилиши керак

Кичик боғча ёшидаги болаларнинг ҳаракатчанлиги кўпайиши муносабати билан улар уй ва боғча шароитида назорат ва тарбияга кўпроқ мухтож бўладилар. Бу ёшда кўпинча тирсак бўғимида қисман бойламлар шикастланиши ва елка суяги бошчаси билан билак суяк бошчаси орасидаги бўғим халтачаси чўзилиб ёки қисилиб қолиши учрайди. Асосан бу шикастланишларга болаларнинг қўлини турли вазиятларда вертикал йўналишда тез, куч билан тортиш ва боланинг қўлини қўлмак лойдан қаттиқ тортиш сабаб бўлади. Катталар бундай шикастланишдан хабардор бўлиб, болани етаклаб олиб юрганда болаларнинг қўлларидан тез ва қаттиқ тортмасликлари керак Шунга ўхшаган шикастланишлар ясли ва боғчада ҳам бўлиши мумкин. Хулоса қилиб айтганда, бу ёшдаги болаларда шикастланишнинг олдини олиш учун, ходимлар билан доимо тушунтириш ишларини олиб бориш керак Ҳар бир шикастланиш ҳодисаси болалар муассасасида муҳокама қилиниши шарт.

Кўпчилик мактаб ёшигача бўлган болалар куннинг биринчи ярмида боғчада тарбиячи ва куннинг иккинчи ярмида ота-онаси кузатувида бўлади. Бу ёшдаги болаларда қизиқувчанликнинг чегараси бўлмайди: Улар бир жойда ўтиришмайди, доимо ҳаракатда бўлишади, аммо улар маълум даражада ташқи муҳит билан алоқада бўлиш тажрибасига эга. Ҳар холда катталарнинг бепарволиги оқибатида куйишлар сони ҳозир ҳам юқори даражаларда (26,2% гача) сақланиб қолаяпти. Фақат термик

куйиш сабаблари ўзгарган: боланинг суяқ иссиқ овқат ичиш вақ-тидаги шўхлиги, таом тайёрланаётган, кир ювилаётган хоналарда ўйнаши, эҳтиётсизлик билан қолдирилган гугуртни олиб ишлатиши ва хоказо.

Баҳор, ёз фаслида тўр билан тўсилмаган ойналар ва балконлардан йиқилиб тушиш ходисалари кўпаяди. Бу шикаст ўзининг оғирлиги билан фарқ қилади ва кўпинча ўлимга олиб келади. Ховлиларда, кўчада, зинапоялардан йиқилишда ва автотравма оқибатида кўкрак қафаси ва қорин бўшлиги аъзоларининг шилиниши, лат ейиши, синиши ва бот мия шикастлари сони кўпаяди.

Профилактик тадбирлар. Улар мактаб ёшигача бўлган болаларда травматизмни камайтиришга қаратилган бўлиб, ота-оналар, боғча тарбияловчилари ва ходимлари билан тушунтириш ишларини олиб боришдан иборат. Зинапоялар ва очиладиган деразаларга бола-ларнинг чиқиши учун ҳеч қандай имконият бўлмаслиги керак. Болалар учун ховлида ўйинлар ўйналадиган майдонча қурилиши ва у катталар назоратида бўлиши керак.

Болалар мактабга қабул қилиниши билан уларга кўпроқ мус-тақиллик берилади ва улар орасида турли-туман шикастланишлар рўй бериб туради. Травматизмнинг турли хиллиги 7 дан 16 ёшгача бўлган болаларнинг рухий ва жисмоний ривожланиш хусусиятларига боғлиқ, бўлиб, улар кичик ўрта ва катта мактаб ёшдаги болаларда кузатилади.

Мактаб ёшида травматизмнинг ҳар хил турлари учрайди. Болалар аксарият турли портловчи ва енгил ёнувчан моддалар билан тажриба ўткази бошлашади. Ўзининг эпчиллиги ва кучини атрофдагиларга намойиш қилиш мақсадида улар спорт снарядлари билан машқлар бажаришда эҳтиёт чораларини қўлламайдилар.

Мактаб ёшидаги болалар билан мактабгача бўлган ёшдаги болалар травматизми таққосланса, унда мактаб ёшидаги болаларда спорт ва транспорт травматизми сонининг кўпайишини пайқаш мумкин.

Велосипед ҳайдашдаги шикастланишлар алоҳида диққатга сазовор; ҳамма шикастланишларнинг ярми катта мактаб ёшидаги гуруҳга тўғри келади. Шикастланишлар табиати турлича: йиқилганда енгил лат ейиш-дан то қатор холларда ўлим билан яқунланадиган ғоят оғир мураккаб шикастланишларгача учрайди. Бу оғир шикастланишларга ҳаракатдаги транспорт билан тўқнашув ва унинг босиб кетиш холлари бевосита сабаб бўлади.

Агар машғулотлар дастурини боланинг тегишлича жисмоний ривожланганлигига мувофиқлаштирилса, асосан ўрта ва катта мактаб ёшидаги ўғил болаларда (2:1) шикастланишларнинг олдини олиш мумкин. Афсуски, ҳамма мактабларда ҳам машғулотлар дастури ўқув-чининг соғлиқ, ҳолати ва жисмоний ривожланиши билан уйғунлаш-тириб берилмайди.

3 - б о б. ТАЯНЧ-ХАРАКАТ АППАРАТИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ ВА КАСАЛЛИКЛАРИ БЎЛГАН КАТГАЛАР ВА БОЛАЛАРНИ ТЕКШИРИШ МЕТОДЛАРИ

Таянч-харакат аппаратининг шикастланишлари ва касалликларини ташхислаш тиббиёт тамойиллари ва методларига: шикоятлар, анамнез, травма механизми ва симптоматологиясини батафсил ўрганишга асосланади.

Клиник рентгенологик электрофизиологик инструментал, лабо-ратор текшириш методларидан фойдаланилади.

Таянч-харакат системасининг шикастланишлари ва касалликларини ташхислаш асосий методи - бу шифокорнинг маълум бир системага солинган узлуксиз клиник фаолияти хисобланади.

Қуйидаги тартибга амал қилиш тавсия этилади:

- Шикоятларни аниқлаш.
- Анамнез йиғиш.
- Беморни кўздан кечириш.
- Бўғимларда ҳаракат амплитудасини аниқлаш.
- Қўл-оёқларнинг узунлиги ва айланасини аниқлаш.
- Мушаклар кучини аниқлаш.
- Рентгенологик текширув ўтказиш.
- Электрофизиологик ва лаборатор текширувлар ўтказиш.
- Инструментал методлар қўлланиш (пункция, биопсия ва бошқалар).
- Ташхис қўйиш.

Ш и к о я т л а р . Шикоятларни аниқлаётганда уларнинг асосийларини фарқ қилиш керак Масалан, кўпинча чаноқ-сон бўғими касалланган беморлар тизза орриқига шикоят қиладилар, бел умурт-калари, умурткалараро дискдаги ўзгаришларда бемор бўкса (чаноқ-сон бўғимидаги) оғриқидан шикоят қилади (ноксимон мушак синд-роми). Кўпчилик травматологик беморлар оғриқни шикастланган юзада сезиб, оғриқ ҳаракат қилганда кучаяди, ҳаракатчанлик чегараланади ва одатда таянч-харакат системасида деформация борлиги сезилади (юзада, сегментда).

А н а м н е з . Касалдан суриштирилганда травма механизминини аниқлаш шарт. Унинг типик механизми асосида у ёки бу шикаст-ланишлар вариантини гумон қилиш мумкин. Шу билан бирга травма юз берган вазиятни аниқлаш профилактик чоралар ишлаб чиқишга ва травматизмни камайтиришга ёрдам бериши мумкин.

Бемордан ёки унинг қариндошларидан касалликнинг бошланиши, унинг дастлабки белгилари, динамикаси ва ўтказилган даволаш усуллари батафсил сўралади. Шундай шикастланиш ва касалликлар борки, аниқ, тўлиқ олинган анамнез маълум бир ташхисга гумон қилишнигина эмас, балки аниқ, ва тўғри ташхис қўйишга имкон яратади. Айрим беморларда

вакт ўтиши билан кўпгина объектив белгилар йўқолади ва текшириш жараёнида уларни топиб бўлмайди. Мисол тариқасида тизза менискининг шикастланишини келтириш мумкин. Агар анамнезида классик шикаст механизми бўлиб, тизза блокадаси билан кузатилса, ўзига хос клиник кечиши ва такрор-такрор тизза блокадаси бўлиб турса, бу ҳолда мениск-нинг йиртилганига шубҳа бўлмайди. Мақсадга мувофиқ, текшириш билан фақат тизза бойламининг шикастланганини ёки, аксинча, шикастлан-маганини аниқлаш керак

Бошқа касалликларда бўлгани каби беморни ҳаёт анамнезини йи-ғиш керак: туғилгандаги саломатлик ҳолати, болалигидаги, ўсмирли-гидага ва навқирон ёшидаги яшаш шароитлари. Таянч-ҳаракат аппарати фаолиятига меҳнат шароитлари ва ишлаб чиқаришдаги зарарли омиллар таъсир қилиши мумкин. Доимо илгари бошидан кечирган касал-ликларини аниқлаш керак Аллергологик анамнезни билиш ҳам мақ-садга мувофиқдир, чунки анафилактик шок ҳоллари тез-тез учраб турмоқда.

Кўздан кечириш. Кўздан кечиришда шифокор беморнинг ўзини тутишига, ташки кўринишига, чеҳрасида акс этган белгиларга, мажбурий кўрик ва ғайритабиий юришига, танасининг нормал шакли ва нисбатлари бузилишига диққат билан эътибор бериш керак Беморни кўрувдан ўтказиш таянч-ҳаракат аппаратининг жуда кўп шикаст -ланишлари ва касалликларининг белгиларини аниқлашга имкон беради.

Кўрувдан ўтказиш маълум қоидага риоя қилган ҳолда узвий ва тўлик бўлиши керак Кўрувдан ўтказилаётганда бемор кийимлардан холи бўлиши керак шундагина тана ва қўл-оёқларининг симметрик қисмларини солиштириш мумкин. Хонада беморни юргизиб кўриш мақсадга мувофиқдир. Шу вақтда беморнинг қад-қоматини, елка камари симметриклигини, чанок, қийшиқлигини, бел шакли ва контурларини, гавда ва оёқ-қўлларнинг деформацияси аниқланади.

Травматологик беморни кўрувдан ўтказиш маълум схемага асосланади, бу шикастланишнинг муҳим белгиларини кўрмай ўтказиб юборишдан асраб қолади. Умумий кўрувдан ўтказгач ва асосий белгиларини аниқлагач, бутун тана юзаси ўрганиб чиқилади. Бирламчи кўрувдан ўтказилганда беморнинг ҳолати ёки шикастланган таянч-ҳаракат аппарати фаол актив, пассив ёки мажбурий ҳолатда бўлиши мумкин.

Беморларнинг фаол ҳолати аксарият касалликнинг деярли оғир эмаслигидан, унинг бошлангич босқичидан ёки шикаст енгил бўлиб, тана ва қўл-оёқ, фаолиятига деярли таъсир қилмаганлигидан дарак беради. Ташхис қўйиш нуқтаи назаридан беморнинг пассив ёки мажбурий ҳолатлари муҳим аҳамиятга эгадир.

Беморнинг пассив ҳолати, кўпинча, шикастнинг оғирлиги ёки орқа мия шикастланиши мураккаблашиб фалаж бўлганлигидан дарак беради. Таянч-ҳаракат аъзосининг бирорта сегментининг пассив ҳолати

шу даражада характерли бўладик, уни маълум бир шикастланишнинг патогномоник белгиси деб хисоблаш мумкин. Бемор оғриқни камайтириш ёки қолдириш мақсадида танасига ёки шикастланган қўл-оёғига маълум мажбурий қулай ҳолатни беради. Беморнинг қўли ёки оёғига маълум зарур ҳолат бериши маълум суяк мушак ёки нервнинг шикастланганлигидан дарак беради. Яна шикастланган жойдан узоқроқда гавданинг ёки унинг маълум бир қисмининг ғайри табиий ҳолатига алоҳида аҳамият бериш керак - компенсатор, мослашиш ва патологик тана ҳолати. Шундай қилиб, беморда вертикал ёки горизонтал ҳолатда пайдо бўладиган кучли лордоз, чанок-сон бўғимидаги бу-кувчи контрактураси хисобидан бўлиши мумкин.

Умумий кўздан кечириш тугагач, маҳаллий ўзгаришлар ўрганила бошланади. Шикастланган тана қисмини соғлом симметрик қисми билан таққослаб ўрганилади.

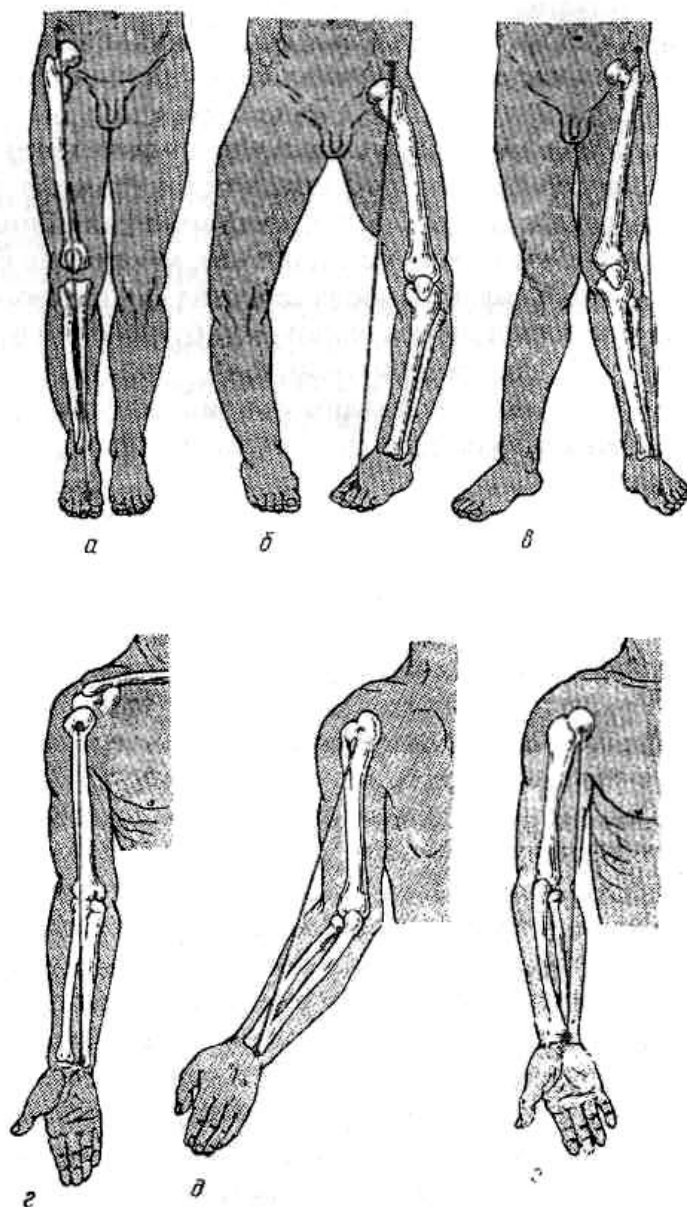
Терини кўздан кечирганда, унинг рангига, эластиклигига, намли-гига ёки, аксинча, қуруқлигига, турли хил тери тошмаларига аҳамият бериш керак. Травма содир бўлганда нафақат тери юзаси бузилишига, балки унинг тарқалганлиги ва жойлашувига ҳам аҳамият бериш керак. Масалан, кўз косаси атрофидаги кўпайиб бораётган гематома, бунга кўшимча равишда беморнинг пассив ҳолати (хушдан кетиш) оғир бош мия шикастланишидан, калла суяги асосининг синганлигидан далолат беради. Оралиқ соҳасидаги тери остига қон қуйилиши, оёқнинг пассив ҳолати (ташқи ротация, «ёпишиб қолган товон» мусбат симп-томи) чанок суяклари синганда кузатилади.

Турлича жойлашган тери лат ейишлари, жарохатлар шикастланиш ёки касаллик белгилари бўлиши мумкин. Шикастланишлар ва ортопедик касалликларнинг аниқ белгиларидан бири — қул ёки оёқ ўқининг дефор-мацияси хисобланади. Нормада оёқнинг тўрри ўқи — *spina iliaca anterior superior* — дан пастга ўтказилган чизик, тизза қопқоғи ички ён томонидан ўтиб, 1 панжанинг бармоғига бориши керак (4-расм, *а*).

Тиззадаги ўзгаришлар натижасида болдир ташқарига қараб қийшайган бўлса (*genu valgum*) оёқ ўқи ташқаридан ўтади, агар болдир ичкарига қийшайган бўлса (*genu varum*) — тизза қопқоғи ичкарасидан ўтади (4-расм, *б, в*). Қулнинг тўғри ўқи елка суяги бошчаси устидан ўтказилган чизик билан ва тирсак суяклари устидан ўтади (4-расм, *г*). Тирсак бўғимининг ичкарига қийшайиши — *cubitus valgum* (4-расм, *д*), ташқарига қийшайиши — *cubitus varum* дейилади (4-расм, *ё*). Илгари кечган умумий касалликлар организм ривожланишига таъсир қилиши ва иккала оёқнинг деформациясига олиб келиши мумкин (рахит), масалан "О" ва "Х" симон деформация (4-расм *б, в*).

Оёқ-қўллар ўқининг деформацияси бўғимдан чиққанда ҳам кузатилади.

Пальпация — пайпаслаш, кўриқдан ўтказиш методи сифатида, шифокор беморни умумий кўрувдан ўтказгач, тегишли саволларга жавоб



4-расм. Оёқ-кўллар

ўқи ҳолати. *a* — оёқ нормал ўқи; *б* — genu varum; *в* — genu valgum; *z* - қул нормал ўқи; *д* — cubitus valgum; *е* — cubitus varum.

олгач, умумий ахволини ва маҳаллий деформация табиатини аниқлагач ўгади. Тўқималарни, деформация юзасини секинлик билан, озор бермасдан пайпаслаш, яллиғланиш жараёнларида кузатиладиган маҳаллий ҳарорат соғлом томон билан таққосланганда сезилади, тери таранглига (тургор) аниқланади, тўқима шиши, унинг тарқалганлига, қаттиқлиги ва яллиғланиш жараёнининг юза ёки чуқур жойлашган тўқималар билан боғлиқлиги аниқланади, Оёқ ва кўлларда томирларни қиёсий пайпаслаш улардаги қон айланиш ҳолатини аниқлашга имкон беради.

Пайпаслаш усули маълум касалликларни аниқлашда катта аҳамиятга эга, масалан, ғирчиллайдиган тендовагинит, стенозли тендовагинит, шақиллайдиган бармоқ, ғирчиллаган курак шунингдек қовурға син-

ганда ва бошқа шикастланишларда. Тери ости клетчаткасини бармоқ билан босиб кўриш ҳам пайпаслашга киради. Агар флюктуацияга гумон қилинса, унда иккала қўл бармоқлари билан текширилади. Пайпас-лаётган бир қўл бармоқлари ёки бир қўл бармоғи қимирламасдан бир холатда жароҳат марказита яқинроқда бўлиб, иккинчи қўл бармоқлари билан эса якка-якка тўлқинсимон босилади.

Суяк-бўғим аппаратини пайпаслаб текшириш фақат анатомик ўзаро муносабатларнинг бузилганлигини кўрсатибгана қолмай, синган суяк-лар бўлақларининг ўрнига қўйилганлигини назорат қилиш имко-ниятини ҳам яратади. Пайпаслаш билан шиллиқ пардалар, пайлар, нерв тизимчалари ва томирлар холати аниқланади. Пайпаслаш тек-ширишлар ва операциялар пайтида қимматли, бетакрор усул хисоб-ланади (синик, бўлақларининг ички ориентациясини аниқлашда, суяк контурининг нотекислигини билишда, яллиғланиш жараёнида йиринг-нинг тарқалишини аниқлашда).

Пайпаслаш текшириш методи сифатида доимо маълум техник услубга риоя қилинган холда бажарилиши керак. Пайпаслаш бир ёки иккала қўл кафти бармоқлари, бир қўл ёрдамида ёки II бармоқ учи билан бажарилиши мумкин. Пайпаслаш иккала қўл бармоқлари ёрдамида бажарилса, уни икки қўллаб пайпаслаш ёки бимануал дейилади. Бўғим-ларни пайпаслаш, улар шикастланганда ва касалланганда муҳим диагностик аҳамиятга эга. Бўғимларни пайпаслаш билан бўғим пардасидаги, бурмаларидаги, синовиал қобиқидаги ўзгаришлар ва бўғим бўшлиғида йиғилган суюқлик аниқланади. Бўғимларни пайпаслаш уларнинг тинч ва ҳаракатдаги холатида текширилади. Бўғим соҳасида ғирчиллаш пайдо бўлиши, унинг қарама-қарши бўғимга нисбатан табиати ундаги артроз-нинг бирламчи ва аниқ белгиси хисобланади.

Бўғим контурини ва яқинида жойлашган анатомик тузилмаларни қиёсий пайпаслаш бўғимлараро ва бўғим яқинида синиклар бор-йўқ-лигини аниқлаш учун зарур. Бунинг учун маълум таниш чизиқлар ва нуқталарни билиш керак: Гюнтер чизиғи ва учбурчаги, тирсак бўғими учун Маркс дўмбоқ усти чизиғи, бўкса учун Шумахер чизиғи шулар жумласига киради.

А у с к у л ь т а ц и я . Эшитиш методи травматология ва ортопедияда деярли кам ишлатилади. Хар холда бўғимларнинг фаол ва пассив ҳаракат қилишида аускультация бошқа текширишлар билан биргаликда қўшимча клиник симптомларни бойитиб, ташхис қўйишни енгиллаштириши мумкин. Суякларни тўқиллатиш (перкуссия қилиш) билан бирга эшитиш (аускультация) қимматли ахборотни бериши мумкин. Бунинг учун фонендоскоп суяк юзасига: зарарланган ўчоқдан юқорига ёки пастга қўйилади. Жароҳатланиш гумон қилинган қисмни қарама-қарши томонидан суякни перкуссиялаш, перкутор товушнинг суст ўтиши ёки мутлоқ ўтмаётганлигини қайд қилиб ўтиш мумкин. Суяк орқали товушнинг ўтиши синишларда, сохта бўғимларда,

ўсмаларда соғлом томонига нисбатан кескин сусайиши мумкин. Синган диафиз битиши суяк тўқимасидан товуш ўтказилиши қайта тикла-нишига олиб келади, буни хам аускультация методи билан аниқласа бўлади.

Бўғимларда х. а. р. а. к. а. т. а. м. п. л. и. т. у. д. а. с. и. н. и. а. н. и. к. л. а. ш. Текширишнинг бу қисми касаллик ёки шикаст клиникасига кўшимча ахборот бериб, тўғри ташхис қўйиш ва зарур даволашни белгилашга имкон беради.

Оёқ ёки қўлни шикастланган сегментининг функционал ҳолатига баҳо бериш учун бўғимдаги фаол ва пассив ҳаракатлар ҳажмини ўрга-ниш керак Сагиттал юза бўйича бажариладиган ҳаракат буқиш ва ёзиш (флексия, экстензия) деб аталади.

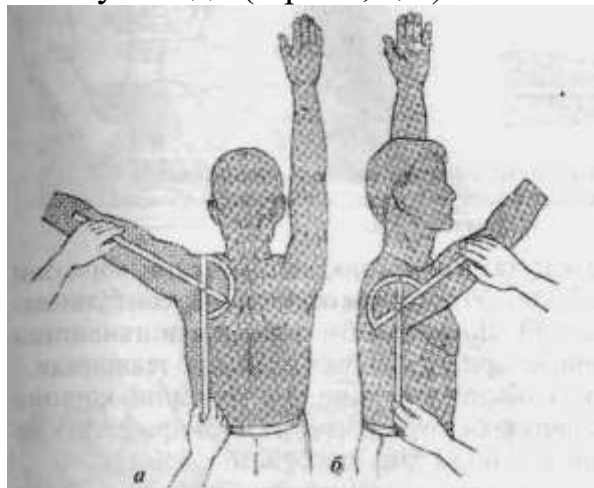
Билак-кафт усти бўғимидаги ҳаракатларни кафт ва кафт орқа то-мони буқилиши, болдир-ошиқ бўғимида болдир олди ва кафт томон ҳаракат дейилади.

Фронтал юза бўйича танадан узоқлаштириш (абдукция) ва яқин-лаштириш (аддукция) ҳаракатлари бўлиши мумкин. Билак-кафт усти бўғими ҳаракатига баҳо бериб, кўпинча қўл панжасининг билак ва тирсак томонга буқилиши деб аталади. Бундан ташқари, бўйлама ўқи атрофидан айланиш ҳаракати (ички ва ташки ротация) хам бўлади. Билак-тирсакнинг ташқарига ротацияси — супинация ва ичкарига ротацияси — пронация дейилади. Фаол ҳаракатлар ҳажмини ўрганиш (беморнинг ўзи бажаради) пассив ҳаракатларни (уни текширувчи бажаради) шикастланмаган бўғими билан солиштириш мақсадга мувофиқдир.

Фаол ва пассив ҳаракатларни бурчак ўлчагич билан аниқланади. Олинган натижа касаллик тарихига ёзилади. Бурчак ўлчагич оёқ, ёки қўл сегменти ўқига кўйилади. Ҳаракат амплитудаси оёқ-қўл сегменти нейтрал ҳолатидан (бошланғич нуқтадан) бошланади. Елка бўғимининг ротацион ҳаракатларини ўрганишда дастлабки ҳолат осилиб турган қўл-нинг тирсак бўғимида тўғри бурчак остида буқилган ҳолатда сагиттал юзада туриши ҳисобланади. Бу ҳолатда елка думбоклари фронтал ҳолатда, елка суягининг кичик дўнглига эса олдинги томонда туради.

Чаноқ-сон, тизза, тирсак билак-кафт усти ва бармоқлар бўғимлари учун дастлабки ҳолат уларнинг 180° гача ёзилган ҳолати ҳисобланади. Ташқарига ва ичкарига бурилишни (пронация ва супинация) аниқлашда дастлабки ҳолат билак учун уни тирсак бўғимида тўғри бурчак остида буқиш, панжа эса сагиттал ҳолатда бўлиши керак Соннинг ротацион ҳаракатларини ўлчашда оёқ тўғри тана ўқида жойлашиб, тизза қопқоғи олдинга қараб туриши керак Елка бўғи-мининг эхтимол туғилган ҳаракатини бурчак ўлчагич билан аниқланади; шунда ўлчагичнинг битта бранши танага узунасига кўйилади, иккинчиси эса елка ўқи бўйлаб кўйилади шунда унинг маркази (ошиқ-мошиқ) елка бошчаси проекциясига тўғри келади. Елка бўғимидаги

букиш ва ёзишни аниқлаш учун бурчак ўлчагични ҳам елка суяги бошчаси терисининг проекциясига қўйилади (5-расм, а, б).



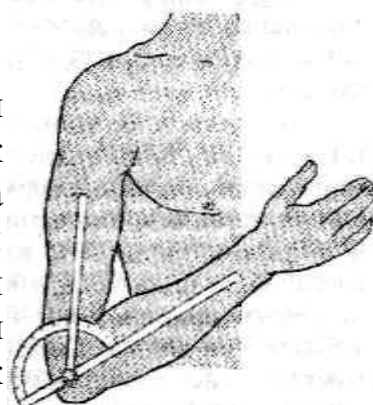
5-расм. Елка бўғими харакатини ўлчаш. а — кулни танадан узок-лаштиришни ўлчаш; б — букиш ва ёзишни ўлчаш.

Тирсак бўғими харакатлар хажмини аниқлаш учун бурчак ўлчагични елканинг ташки думборидан пича пастроққа жойлаштириб, унинг браншларини елка ва билак ўки бўйлаб қўйилади (6-расм).

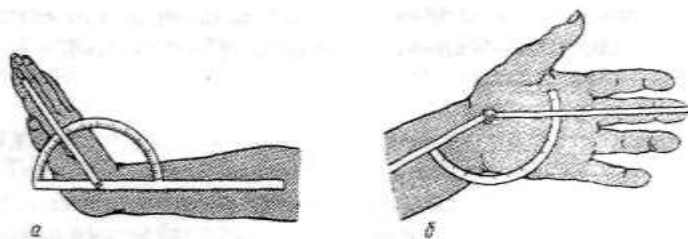
Билак-кафт усти бўғимини букиш ва ёзиш харакатларини бурчак ўлчагич ошиқ-мошиғини билак суягига қўйиб, браншларидан биттасини билак ўки, иккинчисини эса II кафт суяги узунлиги бўйича қўйилади (7-расм, а).

Кўпинча, билак-кафт усти бўғимида фронтал юзадаги харакат

6- расм. Тирсак бўғимида хаһакатни ўлчаш.



аниқланади (*abductio* ва *adductio*), бунингучун билакка супинация ҳолати берилади. Бурчак ўлчагичнинг ошиқ-мошиғи билак-кафт юзасига қўйилади, браншларидан биттаси билак ўртаси бўйлаб, иккинчиси панжанинг III бар-моки бўйлаб (7-расм, б) қўйилади. Ча-ноқ-сон бўғимини букиш ва ёзиш харакатларини аниқлашда бурчак ўлчагич шарнири катта қуст устига қўйилади ва шунда битта бранш тана бўйлаб, иккинчиси эса сон ўки бўйлаб юради (8-расм, а). Чаноқ-сон бўғимида букувчи контрактура бўлса, унинг аниқ, дара-кат амплитудасини махсус усулларсиз аниқлаш мумкин эмас. Шунинг учун чаноқ-сон бўғимида букувчи контрак-



7-расм. Билак-кафт усти бўғими ҳаракатларини ўлчаш. *а* - букиш ва ёзиш ҳажмини ўлчаш; *б* - яқинлаштириш ва узоқлаштириш ҳажмини ўлчаш.

тура бўлса, унинг ҳаракат ҳажмини аниқлашдан олдин лордозни бартараф қилиш керак; бунинг учун соғлом оёқни чаноқ-сон бўғимида тўлиқ букилади (8-расм *б*). Лордозни бартараф қилинганлигини шифокор қўл панжасини беморнинг бел соҳасига қўйиб текширади.

Чаноқ-сон бўғимида оёқнинг ёзилишини беморни қорнига ётқизилган ҳолатда текширилади. Бурчак ўлчагич шарнири катта куст соҳасига, унинг бранши эса сон ва тана ўқи бўйлаб қўйилади.

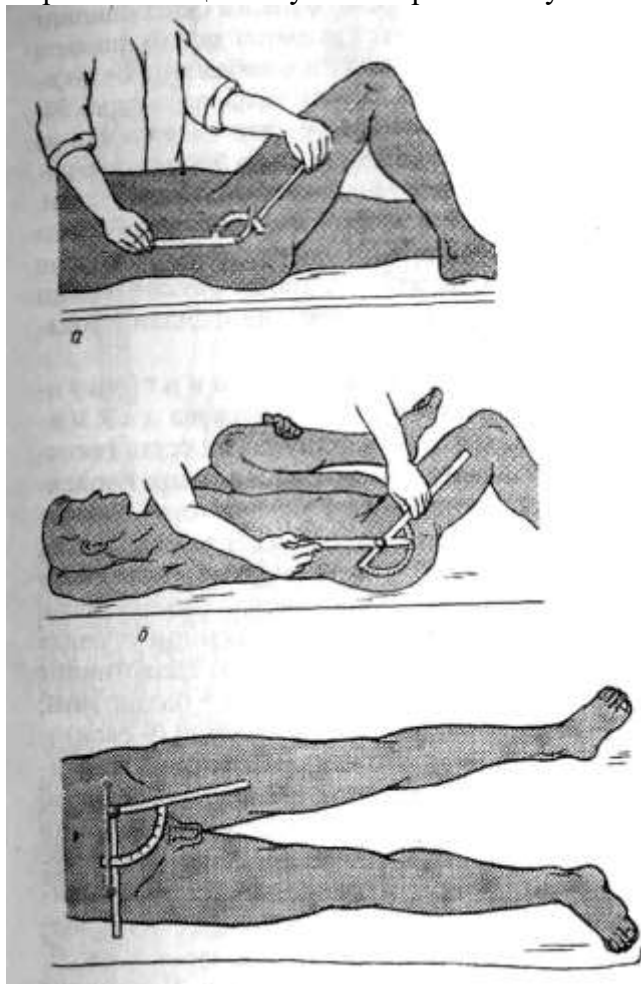
Чаноқ-сон бўғимидаги танадан узоқлаштириш (*abductio*) ва танага яқинлаштириш (*adductio*) ҳаракатларини аниқлашда ҳам бемор чалқанча ётқизилади. Ёнбош суяк юқори-олди нуқтасини аниқлагач, шу чизиқда параллел бурчак ўлчагичнинг битта бранши, иккинчи бранши эса чот **бурмаси ўртасидан** ўтади (8-расм, *в*). Тизза ҳаракатини аниқлашда бурчак ўлчагич шарнирини тизза ташқи томони оралиғи устига қўйилади. Тизза бўғимининг ҳамма ҳолатларида ҳам унинг оралиғи тизза қопқоғининг пастки кугбига тўрри келади. Бурчак ўлчагичнинг битта бранши болдир бўйлаб, иккинчиси сон ўқи бўйлаб қўйилади.

Болдир-панжа бўғимида букиш ва ёзиш ҳаракатлар ҳажмини аниқлашда бурчак ўлчагич шарнири ички тўпикқа қўйилади, шунда битта бранши болдир ўқи бўйлаб, иккинчиси оёқ-панжа ички четига қўйилади.

Текшириладиган бўғимда фаол ва пассив ҳаракатлар амплитудасини таққослаб ва олинган натижани умуман соғлом одамнинг жинсига, ёшига қараб аниқланган нормал ҳаракат амплитудаси билан солишти-рилгач, ҳаракатлар ҳажмининг нечоғлик бузилганлиги аниқланади. Фаол ҳаракатларнинг чегараланганлиги аниқлангач, олинган натижалар пассив ҳаракатлар табиати билан солиштирилади. Пассив ҳаракатда бўғимдаги ҳаракатларнинг чегараланганлиги контрактура дейилади. Табиати бўйича чегараланиш ёзилган, яқинлашган, узоқлашган бўлиши мумкин. Этиологик омил бўйича контрактуралар миоген, невроген, артроген ва десмоген бўлади.

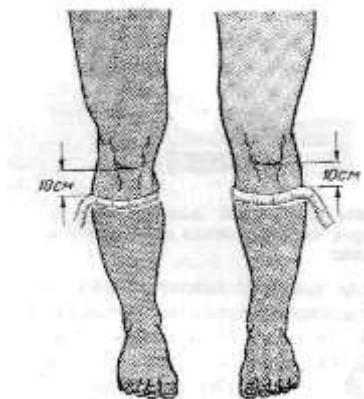
Дистрофик жараёнларнинг пардада (капсулада) ва ишқаланувчи бўғим юзларида чуқур ривожланиши бўғим ҳаракатининг чегара-

8-расм. Чаноқ-сон бўғими харакатини ўлчаш.



ланиши, унинг харакатининг бутунлай йўқлигига олиб келиши мумкин. Бўғимда юз берган бундай холатни анкилоз деб аталади. Турлари бўйича суяк анкилози, бунда бўғим юзалари битиб кетади ва фиброз анкилоз, бунда бўғимда фаол харакатлар тўлик йўқолади. Аммо текшириш жараёнида пассив харакат қилинганда оғриқнинг пайдо бўлиши унда маълум даражада, жуда оз бўлса-да, харакат борли-гидан дарак беради. Фиброз анкилозда бўғимлар юзасида суякли битиш бўлмайди ва бўғимлар юзаси фиброз-чандиқлар воситасида маҳкам ушланиб турган бўлади. Оёқ ёки қўлнинг жарохатланган сегменти буқилган, ёзилган, танага яқинлашган, танадан узоқлашган, ташқари ёки ичкари ротация холатларида бўлиши мумкин.

9-расм. Оёқнинг айлана хажмини ўлчаш.



Бўғимлар харакати бузилишининг бошқа тури уларнинг хаддан ташқари харакатчанлиги хисобланади. Бу тўқи-маларда, бойламларда, пардаларда бўладиган ўзгаришлар натижасида ва кўпинча туғма ҳамда бўғим юзалари-нинг бузилиши хисобидан бўлади. Травматик чиқиш оқибатида бўғимда харакатнинг чегараланиши, пассив харакатлар қилганда пружинасимон қаршилиқ кўрсатиши билан ифода-ланади.

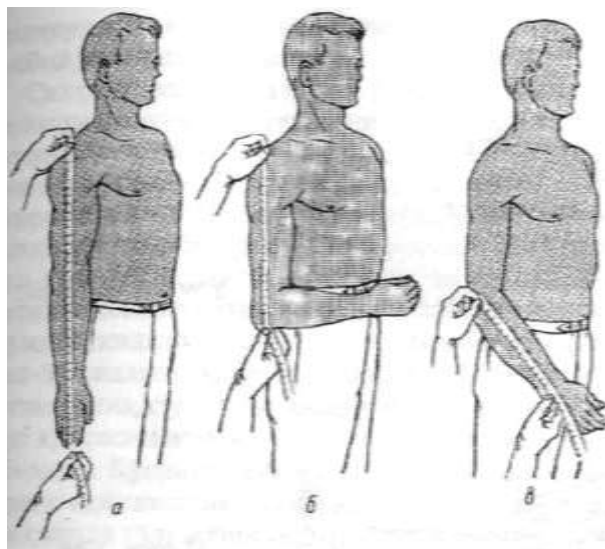
Оёқ-қўлларнинг узун-лигини ва айлана хажми-ни ўлчаш. Бу ўлчаш усули таянч-харакат аппаратининг холати тўғриси-да кимматли маълумотлар беради. Текшириш соғлом оёқ ва хасталанган

оёқ ёки қўлни бир-бири билан тенглаштириш ва таққослаш йўли билан ўтказилиши керак. Бу кўздан кечириш ёки сантиметрли тасмада ўлчаш йўли билан аниқланади. Оёқ ёки қўлнинг айлана хажмини ўлчашда бир хил масофада аниқ ва белгиланган нуқтадан: тизза қопқоғининг пастки нуқтаси ёки катта болдир суяги ғадир-будуридан - болдир учун; сон учун эса тизза қопқоғининг юқори кутби хисобланади (9-расм).

Оёқ-қўлларнинг узунлигини ва айлана хажмини ўлчашга (сантиметр хисобида), қўл ва оёқлар орасидаги асимметрияни аниқ, белгилаб кўйиб ва кейинчалик шу сегментлардаги асимметрия ўзгаришини динамикада кузатиш ёрдам беради. Сантиметр ёрдамида ўлчаш му-раккаб эмас ва ўлчаш иккита белгиланган суяклар дўнглигидан оли-нади. Ўлчашнинг асосий қоидаси — бу ўлчанадиган қўл ёки оёқлар-нинг гавдага нисбатан доимий маълум бир хил холатда туриши хисоб-ланади. Ўлчаш қаттиқ кушеткада бажарилиши керак. Чанокнинг олдинги юқори қирралари тананинг перпендикуляр ўқиға тўғри келиши керак. Қўл ва оёқлар уларнинг ўқиға параллел туриши керак. Оёқ ёки қўлнинг контрактураси бўлса ёки мажбурий холатда турса, оғриқ борлиги сабабли соғлом томонни ҳам унга мослаштириб симметрик холат берилади.

Қўлнинг узунлигини куракнинг акромиал ўсигидан билак суя-гининг бигизсимон ўсигигача ёки III бармоқнинг учигача ўлчанади (10-расм, *a*), бунда қўл тирсак бўғимида тўғри бурчакостида буқилган бўлиши керак. Билак узунлиги тирсак ўсигининг юқори учидан то тирсак суягининг бигизсимон ўсигигача ўлчанади (10-расм, *в*).

Оёқнинг узунлиги ёнбош суягининг олдинги-юқори қиррасидан ички ёки ташки тўпиқнинг юқори учигача ўлчанади (11-расм); сон



10-расм. Қўл (а), елка (б) ва билак (в)
узудлигини ўлчаш.

узудлиги - катта кўстнинг бўртиб чиққан нуқтасидан ёки ёнбош суяги олдинги-юқори қиррасидан то тизза бўғими оралигигача ўлчанади (12-расм); болдирнинг узудлиги — тизза бўғими оралигидан то ташқи ёки ички тўпиқ юқори учигача, болдирнинг ташқи ёки ички четигача ўлчанади (13-расм).

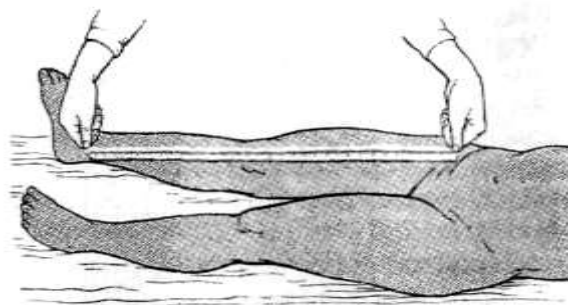
Ўлчаш шароитлари ва натижалари касаллик тарихига ёзилади. Ўлчашда ишлатилган таниш нуқталарни аниқ ёзиш даволаш жараёнида оёқ ёки қўлнинг узудлиги ёки айлана хажмидаги ижобий ўзгаришларга баҳо бериш имкониятини яратади. Ўлчаш жараёнида аниқланган оёқ ёки қўлнинг калталиги ёки узудлиги бир неча: туюлувчи, хақиқий ва нисбий турларда бўлиши мумкин.

Туюлувчи ёки функционал калталиқ бўғимдаги контрактура хисобидан бўлиши мумкин. Шунинг учун ҳам сегмент-сегмент қилиб ўлчаш узунасига бўлган ўзгаришларни аниқлашга имкон бермайди. Узукликнинг туюлувчи ўзгариши бўғимларнинг биридаги патологик ҳолатга: контрактура, анкилоз ва мушакларнинг тарант қотиб қолишига боғлиқ (14-расм, в).

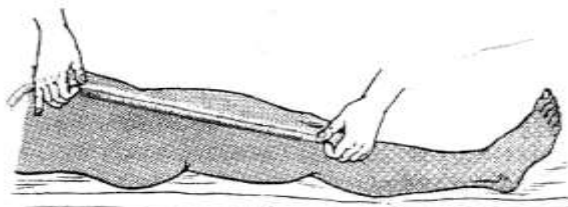
Оёқ ёки қўл узудлигини хақиқий ўзгариши сегментларидан бирининг органик ўзгаришига боғлиқ, (синган суяк бўлақларининг силжиши, ўсишнинг бузилиши, патологик жараёни натижасида емирилиши). Оёқ ёки қўл хақиқий узудлигининг ўзгариши умумий ва сегмент-сегмент бўйлаб ўлчаганда ҳам аниқланади (14-расм, б).

Оёқ ёки қўл узудлигининг нисбий ўзгариши (калталиги, узудлиги) бўғимларнинг ўзаро сегмент уланиш муносабатларининг бузилишига боғлиқ. Қўл-оёқлар узудлигининг бу турдага ўзгаришлари бўғим сабабли ўзгариш дейилади; бу чиқиш ва бўғим ичида синишларда учрайди. Қўл-оёқларнинг клиник ёки йиғинди (суммар) узудлигининг ўзга-

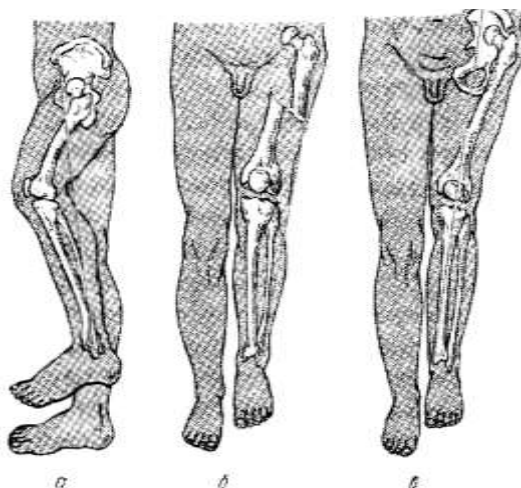
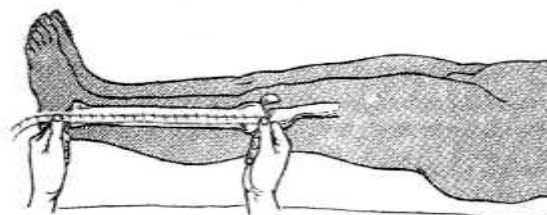
11-расм. Оёқ, узунлигини ўлчаш.



12-расм. Сон зушшгини ўлчаш.



13-расм. Болдир узунлигини ўлчаш.

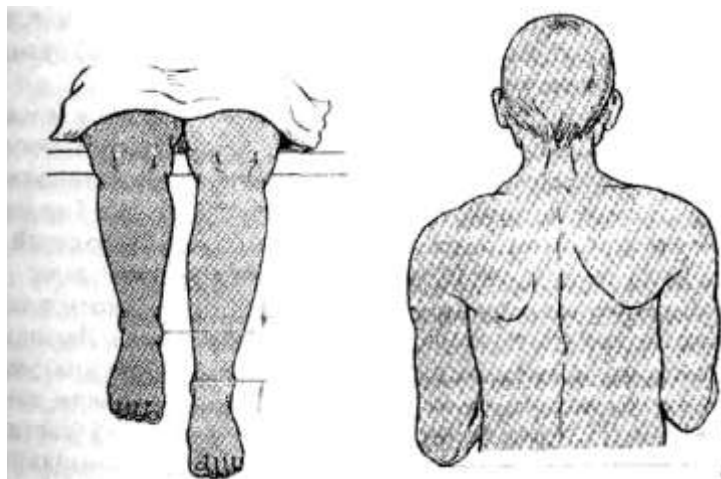


14-расм. Оёқнинг калталик турлари.

a — тиззанинг букувчи контрактурасида функционал калталаниш; *б* — сон суяги синиб силжиган-да оёқнинг хақиқий калталаниши; *в* — сон чиққанда оёқнинг нисбий калталаниши.

ришлари тушунчасига (калталиги, узунлиги) туюлувчи, хакикий ва нисбий ўзгаришлар киради.

Сантиметрли тасма билан ўлчашдан ташқари, қўл-оёқлар узун-аигидаги фарқни кўз орқали нисбий таққослаш йўли билан аниқлаш мумкин. Бунинг учун беморни қаттиқ кушеткага ётқизиб, тизза қоп-қоғи юқори қутбларини, болдир тўпиқларини ва ёнбош суяги олдинги-юқори қирраларини таққослаш йўли билан аниқланади. Агар кўрса-тилган нуқталар бир-бирига мос келмаса, унда қайси сегмент хисобига узун-калталиқ борлиги аниқланади. Шундай қилиб, бемор қаттиқ кушеткага чалканча ётқизиблиб, оёқларини тизза ва чаноқ-сон бўғим-ларида букилади. Беморнинг оёқ томонидан қаралса, тиззаларнинг паст-баландлиги яққол кўринади, бу сон сегментининг узун ёки калта-лигини аниқ кўрсатади. Болдирларнинг узун-калталигини беморни стул қиррасидан оёқларини осилтирган холда ўтказиб аниқланади (15-расм). Қўлнинг узун-калталигини аниқлашда қўл туширилган ва танага яқинлашган холатда бўлиши керак. Елканинг узунлигини аниқлашда қўлни тирсак бўғимида тўғри бурчак остида букилади ва беморнинг орқа томонидан ўтиб қаралса, тирсақларнинг ўзаро фарқи аниқланади (16-расм). Билакларнинг бир-биридан узунлиги фарқини аниқлашда иккала тирсакни столга кўйиб, кафтлар бир-бирига кўйилади: бигизсимон ўсикларнинг жойлашиши ва бармоқлар учларининг бир-бирига тўғри келмаслига билакларнинг нотекислигини билдиради. Оёқ панжасининг турли деформацияларини улар конту-раларининг изини олиш билан ўрганилади (подограмма).



15-расм. Болдир узунлигини солиштириш.

16-расм. Елка узунлигини солиштириш.

Бунинг учун оёқлар кафтига бўёқ суртилади, бемор бир варақ оқ қоғозга оёғини кўяди ва қолган из асосида патологик ўзгариш аниқ-ланади. Умурткани ўлчаш унинг деформациясига мувофиқ сагиттал (сколиоз), фронтал (кифоз, лордоз) ва горизонтал (ротация) юзаларда бажарилади. Ёнига қийшайишни вертикал ҳолатда шовун ёрдамида ўлчанади. Бунинг учун фломастер ёрдамида белгилаб, бриллиант кўки эритмаси ёки сиёҳ билан тўғри ўсиқлар бўйлаб, шовун ипини паст-елка тешигига тўғрилаб, вертикал чизиқдан оғанлиги аниқланади. Агар деформация бўлмаса, шовун чизиги билан тўғри ўсиқ чизиги бир-бирига мос келади. Фронтал юза деформациясини бурчак ўлчагич - кифометр билан контурларини чизиб аниқланади. Қийшиқлик дина-микаси бир неча позицияда: одатдаги, тўғриланган, буқилган ва ёзилган қад-қоматда ўлчанади.

Мушак кучини ўлчаш. Таянч-харакат аппаратининг кўпгина деформацияларида мушаклар системасининг ҳолатини аниқлаш беморларни текширишнинг муҳим методи ҳисобланади. Бирор сегментда мушаклар мувозанатининг бузилиши деформация ривожланишига асосий сабаб бўлиши мумкин. Бу асимметрия суст ва спастик фалаж-ликларда (полиомиелит, болалар марказий фалажи — ДЦП, орқа миянинг шикастланиши) бўлади. Мушаклар кучини ҳаракат пайтида текшириш натижалари махсус динамометр ёрдамида баллар ҳисобида баҳоланади. Талайгина юк тушганда оёқ-қўл сегментидаги мушак гуруҳларининг ҳаракатлар ҳажми батамом сақланиб қолган ҳолат норма (5 балл) деб қабул қилинади. 4 балл — ҳаракатлар тўлиқ ҳажмда мавжуд, аммо кам юк билан бажарилади. 3 балл - тўлиқ ҳаракат ҳажми сақланиб қолган бўлиб, мушаклар таранглашиши фақат қўл ёки оёқ массасини енга олади; 1-2 балл - мушакларнинг қисқариши қўл ёки оёқ массасини енга олмайди; 0 баллда ҳатто мушак қисқаришини аниқлаб бўлмайди, яъни тўлиқ фалажлик рўй беради.

Таянч-харакат аппаратининг функцияси-ни аниқлаш. Таянч-харакат аппарати бир сегментининг фаолияти бузилиши, организмда компенсатор ўзгаришлар ривожланишига олиб келади. Бу компенсатор — мослашиш ўзгаришлар ҳар бир одамда индивидуал шаклланади ва кўп жихатдан унинг марказий асаб системаси ҳолати ва шикастланиш характериға боғлиқ бўлади.

Таянч-харакат аъзоларининг бирор сегментида нуқсон топилган бўлса, организмда компенсацион ўзгаришга олиб келади. Лекин инди-видуалликка қарамай, мослашиш реакциялари кўпгина умумий клиник белгиларига эга. Функционал ҳолат бемор юрганда, тик тур-ганда, ўтирганда, тиззаларини букиб, панжаларини босиб ўтирганида, пойафзал кийганида, кичкина жисмларни (предметларни) олганда, ёзганда, тугмасини таққанда ва бошқаларда баҳоланади. Беморнинг юришини ўрганиш таянч-аъзоларининг функционал ҳолатини аниқлаш имконини яратади ва юришнинг турлича бўлишига асосланиб тўғри

ташхис қўйиш ва тегишли муолажа қилишга имкон беради.

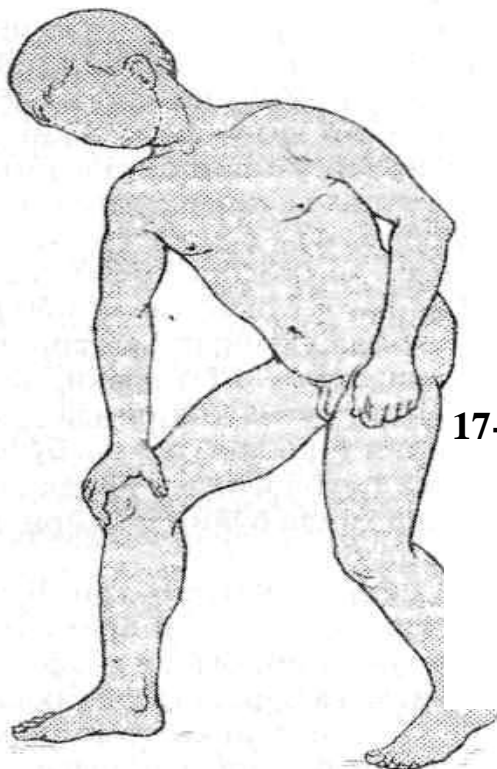
Чунончи, «ўрдаксимон» ёки чайқалиб юриш сонлар бошчасининг икки томонлама тугма чиқиш белгиси хисобланади, авайлаб оксоқланиш оғрик сезиш на-тижасида, авайламасдан оксоқланиш оёқнинг калталиги ва бошқа сабаб-ларга боғлиқ. (17-расм).

Травма ва ортопедик касал-ликлари бўлган болаларни тек-ширишнинг айрим хусусиятлари. Болаларда шикастланиш ва ортопедик касалликларни ташхислаш, айниқса, кичик ёшдаги

болаларда анча қийинчиликларга сабаб бўлади. Ши-фокор сон суяги диафизининг «яшил новда» типи бўйича синишида, кў-пинча, хатога йўл қўйиши мумкин, чунки бу синишда оёқ узунлиги кал-таланмаслиги ва шакли ўзгармаслиги мумкин. Хатто тажрибали шифокор ҳам ортопедик касаллик неврологик патология замирида кечганда ташхис қўйишга қийналиши мумкин. Шунинг учун шифокор патологияни аниқлай олмаса, лекин боланинг шикоятлари қолса, унда текширишни батафсил ва чуқурроқ ўтказиш талаб қилинади.

Анамнез йиғиш қийин вазифалардан бири хисобланади. Шифокор бола бошидан кечирган травма механизмини тушуниши керак Ортопедик касаллик борлигига гумон бўлса, унда хомиладорлик туғруқнинг кечиш хусусиятларининг аҳамияти бор. Болада патологик ўзгариш туғилганда бўлганми ёки кейин ривожланганми — буни аниқлаш керак шунингдек боланинг умумий ривожланиш хусусиятларини билиш ҳам керак: у қачон бошини тута олди, ўтирди, тик турди ва юра бошлади. Ортопедик деформацияларда патологиянингирсийлигини аниқлаш керак Агар бола билан гаплашишнинг имкони бўлса, унинг берган маълумотлари ота-онасининг айтган маълумотларидан кўпроқ аҳамиятга эга бўлади.

Болани умумий кўздан кечириш. Ортопедик касалликка гумон бўлса, унда тана тузилишининг мутаносиблиги, холати ва қадам ташлаши аниқланади. Боланинг бўйи ўлчанади ва ёш жадвали бўйича унинг нормага мувофиқлиги аниқланади. Буй ўсишининг орқада қолиши скелет системаси касалликларига хос. Кўкрак



17-расм. Соннинг тўрт бошли мушак фалажида беморнинг қадам босиши.

эмадиган чақалоқни кўздан кечирганда оёқ-қўллари калта туюлади, аммо бу, агар бола катта вазнда (4 кг га яқин) туғилган бўлса, патология эмас. Гавда тузилишининг бу диспропорцияси 2-3 ёшларда ўзича йўқолади. Умумий кўздан кечирганда тана ва қўл-оёқлардаги асим-метрияни аниқлаш мумкин. Ортопедик касалликларда терида кон томирлар ўзгариши ёки пигментли доғлар, терида кон куйилиши, гипертрихоз, гиперкератоз, чандиқлар, тери ости веналари тасвирининг кучайиши ва бошқалар кузатилиши мумкин. Бел умурткалари раво-ғининг битмаслиги белгиларидан бири – бел соҳасидаги тукларнинг кўплиги — Михаэлис ромби кузатилиши мумкин.

Кўздан кечирганда тери бурмаларининг симметриклигига аҳамият бериш керак Маълумки, чанок-сон бўғимининг дисплазиясида ва соннинг туғма чиқишида думбалар бурмасида симметрия йўқолади. Бундан ташқари, одатда бўлмайдиган тери бурмалари пайдо бўлиши туғма патологиядан дарак беради. Масалан, Шерешевский-Тернер синдромида бўйинда ғайри-табiiй бурмалар («қанотсимон бўйин») кўришиб туради.

1 ёшдан катта бўлган болани кўздан кечирилганда унинг қадам ташлашини кузатиш мумкин. Болаларда «ўрдаксимон» қадам ташлаш сон суягининг бўйин-диафиз бурчаги камайганда, соннинг чиқишида, рахитда ва бошқа касалликларда кузатилади.

Соннинг икки томонлама туғма чиқишида бола қадам ташлаб юрганда бел лордоз кучаяди, қорин олдинга бўртиб чиқади. Қадам қўйишдаги вақтнинг ва таянч кучининг қисқариши натижасида у авайлаб оксаб юради. Бундай юриш келиб чиқишидан катъий назар артритларда, ташхисланмаган синишларда ва Пертес касаллигининг бошлангич даврида бўлади. Оксаб оёқларнинг узун калталигидан ҳам келиб чиқади. Бу ҳолат узун оёқни чанок-сон ва тизза бўғимларида букиш ёки калта оёқни «узайтириш» ёки оёқ панжасини пастга эгиш билан компенсация қилинади, бу оттуёгига ўхшатилади. Бу ҳолат кў-пинча оёқ бўғимлари контрактураси ва анкмлозида учраб туради. Юришнинг ёмон томонга тез ўзгариши марказий ва периферик асаб системасининг органик зарарланишларида бўлади- Спастик паралитик ва атактик одимлаш энг типик ҳисобланади.

Шифокор беморни умумий кўздан кечиргач, унинг тана қисм-ларини батафсил кўришни бошлайди:

Б о ш н и к ў з д а н к е ч и р и ш . Аввалига бола боши катталигининг бўйига ва калла суяги юз қисмига нисбатига эътибор берилади. Кўкрак эмадиган боланинг бош мия қисми деформация бўлган бўлиши мумкин, бош «минорасимон» ёки бошқа шаклда, ол-динги-орқага чўзилган бўлиши мумкин. Бошнинг турли соҳаларида кефологематома учраши мумкин. Бундай ўзгаришлар патологик ҳисоб-ланмайди, чунки улар бола ўсган сайин йўқолади. Бош травма олганда шиш, локал оғриқ ва суякда босилган жойлар кузатилади.

Бурун ва кулоқ йўлларида қон оққанлик белгилари аниқланса, бу бош миянинг очик шикастланганидан дарак беради.

Система ва модда алмашинуви касалликларида калла суяги гумбази зичлиги ва қаттиқлиги камайиши мумкин. Бу холларда пайпаслаганда бармоқлар остида суякнинг ботиши сезилади ва уни пергамент қоғоз зичлиги билан солиштириш мумкин. Одатда, тепатош (лиқилдоқ) нинг анчагана катталашганлиги аниқланади.

Калланинг юз қисмини кўздан кечирганда юзнинг симмет-риклигига, кулоқ супраси шаклига, бурун ва қаншарининг хажмига ва конфигурациясига аҳамият бериш керак Оғиз бўшлигини кўриш шарт. Бунда қаттиқ танглай баландлиги, унинг бўлинганлиги, тишлар-нинг борлиги, уларнинг сони, ранги ва шакли аниқланади.

Бўйинни кўздан кечириш. Чақалоқлар хаётининг биринчи ойларида бош ва бўйин холатига, ҳаракат амплитудасига эътибор бериш керак: нормада бош ҳар тарафга эркин холда 90°бурилади. Бўйинда ҳаракат чегараланганда тўш-ўмров-сўргачсимон мушаклар аниқ, пай -пасланади. Туғма мушак бўйин қийшиқлигида шу мушакнинг қаттиқ-лашиши ва қисқариши кузатилади. Сал каттароқ болаларда мушак бўйин қийшиқлиги нафақат бўйин умуртқаси ҳаракатининг чекланишига, балки бошнинг қарама-қарши томонга бурилиши чекланишига ва юзнинг асимметриясига олиб келади. Бўйиннинг шикастланганига оз бўлсада шубҳа қилинганда унда локал оғриқнинг тўғри ўсиқда, бўйиннинг кўнда-ланг ўсиқларида ва паравертебрал нуқталар босилганда химоя мушак реакцияси борлигини текшириш керак

Бўйиннинг калталиги ва қалинлашиши, бошда сочлар ўсишининг жуда паст жойлашиши, уларни бўйинга ўтиши кўпинча Клиппел-Фейл касаллигида учрайди. Бунда бўйин ҳаракати чекланади, юқорида эслатиб ўтилгандек Шерешевский-Тернер синдромида бўйиннинг қисқариши «қанотсимон бўйин» тери бурмалари ҳосил бўлиши билан кузатилади.

Елка камарини кўздан кечириш. Шикаст етганда иккала елка камарининг симметриклитига аҳамият бериш керак Ўмров суяги синиб силжиганда шикастланган томон қисқа бўлади. Ўмров суяги «яшил новда» типиде синганда унинг ташқи-ўрта қисмидаги эгрилик кўпайиши ҳисобига ўзгариш рўй бериши мумкин.

Ўмровнинг тўш ва курак қисми бириккан соҳада гематома пайдо бўлиши уларнинг шикастланганидан дарак бериши мумкин. Куракни кўздан кечирганда унинг шакли ва жойлашишига аҳамият берилади. Нормада кураклар кўкрак қафасига зич ёпишиб турган бўлади. Кўкрак-ларнинг холатини аниқроқ, билиш учун унинг ўсиқлари ва пастки бурчакларини фломастер билан белгилаб чиқилади. Куракнинг юқори туриши Шпренгел касаллиги учун хос ва унда елка бўғимидага ҳаракат-лар чекланган бўлади. Куракнинг кўкрак қафасидан кўчиши (узоқлаши-ши) сколиозда учрайди ва уни «қанотсимон курак» дейилади.

Кўкрак қафасини кўздан кечириш. Нормада кўкрак қафасининг иккала ярми ҳам симметрик нафас олишда катнашади. Кўкрак қафаси лат еганда ва синганда шикастланган томони нафас олишда фаол катнашмайди. Юзаки пайпаслаганда тери ости эмфиземаси борлиги аниқланиши мумкин — қовурғаларнинг асорат-ланган синиш белгилари.

Ортопедик патологияга гумон бўлса, унда кўкрак қафасини фақат олдидан эмас, ёнидан ҳам кўздан кечирилади. Кўкрак қафасининг деформацияси бирламчи бўлиши мумкин - воронкасимон ёки кўта-рилган кўкрак қафаси. Иккиламчи деформациялар касалликларда (кўпинча сколиозда) ёки операциялардан кейин пайдо бўлади.

Рахит касаллигида 3 ёшгача бўлган болаларда оғриқсиз — қалин-лашиш кузатилиши мумкин — қовурғанинг суяк қисмининг тоғайга ўтиш жойидаги тасбехсимон зичланиш.

У м у р т қ а ва чанокни кўздан кечириш. Катта ёшдагиларни текшириш методикасидан фарқи йўқ..

Оёқ ва қўлларни кўздан кечириш. Уч яшаргача бўлган болаларнинг қўл-оёқлари узунлигини солиштирганда бир-бирига таққослаш энг кулай усул хисобланади, чунки уларда суяк ориентир-ларини пайпаслаб топиш ва сантиметр тасмаси билан ўлчаш анча қийин. Оёқларнинг узунлигани ўлчашда болани қорнига ёткизиб солиштириш кулай усул саналади. Оёқлар узунлиги бир хил бўлса, унда думбалар ва тизза ости бурмалари бир-бирига тўғри келади ва ички ошиқлар бир сатхта туради. Агар оёқлардан бири калта бўлса, унда тери бурмалари ҳолатида асимметрия бўлади.

Спастик ҳолатда ҳам бурмаларда асимметрия бўлади, шунинг учун оёқларнинг узунлигини аниқлашда «қисқарган» оёқни аста-секин тортиш керак шунда калта кўринган оёқ узайиб, тери бурмаларида симметрия ҳосил бўлади. Оёқ ҳақиқий калта бўлганда думба бурмаси пастроқ жойлашган бўлади. Сал каттароқ болаларда оёқларни таққослаш тиктурган ҳолатда текширилади. Оёқлардан бири калта бўлса, чанок қийшайди, думбалар бурмаларида асимметрия кузатилади.

Қўлларнинг узунлиги уларни пастга туширилган ҳолатда III бармоқ, учигача ўлчанади. Елка узунлиги фарқини тирсақларни 90° га буқилган ҳолатида орқа томонидан, тирсақ ўсикларининг фарқига караб баҳо-ланади. Билакнинг узунлигини аниқлашда болани иккала тирсаги стол устига кўйилиб иккала билак кафтлар ёрдамида босилади ва узун-калталиги тирсақ суякларининг бигизсимон ўсиклари ва III бармоқ. учлари сатхлари билан баҳо-ланади. Аниқ, маълумотлар сантиметр тасма ёрдамида ўлчаб олинади. Қўл ва оёқлар узунлиги ва ҳажмини ўлчаш методикаси катталарда ўлчаш методикасига ўхшайди.

Оёқ ва қўлларнинг ўқини аниқлаш. Катталардаги каби таниш нуқталаридан ўтказилади. Болаларда оёқ-қўлларнинг типик деформациялари бўлади, уларнинг ўқини аниқлашда шуни инобатга олиш

керак чунки бу патология эмас. Супинация холатида елка ўки билан билакўки ташқарига очикбурчакхосил килади — билакнинг физиологик вальгус эгилиши ўгил болаларда — 10° ва киз болаларда — 15° ни ташкил килади. Кул панжаси билакка нисбатан нормада шундай жойлашганки, III бармоқ ва III кафт суяги орқали ўтказилган чизик кафт усти билак бўғими орқали ўтади.

Бола кичкиналигида тиззаларининг ички юзалари бир-бирига тегмасдан болдирлар физиологик варус холатида бўлади ва бу варус деформацияси бола 5-7 ёшга тўлгунча ўз-ўзича тўғриланиб кетади. Одатда, ўгил болаларда оёқ ўклари тўғри бўлади; киз болаларда эса озрок вальгус холат норма хисобланади.

Бўғимларда х. а. р. а. к. а. т. х. а. ж. м. и. н. и. анираш. Умумий қоидага асосан ўтказилади. Болаларда нормада харакатлар хажми нисбатан кўпрок бўлади. Тирсак ва тизза бўғимларида нормада $10-15^\circ$ гача рекурвация бўлиши мумкин.

Рентгенологик текширув ўтказиш. Суяклар шикастланиши ва кўпчилик ортопедик касалликларда тўғри ташхис қўйиш учун рентгенологик текширув ўтказиш шарт. Рентгенологик суратлар камида бир-бирига нисбатан перпендикуляр икки проекцияда олинади, аммо баъзи бир хил суяк синишларида кийшикпроекция-ларда ва функционал холатларда кўшимча суратлар олинади, масалан умуртка шикастланганда. Айрим пайтларда рентгенографияда калла суяги шикастланганда ва, айникса, унинг асоси шикастланганда бемор-га махсус вазият бериш керак

Зарур маълумот берадиган рентген суратини олиш учун куйидаги шартларга риоя қилиш керак:

- Шикастланган жой расм марказида жойлашиши керак акс холда аниқ, бўлмаган тасвирдан ташқари шикастланган соҳа тўлиқ кўринмаслиги мумкин.
- Шикастланганда яқин жойлашган бўғим ҳам суратга туширилади.
- Агар икки суякли сегмент шикастланган бўлса (болдир, билак) суратга иккала бўғим ҳам олинади. Бу қоидага риоя қилинмаса, унда ташхисда хатоликка йўл қўйиш мумкин, чунки кўпчилик синган суяклар сатхи мос келмайди, суяк силжишлари ва чиқишлари аниқланмаслиги мумкин.
- Хамма суяклар ва бўғимлар сурати, албатта, икки проекцияда олиниши керак
- Айрим касалликларда ва шикастланишларда соғлом ва касал томонлари симметрик холда суратга олинади.
- Сифатсиз ва битта проекцияда олинган рентген суратлар асосида ҳеч қачон шикастланиш ва касалликлар характери ҳақида ҳулоса чиқармаслик керак

Травматология ва ортопедияда кенг микёсда суяклар томографиясидан фойдаланилади, бу суяк тўқимасининг муайян қатламининг рентге-

нограммасини олишга имкон беради. Бу патологик ўчоқ чуқурлиги ёки ётжисмни аниқлаш имконини яратади. Одатда, катламлар ораси-даги масофа 0,5 см дан ошмаслига керак Томофафик суратларни обзор рештенограммалар обдон ўрганилгандан кейин қилинади. Касал-ликнинг жойлашишини янада аниқроқ билиш учун айрим холларда томограммани кесмаларнинг катта зичлигида (03 см) қилинади.

Элекфон-оптик ўзгартиргич бўлганда суяк ва бўғимлар *рентгеноскопияси* қимматли аҳамиятга эга ва рентген тасвирини 1000 мартадан ортиқроқ бор кучайтиради, бу бемор ва тиббиёт ходимларига нур таъсирини камайтиради.

Артрография бўғимдаги шикастланишларни аниқлашда ишлатилади. Бўғим бўшлигага рентгенконтраст моддалар, масалан газ, таркибида йод сақловчи ва бошқа моддалар юмшоқ тўқималар контурларидаги ўзгаришларни рентгенограммада аниқлашга (синовиал парда, мениск-лар ва бошқалар) ёрдам беради. Умуртка диски ва дурал халтачадаги патологик ўзгаришларни ўрганишда контраст усул кенг қўлланилади. Конфаст модданинг умурткалараро дискка юборилиши (дискофафия) унинг ҳолатини аниқлашга ёрдам беради. Контраст моддани суба-рахноидал бўшлиққа юбориш (миелофафия) нафақат диск «чур-расини», балки ҳажми бошқа ўсмаларни ҳам аниқлашга имкон беради (18-расм).

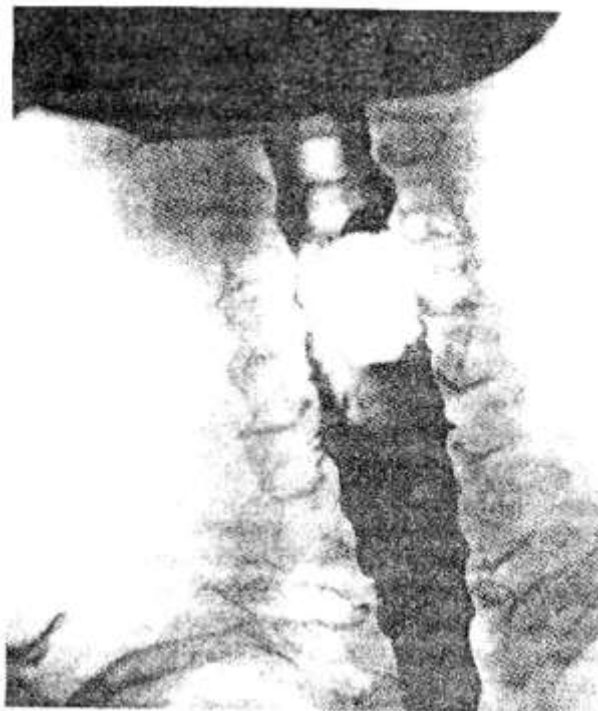
Компьютер томографияси (КТ) нинг сўнгги ўн йилларда ишлатилиши рентген суратини фронтал кесимда 1 ммгача олиш имконини берди. Бу рентген кесмаларини каватма-кават ёки маълум ораликда плёнкага олинганда касал жуда кам нурланади. Бунда 85-90% холларда таянч-харакат тизимидаги касалликларнинг жойлашиши аниқланади; умурткалараро диск чурраси, суяк тизими ва бошқалар (19-расм).

Ядро-магнит резонанс у сули (ЯМР). Бу усул компьютер томофа-фиясига ўхшайди, сагиттал юзада *рентген* сурат олишга имконият яратади, одам танасининг турли юзалари ва бўшлиқларидаги (кўкрак кррин) шикастланишларни кенг баҳолашда қимматли усул хисобланади. Тўқхмалардаги патологик ўзгаришлар яхши кўринади (20-расм).

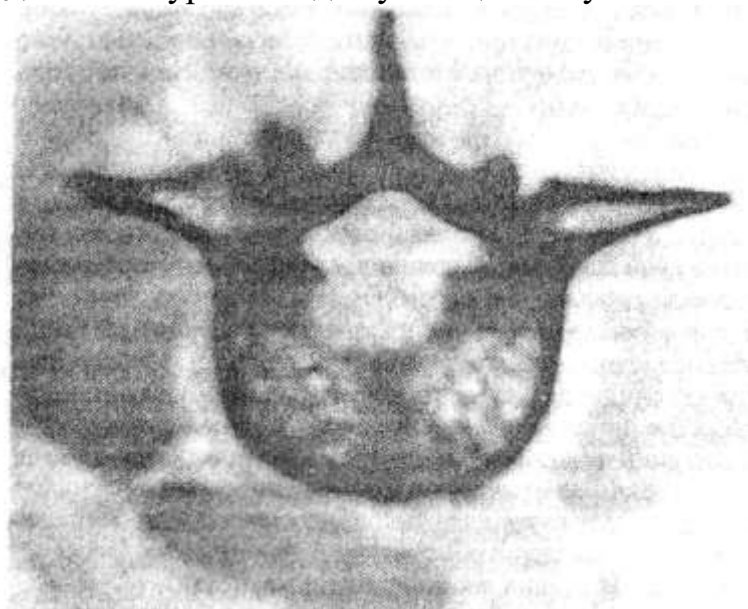
Э л е к т р о ф и з и о л о г и к ва л а б о р а т о р текши-ришларни ўтказиш. Мушакларни ҳаракат қобилиятини ва иннервациясини аниқлаш учун электромиофафик текшириш усуллари ишлатилади. Бугунги кунда кўпроқ куйидаги элеетрофизиологик таш-хис қўйиш усуллари ишлатилади.

Электромиография мушаклар токи таъсирини аниқлашга имкон беради, чунки улар нафақат ҳаракат тизимини, балки унинг иннервациясини ҳам акс эттиради.

Циклофафия, кинога олиш, миофафия ёрдамида механик ҳаракат-ларни кайд этиш, бу ҳаракатларга фақат ташки томондан баҳо бер-са, электромиофафия эса ҳаракат координациясининг ички қонуният-ларини тушунишга имконият яратади.



18-расм. Орқа мия ўсмасида бўйин умуртқасининг миелограммаси (контраст модда сояси куринишида бўшлиқнинг тўлганлиги кўринаяпти).



19-расм. Компьютер томограммаси. Шморл L_{III} чурраси.



20-расм. Томограмма (ядро-магнит резонанси). Сунинг орқа мия канали деформацияланиши билан ағдалириб чиқиши.

Осциллография оёқ ёки қўлнинг турли сатхида манжетанинг сикиш даражасига қараб қоғоз ёки плёнкада артериядаги пульс тўлкинларини ёзади.

Осциллография ёрдамида яна артерия максимал (Мк), ўртача (Ўр) ва минимал (Мн) босимини аниқлаш мумкин. Бундан ташқари, осциллофамма орқали осциллятор индексини (ОИ) хисоблаш мумкин, бу артерия тонусини осцилляция чуқурлиги бўйича аниқлайди; улар канча чуқур бўлса, тонус шунча паст, осцилляция канча кам бўлса, тонус шунча юқори бўлади.

Реовазография артерия тебраниб кон билан тўлишига қараб электр ўтказувчанликнинг ўзгаришларини ёзиш тамойилига асосланган. Қон айланиш тезлигининг кўпайиши билан унинг электр каршилиги камади — метод ана иду хусусиятга асосланган. Электродлар қўл ёки оёқ сегментига қўйилади ва осцилляцияни қоғоз тасмага электрокардиограф ёрдамида ёзилади.

Лаборатор текширишлар кўрсаткичлари травматология ва ортопедияда специфик диагностик ахамиятга эга эмас. Суяк тўқимаси шикастланганда сийдикда нейтрал ёғнинг пайдо бўлиши ва унинг ёғ эмболияси билан асоратланиши бундан истисно. Клиник травматология амалиётида умумий текширишлардан фойдаланилади. Бунга қон, сийдик анализи, люмбал пункцияда бўғимлардан олинган пунктат, абцессдан, инфилтрат ва суяклардан олинган суюкликлар киради. Сил, эхинококк ва бошқаларга реакция қўйилади, биопсия, биокимё-вий, бактериологик ва бошқа текширишлар ўтказилади.

Т а ш х и с қўйиш. Беморни текшириш натижаси ташхис қўйиш билан хулосаланади. Айрим ҳолларда ташхис қўйиш осон, аммо

кўпинча ортопедик касалликларда ташхис қўйиш учун ҳамма клиник рентгенологик лаборатор ва бошқа маълумотлардан фойдаланилади ва касалликнинг ривожланиши ўрганилиб, ташхис қўйилади.

Яллиғланиш жараёнларида яллиғланиш табиатини аниқлаш керак — сурункали ёки ўткир. Сўнгра яллиғланиш этиологияси кўрсатилади: сил, бод касаллиги, дистрофик жараён сабабли ва хоказо. Буларни аниқлагач жараён локализацияси аниқланади, масалан: а) катта болдир суяги юқори учдан бир қисмининг сурункали гематоген остеомиелити; б) чап тизза бўғими канотсимон бойламининг сурункали гиперплазияси (Гофф касаллиги).

Травмада тўғри таърифланган ташхис куйидаги саволларга жавоб бериши керак: 1) очик ёки ёпиқ шикастланиш; 2) унинг табиати; 3) қандай тўкима шикастланган (мушак суяк ва хоказо); 4) шикастланиш жойи; 5) тўкмалар ёки суякнинг ажралиши ва кўзгалиши; 6) кўшилиб келган жароҳатланиш (нерв, томир, сийдик чиқарувчи йўллар ва хоказо).

Тўғри таърифланган ташхисга мисоллар келтирамиз:

1. Ўнг сон суяги ўрта қисмининг ёпиқ қийшиқ синиши ва суяк бўлакларининг узунасига силжиши.

2. Чап сон суяги бўйинчасининг медиал аддукцион (варус) синиши.

Тўлиқ ва аниқ, ташхис даволаш тактикасини белгилайди.

4 - б о б. ТРАВМАТОЛОГИЯ ВА ОРТОПЕДИЯДА ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

ТРАНСПОРТ ИММОБИЛИЗАЦИЯСИ

Иммобилизация деганда, тананинг шикастланган қисмини ҳаракатсизлантириш тушунилади. Иммобилизация суяклар синганда, бўғим-лар, нервлар шикастланганда, оёқ-қўлларнинг оғир яллиғланиш жараёнларида, йирик қон томирлар жароҳатланганда ва катта юзадаги куйишларда қипинади. Иммобилизация икки хил бўлади: транспорт ва даволовчи иммобилизациялар.

Транспорт иммобилизацияси ёки беморни стационарга олиб бориш вақтидаги иммобилизация - бу вақтинчалик чора (бир неча соатдан бир неча кунгача), аммо бу жабрланганнинг хаёти, шикастланишнинг кечиши ва натижаси учун катта аҳамиятга эга. Транспорт иммобилизацияси махсус ёки турли материаллардан тайёрланган шина ва боғлам-лар қўйиш билан амалга оширилади.

Транспорт шиналари фиксация килувчи ва фиксация билан бир каторда тортиб турувчи турларга бўлинади. Фиксация килувчи шина-лардан фанера, сим-нарвонсимон, тахтадан ва картондан тайёрланган шиналар энг кўп тарқалган. Фиксация қилиб тортувчи мосламаларга Дитерихс шинаси киради. Катта масофага транспортировка қилишда вақтинчалик қўйиладиган гипс боғламларидан фойдаланилади.

Фанерадан тайёрланган шиналар кўл ва оёқларни иммобилизация қилиш учун ишлатилади.

Симдан тайёрланган шиналар (Крамер типигаги) пўлат симдан икки ўлчамда (110x10 ва 60 x 10 см) тайёрланади. Бундай шиналар енгил, мустахкам ва амалиётда кенг тарқалган.

Тўрсимон шина юмшоқ ингичка симдан тайёрланади, бунга яхши шакл бериш мумкин, ихчам, аммо бакуват бўлмаганлиги туфайли чекланган холда ишлатилади.

Дишерихс шинаси россиялик жарроҳ томонидан оёқларни иммобилизация қилиш учун яратилган. Шина ёғочдан ясалган, аммо hozirги пайтда енгил ва зангламайдиган металлдан тайёрланади.

Гипс боғламининг кулайлиги шундаки, унга хоҳлаган шаклни бериш мумкин. Бу боғлам, айниқса, болдир, биллак ва елка шикастланганда кулай, ноқулайлиги эса унинг қотиши ва қуриши учун маълум вақт талаб қилинади.

Воқеа содир бўлган жойда транспорт иммобилизацияси қилиш учун ҳамма вақт ҳам шиналар бўлмаслиги мумкин, шунда дуч келган нарсалардан ёки наридандан-бери тайёрланган шиналардан фойдаланилади. Шу мақсадда ёғоч, тахтачалар, фанера бўлаклари, картон, соябон, чанғи, қаттиқ қилиб букланган кийимбош ва бошқа нарсалар ишлатилади. Бундан ташқари, кўлни танага ва шикастланган оёқни соғлом оёққа боғлаш мумкин (аутоиммобилизация).

Транспорт иммобилизациясининг асосий тамойиллари қуйидагилар хисобланади:

1. Шина икки ёки учта бўғимни қамраб олиши керак

2. Кўл ёки оёқларни иммобилизация қилганда уларга имкон борича ўрта физиологах ҳолат бериш керак агар бунинг иложи бўлмаса, унда кўл ёки оёқни кам шикастланадиган ҳолатда иммобилизация қилинади.

3. Ёпик синишларда иммобилизациями тугатиш олдидан шикастланган кўл ёки оёқни ўқи бўйлаб, аста-секин авайлаб тортиш керак

4. Очиқ синишларда суяклар ўрнига солинмайди: стерил боғлам қўйилиб, шикастланган оёқ ёки кўл қайси ҳолатда турган бўлса, ўша ҳолатда фиксация қилинади.

5. Жабрланганнинг кийимлари ечилмайди.

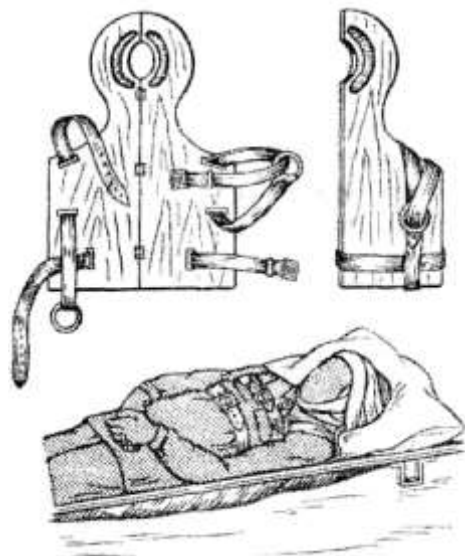
6. Очиқ танага қаттиқ шиналар қўйилмайди: шина остига юмшоқ таглик солиш шарт (пахта, сочиқ, похол ва бошқа юмшоқ нарсалар).

7. Беморни замбилдан кўчириб ўтказишда ёрдамчи шикастланган оёқ ёки кўлни ушлаб туриши керак

Унутмаслик керакки, нотўғри бажарилган иммобилизация кўшимча шикаст етказиши оқибатида зарар келтириши мумкин. Ёпик синишда қўйилган етарли бўлмаган иммобилизация уни очиқ синишга айлантдириши, шикастланишни оғирлаштириши ва оқибатини ёмонлаштириши мумкин.

Бўйин шикастланганда транспорт иммоби-лизацияси. Бўйин ва бошни юмшоқ пахта-докадан тайёрланган айланма мослама ёки Еланскийнинг махсус транспорт шинаси ёрдамида иммобилизация қилинади (21-расм).

Юмшоқ халқасимон доира билан иммобилизация қилинганда шикастланганни замбилга ётқизиб ҳаракат бўлмаслиги учун боғлаб қўйилади. Пахта-докадан тайёрланган доирани юмшоқ тўшама устига қўйилади, шикастланганнинг бошини энса соҳаси билан доира теши-гига қўйилади.



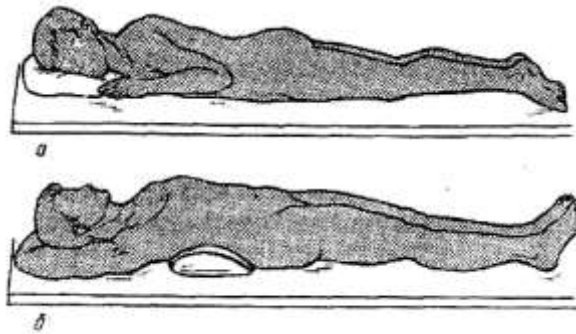
21-расм. Еланский шинаси

Пахта-дока боғлами «Шанц типдаги ёқа» билан иммобилизация қилиш — нафас олиш қийин бўлмаса, қайт қилмаса ва кўзгал-маганда қўйилиши мумкин. Ёқа энса дўмборига, иккала сўргичсимон ўсиққа ва пастда кўкрак қафасига қадалиши керак. Бу транспортировка пайтида бошни ён томонга ҳаракат қилишига қўймайди.

Еланский шинаси ёрдамида иммобилизация қилинса, у бирмунча қаттиқ фиксацияни таъминлайди. Фанердан тайёрланган шина икки табақадан ташкил топган ва ўзаро халқалар.

ёрдамида уланган. Шина очилган ҳолатда бош ва тана контурига мос келади. Шинанинг юқори қисмида энса соҳаси учун уйма қилинган, ён томонларига клеёнкадан тайёрланган иккита ярим х.алқхага мое ёс-тикчалар қўйилади. Шинани тасмалар ёрдамида тана ва елкага маҳкамлаб қўйилади. Шина устидан юпка пахта тўшалади.

Умуртка погонаси шикастланганда транспорт иммобилизацияси. Умуртка погонаси шикастланганда иммобилизациядан мақсад транспортировка вақтида шикастланган соҳани ҳаракатсизлантириш, оғирлик туширмаслик ва шикастланган жойни ишончли фиксация қилиш. Умурткалари шикастланган беморни транспортировка қилиш хавфли, чунки шикастланган умуртка кўзгалиши оқибатида орка мияни жароҳатлаши мумкин. Пастки кўкрак ва юқори бел умурткалари шикастланганда транспортировка беморни замбилда қорнига ётган ҳола-тида, кўкрак остига ва бош тагига ёстиқ қўйилиб умуртка танаси юк-



22-расм. Умуртка погнаси синганда
Транспорт иммобилизацияси. а - крринга ётган ,\олат;
б — чалканча ётган холат.

дан ҳоли этилган холла бажарилади (22-расм, а). Агар замбил қаттиқ бўлса (тахта, фанер шина, яхлит фанер тахта ва бошқалар), устидан юпкэ кўрпани бир неча кават қилиб ёзиб, чалканчасига ётқдоилади (22-расм, б). Беморни транспортировка қилишда энг муҳим масала уни замбилга ётқизиш, бу ишни 3-4 киши бажариши керак

Елка камари шикастланганда транспорт иммобилизацияси. Ўмров ёки кўкрак шикастланганда иммобилизациядан асосий мақсад — ором беришни таъминлаш, қўл ёки елка камари оғирлигини бартараф қилиш учун қўлни учбурчак шаклидаги рўмолга қўйиш ёки махсус шина ёрдамида унинг тинч холатини таъминлашдир. Иммобилизацияда қўлни қўлтиқ остига ёстиқча қўйиб осиб қўйилади. Дезо боғлами билан ҳам иммоби-

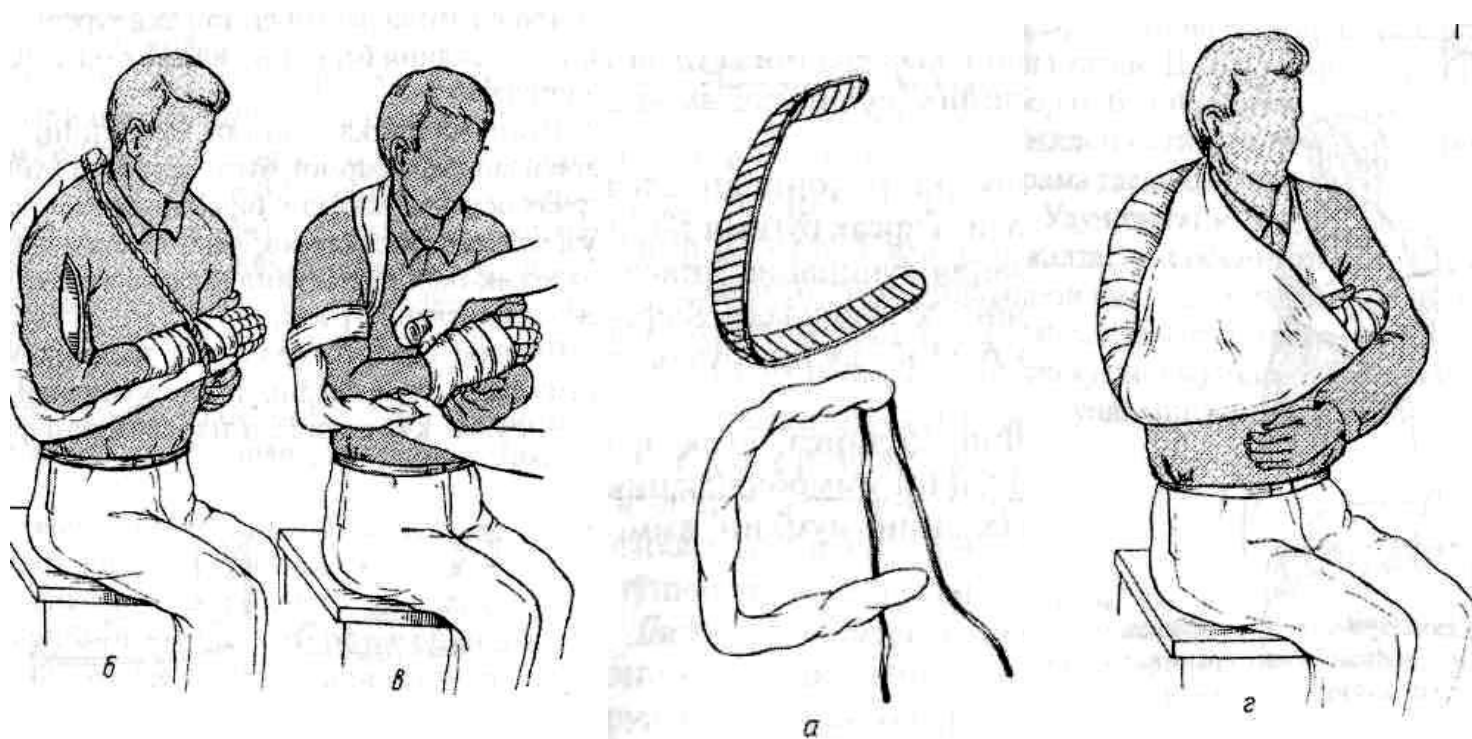
лизация қилиш мумкин (23-расм).



23-расм. Дезо
боғлами
(бинтдаги
рақамлар бинтни
боғлаш навбатини
кўрсатади).

Қўллар шикастланганда транспорт иммобилизация-с и. Елка суяги юқори қисмидан синганда иммобилизация куйидагича амалга оши-рилади: қўлни тирсак бўғимида ўткир бурчак остида шундай букиладики, қафа қарама-қарши кўкрак беги сўрғичи устида туриши керак Қўлтиқ остига пахта-докадан тайёрланган болиш қўйилиб кўкрак орқали соғлом елка камарига боғланади. Билакни рўмолга осиб қўйилиб, елкани танага боғлаб қўйилади. Елка диафизи синганда нарвонсимон шина қўйилади Нарвонсимон шинани соғлом қўлга қўйиб керакли шакл берилгач, унинг устидан пахта ва бинт ўралади. Шина учтг бўғимни: елка, тирсак ва билак-кафт усти бўғимларни қотириб ушлаши керак

Шикастланган қўл, қўлтиқ остига пахта-докадан тайёрланган болишча қўйилади. Шинани бинтлар ёрдамида елка ва танага маҳкам боғланади. Айрим ҳолларда қўлни рўмолга осиб қўйилади (24-расм). Синиш тирсак бўғими соҳасида бўлса, шина елкани ва кафт-фаланга бўғимларини қотган ҳолатда қамраб олиши керак. Фанерадан тайёрланган шина билан иммобилизация қилинганда уни елка ва билакнинг ичкари томонидан қўйилади. Шинани елка, тирсак билак ва панжага қўйилади, фақат бармоқлар очиқ қолади.



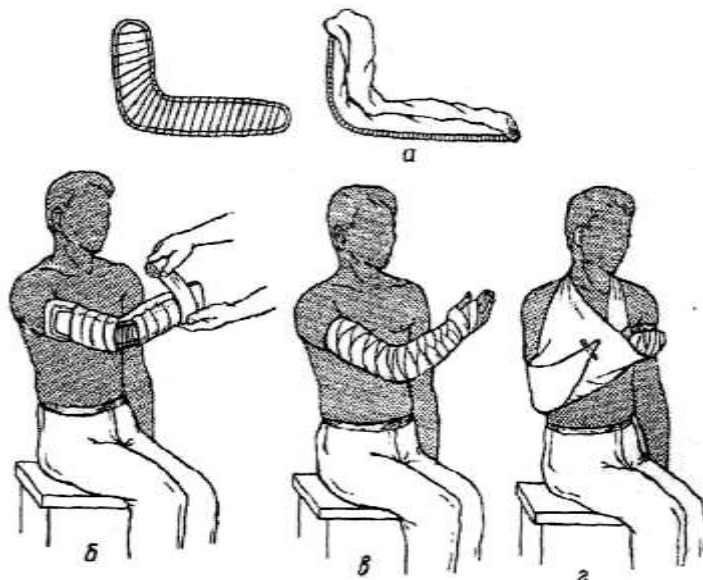
24-расм. Елка ва тирсак бўғими шикастланганда нарвонсимон шина қўйиш.
 а — шинани тайёрлаш; б — шинани қўйиш; в - шинани бинт ёрдамида қотириш;
 г — рўмолчага осиб қўйиш.

Дуч келган нарсалар билан иммобилизация қилинганда (таёқ, похол, дарахт шохлари, тахтачалар ва хоказо) маълум шартларга риоя қилиш керак: шинанинг говори қисми қўлтиқ остигача етиши, иккин-чи учи ташки томондан елкадан юқорига чиқиб туриши керак пастки учлари тирсақлан пасгга тушиши лозим. Шиналар кўйилгач, уларни синиш сатҳидан юқори ва пастидан боғланади, билак эса рўмолга осилиб кўйилади.

Билакнинг шикастланиши. Билакни иммобилизация қилганда тирсак ва кафт усти бўғимларда харакатни йўқ қилиш керак. Иммобилизация нарвонсимон ёки тўрсимон шиналар ёрдамида уларга тарнов шаклини берилгач, юмшок мато ёки таглик билан ўраб амалга оширилади.

Шинани шикастланган билакнинг ташқари томонидан елка ўртасидан кафт-бармоқ. бўғимларигача кўйилади. Тирсак бўғими тўғри бурчак остида букилади, билакни ўрта - пронация-супинация ўртаси-даги холатга, панжа озрок ёзилган холатда қоринга келтирилади. Кафтга каттиқ болишча кўйилиб, шинани қўлга боғлаб, қўлни рўмолга осиб кўйилади (25-расм).

Фанера шинаси ёрдамида иммобилизация қилинса, ётоқ яра бўлмаслиги учун юмшок пахта кўйилади. Билакни иммобилизация қилиш учун қўл остидаги нарсалардан фойдаланиш мумкин, аммо



25-расм. Нарвонсимон шинани билак суяклари синганда кўйиш.
а — шинани тайёрлаш; *б* — шинани куйиш; *в* — шинани бинт ёрдамида қотириш; *г* - қўлни рўмолга осиб куйиш

шикастланган қўлни ҳаракатсиз қилиш учун тегишли чораларни кўриш керак ва асосий қоидаларга риоя қилиш шарт.

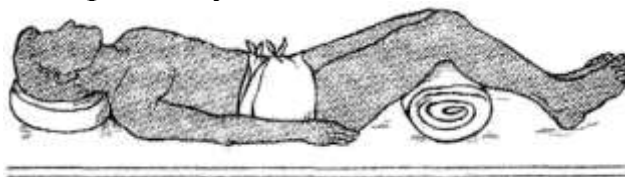
Билак-кафт усти бўғими ва бармоқларнинг шикастланиши. Билак-кафт усти бўғими ва бармоқларнинг шикастланишида кенг микёсда нарвонсимон ёки тўрсимон шиналарга тарнов шакли берилиб ишла-тилади, фанер шиналар ҳам йўл-йўл шаклда бармоқлар учидан тирсак бўғимигача кўйилади. Шиналарга пахта кўйилиб, кафт томондан ўрна-тилади. Шина қўлга бинт билан маҳкамланади, кон айланишини назорат қилиш учун бармоқлар очиқ қолдирилади. Кафтга ўрта физиологик ҳолат берилади ва қаттиқ болишча кўйилади.

Чанок шикастланганда транспорт иммоби-лизацияси. Чанок суяклари шикастланишини иммобилизация қилиш — оғир вазифа, чунки беихтиёр оёқлар ҳаракати суяк бўлак-ларини кўзгатиб юбориши мумкин. Иммобилизация учун чанок шикастланганда жабрланганни қаттиқ замбилга ётқизилади, оёқлар ярим букилган ва озроқ керилган ҳолатда бўлади, бунда мушаклар бўшашиб, оғриқ камаяди. Тиззалар остига болиш: юпқа кўрпа, кўрпа, кийим, букланган ёстик ва бошқа нарсалар кўйиш мумкин (26-расм).

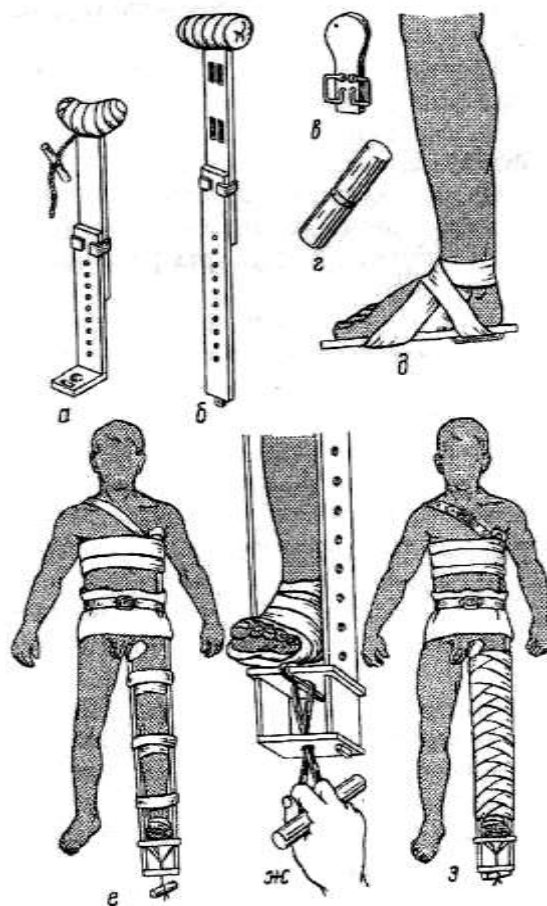
Оёқлар шикастланганда транспорт иммобилизацияси. Сон шикастланганда тўғри кўйилган иммобилизация учта бўғимни қамраб олиши шарт, шинани қўлтиқдан то тўпикларгача кўйилади.

Дитерихс шинаси билан иммобилизация қилиши. Бу шина сон суяги синганда тўғри иммобилизация қилиш билан бир каторда маълум зарур шартларни бажаради — фиксация билан бирга тортади ҳам (27-расм). У сон ва болдир суякларининг ҳамма юзалардаги синишларда қўл келади. Шина иккита, турли узунликда суриладиган ёғоч тахтадан иборат бўлиб (битгаси 1,71 м, иккинчиси 1,46 м), эни 8 см, оёқ панжаси остига кўйиладиган («товон») тортиш учун тахта тиркач ва бурама таёкчалар ипи билан таъминланган.

Узун тахтани соннинг ташқари томонидан қўлтиқ остидан бошлаб ва калтасини оёқнинг ичкари томонидан кўйилади. Иккала тахтанинг юқори қисмида кўндаланг қадалиб турадиган тиргагичи бор. Тахталар суриладиган бўлганлиги туфайли беморларнинг бўйига қараб узун ва калта қилиш мумкин. Оёқ панжаси остига «товон» бинт билан қотири-лади, унда ипни қотирадиган ўрни бор, шинанинг ичкаридан кўйила-



26-расм. Чанок шикастланганда транспорт иммобилизациям



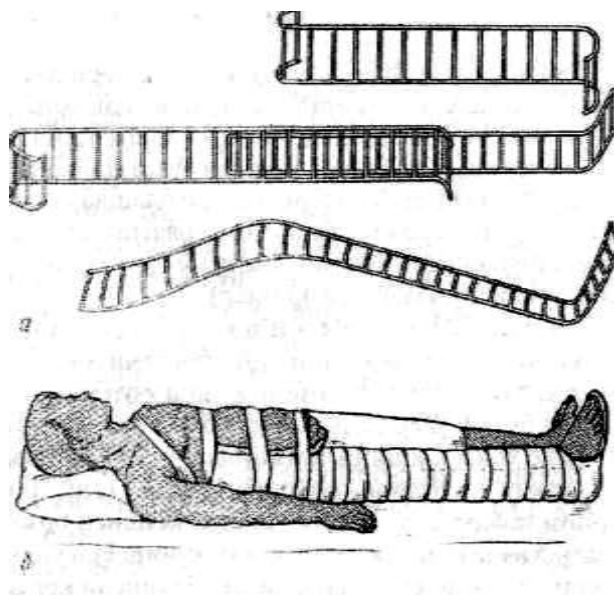
27-расм. Дитерихс шинасини кўйиш. а — шинанинг медиал тахтаси; б — латерал тахта; в — шинанинг оёқ, панжаси қисми; г — бурама; д — оёқ, панжасини қотириш; е — шинани тана ва сонга белбоғлар ёрдамида қотириш; ж — оёқ, қотирилгач бурамани маҳкамлаб қўйиш; з — шина ёрдамида оёқ, иммобилизация қилин-гач сўнгги кўриниши.

диган тахтасида тешикли ошиқ-мошиқ қотирилган, у орқали ип ўтка-зилади. Шина ўрнатилгандан сўнг ип таранг бўлгунича бураб тортилади. Шинани танага юмшоқ бинтлар ёрдамида қотирилади.

Тўпиклар, ошиқ-болдир бўғими ва панжа суяклари бир вақтда синганда Дитерихс шинасини қўйиш ман этилади.

Нарвонсимон шина билан иммобилизация қилиш. Сон суяги синганда иммобилизация қилиш учун учта нарвонсимон шина олинади: улардан иккитаси узунлигича уланади ва қўлтиқ, остидан товонгача қўйилиб, иккинчи томони панжа ички томонига эгилади, учинчи шинани думба бурмасидан бармоқлар учигача қўйилади. Бир неча шиналар мавжуд бўлса, унда тўртинчи шина оралик соҳадан товоннинг ички томонигача қўйилади (28-расм).

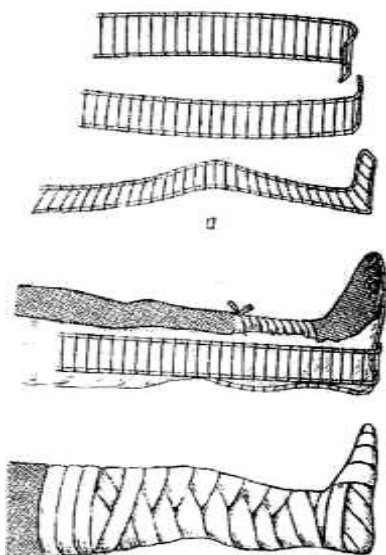
Фанера шиналар ҳам нарвонсимон шиналар сингари қўйилади. Тайёргарликсиз шина қўйиш қўл остидаги тўғри келган мосламалар



28-расм. Сон

шикастланганда оёқ,ни транспорт иммобилизациялаш.

а — нарвонсимон шиналарни йиғиш; б — шинани ўрнатиш.



29-расм. Нарвонсимон шина
ёрдамида болдирнинг транспорт
иммобилизацияси.

а — нарвонсимон шинани
тайёрлаш;
б — шинани ўрнатиш

ёрдамида бажарилади, улар ҳам бўлмаса, унда шикастланган оёқ соғлом оёқда боғлаб кўйилади. Болдирнинг транспорт иммобилизацияси махсус фанер шиналар, нарвонсимон сим шиналар, Дитерихс шинаси ва махсус тайёрланмаган мослама шиналар ёрдамида қилинади. Болдир суяклари синганда шиналарни тўғри кўйиш учун ёрдамчи бемор оёғини тово-нидан кўтариб, этикни ечаётгандай оёқни аста-секин тортиши керак Кейин шиналар ичкари ва ташқари томонидан тиззадан юқори ва пастда ошиқ-болдир бўғимига махкамланади. Болдир суяклари синганда энг қулай ихчам шина — бу нарвонсимон шина хисобланади, айниқса, фанера билан кўшилган холда (29-расм). Иммобилизацияга думба бурмаларидан бош-лаб оёқ, контурига мослаштириб, нарвонсимон шинани ва ён томонларидан иккита фанера шина кўйил-гани холда эришилади. Шиналарни дока бинтлар билан қотирилади.

ГИПС БОҒЛАМИ

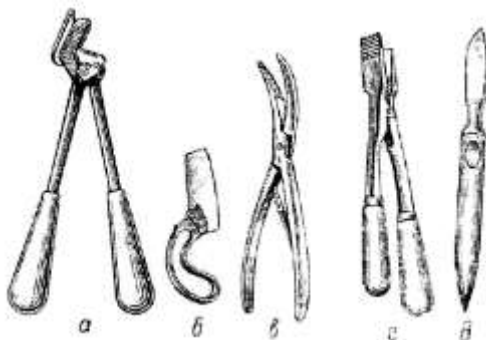
Таянч-харакат аппаратининг касалликлари ва шикастланишларини даволашда, асосан, иккита усул ишлатилади: консерватив ва оператив. Шуни аниқ айтиш керакки, гарчи травматология ва ортопедияда жар-рохлик усуллари тараққий этаётган бўлса-да, консерватив усул асосий ўринни эгаллайди. Консерватив даволашда асосан икки омил фарқ қилади: қотириш ва тортиш. Консерватив даволашда харакатсизлан-тириш учун ишлатиладиган ашёлар муҳим аҳамиятга эга (гипс боғлам-лари, турли шиналар, аппаратлар).

Г и п с қ ў й и ш т е х н и к а с и . Хамма қотадиған боғламлар ичида энг кенг тарқалгани гипс боғлами хисобланади. Жаррохлик муассасаларида гипс боғламини қўйиш учун махсус ажратилган хоналар мавжуд бўлиб, улар тегишли асбоб ва анжомлар билан жихозланади.

Гипс хонаси ишини таъминлаш учун у минимал жихозланган ва асбобларга эга бўлиши керак (30-расм): 1) гипс бинтлари ва лонгета-ларини тайёрлаш учун стол; 2) стол (яхшиси ортопедик типдаги, ма-салан, Хоули) гипс боғламларини қўйиш ёки оддий боғлам столи ча-ноқни ушловчи мосламаси билан; 3) гипсли корсет қўйиш учун мос-лама; 4) гипс боғламини кесиш учун қайчилар, масалан, Штилл қайчиси (30-расм, *а*); 5) тумшук-қисқичлар гипс боғламини эгиш учун, масалан, Вольф қисқичи (30-расм, *в*); 6) гипсни кенгайтирувчи, гипс қирраларини кенгайтириш учун, масалан, Кнорре кенгайтиргичи; 7) пичоклар (30-расм, *д*). Гипс хонасида хаммавакт тайёр гипс бинтлар ва лонгеталар махсус шкафта сақланиши шарт.

Гипс боғлами қуйидаги ижобий хусусиятларга эга: танада бир текисда ва қаттиқ ёпишиб туради, тез қотади, енгил олинади. Тўғри қўйилган гипс боғлами ўрнига қўйилган суяк бўлақларини яхши ушлаб туради ва шикастланган оёқ,-қўллар иммобилизациясини таъминлайди.

Гипс — бу 100-130°C да қуритилган кальций сульфати. Қуритил-ган гипс майда оқ кукун у гидрофил хусусиятга эга, шунинг учун махкам беркитиладиган металл қутиларда ёки шиша идишларда сақланиши шарт.



30-расм. Гипс боғламига ишлов берувчи асбоблар. а — Штилл қайчиси; б — арра; в — Вольф тумшуксимон қисқичи; г — Кнорре гипс кенгайтиргичи; д — гипс боғламларини қирқиш учун пичоқ.

М 400 маркали гипс яхши гипс хисобланади, у 15°C сувда 10 минутда ва 40°C сувда 4 минутда қотади. Ушлаб кўрилганда гипс кукуни бир текисда майда, бўлақларсиз ва кумоқ-кумоқсиз бўлиши керак

Қотишини синаб кўриш учун тенг микдорда гипс ва сув олинади, қаймоқсимон бўтқа тайёрланиб, тарелкага юпқа қилиб суртилади. 5-6 минутдан кейин қотиши ва уни урганда қаттиқ жисм товуши чиқиши керак. Хосил бўлган юпқа гипс пластинкани тарелкадан кўчирилганда у майдаланиб кетмаслиги ва бармоқ билан босилганда шакли ўзгар-маслиги керак. Гипснинг қотишини тезлаштириш учун иссиқ сув иш-латилади (40-50°C) ёки оқак суви кўшилади. Гипсни секин қотириш учун совуқ сув иш-латилади ва 1/2 чой қоршиқда ош тузи, сут, крахмал клейстери ёки суяқ ёғоч елими кўшилади.

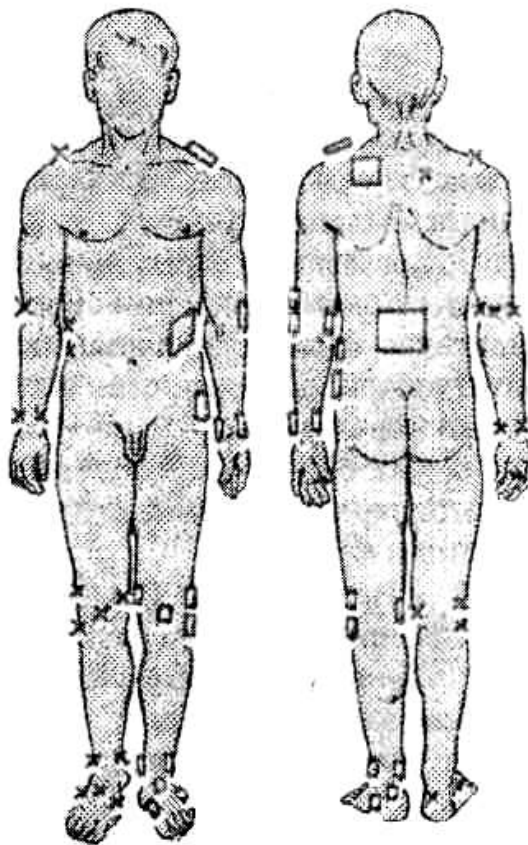
Гипс бинтларни докадан ҳам тайёрлаш мумкин, унинг четлари қирқилади. Бундам юмшоқ ўралган дока бинтлар тайёрига нисбатан анча эластикдир, дока бинтлар узунлиги 3 метрдан ошмаслиги керак. Бинтлар уч ўлчамда тайёрланади: 3 га бўлинган дока бўлақларидан энли бинт (23 см), 4 қисмга бўлинса — ўртача (17 см) ва 6 қисмга бўлса — энсиз (10-11 см).

Гипс боғламларининг икки хили бўлади: пахта-докали, фланелли ёки трикотаж тагликли ва тагликсиз боғлам. Хозирги пайтда фабрикадан тайёр холда чиқадиган гипс бинтлари кўпроқ иш-латилмоқда.

Трикотаж бинт ва трикотаж пайпоқ таглик сифатида кенг тарқалди, чунки улар терини тирналишдан, қирилишдан химоя қилиш билан бир қаторда тагликсиз кўйилган гипс боғламидан катта афзаллиги бор.

Тагликсиз гипс боғлами тўғридан-тўғри тери устидан кўйилиб, терига бирор нарса суркамай, туклари қирилмай кўйилади. Гипс боғлами кўйил-ганда тананинг бўртиб турган жойларини гипс боғлами сиқиб кўйишидан химоя қилиш керак (31-расм).

Гипс боғламининг камчи-лиги шундаки, у шиш пайдо бўлганда танани қаттиқ сиқи-



31-расм. Гипс боғламларини куйганда эзилишдан химоя қилинадиган суяқ дўнгликлари.

ши мумкин, бу холда уни алмаштиришга тўғри келади, шиш кайтганда боғлам бўшаб қолиб, кам фойда бўлади. Бунинг олдини олиш учун тагликсиз айланасимон (циркуляр) кўйилган гипс боғлами олдинги -юзадан тўлик кесилиб, шиш кайтгач (3-5 суткада) боғлам яна гипс бинт ёрдамида қотирилади. Тагликсиз гипс боғлами лонгетали ёки лонгетали-циркуляр бўлиши мумкин.

Гипс боғламини кўйишдан олдин зарурат бўлса, синган жой оғриқсизлантирилиб, суяк бўлакларини ўрнига кўйилади. Шишни камайтириш мақсадида боғлам кўйилгандан кейин шикастланган оёқ кўтарилган қўл ҳолатида 1-2 суткага қолдирилади.

Гипс боғламини кўйишда куйидаги қоидаларга риоя қилиш керак:

1. Олдиндан тоғора суви билан бинтлар ва асбоблар тахт қилиб кўйилиши керак
2. Шикастланган қўл ёки оёқни ҳаракатсизлантириш ва ором бериш учун иккита ёки учта бўғим гипс боғлами билан қотирилади.
3. Гипс боғламнинг юқори ва пастки қисмига 1-2 кават энли бинт ўралади ёки трикотаж ғилоф кийдирилади.
4. Оёқ ёки қўлга функционал қулай ҳолат берилади (бўғимда ҳаракат тикланмаган холда).
5. Гипс кўйишда қўл ёки оёқни қимирлатмай ушлаб туриш керак
6. Гипсли бинт билан боғлам кўйишда ҳар бир ўраганда олдинги бинтнинг 2/3 қисмини спирал шаклида беркитиш керак Бинтларни перифериядан марказга қараб олиб борилади. Бинтни букламаслик керак зарурат бўлса бинт қарама-қарши томонидан қайчиланади ва танага мослаштирилади.
7. Боғлам тана контурларига тўлик ёпишиб туриши учун ҳар бир қават кўйилгач боғламни силаб-силлиқлаш — моделлаш керак Шу мақсадда бутун кафт билан боғлам обдон силлиқ қилинади. Тана контурлари, айниқса, суяк бўртиб турган жойлар ва гумбазлар кунт билан моделланади.
8. Оёқ, ёки қўлни бутун кафт билан ушлаб туриш керак гипсда бармоқлар изи қолмаслиги шарт, чунки бунда тери ва тўқималар эзилиши мумкин.
9. Шикастланган оёқ ёки қўл ҳолатини назорат қилиш учун бармоқларнинг тирноқ фалангалари очик қолдирилади.
10. Гипс боғлами батамом қуригунча уни эхтиётлаш керак чунки у синиб қолиши мумкин.
11. Боғлам хаддан ташқари сиқмаслиги ёки ортикча бўш бўлмаслиги керак Боғлам кўйилгандан кейин унга белги кўйиш керак яъни боғлам устига қора қалам билан синган суяклар схемаси ва учта сана боғлам кўйган шифокорнинг фамилияси ёзилади.

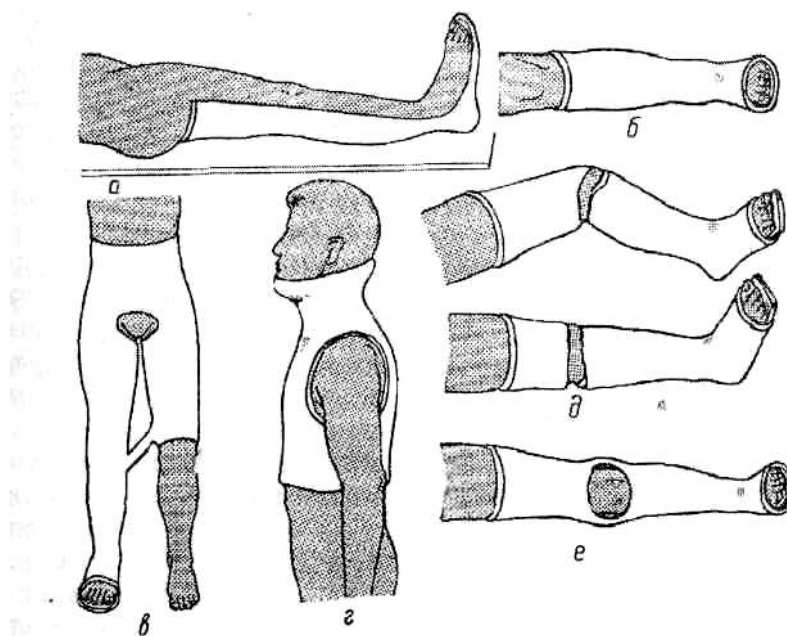
Узунликда ва эни бўйича тайёрланади, олдиндан соғ оёқ ёки қўлга мўлжаллаб ва четларидан марказига томон сустроқ ўраб борилади. Лонгета хўллангач, осилиб турган ҳолатида иккала қафт ёрдамида силлиқланади. Букилган жойларда (масалан, тирсак бўғими ёки товон) лонгета қирқилади ва ортиқча қисми устма-уст кўйилади ёки эркин бурмалари силлиқланади. Лонгета оёқ ёки қўл айланасининг 1/2-2/3 га қамраб олиши керак

Айланма гипс боғлами кўйилгач, 24-48 соат мобайнида уни назорат қилиш керак чунки шиш пайдо бўлиб, сиқиши ва оғир асоратларга олиб келиши мумкин, ҳатто ишемик контрактура, фалажлик ва қўл ёки оёқ гангренаси юз бериши эҳтимол.

Хамма турдаги гипс боғламлар (32-расм) гипсли лонгеталарга ва айланма боғламларга бўлинади. Айланма боғламлар дарчасимон ва кўприксимон бўлади.

ТОРТМА

Ҳозирги пайтда кўп тарқалган турларига елимли ва скелет тортмалар киради. Елимли тортмалар унинг скелет турига нисбатан кам ҳолларда ишлатилади.



32-расм. Гипс боғламларининг турлари.

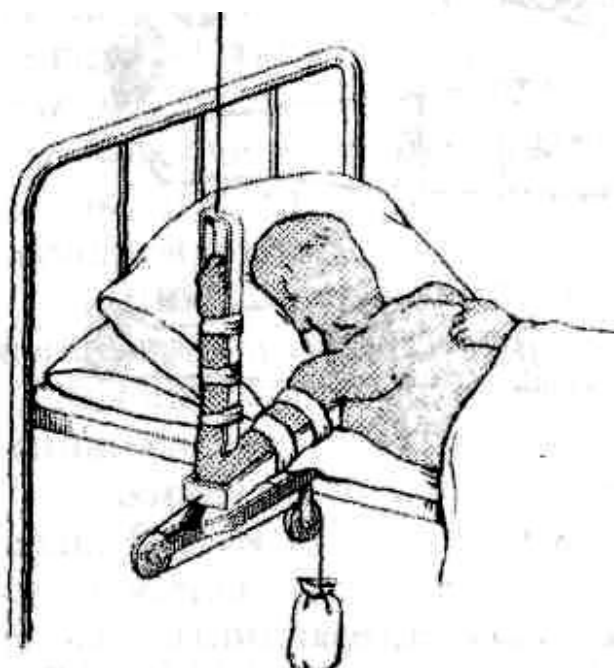
a — гипс лонгетаси; *б* — айланма гипс боғлами; *в* — коксит гипс боғлами;
г — гипс корсети; *д* — контрактурани тўғриловчи гипс боғлами;
е — кўприксимон гипс боғлами.

Елимли чўзиш. Бу усул учун кўрсатмалар кам ва синишлар бурчак остида, периферия бўйича ва энига кўзгалганда ишлатилади. Бунда юк хатто сон суяги синганда ҳам 4-5 кг дан ошмаслиги керак Боғлам терига ёпиштириладиган дока тилишлари ёки ёпишқоқ пластир ишлатилади. Энли пластир (6-10 см) ён томонлар учун, энсизи (3-4 см) ўраш учун ишлатилади. Махсус елим (рух-желатинали — Унна пастаси, Финк клеоли) ишлатиш ҳам мумкин. Елимли тортма куруқ ва тоза терига кўйилади.

Сонга ёпишқоқ пластир билан тортма куйидагача амалга оширилади: 8-10 смлик пластир тасмалари узунасига соннинг ташки ва ички томонидан (чов бурмасидан то соннинг ички дўнглигача) ёпиштирилади. Лейкопластирнинг пастки эркин учларига таёкчалар тикиб кўйилади, ўртасидан ип боғланиб юк осилади. Ёпишқоқ пластир энсиз пластир ёрдамида ўралади. Болдирга ёпишқоқ пластир яхлит, кенг тасмаси билан ташқарисидан кичик болдир суяги бошчасидан ташки тўпиккача ва ичкаридан катта болдир суяги дўнгадан ички тўпиккача ёпиштирилади. Фанер тахтача ўртасидаги тешикчадан ип ўтказилиб тахтача ёпишқоқ пластир билан ўралади. Юк 3 кг дан ошмаслиги керак



33-расм. Қўлни ёпишқоқ пластир ёрдамида тортиш.



Елка суяги синганда ёпишқоқ пластир боғлами (33-расм) тасмалар узунлигача елканинг ташқари томонидан, елка бўғимидан ташқи дўнгигача ва қўлтиқ остидан ичкари дўнгигача кўйилади. Пластир эни 6-8 см. Пластир учларига юк осиш учун ёғоч таёкчалар уланади. Билакка пластир тасмалар узунлигича: биттаси — тирсак бурмасидан то кафт-билак бўғимигача, эркин халқа қолдириб, иккинчиси - кафт-билак бўғимидан тирсак ўсигигача ёпиштирилади. Эркин халқага ўртаси тешик тахтача ўрнатилади. Елимли тортмани кўйиш учун олдин терига клеол суртилади, 2-3 минут ўтгач фланел тасмалар ёпиштирилади ва улар ёпишқоқ пластир билан кўндалангига ўралади. Елимли тортмада юк 2-3 кило-граммдан ошмаслиги керак Елимли тортмани тери касаликларидан ишлатиш ман этилади.

Тортма синган суяк бўлаклари ўрнига қўйилгандан кейин уларни шу ҳолатда ушлаб туриш учун тавсия қилинади, бу барвақт функционал даволашга имкон беради.

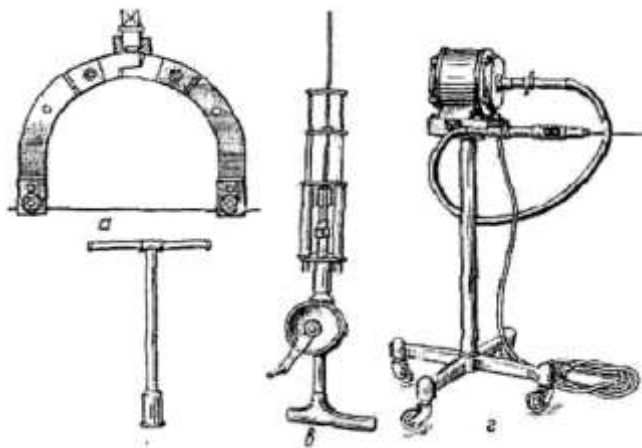
Скелет тортма. Бу функционал даволаш усули ҳисобланади. Скелет тортманинг асосий тамойили шикастланган оёқ ёки қўл мушакларини бўшаштириш ва аста-секин юкни кўпайтириб, кўзғалган суяк бўлак-ларини баргараф қилиш шу билан иммобилизацияни таъминлаш, шикастланган оёқ ёки қўлнинг деярли ҳамма томони очиқ бўлган-лигидан фойдаланиб, зарурат бўлса, боғлаш, физиотерапия ўтказиш, электр билан даволаш ва эрта даволаш физкультурасини (ЛФК) бошлашдан иборат. Скелет тортма кўпроқ найсимон суякларнинг қийшиқ, бурама ва парчаланиб синишларида ишлатилади, айрим чаноқ суякларини синганда, бўйин юқори умурткаларида, болдир-товон бўғими суякларини ва товон суякларини синганда қўлланилади.

Скелет тортма суяк бўлақларининг узунлигига катта силжишида, бирданига жойига солиш натижа бермаганда ва операциядан олдин бўлақлар ҳолатини уларни қотиришдан олдин яхшилаш ва айрим ҳолларда операциядан кейинги даврда ишлатилади.

Скелет тортмани ҳар қандай ёшда амалга ошириш мумкин (5 ёшгача бўлган болалардан ташқари) ва у кам монеликларга эга. Аммо суякнинг инфекцияланиш эҳтимоли борлигини инобатга олган ҳолда скелет мосламасини қўйишда, кегайларни суякдан ўтказишда асептика қодаларига катта аҳамият бериш керак. Кегай ўтказиш мўлжалланган жой терисида лат ейиш, яралар ва йирингли жойлар бўлса, бу жойга скелет тортма мосламасини қўйиш асло мумкин эмас. Даволаш жа-раёнида кегайнинг теридан чиққан жойларига ишлов бериб, этил спиртига бўктирилган дока салфетка ёки шарча қўйилади. Кегайни олишда кесадиган омбур ёрдамида, унинг терига энг яқин қисми қирқилади, чиқиш жойига спирт-йод эритмаси билан ишлов берилгач, тортиб олинади ва асептик боғлам қўйилади.

Ҳозирги пайтда энг кенг тарқалган скелет тортма Киршнер кегайи ёрдамида бажарилади ва уни махсус тақа — ёйсимон мослама билан таранглаштирилади. Киршнер кегайи зангламайдиган махсус пўлатдан тайёрланиб, узунлиги 310 мм ва диаметри 2 мм дан иборат. Кегайни чўзиб таранглаштирадиган тақасимон ёйни пўлат пластинкадан тайёр-ланади, у кучли пружинасимон хусусиятга эга бўлиб, кегайни бир хил тарангликда ушлаб туради, икки четида кегайни сиқиб турувчи қисқичлари бор. ЦИТО тақасимон ярим ҳалқаси энг оддий ва қулай ҳисобланади (34-расм, а).

Киршнер кегайини суякдан махсус парма даста ёки электр парма ёрдамида ўтказилади. Кегай медиал ёки латерал томонга кўзғалмаслиги учун ЦИТОнинг махсус фиксатори қўлланилади. Кўрсатмаларга қараб кегай скелет тортмада қўл ёки оёқнинг турли сегментларидан ўтка-зилиши мумкин.



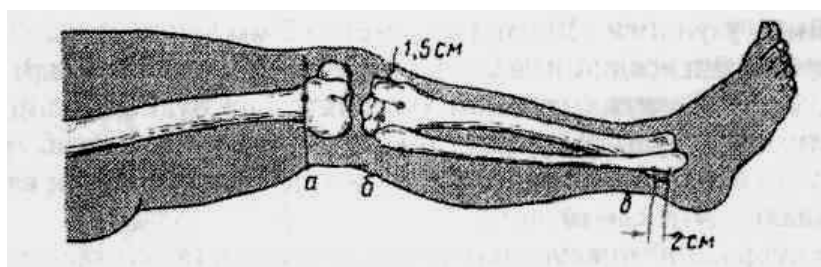
34-расм. Скелет тортма учун

керакли асбоблар. а — ЦИТО тақаси Киришнер кегайи билан; б — кегайни таранглаштириш ва сиқиш учун калит; в - қўл парма; г — кегайни ўтка-зиш учун электр парма.

Катта кўст орқали скелет тортма ўтказиш. Катта кўстни пайпаслаб топгач, унинг асосидаги керакли нуқта аниқ.-ланади — орқа юқори бўлими ва ундан соннинг узунлик ўкига нисбатан 135° бурчак остида кегай ўтказилади. Скелет мосламасини қўйиш учун бу кулай бурчак ҳисобланади ва ёй ўриндиққа илинмайди. Тортиш кучи йўналиши тана ўкига нисбатан перпендикуляр бўлади. Тортиш кучи (юк вазни) рентгенограммага қараб ҳисобланади ва унга асосланиб параллелограмм кучлари тузилади.

Скелет тортма учун темир кегайни сон дўнг-лари устидан ўтказиш. Шунинг илоҳатга олиш керакки, тизза бўғими ҳалтаси яқин жойлашган, кон томир - нерв тутами ва сон суягининг ўсиш зонаси жойлашган. Кегай юбориладиган нуқта сон узунлигида, тизза қопқоғи юқори қутбидан 1,5-2 см юқорида, чуқурлиги бўйича эса бутун сон бағрининг олдинги ва ўрта учдан бир қисми чегарасида ўтказилади (35-расм).

18 ёшдан кичик бўлган беморларда кегай юқорида кўрсатилган нуқтадан яна 2 см юқорирокда ўтказилади, чунки дистал қисмида



35-расм. Скелет тортма мосламасини ўрнатиш учун кегай ўтказиладиган нуқталар. а - соннинг дистал қисмидан; б - катта болдир суяги ғадири-будур дўмбоғидан; в — тўпиқлар устидан.

эпифизар тоғай жойлашган. Синиш жуда пастдан бўлса, кегайни сон дўнглири орқали ўтказиш мумкин. Кегайни сон артериясини шикаст-лантирмаслик учун ичкаридан ташқарига караб ўтказилади.

Болдир скелет тортмаси учун кегай ўтказиш. Кегайни катта болдир суяги ғадир-будур дўнглиги асосидан ёки катта ва кичик болдир суяклари тўпиқлари устидан ўтказилади (35-расм, б). Катта болдир суяги ғадир-будури говори нуқтаси остидан кегай юбо-рилганда, уни фақат ташқаридан ичкарига қаратиб киритилади, бу кичик болдир нервнинг шикастланишидан сақлаб қолади.

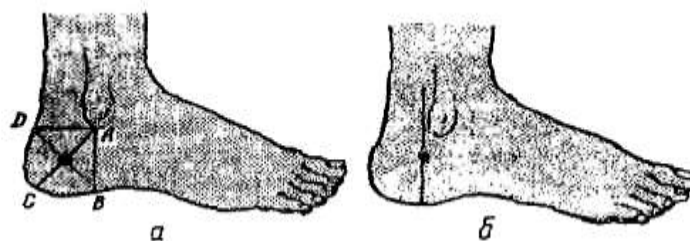
Шуни унутмаслик керакки болаларда кегай юборилганда у болдир суяги ғадир-будурини ёриб ўтиши, кўпориши ёки синдириши мумкин. Шунинг учун катта болдир суягидан кегай ғадир-будур орқасидан, суяк метафизидан ўтказилиши мақсадга мувофиқдир.

Кегайни болдир тўпиқлари сохасидан юборилганда ичкари томондан 1-1,5 см, ташқаридан эса 2-2,5 см юқоридан ўтказилади. Хамма холларда кегай болдир ўкига нисбатан перпендикуляр ўтказилади.

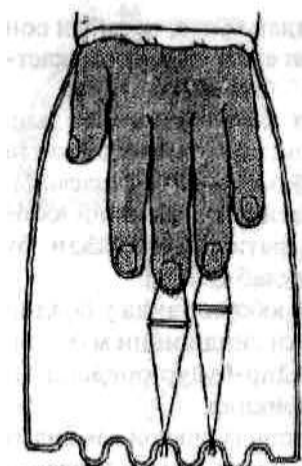
Катта болдир суяги ғадир-будуридан скелет тортма мосламасини сон суяганинг пастки сохасидан ва бўғим ичидан синишларда кўйилади. Тўпиқлар сохасига кўйиш - болдир ўрта ва юқори қисмидан синганда бажарилади.

Т о в о н о р қ а л и с к е л е т т о р т м а с и д а к е г а й ў т к а з и ш . Кегайни товон танаси марказидан ўтказилади. Уни ўтказиш нуқтаси куйидагича аниқланади: кичик болдир суяги ўкини хаёлан тўпиқдан оёқ панжаси кафтигача (АВ) давом эттирилади, тупиқ, остидан кичик болдир суяги ўкига нисбатан перпендикуляр тикланади (АД) ва квадрат (АВСД) тузилади. АС ва ВД диагоналар кесишган нуқта кегай юбориладиган нуқта хисобланади (36-расм, а). Кегай юбориладиган нуқтани бошқа усулда аниқласа хам бўлади. Бунинг учун панжа болдирга нисбатан тўғри бурчак остида кўйилиб, тўғри чизиқ ташқи тупиқ, орқа томонидан кафтигача товон орқали ўтказилади, тупиқ, билан кафт ўртасидаги масофа иккига бўлинади. Бўлиниш нуқтаси кегай юбориладиган жой хисобланади (36-расм, б).

Товон орқали скелет тортма болдир суякларининг хамма сохасидаги синишлар, бўғим ичидан синишлар ва товон суягининг кўндаланг синишларида қўлланилади.



36-расм. Товон суягидан ўтказиш нуқталари. Изоҳи матнда.



37-расм. Кафт суяклари ва фаланглар синганда Клапп усулида скелет тортма.

Товон суяги синганда тортиш йўналиши товон ўки бўйлаб, яъни болдир ва панжа ўқига нисбатан 45° бурчак остида бўлиши керак Оёқ ва қўл кафт суяклари ва бармоқлар фалангалари синганда скелет тортма мосламасини ўрнатиш. Бу холда йўғон сим — ёйидан фойдаланилади (Клапп усулвда чўзиш). Оёқ, панжаси ёки кафт олди-билак бўғими ва билакнинг пастки қисми шпсли бинт билан ўралади, хал-ка гипс билан қотирилади, у бармоқлар учидан 8-10 см узокрокда бўлиши керак Халқага резина найчалар ёки 1-1,5 см ошкрзон зондидан тайёрланган бўлакчалар ишлатилади. Бармоқлар тирнок фалангасидан йўғон игна ёрдамида инак ишлар ўтказилади ва бу ишлар резина торт-қичлар ёки пружиналарга қотирилади (37-расм).

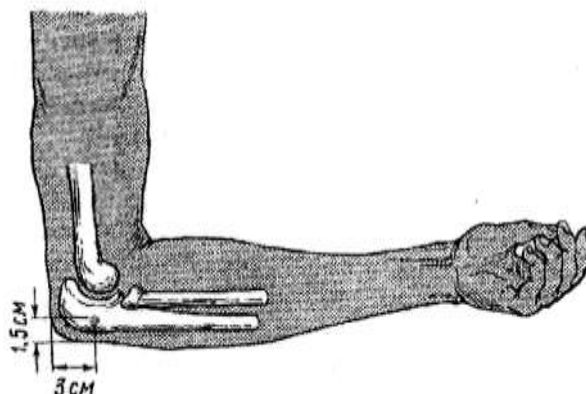
Камдан-кам холларда скелет тортма сон ёки болдир ампутациясидан сўнг синиш дара-жасидан катъий назар

типик бўлмаган жойлар-дан кегай ўтказилади.

Елкада скелет тортма. Кегайни тирсак ўсиги асосидан ва махсус кўрсатмалар бўлгандагина елка суяги дўнгларида ўтказилади.

Кегайни тирсак ўсигидан ўтказишда қўл тирсак бўғимида тўғри бурчак остида букилади, тирсак ўсиги юқори нуқтаси пайпаслаб кўрилгач, 2-3 см дистал қисмидан кегай ўтказилади. Шуни унутмаслик керакки, бу анатомик сохада тирсак ва билак нервлари жойлашган (38-расм).

Скелет тортма ўрнатиш техникаси. Скелет тортма мосламасини жаррохлик муолажа хонасида асептика қоидаларига риоя қилинган холда ўрнатилади. Оёқ ёки қўл функционал шинага ўрнатилади. Жаррохлик майдони тайёрланади, уни стерил чойшаб билан



38-расм. Тирсак ўсигидан кегай ўтказиш нуқталарини хисоблаш.

ўралади. Кегайни кириш ва чиқиш жойлари аниқланади ва 1% новокаин (10-15 мл дан хар томонга) эритмаси билан махаллий оғриқсизлан-тирилади. Аввалига тери анестезия қилинади, кейин юмшоқ тўқималар ва охирида долган анестетик суяк пўстлоғи остига юборилади. Жаррох. ёрдамчиси қўл ёки оёқни ушлаб туради, жаррох эса парма ёрдамида кегайни суякдан ўтказди. Жаррохлик муолажаси тугагач, кегайнинг теридан чиққан жойлари спиртли стерил салфетка ёрдамида беркитилиб, кегай атрофи клеол билан ёпиштирилади. Кегайга симметрик холда пўлат ярим халқа қотирилади ва кегай таранглаштирилади. Кегайнинг кўзғалишининг олдини олиш учун кегайни теридан чиққан жойига ЦИТО фиксатори қотирилади.

Скелет тортмада юкни белгилаш. Оёқдан скелет мосламаси билан чўзишда оёқнинг умумий вазнини хисобга олиш керак бу тахминан гавда оғирлигининг 15% ёки 1/7 қисмини ташкил этади. Шунга тенг юкни сон суяги синганда осилади. Болдир суякларини синганда бу вазнининг ярмига тенг юк осилади, яъни тананинг 1/14 қисмига тўғри келади. Мавжуд кўрсатмалар борлигига қарамай, тортиш учун умумий оқирлик танлашда (1/17 тана вазни, оёқнинг умумий вазнини инобатга олган холда оёқда 11,6 кг ва кулга 5 кг юк тўғри келади), тўпланган тажрибага кўра сон суяги синганда 6-12 кг, болдирлар синганда 4-7 кг ва елка диафизини синганда 3-5 кг юк билан скелетдан чўзиш кифоядир.

Синган суяк листал қисмидан юк билан тортганда (масалан, сон суяги синганда катта болдир суяги ғадир-будур дўмбоғидан) юк вазни анча ошади, шунингдек юк вазни (15-20 кг гача) эскирган чиқиш ёки синишларда ошади.

Юк вазнини танлаганда қуйидагиларни хисобга олиш шарт, яъни скелетдан чўзишда суякка таъсир этувчи юк вазни осилган юкдан хашиша кам бўлади, чунки бу холда у блок ва тортиш мосламасига боғлиқ.. Чунончи, скелетдан чўзиш пахта толасидан тайёрланган чизимча, пўлат сим ва бинтлар билан амалга оширилса, юк вазни 60% гача йўқотилади. Агар скелет тортма системасига шарикоподшипник блоки ва капрон иплари ишлатилса, унда вазнининг бор-йўғи 5% йўқотилади.

Ишлатиладиган юк хажми миқдори қуйидаги кўрсакичларга: а) суяк бўлақларининг узунасига силжиш даражасига; б) синиш муддатига; в) беморнинг ёши ва мушакларининг ривожланганлигига боғлиқ.

Тавсия қилинадиган юк миқдори катъий эмас, аммо ҳар бир аниқ, холатда скелетдан чўзишда индивидуал юк хажми белгиланади. Кекса одамларга, болаларга ва мушаклари суст беморларга скелетдан чўзишда ўртача хисобланган юкнинг ярим миқдори ишлатилади. Мускулатураси бақувват ва кучли тараққий этган беморларга юк миқдори кўпайтирилади.

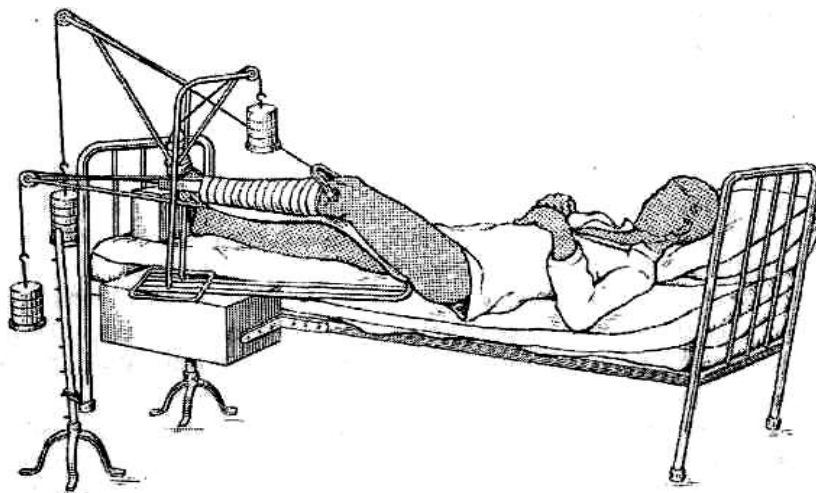
Мўлжалланган юк бир йўла осилмайди, чунки мушаклар кучли қитикланиб, бирданига чўзилиши натижасида доимий қисқариб

қолиши мумкин. Аввалига юкнинг 1/3-1/2 мўлжалланган микдори кўйилиб, кейин ҳар 1 -2 соатда 1 кг дан юк кўшилади. Фақат юкни аста-секин кўпайтириш билан мушакларни яхши чўзиб репозицияга эришиш мумкин. Биз юк кўйиш микдорининг оддий ҳисоб-китобини келтирдик аммо бошқа ҳисоб-китоблардан ҳам фойдаланилади.

Скелет тортма билан даволаш. Операция хонасида скелет тортма учун суякдан кегай ўтказилгач, беморнинг тўшаги тагидан тахта (шит) кўйилган ўриндикда оёқ томонини ердан 40-50 см баланд қилиб ётқизилади, бунда унинг гавда оғирлиги ҳисобига қарама-қарши тортиш кучи яратилади, соғлом оёқни тираб туриш учун яшикка ўхшаган нарса ёки махсус мослама кўйилади (39-расм).

Даволаниш даврида ҳар куни шифокор пайпаслаш ва сантиметрли тортма ёрдамида ўлчаш билан суяк бўлақларини тўғри вазиятда турганини аниқлайди ва керак бўлса, қўл ёрдамида кўшимча репозиция қилади. Скелетдан чўзишнинг 3-4 кунлари палатада назорат рент-генофафияси қилинади. Репозиция амалга ошмаган бўлса, суяк бўлақларини кўзгалишини инобатга олган ҳолда юкни кўпайтирилади ёки камайтирилади ва энига ёки бурчак остида кўзғалган бўлса, ён томонга тортиш мосламаси кўйилади. Бу ҳолда қайта коррекция қилингандан 2-3 кун ўтгач яна назорат рентгенографияси қилинади. Агар репозиция амалга ошган бўлса, юкни 1-2 кг га камайтирилади ва 20-25 кунга бориб, биринчи куни кўйилган юкнинг 50-75% қолдирилади. 15-17 суткада репозиция бўлганлигига катъий ишонч ҳосил қилиш учун қайта рентгенография қилинади.

Демпфер тортма. Бу мутлақо янги чўзиш усули бўлиб, халқа билан блок ўртасига пружина кўйилади, бу чўзиш натижасида



39-расм. Сон суяги синганда скелет тортмада беморнинг ўриндикдаги ҳолати.

хосил бўладиган силкинишни сўндиради (демиферлайди). Доимо чўзилган холатда турган пружина синган суякка ором беради ва мушакларнинг рефлексор қисқаришини йўқ қилади.

Демпфер ёрдамида чўзишни яна бир афзаллиги шундаки, бу усулда ўриндикнинг оёқ томонини кўтариб қўйишга зарурат йўқ, чунки бу антифизиологик холат бўлиб, тананинг юқори қисмида вена қон айланишини қийинлаштириб, марказий вена босимининг кўпайишига олиб келади, ичаклар юқorigа кўтарилиб, диафрагма кўтарилади, бу ўпка вентиляциясининг камайишига олиб келади.

Скелет тортма тизимида пўлат пружинадан ишланилган демпфер чўзиш кучини бир неча марта камайтириб, юк микдорига яқинлаштиради. Демпфер мосламасида скелет тортмада хосил бўладиган харакатни юк осилган капрон ип ва шарикподшипник блоки хам сўндиради.

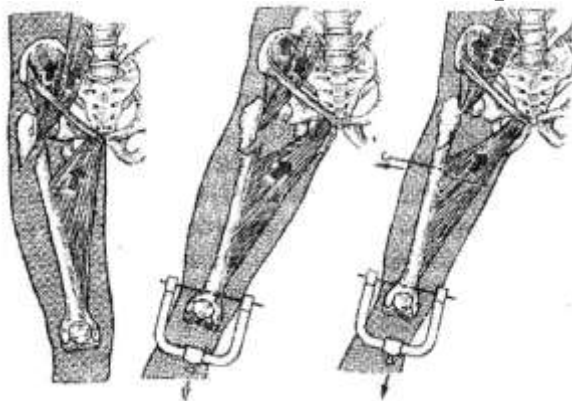
Найсимон суяк бўлаклари ён томонга анча сурилган бўлса ва уларни репозиция қилиш қийин бўлса, унда кўзғалган бўлакни босиб тура-диган мосламалар ишлатилади ёки ундан Киршнер кегайини ўтказиш йўли билан ўрнига туширилади. Бунинг учун кегайини милтиқ найзаси каби кийшайтирилиб, қийшайган қисми суякка қадалгунича юборилади ва у ёнига тортишга, репозиция қилишга ва уни ушлаб туришга имкон яратади (40-расм).

Демпфер ёрдамида скелет тортмада ўриндикнинг оёқ томони кўтарилмайди ва панжа остига қараб туриш учун яшиқ кўйилмайди ва одатда, тизза остига қаттиқ ёстик кўйилади, тортишга қарши тўсик қилиш учун қўлтиқ остига таянч кўйилади ёки кўкрак қафасига махсус гамак-корсет кийдириб кўйилади (41-расм).

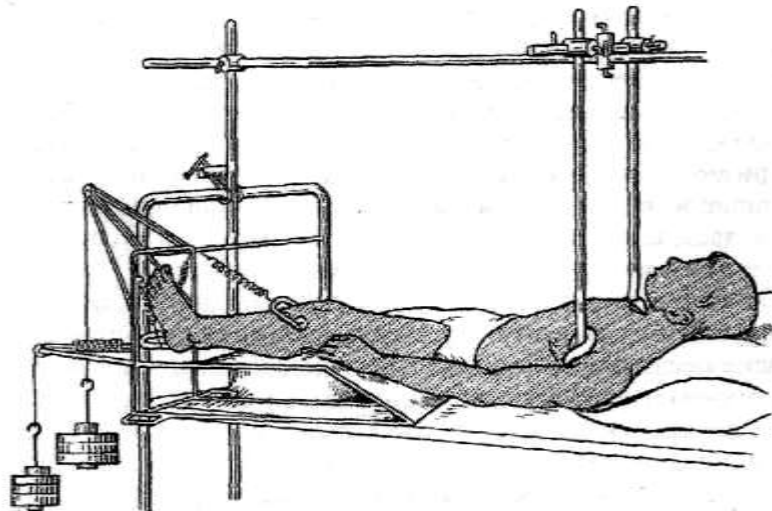
Скелет мосламаси олиб ташлангач, 20-50 кундан кейин беморнинг ёшига, синиш жойлашган сохага ва шикастланиш характериға қараб функционал елимли тортма ёки гипс боғлами кўйиб, иккита проекцияда назорат рентгенографияси қилинади.

Скелет тортмаға қўйишға кўрсатмалар:

1. Сон суяги диафизининг ёпик ва очик синишлари



40-расм. Сон суяги бўлакларининг ёнига силжишини «2» симон Киршнер темир кегайи билан баргараф қилиш.



41-расм. Сон суяги диафизи синганда демпфер тортма.

2. Сон бўйинчасининг латерал синишлари
 3. Сон ва болдир суякларининг T- ва V-симон синиши
 4. Болдир суяклари диафизининг синиши
 5. Кагга болдир суяги дистал қисмининг бўғим ичидан синишлари
 6. Тўпиқларнинг синиши, Дюпюитрен ва Десто синишларида оёқ панжасининг қисман ва тўлиқ чиқиши
 7. Товон суягининг синиши
 8. Чаноқ халқасининг синиб, вертикал силжиши
 9. Бўйин умурткаларининг синиши ва синиб-чиқиши

 10. Елка суяганинг анатомик ва жарроҳлик бўйинчасидан синиши
 11. Елка суягининг ёпиқ диафизар синишлари
 12. Елка суяги пастки қисмининг бўғим ичидан ва ташқарисидан синишлари

 13. Елка суяги дўнглариининг бўғим ичидан T- ва V-симон синишлари
 14. Оёқ ва қўл кафт суяклари ва бармоқлар фалангасининг синиши
 15. Сон ва елканинг эскирган (2-3 хафталик) травматик чиқишларини солишга тайёрлаш
- Операциядан олдинги ва кейинги даврларда кўшимча даволаш усули сифатида скелет тортмасига кўрсатмалар:
1. Сон бўйинчасининг медиал синишлари (операциядан олдинги репозиция)
 2. Соннинг эскирган травматик патологак ва тугма чиқишлари (операциядан олдин ўрнига солиш ёки реконструкция қилиш)
 3. Узунасига силжиб битмаган синишлар

4. Реконструктив операциядан олдин суякнинг узунлигидаги нуқсонлар

5. Сон ёки болдирни узайтириш ёки деформациясини тўғрилаш мақсадида сегментар остеотомиядан кейинги ҳолат

6. Янги ҳосил қилинган бўшмлар юзаси ўртасида диастазни тиклаш ва яратиш мақсадида артропластикадан кейинги ҳолат.

РЕДРЕССАЦИЯ

Редрессация — деформацияларни, контрактуларни гипс боғламлари ёки махсус асбоблар ва аппаратлар воситасида зўрлик билан тўғрилаш. Кўпинча редрессация наркоз остида қилинади ва айлана-ёпиқ гипс боғлами қўйилади. Бу гипс боғлами босқичма-босқич алмаш-тирилади ёки «поналар» кесиб, асга-секин оёқёки қўл деформацияси тўғриланади. Одатда гипс боғламини алмаштириш оралиги ёки устидан қўшимча қўйиш 1,5-2 мобайнида 8-14 кундир.

Деформацияни тўғрилаш мақсадида, редрессацияда кўпинча тортмадан фойдаланилади: скелетдан, елимли ва манжет ёрдамида тортиш. Аммо сўнги пайтларда деформацияларни тўғрилаш мақсадида ва таянч-ҳаракат аъзолари жароҳатланганда, касалликларида жаррохлик усуллар турли хил тўқималарда: суякларда, бўғимларда, пайларда, фасцияларда, тери ва нервларда бажарилади.

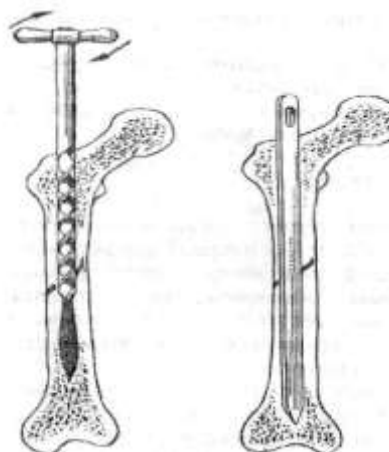
СУЯКЛАРДА ЖАРРОХЛИК МУОЛАЖАЛАРИ

Остеосинтез - жаррохлик усулида суяк бўлакларини турли усулларда бирлаштириш. Силинларни жаррохлик усулида даволашнинг муайян кўрсатмалари ва монеликлари, шунингдек остеосинтез учун у ёки бу материаллар ва аппаратларни ишлатишга аниқ, кўрсатмалар бор. Сўнги пайтларда кенг ишлатиладиган суяк бўлакларини қотирувчи ашёлардан ташқари (крзикчалар, Лен, Мюллер пластиналари, бурама миҳлар, сим чоклар, болтлар ва хоказо) барқарор остеосинтез методи, жумладан, компрессион аппаратлар кенг тарқалмоқда. Пластина ва қозикчалар суяк бўлакларини бир-бирига яхши ёпиштира олмаган ҳолларда фиксациянинг янги методлари тавсия қилинди.

Барқарор остеосинтез учун қозикча қалинлиги суяк-илик канали диаметридан 1 мм га қалин бўлиши керак; бунинг учун махсус парма ёрдамида қозикча қалинлигига мўлжаллаб канал кенгайтирилади ва қозикча зич қилиб киритилади(42-расм).

Сиваш, Калнберз, Гудушаури, Илизаров ва бошқаларнинг компрессион аппаратларини қўлланилиши компрессиядан ташқари (суяк бўлакларининг бир-бирига зич тегиб туриши), кўпинча, суякнинг синган жойига тегмай бўлакларни ёпик ҳолда репозиция қилиш имконини яратади. Остеосинтезнинг ҳар қандай усули барқарор ва

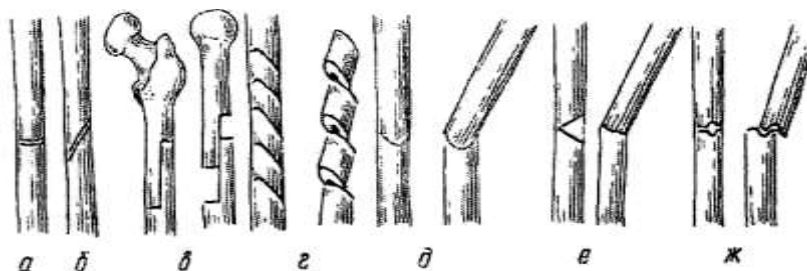
42-расм. Йўғон козиқча билан остеосинтез қилиш.



компрессион остеосинтездан таш-кари, гипс борлами қўйишни ин-кор қилмайди. Остеосинтез турини тўрри тан-лаш учун маълум қоидаларга риоя қилиш керак: Металл фиксаторлар пўлатнинг фақат текширилган маркасидан бўлиши шарт. Металл фиксаторларни тўғри ишлатиш учун синиш юзасини, унинг характери ва бўлақларнинг кўзрелишини ҳисобга олиш керак Металл крзикчалар ишлатиш-да уларнинг кўл-оёқ сегменти узунлигига ва найсимон суяк илик канали диаметрига тўрри келишини билиш керак

Остеосинтез жаррохлик усули-дан олдин беморнинг умумий ахво-лига, терисини тайёрланганлигага аҳамият бериш керак (инфекцияланган жарохатлар, йиринглаган жойлар ва бошқалар).

Остеотомия - суякни оператив усулда қирқиш демақдир. Одатда остеотомияни кўл-оёқнинг турли хил қийшайишларини тўрилаш мақсадида, узайтиришда, маълум ортопедик касалликларда, масалан, соннингтугма чиқиши ва бошқаларда бажарилади (43-расм). Суяк т р а н с п л а н т а ц и я с и - турли суяк тўқималарини суяк нуксонларини тўлгазиш мақсадида (масалан, хавфсиз ўсмалар олиб ташлангандан кейин) ўтказиш. Суяк кортикал катламидан тайёрланган трансплантатлар интра- ва экстремедулляр остеосинтези мақсадида ишлатилади; бу суяк хосил бўлишида рағбатлантирувчи



43-расм. Остеотомия турлари.

и — кўндаланг; *б* — қийшиқ; *в* — 2-симон; *г* — Богораз усули; *д* — шарнирсимон; *е* — понасимон; *ж* — Бойчев усулида.

ёрдамчи жаррохлик усулидир. Кўпинча суяк тўқимаси беморнинг ўзидан, одам мурдасидан ёки камдан-кам холларда хайвонлардан олинади.

Халқаро анатомик номенклатура бўйича қандай тўқима ўткази-лишидан катъий назар, жумладан, суяк тўқимаси ҳам беморнинг ўзи-дан-ўзига ўтказилса — аутопластика, бошқа одамдан бўлса - аллопластика, хайвонлардан олиб ўтказилса — ксенопластика дейилади.

Трансплантация учун куйидагилар ишлатилиши мумкин; а) «утил» (нокерак) тўқималар — ампутацияда резекция қилинган қовурға; б) соғлом донорлардан олинган; в) мурдалардан олинган суяклар.

Суяк аутопластикаси кўшимча шикаст етказишини инобатга олиб, сўнги пайтларда мурда суяги консервациясининг такомиллашганлиги туфайли улар кўпроқ ишлатилмоқда.

Кўчириб ўтказилган суяк тўқимасининг муваффақиятли битиши учун (ассимиляция) унинг биологик хусусиятларини сақлаб қолиш ва трансплантат тўқимасида парчаланиш жараёнларини камайтириши керак бегона оксил иммуноген хоссаларини пасайтириш зарур. Шу билан бирга, асосий талаблардан бири олинган суякнинг стериллигини сақлаб қолиш ҳисобланади. Консервант атрофдаги тўқималарга зарарли таъсир кўрсатмаслиги керак

Ҳозирги пайтда суяктўқимасини консервалашнинг бир неча усуллари бор: а) кимёвий моддаларда ва махсус эритмаларда сақлаш (формалин ва б.); б) пастхароратда сақлаш; в) суяк озиқли мухитларда консервалаш (глюкоза ва б.); г) полимерларда консервалаш; д) лиофилизация усулида консервалаш (музлатиш ва вакуумда қуритиш); е) суякни қайнатиш ва суяклик шимдириб юмшатиш.

Хайвонлардан (чўчқа, бузоқ ва бошқалардан) олинган суяк тўқи-маларини ҳам шу усулда консервалаш мумкин.

Морфологик ва биокимёвий текширувларда радиологик ва электрон-микроскопик усулларни қўллаш натижасида шу нарса аниқландики, анча остеоцитларнинг кўп халок бўлишига карамай, консерваланган суяк тўқимаси ўзининг биологик активлигини маълум даражада сақлаб қолар экан, бу уларда ферментлар ва оксилларнинг борлиги туфайлидир.

Суяк тўқимасини катта микдорларда тайёрлаш суяк банклари тайёр-лашга замин ҳозирлади ва бу, ўз навбатида, турли хил қайта тиклаш жаррохлик операцияларида трансплантацияни кенг ишлатишга имкон берди.

БЎҒИМЛАРДА ЖАРРОҲЛИК МУОЛАЖАЛАРИ

Бўғимларда қилинадиган жаррохлик муолажалари икки гуруҳга бўлинади:

1. Бўғим юмшоқ тўқималарида қилинадиган муолажалар. Бу арт-р о т о м и я — бўғимни очиш, с и н о в э к т о м и я - бўғим халтачасини олиб ташлаш, халта — б оғ л а м а п п а р а т и н и н г п л а с т и к а с и .

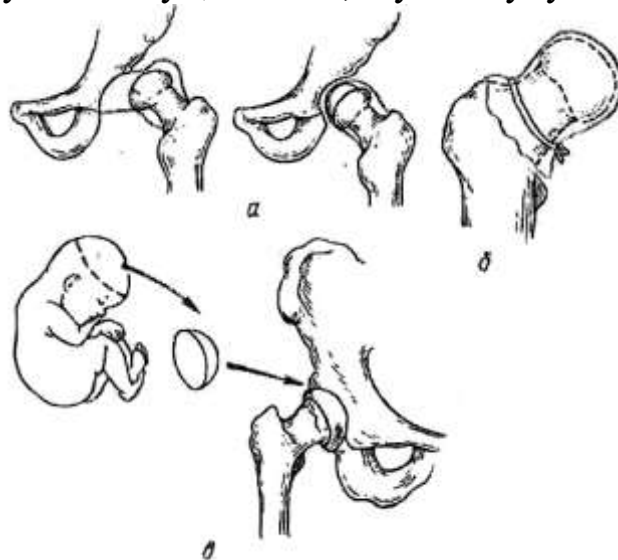
2. Бўғимни ташкил қиладиган, суяклардаги жаррохлик муола-жалари.

Б ўғимни резекция қилиш — суякларнинг бўғим учлари бирор патологик жараён билан касалланганда уларни олиб ташлаш. Артропластика – бўғимда ҳаракатни тиклаш. Бу тўлиқ суяк анкилозида (бўғим тўлиқ ҳаракатсизланганда) ва бўғимда ҳаракат анча чекланганда (фиброз анкилоз, деформацияловчи артроз). Бўғим юзалари шакллантирилгач, хажми кичиклаштирилгач, улар бирорта пластик материал билан ўралади: тери, фасция, аллопластик материал -лар ва хоказо (44-расм).

А р т р о д е з — бўғимни сунъий равишда ҳаракатсиз қилиш. Артродез усуллари кўп. Артродез усули қўлланилаётганда бўғим биоме-ханиқаси, унинг анатомияси ва функцияси инобатга олиниши керак Чунончи, чаноқ-сон бўғимини артродез қилганда беморни касбини билиш муҳим (иш жараёнининг тик турган ёки ўтирган ҳолатда кечи-ши) ва шунинг хисобга олган ҳолда чаноқ -сон бўғимида букиш бурчаги режаланади.

Тирсак бўғимларини арфодез қилишда беморнинг ўзига-ўзи хизмат қилиши инобатга олинади. Сўнгги вақтларда бўғимларни артродез қилишда турли металл аппаратлардан кенг фойдаланилади, бу бўғим юзаларини бир-бирига кучли компрессия ҳолатида ушлайди (Гришин, Сиваш, Илизаров ва бошқаларнинг аппаратлари), бўғим юзаларини кегайлар билан қотириш, металл миҳлар, биостимуляция учун суяк гомотрансплантатини ишлатиш каби усуллар қўлланилади (45-расм).

Шуни унутмаслик керакки, артродез - бу ногирон килувчи жар-рохлик муолажаси, чунки бўғимни йўқ, қилади, шунинг учун бу



44-расм. Чаноқ-сон бўғим и артропласти каси.

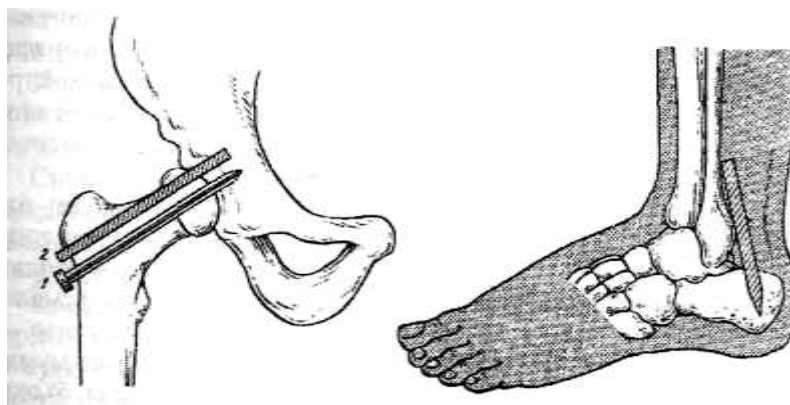
a — Колон усули; *b* — Волков усулидаги амниопластика; *c* - Фишкин усули бўйича аллопластика.

жаррохлик муолажасига кўрсатма эҳтиётлик билан кўйилиши керак Масалан, чаноқ-сон бўғими артродездан сўнг олдинга-орқага ва ён томонга (чаноқиштирокида) ҳаракатлари иккинчи томонидаги чаноқ-сон бўғими ва умуртка погонасининг бел-думғаза соҳасидаги ҳаракат-лар билан анча компенсациялашади. Шунинг учун, агар иккинчи чаноқ-сон бўғими ва умуртка погонасининг бел соҳаси ўзгармаган бўлса, бу жаррох,лик муолажасини қилиш мумкин. Агар иккинчи чаноқ-сон бўғими ҳам жароҳатланган бўлса, артродез жаррохлик муолажасини қилиш мумкин эмас, чунки бемор умуман ҳаракат қилолмай қолиши мумкин.

А р т р о р и з — бўғимда ҳаракатларни қисман чегаралаш учун қилинадиган жаррохлик муолажаси. Бу жаррохлик муолажасини кўпинча айрим мушаклар парези ва фалажларида қилинади. Аммо фалажликда қилинган артроризда қониқарсиз натижалар олинган, шунинг учун кўпинча яқин жойлашган бўғимларда кўшимча артродез қилинади (оёқ панжасида). Артрориз энг кўп тизза ва болдир-панжа бўғимларида қилинади (46-расм).

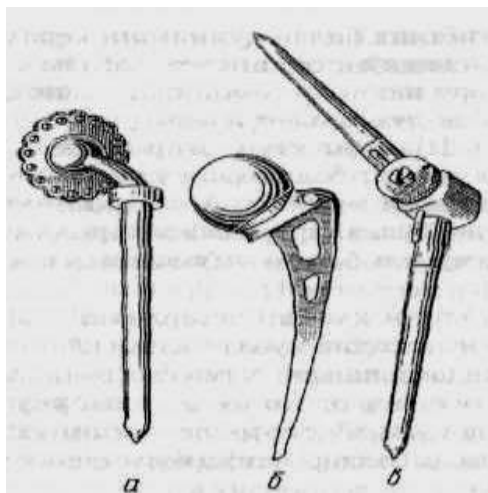
Бўғимларни кўчириш. Бу жаррохлик муолажаси кўпинча бўғимларнинг ошиқ деформациясида, ўсмаларда бўғимлар олиб ташланганда, анкилоз ва купол травматик шикастланишларда бажарилади.

Биринчи марта аллопластик бошчани олдиндан тайёрланган бўғим учига ўрнатишни Смит-Петерсен таклиф этган. Аммо қониқарсиз натижалар бу усулни деярли кам ишлатишга мажбур қилди. Кейинчалик ортопедлар техника ютуқларидан фойдаланиб, биологик тўқималарга индифферент бўлган турли материаллардан сунъий бўғим протезлар тайёрлашни амалга оширишди (виталиум, титан, органик шиша ва бошқалар). Таклиф этилган сунъий бўғимлар шикастланган бўғим



45-расм. Уч парракли мих (1) ва суяк трансплантати (2) ёрдамида чаноқ-сон бўғими артродези.

46-расм. Болдир-панжа бўғими артродризи.



47-расм. Эндопротезларконструкциялари.

a — Сиваш чаноқ-сон тотал эндопро-тези; *б* — сон суяги бошчаси эндо-ротези (МурЦИТО); *в* - тизза бўри-ми эндопротези. ўрнини тўлиқ эгаллай бошлади, бу-нинг учун диафиз қисми давомини бир хил материалдан яшас керак эди, холос. Одатда, сунъий бўғимни кити-риш учун суяк илик бўшлигига протез оёқчаси ўрнатилди ёки диафизни қамраб олиш йўли билан қотирилади (47-расм). Аммо бўғимнинг фақат бир қисмини протезлаш, бўғимнинг протезланмаган иккинчи қисмидан суяк ўсимталари пайдо бўлиши сабабли қоникарсиз натижалар берди. Шу-нинг учун сўнгги ўн йилликда бўғимни тўлиқ алмаштирадиган аллопластик протезлар ишлаб чикдди ва кенг тарқалди. Бундай сунъий бўғимлар, кўпинча, чаноқ-сон, тирсак кафтнинг фалангалараро бўғимлари ва сўнгги вақтларда тизза бўғимини ҳам алмаштириш учун ишлатилмокда.

ЭНДОПРОТЕЗЛАШ

Сон суяги бўйинчаси синганда Смит-Пегерсен типидagi уч парракли михлар билан остеосинтез қўшилган 20-30% беморларда суяк битмасдан сохта бўғим хосил бўлган, 10-20% беморларда эса сон бошчасининг асептик некрози кузатилган ва шундай қилиб, 50 % беморларда крнн-кррсиз натижалар олинган. Бу купчиликтравматологларни сон бошчасини аллопластик сунъий бошча билан алмаштиришга ундади. Сўнгги йилларда кенгтарқалган чаноқ-сон аллопластик протезларидан Сиваш конструкториясидаги металл эндопротез хисобланади. Бундай эндопротезнинг афзал-лиги шундаки, у бир йўла сон суяги бошчаси ва чаноқ косачасининг ўрнини босади (47-расм, а).

Аллопластикага кўрсатмалар куйидагилар дисобланади: икки томонлама анкилоз, чаноқ-сон бўғими оғир коксартрози, ёшлигида икки томонлама тугма сон чиқиши натижасида 30-40 ёшда учрайдиган артрозоартритлар, мушакларнинг бўғим юзасидаги суяк ўсмалари оқибатида юз берган нуқсонлар, травма асоратлари ва бошқалар.

Чаноқ-сон бўғимини куйидаги ҳолатларда алмаштириш мумкин эмас: а) чаноқ-сон бўғими соҳасидаги йирингли жараёнларда; б) оқма-ларда; в) янги ҳосил бўлган сил гранулемасида.

Корунд-керамик протезлар билан бўғимларнинг тоғай қисми ва биринчи галда чаноқ-сон бўғими алмаштирилади. Вакт ўтиши билан (1-1,5 йил орасида) керамик эндопротезлар, янги ташкил топган суяк тўқималари билан тўлиб, чаноқ-суяги билан битиб кетади. Протез-ларнинг турли типларини тайёрлашнинг кулайлиги керамик протез-ларнинг истиқболли эканлигидан далолат беради. Қайта тиклаш жарроҳ-лигининг турли соҳаларида ишлатилиши мумкин.

1980 йил бошларидан 1 Москва тиббиёт институти травматология ва ортопедия кафедраси ходимлари «Графит» илмий тадқиқот институти билан ҳамкорликда углеродли материаллардан сунъий ярим бўғимларни (чаноқ-сон, елка, тизза бўғимлари) ишлаб чиқдилар ва ҳозир улар амалиётга жорий этилмоқда. Махсус текширишлар ва амалиётда қўлла-ниш углеродли материалларнинг юқори даражада пишиқлиги, организм учун интактлиги (безиёнлиги) ва турли табиий аралашмаларни қўшиш мумкинлиги (ковакли, яхлит ва бошқалар) уларнинг қайта тиклаш жарроҳлигида ғоят истиқболли эканлигидан далолат беради.

КОМПРЕССИОН - ДИСТРАКЦИОН ОСТЕОСИНТЕЗ УСУЛИ

Ҳозирги пайтда ёпик ва очик синишларни даволашнинг кенг тарқалган усулларида суяк орқали (жароҳатланган жойдан узокроқ-дан) ва иликка қоқиладиган компрессион усуллар кенг ишлатилмоқда.

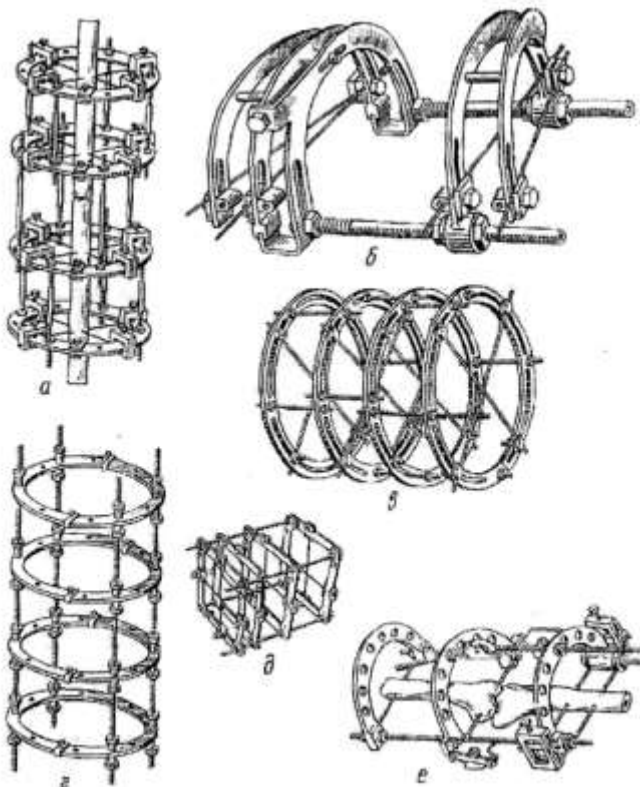
Компрессион остеосинтезнинг афзаллиги аввало оралик қадок пайдо бўлиб, синган суякнинг бирламчи битиб кетиши хисобланади.

Иликка металл штифтларни қоқиш очик усулда бажарилиб, суяк бўлаклари бир-бирига маҳкам босилади. Компрессион остеосинтез усулида бўлақларнинг бир-бирига маҳкам сиқилиб туриши ва унинг ушланиб туриши махсус мосламалар ёрдамида бажарилади. Иликка ўрнатилган (интрамедулляр) остеосинтез бажарилганда гипс боғламини қўйиш керак

Интрамедулляр остеосинтез консерватив даволаш наф бермаганда, репозиция муваффақиятсиз чиққанда ва суяк бўлаклари иккиламчи кўзгалганда қилинади.

Синган соҳадан узокроқда компрессион остеосинтез бажариш кенг тарқалган усуллардан саналиб, шу мақсадда Илизаров, Гудушаури, Волков-Оганесян, Калнберз ва бошқаларнинг аппаратлари ишлатилади (48-расм).

Компрессион аппарат бир неча асосий талабларга жавоб бериши керак: а) суяк бўлақларини ёпик холда тўлиқ репозиция қилиши; б) суяк бўлақларини мустаҳкам қотириши; в) синишнинг ўрни, характери, юмшоқ тўқималарнинг қандай шикастланганини инобатга олган холда аппаратни индивидуал ишлатиш имконияти; г) фиксациядан кейин бўғимларда ҳаракатнинг сақланиб қолиши; д) аппарат ўрнатилгандан кейин беморни транспортировка қилиш мумкинлиги ва унинг ҳаракатчанлиги.



48-расм. Компрессион-дистракцион аппаратлар. а - Илизаров; б —Гудушаури; в — Демьянов; г — Калнберз; д - Ткаченко; е - Волков-Оганесян шарнир-дистракцион аппарати.

Суяк орқали қилинадиган компрессион остеосинтезга, асосий кўрсатмалар: а) болдир ва елка суякларининг ёпиқ синиши ва узун найсимон суякларнинг сохта бўғими; б) йирик бўримларни артродез қилиш; в) суяклар диафизини узайтириш; г) ингичкалашган найсимон суякларни қалинлаштириш; д) инфекция билан асоратланган синишлар.

Волков-Оганесяннинг компрессион-дистракцион шарнирли аппаратини ўрнатишга кўрсатмаларга метафизар, метаэпифизар ва бўғим ичидан парчаланиб синишлар киради.

Илизаровнинг компрессион-дистракцион аппарата иккита ва бундан ортиқ ҳалқалардан ва яна 2-3 та тортувчи стерженлардан иборат бўлиб, икки томонида гайка бураладиган резбаси бор, унга гайка ва контргайка буралади. Аппаратни стерилизация қилиш кайнатиш билан таъминланади. Суяклардан хочсимон ўтказиладиган кегайлар найсимон суякларнинг исталган жойидан ўтказилиши мумкин, бундан кон томирлар ва нервларнинг топографияси инобатга олинади, холос. Кегайларни ўтказишда терини тешишдан олдин уни 1-1,5 см га суриш керак Кегайлар ўтказилгач, икки томонидан этил спиртига бўктирилган

дока салфеткалар кийдирилади ва тикинлар ёрдамида тери томонга зич кисиб кўйилади ва кегайларнинг ортикча қисми кесиб ташланади. Кегайларни халқаларга қотириб кўйиш учун кискич кегай асосига кўйилиб, букилади. Кегайларни қотиришда суяк бўлакларининг жойлашиши иккала халқада ҳам бир хил бўлиши керак. Иккита халқани улайдиган стерженлар халқалардаги симметрик тешикларга бир-бирига параллел қилиб кўйилади. Стержендаги гайкаларни тортиш репозиция имкониятини яратади. Аппарат ўрнатилгандан кейин назорат рентгенографияси қилинади, агар зарурият бўлса, суяк бўлаклари коррекция қилинади. Компрессион остеосинтез фиксациясини маркам ушлаб туриш учун дар бир стержен гайкаси ҳар 5-7 кунда 1/4 га айланага тенг буралиб (2мм гача) туради.

Суяк орқали кўйиладиган компрессион аппаратларни дистракцион аппаратлар деб ҳам аталади, чунки компрессиядан (кисишдан) ташқари, у билан чўзиш (дистракция) ҳам мумкин. Чўзиш операциядан 5-7 кун ўтгач, суткасига 1 мм дан бажарилади. Бу усул билан оёқ ёки қўлни 10-15 см га узайтириш мумкин.

Ю
М
Ш
О
Қ

ТЎҚИМА

Л
А
Р
Д
А

Ж
А
Р
Р
О
Х

·
Л
И
К

М
У
О
Л
А
Ж

А
Л
А
Р
И

Травматология ва ортопедияда кўпинча мушакларда, пайларда ва фасцияларда жаррохлик муолажалари бажарилади. Энг кўп тарқалган муолажалар куйидагилардир:

1 Чок қўйиш.

2. П а й л а р п л а с т а к а с и .

3. Миолиз ва тенолиз — мушаклар ва пайларни турли хил ч а н д и к л а р д а н ҳ о л и э т и ш . Б у ж а р р о х л и к м у о л а ж а с и с о н с у я г и с и н и б , узок муддатли фиксация натижасида тўрт бошли мушак ўрта қоринчаси чандиқ туфайли қотганда қилинади.

4. Миотомия ва тенотомия - мушак ва пайларни кесиш. Мушакларни кесиш жаррохлик муолажаси кўпинча бўғим контрактураларида бажарилади (масалан, сонни яқинлаштирувчи мушакнинг чанок-сон бўғимини яқинлаштирувчи контрактурасида).

5. Фасциотомия — фасцияни кесиш, кўпинча узайтириш мақсадида 2-симон кесиш (масалан, тиззанинг букувчи контрактурасида), оёқдарнинг спастик контрактурасида ва хоказо.

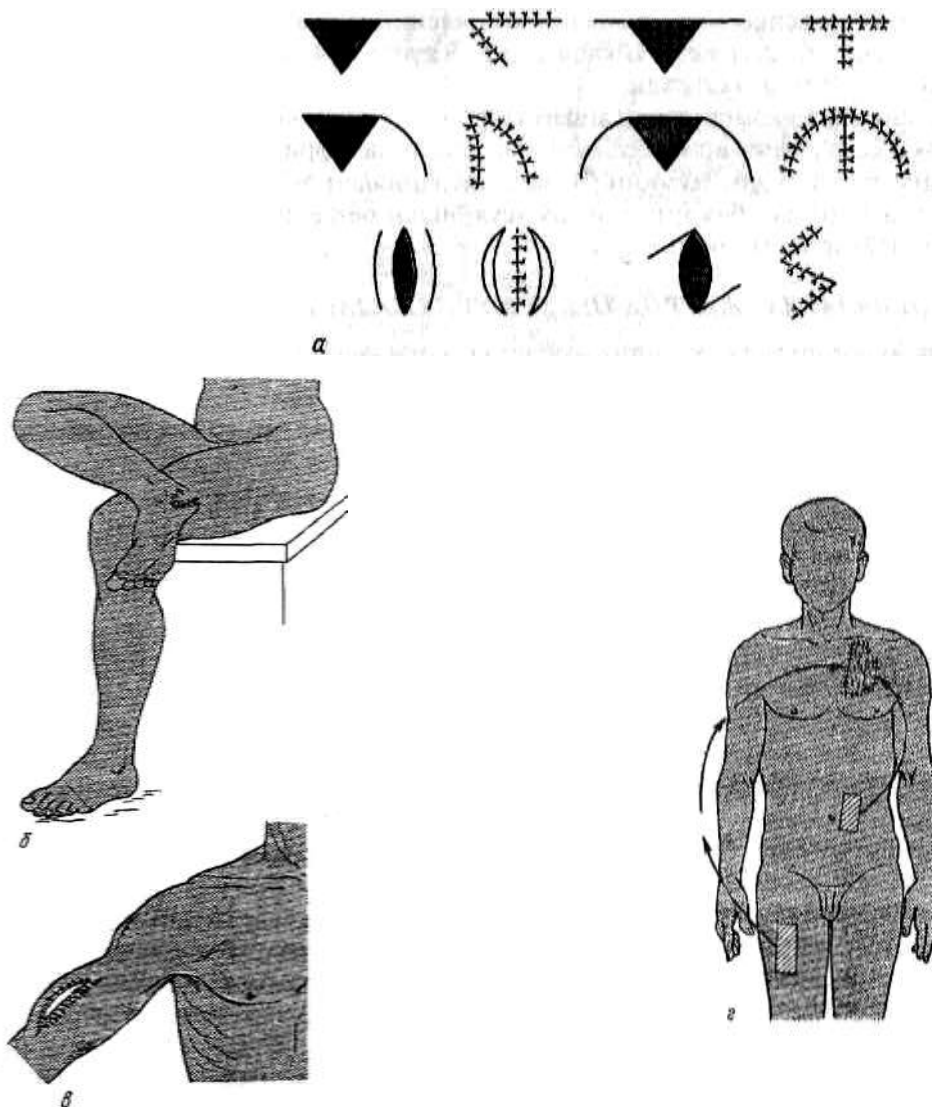
6. Тенодез — суяк пўстлогига ёки суякка пайни қотириб қўйиш.

7. Мушак ва пайларда жаррохлик муолажалари (мушак ва пайларни узайтириш, қисқартириш ва йўналишини ўзгартириш ва хоказо).

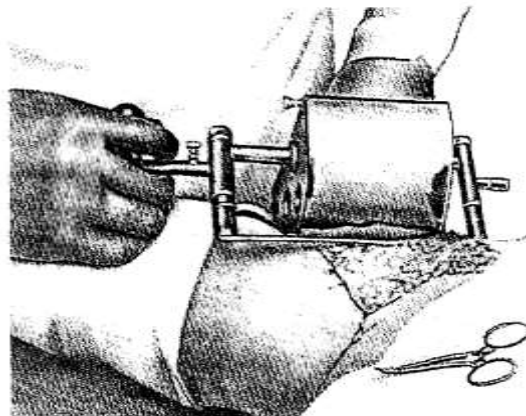
8. Марказий ва периферик нерв системасида жаррохлик муолажалари. Кўпинча, айникса, спастик фалажларда нерв толалари кесилади — невротомия, нервлар шикастланганда — уларни чандиқлардан ҳоли этилади (невролиз).

9. Тери пластикаси. Тери жарохати юзасини беркитиш мақсадида турли тери ёпиштириш усуллари ишлатилади (49-расм). Кенг тарқалган

усуллардан жароҳатга яқин маҳаллий тери пластикаси қўлланилади (қирраларини яқинлаштириб — бўшаштирувчи кичик кесмалар ёрдамида, тери кийкими ўринларини алмаштириш ва бошқалар); герини тери ости ёғи билан жароҳатдан узоқ жойидан олиб фойдаланиш ("итальянча пластика" ёки ўткир, миграцияловчи тери дастаги, кон томирлари сақланган Филатов усулидаги пластика); эркин тери пластикаси, яъни жароҳат юзасига жароҳатдан узоқ жойдаги теридан юпқа ёғсиз трансплантат олиб, уни беркитиш.



49-расм. Тери пластикаси турлари. *a* — маҳаллий тўқималар ёрдамида; *б* — товлон териси нуқсонида «итальянча» усулда пластика; *в* - Филатов дастагини юз пластикаси учун тайёрлаш; *г* — эркин тери пластикаси (стрелкалар ёрдамида тери лахтагини алмаштириш кўрсатилган).



50-расм. Дерматом

Эркин тери пласти-касида турли усуллардан фойдаланилади. Бу маса-лада турли аппарат — дерматомларни ишлатиш энг кўп тарқалган, бу усул тери трансплантатини хохлаган қалинликда 1 мм гача олиш имконини бе-ради (50-расм). Олинган тери лахтақларининг ях-ши битиб кетиши учун уни жарохат юзасига зич ёпишган халда ушлаб ту-риш керак бунинг учун олинган тери лахтақлари элаксимон тешилади ва «лахтақ-элак» деб аталади. Бу тешиқлар орқали жарохатдан кон ва суюкликлар боғламга ажралиб чиқиб туради, бу лахтақни кўчишидан сақлайди. Агар жарохат юзаси жуда катта бўлса, унда турли физик ва кимёвий шароитларда сақланган мурданинг тери лахтақлари ишлатилади. Шунини айтиш керакки, мурдадан олиб ўтказилган тери лахтақлари, тўқима-ларнинг иммунологик мос келмаслиги туфайли кўчади. Аммо тери нуқсонини аллоген тери билан қрлаш, уни инфекциядан химоя қилади ва организмдан жарохат орқали хаддан ташқари кўп суюклик чиқиб кетишининг олдини олади ва ўз йўлида аллоген тери яхши биостимуляторлик вазифасини бажаради, тери остида яхши грану-ляцион тўқима пайдо бўлади.

ГИПЕРБАРИК ОКСИГЕНЛАШ

Гипербарик оксигенлаш - юқори босим остида кислород билан даволашдир. Организмнинг оғир жарохатланиши одатда гипоксия билан кузатилади, буни бартараф қилиш ва нафақат оёқ ёки қўлни, қола-верса, бемор ҳаётини сақлаб қолиш учун кураш чораси ҳисобланади. Гипербарик оксигенлашни гипоксия, травматик шок ва йўқотилган кон тўлдирилмаганда ишлатиш энг кўп ижобий натижа беради.

Гипербарик оксигенлаш ўткир ва сурункали кислород етишмас-лигида ишлатилади. Гипербарик оксигенлашни анаэроб инфекцияда ва бош мия шишида қўлланиш истиқболи ҳисобланади.

Гипербарик оксигенлаш барокамерада ўтказилади. Икки турдаги барокамералар мавжуд: бир ва кўп ўринли. Кўп ўринли барокамералар икки ёки уч қисмдан иборат бўлиб, шулардан биттаси шлюз сифатида ишлатилади, яъни хохлаган пайтда асосий камерага кириш ва чиқишга имкон беради. Газли муҳит хаво ҳисобланади, кислород эса нафас олиш учун маска остидан берилади.

Яна жаррохлик барокамералари мавжуд, уларда ҳар қандай жаррох-лик

муолажаларини ўтказиш имконияти бор. Барокамерада ишлашда маълум кўрсатмаларга катий риоя қилиш шарт, бу апаратура ва хо-димларнинг ўзини қандай тутиши ва юриш-туришига тааллуқли. Гипербарик оксигенлаш жараёнида ўткир ва сурункали кечадиган асоратлар пайдо бўлиши мумкин. Ўткир заҳарланиш кислороднинг катта (3 атм дан юқори) босимида пайдо бўлади. Бу ҳолда МНС (марказий нерв системаси) жароҳатланади. Сурункали кислород интоксикацияси кислороднинг узок таъсири остида бўлиши мумкин, бу ўпкада патологик ўзгаришлар бўлишига замин яратади.

ФИЗИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Бузилган фаолиятни қайта тиклаш учун физик даволаш усулларини ўз вақтида ва кенг миқёсда ишлатиш катта аҳамиятга эга. Ҳозирги пайтда травматология ва ортопедияда физиотерапиядан фойдаланилади (электр ва ёруғлик билан даволаш, иситувчи ва сув муолажалари, лой ва парафин билан даволаш, уқалаш ва даволовчи жисмоний тарбия (ЖТ) билан, механотерапия ва меҳнат билан даволаш элементлари). Физик усуллар тўғрисидаги маълумотлар махсус дарсликларда келтирилган, аммо биз айримлари тўғрисида қисқача эслатиб ўтамиз.

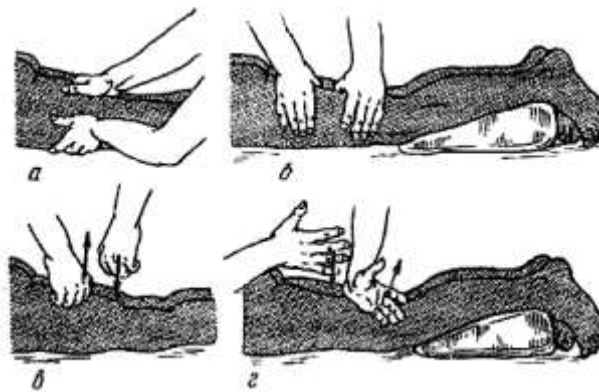
Уқалаш. Ижобий таъсир кўрсатувчи, қон айланишини яхши-ловчи ва тўқималарда маҳаллий модда алмашувини яхшиловчи омил ҳисобланади. Бундан ташқари, уқалаш тўқималарнинг тонусини кучайтириб, мушакларнинг қисқариш хусусиятини яхшилайдди, пери-ферик нерв системасининг кўзгалувчанлигини пасайтиради. Уқалаш техникаси олти усулдан иборат: босиш, силаш, ишқалаш, эзиш, тўкил-латиш ва тебратиш (51-расм).

Уқалаш ҳаракатлари марказий йуналиши одатда олиб борилади; бунда қўл ва оёқларнинг тўғри ҳолати катта аҳамиятга эга. Масалан, орқа ва оёқларни уқалашда бемор мушаклари ўртача тарангликда (ўрта физиологик ёки шунга яқин ҳолат) ёки бўшашган ҳолатда бўлиши керак

Тери касалликлари (йирингли доначалар, экзема), флебитлар, вена қон томирларининг варикоз кенгайиши ва бўғимлар яллиғланишида уқалаш мумкин эмас. Атеросклерозли кекса ёшдаги одамларда уқалаш чегараланган тартибда бажарилади.

Д а в о л о в ч и ж и с м о н и й т а р б и я . Даволаш ёки профилактика мақсадида ўтказиладиган машқлар тизими. Даволовчи жисмоний тарбия куйидагича фарқланади: а) пассив ҳаракатлар; б) қаршиликсиз актив ҳаракатлар; в) ёрдамчи ҳаракатлар; г) қаршилик билан ҳаракатлар.

Пассив ҳаракатлар ва механотерапия турлича шикастланишлар оқибатларини ва айниқса, бўғимлар контрактурасини даволашда



51-расм. Массаж техникаси.

а — силаш ва босиш; б — укалаш ва чўзиш; в - тўкиллантиш; г - тебратиш.

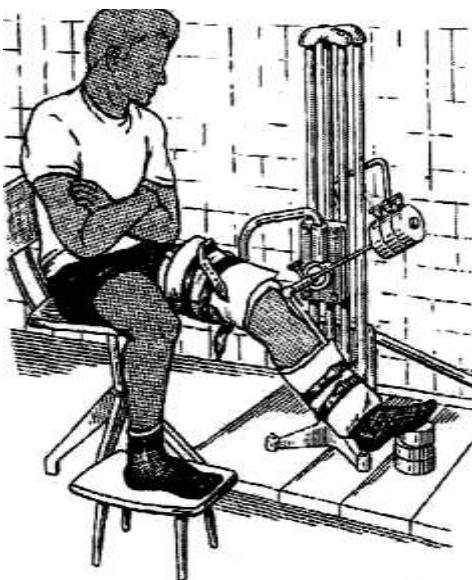
ишлатилади (52-расм). Пассив ҳаракатлар тўқималардага маҳаллий қон ва лимфа айланишини яхшилайдди, бўшмлардаги ҳаракатларни яхши-лайди, бойламлар ва пайларнинг эластиклик хусусиятини оширади.

Қаршиликсиз актив ҳаракатлар травма оқибатларини даволашда ва жарроҳлик муолажасидан кейинги даврда катта аҳамиятга эга.

Ёрдамчи ҳаракатлар айрим мушаклар фалажида, айниқса, зарур. Бунда мутахассис кули ёрдамида ёки махсус ушлаб турувчи блоклар тизими ёрдамида оёқ-қўлга «ёрдам бериш»га тўғри келади.

Қаршилик билан кўрсатиладиган ҳаракатлар мушакларни

кучайтиришда муҳим ҳисоб-ланади. Кўпинча шу мақсадда механотерапияда ишлатила-диган маятниксимон аппарат ишлатилади. Бу аппаратда силжишга қарши мослама (қаршилик) ўрнатилади.



52-расм. Тизза бўғимида ҳаракатни тиклаш учун аппарат ёрдамида механотерапия ўтказиш.

Мехнат билан даволаш сўнги пайтларда тобора кўпроқ ўрин эгалламоқда. Бубе-морларни мехнатга қизиқ-тириш билан олиб борилади, мехнат билан даволашни ку-нига 4-6 соат давомида ўтказиш мумкин. Маълум бўғим-ларнинг ҳаракатини тиклаш мақсадида тўғри йўналти-рилган мехнат билан даволаш жараёни танланганда аъло натижаларга эришиш мумкин, бу реабилитацион муддатни қисқартириб, қўл ёки

оёқ функцияси тез тикланади. Касал ўз меҳнатининг самарасини кўради (пластик материаллардан турли буюмлар яшаш, темирга ишлов бериш, тикувчилик гилам тўқиш ва хоказо) шу туфайли шикастланган оёқ-қўл ва бошқа аъзолар функцияси яхшиланади.

Электр воситасида даволаш. Гальваник ва фарадик тоқларни ишлатиш мушаклар учун гимнастиканинг бир тури ҳисобланади. Улар айрим ёки мушак гуруҳларига чекланган ҳолда таъсир этади. Фарадизациялаш мушаклар сусайганда, айникса, суёт фалажларда ишлатилади. Гальваник тоқлар (узук-узук) ҳаракат ва сезиш бузилганда ишлатилса, Гальваник доимий ток эса тинч-лантирувчи (ором берувчи) ва оғриқни қолдирувчи таъсирга эга бўлиб, невритлар ва невралгияларда ишлатилади.

У В Ч — т е р а п и я . Чуқур жойлашган тўқима ва аъзоларга ультраюқори, тез-тез такрорланувчи тоқларнинг иссиқлик билан таъсири.

Иссиқ муолажалар. Улар қуруқ ва нам бўлади. Қуруқ иссиқликка қуруқ ҳаво ваннаси, иситилган кум солинган халтачалар қиради. Иссиқ нам муолажага компресслар қиради.

Бальнеотерапия. Кенг тарқалган бўлиб, бунга радонли ва олтингургурт-водородли ванналар қиради. Улар бўғимлар ва умуртка погонаси касалликларида, айникса, кўп ишлатилади. Бальнеотерапия иклимтерапияга ўхшаб, бошқа физиотерапевтик усуллар билан бир-галикда шикастланиш ва бир катор касалликлардан кейин функ-цияларни тиклашда консерватив даволашнинг асоси ҳисобланади.

Рентгенотерапия. Юмшоқ тўқималардаги яллиғланиш жараёнида, периферик нервларнинг касалланиши сабабли пайдо бўлган оғриқларда (радикуляр оғриқларда) қўлланиладиган усулдир. Айрим касалликларда рентгенотерапия сўриб оладиган даво сифатида, масалан, охакланган елка бўғими бурситида, товонда суяк ўсганда ишлатилади. Аммо бу турдаги даволаш усулига махсус жиддий кўрсатмалар ҳам бўлиб, муолажа дозасига амал қилиш ва пухта назорат остида ба-жарилиши керак

Электростимуляция. Синган суяк юзасига электродлар орқали кучез электр тоқи юборилиб, суяк кадога стимуляция қилинади. Тез-тез такрорланувчи паст частотали импульс электр тоқлар ишлатилади. Операция пайтида синган суяк зонасига ингичка занг-ламайдиган пўлат симлар ўтказилиб, иккинчи (мусбат) электрод терига ёпиштирилади. Бемор палатага ўтказилгач, электродлар махсус ускуна — аппаратга уланади. Электростимуляция янги синишларда 2-3 ҳафта давомида (20 мА гача бўлган ток кучи), узоқ, битмаган синишларда 4-5 ҳафта давомида (50 мА гача бўлган ток кучи) берилади.

Доимий электр тоқи компрессион аппарат халқасига уланганда микробларга статик таъсири борлига аниқланган. Қўлланиладиган электр

токи кучига караб (5 дан 30 мкА гача) турли хил микроорганизмлар Халок бўлади, масалан, стрептококклар ва стафилококклар 1 сутка давомида 5-15 мкА, ичак ва кўк яшил йиринглатувчи таёқчалар шу муддатларди 8-30 мкА ток кучи таъсирида ўлади.

Сунъий маҳаллий гипотермияни маълум бир чегараланган сохани совутиш учун ишлатилади. Гипотермия тўқима-ларнинг кислородга бўлган талабини камайтиради, уларда модда алмашувини сусайтиради, яллиғланиш жараёнини тўхтатади ва камайтиради. Совутиш манбаи иссиқдик ташиб юрувчи суюқликлар (сув, спирт-сув эритмаси, фурацилин, кальций хлориди эритмаси), газлар (хаво), совутиш генератори (термоэлементлар) хисобланади. Иссиқлик ташиб юрувчи модда тўғридан-тўғри совутиладиган юзага кўйилади ёки турли конструкциядаги мосламалар орқали айланади (белбоғ, найчалар, зонд-баллон, бош мияни совутувчи мослама ва хоказо). Кўпинча маҳаллий гипотермия учун «Гипотерм — 3» серияли аппарат ишлатилади.

Маҳаллий гипотермиянинг бош мия ва орқа мия шикастланганда ишлатилиши кенг тарқалган.

Одатда маҳаллий совутиш учун 5 дан 18°C гача бўлган харорат 2 соат давомида ишлатилади. Гипотермияни сутка давомида вақти-вақти билан ишлатиш усули ҳам бор.

1964 йиддан ўга паст хароратли маҳаллий гипотермия (криотаъсир) ортопедияда бўғим тўқималарига таъсир этишда, суюқ ўсмаларини даволашда ва дегенератов ўзгарган умурткалараро дискларни жаррохлик усулида даволагандан сўнг қўлланила бошланди.

Игна санчиш. Травматология амалиётида тананинг маълум бир юзасини (акупунктура нуқталарини) китиклаш мақсадида ишлатилади. Қитиклаш усуллари қуйидагича: игна санчиш, термик ёки кимёвий куйдириш, электр токи орқали таъсир этиш ва хоказо. Ушбу таъсир кўрсатиладиган акупунктура нуқталари кўпинча жароҳатланган аъзодан узоқда жойлашган бўлади,

Игна билан даволаш асосан оғриқни қолдириш мақсадида ишлатилади. Травматология ва ортопедияда оғриқсизлантириш мақсадида игна санчиш операциядан кейин бир сутка ўтгач қўлланилади. Операция қилинган зонадан ўтаётган канал нуқталаридан ва операция жароҳатига яқин «маҳаллий» нуқталардан фойдаланилади. Игна санчиш пайтида ва яқин 3-4 соат давомида оғриқнинг камайиши билан бирга бемор-ларни уйку босади.

Магнитотерапия. Электромагнит майдонининг турли қувватини ишлатиш. Магнит майдонидан фойдаланилганда, у оғриқни қолдиради ва сўриб олиш таъсирини кўрсатади, шунингдек модда алмашувини ва иммун реакцияларни кучайтиради. Шу билан бирга, электромагнит майдони таъсири узоқ, вақт битмаган ва сохта бўғим пайдо бўлганда суюқнинг регенерациясини кучайтиради.

Электромагнит майдони таъсири травматология ва ортопедияда елка-курак периартритида, бойламлар шикастланганда ва бошқаларда кенг ишлатилади.

Лазер ускуналари хам травматология ва ортопедияда даволаш мақсадида ишлатилади. Тиббиётда кўпроқ паст интенсив гелий-неон туридаги монохром кутбли ёруғлик нурларини чиқарувчи лазер ишлатилади (тўлкин узунлиги 630-670 нм). Лазернинг нурланиши қон томир-ларини умумий кенгайтирувчи ва яллиғланишга қарши хоссага эга. Нурланишнинг энг юқори стимуляция таъсири 3-кундан 17-кунгача қайд қилинади.

Гелий-неон лазерини нурланишининг ижобий таъсири жароҳат ва яра жараёнларининг кечишида аниқланган. Деформацияловчи артроз-ларда, остеохондрозда ва бошқа ортопедик касалликларда оғриқни ка-майтирувчи, шишларни йўқртувчи таъсири аниқланган. Суяклар син-ганда, айникса, уларнинг секин битишида суяк тўқимасининг регене-рациясини тезлаштиради.

ТАЯНЧ-ХАРАКАТ АППАРАТИНИНГ КАСАЛЛИКЛАРИ ВА ШИКАСТЛАНИШЛАРИ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ДАВОЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Болаларда таянч-харакат аппаратининг шикастланиши ва касал-ликларида уларни даволашнинг ўзига хос тамойиллари бор. Тажриба шуни кўрсатадики, 90-95% жароҳат олган болалар амбулатория ша-роитида даволанишга мухтож бўлади. Травматологик пунктда ўткази-ладиган комплекс даволаш, яъни репозиция, даволаш иммоби-лизацияси, физиотерапия, жисмоний машқлар билан даволаш қисқа муддатда шикастланган аъзо фаолиятини тиклайди. Травматологик пунктларда гипс қўйиш мосламалари, рентген хонаси, физиотерапевтик бўлим, жисмоний даволаш зали мавжуддир.

Таянч-харакат аппарати шикастланган болалар асосан консерватив усулда давланади. Эскирмаган шикастланишларда гипс лонгетаси икки бўғимни қамраб олган холда қўйилади. Ўрама гипс куйиш мақсадга мувофиқ эмас, чунки пайдо бўладиган шиш оқибатида қон томирлари сиқилиб, оғир асоратларга олиб келиши мумкин. Даволаш жараёнида травматик шиш кайтиб, гематома сўрилгач, лонгета боғлами гипс бинтлар ёрдамида ўрама гипс боғламига айлантирилади.

Синининг жойлашган жойи, бўлаклар кўзгалишининг даражаси, боланинг ёшига караб скелет тортмаси ёки лейкопластир (клеол) тортмаси қўлланилади. Каттарок ёшдаги болалар учун скелет тортма афзалроқдир.

Скелетдан тортишда ўсиш зоналарини инобатга олиш шарт. Киришнер кегайи катта болдир суяги ғадир-будуридан пастроқдан ва тирсак ўсигидан ўтказилади. Сон суяги ва товондан кегай ўсиш зонасидан юқорироқдан ўтказилади.

Кегай ЦИТО такасига қотирилгач, оёқ Белер шинасига кўйилади, у катталарга мослаштирилган шинадан икки баробар кичкина бўлиши керак ёки скелетдан тортиш болкон рамаси ёрдамида бажарилади. Силжиган суяк бўлақларини ўрнига олиб солиш учун зарур юк ҳажми куйидагича аниқланади, яъни оёқнингҳажми тананинг 1/7 қисмига тенг келса, сон ҳажми болдир ва панжадан икки марта кўп. Елка суяги синганда даволаш мақсадида 1,5-2 кг юк осилади, бу мушаклар кучига боғлиқ.

Синган суяк бўлақларининг бурчаксимон силжиши прогноз нуқтаи назардан энг салбий ҳисобланади. Суяк бўлақларининг узунасига сил-жишини тортма кўйилгандан сўнг биринчи соатларнинг ўзида бартараф қилиш мақсадга мувофиқдир. Бурчаксимон силжишни бартараф қилиш учун қўшимча тортиш ва босиб турувчи мосламалар ишлатилади.

Бўлақлар ёнига силжиганда тортиб турган ҳолда қўл ёрдамида репозиция қилинади. Бурчак остида ва ёнига силжишни тўғрилаш узунасига силжиш бартараф қилингандан кейин амалга оширилади.

Репозицияни яхши амалга ошириш учун мушакларни сусайтириш шарт ва шу мақсадда синган бўлақлар оралигига 1% новокаин эритмаси (боланинг ҳар бир ёшига 1 мл ҳисобида) юборилади.

3 ёшгача бўлган болаларда лейкопластир (клеол) тортма қўлла-нилади.

Жарроҳлик усули очик синишларда, кон томирлари ва нерв тола-лари шикастланганда, бўғим ичидан синиб, бўлақлар буралиб ва силжиганда ва юмшоқ тўқималар интерпозициясида қўлланилади.

Очикҳолда репозиция қилишда тўқималарни имкон борича кам шикастлантириш керак. Ишлатиладиган остеосинтез усуллари суякларнингўсиш зонаси ва қон айланишига салбий таъсир қилмаслиги керак. Хозирги пайтда куйидаги остеосинтез усуллари энг кўп ишлатилади:

- Ру усулида битта бўлакни иккинчи бўлакка тикиш, бунда қўшимча ички фиксация қилинмайди;
- қайта олинмайдиган материаллар (лавсан ип, капрон, кетгут) ишлатиб, остеосинтез усули;
- сўриладиган материаллар (суяк алло- ва ксенотрансплантатлари) ёрдамида остеосинтез;
- Киршнер кегайи ёрдамида тери орқали қилинадиган остеосинтез;
- металл кегайларни суяк каналига ўрнатиш йўли билан остеосинтез қилиш;
- Илизаров, Гудушаури, Калнберз компрессион-дистракцион ва Волков—Оганесян шарнир-дистракцион аппаратлари ёрдамида синган зонадан четда суяк орқали остеосинтез қилиш.

Суяклар синганда ва ортопедик касалликларни даволашда компрессион-дистракцион усулни ишлатиш жуда қўл келади, чунки бу усулда ўсиш зонаси шикастланмайди, суякнинг битиши учун қулай шароитлар яратилади ва оёқ-қўлларни сегментларини узайтириш мумкин.

Волков—Оганесян шарнир-дистракцион, Илизаров аппарати ва бошқа шу турдаги аппаратларни бўғим ичидан синишларда, синиб-чиқишларда, бўғим олди синишларида ва бир қатор ортопедик касал-ликларда ишлатиш замонавий ва илғор усуллардан бири бўлиб қолди.

Ортопедик касалликларни жаррохлик усулида даволашда катта ўзгаришлар рўй берди. Микрожаррохлик усулни ишлатиш реплантация соҳасида ва Пертес касаллигини даволашда янги истиқболлар очди. Шу билан бир каторда биологик инерт, остеоген хусусияти бўлган ва таркибида углерод бирикмалари сакдайдиган имплантатлар болаларда турли коррекцияловчи операцияларни бажаришга имкон яратади.

Шуни қайд этиш керакки, катталарда қўлланиладиган даволаш усуллари болалар травматологияси ва ортопедиясида ҳам тўппа-тўғри ишлатилса, ўсиш зонасини шикастлантириб қўйиш оқибатида оғир асоратлар келиб чиқиши мумкин.

Оғир ортопедик касалликларга чалинган болалар учун мактаб-интернатлар мавжуд, бу интернатларда даволаш билан бирга болалар ўрта мактаб дастурлари бўйича таълим ҳам олишади.

Шикастланишлар ва ортопедик беморларни даволаш натижаларини янада яхшилаш учун санаторий-курорт шароитида даволаш катта аҳамиятга эга. Клиник кузатувлар ва тадқиқотларда оғир жароҳатлар асоратларини ва ортопедик касалликларни даволашда (Пертес касал-лиги, сколиоз ва ревматоид артрит) бальнеологик усулларнинг афзал-лиги тасдиқланган. Травма асоратларини даволашда бальнеологик омил-лардан торф ва балчиқ билан даволаш, минерал сувли ванналардан кенг миқёсда фойдаланилади.

5 - б о б. СУЯК ТЎҚИМАСИНИНГ РЕГЕНЕРАЦИЯСИ ВА СИНГАН СУЯКЛАРНИНГ БИТИШИ

СИНГАН СУЯКЛАР БИТИШИНИНГ УМУМИЙ ҚОНУНИЯТЛАРИ

Синган суякларнинг битиши суяк тўқималарининг регенерацияси йўли билан содир этилиб — суяк қадоғи ҳосил бўлишига олиб келади. Суяк синган жойда битиши натижасида суяк регенерати ҳосил бўлади. У ўзига хос ҳамма специфик элементлар ва суяк тўқимасининг гисто-логик структурасига эга.

Суюкнинг тикланиши шакл ҳосил қилиш активлиги, суяк пўстлоғи камбиал қатлами хужайраларининг пролиферацияси, шунингдек эндост ва суяк хужайра элементлари (гаверс) ва тешиб ўтадиган (фолькман) каналлар, кам дифференсацияланган суяк илиги стромасининг хужайра ва ўсаётган қон томирларининг мезенхимал хускайралари ҳисобидан амалга ошади.

Суяк регенерацияси шароитлари экспериментда ва клиник текширувларда ўрганилган. Суяк регенератив жараёнига турли хил умумий

ва маҳаллий шароитлар таъсир кўрсатиб, синишларнинг тез ва тўлиқ битишини таъминлайди.

Остеоген дужайралар — остеобластлар, фибробластлар, **остео-цитлар**, гистиоцитлар, лимфоид, ёғ ва эндотелиал хужайралар, мие-лоид ва эритроид катор хужайралари ҳисобланади. Суяк битишида регенератда микроциркуляция ва васкуляризациянинг тикланиши катта аҳамиятга эга, улар остеобластларнинг нормал функциясини таъминлайди.

Суяк катта қисмининг регенерациясини клиникада суяк бўлакларини аста-секин суриш ёки суяк нуксонларини трансплантатлар билан тўлдириш йўли билан амалга оширилади. Дистракция билан суякларни узайтириш усули ҳамда алло- ва ксенопластика айнан шу тамойилга асосланган.

Суяк жароҳатининг битиши, шунингдек юмшоқ тўқималар жароҳати регенератив жараённинг бирин-кетин ривожланиши билан рўй беради. Суякнинг тикланиш цикли шартли равишда куйидаги тўрт фаза ёки босқичга бўлинади:

Биринчи б о с қ и ч — репродукциянинг ривожлана бошланиши ва хужайра элементларининг шикастланган хужайралар ва тўқималар некрози ва некробиози маҳсулоти таъсирида пролиферацияси. Суяк қадоғи ҳосил бўлишида асосий ролни синган суяк соҳасида қон айланишининг тикланиши ўйнайди.

Иккинчи б о с қ и ч - тўқима структурасининг ташкил топиши ва таҳассулашуви. Хужайра элементларининг пролиферацияси ва таҳассулашуви кучайиши билан тавсифланиб, бу анаболик гормонлар туфайли кечади. Ёш суяк хужайралари суяк регенератининг органик асосини ташкил қилади. Оптимал шароитларда (яхши иммобилизация, бошқа қўшилиб келадиган касалликлар йўқлиги) остеоид тўқима ҳосил бўлади.

Учинчи б о с қ и ч — суяк структурасининг ташкил топиши. Асосий жараён синган суяк ўрнида қон айланишининг тўлиқ тикланиши ва регенерат оксид асосининг минералланиши. Суяк бўлаклари оралиғидаги бўшлиқ майда хужайрали суяк трабекулалари тўри билан тўлади, бу дағал толали ва ясси хужайрали суяк тўқимасидан ташкил топган. Учинчи босқич охирида суяк устунчалари қўшилиб, кенг суяк каналларидан иборат компакт моддага айланади.

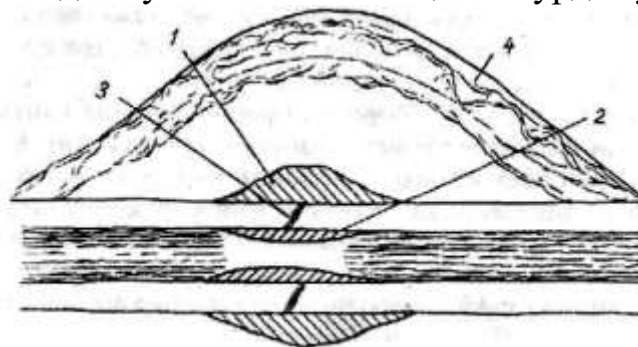
Тўртинчи б о с қ и ч — бирламчи регенератнинг қайта тикланиши ва синган суякнинг тўлиқ тикланиши (реституция). Бу босқичда кортикал қават аниқ кўринади, суякнинг илик канали тик-ланади, суяк пўстлоғи аниқ ажралиб туради. Тартибсиз жойлашган оҳакланган структура ортиқча қалинлашаётган бир тартибда жойлашган регенерат билан алмашинади.

Регенератив жараённинг ҳар бир босқичи аста-секин бир босқичдан бошқасига ўтади.

Суяк қадоғи турлари (бирламчи ва иккиламчи битиш). Синган суякнинг битиши қадоқ хосил бўлиши билан кечади. У қуйидаги турларга бўлинади: периостал (ташқи) қадоқ, асосан суяк пўстлоғидан ташкил топади; эндостал (ички) қадоқ, эндостдан шаклланади; интер-медиар қадоқ, компакт қават оралиғидаги ёриқни тўлғазади; параоссал қадоқ, суяк бўлаклари орасида ингичка тўсиксимон, икки томони уланган толалар шаклланади (53-расм).

Суяк бўлаклари холати (силжиш даражаси, бўлакларнинг бир-бирига нисбатан жипслиги, фиксациянинг маҳдамлиги) суяк тўқима-сининг турли тикланишларига муҳит яратади. Агар бўлақлар яхши репозиция қилинган бўлса, бир-бирига зич тегиб турса ва маркам таҳ гакачланган бўлса, битиш минимал периостал қадоқ, ва асосан интермедиар қадоқ, ҳисобидан амалга ошади.

Суяк қадоғининг ҳар бир тури ўзига хос физиологик аҳамиятга эга. Масалан, периостал ва эндостал қадоқ, вақтинчалик тузилма бўлиб, суяк битганлигига кафолат бермайди. Бу суяк қадоқлари турларининг аҳамияти (айниқса, периостал қадоқнинг) суяк бўлақларини синган жойида маҳкам ушлаб туриш ва суяк регенератининг тез ҳосил бўлиши-га имкон яратишдир. Суяк бўлаклари орасида ҳаракатнинг пайдо бўлиши унда қон микроциркуляциясининг бузилишига олиб келади. Бу суяк регенерациясини сусайтиради. Бундай муҳитда регенератда тоғай тўқима-си кўпроқ ривожланади. Васкуляризациянинг сустлиги тоғай тўқима-си борлигига ва интерстициал ўсишига шароит яратади. Тоғай қадоғи суяк бўлаклари орасида ҳаракат йўқолса ва етарли васкуляризация бўлса, суяк тўқимасига алмашинади. Суякнинг битиши икки типда амалга ошиши мумкин: бирламчи ёки иккиламчи битиш. Суяк бўлақ-ларининг бирламчи битиши интермедиар қадоқ ҳисобидан бўлиб, бўлақлар зич маҳкамланиб, мутлақ ҳаракат йўқотилгандан сўнг ривожланади. Интер-медиар қадоқ, бириктирувчи тўқима негизида ташкил топиб, ундаги қон томирлар асосан периост томонидан интермедиар ёриққа ўсиб киради. Суякнинг ҳосил бўлиши десмал типда бўлиб, тоғай босқичини босиб ўтмайди. Суякнинг битиши қайси турда бўл-



53-расм.

Суякнинг қадоқ; қисмлари. — периостал; — эндостал; — интермедиар; 4— параоссал.

масин, кадоқ, пайдо бўлишида асосий вазифани периост, суякнинг крн билан тупик таъминланиши, суяк бўлақларини ўраб олувчи юмшок тўқлмалар ҳолати ва суяк оралигидаги бўшлиқ,нинг яшаб кетишга лаёқати муҳим рол ўйнайди.

Суяк бўлақларининг битиши, аввало, периостал ва эндостал кадоқ, пайдо бўлишидан бошланади. Суяк бўлақлари периостал ва эндостал кадоқ;хисобидан маҳкам ёпишгач, интермедиар (оралик) кддоқдашқил топиб, қайси типда битишидан қатъи назар асосий аҳамиятга эга. Интермедиар кадоқ орқали суяк битгач, периостал ва эндостал кадоқ, редукциялашиб, интермедиар кадоқ нормал суяк морфологик структурасини қабул қилади.

Синиқларнинг бирламчи битиши энг оптимал бўлиб, қисқа муддатда битиб, суяк структураси яхши тикланади.

Суяк бўлақлари кўзғалганда ва парчаланган синиш бўлса, суяк битишида асосий ролни суяк пўстлоғи (периост) ўйнайди ва синиқларнинг битиши иккиламчи типда бўлиб, катта периостал кадоқ хисобидан бўлади.

Ровак суякнинг битиши ўзига хос хусусиятлари билан фарқ,кдлади. Ровак суякнинг бакувватлиги унинг кортикал қавати хисобидан эмас, балки эндостал зонада жойлашган суякнинг тўрсимон устунчалари туфайли бўлади. Ровак суякнинг репаратив регенерацияси учун энг оптимал шароит - суяк бўлақларини оптимал бир-бирига яқинлашти-ришдир (масалан, қоқилган синишларда). Кадоқ пайдо бўлиши одатда тоғай фазасини ўтмайди ва периостал кадоқ суст ривожланган бўлади.

Узун найсимон суякларнинг диафиз ва метафизининг битишида муҳим фарқлар бор. Диафизар синишда кадоқ пайдо бўлиш жараёни тоғай тўқима ҳосил бўлиш босқичини ўтади, метафизар синишда эса тоғай тўқимаси ҳосил бўлмайди ва бириктирувчи тўқима қадоғи тўғридан-тўғри метаплазия орқали суякка айланади. Суяк қадоғининг ҳосил бўлиши нафақат маҳаллий шароитга, қолаверса, организмнинг умумий аҳолига, беморнинг ёшига ва кўшилиб келган касалликларга боғлиқ.

Суяк бўлақлари кўзғалмаган, синишлар бўлақлар яхши тегиб турганда анча қисқа муддатда битади. Бўлақлар кўзғалган ҳолатда турган синишлар анча секин битади, яна суяк қадоғининг ташқил топишига синиш турининг ҳам аҳамияти бўлади. Қирралари текис бўлган кўндаланг синишлар анча секин битади, бунда илик кам сатҳда очиқ бўлиб, суяк пўстлоғи кўчган бўлса, эндостал ва периостал кадоқ ҳосил бўлиши учун биологик шароитлар бўлмайди.

Синишларни тўғри даволаш суяк кҳдош х,осил бўлишида: ўз вақтида ва тўлиқ диастаз қолдирмасдан суяк бўлақларини репозиция қилиш, барқарор ва узок муддатга тахтакачлаш, энг тўғри ва яхши даволаш усулини танлаш ва кўшимча физиотерапевтик ва жисмоний муолажа-ларни ишлатиш муҳим аҳамият касб этади.

Суяк очиқ синганда инфекция тушиб қолса ва травма таъсирида остеомиелитга айланса ҳамда суяк секвестрацияси рўй берса, қадоқнинг ҳосил

бўлиши анча чўзилади. Шу муносабат билан ва синишлар нотўғри даволанса, суяк қадоғининг хосил бўлиши чўзилади ёки умуман хосил бўлмаслиги мумкин. Шундай пайтларда узоқ битмайдиган, қадоқ секин пайдо бўладиган синишлар ва хатто сохта бўғим пайдо бўлиши мумкин.

Қуйидаги ҳолларда қадоқ секин хосил бўлади:

- авитаминоз ва гиповитаминоз бўлган шахсларда (цинга, рахит, хомиладорлар остеомаляцияси);

- қалқонсимон без орқа таначалари (*glandula parathyreoidea*) фаолияти бузилганда (қонда кальций микдори камайиши) ва буйрак усти беги фаолияти кучайиши;

- сурункали касалликларда (сил, захм, қандли диабет, сирингомиелия, бош ва орқа мия ўсмалари). Периферик нервларнинг шикастланиши суяк битишига салбий таъсир қилади. Анемияда, кахексияда ва нурланиш касалликларида суяк регенерацияси секинлашади;

- узоқ, вақт гормонал препаратлар қабул қилинганда (гидрокортизон, преднизолон ва хоказо). Дикумарин ва гепарин қабул қилинса, синган суякларнинг битиш муддати чўзилади.

Синишларнинг битиши учун қон билан таъминланиш ва суяк бўлаклари учларининг яшашга лаёқати жуда муҳим омиллардан сана-лади, чунки суяклар синганда бўлақлар кўпинча бузилади. Юмшоқ тўқималар ва суякдаги қон томирлар шикастланади. Эпифизлар зонасида, синовиал бурмалар ва бўғим халтаси ёпишадиган жойларда суякка артерия ва вена ўсиб чиқади. Елка бўйинчаси, билан суягининг типик ўрнидан синишлар қон билан яхши таъминланганлиги туфайли яхши битади. Катта болдир суягининг пастки 1/3 қисми тирсак ва елка суяклари қон билан ёмон таъминланганлиги туфайли бундай жойдаги синишлар қийинроқ битади. Агар шикастланган суяк бўлақларидан биттасида қон айланиш бўлмаса, унда суякнинг шу қисми регенерацияда қатнашмайди (сон бўйинчасининг медиал қисми ва қафт олди қайиқсимон суяги синишлари).

Синишларнинг битиш прогнозини репаратив жараённинг нормал кечишига қараб баҳолаш керак булар травматологиянинг хусусий бўлимларида тасвирланган.

Синишларнинг секин битишига нотўғри даволаш сабаб бўлади; суяк бўлақларини ўрнига солмаслик бўлақларнинг бир-бирига тегиб турмаслиги, скелетдан тортганда хаддан ташқари кўп юк осиб қўйиш, нотўғри ва етарли бўлмаган, кўпинча, узиқ-узиқ тахтакачлаш, пассив гимнастика билан жуда эрта шуғулланиш, юмшоқ тўқималарнинг синиқ бўйича мажақланиши (суякни ўраб турган мушак филоф), унинг қон билан таъминланиши суякдаги қон айланишига боғлиқ.

Суяк синишининг секин битиш клиник белгиси, унинг синган юзасининг эластик ҳаракатчанлиги, ўқи йўналиши бўйича босилганда

оғриқнинг пайдо бўлиши, айрим пайтларда синган сохада терининг қизаришида юзага чиқади. Рентгенологик жихатдан аниқ кўринмай-диган суяк қадоғи аниқланади.

Секин қадоқланишни консерватив ёки жаррохлик усулида даволаш мумкин. Консерватив даволашда иммобилизация янги синишдага каби (2-3 ой ва кўпроқ) керагича давом эттирилади, бунинг учун компрес-сион аппарат, гипс боғламини кўйиш, ортопедик аппаратларда юриш амалга оширилади.

Суяк қадоғини тезлаштириш учун бошқа консерватив воситалар ҳам ишлатилади: 1) йўғон игна ёрдамида бўлаклар орасига 10-20 мл аутокон юборилади; 2) қонни тўхтатиш йўли билан гиперемия; 3) синган юзани ёғоч болғача билан уриш (Турнер усули); 4) физиотерапия, УВЧ, кальций тузлари, гормонлар (метандростенолон, рета-болил ва хоказо) билан электрофарез; 5) кучсиз ток ёрдамида электростимуляция.

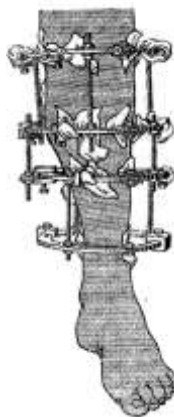
СЕКИН ҚАДОҚЛАНАДИГАН СИНИШЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ

Бундай даволашнинг бир неча усули мавжуд.

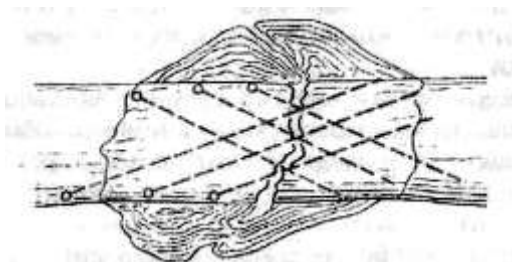
Б е к у с у л и д а т у й н у к о ч и ш жаррорик муол- а ж а с и. Бир суяк бўлагидан иккинчисига парма ёрдамида бир неча туйнуқлар қилинади, бу пармалаш синиқ юзасидан ўтиши керак. Бу туйнуқларда қон томирлар ўсиб, синиқларнинг битишига имкон беради.

Жаррохлик муолажаси техникаси 54-расмда кўрсатилган. Синиқ юзасининг юқори ва пастки қисмида иккита кесма қилинади, шу ке-симлар орқали суяк турли йўналишда (1,5-2мм), турли нуқталар орқали 8-30 туйнуқ пармаланади. Бу муолажа суяк бўлаклари яхши кўйилганда қилинади.

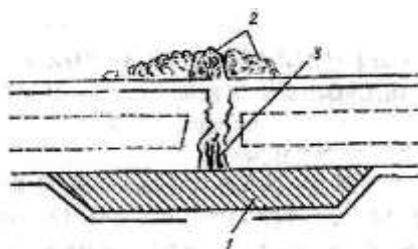
Ўчоқдан ташқаридаги компрессион остео-синтез. Турли аппаратларни ўрнатиш билан узок, муддатга суяк бўлаklarини бир-бирига қўйган холда махкам ушлаб турилади. Одатда Илизаров, Гудушаури ва бошқа аппаратлар қўлланилади. Агар иккита суякдан бири битмаган бўлса, аппарат қўйишдан олдин соғлом суякни остеотомия қилиб, кейин аппарат ўрнатилади, чунки соғлом суяк остеотомия қилинмаса, битмаган суякни яқинлаштириб бўлмайди. Суяк бўлаklarини ёпиқ усулда кўйиб бўлмаса, унда ўчоқдан ташқари ўрнатиладиган компрессион остеосинтез очик усулда бажарилади: унда бўлаклар орасидаги чандиқ, тўқималар олиб ташланади, илик очилади ва суяк бўлаklarни тўғри холатда қўйилади. Суяк бўлаklarини ишончли ушлаб туриш учун проксимал ва дистал бўлаклардан бир-бирига кўндаланг йўналишдаги 2-4 та кегайлар юборилади ва улар аппарат ҳалқаси ёки махсус ёйлар ёрдамида тортилади (55-расм).



54-расм. Бек усулида туннелизация (чизма).



55-расм. Или зарои аппарата ёрдамида ўчокдан ташқари остеосинтез.



56-расм. Фемистер усулида суяк пластикаси. 1 - кортикал трансплантат; 2, 3 - спонгиоз суяк бўлакчалари.

Суяк алло - ва аутопластикаси. Фемистер усулида аутопластика (56-расм): синган юза пўстлоқ ости очилиб, чандиқ тозалангач пўстлоқ ости орасига спонгиоз суяк пластинкачалари ёки бўлакчалари (ёнбош суяк қанотидан олинган) ўрнатилади.

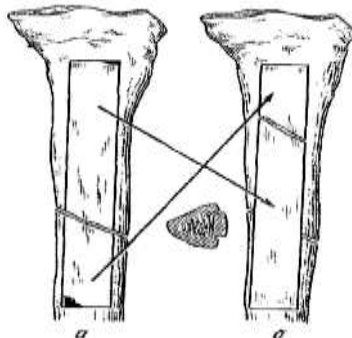
Хахутов усулида суриладиган аутосуяк пластикаси. Бу жаррохлик муолажаси суяк бўлаклари бир-бирига нисбатан тўғри турганда бўлаклар орасидаги чандиқлар олинмасдан бажарилади, трансплантат циркуляр электр арра ёрдамида кесиб олинади. Бу трансплантат икки қисмдан

иборат. Қисқа бўлагини кўчи-риб олиб, бунинг ўрнига узун бўлак суриб қўйилади, бу суякнинг битмаган юзасини беркитади. Кўчириб олинган қисқа бўлакни узун бўлак сурилганда ҳосил бўлган бўшлиққа ўрнатилади (57-расм).

Шунингдек металл конструкциялар билан бирга ауто- ёки алло-суяк трансплантатлари ёки Чаклин усулида фақат интра-экетраме-дулляр суяк пластикаси кенг қўлланилади.

57-расм. Хахутов усулида аутопластика.

а — трансплантатларни арралаб олиш; б — трансплантатларни ўрнини алмаштириш.



СОХТА БЎҒИМ (Псевдоартроз)

Сохга бўғимларда доимий ҳаракатчанлик мавжуд. Улар икки гуруҳ.-га бўлинади: тугма ва хаётда орттирилган. Тугма бўлишининг сабаби она қорнидаги патология ва у кам учрайди. Асосан болдирнинг ўрта ёки

- - интерпозиция — тўқималарнинг
- суяк бўлаклари орасига тушиб қолиши (мушак суяк суяк пўстлоғи);
- иммобилизациянинг нотўрри, етарлича бўлмаган ва тез-тез бузилиши;
- суяктўқимаси нуксони (йўқотиш);
- остеосинтезда хатога йўл қўйиш (тўғри келмайдиган материал ишлатиш, у бақувват ва барқарор ҳолатни таъминлай олмайди);
- скелетдан тортишда катта юк қўйиш (бўлақларнинг чўзилиб кетиши);
- муддатидан олдин даволаш жисмоний тарбияси;
- суякнинг синган юзасининг анатомик-физиологик хусусиятлари (синган суякнинг кон билан таъминланиши — сон суяк бўйинчаси, тирсак ўсиғи, қайиқсимон суяк);
- пастки учдан бир қисмида учрайди.

Хаётда орттирилган сохга бўғим-лар ёпиқ, очиқ (кўпинча) синиш-ларда ва ўқ текканда рўй беради. Сохта бўғимлар ҳамма суяк синиш-ларининг 2-3% ини ташкил қилади. Кўпинча, у катта болдир ва билак-тирсак суякларидан учрайди, сон ва елка суякларидан камроқ бўлади. Сохта бўғим пайдо бўлишига маҳаллий ва умумий омиллар таъсир кўрсатади. Кўпинча, бунга маҳаллий сабаблар олиб келади.

Морфологик кўриниши ва даво-лаш усулини танлашда сохта бўғим-ларни икки гуруҳга бўлиш мумкин: улар фиброз ва хакикий гуруҳлардир. Биринчиси секин битадиган синик,-лар билан сохта бўғим ораллигидаги босқич хисобланади.

Сохта бўғимнинг ташкил топиш сабаблари:

- - суяк бўлақларини ўрнига кўя билмаслик (улар холатининг ёмонлиги):тўқималарни купол шикастлантириш ва жаррохлик муолажасидан сўнг ёмон иммобилизация қилиш;
- травмадан кейинги остеомиелит.
- Сохта бўғимлар ҳосил бўлишига мойиллик яратувчи умумий омиллар:
- эндокрин касалликлар [диабет, гипопаратиреоз, гиповитаминоз (авитаминоз) аддисон касаллиги];
- электролит модда алмашинуви (кальций, фосфор) бузилиши;
- юкумли касалликлар;
- ўткир ва сурункали артериал етишмовчилик;
- нур касаллиги (шу жумладан, рентген нуридан қаттиқ нурланиш);
- марказий ва периферик асаб системасининг жароҳатланиши (травма);

Сохта бўғимнинг клиник белгилари куйидагича тавсифланади: тўлиқ ёки пружинасимон, оғриқсиз суяк бўлақлари орасида ҳаракат пайдо бўлиши — олдинга, орқага ва ён томонларга, атрофдаги мушак-ларининг атрофияга учраши, айрим ҳолларда оёқ-қўл сегментининг деформацияси ва функционал фаолиятсизлиги.

Рентгенологик сохта бўғимда суяк бўлақлари орасида ёрикликнинг пайдо бўлиши, иликнинг қаттиқ суяк моддаси билан тўлиқ битиши (юпка қатлам билан битиши), суяк бўлақлари учининг склерози, айрим пайтларда остеопороз ва остеофитлар ҳосил бўлиши.

Сохта бўғимни даволаш. Тавсия этилган бир қатор консерватив усуллар билан даволаш воситаларига (остеогенезни кучайтирувчи дорилар юбориш, магниттерапия, электростимуляция ва хоказо) қарамай, асосий даволаш усули жаррохлик бўлиб қолмоқда. Жаррохлик усулида асосий ўринни компрессион остеосинтез эгаллайди. Ўчоқдан ташқари компрессион-дистракцион аппарат ёрдамида остеосинтездан фойдаланилса, синган суякни очиш, уни тозалаш ва суяк пластикасини қилиш шарт эмас. Агар сохта бўғимда интрамедулляр остеосинтез қилинса, унда операция учта асосий элементдан иборат бўлиши керак: 1) синган суяк бўлақлари учини тозалаш; 2) бўлақларни тўғри ҳолатда яхши қотириш; 3) суяк пластикаси ёрдамида регенерацияни биологик стимуляция қилиш (яхшиси суяк аутопластикаси).

Жаррохлик усулида даволашнинг умумий тамойиллари:

1. Жаррохлик муолажаси яра тўлиқ битганидан сўнг, 6-12 ойдан кейин қилинади (асоратли синишларда).

2. Суякка ёпишган чандиклар бўлса, уларни кесиб ташлаш ва нуқсонни тери пластикаси билан беркитиш керак. Ўчоқдан ташқари компрессион остеосинтез қилинганда бу икки қонданинг даҳли йўқ.

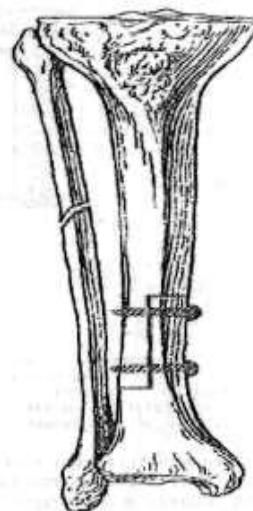
3. Суяк бўлақлари яхши қуйилиши шарт.

4. Суяк бўлақларининг учларини тозалаш, иликни очиш ва чандиктўқималарини кесиб ташлаш шарт.

Сохта бўғимларни даволашда қўлланиладиган усуллардан энг кўп тарқалганлари куйидагилар ҳисобланади.

"Рус қулфи" типидаги жарроҳлик муолажаси. Фиброз тўқима кесиб олинади. Дистал ва проксимал суяк учлари арраланиб, 3 см ўлчамда «зинапоясимон» шакл берилади, илик очи-лади. "Зинапоя"лар бир-бирига маркам ўрнатил-ганидан сўнг улар бурама мих (шуруп) ёки махсус сим ёрдамида қотирилади (58-расм).

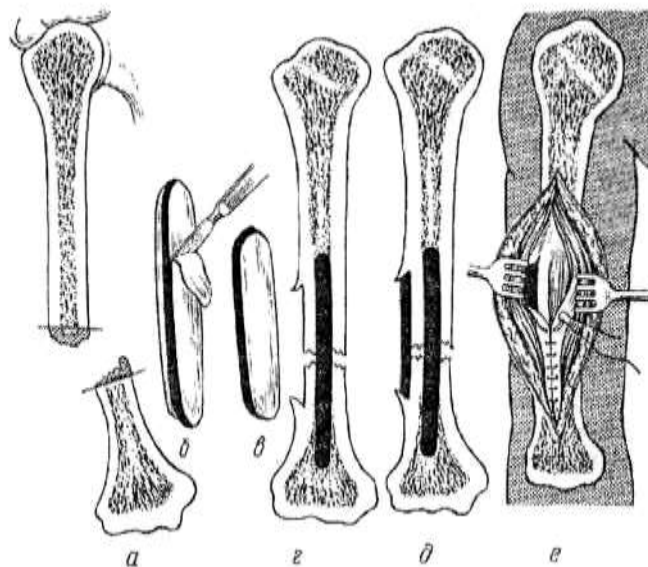
Суяк трансплантатлари восита-сида остеосинтез.Суякауго-трансплантатлари яхши натижа беради; аллотрансплантат ҳам ишла-тилади. Энг кам натижа берадигани ксено-транс-плантат ҳисобланади, у сохта бўғимларда умуман ишлатилмайди. Суяк пластикаси жарроҳлик муола-жасидан кейин асосий талаб ўрнатилган суяк тўқимаси яхши қотирилган бўлиб, мутлақ кимир-ламаслиги керак мушак билан тўлиқ беркитилган бўлиши ва трансплантат тўлиқ қайта тиклангунча иммобилизация ишончли бўлиши керак. Чаклин жарроҳлик муолажаси ҳам тавсия қилинади — бу экстра- ва интрамедулляр суяк трансплантатларини ўрнатишдан иборат (59-расм).



58-расм. "Рус қулфи" туридаги остеосинтез (чизма).

Сўнги пайтларда сохта бўғимларни даволашда Гудушаури, Илизаров, Калнберз ва бошқаларнинг компрессион аппаратлари ишлатилмоқда. Аппаратлар ёрдамида суяк бўлақларини бир-бирига тақриб ушлабтуриш билан бирга, суяк пластикаси вариантларини ишлатиш даволашда анча сезиларли ижобий натижалар беради. Катта болдир суяги-нинг сохта бўғимларини ўчокдан ташқари даволашда компрессион остеосинтез бошқа усулларга нисбатан қўл келади, чунки буни сохта бўғим юзасини очмасдан, ёпиқусулда бажариш мумкин ва бу усулда остеомиелит билан мураккаблашган яллиғланиш жараёнини ҳам даволаш мумкин. Аппаратда беморлар ўрта ҳисобда 5-8 ой давомида юришади ва бу муддатда суяк битиши, оёқни босишга эса 2 ойдан сўнг руҳсат берилади.

Суяк тўқимасини йўқртиш билан кузатиладиган («ликиллаган бўғим») сохта бўғимларни даволаш анча мураккаб. Бу турдаги сохта бўғим суяқлари парчаланиб синганда, бўлақлар ажралиб тушиб, бўлақлар орасида катта диастаз ҳосил бўлади. «Ликиллаган» сохта бўғимлар ҳосил бўлиши ўта радикал жарроҳлик муолажаси бажарилаётганда, суяк



59-расм. Чаклин усулидаги интра- ва экстремедулляр суяк пластикаси. *а* — суяк учларини тежамли тозалаш; *б* — интрамедулляр трансплантатдан пўстлокни олиш; *в* - экстремедулляр трансплантат (пўстлоги билан); *г* - интрамедулляр транс-плантатнинг иликка ўрнатилиши; *д* — экстремедулляр трансплантат тайёрланган жойига куйилган; *е* — пластика қилинган жой мушаклар билан беркитилган.

бўлақларини олиб ташлаш натижасида, айникса, ўқ отар куроллардан яраланганда ва остеомиелитда секвестрларни олиб ташлашда рўй беради. Бундай холларда рентгенограммада суяк тўқимасининг катга нуқсони кўриниб, бўлақ учлари ўткирлашган бўлади.

Мушаклар синиқ бўлақлар атрофида склерозга учрайди ва чандикли ўзгаради. Шунинг натижасида чекка бўғимлардаги ҳаракат қийин-лашади.

Бундай холларда даволаш жарроҳлик усулида бўлади. Агар жар-роҳлик муолажасининг зарурияти бўлмаса, унда ортопедик аппаратда юришга тўғри келади (ортезлар).

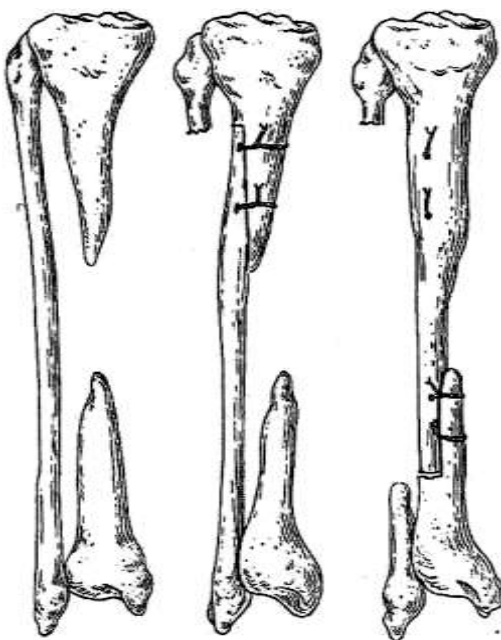
«Лиқиллаган» сохта бўғимларда асосан икки турдаги жарроҳлик муолажаси қўлланилади: суяк пластикаси ва айланиб ўтадиган суяк пластикаси.

Суяк пластикасини кўпинча жарродлик муолажаси қилинадиган соҳадаги терини тайёрлангач қилинади. Бу тайёрлаш куйидагилардан иборат: чандикли тери ва унинг чуқур қатлами кесиб ташланиб, италянча усулда қон томирлари сақланган холда тери пластикаси бажарилади. Юмшоқ тўқималарни асосий жарроҳлик муолажасига тайёрлаш (суяк пластикаси) одатда узоқ муддатни (9-12 ҳафта) талаб қилади.

Тери пластикасидан кейин, агар зарурат бўлса, «лиқиллаган» сохта бўғимда жарроҳлик муолажаси ўтказилади: ўзгарган суяк бўлақларининг учлари тозаланади, фиброз тўқима олиб ташланади, суяк бўлақлари илигига калин, бакувват суяк трансплантатлари ўрнатилади, ён томонларига кўшимча бир-иккита суяк трансплантатлари кўйилади.

Катта болдир суягида нуқсон бўлса, унда Ган-Гентингтон операцияси бажарилади: кичик болдир суяги кўпинча ўрта қисмида кесилиб, катта болдир суяги юқори ва пастки бўлагига киритилади (60-расм).

Сохта бўғимни даво-лашда хатоликка йўл кўйиш мумкин. Мураккаб регенерация жараёни бузил-ганда хар доим бир хил даволаш усулини ишлатиш мумкин эмас. Сохта бўғимда металл штифт билан ос-теосинтез қилиш, интра-медулляр остеосинтезни аллоген ёки ксено



60-расм. Ган-Гентингтон усулида катта болдир суяги нуқсонини тўлдириш.

суяк билан бажара туриб, экстра-медулляр суяк қўйилмаса, бу асоссиз ва хато операция хисобланади. Шунингдек экстремедулляр суякни қўйишдан олдин суяк бўлак-ларининг кортикал кавати тозаланмаса, бу ҳам хато хисобланади. Сохта бўғим юзасида суяк бўлаklarини асоссиз тўқимадан катта юзада ажратиш мумкин эмас, чунки суяк пўстлорини шикастлантириш унда кон айланишини бузади.

Суюкнинг битиши учун асосий шартлардан бири — бу узок, муддатга суяк бўлаklarини ички ва ташки тахгакачлаш хисобланади. Бу қондани бузиш яна сохта бўғим қайталанишига олиб келиб, бунда қайта жаррохлик муолажасини ўтказишга тўғри келади. «Ёпик» сохта бўғимларда жаррохлик муолажаларининг 85-90%и ижобий натижалар беради. Очик синиш ва, айникса, ўк отар куролдан яраланишда сохта бўғим хосил бўлса, фақат 65-70% беморларда жаррохлик муолажаси ижобий натижа беради.

6 - б о б. ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРНИНГ ЁПИК ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

ЛАТ ЕЙИШЛАР

Лат ейиш — тўқималарнинг ёки аъзоларнинг анатомик жихатдан бузилмасдан, ёпик шикастланиши бу механик травма натижасида келиб чиқади. Лат ейишда тўқималарнинг шикастланиш даражаси ва характери шикастлантирувчи агент тур ига, кучига ва шикастланган юза сатхига боғлиқ..

Лат ейишда энг типик ўзгаришлар майда кон томирлар ва лимфа томирлари томонидан бўлади. Крн томирлар шикастланиб, тўқималарга кон куйилади. Лат ейишда крн куйилиши турли даражада бўлиши мумкин: кичкина нуқтадан то кўп крн йигалиб, тўқималараро бўшлиқ. — гематомалар пайдо кидали. Гематома хажми шикастланган крн томир диаметри ва крн куйилган тўқималарнинг эластиклигига боғлиқ..

Лат ейишнинг клиник белгиларига оғриқ., шиш, гематома, фао-лиятнинг чегараланиши ёки бузилиши киради. Лат ейишдаги оғриқ. турли даражада бўлиб, шикастлантирувчи агентнинг характериға, таъ-сир этган вактиға хамда шикастланган аъзо ёки юзанинг анатомик хусусиятларига боғлиқ..

Лат ейишда йирик нерв толаларининг шикастланиши, нерв ва унинг майда толаларининг гематома таъсирида кисилиши оғриқнинг кучайишиға олиб келади. Кўл ва оёқ, қисмларининг шикастланишида каерда фасция кам харакатли бўлса, травматик шишнинг кўпайиши оғриқни кучайтириб, чидаб бўлмайдиган даражаға олиб келади. Гематома борлиги флюктуация бўйича аниқланади.

Оғир лат ейишларда тери ўз остидаги тўқималаридан кўчади ва уларда крн ва лимфа тўпланади.

Гематомалар терини кўчириши оқибатида некрозға олиб келиши билан бирға инфекцияланиш хавфини тугдиради. Бундай х.олларда кўл ёки оёқ мушаклар орасида хам гематомалар бўлиши мумкинлигини инобатға олиш керак Шундай кдаиб, сон сегменти айлана х.ажмининг 1 см га катталашиши мушаклар орасиға 500 мл крн куйилганидан даракберади.

Мушаклар орасидаги гематоманинг кўпайиб бориши нервлар ва крн томирларнинг иккиламчи босилишиға олиб келади. Билакнинг шикастланиши оқибатида Фолькман контрактурасининг пайдо бўлиши бунға яккрл мисол бўла олади.

Лат ейишда шиш пайдо бўлиши юмшоқ тўқималарнинг гематома ва лимфани ўзига сингдириб олиши ёки травматик шишға боғлиқ. бўлади. Шишнинг х.ажми шикастланган жойдаги тери ости клетчаткаси микдорига боғлиқ.. Жараённинг динамикасини аниқлаш учун соғлом кўл ёки оёқнинг симметрик сегменти айланасини ўлчаш керак

БЎҒИМЛАРДАГИ ПАРДА-БОЙЛАМ АППАРАТИНИНГ ШИКА СТЛАНИШИ

Бўғимларнинг бойлам аппаратининг энгкўп типик шикастланиш-лари куйидагича фарқланади: чўзилиш, қисман ва тўлиқ шикастланиш -лар (узилишлар).

Тўқималарнинг чўзилишида бўғим парда-бойлам аппаратининг шикастланиш механизми чиқиш механизмига ўхшайди. Аммо чўзи-лишда бўғимлар юзаси вақтинчалик бўғим сатхидан ажралади, ёрдамчи бойламлар қисқа муддатга чўзилиб, яна ўз ҳолига қайтади. Катта куч таъсир қилганда бойламнинг қисман шикастланиши ёки суякка ёпиш-ган еридан узилиб кетиши мумкин.

Парда-бойлам аппаратининг анатомик шикастланиш характеридаги тафовут унинг шикастланиш даражасини белгилайди: парда-бойлам аппаратининг чўзилишидан то тўлиқ бутунлигининг бузилишигача бўлиши мумкин (парданинг йиртилиши, бойламларнинг узилиши).

Парда-бойламнингэнгоғир шикастланишлари одатда чиқишларда кузатилади.

К л и н и к а с и . Парда-бойлам шикастланишининг белгиси бўғим ҳажмини катталашиши, кон ва лимфа куйилиши билан, бўғимда оғриқ, ва фаолиятнинг бузилишидан иборат бўлади. Ўткир оғриқ, одатда травма пайтида бўлади, кейин нисбатан тез камаяди ва фақат ҳаракат қилганда безовта килади. Кўпинча, шикастланиш гемартроз билан кечади. Умуман шикастланиш клиник белгилари лат ейишдагига ўхшайди.

Д и ф ф е р е н ц и а л т а ш х и с л а ш . Дифференциал ташхислаш учун травма механизмини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Парда-бойлам аппаратининг шикастланишида лат ейишдан фарқли равишда шикастланган бойламни чўзганда оғриқ, пайдо бўлиши, айрим пайтда бўғимдаги ноноормал ҳаракат (кейинги белги янги шикастлан-ганда эҳтиётлик билан аниқланиши керак) айниқса муҳ.им. Шикастланган бойламни чўзганда пайдо бўладиган оғриқ, бўғимда анатомик норма доирасида ҳаракат қилганда пайдо бўладиган оғриқдан анча кучлироқ бўлади.

Тўқималарда кенг кон куйилиши ёки гемартроз кузатилса, бўғим олди ёки бўғим ичида синиш бор-йўқлигини аниқлаш учун бўғимни рентгенография қилиш шарт.

Д а в о л а ш . Бўғим бойламлари чўзилганда ором беришни таъминлаш керак (қисқа муддатга гипс бойлами билан тахтакачлаш ёки кон куйилиши бўлмаса, юмшоқ тахтакачловчи бойлам қўйиш). Шикастланган бойлам аппаратининг огригини новокаин яхши крлди-ради. Дастлабки суткаларда совуқ, қўйиш тавсия қилинади, кейин илик муолажалар, УВЧ, ЛФК қилинади.

Бўғим пайларининг шикастланиши, улар бутунлигининг тўлиқ бузилиши билан кузатилади, бу ишончли тахтакачлашни талаб килади

(ўрама гипс бойлами ёки тугор билан), шикастланган пай томонга қаратиб гиперкоррекция ҳолатида 4-6 ҳафтага гипс бойлами қўйилади. Консерватив усул яхши натижа бермаса, йирик бўшларнинг шикастланган пайлари жаррохлик усулида тикланиши керак

ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРНИНГ УЗОҚ, МУДДАТ ЭЗИЛИШ СИНДРОМИ

Юмшоқ тўқималарнинг узок, эзилиш синдроми (УЭС) — бу ўта оғир травма, юмшоқтўқималарнинг (кўпинча қўл-оёқлар) катта хажм-да узок, эзилиши билан боғлиқ. Бу турдаги травмани турли патогенетик тасвирлаш турлича номланишига олиб келган: токсемик шок бўшалиш синдроми, гемоглобинурияли нефроз, мажакданиш синдроми, мушакларнинг ишемик некрози, травматик токсикоз, Байуотерс синдроми, юмшоқ тўқималарни узок, муддатли эзилиши. Кейинги номи деярли травма хусусиятларини аниқроқ ифодалайди, бу атама 1973 йил Москвада УЭС га бағишлаб ўтказилган симпозиумда энг аниқ, атама деб қабул қилинган.

Кундалик ҳаётда бу турдаги травма кам учрайди, фавқулодда ҳрдисаларда (ер кимирлашида, шахталардаги кулашлар натижасида, урушда) узок, эзилиш синдроми билан боғлиқ, бўлган жароҳатланганлар сони жуда кўп бўлади.

Юзанинг катталигига ва эзилиш муддатининг давомийлигига қараб тўрт шаклдаги кечиши фарқ қилинади: ўта оғир, оғир, ўртача оғир-ликдаги ва енгил формалари (М.И.Кузин бўйича).

Ўта отр формат. Катта хажмдаги мушакларнинг (кўпинча иккала оёқ ёки қўллар) 8 соат ва ундан кўпроқ муддатга эзилиб қолиши. Эзилишдан озод қилишнинг биринчи соатларидаёқ кучли шок белгилари бошланади, даволаш оғир, деярли ёрдам бермайди. Шу формадаги узок, муддатли эзилиш синдроми билан шикастланганлар травманинг 1-2 суткасида оғир юрак кон томирлар ва иккиламчи ўпка фаолияти етишмовчилиги натижасида нобуд бўладилар.

Оғир формаси. Битта оёқ ёки қўлнинг 4-7 соат давомида эзилиши натижасида юзага келади. Клиник белгилари травманинг ҳамма даврларида тўлиқ ва типик бўлади, олигоанурия оралик даврида 14-21 сутка давом этади. Бу давр юқори гиперкалиемия билан кузатилади. Сув баланси бузилади, КОС (кислота-ишкор нисбати) бузилиши, кўпинча оғир ўпка фаолиятининг етишмовчилиги билан кечади. Ўлим юқори (50-70%).

Ўртача отрликдаги формаси. Битта оёқ ёки қўлнинг 4 соатдан ошмаган муддатга эзилиши. Узок, муддатли эзилиш синдроми анча енгиллашган, артерия кон босимининг тушиб кетиши кузатилмайди, олигоанурия 5 кундан 14 суткагача давом этади. Кўпчилик беморлар шифохонада 2-2,5 ой даволангач, тузалиб кетади. Ўлим 30 % дан ошмайди.

Енгил формаси. Қўл ёки оёқ маълум бир сегментининг 3-4 соат давомида эзилиши натижасида рўй беради. Клиник белгиларида томирлар етишмовчилиги унчалик кучли эмас, олигурия кузатилса ҳам 1-2 суткадан ошмайди ю билинмай ўгаши ҳам мумкин. Бу формаси билан зарарланган ҳамма беморлар тузалади.

Узоқ, муддатли эзилиш синдроми патогенезида учта омил учта оғриқ., плазма йўқртиш ва токсемия асосий ролни ўйнайди.

Оғриқ. Узоқ, таъсирлантирувчи оғриқ. мураюсаб нерв — рефлексор ва нейрогуморал реакция чакиради, бу кон томирлар фаолиятининг ўткир етишмовчилигига олиб келади. Кучли оғриқ., айникса, узоқ, муддатли эзилиш синдромининг бошлангич даврида кузатилади, компрессия ва декомпрессиянинг биринчи соатлари ёки суткаларида шикастланган тўқималарда шиш кўпайганда, қўл ёки оёқ кон томир-нервлари эзилганда кузатилади.

Плазма йўқотиши. Оёқ ёки қўл озод қилинганда ривожланади ва шикастланган тана аъзосида шиш кўпайган сайин плазма йўқртиш кучаяди. Қўл ёки оёқ 4-5 соат компрессия холатида бўлса, айланаётган крн хажмининг камайиши 25-50 % плазма йўқртиш хисобига бўлади. Плазма йўқртиш крннинг куюлишига олиб келади, унинг ивиш системасининг фаоллигини кучайтиради.

Токсемия. Крнга эзилган тўқималарнинг аутолиз махсулоти ўтиши билан боғлиқ, (миоглобин, калий, фосфор ва бошқалар). Эзилган мушак тўқимаси 75% миоглобин ва фосфорни, 66% калийни йўқртади. Эзилган оёқ ёки қўлдан ўтадиган конда калий микдори 10 баробардан кўпрок, кининлар микдори х;ам тез кўпаяди.

Бу учала омил (нерв-рефлексор, плазма йўқртиш ва токсемия) ҳамма аъзолар ва организм системаларида кучли патофизиологик ўзга-ришлар келиб чиқишига шароит яратади.

Травмага жавобан вегетатив ва эндокрин бошқарилиш фаоллиги ўзгаради. Гипоталам-гипофиз буйрак усти системаси фаоллигининг кучайиши кон томирлар кисилишига олиб келиб, умумий ва аъзолар гемодинамикасини бузади. Тўқималарда микроциркуляциянинг ўзгариши катта микдорда крн томирларни кенгайтирувчи моддалар ажралишига олиб келади (серо-тонин, гистамин). Улар крн томирлар ҳажмини, капиллярлар ўтказув-чанлигини ўзгартиради, тромбоцитларнинг адгезивлик хусусиятини кучайтиради, яъни микроциркуляцияни ёмонлашишига кўшимча шароит яратади. Бу, ўзнавбатида, марказий гемодинамикага таъсирини кўрсатади, шундай қилиб кон айланиш системасида «ноилож а>;вол» вужудга келади.

Гемодинамиканинг клиник кўриниши гиповолемия белгилари, крн босимининг пасайиши, пульснинг тезлашиши, марказий вена босимининг пасайиши билан кузатилади. Гипоксия жигар ва буйраклар Функционал крбилиятининг сусайишига олиб келади. Узоқ, муддат

эзилиш синдроми бошлангич даврида буйраклар функциясининг бузилиши оғриқ, таъсирига жавобан марказий гемодинамиканинг умумий бузилишига, буйракларда кон айланишининг камайишига олиб келади. Кейинчалик функциянинг бузилишига кўшимча омиллардан буйрак каналчаларининг миоглобин билан берқилиб қрилиши хдсобланади.

Буйрак фаолиятининг ўткир етишмовчилиги асосий клиник кўринишларидан ҳисобланади.

Клиникаси. Юмшоқтўқималарнинг УЭС клиник ўгашили уч даврга ажратиш мумкин: эрта, оралиқва кечиккан даврлар.

Эрта даври. Жароҳатлангандан кейин дастлабки уч кунда гемодинамик ўзгаришлар якқрл кўринади. Дархрл тўқималар эзилиши бартараф этилгандан сўнгжароҳатланганнынг ахроли енгиллашади. Уни жароҳатланган қўл ёки оёқдаги окрик ва ҳаракатнингчегараланганлиги безовта килади. Гемодинамик ўзгаришлар бошлангич даврда унчалик ривожланмайди, жароҳатланган қўл ёки оёқокимтир ёки кўкимтир тусга киради, кучлирок эзилган жойларда ўйдим-чукур, кон талашган жойлар кўринади, томир уриши сустлашган.

Бир неча соатдан сўнг шиш пайдо бўлиб, у купая боради. Оёқ-қўлнинг ҳажми катталашиб қолади. Шиш жароҳатланмаган жойларга ҳам ёйилади. Аввалги эзилган ўйдим-чукур жойлар силликланади, кўпрок эзилган жойларда конли жароҳатлар пайдо бўлади. Жароҳат-ланган қўл-оёқнинг дистал тарафида томир уриши секинлашади. Оёқ-қўлни силаганда совуқ., фаол хҳаракатлар чегараланган ёки йўқ., пассив хдракатда эса жуда қаттиқоғриқ пайдо бўлади. Юзаки ва чукур сезув-чанлик бузил ади.

Маҳаллий ҳодисалар кучайиши билан беморнинг умумий аҳволи ёмонлаша боради. Артериал босими пасаяди. Кўзгалиш, эйфория ланжлик атрофдагиларга бефарқник билан алмашинади. Беморни поддан тойиш, бош айланиши, кўнгил айниши безовта килади. Бемор душида, онги сақланган. Териси кул ранг, ёпишқоқ тер копланган, оёқ-қўллари совуқ.. Тана ҳарорати пасайган. Самарали даволаш ишлари ўтказилмаса, бемор 1-2 суткада, ўта оғир гемодинамик ўзгаришларда эса дастлабки соатларда оламдан ўтади.

Буйраклар функцияси тез бузилади: соатбай диурез критик ҳолатга яқин, кўпинча, соатига 30 мл дан кам микдорни ташкил килади. Гемодинамиканинг нормаллашиши кўпинча диурезни купайтирмайди. Травмадан кейин биринчи 10-12 соатда йиғилган сийдик лаксимон кизил рангга эга бўлади, реакцияси ўта нордон, нисбий зичлиги юқори, оксил 9-12% га етади.

Микроскопик сийдик чўкмасида гематин кристаллари кўринади. Цилиндрларнинг ҳамма тури, айрим пайтларда эса, кон детритлари намоён бўлади.

Крнда куюкдашиш белгилари пайдо бўлади (гематокрит, гемоглобин кўпаяди ва эритроцитлар сони ошади), окрил фракциялар нисбати ўзгаради, ивиш ва фибринолитик хусусиятининг бузилиши кучаяди, тромбоцитопения кузатилади.

Агар жабрланган гемодинамик бузилишларини енгиб кета олса ва илкдаврдан ўтса, УЭС иккинчи, оралик даврга ўтади.

Оралиқ давр. Оралиқ давр травмадан кейин 2-3 сутка ўтгач ривожланади, ўткир буйрак етишмовчилиги клиник белгилари аста-секин ривожлана боради. Оралиқ даврга олигоанурия босқичи ва диурезнинг тикланиши тўрри келади. Аввалига гемодинамик бузилишлар бартараф қилинган, жабрланганнинг умумий ахволи анча яхшиланади. Шикастланган оёқ, ёки қўлнинг огриги анча пасаяди. Кучли компрессия бўлган юзаларда тери жонсизланади ва кўчади (эзилиш оқибатидаги некроз). Пайдо бўлган яралардан ўлган мушаклар бўртиб чиқади, кўриниши кайнаган гўштга ўхшайди.

Умумий кон босими кўтарилишга мойил бўлиб, томир уриши тезлашади. Юзаки Караганда жарохатланганнинг умумий ахволи хатарлига ўхшамайди. Лекин 1-2 кеча-кундуздан кейин буйракларнинг ўткир етишмовчилик белгилари тобора ўсиб боради. 5-6-кунларда буйраклар ажратадиган сийдик микдорининг ўта камайиши - уремия (азот чиқиндиларининг организмда тўпланиб қолиши) синдроми ривожланишининг белгиси бўлади: сув-туз балансининг ўзгариши, КОС ва окир гиперазотемия кўшилади. Уремия синдромининг тўла-тўқис ривожланиши кон зардобиди калий тузининг 7-10 ммоль кўгарилиши (гаперкалиемия) билан белгиланади. Бунинг оқибатида ЭКГда ўзгаришлар бўлиб, атрио-вентиккуляр блокадагача боради. Харорат қандай бўлишидан катъий назар, яққол брадикардия (пульс минутига 50-40 та) кузатилади. 5-7-куни олигоанурияга оғир ўпка етишмовчилиги кўшилади. Нафас етишмовчилиги бутун олигоанурия даврида ва биринчи 5-6 суткада — диурез тиклангунча сақланади. Олигоанурия муддати 3 кундан то 3 хафтагача кузатилади.

Декомпенсациялашган метаболик ацидоз, гиперкалиемия, гиперфосфотемия, гипокальциемия ва рўй-рост юзага чиккан камконлик бошланади.

Сийдик ажралишининг кўпайиши (1500 мл гача ва бундан юқори), тез-тез сийиш (полиурия) натижасида 5-7-кундан бошлаб конда мочевина камая боради, КОС — кислота-ишқрр нисбати нормаллашади. Сув-туз алмашинувининг бузилиши яна 2-3 хафтага чўзилади.

Кечиккан даври. Кечиккан давр жарохатлангандан бир ойдан кейин бошланиб, буйрак фаолиятининг ўткир етишмовчилиги тугаш вақтига тўғри келади. Будаврда жарохатланган жойдаги ўзгаришлар устунлиги ва буйраклар фаолиятининг тикланиши кўринади. Жарохатланган-ларнинг умумий ах.воли ўртача, тана харорати нормаллашади. Шиш, оғрик. камаяди ва ойнинг охирида бутунлай йўқолади. Эзилган этлар

(мушаклар) фаолияти бутунлай тикланмайди. Ўлган мушак толалари ўрнини бириктирувчи тўқима эгаллайди, бу ҳолат кўп кишиларда атрофияга олиб келади. Баъзида тўқималарда некроз (тўқималарнинг ўлиши) бўлиб, иккиламчи инфекция кўшилиши натижасида сепсис (инфекциянинг крнга ўтиши) ва бошқа оғир асоратларга сабаб бўлади.

Д а в о л а ш. УЭС - узоқ, эзилиш синдроми сабабларининг турлича бўлишини назарда тутиб, уни даволаш келиб чиқиш сабабларига (патогенезига) асосланган бўлиши керак УЭС нинг эрта даврида даволаш асосан оғрикни қолдириш, кон зардоби йўқртилишини камайтириш, гиповолемиянинг олдини олиш, майда кон томирларида кон айланишини яхшилаш (микроциркуляция), буйрак фаолиятининг ўткир етишмовчилигини бартараф қилишга қаратилган бўлиши керак Фалокат юз берган жойнинг ўзидаёқ оёқ ёки қўлни бўшатишдан кейин жароҳатланган (эзилган) жойнинг юқорирогидан жгут (кон тўхтатувчи боғлам) билан боғланади. Кул ёки оёқ бўшатишдан захрийёқ бармоқ. учидан то човгача чўзилувчан бинт ёки докадан босиб турувчи боғлам қўйилади.

Оғрикни камайтириш учун тери остига 1 мл 1-2% промедол ёки морфий юборилади.

Хамма ҳолатларда жабрланганни транспортда жўнатиш учун купай ҳолат танланиб, жароҳатланган оёқни совуқ. ёки музли идишчалар билан ўралади.

Шифокор тезда А.В.Вишневский усули бўйича новокаин билан паранефрал ва жароҳатланган қўл ёки оёқни новокаинли футляр блокада қилиши керак

Қон томирига суюк моддаларни юбориш учун (инфузия) ўмров ости венасига найча қўйилади (катетер). Глюкоза ва новокаин аралашмаси, реонолиглкжин, кон зардоби, маннит, желатин эритмаси, натрий гидрокарбонат, вазопрессорлар ва витаминлар қўйилади. Суткасига умумий куйиладиган суюкликлар микдори йўқ.отилган суюклик микдоридан 500-600 мл га кўп бўлиши керак (ўртача 3-4 литр қўйилади). Эзилган жойларни совутиш давом эттирилади. Жароҳат асоратларининг олдини олиш учун кенг доирада таъсир этувчи антибиотиклар қўлланилади.

Суюкликлар куйилиб туришига карамай, гемодинамика яхшилан-маса, стероид гормонлар қўлланилади: преднизолон 1 кг тана оғирли-гига 1-3 мг/кг ҳисобида юборилади, кейинги соатларда ҳар 4-6 соатда юқоридаги дозанинг ярми юборилади (0,5-1,5 мг/кг).

Юрак фаолиятининг ритми бузилишига сабаб бўлувчи олигоанурия ва гиперкалиемия ҳолатлари пайдо бўлса, жароҳатлаганни тезда махсус бўлимларга кўчириш керак (нефрологик реанимация бўлимига).

Оралик даврда УЭС олигоанурия, азотемия ҳолатлари билан сак-ланиб турса, то умумий аҳволи ва лаборатория кўрсаткичлари нормал-лангунча гемодиализ давом эттирилади.

Олигоануриядан кейин полиурия бошланади. Касалда гипергидратация холати ва шиш бўлса, шишлар кайтгунча куйиладиган суюк-ликлар микдори, ажратилган сийдик микдоридан 400-500 мл га кам бўлиши керак

Ораликдаврда буйраклар ва жигар фаолиятини тиклашга қаратилган даводан ташқари, шикастланган тўқималарда умумий модда алма-шинуви ва метаболизмни сусайтириш керак чунки жигар ва буйрак-ларнинг чегараланган имкониятларига мое келиши керак Катаболизмни секинлаштириш учун анаболик гормон юбориш керак Анемияга карши курашиш макрадида ва химоя кучларини кувватлаш учун кон куйиш зарур (яхшиси тўғридан-тўғри).

Асоратларда махаллий даволашни шикастланган қўл ёки оёқнинг фаолиятини тиклашга қаратиш керак Агар УЭС суякларнинг синиши билан кенса, умумий даволаш билан бир каторда травматик муолажаларни қилмаган маъкул. Кечиккан даврда анемия, юкумли касалликлар ва бошқа асоратлари хамда окҳбатлари билан курашиш керак

7 - б о б. ПАЙЛАРНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Пайларнинг шикастланиши ёпиқва очиктурда бўлиши мумкин. Ёпиқжароҳатланиш, яъни теринингжароҳ;атланмаслига, тери остидаги жароҳат дейилади. Бу йиртилишлар ёзувчи пайларга хос бўлади.

Пайларнинг тери остида йиртилиши мушакларнинг бирданига тез қисқариши ёки тўмтоқжисм билан урилганда бўлади.

Очиқжароҳатланиш, кўпинча, кесилган ёки чопилган яраларда кузатилади. Бундай х.олларда жароҳатланган пай билан бир каторда суяклар, кон томирлар ва нервларнинг шикастланиши кузатилади.

Пай тўлиқ жароҳатланганда унинг мушакка ёпишган учлари мушаклар бўйлаб кискаради. Вакт-соати билан жароҳатланган пай усти калинлашади, кўпинча, пай кини билан ёпишган бўлади.

Пайларнинг жароҳатланишига ташхис, шунга тааллуқли мушак фаолиятининг бузилиши ва шу юзадаги деформацияга асосланиб қўйи-лади. Масалан, қўл бармоқлари чукур пайининг кесилишида тирнок фалангасининг актив буқилиши йўқ.олади.

Агар юзаки ва чукур пайлар жароҳатланса, унда ўрта ва тирнок фалангаларини актив букиб бўлмайди. Аммо бармоқдар кафт-фаланга бўғимида букилади, бу чувалчанг-симон ва суяклараро мушаклар хисобидан амалга ошади. Ёзувчи пайлар жароҳатланганда тирнок фалангасининг актив езилиши чегараланади ёки умуманёзил-майди; бунда бармоқ. «тўкмөксимон» шаклни олади (61-расм).



61-расм. II бармоқ, ёзувчи пайи шикастланганда панжанинг куриниши.

Пайлар тўлик жароҳатланганда жаррохлик йўли билан тикланади. Тикланганда пайни ўз жойига ёки янги жойга — суякка тикилади ёки пай пластикаси (тендопластика) бажарилади. Тактика жароҳатланган пайнинг жойлашуви, травмадан кейин ўтган вақтга қараб белгиланади. Кўпинча пайлар уланиб тикилади.

ПАЙГА КЎЙИЛАДИГАН ЧОКЛАРНИНГ ТУРЛАРИ

Пайга кўйиладиган чоклар куйидаги талабларга жавоб бериши керак:

- оддий ва тез бажариладиган;
- пай учларини ташки шароитга мослашган холда мустаҳкам ушлаб, пайнинг титилиб кетишидан асраши керак;
- пай кинидаги силжиш (хдракат) учун халакит бермаслиги;
- пайнинг кон билан таъминланишининг бузилиши жуда сезиларсиз бўлиши.

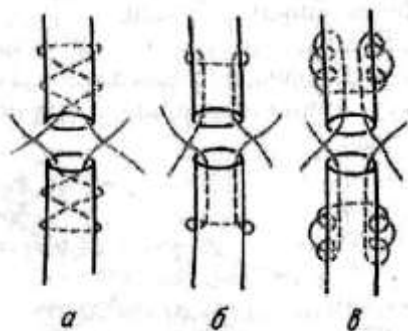
Қўл бармоқларининг пай кинлари соҳасига кўйиладиган чокларга талаб кўпроқ бўлади. Баъзи жаррохларнинг иборасича, бу жойларни «улик» ёки калтис зона деб аталади, чунки бу зонадаги пайларга чок қўйиш энг ёмон натижалар беради.

Букувчи пайларга кўйиладиган чоклар уч гуруҳга бўлинади: 1) ке-силган учлари бир-бирига тўғри қўйилган, олинмайдиган устун ичидаги пай чоклари; 2) проксимал чеклантирувчи чок ва пайни тери остида қотириб ушлаш; 3) пайлардан олиб ташланадиган чоклар.

Устун ичидаги олиб ташланмайдиган адап-тацияловчи пай чоклари (62-расм).

Бу доллар да чокларнинг деярли л;аммаси пай ичидан ўтади. Чок қўйиш учун капрон, лавсан ва ипакдан тайёрланган иплар қўлланилади.

Чок қуйиш учун атравматик игналардан фойдаланилади.



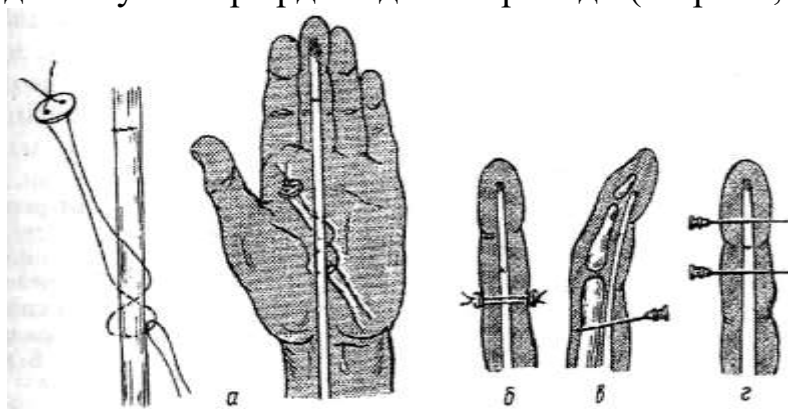
Кюнео (62-расм, а) чоки мустаҳкамлиги билан ажралиб туради. Бу чокнинг асосий етиш-мовчилиги шундаки, у пайнинг кон билан таъминланишини бузади, натижада регенерацияга (қайта трпсланишига) халакит беради.

62-расм. Олинмайдиган устун ичи пай чоклари. а — Кюнео чоки; о — модификация қилинган Розов чоки; в — Казаков чоки. Розовнинг таклифи билан ўзгартирилган устун ичи чоки анча қулайдир (62-расм, б). Ип-ни пай ичидан кўндаланг ўтка-зилади. Кейин кўшимча игна

ўтказиш орқали ипнинг иккала учи пай тўқималарига параллел қилиб ўтказилади. Пайнинг кейинги бўлагидан иккинчи ипни ҳам худди шундай ўтказилади ва боғланади. Розов чоки жароҳатланган жойнинг ҳар иккала учининг кон билан таъминланишига халакит бермайди ва ташки муҳитга тез мослашади. Бирок бу чок оғарликка чидамсиз бўлиб, осон ботади, шунинг учун бу чокни чеклантирувчи чок билан бирга тикиш керак

Проксимал чеклантирувчи ва ташқаридан ко-тириб кўювчи чоклар. Проксимал чеклантирувчи чокларнинг моҳияти - мушаклар тортилишини вақтинчалик компенсация қилиш ва пай жароҳатлаган жойни тортилишдан то битгунча химоя қилиш. Проксимал чеклантирувчи чокларни пай жароҳатидан четга, пай мушак билан ёпишиб турган қисмига кўйилиб, пай битгач олиб ташланади. Беннел бўйича чеклантирувчи тортувчи чок пайнинг проксимал қисмидан (мушак билан ўралган қисмидан) ўтказилади. Кейин чокни олиб ташлаш учун у кўшимча ип билан қотирилади ва теридан проксимал қисмга чиқарилади. Чок иплари тери орқали дистал томонга чиқарилади. Бу ерда чок иплари тугма орқали пайнинг проксимал қисмини тортган ҳолда қотирилади (боғланади). Жароҳатланган пай битгач, чеклантирувчи чок тугмадан кесиб, проксимал қисмидан ўтказилган кўшимча ип ёрдамида тортиб олинади (63-расм, а).

Пугачев усулида чеклантирувчи, тортиб турувчи чок проксимал мушак билан ўралган қисмдан кўндаланг ўтказилади. Иплар учи терига икки томонга четга чиқарилади ва тугмалар ёрдамида қотирилади (63-расм, б).



63-расм. Беннел усулидаги проксимал ушлаб турувчи чок (а), Пугачев усули (б), Бстех (в) ва Вреден (г) бўйича пайларни трансфиксациялаш.

Тери устидан қотириш — пайни вақтинчалик юмшоқ тўқима ёки суяк орқали боғлаш, бу ҳам чеклантирувчи чок вазифасини ўтайди. Бунга Бстех трансфиксацияси мисол бўла олади (63-расм, в), бунда

нъекшон игна ёрдамида пай тери орқали проксимал кдтемдан суякха қотирилади. Шу билан пайнинг узилган ерига юк тушмайди ва чўзил-маган холатда бўш туради. Вреден усулида трансфиксация қилинганда (63-расм, г) чокнинг таранглашишини иккита игна ёрдамида баргараф қилинади, бунда игналар жароҳатланган пайнинг икки томонидан тери ва пайлардан ўтказилади.

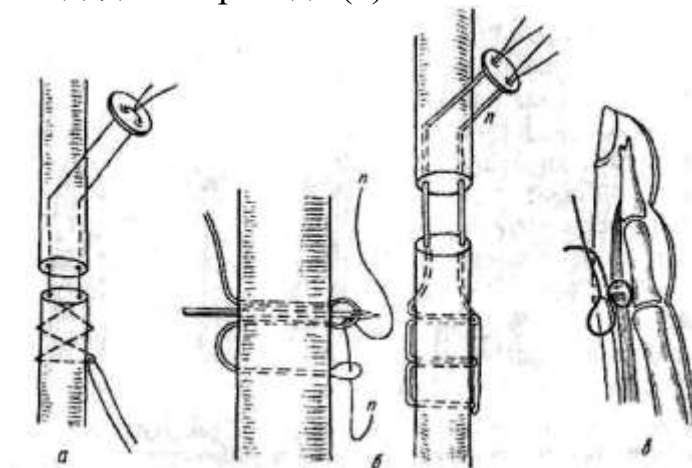
Проксимал чеклантирувчи ва трансфиксациялар одатда пайларнинг кесилган учларига қўйилган адаптацияловчи чокларга қўшимча \исобланади.

Олиб ташланувчи (тортиб олинувчи) пай чоклари. Булар шундай чокларки, у кесилган пай учларига қўйи-либ, битгач сукуриб ташланади. Олиб ташланадиган чоклар адаптация килувчи ва чеклантирувчи чоклар функциясини бажаради. Олиб ташла-нувчи чоклар ингичка сим ёки синтетик иплар ёрдамида қўйилади.

Беннел усулида пайларга қўйиладиган, олиб ташланадиган чок (64-расм, а) сим ип аввал пайнинг марказий бўлагидан ўтказилади, бу Кюнео усулига ўхшаш. Кейин иплар марказий қисмдан дистал қисмга ва унинг толасига параллел бир-бирдан маълум масофада ўтади. Ипларнинг учларини дистал қисмда тери усига чиқарилади ва тугма ушлагичга боғланади. Мушакнинг торгилиши фақат тугмага таъсир қилади, чоклар эса гаранглашмайди.

Чокнинг марказий тугунидан уни тортип! учун ип ўтказилади ва тери юзасига проксимал йўналишда чиқарилади. Жароҳат битгач, чок тугмадан кесилади ва проксимал қисмдан тери юзасига чиқарилган ип орқали торгилади.

Кошнинг олиб ташланадиган чоки (64-расм, б) шундай қўйиладиган, \ар бир тортилган халка тикув игааси билан пайнинг марказий учидан ўтказилиб, қўшимча ип ўтказгал ҳодда қотирилади (п). Пайнинг



64-расм.

Олиб ташланадиган (тортиб олинадиган) пай чоклари. и
— Беннел чоки; б — Кош чоки; в — «8» симон чок; п - ип.

проксимал қисмидан ишлар дистал қисмга бир-бирига параллел ўтказилади ва тери юзасига чиқарилади. Бу ерда уни тугма ушлапичга қотирилади.

Чокни олиб ташлашда дастлаб «п» — ипи тортиб олинади.

Хозирги пайтда кўпинча олиб ташланадиган ёки адаптация килувчи ва чеклантирувчи чоклар биргаликда ишлатилади.

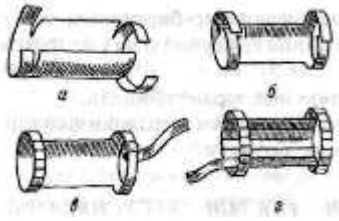
КЎЛ БАРМОҚЛАРИ ПАЙЛАРИНИ ТИКЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Букувчи чукур пайнинг тирнок фалангасига ёпишадиган ерига яқин жойдан жарортланиши. Бу ҳолда пайни тиклаш мақсадга мувофиқ эмас. Пайнинг дистал қисми олиб ташланади ва марказий қисми тирнок фалангасига тикилади. Чукур букувчи пайнинг чекланган жароҳатланишида маълум ҳолларда тикилмагани маъқул. Бундай лолларда дистал фалангаларо бўғимда тенодез қилинади ёки пайни (пайнинг дистал бўлагини ўрта фаланга суягага қотириб кўйилади) тирнок фалангаси буқилган ҳолда тенодез қилинади.

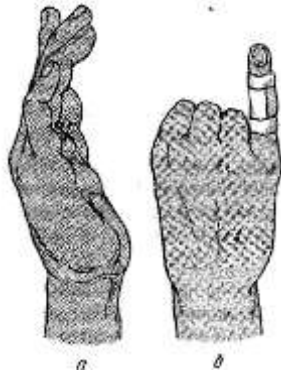
Иккала букувчи пайларнинг бармоқ рини чегарасида жароҳатланиши. Юзаки букувчи пай кесиб ташланади, чукур пай эса тикилади. Кафт, кафт олди зонасида ва билак соҳасида иккала жароҳатланган пайлар тикилади. Бармоқларнинг букувчи пайлари гикилгач, кафт-билак орқа томонидан тирсаккача гипс лонгетаси бармоқларнинг ўртача буқилган ҳолатида кўйилади. Жарроулик муолажасидан кейин пассив ҳаракат 7 суткадан илгари бошланмайди, актив ҳаракат эса 3 ҳафтадан кейин бошланади. Агар чеклантирувчи чок куйилган бўлса, уни олгач актив **зфракат** бошланади.

Кўл бармоқлари ёзувчи пайларининг жароҳатланиши. Ёпик (тери шикастланмаган) ва очик бўлиши мумкин. Кўпинча ёпик шикастланиш дистал фалангаларо бўғимида бўлади. Бундай ҳолларда травмадан 10 кундан кўп вақт ўтмаган бўлса, консерватив усулда даволанади. Бармоқнинг тирнок фалангасини максимал ёзган ҳолда гипс боғлами ёки Розов шинаси кўйилади (65-66-расмлар). Гипс боғлами ёки **шинани** тери орқали кегай билан қотиришни тирнок фалангаси бўғими орқали ўрта фалангага ўтка-зишни биргаликда бажариш мақсадга мувофиқ, бўлади. Иммобилизация 3-4 ҳафта давом этади. Кейин кегай олиб ташланади ва бўримларда актив ҳаракат бошланади. Агар гипс боғлами ёки шина ишлатилса ва кегай билан қотирилмаса, иммобилизация муддати 6-8 ҳафтага чўзилади. Консерватив усул натижа бермаса, унда жаррохлик усули **ишлатилаци** — пай-апоневротик чўзилмалар маҳаллий тўқималар ёрдамида пластика қилинади.

Бошқа ҳолларда ёзувчи пайлар ёпик ёки очик шикастланганида жарроутик усули 1 ҳўл келади. Йиртилган пайга саккизсимон олиб



65-расм. Розов шинаси. а - б - в — 0,2-0,3 мм ли латун плас-танкасидан шина тайёрлаш босқичла-ри, ўлчови 4,5x8 см; г - тайёр пластинка энсиз лластир тасмачалари билан ўралган.



66-расм. Ўрта фаланга ёки дистал фалангалараро бўғимларда ёзувчи пайнинг шикастланиши бармоқ,нинг тўхмоксимон деформациясига олиб келади (а), Розов шинасини куйиш (б).

ташланадиган чок (64-расм, в), адаптация киладиган олинмайди-ган ёки (ёпиқ шикастланганда) дубликатура шаклида кўйилади. Ёзувчи пайга кўйилган адапта-цион чокка тушадиган юк му-шаклар қисқаришига боғлиқ. бў-либ, букувчи пайлар чокига тушадиган кждан анчагина кам ҳи-собланади. Шунинг учун ёзувчи пайларга кўйиладиган адаптация килувчи чокларга кўшимча чега-раланувчи чоклар кўйилмайди. Жарроҳхшк муолажасидан кейин 3 хафтага кафт томондан гипс боғлами куйилди.

ЕЛКАНИНГ ИККИ БОШЛИ МУШАК ПАЙИНИНГ ЖАРОХАТЛАНИШИ

Елканинг икки бошли мушак пайининг очик жароҳатланиши кесилган ва чопилган яраларда кузатилади, одатда, бошқа жаро-Хатлар билан биргаликда кузатилади (мушак томирлар, нервлар ва суяклар жароҳ;ати билан). Жаро-ҳатланганга бирламчи жарроҳпик ишлови берилганда олиб ташлан-майдиган бирор адаптацион чок кўйилади. Жарроҳдик муолажасидан кейин гипс боғлами соғлом елка камаридан то жароҳатланган кўлнинг биллак-кафт бўғимигача

кўйилади ёки Вельпо боғламига ўхшаш юмшоқ боғлам 3-4 хафтага кўйилади. Агар пай билан бирга суяклар ҳам синган бўлса, унда иммобилизация муддати синган суякни даволашга караб белгиланади.

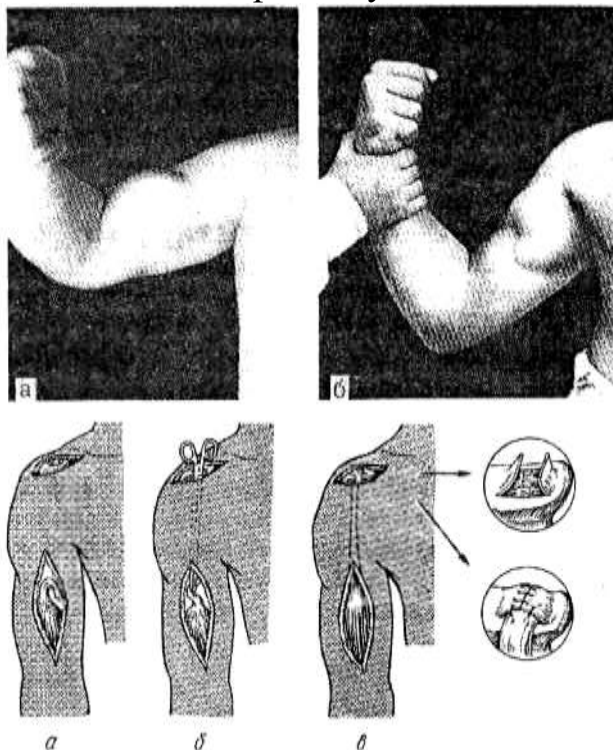
Тўмтокжисм таъсирида бўладиган травмада икки бошли мушак пайи кам шикастланади. Ёпиқ шикастланиш мушак қисқа муддатга қаттиқ таранглашганда бўлади. Кўпинча, пайнинг узун бошчаси йиртилиб кетади. Бунда ёшларда пай куракка ёпишган жойдан йиртилади, кексаларда пайда кузатиладиган дегенератив жараён асосида

елка дўмбоклар орасида йиртилади. Икки бошли мушакнинг дистал қисми камдан-кам йиртилади.

К л и н и к а с и . Тери ости пайининг йиртилиши бирданига ўткир оғриқ билан кузатилади. Дастлабки 2 суткада терида крнталаш бўлади. Билак актив буқилиши мумкин, аммо бу анча оғриқ билан кечади. Кискарган мушак ўрнидан кўзгалади, суякка ёпишган — қолган қисми тери остидан ўсмасимон шишга ўхшаб қолади (67-расм). Пайнинг узун бошчаси йиртилса, ўсмасимон шиш пастки қисмида аниқланади ва устида ботик жой пайдо бўлади. Агар пайнинг дистал қисми йиртилса, аксинча, шиш елканинг юқори қисмида пайдо бўлади ва остида ботиклик пайдо бўлади. Актив ҳаракат қаршилиқ билан қилинганда деформация бирмунча аниқ, кўринади.

Д а в о л а ш . Елканинг икки бошли мушак пайи йиртилганда одатда жарроҳушк усулида даволанади.

Пайнинг узун бошчаси шикастланганда, уни елка думбокчалари орасига суякка тикиб қўйиш энг оддий усулдир. Аммо ёшларда ши-кастланган пайни Лавров усулида куракнинг акромиал ўсигига тикиб қўйиш мақсадга мувофиқдир (68-расм). Жарродлик муолажасидан кейин 2 ҳафтага Дезо боғлами қўйилади, кейин яна 2 >афтага кўл кийикчага осиб қўйилади.



67-расм. Елка икки бошли мушагининг узун бошча пайи шикастланганда деформация (а) ва дистал пайи шикастлангандаги ҳолати (б).

68-расм. Лавров усулида елка икки бошли мушаги узун бошча пайининг куракнинг акромиал ўсигига қотирилиши. а — кесим; б — мушак пайини тортиш; в — пайни қотириш.

Агар икки бошли мушакнинг дистал пайи йиртилса, унда учларига тугунли чок кўйилади ёки пайнинг марказий бўлаги билан суягига тикилади. Жаррохлик муолажасидан кейин елка бўғимидан то билан-кафт бўғимигача гипс боғлами, билан 90° га буқилган холатда 4-6 хафтага кўйилади.

Кекса беморларда айрим пайтларда жаррохлик усули қўлла-нилмайди. Бундай холларда қўлнинг кучини тиклашга зарурат бўл-маса, унда иммобилизация кийикча билан бажарилиб, ўткир оғриқ. қрлгунча (2 х.афтага яқин) сақланади ва физиотерапевтик даволаш олиб борилади.

ТОВОН ПАЙНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

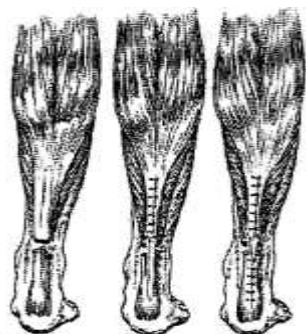
Товон пайнинг (Ахилл пайи) йиртилиши очик ва ёпиқ бўлиши мумкин. Кейинги холда йиртилиш болдир мушагининг бирданига ва қаттиқ қисқариши натижасида рўй беради ва бунда анчагина пай толаларининг узилган учлари титилиб кетади.

К л и н и к а с и . Кдцям кўйиш бузилади ва оёқ, панжасининг пастга босиш кучи жуда камаяди. Бемор шикастланган оёқ панжасида товонини кўтарган холатда туролмайди. Кўздан кечирилганда ва пай-пасланганда товон пайи юзасида, соғлом томонига нисбатан пайнинг таранглашиши сусайиб, ботикдик аниқдади (69-расм), товон пастга босил-ганда панжанинг қаршилик кўрсатиши, янада якколрок кўринади.

Даволаш. Пай тўлик йиртилганда жаррохлик усули ишлатилади. Очик жароҳатланганда нуксон бўлмаса ва толалари титилиб кетмаган бўлса, жароҳатланган пай учлари бир-бирига тўтри келтирилиб, Кюнео чоки кўйилади ва унга кўшимча тугунли ва П-симон чоклар кўйилади. Ёпиқ жароҳатланишларда пайда нуксонлар ёки эзилиш кузатилса, Чернавский усулида пай аутопластикаси бажарилади. Жарро)утик



69-расм. Чап товон пайи юзаси тери остида узилганда х°сил бўлган ботикдик



70-расм. Товон пайини Чернавский усулида пластика қилиш.

муолажаси куйида-гича бажарилади: пайнинг дистал учи-га проксимал учи билан боғлиқ. бўлган алокадор болдир мушак апоневрозининг тилсимон лахтаги тикилади (70-расм). Жаррохлик муолажасидан кейин сон-нинг ўртасидан то бармоқлар учигача панжа пастга бу-қилган холатда гипс

боғлами кўйилади. Уч ҳафтадан кейин панжа нормал ҳолатга келтирилади ва шу ҳолатда болдирнинг учдан бир юқори қисмидан оёқ бармоқларигача гипс боғлами куйилади. Иммобилизациянинг умумий муддати 8 дафта.

8 - б о б. МУШАКЛАРНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Мушаклар шикастланганда очиқ ҳамда ёпиқ жароҳатлар бўлиши мумкин. Очиқ шикастланган мушаклар ташхиси қийин эмас: биринчи кўришдаёқва жародат бирламчи тозаланганда мушаклар бутунлигининг бузилганлиги кўзга ташланади; шу вақтнинг ўзидаёқ улар тикилади. Мушаклар алоҳида П-симон ва тугунли чоклар билан тикилади. Жар-рохлик ёрдамидан сўнг узилган учларни бир-бирига яқинлаштириб, гипс боғлами билан ҳаракатсизлантирилади.

Мушаклар ёпиқжароҳатланганда уларга ташхис қўйиш қийинроқ кечади: ёпиқжароҳатлаништўқоидан-тўғри зарбдан ёки мушакларнинг кучли тортилиши сабабли бўлади. Мушакларнинг узилиши асосан мушак крринчасида ёки пайга ўтиш қисмида бўлади. Мушак тўки-масида 30 ёшдан ошган одамларда рўй берадиган дегенератив ўзга-ришлар бунга *ямкон* яратади. Фаолият йўқолади ёки анча камаяди. Мушакнинг йиртилган жойида ботиклик ва тери ости гематомаси ку-затилади. Қўлда кўпинча икки бошли, курак кирраси усти, уч бошли елка мушаклари ва билак мушаклари, оёқда эса болдир ва тўрт бошли мушаклар шикастланади. Аммо амалиётда турли хил мушакларнинг йиртилиши кузатилади: кррин (тўрри ва кийшик мушаги), катта кўкрак курак ости, дельтасимон узун товон сонларни яқинлашти-радиган мушаклар ва бошқалар.

Мушакларнинг қисман йиртилиши консерватив усулда даюланади: йиртилган мушакка бўшаштирилган ҳолатда гипс боғлами кўйилади, физиотерапия ўтказилади, боғлам олиб ташлангач, ДЖТ тайинланади. Тўлик йиртилса ёки узилса, жарро>у1ИК усулида даволанади. Мушак крринчаси шикастланганда П-симон ва тугунли чоклар кўйилади. Мушаклар пайга ўтадиган жойидан йиртилса, мушак ўртасидан ажра-тилиб, йиртилган пайнинг орасига тикилади.

КУРАК КИРРА УСТИ МУШАГИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Бундай шикастланишлар анча кучли таранглашиш, юк ушлаб турган ҳодда қўлни тез танадан узоқдаштирганда ёки йиқилганда, қўлни тез олдинга ташлаганда рўй беради. Кдрра усти мушаги нисбатан кўпроқ елка чикканда, айникса, кекса беморларда йиртилади.

К л и н и к а с и . Қирра усти мушаги йиртилишини классик белгиларидан - бу елка актив даракатининг, айникса, танадан узоқлашиш 60° гача етганда чегараланишидир. Қўлни танадан узоқдаштирганда курак

кўтарилади. Оғриқ елка ўртасига берилади. Дельтасимон мушак қисқарган, кўл пассив узоқдашгарилганда хараканинг чегараланиши билинмайди.

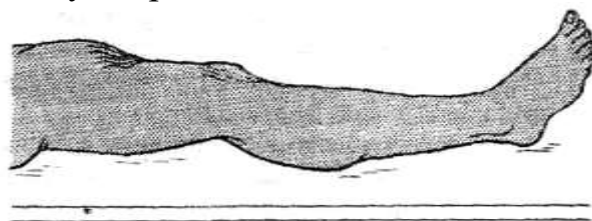
Д а в о л а ш. Қдрра усти мушагининг қисман йиртилиши консерватив даволанади: кўл танадан узоқлашган, олдинга буқилган ва елка гашкарига бурилган ҳолатда 4-5 ҳафтага қотириб кўйилади. Қирра усти мушаги тўлиқ йиртилганда жаррохлик усулида даволанади. Эполет-симон кесма билан дельтасимон мушак акромиал ўсиқдан ажратилади. Унинг ташки қисмини кесиб олиш йиртилган қдера усти мушагига яхши йўл очиб беради. Узилган пайни ипак ёки лавсан ип ёрдамида елка катта дўмбогига кўрпа кавигандек тикилади. Кўлни танадан узоқлаш-тирувчи шинага кўйиб, 6-8 ҳафтага қотирилади. Елка камари мушаклари учун даволаш жисмоний тарбияси теридан чоклар олингандан кейин бошланади. 7-8 ҳафтадан кейин елка бўғимида актив ҳаракат бошланади ва елкани танадан 90° дан кўпроқ кўтаришни тавсия қилиш мумкин.

СОВНВНГ ТЎРТ БОШЛИ МУШАГИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Энг типик билвосита травма механизми мушакни чўзилиб турган Ҳолатида тез ва кучли қдскариси натижасида рўй беради. Бундай вазият одам йиқилаётганда ўзини тутиб қҳолиш мақсадида буқилиб турган тизза гавдасининг оқирлиги остида бирданига ва тез ёзганида содир бўлади. Тўрт бодши мушак шйининг йиртилиши айрим лолларда тизза қопқоғи синиши билан кечади. Пай айнан тизза қрқрки остидан йиртилганда травманинг бевосита механизми, яъни буқилган тиззага йиқилиш содир бўлади. Тўрт бошли мушакнинг тез ва каттик қсқариши унинг катта болдир суяги қадир-будурининг қисман узилиши билан боғлиқ. бўлиши мумкин.

Клиникаси. Соннинг тўрт бошли мушаги йиртилишининг юзага чиқиши унинг шикастланиш характерига боғлиқ- Йиртилган юзани пайпаслаганда тизза қрқрга юқорисида юмшоқтуқималхрнинг чўқиши рўй беради (71 -расм). Мушак тўлиқ йиртилганда болдир актив ёзилмайди.

Даволаш. Соннинг гурт бошли мушаги йиртилганда пайнинг шикастланган — узилган учлари ипак иплар ёрдамида тугунли чоклар билан бир-бирига тикилади. Йиртилган мушакка П-симон чоклар кўйилади. Катта болдир суяги қадир-будури билан узилган пайга суяк орқали ипак ёки лавсан иплар билан чоклар ёки суяк трансплан-



71-расм. Соннинг гўрт бошли мушаги узилишида пайдо бўлган деформация.

тати кўйилади. Оёқ орқа томонлама кўйилган гапс боғлами билан 4-5 хафтага қотириб кўйилади.

МУШАК ЧУРРАСИ

Мушак чурраси уни қисман ва мушакни коплаб турувчи фасция-нинг тўлиқ йиртилиши натижасида келиб читали. Мушак чурраси жаррохликмуолажаларидан кейин ҳам пайдо бўлиши мумкин. Кўпроқ мушак чурраси сон ва болдирнинг ташки томонида учрайди ва ушбу травма фасция йиртилган жойидан мушакнинг бўртиб чиқиши билан ифодаланади. Пайпаслаганда ўсмасимон хосила эластик консистенцияга эга бўлиб, мушак бўшашганда катталашади. Шишиб чикдан мушак чегарасида фасциянинг «чурра дарвозаси» пайпасланиши мумкин.

Одатда, мушак чурраси оёқ ёки қўл функциясига таъсир қилмайди ва шунинг учун махсус даволашга зарурият йўқ. Аммо айрим ҳолларда мушакнинг доимий травмаланиши оқибатида «чурра дарвозаларида» фасция асептик яллиғланади, доимий оғриқ; пайдо бўлиб, фаолиятини сусайтиради.

9 - б о б. КАТТА ЁШДАГИ ОДАМЛАРДА ТРАВМАТИК ЧИҚИШЛАР ВА ЧАЛА ЧИҚИШЛАР

Травматик чиқиш — суяклар бўғим юзаларининг тўлиқ силжиши, бунда бўғим юзаларининг бир-бирига тегиб туриши йўқолади. Чиқиш травма оқибатида юз беради, одатда, бўғим пардаси ва бойламлар йиртилиши билан кечади. Чала чиқишда эса бўғим юзалари тўлиқ силжмайди. Травматик чиқишлар бутун таянч-харакат тизимининг ҳамма турдаги шикастланишларининг 1,5 — 3% ини ташкил қилади. Чиқишлар оғир турдаги шикастланиш ҳисобланади, кўпинча, уларни шифохона шароитида даволашга тўғри келади. Травматик чиқишлар, кўпинча, ўрта ёшдаги одамларда, айниқра, эркакларда учрайди.

Чиқишлар, кўпинча, билвосита травма натижасида бўлади (йиқилганда кул ёки оёқ ёзилган ёки буқилган ҳолатда бўлади). Чик>1ш тўсатдан мушак тез ва кучли қисқарганда юз бериши мумкин, масалан фаната, тош отганда, сузиш пайтида бирданига тез ҳаракат қилганда.

Одатда чиқиш қўл ва оёқдар сегментининг дистал қисми бўйича номланади, аммо бундан истисно ҳам бўлади: ўмров суягинингакромиал қисми ва умурткаларнинг чиқиши проксимал жойлашуви бўйича ном олган. Чиқишлар янги, эскирган, ўрнига солиб бўлмайдиган, одат тусига кирган, ёпиква очик, асоратланган ва асоратланмаган, кўзғалган (тўлиқ чикмаган) турларга бўлинади.

Чиқишлар дастлабки икки сугкада янги, 3-4 хафтагача янги бўлмаган, 4 хафтадан ошса, эскирган ҳисобланади. Ўрнига солиб бўлмайдиган

чиқишлар ўрнидан чиққан бошча ва бўғим орасига юмшоқ тўқималар интерпозицияси, айникса, йиртилган мушаклар сабабли юзага келади. Эскирган чиқишлар ҳам шу турга тааллукли. Одатланган чиқишлар бирламчи чиқишдан кейин пайдо бўлиб, тез-тез такрорланадиган бўлади.

Асоратланган чиқишларда бўғим ичида, бўғим олди синишлар, магистрал кон томирлар ва нерв устунлари шикастланиши кузатилади.

Айрим бўғимларда чиқишларнинг тез-тез учраши бўғимнинг анатомик тузилишига, бўғим пардаси ва бойламларининг бакув-ватлигига, бўғимни ўраб турган мушакларнинг ривожланганлигига ва бўғимдаги ҳаракат ҳажми ва характериға боғлиқ.. Қўл бўғимлари оёқ бўғимларига нисбатан 7-8 маротаба кўпроқ шикастланади. Бўғимларда чиқиш содир бўлганда нафақат яқин жойлашган мушаклар шикастланади, балки, унинг узунлиға ва толалар йўналиши ўзгаради ва бу, ўз навбатида, бир гуруҳ. мушакларнинг рефлектор қисқдришиға ва бошқа бир гуруҳ. мушакларнинг чўзилишиға олиб келади. Чиқиш рўй бергач мушакларда жуда тез ретракция пайдо бўлиб, чикхан суякнинг нуқсон ҳолатида қотиб қолишиға сабаб бўлади. Чиклшдан кейин канча куп вақт ўтса, мушакларнинг қисқариши шунчалик маҳкамлашиб, ўз ҳрлиға келиши қийинлашади. Агар чиккҳан суяк ўз вақтида ўрниға солинмаса, яллиғланиш жараёни натижасида, кон куйилиши оқибатида бўғим бўшлиги чандиқ тўқима билан тўлиб ва энди жаррохлик усулисиз чикдан суякни ўрниға солиб бўлмайди. Айрим х.олларда аста-секин янги бўғим ташкил топиб, янги ўқда ҳаракатлар пайдо бўлади.

Т а ш х и с л а ш . Чиқишларда куйидаги маълумотлар аниқ, ташхислашға ёрдам беради:

- анамнезида травма (йиқилиш, бирданиға тез ҳаракат қилиш) мавжудлиги,"
- кучли оғриқ.;
- бўғим юзасида деформациянинг, айникса, соғлом томон билан солиштирилганда яққол аниқданиши;
- чикдан қўл ёки оёқнинг ҳар бир туриға хос мажбурий ҳолати;
- чиккан кул ёки оёқ,ўқи йўналишининг кўшни таниш нуқталарига нисбатан ўзгариши;
- қўл ёки оёқ узунлигининг ўзгариши (кўпинча калталашиш, камдан-кам узайиш);
- актив ҳаракатнинг йўқ.олиши ва пассив ҳаракатнинг ўта чегараланшии;
- «пружинасимон қотиш» — бунда бирор пассив ҳ,аракат қилиб кўрилганда қўлни мажбурий ҳолатдан нормал ҳолатға олиб келиш мақсадида кҳилинган ҳаракат, эластик пружинасимон каршилиққа учраб, чиккан қўл ёки оёқяна қайта мажбурий ҳолатға ўтади;
- чиккан бўғим томон ўз ўрнида эмас, аксинча, бошқа юзада пайпасланади ёки умуман аниқланмайди.

Шикастланган қўл ёки оёқда пульсни ва сезувчанликни аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Чиқишларда, айниқса, улар синиш билан асорат-ланганда, кон томир-нерв толалари шикастланиши мумкин.

Чиқишни бўғим лат ейишидан, бойламларнинг шикастланишидан, бўғим ичида ва бўғимдан ташқари синишлардан ажрата билиш керак

Бойламлар шикастланганда хамма пассив ҳаракатларни бажариш мумкин, фақат маълум бир ҳаракатда бўғимда оғриқ. пайдо бўлади, бу йиртилган бойлам таранглашиши оқибатида келиб чиқади. Чиқиш-лардан синишнинг фарқи қўл ёки оёқ мажбурий ҳолатда бўлмай, аксинча, бўғимдан ташқари синган юзада ҳаракат пайдо бўлади. Чиқиш-нинг синиш билан бирга учраши бундан мустасно, унда мажбурий ҳолат бўлмай патологик ҳаракат мавжуддир. Бундай лолларда рентгенография ташхис қўйишни осонлаштиради.

Агар суяк чиқишига гумон бўлса, рентгенологик текширувни ўтказиш шарт, бу ташхис қуйиш билан бир каторда чикдан ва синган суяк бўлақларининг қандай жойлашганини аниқлаб беради.

Чиқишга гумон бўлса, шифокорнинг биринчи ёрдами шикастланган кул ёки оёқни иммобилизация қилишдан, аналгетиклар бую-ришдан ва жабрланганни тез фурсатда травматологик стационарга юбо-ришдан иборатдир.

Д а в о л а ш. Травматик чиқишларда имкон борича тез ўрнига со-лиш, умумий оғриқ.сизлантириш мақсадга мувофиқдир, ўрнига солин-ган суякни керакли муддатга иммобилизация қилиб, унинг функция-сини тиклаш лозим. Чиқишларни вақтида ўрнига солиш зарурлигига сабаб шуки, шикастланишдан сўнг қанча кўп вақт ўтса, мушаклар контрактураси шунчалик кучайиб, чиккан суякни ўрнига солиш шунчалик қийин бўлишини шифокор ҳамиша ёдида тутиши лозим.

ЕЛКАНИНГ ЧИҚИШИ

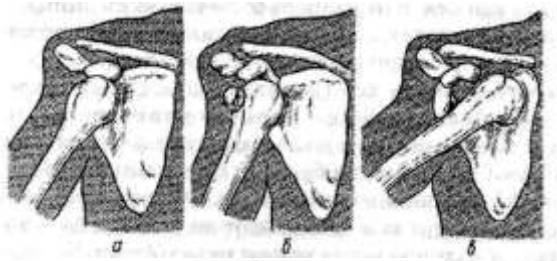
Елканинг чиқиши хамма чиқишларнинг 50-60% ини ташкил қилади. Бу чиқишнинг тез-тез учраши елка бўғимининг анатомик-физиологик хусусиятларига боғлиқ.; куракнинг бўғим юзаси, елка суягининг бошча юзасидан 3-4 баробар кичик шарсимон шаклда; бўғим пардаси кенг ва юпка.

Елка бўғимида травматик чикқш, кўпинча, билвосита травма оқи-батида бўлади (масалан, орқага ёзилган қўлга йиқилиш натижасида).

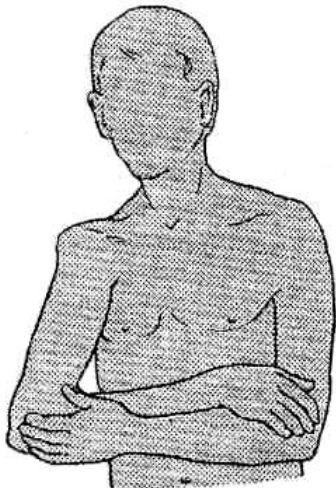
Елка бошчаси чикканда у олдинга, орқага ёкм бўғим юзасидан пастга чиқиши мумкин.

Елка суяги бошчасининг чиққан ҳолатига қараб олдинга, орқага ва пастга чиқиш турлари фарқ. қилинади. Олдинга чиқиш энг кўп учрайди (98%) ва орқага чиқиш камдан-кам учрайди (72-расм).

Елка чиқиши ҳар доим бўғим пардаси йиртилиши билан кеча-ди. Бунда мушакларнинг пайи, айниқса, курак қирра усти мушаги



72-расм. Елканинг олдинга чикиш турлари.
а — тумшуксимон усик; ости; **б** — тум-шукримон усик ичи-даги; **в** — ўмров ости чикишлар.



73-расм. Елканинг олдинга чикишида беморнинг ҳолати.

йиртилиши ёки узилиб кетиши мумкин. Катта дўмбокнинг узилиши энг кўп кузатилади (10-40%), елка суягининг кичик дўмбоги унга ёпишган мушаклар пайи билан камрок холларда узилади.

Жароҳатланганнинг елка камари осилган, бемор бошини шикастланган томонга эгаб туради. У окрикни бартараф қилиш макеадида шикастланган қўлини соғлом қўли билан эдиётлик билан ушлайди. Қўл танага яқин-лашган \олда туради, тирсак бўғимида буқилган ва шу ҳолатда узайганга ўхшаб кўринади (73-расм). Қўлнинг ўки юқорига давом этиб, нормада куракнинг акромиал ўсиги орқали, чиққанда эса ўмров суяги орқали ўгади. Акромиал ўсикдан то елканинг ташки дўмбогигача бўлган масофа соғлом томонга нисбатан узунрок бўлади, бу елка суяги бошчасининг пастроқжойлашганлига туфайли бўлади.

Елка суягининг бошчаси бўғимдан чиқиб кетганлиги туфайли елканинг дельтасимон мушак атрофида нормал ўрама шакли йўқолади ва унинг ўрнига нотекис юза пайдо бўлади. Бу юзада акромиал ўсик эркин пайпасланади. Бўғимда актив ҳаракатлар умуман йўқ. ёки ўтақийинлашган. Агар пассив ҳаракатлар қилишга уринилса: беморнинг қўли кўтарилса, уни танага яқинлаштирил-са ёки узокдаштирилса, елкада «та-ранглашган фиксация», яъни пружи-насимон каршилиқ аниқланади.

Тирсак бўғимини танага яқинлаш-тириш имконияти бўлмайди. Пайпас-лаб кўрилганда бўримда тарқалган оғриқ аниқланади.

Тирсакни ташқарига бураб рота-цион ҳаракат қилинганда елка бошча-сига бориб, у тумшуксимон ўсик ёки қўлтик ости чуқурлигида аниқланади. Елка бўғимини ўраб турган мушаклар (айникса, дельтасимон) таранглашган. Ўрндан кўзгалган елка бошчаси елка чигали ва кон томирларини сиқиб

куйиши ёки шикастлантириши мумкин. Бунинг оқибатида қўл бар-моқлари терисида цианоз ёки оқариш, сезганинг сусайиши, парестезия ва бошқалар бўлиши мумкин. Билак артериясида пульс сусайган ёки умуман аниқданмайди.

Елканинг чиқиши айрим пайтларда унинг жаррохлик бўйинча-сининг синиши билан кузатилиши мумкин. Елка синганда одатда узунлиги қисқариб, танадан узоқлашмайди. Бундай ҳолатларда қўлни танага яқинлаштирилганда ёки узоқлаштирилганда чиқишга хос бўлган пружинасимон каршилиқ кузатилмайди. Елкани ҳаракат қилдирилганда гирчиллаш эшитилади. Елка чиқиб, жаррохлик бўйинчада қриқилган синиш рўй берса, ташхис қўйиш анча қийин бўлади. Синган суякларни ўрнига қўйишдан илгари ташхис қўйиш жуда муҳим аҳамиятга эга, чунки ташхис қўйилмасдан туриб, суяк бўлақлари ўрнига қўйиладиган бўлса, қриқилган синишларни ажратиш юбориш мумкин. Шунинг учун клиник ташхис қўйиш учун шикастланган аъзони икки йўналишда рентгенография қилиш шарт.

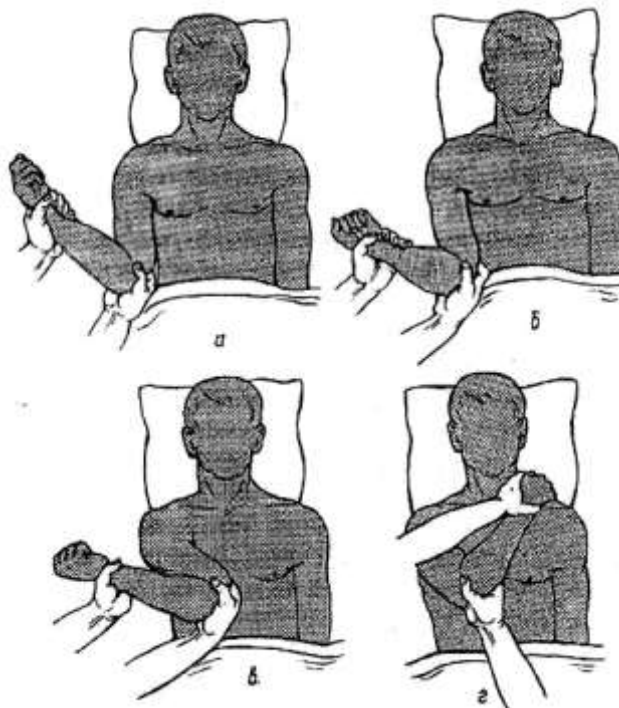
Д а в о л а ш. Янги чиқишда шошилиш тиббий ёрдам сифатида умумий оғриқсизлантириш йўли билан елка суяги ўрнига туширилади. Айрим ҳолларда ўрнига тушириш маҳаллий оғриқсизлантириш йўли билан ҳам бажарилади. Ўрнига туширишдан олдин беморга 1 мл 1% пантопон ёки морфин эритмаси қилинади. Кейин елка бўғимини 30-40 мл 1% новокаин эритмаси ёрдамида, бўғим пардаси ичига юбориш йўли билан оғриқсизлантирилади. Елкани ўрнига туширишнинг кўп усуллари бор. Кўпинча қуйидагилар қўлланилади:

Гипократ-Купер усули — шифокор чалканча ётган беморга юзма-юз қараб елка чиккан томондан ўтиради ва икки қўллаб беморнинг билак ва қафтидан ушлайди. Яланг оёқдовонини беморнинг қўлтиги остига жойлаштириб, товони ёрдамида чикқан елкани аста тортган ҳолда ўрнига туширади. Ўнг қул ўнгва чап қул чап оёқ, билан туширилади. Уридан кўзгалган елканинг бошчаси бўғим чуқурчасига тушади.

Кохер усули (74-расм). Елка бошчаси олдинга чикқанда қўлланилади. Бемор столда чалканча ётади, чикқан қўл столдан чиқиб туриши керак. Усул тўртта узлуксиз босқичлардан иборат.

Б и р и н ч и б о с қ и ч. Жаррох. бир қўли билан чикқан қўл биланини пастки қисмидан, иккинчи қўли билан тирсақлан ушлаб, уни тугри бурчак остида буккан ҳолда эҳтиётлик билан танага олиб яқинлаштириб, елка ўқи бўйича тортади. Ёрдамчи елка камари устидан ушлаб туради (74-расм, а).

Иккинчи босқич. Елкаўқд бўйлаб тортиш нисусайтирмасдан танага тираган ҳолда жаррох. елкани секин ташқари томонга, билак танага нисбатан фронтал юзага келмагунча бурайди. Бунда елка бошчаси бўғим юзаси билан олдинга буралади. Кўпинча, иккинчи босқич бажарилганда чикқан елка ўрнига тушади; шунда «шикиллаган» овоз эшитилади (74-расм, б).

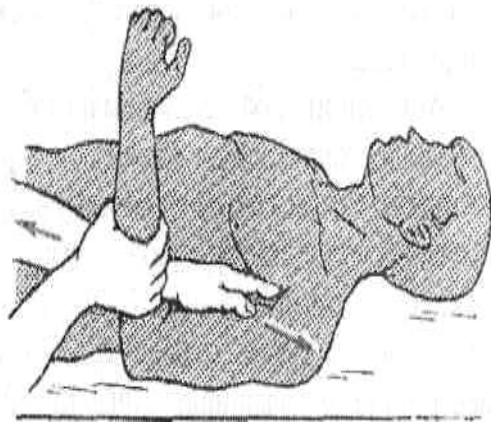


74-расм. Кохер усулида чиккан елкани урнига тушириш боскичлари. Изохи матнда

Учинчи боскич. Ташқари ротация ҳолатида ушлаб туриб, тортишни сусайтирмасдан аста-секин билак юқорига ва олдинга кўтарилади. Танага кадалиб турган тирсакни ўрта чизиккэ ва юқорига сурилади, шунда бошча одатда йиртилган пардага тўғри келади. Баъзан бошча шу боскичдан кейин ўрнига тушади (74-расм, в).

Тўртинчи боскич. Олдинги бокичлар тўлиқ бажарилгач бошланади. Билак рычаг (дастак) сифатида ишлатилади, ротация ичкарига тез бажарилади. Бунда беморнинг панжаси карама-карши елка бўримига сурилади, билак бемор кўкрагига кўйилади (74-расм, г). Одатда, шу пайтда чикдан елка ўрнига тушади. Агар ўрнига тушмаса, унда шошилмасдан, зўрламасдан ҳамма боскичлар канта такрорланади, тез ва купол харакатлар кҳилмаслик керак

Жанелидзе усули (75-расм). Оғриқ.сизлантирилгандан кейин жабрланганни столга шикастланган томони билан ёнига шундай ёткизи-ладики, столнингчети беморнинг кўлтиги остига тўғри келиши керак чикқан кўл пастга осилиб туради, беморнинг боши кўшимча столга кўйилади. Шу ҳолатда бемор 10-20 минут ётиши керак шу вақт ичида елка камари мушаклари бўшашади. Шундан кейин чикдан кўлни ўрнига туширишга ўтилади. Жарроҳ бемор олдида туриб, тирсак бўғимида буқилган билакни тирсакка якин жойидан пастга караб босиб, вақт-вақти билан елка бўғимига тираб туради. Шунда чикдан



елка ўрнига тушади. Кейин 2-3 х.афтага қўлни кўкрак кафасига котириб кўйилади. Чикхан қўл ўрнига туши-рилгач, натижасини билиш ва кўшимча шикастланиш бор-йўқлигини аниқлаш учун рентгенография ки-лиш шарт. 5-7 суткадан кейин фаолиятни тезрок тиклаш учун ДЖТ (даволаш жисмоний тарбияси) та-йинланади ва физиотера-певтик муолажалар ўткази-лади. Мехнат фаолияти 30-45 суткадан кейин тикла-нади. Елка қайта чикмас-лиги учун уч ой мобайнида оғир жисмоний мех.нат билан шугулланиш мумкин эмас.

Чаклин усули (76-расм). Бемор чалканча ётади. Ши-фокор бемор қўлини танага яқинлашган ҳолатда узун-сига тортади, иносинчи кў-ли ёрдамида елка бошчаси-ни ташқарига итаради. Чаклин усули деярли кам травматик ва наркоз остида ба-жарилади. Буусул, айникса, елканинг синиб-чиқишларида қўл келади.

Ўрнига тушириб бўлмайдиган янги чиқишлар. Икки бошли мушак узун бошчаси пайининг елка бошчасига ўралиши ёки узилган катта дўмбоқдамда йиртилган бўғим халтаси оралигига бошчанинг тикилиб қолиши ёки юмшоқ тўқималар интерпозицияси ўрнига солишга анатомик тўсик бўлиши мумкин. Ўрнига тушириб бўлмайдиган чиқишларни фақат жаррохлик усулида даволаш мумкин.

Эскирган чиқишлар. Аниқланмаган ва нотўғри даволанган чи-кишлар бўғим халтасининг чандикли бужмайишига, кўп еридан эластик хусусиятини йўқртишига олиб келади. Эскирган чиқишларда гематомалар сўрилиб, атрофия бошланғич, бўғим юзасидаги деформация янада якквл кўринади. Актив ва пасив ҳаракатлар ҳажми кўпаяди, ўткир оғриқ. йўқ.олади. Аммо курак ушлаб турилганда қўлни

ганадан узоқлаштириш ва кўтариш мумкин эмас. Даволаш усули фақат жаррохликдир.

Д а в о л а ш . Ўрнига тушириб бўлмайдиган ва эскирган елка чиқишларини фақат жаррохлик усулида даволаш мумкин. Жаррохлик муолажаси умумий наркоз остида қилинади. Бемор чалканча ётади, елкаси остига ёстикча қўйилади. Бўримга латерал кесим билан кирилади. Тумшукримон ўсик унга ёпишган мушаклар билан бирга кесилади ва пастга тортилади. Елка бошчаси билан кон томирлар ва нервларни сиқиб қўймаслиги учун жаррох. ўта эҳтиёт бўлиши шарт. Курак ости мушагини кесгач, бўғим халтаси очилади. Бўғим ва елка бошчаси чандиклардан озод қилинади ва шундан кейин бошча бўғимга киргазилади. Бўшм халтаси тикилади (айрим пайтда унинг қирраларини курак ости мушаги билан кўшиб кичик дўмбокчага тикилади), тумшуксимон ўсик эса ўз ўрнига қотириб қўйилади. Абдукцион торакобрахиал боғлам қўйилади. 8-10 суткадан кейин елка бўшмида пассив ҳаракатлар бошланади.

Одатланган елка чик>иши. Арзимаган кучланишда, қўлни тез ҳаракат қилдир ганда, оғир юккўтарганда, кийим кийганда, сузганда, тортилганда, йиқилганда, айрим пайтларда хатто ухлаб ётганда қўл танадан узоқлаштирилса ва елка ташқарига буралса, елка ўрнидан чиқиб кетади.

Агар чиқиш лоакал икки маротаба такрорланса, уни одатланган чиқиш деб ҳисобланади. Бу ҳолатга жароҳатланган бўғим халтасининг тўлиқ анатомик тикланмаганлиги ва нотўғри даволанганлиги сабаб бўлади. Кҳайта чиқишга имкон яратувчи сабабларга қуйидагилар киради: елка суяги бошчасининг бўғим юзаси х.ажми куракнинг бўғим чуқурчасига тўғри келмаслиги; бўғим халтаси олдинги-пастки деворининг юпкалашиши (мушак ва бойламлар билан кучайтирилмаган қисми), бўғим халтасининг чўзилиши, унинг куракдан ёки елка бошчасидан узилиши, мушакларнинг йиртилиши; айлана тоғай х.алканинг шикастланиши ёки узилиши ва унинг бўғимлараро интерпозиция си елканинг чиқишига олиб келади.

Кайта чиқишнинг ўзига хос сабаблари гурухига одатланган чиқишни даволашдаги камчиликлар киради: чиршни оғриқ, сизлантирмасдан ўрнига тушириш, травматик тушириш, иммобилизацияни киска муддатга қўйиш ёки умуман қўймаслик Иммобилизациядан кейин функционал даволашдан воз кечиш, эрта функционал 1фши юқорига кўтариш билан уни уринтириб қўйиш, тўлиқ анатомик ва функционал жароҳатланган бўғим тўқималари тикланмасидан илгари қўлни кўтариш шулар жумласига киради.

Одатланган чиқиш елка бошчасининг анатомик етарли пишик ёпишмаслигидан бўлиши мумкин. Елка бўғимининг одатланган чиқиши, шу бўғимда учрайдиган травматик чиқишларнинг 12-16% ини ташкил этади. Кўпинча 20-40 ёшдаги эркакларда учрайди.

Елканинг одатланган чиқишини ташхислашга анамнез, объектив клиник ва рентгенологик кўрсаткичлар асос бўлади. Анамнездан аниқданишича елка биринчи маротаба чикдандан кейин 3-6 ойдан то 1-2 йилгача рецидив (қайталаниш) кузатилади. Кейинчалик бемордан сўралса, қайта чиқишларнинг осон ва тез-тез такрорланиб тургани, чиқишлар орасидаги муддат кискара боргани аниқланади. Айрим беморларда қайталаниш қайта травма натижасида келиб чиқади (йиқилиш ёки бирдан қилинган тез ҳаракат), бошқаларда эса травмасиз, одатдаги тез қилинган ҳаракатларда чиқади (масалан, бирор нарсани олмокчи бўлганда, кийим кийганда ва хоказо).

Клиник текширилганда елка мушакларида, елка камарида ва елка усти юзасида гапотрофия аниқланади. Мушакларнинг гипотрофияга учраш даражаси турлича: елка бўғими контурининг силликланишидан то мушакларнинг гипотрофияга учрашигача бўлади. Бундан ташқари, елканинг одатланган чиқишида куйидагилар кузатилади: Вайнштейн симптоми - елкани тўғри бурчак остигача кўтарилганда ташқарига актив буралишининг чегараланиши; Бабич симптоми — шифокор пассив ҳаракатни текширмокчи бўлганда бемор елканинг қайта чиқишидан хавотирланиб, мушакларини сусайтиролмади ва пассив ҳаракатга қаршилик кўрсатади; бемор бўғимдаги ҳаракатларни ўзи бошқаради; Хитров симптоми — елка танага яқинлашган ҳолатида пастга босилганда елка бошчаси билан акромиал ўсик орасида диастаз пайдо бўлади.

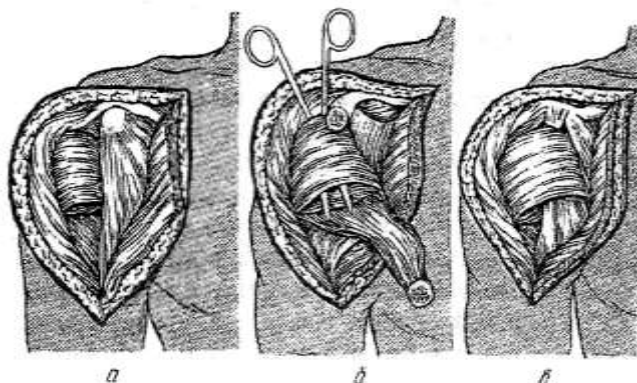
Елканинг одатланган чиқишини ўрнига тушириш, одатда, осон бўлади ва айрим беморлар ўзлари ўрнига туширишади.

Ташхис анамнез асосида кўйилади, объектив клиник белгилар кам маълумот беради. Айрим пайтларда мушаклар озрокатрофияланади ва жароҳатланган бўғим юзасида окрикни сезиш камади.

Д а в о л а ш. Одатланган чиқишда жаррохлик усули. Кўпгина жаррохлик муолажалари таклиф этилган: капсулорафия, теносуспензия, пластик жаррохлик муолажаси капсулада, бойламларда, пайларда ва бўғим халтасини бакувват қилувчи жаррохлик муолажалари; суяк трансплантацияси ва аллопластика. Шунинг қайд қилиш керакки, ҳамма тавсия этилаган усуллар ҳам маълум фоиз ҳолларда рецидив беради. Энг кам фоиз қайталанишни Бойчев II жаррохлик муолажаси беради (77-расм).

Жаррохлик муолажаси наркоз остида қилинади, бемор чалканча ҳолатда ётади, остига ёстик кўйилади. Кесим дельтасимон кўкрак эгати бўйича ўтади (77-расм, а). Тумшуксимон ўсик унга бириккан икки бошли мушакнинг киска бошчаси, тумшуксимон елка ва кўкрак кичик мушагининг бир қисми кесилади. Тумшуксимон ўсикни пастга суриб кўйилгач, кўндаланг жойлашган курак ости мушаги кўринади (77-расм, б). Корнцанг ёрдамида мушак остидан кесилган тумшуксимон ўсик унга ёпишган пай ва мушаклар билан ўтказилади ва ўз ўрнига

қотирилади (77-расм, в). Қўлга танадан узоклаштирувчи торакобрахиал боғлам 4-6 ҳафтага кўйилади.



77-расм.

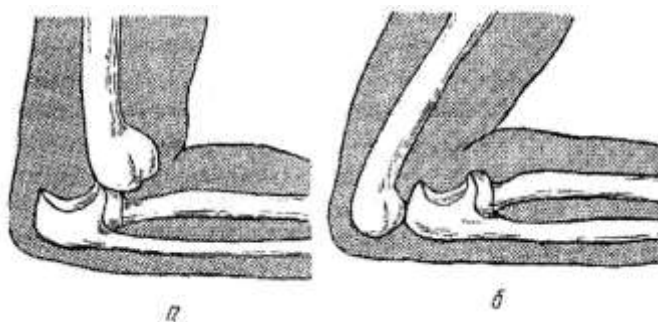
Одатланган елка чиқишида Бойчев II жарро.лик муолажаси. Изох матнда.

БИЛАКНИНГ ЧИҚИШИ

Тирсак бўғимида чиқишлар иккинчи ўринни эгаллаб, ҳамма чиқишларнинг 18-27% ини ташкил этади. Кўпинча, чиқиш қўл тирсак бўғимида тўлиқ ёзилган ҳолатида қўлга йик;илишдан бўлади ва куйидагилар кузатилади: 1) билакнинг иккала суягининг чиқиши (орқага, олдинга, ташқарига, ичкарига ва ажраладиган чиқишлар); 2) фақат битта билак суягининг чиқиши (олдинга, орқхага ва ташқарига); 3) битта тирсак суягининг чиқиши.

Кўпинча билак иккала суягининг орқага чиқиши (90%) ва битта билак суягининг олдинга чиқиши кузатилади. Билак чиқишининг бошқа турлари кам учрайди (78-расм).

Билакнинг орқага чиқиши. Ташхис тирсак бўғимини деформациясига асосланиб кўйилади. Бўким катталашган, оғриқди, билак ярим ёзилган мажбурий >;олатда туради. Актив ҳаракатлар қила олмайди. Пассив ҳаракатлар қилинса, пружинасимон каршилиқ кузатилади. Олдиндан каралганда билак соғлом томонига нисбатан



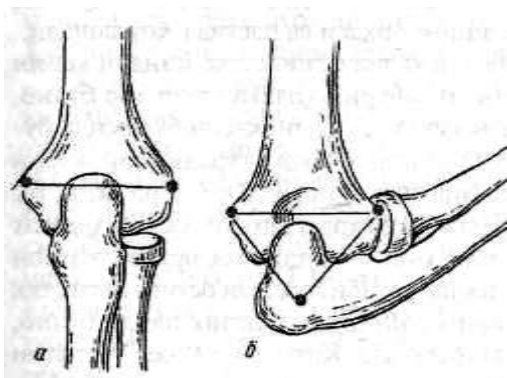
78-расм.

Билакнинг иккала суягининг чиқиши. *a* — орқага; *b* — олдинга.

калта. Тирсак ўсиги нормага нисбатан орқага кўпроқ бўртиб туради ва Гюнтер чизикдан ореада ва юқорида туради (79-расм). Тирсак бўғимининг ички томонидан елка эпифизи пайпасланади.

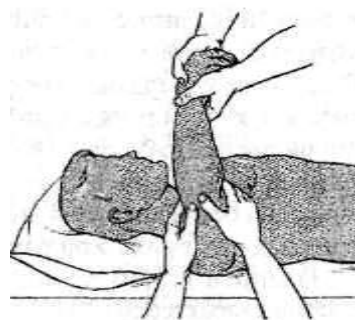
Билак орқа томонга чикданда умумий оғриқсизлантириш билан ўрнига тушириш мақсадга мувофиқдир. Бемор столда чалканчасига ётқизилади. Қўл елка бўғимида очилган ва тирсакда буқилган бўлиб, билак вертикал ҳолатда ушланади. Жарроҳбош бармоқларини тирсак ўсигига караб босади ва айни вақтнинг ўзида тирсак ўсигадан олдинга караб босади (80-расм). Шу пайтда ёрдамчи билакдан тортиб, уни тирсак бўғимида букади. Ўрнига туширгач, рентгенография қилинади. Ўткир бурчак остида буқилган тирсак бўғими орқа томондан 7 суткага гипс лонгетаси кўйилади ва кейин иситувчи муолажалар билан ДЖТ (даволаш жисмоний тарбияси — дастлабки кунлари эҳтиётлик билан ва 10 кунларда активрок) ўтказилади. Меҳнат қрибияти 20-30 кунларда тикланади.

Билакнинг олдинга чиқиши. Бу чиқишни ўрнига тушириш учун елка ва тирсак бўғимларини букиш керак. Ёрдамчи панжа ва билакдан ушлаб қўлни секин узунасига тортади, уни секин букади, шу пайтда жарроҳ, биринчи бармоқларини бўртиб турган елка суягининг дистал қисмига жойлаштириб, уни олдинга, проксимал йўналишга кўтаради, бир пайтнинг ўзида бошқа бармоқлар ёрдамида билакни орқага, дистал томонга суради. Чиқишни ўрнига туширишдан олдин ва кейин рентгенологик назорат қилиш шарт. Бу тасвирлангани билан бирга, яна маълум даражада ўзгартирилган усул х>ам ишлатилади (81-расм). Чикдан суяк ўрнига туширилгач, ёрдамчи билакни 100-110°га ёзади.



79-расм. Гюнтер чизиги — тўғри, кҳл ёзилганда иккапа дўмбокчани улайдиган (а),

Гюнтер учбурчаги — билак тўғри бурчак остида бугсилганда дўмбокчалар ва тирсак ўсиги юқори нуқтаси тенг бурчакли учбурчак ҳосил қилади (б).



80-расм. Билак орқага чикканида уни ўрнига тушириш. Шу ҳолатда қўл орқа гипс лонгетаси билан 10-12 кунга иммобилизация қилинади. Ёпиқ усулда чиқишни ўрнига тушириб бўлмаса ва агар бўғим атрофида оссификат бўлмаса унда жарроҳлик усулида туширилади, агар у бўлса (оссификат тез 2 хаф-тада ташкил топади), тирсак буга-мини яхшиси артропластика ёки

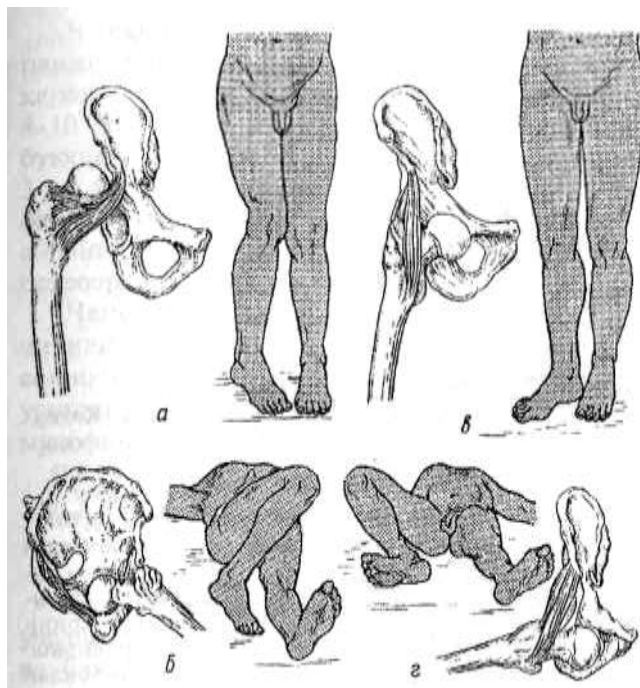
соннинг чиқиши

Чаноқ-сон бўғимидаги чиқишлар умумий чиқишларнинг 5% ини ташкил қиладди. Орқага ва олдинга чиқишлар кузатилади: орқага чиқиш орқа юқори ёки ёнбошга ва орқа-пастга ёки куймич олдига — олдинги-юқори, қов усти ва олдинга-пастки ёки ёпкич тешикка чиқиш. Соннинг орқага чиқиши — ёнбош ва куймичдан чиқиши, олдинга чиқишлардан 3 баробар кўп учрайди. Орқага чиқишлар ичида ёнбошдан чиқиш кўпроқ учрайди. Соннинг травматик чиқиши кўпинча жисмоний бакув-ват 20-50 ёшлардаги одамларда учрайди.

Орқага ЧИҚИШНИНГ механизми кўпинча билвосита, сон тўсатдан анча куч билан ичкарига буралиб ва якинлашганда чиқади. Шунда сон бошчаси капсулани йиртиб, унинг қдераси ва мушак орасида сиқилиб қолади, думалок бойлам одатда тўлиқузилади. Сон бошчаси ёнбош суягининг ташки ва орқа томонига жойлашади, паст куймич чиқишида бошча куймич -косасининг орқаси ва пастида жойлашади.

Сон чиканий кучли оғриқ. билан кечади, шикастлангандан кейин оёқда туриб бўлмайди. Оёқнинг мажбурий ҳолати ўзига хос бўлиб, чиқиш турига боғлиқ. Орқага чиқишда оёқ, чаноқ-сон бўғимида бу-қилган, ичкарига сурилган ва буралган ҳолатда туради, чаноқ-сон бўғимида актив ҳаракатлар қилиш имконияти йўқ, (82-расм, а, б). Пассив ҳаракат ёрдамида оёқни мажбурий ҳолатдан тўррилашга ҳаракат қилинса, кучли оғриқ. пайдо бўлади, бунда чикдшга хос пружинасимон қаршилик пайдо бўлади. Оёқ қисқаради. Чов бойлами остида ботиклик ҳосил бўлади, орқасида эса айрим пайтларда дўнглик пайдо бўлиб, кўзгалган бошча пайпасланса аниқланади. Катта куст Розер-Нелатон чизигидан юқорида жойлашган.

Олдинги ёпкич тешик ва қрв устидан чиқишларга — оёқнинг узашши характерлидир (82-расм, в, г). Ёпкич тешикка чиқишда чаноқ-сон бўғими ичкари томонида бошчани пайпаслаб аниқдаса бўлади, думба юзаси текисланади, катта куст аниқланмайди. Рентгенологик текшириш клиник белгиларини тўлдиради.



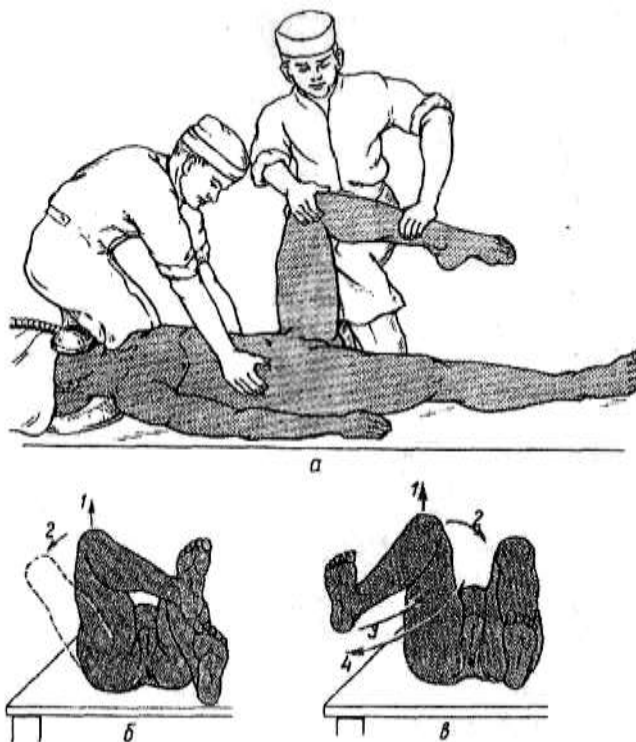
82-расм. Сон чшдиши ва бунда оёқнинг ҳолати (чизма).

а — соннинг орқа-юқори ёнбошига чиқиши; б - соннинг орқа-пастга куймигча чирши; в - соннинг олдин-юқorigа қовга чиқиши; г — олдинга пастга ёпқич тешикка чиқиши.

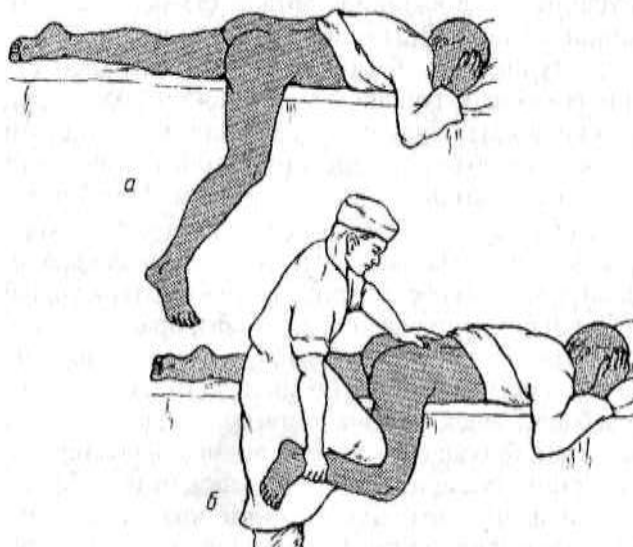
Чикдан сонни ўрнига тушириш нархоз остида бўлиши керак Орқага чиқишни ўрнига туширишда Кохер усули кенг тарқалган. Бемор столда ёки ерда чалканчасига ётади, ёрдамчи беморнинг чаногини ёнбош суяклар қиррасидан ушлаб туради. Жаррох шикастланган оёқни тизза ва чаноқ-сон бўғимларида тўрри бурчак остигача букади ва вертикал ҳолатда, ичкарига бураган ҳолда юқorigа тортади (83-расм, а — в). Кўпинча, ўрнига туширилаётган пайтда «шилк» этган товуш чиқади.

Жанелидзе усулида туширилса, бемор столга қорни билан ёт-кизилиб, шикастланган оёқ, осилиб туриши керак Чанокни бакуватроқ ушлаш учун остига иккита катта бўлмаган кумли халтача кўйилади (84-расм). Ёрдамчи икки кўллаб бемор чаногини кумли халтачаларга босиб туради, шу билан бакуват фиксацияга эришади. Агар ўрнига тушириш нархоз остида бўлса, унда бемор чуқур уйкуга кетгач, қорнига ёткизиш керак Бемор шу ҳолатда 10-20 минут давомида қолади. Ёрдамчи кўллари билан думғазага босиб туриб, чанокри қаттиқ ушлаб туради. Жаррох. стол билан беморни осилиб турган оёғи орасига туриб, оёқни тизза бўғимида тўрри бурчак остига букади ва оёқни очиб таш-қарига бураган ҳолда тизза остидан босади (яхшиси ўз тиззаси билан). Бу муолажа натижасида бошча чаноқ косасига томон силжийди, натижада шилк этган овоз эшитилади, бу бошча косага тушганлигини билдиради.

Олдинга чиқишни ўрнига тушириш сал бошқачарок бўлади. Бунда оёқни ўқи билан панжасидан тортишни, соннинг юқори қисмига кўйилган халқа ёрдамида ташқарига тортиш билан кўшиб олиб борилади.



83-расм. Кохер усулида чикдан сонни ўрнига тушириш. а — бемор холати; б - орқага чикдан сонни ўрнига тушириш; в — олдин-га чикдан сонни ўрнига тушириш. Раҳамлар билан ўрнига тушириш боскичлари кўрса-тилган.



84-расм. Жанелидзе усулида чикдан сонни ўрнига тушириш. а — б — ўрнига тушириш боскичлари.

Чикқан сон ўрнига туширилгач, чаноқ-сон, тизза ва болдир-панжа бўғимларини қотириб турувчи орқа гипс лонгетаси кўйилиши керак Беморлар 30 суткадан кейин оёқни босмасдан кўлтиктаёкда 8-10 \афта давомида юришади. Физиотерапевтик муолажалар буюрилади. Мехнат фаолияти чиқишни ўрнига туширишдан бошлаб 3 ой ўтгач тикланади. Сон суяги чиқишини ўрнига солишнинг оқибати яхши. Айрим беморларда кейинчалик сон бошчасининг кон айланиши бузилиши оқибатида асептик некроз ва деформацияловчи остеоартроз бўлиши мумкин.

Чаноқ-сон бўғимида эскирган ва ўрнига тушириб бўлмайдиган чиқишлар бўлса, унда жаррохлик йўли билан солинади. Аммо ўрнига солиб бўлмайдиган чиқишларни ташқари орқа кесим билан солишга уриниш мумкин бўлса, эскирган чиқишларни артрорез қилиш мақсадга мувофиқдир.

10 - б о б. БОЛАЛАРДА ЧИҚИШЛАР ВА ЧАЛА ЧИҚИШЛАРНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Болаларда травматик чиқишлар синишларга нисбатан деярли кам учрайди. Бу болаларда бойлам-капсула аппаратининг анча эластиклиги ва бакуватлигидан дарак беради. Бундан ташқари, травматик эпифизеолиз болаларда гўё чиқишнинг ўрнини босади. Агар суяк тўлиқ ўрнидан кўзгалмаса, унда чала чиқиш кузатилади. Бу билак-тирсак суякларининг тирсак бўғимида ва билак суяги бошчасининг чала чиқиши энг типик чиқишлар бўлиб, булар асосан 5 ёшгача бўлади.

Чиқишга олиб келадиган травма механизми асосан билвосита: одатда, бу бўғимдаги ҳаракатлар амплитудасининг ошиб кетишига олиб келадиган оёқ-кўл ўқи бўйлаб юктушишидир.

ЕЛКАНИНГ ЧИҚИШИ

Елканинг травматик чиқиши болаларда камдан-кам ва асосан катта ёшдаги болаларда учрайди.

К л и н и к б е л г и л а р и . Болаларда ҳам катталардаги каби: елка бўғимидага оғриқ., актив даракатлар йўқ., пассив ҳаракатлар ки-линса, пружинасимон каршилиқ пайдо бўлади. Бўғим юзасида деформация, акромиал ўсик тери остидан бўртиб чиқади ва унинг остида зинасимон ботиклик пайдо бўлади. Пайпасланганда кўпинча кўзгалган елка бошчаси кўлтик остида аниқланади.

Д а в о л а ш . Чикхан суякни ўрнига солиш умумий наркоз остида бажарилади. Одатда чикдан елка Чаклин ёки Кохер усулида ўрнига солинади. Г.А.Баиров куйидаги усулни тавсия этган: шикастланган кўл тирсак бўғимида букилади, билак ва кафт ушлаб турилади. Кейин тирсакни эгилган жойидан пастга караб босилади ва шу пайтнинг ўзида

билак ташқарига караб, кейин эса ичкарига буралади. Иммуобилизация култик остига ёстикча кўйилиб, 2-3 хафта давомица Дезо боғлами ёрдамида амалга оширилади.

БИЛАКНИНГ ЧИКИШИ

Билак-тирсак суякларининг тирсак бўғимида чиқиши болаларда бошқа чиқишлар орасида биринчи ўринни эгаллайди. Тирсак тузилишининг анатомик мураккаблиги, елка, тирсак ва билак суякларининг бўғимларидан иборатлиги ва бойлам-капсула аппаратининг ўзига хослиги билак-тирсак суяклари чиқишига имкон яратади.

Билак чиқишларининг таснифи: 1) билак-тирсак суякларининг чиқиши; 2) билак суягининг якка чиқиши ёки билак суяги бошчасининг чала чиқиши; 3) тирсак суягининг якка чиқиши; 4) синиб чиқишлар (Монтедж ва Галеацци типидоги шикастланиш).

Билак-тирсак суякларининг энг типик чиқиши - орқа ва орқа ташқарига чиқиши хдсобланади. Бу шикастланишлар кўл чузилган ва тирсак бўшмида ёзилган холатда йиқилишда бўлади. Тирсак бўғимида тез ва ортикча ёзилиш натижасида билак-тирсак суяклари орқага ёки орқага ва ташқарига, елка суягининг дистал қисми эса бўғим халтасини йиртиб олдинга силжийди.

Клиникаси. Кўлнинг ҳолати мажбурий: билак пронация холатида, пича буқилган. Елка суягининг дистал бўғим қисми ўрnidан олдинга кўзгалиши натижасида тирсак бўғимида купол деформация ЯККОЛ кўринади. Тирсак ўсиги ва билак суягининг бошчаси орқа томонга чиқиб туради. Тирсак ўсигининг юқори учи дўмбоклар усти чизигидан юқорида жойлашган орқаташки ва ташқи чиқишларда тирсак ўсиги ўрта чизикдан ташқарида жойлашган. Гюнтер учбурчаги тирсак ўсигини орқа ва ташқарига кўзгалиши хисобига деформацияланган. Пайпаслаб кўрилганда тирсак ўсигининг орқа юзаси аниқланади, елка суяги чуқурчаси буш. Елканингуч бошли мушаги таранглашган.

Кузгалган суяк гематома ва шиш кон томир-нерв тутамини сиқиб кўйиши мумкин, шунинг учун болаларни текширишда кон томирлар пульсига, бармоқларнинг харакатига ва сезувчанлигига катта аҳамият бериш керак

Дифференциал ташхислаш. Бу ташхислаш елка суягининг пастки метаэпифиз синиши билан билакнинг синиб чиқиши (Монтедж типидоги шикастланиш) ўртасида қилинади. Рентгенологик текшириш ташхислашни аниқлаш ва кўшма шикастланишлар борлигини билиш учун ўтказилади (эпифизеолиз, елка дўмбокчаларининг узилиши).

Даволаш. Тезкорлик билан наркоз остида чиқишни ўрнига солишдан иборат. Жаррох.бир кўли билан елканинг пастки учдан бир

қисмидан ушлаб туриб, биринчи бармоғини билак суяги бошчаси устига жойлаштиради. Иккинчи қўли билан билакнинг пастки учдан бир қисмидан ушлаб туради ва узунасига тортади. Чикқан билакни ўрнига солишда билак букилмаган ёки ёзилмаган ҳолатда катта куч ишлатилмайди. Чиқишни бартарарф килгач, бўғим конфигурацияси тикланади. Х^аР^{ака}тлар тўлиқ тикланади. Чикдан қўлни ўрнига ту-ширгач, уни юмшоқ боғлам ёрдамида боғлаб қўйилади ва назорат рентгенографияси қилинади. Бунга сабаб гипс боғлами қўйилганда, кўпинча, эпифизеолиз, ўрnidан кўзгалмаган остеоэпифизеолиз, узил-ган суяк бўлақларининг бўғим бўшлиғига тушиб қолиши ва уни ташхис мураккаблиғи хисобланади. Рентгенофафия қилинган, қўлнинг орқа томони бўйлаб бармоқдар асосидан то елканинг юқори учлиғига билакни супинация ҳолатида тўғри бурчак остида букиб, гипс лонгетаси қўйилади. Иммобилизация муддати 7-10 сутка.

Билак иккала суягининг ташқарига чиқиши. Бу чиқиш ҳам кўп учрайди. Бунда билак ўки ташқарига сурилган булади. Тирсак бўғими билакнинг ташқарига силжиши натижасида шакли ўзгарган, елка ички дўмбок усти териси таранглашган, билак суяги бошчаси юқори ва олдинга силжиган ва натижада шу ерда тери ости шиши пайдо бўлади. Елканинг ички дўмбоғи ва тирсак ўсиги аниқ, пайпасланади; унинг елка суягидаги чуқурчаси бўш. Х^аР иккинчи болада ички думбок апофизи синиши (узилиши) кузатилади.

Д а в о л а ш. Билак ўки бўйлаб тортилади. Жаррох тирсак бўғимидан шундай ушлайдики, биринчи бармоқ. тирсак ўсиги юқорисида туриши ва бошқа бармоқлар олдинда (тирсак чуқурчасида) туриши керак бир вақтнинг ўзида тирсак ўсигига ичкари ва олдинга караб босилади (билакдан тортишни сусайтирмаган ҳолда). Елка ички дўмбокчаси узилганда бармоқни унинг устига қўйиб, юқори ва ташқарига караб босилади, ўрнига қўйишга ҳаракатқилинади.

Билак суяги бошчасининг якка чиқиши. Бу нисбатан кам учрайди. Энг кўп ҳолларда билак суяги бошчаси олдинга ва ташқарига ҳалқаси-мон бойламни йиртиб силжийди.

Клиникаси. Қўл мажбурий долатда: билак пронация ҳолати-да, ўгмас бурчак остида букилган, билак суяк томон қисқарган. Тирсак бўғими деформацияси билак суяги бошчасининг олдинга ва ташқарига силжиши дисобига пайдо бўлган. Актив ҳаракатлар окрикли, букиш ва ёзиш чегараланган, ротация (супинация ва пронация) қилиб бўл-майди. Пассив ҳаракатлар оғриқни кучайтиради.

Дифференциал ташхислаш. Лат ейиш ва билак суяги бўйинчасининг остеоэпифизеолизи билан ўтказилади. Рентгенофафия шикастланиш характерини аниқлашга ёрдам беради.

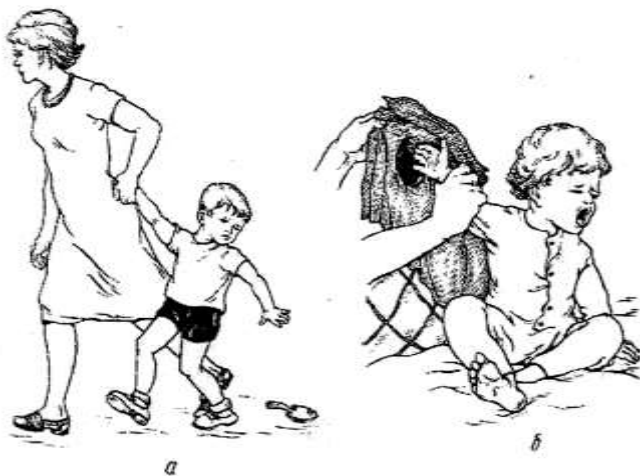
Д а в о л а ш. Чиқишни ўрнига солиш травма олинган кунийк бажарилиши керак Қўл ўки бўйлаб тортилиб, бир вақтнинг ўзида билак букилади ва супинация ҳолати берилади. Бўш қўл бармоғи билан

билак суяги бошчаси орқа ва ичкарига босилади, уни елка суяги бошчасига тўғри келтиришга ҳаракат қилинади. Иммобилизация билакни 70° гача букиб ва супинация ҳолатида орқа гипс лонгетасини 5-7 сугкага кўйиб амалга оширилади.

БИЛАК СУЯГИ БОШЧАСИНИНГ ЧАЛА ЧИҚИШИ

Билак суяги бошчасининг чала чиқиши «торғишдан чиқиш» ёки «гўдак болалардаги оғриқди пронация» дейилади. Шикастланиш асосан 1 ёшдан 3 ёшгача кузатилади. Ёш улгайган сайин билак суяги бошчасининг чала чиқиши камай боради ва 5 ёшдан катта болаларда умуман учрамайди. Бу шикастланиш кўп учрашига ва клиникасининг тўлиқ тасвирланганига карамай, шифокорлар, кўпинча, ташхислаш ва даво-лашда хатоларга йўл кўйишади, бунда елка бошчасига нисбатан халқа-симон боғламда силжиб, бўшмнинг синовиал бурамасида кисилиб қолади. Анамнездан ҳақиқатдан ҳам бола йикилаётган пайтда онаси кўлидан ушлаб қолишга ҳаракат қилгани аниқланади (85-расм). Айрим пайтларда кичкина болаларда бу турдаги шикастланиш ўйинлар пайтида ёки энги тор кийим кийдираётганда рўй бериши мумкин.

Клиникаси. Кул мажбурий ҳолатда. Билак тирсак бўғимида ярим буқилган, пронация ҳолатида, кўл тана бўйлаб осилган. Бола ҳар доим ҳам энг кўп оғрийдиган жойни кўрсата олмайди. Кўпинча, ўмров суяги синганига шубҳа қилинади. Пайпаслаганда максимал оғриқ. билак суяги бошчасига гўтри келади. Оғриқ. борлиги туфайли бўғимда актив ҳаракатлар қилиш мумкин эмас. Пассив букиш ва ёзиш ҳаракатларида оғриқ. йўқ., аммо ротацион ҳаракатлар қилинганда каттик оғриқ. пайдо бўлади. Кўпинча, елка бўғимида ҳаракатлар чегараланган. Боланинг фикри чалғитилганда елка бўғимида окрикнинг йўқлиги аниқланади,



85-расм. Болада билак суяги бошчасининг чиқиш механизми. а — сайр қилишда;
б — кийим кий-диришда.

пассив харакатлар тўлиқхажмда. Кўпинча рентгенография маълумот бермайди. Солиштириш мақсадида иккала тирсак бўшми рентгенография қилинса, унда шикастланган томонда билак суяги бошчаси билан елка суягининг бошчаси орасида масофанинг сал кўпроклиги аниқланади.

Д и ф ф е р е н ц и а л т а ш х и с л а ш . Травма анамнези гоят мухим: лат ейишлар, урилганда суяк синиши, билак суяги бошчасининг чала чиқиши — билвосита травма бўлганда юзага келади. Болани тик турган ҳолатида кўрилади, кийими ечилган бўлиши шарт. Кўрувдан ўтказилганда кон талашишига, елка усти ва кўлнинг симметрик узун-лигига аҳамият бериш керак Лат еганда ва синганда кон талашиши ва тўқималар шиши характерлидир. Пайпаслаш ўмровдан бошланади. Суяк бўлаклари силжимаган синишда пайпасланганда бола оғриқ.сезади. Лат еганда ва синишларда тирсак бўғимида пассив харакатлар эркин, билак суяги бошчаси чала чикданда билакни супинация қилиб бўл-майди. Рентгенография ташхислашга имкон беради.

Д а в о л а ш . Чала чиққанни оғриқсизлантирмасдан ўрнига соли-нади. Жаррох.бир кўли билан боланинг кафт олдидан ушлаб, иккинчи кули билан эса тирсак бўғимидан биринчи бармоқ. чиққан бошча устида турадиган қилиб ушлаши керак Билак ўки бўйлаб охиста торти-лади. Тортишни сусайтирмасдан билак супинация ҳолатига ўтказилиб, уни тирсак бўғимида тўғри бурчак остида букилади. Одатда, билак буқилганда «шилк» этган товуш чиқади, бу чала чиккан бошчанинг ўрнига тушганлигидан дарак беради. Мухим клиник белгилардан чала чикдан бошча ўрнига солингач, бола тинчийди ва тирсак бўғимида харакатлар тикланади.

Кўп клиницистлар ўрнига солинган кўлни кийикчада 1-2 кунга фиксация қилишни тавсия қиладилар.

КЎЛ БАРМОҚДАРИ БЎРИМЛАРИДА ЧИКИШ

Болаларда бармоқлар фалангаларининг травматик чиқиши камдан-кам учрайди. Кўпинча, биринчи бармоқ. кафт-фаланга бўғимида меъёри-дан ортик; ёзилганда чиқиб кетади. Бунда бўғим капсуласи шикастланиб, бармоқ.нинг асосий фалангаси орқа томонга силжийди. Ортикча юк бе-рилиши оқибатида узун ёзувчи пай кафт суяги бошчаси билан биринчи бармоқ. асосий фалангаси оралигида кисилиб қолади.

Клиникаси. Травмадан кейин шу захоти деформация ва кучли оғриқ.пайдо бўлади. Тўлиқчик1<анда асосий фаланга тўғри бурчак остида туради, чала чиққанда эса кафт суягига нисбатан ўтмас бурчак холида туради. Тирнок фалангаси хамма х.олларда ҳам буқилган ҳолатда туради. Кафт юзасида бўртиб турган кафт суяги бошчаси билиниб туради, кафт орқа томонида биринчи бармоқ. асосий фалангаси пайпасланади. Актив даракатлар йўқ., пассив харакатларда пружинасимон каршилиқ аниқланади. Рентгенологик текширув ташхисни аниқдайди.

Д а в о л а ш. Ўрнига солиш қисқа муддатли наркоз остида бажарилади. Тўлиқ чикқанда бармоқ.узунасига тортилиб турган ҳолатда биллак томонга бурилади. Кейин биринчи бармоқнинг ёзилишини ку-чайтириб, асосий фаланга асосини кафт суяги бошчасидан суриб, жарроҳ бир вақтнинг ўзида биринчи бармоқди кафт фаланга бўғимида ёзади. Агар икки маротаба ўрнига туширишга қилинган хдракат натижа бермаса, унда жарроҳликусулида очиб, ўрнига кўиилади.

СОННИНГ ТРАВМАТИК ЧИКИШИ

Болаларда соннинг чиқиши кам учрайди ва асосан 10 ёшдан катта болаларда учрайди. Сон суяги бошчасининг чаноқ косачасига нисбатан кўзгалишига караб соннинг куйидаги чиқиш турлари кузатилади: 1) орқа-юқори ёки ёнбош; 2) орқа пастки ёки куймич; 3) олдинги-юқори ёки ков усти; 4) олдинги-пастки ёки ёпкич. Орқа-юқори чи-кишлар энг кўп учрайди.

Травма механизми билвосита, бунда кучли ташки куч сонни тўсат-дан ичкарига тез буриб юбориб, яқинлаштиради. Шунда соннинг дума-лок бойлами узилади, унинг бошчаси бўғим пардасини йиртади ва мушаклар орасида кисилиб қолади.

К л и н и к а с и. Асосий белгиси кучли оғриқ., оёқнинг мажбурий ҳолати (чиқиш турига боғлиқ), актив ҳаракатлар кила олмаслик пассив ҳаракатлар қилинганда пружинасимон каршилиқ пайдо бўлиши.

Ёнбошдан чиқишида оёқ ичкарига сурилган ва ичкарига буралган, тизза ва чаноқ-сон бўғимларида бир оз буқилган. Оёқ 3-4 см га нисбий қисқарган. Катта куст Розер-Нелатон чизигидан юқорида жойлашган, Шемакер чизиги киндикдан пастроқда ўтади.

Куймичдан чиқишида оёқ буқилган ва анча буралган, чов бойлами ости чуқурлашган, соннинг бошчаси пастроқда пайпасланади ва чаноқ косаси орқасида, оёқда нисбий калталиқ бўлмаслиги мумкин. Катта куст Розер-Нелатон чизигидан юқорироқда жойлашган; Шемакер чизиги кариб киндик устидан ўтади.

Олдинги пастки чиқишда оёқ танадан узоқлашган ва ташқарига буралган, тизза ва чаноқ-сон бўғимларида буқилган. Катта куст Розер-Нелатон чизиридан куйида жойлашган, Шемакер чизиги киндикдан юқорида ўтади. Соннинг бошчаси пайпасланганда окрик кучаяди, соннинг бошчаси ёпкич те шик юзасида аниқланади.

Олдинги юқори чиқишда оёқ ёзилган, танадан узоқлашган ва ташқарига буралган. Чов бойлами остида каттакшиш пайдо бўлади, бу силжиган сон суяги бошчаси ҳсобига келади. Оёқнинг ранга кўким-тир, бу сон бошчасининг крн томир ва нервларни кисиши натижасида келиб чиқади. Катта кўстни пайпаслаб аниқдаб бўлмайди. Рентгенологик текширувлар ташхисни аниқлашга ва даволаш усулини танлашга имкон беради.

Д а в о л а ш. Чикқан сонни ўрнига тушириш умумий наркоз остида миорелаксантлар ишлатилиб амалга оширилади. Чикқанни ўрнига солишда катгаларда ишлатиладиган усуллар қўлланилади (Жанелвдзе, Кохер). Кўшма жароҳатларда ва олдинги-юқори чиқишларда Сомихин усули тавсия қилинади (86-расм). Ўрнига солиш босқичма-боекич уч босқичда бажарилади:

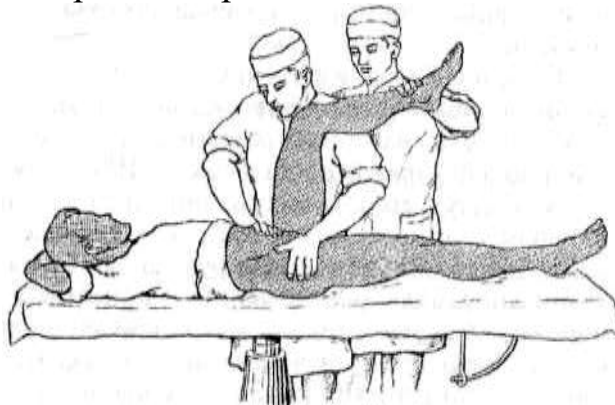
1.Жарроҳ. чиққан томондан беморга караб туради. Шикастланган оёқни тизза ва чаноқ-сон бўғимларида тўғри бурчак остида букади, болдир жарроҳ. елкасига кўйилади. Ёрдамчи оёқни болдирдан шу холатда ушлайди.

2.Шифокор бола чаногини икки қўллаб ёнбош суяги қирраларидан ушлайди. Кейин шифокор кадини ростлаб ёки оёқ панжаларида туриб, болдирни елкаси усти билан босади, шу тарзда сонни ўки бўйлаб чўзади. Шунда сон суяк бошчаси чўзиш ўки бўйлаб силжийди ва чик кан бошча ўрнига тушади.

3.Оёқ тўрриланади ва чиқиш бартараф қилинганч, гипс лонгета ёрдамида қотирилади ёки Белер функционал шинасига кўйилади. Чиқиш ўрнига туширилганч, назорат рентгенографиясини қилиш шарт. Иммобилизация муддати 3-4 хафта. Физиотерапевтик даво, ДЖТ ўтказилади. Сон суяги бошчасининг асептик некроз бўлишининг олдини олиш мақсадида оёқни тўлиқ босишга 5-6 х.афтадан кейин рухсат берилади, бу шикастланган кундан бошланади. Болалар сон чиқишини бошидан ўтказган бўлсалар, 2 йилгача диспансер назоратида бўлишлари шарт.

11 - б о б. ПЕРИФЕРИК НЕРВЛАРНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Периферик нерв устунлари орқа мия тармоқдари ҳисобланади, улар олдинги ва орқа илдизлар кўшилишидан ҳосил бўлади ва ҳар доим ўз таркибида сезувчан ва ҳаракатлантирувчи толаларни олиб юради. Бинобарин, периферик нерв устунни аралаш нерв ҳисобланади.



86-расм. Сомихин усулида чикқан сонни ўрнига

Нерв толаларининг регенерацияси. Периферию нерв устунининг травма механизидан катъи назар бугунлигининг бузилишвда уч сохани фарқ қилиш лозим, уларда патологик жараёнлар турлича бўлишига карамай, улар ўзаро кўшилиб, периферик нерв устунин жароҳатининг битишида ягона комплекс долила бирлашади: а) бевосита травма таъсир қилган соха; б) нервнинг периферик бўлаги жароҳатланган жойидан то периферик нерв толалари ва ишчи аъзогача; в) марказий бўлақдан то нерв хужайраларигача, шу ердан узилган нерв толалари бошланади.

Травмадан кейин дастлабки кунларда шикастланган нервда геморрагик имбибиция кузатилади, нерв толалари орасида эритроцитлар тўпланади, миелин ва цилиндрли ўқлардан парчалануш махсулотлари пайдо бўлади. Жароҳатланган нервнинг иккала учила ҳам дегенерация жараёни кетади ва леммоцитлар элементларининг парчалануши кузатилади (шванн хужайралари) ва бириктирувчи тўқима рўй беради: грануляцион тўқима ривожланади, унинг элементлари кон пигментлари ва парчаланган тўқима махсулотлари билан аралашади. Бунинг кетидан чандик ҳосил бўлади, аввалига, у нозик бириктирувчи тўқимадан иборат, аргирофил толаларга бой ва юпка деворли кон томирлар тўридан тизилган. Кейинчалик янги ташкил топган тўқима кам тўқимали, деворлари калин томирли чандик тўқимага айланади. Жароҳатнинг битиши билан бир қаторда чандик невротизацияга учрайди. Периферик нерв устуни жароҳатининг битиши (агар у ижобий бўлса) охир-окибатда унинг морфологик ва функционал узлуксизлигини тикланишидан иборат. Бу битишнинг мураккаб жараёни тўқима нуқсонининг тўлиги ва фаолият кўрсатадиган паренхиманинг периферик нерв регенерацияси, яъни ўқ цилиндрлари билан алмашилишидан иборат.

Анатомик-клиник нисбатларни аниқлашда, морфологик узлуксизликнинг тикланиши функционал узлуксизликнинг тикланиши эмаслигани унутмаслик керак ва периферик бўлакнинг невротизацияси гетероген ва гетеротроп бўлиши мумкин. Хусусан, у жароҳат чандикида иккиламчи ҳосил бўлган ингичка устунчалардан ташкил топиши мумкин.

К л и н и к а с и ва ташхислаш. Нервнинг шикастланиши турли даражада бўлиши мумкин, бошлангич клиник белгилар нерв устунларининг анатомик бутунлиги сақланиб қолганига карамай, унинг узилишидан дарак бериши мумкин. Шу муносабат билан қуйидаги қоида мавжуд: ёпиқ шикастланишларда клиник ҳулоса чиқаришга шўшилмаслик керак шуни эсда сақлаш керакки, нервнинг травмадан кейин дастлабки 2-3 ҳафтада функциясининг тўлиқ йўқолиши ҳали унинг анатомик узилганлигини тасдиқламайди. Нерв ўтказувчан-лигининг тўлиқ бузилишини, қисман бузилишини ва шикастланишдан сўнг 1 ойдан то бир неча йилларгача вахт мобайнида симптомлар динамикасини таҳлил қилиш асосида аниқланадиган регенерация синдромидан гашқари, жароҳлик нуқтаи назардан қуйидаги

симптомлар комплексный киёслаш мухимдир:

а) нервнинг босилиш синдроми, китикланиш симптомларининг тез кучайиши ва йўқрилиши, бу гематомадан босилса ёки қўл-оёқ артерияси шикастланганда шиш туфайли, гипс боғлами нотўғри кўйилганда, жадал ривожланган инфекцион жараёнда бўлади;

б) нерв чандикдар, суяк кадог-и ва шу кабилардан босилганда бу симптомлар хафта ёки ойлар мобайннда аста-секин ривожланади;

в) китиклаш синдроми, патологик жараённинг турли босқичларида кузатилади, асосан у ўз-ўзидан пайдо бўладиган оғриқ билан турли интенсивликда пайдо бўлади, шунингдек вегетатив ва трофик бузилишлар ривожланиши билан ўтади.

Клиник симптомларнинг хусусиятлари шикастланган соха ва айрим нервларнинг шикастланиш даражасига боғлиқ ва уларнинг хар бири учун типик хисобланади.

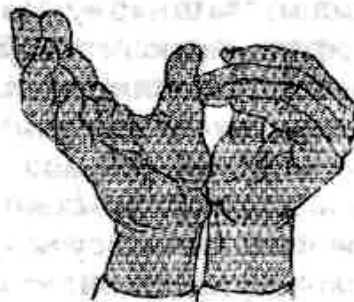
Билак нерви тўғридан-тўғри елка суягига тегиб ётади ва шунинг учун, кўпинча, елканинг ўрта учлигидан синганда бу нерв шикастланади. Панжа осилиб қолиб, унинг кафт орқаси ва ичкари томонида сезиш йўқолади (елка ва билак терисининг сезувчанлиги озрок пасаяди ва ташхислашда катта роль ўйнамайди).

Кафтда бир-бирига яқинлашиб турган бармоқдар орасини очишга харакат қилинса, ожизона букилади (панжанинг ёзувчи мушаклари фалажи оқибатида), панжа ёзилмайди (ёзувчи мушаклар фалажи оқибатида), I бармоқ кўтарилмайди (87-88-расмлар).

Тирсах нерви шикастланса, беморда, чукур суяклараро мушаклар атрофияси хисобига «чангак панжа» ривожланади: асосий фалангалар ёзилганда — ўрта ва тирнок фалангалари кафтга букилади. Панжа мушт қилинса, IV ва V бармоқдар букилмайди. Панжанинг кафт орқа-ички ва кафт юзаси, IV бармоқ терисида ва гипотенар соҳасида тулик анестезия кузатилади (89-расм).

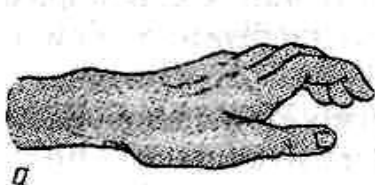
*Оралик яе/??*нинг шикастланишида панжанинг пронацияси ва кафт томонга буқилиши бузилади, шунингдек I, II ва III бармоқлар буқи-лиши бузилади. I бармоқни бошқа бармоқларга карама-карши кўйилганда нормал кўпми-озми унинг бармоқларга яқинлашиши кузатилади. Мушаклар атрофияси, айникса, тенар қисмида кўпрок бўлади. Сезиш кафтнинг билак томонида, Н-ГУ бармоқлар учи сезмайди. Кафтнинг текисланиши оқибатида ва I бармоқни бошқа бармоқларга карама-карши кўя билмаслик натижасида панжа «маймун панжаси»га ўхшаб қолади (90-расм).

Сонтрвишг шикастланиши тизза бўғимида болдирнинг мутлако сезилмаслигига, сон буқувчи мушакларининг сустлигига, соннинг 4 бошли мушакларининг атрофиясига ва тизза рефлексининг йўқрилишига олиб келади. Бундан ташқари, соннинг олдинги томони ва болдирнинг олдинги-ички томонида анестезия кузатилади (91-расм).

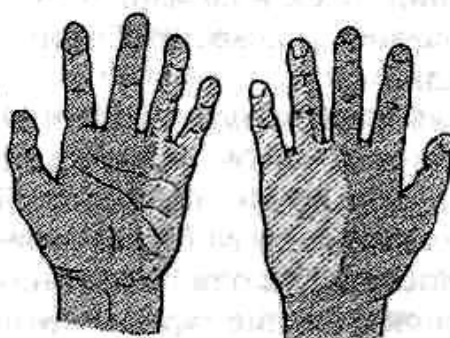


87-расм. Билак нерви шикастланганда кафтнинг ҳолати.

88-расм. Билак нерви шикастланганда функционал синама (кафтлар ёзилганда бармоқлар беихтиёр букилади).



a

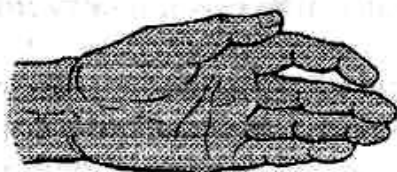


b

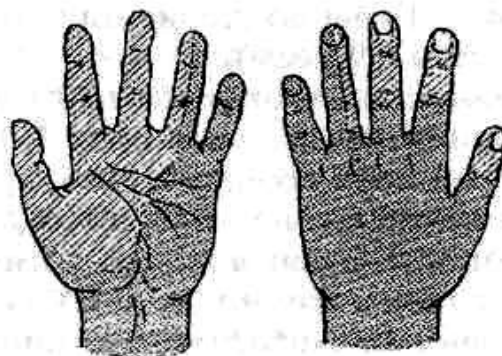


v

89-расм. Тирсак нервнинг шикастланиши. *a* — «чангак панжа»; *b* — сезувчанлик йўқолган соҳа; *v* — функционал синама (панжани мушт қилинганда IV ва V бармоқлар букилмайди).



a



b

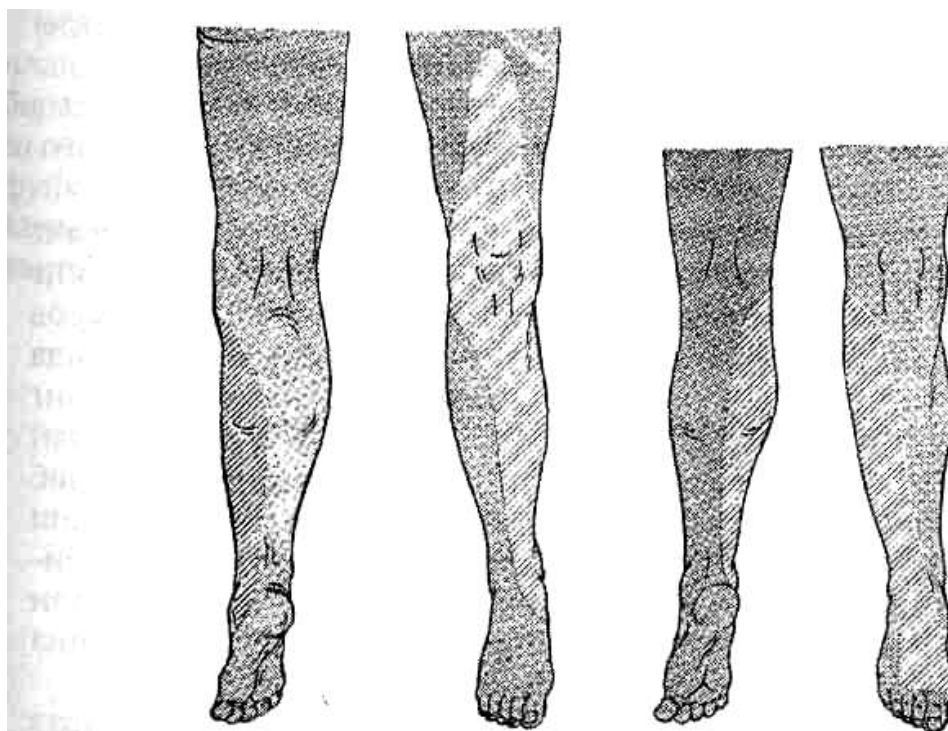


v

90-расм. Оралиқ нервнинг шикастланиши. *a* — панжанинг «маймун оёғи» кафтига ўхшаш ҳолати; *b* — сезиш бузилган соҳа (доира); *v* — функционал синама (панжа мушт қилганда I ва II бармоқлар букилмайди).

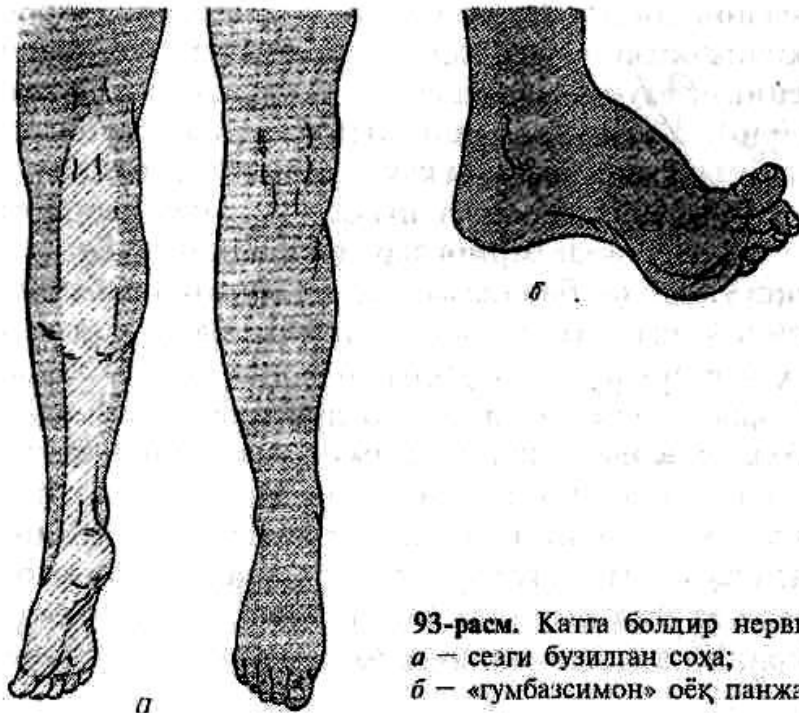
Кичик болдир нервиши шикастланиши бошқаларга нисбатан кўпрок учрайди, айникса, кичик болдир суюгининг бошчаси синганда, чунки бу нерв оёқ панжасининг ёзувчи мушакларни, бармоқдарни ёзувчи ва панжани ташқарига айлантирадиган мушаклари нерв билан таъминлайди, у шикастланганда юқорида кайд қилинган функциялар бузилади: товонда босиб юриш имконияти йўқолади, панжа пастга ва ичкарига буралади, бемор юрганда бармоқдари ерга илинади. Бундай беморлар химоя йўлига ўтади: хар бир кадам босганида панжани баланд кўтаради. Бир вақтнинг ўзида тизза ва чаноқ-сон бўғимларини хаддан ташқари букади. Бу хаммаси ўзига хос характерли юришга олиб келади: бемор тўғри йўлдан юрганда хам, худди зинапоядан кўтарилаётгандай юради. Агар кичик болдир нерви икки томонлама шикастланган бўлса, унда кадам ташлаш яна кўпрок ўзига хос бўлади, бунинг оқибатида «от юриш» номини олган юриш кузатилади. Букувчи мушакларнинг доимий кучи кўплиги панжаларда контрактура бошланиб, панжа от туёги шаклига киради ва бир вақтнинг ўзида супинация ҳолатида бўлади. Сезиш болдирнинг ташки томонида ва панжанинг юза томонида бузилади (92-расм).

Катта болдир нервинг шикастланиши. Одатда, болдир нервининг шикастланиши оёққафтини ва бармоқдарини букувчи ва оёққафтини ичкарига айлантирувчи мушаклар фалажини чакиради. Товон рефлeksi хамда болдирнинг орка томонида, фалангаларнинг охирги қисмлари



91-расм. Сон нервининг шикастланишида сезги бузилган соҳа.

92-расм. Кичик болдир нерви шикастланганда сезгининг бузилиш соҳаси ва оёқ панжасининг осилиб қолиши.



93-расм. Катта болдир нервнинг шикастланиши.
a — сезги бузилган соҳа;
б — «гумбазсимон» оёқ панжаси.

сиртида сезувчанлик йўқолади. Болдир мушакларининг орқа гурухда ва оёқ кафги мушакларида атрофия ривожланади. Суяк орасидаги мушакларнинг фалажи сабабли оёқ кафти «чангалсимон» кўринишда, ёзувчиларнинг контактураси оқибатида эса — «ёйсимон» кўринишда бўлади. Бармоқларда юришнинг иложи бўлмайди. Нерв жароҳатланганда каузалгия ва вазомотор секретор-трофик бузилишлар кузатилади (93-расм).

ЕЛКА ЧИГАЛИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Елка чигалининг шикастланиши, кўпинча, ўмров суягининг синиши ва елка бўғимининг чиқиши билан кечадиган жароҳатнинг билвосита механизми оқибатида кузатилади. Елка чигалининг ўмров усти бўлимида ва унинг иккиламчи тизимларининг ўмров остида топографик жойлашиши, кўпинча, елка читали шикастланишининг ўмров ости ва қўлтиҳости артериялари, веналари, плевра, ўпка билан кўшилиб аралашган шикастланишларини ташкил қилади. Бу кўшилиб келган шикастланишлар елка чигалининг жароҳати симптоматикасини ёпиб, бутун дикдатни ўзига жалб қилади. Катта миқдордаги крн куйи-лишлар елка чигалини шикастлантиради, крн куйилиши сўрилгандан кейин аста-секин елка чигалининг жароҳати хуружлари кўрина бошлайди.

Тўш-ўмров-сургичсимон мушагининг ташки чети бўйича ўрта пастки қисмлари чегарасида бўйиннинг жароҳатида елка чигалининг устки қисми — илдизчалар соҳаси шикастланиши мумкин. V ва VI бўйин илдизчаларининг шикастланиши дельтасимон, иккибошли, елка ва

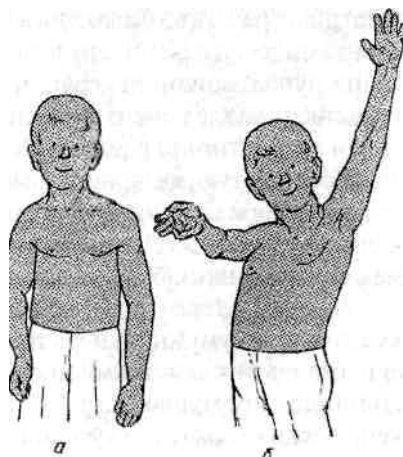
елка-билак мушакларининг харакати йўқрилиши билан характерланади. Кўпинча курак усти ва ости мушаклари ҳамда олдинги гишсимон ва орқанинг сербар мушаклари иннервациясининг бузилиши кузатилади.

Ички тизимни ташкил киладиган елка чигалининг пастки қисми илдизчалари шикастланганда тирсакнерви ва қисман ораликнервининг функцияси бузилади. Бунда қўл панжаси ва бармоқларининг майда мушаклари фалажланади.

Билак ва қўлтик ости нервларидан хосил бўлган иккиламчи орқа тизимнинг шикастланиши учбошли мушак панжа ва бармоқларнинг ҳамма ёзувчилари функциялари билак нервига хос сезувчанлик ва қўлтикости нерв функцияси бузилади. Баъзан кўкрак қафаси сиртки нервининг функцияси йўқрилиши оқибатида орқанинг сербар мушаклари фалажи кузатилади.

Бутун елка чигали ўтказувчанлиги тўлиқ бузилиши туфайли шикастланганда (яъни, учала бирламчи пояларнинг ёки чигалининг бешала илдизчаси) қўлнинг суёт фалажи ривожланади, бунда пай ва периостал рефлекслар, елка камарининг ва кулларнинг ҳамма эркин ҳаракатлари йўқолади. Бутун қўлда (дельтасимон соҳанинг юқори қисми ва елканинг ичкари юзасидан ташқари) анестезия ҳолати, кафт олди бўшмигача бўшмушак сезгисининг йўқрилиши кузатилади. Елка чигалининг айрим тизимлари шикастланиши унингдаражасига караб синдромларга бирлаштириладиган симптомлар билан характерланади.

Эрба-Дюшен фалажи ёки юқори фалаж синдроми, V ва VI бўйин илдизчалари (улардан чигалнинг юқори тизими шаклланади) ёки бирламчи юқори тизим шикастланганда юзага келади. Елканинг ротацияси ва очилиши мумкин бўлмадлиги, юқорида айтиб ўтилган мушакларнинг функцияси бузилиши оқибатида билакнинг букила олмаслиги билан характерланади. Кафт ва бармоқларнинг кўп ҳаракатлари ҳамда кафтнинг чангаллаш функцияси сақланиб қолади (94-расм).



94-расм. Эрба-Дюшен фалажи. Беморнинг ташки курилиши;
б — функционал синаш — қўлни кўтаришга кийналиши

Клюмпке-Дежерж фалажи ёки пастки фалаж синдроми, VIII бўйин ва I кўкрак илдизчалари ёки чигалнинг бирламчи пастки тизими шикастланганда юзага келади. Елка, билак ва кафтнинг ичкари четлари сезувчанлиги бузилиши билан боғлиқ. холда кафт ва бармоқдарнинг букувчилари ва майда мушакларнинг фалажи билан характерланади. Кўпинча Горнер синдроми хосил бўлади.

Акушерлик фалажи — болаларда кўп учрайдиган ва тугрук шикастлари билан боғланган сует фалажларнинг кўринишларидан бири. Сабаби елка чигалининг шикастланиши.

Жароҳатнинг оғир-енгиллигига караб акушерлик фалажи тўрт типга бўлинади:

1) юқори илдизчали тип (Эрба Дюшен фалажи); 2) пастки илдизчали тип (Дежерин-Клюмпке фалажи); 3) чигалнинг тўлиқ фалажи; 4) аралаш тип.

Эрба-Дюшен фалажи кўпрок учрайди. Клиник манзарасида дельтасимон, иккибошли, елка ва тумшуксимон елка мушакларининг шикастланиши устунлик килади. Бу холларда кафт ва бармоқдарнинг нормал харакатчанлиги сақланган холда, бола елка бўғимини актив оча олмайди, горизонтал холатдан баландрок кўтара олмайди, орқага юрита олмайди, билак супинацияси кескин чегараланган. Пассив хара-катлар (аввалига тўлиқ хажмда бўлиши мумкин) жароҳатланмаган мушакларнинг қисқариш крбилияти сақлангани холда контрактура окиба-тида кейинчалик у фақат маълум даражагача бажара олинадиган бўлади.

Дежерен-Клюмпке фалажи анча камрок учрайди; тўлиқ ва аралаш типлар яна хам камрокучрайди. Буларнинг хҳамма шаклларида, тўлиқ фалаждан ташқари, қўлни якинлаштириш ва билакнинг ичкарига ротацияси кўринишидаги контрактура ривожланади.

Акушерлик фалажини даволаш характери асосан фалажлик кўри-нишининг ривожланишига боғлиқ. бўлади. Агар улар арзимас бўлса, унда бугун диккат-эътиборни контрактура юзага келишининг оддини олишга қаратиш керак Агар фалажлик аломатлари бола туғилганиданокбиринчи ўринга чикса, даволаш шикастланган елка чигалининг харакатини тик-лашга йўналтирилиши керак Кўпгина жаррохдар мионевротизацияни таъминлаш ва харакатсиз мушакнинг функциясини ўзига оладиган мушак билан алмаштириш (Дедова-Печенкин жаррохлик муолажаси) макс-дида юмшоқ тўқималарнинг пластик жаррохлик муолажаси билан бирга кечрокбажарилишини катъий талаб киладилар. Консерватив муолажалар қўлнинг тўғри жойланишини, шиналашни, электро-, физио- ва механотерапияни, бальнеологик даволашни ўз ичига олиш керак

Жуда кўп холларда чигалнинг шикастланишида шундай ўзгаришлар кузатилиши мумкинки, нерв тизимларнинг бутунлигини тиклаш қийин ёки амалда тиклашга имкон бўлмайди. Икки бошли мушак сақланиб колганда, шу мушакнинг кучини бармоқдарнинг букувчи пайларга кенг фасция тасмасини кўчириш билан билакнинг чангаллаш харакатини

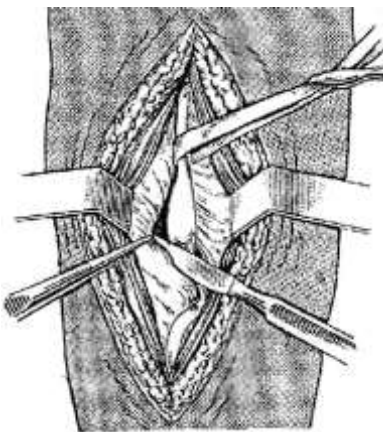
тиклаш мумкин (Чаклин методи). Ротация ва буришга халал берадиган пайларни (катга кўкрак ва курак ости мушаклари) кесиш кўринишидаги паллиатив жарроҳлик муолажалар, бўғим чала чиққанда эса тумшуксимон ўсимтанинг остеотомияси абдукция холатида бундан кейинги даволашнинг сифатини яхшилади. Дельтасимон мушакнинг тўлшчфалажида, бироқ трапециясимон мушакнинг хэракати сақланиб қолганда елка бўғимининг артродези мақсадга мувофиқдир: операциядан сунг қўл курак ҳисобидан ҳаракат килади.

Жарроҳлик муолажаси тикланаётган нерв толаларнинг шикастланган нервнинг марказий учидан периферияга кириб сингишига кулай шароит яратиш мақсадини кўзлайди. Бу куйидагича амалга оширилади: а) нерв тизимини чандиктўқимадан ажратиш; б) эпи- ва периневрал чатишмаларни ажратиб олиш; в) нерв тизимининг анатомик узлуксизлигини унинг учларини тикиш ёки гомо- ва аутопластика йўли билан тиклаш; г) нерв тизимининг суяк синишлари, ўсаётган гематома, нотўғри кўйилган гипс боғлами ёки юмшоқ тўқималарнинг шишиб эзилишини бартараф килмок

Невролиз — нерв тизимини атрофдаги чандикдардан ёки суяк кадогидан ажратиш (95-расм). Нерв юзаки жойлашганда нерв тизимининг тери-мушак чандигига кўшилиб кетишининг олдини олиш мақсадида кесиш чизиги нерв йўлига тушмайдиган қилиб, терини проекциядан ташқарида кесган маъкул.

Нервга чок кўйишнинг асосий курсатмаси унинг ўтказувчанлигининг тўликбузилиши ёки шунга яқин тиклаб бўлмайдиган даражада бузилишидир. Бунда: а) нервнинг бирламчи чоки, бунда чок жароҳ; атни бирламчи жарроҳушк ишлаш пайтида кўйилади; б) кечиктирилган чок бунда чок жароҳатга бирламчи жарроҳушк ишлови берилгандан кейин кўйилади.

Нерв анатомик тўлик узилганда унинг учларини тортиб таранг-лигини бартараф қилингандан сўнг нервнинг узилган четлари кўндаланг қисмда периневрий билан ўралган, яшашга лаёкатли аксонлар тутами аниқ, кўрингунча тозаланади. Тозаланган



95-расм. Невролиз жарроҳли муолажаси (чизма).

нервнинг кўндаланг кесим-ларини бир-бирига аниқ, кўйиш, тутамлар буралмайдиган қилиб улар-ни зич қилиб такаш ва эпиневррий битиши учун шу ҳолатда керакли муддатга сақлаш жарроҳлик муолажасининг вазифаларига киради. Нерв оптик катталаштириш қўллан-май тикилганда 4/0 ипли атравматик

игна ишлатилади. Чоклар эпиневррийга кўйилади. Нервнинг ёпик шикастларида уни очиш жаррохлик муолажасини 4-6 хафталик муддатдан узоқ вақтга қолдириш мумкин эмас. Оптик катталаштиришни қўллаган ҳалда жароҳатланган нервни нозик препарат қилиш, эндоневрал кон очишни тўхтатиш ва чокни атравматик материал (8/0-10/0 ип) билан бажариш мумкин. Жаррохлик муолажасидан кейин кул гипс лонгета билан, нервга чок қўйилаётган пайтдаги нерв тортилишини бартараф қилиш ҳисобга олинган ҳолатда фиксация қилиниши керак

12 - б о б. СУЯК ВА БЎРИМЛАРНИНГ ОЧИК ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

СУЯКЛАРНИНГ ОЧИК СИНИШЛАРИ

Устидаги ҳамма юмшоқ тўқималар жароҳатланган синишлар — очик синишлар деб аталади. Тери крпламлари ва юмшоқ тўқималар бугунлигининг травматик агент таъсирида бирга бузилишига (жароҳат ва синиш бирга содир бўлади) бирламчи-очик синишлар дейилади ҳайда юмшоқ тўқималар ва тери суяк синиқлари билан ичкаридан жароҳатланиши натижасида содир бўладиган синишларга иккиламчи-очик синишлар дейилади.

Таянч-ҳаракат аппаратининг ҳамма жароҳатлари ичида очик синишлар 8-10% ни ташкил этади. Бундай синишларда жароҳатланган-нингхаётига, аввало, кон кетиш ва шок кейинчалик эса ярага инфекция тушиши энг катта хавф тугдиради. Тўқималар жароҳатининг даража-си ва катталиги муҳ.им аҳ,амиятга эга, чунки асосан очик синишларни даволаш оқибат-натижани белгилайди. Мажакланган ва яшаишга лаёқат-сиз тўқималар канчалик кўп бўлса, оқир инфекция асоратлар шун-чалик юқори бўлади.

А.В.Каплан ва О.Н.Маркова таснифига кўра очик синишларда юмшоқ тўқималарнинг жароҳат оғирлиги учта дастлабки рим ракам-лари ва рус алифбосидаги биринчи бош харфларнинг ҳар хил бирикма-лари билан белгиланади (рим ракамлари яранинг катта-кичиклигини, харфлар турини, оғирлик даражаси ва юмшоқ тўқималардаги жароҳат кенглигини белгилайди); А — юмшоқ тўқималарнинг енгил чегара-ланган жароҳати, бунда ҳаётчанлиги бузилмаган ёки кам ўзгарган (масалан, санчилган ва чопилган яралар); Б — ўртача оғирликдаги юмшоқ тўқималарнинг жароҳати, бунда ҳаётчанлиги бутунлай ёки қисман чегараланган зонада бузилган. Кўпинча, бу урилган ёки йир-тилган яралар; В — юмшоқ тўқималарнинг оғир жароҳати, бунда ҳаётчанлиги катта ўлчамларда бузилган. Очик синишларнинг 1А, НА, П1А типларида юмшоқ тўқималарнинг ҳамма катламлари одатда силжиган суяк бўлаги суқилиши йўли билан шикастланади. Очик синишларнинг 1Б, ОБ, ШБ типлари терининг урилган яраси ва остидаги тўқималарнинг катта ўлчамларда шикастланиши билан характерланади; ури-лиш шикастланган майда ва ўртача крн томирларидан анча крн очиши билан боради. 1В, НВ, ШВ

типидаги синишлар тери нуқсонининг катта-кичиклигидан катъий назар юмшоқтўқималарнинг кенг қўламда мажакланиши билан фарқ қилади. Билакнинг синиши, кўпинча, синиқларнинг анча силжиши билан бўладиган катга ёки майда синиқди бўлади. Синишларнинг клиник-анатомик хусусиятлари травма меҳан-низмида тўқималарнинг эзилиши билан боғлиқ; бўлади.

IV типдаги очиқ диафизар синишларда суяк ва юмшоқтўқималар мажакланиш, майдаланиш ва эзилиш ёки магистрал артерияларнинг шикастланиши натижасида қўл-оёқнинг ҳаётчанлиги бузилади.

Ҳар бир очиқ синишни бактериал — ифлосланган деб ҳисоблаш лозим. Яранинг микроб инвазиясида яранинг инфекцион асорати (йиринглаши, чириши, анаэроб, кркдюл) ривожланиши мумкин.

Инфекцион асоратларнинг ривожланиш омилларига жароҳдгнинг катталиги, ҳаётчан тўқималар бўлиши, қрн айланишининг ва трофиканинг бузилиши, иммунитетнинг пасайиши киради.

Очиқсинишда ҳар қандай катталиқдаги яра бирламчи тозаланиши керак. Жарроҳлик муолажасини ўтказишнинг оптимал вақти жароҳатдан кейинги биринчи (6-8) соатлардир.

Яранинг бирламчи жарроҳлик тозаланишида муглак кўрсатмалардан ташқари (магистрал артерияларнинг жароҳатланиши) жгутдан фойдаланмаслик керак. Яранинг инфекцион асоратлари профилак-тикасида ҳамма некрозланган ва ҳаётга ноқобил тўқималарни олиб ташлаш асосий бўлиши керак. Юмшоқ тўқималар ярасини тозалаш бирламчи жарроҳлик тозалаш қоидаларига мувофиқ ўтказилади.

Суякларни жарроҳлик тозалашда ифлосланган ўртача ва катта синиқлар олиб ташланади, антисептиклар, антибиотиклар билан ишлов берилади, ифлосланган жойларни кесиб ташланади. Эркин ҳолатдаги катта суяк парчаларини олиб ташлаш ҳатодир. Фасцияга чок қўйилмайди. Операция сўнггида яра атрофи антибиотиклар билан инфилтрацияланади. Бирламчи жарроҳлик тозалашнинг мантиқан хотимаси *бирламчи чокаёў*. Ярани зичлаб тикиш қарори фақат инфекцион асорат чиқар-маслигига тўла ишонилганда қабул қилиниши лозим. Магистрал томирлар жароҳатида тўқималари ажралаётган кенг микёсда мажакланган ифлосланган яраларга, ярани кечиктирилган жарроҳлик тозалашда, агар жарроҳлик муолажасига антибактериал терапия ўтказилмаган бўлса, бирламчи чок зич қўйилмайди. Тери жароҳати катта бўлса, тери некрозининг олдини олиш ёки бирламчи тери пластикасини бажариш учун яра четларидан атрофга бўшаштирувчи кесмалар қилинади. Яра тикилгандан сўнг уни қўллаб туриш, йиғиладиган қрн ва яра сувининг чиқиб кетиши учун ярада дренаж қолдирилади.

Агар бирламчи чок жарроҳлик муолажасидан кейин шу захоти қўйилмаган бўлса, яранинг очиқ қолдирилиши вақтинча бўлиши

Узун найсимон суякларшиг очикх (ўц отар курулга алокхасиз) диафизар ва метафизар синишларининг таснифи (*Ае .Жаплан ва л ж.н аркова бўйича*)

Синиш жойи	Елка, тирсак билак сон, катта болдир ва кичик болдир суякларининг юк;ори ёки пастки метаэпифизи. Елка, тирсак билак сон, катта болдир ва кичик болдир суяклар диафизининг кжори, ўрта, пастки учдан бир қисми			
Синиш тури	Юнийишк кўндаланг, вшпсимон, катта парчали, майда парчали, кўшалок (бўлаклари силжиган ва силжимаган)			
Жароҳат (яра) тури, тери ва тери остидаги тўқималар жароҳдти табиати	Яра ўлчами			
	I	II	III	IV
	Нуқтасимон ёки кичик (1,5смгача)	Уртача (2-9 см)	Катта (10 см ва юкори)	Аловдда (ўта оғир)
	A. Оғир бўлмаган	ПА	ША	Қўл-оёқ,нипг
	чегараланган жароҳатлар			хаётча!шиги бузилиши билай (майдаланган суяклар ва кепг майдонда юмшок гўкд-маларниш'
Б. Ўртача оғирликда - юмшоҳ тўқималарнинг урилган йиртилган яралари	1Б	ПБ	ШБ	эзилиш, йирик магистрал томир— артерияларнинг шикастлаишпи)
В. Оғир - юмшок тўқималарнипг мажакланган ва эзилган яралари	ГО	пв	ПГО	

керак Жарроххлик муолажасидан сўнгги 3-5 суткадан кейин кўйилган чоклар бирламчи — кечикт прилган т§ номланади. олар ярада грануляция пайдо бўлгунга кддар, яра инфекцияси аломатлари бўлмаган такдирда ва шикастланганнинг умумий а\воли коникарли бўлганда кўйилади.

7-14 сутка ичида грануляцион тўҳима пайдо бўлиб, некротик тўқималардан тозалангандан кейин кўйиладиган чоклар иккиламчи эрг а чокларцеб аталади. олар грануляцияларни кесмасдан кўйилади, лигатуралар грануляцион тўқима остидан ўтказилиб, яра четлари

жуда якинлаштирилади, чунки х.али калин чандик тўқимаси шаклланмаган бўлади.

Баъзан яра жараёни узок, кечади. Бу вақдта келиб кенгайган фануляция ва калин чандик тўқимаси хосил бўлади. Яра четларининг силжиши жуда чегараланиб қолади ва уларни якинлаштириш *дийин бўлиб, ярани «янгилаш» учун грануляция ва чандик тўқималарни кесишга тўғри келади, шундан кейин тикилади. 2 х.афта ва ундан кейин кўйиладиган чоклар *кечиккан иккиламчи чоклар* деб аталади.

Иккиламчи чоклар ҳамма турларининг кўйилишига асосий кдоши кўрсатма ўткир йирингли яллиғланиш ва жабрланганнинг оғир ахволи хисобланади. Очиқсинитшюрнинг жаррохликтозаланиши синиқдарнинг репозицияси ва уларнинг мустахам фиксацияси билан якунланиши керак Бунинг учун ёпик синишлардаги каби гипс боғламларидан, скелетни узунасига чўзишдан, компрессион-дистракцион остеосинтез аппаратларидан фойдаланилади.

Очик синишлардаги хар бир усулнинг ўз кўрсатмалари бўлади. Экстремедуляр остеосинтез металл конструкцияларга кўрсатмалар кдтгий чекланган бўлиши керак Бирламчи остеосинтез ифлосланган жароҳатларда, катта х,ажмли ва эзилган жароҳатларда ман этилади. Шок х,олатида ёки қон окҳанда ҳам остеосинтез қилиш мумкин эмас. Бирламчи остеосинтезни асосиз кенгайтириш оғир жароҳат инфекциясига олиб келиши мумкин.

Беморнинг ахволи енгиллашгач, юмшок тўқималар жароҳатлари битгач, синган суяк бўлаклари қониқарсиз турган бўлса унда кечиктирилган остеосинтез кҳлинади.

Очик ва инфекцияланган суяк синишларни даволашда келажаги бор усул компрессион-дистракцион аппарат хисобланади. Бу усулни ишлатишнинг анча афзалликлари бор, биринчидан, синган юзада металл конструкция йўХ, иккинчидан, инфекция ривожланиш хавфи оз ва учинчидан, суяк бўлаклари тургун отирилган ҳолатда туради ва жароҳатни доимий назорат қилиш имконияти бор.

Гипс боғлами билан тахтакачлашнинг ўзига хос ютуқлари бор: беморни парвариш кҳилишда кулайликлар ва транспорт воситасида жўнатиш, дарчасимон гипс боғлами кўйилганда ярани назорат қилиш мумкин. Очик синишларни даволашда доимий скелетдан тортишнинг ўз афзалликлари бор: яра жараёнини назорат қилиш ва суяк бўлақларини тўғрилаш.

Жароҳат инфекциясининг олдини олишда танланган усул жаррохлик билан антибиотик терапияни баробар олиб бориш хисобланади. Катта юзадаги тўқималар эзилган жароҳатда инфекция тушиш хавфи кўп бўлса, унда вена қрн томирига антибиотик юбориш мақсадга мувофиқдир. Сўнгги пайтларда травмадан кейинги остео-миелитни даволашда артерия қрн томирига ёки эндолимфатик антибиотикларни юбориш яхши натижалар бермокда.

БЎҒИМЛАРНИНГ ОЧИК ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Очик ёки бўғим бўшлигига кирган жароҳатларга бўғим очилишига олиб келган жароҳатлар киради. Юмшоқ тўқималарнинг шикастланиш характериға караб ва бўғим ичи суякларининг синиши, бўғимларнинг очикжароҳатланишини куйидаги гуруҳларга бўлиш мумкин:

1. Санчилган ёки санчилиб-кесилган атрофлари яқинлашиб беқилган бўғим жароҳатлари.

2. Атрофи очик жароҳатлар ёки очик чиқишда пайдо бўладиган жароҳатлар.

3. Бўғим юзаларининг очик синиши (бўғим ичидан очик синишлар).

Санчилган ва санчилиб-кесилган жароҳат канали тор бўлса, унда юмшоқ тўқималар камрок шикастланади, одатда, бўғим бойламлар, йирик кон томирлари ва бўғим юзалари шикастланмаган бўлади. Жароҳат бундай холларда кам инфекцияланади.

Агар жароҳатлар катта бўлиб, очилиб турса, бўғимларда очикчиқиш рўй берса, юмшоқтўқималар анча шикастланади (бўғимни озик-лан-тирувчи бойламларнинггузилиши, бўғим тоғайининг шикастланиши). Жароҳатнинг инфекцияланиши анчагина кўп учрайди.

Бўғимларнинг очик шикастланиши нафақат юмшоқ тўқималарнинг жароҳатланишиға, балки жароҳатнинг инфекцияланишиға ҳам боғлиқдир. Катта бўғимларнинг инфекцияланиши ва уларда йирингли яллиғланиш ривожланиши жуда хавфли хисобланади (чанок-сон ва тизза бўғимлари). Бундай х.олларда, кўпинча, беморнинг умумий ахволи оғирлашиб сепсис, септикопиемия ривожланади.

Т а ш х и с и. Бўғимлар жароҳатланганда аввало жароҳат бўғимни тешиб ўтганми ва бўғим тўқималарининг шикастланиш даражасини аниқлаш керак. Бу масалада санчилган жароҳатларнинг терини кам шикастлантириб, жароҳат йўлининг торлиги аниқ, ташхис қўйишни кийинлаштиради. Бундай шикастланишларда жароҳат хажмининг кичиклиги, яра қирраларининг ёпишиб қолиши туфайли, бўғим суюк-лиги жароҳатнинг берқилиб қолиши натижасида окиб чикмайди. Бошқа характерли белгиларидан бўғимга кон куйилиши натижасида у анча шишади. Уни пайпаслаганда оғриқ пайдо бўлади ва харакатлантирганда у кучаяди. Жароҳатни тафтиш (ревизия) кдпинганда бўғим суюклиги окиб кетганлиға маълум бўлади.

Жароҳат ланг очилиб турган бўлса, бўғим суюклиги, кон ва яллиғланиш натижасида пайдо бўлган суюкликнинг чиқиб кетиши оқибатида бўғимда шиш камрок бўлади. Бунда бойлам жароҳатдан ажраладиган сероз-геморрагик суюклик билан бўкиб қолади. Агар бўғим ичида синиш рўй берган бўлса, унда бўғимда деформация, суяк бўлакларининг гирчиллаши кузатилади.

Хамма лолларда хам бўғимни рентгенография килмок зарур, бу бўғим юзаларининг шикастланиш даражасини, бўғимда ёт нарсаларнинг борлиги ва хаво тўпланганлигини кўрсатади.

Д а в о л а ш. Бўғим бўшлигига ўтган очик жароҳатланишларда ўз вақтида ва обдон ярага жаррохлик ишлови бериш керак Юмшоқтўқи-маларни кесиб ташлашда бўғим халтасини тўлиқ тикишни инобатга олиш керак чунки бўғим бўшлиги очик қолдирилса, унинг йиринг-лашига олиб келади.

Атрофлари ёпишиб қолган, юмшоқтўқималар кам шикастланган санчилган жароҳатларда ва суяклар шикастланмаган бўлса, жаррохлик ишловида жароҳатнинг атрофини ва деворларини тежаган холда кесиб ташланади, бўғим халтаси ва синовиал парда жароҳат канали атрофида кенгайтирилиб, ярада тафтиш (ревизия) ўтказилади. Ярага ишлов берилгач, каватма-кават тўлиқ тикилади. Жаррохлик ишлови берилгач бўғим 10-12 сутка давомида гипс лонгетаси ёрдамида тахтакачланади (чоклари олингунча).

Ланг очилиб турган бўғим жароҳатида, шунингдек очик чиқишларда, бўғим юзалари синганида ярага обдон жаррохлик ишлов берилиб, атрофларини ва яра бўйлаб деворларини тежамли киркиб ташланади. Бўғим бўшлигида обдон тафтиш ўтказилади, ётжисмлар ва суяк бўлакчалари олиб ташланади ва майда кон томирларидан оқаётган кон батамом тўхтатилади. Синган суяк қирралари ўрнига кўйилиб, кетгут ёрдамида қотирилади.

Агар суякларнинг бўғим учлари анча шикастланган бўлса, унда бирламчи тежамли резекция (бўғим юзасини киркиб олиб ташлаш) қилиш мақсадга мувофиқдир. Бўғим бўшлиги антисептик эритмалар билан ювилади. Яра каватма-кават тикилиб, бўғимга гипс боғлами кўйилади. Бўғимларнинг санчилган жароҳатларини навбатдаги даволаш инфекция бор-йўқдиги ва бўғимлар юзасининг шикастланиш даражасига караб олиб борилади.

Бўғимда кон ва суюклик йиғилса, уни пункция қилиб олиб ташланади. Агар сероз экссудат йиғилса, пункция, бўғимни антисептик эритмалар билан (фурациллин эритмаси) ювиш кифоя, бўғимга антибиотик юборилади. Инфекция ривожланса, унинг бошлангич босқичида бўғимга иккита калин игна тикиб ювиш яхши натижа беради.

Агар яллиғланиш жараёни йирингга айланса (бўғим х.ажмининг катталашishi, терининг кизариши, оғриқ.нинг кучайishi, бўғимдан йирингли экссудатнинг чиқиши ёки пункция ёрдамида олиниши, бемор умумий ах.волининг оғирлашиши), бўғимни очиш, унинг бўшлигини дренажлаш ва доимий актив оқиб турган сув сўрувчи ёки электр сўрувчи аппарат ёрдамида тортиб олиш керак бўлади.

Агар интоксикация белгилари пайдо бўлиб, улар тез кучайса, унда жаррохлик муолажаларини тезлаштириш керак Бўғимда эмпиема бўлса, кенг артротомия қилиниб, бўғимнинг хамма бўлимларидан йиринг

чиқишига шароит яратиш керак Агар пан- ва остеоартрит септик холат билан кечса, унча бўғим юзасини иккиламчи резекция қилиш керак Остеомиелит рўй берса, унда суякларнинг бўғим учлари резекция қилинади. Резекциядан кейин хосил бўлган суяк бўшлиқларига дренаж найчалар қўйиб, антисептик (антибиотиклар) эритмалар билан доимий ювилиб ва суриб турилади.

Артрит оғар ўтиб, сепсис билан кечса ва яра оқибатида хрлсизлик рўй берса, иккиламчи ампутация қилишга тўрри келади, гарчи бўғимларнинг очик синишида бу муолажа оғир ва нохуш даво тадбири бўлсада, септик оғар холатда бундан бошқа чора йўқ..

Бўшмлар очик жародатланганда кузатиладиган асоратлардан - бу деформацияловчи артроз, контрактулар, анкилоз, бўғимларнинг шалвираб қолиши ва одат тусига кирган чиқишлар (суяк нуқсонларида) хисобланади.

13 - б о б. КЎЛ-ОЁҚЛАР АМПУТАЦИЯСИ ВА УЛАРНИ ПРОТЕЗЛАШ

АМПУТАЦИЯ

Ампутация — қўл ёки оёқни суяклари билан кесиб олиб ташлашдир. Агар қўл ёки оёқ, бўғим юзасидан кесиб ташланса, буни экзартикуляция дейилади.

Ампутация сатхи ва усули масаласига индивидуал ёндашиш керак Шикастланиш характери, касаллик ва шикастланганнинг ахволи инобатга олинади.

Дозирги пайтда кўп ортопедлар ампутация чегарасини аниқлашда Пура-Верта ва Юсевич таклиф қилган ампутация қилиш схемалари мақсадга мувофиқ эмас деб хисоблашади. Баъзан жаррох. ампутация дастлабки ёки узил-кесиллигини ўзи аниқлаши керак Дастлабки ампутация — жародатга кенгайтирилган жаррохлик ишлови бериш, бу ампутациянинг зарур чегарасини аниқлаш мумкин бўлмаганда қилинади. Узил-кесил ампутациядан кейин реампутация қилинмайди. Ампутацияга муглак ва нисбий кўрсатмалар мавжуд.

Мутлак к ў р с а т м а ларга куйидагилар киради:

- оёқ ёки қўлнинг узилиб фақат тери ёки бойламда осилиб колса;
- оёқ ёки қўлнинг очик шикастланиб, суяклар майдаланган, мушаклар мажакланган, кон томирлар ва нерв толалари узилиб, тиклаш мумкин бўлмаганда;
- бемор хаётига такдид соладиган оғир инфекция борлиги;
- келиб чиқиши ҳар хил (тромбоз, эмболия, облитерацияловчи эндартериит, диабет, совуқ.уриш, куйишлар, электрдан шикастланиш) оёқ-қўл гангренази;
- хавфли ўсмалар;
- -оёққўлнинг куйиб қолиши;
- А м п у т а ц и я г а н и с б и й к у р с а т м а лар куйидагилар:
- даволаш наф бермайдиган узоқ, битмаётган трофик яралар;
- хроник остеомиелитда ички аъзолардаги амилоидоз белгалари;

- тугма ёки хаётда орттирилган окир ва тўғрилаб бўлмайдиган деформациялар;
- суякларнинг катта нуксонларм, уларни аппаратлар ёрдамида протезлаш мумкин бўлмаганда;
- қўл-оёқларнинг тугма ривожланмаганлиги, улар протезлашга тўскинлик килади.

Кўрсатмалар асосланган бўлиб, касаллик тарихида қайд этилиши керак Жаррох, ампутацияни режалаштириши билан бир каторда кейинчалик қўл ёки оёқни протезлашни ҳам ўйлаши керак

Куйидаги ампутация турлари бор: бирламчи, иккиламчи, кечиктирилган ва қайта ампутация (реампутация).

Бирламчи ампутация ёки бирламчи кўрсатмалар билан қилинган ампутация, буни яраларга бирламчи жаррохлик ишлов берилганда эзилган, яшай олмайдиган улик тўқималарни кесиб ташлашда қилинади. Бирламчи кўрсатмалар билан қилинадиган ампутация биринчи шошилиш жаррохлик ёрдам беришда инфекция клиник белгалари бошланмасдан оддин эрта муддатларда бажарилади.

И к к и л а м ч и а м п у т а ц и я консерватив ва жаррохлик даволаш усуллари ёрдам бермаганда қипинади. Иккиламчи кўрсатмалар билан ампутация хохлаган даволаш муддатида жароҳат асоратлашиб, бемор хаёти хавф остида колганида бажарилади.

К е ч и к т и р и л г а н деб, узоқ, муддатда яралар битмаса ва узоқ, муддат давом этган окмали хроник остеомиелитда, паренхиматоз аъзоларнинг амилоидоз билан зарарланиш хавфи бошланиб ёки узоқ, муддат даволаниб, ижобий натижа олинмаган, куп сонли анкилозлар бўлиб, нономал холатдаги оёқ-кулларня ампутация қилишга айтилади.

Қ а й т а а м п у т а ц и я л а р г а (реампутацияларга) илгари қилинган ампутация яхши натижа бермаганда ёки протезлашга чўлтоқ халакит берса, шунингдек бирламчи ампутациядан кейин тўқималарда некроз тарқалса, томирларнинг облитерация бўлиши ёки анаэроб инфекция кучайишида киришилади.

Ампутацияга бирламчи кўрсатмалар бўлса, уни тезкорлик билан бажариш керак Ампутация чегараси жароҳатнинг жойлашган соҳаси, беморнинг умумий ахволи ва мадаллий ўзгаришлар характериға боғлиқ.. Тезкорлик билан қилинган ампутациянинг асосий принципи, уни СОР-ЛОМ тўқима чегарасида бажариш ва беморнинг хаётини сақлаб қолиш-ға кафолат бўлганда ва операциядан кейинги давр ижобий тугаши керак

Тезкорлик билан ампутация қилинганда чўлтоқ узунлигини имкони борича сақлаб қолиш учун дистал қисмдан қилиш керак Болдирнинг қдска чўлтоғи (тизза бўғими ёригидан 4-5 см) сонда қдяинган ампуга-

цияга Караганда протезлашга кўпроқярайди. Болдир кдока чўлтогида протезда юрганда тиззада актив ҳаракатлар қилиш мумкин.

Сонда ампутация қилинганда дўнғлар (ЕБҮсопийНз тес! е1 ҮалегаН) чегарасида бажариш мумкин эмас, чунки чўлтокузун бўлиб, тиззада функционал протез конструкциясидан фойдаланиб бўлмайди. Хатто соннинг юқори қисмидан қилинган ампутация — қисқд чўлтоқ (3-4 см узунликдаги) чаноқ-сон бўғимидаги экзартикуляцияга нисбатан қисқа чўлтоқда махсус мослама билан қилинган протез, экзарти-куляцияда қилинадиган мураккаб протездан қулай ҳисобланади.

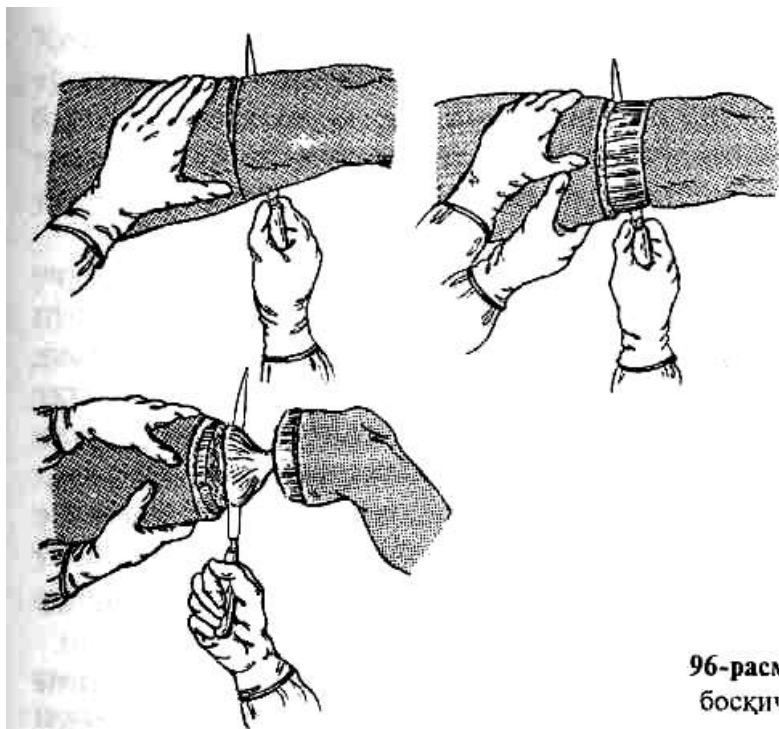
Ампутацияни наркоз остида қилигани маъқул. Одатда, уни ампутация чегарасидан 10-12 см юқорида қўйилган жгут остида қилинади. Йирик қрн томирлар жароҳатланганда (эндартериит, атеросклероз) ёки анаэроб инфекция сабабли (газли гангрена) жгут қўйил-масдан қилинадиган ампутациялар бундан мустасно. Магастрал артерия ва вена томирлари кетгут ёрдамида боғланади.

Оёқва қўл ампутацияси тўрт босқичга бўлинади: 1) тери ва бошқа юмшоқ тўқималарни кенгайтириб кесиш; 2) суякни кесиш; 3) ярага ишлов бериш, қон томирларни боғлаш, нервни кесиб ташлаш; 4) ярани тикиш.

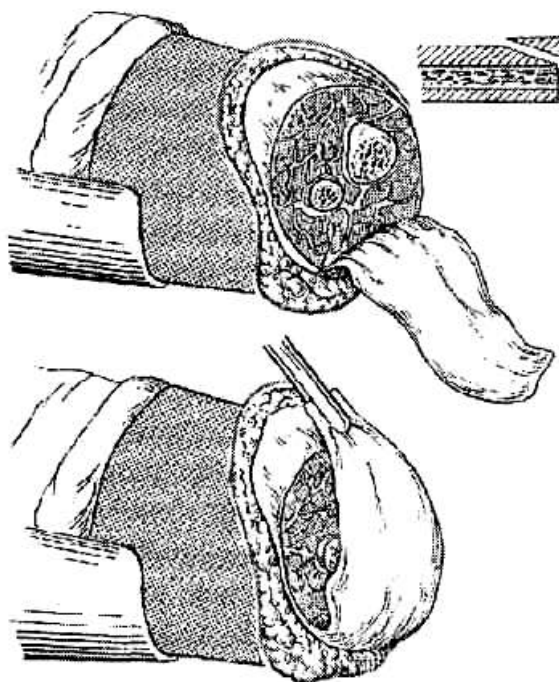
Типик ампутациялар усуллари юмшоқ тўқималарни кесишда айлана ва қурокди турларга бўлинади. Айлана ёки циркуляр ампутация усули қуйидагидан иборат, яъни юмшоқ тўққималар оёқ,ёки қўл узун ўкига нисбатан тўрри бурчак остида кесилади. Агар юмшоқ тўқималарнинг ҳамма қаватлари суяккача биратўла кесилса, суяк ҳам шу юзада қҳирқҳиб ташланса, бундай ампутацияни гильотин ампутация дейилади. Агар юмшоқ тўққималар қаватма-қават кесилса, унда ампутация икки ёки уч фурсатли бўлиб, циркуляр кесмада бажарилади (96-расм).

Қурокди ампутация усули кўпроқдарқалган. Бир ёки икки қурокди ампутация усули бажарилади, уларда яра бир ёки иккита қурок билан беркитилади. Қуроклар операция пайтида тери ва тери ости клетчат-қасидан тайёрланади. Агар қурокда фасция ҳам қушилса, унда фасцио-пластик ампутация дейилади (97-расм). Фасциал қурок айрим пайтларда теридан ҳам олиниши мумкин. Айрим ҳолларда кесилган суяк юзаси иккита фасция қуроги билан беркитилиши мумкин. Тери қурокдарига фасция борлиги чўлтоқда терининг ҳаракатчанлигини оширади. Агар тери-фасция қурогига яна суяк пўстлоғи ҳам киритилса, унда фасциопериостопластик ампутация дейилади. Кесилган суяк юзаси суяк парчаси билан ҳам беркитилиши мумкин (суяк-пластик усул), масалан Пирогов усулида панжа ампутацияси, сонни Гритти-Шимановский усулида ампутация қшшш (98-расм).

Тери қурокдарини бичиш стандарт бўлмаслиги қерак чунки ҳар бир беморга шикастланиш характериға ва терининг аҳволиға қараб турли юзадан қурок тайёрлаш мумкин. Атипик тери қурогини бичиш тери эзилганда ва қўчганда бажарилади. Яқшиси қурокларни бичганда бир

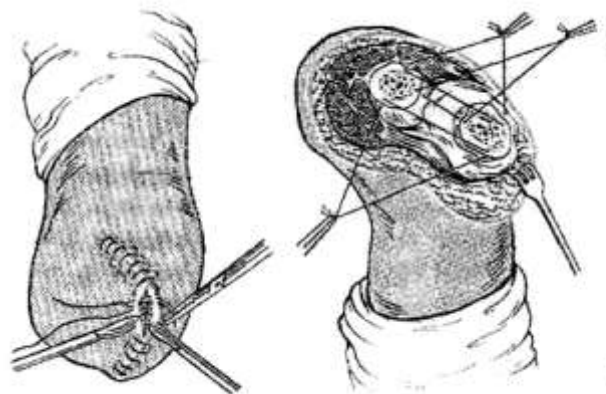


96-расм. Пирогов усулида уч босқичли айлана ампутация.



97-расм. Фасциопластик ампутация усули.

хил узунликца қилиш керак чунки протезда юрилганда чўлтоқнинг ол-динги ва орқа юзаси ишлайдиган юза эрсобланади. Айрим пайтларда болдир ва сон ампутация қилинганда куракни шундай бичиш керакки, чок чўлтоқ орқа юзасида, елка ёки биллак ампутация қилинганда эса Дорсал юзада бўлиши керак. Операциядан кейинга чандикни чўлтоқнинг кўндаланг кесилган қисмидан силжитиш фақат кесилган суяк юзасига



98-расм. Гритти-Шимановский усулда сонни суяк пластик ампутацияси.

мушак пластикаси қилинган бўлса, бу тер и чандигини суякка ёпишиб қолишдан сакдайди ва тери харакатчан, протезлаш учун қулай бўлади.

Травмалар бўйича ампутациялар қилинганда тери қурокларини катта ўлчамда бичиш керак (шикастланган тери канчалик имкон берса). Тери қурокларини яқуний тайёрлаш операция охирида қилинади. Тери қурокдари ҳаётчанлигини сақлаб қолиш учун (некрозинг олдини олиш) уларни апоневроздан кучирмаслик керак Бундай қурокдарнинг тўлиқ калинлиги қўлоёқларда кон айланиши бузилганда, айниқса аҳамиятлидир (шикастланиш, тромбоз, кон томирларни облитерация қиладиган касалликлар).

Облитерацияловчи эндартериитда, тукма ёки ҳаётда орттирилган деформацияларда, онкологик касалликларда, даволаб бўлмайдиган узок, муддатли сурункали трофик яраларда, хроник остемиелитда режали равишда ампутация миопластик усулда қилингани маъқул. Бу усул реампутацияда ҳам ишлатилади. Бу усулда кесилган антагонист-мушаклар кесилган суяк юзасида тикилади. Бу чултоқ функционал ҳолатини анча оширади ва кон айланишини яхшилайти.

Соннинг миопластик ампутациясида тери қуроклари олдида ва орқасидан бичилади, тери ости клетчаткаси билан юқорига буриб қўйилади. Сон мушаклари айлана қўндаланг кесим билан суякни кесиш мўлжалланган юзадан 2-3 см пастрокдан кесилади. Мушаклар суяк кесимидан 1,5-2 см проксималроқ қисмидан мушаклараро бўшлиқдан ажратилади. Қирқилган суяк юзаси устидан ички ва ташки гуруҳ. мушаклар тикилади. Тикилган мушаклар гуруҳ.и устидан олдинги ва орқа гуруҳ. мушаклар тикилади. Тикилган 4 гуруҳ. мушаклар устидан улар қисқарганда силжиб кетмаслиги учун чоклар қўйилади.

Ампутацияда нерв устунларига ишлов бериш муҳим аҳамиятга эга. Н.Н.Бурденко ампутацияни - бу асаб жаррохлик муолажаси деб хўсоблаган. Бунинг сабаби ампутация бўлган одамларда неврома ёки кесилган нерв чандикда қолиб қўпинча фантом оғриқ. пайдо бўлади.

Хозирги пайтда нервни устара ёки ўткир скальпел билан юмшоқ тўқималарни 5-6 см проксимал томонга қўтариб, кейин нерв кесилади, бунда нервни тортиш мутлақ мумкин эмас. Неврни кайчи билан кесиш тақикланади. Жаррохлик муолажаси жараёнида нафақат асосий нерв устунлари, қрлаверса катта тери нервлари ҳам қискартирилиши керак

Ампутациянинг муваффақиятли утиши ва кейинчалик протезлаш учун қирқилган суякка ишлов бериш катта аҳамиятга эга. Суяк пўстлогини айланма кесиб чиқдич, распатор ёрдамида суяк пўстлоги дистал томонга сурилади. Суякни пўстлок шикастланмайдиган қилиб эҳтиётлик билан қирқилган суяк секин қирқилади, чунки тез қирқилган суякнинг кесилган юзаси некрозга учраши мумкин. Суяк қирқилган пайтда арра теккан жойга новокаин ёки натрий хлорид эритмаси қуйиш мақсадга мувофиқдир. Суяк арра ёрдамида қирқилган суяк, унинг қирқилган юзасидаги ташқи қирраси ҳамма томонидан айланасига эгов ёрдамида текисланади.

Болдир ампутация бўлганда катта болдир суяги қиррасини 2-2,5 см давомида озрок чопиб, кейин силликланган керак. Агар қирқилган юза олди қирраси силликланмаса, кейинчалик протезлашга халакит беради, чунки протезда юрилганда шу қисмда тери шилиниб, яра пайдо бўлади ва кейинчалик битмайдиган ярага айланади, кичик болдир суяги катта болдир суягидан 2-3 см юқорирокдан қирқилади.

Ампутацияда гемостаз муҳим аҳамиятга эга. Қрн томирларини боғлашдан олдин уларни юмшоқ тўқималардан ажратилади. Йирик қрн томирларини мушак билан қўшиб боғланса, мушак қирқилиб ип сирғалиб чиқиб кетиб, кучли қон оқиши рўй бериши мумкин. Қрн томирлар кетгуд билан боғланади. Стационар шароитларида ҳатто қон артерияларини иккита кетгуд лигатуралар билан боғлаш лозим. Кетгуд билан боғлаш бу тикиладиган бошқа иплардан ҳосил бўладиган окмани олдини олади. Катта қон томирлар боғланган олдинрок қўйилган эластик бинт ёки жгут олинади. Бир неча дақиқадан сўнг майда томирлардан қрн оқали. Мушак артерияларини кетгуд билан тикиб ташланади. Томирлар боғланаётганда имқон борича қамрок тўқималарни қўшиб олиш керак шундагина ярада қамрок некротик тўқималар бўлади.

Ампутациядан кейин контрактуранинг олдини олиш мақсадида чўлтоқли оёқ ёки қўлга тўғрилланган ҳолатда гипс боғлами ёки шина ўрнатилади. Лонгета яра тўлиқ битган олинади. Жаррохлик муолажасидан кейин 3 суткаўтгач, УВЧ—терапия, 5 суткадан сўнг беморни фантом-импульсли гимнастикага ўргатилади (бемор ампутация қилган олиб ташланган бўғимларда буқиш-ёзиш ҳаракатларини фикран қилди). Мушакларни қискартириш чўлтоқни қон айланишини яхши-лаб, х.аддан ташқари атрофия бўлишидан сақлаб қолади.

Одатда ампутация протезлаш билан яқинлашиши керак унинг муддати ампутация қилинадиган қўлга максимал яқинлашиши керак

Ампутация бўлаган беморни нафақат жисмоний, балки рух.ан (психологик) тайёрлаш ҳам керак Бемор ампутациядан кейин ишлаши ва жамоат ишларида фаол катнаша олишини тушуниши ва билиши керак Протезлашни жаррохлик муолажаси бўлаган кунга максимал яқинлаштиришни амалга ошириш, доимий протезда юриш учун тегашли усул тавсия қилинган.

Экспресс-протезлаш — оёқни ампутация қилиб, биратўла жаррохлик столида протезлаш. Бундай протезлаш ампутациягача бемор қўлгиктаёқда ёки таёк ёрдамида юрган бўлса, улар учун бу тўғридан-тўғри кўрсатмалар хисобланади. Бу усул чўлтоқни доимий протезлаш муддатини 1-3 ойга к;искартиради.

Экспресс-протезлашнинг асосий шарти - бу чўлтоқни булутсимон ашё билан бекитиш керак бу шишнинг ва чўлтоқнинг эзилишини олдини олади.

Ампутация куракди усулда бажарилади, бунда олдинги ва орқа тери кураклари бир хил узунликда бўлиши керак Антагонист-мушакларни тикканда чўлтоқ конус шаклини олиши керак Тери жароҳати тикилгандан кейин 2-3 мм диаметрдаги хлорвинил найча кўйилади. Даволовчи-машк килдирувчи протез бемор наркозда ётган пайтда кўйилади. Тери чокига стерилланган салфетка кўйилиб, чўлтоқкр чит матодан халтача кийдирилади ва 5-10 мм кдлинликдаги пенополиуретан териб чиқилади, шундан кейин эластик пайпок кийдирилади, унинг устидан айлана гипс боғлами кўйилади.

Имкон борича машккилдирилгач, ампутациядан кейин учинчи хафтада хамма кўрсаткичлар нормаллашиб, 75% беморлар битта таёк ёрдамида даволоччи-машк кдлдирувчи протезда юришади.

Жаррохлик столида протезлаш усули тез (3 суткадан кейин) ампутация қилинган оёқ;ни функционал юк беришга жалб этилади, тўртинчи х.афтадан кейин доимий протез тайёрланади.

Бу усул кўшилиб келган жароҳат олган ва йўлдош касалликлар бўлган шикастланганларда ишлатилиши мумкин эмас, чунки бундай беморлар ампутациядан кейин бир хафта ўтгач ўринларидан тура олмайдилар. Бу усул жисмонан заиф, кексаларда, бировлар ёрдамига мух.гож бўлиб юра оладиган беморларда ҳам қўлланилмайди.

ПРОТЕЗЛАШ

Протезлаш - оёқ; ёки қўлнинг йўқ. қисми ўрнини босувчи махсус мослама ва курилмалар бўлиб, унинг фаолиятини ва шаклини қисман тиклайди. Шу мақсадда протезлар, ортопедик аппаратлар (ортезлар), корсетлар ва ортопедик пойафзал ишлатилади.

Протез-ортопедик мосламалар таянч ва ҳаракат фаолиятининг ўрнини босиб, касаоликнинг кечишига оптимал шароитяратади ва таянч-ҳаракат аппаратининг иккиламчи деформациясининг олдини олади.

Оёқ ва қўл ампутациясидан кейинги протезлаш. Оёқ-қўлларни протезлашда чўлтоқнинг холати, беморнинг умумий аҳволи, унинг касби ва кейинчалик ишга жойлашиши инобатга олинади. Протезлаш мумкинлиги

чўлтоқнинг оғримаслиги, унинг конуссимон шакли, чандикнинг ҳаракатчанлиги ва бўғимларнинг яхши ҳаракатлари билан белгиланади. Протезлашни муваффақиятли бўлиши асосан чўлтоқнинг ҳолати ва протез сифатига боғлиқ.

Протезга умуман организмнинг ва киркиб ташланган оёқнинг ўрганиши зарурлигини инобатга олган ҳолда биринчи 1,5-2 ой ўқув-машқпротезидан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Протез гальзаси металлдан (дюралюминдан), ёғочдан, теридан, сўнгги йилларда эса ҳар хил пластик материаллардан тайёрланмоқда.

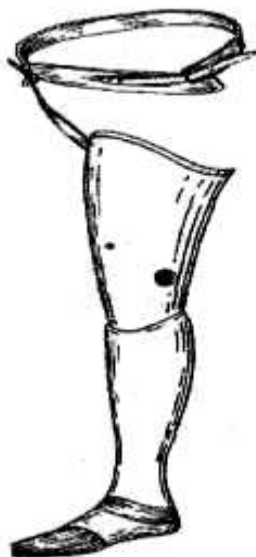
Протезлар куйидаги турларга бўлинади: 1) косметик; 2) кўл-оёқ фаолиятини тикловчи актив косметик; 3) ишчи (ишлаб чиқаришда ва маиший ҳаётда маълум ишларни бажариш учун).

Оёқ ампутациясидан кейин протезлаш. Ампутация қилиш юзасига қараб куйидагича фарқланади: панжа, болдир, сон протезлари ва сон чаноқ-сон бўғимидан олиб ташлангандан кейинги протезлаш. Панжанинг олдинги қисми (Лисфранк Шопар бўйича) ампутация қилинган, ортопедик оёқ кийим тавсия этилади ёки ортопедик пойафзал берилади.

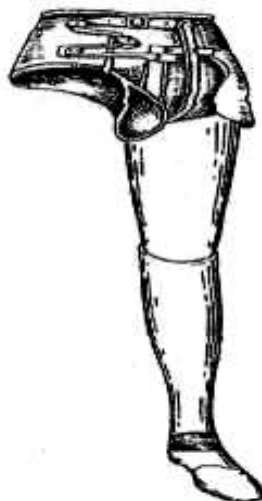
Пирогов усулида товон суяги олиб қолingan ампутацияда ва тўғноғичсимон чўлтоқда унинг яхши чидамлилигига қарамай, протез танлаш анча мураккаб, чунки тўғноғичсимон чўлтоқни протезлаш анча мураккаб. Бу вазиятларда қабул гильза полиэфирдан тайёрланади.

Болдир ампутациясидан кейинги протезлаш. Энг кўп учрайдиган протезлаш турига болдир протези қиради, бу катта эътиборни талаб қилади, чунки болдирда юмшоқ тўқималарнинг камлиги, катта болдир суяги олдинги юзасининг бўртиб туриши, кўпинча трофик ўзгаришларнинг учраши протезлашни мураккаблаштиради, шунинг учун протезни яхши мослаштиришга тўғри келади. Болдирга протезни яхши мослаш учун куйидаги зарур шарт-шароитлар керак: 1) чўлтоқнинг қабул гильза си тўлиқ мос келиши; 2) гильза деворларига юқнинг тенг тушиши, бўртиб турган суяк қисмларини инобатга олган ҳолда (болдир дўмбоқлари, катта болдир суяги ғадир-будури); 3) чўлтоқ қизиш бўйлаб юқнинг тушиш ўқига мос келиши; 4) протез шарнирининг тизза буқилиш марказий нуқтаси билан ўзаро ҳаракати; 5) тизза ва болдир-панжа бўғимларининг ўқининг тўғрилиги.

Шина-тери ва ёғоч, металл ва пластмасса болдир протезлари энг тарқалганлари ҳисобланади. Шина-теридан қилинган болдир протези сонда тери гильзадан, болдир ва панжада тери гильзадан иборат. Протезнинг камчилиги унинг оғирлиги ва деформация бўлиш эҳтимолидир. Ёғочдан тайёрланган протезларда болдир гильзаси асосий таянч бўлиб, чўлтоқда аниқ мослаштирилади. Болдир протезлари қаттиқ



99-расм. Сон чўлтоғи учун протез.



100-расм. Сонни чаноқ-сон бўғимидан олиб ташланганда қўлланиладиган протез.

таянч гильзалари билан болдир-панжа шарнирдан, резинали ёки полиуретан панжа ва сонда тери гильзадан иборат. Протезлашда чўлтоқ асосида яхпти қрлиш олинганда оптимал натижага эришиш мумкин.

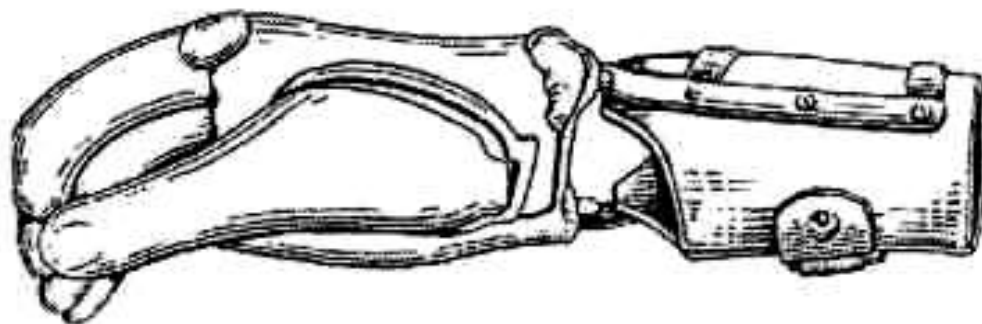
Сон чўлтоғини протезлаш. Бунда чўлтоқнинг ўзига хослигига қараб иш юритилади: битта суюк ва катта мушак массиви, иккита бўғимнинг йўқдиги (тизза ва болдир панжанинг) ва чаноқ-сон бўшмларида контрактурасиз ва лордоз-сиз ҳаракатнинг тўлиқ борлиги. Сон протезларида қабул гильза ҳар доим қаттиқ бўлиши керак Протез танага, кўпинча, теридан тайёрланган белбоғ ёки бандаж ёрдамида қотирилади; вакуумли қотириш ҳам мумин (99-расм).

Агар сон чўлтоғи калта бўлса (10 см дан кам), баъзан чўлтоқ учун

харакатчан тери халтачаси ишлатилади. Суюк-пластик амггутаццияларидан кейин (Гритти-Шимановский, Календер ва бошқалар бўйича) куймич дўнглигига ботмайдиган, чўлтоқда юк тушадиган протезлардан фойдаланиш мумкин.

Сонни чаноқ-сон бўғимидан олиб ташлангандан кейин ёки жуда калта чўлтоқларида протезлаш. Буоғир муаммо хисобланади. Бу холатларда протезда юриш чанокни харакатлантириш билан кечади, харакатлар бел умурткаси ва соғлом оёқда чаноқ-сон бўғимида ёзиш хисобига бажарилади. Сон олиб ташлангандан кейин тавсия этилган бир неча протезлар ўзининг оғирлиги билан кўпчилик беморларнинг талабига жавоб бермайди. Одатда бундай протезлар чанокни Кабул килувчи (корсет), теридан ёки пластмассадан тайёрланади. Чаноқ-сон бўғими сатхида иккита шарнир ўрнатилади (уларнинг биттаси кулфли); протезнинг қолган қисми сон протезини такрорлайди (100-расм).

Кўл ампутациясидан кейин протезлаш. Кул протезлари учун функционал мақсаддан ташқари косметик кўриниш ҳам катта аҳамиятга эга, яъни қўлга ўхшаш бўлиши керак. Ампутация канчалик юқоридан килинган бўлса, фао-лияти шунчалик бузилади ва шунчалик протез яшаш мураккаб бўлади. Актив протезлар учун чўлтоқ му-шаклари куч манбаи хисобланади. Сўнги пайтларда ташқи энергия манбали (электр батарея, сиқилган газ ва бошқалар) протез ихтиро этилган.



101-расм. Панжа протези.

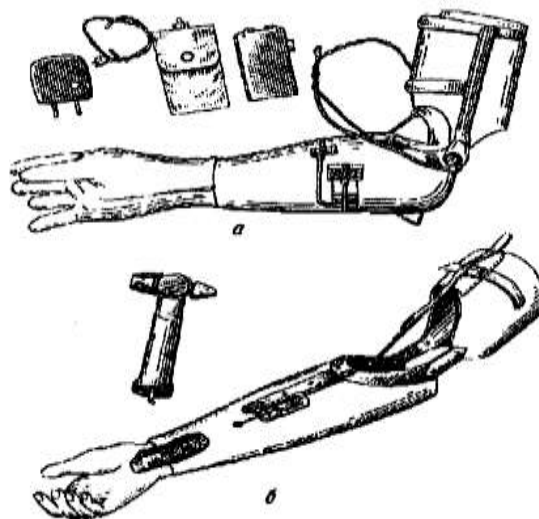
Кафт — бармоқ. юза-сида қилинадиган ампутациядан кейин протезлаш. Косметик протезлар (полихлор-винил крбигидан) асосан бармоқлар бўғимдан олиб ташланганда

ёки кафт бармоқлари қисман функционал нуқтаи назардан кафт суяклари юзасидан қилинган ампутация кулай ҳисобланади (101-расм).

Билак ампутациясидан кейин протезлаш. Билак юзасида қилинган ампутацияда ушлаш хусусиятини йўқртиш билан бир каторда ротацион ҳаракат ҳам йўқолади. Агар билак-кафт юзасидан ампутация қилинса, протез соғлом қўлга нисбатан узунроқ бўлиши керак чунки протезнинг бошқарув механизмини жойлаштириш керак. Билак қисқа чўлтоғи учун протез қилишнинг мураккаблиги (4-5 см дан қисқа бўлса) шундан иборатки, тирсак бўғимида ҳаракатларни сақлаб қолиш керак бу махсус протез конструкциясини талаб қилади. Протезнинг активлигини елка камаридан карама-карши ўтказилган камарлар ёрдамида амалга оширилади, бу ҳаракат натижасида протез механизмига тортувчи камарлар орқали эришилади.

Сўнгги пайтларда кўпроқ биоэлектрик бошқарувчи ва электромеханик ўтказувчилар ишлатилади. Биоэлектрик протезларнинг афзаллиги шундаки, бармоқларни буқиш ва ёзиш актив ва меъёрида бажарилади (102-расм, а). Шу билан бирга, бармоқлари ечиладиган билак протезлари ҳам ўз аҳамиятини йўқ.отмади, чунки бармоқлар ўрнига ишлаш мосламаси — тўқлюк, қалам ва жиёмни ушлайдиган бошқа мосламалар ишлатилиши мумкин (102-расм, б).

102-расм. Билак чўлтоғи
учун протезлар.
а — биоэлектрик протез;
б — панжаси ечиладиган
протез.



Билак биоэлектрик протезининг ишлаш принципи шундан иборатки, мушаклар қисқарганда олинган электропотенциал электрон кучайтирувчи ёрдамида бир неча юз ва хатто минг баробар кўпаяди, уларнинг буйрури билан кичик хажмдаги аккумулятор электр мотори ишга тушади ва бу протез бармоқларни букиш ва ёзишни, ротацияни ва билак-кафт бўғимини ҳаракатга келтиради.

Елка ампутациясидан сўнг ёки елка бўғимидаги жаррохлик муолажасидан кейин протезлаш. Бу ҳолда фақат актив протезлар тўғрисида сўз юритиш мумкин. Бундай протезларда кафт-бармоқларининг активлиги, кўл функциясини тикловчи (ушлаш ва актив ёзиш), пружина таранглашиш кучидан фойдаланиланади. Кафт-бармоқ, ротацияси актив ёки пассив пружина ёрдамида бажарилади. Сиқилган газ ёрдамида ишлайдиган, биоэлектрик бошқариладиган ва электромеханик узатмали протезлар ишлаб чиқилган.

ОРТОПЕДИК АППАРАТЛАР (ОРТЕЗЛАР)

Ортопедик аппаратларнинг асосий вазифаси — бу бўғимлардаги актив ҳаракатлар фалаж ёки мушаклар кучининг кескин сусайиши натижасида йўқрилганда бўғимларни керакли ҳолатда тўғри ушлаб туриш, юкни ушлаш, фаолиятини коррекциялаш ва ривожлантиришдан иборат (103-расм).

Оёк учун ортопедик аппаратлар. Бундай аппаратлар кулфли ёки кулфсиз бўлади. Кулфли аппаратлар оёқни тизза ва чанок-сон бўғимида ёзилган ҳолатда ушлайди, ўтирганда эса кулф очилиб, оёқ; бўғимларида букилади. Кулфли аппаратларда юрганда бўғимлар ёзилган ҳолатда туради ва мушаклар ишламайди (103-расм, а).

Кулфсиз аппаратлар >эракатчан ва шарнир ошик-мошиқда уланади ва ҳар бир бўғимга хос ошик-мошиқ бўлади (103-расм, б). Бундай аппаратлардан фойдаланишнинг асосий шarti бўғимларда контрактура бўлмаслигидир. Агар букувчи контрактура 10° дан ортик бўлса, унда фақат кулфли аппаратда юриш керак

Ортопедик аппаратлар сонда ва болдирда тери гильзадан иборат, улар металл шиналар ёрдамида уланади ва бўғимлар сатҳда шарнирлари бор. Оёқ панжасида тери пойафзал бўлиб, бу металлдан тайёрланган патак ва шинага котирилган бўлади. Оёқ панжасини ушлаб туриш учун махсус пружина ёки тортиб турувчи резина ўрнатилади.

Турли ортопедик аппаратлар болдир ва оёқ панжасининг узоқ, муддат синиббитмаган суяклари, сохта бўғимлар ва осилиб колган оёқпанжаси учун тайёрланади (103-расм, в). Шундай қилиб, аппаратлар турли хилда ва касалликка боғлиқ ҳолда индивидуал тайёрланади.

Аппаратлардан ташқари, пластмассадан ва катламли пластикдан тайёрланган тугторлар кенг ишлатилмоқда. Аммо бу тугторлар унчалик

пишикэмаслиги туфайли юрилганда култиктаёкдан фойдаланишга тўрри келади. Култиктаёксиз туторда фақат болалар юриши мумкин.

Қўл учун ортопедик аппаратлар. Қўл учун аппаратлар мушаклар фалажида, суяклар битмаганда, сохта бўғим бўлганда ва деформацияларни тўғрилаш мақсадида ишлатилади. Бу ортопедик аппаратларда билак панжада тери гильза ва бўғимларда шарнирли шиналар ишлатилади (103-расм, з). Билак ёки тирсак бўғимини тахтакачлаш учун гильза билак ва елкага кийдирилади. Зарурият бўлса, тирсак бўғими сохасида керакли бурчакда кулф ўрнатилади. Кул бутунлай фалажга учраса, унда ортопедик аппарат корсет ёрдамида ушланади. Аммо бўғимларда ҳаракат килдириш ва мушакларга машк буюриш учун функционал аппаратлар тайёрланади: юкни камайтирувчи — танадан узокдаштирувчи ёки осилиб турувчи аппарат, бу хамма бўғимларда ҳаракат қилишга имкон яратади (103-расм, д). Қўлни тахтакачлаб ушлаш учун пластикдан тайёрланган туторлардан фойдаланиш мумкин.

Ортопедик корсетлар. Ортопедик корсетларнинг икки тури мавжуд: тахтакачловчи ва коррекция килувчи. Тахтакачловчи корсетлар умурткани ҳаракатсизлантириб ушловчи ва унинг юкини камайтириш, коррекция қилиш учун умурткани тўғрилаш, тахтакачлаш ва юкни камайтириш учун ишлатилади.

Қотирувчи корсетлар қаттиқ, ярим қаттиқ ва юмшоқ бўлади. Қаттиқ корсетлар теридан металл қотирувчи шиналар билан уларнинг узунасига, корсетнинг юқори ва пастки кдрраларига қотирилади (103-расм, ё).

Ярим ка'гтик корсетларнинг юқори ва пастки қирраларида металл шиналар бўлмайди.

Юмшоқ корсетлар матодан тайёрланган бўлиб, эгилувчан металл ишлатилади (103-расм, ж).

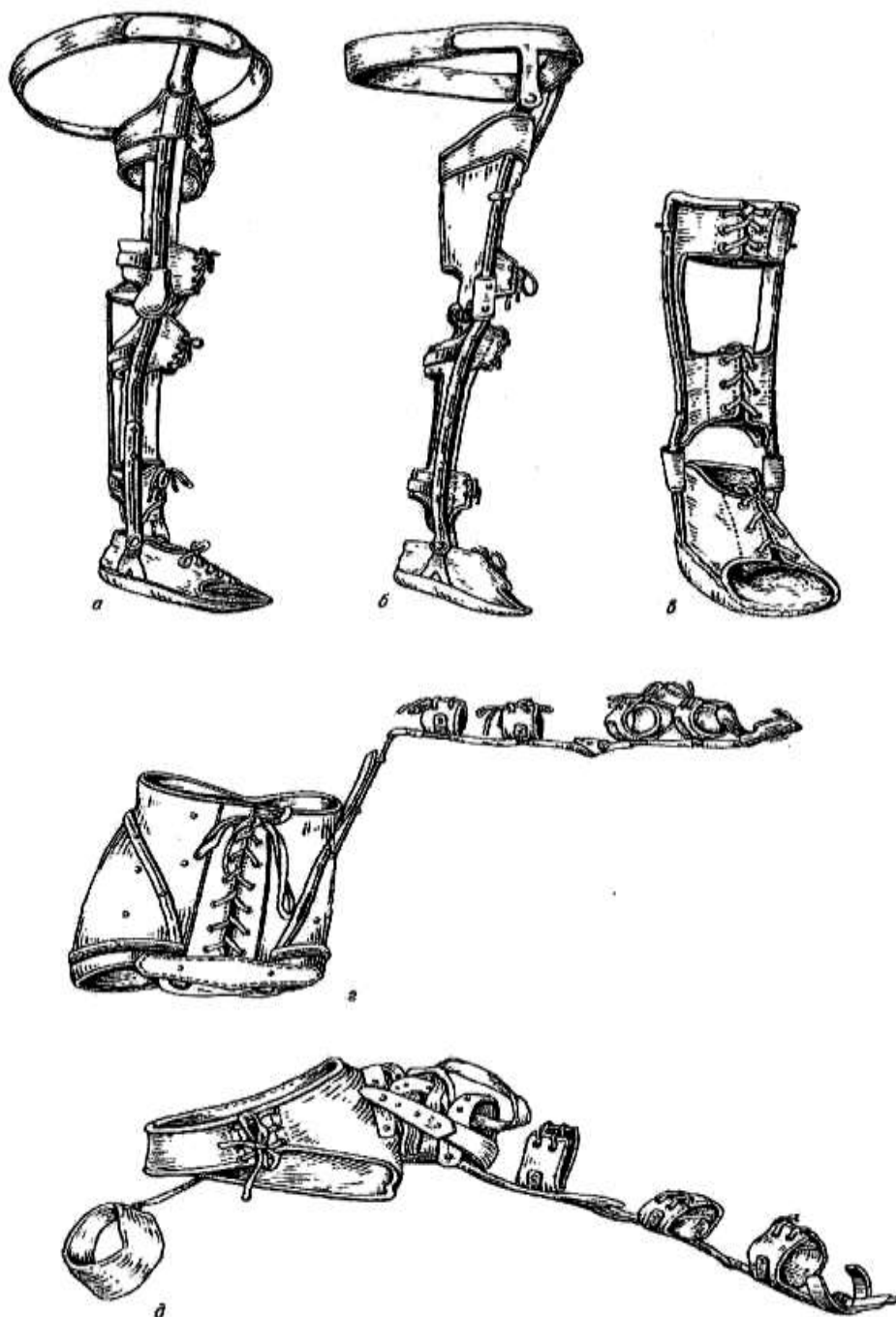
Кдгтик корсетлар умуртка сил спондилитининг ремиссия даврида, унинг синишидан кейин, умуртка танаси гемангиомасида, спон-дилолистезда, остеохондрозда, орка мия нерв толаларида кучли оғриқ. белгиси бўлса, умурткада қилинган турли жаррохлик муолажаларидан кейин ва шу кабиларда ишлатилади.

Ярим қаттиқ ва юмшоқ корсетлар деярли оғриқ. кузатилмайдиган остеохондрозда ёки тўлиқ қотириб турувчи корсет ечиб ташлагандан кейин ишлатилади.

Корсет конструкцияси умурткани жарохатланган юзасига караб тайёрланади. Бўйин ва кўкрак умурткаси юқори қисми шикастланса ва касалланса, бошни ушлаб турувчи дюралюминдан йўл-йўл қилиб тайёрланган корсет ишлатилади.

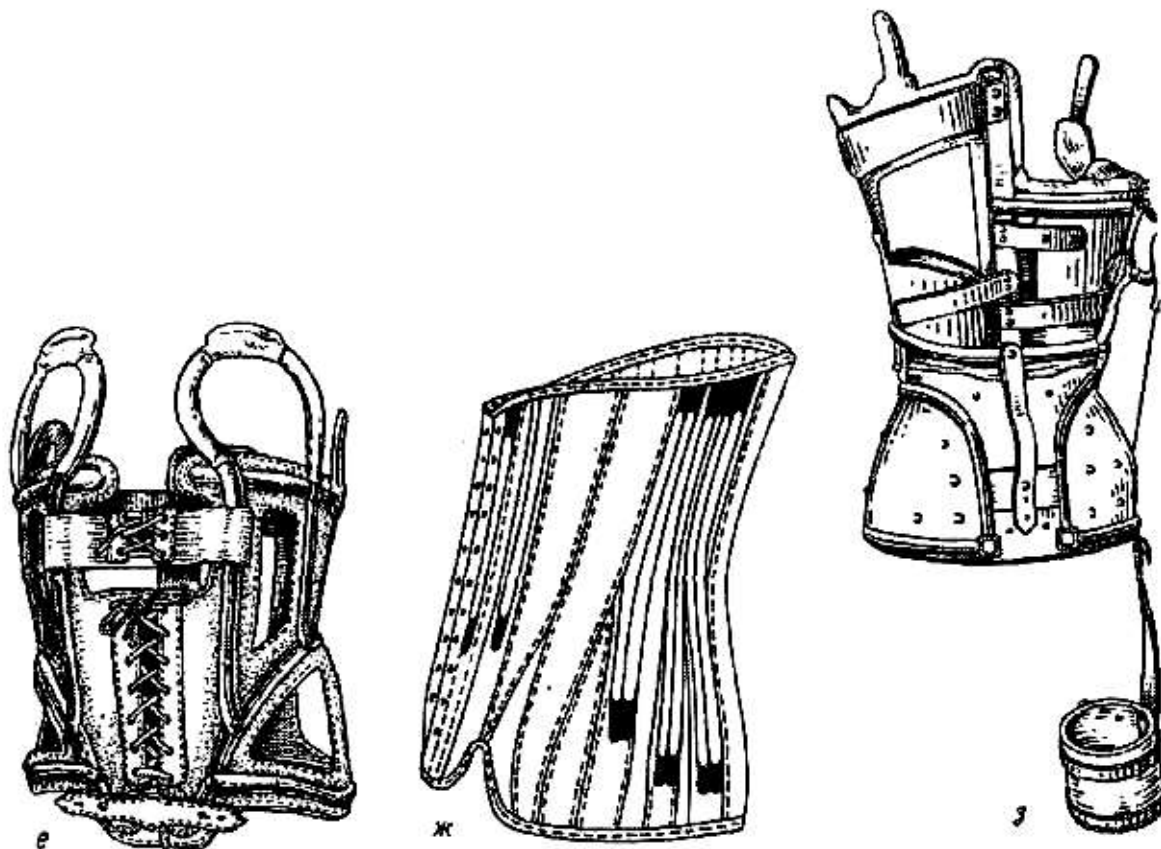
Корсетларни фақат ётган ҳолатда кийиш керак Айрим пайтда, айниқса, семиз одамларда нафас олиш машқларини ўргатиш керак шунда харсиллаш ва юракнингтез уриши кузатилмайди.

Коррекцияловчи корсетлар даволаш учун сколиоз ва кифосколиозда ишлатилади. Деярли кўпинча қотириб турувчи — коррекцияловчи



103-расм. Ортопедик аппаратлар (ортезлар).

a - кулфли ортопедик аппарат, сует фалажларда ишлатилади; *б* - оёқ, учун кулф-сиз ортопедик аппарат; *в* - оёқ, панжаси ва болдир учун ортопедик аппарат; *г* - кул учун юкни четлатувчи, танадан узоклаштирувчи аппарат; *д* - кўл учун юмшок кўтаргичли аппарат; *е* — қаттик, ушлаб турувчи, юкни камайтирувчи крбикли корсет; *ж* — юмшок (Ленинград типдаги) корсет; *з* — функционал-коррекциялов-чи корсет.



корсетлар ишлатилади, булар ёрдамида коррекция қилиш учун корсет қисмларининг ўрнини алмаштириб ва букурликни маҳаллий босиб турувчи «пелот» ишлатиш керак. Одатда кузатиладиган атрофияга қарши курашиш учун функционал-коррекция қилувчи корсетаппаратлар ишлатилади, уларда шарнирлар чаноқ-сон бўғимида ва умурткани олдинга-орқага ҳаракат қилишига имкон яратади (103-расм, з).

Шарнирлар умуртка кўкрак бўлимининг ботик томонга ва ротацион ҳаракатларини чеклантиради.

Корсетлар сколиозда гипс қолипи бўйича тайёрланади, қолип беморда Энгельман мосламасида умурткасидан тортилган ҳолатда тайёрланади.

ОРТОПЕДИК ПОЙАФЗАЛ

Ортопедик пойафзал оёқ панжасининг турли деформацияларида тавсия этилади. Ортопедик оёқ кийими куйидаги мақсадни кўзлайди: 1) оёқнинг таянчи бўлиши учун; 2) панжанинг бошланғич, бекарор деформациясини коррекция қилиш мақсадида; 3) таянч юзасини

кўйайтириш мақсадида; 4) оёқ калталигини компенсация қилиш мақсадида; 5) оёқ панжасининг оғриқли қисмларида юкни камайти-риш; 6) ортопедик аппаратларда юриш имкониятини яратиш; 7) кос-метик нуқсонни беркитиш мақсадида.

Турли нуқсонларда ва касалликларда ортопедик оёқ, кийимини кийиш тавсия этилади, нуқсоннинг турига караб хар хил ортопедик пойафзаллар кийилади.

Ясси оёқ, ликда ортопедик по я ф з а л. I ва II даражали ясси оёқлик ортопедик по я ф з а л эмас, аксинча теридан, резинадан, пробкадан, кигиздан, металлдан ва пластмассалардан тайёрланган турли хил супинаторлар тавсия этилади (104-расм, *a*). Қотиб калган яссиоёқликда, айникса, кўндаланг яссиоёқликда I бармоқ. ташқ;арига буралиб, II бармоқ.унинг остига кириб колганда ортопедик оёқ кийими тавсия этилади.

Оёқкалта бўлганда ва ампутацион нуқсон-ларда ортопедик по я ф з а л. Ортопедик оёқ кийимидан ташқари, боса оладиган ва харакатчан оёқпанжаси чўлтогида турли мослама по я ф з а л л а р и ш л а т и л а д и. Оёқ 1,5 см гача калта бўлса, ортопедик оёқ кийимида юриш тавсия этилмайди, аксинча оёқ кийим пошнаси баландлигини ошириш хисобига масала кал қилинади. Калталиқ 6 см гача бўлса, оёқ кийим пробкадан қилинади, агар 10 см дан ортик бўлса, қаттиқ берц тупик камрок чикдан томондан кўйилади. Калталиқ 18 см дан ортик бўлса, унда кўшалок **изли** ботинка берилади: юқорисида панжа, пастки Изида эса сунъий панжа ипли ботинкаси билан жойлашади, ботинкага баркарорлик бериш учун қаттиқ берцлар ўрнатилади (104-расм, *b*).

Гумбазсимон оёқ панжа си ортопедик по я ф з а л. Оёқпанжаси гумбази ўрта баланд бўлганда по я ф з а л гипс воситасида крлип куйиб тайёрланади. Бу х.олларда по я ф з а л конструкцияси гум-базни тикка кўтарилган холатида ташқи томони кўтарилган бўлиб



104-расм. Ортопедик по я ф з а л.
a – яссиоёқликни тўғриловчи киритма патак (супинатор); *b* – кўшалок изли ортопедик по я ф з а л (Воскобойникова конструкцияси).

тайёрланади (кўпрок олдинги қисми) ва деярли I ва V кафт суяклари бошчаси соҳасида қадоқ-пайдо бўладиган нуқталарда ясси чуқурчалар, яъни ўймалар хосил қилинади. Агар оёқ панжасида кўшма деформация кафтнинг чуқурлиги билан, бошқа холатлар (уагиз, есутиз ва бошқалар) кузатилса, унда пойафзал гипсдан тайёрланган крлип асосида тайёрланади.

Маймоқликда ортопедик пойафзал тайёрлаш. Даволаш жараёнида ва бутун қолган хали деформация тўлиқтўғри-ланмаган даврда тайёрланади. Пойафзал крлипка асосланиб, кийшик-ликни инобатга олган холда, пойафзал говори қисми тўпиқ.-лардан паст бўлмаслиги керак

Оёқпанжасининг турли деформациялари (тугма ва орттирилган) жуда куп булиши мумкин, шунинг учун ҳар бир ҳолатда айрим ва индивидуал пойафзал тайёрлаш шарт. Бу жараён гипс крлип тайёрлаш билан бошланади, чунки фақат шундагина оёқ, панжасининг ҳар бир кичкина дефекти инобатга олинади.

Ортопедик аппаратларни, протезларни ва пойафзалларни тайёрлаш бизнинг мамлакатда Республика Меҳнат ва ижтимоий таъминот вазирлигига тааллуқли протез-ортопедик корхоналар тайёрлайди.

Протез-ортопедик корхоналар ҳар бир вилоят марказида жойлашган бўлиб, протез ярим махсулоти билан таъминланади. Айрим протез-ортопедик корхоналарда болалар ва катталар учун шифохоналар мавжуд, буларда мураккаб ва биринчи мартаба протезлашга мухтож беморлар ётқизилади.

14 - б о б. ТАЯНЧ-ХАРАКАТ АППАРАТИ ШИКАСТЛАНИШЛАРИНИНГ ОКИБАТЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАР ВА НОГИРОНЛАРИНИНГ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ

Ногиронларнинг иш қобилияти ёки уларни қайта ўргатиш масалалари билан узоқ, вақтлардан буён шурулланиб келинаётганли-гига карамай, фақат 60-йилдан бошлаб «реабилитация» (тикланиш) атамаси замонавий муайян аҳамиятга эга булди. Жақон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) нинг реабилитация бўйича экспертлари мажлисида «реабилитация — ногиронларни ўргатиш ёки қайта ўргатиш мақсадида уларнинг функционал имкониятларга эришишлари учун тиббий, социал, маърифий ва касбга дойр чоралардан мувофиқ.-лаштирилган холда фойдаланишдир», деб кўрсариб ўтилган эди. Шундай қилиб, реабилитация — касаллар ва ногиронларни (болалар ва катталарни) ижтимоий жихатдан зарур функционал ва социал-меҳнатга тиклаш бўлиб, ижтимоий, тиббий, психологик педагогик касбга дойр, юридик ва бошқа тадбирларни комплекс ўтказиш йўли билан амалга оширилади.

Реабилитация икки асосий масалани кўзда тутди: а) шикаст -ланганни меҳнатга қайтариш; б) жамият турмушида фаол катнашиш учун унга оптимал шароитлар яратиш. Меҳнатга лаёқатини йўқртган кишиларни тиклаш социал муаммо ҳисобланиб, уни ҳал қилиш тиббиёт зиммасига киради.

РЕАБИЛИТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ ТАМОЙИЛЛАРИ

Реабилитациянинг асосий тамойиллари куйидагилардир:

1. Реабилитация тадбирларни имкон борича эрта бошлаш, улар даволаш тадбирларига чамбарчас боғланиши, уларни тўлдириш керак

2. Реабилитациянинг самарадорлиги унинг узлуксиз бўлишига боғлиқ..

3. Реабилитация тадбирларининг комплекс характерга эга бўлиши. Ногиронларни реабилитация қилишда фақат тиббиёт ходимлари эмас, балки бошқа мутахассислар ҳам: психолог, социолог, ижтимоий таъминот ва касаба уюшмаси идораларининг вакиллари, хукукшунослар ва бошқалар катнашишлари керак Реабилитация тадбирлари, албатта, врач рақбарлиги остида ўтказилиши керак

4. Реабилитация тадбирлари тизимининг индивидуаллиги. Касаллик жараёнининг кечиши, кишиларнинг яшаш ва меҳнат фаолиятининг ҳар хил шароитларидаги характери, бу ҳар бир бемор ёки ногирон учун реабилитация дастурларини катъий индивидуал ҳолда тузишни талаб қилиди.

5. Касаллар (ногиронлар) жамоасида реабилитацияни амалга ошириш. Реабилитациянинг мақсади - шикастланганни жамоага қайтаришдан иборат.

6. Ногиронларни фаол, ижтимоий фойдали меҳнатга қайтариш. Реабилитация тушунчасига куйидагилар киради:

- функционал тикланиши: а) тўлиқ тикланиш; б) чегараланган тикланишда ёки тикланиш бўлмаганда компенсация (ўрнини тўлдириш);

- кундалик турмушга мослашиши;

- меҳнат жараёнига кўшилиш;

- реабилитация қилинганларни диспансерда кузатиш.

Реабилитациянинг мақсади: олдинги иш жойида адаптация ёки реадаптация — шароитлари ўзгарган иш жойида, бироқ ўша корхонада ишлаш (олдинги ихтисосига яқин янги орттирган малакасига мувофиқ. камроқжисмоний куч сарфлаб ишлаш). Юқорида санаб ўтилган банд-ларни рўёбга чиқариб бўлмаганда ўша корхонанинг ўзида тегишлича қайта малака ошириш зарур, тикланиш муваффақиятсиз чиққанда ёки тикланишнинг иложи бўлмаганда реабилитация марказида қайта малака ошириш билан бирга янги ихтисослик бўйича иш излаш. Ҳозирги вақтда реабилитациянинг учта асосий тури фарқ қилинади, улар реабилитация марказлари ёрдамида амалга оширилади.

ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯ

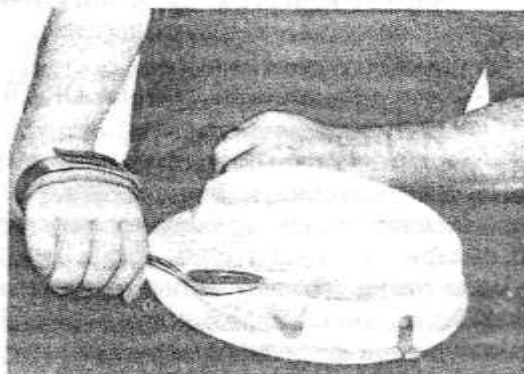
Тиббий тикланиш бемор соқлигини тиклашга қаратилган даволаш таъбирларини ўз ичига олади. Бу даврда, шунингдек шикастланганни зарур адаптация, реадатация ёки малака оширишга руҳий тайёрлаш амалга оширилади. Тиббий тикланиш беморнинг врачга мурожаат қалган пайтидан бошланади, шунинг учун шикастланганни руҳан тайёрлаш врач зиммасида бўлади.

СОЦИАЛ (ИЖТИМОИИ) РЕАБИЛИТАЦИЯ

Социал ёки маиший реабилитация унингэнгасосий турларидан бири ҳисобланади ва шикастланганда ўзига-ўзи хизмат қилиши кўникмаларини ривожлантириш уш-шг асосий мақради ҳисобланади. Бу ўринда врачнинг асосий вазифаси ногиронни энг оддий, турмушда асқотадиган мосламалардан фойдаланишни ўргатишдан ибрат. Реабилитация ходимларининг турлитуман мосламаларни тайёрлашда беморга индивидуал ёндашишлари ва ижодий изланишлари ногироннинг, ўз-ўзини удалай олишида қатта аҳамиятга эга (105-расм).

КАСБГА ДО ИР РЕАБИЛИТАЦИЯ

Касбга дойр ёки ишлаб чиқариш реабилитацияси ногиронни меҳнат фаолиятига тайёрлашни ўзига асосий мақсад қилиб кўяди. Тиббий реабилитациядан то касбга дойр реабилитациягача ўтган вақт жуда қисқа бўлиши керак. Ногирон учун шифокорнинг касалликнинг бориши ва прогнози тўғрисидаги ахборотининг ўзигина эмас, балки бу қанда унга ишонч билан айтилиши ҳам қатта аҳамиятга эга. Акс ҳолда, бемор ўзи кўйган саволларига ўзижавоб беради, булар кўпчилик ҳолларда реал ҳақиқатга мос келмайди ва шунинг учун, кўпинча, даволашнингяхши натижа билан тугашига имкон бермайди. Тикланиш учун даволаш қанча узоқ, давом қилса, ногироннинг руҳий ҳолати



105-расм. Махсус ушлаб турувчи қўшиқ (мантежкали) ва қўшимча баланд деворли (қиррали) ликобча.

шунчалик ёмонлашади. У корхона учун энди керагам йўқ. экан, деб ўйлашш, ишдага ўртоклари билан алокалари узилади ва будавр ичида ишлаб чиқаришдаги жамоа аксарият ўзгаради.

Касалхонада даво олаётган беморларх кўпинча, ўз кучларига ишон-майдилар. Улар ўзларини ноқерак деб ўйлайдилар, химояга ва ижгимой мухрфазага эҳтиёж сезадилар. Беморга даво қилаётганлари, хизмат кўр-сатаётганлари, яраларини борлаётганлари ва шу кабилар унинг ирода-сини сусайтиради. Шунинг учун даволашнинг биринчи кундан бошлаб унинг рухиятини кўтариш, эсон-омон соқайиб кетишига ишонч уйғ-отиш, бунга кўплаб мисоллар келтириш керак Шундагина у ўзининг социал ва ишлаб чиқариш реабилитациясида ўзи ҳам фаол катнаша бошлайди. Реабилитация ҳамма вақт фақат жисмоний эмас, балки *рухуси* ҳам бўли-ши, одамда ўз кучларига ишонч туйтуларини шакллантириши керак Бе-мор ўзини жамиятнинг тўла қисми аъзоси бўлишига ишонтириши керак

Ишлаб чиқариш реабилитациясида тиббий ва социал реабилитациянинг муваффақиятлари уйғунлашиб кетади. Хозирги вақтда рационал меҳнатнинг юрак-томир фаолиятини ва қон айланишини, шунингдек моддалар алмашинувини яхшилаши исботланган. Айни вақтда, узоқ, вақтгача ҳаракат қилмаслик мушакларнинг атрофияга учрашига ва барвақт қаришига олиб келади. Шунинг учун даволаш жараёнида меҳнат билан даволашнинг аҳамияти катта.

1. Жисмоний функцияларнинг тикланиши: а) бўшлар ҳаракатчанлигининг ошиши, мушакларни бакуватлашиши, мувофиқлаштирувчи ҳаракатларнинг тикланиши, иш кўникмаларининг ошиши ва уларни сингдириш қрбилиятининг ривожланиши; б) кундалик фаолият турларини ўргатиш (овқат ейиш, қийиниш в х..к); в) рўзгор ишларини юритишга ўргатиш (болаларни парвариш қилиш, овқат пишириш ва б.); г) протезлар ва ортезлардан фойдаланишни, шунингдек уларни тўғри сақдашни ўргатиш.

2. Меҳнат терапияси бўлимида ногироннинг кундалик меҳнат ва турмуш фаолияти турлари билан шугуланишини ўргатадиган содда мосламаларни тайёрлаш.

3. Хар бир конкрет ҳолда оптимал иш турини танлаш мақсадида касбга дойр меҳнат қрбилияти даражасини аниқлаш.

15 - б о б. ТРАВМОТОЛОГИЯ ВА ОРТОПЕДИЯДА ДЕОНТОЛОГИЯ

Деонтология — тиббий ходимининг бемор ва унинг яқинларига нисбатан, шунингдек беморни даволашда катнашадиган тиббиёт ходимларининг ўзаро муносабатларида юридик касбга дойр ва маънавий бурчлари ва юриш-туриш, ўзини тутиш қоидалари тўғрисидаги таълимотдир. Травматология ва ортопедиядаги деонтологиянинг, жумладан, унинг жаррохликдаги асосий қоидалари таянч-ҳаракат аъзоларининг касалликлари ва шикастланишлари бўлган беморларнинг

ўзига хослиги ва уларни даволаш хусусиятлари билн боғлиқ. ўз жихатлари бўлади. Бу хусусиятлар асосан куйидагилардан иборат.

1. Соглигининг «дастлабки» ҳолати турлича бўлган шахсларда шикастланиш туфайли касалликнинг тўсатдан юз бериши. Ортопедик патологияда эса, одатда, касалликнинг йиллар билан ҳисоб киладиган узоқ.вактга чўзилган (баъзан туғилишдан) анамнези бўлади.

2. Таянч-ҳаракат аппаратининг касалликлари ва шикастланишлари иккала жинсга мансуб шахсларда ҳар қандай ёш гуруҳларида: чакалок болаларда ҳам, қарияларда ҳам учрайди. Шикастланишнинг кўпинча алкоғолдан мастлик ҳолатидага шахсларда учрашини ҳамма билади. Шунинг учун травматик беморлар, айниқса, эркаклар орасида алкоғолни суистеъмол қилувчи шахсларнинг салмоғи бошқа жаррохлик миждозларига Қараганда юқори.

3. Шикастланишларнинг айрим турларида даволаш муддатлари узоқ, бўлмайди. Бирок таянч-ҳаракат аппарати касалликлари ва шикастланишларининг кўпчилик ҳоллари узоқ, вақт (ойлар, баъзан эса йиллар) даволашни таълаб қилади. Бунда консерватив тадбирларнинг аҳамияти жаррохликнинг бошқа кўпгана соҳаларига Қараганда бирмунча юқори. Айни вақтда, таянч-ҳаракат аппаратининг бир қатар шикастлари ва, айниқса, касалликларида такроран кўп босқичли операциялар қилиш зарурати пайдо бўлади.

4. Бир қатар ортопедик касалликлар, баъзан эса шикастланишлар ҳам фақат функциянинг бузилиши ва оғриқ. синдроми билан эмас, балки косметик нуқсонлар қилиши билан ҳам боғлиқ, Бу, бир томондан, пациент руҳиятида маълум из қолдирса, иккинчи томондан эса, фақат окрик ва функционал адаптациядан ҳалос қилишни эмас, балки шикастланган аъзонинг анатомик шакли ва ташки кўринишини тиклашни такрзо этади.

5. Таянч ва ҳдракат аъзоларининг зарарланиши социал ва ишлаб чиқариш реабилитациясига оширилган талаблар кўяди. Ёш миждозларнинг касб танлаши алоҳида аҳамиятга эга.

Тиббий ёрдам кўрсатишнинг ҳамма босқичларида ортопедик ва травматологик беморлар билан ишлашда юқорида санаб ўтилган ҳамма хусусиятлар ҳисобга олиниши керак

АМБУЛАТОР ДАВОЛАШ ДА ДЕОНТОЛОГИЯ

Поликлиникада (травмпунктда) шифокор-амбулатор беморлар билан ишлайди. Уларнинг айримлари олдиндан стационар даволаш курсида бошқа шифокор кўригидан ўтганлар, бошқалари, одатда, унчалик оғир бўлмаган шикастланишлар да фақат травмпунктда (поликлиникада) даволанадилар.

Ана шунда травмпункт шифокори даволашнинг: биринчи шифокор ёрдамини кўрсатишдан бошлаб, то шикастланганнинг меҳнат қобилия-ти тиклангунча бўлган бугун комплексини олиб боради. Бундай бемор-

лар билан ишлашда оптимал даволаш тартибини сақлашга эришиш гоят мухимлир. Беморни шифокор йўқдигида шикастланган сегментга юк тушириш, кўшимча таянчдан фойдаланиш, ЛФК машқларини бажариш тўғрисидага тавсияларига катъий амал қилишига ишонтириш керак. Иммобилизация қоидаларита риоя қилишига алохида эътибор бериш лозим. Мижоз тасодифий хагги-харакатлари билан ўз саломат-лигига зарар етказиб кўймаслиги учун бу ҳақда етарли даражада хабардор бўлиши керак. Гипсли боғлам ечилгандан кейин кўл-оёқнинг шикастланиш тури ва функциясига уни рухий тайёрлаш лозим. Беморлар, шунингдек узоқ.муддатли иммобилизациядан келибчиккэн атрофия ва контрактура вақтинчалик эканлигини ва муайян машқлар ва бошқа тиббий тадбирлардан сўнг бартараф этилиши мумкинлигини билишлари керак. Ана шундагина мижоз амбулатор даволанишга онгли ва сидқддилдан ёндашади, бу охир-окибатда хасталикнинг эсон-омон яхши натижа билан тугадини таъминлайди.

Кузатув бошланиши билан беморни даволашнинг тахминий режаси билан таништириш, меҳнатга бўлган лаёкатнинг йўқрти-лишини тахминий муддатларини айтиб ўташ керак. Травматолог реабилитациянинг кандай йўналишда ва кандай интенсивликда ўткази-лишини белгилаш учун пациентнинг меҳнат фаолияти характерини аниқ.тасаввур қила оладиган бўлиши керак. Социал реабилитация — ортопедик-травматологик йўналишдаги беморларни амбулатор даволашда, биринчи навбатдаги тажрибадир. Турмушда ўзини муста-қдл уддалай оладиган пациентнинг кайфияти кўтарилади, у теварак-атрофдагилар билан осон мулоқотга киришади, ўзини яхши х.ис қилади. Амбулатория шароитларида даволаш усуллари танлашда буларнинг ҳаммаси назарда тутилиши керак.

Стационардан уйига жунатилгандан кейин беморларни амбулаторияда кўшимча даволашда ўзаро муносабатлар доираси кенгайди ва даволашнинг изчшглиги тўғрисидаги масала, айникса, кўндаланг бўлиб туради. Беморни кўшимча даволашга қабул қилаётган шифокор стационар даволаш усулини билибгина қолмай, балки аниқ, холатнинг хусу-сиятларини ҳам яхши тушуниши лозим. Бунинг учун баъзан тиббий хужжатларнинг ўзи кифоя қилмайди. Бу ўринда поликлиника (травмпункт) шифокори беморни даволаган стационарнинг шифокори билан шахсий мулоқотга киришиши керак. Х^{ам} ма манфаатдор мугахассислар умумий концепцияга риоя қилсалар ва ҳамфикр бўлсалар, даволаш изчиллиги оптимал бўлади. Агар беморни қабул қилаётган шифокор илгари олиб борилган даволашдан рози бўлмаса, бу ҳақда у дарқрл беморга айтиши мумкин эмас. «Сизни ким даволаган, ўзи?!» -кабилидаги эътирозлар мутлако ортикча. Чунки бу шифокор обрўсини тўкибгина қолмай, балки пациентга нисбатан деонтологиктамойилларга ҳам тўғри келмайди. кўркиб кетган бемор бошқа даволаш йўллари излай бошлайди, бу кўпинча унинг соглигига путур етказди.

Бирок шифокор розилик бермаган даволашни ўтказиш ҳам мумкин эмас. Бундам холларда илгари даволаган шифокор билан боғланиш (агар бунинг иложи бўлса) ва бахсли масалаларни ҳал қилиб олиш керак Борди-ю, шундай қилинганда ҳам мавжуд шикастланиш (касаллик) ни гушунда ёки уни даволаш хусусида кэрама-кэрришликлар сақланиб калган такдирда юксак малакали мутахассисга мурожаат қилиш ёки масалани консилиумда кал қилиш зарур. Борди-ю, касалликка ташхис қўйишда ёки даволашда хатога йўл қўйилганлиги маълум бўлиб қолса, хатони зудлик билан тузатиш ва бу ҳақда беморга ётиги билан тушунтириш керак Беморнинг манфаатлари ва унинг соғайиб кетиши ҳамма нарсадан устун туриши кераклигани унутмаслик керак

Амбулатория амалиётида таянч-харакат аппаратининг дегенератив-дистрофик касалликлари бўлган ёши улуг ва кекса беморларнинг сони анча кўп учрайди. Беморларнинг бу катлами алоҳида меҳрибонлик ва диққат-эътиборга муҳтожлигини сира унутмаслик лозим. Биринчи кўздан кечиришдаёқ ташхис аниқ.-равшан бўлган холларда ҳам бундай беморнинг шикоятларини диққат билан эшитиш керак Бундай беморни кўздан кечириш ҳам алоҳида тиббий ахлоқни талаб қилади. Текшириш усуллари беморга имкон борича озор етказмайдиган ва ундан кўп куч талаб қилмайдиган бўлиши керак

Айни вақтда, асосий патологиянинг кечиши ва даволаш усулини танлашга таъсир қилмайдиган қушилиб келмайдиган сурункали касал-ликларни кунт билан аниқлаш даркор. Навкирон ёшдаги беморлар билан кекса беморларни даволаш орасида бирмунча тафовутлар бор. Даволаш, одатда, оғриқ. синдромини бартараф этиш ва йўқрилган функцияни беморни қониқ;тирадиган даражагача тиклашни назарда тутиши керак Шунинг учун кекса бемор билан мулокат қилишда унинг касалликка қадар ҳаракат фаоллиги тўғрисида аниқ, тасаввурга эга бўлиш лозим. Ноинвазион даволаш усуллари устунлик қилиши керак Жаррохлик усулини қўллаш тўғрисидаги масалани бемор билан ҳар томонлама муҳофама қилиш зарур. Агар жаррохлик усулига кўрсатмалар нисбий бўлса ва у бемор ҳаётига жиддий хавф тугдирса, уни амалга оширишга шошилмаслик лозим.

Болалар ортопедияси ва травматологиясидаги деонтология, айниқра, амбулатория шароитларида даволашда муайян хусусиятларга эга бўлади. Бундай холларда ортопед касал болага шахе сифатида ва бевосита ҳамда унинг ота-онаси орқали билвосита таъсир ўтказиши. Ортопедик патологик болалар, кўпинча, фақат оғриқлар ва функцияларнинг чекланганлигидан изтироб чекибгина қолмай, балки ўзидаги касметик нуқсонлардан ва ўзининг соғлом болаларга ўхшамаслигидан кўнгиллари ўқсийди. Шунинг учун ортопеднинг вазифаларидан бири — кичкина беморнинг кўнглини кўтариш, даволаш давридаёқ ўз тенгқурлари билан нормал мулоқатда бўлишига имкон берадиган яхши шароитлар яратишдан иборат.

Касал бола ва унинг ота-онаси билан мулоқот қилишнинг хусусият-лари кўпгина омилларга: унинг ёшига, касаллиги табиатига ва оиладаги шароитга боғлиқ. Боланинг ота-онаси шифокорга бутунлай ишониш-лари ва ўтказилаётган даволашнинг зарурлиги ва тўғрилиги хусусида шубҳа қолмасликлари керак. Беморнинг яқинлари шифокорга биринчи марта муурожаат қилганларида шифокор худди ана шу мақсадни кўзда тутиши лозим, бу амбулатор даволашда айниқса муҳим. Боланинг ота-онасидан касалликнинг табиатини ва нақадар аянчли бўлмасин унинг оқибатини яширишга шифокорнинг на маънавий ва на ҳуқуқий ҳақди йўқ. Бироқ касаллик нечоғлик кўнгилсиз натижа билан яқунланиши мумкинлигидан қатъий назар, шифокор боланинг ота-онасида фарзан-дининг соғайиб кетишига умид учкунларини сақлаб қолишга интилиши зарур.

Ота-оналарга фарзандининг хасталиқдан бутунлай ёки деярли бутунлай соғайиб кетишига ишонтириш (агар ҳақиқатан ҳам шундай бўлса) жуда муҳим. Бунда даволашнинг ҳамма шароитларига оғишмай амал қилиш зарурлигини алоҳида таъкидлаш лозим. Тугма ва ортти-рилган ортопедик касалликлари бўлган кўпгина болалар узок, вақтгача амбулатор даволанишга муҳтож бўладилар, бу даврда муайян ҳаёт шароитларига кўникиш ва уларга риоя қилиш катта ўрин тутди. Ота-оналар буни билишлари ва шифокор кўрсатмаларига қаттиқ риоя қилишлари керак. Биз бундай ҳолларда ота-оналарга болани даволашда сизлар бизнинг энг яқин ёрдамчиларимиз ҳисобланасизлар, деб айтамыз, чунки ота-онанинг кундалиқ парвариши бўлмаса, ҳеч қандай даво усуллари ёрдам бермайди.

Болага косметик ва функционал бузилишларнинг бартараф қилиниши муқаррарлигини тушунтириш лозим. Лекин бундай ишонч, айниқ-са, катта ёшдаги болаларда ҳақиқатга тўғри келадиган бўлиши керак. Шундай шароитлардагина беморнинг руҳиятини имкони борича асраб-авайлашга ва, кўпинча, мураккаб даволаш тартибига қатъий амал қилишга эришиш мумкин. Хасталиқдан бутунлай фориғ бўлишга дойр асосиз орзу-умидлар кейинчалик пучга чиқиши, баъзан эса фожиали оқибатлар билан тугаши мумкинлигани ҳам унутмаслик лозим. Шунинг учун, агар шифокор ўз касби нуқтаи назаридан касаллик пронозини ва таянч-харакат аппаратининг қолдиқ анатомик функционал ва косметик ўзгаришларини олдиндан аниқ билиши керак бўлса, деонтология жиҳатидан эса болани ва ота-онасини ҳаётдаги шу ўзгаришларга тайёр-лаши шарт. Бундай тайёрлашнинг муҳим қисмларидан бири касб танлашдир. Турмушда ўзини номақбул туғиш ва касбни нотўғри танлаш таянч-харакат аппаратидаги патологиянинг жадал авж олиб кетишига сабаб бўлиши мумкин. Шунга кўра ота-оналар, кейинроқ эса таянч-харакат аппаратининг қолдиқ асоратлари бўлган бола ҳам фақат даволаш тартибига риоя қилибгина қолмай, балки турмушда ўзини қандай тугаш, тўғри касб танлаш ва иш тартиби хусусиятларини яхши билишлари лозим.

Кўп йиллар ўтса-да, собик беморлар ҳаётнинг масъул дамларида: касб танлашда, уйланишда, хрмиладор бўлишдан олдин, тугрук ва шу каби ҳолатларда шифокорнинг маслаҳатига муҳтож бўладилар. Бундай шароитларда деонтология жихатидан тўғри ёндашиш ортопедик ҳасталиги бўлган беморга дардини осонроқ кечириши ва ҳаётда ўз ўрнини топишига ёрдам беради.

ТИББИЙ ЭВАКУАЦИЯ БОСҚИЧЛАРИДАГИ ДЕОНТОЛОГИЯ

Тиббиёт бригадаси ҳрдиса содир бўлган жойда фақат ўз касбига дойр бурчларини бажарибгина қолмай, балки шикастланганга ва унинг шу ерда ҳозир бўлган яқинларига ва бегона кишиларга нисбатан деонтологик қоидаларга амал қилиши талаб этилади. Бемор оғир аҳволда бўлса, уни имкон борича тезроқ атрофдаги кишилардан ажратиш, шокка қарши тадбирларга риоя қилиш керак Юракни очик массаж қилишга кизиқиш кучайган даврда тез ёрдам шифокорлари кўчанинг ўзида оламон олдида шу муолажага киришганлари бизга маълум. Бундай шошма-шошарлик бемор учунгина эмас, балки тиббиёт бригадаси учун ҳам ёмон натижа билан тугаган. Бегона одамлар шикастланганга тиббий ёрдам кўрсатилишига ҳалакит қиладилар. Иккинчи томондан, тиббий муолажаларда бемор яқинларининг ҳозир бўлиши уларнинг рухий ҳолатига салбий таъсир қилиши мумкин. Шунингучун ёпиқ ҳонада ишлаганда бегоналарни имкон борича четлатиш, кўчада ёрдам берилаётганда эса беморни замбилда тез ёрдам машинасига олиб борйш ва бу ерда, тинч шароитда даво тадбирларини давом эттириш лозим. Табиийки, бармоқни босиб туриб қон оқишини вақтинча тўхтатиш ёки жгут қўйиш, оғиздан оғизга сунъий нафас олдириш ва юракни билвосита укалаш каби муолажалар бегона кишилар борлигидан қатъий назар, ўша жойнинг ўзида амалга оширилиши керак

Бундай ҳ.олларда даво тадбирларини бригада раҳбари (аксарият врач) ўтказди, бегоналарни унинг ёрдамчиларидан бири четлаштиради.

Айни вақтда, аҳолининг тиббий саводхонлиги жуда юқорилигини унутмаслик керак Шунинг учун камдан-кам ҳолларда, айниқса, оммавий шикастланишларда ва тиббиёт ходимлари етишмаганда оломондаги мутахассис бўлмаган кишилар ҳам жабрланганларга ёрдам кўрсатишга жалб қилинишлари мумкин. Бу ҳолда деонтологик ёндашувнингхусусияти тиббий ёрдамга раҳбарлик қилаётган шифокор зарур ёрдамчиларни тез ва тўғри танлаши, уларнинг вазифаларини белгилаб бериши ва энг масъулиятли вазифаларни ўзи бажариб, қолган одамларнинг ишига ёрдам беришдан иборат. Бунда унинг бераётган буйруқлари аниқ., қиска, конкрет бўлиши, бироқ ёрдамчиларнинг шаънига қаттиқ тегадиган бўлмаслиги керак Аксинча, кишиларни муҳим, лекин уларга одат бўлмаган ишни бажараётганлари учун ҳар томонлама қўллаб-қувватлаш ва мактаб қўйиш лозим.

Жабрланганни тинчлантириш, унга тажрибали мутахассислар ёрдам беришларини айтиб, уни ишонтириш керак Агар жабрланган алкоғолдан мастлик холатида бўлса, баъзан унга тиббий ёрдам кўрсатишда ва стационарга олиб келишда ўзаро муносабатда баъзи бир қийинчиликлар пайдо бўлади. Бу холда шифокор ўзини тута билиши ва жуда зарур бўлса, милицияни ёрдамга чакириши мумкин.

Жабрланганнинг яқинларини, воқеа содир бўлган жойдаги одамларни имкони борича тинчлантириш керак Бирок бунда ҳеч қандай узил-кесил хулосаларни чиқармаслик керак чунки бирламчи кўздан кечиришда яширин, баъзан гоят жиддий шикастлар аниқланмай қолиши мумкин. Одатда кариндошларининг тез ёрдам машинасида бирга боришларига рухсат этилмайди, чунки уларнинг хузурида транс-портда йўлда даволаш қийинлашиши мумкин. Бирок истиснолар ҳам бўлиши мумкин. ХХР қапай кариндошларига жабрланганнинг қайси шифохонага олиб борилишини хабар қилиш шарт.

Касалхонанинг қабулхона бўлимида тез ёрдам бригадасининг маълум ходими расмий хужжатларни тўлдиришдан ташқари, жабрланганни бевосита навбатчи травматологга топшириши, унга ҳрдиса тафсилотларини, шикаст механизмига, эҳтимол тутилган жаро-хатланишга, жабрланганнинг холати динамикасига ва ўтказилган даво-лашга дойр ўз фиқоларини билдириши керак

Қабулхона бўлими врачининг вазифаси — шикастланганни келиши билан қабул қилиш ва тезда зарур диагностик ва даволаш тадбирларини бошлашдан иборат. Тез ёрдам бригадаси ходимлари билан суҳбатда шикастланганни даволашда йўл кўйилган хатолар (унинг назарида) бўйича ўзининг газабини ошқор қилмаслиги керак Эътирозларини юмшоқ оҳангда, конкрет ва ишга алоқадор холда билдириши л озим. Бу жойда бегона кишилар, айниқса, жабрланганнинг яқинлари бўлмас-лиги керак

Шикастланган одамда қабулхона бўлимида уни унутиб қўйишгандек таассурот қилмаслиги керак У билан мулоқат қилаётганда шифокор уни ўзига яқин тутиши, муолажаларни оғриқсиз бажаришга ҳаракат қилиши лозим. Ҳар бир аралашув тўғрисида унга хабар бериш керак Шошюшч кўрсатмалар бўйича операция ўтказишга зарурат бўлса, у тиббий хужжатларда ҳам шикастланган киши билан суҳбат чоғида ҳам асосли ва ишонарли бўлиши керак Бунда унинг операцияга розилик бергани ва бу розилиги касаллик тарихига ёзиб қўйилиши керак Кўпчилик холларда унинг оғзаки розилиги кифоя қилади, чунки беморнинг тил-хати шифокор билан бемор ўртасида нокерак муҳитни яратади. Бундай тилхатни бемор шифокорнинг операциянинг яхши тугашига ишончи қомил эмаслигидан деб тушунади, бу рухий бекарорликка ва хатто жаррохлик аралашувдан воз кечишига олиб келиши мумкин.

Агар қабулхона бўлимида ўтказилган даволашдан сўнг стационарда ётишга ҳолат бўлмаса, бемор фақат қоникарли холатда умумий оғриқ,-

сизлантиришнинг қрлдик хрдисалари тугаганидан кейингана уйига жўнатилиши мумкин. Беморларни тунги пайтларда уйга жўнатишни режалаштириш ярамайди. Зарурат бўлган холда пациент тиббиёт транспортда тиббиёт ходими хамрохлигида уйига жўнатилиши мумкин.

Бемор стационар бўлимига ўтказиладиган холларда тегашли бўлим ходимларига олдиндан хабар берилиши керак Жабрланганнинг кэриндошлари билан суҳбатда кабулхона бўлимининг шифокори улага хайрихохлик билан аниқланган ташхисни даволашнинг тахминан қандай натижа билан тугагани хабар қилиши ва жаррохлик операцияси ҳақида (агар зарур бўлса) маълум қилиш керак

Муайян шикастланиш турларида ИИБ нинг тегишли органларига хабар қилинади.

Оғир ҳолатдаги шикастланганлар жонлантириш бўлимига, одатда, кабулхона бўлимини четлаб ўтиб ётқизилади.

ЖОНЛАНТИРИШ БЎЛИМИДА ДЕОНТОЛОГИЯ

Жонлантириш (реанимация) бўлимида ишлаш проффессионал жихатдан ҳам ахлокий ва рукий жихатлардан ҳам қийин. Травматологик беморларнинг реанимацияси хусусияти шундан иборатки, тўсатдан шикастланган соҳалар жонлантириш бўлимига, одатда, текширилмасдан ётқизиладилар. Бундай беморлар билан ишлашга, кўпинча, травматологлар ва реаниматологлардан ташқари, умумий ва томирлар бўйича жаррохлар, урологлар, нейрожаррохлар, трансфузиологлар, пульмонологлар ва бошқа мутахассислар жалб этилади. Бундай шароитларда жонлантириш бўлимидаги ҳамма катнашчиларнинг ишини оқилона мувофиқлаштириш, касбларига дойр вазифаларни тўғри таксимлаш гоят муҳимдир. Уларнинг моҳияти куйидагича: бемор критик ҳолатда бўлган даврида асосий ҳаётий муҳим системалари функ-цияларининг бузилишларини коррекция қилиш — реанимотолог вазифаси; юқорида айтиб ўтилган критик даврда реаниматологнинг фаол ёрдам кўрсатиши зарурлигини ҳисобга олиб, асосий касалликни даволаш - жаррохнинг вазифаси. Шундан келиб чиқиб, бутун реанимация даврида анестезиологнинг реаниматолог раҳбарлик вазифасини бажаради. Айни пайтда, ортопеднинг травматолог ролини етарлича баҳоламаслик ва бунинг устига унинг реанимация тадбирларида катнашишдан бош тортишига йўл қўйиб бўлмайди. Мавжуд шикаст-ланишларни аниқлаш — травматологнинг вазифасидир. Бу масалаларни ҳал қилиш учун бошқа мутахассисларни жалб қилиш мумкин.

Шикастланган зонани маҳаллий оғриқсизлантириш, жумладан, новокаин блокадасининг ҳар хил турларини ҳам травматолог ўтказиши керак Реанимацион тадбирлар комплексида шикастланган сегментни тўғри шиналаш (даволаш иммобилизацияси), жумладан, скелетни

тортмага олиш, қовурғалар синганда қовурғани «дарчасини» шиналаш кабилар муҳим аҳамият касб этади. Бу муолажаларни травматолог бажаради. Табиийки, шошилиш операцияларга кўрсатмаларни аниқлаш ва реанимация тадбирлари комтшексида амалга ошириш ҳам травматолог вазифалари доирасига киради. Зарурат бўлганда бу операцияларни бажариш учун у бошқа мутахассисларни жалб қилиши мумкин. Шувдай қилиб, жонлантириш бўлимида бўлган даврида ташхис қўйиш ва маҳаллий даволаш травматологнинг бурчи ҳисобланади.

Оғир ахволдаги травматологик беморлар кўплаб тушганда, масалан йирик аварияларда, табиий офатларда реанимация ёрдамиди ташкил қилишни катта навбатчи травматолог ўз зиммасига олади. Бу ҳолда қабулхона ва травматология бўлимлари ягона комплекс бўлиб ишлайди. Иш юзасидан зарурат туғилганда травматологик беморлар билан ишлашга кўп ихтисослашган стационарнинг ҳамма навбатчи шифо-корлари жалб этилиб, катта навбатчи травматолог бошчилик килади. Катта травматологнинг асосий вазифаси - ҳамма мутахассисларнинг ишини ташкил қилиш ва шикастланганларни ахволига қараб саралаш, шу билан бирга, ташхис қўйиш, тиббий ёрдам кўрсатиш тартибини белгилаш ва бўлимларга, жумладан, реанимацион ва операция бўлимларига жойлаштиришдан иборат.

Деантология ва асептика нуқтаи назаридан жонлантириш бўлимига катнаш ман этилган, шунинг учун бемор қариндошларига унинг ахволи ҳақида маълумот бериб туриш жуда катта аҳамиятга эга. Унинг ахволи тўғрисидаги маълумотлар ҳақиқатга мос бўлиши керак бироқ бунда унинг қариндошларини асраб-авайлашга ҳам тўғри келади. Агар шикастланганнинг ах.воли ҳақидаги хабар яқин қишисининг соғлирига зиён келтириш эҳ, тимоли бўлганда, бу хабар тўғри бўлиши билан бирга асло беҳуда умидларни пайдо қилмаслик керак Беморнинг ҳақиқий ах.волини унинг бошқа қариндошларига билдириш лозим. Ахборотнинг қарама-қарши бўлишига йўл қўй-маслик учун шикастланганнинг ахволига дойр хабар қариндошларига қам сонли шифокорлар томонидан ва кунт билан текширилгандан кейингина айтилиш керак

Ҳатто, энг оғир ҳолатда ҳам қариндошларига шикастланганнинг ҳаётини қутқариб қолиш учун ҳамма чоралар кўрилатганини таъкидлаб ўтиш лозим. Оқибат ёмон бўлган тақдирда унинг яқинларида бошқа шифокорлар, дори-дармонлар ёки ускуналар бўлган тақдирда бемор яшаб кетарди, деган сохта тушунча пайдо бўлмаслиги керак Оғир травмадан ўлаётган бемор ёнига яқинларини киритиш тўғрисидаги мунозарали масала ҳамма ҳолларда индивидуал қал қдлиниси керак

Жонлантириш бўлимида ишлашда беморга нисбатан деонтологик ёндашув шарт эмас. Унугмаслик керакки, эс-хуш йўқ.отилишининг баъзи бир босқичларида ҳамда наркознинг бошлангич фазаларида беморлар ҳамма гапни эшитадилар. Бундан ташқари, травматологик беморларда

онг бузилиши даражасини хамма вақт ҳам аниқдаб бўлавермайди. Тиббиёт хрдимлари ўзаро мулокатларида буни назарда тутишлари л озим. Шикастланганнинг ахволини унинг тўшаги оддида муҳракма килмаслик керак Беморни ва унга хизмат килаётган аппаратни навбатдаги кўздан кечириш вақтида у билан яна бир марта мулокатга киришишга ҳаракат қилиш ва бир неча илик сўзлар билан уни юпатиш даркор. Хуши ўзига келган сайин бемор билан гаплашиш имконияти аста-секин ошади, бироқ бўлиб ўтган хрдиса тўғрисидаги ахборотни унга бирданига тўкиб солиш ярамайди. Бу, айниқра, фалокат вақтида унинг якҳнлари оғир ярадор бўлган ёки калок бўлган холларга тааллуқдидир. Оғир ахволда ётган бемор бундай хабарга аста-секин, ётиги билан тайёрлаб борилиши керак Одатда, бундай холларда биз беморга унинг кдриндоши ҳам травма олгани, бошқа стационарга жўнатилгани, бироқ биз унинг ахволдан беҳабарлигимизни айтамыз. Сўнфа кариндошининг оғир ва ўта оғир ҳолатда эканлиги х.акддаги фикрга уни аста-секин ўргата борамиз, бироқ; бор ҳақиқатни беморнинг ах.воли хавфли эмаслигига ишонч ҳосил қилганидан сўнг айтамыз.

Жон таслим қўшаётган агонияли беморлар эс-хуши сақланиб қолган беморларда бошқд жойда ётишлари кераклигини эсда тутмоқлозим. Биологик ўлим юз бергандан сўнг мурда донорлари бўлиб қоладиган шикастланганлар учун бу, айниқса, тааллуқдидир. Донор тўқдша-ларини ва аъзоларини олиш тўғрисидаги маълумотни жонлантириш бўлимида ётган беморларга ва халок бўлган одамнинг кариндошларига етказиш катъиян ман этилади.

ТРАВМАТОЛОГИЯ ВА ОРТОПЕДИЯ БЎЛИМИДА ДЕОНТОЛОГИЯ

Травматологик (ортопедик) бўлимда беморлар, одатда, узоқ, вақт бўладилар, шунинг учун бу жойда унга хайрихоқдик билан яхши-шароит яратиш, айниқса, муҳим. Таянч-ҳаракат ағшаратида патологияси бўлган беморни деантологик тамойилларга риоя қўлинган холдагина муваффақд!ятли даволаш мумкин. Травматология ва ортопедияда даволашнинг кўпгина методлари беморнинг фаол иштирокини талаб этади, шунинг учун унинг шахси хусусиятларини етарлича аниқ, бах.олай олмаслик танланган даво методининг муваффақд!ятсиз чиқдншига олиб келади. Масалан, шошқалок, чидамсиз бўлган беморларга суяқдан тортиш усулини қўллаш яхши натижа бермайди. Синовиял ҳоплама ва бўғим ҳалтасини олиб ташлаш жаррохлик амалиёти фақат иродаси кучли беморларда ўтказилади. Шундай қилиб, даволаш методини танлаш пайтидаёқ ортопед-травматолог фақат мохир мутахассисгина эмас, балки психолог ҳам бўлиши керак Бирор даволаш методини танлаш, айниқра, косметик жаррохлик операцияларида бу жаррох. билан бемор ҳамкорлигида ўтказилиши керак Бунда ортопед тўғри хулоса чиқдрилишига ёрдам бериши керак

Таянч-харакат аппаратида у ёки бу операциянинг мақсадга мувофиқлиги тўғрисидаги масалани хал қилишда, кўпинча, даволаш натижалари билан солиштиришдан фойдаланилади. Гипсли боғлам ёки ортопедик шина қўйиш функционал жиҳатдан операция натижасига ўхшаш шароитни вужудга келтиради. Бу беморга эҳтимол тутилган даволаш методининг афзалликларига ва нуқсонларига баҳо беришга ёрдамлашади.

Травматология ва ортопедиянинг яна ўзига хос томони шундаки, таянч ва харакат аъзоларининг бир хил шикастланишида бир неча мукрбил даволаш методларини қўллаш мумкин, бу врачнинг беморлар такдири учун масъулиятини янада оширади. Кўпчиликхолларда асоратлар юз бериш хавфи катга бўлган усуллардан воз кечган маъкул, чунки бир мунча хавфсиз усулларни қўллаб яхши натижага эришиш мумкин. Айни вақтда, яхши натижа билан тугашига ишонса бўладиган усуллардан (хатто маълум хавф билан боғлиқ. бўлса-да) крчмаслик керак Бундай даволаш усулларини таянч - хяракат аппаратида оширилган функционал талаблар қўйиладиган касб эгаларида қўллаш лозим. Бундай беморлар гурухига биринчи холда балет, цирк артистлари ва спортчилар киради. Бундай беморлар одатда ишга тезрок қайтиш имконини берадиган бирмунча радикал даволаш усулларини қўллашни талаб киладилар. Ортопед беморларнинг истагини назарда тутиши лозим, бироқ бундай холларда унинг маънавий масъулияти ошади.

Амбулатор даволаш бўлимида болалар травматологияси ва ортопедиясига деонтологик ёндашув хусусиятлари тўғрисида айтиб ўтилган эди. Айтилганларнинг ҳаммаси стационарда даво олаётган болаларга ҳам тааллуқли. Бунда стационарда бирмунча мураккаб даволаш методлари ўтказилишини ҳисобга олиш лозим, шунинг учун болаларга ва уларнинг оналарига бирмунча меҳрибончилик билан ёндашиш лозим. Узоқ, вақт стационар даволашда болалар ортопедиясининг деонтологик хусусиятларига тўхталиб ўтиш зарур. Бундай холларда болаларнинг ҳаёти интернат типи бўйича ташкил этилиши лозим, бу ерда тиббиёт ходимлари билан бирга тарбиячилар ва педогоглар ишлашлари лозим. Даволаш билан бирга умумтаълим мактаб курси бўйича ўқитиш керак Касал болаларга имкон борича харакат режимини тахминлаш керак Пубертат даврдаги болалар стационарда алоҳида яшашни ёктирмайдилар ва педогог эътиборига мухтож бўладилар.

Кари ёшдаги беморларни даволашга алоҳида деонтологик талаблар қўйилади. Уларда суяк синишлари кўп учрайди ва рўй-рост ифодаланган сенил остеопорозга боғлиқ, холда хатто арзимаган сабабдан рўй бериши мумкин. Бундай беморларга эътиборсизлик шошма-шошарлик бетокатлик уларнинг рух.иятини шикастлабгина колмай, балки диагностикатоларга ҳам олиб келиши мумкин. Кекса одатда стационар шароитларига кийинлик билан к#шкади. Оз-моз шикаст х,ам уни турмушнинг одатдаги окимидан чиқариб, ўлим хакида ўйлашига

мажбур килади. Травматик кўполлик билан қилинган амалиёт тез издан чикадиган гомеостази бузиб қўйиши мумкин. Шунинг учун бундай беморларни стационарда имкон борича эътибор билан даволаш лозим. Уларнинг теварагида хайрихолик мухитини яратиш керак Бу баъзан жуда қийинлик билан амалга ошириладиган вазифани ўрта ва кичик тиббиёт ходимлари алоҳида кунт ва бардошлик билан бажаришлари лозим. Беморларнинг кўрсатиб ўтилган катламини текширишда ва даволашда кам шикаст етказадиган ва қийинчилик тугдирмайдиган методларни қўллаш мақсадга мувофиқ. «Хар кандай йўл билан бўлса-да идеал анатомик натижа олиш» учун курашиш бундай бемор хаётига зомин бўлиши мумкин. Карияларда ошган жаррохлик хавфи билан операциялар ўтказиш мақсадга мувофиқ эмас. Айтилганда, уларни эрта фаоллаштириш фақат рухиятини эмас, балки хаётини ҳам сақлаб қолишнинг гарови ҳисобланади. Шунинг учун, масалан, сон бошчаси синганда жаррохлик усули билан даволаш танлов методи ҳисобланади; кари одамда елка бошчаси ёки жаррохлик бўйни синганда купол шиналар ва гипс боғламларини қўлламасдан функционал методни афзал курган маъкул.

Кекса ёшдаги бемор учун энг кулай ўз-ўзини эплай оладиган одатдаги турмуш маромига тезроқ қайтиш, оғриқлардан ва жисмоний қийинчиликлардан халос бўлишдир.

Кўпчилик ҳолларда кекса беморнинг яқинлари ўтказилаётган даволашдан мамнун ва шикастланган одам атрофида парвона бўладилар. Хасталикнинг ноҳушлик билан тугаши тўғрисида беморнинг қарин-дошларига олдиндан хабар берилиши керак Бу суҳбатни тинч шароитда шифокор хонасида самимийлик билан ўтказиш лозим. Бундай суҳбатни даволовчи шифокор ёки бўлим мудури ўтказиши керак

Бирок баъзан қариндошлар кекса одамга меҳр-садркатларини кўрсатмайдилар: даволаш даврида уни келиб кўрмайдилар, хатто тўлиқ соғайиб қолган одамни уйга олиб кетишдан бўйин товлайдилар. Бу ҳолда шифокор, бир томондан, бемор рухиятини авайлаши, иккинчи томондан эса, унинг манфаатларини ҳимоя қилиш учун жадал чораларни кўриши керак Қариндошларига уларнинг иш жойи бўйича маъмурият ва жамоат ташкилотларига фаол таъсир кўрсатишининг катта аҳамияти бор. Шифокор стационардан ташқарида ҳам беморнинг тақдири тўғрисида қайгуришга мажбур. Баъзан беморни ўринлар сони танқис бўлмаган бўлимга кўчириш ва уни қариялар интернатида жойлаштиришга кўмаклашиш бирмунча мақсадга мувофиқ бўлади.

ЖАРРОХЛИК ХОНАСИДА ДЕОНТОЛОГИЯ

Жаррохлик амалиётини ўтказишнинг муҳим шартларидан бири — бемор рухиятини асраб-авайлашдир. Рухий тайёргарлик операциядан анча олдин бошланади. Бу босқичда жаррохнинг вазифаси — беморда

оғриқдан кўркишни камайтириш ва амалиётнинг эсон-омонлик билан якунланиши учун ҳамма ишлар қилинажасига уни ишонтиришдир. Операциядан хавотирликни *йўқртиши* учун дорилар бериледи, операция куни анестезиолог премедикация қилади. Режа билан қилинадиган операциядан олдин травматологик бемор билан мулоқат масаласи хар хил хал қилинади. Агар бу вазифа жаррохлик амалиётини бажарадиган жаррохга топширилса, уни даволовчи шифокор ёки анестезиолог кўздан кечириши кифоя қилади.

Беморни жаррохлик столига махсус ёткизиш, иммобилизация қиладиган боғламларни ечиш ва скелетдан тортиш тадбирларини бемор наркоз холатига киритилгандан сўнг ўтказган яхши.

Махаллий анестезия остида бажариладиган амалиётларда муайян қийинчиликлар вужудга келади. Тўлиқ окриксизлантириш бундай аралашувнинг биринчи шартини хисобланади. Бемор операция хонасида пайдо бўлиши билан бугун бригада тўпланган ва ишга шай бўлибтуриши керак. Ходимлар орасида мулоқатда беморнинг борлигини хисобга олиш даркор. Операция топилмаларининг таърифини овоз чиқариб айтиш мумкин эмас. Операциянинг бориши ва операция режасининг ўзгарганлиги бўйича бахс ва маслахатлар, айниқса, ноўрин. Инструментларни овоз чиқармай олиштириш лозим. Хатто энг мураккаб шароитларда ҳам бемор операциянинг нормал ўтаётганига ишонч хосил қилиши керак. Жаррох. ёки унинг ассистенти бемор билан мунтазам мулоқатда бўлади. Агар амалиёт анестезиолог иштирокисиз ўтаётган бўлса, жаррох. бемордан ўзини қандай хис қилаётганини сўраб туради ва унинг рухини кўгаради. Беморга вақти-вақтида у ўзини яхши тутаётганини ва шунинг учун амалиёт яхши ўтаётганини эслатиб туриш керак. Айрим беморлар операциянинг бориши бўйича изохдар берилишини талаб қиладилар, бу уларни тинчлантиради. Бирок бундай ҳолларда беморлар учун маълумотни «тахрир қилиш» фойдадан холи бўлмайди.

Амалиётнинг ҳамма катнашчилари ўртасида деонтология тамо-йиллари риоя қилиниши алоҳида аҳамиятга эга. Жаррох. билан анестезиолог ўзаро муносабатининг энг мақбул томони бир-бирининг вазифа-сини ўзаро тушуниши ва ўз касбини улуглашидир, бу иккала мутахас-сиснинг самарали ишлашига ёрдам беради. Анестезиолог жаррохни беморнинг ахволи тўғрисида вақти-вақтида хабардор қилиб туради, унинг эътиборини айрим соҳаларнинг травмаланишига, кўпро>; мушак релаксацияси зарурлигига, анестезиолог илтимосига кура операцияни тўхтатиб туришга ва бошқаларга қаратади.

Жаррохлик бригадасида операция қилаётган одамнинг етакчи бўлиши шубҳасиз ва шартдир. Бу етакчиликдан махрум бўлиш жаррохнинг ўз ишининг уддасидан чиқа олмаслигини кўрсатади. Бирок бу жаррох. ассистентларининг фикрига кулок солмаслиги керак деган гап эмас.

Операция хонасида гаплашиш ишнинг зарурлига нуқтаи назардан чегараланиши керак

Амалиёт тугаллангач ва бемор бўлимга ўтказилишига кадар шифокор доимо беморнинг хузирида бўлади. Наркоздан ёки орқа мия анестезиясидан фойдаланилган лолларда — анестезиолог бўлади. Агар амалиёт инфилтратсион анестезия остида ўтказилган бўлса, бемор билан бирга операция киладиган травматолог ёки унинг ассистент-ларидан бири қолади. Сўнг, агар беморнинг аҳволи қониқарли бўлса, у операция блокидан бўлимга тиббиёт дамшираси х,амро?улигида ўтказилиши мумкин. Уни аравачада олиб борилади.

Операция кандай ўтганини жарроҳ ассистентлари билан бирга муҳокама қилиши керак. Айниқса, учраган ҳийинчиликлар ва жарроҳик хатолари таҳлил қилиниши лозим. Зарурат бўлганда бунга анестезиолог жалб қилинади ёки х;одиса шифокорлар конференциясида муҳокама қилинади.

ХУСУСИЙ ТРАВМАТОЛОГИЯ

1 - б о б. ЕЛКА КАМАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Елка камарининг суяк асоси - кураклар, ўмров ва уни ўраб турган мушаклардан ташкил **топган**. Елка камарининг бойлам аппарати ва мушаклар ҳисобига кўкрак қафаси билан мустахам алоқаси қўллар функцияси учун муҳим аҳамиятга эга. Қўл учун бу ҳаракатчан таянч кескин ҳаракатларда ва травмада ташки тазйикларда ўзига хос амортизатор бўлиб хизмат килади. Мушак кавати билан яхши яши-ринган ҳаракатчан курак нисбатан кам шикастланади (таянч - ҳаракат аппаратидаги ҳамма синишларнинг тахминан 0,9-1,5%). Мушаклар билан кам химояланган ва кўкрак қафасига куракка нисбатан бирмунча қаттиқ, бириккан ўмровнинг бойлам аппаратидаги ва суякнинг ўзидаги шикастланишлари кўпроқ рўй беради (бошқа шикастланишларга Караганда 12-18%).

КУРАКНИНГ СИНИШИ

Одатда, курак танасининг синиши қаттиқ кучдаги зарб текканда юз берадиган бевосита травма билан бог-лик Курак танасининг синиши остида жойлашган ковуруларнинг шикастланиши билан бирга учраши мумкин. Елканинг ташки қисми билан йиқилганда қўллар тўғри турганда куракнинг бўйин ҳисми ёки бўким чуқурчаси синади.

Бевосита шикастланишда куракнинг акромиал ёки тумшуксимон ўсимтаси синади. Ўмров чикданда тумшуксимон ўсимта синиши бойлам аппарати тез ҳаракатланганда худди ажратиб олингандай бўлади. Тумшуксимон ўсимта чўқдисининг фрагмента пастга силжиб узилиши икки бошли мушакнинг қиска бошчаси ва тумшуксимон - елка мушаги кескин кучланганда елка бўғими чиқиши билан бирга рўй беради.

Рентгенологик жиҳатдан синиш характери бўйича курак танаси ва бурчаклари, елка ва тумшуксимон ўсимталар, курак суяги, курак бўйни синиши, бўғим чуқурчалигининг мажакланган синишлари фарқ қилинади

Курак бўйни сох;асидаги синиш учун суяк синикларининг сурилиши хос. Кул бўғим майдончаси билан пастга ва олдинга силжийди. Бу-нинг натижасида шикастланган томонда куракнинг елка ўсимтасининг шишиб чиқиши ва тумшуксимон ўсимтанинг ичига кириши кайд этилади. Симптоматикаси елканинг олдинга чиқишига ўхшаш. Ундан фарқли равишда чиқишда кузатиладиган пассив харакатларда пружи-насимон каршилиқ бўлмайди. Синган соҳани пайпаслашда куракнинг орқа юзасида ва қўлтик ости чукурчасида каттик оғриқ. бўлади. Рентге-нологик текширишда шикастланишнинг характери тўғрисида аниқ, ахборот олинади.

Хамма шубхали х.олларда курак синганини истисно қилиш учун рентгенография қилиш шарт, чунки курак синишлари аниқ, клиник симптомлар йўқлиги сабабли, кўпинча, аниқланмай қолади. Баъзан синиш характерини аниқлаш учун ностандарт проекцияларда суратлар олишга тўғри келади.

Д а в о л а ш. Курак синишларини даволашда танадан узоқлаштирувчи фиксацияловчи боғламлар кз'лланиш (стандарт шиналар, торакобрахиал гипс боғламлар) умумий тамойил хисобланади.

харакат қилганда оғриқ. аниқланади; пай-паслашда суяк кирсиллаши эшитилади. Елка ўсимтасининг синиши ўмров ташки учининг чиқиши билан учрайди. Тумшук симон ўсимганинг синишидан икки бошли мушак бошчасининг тортилиши оқибатида оириккучаяди. Тумшуксимон ўсимганинг силжиши акромиал-тумшуксимон ва тум-шуксимон-ўмров бойламлари бирга ши-кастланганда рўй беради. Куракнинг паст-ки, юқори-ички бурчаклари, танасининг буйлама ва кундаланг синишлари, одатда, синган бўлакларининг жиддий сурилиши билан ўтмайди. Буларни синган жойдага оғриқ. ва шиш пайдо бўлганидан аниқ.-ланади.

Курак атрофида мушакларнинг кўп-лиги катор холларда лат ейиш билан синиш ўртасида солиштирма ташхис ўтказишни қийинлаштиради. Суяк синиклари кўпинча курак бўйни соҳаси синганда сурилади. Бўғим чукурчасидан синишлар елка бўғимидаги харакатларда кескин оғриқлар билан тавсифланади ва бўғимда кон тўпланиб қолишига олиб келади (гемартроз).



106-расм. Куракнинг синиш турлари.

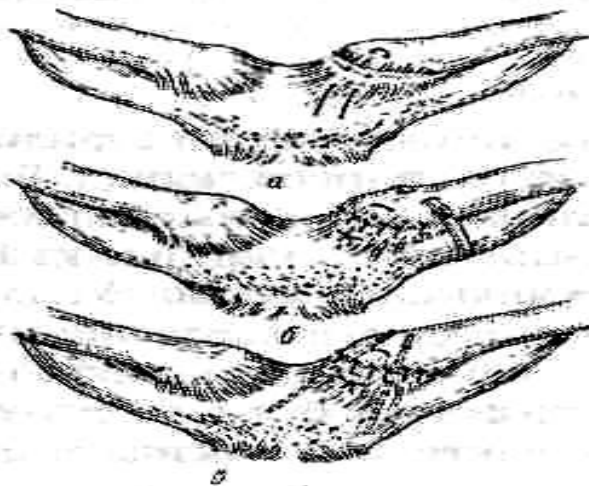
1 — анатомик бўйинчасининг синиши; 2 — жарретушк бўйинчасининг синиши; 3 - пастки бурча-гининг синиши; 4 — юкори бур-чаганинг синиши; 5—бўйлама синиши; 6 — тумшуксимон ўсимганинг синиши; 7 - акромиал ўсимганинг синиши.

Қўлни танадан узоқлаштирувчи шина елка бўғимида 90° гача бурчак остида бўлиши керак тирсак бўрими 90° - 100° га, елка бўғимида 30° гача буқилганда елка бўғимида мушаклар учун бўшашган ҳолат вужудта келади. Елка камаридан синишни фиксация қилиш учун синган жойни 20-30 мл 1-2% новокаин эритмаси билан оғриқсизлантириш зарур. Ёзувчи шиналарда даволашда панжа, билак-кафт ва тирсак бўғимлари учун ЛФК бошлашга имкон беради. Кураги синган беморларда суяк синиқлари сурилмаган бўлса, меҳнат қилишга 4-6 ҳафта ўтказ тикланади.

Курак бўйни синган ва суяк кўчган булса, қўлни танадан узоқлаштирувчи суякни тортиб даволанади. Қўл ЦИТО шинасига қўйилади. Унинг қандай турганлигини тез-тез текшириб *турит* керак: елка 90° бурчак остида, фронтал текисликдан 110° орқа томонда бўлиши, тирсак бўғими 90° гача бурчакда буқилиши лозим.

Тортиш кучи суякларнинг сурилиши, елка камаридаги мушак-ларнинг кучига боғлиқ, ва го'к 1,5 /сгдан то 3,5-4 /сггача бўлади. Суякдан тортиш усулидан ташқари қўл репозицияси ҳам ишлатилади. Биринчи кунлардан бошлаб билак-кафт ва тирсак бўғимлари учун ЛФК ўтказилади. Елка бўғимида ҳаракатларга 4 ҳафтадан сўнг рухсат берилади. Меҳнат қилишга ўрта ҳисобда 1,5-2 ой ўтгач тикланади. Агар даволаш тўғри олиб борилган бўлса, елка бўғими туликда жамда ишлайди.

ЎМРОВ СУЯГИНИНГ ЧИКИШИ



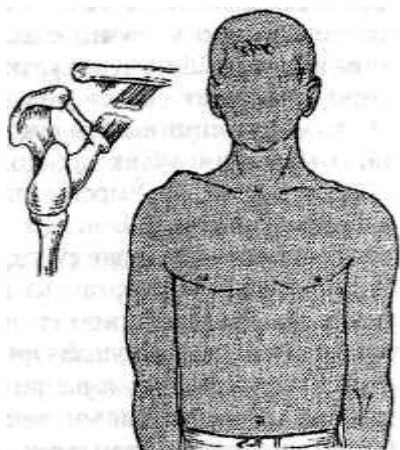
107-расм. Ўмров суяги ички томонидан чиқишини жарроҳлик усули билан даволаш (схема).

а — тўш ва ўмров суяги орасига чок қўйиш; **б** — биринчи қовурғага қўшимча фиксациялаш; **в** — иккита кегай билан қўшимча фиксациялаш.

Ўмров суягининг чиқиши \амма суяк чиқишларининг 3 дан 15% гача бўлган қисмини ташкил этади. У ўмров боғлов аппарата узилганда рўй беради. Одатда ўмров 25 дан 45 ёшгача ишга лаёқатли эркакларда кузатилади. Ўмров суяги асосан билвосита травма асосида содир бўлади.

Боғлам аппаратининг шикастланиш даражасига кўра ўмров чиқишлари тўлиқ ва нотўлиқ турларга бўлинади.

Т а ш х и с. Ўмров суяги туш олди ёнидан чикд.анда ўмров-тўш бирикмасининг ассиметрияси аниқланади. Ши-кастланган томонда ўмровнинг ички томони тўш юқори чиқиб туради, елка усти қисқаради. Тўш орқаси чиккхнда бу симптом, айникса, яхши билинади (107-расм). Пайпаслаганда тўш суяги билан ўмров суяги бириккан жойда чуқурча аниқланади. Елка бўғимидаги оғриқдан



108-расм. Ўмров суягининг акромиал томонидан тулик чиқишида беморнинг ташқх кўриниши.

харакатлари чегараланган. Ўмров суяганинг тўш қисмидан чиқишини фақат жаррохлик йўли билан даво-ланади.

Ўмров суягининг дистал қисми-дан чиқиши акромиал устида ва акромиалдан пастда бўлиши мум-кин: биринчисида ўмров куракнинг акромиал ўсимтасидан юқорига, иккинчи холда куракнинг акромиал ўсимтасидан пастга сурилади (108-расм). Акромиалдан пастга чиқиш камдан-кам учрайди, кейинроқ биз ўмровнинг акромиалдан юқорида юз берадиган чиқишини кўриб чиқамиз.

Бундай чиқишда бойлам аппа-рати, албатта, шикастланади. Ўмровнинг дистал учи куракка иккита: акромиал-ўмров ва ўмров-тумшуксимон бойламлар фиксацияланган. Бу бойламларнинг шикастланишига кўра ўмров акромиал учининг тўлиқ ва нотўлиқ (чала) чиқиши фарқ қилинади.

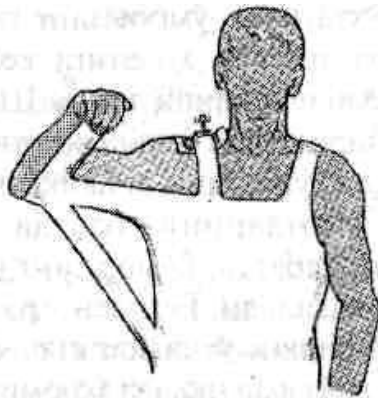
Чала чиққанда фақат акромиал-ўмров бойлами, тўлиқ чиқишда эса акромиал-ўмров ва ўмров-тумшуксимон бойламлар узилади. Клиник жиҳатдан чала чиқиш ўмров ташки учининг оз-моз чиқиб туриши, ҳаракатларда ва пайпаслаганда битишма соҳасида маҳаллий оғриқ, кузатилади.

Ўмров суяги тўлиқ чиқишининг ўзига хос белгилари елка тепа қисмининг кискариши, ўмров ташки учининг зинапоясимон туртиб чиқиши, унинг олдинги-орқа йўналишда кўчиши, «клавиш» мусбат симптоми хисобланади, бунда ўмровнинг акромиал учи босилганда у ўз жойига осонгина ўтади: агар босиш тўхтатилса, ўмровнинг ташки учи клавиш каби юқорига кўтарилади ва аввалги холатига келади. Бу симптомни соғлом томон билан таккрслаб текшириш лозим. Шикастдан сўнг 2-5 кунларда синчиклаб кўздан кечирилганда дельтасимон-тўш эгат соҳасида тумшуксимон ўсимта тагида кон куйилганини пайкаш мумкин.

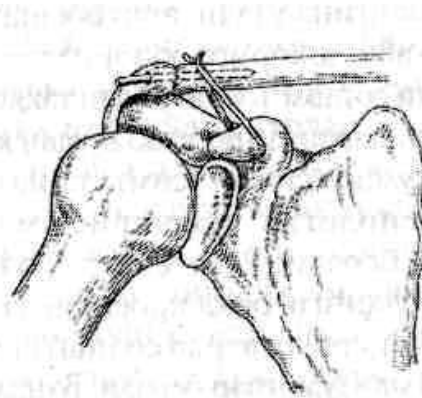
Рентгенологик текшириш маълумотларини, одатда, ташхис тасдиқлаб беради. Рентгенографияни, албатта, беморнинг вертикал холатида олдинги-орқа проекцияда ўтказилади. Рентгенография чала ва тўлиқ чиқиш ўртасида солиштирма ташхис ўтказилганда, айникса, кимматли маълумотлар беради. Бундай ҳолларда иккала акромиал-ўмров бирикмаларини симметрик рентгенограмма қилиш лозим. Шикастланган ва соғлом елка тепасининг акромиал-ўмров бирикмаси бўғим чуқурчасининг кенгайганлигига аҳамият берилади, бу акромиал-ўмров

бойлами узилганидан далолат беради. Ўмровнинг ташки учи ва курак акромиал ўсимтаси бўғим юзларининг сурилишидан ташқари, ташки учининг чиқиши учун куракнинг тумшуксимон ўсимтаси билан ўмровнинг пастки юзаси ўртасидаги масофанинг узайгани (0,5 см дан кўпга) хос. Бу симптом тумшукримон-ўмров бойлами, бинобарин ўмров ташки четининг тўлик чиқиши учун патологомик хисобланади.

Д а в о л а ш. Ўмров суяганинг ташки чети чиккэⁿ бўлса, уни жойига солиш осон. Бунинг учун 10 мл 1% новокаин эритмаси билан оғриқсизлантирилгандан сўнг қўлни 90° бурчак остида тирсак бўғимида букиш, елкани тепа-орқага ва, айти вақтда, иккинчи қўл ўмров суяги-нинг акромиал томонига босиш керак. Ўмров суягини жойига солингандан кейин уни шу ҳолатда ушаб туриш гоят қийин бўлади. Сўнги вақтларда фиксациянинг ҳар хил усуллари ишлатилади: ЦИТО, Кожукеев стандарт шинаси, Шимбарецкийнинг винт прессли боғлами (109-расм). Сальников бўйича «портупея» боғлам курак ва ўмров маҳкам ушлаб туради ва шикаст-ланган бойламларнинг яхшироқ битиб кетишига имкон беради. Уни қўйишнинг биринчи босқичида қўлни 90° бурчак остида буқилган тирсак бўғимини танага фиксация қилинади. Сўнгра чикдан суяк жойига солингандан кейин ўмровнинг ташки чети тепасига «партупея» типидagi гипс лонгета қўйилади, бу куракни ва ўмровнинг ташкой четини ушлаб туради. «Партупея» борламининг чеккалари кўкрак қафасидаги борламнинг тагида қолади ва эгилиб тепага чиқади, бундан олдинги боғламга кўшилиб кетади. Бокпамнинг тортиш кучи камайган сайин уни алиштириб турилади. Беморни тез-тез кузатиб туриш керак чунки таянч нуқталарида (ўмров суягининг ташки чети, тирсак ўсимтасида) кўпинча ётоқяралар ҳосил бўлади. Одатда, бундай ҳолатларда чиқиш такрорланади. Бундай усуллар чала чиқишларда қўлланилади. Ўмровнинг тўлик чиқишларида жаррохлик амалиёти бажарилиб, уни дастлабки 7 кун мобайнида ўтказган маъкул. Шу мақсадда лавсан лентаси билан ўмров-тумшуксимон бойлами пластика қилинади ва акромиал-ўмров бирикмасини металлдан ясалган кегай билан фиксация қилинади (110-расм).



109-расм. Ўмров суягининг акромиал томонидан чиқишини даволаш учун Шимбарецкий боғлами.



110-расм. Ўмров суягининг акромиал томонидан тўлик чиқишида жаррохлик усули техникаси.

Операциядан кейинга даврда қўлни танадан узоқдаштирувчи ЦИТО шинаси билан 4-5 хафта муддатга фиксация қилинади. 2-3-кундан бошлаб бармоқлар, билак ва тирсак бўғимлари учун ЛФК тайинланади. 5-хафтада шинани қўлтиқ остига валикли боғлам қўйиш билан алмаштирилади. Металл фиксаторни жаррохлик усулидан 6-7 х.афта ўтгандан сўнг олиб ташланади. Бемор одатда 7-8 хафтадан кейин меҳнатга лаёқатли бўлади.

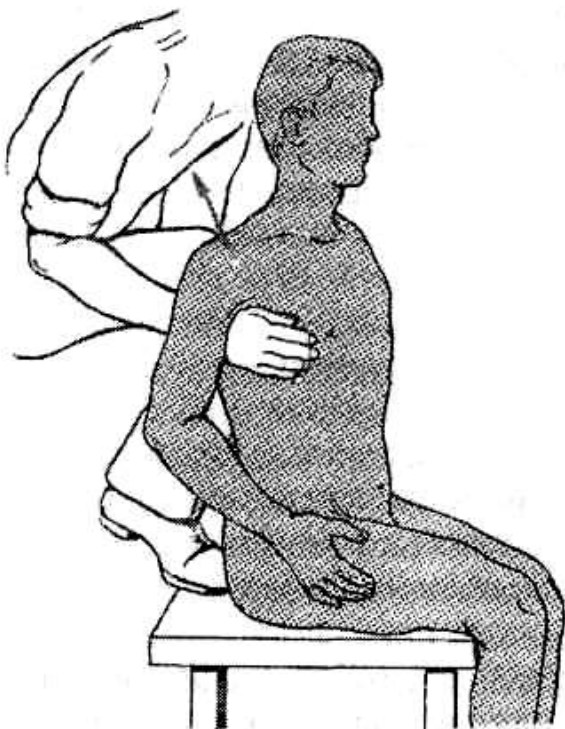
ЎМРОВ СУЯГИНИНГ СИНИШИ

Ўмров суягининг синиши таянч-харакат аппаратининг бошқа синишлари орасида тахминан 15-18% ни ташкил қилади. Ўмров суяги, кўпинча, унга тўғридан-тўғри зарбтушганда синади (бевосита), бироқ ўмров билвосита шикаст механизмида, яъни ўмров ўқи томон тазйик бўлганда синади.

Шикастнинг бевосита механизмида — елка бўғимининг ташки юзасига, чўзилган ҳолатдаги қўлга йиқилишда, елка бўғимлари ён томонларидан босилганда — куч оғирлиги 5-симон буқилган ўмров бўйлаб тарқалади. Уни кескин буқиш энг нозик қисми - ўрта ва ташки учдан бир қисми ўртасидаги чегарада синишига олиб келади. Бевосита шикаст механизмида синиш парчаланган, кўндаланг, кийшик-кўндаланг бўлади. Шикастнинг билвосита механизмида кўпинча кийшик ва кийшик-кўндаланг синишлар учрайди. Синиқларининг типик сурилиши кийшик ва кийшик-кўндаланг синишларда рўй беради. Ўртадаги марказий синган бўлак тўш-ўмров-сўршчеимон мушакнинг қисқариши натижасида тепага ва орқа томонга кўчади. Ўмровнинг ташки (периферик) бўлаги қўлнинг массаси таъсири остида пастга ва олдинга томон кўчади. Болаларда суяк устки пардаси остидаги синишларда, кўпинча, бурчаги пастга очик бўлган деформация вужудга келади. Ўмровнинг ташки чети синганда периферик парча куракнинг акромиал ва тумшуксимон ўсимталар билан боғланган ҳрда қолиши, ўмровнинг юқорига силжиган марказий бўлаги эса ўмровнинг акромиал чети чиқишига ўхшаб кетиши мумкин.

Айрим ҳолларда силжиган бўлақларнинг кирраларидан плевра, томир-нерв тутами, ёпиқ синишдан очик синишга ўтадиган тери крпламлари шикастланиши мумкин.

Т а ш х и с. Ўмров синишига ташхис қўйиш қийинчилик тугдирмайди. Синган жойда оғриқ,, актив ҳаракатларнинг чекланиши, айниқса, оғриқ.туфайли қўлни ёзиш ва тепага кўтаришнинг қийинли-гига шикаятлар бўлади. Бемор қўлини елкага қўйиб тирсаги билан кўкракка яқинлаштиради. Синган жой кўздан кечирилганда нисбатан кўпинча деформация борлиги (шиш, кон куйилиши, суяк бўлақларининг туртиб чиқиши) аниқланади. Қўл елка бўғими билан бирга ичкарига йўналган, пастга ва олдинга туширилган. Елка тепаси шикастланган томонда қисқа тортилган, ўмров усти чуқурчаси



111-расм. Ўмров суяги синишида тўғрилаш техникаси.

текислашган. Куракнинг медиал чети ва унинг пастки бурчаги тери ости клетчаткадан кўриниб туради. Суяк ўсимталаридан куракнинг медиал четигача бўлган масо-фа соғлом томондагига нисбатан бир-мунча катта.

Беморни текшириш шикастланган томондага нервлар, томирларни текшириш ва рентгенография билан яқунланади.

Д а в о л а ш. Ўмров синишларини даволаш усули асосан синиш характерига боғлиқ.. Суяк устки пардаси остидан синишларни «яшил новда» типи бўйича ва суяк бўлаклари сурилмаган синишларни фиксация қиладиган боғламлар билан ўтказилади. Болаларда

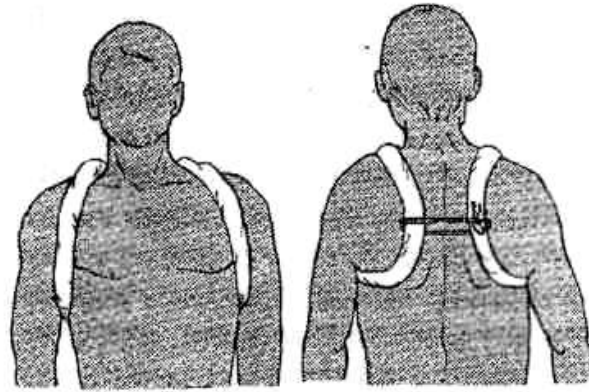
иммобилизация муддати 2 дан 3 \афтагача, катталарда 4 хафтагача. Бог-лам кўйшддан

олдин синган жой 10-15 мл 1-2% новокаин эритмаси билан оғриқсизлантирилади. Бўлаклари сурилган ўмров синишларида синган жойни 15-20 мл 1-2% эритма билан оғриқсизлантирилгандан кейин бўлақлар жойига қуйилади. Бунинг учун беморни курсига бошини шикастланган томонга энгаштииб ўтказилади. Ассистент тиззаси билан курак орасига ёки бурчагига тиралиб, иккала кўлини елканинг тепасига кўяди ва елка бўғимини орқага-тепага ва оз-моз юқорига суради (111 -расм). Жарроҳ шу ҳолатда синиқларни жойига солади. Одатда бу қийинчилик тугдирмайди, бироқ фиксациянинг 250 дан ортик таклиф қилинган усули борлигига карамай бўлақларни керакли ҳолатда ушлаб туриш гоят қийин (112-расм).

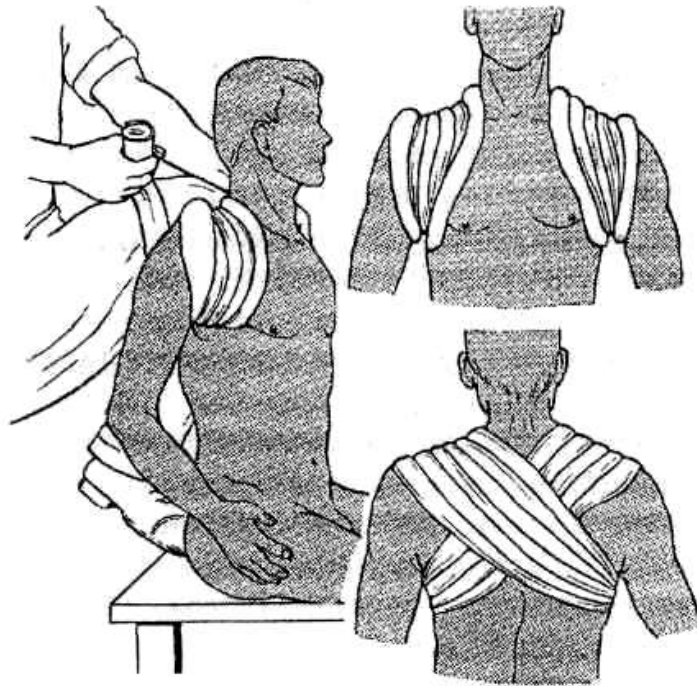
112-расмда келтирилган фиксация усуллари энг кенг тарқалган.

Бурчак деформацияси билан ўтадиган ўмров синишларини даволашда Чижин рамкаси яхши ёрдам беради. Кузьминский шинаси (112-расм, 2) ўмров синишларини консерватив даволаш учун жуда қулай ҳисобланади, у елка камарини кўтариб, энг юқори ҳолатда ушлаб туради.

Узоқ, вақт ўринда ётишни талаб қиладиган оғир жароҳатла-нишларда беморни қаттиқ тўшакли ётоқ четига ётқизилади ёки кураги орқасига ва кураклараро бўшлиқ,ка каттиқ ёстик қўйилади, кз'л ётоқдан пастга ва орқа томонга осилиб туради. Бир кун ўтгач, тирсак бўғими тагига болишчаси бўлган курси қўйилади. Бемор шу вазиятда 2-3 хрфта ётади.

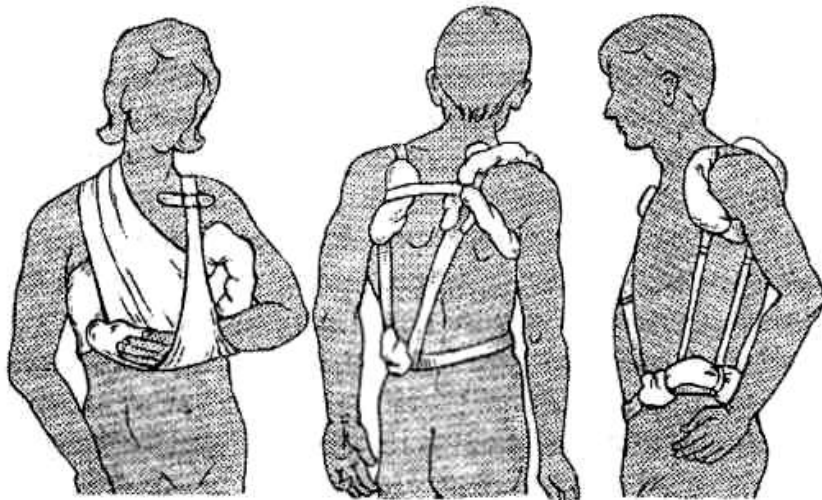


a



b

112-расм. Ўмров суяги синишида фиксация усуллари
a – Дельбе ҳалқалари;
b – саккиссимон боғлам, Шарашинидзе;
в – Титова овали;
г – Кузьминский шинаси.



в

г

Ўмровни *жаррозушк йўли билан даволаш* муайян кўрсатмаларга эга, улар мутлак ва нисбий турларга бўлинади. Мутлак кўрсатмалар куйидагилар:

- очик синиш;
- ўмровнинг томир-нерв дастаси шикастланиши билан асоратланган ёпиқ синиши;
- нерв чигалининг босилиши;
- бўлаклари суякка тик жойлашган ва томир-нерв дастасининг шикастланиш хавфи бўлган бўлаксимон синиш;
- бўлакнинг ўткир учидан тери перфорациясининг юз бериш хавфи;
- интерпозициянинг хар хил турлари (суяк суяк устки пардаси) киради.

Нисбий кўрсатмаларга бўлакларни боғлам ёки шина билан жойига солинган холатда ушлаб туриб бўлмаслиги киради.

Кўпинча, ўмровнинг ретроград усул билан интрамедулляр остеосинтези ўтказилади. Операциядан кейинги даврда қўлни 4-5 хафтага ЦИТО шинаси ёки торакоброхиал боғлам билан фиксация қилинади. Мехнат қилиш крбилияти 1,5-2 ой ўтгач тикланади.

2 - б о б. ЕЛКАНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Елка суягининг синишлари хамма синишларнинг ўрта хисобда 9-12% ни ташкил этади. Елка суягининг проксимал учи, диафизи ва листал қисмларининг синиши фарқ қилинади. Елка суягининг юқори қисмидаги синиш бўғим ичида ва бўғимдан ташқарида бўлиши мумкин. Бўғим ичида синишларга бошчаси ва анатомик бўйнининг синиши, бўғимдан ташқаридаги турига эса дўмбок соҳасидаги синиш (дўмбокдараро синишлар, дўмбокларнинг алоҳида синишлари), елка жаррохлик бўйни ва эпифизеолиз синишлари киради.

Елка суяги дифиазининг синишлари учдан бир юқори, ўрта ва пастки қисми синишларига бўлинади. Елка суяги дистал учининг синишлари дўнг усти ва дўнгларининг синишларига бўлинади. Сўнгги синишлар орасида дўнг орқали, дўнглараро синишлар (Т ва V симон) ва дўнгларнинг алоҳида синишлари фарқ қилинади.

Бошча ва анатомик бўйни соҳасидаги синишлар аксарият елка бўғимининг ташки юзасига зарб текканда ёки тирсак ёки панжага йиқилганда пайдо бўлади. Елка суяги дўмбоклари синишларида, кўпинча, дўмбок узилиб кетади, бу мушак ўта қисқарганда юз беради. Жаррохушк бўйни синишлари одатда тирсакка йиқилиш натижасида бўлади. Елка диафизи синишлари бевосита тазйик (зарб), тирсак ёки узатилган кз'лга йиқилганда рўй беради. Елка суяги дистал учининг синиши узатилган қўлнинг тирсаги ёки кафтига йиқилганда содир бўлади; камрок-бевосита травма оқибатида синади.

ЕЛКА СУЯГИ ПРОКСИМАЛ КДСМШШІ СИНИШИ

Елка суягининг бўким ичида синишига бошчаси ва анатомик бўйиннинг синиши киради. Улар нисбатан кам, асосан кексайган одамларда учрайди. Анатомик бўйни синганда дистал бўлак одатда, бошчага ёпишади ва бир-бирининг ичига киради (суқилади). Зарба қаттиқ бўлганда бошча дистал бўлак билан куракнинг бўғим юзасида майда бўлакларга бўлиниб кетиши мумкин. Баъзан бўйни синишида бошча 180° га бурилади ва ўз бўғим юза си билан дистал бўлакка ўрнашади. Агар бунда бошчанинг чиқиши юз берса, елка суяги бошчасининг синган-чикдани тўғрисида айтилади.

Елка бўғими шиш, бўғим бўшлигига кон куйилиши хисобига х.ажми катталашади. Актив харакатлар қилиб бўлмайди, пассив харакатлар ва ўки бўйича юк тушиши оғриқли. Бошча қўл билан босилганда жуда қаттиқ оғриқ сезилади.

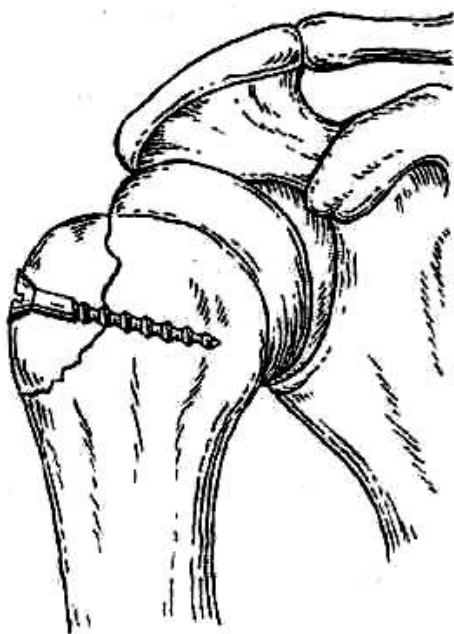
Бир-бирининг ичига кириб синишда суяк бўлакларининг крепитацияси, харакат чекланганлиги, кўлни тепага кўтариб бўлмаслиги каби характерли белгилар бўлмайди. Бундай холларда аниқ, ташхисни рентгенологик текширувдан кейингина қўйиш мумкин.

Шикаст механизми бўйича елка суяги дўмбокчаларининг икки тури фарқ қилинади: 1) бевосита шикаст натижасида юз берган синиш; 2) кўпорилиб (узилиб) синиш. Бевосита шикаст механизмида суяқайтарли даражада сурилмай бўлакнинг майдаланиши рўй беради. Шикастнинг узилиш механизмида катта дўмбокчадан кичикрок бўлаги узилиб, суяк усти, суяк ости ёки кичик думалок мушакнинг тортиш таъсири остида акромиал ўсимта остидан пастга ва ташқарига сурилади. Катта дўмбокнинг синиши кўлинча елканинг чиқиши билан учрайди.

К л и н и к а в а т а ш х и с . Дўмбокчалар сох;аси пайпаслаб кўрилганда каттиқ оғриқ. бўлиши дўмбокчалар синишининг ўзига хос клиник симптоми хисобланади. Катта дўмбокча синганда елка ичкарига, кичик дўмбокча синганда ташқарига бурилган. Елка бўғими актив харакатларнинг бузилишлари хос: катта дўмбокча синганда актив ташки ротация бўлмайди. Елка бўғимини рентгенография қилиш дўмбоклар синишига ташхис қўйишда х.ал киладиган аҳамиятга эга.

Даволаш. Катта дўмбокча сурилмай узилганда қўлни рўмол боғламга 10-15 кунга осиб қўйилади. Боғлам ечилгандан кейин қўлни бемалол харакат қилишга рухсат берилади. Мех.нат крбилияти 2-2,5 ойдан сўнг тикланади.

Катта дўмбокча сурилиб узилганда елкани 90°га буриб, ташқи ротация 60° да ва олдинга 30-40°га букиш йўли билан бўлакларни репозиция қилинади. Бундай холатда қўл гипс боғлам ёки танадан узоқлаштирувчи шина билан 1,5-2 ойга фиксация қилинади. Мех.нат крбилияти 3-4 ой ўтгач тикланади. Ёпиқ репозиция натижа бермаганда



113-расм. Елка суяги катта дўмбоқчасини бурама миҳ билан фиксациялаш. Мазкур соҳадаги тез-тез синишлар сабаби шундаки, бу суякнинг пўстлоқ (кортикал) қавати юпқа. Ёши катта шахсларда жарроҳлик бўйиннинг синишлари, айниқса кўп содир бўлади.

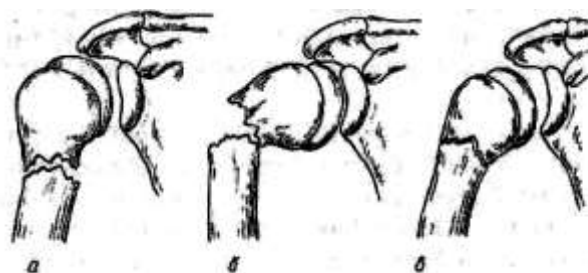
жарроқлик амалиёти бажарилади: узилган кием кегай ёки шуруп билан фиксация қилинади (113-расм).

Елка жарроҳлик бўйнининг синиши. Елка суяги проксимал учи синишлари орасида жарроҳлик бўйни синишлари кўп учрайди.

Елка жарроҳлик бўйни синишлари учун билвосита шикаст механизми хос ва агар йикдяишда қўл узатилган холда бўлса, абдукцион синиш рўй беради. Бунда марказий бўлак ичкари рота-цияда, периферик бўлак олдинга ва юкорига кўтарилган бўлади. Марказий ва периферик бўлаклар ўртасида ташқари ва орқага очик бўлган бурчак хреил бўлади (114-расм, б). Агар йиқилишда қўл ўрта холатда бўлганда дистал бўлак проксимал бўлак ичига кириб, елка жарроҳлик бўйнининг крқилган аддукцион синиши рўй беради (114-расм, в).

К л и н и к а в а т а ш х и с . Елканинг жарроҳлик бўйнининг ўкидан кўп сурилмаган крқилган синишларига ташхис қўйиш катта кийинчиликтугдиради. Бундай синишларнинг клиник кўринишида симптомлар кам, қўл фаолияти кам

зарарланади. Синган жой пайпасланганда елканинг ротацион харакатида оғриқ бўлади. Бу симптомлар асосида жарроҳлик бўйиннинг крқилган синишини тахмин ҳилиш мумкин. Олдинги-орқа ва аксиал проекцияларда қилинган рентген суратлар елка жарроҳлик бўйнининг крқилган синишларини аниқлашда катта аҳамиятга эга. Абдукцион ва аддукцион синишларда кўчиш сезиларли бўлганда қўл ўки ўзгаради, елка бўғими соҳасида шиш ва кон куйилиши бўлади. Актив харакатлар қилиб бўлмайди, пассив харакатлар каттик оғриқ беради. Бунда баъзан суяк



114-расм. Елка суягининг жарроҳлик бўйинчасидан синиши.
 а – абдукцион;
 б – аддукцион;
 в – бурчак ҳосил қилмай қоқилган синиш.

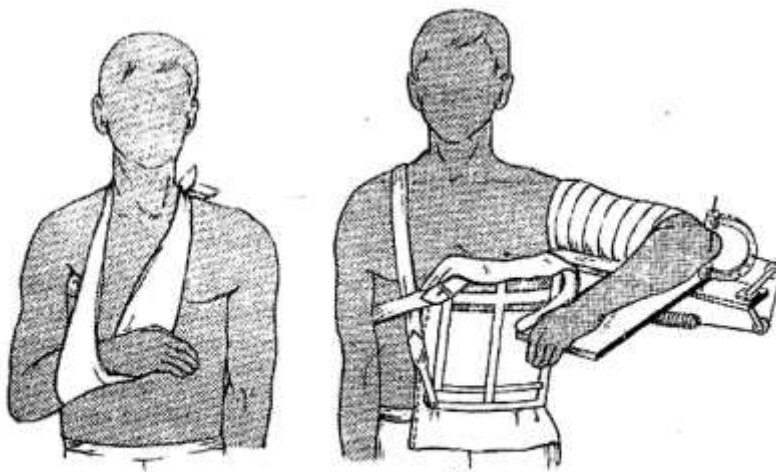
бўлақларининг патологақдаракатчанлиги ва крепитацияси аниқланади. Алдукцион синишларда елканинг олдинги-ташки юзасида синган жойда мое келадиган суяқдўнгчаси аниқланади; абдукцион синишда бу жойда чукурча пайдо бўлади. Елка кискэрган, крқдпмаган синишда елка ротацияси бошча ротациясига олиб келмайди. Синган жой пайласланганда кескин оғриқ, пайдо бўлади. Елка жаррохлик бўйнининг синиши шикаст пайтида ҳам бўлақлар нотўғри репозиция кдпинганда Хам, томирнинг нерв дастасининг шикастланиши билан асоратланиши мумкин.

Даволаш. Синганжойни 15-20 мл 1-2% новокаин эритмаси билан оғриқҳсизлантирилади. Сурилмаган крқдпган синишларда консерватив (функционал) даволаш усули қўлланилади. Тирсак бўғимида 60°-70° гача бурчакда буқилган қўлни рўмолга ёки «илонсимон» боғламга осиб, қўлтикретига болишча кўйилади (115-расм).

Иккинчи кундан бошлаб билак-кафт бўғимида, 5-кундан тирсакда ва 8-10-кундан бошлаб елка бўғимида харакатлар қилинади. Ёш ва ўрта ёшдаги беморларда меҳнатга лаёқҳт 5-8 хафта ўтгач тикланади.

Ёши кайтган ва кекса беморларда бу тактикани қоқилган синишларда эмас, балки елка суяги жаррохдик бўйнининг асорат-ланмаган бошқа синишларида ҳам кўдлаш керак

Елка жарродлик бўйнининг сурилган, крқилган ва қоқилмаган синишларида даволаш аста-секин репозиция (суяқдан тортиш), бир моментли репозиция ва жаррохдик йўли билан ўтказилиб, танадан узокдаштирувчи шинада аста-секин репозиция кқлиш усули энг эҳтиётловчи усул хисобланади (116-расм).



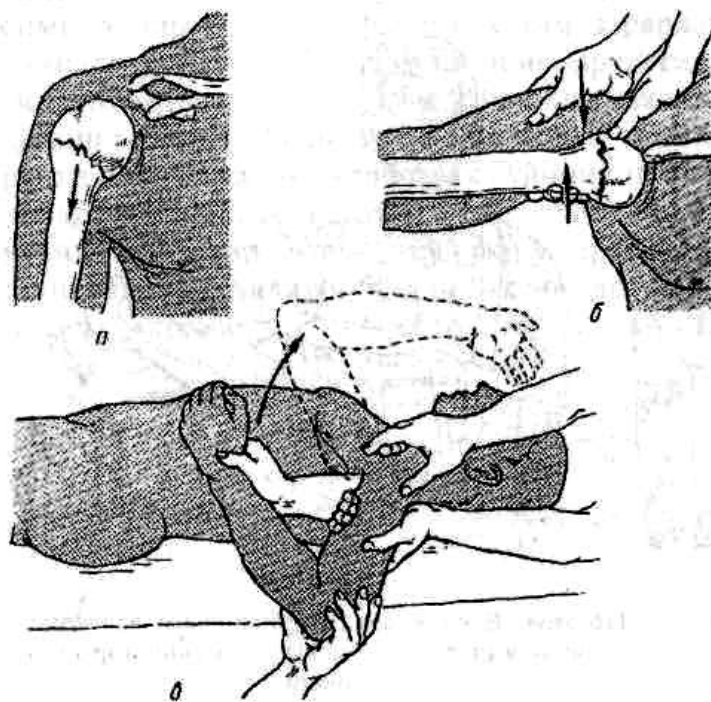
115-расм. Қўлни рўмол билан боглаб фиксациялаш.

116-расм. Елка жаррохдик бўйинчаси абдукцион синишини даволашда қўл скелетини тортиш ҳолати.

Иккинчи кундан бошлабок панжа бармоқлари бўғимларида, 5-кундан тирсак бўғимида ҳаракатлар қилиш мумкин. 3-4-хафта ўтгач шинани олиш мумкин. Бу пайтга келиб беморлар тирсак бўғимида ёзилган қўлни 140° гача букишлари мумкин. Мехнат крбилияти 8-10 хафта ўтгач тикланади.

Абдукцион синишларда қўл «илонсимон» боғлам ёки рўмолга осилиб қўлтикрстига болишча қўйилади. Бунда оғирлик остида бурчак кенгайганлиги ўз жойига келади. Агар бу ҳрдиса рўй бермаса, танадан узоклаштирувчи шинада 30° - 40° бурчак остида суякни тортиш керак 15-30 — кунларга келиб, суякдан тортишни тўхтатиш ва 2 хафтагача рўмол борламда олиб юриш керак Мехнатга лаёкатлилик 2-2,5 ойда ўтгач тикланади.

Елкани жаррохлик бўйни синишларида наркоз остида қўлда бир моментли репозиция қилинади. Беморни столга чалканча ётқизилади, елка столни четида жойлашиши керак Абдукцион синишда ёрдамчи беморнинг билагини тўғри бурчаккача олиб бориб, елка ўки атрофида тракция қилинади. Жаррод бир қўли билан бошчани фиксация қилади, ёрдамчи билан иккинчи купи елкани 90° бурчаккача олиб бориб, айна вақтда, уни фронтал текисликдан 30° - 40° га ва 60° - 90° бурчак остида ташқарига ротация қилади (117-расм). Репозициядан кейин қўл торакобрахиал гипс боғлам билан фиксация қилинади ёки танадан узоклаштирувчи шина билан тирсак ўсимтасидан тортиш йўли билан даволанади.



117-расм. Елка бўйинчасининг абдукцион синишини тўғрилаш.
а — узунасига чўзиш;
б — энига силжишини бартароф қилиш;
в — елкани яқинлаштириш.

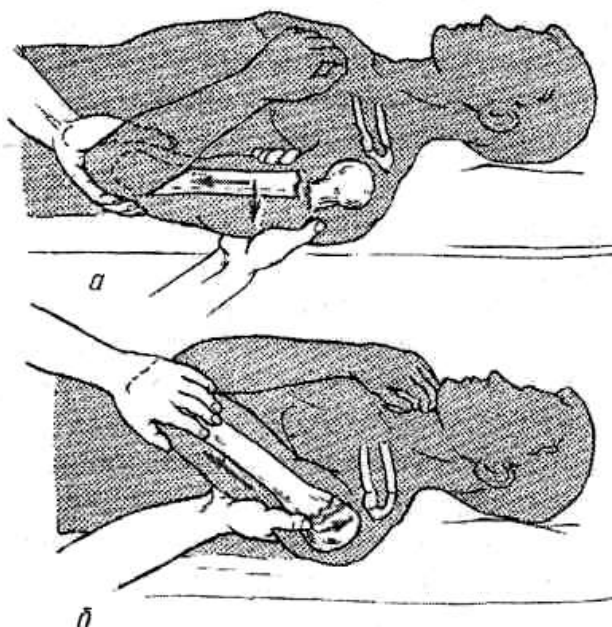
Абдукцион синишни бир моментда репозиция қилишда жаррох. ўнг қўлининг тўртта бармоғи билан қўлтик ости чуқурчаси орқали фиксация қилади, чап қўли билан эса ёрдамчи билан бирга қўлни танага 30° бурчакча олиб келади, айти вақтда, уни фронтал текисликдан 30° - 40° олдинга чиқаради (118-расм). Репозициядан кейин қўлни «илонсимон» сифат боғламга жойланади, қўлтик остига болишча қўйилади. Контрол рентгенография ўтказилади. Агар бўлакчалар бу боғламда ушлаб турилмаса, қўлни тўғриловчи шинага қўйиб суякдан тортилади, бу тортманинг тоши бўлакларнинг солинган ҳолатда ушлаб турилишига ёрдам беради.

Елка суяғи бўлакларини репозиция қилиш учун суякни тортиб тўғриловчи илмокдан фойдаланиладиган суякдан тортишнинг катта имкониятлари бор. Тирсак ўсимтасига суякни тортиш йўли билан 4-6 кг юкли ва билакка 1-1,5 кг кжли елимли тортма қўйилади (119-расм).

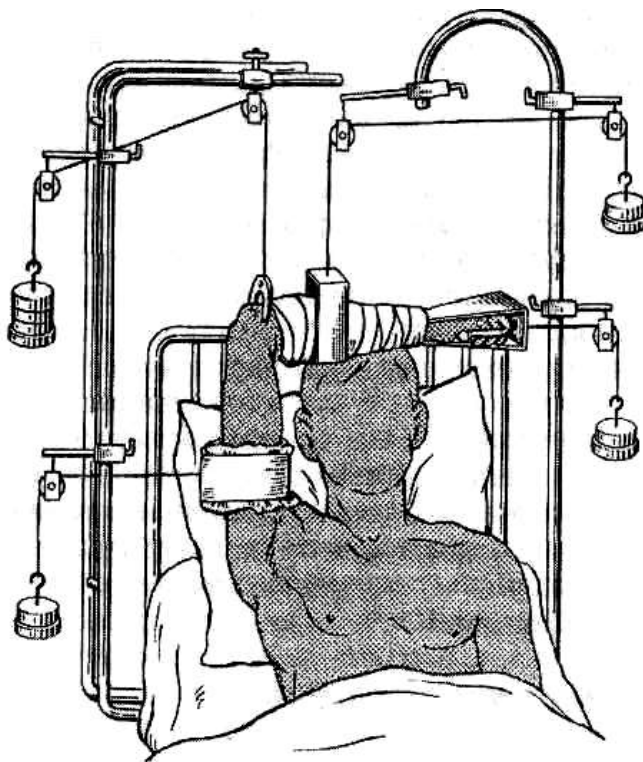
Бўлакларни консерватив йўллар билан тўғрилашнинг иложи бўлмаганда ва томир-нерв дастаси шикастланишларида бўлакларни очиқ репозиция қилишга ва кегай, винтлар ва бошқа фиксаторларни ишлатиб остеосинтез қилишга киришилади.

ЕЛКА ДИАФИЗИ СИНИШИ

Елка диафизини синишлари парчасимон (учли), кўндаланг, кийшик ва винтсимон бўлиши мумкин. Синган бўлакчаларнинг кўчиши шикастланиш механизмига ва мушакларнинг тортиш кучига боғлиқ. Агар синиш чизиги катта кўкрак мушағи ёпишган майдон юқори бўлса, марказий бўлакча катта дўмбокчага ёпишадиган мушаклар таъсири остида ташқарига ротация қилади, дистал бўлакча эса катта



118-расм. Елка бўйинчаси абдукцион синишини тўғрилаш.
а — узунасига чўзиш;
б — бўлакчалар силжишини бар-тараф қилиш.



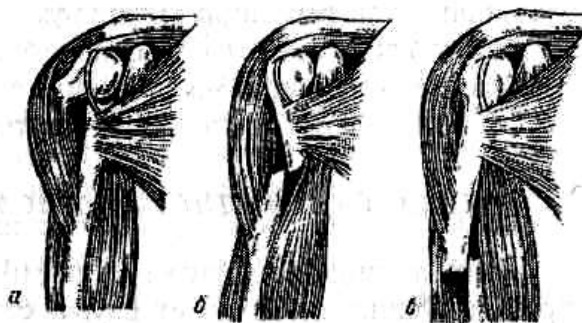
119-расм. Елка суяги синишини билакдан тўғриловчи илгаклар ва елимли тортишлар билан репозиция қилиш.

кўкрак дельтасимон, тумшуксимон-елка ва уч бошли мушаклар таъсири остида ичкарига ротация қилинади ва юқорига кўтарилади (120-расм, *а*). Бунда томир-нерв дастаси дистал бўлакчанинг ўткир учларидан босилади ёки шикастланади. Агар синиш чизиги катта кўкрак мушаги ёпишган жойдан пастда, лекин дельтасимон мушакдан говорила бўлса (дельтасимон мушакустидан синиш), бухолда марказий бўлакча катта кўкрак ва орқанинг сербар мушаклари таъсири остида орқага ва ичкарига, дистал бўлакчаси ва дельтасимон, тумшуксимон-елка ва уч бошли мушаклар таъсири остида ташқарига ва қисман олдинга сурилади (120-расм, *б*).

Елка суяги дельтасимон мушак ёпишган жойдан пастда синганда (дельтасимон мушак остидан синиш) марказий бўлакча шу мушак таъсирида ташқарига ва юқорига кўчади, дистал бўлакча эса икки бошли, уч бошли ва тумшуксимон-елка мушаклари таъсири остида юқорига ва қисман орқага сурилади (120-расм, *в*).

К л и н и к а в а т а ш х и с . Ўзига хос симптомлари синиш соҳасидаги шиш, деформация ва ҳаракат кўлинганда оқрик сезилади, елка фаолияти бузилади ва елка қисқаради. Елка суяганинг учдан бир ўрта ва пастки қисми синиши, кўпинча, билак нерви шикастланиши билан ўтади, у суяк синикдаридан қисман ёки тўлиқ шикастланиши мумкин. Бунда бу нервнинг парези ёки фалажланиши травма пайтида содир бўлади. Билак нерви суяк синикдаридан уларни репозиция

120-расм. Мушаклар тортиши таъсирида елка суяги диафиз қисмининг синишида бўлақларнинг турли даражада силжиши (изоҳи матн).



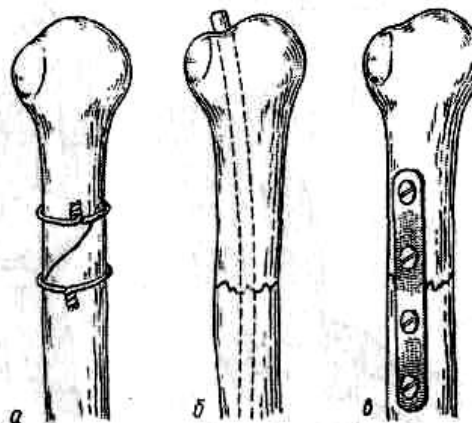
қилишда босилиб қолиши мумкин. Билак нервнинг травмадан кейин бирмунча кеч муддатларда парез ёки фалажликка учраши нервнинг шаклланаётган суяк кадогидан босилганидан далолат бериши мумкин.

Д а в о л а ш. Синган жойни гематомага 15-20 мл (1-2%) новокаин эритмаси юбориш йўли билан анестезия қилинади. Бўлақчалари кўчмасдан синганда 1,5 ой муддатга торакобронхиал боклам кўйилади. Бўлақлари сурилганда бир моментли репозиция қилиб, кейин гипс боғлами кўйилади ёки тирсак ўсимтасига суякни чўзиш учун 4-5 кг юк осиб суякдан тортиш қўлланилади. Елка суяги кайси жойидан синишидан катъий назар, елка 90°га олиб келиниши ва олдинга фронтал текисликдан олдинга 30-40 га тортилган бўлиши керак. Бунда марказий ва периферик бўлақчалар шинада бигта текисликда ўрнатилади. Елка суягининг кийшик ва винтсимон синишлари 1,5-2 ой, кўндаланг синишлари — 2-2,5 ой мобайнида битади. Даюлашни биринчи кунларидан танадан узоқлаштирувчи шинада бармоқдар ва панжа бўкимларида, 10-кундан бошлаб тирсак бўғимида ҳаракатлар қилиш тавсия қилинади.

Сўнгги вақтларда елка суягининг диафизар синишларида қисқартирилган айланма гипс боғлами билан даволаш кенгтарқалмоқда. Қўлнинг оғирлиги таъсири остида узунасига сурилиш бартараф бўлади,

Қисқартирилган айланма гипс боғлами эса эни бўйича сурилишни йўқртишга имкон беради. Бунда ёндош, кўшни бўғимлар ҳаракатчанлигича қолади, қўл функцияси эса киска мудатларда тикланади.

Елка суяги бўлақлари репозицияси ва фиксацияси Илизаров аппарата билан амалга оширилиши мумкин (121-расм). Бужаррохлик амалиёти ёпиқ репозиция, юмшоқ тўқхмалар интерпозицияси натижа бермаганда ва билак нерви шикастланганда қилиниши керак. Билак нерви шикастланишининг клиник



121-расм. Елка суяги диафизининг синганда фиксациялаш. *а* — ўрама сим билан; *б* — штифт билан; *в* — металл пластина билан.

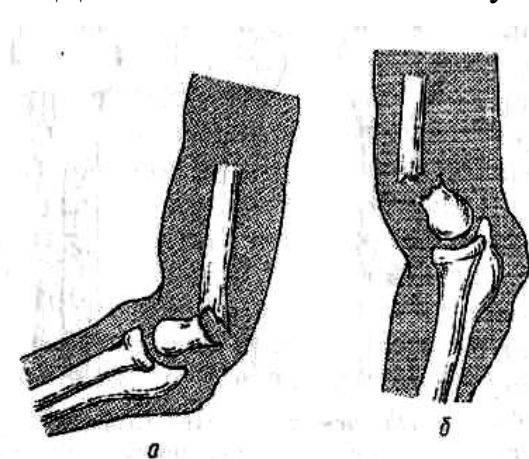
кўринишда ёпиқ репозиция қилиш мумкин эмас. Кийшик ва винтсимон синишларда остеосинтез учун фиксаторлар сифатида кегай, винтлар, кўндаланг ва кийшик-кўндаланг синишларда фиксация қилиш учун штифт, пластина ва бошқа фиксаторлар ишлатилади.

ЕЛКА СУЯГИ ДИСТАЛ ҚИСМИНИНГ СИНИШИ

Бўғимдан **ташқари** (дўнгча устидаги) синишлар ёзувчи ва букувчи турларга бўлинади (122-расм). Ёзувчи синишлар камдан-кам учрайди ва тирсак бўшми ёзилган ҳолатда қўл билан йиқилишда содир бўлади. Тирсак бўғимида буқилган қўлга йиқилишда буқилган синиш юз беради. Ёзилган синишлар аксарият томир-нерв дастаси шикастланиши ва юмшоқтўқималарнинг оғар шикастланиши билан асоратланади.

К л и н и к а в а т а ш х и с . Ёзилган ҳолатдаги синишларда билак кискариб қолганга ухшайди, орқа томонда тирсак ўсиги яхши аниқланади, унинг устида чуқурча ҳосил бўлади. Тирсак бўғимида марказий бўлакчанинг дистал қисми қўлга уннайди. Ёзилган синишда билак узайиб қолгандек туюлади, елка ўки олдинга сурилган, тирсак ўсигининг устида марказий бўлакчанинг учи пайпасланади. Синган жойда кескин оғрик, ва суяк бўлакларини крепитацияси кайд к>-шинади, кўпинча, Маркс таниш белгиси бузилган, елка ўки чизиги дўнг орқали ўтказилган чизик билан перпендикуляр эмас. Елка суягининг дўнг устидаги синишларни елканинг олдинги ва орқага чиқишларидан фарқ қилиш керак. Чиқишлар учун қўлнинг мажбурий ҳолатда қолиши, пружиналик каршилиқ симптоми, крепитацияни йўқлиги, Гюнтер учбурчагининг бузилиши хос. Баъзан чиқиш дўнг устининг синиши билан бирга учрайди. Бундай ҳолларда иккита проекциядаги рентген суратлари тўғри ташхис қўйишга имкон беради.

Д а в о л а ш . Елканинг дўнг усти синишида кўчиш бўлмаса,



122-расм. Елканинг дўмбоқ усти синиши.
а – букувчи; *б* – ёзувчи.

кафт-бармоқ, бўғимларидан бошлаб то елка бўғимгача орқа гипс лонгетаси қўйи-лади. Қўл-тирсак бўғимида 90-100° бурчаккача буқилган, билак супинация ва пронация орасидаги ўрта ҳолатда фиксация қилиниши керак 3-4 ҳафта ўтгач, лонгета ечилади ва бемор тирсак бўғимида ҳаракат қила бошлайди.

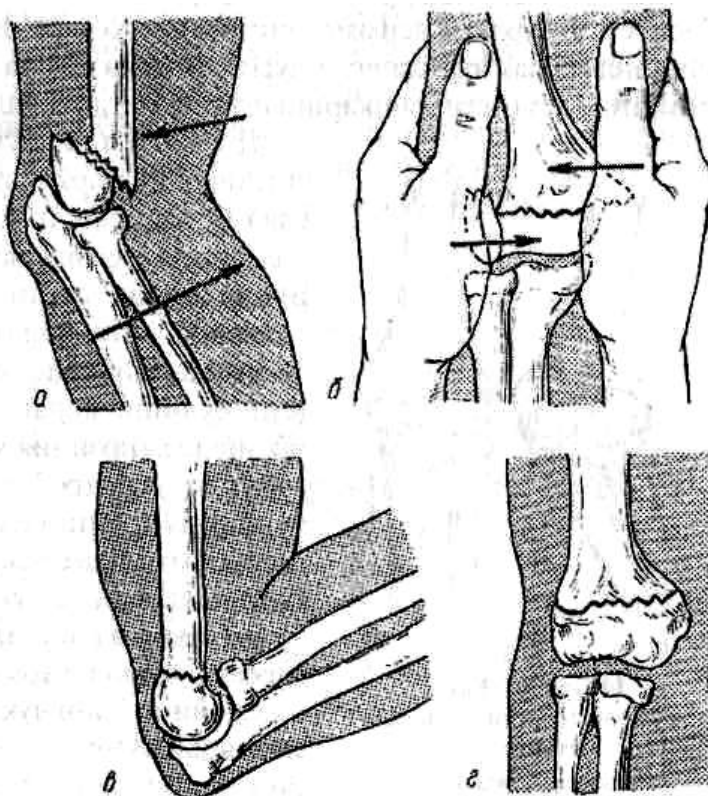
Елка суягининг кўчган ҳолатдаги дўнг усти қисми синишида уни тўғрилаб

кўйиш керак Бу муолажани наркоз остида амалга оширган маъкул ва канча эрта бажарилса, функционал натижалар шунча яхши бўлади.

Ёзувчи синишни тўррилаш. Ёрдамчи елка ўкига нисбатан тўғри бурчак остида буқилган билакни тортади. Иккинчи ёрдамчи елка бўшмига карама-каршилиқни вужудга келтиради. Жаррох. бир қўли билан марказий бўлакни фиксация килади, иккинчи қўли билан эса дистал қисмни олдинга ва ташқарига итаради. Биринчи ёрдамчи бу пайтда билакни буради (пронаторларини бўшатиш учун) ва 60-70° бурчаккача букади. Кейин билак супинация ва пронация ўртасидаги ўрта холатга олиб келинади ва шу холатда елка бўғимидан кафт-бармоқ. бўғимларигача айланма гипс боғлами кўйилади (123-расм). Тирсак бўримида бичилишнинг олдини олиш учун бу жойга пахта бўлакчаси кўйилади.

Бемор биринчи кунлардан бошлаб бармоқларда ва елка бўғимида ҳаракатлар кила бошлайди. 3-4 ҳафтадан сўнг гипсли боғлами ечилади ва бемор тирсак бўримида ҳаракатлар қилиши сира мумкин эмас, акс холда, бу оссификатланган миозитга олиб келиши мумкин.

Букувчи синишни тўррилаш. Букувчи синишда ёрдамчи билакни елка ўк/л буйича тортади, қўлни аста-секин тирсак бўғимига тўғрилайди ва билакни пастга буради (пронация килади). Жаррох. бир қўли билан марказий бўлакчани ушлаб туради, иккинчи қўли билан эса дистал бўлакчани орқага ва ичкарига итаради. Кўл синиш тўғрилангандан сўнгчукзф орқа гипс боғлами билан елка бўғимидан то кафт-бармоқлар



123-расм.
Елканинг дўмбоқ
усти синишида
бир момент
репозиция.
а - г - тўғрилаш
босқичлари.

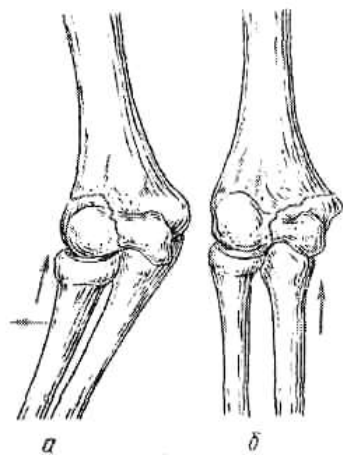
бўғимларигача фиксация қилинади. Бунда билак ёзилган пронация холатида бўлиши керак 3-3,5 хафта ўтгач боғлам ечилади.

Тирсак суяганинг тирсак ўсигидан суякни тортиб кўйилади. Кул танадан узоклаштирувчи шинага гипсли боғлам кўйилгани каби холатда туради. Тирсак ўсигидан елка ўки бўйича тортилганда билак ёзилган холатда бўлса, суякдан тортишининг иложи бўлмайди, бу холда букувчи синишларда у 110° - 120° бурчакка қадар букилади. Синган бўлакларнинг холати рентгенофаммалар блан текшириб турилади. 2-3 хафта ўтгач суякдан тортиш тўхтатилади ва қўлни яна 1 -2 хафта давомида елкани У-симон боғлам, елканинг ёзувчи юзаси ва билакни гипс лонгетаси билан фиксация қилинади.

Бўғим ичида синишлар (медиал ва латерал дўнгларнинг синиши). Ташки дўнгнинг синиши тўғри турган қўл панжаси билан йиқилганда содир бўлади. Синиш суяк бўлаклари сурилган (кўчган) ёки оз-соз сурилган турларга бўлинади.

Медиал дўнгнинг синиши бирмунча кам учрайди. Травма механизми - тирсакка йиқилиш. Бунда, кўпинча, тирсак ўсиги ҳам узилиб кетади. Ташқи ва ички дўнгчалари синиши дўнгчаларга тўғридан тўғри зарб тушишидан бўлиши мумкин. (124-расм).

Клиника ва ташхис. Тирсак бўғими хажми шиш, гематома ва гемартроз хисобига катталашади. Дўнгчалар соҳаси пайпасланганда кучли оғриқ сезилади ва, айникса, билак ротациясида кескин оғриқ бўлади. Баъзан бунда суяк бўлакчаларининг крепитацияси аниқланади, Гюнтер учбурчаги асимметрик бўлиб қолади. Ички медиал дўнгча синганда билак яқинлашган холатда, ташқи дўнгча бўлакчалари сурилиб синганда эса билак ташқарига огтан холатда бўлади.



124-расм. Елка думбоқларининг синиш механизми.
а - ташқи; б - ички.

Д а в о л а ш. Бўлаклари сурилмаган синишда қўл орқа гипс лонгетаси билан елка бўғимидан то кафт-бармоқ, бирик-маларигача 3 хафтагача фиксация қилинади. Бунда билак супинация ва пронация ўргасида ўрта *холатца* туриши, билак бўғимидаги букиш бурчаги эса 100 - 110° га тенг бўлиши керак. Бўлаклар сурилган тақдирда репозиция қилиш зарур. Бунинг учун елка ўки атрофида тракция қилинади, медиал дўнгчани тўғрилаш учун билакни тирсак бўғимида ёзилади, латерал дўнгчани тўғрилаш учун эса уни букилади.

Бўлакчага пастдан таъсир қдйганда ва тирсак бўғими ён томонлардан босилганда у ўз жойига, яъни чуқурчага тушади. Репозициядан сўнг гипсли боғлам бўлаклари сурилмаган дўнгча синишини даволаш

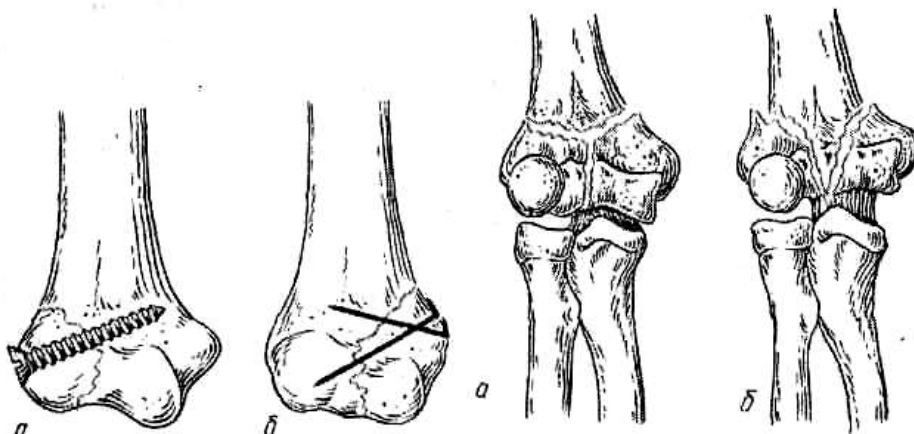
муддатларига ўхшаш муддатга кўйилади. Репозиция яхши натижа бермаса, жаррохлик амалиёти бажарилади. Синган жой ёнлама кесиш билан очилади, дўнгчалар кегай, винт ва бошқалар фиксаторлар билан фиксация қилинади (125-расм).

Дўнгчалараро синиш. Дўнгчалараро синиш асосан "«Т» ва «V» симон бўлади. Улар тирсакка йиқилганда содир бўлади. Қаттиқ куч таъсир қилганда тирсак ўсиги дўнгларни парчалаб, уларнинг орасига кириб қолади (126-расм).

Клиника ва ташхис. Тирсак бўғими хажми, айникса, унинг кўндаланг ўлчами кескин катталашган. Пайпаслаганда оғриқ, кучли, актив ҳаракат қилиб бўлмайди, пассив ҳаракатларда ён томонга йўналишларда патологик ҳаракатчагошк аниқланади.

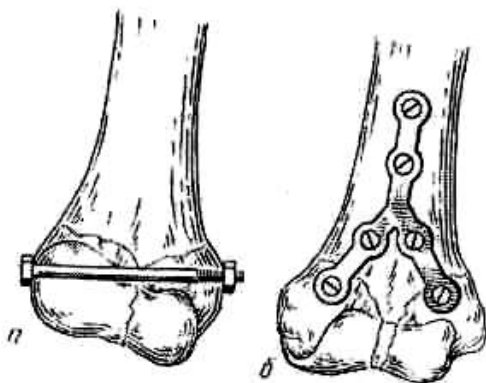
Даволаш. Бўлак сурилмаган синишларда гипсли боғламда даволаш дўнгчаларнинг синишларидаги каби. Бўлаклари сурилган синишлар суякдан тортиш ёрдамида репозиция қилинади. Қўлни танадан узоқлаштирувчи шинага кўйилади, суяк тирсак суягининг тирсак ўсиридан тортилади. Репозицияни рентгенограммалар назорат қилинади. Ўқи бўйича сурилиш йўқхотилиши билан дўнгчаларни тирсак бўғимини ён томонлардан кесиш йўли билан яқинлаштирилади. Шундан кейин, суякдан тортишни давом эттириб, 3 ҳафтагача «V» симон гипсли боқламни тирсак бўғими орқали елканинг ташкиички юзасига кўйилади.

Агарда шу йўл билан бўлакчаларни жойига солиш яхши натижа бермаса, дўнгларни кегай, винтлар, болтлар ва «V» симон пластиналар билан остеосинтез қилиш керак бўлади (127-расм). Жаррохлик амалиётидан сўнг бўлаклари сурилмаган дўнгчалараро синишларда қўлланиладиган методика бўйича даволанади. Катта ёшдага одамларда х.атто мох.ирлик билан қилинган репозициядан кейин ҳам тирсак бўғимида ҳаракатлар хажмининг бирмунча чекланиб қолиши кузатилади.



125-расм. Елка суяги дўмбоғини фиксациялаш.
а – винт билан; б – кегай билан.

126-расм. Дўмбоқлараро синиш
а – «Т» симон; б – «V» симон.



127-расм. Дўмбоқларни фиксациялаш.

a – болтлар билан; *b* – «V» симон пластиналар билан.

Елка суяги дистал қисмининг шикастланишларида юз берадиган асоратлар репозиция вақтида пайдо бўладиган асоратларга (масалан, нервларнинг шикастланиши), репозициядан сўнг биринчи кунлари пайдо бўладиган ва тирсак бўғимининг гипсли боғламдан ёки гематомадан босилишига боғлиқ асоратларга (Фолькман ишемик контрактураси, юмшоқ тўқималар некрози) ва кечиккан асоратларга (капсуляр-боғлам аппарати оссификацияси, оссификатлайдиган миозик) га бўлинади. Бу асоратларни профилактика қилиш мақсадида купол, шикаст ет-

казадиган манипуляциялар қилмаслик ва тирсак бўғимида пассив ҳаракатларни эрта бошламаслик керак. Массаж гетеротопик оссификация пайдо бўлишига олиб келадиган сабаблардан бири хисобланади.

3 - б о б. БИЛАКНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Билак суяқларининг синишлари ёпиқ синишларнинг умумий сонига нисбатан 11,5 дан 30,5% гача киемни ташкил қилади ва оғир ҳайда мураккаб шикастланишлар каторига қиради.

ТИРСАК ЎСИРИНИНГ СИНИШИ

Бундай синиш аксарият тўғридан-тўғри зарбадан, камроқ лолларда елка уч бошли мушагининг кескин кискаришидан юз беради. Тирсак ўсирининг кўндаланг ёки кийшик-кўпдаланг синиши ҳар қандай сатҳда: яримойсимон чуқурчаси соҳасида, асосида, камроқ учмада содир бўлиши мумкин. Кўпчилик ҳолларда тирсак ўсирини бўғим ичида синади.

Т а ш х и с. Тирсак бўғими кўздан кечирилганда шиш борлиги аниқланади. Бўғим орқа юзаси контурлари силликланган. Қўл кўпинча мажбурий ҳолатда туради. Бунда у тўғри ҳолатда осилиб туради, тананинг соқлом қўл томонига фиксацияланган, пассив ҳаракатлар сақланиб қолган, бироқ оғриқли. Тирсак бўғимида актив буқиш мумкин, бўлакларни сурилиб синганда билакни актив ёзишнинг иложи йўқ. Билакни актив ёзиш имкониятини текшириб кўриш учун қўлни горизонтал чизикча олиб келинади, билакни тирсак бўғимида 90° гача буқилади ва елканинг енгил ички ротацияси бажарилади. Бемор шундай ҳолатда билакнинг оғирлик кучини енгиб билакни актив ёзишга уринади. Уч бошли мушак пайи узилганда бемор билагини актив ёза олмайди. Билакни оғирлик кучи таъсири остида пассив ёзиш мумкин,

бирок; бу қаттиқ оғриққа сабаб бўлади. Тирсак бўғими соҳасини пайпаслаганда оғриқ сезилади, босиш эса қаттиқ оғриққа сабаб бўлади. Кўчиш билан синишда билаклар орасида ёрикёки чуқурча аниқланади.

Тирсак ўсикининг тепаси елка дўнгчалари устини бирлаштирадиган чизикдан юқорида жойлашган. Гюнгер учбурчаганинг томонлари тенг бўлиб қолмайди: ён томонлари асосидан кичиклашади.

Ташхис тирсак бўғимини иккита проекцияда рентгенография қилишдан сўнг аниқ бўлади. Ён проекциядаги сурат бирмунча кўп маълумот беради.

Д а в о л а ш. Тирсак ўсиги кўчмасдан синганда ёки диастаз 2-3 мм гача бўлганда елканинг учидан бир юқори қисмдан то кафт-бармоқлар бўғимларигача 3-4 хафта мобайнида пронация ва супинация ўртасидаги ўртача холатда ва билакни тирсак бўғимида 90-110° бурчак остида буқиш холатда орқа гипсли боғлам билан даволанади.

Агар рентгенограммада буқилган холатдаги қўл тирсак бўғимида бўлаклар орасида ёзилган холатда йўқоладиган каттарок диастаз аниқланса (5 мм гача), ёзилган қўл билагига 4-6 хафтага гипсли боғлам қўйилади. 2-кундан бошлаб бармоқлар учун, 3-кундан эса елка бўғими учун ЛФК тайинланади. Харакатлар одатда 1,5-2 ой ўтгач тўлиқҳажмда тикланади.

Бўлаклари 5 мм ва ундан кўпроқ кўчган тирсак ўсиги синишида жаррохликйўли билан даволанади: остеосинтез қилинади ёки майдаланиб кетган ўсик(1/3 қисмгача) олиб ташланади. Мальгения синиб чиқишида тирсак ўсигининг синишидан (билакнинг олдинги чиқиши билан тирсак ўсиги синиши) фарқли равишда тирсак ўсиги \атто майдаланиб шикастланган лолларда \ам уни олиб ташлаш мумкин эмас, чунки бу билакнинг одат бўлиб калган чиқишига сабаб бўлиши мумкин.

Жаррохлик йўли билан даволашнингҳамма холларида фрагментлар орасидаги интерпозицияни бартараф этиш, уларни билакда 90-110°гача фиксация қилиш ва елканинг уч бошли мушагининг пайдан чўзилишини тиклаш керак

Агарда остеосинтез пишиква барқарор бўлса, масалан саккизсимон илмоқди кегай билан фиксация қдгсинганда жаррохлик амалиётидан кейинги даврда гипсли боғламни қуймаслик ҳам мумкин. қолган Холларда жаррохлик амалиёти тўғри бурчак остида буқилган билакни гипсли боғлам билан иммобилизациялаш билан тугалланади. Жаррохлик амалиётидан кейинги 1-кунда ЛФК ўтказилади. 4-6 х.афталар мобайнида бўлаклар консолидацияси юз беради.

ТОЖСИМОН ЎСИКНИНГ СИНИШИ

Тирсак суяги тожсимон ўсигининг синиши камдан-кам учрайди ва ҳамма билак синишларининг тахминан 1% ини ташкил қилади. У буқилган тирсак бўғимига йиқилганда содир бўлади.

Т а ш х и с. Кўздан кечирилганда шиш, кейинроқ эса тирсак бўғими олдинга юзасига қрн куйилганлиги аниқланади. Тирсак чуқур-часи контурлари текислашган. Қаттиқ оғриқдар сабабли билакнинг максимал буқилиши чегараланган, пронация ва супинациялар бузил-маган. Тожсимон ўсиксохаси (тирсак чуқурчасининг иккинчи ярми) пайпасланганда маҳаллий оғриқ сезилади. Узил-кесил ташхис қўйиш учун ён томонлама ва кийшик (3/4) проекцияларда рентгенография қилиш шарт.

Даволаш. Бўлаклари сурилмаган тожсимон ўсик синишини консерватив даволанади. Тирсак бўғимида буқилган қўлга 90-100° бурчак остида елка суягининг учдан бир юқори қисмидан то кафтнинг-бармоқ. бўғимларигача гипсли боғлам қўйилади. Билакка супинация билан пронация ўртасидаги ўртача холат берилади. 3-4 хафта мобайнида иммобилизация қилинади. Мех.натга лаёкатлилик 4-5 хафта ўтгач тикланади.

Тожсимон ўсик бўлаклари кўп сурилган лолларда жаррохлик усули қўлланилади: очикҳ репозиция ва ўсикни фиксация қилинади. Мех.нат крбилияти 4-5 хафтадан кейин тикланади.

БИЛАК СУЯТИ БОШЧАСИ ВА БЎЙНИНИНГ СИНИШИ

Билак суяги бошчаси ва бўйнининг синиши билвосита травма оқибатида ёзилган қўл билан йиқилганда пайдо бўлади. Бунинг натижасида билак суягининг бошчаси елканинг бошсимон дўнгига кат га куч билан урилади.

Ташхис. Тирсак чуқурчаси кўздан кечирилганда елка-билак бирикмаси проекцияси устида яққолроқ кўринадиган шиш аниқланади. Пайпаслаб кўришда ҳаракат пайтида кучаядиган маҳаллий оғриқ, бўлади. Актив ҳаракатлар чекланган ва оғриқли (қўлни ёзиш кескин чегараланган, билакнинг ташқарига ротацияси каттиқ окрик билан ўтади). Билак суягининг бошчаси пронация ва супинацияда катнашмайди. Шу суяк ўқи бўйлаб оғирлик тушиши оғриқ. беради. Икки проекциядаги рештенофафия ташхисни аниқ.аштиришга ёрдам беради.

Даволаш. Билак суягининг бошчаси ва бўйнининг сурилмаган ёки оз-моз сурилган ва бошчаси 20°га орган синишларида тирсак бўғимида 90-100° бурчак остида буқилган қўлга кафт-бармоқ. бирикма-ларидан елканинг ўртасигача гипсли боғлам қўйилади. Бунда билакка супинация билан пронация орасидаги ўртача холат берилади. Мехнат крбилияти 7-8 хафта ўтгач тикланади.

Бўйнининг сурилиб ва бошчасининг 20°дан кўпга орган синишларида бир момента қўл репозиция қилинади. Бўлақлар репозицияси яхши натижа бермаса, жаррохлик усули қўлланилади: билак суяги бошчасини очикжойига тушурилади ва кегай ёки суяк штифти билан

трансартукуляр фиксация қилинади. Агар билак суяга бошчаси жойига тушмаса, уни олиб ташланади. Бошча, шунингдек майдаланган синишда ва унинг бўғим қисмидан 1/3 улуши сурилган бошча синишида ҳам олиб ташланади. Жаррохлик усулидан сўнг билакнинг пронация билан супинация орасидаги ўрта холати тирсак бўғими 90°гача буқилиб, 10-15 кунга гипсли боғлам кўйилади. Сўнгра бўғимда аста-секин харакатлар филина бошланади. 1,5-2 ой ўтгач тикланади.

ТИРСАК СУЯГИНИНГ ЧЕКЛАНГАН СИНИШИ

Тирсак суяги диафизининг синишлари, кўпинча, бевосита шикаст таъсиридан рўй беради. Тирсак суякнинг чегараланган синишида суяк бўлаклари аксарият энига сурилиши мумкин. Шикастланмаган билак суягининг шинага ўхшаш крбилияти туфайли синган тирсак бўлакларинингузунасига сурилиши кузатилмайди.

Тирсак суягининг чегараланган синиши хар кандай сатхида, лекин кўпрок унинг дистал бўлимида рўй бериши мумкин.

Т а ш х и с. Синган жой кўздан кечирилганда деформация ва юмшоқ тўқдшаларнинг шишганлиги аниқланади. Тирсак суяги пайпаслаб кўрилганда синган жойда махаллий оғриқ., тирсак суяги четида узлуксизликнинг бузилиши, бўлакларнинг нормал бўлмаган харакати аниқланади. Билак суякларини яқинлаштирадиган юк (ён томонлардан босилиши) синган жойда оғриқ.кучайишига олиб келади. Тирсак бўғимидаги букиш ва ёзиш актив хдракатлари, билак пронацияси ва супинацияси кичикроқх.ажмда сақланиши мумкин. Икки проекциядаги билак-кафт ва тирсак бўшмларини қамраб олган рентгенограммалар клиник ташхисни, синиш ва бўлакларнинг сурилиш характерини аниқлашга имкон беради.

Д а в о л а ш. Тирсак суяги диафизи бўлакларининг сурилган ёки сурилмаган хацда суяк диаметрининг купи билан ярмигача чегараланган синишида бармоқлар асосидан елканинг учдан бир юқори қисмига гипсли боғлам кўйилади. Тирсак бўғимида 90°гача буқилган билак пронация билан супинация орасида ўрта холатда фиксация қилинади. 12-14 хафта мобайнида иммобилизация қилинади.

Тирсак суяги диафизининг бурчак остида олдинга ва ичкарига (билак суяги томон) бўлаклари сурилган синиши бўлса, кунт билан репозиция қилиш зарур. Бўлаклар сурилишини кўл репозиция орқали тўғрилаш мумкин, бироқ шу мақсадда дистракция аппаратидан фойдаланган яхши. Репозициядан кейин кафт-бармоқ.бўғимларидан то елканинг учдан бир юқори кисимгача гипсли боғлам кўйилади. Иммобилизация 12-14 хафта давом этади. Мехнат кобилияти 16-18 х.афта ўтгач тикланади.

БИЛАК СУЯГИ ДИАФИЗИНИНГ ЧЕКЛАНГАН СИНИШИ

Билак суяги диафизининг чекланган синиши, одатда, бевосита шикаст таъсири остида пайдо бўлади. Синиш чизиш аксарият кўндаланг жойлашади. Билак суяги хар кандай сатхидан синиши мумкин, бироқ энг кўп — билакнинг пастки ва ўрта чегарасида, билак учдан бир қисмининг ўрта ва юқори қисмида жойлашган бўлади.

Т а ш х и с. Билак суяги тирсак суягидан ичкарида жойлашган, шунинг учун тирсак суяги бутун бўлганда билак суягининг чекланган синишини кўпинча аниқлаш қийин. Синган жой кўздан кечирилганда бўлакларнинг сурилиши ва юмшоқ тўқималар шиши туфайли деформация кўринади. Билак суяги пайпасланганда синган сохада босилганда кучаядиган махаллий оғриқ, аниқланади. Билак ўки бўйлаб оғирлик синган сохада оғрийди. Билак суякларига тушадиган яқинлаштирувчи юк хам синган жойда оғриқнинг кучайишига олиб келади. Билак суяги диафизининг синиши учун билакнинг актив пронацион ва супинацион харакатларининг йўқлиги хос. Билакнинг пассив ротацион каракаглари кескин оғриқли. Билак суяги бошчаси бунда харакатсиз қолиши мумкин. Ташхисни аниқлаш учун тирсак ва билак-кафт бўғимларини камраб олган икки проекцияли рентгенография кдяиш зарур.

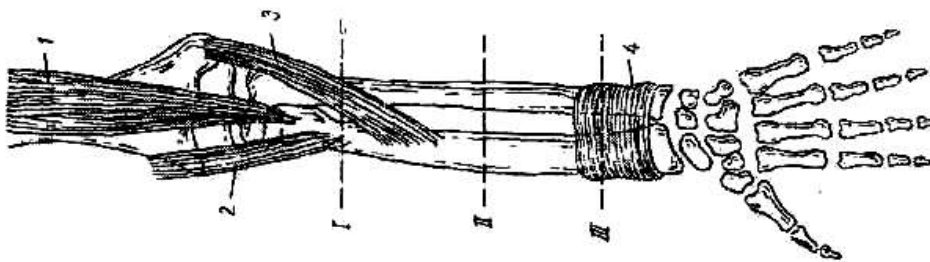
Д а в о л а ш. Билак суяги диафизининг учдан бир юқори ва ўрта қисмидаги бўлаклари сурилмаган чекланган синишларини бармоқлар асосидан то елканинг учдан бир юқори қисмигача гипели бокламда даволанади. Тирсак бўғимида 90°гача буқилган билак супинация ҳолатида фиксация қилинади. Билак суяги диафизи учдан бир пастки қисмида синганда гипели боғламни елканинг учдан бир пастки қисмигача кўйилади. Билак бунда пронация ва супинация ўртасидаги ўрта холатда фиксация қилинади. Иммобилизация 8-10 х.афта мобайнида ўтказилади. Мех.нат крбилияти Ю-Пх.афтаўтгачтикланади.

Билак суяги диафизи бўлаклари сурилиб синган холларда уларни репозиция қилиш зарур. Билак суяги диафизи думалок пронатор ёпишган жойдан юқорида жойлашадиган синишда сурилган бўлаклар билакда тўлик супинация бўлганда ва у ўз ўки атрофида тракция қилинганда ўз жойига тушади. Синиш думалок пронатор ёпишган жойдан пастда бўлганда репозиция билакнинг холати пронация билан супинация ўртасидаги ўрта холатда репозиция ўтказилиши керак. Билак суяги диафизи бўлаклари сурилган учдан бир пастки қисми синиш-ларида репозицияни билакнинг гўлик супинацияси, абдукцияси, экстензияси ва 1 бармоқдан қаттиқ тортиш билан ўтказилади. Бунда жаррох. деформация сох,асини босиб, сурилишни бартараф қилишга имкон беради. Сўнгра, чўзиш ва билак ротацияси сақланган холда елкага ва билакка унинг супинациясини сақлаган холда гипели боғлам кўйилади. Суяклар орасидаги жойга, гипели боғлам тагига бўлаклар

сатхига қаттиқ пахта- докадан тайёрланган лелотлар кўйилади. Иммобилизацияни 10-12 хафта давом этгирилади. Мехнат қрибияти 12-14 хафта ўггач тикланади.

Бўлакларнинг репозицияси натижа бермаса, улар иккиламчи сурилса, бу жаррохлик усулини ўгказишга кўрсат-ма хисобланади: металл пластина билан экстремедулляр остеосинтез ёки металл стержен ёки кегайлар билан интрамедулляр остеосинтез қилинади. Билак суягининг учдан бир пастки қисмм чекланган синганда очик репозициядан кейин унинг бўлаклари яхши ушланиб туради ва баъзан жаррохлик фиксациясини талаб қилмайди. Жаррохлик усули гапсли борлам кўйиш билан яқунланади.

БИЛАК ИККАЛА СУЯГИНИНГ СИНИШИ



128-расм. Билак суягининг синишида бўлакларнинг силжишига олиб келувчи билак мушаклари.

1 — елканинг икки бошли мушаги; 2 — қисқа супинатор; 3 — юмшок пронатор;
4 — тўртбурчак пронатор; билак суягининг синиш даражаси:

I — юқори учдан бир қисмида; II — ўрта учдан бир қисмида; III - пастки учдан бир қисмида.

Билак суяқларининг диафизар синишлари хамма кул суяқлари синишларининг 53% ини ташкил қилади, шикастнинг тўғридан-тўғри ва билвосита механизмида рўй бериши мумкин. Бошқа жойлардаги синишлардан фарқли равишда билак иккала суягининг диафизар синишлари учун суяқлараро мембрананинг тортилиши хисо-бига билак ва тирсак суяқларининг яқинлашиши хос. Худди шундай сурилиш ва уни бартараф қилишнинг қдйинлиги даволаш усулини танлашда катта аҳамиятга эга (128-расм).

Ташхис. Беморқўлини авайлайдиган ҳолатда тутати: шикастланган қўл танага соғлом қўл билан фиксацияланган. Деформация даражаси бўлакларнинг характериға ва қандай сурилганлигига боғлиқ.. Бўлаклар сурилганда шикастланган билак СОРЛОМ билақдан қисқарок бўлади. Пайпаслаб кўрилганда бутун билак бўйлаб оғриқ.аниқланиб, синган жойда кескин кучаяди. Оррик ўк бўйича оғирлик тушганда ва билак синишдан узоқда қисилганда пайдо бўлади, синган жойда бўлаклар ҳаракати қайд этилади, уларнинг крепитацияси хам бўлиши мумкин. Билак функцияси кескин бузилган.

Ташхисни ва бўлакларнинг сурилиш характерный аниқлаш учун билак ва тирсак бўғимларини қамраб олиб, икки проекцияда рентгенограмма қилиш керак

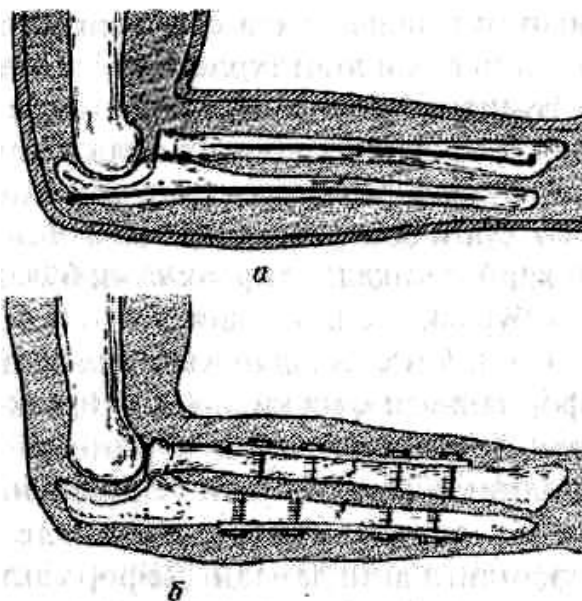
Д а в о л а ш. Иккала суяк бўлаклари сурилмай синганда қафт суяклари бошчаларидан то билакнинг тирсак бўшмида тўғри бурчакка қадар буқилган елканнинг ўртасигача лонгет-айланма гипсли боғлам кўйилади. Унга супинация ва пронация ўртасидаги ўртача ҳолат берилади; қафтга 25-35° бурчак остида буқилган ҳолат берилади. 2-3 кундан бошлаб елка бўғимида бармоқлар билан актив ҳаракатлар қилинади. Иммобилизация муддати 8-10 ҳафта, шундан сўнг тирсак бўғимида оз-оз ҳаракатлар қилиш ва физиотерапевтик муолажалар қилинади. Меҳнат қрибияти 10-12 ҳафтадан кейин тикланади.

Билак суякларининг бўлаклари сурилган диафизар синишларини даволашда репозиция, бундан ташқари бўлакларни узоқ вақт тўғри ҳолатда сақлаб туриш аксарият катта қийинчиликлар тугдиради. Бир моментли репозицияни қўл билан ёки дистрацион аппарат ёрдамида бажарилади.

Синиш сатҳига кўра қўлга муайян ҳолатни бериш умумий қабул қилинган 1-;оюда ҳисобланади: учдан бир юқори қисми синганда (думалок пронатор бириккан жойдан юқори) билакни максимал супинация ҳолатида ушланади (бундай долат билак суяги бўлакларини яқинлаштиради). Учдан бир ўрта қисми синганда билакнинг дистал бўлими ва панжа ярим пронация ҳолатига кўйилади, учдан бир пастки қисми синганда тўғрилашни пронация ҳолатида дистал бўлим ва панжани ярим пронация ҳолатига ўтказилиб амалга оширилади. Гипсли боғлам кўйилгандан кейин контрол рентгенологик текшириш шарт. Иммобилизацияни 10-12 ҳафта давом эттирилади. Гипсли боғлам ечилгандан кейин физиотерапия ва ЛФК тайинланади. Меҳнат қрибияти 12-14 ҳафта ўтгач тикланади. Бирок билак диафизар синишларини кўп ҳолларида сурилишнинг ҳамма турларини бартараф қилишга ва билак ҳамда тирсак суяклари бўлакларининг яқинлашишига боғлиқ. иккиламчи бурчакли сурилишнинг олдини олишга эришиб бўлмайди.

Билак иккала суякларининг диафизар синишларини жаррохлик йўли билан даволашга юмшоқ тўқхималарнинг суяк орасига кириб қолиши, бўлакларнинг суяк диаметрининг ярмидан кўпига сурилиши, бурчакларнинг иккиламчи ва бурчакли сурилиши кўрсатма ҳисобланади. Билак суяклари бўлакларининг фиксациясига пласти-налар, сим чоклар, шуруплар, металл стержен ёки винтлар билан суяк устида, суяклараро ёки суяк ичида остеосинтез қилиш воситасида эришиш мумкин (129-расм). Тирсак суягининг интрамедулляр остеосинтезини стержен билан, билак суягининг экстрамедулляр остеосинтезни компрессия қиладиган пластина билан бирга қўлланиши анатомик жиҳатдан асосланган.

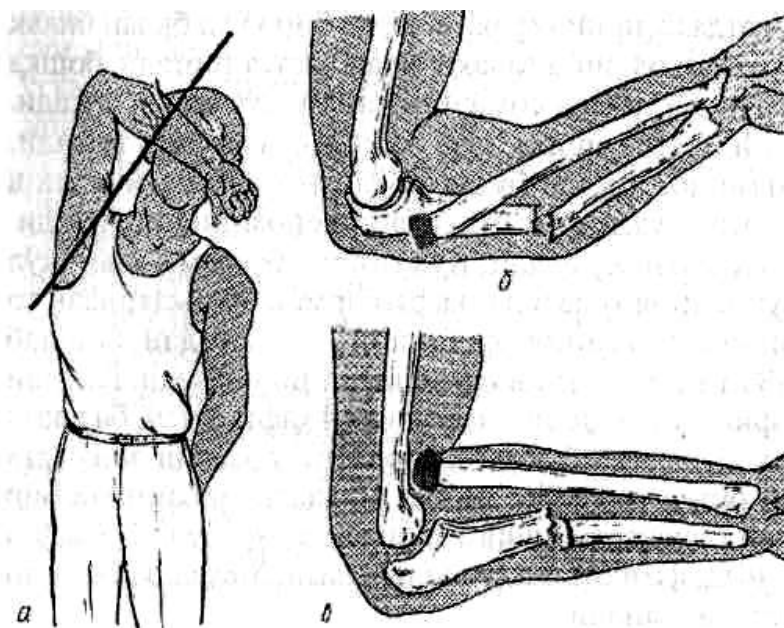
Билак суяклари остеосин-тезини жарроэугак усулида бажаришдан сўнг 90° бурчак остида тирсак бўғимида букил-ган кўлга кафт-бармоқ, бирик-маларидан то елканинг учдан бир юқори қисмигача гипсли боғлам кўйилади. Иммобилизация 10-12 ҳафта давом эгти-рилади. Консолидация секин кечиши сабабли бу муддат узайтирилиши мумкин. 4-6 Ҳафта ўгач, тирсак бўғимидан гипсли борламни ечиб, унда ҳаракатлар қилишга шароит яратиш мумкин. ЛФК чегара-ланган бўлиши керак Мехнат қобиляти 14-18 ҳафтадан кейин тикланади.



129-расм. Билак суяги остеосинтези.
а – стерженлар билан; б – пластиналар

ТИРСАК СУЯГТТГ БИЛАК СУЯК БОШЧАСИНИНГ ЧИҚИШИ БИЛАН СИНИШИ

Кўлга таяниб ерга йиқилганда, йикилаётганда билак билан каттик нарсага урилганда, 90° бурчак остида букилган билак билан олдинга ва юқорига кўтарилган таёк зарбини қайтарганда унинг учдан бир ўрта ва юқори қисми чегарасида ёки юқори учдан бир қисмида тирсак суяги билак суяги бошчасининг чиқиши билан бирга синади. Тирсак



130-расм.
Монтеджи синиши.
а – майдаланиб си-
ниш механизми;
б – буювчи;
в – ёзувчи.

суягининг биллак суяги бошчасининг чиқиши билан бирга синиши буқилган ва ёзилган турларга бўлинади (130-расм).

Буқилган ҳолатда синишда биллак суяги бошчаси олдинга, тирсак суяги бўлаклари эса орқага силжийди. Олдинги томонга очикбурчак ҳосил бўлади. Монтеджи буқилган синиши кўп учрайди. Ёзилган турда биллак суяги бошчаси х.алкасимон бойлам узилгандан кейин орқага ва ташқарига чикдди, тирсак суяк бўлаклари олдинга сурилиб, орқага очик бурчак ҳосил килади.

Т а ш х и с. Кўздан кечирилганда кулнинг шу шикаст учун хос деформацияси кайд қилинади: тирсак суяги томонидан чукурча, биллак суяги томонидан шиш кўринади. Биллак қисқарган. Пайпаслаб кўрилганда тирсак суяги текислигининг бузилганлиги ва бўлакларининг сурилганлиги, шунингдек биллак суяги бошчасининг чикканлиги аниқланади. Деформация бўлган жойларда пайпаслаш маҳаллий оғриқча ва босилганда оғриқнинг кучайишига сабаб бўлади. Актив ҳаракатлар қилиб бўлмайди. Пассив буқилганда окрик ва пружинасимон каршилиқ сезилади. Неврологик текшириш биллак нерви ёки унинг тармоқлари шикастланганини ўз вақтида аниқлашга имкон беради. Биллакнинг икки проекцияда биллак ва тирсак бўримларини, албатта, камраб олган рентгенографияси шикастланиш характери ва бўлакларнинг сурилиш даражасини аниқлаштиради.

Д а в о л а ш. Монтеджи синишининг буқилган турида тирсак суяги бўлакларини анча яхши репозиция қилишга муваффақ бўлинади. Репозицияни суяк ичи орқали, ўтказувчи ёки умумий оғриқсизлантириш остида ўтказилади. Бўлакларни жаррох; иккита ёрдамчиси билан бирга жойига солади. Бемор столга ётқизилади. Ёрдамчилардан бири бармоқлардан тортади, елкадан эса карама-карши томонга тортади. Тирсак суяги бўлакларини аниқ, репозиция қилиш учун қўл ёзилган ҳолатда бўлиши керак Жаррох. бир қўли билан биллак суяги бошчасини орқадан олдинга ва юқоридан пастга тортади, бошқа кули билан эса тирсак чукурчаси соҳасини карши куч билан босади. Биллак суяги бошчаси одатда «шик» этиб осонликча жойига тушади. Чўзишни давом эттириб, дистал бўлак орқадан олдинга йўналиш бўйича босилиб, тирсак суягининг бўлаклари репозиция қилинади. Билакка супинация ҳолати берилади. Қўл гипели боғлам билан (қўл ёзилган ва биллак супинация ҳолатида) кафт-бармоқ. бўғимларидан то қўлтик чукурчасигача фиксация қилинади. 2-3-кундан бошлаб бармоқлар ва елка бўғими учун актив ҳаракатлар тайинланади. Ёзилган контрактурани профилактика кдпиш мақсадида 4 х.афта ўтгач, билакни 2-3 босқичда тўқри бурчакка буқилган ҳолатга ўтказиш мақсадга мувофиқ. Беморни бутун иммобилизация муддати мобайнида бир маромда мушакларини кискартиришига ўргатиш зарур, бунини 6-8 хафта амалга оширилади. ЛФК физиотерапия тайинланади. Мехнат қобилияти 8-10 хафтадан кейин тикланади.

Агар бир моментли репозиция яхши натижа бермаса, тирсак суяги бўлакларини тўғрилашга ва остеосинтез қилишга киришилади. Билак суяги бошчасини билакни тортиб туриб, бошчасини босиб консерватив йўл билан тўғрилашга уриниб кўрилади. Сўнгра тирсак суяги металло-остеосинтез қилинади. Агар билак суяги тирсак бўғимидаги харакатларда ва билакнинг супинацион-пронацион харакатларида чиқиб кетса, жаррохлик амалини шу ерда тўхтатилади. Агар бошча жойида ушлаб турилмаса, уни очик усулда тўғриланади ва билак суяги бошчаси ҳамда тирсак суяги орқали кўндаланг ўтказилган Киршнер кегайи билан фиксация қилинади. Кегай 3-4хафтага кўйилади. Катта ёшдаги одамларда билак суягининг эски чиқишларида уни резекция қилиш керак Гипсли боғлам 6-8 хафтага кўйилади. Мех.нат крбилияти 8-10 хдфтадан сўнг тикланади.

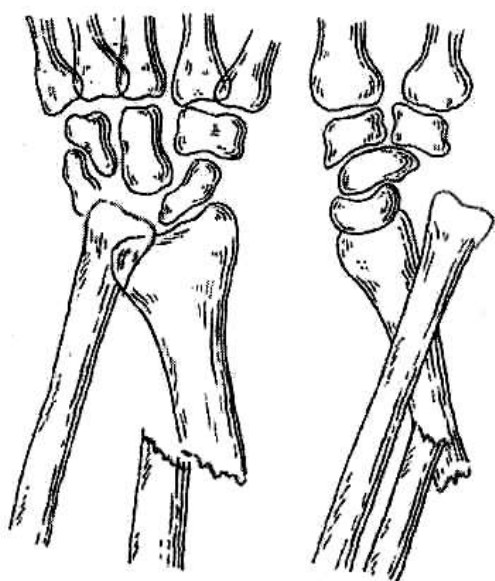
Монтеджи туридаги ёзиладиган синишда билак суяги бошчаси ва тирсак суяги бўлакларини қўлда ёки дистракцион аппарат ёрдамида тўғрилаш мумкин. Супинация холатидаги билак тирсак бўғимида 90°гача буқилган. Ёрдамчилар бармоқларни пастга тортадилар ва елкадан карши томонга харакат киладилар. Репози-цияни билак суягини олдиндан орқага I бармоқ билан босиб, унинг бошчасини тўғрилашдан бошлайдилар. Жаррох. тирсак суяги проксимал бўлагининг дистал учига худди шу йўналишда таъсир кўрсатади. Репозициядан кейин қўлнинг кафт-бармоқ.бўғимларидан то елканинг учдан бир юқори қисмигача гипсли боғлам куйилиб, гипс кртгунча билакнинг супинация холатидаги оғирлик сақланиб турилади. Гипс куриётган пайтда билак суяги бошчасини яна бир босиб кўрилади. 2-3-кундан бошлаб, бармоқларда ва елка бўғимида актив харакатлар қилиш тайинланади. Бемор иммобилизациянинг бутун муддати мобайнида билак мушакларини бир маромда ритм билан қисқаришини бажариши шарт. 4-5 хафта ўтгач, гипсли боғлам ечилади, билакни пронация ва супинация ўртасидаги ўртача холатга ўтказилади, уни янги боғлам билан фиксация қилинади. Иммобили-зацияни репозиция пайтидан бошлаб, 8-12 хафтагача давом эттири-лади. Боғлам ечилгандан кейин физиотерапевтик муолажалар ва тирсак ҳамда билак-тирсак бўғимларида, албатта, актив ва пассив харакатлар қилиш буюрилади. Кўпинча, х.алкасимон бойлам ва юмшоқ тўқималар интерпозициясида бўлгани каби билак суяги бошчасини ва тирсак бўлакларини бир моментли тўғрилашнинг иложи бўлмаса, чиқишни жойига солишни ва бўлаклар репозиция-сини жаррохлик усули билан амалга оширилади.

Жаррохлик амалини кафт суяклари бошчаларидан то елканинг учдан бир юқори қисмигача 8-10 хафта муддатга гипсли боғлам кўйиш билан тугалланади. Консолидация секин ўтадиган бўлса, иммобилизация муддати 12-14 хафтагача, яъни тирсак суяги тўла битиб кетгунча узайтирилиши мумкин. Мехнат крбилияти 12-16х.афта ўтгач тикланади.

БИЛАК СУЯГИНИНГ СИНИШИ БИЛАН ТИРСАК СУ ЯТИ БОШЧАСИНИНГ ЧИҚИШИ

Ёзилган кўлга таяниб йикмлишда (кўпрок билакка зарб тушганда) билак суяги диафизининг учдан бир пастки қисми синиши ва тирсак суягининг бошчаси чиқиши мумкин. Билак суяги энг нозик жойидан (кийшикжойидан) синади. Билак суяги бўлаклари олдинга, орқага очик бурчак хосил қилиб, тирсак суягининг бошчаси эса кафт ва кафт орқасига сурилади. Дистал бўлак юқорига сурилишдан ташқари, мушаклар қисқариши натижасида пронация холатини эгаллайди (131-расм).

Та ш х и с. Кўздан кечирилганда билакнинг учдан бир пастки қисмида ва билак-кафт бўримида шикастнинг мазкур турига хос деформация аниқланади. Билакнинг орқа сатхдпд чукурлик кафт томонида эса билак суяги бўлакларининг бурчак хосил қилиб сурилиши билан боғлиқ. бўлган бўртма бўлади. Билак-кафт бўғимининг орқа- ёки кафт-тирсак юзасида тирсак суяги бошчасининг сурилиши хисобига бу соҳанинг кафт ёки кафт орқаси томонида тегишли чукурлик билан бирга бўртиш ҳам кузатилади. Пайпаслаш шикаст соҳасидаги оғриқни, билак суяги ўкининг кийшайишини аниқлайди. Пайпаслаб кўрилганда билак-кафт бўғимининг тирсак томонида қаттиқ суякнинг чиқиб колгани — тирсак суягининг бошчаси аниқланади. Билак ўкига оғирлик тушиши оғриқ.ка сабаб бўлади. Тирсак суяги бошча соҳаси кўрилганда у осонгина жойига тушади ва босиш тўхтатилганда ёки билак харакатларида кайта сурилади. Билакнй билак-кафт ва тирсак бўғимлари билан икки проекцияда



131-расм. Галеацци шикастланишида бўлакларнинг қўзғалиши (чизма).

рентгенография қилиш ташхисни ва бўлакларнинг сурилиш характерини аниқлаб беради.

Д а в о л а ш. Бўлаклар репозицияси ва тирсак суягининг бошчасини тўғрилаш — бошчасининг чик;иши кайта-ланишга мойиллиги сабабли травматолог учун кийин вази-фа хисобланади. Репозициядан кейин кўлга бармоқдарнинг асосларидан то елканинг учдан бир юқори қисмигача 8-10 х.афтага гипели боғлам куйи-лади. Бўлакларни репозиция қилиш ва тирсак суяги бошчасини тўғрилашга уриниш муваффақиятсиз чикканда

жаррохлик усулини кўллаш керак Жаррохлик усулининг мақсади билак суягининг очик репозиция ва остеосинтез қилишдан, шунинг-дек тирсак бўғими бошчасини очикжойига солиш ва тўғриланган ҳолатда сақлаб туришдан иборат. Жаррохлик усули бармоқлар асосидан то елканинг учдан бир юқори қҳсмигача 8-10 ҳафтага гипсли боғлам қўйиш билан тугалланади. Мехнат қрбияти 12-14 ҳафтадан кейин тикланади.

БИЛАК СУЯГИНИНГ ТИПИК ЖОЙДАН СИНИШИ

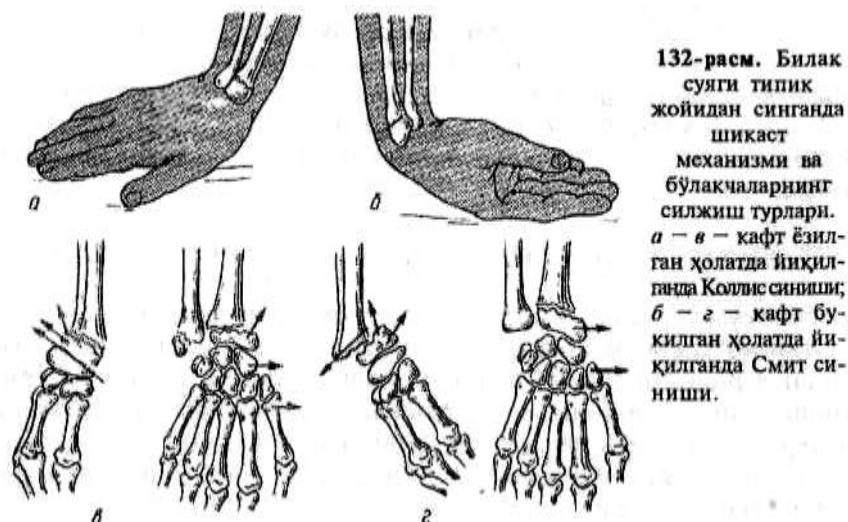
Қўл суяқларининг энг кўп учрайдиган синишларидан бири билак суягининг дистал метафизи — типик жойидан синиши бўлиб, ҳамма синишларнинг тахминан 15-20%ини ташкил қилади. Билак суягининг типик жойидан синиши ёши кайтган аёлларда эркакларга нисбатан 2-3 марта кўпроқ рўй беради. Бу синиш йил фаслига боғлиқ; киш, пайтларида, айниқса, яхмалакда билак суягининг типик жойидан синишлари микдори кескин ошади.

Билак суягининг типик жойидан синиши деганда — бўғим юзасидан н 2-3 см юқоридан синиш тушунилади. Синиш чизиги кўндаланг ёки кийшик кўндаланг йўналишда ўтади. Катта ёшдаги шахсларда билак суяги дистал қисмининг кўп майдаланиб кетган (парчаланган) синиши кузатилади. Пастки эпифиздаги синиш кўпроқ панжанинг кафт орқасига ёки кафтга буқилган ҳолатида узатилган қўл билан йиқилганда рўй беради. Агар бемор кафт орқасига буқилган қўли билан йиқилганда дистал бўлак кафт орқаси ва билак томонга сурилади ва озгина супинация ҳолати бўлади, марказий бўлак эса кафт-тирсак томонга сурилади (экстензион Коллис синиши).

Коллис синишига карама-карши ўларок» кафтнинг буқилган ҳолатидаги кул билан йиқилганда дистал метаэпифизнинг флекцион синиши содир бўлади (Смит синиши). Бунда дистал бўлак бир оз пронацияда ва кафт томонга сурилган, вахрланки марказий бўлак — супинация ҳолатида ва қисман орқа томонга сурилган бўлади (132-расм).

Т а ш х и с. Ташки томондан кўздан кечирилганда билак суягининг типик жойидан бўлаклари сурилган синишларда вилкасимон ёки найзасимон деформация аниқланади. Коллис синишида билакнинг орқа юзасида дистал бўлакни, кафт юзасида эса проксимал бўлакни пайпаслаб кўриш мумкин. Панжа дистал бўлак билан бирга билак томонга сурилган. Смит синишида, аксинча, дистал бўлак билакнинг кафт юзасида, проксимал бўлак эса кафт орқаси юзасида пай-пасланади.

Билак суяги унинг орқа ёки кафт томонидан ва тирсак суягининг бигизсимон ўсига пайпасланганда синган жойда қаттиқ оғриқ бўлади. Укига тушадиган оғирлик синган жойда оғриқни кучайтиради. Билак-кафт бўғимидаги ҳаракат кескин чекланган ва оғриқли бўлади.

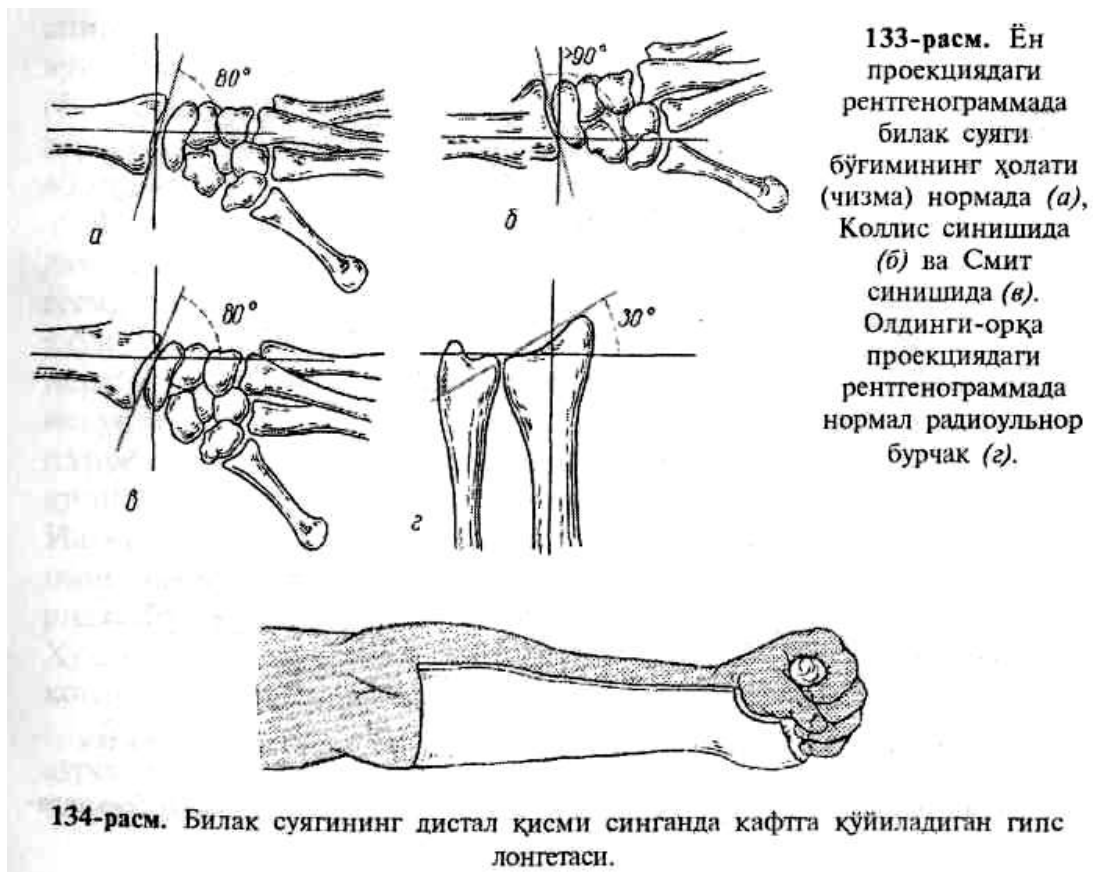


132-расм. Билак суяги типик жойидан синганда шикаст механизми ва бўлакчаларнинг силжиш турлари. *a - в* — кафт ёзилган ҳолатда йиқилганда Коллис синиши; *б - г* — кафт буқилган ҳолатда йиқилганда Смит синиши.

Бўлаклар ўртасидаги ҳаракатчанлик ва суяк крепитациясини текшириш шарт эмас. Билак суяги типик жойидан синганда сурилган бўлаклардан баъзан ўрта нерв, шунингдек ўрта билак нервларининг суяклар орасидаги тармоқлари шикастланади (Турнер неврити), бу кескин оғриқлар, парестезия ва анестезия зоналари пайдо бўлиши билан юзага чиқади, кейинчалик «панжанинг қаттиқ шиши», панжа суякларининг догсимон остеопорози ва бошқалар кузатилади. IV бармоқдаракатлари чекланган, панжа орқасидаги тери ялтирайди. Билак суягининг типик жойидан синганини аниқлашда икки проекциядаги рентгенограммаларнинг аҳамияти катта. Баъзан 3/4 проекциядаги учинчи сурат зарур (синиш ва парчалар бор-йўклиги аниқланади, дистал бўлакнинг сурилишига ба, \o берилади). Рентгенограмма да ён проекцияда сурилишга баҳо бериш учун билак суяги ўқини марказий бўлак бўйича, билак-кафт бўғими сатҳида эса билак суяги ўқига перпендикуляр чизикни ва уни бўғим юзаси четлари билан туташтирадиган чизикни ўтказилади. Нормада билак суягининг бўғим юзаси четларини туташтирадиган чизик унинг ўқи орқали ўтказилган перпендикуляр билан мое келиши ёки перпендикулярдан кафт томонга 10° га огиши мумкин, яъни ўк ва билак суягининг бўғим юзаси четларини туташтирадиган чизик ўртасидаги 80-90°ни ташкил этиши керак (133-расм, *a*). Агарда бу бурчак 90°дан кўп бўлса, дистал бўлак ташки томонга сурилган -Коллис синиши (133-расм, *б*). 80°дан кам бўлса, дистал бўлакнинг кафтга сурилганлигини билдиради — Смит синиши (133-расм, *в*). Дистал бўлакнинг бурчак ҳосил қилиб сурилишини бартараф этмаслик Коллис синишида суякнинг ички кафт томонида буқилишни ва Смит синишида кафт орқасида буқилишини чегаралаб кўяди.

Рентгенограммада олдинги-орқа проекцияда аниқланадиган бўлакларнинг сурилиши функция бузилишлари учун унчалик аҳамиятга эга эмас. Тирсак суяги бошчасининг бўғим фасеткаси билак суягининг бўғим юзасидан 0,5-1 см га юқорида (роксимал) жойлашган. Билак суягининг бўғим юзаси билан олдинги-орқа рентгенограммада диафиз ўкига перпендикуляр ўртасидаги нормал бурчак радиоульнар бурчак — 30° ни ташкил этади (133-расм, з). Тирсак суяги бошчасининг дистал йўналишида сурилиши ва радиоульнар бурчакнинг ўзгариши (репозиция бўлмаганда) тирсакда қўлни ёзиш ва билакда ротацион ҳаракатлар қилишнинг чегараланишига олиб келади.

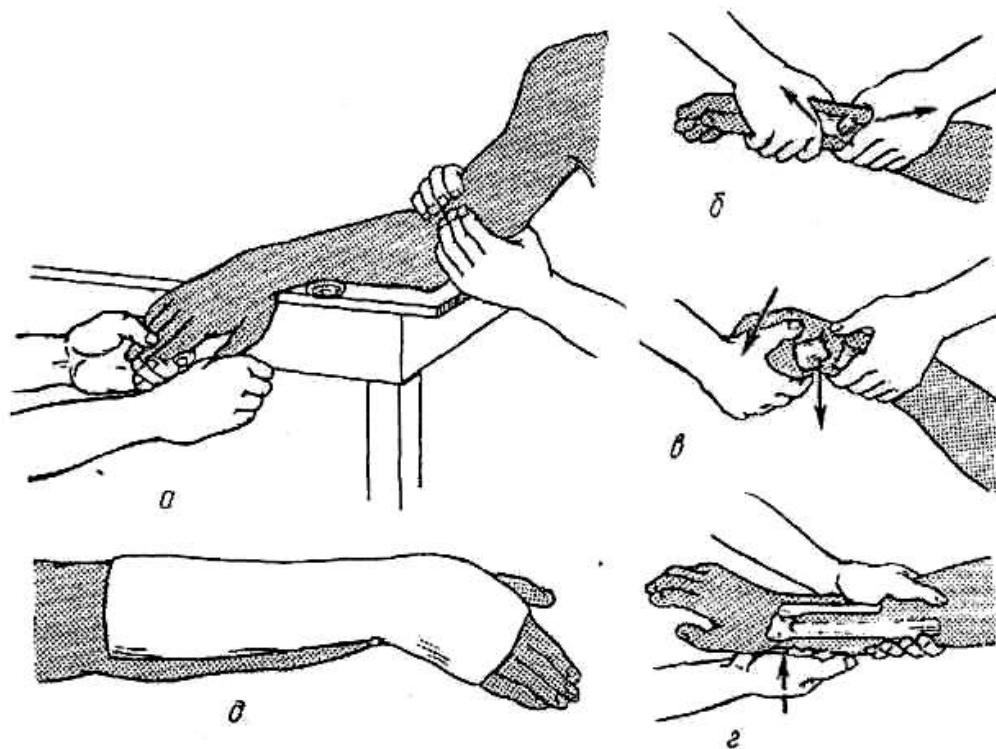
Д а в о л а ш. Билак суягининг бўлаклари сурилмаган типик жойидан синишида панжа ва билакнинг кафт ёки орқа томони бармоқларининг асосидан то билакнинг учдан бир юқори қисмигача гипс боғлам билан фиксация қилиш кифоя. Билак пронация ва супинация орасидаги ўрта ҳолатда фиксация қилинган, панжа орқа-сига осон буқилган ҳолат берилган (134-расм). Олдин синган жойга 10-20 мл 1% новокаин эритмаси юборилади. Беморга биринчи кунлардан бошлаб бармоқларини актив ҳзракати тайинланади. Иммобилизация 3-4 ҳафта давом этади, шундан сўнг ЛФК ва физиотерапевтик муолажалар буюрилиши керак. Меҳнат қобилияти 5-6 ҳафтадан сўнг тикланади.



Агарда бўлақлар сурилган бўлса, синган жой маҳаллий анестезия қилиниб, қўлда ёки дистракцион аппаратда репозиция ўтказилади.

Коллис синишида билак суяги бўлақчаларини қўл репозиция қилиш техникаси (135-расм). Бемор стул суянчигига ён боши билан ўтиради, қўл елка бўғимидан узоқлаштирилиб ва тирсак бўғимида 90°гача буқилган, бемор дистал бўлақ ва кафт стол четидан осилиб турадиган ҳолатда ётади. Ёрдамчи бир қўли билан 1 бармоқни, иккинчи қўли билан шикастланган томоннинг II, III ва IV бармоқларни ушлайди. Иккинчи ёрдамчи елкани ушлаб туради. Ёрдамчилар 3-5 минут мобайнида бўлақларни аста-секин чўзиб, шу тарифа билакнинг қисқа тортганини бартараф этадилар. Тўхтатмасдан чўзилаётганда жаррох. иккала бош бармоқлари билан силжиган дистал бўлақни босади. Айти вақтда, биринчи ёрдамчи кафтни ичкарига буқилган ҳолатига ва ульнар енгил пронация ҳолатига ўтказди. Репозициядан кейин бўлақлар бармоқлар билан фиксация қилинади, кафтга эса озгина орқага буқилган ва ульнар очиш л,олати берилади. Тортишни тўхтатмасдан бармоқлар асосларидан то билакнинг учдан бир юқори қисмигача 3-4 хафтага гипсли боғлам қўйилади.

Агарда гипсли боғ-ламда иккиламчи сурилиш рўй берса, бўлақлар репозицияси такрорланади ва панжа кафтда ўртача буқилган ҳолатда гипсли боғлам қўйилади. 2-3 хафтадан кейин боғлам ечилади, панжани



135-расм. Билак суягининг дистал метафизини жароҳатланганда қўл билан репозиция қилиш техникаси.

а – синишни тўғрилашда қўлнинг ҳолати; *б, в, г* – синишни тўғрилаш босқичлари; *д* – тўғрилангандан кейин қўйилган гипсли боғлам.

кафтда ўртача буқилган ҳолатдан эҳтиётлик билан чиқарилади, билакни янга гипсли боғлам билан фиксация қилинади. Беморларда неврологик ва томир ёрилишларининг олдини олиш учун 12 соат ичида кузатиш керак Гипс боғламини синиш консолидацияси юз бергандан сўнг ечилади.

Смит синишида билак суяги бўлакчаларини цўлда репозиция киши техникаси. Беморнингҳолати, унинг ва ёрдамчиларнинг қўллари Коллис синишида бўлакларни репозиция қилиш вақтида таърифлангани кабидир. Билак ўшандай ўз ўки бўйлаб тортилади. Кафтга тирсакни узоқлаштириш ҳолати берилади. Билак суяги дистал бўлакка кафт йўналишида сурилган бўлса, унда кафт ташқарига буқилган ҳолатга ўтказилади. Айна вақтда, жарродбош бармоқлари билан дистал бўлакни босиб, уни ташқарига ва тирсак томонга итаради, бунда чўзиш тўхтатилмайди. Гипс боғламини бармоқлар асосларидан то билакнинг учидан бир говори қисмигача кафтнинг ўртача буқилган ҳолати кўйилади. Гипс куригандан сўнг букиш тўхтатилади. Биринчи кунлардан бошлаб бармоқларда ва тирсак бўғимида ҳаракатлар тайинланади. Кўл иммобилизацияси 4-6 ҳафта давом эттирилади. Меҳнат қилмайти 6-8 ҳафта ўтгач тикланади.

Суяклар орасидаги билак ёки ўрта нервларнинг тармоқлари бошланишидан келиб чиқадиган Турнер невритини профилактика қилиш учун бўлакларни иложи борича эртарок спирт-новокаин анестезияси остида репозиция қилиш зарур. Гематомага 30 мл гача спирт-новокаин эритмаси (10 мл 96% спирт 90 мл 1% новокаин эритмаси) юборилади. Неврит бошланган бўлса, витамин терапияси (В гурукидаги витаминлар), анаболик гормонлар, прозерин, тереокальцитонин тайинланади, суяк ичига новокаин эритмаси 30-40 минутга кўйиладиган жгут остига юборилади.

Ишемик контрактура. Кўл шикастланишлари ва уларни даволашнинг энг оғир асоратлардан бири ҳисобланади. Агарда қўл сегментининг тўлиқ давомли ишемия си унинг гангренага ўтиши билан яқунланса, чала ёки кам давом этадиган ишемияси мушаклар ва нервларда дегенератив ўзгаришларга, мушак толаларининг қисман некрозига ва уларда чандиклар ҳосил бўлишига олиб келади. Бунинг натижасида мушаклар дистал сегмент бўримларида контрактура ҳосил қилиб қисқаради. Кўпинча ишемик контрактура қўлларда учрайди. Ишемияга елканнинг дўнгча устидаги ёзилган синишида елка артерияси-нинг шикастланиши ёки контузияси, томирларининг суяк бўлакчала-ридан босилиши ёки гипсли боғламда шишиши сабаб бўлиши мумкин. Худди шу сўнгги икки омил ва уларнинг бирга учраши ишемик контрактуранинг ривожланишига кўпроқ сабаб бўлади.

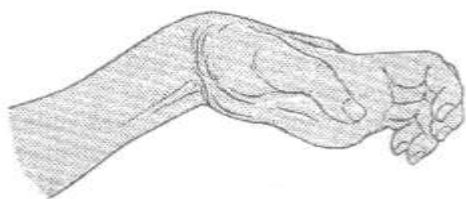
Фолькман ишемик контрактурасида, айниқса, бармоқларда атрофияга учраган тери рангининг ўзгариши кайд қилинади. Одатда сезувчанлик йўқолади. Билак артериясида пульс аниқланмайди.

Бармоқдарни чукур букувчи пайлардаги, контрактура, айникса якквл юзага чикиб, бу кафт-бармоқ. бўғимининг энг кўп ёзилиши ва бармоқдараро бўғимларда ўзига хос буқилиш контрактурасига боғлиқ. (136-расм). Бармоқдарни кафт томонга буқилганда деформация камаяди, ёзилганда эса, аксинча, кўпаяди.

Д а в о л а ш. Фолькман ишемик контрактурасида коррекция киладиган боғламлар, мушакларнинг ёпишиш нуқталарини ўзгартириш мумкин, мушакларни кўчириб ўтказиш, суякларни қисқартириш ва бўғимлар арфодезидан фойдаланилади. Терапия баъзан бир неча йиллар давом этади, шунинг учун суяк синишидан кейин дастлабки соатларда сегментда кон таъминоти бузилишларини аниқлаш, профилактика қилиш ва даволаш алоҳдаа аҳамият касб этади.

Эрта муддатларда оғрикх, кўлдаги пульс ва дистал сегмент ранганинг ўзгариши энг мухим симптомлардан ҳсобланади. Кул дистал бўлимидаги оғрикх. гипсли боғлам кўйилгандан кейин гўё босилиши керак эди, аксинча чидаш қийин бўлган даражагача кескин кучаяди. Периферик артерияларда пульс сусайган ёки кўпинча умуман аниқланмайди. Бармоқларда цианоз ва шиш ривожланади, кул дистал бўлими крнсизланиб, сезмайдиган бўлиб қолади. Панжа крнсизлангандан кейин, айникса, ўрта нерв иннервация киладиган сохдда парестезия ва анестезия пайдо бўлади. Сўнгра панжа бармоқлари контрактураси ривожланади. Бармоқдар актив ҳаракат кила олмайди. Мушак контрактурасининг пайдо бўлишини эрта симптом деб бўлмайди, чунки у мушак толаларида юз бериб бўлган ўзгаришлардан далолат беради.

Фолькман контрактурасининг профилактикаси кон таъминотини эрта тиклашдан иборат. Чунончи, агар елканинг дўнгча усти синишида билак артериясида пульс бўлмаса, зудлик билан синишни репозиция қилиш керак. Баъзан бу муолажа артериал кон окими тикланишини таъминлайди. Агар кон таъминоти тикланмай қрлса, елка чигалини новокаин билан блокада қилинади. Ташки босимни бартараф қилиш учун кўлни босиб турган гипсли боғлам киркилади, тирсак бўғимидаги буқилишни тўмтоқ бурчакка кадар камайтиради. Кўлни узокдаштирадиган қилиб қўйиш зарур. Ўтказилган тадбирлардан 1-1,5 соат ўтгач, билак артериясида пульс тикланмаса, жаррохлик усулини қўллаш керак. Томирларни декомпрессия қилиш мақсадида билакнинг чукур фасциясини тирсак букими чегарасида кенгқилиб кесилади. Артерия шикастланган сатхда очилади ва босилишдан озод қилинади.



136-расм. Фолькман ишемик контрактураси.

Унга 2% новокаин эритмаси юборилади. Артерияга илик изотоник натрий хлорид эритмаси куйилади. Унинг бўшлигига спазми йўқртиш учун папаверин ва новокаин эритмаси юборилади. Жаррохлик амалиёти вақтида артерия деворининг шикастланганлиги аниқланса, томирда операция ўтказилади.

Фолькман контрактурасининг гипсли боғламдан босилишини профилактика қилиш лонгетали ёки кирқилган гипс боғламлар қўйишдан иборат, чунки шикаст ва операциядан кейин қисқа вақт ичида боғлам остида юмшоқ тўқималар шиши бошланиши мумкин.

Гипсли боғлам қўйилган беморни доимо кузатиб бориш керак. Дистал сегментда кон айланишининг бузилиш симптомлари пайдо бўлиши билан боғламни узунасига киркиш ва унинг тўқималарга бўлган босимини камайтириш лозим.

4 - б о б. ҚЎЛ ПАНЖАСИ СУЯКЛАРИНИНГ СИНИШЛА-РИ ВА ЧИҚИШЛАРИ

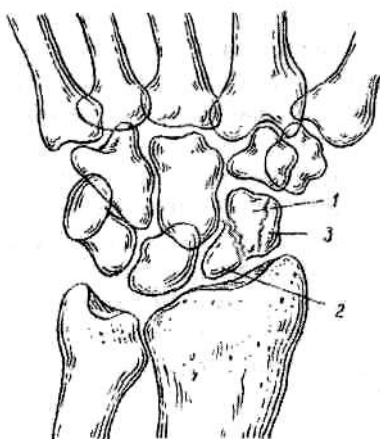
Панжанинги ҳар қандай бўлими шикастланиши озми-кўпми даражада унинг функциясининг ўзгаришига олиб келади. Панжа суякларининг синишлари ҳамма суяк синишларининг 35% гача қисмини ташкил қилади.

КАФТ УСТИ СУЯКЛАРИНИНГ СИНИШИ

Бу шикастланишлар бойламларнинг чўзилиши сифатида диагностика қилинади. Ташхиснинг яхшиланиши кафт усти суякларининг синиш холлари сонини аниқлашнинг кўпайишига олиб келади. Адабиёт маълумотларига кура кафт усти суякларининг синиши панжа синишларининг 2,1% дан 5% гача бўлган қисмини ташкил қилади. Кўпроқ кайиксимон суякнинг синиши, камроқяримойсимон ва бундан ҳам кам кафт усти бошқа суякларининг синиши учрайди.

Кайиксимон суякнинг синишлари. Бундай синишлар ёзилган Қўл панжаси билан йиқилиш натижасида, шунингдек кафт юзасига тўғридан-тўғри зарб тушганда пайдо бўлиши мумкин (137-расм). Дўмбокчанинги битиб кетиши осонроқ, чунки суякнинг иккала бўлаги ҳам кон билан етарлича таъминланган бўлади.

Т а ш х и с. Кўпинча, кеч ташхис қўйилади, чунки кўпчилик беморлар шикастдан кейин дарх.ол шифокорга мурожаат қилмайдилар. Клиник кўриниши аста-секин ривожланади: биллак-кафт бўғими соҳасида II панжа суяги асосидан юқорироқда, айниқса, «анатомик табакерка» соҳасида шиш, биллак-кафт бўғимида, айниқса, кафт оркаси биллакдаги оғриклар туфайли актив ва пасив ҳаракатлар х.ажми чекланади. I ва II бармоқлар ўқи бўйлаб оғрик, кучли бўлади. Қдйик-симон суяк «анатомик табакерка» соҳасида бевосита босилганда кескин



137-расм. Қайиксимон суякнинг синуши.

1, 2 - қайиксимон суякнинг танаси сингандаги бўлақлар; 3 - дўмбокчаси синуши.

оғриқ. пайдо бўлади, бармоқдарни тўлиқ мушт қилиб бўлмайди. Столга I бармоқнинг қафт дўнглиги билан таянишда қайиксимон суяк соҳасида оғриқ. бўлади. Бўлақлар крепита-циясини ва бўлақлар ўртасидаги харакатни аниқлашга уринмаслик керак

Учта: олдинги-орқа (тўғри), ёнлама ва кийшик (3/4) проекцияларда бажарилган рентгенограммаларни тахлил қилиш узил-кесил ташхис қўйишга ёрдам беради.

Бевосита шикаст рўй бергандан кейин яққол клиник кўринишда синушни рентгенологик усулда аниқлаб бўлмаса, 7-10 кун ўтгач, синуш зонасидаги резорбциясидан сўнгтекширишни такрорлаш керак

Даволаш. Кайиксимон суякнинг кон таъминоти хусусиятлари унинг бўлақларининг битиб кетиши учун нокулай шароитлар яратади. Кайиксимон суяк дўмбокчаси шишини даволаш панжага 3-6 хафтага I бармоқнинг очилган ҳолатида "«гшсталетсимон» гипсли боғлам билан иммобилизация қилишдан иборат (138-расм).

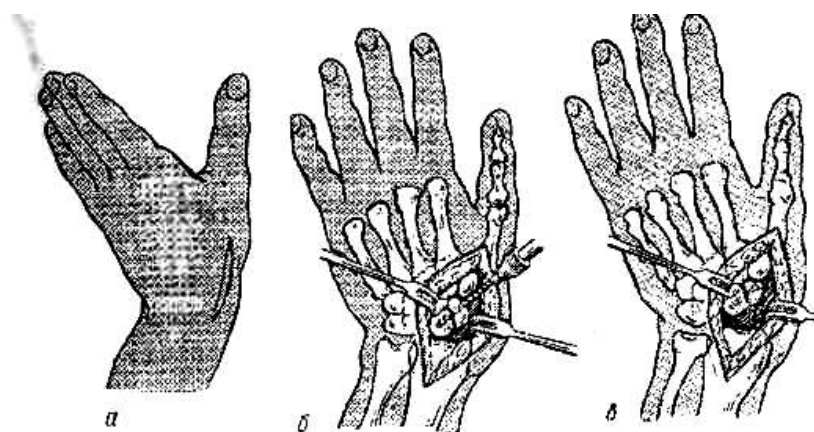
Кайиксимон суякнинг бўлақлари сурилиб, танаси ва учдан бир пастки қисми синушида оғриқ.сизлантирилгандан сўнг репозиция панжани елка орқасига тортиш ва кайиксимон суякни «анатомик табакерка» соҳасида босишдан иборат. Репозициядан сўнг бўлақлар бармоқларнинг асосидан то билакнинг учдан бир юқори қисмигача унинг бир оз ёзилган (150-160°) ва билак томонга озрок узокдаш-тирилган ҳолатида лонгета-айланма «пистолетсимон» галс боғлами билан фиксация қилинади. Иммобилизацияни 10-12 хафта мобайнида ўтказилади.

Агар кайиксимон суяк бўлақлари битиб кетмаса, асептик некроз белгилари бўлгандаги каби жаррохлик амалиёти ўтказилиши керак (139-расм).

Сўнгра ЛФК массаж, физиотерапевтик муолажалар тайинланади.



138-расм. Қайиксимон суяк синганда гипсли боғлам.



139-расм.
Қайиксимон суяк синганда жарроҳлик усули.
а – терини кесиш;
б – канални пармалаб очиш;
в – трансплантат киритиш.

Яримойсимон суяк синишлари. Қайиксимон суяк синишларидан бирмунча кам учрайди ва тирсак томонга ёзилган қўл билан йиқилганда содир бўлади. Кўпинча, синиш суяк чиқиши билан бирга учрайди. Кўндаланг, узунасига, парчаланган, шунингдек компрессион ва узилган (орқа ўсиғи) синишлар фарқ қилинади.

Т а ш х и с. Билак-кафт бўғими ўртасининг орқа томонида чегараланган шиш аниқланади. Бармоқлар мушт қилиб туғилганда билак-кафт бўғимининг кафт юзасида билак суяғи тепасидаги III бармоқ суяғи сатҳида чуқурча аниқланади. Панжа ҳаракатланганда, айниқса, ёзилганда оғрийди. Яримойсимон суякни босганда оғрик., III ва IV бармоқлар ўқи бўйлаб куч тушганда яримойсимон суяк соҳасида оғрик, аниқланади. Икки проекцияда бажарилган рентгенограммалар яримойсимон суякнинг қандай шикастланганини аниқлаш имконини беради.

Д а в о л а ш. Чеккасидан синишлар ва бўлақлари сурилмаган синишлар қўлни лонгета-айланма гипсли боғлам билан кафт-бармоқ бўғимларидан то билакнинг учдан бир юқори қисмигача 6-10 ҳафта мобайнида иммобилизация қилиб даволанади. Бўлақлари сурилган синишларда уларни билак ўқи бўйлаб давомли тракция қилиш (10-15 минут мобайнида) ёки Белер симли шинаси, Черкес-Зода рамкаси ёки Волков-Оганесян, Илизаров, Гудушаури компрессион-дистракцион аппаратларидан фойдаланиб, 5-6 ҳафта мобайнида суяқдан тортиб бир моментли репозиция қилиш керак

Сохта бўғимларда ва яримойсимон суякнинг асептик некрозида жарроҳлик амалиёти бажарилиши керак. Яримойсимон суяк синишида (чиқишида) жарроҳлик усули куйидагилардан иборат бўлиши мумкин: шуруплар билан остеосинтез қилинган репозиция, Ашкенази методикаси бўйича бўлақларни кўшни суяқлар билан артрорез қилиш.

Кафт устидаги бошқа суяқларнинг комбинацияланган ва алоҳида синишлари бир мунча кам учрайди. Бундай ҳолларда бўлақларнинг сурилиши кузатилмайди. Бу шикастланишларни даволашда уч қиррали суяк синишларида панжа ва билакка 4-5 ҳафталик муддатгача гипсли

борлам, кафт устининг нўхотсимон катга ва кичик бурчакли ва бошқа суяклари синишида 2,5-4 хафтагача боклам кўйилади. Биринчи кунлардан бошлаб бармоқлар учун ЛФК тайинланади. Мехнат қобилияти 4-8 хафта ўтгандан кейин тикланади.

КАФТ УСТИ СУЯКЛАРИНИНГ ЧИҚИШИ

Кафт усти суяklarининг чиқмиши ҳамма травматик чиқишларнинг тахминан 2%ни ташкил қилади. Яримойсимон суяк олдидаги (перилунар) чиқиш ва яримойсимон суягининг чиқибш кўп учрайди.

Панжанинг перилунар (дорсал) чиқиши. Билвосита травма механизми — бармоқдинг орқа томонга буқилган ҳолатида панжанинг кафт юзасига узатилган қўл билан йиқилиши натижасида содир бўлади. Бундай чиқишда яримойсимон суяк билан суягига нисбатан ўз ўрнида қолади, вахрланки кафт устининг бошқа суяклари панжа билан бирга орқага ва юқорига сурилади. Бу чиқишни, кўпинча, ўз вақтида аниқламайдилар ва узоқ вақтгача уни бойлам аппаратининг шикастланиши, деб ҳисоблайдилар.

Т а ш х и с. Беморларни билан-кафт бўғимидаги оғриқ безовта қилади. Кўздан кечирилганда билан-кафт бўғимида тутшиб кетган шиш, унинг найзасимон деформацияси ва бармоқларнинг ярим буқилган ҳолати аниқланади. Пайпаслаб қўрилганда суяк орқасида кўпроқ ифодаланган оғриқ аниқланади, бу ерда кафт усти суяklarининг орқага сурилганлиги қўлга уннайди. Бўшмда пружинасимон қаршилик туфайли функциясининг чекланганлиги кайд этилади. Чиқишга ташхис қўйишда иккита проекцияда рентгенография қилиш х.ал қилувчи аҳамиятга эга — ён проекциядаги суратда чиқиш яхшироқ билинади.

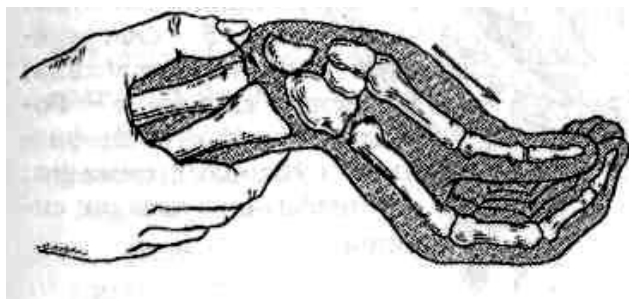
Д а в о л а ш. Кафтнинг янги (10 кунгача) чиқишларини жойига солиш катта қийинчилик тугдирмайди. Наркоз остида, ўтказувчи ёки суяк ичи анестезияси ёрдамида билан ўки бўйлаб елкадан мое ҳолда (кучли, секин ва юмшоқЗ тракция қилиш яхши натижа беради. Чиқишни дистракцион аппарат ёрдамида жойига солиш қулай. Панжа бўғимини етарли даражада чўзиб, узунасига сурилишни бартараф қилган жаррох. I бармоқлари билан кафт орқасини дистал ва кафт йўналишларида босади, колган бармоқлари билан эса биланни карама-қарши йўналишда каттик босади. Чикдан суяк жойига солинганда «шик» этган товуш эшитилади. Панжани 135-140°гача букилади. Кафт суяklarининг бошчаларидан то тирсаккача орқа гипели боғлами кўйилади ва тракция тўхтатилади. Панжани керакли функционал ҳолатга қўйиш учун 2 хафта ўтгандан кейин гипс алмаштирилиб, уни яна 2-4 хафтага кўйилади. Мехнат қобилияти 2-3 ой ўтгач тикланади.

Ёпик усулда чиқишни жойига солишнинг иложи бўлмаса, даволаш компрессион-дистракцион аппаратда олибборилади ёки очик усулда жойига солинади.

Яримойсимон суякнинг чшҳши. Кўпинча, максимал орқага буқилган холатдаги панжага оғирликтушиши натижасицарўй беради. Яримойсимон суяк бошсимон ва билак суяклари таъсири остида олдинга сурилади. Бунда орқа билак-яримойсимон бойлами ва яримойсимон суякни кафт устининг бошқа суяклари билан туташтириб турадиган бойламларнинг узилиши содир бўлади. Яримойсимон суяк 90°га бурилиши мумкин, бошсимон суяк эса билак суяги каршисида туриб қолади.

Т а ш х и с. Кўздан кечирилганда билак-кафт бўғимида туташ шиш, бармоқдарнинг ярим буқилган холата аниқланади. III бармоқнинг буқилиши, айникса, яккрл кўринади, I бармоқ.хиёл орқага караган. Пайпаслаб кўрилганда, айникса, яримойсимон суяк проекцияси устида яккрл юзага чикдан оғриқ. аниқланади. Билак ва тирсак суякларининг бигизсимон ўсикларини борлаб турадиган дистал чизикдан дисталрок томондаги кафт юзасида чикқан суяк орқа томонида эса чукурча пайпасланади. Бармоқлар ва панжада харакатлар окрик сабабли чегараланган. Панжани актив ёзиш мумкин эмас. Пассив ёзиш кафт устининг кафт юзасида кескин оғриқ. беради, шундан сўнг бармоқлар дастлабки ярим буқилган холатни эгаллайди. Яримойсимон суякни олдиндан орқага босилганда бармоқ. пайининг букиш крбилияти камайгани сабабли III бармоқ.нинг «ёзиш симптоми» пайдо бўлади. Жойидан чиккдн яримойсимон суяк ўрта нерви, баъзан эса тирсак нервининг ҳам тегишли неврологик симптоматикаси билан компрессиясини келтириб чмқариши мумкин. Чиқишга ташхис кўйиш учун ёнлама проекциядаги рентгенограмма кўпроқ маълумот беради. **Д а в о л а ш.** Яримойсимон суяк чиқишини зудлик билан ўтказувчи, суяк ичи анестезияси ёки яхшиси, наркоз остида жойига солишга киришиш керак (140-расм).

Жойига солишда панжани ўки бўйича 90° буқилган билакдан елкага карама-карши куч билан таъсир қилиб, қаттиқва аста-секин тортилади. Жаррох. тортишни тўхтатмасдан иккала қўли билан панжанинг орқа томонидан аста-секин буқади. Қўл максимал ёзилган пайтда жаррох. I бармога билан панжанинг кафт юзасида чикқан яримойсимон суякнинг учини топиб, уни босади ва, айнаи вакгда, иккинчи кули билан панжани тезда 45°гача кафтда буқилган холатга олиб келади. Аксарият х.олларда жойига тушишда энгил «шик» этган товуш эшитилади. Яримойсимон суякнинг жойига тушиши суяк проекцияси устида дўнгликнинг йўқрилиши, панжа бармоқларининг ёзилиши, уларнинг тўлик х.ажмда



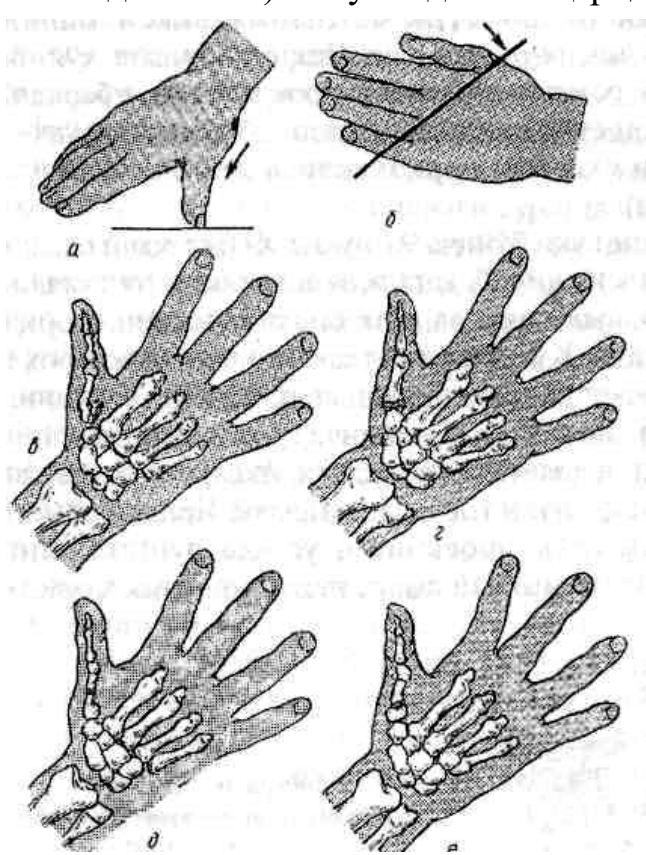
140-расм. Чикқан яримойсимон суякни тўғрилаш.

пассив даракатлар қилиш имконияти билан тавсифланади. Шундан сўнг панжани циркуляр ёки икки лонгетали гипсли боғлам билан бармоқ, суяклари бошчаларидан то билакнинг учдан бир қисмигача қафтда буқилган ҳолатида фиксация қилинади. 1-2 ҳафта ўтгач, қафтни янги гипсли боғлам билан енгал орқа флексия ҳолатида фиксация қилинади. Иммобилизациянинг умумий муддати 3-4 ҳафта. Билак мушаклари учун ЛФК ва массаж тайинланади.

Ёпиқ усулда жойига солишнинг иложи бўлмаса, шошинч кўрсатмалар бўйича жарро>ушк усулида даволанади. Жаррохлик амалиётидан кейин бармоқларнинг асосларидан то тирсаккача гипсли боғлам кўйилади. Икки ҳафтадан кейин билак-қафт бўримида актив ҳаракатлар қилиш учун боғлам мунтазам равишда ечилади. Жаррохлик усулидан кейин иммобилизациянинг умумий муддати 4 ҳафта.

КАФТ СУЯКЛАРИНИНГ СИНИШИ

Кафт суякларининг синиши кўп учрайдиган травмалардан бири. Аксарият I қафт суягининг асосидан синиши учрайди, у қафт суяги асосига тўғридан тўғри зарба тушиши, I бармоқнинг ёзилган ҳолатида йиқилиш натижасида рўй беради (141-расм). Синишларнинг икки тури: бўғимида синиш (Беннет ёки Роланд синиши) ва бўғимдан ташқарида



синиш (кийшик ва кўн-даланг) фарқ қилинади. Агар I қафт суяги асосида қафт-тирсак четида узунасига синиш содир бўлса, учбурчак пирамида кўринишидаги бўлаги ўз жойида бойламлар томонидан ушлаб қалинади, қафт суяги эса узоклаштирувчи узун мушак ва бармоқни

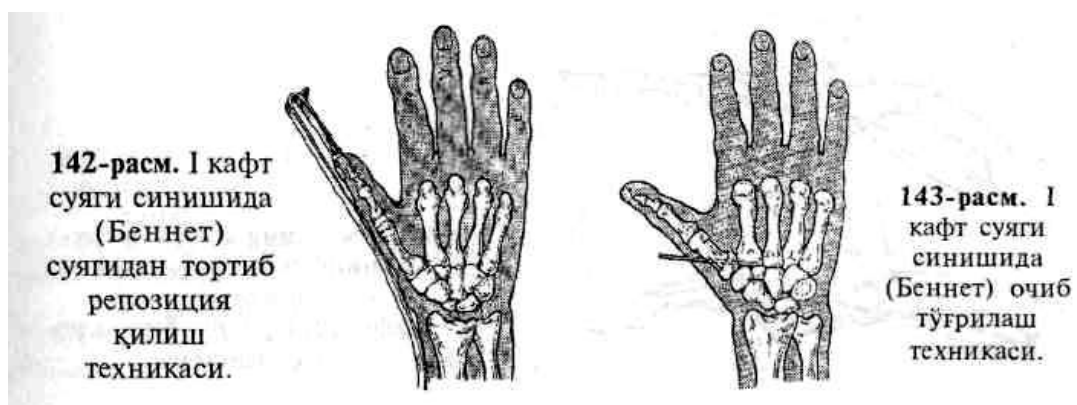
141-расм. I қафт суяги синганда травма механизми ва синиш турлари. *a* — бармоқнинг ўқ;и бўйича юк бериш; *b* — қафт суяклари бўйича урилганда; *c* — Беннет синиши; *d* — Роланд синиши; *e* — диафизнинг кўндаланг синиши; *e* — диафизнинг кийшик синиши.

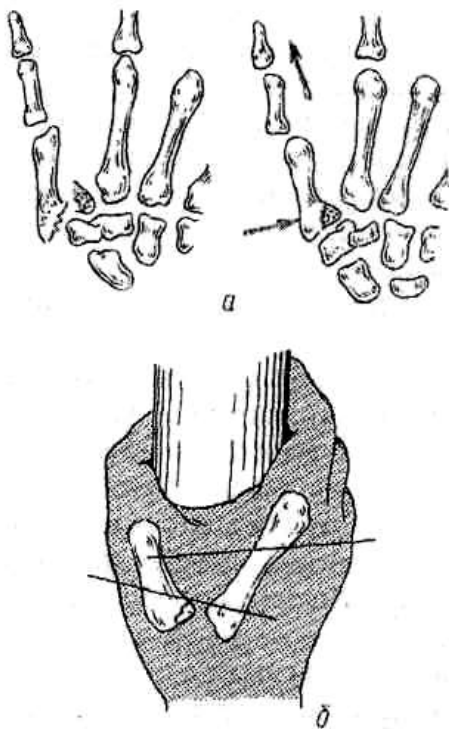
ёзувчилар таъсири остида проксимал йўналишда сурилади (Беннет синиш-чиқиши). I кафт суягининг асосида майдаланиб кетган синиши адабиётда Роланд синиши деган ном билан маълум.

Т а ш х и с. Кафт-кафт усти бўғими соҳасининг шакли ўзгарган ва шишган. «Анатомик табакерка» контурлари силлиқдашган. I бармоқ, бироз буқилган ва қисқарган. Шакли сурилган бўлақлар хисобига ўзгарган. Оқрик сабабли актив ва пассив ҳаракатлар чекланган. Бўғим соҳасини пайпаслаш, I бармоқ, ўқи бўйича оғирлик ва I кафт суяги асосида перкуссия оғриқ, беради. Икки проекцияда ўтказилган рентгенограммалардан синиш характери ва бўлақларнинг сурилиши аниқланади.

Д а в о л а ш. Беннет синишида бўлақларнинг хатто оз-моз силжиши ҳам бартараф қилиниши керак. Бўлақлар шикастдан кейин дастлабки соатларда ёки 2-3 суткада, яъни мушак контрактураси пайдо бўлишидан олдин репозиция ёдилинади. Репозицияни маҳаллий анестезия остида (5 мл 2% новокаин эритмаси ёки 10-15 мл 1% эритмаси бўғим ичига) амалга оширилади. Игнани] бармоқ, дўнглиги асоси олдида кафт-кафт усти бўғимининг кафт юзасига киритилади. Жаррох, бир қўли билан беморнинг билак-кафт усти бўғимини I бармоғи кафт-кафт усти бўғимида турадиган қилиб ушлайди ва уни тирсак томонга босади. Бошқа қўли билан беморнинг I бармоғини ушлаб, жаррох, уни қаттиқ тортиб, имкон борича билак томонга узоқдаштириди. Бўлақларни репозиция ҳолатида ушлаб туришни мақсад қилиб олган гипсли боклам қўйишда қийинчиликлар вужудга келади. Бўлақлар иккинча марта жойига осон тушади. Гипсли «пистолетсимон» боғлам, айникса, I кафт суяги асосида яхши силлиқданган бўлиши керак. Қўлда репозиция қилиш натижаси рентгенофаммада назорат қилинади. Бўлақларни иккинчи марта сурилиши аниқланганда 3 ҳафтага суякдан тортиб қўйилиб, яна 1-3 ҳафта давомида иммобилизация қилинади (142-расм). Гипсли боғлам ечилгандан кейин ЛФК массаж, ванналар тайинланади. Мехнат Кобиляти 4-6 ҳафта ўтгач тикланади.

Репонация қилинган бўлақларни жойида ушлаш туришнинг иложи бўлмаса, остеосинтез ёки 1-2 та кегай билан трансфиксация қилинади (143 ва 144-расмлар).





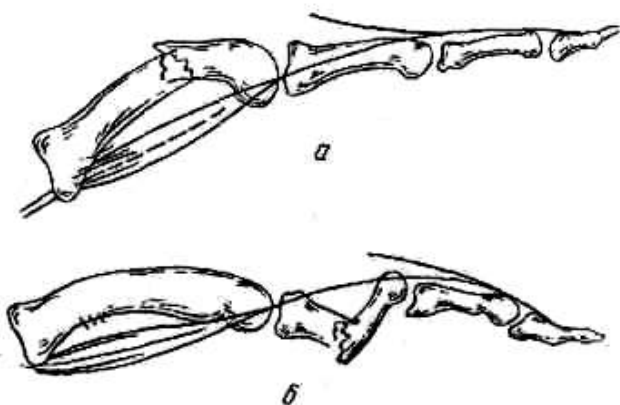
144-расм. Репозиция тамойили (а) ва Беннет синишида I кафт суягини иккита кегай билан фиксациялаш (б).

Роланднинг куп бўлакларга майдаланиб кетган бўғим ичи сини-шида бўлакларни репозиция қилишга уриниш натижа бермаганда I бар-моқнинг функционал кулай л;олатида атродез қилиш зарурати пайдо бўлади. П-ГУ кафт суяқларининг синишлари аксарият тўфидан-тўғри шикаст (болта, тайёк билан уриш ва б.), камрок лолларда билвосита шикаст механизми натижасида рўй беради. Кафт суяқларининг бошчаси, танаси ва асоси синиши мумкин. Кафт суяқларининг танаси синганда аксарият бўлакларнинг кафт томонга очик бурчак остида сурилиши кузатилади. Бундай холат кўпрок суяқлараро ва чувалчанг-симон функцияси билан боғлиқ. бўлади (145-расм).

Т а ш х и с. панжанинг орқа сатдида рўй-рост шиш аниқланади. Синиш проекцияси устида аксарият кон куйилиши аниқланади. Пайпаслаб кўрилганда кафт суяқларининг сурилган бўлакларидан

ҳосил бўлган бурчакларнинг учи аниқланади шу жойда оғриқ. кайд қилинади. Кафт суяқлари ўки бўйича оғарлик тушиши синган жойда оғриқни кучайтиради. Бармоқларнинг актив ва пасив ҳаракатлари оғриқ. туфайли чекланган. Икки проекциядаги рентгенография ташхизни аниқлашга имкон беради.

Д а в о л а ш. Кафт суяқлари ўрнидан кўзгалмай синганда дистал кафт бурмасидан то билакнинг учдан бир юқори қисмигача 3-4 ҳафтага иммобилизация қилиш талаб этилади. Бўлакларни кўпрок сурилган синишлар маҳаллий анестезия остида, айти вақтда, сурилган



145-расм. Синишларда бўлакларнинг типик сурилиши (чизма).

а — кафт суяқлари; б — бармоқларнинг асосий фалангалари.

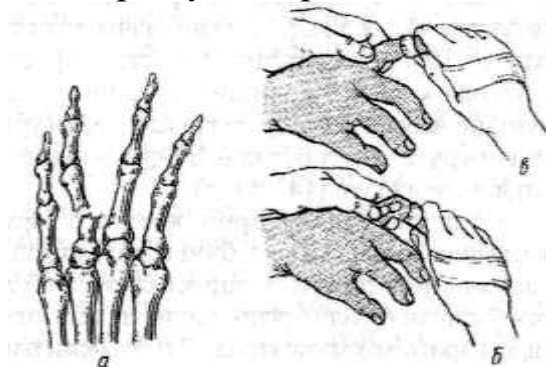
бўлақлардан ҳосил бўлган бурчак учини қафт йўналишида ва қафт суяги бошчасини босиш йўли билан унинг ўқи бўйлаб карама-қарши йўналишда тортиб репозиция қилинади. Бўлақлар репозиция қилингандан сўнг бармоқларнинг ўртасидан то билакнинг учдан бир юқори қисмигача гипсли боғлам (орқасига ёки қафт томонига) кўйилади. Имобилизация 3-4 ҳафта мобайнида давом эттирилади, шундан кейин ЛФК массаж ва ванналар тайинланади. Мехнат қрибияти 4-6 ҳафтадан сўнг тикланади. Ёпиқ репозиция натижали чикмаганда бўлақларни кегайлар блан фиксация қилиб, очик репозиция қҳилиш зарур бўлади.

БАРМОҚЛАР ФАЛАНГА (БЎҒИМ) ЛАРИНИНГ СИНИШИ

Бармоқ, фалангалари аксарият тўғридан-тўғри ва камроқ, билвосита травма натижасида синади ва диктат эътиборни талаб қилади, чунки панжанинг нормал функцияси билан белгаланеди. Кўпинча, шикастловчи куч таъсири остида ва чувалчангсимон ва суяқлараро мушаклар қисқарганда фаланга бўлақларининг бир-бирига нисбатан бурчак остида, орқа томонга очиктипик сурилиши рўй беради. (146-расм, а).

Т а ш х и с. Фалангаларнинг бўлақлари сурилган синишида бармоқ, шаклининг ўзгариши, калталаниши, шикастланган бармоқнинг туташ шиш, тери остида гематома қайд этилади. Пайпаслаб кўрилганда қафт юзасида суяқнинг чиқиб қолганлиги ва маҳдллий окрик аниқланади. Бармоқ, ўқи бўйлаб оғирлик тушиши синган соҳада оғриқ, пайдо қилади. Синган жойда бўлақларнинг кимирлаши аниқланади. Оғриқ, сабабли бармоқ, хрракати, айниқса, ёзилган пайтда чекланган бўлади. Иккита проекцияда бажарилган рентгенограммалар синиш ва бўлақларнинг сурилиши характерини аниқлашга имкон беради.

Даволаш. Бўлақлар репозицияси маҳаллий анестезия остида 1% новокаин эритмаси (5-10мл) билан ўтказилади. Бармоқ, ўқи бўйлаб сурилган бўлақлардан ҳосил бўлган бурчак учини қафт юзасидан босиб, доимий қўлда тортиш билан бурчакли деформация тўғриланади (146-расм, б, в), репозиция қилинган бармоқ, фалангалари бўлақларини



146-расм. Асосий фалангаларнинг синиши. а — синиш ва бўлақларнинг сурилиши; б, в — бўлақларни қўл билан репозиция қилиш босқичлари.

бармоқ. учларидан то билакнинг учдан бир пастки қисмигача, тирнок фалангаси синишида эса бармоқ, асосигача функционал кулай ҳолатда гипсли боғлам билан фиксация қилинади. Бармоқ. фалангаларининг, айникса, кдйшик ёки бўғим ичи синишларида гипсли фиксация қилиш ҳамма вақт ҳам бўлакларнинг иккинчи марта сурилишидан сақлаб қола олмайди. Бармоқ. фалангалари синишининг бир моментли репозициясига муваффақ бўлинмаганда суякдан тортиш усулидан фойдаланиш мумкин. Агар бармоқ. фалангаларининг диафизар синишларида репозицияга эришилмаса, бўлакларни ингичка кегай, инъекцион игна ёки суяк штифти билан фиксация қилиш мақсадга мувофиқ.

Жаррохлик амалиётидан кейин 4-6 ҳафта мобайнида гипсли иммобилизация қилинади; кегайлар 3-4 ҳафта ўтгач олиб ташланади. Гипсли боғлам ечилгандан сўнг ЛФК ва физиотерапия тайинланади. Мехмат қрбилияти 6-8 ҳафтадан кейин тикланади.

БАРМОҚЛАР БЎШМЛАРИНИНГ ЧИКИШ

Панжа бармоқдарининг чиқиш механизми тегишли бўғимда бармоқ. ёки фаланганинг х.аддан ташқари ёзилган ҳолатда бўлишга боғлиқ. Бунда дистал сегмент орқа томонга сурилади. Кафт томонга сурилиш камроқ учрайди ва бевосита шикаст механизмида — буқилган бармоқ. ёки фалангага оғирлик тушганда рўй беради. Чиқиш дистал фалангалараро бўғимда - охирги фаланганинг чиқиши, проксимал фалангалараро бўғимда - ўрта фаланганинг чиқиши, кафт-фаланга бўғимида - асосий фаланганинг чиқиши ёки бармоқ. чиқиши рўй бериши мумкин. I бармоқ. чиқиши бошқаларидан кўпроқ учрайди.

I бармоқ;нинг чиқиши. Аксарият эркакларда х.аддан ташқари ёзилган кафт юзасига таяниб йиқилганда содир бўлади. I бармоқнинг тўлиқ ва чала чиқиши фарқ. қилинади. Тўлиқчиқишда асосий фаланга, камроқ - кафт томонга сурилади, унинг бошчаси эса бўғим капсуласи ва метакарпал бойламларни йиртиб, кафт томонга сурилади. Сесамасимон суяклар асосий фаланга билан бирга орқа томонга, узун буқувчи пайи эса кафт суяги бошчасидан тирсак томонга сирпаниб тушади. Пай ва сесамасимон суяклар кафт суяги билан асосий фаланга ўртасида қисилиб қолиши ва жойига солишни кийинлаштириши мумкин. Асосий фаланга билан кафт суяги ўртасида орқа-билак томонга очик бурчак ҳреил бўлади. Бундай чикдш I бармоқ,нинг ташқарига чиқиши дейилади (147-расм).

Т а ш х и с. Беморларни оғриқ. ва I бармоқда ҳаракатшг кескин чекланиш безовта қилади, бармоқ. кафт-фаланга бўғимида ҳаддан ташқари ёзилган, унинг охирги фалангаси буқилган бўлади. Чала чиқишда шакли кам ўзгарган бўлади, тўлиқ чиқишда асосий фаланга кафт суяги билан бирга тўғри бурчак ҳреил қилади. Тенар соҳаси шишади, пайпаслаб кўрилганда

бу жойда кафт суягининг чиқиб турган бошчаси, орқа томонида эса I бармоқнинг сурилиб долган асоси анмкланади. Актив харакатлар йўқрилган, кафт-фаланга бўримида пассив харакатлар қилишга уриниш оғрикни батгар кучайтириб юборади. Пружинасимон каршилиқ симптоми аниқланади. Чала чиқишда тирнокфалангасини фақат пассив буқиш мумкин.

I бармоқнинг кафт томонга сурилиши учун найзасимон деформация хос. Орқа-ташки томонда кафт суягининг туртиб чшдан бошчаси, кафт томонда эса I бармоқнинг асоси пайпасланади.

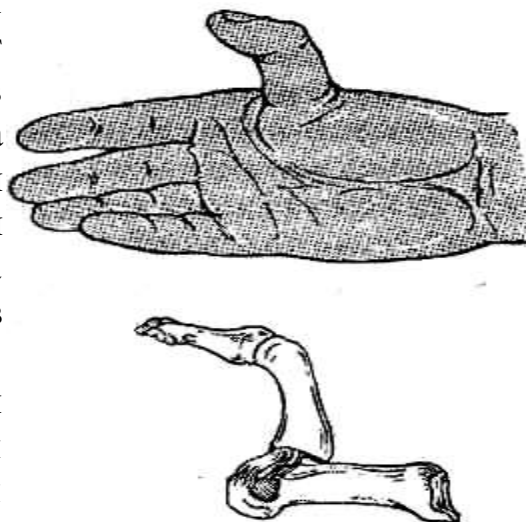
Д а в о л а ш. Тўлиқ чиқишни жойига солишда чуқур наркоз ва яхши миорелаксация қилиш зарур. Ёрдамчи панжани ярим пронация холатида фиксация килади.

Ташки чиқиш холларида жаррох. I бармоғи билан чикқдн фаланга асосига таяниб, бир қўли билан билак-кафт усти сохасида фиксация килади, иккинчиси билан эса беморнинг I бармоғини ушлаб, уни кўтаради, сўнфа эса бармоқ, билан кафт суяк ўртасида ўткир бурчак хосил бўлгунча бармоқнинг секин ва тобора ёзилишини кучайтиради. Шу тарика сесамасимон суякларнинг эҳтимол тутилган кисилиши бартараф қилинади. Жаррох., шунингдек I фаланганинг асосига таяниб турган I бармоғи билан бармоқни кафт суягига нисбатан дистал йўналишда суришга харакат қилиб, унинг бошчасини бошқа бармоқлари билан босади. Жаррох. фаланга асосининг кафт суяги бошчаси бўғим юзасига сирпанганини якхол сезганидан кейингина охирги фалангани тез ёзади ва бармоқни буқади. Бу холат охирги фаланга ўртасидан то билакнинг учдан бир юқори қисмигача 3-4 хафтага гипс боғлами фиксация қилинади. Баъзан сесамасимон суяклар орасига юмшоқтўқималар (пай, бойламлар, капсула) кириб қолиши сабабли чикқққан суякни жойига солиб бўлмайди. Бундай долларда жаррохлик усулидан фойдаланилади. Бунда даволаш ёпиқтурдаги жойига солишдан кейинги даволаш каби олиб борилади.

I бармоқ. синишини кафт томонга тўғрилашда буқилган бармоқ, ўки бўйича тракция қилинади. Сурилиш узунасига бартараф қилингандан кейин суякларнинг чиқиб турган бўғим учларини босиб, чиқиш тўғриланади. Кейинги даволаш I бармоқнинг ташки чиқишидаги каби.

Фалангалараро бўғимларда фалангаларнинг чиқиши. Ташқарига, кафт томонга ва ён томонларга шундай чикқшлар кузатилади.

Чиқиш ташхиси типик анамнезга, ўзига хос деформацияга, функциянинг чегараланишига, пружинасимон харакат йўқрилиши ва



147-расм. Панжа I бармоғининг ташки чиқиши.

рентгенография маълумотларига асосланади. Чикдшни чиккрн фалангани торгаши йўли билан тўғриланади. Орқа-ташки томонга сурилганда фалангани аввалига ёзилади (кафт томонда бўлганда - букилади) ва сурилиш узунасига бартараф қилингандан сўнг (кафт томонда бўлганда - ёзилади) букилади. 3 кун давом этадиган фиксацияни гипсли боғлам ёки айланма (циркуляр) қилиб ёпиштирилган лейкопластер билан амалга оширилади.

Чиқишни тўғрилашга уриниш муваффақиятсиз чиққанда уни компрессион-дистракцион аппарат ёки очикусулда жойига солинади.

5 - б о б. БОЛАЛАРДА Қўл ШИКАСТЛАНИШЛАРИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

ЕЛКА СУЯГИНИНГ ЧИҚИШИ

Болаларда елка суягининг шикастланишларини юқори эпиметафиз, диафиз ва дистал бўлимининг синишларига бўлиш кабул қилинган. Бу синишларда клиник кўриниш, жаррохлик тактикаси ва даволаш усуллари ўз хусусиятларига эга.

Елка суягининг юқори эпиметафизининг синиши. Болаларда елка суягининг юқори бўлимида елка бошчасининг остеоэпифизолизлари дўмбокчалараро кузатилади. Дўмбокчалар усти шикастланишлари болаларда амалиётда учрамайди.

Елка суяги жаррохлик бўйничасининг синишларини характери бўйича, худди катта одамлардаги каби, олиб келадиган, бунда бўлакчалар бурчак остида ўрнашади, ичкарига очилган ва олиб кетадиган, бунда бурчак ташқарига очик бўладиган турларга бўлиш кабул қилинган. Кўпчилик синишлар энига ва узунасига тўлиқ сурилиш билан ўтади. Бўлакларнинг ўзаро ротацияси бўлиши мумкин. Қоқилган (бир-бирининг ичига кирган) синишлар кам учрайди: елка проксимал бўлимининг остеоэпифизиолизи энг кўп пайдо бўлади. Қрқилган синишлар ва эпифизиолизнинг клиник ташхисада акс этган оғрик; симптомини текширишнинг катта аҳамияти бор: тирсак бўғимини аста-секин уриб кўрилганда елканинг учдан бир юқори қисмида оғрик, сезилади.

Узил-кесил ташхис рентгенологик тешкириш маълумотларига асослиб кўйилади.

Даволаш. «Яшил новда» типи бўйича синишларда бўлаклари сурилмаган остеоэпифизолизларда бўлаклар 10-15°дан ошмайдиган бурчак остида сурилганда соғлом куракдан шикастланган қўлнингто панжа бармоқдари асосигача энли гипсли боғлам кўйилади. Қўлтик чуқурчасига кичикрок пахта докадан ёстикча кўйилади. Билактўғри бурчак остида букилади. 7 ёшгача болаларда имобилизация муддати 10-12 кун ва бундан катта болаларда 15-16 кун.

Бўлаклари сурилган синишларда уларни травмадан сўнг дастлабки соатларда репозиция қилиш зарур.

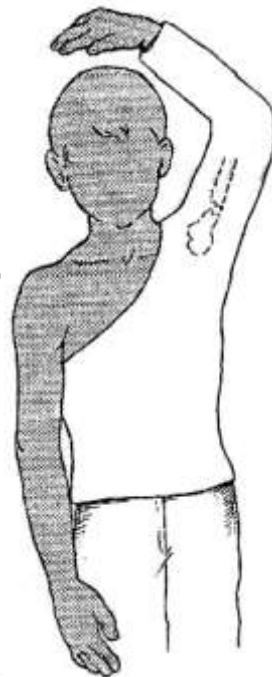
Репозиция техникаси. Жарроҳ. елка ўқи бўйича тракция ўтказади (айни вақтда, қўлтиқ остидан ўтказилган сочиқ билан карама-карши томонга тортилади), шу тарифа узунасига сурилиш баргараф этилади. Сўнгра сурилишнинг қолган томонлари тугатилади: марказий бўлак дистал бўлакка дуч келгунча бармоқлар билан босилади. Аддукцион синишларда бурчакдан сурилишни елкани босим остида қўлтиқ чуқурчасига келтириш йўли билан тугатиш мумкин. Аддукцион синишлар бўлаклари куп сурилган бошча остеоэпифизеолизлари билан бирга учраганда Громов методикасидан фойдаланган маъкул: ёзилган қўлни горизонталдан юқорига кўтарилади ва тананинг ўқи бўйича чўзилади. Соғлом елка устини дистал йўналишда карши томонга тортилади. Бунда марказий бўлак тортилган мушак гилофи орқали фиксация қилиниб, бу бўлакларни жойига солишни осонлаштиради. Репозициядан сўнг қўл шу ҳолатда Гипсли борлам билан фиксация қилинади (148-расм). 7 ёшгача болаларда фиксация муддати 20-21 кунга, бундан катта ёшдаги болаларда 26-28 кунга тенг.

Агар ёпик репозиция нтижа бермаса ва бўлаклар 15-20°дан ортик бурчак остида сурилганича крлса, жарроҳлик усули қўлланилиши керак

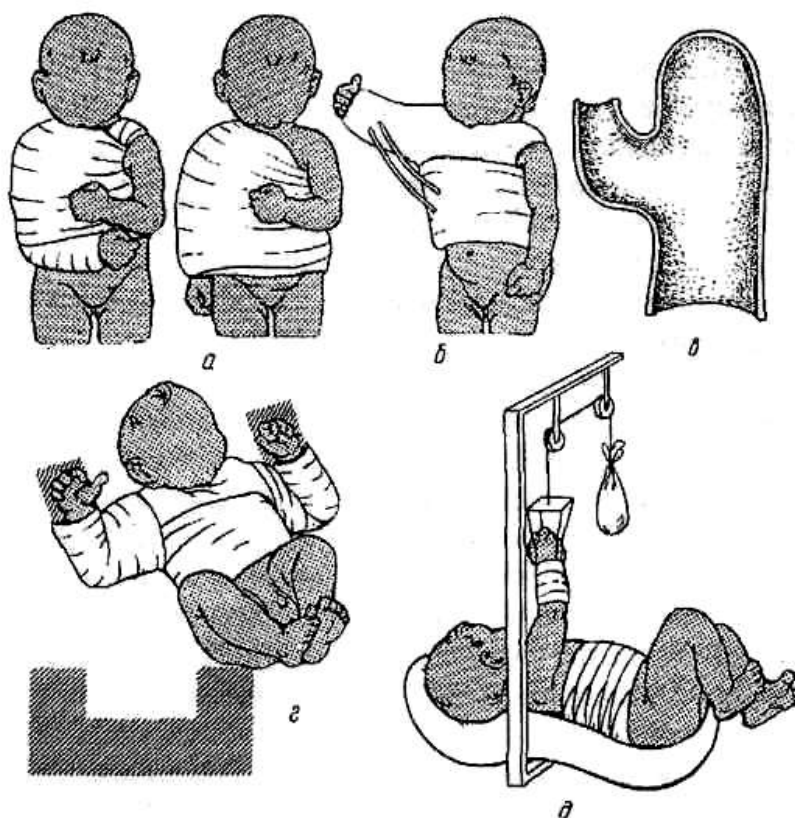
Елка суяги диафизининг синиши. Янги туиыган чакалоқларда диафизар синишлар тугрукшикастинингоқибати ххисобланади, ўрта ва катта ёшдаги болаларда билвосита ёки тўғридан-тўғри шикаст рўй беради. Шикаст механизмига борликхолда кяйшиқх винтсимон ва парчаланган синишлар фарқ қилинади. Янги туғилган чакалоқларда, одатда, елка суяги диафизининг учдан бир ўрта қисми синади.

Клиника. Кул мажбурий ҳолатда бўлади. Чакалоқ болаларда шикастланган қўлда ҳаракатлар умуман бўлмайди. Бўлаклари сурилган синишларда синишларнинг хамма ишонарли белгилари типик бўлади. Елка суяги учдан бир ўрта қисмининг синишлари билан нервнингшикастланиши билан ўгиши мумкин ва неврологик текширишни талаб қилади.

Д а в о л а ш. Чакалоқ болаларда шикаст еган қўлни елканинг тўғри бурчакка узоқлаштирилган ҳолатда панжадан то 148-расм. Болаларда елка суягининг юқори қисмидаги аддукцион синишларда репозиция ва иммобилизация қилиш (Громов усули бўйича).



шикастланмаган елка устигача гипсли боғлам билан фиксация қилинади. Қўлни Кефер, Шпитци усулида фиксация қилиш иккинчи марта сурилмаслигига кафолат бермайди. Маркс, Фонарев, Риден усулидаги иммобилизацияни болалар ёмон ўтказадилар (149-расм). Чакалоқларда бўлақларнинг узунасига 2-3 см гача, эни бўйича — суякнинг тўлиқ кўндалангига, 30°дан ошмаган бурчак остида сурилишлар йўл кўйса бўладиган сурилишлар хисобланади. Катгарок ёшдаги болаларда бўлақларнинг эни бўйича 1/2 диаметр гача сурилиши, 10° гача бурчак деформацияси йўл кўйса бўладиган хисобланади. Ўрта ва катта ёшдаги болаларда кийшик ва винтсимон синишларда бўлақлар репозицияси маҳаллий анестезия остида (1 йил умрга 1 мл дан 0,25% новокаин эритмаси) ўтказилади ва танадан узоклаштирувчи шинада лейкопластер билан тортиб кўйилади. Кўндаланг синишларда бўлақлар репозиция қилингандан сўнг кафт суяқларининг бошчаларидан то елка устигача гипсли боғлам кўйилади. Елканинг диафизар синишларини Колдуэлл, Охотский бўйича функционал даволаш яхши натижа бермайди, чунки оғриқ босилгандан сўнг тайинланган ҳаракат тартибига риоя қилмайдилар. Иммобилизация муддати синиш характериға бўлақларнинг қай даражада сурилганиға боғлиқ.. Суякнинг суяк устки пардасининг остидан сурилмаган синишлари 3 хафтаға фиксация қилиниши шарт. Репозициядан сўнг 25-30 кун ўтгач гипс боғлами ечилади. Қўл фиксацияси 4-6 х.афтадан



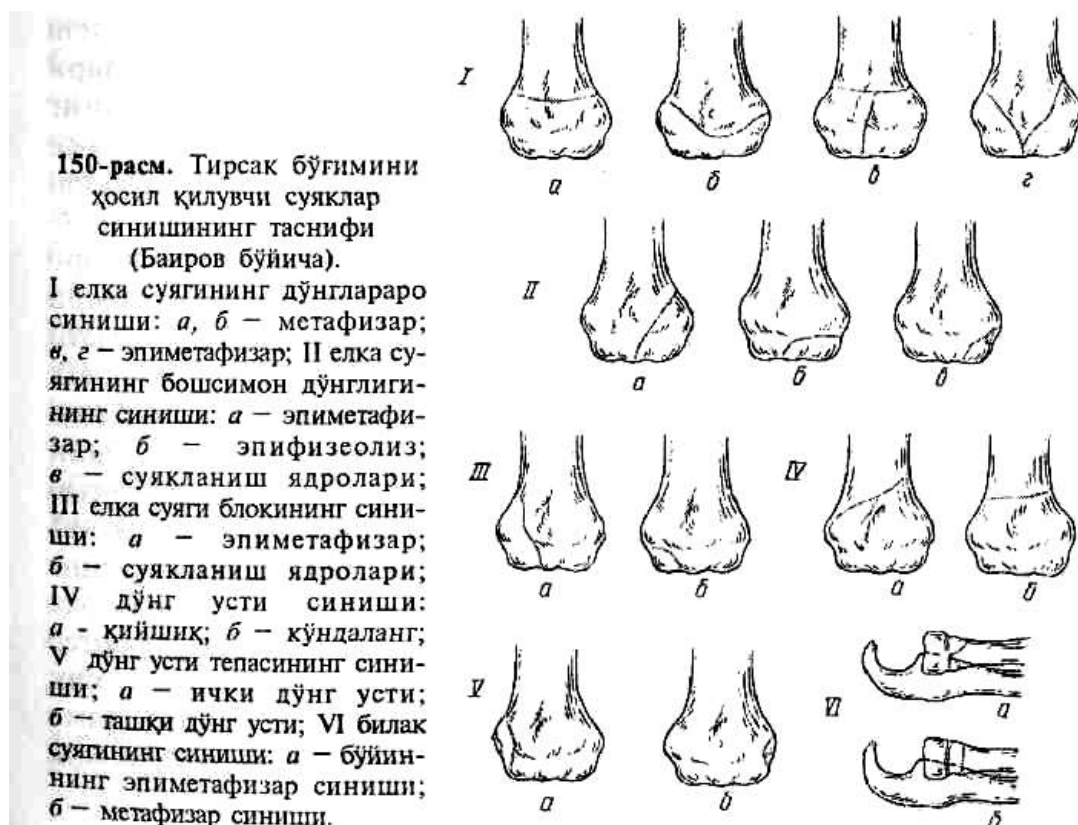
149-расм.
Чақалоқларда елка суяги синганда даволаш усуллари.
a — Кофер бўйича;
б — Маркс бўйича;
в — Фонарев бўйича;
г — Шпитци бўйича;
д — Риден бўйича.

кейин тикланади. Билак нервига шикаст етганда ва юмшоқтўқималар суяк бўлаклари орасига кириб қолганда жаррохлик амалиёти ўтказилади. Остеосингез учун Киршнер кегайларидан фойдаланилади.

Елка суяги дистал бўлимининг синиши. Болаларда жуда кўп учрайди ва даволаш гоят қийин кечади. Оғир асоратлар ва коникарсиз натижалар сонининг кўплиги бу суяк сегментининг ўзига хос анатомик тузилишига, врачлик тракциясини ва репозициянинг техник усулларини қўллашни яхши билмасликка боғлиқ..

Халқаро анатомик номенклатурага асосланиб, Г.А.Баиров таклиф қилган синишлар таснифи елка суяги дистал бўлими шикаст-ланишларининг ҳамма турларини клиник кўриниши бўйича фарқ қиладиган ва даволашда махсус ёндашувни талаб этадиган гуруҳларга бўлади (150-расм). Бўғим ичида содир бўлган синишлар (суяк бўғим капсуласи билан чекланган участка шикастланди ёки синиш юзаси бўғимга метафиз томондан киради) ва бўғим олдидаги синишлар (синиш юзаси бўғим халтаси ёпишадиган жойдан бевосита яқиндан ўтади ва бунда патологик жараён капсула-бойлам аппаратига жалб этилади) тафовут қилинади.

Бўғим ичида синишларга елка суягининг дўнглари синиши, тугрик эпифизеолизи, елка суягининг бошсимон дўнглиги ва блоки синиши киради. Бўғим олдидаги шикастланишлар дўнг устининг синиши ва дўнг усти тепасининг синишини бирлаштиради.



Дўнглари ва дўнг усти синишлари. Елканинг дистал учдан бир ўрта кмсми шикастлаишларининг хар хил гурухларига киради, бироқ шикаст механизми, клиникаси, даволаш методлари бўйича уларда кўпгина умумий томонлар бор. Болаларда кўпроқ дўнглари синишлар рўй беради.

К л и н и к а . Синишлар тирсак бўғими соҳасида кучли оғриқ, билан ўтади, окрик харакат қилганда янада кучаяди. Қўл мажбурий холатда: ярим буқилган билак соқлом қўл билан ушлаб турилади. Шиш, гемартроз ва бўлакларнинг сурилишига боғлиқ; холда елканинг учдан бир пастки қисмида ва бўғимда сезиларли деформация кўриниб туради, бўлаклар тери устидан аниқ, билиниб туриши мумкин, бироқ шикастдан сўнг бир неча соат ўтгач ошиб борувчи қрн куйилиши сабабли улар кўринмай қолади.

Бўлакларнинг орқага сурилиши елканинг учдан бир пастки қисмининг билинарли зинапоясимон деформациясини келтириб чиқаради — орқа юзасидаги контурлар бўлакнинг ва у билан боғлиқ. билак суякларининг сурилиши хисобига ўзгарган бўлади. Тирсак бўғимининг олдинги-орқа ўлчами катталашган. Тирсак буқимидаги сурилиш анчагина бўлганда проксимал бўлакнинг ўткир чети тери остидан кўриниши эҳтимол, баъзан у терини тешади. Олдинга сурилиш тирсак бўғимининг сагиттал ўлчамини катталаштиради, бироқ бундай холларда орқага сурилишдан фарқли равишда тирсак буқими юмалок шаклдаги шиш билан тўлган. Бўлакларнинг ён томонга сурилишларида тирсак бўғими кўндаланг ўлчами бир мунча кенгайган. Елканинг учдан бир пастки қисми ён контурлари погонасимон кийшайган. Ташқи сурилишда қўл ўки билакнинг танадан узоқлашиши туфайли ўзгарган. Дистал бўлакнинг ички томонга сурилиши тирсакнинг варусли деформацияси ҳосил бўлиши билан тавсифланади.

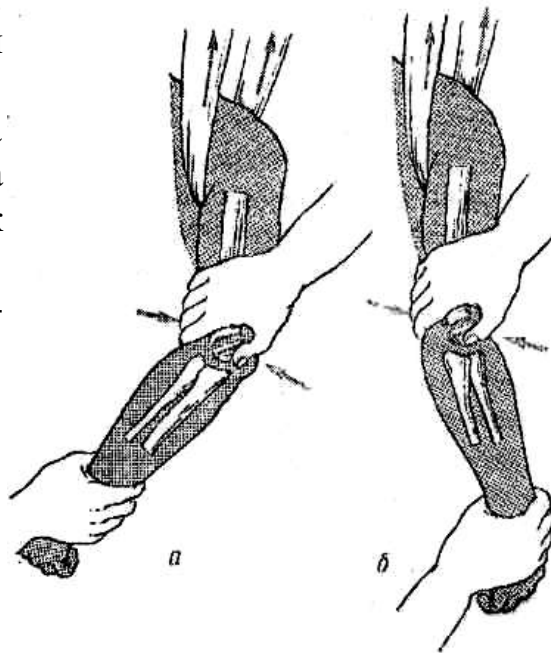
Солиштирма (дифференциал) ташхис. Дўнгчалари ва дўнгча усти бўлакларини сурилган синишларни билак суякларини чиқишидан фарқ қила билиш керак Чикканда ва синганда қўл холати ҳамиша мажбурий, билак ярим буқилган холатда. Елка суяги дистал бўлагининг тўлиқ сурилиши сабабли тирсак бўғимининг деформацияси билак суякларини чиқишини кўрсатади. Шунинг учун кўздан кечирилганда ҳамиша ҳам ташхис тўғри аниқланавермайди. Пайпаслаб кўришда шикастланишларнинг бу 1урлари ўртасидаги фарқ. бирмунча аниқ, билинади. Чиқиш пайпаслаш учун қулай. Таниш нукталарнинг (Гюнтер учбурчаги чизики) нисбатини кескин бузади, лекин Маркс белгиси ўзгармайди. Синишларда тескари кўриниш кузатилади: Гюнтер учбурчаги чизики бузилмаган, бироқ Маркс белгисининг аниқ, ўзгаришлари бўлади. Чиқишда синишдан фарқли равишда актив харакатлар бўлмайди, пассив харакатлар эса пружинасимон қаршилик билан ўтади.

Шикастланиш характери тўғрисидаги масалани рентгенологик текшириш асосидагини узил-кесил кал қилиш мумкин.

Д а в о л а ш. Бўлакларнинг характери ва сурилиш даражасига боклик ҳамда травматологиянинг асосий қоидаларига амал қилинган ҳолда бажарилади. Бўлаклари сурилмаган синишда ёки эни **бўйича 1/4** диаметр гача сурилганда ва бўлакнинг 10° гача ташқи ротациясида репозиция қилинмайди. Бундай ҳолларда синган жой оғриқсизлан-тирилади ва бармоқлар асосидан то елканинг учдан бир юқори қисми гача орқа гипсли боғлами кўйилади. Бунда билакни пронация ва супинация ўртасидаги ўрта ҳолатга кўйилади. Бўлаклари йўл кўйиладиган чегарадан юқори сурилган синишларда шошилиш чёпик репозиция қилиш керак

Ёпик репозиция техникаси. Болани чалканча ётқизилади, шикастланган кўлини ёзиб, елка ўқи бўйича тракция қилинади. Бажариш техникаси бўлакларнинг сурилиш даражасига боғлиқ. Бўлак орқага сурилган ёзилган типдаги синишда кўлнинг узунлиги бўйича буқилган ва супинация қилинган билакда чўзилади. Жаррох чўзиш вақтида иккала бўлагига қарама-қарши йўналишда босиб **сурилишни** бартараф этади. (151-расм, а). Бўлак олдинга сурилган буқилган синишда кўлни тирсак бўғимида ёзилган ҳолатида чўзилади. Жаррох, бола елкасини тирсак бўғими юқорисидан катта бармоқларини тирсак буқими соҳасида бўлак устига кўйган ҳолатда фиксация қилинади. Бармоқларни босган >ҳолда бўлак орқага ва дистал сурилади (151-расм, б). Ташқарига сурилиш бўлакларни бармоқлар ёрдамида бевосита босиб йўли билан супинация ва ёзилган ҳолатдаги билакни тўхтовсиз

чўзиб тўғриланади. Ичкарига сурилиш, шунингдек бармоқлар билан сурилган бўлакларни тўғридан-тўғри босиб билан бартараф этилади, бироқ чўзиш ва репозиция пронация ҳолатидаги билакда ўтказилади, чунки бухолатда юмалок пронаторнинг бўлакка таъсири йўқ. қилинади. Бўлакнинг ротацион сурилишлари билакни сурилишга



151-расм. Елканинг Дўнгчалараро синишида ёпик репозиция босқичлари. *a* ~ орбита сурилишни йўқртиш; *o* — олдинга сурилишни йўқртиш.

карама-карши томонга айлантириш йўли билан бартараф этилади. Комбинацияланган сурилишларда, биринчи навбатда, қўл фаолиятининг тикланиши учун мудимрок бўлган ротацион ва ён томонлама сурилишлар йўқ. қилинади. Гипсли боғлам қўйишда билак тўғри бурчак остида озгина узоқлаштирилиб фиксация қилинади. Бўлакларнинг ротацион сурилишлари билакни сурилишга карама-карши томонга айлантириш йўли билан бартараф этилади.

Комбинацияланган сурилишларда, биринчи навбатда, қўл фаолиятининг тикланиши учун мудимрок бўлган ротацион ва ён томонлама сурилишлар йўқ. қилинади. Гипсли боғлам қўйишда билак тўғри бурчак остида озгина узоқлаштирилиб фиксация қилинади.

Ёпик репозициядан сўнг беморларга караш масъулиятли вазифа ҳдообланади. Дастлабки кунларнинг ўзида қўлнинг эзилиш белгилари (оғрик., шиш, бармоқлар актив даракатининг чекланиши, мадаллий дарорат ва панжа рангининг ўзгариши) пайдо бўлиши билан юмшоқ бинтни киркдш, гипс боғлам четидаги босимни камайтириш ва қўлга юқори долат бериш керак. Шишни тезрок йўқртиш учун УВЧ тайинланади.

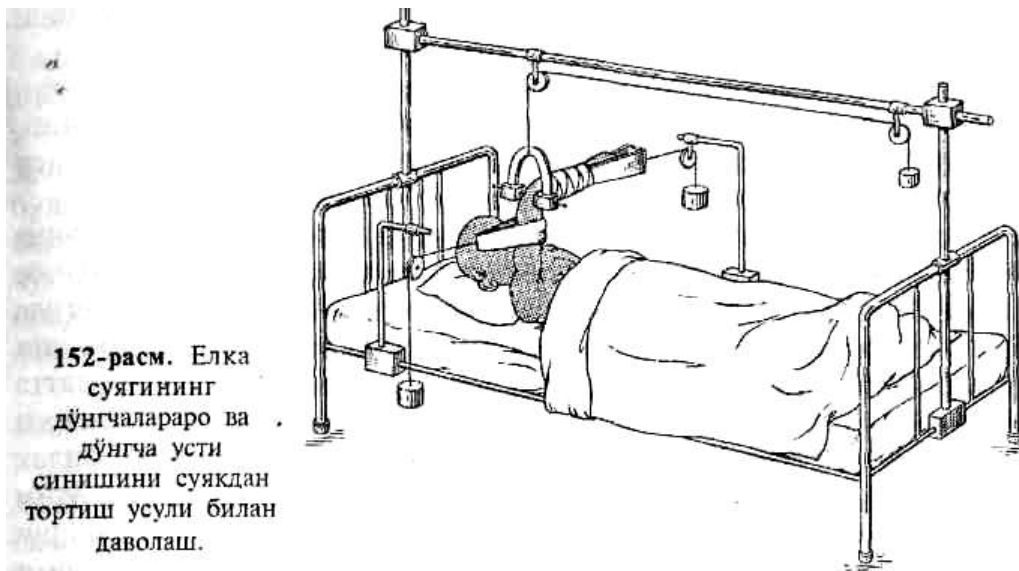
Репозициядан сўнг 4-5 кун ўтгач контрол рентгенофаммлар ки-линади, юмшоқ бинт алмаштирилади, чунки бу ваклта келиб шиш йўқолади ва гипсли боғлам бир оз бўшашади. Ёпик репозициядан кейин фиксация муддатлари боланинг ёшига ва бўлакларнинг ҳолатига боғлиқ: 7 ёшгача - 10-12 кун, 7 дан 16 ёшгача — 12-16 кун. Бундан узоқ, давом киладиган фиксация кейинчалик ҳаракатларнинг тургун чекланишига олибкелади. Гипсли боғламни контрол рентгенофаммадан кейин (гипс боғламисиз) ечилади.

Агар қадок, яхши кўринмаса ёки кам бўлса, боғламни яна 3-4 кунга қолдирилади. Гипс ечилгандан сўнг 1-2 кун ичида касал қўли рўмолга осиб юрилади.

Суякдан тортиш усули билан даволаш очик синишларда ёки елка ва тирсак бўғими соҳасида жароҳат бўлганда, одатда камдан-кам ўтказилади. Тирсак суягининг проксимал метафизи оркали Клршнер кегайи ўтказилади ва ЦИТО скобаси билан маҳкамланади. Блоклар системаси билан узунасига ва ён томонларига оғирлик кўйиб, сурилишни катта одамдаги каби тўғриланади (152-расм). Ёзилган синишлар билакка 90°дан кичик бурчак остида буқилган ҳолат берилади, буқилган синишда эса қўлни ёзилган ҳолатида пастга сурилган бўлакка кўшимча оғирлик беради.

Буқилган синишда 8-10 кун ўтгандан сўнг билакка функционал кулай л;олат берилади. Чўзиш муддати 2 дан 3 ҳафтагача ўзгариб туради.

Томир-нерв да стаей шикастланган долларда, очик синишларда ва юмшоқ тўкималар суяк орасига кириб қолгандагина жарро, \лик усули қўлланилади.



152-рasm. Елка суягининг дўнгчалараро ва дўнгча усти синишини суякдан тортиш усули билан даволаш.

р

Дўнгчалараро синишда одатда Киршнер кегайлари ёки узун инъекцион игналар билан, дўнгчалар усти синишида лавсан, кетгут чоклар ёки Киршнер кегайлари билан остеосинтез қилинади. Иммобилизация™ панжа бармоқдаридан то елканинг учдан бир юқори қисмигача амалга оширилади. Билакни тўғри бурчак остида букилади ва енгил супинация холати берилади.

Елка суягининг дўнгчалараро ва дўнгчалар устидан синишининг асоратлари. Шикаст пайтида олинган асоратлар фарқ қилинади. Улардан нерв стволи (ўзаги) нинг шикастланиши энгқўпучрайди. Одатда, нервларнингтўлиқанатомик узилиши кузатилмайди. Елка артериясининг шикастланишлари камдан-кам учрайди, томирларнинг бўлаклардан эзилиши 3% холларгача кузатилади. Ўз вақтида ва тўрри бажарилган репозицияда шикастланган нервларнинг тикланишини тезлаштиради, крн таъминотини нормаллаштиради.

Репозициядан кейинги биринчи кунларда пайдо бўладиган асоратлар тирсак бўғими ва билакнинг фиксация қилиб турган боғламдан ҳаддан ташқари эзилиши ёки қўпайиб бораётган гематомадан бўлади. Бу гуруздаги энг оғир асоратлар Фолькманнинг ишемик контрактураси ва тўқималар некрози ҳисобланади. Тўққималарнинг боғламдан босилишини ўз вақтида озод қишиш (уни киркиш йўли билан) бундай асоратларнинг олдини олишга ёрдам беради.

Кечиккан асоратлар: капсула-бойлам аппаратининг оссификацияси, оссификацияловчи миозит, болаларда дўнгчалараро синишда сохта артроз ҳосил бўлиши камдан-кам учрайди. Тирсак бўғими соҳасида юмшоқ тўқималар оссификациясини профилактика қилиш учун жойига солишда купол ҳаракатлар қилишдан сақланиш ва ЛФК маршрутлари бошланишидан мажбурий пассив ҳаракатлар қилмаслик

керак Синиш сохасини массаж қилиш оссификациясига сабаб бўлиши мумкин.

Елка суягининг дўнгчалар усти тепасидан синиши. 8 ёшдан 14 ёшгача бўлган ўсмирларда ўзига хос шикастланиш хисобланиб, апофизеолизларга киради. Кўпчилик холларда синиш текислиги апофизар тоғай зонасидан ўтади.

Усиш зонасининг синиш ва шикастланишлари — елка ички дўнгча усти апофизеолизи қўл билан йиқилиш вақтида, тирсак бўғими хаддан ташқари ёзилган холатда бўлганда ва билакнинг валгус холатида юз беради. Медиал дўнгча устининг узилиши ва унинг сурилиши ички ён бойламининг **чўзилиши** ва дўнгча устига ёпишадиган катта мушаклар гурух.ининг қисқариши билан боғлиқ.. Аксарият болаларда елка суяги ички дўнгчаси устининг узилиши тирсак бўғимида билак суякларининг чиқиши билан бирга учрайди. Ички дўнгча усти бўғим капсуласидан ташқарида жойлашган ва шунинг учун унинг узилиши бўғим олдидаги синишларига киради. Бирок медиал дўнгча устининг билак суяларининг чиқиши билан бирга узилиб синишида бойлам-капсула аппаратининг йиртилиши содир бўлади ва сурилган суяк бўлаги тирсак бўғимининг бўшлиг-ига кириб қолиши мумкин, бу елка ва тирсак суякларининг бўғим юзалари орасида апофизнинг эзилиб қолишига олиб келади.

К л и н и к а . Дўнгчалар тепасини канчалик кўчганлигига ёки билак суягининг чиқишига боғлиқ. Қўл мажбурий холатида туради: чала ярим тирсак бўғимида буқилган, билак енгил пронацияланган. Бўғим атрофида шиш ва кон куйиши бўлади. Гюнтер учбурчаги деформацияланган. Билак ўки ташқарига караган. Тирсак бўғими ва елка блок суяги орасида бўлақларни сиқилиши тирсак бўғимида харакатини йўқлиги билан характерланади. Ички дўнгчалар тепасини узилиши **билак** чиқиши билан бирга учраса — чиқиш симптоми юқори туради.

Рентген аниқлашхис кўйишда ёрдам беради. Дўнгчалар тепасини кўчишсиз синишини аниқ, **билиш** мумкин, агарда метафизни суяк пластинкасини четки кўчиши бўлса, эпифизар тоғайча бириккан. Ички дўнгчалар тепасини бўғим ичига кўчиши ва бўғимлар орасида эзилиши кўпинча рентгенда аниқ, кўринмайди. Агарда кўчган бўлақчани елка суяк блокини ядроси деб хисобланса, ташхис хато бўлади. Агарда рентгенда ички дўнгчалар тепаси жойида кўринмаса ва бўғим афофидага юмшок тўқималарда ҳам — у долда гипсиз такроран текширилади ва кулнинг соғ томони ҳам солиштириш учун текширилади.

Д а в о л а ш . Кўчишсиз ёки озгина кўчиш билан бўлган синишларда гипсли боғламни ўрта физиологик \олатда кафт суягининг бошчасидан то елкани тепа уч клсмигача 10-14 кунга кўйилади.

Ички дўнгчалар тепаси ўки бўйича кўчганда, 15° ротация билан бурчак остида бўлса, ёпикрепозиция кўрсатилган.

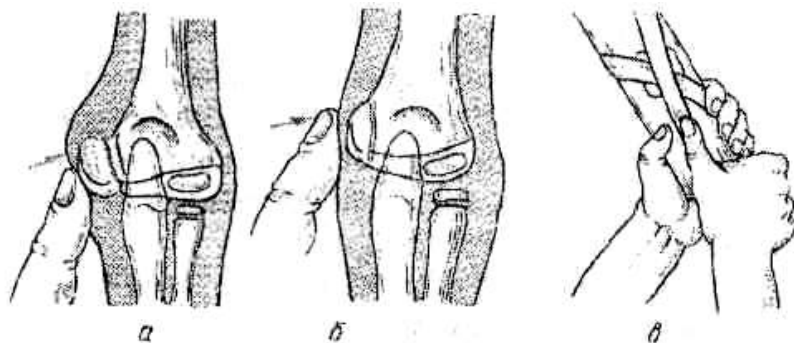
Репозиция техникаси. Шикастланган қўл енгил букилади. Билак супринация ва пронация орасида ўрта холатга қўйилади. Жаррох. бир қўли билан беморни елкасини фиксациялайди, бошқа қўли билан билакни тепа уч қисмини шундай ҳисоб билан: 1-бармоқ. дўнгчалар тепасига қўйилади (уни тери тагидан пайпаслаб курса бўлади). Кейин билакни тирсак томонга суради ва бир вақтда бармоқлар билан кўчган дўнгчалар тепасига босади, уни елка суяк чуқурчасига яқинлаштиради. Дўнгчалар тепасидаги холат докали валик орқали босим ушлаб турилади, ёрдамчи терига лейкопластир билан фиксациялайди (153-расм).

Гипсли боғлам енгил супинация ва билакни буқилган ҳолатида 100° - 110° бурчак остида қўйилади.

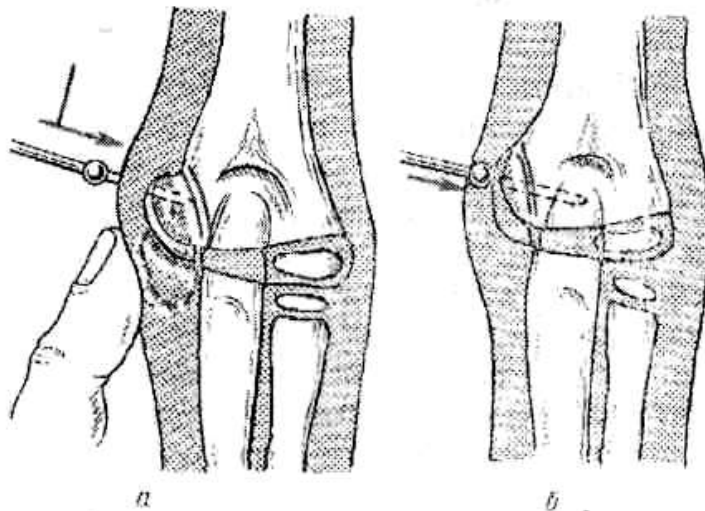
Г.А.Баиров таклиф қилган жаррохлик усули — бу тери орқали дўнгчалар тепасини кўчганлигини «тешиб тўғриланади». Жаррох. скальпел билан бўлаклар устидан терини кесади ва унга кегай киргизилади. Бўлаклар ҳолати ЭОП экрани ёки рентген орқали назорат қилинади, кегай ричакка ўхшаб, бўлакни солиштириб ва елка дўнгчаларига фиксация қилиб қўйилади (154-расм).

Очиқ репозицияни бўлаклар ротацияси 180° бўлганда ёки дўнг устининг бўғимда эзилиб колганда бажарилади. Тирсак нервини ревизия қилиш керак Кўз билан текшириб, бўлакни репозиция қилинади ва тери орқали кегай билан остеосинтез қилинади. Кегайни

153-расм. Медиал дўнг усти тепалиги синишининг ёпиқ усулдаги репозицияси. *а, б* — репозиция босқичлари; *в* — бўлакчани лейкопластир билан фиксациялаш.



154-расм. Медиал дўнг усти тепалигининг тери орқали тешишда жаррохлик усули. *а* — кегай ёрдамида бўлакни репозиция қилиш; *б* — бўлакни елканинг дўнгига маҳкамлаш.



7-10 кундан кейин, боғламни олмасдан олиб ташланади. Иммобилизация муддати **14-16** кун.

Елка суягининг ташқи дўнглаз тепасини синиши эпифизиолизи. Кам учрайди, асосан 10-13 ёшли болаларда.

К л и н и к а . Тирсак бўғимининг ташқи устида оғриқ. ва кон куйилиши аниқланади. Синиш кўчиш билан бўлганда билакда варус холати сезилади. Синиш кўчишсиз бўлганда ташқари дўнгалар тепасида тирсак бўғимидаги билинадиган нуқталарни ораси ўзгармайди. Агарда синиш билан чикдили билан бирга кўшилса, у холда биринчи ўринда билакни ЧМКТ1Ш клиникаси туради. Рентгенограмма хар доим хам тўкри ташхис бермайди. Болаларда ташққ дўнгалар тепасини ядро қотиши апофизар торай билан бўлинган, агарда синиш йўли ундан ўтган бўлса, рентгенограммада синиш яхши кўринмайди. Шунинг учун клиникага катта аҳамият бериш керак

Д а в о л а ш . Елканинг ички дўнглаз устининг синишидаги қоидалар бўйича ўтказилади.

Елка суяги бошчасимон тепасининг синиши. Болаларда бўғим ичидан синиш хисобланади ва кўпинча 4 дан 10 ёшгача бўлган болаларда учрайди. Синиш, одатда, шикастнинг бавосита механизми билан борлик, бола ёзилган қўли билан йикдлади ва бунда асосий куч билан суягининг бўйлама ўки бўйича тирсак бўғимига тушади. Бу суякнинг бошчаси бошчасимон баландликка тиралади, елка суягнинг листал метаэпифизининг кўп ёки камрок қисмини ташқи томондан тешади ва суяк бўлага сурилади.

Агар синиш чизиги фақат ўсиш зонасидан ўтса, гап бошчасимон бандлик х.акида боради, бироқ «соф» эпифизеолиз нисбатан кам холларда кузатилади. Аксарият синиш текислиги елка суягининг дистал метаэпифизи орқали кийшик йўналишда (ташқаридан ва юқоридан, пастдан ва ичкарига) боради.

Суяк бўлаги, одатда, ташқарига ва пастга (камрок юқорига) сурилади, шунингдек бошчасимон баландликнинг 90°гача ва баъзан 180°гача ротацияси кузатилади. Сўнгги додисада суяк бўлаги ўз тоғай юзаси билан елка суягининг шиш текислигига томон чиккараган бўлади-Суяк бўлагининг бундай кўп айланиши, биринчидан, зарба кучи йўналишига ва иккинчидан ташқи дўнглаз устига ёпишадиган ёзадиган мушакларининг катта гурухи тортишига боғлиқ бўлади.

Клиника. Шикастланган қўл ярим буқилган холатда, билан пронацияланган. Бўғим контурлари шиш ва гемартроз хисобига текисланган. Қўл ёзилган холатда турганда билакнинг вальгусли силжишини кўриш мумкин. Тирсак бўғимида харакат қилишга уриниб кўрилганда каттик оғриқ. пайдо бўлади.

Рентгенологик текшириш бўлакларнинг сурилиш даражаси ва туринигина эмас, балки даволаш гактикаси тўғрисидаги мосламани хал қилишга ҳам ёрдам беради.

Д а в о л а ш. Елка суягининг бошчасимон баланлиги сурилмасдан синганда кафт суякларидан то елканинг учдан бир юқори қисмигача ўртача физиологах холат 10 дан 14 кунгача гипсли боғлам кўйилади, шундан сўнг бўғим фаолияти тиклангунга кадар ЛФК ва физио-терапевтик муолажалар қилишга киришилади.

Озгина сурилиш ва суяк бўлагининг 45-60°гача ротацияси бўлган бошчасимон баландлиги синишида (эпифизеолиз, метаэпифизеолиз) консерватив усулда тўррилашга уриниб кўрадилар. Репозиция вақтида (бўғим чуқурчасини очиш мақсадида) тирсак бўғимига варус холат берилади, шундан кейин суяк бўлагига юқоридан пастга ва ташқаридан ичкарига босган х.одда тўғрилаш амалга оширилади. Яхши адаптация бўлганда кўлни гипсли боғлам билан фиксация қилинади.

Репозиция яхши натижа бермаса, жаррохлик усули билан даволанади. Суяк бўлаги сурилганда ва репозицияси 60°дан ортик бўлганда ҳам очик репозиция қилиниши керак чунки бундай холларда крсиз тўғрилашга уриниш деярли ҳаммавакт натижасиз чиқади, бундан ташқари, нокерак манипуляциялар вақтида юмшоқтўқималарга кўпрок; шикаст етиши мумкин. Кўз назорати ости*да суяк бўлаклари кунт билан жойига солиниб, Киршнер кегайи билан остеосинтез қилинади. 2-3 хафтагача гипсли боғлам кўйилади, шундан сўнг кегай олиб ташланади ва тиклайдиган даволаш усулига ўтилади.

Елка суяги блокнинг чекланган синиши (эпифизеолиз ва метафизеолиз). Камдан-кам учрайди. Травма механизми юқорида санаб ўтилган шикастланиш турларига ўхшайди.

К л и н и к а . Бўлаги кўпрок сурилган синишларда тирсак бўғимида елканинг босқичеимон кийшайган деформацияси ва Гюнтер учбурчагининг деформацияси аниқланади. Елканинг бўйлама ўки ўртасидан ичкарига караган бурчак остида эпикондиляр чизикни ташқи томонга кесиб ўтади.

Рештенофаммаларни тахлил қилишда болаларда елка суяга блокнинг суякланиш ядроси, кўпинча, бир неча фрагментлардан иборат бўлиб, уларни бўлаклар деб ўйлаш мумкинлигини хисобга олиш лозим.

Елка суяги блокнинг чекланган синиши одатда бўлакнинг кўп сурилиши билан ўтмайди ва шунинг учун репозиция қилишни талаб этмайди. Бундай х.олларда боғлам билан фиксация қилиш кўпрок муддат (2 х.афтагача) давом этади.

Ёпиқ репозиция техникаси. Ёрдамчи беморелкасини фиксация қилади. Жаррох. бир кўли билан билак ўкя бўйича тракция К1шади, айна вақтда, бўлакларни яқинлаштириб, бўш турган кўлининг бармоқлари билан эса сурилган суяк фрагментига коррекция қиладиган босим кўрсатади. Эришилган холат дўнгчалар усти сохасини бармоқлар билан тўхтовсиз босиб турган хрдда фиксация қилинади. Билакни 100-110° гача бурчак остида букилади, шундан кейин бармоқлардан то елканинг учдан бир юқори қисмигача билакнинг супинация ва

якйнлаштирилган холатида гипсли боғлам кўйилади. Гипсли боғлам 14-16 кундан кейин ечилади ва ЛФК га киришилади.

Комбинацияланган синишлар. Роят турли-туман, биров болаларда катгаларга нисбатан камрок учрайди. Бошчасимон баландлик билан ташҳи дўнгча усти синиши, шунингдек елка суяги блоки билан ички дўнгча усти синиши энг кўп бирга учрайди. Бу синишлар клиникаси мураккаб. Одатда, бўғимга кон куйилганлиги, кескин шиш ва харакатларнинг чекланганлиги кайд қилинади. Ташҳис кўйиш учун рентгенография зарур.

Бундай синишларни даволашда бўғим юзалари конгруэнтлигини тиклаш асосий вазифа хисобланади. кўлда репозиция қилиш наф бермаганда тирсак ўсимтасидан тортиш кўлланилади. Бўлакларни суякдан тортиб репозиция қилишга дастлабки 2-3 кунда эришиб бўлмаган лолларда жаррохлик усулини кўллаш даркор.

Чакалоқларда елка суягининг травматик эпифизеолши. Елка проксимат бўлимининг эпифизеолизи нидоятда кам учратилади, тугрукдар вақтида елка дистал эпифизининг шикастланиши бирмунча кўп учрайди. Суяк бўлаклари сурилмаган эпифизеолизга ташҳис кўйиш энгқийин.

К л и н и к а . Кўлнинг холати мажбурий - кўл ёзилган холатда, билакда актив харакатлар йўқ,. Пассив харакатлар оғриқда сабаб бўлади. Кўздан кечирилганда юмшок тўқлмаларнинг мах.аллий шишига аҳамият берилади, кўгшнча, тери ости гематомаси аниқланади. Бўлаги сурилган эпифизеолизда **билакнинг** учдан бир пастки қисмида елка ўкинингдеформацияси кўриниб туради. Бўғим со>;асида пайпаслаб кўриш оғриқ, чакиради. Патологикхаракатчанлик дастлабки. 2 кунда аниқданиши эктимол. Дастлабки эпифизнинг сурилиши нервлар ва томирларнинг эзилишига сабаб бўлиши мумкин, шунинг учун билак ва панжа терисининг рангига, билак артерияси пульсациясининг шикастланмаган кўлга нисбатан ўзгарганлигига бах.о бериш зарур. Нерв шохларининг шикастланмаганлигини аниқлаш учун кунт билан неврологик текширув ўтказиш зарур.

Гематома сурилгандан ва шиш камайгандан кейин (5-6 кунга келиб) елка дистал бўлимининг деформацияси аниқ, кўриниб туради. Одатда, дистал эпифиз ичкарига силжиб, елканинг учдан бир дистал қисмининг варус деформациясига сабаб бўлади.

Рентгенологик текшириш узил-кесил ташҳис кўйишга имкон беради. Кичик ёшдаги болаларда (3-6 ёш) синишни аниқлаш жуда кийин, бунда шикастланиш одатда эпифизеолиз харакатига эга бўлади. Бу ёшда ички дўнгча усти (апофиз) нинг суякланиш ядроси кичик ўлчам-ларда, юмалок шаклда бўлади ва елка суягининг дўнгчасидан нисбатан катта масофада кўринади. Синиш шикастланмаган кулнинг симметрик сурати билан такдосланганда муайян даражада ишонарли аниқданиши мумкин: шикаст бўлган томонда суякланиш ядроси билан елка суяги

метафизи ўртасидаги масофа узайган бўлади. Бунда каттарок ёшдаги болаларда бўлага хатто озгина сурилган эпифизеолиз рентгенограммада одатда солиштириладиган суратларсиз кўриниб туради.

Бола хаётининг дастлабки кунларида сурилмаган эпифизеолизни рентген диагностика қилиш эпифизлар соҳасида суяк тўқимаси йўқлигидан амалда мумкин эмас. Туғилишдан кейин 7-10 кунларга келиб, суяк устки пардаси кўчган томонда гематома оссификация-сининг бошланиши аниқланади.

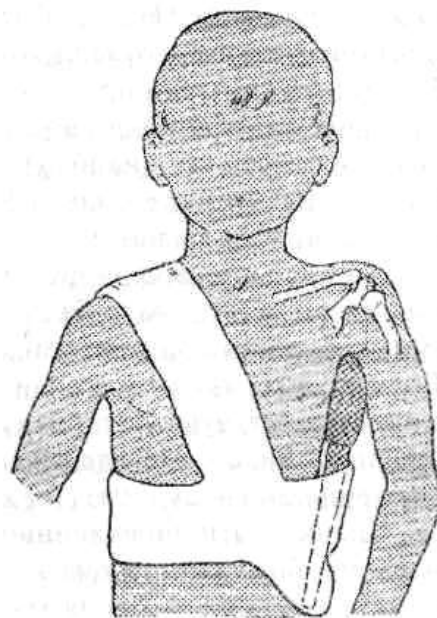
Бўлаклари сурилган эпифизеолиз рентген текширувида билак суяклари проксимал учларининг ўзига хос ҳолати бўйича аниқланади, улар елка суягининг дистал эпифиз билан бирга сурилади. Кўпинча, дистал эпифизнинг бундай сурилишини билакнинг чиқиши деб ўйлайдилар.

Клиник ва рентгенологик кўринишларни таққослаш узил-кесил ташхис қўйишга ёрдам беради. Елканинг бўлаклари сурилган эпифизеолизни ўз вақтида диагностика қилишнинг муҳимлиги шундаки, ёпикрепозицияни бола хаётининг фақат дастлабки 2 кунда ўтказиш мумкин.

Д а в о л а ш. Тугрук эпифизеолизларида даволаш тугрукхонада ўтказилиши керак. Сурилмаган ёки озгина сурилган эпифизеолизда кўл 5-7 кунга, юмшоқ шина билан (гипс, поливик картон) тирсак бўғимининг ёзилган ҳолатида фиксация қилинади (155-расм). Бўлаклари силжиган эпифизеолизда репозицияни елка суягининг тери остидан чиқиб турган дистал метафизи учини сурилган эпифизни бармоқлар билан жуда эҳтиёткорона босган ҳолда ўтказиш лозим. Қда тирсак

бўғимининг ёзилган ҳолатида 7-9 кун мобайнида енгил шина билан фиксация қилинади. Кўпчилик бола-лар диспансер кузатувида бўлишлари керак. Тирсак ўсимтасинининг синиши. Кўпрокёши каттарок болаларда тўғридан-тўрри травма вақтида юз беради.

Клиника. Катта одамлардаги худди шундай шикастланишларга жуда ўхшайди: тирсак бўғимининг орқа юзасида шиш, тери остида гематома, бўлаги сурилган синишда Гюнтер учбурчагининг деформацияси кайд этилади; пайпаслаганда бўлак-лар ўртасида диастаз аниқланиши мумкин. Билакни актив ёзишни синаб кўриш бўлакнинг силжиши мумкинлиги сабабли х, авфлидир. Рентгенологик текшириш ташхисни аниқлаш имконини беради. Болалар



155-расм. Поливикдан ясалган Шпитци шинаси билан кўлни фиксация қилиш.

ўсаётган даврда тирсак ўсимтасининг суякланиш ядроси иккита ёки бир неча фрагментлардан иборат бўлиши мумкинлигини назарда тутиш лозим. Уларни баъзан янглишмб бўлақлар деб ўйлайдилар. Солиштирма ташхис қилиш учун шикастланмаган бўкимни рентгенограмма қилинади.

Д а в о л а ш. Тирсак ўсимтасининг сурилмай ёки кам сурилиб (3-4 мм гача) синишида даволаш қўлни бармоқлардан то елканинг учдан бир юқори қисмигача елкани 100-110° бурчак остида буқилган ва билакни супинация ҳолатида гипсли боғлам билан (10-12 кунга) фиксация қилишдан иборат. Физиотерапевтик муолажалар тайинланади. Гипсли боғлам ечилгандан кейин тирсак бўримида ҳаракатлар қилиш бошланади, ҳаракатлар 2-3 ҳафта ўтгач тикланади. Бўлақлари сурилган синишларда тирсак бўғимини 170-180° бурчак остида ёзилган ҳолатида бир моментли репозиция ўтказилади. Агар назорат рентгенограммада бўлақларнинг ҳолати қониқарли бўлса, 3 ҳафта ўтгач гипсли боғлам ечилади.

Бўлақлар орасида 0,5 см дан кўп диастаз бўлганда, шунингдек тирсак ўсимтаси узилган комбинацияланган синиб-сиккишларда жаррохлик амалиёти қўлланилиши керак. Остеосинтез одатда П-симон лавсан ёки ипакдан тайёрланган чок қўйиш йўли билан амалга оширилади.

Тирсак суяги тожсимон ўсимтасининг синиши. Болаларда камдан-кам учрайди.

Клиника. Болалар шикастланган бўғимдаги ўртача оғриқдан нолийдилар, окрик қўлни буқиш ва ёзишда бирмунча кучаяди. Бўғим шакли ўзгармаган. Пайпаслаб кўрилганда тирсак буқимида оғрийдиган нуқтани аниқласа бўлади, бу одатда синишга шубҳа тугдиради. Рентгенологик текшириш бошқа суяқларнинг соялари устма-уст тушиши сабабли кўширилган. Қўлни билак пронация ўртасидаги ўртача Ҳолат эгаллайдиган қилиб қўйилади. Тирсак бўғими деярли бутунлай ёзилган (160° бурчак остида). ШубҳалР! холларда шикастланмаган бўғим рентгенография к!-шинади.

Д а в о л а ш. Қўлни функционал қулай ҳолатда иммобилизация қилишдан иборат. Агар бўлақ тирсак суягидан оз-моз крчган бўлса, гипсли боғламни билакка имкон борича буқилган ҳолатида қўйилади. Боғлам остида эзилиш туфайли қон айланишининг бузилиш имконияти нидоятда кам, чунки синиш кўп миқдорда қуйилиши ва шиш билан ўтмайди. Фиксация муддати 10-12 кун. Тирсак бўшмида ҳаракатлар гипс ечилгандан сўнгтез (1-2 ҳафтада) тикланади.

Билак суяги бошчасининг синиши (эпиметафизар синиши). Аксарият билвосита травмада: кул билан йиқилганда рўй беради. Катта одамлардан фарқли равишда болаларда синиш чизиги билак суягининг проксимал метафизи соҳасида кўндаланг йўналишда ўтади.

Шикастланишнинг бошқа варианты эпифизеализ бўлиши мумкин: билак суягининг бошчаси сирпаниши оқибатида ўсиш зонаси

шикастланади. Агар синиш чизиги қисман ўсиш зонаси бўйича ўтиб, метафиз шикастланадиган бўлса, остеоэпифизеолиз пайдо бўлади.

Клиника. Қўлнинг холати мажбурий: билак пронацияланган ва чала ярим буқилган. Травмадан сўнгдастлабки соатларда махаллий шишни аниқлаш мумкин, кейинчалик у бутун бўғимга тарқалади. Пайпасланганда бўғим ташқи юзаси бўйлаб якқрл оғриқ аниқланади. Синишнинг бу тури учун букиш ва ёзишнинг сақланиб қолганлиги ва ротацион ҳаракатларни — супинация ва пронацияни кила олмаслик хос. Сурилган бошчани унинг тўлиқ чиқишидагина пайпаслаб кўриш мумкин. Кўздан кечирилганда периферик нервларнинг холатига катта аҳамият бериш зарур, чунки кўпинча билак нервининг травматик нҳзрити пайдо бўлади.

С о л и ш т и р м а (дифференциал) ташхис. Бойлам аппаратининг шикастланиши ва тирсак бўғимининг эзилиши ўртасидаги солиштира ташхис, айникса, кулнинг типик холатида бажарилган рентгенограммаларга асосан олиб борилади. Билак суяги бошчасининг эпифизеолизини фақат расмларда аниқлаш мумкин. Бошчанинг ўсиш зонаси бўйлаб ёки метафизининг бид қисми билан сирпаниши рўй беради (остеоэпифизеолиз).

Д а в о л а ш. Билак суяги бошчасининг синишида, сурилмаган ва суякнинг 1/4 диаметригача сурилган эпифизеолизида ёки билак суягининг бошчаси бошчасимон баландликка нисбатан 15° гача бўлган бурчакостида сурилганда репозиция талаб этилмайди. Гипсли боғламни кафт суякдарининг бошчаларидан то 100-110° бурчак остида буқилган ва супинациядаги билакнинг 1/3 юқори қисмигача 10-12 кунга куйилади. Тирсак бўғимидаги ҳаракатларнинг тўлиқ ҳажми гипс ечилгандан кейин 2-3 hafta ўтгач тикланади.

Юқорида кўрсатилганидан кўпроқ сурилган синишларда репозиция қилиш буюрилади, чунки сурилиш бартараф қилинмаса, бола ўсган сайин кулининг деформациясига ва қўл функциясининг бузилишига сабаб бўлади.

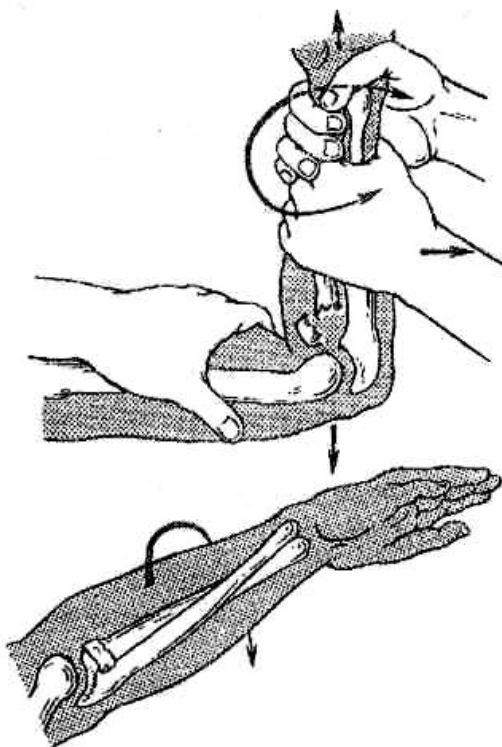
Сеиныхов усули бўйича репозиция техникаси. Наркоз остида жаррох. ўк бўйича пастга тортиб ва билак билан тўлиқ ротацион ҳаракатлар килади. 10-12 та шундай ҳаракатлардан кейин билакни тўлиқ пронация холатига ўтказилади, айни вақтда, уни 180° гача ёзилади, сўнгра тўғри бурчакка кадар букилади ва гипсли боғлам куйилади (156-расм). Агар икки марта қилинган репозиция бўлакларнинг вазиятини яхшилаш олмаса ва суяк 1/3 диаметридан кўп кўндаланг сурилиш қилса, жаррохлик усулини қўллаш керак

Т.Л.Баиров усули бўйича терн ости репозиция техникаси. Ўткир учли скальпел билан тирсак бўғимининг орқа-ташки юзаси бўйлаб билак суягининг сурилган бошчаси сатлдца тешилади. Ингачка зондни (диаметри 3 мм гача) тешик орқали синган жойгача киритилади. Зондни ричаг каби ишлатиб, бошчасини тўғри вазиятда ўрнатилади ва зонд

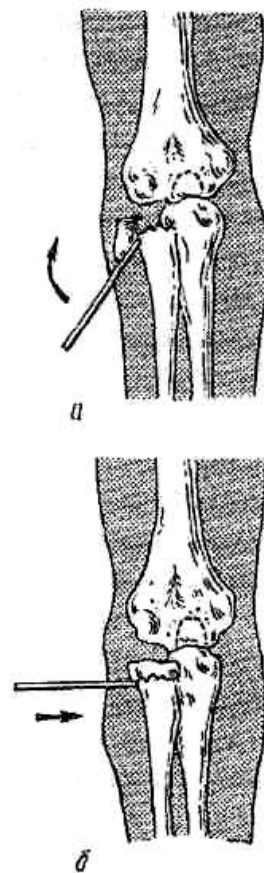
чикарилади. Орқа гипсли боғламни кафт суяklarининг бошчаларидан то елканинг учдан бир юқори қисмигача билакни тўғри бурчаккача буқилган ҳолатда кўйилади (157-расм).

Болаларда билак суягининг бошчасини олиб ташлаш (катта ёшдаги одамларга тавсия қилингани каби) мумкин эмас, чунки бунда тирсак бўғи!мида нормал анатомик ва функционал ўзаро муносабатларни таъминлайдиган актив ўсиш зонаси емирилади.

Билакнинг диафизар синиши. Болаларда кўп кузатилади. Одатда кафт билан йиқилганда рўй беради: камрок холларда синишга билакка бевосита зарб тушиши сабабчи >ҳисобланади. Кичик ёшдаги болаларда синиш кўпинча битта сатзда рўй бериб, суяк усти ёки «яшил новда» типи бўйича синишни келтириб чикаради. Каттарок ёшдаги болаларда бўлакларнинг узунасига сурилмай суяк устки пардаси устидаги синишлари содир бўлиши мумкин. Аксарият каттарок ёшдаги болаларда бўлакларнинг энига ва бўйига сурилиши рўй беради. Энг кўп билак иккала суягининг синиши кузатилади, камрок билак ёки тирсак суягининг чекланган синиши рўй беради.



156-расм. Билак суяги бўйинчасининг эпифизар синишида репозиция қилиш усули (Свинухов бўйича).



157-расм. Билак суяги бўйинчаси синишида репозиция қилиш усули (Банров бўйича).

Иккала суяклар синганда бўлакларнинг узунасига ва энига — суяклараро оралик томонга сурилиши рўй беради. Бунда типик бурчаксимон деформация пайдо бўлади. Пронатор мушаклар кучининг катталиги туфайли дистал бўлаклар панжа билан бирга пронация холатни эгаллайди. Агар елка суягининг синиш ЧИЗИРИ думалок пронатор ёпишган жойнинг юқорисидан ўтса, бу холда марказий бўлак супинацияланади ва елканинг икки бошли мушаги қисқаришидан олдинга сурилади.

Клиника. Кўздан кечириш вақтида сохадаги шиш аниқланади. «Яшил новда» типигадаги синишда, бўлаклар сурилмаган суяк устки пардасининг ости синганда ўкнинг деформацияси ва қўлнинг к"скариши кузатилмайди. Синишнинг ишонарли белгиларидан ўки бўйича юк берилганда оғриқли симптом мусбатдир.

Билакнинг иккала суяклари сурилиб синганда ўкнинг бурчаксимон деформациясини аниқлаш мумкин: бурчак ташки томонга очилган, билакнинг хакикатан кискдрганлиги аниқланади. Актив ҳаракатлар — букиш ва ёзиш — чекланган, билакда ротацион ҳаракатларни эса бажариш мумкин эмас. Тирсак суяга пайпасланганда кийшайган ў# устида зинапоясимон деформация аниқланади. Патологик ҳаракатчанликнинг махсус симптомлари ва суяк крепитацияси аниқданмайди. Рентгенологик текшириш ташхисни аниқлашга имкон беради.

Д а в о л а ш. «Яшил новда» типигадаги синишда ва бўлаклар сурилмаган суяк устки пардасининг остидаги синишда бармоқлар асосидан елканинг учдан бир юқори қисмигача функционал кулай холатда қўлга 2-3 х.афтага гипсли боғлам қўйилади. Бурчак деформацияси бўлган чала синишларда репозиция қилиш буюрилади.

Ёпиш репозиция техникаси. Жарроҳ билакни иккала қўли билан ушлаб, деформация учини бармоқдари билан босади ва аста-секин периферик бўлакларини панжа билан бирга гиперкоррекция холатига олиб келади. Бунда, одатда, эгилган кортикал пластинканинг ёрилганлигидан дарак берадиган «шилк» этган енгил товуш аниқланади. Шикастланмаган эгилган кортика пластинканинг эластик каршилиги туфайли бурчакдан сурилиш қайталанмаслиги учун, дастлаб Каралганда, травматик бўлган бу манипуляция зарур. Репозициядан кейин кул 3 ҳафтага гипсли боғлам била фиксация қилинади.

Иккала билак суякларининг бирга сурилган синишини даволаш муайян қийинчиликлар билн ўтади. Репозиция хаммавакт умумий оғриқ.сизлантириб ўтказилади. Аввалига аста-секин узунасига сурилган бўлаклар жойига солинади.

Билак суяги учдан бир юқори қисмида синганда (думалок пронатор ёпишган жойдан юқорида) репозицияни пронация холатига билакда, учдан бир ўрта қисми синганда - билакнинг ўртача холатида, учдан бир пастки қисми синганда — супинация холатида амалга оширилади. Фиксацияни билакнинг бўлаклар бир-бирига нисбатан яхши

жойлашадиган додатларида амалга оширилиб, гипсли боғлам бармоқлар асосидан елканинг учдан бир юқори қисмигача кўйилади.

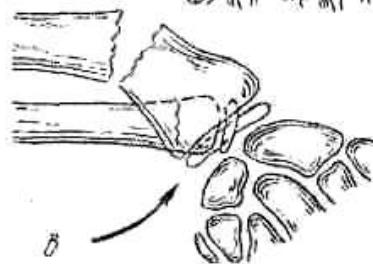
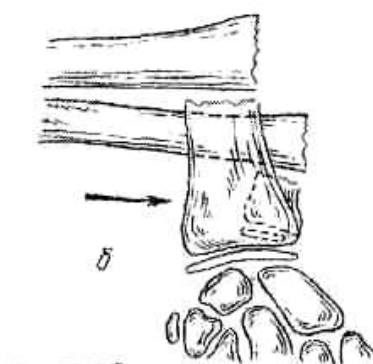
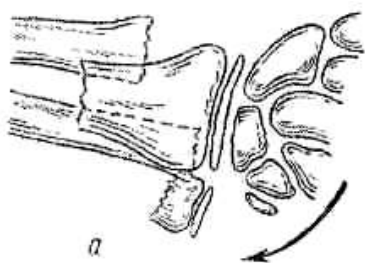
Билакнинг иккала суяклари учдан бир ўрта ва пастки қисмларда битта сатвда тўлик сурилиб синганда репозицияда энг кам қийинчиликлар пайдо бўлади.

Баиров бўйича репозиция техникаси. Бўлақларнинг узунасига сурилиши бартираф қилингандан кейин жарро>; I бармоқларини билак юзасининг дистал бўлақлари томонига сурилган суяқларнинг учларига мое келадиган юзага кўяди. Шундан сўнг шикастланган кўлнинг дистал қисмини юмшок босиб, синган жойда букади ва бўлақларни суяқнинг проксимал бўлимига тўмток ёки тўкри бурчак остида ўрнатади (158-расм, а). Шундай қилиб, «узунасига» сурилиш «бурчак» остига сурилишга ўтказилади. жарроҳ бўлақларнинг учларини суяқнинг дистал фрагментларига кулни синган жойдан пастда ушлаб турган панжанинг I бармоғи билан босиб яқинлаштиради (158-расм, б). Суяқ бўлақлари синишнинг чети бўйича яқинлашиши ҳамано ҳосил бўлган бурчак деформациясини йўқ. қилиб, дарҳол кўл ўқини юмшок текисланади (158-расм, в). Фиксацияни 3-4 ҳафта муддатга бармоқлар асосидан то елканинг учдан бир юқори қисмигача гипсли боғлам билан амалга оширилади.

Билакнинг диафизар синишларида жарроҳлик усули камдан-кам кулланилади. Ўсиш жараёнида ортикча периостал қадоқ, сурилиб кетади, билак суяқларининг шакли эса бола ўса борган сайин тўғриланиб кетади.

БИЛАКНИНГ СИНЕВ-ЧИҚИШЛАРИ

Булар кул функциясининг купол бузилишларига олиб келадиган энг оғир шикастланишлар ҳқсобланади. Уларга Монтеджи ва Галеацци



158-расм. Бурчак ҳосил қилиб, сурилиш методикаси бўйича ёпиқ репозиция босқичи. Изоҳи матнда.

синишларини кири-тадилар. Бу шикастланишлар болаларда кам учрайди: ҳамма билак шикастланишларининг 1,5 дан 3% гача бўлган қисмини ташкил килади. Улар каттарок ёш гуруҳи-дан гўгридан-тўрри шикаст оқибатида кўпроқ рўй беради.

Монтеджи синиши. Билакнинг гирсак юзасига катта куч билан урилганда

панно бўлади ва тирсак суягининг синиши билан суяги бошчасининг чиқиши билан бирга учраши билан тавсифланади. Диагностик ҳолатлар тез-тез бўлиб **туради**, чунки биринчи гада билан суяги бошчасининг чиқиши мумкинлиги хақида унутиб, тирсак суягининг синишига аҳамият берилади.

Клиника. Қўлнинг ҳолати ўзига хос: у тирсак бўғимида оз-моз буқилиб, тана бўйлаб пассив осилиб туради. Билан суягининг бошчаси олдинга сурилганда билан пронация ҳолатида, орқага сурилганда супинация л;олати бўлади. Тирсак бўғимида актив ҳаракатлар йўқ, ротацион ҳаракатлар кескин чекланган. Тирсак бўғими соҳасида аниқ, ифодаланган шиш ва каттак оғриқ бўлади. Пайпаслаб кўрилганда билан суяги бошчаси тирсак чуқурчасида, елканинг ташки дўнгча устидан ташқарида ёки орқада аниқланади.

Тирсак суяги диафизининг синишига маҳаллий гематома, қаттиқ, оғриқ., синган жойни пайпаслашда аниқланадиган зинапоясимон **деформация** бўйича осон ташхис кўйилади.

Билан-кафт *ва тирсак* бўшларини қамраб олган рентгенограмма-ларни бажариш зарур шартлардан бири ҳисобланади.

Тирсак суягининг учдан бир ўрта ва юкори қисмларидан диафизар синиш диагностика қилинган ҳолларда х.алқасимон бойламнинг билан суягининг чиқиши билан бирга шикастланиши мумкинлиги тўғрисида унутмаслик лозим.

Д а в о л а ш. Асосан консерватив усулда. Репозицияни наркоз остида қилинади.

Репозиция пгехникаси. Шикастланишининг ҳар қандай типиди биринчи босқичда билан суяги бошчасининг чик?1ши тўғриланади. У олдинги томонга чикданда узунасига чўзилади, тўлиқ ёзилади ва билан супинация қилинади. Жаррох.бармоқларини олдиндан орқага босиб, чикк;ан билан суяги бошчасини жойига солади, сўнгра эса бармоқларини тирсак суягининг деформация чўккисига кўяди ва бармоқларини худди шу йўналишда босиб, тирсак суяги бўлакларини репонация қилади. Сўнгра билан эҳтиётлик билан тўғри бурчакка қадар буқилади ва орқа гипсли боғлам кўйилади. Билан суяги бошчаси орқага чиқиб шикастланганда ва билан суягининг эпиметафизар ёки диафизар синишида билан айна вақтда ёзилган долатида чўзилади. Катта бармоқлар билан билан суяги бошчасини орқадан олдинга ва ташқаридан ичкарига йўналишда босиб, чиқиш тўрриланади. Бунда бўлакларнинг узунасига сурилиши бартараф этилади. Қўлларининг ҳолатини ўзгартирмай, жаррох. катта бармоқларини билан суягининг деформацияси чўккисига кўчиради ва бўлакларни босиш йўли билан уларнинг бурчак деформациясини ва энига сурилишини бартараф қилади. Шундан кейин билан тўғри бурчаккача буқилади ва гипсли боғлам кўйилади, сўнгра контрол рентгенография ўтказилади. билан суяги бошчасининг чиқиши тўлиқ тўғриланса, репозиция муваффақхятли чиққан деб ҳисобланади. Тирсак суяги бўлакларининг оз-моз силжиши йўл кўйса бўладиган ҳисобланади: бурчакдан силжиши 15-20° гача, энигасилжиши 1/2-1/3 диаметр. Агар 2 марта репозиция қилишдан сўнг билан

суягининг бошчаси жойига тушмаса, жаррсяушк усули қўлланилиши керак

Билак суяги бошчасининг чиқиши жарроллик усулида бартараф қилингандан кейин шикастланган хдлкасимон бойламни кетгут билан тикилади. Тирсак суякнинг бўлаклари ёпиқ усулда тўғриланади. Ташки иммобилизация™ гипсли боғлам билан амалга оширилади, олдингатишаги шикзстланшцдарда билакка супинация ва 80° бурчак остида буқилган ярлат берилади, бошқа шикастланишларда 90- 100°га тенг бурчак остида буқилади. Фиксация муддати боланинг ёши га ва синиш жойига боғлиқ; 5 ёшгача бўлгац болаларда эпиметафизар синишларда — 14-18 кун, 5 ёшдан ошган болаларда — 18-22 кун; 5 ёшгача бўлган болаларда диафизар синишларда — 14-21 кун, 5 ёшдан ошган болаларда - 21-28 кун.

Галлеаци синиши. Билак суяги диафизинининг учдан бир пастки ёки ўрта қисми **синишинингтирсак** суяги бошчасининг чиқиши билан бирга кўшилиб келиши ҳам болаларда камдан-кам (1 дан 2,5% гача) учрайди ва аксарият билвосита травма натижасида рўй беради. Одатда, **бундам** шикастланиш бола кафти билан йиқилганда содир бўлади, бунда билак суяги буқилиш ҳособига синади, билак ротацияси туфайли эса фиксацияланган панжа радиоульнар бўғимининг бойлами шикастланади. Сўнгра учбурчак тоғайнинг бигизсимон ўсимта учи билан бирга ва тирсак суяги бошчасининг чиқиши кузатилади. Травманинг бундай механизми тирсак суяги бошчасининг чиқишига Караганда кўпроқ ҳолларада тирсак суяги учдан бир дистал қисмининг остеопифизеолизига олиб келади.

К л и н и к а . Билак суягининг деформацияси, супинация-пронация ҳаракатларини бажара олмаслик етакчи симптомлардан бири Хисобланади. Қўлнинг >олати мажбурий. Билак-кафт бўғимида актив ҳаракатлар қилиб **бўлмайд**и ёки кескин чекланган. Билак-кафт бўғими соҳасида шиш ва пайпаслаб кўрилганда оғриқ. аниқ.ланади. Шикастланмаган билак-кафт бўғими билан солиштирилганда тирсак суяги бошчасининг сурилганлигини аниқ.ласа бўлади. Рентгенографияни қўлга катъий классик хҳолат берилиб ўтказиш лозим.

Д а в о л а ш . Умумий оғриқ.сизлантириш остида шошилич ёпиқ репозиция қилишдан иборат. Биринчи галда билак суяги бўлакларини узунасига чўзиб ва бурчак деформациясини Баиров бўйича бартараф кз-ишб сурилиш **йукргилада**. Сўнгра бармоқдарни кафт йўналишида босиб, тирсак суяги бошчасининг чиқишини бартараф этилади. Панжани имкон борича тирсак томоша бурилади. Қўлни бармоқлар асосидан то елканинг учдан бир юқори қисмигача функционал *қулан* шароитда гипсли боғлам билан фиксация қилинади. Шиш камайгандан кейин кайта сурилиш **хавфм** борлиги сабабли рентгенологик контрол қилинади.

Тирсак суяги бошчасининг чиқиши ёки чала чиқиши тўғрилан-маганда билакда супинанион-пронацион даракатларнинг кескин чекланишига ва панжанинг варусли огашига олиб келиши мумкин. Даволаш иммобилизацияси муддати 3-4 дафта.

Билак суягининг пастки метаэпифизининг шикастланиши.

Болаларда куп учрайди. Травманинг механизми одатдагидек: бола каф-тига тиралиб, кўпинча кафт юзаси билан йикилади. Билак суягининг травматик эпифизеолизи энг типик шикастланиш дисобланади. Сениш чизиги метафиз орқали дам ўтган лолларда остеоэпифизеолиз бўлади. Билак суягининг остеоэпифизеолизи тирсак суягининг сениши ёки дистал бўлимнинг эпифизеолизи, шунингдек унинг бигизсимон ўсимтасининг узилиши билан бирга учраши мумкин. Одатда, дистал бўлак билакнинг орқа томонига сурилади.

Клиника. Бўлаклари сурилган эпифизеолиз ва остеоэпифизеолизда билакнинг 1/3 дистал қисмида найзасимон ёки зинапоясимон деформация аниқланади. Бир неча соат ўтгандан кейин талайгина травматик шиш ривожланади. Бундай холларда билак ўкининг кичик деформацияларини аниқлаш қийин. Рентгенофаммалар бўлакларнинг сурилиш даражасига ва йўналишига бадо беришга имкон беради.

Ўсиш зонасининг (эпифизеолиз) фрагментлар сурилмаган шикастланишига шубда туғилганда шикастланмаган қўлнинграсмини олиш мақсадга мувофиқ..

Даволаш. Сурилмаган ёки бўғим фасеткаси 10°гача орқа юзасига сурилган эпифизеолиз, остеоэпифизеолизда репозиция қилинмайди. Кафт суяклари бошчаларидан то билакнинг учдан бир юқори қисмигача панжанинг майин орқага буқилган ҳолагиде орқа гипсли боғлам кўйилади. Бўлаклар сурилиши бўлган сениш, остеоэпифизеолиз, эпифизеолизде «ортикча букиш» репозицияси энг кулай. Синган жойни 1% новокаин эритмаси билан анестезия қилинади. Жарро>;бир қўли билан елкани ушлаб туради ва I бармога билан билак суягининг дистал бўлагини фиксация қлади, иккинчи кули билан эса ўки бўйича чўзади ва панжани ёзади. Дистал фрагментга босилганда у марказий бўлак бўйича сирпанади ва сурилиш узунасига бартараф қилингандан кейин панжа буқилган холатга ўтказилади. Тўғриланган бўлаклар орқа гипсли боғлам билан ушлаб турилади. Контрол рентгенофаммалар бўйича билак суяга бўғим юзасининг ОРИШ бурчаги ҳисоблаб чикҳилади. Одатда иммобилизация муддати 3-4 дафтани ташкил қилади.

Билак суяги эпифизеолизи ва остеоэпифизеолизде *кунт* билан репозиция қилишнинг зарурлиги билак суягининг узунасига ўсишининг бузилиш \авфи билан боғлиқ., бу Маделунг типидеги деформацияда юзага чиқиши мумкин.

КАФТ УСТИ ВА ПАНЖА СУЯКЛАРИНИНГ СЕНИШЛАРИ

Болаларда кафт усти суякларининг сенишлари камдан-кам учрайди. Катта ёш гуруҳда кайиксимон суякнинг сенишлари кайд қилиниши мумкин. Хамма лолларда билак-кафт усти бўғимининг орқа юзасида

шиш ва оғриқ. аниқланади. Актив ҳаракатлар, айниқса, бирор ушлаб олиш, шунингдек I ва II бармоқлар ўқи бўйлаб юк берилганда оғриқлар кучаяди.

Д а в о л а ш. Катта ёшдаги одамларда бўлгани сингари, иммоби-лизацияни бармоқларнинг асосий фалангаларидан то билакнинг учдан бир юқори қисмигача чуқур гипсли лонгета билан амалга оширилади. Қўйиксимон суякнинг синганлиги рентгенолог жихатдан шубхали бўлган ҳолларда травмадан кейин 5-7 кун ўтгач контрол сурах олинади. Қўйиксимон суякнинг кон айланиши етишмаслигини дисобга олиб, иммобилизацияни кам деганда 4-5 ҳафта ўтказилади.

Эпифизеализ ва қафт суякларининг синиши. Энг кўп учрайди. Қафт суякларининг бурчак билан сурилган шикастланишларига ташхис қўйиш қийинчиликтуғдирмайди. Дастлабки соатларда бурчаксимон деформация кўринади, сўнфа у травматик шиш билан крпланади. Шикастланишларнинг ҳар қандай турларида актив ҳаракатларда ва ўк бўйича юк берилганда оғриқ, кучаяди. Репозицияни мадаллий анестезия остида қафт суягининг марказий бўлаги ва буқилган бармоқда карама-қарши юк берилиб ўтказилади. гипсли боғлам билан иммобилизация муддати 2-3 >;афта.

I қафт суягининг асосишиг синиб-чихиши (Беннет синиши). Кам учрайди. Одатда, бу бўғивдан ташқаридага шикастланиш ҳисобланади.

К л и н и к а в а д а в о л а ш . Болалардаги Беннет синишлари катталардаги шундай шикастланишлардан фарқ. қилмайди. Иммобилизация муддати 10-14 кун.

Бармоқ. фалангаларининг синиши. Кўпроқ учрайди. Травма механизми бевосита бўлади.

Клиника. Бармоқда ҳаракат вақтида кучаядиган оғриқ,, бармоқ. фалангасида шиш ва шаклининг ўзгариши бўлади, пайпаслаш оғриқ. беради. Бўлақларнинг сурилиши кам учрайди, бундай ҳолларда бўлақларни репозиция қилиш талаб этилади. Даволаш иммобилизацияси боланинг ёшига ва сурилган бўлақлар борлигига кўра гипсли боғлам билан 7-12 кунга амалга оширилади.

6 - б о б. СОН СУЯГИНИНГ СИНИШЛАРИ СОН СУЯГИ ЛР ОКС ИМ АЛ БЎЛИМИНИНГ СИНИШИ

Соннинг проксимал бўлими алоҳида анатомик-физиологик шароитларда жойлашган:

1. Соннинг бўйни суяк усги пардаси билан копланмаган; тунга карамасдан бўйинни куст соҳасида суяк усти пардаси ривожланган.

2. Сон-чанок бўғимининг капсуласи сонга бўйинининг асосида, кўстлараро чизикдан бир оз проксимал жойлашган. Шундай қилиб.

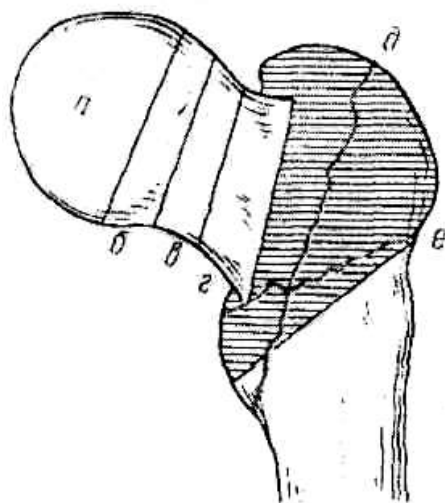
сон суяганингбоши ва бўйнинингасосий қисми сон-чанок;бўғимининг ичида жойлашган.

3.Соннинг бўйни ва бошчаси учта артериядан қон билан таъминланади: а) юмалок бойлам артериясидан (кагта ёшда бу артерия, одатда, облитерацияга учрайди); б) капсула ёпишган жойдан бўйинга кирадиган артериялардан. Бу томирларнинг бир қисми синовиал парда остидан бўйин бўйлаб бориб, суякнинг тоғайга ўтиш жойида сон суяги бошига киради; в) кўстлараро соҳада суякка кирадиган артериялардан. Шундай қилиб, бўғими капсуласи ёпишган жойдан СИНИҚ.ЧИЗИРИ канча проксимал жойлашган бўлса, сон суяги бошининг қон билан таъминлаши шунча ёмон бўлади. Кўстлар соҳаси эса шу жойга ёпишган мушаклардан кирадиган артериялар ҳисобига доимо қон билан яхши таъминланади.

4.Соннинг бўйни ва диафизининг ўқларидан ҳосил бўлган бўйин-диафиз бурчаги ўртача 127° ни ташкил этади (115° дан 135° гача). Ушбу бурчак канчалик кичик бўлса, бўйинга шунчалик кўп оғирлик тушади ва бунинг эвазига бўйиннинг синиши осонлашади. Бўйин-диафиз бурчагининг катта ёшда кичрайиб кетиши шу ёшда соннинг бўйнидан кўп синиши омилларидан бўлиб ҳисобланади.

Агар синиқ. юзаси чанок-сон бўғими капсуласи ёпишган жойдан проксимал жойлашган бўлса, бунда синишлар медиал ёки бўйин синишлари деб аталади. Синиш

чизигининг каердан ўтганлигига қараб капитал (каллаганинг синиши), субкапитал (каллаганинг асосидан синиши), трансцервикал (бўйин бўйлаб) медиал синишлар тафовут қилинади (159-расм). Бу синишлар ҳаммаси бўғим ичи синишларига киради, лекин проксимал суяк бўлагининг қон билан таъминланиши *ар* хил ҳолатда бўлади, чунончи, капитал ва субкапитал синишларда сон каллаганининг қон билан таъминланиши бутунлай бузилади, чунки у аваскуляр шароитда қолади. Трансцервикал синишларда проксимал бўлагининг қон билан таъминланиши қисман сақланган бўлади, синиш чизиги бўйиннинг асосига канчаликяқдн жойлашган бўлса, қон билан таъминланиш шунчалик кўпроқ сақланиб қолади. Бўйин-диафиз бурчагининг деформациясига қараб медиал синишларни қуйидаги турлари тафовут қилинади:



159-расм. Сон суяги проксимал қисмини синиш соҳалари (чизма).

а — капитал синишлар соҳаси;
б — субкапитал синишлар соҳаси;
в — трансцервикал синишлар соҳаси;
г — базал синишлар соҳаси;
д, е — кўстлар соҳасидан синишлар.

1. Вальгус синиш. Бу ҳолатда бўйин-диафиз бурчаги катталашган бўлади, одатда, бундам синих, ларчалари бир-бирига кадалган бўлади.

2. Варус синиш. Бу ҳолатда бўйин-диафиз бурчаги кичрайган бўлади, одатда синих, парчалари силжиган бўлади (160-расм).

Агар синиш юзаси бўғим капсуласининг бўйнига ёпишган жойидан дистал жойлашган бўлса, бундай синишлар *латерая* ёки *кўстдаги* синишлар деб аталади. Бундай синишлар, яъни синиш юзаси ичкари юқоридан пастки ташқарига ёки кўстлар орасидан кирган бўлса, кўстлар сол;асидан синишлар, агар синиш юзаси иккала кўстни бириктирувчи чизик бўйлаб кетган бўлса, кўстлараро синиш деб аталади. Кўстлараро синишлар, кўпинча, майдаланиб синиш тоифасига киради ва бундай ҳолларда кичик кўстнинг кўчиб кетиши кузатилади. Бундай синишда суяк парчаларининг бир-бирига кириб кетиши ва кириб кетмаслиги билан содир бўлиши мумкин. Хар ихкала, медиал ва лагерал синишлар катта ёшдаги одамларда учрайди ва кўпинча катта кўстга оғирлик тушиши (йиқилиш) натижасида содир бўлади. Бу ҳолларда шшсастланиш кучи катта бўлмаслига мумкин, чунки кариаларда суяк остеопорозга учраган бўлади.

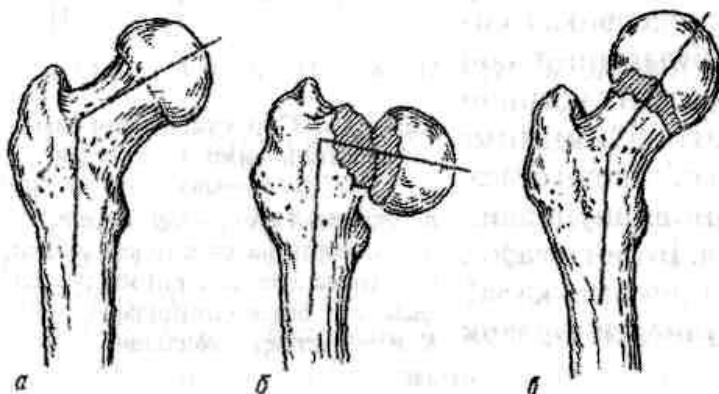
Т а ш х и с. Сон суяги бўйнидан синганда оррик тинч турган ҳолатда унчаликкучлибўлмайди, оррик човсодасидажойлашади. Бўғимда ҳаракат қилганда окрик кучаяди. Чов ва куст сохаларида қонталаш бўлиши медиал синидшарда бир неча кундан кейин содир бўлади.

Сон суяги бўйнидан синганда куйидаги симлтомлар характерлидир:

Оёқнинг ташқари ротацияси. Бу симптом оёқнинг гашқарига буралиб қолиши ва панжа ташки кирраси горизонтал ҳолатда ётиши билан белгиланади (16]-расм).

Оёқнинг ичкари ротацияси. Шикастланган томонда бемор оёгини ичкарига бура олмайди. Оёқнинг ташқарига ротацияси физиологик бўлиши мумкин, лекин бемор ичкарига фаол ротация кила олмаса, бу ҳолат оёқнинг синганлигидан далолат беради.

Катта кўстга босилганда оғриқ пайдо бўлиши. Ёзилган оёқнинг говонига ёки катта куст соҳасига урилганда оғриқ сезилади ва кучаяди.



160-расм. Сон суяги бўйинчаси медиал синишлари. а – нормал бўйин-диафиз бурчаги; б – варус қоқилмаган синиш; в – вальгус қоқилган синиш.

Оёқнинг калталаниши. Оёқнинг мутлак узунлига ўзгармаган ҳолда нисбий узунлигининг 2-4 см.га камайиши (варусли синишларда) кайд этилади.

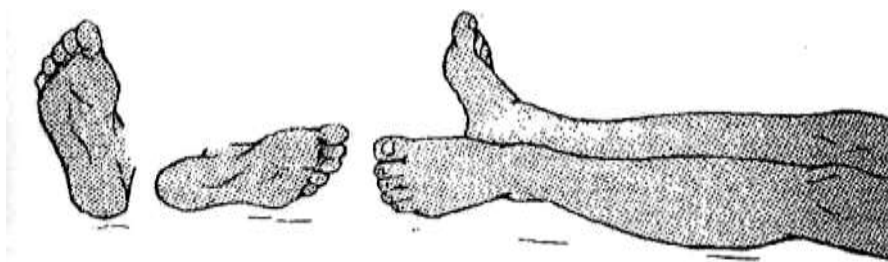
Гирголав симптомы. Медиал синишларда чов боғламини остида сон артериясининг пульсацияси кучаяди. Бемор товонини ердан узмасдан оёгини тизза ва чанок-сон бўкимларида букиши мумкин, лекин на оёқни кўтариш, на кўтарилган ва ёзилганган оёқни ушлаб туриш имкониятига эга бўлмайди.

Варус деформацияли синишларда катга куст Розер-Нелатон чизигидан юқорида туради (куймич дўмбокчаси билан олдинги *юқори* ўсимтани бирлаштирувчи чизик). Катга кўстнинг чўккиси билан олдинги юқори ўсимтани бирлаштирувчи Шумахер чизирини силжиб кетган медиал ва вертел синишларида киндикнинг остидан ўтади (162-расм).

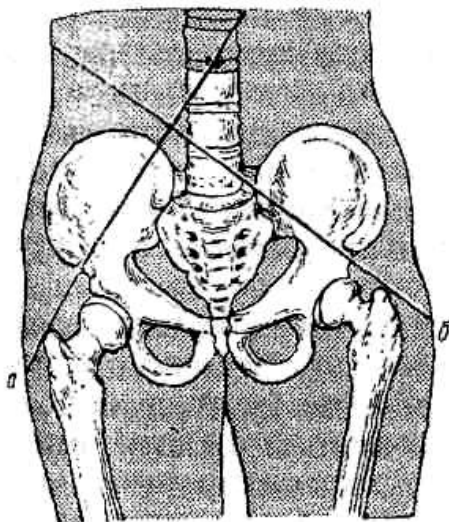
Кокдпган синишларда юқорида келтирилган симптомлар, кўпинча, юзаки ривожланган бўлади ёки умуман кузатилмаслига мумкин. Бундай беморлар суяк парчалари бир-биридан ажраб кетмагунча бир неча кунлаб ва ҳафталаб бемалол юришлари мумкин. Бундай лолларда синишнинг доимий белгиси чов ва куст сохҳсидага, юрганда кучайиб кетадиган оғриқ ҳисобланади. Айрим лолларда оғриқ тизза бўғими соҳасига узатилиши мумкин. Рентген текшируви асосан иккита кўринишда: олдидан ва ёнбошдан ўтказилади, яъни коқилган синиш бор-йўюшгини аниқлаш учун зарур лолларда кўшимча, оёқни максимал керилган ва ичкарига яқинлаштирилган ҳолатда текширув ўтказилади.

Б и р и н ч и ё р д а м . Сон суягининг бўйни ва куст со>аси синган беморларга биринчи ёрдам окрикни қолдириш (тери остига 1 г морфин ёки промедол эритмаси) дан бошланади. Оёқни шина ёрдамида имобилизация қилиш шарт эмас. Бу долатда оёқни ён юзаларига *қумли крпчалар* ёки кичикроҳёстихчалар қуйилади.

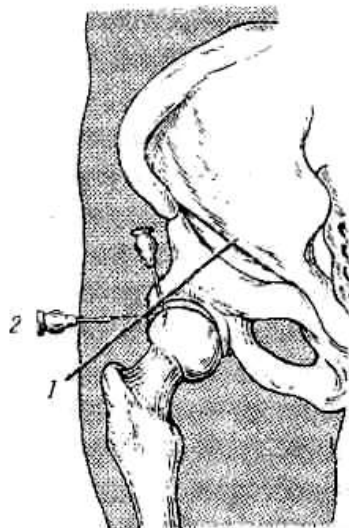
Стационар шароитида оғриқ,сизлантирилади: бунинг учун чов бойламидан 1,5-2 см пастки ва сон артериясидан 1,5-2 см ташқаридаги со\а танланади. Игаа керакли чукурликка санчилиб поршен тортилади, агар кон аралаш синовиал суюклик чикса, у жойга 20 мл 2%ли новокаин эритмаси юборилади (163-расм).



161-расм. Сон суягини проксимал қисми синганда ташқарига ротация ҳолати.



162-расм. Шумахер чизигининг ўтиши.
a — меъёрда; *b* — сон суягининг проксимал қисми синганда



163-расм. Чаноқ-сон бўгимини пункция қилиш.
1 — катта кўстанд пупарт бойлами ўрта ва ички учлиги чегарасига ўтказилган чизиқнинг ўрта-сидаги нуқтадан; *2* — катта кўст устида жойлашган нуқтадан.

Сон суяги бўйнининг медиал к;окилмаган варус синишлари даволаш. Бундай синишларни даволаш анча қийинчиликларга эга. Имобилизациянинг мураккаблиги ва нокулай маҳаллий анатомик ҳолатни инобатга олганда капитал ва субкапитал синишларнинг битиш шароити яхши эмас. Суякни битиш жараёни 6-8 ой давом этади. Катта ёшдаги беморларнинг бунчалик узок, муддатда тўшакда бўлиши *ар* хил асоратлар чакиради, яъни пневмония, ёток яралар, тромбоземболия каби асоратларга дучор килади, уларнинг оқибагида консерватив даволаш даврида 20% гача ўлим ҳолати учрайди.

Капитал ва субкапитал синишларда мах.аллий анатомик шароитнинг мураккаблиги, имобилизациянинг мустах.кам бўлмаслиги натижасида суякнинг битиши қийинчилик билан боради ва 6-8 ой давом этиши мумкин. Шу билан бир каторда, катта ёшдаги беморларда узок, вақт тўшакда ётиб қолиш ўпкада зотилжам касаллигининг келиб чиқишига, ёток яралар ҳосил бўлишига, тромбоземболияга сабаб бўлиб, юқори даражада ўлим оқибатига олиб келади. Шунинг учун карияларда узок, вақт ҳаракатсизлантириш билан боғлиқ. бўлган даволаш усуллари, яъни мустакил равишда скелет тортмаси, гипс боғлами кулланилиши мумкин эмас.

Сон суяги бўйнининг варусли, қоқилмаган синишларида жарро>улик йўли билан даволаш мақсадга мувофиқдир. Агар жаррохлик усулига монеликлар бўлса (умумий ахволи оқир ёки синишгача бемор

юрмаган бўлса), беморни эрта ҳаракатлантириш лозим. Беморни эрта ҳаракатлантиришдан мақсад — унинг ҳаётини сақлаб қолишдир.

Беморни эрта ҳаракатлантириш усули. Синган жойни оғриқ,-сизлантириб (5—10 кун давомида) катта болдир суяги дўмбоги остидан кегай ўтказилиб, оёқда скелет тортмаси кўйилади.

Зарур ҳолатларда скелет тортмаси ўрнига оёқни тинчлантириш мақсадида икки ёнига кум солинган халтачалар кўйилади. Биринчи кунларданок беморни тўшакда ўтказилади, нафас олиш гимнастикаси бажарилади. Синган жой вақти-вақти билан оғриқсизлантирилиб, скелет тортмаси олингандан кейин бемор ёнбошга ётқизилади, ўтказилади, оёгини ётоқдан пастга туширилади. Умумий ахволи кузатиб борилади, зарур муолажалар ўтказилади. 3-дафтадан бошлаб бемор кўлтиктаёқда юришни бошлайди, синган оёгини босмайди.

Бундай даволаш усулида синиш битмайди, бемор бир умр кўлтиктаёқдан фойдаланади.

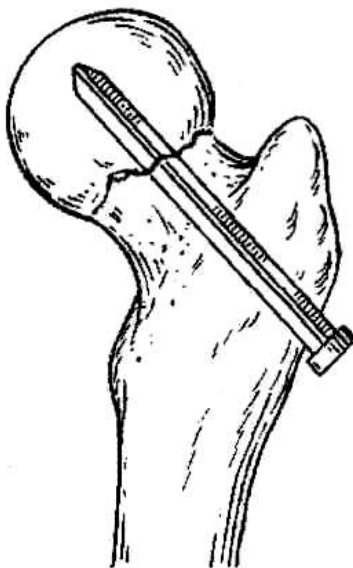
Жарроҳлик йўли билан даволаш. Жарроҳлик муолажаси кечиктириб бўлмайдиган кўрсатмалар бўйича бажарилади. Агар бемор касалхонага тушган кун операция қилинмаса, унда операциягача скелет тортма ўрнатилади, оёқ стандарт Белер шинасига ётқизирилиб, 6-8 кгюкосилади.

Сон суяги бўйнидан медиал синганда остеосинтезнинг иккита асосий усули мавжуд: 1) ёпиқ (бўкимдан ташқари) усул, бунда бўким ичи ва синган жой очилмайди; 2) очик (бўғим ичи) усул, ёпиқ усул воситасида репозиция қилиб бўлмаганда кўлланилади (кўпинча бўғим капсуласи интерпозиция бўлганда ёки эскирган синишларда). Агар репозициядан кейин ва остеосинтез пайтида фиксатор ҳолатини рентгенологик кузатиш имконияти бўлмаса, очик фиксацияга кўрсатма пайдо бўлади.

Ёпиқ усулдаги остеосинтез мах.аллий ёки умумий оғриқсизлантириш ёрдамида тортмада ёпиқ репозиция қилингандан ёки ортопедик столда репозиция қилингандан кейин бажарилади.

Уитмен усулида бир зумда репозиция қилиши. Ёзилган оёқни то соғлом оёқ билан тенглашгунча узунасига тортилади. Оёқни тортиш жараёнида ичкарига қараб 40-50° гача ротация қилинади ва ташқарига 20° кериб маҳкамланади. Бемор ортопедик столда кундай жойлашиши лозим, чунки бу ҳолатда репозиция ҳолати сақланиши ва сон-чаноқ бўғими соҳасини 2 та кўринишда рентген текширувидан ўтказиш имконияти яратилиши керак

Остеосинтез қилиш учун асосан уч парракли Смит-Петерсон миҳидан ёки унинг модификациясидан фойдаланилади. Уч парракли миҳ мустаҳкам остеосинтезни таъминлайди (164-расм). 7-10 см узунликда соннингташқари юзасида тўғри йўналишда тўқималарни кесиш йўли билан катта куст ости очилади. Катта кўстнинг асос соҳасида искана ёрдамида миҳнинг паррақларига мое равишда ўйдимлар ҳосил қилинади. Доимий телерентген назорати остида суяк бўйнининг ўртасидан марказига қараб миҳ юборилади. Субкапитал синишларда истисно



64-расм. Сон суяги бўйинчаси синганда Смит-Петерсен уч парракли михи ёрдамида остеосинтез қилиш.

тарикасида уч парракли михни суяк боши ва чаноқ косаси тубидан ҳам ўтказиб, чаноқ ичига 1 -1,5 см ичкарига юборилади.

Агар операция телерентген назоратисиз бажариладиган бўлса, михни тўрри йўналишда киритиш муаммоси туғилади. Бундай холларда бир неча усуллар таклиф қилинган бўлиб, улардан энг соддаси 2-3 та йўналтирувчи йўғон кегайни рентген назоратида киритишдир. Рентген назоратидан сўнг тўғри кетган кегайни танлаб олиниб, бу кегай бўйлаб уч парракли мих кркилади.

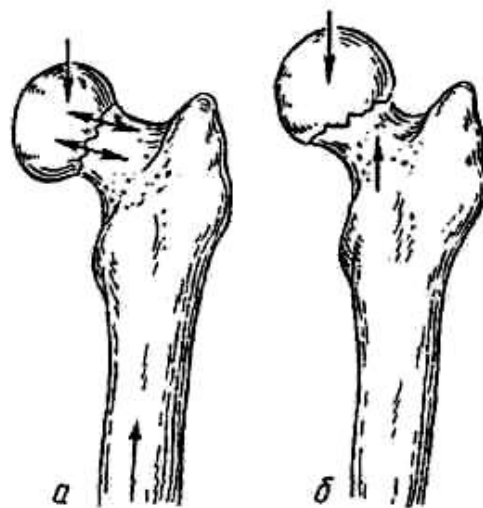
Очик (бўғим ичи) остеосинтез умумий оғриқсизлантириш усули билан амалга оширилади. Бу усул ёпиқсулга Караганда анчагина шикаст етказадиган бўлиб, кўп лолларда ўлимга олиб келади. Кўпинча бундай операциядан кейин сон суяги бошининг асептик некрози кузатилади.

Операциядан кейинги даволаш. Ёпиқ остеосинтездан кейин гипс боғлами кўйилмайди. Оёқ ташқарига буралиб

крлмаслиги учун икки ёнига кумли ёстикчалар куйилади. Очик остеосинтездан кейин эса чокларни олгунча (7-10 кунлар) XII қовурғадан оёқни бармоқ. учигача орқа лонгетали гипс боғлами кўйилади. Операциядан кейинги биринчи кунларданок беморни фаол олиб бориш тавсия қилинади (ётоқда айлантириш, нафас гимнастикаси). 3-4 х.афталарда бемор қўлтиктаёқда синган оёқка босмаган холда туршилади. Сон суяги бошининг асептик некрозга учрашининг олдини олиш мақсадида 5-6 ой мобайнида синган оёқка босишга рухсат берилмайди (айникра, субкапитал синишларда). Михни одатда операциядан бир йил ўтгандан сўнг, яъни синиш тўла консолидация бўлгандан кейин олиб ташланади. Беморни мех.нат крбилияти ёпиқ усул билан остеосинтез қилинганда 7-18 ойда тикланади.

Субкагштал ва капитал крқдлмаган синишлар анча мураккаб гурухни ташкил этади. Бу синишлардаги фиксациянинг мураккаблиги ва кон билан таъминланишининг кескин бузилиши оёқни ойлаб босмасликни такозо қилади. Барча зарур қоидаларга бўйсўнган холда ҳам 20% беморларда субкапитал синишларни даволашда сон суяги бошинининг асептик некрози учрайди. Шуларни инобатга олиб, кексалардаги субкапитал ва капитал синишларда остеосинтез ўрнига бўғимни алмаштириш ёки эндопротезлаш афзал хисобланади. Хозирги пайтда 70 ёшдан ошган беморларда эндопротезлаш операцияси кўплаб

қўлланилмоқда. Бунинг афзаллиги шунцаки, хасталашган карияларни тезроқ оёқда туршиш имконияти тугалади (3-4 хафтадан кейин, агар эндопротезни қотириш мақсадида суяк цементи ишлатилган бўлса, 3-4 кунлардаёқ оёқда тургишиш мумкин), асоратларнинг олдини олишда буни катта аҳамияти бор. Сон суяги бўйнининг қоқилган синишини даволаш. Қоқилган синишлар ажралиб кетган синишларга Караганда яхши битади. Бир-бири ичига кирган суяк бўлақларини ажратмаслик керак бу катта асорат хисобланади. Беморни даволаш тактикаси



165-расм. Қоқилган синиш турлари.

a — вертикал; *b* — горизонтал.

бўлақларнинг бир-бирига кириш даражасига ва синиш юзасининг йўналишига боғлиқ бўлади. Синиш юзасининг йўналишига қараб қоқилган синишларнинг иккита тури тафовут қилинади: 1) вертикал вальгус синишлар — Паувелс бўйича III гуруҳ. (165-расм, *a*); 2) горизонтал вальгус синишлар - Паувелс бўйича I ва II гуруҳлар (165-расм, *b*).

Вертикал вальгус синишлар бир-биридан ажралиб кетишга мойил бўлади, шунинг учун бундай синишларни жаррохлик йўли билан даволаган маъкул: ёпиқ усулда 3 парракли миҳ билан остеосинтез қилиш.

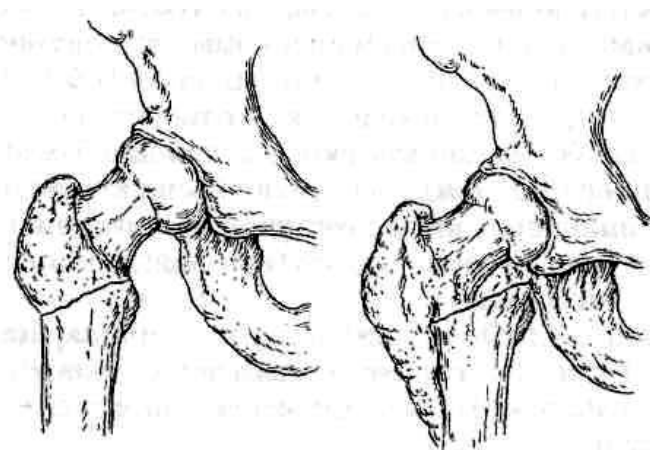
Горизонтал вальгус синиш бир-биридан ажраб кетишга мойил эмас, шунинг учун жаррохлик усули билангина эмас, балки консерватив усулда даволаса ҳам бўлади. Бундай ҳолларда синишнинг ажралиб кетмаслигини ва сон суяги бошининг асептик некрозга учрамаслигининг олдини олиш зарур. Бунинг учун ёшларга 3-4 ойга калталаштирилган (тизза бўримиғача) сон-чаноқ гипс боғлами қўйилади. Беморга синган оёғига босмаслик шарти билан қўлтиктаёқда юришга рухсат берилади. Қҳари беморларда синган оёқни Белер шинасида иммобилизация қилинади, катта болдир суяги думбокчаси остидан сим ўтказиб кичик (2-3 кг) юк осиб қўйилади. Кўп юк осиб мумкин эмас, чунки суяк бўлақларини ажратиб юбориш мумкин. Биринчи кунлардан бошлаб даво бадантарбияси ўтказилади. 1,5-2 ойдан кейин скелет тортмаси олиб ташланади ва синган оёқда босмасдан қўлтиктаёқда юришга рухсат берилади. 3-4 ойдан кейин синган оёқда аста-секин босишга рухсат берилади. Сон суяги бошининг асептик некрозга учрашининг олдини олиш мақсадида 6 ойгача оёқда тўла босишга рухсат берилмайди. Меҳнат қобиляти 6-8 ойдан сўнг тикланади.

Сон суяги бўйнининг медиал синишларининг асоратларига бўлақларнинг узоқ, вақт битмаслиги ва сохта бўғим ҳосил бўлиши, сон суяги бошининг асептик некрози, сон-чаноқ бўғимини деформацияловчи артрози киради.

Сон суяги бўйнининг сохта бўғимида асосий жаррохлик муолажаси Мак-Муррей бўйича куст остидан кийшик остеотомия қилиш хисобланади (166-расм). Сон суяги бўйнининг сохта бўғимида, агар у деярли бутунлай сурилиб кетган бўлса, кўпинча, сон суяги боши ва бўйнини Мур ёки Каплан (65-70 ёшдан ошган беморларда) эндопротези билан алмаштириш, сон-чанок бўғимида реконструктив операция ўтказиш ёки артрорез қилиш (ёшроқ бўлган беморларда) тавсия қилинади.

Сон суяги бўйнининг латерал синишларини даволаш. Латерал синишларнинг кечиши медиал синишларга нисбатан бирмунча яхши бўлади. Бундай синишларни даволашда медиал синишлардаги каби муаммолар туғилмайди. Куст соҳасида синишлар одатда 2,5-3 ой мобайнида яхши битиб кетади. Бундай синишлардан кейин одатда сохта бўғимлар кузатилмайди.

Латерал синишларни даволашда консерватив ва операция усуллари қўлланилиши мумкин. Ўрнидан силжиб кетмаган синишларда 2,5-3,5 ойга кокситли гипс боғ-лами қўйиш йўли билан даволаш мумкин, 1,5-2 ойдан кейин оёққа босишга рухсат берилади. Суяк парчалари силжиб кетган холларда катта болдир суяги ғадир-будури остидан ёки сон суягини пастки дўнглари орасидан кегай ўтказиб, оёқни Белер шинасига ётқизиб, доимий скелет тортмаси ўтказиш мақсадга мувофиқдир (6-10 кг юк билан). Скелет тортмаси билан даволанганда куйидаги қоидага риоя қилиш лозим: кўстлараро синишларда канчалик варусли деформация кўп бўлса, оёқни скелет тортмада шунчалик кўп ташқарига кериш керак. Агар варусли деформация кузатилмаса, оёқни ташқарига керилмайди. 6-8 хафтадан кейин скелет тортмаси гўхтатилади. Ундан кейин эса беморни даволашни икки хил усул билан давом эттириш мумкин: 2,5-3,5 ойга кокситли гипс боғлами қўйилиб, беморга аста-секин синган оёғида юришга рухсат берилади ёки функционал усул билан даволашни давом эттирилади.



Функционал усул билан даволаш махсус стандарт шина ёки Белернинг шинасида амалга оширилади. Бундай холларда шинанинг горизонтал қисмида болдир остига алмаштириб турила-диган гамак қўйилади.

166-расм. Мак-Муррей операция»! (чизма).

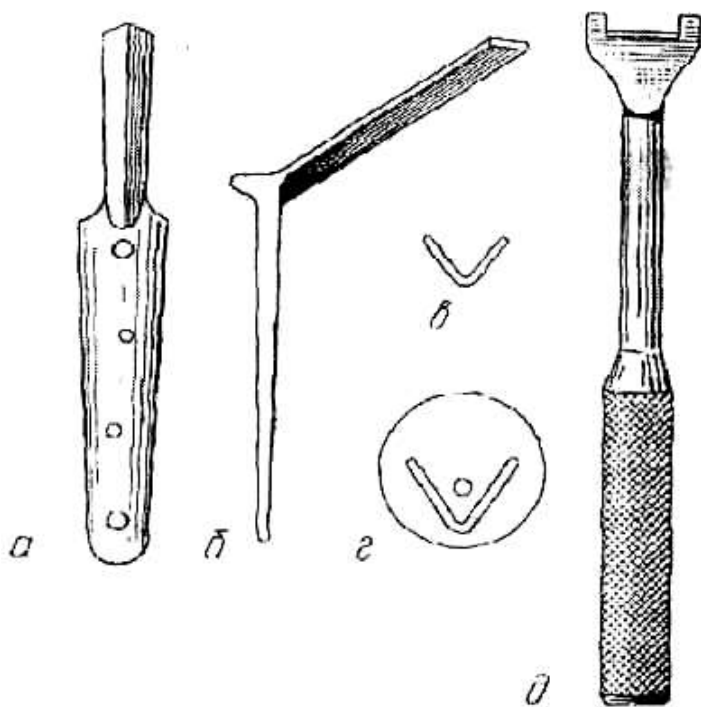
Оёқнинг панжаси арқрига боғланади, уни шинанинг гилдирага устидан ўтказилади, болдир тагадага гамак бир неча бор олиниб, арқридан бемор ўзи тортиб қўйиб тизза бўғимида пассив ҳаракат қилади. Аста-секин пассив ҳаракат сон-чанок бўғимида ҳам

базарилади, кейинчалик эса иккала бўғимда хрм актив л; аракаг базарилади. 2,5-3 ойдан сўнр қўлтиктаёк ёрдамида оёққа туришгарухсат берилади. Функционал даволаш усулини афзаллига шундан иборатки, синишнинг битиш пайтига бориб бўғимларда тўла л; аракат тикланади, мушаклар атрофияси эса гипс боғлами билан даволанганга нисбатан бирмунча кам бўлади.

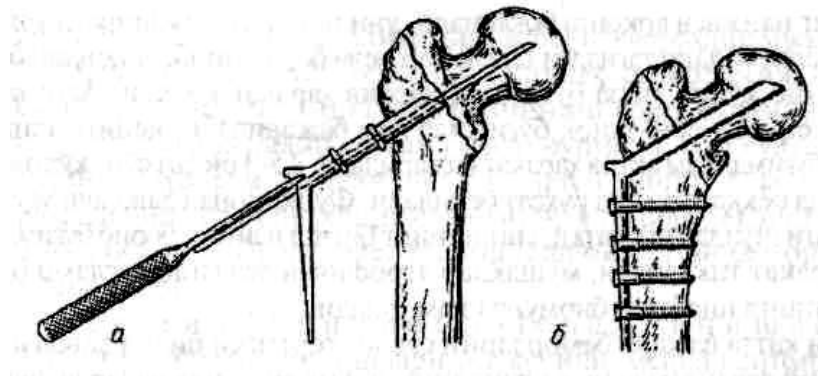
Ёши катта ва қари беморларни скелет тортмаси билан даволаганда мажбурий ҳаракатсизлик ва гиподинамия натижасида катор асоратлар келиб чиқиши мумкин. Шунинг учун бу гурураги беморларга эртарок функционал даюланишни бошлаш мақсадга мувофиқдир. Бемор тўшакка ётқизиблиб, ташқарига ротация бўлиб кетмаслиги учун тиззаси остига валик (болишча) кўйилади. Биринчи кунларданок бемор ўтказилади ва қўлтиктаёк ёрдамида оғирликни чеклаб оёққа тургизилади. Эрта ҳаракат бошланганига карамай, куст синишлари битиб кетади. Бундай фаол даволаш тактикаси ёрдамида ёши катта беморлар ва қарияларда ўлим оқибатларини бирмунча қисқартириш мумкин.

Куст синишларини жарро?улик йўли билан даволаш мумкин. Остеосинтез учун одатда накладкеси бор икки парракли крзикчалардан

фойдаланилади (167 ва 168-расмлар). Кхиррали крзикча сон суягининг бўйнига киритилади, накладкеси эса суяк диафизига шуруплар билан маҳдамланади. Опера-циядан сўнг гипс боғлами кўйилмайди. Опера-циядай кейинги даврда асоратлар-нинг олдини о;шш учун курашиш керак (пневмония, ётоқяралар, тромбоэмболия ва доказо). 2-3 ҳафтадан кейин беморлар қўлтиктаёк ёрдамида юра бошлайди. Кўстлар соҳаси синишларида меҳнат қобилияти 3-6 ойлardan кейин тикланади. **Катта кўстни чеклан-ган синиши.** Синиш меха-низми, одатда, бевосита куч таъсирида содир бўлади'. Айрим лолларда думба



167-расм. Диафизар мосламаси билан икки парракли мих.
а, б — михнинг кўриниши; *в* — михни парраклар соҳасидан кўндаланг кесиш; *г* — сурилувчи муфта ва йўналтирувчи кегай; *д* — михни йўналтирувчи мослама.



168-расм. Кўстлараро синишда Бакичаров козикчаси билан остеосинтез қилиш. *а* — йўналтирувчи кегай бўйлаб козикчани юбориш; *б* - козикча киритилган, диафизар мосламаси бурама шуруплар ёрдамида қотирилган, йўналтирувчи кегай ва сурилувчи муфта олиб ташланган.

мушакларининг кескин қисқариши натижасида ажралиб синиши мумкин. Кичик ва ўрта думба мушакларининг тортилиши натижасида кўстнинг юқорига, орқага ва ташқарига силжиши кузатилади.

Т а ш х и с. Катта кўсти синган беморларда, одатда, юриш крбилияти саланган бўлади. Катта куст сохасида бироз оғриқ кузатилади. Обьектив текширилганда ўша жойда шиш ва окрикбўлади. Оёқни кериш чекланади ва окрик билан бўлади. Пассив харакатда, айникса ротацияда синган сохдда оғриқ, кескин кучайиб кетади. Олдиндан орқага караб олинган рентген суратига **караб** синишни аниқлаш қийинчилик тугдирмайди.

Д а в о л а ш. Биринчи ёрдам кўрсатиш жараёнида махаллий оғриқризлантирижга одатда э)диёж бўлмайди. Кейинчалик синган жойга 2% ли новокаин эритмасидан 20 мл юбориб, оёқни 2-3 хафтага Белер стандарт шинасида иммобилизация қилиш лозим. Агар силжиган синиш бўлса, оёқни шинага керилган ва ташқарига ротация ҳолатида жойлаштирилади. Оёқни шу ҳолатда ушлаб туриш мақсадида 2-4 кг юк билан тери ёки скелет тортмаси ўрнатилади.

Суяк парчаси кўп силжиб кетган лолларда жарро)у1ИК йўл билан даволаш тавсия қилинади. Синган кўстни ўз жойига кўйилиб, мих, суяк парчаси ёки лавсан билан махкамланади ва операциядан кейин 3-4 х.афтага калталаштирилган коксит гипс боғлами кўйилади. Мехнат крбилияти 1,5-2 ойларга бориб тиюшнади.

Кичик кўстнинг чекланган синиши. Механизмига караб бу синиш кўпорилган синишларга **киради**, соннинг кескин ёзилиши ёки буқилиши ва ёнбош бел мушагининг кискариши натижасида содир бўлади.

Т а ш х и с. Беморларни соннинг юқори ички юзасидаги оғриқ, безовта килади. Оғриқ, сон тўкри бурчаккача буқилганда камаяди. Кичик куст сохасида пальпация оғриқ, пайдо килади. Рентген сурати тахлил

қилинганда кичик куст синиши билан ўша жойдаги ўсиш зонаси синишини тафовут қилиш керак Шубха тугалганда соғлом оёқнинг рентген сурати олиниб солиштириб кўрилади.

Д а в о л а ш. Биринчи ёрдам куйидагича бажарилади: окрикни камайтириш мақсадида оёқни сон-чаноқва тизза бўғимларида букилади. Каттикюғрик бўлса ёки беморни узок масофага транспортировка қилиш зарур бўлса, синган жойга 2% ли новокаин эритмасидан 20 мл юборилади. Беморни замбилга ёткизиб транспортировка қилинади. Кейинчалик синган жойга 2% новокаин эритмаси юборилади. Оёқни 10-12 сутка мобайнида сон-чаноқва тизза бўғимларида 90° бурчакка буқилган холда шинага жойлаштирилади. Учинчи хафтада оёқаста-секинлик билан ёзилади ва беморга юришга рухсат берилади.

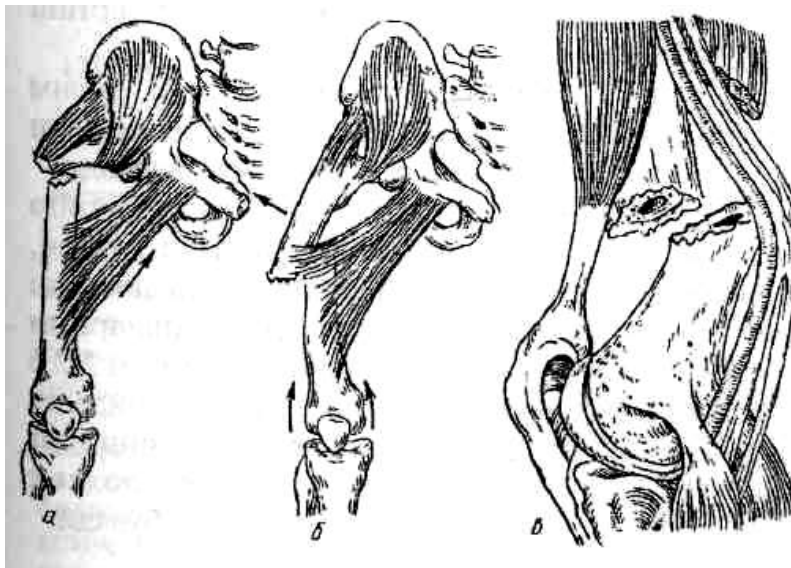
СОИ СУ ЯГИ ДИАФИЗ ҚИСМИНИНГ СИНИШИ

Сон суяги диафиз қисмининг синиши — оғир шикастланишдир. Хатто ёпиқ синишлар \ам шок ва синган со\ада кўп кон йўқртиш билан кечади. Диафизар синишларнинг проксимал чегараси кўстлар ости соҳаси ҳисобланади (кўстлар ости синиши), дистал чегараси эса дўмбоклар устидир (дўмбоклар устидан синиш).

Бошқа диафизар синишларга ўхшаш сон диафизининг шикастланиши ҳам турли вариантли бевосита ва билвосита травма механизми натижасида рўй беради. Шикастлантирувчи омилларнинг йўналиши ва урилиш нуктасига караб синиш характери ва соҳаси аниқланади.

Синиш сатх,ига караб сон диафизининг синиши учдан бир юқори, ўрта ва пастки қисмларга бўлинади.

Сон диафизи юқори учлигидан синганда проксимал бўлакнинг характерли кўзгалиши олдинга ва ташқарига бўлади, дистал қисми эса ичкарига ва орқага сурилади (169-расм, а). Синиш соҳаси канчалик юқори бўлса, типик силжиш шунчалик аниқ, бўлади.



169-расм. Сон суяги бўлакчаларининг типик силжиши.
а — учдан бир юқори қисмида; б — ўрта учдан бир қисмида; в — пастки учдан бир қисмида.

Сон ўрта учликдан синганда турлича кўзгалиш рўй бериши мумкин. Бу турдаги синишда узунасига ўки бўйлаб кўзгалиш характерлидир (169-расм, б).

Сон диафизи пастки учлигидан синганда болдир мушаги қисқариши натижасида дистал бўлак орқага силжийди. Шунда тизза ости артерияси шикастланиши мумкин. Проксимал бўлак яқинлаштирувчи мушаклар қисқариши натижасида ичкарига тортилади (169-расм, в).

Т а ш х и с. Сон диафизи синганда қийинчилик тукдирмайди. Функциянинг бузилиши ва кучли оғриқ. синган сохада кузатилади. Синган юзада деформация аниқлади. Юқори учликдан синганда «галифе» симон деформация типик хисобланади. Диафиз бўйлаб ҳаракат пайдо бўлади. Айрим пайтларда тери остидан бўртиб турган суяк бўлагини пайпаслаш мумкин бўлади. Суяк бўлаклари силжиганда сонда мутлак калталикрўй беради. Суяк гирчиллаши кузатилади, айникса, синган суякни оғриқсизлантиргунча уни аниқлаш ман этилади. Икки юзада қилинган рентгенография синиш характерини аниқлашга имкон яратади.

Д а в о л а ш. Одатда сон диафизи синганда гипс боғлами мустакил усул сифатида ишлатилмайди. Асосий даволаш усули скелетдан тортишдир, буни катта болдир суяги ёки сон суяги дўмбокдари устидан кегай ўтказилиб амалга оширилади ва оёқ, стандарт Белер шинасига кўйилади.

Сон суяги диафизи юқори учлигидан синганда оёқ танадан узоқдаштирилган холда қолдирилади. Агар ўрта учликдан синиб проксимал бўлак ташқарига силжимаган бўлса, оёқ скелетдан тортиш мосламасида танадан узоқлаштирилмаган холда қолдирилади.

Сон суяги пастки учлигидан синганда скелетдан тортиш усули ўз хусусиятлигига эга бўлиб, куйидагилардан иборат бўлади:

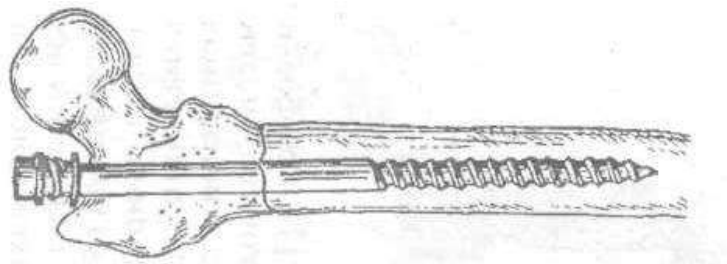
1. Дистал бўлакни орқага тортувчи, болдир мушагини бўшаштириш учун даволашни тиззани 90° гача буқилган холатда ўтказиш керак

2. Скелетдан тортишни сон суягининг дўмбокдари сохасидан ўтказиб, болдир ва сон ўки бўйлаб хосил бўлган биссектрис бурчак йўналиши бўйича амалга оширилади. Бу дистал бўлакни оддинга тортиш учун оптимал шароит яратади.

Дистал бўлак остита энли дока пахтадан ёстикча кўйилади. Айрим холларда суяк бўлакларини ўрнига кўйиш учун кўшимча ён томонига ёки олдинги-орқа қисмига тортувчи гомшокдалка мосламаси қўлланилади.

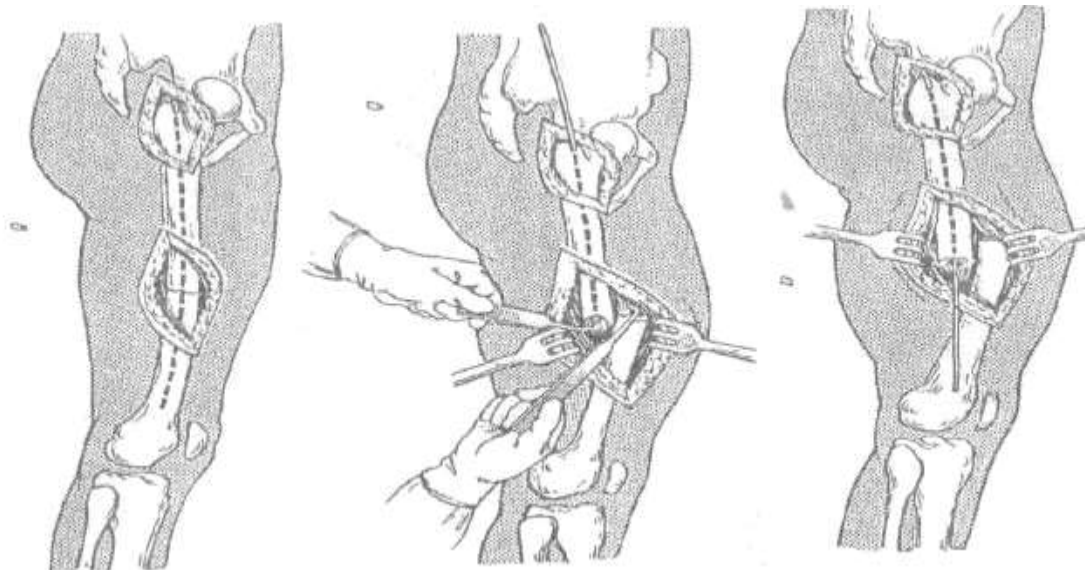
1,5-2 ойдан кейин скелет тортма олиб ташланади ва 3-3,5 ойга коксит гипс боғлами кўйилади. Скелетдан тортиш муддати тугагач, беморларни функционал усулда, гипс боғлами кўйилмасдан даволаш мумкин. Функционал усулда даволаш ҳам кўстлар синишларини даволашга ўхшайди. Функционал усулда даволанганда сингандан 2-2,5 ой ўтгач қўлтиктаёк ёрдамида оёқни енгил босишга рухсат берилади.

Жаррохлик усулида даволашга зарурат туғилса, шикастланишнинг биринчи



170-расм. Сон суяги кжрри учлигидан синганда Сиваш штопори билан остеосинтез қилиш.

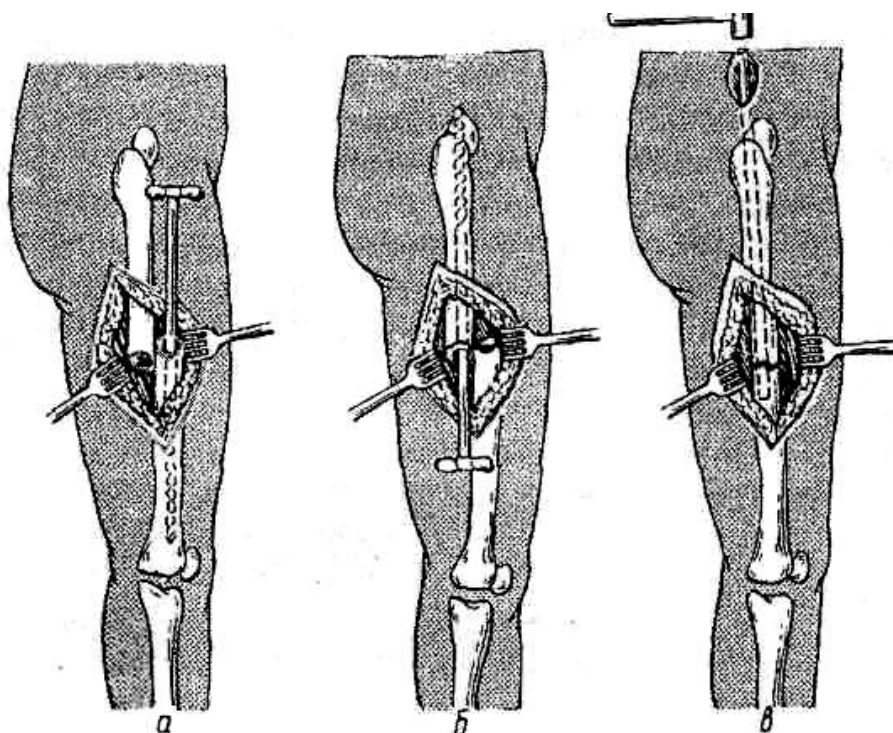
Сон суяги говори учлигидан синганда баркарор остеосинтез Сиваш компрессияловчи крзикча-штопори ёрдамида амалга оширилиши мумкин (170-расм), уни кўстлар устки қисмидан суяк илик каналига юборилади. Крзикча-штопор бураб каналга киритилади, штопор дистал суяк бўлагини проксимал бўлакка қаттиқтортиб, бир вақтнинг ўзида компрессия беради. Сон суяги диафизи синишида кенг тарқалган усул металл штифт (крзикча) ёрдамида интрвмедулляр остеосинтез ҳисобланади. Кўпинча ретрофад юбориш қўлланилади. Крзикчани олдин проксимал бўлак каналига синган соҳадан ўтказилади. Шундан кейин бўлақлар жой-жойига қўйилади ва штифт дистал бўлакка крқилади (171-расм). Кумсоат шаклидаги диафиз каналининг бир



хил бўлмаган кенглиги штифт ёрдамида бар-кдрор остеосинтез ҚИЛИШ ИМКОНИНИ бермайди. Штифт фа-кат каналнинг тор қисмида унинг де-171-расм. Сон суяги учдан бир ўрта қисмидан синганда металл козикча воснтасида остеосинтез қ;илиш.

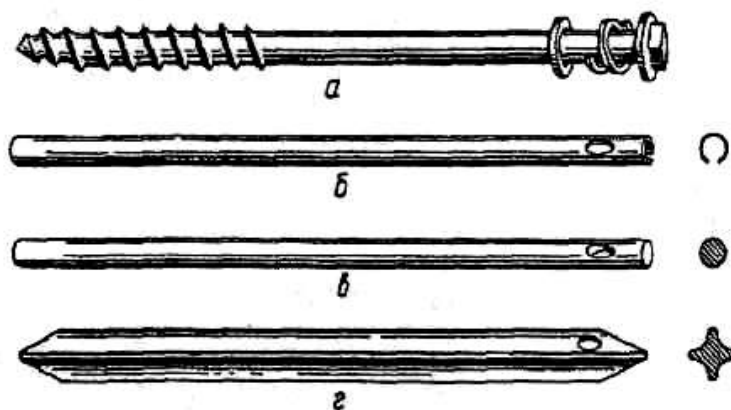
а — биринчи боадич: ко-зикча проксимал бўлакка юборилган; б - ик-кинчи босқич: крзикча проксимал бўлакча орк-али катта куст устидан чикарилган; в - учинчи босқич: бўлақлар бир-бирига ўрнаштирилиб, Козикча дистал бўлакка ўтказилган.

ворларига маркам тегиб туради. Агар синиш соҳаси каналнинг тор қисмига тўғри келмаса, бўлаклар оралигида ротацион ва силкиниш хдракатлари рўй бериши мумкин. Синганда барқарор остеосинтезни амалга ошириш учун штифтни каналга юборишдан илгари илик каналининг тор қисмини диаметри бир хил бўлгунча парма ёрдамида кенгайтириш шарт (172-расм). Барқарор остеосинтезни Дубровнинг массив салмокли қозикчаси ёрдамида амалга ошириш мақсадга мувофиқдир (173-расм).



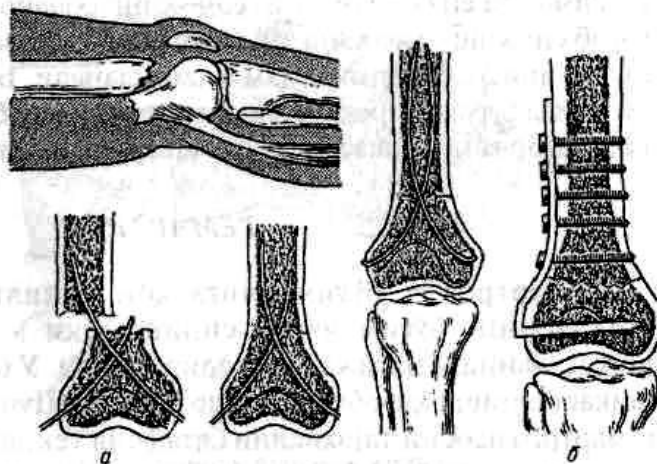
172-расм. Сон суяги канали кенгайтирилиб, металл қозикча ёрдамида барқарор остеосинтез қилиш.

a, б – проксимал ва дистал бўлакчалар каналини пармалаб кенгайтириш;
в – темир қозикчани киритиш.



173-расм. Сон суяги диафизини остеосинтез қилиш учун фиксаторлар.
a – Сиваш қозикча-штопори; *б* – ЦИТО каналли қозикчаси; *в* – Дубров қозикчаси; *г* – НИИЭХАИ нинг тўрт қиррали қозикчаси.

Сон суяги учдан бир пастки қисмидан ва дўмбоклар устидан синганда иккита Богданов стержени ёки иккита қиличси-мон катта болдир учун мосланган ЦИТО штифта қўл-ланилади. Қотирган холда уш-ловчи штифт ва стерженлар кўшимча кесимлар орқали ташки ва ички дўмбок-лар устидан юборила-ди (174-расм, а).

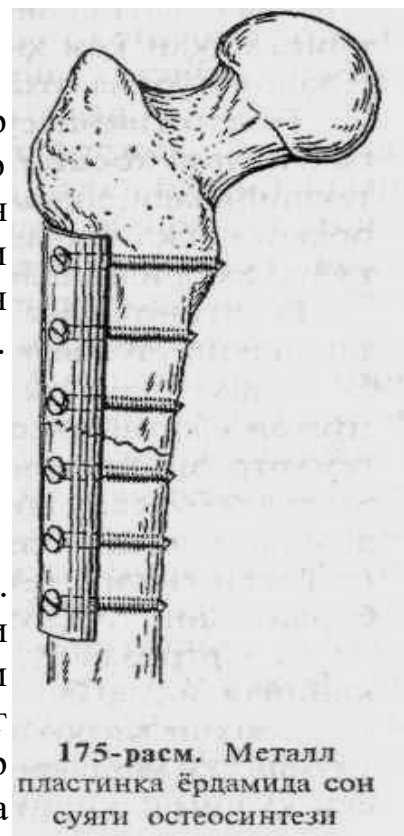


174-расм. Сон суяги учдан бир пастки қисмидан синганда остеосинтез.

а – иккита қиличсимон металл қозиқча ёрдамида;
б – Г-симон металл устунча ёрдамида.

Сон суяги диа-физи пастки учли-гидан синганда бўлакларни яхшиси «Г» симон устунча ёрдамида қотирган маъкул (174-расм, б). Устунча ташқари кесим орқали синиш сохаси устидан қотирилади. Устуннинг горизонтал усаги (пластинаси) соннинг дистал метафизига крқилади, вер-тикал қисми диафизга бурама михлар воси-тасида қотирилади.

Бошқа кенг тарқалган сон суяги экстра-медулляр остеосинтезига салмокли сикувчц пластиналар киради (175-расм). Сон суяги синишида қилинган остеосинтездан кейин 2-3 ойга коксит гипс боғлами кўйилади. Агар баркарор остеосинтез қилинган бўлса, гипс боғлами кўйилмаслиги мумкин. Мех.нат кобилияти 3,5-6 ойда тикланади.



175-расм. Металл пластинка ёрдамида сон суяги остеосинтези

7 - б о б. ТИЗЗА БЎРИМИ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Тизза бўғими — энг йирик ва мураккаб бўғимдир. Бу сохада соннинг тизза қопқоғи ва катта болдир суяги билан алохида бўғим хосил қилиши кузатилади. Бўғим юзаларининг бир-бирига тўғри келмаслиги, уларнинг яримой шаклидаги ва понасимон шаклдаги менисклар воситасида тўлдирилади. Тизза бўғими тўла ёзилганда унингт пассив баркарор холати капсула,

хоч симон ва ён бойламлар ва сон ўқини болдир ўқига нисбатан олдинга караб силжиши хисобига амалга ошади. Бу ҳолатда динамик тургунлик ёзувчи аппарат ёрдамида ҳам таъминланади. Болдир буқилганда тизза бўғимида бурама ҳаракат имконияти тукилади, бу эса атрофдаги юмшоқ тўқималарнинг шикастланишига шарт-шароитяратади.

ГЕМАРТРОЗ

Гемартроз — бўғим ичига кон қуйилиши бўлиб, бу ҳолат суякларнинг бўғим ичида синиши ёки юмшоқ тўқималарнинг шикастланиши натижасида содир бўлади. У бевосита ёки билвосита шикастланиши хисобидан пайдо бўлади. Шунини эса сақлаш керакки, гемартроз асосий ташхисини батафсил текширув натижасида бўғим шикастланишидан сўнг қўйиш мумкин.

Т а ш х и с. Гемартрозни аниқлаш қийинчилик тугдирмайди. Бевосита шикастланишдан сўнг бўғимда окрик ёки функциясининг чекланиши кузатилади. Секин-аста бўғим соҳаси катталашади ва чегаралари текислаша бошлайди. Тизза буқилган ҳолатда шиш тизза қопқоғи хусусий бойлами ёнларида аниқланади. Бўғимда суюклик (крн) кўп тўпланганда тизза қрлқригидан юқорида ловиясимон дўмбайиш кузатилади. У бўғимнинг юқори ўрамаси соҳасига тўғри келади.

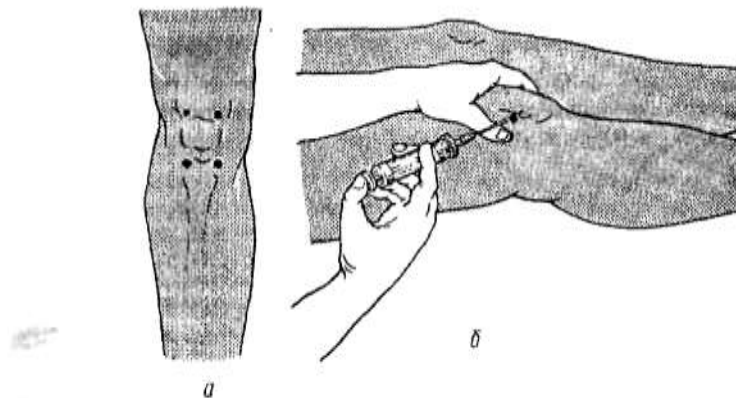
Болдир бир оз буқилган ҳолатда бўлади, бу ҳолатда бўғим бўшлиги максимал катталашади. Оғрик, нафақат шикастланиш, балки бўғим ичига окдан қрн хисобига чўзилиши натижасида ҳам кузатилади. Юқориги ўрама соҳасида флюктуация кузатилади.

Тизза бўғимига суюк/юк тўпланишига тизза қопқоғининг «калк!Ш» белгилари ҳосдир. Уни бемор оёқлари тўғри турган ҳолатда текширилади, иккала бош бармоқ, билан тизза қопқоғини олдиндан орқага киска эзилади. Бунинг натижасида тизза қопқоғи ботади ва қуйиб юборилганда «калкиб» чиқади.

Рентгенологик текширув суякларда синиш бор-йўқлигини текшириш учун шарт хисобланади.

Ташхислаш учун тизза бўғимини пункция қилиш асосий муолажалардан хисобланади (176-расм). Пункциядан олинган кон — гемартрознинг аниқ, белгиси. Олинган суюклик текширилганда экссудат бўлса, у шикастланишдан кейинги иккиламчи синовитдан далолат беради. Олинган суюкликда ёғ томчиларининг топилиши (рентгенологик текдшривда кўринмасида) бўғим ичида синиш борлигидан шубҳа қўлишга асос бўлади.

Гемартрозда бўғимнинг шикастланиш характерини аниқлашда қийинчиликлар бўлади. Бу ҳолда кўпроқ маълумот берувчи текшириш артроскопия хисобланади. Артроскоп бўшмни пункция қилиш ёрдамида умумий ёки маҳаллий оғрик, сизлантириш остида киритилади. Артроскоп ёки кўшимча киритилган игна ёрдамида бўғим бўшлиги новокаин



176-расм. Тизза бўғимини пункция қилиш.
a – пункция қилиш нуқталари; *b* – пункция техникаси.

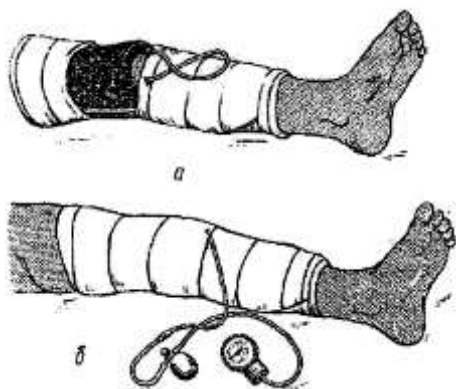
ёки натрий хлор изотоник эритмаси билан ювилади. Артроскопни силжитиб, бўғим бўшлиги текширилади. Артроскоп ёрдамида ташхислаш 90% аниқлик беради.

Д а в о л а ш. Гемартрозда даволашни текширув вақтидаёк бошланади. Ташхислаш мақсадида қилинган пункция даволаш ишларидан бири хисобланади. Бўғим бўшлигидаги крнни чиқариб юборилса, капсуланинг таранглашиши хисобига мавжуд оррик сусаяди. Бу, ўз навбатида, шикастланишдан сўнгга синовитнинг олдини олиш хисобланади. Бундан ташқари, бўшлиқдаги крнни олиб ташлаш фибрин ўтириб қолиши ва бўғим ичи чандиклари хосил бўлишини олдини олади. „

Артроскоп ҳам даволовчи восита хисобланади. Артроскопия вақтида бўғим бўшлигидан крнни чиқарибгина қолмай, балки бўғим ичидага босимни 10-20 минут ичида ювадиган эритма билан ошириш ёрдамида крн кетишини тўхтатиш мумкин. Агар кон чихаётган томир топилса, артроскоп орқали электрокогуляция ёрдамида тўхтатиш мумкин. Бу ҳолда суюқдик ўрнига бўғим бўшлиги карбонат ангидрид билан тўлдирилади.

Бўғимдан крнни чиқдрилиб олингандан сўнг соннинг юқори қисмидан болдир ошиқ бўғимиғача орқа гипсли боғлам қўйилади. Босиб турувчи боғлам сифатида поролондан ёки пахта-докали «бублик» ёки бошқа мосламалар бўғимнинг олдинги юзасига боғланади. Мусалатов, Силин, Мурадов ва Бровкин усули бўйича тайёрланган хаво тўлдирилган боғлам яхши натижа беради. Пневматик копчани бўғимни олдинги ва ён юзаларига қўйилиб бинт ёрдамида гипсли боғлам устидан айлантриб боғланади. Сўнгра копчага 40-60 мм симоб устунигача босимда хаво юбориб, крн батамом тўхтагунча ушлаб турилади. Гемартроз бартараф этилгандан сўнг гипс лонгет боғлами 2-3 ҳафтага айланма боғламга айлантририлади. 3-4 ҳафтадан сўнг мех.натга ярокликлик тикланади (177-расм).

177-расм. Гемартрозни олдини олиш учун ўлчовли пневматик боғлам.
а, б - боғламни қўйиш боскичлари.



МЕНИСКЛАР ШИКАСТЛАНИШИ

Менискларнинг шикастланиши - тизза бўғимида кўп учрайдиган жароҳат-лардан бўлиб, бевосита ва билвоситатаъсир натижасида содир бўлади. Бу хил шикастланиш асосан юк ту-шаётган оёқнинг буқилиши ва буралиши натижасида келиб чиқади. Кўпрок ички мениск шикастланади, бунга сабаб ташки менискдан фарқни уларок, ён бойлам билан бириккан бўлиб, бўғим ичида силжиши чекланган. Бу анатомик хусусият ички ён бойлам билан менискнинг шикаст -ланишини бирга таъминлайди. Икки анатомик тузилмаларининг шикастланиши бўғимнинг ички-олдинги қисми мустахкамлигининг пасайишига олиб келади. Шикастловчи тасиротнинг давом этиши ички менискнинг ички ён ва олдинги хочсимон бойламларнинг узилиши билан шикастланиши «омадсиз учлик» номини олган.

Т а ш х и с. Шикастланган менискни аниқлашда ўзига хос қийинчиликлар юзага келади. Шикастлангандан сўнг узок, муддатда куйидаги симптомлар келиб чиқади.

Шикастланган мениск томонидаги бўғим ериши соҳасидаги отрик Оғрик, ушлаб қўрилганда, айниқра, болдирни карама-карши томонга буралса. Менискнинг орқа қисми узилишида оғрик, тизза ости соҳасида бўлади.

Бўғимнинг «тўсилиши» (блокада) симптоми. Тизза бўғими соҳасидаги ҳаракатда, айниқса, болдирни бураган пайтда 130° да буқилган ҳолатда қолади. Оёқни буқиш ёки ёзиш пайтида кучли окрик келиб чиқади. «Тўсилиш» ҳолати сон ва катта болдир бўғими устидаги қисилиш даражасига боишқ Тўсилиш баъзида ўзига хос шикаллаш билан кузатилади.

Тўрт бошии мушак атрофияси ва Чаклин симптоми. Бу симптом куйидагидан иборат: агар бемор ёзилган оёғини кўтарса, чеварлар мушаги яссиланади ва таранглашади. Симптомни даражаси хасталик муддатига бевосита боғлиқдир.

Бойков симптоми. Тизза 90° га буқилган ҳолатда бўғим ёриги ички ва таивши томонлардан 1-2 бармоқлар билан босилади. Сўнгра беморнинг оёғини секинлик билан ёзилади, агар мениск шикастланган бўлса, оғрик, пайдо бўлади ёки кучаяди. Ёзилган оёқни яқинлаштирганда оғрик, ички мениск соҳасида пайдо бўлса, бу ички мениск шикастидан;

агар ёзилган оёқни узоклаштир-ганда оғрик. пайдо бўлса, бу ташки мениск шикастланганидан далолат беради (178-расм).

Чаклиннинг «кисырлаш» белгиси. Тизза бўғими соҳасида харакат қилинганда болдир ташки томондан ташки мениск соҳасида гўё тўсик устидан юма-лаб ўтади, шунда «кирсиллаш» хис қилинади.

«Туркча» чордана %уриб ўтирилганда оғриқнинг кучайиши симптоми. Бўғим оралиги бўйича оғриқни пайдо бўлиши бир неча бор қисилиш натижасида юзага келади. Бу капсуланинг яллиғланиши билан боғлиқдир.

Перельман «калиши» симптоми. Болдир ва панжани калиш кияётгандек харакат қилинганда махаллий оғриқ.кучаяди.

Турнер сымптоми. Тиззанинг ички юзасидаги терида сезгининг кучайиши ёки йўқрилиши кузатилади.

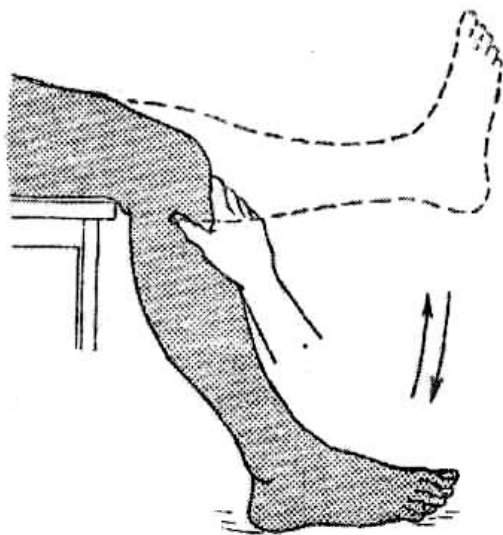
Штейман-Бухард симптоми. 90° да буқилган тиззани ташки ёки ичкарига буралганда шикастланган мениск соҳасида оғриқ. пайдо бўлиши.

Менискнинг шикастланганини эрта ташхислаш кийин бўлади. Шикастланган менискни аниқлашда тизза бўғимини рентгенофафия қилиш зарур, бу текшириш суякдаги ва бўғим ичидаги рентге-ноконтраст таначаларнинг ўзгаришларини аниқлашга ёрдам беради. Менисклар рентгенофаммада кўринмайди. Буларни аниқлашда контраст афофафия қўлланилади. Арфоскопияни тизза бўғимини ташқарисидан киркиб қилинади, бунда янги шикастланган менисклар ҳақида энг кўп маълумотга эга бўлинади. Арфоскопия пайтида мениск шикастини, унинг характерини ва бўғимдаги бошқа йўлдош ўзгаришларни аниқлаш мумкин.

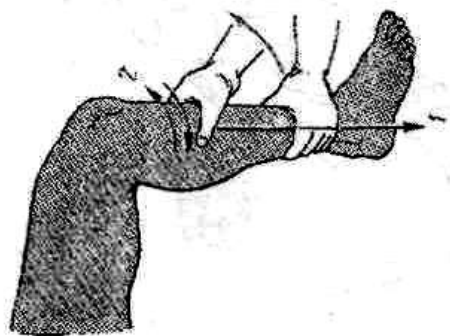
Симптоматик жиҳатдан мениск шикастига унинг касаллиги менископатия ёки менискоз яқиндир.

Бу мениск тоғайларнинг микрошикастланишлар натижасида дегенератив ўзгаришларидир. Мениск кистаси кўпрок ташки менискда учрайди, бунга сабаб ташки менискнинг кам ёрилишидир, лекин микрошикастланишлар кўпрок учрайди, улар шилликкаватларнинг дегенератив ўзгаришига ҳамда шу соҳада кистоз бўшлиқ. ҳосил бўлишига олиб келади, кистоз бўшлиқ. ташки томонда жойлашади.

Д а в о л а ш. Ёзилган менисклар консерватив даволаш билан битмайди. Бундай даво синовит ва ўткир бўғим шикастланиш

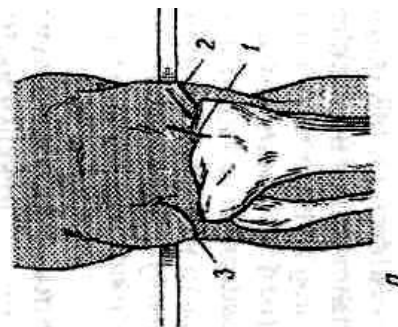


178-расм. Байков белгисини (симптомини) аниқлаш.



179-расм. Менискни ўрнига тушириш техникаси.

1 – 2 – жарроҳ ҳаракатининг йўналиши ва уларнинг кетма-кетлиги.

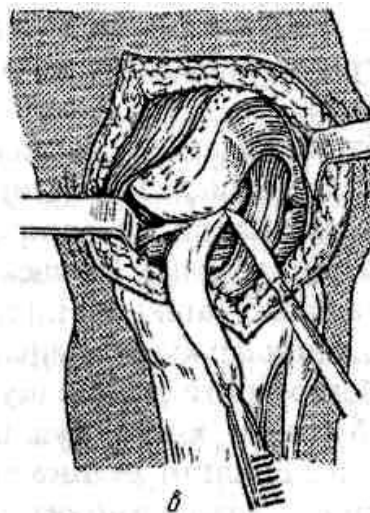
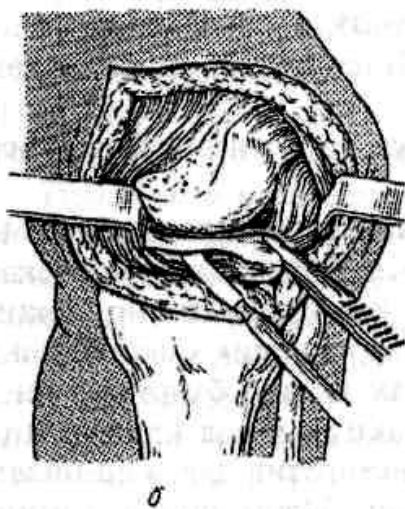


белгиларини йўқртиш учун қўлланилади. Тўсилиш (блок) бўлганда менискни тўғрилаш зарур (179-расм).

Бундай турдаги жароҳатларда жарроҳлик амалиётини узилган менискни кесиш (айникса, янги шикастларда), менискнинг маълум қисмини олиб ташлаш, бунда узилган сохани ёки капсула олдидан олиб ташлашга қаратилади ёки менискни тўлиқ олиб ташланади ва 2-3 мм кенгликда капсула олди қисми қолдирилади. Менискни паракапсуляр олиб ташлангандан сўнг мениск шаклини эслатувчи регенерат >осил бўлади. Менискни тўлиқ олиб ташлаш — бу менискни капсула олди соҳаси билан бирга олиб ташлаш демакдир. Бу усул юқорида айтилган усуллар ёрдамида ўзгарган соҳаларни тўлиқ олиб ташлаш имконияти бўлмаганда қўлланилади. Ташрих (операция) асосан парапателляр

180-расм. Менискэктомия.

а — терини кесиш вариантлари: 1 — ички мениск шикастланганда медиал қийшиқ; 2 — калта парапателляр; 3 — ташқи мениск шикастланганда латерал илмоқсимон; б — менискнинг олди қисмини ажратиш; в — менискнинг орқа шохини кесиб олиш.



очишда артротомия ёрдамида бажарилади. Операциядан сўнг босими чегараланган хаво тўпланган боғламни бир неча соатга кўйилади. Операциянинг эртанги кунидан беморга букувчи харакатлар қилиш ва қўлтиктаёк ёрдамида юриш тавсия этилади. 2-3 хафтадан сўнг аста-секин шикастланган оёққа босиб юриш мумкин (180-расм).

ЁН БОЙЛАМЛАРНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Шикастланиш механизми бевосита бўлмай, балки болдирнинг буралиши, ён томонга силжиши ва тизза бўғимида буқилиш билан боғлиқдир.

Ён бойламларни қисман узилиши. Ички ён бойламнинг қисман узилиши асосан ички менискка бириккан сохасида юзага келади. Айрим толаларнинг узилиши бойламнинг узунлашишига олиб келмайди.

Т а ш х и с. Шикастланишдан сўнг бўғим фаолияти чекланади, баъзида гемартроз кузатилиши мумкин. Шикастланган сохада пайпас-лаганда оғриқ кузатилади. Шикастланган бойламни карама-карши томонга хдракат қилинганда оғриқ кучаяди. Лекин ёнга ортикча харакат кузатилмайди.

Д а в о л а ш. Бу турдаги шикастланишда муолажалар гемартрозни даволашга қаратилади. Соннинг юқориги 1/3 қисмидан ошиқ товон бўғими сохасигача гипсли боклам кўйилади, физиотерапевтик муолажалар ва изометрик машқлар буюрилади. Иммобилизация муддати 2 х.афта.

Ён бойламларнинг тўлиқ узилиши. Ён бойламнинг тўлиқ узилиши тизза бўғимини ён (фронтал) текисликдаги бекарорлигига олиб келади. Тизза бўғимининг ташқи ён бойлами ичкига нисбатан кўпрокшикастланади. Чунки шикастланиш учун болдир ичкарига огиши керак бунинг учун эса катта куч керак бўлади. Катта таъсирот остида тизза бўғимининг бошқа элементлари (хочсимон бойламлар, мениск ва бошқалар) ва кичик болдир нервининг зарарланиши кузатилади. Ички ён бойламнинг шикастланиши, юқорида айтилганидек ички менискнинг зарарланиши билан, кўпинча, бирга кечади.

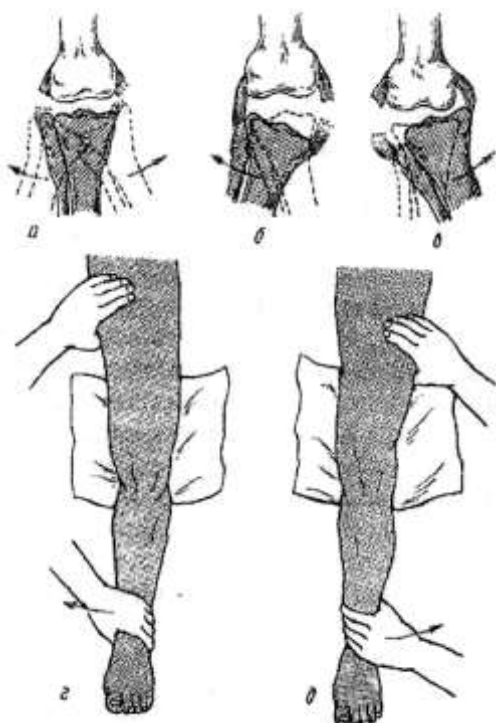
Т а ш х и с. Ўткир даврида ён бойламнинг тўлиқ узилиши қисман узилишидан фарқни равишда шикастланган бойлам карама-карши томонга харакатланиши пайтида болдирни ортикча ёнга девиацияси билан кечади. Бу симптом кечиккан даврида аниқрок кузатилади (181-расм). Рентгенологик текшириш ён бойламларнинг узилганлиги хақида маълумот беради. Агар ёнга огиш 10° дан ошмаса, бу холда ён бойламларнинг қисман узилганлиги хақида ўйлаш мумкин. Агар ёнга огиши $10-20^\circ$ ва ундан кўпрок бўлса, у холда ён бойламлар тўлиқ узилганлигидан (Миронова симптоми) далолат беради (182-расм).

Д а в о л а ш. Янги шикастланишларда узилган бойламни тикиш керак. Агар бойлам толалари титилиб кетган бўлса, атрофидаги фасция ёки мушак толалари билан мустахкамланади. Операциядан сўнг

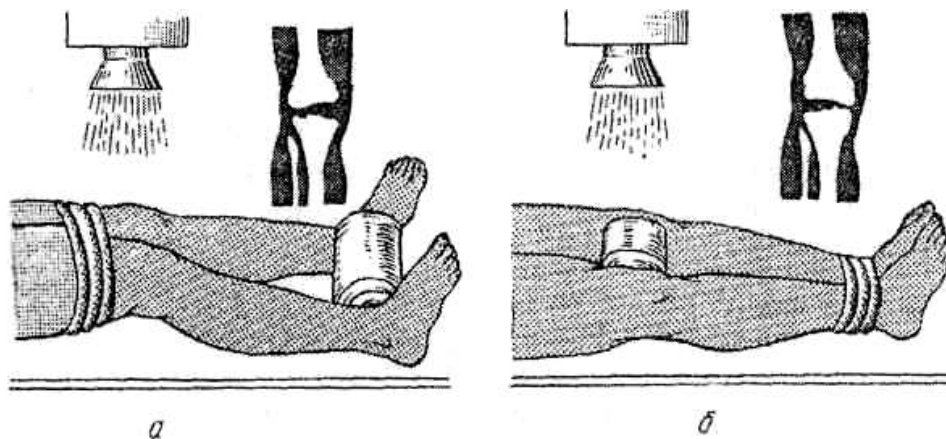
соннинг 1/3 қисмидан болдир-ошик товон букумигача 6 ҳафтага гипсли боғлам кўйилади.

Агар янги шикастланган вақтда ички ён бойлам тикилмаган бўлса, у ҳолда консерватив даво ўтказилади. 6 ҳафтага соннинг юқориги 1/3 қисмидан болдир-ошик бўғимигача узилган бойлам томонга огдирилган)<; олатда гипсли боғлам кўйилади. Бу ҳолатда капсулага уйғунлашиб кетган узилган бўлаклари бир-бирига яқинлашади. 3

Ҳафтадан сўнг узилган бойлам толалари бир-бирига бирикмайди, шунинг учун 3 ҳафтадан сўнг консерватив даво одатда натижа бермайди. Ташқой ён бойлам капсула-дан ўтмаганлиги туфайли консерватив йўл билан



181-расм. Ён бойламлар шикастланганда болдирнинг ёнга оғишини аниқлаш. *a* – иккала ён бойламлар шикастланганда икки томонга оғиш; *b* – ички ён бойлам шикастланганда ташқарига оғиш; *v* – ташқи ён бойлам шикастланганда ичкарига оғиш; *g, d* – болдирнинг ёнга оғишини текшириш методи-каси.



182-расм. Ён бойламлар шикастланганда функционал рентген текшириш. *a* – ички бойламни; *b* – ташқи бойламни.

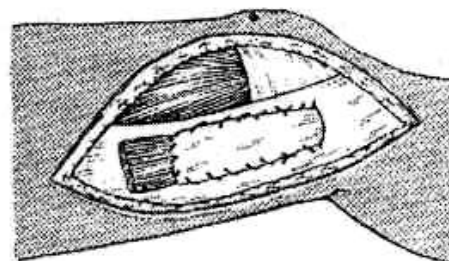
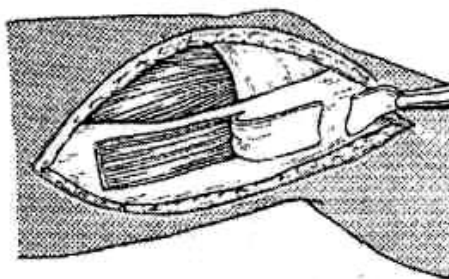
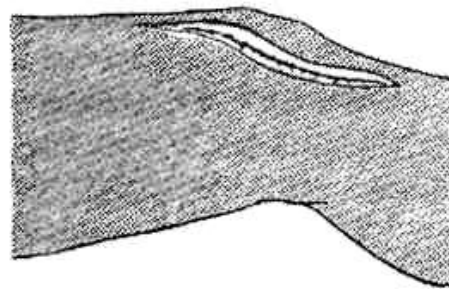
183-расм. Тизза ён бойлами шикастланганда
Кемпбелл операция усули.

яқинлаштириб бўлмайди. Бу доллар факрт оператив даво учун кўрсатма бўлиб ҳисобланади (183 ва 184-расмлар).

Шикастланишдан узоқ муддатдан сўнг узилган бойлам бўлақларини бир-бирига тикиш кийин бўлади, шунинг учун фасция ёки ўзининг пайдан аллопластика қилиш ёки эндопротезлаш амалга оширилади. Эндопротез сифатида лавсан тасма ишлатилди. Огтерациядан сўнг иммобилизация бойламларнинг қайси усулда тикилганлигига қараб белгиланади. Гипсли боғламда ва у ечилгандан сўнг ҳам ЛФК физиотерапия муолажалари, мушаклар электр стимуляцияси, кейинрок эса массаж қилиш мумкин.

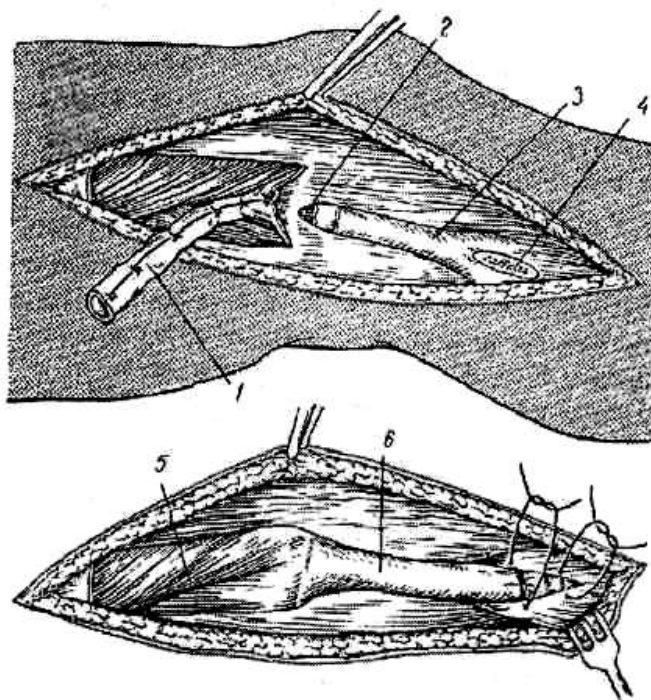
Пеллегрини-Штид касаллиги. Бу касалликда ички ён бойламнинг сон суягага бириккан қисмидан суяк усти пардасининг кўпорилиши натижасида >ҳосил бўлган

гематоманинг суякланишидир. Рентгенограммада соннинг ички дўнги соҳасида суяк пихи ёки алохида ётган суяк парчасини кўриш мумкин.



184-расм. Элвардс усулида
ташқи ён бойламни
тиклаш.

1 – сон кенг фасциясининг парчаси; 2 – сон ташқи дўнгида тарновсимон кемтик; 3 – кичкина болдир суяги бошчасида тарновсимон кемтик; 4 – икки бошли мушак пайдан кесилган ўрни; 5, 6 – фасция парчаси кичкина болдир суяги бошчасидаги тарновсимон кемтигига киритилган ва чоклар билан мустаҳкамланган.

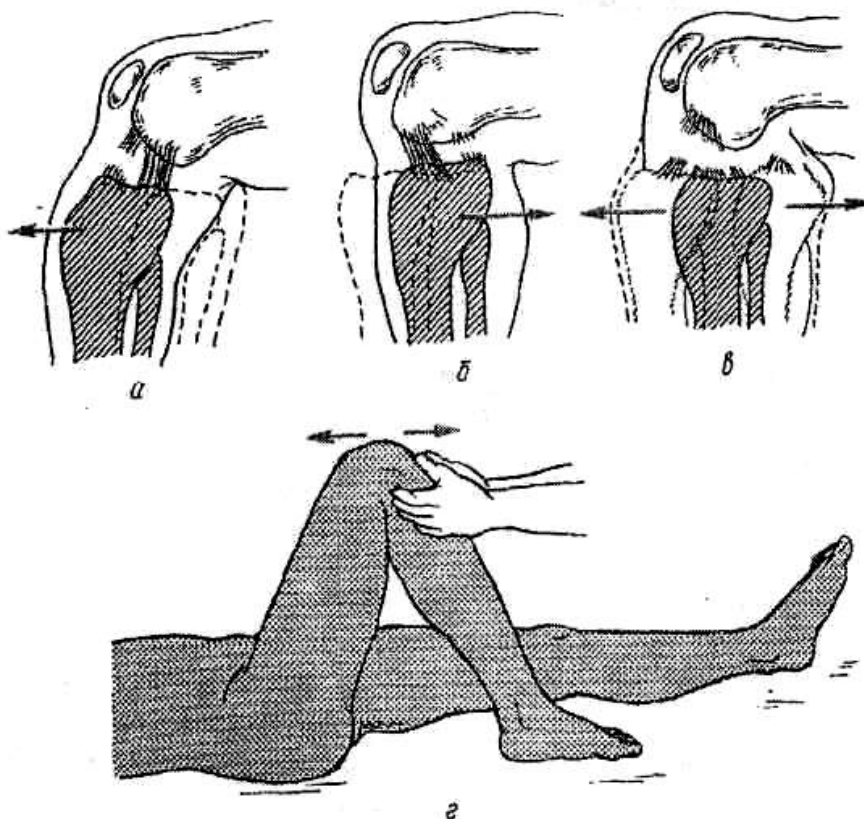


ХОЧСИМОН БОЙЛАМЛАРНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Олдинги хочсимон бойлам орқадагига нисбатан кўпроқ шикастланади. Хочсимон бойламларнинг шикастланиши бўғимнинг олдинги-орқа бекарорлигига олиб келади.

Т а ш х и с. Хочсимон бойламлар шикастланганда тизза бўғимидаги асосий симптом «галадоннинг силжиш» симптоми хисобланади. Бу симптомни тўғри аниқлаш учун мушакларни тўлик бўшаштириш керак. Бунинг учун болдир тўғри бурчак остида букилади. Симптомни бемор ўтарган ёки юқорига кэраб ётган ҳолатда аниқлаш мумкин. Бемор ўтирган ҳолатда бўлса, бармоқуслари билан шифокор пойафзалига (стулда ўтирган бўлса), агар ётган бўлса, текширувчининг сонига тиралади.

Шифокор чап кули билан шикастланган соннинг пастки 1/3 қисмидан ўнг қўли билан болдирини ушлайди ва тиззани олдинга қараб ҳаракатлантиради. Агар тизза сонга нисбатан олдинга силжиса, бу олдинги хочсимон бойлам узилганлигидан далолат беради ва «галадоннинг олдинга силжиш» симптоми мусбат бўлади. Агар тизза сонга нисбатан орқага силжиса, у ҳолда орқа хочсимон бойлам узилганлигидан далолат беради ва «галадоннинг орқага силжиш» симптоми мусбат деб хисобланади (185-расм).



185-расм. «Галадоннинг силжиш» белгиси.
a — олдинга; *b* — орқага; *v* — иккала хочсимон бойлам шикастланганда икки томонга сурилиш; *z* — бемор ётган ҳолатида белгини аниқлаш.

Хочсимон бойлам қисман узилганда юқорида айтилган симггомлар кузатилмайди ёки суёт холда бўлади.

Д а в о л а ш. Агар хочсимон бойлам қисман узилган бўлса, соннинг юқори 1/3 қисмигача 5 хафтага гипели боғлам кўйилади. Мехнатга ярокдилик 6-7 хафтадан сўнгтикланади. Бойламнинг тўлиқ узилганлиги аниқланса, у холда операция амалга оширилади.

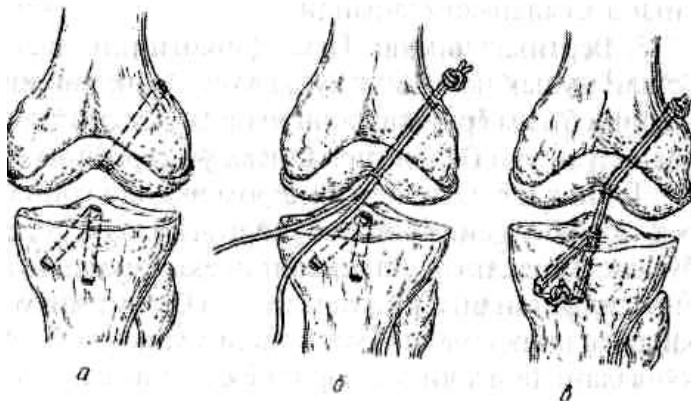
Шуни унутмаслик керакки, кўпрок олдинги хочсимон бойлам ён бойлам билан бирга узилади. Узилган бойламни 5 кунгача тузатишга ҳаракат қилиш керак чунки шикастлангандан 2 хафтадан сўнг узилган бойламларнинг бирламчи тикланиши қийинроқ бўлади. Бу энг кулай муддат деб ҳисобланади, чунки юқхоридаги муддат ўтгандан сўнг дегенератив ўзгаришлар ва сон мушагининг атрофияси бошланади. Эрта муддатда узилган бойлам ўз жойига суяк ичи орқали тикҳилади. Операциядан сўнг соннинг юқориги 1/3 қисмигача 6-7 хафтагача гипели ботам кўйилади.

Олдинги хочсимон бойламни тиклаш учун кечиккан муддатларда лавсанли пластика қўлланилади. Операциянинг мураккаблиги лавсан тасмачани иккала учини суякка бириктиришдир. Силин операцияси энг кулай ҳисобланади — бунда хочсимон боғламнинг лавсанли пластикаси У-симон чок билан қотирилади (186-расм).

Хочсимон бойламларни бўғимни очмай артроскоп ёрдамида тиклашда техник қийинчиликлар бўлганлиги учун уни фақат айрим клиникаларда қўлланилади. Хозирги вақтда бу анъанавий усуллардн энг афзали ҳисобланади.

ТИЗЗА БЎҒИМИДА ЧИКИШ

Болдирнинг чикиши. Болдир чикканда олдинга-орқага ва ён томонга сурилиши мумкин. Камроқ холларда бурама силжиш кузатилади. Болдирнинг олдинга-ташқарига чикиши кўпрокучрайди. Болдир чикиши бўғим капсуласи ва бойламларининг узилишисиз бўлмайди. Баъзи х.олларда ён ва хочсимон бойламлар, тизза крп



186-расм. Олдинги хочсимон бойламни (а, б, в) Силин бўйича V-симон чок билан лавсан билан пластика қилиш.

КОГИНИНГ хусусий бойлами ва мениск-ларнинг бирга-ликдаги шикасти кузатилади. Бундай

лолларда крн томир-нерв тутамининг эзилиши, лат ейиши ва хатто узилиши кузатилади.

Т а ш х и с. Тўлиқ чикданда оёқ калталашган ва ёзилган бўлади. Тизза бўғимида милтиксимон (найзасимон) деформация кузатилади, актив ҳаракат йўқолади. Тизза ости крн томирларини шикастлантириб кўймаслик учун пассив ҳаракатни аниқлаш керак эмас. Болдирнинг чала чиқишида тизза бир оз буқилган ҳолатда бўлади. Бўғим деформацияланган, актив ҳаракатлар йўқолади, пассив ҳаракатлар ўта чекланган бўлади. Икки йўналишдаги рентгенография ташхисни тасдиқдайди. Текширилганда тиззадан пастки қисмида крн айланиши ва иннервация даражасини аниқлаш лозим.

Даволаш. Крн айланишининг янада бузилиш хавфи борлиги учун чиқишни зудлик билан наркоз остида солинади. Тўрт бошли мушакни бўшаштириш учун оёқчанок-сон бўшмида букилади. Болдир ўқи бўйича тортилади. Шу пайтда жарроҳ. сон ва катта болдир суяклари дўнглиги устига босади ва уларни оёқўқи томонга силжитади. Крн томир-нерв тутамини эзиб кўйиш хавфи борлиги учун бурчакли ҳаракатлар қилиш ман қилинади. Соннинг юқориги 1/3 қисмигача чуқур гипсли боғлам кўйилади. Гемартрозни даволанади ва гипс боғламни доирасимон айланттирилади. 2-3 ҳафтадан сўнг кўлтиктаёқ ёрдамида юришга, 6-8 ҳафтадан кейин оёқда қисман босишга руҳсат берилади. Иммобилизация муддати 2-2,5 ойни ташкил қилади. Кейинчалик даволаш тактикаси йўлдош шикастларга боғлиқдир.

Тизза допдогининг травматик чидиши. Тизза крпкогининг **ЧИҚИШИНИ** 3 хил тури тафовут қилинади:

1. Ёнга чиқиш, бунда тизза қопқоғининг ташқарига, камдан-кам ичкарига силжиши кузатилади. Тизза қопқоғи ташқарига чиқишига тизза бўғимининг вальгусли деформацияси ҳамда сон ташки дўнгининг ривожланмаганлиги ва тизза қопқоғининг латеропозицияси сабаб бўлиши мумкин.

2. Торсион ёки ротацион чиқиш, бунда тизза қопқоғи вертикал ўқи бўйича буралади. Тизза крпкркининг бўғим юзаси йўналишига қараб ташки, ичхи ва олдинги торсион чиқишлар фарқланади. Олдинга чиқиш камдан-кам учрайди.

3. Вертикал чиқиш. Тизза қопқоғининг хусусий бойлами ёки тўрт бошли мушак пайининг кўндаланг тўлиқ узилиши ҳисобига вертикал чиқиши бўғим ёригига кириши билан кузатилади. Бунда тизза қопқоғи хрли ётган учи билан горизонтал ўкатрофида орқага бурилади.

Т а ш х и с. Оғриқли синдром яккол кўринади. Ёнга чиқишларда оёқ тизза бўғимида бир оз буқилган бўлади, торсионларда эса ёзилган бўлади. Ҳаракатлар ўта чекланган ёки умуман йўқолади. Тизза қопқоғи ёнга силжиганлиги кузатилади, ёки бўғимнинг олдинги юзасида унинг қирраси аниқланади. Тўрт бошли мушак таранглашган бўлади. Бўғим кўндаланг (ёнга чиқишларда) ёки олдинги-орқа (торсион чиқишда)

йўналиш бўйича катгалашади. Вертикал чиқиш симптоматикаси соннинг тўрт бошли мушаги пайининг узилишига боғлиқ бўлади.

Д а в о л а ш. Тизза қопқоғининг бўғим оралигига кириб чиқишини фақат операция йўли билан даволанади. Бунда соннинг тўрт бошли мушак пайи бутунлиги тикланади. Қолган холларда наркоз ёки маҳаллий анестезия ёрдамида ёпиқхолда солинади. Гемартрозда бўғим оралиги оддин пункция қилинади. Тўрт бошли мушакни бўшашишига эришиш учун тўғри турган оёқни чаноқсон бўғимида букилади. Одатда тизза қопқоғи чиқиши осон тўрриланади. Бунингучун чиқишда кайси томонга силжишига караб тизза қопқоғини ўртага йўналтирилади ёки бўғим юзасини ўкхи атрофида буралади. 3 хафтага думба бурмасидан болдир-ошиқдовон бўғимигача гипсли борлам кўйилади.

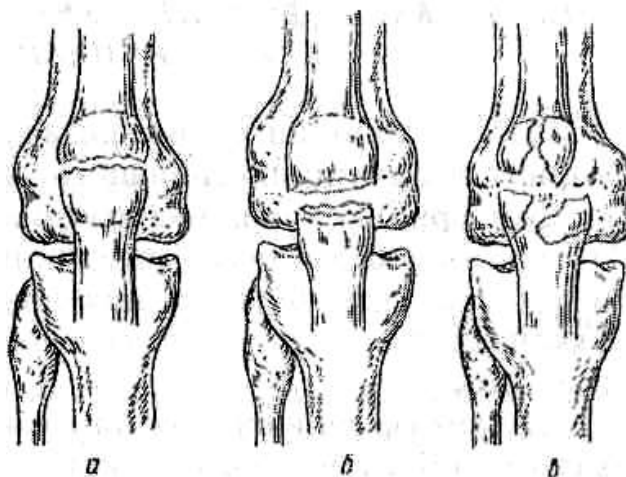
ТИЗЗА ҚОПҚОҒИНИНГ СИНИШИ

Тизза крпкррининг шикастланиш механизми ўзига хос хусусиятга эга. Синиш асосан тўғридан-тўғри таъсир натижасида содир бўлади: тизза билан йиқилганда ёки тизза қопқоғига бирон-бир жисм билан урилганда ёки тўрт бошли мушакнинг ўта таранглашувида вужудга келади. Тизза қопқоғи синиши ўзига хос хусусиятга эга, кўпроқ кўндаланг, озрок холларда парчаланган, узунасига синган ва бошқа турлари кузатилади (187-расм).

Синиш чизики ҳар доим тизза бўғими ичига кириб боради. Тизза қопқоғининг синишида у ёки бу даражада уни боғловчи аппарати шикастланади. Ёзувчи ва ён бойлам аппаратни узилиши тизза қопқоғининг бўлагини тўрт бошли мушак қисқариши хисобига уни юқорига тортиб кетади.

Т а ш х и с. Тизза қопқоғининг синишини ташхислаш, айникса, унинг бўлаклари бир-биридан узоқлашган пайтда цийинчилик тугдирмайди. Тизза қопқоғининг синишини 5 та асосий симптомлар ёрдамида ташхислаш мумкин:

- 1)тўғри турган оёқни кўтара олмаслик айникса унга каршилиқ қилинганда;
- 2)гемартроз;
- 3)бармоқ, билан босиб кўрилганда бўлақлар ўрта-сида чуқурлик кузатилади;



187-расм. Тизза қопқоғининг синиш турлари. а — кўндаланг; б — суяк бўлаклари бир-биридан крчиб; в — парчаланиб.

4)суяк бўлақларининг бир-бирига нисбатан ён томонга силжиши;

5)суяк бўлақларининг бир-биридан ажралиши баъзида пайпаслаш билан *хфл* аниқланади.

Ташхисни аниқлаш учун икки йўналишдаги рентгенография килинади, синиш, айникара, ён проекциясида яккрл кўринади.

Д а в о л а ш. Ён бойламлар бутун бўлганда, суяк парчалари оралиги 2-3 мм бўлса, консерватив усулда даволанади. Аввало бўғим оралиридан пункция ёрдамида кон олиб ташланади ва 20 мл 2% ли новокаин эритмаси юборилади. Тизза 175° да буқилган холатда соннинг юқориги қисмидан болдир-ошик бўримигача тугор гипсли боғлами кўйилади. консерватив давони 3-кундан бошлаб, бемор ЛФК қилиши ва гипсли боғламда мушакларни таранглаштириши мумкин. 7-кундан бошлаб бемор оёғига таяниб юриши мумкин. Агар бемор соматик томонидан яхши бўлса, ухолда қўлтиктаёксиз юриш мумкин. Гипсли боғлам шикастланишдан 1 ойдан сўнголинади. Мехнатга ярокдиликб дафтадан сўнгтикланади.

Бўлақларнинг сагиттал йўналишда силжиши қўл ёрдамида тўрриланади. Бунинг учун бўғим оралигидаги крн олиб ташлангандан сўнг суяк бўлақларини бир-бирига нисбатан олдинга ва орқага силжитилади. Шундан кейин синиш, устидан 2 см ли эластик поролошш боғлам боғланиб, сўшра тугор гипсли боғлам кўйилади.

Жаррохлик усули синиқ. бўлақлари 5 мм дан ортик силжиган бўлса қўлланилади, уни шикастланишнинг 2-кунидан бошлаб 8-10 кунигача қилган маъкул. Жаррохлик ёндошишида асосан тизза қопқоғининг пай-бойлам аппарата тикланади. Синиқнинг иккита йирик парчаси бўлган холатда остеосинтез қипинади (188-расм). Синиқни бир бўлаги парчаланган бўлса, уни олиб ташланади. Операциядан сўнг тугор гипсли боғлами кўйилади. Операция кай даражада қилинганлигига караб иммобилизация муддати 4 ҳафтадан 6 хдфтагача бўлади (189-расм). Меххатга ярокдилик 1/3-3 ойда тикланади.

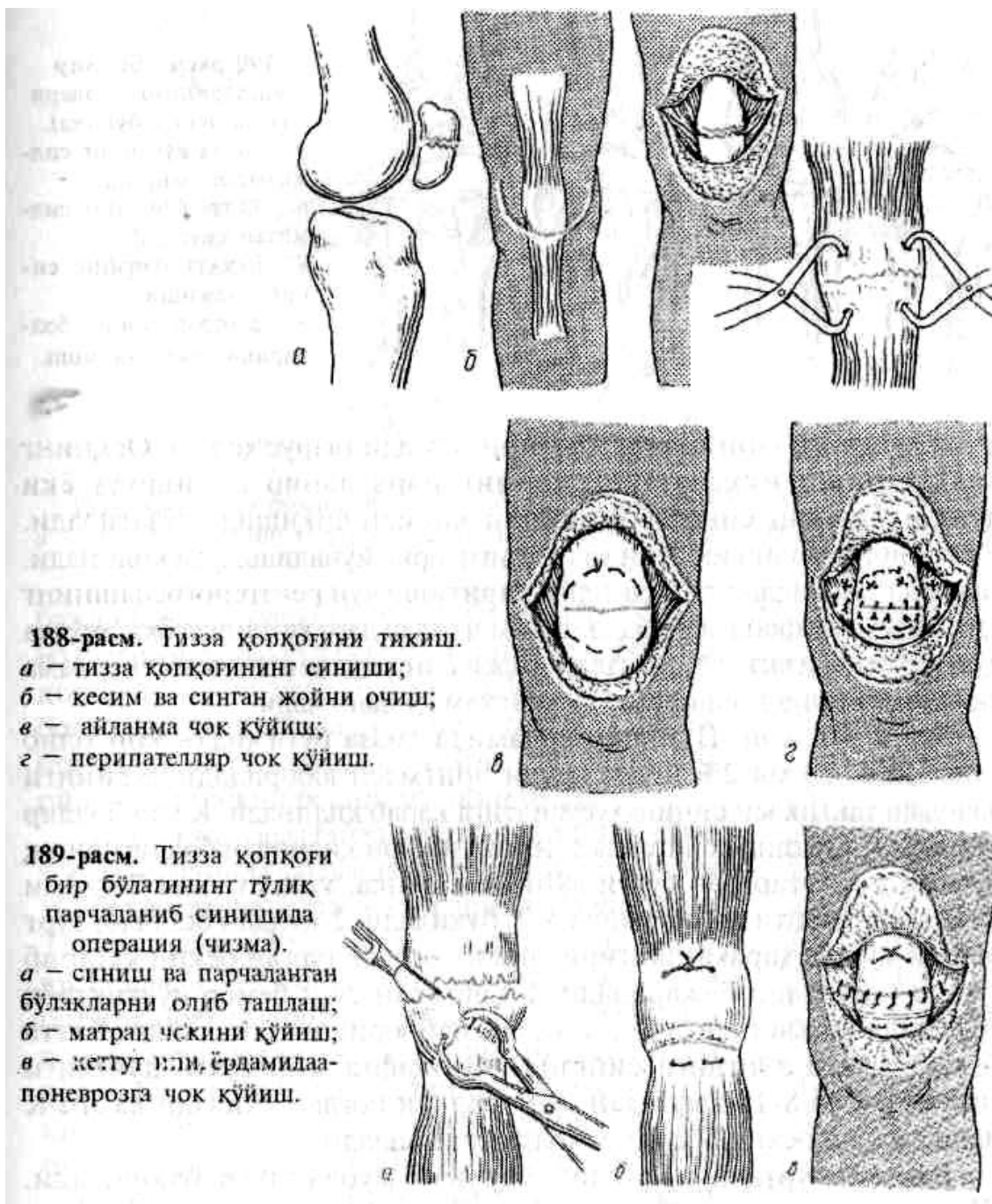
СОН ВА КАТТА БОЛДИР СУЯКЛАРИ ДЎНГЛИКЛАРИНИНГ БЎҒИМ ИЧИДАН СИНИМИ

Тизза бўғ-имининг бўғим ичидаи оғир шикастига сон ва катта болдир суяги дўнгининг синиши киради.

Дўнглларнинг синиш механизмини учга бўлиб ўрганиш мумкин:

1)ўтмас жисм билан тизза бўғимининг ён юзасига жарохат етказиш;
2) буқилган тизза бўғимига йиқилиш; 3) юқоридан тўғри турган оёққа йиқилиш. Кўпинча шикастланишнинг кўшилиб келадиган турлари кузатилади.

Дўнгликлар синиши силжиган ёки силжимаган бўлиши мумкин. Амалиётда Новаченко таснифи қўлланилади:



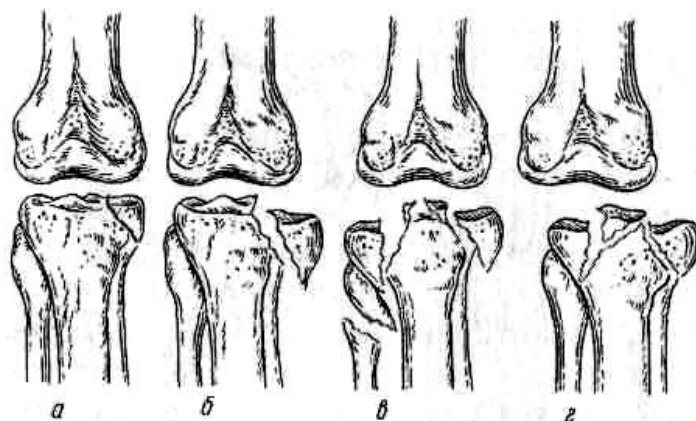
1. Катта болдир суяги дўнглигининг бўғим юзаси мутаносиблиги бузилмаган л;олатда синиши (190-расм, *a*).

2. Битта дўнгликнинг синиб силжиши (190-расм, *б*).

3. Иккала дўнгликнинг (Т- ва У-симон) синиб силжиши (190-расм, *в*).

4. Иккала ёки битта дўнгликнинг синиб, болдирнинг чала чиқиши (190-расм, *г*).

Т а ш х и с. Сон ва катта болдир суяги дўнглигининг шикастланиш клиник симптомлари асосан оғриқ, бўлиб, у маҳаллий тусда кечади. Ташкм дўнглик синганида тизза ташқарига огади (вальгус ҳолат),



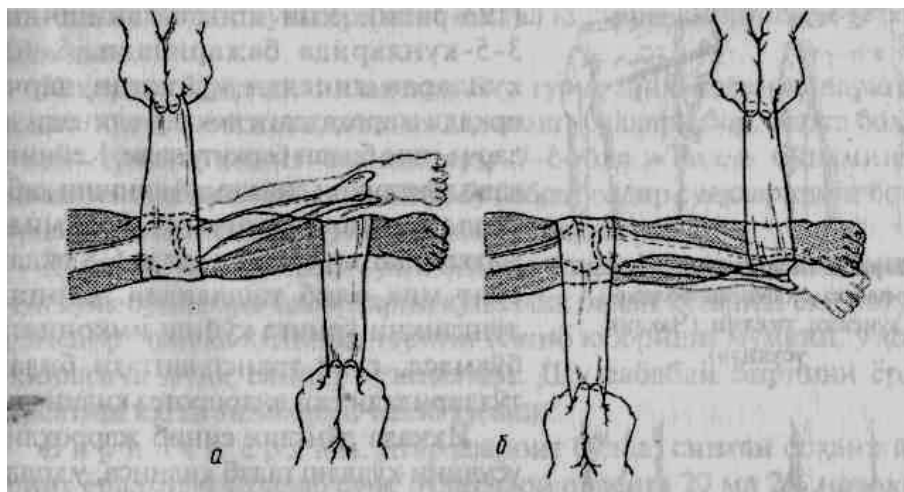
190-расм. Болдир дўнглирининг турлари (Новаченко бўйича).
a – битта дўнгнинг сил- жимаган сениши;
б – битта дўнгнинг сил- жиган сениши;
в – иккала дўнгнинг си- ниб силжиши;
г – дўнглир сениб, бол- дирнинг чала чиқиши.

ички дўнглиги синганда эса ичкарига огади (варус холат). Оёқнинг калталаниши иккала дўнгликнинг парчаланиб сенишида ёки дўнгликларнинг сениб болдирнинг қисман чиқишида кузатилади. Рентгенография™ икки ён ва олдинги-орқа йўналишларда қилинади. Баъзида ташхислашга ойдинлик киритиш учун рентгенографиянинг кия холатидан фойдаланилади. Бўғим ичидан дарз кетганида ёки иккала дўнглик ўртасидагидўмбокчалар сохаси синганда рентгеностереограмма ёки томография текшириш усулари ҳам қўлланилади.

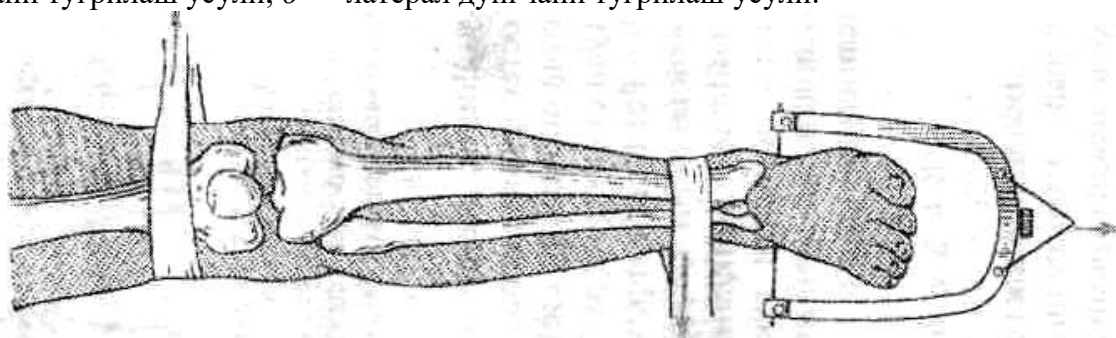
Д а в о л а ш. Пункция ёрдамида тизза бўғимидан кон олиб ташланиб, 20 мл 2% новокаинли эритмаси юборилади. Кейинги даволаш тактикаси сениш хусусиятига караб қилинади. Катта болдир суягининг дўнглиги синганда соннинг юқори қисмидан болдир-ошик бўғимигача, агар сон суяги дўнглиги синса, коксит гипс боғлами қўйилади. Оёқ тизза бўғимида 5-7° букилади. 2-кундан бошлаб, тўрт бошли мушак харакатлантирилади ва гипсда турган оёқни кўтариб туриш машклари бажарилади. 1 хафтадан сўнг бемор қўлтиктаёк ёрдамида шикастланган оёгини босмай юришни бошлайди. Катта болдир суяги дўнглиги синганда 4-8 х;афта, сон суяги дўнглиги синганда эса 8-10 хафтадан сўнг гипсли боғлам ечилади ва ЛФК машкларини оёқни босмаган \олда бажарилади.

Беморга ўртача иссиқлик берувчи муолажалар буюрилади. Шикастланган оёгини босишга 2-3 ойдан сўнг рухсат берилади, акс холда суяк бўлаги чўкиб қолиши, бўғим юзалари мутаносиблиги бузилиб, тизза бўғимининг деформацияловчи артрозига олиб келиши мумкин.

Битта дўнглик синганда консерватив ёки операция йўли билан даволаш мумкин. Даволашнинг асосий вазифаси сон суяги дўнглиги синганда юқорига ёки катта болдир суягининг дўнглиги синганда пастга суриб, бўғим усти текислигини сақлаб, ушлаб туришга қаратилган бўлади. Синган парчани тўғри жойига қўйиш учун оғриксизлантирилгандан сўнг ташки дўнглик синганда болдирни ичкарига, ички дўнглик синганда болдирни ташқарига суриш лозим. Бу муолажаларни техник жихатдан 191-расмда кўрсатилгандай



191-расм. Катта болдир дўнглариинг синиб силжишини ўрнига гушириш. *a* — медиал дўнгчани тўғрилаш усули; *b* — латерал дўнгчани тугрилаш усули.



192-расм. Дўнглик синишини скелетдан тортиш усули билан даволаш.

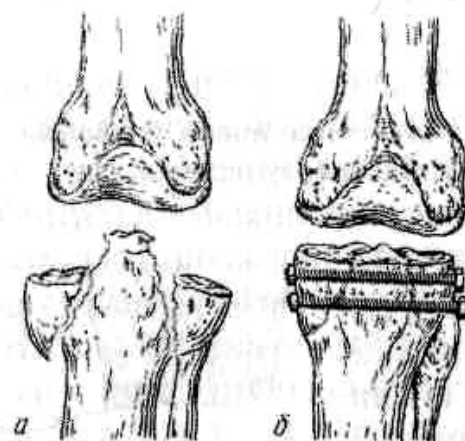
бажарилади. 2-кундан бошлаб, бемор тўрт бошли мушагини ҳаракатлантира бошлайди («тизза қопқоғини ўйнатади»), 4 ҳафтадан сўнг оёғига босмай қўлтиктаёқда туриши мумкин. Гипсли боғламни 8-10 ҳафтадан кейин ечилади. 2-3 ойдан сўнг оёқни босиш мумкин бўлади.

Айрим ҳолларда битта дўнглик синиши скелет тортма ёрдамида даволанади. Бунда тизза бўғими 10° буқилган ҳолатда оёқни шинага кўйилади. Товон суюғидан ўтказилган темир кегайга 4-5 кг юк осилади. 1-2 кундан сўнг ён фланелли лента боғлам орқали тортма амалга оширилади. Ён томонга фланелли тасмаларнинг биттаси тизза бўғимига, иккинчиси болдирнинг пастки $1/3$ қисмига кўйилади. Агар ички дўнглик синган бўлса — ташқарига, ташки дўнглик синган бўлса — тасма ичкарига тортилади ва 3 кг юк осилади. Бу юк синган дўнгликни жойида ушлаб туриш учун кифоя қилади (192-расм). Агар дўнгликлар тўғри турган бўлса, 4-5 ҳафтадан сўнг гипсли боғлам кўйилади. Кейинги даволаш ўрнидан силжимаган дўнглик синиши каби ўтказилади.

Дўнгликни операция усулда даволаш консерватив усул ёрдам бермаганда қўлланилади



193-расм. Жарроҳлик усулида пастга силжиган болдир дўнгини тиклаш (Чаклин усулида).



194-расм. Иккала дўнглик синганда остеосинтез.

а – операциядан олдин;
б – операциядан кейин.

(193-расм). Уни шикастланишнинг 3-5-кунларида бажарилади. 8-10-кунларда гипсдан кўйилган дарча орқали жароҳатдаги чоклар олинади ва дарча гипс билан беркитилади. Кейинги даво дўнгликни силжимай синиши каби бўлади. Агар пўлат мих ёрдамида мах.камланган бўлса, уходда 6-8 ойдан сўнг мих олиб ташланади. Синган дўнгликни ўрнига кўйиш имконияти бўлмаса, суяк трансплантата билан тўлдирилади ёки эндопротез қилинади.

Иккала дўнглик синиб жарроҳлик усулини кўллаш талаб қилинса, ухрдда иккита дўнглик соҳаси бўйича лахтак (Текстор типи) кесими қилинади. Тўғриланган дўнгликларни 1-2 та пўлат мих ёрдамида махкамланади. Катта болдир суяги дўнглигини даволашда шуни эсда сақлаш керакки, бу турдаги синишлар диафизар синишларга кура секин битади ва оёқ эрта босилса, ўридан силжиб кетади. Шунингучун оёқни босишга 3,5-4 ойдан сўнг рухсат берилади.

Бўғимдаги |оли жисмлар («бўғим ичи сичкрни»). «Бўғим ичи сичкони» пайдо бўлишига гемартрозда фибриннинг

калинлашиши, мениск бир қисмининг узилиши, Кениг касаллиги, тизза қоққоғидан ва дўнгликлардан остеоартрит хисобига

парчанинг узилиши, бўғим хондроматози сабаб бўлади. Асосий симптомлари: бўғимлардага тез-тез бўлиб турадиган **тўсиклар**, окрик ва бўғим бўшлигида суюклик йиғилиши.

Рентгенография қилиш шарт, чунки «бўғим ичи сичкрни» каерда жойлашгани хасида кўпроқ маълумот беради. Бўғимдаги жисмни пайпаслаб аниқланганда кичкина инъекцион игна ёрдамида тери ва тери остидаги тўқималар орқали жисмни санчиб, сўнгра олиб гашланади. Бунинг учун кичкина кесим ёки артроскопдан фойда-ланилади.

8 - б о б. БОЛДИР ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Болдир шикастланишлари орасида катта болдир суяги проксимал қисмидан бўғим ичидан синишларини, иккала болдир суягининг ало-Хида диафиз қисмидан синиши, иккала болдир суягининг диафизидан

синиши ва болдир суякларининг дистал қисмида синишлари тафовут қилинади.

Юқорида кайд қилинган хар бир гуруҳ. шикастланишларининг ўзига хос диагностика қилиш ва даволаш усуллари бор. Катта болдир суяги дўнглариининг синишлари 7-бобда «Тизза бўғимининг шикастланишлари» баён қилинган бу бобда болдир суякларининг бошқа турдаги шикастланишларига тўхталиб ўтамыз.

Кўпинча, катта болдир суяги бевосита тери остида жойлашганлиги учун суяк бўлаклари беморларни кўполлик билан кўтариш ёки нотўғри транспортировка қилишда терини тешиб юбориши мумкин, у холда иккиламчи очик синиш кузатилади. Шу сабабли биринчи ёрдам кўрсатиш катта эътиборни талаб килади.

Биринчи ёрдам. Агар шароит бўлса, синган сохани йод, спирт ёрдамида тозалаб суяк бўлаклари орасига 20 мл 2% новокаин эритмаси юборилиб оғриқсизлантирилади. Оёқ панжаларидан то соннинг юқори учдан биригача шина билан тахтакачланади, агар синиш болдир бўғимида бўлса, тизза бўғимигача кўйилади. Транспорт шинаси кўл остимизда бўлмаса, бошқа ўрнини босувчи мосламалардан фойдаланиш мумкин.

Беморларни транспортировка қилиш оёқда шина кўйилгандан кейингина ётган ҳрда бажарилиши лозим.

КИЧИК БОЛДИР СУЯГИНИНГ АЛОХИДА ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Кичик болдир суягининг шикастланишлари орасида куйидагилар тафовут қилинади: 1) кичик болдир суяги бошчасининг чиқиши; 2) кичик болдир суяги диафизидан синиши; 3) кичик болдир суягини болдир-ошик бўғими соҳасидан синиши.

КИЧИК БОЛДИР СУЯГИ БОШЧАСИНИНГ ЧИҚИШИ

Бу шикастланиш проксимал суяклараро бўғини ажраб кетишида кузатилади, бевосита ва билвосита таъсирот натижасида пайдо бўлади. Бунда кичик болдир нерви ҳам шикастланиши мумкин, чунки кичик болдир суяги бўйнидан айланиб ўтади.

Т а ш х и с. Проксимал болдир суяклари бўғини соҳасида деформация аниқланади. Кичик болдир суягининг боши олдинга ёки орқага сурилиши, пайпаслашда осонлик билан жойига тушиши ва чиқиши кузатилади. Кичик болдир суягининг бошчасини босилганда ёки болдир суяклари яқинлаштирилганда чиккҳанжойда оғриқ зўраяди. Рентгенография диагноз кўйишга аниқлик киритади. Кичик болдир нерви ҳам биргаликда шикастланган бўлса, беморнинг оёги пастга -кафт томонгаосилиб туриши аниқланади.

Д а в о л а ш. Кичик болдир суягининг бошчасини жойига тушириб, ушлаб туриш кийишши туфайли консерватив даволаш мақсадга мувофиқ, эмас. Шунинг учун жаррохлик усули қўлланилади. Бошчани катта болдир суяги дўнгига лавсан ёки крзика ёрдамида қотирилади. Операциядан сўнг 4 х.афтага бармоқ,учидан то соннингўрта қисмигача гипс боғлами кўйилади. 2-х.афтадан бошлаб, гипсда оёгига босиб юришга рухсат берилади. Гипс олингандан кейин физиотерапия ва бўғимларда хдракатни тиклаш тавсия қилинади.

Кичик болдир нерви эса шикастланиш х,арактерига караб даволанади.

КИЧИК БОЛДИР СУЯГИ ДИАФИЗИНИНГ ЧЕКЛАНГАН СИНИШИ

Шикастланишнинг асосий сабаби бевосита болдирнинг ташқари юзасидан урилишидир.

Т а ш х и с. Кичик болдир суягининг диафизининг синганлигини аниқлаш куйидаги сабабларга асосан анча қийин. Кичик болдир суяги таянч вазифасини ўтамайди, юқорида ва пастда катта болдир суягига қаттиқжиқсланган, шунинг учун синиб силжиб кетмайди, болдирнинг таянчига путур етмайди. Кўпинча, беморлар синган жойда оғриқ, сезсалар-да юраверадилар, нихрят, кичик болдир суягининг хамма томонидан мушаклар билан ўралганлитини ҳисобга олсак деформация х,ам билинмайди. Синиқ. бўлакларини ушлаш ва уларнинг .харакатини аниқлаш имконияти йўқ, бўлади. Доимий белгиларидан синган жойда оғриқ. ва ушлаб кўрилганда маҳаллий оғриқ. сезилади. Баъзан кичик болдир суяги синишини болдирни лат ейишидан ажратиб олиш учун куйидаги синамадан фойдаланилади. Сип'анлигага гумон қилинаётган жойдан нарироқдан бир қўл билан ушлаб туриб, ташки томондан бошқа Қўлимиз билан босганимизда босиб турилган жойда оғриқ. бўлмай, синган жойда оғриқ. кузатилади. Болдирни икки томонлама рентген тасвирига тушириб, ташхис тасдиқланади.

Д а в о л а ш. Кичик болдир суягининг алохдца синишларини даволаш энгил ўтади, ҳатто амбулатор шароитда даволаса х,ам бўлади. Беморга 3-4 хдфтага соннинг ўртасигача гипс лонгетаси кўйилса кифоя. 10 кундан сўнг қўлтиктаёк билан юра бошлаш мумкин, 5-6 хдфтада мехдат кобилияти тикланади.

Кичик болдир суягининг бўйнидан синиши, кичик болдир нерви шикастланиши ёки тизза бўғимининг бойламлари узилиши кузатилиши мумкин. Бундай холларда даволаш шикастланиш хдрактерига караб белгиланади.

Кичик болдир суягининг болдир-ошиқ бўғими сох,асидаги шикастланишларига «Тўпикларнинг синиши» бўлимида тўхталамиз (9-бобга каралсин).

КАТТА БОЛДИР СУЯГИ ДИАФИЗИНИНГ ЧЕКЛАНГАН СИНИШИ

Катта болдир суягининг шикастланишлари кичик болдир суяганинг шикастланишларидан фарқли ўларок куп учрайди ва болдир фаолиятинингбузилишига олиб келади. Сিনিш бевосита ва билвосита куч таъсирида рўй беради. Кичик болдир суяги «тахтакачлик» вазифасини бажарганлиги учун синdezmozнинг сақланиб қолганлиги сабабли суяк бўлакларининг узунасига силжиши кузатилмайди. Ёнига ва бурчак хосил қилиб силжиши кузатилади. Сўнгги холатда бурчак ичкарига, олдинга ёки орқага очилган бўлиши мумкин. Кийшик ва бурамасимон сিনিшларда энига силжиганда мушак интерпозицияси кузатилиши мумкин.

Ташхис. Катта болдир суягининг тери остида яқин турганлиги учун унинг сিনিшларини ташхислаш қийинчилик тугдирмайди. Баъзан болдирнинг кийшайиши ва деформацияси кўзга ташланади. Катта болдир суягининг қирраси бўйлаб пайпаслаганда синган жойда погонасимон деформация аниқланади: шу жойда оғриқ.хам сезилади. Суяк бўлакларини харакати ноаниқ. ифодаланади. Оёқ таянчи бузилади. Синиб силжимаган бўлса, катта болдир суяганинг алохида синишини аниқлаш бир оз қийинлашади. Синган жойда гематома бўлиши, пайпаслаганда махдллий оғриқ. кузатилиши, оёқнинг таянчлик вазифаси бузилганлиги рентген текшириш ўтказишдан аввал унинг синганлигини аниқлашга ёрдам бериш мумкин. Болдирнинг икки проекциядаги рентгенографияси сিনিшнинг характери, бўлакларни борлиги ва силжиш турини кўрсатади.

Д а в о л а ш. Катта болдир суяги алохида синиб силжимаган бўлса, оёқ панжаларининг учидан то соннинг ўртасигача 2 ой муддатга гипс боғлам кўйилади. Агар сিনিш туфайли болдирда шиш кузатилса, аввало, гипсли лонгета кўйилиб, сўнфа шиш кайтгандан сўнглонгетали айланма гипс боғламига айлантрилади.

Синиб силжиган бўлса, бир момент (лакза)ли репозиция қилиниб, гипс боғлами билан ушлаб турилади. Оғриқсизлантририш учун махаллий анестезия кифоя килади. Синган жойга 1% новокаиндан 40-50 мл юборилади. Репозицияни рентген тасвирига караб бажарилади. Суяк бўлаклари орасидаги бурчак орқага очилган бўлса, репозиция оёқ ёзилган холда, колган холларда тизза бўғмида букиб туриб қилинади. Ёрдамчилардан бири оёқни кафт соҳасида ушлаб, болдир ўки бўйлаб тортади, яна бири сонидан ёки танасидан карама-карши томонга тортади. Жаррох. суяк бўлакларига қўллари билан босиб, силжишларни бартараф қилади. Оёқ панжаларининг учидан то соннинг ўртасигача (болдир суягининг пастки қисми ёки ўрта қисми синганда) ёки думба бурмасигача (юқори учдан бир қисмидан синганида) гипс лонгетаси кўйилади. 10-14 кундан сўнг (шишлар кайтгандан кейин) лонгетали гипс боғлами айланма гипсли боғламга айлантрилади. Умумий иммобилизация

муддага 3-4 ой. Катта болдир суяшнинг учдан бир юқори ва ўрта қисмига Караганда пастки қисмидан синганда у кўпроқ муддатга кўйилади.

Синиқ, чизига кийшик бўлганда бўлакларни жойига тушириш ва уни гипс боғламида ушлаб туриш қийинлиги интерпозициядан дарак беради. Бундам доллар кагга болдир суяганинг остеосинтезига кўрсатма бўлиб х*1собланади. Агар суяк бўлакларининг яхши гуришига кичик болдир суяги халақдт берса, катта болдир суяги синиқининг юқорирогидан ёки пастрогидан кўшимча кесиб, кичик болдир суяги синдирилади ва мақсадга эришилади.

ИККАЛА БОЛДИР СУЯГИНИНГ ДИАФИЗИДАН СИНИШИ

Болдирнинг иккала суягининг диафиз қисмидан синиши алохида синишлардан куп учрайди. Синиш сабаблари бевосита ва билвосита бўлади. Тўғридан-тўқри куч таъсир қилганда куч силжиш йўналишида бўлиб, кўндаланг синишга олиб келади. Шу йўсиндаги куч кўпроқ таъсир кўрсаганда майдаланиб синиш келиб чиқади. Масалан, бампер синиши деб ағалмиш синиш — автомобил бамперининг болдирга таъсири натижасида рўй беради. Синишнинг билвосита жараёни болдирнинг буралишида ва буқилишида учрайди. Таъсир қилган куч буқишга олиб келганда суяк синиб, икки томонга кийшаяди ва учбурчак шаклида суяк бўлаги ҳосил бўлади. Буралиш натижасида бурама синиш ҳосил бўлади. Бундай синишлар кэрама-карши томонларда жойлашади. Шундай килиб, бурама синиш катта болдир суягининг пастки учдан бирида жойлашса, кичик болдир суягининг синиши эса юқори қисмида жойлашади ва аксинча. Юқоридаги х,олатларни ҳисобга олиб, беморни гека!Ирганда болдирни тўлалигича рентген тасвирига олиш эсдан чикмаслиги керак

Сон ва елка суягш'инг синиб силжишларида мушакчарнинг ҳисқариши асосий сабаб бўлса, болдир суялшинг синиб *силжшиларндь* у таъсир қилган куч йўналишига боғлиқдир. Синишнинг узунасига силжиши одатда катта бўлмайди.

Т а ш х и с. Бу гурух. синиқ;гарнинг клиник белгилари аниқ, ва барча диафизар синишларга хос белгилардан иборат. Кўздан кечирилганда теридаги ўзгариш ва деформация аниқҳланади. Болдирнинг дистал қисми оёқнинг оғирлиги х,исобига ташқарига буралган бўлади. Айримларда шунчалик билинадик, оёқнинг ташки томони полга тегаб туради.

Оёқ,нинг ташқарига буралганлиги сон суяги синишидаги гашқарига буралишдан фарқи шундаки, фақат болдир соҳасида кузатилиб, х,атго тизза бўғими соҳ,асига ҳам тарқалмайди. Синган соҳани кўрганимизда болдир ўқининг ёнга ёки оддинга-орқа юзага деформашья бўлганини аниқлаш мумкин.

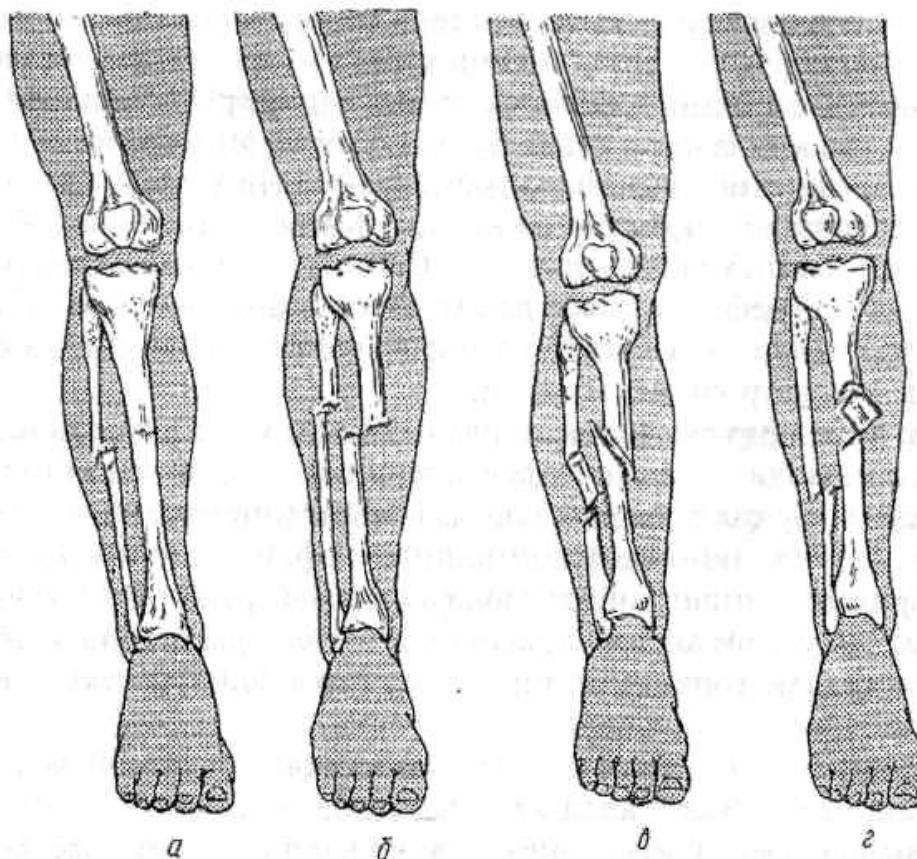
Капа болдир суяги бевосита тери остида жойлашгани учун суяк бўлаклари кўриниб турганлигини кўриш мумкин (кўпрок марказий бўлагини). Тери унинг устида таранглашади ва окаради. Бир неча соатдан сўнг синган жойда шиш пайдо бўлади, кўпрок эпидермик пуфакчалар ҳосил бўлади. Синган жойда оғриқ, зўраймаслиги учун пайпаслашни авайлаб битга бармоқ билан бажарилади. Катга болдир суягининг юқори қиррасидан пастга караб бошланади. Синиш сол;асида суяк қиррасининг погонасимон деформацияси ва ёнга силжигани топилади. Шу со>ада оғриқ ва бўлаklar ҳ,аракати кузатилади. Пайпаслаганда синиш ҳаракати \акида тасаввур қилиш мумкин.

Катта болдир суяги синишида нисбатан яққолроқ умбиликация белгаси учрайди — синиш соҳасида терининг гирдобсимон тортилиши кузатилади. Бу ҳолат юмшоқтўқималарнинг интерпозициясига боғлиқ. бўлиб, терига яқин жойлашганлиги туфайлидир ва куйидагича текширилади: синиш жойидан юқорирокдан бўртиб турган суяк бўлаги босилади. Суяк бўлаклари силжиганлиги учун орасига кисилиб қолган юмшоқтўқима тортилади, терида эса гирдобсимон чуқурлик ҳосил бўлади.

Кичик болдир суяги синганини аниқлашда шуни эсда тутиш керакки, буралиб синганда у катта болдир суягининг карама-карши томонидан синади. Суяк кдоирлашини текшириш шарт эмас. Болдирни ўки бўйича куч билан босилса, товондан уриб кўрилса ва синиш бўлакларига босим берилса, синган жойда оғриқ зўрайиши кузатилади. Олдиндан ёки ёндан қилинган икки рентген тасвири олинади.

Д а в о л а ш. Кичик болдир суяги диафизини таянч вазифасини бажармаслигини ҳисобга олиб, иккала болдир суякларининг синишини даволашда эътиборни катта болдир суягини тўғрилашга ва битиши учун шароит яратишга қаратилади. Иккала болдир суягининг диафизидан синишини у ёки бу усул билан даволашга кўрсагмани аниқлаш, катта болдир суягини жойига қўйиш ва ушлаб туришига шунга караб куйидаги гуруҳар тафовут қилинади (195-расм): 1) катта болдир суяги бўлакларининг жилмаган синишлари; 2) репозиция қилиниб, осон ушлаб турилиши мумкин бўлган синишлар (масалан, катта болдир суягининг кўндаланг синиши); 3) жойига туширилиб, аммо кўпинча тортиш усулларисиз ушлаб туриш мумкин бўлмаган синишлар (одатда, бу синиш чизиги винтсимон синишлар); 4) жойига тушириб бўлмайдиган синишлар (бу одатда, суяк ёки юмшоқ тўқималар интерпозицияси бўлган синишлар).

Синиб жойидан силжимаган бўлса ёки жойига туширилиб ушлаб туриш имконияти бўлса, бундай синишларга гипс боклами кўйилиб даволанади. Одатда, болдир суяклари синганда гипс боғлами оёқ панжаларидан бошланади, тепа қисми синиш жойлашишига караб кўйилади. Синиш болдирнинг ўрта ва пастки учдан бирида бўлса, сон ўртасигача, юқори қисмидан синса, думба бурмасигача кўйилади. Агар



195-расм. Болдир суяклари диафизининг синиш вариантлари.

а — катта болдир суягининг силжимаган синиши (даволаш гипс боғлами билан);
б — енгил, ўрнига тушириб, силжимаган ҳолда ушлаб қолинадиган синиш (гипс боғлами билан);
в — репозиция қилса бўладиган, ammo шу ҳолатда ушлаб қолиб бўлмайдиган қийшиқ ёки бурама катта болдир суягининг синиши (скелетдан тортиш йўли билан даволанади);
г — кўпинча интерпозиция оқибатида ўрнига тушириб бўлмайдиган синиш (жарроҳлик усулида даволанади).

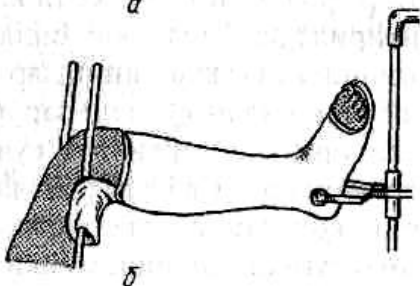
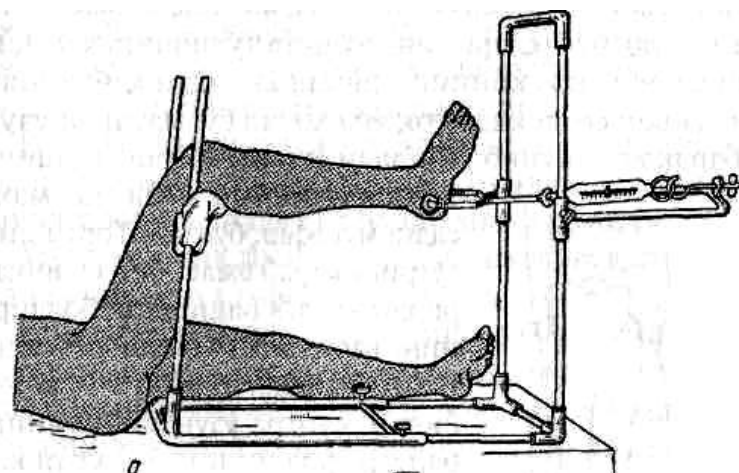
шиш кузатилса, лонгетали гипс боғлами кўйилиб, шишлар кайтгандан сўнглонгетали гипс боғлами айланма гипс боғламига алмаштирилади. Шиш унчалик катта бўлмаса, бир варакайига айланма гипс боғлами кўйилади.

Катта болдир суяги синиб, чизиги кўндаланг ёки шунга яқин бўлса, репозиция кдгсиниб, гипсли боғламга кўйилади. Қийинрок репозиция кд/шнадиган синишларни наркоз остида бажарилади, ёрдамчилардан бири оёқдан ушлаб, болдир йўналиши бўйича тортади, бошқаси карама-карши томонга сонидан ёки танасидан тортади. Тортиш узунасига силжиш бартираф қилинмагунча давом эттирилади. Сўнгра жаррох бўртиб турган суяк бўлагини босиб ёнига силжишини йўқртади. Гипс боғлами соннингўрта қисмигача ёки думба бурмасигача кўйилади.

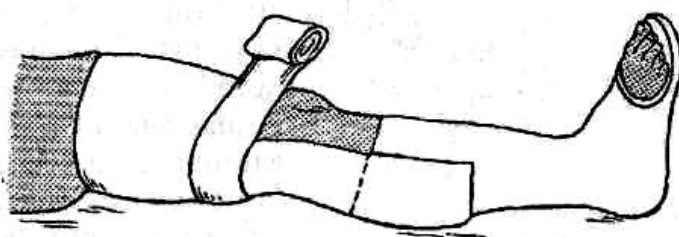
Репозицияни аппаратлар ёрдамида бажариш анча кулайлик тугдиради. Бунинг учун товон суягидан кегай ўтказилиб, скелет тортма

учун қўлланиладиган скобадан фойдаланилади (196-рasm, *a*). Тортиш учун ёйни аппаратни буралиб тортадиган мосламасига маркам боғлаб тортилади. Узунасига силжиш йўқрилгандан кейин кўндалангига силжишни бўртиб турган синик, бўлагига босиб тўғриланади. Рентген текшириш натижасига кдоаб гипс боғлами тизза бўғимигача кўйилади (196-рasm, *b*). Оёқ, аппаратдан туширилади, товон суягидан ўтказилган кегай олиб ташланади ва гипс боғламнинг соннинг ўрта к;исмидан думба бурамасигача давом эттирилади (197-рasm).

Оёқда босиб юриш мудцати синиш чизишнинг характериға боғлиқ,. Агар синиш чизиг-и кўндаланг бўлса, гипс боғлами кўйиб, шишлар кҳайтгандан сўнг юришни бошласа бўлаверади. долган холларда босиб юришға кечрок тавсия қилинади. Синикларнинг битиш мудцати уларнинг характери ва жойлашишиға караб кечади. Катта болдир суягининг пастки учдан бирининг синишлари ўрта ва юқори



196-рasm. Чўзувчи (тракцион) аппаратда болдир суяклари синишини бирзумда ўрниға тушириш. Изоҳи матнда.

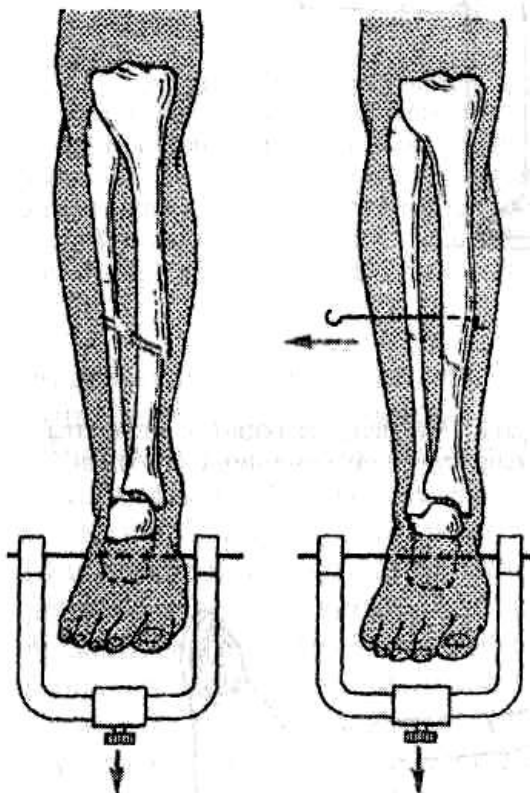


197-рasm. Тортувчи аппаратда катта болдир суяги синишини репозиция қилиш ва узайтирилган гипс боғламни кўйиш.

(дисмининг синишларидан секин битади. Кийшик ва кўп бўлакли синишлар жойидан еилжимаган бўлса, кўндаланг синишлардан тезроқ битади. Ўртача иммобилизация муддати 3-4 ой давом этади.

Скелет тортма билан бекарор синишлар даволанади. Бу гуруҳга бурама, кийшик ва майдаланиб силжиган синишлар киради. Юмшоқ тўқималар жароҳатланган, тери касалликлари мавжуд холларда гипс боғлами қўйиш ва жаррохлик усуларини қўллашга имкон йўқ. холларда ҳам скелет тортмадан фойдаланилади. Синганжойга 2%-20 мл, кегай ўтказиш учун 0,5% новокаин эритмаси билан оғриқризлантирилиб, товон суяги ёки тўпиклар усти соҳасидан кегай ўтказилиб, скелет гортмага олинади.

Оёқ Белер шинасига куйилиб, тизза бўғими шинани буқилган қисмга тўррилаш керак Шинани болдир турадиган сол;асидаги материал тарангтортилмаслиги, **очилган** бўлиб болдир учбошли мушагининг шаклини кайтаридги керак Модомики, ушбу вазият сақланмас экан, мушаклар эзилади ва суяк бўлақларининг жойига тушишига халакит беради. Бундан ташқ;зри, веноз қоннингдистал қисмдан кайтишига тўск;инлик кдлади. Товон соҳасида ётоқяра ҳосил бўлмаслиги учун пахта-докали чамбарак ясаб кўйиб турилади ёки кегай учидан шина



198-расм. Найзасимон сих ёрдамида ёнига силжиган қатта болдир суяги бўлагини қўшимча тортиш билан бартараф қилиш.

тепасига тортиб кўйилса, мак-садга мувофиқ бўлади. Тортишни тўғрита караб эмас, бир оз ичка-ридан амалга оширилса, болдир-нинг варуслигига монанд бўлади. Бошланишида тортиш 7-10 кг юк билан, сўнгра узунасига синиш бартараф қилинганч 5-7 кг га ка-майтирилади. Катта юк билан тортишни кўндаланг синишларда эҳтиётлик билан қўллаш зарур, чунки ортикча тортилганч суяк бўлақлари орасита ёт тўқималар кириб қолиши ва операцияга зарурат туғилиб қолиши мумкин. Дистал бўлақнинг ротацион силжишини бартараб қилиш мақсадида панжа билан муолажа қилиб тиззага тўқриланади. Бўлақларнинг ёнга силжиганини кўпинча ёнга тортувчи мосла-малар ёки найзасимон сих билан бартараф қилинади (198-расм). Тортиш кучи бир меъёрда фао-лият кўрсатиши учун

пружиналардан фойдаланилади: буни Митюнин-Ключевский демфер скелет тортмаси дейилади. Катта болдир суягининг ёнга силжишини бартараф қилиш учун найзасимон кегай юборилди ва ундан тортилади (199-расм). 3-6 хафта скелет тортмада даволаб, сўнфа сон ўртасигача ёки думба бурмасигача айланма гипс боғлами кўйилади. Бемор кўлтиктаёк билан юришгача веналарни машккилади. 3-4 хафта скелет тортмада даволаб, сўнгра сон ўртасигача ёки думба бурмасигача айланма гипс боклами кўйилади.

Бемор култиктаёклар билан юришгача веналарни бадантарбия («венос гимнастика») килади. Бемор маълум муддатда оёгини вертикал холатда ушлаб туриб, сўнгра горизонтал холатга — ўрнига қайтаради. Иммобилизация муддати 3-4 ой.

Жойига тушмайдиган ёпиқ диафиз синишлари жаррохлик усули билан даволанади. Жойига тушира олмасликнинг асосий сабабларидан бири суяк бўлаги ёки юмшоқтўқималар интерпозицияси хисобланади, бундан ташқари, жаррохлик усули баъзи сабабларга кўра скелет тортма кўя олмаслик ёки гипс боғламида иккиламчи силжишнинг олдини олиш мумкин бўлмаганда қўлланилади.

Иккала болдир суяклари диафизидан синганда факат катта болдир суяги остеосинтез қилинади. Бундай синишни даволаш учун травматологияда жуда кўп ва х,ар хил фиксатор ва аппаратлар мавжуд.

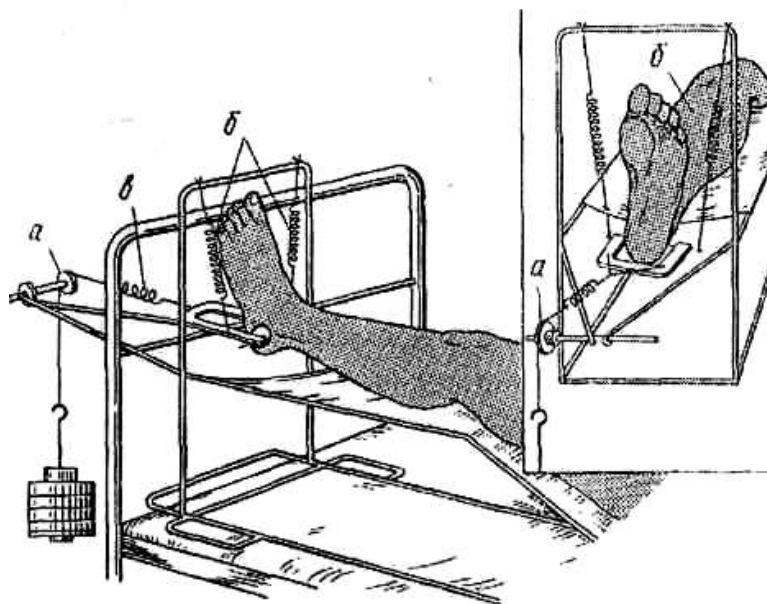
Муста)усамлик ҳосил қилиш даражасига караб барқарор ва репози-цион остеосинтез тафовуг қилинади.

Репозицион остеосинтезга мисол бўлиб суяк илик каналига крзик киритиш >дисобланади. Аммо козик синган жойдаги канал деворига тегиб турмайди. Шу сабабли ён ва ротацион силжиш кузатилиши мумкин. Репозицион остеосинтез қилинганда синиқ, секинлик билан битади, шунинг учун мустахам ташки иммобилизацияни талаб қилади.

Синиш битгач, ҳосил бўлган суяк кадоги гипертро-фияланган бўлади.

199-расм. Болдир суяклари синишида демферли скелет тортма қўллаш.

a — шина гилдиракчасини ичкарига суриш; *b*, *v* — демфер узунасига тортишда оёқ панжаси осилган ҳолда.



Баркарор остеосинтезда суяк бўлаклари мутлақ ҳаракатсиз-лантирилади. Бундай пайтда суяк бирламчи битади, интермедиар қадоқ, ҳосил бўлади ва қисқа вақт талаб қилади. Агар баркарор остеосинтез учун қўлланилган восита маркам ушлаб турса, ташки иммобилизацияга ҳржат қолмайди. Доимо баркарор остеосинтез қилишга ҳаракат қилиш зарур.

Фиксаторлар суякка қотирилса ва юмшоқ тўқималар билан ёпилса «ботирилган» дейилади. Улар суякдан ичига юборилса - интрамедулляр ва ташқарисидан қотирилса - экстрамедулляр дейилади. Мисол: крзик интрамедулляр ҳисобланса, пластина - экстрамедулляр ҳисобланади. Фиксаторлар бир вақтда ҳам шакллантирса, ҳам суяк бўлақларини яқинлаштирса, компресловчи дейилади.

Катта болдир суягининг остеосинтези учун «ботирадиган» интра-ёки экстрамедулляр фиксаторлардан фойдаланилади.

Агар очиқ усул билан остеосинтез қилинадиган бўлса, катта болдир суягининг кирраси ташқарисидан яримойсимон кесилади ва синиқ. бўлаклари очилади.

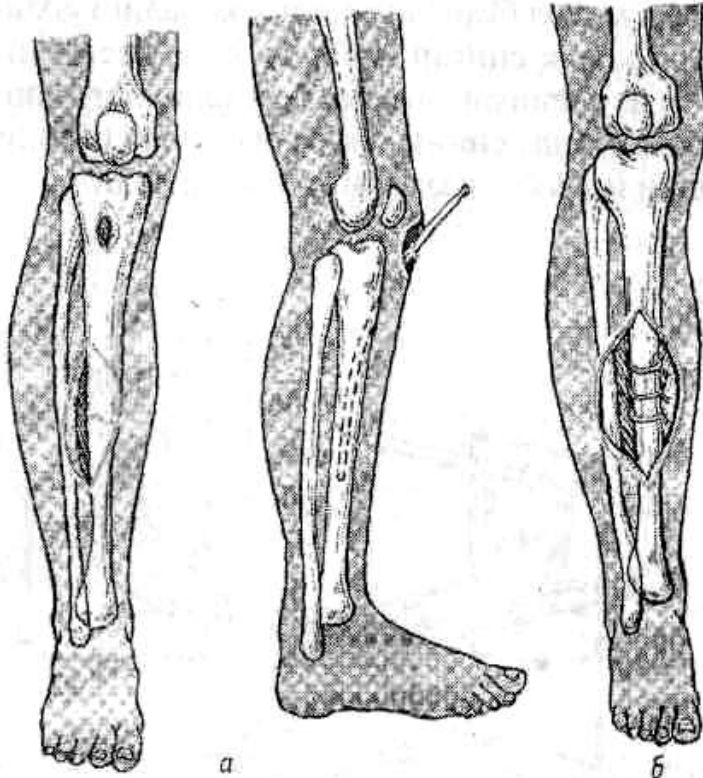
Катта болдир суягининг юқори ва пастки қисмида кўндаланг синиш бўлса, экстрамедулляр остеосинтез компресияловчи пластинка билан қилинади. Кўндаланг синиш катта болдир суягининг ўрта қисмида жойлашган бўлса, крзик билан интрамедулляр остеосинтез

қилиш мақсадга мувофиқ, ҳисобланади. Остеосинтез учун Ц И Т О н и н г

ҚДЛИЧСИМОН КОЗИГИ

қўлланилади. Козик катта болдир суяги ғадир-будурлигининг ичкарирогидан юборилади (200-расм, *a*). Бундай остеосинтез репозишон бўлиб >ам ҳисобланади. Кийшик ва бурама синишларда бурама мих ёки сим-лар ёрдамида остеосинтез қилинади. Доимо 2 та бурама мих ёки 2-3 ўрам сим ишлатилади.

200-расм. Катта болдир суяги диафизи синишида остеосинтез. *a* — қиличсимон металл ўзак ёрдамида; *b* — сим ёрдамида ўраш.



Синган жойдага илик каналининг кўндаланг Хажми козик калинлигига тўғри келган такдир-да мустах.кам остео-синтезга эришилади (201-расм).

Кийшик ва бурама синиш чизиклари кички-на бўлса, катгарок майда-ланиб синса, 6-8 бурама мих ишлатиладиган пластина кўлланилади ёки интрамедулляр козик юбориб, 1-2 жойидан сим билан боғланади.

Кўплаб майдаланиб синса ва теридаги жарохатларни очиқ усул билан остеосинтез қилишга илож бўлмаса (шилинган, суяк билан ёпишган чандикдар ёки йиринг бўлса), компрессион-дистракцион агшаратлар қўлланилади, аппаратларсиз ёпик репозиция қилиш фойдасиз.

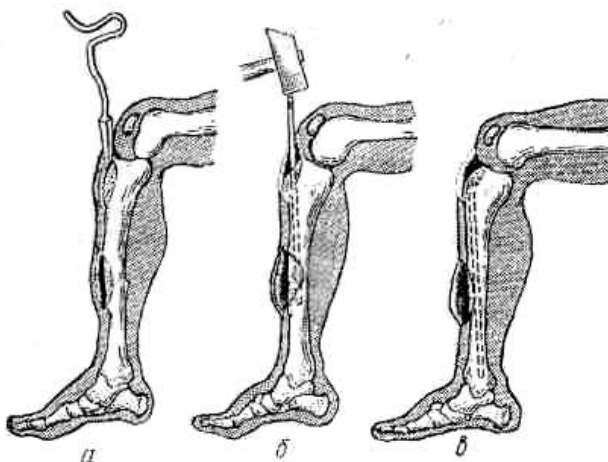
Остеосинтездан сўнг иммобилизация муддати консерватив даволашдаги каби бўлади.

Йўғон штифтлар билан барқарор остеоинтез ва компрессион-дистракцион аппаратлар қўлланилганда одатда ташқи иммобилизация қилинмайди.

9 - б о б. БОЛДИР-ОШИК БЎРИМИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Болдир-ошикбўғимининг шикастлари кўп учрайди; у сирпанчик даврларда «травматик эпидемия» ҳажмигача етиши мумкин. Шикастланиш механизми билвосита бўлиб, ўк бўйича босилганда оёқнинг кайрилиши кузатилади. Камрок бошқача механизмда, шу билан бирга, бевосита травма таъсиридан вужудга келади.

Бирламчи врачгача ва врачлик ёрдамида жарохат бўлса, асептик боғлам кўйилиб, иккита нарвонсимон шина кўйилади: тизза бўғмигача У-симон ва орқа шина. Оғрикризлантириш умумий коида бўйича



201-расм. Қалин штифт ёрдамида катта болдир суягини барқарор стеосинтез қилиш.

а — катта болдир суяги юқори-олдинги қисмида канал тайёрлаш; б, в — тўғри шаклдаги штифтни иликка юбориш.

наркотик моддалар юбориб бажарилади. Йиринглашга йўл кўймай новокаин билан оғриқ.сизлантириш мумкин. Беморни оёғига бостирмасдан транспортировка қилинади.

БОЛДИР-ОШИК БЎҒИМИ БОЙЛАМЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Бойламларнинг шикастлари болдир-ошик бўғимида кўплаб учрайдиган шикастлардан хисобланади. Шикаст, одатда, оёқни ичкарига, яъни уни супинация ва аддукция қайрилишларида кузатилади. Бундай ҳолларда болдир-ошик бўғимининг ташки ён бойлами толалари қисман ёки тўлиқузилиб кетади. Биринчи навбатда, ошик-кичик болдир бойлами зарарланади. Тўлиқузилганда ошиксуяги чиқиб, кичик болдир мушаги қисқаришида жойига тушади.

Т а ш х и с. Болдир-ошик бўғимининг ташки тўпиғи соҳасида оғриқ. сезилади, ҳаракат қилса, оғриқ. зўраяди, айникса, оёқни ичкарига ва супинация қилганда. Бўғимдаги шиш кўпроқ тупик соҳасида бўлади. Пайпаслаганда оғриқ. ташки тўпиқнинг пастки ва унинг олди соҳасида кузатилади. Шу билан биргаликда, ташки тўпиқ.нинг учидан 1-1,5 см юқорисида ва орқасини пайпаслаганда оғриқ. кам сезилади. Шу белгига асосланиб, ташки тўпиқнинг синишидан дифференциал диагностика қилинади, ташки тупик синмаганлиги аниқланади. Оёқнинг пассив ҳаракатида, айникса, супинация пайтида кучли оғриқ.бўлади.

Пассив супинация пайтида ошик суягининг олдинга ва ичкарига силжиши ташки ён бойламларнинг гўлик узилганлигидан далолат беради.

Бу белги гематомага 2% ли новокаин қилиниб текширилса, яна ҳам аниқ.билинади. Бойлам толалари қисман узилса, оёқнинг чиқиши кузатилмайди.

Иккита кўринишда қилинган болдир-ошик бўғимининг рентгенографияси суяк синмаганилигини кўрсатади.

Олдидан панжанинг функционал супинация ҳолатида рентген тасвирида болдир-ошик бўғимида чала чикканлигини билдиради, ошик-кичик болдир бойламини узилганлигидан дарак беради. Ташки ён бойламлар тўлиқ узилганда ошик суяги 40° силжиши кузатилади.

Агар ён бойламларнинг узилганлиги аниқланмаган бўлса ёки даволашда хатога йўл кўйилган бўлса панжанинг одатий чиқиши ривожланади. Беморлар ошикбўғимида бекарорлик сезади, айникса, нотекис юзаларда тез-тез қайрилиб туради. Клиник ва функционал рентген тасвири ошик-кичик болдир бойламининг норасолигини кўрсатади.

Д а в о л а ш. Ошик бўғимининг бойламлари қисман узилса, бўғимга 5-14 кунча саккизеимон боғлам қўйилади ёки эластик бинт тавсия қилинади. Боғлам қўйишдан олдин гематомага 1%-Ю мл новокаин юбориш айна муддао хисобланади.

Ён бойламлар тўлиқ узил ганда оёқпанжаларидан болдирнинг говори 1/3 қисмига лонгетали гипс боғлами кўйилади. Шишлар кайтгандан кейин 8-10 ҳафтагача айланма гипс боғламига айлантирилади, сўнгра 1 йил давомида супинаторли баланд кўнжли пойафзал кийиб юриш тавсия қилинади.

Оёқни одатланиб қолган чиқишида даволаш ён бойламлар янги тупик узилишидаги каби бўлади, лекин реабилитация даври узоқроқ давом этади. Гипс боғлами 11-12 ҳафтага кўйилади.

Оғир дшкастланишларда доимо ортопедик пойафзалда юриш ёки жаррохлик усули билан ошик-кичик болдир бойлами тикланади.

ТЎПИДЛАРНИНГ СИНИШИ

Тўпиқларнинг синиши болдир суяклари синишининг 60% ни ташкил килади. Бевосита шикастланиш камрок учраб, унда битта тўпиқнинг синиши кузатилади ёки бўғим оғир шикастланади. Билвосита шикастланганда тўсатдан ичкарига ёки ташқарига кайрилиб қолиши вертикал босим натижасида юз беради.

Кўпинча, тўпиқларнинг синиши оёқни нг ташқарига кайрилишида юзага келади. Бундай лолларда оёқ пронация, абдукция ва эквинус ҳолатида бўлади {*пронацион синишлар*, 203-расм). Пронацион синишларда панжанинг ташқарига тўлиқ ёки чала чиккашши кузатилши мумкин. Оёқнинг орка қисмининг пронацияси дельтасимон бойламнинг чўзилишига ва ички тўпиқнинг асосидан ёки бойлам бириккан жойидан синишига олиб келади. Ички тўпиқнинг синиш чизиги кўндаланг бўлиб, делтасимон бойламининг узилиши х,ам кузатилади.

Ошиксуягининг силжиш жараёнида кичик болдир суяги кўпинча бўғим ёриги рўпарасидан ёки 5-7 см юқорирогидан, кичик болдир суягининг ингичкарок жойидан синиши мумкин. Кичик болдир суягининг синиш чизиги кийшиқх кўндаланг ва бурама йўналишларда бўлади. Агар таъсир килувчи куч давом этса, болдирлараро бойлам х,ам узилади. Бойламлар тўлиқ узилиб, дистал суяклараро мембранаси >ам ажраб кетса, ошик суяги болдир суякларининг орасига кириб қолади.

Пронацион синишнинг асосий компонентлари: 1) ички тўпиқнинг синиши ёки дельтасимон бойламнинг узилиши; 2) ташки тупик ёки кичик болдир суягининг пастки 1/3 қисмидан синиши; 3) дистал болдирлараро синдесмознинг ажралиши; 4) панжанинг чала ёки тўлиқ чиқиши — «поёнига етган» классик Дюпюитрен синишидир (203-расм, а, б). Юқорида кузатилган шикастлар ҳаммаси кузатилмаса, Дюпюитрен типдаги ёки «поёнига етмаган» пронацион синиш дейилади (203-расм, в, г).

Болдир суяклараро синдесмозининг ажралиб кетиши ва дельтасимон бойламнинг узилиши пронацион синиш вариантларидан ҳисобланади

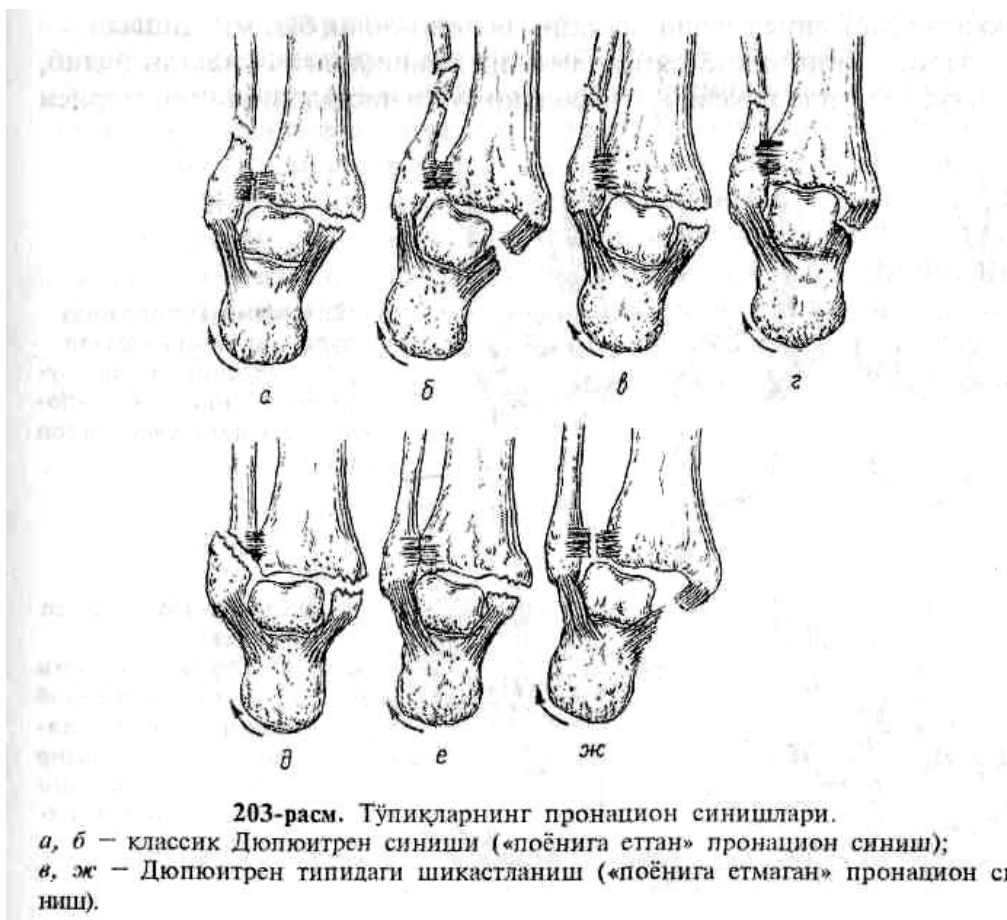
(203-расм, д). Шу синиш механизмида синдесмознинг ажралиши ички тўпиқнинг синиши ёки дельтасимон бойламнинг узилишисиз бўлмаслигини ёдда тутиш зарур.

Оёқ, кафтнинг тўсатдан ичкарига қайрилиши супинацион синиш келиб чиқишига олиб келади — пронацион синиш механизмининг тескари шикастланишидир.

Оёқни орқа қисмининг куч билан супинацияси товон-кичик болдир бойламининг чўзилишига ёки узилишига ва ташки тўпиқнинг синишига олиб келади. Синиш чизиги кўндаланг йўналишда ўтади.

Таъсирот кучлироқ бўлганда, товон суягига босилиш натижасида ички тупик ва катта болдир суягининг кийшик вертикал синиши кузатилади, панжа ичкарига силжийди. Ичкарига чала ёки тўликчиқиш бўлади (204-расм, а - в).

«Поёнига етган» супинацион синишда куйидагилар кузатилади: 1) ташки тўпиқнинг ажралиб синиши ва унинг эквиваленти — ошиқ бўғимининг ташки ён бойламининг узилиши; 2) ички тўпиқнинг кийшик синиши ёки катта болдир суяги ички кдорасининг синиши; 3) панжанинчала ёки тўлик ичкарига чиқиши.



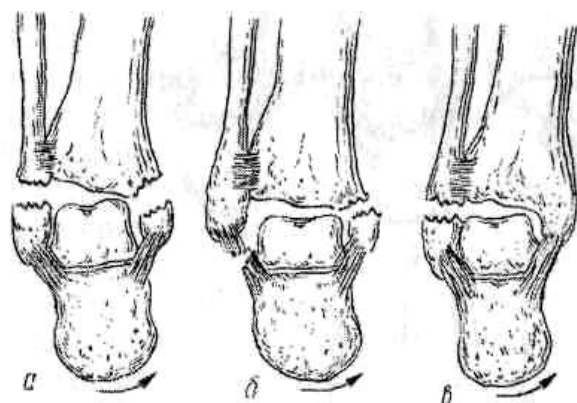
Агар панжа пронацияси ёки супинацияси буқилиш ёки ёзилиш билан кечса, кўшимча шикастланиш — катта болдир суягининг олдинги ёки орқа томонининг синиши — *Потта-Десто синиши* кузатилади ҳамда панжанинг олдинги ва орқа томонга чала ёки тўлиқ чиқиши кузатилади (205-расм, а,б).

Бурама харакатланиш кичик болдир суягининг барча қисмларидан винтсимон синиш, болдир суяқлараро синдесмозининг ажраши ва ички тўпикнинг синишига олиб келади.

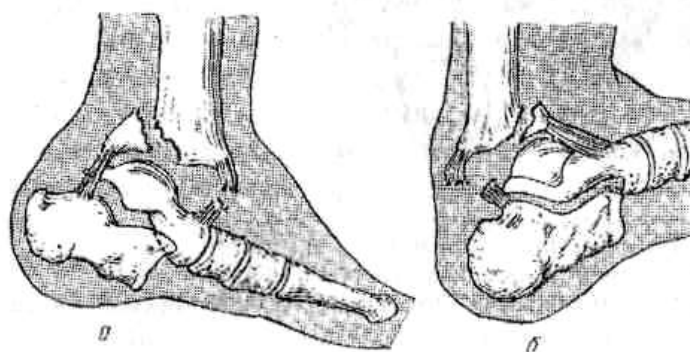
Вертикал йўналишда куч таъсир қилганда катта болдир суягининг дистал метафизи майдаланиб ва кичик болдир суягининг пастки 1/3 қисмидан синишига олиб келади. Тўпиклар синиши, панжанинг чала ёки тўлиқ чиқишлари — *ниҳиб-синишлар* дейилади. Шундай қилиб, билвосита шикастларда тўпикларнинг алохида синиши, ошиқ бўғими со>(асида синишлар ва чиқиб-синишлар билан омихта келиши учрайди. Синиқ, чизигининг ва панжа чиқишининг йўналишига караб шикастланиш механизмини билиш мумкин.

Т а ш х и с. Тупик синишларини аниқлаш унчалик кийин эмас. Беморларни болдир-ошиқ бўшмида оррик безовта килади. Оёқда босиб юришни чиқиб-синганда мутлако иложи бўлмайди, аммо битта ёки иккала тупик синса юриш мумкин. Болдир-ошиқ бўғими шишади.

Пронацион чиқиб-синганда панжа ташқарига йўналган бўлиб, вальгус холатида туради. Катта болдир суяги дистал қисмининг териси



204-расм. Тўпикларни супинацион синишлари.
а, б — «поёнига етган» супинацион синиш; в — «поёнига етмаган» супинацион синиш.



205-расм. Потта-Десто синиши.
а — катта болдир суяги орқа қиррасининг синиб панжанинг орқага силжиши; б — катта болдир суяги олди қиррасининг синиб панжанинг олдинга силжиши.

таранглашади, унинг остида катга болдир суяги синган бўлакларининг қирраси аниқланади (206-расм, *а*). Супинацион чиқиб-синишларда панжа ичкарига силжиган ва варус холатида бўлади (206-расм, *б*). Потта-Десто чиқиб-синишида катга болдир суягининг орқа қисми синса, панжа-кафт юзага буқилган холатда бўлади. Панжанинг олдинги қисми қисқарган, катта болдир суягининг олдинги қирраси болдир-ошиқ бўғимида пайпасланади (206-расм, *в*). Катта болдир суягининг олди томони синиб, панжа олдинга чиққанда панжанинг олдинги қисми узунлашиб қолади, болдир суягининг олдинги қирраси ушлаб кўрилганда окрикнинг зурайиши кузатилади. Панжа дорсал юзага караб буқилган бўлади (206-расм, *г*). Болдир-ошиқ бўғимидаги деформация оёқнинг ташқарига ёки ичкарига чиқиши, олдинга ва орқхага чикмши омихта келса, деформацияга олиб келади.

Чиқиш кузатилмаса диагноз қўйиш мураккаб. Тўпиқларнинг учидан юқорирокда оғриқ бўлса — синган бўлади; листал болдирлараро синдесмоз ажраганда болдир-ошиқбўғими ёриги устида оғриқ бўлади. Болдир-ошиқ бўғимида ёнга қилинган ҳаракатда окрик босгандаги орриқдан кучлироқ бўлади. Болдир суяклари яқинлаштирилганда синган жойда оғриқ, кузатилади. Дистал болдирлараро синдесмоз ажралганда «пружинасимон каршилиқ» сезилади. Кўпрокмаълумот шарт бўлган олдинги ва ён кўринишдаги рентгенограммалардан олинади. Рентген суратларида (олдиндан қилинган кўринишида) кичик болдир суягининг синдесмоз соҳасида $\frac{2}{3}$ ёки $\frac{1}{2}$ қисмини катта болдир суягининг сояси тўсиб туради. Агар кичик болдир суяги соядан мустасно бўлса, синдесмознинг тўлиқ ажралганлиги аниқланади. Яна >дам аниқрокбўлиши учун болдирни 20° ичкарига айлантириб олдиндан қилинган рентген тасвири тўлиқ маълумот беради. Солиштириш учун соғлом томонини ҳам бир хил холатда тасвирга олиш керак

Д а в о л а ш. Жойидан силжимаган битта ёки иккала тўпиқларнинг синишларини амбулатор равишда даволаса ҳам бўлади. Тўпиқлари очик



206-расм. Болдир-ошиқ бўғимида синиб- чиққанда оёқнинг деформацияси. *а* — пронацион синишда; *б* — супинацион синишда; *в* — катта болдир суягининг орқа қирраси синганда; *г* - катта болдир суягининг олдинги қирраси синганда.

ёки «мураккаб» синиб силжиган, чиқишлар ва ошик бўғимида катта шиш бор беморлар стационар шароитда даволанадилар.

Бир вақтда репозиция қилиб, гипс боклами куйиш тўпиклар силжиган синишларининг асосий консерватив даволаш усули дисобланади. Болдир-ошик бўғимидаги «мураккаб» синишлар, айникса, кеч мурожаат қилинганда наркоз ёрдамида репозиция қилинади. Маҳаллий оғриқ.сизлантиришда катта болдир суягининг олдинги соҳасидан бўғим бўшлигига 1-2%-20 мл новокаин эритмасини юбориш кифоя. Агар синит бўғимдан ташқрида бўлса, бевосита синган жойни оғриқсизлантирилади.

Репозиция беморни ўтказиб ёки ёткизиб қилинади. Болдирнинг уч бошли мушагини бўшаштириш учун тизза бўғими 90°га **букилади** ва ёрдамчи ушлаб туради. Жарроҳ оёқни иккала қўли билан ушлаб тортади, сўнгра чиқишни бартароф қилади, оёқнинг орқа қисмига пронацион синиш бўлса, супинация, супинацион синиш бўлса — пронация ҳолати берилади.

Панжани ўрта хдггатга келтирилиб, бўғимда 100°га букилади. Тўпикларни бармоқдар билан босиб жойига коррекция қилинади. Болдир суяклари ён томонидан босилиб-якишашгарилади. Панжанинг орқага ЧИҚИШИ ва катта болдир суяги орқа томонининг синиши панжани 75-80° дорсал букиш билан тўтриланади.

Катта болдир суягининг олди синиб, панжа олдинга силжиши панжани орқага тортиш ва бўғимни кафт томонга букиш билан тўкриланади, шундай ҳолатда гипс боклами кўйилади.

Болдир суяклараро синдесмоз ажраганда гипс боғлами котмасдан ён томондан босиб яқдшлаштирилади.

Агар болдир-ошик бўғимида шиш катта бўлса, репозициядан сўнг V-симон гипс лонгетаси тизза бўғимига кўйилади. Катта болдир суягининг олди ёки орқа томони синса, орқа гипс лонгетаси дам кўйилади, бинт билан маҳкамланади ва оёгини баландрок қилиб ётқизилади. Шиш кетган сайин $x < \Phi$ кун лонгета қирралари бинт билан яқинлаштириб турилади. Шишлар батамом кайтгач, лонгета тизза бўғимига айланма гипс боғлами га айлантирилади. Шиш кузатилмаса, айланма гипс боғламини репозициядан кейин кўйиш мумкин, **аммо** беморлар доимо кузатувда бўлиши керак мабодо гипс боғлами сиқиб қрлгудай бўлса, зудлик билан олди томондан кесиб, бинт билан боклаб кўйилади. Албатта рентген текшириш қилинади. Муваффақиятсиз репозиция қилинган бўлса, шишлар кайтгач наркоз билан кайта репозиция қилиш зарур. Репозициядан 1-2 ҳафта кейин кз'лтиктаёк билан юришга рухсат берилади. Гипс боғламга узанги қилинса, 5-6 ҳафтадан бошлаб озрок босиб юрса **бўлади**.

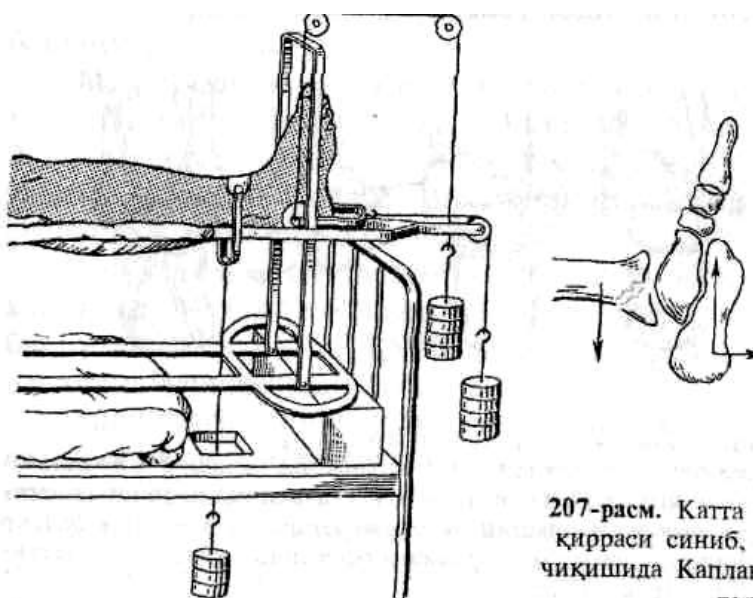
Гипс 2-3 ойдан сўнг олиниб, бир йил давомида супинатордан фойдаланиб юради. Меҳнат ҳобиляти 2,5-4,5 ойда тикланади.

Битта ёки иккала тўпиклар силжимасдан синса, У-симон гипс боғлами кўйилади, шишлар кайгач айланма гипс боғламига айлантирилади ва 1-хафта охирида юришга рухсат берилади. Гипс боғламини олиш муддати битта тупик синса - 4 хафта, иккаласи синса - 6 хдфта хисобланади. Десто синиши силжимаган бўлса, 7-8 хафта бўлиб, ясситовонликнинг олдини олиш учун супинатордан фойдаланилади.

Теридаги жароҳатлар репозиция қилишга ва гипс боғлами кўйишга имкон бермаса, *скелет тортма* қўлланилади. Бундай ҳолларда теридаги жароҳатлар битгунча ва репозицияни ушлаб туриш учун шишлар кайтгунча скелет тортмадан фойдаланади. Скелет тортма катта болдир суягининг дистал қисми майдаланиб ёки метаэпифизидан синганда товон суягидан кегай ўтказилади. 5-7 кг юк билан болдир ўки бўйлаб тортилади. 4 хдфтадан кейин соннинг ўрта қисмига 3-4 ой муддатга гипс боғлами кўйилади. Катта болдир суягининг орқа қисми синиб, 1/3 бўғим юзасини копласа, Каплан усули билан скелет тортма қилинади (207-расм).

Фронтал юза бўйича скелет тортиш учун товон суягидан ва катта болдир суяги тўпиклари устидан кегай ўтказилади. Товондан икки томонлама тортиш қилинади, болдир ўки бўйича 6-7 кг ва унга перпендикуляр юқорига 3-4 кг тортилади. Худди шунча оғирлик (3-4 кг) орқага 90° бурчак остида тортилади. 4 хафтадан кейин тортиш тўхтатилиб, 3 ой муддатгача гипс боғламига алмаштирилади.

Болдир-ошиқбўғимидаги очик синишларда муваффақиятсиз репозицияларда, яъни тўпикларнинг синиб-силжишлари бартараф қилинмаса ва катта болдир суяги дистал қисмининг олди (орқаси) синганда ёки болдирлараро синдесмоз ажраганда *жарроушк усулига*



207-расм. Катта болдир суяги орқа қирраси синиб, панжанинг орқага чиқишида Каплан усулида скелетдан тортиш.

кўрсатма бўлади. Ички тўпикнинг жойида турмагани сабаби (пронацион синишда) юмшоқ тўкималарнинг интерпозицияси бўлса, ўз атрофида айланиб қолиши (ротацион синишда) сабаб бўлади. Синдесмоз ажралиб, болдир суякларининг яқинлашмаслига тўлиқ ажралганда ёки кеч репозиция қилинса жойига тушмайди.

Тўпик; ва катта болдир суягининг синиқлари остеосинтезида винтлар, кегай ва суякдан кдиинган ёки металл штифтлар қўлланилади (208-расм, *а, з*). Синдесмознинг ажралиши винтли болтлар билан маҳкамланади, ташки тўпик синиши билан кузатилса, ташқаридан пластина ёрдамида қилинади (208-расм, *б, в*).

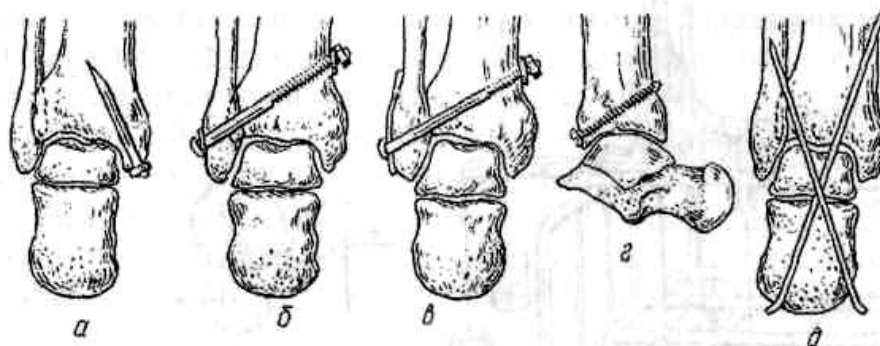
Очик синишларда йиринглаш хавфи туғилса (юмшоқ тўкималарнинг катта жародатида кучли ифлосланган бўлса), ичкаридан юбориладиган фиксаторлар қўллаш мақсадга мувофиқ эмас. Жарро?улик ишлови ўтказилса, репозиция кдилиб, Илизаров аппарата қўйиш ёки теридан бўким оркали кегай билан фиксация қилиб тугалланади (208-расм, *д*).

Операциядан кейин кесилувчи гипс боғлами тизза бўғимига кай қўйилади, шишлар кайтиб, чоклар олинган, доимий айланма гипс боғлами қўйилади. Кейинги кузатув консерватив даволашдаги каби олиб борилади.

Тери оркали юборилган кегайлар 3-4 ҳафтада олиб ташланади, ичкаридан қўйилган фиксаторлар синиқлар тўлиқ битгандан кейин олиб ташланади.

ОШИД СУЯГИНИНГ СИНИШИ ВА ЧИКИШИ

Ошик суягининг бўйнидан, танасидан ва орқа ўсимтасини синишлари тафовут қилинади. Синиш механизмларида билвосита баландликдан тик оёғига тушиш, автоуловни қаттиқ тормозлаганда



208-расм. Тўпиклар синганда операция турлари.

а – ички тўпикни икки парракли миҳ ёрдамида остеосинтез қилиш; *б* – болдирлараро пастки синдесмозни болт ёрдамида қотириш; *в* – ташқи тўпик синиб синдесмоз ажраганда болт ва суяк усти пластинаси билан қотириш; *з* – катта болдир суяги орқа қирраси синганда бурама миҳ ёрдамида остеосинтез қилиш; *д* – кегайлар ёрдамида трансартикуляр қотириш.

оёги ёки бошқарув воситалари тегиши натижасида юз беради. Бундай холларда ошик суяги катга болдир суяги билан товон суягининг орасида кисилади. Панжанинг тўсатдан тепага буқилиши ошик суягининг бўйнидан синишига олиб келади. Ошик суягининг синишлари силжимаслиги мумкин, ошик суяги бошининг тепага силжиши, танасининг орқага чиқишлари шу бобда ошик суягининг ҳамма синишлари батафсил кўриб чиқишга хукук беради.

Т а ш х и с. Болдир-ошик бўғимида шиш бўлади, актив харакатлар оғриқ, хисобига чегараланади ёки умуман бўлмайди. Ошик бўғимида ва панжанинг юқори қисмида деформация кузатилади. Деформациянинг характери синиш чизиги ва силжишига боғлиқ,. Бўғимни пайпаслаганда оғриқ, сезилади. Энг кучли окрик синиш соҳасида жойлашади. Товонга муштлаб кўрилганда оғриқ, зўраяди.

Икки кўринишдага рентген тасвири олинади. Ошик суяги бўйнидан синганда товон-ошикбўғимидаги бир-бирига нисбатан муносабатга аҳамият бериш керак Орқа ўсимтасини кўпинча суяк синигидан ажрата билиш қийин. Бунинг учун соқлом оёгига солиштириш учун рентгенга туширилади.

Д а в о л а ш. Ошик суягининг бўйнидан силжимаган синишида 7-8 хафтагача оёқ,панжаларидан тизза бўғимигача гипс боғлами кўйилади. Наркоз бериб суяк бўлаклари жойига туширилади.

Боши тепага силжиб синганда товонидан тортиб, панжага эквинус холати берилиб, гипс боғлами кўйилади. 4-6 хафтадан кейин оёқни ўртача (90°) холатида гипс боғлами 3 ой муддатга кўйилади.

Ошик суяги чиқишларини зудлик билан жойга тушириш керак акс холда ётоқяралар хосил бўлади. Ошик суягини ёпик тушириш кдйин кечади, кўпинча муваффақхятсиз бўлади. Бундай холларда очик усулда туширилиб, сихлар ёрдамида мустах.камланиб, 3-3,5 ойга гипс боғлами кўйилади.

Ошиқ суягининг танасидан силжиганлигини хисобга олган холда тизза бўғимигача 2-3 ойга гипс боғлами кўйилади. Баъзи муаллифлар 2-3 хафтадан кейин гипс олиниб, босмасдан ЛФК билан шугулланиши тавсия қилишади. Юқорида зикр килинган х.олларда ошик бўғимида артроз ривожланиши экҳимолдан холи эмас.

Орқа ўсимтаси синса гипс боғлам ёки юмшокбоклам 2-3 хафтага кўйилади. Мехнат қобилияти 1 ойда, ошик суяги танасидан ёки бўйнидан синганда 2,5-4,5 ойда тикланади. Сингандан кейин 1 йил давомида супинатордан фойдаланиб юриш керак

Ошик суяги бўйнидан ёки танасидан синганда кўпинча асептик некрозга учрайди. Шунинг учун 3 ой давомида босмаслик зарур. Танаси синганда ёки орқага чиққанда 4 ой босмаслик керак

Деформацияловчи артроз ёки асептик некроз кузатилса, болдир-ошикбўғими артродез кҳлинади, бунда баъзан ошик ости бўшмини ҳам кўшилади.

10-б об. ОЁД ПАНЖАСИ СУЯКЛАРИНИНГ СИНИШЛАРИ ВАЧИҚИШЛАРИ

Оёқ панжа суякларининг синишлари уларнинг чиқишларига Караганда куп учрайди, бу оёқ панжаси бўримларини ўзига хос анатомик хусусиятларига боғлиқдир.

Б и р и н ч и ёрдам. Оёқ панжаси шикастланганда биринчи ёрдам турли анальгетиклар юбориб оғриқ, сизлантириш ва тизза бўғимигача тахтакачлашдан иборат. $X, ^aP^a$ катсизлантириш учун нарвонсимон, пластмассалардан қилинган ёки ичига х.аво тўлдириладиган шиналар ишлатилади. Стандарт шиналар бўлмаса, кўлбола воситалар билан ҳаракатсизлангирилади. Очиқшикастланишда химояловчи асептик боғлам қўйилади. Оёқ панжаси жуда ифлосланган ҳолда маҳдлий оғриқ, сизлантиришни бемор шифохонага ёки травматологик *пунктга* етказилгунча қолдириш даркор.

Синит ва чиқишларни даволашда оёқ, панжаси гумбазларини тиклашга катта аҳамият бермоқкерак Гипс боғлами қўйилаётганда ҳам оёқ; панжаси гумбазларини кунт билан чиқариш талаб қилинади. Бемор гипсли боғламдалигидаёқ физиотерапевтик муолажалар бошланади. Гипс боғлами олингандан кейинги асосий вазифа турли асбоблар ёрдамида машққилиш, укалалаш, даволовчи жисмоний тарбия ва физиотерапевтах муолажалар ёрдамида оёқ, панжаси бўримларида ҳаракатни тиклаш ва унинг гумбазларини шакллантиришдан иборат. Посттравматик яссипанжаликнинг олдини олиш учун оёқ, панжа суяклари синган ва чиққанда, бармоқлар шикастланишидан ташқари, бир йилча вақт давомида супинаторли пойафзал кийиш тавсия қилинади.

ОЁҚ, ПАНЖАСИНИНГ ОШИК СУЯГИ ОСТИ ДАН ЧИҚИШИ

Ошиқх-товон ва ошик-кайиксимон суяк бўшмларида чиқиш билвосита шикастланишдан келиб чиқади. Ошик сўяги остидан чиқишда оёқ; панжаси, кўпинча, ичкарига ёки орқа ва ичкарига суриладики, бу уларнинг оёқ панжасининг ичкарига ва орқа ичкарига чиқиши деб юритилади.

Ташхис. Ошик суяги ости соҳаси деформацияланган. Ичкарига чиқишда оёқ; панжаси ичкарига сурилган ва эквинус, супинация, варус ҳолатида. Панжа орқа юзасида ошик суяги бошчаси аниқ, пайпасланади- Ундан ичкарида сурилган кайиксимон суяк аниқланади. Орқа ичкарига чиқиши, бундан ташқари, панжа ОЛДИНГИ қисмининг қисқариши ва товоннинг узайиши кузатилади. Панжа фаолияти бутунлай бузилади. Пайпаслаганда тарқалган оғриқ. сезилади. Ташхис қўйиш қийинчиликлар турдирмайди.

Д а в о л а ш. Оёқ панжасининг ошик суяги остидан чиқишини даволаш умумий оррикризлантириш билан иложи борича эрта

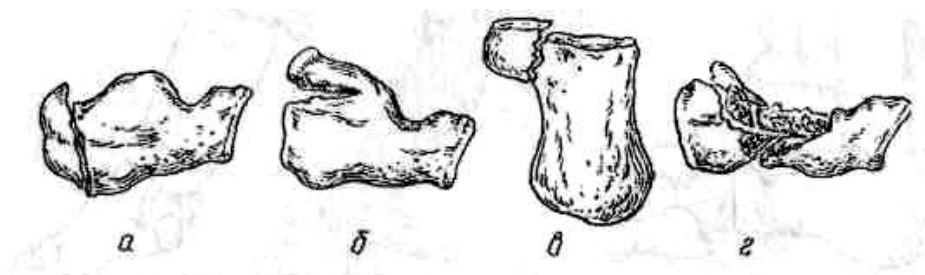
солишдан, тизза бўғимигача кўйилган гипсли боғлам билан 3-4 ҳафтача тахтакачлашдан ва кейинчалик функционал тикланиш муолажаларини ўтказишдан иборат. Орқа ичкарига чиқишни куйидагича солинади: тизза бўғимида оёқни 90° бурчак остида букилади. Оёқ, панжасига иложи борича супинация, эквинус, аддукция ҳолатини бериб, товон ва олдинги қисмлари орқали қаттиқ ушлаб тортилади. Сўнгра панжа пронация ва узоқҳаштирилган ҳолда тортиб ичкаридан ташқарига босилади. Ёрдамчи болдирнинг пастки қисмидан ушлаб туриб каршилиқ кўрсатади. Ёпиқ усулда чиқиш бартараф қилинмаса, зудлик билан жаррохлик муолажасини ўтказиш тавсия қилинади. 6-8 ҳафтадан сўнг шикастланган оёқни босиб юришга рухсат берилади.

товон СУЯГИНИНГ синити

Товон суягининг синиши, асосан, бевосита шикастланишдан бўлади. Кўпинча юқоридан кулаганда рўёбга чикэди ва иисала товон суягининг синиши кузатилади.

Товон суягининг синиши турлари хилма-хилдир (209-расм), лекин энг кўп учрайдигани ва оғири эзилиб синиши ҳисобланади (209-расм, г). Бундай ҳолларда товон суяги ошиқ суяги ва шикастловчи агент орасида эзилиб кўп бўлақларга бўлиниб кетади. Товон суяги эзилиб синганда оёқ, панжаси гумбази яссиланади, ошиқ-товон, товон-кубсимон бўғимларни ҳосил қилувчи суякларнинг бўғим юзаларининг ўзаро муносабати бузилади. Эзилиб синишдан ташқари, товон суяги айрим қисмларининг алоҳида синиши мумкин (209-расм, а-в). Бу синишлар енгилрок ҳисобланади ва оқибати нисбатан яхширок тугалланади.

Т а ш х и с. Товон суяги эзилиб синганда беморлар оғриқ, туфайли юра олмайдилар, товон соҳаси кенгаяди. Юмшоқтўқималар шиши ва кон куйилиши тўпиқлар остида энг кўп сезилади. Оёқ, панжаси бўйлама гумбази яссиланади, катта силжишларда зса бутунлай йўқ.олади. Болдирнинг уч бошли мушагинингтаранглашиши оғриқни кучайтиради. Товонни пайпаслаганда оғриқ, сезилади. Товон суяги кирралари ва алоҳида синишида клиник манзараунча билинмайди. Айрим х.олларда



209-расм. Товон суягининг синиш турлари.

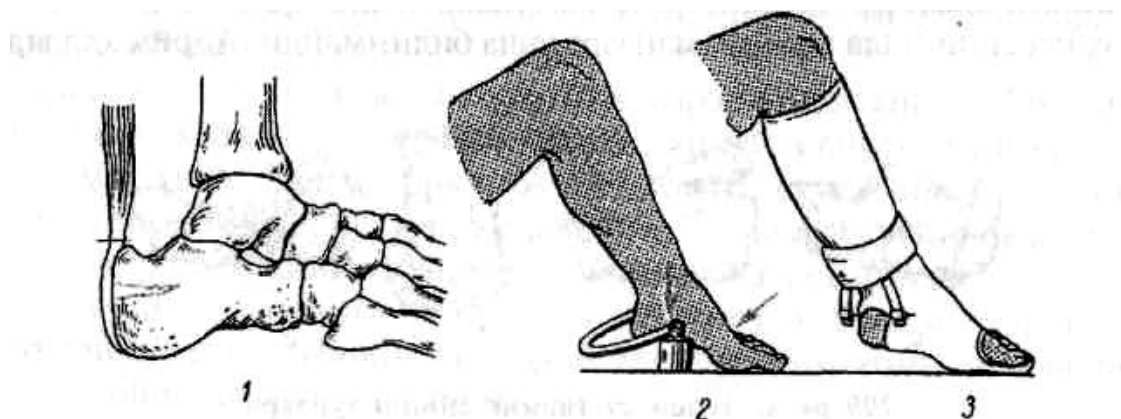
а — товон дўмбоғини вертикал синиши; *б* - товон дўмбоғини горизонтал тумшуксимон синиши; *в* — ушлаб турувчи ўсиқнинг якка синиши; *г* — компрессион синиш.

беморлар хатто товонини босиб юришлари мумкин. Доимий белгиси товон сохасидаги окрик хисобланади. Ён томондан ва аксимал холда олинган рентген сураглари ташхисни аниқлашга ёрдам беради.

Даволаш. Суяк бўлакларини жой-жойига солиш умумий ёки махаллий оғриксизлантириш билан бармоқлар ёки мослама ёрдамида амалга оширилади. Товон суягининг «ўрдак тумшуги» шаклида горизонтал синишида Юмашев-Силин усулидан фойдаланилади (210-расм). Юқорига сурилган суяк бўлакчаси устидан Киршнер кегайи ўтказилади (210-расм, 1а), уни скелет тортма учун ёйга мустахкамланади. Оёқри тизза бўримида 60-80°гача букилади, товон остига қаттиқ тахтача кўйилади. Жаррох. иккала кўли билан темир ёйни ушлайди ва товоннинг синган сохасини кагтик тахтача билан Киршнер кегайи орасида босади. Шу вақтда панжага унинг остига том он букилган холат берилади (210-расм, 2). Товон суягининг сиқилган холатини сусайтирмай, гипс боғлами кўйилади. Гипс бошамини темир кегайга ёпишиб турганига (темир кегайнинг проксимал томонга сурилишига йўл кўйилмайди) алохида ахамият берилади (210-расм, 3). Товон сохасига гипс кўйилмайди. Ёйни гипс боғламига қотириб кўйилади. Рентген назорати ўтказилади. Уч хафтадан сўнг темир кегай олиб ташланади. Яна икки хафта ўтказиб гипс боғлами олинади. Худди шу зайлда товон дўмбоги вертикал синишида суяк бўлакларини репозиция қилиш мумкин, фақат фарқи шуки, ёкоч тахтача товон остига эмас, унинг олдига кўйилади. Гипсга қотирилган Киршнер кегайи бу ҳолда суяк бўлакларини болдир мушаги тортиши туфайли иккиламчи силжиб кетишидан сақлайди.

Айрим ҳолларда ёпиқусулда солиш имконияти бўлмаса, жаррохушк муолажаси ўтказилади; суяк бўлаклари очиқ холда солиниб, темир кегай ёки махсус михча билан қотирилади. Операциядан сўнг тизза бўғимигача 1-1,5 ой муддагга гипс боғлами кўйилади. 1,5-3 ой мобайнида ишга лаёқатлилик тикланади.

Товон суягининг эзилиб синишида суяк бўлакларини анатомик жиҳатдан тўғри солишга, ошик-товон ва товон-кубсимон



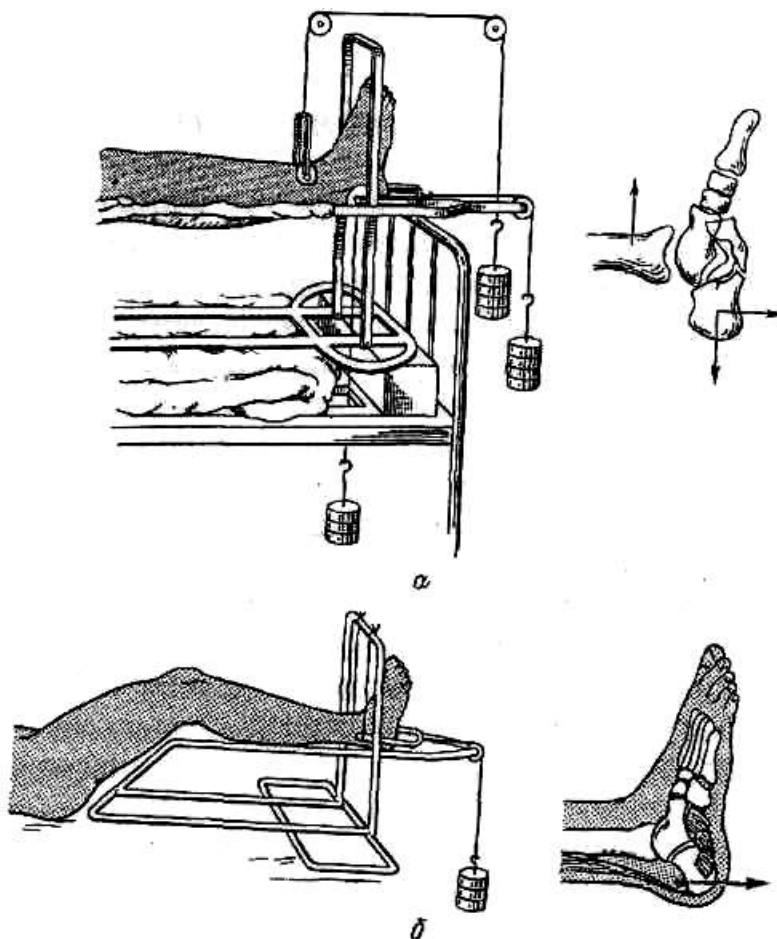
210-расм. 1, 2, 3. Юмашев-Силин усулида товоннинг «ўрдак тумшуги» типидagi горизонтал синишни ўрнига кўйиш

бўғимларидаги муносабатларни тиклашга интилиш керак Шу билан бирга, бе мор оёқ панжаларининг бўйлама гумбазини тиклаш асосий вазифа ҳисобланади.

Оёқпанжаси гумбази ўзгармаган синишларда гипс боғламини 1,5-2 ойга тизза бўшмигача кўйилади. Ишга лаёқатлилик 2-4 ойда тикланади. Товон соҳаси кенгайган ҳолатларда уни қўллар ёки мослама ёрдамида ён томонлардан эзилади.

Эзилиб синиб силжиганда товон суяги дўмбоги шикастловчи омил ва болдирнинг уч бошли мушаги таъсирида юқорига силжийди. Бундан ташқари, панжанинг кафт юзаси соҳасидаги мушаклар ҳисобига олдинга сурилади. Бундай лолларда Каплан усулида тортма амалга оширилади (211-расм, а). Темир кегай товон дўмбогининг дистал бўлагидан рентген назоратида ўтказилади. Болдир ўки бўйлаб бажарилган тортма орқали 8 кг юк осилади. 3-4 кундан сўнг юк 6 кг га камайтиради, иккинчи тортмага эса 4-8 кг юк осилади. 5 кундан сўнг иккала юкни 4 кг гача камайтиради.

Товон суяги синиқ бўлакларини Юмашев усулида ҳам репозиция қилса бўлади (211-расм, б). Темир кегайни суяк бўлаги орқали



211-расм. Товон суягининг компрессион синишида Каплан усулида уч томонлама тортиб даволаш (а) ва Юмашев ва муаллифдошлари усули (б).

эмас, балки унинг устидан, ахилл пайи олдидан ўтказилади. Оёқ панжасини темир кегайга боғланган тасмалар орқали Белер шинасига тортилади. Болдир ўки орқали тортма уюштирилади ва унга 6-7 кг юк осилади.

Тортиш кучи асосан орқага, ахилл пайига тўғри келгани учун оёқ панжаси тортма амалга оширилганда дорсал юзага буқилган холда ва тортма йўналиши товон суяги дўмбоги ўкига яқинлашади.

Бу даволаш усули кўп афзалликларга эга. Биринчидан, товон суяги парчаланиб синганда темир кегайни суяк бўлагидан кўра унинг устидан ўтказиш осон. Суяк бўлагидан темир кегай ўтказиш режалаштирилганда у суяк бўлаклари орасидан ўтиб, юмшок тўқималарни кесиб юбориши мумкин. Иккинчидан, темир кегай суякдан ташқарида ўтказилганда ўта оғир асорат — товон суяги остеомиелити бўлиш хавфи жуда камаяди. Ва ниҳоят, кўшимча яна бир тортма кўйишга ҳржат қолмайди.

7-10 кунларда Юмашев ёки Каплан усулида даволашда мосламалар билан товон суяги тортмага олинмай сиқилади ва лонгет-айланма гипс боғлами куйилади. 30-40 кунларга бориб тортма олинади ва энди гипс боғлами 2,5-3 ойга тизза бўғимигача куйилади. Ишга лаёкатлилиқ 4-5 ойдан сўнгтикланади.

ОЁҚ ПАНЖАСИ КАФТ ОЛДИ СУЯКЛАРИНИНГ СИНИШИ

Кҳайиксимон, кубсимон ва понасимон суякларнинг синиши одатда бевосита шикастланишдан келиб чиқади. Кўпинча, бу оғир нарсанинг оёқ панжаси дорсал юзасига тушишидан вужудга келади. Кдйиксимон суякнинг айрим синишлари билвосита шикастланишдан ҳам келиб чиқиши мумкин. Бу гуруҳ. синишларга катта силжишлар характерли эмас. Шу билан бирга, дистал жойлашган суякларнинг олдинги қисми синганда оёқ панжаси бўйлама гумбази мустахамлиги сезиларли даражада бузилади. Буни даволашда ва, айниқса, ҳаракатсизлантириш усули ва муддатини белгилашда инобатга олиш зарур.

Т а ш х и с. Ўзига хос анамнез мавжудлиги: таъсиротнинг панжа дорсал юзасига тушиши. Беморлар товонини босиб юришлари мумкин. Оёқ панжасининг дорсал юзасида шиш бор. Энг кўп оғриқ. синган суяк соҳасига тўғри келади. Оёқ панжаси ҳаракатлари, айниқса ёнга ва бурама ҳаракатлар оғриқли. Тегишли кафт суякларини ўки бўйлаб босилганда синган суяк соҳасида орриқкучаяди. Якуний ташҳис икки юзада олинган рентген суратидан сўнг тасдиқланади.

Даволаш. Силжимаган ёки озгина силжиган синишларда тизза бўғимигача гипс боғлами куйилади. Гипсланаётганда панжа гумбазини чиқариш окрикни кучайтиргани учун олдиндан 1-2% новокаин эритмаси ёрдамида оғриқеизлантирилади. 1-2 ойдан сўнг гипс боғлами олинади. Ишга лаёкатлилиқ 1,5-3 ойдан сўнгтикланади.

ЛИСФРАНК БЎРИМИДА ЧИКДШ

Чикдш кафт суяклари билан кафт олди суяklarининг олдинги катори орасида содир бўлади. Барча кафт суяклар силжиса, тўла чиқиш дейилади. Одатда чиқиш бўғим хосил килувчи суякларнинг синиши билан биргаликда кечади.

Д а в о л а ш. Солиш умумий оғриқсизлантириш билан амалга оширилади. Айрим холларда хяр бир бармоқдан алохида-алохида тортиб ёпикусулда мақсадга эришилади. Пекин, кўпинча, очик солиш ва суяклардан бўғим орқали темир кегай ўтказиб қотиришга тўғри келади. Чиқиш бартараф қилинган, тизза бўғимигача 4 хафтага гипс боғлами кўйилади. Ойнинг охирларида оёқни аста-секинлик билан босиб юришга рухсат берилади. Эскирган чиқишда ортопедик пойафзал кийиш тавсия қилинади. Кеч мурожаат қилинганда жаррохлик муолажасининг аҳамияти йўқолади.

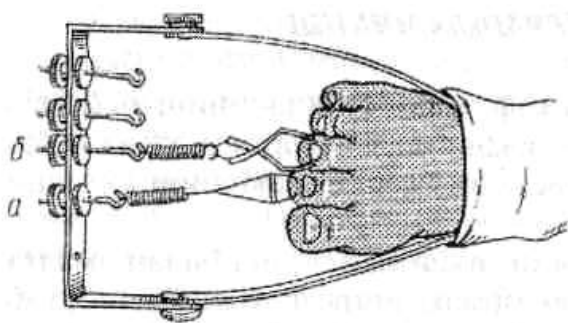
КАФТ СУЯКЛАРИ ВА БАРМОҚДАР ФАЛАНГАЛАРИНИНГ СИНИШИ

Бундай синишлар асосан бевосита шикастланишдан келиб чиқади. Кўплаб ва очик синишлар учраши кам эмас. Кафт суяklarининг алохида-алохида синишида суяк бўлакларининг силжиши характерли эмас, шу билан бирга, кўплаб синишларда суяк бўлакларининг катта силжиши кузатилади.

Ташхис. Шикастланиш механизми, тегишли бармоқни тортганда ёки ўки бўйлаб босилганда кучаювчи махаллий оғриқ., айрим холларда патологик харакатчанлик ва гичирлаш белгисининг мавжудлиги синишни шубха қилишга асос бўлади. Кафт суяклари боши эгилганда синган сохада окрик кучаяди, бу Якобсон белгиси, кафт суяklarининг синиши учун характерли ҳисобланади. Рентген суратларининг тахлилидан сўнгякуний ташхис кўйилади.

Д а в о л а ш. Кафт суяклари синиб силжимаганда тизза бўғимигача 4-6 хафтага гипс боғлами кўйилади. Гипс кўйишдан аввал 1-2% новокаин эритмаси билан оғриқсизлантирилади. Оёқ панжасининг бўйлама ва кўндаланг гумбазларини яхши чиқариш учун тегишли жойларга докадан таглик кўйилади.

Бармоқ, фалангалари синиб силжимаганда тегишли бармоқнинг 1-2 хэфта мобайнида айланма лейкопластер боғлами билан қотириш кифоя. Кафт суяклари ва бармоқ, фалангалари синиб силжиганида скелет тортма орқали ёки кўл билан репозиция қилинади. Айниқса, кафт суяklarининг бўйнидан синиб, дорсал юзага очилган бурчак остида силжишини тўла бартараф қилиш шарт. Бармоқ, ўки бўйлаб тортилиб, сурилган суяк бўлакларини босилиб, репозиция қилинади. Гипс боғлами тизза бўғимигача кўйилади. Агар бир зумда репозиция натижа бермаса ёки суяк бўлакларини гипс боғламчи остида силжиб кетишга мойиллик бўлса, у



212-расм. Панжанинг кафт суяклари синганда скелет тортма.

а - Клапп усули; б - Черкес-Зода усули.

холда Клапп усулида юмшоқ тўқималар ёки Черкес-Зода рамкасида суяклар оркали тортма амалга оширилади. Тортиш учун мосламани панжа ва болдирга кўйилган гипс боғламига мустахкамланади (212-расм). Тортма 3-4 хафтадан сўнг олинади. Кафт суяклари синиб силжиганда гипс боғлами 7 хафтага, бармоқ. фалангалари синганда — 3 хафтага кўйилади.

Ёпиқ репозиция қониқарли натижа бермаса ва очик синишларда жаррохлик муолажаси ўтказилади. Очик солишда темир кегайлар ёки Богданов крзикчалари, кафт суякларининг винтсимон синишида эса махсус симлар ишлатилади.

Шикастланиш характериға караб кафт суяклари синганда ишга лаёқатлилиқ 1,5-4 ойда тикланади. Бармоқ. фалангалари синиб силжиганда 1,5-2 ойда, силжимаганда - 2-3 хафтада тикланади.

ОЁҚ, ПАНЖАСИ БАРМОКЛАРИНИНГ ЧИДИШИ

Кўпинча I бармоқнингдорсал томонга чиқиши кузатилади. Чиққан бармоқ. калталашади, ўки ён томонга силжишга боғлиқ. холда деформацияланади. Пайпаслаганда оғриқ. ва сурилган сегмент қирраси аниқланади. Икки юзада олинган рентген суратларида шикастланишнинг ўзига хос томонлари намоён бўлади.

Д а в о л а ш. Махаллий ёки умумий оғриқ.сизлантириш билан солинади. Чиққан сегмент дорсал юзага сурилганда, ўша томонга тортиб деформация кучайтирилади ва асосига босиб дистал томонга сурилади ва кафт юзаси томон букилади.

Ёпиқ.одда солиш натижа бермаса, жаррохлик муолажаси ўтказилади: анатомик солиниб, бўғим ичидан темир кегай билан қотирилади. Гипс боғламини болдирнинг пастки қисмигача 2 хафтага кўйилади.

11 - б о б. БОЛАЛАРДА ОЁҚЛАР ШИКАСТЛАНИШИ-НИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

СОН СУЯГИНИНГ СИНИШИ

Болаларда сон суягининг синиши таянч-харакат аппаратининг шикастланишининг 4 дан 8% гача қисмини ташкил килади. Болаларда сон суягининг ёпиқ синишлари куп учрайди, очик синишлар эса 5% ни ташкил килади. Бу холат болаларда катталарга нисбатан суякларнинг

эгилювчанлиги, суяк усти пардасининг калинлиги, юмшоқ тўқималар ва **териюшг** юқори даражада эластикдиги билан тушунгирилади.

Синишлар соҳасига караб, сон суягининг говори, ўрта ва пастки қисмларида учрайди. Юқори соҳада уз навбатида сон суягининг бўйнидан (медиал ва латерал), кўстлараро ва кўстлар остидан синиш ажратилади, шу билан бирга катта ва кичик кўстларнинг кўпорилиши учрайди. Соннинг юқори қисмидан синиши камроқ учрайди (15,2%). Диафиз соҳаси эса энг кўп синади. Пастки қисмида дўнглар устидан ва дўнглараро синишлар ажратилади (24,9%).

Сон проксимал метаэпифизининг синиши. Соннинг проксимал қисмини синиши жойлашиши бўйича бутим ичидан (эпифизеозиз, ўсиш зонасининг жароҳати; остеэпифизеозиз — эпифизеозизнинг метафиз соҳасининг синиши билан бирга учраши; бўйнидан синиши) ва бўғим ташқарисидан (кўстлар соҳасининг синиши, катта ва кичик кўстларнинг апофизеозиз шаклида синиши).

Сон суяги бошининг эпифизеозиз шаклида синиши кам учрайди. Айрим лолларда сон суяги бўйнидан синиш чизиги ўсиш зонасигача тушади, буни остеэпифизеозиз дейилади. Сон суягининг бўйнидан синиши ҳам асосан катта ёшдаги болаларда ва кам учрайди.

Соннинг проксимал қисмининг болаларда синиш механизми билвосита бўлиб, ёзилган оёқларга, чаноқ-сон бўғимининг ташқари юзасига юқоридан йиқилишидан иборат. Катталардан фарқи ўларок болаларда соннинг проксимал қисмининг **синиши** катта куч таъсирда вужудга келади.

Т а ш х и с. Синиш сурилишсиз бўлса, болалар активлиш йўқ олмай юриши мумкин, фақат оёқлари юрганда ташқарига буралган ҳолатда бўлади. Биринчи кунларда чаноқ-сон бўғимида кучли оғрик кузатилади, оёқ босилганда кучаяди. Оёқни ичкарига бураганда ҳам оғрик сезилади. Соннинг проксимал қисми синиб силжиганда оёқ мажбурий ҳолатни эгаллайди: у ташқарига буралади ва ўрта чизикда яқинлашган бўлади. «Товоннинг ёпишиб қолган белгиси» мусбат бўлиб, оёқ ўқи бўйлаб босилганда оғрик кучаяди, бемор оёғини ичкарига бура олмайди, пассив ҳаракатлантирилганда оғрик сезилади. Кагарок сллжишларда катта кўстнинг юқори туриш белгиси мусбат бўлади. Рентген сурати ташхисга аниқдик киритади.

Силжимаган эпифизеозиз ва остеэпифизеозизларда шикастланмаган томонни рентген суратлари билан солиштириш керак. Соннинг проксимал қисми синганига шубҳа бўлган тақдирда рентген суратларида бўйин-диафиз бурчагини кунтбютан ўлчанадп. Акс ҳолда, бурчакни тўғрилаш биринчи икки кунда қилиниши керак.

Д а в о л а ш. Сон суягининг бўйни синганда ва эпифизеозизда суяк бўлаклари силжимаган бўлса, ўелер шинасида 2 - 2,5 ой мобайнида тортма амалга оширилади. Оёқни чаноқ-сон бўғимида кёриб ва ичкарига буралган ҳолда коксит боғламидан фойдаланса ҳам бўлади.

Сон суягининг эпифизеолизи, бўйин ва кўстлар соҳаси синиб силжиганда скелет тортма ўтказилади, оёқ иложи борича чаноқ-сон бўғимида керилиб, Белер шинасига кўйилади. Киршнер темир кегайи сон суягининг пастки метафиз қисмидан ўтказилади. Лейкопластер ёки клеол ёрдамида торғиш етарли натижа бермайди, чунки енгилрок юк билан суяк бўлаклари силжишини тўла бартараф қилиб ва бўйин-диафиз бурчагини меъёрлаштириб бўлмайди.

Эпифизеолизда скелет тортма муддати 2 ойгача ўтказилади. Сўнгра сон суяги ўсиши орқада қолишининг олдини олиш учун бемор оёқди босмасдан кўлтиктаёклар ёрдамида яна 1-1,5 ой юради. Сон суяги бўйнидан ва кўстлар соҳасидан синишида скелет тортма 3-4 хафтагача амалга оширилади. Кейин 1,5-2 ой муддатга калталаштирилган (болдирнинг 1/3 қисмигача) коксит боғлами кўйилади. Болаларда катталардан фарқли ўларок сон суяги бўйнидан синганда операция усулида даволаш кам қўлланилади, фақат ёпиқ усулда репозиция қилиш имконияти бўлмаганда очик усулда солинади.

Катта кўстнинг синиши ва ўсиш зонаси бўйлаб силжиши. Катта кўстнинг синиши бевосита шикастланишдан келиб чиқади ва болаларда кам учрайди. Катта кўст асосан ўсиш зонаси бўйлаб шикастланади.

Т а ш х и с. Бемор харакатланганда лат еган соҳадаги оғриқдан шикоят қилади. Оёқ фаолияти кам бузилади, бемор мусгақдп юраверади. Катта кўст устида шиш, гематома кўзга ташланади, пайпаслаганда оғрийди. Асосий белгиси оёқ, керилганда оғриқнинг кескин кучайишидир. Рентген суратлари тахлилида катта кўстнинг силжиши аниқланмаслиги мумкин, шунингучун ўсиш зонасини шикастланмаган гомон билан солиштириб хулоса қилиш керак

Даволаш. Оёқни ўрта физиологик ҳолатда гипс борлами ёки Белер шинасида харакатсизлантирилади.

Кичик кўстнинг синиши. Кўпорилиб синишларга киради ва ёнбош-бел мушагининг бирдан кискаришидан келиб чиқади. Спорт анжомидан устидан оёқларни кериб сакраганда пайдо бўлиши жуда характерли хисобланади. Кичик кўстга ўсиш зонаси бўйлаб кўпорилади (апофизеолиз).

Т а ш х и с. Клиник кўрилганда синган соҳада оғриқ. бўлиб, оёқни яқинлаштирганда кучаяди. Рентгенологик текшириш ташхисни тасдиқлайди.

Даволаш. Оёқ, функционал шинада ёки гипс боғлами ёрдамида 3-4 хафтага >;аракатсизлантирилади, физиотерапевтик муолажалар, сўнгра даволовчи жисмоний тарбия ўтказилади.

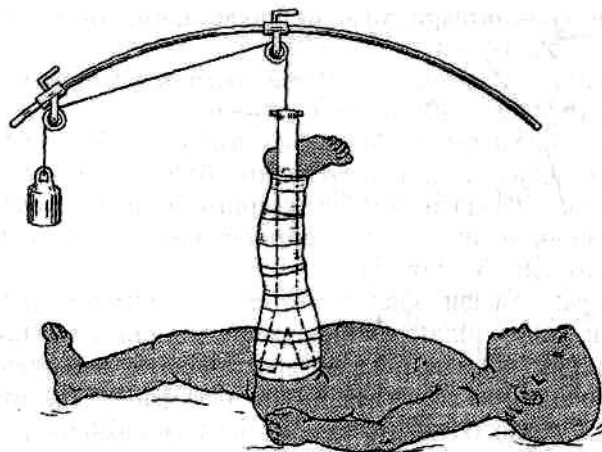
Сон суяги диафиз қисмининг синиши. Болаларда таянч-харакат тизимининг энг кўп учрайдиган ва оғир шикастланишларига киради. Синиш, кўпинча, ўрта учдан бир қисмида учраса, пастки учдан бирида 2 марта кам кузатилади. Болаларда синиш механизми худди катталарникидек ҳам бевосита, ҳам билвосита шикастланишдан келиб чиқади.

Синиш характери шикастланиш механизмига боғлиқдир. Кийшик синишлар кўпроқ учрайди. Диафизар синиш, одатда, суяк бўлақларининг силжиши билан кечади. Макгаб ёшгача **бўлган** болаларда суяк усти пардаси остидан синиш кузатилади. **Бундай** холларда шикастланмаган суяк усти пардаси суяк бўлақларининг **силжишидаи** сакдайди. Суяк бўлақларининг силжиши катталарникидех шикастланиш характери ва синиш соҳасига боғлиқдир.

Т а ш х и с. Сон суяги диафиз қисмининг синиб, бўлақларнинг силжишини аниқлаш қийинчиликлар тугаирмайди: оёқни мутлак калталаниши, ўкининг бузилиши, патологахаракатчанлик гичирлаш белгиси, ўки бўйлаб босилганда оғриқ, кучайиши, аъзофаолияппшнг бузилиши кузатилади. Классик белгилари кузатилмаслиги сабабли суяк усти пардаси остидан синишини ва синиб суяк бўлақлари озгина силжиганда ташхислаш бирмунча кишшчшшклар тугдиради. Бундай холларда клиник ташхис оғриқ., аъзо фаолиятининг бузилиши, крн куйилиши каби белгиларга асосланиб кўйилади. Рентгенологии текшириш ташхисни тасдик/шйди.

Даволаш. Беморни шифохонага етказгунча бўлган босқичда тўғри тиббий ёрдам бериш кагга аҳамиятга эга. Синган аъзони шиналар билан тахтакачлаш шарт. Орриксизлантириш **учун** аналгетиклар ва наркоздан фолдаланилади. Карахтликда суюқдикқўйиш шифохонагача бўлган босқичда бошланади.

Уч ёшгача бўлган болаларни сон суяги синганда вертикал холда Шеде усулида тортиб даволанади. Болани каттик тушакка **ётқизилади**. Тортма лейкопластер, клеол ёки Унн куюк суртмаси орқали оёқда ички ва ташки юзаларидан (тўпиқлар озод қилинади) ёпиштирилган мато орқали амалга оширилади. Ётоқяра бўлмаслиги учун лейкопластер тасмалари оёқпанжаси кафт юзаси соҳасида тахтача орқали ўтказилади. Тахтача тешилиб, ундан аркнрча ўтказилади. Оёқ, вертикал холатда мосламага осилди, аркнрчага 1,5-2,5 кг юк осиб кўйилади. Юк етарли бўлса, шикастланган томонда бемор думбаси ёток юзасидан 2-3 см кўтарилиб туради (213-расм). Оёқни озгина кериб, болани тўғри холатда саклаб туриш мақсадида шиклстланмаган оёгини болдир соҳасидан ковузлок орқали ёзилган холда боғланади. Бевотарок болаларда тўғри холатни сакдаш ва парвариш қили:" учун иккала оёгини осиб **кўйилади**. Одатда бу ёшдаги болаларда сон суяги 2-3 хафтада битадн. 3 ёшдан 5 ёшгача бўлган болаларда клеол ёки лейкопластер қилиниб, оёқ Белер функционал шинасида сакланади. Шинада тортма сон ва болдир бўйлаб алоҳида-алоҳида амалга оширилади. Оёқ ўрта физиологик холатда кўйилади, чанок-сон ва тизза бўғимларида 140°га букилади. Сон **орқали** о'датда 3-4 кг, болдир орқали — 1-1,5 кг юкосилади. 4-5 **ёйши болаларда** сон суяги кўндаланг синиб, катта силжиш кузатилса, уни катта юк



213-расм. Шеле усулда лейкопластер ёрдамида тортиш.

осиб бартароф қилиш учун скелет тортмадан фойдаланилади. 5 ёшдан кейин сон суяги диафизар синишларида скелет тортма қўлланилади. Темир кегай катта болдир суягининг дўмбоклари остидан ўтказилади. Юк оғирлити хар бемор учун алоҳида унинг ёшига ва силжиш даражасига караб белгиланади. Одатда, сон орқали 5-7 кг, болдир орқали 2-3 кг кўйилган юк етарли дисобланади. Рентген назоратига караб суяк бўлакларининг туриши бахоланади, унга караб эса юк микдорини ўзгартириш мумкин.

Бурчак остида ва кўндаланг силжишларда суяк бўлакларини солиш ва шу ҳолда сақлаш учун ён томондан тортмалар ишлатилади, ёстикчалар кўшилади.

Сон суягининг пастки диафиз соҳасининг синиши суяк бўлакларининг силжиш даражасига караб, асосан, консерватив усулда даволанади.

Синиш силжишсиз бўлганда лонгет гипс боғлами оёқни тизза бўғимида 130-140° буқилган ҳолда кз'йилади. 2-3 хафтадан сўнг тизза бўғими аста-секинлик билан ўрта физиологик ҳолатга келтирилади ва коксит гипс боғлами кўйилади.

Синиб суяк бўлакларининг силжимагани юмшоқ тўқималарнинг шикастланияш билан биргаликда кузатилса, катта болдир суягининг проксимал метафиз қисмидан темир кегай ўтказиб тортилади. Оёқ; Белер шинасига жойлаштирилади ва 1-1,5 кг юк билан 2-3 хафта мобайнида «интизомда сакловчи» тортма куйилади.

Периферик бўлак типик орқага силжиганда икки усулда даволаш мумкин: бир зумда суяк бўлакларини солиб, коксит гипс боғлами куйилади ёки скелет тортмада аста-секинлик билан репозиция қилинади. Даволаш муолажаларини ўтказишдан аввал периферияда крн айланишни яхшилаб текширилади. Бир зумда ёпиқ репозицияни

умумий оғ-риксизлантириш остида амалга оширилади. Оёқ тизза бўғимида тўғри бурчак остида букилади, болдирга таяниб, сон ўки бўйлаб тортилади. Бир вақтнинг ўзида чов орқали крвузлок ёрдамида кдрама-карши тортма яратилади. Сон суягининг марказий бўлагини ушлаб туриб, перифермик бўлаги олдинга сурилади. Репозициядан сўнг болдир 100-110°га буқилган холда коксит гипс боғлами кўйилади. Крн томирлар эзилиб крлмаслиги учун боғлам узунасига кесилади. Коксит боғламида харакатсизлантириш муддати 6-8 хафтага тенг.

Скелет тортма ёрдамида даволаш оёқни чанок-сон ва тизза бўғимларида тўғри бурчак остида буқилган холда бўлишини такрзо килади. Темир кегай катта болдир суягининг проксимал метафизидан ўтказилади. 3-4 хафтадан сўнг оёқка ўрта физиологик холат берилади ва тўла битгунга кадар гипс боғлами кўйилади.

Соннинг диафизар синишларининг кадокланиши суяк бўлакларининг туриши, синиш характери, бемор ёши ва умумий холатига боғлиқ,- Уч ёшгача бўлган болаларда синишнинг битиши 3-хафта охирида бўлади, 4 ёшдан 7 ёшгача - 4-5 \афтада, катта ёшдаги болаларда 5-7 дафтада.

Сон суяги синиши тўғри даволанса, битиши калталанишсиз кечади. Бир сантиметргача калталаниш болаларда амалий аҳамиятга эга эмас, чунки у ўсиш жараёнида компенсациялашиб кетади. Оёқ ўки тўғри бўлиб, 2 см гача бўлган калталиқдам бола улгайган сари камая боради ва тенглашади. 2 см дан ортик калталиқ оёқ фаолиятига, юришга, чанокнинг тўғри холатига таъсир этиши ва умуртка погонасининг компенсатор кийшайдшга олиб келиши мумкин.

Сон суягининг диафизар қисмининг синишида операция қилишга кўрсатмалар чекланган бўлади. Уларга суяк бўлакларининг крн томир ва нерв тизимчаларини эзиб кўйиши, суяк бўлаклари орасига юмшоқ тўқималарнинг кириб қолиши (интерпозиция), ёпик репозиция натижасиз бўлган синишлар, юмшоқ тўқималар катта шикастланиши билан кечувчи очик синишлар киради.

Операция умумий оғрик.сизлантириш остида кечади. Суяк бўлакларини солиб котиришни яхшиси сикувчи-чўзувчи *аппарат* билан қилган маъкул. Купол крзикчалар сон суягининг ўсиш зоналарини шикастлаши мумкинлигидан ишлатилмагани мақсадга мувофиқдир.

Сон суяги пастки қисмининг остеоэпифизеолизи. Бу хилдаги шикастланиш билвосита шикастланҳячдан юзага келади ва катта ёшдаги болаларда учрайди, оёқ тизза бўғимида и;сьёридан ошиқ ёзилган ва болдир узоқлаштирилган л;олда рўй беради.

Т а ш х и с. Сон пастки эпиметафизидан сурилганида синишнинг барча аниқ.белгилари намоён бўлади. Агар эпифизеолиз дўнглар синиши билан кўшилиб кузатилса, одатда, тизза бўғими ичига кон кўйилади. Рентген суратлари бўйича шикастланиш характери ойдинлашади. Дистал метаэпифиз кўпинча олдинга ва марказий йўналишда силжийди.

Д а в о л а ш. У мумий оғриқсизлантириш ёрдамида бир зумда репозиция қилинади. Тизза тўғри бурчак остида буқилган \олда сон ўки бўйлаб тортилади. Бўйига силжиш бартараф этилгач, тизза бўғимида 60-70°гача букиб, периферик бўлакча орқага сурилади. Репозиция кдлингач 3-4 х,афтага тизза бўғимида 120-140°га оёқни букиб, коксит гипс боғлами кўйилади.

Янги туқилган чакалоқларда сон суягининг диафиз қисмидан синиши. Чакадоқларда сон суягининг синиши туғилиш жараёнида қилинадиган муолажалардан келиб чиқади ва кўпинча соннинг юқори ва ўрта учдан бир қисми чегарасида кузатилади.

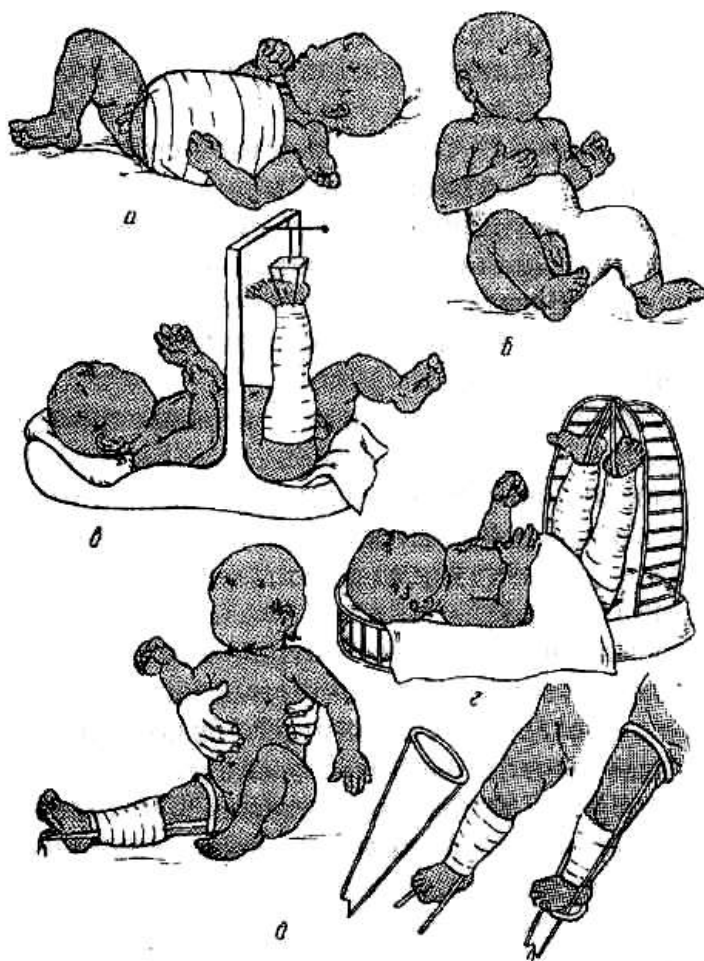
Т а ш х и с. Йўртаклаганда бир жойдан олиб иккинчи жойга куйилганда бола безовталанади- Сон деформацияла! пвн, шишган ва калталашган. Диафиз соҳасида патологак харакптчанлик мавжуд. Рентге}! сдоатларида сон

суягининг диафиз синиши якқрл аниқ.-ланади.

Д а в о л а ш. Чакалоқларда сон суягининг диафизар қисми синишида оёқ ўки деформациясини тиклаш ва суяк бўлакларини тўғри ҳолда сабуушш-га қаратилади:

Боғлам ва мосла-маларнинг ифлос-ла}шши билан чака-локуир терисида пай-до бўладиган ўзга-ришлар анча-мунча мураккабликларни келтириб чиқаради.

Шеде (213-расм) ва Мадсен (214-расм, г) усулларида вертикал \олда лейкопластер тортма яхши натижа беради. Сон со.\асидаги мушакл ар нинг эластик тортилиши суяк бўлакларининг тўғри ҳолагда тури-

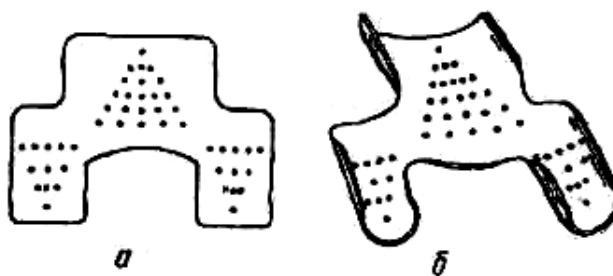


214-расм. Чакалоқларда сон суяги синишларини даволаш усуллари:

a — Креде-Кефер усули; *б* — Павлик усули; *в* — Ибадалек усули; *г* — Мадсен усули; *д* — Томас шинаси.

шини таъминлайди. Вертикал тортма ҚИЛИШ имконияти бўлмаганда Креде-Кефер усулидан (214-расм, а) фойдаланилади. Шикастланган оёқни тизза бўғими-да ёзиб, чаноқ-сон бўғимида эса соннинг олдинги юзаси крринга, болдирники кўкракка тегизиб букилади. Терида бичилиш куза-тилмаслиги учун чов сохаси ва крринга пахтадан тайёрланган таглик тўшалди. Шу холатда оёқ

танага юмшоқ бинт билан махкамланади. Бу бондам болаларни безовта қилмайди, аммо кўпинча суяк бўлакларининг иккиламчи силжиши кузатилади. Сўнгги йилларда Павлик усули (214-расм, б) муваффақият билан қўлланилаяпти, унда шикастланган оёқёки иккаласи винипласт шинага керилган ва озгана буқилган холда мустахкамланади (215-расм). Чакалоқларда соннинг диафизар синиши одатда 2 хафтада битади. Бола организмнинг жуда катта мослашиш хусусиятларини ҳисобга олса, узунасига 2-3 см гача, энига тўла ва ЗСГгача бўлган бурчак остида силжишни «қолдирса бўладиган» силжишларга киритилади. Одатда, бундай деформациялар 3-5 йил мобайнидаўз-ўзидан тўгтрмланиб кетади.



215-расм. Вини-пластдан тайёрланган, оёқларни керилган ҳолда тахтақачловчи шина.
а – винипластдан андоза; *б* – шина-нинг умумий кўриниши.

ТИЗЗА БЎРИМИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Тизза бўшимининг лат ейиши. Бол ал ар да кўп учрайди. Юмшоқ тўқималарнинг шикастланиш даражаси зарб кучи ва йўналишига бог-лик

Т а ш х и с. Одатда тери ости ёг каватидаги гематома тизза крпкрри сохасида жойлашади. Мах,аллий оғриқ,хам шу сохага тўрри келади, бир неча соат ўтгач, тўқималарнинг шиши кузатилади. Бўғим фаолятининг чекланиши оғриқ, даражасига боғлиқ, бўлади. Юмшоқ тўқималаргина шикастланганда бўғим шакли, тизза копкрги жойлашишида соғлом томонга солиштирганда ўзгаришлар аниқланмайди. Оғиррок шикастланишда бўғим бўшлигига кон қуйилиши мумкин. Юқорида кўрсатилган белгилардан ташқари, тизза бўғими шилликхалтачаларига кон қуйилиши, кейинчалик синовиал суюқдик ҳисобига бўртиш (айниқса, олдинги-юқориги) пайдо бўлади. Олдинги юқориги бўртмаларни пайпаслаганда оғриқ, сезилади. Бўғим бўшлигида суюқлик тўпланганини билдирувчи аниқ, белги тизза қопқоғининг «билкиллаши» ҳисобланади.

Киёслама ташхис. Суяк усти пардаси остидан ва бўғим ичидан синишлардан, менисклар, бойламлар ва бўғим халтаси шикастланишидан ўгказилади. Рентгенологик текшириш шарт.

Даволаш. Лат еган ва гемартрозда даволаш тўқималар ва бўғим ичига кон кетишини тўхтатиш ва уларнинг сурилишини таъминлашга қаратилади. Бунинг учун бармоқлар учидан соннинг говори қисмигача орқа гипсли лонгет боғлам кўйилади. Биринчи кунларда шикастланган соҳага муз халта кўйилади ва у хар икки соатда алмаштирилади. Гемартрозда даволовчи-ташхисловчи пункция ўтказилади, сўнгра ўлчамли эзиб турувчи хаволи боғлам кўйилади. Учинчи кундан бошлаб физиотерапевтик муолажалар тавсия қилинади. Лат еганда харакатсизлантириш муддати 5-6 кун, гемартрозда - 7-10 кун.

Менискларнинг шикастланиши. Болаларда кам учрайди ва асосан катта ёшдаги болаларда кузатилади. Шикастланиш типик механизми буқилган тизза бўғимида бурама харакатлар қилишдан иборат. Кўпинча, ичкм мениск шикастланади.

Ташхис. Оғриқ.ва бўғимнинг қотиб қолиши асосий ва аниқ, белгилари хисобланади. Оёқ, тизза бўғимида ўтмас бурчак остида буқилган танага яқинлашган чор-ночор холатда бўлади. Болаларда оёқдаракат килдирилса, бўғимнинг қотиб қолиш белгиси йўқрилиши мумкин. Гемартроз ва синовитда тизза бўғими шакли, юқори шиллик халтачанинг бўртиб чиқиши хисобига ўзгаради. Ички мениск зарарланганда кучли оғриқ. бўғим ёригида ички ён бойлам билан тизза ҚОПҚОҒИНИНГ хусусий боғлами оралигида кузатилади. Шикастланиш биринчи соатларида айтиб ўтилган соҳдца менискнинг сурилишидан ёстиксимон ҳосила аниқланиши мумкин, кейинчалик у юмшоқ тўқималарни шиши билан «кўмилиб» кетади. Ташки мениск шикастланганда оғриқ. тизза қопқоғи хусусий бойламининг ташки соҳасида бўғим ёригида сезилади. Суяклар синганини инкор этиш мақсадида рентгенологак текшириш ўтказилади. Шубх,али х.олларда рентген нурларини ўтказмайдиган модда юбориб ёки махсус асбоб орқали бўғим ичи аъзолари текширилади.

Даволаш. Бўғимнинг «қотиб қолиши» зудлик билан сурилиб қолган менискнинг ўрнига жойлаштиришни такозо килади. Кҳисилиб қолган менискни ўз ўрнига солиш катталарда қўлланиладиган усул билан бажарилади, лекин умумий оғриқ.сизлантириш билан. Янги шикастланишларда оёқка баландга кўтарилган холат берилиб, физиотерапевтик муолажалар (УВЧ) ўтказилади. Тахтакачлаш муддати 2-3 х.афта. Гипс боғлами олингач, жисмоний даволовчи тарбия тавсия қилинади ва синовит бўлмаса, оёқни босиб юришга рухсат этилади.

Оғриқ.нинг кайталаниши, бўғимнинг «қотиб қолиши», Байков, Чаклин, Турнер, Шгейман-Бухард белгилари ва синовитнинг пайдо бўлиши мениск бутунлиги тикланмаганлигидан дарак беради. Бундай х.олларда операция қилиш, шикастланган менискни тикиш ёки олиб ташлаш керак

Тизза бўғими бойламларининг шикастланиши. Кўпинча ён бойламлар шикастланади. Болаларда хочсимон бойламлар

шикастланмай, уларни бирикадиган жойлари дўнглари тепачалар кўпорилади. Шикастланиш механизми харакатсиз болдирда куйидагича: тизза бўғимида бирдан оёқ буралиб букилади ва болдир бир вақтнинг ўзида ташқарига ёки ичкарига ОЕЭДИ. Ёзилган болдирнинг ён томонга окишидан ҳам шикастланиш келиб чиқиши мумкин.

Болдирда, кўпинча, ички ёки ташки бойламнинг чўзилиши кузатилади. Бойламларнинг узилиб кетиши болаларда характерли эмас. У чўзилишга нисбатан камрок учрайди. Одатда, бойламлар қисман зарарланади, уларнинг тўлиқ узилиши фақат катта ёшдаги болаларда оғар шикастланишларда юз беради. Ички ён бойлам ташқарига нисбатан кўпрок шикастланади.

Т а ш х и с. Боғламлар чўзилган чоғда бўғимнинг ички ёки ташки юзасида кучли оғриқ пайдо бўлади. Осойишта холатда оғриқ йўқолади, ён томондан босилганда, юрганда пайдо бўлади, бемор оксоқлайди. Бўғим шишгани кўзгаташланади, пайпаслаганда шикастланган соҳада оғриқ, кузатилади. Ёнга патологак харакатчанлик кузатилмайди, лекин болдирни ёнга ордирилганда зарарланган бойлам соҳасида оғриқ кучаяди. Бойламлар чўзилганда гемартроз бўлмаслиги мумкин.

Ён бойламларнинг қисман узилишидатенгхолатда оғриқ тўхтамайди. Бойлам чўзилгандан фарқли равишда тизза бўғими гемартрози кузатилади. Оёқ тўлиқ ёзилган холда 10-15°га кўпрок ёнга огиш пайдо бўлади. Ёнга бўлган харакатчанликнинг рентген текшируви ўтказилгач аниқланади, чунки мабодо суяк синиши бўлса, суяк бўлаклари силжиб кетиши мумкин. Бойламлар тўла узилганда рентген суратини олиш аниқ, натижа бериши мумкин, унда функционал текширилганда бўғим ёригининг шикастланган томонда кенгайиши кўрилади.

Даволаш. Ён бойламларнинг чўзилиши, қисман ёки тўла узилитхқ;! консерватив усулда олиб борилади. Бойламлар чўзилса-ю гемартроз бўлмаса, соннинг юқори қисмидан тўпиқларгача 8-12 кунга гипс боғлами кўйилади. Бойламлар узилганда унинг бўлакларини яқинлаштириш мақсадида тизза бўғимида 140°гача букибтахтакачланади. Ички ён бойлам шикастланганда болдир яқинлаштирилади, ташқиси шикастланса — узоқлаштирилади. Кўрсатмага караб тизза бўғими пункция қилинади, УВЧ тавсия қилинади. Х^аР^ака^тсизлантириш муддати 3 хафтагача. Гипс боғлами олингач, даволовчи жисмоний тарбия, физиотерапевтик муолажалар ўтказилади. Консерватив даволаш тўғри олиб борилса, хатто бойламлар тўла узилган такдирда ҳам оёқ фаолияти тўла тикланади.

Тизза қопқопнинг синиши. Бевосита таъсирот ёки тўртбошли мушакнинг хдадан ташқари таранглашиши натижасида вужудга келади. Суяк бўлакларининг бир-биридан узоқлашиб кетиши тўртбошли мушак қисқариши ва унинг тизза қопқоғини ўраб олган пай қисмининг узилишига боғлиқ. **Т а ш х и с.** Тизза қопқоғининг синиши хар доим гемартроз билан бирга кечади. Болдирни актив ёзиш кўп ёки кам даражада бузилади,

пай қисми узилганда эса бутунлай йўқ.олади. Тизза қопқоғи пайпасланса, кучли оғриқ. сезилади. Синиб силжиганда суяк бўлаклари орасида кемтик диастаз аниқланиши мумкин. Бармоқдар билан ушлаб турилган иккала суяк бўлаги бир-бирига нисбатан кўндалангига осонликча сурилади. Ташхисни тасдиқлаш учун рентген сурати олинади.

Рентген суратлар тахлил киланаётганда ёш болаларда тизза қопқоғининг пастки кугби тоғайдан тузилганлига ва шунингучун соя бўлмаслигани хисобга олмоқдаркор. Бундай холларда бошқа клиник белгилар билан бирга тизза копкотининг юқори жойлашганига караб синиш бор-йўқдиги хакида фикр юритилади. Тизза қопқоғининг синишини унинг табиатан бўлак-бўлак бўлиб тузилганидан фарқлаш керак

Д а в о л а ш. Синиш силжишсиз ёки суяк бўлакларининг бир-бирдан узоклашгани 5 мм гача бўлса, консерватив усулда олиб борилади. Бармоқлар учидан соннинг юқори қисмигача чуқур орқа лонгетли гипс боғлами оёқнинг функционал фойдали холатида кўйилади. Кўрсатмага караб бўғим пункция қилинади. Гемартроз бартараф этилгач тўпиқлар устидан соннинг юқори қисмигача тутор боклами кўйилади ва оёқни босиб юришга рухсат берилади. Тахгакачлаш муддати — 2-3 дафта.

Синиш суяк бўлакларининг 5 мм дан кўпрок узоклашиши билан кечса, бу тўртбошли мушак пайининг кўндаланг узилганидан дарак беради, даволаш жарролхлик усулида олиб борилади.

Суяк бўлакларини бир-бири билан бириктириш учун лавсан ёки капрон иплар ишлатилади. Тизза бўғимининг пай-бойлам аппарата яхшилабтикланади. Баъзан операция вақтида суякусти пардаси пастки кугб ва хусусий бойлам билан боғлиқ. шикастланган пай аппарати билан бирга тизза қопқоғидан «никрб» сифатида кўчган бўлади. Тизза копқоғи бутунлиги тикланиб ўз ўрнига жойлангач, кўчган «никобга» айланма чок кўйилади, шикастланмаган пай-бойлам аппарати тикилади. Операциядан сўнг лонгетли гипс боғлами, жароҳат битгандан сўнг эса 3-4 х.афтага тутор кўйилади. Даволовчи жисмоний тарбия, физиотерапевтик муолажалар ўтказилади.

Дўнгларао тепачаларнинг *{emmenX'ui* 1пгегсопсЗу1о1с1еа) шикастланиши. Олдинги хочсимон бойламнинг болдир ёзилиб кўккисдан буралган холда таранглашиши дўнгларао тепачаларни кўпорилиб чиқишига олиб келади. **Т а ш х и с.** Бемор юрганида ва тиззасини букканида кучаядиган бўғимдага оғриқдан шикоят килади. Тизза бўғими гемартрозинингбарча белгилари кузга ташланади. «Раладонни силжитиш» белгиси оғриқнинг кучайишига олиб келади. Клиник ташхислашда бўкимни пункция қилишга кафта ах,амият берилади. Олинган суюкликда ҳар кандай бўғим ичидан суяк синишида бўлгани каби дўнгларао тепачалар синганида ҳам ёг томчилари аниқланади. Рентгенологик текшириш ташхисни тасдиқлайди. Синиш силжишсиз бўлса, иккала тизза бўғимларининг рентген суратлари солиштирилганда яхши аниқланади.

Д а в о л а ш. Дўнглари тепачаларнинг синишида оёқни бармоқлар учидан сон говори қисмигача тизза бўғимида 165° гача буқилган холда гипс боғлами кўйилади. Бўғим ичига кон куйилиши кўпроқ бўлган такдирда аввал пункция қилиб, қрн олиб ташланади, сўнгра эзиб турувчи боғлам билан х,аракатсизлантирилади. Гипс боғлами 3 хафтадан сўнг олинади, даволувчи жисмоний тарбия тавсия қилинади ва оёқни босишга рухсат берилади.

Синиш битмай қрлса ёки бўғим «қотиб қолиши» холати кузатилса, операция қилишга тўғри келади.

Катта болдир суяги дўмбоғнинг кўпорилиб синиши. Шикастланиш болаларга хос бўлиб, апофизеолиз шаклида кузатилади. Болдир осойишта холатида тўртбошли мушакнинг кучли қисқаришидан келиб читали.

Т а ш х и с. Характерли белгилари: оғриқ., болдирни актив ёзиб бўлмаслиги, тизза бўғими гемартрози. Клиник ва рентгенологик текширилганда тизза қопқоғининг юқорига силжигани аниқланади, тўртбошли мушак кискарганда, айниқса, билинади. Тизза қопқоғинингхусусий бойлами таранглашмаган. Катта болдир суягини пайпаслаганда оғрийди. Ён томондан олинган рентген суратида, айрим лолларда клиник текширилганда катта болдир суяги дўмбоғининг юқорига силжигани кузатилади.

Д а в о л а ш. Катта болдир суяги дўмбоғи кўпорилиб кетса, фақат жаррохлик йўли билан даволанади. Суяк бўлакларини бурама мих, суяк қрзика ва бошқа мосламалар билан қотирилади. Сон ва катта болдир суяклари дўнглариининг, бўғим ичидан синишларини болаларда катталардаги каби даволанади.

БОЛДИР ВА ОЁЦ ЛАНЖАСИ СУЯКЛАРИНИНГ СИНИШИ

Болаларда болдир суяклариининг синиши барча синишлар ичида учинчи ўринда туради, оёқда учрайдиган синишларнинг 52-59% ни ташкил қилади. Болаларда катта болдир суяги проксимал метаэпифизининг синиши кам кузатилади.

Болдир суяклариининг диафиз қисмидан синиши. Энг кўп учрайди. Кўпинча, билвосита шикастланишдан келиб чиқади. Синиш характери кўп жихатдан болалар ёшига боғлиқ.. Кичик ва ўрта ёшдаги болаларда кичик болдир суяги эгилувчан бўлганидан буралган ёки эгилганда фақат биргина катта болдир суяганин кийшик ёки винтсимон синиши кузатилади. Катта ёшдаги болаларда худди шундай механизмда иккала болдир суяклариининг катта кишилардаги каби турли соҳада синиши кузатилади. Олти ёшгача болаларда суяк усти пардаси остидан синиши, диафиз ўрта қисмидан дарз кетиши характерли хисобланади. Эпифизеолиз, остеэпифизеолиз 10 ёшдан ошган болаларга хосдир. Тўғ-ридан-тўғри таъсирот натижасида 6-8 ёшдагиларда болдир суяклариининг суяк усти пардаси остидан алоҳида синиши учраса,

катта ёшдаги болаларда худди шу механизмда иккала болдир суякларининг синиб силжиши кузатилади.

Т а ш х и с. Болдир ўки бузилиши ва калталаниши бўлгани учун иккала болдир суякларининг диафизар синиб силжиши осон аниқланади. Одатда катта болдир суяги кдорасининг зинапоясимон деформацияси осонгина сезилади.

Суяк усти пардаси остидан ва болдир суяклари диафизининг алохида синишларини аниқлаш куп қийинчиликлар тугдиради. Катта болдир суяги якка синганда болалар оёгини босиб юриши, синган содада шиш катта бўлмаслиги мумкин. Бундай холларда синишнинг аниқ, белгилари бўлиб, катта болдир суяги қиррасининг нотекислиги, иккала болдир суяклари ўки бўйлаб ва учрашувчи таъсирот берилганда оғрикнинг кучайиши хисобланади. Рентген суратини олиш ташхисга аниқлик киритади.

Д а в о л а ш. Болаларда болдир суякларининг синиши асосан консерватив усулда даволанади. Суяк усти пардасининг остидан синиш ва дарз кетишларида бармоқлар учидан сон тепа сохасигача чуқур гипсли лонгет боғлами кўйилади. Кўндаланг синиб силжишларда репозиция қилинади, ўки бўйлаб тортиб, бир вақтни ўзида тери остидан бўртиб турган суяк бўлаги босилади. Винтсимон ва кийшик синишларда суяк бўлакларини жойлаштириш бирмунча мураккаб кечади: ўки бўйлаб тортилади, периферик бўлак оёқ панжаси билан биргаликда енгил буралади ва ташқарига силжитилади, сўнгра панжани букиб, орқага сурилган периферик бўлакни жойига кўйилади.

Болдир жуда шишган бўлса ва суяк бўлакларини солинган холда ушлаб туриш мумкин бўлмаса, тортма бажарилади. Етти ёшгача бўлган болаларда лейкопластер тортма, ундан катталарга товон суяги орқали скелет тортма кўйилади. Киршнер темир кегайи ички тўпикдан 2 см орқага ва пастки сохага юборилади. ОёқБелер шинасига жойланади. Юк 3-4 кг дан ошмаслига шарт. Бурчак остидаги силжишларни бартараф қилиш учун ён томонга тортгичлар қўлланилади. 2-3 хафтадан сўнг тортма олиниб, гипсли лонгет-айланма боғлам яна 2-3 хафтага кўйилади. Шуни айтиш керакки, болаларда 1/3 кўндалангага сурилиш колса, оёқ ўкр сақланган холда, ўсиш жараёнида тўғри оёқ ўки тўла тикланади.

Катта болдир суягининг эпифизеолизи ва остеоэпифизеолизи. Бу синишлар одатда билвосита шикастланишдан, болдир-панжа бўғимида оёқ,ни меъёридан ортик букиб ёки ёзиб панжани ичкарига ёки ташқарига буралиб кетишидан вужудга келади. Йўддош шикастланиш бўлиб, одатда, кичик болдир суягининг синиши ё тўпикнинг эпифизеолизи хисобланади.

Т а ш х и с. Эпифиз озгина сурилганда болдир-панжа бўғимида шиш, пайпаслаганда ва ҳаракат қилганда кучли оғриқ. сезилади. Катта силжишларда болдир пастки сохаси катта деформацияланади. Оёқ панжаси ташқарига сурилган ҳрлни эгаллайди. Бўғ-имда оғриқ.

зўрлигидан ҳаракат қилиш мумкин бўлмай қолади. Рентгенологик текшириш шикастланиш характерный тўла аниқлайди. Кичик силжишларда ташхисни тасдиқлаш соғлом томонни рентген сурати билан солиштириш орқали қилиш мумкин.

Д а в о л а ш. Суяк бўлаклари сурилмаган остеоэпифизолизда оёқ бармоқлар учидан болдир юқори қисмигача гипс боғлами кўйилади. Тахтакачлаш 2-3 ҳафта давомида бўлади. Остеоэпифизолиз суяк бўлақларининг силжиши ва кичик болдир суягининг синиши билан кечса, умумий оғриқсизлантириш остида репозиция қилинади. Агар эпифиз орқага силжиган бўлса, болдир ўқи бўйлаб тортилиб, панжа ёзилган ҳолатда аста-секин дорсал юзага букилади ва олдинга сурилади, ёрдамчи эса болдирни орқага суради. Эпифиз ташқарига сурилган бўлса, панжа тортилиб ичкарига сурилади, бу вақтда ёрдамчи болдирни ташқарига итаради. Репозициядан сўнг орқа гипс боғлами ёки Волкович боғлами 3-4 ҳафтага кўйилади.

Тўпиқларнинг синиши ва эпифизолизи. Шикастланиш асосан катта мактаб ёшидаги болаларда учрайди ва кам ҳолларда суяк бўлаклари силжийди.

Т а ш х и с. Синиш силжишсиз бўлганда клиник манзараси суёт бўлади. Шикастланган сохада тери ости ёғ-каватида кон кўйилиш, шиш кузатилади. Оғриқ болдир ўқи бўйлаб босилганда кучаяди. Синиб силжиганда бўғим шишади, деформацияланади, оёқ панжаси болдир ўқидан оғади.

Д а в о л а ш. Силжимаган синиш ва эпифизолизда тизза бўғимигача Волкович усулида У-симон гипс боғлами 2-3 ҳафтага кўйилади. Ички тўпиқнинг якка синиб силжишида болдир ўқи бўйлаб панжадан тортиб унга варус ҳолати берилади. Шунда делтасимон боғлам бўшашади ва суяк бўлақларининг жойлашишига имкон туғилади. Ташки тупик якка синганда репозиция вақтида оёқ панжасига пронация ва абдукция ҳолатлари берилади.

Иккала тупик синиб, оёқ панжаси қисман чиққанда ва катта болдир суягининг эпифизи бўйича синиб силжишида репозиция худди катталарникидек бажарилади. *Харакатсизлантириш* муддати 2-4 ҳафта.

Дистал метаэпифиз шикастланганда ўсиш зонаси эрта ёпилиб қолиши, унинг оқибатида катта болдир суягининг ички қисми ўсишдан орқада қолиши ва варус деформацияси пайдо бўлиши мумкин. Улардан фарқли ўларок, товон суяги синганда болдир-панжа бўғимида пассив ҳаракатлар сақланиб қолади, тўпиқлар ва пайлар бириккан сохалар пайпасланганда оғриқ сезилади. Рентген суратлари таҳлилида ошиқ-товон бурчагининг ўзгарганига аҳамият берилади, унинг 140-160° гача катталаниши панжа гумбазининг яссиланишига олиб келадики, шунинг учун репозиция қилиш талаб қилинади.

Д а в о л а ш. Синиш сурилишеиз кечса, амбулатория шароитида даволанади. Оёқ панжаси гумбазини яхшилаб чиқариб гипс боғлами

кўйилади. 3-4 кундан сўнг лонгетли гипс боғламини мустаҳкамлаб унга этикча шакли берилади. Агар тозон суяги синиб силжиган бўлса, унда умумий оғриқсизлантириш билан суяк бўлаклари бир зумда репозиция қилинади. Гипс боғлами соннинг ўрта қисмигача тизза ва чаноқ-сон бўғимларида 90° буқилган л;олда кўйилади. 12-16 кун ўтгач оёқ панжасига ўрта физиологик холат берилади. Умумий хҳракат-сизлантириш муддати 6-7 х,афта. Ёпиқ репозиция натижа бермаса, скелет тортма **амалга** оширилади, кейинчалик 8 ҳафтагача гипс боғлами куйилади ва 1-2 йил супинатор мослама билан юрилади.

Ошиқ суягинжг синиши. Болаларда жуда кам учрайди ва, одатда, суяк бўлаклари силжимамайди.

Ташхис. Клиник манзараси бўғим ичида синишниэслатади: бўғим юзаси текисланади, болдир — ошиқ бўғимида ҳаракат қилинса оғриқ. кучаяди, кон куйилади. Рентген суратлари кўрилганда болаларда 16 ёшгача ошиқ суягининг орқа ўсимтаси алоҳида жойлашганини ҳисобга олмок зарур.

Д а в о л а ш. Товон суяги синиб силжимагандек муолажалар ўтказилади. Ошиқ суяги синиб катта силжиш бўлганда бир зумда ёпиқ репозиция қилинади, натижасиз холларда — очиқусулда суяк бўлаклари солинади.

Оёқ; кафт суякларининг синиши. Улар болаларда оёқпанжаси суяклари синиши ичида биринчи ўринда туради (55%). Бевосита ва билвосита шикастланишданкелибчиқади. Боланингоёқпанжаси велосипед гаддираги ичига кириб қолишидан)ҳам шикастланиш вужудга келади.

Т а ш х и с. Синиб силжимаганда шиш ва кон куйилиш чекланган жойда кузатилади. Бола юради, аммо панжасини босганда оғриқ.пайдо бўлади. Шикастланган жойни \ар бир кафт суякларининг бошини кафт юзасидан босиб аниқлаш мумкин (Якобсон белгиси). Синишга озгина шубҳа бўлса >ҳам икки юзада рентген суратини олиш тавсия қилинади. Кафт суяклари сояси бир-бирини устига тушмаслиги учун оёқ панжаси озгина ичкарига буралади. Болаларда нормада V кафт суягининг бигизсимон ўсиши алоҳдца суякланиш ядросига эгалигини назарда тутмок даркор.

Д а в о л а ш. Кафт суяклари синиб силжимаганда ёки бўлакларнинг коникарли туришида бармоқлар учидан болдир юқори қисмигача панжа гумбазини яхшилаб чикариб лонгет-айланма гипс боғлами куйилади. Сўнгра орқа гипс боғлами панжа гумбазини чикариб куйилади. Умумий ҳаракатсизлантириш муддати 3-4 хэфта. Гипс боғлами ечилгач камида 6 ой мобайнида супинатор мосламада юриш керак

Вармоқ фалангаларининг синиши ва эпифизеолизи. Одатда, бевосита шикастланишдан келиб чиқади. Шикастланган соҳада тезда шиш ва тери ости гематомаси пайдо бўлади. Бармоқ. ўки бўйлаб босилганда оғриқ. кучаяди. Эпифизеолизда (юмшоқ тўқималар шикастланишидан фарқни равишда) пайпаслаганда оғриқ. бармоқ.

айланаси бўйлаб кузатилади. Синиб силжимаган такдирда бармоқлар учидан болдир пастки қисмигача лонгетли гипс боклами оёқ панжаси гумбази яхшилаб чиқарилган холда кўйилади.

12 - б о б. УМУРТҚД ПОРОНАСИННИНГ АСОРАТСИЗ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Орқа мия ва унинг тутамларини зарарламасдан умуртка погонасининг шикастланиши асоратсиз шикастланиш дейилади. Улар ичида окибатлари назарда тутилса, энг оғари умурткаларнинг чиқиши ва синиши ҳисобланади. Бундай шикастланишларни ўз вақтида таиғасламаслик умурткаларнинг кикламчи шикастланишига ва дурал крпча ичидаги орқа мия ва унинг тутамларининг ҳам зарарланишига сабаб бўлиши мумкин. Шунинг эса сақламоқчоизки, умурткаларнинг шикастланиши тўла инкор қилингандан кейин «орқа соха, бойламлар ва бошқа аъзолар лат еган» деган ташхис кўйиш мумкин.

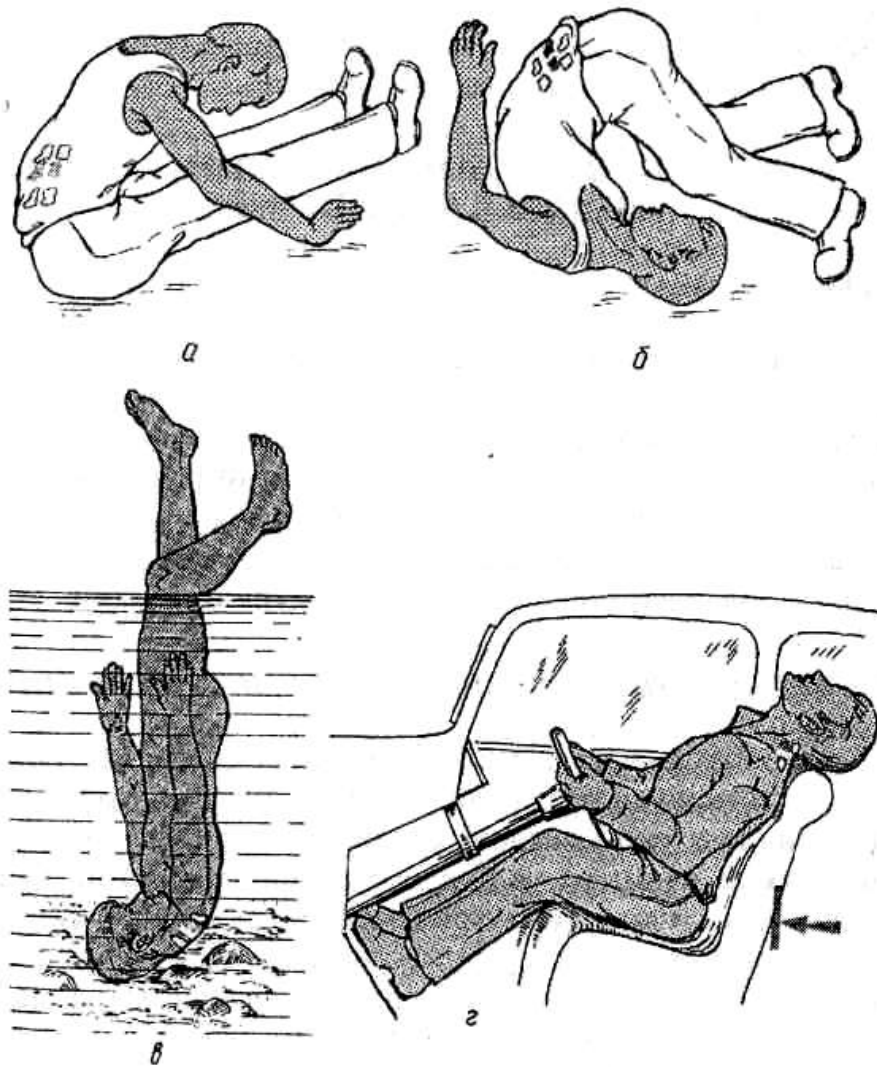
УМУРТКА ТАНАЛАРИНИНГ ЧИҚИШИ ВА СИНИШИ

Умуртка таналарининг шикастланиши кўпроқ билвосита таъсиротдан, умуртка погонаси ўки бўйлаб юк тушиши, тўсатдан ҳаддан ташқари унинг буқилиши ёки (камрок) ёзилишидан келиб чиқади. Айрим ҳолларда икки ва х.атто уч турдаги таъсиротларнинг кўшилиши кузатилади. Масалан, машина гуртиб юборган ёки бирдан тўхғатилганда «хипчин уриш» механизмида умуртка погонаси бўйин қисмининг кучли буқилиши унинг ёзилиши билан кўшилиб келади (216-расм).

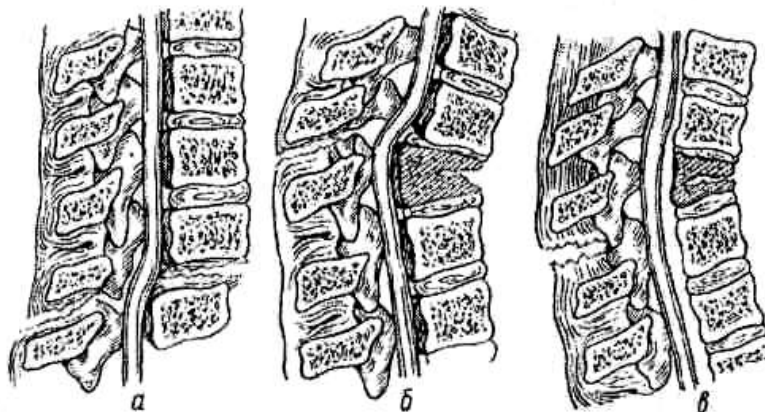
Қатгаларда умуртка погонасини физиологик кийшайишиларининг бириккинчисига ўтиш қисмлари, яъни пастки бўйин ва юқори кўкрак пастки кўкрак ва юқори бел умурткалари кўпроқ шикастланади.

Бўйин соҳасида кўпроқ чиқиш, кўкрак ва бел соҳаларида синиш ва синиб-чиқиш кузатилади.

Умуртка погонаси шикастланишини барқарор-бекарор орқа бойлам мажмуаси бутунлиги билан аниқланади. Орқа бойлам комплексига ўткир ўсиклараро, ўткир ўсиклар усти ва сарик бойламлар ҳамда умурткалараро бўғимлар киради. Шикастланиш орқа бойлам мажмуасининг тўла бузилиши билан кечса бекарор, қолганлари барқарор шикастланиш деб аталади. Бекарор шикастланишларда умурткаларнинг олдинги-орқа тарафга сурилишга мойиллик бўлиб, дурал крпча ичидагиларни эзиб кўйиш хавфи бор. Барқарор синишда бундай мойиллик ва хавф йўқ. Бекарор шикастланишларга умурткаларнинг чиқиши ва синиб чиқиши, умуртка танаси олдинги қисмининг ярим баландлиги ва ундан кўпроқ даражада понасимон эзилиб синиши, шу билан бирга, буралиб буқилган синишлар киради (217-расм). Умуртка таналарининг бе-



216-расм. Умуртқа погонаси синишида шикастланиш механизми.
a, б — бел қисмининг; *в, з* — бүйин қисмининг.

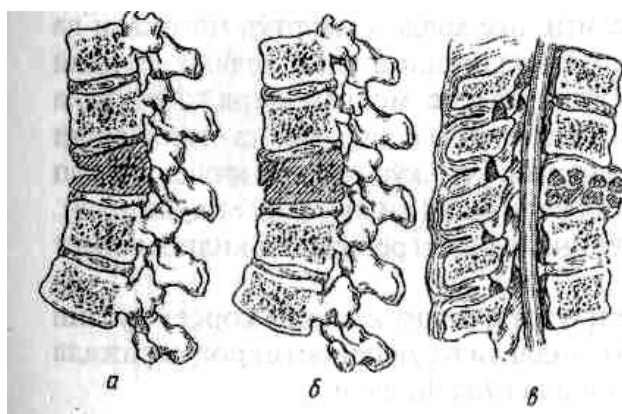


217-расм. Умуртқа погонасининг беқарор синишлари.
a — чиқиш; *б* — синиш-чиқиш; *в* — умуртқа танасининг ярмидан кўпи эзилиб синиши.

к а р о р с и н и ш л а р и г а — тана бурчагининг кўпорилиши, умуртка танасининг ярим баландлигидан кам даражада понасимон эзилиш ва «портлаган» синишлар киради (218-расм). «Портлаган» синиш умуртка погонаси букилмаган ва ёзилмаган хрдда ўки бўйлаб оғирлик тушганда хосил бўлади ва умуртка таналарининг устки ва пастки юзаларини крплаб турувчи пластинкалари парчаланеди. Дирилдок ядролар умуртка таналари ичига киради ва гидравлик зарба тамойили бўйича уларни бўлакларга парчалаб ташлайди. Баркарор шикастланишлар бекарор шикастланишларга нисбатан кўпрокучрайди.

Т а ш х и с. Беморларнинг дастлабки вақтларда кўп шикоятлари умуртка погонасининг шикастланган қисмидаги оғриқдир. Оғриқдинг даражаси суяклар синишининг оғирлигигина эмас, балки юшоқ тўқималарнинг шикастланиши, беморнинг умумий ахволи, шахсий сезгирлиги ва бошқа омилларга боғлиқ. Умуртка погонасининг шикастланиши бошқа аъзолар жарохатланиши билан биргаликда келса, бемор шифокор дикдатини умуртка погонасидаги оғриқ.ка Каратмаслиги натижасида унинг шикастлангани аниқланмай қолиши мумкин. Бундай х.олларда тўғри ташхис қўйишга тўла йиғилган анамнез ва кунт билан клиник текшириш ёрдам беради.

Крн куйилиш, шилинишлар шикастланиш соҳасини, таъсирот кучини аниқлюшда қўл келади. Умуртка погонаси синганда беморлар мажбурий холатни эгаллайдилар, айникса, у бўйин соҳасининг сингани ёки чикдани кўзга ташланади. Орқадан кўрилганда, аввало умуртка погонасининг физиологик кийшайишларига дикдатни жалб қилиш керак Чин букурлик кам учрайди, аммо бел лордозининг текисланиши ёки кўкрак кифозининг кучайиши кўп кузатилади. Катор х.олларда ёнга кийшайиш (сколиоз) ҳам пайдо бўлиши мумкин. Мушаклари яхши ривожланган шахсларда шикастланган умурткалар соҳасида орқа узун мушаклар қисқариб, тери остидан аркон каби ўткир ўсиклардан икки томонга қараб бўртиб туради. Бўйин умурткалари шикастланганда бу соҳада мушакларнинг спастик кискариши доимий учрайдиган белги хисобланади. Ўткир ўсикларни пайпаслаганда оғриқ сезилади. Оғриқдан



218-расм. Умуртка погонаси таналарининг барқарор синишлари.
а — понасимон эзилган синиш, тана қалинлигининг ярмидан ками; *б* — умуртка танаси юқори-олдинги қисмининг узилиши; *в* — «портловчи» синиш.

ташқари, пайпаслаганда синган умуртка ўткир ўсигининг орқага туртиб гургани ва ўсиклар ораси шикастланган сохдда катталашгани аниқланади. Бел умурткалари синганда крринда оғриқ.бўлиши ва корин олдинги девори таранглашиши мумкин. Бу кррин сероз пардаси орқа сохасида гематома борлиги билан боғлиқдир. Кррин парда орқасидаги гематома, куёш читали ва чегара симпатик устун зарарланиши ёки қаттиқланиши сохта ўткир кррин клиникасини бериши мумкин, айримларида у шундай яккрл бўладики, натижада ташхисловчи лапароскопия, хатто лапаротомия қилишга тўғри келади.

Бел ёки пастки кўкрак умурткалари синганини орқа юмшоқ тўқималари шикастлангани ва кўндаланг ўсиклар синганидан киёслаш учун крринда ётган беморни ёзилган оёқларини кўтариб, ўткир ўсиклар пайпасланади (Силин белгиси). Юмшоқ тўқималар лат еганида, чўзилганида ёки кўндаланг ўсиклар синганида оғриқ. кучаймайди, умуртка таналари, ўткир ўсиклари ва ёйи синганида оғриқ. жуда кучаяди. Бу белги шикастланишдан кўпгина вақт ўтган бўлса, умурткаларнинг синганини аниқлашда катта аҳамият касб этади, чуйки бошқа белгилар аниқ, бўлмайди. Беморнинг товонига уриб ёки бошини босиб умуртка погонаси ўки бўйлаб таъсирот бериш фақат ётган ҳолда ўтказилиши мумкин. Ўк бўйлаб каттарок кж бериш ва кўполлик билан умуртка погонаси хдракат х.ажмини аниқлаш, айникса, вертикал ҳолатда ман этилади.

Рентгенологик текширишни икки юзада, фас ва профил ҳолатларда олинадиган суратлар билан бошланади. Кейинчалик кўрсатмага караб мўлжал суратлар, томография, рентгенограммалар кийшик юзаларда олинадики, улар умуртка таналари ва уларнинг орқа қисмлари: ёйлари, бўғим ва ўткир ўсикларида кузатиладиган патологик ўзгаришларни майда қисмлари билан кўришга имкон беради. Умуртка танаси синганининг доимий белгиси бўлиб, ён томондан олинган рентген суратида кўринадиган понасимон деформация хисобланади.

П а с т к и к ў к р а к в а б е л у м у р т к а л а р и с и н и ш и - н и д а в о л а ш . Умуртка погонаси синишига шубх.аланаётган беморга биринчи ёрдам берилаётганда умуртка погонасини харакатлантириш, айникса, букиш мумкин эмаслиги, акс ҳолда у умуртка погонаси ва орқа миянинг янада кўпрок шикастланишига олиб келади. Бундай беморлар остига тахта кўйилган махсус мосламаларда, умуртка погонасини буқилишга йўл кўйилмаган ҳолда шифохонага ёткизилиши зарур. Умурткалар синишини даволаш учун кўп усуллар ичида энг кўп қўлланиладигани бир зумда ёпиқ репозиция қилиб, корсет кўйишдан, функционал усул бўлса, аста-секинлик билан репозиция қилиб, корсет кўйишдан иборат.

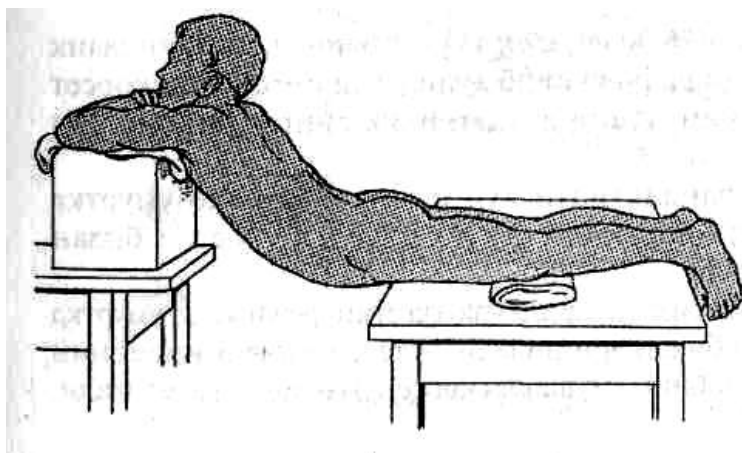
Бир зумда ёпиқ репозиция ва кетидан корсет кўйиш умуртка таналарининг ярим баландлига ва ундан ортиқрок даражада эзилиб, понасимон бўлиб қолишида қўлланилади.

Усул тамойили. Синган умурткани куч билан орқага тўқрилаш ва шу ҳолда қадокданиш бўлгунча экстензион корсет қўйиш. Бир зумда репозицияни умумий ёки маҳаллий оғриқсизлантириш билан амалга оширилади. Энг соддаси, Белер усулида оғриқсизлантиришдир. Унда синган умурткалар соҳасида ўткир ўсиклар орасига 2-4 см чуқурликка 0,5% новокаиндан 20 мл юборилади. Маҳаллий оғриқсизлантириш тери остига анальгетиклар юбориш билан тўлдирилади.

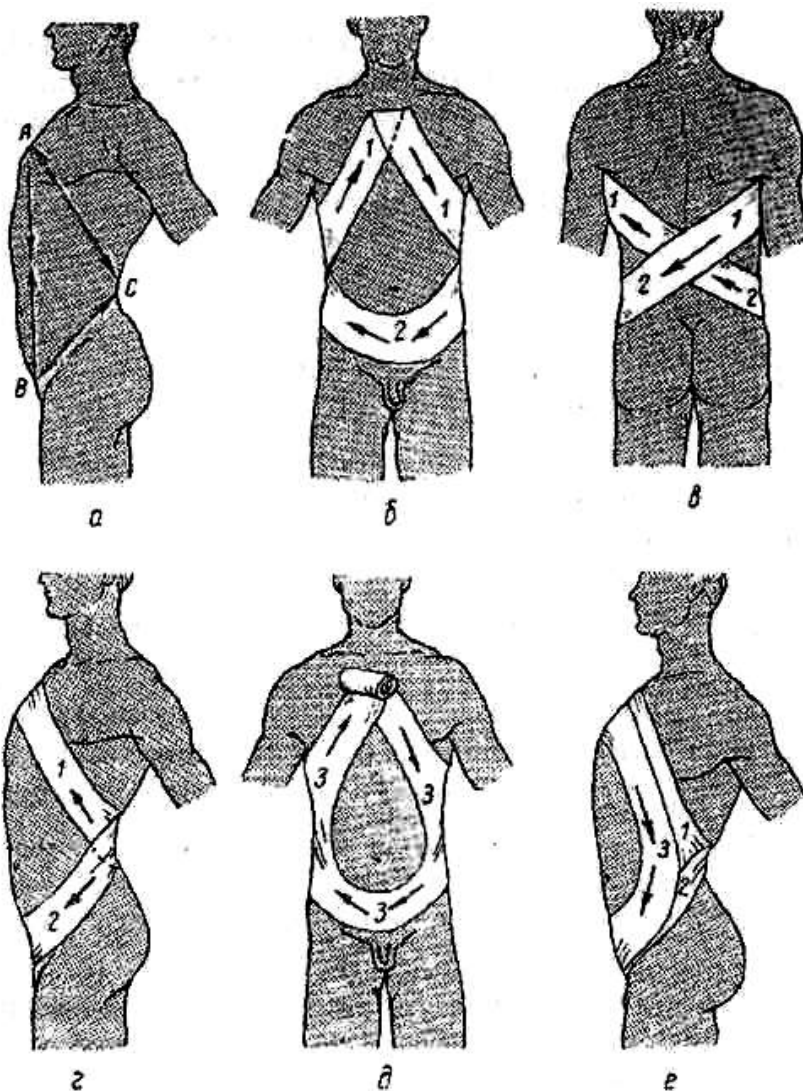
Репозицияни турли баландликдаги столларга беморни корни билан ётқизиб, умуртка погонасини орқага букиб, Уотсон-Джонс-Белер усулида (219-расм) ёки корни билан ётган беморни оёқларидан юқорига тортиб (Девис усули) қилиш мумкин. Лекин универсал ортопедик столда репозиция қилиш кўпроқ мақсадга мувофиқ бўлади. Бунда умуртка погонасини орқага букиш пружиналовчи тасмалар кийшиклигини столларни яқинлаштириш билан ўзгартириш оркали эришилади.

Бир зумда ёпикрепозиция қилиб, рентген назорати ўтказилгач, тезда умуртка погонасини орқа юзага буқилган ҳолда корсет қўйилади. Бемор ҳолатини корсет қўйилаётган чоғда ўзгартирмаслик кўзда тутилади. Умуртка погонаси эзилиб синганда гипсли корсетнинг ўзига хос хусусиятлари бор. Унинг асосий мақсади — орқага буқилган ҳолда турган умуртка погонасини олдинга бурилишига йўл қўймаслик Шунинг учун ҳам бундай корсет экстензион деб аталади. Корсетнинг уч таянч нуқтаси бўлиши керак: туш, симфиз ва умуртка погонасининг бел лордозининг энг ботик соҳалари. Иложи борича тана орқа қисми очик қолишига интилган маъкул. Бу кейинчалик орқа мушакларни укалаш, физиотерапевтик ва гигиеник муолажалар ўтказишни осонлаштиради. Корсет Юмашев, Силин ва Таламбум усулида қўйилади (220-расм). Бу корсетнинг ўзига ўхшаган экстензион корсетлардан фарқи шундаки, унда гипсли бинтлар юк тушувчи чизиклар бўйлаб ўтказилади. Шунинг учун материал чикими энг кам, корсет вазни енгил ва тананинг кўп соҳаси очик қолади.

Биринчи кунлардан бошлабок физиотерапия, укалаш, даволовчи жисмоний тарбия ўтказилади. Репозициядан 3 хафта ўтгач, корсетда



219-расм. Уотсон –
Джонс – Белер
усулида пастки кўкрак
ва бел
умурткаларининг
компрессия
синишида репозиция.



220-расм. Юмашев, Силян, Таламбум усулида экстензион корсет кўйиш (чизма).

a – таянч нуқталари (А, В, С) ва экстензион корсетда оғирликнинг бўлиниши (йўналиш билан кўрсатилган); *б* – гипс бинтининг 1-2 йўналиши (олдидан кўриниши); *в* – шунинг ўзи (орқадан кўриниши); *г* – шунинг ўзи (ёнидан кўриниши); *д* – гипс бинти билан учинчи марта ўтиш (олдидан кўриниши); *е* – шунинг ўзи (ёнидан кўриниши).

юришга рухсат берилади. 4-6 ойдан сўнг корсет олинади. Кейинчалик ва катта эзилиб синиш холларида олиб кўйилувчи ортопедик корсет тавсия қилиниши мумкин. Ишга лаёқатлилиқ сингандан бир йил ўтгач тикланади.

Учдан бир кием баландлигидан кўп бўлмаган эзилиб умуртка танасининг асоратсиз синишларида функционал усул билан даволашга кўрсатма бўлади.

Усул тамойиши. Харакатсизлантириш ўринда ётиш режими ва умуртка погонаси бўйлаб тортиш билан эришилади, эрта даволовчи жисмоний тарбия (ЛФК) тўлақонли табиий «мушакли корсет» яратишга қаратилади.

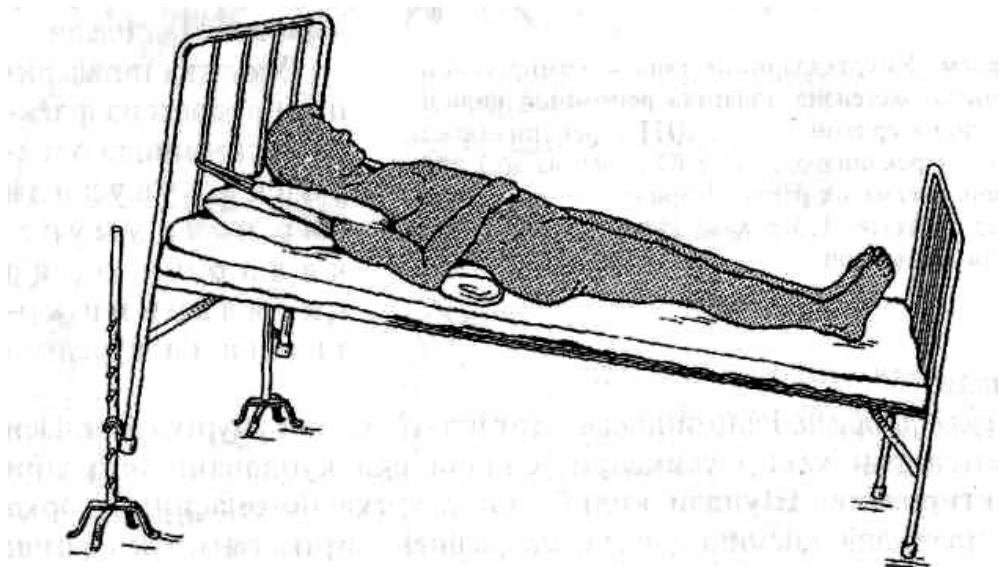
Синган умуртканинг бутунлигини тиклаш мақсади бу ҳолларда қўйилмайди. Умуртка погонаси кийшиклиги кейинчалик қўшни қисмларнинг мослашиш, компенсация қилиш ҳисобига тўғриланади. Корсет дам қўйилмайди. Бу усул В.В.Гориневская ва Е.Ф.Древинглар томонидан таклиф қилинган бўлиб, мамлакатимизда кенг қўлланилади.

Қўйиш юзада қўлтиқ ости соҳасидан тортиб, умуртка погонасига ўққ1 бўйлаб тушувчи оғирликни йўқртилади, бунинг учун физиологик кийшайишлар остига болишлар қўйиб, ёрдам берилади. Ёстикчалар табиий кийшикликларни тўлатиб турса бўлгани, умуртканинг орқага буқилганини улар кучайтирмаслига керак (221-расм). Бемор биринчи кунданокҳжисмоний тарбия билан шугулланиши лозим. Ўринда ётиш режими муддати 1,5-2 ой. 4-6 ой ўтгач ишга лаёқатлилиги дақдқа сўз кетади. Лекин катта жисмоний куч билан боғлиқ ишлар қишши, шикастлангандан бир йил ўтгунча ман қилинади.

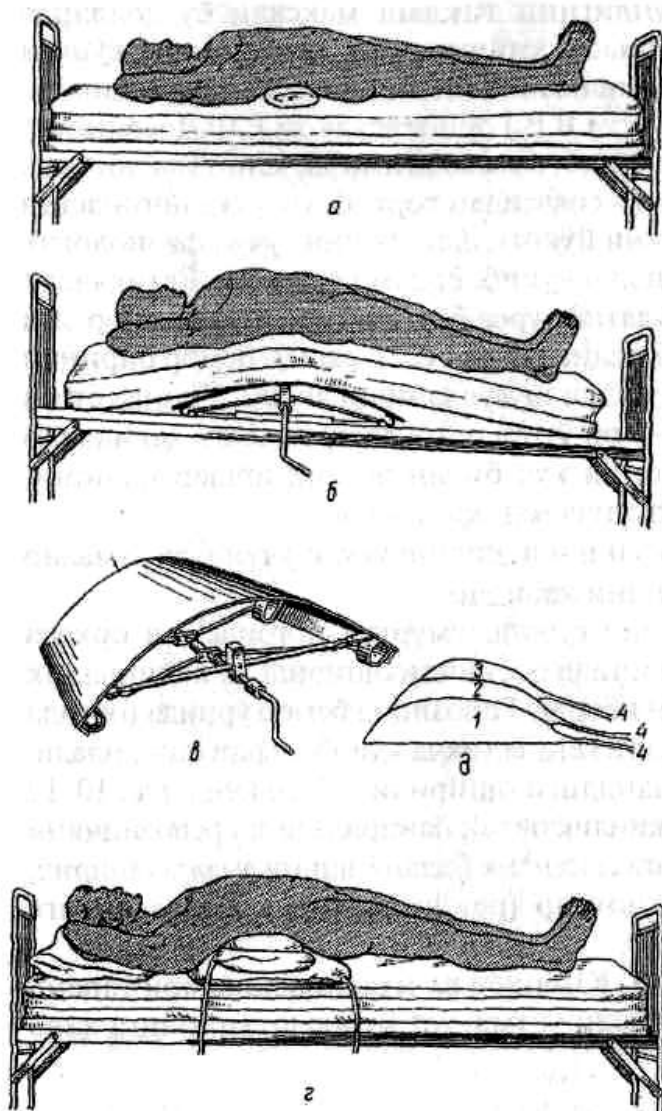
Аста-секин репозиция қилиш усули учун кўрсатмалар бир зумда репозиция қилингани кабидир.

Усул тамойили. Репозиция қилиш умуртка погонасини орқага буқилишини 1-2 ҳафта мобайнида босқичли ошириш ва кейинчалик экстензион корсет қўйигддан иборат. Репозиция бемор ўрнида (остида қаттиқ тахта билан) бел содасига кенг ёстикча қўйиб амалга оширилади. 2-3 кундан сўнг ёстикча баландлиги оширилиб, 7-10 кунларда 10-12 см га олиб борилади. Аста-секинлик билан бажариладиган репозицияни умуртка погонасини орқа юзага секинлик билан ёзишни амалга ошириб, букадиган махсус конструкциялар (реклинатор) ёрдамида амалга оширса ҳам бўлади (222-расм).

Энг қулай мослама бўлиб, Юмашев ва муаллифдошлари тавсия қилишган, резинали уч бўлмали устма-уст жойлашган, ичига х.аво



221-расм. Шитда (тахтада) тортиш.



222-расм. Умуртқаларнинг танаси компрессион синганида экстензия ҳолатида репозиция қилиш. *a* – ёстиқча ёрдамида; *б* – ЦИТО реклинаторида; *в* – ЦИТО реклинатори; *г* – Юмашев ва муаллифдошлари пневматик реклинаторида; *д* – пневмореклинатор чизмаси: 1-3 – ҳаво камералари, 4 – ҳаво юбориш найчалари.

тўлдириладиган рек-линатор лисобланади. Бўлмалар бир-биридан ажратилган, сиги-ми 15, 10 ва 5 л га тенгдир. Умурткэ погонасини орқ;ага буқиш даражаси мослама бўлмаларини босқич-ма-босқич \аъо билан тулдириб бошқ;арилади. Хаво реклинаторида беморлар металл конструкцияларга нисбатан ўзларини яхши кхс к;иладилар.

Секин - аста репозиция билан бирга жисмоний тарбия, уқлаш ва физиотера-певтик муолажалар ўтказилади. 15-20 кунларда бемор ётган >олатида экстензион корсет кўйилади. Кейинги даволаш бир зумда репозиция кхилинган беморлар каби олиб борилади.

Умуртка таналари-нинг асоратсиз флек-сион синишида операция усулида бир неча умурт-к;аларни орқ;а кхисмларини хоти р и ш г а кўрсатма туғилади.

Усул тамойиши. Репозициядан сўнг шикастланган умуртка поконаси сегментининг ўткир ўсиклари, ёйлари ёки кўндаланг ўсик>лари бириктирилади. Шундай қилиб, юк умуртка

погонасининг орқа шмкастланмаган қисмига гушади, зарарланган умуртка танаси эса битиш вақти давомида юқдан озод килинади. Умуртка погонасини \аракатсизлантирувчи ташқи мосламалар кулланилмайди.

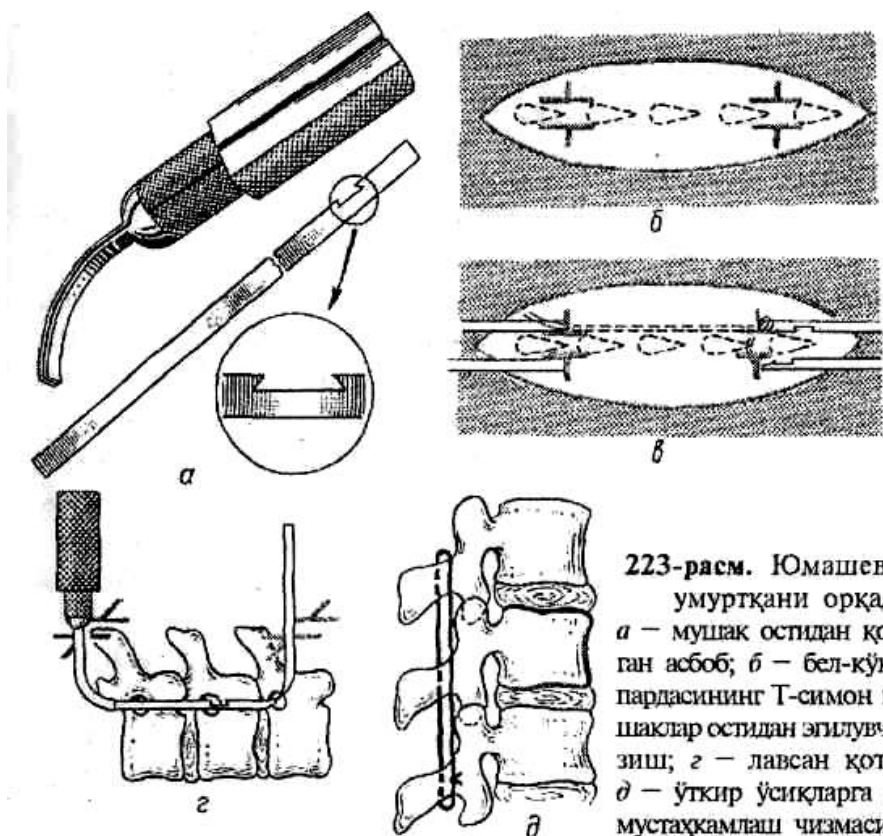
Синган умурткани операциядан олдин бир зумда ёпиқ усулда ёки аста-секинлик билан тўрриланади.

Орқа мия канали олдинги девори шикастланмай умурткаларнинг барқарор синишида Цивьян ва Рамих темир торткичи, Вейсфлог контрактори ёки Юмашев-Силин усулида орқа мушакларни шикастламай аллопластик бириктиришни амалга ошириш мумкин. Юмашев-Силин усулида шикастланган умурткадан ташқари ихки юқори ва икки пастда жойлашган умурткалар ҳам қотирилади (223-расм).

Операциядан кейинги даврда даволовчи жисмоний тарбия ва укалашга катта аҳамият берилади, улар орқа мушакларни мустаҳкамлашга қаратилган.

Ўринда ётиш режими муддати умуртка погонаси синишининг характери ва операция вақтида орқа мушаклар шикастланиш х.ажмига боғлиқ.. Юмашев-Силин операциясидан 4-6 кундан кейин беморлар оёқда турса, Цивьян ва Рамих мосламаси ишлатилганда — 14-16 кундан сўнг металл пластиналари ишлатилганда (орқа мушаклар кўпроқ зарарланади) ўринда ётиш режими муддати 3 х.афтагача узайтирилади. 2-3 ой ўтгач ишга лаёқатлилиқнинг тикланиши ҳақида сўз боради.

«Портлаб» синишларда дирилдок ядро синган умуртка бўлаклари орасига кириб қолади (диск тўқималари билан интерпозиция) ва қадоқланиш жараёнига ҳалакит беради, шунингучун бундай ҳ.олларда синган умуртка танасини олиб ташлаб, ўрнини суяк трансплантанта билан алмаштирган маъқул.



223-расм. Юмашев-Силин усулида умуртқани орқадан қотириш. *а* – мушак остидан қотиргични ўтказадиган асбоб; *б* – бел-қўхрак фасцияси орқа пардасининг Т-симон кесимлари; *в* – мушаклар остидан эгилувчан йўналгични ўтказиш; *г* – лавсан қотиргични ўтказиш; *д* – ўткир ўсиқларга лавсан қотиргични мустаҳкамлаш чизмаси.

ўтказилади. Ўринда ётиш режими муддати 2-3 хдфта. Ишга лаёкатлилик 4-6 х,афтадан сўнг тикланади.

УМУРТКАЛАР ЎТКИР ЎСИҚДАРИНИНГ СИНИШИ

Ўткир ўсиқлар ҳам бевосита, ҳам билвосита шикастланишдан синиши мумкин. Бир неча ўткир ўсиқларнинг бирваракайига синиши ҳам кузатилади.

Т а ш х и с. Беморларни синган сохдқаги маҳдллий оғриқ. бевозта килади, оғриқ. умуртка погонасини орқага ё олдинга букканда кучаяди. Синган ўткир ўсиқлар устида хосил бўлиб пайпасланганда оғрийди. Айрим лолларда ўткир ўсиқлар орасининг ўзгаргани, уларнинг хдракатчанлиги ва ўрта чизикдан ёнга сурилганлиги аниқланади. Ён томондан олинган рентген суратида синиш чизиги кўринади.

Д а в о л а ш. Синган сохлга 5 мл дан 0,5-1% новокаин эритмаси юборилади. Оғриқ. давом этаверса, оғриқсизлантириш 2-3 кунда кўтарилади. 2-3 хафта ўринда ётиш режимига риоя қилинади. Ишга лаёкатлилик 3-5 хдфтадан сўнг тикланади.

ЎТКИР ЎСИҚДАР УСТИВА ОРАСИДАГИ БОЙЛАМЛАРНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Ўткир ўсиқлар усти ва орасидаги бойламларнинг алох,ида шикастланиши бўйин ва бел сохдларида учрайди. Шикастланиш механизми билвосита. Бойламлар умуртка погонаси олдинга кўп буқилганда ёки куч билан ёзилганда ўткир ўсиқлар орасида эзилиши мумкин.

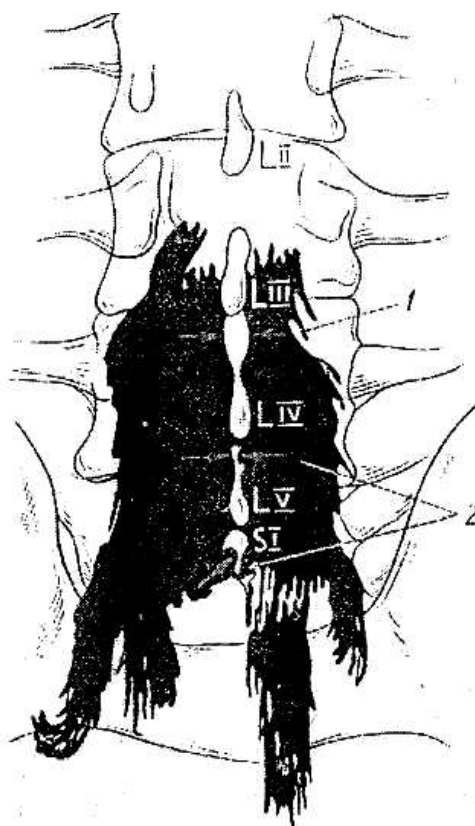
Ташхис. Орқа бойламларнинг янги узилишида маҳдллий окрик бевозта килади. Умуртка ҳаракатлари оғриқ. билан кечади. Айниқса, умуртка погонасини орқага буқиш бузилади, айрим холларда жуда азоб берўвчи оғриқ. сезилади. Бу ўткир ўсиқлар орасида бойламларнинг эзилишидан бўлса керак Кўрилганда шикастланган бойламлар соҳасида қон кўйилиши ҳисобига букйл аниқланиши мумкин. Ўткир ўсиқлар ораликени пайпаслаганда оғриқ, бўлади. Ўсиқлараро бойламлар жароҳатланганда к1 гтик оғриқ. ўткир ўсиқлар орасини ўрта чизикда босилганда эмас, балки ундан озгина ён томонда аниқланади. Пайпаслаганда шикастланган бойламлар кемтиги кузатилиши, тўла узилганда бармоқ. ўткир ўсиқлар орасига эркин киради. Ўткир ўсиқларнинг бир-биридан кочиши бойламларнинг алохдда янги узилишида одатда кузатилмайди. Умуртка погонасининг оддий рентген суратларида ўзгаришлар кўринмайди. Пекин рентген суратини олиш суяк сингаҳини инкор этиш учун шарт.

Ўткир ўсиқлар усти ва орасидаги бойламларнинг шикастланиши кеч муддатларда жароҳдгланган соҳада бел санчиги типидagi оғриқлар

характерлидир. Беморлар бел мушакларининг тезча чарчашини айтишади. Кейинчалик узатилувчи оғриқлар пайдо бўлиши мумкин, уларнинг келиб чиқиши кўпинча дисклардаги дегенератив ўзгаришлар, крлаверса орқа ва орқа ён диск чурраларга боғлиқдир. Умуртка погонасини ҳаракати, айниқса, уни орқага букиш чекланади. Доимий белгилари: оғриққ ўткир ўсиқлар орасининг кенгайиши, ўткир ўсиқлар орасидаги бойламларнинг бўшашидир.

Т а ш х и с. Ўткир ўсиқлар усти ва орасидаги бойламларнинг шикастланишининг кеч даврлардаги клиник манзараси бошқа кўп патологик ҳолатларга ўхшаб кетади; масалан, умуртка погонаси остеохондрози. Шунинг учун айтиб ўтилган бойламлар шикастланганини кеч даврларда аниқлаш учун махсус текшириш усулларини ўтказиш лозим. Уларнинг энг соддаси жароҳатланган бойламларни вақтинча оғриқсизлан-тирадиган синамадир. Ўткир ўсиқлар орасига 3-5 мл 2% новокаин эритмаси юборилади. Агар беморларда ҳақиқатдан бойламлар шикастланган бўлса, оғриқ, вақтинча ўтади. Хатто умуртка погонасини орқага букиш оғриқсиз бўлиб қолади (оғриқсизлантириш синамаси мусбат). Лекин бойламларнинг

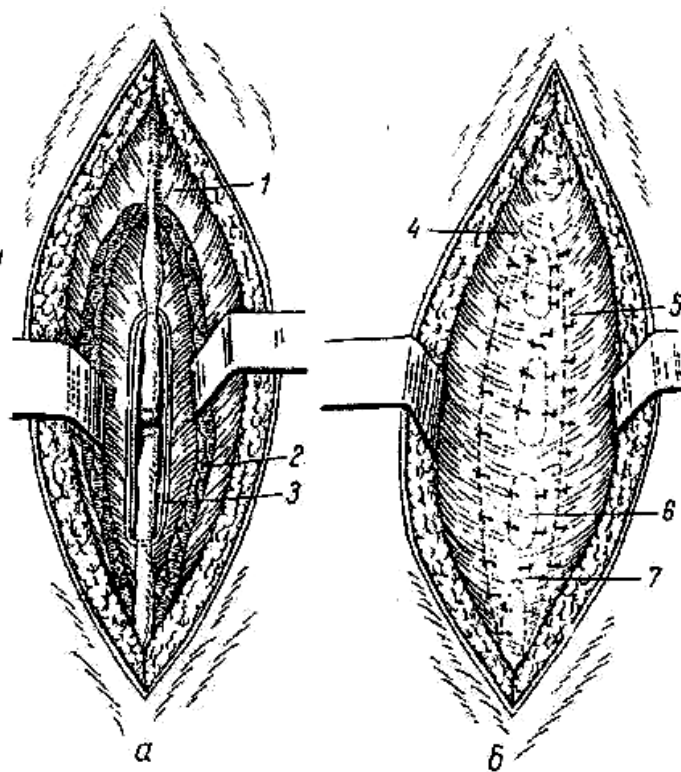
шикастлангани дисклардаги дегенератив ўзгаришлар билан биргаликда кечса, синама натижаси манфий бўлиши мумкин, чунки оғриқ, фақат бойламлардаги ўзгариш билан эмас, балки дисклардаги ўзгаришларга ҳам боғлиқ. Бу ҳолларда ўткир ўсиқлар орасидаги бойламларнинг бутунлиги ҳақида нотўқри фикр пайдо бўлиши мумкин. Шундай қилиб, оғриқсизлантириш билан топилган мусбат синама ўткир ўсиқлар орасидаги бойламларнинг узилганини билдирса, манфий синама уни инкор эта олмайди. Шубҳа келинган ҳолларда контраст модда юбориб, рентген текшируви — лигаментография ўтказиш тавсия қилинади. Ўткир ўсиқларни иккала ён томонларидан контраст моддани сувдаги эритмаси юборилади. Агар ўсиқлар орасидаги бойламларда дарча, кемтик бўлса, у контраст модда билан тўлади ва фас рентген суратида ўсиқлараро бойламлар ёругланиши фонида контраст модда сояси кўринади (228-расм).



228-расм. Лигаментограмма (чизма). 1 — нормал бойлам; L₃-L₄ — контраст модданинг нормал оқиши; 2 — шикастланган бойламлар L₄-L₅, L₅-S₁.

Д а в о л а ш. Бойламлар шикастланишининг дастлабки даврида консерватив функционал даволаш тавсия қилинади. Шифохонада шикастланган соха оғриқсизлантирилади, кейинчалику 3-4 кундан кейин қайтариледи. Беморни остида тахтаси бор кдгтикўрингачалканча ёткдоилади. Даволовчи жисмоний тарбия ўтказилади. 2-хафтадан бошлаб кррнига айланишга рухсат берилади, шу вақтдан бошлаб тана орқа қисмини массаж қилишга кўрсатма берилади. Ўринда ётиш режимининг умумий муддати 3-6 хафта.

Лекин корсет ишлатилганда яхшироқ натижаларга эришилади. Бундай даволашнинг асосида узилган боғлам бўлакларини максимал яқинлаштириш ва барча битиш даврида хдракатсизлантириш ётади. Оғриқсизлантирилгач, умуртққа погонасини орқага буқилган холда экстензион корсет кўйилади. Шундай кҳилиб, ўткир ўсикдар ва уларга ёпишадиган бойламлар максимал яқинлаштирилади. Жисмоний даволовчи тарбия, физиотерапевтик муолажалар бемор корсетдалигиданокўтказилади. Корсетни такиб юриш муддати 4-6 _афта. Шикастлангандан кейин кўпроқ вақт ўтган бўлса, консерватив даволаш натижаси камрокдир. Агар бир йил мобайнида консерватив муолажалар билан натижага эришилмаса, жаррохлик усули қўллани-лади, ўсиклараро бойламларни Юмашев, Силин ва Дмитриев усулида лавсан тасмачалар билан пластика қилинади (229-расм).



229-расм. Умуртқа погонасининг орқа бойлам комплексини пластика қилиш техникаси.

Операциядан сўнг қаттиқ ётоқда ўринда ётиш режимига рио5 қилинади. Ўринда ағдалириш чекланмайди. Операциядан сўнг биринч! кунларданок даволовчи жисмоний тарбия ва физиотерапевта! муолажалар тавсия қилинади. Беморлар оёқда кўтарилгач умуртк1 погонасини ҳаракатсизлантириш учун ташкой мосламала} ишлатилмайди. Танани олдинга букишни 8-10 х,афта мобайнид(чекланади. Ишга лаёкатлилиқ 11-12ҳафтадан сўнг тикланади. :

13 - б о б. УМУРТКД ПОРОНАСИННИГ АСОРАТЛАНГАЦ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Умуртка погонасини ёпиқ шикастланишида орқа мия ва от дум! тутамларининг турли даражада зарарланиши кузатилади микроскопик ўзгаришлардан лат ейишгача, мажакланиши ва хаттх анатомик узилиб кетиши мумкин. Буларда орқа мия шиши ш] даражага бориб етадики, унда қаттиқ пардани чегаралаб турувч! канал ичи бутунлай тўлиб қолади.

Орқа мия шикастланиш даражасига, орқа мия ва ундан чикувч! тутамлардаги ўтиб кетувчи ва ўтмайдиган ўзгаришларга кара< А.Л.Поленов номидаги Ленинград нейрорехрохия илмий текширии институти таклиф кҳилган таснифга асосан орқа соҳанинг асоратл] шикастланиши уч гуруҳга бўлинади:

Биринчи гуру>х - орқа мия ва от думи тутамларининг кайта] функционал ўзгаришлари (орқа мия чайкалиши, қон айланишнин кайтар ангионевротик бузилишлари билан кўринади); I

Иккинчи гуруҳ - кайтар ва кайтмас орқа мия ва от дум] тизимчаларидаги ўзгаришларнинг кўшилиб келиши (орқа мия ла1 ейиши ва эзилиши).

Учинчи гуруҳ - орқа мия кўндалангига анатомик узилиши ею унинг тўқималарини бутун кўндалангини эгаллаган кон кўйили1] билан кечувида кайтмас ўзгаришлар.

Орқа мия жароҳатланиш оғирлиги кайтмас морфологи] ўзгаришларнинг устунлиги, фаолиятининг тикланиши эса кайта] функционал ўзгаришларнинг йўқрилишта боғлиқ..

Жароҳат олинган вақтдан ўтган даврга боғлиқ.\олда, орқа миядаг| ўзгаришлар том маънода травматик шикастланиш (улар шикастланиши вақтида ва таъсири остида пайдо бўлади) ва ангионевротик характерп эга бўлган иккиламчи ўзгаришларга ва системали \амда системаси демиелинизация ва дегенерация, шикастланишдан ўтган узоқ.даврд| унинг жюратларига киради. Асоратлари эса соҳа тўқималаринин сурилиб тикланиш, чандикланиш ва ички турли тўқималар била! тўла кисталар \осил бўлиш жараёнлари билан характерланади.

травматик касаллиги деб атади. И.Я.Раздольский орқа мия травматик касаллигани 4 даврини ажратди:

1) 2-3 кунни ишгол килувчи бу давр учун бетартиб клиник манзара хос бўлиб, орқа миянинг турли даражада шикастланишидан келиб чиқади ва спинал карахтлик (шок) ривожланиши билан боғлиқдир. Бу даврда орқа мия оқир шикастлангани хозирги замонда клиник манзарага асосланиб, орқа мия ва от думи тизимларида морфологик ўзгаришлар характерини амалий жихатдан аниқдаб бўлмайди;

2) Эрта даври 2-3 хафта давом этади. Бу давр хам орқа миянинг тўла функционал узилиш белгилари билан кўринади. Бу белгилар мажмуасининг келиб чиқишида кон, лимфа ва орқа мия суюқдиги алмашувининг муътадил ошиб бузилиши хамда орқа мия кулранг моддасида микроскопик ўзгаришлар ётади. Бу некроз ва кон кўйилишлар босқитида, жаррохлик йўли билан орқа мия текширилганда анатомик бутунлиги сақлангандек туюлади, аммо лат еган, мажакланган ва кон кўйилган ўчоқлар топилади. Орқа мия тўқимаси бўкиб суюқлик билан шимилган бўлади;

3) Оралик давр одатда 3-4 ойгача давом этади. Унинг бошлангич фазасида спинал карахтлик аломатлари йўқолади ва зарарланган сохада чандикланиш жараёни кетади хамда шикастланишнинг чин характери аниқланади. Бу давр учун орқа мия ўсиб борувчи кистоз дегенерациясининг клиник-морфологик ўзгаришларининг бошлангич босқичи хосдир;

4) Орқа мия травматик касаллигининг кеч даври (4 ойдан кўпрок) зарарланган ўчоқда аввал глиал, сўнга купол бириктирувчи тўқимадан чандик ривожланиши билан характерланади. Мия тўқимасида, кўпинча, посттравматик кисталар хосил бўладики, улар орқа мия фаолиятини янада кўпрок бузади ва мия тўқимасининг қайта тикланиш жараёнини кўп х.олларда ёмон оқибатларга олиб келади. Орқа мия пардалари ва эпидурал ёк кавитида ривожланадиган чандикли ўзгаришлар хамда шикастланган умурткаларда хосил бўлувчи суяк кадоги кеч даврда орқа мияни эзиб қўйиши, кон ва суюқлик айланишини бузиши, бўкишига олиб келиши мумкин, булар ўз навбатида иккиламчи некротик ўчоқлар ва х.атто' кон кўйилишлар пайдо бўлишига олиб келади.

УМУРТЦА ПОРОНАСИННИНГ АСОРАТЛАНГАН ШИКАСТЛАНИШЛАРИ КЛИНИКАСИ

Умуртка погонасининг асоратланган шикастланишлари орқа мия функционал узилиш белгилари ўткир даврда (шикастланиш соҳасига караб) тўртала мучалар ёки иккала оёқлар тонусининг пасайиб шолланиши, рефлексларнинг йўқ.олиши, ўтказувчи типидagi оғриқсиз-ланиш, шахвоний кўзгалиш, чаноқ аъзолари фаолиятининг бузилиши,

вегетатив ўзгаришлар (терлаш, вегетатив нерв системасига хос рефлекслар, тери хдрорати, кон айланиши ва бошқдлар) билан характерланади. Клиник амалиётда ёзиб ўгилган дастлабки давр «спинал карахтлик» атамаси билан юритилади.

Бу давр муддати неврологлар ўзгаришларнинг қайта ривожланишида турлича бўлиб, бир неча хафтадан бир неча ойларга тенг бўлиши мумкин. Кўпчилик беморларда орқа мия шикастланиши клиник манзараси умуртка погонасининг жароҳатланиш дакикасида ойдинлашади, бу зарарланган соҳада умуртка канали шаклининг тўсатдан ўзгариши нақадар аҳамиятли эканини кўрсатади. Бўйиндан паст ва бел-думғаза сегментларидан юқори соҳалар шикастланганда икки оёқ паралитик шаклга, кейинчалик эса спастик шаклга ўтади. Бўйиндан пастки соҳалар шикастланганда юқорршювчи кистоз дегенерация кузатилмаса, қўллар интакт бўлиб қрлаверади.

Орқа мия травматик касаллигининг турли даврларида ундаги морфологик ўзгаришлар, кон ва суюклик айланишининг бузилиши, кистоз дегенерация ривожлашши ва хоказоларга караб клиник манзара ўзгариши ва орқа мия фаолиятининг кўндалангига шикастланишининг турли неврологик белгилари кузатилиши мумкин:

1)кўндаланг тўла узилиш белгилари (орқа миянинг функционал узилиши);

2)орқа мия ярим юзасининг узилиш белгилари (вентрал, дорсал ёки латерал);

3)марказий медулляр шикастланиш.

Бу белгиларнинг х,ар бир синдроми маълум симптомлар йиғиндисидан иборат бўлиб, улар ўз навбатида бир-бирига чалкашиб кетади, турли босқичларда бири иккинчисига ўтади. Сезишнинг объектив ўзгаришларидан ташқари (гипестезия, анестезия, оғриқ., тактил ва мушак-бўғим сезгилари), уларнинг субъектив бузилиши ташхислашда маълум рол ўйнайди, булар қягикланиш ва тушиб қолиш ҳамда у ёки бу белгилар беморда бир вақтнинг ўзида пайдо бўлади.

Кдгикланиш белгиларига оғриқлар ва парестезия киради. Оғриқлар характери турлича бўлиши мумкин. Кўпинча хар хил даражадаги «синдирувчи» оғриқлар, уларни беморлар чуқур оғриқлар деб кўрсатишади (суякларда зиркираш). Кўпинча оғриқлар тактил ва харорат парестезияси билан биргаликда кечади.

Оғриқларни давомлилиги ҳам бир хил эмас. Улар тўсатдан пайдо бўлиши, аввал, қисқа хуруж типиди, кейинчалик эса, бир неча кун давом этади. Бошқа х.олларда оғриқлар давомли, х.афталаб ва ойлаб безовта килади, кучли, кучсизлиги алмашилиб туради. Кўпинча, уларнинг таркаш жойларида гипестезия ёки х.атто анестезия бўлади.

Айримларда увишишга «чумоли ўрмалаётган» сезги, умуртка погонаси бўйлаб электр токининг утиши (Лермитт синдроми), орқа мия орқа шохчалари зарарланиши билан боғлиқдир. Хароратли парестезия камрок кузатилади, унда совуқ. нарсанинг тегиб туриши ёки тана бир қисмининг жунжикиши ёки кизиб кетиш ва ачишиш каби сезгилар бўлади. Бир хиллари харорат парестезиясининг иккала тури бир вақтда ёки совуқ. сезиш, кизиб кетиш билан алмашса, аксинча, кизиш парестезияси совуғига ўтади.

Сезгиларнинг бузилиш соҳаси орқа миянинг ҳам узунаси, ҳам кўндалангига бирламчи ёки иккиламчи зарарланиш жойини аниқ, кўрсатади. Лекин бу аниқдик нисбий характерга эга. 0,3-0,5% холларда орқа мия травматик касаллигида оғриқ. синдроми мустакил жаррохлик муаммоси хисобланади.

Харакат соҳасининг бузилиши мустакил харакатланиш, рефлектор соҳа ва мушаклар тонусига тегишлидир.

Думғаза усти қисмидан орқа мия шикастланганга спастик синдром характерли хисобланади. Орқа миянинг шикастланган жойдан пастки бўлаги маълум автоном активликни кўлга киритади, у моно- ва полисинаптик рефлектор ёйларининг иш фаолиятига боғлиқдир.

Орқа мия нейронларининг физик ва тоник активлиги ёркин белгиларидан бўлиб, химоя рефлекслари хисобланади. Улар турли харакатларнинг уйғунлашиши билан кўринади. Мушаклар тонусининг ўзгариши уйрунлашишнинг кўп ва камлигига боғлиқдир. Уйғунлашиш шакллари қандай бўлишидан катъий назар сонни яқинлаштирувчи ва белёнбош мушакларининг таранглашиши кузатилади.

Орқа мия дистал қисми ва от думи тутамларининг зарарланиши оёқларнинг тургун бўшашган фалажлиги ёки шоллиги билан характерланади, бунда тизза ва товон рефлекслари пасаяди ёки чакдоилмайди, мушаклар гапотонияси ва гипотрофияси кузатилади.

Сийдик йўллари ва кўпчаси фаолиятининг бузилиши. Орқа мия травматик шикастланишининг кўп учрайдиган кўрсаткичларидан сийдикхайдашнинг бузилиши хисобланади, кўпинча сийдик кўпчасига инфекция тушиши мумкин. Бу ўз навбатида рефлюкс пайдо бўлишига, пиелит, умумий сепсис ёки урс(сепсис каби асоратларга олиб келади. Сийдик хайдалишининг қийинлашиш сфинктер фаолиятини бошқаришни бузилишидан келиб чиқади. Тинч вақтда орқа миянинг қайси даражада травматик шикастланишидан катъий назар, сийдик хайдашнинг бузилишида ков супачаси устидан окма хосил қилиш хато хисобланади.

Антибактериал даволаш шароитида вақти-вақти билан сийдик кўпчасини катетеризация қилиб, узоқ. вақт бўшатиб туриш мумкин. Сийдик КОПИНИНГ тўлиш тезлигига қараб бир кунда 3-4 ва 6 мартагача, одатда, катетеризация қилинади. Хатго доимий катетеризация (6-8 ойгача) ишлатилган чоғда кўп беморларда, агар асептика ва антисептикага тўлиқ риоя қилинса.

Маълум эҳтиёткорликка риоя қилиш ҳам керак агар катетер сийдик крпиди доимий қолдириладиган бўлса, 2-3 марта бир сугкада крпчани ювиб турганда катетерни 5 кунгача қолдириш мумкин ҳисобланади. Монро системаси сийдик йўлларида инфекциядан сақлаш ва сийдик автоматизми беморда ривожланишида умидни ҳар доим ҳам оклайвермайди. Айримларда бу системани ишлатиш мумкин, аммо автоматизмнинг бошлангич белгилари пайдо бўлиши биланок вақти-вақти билан катетеризация қилишга ўтиш керак Автоматизмни йўлга солиш учун беморларда Монро системасини кўп ушлаш автоматизмнинг бузилишига олиб келиши мумкин.

Ётоқ яралар. Орқа мия шикастланганда кўп кузатиладиган асоратлардан ҳисобланади ва 20-53% беморларда учрайди. Ётоқ яралар инфекция кириши учун кириш «дарвозалари» ролини ўйнайди ва 20-30% ҳолларда ўлимга олиб боради. Яралар орқали беморлар кўп оксил йўқртадилар (40-50 г гача), бу эса уларнинг умумий ахволини янада оғирлаштиради.

Даволаш муолажаларига некротик тўқималарни олиб ташлаш, мазли боғламлар қўйиш, битишни тезлатувчи коллаген пардалар ва пўкаклардан фойдаланиш, кварц қўйиш, электр ёрдамида китиклаш, тери пластикасини ўтказиш киради.

Нейротрофик ўзгаришлар. Орқа мия травматик касаллишда 16 дан 53% гача лолларда катта бўғимлар соҳасида гетеротопик суякланиш кузатилади. Улар беморни актив тиклаш учун катта тўсик ҳисобланади.

Орқа мия травматик касаллигани даволаш режалаштириладиганда спондилография, умуртка каналини пункция қилиш (ликвординамик синамалар ўтказиш), айримларда миелография ёки веноспонди-лография, компьютер томографияси амалга оширилади.

УМУРТКА ПОЮНАСИННИНГ АСОРАТЛАНГАН ШИКАСТЛАНИШИДА ЖАРРОХЛИК ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ

Орқа мия шикастланганида оғирлашаврадиган спинал хасталикнинг сабабларидан бири жароҳатланган умуртка сегментининг деформацияси ва бекарорлигидир. Умуртка каналида суяк бўлакларининг мавжудлиги, орқа мия ва унинг кон томирларини эзиб, ўчоқдан ташқарида деструктив ўзгаришларга, кисталар пайдо бўлиши, орқа мия тўқимасини глиал айнишига (анатомик ўзгаришигача) олиб келиши мумкин. Энг кўп бу ҳодисалар умуртка поғонасининг бўйин ва кўкрак-бел соҳаларида кузатилади. Кўкрак соҳасида бекарорлик амалда учрамайди.

Жарро?ушк усули танланаётганда умуртка поғонасининг бўйин қисми шикастланиш қонуниятларини ҳисобга олиш керак

1. Бўйин соҳасига сагиттал юзада етган таъсирот таянч-бойлам аппаратини шикастласа, уни бекарор деб баҳолаш керак чунки бу

жароҳатланиш орқа мия травматик хасталигининг яқин ва узоқ, даврларида кузатиладиган морфологик ўзгаришларни чуқурлаштириб юборади, клиникада ривожланувчи кистоз дегенерация ўчоқ усти белгиларини пайдо қилади.

2. Чикданда, синиб-чикданда ва умуртка таналарининг эзилиб синишида эзувчи омил сифатида сурилган умуртка ёки умуртка каналининг деформацияланган қисми ва суяк бўлаклари хисобланади, улар орқа мияни олдиндан эзишади.

3. Оралиқ даврида бу омиллар олдинги спинал ва тутам артерияларни шикастлайди, орқа мияда кон айланишининг бузилиши эса ўз навбатида ишемик бўшлиқларни пайдо бўлишига олиб келади.

Шундай қилиб, орқа мия шикастланишининг ўткир даврида текширишларга асосланиб икки хил операция ўтказиш мумкин: орқадан борилиб (ламинэктомия) ва олдиндан очилиб сурилган умуртка танасини олиб ташлаш.

Умуртка погонасининг асоратли шикастланишида зудлик билан олдинги декомпрессия операцияси учун кўйидагилар м у т л а к монелик хисобланади: а) агар беморда мия стволи шикастланиш белгалари бўлиб, у орқа миянинг функционал узилиши билан кўшилиб келса; б) клиникасида аниқ, марказий медулляр синдром аниқланса, лекин рентген текширишларида умуртка погонаси бўйин қисмида шикастланиш белгалари йўқ. («рентген белгиларисиз клиник манзара»), бу ҳолатга одатда гаперэкстензион шикастланиш механизми олиб келади.

Шошилиш жароҳлик муолажасига н и с б и й монелик бўлиб, неврологик белгиларнинг тез (бир неча соат давомида) регресси — орқага қайтиши хисобланади.

Орқа мия травматик касаллигида кўкрак-бел соҳасини очиқ йўл билан солинганда ва мустахкамланганда вазифа шулар билан тугалланмайди, балки кўрсатмага биноан умуртка канали ревизия қилинади, ихтидаги аъзоларда муолажалар ўтказилади (тутамлар тикланади, мия детрити олиб ташланади).

Харрингтон дистрактори ёки турли металл пластиналар билан умуртка погонасининг мустахкамлигини тиклаш мумкин. Сим билан қотириш нотўғри муолажа хисобланади, чунки эрта узилиб кетиши мумкин ва умуман, умуртка погонасининг мустахкам барқарорлигини таъминлай олмайди.

Агар гап миянинг кўкрак ва белнинг йўғонлашган қисми ҳақида борар экан, тўлақрнли декомпрессия учун зудлик билан ламинэктомия қилиш, мия детритларини ювиб ташлаш, орқа мияни кунт билан ревизия қилиш, от думи тизимчаларини анатомик бутунлиги бузилган бўлса тикиш лозим.

Шикастланишдан кейинги узоқ, муддатларда қилинадиган жароҳлик муолажаларнинг ўзига хослиги шундан иборатки, унда кенг ва радикал ламинэктомия умуртка погонасининг ҳар қандай

соҳасида қилинаверади. Операция мақсади орқа миёни эзаётган ва китикдаётган барча сабабларни бартараф қилиш, ликвор айланишини тиклаш. Бунинг учун ҳамма чандиклар қидоқлади, миё ичидаги кисталар очилади ва орқа миё мобилизация (сафарбар) қилинади.

Шикастланишдан кейинги узоқ, даврда орқа миё ва унинг тизимчаларида қилинадиган ҳар қандай операция, қоида бўйича менингомиелорадикулолиз билан тўлдирилади (унинг ўзи мустақил қилиниши, айримларда реконструктив операцияларнинг айрим қисмлари билан тўлдирилиши мумкин). Шунини алоҳида айтиб ўтиш жоизки, менингомиелорадикулолиз орқа миёни сафарбар қилиб, унинг айланмасидаги битишмалар ва миё билан қўшиқ парда ҳамда суяклар орасидаги чандиклардан ҳалос қилса, яхши натижа беради. Бу вазифани ечиш оптик катталаштириш ва микрожаррохлик инструментлар ишлатилса, анчагина осон қўлади.

14 - б о б. ЧАНОК СУЯКЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

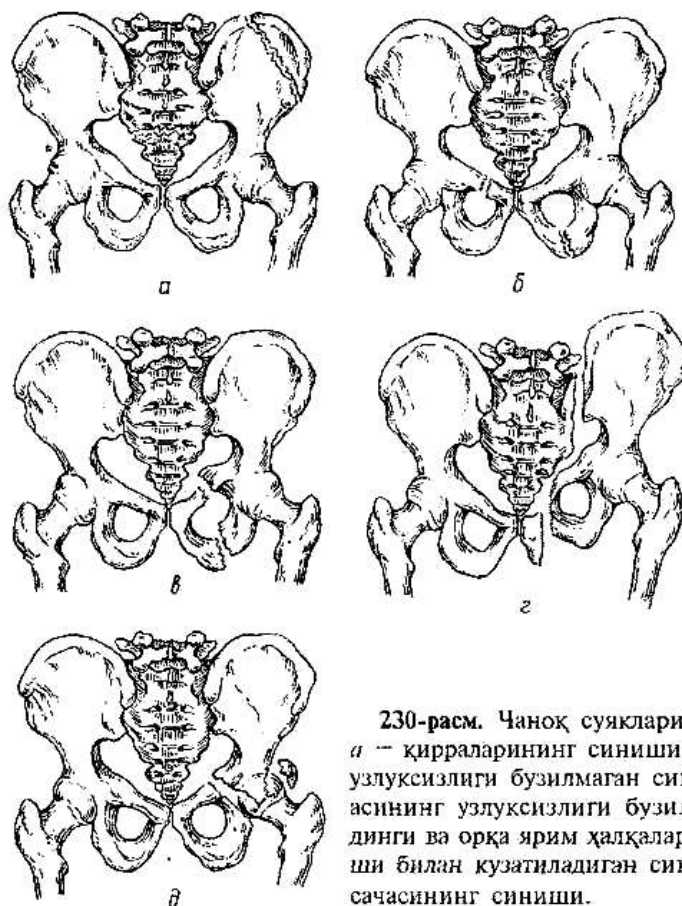
Чанок суякларининг шикастланиши жами синишларнинг 4-7% ни ташкил этиб, оғир шикастланишлар гуруҳига киради. Чанок шикастланишлари ўта оғир шок билан кечиши мумкин, бу рефлексларга бой зонанинг қидиқданишига ва қўшиқ суяклардан қўшиқ ичига қўп қўйилиши билан (2 л дан қўпро*0 боғлиқ, бўлади. Тана оғирлигини оёқларга ўтказиш чанокнинг вазифаларидан бири чанок; ҳалқасининг бир бутунлиги билан эришилади.

Синишда чанок қалқаси ва қўшиқ қосаси қандай даражада шикастланишига қараб, чанок суякларининг синиши қўшиқдаги гуруҳларга бўлинади (230-расм).

А. Қиррал и синиш. Чанок; ҳалқасини ташкил этишда иштирок этмаган қисмларининг (суякларининг) синиши: ёнбош суяги ўшиқларининг синиши, қўшиқ дўмбоқлари, дум суякларининг, думғаза суягининг думғаза-ёнбош бирикмаси пастидан қўндаланг синиши, ёнбош суягининг синиши.

Б. Чанок ҳалқаси бутунлиги бузилмаган. Ҳолда синишлар. Чанок ҳалқасини ташқид қилган суякларининг шикастланиши. Чанок ҳалқасининг мустақиллиги пасайган бўлади, лекин таянч вазифаси сақланиб қолади, чунки чанокнинг иккала ярми тўғридан-тўғри думғаза билан ҳам, иккинчи ярми билан ҳдм боғланган бўлади. Бу шикастланишларга қўшиқдагилар киради: 1) қов суякларининг бир қил шохчаларининг бир ёки икки томонлама синишлари, 2) қўшиқ суякларининг бир ёки икки томонлама синиши, 3) бир томонда қов суяги шохчасидан биттаси, иккинчи томонда қўшиқ суягининг синиши.

В. Чанок ҳалқаси бутунлиги бузилиши битлан кечадиган шикастланишлар. Бундай



230-расм. Чаноқ суяқларининг синиш таснифи.
a — қирраларининг синиши; *б* — чаноқ ҳалқасининг узлуксизлиги бузилмаган синишлар; *в* — чаноқ ҳалқасининг узлуксизлиги бузилган синишлар; *г* — олдинги ва орқа ярим ҳалқаларнинг бир вақтда бузилиши билан кузатиладиган синишлар; *д* — қуймич косчасининг синиши.

шикастланишларда чанокнинг ҳар бир ярми думғаза билан фақат бир томондан боғланган бўлади. Бунда чанокнинг таянч вазифаси бузилади. Бу шикастланишларга кўйидагилар киради: 1) думғазанинг вертикал синиши ёки думғаза ён массасининг синиши, 2) думғаза-ёнбош бирикмасининг ажраб кетиши, 3) ёнбош суягининг вертикал синиши, 4) қов суягининг иккала шохчасининг бир ёки икки томонлама синиши, 5) қов ва қуймич суяқларининг бир ёки икки томонлама («капалак» типига) синиши, 6) симфизининг ажраб кетиши.

Г. Бир пайтда олдинги ва орқа ярим ҳалқаларининг бутунлиги бузилган шикастланишлар (Мальген туриди). Бу шикастланишда чанок ярми думғаза билан алоқаси бўлиб қолган бўлади. Чанокнинг таянч вазифаси йўқолади. Чанокнинг думғазадаги бўлиб ажраган ярми бел ва қорин мушакларининг тортиши натижасида юқорига силжийди. Кўйидагилар фарқланади: 1) икки томонлама Мальген туридидаги синиш, бунда олдинги ва орқа ярим ҳалқалари икки томонлама синади, 2) бир томонлама Мальген туридидаги синиш, бунда олдинги ҳамда орқа ярим ҳалқа бир томонлама синади, 3) қийшик ёки диагональ Мальген

туридаги синиш, бунда олдинги ярим халқа бир томондан, орқа ярим халқа иккинчи томондан синган бўлади, 4) номсиз суягининг чиқиши — думғаза-ёнбош бирикмаси ва симфизнинг ажраб кетиши, 5) симфизнинг ажраб кетиши билан орқа ярим х.алканинг синиши ёки думғаза-ёнбош бирикмасининг ажраб кетиши билан олдинги ярим халқанинг синиши.

Д. К у й м и ч к о с а с и н и н г с и н и ш и к у й и д а г и л а р б и л а н ф а р қ . л а н а д и : 1) к у й м и ч к о с а с и ч е к к а с и н и н г с и н и ш и с о н н и ч и қ и ш и б и л а н бўлиши мумкин, 2) куймич косаси тубининг синиши соннинг марказий чиқиши билан кечиши мумкин, бунда сон суяги бошчаси ичкарига чаноқ бўшлиги томонга кириб кетади.

Кенг тарқалган корин пардаси орти гематомаси, буйрак олди клетчаткаси гача хам таркаб, корин мушакларининг таранглашишини, кррин пардасининг китикланиш белгиларини чакириши мумкин. Бу холларда крриннинг ён чукурчаларида перкутор товуш бўгикдашган бўлади, лекин тана холати ўзгаришига караб силжимади (Джойс белгаси).

Баъзан ўткир кррин клиникаси белгилари намоён бўладиги, диагностик лапароцентез ёки лапароскопия, айрим долларда лапаротомия қилишга тўғри келади.

Чаноқ суякларининг шикастланиши 30% лолларда шок билан кузатилади. Айниқса, чаноқ х.алкасининг олдинги ва орқа ярим халқалари бутунлигининг бир вақтнинг ўзида бузилиб, кўмик суяклар кенг шикастланганда шок оғир кечади. Чаноқ шикастланишидаги шокнинг ўзига хос хусусияти шундан иборатки, қаттиқ оғриқдан ташқари, чаноқ ички клетчаткасига кўп кон куйилиши билан ўтади.

Беморни силжитиш ёки эҳтиётсизлик билан кўчириш суякларнинг иккиламчи силжишини, кон кетишини кучайтириб шокни чуқурлаштириши мумкин. Шунинг учун шок холатдаги беморни стационарга кўчиришдан олдин, имкони бўлса, синган ерларини оғриқ.сизлантириш ва шокка карши кон ўрнини босадиган суюқдикларни окизиб қўйишдан бошлаш керак Чаноқ суяклари синганда одатда Школьников-Селиванов усули бўйича чаноқ ичи камали (блокада) қилинади. Чаноқ ичи камалининг т е х н и к а с и . Беморнинг чалканча ётган холатида ёнбош суягининг олдинги юқори ўсигидан 1 см ичкарасидан тери оғриқсизлантирилади. Сўнгра узунлиги 14-15 см ли игна санчилади. Игна олдиндан орқага йўналтирилади. Бунда игнанинг кесик юзаси доимо ёнбош суяги ички юзаси бўйлаб сирганиб кетиши керак 12-14 см чуқурликда игна учи ёнбош чуқурчасида бўлади, у ерга 0,25% — 250-300 мл новокаин эритмаси юборилади. Икки томонлама синишда чаноқ ичи камали хам икки томонлама қилинади.

Думғаза, дум суяклари синганда ва ков суяклараро бўғими узилишида оғриқ.сизлантирувчи моддани бевосита шикастланган ерга юборилиб, мах.аллий оғриқсизлантириш мақсадга мувофиқ..

Чаноксуяклари шикастланган беморларни ости тахтали замбилда транспортировка қилиш лозим. Бунда тиззалари тагига болишча кўйиб, оёқларини замбилга боғлаб кўйиш мақсадга мувофиқ бўлади.

ЦИРРАЛАРНИНГ СИНИШИ

Чанок кярраларининг синиши, одатда, шикастлантирувчи куч тўғридан-тўғри чанок суягининг у ёки бошқа бир қисмига таъсири натижасида содир бўлади. Ундан ташқари ёнбош суяклари кэнотларининг синиши чанокнинг қисқа муддатли эзилишида содир бўлиши ҳам мумкин.

Ёнбош суягининг олдинги юқори ўткир ўсиги мушакларнинг ўта таранглашши натижасида кўпорилиб синиши кузатилади. Думғазанинг думғаз-ёнбош бирикмасидан пастда синиши думбасига ўтириб йиқилганда кўп учрайди. Булар енгил шикастланишларга киради ва шок холати камдан-кам кузатилади. Беморлар ўчарини яхши хис этиб, баъзан шифокорга ўзлари юриб келишади.

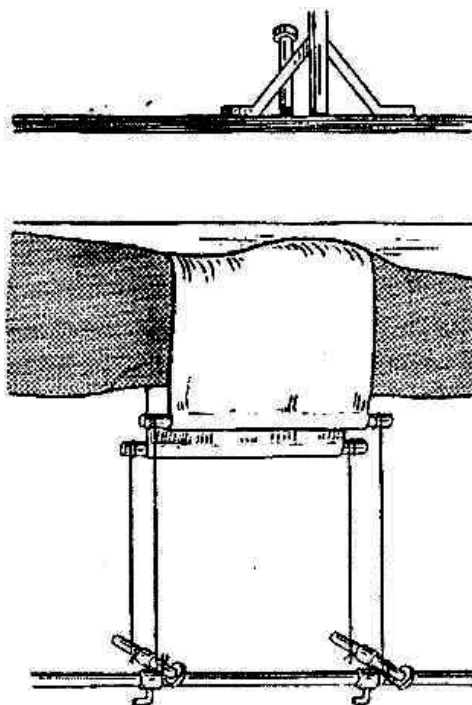
Олдинги-юқори ўсигининг кўпорилиб синиши. Синган ўсик соҳасида оғриқ, шиш кузатилади. Машиначилар мушаги ва соннинг сербар фасциясини таранглаштирувчи мушаклар таъсири остида суяк парчаси пастга ва ташқарига силжийди, бунинг натижасида оёқ калталашгандек кўринади. Кўп холларда Лозинскийнинг «орқага юриш» белгиси кузатилади. Олдинга кадам ташлаш учун сон букилади, унда ўсикқа бириккан мушакларнинг таранглашиши натижасида синган ерда кучли оғриқ пайдо бўлади. Оёқхни орқага хрракат килдирилганда анча кам оғриқ чакирилади, шунинг учун бемор орқага караб юришни маъкул кўради.

Д а в о л а ш. Олдинги -юқори ўсиги синганда синган ер га 1% — 20,0 мл новокаин эритмаси юборилиб оғриқ.сизлантирилади ва 2 хдфтага тинчлик берилади. Ўсикда бириккан мушакларни бўшатиш учун оёқни Белер шинасига бир оз ташқарига йўналган \олда ёткизилади. Баъзи холларда юқорида кайд қилинган х,олатда, суяк парчасининг жойига солиш имкони бўлмаса, операция қилиниб суяк парчаси бурама ёки суяк билан жойи? л махусамланади.

Куймич косаси юқори бҳлимининг шикастланиши билан ёнбош суякнинг синиши (Дюверней тури). Бунда ёнбош суягининг каноти соҳасида оғриқ пайдо бўлади, бу крриннинг кийшик мушаклари таранглашганда кучаяди, шикастланган томонда бўғимда ҳаракат чекланади, ёнбош суягининг канотига босилганда каттик оғриқ кузатилади.

Бунда баъзан патологик ҳаракат ва суяк гичирлаши аниқланади. Мушакларнинг тортишиши натижасида канот юқорига силжиши мумкин, бу ханжарсимон ўсимта билан юқори-олдинги ўсик орасидаги масофанинг камайиши билан тасдиқланади.

Д а в о л а ш. Оғриқ.сизланти-ришга шикастланган томонда чанок ичи камали қилиниб эришилади. Синган сохага тинчлик яратиш ва ёнбош шикастланган суякнинг канотига ёпишган мушакларини бўшаштириш учун оёқни Белер шинасига кўйилади. Даволашнинг биринчи кунларидан бошлаб ЛФК физиотерапевтах муолажалар бую-рилади. Ёнбош суяги каноти таш-карига анча силжиб кетган холларда юқорида кайд қилинган муолажа-лардан ташқари, бемор пастки кр-вургаларидан соннинг ўрта 1/3 қисмигача эгалланган гамакка олинади. Гамак ётокустидага тўсин-чаларга аркнрлар билан тортилиб кўйилади ва аста-секин суяклар репозициясига эришилади. Ётиш муддати 3 хафта (231-расм).

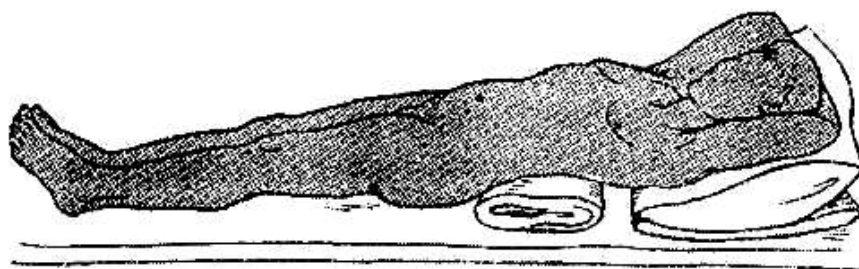


231-расм. Беморнинг гамакдаги ҳолати.

Думғаза ва думнинг кўндаланг синиши. Думғаза со\асида оғриқдан ташқари нажас кетиши қийинлашуви ва оғриқлилиги кузатилади, ўтирганда оғриқ, анча кучаяди. Думғаза (дум) со\асида шиш аниқланади. Тўрри ичак орқали текшириш пайтида синган суяк дистал қисмига босилганда кучли оғриқ. сезади. Бунда думғаза ёки дум суяги дистал қисмининг патологик хҳаракати аниқланади.

Баъзан думғаза дистал бўлаги олдинга силжиб думгадл нервларини шикастлаши мумкин. Бунда сийдик тутолмаслик ва думба соҳаларида сезги йўқ.олиши кузатилади.

Д а в о л а ш. Мах,аллий ёки пресакрал анестезия (20 мл 1% новокаин эритмаси) қилиниб оғриқ.сизлантирилади. Бемор остига текис тахта кўйилган ётокка ётқизилади. Умуртка погонасининг бел соҳаси ва проксимал қисми остига кенг болишча кўйилади. Болишчанинг калинлиги думғазанинг дистал қисмини кўрпага тегизмай кўтариб турадиган даражада бўлиши керак Бу билан синган кием босилмаслигига эришилади (232-расм). Бунга гамакка ётқизиш билан



232-расм. Думғаза синганда бемор ҳолати.

хам эришиш мумкин. Бунинг учун гамакнинг бел остига куракларнинг пастки бурчагидан думказанинг синган соҳасигача қўйиш керак Гамакка думғаза ва думнинг дистал қисмини ўринга тегизмай кўтариб турадиган даражада тош осииш керак

Беморга илик хукналар, белладоннали шамлар тайинланади. Ётиш муддати 3 хафта. Физиотерапевтик даволаш ўтказилади, бунинг аҳамияти думғаза нервлари шикастланганда жуда катга. Думғаза суяги синганда тўрри ичак орқали суяк бўлакларини репозиция қилиш мумкин эмас, чунки синган суяк ўткир қирраси тўғри ичакни жароҳатлаши мумкин. Дум чиқишини солишда бундай хавф бўлмайди. Агар дум суяги синган ерда кейинчалик хам оғриқ, йўқрлмаса, айникса, ўтирганда ва ич келиш пайтида қайта пресақрал камали қилиш, физиотерапевтик даволаш керак Консерватив даволаш ёрдам бермаса, операция ёрдамида дистал бўлакни олиб ташлаш керак бўлади.

ЧАНОҚ ХАЛҚАСИ БУТУНЛИГИНИНГ БУЗИЛМАЙ СИНИШИ

Бундай синишлар тўғридан-тўғри куч таъсири натижасида руй беради. Лекин баъзи лолларда чаноқ х.алқаси кисилганда олди-орқасидан (куймич суяги синиши) ёки ёнбошдан катта кўстларга куч таъсир қилганда (ков суяги синиши) хам кузатилади. Чаноқ халқасининг бутунлиги бузилмай синган беморларнинг умумий ахволи одатда коникарли бўлади. Крв соҳасида (ков суяги синганда) шикастлангантомонда окрикдан шикоят қилади. Оғриқ, оёғи билан ҳаракат килса кучаяди. Габай белгиси характерлидир: бемор чалканча ётиб, ёнга ағдарилаётганда шикастланган томондаги оёғини СОР томондаги оёғи билан ушлаб туради: бемор ёнбош ҳолатдан чалканча х,олатга айланаётганда дам оёқлари юқоридаги долатда бўлади. Чанокни ёнбошдан, олди-орқадан эзилганда ва ков соҳасининг куймич дўмбоклари пайпасланганда синган ерида оғриқ, чакирилади. Каттор х,олларда «ёпишган товон» белгиси кузатилиши мумкин: бемор оёғини тўғри ҳолатда кўтара олмайди, лекин кўтариб қўйилган оёғини ўзи шу ҳолатда ушлаб туриши мумкин. Кўпинча, бемор оёғини кўтара ҳам олмайди, кўтарилган (ёкни ушлаб тура олмайди кам.

Д а в о л а ш . Силган жой оғриқсизлантирилгандан сўнг бемор тахтачали ётоқда ёткизилади. Синиш бир томонда бўлса, ўша томондаги оёқ, Белер шинасига қўйилади ва бир оз ташқарига йўналтирилади.

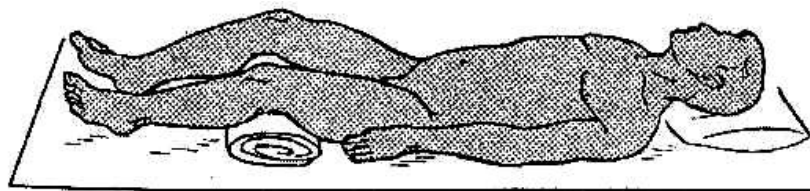
Икки томонлама синганда бемор «бака ҳолати»га ёткизилади: оёқдар тизза ва бўкса бўғимларида бир оз букилади, тиззалари бир-биридан узоқлаштирилади; сонларни ташқарига бураб, товонлари яқинлаштирилади. Бунинг учун бемор тиззалари остига болиш қўйилади ёки функционал ётоқда ёткизилиб, юқоридаги ҳолат берилади. Агар бемор шу ҳолатни сақлай олмаса, ошиқ бўғимларини боғлаб қўйиш, тиззалари орасига эса, кўшимча болишча қўйиш тавсия қилинади.

Ўринда ётиш режими муддати 4-5 х,афта. Чанок халқасини >ҳосил килувчи суякларнинг халқа бутунлиги бузилмай синиши енгил, асоратсиз ўтади. Улардан сўнг тўла функционал ва анатомик тикланиш кузатилади. Мехнатга лаёкатлилиқ 10-12хафтадан сўнгбўлади (233-расм).

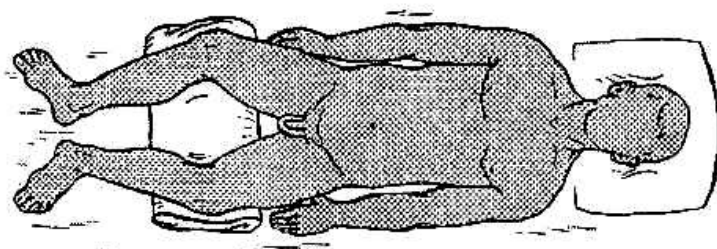
ЧАНОҚ ХАЛҚАСИНИНГ БУТУНЛИГИ БУЗИЛИШИ БИЛАН КЕЧАДИГАН ЧАНОҚ СУЯКЛАРИНИНГ СИНИШИ

Бу жуда кўп учрайдиган (50%) чанок оғир шикастланишларининг гурух.идир. Улар, кўпинча, шок ҳолати ва чанок аъзолари шикастланиши билан кузатилади. Шикастланиш механизми, одатда, тўғридан-тўғри эмас: чанокнинг ёнбошдан ёки олди-орқадан эзилиши, анча баланддан тушиб кетиши ва бошқалар. Симфизнинг ажраб кетиши тугаш пайтидаги шикастланиш натижасида бўлиши ҳам мумкин.

Чанок олдинги ярим халқасининг шикастланиши. Беморлар чанок ва оралик соҳасидаги оғриқдан шикоят қилишади. Оёқлардаги ҳракат оғриқнинг кучайишини чакиради- Бемор мажбурий л;олатда бўлади. Қрв ва куймич суякларининг юқори шохлари оёқлар куймич ва тизза бўғимларида бир оз буқилган ҳолатда бўлади, сонлар керилган — «бака ҳолати»да бўлади (Волкович белгиси). Симфизга яқин еридан синганда ва симфиз ажраб кетганда сонлари бир-бирига яқинлаштирилиб, буқилган бўлади, уларни ажратилганда қаттиқоррик кузатилади. «Ёпишган товон» белгиси ўта мусбат. Қрв сох;аси ва куймич дўмбоклари пайпасланганда каттикоғриқ.аниқланади. Чанок олди-орқадан, ёнбошдан эзилганда синган ерда оғриқ. кучаяди. Ёнбош суякларини ташки икки томонга ажратишга ҳаракат қилинганда ҳам оғриқ. қаттиқ кучаяди. Симфиз ажраб, қрв суяклари бир-биридан анча силжиб кетганда баъзан улар орасидаги оралик пайпасланади. Рентгенофаммалар таҳлил қилинганда симфизнинг кенглиги ёшга караб ўзгаришини ҳисобга олиш керак Масалан: 18 ёшида у 6 мм бўлса, кейинчалик 2 мм гача кичраяди.



a

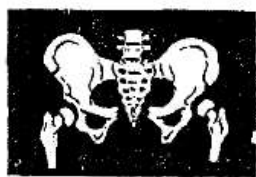


b

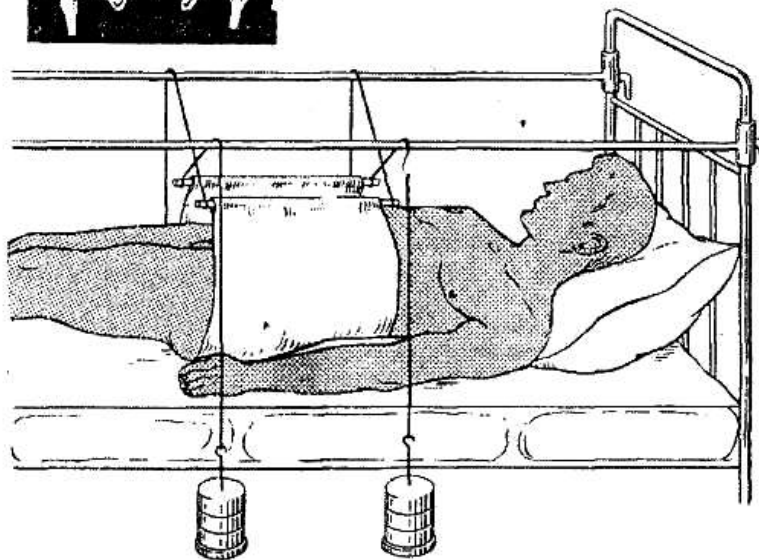
233-расм.
Волкович ҳолати.
a — ёнидан кўри-
ниши; *b* — юқори-
дан кўриниши.

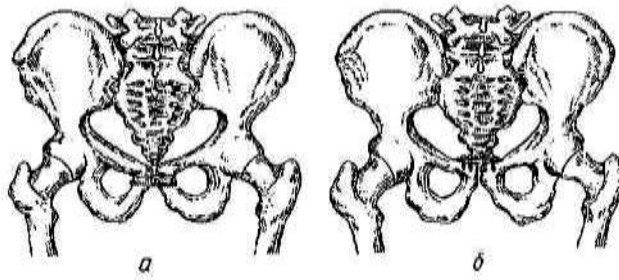
Д а в о л а ш. Олдинги ярим халқа суяклари силжимай синганда беморни остига текис тахта кўйилган ётоқда Волкович ҳолатида ётқизилади. I х.афта охирида ЛФК машклари бошланади, физиотерапевтик муолажалар ўтказилади. Ётиш муддати 5-6 хафта. Икки томонлама «капалак» туридаги (ков ва куймич суяklarининг иккаласининг синиши) силжиган синишларда ҳам беморлар Волкович ҳолатида ётқизиблиб даволанади. X — симон парча юқорига сшжиганда крв суяklarига бириккан крриннинг тўғри мушакларининг бўшашишига эришиш шарт. Бунингчун тананинг юқори қисми остига кўшимча болиш кўйиб, крриннинг тўғри мушаклари бириккан жойларини яқшлаштириш учун умуртка погонасини олдинга букиш керак Агар синган суяк парчасини жойига тушириш иложи бўлмаса, соннинг ўки бўйлаб х,ар бир оёқда 4-5 кг тош осиб, скелет тортма ўрнатилади.

Симфиз ажраб кетганда гамакда даволаш энг кўп тарқалган усулдир, бунда гамак охирларига аркрн орқали тош осилади. Бунда ажраган чаноқ яримларини икки йўл билан яқинлаштиришга эришилади: гамак охирларидаги аркрнлар бемор олдида келиштирилиб (234-расм), тортиш кучи йўналишлари карама-карши томонга йўналтирилади ёки арконлар ўтказилган тўсикчалар орасидаги масофа ёнбош суяklари канотлари орасидаги масофа кичик бўлган ҳолатда осилади. Гамак охирларидаги тошлар чаноқ яримларини яқинлаштира оладиган оғирлигида осилади. Симфиз ажраганини эски х.олларида жаррохлик даволаш қўлланилади, статик бузилишлар юз берганда. Операция пайтида иккала крв суяklари очилади. Бўғим юзалари яқинлаштирилгач ков суяklари солинади. Шу



234-расм. Симфиз ажраганда гамакдаги ҳолат.





235-расм. Симфиз ажраганда жарроҳлик усулида даволаш (чизма).
a – сим чоклар билан қотириш; *б* – металл пластина ёрдамида қотириш.

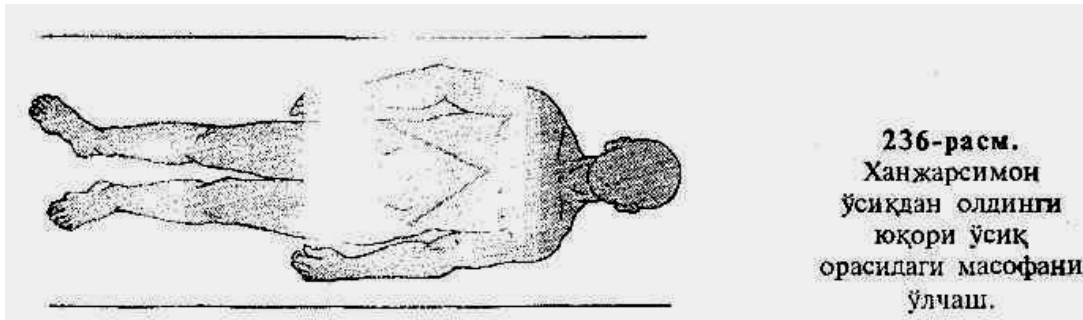
холатда симфиз айланма сим чок билан маҳкамланади. Чок ёпкич тешигининг ички бурчагидан ўтказилади (235-расм, *a*). Симфиз яна металл пластинка билан маҳкамланиши мумкин (235-расм, *б*). Яра каватма-кават тикилади. Операциядан сўнг 6 hafta давомида тортиш кучи йўналишлари кесишган гамакда ётқизишиб даволанади.

Орқа ярим халқднинг шикастланиши. Орқа ярим халқанинг якка шикастланиши (думғаза-ёнбош бирикмасининг суягилиши, думғаза вертикал синиши ёки ёнбош суягининг) олдинги ярим халқаниқидан камрок учрайди. Кўрилганда беморнинг ҳолатига қараб бу шикастланишни гумон қилиш мумкин. Чаноқ бир оз кийшайган, бемор соғ ёнбошида ётади. Шикастланган томонда оёқда актив ҳдракат чекланган ва оғриқли. Пайпаслаганда шикастланган жой оғрийди. Думғаза-ёнбош бирикмаси узилганда орқага силжиган ёнбош суягининг чеккаси пайпасланади. Баъзан бундай узилиш рентге-нограммани олдинги-орқа кўринишида аниқланмаслиги мумкин. Бу Ҳолларда махсус ҳолатларда, чанокни қарама-қарши томонга 20° буриб, рентген тасвири олинади.

Д а в о л а ш. Орқа ярим халқаси якка шикастланганда бемор текис тахтада, тортиш кучлари йўналиши кесишмаган гамакда ётади. Ётиш муддати 8-9 hafta. Шикастланган суяк силжиши кузатилганда оёқни скелет тортиш билан репозиция қилиш қўлланилади. Скелет тортиш ёрдамида думғаза-ёнбош бирикмаси силжишини солиш имкони бўлмаганда артродез қилинади. Шикастлангандан кейин анча вақт ўтган бўлса, думғаза-ёнбош бирикмасининг травматик артрози натижаларида доимий оғриқ бўлганда ҳам артродез операцияси қилиниши мумкин.

Б И Р В А Ц Т Н И Н Г Ў З И Д А О Л Д И Н Г И В А О Р Қ А Я Р И М Х, А Л Қ А Л А Р И Б У Т У Н Л И Г И Н И Н Г Б У З И Л Г А Н Ш И К А С Т Л А Н И Ш Л А Р И (М А Ў Г Е Н С И Н И Ш И)

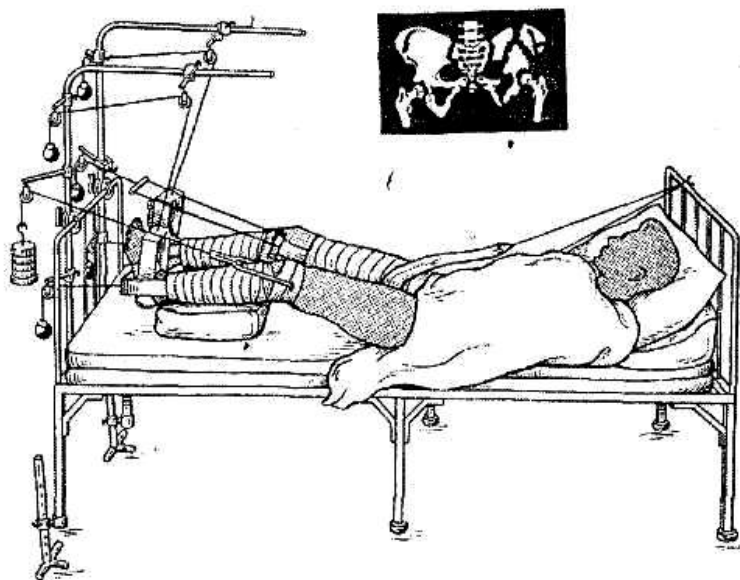
Чаноқ халқасининг бутунлиги бузилган синишнинг бу кўриниши — чаноқ шикастланишининг энг оғири бўлиб, кўпинча шок билан кузатилади. Шикастланиш механизми — кўпрок чанокнинг эзилиши, камрок баланддан тушиб кетиши бўлади. Шикастланиш механизми



236-расм.
Ханжарсимон
ўсиқдан олдинги
юқори ўсиқ
орасидаги масофани
ўлчаш.

доимо тўрридан-тўғри бўлмайди. Синган сохада каттик оғриқдан ташқари оёқларнинг фаолияти бузилганлиги кузатилади. Шикаст -лангандан сўнг биринчи соатларда ёрғок, оралиқ ва чов сохаларида кон кўйилиши кузатилади. Кўрилганда чанокнингярми юқорига 2-3 см силжиб, чанок яримларининг асимметриясини аниқлаш мумкин. Чанок яримларининг юқорига силжишини ханжарсимон ўсимтадан олдинги-юқори ўсиқдаргача бўлган масофаларни бир-бирига солиш-тириб аниқлаш мумкин (236-расм). Чанок ёнбошдан эзилганда ёки чанок яримлари ташқарига керилганда ажратишга ҳаракат қилганда оғриқ,нинг каттик кучайишидан ташқари, чанок ярмининг патологик ҳаракати аниқ/шнади.

Д а в о л а ш. Чанок ичи камали ва йўқ;олган кон ўрнини олдин окизиб, кейин томчилаб куйиб тиклаш бу гуруҳдаги шикаст-ланишлардаги шокни даволашнинг асосий қисмлари ҳисобланади. Силжимамай синган холларда беморни тортиш кучи йўналишлари кесишмаган гамакка ётқизилади, иккала сонидан стандарт шиналарда ҳар бир оёғига 4-5 кгтош осиб, скелетдан тортиш ўтказилади. Чанок ярми юқори ва ичкарига силжиган х.олларда силжиган томон оёғидаги скелет тортиш тоши 10-14 кг гача оширилади ва юқори қисмида дока-пахтадан х.алка ўтказилиб ётокнинг бош томонига тортиб кўйилади



237-расм.
Мальген
синишида скелет
тортма билан
даволаш.

(237-расм). Бу холларда чанокнинг силжиган ярмини жойига туширилгандан сўнг гамакда даволаш давом эттирилади.

Юқорига ва ичкарига силжиб, икки томонлама вертикал силжишда оғир тошлар (10-14 кг) осилиб, иккала оёғидан бир оз ташқарига қаратиб скелет тортиш ўтказилади. Симфиз ажраб кетганда ҳам олдин чанокнинг юқорига силжиганини пастга туширилгандан сўнг чанок яримлари тортиш кучи йўналишлари кесишган гамакда яқинлаштирилади, лекин узоги билан 3 кун давомида ўрнатилиши керак. Ётиш муддати 10-12х.афта.

КУЙМИЧ КОСАНИНГ СИНИШИ

Куймич косасининг туби синиб, соннинг марказий чиқиши ўта оғир шикастланиш бўлиб хисобланади. Бу шикастланишнинг механизми — катта кўстлар соҳасида чанокнинг ёнбошдан эзилиши ёки шикастланиш томонда катта кўстга куч таъсир қилишидир. Шундай қилиб, куймич косаси тубининг синиши тўғридан-тўғри эмас, балки шикастланиш механизмида содир бўлар экан.

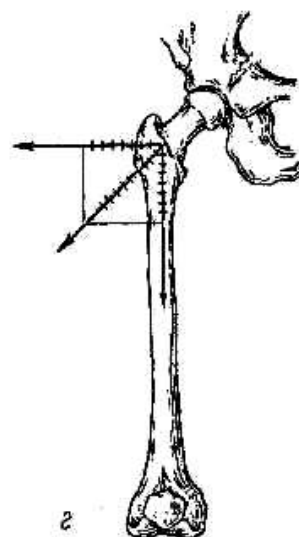
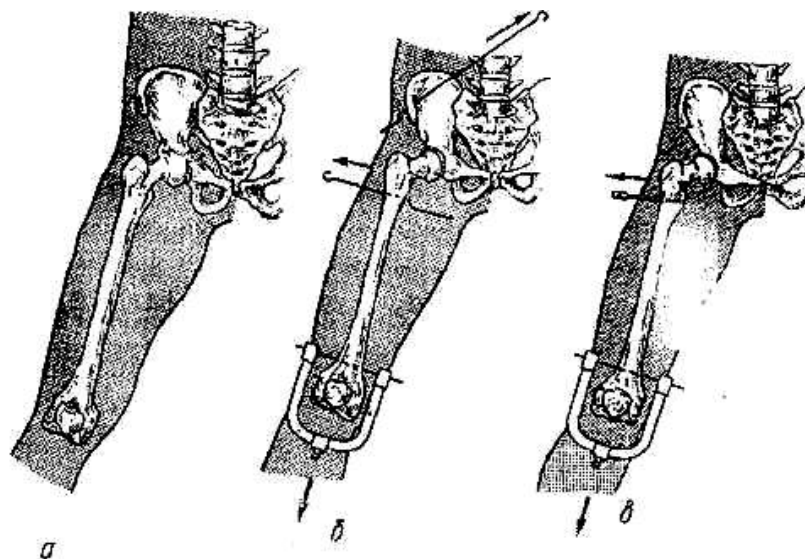
Клиник кўринишида чанок-сон бўғимидаги оғриқ, асосий белги бўлади ва маълум даражада фаолиятнинг бузилиши кузатилади. Агар синиш соннинг чиқиши билан бирга кузатилса, бўғим фаолияти кўпроқ бузилган бўлади. Бунда катта куст учи Розер-Нелатон чизишдан юқорида туради. Оёқчикишга хос ҳолатда бўлади. Сонни марказий чиқишида катта кўстнинг чўқиши аниқланади. Куймич косаси синганда сон ўқи бўйлаб куч таъсирида ва катта кўстга урилганда оғриқ, кучаяди.

Да во л а ш . Куймич косасини оғриқсизлантириш чанок-сон бўғимига 20,0 мл 2% новокаин эритмаси юборилиб ёки Школьников-Селиванов бўйича чанок ичи камали қилиш йўли билан эришилади. Куймич косаси силжимай синганда сон ўқи бўйлаб 5-7 кг тош осилиб, стандарт Белер шинасида скелет тортиш ўрнатилади.

Куймич косаси юқори чеккасининг синишида ҳам скелет тортиш ўрнатилади, фақат осилган тошнинг оғирлиги оширилади (катта тош осилади).

Куймич косаси юқори-орқа чеккаси силжиган синигини ёпик йўл билан репозиция қилиш иложи бўлмаганда остеосинтез операцияси бажарилади.

Куймич косаси туби синиб соннинг марказий чиқишида скелет тортиш — сон ўқи бўйлаб ва катта кўстдан ташқарига ўтказилади. Ёнбошга ичкаридан ташқарига сон суягини куст остидан ўтказилган найзасимон кегай ёрдамида Ключевский усули билан ёки соннинг ташки юзасида катта бўлмаган кесма орқали сон суяги куст остига киритилган узун бурама мих (Лавров усули) дан тортиш мумкин (238-расм).



238-расм. Соннинг марказий чиқишида скелет тортма билан даволаш.

a — репозициядан олдин; *б* — Ключевский усулида тортиш; *в* — Лавров усулида тортиш; *г* — икки томонлама тортишда кучнинг сон бўйинчаси бўйлаб тарқалиши.

Ёнбошга ва соннинг ўки бўйлаб ўрнатилган икки томонлама тортишнинг умумий ўки бўйлаб йўналган бўлиши керак акс холда сон суягининг бошчаси куймич коса чеккасига такалиб қолиб, репозиция бўлмаслиги мумкин. Соннинг бўйни бўйлаб тортиш 6-10 кг бўлади. Тортиш кууни кучлар ажралиши схемаси бўйича белгиланади (238-р: см, *г*). Кўпинча, ёнбошга тортиш кучи, сон ўки бўйлаб тортиш кучининг 100-125% га тенг бўлади. Асосий тортиш кучига қдоама-қарши тортиш учун Ключевский бўйича иккала ёнбош суякларининг олдинги-юқори ўсиридан юқорига қараб найзасимон кегайлар тортилади. Сон суягининг бошчаси солингандан сўнг ва чаноқ суякларини репозиция қилиниб бўлингач катта кўстдан тортиш кучи 3-4 кг гача камайтиради. Бир қатор лолларда соннинг максимал керилган ҳолатида соннинг ўки бўйлаб 10-12 кг тош билан скелет тортиш ёрдамида репозиция қилишга эришиш мумкин. Скелет тортишнинг умумий муддати 8-10 ҳафта, ётиш муддати 10-12ҳафта. Камида 4-5 ойдан сўнг оёққа босиш мумкин.

Ёпиқ репозиция қилиш иложи бўлмаганда, соннинг марказий чиқиши очиқ йўл билан солинади ва куймич коса парчалари металл-остеосинтез қилинади. Эзилиб кетган куймич косаси тубини ёнбош суяги канотидан олинган суяк билан пластика қилинади. Чаноқ-сон бўғимида ҳаракат чекланишининг олдини олиш учун эртарок ЛФК ва физиотерапевтик даволаш бошланади. Куймич косаси шикастлангандан сўнг чаноқ-сон бўғимининг артрози ривожланади.

15 - б о б. ЁШ БОЛАЛАРДА УМУРТКА ПОГОНАСИ ВА ЧАНОҚ ШИКАСТЛАНИШЛАРИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Умурткаларнинг синиши ёш болаларда нисбатан кам учрайди (жами синишларнинг 1,2-7,3%) ва таянч-ҳаракат аппаратининг энг оғир шикастланишларига киради. Шикастланишлар турига караб асоратланган ва асоратланмаган синишлар фарқланади. Асоратланмаган синишларда орқа мия шикастланмаган бўлади. Асоратланган синишларда орқа мия шикастланади.

УМУРТКА ПОРОНАСИННИНГ АСОРАТЛАНМАГАН СИНИШИ

Ёш болаларда, кўпинча, компрессион синишлар учрайди, бу боланинг анатомик-физиологик хусусиятлари билан боғлиқ бўлади. Ёш болаларда умурткалараро дисklarнинг баландлига катта бўлганидан, умуртка таналарида кўпроқ тоғай тўқима бўлишидан, умуртка ёйлари, ўткир ўсимталари ва бойлам аппаратининг эластиклиги туфайли умуртка погонаси серҳаракат бўлади.

Умуртканинг компрессион синиши тўғридан-тўғри шикастланиш механизми натижасида содир бўлади: баландликдан йиқилганда умуртка бўйлаб куч таъсири унинг буқилиши ёки буралиши билан бир ваҳтда юз беради. Бундан ташқари, синиш бемор орқасига йиқилиб, тана олдинга буқилганда содир бўлиши мумкин.

Умуртка танасининг компрессион синиши 8-14 ёшдаги болаларда энг кўп учрайди. Унча баланд бўлмаган ердан орқасига ёки думбаларига йиқилиб тушганда асосан кўкрак умурткаларининг танаси шикастланади (ўрта кўкрак қисми — 50% га яқин, пастки кўкрак қисми ва юқори бел қисми — 30% га яқин синишлар). Бошига ва елка камари соҳасига йиқилганда юқори кўкрак умурткалари (15-16%) ва бўйин умурткалари (3-5%) синиши содир бўлади.

Т а ш х и с. Ёш болаларда умурткалар танасининг асоратсиз компрессион синишларини аниқлашда анча кийинчиликлар кузатилади, бу ўсаётган организм хусусиятларига ва ёш бола тўқималарининг юқори эластиклигига боғлиқ бўлади.

К л и н и к а с и. Одатда беморнинг умумий аҳволи қониқарли бўлади. Бемор умуртка погонасида доимий оғриқ, ҳаракат қилганда

оғриқ. кучайишидан шикоят қилади. Кўкрак умурткалари шикастланганда нафас олиш қийинлашиши кузатилади.

Кўрилганда бел ва бўйин лордозлари текисланганлиги аниқланади, баъзан кўкрак кифози кучайган бўлади: синган сохада сколиоз хосил бўлиши мумкин.

Пайпаслаганда шикастланиш сохасида танани ёзувчи мушакларнинг таранглашиши аниқланади, синган умуртка ўткыр ўсимтаси бир оз кўпроқ бўртиб турганлиги аниқланади ва оғриқ, кучайиши кузатилади. Умуртка поронаси ўки бўйлаб бир оз куч таъсирида (товонларига урилганда) ҳам синган жойда оғриқ, кучаяди.

Умуртка танасининг понасимон бузилиши, чет пластинкаларнинг силжиб, буртик хосил бўлиши, умуртка танаси олдинги юзасининг зинапоясимон шаклда бузилиши, чекка пластинкалар соясининг зичлашиши, нотекислиги умуртка синишининг асосий рентгенологик белгилари бўлиб ҳисобланади.

Ўрта кўкрак қисмида умуртка синишини аниқлашда қийинчилик турилади, бу қисмда умуртка таналари меёрда бир оз понасимон бўлади.

Д а в о л а ш. Умурткаларнинг танаси компрессион синганда даволаш умуртка погонасининг олдинги қисмини эрта ва тўла юкланишдан озод қилишдан иборат. Бел ва кўкрак умурткалари синганда умуртка погонасининг ўки бўйлаб юк тушмаслиги учун беморни текис тахгада қўлтиклари остидан тортиш қўлланилади. Болани юпка матрац остига фанер кўйилган ётокка ёткизилади. Ётокнинг бош томони 25-30 см баландликка кўтарилади. Беморнинг қўлтиклари остидан ўтказилган пахта-докадан қилинган тасма билан ётокнинг бош томонига тортилади.

Юқори кўкрак ва бўйин умурткалари синганда 2 кг тош осилиб, Глиссон крвузлоги билан тортилади. Гориневская-Древинг функционал даволаш усули энг кўп тарқалган усулдир.

Усул тамойили. Умурткани ҳаракатсизлантириш ва юкдан соқит қилиш «мушак корсети»ни яратишга қаратилган ЛФК билан биргаликда ўтказилади. Бунда синган умуртка танасининг ўз шаклига қайтиши кузатилмайди. Ёти/и муддати 4-5 ҳафта.

Аста-секин репозиц; я қилиш усули кенг қўлланилади. Бунда синган умуртканинг шакли бир оз тўғриланишига эришилади. Ётиш муддати 4-5 ҳафтани ташкил қилади.

ЦИТО да енгиллаштирилган экстензион корсетни қўллаб даволаш усули таклиф қилинган.

Усул тамойили. Умуртка погонаси ечиладиган, поливикдан қилинган корсет ёрдамида ёзилган ҳолатда маҳкамланади, бу умурткаларнинг шикастланган олдинги қисмига тушадиган оғирликни камайтиради. ЛФК мушаклар гипотрофиясининг олдини олади. Оғриқ, йўқ.олганда бемор кррнига ётган ҳолатда поливикдан экстензион корсет килинади ва беморни активлаштириб, юришга руҳсат берилади.

Шикастланишдан 1,5-2 ой давомида ўтириш мумкин бўлмайди, чунки ўтирганда таналарининг олдинга-ён қисмларига оқирлик тушиши анча кўшяди. Тунда корсет ечиб кўйилади. Шикастланишдан сўнг бир йил давомида каттик ётоқда ётиш тавсия қилинади. Аста-секин ЛФК интенсивлиги оширилади, массаж қилинади.

Ўткир ўсимталарнинг синиши. Бу шикастлантирувчи агентнинг тўғридан-тўғри таъсирида содир бўлади.

Клиника. Кўрилганда синган сохада шиш ва кенг тарқалган тери ости гематомаси бўлади. Оқрик натижасида умуртка поконасида Харакат ўта чекланган бўлади. Тананинг ёзувчи мушаклари таранглашгани, синган ўткир ўсимта ва ўсимталараро соҳалар пайпаслаганда каттик оқрик аниқланади. Ўсимта тўла синганда парчанинг патологик харакати аниқланади. Умуртканинг асоратсиз компрессион синиши билан киёслашга тўғри келади. Рентгенологик текшириш дал килувчи ўринни эгаллайди.

Д а в о л а ш. Синган жой 5-10 мл 0,5% ли новокаин эритмаси билан анестезия қилинади. Болани тахтали ётоқда ётқизилади. Оқрикни қолдирадиган дорилар, УВЧ тайинланади. Ётиш муддати 10-14 кун.

Кўндаланг ўсимталарнинг синиши. Болаларда учрамайди, у ўсаётган организм мушак-бойлам аппаратининг юқори эластиклигига боғлиқ бўлади.

Ч А Н О Қ Ш И К А С Т Л А Н И Ш Л А Р И

Чанок суяқларининг синиши хамма синишларнинг 4% ни ташкил килади ва одатда 8 ёшдан катта болаларда учрайди. Кўпинча баландликдан тушиб кетиш, автохалокат ва бирор нарсанинг босиб қолиши натижасида юз беради. Болалар чаногининг анатомик тузилишининг ўзига хос хусусиятларига қов ва думғаза-ёнбош бирикмасидаги бойлам аппаратининг бўшлиги, уччала чанок суяқларини ажратиш турувчи тоқай каватинингборлига, болалар суягининг эгилувчанлигига боғлиқ бўлган чанокхалқасининг эластиклиги киради.

Чанок суяқларининг шикастланишларини асосий турт тури ажратилади: 1) чанок халқасини ташкил этишда иштирок этмаган чанок суяқларинингчеккаларининг синиши, 2) чанокхалқасининг бутунлиги бузилмаган холда суяқлар синиши, 3) чанок халқасининг бутунлиги бузилган холда суяқлар синиши, 4) куймич косасининг синиши.

Чанок; халқасини ташкил этишда иштирок этмаган чанок суяқлари чеккаларининг синиши кўпроқ катта ёшдаги болаларда ва ўсмирларда учрайди, бу апофизар ядроларнинг суяқлар билан тўла битиб кетмаганлигига боғлиқ бўлади. Синишлар кўпинча спорт машқдари пайтида юз беради, бу эса мушак ва суяқ ривожланишидаги номутаносибликка боғлиқ бўлади. Масалан, 13-14 ёшдаги болалар узунликка сакраётганда ёки «шпагат» килаётганда куймич суягининг

дўмбокчаси узилиб кетиши мумкин. 10 ёшдан катта болаларда думғаза, дум, думғаза-ёнбош бирикмасидан пастда чикдб-синишлар тўғридан-тўғри куч таъсирида содир бўлади.

Клиника. Суяк чеккалари синганида синишнинг махаллий белгилари кўпроқ аниқланади. Олдинги-юқори ўсик синганда сонни ташқарига силжиганда ва букканда ва олдинга қадам кўйганда қаттиқ оғриқ.хосдир. Орқага юриш эса қийинчилик тугдирмайди («орқага юриш белгиси»). Олдинги-юқори ўсик синиб силжиганда оёқнинг нисбий узунлиги камайиши аниқланади, чунки синган суяк парчаси пастга ва ташқарига силжиган бўлади. Ёнбош суягининг олдинги-пастки ўсиши синганда соннинг тўғри мушаги кискариганда ва тизза ёрилганда оғриқ, кузатилади.

Дум синганда ва чикканда ўтириш ва ич кетиш ўта оғриқли бўлади. Анамнезида хар доим тўғридан-тўғри шикастланиш механизми борлига аниқланади: чанги учаётганда йиқилиш, гимнастик снаряддан нотўғри сакраш, тўғридан-тўғри таъсирот ва хоказо.

Куймич дўмбокчаси узилиб синганда ўша томондан бола оёгини тиззасида букиши кийин бўлади. Оғриқнинг пайдо бўлиши куймич дўмбокчасига бириккан болдирни букувчи мушаклар кискаришига боғлиқ, бўлади.

Текшириш чаноқ суякларининг рентгенофафияси билан якунланади. Ўсиш зоналаридаги синишлар фақат бир неча ҳафта ёки ойдан сўнг юмшоқтўқималар орасида *хрсял* бўлган кадоқнинг сояси аниқланганда билинишини хисобга олиш керак Суяк чеккалари синиши кўпинча юмшоқтўқималарнинг лат ейиши деб кабул қилиниши мумкин. Тўғри ташхис кўйишда беморни батафсил текшириш, шикастланиш механизмини аниқлаш (пайпаслаш асосида) ўлчашлар, юриш характериға, рентгенологик текшириш натижаларига асосланади.

Д а в о л а ш. Чаноқ суяклари чеккалари синганда, одатда, консерватив даволанади. Бола те кис тахтага ёткизилади, оёги эса синган ерга бириккан мушакларни тўла бўшаштирадиган холатда кўйилиб, харакатсизлантирилади.

Ёнбош суяга олдинга ўсиклари синганда оёқни 165-170° ташқарига йўналтирилиб, Белер шинасида харакатсизлантирилади ва болдирдан 2-3 х.афтага «интизомли» лейкопластер орқали тортиш ўрнатилади. Куймич дўмбокчалари силжимамай ёки бир оз силжиб синганда оёқни тўғрилаб, белдан панжалар учигача 3 хафтага кенг лонгетали гипсли бондам кўйилади.

Куймич дўмбокчаси синиб, катта силжиш кузатилганда жаррохлик даволаш қўлланилади. Очик репозиция қилиниб, суяк парчаси жойига котирилади.

Дум суяклари синиб чикканда бемор 2 хафта давомида коринга ёткизилиб даволанади. Тўғри ичак орқали репозиция қилиш унинг деворлари шикастланиши хавфи борлига туфайли мумкин эмас. **Чаноқ халцасининг бутунлиги бузилмай суякларнинг синиши.** Бугурухга бир ёки икки томонлама крв ёки куймич суякларининг синиши, бир томонда ков

суягининг бир шохининг ёки иккинчи томонда куймич суягининг синиши киради.

Клиника. Беморнинг ах.воли ўртача оғир, холати мажбурий, чалканча ётиб, оёқлари тизза ва куймич бўғимларида бир оз буқилган, тиззалари керилган. Крв суягининг горизонтал шохи синганда чўзилган оёқни кўтара олмаслик «ёпишган товон» белгиси бўлади.

Аста-секин товонга урилганда, ёнбош суякларини керишга ёки яқинлаштиришга ҳаракат қилинганда оғриқ. кучайиши кузатилади. Ренгенограммасида чанокни ҳамма қисмлари кўриниши керак Чанок суяклари ўсиш зоналарининг жойлашишини ҳисобга олган ҳолда шикастланиш характери аниқланади. Чанок суяклари синганига гумон бўлганда беморни бир замбилдан иккинчисига олиш таққланади.

Д а в о л а ш. Олдинги ярим халқани ҳосил қилган тос суяклари синганда оғриқсизлантиришдан бошлаш керак

Чанокни Школьников-Селиванов усули бўйича камал қилиш энг яхши оғриқсизлантириш усулига киради.

Кр.мал твхникаси. Олдинги-юқори ўсикдан 1,5-2 см ичкарига игна санчилади, олдиндан новокаин эритмасини юбориб, ёнбош суяги каноти бўйлаб сиргантириб, игна 8-12 см чуқурга санчилади ва 0,25% новокаин эритмаси ёшига қараб юборилади: 3-6 ёш - 30-40 мл, 6-9 ёш - 40-60 мл, 9-12 ёш - 60-70 мл, 12-15 ёш - 70-100 мл.

Чанок халқасининг бутунлиги бузилган ҳолда синишлар. Бу гуруҳ. синишлар орасида ёш болаларда крв бирикмасининг ажраб кетиши, крв-куймич синхондрозининг ажраши, думғаза-ёнбош бирикмасида чиқиш кўпроқ учрайди. Типик Мальген синишлар, диагонал ва бир неча ердан синишлар ҳам кам учрайди, шикастланиш механизми: жуда баландликдан тушиб кетиш, чанокнинг эзилишида, автомобил х.алокати натижаси ва бошқалар.

Клиника. Одатда шикастланганлар ошр ахволда бўлади. Чанок ва ораликсоҳасида, кориннинг пастки қисмида оғриқдан шикаят қилишади. Куп холларда шок кузатилади. Бу бир томондан суяк тўқимасининг думғаза читали нервларининг катта майдони шикастланиши натижасида қаттиқ оғриққа, иккинчидан чанок клетчаткасига ва корин пардаси орқа соҳасига кўп кон кетиши билан боғлиқ. бўлади.

Чанок халқасининг олдинги қисми синишига ҳос холат, бу «бака холати»: оёқлар тизза ва чанок-сон бўғимларида буқилиб керилган. Агар бола оёқларини тизза ва чанок-сон бўғимларида буқиб, танага олиб келаётган бўлса, крв бирикмасининг ажраганини гумон қилиш мумкин. Синчиклаб кўрилганда синган суяк силжиши натижасида ҳосил бўлган чанок шакли бузилишини аниқлаш мумкин. Ков ва куймич суяклари бир томонда силжиб синганда чанокнинг шикастланган ярмитораётгандай туюлади. Олдинги ва орқа ярим халқалар синганда, кўпинча, чанок

ярми юқорига силжиши ва ташқарига буралганлига кузатилади. Бу холда шикастланган томондаги оёги калталашганга ўхшайди.

Чанокнинг асимметрияси олдинги-юқори ўсиклардан то тўш суягининг ханжарсимон ўсиг-игача бўлган масофани солиштириш билан аниқланади. Шу билан бирга оёқларнинг мутлак ва нисбий узунликларини ҳам солиштириш керак бу сон суяги диафизининг, бўйни ёки *куймич* косаси синишлари хакида баҳо беришга имкон беради. Синган ер пайпасланганда оғриқ ва шиш аниқланади. Эҳтиёт бўлиб қаттиқ, эзмасдан пайпаслаш керак Бемор оғир ахволда бўлганда рентгенологик текшириш хонада кўтариб юриладиган рентген аппарати билан ўтказилиши керак Рентгенограмма ёрдамида шикастланиш характери, тури ва суяк синиш даражаси аниқланади. Олдинги ярим ҳалқханинг марказий бўлаги одатда соннинг яқинлаштирувчи мушакларининг тортиши натижасида пастга силжийди, ташки бўлаги эса Мальген синишида корин мушакларининг тортиши натижасида юқорига силжийди.

Д а в о л а ш. Чанок ҳалқаси бутунлиги бузилган холда чанок суякларининг синишини даволаш учта вазифани бажаришга қаратилади: 1) шокка қарши кураш, 2) суяк жарохэтидан қон кетишини қамайтириш, 3) чанокх.алқаси бутунлигини тиклаш.

Силжимаган синишларда бемор тиззалари 20-40° буқилган, оёқлари керилган ҳолатда ётқизилади.]Матрац остига албатта текис тахта қўйилган бўлиши иларт, тиззалари тагига болиш қўйилади. Суяклар битгунга қадар бола шу ҳолатда ётиши керак (8-10 ёшда — 3 х.афта, ундан катта ёшда — 4 хафта).

Бир вақтнинг ўзида олдинги ва орқа ярим ҳалқалар синиб, ташки бўлаги юқорига силжиган бўлса, шикастланган томондага оёгага катта болдир суягидан скелет тортиш, болдирдан эса лейкопластерли тортиш ўтказилади. Атипик хрлагда скелет тортиш ўтказиш мақсадга мувофиқ бўлади деган фиколар бор, бунда тизза ва куймич бўғимлари 15-20°га буқилиб, оёқбиспинал чизикда нисбатан 100° керилган холда бўлади. Бу ҳолатда тортиш силжиган фрагмент ўқдни таъсир қилаётган тортиш йўналишига мослаштиради. Бунда сор томондага оёғига лейкопластерли тортма ўрнатилади.

Тортиш учун тош оғирлиги боланинг ҳар бир ёшига 0,5 кг ҳдсобидан олиниши керак тошнинг 2/3 қисми сонга, 1/3 болдирга қуйилиши керак Қарама-қарши тортишга ётокнинг оёқ томонини кўтариш ва болани ётоқнинг бош томонига махсус лифчик билан тортиш ҳисобига эришилади.,,

Тортишнинг натргжаси динамикада олдинги-юқори ўсикдари тўш-ўмров бирикмасигача бўлган масофани аниқлашига қараб бадоланади.

Иккала томондага масофа тенглашганда назорат рентгенографияси қилинади. Агар суяк бўлақлари жойига туширилгандан сўнг ташки бўлақ пастга силжиши давом этаверса, тош оғирлиги 1,5-3 кг га

камайтирилади. Фиксация муддати 8-10 ёшда — 3 х.афта, 10 ёшдан катталарга — 4-5 хафта.

Баъзи холларда узунлиги бўйлаб силжишни йўқртилгандан сўнг ташки бўлакнинг латерал силжиши қолади. Уни йўқртиш учун скелет тортмада ётган болани гамакка солиш тавсия қилинади. Ков суяклари ажраган синишларда 2-3 кават фланел матодан тайёрланган гамакда даволаш қўлланилади. Гамак кенглигини беморга караб XII қовурғадан соннинг катта кўстигача олинади. Болани гамакка ёткизиш якунида ётокюзаси билан чаноқ орасидан бемалол 2 бармоқ ўтадиган бўлиши лозим. Ков бирикмаси ажраб кетгандага харакатсизлантириш муддати чанокнинг бошқа ерлари сингандаги муддатидан 7-10 кунга кўпрок бўлади.

К>уймич косасининг синиши. Куймич косасининг якка шикастланиши ва чаноқ х.алкасининг синиши билан бирга шикастланиши фарқданади.

Биринчисида куймич косасининг чеккалари ва тубининг синишлари ажратилади. Унда сон бошчасининг марказий чиқиши кузатилиши мумкин.

Клиника. Шикастланган бола чаноқ-сон бўғимида оғриқдан шикоят қилади ва мажбурий холатда бўлади. Яъни ярим буқилган сони яқинлашган ва ташқарига буралган. Бўғимда актив х.аракат ўта чекланган ва оғриқди. Соннинг марказий чиқишида катта куст ичкарига ва юқорига силжиган бўлади.

Рентгенологик текшириш клиник маълумотларни тўлдиради. Бирок У-симон тоғай силжимай шикастланишида дастлабки даврда кдпинган рентгенофафия ташхисни аниқламайди. Шунинг учун уни 20-30 кундан сўнг қилиш тавсия этилади. Шу давр ичида ёнбош суягидан куймич косаси туби бўйлаб ков суягига ўтган суяк кадоги пайдо бўлади («суяк кўприкчаси» белгиси).

Даволаш. Куймич косаси силжимай синганда 3 х.афта давомида Белер шинасида теридан тортиш (лейкопластерли, клеолли) усули қўлланилади. Оёқкэ чекланган босишни 4-5 хафтадан кейин (қўлтиктаёк билан юриш), тўла босишга 6-7 \афтадан кейин рухсат берилади.

Сон суяги бошчасини чаноқ бўшлигига кириб кетган синишларида — катта болдир суягининг метафизидан скелет тортиш ўрнатилиб, соннинг юқори 1/3 дан кенг манжет билан ташқарига тортилади. Тош оғирлиги боланинг хдо бир ёшига 0,5 кг хҳсобидан олинади ва тошнинг 1/3 болдирига, 2/3 қисми эса сонига осилади. Назорат рентгенофафияси куймич косаси синганда 3-4 кундан кейин, марказий чиқишда — шикастланган ва СОРЛОМ оёқларни нисбий узунликлари тенглашганда кдиинади.

Куймич косаси силжиб синганда беморлар камида 4-5 хдфта скелет тортмада ётишлари, қўлтиктаёк ёрдамида юриш 6-7 хдфтадан кейин мумкин. Қўлтиктаёксиз юришга 4-6 ойдан сўнг рухсат берилади.

Куймич косаси синган болалар шикастланишнинг оғирлик даражасига карамай диспансер кузатувда бўлишлари керак чунки чаноқ-сон бўғимини артрози ривожланиши мумкин.

16 - б о б. КАЛЛА КУГИСИ ВА БОШ МИЯНИНГ ЁПИК; ВА ОЧИҚ ШИКАСТЛАНИШИ

Шикастланиш умумий таркибида МНС шикастланишлари 30-40% ни ташкил этади, ахрлининг жароҳатлар натижасида содир бўлувчи ўлим ва ногиронлик орасида биринчи ўринни эгаллаб, 40 дан 60% гача этади.

КАЛЛА КУГИСИ ВА БОШ МИЯ ШИКАСТЛАРИ ТАСНИФИ ВА ПАТОГЕНЕЗИ

Бош мияга юмшоқ тўқималар ва калла суяклари орқали етказилган жароҳат ёпиқхисобланади. У калла суяклари ёпиқ жароҳати (калла суяги ва бош мия ёпиқ жароҳати) ёки бош юмшоқ тўқималари жароҳати билан бирга келиши мумкин. Бу барча ҳолатларда калла кугиси бутунлиги сақланиб қолади.

Калла кугиси ва бош мия очикшикастлари, мия каттик пардаси бутунлиги сақланиб қолувчи тешиб кирмаган ва бу парда шикастланган тешиб кирган турларига бўлинади. Кейинги долатда йирингли менингит, менингоэнцефалит ва бош мия абцесси ривожланиши учун шароит туғилади.

КАЛЛА КУГИСИ ВА БОШ МИЯ ЁПИК ШИКАСТЛАРИ КЛИНИКА СИ ВА ТАШХИСЛАШ

Калла кугиси ва бош мия шикастларининг асосий белгиси эс-Хуш бузилиши дасобланади. Агар у узок, вақт давом этса, бемор ҳаёти учун хавф тувдиради. Бирламчи кўриқда эс-?(уш бузилиш даражасини баҳолаш учун кўйидаги режадан фойдаланилади.

1. Эс-ҳшни киска вақтга йўқ.отишдан кейин тўла тикланиши: бемор каердалигини ва вақтни тўла англайди ва атрофдаги воқеаларни тўғри илгайди.

2. Эс-ф/шни қисман йўқ.отиш: бемор қарахтлашган, уйқучан, лекин астойдил талаб қилинганда нисбатан мулоқотга киришади.

3. Оғир қарахтлик ҳолати: бемор оддий топшириқларни фақат астойдил талаб қилганда бажаради.

4. Енгил қарахтлик: енгил гарангсираш, саволларга зўрга жавоб беради.

5. Сопорозҳолат: фақат асосий рефлекслар сақланиб қолган (ютиш, бронхиал, шох парда ва корнеал). Бемор оғриқ.таъсирларига юз ифодаси

ёки кўл-оёқларини мукрфаза тортиб олиш билан қайтаради. Огриш таъсирларига нафас ва пульс тезлашуви, крн томир реакциялари ва кўз кррачки реакциялари каби доимий бўлмаган вегетатив реакциялар сақланиб долган бўлади.

6. Коматоз холат: бемор ташки ва ички бўсага таъсирларга жавоб қайтармайди, тўла адинамия холатида бўлади. Кома ортиб борган сари барча рефлекслар йўқолади, мушаклар тонуси камаяди, сфинкгерлар бўшашади, кррачиклар кенгайди. Бундай холат атоник кома дейилади.

Эс-хуш йўқрилиши билан кечувчи калла кугиси ва бош мия шикастлари учун ретроград амнезия хос бўлиб, бемор жарохат олган пайтини эслай олмайди, хушдан кетади ва унинг канча давом этганини била олмайди.

Бош мия жароҳдтларида юрак-крн томири фаолияти бузилиши кузатилиши мумкин. Пульс секинлашуви адашган нерв марказлари кўзгалиши туфайли юз беради ва, кўпинча, шикастланишдан кейинрок содир бўлади ва ундан кейинга муддатда эса калла кутиси ичи босими ортган холатларда юз беради. Пульс тезлашуви эса мия ўзаги симпатик ядролари кўзголиши туфайли юз беради. Баъзан пароксизмал тахикардия юз бериши мумкин. Артериал кон босими ва махаллий крн айланиши бузилиш холлари хам юз бериши мумкин.

Юрак крн-томирлар фаолияти бузилиши билан бирга нафас олиш тезлиги, чукурлиги ва ритми бузилиши рўй бериши мумкин, бу холат ҳам мия ўзаги симпатик ва парасимпатик марказлари шикастларига боғлиқ бўлади.

Кусиш кўпинча бош мия жароҳатидан кейин содир бўлиб, IV крринча таъсирланиши туфайли бўлади. Рефлектор тарзда кусиш мия пардалари ва вестибуляр бузилишлар туфайли содир бўлиши мумкин. Калла кутиси ичи босими мия шишида, куйилган крн туфайли сиқилишида босим ортиши кусиш билан бирга кечади. Вестибуляр бузилишлар бош айланиши ва нарсаларнинг шикастланганнинг атрофидаги харакати, спонтан нистагм, мувозанат бузилиши, хушдан кетиш билан кечувчи хуружсимон лабиринт алдовлар хис қилиш тарзида намоён бўлади.

Енгил ва ўртача даражадага калла кутиси ва бош мия шикастларида беморлар чаккада сиқиш кўринишидаги бош огриги, бош оғирлиги ва кенгайиши, куйгандаги каби хиссиёт, оғриқли пульсация, яъни улар тури бўйича мигреноз ёки спазматик крн томирлар оғриқларига ўхшаб кетади. Субарахноидал кон куйилишида оғриқ.камдан-кам х.олларда кучли бўлади.

Кўз кррачиги реакциялари одатда сует бўлади. Бош мия лат ейишларида енгил анизокория рўй беради. Тургун анизокория рўй берганда птоз, миоз, эн офтальм кўринишидаги Горнер синдромини фарқлаш керак клиникада бухолатнинг карама-карши томон мидриази сифатида баҳоланади. Бу иккала холатнинг фарқ.и катта аҳамиятга

эта, чунки Горнер синдроми синаптик тугун, хусусан юлдузсимон чигал шикасти натижаси хисобланади. Кўз кррачиганинг ривожланиб борувчи кенгайиши эса кўрув нерви тўғридан-тўғри сиқилиши ва шу томондаги бош мия ярим шарининг бош суяги ичи гематомаси натижаси бўлиши мумкин.

Махаллий ёки ўчоқли белгилар бош мия турли бўлимлари ва сохалари шикасти натижасида келиб чиқади. Бир хил белгилар намоён бўлиши ёки уларнинг мутаносиблиги орқали калла суягидаги шикаст билан мое келмаган бош мия бир сохаси жарохатини аниқлаш мумкин. Умумий мия шикастланиш белгалари йўқрилган сайин ўчоқ/ш белгилар аниқроқ бўлиб боради. Х^aР^aкат сохаси шикастлари Джексон типигади гутканокдар, фалаж ва чала фалаж турида бўлиши мумкин. Агар фалаж ёки чала фалаж бевосита жарохатдан кейин пайдо бўлса, бу холат босилишда компрессион синиш натижасида мия тўқммаси лат ейиши ёки жарохатланиши оқибатида харакат марказ функциялари блокадаси сабабли бўлиши мумкин. Ўсиб борувчи чала фалажлик бош мия суяги ичи гематомаси, бош мия артериялари тромбози ёки флеботромбоз тарқалиб бориш натижаси хисобланади. Хушсиз беморда гемипарезни аниқлаш бирмунча кўникмаларни талаб килади. Сопороз холатда оғриқ таъсиротлари орқали текширилади. Бухолда шикастланган томон кам гаъсирланади ёки умуман таъсирланмайди. Коматоз холатда шикастланган томон осилиб тушади, соғ томон эса каламтарош каби букланади. Қўлоёқдарда рефлексларни бах.олаш жарохатдан кейинги эрта даврда чала фалажни аниқлашга кам ёрдам беради, чунки олинган маълумотлар ҳар хил бўлади. Лекин аниқ, анизокория бўлиши кимматли белги хисобланади. Нутк бузилиши ҳам шикаст жойни аниқловчи асосий белги хисобланади.

БОШ МИЯ ЧАЙЦАЛИШИ

«Бош мия чайкалиши» деб, функционал бузилишлар турида бевосита жарохатдан кейин пайдо булувчи симптомокомплексга айтилади. Улар ичида биринчи ўринда вегетатив бузилишлар бўлади. Физиологик нуқтаи назардан «бош мия чайкалиши» термини травматик келиб чиқишга эта бўлган бош мия нафас олиш, вазомотор ва бошқа реффлектор фаолиятнинг эс-хуш бузилиши фонида намоён бўлишини белгилайди. \

Бош мия чайкалишининг ўзига хос белгиси бош мия пардаси ва тўқимасида морфологик ўзгаришлар бўлмаслигидир. Бошқа калла суяги ва бош мия шикастлари патоморфологик ўзгаришлар билан кечади ва улар учун умумий мия белгилари билан бирга махаллий ёки ўчоқли белгилар бўлиши хосдир.

Бош мия чайкалишига клиник ташхис кўйигл учун кўйидаги белгилар асос бўлади:

1. Бир неча сониядан дакикаларгача давом этувчи эс-хуш бузилиши (карахтликдан то сопоргача).

2. Жароҳатдан бевосита аввалги воқеалар ретроград ва бевосита жароҳатдан кейинги воқеаларни эслаш олмаслик - антероград амнезия.

3. Эс-хз'Ш тиклангандан кейин бош оғриги, беҳрлик кулоқда шовкин, юзга қон қуйилиб келиши, терлаш ва шу каби вегетатив реакциялардан шикоят қилиш хос. Кўз олмалари харакатида уларда оғриқ окулостатик феномен, ўқишга уриниб кўрилганда кўз олмалари дивергенцияси. Вестибуляр гиперестезиялар кузатилади.

4. Одатда бевосита жароҳатдан кейин бир марта қусиш

5. Нафас олиш кўпинча юзаки. Тезлиги ўзгармаган бўлиб, тез тикланади.

6. Пульс кўпинча физиологик нормада бўлиб, бевосита жароҳатдан кейин биров тезлашиши мумкин.

7. Юз оқариши, сўнгра кизариши мумкин.

8. Қон босими ва тана харорати ўзгаришларсиз.

9. Имо-ишора мушаклари асимметрияси ва бекарор пай ва тери рефлекслари асимметрияси юз бериши мумкин, улар биринчи 3 кун ичида йўқлиб кетади.

10. Бекарор мия пардаси белгилари йўқ,

11. Қонда сезиларли ўзгаришлар йўқ;

12. Бош суяклари шикасти бўлмайди

13. Ликвор босими нормал бўлади, баъзан пасаяди, унинг таркиби ҳам ўзгаришларсиз, тиник, қон аралашмаси кўринмайди.

Беморларнинг умумий а\воли 7 кун ичида меъёрга қайтади. Бош мия чайқалиши бош мия жароҳатининг энг енгил кўриниши бўлиб, оқирлик даражаларига бўлинмайди.

Бош мия чайқалишида оддий даволаш усуллари тинч х, олат, транквилизатор, антигистамин, седатив, десенсибилизация киладиган воситалар бериш, физиотерапия киради.

Бемор умумий ахволи яхшиланганда, у ўзи харакат қила бошлаганда актив холатга ўтказилади, бу кўпинча 1-3-кун юз беради. Беморни стационарда даволаш муддати 6-8 кун, меҳнатга яроқсизлик муддати 2 дан 4 ҳафтагача (иш шароитлари ва беморнинг активлигага боғлиқ ҳолда).

БОШ МИЯ ЛАТ ЕЙИШИ

Бош мия лат ейишининг фарқ. қилувчи белгиси бўлиб ўчоқли белгилар ҳисобланади. Енгил даражада одатда улар рефлектор асимметрия кўринишида бўлади. Бош мия лат ейишининг мутлак белгиси бош суяги тепа қисми ёки асоси синиши ёки люмбал пункцияда ликворда қон излари аниқланиши ҳисобланади. Енгил Даражадаги бош мия лат ейишида, одатда, қучли қон қуйилиши ва Дислокацион синдром ривожланиши кузатилмайди.

Ўрта даражадаги бош мия лат ейиши учун МНС шикасти кучлироқ ифодаланган ўчоқди белгалари (гемипарез ёки гемиплегия), афазия, гипестезия, бош мия нервлари (кўпинча, кузни ҳаракатлантирувчи, уч шохли, юз ва эшитиш нервлари) шикасти хос. Ўткир даврида ўчоқли белгилар умумий мия белгалари билан никрбланган бўлади, эс-хуш тиклангандан кейин якквлроқ намоён бўлади.

Бош миянинг оғар даражада лат ейиши хаёт учун хавфли ва узоқ, муддатли сопороз-коматоз холат, кўпинча хаётий муҳим аъзолар, чуқур неврологик (умумий ва ўчоқди), метаболизм, крн айланишининг чуқур бузилишлари билан кечади. Калла кугисида босим ортиши туфайли кўрув нерви дисклари димланиши кузатилиши мумкин.

Мия лат ейиш ўчоқларини аниқлаш катта аҳамиятга эга. Оғир даражадаги бош мия лат ейишларига мия асоси, диэнцефал соҳа, бош мия яримшарлари медиобазал соҳалари шикастлари киради. Мия асоси шикастида беморлар жарохат пайтидан бошлаб чуқур коматоз холатда бўладилар ва бу даврда нафас ва кон томир фаолияти бузилишлари кузатилади. Коматоз холатдан чикдш даврида беморлар узоқ.вакт сопор ёки карахтлиқ холатида бўлиб, ориентация бузилган бўлади. Нафас олишнинг периферик типда бузилишлари кейинроқ кўшилиб, нафас олиш йўлларига шиллик, крн ёки орқа мия суюклиги кириб борган сари овоз тешиги торайиши, ютиш рефлексии камайиши ва пневмония кўшилиши туфайли ортиб боради. Неврологик белгилар кучайишида мия шиши ривожланиши, унинг гипоксияси ва мия крринчалари ва базал цистерналарига кўйилган кон таъсири кучли аҳамиятга эга.

Ўта оғир мия лат ейишида лат ейиш ўчоғи мия тўқимасига ҳар кандай хҳажм ўзгариши (гематома, ёт модда) таъсирини кўрсатади ва мия сиқилиши кучайиб боради.

Субарахноидал кон кўйилиши билан кечувчи мия лат ейишида консерватив терапия мия чайкалишида фойдаланиладиган воситалардан ташқари, менингит ва менингоэнцефалитнинг олдини олиш учун антибактериал терапия, айникса, калла кугиси асоси синишида, ликвор тозалангунча кайта пункциялар ёрдамида чиқариб ташлашдан иборат бўлади. Бир вақтда 5-10 мл ликворни чиқариб ташлаш мумкин. Субарахноидал бўшлигада кон тўхтатиш ва чандиқжараёнининг олдини олиш учун кислород ва лидаза юбориш маслакати берилди. Дисло-к а ц и о н с и н д р о м к у з а т и л г а н д а л ю м б а л п у н к ц и я к а т ъ и я н м а н э т и л а д и !

Енгил даражадаги бош мия лат ейишида беморларга ўринда ётиш режими тартиби 2 хафта, ўрта даражада — 2-3 хафта ва оғир х,олатларда — 4 хафта. Амбулатор даволаниш учун стационардан жарохатдан кейин 18-40-кунни чиқарилади. Чуқур ўчоқди белгилар бўлганда беморга ногиронлик гуруҳи берилди. Енгилроқ холатларда мех.натдан озод қилиш муддати 8-16 хафта бўлиши мумкин.

ЭПИДУРАЛ (ЭКСТРАДУРАЛ) КОН КУЙИЛИШИ

Эпидурал кон кўйилиши мия пардалари артерия ва веналари, веноз синуслар ва диплоик веналар шикастида мия қаттиқ пардасини бош суягидан ажратиб, мия сиқилишини келтириб чиқаради ва бош суяги ва бош мия шикастининг жаррохлик турига киради. Сиқилиш белгиси бўлиб давом этувчи ва янги (очикдаврдан кейин) жароҳатдан кейинги соатлар ва кунлар давомида беморнинг ахволи оғир ҳдообланади. Сўнгга холда бироз яхшиланиш фониди беморлар сует, карахт, уйқучан бўлиб коладилар. Бош орриги, бош айланиши, кўнгил айнаши ва қушиш яна пайдо бўлади ёки кучаяди. Беморлар гарангеиган, эс-хуш дастлаб бузилган ва сўнгра комага ўтади. Баъзи лолларда психомотор кўзг-алиш ва тутканокдар рўй беради. Умумий мия белгилари гематома жойлашган жойга караб махаллий белгилар билан бирга кечади. Анизокория, зарарланган томонда кўз кррачигининг фотореакция йўқрилишигача бўлган фалажи жуда хдм муҳим клиник белги хҳисобланади. Кўпинча, сиқилиш томонда кўрув нерви шиши, карама-карши томонда пирамидал етишмовчилик аниқланади. Мия суюқдигида кон бўлмайди, босими 200 мм сув устунидан баландрок бўлади, мия пардаси белгилари бўлмаслиги мумкин. Краниограммада гематома томонда шикастланиш аниқданиши мумкин. Бош суяги чизикди синган жойида апоневроз остиди болишеимон гематома аниқланади.

СУБДУРАЛ ГЕМАТОМА

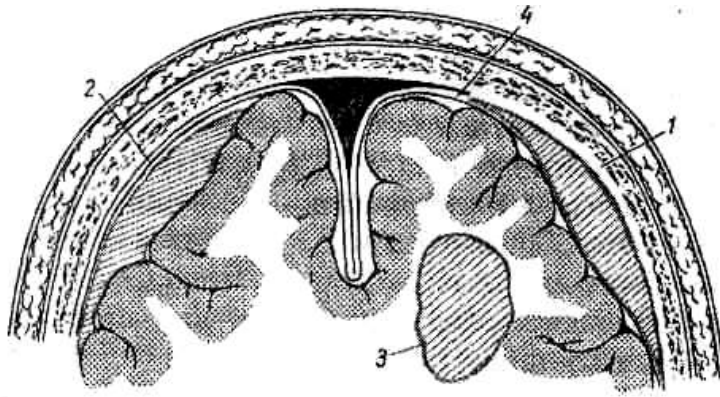
Субдурал гематомалар енгил шикастланадиган субдурал бўшлиқдаги мия веналари шикастидан келиб чиқади. Мия сиқилиши секинрок ривожланиши, узоқрок давом этувчи "очикдавр", менингиал ва мия кон айланиши белгилар билан фарқ.килади. Бошқа белгилар эпидурал ва субдурал гематома учун бир хил. Кичик субдурал гематомалар билинмай ўтиб кетиши мумкин. Агар субдурал гематома беморнинг умумий ахволи нисбатан яхши хдгшда жароҳатдан кейин 48 соатдан 10 кунгача вақт ичида аниқланмаса, у ўртача кечувчи ҳсобланади.

Сурункали субдурал гематома катталашади, бу холда мия ўсмаси деб талкин қилиниши мумкин: кўпинча ташхис жаррохлик амалиёти пайтида аниқланади. Бошқа лолларда гематома унинг ичига мия суюқдиги сингиб кириши (гидрома) ва мия пустлоги атрофияси хдеобига катталашини мумкин (239-расм).

Кўрсатилган холатлар фақат жаррохлик усулида даволанади.

МИЯ ИЧИ ГЕМАТОМАСИ

Умумий мия белгилари олдинга чиқувчи парда гематомасидан фарқни равишда, мия ичи гематомасида тескари муносабатлар кузатилади.



239-расм. Калла қутиси ичидаги гематоманинг жойлашиши (чизма).
1 – эпидурал; 2 – субдурал; 3 – мия ичида; 4 – мия қаттиқ пардаси.

Мия ичи гематомалари кўпинча жарроҳлик усулида даволанади. Тезкор жарроҳликни калла суяги гумбазии ботиб қирган синишларининг >;амма ҳолатларида қўллаш керак

КАЛЛА КУТИСИ ВА БОШ МИЯ ЖАРОҲАТЛАРИДА БЕМОРЛАРНИ ТЕКШИРИШ

Диагностика мақсадида люмбал пункция қилиш мия суюқлигининг босими, тиникдиги ва таркибини текшириш ва дори воситаларини киритиш учун амалга оширилади.

Люмбал пункция умурткалар ўткир ўсиклари орасидан амалга оширилади. III ва IV бел умурткалари ўткир ўсиклари орасидаги бўшлиқ, ёнбош суяклар қирраларини бирлаштирувчи чизик орқали аниқланади. Бемор горизонтал ҳолатда ўнг ёки чап ёнбошига ётади. Бунда оёқлар крринга тортилади, бош кўкракка эгилади. Бу ҳолда ўткир ўсиклар орасидаги масофа анча кенгаяди ва игна ўтиши осонлашади. Терига йод ва спирт ёрдамида ишлов бериледи. Пункция жойи 3-4 мл 0,5% новокаин билан оғриқсизлантирилади, бунда новокаин тери ости ва ичига киритилади. Сўнгра 10-12 см узунликдаги ва 0,5-1 мм калинликдаги мандренли игна ёрдамида парда ости бўшлиғи пункция қилинади. Игна сагиттал юзада ва бироз юқорига, умурткалар ўткир ўсиклари йўналиши бўйлаб ҳаракатланиши лозим. Парда ости бўшлиғига борган сари игна ўсиклараро ва сарик бойламлар қаршилиғига учрайди, эпидурал ёғ қатлами орқали эркин ўтади ва осон тушади. Игна яна 1-2 мм силжитилади ва мадрен олинади. Игнадан мия суюқлиғи оқиб тушиши керак. Меъёрда у тиник, аста томчилаб тушади. Унинг босимини аниқлаш учун манометрлардан фойдаланилади. Энг содда манометр кийшик бурчакли шиша найдан иборат. Вертикал тиззаси миллиметрда даражаланган бўлиши лозим. Мия суюқлиғи кўтарилиш баландлиғи сув устуни ҳисобида ўлчанган босимга тўғри келади. Меъёрда ётган ҳолда 100-180, ўтирганда 250-300 мм сув устунига тенг. Диагностик мақсадда оқиб тушаётган 1-2 мл мия

суюклиги олинади. Шприц ёрдамида сўриб олиш катъиян ман этилади, чунки мия силжиши ва мия ўзагининг кисилиши рўй бериши мумкин! Босим аниқланиб текшириш учун суюклик олиниб бўлгач, игна олинади ва пункция жойи стерил салфетка билан беркитилади. Бемор 18 соат давомида ётиши лозим.

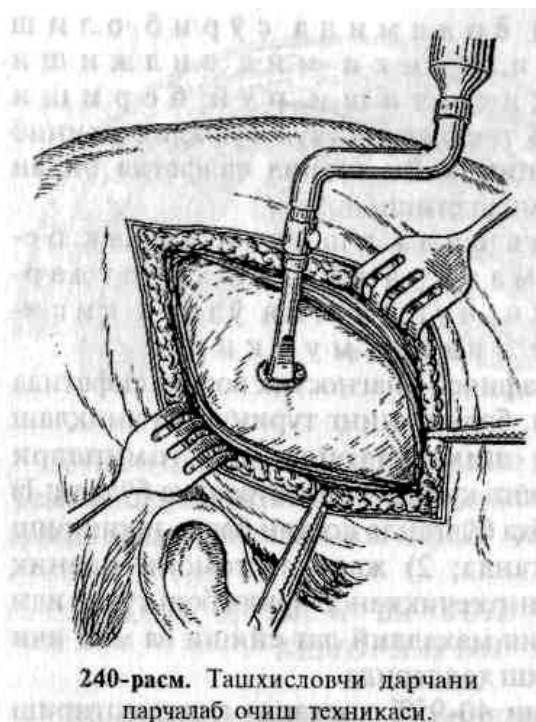
Люмбал пункция мия силжишидан дарак б е-рувчи ўзак белгилари мавжуд бўлган холатлар-да катъиян ман этилади, чунки мия ўзаги кисилиши ва бемор вафот этиши мумкин!

Мия томирларининг ангиографияси диагностик восита сифатида нафақат жароҳатланиш жойини, балки унинг туриИи хам аниқлаш имконини беради. Бош мия шикастларида мия томирлари ангиографиясини амалга оширишга куйидагилар кўрсатма бўлади: 1) бош суяги ичи гематомасига шубха бўлганда қолган барча текшириш усуллари айтарли аниқ, бўлмаганда; 2) жароҳат томони ноаниқ. бўлганда; 3) бош мия шикастининг кечиккан даврида бош суяги ичи гематомаси бўлгани холда; 4) мия махаллий лат ейиши ва мия ичи гематомасини киёслаб фарқ. қилиш холларида.

Эхоэнцефалография ташхисни 40-95% холларда аниқлаштириш имконини беради. Текшириш ультратовуш тўлкинининг фронтал текисликда мия ўрта ЧИЗИРИ тузилмаларидан кайтиш хрдисасига асосланган. Бу текширишни бошни иккала томонидан ўтказиб сагиттал чизикдаги тузилмаларнингхажмий тузилмадан карама-карши томонга силжишини, гематома борлигини ва унинг кайси томонда эканлигини аниқлаш мумкин. Бу текширишга карши кўрсатмалар йўқ.. Унинг камчилиги у жароҳат жойини аниқдайди, лекин турини аниқдаб бера олмайди.

Фреза тешиклари кўйиш орқали трепанация қилиш кенг тарқалган ва калла кутиси бўшлиги шикастланганда унинг аҳволи х.акида жуда кимматли маълумот беради. Трепанация қилиш йўли жуда хам осон. Асоратлар деярли кузатилмайди. Махаллий оғриқ.сизлантириш йўли билан хам кдлиниши мумкин. Диагностик фреза тешиги ўрта парда артерияси усти проекциясида кўпинча гематома бўлиши мумкинлиги Хисобига очиб кўйилган. Агар гематома жойи аниқ, бўлса, фреза тешиклари хар иккала томондан 1 тадан 4 тагача кўйилади (240-расм). Гематомани тотал олиб ташлаш ва тўлиқ гемостаз қилиш учун фреза тешиги 4 х 6 ёки 6 х 6 см катталиқкача кенгайтирилади, яъни декомпрессия кзилувчи трепанация амалга оширилади (241-расм).

Гематома олиб ташлангандан ва гемостаз қилингандан кейин қаттиқ мия пардаси ўз жойига кўйилади ва тугунли ипак чоклар туширилади. Агар мия шиши кузатилса, қаттиқ мия пардаси тикилмайди, балки пластика кшшнади. Эпидурал ёки субдурал гематома йўқ. бўлса, мия ва ён крринчалар диагностик пункция килинади, бу ўтмас мия канюля си ёрдамида амалга оширилади. Мия



240-расм. Ташхисловчи дарчани парчалаб очиш техникаси.

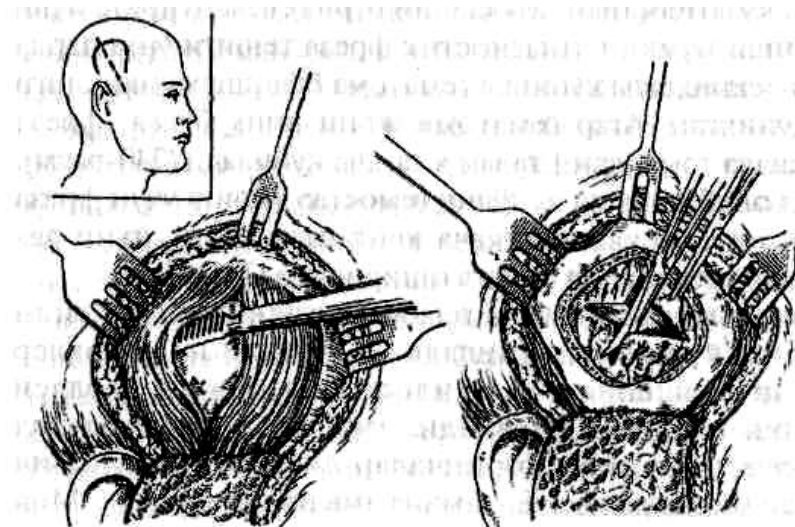
ичи суюк гематомаси аниқ.-ланганда у найча оркали бўшатилади ёки мия гўкимаси кесилади. Амалиётни мия қисми тугагач, бош юмшоқ тўқималари тўлик тикиб ташланади ва 1-2 кунга резина чикҳаргичлар кҳолдирилади.

КАЛЛА КУТИСИНИ ОЧИК ЖАРОҲАТЛАРИ

Очиқ тешиб кирган калла кутиси ва бош мия жароҳат-ларидан кейин бош мияда ва унинг пардаларида шикаст жойида ва узокрокда мураккаб патологик жараёнлар рўй бериб, дастлаб улар мия фао-лияти бузилишига, кон ва ликвор айланишининг бузилишига, турли даражадаги шишларга, кейинрокэса инфекция жараёни кўшилишига сабаб бўлади, булар жароҳат ўрни битишига ноҳш таъсир кўрсатади. Тешиб кирган жароҳатдан сўнг мия ва унинг пардаларида рўй берувчи жараён бош мия травматик касаллиги дейилади.

Бош мия очик жароҳати кечишини беш даврга бўлинади.

1. Бош ланкич (ўткир) даври. Шикастланишдан кейинги 3 куний ўзичига олади. Бош мия ва унинг пардалари учун хос патологик ўзгаришлар бўлиб тешиб кирган очик шикаст жойида некроз ва



241-расм. Калла кутисининг декомпрессион трепанацияси.

дистрофиялар, кон айланишининг бузилишлари, гематома хосил бўлиши, шунингдек сув ва мия суюқлиги айланишини бузилишлари хосдир. Шикастланишнинг бошлангич даврида умумий мия белгилари олдинга чиқади, ўчоқди белгилар эса иккинчи даражали бўлиб қолади. Беморда шикастдан кейин хўшдан кетиш кузатилади, кўпинча, қусиш ва ретрофад амнезия билан бирга келувчи коматоз ҳолат кузатилади. Бошлангич даврда беморнинг эс-душ даражаси ўзгаришларига аҳамият бериш лозим. Беморнинг \уш^{сиз} ҳолатдан чиқиши ва яна хушидан кетиши «очиқ давр» калла кутиси ичига кон куйилиши ёки мия шиши ортиб бориш белгиси ҳисобланади. Умумий мия белгилари камайиб борган сари, дастлабки давр охирларига келиб ўчоқли белгилар кузатилади, улар, айникса, бемор х_ушига келганда ва ўзақли бузилишлар кайтганда яққол кўринади.

2.Эрта реакциялар ва асоратлар даври (инфекция ва дисциркуляция). Шикастдан кейин 2-3 кун охирида бошланади ва 1 ойгача давом этади. Бу давр бошланиши бўлиб, бемор хз'шсиз ҳолатдан чиқиши ҳисобланади. Чекланган ёки мия пардалари ва моддасида тарқалувчи инфекцион асоратлар пайдо бўлади. Бу даврда шикаст йўлини парчаланиш махсулотлари ва куйилган қрдан тозаланиши кузатилади. Инфекцион асоратлар ривожланиши (мия менингита, абсцесси ёки энцефалита) бу жараённи бузади ва янги некроз, иккиламчи шиш натижасида шикаст жойидан мия туртиб чиқиши пайдо бўлишига олиб келади. Клиник ўчоқли белгилар ёрдамида нафақат жароҳат жойини, балки унинг катталигини ҳам аниқлаш мумкин. Бу даврда бузилган фаолиятнинг тикланиш даражасини \ам аниқласа бўлади. Бош мия шикасти бактериал ифлосланишидан ташқари биринчи кунларда мия шиши субарахноидал бўшлиқни беркитиб, ўзига хос миани "иммобилизациялаб" кўяди ва инфекциянинг ичкарига тарқалишига тўсқинлик келади. 1-х.афта охири, 2-х.афта бошларида травматик шиш орқага кайтади ва субарахноидал бўшлиқда мия суюқлиги айланиши тикланади. Бу жараён натижасида инфекция тарқалишига яхши шароит юзага келади ва менингит, энцефалит ёки мия абсцесси юзага келади. Шикастдан кейинги 2-3 ҳафта инфекцион асоратлар келиб чиқиши жиҳатидан хавфлидир, чунки яра йўлидаги реактив битишмалар жуда мўрт бўлади ва нохуш шароитда (эрта эвакуация, боғлаш) осон шикастланади, айникса, мия шиши кайтиши ва субарахноидал бўшлиқ тўлиши даврида шундай бўлади

3.Эрта асоратлар кайтиши ва инфекция ўчоғи чегараланиши даври. Мияга тешиб кирган шикастларда 2-ойдан бошланади ва 3-6 ойгача давом этади. Бош юмшоқтўқималари ёки суяк шикастида мия қаттиқ пардаси бутунлиги бузилмаса, бу даврда мия фаолияти бузилишлари тўла тикланиши мумкин. Суяк коплами яралари ҳам бу даврга келиб тўла битади.

Битиши ва мия шиши кайтиши билан бирга ўчоқди белгалар йўқрилиши, меъёрдаги крн ва ликвор айланиши тикланиши, крн куйилиши ўчоқлари сурилиши ва махаллий энцефалитик хрдисалар камайиши билан кечади. Беморнинг умумий ахволи яхшиланади ва 3-4 ойга келиб меҳнат қрбилияти тўла тикланиши мумкин. Чандиқ жойида инфекцион хрдисалар қайталаниши ёки йирингли бўшлиқ. юзага яқинлашиб келиши клиник белгилар тез ортиб бориши орқали билинади. Яра бундай лолларда пульсация бермай куяди, грануляция сует боради, мия протрузияси ривожланиши мумкин. Умумий мия ва ўчоқли белгилар ўсиб боради. Тана харорати ошади. Баъзи лолларда мия пардалари таъсирланиш белгалари пайдо бўлади. Баъзан кўз туби холати ўзгаради, крнда ўзгаришлар юзага чикади. Мия абсцессларини ташхислашда контраст текшириш усуллари яхши ёрдам беради, М-Эхо, энцефалография, компьютер томографияси, ЯМР.

4. Асоратлар даври. 2-3 йил давом этади ва мия абсцесслари пайдо бўлиши хос бўлади. Камрок холларда чандиқ йиринглаб диффуз энцефалит, эпидемит ва менингит пайдо бўлиши мумкин. Бу хрдисалар мия пўстлогиди атрофик ва чандикли жараёнлар, крн ва ликвор айланиши бузилиши билан кечиши мумкин.

5. Узоқ, асоратлар даври. Шикастдан кейин узоқ, йиллар давом этиши мумкин. Чандиқ дегенератив жараёнлар билан бирга мия моддасида инфекция кўзгалиб, мия абсцесси ёки менингоэнцефалит ривожланиши мумкин. Кўпинча, травматик тутканок (кўпинча пўстлокнинг тарқалган шикастларида), битишган арахноидитлар ва мия кисталари, турли хилдаги травматик гидроцефалия, оғриқли парда-чандикли холатлар, неврозлар ва шу кабилар ривожланади.

КАЛЛА КУТИСИ ВА БОШ МИЯ ОҒИР ШИКАСТЛАНИШИНИ ДАВОЛАШ

Бемор касалхонага тушган даврда диагностик чоралар билан биргаликда даволаш-жонлантириш чоралари ҳам олиб борилиши лозим.

1. Юрак кон томирлар фаолиятини тиклаш: а) бронхиал дарахтни тозалаш; б) интубация; в) 2-3 кун ичида етарли спонтан нафасни тиклашга умид бўлмаса — трахеостомия; г) ўпканинг сунъий вентилицияси; д) узоқ.муддат крн, кон ўрнини босувчи суюкликлар ва дори моддаларини куйиш учун ўмров ости венаси пункцияси; е) баланд веноз босим ва паст артериал босим бўлганда (80 мм сим. уст. дан паст) — кон ва крн ўрнини босувчи суюкликлар артерия ичига куйилади.

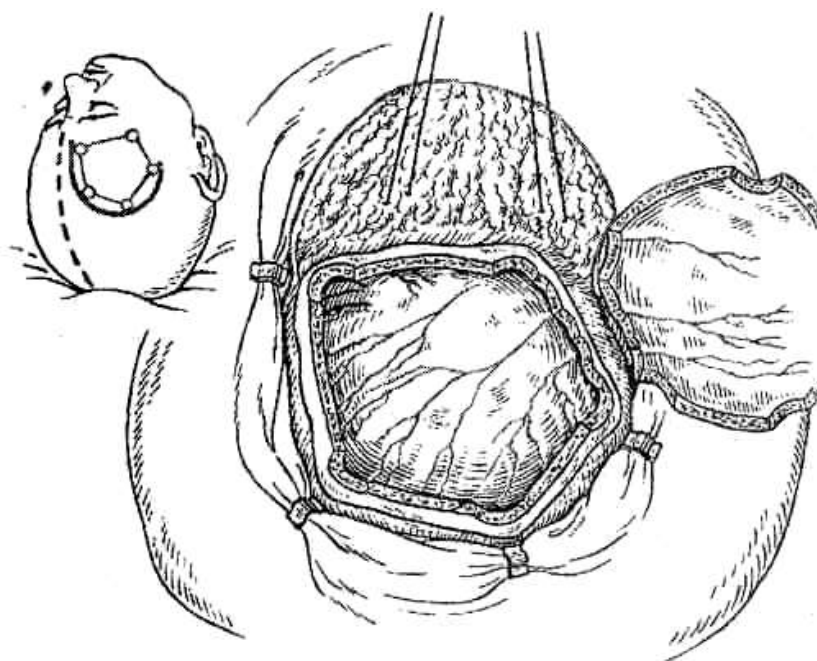
2. Бош мия фаолиятини тиклаш: а) маннитол ва мочевина билан массив дегидратацион терапия, бир вақтнинг ўзида 60-90 ггача курух. модда хисобида, лазикс; б) бош мия томирлари спазмасини йўқртиш учун крн томирларни кенгайтирувчи воситалар (эуфиллин, но-шпа, дроперидол ва х..к); в) мия локал гипотермияси; г) десенсебилизация-

ловчи терапия; д) ацидозга карши кураш (натрий гидрокарбонат эритмасини куйиш), кислородга тўйинтириш. Агар систолик қон босими 80 мм сим. уст. дан паст бўлса, диагностик ёки радикал жаррохлик амалиётини бажарса бўлади.

Очиқ калла қугиси ва бош мия жароҳатларида бирламчи жаррохлик ишлови бош юмшоқ тўқималари яраси четини кесиб, суяк парчаларини олиб ташлаш, тешиб кирган жароҳатларда — суяк парчалари, қон ва мия қуйкаларини сўрувчи аппарат учлиги ёрдамида сўриб олиб ташлашдан иборат. Инфекциянинг олдини олиш учун юмшоқ тўқималар жароҳатини имкони борича тўлиқтикиб ташлаш лозим.

Қаяла суяга гумбазининг ботиб кирган ёпиқтравмасида ва бош мия жароҳатида мия сиқилиши рўй берса, суяк парчаларини олиб ташлаш, бош юмшоқ тўқималарига тўлиқчок қўйиш керак. Беморнинг умумий аҳоли нисбатан қониқарли бўлса, бир йўла суяк ёки аллопластик материал билан краниопластика қилса бўлади. Оғир ҳолатларда нуксонни беркитишни 2 ҳдфтадан то бир неча ойгача кечиктирилади.

Бош суяги ичи гематомасида фреза тешиги орқали суякни трепанация қилиш ва уни кенгайтириш мумкин. Бундан ташқари, суяк пластик трепанацияси ҳам қўлланилади. Шу мақсадда тери ва апоневроз яримшар ёки такасимон кесма қилиниб кесиб, катта асоси билан пешона ёки чаккага кўчирилади. 4-6 фреза тешиги қўйилади ва улардан Джилъи арраси ўтказилиб, чакка мушаги соҳасида суяк парда сақлаб "оёқча" қилиб қўйилади (242-расм). Суяк парчаси шу оёқчада олиб қўйилиб, катта мия пардаси такасимон ёки кўндаланг кесилади ва мия тўқимаси очилади. Амалиётдан сўнг суяк-пластик лахтақ жойига қўйилади.



242-расм. Калла қугисининг суяк-пластик трепанацияси.

17 - б о б. БОЛАЛАРДА КАЛЛА КУТИСИ ВА БОШ МИЯ ШИКАСТЛАНИШИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Болаларда бош мия шикастланиши ўткир ва узоқ, вақтда клиник кечишининг ўзига хослиги ривожланаётган организм ва, биринчи навбатда, бош миянинг онтогенетик шаклланишининг тугалланма-ганлиги билан белгаланadi.

Бош мия шикастланишига бола организми реаюдиясининг ўзига хослиги икки йўналишда ифодаланади: 1) бола мияси хатто енгил таъсиротдан ҳам шикастланади; 2) шу билан бирга, бола мияси оғир травмаларда катта қаршилик кўрсатиши билан характерланади ва кенг компенсация қилиш имкониятларига эга. Бу бола организмида нерв системаси функционал тузилишининг тугалланмаганлиги туфайли нерв жараёнларининг катта қайишқрклиги кузатилади, мия тўқималарини сувга тўйинганлиги, бош мия кон томирлари ва пардаларининг эластиклиги ва кам шикастланиши, калла кути си суякларининг кам синувчанлиги ва бош мия шикастланишининг ўткир даврида функционал нуқсони кам даражада юзага чиқишига боқлиқдир. Болалар калла кутиси гумбази сининининг ўзига хослиги ботик синишларнинг юз беришидир, бу тўла охакланмаган суяклар-нинг эластиклигига бошиқдир (суяклар осон букилади, лекин син-майди). Йиқилганда ва боши билан катгикжисмга урилганда чоклар узоқлашиб кетади, айрим холларда калла кутиси гумбазининг кўплаб катта чизикли синишлари хосил бўлади. Калла кутиси асосининг синиши кам учрайди. Болаларда катталарга нисбатан катта субарах-ноидал кон куйилишлар ва калла кутиси ичидаги гематомалар камроқ кузатилади.

Калла кутиси ва бош мия шикастланишининг патогенезида болаларда мияда кон ва ликвор айланишининг ўткир бузилиши етакчи ўрин тутadi. Каттик пардадаги веноз синусларининг калла кутиси юмшок тўқималаридаги веналар билан кенг боғлиқдиги, субарахноидал бўшлиқ.нинг катталиги клиник манзаранинг ўзига хослигини ва компенсация қилиш қрбилиятини таъминлайди. Анатомик-физиологик хусусиятлари асосида болаларда (айникса, кичик ёшдаги) шикастланиш нисбатан осон кечади, лекин кейинчалик оғир асоратлар ривожланиши мумкин: қоринчалар ичидаги гидроцефалия, тутканок, суякларни сўрилиши («ўсувчи синишлар»).

К л и н и к а в а т а ш х и с . Кўкрак ёшидаги болаларда бош мия ва калла кутиси шикастланишида, х.атто калла кутиси гумбазлари синганда, кўпинча, хушини йўқртмайди. Умумий қарахтлик тезда қаракат безовталиги билан алмашинади. Мушаклар тонуси ва рефлексларининг ўзгариши аниқ, билинмайди. Қаракат фаолиятининг ўзгаришини зарарланган оёқ-қўл активлигининг бирмунча пастлигидан аниқланади. Каттарок ёшдаги болаларда

калла кутиси ва бош мия шикастланишининг энгил формасининг клиник манзараси тез ўтувчи умумий мия фаолияти бузилиши ва вегетатив реакциялар билан характерланади. Киска муддатли хушини йўқртиш, куп кусиш, бош огрига, харакатлар безовталиги кузатилади, кейинчалик улар ланжлик х.олсизлик ва уйкучанлик билан алмашинади. Неврологик белгилар бош мия ярим шарларининг ўчоқди шикастланиши характерида эмас, кўпинча ўзак қисми структураларининг шикастланиш белгилари кузатилади (доимий бўлмаган бехос нистагм, ўзгарувчи анизокория, кўз сокдаси харакатларининг бузилиши). Пай рефлекслари ошган ёки пасайган бўлиши мумкин. Калла кутиси ва бош мия энгил шикастланишида кўп холларда 2-3 кундан сўнг болаларнинг ах.воли сезиларли яхшиланади, неврологик ва психопатологию белгилар сусаяди, бош огрири камаяди, кусиш тўхтайдди, болалар активлашади. Калла кутиси ва бош мия шикастланиши оғир формасининг ўткир даврида хушини йўқртиши билан бирга соматик ва вегетатив ўзгаришлар, кўзгалувчи харакат бузилиши: тиришиб тортилиши ва тутканоксифат хуружлар, гепертермия, юрак-томирлар ва нафас системаси фаолиятининг бузилиши, кўз кррачиклари бир хил кенгайишга мойил бўлиб, ёругликка муносабати пасаяди. Менингиал белгилар бош мия ва унинг пардалари купол жарохат-ланганига карамай, биринчи кунларда кузатилмайди ва кейинчалик пайдо бўлади. Болалара кома холатидан тезда карахтликнинг турли даражаларига ўтиш кейинчалик хушига келиш 24-48 соатлар ичида характерли хисобланади. Эмоционал бекарорлик тез ва кўп марта кайфиятнинг ўзгариши, вегататив ўзгаришлар, гипергидроз (кўп терлаш), симпаталгик оррикларнинг тургунлиги кузатилади. Болалар организмида умумий муносабат устунлиги туфайли ўчок белгилари билинмайди ва кейинроксезилади.

Параклиник ташхислаш болаларда, катталардаги каби усулларга асосланган ва маълум кетма-кетликда олиб борилади: калла кугиси суякларининг рентген суратини олиш, эхо-энцефалография (иложи бўлса компьютер томографияси). Чакалоқларда бош мия эзилиши белгилари бўлиб, катта ликилдок бўртиш кузатилса, пункция қилинади. Каттарок ёшдаги болаларда ташхис ноаниқ бўлса, ангиография қилиш, диагностик дарчалар очиш ва ташхисловчи трепанация ўтказиш мумкин.

Д а в о л а ш. Болаларда калла кутиси ва бош мия шикастланишининг ўткир даврида даволаш тактикаси куйидагилар билан белгиланади: хушининг холати, унинг бузилиши чуқурлиги ва давомлилиги, дислокацион синдром бор-йўқлиги, нафас олиш ва юрак-томирлар системаларининг фаолияти. Катталардаги каби бир вақтнинг ўзида ҳам диагностик ҳам даволаш-жонлантириш муолажалари, юрак ўпка ва бош мия фаолиятини тиклаш олиб

борилади. Болаларда калла кутиси ва бош мия шикастланишида калтираш хуружига мойиллик баланд бўлганидан, даволаш тадбирларини барбитуратлар ва бензодиазепин хосилалари фонида (дорилар бола ёши ва вазнига қараб берилади) олиб борилади. Болаларда 10% холларда люмбал пункцияда сезиларли босим пастлиги (гипотензия) кузатилади, шунинг учун бўкишга қарши дори-дармонларни эҳтиёткорлик билан ишлатиш зарур. Гипотензив дори-дармонлар тавсия қилинганда калла кугиси ичидаги босимни аниқлаш мақсадга мувофиқ..

Калла кугиси очикжарохатида жаррохлик усулда даволаш каватма-кават мия, пардалари, суяк ва тери жароҳатлари умумий жаррохлик қоидалари бўйича, иложи борича дастлабки 12 соат ичида ишлов берилади. Жаррохлик ишловида болаларда қаттиқ парда бутунлигани тиклашга ҳаракат қилиш керак чунки калла кугиси бўшлиқини фақат тери ёрдамида герметизация қилиш кўпинча оғир асорат бўлмиш ликвореянинг олдини ололмайди. Керак бўлса, қаттиқ мия пардасини консерваланган парда ёки фасция билан пластика қилинади.

Калла кугиси гумбази суякларининг ботик бир бўлак бўлиб синишида, агар ботиклик 1,5 см ва ундан ортик бўлса, айниқса, бош мия шикастланганининг маҳаллий белгилари бўлса операция қилинади. Бундай шикастланишларда жаррохлик усули учун асос бўлиб, операция қилинмаган 3 ёшгача болаларда кўпинча ботиб синган соҳада 3-12 ой ўтгач, нотўғри шаклда суяк нуксони (каттиқдашган қирралари билан) ҳосил бўлади. Унинг сабаби маҳаллий озикданиш бузилиши: бу мия моддаси, пардалари ва калла кутисига тегишли бўлиб, суяк усти пардасининг кўчгани ва кўп вақт суяк пардаси остида кон тўпланиши билан боғлиқдир.

Операция техникаси. Тақасимон кесим билан тери апоневрозидан парча қилиниб шикастланган соҳа очилади. Ўзгармаган суякда синиқ, чегарасида дарча очилади, у орқали эпидурал бўшлиқ,ка жаррохлик асбоби - элеватор киритилади ва унинг ёрдамида ботик соҳа аста-секин тўғриланади. Калла кутиси ичи қри куйилишлари болаларда кам учрайди, шунинг учун операция техникаси катталарникидан деярли фарқ қилмайди. Муолажани калла кутиси деворини очишдан бошлаган маъқул, чунки суяк парчасини олиб туришга тўғри келадиган бўлса, у консервантга солинади, кейинчалик трансплантат шаклида беморнингўзига ишлатилиши мумкин.

Кўп беморларда жароҳатни биринчи жаррохлик ишловидан сўнг бирламчи суяк пластикасини ўтказиш ҳақида фикр юритиш мумкин. Куйидагиларда операция ман қилинади: а) мия моддасининг катта зарарланишида; б) бош мия тўқлмасини кўп бўкишида (отек); в) улкан эпилепсия ва субдурал гематома олиб ташланганда, чунки мия бўкиши ортиб кетиши мумкин; г) биринчи жаррохлик ишлови жароҳатда яллиғланиш белгилари борлиги учун кейинга колдирилганда.

18 - б о б. КЎКРАК ҚАФАСИНИНГ ОЧИҚ ВА ЁПИҚ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Кўкрак қафасининг шикастланишлари ўзининг хар хил жойлашуви хамда оғир-енгиллик даражаси билан фарқданиб туради. Кўкракнинг хар кандай шикастланишида ташки нафаснинг бузилиши содир бўлиб, унинг чуқурлиги ва ритми ўзгаради.

Ташки нафаснинг хар хил оғирликдаги ўзгаришида юрак-крн томирлар фаолиятининг бузилиши кузатилади, баъзан ошр ўпка-юрак етишмовчилик синдроми ривожланади.

Кўкрак қафаси шикастланишларининг оғир, хаёт учун хавфли бўлиши анатомик-фмзиологик сабаблар мавжудлигадир. Буларга куйидагилар киради: плевра варакларининг енгил жарохатланиши, плевра ва ўпка илдизининг юқори рецептор сезгирлига плевра ичидаги манфий босимга, кўкрак қафаси ва ўпканинги ўта ривожланган томир тармогига эга эканлиги. Демак кўкрак шикастланишларида ташки нафаснинг патофизиологик бузилишлари, кўкрак қафаси деворларида, плевра бўшлигида ва ўпкада содир булаётган ўзгаришлар билан бог-лик бўлади. Кўкрак қафасининг тери остига, мушакларига кон кўйишши билан кечадиган енгил шикастланиши ҳам, нафас олиш чуқурлигини ва ритмининг бузилишига олиб келади. Оғрик. натижасида кўкрак қафасининг экскурсиясининг чекланиши кузатилади, бу эса ўпкани экскурсияси чекланишига олиб келади. Кўплаб қовурғалар синганда кўкрак қафасининг бир бутунлиги бузилиб, нафас функциясининг анча бузилиши кузатилади. Кўкрак қафасининг шикастланган ярмида харакат парадоксал характерга эга бўлиб, ўпка вентиляциясига сезиларли таъсир килади.

Тинчлик даврида ҳамма шикастланган беморларнинг 10% ни кўкрак қафаси шикастланганлар ташкил этиб, улар травмалар ичида 3 ўринни эгаллайди. Кўкрак қафасининг ёпиқ шикастланишлари очйк шикастланишлардан анча (1:10)кўпучрайди. Кўкрак шикастланишларини очиква ёпиқтурларга ажратиб таснифлаш мақсадта мувофикдир.

КЎКРАКНИНГ ЁПИҚ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Кўкракнинг ёпиқ шикастланишлари оғирлик даражаси бўйича уч гуруҳга бўлинади: енгил, ўртача оғирликда ва оғир. Нафас ва юрак фаолияти бузилиши кузатилмаган шикастланишлар (нафас олиш 1 минутда 25 тадан ошмайди) енгил шикастланишларга киради. Нафас ва кон айланишининг функционал бузилишига олиб келган (нафас олиш 1 минутда 25-30) кўкракнинг шикастланиши ўрта оғирликдаги шикастланишга киради. Нафас ва кон айланишининг чуқур бузилиши кузатиладиган шикастланишлар оғир деб хисобланади (нафас олиш 35 ва ундан ортик, ўта тахикардия).

Юмшоқтўқималарнинг лат ейиши енгил шикастланишларга киради. Агар лат ейиш кенг кон куйилиши (тери кўчиши билан кечадиган) билан кузатилганда уни ўрта, оғир ва хатто ошр шикастланишларга киритиш мумкин. Кўкрак қафаси юмшоқтўқималарининг лат ейишида кўкрак қафаси ичида шикастланишлар йўқдигига ишонч хосил қилиш керак (ўпка ичи гематомаси, куст оралиги гематомаси). Масалан, ўпканинг лат ейиши қовурғалар синмай юмшоқдўқималар лат ейишида ҳам кузатилади, булат ейишлар, кўпинча, аниқланмай қолади.

Кўкракнинг юмшоқ тўқималари лат еган сохада оғриқди шиш пайдо бўлади. Лат еган жой босилганда, ҳаракат қилганда ва чуқур нафас олганда оғриқ. кучаяди, бу қовурғалараро мушакларга кон куйилиши натижасида бўлади.

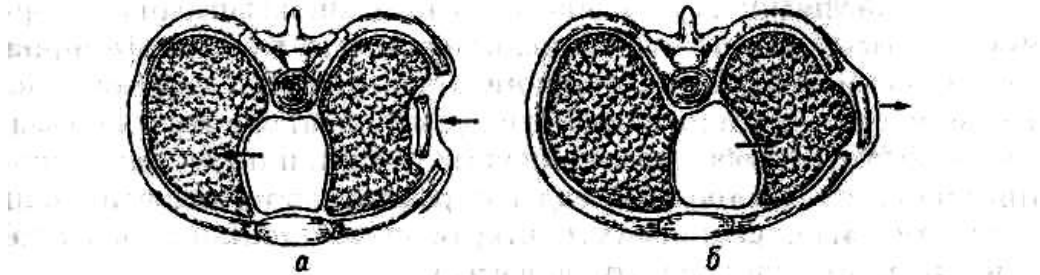
КОБИРГАЛАР СИНИШИ

Кўкракнинг ҳамма ёпиқ шикастланишларининг 67% да қовурғалар синиши кузатилади. 15 ёшгача болаларда қовурғалар синиши, уларнинг ҳаракатчанлиги та эластиклиги туфайли камдан-кам учрайди. 40 ёшдан кейин қовурғалар синиши кўп учрайди, кексаларда озгина шикаст етганда ҳам крвуркалар синиши мумкин. IV-VII крвурралар синиши кўп учрайди. Юқори қовурғалар калин мушак кавати билан ва елка камари суяклари билан копланган, пасткилари эса ўзининг тоғай қисмининг узунлигидан катта эластикликхусусиятига эга. Крбиргалар кўпинча орқа ва ўрта қўлтик ости чизиги бўйлаб синади.

Шикастланишнинг тўфидан-тўғри механизмида механик куч таъсир қилган жойда бир ёки бир неча қовурға ичкарига, кўкрак бўшлиги томонга букилади. Бунда кўпинча костал плевра ёрилиши ва ўпка шикастланиши мумкин.

Крбиргалар шикастланишининг тўрридан-тўрри бўлмаган механизмида кўкрак қафаси шакли бузилиб, қовурғалар куч таъсир қилган жойнинг иккала томонидан синади. Бундай шикастланиш механизми кўкрак қафаси иккала томондан эзилганда кузатилади (масалан, машина борти билан девор орасида, хода босиб қолганда, автомобиль гилдираги босганда). Бундай куч таъсир қилганда қовурғалар синиши содир бўлади.

Крбиргаларнинг икки еридан синиши (дарчали) ўта оқир кечади, бунда бир томонда бир қовурға икки еридан синади. Х^{ар}зкатчан «қовурға клапани» \осил бўлади ва унинг парадоксал ҳаракати кузатилади. Нафас олганда кўкрак қафаси кенгайганда, кўкрак қафасидан ажраб қолган «қовурға клапани» соҳаси ичкарига ботади. Чунки нафас олганда плевра бўшлиқида манфий босим бўлади. Нафас чиқарилганда кўкрак қафаси кичрайиб, плевра бўшлиқида мусбат босим хреил бўлади, «қовурра клапани» ташқарига бўртиб чиқади (243-расм). «Кобирга клапани»нинг бу парадоксал ҳаракати ўпкага х,ам таъсир



243-расм. Қобиргаларнинг дарчасимон синишида кўкс оралиғи ва «қовурға кланани» нинг силжиши.
а — нафас олинганда; *б* — нафас чиқарилганда.

қилиб, унинг нормал вазифасини бузади. Дарчани ўлчамлари канча катта ва серхаракат бўлса, х.аво алмашуви шунчалик бузилиб, беморнинг ах,воли оғирроқ бўлади. «Дарча»нинг каерда жойлашганлигининг аҳамияти бор. Кўкрак қафасининг орқа томонида жойлашганда енгил кечади, чунки мушак катлами калинлиги ва бемор ўша ерни босиб ётиши «дарча» харакатини табиий равишда чеклайди.

Кўкрак қафасининг иккала томонида қовурғалар синиши — икки томонлама синиш дейилади. Улар кўплаб қовурғалар синиши, икки еридан синишидан ҳам кўпроқ кўкрак қафасининг мустахкамлигини пасайтиради. Бунда нафас олишнинг ўта оғир бузилиши кузатилиб, кислород етишмовчилиги, кўпинча плеврал пульмонал шок ривожланади.

Крбиргалар синганда кўпинча плевра, ўпканинг шикастланиши, кўкрак қафаси деворлари ва ўпка кон томирларининг шикастланиши кузатилади. Пневмоторакс хосил бўлади.

Крбиргалари синган кўкрак бўшлиқида ички аъзолар шикастланиши мумкин: 1-2тақовурға синиши тахминан 12% беморларда, 3-4қовурға синиши 35% атрофида, 6-8 — 80% да, 10 ва ундан ортик қовурға синиши 100% беморларда учрайди.

1хобиргалар синганда ххр хил даражадаги оғриқ, бўлади. Бемор тинч ётганда оғриқ. бир хил ва паст бўлади. Нафас олинганда оғриқ. ўта кучаяди. Улар чуқур нафас олганда, йўталганда ва кучанганда кучаяди. Оғриқ. туфайли шикастланган томонда кўкрак қафасининг экскурсияси чекланади. Синган жойда шиш ва гематома бўлиши мумкин. Синган жойни пайпаслаганда каттик оғриқ.ни, баъзан бўртиб турганини аниқлаш мумкин. Синган жойда плевра шикастланган бўлса, йўталганда Кон туфлаши, синган жойда юмшоқтўқималар эмфиземаси бўлиши мумкин. Кўкрак қафаси икки кафт билан кисилганда шикастланган жойдан тархаётган оғриқ. бошқа жойда пайдо бўлади. Крбирга бўлак-ларинингкисирлашини аниқлаш тавсия қилинмайди. Плевра бўшлигида ҳавони (тимпанит) ва суюкликни аниқлаш учун солиштирма перкуссияси ҳилинади. Аускультация ёрдамида нафас олиш қандай

ўтказилиши ўпкани нафас олиш-олмаслиги, хириллашларнинг бор-йўқлиги, плевра ишқаланиш шовкини аниқланади. Кўкрак қафасининг лат ейишини қовурғалар синишини аниқлаш унчалик қийин эмас. Пневмоторакс, гемоторакс, ўпка ёки юракнинг лат ейишини аниқлаш мураккаб бўлади. Крбиргалар синишини, ўпканинг шикастланишини (пневмоторакс, гемоторакс) аниқлашда рентгенологик текширишнинг аҳамияти катта, шунинг учун кўкрак шикастланганда, албатта, рентгенологик текшириш ўтказиш керак

ТЎШ СУЯГИНИНГ ЧЕКЛАНГАН СИНИШИ

Тўш суягини синиши кўп учрамайди. Тўш соҳасига тўғридан-тўғри зарба берилганда ёки босилганда содир бўлади. Кўпрок сопи билан танаси бирлашган жойида синиш юз беради, одатда тана қисми орқага силжийди. Тўш синганда олдинги кўкс оралиги клетчаткасига кон куйилиши кузатилади. Бунда нафас олганда ва пайпаслаганда кучаядиган кагтик окрик, нафасшшг қийинлашуви, *аво* етишмаслига, цианоз, баъзан бўтилиш кузатилади. Синган жойда шиш, шакл бузилиши ва гематома аниқланади. Ёндан олинган рентгенограммада бўлакларнинг силжиши натижасида тўшнинг шакли бузилганлиги аниқланади. Одатда, синган тўш суяги бўлаклари олдинги - орқага силжийди. Бунда дистал бўлаги эса олдинга ва пастга силжиган бўлади. Бўлакларнинг ёнга силжиши жуда кам учрайди.

Тўшнинг синиши, қовурғаларнинг синиши, умурткаларнинг шикастланиши билан бирга бўлиши мумкин. Шунингдек юрак шикастланиши мумкин, шунинг учун кўкраги оғир шикастланган беморларда электрокардиограмма кшшшиши керак Миокард лат ейиши клиникаси перикард етишмовчилиги ёки инфарктга ўхшаб утиши ҳам мумкин. Перикард бўшлигига крн куйилганда юрак тонларининг бузилиши, чегараларининг кенгайиши, рентгенограммада юрак шаклининг ўзгариши аниқланади.

Кўкракнинг ёпиқ шикастланишларида баъзан юракнинг лат ейиши кузатилади ва юракфаолиятининг жиддий бузилиши билан беморнинг оғир ахволда бўлишига сабаб бўлади. Юрак шикастланганда морфологик ўзгаришлардан перикард ва миокардга кон куйилиши, баъзан уларнинг ёрилиши аниқланади.

Бунда клиник белгилари ҳар хил бўлади. Шикастланишдан кейинги биринчи соатларда диагностикаси қийин, чунки кўкрак қафаси деворларининг плевра ва ўпкани шикастланиш белгилари биринчи ўринда туради. Лекин тахикардия, юрак фаолиятининг ритми ва ўтказувчанлиги бузилиб, экстрасистолия, гипотония кузатилиши врачни диагноз қўйишда чуқурроқ фикрлашга йўллайди. Юраги лат еган беморларнинг ранги оқарган, баъзан акроциноз, х.ансираш бўлади. Юрак чегараларининг кенгайиши ва юрак тонларининг

бўгикдиги аниқланиши мумкин. Электрокардиография маълумот берувчи диагностик усул бўлиб, унда ритми ва ўтказувчанлиги бузилишининг хар хил турлари, Р ва Т тишлари пасайиши, Т тишининг икки фазалилиги ва инверсияси кузатилади.

Кўкраги лат еган ва битта қовурғаси синган беморларга биринчи врачлик ёрдами бериш анальгетикларни қилиш билан чегараланади. Кўкрак қафасининг харакатини чеклайдиган хеч қандай боғламлар кўйилмайди. Ёши 60 дан ошган шахслар шикастланиш характери ва окирлик даражасидан катъий назар травматологик бўлимларга жўнатилиши шарт.

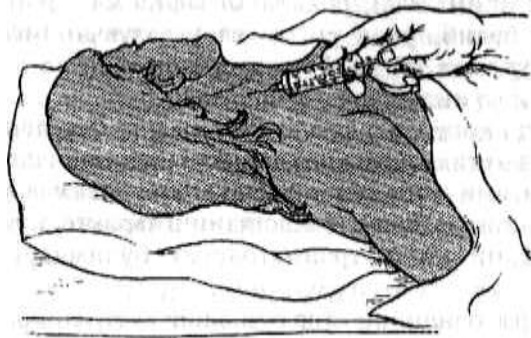
Кўкрак шикастланиб нафас олишнинг оғир бузилиши кузатилганда унинг ҳсабабини аниқлаш, шунингдек юқори нафас йўллари ўтказувчанлигини аниқлаш керак. Юқори нафас йўлларининг ўтказувчанлиги бузилганда уларни тозалаб, хаво ўтказувчи най қўйиш керак. Баъзан биринчи врачлик ёрдамини беришда трахеяни интубация қилиш, нафас олишига ёрдам бериш ва бошқариладиган нафас олдириш, кислород бериш керак бўлиб қолади.

Д а в о л а ш. Кўкрак қафасининг ёпиқ шикастланишларида кўпинча консерватив усуллар қўлланилади. Кўкрак қяфаси лат еганда окрикни қолдирадиган дорилар (новокаин блокадаси, анальгин) тайинлаш билан кифояланилади. Оғриқ, узоқ, вақтгача йўқрлмаса физиотерапия қўлланилади. Тери остида, мушаклар орасида гематомалар бўлса, уларни пункция қилиниб олиб ташланади. Ивиб қалган клоним катта бўлмаган кесмалар орқали олиниб, кесмалар қайта тикиб кўйилади.

Крбирралар синганда хозир хеч қандай боғлам қўлланилмайди. Чунки уларнинг ўзи бузилган кўкрак қафаси экскурсиясини янада чеклаб кўяди. Кобиргаларнинг асоратсиз синишида синган жойларни қайта (2-3 марта) новокаин (1% - 10 мл) блокадаси қилиш кенг тарқалган. Улар оғриқни олиб, кўкрак қафасининг нормал экскурсияси тикланишига имкон беради. Нафас олиш чуқурлашиб, ўпка вентиляцияси яхшиланади, бу эса шикастлангандан сўнгги пневмония ривожланишининг олдини олади. Крбиргалар синганда 4-5 кун турмай ётиш тавсия қилинади. Балгам чиқарувчи дорилар ва нафас гимнастикаси орқали даволаш усуллари белгиланади. Синиқ, 3-4 хафтада битади. Мехнат қилиш қобиляти 5 хафтадан сўнгтикланади.

Кўп қовургалар синганда синган жойни новокаин блокадаси қилишдан ташқари, 0,5% новокаин эритмаси билан паравертебрал блокадаси ҳам қилинади, у синган қовургаларда юқори ва пастда жойлашган қовургаларни ҳам ўз ичига олади. Нафас олишнинг оғир бузилиши А.В.Вишневский бўйича вагосимпатик блокадаси учун кўрсатма хисобланади (244-расм).

Вагосимпатик блокаданинг техникаси. Шикастланган чалқанчасига ётади. Кўкрак остита болишча кўйилади. Блокада қипинадиган томонда



244-расм.
А.В.Вишневский
усулида
вагосимпатик
блокада.

қўл танага яқинлаштирилиб, тос томонга тортилади, бунда елка усти пасаяди. Бош иложи борича карама-карши томонга бурилади. Ташки бўйинтирик венаси тўш-ўмров-сўргичсимон мушагининг орқа чеккаси билан кесишган жойда тўқималарни врач чап қўли панжаси билан босади. Бунда бўйин аъзоларининг ичкарига сурилиб, уларнинг тасодифан шикастланишининг олдини олади. Босиб турган II бармогидан ингичка игна билан тери ичига новокаин юбориб, «лимон крбиги» хосил қилинади. Кейин игна узунрок ва йўғонрошга алмаш-тирилиб, оғриқсизлантирилган терига тикилади. Аста-секин 2-3 мл новокаин эритмасини юбориб, игнани умуртканинг олдинги юзасига караб, чуқурга ва бир оз юқорига йўналтирилади. Крн томирга тушиб қолганини ўз вақтида аниқлаш учун бир неча марта шприц поршени орқага тортилиши керак шприцда кон пайдо бўлишини кузатиб туриш керак. Игнани чуқурга сачиб, тўш-ўмров-сўрричсимон мушаги КИНИНИНГ орқа варагини тешиб ўтгач 30-50 мл 0,25% ли новокаин эритмаси крн-томир-нерв тутами соҳасига юборилади. Эритма бўйиннинг крн-томир-нерв тутамини ювиб, адашган ва симпатик нервларни, баъзан диафрагмал нервни ҳам блокада қилади.

Вагосимпатик блокадаси тўғри қилинганлигининг белгиси Горнер учлигининг пайдо бўлишидир: корачикнингторайиши, юқори ковокнинг осилиб тушиши, кўз сокдасини ботиши (миоз, птоз, энофтальм).

Крбиргалари синган беморлар жойида ярим ўтирган ҳолатда бўлишлари керак. Симптоматик даволашдан ташқари, оксигенотерапия, балгам чиқарувчилар, ингаляция қилиш ва бошқалар тавсия қилинади.

Д а в о л а ш. Тўш суяги синганда, одатда, консерватив усул билан даволанади. Синган жойига 1% ли 10-15 мл новокаин эритмаси юборилади, тўш орқаси блокадаси ҳам қилинади. Суяк бўлаклари анча силжиб кетганда умуртка погонасининг бел ва пастки кўкрак қисмларини орқага букиб репозиция қилинади. Бунга беморни шитли ётоқха ётқизирилиб, кураклар орасига болишча қўйиш билан эришилади. **1,5-2** \афтадан сўнг бўлақлар жойига тушади. Солишнинг иложи бўлмаганда очиқ репозиция қилиниб, бўлақлар кесишган 2 та Киршнер кегайи,

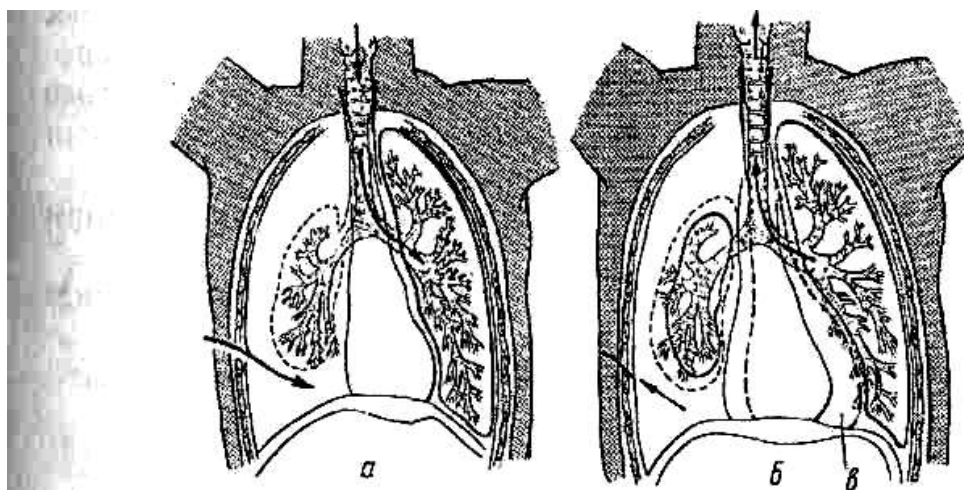
лавсан ипи билан ёки Соколов бўйича СРКЧ-22 аппарати ёрдамида металл чоклар билан маҳкамланиши мумкин. 3 хафтадан сўнг беморнинг ўрнидан туришига рухсат берилади. Бу вақтда суяк кадога хосил бўлади. Мехнат қилиш крбилияти 4-6 хафтадан кейин тикланади.

ПНЕВМОТОРАКС

Ўпка ва плевранинг йиртилиши пневмоторакс билан асоратланади. Пневмоторакснинг кўйидаги турлари фарқланади: чекланган — ўпка $1/3$ хажмга эзилганда; ўрта - ўпка $1/2$ хажмига сиқилганда ва катта — ўпка тўлиқ сиқилиб қолганда. Бу ҳолда кўкс оралигининг силжиши кузатилади.

Пневмоторакс клиник умумий белгиларига караб диагност и-к а қилинади: нафас бўғилиши, тахикардия, юмшоқ тўқималар эмфиземаси, шикастланган томон перкуссия қилинганда тимпаниқ товуш бўлиши, аускультацияда нафаснинг пасайиши ёки йўқрилиши. Пневмоторакс диагнози рентгенологик текширишда тасдиқланади. Рентген тасвирида ўпканинг зҳар хил даражадаги коллапси, ўпка майдони тиниклигининг ошиши, ўпка тасвири йўқлиги аниқланади.

Кўкракнинг ёпиқ шикастланишидаги пневмоторакснинг энг оғир тури — бу икки клапанли пневмотораксдир. Бунда ўз вақтида керак бўлган врач ёрдами кўрсатилмаса, ўлим билан тугаши мумкин (245-расм). Клапанли пневмотораксда аста-секин плевра бўшлигига \аво сўри.либ боради. Нафас олиш пайтида йиртилган ўпка тўқимаси орқали ёки шикастланган бронх орқали х,аво плевра бўшлигига ўтади, нафас чиқарилганда эса плевра бўшлигида босим ошганлигидан клапан беқилиб, хаво қайтиб чикмайди. Хар гал нафас олиш билан бирга плевра



245-расм. Клапанли ва таранглашган пневмоторакс.
а — клапанли пневмотораксда нафас олиш; *б* — нафас чиқариш; *в* — таранглашган пневмотораксда кўкс оралиги аъзоларининг сурилиши.

бўшлигида хаво миқдори ошиб бориб, натижада тўла коллапсга ва кўксни силжишини ошириб, соғўпкани ҳам сиқилишига олиб келади. Епик клапанли пневмотораксда ўпка шикастлангандаги умумий белгиларидан ташқари, ошиб бораётган бўғилиш (тўла асфиксиягача), тахикардия ва юмшоқтўқималар эмфиземаси ҳам бўлади.

ГЕМОТОРАКС

Плевра бўшлигига крн куйилиш манбаи кўкрак қафаси девори ҳамда ўпка крн томирларидир. Плевра бўшлигига куйилган крн олдин ивиб қолиб, бир неча соатдан сўнг кўпинча «эриб» плевра бўшлигида суюклик холатида бўлади. Бу дефибринланиш ва қисман фибринолиз билан боғлиқ. бўлади. Плевра кон тўпланишига экссудация билан жавоб бериб, крннинг суюкланишига олиб келади. Шунинг учун плевра бўшлигига куйилиб, тез орада ивиб долган кон юқорида айтилган сабабларга кўра суюлиб кетади. Баъзан плевра бўшлигига куйилган кон ивиган хрдда қолади. Бундай гемоторакс ивиган деб аталади. Плевра бўшлигига куйилган кон миқдorigа караб кичик ўрта, катта гемоторакслар фарқланади.

Плевра бўшлигига куйилган крн миқдори 500 мл дан ошмаганда кичик гемоторакс деб хисобланади. Плевра бўшлигида бу миқдордаги крн клиник белгиларига караб аниқ/јанмайди. Кичик асоратсиз гемоторакс 10-12 кунда ўз-ўзидан сурилиб кетиши мумкин.

Ўрта гемоторакс — плевра бўшлигига 500 дан 1000 мл гача кон куйилади. Бунда перкуссия ва аускультацияда перкутор-товушнинг кискариши ва кўкракнинг пастки бурчагида нафас эшитилмаслиги кузатилади.

Катта гемоторакс — плевра бўшлигига 1000 мл ва ундан кўп кон куйилади. Бу перкутор товушнинг олдинда 2-3 қовурғалар орасигача, орқада бутун ўпка майдонида тўмтоклашиши билан характерланади.

Даволаш тактикаси режасини белгилашда плевра бўшлигига куйилган кон миқдорини аниқлашдан ташқари, унинг турини аниқлаш ҳам мухим. Гемоторакснинг куйидаги турлари фарқланади:

1)ошиб бораётган гемоторакс плевра бўшлигига крн куйилиши давом этаётганда;

2)барқарорлашган гемоторакс — плевра бўшлигига крн куйилиши тўхтаганда;

3)ивимаган гемоторакс — плевра бўшлигидаги крн суюкхолда;

4)ивиган гемоторакс — плевра бўшлигида ивиган крн;

5)инфекция тушмаган (йирингламаган) гемоторакс;

б)инфекция тушган (йиринглаган) гемоторакс, пиоторакс.

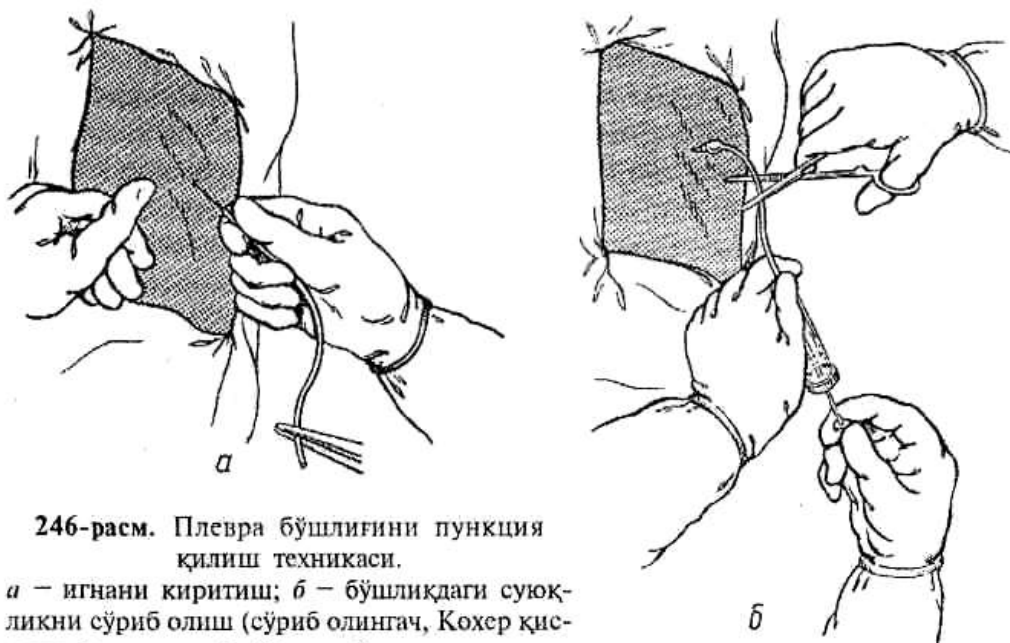
Кўкракнинг ёпик шикастланиши бир вақтда пневмоторакс ва гемоторакс — гемопневмоторакс билан асоратланиши мумкин. Плевра бўшлигида бир вақтнинг ўзида х.авонинг кон билан бирга бўлиши

даволаш натижасини ёмонлаштиради. Бундай лолларда йирингли яллиғланиш асоратлари гемотораксдагага нисбатан 10 баробар кўп учрайди. Кўкракнинг ёпиқ шикастланишида ўпканинг лат ейиши кам эмас, унда ўпка ичи гематомаси хосил бўлиши мумкин. Ўпкага кон куйилиши хажмига караб ўпка ичи гематомаси сегментный, бўлагини ёки бутун ўпкани (тотал гематома) эгаллаши мумкин. Бунда ўпка бутунлай ишдан чиқади. Ўпка ичи гематомаси кўпинча аниқданмайди. Лекин унинг борлиги кўкрак шикастланиши натижасида катта аҳамиятли бўлади, чунки тотал гематома бўлиши бемор хаётига хавф тугдириши мумкин. Ўпка ичи гематомасини шикастланишдан кейинги биринчи соатларда аниқлаш жуда қийин бўлади. Унинг борлигига кўкрак шикастлангандаги умумий белгаларидан ташқари, йўғалгандан сўнг кон туфлаш, перкутор товуш ва аускультацияда нафаснинг йўқлиги тасдиқлайди. Клиник белгаларига караб гемотораксни ўпка ичи гематомасидан ажратиш жуда қийин, чунки уларнинг умумий ва махаллий белгилари бир хил бўлади. Рентгенологик текшириш ва плевра бўшлигининг диагностик пункциясига асосан диагнозни аниқлаш мумкин.

Кўкракнинг оғир ёпиқ; шикастланишларини даволаш

Кўкрак кафасининг оғир шикастланишларида, айниқса, плевропульмонал шок билан бўлганда, нафас олиш ва юрак-кон томирлар фаолиятини тиклашга қаратилган тезкор реанимацион муолажалар ўтказиш керак. Реанимацион муолажалар комплексига (йиғиндисига) интубация қилиш, аппарат билан нафас олишга ўтказиш, оксигенотерапия, новокаин билан блокадаларнинг керакли барча турларини қилиш киради. Кўрсатма бўлганда плевра бўшлиги пункция қилиниб, у ердан кон ва хаво чиқарилади. Юқори нафас йўллари сўрилиб тозаланади, кон ва кон ўрнини босувчи суюқдиклар куйилади. Агар катта гемоторакс ёки таранглашган клапанли пневмоторакс кузатилса, тезкор торакотомия қилиниши керак.

Ўпка тўқимаси йиртилганда даволаш тактикаси шикастланиш характерида ва даражасига боғлиқ бўлади. Кўкракнинг ёпиқ шикастланишларида уларнинг асосий белгилари тери ости эмфиземаси, кон туфлаш ва оғир шикастланишларда гемопневмоторакс бўлиб хисобланади. Плевра бўшлигидаги хаво ва кон тўла чиқарилиши керак. Бу билан ўпканинг ёзилишига эришилади. Плевра бўшлигидан кон ва экссудатни чиқариш, аспирация қилиш учун уни пункция қилинади. Пункцияни одатда УП-УШ ковургалар орасидан, ўрта ёки орқа қўлтикости чизиги бўйлаб қилинади (246-расм). Плевра бўшлигидаги хавони чиқариш учун пункция П-Ш ковургалар орасидан ўрта ўмров чизиги бўйлаб, беморнинг ўтирган х,олатида қилинади. Бунда игна тешиги керакли даражада катта бўлиши ва ўпкага резина найча кийгизилиб, кискич билан кисилган бўлиши лозим. Агар жўмракли найча қўлланилса яна ҳам яхши бўлади.



246-расм. Плевра бўшлигини пункция қилиш техникаси.

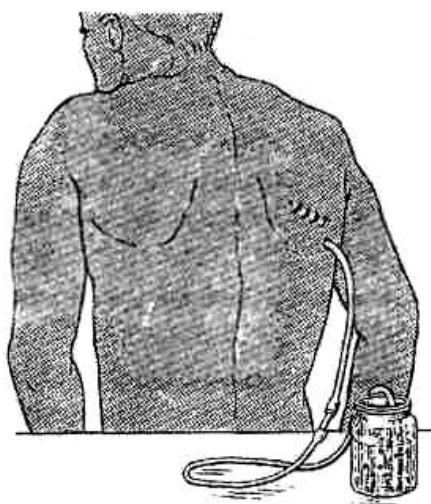
a – игнани киритиш; *б* – бўшлиқдаги суюқликни сўриб олиш (сўриб олингач, Кохер қисқичи билан қисиб қўйилади).

Жане шприци ёки электр сўргич ёрдамида аспирация қилинади. Пункциядан олдин пункция қилинадиган жой маҳаллий оғриқсизлантирилади. Катта бўлмаган, барқарорлашган гемопневмотораксларда бир марта аспирация қилиниб, плевра бўшлигини қрн ва ҳаводан тозалаш мумкин. Агар бунинг иложи бўлмаса, қайта пункция қилиниб, ўпка тўла ёзилгунча плевра бўшлиги тозаланади, натижаси рентгенологик текширилиб борилади.

Агар плевра бўшлишга қрн қайта тўпланса, бу қрн қуйилиши давом этаётганини биддиради. Қрннинг янгилигани аниқлашда Рувилуа-Грегуар синамаси қўлланилади. Бунинг учун сўриб олинган қрнни пробиркага қўйилади. Янги қрн тезда ивиб қолади. Плевра бўшлигида бир неча соат давомида қолган қрн ивимади, бу қрн оқиши тўхтаганини билдиради. Қрн оқшининг давом этаётганлигини аниқлаш учун периферик қрндага ва пунктатдага гемоглобин миқдори аниқланади. Агар периферик қрндаги ва пунктатдаги гемоглобин миқдорлари тенг ёки бир оз фарқи бўлса, қрн оқиши давом этаётганлиги ҳақда далолат беради. Қрн оқиши давом этиб, тезда оқиб бораётган гемоторакс кузатилганда тезкор торакотомия қилиш керак. Операция вақтида қрн оқиш манбаи аниқланиб, қрн оқиши тўхтатилади.

Клапанли пневмоторакс ҳолларида беморларга ёрдам бериш ва реанимацион муолажалар ўтказишдан олдин плевра бўшлиги пункция қилиниб, ҳаво чиқарилиши керак. Агар пункциядан сўнг плевра бўшлигида қайта ҳаво тўпланса, унга Бюлау (247-расм) бўйича доимий дренаж ўрнатилиши ёки плевра бўшлигидаги ҳавони электр сўргич ёрдамида аспирация қилиб туриш керак.

Клапанли пневмотораксни доимий актив аспирация қилиш усули билан даволашда яхши натижаларга эришиш учун асептика қоидаларига риоя қилиш, системасининг тўла герметиклигини таъминлаш, аста-секин тўла аспирация қилиш ва доимий манфий босимни хосил қилиб, уни ушлаб туришдадир. Агар 3-5 кун ичида ахвол яхшиланмаса ва плевра бўшлигига хаво кириши давом қилса, кечиктхуцмай торакотомия қилиниб, ички клапан бартараф қилиниши керак. Дренаж найчасидан доимо босим остида хаво чиқаверса, бу йирик бронх ёрил-ганидан далолат беради. Уни беркитиш учун фақат жаррохлик усули талаб қилинади. Операция хажми ўпка текширилгандан кейин аниқланади. Кўпинча ўпка ёки бронх жарохати тикилади.



247-расм. Плеврал бўшлиқни
Бюлау усулида дренажлаш.

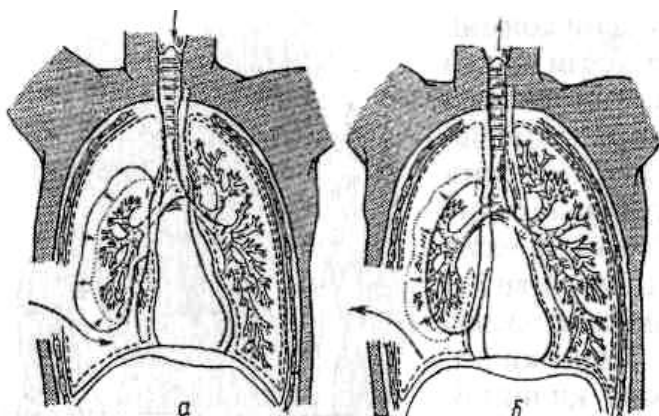
КЎКРАКНИ ТЕШИВ КИРГАН ШИКАСТЛАНИШЛАР

Бешта бемордан ҳар биттасида кўкракнинг тешиб кирган шикастланишлари плевропульмонал шокнинг ошр формалари билан кузатилади. Ўткир нафас етишмовчилиги, юрак кон томирлар фаолиятининг бузилиши ривожланиб, терминал ҳолатга ўтиш хавфи тугалади. Кўкракнинг тешиб кирган шикастланиши бўйича ўлган беморлар сони 20% ни ташқил қилади. Бемор ўлимига ўткир кон йўқртиш (50% дан кўпроқ) плевропульмонал шок (20%) ва инфекция асоратлари (11%) сабаб бўлади.

Кўкракнинг оришкастланишларига жароҳатланиб очик пневмоторакс бўлган ҳоллар киради. У кўпинча плевропульмонал шок билан асоратланиб, ўлимга олиб келиши мумкин. Очик пневмотораксга парадоксал нафас олиш ва кўкс оралиги аъзоларининг билқиллаб туриши характерлидир (248-расм).

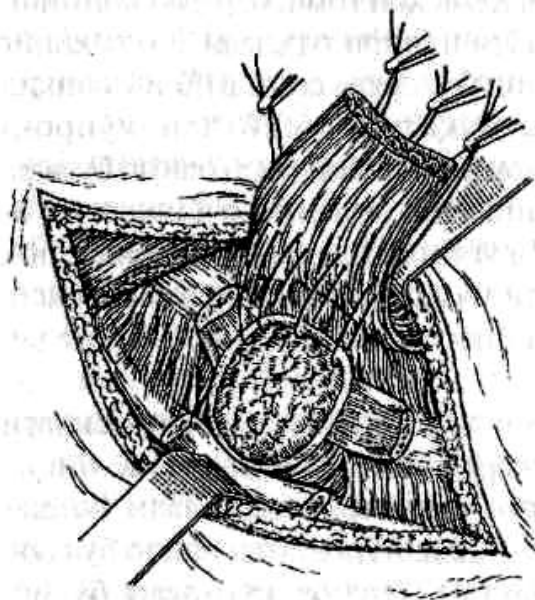
Очик пневмоторакс белгилари дан бири кўкрак қафасидаги жароҳатнинг қдорлари очилиб, нафас жараёнида хавонинг кириб-чиқиб туришидир. Бундай жароҳатлар «сўрувчи», чийилловчи дейилади. Баъзан бундай шовкинлар фақат чуқур нафас олганда, йўталганда пайдо бўлади. Беморнинг ранги оқдрган, безовталанган, бир оз кўкарган бўлиб, кўкрагидаги оғриқдан, йўталдан шикоят қилади. Нафас олиш тезлашган, юзаки. Томир уриши тезлашган, кон босими пасайган.

Очик пневмотораксда кўрсатиладиган б и р и н ч и ё р д а м жароҳатга окклюзион боғлам қўйиш, кислород бериш, юрак фаолиятига таъсир қиладиган дорилар қилиш ва тезлик билан даволаш муассасаларига эвакуация қилишдан иборатдир. Даволаш муассасаларида



248-расм. Очиқ пневмотораксда ҳавонинг ўпкадаги ҳаракати, кўкс оралигидаги аъзоларнинг билқиллаши ва парадоксал нафас олиш.
а – нафас олганда;
б – нафас чиқарганда.

бундай беморлар дархрл операция қилиниши шарт. Операция вақтида жароҳат яхшилаб бирламчи жаррохлик ишловидан ўтказилиши, шу жароҳат орқали ёки керак бўлса, кўшимча кесма қилиниб, плевра бўшлиги кенг очилиши керак. Плевра бўшлигидан куйилган қон олиб ташланиб, қон оқиши тўхтатилади ва ўпка ревизия қилинади. Ўпка жароҳатининг жаррохлик ишловини ўзига хослиги бўлади. ўпка жароҳати кесиб кенгайтирилмайди ва одатда чеккалари кесиб олиб ташланмайди. Ундан қон лахталари, ёт жисмлар олиб ташланади. Шикастланган майда томир ва бронхлар боғланади. Жароҳатга қуруқ антибиотик юто қилиниб, ипакчоклао кўйилибтикилади.



249-расм. Очиқ пневмотораксда жароҳатни тиклаш. Жароҳат атрофлари кесиб олинган, қовурга резекция қилинган, жароҳат қон томирли мушак лахтаги билан беркитилган.

Агар очиқ пневмотораксда кўкрак деворидаги мушакларнинг кемтиги бўлиб, жароҳатни икки қатор чок кўйиб тикишнинг иложи бўлмаса, 1-2 қовургани резекция қилинади ёки ёнидаги мушаклардан оёқчали трансплантат олиниб, пластика қилинади (249-расм).

Хозирги даврда кўкракнинг тешиб кирган шикастланишларини даволаш куйидаги тамойилларга асосланган: плевра бўшлигида бўлган нарсани актив аспирация қилиш (х.аво, қон, экссудат); ўпканинг эрта ёзилишига эришиш ва шу ҳолда сақлаб қолиш; одатдаги жойдан (VII-VIII қовургалар ораси) плевра бўшлирини дренажлаш;

- х.аво йўллари саниация қилиш (трахея ва бронхлардан кон ва шиллик моддани сўриб олиб туриш);

- аниқ, кўрсатмалар бўйича операциялар қдтош.

Кўкракнинг тешиб кирган шикастланишларига учраган беморларнинг 90% да плевра бўшлиги эрта, актив аспирация қилиш усули қўлланилади. Плевра бўшлигини актив аспирация ва дренажлаш усули кўйидаги қоидаларга асосланади:

- эрта қўллаш;

- плевра бўшлигида тўпланган нарсани аста-секин тўла аспирация қилиш;

- асептикага тўла риоя қилиб, плевра бўшлиги йиринглаб кетишининг олдини олиш (антибиотик ва антисептикларни юбориш);

- катъий герматизацияга эришиш, пункция ва дренаж қилишни ўтказиш;

- плевра бўшлигида физиологах даражада (2-4 мм сув. уст.) манфий босим яратиш, шу холда ушлаб туриш.

Кўкракнинг ёпиқ ва тешиб кирган шикастланишларига учраган беморларнинг 5-10% жаррохлик ёрдамига мухтож бўлишади.

Кўкрак қафасининг кўйидаги очик; тешиб кирган жароҳатлари тезкор операция қилишга кўрсатма бўлади:

- юракнинг жароҳатланиши;

- очик пневмоторакс;

- плевра бўшлигига давом этаётган кон оқиши;

- актив аспирация қилиш усули ёрдам бермаган таранглашган клапанли пневмоторакс;

- ивиб қолган гемоторакс;

- ўпкани катта оғир шикастланиши.

Кўкрак қафасини ёпиқ шикастланишидан кейинги даврда энг кўп учрайдиган асоратлари: пневмония, ўпка абсцесси, плеврит ва плевра эмфиземаси хисобланади. Улар 8-10% холларда учрайди. Бу асоратларнинг ривожланишида ёмон оқибатларга олиб келадиган сабаб аввало оғир шикастланишидир. Унга қовурғаларнинг кўплаб синиши, ўпканинг лат ейиши (ўпка ичи гематомаси), гемоторакс, пневмоторакслар киради.

Кўкракнинг шикастланишларида плевра бўшлигидаги кон ва ҳавони актив аспирация қилиш ёрдамида гемопневмотораксни эрта йўқртиш, ўпканинг тўла ёзилишини таъминлаш, бронхларни саниация қилиб, ўпкада вентиляцияни ва газ алмашувини яхшилаш, ўпка кўшимча вентиляция қилиниб, кенг таъсир спектрига эга бўлган антибиотикларни қўллаш, антибактериал терапия ўтказиб, физиотерапевтик даволаш омилларини (УФО, УВЧ) қўллаш ва иммунитетни ошириб, посттравматик асоратлар сонини камайтиришга эришилади.

19 - б о б. БОЛАЛАРДА КЎКРАК ҚАФАСИ ВА ЕЛКА КАМАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

КЎКРАК ҚАФАСИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Кўкрак қафасининг шикастланишлари ёш болаларда кам учрайди. Хамма шикастланишларнинг 3-4 % ни ташкил қилади. Ёпиқва очик шикастланишлар фарқ қилинади. Ёпиқ шикастланишлар характери хилма-хил бўлиб, шикастланиш механизмига, шикастлантираётган омилнинг кучига боғлиқдир.

Турмушда юмшок тўқималарнинг лат ейиши кўп учрайди, катта баландликдан йиқилиб тушганда, автомобил халокатида - қовурғалар, тўш суякларининг синиши содир бўлади. Суяклар синганда кўкрак қафаси аъзолари шикастланган бўлиши мумкин. Бундай синишлар асоратланган синишлар дейилади.

Юмшок тўқималарнинг лат ейиши. Шикастланиш механизми кўпроқ тўғридан-тўғри бўлади.

Т а ш х и с. Шикастланганнинг ах.воли қониқарли, оғриқ. тинч турганда хам, нафас олганда хам бир хил. Шикастланган сохдда чекланган шиш, кўкариш аниқланади. Пайпаслаганда шу ерда қаттиқ оғриқ. аниқланади. Кўкрак қафасининг иккала ярми симметрик нафас олишда иштирок этади. Кўкрак қафасининг бошқа ерларига босилганда шикастланган ерда оғриқ. камаймайди. Гумонли ҳолларда рентгенологик текшириш суяк синишини, ўпка шикастланишини инкор этишга имкон беради. Физиотерапевтик даволаш (УВЧ).

Д а в о л а ш. Анальгетиклар, физиотерапевтик даволаш (УВЧ) усуллари билан даволанади.

Кобиргалар синиши. Ёш болаларда қовурғаларнинг синиши кам учрайди, бу уларнинг эластиклигига, кўкрак қафасини серхаракат-лигига боғлиқ. бўлади. Шикастланиш механизми тўғридан-тўғри: қаттиқ нарса билан зарба берилганда, баландликдан кўкрак қафасига йиқилишда юз беради. Ошррок шикастланишлар таъсир кучи тўғридан-тўғри эмас, кўкрак қафаси эзилганда учрайди.

Т а ш х и с. Шикастланган сохалардаги оғриқ.нинг кўкрак қафасининг ҳаракатига боғлиқдиги қовурғалар синишининг характерли белгиси бўлади. Синган жойдаги оғриқ. чуқур нафас олганда, йўталганда, аксирганда кучаяди. Ёш бола шикастланган жойни аниқ, кўрсатиб беради. Нафас олиш юзаки бўлиб, хансираш пайдо бўлади. Кўкрак қафасининг шикастланган ери нафас олишда орқада қолади. Агар суяк сингани аниқ, бўлса, синган қовурғани пайпаслаш, синган ерни аниқ, белгилаш учун кўкрак қафасини эзиш тақикланади. Қон туггуриш ва шикастланган сохада тери ости эмфиземасининг пайдо бўлиши ўпка паренхимасининг шикастланганлигини кўрсатади. Бу қовурғаларнинг асоратли синишидир.

шикастланишини аниқлаш катталарниқидан фарқи йўқ.. Лекин ёш болаларда бу шикастланишлар оғирроқўтади, плевропульмонал шок ўлим кўпроқ учрайди. Рентгенологик текширишда қовурғалар рентгенографияси ва ўпканинг шикастланиш хажмини аниқлаш учун рентгеноскопия қилишдан иборат бўлади.

Д а в о л а ш. Крбиргаларнинг асоратсиз синишида окрикни қолдириб, ўпкада хаво алмашинувини яхшилаш керак. Окрикни қолдириш учун крвуркалараро новокаин блокадаси қилиш керак (5-10 мл 0,5% новокаин эритмаси хар бир ораликқа). Фақат синган қовурғани эмас, балки сингандан 1-2 юқорига ва пастки крвурраларни Хам анестезия қилинади. Крбирралар синганда кўкрак қафасига боғламлар кўйилмайди. Ўпкада хаво алмашинувини яхшилаш ва пневмониянинг олдини олиш учун нафас гимнастикаси ўтказилади. Нафас чикдриш пайтида каршилиқ яратиб (резина шар ёки ўйинчокларни шишириб), анальгетиклар ва физиотерапия (УВЧ) тайинланади. Крбирраларнинг асоратсиз синишларида 2-3 хафтадан сўнг беморлар тузалади. Крбирраларнинг асоратли синишларида катталарни даволаш схемаси бўйича ўтказилади. Даволашнинг натижаси реанимацион муолажалар ўз вақтида ўтказилганлигига, орриксизлантириш ва ўпкада хаво алмашинувининг яхши тикланишига борлиқ бўлади.

Кўкрак кдфасининг эзилиши (травматик асфиксия). Кўкракнинг оғир шикастланиши кўпроқ оғир жисмлар остида қолиш пайтида содир бўлади. Кўкракнинг бирдан эзилиб қолиши кўкрак ичи босимининг тез ошиб кетишини чакиради. Бунинг натижасида юқори коваквенаси системаси бўйича кон орқага окади ва тананинг юқори қисмида, бўйинда, бошда майда вена томирлари ёрилади. Айтилган жойларда кўз конъюнктивасида, огиз-бурун шиллик пардасида характерли нуқтасимон крн куйилишлар бўлиб, улар аста-секин кўшилишиб кетади. Шундай ўзгаришлар ўпка паренхимасида ҳам содир бўлиб, оғир гипоксия ривожланишига олиб келади. Травматик асфиксия оғир шок билан бирга кечади. Кўпинча ўпка паренхимаси, бронхлар, катта кон томирларининг кўплаб шикастланиши кузатилади, бу оғир гемопневмоторакс ривожланишига олиб келади.

Даволаш. Биринчи навбатда, шокка карши курашилади. Тез ёрдам машинасида врач бўйин вагосимпатик блокадасини қилиши, кислород ингаляцияси қилиши, вена ичига крн ўрнини босувчиларни юбориши мумкин. Кўрсатмалар бўлганда плевра бўшлиги дренажланади, ўпканинг ёзилиши кузатилмай, гемопневмоторакс кучая борганда жаррохлик ёрдами кўрсатилади.

Тўш суягининг синиши. Ёш болаларни туш суягининг синиши кам учрайди ва тўғридан-тўғри куч таъсир қилганда содир бўлади. Энг кўп синадиган жойи — бу тўш суяги сопининг танасига ўтган қисмидир.

Ташхис. Тўш суяги силжимай синганда тери остида гематома, иайпаслаб кўрилганда қаттиқ оғриқ. аниқланади. Оғриқ. чукур нафас олганда, калтис ҳаракат пайтида кучаяди. Бўлаклари силжиб синганда периферик бўлакнинг ичкарига силжиши натижасида зинапоясимон шакл бузилиши аниқланади.

Д а в о л а ш. Синган жойни 0,5% новокаин эритмаси билан оғриқсизлантирилади. Тўш суяги синиб силжиган лолларда наркоз остида бир зумда репозиция қилинади. Болани юқорига қаратиб ётқизилиб, кўкраклари орасига болишча кўйилади. Ёрдамчилар танасини маркам ушлаб умуртка поронасининг кўкрак қисмини максимал ёзган ҳолда бошидан тортади. Жарроҳ. панжалари билан силжиган суяк бўлагини жойига солади. Силжимай синганда ва ренозициядан сўнг бемор куракларининг орасига болишча кўйилган ҳолда 10-12 кун давомида ўриндан турмай ётиши керак

ЕЛКА КАМАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Курак синишлари. Болаларда кам учрайди ва ҳамма синишларнинг 0,1% ни ташкил қилади. Курак суягининг танаси, акромиал ўсимтаси, юқори-медиал ва пастки бурчакларининг синишлари характерлидир. Бу шикастланиш механизмига боғлиқ. бўлади. Тўғридан-тўғри курак ва елка устига зарба берилганда содир бўлади. Болаларда курак суяги бўғими юзаси соҳасидан синиши амалиётда кузатилмайди, чунки қўлга ва елканинг юқори қисмига йиқилганда елка камарининг бойлам — тоғай аппарати амортизатор вазифасини бажаради.

Ташхис. Бемор елка усти соҳасида оғриқдан шикоят қилади. Оғриқ. елка кўтарилганда, куракни бир-бирига яқинлаштирилганда кучаяди. Кўрилганда курак суяги устида чегараланган шиш аниқланади (Комоли симптоми). Пайпаслаб кўрилганда шу ернинг ўзида қаттиқ оғриқ, аниқланади.

Акромиал ўсимтаси синганда елка бўғимининг ташки юзасида ва елканинг ташки ярмида шиш аниқланади. Жуда кам учрайдиган курак суягининг бўйин қисми синганда елка бўғимида актив ҳаракат ўта оғриқли, чекланган, пассив ҳаракатлар сақланган бўлади. Бу ҳолларда синган суяк бўлаклари, одатдагидек пастга ва олдинга силжиган бўлса, елка бўғими шакли бузилиб, акромиал ўсимта бўртиб туради.

Куракнинг бўйни синишини елка суяги бошчасининг чиқишидан, эпифизеолизидан ва дўмбокчалари ости синишидан ажратиш керак Буларда асосий фарқ. килувчи белгиси елка бўғимида пассив ҳаракат қилишнинг иложи йўқ.лигидир. Курак суяги синганига гумон бўлганда, тўғридан, ёндан ва ярим ёндан рентгенография қилиниши лозим. Курак танасининг синишлари

одатда силжимаган бўлади. Бўйин сохасидан сениб, силжиганда олдидан рентгенограммада куракнинг бўғим юзаси кенгайганга ўхшайди, бу периферию бўлагининг олдинга очилган бурчак остида бурилганига боғлиқ бўлади.

Д а в о л а ш. Болаларда курак суяги суяк усти пардаси остидан сенишида кўл Дезо боғлами ёрдамида 10-14 кунга харакатсизлантирилади, кейин 7-9 кунга рўмолчали боғлам кўйилади. Курак суяги бўйнидан синганда, акромиал ўсимтаси синганда елкани узоклаштирувчи шина ёрдамида харакатсизлантирилади. Акромиал ўсимтаси синганда фронтал текисликдан 10°га орқага йўналтириш керак Шинада харакатсизлантириш муддати 2-3 х.афта. Кейинчалик ЛФК қўллаш катта аҳамиятга эга.

Ўмров суягининг сениши. Болаларда ўмров суягининг сениши жуда кўп учрайдиган шикастланиш бўлиб, елка камари ва кўл сенишларининг 13% ни ташкил қилиб, билак ва елка суяклари сенишидан кейин учинчи ўринда туради. Ўмров суяги сенишида шикастланиш механизми ҳар хил бўлади, лекин кўпроқ елкага ёки ёзилган қўлга йиқилганда ўмров суяги сениши содир бўлади. Бундан ташқари, елка камари кўндаланг йўналишда эзилганда ҳам ўмров суяги сениши мумкин. Тўғридан-тўғри ўмров суягага зарба берилганда унинг сениши камроқ учрайди.

Ўмров суягининг ўртасида ёки ўрта 1/3 билан ташки 1/3 нинг чегарасида сениши кўп учрайди. Ўмров суяги сениши тўла ва қисман бўлиши мумкин, «кўк новда»га ўхшаб суяк устки пардаси остидан сенишлар кўпинча чакалоқлар ва ёш болаларда учрайди. Ўмров суяги сенишларининг 30%и 2-4 ёшдаги болаларга тўғри келади. Бунда суяк устки пардаси остидан сенишларни аниқлашда хатоликлар ҳам кўп учрайди.

Т а ш х и с. Клиник кўриниши шикастланиш характериға боғлиқ, бўлади. Ўмров суягининг бурчак остида сениб силжиши, «кўк новда»га ўхшаб суяк устки пардаси остидан сенишларини аниқлаш Қийин бўлади. Бу холларда пайпаслаб кўрилганда локал оғриқ, бўлишиға, елка бўғимида харакат қилинганда оғриқнинг кучайишиға, синган жойда юмшо*;тўлдималарнинг шишиға асосланиб, ўмров суяги синганлигига гумон қилиш мумкин. Елка ўки бўйлаб куч таъсир қддинганда синган ерда оғриқнинг кучайиши характерли белги бўлиб хисобланади.

Катта ёшдаги болаларда (8-14 ёш) ўмров суяги силжиб синганда характерли силжиши кузатилади: марказий бўлак юқори ва орқаға силжийди, периферик (ташки) бўлак пастга, олдинга ва ичкариға силжийди. Бу холларда шикастланган елка томонда калталаниш кузатилади, елка камари вазифаси бузилади, пайпаслаб кўрилганда зинаға ўхшаш деформация аниқланади. Елка камарининг олдинги-

орқа проекциясида олинган рентгенограммасида суяк синиги ва бўлакларининг силжиши аниқланиб баҳо берилади.

Дифференциал ташхисида макгабгача ёшдаги болаларда ўмров суяги суяк усти пардаси остидан синиш белгилари елка суяги 1/3 силжимай синиши ёки билак суяги бошчасининг қисман чиқиши белгиларига ўхшаб кетишини хисобга олиш керак Лекин бу шикастланишларда елка танага яқинлашиб, бир оз ичкарига буралган бўлади, шунингдек бир оз буқилган билакнинг ичкарига буралганлиги кузатилади. Билак суяги бошчасининг қисман чиқишида, ўмров суяги сингандагидан фарқли равишда бурама ҳаракатлар чекланган бўлади, елка суяги синганда эса, елка суягининг метафиз соҳасида оғриқли шиш аниқланади. Якуний ташхис ўмров суягининг елка суяги юқори қисмини кўшиб рентгенография қилиниб кўйилади.

Д а в о л а ш. Консерватив. Ўмров суяги синишларида репозиция қилишга ҳржат кам бўлади. Ёш болаларда ўмров суяги синиб, кўндаланг силжиши натижасида ҳосил бўлган шакл бузилиши ва ўмров суягининг 1-1,5 см га калталаниши ўсиш жараёнида тўла йўқриб кетади. ^аРакатсизлантириш усули боланинг ёшига ва синиш турига боғлиқ бўлади. 8-10 ёшгача бўлган болаларда Дезо боғлами яхши натижалар беради. Ундан катта ёшдаги болаларда Дезо боғлами фақат силжимай синган ва бир оз бурчак остида силжиган «кўк новда»га ўхшаш синишларида кўйилади.

Кийшиква кўндаланг, тўла силжиб синишларда, синган жойни 0,5-1% новокаин эритмаси билан оғриқсизлантирилиб, бир зумда ёпиқ репозиция қилинади. Бурчак остида силжишларда I бармоқлар билан бурчак учига босилиб, репозиция қилинади. Бунда қолган бармоқлар учларининг ажраб кетишини олдини олиш мақсадида ўмров суягининг карама-карши юзасита кўйилади.

Узунлиги бўйлаб силжишларни иккала елкани орқа ва юқорига тортилиб йўқ,огилади. Бунда шикастланган томондаги курак ҳаракатсизлантирилган бўлиши керак Эни бўйлаб силжишлар бармоқларни босилиб солинади. Синган суякбўлакларини ушлаб қолиш учун жуда кўп мосламалар таклиф қилинган, лекин болаларда саккизсимон боғлам кенг гаркалган. Катта ёшдаги болаларда ма>(камрок ҳаракатсизлантириш талаб қилинади. Елка орқага тортилиб, синган ўмров суяги ташки бўлаги кўтарилишига Кузьмин шинаси ёки Кузьмин-Карпенконинг хасса-гипсли боғлами ёрдамида эришилади. Шинани бир оз кийшик кўйилади, бунда уни х.асса охирида қўлтикка кадалиши керак пастки учи эса ёнбош соҳасига соғ елка устидан ўтказилган гипсли бинтлар билан маҳ.камланади, кўндаланг йўналишдаги гипсли бинтлар билан тахтакач танага маҳкамланади.

Жаррохлик даволаш фақат синган бўлак учи терини тешиб чикданда, кон томир-нерв тутами эзилиб колганда, юмшок тўкималар интерпозициясида амалга оширилади.

Харакатсизлантириш муддати одатда 7 ёшгача бўлган болаларда 10-14 кунни, 7-10 ёшда - 16-18 кунни, 10-14 ёшда — 3 хафтани ташкил этади.

Болаларда ўмров суяги синиги яхши битади, лекин анатомик натижаси ҳар хил бўлиши мумкин. Бурчак остида шакл бузилиши ва периостал суяк кадоги ўсиши кейинчалик деярли из қолдирмай йўқолиб кетади.

Янги туғилган чацалоцларда ўмров суягининг синиши. Кўпинча, патологак туғилиш билан боғлиқ бўлади. Одатда ўмров суяги ўртасидан синиб, тўла ёки қисман бўлиши мумкин.

Т а ш х и с. Синган жой кўрилганда бир оз шиш аниқланади. Бу юмшо*С*тўқималарнинг шиши, суяк охирларининг силжиши ёки гематома натижасида бўлиши мумкин. Синган жой пайпасланганда чакалок безовталана бошлайди, лекин осойишта холда ўзини тутиши билан соР боладан фарқи бўлмайди. Ўмров суяги синиб силжиганда доимий белги бўлиб, суяк кисирлаши хисобланади. Кўли кимирлаганда крепитацияни сезиш учун бармоқларни синган жойга қўйиш кифоя.

Суяк усти пардаси остидан синишларда кўпинча ташхис тугрукдан 5-7 кундан кейин синган жойда кўзга кўринадиган катта қадоқ, хосил бўлганда кўйилади.

Д а в о л а ш. Янги тугалган болада ўмров суяги синганда қўлтигига пахта қўйилиб, 7 кунга қўлини танасига боғлаб қўйиш кифоя бўлади. Натижаси ҳар доим яхши бўлади.

Ўмров суяги акромиал қисмининг чиқиши. Болаларда танадан узоқлаштирилган қўлга йиқилганда содир бўлади. Бу чиқишлар жуда кам учрайди, лекин тўш қисмининг чиқишида кўпроқ кузатилади.

Ташхис. Акромиал-ўмров бирикиш сох,асида шакл бузилиши, гематома, пайпаслаганда оғриқ аниқланади. Ўмров суяги акромиал учида «клавиш» белгиси мусбат. Рентгенография ташхисни аниқлашга имкон беради. Гумон қилинган холларда беморнинг қўлларига юк бериб, турган холатида иккала (солиштириш учун) елка усти сохаси рентгенофафия қилинади. Акромиал учининг юқорига силжиш даражасига караб чиқишига бах.о берилади.

Д а в о л а ш. 0,5-1% новокаин эритмаси билан окриксизлантирилиб солинади. Солишда елка камари кўтарилади ва бошқа қўл билан акромиал учига босилади. Янги чиқиш ва қисман чиқишларни солиш осон бўлади. Бунингучун бармоқ билан ўмров суягининг чикдан учига босиш кифоя килади. Қўлни танадан крчирган холатда шина билан харакатсизлантирилиб, акромиал учига босибтурувчи гипсли боғлам кўйилади. Харакатсизлантириш муддати 3 х,афта.

Ўмров суяги тўш қзисмшшнг чиқиши. Шикастланиш механизми — елка камарининг кўндаланг йўналишда кисилиши. Болаларда тўш Учининг фақат олдинга чиқиши учрайди.

Т а ш х и с. Тўш-ўмров бирикмаси сохдсида зинага ўхшаш шакл бузилиши, тери ости гематомаси, пайпаслаганда катгикоғриқ.аниқланади. Умров суяганинг тўш учиди «клавиш» белгиси мусбат бўлади.

Д а в о л а ш. Махаллий оғриқсизлантирилиб чиқиш солинади. Елкалар максимал бир-биридан крчирилиб кўтарилади. Бармоқлар билан ўмров суягининг тўш учи пастга ва орқага силжитилади. Гипс Дезо боғлами билан харакатсизлантирилиб, тўш учи босиб кўйилади. харакатсизлантириш муддати 3 хафта.

20- б о б . КЎПЛАБ ШИКАСТЛАНИШ. ТАЯНЧ-ХАРАКАТ ТИЗИМИНИНГ КЎПЛАБ ВА КЎШИЛИБ КЕЛГАН Ш ИКАСТЛАНИШЛАРИ

Кўплаб шикастланишнинг умумий масалалари

Организм тўқима ва аъзоларнинг механик шикастланиши якка тартибдаги (монотравма) ва кўплаб (политравма) турларига бўлинади. Якка тартибдаги ёки монотравма деганда битта аъзо ёки таянч-харакат тизимидаги анатомик-функционал сегмент (суяк бўғимлар) шикастланиши тушунилади. Ички аъзолар мисолида бу бир бўшлиқ. доирасидаги шикастланишни, кон томири ва нерв толалари шикастланиши эса битта анатомик региондаги шикастланишни ўз ичига олади. Бу шикастланишлар ўз навбатида моно- ва полифокал кўринишда бўлади. Масалан, ингичка ичакнинг полифокал шикастланиши — бир неча жойида жарохат борлиги, таянч-харакат аппаратида — бир номдаги суякнинг бир неча жойидан синиши (икки, уч жойидан). Таянч-харакат тизимининг кон томири ва нерв толалари билан биргаликдаги шикастланишларини асоратланган шикастланиш деб карамок керак Бундай холатларда ташхисни куйидагича ифодаламок керак: «Ўнг сон суяги диафизининг ёпиқ синиб, сон артерияси жарохатланиши билан асоратланиши».

Кўплаб шикастланиш (политравма) атамаси йигма тушунча бўлиб, ўз ичида куйидаги шикастланиш турларини бирлаштиради: кўп сонли, кўшилиб келган ва омухта шикастланишлар.

К ў п с о н л и шикастланишларга бир бўшлиқда жойлашган икки ёки ундан кўп аъзо, таянч-харакат тизимида бўлса, икки ёки ундан кўп анатомик функционал аъзоларнинг шикастланиши назарда тутилади, масалан, жигар ва ичак шикастланиши, сон ва биллак суяклари синиши.

К ў ш и л и б к е л г а н шикастланишларга икки ёки ундан ортик бўшлиқда жойлашган ички аъзо ва таянч-харакат тизимининг биргаликдаги шикастланиши киради, масалан, талоква сийдик пуфага шикастланиши, кўкрак кафаси аъзолари ва таянч-харакат тизимининг шикастланиши, бош мия ва чанок шикастланиши ва хоказо.

О м у х т а шикастланишларга бир вақтнинг ўзида турли омиллар: механик, иссиқдик радиация таъсирида шикастланишлар киради, масалан, сон суяги синиши ва кўйиш. Бир вақтнинг ўзида биргаликда турли шикастловчи омиллар таъсир қилиш вариантлари мавжуд.

Кўп сонли, кўшилиб келган ва омукта шикастланишлар организм-нинг муҳим хаётий функцияларининг бузилиши муносабати билан клиникасининг оғарлиги, ташхис қўйишнинг қийинлиги, даволаш-нинг мураккаблиги, кўп холларда оғир ногиронлик ва ўлимга олиб келиш билан фарқланади. Бундай шикастланишлар кўп холларда карахтлиқ кўп кон йўқртиш, кон айланиши, нафас олишнинг бузилиши ва ўлим олди холатларига сабаб бўлади. Бу тоифадаги хасталар шикастбандлик бўлимидаги беморларнинг 15-20% микдорини ташкил қилади. Кўп сонли ва кўшилиб келган шикастланишларнинг оғирли-шни ўлим кўрсаткичлари ҳам изохлаб туради. Якка тартибдаги синиш-ларда ўлим 2% бўлса, куп сонли шикастланишларда 16%, кушилиб келган шикастланишларда эса 50% ва ундан ортик бўлади (таянч-харакат тизими билан кррин ва кўкракдаги кўшилиб келган шикастланишларда).

Кўплаб шикастланишларга куйидаги хусусиятлар хос бўлади.

1. Шикастланишларда бир-бирини кучайтириш синдроми кузатилади. Масалан, кон кетиши карахтлиқнинг ривожланишига сабаб бўлиб, унинг оғир кўринишида бўлишига, шикастланиш кечишининг оғирлашиши ва прогнозининг қийинлашишига сабаб бўлади.

2. Кўшилиб келган шикастланишларни даволашда зиддиятли холларга дуч келинади. Масалан, таянч-харакат тизими шикастланишларида ёрдам беришда ва даволашда оғриқсизлантирувчи моддалар ишлатилади, таянч-харакат тизими ва бош миянинг кўшилиб келган шикастланишларида эса бу нарса мумкин эмас. Яна кўкрак қафаси ва елка суяги синишининг кўшилиб келган шикастланишида елка керувчи шинага ва торакобрахиал гипс боғлами қўйишга имкон бермайди.

3. Инсон хаётини хавфли чегарага олиб келувчи оғриқ. асоратлари: кўп кон йўқртиш, карахтлиқ токсемия, ўткир буйрак етишмовчилиги, ёг эмболияси ва тромбоземболия кўпаяди.

4. Краниоабдоминал шикастланишларда клиник белгиларнинг хиралашуви кузатилади. Бу нарса кррин ва умуртка погонасининг кўшилиб келган шикастланишида ҳам кузатилади ва ташхис қўйишни қийинлаштириб, ички аъзолар шикастланишининг кечиқиб аниқланишига олиб келади. Кўплаб шикастланишларнинг кўп холатлардаги сабаби бўлиб, йўл-улов, темир йўл хрдисалари (тўкнашиб кетиш, йўловчини босиб кетиш) ва баландликдан йиқилиш хисобланади. Бундай шикастланишларнинг аксарият қисмини 20 дан 50 ёшгача бўлган шахслар ташкил қиладди. Кўп сонли ва кўшма шикастланган беморларга ёрдам курсатиш ва даволашнинг қийинчилиги, бундай беморларнинг

ах.волини оғирлиги ва асосий шикастланишнинг ташхисини аниқлашнинг кийишши билан бог-лик бўлади.

Кўплаб шикастланган беморни кабулхона врачлари кўрмагунча аравачага олиш ва яққа ўзини қолдириш мумкин эмас, чунки тана аъзолариш шикастланиши турли оғарликдаражасида бўлади. Шунинг учун касалхонада хозирги пайда касалликнинг оғарлигига сабаб бўлган ва даволаниши керак бўлган аъзо аниқланиши керак Бу нарсанинг даволаш услуби ва жаррохлик муолажалари тартибини аниқлашда аҳамияти қапа. Оқир кўшма шикастланишларда даволанишни шартли равишда 3 даврга бўлиш мумкин: 1) хаётга қайтариш; 2) даволаш; 3) реабилитация.

Даволаш жараёнида етакчи шикастланишга бўлган муносабат ўзгариши мумкин. Масалан, краниоабдоминал шикастланишда кррин шикастланиши етакчи шикастланиш хисобланади, шунинг учун асосий даволаш муолажалари ички крн кетишини тўхтатишга кдратилади. Ички крн кетиши тўхтатилиб, крнининг микдори тиклангандан сўнг даволаш акиенти бош мия шикастланишига кўчади. Беморнинг ҳушсизлик ҳолати кўшма шикастланишларда асосан бош мия шикастланиши хясобига бўлади.

Крн айланиш тизимининг фаолияти бузилиши ўткир кон йўқриш натижасидир ва бу таянч-харакат тизимининг кўп сонли шикастланиши ёки кўкрак ва кориннинг кўшма шикастланишга боғлиқ, бўлади. Нафас фаолиятининг кескин бузилиши одатда кўкрак қафаси шикастланиши билан боғлиқ, бўлади (кўп сонли, дарчасимон ёки икки томонлама коворкалар синиши, гемоторакс, пневмоторакс).

Дастлабки текшириш ва кўриш пайтида сийдик ажратиш чиқариш функцияси аниқланади. Дастлабки кўришни тугатиб, етакчи шикастланиш аниқлангандан сўнг, кўп х.олларда зудлик билан хаётга қайтариш ишларини амалга **ошйриш** ва карахтликка карши кура шиш учун текширишни киска вақтга гўхтатишга тўғри келади. Бу пайтдаги қилинадиган ишлар мажмуасига хаётлий кўрсатма билан қилинадиган жаррохлик муолажалари ҳам киради.

Чуқурлаштирилган текшириш ишларига хаётга қайтариш ишлари билан биргалликда беморнинг ахволи яхшилангандан сўнг киришилади. Ташхис қўйиш қийинчиликлари, кўплаб шикастланишларда, ёрдам кўрсатиш ва даволашда бир канча қийинчиликлар тугдиради.

Шифохонада бўлган босқичда ёрдам кўрсатиш хусусиятлари

Шифохонагача бўлган босқичда бошланган даволаш ишлари шифохона шароитида давом эттирилади. Кўплаб шикастланиш билан бемор кабулхонага келганда куйидагилар қилиниши керак:

1) изчшик ва тезкорлик билан беморни текшириш ва малакали ёрдам кўрсатиш;

2) боғламларни, шиналарни, жгутни тўрри кўйилганлигини текшириш ва аниқланган камчиликларни тўғрилаш.

Биринчи (жонлантириш) даври. Бу даврда зудлик билан карахгликка карши курашиш бошланади. Хаётга қайтариш бўлимида куйидага даволаш муолажалар мажмуаси амалга оширилиши керак: кон айланишини баркарорлаштириш, тўла-тўкис окриксизлантириш, мустахам тахтакачлаш, кислород терапияси ўтказиш, шошилич жаррохлик муолажалари, организмнинг хамма хаётий кўрсаткичларини тартибга солиш. Шикастланган беморни кўришдан аввал тўла ечинтирмок керак Дикдат-эътибор беморнинг умумий ахволини баҳолашга, тери ва шиллик пардалар рангига, крн томири уришига, жарохатнинг, шилинган жой ю кон талаш жойларнинг каердалигига, беморни холатига (мажбурий холат, сует, фаол) аҳамият берилади ва булар шикастланишнингташхисига ёрдам беради. Кўкрак қафаси ва кррин соҳасини пайпаслаш ва эшитиб куриш йўли билан текширилади. Шикастланиш ташхисига жонлантириш бўлимида беморни жойидан жилдирмаган холатда рентген тасвирига тушириш йўли билан аниқликкиритилади.

Агар нафас олиш қийинлашган бўлса, огиз бўшлигини текшириб, шилимшик К^он, кайт қилинган нарсалар, тиш протезлари олиб ташланиб, орқага тортилиб кетаётган тил фиксация қипинади. Кўкрак қафаси кўрилганда унинг нафас олиш фаолиятидаги харакатланиши, эзилган ёки бўртиб колган жойлар, жарохатнинг хавони тортиб олиши, бўйин вена кон томирларининг кенгайиши аниқланади. Аускультация пайтида юрак тонлари бўгилишининг кучайиши шифокорнинг юрак тампонадаси ташхиси тўғрисида ўйлашига сабаб бўлади, айниксабу кўкрак қафаси соҳасидаги жарохат юрак проекциясига тўрри келса, яна ҳам равшан бўлади. Агар гемопневмоторакс ташхиси кўйилса, плевра бўшлигидаги крн ва х.аво шприц билан сўриб ташланиб, резина дренаж ўрнатиш керак Бу нафас етишмовчшшгига бархам бериб, текширишни тугатишга имкон беради. Агар кўшма шикастланган беморда юрак жарохати ёки катта крн томири шикастланиши, ўпканинг жарохати, кучаювчи пневмоторакс, очик пневмоторакс бўлиб, беморларнинг умумий ах,волини окирлаштира, бошқа жойларда шикастланиш бўлишидан катъи назар, шошилич жаррохлик муолажасини бошлаш зарур. Корин соҳасининг ёпиқ шикастланишларида лапароцентез ва лапароскопия қилиш керак

Иккинчи (даволаш) даври. Кўплаб шикастланишларда бош муаммо бўлиб, жаррохлик муолажасининг керакли вақтини ва х.ажмини аниқлашдан иборат бўлади. Жаррохлик муолажасининг хажми ва амалга ошириш вақтини шошиличлигига караб беморлар тўрт гурухга бўлинади.

Б и р и н ч и г у р у х, га шошилич ёрдам зудлик билан амалга оширилмаса, шикастланиш тезда ўлимга сабаб бўлиши мумкин бўлган беморлар киради. Бунга паренхиматоз аъзолар (жигар, талок) ёрилган, кузатиладиган кўп кон кетиши, юрак тампонадаси, ўпканинг ката жародатлари, қовурғаларнинг

икки жойидан «дарчасимон» ёки «крпкркли» синиши ва хоказолар киради. Одатда бундай шикастланганлар оғир холатда, терминал кон босими хаёт-мамот чегарасидан паст кўрсаткичда касалхонага келадилар. Ташки крн окими давом этаётган бўлса, кискич ва жгут ёрдамида тўхтатилади. Қўл-оёқ суяк-ларида синик, аниқданса тахтакачлар кўйилади.

Икинчи г у р у х. г а тўхтовсиз крн кетиши йўқ., нафаси чукур бузилмаган, кррин бўшлиги аъзолари шикастланган, крпкркли пневмоторакс, калда кугиси ичи гематомалари бор, қўл-оёқ суяклари ёпиқоғир шикастланган беморлар киради. Жаррохлик одатда дастлабки соатларда амалга оширилади. Суяк синишларида, қовурғалар синганда мах.аллий новокаинли оғриқсизлантиришни амалга ошириб, гипс боғлами кўйиш ва скелет тортма ўрнатиш амалга оширилади.

Учинчи г у р у х. г аасосантаянч-харакаттизими шикастланган беморлар кириб, бунда кўп микдордаги крн йўқртиш йўқдир. Жаррохлик муолажалари факат шикастланганларни карахтликдан чикҳарилгандан сўнг амалга оширилади. Жаррохлик муолажалари очик синишларда ишлов беришдан, тўқималар эзилиб, хаётлийлигини йўқртган холатларда ампутацияни амалга оширишдан иборат бўлади.

Т ў р т и н ч и г у р у х. г а тананинг бир неча жойида суяк синиши кузатилган, карахтлик билан асоратланган беморлар киради. Буларда шикастланишларда жарохатга жаррохлик ишлови амалга оширилади, даволаш шиналаш қилинади. Кон томир ва нерв толалари эзилиш хавфи мавжуд бўлса, суяк парчаларининг терини тешиб кириши кутилса, остеосинтез амалга оширилади. Кўрсатма бўлса, иложи борича хавфсиз остеосинтез усуллари, компрессия-дистракция мосла-малари ёрдамида амалга оширилади.

Кўп сонли шикастланишлар даволаш тактикасини анизҳлашда нафақат анатомия ва функциянинг тикланишини, яна беморларни парвариш килишни осонлаштириш ҳамда иложи борича эрта фаоллаштириш йўлини танлаш керак Кўп сонли синишлар билан шикастланган беморларнинг 40% - консерватив даволаш турлари: скелет тортма, гипсли боклам билан даволанадилар.

Компрессия ва дистракция кдпувчи мосламалар билан остеосинтез кддиш, беморларни эрта харакатлантириш ва фаоллаштириш имконини беради. Иккита кўшни сегментда шикастланиш содир бўлганда тургун остеосинтезнинг омухта усули қўлланмлади. Масалан, сон ва катта болдир суякяари синиши кузатилганда сон суяги интрамедулляр остеосинтез кдлиниб, болдир соҳасига Илизаров мосламаси кўйилади.

Учинчи (реабилитация) даври. Бу давр даволаш иммобилизацияси тўхтатилгандан сўнг бошланиб, даволаш жисмоний тарбияси, физиотерапия, санаторий-курорт даволаш муолажалари ва сузиш ёрдамида бўғимлардаги харакатни тиклашдан иборат бўлади.

21 - б о б. ТАЯНЧ-ДАРАКАТ ТИЗИМИНИНГ ШИКАСТЛАНИШ АСОРАТЛАРИ

ШИКАСТЛАНИШ КАРАХТЛИГИ

Шикастланиш карахтлиги — оғир шикастланишларнинг хаёг учун хавфли асорати бўлиб, бунда аввал мухим тизим ва аъзоларнинг бошқарилиши бузилиб, кейин кескин ёмонлашади. Натижада кон айланишининг бузилиши, микроциркуляциянинг бузилиши ва булар оқибатида тўқималар ва аъзолар гипоксияси келиб чиқади.

Турли табиатли шикастланишлар, уларнинг жойига караб касалхонага жойлаштирилган беморларда карахтлик 2,5% ни ташкил қилади. Корин, чанок, кўкрак умуртка погонаси, сон шикастланиш-ларида карахтлик кўпроқ кузатилади.

Карахтликнинг келиб чиқиши ва кучайишида куйидаги сабаблар катта аҳамиятга эга бўлади: кўп кон йўқриш, рухий холат, совуқ. олиш, иссик уриши, очлик

Карахтликнинг кечишида икки давр фарқланади: эректил ва торпид даврлари.

Эректил даврида бемор хушида бўлади, юзи оқарган, нигоки нотинч, харакати ва нуткида бетартиблик кузатилади. Оғриқдан шикоят қилади, бакиради, паришонхотирлик холати ва ўз холатини оғирлигига хисобот бера олмаслик кузатилади. Бемор ётган жойидан туришга харакат қилади, қаттиқ қаршилиқ қилиши хисобига уни ушлаб туриш қийин бўлади. Мушаклари таранглашган бўлади. Нафаси тезлашган ва нотекис. Қон томири уриши кучланиши катта, артерия кон босими вақти-вақти билан кўтарилиб туради ва бу холат конга адреналиннинг кўп **ЧИҚИШИ** билан боғлиқ. бўлади. Кузатишларга Караганда эректил фаза канча кескин кўринишда бўлса, торпид фаза кечиши шунча оғир бўлади ва натижада ёмон бўлади.

Карахтликнинг торпид даври клиникаси шикастланган бемор рухий холати тушкунлиги, атроф-мух.итга бефарқниги, хз'шини сақланиб колганлиги ва оғриқда жавоб реакциясининг кескин пасайиши билан намоён бўлади. Артерия ва вена кон босими пасайиши кузатилади.

Карахтлик холатининг оғирлик даражасини аниқловчи ва ташхис қўйишда асосий клиник белги гемодинамик кўрсаткичлар бўлиб, уларга: артерия кон босими, кон томир уриши тезлиги ва кучланиши, нафас олиш ва крн гомирларида айланаётган кон х.ажмидир.

Карахтликнинг торпид фазаси белгиларининг оғирлиги ва кескинлигига караб шартли равишда 4 даражага бўлинади. **I, II, III, IV** (терминал холат). Бу турланиш даволаш тактикаси танлаш ва натижаси учун керак бўлади. х

Карахтликнинг I даражаси (енгил). Умумий холати қониқарли, хушда. Кўз корачигини ёругликка жавоби яхши. Артерия босими 100

мм сим. уст. атрофида бўлади. Крн томирлар уриши минутига 100 тагача бўлиб, ритмли, яхши ва тўлиқлиги қониқарли бўлади. Крн томирларида айланиб горган крн хажми 30% га камаяди. Нафас олиш текис. Минутига 20-22 та бўлади. Натижаси яхши.

Карахтлиқнинг 77 даражаси (ўртача отрликда). хуши сақланган, кўз кррачикларининг ёруг-ликка жавоб реакцияси суёт. Артерия крн босими юқори кўрсаткичи 80-90 мм сим. уст., паст кўрсаткичи 50-60 мм сим. уст. бўлади. Крн томирларида айланаётган крн хажми 35% гача камаяди. Нафас олиш тезлашиб, юзаки бўлади. Қониқарли ва қониқарсиз холат бўлиши бир хил имкониятга эга бўлади. Шикастланган бемор ҳаётини сақлаб қолишга, фақат тезлик билан етарли даволаш муолажалари комплекси амалга оширилганда имконят бўлади.

Карахтлиқнинг III даражаси (отр). Умумий ҳолати оғир. Артерия крн босими юқори кўрсаткичи 75 мм сим. уст.дан паст бўлади. Крн томири уриши тезлашиб минутига 130 тадан ортикбўлади. Қийин саналади. Крн томирларда айланаётган крн хажми 45%, хатто бундан кўпга камаяди. Нафас олиш кескин тезлаштан ва юзаки бўлади. Агар ёрдамчи кечиккан бўлса, даволаш канча кучли бўлишига карамай бефойда.

Карахтлиқнинг IV даражаси. Терминал холат организм муҳим ваътий вазифаларининг кескин сустлашиши ва клиник ўлимга ўтиш билан белгиланади. Карахтлиқнинг оғирлик даражасини карахтлиқ индекси билан аниқлаш имкони бор. Шу тушунча (карахтлиқ индекси) крн томири уриши тезлигининг, систолик босимга нисбати билан белгиланади. Агар индекс бирдан кам бўлса, яъни крн томири уриши кўрсаткичи, юқори крн босими кўрсаткичидан паст бўлса (масалан, крн томири уриши минутига 80 та, юқори артерия босими эса 100 мм сим.уст. бўлса), карахтлиқнинг енгил даражаси бўлиб, бемор холати қониқарли, натижаси яхши бўлади. Карахтлиқ индекси бирга тенг бўлса (масалан, крн томири уриши минутига 100 та, юқори артерия крн босими 100 мм сим. уст. бўлса), ўртача оғирликдаги карахтлиқ бўлади. Карахтлиқ индекси бирдан ортик бўлса (масалан, крн томири уриши минутига 120, артерия крн босими юқори кўрсаткичи 70 мм сим. уст. бўлса), отр карахтлиқ бўлиб, натижаси хавфли бўлади. Систола босими — агар пасайиш тенденциясида реал пасайиш, ўртача ёш кўрсаткичини ҳисобга олган холатда эътиборга олинса, ишончли ташхисий ва прогноз кўрсаткичи ҳисобланади. Диастола босими карахтлиқда худди систола босимига ўхшаб маълум хавфли чегарага эга бўлиб, у 30-40 мм симоб устунидир. Агар у 30 мм сим. уст.дан паст бўлиб, карахтлиқка карши ўтказилган муолажалардан сўнгхам кўтарилмаса, натижаси хавфли ҳисобланади. Крн айланишининг энг кулай кўрсаткичи, периферик крн томирларидаги томир уришининг тезлиги ва тўлиқлиги ҳисобланади.

Санаб ўтилган прогноз тестларидан ташқари, карахтлиқдан чиқиш ёки чикмасликни аниқловчи биологик синама таклиф қилинади,

бунинг учун вена ичига 40 мл 40% глюкоза, 2-3 ТБ инсулин, витаминлар (В_г 6%, В₆- 5%, РР - 1% - 1мл дан, С - 1% - 5мл) ва 2 мг кордиамин эритмалари юборилади ва шундан сўнг артерия босимининг ошиши, карахтлик индексининг пасайиши, томир уришининг секинлашиши ва тўлиши кузатилмаса, натижаси хавфли ҳисобланади. Карахтликда ташхис қўйишда ва прогноз қилишда вена босимини аниқлашнинг аҳамияти йўқ..

Д а в о л а ш. Карахтлик ҳолатидаги беморларни куруқ ва иссик (22-24°C) хонага жойлаштириш тавсия қилинади. Карши кўрсатма бўлмаса, ширин иссик суюклик ичирилади. Беморни киздириш (иситнич билан) узоқ, вақт совуқда қолиб кетганида ишлатилади (музлашда). Шикастланиш карахтлигини комплекс даволашда, биринчи навбатда, бажариладиган иш окрик импульсларини камайтириш ва йўқотиш бўлади. Осойишталик ва наркотик анальгетикалар: промедол, пантопон, морфин (вена ичига) бериш оғриқни камайтиради. Аммо систолик босим 70 мм сим. уст.дан паст бўлса, нафас бузилишларида, бош мия шикастланишларида наркотик анальгетикларни бериш мумкин эмас. Оғриқни қолдириш учун ҳар хил новокаинли блокадалардан кенг қўламда фойдаланиш керак Буларга ўлим олди ҳолати, ўлаётган пайти, клиник ўлим карши кўрсатма ҳисобланади.

Карахтликда унинг оғирлик даражасига караб қўйиш артерия томири орқали амалга оширилади. Қон томчилаб ёки окизиб қўйилиши мумкин: I даражали карахтликда - 500 мл гача, II-III даражалида — 1000 мл, IV даражалида — 1500-2000 мл куйилади. Куйилган қон микдори, йўқрилган қон микдорига монанд бўлиши керак яъни тўла қопланиши керак

Кўп қон йўқотиш билан боғлиқ. бўлган карахтликда (кррин, чанок шикастланишларида) қон куйиш бир вақтнинг ўзида 2 та вена орқали кутҳиш (1 минутда 100 мл қон) тавсия қилинади. Қон айланиши кўрсаткичлари яхшилангандан сўнг қон куйиш тезлиги пасайтирилади ва томчилаб куйишга (минутига 30-60 томчи) ўтилади. Агар кўп микдорда қон куйиш амалга оширилса, қон цитратлар билан ишлаган бўлса, куйилган қонни ҳар 200-400 мл ҳисобига 10%-5 мл калций хлор эритмасини венага юбориш тавсия қилинади (миокард стимуляцияси учун).

Карахтликда қон билан биргаликда плазма, зардоб ва қон ўрнини босувчи суюкликлар окизиб ҳамда томчилаб куйилади. Консервация қдоинган қон билан узвий равишда плазма ўрнини босувчи куйидаги суюқдикларни куйиш мақсадга мувофиқ. бўлади: реополиглюкин, полиглюкин ва тузли эритмалар. Бунда қон бошқа суюқдикларнинг 30-80% ни ташкил қилади.

Гемодинамика бузилишини меъёрига солиш мақсадида гипотония ҳолатида вена ичига томир торайтирувчи моддалар (норадреналин, мезатон) бериш тавсия қилинади, лекин уларни қон ўрнини етарлича

крпламасндан аввал бериш мумкин эмас. Юрак фаолиятини яхшиловчи ва тонусни оширувчи моддалардан (норадргналин ва мезатондан ташқари) эфедрин, кофеин, кордиамин, строфантин, корглюокрн эритмаларини бериш тавсия қилинади. Карахтликни даволаш мажмуасига сувда эрувчи витаминлардан — С,, В,, В₆, РР ва глюкоза бериш хам киради. Шу ўринда антигистамин дорилардан (пипольфен, димедрол, сибазол) бериш мақсадга мувофикдир. Улар яна тинчлантирувчи таъсирга эга бўлиб, юқори даражада симптоматик ва десенсибилизация килувчи таъсирга эгадир.

Карахтликда ва терминал холатларда моддалар алмашувининг бузилиши кучайиб бориши ацидозга олиб келади ва бу даволаш комплексита организмTM шшфрлаштиришни амалга ошириш мақсадида 3-5% ли 200-300 мл натрий бикарбанат эритмаси куйиш тавсия этилади.

Оғир карахтликда ва терминал холатларда кортикостероидлар билан гормонотерапия тавсия қилинади. Терминал холатларда куйидаги муолажалар амалга оширилиши керак: сунъий нафас олдириш, дефибрилляция, юракни ёпикукалаш, артерия томири орқали кон куйиш. Дастлабки тиббий ёрдам кўрсатиш пайтида юракни укалаш ёпиқ (билвосита) усулда амалга оширилади.

Малакали ва ихтисослашган ёрдам кўрсатиш пайтида 3-5 дакикали юракни укалаш ёрдам бермаса, очик (бевосита) усулига ўгилади.

Карахтлик холатидаги шикастланганларни жилдириб бўлмайди.

Жаррохлик муолажаларини карахтликдан чиқарилгандан сўнг ва гемодинамик кўрсаткичлар яхшилангандан сўнг амалга ошириш керак Лекин давом этаётган ички кон кетишида кул ва оёқда жгут кўйилган бўлса ва асфиксия холатида жаррохлик муолажаларига зудлик билан киришилади ва бир вақтни ўзида карахтликка карши кураш олиб борилади.

ТР ОМБОЭМБ ОЛИЯ

Ўпка артерия си тромбоземболиясидан ўлим 10-20% ни ташкил килади. Тромбоземболиянинг асосий сабабчиси чаноқва оёҳвеналари тромбози хисобланади. Тромбоземболия асорати оёқ, веналари тромбофлебита ва сурункали вена етишмовчилигидан х,ам келиб чиқали ёки операциядан сўнг дастлабки 2 х.афта ичида пайдо бўлади.

Т а ш х и с. Ўпка артерияси тромбоземболияси (ЎАТЭ) ривожланиши ва клиник кечишининг 2 тури маълум:

1) қисқа муддатда ўлимга олиб келувчи, йирик тромб билан эмболия бўладиган ўта тез кечадиган тури.

2) ўпка артериясининг аста-секин ривожланувчи тромбози.

Ўпка артериясининг тромбози шикастлангандан ёки операциядан сўнг биринчи 2 хафталарда пайдо бўлади. Ўпка инфаркти хрдисалари тахминан 10% ни ташкил килади.

Ўпка артерияси тромбоемболиясининг клиник белгилари етарлмча аниқ, бўлади. Дастлабки белги бу кўкрак қафасининг кайсидир ярмида, баъзан эса туш орти сохасида кўркишдан пайдо бўлувчи ва санчиксимон оғриқ. бўлиб, хаво етишмовчилиги, кўркиш, бош айланиши, кўнгил айниши каби белгалар билан биргаликда кечади. Бир неча соатдан сўнг тана харорати кўтарилади. Артерия кон босими пасаяди, томир уриши тезлашади, хансираш пайдо бўлиб, лаблар кўкаради, акроцианоз, янокдар кизариши ёки кескин оқариб кетиши кузатилади.

Аускуяътацияда кўкрак қафасининг асоратланган томонида нафаснинг секинлашгани, бир неча соатдан сўнг эса плевранинг ишқаланиш шовкини эшитилади. Ўпка инфаркти зотилжам тараккий қилганда баъзан плевра бўшлигида геморрагик суюклик тўпланиб, бир неча кундан сўнг хўл хириллашлар пайдо бўлади. Крн тупуриш 3-7 кунлари пайдо бўлади. Аускультацияда ўпка артерияси устида II тон акценти пайдо бўлганлигага эътибор бериш керак ЭКГ ёзувида юрак ўнг крринчаси фаолияти оғирлашганлиги, миокард гипоксияси ритминингбузилиши тахиаритмия ва пароксизмал тахикардия сифатида бўлади. ЭКГ ўзгаришлари инфаркт миокардидаги ўзгаришлар каби бўлиши мумкин (миокард гипоксияси, аритмия). Ўпка артерияси тромбоемболиясида рентген тасвири зотилжамсимон кўланка бериб, ўпка крн томирлари тасвири хиралашади, ўпка илдизи худди «бурдалангандек» бўлади, ўпка илдизининг кенгайганлигини касалланган томонда диафрагманинг кўгарилганлиги, ўпканинг пастки қисмларида плевранинг конуссимон калинлашганлиги аниқланади. Коагулограммада гиперкоагуляция томонга ўзгарганлиги кузатилади. Крннинг ивиш вақтини аниқлаш яхши маълумот берувчи тест хисобланиб, у қисқарган бўлади. Протромбин индекси 100% ва ундан ортик бўлади.

П р о ф и л а к т и к а с и . Флеботромбознинг олдини олиш, шу билан ўпка артериясининг тромбозига йўл кўймаслик учун шикастланишдан сўнгги дастлабки кунлардаёқ дегидратация таъсирига эга бўлган дори-дармонлар бериш ва билвосита таъсир кдлувчи антикоагулянтлар бериш керак шунингдек соғлом оёқни эластик бинт балан боғлаш, даволовчи бадантарбия тавсия қилинади.

Д а в о л а ш . Ўпка артерияси тромбоемболиясини даволаш комплекс бўлиши керак: бевосита ва билвосита таъсирли антикоагулянтларни, Дегидратация килувчиларни, кон томирларни кенгайтирувчи, юрак фаолиятини яхшиловчи ва антигистамин препаратлари берилади. Даволаш вена ичига томчилаб, 100 000 бирлик гепарин ва 100 000 бирлик фибринолизин (ёки стрептаза) 6 соат давомида беришдан бошланади. Кон ивувчанлиги 20 минутгача ушлаб турилади. Кейин гепарин хар 4 соатда 5000 бирликдан вена ичига юборилади. 2 кундан сўнг гепарин дозаси 2000 бирлик (4 март 500 бирлик) гача, сўнгра 1000 бирлик (4 марта 250 бирлик) гача камайтиради. Крннинг ивиш тизими барқарорлашгандан сўнг 6 кун, кейин бевосита таъсир

килувчи антикоагулянт фенилин (0,03 г 3 мах.ал) тавсия қилинади. Крннинг куюклигини камайтириш ва микроциркуляцияни яхшилаш мақсадида кун давомида томчилаб 800 мл реополиглукин билан 1 % РР витамини, 5% С витамини берилади. Вена ичига яна 0,5%-200 мл новокаин ва 5% глюкоза эритмаси берилади. Спазмолитик дорилардан 2%-2мл но-шпа ва 1 мл компламин вена ичига берилади.

Ўпка артерияси тромбоемболияси ташхисини аниқлашда ангиопульмонография усули устувор ҳисобланади. Бу усул хавфдан холи эмас, лекин ангиография пайтида тромбоемболия топилса, катетер орқали ўпка артерияси керакли шохи орқали стрептаза ёки фибринолизин юборилиб, даволанишни гепарин билан давом эттириш мумкин.

Рентген остидаги кузатиш орқали махсус рентгеноконтраст катетер ёрдамида тромб реканализация қилингандан сўнг, шу катетер орқали тромбни лизисга учратувчи куйидаги моддалар берилади: 250 000 бирлик стрептаза 15-20 дақиқа давомида, кейин 1 000 000 бирлик стрептаза вена орқали томчилаб, 6-7 соат давомида. Сўнгра гепарин бериш давом эттирилади. Гепарин бир кеча-кундуз давомидаги дозаси 60 000-80 000 бирликни ташкил қилади, аста-секин 6-7 кун давомида 10 000 бирлик микдоргача камайтирилади, ундан сўнг билвосита таъсир қиладиган антикоагулянтлар берилади.

ЁГ ЭМБОЛИЯ СИ

Шикастланишларда дастлабки пайтларда кузатиладиган оғир асоратлар каторига ёг эмболияси киради. Шикастланишларда ёг эмболияси 3-6% учрайди. Кўплаб шикастланишларда эса 27,8% гача кузатилади. «Қарахтлиқ» ташхиси билан ўлган беморларда шикастланиш оғирлиги билан бовшқхолда ёг эмболияси 44% га етади. Ёг эмболияси кўпроқ 20-30 ёшларда (болдир суяги синишида) ва 60-70 ёшларда (сон суяги бўйинчаси синишида) учрайди.

Ёг эмболиясининг механиқ назариясига асосан механиқ куч таъсиридан сўнг суяк илигининг ёг доначалари ажралиб эмбол сифатида лимфа ва вена томирлари орқали тарқалиб ўпка капиллярларига боради. Ёг томчиларининг кичиклиги ва эластиклиги туфайли капилляр томирлари орқали утиши, катта кон айланиш доирасига тушиб тарқалиши ва ёг эмболиясининг мия формаси келиб чиқиши мумкин. Шундай қилиб, ёг эмболиясининг ўпка, мия ва иккаласи бирга келган (генерализациялашган) турлари фарқланади.

К л и н и к а. Ёг эмболияси ўзига кам специфик белгилар билан кечадики, булар фақат уни гумон қилишга имкон беради. Патогенетик белгилар петехиал тошмалар ва майда кон куйилишларидан иборат бўлиб, улар кўкрак қафасида, коринда, қўлнинг ички юзасида, кўзнинг ок пардасида ва шиллик каватларда, огизда ва сийдикда

ёғнинг пайдо бўлишидир. Лекин сўнгги белги 2-3 кунларда пайдо бўлади. Шунинг учун сийдикда ёғнинг йўқлиги ёғ эмболияси ташхисини инкор қилишга асос бўла олмайди. Кўп лолларда унинг дастлабки белгиси ўпка геморрагияси натижасида гемоглобин микдорининг пасайиб кетиши хисобланади. ЭКГ ўзгаришлари миокард ишемияси ва юрак ўнг қринчасини толикқшини кўрсатади.

Ёғ эмболияси ўпка шаклига нафас олишнинг оғирлашиши ва артерия кон босимининг пастлашиши характерлидир. Ўпка артерияси катта тармоқди эмбол билан берқилиши ўткир нафас етишмовчилигига олиб келади ва бу кўп холларда ўлим билан тугайди. Ёғ эмболиясининг респиратор формасида мия функцияси бузилишларини инкор қилмайди (хуш йўқртилиши, калтирашлар).

Ёғ эмболиясининг мия шакли эмболнинг катта қрн айланиши доираси орқали миграциясида содир бўлади. Бу шаклдаги эмболияга куйидаги белгилар хосдир: бош айланиши, бош огриги, хушни қрронгилашиши ёки йўқртилиши, умумий бўшашишлик қайт қилиш, тоник калтирашлар, баъзида фалажликлар бўлиши (шикастланишдан сўнг шу белгилар пайдо булгунча маълум вақт утиши ташхис қўйишда катта аҳамиятга эга).

Д а в о л а ш. Турли усуллар қўлланилиб, улар қарахтликка қарши муолажалардан, қрннинг ивувчанлигини қамайтирувчи воситалар, қатый ўринда ётиш режими, протеаз ингибиторлардан трасилол, контрикал қўллаш, эпсилон-аминокапрон кислотаси, реополюглокин, гемодез, гидрокортизон, эуфиллин, кокарбок-силаза, кордиамин, строфантин препаратларини 1 хафтагача даволашда қўлланилади. Вена ичига туз-глюкоза эритмаларидан ва декстран эритмаларидан беришдан иборат бўлади, антигистамин препаратлари берилади. Ёғ эмболиясининг респиратор шаклида қислород ингаляцияси ва қрнни чиқариш (300-400 мл) тавсия қилинади. Кўп микдорда венага қрн ва қрн ўрнини босувчи суюкликларни куйиш мумкин эмас. Чунки улар артерия қрн босимини ошириб, эмболларни ўпка артерияларига миграция қилиб, катта қрн айланиш доирасига тушиб ёғ эмболиясининг мия шаклини келтириб чиқариши мумкин. Эмболиянинг олдини олишга қаратилган муолажаларни аҳамияти катта бўлиб, улар беморга тинчлик яратишдан, жилдиришни чеклашдан ва қарахтликка қарши курашдан иборат бўлади. Жаррохлик муолажалари пайтида суюкларда, айниқса, илиқни олиш билан боғлиқ. муолажаларда эх.тиётлик билан ишлаб, ёғ томчиларининг жарохатга тушмаслигини таъминлаш керак бунинг учун суюқни доқа курут-кичлар билан ўраш керак

П р о ф и л а к т и к а с и . Ёғ эмболиясининг олдини олиш чораларига синган жойни яхши имобилизация қилиш, оғриқни қолдириш чоралари қиради. Катта гематома ҳосил бўлган ёпиқ синишларда пункция қилиб, қон ва ёғни олиб ташлаш тавсия қилинади.

ШИКАСТЛАНИШ ВА ОПЕРАЦИЯМИ КЕЙИНГИ ОСТЕОМИЕЛИТ

«Остеомиелит» атамаси суяк компакт қисми, крбиги, илиги ва атрофидаги юмшоқ тўқималарнинг яллиғланишини ўз ичига олади. Ялликланишнинг ривожланиши асосан иликка патоген микроблар (кўп лолларда тилла ранг стафилококк) тушиб ривожланиши билан боғлиқ бўлади. Микробларнинг суяк тўқимасига инвазияси очиксинишларда, ўк отувчи куроллардан жароҳатланиб синишларда ёки суяклардаги операцияларда содир бўлиб, кейинчалик шикастланишдан ва операциядан кейинги остеомиелит ривожига сабаб бўлади.

Шикастланишларнинг кўпайиши очик ва ёпиқ синишлардан сўнг ривожланувчи остеомиелитларнинг кучайишига сабаб булмоқда. Гематоген, ўк отувчи куролдан шикастланишдан кейин ривожланувчи, шикастлангандан, операциядан кейинги остеомиелитлар фарқланади.

Шикастланишлардан кейинги остеомиелит суякнинг очик синиши ва суяклардаги жарро>ушк муолажаларидан кейинги оғир асорат бўлиб ҳисобланади. Узун найсимон суяклар очик синишидан кейин остеомиелит билан асоратланиш 15% дан 50% гача бўлса, операциядан кейинги остеомиелит 3% ни ташкил қилади.

Суякларнинг очик синишидаги юмшоқ тўқималар йиринглаши ва остеомиелитга ўтиши куйидаги ҳолатларда кучаяди: агар жароҳатга жаррохлик ишлови кенг берилса ва радикал амалга оширилмаган бўлса ҳам, жароҳатда дренаж найчаси қолдирилмай тўла тикиб ташланса. Режали «тоза» операциялардан сўнг ривожланувчи остеомиелитга сабаб жарро}ушк муолажаси пайтида микробдан ифлосланишдир.

Шикастланишдан кейинги остеомиелитда суяк тўқимасининг яллиғланиши баъзи ҳолларда синиш жойида чегараланиб, чекка осгеоьшелити сифатида кечади. Суякнинг майдаланиб синишларида ва суяк нуқсонларида йиринглаш одатда тўқималардан бошланиб, суяк тўқимасига тарқалади, юмшоқ тўқималарда чуқур йирингли яралар пайдо бўлиб, улар суякнинг илик каналига тарқалади (суяк парчалари), агар интрамедулляр остеосинтез қилинган бўлса, остеомиелит тарқаяган кўринишда бўлади. Операциядан кейинги остеомиелит жарро?ушк муолажаси қилинган жойда жойлашган бўлиб, кейин суяк илик канали орқали тарқалади.

Шикастланишдан ва операциядан кейинги остеомиелит кўп ҳолларда сурункали кечади: тана ҳарорати кўтарилади, лейкоцитоз ошади. Жароҳатга дренаж кўйилгандан сўнг ҳарорат пасаяди, яллиғланиш жараёни чегараланади, окма яра шаклланади. Бунда окма яралар битишга мойил бўлмайди. Шикастланиш ва операциядан кейинги остеомиелитнинг ўткир кечишида кучли оғриқ, хуружи, юмшоқтўқималар шиши, юқори ҳарорат, лейкоцитоз чап томонга нейтрофилли сурилиши билан, эритроцитларнинг чўкиш реакциясининг тезлашиши кузатилади. Кейинчалик рентгенограммаларда суяк синган жойда ва металл ўзаклар

атрофида остеопороз, синган суяк чеккаларида доғлар, деструкция ва секвестрация кузатилади.

Шикастланиш ва операциядан кейинги остеомиелит якуни сохта бўкимлар, суяк нуқсонлари, сурункали остеомиелитнинг авж олиши билан бог-лик бўлган узоқ, битмайдиган окма яралардир. Суюк синган жойда суяк парчалари х, аракатланиб туриши инфекциянинг тарқалишига сабаб бўлиб, суяк битишига халакит беради.

Д а в о л а ш. Шикастланиш ва операциядан кейинги остеомиелитни даволашда жаррохлик усули асосий ҳисобланади. Кўшимча усулларга иммобилизация қилиш, антибиотикларни артерия орқали регионал перфузия усулида бериш киради. Антибиотикотерапияни микробларнинг сезувчанлигини ҳисобга олган ҳолда бериш даркор. Физиотерапия (УВЧ) кенг қўламда ишлатилади.

Операциядан кейинги остеомиелитдаги чокларни олиб ташлаш зарур, йиринглаган ўчоқларни очиш, йиринг ва жароҳат детритларини ташқарига эркин чиқишини таъминлаш, йирингли ўчоқларни антибиотиклар ёки нитрофуран препаратлари билан ювиш керак

Металл конструкцияларни олиб ташлаш масаласи турлича хил қилинади: йирингли жараён илик канали бўйича тарқалган бўлса, уни олиб ташлаш даркор, агар йирингли жараён чегараланган бўлса, кўшимча Илизаров, Калнберз, Гудушаури ва бошқа мосламаларни ишлатиш мақсадга мувофиқ бўлади.

УЧИНЧИ КИСМ

ОРТОПЕДИЯ 1 - 6 о б. СКЕЛЕТНИНГ СИСТЕМАЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Таянч-харакат аппаратининг ирсий систем касалликлари полиморфизми билан фарқланади. У нафақат клиник-рентгенологик тавсифда, балки шунинг билан бирга касаллик вужудга келишининг турлича вақтида, яққол кўриниши тарзида намоён бўлади.

Бу гуруҳдаги касалликларнинг пайдо бўлишига хрмиланинг она кррнидаги даврида, бириктирувчи тўқима, тоғай, суяк системалари ривожланишининг бузилиши сабаб бўлади. Клиник-рентгенологик текширишлар беморнинг оиласи ва кариндошларини генетик текшириш, лаборагория-биокимёвий тадқиқотлар билан тўлдирилади. Эмбрионда суяк тўқимаси ривожланишининг бузилишида 3 хил патологик ҳолат бўлиши мумкин. Улар уйғунлашган ҳолда ҳам учрайди.

ХОНДРО ДИСТРОФИЯ

Хондродистрофия суякларнинг кўп сонли деформацияси бўлиб, паканаликка олиб келади. Шу билан бирга, кўп беморларда гидроцефалиянинг клиник кўринишлари мавжуд.

Касалликнинг моҳияти - суяклар энхондрал ўсишининг бузилишидир. Бунда суякларнинг периостал ва эндостал ўсиши бузилмайди. Касалликнинг кечиши клиник белгиларига кўра ҳам ўзига хосдир (бола бўйининг пастлиги, калласининг катталиги, кул ва оёгининг калталиги). Касаллик бола туғилиши билан яққол кўринади. Калла хажмининг катталиги пешона, чакка, тепа, энса суякларининг бўртиб чиқиши ҳисобига бўлади (250-расм). Бу беморларнинг бўйи киска, елкаси кенг, кўкраги яхши ўсган, корни чикдан бўлади. Бундан ташқари, бел лордоз кучайган, кўл-оёқсуяк сегментлари кийшайган, бўғимлари йўронлашган ва шакли бузилган, панжалари йўғон ва калта бўлади. Катта ёшдаги беморларнинг бўйи 120 см дан ошмайди. Рухияти одатий, ички аъзоларида деярли ўзгаришлар йўқ. Шунини айтиш керакки, хондродистрофикларнинг 80% она корнида ёки туғилиши билан ўлади. Тирик қолганлари умрининг охиригача яшашлари мумкин.

Д а в о л а ш. Асосан ортопедик муолажалар ва санаторий-курортларда даволаниш (денгизда чўмилиш, балик ёғини ичиш, дармондорилар: темир препаратлари ва бошқалар) тавсия этилади.



Сўнги йилларда ўсишни тезлаштириш учун анаболик гармонлар қўлланилмоқда. Шакли ўзгарган қўл-оёқни тўғрилаш учун жаррохлик муолажаларидан фойдаланиш мумкин. Жумладан, тўрриловчи остеотомия, сон суяги бўйинчасининг варусли деформациясида куст ости остеотомияси ва нихрят қўл-оёқларни тўғрилаш учун остеотомия қилинади, сўнгра чўзувчи аппаратлар кўйилади.

Хондродистрофияда касалликнинг олдини олиш катта аҳамиятга эга. Масалан, болани ёш вақтида оёқда тургазиш деформацияни зўрайтириши мумкин. Деформацияда кулфсиз ортопедик аппаратлар қўлланилади.

ДИСХОНДРОПАЗИЯ (ОЛЬЕ КАСАЛЛИГИ)

Метофизар дисплазия гуруҳига кировчи тоғай дисплазияси. Бу касалликнинг пайдо бўлишига энхондрал суякланиш сабаб бўлади. Этиологияси hozirгача аниқданмаган. Баъзи бир табиий омилларнинг таъсири борлиги аниқланган.

Бу касалликнинг моҳияти эпифизар пластинканинг метафиз томонга катталаниши билан боғлиқ оҳакланишининг бузилиши ва тоқайнинг резорбцияси (тиррилиши) дир. Бу ўзгаришлар суякларнинг айни вақтда Узунасига ўсиши билан рўй беради, натижада оҳакланиш бузилган ва тоғайлар резорбцияга учраган қисмлари суякнинг узунасига силжиб, кўпинча марказий ёки периферик холатни эгаллайди. Патологик

жараён, кўпинча, панжа, товонлар ва йирик суяклар — сон, катта болдир, елка, билакнинг иккала суяга метафизярини шикастлантиради. Деформацияларда суяклар метафизар бўлимларининг калинлашиши, кийшайиши, бўғимлар валгус ёки варус холатини олиши мумкин. Касалликнинг ўзига хос белгаси кўл-панжа бармоқларнинг хондромалар кўринишида шикастланишидир.

Д а в о л а ш. Ортопедик ағшаратлардан фойдаланиш тавсия этилади. Агар оёқ 5 см дан ортик қисқа бўлса, бурчак деформацияси 10° дан ошса, жаррохлик муолажасидан фойдаланилади. Илизаров, Калнберз, Ткаченко аппаратларидан фойдаланилганда даволашнинг самара-дорлигига эришиш мумкин. Тортиш таъсирида диспластик тўқима оссификацияланиб, кўл-оёқнинг узунлиги тенглашиб, ўки бўйлаб шакли бузилиши тўғриланади.

ФИБРОЗ БИРИКТИРУВЧИ ТЎҚИМА ОСТЕОДИСПЛАЗИЯСИ (БРАЙЦЕВ-ЛИХТЕНШТЕЙН КАСАЛЛИГИ)

Бу касаллик хрмила скелетининг суякланиш жараёни издан чиқиши ва бу жараённинг хали тўла охирига етмаган босқичида айрим жойларда тўхтаб қолиши оқибатида келиб чиқади. Касаллик кўпинча ўгил болаларда учраб, 8-10 ёшларда намоён бўлади. Толасимон (фиброз) бириктирувчи тўқима фиброз дисплазиясининг ўчоқли ва куп сонли (бир томонлама ва икки томонлама) турлари мавжуд.

Клиника. Объектив белгилари субъектив белгиларидан олдин намоён бўлади. Асосий белгилари: суяклар шаклининг ўзгариши, оёқнинг калталиги туфайли оксокланиш. Диспластик тўқиманинг ўсиши кўл-оёқ шаклининг бузилишига, ўқининг кийшайиб йўронла-шишига олиб келади. Оёқда шаклнинг бузилиши сон ва катта болдир суякларининг проксимал қисмида учрайди, калла ва юз суяклари хам зарарланиши мумкин. Зарарланиш бир томонлама бўлса, беморнинг ташки кўриниши ўзгаради. Кўпинча патологик синишлар кузатилади (асосан оёқда учрайди). Кўп холларда тери патологик пигментацияси, жинсий балогатга етишнинг ўзгариши, скелет ўсишининг бузилиши кузатилади. Толасимон бириктирувчи тўқима дисплазияси модомики скелетнинг гугма нуқсони экан, бошқа тукма нуқсонлар билан бирга учраши хам мумкин.

Д а в о л а ш. Жаррохлик йўли блан олиб борилади. Х°зирги вақтда Илизаров аппарати қўлланилмоқда. Мазкур аппарат қўлла-нилганда бир вақтда патологик ўчоқлар йўқ.отилади; бузилган шакл бартараф этилади ва калталашган суяк узайтирилади. Тоғай дисплазиясининг яна бир канча турлари бўлиб, эпифизда ўсувчи тоғай ривожланишининг бузилиши (Блаунт касаллиги), эпифиздаги тоғай тўқимаси (эпифизар дисплазиянинг турли хиллари) ва метафизар дисплазиянинг кам учрайдиган турлари учрайди.

Тоғай дисплазиясининг юқорида санаб ўтилган турларининг ҳаммаси тугма касаллик бўлиб, уларни даволаш бир хил.

ТАКОМИЛЛАШМАГАН СУЯКЛАНИШ

Суякларнинг тугма мўртлиги — скелетнинг суяк хосил бўлиш аномалияси билан боғлиқ систем касаллигидир.

К л и н и к а . Найсимон суякларнинг тез-тез синиши, микросинишлар билан боклик қўл-оёқларнинг кийшайиши кузатилади. Касалликнинг икки тури мавжуд: тугма ва кечиккан такомиллашмаган суякланиш. Тугма такомиллашмаган суякланишда суякнинг синиши она крррида содир бўлади. Кечиккан такомиллашмаган суякланишда синиш ва кийшайиш турилгандан сўнг содир бўлади.

Такомиллашмаган суякланишнинг асосий белгилари: узун найсимон суякларнинг кўпинча озгина ҳаракат вақтида (болани қийинтириш, ўйнатиш ва шунга ўхшашлар) синиши ва тез битишидир. Шунинг учун ўз вақтида репозиция қилиб мах.камланмаса, шаклининг бузилиши ва калта бўлиб қолиши мумкин (251-расм). Суяклар мўртлашиши, мушакларнинг заифлашиши, карлик склеранинг хаво рангида бўлиши, тишларнинг мўртлиги шу касалликка хос белгилардир. Ички секреция безлари функциясининг бузилиши ва қдтор фермент системаларининг ишдан чиқиши натижасида инфекция тез таъсир қилиб, бемор барвақт нобуд бўлади. Рентгенологик кўриниши: суяклар говаксимон, кортикал кавати юпка бўлади.

Д а в о л а ш . Х^озирги вақтда ператив усуллар: остеоклазия, понасимон остеотомия, бўлаксимон (сегментар) остеотомия билан амалга оширилади. Ортопедик аппаратлар-дан, протездан фойдаланиш бемор-нинг фаол ҳаёт кечиришида суякларнинг кийшайиши ва синиши-нинг олдини олишга ёрдам беради.

Суяк скелетининг такомиллашмаган суякланиши билан бир каторда скелет дисплазиясининг карама-карши формалари: зичлашган суяк--ларнинг ривожланиши кузатилади. Уларга тугма гиперостозлар — мармар касаллиги, мелоростоз ва бошқалар киритилади.



251-расм. Остеогенез
такомиллашмаган патологик
синишлар.

ЭНДОКРИН ВА АЛИМЕНТАР ОСТЕОДИСТРОФИЯ

Эндокрин безлари фаолиятининг бузилиши ҳамма аъзоларнинг ва тўқдомалар ва, энг аввало, одам скелетининг нормал фаолиятига таъсир қилади.

Эндокрин системасининг патологияси шубҳа қилинганда, клиник рентгенологик текширишдан ташқари, биокимёвий ва бошқа лаборатория текширишлари катта аҳамиятга эга. Бирок, кўпинча, фақат суяк тўқимаси зарарланишининг рентгенологик манзараси эндокрин бузилиш борлигини шубҳа қилишга мажбур этади. Тўғри суяк хосил бўлиши динамикасини болалик даврида яхши кузатиш мумкин, чунки бу даврда скелетнинг суякланиш патологияси, айниқса, якквл юзага чиқади (суякланиш суръати ўзгариши, асимметрия, суякланиш ядроларининг тез ва секин пайдо бўлиши ва х.к). Анамнез, клиник ва рентгенологик манзара таҳлил қилинганда гавда тузилиши хусусиятлари, жинсини, тугрук шикастларини, жукрофий шароитларни ва бошқа купгина омилларни ҳисобга олиш зарур.

Кхалконсимон без патологиясининг скелетга таъсири. Микседема. Кдлкрнсимон без фаолиятининг йўқрилиши ёки пасайиши суякнинг узунасига ўсишини кечиктиради, боланингёши канча кичик бўлса, скелет ўзгариши шунча аниқ, кўринади. Суяк хосил бўлиш маркази (ядроти) нинг кеч пайдо бўлиб, секин ривожланиши ўзига хос белгилардандир. Эпифизар зонанинг сербарлиги катто 20 ёшдан кейин ҳам кузатилади. Суяклардаги симметрик ўзгаришлар суяк учларининг йўғонлашишига, уларнинг склерозига олиб келади. Калла суяги катгалашган, бурун эгарсимон бўлади. Айниқса, сон суякларининг бошчалари майда оролчаларга ажралади; бунинг оқибатида варусли деформация ривожланади.

Ташхис қўйишда турк эгарчаси ўзгариши ва паканалик инобатга олинади. Дифференциал ташхис остеохондродистрофия, хондро-дистрофия ва рахит ўртасида солиштириб қўйилади.

Д а в о л а ш. Калконсимон без препаратлари қўлланилади. Баъзан уни кўчириб ўтказилади. Жаррохлик йўли билан даволашда тўғриловчи остеотомия ва буруннинг пластик йўл билан шаклини тўррилаш муолажалари қилинади.

Гипертиреоз (базед касаллиги). Бу касаллик кўпинча, катта ёшда ривожланиб, кўзнинг чакчайиши, букок, юракнингтез уриши билан тавсифланади. Болаларда кўзнинг чакчайиши одатда кузатилмайди. Уларда суяклардаги ўзгаришлар суякланиш ядросининг эрта пайдо бўлиши, умумий остеопороз ва умумий синостозларда намоён бўлади.

Д а в о л а ш. Шакл бузилишини тўррилаш учун ортопедик жаррохлик усули ва йод препаратлари қўлланилади.

Скелетга гипофиз патологиясининг таъсири. Болалик ва ўсмирлик даврида гипофиздаги ўзгаришлар ўсишининг бузилишларига

сабаб бўлади: гипофиз гиперфункциясида ўсиш тезлашади, гипофункциясида эса секинлашади.

Акромегалия. Хамма ёшда учраши мумкин, гипофиз функция-синнг ошиши натижасида келиб чиқади. Юз суяклари ва тананинг йириклашиши ва кўл-оёқнинг катталашиши кузатилади. Илк белгилари: бош огриги, жинсий функциянинг бузилиши, иккиламчи жинсий белгиларнинг тескари рифожланиши, кўриш крбилиятининг ёмонлашиши ва бошқалар.

Рентгенологик усулда турк эгарчаси чуқурчасининг каггалашиши ва деворларининг юпкалашиши аниқланади. Скелетнинг ўзгаришлари найсимон суякларнинг йўғонлашуви ва пастки жар суягининг катталашиши билан намоён бўлади. Сесамасимон суякларнинг сони кўпаяди. Эпифизларнинг хажми ривожланган бўлиб, скелетнинг ўзга-риши симметрию бўлади.

Д а в о л а ш. Рентген нури билан даволаш кам натижа беради. Гипофизнинг ўсмасини жаррохлик йўли билан олиб ташланади.

Иценко-Кушинг касаллиги. Гипофиз олдинги бўлагининг зарарланиш белгилари билан намоён бўлиб, катор бошқа эндокрин безлардаги патологах ўзгаришлар билан кечади. Оёқ-кўллардан ташқари, умумий (юз, кўкрак ва кррин) ёр босиш кузатилади. Суякларда (асосан, калла суяги, умуртка погонаси, чанок ва қовурғаларда) систем остеопороз топилади. Умуртка погонаси, қовурғаларда патологик синишлар кузатилади.

Даволаш. Мия ўсимтасини рентгенотерапия қилиш.

Гипофизар паканалик (нанизм - ўсишдан орқада қолиш). Гипофиз безининг олдинги бўлаги фаолиятининг етишмаслигида кузатилади. Бўйнинг ўсмаслиги билан характерланади. Зркакларнинг бўйи 130 см дан, аёлларники 120 см дан ошмаса, паст бўйлик хисобланади. Скелет тузилиши тўғри нисбатларда бўлса хам энхондрал суякланиш бузилган бўлади.

Даволаш. Саматотроп гормонлар буюрилади. Агар ўсма бўлса, уни олиб ташланади.

Жинсий безлар патологиясининг скелетга таъсири. Жинсий безлар фаолияти суяк ва энхондрал сохаларнинг узунасига ўсишини тўхтатади. Бу аксарият бола жинсий балогатга эрта етганда кузатилади, шу вақтда боланинг ёшига карамай, ўсиш зонаси ёпилган бўлади. Жинсий балогатга етиш кечиккан бўлса, бу зоналар очик қолади. Жинсий безлар касаллиги уларнинг функцияси пасайиши билан намоён бўлади (гипогенитализм) ва унинг ошиши (гипергенитализм) кўрини-шида юзага чиқали.

Ошкозон ости беи ички секрецияси бузилишининг скелетга таъсири. Бунда гап кандли диабет тўррисида бўлиб, суякларнинг кортикал кавати юпкалашиб, суякнинг ровакланиши кузатилади. Баъзан говаклашиш натижасида патологик синишлар ^вУжудга келади. Улар жуда секин битади.

Оёқ панжаси ва болдир-оёқ панжа бўғимининг ўзгариши билан ажралиб туради. Бундай лолларда яллиғланмаган бўғимларнинг шишиши кузатилади. Баъзан периферик нервларнинг шикастланиши кузатилади.

Ўхалхонсимон без олди беги патологиясининг скелетга таъсири. Агар калкрнсимон без олдидаги безлар функцияси сурункали пасайиб борса (гипопаратиреоз) крндаги кальций микдори камайиб, суякнинг умумий говакланиши (остеосклероз) ривожланади.

Гиперпаратиреонид остеодистрофия (Реклингхаузен касаллиги). Кдлкрнсимон олди безининг шира ишлаб чиқариш фаолиятининг бузилиши натижасида ривожланади. Суяк тўқимасининг бўшлиқ хосил кдшб сўрилиб, бир вақтнинг ўзида суякнинг хосил бўлиши.

Крндаги биокимёвий ўзгаришлар характерли бўлиб, крн зардобида кальцийнинг ошиши кузатилади. Касаллик ривожланган даврда сийдик билан кальций ажралиб чиқкднда унда оксил аниқланади ва сийдик окрангли бўлади.

Бемор озади ва иккиламчи камкрнлик ривожланади. Касаллик кўпинча аёлларда 30-40 ёшда учрайди.

К л и н и к а . Умумий кувватсизлик иштаханнинг йўқрилиши, кўнгил айнаши, ичак фаолиятининг бузилиши, бўғимларда ва суякларда оғрик бўлади.

Суяклар шакли бузилишининг ривожланиши, айникса, сон суягида кузатилади. Кўпинча, патологик синишлар бўлади. Рентгенологик текширилганда 1/3 кием беморларда суяк системасида говакланиш белгилари: сон, калла, чаноқ суяклариди майда пуфакчали сурат яхши кўринади. Суяк юмалокдашиб, шакли бузилиши мумкин. Касаллик симметрик бўлмайди. Елка ва сон суякларининг юқори 1/3 қисми йўғонлашиб («подачининг туёгига ўхшаш»), шакли бузилади, лекин суяк пардаси ўзгармайди. Суякнинг йўронлашиши пуфаксимон ўсимталар бўлишидан, худди суякни шиширгандек туюлади.

Умуртка поғонасида эзилган майдончалар, «балик умурткаси»га ўхшаш манзара хреил бўлиб, сколиоз ва кифоз шаклидаги ўзгариш кузатилади. Умурткалараро диск ўзгармайди.

Д а в о л а ш . Жаррохлик йўли билан ўзгарган калкрнсимон без олди беги олиб ташланади. Ундан ташқари, ортопедик операция қилиб, шакли бузилган қўл-оёқ суякларини ауто- ва гомопластика усули билан шакли тўғриланади.

Буйрак усти, ҳалцонсимон ва руддасимон безлар касаллигининг скелетга таъсири. Буйрак усти безлари функцияси ошганда суякнинг говакланиши кузатилади.

эса суякнинг қаттиқлашишини келтириб чикаради. Ички секреция безларининг киши организмидаги суякнинг ўсишига таъсири кучайтирувчи ёки сусайтирувчи бўлиб, бунинг устига бир хил безлар организмнингхаммасига, бошқаси айрим суякларга таъсир килади.

Витаминларни скелетга бўлган таъсири. *А витамини* ўсишга таъсир қилиб, авитаминозида найсимон суякларнинг эпифизар тоғай қисми оқир ўзгаришларга дучор бўлади: суякларнинг керагидан ортик ўсиши кайд қилинади.

В гуруҳи витаминлари ўсиш витаминларга киради. Булар етишмаганда эпифизар тоғайларнинг ўсиши тўхтади.

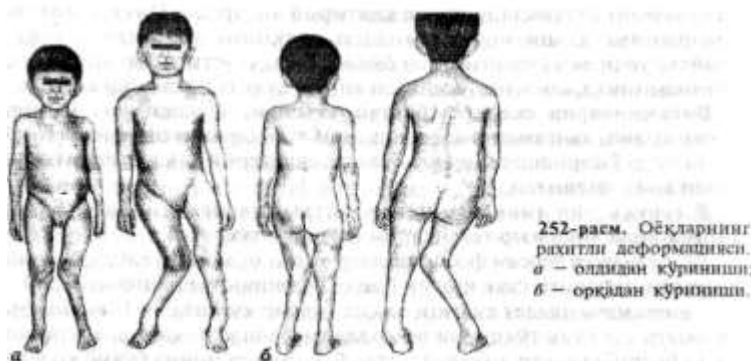
РР витамини асосан фосфатазалар хосил бўлишига таъсир қилиб, унинг етишмаслиги суяк кадоги пайдо бўлишини секинлаштиради.

С витамини скелет суягига яққил таъсир кўрсатади. С витамини етишмаганда суяк тўқимаси ва коллаген ишлаб чиқариш тўхтади. Хосил бўлган суяклар атрофияга учраб, синишга мойил бўлиб қолади. Эпифизар тоғай коллагени бирктирувчи тўқима билан алмашади, иликнинг кон ишлаб чиқариши пасаяди ва атрофияланади, кон куйилишлар кўпаяди. Суяк тўсинлари сустлашиб синади ва туташ суяк бўлаклари хосил бўлади.

В витамини кальций алмашишида фаол иштирок этади. Унинг таъсирида кальций хазм бўлади. Кальций ва фосфор алмашинуви О витамини ва калкрансимон олди беши томонидан бошқарилади. *В₂* витамини (кальциферол) овқат билан кабул қилинган кальцийни сўрилишини бошқаради. О витаминининг етишмаслиги минерал моддалар (хусусан кальций ва фосфор) нинг бузилишига ва рахит ривожланишига олиб келади. Бу кишининг охирига тўғри келиб, бу даврда крнда фосфорнинг камлиги рахит ривожланишига мойиллик килади. Рахит билан, кўпинча, бир ёшгача бўлган болалар оғрийди. Рахитда суяклар юмшаб, янги хосил бўлган суяк тўқимаси суяк \осил қилмайди.

К л и н и к а . Рахит касаллигида болада камкрнлик иштака йўқлиги, семирмаслик характерлидир. Кўп терлаш, спазм, мушак системаси тонусининг пасайиши, лимфа ва бодом безларининг катталашиши кайд қилинади. Рахитнинг характерли белгиларидан бири «рахитик тасбех.» - коворга тоғайининг суякка бирлашадиган ерининг калинлашуви хисобланади.

Рахит яхши даволанади, лекин жуда оғир холларда кул-оёқда (кўпинча оёқда) деформация бошланади. Бу махсус ортопедик давони талаб килади. Рахитда сон бўйинчасининг варусли деформацияси кузатилиши мумкин. Кўпинча оёқнинг О- ва Х-симон кийшайиши УЧрайди (252-расм). Товонлар ясси вальгус холатини олади. Рахит ^ТУфайли келиб чиккан оёқ-кўлнинг кийшайиши ўз вақтида Даволанмаса, ёш ўтиши билан (кўпинча, 40 ёшдан кейин) Кийшайишнинг ривожланишига ва иккиламчи бўғимларнинг Деформациясига олиб келади (шаклни бузадиган артроз).



252-расм. Оёқларнинг рахитли деформацияси.
 а – олдан кўриниши;
 б – орқадан кўриниши.

Д а в о л а ш. Оёқ-қўлнинг деформациясида даволаш жаррохлик усулида олиб борилади. Болаларни одатда 5-6 ёшдан кейин операция қилинади. Кўпинча, катга болдир суяганинг сегментларида остеотомия (суякни синдириш) бажарилади.

Остеомаляция. Катталарда рахитга ўхшаш суякларнинг юмшаши. Махсус овқат рацион буюрилади. Суякдаги кийшайишнинг ички томонида учраб турадиган алмашилиш зонасида (Лоозер зонаси) ингичка понасимон ёругрокерда аста-секин декальцинация соҳасида суяк синиши мумкин.

Деформациялайдиган остеодистрофия (Педжет касаллиги). Асосан эркаклар 40 ёшдан ошганда учрайди. Касаллик узоқ, чўзилиб белгисиз кечганлиги учун рентген қилган вақтда аниқланади. Суяк тўқимаси алмашилишинингхарактерли дистрофик ўзгаришидир: суяк қриб каватининг арзимаган калинлашишида, суяк тузилишининг аралаш-куралашлиги, масалан калла суяги 4 марта йўғонлашиши, сон ва болдир суяклари ташқари томонга кийшайиши мумкин. Сон бўйинчаси варус ҳолатини олади, рентгенограммада ўзига хос («банан суяги») кўринишида бўлади. Касаллик даврида суяк тўқимасининг ўсиши ва атрофдаги тўқималар ва марказларнинг (карлик сурункали бош огрити ва бошқалар) малигнизация жараёни бўлиши мумкин. Касаллик тuzалмайди, умрининг охиригача аста-секин ривожланиб боради.

Д а в о л а ш . Симптоматик Оғриқни камайтириш учун рентген нури билан даволанади.

2 - б о б. Қўл ВА ОЁҚДАРНИНГ РИВОЖПАНИШ НУЕхСОНПАРИ

Қўл ва оёқнинг ривожланиш нуксонларининг этиологияси ҳар хил. Эктромелия, поли- ва синдактилияларнинг насдан-наслга ўтиги аниқланган. Қўл учун экзоген омилнинг хавфли таъсир этиш даври эмбрион ўсишининг 3-7 х.афтасига тўғри келади.

ТУЕМА АМПУТАЦИЯ

Тугма ампутация деганда қўл ва оёқнинг бутунлай ёки дистал қисмининг эгро- ёки гемимелия кўринишида бўлмаслиги тушунилади.

Эктромелия. Қўл ва оёқнинг проксимал қисми нисбатан нормал ривожланиб, дистал қисмининг тугма ампутацияси кузатилади. Камрок холларда

қўл ва оёқнинг тўлиқ бўлмаслиги учрайди (гемимелия).

Д а в о л а ш. Қўл ва оёқнинг чўлтоқлигида роционал протезлаш

К>ўл ва оёқнинг цисман ўсмай қолиши. Бунда проксимал сегментларнинг бўлмаслиги ёки ўсмай қолиши, қўл ва оёқ дистал қисмларининг нуқсонли ўсиши ҳамда айрим мушак бўғим, суякларнинг нотўғри ривожланиши кузатилади. Қўл ва оёқ проксимал қисмларининг ўсишида нуқсонли крлдик бўлса, фокомелия дейилади.

Д а в о л а ш. Жарро?улик йўли билан нуқсон тўғриланиб, кейин протез ясаб беришдан иборат.

АЙРИМ СЕГМЕНТ ЁКИ БЎҒИМЛАР РИВОЖЛАНИШИНИНГ БУЗИЛИШЛАРИ

Амниотик битишмаларда қўл ва оёқ ёки бармоқларнинг тугма сегмент бўйлаб дойра шаклида, кам холларда қўл ва оёқ айланасининг ярмигача, юмшоктўқималарнинг гипсимон ботган суяккача сиқилиши (253-расм) кузатилади. Бу касаллик кўп учрайди.

Д а в о л а ш. Жарро?длик йўли билан даволанади. Бунинг учун бир канча усуллар мавжуд бўлиб, битишмани тарашлаб, терида хосил бўлган нуқсонни маҳаллий тўқима билан пластик алиштириш йўли билан тўғриланади.

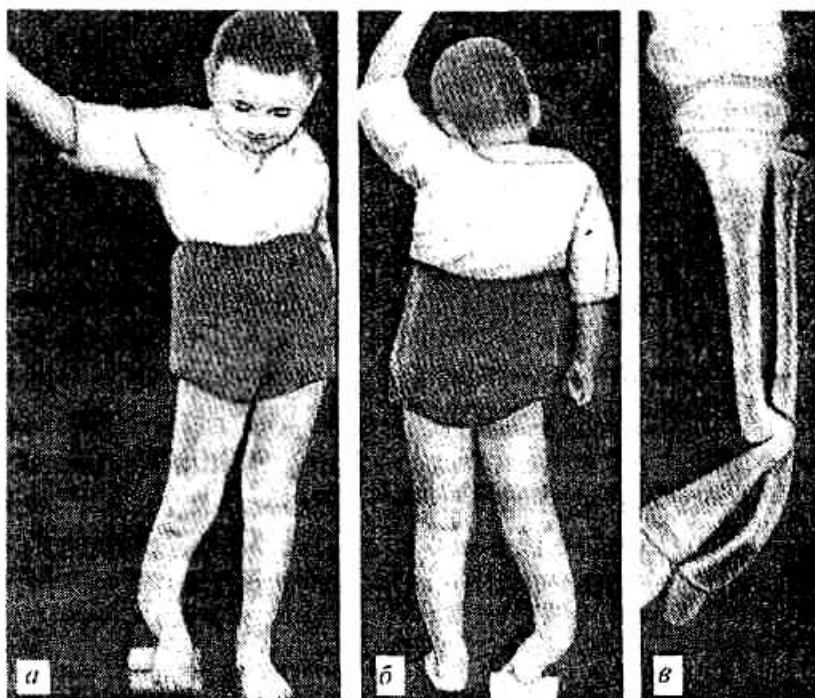
ТУГМА СОХТА БЎҒИМ

Тугма сохта бўғим — диафиз бўйлаб харакатчанлик бўлган узун найсимон суякнинг туғилишидан бошлаб пайдо бўлган нуқсондир. Бунинг пайдо бўлиш сабаби скелетда °Уякка айланиш нуқсони — толасимон бириктирувчи тўзхма остео-Дисплазиясидир.

Т а ш х и с. Ташхис қўйиш унча °кир бўлмайди, найсимон суякдарда,



253-расм. Болдирнинг амниотик битишмаси.



254-расм.
Болдирнинг
туғма сохта
бўғими.
а — олдидан
кўриниши;
б — орқадан
кўриниши;
в — рентгено-
грамма.

кўпроқболдирда патологик харакатнинг бўлиши билан аниқланади, суякўки бўйлаб оёқни босиш мумкин эмас, чунки болдирнинг пастки учидан бир қисми буралиб, таяниш қрбилияти йўқолади. Мушаклари атрофияга учрайди. Қўл ва оёқнинг ўсишдан қолиши кузатилади (254-расм).

Д а в о л а ш. Фақат жаррохлик йўли билан олиб борилади. Мураккаб жаррохлик усуллари, суяк трансплантатларини компрессион остеосинтез билан биргаликда қўллаб, Илизаров, Волков-Оганесян, Калнберз ва бошқа аппаратларидан фойдаланилади. Бир вақтнинг ўзида калталиқни, қўл ва оёқнинг **ёйга** айланма силжишини йўқртиш учун дистракцион эпифизеализ ва блокал остеосинтез (Илизаров бўйича) усулидан фойдаланилади. Аста-секин, бир вақтнинг ўзида (суткасига 1 мм) чўзиш болдир суякларининг дистал ва проксимал учларидан, ўсиш соҳасидан ёки метафизар қисмидан остеотомиядан кейин амалга оширилади.

КЎЛ РИВОЖЛАНИШИНИНГ ТУРМА НУДСОНЛАРИ

КСл панжаси I бармоганинг гипоплазиясй. Бу аномалия турли хил даражада: юмшок тўкималарнинг бироз ингичкалашиб, бироз ривожланмаслигидан то унинг бутунлай бўлмаслиги даражасигача намоён бўлиши мумкин.

Д а в о л а ш. Касалликнинг бошланишида консерватив муолажа: доимо мунтазам силаш, кафт функциясининг пасайишига қаршилик қилувчи даволаш бадантарбия машки (ЛФК) тавсия қилинади. Агар

касаликривожланган бўлса, жарро:хлик муолажаси (бармоқнингпай-мушак транспозицияси ёки ривожланмай қолган бармоқларнинг суяк трансплантати билан маҳкамлаш) кулланилади. Агар бармоқ. рудимент шаклида (IV даражали гипоплазия) бўлса, II бармоқни полицизфия қилиш керак

Эктродактилия (кафтнинг ёрилиши). Эктродактилиянинг типик ва нотипик шакллари фарқланади. Типик турида кафт шаклининг бузилиши, чуқур ёрилишидан иборат бўлиб, кенглиги кафт суягининг ҳажмигача етиши мумкин. Нотипик турда ёрилиш йўХ, лекин III кафт суяги ва III бармоқ. ёки бошқа бармоқлар бўлмайди. Кафт кискичбаканинг панжасини эслатади. Эктродактилияда бармоқларнинг букувчи контрактураси кузатилади.

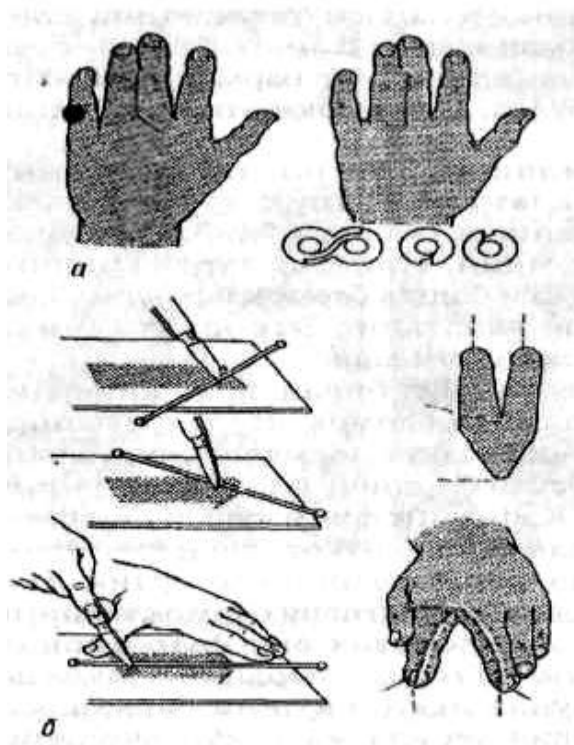
Д а в о л а ш. 4-5 ёшгача консерватив йўл билан даволанилади. Бунда гипсли боғлам кўйилиб, у ёрдамида бармоқлар редрессация қилинади. Мунтазам укалаш, даволовчи бадантабия машклари тавсия қилинади. Жарро)уликнинг пластика усули биринчи бармоқ, ва унинг функцияси сақланганда кулланилади. Кафтнинг ёриги суякларни бир-бирига яқинлаштириб, лавсан ип билан боғлаб йўқртилади.

Синдактилия. Қўлнинг бир неча бармоқларининг тўлиқ ёки қисман битиши «синдактилия» дейилади. Синдактилия бармоқларнинг бошқа нуксонлари билан бирга учраб, косметик ёки функционал нуксонлардан иборат бўлади. Синдактилия терида, пардада, суякда ва бармоқ. учида учрайди (255-расм). Бунда иккита кўшни бармоқлар узунасига битган бўлади. Синдактилия терида жада кўп учрайди.

Синдактилиянинг тери битишиб қолиши билан пайдо бўладиган шаклида иккита бармоқ. бутун бўйи баробар тери ва тери ости клетчаткаси билан бир-бирига бирикиб қолади. Пардалар билан битишиб қолган шаклида бармоқларнинг тирнок ўрнашган суяклари бир-бири билан бирикиб, бармоқларнинг қолган суяклари ораси очик қолади. Бу шаклида бармоқ. учлари тери орқали битишиб қолиши ҳам, суяк орқали битишиб кетган бўлиши Дам мумкин. Суяклар битишиб қолиши билан юзага келадиган шаклида бармоқлар бутун бўйи билан (ёки бармоқ. айрим бўғимларининг суяклари ўзаро) бирикиб қолиши мумкин. Д а в о л а ш. Синдактилиянинг хамма тури операция қилинади, яъни бармоқлар ораси кесилиб ажратилади. Косил бўлган нуксонларни шу ердаги тўқималардан пластика қилиш ёки сон сох;асидан тери кўчириб ОДиниб, нуксонга кўйилади, тери пластикаси бўйича Дидо ва Джанелидзе (256-расм), шунингдек Терновский усуллари кенг тарқалган.



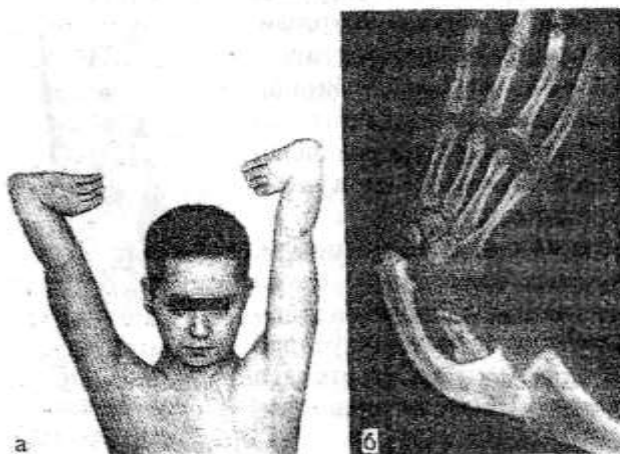
255-расм.
Суяк син-
дактилияси
(синфалангия).



256-расм. Тери туридаги синдактилия операцияси (чизма).
 а—Дидо буйича;
 б—Джанелидзе буйича.

Полидактилия (кўп бармоқлик). Ортикча кўп бармоқ,-лилик туфайли бўлган нуклон кўп бармоқдилик дейилади. Кўп бармоқдикда олтига, баъзи вақтлар-да Юта бармоқкачабўлиши мумкин.

Д а в о л а ш. Бола туғилганидан сўнг дастлабки ойларда жаррохлик йўли билан даволанади. Рнтген суратини ўрганиш операцияни тўрри режалаштиришга ёрдам беради. Терини ярим овал (тухумсимон) шаклда кесиш макрадга мувофиқ.-дир. Кўшимча бармоқлар яхши ривожланган бўлса, ташки жойлаш-ган бармоқ,олиб ташланади. Бу эса кафт нуксонининг кам бўлишига олиб келади. Кўшимча бармоқни батамом, эпифизни колдирмай олиб ташлаш керак



257-расм. Тугма кўл қийшиқлиги.
 а — беморнинг ташқи кўриниши;
 б — рентгенограмма.

Кўлнинг тукма қийшиқлиги. Бу нуксоннинг ривожланиши мушакларнинг пайлари, билакнинг билак-кафт томонидаги бойлами, ундан

ташқари билак ва тирсак суякларининг тугма тўлик ўсмаслиги натижасида келиб чиқади. Билак суяги ўсмаганда (қўлнинг билак суяк томонига кийшиклига)кўп ҳолларда I бармоқ. ва I кафт суяги бўлмайди. Биринчи бармоқ. яхши ўсмаганда кафтнинг ушлаш крбилиятиб узилади. Кўп ҳолларда қўл кийшиклиги икки томонлама бўлади. Бу эса беморларнинг ўз-ўзига хизмат кдпишини кмйинлаштиради (257-расм).

Даволаш. Жарро)ушкйўлибилан амалга оширилади. Сўнгги йилларда Илизаров, Гудушаури, Калнберзларнинг аппаратларидан фойдаланилган \олда дистрацион усул кенг қўлланиляпти.

Билак суякларининг тугма синостози. Қўл суяклари ривожланишининг камдан-кам учрайдиган нуқсони, бунда бемор билагини ротация кила олмайди.

Д а в о л а ш . Асосан жарро:>у!ик усулида: суяклар синостозини киркмш, билак суягини узунасига резекция қилиш.

Маделунг касаллиги. Бу нисбатан камдан-кам учрайдиган тугма касаллик бўлиб, билак-кафт усти суяклари бўғимининг нуқсони ўсиши билан ажралиб туради. Нотўғри ўсиш нуқсоннинг аста-секин катталашшига олиб келади. Бу касаллик 13-16 ёшда кўп учрайди. Касаллик икки томонлама бўлиши мумкин. Ўқил болаларга Караганда кизларда 4 марта кўп учрайди. Бу касаллик мураккаб бўлиб, билак-кафт усти суяклари бўғимининг ҳамма таркибий қисмларига таъсир килади. Хозирги вақхда Маделунг касаллиги суякнинг эпифизар ўсиш соҳасидаги тоғай дисплазиясига тааллуқли дейилади. Касаллик найзасимон ўзгаришлар билан намоён бўлади (258-расм). Кийшиклик аста-секин оғриқ.сиз зўрайиб боради.

Пекин деформация даражаси кучайганда кафтнинг орқа томонга буқилиши ва билакнинг супинацияси чекланган бўлади. Орқа томондан

тирсак суягининг кафт усти суяклари билан бирлашмаган бошчасинингтуртиб чиқиши кўзга ташланади. Билак суяги калталашгани учун кўпрок деформацияга учрайди. Мехмат крбилияти чекланган бўлади.

Д а в о л а ш . Фақат жарро)у!ик йўли билан. Опе-рацияни 14 ёшдан олдин Қилиш керак эмас. Кўпрок тирсак суягининг бошчаси резекция қилинади. Билак °Уяги понасимон остеотомия К-Илиниб, Илизаров, Волков-Оганесян, Калнберз Дистрацион аппарата билан маҳкамланади.



258-расм. Маделунг касаллиги.

3-б о б. ОЁХНИНГ ТУБМАДЕФОРМАЦИЯЛАРИ (НУХСОБЛАРИ) СОН СУЯГИНИНГ ТУША ЧИКИШИ

Сон суягининг тугма чикхиши — таянч-ҳаракат аппаратининг нуқсонлари ичида энг кўп учрайдигани бўлиб, ҳамма ортопедик касалликларнинг 3% дан ортишни ташкил этади.

Тута сон суягининг чикхиши нафақат баъзи мамлакатларда, ҳатто бир давлатнинг турли регионларида ҳам бирдек учрамайди. Жанубий Осиё ва Африка давлатларида бу касаллик умуман учрамайди. У ерда йўргаклаш йўқ, бола оёри керилган ҳолда кўтариб юрилади ва шунга ўхшашлар чанок бўшмидаги дисплазиянинг ўз-ўзидан тузалиб кетишига ёрдам беради (259-расм). Масалан, Кореядаги урушнинг сўнгга йилларида болани оёга керилмаган ҳолда кўтаришгандан сон суягининг тугма чикхиши кўпайиб кетди. Урушдан кейин аёллар эски одатларига қайтишганда сон суяги тугма чикқан болалар қарийб учрамади.

Бир томонлама сон суягининг чикхиши икки томонлама сон суягининг чикхишига нисбатан кўпроқ учрайди (7:1) ва у ўгил балаларга нисбатан кдо болаларда кўпроқ учрайди.

Чанок;-сон бўримининг дисплазияси.бу чанок; чуқурчасининг ўсиш нуқсони (унинг яссиланиши, сон суяги бошчасининг яхши ўсмаслиги, ундан ташқдри бўғим копчаси ва боғлов аппаратининг касаллиги) дир. Чанок-сон бўғимининг дисплазияси 1000 та туғилган боладан 16 тасида учрайди, дисплазия деб топшиш]00 та боладан 5 тасида сон суягининг чикхиши шаклланади.

Сон суяги бошчасининг чикхиши боланинг она корнидага даврида \и бўлиши мумкин деб \исоблашади. Чанок-сон бўғими капсуласи бола туғилган вакҳда чўзилган ҳолда бўлиб, оёқларини жуфтлаштир-



ганда осон чиқиб, оёқлар керилганда осон тушади. Чанок чуқурчаси билан сон суяги проксимал қисмининг нотўғри ўси-ши, асосан уларнинг ўр-тасида боғланиш йўқди-гидандир.

Сон суягининг тугма чикхишида, чанок-сон бўғимининг ай-никса, чанок косачаси-

259-расм. Осиё (а) ва Африка (б) кўкрак ёшидаги чақалоқларни кўтариб юриш усуллари.

нингдисплазияси кузатилади. Чаноқ косачаси ясси, ичи ёгтўқималари билан тўла бўлади. Шунинг учун сон суяга бошчаси чаноқ косачасидан осонликча чиқиб кетади. Чаноқ-сон бўғимининг дисплазиясида сон суягининг суякланиш ядроси хамма вахт нормадагидан кичик бўлади. Чиқишнинг даражасига караб сон суяги бошчаси овал шаклни олиб, думалоклигини йўқртади. Тўлиқ чикданда чикхан бошча тиралиб турган ёнбош суяги канотида янги бўғим косаси хосил бўлади, шунда у ер тоғай қатлами билан крпланари. Механик омиллар таъсирида думалок бойлам йуқолиб кетади ёки чўзилиб, йўфонлашади.

Юқоридаги бузилишларга параллел соннингбўйин диафиз бурчаги хам ўзгаради (сон бўйинчасининг вальгус деформацияси юзага келади). Агар сон суяги бошчаси, бўйинчаси ва диафизининг буралиши 10° дан ошса, антеторсия, агар айланишда диафиз катнашмай бошча билан бўйинча катнашиб, айланиш олд томонга бўлса, антеверсия, агар айланиш орқа томонга бўлса, ретроверсия дейилади.

Бундан ташқари, мушакларда, бойламларда, бўғим халтасида ҳам ўзгаришлар бўлади. Масалан, сон суягининг тугма чиқишида бўғим халтаси чўзилиб юпкалашади.

Сон суягининг чиқиши юқори чаноқ суяги каноти ости томонига бўлса, ёнбош-бел мушакларининг пайи ўзининг йўналишини ўзгартириб, бўғим халтасини сиқиб кўяди. Бунинг оқибатида у кумсоати шаклини олади.

Чаноқ-сон бўғимининг тугма дисплазияси (чиқиш олди холати) — бу бўғим сохасидаги арзимас ўзгариш бўлиб, чаноқ косачасининг яссиланиши, сон суяги бошчасидаги суякни ўстирувчи магизнинг кеч пайдо бўлиши ва ривожланган антеторсия билан тавсифланади. Чиқиш олди холатида сон суяги бошчаси хали чаноқ косачаси ичида бўлади.

Сон суяги бошчасинингяримчикмши. Бўғим дисплазияси замирида сон суягининг бошчаси ташқарига ва юқорига сурилади. Лекин лимбус чегарасидан чикмайди, бўғим ичида қолади. Бу холатда сон суягининг бошчаси чаноқ косачаси марказига тўғри келмайди.

Сон суяги бошчасининг чиқиши. Сон суяги бошчасининг чиқиши, сон суяги бошчасининг ташқарига ва юқорига сурилиши кучли бўлса, лимбус эгилувчан бўлганлиги учун куймич косасининг ичига бурилиб Киради. Бу холатда сон суяги бошчаси чаноқ косаси марказига тўғри келиши у ёқда турсин, х.атто косачадан чиқиб, ламбуснинг орқасига ўтган бўлади.

Даволаш самараси касалликнинг тури ва даражасига боғлиқ. бўлади. Касаллик канча эрта аниқланиб даволаш бошланса, натижаси шунча яхши бўлади. Ташхис тугрукдонадаёк кўйилиши керак

Бу касалликни аниқлашда тугрукхондаги педиатрларнинг роли ҳтга. Зарурият туғилса, ортопедлар билан хамкорликда маслахатлашиш

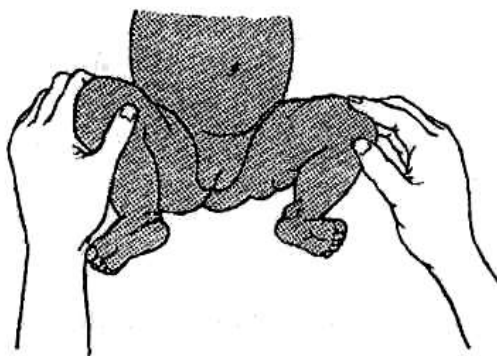
керак Тугрукхонадан чикдандан кейин 3-4 хафтада ва 3 ой ичида болани кўриқдан ўтказиш керак

Чанок-сон бўғимидаги дисплазия ва чикиш-ниэртааник лаш. Бунинг учун пухталиқ билан анамнез йиғиш керак: ирсиятини аниқлаш (айникса кизларда касалликка шубха бўлса) хрмиладорликнинг ўтиши, хрмиладорлик даврида кандай ўзгаришлар бўлганлигини аниқлаш муайян аҳамиятга эга. Тугишда боланинг чанок билан келишида сон суягининг тугма чиқиши кўп учрайди.

Сон суяги бошчасининг туша чиқишидаги асосий белгилар куйидагилардан иборат:

1. *Сирганиб чиқиши ёки «шиқирлаш» белгиси* (Маркс-Ортолани белгиси). Боланинг оёғи чанок-сон ва тизза бўғимларида букланиб, I бармоқларни соннишҳички томонига, III бармоқ. учини катта кўстнинг устига кўйилади. Бу белги икки хил аниқланади: биринчи холда сон суяганингбошчаси чанок косачаси бўғим ичига киритилади. Иккинчи холда уни (сон суяги бошчаси) чиқарилади. Оёқ сон ўки бўйлаб тортилади ва боланинг оёғи икки томонга керилади. III бармоқ. билан катта куст чанок косачаси томонга итарилади. Агар бошча чикдан бўлса, бўғимга тушиб шикирлаш кузатилади; буни шифокор кўли билан сезади. Иккинчи ?(олда сон ўки бўйича итарилиб, оёқлар ичкарига тортилади. Бу белги чикдшл олди ҳолати учун патогномоник бўлиб, даволашни бошлаш учун туртки бўлади. «Шикдллаш» белгиси бола 3 ойга тўлгунга кадар бўлади.

2. *Оёқ керилишининг чекланиши.* Болалар ҳаётининг дастлабки ойларида буқилган оёқдарда сонни кериш нормаси 70-90°ни ташкил қилади. Керилишнинг чекланиш даражаси чанок-сон бўғимининг бузилиш шаклига боғлиқ.: дисплазияда керилиш нисбатан чекланган, чиккэн вақтда кўпроқ бўлади. Бу белгини аниқлаш бола орқасига ёткизилиб, оёғи чанок-сон ва тизза бўғимларида тўғри бурчак шаклида



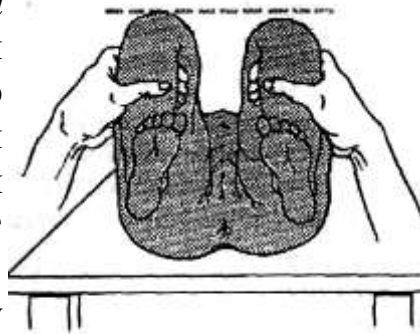
буқилиш учун керилади. Керилиш чекланганда (бир томонлама патологияда кдасланганда айникса сезиларли бўлади) чекланиш

сабабларини аниқлаш зарур (260-расм). Шунинг эсдан чиқармаслик

керакки, болалардаги соннинг керилиш имконияти (90°) ошган сайин камайиб бориб, 9 ойликка етганда 50° гача

бўлади. Керилишнинг чекланиши спастик ҳолатларда ҳам учраши мумкинлигини хисобга олиш керак

3. *Сон, думба, тизза ости со%асидаги бурмаларнинг асим-метрияси.* Сондаги бурмаларнинг асимметрияси ва соннинг хар хил бўлиши дисплазия ёки чиқиш борлигани тасдиқлайди. Чиккан томонда бурма юқори жойлашади. Кўпинча думбадаги бурмаларнинг асимметрияси соннинг бир томонлама ёки икки томонлама чиқишини кўр-сатади. Лекин бу белги мутлак белги бўлмай, бурмаларнинг асимметрияси, айниқра, сондаги бурмаларнинг ҳар хил бўлиши СОРЛОМ болаларда ҳам учрайди.



261-расм. Соннинг бир томонлама тўғма чиқишида унинг калталигини аниқлаш.

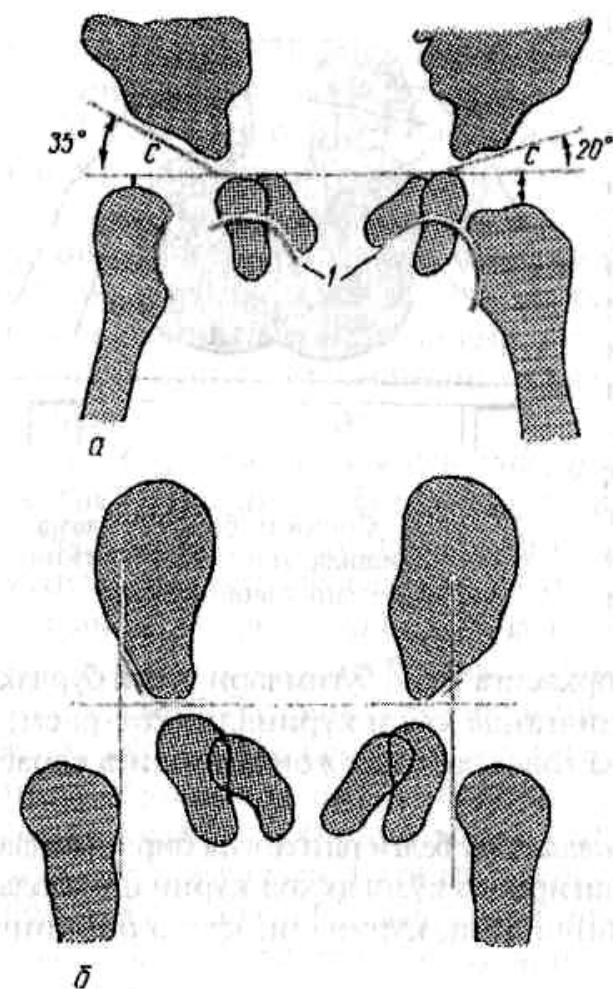
4. *Оёқнинг калталиги.* У бола орқасига тизза бўғимлари тўғри бурчак остида буқилган ҳолатида ётқизилганда яхши кўринади (261-расм). Оёқнинг узунлигини тўпикдар ва товонларнинг жойлашишига қараб ҳам аниқлаш мумкин.

5. *Оёқнинг ташидл томонга буралиши.* Бу белги патология бир томонда бўлганда соғлом оёқ билан солиштирилса кўзга яъуфл кўринади. Бола ухлаган вақтида оёқнинг буралиши аниқ, кўринади, катто онанинг ўзи ҳам кўриши мумкин.

Рентгенография. Ташхисни аниқлашда рентгенография текширишнинг мажбурий усулидир. Рентген суратини олишда бола оёқлари узатилган ва бир-бирига параллел ҳолда ҳамда уларнинг ўртача ҳолатида (ички ва ташки ротация ораллигида) ётқизилади. Чаноққассетага зич ёпишиб туриши керак. Жинсий аъзоларни рентген нурларидан химоя қилиш улар кўргошинланган резина билан беркитилади.

Янги туғилган чакалоқлар рентген суратининг шарҳи анча қийин, чунки суяк ва тоғайларнинг анатомик нисбати ҳамма вақт ўзгариб туради. 3-6 ойликда сон суягининг бошчаси тоғайдан иборат бўлганлиги учун (шунингдек куймич косачасининг тоғайи ҳам) рентген суратида кўринмайди.

Бундай ҳолатда суякларнинг тўғри мувозанатини аниқлаш учун бир канча схемалардан фойдаланилади. Хильгенрейнер бурчаги (С бурчаги) иккала У-симон тоғайни бирлаштирувчи горизонтал ва чуқурча бўйлаб ўтказилган чизиклардан ташкил топади (262-расм). «Путти учлиги» куймич косаси кийшиклик бурчагининг ошиши, куймич косачасига нисбатан сон суяги проксимал қисмининг юқorigа кўзголиши (сурилиши) ва суяк хреил қилиш ядросининг кеч пайдо бўлишидан иборат. Путти схемаси бўйича иккала У-симон тоғайни бирлаштирувчи горизонтал V чизикка сон суяги бўйинчасининг крк



262-расм. Чақалоқларда рентгенограмма ҳисоблари.

a – Хильгенрейнер схемаси: 1 – Шентон чизиги; *b* – Путти схемаси.

ўртасидан туширилган перпендикуляр нормада куймич косаси томини иккига бўлади. Сон суягининг тугма чиқишида кесишиш нуқтаси ташқарига сурилади.

Сон суяги бошчасининг сурилишини аниқлашнинг ишончли белгиси Шентон чизигининг бузилиши бўлиб, бу чизик нормада ёпкич тешикнинг юқори ички чегарасидан сон суяги бўйинчаси чизигага ўтади. Чизикнинг тўрри жойла-шишининг бузилиши чанок-сон суяги бўғимидаги чиқишни кўрсатади. Суяк хосил қилиш ядроси пайдо бўлгунига кадар сон суяги бўйинчасининг медиал ички дўмбога ориентир (мўлжал) учун олинади.

Бир ёшдан катта болаларда сон суягининг тугма ЧИКИ-шига ташхис кўйиш. Бир ёшдан ошган болаларда сон суягининг тугма

чиқишига ташхис кўйиш кмйин эмас. Сон суяги (айникса, икки томонлама) чиқдан бола соғлом

тенгдошларига караганда анча кеч (14 ойликда) юради. Бир томонлама чиқишда омонат (калтис) юради, чўлокланади. Икки томонлама чиққанда икхи томонга оксаб юради («ўрдак юриш»).

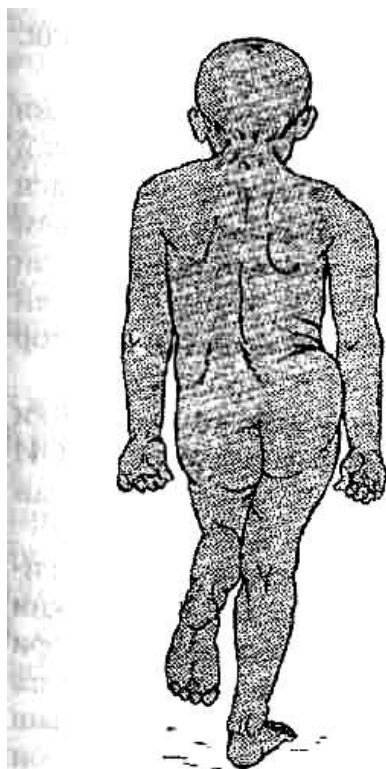
Тренделенбург симптоми: агар бола бир оёгида туриб бошқаси чанок-сон ва тизза бўғимларида тўғри бурчак остида буқилган бўлса, унда соғ оёқда турганда ўрта ва кичик думба мушаклари чанокни ушлаб туради. Бир оз кўтарилган оёқ томонда чанокнинг иккинчи ярми кўтарилади. Бу Тренделенбургнинг манфий симптомидир. Сон суягининг тугма чиқиши бўлган оёқда турганда ўрта ва кичик думба мушаклари уларнинг нуқсони туфайли чанокни горизонтал ҳолатда ушлаб туролмайди. Бунда чанок соғ томонга эгилади, шу томондаги думба ости бурмаси пастга тушади. Боланинг ўзи оғриқли томонга эгилади. Бу Тренделенбургнинг мусбат симптомидир (263-расм).

Сон учбурчаги томирлар дастасидан ичкарида пайпасланганда тугма чиқишда сон бошчасини аниқлаб бўлмайди. Бошчанинг чанок суягига ва халтасига фиксация даражасини аниқлаш учун фиксация қилинган чанокда сонни дистал учидан қўлда тортилади. Бу муайян клиник ва прогностик аҳамиятга эга. Визуал кузатиш соннинг харакатчанлик даражасини аниқлашга имкон беради.

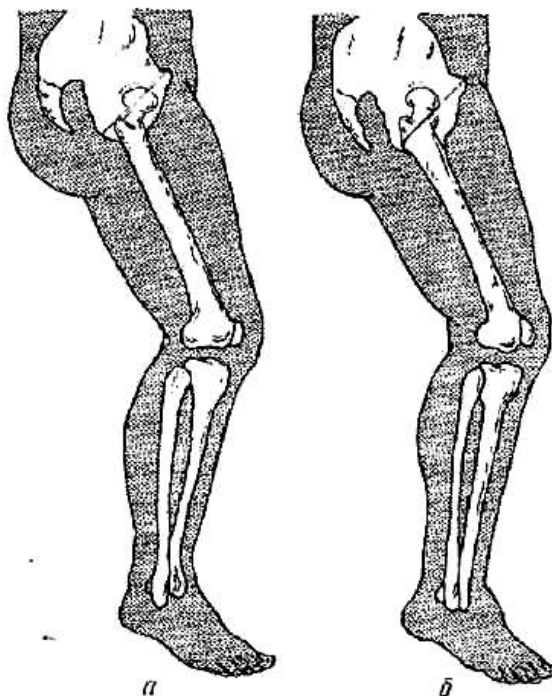
Тренделенбургсимптоми бошқа холатларда (полиомиелит асоратида, орттирилган чиқишда, сон суяганинг варусли бўйинчасида) ҳам мусбат бўлиши мумкин.

Сон суяги чикҳанда катта куст Розер-Нелатон чизигидан юқорида туради. Розер-Нелатон чизиги — ёнбош суяги олдинги юқори кхрраси ости билан куймич суяги дўнгини бирлаштирувчи чизикдир (264-расм). Оёқнинг анатомик узунлиги бир хил бўлгани холда солиштирма узунлиги чикдан томонда калта бўлади.

Ташхисни ва даволаш усулини аниқлаш учун рентген суратининг аҳамияти катта. Рентген сурати бемор турган ва ётган холда олинади (айникса, даволаш усули танланаётганда). Оёқнинг ўрта холатида ва ички ротацияда олинган рентген суратлари антеверсия тўқрисида хулоса қилишга имкон беради.



263-расм. Тренделенбург белгиси (ўнг томондан ижобий).



264-расм. Катта кўст нуқтасининг Розер-Нелатон чизигига муносабати. а — нормада; б — соннинг тугма чиқишида.

Сонсуягининг тугма чиқишида дифференциал (солиштирма) ташхисни сон суяганинг варусли бўйинчаси, думба ўрта мушаги фалажи, шунингдек патологик ва жарохат натижасида содир бўлган чиқиш ўртасида кўйиш керак Анамнез (сўраб билиш), рентген суратидага белгилар ташхисни гўгри кўйишга ёрдам беради.

Сон суягининг тугма чиқиши канча эрта даволанса, шунча яхши самара беради. Бу касалликни консерватив ва оператив даволаш бир неча босқичларга бўлинади.

Сон суяги тугма чиқишини бола хаётининг дастлабки хафталарида даволаш. Даволашни тугрукхонадан бошлаш керак Кенг йўргаклашни бола чиқиб кетгунига кадар онага ўргатилади. Кенг йўргаклаш учун иккита пелёнкани шундай буклаш кераки, эни 20 см бўлган кистирма хосил бўлсин. У тизза ва чаноқ-сон суяги бўғимлари буқилган хамда 60-80°га керилган оёқдар орасига кўйилади. Шу холатда бола оёги учинчи пелёнка билан маҳкам боғланади. Поликлиникада бола ортопед назоратида диспансер ҳисобига олиниб, она даволовчи бадантарбия машклари қилишга ўргатилади.

Даволовчи бадантарбия машклари асосан оёқни керишга мўлжалланган. Машкқунига 6-7 марта оёқнинг чаноқ-сон ва тизза бўғимлари буқланган холда те кис сатх.га теккунга кадар бажарилади. Хар гал 15-20 машк қилинади.

Бола хаётининг дастлабки хафталарида чаноқ-сон суяги бўғими дисплазиясини даволаш куйидагилардан иборат. МТОИ (Марказий травматология ва ортопедия институту) нинг кенгайтирувчи шинаси кўйилади, рахитга қарши даво тавсия қилинади. Даволовчи бадантарбия машклари, силлаш (массаж) тавсия қилинади. Шина билан даволаш 4-6 ой давом этиб бир ёшга тўлгандан кейин (рентген назорати қилиб юрилгандан сўнг) юришга рухсат этилади. Амбулатор кузатиш 5 ёшгача бўлади.

Сон суяги тугма чиққанда даволаш бола хдётининг дастлабки хафталаридан шина кўйиш билан бошланади. Бунинг учун МТОИ (265-расм), Виленский (266-расм), Волков (267-расм) шиналаридан фойдаланилади.

Бир ёшдан катта болаларда сон суяги тугма чи-КИШИНИ даволаш. Болаюрибкетгандан кейин одатдагидекоёқни кериш йўли билан сон суяги бошчасини жойига солиб бўлмайди. Илгари шундай х.олларда наркоз остида Лоренц усули билан бошча жойига солиниб, сўнгра гипсли боғлам кўйилар эди. Бирок бу йўл билан даволаш сон суяги бошчасининг асептик некрози, бўғимлар контрактураси каби асоратларга олиб келганлиги учун бу усулдан юз кечилди.

Тугма чиққан сон суяги бошчасини Илизаров аппарати ёрдамида секин-аста тортиб, чаноқ чуқурчасига солиш яхши натижа беради. Бунинг учун сон суягининг дистал метадиафизидан наркоз остида

бир-бирига бурчак остида 2 та кегай ўтказилиб, Илизаров аппаратининг ҳалкасига маҳкамланади. Сор оёқ,ка ва бел камарига карши таянч нуқтаси вазифасини бажарувчи гипсли боғлам кўйилади. Оёқлар 20-25°га керилади. Касал оёқ ичкарига 25-30°га бурилади. Бу эса сон суяги антеторсиясини йўқртади. 2 суткадан кейин пастга тортиш бошланади (суткасига 2-3 мм дан). Торта бошлагандан жойига тушгу-нича 4. ҳафта керак Бошча бўғимга тушгандан кейин аппарат 2 ҳафта давомида бўкимни тинч ва енгил долатда ушлаб туриши керак Кейин аппарат ечилиб, оёқ функционал гипсли боғлам ёрдамида Лоренц тавсия қилган >;олатда бўлади.

Волковнинг полиэтилен шинаси мушакларнинг аста-секин бўшашиб, оёқни Лоренц тавсия қилган II ҳолатда букланишини ва соннинг 60-70°га керилишини таъмин-лайди. Шина оёқнинг 5-8°га Харакат қилишига мосланган, бу эса контрактура ривожланишининг олдини олади.

Сон суяги тугма **ЧИҚИШИНИ** жарроҳлик йўли билан даволаш. Хозирги вақтда тугма сон суяги **ЧИҚИШИНИ** жарро)улик йўли билан даволашни 2 ёшдан, тўғрилаш кийин лолларда 1 ёшдан кейин ҳам амалга ошириш мумкин.



265-расм. ЦИТО шинаси.
a — олдидан кўриниши;
б — орқадан кўриниши.



a



б

267-расм. Волков шинаси.



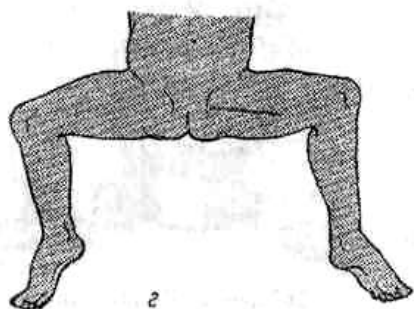
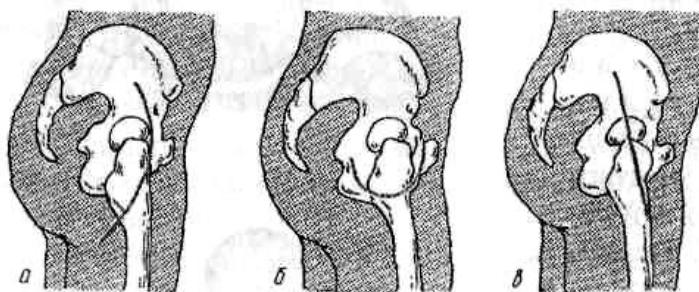
266-расм. Виленский шинаси.

Очиқ усулда тўқрилашга кўрсатмалар: 1) чаноқ-сон бўғимида анатомик (бошчанинг анча сурилиши — орқа юқорига чиқиш, сон проксимал қисми бурчаклари кагталикларининг кескин ўзгариши, «томча»нинг яхши ривожланмаганлиги) ўзгаришлар натижасида ёпиқ усулда тўғрилашнинг имкони бўлмаганда, 2) гутма чикдан сон суяги бошчасини ўз жойига ёпиқ солингандан кейин қайтадан чиқиши (релюксация), 3) сон суяганинг туша чиқиши икки ёшдан кейин сақланиб қолса амалга оширилади.

Сон суягининг туша чиқишининг дамма турини жарроҳлик йўли билан даволаш кўйидаги гурулларга бўлинади: а) чиқишни ўз ўрнига очик; усулда тушириш; б) реконструкция қилиб, очик усул билан ўз ўрнига тушириш; в) ёнбош суягидаги жарроҳлик; г) паллиатив операциялар.

Сон суягининг турма чиқишини ўз ўрнига очик усулда туширишни бошча ва чуқурча яхши шакланган бўлса, оддий амалга ошириш мумкин ёки тўғрилашдан олдин куймич косаси чуқурлаштирилади (268-расм). Сон суяги бошчаси жародатга чиқарилади, тўғрилашга халакит берадиган тўқималар ва тоғай соябони ости кесилади. Агар операция катта кўстни кесмасдан қилинган бўлса, гипсли боғлам 2-3 дафтага кўйилади. Кўймич косасининг тоғай қатлами олиб ташлангандан кейин, албагга бўғимни пластика қилиш керак. Агар бошча етарли даражада марказлашмаган бўлса, ўз ўрнига очик туширишни деротацион остеотомия билан амалга ошириш керак.

Бўғимни очмасдан соябон хосил қилиб (Кениг бўйича) куймич косасининг юқори четини реконструкциялаш чаноқ-сон суяги бўғими дисплазиясида ва бошча куймич косасида марказлашган (тешилган)



268-расм. Чаноқ-сон бўғимида кириш йўллари.
 а — Кохер; б — Мерфи-Лексер-Ольс;
 в — Лангенбек; г — Лудлофф медиал кириши;
 д — Омбретан.

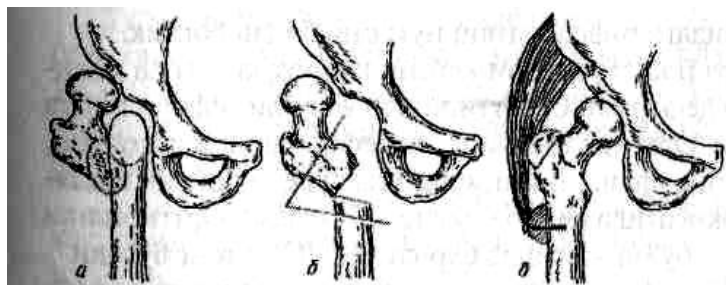
бўлса, унинг чала чиқишида қўлланилади. Операциянинг вазифаси -сон суяги бошчасининг тиралиб туриши учун муста>усам таянч л;осил қилиш ва чанок-сон бўғими чала чиқишининг олдини олишдан иборат.

Сон суяги туша чиқиб, асорати қолган, даволанмаган ёки *яхши* даволанмаган беморларда бифуркация (ёки вилкалаш) олерацияси кдяинади. Бу операция 30 ёшдан ошган беморларда қўлланилади. Остеотомия сатаи бўғим косчасининг марказига тўрри келиши керак Остеотомиядан кейин Лоренц усули бўйича сон суяги периферик қисмининг учи куймич косасига тўғрилаб қўйилади (269-расм, а).

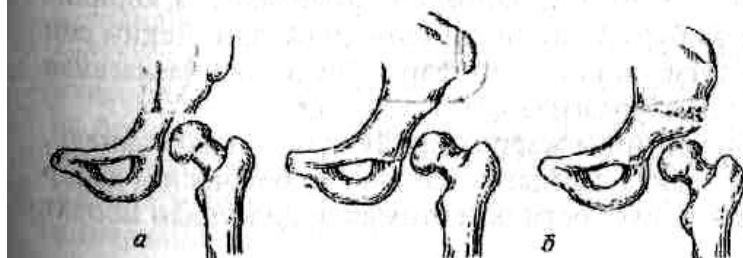
Юқорида кўрсатилган ҳолларда сон суягининг чанок суяги куйи кмсмига>тўғри келган сатҳда Шанц усули бўйича остеотомия амалга оширилади (269-расм, б). Операциянинг мақсади — чанок суягида таянч х,осил қилишдир. Унда сон суягининг остеотомия қилинган жойининг юқори ва куйи қисмидан сон суягига узун металл стерженлар кркилади. Улар керакли бурчак остида кесишиб, сон суягида тиралиши учун зарур бўлган бурчак ҳосил қилади. Қўйилган гипсли боклам уларнинг бирикиб, битишиб кетгунигача бўлган муддатга қўйилади.

Сўнгги вақтларда, айникса, кичик ёшдаги болаларда сон суягининг тугма ЧИҚИШНИ даволашда ёнбош суягидаги бўримдан таш*;ари қилинадиган операциялар кенг тарқалган.

Ёнбош суяк асоси соҳасида Киари усули бўйича (270-расм, а) чанокнингтўлиқостеотомияси чала чиқишда, куймич косасинингяққол ифодаланган «томи»да ва чанок-сон бўғими дисплазиясида амалга оширилади. куймич косчасининг куйи қисми очилгандан кейин горизонтал йўналишда искана ёки Джилъи арраси билан кесилади. Сон суяги керилганда куймич косаси сатҳида жойлашган бошча ёнбош суягининг дистал қисми ва куймич косаси билан бирга ичига сурилади



269-расм. Тугма сон чиқишида паллиатив операциялар:
а - Лоренц усулида б и ф у р к а ц и я ;
б - Шанц усулида сон остеотомияси; в - Во-Лями операцияси.



270-расм. Чанок-сон бўғими дисплазиясида бўғимдан ташқарида бўладиган операциялар.

хамда ёнбош суякдан сурилган суяк бостирма соябон билан қрпланади. Антеверсияца чаноқ остеотомиясига кўшимча қилиб соннинг деротацион остеотомияси хам қдлиниси керак Қилинган операциядан кейин оёқ керилган холда тирговичли, коксидли боғлам 2 ой мухлатга кўйилади.

Куймич косасининг томчаси ясси бўлган холларда Солтер (270-расм, б) операцияси қўлланилади. Бу усулдаги операцияда ёнбош суяги асосидан кесилиб, арраланган бўлаклар орасига ёнбош суяги канотидан олинган учбурчак шаклидаги аутотрансплантат кўйилади. Бу муолажалардан сўнг куймич косасининг томи олдинги томонга кийшайиб, сон суяги бошчасини ёпади.

Устки ацетабуляр (куймич косасининг устига) туша чиқиш яхши шаклланган сохта бўғим косасида сон суягининг бошчаси янги бўғим чуқурчасида яхши таянчга эга бўлса, лордоз ва контрактура бўлмаганда катта кўстни унга бириккан думба мушаклари билан ўзи ёпишган жойдан 3-5 см пастга (Во-Лями операцияси) туширилади. У сон суягага штифт, сим ва бошқа нарсалар билан махкамланади. Операциядан кейин Тренделенбург симптоми йўқриб, беморларнинг оксаши тўхтайди. Сон суяги тугма чикдан беморлар даволангандан кейин 20 ёшигача диспансер назоратида бўлиши керак Шуни айтиш керакки, жинсий балогатга етиш даврида сон суяги бошчасининг чала чиқиши ўзининг клиник кўринишлари билан бир неча йилдан сўнг ривожланиши мумкин. Бутун назорат муддати даврида даволовчи бадантарбия машклари ва сувда сузиш тавсия этилади.

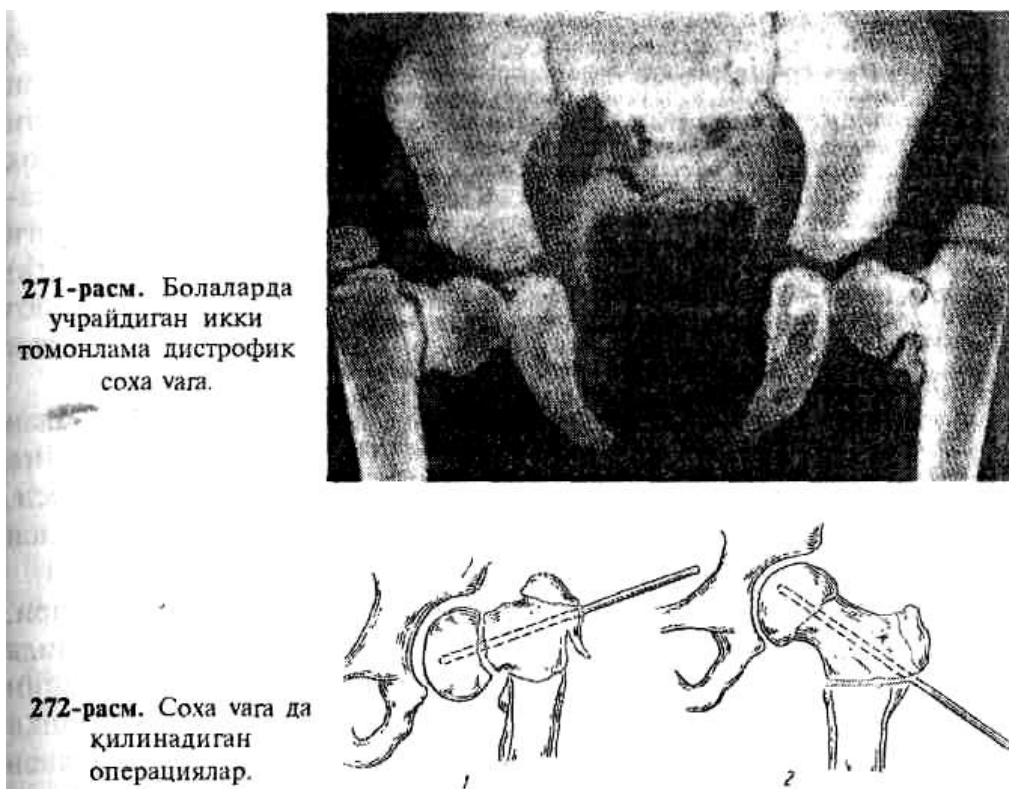
СОН СУЯГИ БЎЙНИНИНГ ВАРУСЛИДЕФОРМАЦИЯСИ

Бўйин-диафиз бурчаги одатда 125-127°га тенг бўлади. Варусли деформацияда бу бурчак 45° гача камаяди. Бу сон суяги бошчасининг эпифизар ўсиш зонасидаги ривожланиш нуқсони билан боғлиқ,.

Касаллик бола юра бошлаганидан кейин, кўпрок кизларда аниқ.-ланади. Тукма варусли деформация орттирилган варусли деформацияга караганда кам учрайди. Орттирилган варусли деформация жароҳатдан, рахит, остеохондропатия, яллиғланиш жараёнларида, эндокрин касал-ликлар ва бошқалар оқибатида келиб чиқади (271-расм). Орттирилган варусли деформацияда бўйин-диафиз бурчаги 80-90°га тенг бўлади.

К л и н и к а . Касаллик «ўрдак юриш», бел лордоз, Трен-деленбургнинг мусбат симптоми, чаноқ-сон бўғимида оёқ керили-шининг чекланиши ва буралиши билан намоён бўлади. Лекин сон суяги бошчасининг тугма чиқишидан фарқи шуки, пайпаслаганда сон суяги бошчаси сон учбурчагида қўлга сезилади.

Даволаш. Қоида бўйича жаррохлик йўли билан даволанади. Операция сон бўйинчасида тешилган каналга то бошчасига қадар суяк штифти ўтказиш ва куст ости остеотомияси қилишдан иборат (272-расм).



Сон суяги бўйинчасш-шнг вальгусли деформацияси тугма бўлиши, шунингдек полиомиелит ва рахит касалликлари туфайли ривожланиши мумкин. У клиник жихатдан унчалик аҳамиятга эга эмас.

ТУГМА МАЙМОҚДИК

Тугма маймоқдик — таянч-харакат аппарати турма деформациялари (нуқсонлари) ичида кўп учрайдигани (хамма тугма деформацияларнинг 35-38°) бўлиб, ўгил болаларда кизларга нисбатан икки баробар кўп учрайди. Икки томонлама маймоқдик бир томонлама маймоқдикка нисбатан кўп учрайди.

Турма маймоқдик — келиб чиқиш сабабларига кўра кўп омилли касаллик хисобланади. Бу омиллар куйидагилардан иборат бўлиши мумкин: 1) механик омиллар хисобига пушт ривожланишининг бузилиши (панжа амниотик тортмаларига босим, киндик бачадон мушаклари, сув такчиллигида ўсмаларга таъсир); 2) пуштнинг Дастлабки пайдо бўлишидаги нуқсонлар; маймоқдикнинг тугма нуқсонлари — бармоқдарнинг чандиги, тиртиккуён лаб, «бури жаг» ва бошқалар билан биргаликда учраши; 3) маймоқдикнинг тугма нуқсонлар билан боғлиқ бўлган ирсий тури; 4) токсоплазмоз нати-Жасидаги х.омила патологияси; 5) орка мия марказлари томонидан Иннервациянинг бузилиши;

Клиника. Тугма маймоқликнинг 2 тури, типик (80% атрофида) ва нотипик (20% атрофида) фарқланади. Типик тури а) кам учрайдиган ва тез даволанадиган енгил турига; б) тез-тез кузатиладиган, тери ости ёғ катлами ва ҳаракатчан тери кўзга яққил кўринадиган юмшоқ тўқимали пайли турига; в) кам ҳаракатланадиган терида оёқ панжа-сининг ташки томонида суяк дўмбоги кузатиладиган (товон суяги кенгайган ташки тупик, бешинчи оёқ қафт суягининг эфи-бугрилиги) суякли турига бўлинади. Маймоқдикнинг нотипик шаклига артрогрипоз ва амниотик кисиб боғлаш ва бошқалар натижасида келиб чикдан маймоқликлар киради.

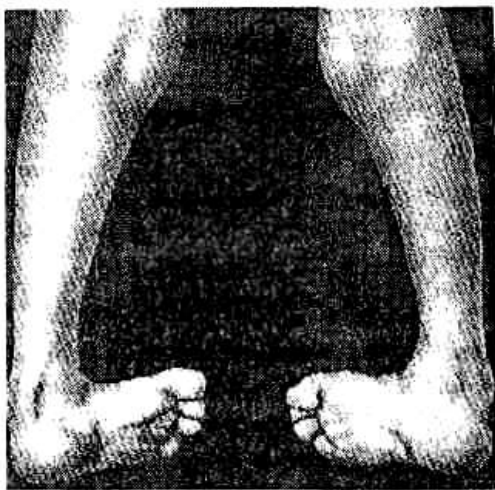
Товоннинг маймоқликдаги ҳолати куйидаги клиник белгилар билан тавсифланади: 1) оёқ, панжаси олдинги қисмининг қафт томонга эгилиши (эквинус); 2) асосан қафт олди ва товоннинг оёқ панжаси, қафт томони билан ичкарига буралиши (супинация); 3) оёқпанжаси олдинги қисмининг ичкарига келтирилиши (аддукция) (273-расм).

Тугма маймоқликдаги товоннинг ўзига хос ҳолатидан ташқари, болдирнинг ичкарига буралиши, болдир оёқ панжаси бўримида ҳаракатнинг чекланиши кузатилади. Бола юра бошлаганидан кейин маймоқлик белгилари кучайиб боради ва оёқ панжасининг ташки сатҳдаги терида қадоқ, (натоптиш) ҳосил бўлади, оёқ панжаси суяклари бир-бирига нисбатан силжиб, янги бўғим сатҳи ҳосил бўлади, эскилари тоғай сатҳининг атрофияси туфайли бўшаб қолади.

Маймоқлик касаллиги билан орриган болалар бир оёқ панжаси устидан иккинчи оёқ панжасини ошириб қадам ташлайдилар. Болдир мушаклари атрофияга учраганлиги учун озгин кўринади. Тизза бўғими тўғриланиб, комати тўппа-тўғри ҳолатни олиб, номутаносиб ва шошмай юради.

Д а в о л а ш. Консерватив ва оператив йўл билан олиб борилади.

Бола туғилганидан 10-12 кун ўтганидан кейин консерватив даволашни бошлаш мумкин. Даволаш шифокор рақбарлигида она томонидан ҳар куни редрессация (куч билан тўғрилаш) қилиниб, эришилган натижа муста)д<амланиб борилади. Ёш болаларда оёқ панжаси суяклари тоғайдан иборат бўлиб, фақат суяк ҳосил килувчи ядролари бўлади, ўсиш жараёнида ҳар хил ўзгаришларга мойил бўлади. Шунинг учун оёқ



273-расм. Икки томонлама тугма маймоқлик.

панжаси наркозсиз муайян муолажадан сўнг осон коррекцияланади (тўғриланади). Улар оёқ панжасининг маймоқликдаги ҳолати: супинация, аддукция ва эквинусга қараб тўғриланади.

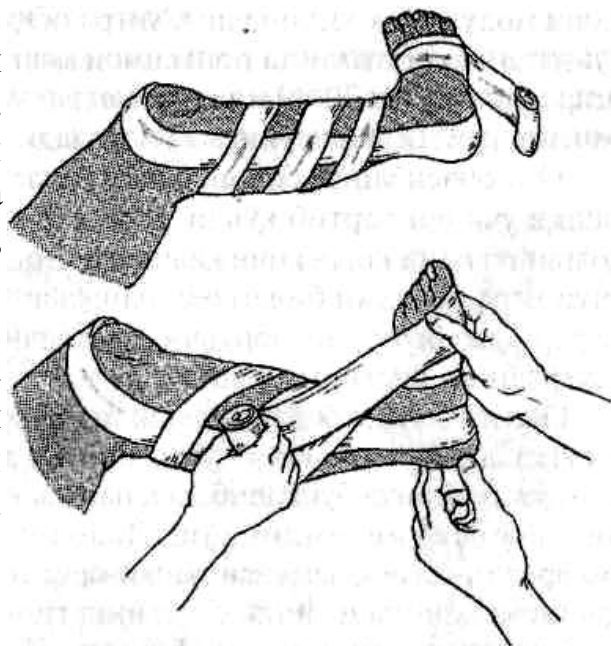
Маймоқликнинг енгил турида мад^дамлаш (фиксация) фаланелли бинт, оғар холларда босқичли гипс боғлами қўйилади. Тугма маймоқликнинг енгил турларида (бинт билан коррекция қилишдан ташқари) пассив коррекцияловчи гимнастика, дар гал бинтни алмаштирганда кунига 3-5 минутдан болдирни ва панжани 3-4 марта силаш зарур.

Финк-Эттиген бўйича юмшоқ бинтни қўйиш техникаси. Мушакларни бўшаштириш учун бола оёгининг тизза бўғими тўғри бурчак остида букилади. Бинтнинг узунлиги 2 метр, эни 5-6 см (274-расм). Маймоқликни тузатиш деформациянинг санаб ўтилган компонентлари: супинация, аддукция ва эквинус ҳолатларининг тартиби бўйича амалга оширилади. Р.Р.Вреден айтганидек редрессация қилаётганда боланинг йиглаши табиий холдир, лекин «қаттиқ, йиглаганда» муолажани аста-секин амалга ошириш керак

Вреден бўйича аддукцияни бартараф қилиш учун бир қул билан оёқ панжасининг олдинги қисмини шундай уқалаш керакки, барм оқ оёқ панжаси ташқи қиррасининг ўртасига тиралсин ва оёқ панжаси буралади. Иккинчи қўл билан товонни ва оёқ панжасининг ички қиррасини ушлаб биринчи бармоқ, учи оёқ панжасининг ташқи қирраси ўртасига тиралади.

Супинация икки қўл билан бартараф қилинади, бунинг учун битта қўл товон қисмининг пастидан каттиқушлаб туради, иккинчиси оёқ панжасини ушлаб туради. Биринчи бармоққафт юзасига, қолганлари орқа юзасига қўйилади, сўнгра товонни мақам ушлаб, секинлик билан бўйлама ўқи атрофида айланма ҳаркат қилинади. Эквинусни йўқотиш учун бир қўл билан тўпикларга тиралган ҳолда болдир столга босиб турилади, бошқа қўлнинг қафтини оёқ панжаси қафтига ёпиштириб ушлаб, оёқ панжаси қафтини орқа томонга қўтарган ҳолда фиксацияланади (мақамланади).

Қилинган муолажадан сўнг (баъзан бир неча марта) эришилган натижа



274-расм. Юмшоқ бинт ўраш.

боғлаб махкамланади, бунда бинтнинг очик (эркин) учини оёқ, панжаси орқа юзасининг ташки қиррасига, олдинги қисмини қамраган холда айлантриб 2 марта махкамлаб ўралади. Бинт 2 тўрдан (ўрамдан) кейин болдирнинг ташки юзасидан сонга болдир билан тўғри бурчак хосил калган холда ўтказилади. Сонни айлантриб тизза ости чуқурчасини ички томонидан ташки томонига ўтиб, кия холда болдирнинг олдинги-ташки юзасидан куйи ички томонига ўтиб, оёқ, панжасининг ички қиррасига оёқ, панжаси қамраб олингандан бинт яна сонга кўтарилади. Шундай қилиб, тизза бўғими буқилган холда оёқ панжаси 3 катлам бинт билан мах.камланади. Бинтни ўрамда тортиб ўралганлиги учун крн томирларини сиқиб қўйиши мумкин, шунинг учун оёқ, панжаларини назорат қилиб туриш керак Агар пайдо бўлган кўкариш 10 минутдан сўнг кетмаса, ўралган бинтни бўшатиш керак

Баъзи вақтларда коррекцияга 2 ойнинг ичида эришиш мумкин. Лекин гиперкоррекцияни ушлаб туриш учун болага кечаси пластмасса шина кўйилади.

Виленский усули билан турма маймоқликни эрта функционал даволаш. Гипсли боғлам кўйиш учун бола орқасига — тепага караб ётқизилади, оёгига (соннинг юқориги учдан бир қисмига) ип газламадан тўқилган пайпокёки найсимон бинт кийдирилади. Врач бола оёгини тизза бўғими буқилган, оёқ панжасини куч сарф қилмай коррекция ҳолида ушлаб туради. Оёқ кафтининг ташки-орқа сат>ҳга кўпиксимон полиэтилендан тайёрланган, асоси оёқ кафтининг дистал қисмига қаратилган понасимон кистирма кўйилади. Сўнгра айланма гипсли боғлам оёқ, панжаларининг учидан, соннинг юқориги учидан бир қисмигача кўйилиб, суякнинг дўмбок ерлари ва оёқкафти сохҳаси яхши модуляция қилинади. Сўнгра оёқда кўтарилган холат берилиб, кўйилган полиэтиленли понасимон кдстирма тортиб олибташланади. Агар муолажадан 30-40 минут ўтгандан кейин оёқ панжалари одатдаги рангига кайтса, бола уйига жўнатилади.

Ота-онаси уйида боласи билан ўйнаётганда колдирилган пайпокни ташқи учидан тортиб куяди. Шундай қилиб, оёқ, панжаларини бўш қолган томонга коррекция қилинади. Эришилган х,олатни сақлаб қолиш учун гипс боғлами билан оёқ, панжасининг икки сатҳи ўртасига х,^аР сафар х,ажми ортиб борувчи, тахтадан ёки полимер материалдан тайёрланган кистирма кўйилади.

Гипсли боклам боланинг ёши ва деформациянинг даражасига караб 5 суткадан 20 суткагача кўйилади. Бу давр ичида мушак бойламли контрактура анча бўшашиб, оёқ, панжаси куч сарф қилинмай окриксиз яна коррекция қилинади. Даволовчи бадантарбия машини бажараётганда оёқ, панжаси ташки-орқа гомони (полиэтилен понасимон кистирма олиб ташланган соха) нинг гипсли боғламга тегаши боғламни алмаштириш учун мезон бўлади. Иссик ванна ёки озокеритли аппликациядан кейин дарров янги гипсли боғлам кўйилади. Виленский

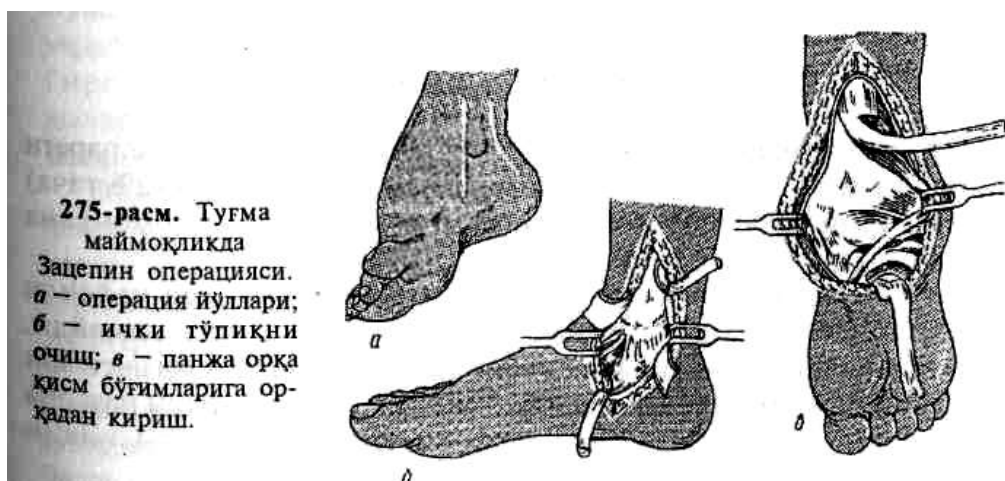
усули бўйича даволашда туша маймоқликнинг >ҳамма компонентлари куч сарф қилинмай бартараф этилади. Даволаш оёқ, панжаси дистал қисмининг коррекциясидан бошланади. Болдирнинг буралишини тўғрилаш учун оёқ, панжаси бирдан ташқарига буралади, кейин оёқ, панжасининг эквинус ҳолати бартараф қилинади. Нуқсонлар тўлиқ бартараф қилингандан кейин оёқнинг тўғри ҳолатида гипсли боғлам қўйилади ва 2-3 кундан кейин юришга рухсат берилади. Маккамланган оёқ панжасига куч бериш унинг таянч функциясининг ривожланишига, болдир ва оёқ панжаси скелетининг ва мушакларининг тўғри шаклланишига ёрдам беради.

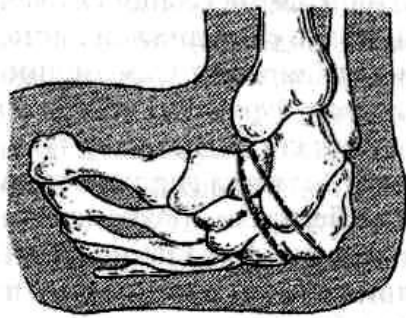
Тугмамаймоқдикнинг келажакда даволаш эришилган коррекцияни фаол сақлаб туриш ва деформация қайталанишининг олдини олиш мақсадида мушакларни маҳкамлашга қаратилган бўлиши керак. Даволаш воситалари комплексига коррекцияловчи даволаш машки, парафинотерапия, силас, озокерит аппликацияси, кичик болдир мушакларининг электростимуляцияси киради.

Консерватив даволаш натижа бермаса, 2-2,5 ёшда пай-бойлам аппаратида, 7 ёшдан ошган бўлса, оёқ панжасининг суяк аппаратида ёки кўшма мураккаб операция қилинади.

Тугма маймоқдикни жарро>у!ик даволаш ноиложликдан келиб чиққхн муолажа ҳсобланади. Пайнинг бойлам аппаратида қилинадиган операциялардан энг кўп эътироф этилгани Зацепин усули бўйича қилинадиган операциядир. Бунда болдир-оёқ панжа бўғими ички томонидан очилиб супинация киладиган мушакларнинг пайлари узайтирилади ва бойламлар кесилади. Оёқ панжасининг орқа қисмини супинацион контрактурадан озод қилиш ва товон пайини узайтириш учун орқа томондан кесилади (275-расм).

Зацепин усули бўйича қилинадиган операциянинг моҳияти болдир-оёқ панжа бўғимининг ички ва орқа сатҳидаги пайларни узайтириш, катта болдир суяги ва оёқ панжа суяклари орасидаги боғламларни





276-расм. Панжани Куслик усулида ўроксимон резекция қилиш.

хамда бўғим халталарни, ошик ва товон суяклари орасидаги бўғим ички бойламларини пухгалик билан кесиб ташлашдан иборат.

Шундан сўнг оёқ панжаси дар-хрл тўрри холатга келади ва дефор-мациянинг кайталаниши куза-тилмайди. Суяклардаги операциялар болалар 7 ёшдан ошганда суякларнинг жадал ўсиши тўхтагандан кейин қилинади. Тугма маймок-ликнинг оғир турларида оёқ панжаси Куслик усули бўйича ўроксимон резекция қилинади (276-расм).

Сўнгги йилларда тугма маймоқликнинг оғир турларида деформацияни тўғрилаш учун Илизаров, Волков-Оганесян шарнир-дистракцион аппаратларидан фойдаланилади. Бу аппаратларнинг конструкцияси маймоқликнинг хамма компонентларини аста-секин бартараф қилишга имкон беради.

4-БОБ. БЎЙИН, ЕЛКА КАМАРИ ВА КЎКРАК ҚАФАСИНИНГ ДЕФОРМАЦИЯЛАРИ

Бошни ён томонга эгилиб, айланишидаги деформацияси «кийшик бўйинлик» дейилади. Бу холат юмшоқ тўқ;ималар, суяклар, кон томирлар ва асаблардаги ўзгаришларга хам боғлиқдир. Кҳийшик бўйинлик кўпинча тўш-ўмров-сўргичсимон мушагининг патологик ўзгаришлари, камрок холларда умуртка погонаси бўйин сохасининг нуқсонли ривожланиши натижасида бўлади. Келиб чиқишига караб КИЙШИК бўйинлик мушакли, суякли, невроген, тери-бойламли ва компенсатор турларига бўлинади.

ТУГМА МУШАКЛИ КИЙШИЯ, БЎЙИН

Тута мушакли кийшик бўйин касаллиги таянч-харакат аппарата тугма касалликлари орасида учраш даражасига кўра (5-12% гача) учинчи ўрнида туради. Кўпинча, кизларда учраб, ўнг томонлама бўлиши аниқланган.

Бу касаллик тўррисида кўп назариялар бўлиб, х.еч қайсиси унинг келиб чиқиш механизмини тўлиқ тушунтира олмайди. «Кийшик бўйинлик»нинг келиб чиқишида тўш-ўмров-сўргичсимон мушагининг тугма (етишмовчилиги) нуқсони сабабчи деган назария кўпроктан олинади. Туғилиш вақтидаги жарохат деформацияни кучайтиради.

Клиника. Бола хаётининг дастлабки 7-10 кунларида якквл кўзга кўринадиган деформация жуда кам аниқланади. Пекин 3-афтадан бошлаб тўш-ўмров-сўргичсимон мушакларидан биттаси ўзгаради. Унинг ўрта қисми қаттиқлашади. Ўзгарган мушак томонга калланинг кийшайиши, юзнинг карама-карши томонга бурилиши кўзга ташланади. Калла ҳаракати чекланади. Агар тўш-ўмров-сўргичсимон мушагининг ўзгариши унчалик катта бўлмаса, каллани тўкри холатга келтириш мумкин. Мушак анчагина йўғонлашганда каллани тўғрилаш мумкин эмас. Бундан ташқари, юз ва калла асимметрияси, калла томонда бўйиндаги горизонтал бурманинг бўлмаслиги ва бошқа симптомлар кузатилади. Одатда деформация ёши улгайган сари зўраяди ва 3-6 ёшга борганда аниқ, кўринадиган бўлади. Бола олдинги томондан кўрилганда бўйин асимметрияси (калланинг эгилган томонга карама-карши бурилганлиги) сезилади. Ўзгарган мушак томондан каралганда елка сатдининг анча юқори туриши, юз ва калла асимметрияси кузатилади (277-расм). Орқа томондан кўрилганда калла томонда курак ва елка сатҳининг анча юқори туриши, бўйин асимметрияси кузатилади.

Кийшикбўйинлик кучайса, сколиоз хосил бўлади. Агар мушакнинг тўш толаси кучли жароҳатланган бўлса, калланинг бурилиши, ўмров толаси кўпроқ жароҳатланган бўлса, кийшайиши кўпроқ бўлади.

Бу беморларда жароҳатланган томонда калла суяги ясси ва кенг бўлади. СОРТОМ томонига нисбатан кийшикбўйинлик томонда кош ва кўз паст жойлашган. Қаттиқтанглай, бурун пардаси, кўшимча бурун тўсиги, юқори ва пастки жаглар нотўғри ривожланади, кўриш майдони ёмонлашиши мумкин.

Рентгенограммада калла асимметрия-сидан бошқа ўзгаришлар кўрнмайди.

Жуда кам холларда икки томонлама мушакли тугма кийшик бўйинлик учрайди. Бунда икки томонда ҳам тўш-ўмров-сўргичсимон мушаклари кзискариб, тортишади. Калла орқа томонга ташланиб, энса орқага яқинлашади.

Юз юқорига караган бўлади ёки калла олдинга энгашган ва юз ерга караган бўлади. Калланинг айланиши ва бурилиши чекланади, юқори кўкрак умуртка погонаси сохҳсида кучли кифоз, бел лордозини кайта тикланишининг кучайиши кузатилади. Тугма мушакли *чийшик бўйин куйидаги аномалиялар билан фарқланади:



277-расм. Мушакли тугма бўйин қийшиқлиги.

1)трапециясимон мушакнинг қисқариши туфайли келиб чикдан туша кдйшик бўйин;

2)бошнинг ён томонларидан елка усти сохасига учбурчак шаклида тортилган тери бурмасидан хосил бўлган канотсимон бўйин;

3)бўйин умурткаларининг бир-бири билан кўшилиб кетиши (Клиппель—Фейл касаллиги);

4)бўйин қовурғаларининг мавжудлиги;

5)понасимон бўйин умурткалари.

Орттирилган бўйин деформациясини куйидагилардан:

- спастик кийшик бўйинликдан (бемор ихтиёрига бўйсунмаган ҳаракатлар билан тавсифланади);

- Гризель касаллигидан;

- бўйин терисининг жарохатидан кейинги кийшик бўйинликдан (дерматоген);

- десмоген туридан (бўйин сохасидаги флегмона ва лимфаденитлар оқибати);

- орттирилган (миалгия) кийшик бўйинликдан фарқлаш керак

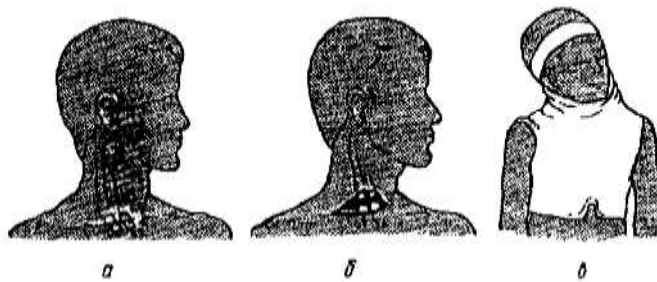
Даволаш. Консерватив даволашни тўш-ўмров-сўргичсимон мушаклардаги ўзгаришлар аниқданиши билан бошлаш керак Бунинг учун хар куни 3-4 марта 5-10 минугдан каллани карама-карши томонга ва қисқарган мушак буриш машини тавсия этилади. Бундан ташқари, бўйин мушакларини (айникса, соғлом томони) силаш, УВЧ қўллаш мақсацга мувофиқдир.

6-8 х,афтадан бошлаб сўрилувчи муолажа, калий йодли электрофорез тавсия қилинади. Даволаш курси 4 ойдан кейин қайтарилади. Бу даврда жарохатланган томондаги юз ва бўйинни силаш катта аҳамиятга эга. Эришилган коррекция пахта-картонли Шанц ёкаси, кумли халтача (ётган вақтда), тасмали чепчик такиш билан сақлаб турилади. Ётоқ деворга нисбатан шундай кўйилиши керакки, бола содир бўлаётган воқеаларни кузатаётганда боши ўзгарган мушак томонга тўқри ҳолатда беихтиёр бурил син.

Агар туша кийшик бўйин кучсиз намоён бўлса, ўз вақтида берилган консерватив даво боланинг 1 -2 ёшида тўлиқ тузалишига олиб келади. Кучли намоён бўлган ҳолларда консерватив даво 3 ёшгача олиб борилиши керак

Юз ва калланинг кучайиб борувчи асимметрияси операция йўли билан даволашни талаб қилади.

Зацепин усули билан қилинадиган операция кўп тарқалган бўлиб, тўш-ўмров-сўргичсимон мушагини ўмров ва тўш суягига бириккан еридан ва бўйин фасцияси юзасини ён томондаги учбурчакда кесишишидан (278-расм) мушаклар диастазини катталаштириш, кийшик бўйинлик кайталанишининг олдини олиш мақсадида тўш-ўмров-сўрричсимон мушак иккала учининг куйи қисми 2-3 см кесилади.



278-расм. Мушакли тугма бўйин қийшиқлигида Зацепин операцияси.
a — ўзаки фасцияни ва тўш-ўмров-сўргичсимон мушакни оёқчаларини кесиш;
б — кесилган мушаклар ораси катта очилади; бошнинг ҳолати тўлиқ тўғриланади;
в — қотириб ушлаб турувчи гипс боғлами.

Туша кийшик бўйинликни жарртоушқ йули билан даволашнинг бошқа йули — шикастланган тўш-ўмров-сўргичсимон мушакни лавсан тасма ёки консервацияланган пайдан фойдаланиб пластик узайтиришдир.

Операциядан сўнг каллани гиперкоррекция ҳолатида тутиб туриш учун торакокраниал (кўкрак-бош) гипсли бокламидан фойдаланилади.

КЛИППЕЛ - ФЕЙЛ КАСАЛЛИГИ



279-расм. Клиппел-Фейл касаллиги.

Бу касаллик бўйин умуртка-ларининг бир-бири билан кўшилиб ёпишиб кетиши, бўйин ва курак қисмида деформация билан кечади. Бунда умуртка бўримлари бўлмас-лиги туфайли бўйин калта бўлиб, ҳаракати чекланиб қолади. Бундай касаллик «бўйни йўқ», «калта бўйин» деб аталади.

К л и н и к а . Бунда ташхис қўйишда рентгенография катта ёрдам беради. Бундай беморларнинг энгаги анча пастга эгилган бўлиб, баъзан кўкрагига тегиб туради, бўйин мушаклари таранглашган бўлиб, кийшик бўйин аломатлари (умурт-Каларнинг ён томонга, олдинга эгилиши — сколиоз ёки кифоз, кўк-рак ва куракнинг кжррига кўтари-лши) юз беради (279-расм).

Д а в о л а ш. Бола ёш вақтида силаш, укапали (массаж), даволовчи гимнастика, тўғриловчи мосламалар тақиб юриш тавсия қилинади. Даволашнинг асосий мақсади — бўйин умурткаларида ҳаракатни ривожлантиришга қаратилган. Бола 5 ёшдан ошгандан кейин операция йўли билан даволанади — ёпишиб қолган умурткалар бир-биридан ажратилади. Керак бўлса, миопластика қилиниб, шакли бузилган қовурға олиб ташланиб, курак пастга туширилади. Иккиламчи неврологик белгаларига қараб бошқа операциялар ҳам қилинади.

ГРИЗЕЛ КАСАЛЛИГИ

Гризел касаллиги Гризел кийшиқ бўйинлик ёки атлантнинг бурилиб силжиши дейилади. Атлантнинг бурилиб силжиши натижасида кийшайиш бурун-халқум ва томокнинг шамоллаши ҳароратнинг кўтарилиши билан кечади. Ўткир даражада кесиб ўтган касалликдан кейин бўйин кийшайиб қолиши, Гризел атлантининг олдинги ўсимтасига қаллага бириктирувчи атлантнинг II бўйин умурткасини тишсимон ўсимтаси атрофида айлантурувчи умуртка олди мушакларининг қисқариш натижаси деб тушунилади. Шамоллаш ёки шамоллаган еридан келаётган импульсга умуртка олди мушаклари барқарор контрактура билан жавоб бериб, атлантнинг силжиши ва қалланнинг кийшайишига олиб келади. Атлантнинг силжиши ва кийшиқ бўйиннинг келиб чиқишида, шубҳасиз бўйин бойлам аппаратининг қучсизлиги сабаб бўлади.

Клиника. Касаллик болаларда, кўпинча, киз болаларда 6-10 ёшида учрайди. Касаллик иситма чиқиши билан ўткир ҳолатда ўтиб, бўйин кийшайиб қолади. Гризел бу ҳолатни атлантнинг сурилиши билан тушунтиради, одатда, бу ҳолат касалликнинг ўткир даврдан сўнг эрталаб бўлади. Бу умуртка погонаси ёнидаги қаллага ва атлантнинг олдинги қисмига ёпишувчи, иккинчи томондан II бўйин умурткасининг сўргичсимон ўсимтаси атрофида қаллани ҳаракатга келтирувчи мушакларнинг қисқариши натижасида бўлади. Атлантнинг сурилиш ва кийшиқ бўйиннинг келиб чиқишида бўйинни боғловчи тўқималарнинг қучсизлиги сабаб бўлади. Бу касалликда бош бир томонга энгашган бўлади. Тўш-ўмров-сўргичсимон ўсик қалла кийшайган томонда бўшашиб, қарши томонда таранглашади. Таранглашган мушак томонда нарвонсимон ва бўйиннинг орқа мушаклари қаттиқлашади. Бўйин пайпаслаб кўрилганда II бўйин умурткаси орқа ўсимтасининг буртиб тургани сезилиб, халқумнинг орқа сатҳида атлантнинг сурилиши натижасида ҳосил бўлган дўмбокча кўринади. Қалланнинг бурилиши натижасида атлантнинг сурилишига қараб дўмбокчанинг гок кўтарилиб, гоктушиб туриши қузатилади.

Қаллани қарама-қарши томонга буриш чекланади. Қалланнинг бурилиши атлантэпистрофеал бўғимда бўлмай, балки умуртканинг қуйи бўлими ҳисобига бўлади.

Огиз орқали туширилган рентген суратида атлантнинг олдинга сурилганлиги ва унинг вертикал ўк атрофида айланиши кўринади.

Даволаш. Яллиғланишни йўқртишда (тонзилит, лимфаденит) физиотерапевтик муолажалар (УФО, УВЧ) тавсия қилинади. Деформация мураккаб бўлганлиги учун бир неча hafta давомида Глиссон халқаси билан тортиб кўйилади. Даволовчи бадантарбия машки, силаш, иссик муолажалар тавсия этилади. Касаллик эскириб кетган холларда иккиламчи асоратлар (юз, калла асимметрияси, умуртка погонасининг кийшайиши) кузатилади.

БЎЙИН КОБИРГАСИ

Кўшимча бўйин қовурғаси - кўп тарқалган аномалия (етишмовчилик) бўлиб, у 1% кишиларда учрайди, лекин клиник кўриниши фақат 10% кишиларда кузатилади. Бўйин қовурғаси аёлларда кўпроқ учрайди (2:1), бунингустига икки томонлама бўйин қовурғаси бир томонлама бўйин қовурғасига Караганда 2 баробар ортик кузатилади. Бўйин қовурғаларининг суякланиши натижасида (20 ёшдан 30 ёшгача) неврологик ўзгаришлар пайдо бўлади.

Клиника. Махаллий белгилари - ўмров суягининг устки юқорирок (1-2 см) сохдсида шиш бўлиб, ўмров ости артерия томирининг уриши кузатилади. Унинг неврологик белгилари (оғриқ ва парестезия) билан нервни бўйлаб тарқалади ва қўлнинг ҳолатига кўра ўзгаради. Касалликнинг сўнгги босқичларида анестезия ва фалажлик бўлиши мумкин. Бу жараёнга симпатик асаб системаси ҳам кўшилса, >ароратнинг пасайиши, терининг қуриши, кўп терлаш кузатилади.

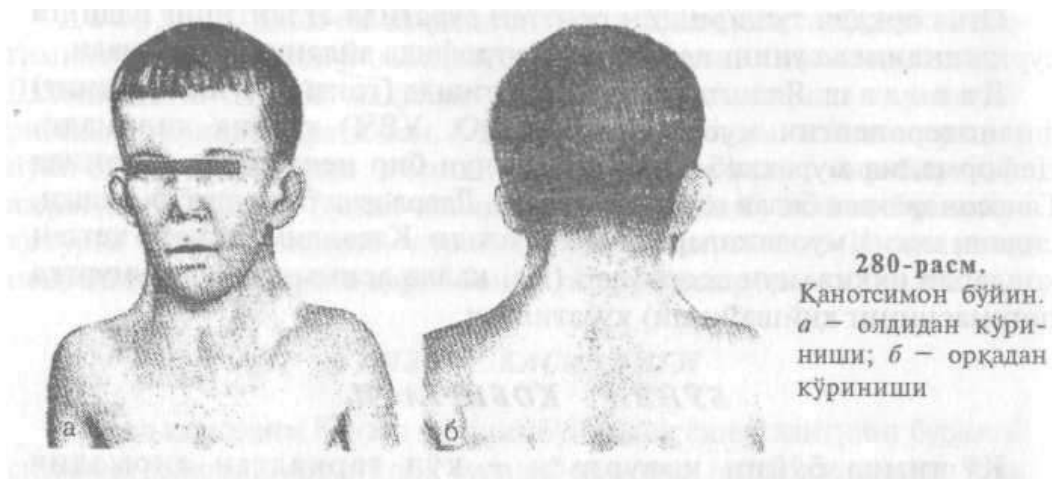
Даволаш. Кучсиз клиник-рентгенологик кўринишларида физиотерапиядан, неврологик ўзгаришлар ва оғриқ сезилганда жарро?ушклдн фойдаланилади (кўшимча бўйин қовурғаси олиб ташланади).

КАНОТСИМОН БЎЙИН

Кханотсимон бўйин — туша касаллик бўлиб, кагор нуқсонлар билан бирга учрайди. Шерешевский-Тернер, Боннев-Ульрихсиндроми билан маълум.

Клиника. Асосан бўйиннинг ён томонидаги, елка бўғимининг устидаги тери бурмаларининг канотсимон ўзгариши асосий симптоми ҳисобланади (280-расм). Касаллик кўпинча, бошқа патология: сон суягининг тугма чиқиши, синдактилия, птоз, кулок супрасининг ўсмаслиги, гипофиз ва жинсий безлар ва бошқалар функциясининг етишмовчилиги билан бирга учрайди.

Даволаш. Жарроэушк йўли билан амалга оширилади (карама-карши учбурчакли тери лахтаги билан пластика қилинади). Кўп



280-расм.
Канотсимон бўйин.
а – олдидан кўри-
ниши; б – орқадан
кўриниши

вакт канотсимон бўйин билан бирга учрайдиган кўлттик ости ва тизза бўғими ости соҳасида тери бурмаси бўлса, улар ҳам тери пластикаси қилинади.

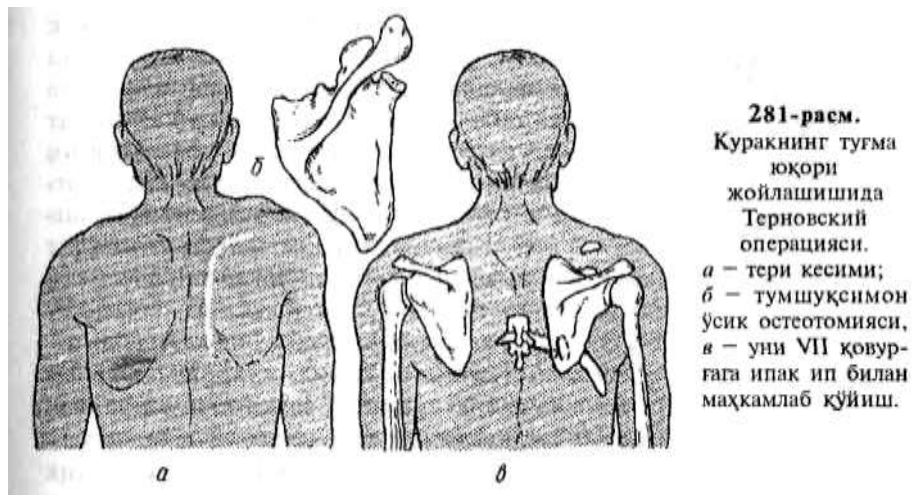
ШПРЕНГЕЛ КА САЛЛИГИ

Куракнинг тукма юқори туриши, кўпинча, бир томонлама бўлиб, суяк ёки кўшма тўқималар ёрдамида умуртка погонасига бириккан бўлади. Умуртка погонаси ва елка бўғимида хдракатнинг чекланиши, баъзи вақтларда қовурғаларнинг ёпишиши, умуртка погонасининг ўзгаришлари ва бошқа деформацияларнинг ривожланиши билан кечади. Бу касалликда елка бўғимининг ҳамрақати чекланган бўлиб, кўлни 90°гача кўтариш мумкин.

Д а в о л а ш. Консерватив даволаш усуллари: силаш, даволовчи бадантарбия машқлари, *ар* хил корсет ва бандажлардан фойдаланиш натижа бермайди. Шунинг учун операция усули билан даволаш керак. Операция куракни сафарбар қилиб, пастга тортиб, янги жойга маҳкамлашдан иборат. Бу мақсад учун С.Д.Терновский куракнинг тумшуксимон ўсимтасини унга бириккан мушаклари билан кесиб, куракни пастга тортиб, ипак ип ёрдамида қовурғаларга маҳдамлашни таклиф қилади (281-расм).

ДАНОТСИМОН КУРАК

Канотсимон курак — тугма етишмовчилик бўлиб, курак медиал қиррасининг кўкрак қафасининг орқа томонидан кочишидир. Кўпинча, икки томонлама бўлади ва куракнинг тугма юқори туриши билан бирга бўлади. Бу деформацияни ромбсимон ва трапециясимон мушакларнинг зарарланиши натижасидаги болалар фалажи туфайли пайдо бўлган канотсимон куракдан фарқлаш керак



281-рasm.
 Куракнинг тугма
 юқори
 жойлашишида
 Терновский
 операцияси.
a – тери кесими;
б – тумшуксимон
 усик остеотомияси,
в – уни VII қовур-
 гага ипак ип билан
 маҳкамлаб қўйиш.

Д а в о л а ш. Консерватив усул (узoқ, вақт силaш, даволовчи бадантарбия машқлари ва тўғри крмат кўникмасини хосил қилиш) билан амалга оширилади. Бир томонлама оғир деформацияда жаррохлик муолажаси тавсия этилади: куракнинг медиал қирраси сафарбар кҳилинади ва калин жойи ип билан қовурғанинг куйи бурчаги ўрта чизикка яқинроқ, бўлган **VIII** қовурғага маҳкамланади. Деформацияни тўғрилашни осонлаштириш учун олдин тумшуксимон ўсимта ёки ўмров суяги «2» симон остеотомия қилинади.

Курак рирчиллаши (Астраханский бўйича антескапуляр гарчилловчи бурсит). Касалликка шиллик халталарнинг гигромаси, юмшоқтўқималарнинг нуксони, мушакларнинг атрофияси, суякнинг ўсмаси (экзостози), курак ва унга тегишли қовурға периостити сабаб бўлиши мумкин. Касаллик курак даракатида гичирлаш пайдо бўлиши билан (у хатто маълум масофадан эшитилади) тавсифланади. Кўпинча гирчиллаш куракнинг куйи бурчагида аниқланади. Кул функцияси бузилмайди. Дифференциал ташхис учун Астраханский симптоми — чуқур нафас олинганда куракдаги кирчиллаш товушининг пасайиши ва овоз жарангдорлигининг камайиши ўзига хосдир.

Д а в о л а ш. Жаррохлик усули билан бурсит ёюх гигрома суяк ўсимталари билан бирга олиб ташланади. Баъзи мушаклар пластика қилинади.

КУК РАК КАФАСИНИНГ ДЕФОРМАЦИЯЛАРИ

Кўкрак кафасининг деформацияси тугма ёки орттирилган бўлиши мумкин. Кўкрак қафасининг тугма деформацияси умуртка погонаси, Қовурға, тўш, куракларнинг ўсишидаги нуксонлар билан боғлиқ.. Кўкрак кафасининг орттирилган деформацияси, кўпинча, бошдан



кечирилган касалликлар: рахит, суяк сил и, ўпканинг сурункали йирингли касаллиги, суякнинг ўсишдан қолишига сабаб булувчи кўкрак қафасининг жароҳати оқибатида келиб чиқиши мумкин. Кўкрак қафаси деформацияси-нинг кўп ҳолларида унинг ичида жойлаш-ган аъзоларнинг ва диафрагманинг айникса, юрак билан ўпканинг фаолияти ўзгаради. Кўкрак қафасининг воронка -симон деформацияси кўпроқ учрайди.

Воронкасимон кўкрак қафаси («этикдуз кўкраги»).

Воронкасимон кўкрак қафаси тугма ва орттирилган бўлиши мумкин. Унинг шаклланиши асосида диспластик ҳолдаги қовурға тоғайларининг тугма етишмовчилиги ётади. Клиник кўриниши жшдтидан воронкасимон кўкрак қафасида кррин деворининг юқори қисми ва кўкрак қафасининг пастки қисми чуқурлашган

(ичкарига ўсган) бўлади (282-расм). Крбирга тоғайлари чуқурлашишнинг ён чегарасини ташкил қилади. Кўкрак қафаси энига кенгайган бўлиб, умуртка погонасининг кўкрак қисмида кифоз ҳосил бўлади.

Кўкрак қафасининг нотўғри ривожланиши натижасида кўкс оралиги аъзолари ва ўпканинг сиқилиб силжиши содир бўлиб, маълум клиник ўзгаришларни келтириб чиқаради. Бу касалликда юқори артериал босим камайиб, куйи артериал босим ошади. Вена кон томирларидаги босимнинг кўтарилиши кон айланиши бузилишининг илк белгиси)ҳисобланади.

Клиник кечишига кўра касаллик учта босқичдан, яъни компенсация, субкомпенсация, декомпенсациядан иборат. Хар бир босқич ўпка ва юракдаги маълум бир ўзгаришлар билан тавсифланади (Кондрашин бўйича). Деформациянинг уч даражаси мавжуд: I даражада - (компенсация даврида) тўш суягининг ичкарига ўсиши натижасида ҳосил бўлган чуқурлик 2 см бўлиб, юрак силжимаган бўлади; II даражада — (субкомпенсация даврида) тўш суягининг ичкарига ўсиши натижасида ҳосил бўлган чуқурлик 4 см бўлиб, юракнинг силжиши 2-3 см гача боради; III даражада — (декомпенсация даврида) тўш суягининг ичкарига ўсиши натижасида ҳосил бўлган чуқурлик 4 см дан кўп бўлиб, юрак ўз жойидан 3 см дан ошқ сурилган бўлади. Ясси кўкрак қафаси. Бу касаллик тугма бўлмай, гавда тузилишининг бўш (суёт) ўсиши натижасида келиб чиқади.

Тумшуксимон ("товуксимон") кўкрак қафаси. Кўкрак қафасининг олдинги-орка диаметрининг кенгайиши билан

тавсифланади. Бу касалликда тўш суяги ва унинг к>иличсимон ўсимтаси олдинга туртиб чикдан бўлиб, қовурғалар ўткир бурчак остида унга бирлашади. Бу деформация туша бўлиши мумкин (турма кифосколиозда учрайди). Бирок кўп лолларда рахит, сил спондилита, умуртканинг шамоллаши, ривожланувчи тугма хондродистрофия оқибатида келиб чикиб, орттирилган бўлиши мумкин. Юқоридаги иккала касалликда кўкрак кафаси ичидаги аъзолар (юрак ўпка) нинг айтарли ўзгариши сезилмайди.

Д а в о л а ш. Асосан кўкрак кафаси деформациясини тўхтатишдан иборат. Бунинг учун махсус гимнастика машқлари, механотерапия, массаж (силаш, уқдлаш) тавсия қилинади. Махсус халқларда, нарв'бнчаларда машқлар, қўл тўпи (баскетбол, волейбол), сузиш, кайикда учуш билан шугулланиш керак. Лекин спорт машқлари деформациянинг турига, беморнинг ёшига қараб яқка тартибда тавсия қилнади.

Факат кўкрак кдфасининг айрим деформацияларини, скелет аномалияларини йўқртиш учун қўлланилади. Буларга қовурғаларнинг тугма бирикиши (синостоз), 1 қовурға — тўш бирлашмасининг анкилози ва бошқалар киради. Тўш суягининг ичкарига ўсишида (воронкасимон деформацияда) факат деформация ривожланадиган (II ва III даражадаги функционал бузилишлар юзага келганда) холларда жаррохлик усули қўлланилади. Одатда, жаррохлик усули 4 ёшдан 14 ёшгача бўлган даврда қўлланилади. Жаррохлик муолажасидан кейин фақат косметик холатдан ташқдри, юрак ва ўпканинг фаолияти ҳам аста-секин яхшилана бошлайди.

5 - б о б. УМУРТКА ПОГОНАСИНИНГ РИВОЖЛАНИШ АНОМАЛИЯЛАРИ

Умурткд погонасининг тугма деформацияси сабаблари асосан харакат системасининг етишмовчилигидан келиб чикэди, бу кўкрак Қафаси, елка ва чанок системасидаги ривожланиш нуҳсонларидан бошланади. Тугма етишмовчилик харакат системасида, умуртка погонасида умуртканинг умумий сони кўпайиб ёки камайиб қолиши ёки умуртканинг кҳайсидир бўлагида нормал ўзгаришлар бўлиши мумкин (масалан, люмбализация ёки сакрализация). Шу холатда умурткҳа танаси бир-бири билан ёпишиб, битиб кетади. Умуртканинг анормал ўсишига курак ва думғазанинг тугма етишмовчилиги сабаб бўлиши мумкин. Харакат системасининг бу турдаги тугма етишмовчилигига кўпроқ умуртка погонаси ва кўкрак кдфаси мушакларинингтўғри ва тўлихўсмаслиги сабаб бўлиб, бу холат умурткэ погонасининг кўриниши ва функциясининг бузилишига олиб келади.

Умуртка погонасидаги етишмовчиликларнинг сабаби бошқд турдаги тугма етишмовчиликлар каби х.озирча номаълум.

ЛЮМБАЛИЗАЦИЯ ВА САКРАЛИЗАЦИЯ

Умуртка погонасидаги ўзига хос деформациялар бел ва думғаза умурткалари сонининг ўзгариши билан кечади — бу ҳолатни бел ва думғаза умурткаларининг бир-бирига ўтиб қолиш касаллиги деб аталади (Шморля). Люмбализацияда беш дона бел умурткаси ўрнига 6 дона бел умурткаси бўлиб қолади, бунда I думраза умурткаси юқорига кўтарилиб, бел умурткалари сафига кўшишиб кетади. Сакрализацияда

V бел умурткаси думғаза умурткалари билан бирикиб кетади.

Сакрализация ёки люмбализация ҳолати умуртка погонаси деформациясига сабаб бўлади (сколиоз), бу ҳолат бел ва думраза соҳсида оғриқ, келиб чиқишига сабаб бўлиши мумкин.

Сакрализация ҳолати тўлиқ, хакикий ва нотўлиқ сакрализацияга бўлинади. Тўлиқ сакрализацияда V бел умурткасининг ўсимтаси катталашиб, думғаза билан бирикиб кетади ёки V бел умурткасининг кўндаланг ўсимтаси I думғаза билан синхондроз ҳолати кузатилади ва

V бел умурткасининг кўндаланг ўсимтаси ёнбош суяклари билан синхондроз йўли билан бирикиб кетиши кузатилади. Тўлиқ бўлмаган сакрализация ҳолати хдм учрайди, бунда V бел умурткасининг кўндаланг ўсимтаси катталашиб кетади.

Клиника. Кўрсатиб ўтилган аномалия ҳолатида кўпинча бел ва думғаза соҳсида оғриқ, ҳосил бўлади — кўпроқ кўндаланг ўсимталар катталашиб бириккан жойларда, бу ҳолат кўндаланг ўсимтанинг ёнбош суяги ёки думғаза умурткалари билан бириккан жойидаги ҳаракат натижасида бўлиши мумкин. Бу бириккан жойларда спондилоартроз каби ўзгаришлар ҳосил бўлади, бундан ташқари, бел умурткасининг охириги ва I думғаза умурткаси ораллигидаги дискда остеохондроз касаллигини келтириб чиқаради.

Бу касаллик кўпинча, беморнинг 20-25 ёшларида намоён бўлиб, бел ва думғаза соҳсида қаттиқ оғриқ, пайдо бўлади. Оғриқ, кўп туриб колганда, ҳаракат вақтида, оғир юк кўтарган вақтида пайдо бўлади. Айрим ҳолларда оғриқ, бемор оёқларида нерв илдизлари бўйлаб бўлади. Бел ва думғаза соҳсини иайпаслаганда кўндаланг ўсимталар соҳсида оғриқ, бўлади.

Д а в о л а ш. Консерватив йўл билан олиб борилади, бунга физиотерапия, массаж (майин укалаш), бел ва думғазани ЛФК (даволаш машки) қилинади ва белни маҳкам ушлаб турувчи ортопедик корсетлар кийиб юрилади. Ётганда эгилиб-буқилиб кетмайдиган, қаттиқ ётоқда ётиш керак. Беморга иссиқ сероводородли ванналар, оғриган жойни парафин билан ўраш, новокаин эритмаси билан электрофарез қилиш, ультратовуш терапия қилиш оғриқни камайтиради. Лекин консерватив йўл билан даволаш керакли натижа бермаслиги мумкин, бу ҳолатда операция йўли билан даволашга ўтилади, бунда катталашиб кетган кўндаланг ўсимталар олиниб,

умурткаларнинг орқа томонида суяқдан тайёрланган трансплантатлар ёрдамида спондилодез қилинади.

УМУРТКАНИНГ БИТМАСЛИГИ

Умуртка танаси ва равогининг битмаслиги куп учрайдиган туша касалликлар турига киради. Умуртка равоги битмаслиги 30-35% лолларда учрайди (283-расм), умуртка орқа томонининг бутунлай очик ҳолатида учраши думғаза умурткаларида 3-5% ташкил килади. Олдинги ва орқа томонлари битмаслиги кўпинча ўрта чизик бўйлаб бўлади, айрим хшатларда асимметрия ҳолатига учраб битмаган ёриккийшикжойлашиши ҳам мумкин.

Кўпинча умуртка равогининг битмай колган жойида фиброз тўкимадан иборат тўқималар >ҳосил бўлиши, оғриқ<;пайдо бўлишига сабаб бўлиб, бел ва думғаза радикулитини келтириб чиқаради.

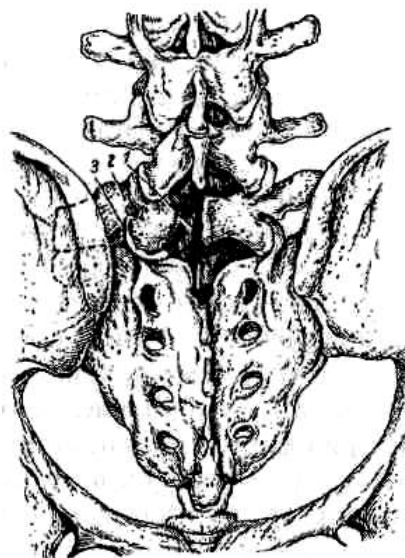
Умуртка раворининг оддий битмаслигида касалликнинг клиник кўриниши суёт бўлади ва унинг белгиларини кўҳқисдан текширув вақтида пайкаш мумкин. Умуртка равогининг битмаган ҳолатида гипертрихоз, терида пигментланган доғлар, чуқурча кўринишидаги ўйиклар, Михаэлис ромбида ортикча сочлар ўсиши кузатилади.

Д а в о л а ш оғриқ. колдирувчи дориларни (аналгетикларни) бериш билан яқунланади, маҳаллий кон айланишини яхшилаш (физиотерапевтик муолажалар), мушаклар кучинитиклаш, умуртка погонасини физиологик ҳолатда ушлаб туриш керак бунга (ЛФК майин укалаш, сувда сузиш) билан эришилади.

Рахишизис. Умуртка танаси ва равогининг бир вақтда битмаслик аномалияси бел умурткаларида учрайди, айрим вақтларда бўйин Умурткаларида ҳам учраши мумкин. Бундай ҳолат умуртка погонасининг сколиоз типигаги деформациясига олиб келади.

ТРОПИЗМ ВА УНИНГ АНОМАЛИЯЛАРИ

Бел умурткалари бўғим ўсимталарининг тугма анатомик варианты бўлиб хисобланади. Рентгенологик кўринишда бўғимлар асимметрик ҳолатда кўринади: умурткалараро бўғимнинг бир томони сагиттал ҳолатда, бошқа томони фронтал ҳолатда жойлашади. Тропизм



283-расм. L_v умуртка ёйининг битмаслиги.

- 1 – ёйининг тўлиқ битмаслиги;
- 2 – сакрализация;
- 3 – тропизмнинг аномалияси.

аномалиясига умурткалараро бўғимлар конфигурациясининг ўзгаришлари ҳам киради: а) бўғимнинг бир томонлама ривожланмаслиги (бир томондаги бўғим нормал ривожланган ёки гипертрофияга учраган, бошқа томондаги бўғим ўсимтаси ўсмай калган); б) бўғимларнинг конгруэнтлик полати бузилган.

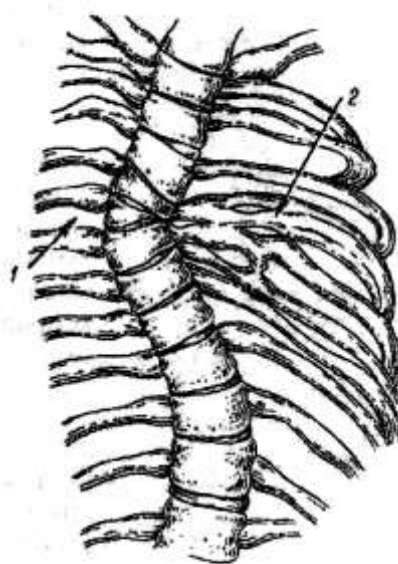
Тропизм кўпинча кўкрак бел, V ва I думғаза умурткалари орасида учрайди, камрок IV ва V умурткалари орасида, жуда кам холларда III ва IV бел умурткалари орасида учрайди. Тропизм аномалияси тахминан 18-20% одамларда кузатилади, аммо клиникаси кейинрок намоён бўлади, бунинг сабаби бел-думғазадаги оррикдарни аниқ; ташхис кила олмасликдир.

Тропизм аномалиясида юмшоқ тўқималарда чандикданиш каби ўзгаришлар, хатто суякланиш ҳолати ҳам кузатилади, умурткалараро бўғимларни ўраб турган тўқималарда, бундан ташқари, остеофитлар, чашшқлар умурткалараро тешикнинг иккиламчи торайишига сабаб бўлади. Сўнгги ҳолат кўпинча асаб толалари (илдизлари) фаолиятининг бузилишига олиб келади.

Клиника. Тропизмда орик бел ва думғаза соҳасида, беморлар оғир юк кўтарганда, айрим холларда шикастланганда, узок, вақт совуқда қолганда бел умурткасининг буқилишида пайдо бўлади. Умурткалар ҳаракатчанлиги чегараланиб қолади, асосан бел умурткалари соҳасида. Ташки кўринишида қовурға ёйи билан ёнбош суяги каноти оралигининг кискариб қолганлигини кузатиш мумкин. Айрим холларда пай рефлексининг пасайиб қолиш ҳолати кузатилади, бу асаб толасининг босилиб қолиши билан боғлиқ бўлади. Тропизмни аниқлаш учун уч кўринишда рентген сурати олинади: биттаси тўғридан ва иккитаси ярим ёнбош ҳолатида.

Д а в о л а ш. Консерватив усулда асосан умуртка поғонасига оғирлик тушишини камайтириш — тортма ўрнатиш ва касаллик биринчи хуруж қилган кунлари, албатта, ётиб даволаниш керак. Айрим лолларда хуруж даврида умурткага тушадиган оғирликни иккита қўлтиктаёқда юриш билан камайтириш, қаттиқ юза сат\и те кис бўлган жойда ётиш, новокаин билан окриксизлантириш (асосан асаб толаси чиқадиган жойига ёки умурткалараро тешик соҳасига) тайинланади. Парафин билан бел умурткалари соҳасини ўраш, новокаин ёки Парфенов аралашмаси билан электрофорез, трилона B билан фонофорез ва B₁₂ витамини инъекциялари.

Касалликнинг ўткир даврида игна рефлекс терапияси ва мануал терапия яхши натижа беради. Албатта, бемор штангачининг чарм камарини боғлаб юриши ёки Ленинградда тайёрлаб чиқарилган корсетни кийиб юриши керак. 5-7 кундан кейин массаж, ЛФК алоэ, шишасимон тана билан даво қилиш керак. Курорт шароитида бальнеологик ванналар кддиш, айникса, таркибида сероводород бўлган сувлар билан яхши натижа беради.



284-расм. Кўкрак умуртқалари ва қовурғалар аномалиясининг ривожланиши.
1 – ярим ён умуртқа; 2 – қовурғалар синостози.

Жаррохлик йули билан даволаш умуртқаларни бир-бирига маҳкам-лаб кўйиш билан яқунланиб, аномалия бор жойда, лекин жуда кам холларда, жараён эскириб, консерватив йул билан даволаш натижа бермаганда ўтказилади.

ЯРИМ ЁН УМУРТКА

„-Ярим умуртқалар бир жойда, икки жойда ва хатто уч жойда учраши мумкин, кўпрок бўйин-кўкрак ёки бел умуртқалари қисмида. Кўкрак қисмида ярим умуртқада ортикча қрвурка бўлади. Қар бир ортикча понасимон умуртқа ўзида эпифиз пластин-каларини сақлагани туфайли бир томонда жойлашган умуртқанинг ўсиш бу умуртқанинг деформацияеига олиб келиб, ёнбошга қараб кийшайишига сабаб бўлади ва сколиозни келтириб чиқаради (284-расм).

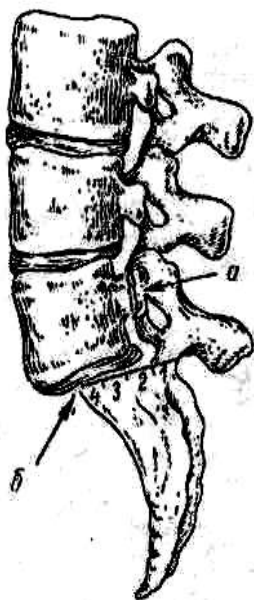
спондилолиз

Спондилолиз - бир томонлама умуртқалар аномалияси бўлиб, бу ўзининг умуртқа танаси билан равогининг бир-бирига суякланмаганлиги (ёпишмаганлиги) билан юзага чиқади. Спондилолиз 2% дан 7% гача 20 ёшгача учрайди. Бу патологик ўзгариш эркаклар ва аёлларда бир хил учрайди (20 ёшдан кейин спондилолиз эркакларда 2 боробар кўпрок намоён бўлади).

Клиник а. Кўпинча, спондилолиз бирон-бир белгиларсиз ўтади, айрим х.олларда симптомлари суёт бўлади, бу бел соҳасида суёт оғриқ, пайдо бўлиши, гокр оғриқнинг ўтирганда ёки турганда вақти-вақтида кучайиши кузатилади; айрим х.олларда ёнбошлаганда кучаяди; бел соҳасида лордоз х.олатининг

кўпайиши кузатилади. Бел соҳасининг V умуртка ўткир ўсигини уриб кўрилганда оғриқ, кучаяди. Рентгенологик кузатувда умБазанинггоризонтал х,олати кузатилади, ёнбошдан олинган рентген суратида равокнинг бўйин қисмида ёрик кўринади.

Д а в о л а ш . Умуртка погонасини тўғри тутиб туриш учун «мушаклардан корсет» яратиш керак. Оғриқнинг олдини олиш учун паст частотали магнит майдони ҳосил қилиниб, «Полюс-1» аппаратида



фойдаланилади. Спондилолизда оғир жисмоний ишлар бажариш ман этилади.

СПОНДИЛОЛИСТЕЗ

Спондилолистез — умуртка танасининг ўзидан юқори турган умурткалар билан бирга силжиб кетиши. Кўпинча, V бел умурткаси I думғаза умуртка сига нисбатан силжиб кетади (285-расм). Умуртканинг орқа томонга силжиб кетиши камдан-кам лолларда IV бел умурткаси зиммасига ҳам тушиши мумкин, иккала ён томонга силжиб кетиши ҳам кузатилади.

Спондилолистез тугма, орттирилган ва аралаш ҳолатда бўлади. Тугма спондилолистез, умуртка равоги суякланиш ядросининг ривожланиши яқунланмаслиги сабабли (спондилолиз) келиб чиқади, бу бўғим ўсимталари олдида бўлиб, умуртка танаси ва равок орасидаги ёрикни битиб кетмаслиги натижасида юз бериб, бир ёки икки томонлама бўлиши мумкин. Орттирилган спондилолистез умурткалараро бўғим ўсимталари асосида, танасининг равокха ўтаётган жойидаги ёрикнинг доимо микротравмага учраши

натижасида бўлади. Аралаш спондилолистез этиологияси равок бўғим ўсимталари олдидаги ёрикнинг аномалия ёки микротравма натижасида ҳосил бўлиши умуртканинг силжиб кетишига боғлиқ, бўлади.

Спондилолистезнинг бошланиши ва ривожланишида спондилолиз асосий манба ҳисобланиб, уни 6-8 ёшдан аввал билиб булмайти (суякланиш ядроси яқунланишидан); бу ҳолатни 10-20 ёшлар орасида, спондилолистезни эса 20 ёшдан кейин аниқ, ва мукамал аниқлаш мумкин бўлади.

Спондилолиз тахминан 65% ҳолларда спондилолистезга олиб келади, асосий сабаби травма ҳисобланади, аммо бу этиологик омил бўлиб хизмат қилмайди. Кўпинча спондилолистез V бел умурткасига (67,7%), камрок I У (25,8%) бел умурткасига тааллуқли. Канча юқорига караб кўтарилса, умурткаларнинг силжиб кетиш имконияти шунча кам бўлади; I бел

285-расм. Спондилолиз ва спондилолистез (чизма).
а - спондилолиз; б - II даражадаги спондилолистез; 1 - 4 - силжиш даражасининг кўриниши.

умурткаси атиги 0,4% лолларда силжиб кетади. Спондилолистезнинг энг мухим белгиси умуртканинг бурчак ҳосил қилиб силжиб кетишидир.

Клиника. Бу касалликни клиник-рентгенологик белгилари бир нечта даражага бўлинади (Мейердинг бўйича): I даражада умуртка танаси 1/4 қисмига силжиб кетади. II даражада — 1/2, III даражасида — 1/3 ва IV даражада I думғаза умурткасига нисбатан тўлиқ силжиб кетади. Бу касалликнинг асосий симптомлари куйидагича бўлинади:

- ўз-ўзидан оғриқ.бел ва бел-думғаза соҳасида пайдо бўлади, оғриқ. ўтирганда, умурткд поконаси ҳаракатга келганда кучаяди (асосан буқилиб, эгилиб турганда), оғриқ. умуртканинг бел қисмида ўткир ўсимтани босилганда пайдо бўлади;

- бўсага симптоми — V бел умурткасининг силжиб кетиши натижасида ўткир ўсимтаси чиқиб туради, бу тик турган ўсимта остида чуқурча ҳосил бўлади, шу билан бир вақтда юқоридаги умурткалар соҳасида кифоз ҳолати юзага келади;

- бел соҳасида лордоз ҳолатининг кучайиб кетиши шу соҳа мушакларининг тарангланишидан бўлади;

- думғаза суяги горизонтал ҳолатга келиб қолади;

- бутун тана чиқиши ва чакдон кириши натижасида тана қисқаради;

- кўкрак қафаси, кейинчалик кррин хам олдинга бўртиб чиқади;

- бел соҳасида шу касалликка хос бурмалар ҳосил бўлади, кейинчалик улар олдинги кррин девориига ўтади;

- бел соҳасида ҳаракат чекланади, асосан олдинга эгилишда;

- беморнинг юриши ўзгаради, «дорбозлар» юришига ўхшаб, оёқ тизза ва чаноқ бўғимида бироз буқилади, оёқ, кафтлари бир чизик бўйлаб ҳаракат килади;

- асаб толаси илдизлари китикланади, баъзан бутун куймич нервининг китикданишига олиб келади.

Неврологик белгаларидан, кўпинча, мушаклар атрофияси учрайди, рефлекслар сусаяди ёки йўқолади, гипестезия ҳолати келиб чиқади. Катталарда кўпинча неврологик симптомлар сезиларли купаяди, бу умурткалараро остеохондроз жараёни кучаяётганлигини билдиради ва умуртка поғонасида бекарорликни кучайтиради. Шу пайтда субарахноидал бўшлиқ. ўтказувчанлигини билиш талаб қилинади, спондилолистез касаллиги билан окриган беморларда неврологик ўзгаришлар, айниқса, парез ҳолати бўлса, клиник кўриниши кучаяди. Буни билиш учун ликвородинамиква рентгеноконтраст текширувлар ўтказиш керак

Спондилолистез 5-6% болаларда учрайди. Клиник кўриниши, кўпинча, катталарда учрайдиган касаллик белгиларига ўхшайди. Аввалига болалар бел соҳасидаш ноҳуш ҳолатдан шикоят киладилар, кейинчалик тургун бўлмаган оғриққа ўтади. Болаларда спондилолистез касаллигини билиш учун куйидаги

симптомларни аниқлаш керак

Ротендиллер симптоми: соғлом бола танасини ёнбош томонга букканда, мушаклари ёнбошлаган томонида бўшашади, карама-карши томонда эса таранглашади; касаллик думғаза-бел соҳасида бўлса, мушаклар бўшашини кузатилмайди.

Томас мусбат симптоми: битта сон буқилганда иккинчиси ҳам букилади. Спондилолистез касаллигига шубҳа қилинганда рентгенологик метод билан кузатиш, албатта, шарт, чунки фақат шу кузатиш йўли билан умуртканинг силжиганлигини билиш мумкин бўлади ва этиологик омиллар аниқланади. Рентгенограмма умуртканинг ён томонидан, олдидан, ярим ёнбош холатидан олинади, айрим лолларда функционал, яъни олдинга эгилган, орқага караб буқилган холатда рентген суратлари олинади.

Д а в о л а ш. Консерватив даволаш фақат 6% беморларда яхши натижа беради, 62,9% беморларда вақтинчанлик тузалиш бўлади. Консерватив терапия ёшни ҳисобга олган ҳолда, силжиши даражасига кўра ва клиник-неврологик кўринишига караб ўтказилади, бу текширув ва кузатувлар даврида амалга оширилади. Бунга доимо тик турмаслик куп юрмаслик ёки оғир юк кўтармаслик чаноқ-сон ва тизза бўғимлари буқилган ҳолатида кутариб кўпроқ ётиш керак корсетдан фойдаланиши шарт. Кейинчалик бу даволашга бел мушакларини бўшаштириш, кррин мушакларини таранглаштириш учун массаж, умуртканинг касалланган жойига, кўндаланг ўсимталар асосига новокаин билан блокада қилиш керак. Беморга В гуруҳидаги (В_р В₆, В₁₂) витаминлар бериш тавсия этилади, шишасимон тана, анальгин, реопирин, парафин билан бел соҳасини ўраш, шўр-игна-баргли ўсимлик билан ванна қилиш, новокаин билан электрофорез, диодинамик ток ультратовуш каби муолажалар ўтказилади. Албатта, умуртка поғонасига даволовчи бадантарбия машқлари (ЛФК) қилиш, Сочи, Нальчик Пятигорск ва бошқа бальнеологик курортларда даволаниш керак

Спондилолистез касаллигининг келиб чиқиш сабабларини аниқлаш ва уни **яхши** даволаш учун шу сабабларни йўқотиш ёки пайдо бўлиш сабабларини камайтириш керак бу фақат жарроушк йўл билан амалга оширилади.

Спондилолистезни жарроҳлик йули билан даволаш икки хил ■ бўлади, паллиатив муолажа - бу умуртка равогининг бўғим ўсимталари қисмидаги ёрикни йўқотиш, ҳар хил йўл билан умуртка орасидаги ёрикдарни суяк пластикаси операцияси йўли билан бартараф қилинади ва радикал усул, бунда умурткалараро дискдаги ўзгаришларни йўқ қилиш натижасида силжийдиган умуртка тўлиқ фиксация қилинади. Бунинг учун Чаклин, Корж, Олби, Мерсер ва бошқаларнинг усулларида фойдаланилади (286-расм).

6-боб. КАД-КОМАТ НУКСОНЛАРИ. СКОЛИОЗ

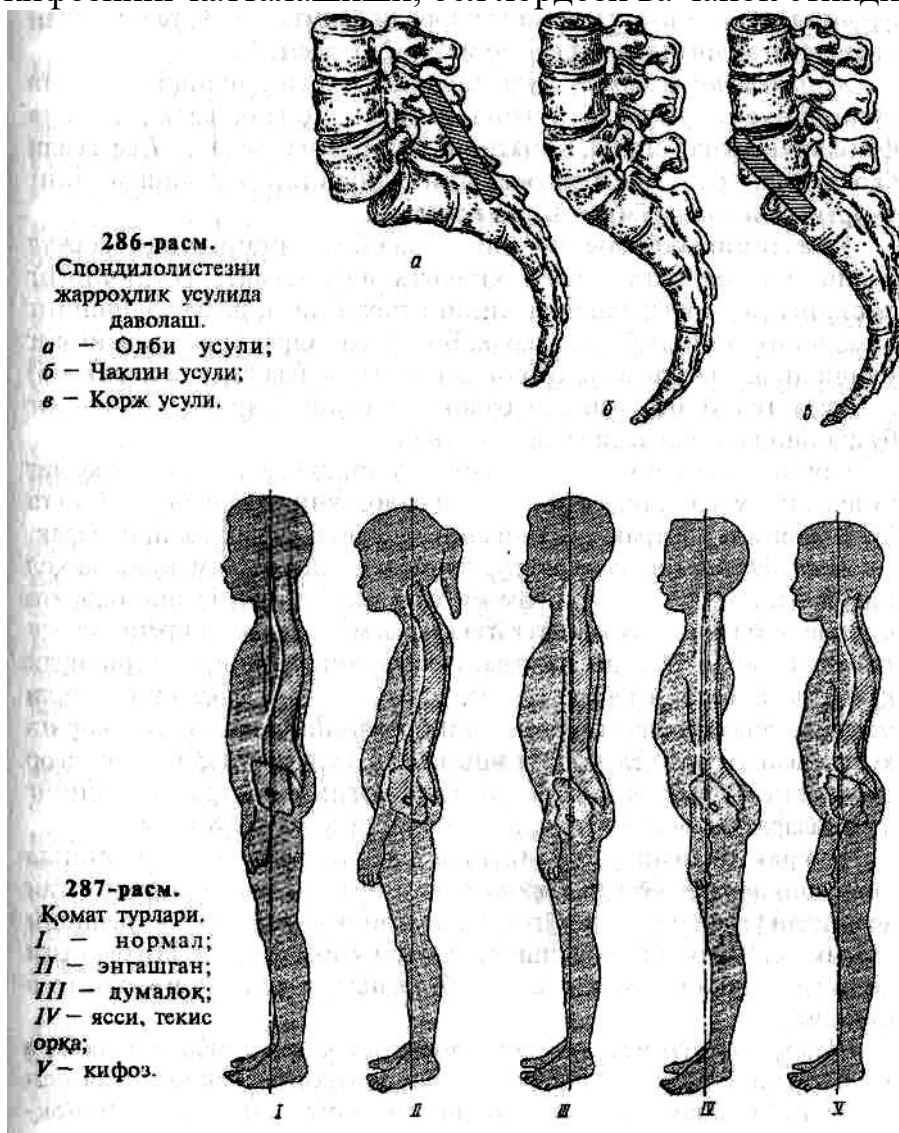
ДОМАТ ЛУДСОНЛАРИ

Тўрри цомат бош ва умуртка погонасининг тўғри ҳолати, думба бурмаларининг симметрик жойлашиши, умурткалар киррали ўсимталарининг тик ҳолати, ёнбош суяги қирраларининг горизонтал жойлашиши, сагиттал сатҳда умуртка погонасининг тўғри физиологик эгик оёушр узунлигининг бир хиллиги ва оёқ, панжаларининг тугри ҳолати билан тавсифланади (287-расм, I).

Коматнинг патологиясини аниқлаш усуллари жуда кўп бўлиб, амалий иш учун бола крматининг фочанокуратини олиш кифоя кддади.

Крматнинг асосий нуқсонлари куйидагилардир:

Букчайган орца (287-расм, II) — умурткxанинг кўкрак қисмидаги физиологик кифознинг катталашishi, бел лордози ва чанок ётиқдиги



Думалоц орқа — кўкрак қисмида кифознинг катталашishi умуртка погонаси бел соҳаси лордози билан уйғунлашади (287-расм, III).

Ясси орқа — умуртканинг бўйин ва кўкрак қисмидага эгикликлари унча кўзга ташланмайди, бел лордози тўликдекисланиб кетади. Ясси ва ясси-ботик орқада тананинг ўки умуртка погонаси бўйлаб ўтади (287-расм, IV). Бу турдаги крмат кўпрок; сколиоз деформациясига мойил.

Кифоз — умуртка погонаси кўкрак қисмининг VII кўкрак умурткасида орқа томонга кўпрок буқилиши. Бола куздан кечирилганда фронтал сатзда умурткаларнинг қиррали ўсимталари ўрта чизикдан қисман огганлигини аниқлаш мумкин (287-расм, V).

Асимметрии комат — мушакларнинг таранглашиши ҳисобига тўғриланувчи умуртка погонасининг фронтал сатх,и бўйича функционал заиф огиши. Крматнинг бу турдаги бузилиши /даражали сколиоздан рентген суратида аниқланадиган ўзгаришларнинг умурткада йўқлиги билан фарқланади.

Коматнинг бузилишини аниқлашда бола организмида мавжуд бўлиб, мувозанатга таъсир қилувчи патологияга (кўришнинг ёмонлиги, кулоқлардан биттасининг гаранглиги, нафас олишнинг бузилиши) а\амият бериш керак Болаларда хдракат фаоллигининг ўзгариши натижасида (ўкиш бошланиб, мактабда ўқий бошлаганда) ва жуда тез ўсиш, жинсий балогатга етиш даврида крматнинг бузилиши юзага келади ва ривожланади.

Организмда >ҳеч қандай патологик ўзгаришлар бўлмасдан комат бузилган бўлса, шифокор, энг аввало, унинг сабабини (катта бўғимларнинг контрактурасини аниқлашдан бошлаб) топиши керак

Кта бўтмининг контрактураси асосан шусиз \аи кўзга яққол ташланадиган бел лордози намоён бўлмаслиги учун қўлни юқорига кўтариш қобиляти йўқ,олганда катта кўкрак мушакларининг рефакцияси туфайли пайдо бўлади. Контрактурани аниқлашнинг тўғри йўли куйидагача: болани табуреткага (курсига) ўтказиб, елкасини деворга маркам кисиб кўйилади. Ундан кейин боланинг иккала қўли юқорига кўгарилади. Шунда бел лордозини аниқланади, кўгарилган қўл билан девор орасидаги бурчак ўлчанади. Бу елка бўғими контрактурасининг даражалардаги ўлчовини аниқлаш имконини беради (288-расм).

Кўкрак бўлими узоқ, вақтгача патологик ҳолатда бўлганда фиксацияланган *кўкрак кифози* пайдо бўлади, уни беморни ётган ҳолатидан ўтириш ҳолатига ўтказилганда аниқланади. Текширувчининг кўкрак бўлими остига кўйилган қўли тўғри ўсиқдар орасидаги одатдаги ҳаракатчанликни сезмайди, кўкрак бўлимида эса ротацион х,аракатлар бўлмайди.

Чанок-сон бўғимлари контрактурасига катта думба мушаклари кучсизлиги, сонни ёзувчиларнинг гиперфункцияси ёки куймич-сон (бертини) бойламининг қисқариши сабаб бўлиши мумкин. Чанок-

сон бўғими контрактураси Томас симптоми билан текширилади. Бунинг учун бемор чалканча ётган ҳолатда буқилган оёғини кррнига кўяди, шунда сор оёқ контрактуранинг бурчагича кўтарилади.

Мақдамланган бел лордоз иккала оёқбир вақтда кўтарил-ганда лордоз йуқолганида ва уларни коринга тортилиб қисылган ҳолда текширилади.

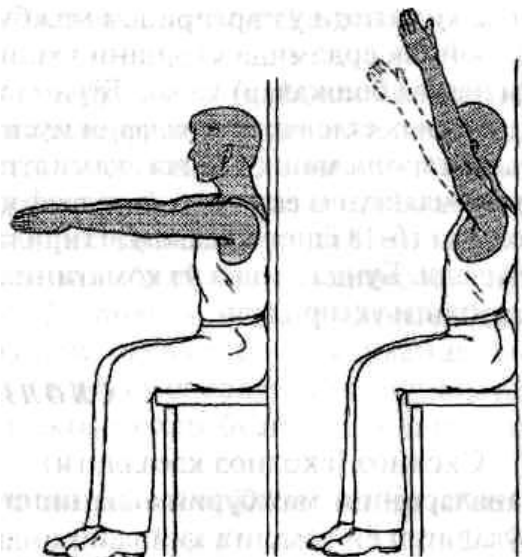
Куймич-тизза мушакла-рининг контрактураси кўп кузатилади, бунга икки бошли, ярми пайли, ярми пардали сон мушагининг қисқариши сабаб бўлади. Бу патологиянинг ўзига хос симптомлари: бемор турган

ҳолда қўл панжалари учини полга теккиза олмайди ёки оёғини узатиб полда ўтирганда қўли оёқ, панжаларига етмайди (289-расм). Баъзи вақудда кўкракнинг қуйи қисмида кўзга кўринадиган кифоз ҳосил бўлади.

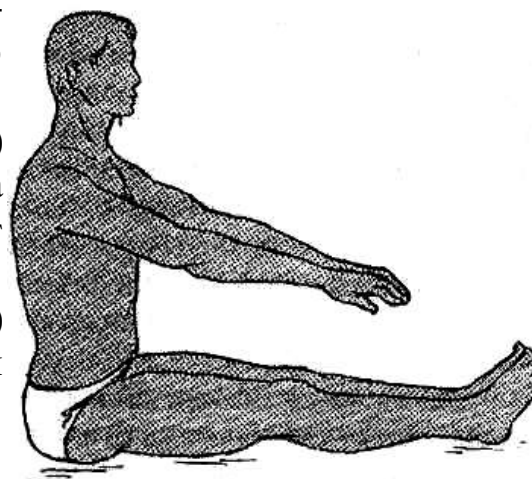
Патологик коматга олиб келувчи синаб ўгилган контрактуралар кўпми-озми ҳолатга, баъзан кўкрак қафаси ва корин бўшлиқидага аъзоларнинг фаолиятига таъсир қилади.

Патологик крматни аниқлаш учун В.Дега томонидан 31 тест-саволлартаклифқилинган. Бунда бемор тўғрисидаги умумий маълумотдан (буйи, тана оғирлиги ва бошқалар) ташқари, махсус текшириш натижалари ва кўринадиган ўзгаришлар (кориннинг катта-кичиклиги, оёқ панжаси гумбазининг яссиланиши ва бошқалар) кирган бўлиб, текшириш функционал (ўпканинг ҳаётий сизими ва бошқалар) тестлар билан тўлдирилади.

Д а в о л а ш. Ортопедик даволашнинг мақсади — «хушкоматлик х.иссини» сингдиришдир. Бунинг учун



288-расм. Елка бўғини котрактурасида лордозини катталашиши.



289-расм. Куймич тизза мушаклари котрактураси бўлган бемор.

бола крматини ўзгартиришга мажбур кдяувчи сабабларни йўқртиш (кўзойнак ёрдамида кўришни яхшилаш, буруи х.алкумини санация қилиш ва бошқалар) керак Бўғимлар контрактурасини тўғрилашга, крматни ростловчи мушакларни мустахкамлашга қаратилган даволовчи бадантарбия машки катта аҳамиятга эга. Бадантарбия деформация махкамлангунча ёки тўлиқбартараф қдлинмагунича мунтазам равишда (одатда 16-18 ёшгача) давом эттирилади. Сузиш машгулотлари тавсия этилади. Бунда болага ўз крматининг холатини ўзи назорат қилиши зарурлига уктирилади.

СКОЛИОЗ

Сколиоз (сколиоз касаллиги) — умуртка погонасининг умуртка таналарининг мажбурий айланиши (ротацияси) билан бирга содир бўладиган ён томонга кийшайишидир. Унингўзига хос хусусияти — боланинг ёши ва ўсишига қараб зўрайиб боришидир.

Диспансеризация қилишда шифокорнинг олдида коматнинг нуқсони билан сколиозни фарқлаш муаммоси туради. Дифферен циал ташхис кўйишда, энг аввало, кўзга кўрнган патологияни беморнинг ўзи ёки шифокор томонидан бартараф қилиш ва ётган холатда қилинган рентгенофаммада умуртка погонаси кийшайишининг йўқлигидир. ХЗКИКИЙ сколиоз х.атто ривожланишинингбошлангич босқичида умуртка погонасига куч таъсирида ва беморнинг холатига боғлиқ. бўлмаган деформацияси билан тавсифланади.

Эгиологияси ва патогенезига кўра сколиознинг куйидаги: тугма (жумладан диспластик), невроген, статик ва идиопатик турлари фарқланади.

Тугма сколиознинг пайдо бўлишига умуртка суяк скелетидаги ўзгаришлар натижасида ривожланган деформация: ковургаларнинг бир томонлама синостози, кўшимча ковурга ва ярим умуртка, кхиррали ей ўсимталарининг синостози, умуртка ёйи илдизлари нуқсони, бел-думғаза соҳасининг дисплазияси сабаб бўлади.

Диспластик сколиознинг пайдо бўлишига спондилолиз, умуртка ёйи илдизларининг битмаслиги, бир томонлама сакрализация ёки люмбализация сабаб бўлади. Тугма келиб чиқишининг умумийлиги этиологик жихатдан бу икки тушунчани тугма сколиознинг битта турига бирлаштиради.

Невроген сколиоз асосан полиомиелит билан огриш натижасида пайдо бўлади. Унинг сабаби орқа мушаклари ва корин кийшик мушаклари томонидан мувозанатнинг бузилишидир. Шунингдек бундан ташқари, невроген сколиоз гурухига миопатия, сирингомиелия, нейрофиброматоз, спастик фалаждан кейинги сколиозлар ҳам киритилади.

Статик сколиоз аксарият оёқ бўғимининг шикастланиши (анкилоз, сон бўғимининг тугма чиқиши ва бошқалар) туфайли пайдо бўлади

ва оёқнинг калта бўлиб қолиши натижасида умуртка поронасининг туррун ўзгариши содир бўлади.

Идиопатик сколиоз - энг кўп тарқалган бўлиб, келиб чиқиши хозиргача номаълум. Айрим муаллифлар рахитик сколиозни идиопатик сколиозга кўшишади. Лекин бир катор биокимёвий жараёнларнинг хусусиятлари идиопатик сколиознинг асосида гормонал сабаб борлигини тан олишга имкон берди. Кўпчилик муаллифлар эса бу турдаги сколиозда асаб-мушак мувозанатининг бузилишини эътироф этиб, касалликнинг келиб чиқиш сабаби полиомиелит ёки кандайдир нейродистрофик (айникра, мушак тўқимасида) жараёнда деб ҳисоблайдилар. Шунинг учун баъзи ортопедларнинг идиопатик сколиозни диспластик ва туша сколиозлар бўлимига киритишга мойилликлари тушунарлидир.

Сколиозлар оилавий (ирсий) ва рахит туфайли пайдо бўлган сколиозларга бўлинади.

Хозирги вақтда М.В.Волков, Е.К.Никифорова ва А.Ф.Каптелинлар томонидан таклиф этилган тасниф энг маъқул таснифдир. Улар сколиоз билан огриган ҳамма беморларни икки гуруҳга: тута ва орттирилган гуруҳларга бўладилар. Тугма сколиозларга умуртка ривожланишининг тугма аномалияси, бел-думғаза қисмининг дисплазияси, оилавий сколиоз ва бошқалар, орттирилган сколиозларга эса рахитдан, фалаждан кейинги статик ва идиопатик сколиозлар киради деб ҳисоблайдилар.

Т а ш х и с. Сколиозни аниқлаш ривожланишининг эрта босқичларида жуда муҳимдир, чунки ўз вақтида бошланган даво кийшайишнинг олдини олади. Анамнез йиғилганда патологиянинг ирсийлиги эктимоллигини аниқлаш керак. Умуртка деформацияси қайси ёшда пайкалганлиги, қандай ривожланганлигини билиш муҳимдир.

Умуртка погонаси деформацияга учраганига шубҳа бўлган болалар тик турган, ётган ва ўтирган ҳолатларда текширилади. Эктимол туғилган деформацияларни аниқлаш учун мўлжал суякларга: ҳамма умурткаларнинг қиррали ўсимталари, куракнинг пастки бурчаги (қирраси), куракнинг юқори қирралари, ёнбош суяги қирраси, ўмров, тўшнинг бўйинтурух. чуқурчасига рангли белги кўйиб чиқилади.

Ўтирган ҳолатда чаноқкийшиклигининг бор ёки йўқлиги аниқланади: умуртка погонаси бел лордозининг даражаси, тананинг ён томонга ОРИШИ ва умуртка погонасининг ён томонга кийшайиши ўлчанади.

Тик турган ҳолатда қиррали ўсимталарнинг жойлашиши баҳоланади. Умуртка погонасининг ён томонга кийшайишини аниқлаш учун VII бўйин умурткаси қиррали ўсимтасининг учи соҳасидаги тери устига учига тош боғланган ип лейкопластер ёпиштириб кўйилади. Умурткалар қиррали ўсимталарининг бир томонга кийшайиш даражаси, тош боғланган ипда сантиметр билан ўлчанади. Агар сколиоз бўлса, бир томондаги елка соҳаси иккинчи томондагидан баланд туради. Буни

кураклар ва ўмров суякларининг жойлашиш сатҳидан билса бўлади. Кийшайишнинг ботик томонидаги курак буртик томондаги куракка нисбатан кдорали ўсимталарга якин жойлашган бўлади. VII бўйин умурткдси қиррали ўсимтаси учидан куракнинг бурчагигача бўлган масофа бўртиб турган томонда ботик томонига нисбатан кам бўлади. Олдинги томондан кдралганда тўш суяги ханжарсимон ўсимтасининг ҳолати ва олдинги қовурға букурлигининг бор-йўқдиги аниқданилади.

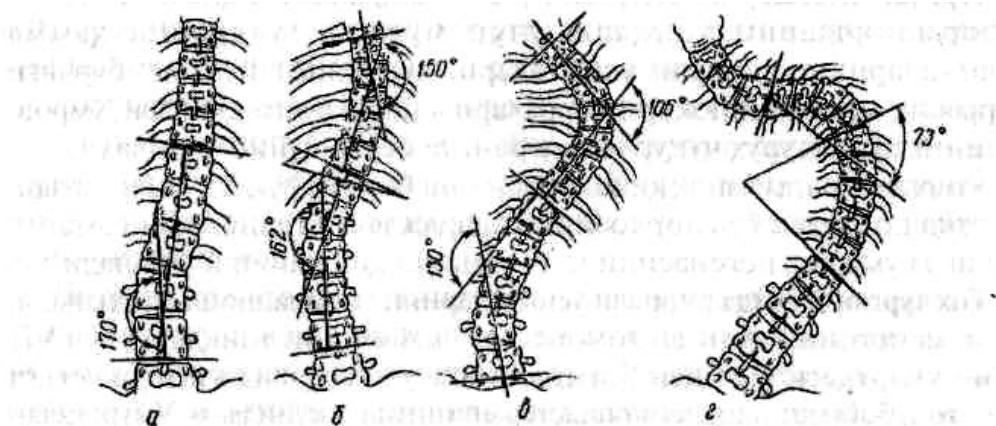
Тик турган ҳолда, шунингдек оёқларнинг узунлиги, чанок-сон, панжа, тизза, бўғимларининг контрактурасининг бор-йўқдиги аниқ,-ланади, лордознинг ўзгариши ўрганилади, умуртканинг бел соҳаси-даги харакактчанлик даражаси аниқланади. Деформациянинг бар-қарорлик даражасини аниқлаш учун беморни бошидан ушлаб кўтариб кўрилади.

Бемор орқаси билан ётган ҳолатда кррин мушагининг функционал долати, функцияси, крринга ётган ҳолатда кийшайиш ёйларининг бирламчи ва компенсаторлиги аниқланади.

Рентген сурати, албатта, ётган ва турган ҳолатда 2 та кўринишда олинади.

Сколиоз касаллигининг оғирлиги ўзгариш даражасига қараб тавсифланади. Шу билан бирга, баъзи ортопедлар буни клиник кўриниши ва кийшайишининг оғир-енгиллигига қараб, бошқалари эса рентген суратларига асосланиб, кийшайиш бурчаги катталигига кўра даражани аниқлашади.

Мустақдл Давлатлар ҳамдўстлигида сколиознинг В.Д.Чаклин таклиф қалгантаснифидан фойдаланадилар. Бунда: I даражали сколиоз — рентген суратида ён томонга 10° гача огиш ва торсия (қовурғанинг ўз ўқи атрофида айланиши) нинг бошланиши билан (290-рasm, a) тавсифланади; II даражали сколиоз — огиш $11-25^\circ$ гача торсия компенсатор ёйининг мавжудлиги билан намоён бўлади.



290-рasm. Чаклин бўйича сколиоз таснифи (рентгенограммага асосан график ҳисоблаш).
a — I даража; б — II даража; в — III даража; z — IV даража

Клиник жихатдан умурткаларнинг торсияси натижасида хосил бўлган мушакли болиш, қовурғадаги катта бўлмаган букурликка (290-расм, б) хосдир; III даражали сколиоз - 25-40° атрофида ён томонга огиш ва катта қовурга букурлиги мавжуд бўлган, анча яққол кўринадиган деформация ва катта букурлик Рентген суратида кийшайишнинг чўккисида понасимон умуртка аниқланади (290-расм, в); IV даражали сколиоз — умуртка погонаси кўкрак қисми кифосколиози, яққол кўринувчи қовурга букурлиги, чаноқ деформацияси, тана огиши балан тавсифланувчи тананинг кўпол деформацияси. Асосий кийшайиш бурчаги 41-90° (290-расм, з).

Кийшайиш бурчагини аниқлашнинг жуда кўп усуллари мавжуд бўлиб, улар орасида Кобб усули кўпроқ қўлланилади. Бу усул кийшайиш ёйи сўнгга умурткалари томонидан ташкил топган бурчакни аниқлашга асосланган. Тўғри проекциядаги рентген суратидан нейтрал (ёки бетараф) умурткалар асосидан умурткалараро бўшлиқ. (ёки тиркиш) га параллел қилиб иккита чюикўтказилади. Ўтказилган чизикларга перпендикуляр туширилади. Перпендикулярлар орасида хосил бўлган бурчак умуртка погонасининг кийшайиш даражасини ташкил килади.

Тугма сколиоз билан туғилган болаларда нафас олиш аъзолари ва юраккрнтомир системаларида ўзгаришлар бўлади. Агар сколиоз кўкрак қисмида бўлса, деформацияга учраган умурткалар ўзига бириккан қовурғаларни илаштириши натижасида қовуркалар буқури ривожланиб, кўкрак кафаси деформацияси келиб чиқади.

Сколиозни даволашда ортопедларнинг эътибори асосий кийшайишни аниқлашга ва уни тўғрилашга қаратилган бўлиши керак

Сколиоз узоқ, вақт даволанмаса, мустаҳкамланиб, барқарор-лашаверади.

Деформациянинг барқарорлигини аниқлашнинг энг содда усуллари куйидагилардир: 1) киррали ўсимталарни белгилаб чиқиб, сўнгга беморни ҳар томонга (чап ва ўннга) кийшайтириш (ёки эгиш); 2) калладан тортиб умурткани чўзиш; 3) беморни ёнбошга (ботик томонига) ёткизиш; 4) қўл билан бўртиб чиккан томонни босиш; 5) рентген суратини олиш: а) ётган ва тиктурган холатларда олинган суратларни солиштириш; б) ўтирган ва тиктурган, шунингдек эгилган \олдаги суратларни солиштириш.

Бунда: a — бемор ётган холатда олинган рентген суратидаги кийшайиш ёйининг катталиги; a_1 — бемор тик турган холатдаги ўша бурчак

$$\text{Индекс} = \frac{180^\circ - a}{180^\circ - a_1},$$

А.И.Казьмин усули бўйича деформация барқарорлиги индексини Хисоблаш нисбатан анча қўлай. У ётган ва тиктурган холатда олинган рентген суратидан куйидаги тенглама бўйича х,исобланади:

Баркарорлик индекси 1 дан (деформация тўлиқмустахкамланган) го 0 (кийшиклик мутлак харакатчан) гача ўзгариб туради. Одатда, индекс 0,3 дан 1,0 гача ўзгариши мумкин.

Сколиозда деформациянинг кучайиши беморнинг ёшига, кийшайишнинг даражаси ва турига, шунингдек этиология сига хам боғлиқ,. Деформациянинг кучайиши одатда боланинг жуда тез ўсиш даврига тўғри келиб, ўсиш тўхташи билан тугайди. Лекин бу холат полиомиелитдан кейин пайдо бўлган сколиозга тааллуқди эмас, чунки бу холатларда у ўсиш тўхтагандан кейин хам ривожланиши мумкин. Демак бола канча эрта касал бўлса, деформациянинг кучайиш хавфи шунча кўп, канча кеч огриган бўлса, сколиознинг ривожланишига шароит шунча кам бўлади. Сколиознинг ривожланиши бола ўсиши билан кучайиб бориб, энг юқори чўккмси балогатга етиш даврига: кмзларда 11-13 ёшга, ўгил болаларда 14-16 ёшга тўғри келади. Шу вақтдан бошлаб ривожланиш даражаси аста-секин камайиб бориб, ўсиш даврининг охирида (17-20 ёшларда) тугайди.

Бола ўсишининг тўхташини ёнбош суяги канотининг (Риссер зонасининг) суякланиш тестига кўра кузатиш мумкин, ёнбош суяги билан ўсиш зонасининг («ўрок»нинг) тўлиқбирикиб кетиши ўсишнинг тўхтаганлигидан далолат беради.

Электромиографик текшириш ёки мушакларнинг хронаксиметрияси мушак системасининг холатини аниқлаш имконини беради. Нейроген турдаги сколиозларда бу жуда мухимдир.

Кўпчилик муаллифлар сийдик ва коннинг биокимёвий кўрсаткичларига кўп аҳамият беришади. Чунки улар кандайдир даражада сколиоз келиб чиқишининг сабабларини, баъзан эса сколиозда бўладиган чуқур ўзгаришлар (аминокислоталар ва мукополисахаридлар алмашинувининг бузилиши) ва бошқаларни аниқлашга ёрдам беради.

К а с а л л и к н и н г о л д и н и о л и ш в а д а в о л а ш . Сколиоз ривожланишининг имкониятини хисобга олиб ва унинг тахминан пайдо бўлиш вақтини билиб, кўпчилик холларда эса унинг келгусида қандай кечишини билган холда касалликнинг олдини олиш чораларига катта аҳамият бериш керак

Бола 3 ёшга тўлгунга қадар уни тўғри овкатлантириш, очиқ хавода бўлиши, ухлаш гигиенаси, болани чиниктириш эх.тимол тутилган рахитнинг олдини олишда катта аҳамиятга эга. Жараён ривожланишга мойил бўлса, тана мушакларини силаш, ванна, гипсли ётоқда ётиш тавсия этилади. Мактабгача ёшдаги болаларнинг ётоқ ўрни уларнинг бўйига тўғри келиши керак Бола қаттиқ тушакда бошига кичкина ёстик кўйган холда ухлаши ва бола ёнбоши билан ётганида кийшайиш ёйи остига болишча қўйиш керак Мактаб ўқувчиларига жиддий эътибор бериш керак Чунки 7-9 ва 12-14 ёшда сколиознинг энг кучли ривожланиш даври кузатилади. Агар касаллик кучаймаса, амбулаторияда даволаш

мумкин. Вакти-вакти билан даволовчи бадантарбия машки билан (умуртка погонасининг бойлам апаратини чўзувчи машқдар мумкин эмас) шугулланиш керак Спорт билан шугулланиш фойдали: чангида юриш, баскетбол ва волейбол, сузиш тавсия этилади. Мактабларда коррекцияловчи гимнастика билан шугулланувчи махсус гурухлар ташкил қилиш керак Машгулотлар кррнига, орқасига ётган, эмаклаган холда, таёк билан бажариладиган машқдар билан биргаликда олиб борилади.

Сўнгги 20 йил ичида дунёнинг кўп мамлакатларида, шунингдек Мустакил Давлатлар хамдўстлигида сколиоз касаллиги билан огриган болалар учун махсус мактаб-интернатлар ташкил қилинапти. Бу мактабларда машгулотлар болалар бирон жисм билан крринга ётган холда олиб борилади; танаффус вақтида гимнастика машқларини бажаришади, кечаси гипсли ётоқларда ухлашади.

К о н с е р в а т и в д а в о л а ш . Сколиоз касаллигини консерватив усул билан даволашнинг мақсади: компенсатор кийшайишни хосил қилиш ва дастлабки кийшайишни тузатиш (редрессация қилиш) дир. Консерватив даволаш усуллари сколиоз деформациясининг катта-кичиклигига ва баркарорлигига, мустахкамлигига боғлиқ..

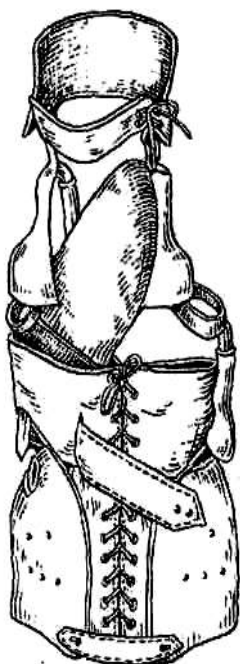
Хаетининг дастлабки 3 ёшида сколиозни даволашнинг асосий усули болани тўғри ёткизишдан, гипсли ётоқда танасини коррекция холатида мах.камлашдан иборат. Хаетининг дастлабки ойларида доимо фақат шундай ётоқда, каттарок бўлганда фақат ухлаган вақтида ётади. Ёш болалардаги сколиознинг натижаси, одатда, яхши бўлади.

1-11 даражали сколиозда касалликнинг олдини олиш учун иш жойини тўғри ташкил қилиб, бола хаётида бўлиши мумкин бўлган нокулай омилларни йўқ,отиш керак Стол ва стулларнинг баландлиги боланинг бўйига мое келиши, ёруглик оптимал бўлиши керак Болалар қаттиқ, текис ерда ётиши керак (матрацнинг тагига фанерли тахта кўйилади). Спорт машгулотларидан харакатчан ўйинлар, кишда чангида юриш, умуртканинг ротацион (буралиш) харакатлари бўлмаган усулда сузиш тавсия этилади.

Умуртка погонасини чўзишга мўлжалланган, илгари қўлланилган функционал даволаш (даволовчи бадантарбия машки) сколиознинг ўсишини 2 марта зўрайтиради.

Динамик кузатувда сколиознинг зўрайиши сезилса, болани даволаш ўкитиш билан бирга олиб бориладиган махсус мактаб-интернатга юбориш керак Бу мактабларда муолажалар кун давомида олиб борилади: болалар махсус ёгоч ётоқларда ётиб ўкишади; бадантарбия машки кўп вақтни эгаллайди. Шу билан бирга, хрвусда чўмиладилар. Эгилувчи ортопедик корсет (291-расм), коррекцияловчи гипсли ётоқдан фойдаланилади.

Ортопедик корсетларнинг афзаллиги шундаки, касал коррекция кдпинган халда корсетда бемалол юра олади. Болалар корсетни фақат



291-расм. ЦНИИП
функционал
коррекцияловчи
корсети.

кечаси ечадилар ва деторсион ёстикча кўйилган гипсли ётоқда ухлайдилар.

Физиотерапевтик даволардан ташқари, санаторий ва курортларда даволаниш ҳам катта аҳамиятга эга.

Сўнгги йилларда кийшайишнинг бўртиб чиққдн томовдаги кучсиз мушакларнинг тонусини тиклаш учун ккчик микдордаги импульсли токлардан фойдаланиш тавсия этиляпти.

Консерватив ортопедик даволаш (даволовчи бадантарбия, силаш), физиотерапия, санаторий-курортда даволаниш, шунингдек рационал овкатланиш, медикаментоз терапия кўп лолларда, айникса, касалликнинг бошлангич даврида яхши натижа беради.

Жарроҳлик йўли билан даволаш. Сколиозни жаррдаушк йўли билан даволашга II даражали зўрайишда сколиознинг узок, вақт консерватив даволашнинг муваффақиятсиз-лиги туртки бўлади. III ва IV даражали сколиозларда ва кифосколиозларда умурткани коррекция қилиш ва жарроҳлик йўли билан маҳамлаш талаб қилинади.

Даволашнинг жуда кўп усуллари таклиф қилинганлигига қарамай, жарроҳлик ҳар доим ҳам кутилган натижани беравермайди. Сколиозни даволашда куйидаги жарроушк усуллари қўлланилади: *умуртцанинг пай-бойлам аппаратидаги жарроҳлик* ~ орқа қиррали ўсимталараро устки ва оралик бойламларни, умурткалараро бўғимларнинг капсулаларини кесиш; *дисклардаги жарроҳлик* — дискларни деформация чўккисида дискотомия, энуклеация қилиш; *умуртца таналаридаги жарроҳлик* — Казьмин усули бўйича панасимон резекция қилиш, эпифизеодез.

Жарроуликнинг бу 3 тури умуртка погонасини орқа томондан суякли пластик мустаҳкамлаш — металл конструкциялар (Казьмин, Харрингтон дистрактори, Роднянскийнинг пластинкасимон ўзини-ўзи тўкриловчи фиксатори) дан фойдаланган ҳам, олда тўғрилаш операциялари билан бирга олиб борилади.

Кобирга буқури мавжуд бўлганда жуда бўртиб чиққан ковургалар резекция ёки торакопластика қилинади.

Касаллик этиологиясини ҳамсобга олиб, санаб ўтилган усулларнинг айрим компонентларини ўз ичига олувчи жарроуликнинг мураккаб усуллари қўлланилади.

Болалар ортопедиясидан сўнг улар ўсиш даври тугагунча комплекс даволанишлари керак

7 - б о б. ДЕФОРМАЦИЯЛОВЧИ АРТРОЗ

Деформацияловчи артроз (остеоартроз) — бу бўғимларнинг дистрофик ўзгаришига олиб келувчи сурункали касаллиги бўлиб хисобланади, бунинг асосида тоғай каватининг дегенератив ўзгариши ётади ва эпифиз қисмида иккиламчи суяк тўқимасининг ўзгаришига олиб келади ва четларида ўсикдар хосил килади («мўйлов»га ўхшаш), склероз ва халтасимон сийрак модда хосил килади.

Бу полиэтиологик касаллик хисобланади. Касаллик ривожланишини бир неча омилларга билан боғлайдилар. Кўпрок исбот қилингани механик омил бўлиб хисобланади. Бу макро- ёки микротравмаланиш натижасида тоғайда кейинчалик дегенератив ўзгаришлар келтириб чиқаради, бу бўғим сатхининг статик ўзгаришларига олиб келади, бунда бўғим сатхига оғирлик тушгач, унинг айрим қисмларига кўпрок оғирлик тушиб, бўғим тоғайининг парчаланишига олиб келади. Деформацияловчи артроз хосил бўлишида ангиотрофик омилнинг асосий сабаблардан бири эканлиги шак-шубх.асиздир. Микроциркуляциянинг бўғим сатхида ўзгариши, хусусан веноз кон томирларда қрн димланиши (стаз) асосий сабаблардан ёки шунга шароит яратувчилардан бири бўлиб хисобланади ва тоғай соҳасида дегенератив ўзгаришларга олиб келади.

Деформацияловчи артроз касаллигида метаболизмнинг ўзгариши исбот қилинган. Тоғай тўқимасида дегенератив ўзгаришлар бошланишида хондроитин сульфатнинг микдори камайиб кетади. Оксипролиннинг концентрацияси ўзгармайди. Бўғим суюқдигида сульфополисахаридлар сезиларли камайиб кетади, шу билан қрн зардобида уларнинг концентрацияси кўпайиб кетади. Бу белги шунчалик характерли бўладики, деформацияловчи артрозда хатто дифференциаллаш учун ҳам фойдаланилади, бунда бўғим касаллигими ёки яллиғланиш касаллигими деган саволга жавоб топиш учун шундай қилинади.

Кўп муаллифлар синовиал суюқдикнинг таркибий қисми ўзгаришига катта аҳамият беришади ва унинг «ёглаш» функцияси бузилади деб фикрлашади. Деформацияловчи артрозга олиб келувчи сабаблардан бири тўқималарда инволютив ўзгаришларга мойиллик бўлиб ўтади, невроген ўзгаришлар, ирсий ўтиш, хроник сурункали инфекция, эндокрин ўзгаришлар, семириб кетиш ва бошқалар кузатилади.

Кхбул қилинган коидага асосан бирламчи ва сурункали остеоартроз фарқ қилинади, ўзи махсус касаллик сифатида учрайди ва иккиламчи ёки бошқа касалликлар натижасида деформацияланувчи артрозга олиб келади (иккиламчи остеоартроз), бўғимларда асосий касалликнинг асорати чаноқсон бўғимининг дисплазиясидан кейин бўғим ичидаги синиқлардан кейинги асорат ва бошқа сабаблар.

Клиника. Деформацияловчи артроз касаллиги катор холларда ўсмирларда учрайди, хатто болаларда ҳам бўлиши мумкин. Лекин асосан

одамнинг 40-50 ёшида учрайдиган касаллик хисобланади. Иккиламчи деформацияловчи артроз учун битта бўғимда касалликни пайдо бўлиши характерлидир; камдан-кам шу ҳолат иккита бўғимда ва бундан ортик бўғимларда дам бўлиши мумкин. Кўпинча, деформацияловчи артроз касаллигининг оғир шакли оёқлар бўғимида учраб, биринчи навбатда, чаноқ-сон бўғимида, кейин тизза бўғимида ҳосил бўлади.

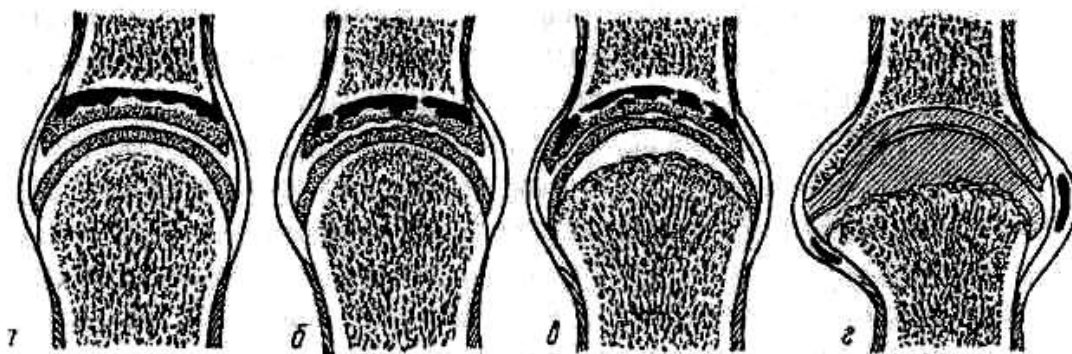
Касаллик аста-секин ривожланади, ўткир бошланмайди. Бирламчи белгилари ҳаракат вақтида бўғимда гичирлаш ҳосил бўлади, уйқудан турганда бўғимда «старт» оғриқлар пайдо бўлади ва бу бўғим ҳаракатлангандан кейин тез орада ўтиб кетади. Бўғим ичкарисида оғриқ пайдо бўлади. Бошланишида ўтиб кетадиган оғриқ тинч турган бўғим ҳаракатланганда пайдо бўлади. Кейинчалик бу давомли ҳаракатдан ва жалб кучланишдан кейин пайдо бўлади. Кейинчалик оғриқ суткалик динамикаси доимий характерга эга бўлади. Эрталаб дастлабки ҳаракатлар бошланишида оғриқ кучаяди, кейинчалик сусайиб боради. Кечга бориб ҳаракат ва бўғимга тушган оғирликка боғлиқ бўлган ҳолда оғриқ яна кучаяди. Кечага бориб бўғим тинчланишига қараб оғриқ аста-секин сусайиб боради, ҳаракат бошланиши билан яна янгиланиб қолади.

Бўғимдаги оғриқ мушакларнинг рефлексор қисқаришига олиб келади, ўз навбатида, бўғим юзасига ўзтаъсирини ўтказиб, бўғимдаги тоғайни чуқурлашган дегенератив ўзгаришларга учратиб, оғриқнинг кучайишига сабаб бўлади. Шундай қилиб, кийин ҳолат — бузук ҳалқа юзага келади.

Аста-секин бўғимларда типик контрактура пайдо бўлади. Масалан, чаноқ-сон бўғимида буқувчи ва ичкарига яқинлаштирувчи контрактура ҳосил бўлади, бўғимда деформация бошланиб, унинг ҳаракат доираси чегараланади.

Деформацияловчи артроз касаллигининг кечишини уч босқичга бўлиб ўрганиш расм бўлган (292-расм).

/ *босиқич* бўғимда ҳаракатнинг сезиларли даражада чегараланиши. Тинч ҳолатда ва кам оғирлик тушганда бўғимда оғриқ бўлмайди. Одатда, оғриқ кўп юрганда, оғирлик давомли тушганда, ҳаракат вақтида ва кўп дам олингандан кейин пайдо бўлади.



292-расм. Деформацияловчи артрознинг ривожланиши (чизма).

а — нормал бўғим; *б, в, г* — I, II, III босқичдаги деформацияловчи артроз.

Рентгенологик кўринишда бўғим бўшлиги (тиркҳиши) сезиларсиз тораяди, бўғим чуқурчасининг калинлашган суяк ўсиклари ва бўғим тоғайининг суякланиш (оссификация) қисмлари пайдо бўлади.

Пбосцичда бўғимда ҳаракат кҳилиш кмйинлашиб боради, ҳаракат купол гичирлаш билан кечади, окрик синдроми кучли намоён бўлади. Оғрик. бўғимга кўп муддатга оғирлик туширмай туриш билан камаяди. Чанок-сон бўғимидаги ва тизза бўғимидаги контрактуралар оёқда функционал калталанишга олиб келади ва оксокланиб юришга мойиллик бўлади. Чанокда функционал кҳшшайишга олиб келиб, бел-думғаза умуртқдларида сколиоз ҳосил бўлади. Чанок ва умуртқдлардаги функционал кдйшайиш умуртқалараро дискка таъсир қилиб, уларнинг дегенератив ўзгаришларига олиб келади.

Рентгенологик кўринишда бўғим тирҳиши нормага нисбатан 2-3 баробар кискдриб қолади, купол суякли ўсиклар бўғим тубида ва четларида ҳосил бўлади. Бўғим ичидаги суяк бошчаси деформацияга учрайди ва унда субхондрал склероз ҳолати кузатилиб, яримойсимон бўшлиқ, ҳосил бўлади - бу дистрофик бўшлиқ. деб аталади.

/// босҳичца бўғимда ҳаракат мутлак0 йўқ, олиб боради. Факт буқилишга мойиллик қолади. Чанок-сон бўғимининг икки томонлама касаллигида беморлар иккита таёк ёрдамида ҳаракатланади, чанокни сон билан бирга ҳаракатга келтиради, чанок-сон бўғимида ҳаракат қилиш мутлак0 бўлмай қолади — бу «боғлаб кўйилган оёқ» синдроми деб аталади. Тизза бўғими артрозида шу бўғим сатх.ида букилувчи контрактурадан ташқари, оёқ,учида ён томонга деформация кучаяди (кўпрокҳварус).

Рентгенологик кўринишда бўғим тирқдши муглако кўринмай қолади. Бўғим ҳосил кдпувчи иккала суяк юзалари деформацияга к;араб эни бўйлаб кенгайиб кетади, бу бўғим четларидаги ўсиклар сабабли бўлади. Суяк охирларида остеопороз кузатилади ва бир-бирига тегиб турувчи жойларда склероз ҳолати кузатилади, бир нечта суяксимон ёруглик кузатилади. Бўғим ичига узилиб тушган суяк парчалари кўринишидаги «бўғим сичқрнлар»и ва ёнбош тўқтималарда суякланиш бошланади.

Бу касаллик учун боскичсимон ривожланиши характерлидир. Касаллик авж олганда озми ёки кўпми узоқ,ка чўзилган ремиссия даврини босиб ўтади. Касаллик зўрайганда бўғимларда иккиламчи яллиғланишга мойилликлар пайдо бўлади.

Д а в о л а ш. Деформацияловчи артрозда даволаш комплекс усулда бўлиши керак бу медикаментоз терапия, физиотерапевтик ва ортопедик усулларни ўз ичига олади. Касаллик зўрайганда яллиғланишга мойиллик бўлиб, оғрик. синдроми вақтида ацетилсалициат кислота суткасига 1-3 г дан, амидопирин суткада 0,25 г 3 ма\ал ва бутадиион суткада 0,15 г 2-4 мах.ал ёки уларнинг ўрнини босувчилар 0,125 г реопирин, бруфен суткада 6-10 таблеткадан тайинланади. Амидопирин ёки бутадиионни салицилатлар билан бирга бериш ҳам мумкин.

Деформацияловчи артроз касаллигида яхши аналгетик ва яллиғланишга карши таъсир этувчи дорилардан индометацин (метиндол) берилади. Бу препарат 25 мг дан суткада 2-3 мах.ал тайинланади. Кейин организмнинг кабул қилишига караб суткасига 100-150 мг (3-4 махал) га ошириш мумкин.

Бўғим ичига кортикостероидларни юбориш оғриқни тез қолдирувчи таъсирга эга, бўғим яллиғланишининг олдини олади, аммо сульфополисахаридлар модда алмашинувига таъсир кмлиб, улар фаолиятини бузади ва кортикостероидлар остеоартрознинг кечишига салбий таъсир кдлади, шунингучун бўғим ичига гидрокортизон юбориш бўғимнинг иккиламчи синовит касаллигида ўзини окдаган, холос.

Бўғим ичига трасилол ва унинг аналогларини юбориш яхши натижа беради.

Хозирги вақтда парентрал ёки бўшм ичига юбориш мумкин бўлган препаратлар (румалон, артепарон, допа — 200 ва бошқалар) кенг ишлатилмоқда. Бу препаратлар билан даюлаш бирламчи остеоартрозларда патогенетикхисобланади. Ёш хайвонларнинг тоғай ва суяк илига бўлган румалон мушаклар орасига суткасига бир марта 0,5 мл дан юборилади. Бемор уни яхши кўтара олса, дозасини суткасига 1 марта 1 мл гача кўтарилади. Даво курси 25 инъекция. Бир ойдан сўнг курс яна қайтарилади, 3-6 ой ичида дорилар самара бера бошлайди. Даволаш касаллик хуружидан катъий назар 6-12 ой ичида яна қайтарилади.

Артегаронни бўғим ичига юборилганда яхши самарага эришилади. Препаратнинг полисульфатланган мукополисахариди бўғим тоғайи метоболизмига бевосита кўшилади. Атепарон рўй-рост яллиғланиш ўзгаришлари бўлмаганда бўғимга 1 мл дан (бир курсга 5-7 инъекция) 4-5 сутка ўтказиб 1 мл дан киритилади.

Физиотерапевтик даволашга УВЧ-терапияни кўшиб олиб борилади, парафин-, индукто- ва рентгентерапия, балчик билан даволаш, радон эритмаси билан ванна қилиш киради. Бирламчи деформациячи артрозда сероводородли ванна қилиш патогенетик таъсир килади.

Ортопедик даволаш касал бўғимда босимни камайтиришга ва контрактурани йўқртишга каратилиши керак. Мушакларнинг рефлктор қисқаришини сусайтириш максадида стандарт шиналар ва манжет ёрдамида 2-4 кг юк билан тортма ўрнатилади. Айрим х.олларда бўғимда босимни камайтириш учун ортопедик аппаратдан фойдаланилади. Оғриқ, каттик бўлганда оёқ бўғими харакатини вақтинча тўхтатиб, оғриқни камайтириш учун (иккл х.афтагача) гипс ёрдамида иммобилизация қилинади. Аммо даволашнинг асосини оғирлик тушмагани холда бўғимда харакат килдириш ташкил этиши керак. ЛФК сувли хавзаларда даволовчи сузиш каби муолажалар яхши натижалар беради. Шу билан биргаликда, гимнастика машгулоти, махсус комплекс ёрдамида бўғимнинг зарарланишига караб ўтказилади, масалан, регионар мушаклар массажи механотерапия шулар каторига киради.

Оёқ бўғимларида деформацияловчи артроз бўлганда беморларга оғирлик кўтариб юриш мумкин эмас. Касаллик кучайганда беморлар таёк ёки қўлтиктаёкдан фойдаланиб ҳаракат қилишлари керак. Агар касаллик битта оёқ бўғимида бўлса, оғриқни камайтириш учун иккита қўлтиктаёк ёрдамида юриб, оғриган бўғимга оғирлик туширмаслик учун сор оёқ, кийими тагига 2-3 см пошна крктириб олиш зарур.

Остеоартроз касаллигида консерватив терапия ўтказиш комплекс бўлиши билан биргаликда такроран ўтказилиб, ўз ичига санаторий ва курортларда — Мацеста, Пятигорск Цхалтубо, Жалолобод, Чимён ва бошқа жойларда даволанишни кўшиб ўтказиш зарур. Одатда I даражасида ва айрим лолларда II даражасида касалликни консерватив йўл билан даволаганда узок, муддатгача қайталанмаслигига эришиш мумкин. Агар қайта консерватив йўл билан даволаниш натижа бермай, касаллик хуруж бериб кучайиб кетса, оғриқ, қаттиқ бўлса, деформация кучайса, бўғим функцияси бузилса, бу ҳолда жаррохлик йўли билан даволашга кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

Ортопедик жаррохлик йўли билан даволаш кўпроқ чанок-сон бўғими остеоартрозида ўтказилади. Кўд бўғимлари деформациясида операция камдан-кам қилинади, фақат айрим ҳоллардагина бажарилиши мумкин.

Остеоартроз касаллигида жаррохлик амалиётларининг кенг тарқалганлари қуйидагилардир.

Декомпрессион миотомия бемор бўғимида тушадиган оғирликни, мушаклар таранглиниши натижасида, босим ортиб кетиши сабабли камайтириш мақсадида бажарилади. Одатда ёши ўтган одамларда чанок-сон бўғимининг деформацияловчи артрозида ҳаракат қониқарли бўлган \олда Брандес-Фосс операцияси ўтказилади. Брандес-Фосс операциясида сон суягининг катта кўсти унга ёпишиб турувчи ўрта, кичик думба мушакларининг пайлари билан олиб ташланади, бу соннинг кенг фасциясини тарангловчи мушакларнинг қирқилиши ва ёнбош-бел мушаклари таъсирида бўғимда босим ортиб кетиши натижасида ҳосил бўлган оғриқни камайтириш ҳақида сон суяги бошчасига тушаётган босимни камайтириш ниятида қилинади.

Чанок-сон бўғимида ёки тизза бўғимида қониқарли ҳаракат бўлганда деформацияловчи артроз касаллигида ўтказиладиган остеотомия операцияси кенг тарқалган. Чанок-сон бўғими деформацияловчи артрозининг II даражасида, агар сон суяги бошчаси яхши марказлашган бўлса, Мак-Муррей остеотомияси ўтказилади, агар бошча марказдан қочган бўлса, варусловчи ёки вальгусловчи кўстлараро остеотомия Паувелс бўйича бажарилади. Тизза бўғимининг деформацияловчи артрозида бўғим ташкил қилувчи дўнглар бир томонлама ўзгарган бўлса ва болдирнинг варус ёки вальгус деформациясидан катта болдир суяги метафизининг субхондрал қисмидан понасимон остеотомия қилинса, ўзини кўпроқ оқдаган бўлади.

Чаноқ-сон бўғимида ёки ошиқ бўғимида бир томонлама оқир деструктив ўзгаришлар кечаётгани артрозда операциясига кўрсатма ҳисобланади. Бу операция бўғимда ҳаракатни йўқ қдчиб, оғриқдан мутлақ холи с қдлади, ҳамда оёқнинг тўғри ва мустаҳкам туришига имконият яратади. Тизза бўғимидаги артродез операцияси оёқнинг функциясини бузиб, ҳаракатини чеклаб қўяди, шу сабабли фақат ноиложликдан қилинади. Чаноқ-сон бўғимидаги ўзгаришлар иккиёклама бўлса, иккала бўғимда артродез операциясини ўтказиш мумкин эмас.

Аллопластика ва эндопротезлаш операцияси иккиёклама коксартроз касаллигида кўпроқ ва кенгрок қўлланиляпти.

Чаноқ-сон бўғимида Сивашнингтотал эндопротезлаш усули яхши натижа бермоқда (47-расмга қ;аранг).

8 - б о б. УМУРТҚД ПОРОНАСИННГ ДЕГЕНЕРАТИВ КАСАЛЛИКЛАРИ

Ҳозирги вақтда умуртка погонасининг асосан қуйидаги дегенератив касалликлари фарқ қилинади: остеохондроз, спондилез ва спондилоартроз.

Остеохондроз асосида дирилдоқ ядронинг бирламчи ҳасталиги ётади, спондилез да- патологик жараён фиброз қдлка ва олдинги бўйлама бойламда кечади. Спондилоартроз одатда умуртка погонасининг остеохондроз, сколиоз ҳасталиқларида статик бузилишлар ва умурткалараро бўғимларнинг мустикал касаллиги сифатида ривожланади.

Амбулатор қабулида ҳар уч кишидан бири умуртка погонасидаги орриқдан шикоят қилади. Шунинг учун бу патологик жараённи ҳар бир мутахассис шифокор яхши билиши шарт.

ОСТЕОХОНДРОЗ

Остеохондроз — умуртка погонасининг дегенератив ҳасталиқлари ичида оғир тури ҳисобланиб, унинг асосида дискнинг айниши, кейинчалик бу жараёнга қўшни умуртка таналари, умурткалараро бўғимлар ва бойламлар мажмуаси қўшилиб кетади. Ишга энг лаёқатли ёшда бошланиб, остеохондроз кўп меҳнат қунларини йўқотишга олиб келади. Невропатологлар берадиган касаллик варақаларининг 70% дан зиёдлигига остеохондрознинг турли қўринишлари сабабчидир, 10% дан ортик беморлар ногирон бўлиб қолишаяпти.

Остеохондроз статик неврологик ва вегетатив белгилар билан ҳарактерланади.

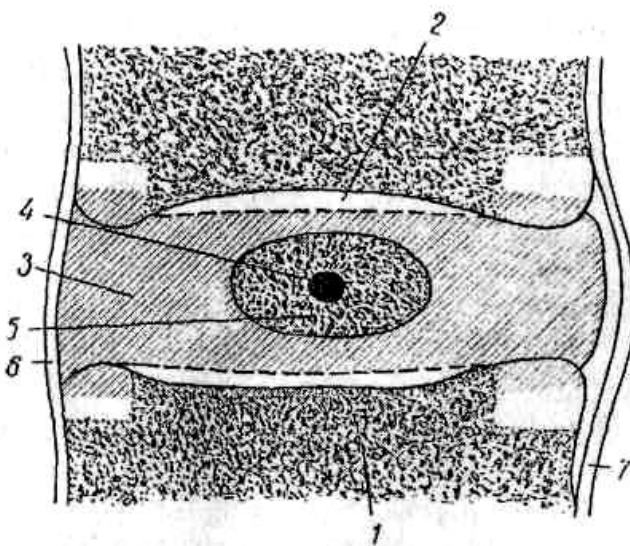
Умуртка погонаси остеохондрози кўп сабаблардан келиб чиқадиган касалликдир. Унинг келиб чиқиши ва ривожланишига қуйидагилар асосий сабабчилар ҳисобланади:

- травмалар (синишлар ва бойламларнинг шикастланиш асоратлари);
- микротравмалар (умуртка погонасининг чайкалиши, бир хил ҳаракатлар, узоқ, мажбурий ҳолат ва бошқалар);
- аномал ривожланишлар (умуртқд ёйларининг тугма битмаганлиги, бел ва думғаза умурткаларининг кўплиги, бўғим ўсикларини нотўғри жойлашиши ва бошқалар) умуртка погонасини бекарорликка олиб келади;
- ревматоид жараён (айниқра тарқалган остеохондроз бўлса);
- аутоиммун бузилишлар (дисклардаги коллагеносда аутоантитана пайдо бўлиши);
- кон томирларга ҳос бузилишлар (диск озикланишини микроциркуляция бузилиши сабабли ўзгариши);

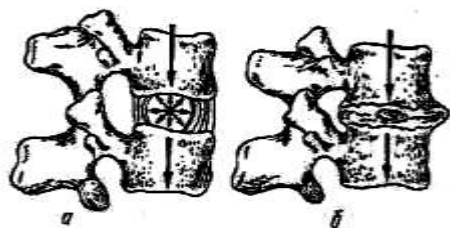
Умурткалараро дискни анатомикхусусиятлари ва қдеслама анатомия кўрсаткичларига қараб, ярим бўғим деб ҳисобласа бўлади, унда дирилдок ядро (синовиал суюқдикка ўхшаш суюқлик билан) бўғим ҳалтасига такдосланади, умуртка таналаридаги гиалин пластинкалар -бўғим юзаларига, фиброз х.алка эса бўйин ҳалтаси деб ҳисобланади; бойламлар йиғиндиси ҳам бор (293-расм).

Дирилдок ядронинг суюқлик сакдаш қобилияти ундаги нордон мукополисахаридларнинг ўзгаришига боғлиқ. қамайиши умурткалараро дискнинг дегенерацияси бошланиши ҳисобланади. Бу амортизация хусусиятининг бузилишига, умурткалар оралиги баландлигининг пасайишига, дирилдокядронинг диск соҳасида силжишига олиб келади. Умуртка погонаси ҳаракатларида, хусусан орқага буқилганда юқори жойлашган умуртка танаси орқага силжийди. Бундай силжиш сохта спондило-листез, ҳолат эса умуртка погонасининг бекарорлига деб аталади.

Патологик ҳаракат-чанлик ва кўшни умуртка таналарининг доимий шикастланиши (амортизация йуқолганидан) чега-раловчи пластинкаларнинг каттиклашишига олиб келади, улар суяк тўсинчаларини шикастла-нишидан саклайди (294-расм). Ҳосил бўлган остеофитлар компенсатор ҳолда юзани оширади, шу билан тушаётган юкни



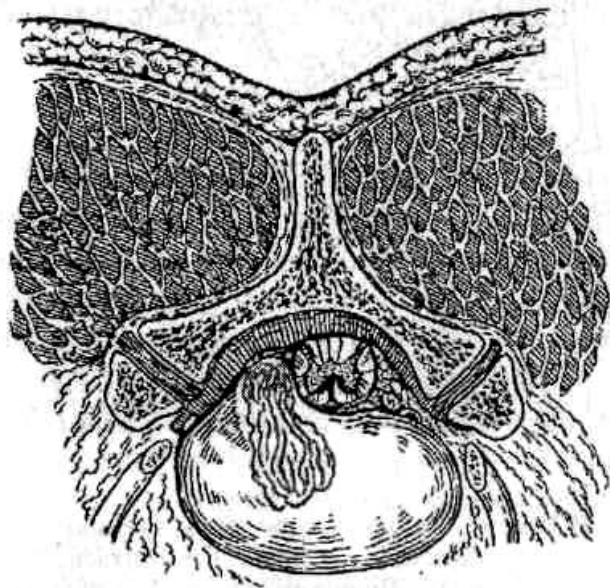
293-расм. Умурткалараро диск (чизма).
 1 – умуртқа танаси; 2 – гиалин пластинкаси; 3 – фиброз ҳалқа; 4 – Лушка бўшлиги; 5 – пульпоз ядро; 6 – олдинги бўйлама бойлам; 7 – орқа бўйлама бойлам.



294-расм. Юкларнинг динамик тақсимилашиши. *a* – соғлом диска; *b* – дегенератив ўзгарган диска.

камайтиради. Одатда, остеохондрозда остеофитлар кўшни умуртка таналари доимий оз бўлса-да, ҳаракат борлиги учун бир-бири билан бирикиб кетмайди. Дегенерация жараёни дискларда бошланиб, умуртка таналарига ҳам ўтади. Гиалин пластинкаларнинг ёрилиши натижасида дискнинг айрим тўқималари умуртка танаси кўмик моддасига киради ва тана ичида диск чурраси ҳосил бўлади. Сурункали таъсиротлар оқибатида умурткалардан остеофитлар ривожланади, улар остеохондрозда умуртка поронаси ўкига, одатда, перпендикуляр жойлашади. Остеофитлар компакт суяқдан тузилган. Умурткалараро диск дегенерациясида юкнинг таъсири давом этавериши билан умурткалараро соҳа баландлигининг камайишига олиб келади.

К л и н и к а . Клиник белгилари, одатда, патологик жараён нерв толаларига бой фиброз халқанинг орқа қисми ва орқа бўйлама бойламга ўтганда, айниқра, диск орқага бўрғиб чикиб, нерв тутамларини, айрим х.олларда эса орқа мияни эзиб кўйганда пайдо бўлади (295-расм). Остеохондроз даврларига қараб кийшиқданиш, эзилиш ва тутамларда ўтказувчанликнинг узилиши билан ажралиб туради. Дастлабки икки



295-расм. Дискнинг орқага бўртиб чиқиши (чизма).

белги оғриқ. билан, учинчиси эса нерв томирининг фалаж-лиги билан характерланади. Оғриқ синдромида асосий омил бўлиб нерв томирнинг ирритацияси ҳисобланади, у эса одатда қаттиқланиш ва, айниқса, эзилишдан келиб чиқади. Ирритативжараёнлар кон ва ликвор айланиши-нинг бузилиши, нерв томир-лар атрофидаги бириктирув-чи тўқималар мембранаси-нинг фибрози ва веноз кон димланиши билан характерланади. Ҳатто чурра халтаси бўртмаган ҳолда бундай нерв томири китиклагичларга жуда сезгар бўлиб қолади,

масалан умуртка погонасининг шусегментидаҳаракат бўлганда. Сегменгар вегетатив бузилишларнинг патогенезида маълум вегетатив ўтказгичларнинг кўзгалиши ёки бузилишди ётади; клиник манзаранинг яхши билинмаслиги иннервация соҳалари кўшни сегментлар, нерв томирлари, тугунлари ҳисобига беркитилади.

Кон томирларга тегишли ўзгаришлар кон томир иннервациясининг бузилиши ва камроқисмирларнинг механик эзилиши натижасида келиб чиқади. Клиник-рентгенологик белгилар, вегетовисцерал ўзгаришлар сингари жараённинг жойлашган жойига боғлиқ,, шунинг учун умурткалараро дисклар зарарланишини умуртка погонасини сегментларига боғлаб таҳлил қилиш лозим.

"Ўмуртца поюнаси бўйин қисминг остеохондрозы. К л и н и к а . Умуртка погонасининг бўйин қисми анатомик-физиологик тузилишининг ўзига хос хусусиятларидан келиб чиқади. Қасалликнинг ҳамма клиник кўринишларини синдромларга жамлаш мумкин.

Цервикал дискалгия. Бўйин остеохондрозининг дастлабки симптоми ҳисобланади. Бўйиндаги оғриқ. доимий характерга эга, кучли, асосан уйқудан сўнг бошланади, бошни бурмокчи бўлинганда кучаяди. Баъзан бошни ҳаракатлантирилганда бўйин соҳасида кирсиллаган товуш эшитилади, лекин бу ҳар доим остеохондроз белгиси бўлавермайди. Объектив кўрилганда бўйин қисмида мажбурий ҳолат кузатилади, умуртқд погонасининг ҳаракатчанлиги чекланади, бўйин мушаклари таранглашади, паравертебрал нукталар пальпация ва ўткир ўсиклар перкуссия қилинганда оғриқ. сезилади.

Олдинги нарвонсимон мушак синдроми. Олдинги ва ўрта нарвонсимон мушаклар орасидаги тор бўшлиқдан бўйин нервлари, елка чигали, ўмров ости артерияси ва венаси ўтади, шунинг учун олдинги нарвонсимон мушакнинг таранглашиши томир ва нервда ўз аксини топади. Бўйин остеохондрозида бу симптом кўп учрайди, оғриқни кўлга, елка ички юзасига, билак қафт ва 1У-У бармоқдаргача берилиши характерлидир. Айрим вақтда оғриқ, энса соҳасига тарқалади, айникса бошни айланттирилганда. Қўллар совуқ, ейиши, кўкариши, увишиши ва шишиши мумкин.

Елка кўкрак периартрити синдроми. Оғриқ. елка бўғими, ўмров суяги соҳасига берилади. Бўйин ва қўлнинг мажбурий ҳолати характерли: бўйин шикастланган томонга оғади, елка танага якинлашади ва озгина букилади. Қасалликнинг узоқ, кечишида елкани букувчи-якинлаштирувчи контрактура ривожланади, қўлнинг бурама ҳаракатлари бузилади. Кўггинча бу ҳолатни елка бўғими артрози ёки периартрити деб ўйлашади. Шубҳа қилинганда умуртка погонасининг бўйин қисми туширилган рентген суратлари ташхисни аниқлашга ёрдам беради.

Эпикондилит синдроми. Оғриқ. елка суяги ўсимталари усти соҳасига берилади ёки жойлашади, соҳа пайпасланганда сезиларли оғриқ. бўлади.

Кўпинча елкада гапестезия зоналари бўлади, бўйин мушакларининг таранглашиши кузатилади, ўрта ва пастки бўйин қисмларининг паравертебрал нуқталари пайпасланганда оғриқ сезилади.

Умуртка артерияси синдроми. Бош мия томонидан неврологик ўзгаришлар билан юзага чиқади. Бу синдром пайдо бўлиш патогенезида умуртка артериясининг $C_{1У-CУ}$ ва $CУ-CУ1$ сохаларида умурткалараро тешиқларда бирикиб кетувчи ёки суяк тўқимаси ўсиб кетишида эзилиб қолиши ётади. Умуртка артериясини крн билан таъминлайдиган сохада унинг бузилиши умуртка погонасининг тўсатдан ҳаракатланишига боғлиқ. Беморлар энса ва тепа-чакка сохаларига бериладиган бош оғриги, кўнгил айнишидан шикоят қиладилар. Эшитиш ва мувозанатни сақлашларда ҳам бузилишлар кузатилиши мумкин.

Висцерал синдром. Юракка тааллуқли белгилар билан кўринади. Остеохондроздаги стенокардия белгиларини чин стенокардиядан ажратиб олиш мумкин. Унда оғриқ, ўмров суяги ва кўкраклараро сохада бошланиб, юрак соҳасига ўтади. Оғриқлар бош, қўл ҳаракати, йўтал ва бошқдларга боғлиқ.; улар давомлирок (2 соатгача), нитроглицерин билан йўқрлмайди, аммо тортма ташкил қилинса йўқ.олади. ЭКГ да ўзгаришлар бўлмайди. Лекин каттарок ёшдаги кишиларда юрак хасталигининг остеохондроз билан бирга келиши мумкинлигини ёддан чиқармаслик лозим.

Бўйин остеохондрозини ортопедик текширишнинг ўзига хос хусусиятлари бор.

Ташқаридан бўйин ҳолати диққатни тортади: бўйин лордозини тўғрилланган, бош хасталанган томонга огиб туради.

Пайпасланганда оғриқ ва унинг йўналиши аниқланади (айниқса тўш-ўмров-сўрричсимон мушакда), паравертебрал нуқталарда ва ўткир ўсиклар босилганда оғриқ сезилади.

Шпурлинг ва Сковилл белгиси - елкага оғдирилган бошни босилганда нерв томирни иннервация қилувчи сохага тарқалувчи оғриқ пайдо бўлади (Ласег белгисига ўхшаш).

Бертши синамаси — тортма қилинганда оғриқ ва бош миядаги ўзгаришлар камади.

Елка ва тирсак бўғимларида ҳаракат ҳажми текширилади. Бўйин остеохондрозини елка-курак периартрити билан бирга учраганда елканинг яқинлаштирувчи контрактураси курак ҳаракати ҳисобига компенсацияланади, шунинг учун елкани узоқдаштириш аниқланаётганда куракни ушлаб туриш керакКунт билан неврологик текширишлар ўтказилади.

Бўйин остеохондрозининг рентгенологик белгилари: диск баландлигининг пасайиши, тоғай ости склерози, умуртка таналарининг олдинги ва орқа юзаларида остеофитлар бўлиши, бўғим ўсимталарининг деформацияланиши, умуртка таналарининг қисман чиқиши, умуртка погонаси ҳолатининг ўзгариши. Бўйин дискларида орқа ва

орқа-ён чурралар жуда кам учрайди ва фақат контраст моддалар ёрдамида текширилганда — дискография, миелографияда кўриш мумкин бўлади. Зарарланган дискни контраст юбориб суратини олиш деярли ҳар доим оғриқ, синдромини чакиради, худди зарарлангандаги клиник белгилар каби.

Кўшимча текшириш усулларига куйидагилар киради.

Пневмомиелография — субарахноидал бўшлиқда хаво юбориб рентген суратини олиш.

Веноспондилография — айрим ҳолларда, айникса, посттравматик ўзгаришларда веноз кон айланишининг бузилиши (орқа мия ва унинг хосилалари атрофидаги сохаларда) характерли манзарани бериши мумкин.

Ангиография - умуртка артериясининг эзилишини аниқдаб беради.

Компьютер томография — сурилган дискхолатинигина эмас, балки умуртка погонаси суяк структураларининг характери хақида ҳам маълумот беради (остеофитларнинг жойлашиши, деформацияловчи спондилоартроз борлиги ва бошқалар).

Вертебрал артериянинг деформацияланиши, умурткалараро бўғим остеофитлари, бўғим ўсимталари, кўндаланг. ўсик каналининг торайиши, томир атрофидаги тўқималарни ўзгаришлари ва камдан-кам диск чурраси билан борлик бўлиши мумкин.

Умуртка погонаси кўкрак сохасининг остеохондрозы. Умуртка погонасининг кўкрак қисми қовурғалар билан ушланиб туради, камхаракатчан. Максимал оғирлик ўрта ва пастки кўкрак қисмларига тўғри келади. Пастки кўкрак қисмининг умурткалараро дискларига катта динамик оғирлик тушади.

Орқа миянинг оддинги нерв томирлари ичидаги симпатик толалар симпатик устунларни ташкил қилади. Умуртка погонасининг юқори кўкрак қисмида бўйин ва кўкрак симпатик устунлари бирлашиб, юлдузсимон тугун ҳосил қилади, улардан асосий шохча ва умуртка погонасига ва кизилўнғачга кайтувчи шохчалар чиқади. Симпатик толалардан ҳосил бўлган кррин нерви, ўрта ва пастки кўкрак симпатик тугунларидан диафрагма орқали ўтиб, куёш чигалига кўшилади.

Оёқ томирларини харакатлантирувчи нервлар пастки уч кўкрак ва юқориги икки бел сегментларидан бошланиб, симпатик занжирнинг дистал қисмлари билан тугашиб кетади. Орқа мияни, унинг ўрта қисмини кон билан таъминланиши Адамкевич артерияси орқали амалга ошади.

Айтиб ўтилган анатомик хусусиятлар умуртка погонасини кўкрак соҳаси остеохондрози клиник манзарасининг хилма-хиллигини юзага келтиради.

Клиника. *Орриц синдромы.* Оғриқ. пайдо бўлишиданок умуртка погонасида жойлашади. Узоқ, вақт оғирлик тушганда, шу билан бирга уйкуда пайдо бўлади. Уйгонилгач, кўп юрмасданок аналъгетикларсиз ўтиб кетади. Кураклараро симпаталгия характерли хисобланади, бунда тортувчи ёки зиркировчи оғриқлар курак ва кураклараро соҳасида

кузатилади. Беморлар айникса, кечаси «темир омбур» орқа сохани сидаётган сезгидан шикоят қдладилар. Бу ходисани кечкурун мушак ва бойламлар тарангланшининг йўқрилиши билан тушунтириш мумкин. Оғриқлар тарқалиши нерв томирларидаги бузилишларда крвурралараро невралгия типиди бўлади. Оғриқлар чуқур нафас олинганда, узок, мажбурий холатда кучаяди. Кўкрак умурткаларининг ўткир ўсиклари перкуссия қилинганда ҳам оғриқ. кучайиши кузатилади.

Вазомотор ўзгаришлар. Оғриқ. хисобига томирларнинг узок.вакт кискариши натижасида келиб чикади. Оёқларнинг дистал қдомлари жунжиши, тери пуст ташлаши, тирнокдарни синувчанлиги кузатилади. Кўп беморларда оёқ, панжаси осциллятор индексининг пасайиши аниқланади.

Висцерал синдром. Дегенератив жараён юқори ва ўрта кўкрак қдсмларида жойлашса, кардиал синдром кузатилади. Оғриқ, хисобига кўкрак қафаси харакати бемалол, эркин бўлмайди, беморлар гуё қотиб қоладилар, қдмирлашга кўркадилар, нафас олиш юзаки бўлади. Бошқа тури гастралгик синдромдан иборат, унда эпигастрал соҳадаги оғриқ, устувор шикоят ҳисобланади. Оғриқлар озик/инишни бузилишига ва озик-овкат сифатига боғлиқ, бўлмайди, фаслга \и боғлиқ, эмас. Беморлар оғриқларни жисмоний ишдан сўнг, одатда, куннинг иккинчи ярмида кучайишини айтадилар. Кечки дам олишдан сўнг оғриқлар камаяди ёки бутунлай йўқ,олади. Меъда ширасида кислота микдори пасаяди, ҳатто ахилиягача боради. Кўкрак сох;аси остеохондрозиди гастралгик синдромни қяёслаганда даволаш давомида меъда шираси кислота микдорининг динамик ўзгариши катта аҳамият касб этади. Остеохондрозни даволагач меъда ширасидаги кислота микдори тикланади. Умуртқдлараро дискларни ТЪУ1Х1 соҳасида зарарланиши ўнг ковурга ёйи ости соҳасида оғриқ, беради. Оғриқлар турли куч ва характерда кузатилади: ўткир ва ўтмас, хуружли ва доимий, зиркировчи. Хуруж вақтида беморлар шифохонага турли ташхислар билан олиб келинади (ўткир тошли холецистит, буйракларнинг пастга тушиши, панкреатит, колит, сийдик-тош касаллиги ва бошқалар).

Кўкрак остеохондрозиди висцерал синдромларнинг ўзига хослиги, корин ичи аъзоларининг патологиясини инкор қхшишдан иборатдир.

Рентгенологик манзара куйидаги белгилардан иборат: сколиоз, физиологик кифознинг ортиши, дисклар баландлигининг камайиши, чегара пластинкаларининг склерози (каттиклашиши), орқа ёки олдинги ва ён остеофитлар, умуртка танасига тоқай тўкималарининг ботиши, умуртка таналарининг буралиши, умуртка таналарини синиб битгани. Клиник манзарани тўғри талкин қилиш учун оддий спондилограммалар айрим одамларда етарли бўлмайди, уларни контраст моддалар юбориб, қхшимча текширилади. Кўкрак қисми учун кўпинча пневмо-миелография, эпидурография қилинади.

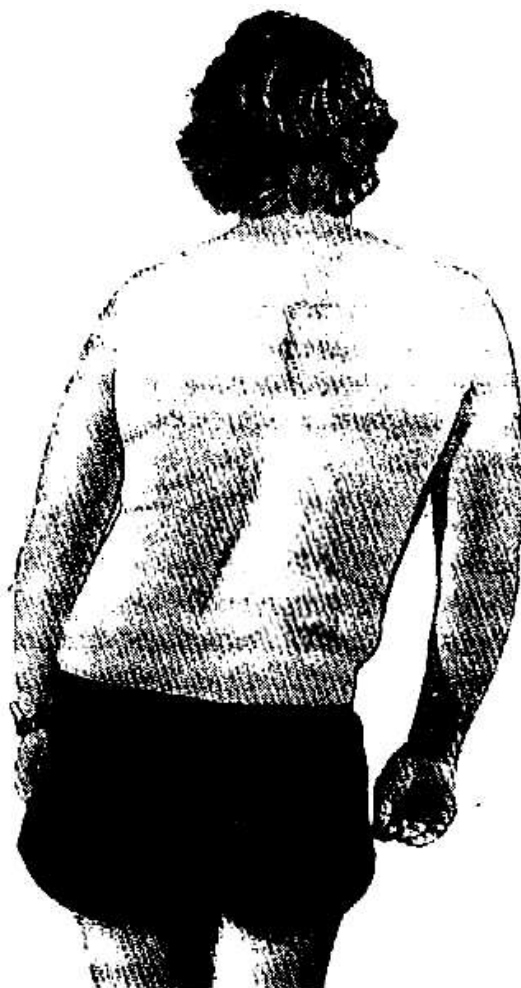
Умуртка погонаси бел сохасининг остеохондрози. Учраши бўйича тарқалган остеохондроздан кейин иккинчи ўрнида туради. Дегенератив жараён кўпинча пастки бел сегментларида жойлашади. Бел остеохондрози клиник манзараси асосан дисктларнинг зарарланишидан (чурралар, бекарорлик ва бошқалар) ва камрок даражада остеофитларга боғлиқдир. Касаллик ривожланишида травматик омил аҳамияти кўрнини бошланади.

К л и н и к а . Остеохондроз даврига караб оғриқ. бел думғаза сохасида жойлашиши мумкин — люмбагия. Томирлар ирритациясида оғриқ. оёқда берилади — люмбоишиалгия хакида гаи кетади. Оғриқ, фақат оёқда жойлашиб крлса - ишиалгия кузатилади.

Умуртка погонаси бекарорлигида ундаги дискомфорт (ўзини яхши х.ис кйлмаслик) безовта килади, унда тез-тез тана холатини ўзгартириб туришга тўғри келади. Бел-думғаза оғриқдари турли характерда бўлади, кўпроқ думба сохасида ва оёқнинг орқа юзасида жойлашади, йўталда, бесўнакай ва бирдан харакатларда кучаяди. Касаллик хуружи вақтида беморлар холати мажбурий, чалканча ёки ёнбошда ётганда тизза буқилган, «тўртоёқлаб тур ганда» корин остига ёстик кўйилади.

Кўрилганда бел лордозини текислангани ёки бутунлай йўқ. олгани аниқланади. Вертикал холатда сколиоз (296-расм) кузатилади. У организмнинг оғриқни камайтиришга каратилган организмни рефлектор реакцияси хисобланади. Пайпаслаганда паравертебрал мушаклар тонусининг ошгани «котиб қолгани», қаттиқ оғрийдиган бо-лишча сингари эканлиги аниқланади. Ўткир ўсиқлар пайпасланганда ва перкуссия қилинганда оғриқли нукталар топилади. Умуртка погонаси харакатининг чекланиш, даражаси нерв томирларининг ирритация даражасига боғлиқ.

Анталгик холат — умуртка погонасининг мажбурий холати бўлиб, тана оғирлигини соғ оёққа кўчиришдан иборат, Тана олдинга ва ёнга окали. Бемор юриши эркин эмас, жуда эҳтиётли, кичик-кичик кадам босади, шикастланган оёққа оксайди. Беморлар, кўпинча, хасса ёки қўлтиктаёқлардан фойдаланишади, кўп вақт ўтира олмайдилар



296-расм. Бел остеохондрозда беморнинг кўриниши.

ва ўтирганда кўллари бштн ўрнидиккэ тиралишга («уч оёқ симптоми») ёки горизонтал холат олишга мажбурдирлар.

Гипестезия (оғриқ. ва тактил сезгиларнинг пасайиши) ва гиперестезия (ўткир предмет санчилаётгандек чумоли ўрмалаётгандек) жуда характерли хисобланади, улар тасма кўринишида думба, сон, болдир, оёқпанжаси сохаларигача боради.

Гортилиш симптомлари ўта мусбат. Доимийларидан Ласег симптоми (бутунлай ёзилган оёқни кўтарганда оғриқ. пайдо бўлади, тизза бўғимида буқилганда йўқолади) хисобланади. Ласег кесишма белгиси (Бехтерев симптоми) СОР оёқни кўтарилганда бошқа оёқда оғриқ. пайдо бўлиши кузатилади.

Мушаклар нимфалажлиги ва атрофияси куп учрайди, камрок рефлексларнинг бузилиши аниқланади. Умурткалараро дисклардаги дегенератив ўзгаришлар вегетатив бузилишлар, аввало осциллятор индекснинг пасайиши, кўкариш, тер ажралишини бузилиши, терининг кдоиши ва пуст ташлаши билан биргаликда кечади. От думи соҳаси нерв тутамларининг эзилишида, сийдик крпчаси фаолиятининг нейроген бузилиши, юқори бел умурткалари зарарланганда холецистопатия ва йўғон ичак функциясининг бузилиши кузатилиши мумкин.

Бош ва орка мия суюклигининг оз бўлса-да ўзгаришини (гиперальбуминоз) бел остеохондрозининг билвосита ташхисий белгиси деб хисобласа бўлади.

ТАР ҚАЛГАН ОСТЕОХОНДРОЗ

Тарқалган остеохондроз умурткэ погонасининг энг оғар дегенератив касаллиги бўлиб, унда остеохондроз икки, баъзан эса барча қисмларини ИШРОЛ этади. Умурткр поронаси барча қисмларининг зарарланишини буткул тарқалган остеохондроз деб юритилади. Сўнгги ўн йилликда тарқалган остеохондроз билан хасталанган беморлар сони анчагина ошган. Учраш сони бўйича умурткр поронасининг дегенератив касалликлари ичида биринчи ўрнини эгаллайди.

Клиника. Ревматоидли тарқалган остеохондроз бошқа этиологик омиллар ичида биринчи даражали ах,амиятга эга. Катта бўғимлар остеоартрози 1/3 беморларда аниқланади. Шу билан бирга, бел соҳаси холатининг ўзгариши (мах.аллий остеохондрозда) умуртка погонасининг бўйин ва кўкрак қисмларига тушадиган юкнинг ошишига ва остеохондрознинг ривожланиб кетишига олиб келади.

Тарқалган остеохондрознинг клиник манзараси оғриқ. синдроми, неврологик статик вегетатив ва висцерал бузилишлар билан кўринади. Бу синдромлар умуртка погонасининг ҳар бир бўлими учун ўз хусусиятига эга. Хасталик гокдузалиб, гоккучайиб, сурункали кечиши билан характерланади: бир бўлимда (кўпроқ бел содасида) бошланиб,

у аста-секин бошқа (кўшни бўлим бўлиши шарт эмас) бўлимга тарқалади. Зарарланиш тарқалган характерда бўлишига карамай, бемор қайси бир бўлим кўпрок безовта килаётган бўлса, дикдатини кўпрок шунга каратади.

Қайси беморда тарқалган остеохондроз шубха қилинса, умуртка погонасининг хамма қисмларини рентген суратини олиш керак бўлади. Улар остеохондроз хасталигининг оддий белгилари, яъни диск баландлигининг пасайгани, чегара пластинкаларининг склерози, остеофитлар, статик ўзгаришлар ва бошқалар умуртка погонасининг турли қисмларида кузатилади.

Айтиш лозимки, клиникаси билан оддий спондилография орасида доимий параллелизм йўқ. Шунинг учун функционал текширишлар билан бирга, керак бўлганда (операция қилиш ўртага кўйилаётган бўлса) оддий спондилограмма контраст моддалар юбориб, текшириш билан тўлдирилади (миелография ва перидурография).

Д а в о л а ш. Тарқалган остеохондрозда даволаш деярли хаммада (93%) консерватив усулда олиб борилади, хасталик жойи ва даврига караб комплекс муолажалар буюрилади. Зарарланиш тарқалган характерга эга бўлганлиги учун умумий таъсир қилувчи тадбирлар ортопедик тадбирларга Караганда кам рол ўйнайди.

Остеохондрозни консерватив даволаш патогенезига асосланган халда комплекс олиб борилади.

Остеохондрознинг ўткир даврида даволаш принциплари

Ортопедик даволаш умуртка погонасини оғирликдан бўшатишга қаратилган, шу билан мушакларнинг рефлектор қисқариши ва диск ичидаги босимни камайтиришга имкон беради. Ўз навбатида бу нерв томирларининг ирритациясини ва реактив шишни камайтиради. Бўйин ва юқори кўкрак остеохондрозиди бемор қаттиқ ўрнида (остида тахтаси бор) кичик ёстикчада ётади; бўйин остига илик кумли халтача ёки махсус чуқурчаси бор мослама кўйилади. Юрганда бўйинга ним қаттиқ ёка (бошни ушлагич) кияди. Глиссон ковузлоги орқали горизонтал ёки вертикал юзада тортма амалга оширилади.

Умуртка погонаси кўкрак қисмининг ўрта ва пастки кўкрак ва бел қисмлари остеохондрозиди тортма қўлтиқ остидан ўтказилган тасма орқали амалга оширилади, ётокнинг бош томони кўтарилади. Тортма давомлилиги 4-6 соат, бир суткада 30 минутдан танаффус билан 3-4 х.афта мобайнида. Махсус столда бел лордозини камайтириб, юк билан тортиш яхши самара беради. Юқлар чанок камарига мустахкамланади. 8 кг дан бошлаб юк хар куни 1 кг дан кўшилади (16 кг гача) ва кейинчалик камайтиради. Тортмани 1-2 соатдан бир кунда 2 марта амалга оширилади. Сув остиди тортиш яхши натижа беради, чунки бунда мушаклар тўла бўшашади.

Оғриқ.ни йўқртиш учун новокаин билан блокада қилинади. Энг самаралиси бўйин остеохондрозиди олдинги нарвонсимон мушакни Попелянский усулида новокаин билан блокада қилишдир.

Попелянский усулида блокада техникаси. Олдинги нарвонсимон мушак пастки учини пайпаслаб, тўш-ўмров-сўргичсимон мушак ичкарига сурилади. Уни бўшаштириш учун бўйинни зарарланган томонга огдирилади, бош соғ томонга буралади. Мушакка перпендикуляр холда 0,5-0,75 см чуқурликка игна санчилади, мушак тешилмайди. Шундан сўнг 2 мл 2% новокаин юборилади.

Кўкрак ва бел соҳалари остеохондрозиди яхши натижани паравертебрал ва эпидурал новокаин блокадалари беради.

Паравертебрал блокада техникаси. Бемор корни билан ётқизилади. Зарарланган соҳада ўткир ўсиклар аниқланади ва белгиланади. Ўткир ўсиклардан 1 -2 см ўтиб, бевосита равокларга ва кўндаланг ўсикларга 15 мл 0,5% новокаин эритмаси хар бир умуртка соҳасига юборилади.

Бел остеохондрозиди яхши натижани эпидурал блокада беради.

Эпидурал блокада техникаси. Бемор ёнбошлатаб ётқизилади (люмбал пункция қилингандаги каби), ёки оёқлари буқилган холда чалканча ётқизилади (туртоёқлаб турса хам бўлаверади). Думғаза каналининг ташки тешиги соҳаси терисига йод-спирт билан ишлов берилади. Думғаза каналининг чиқиш тешиги дум суяги учидан 5-6 см юқорида жойлашган, думғаза шохчалари орасида пайпасланади. Ўртача ўлчамдаги игнани деярли перпендикуляр холда каналга кириш қисмини беркитувчй мембранага санчилади. Мембрана тешилгач игнани орқага 20-25° га огдирилади ва деярли горизонтал холда думғаза каналига 4-5 см дан оширмай киргизилади, миянинг қаттиқ пардасини шикастлантириб кўймаслик керак Поршень орқага тортилади, субарахноидал бўшлиққа кирилмаган ёки вена чигалларига тушилмаганликка иқроп бўлингач, одатда 80-100 мл 0,5% новокаин эритмаси юборилади. Новокаин кириши парестезиядан билинади ва тезда оғриқ.камаяди.

Дори-дармонлардан анальгетиклар, яллиғланишга карши (реопирин, пирабутол, бутадон), шишга карши (фуросемид), тинчлантирувчи (нозепам) препаратлари берилади. Оғриқ. еиндромни хуружини тўхтатиш учун игна рефлекс даволаш ўтказилади, рефлекс зоналарига совуқ. кўйилади. Электр ёрдамида оғриқ.сизлантириш, бунинг учун импульс, синусоидал тоқлар кичик кучланишда ишлатилади («Дельта — 101», «Миоритм» ва бошқа аппаратлар).

Физиотерапевтик муолажалар хам оғриқ.ни тўхтатишда ёрдам беради: ультрабинафша нурлар, электрофорез новокаин билан, ультратовуш гидрокортисон билан.

Остеохондрознинг неврологик белгиларини бартараф этишда м а н у а л да в о л а ш н и қўлланилмоқда. Уни техник амалга оширишда чўзиш, буқиш, ёзиш, эгиш бажарилади, бундан ташқари, бевосита умуртка поғонасига у ёки бу йўналишда босилади. Мушаклар

бўшашгач, аввал куч деформациясини ошириш томонига, сўнгра эса карама-қарши ҳаракатлар билан деформация йўқртилади.

Кейинги ўн йилликда кинезотерапия даволаш усули ривожланмоқда. Бунда бемор актив равишда сеансларда шитирокэтади (албатта, шифокор кузатувида). Қўл билан таъсирот энди иккиламчи ролни ўйнайди. Мануал даволашда хамма машқлар маълум кетма-кетликда бажарилавермайди, балки улар актив биомеханик мақсадга йўналтирилган ҳолда ҳаракатлар билан мужассамлаштирилади.

Мануал ва ҳаракат билан даволашни катъий кўрсатмаларга асосан, синчковлик билан текширилгандан сўнг ўтказиш мумкин. Мануал ва кинезотерапияни шу соҳаларни мукамал эгаллаган мутахассисгина ўтказиши керак

Умуртка погонасини ташқаридан ҳаракатсизлантиришга алоҳида тўхталиб ўтиш лозим. Бўйин соҳаси учун Шанц ёқаси, кўкрак-бел ва бел соҳалари учун корсет (Ленинград типига), бел ва думғаза соҳалари учун штангачи белбогидан фойдаланилади.

Остеохондроз хуружи бўлмаган вақтларда консерватив даволаш принциплари

Ортопедик даволаш умуртка погонасини тўғри ушловчи мушаклар тонусини тиклаш ва уларнингтиришишини йўқртишга қаратилади. Муваффақият билан даволашда даволовчи гимнастика ва укаланинг аҳамияти катта. Тургун мусбат натижага эришиш учун беморлар доимий равишда даволовчи жисмоний тарбия билан шугулланишлари лозим (45-60 минутдан бир кунда). Кучли мушак контрактурасида, айниқса, бўйин ва бел соҳаларида, курук х.аво билан махсус ортопедик мосламаларда тортилади ёки сув ости тортмаси амалга оширилади, сув ёрдамида укалаш билан биргаликда. Тортмадан сўнг даволовчи ҳаракатсизлантириш ўтказилади. Бўйин соҳаси учун Шанц ёқаси ишлатилади, кўкрак-бел ва бел соҳаларида эса Ленинград типига ёки поливикдан ясалган корсетдан фойдаланилади, штангачи белбоги ҳам қўл келади. Танлаб укалаш учун электр ёрдамида мушакларни кучайтириш қўлланилади.

Орка мушакларини мустахкамлашда сузиш (айниқса, брасс усулида) ёрдам беради.

Физиотерапевтик муолажалар тўқималарни чуқур гиперемия қилиш, зарарланган умуртка погонаси сегментларида биокимёвий бузилишларни нормаллаштиришга йўналтирилган. Бунинг учун диадинамик тоқлар, гидрокортисон электрофорези, лидаза, литий тузлари ва трилон Б тайинланади.

Дори-дармонлар билан даволаш кучайтирувчи (витамин В₆, В₁₂, алоэ ва бошқалар), бириктирувчи ва тоғай тўқималарини озиклантирувчи (румалон схема бўйича) препаратлардан иборат. Модда

алмашувини яхшиловчи таблеткалар: индометацин, ортофен, ибубруфен, вольтарен, скутамил-Ц берилади. Иккиламчи кон томирлар бузилишида трентал, ганглиоблокаторлар (пахикарпин, платифиллин, падутин) тавсия қилинади.

Тузала бошлаган даврида санаторий-курорглarda даволанишга кўрсатмалар бўлади: радон, олтингугуртли, туз-хвойли ванналар олиш мақсадга мувофиқдир. Санаторий-курорт шароитлари амбулаторияда ва шифохонада бошланган даволаш муолажаларини маромига етказди. Беморлар мустақдл равишда даволовчи жисмоний тарбия билан шугулланишлари, бунинг учун улар махсус ўргатилган бўлишлари керак

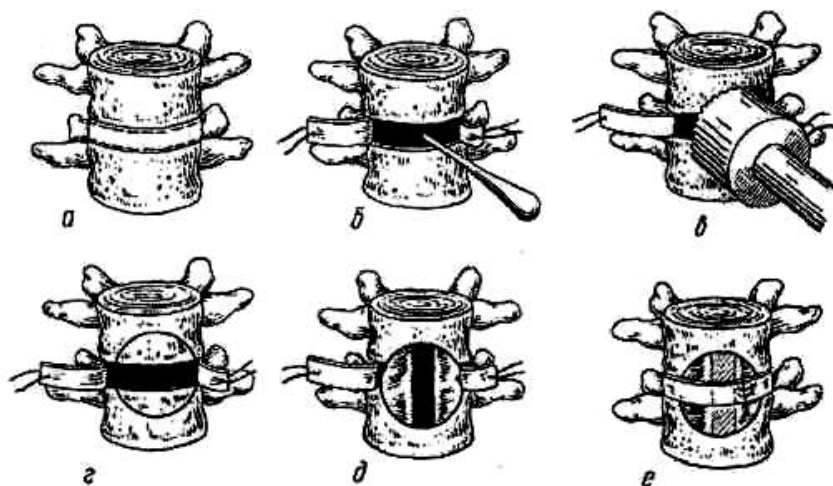
Консерватив даволаш натижаси қониқарсиз бўлса, хасталик чўзилиб кетса, ишга лаёқатлилик бузилса, операция қилишга кўрсатма бўлади.

Остеохондрозни жарроҳлик йўли билан даволаш принциплари

Дегенератив ўзгарган диск ва унинг орқа ён томонга чикувчи чурраларини тўла олиб ташлаш фақат олдинга юзадан борадиган кесимлар орқали амалга оширилиши исботланган. Энг яхши натижа Юмашев усулида олдинга «дарчали» спондилодез (297-расм) хисобланади.

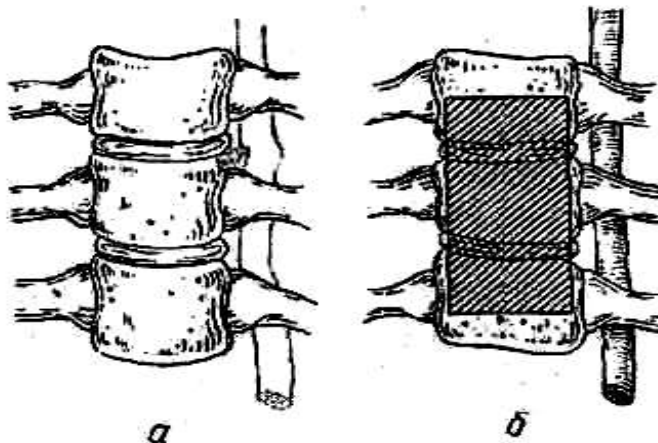
Остеофитлар умуртка артериясини эзиб кўйганда, миелопатия бўлиш хавфи туғилганда Юмашев усули бўйича оптик катталаштириш ва микрожарроҳлик техникасини қўллаган холда олдинги декомпрессия амалга оширилади (298-расм).

Олдинги спондилодез, ҳосил бўлган нуқсонни композит мате-риаллар билан тўлдириш беморларни узок, вақт оғир ва купол гипсли корсетларни кийиб юришдан озод қилади.



297-расм. Олдинги «дарча»симон спондилодез операцияси (чизма).
a – олдинги бўйлама бойламни кесиш; *b* – дискни олиб ташлаш; *в, г* – фреза ёрдамида «дарча» очиш; *д* – умуртка бўлагини 90° га бураш; *е* – трансплантатларни ўрнатиш ва олдинги бўйлама бойламни тикиш.

Ламинэктомия — умурткалараро диск чурраси умуртка кана-лига сурилиб фалажлик ва нимфа-лажлик ривожланганда қилинади, шундан сўнг умуртка поронасида бекарорлик ривожланмаслиги учун орқа спондилодез бажарилади.



298-расм. Орқа мия ва умуртқа артериясининг олдинги декомпрессияси.

a — операциядан олдин; *b* — операциядан кейин.

Остеохондроз профилактикаси

Хасталик келиб чиқишидаги этиологак омиллар хисобга олинса, биринчи навбатда, шикастланиш бўлгани учун, остеохондроз профилактикасида иложи борича макро- ва микротравмалардан ҳамда

умуртка поғошсини статик ва динамик куп юкланишдан сакдаш керак. Кишиларнинг кўп вақт мобайнида мажбурий ҳолатда бўлиши, айтилик тана ёки бошнинг эгилган ҳолатида дастгоҳда ишлаш, ёзиш, автомобил кабинасида ўтириш ва шу кабилар нохуш таъсир этади. Шунинг учун хасталикнинг олдини олишда иш вақтида ҳолатни ўзгартириб туриш, ўрnidикни мослаш катта аҳамиятга эга. Остеохондрознинг олдини олишда, айниқса, ўткир диск синдромини тўғри ҳолат танлаш, ҳаракат қилганда, оғир юклар кўтарганда ҳаракат кетма-кетлигига тўғри риоя қилиш (юкни ердан узаётганда ўтириши керак танани тўғри тутиб, юкни унга яқин ушламоқлозим, оғир юкни елкада кўтарган яхши) мақсадга мувофиқдир. Машина ҳайдовчиларга бир неча соатдан сўнг бошни ҳаракатлантириш, бўйинни уқалаш тавсия қилинади. Яхшиси 2-3 гимнастика машқларини 4-6 марта такрорлаган маъкул.

Умуртка атрофидаги мушакларни мустаҳкамлаш, мунтазам равишда жисмоний тарбия билан шугулланиш катта аҳамиятга эга. Остеохондрозда маълум комплекс машқлар ва тадбирлар жараён қайталанмаслиги учун тавсия қилинади: 1) қаттиқўрни; 2) кундалик гимнастика: бир кунда 2 марта, шунингдек ишлаб чиқаришда ҳам; 3) орқа ва бўйин мушакларини уқалаш; 4) бир х.афтада 3 марта сузиш; 5) иш жойини тўғри ташкил қилиш; 6) вазн ортиб кетишининг олдини олиш, махсус пархез овкатлар билан; 7) ишда штангачи белбоғи ёки Ленинград типидagi енгил корсет тақиш.

СПОНДИЛЕЗ

Аста-секин кечувчи умуртка сегментларининг «кариши» билан боғлиқ, махаллий касаллик Фиброз халқанинг ташки толалари бирламчизарарланади, дирилдок ядро таранглиги сақланиб туради. Олдинги бўйлама бойламнинг оқакланиши натижасида тумшуксимон ўсимталарга ўхшаб остеофитлар пайдо бўлади,

Классик спондилезга чегара пластинкаларининг склерози характерли эмас, умурткалараро бўшлиқ, баландлиги сақланиб қолади, остеофитлар олдинги ва ён умуртка погонаси юзаларида такасифат жойлашади.

Анатомик ўзгаришлар доимий орирликни кўтариб юришга организмнинг мослашиш реакция сидан иборат. Клиникада спондилез умуртка погонасидаги кам оғриқлар билан кўринади. Беморлар анальгетиклар қабул қиладилар, шифокорларга камдан-кам мурожаат қилишади.

Агар остеофитлар бир-бири билан кўшилиб кетмаса, веноз кон димланиши хисобига нерв томирлар синдроми кўзга ташланади.

50 ёшдан ошган беморларда спондилез люмбаго ва ишиасларсиз кузатилади; умуртка погонасининг бел соҳасидаги харакати чекланиши аниқланади. Бу беморлар, одатда, бошқа касалликларга (сийдик-тош касаллиги ва бошқалар) шубҳа қилиниб клиник ва рентгенологик текширилатган бўлади. Карияларда спондилез умуртка погонаси ва кўкрак кдфаси ҳаракатларининг чекланишига олиб келиши мумкин. Бошқа дегенератив хасталиклардан фарқи равишда спондилезда «ўз-ўзидан даволаниб кетиш» хоштари остеофитлар бир-бири билан ёпишиб кетганда кузатилиши мумкин. Бу беморларда рентген суратларида икки ва ундан ортик умурткаларнинг ўзаро битиб кетиши (умурткалараро баландлик сақланган холда) аниқланади. Одатда, шу рентген суратларида кўшни сегментларда остеохондроз белгилари кўринади. Бу умуртка погонаси дегенератив касалликларининг табиати бирлигини таъкидлайди.

Қотирувчи лигаментоз (Форестье касаллиги). Бу касалликка спондилезнинг бир кўриниши деб қараш мумкин. Касалликнинг келиб чиқиш сабаблари охиригача ўрганилмаган, лекин Форестье хасталиги диабетга чалинган беморларда кўпроқ учраши аниқланган. Бунда беморларда умуртка погонасида мах.аллийлашган оғриқ, бўлган, лекин 2-3 йилда ўтиб изсиз йўқрилган. Одатда, беморлар қотирувчи лигаментоз билан шифокорларга умуртка погонасида харакат чекланишидан шикоят қилиб, мурожаат қилишади. Клиника. Кўрилганда умуртка погонасининг бўйин ва бел соҳаларида харакат чекланганлиги, мушаклар гипотрофияси аниқланади.

Рентген суратларида олдинги бўйлама бойлам кўчганлиги ва суякланганлиги (бўйин, бел сегментларида) кўринади. Умурткалараро дисклар баландлиги ўзгармаган, чегара пластинкалари склерози ва остеофитлар йўқ..

Д а в о л а ш. Спондилез, одатда, консерватив усулда даволанади, нерв томирларининг ирритациясини йўқ.отишга қаратилади.

Гидрокортизон ультратовуш билан, электрофорез новокаин билан, витамин В гурухи, алоэ, анальгетик ва яллиғланишга карши дори-дармонлар (пирабутол, реопирин) тавсия қилинади.

Дисгормонал спондилопатия. Иккиламчи дегенератив касалликсифатида ёшга боғлиқ ўзгаришларда ривожланади. Хасталик асосида жинсий безлар ёки буйрак усти безининг фаолияти йўқрилишидан келиб чикувчи минерал моддалар алмашинувининг оғар бузилиши ётади. Кўпинча, жараён умуртка гогонасининг кўкракка бел сохаларида жойлашади.

Клиника. Люмбоишиалгик синдром остеохондроздагадан фарқли равишда диффуз характерга эга, таранглашиш белгилари кам билинади. Реятгенда сезиларли остеопороз аниқланади. Умуртка таналари икки томонга бўртган линзани эслатади («баликумурткэлари»), умурткалараро дисклар ҳам бўртган. Характерлиси, остеопорозга учраган умурткалар атрофида қирраларнинг қаттиқдашгани кўринади («фаолият симптоми»). Гормонал спондилопатияда, кўпинча, бир неча умуртка таналарининг патологак синиши кузатилади.

Д а в о л а ш. Гормонал соҳа, минерал модда алмашинувини меъерлаштириш, яллирланишга карши тадбирлар ўтказиш ва махсус жисмоний даволовчи тарбия, укалалар ёрдамида «мушак корсетни» мустахкамлашга қаратилган. Умуртка таналарининг патологак синишини функционал холда умумий кабул қилинган усуллар билан даволанади.

СПОНДИЛОАРТРОЗ

Спондилоартроз (умуртка погонаси бўғимларининг деформацияловчи артрозидир), одатда остеохондроз ёки сколиозда учрайдиган статик бузилишларнинг натижаси шаклида пайдо бўлади. Бундан ташқари, у ёш ўтишига боғлиқ, бўғимларнинг диффуз зарарланишида пайдо бўлиши мумкин. Остеохондроз ва умурткалараро бўғимлар артрозининг кўшилиб келиши умурткалараро тешикларни ҳам вертикал, ҳам горизонтал хажмларининг кичиклашишига олиб келади. Бу айниқса, жараён умуртка погонасининг бўйин соҳасида жойлашганида хавфли хисобланади.

Умуртка погонасининг кўкрак қисми спондилоартрози каришининг қонуний белгиси хисобланади. Қибирга-умуртка бўғимларининг артрози кўкрак кафаси ва умуртка погонаси кўкрак қисмининг «қотиб» қолишини кучайтиради. Умуртка погонасининг бел қисмида умурткалараро бўғимларнинг артрози турли аномал ўсишларда ҳам кузатилиши мумкин: умуртка равоклари битмаганида, спондилолистезда, бўғим ўсимталаринингтропизмида. Лекин асосий сабаби, юқорида айтиб ўтилганидек остеохондроз ва сколиоз хисобланади.

К л и н и к а . Спондилоартроз манзараси, кўпинча, асосий хасталиклар клиник кўриниши ичида никобланади. Спондилоартроз учун оррикларнинг зарарланиш соҳасида паравертебрал нуқталарда

типик жойлашиши, танани орқага букувчи мушакларнинг рефлекс таранглашиши, умуртка погонаси харакатчанлигининг чекланиши характерлидир. Оғриқ. синдроми динамикаси йирик бўғимлар остеоартрози каби бўлади. Оғриқлар озгина хдракатлангандан сўнг камаяди ва узоқжисмоний ишлашдан сўнг яна пайдо бўлади ва кучаади. Гашхислашда якуний рол 3 холатдаги спондилография хисобланади: тўғри.ён томондан ва 3/4 холатда оғриқ. кўпроқдомонда.

Д а в о л а ш. Комплекс холда ва асосий хасталикни бартараф қилишга қаратилган. Ортопедик тадбирлар статик ва динамик юкланишни камайтиришга мўлжалланган, ташки харакатсизлантириш учун ярим қаттиқ корсетлар (поливикдан), штангачи белбогини кийиш ва вакти-вакти билан орқа мушакларни укалаш тавсия қилинади. Оқрикни йўқртиш учун кичик кучланшдаги электр токи ишлатилади («Дельта», «Миоритм» ва бошқа аппаратлар), анальгетиклар, новокаин, гидрокортизон, лидаза билан электрофорез буюрилади. Умурткалараро бўғимларнинг чала чиқишларида (оғриқ. синдроми бор деформацияловчи спондилоартроз-ларда куп учрайди) мануал терапия яхши даволовчи натижа беради.

9 - б о б. ОСТЕОХОНДРОПАТИЯЛАР

Остеохондропатиялар асосан болалар ва ўсмирларда учрайди. Бу хасталикнинг кечиши одатда оғир эмас. Остеохондропатияда морфологик патофизиологик ўзгаришларнинг асосида кўмикдан гузилган суюқларнинг асептик некрози ётади, кечишида ўзига хос асоратлар ҳолидаги микросинишлар кузатилади, улар репаратив жараён натижасида битиб кетади.

Остеохондропатия ёки асептик некроз, мах;аллий кон айла-нишининг бузилишидан келиб чиқади, ўз навбатида, кон айланиши бузилиши тугма характерга эга бўлиши, модда алмашинувидан, инфекцион, травматик ва бошқа сабаблардан вужудга келади. Хасталик ривожланишида бир неча босқичлар ажратилади: 1) асептик некроз; 2) эзилиб синиш босқичи; 3) сурилиш босқичи; 4) тикланиш; 5) охириги ёки иккиламчи ўзгаришлар босқичи.

Рентгенологик текширилганда ҳам турли босқичлар кузатилади.

Остеохондропатияда оғриқ. ва зарарланган сегментда харакатлар чекланиши билан кечувчи кам функционал ўзгаришлар бўлиши мумкин. Остеохондропатия бир неча йиллар давомида кечади. Кўпинча, ўз-ўзидан «тузалиб» кетади, аммо кейинчалик деформацияловчи артроз ривожланади.

Даволаш асептик некроз соҳасида кон айланишни кучайтиришга йўналтирилади, бунинг учун бальнеофизиотерапевтик муолажалардан фойдаланилади. Умумий мустахкамловчи даволашнинг аҳамияти катта (витаминар, тўғри окатланиш, режимга риоя қилиш). 299-расмда кўп учрайдиган соҳалари кўрсатилган.

СОН СУЯГИ БОШЧАСИНИНИНГ ОСТЕОХОНДРОПАТИЯСИ (ЛЕГГ-КАЛЬВЕ-ПЕРТЕС КАСАЛЛИГИ)

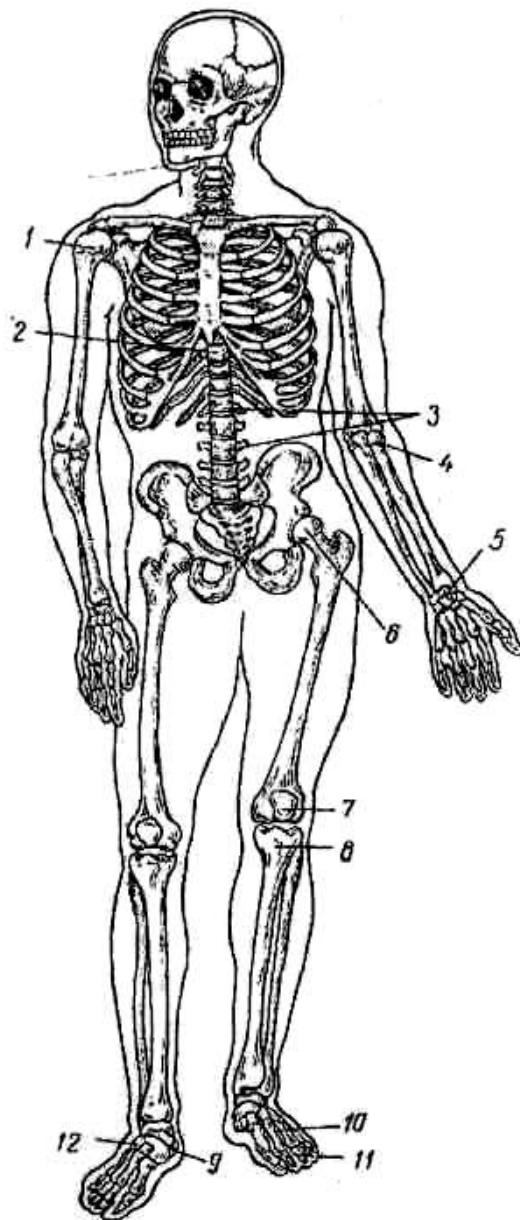
Сон суюги бошчасининг остеохондропатияси кечишида бир неча боскичлар фарқ қилинади: 1) бошнинг кўмик моддаси некрози; 2) бошнинг эзилиб синишга боғлиқ яссиланиши; 3) эзилган ва нек-розга учраган суюкустунчала-рининг сурилиши ва бита бошлаши (бўлакраниш босқичи); 4) тикланиш, даволангани туфайли сон суюги бошчаси тўғри шаклга эга бўлиши мумкин. Агар тўлақрили тўғри даволанмаса, бошча деформацияланганича қолади, бўғимда иккиламчи ўзгаришлар ривожланади, улар деформацияланувчи артрозга хосдир (охирги, бешинчи босқич).

Асосан 4 ёшдан 12 ёшгача бўлган болалар хасталанади. Икки томонлама касаллик кам кузатилади.

Клиника. Касаллик секин ривожланади. Болада юрганида чарчаш, чанок-сон бўғимида оғриқ. (айримлари бутун оёқ бўйлаб), оксокланиш, думба ва сон мушак-ларининг атрофияси, ҳаракат чекланиши, оёқнинг калталаниши кузатилади. Айримларда бу шикаят-лардан олдин шикастланиш бўлади.

Туберкулёз билан киёслашга тўғри келади. Остеохондропатияда тана харорати кўтарилмай жараён узоқ кечади, йиринг тўпламлари ва анкилоз кузатилмайди.

Д а в о л а ш. Узоқ ётоқ режими (икки йил атрофида) ва бўғимни махсус мосламалар орқали юқдан ҳоли қилиш. Консерватив даволаш билан бирга операция ҳам ўтказилади: сон бўйни орқали бир неча канал қилинади, темир кегай ёрдамида, бу муолажа сон суюги



299-расм. Остеохондропатиянинг ўзига хос жойлашиши (чизма).
 1 — Гесс касаллиги; 2 — Кальве касаллиги; 3 — Шейерман касаллиги; 4 — Пайер касаллиги; 5 — Кинбек касаллиги; 6 — Легг-Кальве-Пертес касаллиги; 7 — Ларсен касаллиги; 8 — Осгуд-Шлаттер касаллиги; 9 — Гаглунд касаллиги; 10 — Изолен касаллиги; 11 — Келлер I касаллиги; 12 — Келлер II касаллиги.

бошчасидаги тикланиш жараёнини тезлатади. Махаллий крн айланишни яхшилаш учун хосил килинган каналга суяк трансплантат ёки озикданшривчи оёқчаси бор мушакли ауготрансплантат киргазилади. Айрим холларда кўстлар ости соҳасидан остеотомия қилинади. Физиотерапевтах муолажалар (озокерит, парафин) ва санаторий-курорт шароитида даволаниш тавсия қилинади. Касаллик бир неча йил давом этади. Сон суяга бошчасини остеохондропатиясини даволаш узоқ,вактни, чидам ва матонатни талаб килади, чунки эрта юриш сон суяги бошчасини деформацияга ва тургун контрактураларнинг ривожланишига олиб келиши мумкин.

ЧАНОХ.-СОН ВА ТИЗЗА БЎРИМЛАРИДА БЎЛАКЛОВЧИ ОСТЕОХОНДРОЗ (КЕНИГ КАСАЛЛИГИ)

Остеохондропатиянинг бу турида эпифизнинг бўғим юзаси қисмида некроз кузатилади, унинг ажраши «бўғим сичкрнини» хосил килади. Касаллик кўпинча 15-30 ёшдаги эркакларда учрайди.

К л и н и к а . Эпифизнинг некрозга учраган қисми ажрамаганда клиникаси жуда суёт бўлади: озгина оғриқ., асосан сон дўнглари соҳасини ёки бошчасини босганда аниқланади. Бўкимда кўпинча суяк/шк кузатилади. Кейинчалик суяк парчаси ажралганда бўғим қотиб қолиши мумкин.

Киёслама гашхислашни бўғим хондроматози ва мениск ёрилиши билан ўтказилади.

Даволаш. Суяк парчаси ажраганда уни жарро\лик усули билан олиб ташланади. Баъзан суяк парчаси ажрамаган такдирда ҳам операция

қилиш мумкин, аммо муолажани бажаришнинг маълум қийинчиликлари бор, чунки у бўғим тоғайи билан крпланганлиги учун уни топиш қийин бўлади.



КАТТА БОЛДИР СУЯГИ ДЎМБОЦЧАСИНИНГ ОСТЕОХОНДРОПАТИЯСИ (ОСГУД- ШЛАТТЕР КАСАЛЛИГИ)

Кўпинча 14-15 ёшлардаги ўгил болалар хасталанади. Одатда касаллик бир томонда кузатилади. Рентгенологик текширилганда катта болдир суяги дўмбокчаси бўлакларга ажралади, чегаралари ноаниқ ва нотўғри кўринади (300-расм).

Клиника. Дўмбокча соҳасида тўсатдан оғриқ. сезилади, босганда ва тизза буқилганда кучаяди, мах.аллий юмшоқ тўқималар шиши кузатилади. Касаллик баъзан 1 йилдан ортик давом этади. У вақтда жисмоний тарбияни чеклаш керак айниқса, сакрашни, чунки соннинг тўғри мушаклари

300-расм.
Осгуд — Шлаттер
касаллиги.

кисқарганда бойлам билан бирга катта болдир дўмбокчаси кўпорилиб чиқиши мумкин.

Д а в о л а ш. Физиотерапевтик ва бальнеологик муолажалар буюрилади (озокерит, парафин ва бошқалар). Катта болдир суяги дўмбокчаси узок, ва кўп парчаланган ҳолда ва доимий оғриқ. безовта килса, операция қилишга кўрсатма бўлади, унда суяк трансплантат билан дўмбокчага қотирилади.

ОЁҚ ПАНЖАСИ КАЙИДСИМОН СУЯГИНИНГ ОСТЕОХОНДРОПАТИЯСИ (КЕЛЛЕР I КАСАЛЛИГИ)

Касаллик 3-10 ёшдаги ўғил болаларда кўпроқ учрайди, одатда, икки томонлама бўлади. Бир йиллар атрофида давом этади.

Клиника. Кафт олди соҳасида оғриқ, оксашга сабабчи бўлади. Кайиксимон суяк босилганда оғриқ. кучаяди. Айримларда шу соҳада шиш пайдо бўлади. Оғриқ. кечкурун кучаяди. Бола оёқ панжасини ташки гумбазига босиб юради.

Рентген суратида кайиксимон суякнинг суякланиш ядросининг кичрайиши, бўлакларга бўлиниши ва яссиланиши кузатилади.

Д а в о л а ш. Гипсли этикча кўйилади. Жарро)улик муолажасига кўрсатма йўқ.. Даволаганда оёқ панжаси функцияси, айримларда анатомияси \ам бутунлай тикланади.

ОЁҚ ПАНЖАСИ КАФТ СУЯКЛАРИ БОШЧАСИНИНГ ОСТЕОХОНДРОПАТИЯСИ (КЕЛЛЕР II КАСАЛЛИГИ)

Касаллик кўпроқ 10-20 ёшда, асосан аёлларда учрайди. 11-111 кафт суякларининг бошчаси зарарланади, касаллик секин-аста ривожланади (301-расм).



301-расм. Оёқ кафт суякларининг бошчаларининг остеохондропатияси (Келлер II касаллиги).

Клиника. Юрганда кучаювчи, ўз-ўзидан пайдо булувчи оғриқ. II-III кафт суяклари асосида аниқланади. Кўпинча, шу соҳада шиш бўлади. Хасталик бир неча йиллар давом этиб, кўпинча деформацияловчи артроз билан тугалланади, у ўз навбатида оғриқни кучайтириши мумкин.

Рентген суратларида аввал кафт суяклари бошчаларининг каттиклашиши, кейинчалик х.ол-х.ол манзарасига кириши, бошчаларнинг яссилиниши, бўғим ёриқларининг кенгайиши кузатилади.

Д а в о л а ш. Харакатсизлантириш, патакли ортопедик пойафзал кийиш (оёқпанжаси олдинга қисми юкдан бўшатилади). Жаррохлик муолажаси — кафт суяқларининг бошчасини олиб ташлашдан иборат.

ЯРИМОЙСИМОН СУЯКНИНГ ОСТЕОХОНДРОПАТИЯСИ (КИНБЕК КАСАЛЛИГИ)

Бу остеохондропатиянинг энг куп тарқалган тури ҳисобланади. Суяги кўп микрошикастланишларга учраган кишилар хасталанадилар.

К л и н и к а . Яримойсимон суяк соҳасида оғриқ., босилганда кучаяди. Билак-кафт усти бўғимида ҳаракат қилинганда кучли оғриқ. сезилади. Шу ерда шиш пайдо бўлади.

Рентген суратларида хрл-хрл бўлиб қаттиклашиш ва яримойсимон суякнинг кичиклашиши кўринади.

Д а в о л а ш. Кўп муддат давом этувчи ҳаракатсизлантириш, физиотерапия. Жаррохлик муолажаси консерватив усул ёрдам бермаса ва оғриқ, давом этаверса бажарилади: яримойсимон суяк олиб ташланади.

УМУРТДА ТАНАСИНИНГ ОСТЕОХОНДРОПАТИЯСИ (КАЛЬВЕ КАСАЛЛИГИ)

Бу касалликхам суяқлардаги асептик некроз касалликларига киради. Кўп юк тушадиган умурткалар, яъни асосан пастки кўкрак ва бел умурткалари зарарланади.

Клиника. Оғриқ, зарарланган умуртка соҳасида бўлади, тинч ҳолатда йўқ.олади ва оғирлик тушганда пайдо бўлади. Бунда мушакларнинг рефлекс таранглашиши кузатилади. Зарарланган умуртка ўткир ўсиги бўртиб туради (кифоз эмас).

Рентген суратларида хасталик даврига мўе ҳолда умуртка танаси бир текис яссилашиб колгани (айримларда понасимон бўлиб) кўринади. Агар даволанмаса, сўнгги босқичларида умурткадан х.ол-хрл соя қолади, ҳалос.

Д а в о л а ш. Кўп йиллар талаб этилади. Умуртка погонасини ёток режими ва реклинация қилиш билан бутунлай юкдан озод қилиш керак (умуртка кдйта тикланиши учун зарур барча вақт мобайнида).

Санаторий-курортларида даволаш, витаминотерапия, ультрабинафша нурлар олиш тавсия қилинади. Умуртка тикланиши учун (у одатда тўлиқбўлмайд) 2-3 йил вақт керак бўлади. Беморларнинг суяк сили санаторийларида даволаниши энг маъқул вариант бўлиб ҳисобланади.

ТРАВМАТИК СПОНДИЛИТ (КЮММЕЛ КАСАЛЛИГИ)

Кальве касаллигидан фарқли ўларок травматик спондилит оғир ва кўплаб микрошикастланишлар натижасида келиб чиқади. Шикастланиш характери айрим ҳолларда сакраш ёки орқага зарба тушиши билан боғлиқдир. Хасталик эркакларда учрайди ва остеохондропатияларга киради.

К л и н и к а . Кюммел касаллиги белгиларига караб 3 даврга ажратилади: биринчи — шикастланишдан кейинги (5-8 кун давомида умуртка сохдсида оғриқ.); иккинчи — умуман оғриқсиз (бир неча ой давом этади); учинчи — зарарланган умуртка сохасида қайта оғриқлар пайдо бўлиши (кўпинча ўрта кўкрак умурткаларида) ва кифознинг ривожланиши.

Рентген суратларида бир неча умурткаларнинг понасимон деформациялангани кўринади.

Д а в о л а ш . Умуртка погонасини корсет ёрдамида юкдан озод қилиш, иссикванналар олиш, укаланиш ва даволашчи жисмоний тарбия.

УМУРТКАЛАРНИНГ О СТЕОХОНДРОПАТИЯСИ (ШЕЙЕРМАНН-МАУ КАСАЛЛИГИ)

Болалар орасида энг кўп тарқалган умуртка погонаси касаллиги ҳисобланади. Кўпроқ ўғил болаларда кузатилади. Бу хасталикда умурткалардаги ўзгаришлар кифоз деформациясининг пайдо бўлиши билан характерланади. Деформация умурткаларнинг ўсиш зонасида ўзгаришлар ҳисобига, таналарининг понасимон бўлиб қолишига боғлиқдир.

Клиника. Организм тез ўсганлиги сабабли кўкрак кифозининг ошиши, умуртка погонасини тўғрилашга ҳаракат қилинганда оғриқ, тез чарчаш, айримларда умурткаларни босилганда оғриқнинг кучайиши кайд этилади.

Рентгенологик текширилганда умуртка таналарининг апофизларида бузилиш ва понасимон деформация кузатилади.

Д а в о л а ш . Беморлар тахта кўйилган қаттиқ ётоқда ётоқ режимига риоя қилиб, чалқанча ётади. Даволошчи жисмоний тарбия орқа ва қорин мушакларини мустаҳкамлаш учун ўтказилади. Айрим ҳолларда гипсли ётоқ кўйишга тўғри келади (касалликнинг ўткир даврида). Касалликнинг енгил турларида кифозни тўғрилаш учун реклинация килувчи мосламалар тақилади.

10 - б о б. СУЯК ЎСМАЛАРИ

Скелетда ўсмаларнинг келиб чиқиши суяклардаги диспластик жараёнларга яқиндан боғлиқдир, бу, айниқра, болаларда яхши сезиларли бўлади, жумладан, суяклардаги катор диспластик жараёнлар хавфли ўсмаларга айланади (тоғай экзостози — хоцпромага, фиброз дисплазия ■ суяк саркомасига ва хоказо), ҳамма ўсмалар ичида скелетда учрайдиганлари 11,4% ни ташкил қилади. Ўсмаларни даволашнинг асосий усули жаррохлик усулидир. Суякўсмалари, бундан ташқари, ортопедик масала қамдир.

Хозирги вақтда кўпчиликда Т.П.Виноградова (1960) ва М.В.Волков (1962) таснифлари қабул қилинган. М.В.Волков ўсмаларининг кечишига қараб 3 асосий форма ажратади: хавфсиз, хавфли ва чегарадошлар. Ўз навбатида ҳар бири тоғайли, суякли ва аралаш ўсмаларга бўлинади.

ТО РАЙ ТЎДИМАСИ ЎСМАЛАРИ

Болаларда хавфсиз тоғай ўсмалари дисплазиялар билан бирга барча суяк ўсмаларини 50% ни ташкил қилади.

Хондробластома. Хондробластоманинг энг кўп жойлашадиган соҳаси узун найсимон суякларнинг эпифизи хисобланади, аммо улар чанок, кўкрак ва бошқа суяклардан ҳам чиқаверади. Нисбатан камрок бўлиб, скелетдаги барча ўсмаларнинг 10% ни ташкил қилади.

Рентген суратларида хондробластома овал шаклдаги хосила бўлиб, эгшфиз ёки метафиз марказида жойлашади. Гетероген тузилмалар ичида суяк тўқималари сочилгани кўринади ва шу билан инфекция жараёндан ажратишни енгиллаштиради.

Д а в о л а ш. Ўз вақтида тургун жаррохтшк муолажаси қилинса, ўсманинг хавфсиз шакли яхши натижа билан тугайди. Ўсманинг кюретаж муолажасидан сўнг қайталаниши ва хондробластоманинг хавфли турга ўтиши мумкинлигини хисобга олиб, яхшиси суяк ҚИСМИНИ ўсма билан олиб ташлаш ёки ампутация қилган маъкул.

Хондрома. Уларнинг жойлашишига қараб энхондрома ва экхондромалар ажратилади. Энхондрома суяк ичида жойлашади, ўсганда суякни ичидан сўради. Рентген суратида суяк марказида ўзгармаган суяк фонида якхол ажралиб турган думалок шаклда оқиш ўчоги кўринади. Вир хил тузилган хосилада охаклашган тоғай ўчокларини кузатиш мумкин.

Экхондрома суякдан чикҳиб, юмшоқтўқималартомон усади. Рентген суратларида қаттиқлашган юмшоқтўқималар соҳасида охакланган соҳа кўринади. Ўсма ва унинг асоси чегараларини аниқлаш қийин.

Клиника. Кўпроқ кўл ва оёқ бармоқ. фалангалари, шу билан бирга, қафт ва қафт олди суяклари зарарланади. Сон, елка ва бошқа

суяклар ҳам зарарланади. Хондрома учун экспансив ўсиш характерли. Аста-секин катталашадиган шиш кузатилади. Ўсма бўғимга яқин жойлашса, артралгия белгилари, баъзан эса синовит ривожланади.

Энхондрома хавфли турга ўтишга мойил. Унда ўсма тез катталашади, окрик пайдобўлади. Рентгенда саркома (хондросаркома) га ўтиш охакланишининг ривожланиши билан характерланади.

Д а в о л а ш. Фақат жаррохлик йўли билан — экскохлеация (суяк кошик билан кириб ташланади) ёки зарарланган суяк қисмини олиб ташлаш керак. Агар хавфли турга ўтиш хавфи шубхаланса, сегментар резекция, баъзан эса ампутация қилинади. Операция вақтида тога}} тўқималарининг қрлмаслигини кузатиб туриш керак.

Хондромиксоид фиброма. Кам учрайдиган ва секин ўсадиган хавфсиз ўсма. Кўпинча, 20-30 ёшларда кузатилади. Асосан катта ва кичик болдир суяклари зарарланади, лекин сон, елка ва бошқа суякларда ҳам учраши мумкин.

К л и н и к а . Вир неча ойлар давомида оғрик. аниқланади, сўнгра ўсма кўзга ташланади. Рентген суратларида узун найсимон суякларда эксцентрик жойлашган овал шаклидаги окимтир соха кўринади. Деструкция ўчоги кўмик модда ва кортикал каватни зарарлайди. Тузилиши бўйича ўсма тўқимаси тоғайни эслатади.

Д а в о л а ш. Ўсмани экскохлеация қилиш ва суякдаги кўмик сохани (нуқсонни) суяк трансплантата билан алмаштириш.

Хондросаркома. Хавфли ўсма бўлиб, тоғай тўқимасидан чиқади, асосан сон ва елка суякларининг тизза ва елка бўғим соҳаларида, камрок кўкрак қовурға ва бошқа суякларда жойлашади. Ўсма 30-60 ёшларда пайдо бўлади.

Икки хил хондросаркома ажратилади: марказий ва периферик. Марказий хондросома ички суяк тузилмаларидан чиқади, узун суякларнинг метафиз соҳаларида жойлашади ва жараён кортикал суяк каватини тешади. Периферик хондросаркома тоғай юзаси ёки тоғай хосилаларидан чиқади, айрим холларда суякни ғадир-будур қилиб кз'яди. Хондросаркома ўпкага аста-секинлик билан метастаз беради.

К л и н и к а . Доимий бўлмаган ўтмас оғриқлар билан характерланади, ўсма ўсиши билан улар кучаяди. Бу даврда зарарланган соха хажми куп марта ошади. Аввал кичикрок қаттиқ хосила аниқланади. Марказий хондросаркома периферикка нисбатан секинрок усади. Рентген суратларида марказий хондросаркомада сочилган х.ол-х.ол соха (кортикал кават тешилганда) кўринади; хондроматоз массалар суякдан ташқарида жойлашади.

Периферик хондросаркома рентген суратлари гулкарам сифатида ва кортикал кавати ғадир-будурлашган нотўғри шаклда сочилган сояларни эслатади. Марказий ва периферик хондросаркома атрофидага юмшоктўқималардан чегараланмаган бўлади.

Д а в о л а ш. Радикал усул бўлиб (хатто эрта босқичларда), ампутация ёки экзартикуляция хисобланади (зарарланган сохага караб).

СУЯК ТЎЦИМЛСИ ЎСМАЛАРИ

Суякларнинг хавфсиз ўсмалари. Остеома. Остеомаларни компакт, кўмик ва аралаш формачари ажратилади. Барча скелет ўсмаларининг 10% ни ташкил килади. Рентген суратига караб остеомалар кенг асосли ва оёқчали бўлади. Остеома кўпинча 10-25 ёшларда учрайди. Улар узун найсимон суяюларнинг аксарият метафиз ва диафиз қисмларида ва калла кушей гумбазини хосил килувчи суякларда жойлашади.

Д а в о л а ш. Оғриқ., аъзо фаолиятининг бузилиши ва ўсманинг катта хажми операция учун кўрсатма бўлади. Унинг мохияти ўсмани суяк усти пардаси билан биргаликда олиб ташлаш. Қайталаниш камдан-кам холларда бўлади, хавфли турга ўтиши кузатилади.

Остеоид-остеома. Суякнинг хавфсиз ўсмаси бўлиб, ўзига хос клиник кечиш, гистологик ва рентгенологик манзарага эга. Айрим муаллифлар хозирча бу хасталикни чекланган сурункали остеомиелит деб карашади, аммо бу фикр кўпчилик ортопедлар томонидан қабул қилинмаяпти.

К л и н и к а . 20-30 ёшлардаги аёл ва эркаклар бир хил хасталанишади. Ўсма, кўпинча, узун найсимон суякларни - катта болдир, сон, кичик болдир ва бошқаларнинг тана қисмида жойлашади. Олдинига чуқур оғриқ. пайдо бўлади (мушак огригини эслатувчи), тезда чегараланган тую олади. Аналгетиклар қабул қилинганда оғриқ. анчагина пасаяди. Айникса, қаттикоғриқ. кечкурун кузатилади, ундан беморлар уйқониб кетадилар. Ўсма орқада жойлашган бўлса, бемор уни аяйди, оксокланади.

Рентген суратида остеоид-остеома ўзига хос кўринишга эга, 0,5-2 см лар атрофида ёришган учок, думалок шаклда, склеротик зона билан ўралган. Ўсма суяк кортикал каватини устида ёки чуқуррок жойлашиши мумкин.

Кдослама ташхислашни чекланган суяк ўсиб кетиши билан кечувчи остеомиелит, остеопериостит, Броди кўппози ва ажралувчи остеохондроз билан олиб борилади.

Д а в о л а ш. Зарарланган ўчокни атрофидаги юпка каттиклашган суяк зонаси билан бирга олиб ташланади; суяк усти пардаси остидан кдеман ёки сегментар резекция қилинади. Ўсмани тўлиқолиб ташлаш тургун согайишга олиб боради. Уни кдеман олинса, жараён қайтала-ниши мумкин ва хавфли турга ўтиши кузатилади.

Остеобластокластома (катта хужайрали ўсма). Остеобластокластома ярим хавфли, кўпинча, қайталанувчи, экспансив ўсадиган ва айрим холларда иккиламчи ўчок берадиган ўсмаларга киради. Икки хил тури

ажратилади: литик ва катак-симон-трабекуляр. Айрим жаррохлар аралаш турини ҳам ажратишади (302-расм).

Ўсма болалар, ўсмирлар ва ўрта ёшли кишиларда учрайди. Болаларда остеобластокластома клиник белгиларсиз кечади, ўсма соҳасида патологик синиш бўлганда аниқланади.

„**х л и н и к а.** Ўсма, кўпинча, елка суягининг юқори метафизи, сон суягининг пастки метафизи, кичик-катта болдир суяклари ва бошқа жойларда учрайди. Дастлабки белгилари сезиларсиз ўтади. 2-3 ойдан сўнг шиш пайдо бўлади, маҳаллий ҳарорат кўтарилади, гиперемия. Кортикал кавати юпкалашиб тешилганида пай-паслагандаги товуш пергамент крғознинг шилдирашига ўхшайди. Таъсирот бўлганда ўсма соҳасида окрик чакирилади, патологик синишлар ҳам характерли ҳисобланади.

Рентгенологик текширилганда говаклик совун кўпигини эслатувчи сохта шокилалик ёругликлар кўринади.

Макроскопик кўрилганда ўсма тўқимаси гўштли, кон кўйилган соҳалар бўлганидан х.ол-х.ол, гемосидерин ҳисобига кўнгир тусга киради.

Д а в о л а ш. Жаррохлик йўли билан даволаш паллиатив (бўшлиқ.ни экскохлеация қилиш ва суяк трансплантати билан тўлатиш), радикал (ўсмани олиб ташлаб суяк трансплантати билан алмаштириш ёки алмаштирмаслик) ва ампутация. Муолажалар турига кўрсатмалар ўсма жойлашиши, уларнинг морфологик ва клиник ўсиш активлигига боғлиқ. Амалиётда зарарланган суякни сегментар резекция қилиб, трансплантат билан алмаштириш тавсия қилинади. Хавфсиз ўсма бўлгандагина (улар камрок учрайди) экскохлеация қилинади. Рентген нурлари билан даволаш чекланган бўлиб, асосан умуртка погонаси остеобластокластомасида қўлланилади. Рентген нурлатишдан аввал бемордан ўсма тўқимаси олиниб микроскопик текширилади, яъни биопсия қилинади.

Гемангиома. Энгкўп учрайдиган соҳаси — умуртка погонасидир, найсимон ва ясси суяклар камрок зарарланади. Кўпинча, умуртка танасида, камрок — икки, ундан ҳам камрок — учта умурткаларда



302-расм. Остеобластокластома.

капилляр томмрларнинг ўсиши ёки горсимон бўшлиқлар (гемангаома) ҳосил бўлиши кузатилади. Юмшоқ бириктирувчи тўқхималарнинг ўсиб кетиши суяк устунчаларининг юмшоқлашиши ва деструкциясига олиб келади. Ўсма турли ёшда пайдо бўлади.

Клиника. Унча кучли бўлмаган окрик билан характерланади, айниқса, умуртка ўткир ўсиши босилганда сезилади. Окрик ҳаракат қилинганда, кўпроқ ўтирганда ва юрганда пайдо бўлади. Тана ҳарорати меъёрида, қанда ўзгаришлар кузатилмайди.

Рентген суратларида зич қоқилган ёроч девор каби тарам-тарам манзара кўринади. Ҳасталик кўп йиллар давом этиши мумкин ва умуртка танасининг қаттиқлашиши ва эзилиб қолиши билан тугайди.

Д а в о л а ш. Касаллик дастлабки даврларда умуртка погонасини қаттиқ корсет ёрдамида юқдан озод қилиш, рентген нурлари билан даволаш кўзда тутилади. Орқа мия эзилиши белгилари пайдо бўлса ламинэктомия қилинади.

Кўп сонли экзостозлар. Узун найсимон суякларнинг метафиз соҳаларида эпифизар тоғай ривожланиш нуқсони сифатида учрайди. Касаллик асосида тоғайнинг суяк ўқи бўйлаб эмас, балки ён томонга жадал ўсиши ётади, натижада остеофитлар пайдо бўлади. Экзостоз атрофи гиалин тоғай, марказида энхондрал шаклда ҳосил бўлган суяк тўқимасидан иборат. Экзостоз охирида, кўпинча, шилликхалтача бўлади. Бемор ўсишдан тўхтаганда экзостоз ҳам катталанишдан тўхтайд.

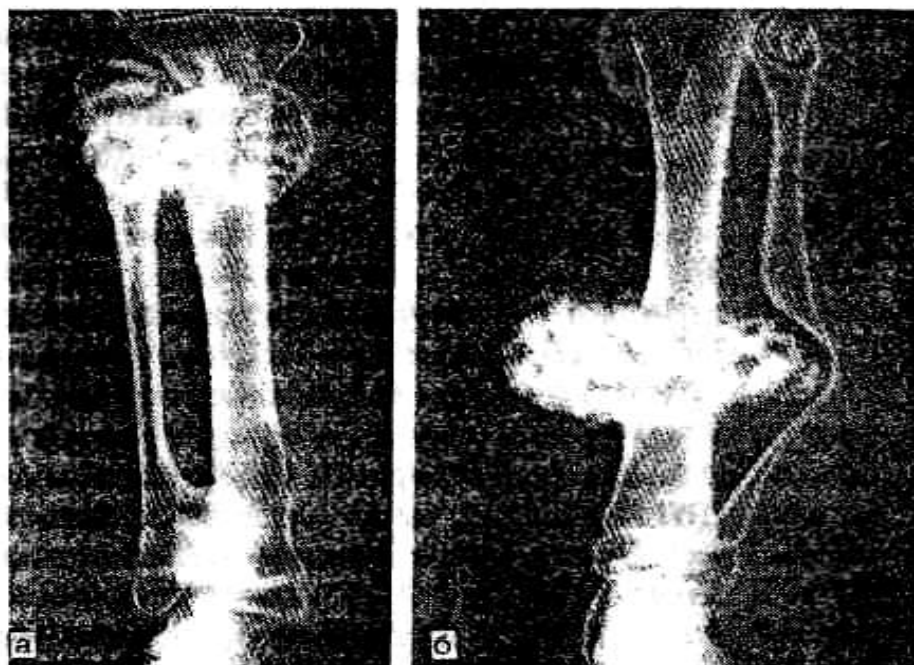
К л и н и к а . Экзостозлар микдорига боғлиқ., улар битта-иккита ва кўплаб бўлиши ва скелетнинг ҳамма жойларида учраши мумкин. Экзостозлар бир беморда 100 дан ортиқ ва турли х.ажмда (х.атто муштдек) бўлиши мумкин. Пайпаслаганда қаттиқ, ҳаракатсиз, силлик ва дўнгли. Экзостоз жойлашган суяклар, кўпинча, ўсишдан орқҳада қолади ва кийшайди. Айниқса, жараён билак соҳасида жойлашганда қўл кийшайиши яқҳол сезилади. Экзостозлар жойлашган соҳасига қараб мушакларнинг кискаришига тўсқинлик қилиши, нерв толаларини эзиши мумкин, натижада сезиш, ҳаракатланиш ва озикланиш бузилишига боғлиқ ўзгаришлар кузатилади (303-расм).

Д а в о л а ш . Қон ва нерв томирларини эзувчи, ҳдракратини чекловчи экзостозлар олиб ташланади. Айримларда косметик кўрсатмага асосан операция қилинади. Экзостозларнинг хавфли ўсмаларга айланиши эҳтимоли бўлгани учун катта хажмдагиларини олиб ташлаш тавсия қилинади. Экзостоз олинганда асоси чуқурча бўлиб қолгани маБкул, шунда барча тоғай хужайралар олинганига ишонч туғилади.

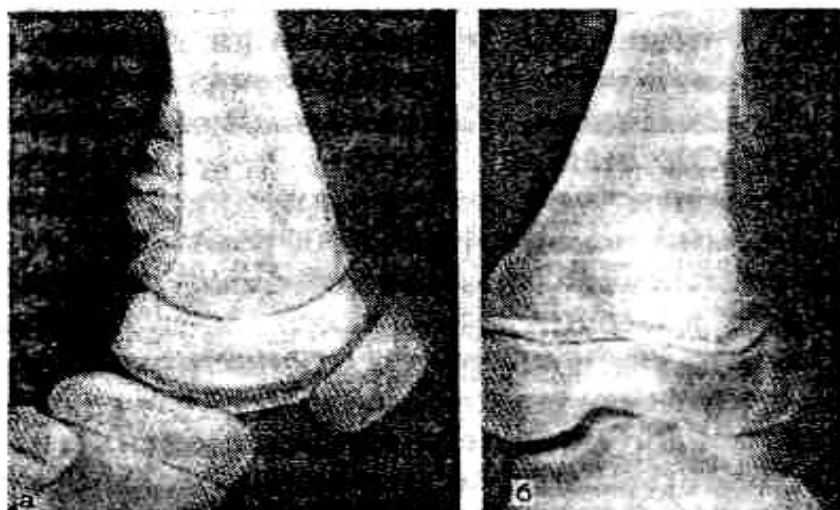
Суякларнинг хавфли ўсмалари. Остеоген саркома. Бирламчи хавфли ўсма бўлиб, кўпинча, 10 дан 40 ёшгача бўлган эркекларни зарарлайди ва кўп ўлимга олиб бориши билан характерланади. Биринчи ўрнида кўп учраши билан сон суяги (унингдистал қисми) туради, иккинчи ўрнида — катта болдир ва елка суягининг проксимал қисми туради.

Узун найсимон суякларнинг метафиз қисми саркомани «яхши курган» жойлашиш жойи ҳисобланади (304-расм).

Клиника. Асосий белгиси маҳаллий оғриқ., 1/4 беморларда оғриқ. пайдо бўлганда шиш ҳам қузатилади. Кечроқ яқин бўғимда ҳаракат чекланади. Ўсма усти тери қатлами иликхбўлади. Биокимёвий текширишларда ишқррли фосфатаза миқдориға қатга аҳамият берилади, Унинг ошиб кетгани саркоманинг хавфлилик даражасини кўрсатади. Агар ишқррли фосфатаза миқдори меъёрида бўлса, саркоманинг кечиши унчалик тез ва дахшатли бўлмайди.



303-расм. Кўп сонли экзостозлар.



304-расм. Остеоген саркома.

Суяк саркомасини рентгенда ташхислаш мураккаб эмас. Бошлангич даврларига суяк остеопорози характерли, ўсма чегаралари аниқ, эмас, метафиз чегарасидан тарқалмаган. Тезда суяк тўқимасида нуқсон кемтик хосил бўлади. Айрим ўсмаларда пролифератив остеобластик жараён аниқланади. Бу холларда ажралган суяк усти пардаси урчуксимон шишган, айрим вақтларда узилиб, «соябон» манзарасини беради. Айниқса, болаларга хос игнали периостит кузатилади, улар остеобластларни кон томирлар йўли бўйича суяк тўқимасини ишлаб чиқариш натижасида кортикал каватга перпендикуляр холда жойлашадиган спикулалар хисобланади.

Суяк саркомасини тоғай саркомаси, эозинофил гранулёма, тоғай экзостози, остеобластокластома билан қўйишга тўғри келади.

Тс-пертехнетат ва Тс-пирофосфат синовларини қўллаш таянч-харакат системасини ўсма ва ўсмасифат зарарланганини ташхислашда КЗ'Л келади.

Радионуклидларни қўллаганда ўсмаларга ташхис қўйиш аниқдиги 72,4%, хавфли ўсмаларга эса - 96%.

Д а в о л а ш. Агар бирламчи ўсма ўчоги елка ва сон суякларининг юқори қисмидан пастда жойлашса — ампутация, проксимал метафизларида бўлса — бўғим ичидан (экзартикуляция) олиб ташлаш мақсадга мувофиқ..

Ўсма тўқимаси рентген нурларига чидамли бўлгани учун рентгенотерапия қўлланилмайди. Беморлар остеоген саркома билан операциядан сўнг тахминан бир йилда ўпкадаги иккиламчи ўсмалардан нобуд бўладилар.

Юинг саркомаси. Ўсма ёшларда ва асосан сонда кўп учрайди.

К л и н и к а с и. Биринчи белгиларидан оғриқ. хисобланади, лекин у остеоген саркомага нисбатан камрок даражада бўлади. Шиш соҳаси босилганда оғриқ, кучли сезилади. Лейкоцитлар кўпаяди, баъзан тана ҳарорати ошади.

Рентген текширишда диафиз марказида ўсма жойлашади, суяк тўқимаси деструкцияси кўринади, суяк усти пардаси кават-кават бўлади.

Киёслама ташхислашни асосан остеомиелит ва суякдан чикувчи саркома билан олиб борилади.

Д а в о л а ш. Ўсмани рентген нурлари билан нурлантириш яхши натижа беради, умумий дозаси 4000-5000 Рентген.

Юинг ўсмаси, ретикулосаркома каби суякларга, мах.аллий лимфа тугунлари ва ички аъзоларга (айниқса, кўп ўпкага) иккиламчи ўсмалар-метастазлар беради ва хасталик бошланганидан икки йилларча мобайнида беморни ўлимга олиб келади.

Жаррохлик муолажасисиз мавжуд терапевтик тадбирлар билан бирламчи ўсмага таъсир қилиш мумкин (рентген нурлари ва кимёвий препаратлар билан). Ампутация ва экзартикуляция метастазлардан ҳоли кила олмайди.

Суяк ўсмаларини даволаш принциплари

Нур билан даволашни мукамаллаштириш, ўсмага қарши янада фаолроқ препаратларни қашф қилиш, хавфли ўсмаларнинг тузилиши ва клиник кечишни чуқурроқ ўрганиш суяк ўсмаларини даволаш имкониятларини кенгайтиради. Лекин ўсмаларни эрта ташхислаш уларни муваффақиятли даволашнинг ҳамон асосий омили бўлиб қолмоқда. Эрта ташхислаш учун беморни ҳар томонлама тўла текшириш керак шундагина ўсма табиатини аниқлаш мумкин бўлади. Сўнги вақтларда рентген томография усули, шикастланган оёқ, -қўл қон томирларига контраст модда юбориб суратини олиш амалиётга киритилган. Лаборатор асосий текширишлар қандаги кальций, фосфор, ишқорли ва кислотали фосфатаза, қон зардобдаги оксилларни аниқлаш билан тўлдирилади.

Морфологик усул ўсмалар характерини аниқлашда кенг қўлланилган.

Текшириш натижасида ўсма табиати аниқданмаса, унинг бир қисми кесиб олиниб, микроскоп остида ўрганилади. Бу муолажанинг хавфи ўз вақтида аниқланмаган хавфли ўсманинг етказиши мумкин бўлган хавфдан бир неча бор камдир.

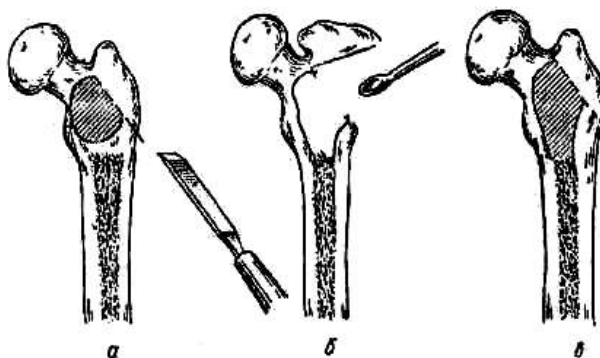
Ташхислаш мақсадида ўсмага троакар ёки махсус игна санчиб олинган тўқима устунчаси морфологик текшириш учун етарли ҳисобланади. Хужайра қисмларини текшириш маълум аҳамиятга эга.

Саклаб қолувчи операциялар — буларга махсус қриш билан ўсма ўчоғини кириб ташлаш қиради, бу муолажа марказий жойлашган хавфсиз ўсмаларда яхши натижа беради.

Қўриб ташлаш техникаси. Ўсмага энг юқкалашган томондан қорилиди. Суяк усти пардасини кесиб распатор билан ёнга қўчирмалвдк Юққаланган соҳадан қясқ;ич йғи жқана билан суяк ичига қирилади (305-расм). Патологик ўноқ қўриб ташлангач, бўшлиқ. суяк канали билан яхши регенерация бўлиши учун туташтирилади. Қон тўхтатиш учун қаттиқ тампон ёки гемостатик махсус восита ишлатилади. Бўшлиқ. аутогемо- ёки гетеротрансплан-

305-расм. Волков усулида ўсмани қўриб олиб ташлаш (чизма).

а — суякни тешиб очиш;
б — ўсмани обдон қўриб ташлаш ва бўшлиқни илик канали билан қўшиб юбориш;
в — ҳосил бўлган бўшлиқни суяк трансплантати билан тўлдириш.



татлар билан тўлатилади. Хаммасидан яхшиси кипик ёки майда таёкчалар шаклидаги гемосуяк хисобланади (аутосуяк олиш учун кўшимча операция керак).

Суякнинг бир қисмини олиб ташлаш - жаррохлик йўли билан даволашнинг бир тури бўлиб, радикалиги бўйича аввалгисидан устунрок хисобланади. У хавфсиз ўсмаларни ва айрим хавфли ўсмаларни ҳам даволашда кўл келади. Операция ўсмани соғтўқималарчегарасиданолибташлашданиборат. Кирралирезекцияда патологик ўчоқ суяк бутунлигини тўла бузмасдан олиб ташланади. Сегментар резекцияда суякнинг бир қисми олиб ташланади ва унинг бугунлиги бузилади.

Суякни репозиция қилиш усули ўсманинг ўлчамлари, табиати ва жойлашган жойига караб аниқланади. Қиррали резекцияни одатда хавфсиз, ташқарига ўсувчи ўсмаларда қўлланилади, соҳа ўзга тўқима билан тўлдирилмайди. Сегментар резекцияда соҳа суяк тўқимаси билан алмаштирилиши ва алмаштирилмаслиги мумкин. Кичик болдир, қовурғалар, оёқпанжаси ва қафт соҳаси суякларидоги ўсмалар ўрни алмаштирилмасдан олиб ташланади. Сегментар резекция қилинганда ўсмаларга хос радикализм билан олиб ташланган суяк қисми пластик материал билан алмаштирилади. Бўшм фаолияти сақланган холда уни батамом ёки ярмини трансплантат билан алмаштириш мумкин. Айрим холларда артродез қилинади.

Даюлаш усуллари омухта қилинганда операциялар нурлатиш билан кўшиб олиб борилади. Нур билан даволаш операциядан олдин ва кейин қўлланилади. Лекин операциядан олдинги нур билан даволашга кўпроқ аҳамият берилади, чунки у ўсма хужайраларининг ўсишини барбод қилади ва иккиламчи учоклар пайдо бўлишини камайтиради.

Кейинги вақтларда суяк ўсмаларини даволашда дори-дармонлар билан биргаликда, радикал операция усули ёки нурлатиш кенг қўлланилади. Аммо кўп ўсмалар учун фаол дорилар йўқлигидан омухта усулида даволаш чекланган.

11 - б о б. ПАРАЛИТИК ДЕФОРМАЦИЯЛАР СПАСТИК ФАЛАЖЛИК

Спастик фалажлик окибатида келиб чикувчи кўл-оёқ деформациялари бош ёки орка миядаги ўзгаришларга боғлиқ..

Бош миядаги ўзгаришларга боғлиқ, кўл-оёқ деформациялари бош мия спастик фалажликлари деб аталади. Кейинги вақтларда бош мия фалажликлари мавжуд беморлар сони кўпаймоқда, бу туғилиш даврида болалар ўлимининг камайиши, туғилиш жараёнида турли воситаларни ишлатиш ва жонлантириш усуллари мукамал-лаштиришга боғлиқдир.

Спастик фалажликни келтириб чиқарувчи омиллар уч асосий гуруҳга бўлинади: тугма, туғилиш жараёнидаги, туғилишдан кейинги.

Тугма сабаблар бош мия ўсишининг норасолиги билан боғлиқ,. Норасолик хрмиладорлик токсикозлари, она касалликлари (захм, туберкулёз ва бошқалар), онанинг механик ва рукий шикастланиши, нур касаллиги ва хоказолар оқибатида келиб чиқади.

Тугилишидаги сабабларга бош мия ва унинг пардаларига кон кўйилиши кирадики, улар кўпинча асбоблардан нотўрри фойдаланишлари туфайли келиб чиқади. Хомиланинг катта боши ва онанинг тор чаноки калла кутисини эзиб кўйиши ва бош мия, унинг пардаларидаги кон томирларини шикастлаши мумкин. Йўлдошнинг кучиши ва бошқа сабабларга кўра плацентар кон айланишининг бузилиши, хрмила бош миясида кислород танкислигига ва унинг шикастланишига олиб келади. Хомилада асфиксия холати 70-80% холларда бош мия фалажлигига олиб келади.

Тупмгандан кейинги сабабларга асосан бола биринчи кунлар ва ойларда оладиган шикастлар киради. Улар бош мия ва унинг пардаларига кон куйилишига олиб келади. Бундай холатга юкумли касалликлар асоратлари: менингит, энцефалит, менингоэнцефалитлар ҳам олиб келиши мумкин. Алохида гурухга чала туғилиш киради, бунда муддатдан олдин туғилиш бош мия фалажлигининг сабаби бўлиши мумкин.

Бузилиш бош мия пўстлок қисмигагина эмас, балки марказий нерв системасининг пастки сохаларига ҳам тегишли. Шундай қилиб, спастик фалажлик ва нимфалажликлар пўстлокдаги ёки марказий ҳаракат йўлларининг зарарланишидан келиб чиқади. Бош мия ва унинг пардаларининг зарарланиш даражасига спастик белгиларнинг тарқалгани, беморларнинг акдий заифлик даражаси боғлиқдир. Спастик фалажлиги бўлган беморларда аклий заифлик 5-6% учрайди.

Спастик фалажликнинг енгил турида чанокдарда хасталикни аниқлаш кийин, кейинчалик бола кеч юра бошлагач (2-3 ёшида), юришнингчекланганлиги, эркин эмаслиги аниқланади. Шу вақтда мушакларнинг таранглашганини (оёқларни керганда), оёқларнинг ичкарига бурилганини кўриш мумкин. Айрим беморлар, кўпинча, оёқ учида юрадилар. Мустакил юрадилар, ўзларини парвариш киладилар, акл-идроки сақланганлари ўқийдилар ва касб эгаллайдилар.

Уз вақтида ва тўла ўтказиладиган консерватив даволаш катга аҳамият касб этади. Дори-дармонлардан ташқари, даволовчи жисмоний тарбия, укалаш (сусайган мушак гурухлари учун), физиотерапевтик муолажалар (балчик, ёруглик сув) тавсия қилинади. Даволаш канча эрта бошланса (2 ойликдан), натижалари шунча яхши бўлади. Механик даволаш, даволовчи жисмоний тарбияда махсус мослама ва механизмлардан фойдаланиш яхши натижа беради.

Фалажликни ўрта даражасида унинг барча белгилари яққолрок сезилади. Оёқдарда спастик фалажлик шу даражадаги беморлар

бегоналарнинг ёрдамисиз ёки қўлтиктаёксиз юра олмайдилар, мустакил қийиниб ва ечина олмайдилар. Уларда гилайлик акл-заковат заифлиги аниқланади. Нутк секинлашган (тутилиброк). Кўп беморлар мактабга бора олмайдилар. Спастик фалажликнинг оғир даражасида беморлар аксарият лолларда ётиб қоладилар, ўзларини-ўзлари парвариш кила олмайдилар. Рухияти бузилган (тентакликкача), нутк,, кўриш ва бошқа ўзгаришлар кузатилади.

Спастик фалажликни, айникса, ўрта ва оғир даражаларини ташхислаш кийинчилик тугдирмайди. Бир кўришдаёк тўғри ташхис кўйилади. Спастик фалажликда оёқлар қотиб қолади, тизза ва чаноқ-сон бўғимларида буқилган, сонларнинг яқинлашгани юрганда оёқларни чалкаштиришга мажбур қдлади, болдирларни эса анча-мунча узоқдаштиради. Тиззалари юрганда бир-бирига ишқаланади, оёқдари ичкарига буралган. Бемор юрганда урок солгандек ҳаракат қилади. Танаси бирмунча олдинга оғади. Рухияти бузилиши билан бирга, нутки ўзгаради.

Кичик ёшда даракат бузила бошлагач, қўлларда ёзишга, оёқ;трни буқишга мойиллик сезилади. Букувчп яқинлаштирувчи контрактулар пайдо бўлади, тезда букувчи-яқинлаштирувчи ҳолат ривожланади. Спастик фалажликда ҳаракатларнинг бузилиши хилма-хилдир: ҳаракат координацияси бузилади, беихтиёр ҳаракатлар пайдо бўлади. Тормозланиш ва кўзгалиш орасидаги мутаносиблик бузилади, ҳар доим тормозланиш элементлари юқорироктуради. Спастик фалажлик ёш утиши билан бирмунча камайиши мумкин, 14-15 ёшгача, кейинчаликжараён тургунлашади.

Спастик патологик жараённинг куйидаги клиник кўринишлари ажратилади.

Монопарез. Фақат к;ўл ёки оёқнинг зарарланиши билан характерланади. Қўл нимфалажлиги учун билакнинг буқилиши ва ичкарига буралиши ва кафт, бармоқларнинг олдинга юзага буқилиш характерли, оёқчун эса тизза бўғимида буқилган ва панжанинг от туёги каби ҳолати характерлидир.

Гемипарез. Тананинг ярим қисмини ишқол қиладиган спастик фалажлик Қоида бўйича, гемипарезда оёқ яқинлашган ва ичкарига бурилган бўлади. Ўсишдан орқада қолади, тиришиш хисобига фаол ҳаракатлар чекланган. Спастик гемиплегия бола энцефалит билан хасталанганда пайдо бўлади, унда экстрапирамидал йўллар ҳам зарарланса, атетоз кузатилади. У бармоқларни доимий ҳаракатлари билан характерланади (оёқларда кам учрайди). Х^аР^ак^ат^ла^р бетартиб характерга эга бўлиб, оёқ-қўлни дорсал томонга буқилганда камаяди.

Парапарез (параплегия). Оёқларнинг спастик фалажлиги кўпинча Литгл касаллигида кузатилади. Оёқлар яқинлашган, панжалари босиб юрувчи юзага буқилган, шунинг учун ҳам беморлар оёқ,учида юриаюди.

Квадриплегия (квадрипарез). Оёқлар ҳолати парапарездагидек; аммо зарарланишнинг ҳамма элементлари кўпроқбилинади, оёқдар

чалкашиб туришгача боради. Қўллар буқилган ва пронацион холатида. Бундам беморларнинг дамма вақт ётишига тўғри келади, натижада умуртка погонаси физиологик кийшайишларини йўқртади, бош орқага ташланади.

Д а в о л а ш. Чакалоқлар бош мия хасталиқлари билан коронгирок ва осойишта махсус хонада ётқизилади. Биринчи кунларда мия шиши мавжудлиги туфайли дегидратация, В гурухидаги витаминлар, антибиотиклар буюрилади. Агар бемор рухиятининг пастлиги кузатилса, церебролизин тавсия қилинади. Дибазол бериш мумкин, у нерв импульслари ўтишини тезлатади. Даволовчи жисмоний тарбия биринчи кун ва хафталарда мушаклар тонусини тўғри таксимлаш, бўйин, оёқ-қўл холатларини тўғри сақлашга қаратилган. Шу билан бирга соннинг яқинлаштирувчи мушакларига қарши таъсир қилмок керак (оёқлар орасига юмшоқтагликқўйилади). Оёқлардаги буқувчи холатни бартараф қилиш учун бола кррнига ётқизилади, чанок соҳасига кум халта қўйилади. Шулар натижасида чаноедан танага, бошдан танага рефлекслар ўтишига шароит яратилади, эмақлаш ва бошқд хусусиятлар ривожланади. Физиотерапевтик муолажалар кенг қўлланилади (сув, иссиқлик балчикчаплаш, парафин, импульсли ток диатермия ва бошқалардан фойдаланилади.)

Болаларда бош мия фалажлигини даволашда изчиллик билан даволаш усулларининг тўлиқ мажмуасини (дори-дармон, жаррохлик физиобальнеотерапевтик муолажалар) қўллаш катта аҳамиятга эга. Спастик ночор холатларни оёқ-қўлларда ўз вақтида (2-3 ёшда) жаррохлик йўли билан бартараф қилиш мақсадга мувофиқдир. Куйидаги операция турлари фарқ қилинади.

Н е р в л а р д а г и о п е р а ц и я л а р . Периферик нервларда операцияларни, кўпинча, оёқларда қилинади. Ёпкич нервни икки усулда резекция қилинади. Чанокдан ташқари қилинадиган резекцияда яқинлаштирувчи мушакларни миотенотомияси билан қўшилади. Ёпкич нервнинг, албатта, олдинги ва орқа шохчалари киркилади.

Чанокчида резекция қилишни кўпроқ спастик яқинлаштирувчи контрактурада амалга оширилади. Корин пардаси ташқарисидан ёпкич тешиги киррасигача борилади ва шу ерда ёпкич нерв қисман олиб ташланади. Операциядан сўнг 2 ой муддатга керувчи тахтаа билан коксит гипс боғлами қўйилади. Пекин яқинлаштирувчи мушакларнинг бир қисми куймич нерв толалари билан таъминланганидан мушаклар таранглиги (спазми) қайталаниши мумкин.

Соннинг ичкарига буралгани кучли бўлса, ёпкич нерв ва яқинлаштирувчи мушак пайларини киркиш сон суягининг остеотомияси ёки кичик ва ўрта думба, мушакларнинг пайларини киркиш билан тўхтатилади. Тизза бўғимида буқувчи контрактура ёки рефлектор қисқаришларда гипс боғлами билан тўғрилангандан сўнг куйидаги муолажалар қилинади: Штоффел операцияси — спастик таранглашган

мушакларга боровчи куймич ва катга болдир нервларининг шохчалари (болдир орқа мушаклари) киркилади.

Мушаклардаги операциялар. Соннинг буқилган ва яқднлашган ҳолатида сонни буқувчи ва яқинлаштирувчи мушакларини киркиш яхши натижалар беради. Бу операцияни очикҳолда ва тери остидан кдекиб ҳам бажариш мумкин. Кейинчалик чор-ночор ҳолат қайталаниши мумкин.

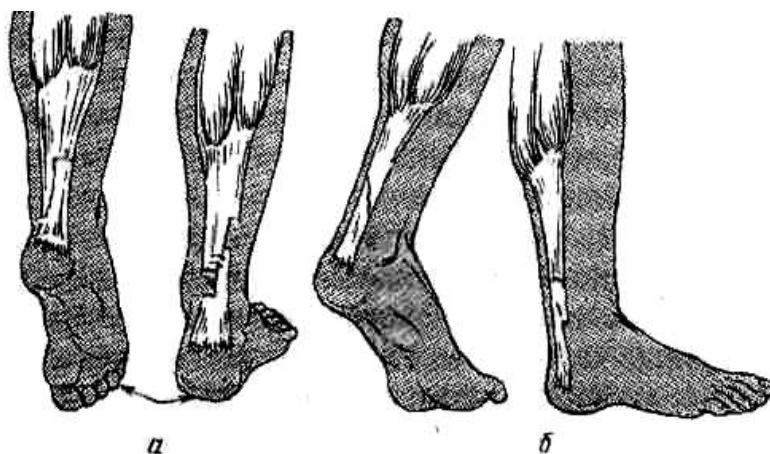
Пайлардаги операциялар. Энг куп тарқалгани Эггерс операциясидир. Операция икки бошли сон мушагининг бирикадиган жойини кичик болдир суюги бошидан соннинг ташки дўнгига ва ярим пардали, яримпай ва «нозик» мушаклар пайларини сон ички дўнгининг орқа юзасига кўчирилади. Пайларда ўтказиладиган операцияни яна бир тури болдир орқа мушакларини бошчалари бирикадиган қисмидан узиб юборилади.

Гипс боғламлари билан от туёги ҳолати бартараф қилинмаса, ахилл пайини сагиттал ёки фронтал юзада узайтириш мумкин (306-расм).

Спастикдеформацияларда кўлҳолати: елканингтанага яқинлашиши, тирсак бўғимида буқилган ва пронацион ҳолатда, кафт олдинги юза гомон буқилган, бармоқлар ўрта чизикка яқинлашган. Барча айтиб ўтилган ҳолатлар боскичли гипс боғлами ёки операция йўли билан тўриланади. Лекин мушакларни кўплиги ва нерв толалари бир-бирининг ўрнини боса олгани сабабли даволаш натижаси кейинчалик камайиши мумкин.

Ўрта оралик нервда цилинадиган операция натижасида кафт ва бармоқдарнинг фаол ёзилиш ҳолати ошиши мумкин. Биринчи бармоқ, яқинлашган ҳолатда колар экан ўрта нервнинг чуқур тармоги толаларини кесиб ташлаш билан ёрдам бериш мумкин.

Суюк ва бўғимлардаги операциялар. Бу операцияларнинг мақсади бўғимда функционал кулай ҳолатда ҳаракатсиапикка эришишдан иборат. Масалан, агар нерв ва пайларда қилинган операциялар кафтни спастик ҳолатидан чиқара олмаса, билак-кафт усти бўғимини «ёпиш» — қотириш мақсадга мувофиқрок



306-расм. Товон пайини узайтириш операцияси.
а — пайини Z-симон шаклда узайтириш;
б — фронтал юзада узайтириш.

хисобланади. билакда пронация холати оғир формада бўлса, билак суягини остеотомия қилиб, унинг пастки қисмини 180° бурчак остида айлантириш мумкин, натижада янги супинацион холат вужудга келади.

Консерватив ва оператив даволаш усулларида кейин спастик фалаж бўлган беморлар хар томонлама мукамал режалаштирилган тикланиш муолажалари ўтказилишига мухтож бўладилар. Уларга дори-дармонлар бериш, физиобальнеологик муолажалар қилиш, фаолиятни тикловчи протез воситаларидан, меҳнат билан даволашдан фойдаланиш киради. Беморларнинг касб танлашига ёрдам бериш ва бошқа масалаларни ота-оналари ва яқинлари билан ҳамжихатликда ечган маъкул.

ҳБолаларни даволаш махсус мактаб-интернатларда ўқишдан ажралмаган холда олиб борилади.

Орқа мияга оид спастик деформациялар. Оёқ ва қўллардаги спастик фалажликлар нимфалажлик ва бўғимлардаги ҳаракат чекланиши орқа мия ва унинг пардаларининг шикастланиши ҳамда турли сабаблардан келиб чиқадиган яллиғланиш жараёнлари натижасида пайдо бўлади. Бу холларда беморларда рефлексларнинг жонланиши, патологик симптомлар (Бабинский, Керниг) мавжудлиги ҳдмда оёқ, панжаси ва тизза қопқоғининг клонуслари кузатилади. Клоник калтирашлар туфайли айрим беморлар юра олмай қоладилар.

Клиника ва рентгенологик манзараси орқа миянинг шикастланиши ёки умуртка поронасида яллиғланиш жараёни туфайли орқха миянинг эзилишини кўрсатса, умуртка каналини ламинэктомия муолажаси орқали очишга кўрсатма бўлади. Орқа мия тўғри фаолиятига тўсқинлик к;илаётган (кўпинча, суяк парчалари ва чандиклар) барча ҳосилалар олиб ташланади.

Агар ламинэктомия операциясидан сўнг ах.вол яхшиланмаса ёки орқа мия зарарланиш белгилари крлса ва спастик холлар аниқданса, периферик нервларда кушимча муолажа қилинади ёки пайлар ва мушаклар кўчирилади. Шундай қилиб, ламинэктомия консерватив даволаш билан ва кушимча периферик нервлардаги, мушак ва пайлардаги операциялар спастик фалаж билан касалланган беморларни даволашда асосий омил хисобланади. Маълумки, фалажлик орқа мия ва унинг пардаларининг травматик зарарланиши ёки яллиғланишидан келиб чиқади.

СУСТ ФАЛАЖЛИК

Сует фалажлар полиомиелитдан кейин ривожланади. Бу хасталикнинг ўткир даври инфекцион ва соматик болалар касалликлари бобида тўла ёзилган. Резидуал (тикланиш) даври 1-8 йил давом этиши мумкин. Бу даврда ортопед ва педиатрнинг вазифаси беморда йўқрилган фаолиятни қисман бўлса-да мақсадга мувофиқлашган турли йўллар билан тиклашдан иборат.

Сует фалажликда мушакларда қисман атрофия ва дегенерация жараёнлари кузатилиши, мушак тўқимаси ўрнини ёғ тўқимаси эгаллаши билан характерланади. Масалан, оёқлар фалажланишида уларнинг атрофияси, бўғим-бойлам аппаратининг чўзилгани, пайларнинг эластиклиги йўқрилгани (бир томон зарарланган бўлса, калталаниш) кузатилади. Кўл мушаклари хасталанса, уларнинг атрофияси ва бўқимдаги ҳаракатларнинг меъеридан ошиб кетиши аниқланади.

Мушак ва бойлам аппаратларидаги ўзгаришлар катта бўғимларда (чаноқ-сон ёки елка) қисман ёки тўла чиқишларга олиб келиши мумкин. Оёқ-қўл мушаклари юмшоқдашади ва ингичкалашади.

Кҳорин ва тана мушакларининг зарарланиши умуртка погонасининг деформациясига, кўпинча, ёнга кийшайишига (паралитик сколиоз) олиб келади. Мушакларнинг ўзгариши оёқ-қўлларнинг деформацияланиши ва мажбурий ҳолатлар олишига сабаб бўлади, улар эса бемор мослашиб юрганда янада ривожланади. Мушакларнинг шикастланиш даражасини ва жойини аниқ, билиш учун катор физиологик текшириш усуллари мавжуддир (хронаксия, электромиография, динамометрия ва бошқалар). Улар ёрдамида нерв мушак аппаратининг шикастланиш даражаси ва характери аниқланиши мумкин.

Полиомиелит касаллигининг олдини олишнинг энгяхши усули бўлиб болаларни эмлаш ҳисобланади (Солк Чумаков вакцинаси билан). Касалликни даволаш ва олдини олишда қўлланиладиган тадбирларга умумий гигиеник муолажалар (иликсув билан артиниш ва бошқалар) ва дори-дармонлар тавси>1 қилиш киради (прозерин, дибазол, В гуруҳ, витаминлари).

Полиомиелит асоратларининг олдини олишда асосий диққатни деформациялар ва контрактулар ривожланмаслигига қаратиш лозим, бунинг учун доимий кузатиш даркор, акс ҳолда, улар тезда пайдо бўлади. Ортопедик профилактика жуда муҳим, унга беморнинг ўрнида тўғри ҳолатини сақлаш, турли шиналар, гипели ётоқ ва бошқа мосламаларни шу мақсадда ишлатиш киради. Паралитик сколиознинг олдини олиш учун Прохорованинг кесилган гипели ётоғига, махсус ёстикчалар қўйиб каттик ўрнида ёткизиш керак. Махсус мосламаларда юктуширмай эҳтиёткорлик билан юриш ёки ёғоч мослама ёрдамида турли деформацияларнинг пайдо бўлишининг олди олинади.

Полиомиелитнинг тикланиш даврида ортопедик аппарат (ортез) ларни ўз вақтида қўллаш, корсет ва пойафзалларни кийиш, укалаш, даволовчи жимоний тарбия, физиотерапевтик ва бальнеологик муолажалар ўтказиш, санаторий-курорт шароитларида бўлиш катта аҳамиятга эга. Орқа ва қорин мушаклари зарарланган болаларни гипели ётоққа ёткизилади, вақти-вақти билан ундан олиниб, қорнига ёткизилади. Бундай беморларни фақат корсет ёрдамида оёқда қўйиш мумкин. Умуртка поқонасига юк тушмаслигини таъминлаш керак

беморларга стул суянчилигини орқага огдирган холда ёки ётоқда ўтириш рухсат берилади.

Қўл мушаклари фалажланганда (кўпинча дельтасимон мушак) шундай холат танлаш керакки, унда шикастланган мушаклар чўзилмаслиги ва карши мушаклар калталанмаслиги лозим. Дельтасимон мушакнинг зарарланишида шундай холат узокдаштирувчи шинада яратилади. Икки бошли мушак фалажида тирсак бўғимида қўл букилади.

Оёқ, мушакларининг зарарланиши хам махсус шиналарда ва холатларда бўлишни талаб кдлади. 4 бошли мушак шикастланганда тизза бўғимида буқилган холат ривожланади, шунинг учун оёқнинг туторда бўлиши шартдир. Оёқпанжаси мушаклари зарарланганда кўпрок ёзувчи, унга тўғри бурчак остида буқилган холат бериш тўқри хисобланади. Маълум мушак ёки уларнинг гурухлари зарарланганда юқоридаги тадбирлардан ташқари, оёқдарнинг «Х» ёки «О» симон кийшайиши мумкинчилигини хам хисобга олган маъкул.

Мушаклар тонусини тиклаш учун укалаш, харакат билан даволаш ўтказилади. «Миоритм» агшаратида элекгр ёрдамида мушак ва нервларни кувватлаш яхши натижа беради. Лекин консерватив даволаш билан мушаклар кучини тўла тиклашга эришиб булмайди. Шунинг учун турли операция усуллари кўллашга хржат туғилади.

Полиомиелит асоратларини тезкор услда даволаш мўлжалланаётганда беморни мослашиш компенсация иилиш крбилиятини \исобга олиш керак Каттор мослашишлар беморлар харакатига ёрдам бериш билан бирга юк тушиши натижасида оёқ;-қўлларда иккиламчи деформацияларни келтириб чик;ариши мумкин. Даволаш режаси кузатилаётганда беморларнинг кайфияти, акл-идрокига хам эътибор бериш лозим, чунки улар ўзларидаги етишмовчиликни жуда оғир хис кдпадилар.

Полиомиелит асоратларини операция йўли билан даволашнинг 2 хил гурухи ажратилади: 1) юмшок тўқималарда бажариладиган операциялар — мушак-пай пластикаси; 2) суякларда оёқ-қўл суяклари, кўкрак кафаси, умуртка погонасида кҳилинадиган операциялар.

Чанок-сон бўғими деформацияси. Чаноҳ-сон бўғими харакатида иштирок этувчи мушаклардан энг кўп зарарланадиганлари — кичик ва ўрта думба мушакларидир, якинлаштирувчи ва катта думба мушаклари камрок зарарланади. Бунинг оқибатида беморларда контрактуралар шаклидаги катор деформациялар ва соннинг чикҳиши ривожланади. Соннинг букувчи контрактурасида соннинг тўғри мушагини 2-симон узайтирилади. Яқднлаштирувчи мушакларнинг тургун контрактурасида (ёнбошлаган холда бемор оёгини узокдаштира олмайди), уларни кўндалангига кесиш тавсия кҳилинади. Контрактураларда юмшоқтўқималарда қилинадиган операциялар ёрдам.

Тизза бўғими деформацияси. Тизза бўғимида ҳаракат қилишни таъминловчи мушаклар фаолияти бузилиши натижасида катор контрактура ва деформациялар ривожланади. Уларни босқичли гипс бокламлари билан тўғрилангандан сўнг ҳам операция қилишта мухтожлик тугалади. Тизза бўғимида букувчи контрактуралар, «Х»-симон кийшайиш, болдирнинг орқага қисман чиқиши ва буралиши кузатилади. Бу ўзгаришлар оёқ панжасининг деформацияланишига олиб келиши мумкин. Кўпинча улар чаноқ-сон ва болдир-панжа бўғимларининг букувчи контрактураси билан биргаликда учрайди. Сонни букувчи мушаклар фалажланганда тизза бўғимида олдинга буқилиш (рекурвация) кузатилади.

Тизза бўғимининг букувчи контрактураси соннинг ёзувчи мушаклари фалажланиши оқибатида келиб чиқади. Агар тизза бўғими деформацияланмаган бўлса, контрактурани бартараф қиладиган ва бўғимни мустакамлайдиган операция - болдирни букувчи мушакларни фалажланган тўрт бошли мушакка кўчиришдан иборат. Мушак пластикасининг турли усул ва методлари тавсия қилинган. Масалан, Р.Р.Вреден фалажланган мушакни икки бошли, ярим пайли ёки нозик мушак билан алмаштиришни таклиф қилган.

Операциядан сўнг беморларни даволашни тўғри олиб бориш муҳим ҳисобланади; эрта даволовчи жисмоний тарбия муолажасини 4-7 кундан кейин бошланади.

Оёқ панжаси деформацияси (паралитик маймоқлик). Пронатор мушаклар фалажлигида ва супинаторлар сақланиб қолганида (кўпинча, болдирнинг уч бошли букувчиси зарарланмай қолади). Бу ҳолатда оёқ, панжаси типик от туёғи варус \олатини олади. Куп вақт ўтмай, оёқ, панжаси суякларида ўзгаришлар ривожланади, оёқ аста-секин ўсишдан орқада қола бошлайди. Қилинадиган консерватив даволаш муолажалари яхши натижа бериши, операция ҳажмини камайтириши мумкин. Бу муолажаларга босқичли гипс боғлами қўйиш, парафин ва балчикчаплаш қиради. Операциядан олдин ўтказилган юқоридаги муолажалар ички томондан юмшо*;тўқималарни чўзилишига ёрдам беради. Операциянинг мақсади деформацияни йўқртиш ва иложи борица актив пронация ва оёқ, панжасининг дорсал юзага буқилишини, соғлом мушакларни (супинаторларни) кўчириш билан тиклашдан иборат.

Кўпинча, оддинги катта болдир мушагини оёқ панжасининг ташки қиррасига, бош бармоқнинг ёзувчи узун мушагини оёқ панжаси дорсал юзасига актив пронацияни ва ёзишни тиклаш учун кўчирилади. Лекин кўчириш натижаси уни бошқа мушаклар ёки қотирувчи операциялар билан кўшганда янада яхши бўлади (307-расм).

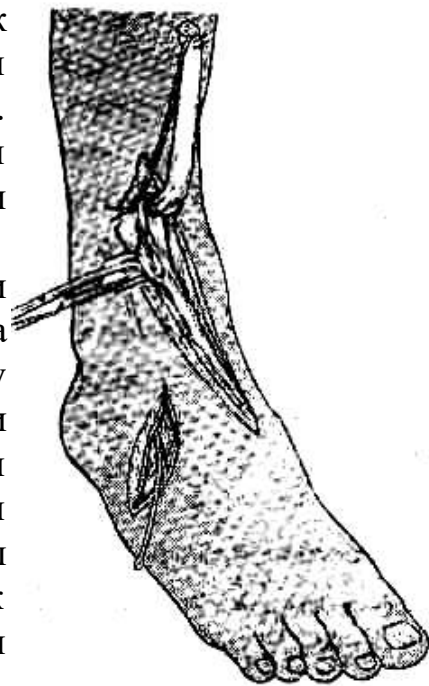
Паралитик вальгус панжаси супинаторлар фалажланганда ривожланади. Вальгусли деформация доим кўпаяверади, чунки оёқ, панжаси пронатор ва ёзувчи мушакларининг фаолияти яхши сақланган бўлади.

Кеч аниқланган холларда операция ошиқ суягини ўроксимон резекция (асосан 0,5-1 см бўлиб, ичкарига қараган) қилишдан иборат. 3-4 ойдан сўнг кичик болдир ва бармоқларни ёзувчи узун мушаклар оёқ панжасининг ички гумбазига кўчирилади.

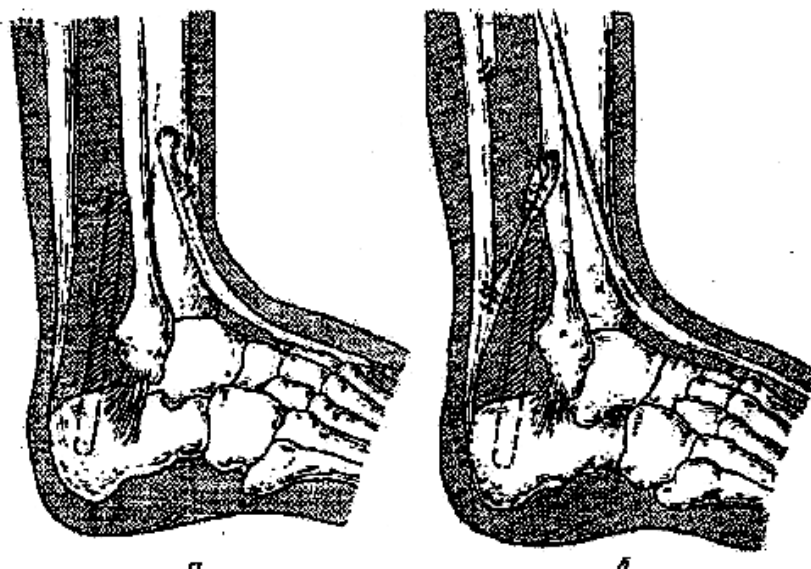
Паралитик «товон панжада» товон суяги горизонтал холатдан аста-секин вертикал холатга ўтади. Товон соҳасида қадок, хосил бўладе. Бу деформацияни турли операция муолажалари (мушакларни кўчириш, товон суягини понасимон резекция қилиш, артрориз) билан тўриланади. Деформациянинг бу тури кўп учрайди ва бошланғич даврида ортопедик пойафзал билан компенсация қилиниши мумкин.

Паралитик «от туёга» уч боями мушакдан ташқари, барча болдир мушакларини фалажланганидан пайдобўлапи. Буюрганда катта нокулайлик турдиради, чунки оёқ, панжасининг олдинги қисми осилиб туради ва юрганда барча оғирлик унга тушади, товон эса тираладиган юзага тегмайди. Операцияни кичик ёшдаги болаларда бажарилади. Енгил турида босқичли гипс боғлами билан, оғир х.олларда операция йўли билан тўриланади.

Кўпинча Вреден усулида оёқпанжаси уч нухдадан «осиб» кўйилади. Бундан ташқари, артрориз ва тенодез (бўғимни унинг пайлари орқали мустахкамлаш), алоҳида-алоҳида ёки иккаласини кўшиб ўтказилади (308-расм).



307-расм. Катта болдир олдинги мушаги пайини оёқ панжаси ташқари томонига кўчириш (Бизальский-Майер усули).

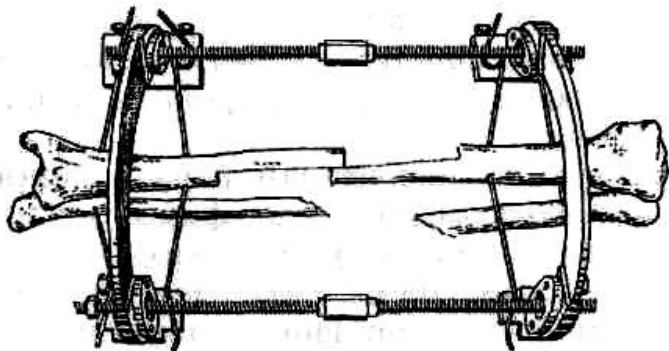


308-расм.
Артрориз ва тенодез (операция чизмаси).
а — орқа артрориз ва тенодез;
б — ахиллодез ва орқа артрориз.

Паралитик гумбази ошиб кетган оёқ панжаси кўпинча кўшимча деформациялар билан биргаликда учрайди (от туёги ва гумбазлари ошиб кетган панжа, от туёги гумбази ошиб кетган — ташқарига буралган панжа, товон гумбази-ошиқ оёқ панжаси ва бошқалар). Энг яхши натижани оёқ панжаси апоневрозини Вреден усулида киркиш ва биринчи бармоқтш букувчи узун мушакни биринчи қафт суягининг суяк каналига кўчириш беради. Юмшоқ тўқималарда қилинадиган операциялар суякларда деформация йўқдигида кўрсатма ҳисобланади. Деформация бўлганда оёқ панжаси ўрта қисмини понасимон резекция ва уч томонлама артродез қилиш кўзда туғилади. Кўпинча, биринчи қафт суягини остеотомия қилиш ва бир вақтнинг ўзида бармоқларни ёзувчи узун мушакка уни «осиб» кўйилади. Операциядан сўнг узок, вақт ортопедик пойафзал кийилади, чунки куп бармоқларда деформация ривожланиб кетиши мумкин.

Оёқ-қўлларнинг калталаниши. Бир томонлама полиомиелитдан зарарланишда деярли ҳар вақт оёқнинг калталаниши кузатилади, ёшга караб у ортаверади. Қоида бўйича калталаниш болдирга тегишли соннинг калталиги учраса, у камгина 0,5-3 см орасида кузатилади. Оёқлар калталиги 2 см дан 15 см гача бўлиши мумкин. Оёқлар кал-талигини бартараф қилиш учун тавсия қилинган усуллар (суякдан крзикчаларни юбориш, суякусти пардасини кўчириш, ўсиш зона-лари со\асини шикастлаш, Бир усулида сунъий кон айланишни кучайтириш, симпатэктомия, гормонлар билан даволаш ва бош-калар) натижаси етарли эмас, фақат Зацепин усулида суякли козик-чалар билан ўсиш зонасини кўзгатиш беморларнинг ярмида 0,5-3 см узайиш беради. Шунинг учун ҳозирги вақтда соғ оёқни калта-лаштирилади ёки калта оёқди узайтирилади (кўпчилик муаллифлар шунга тарафдор).

Оёқларни узайтириш чаноқ-сон ва тизза бўғимицаги деформациялар бартараф қилинган амалга оширилади. Операцияга кўрсатма учун калталиқ камида 3,75 см бўлиши керак чунки ундан кам калталиқларни ортопедик пойафзал ҳисобига компенсация қилиш мумкин. Кўп калталанишларда (10 см дан кўпроқ) кетма-кет сон ва болдирни узайтириб натижага эришиш мумкин. Узайтиришнинг энг кўп тарқалган усули Дедова усули катта болдир суягини 7,-симон остеотомия қилиш ва суяк бўлакларини дистракцион аппаратларда (Илизаров, Сиваш, Калнберз, Гуду-шаури, Соломонов ва бошқалар аппаратларида) тортишдан иборат. Шу билан бирга ахилл пайи, олдинги катта болдир, узун ва калта кичик болдир мушакларининг пайлари узайтирилади, кичик болдир суяги остеотомия қилинади (309-расм). 10-12 кундан сўнг ҳар куни 1 мм дан оширмай оёқ узайтирилади. Мўлжалдаги узайтиришга эришилган оёқ аппаратда суяк кадоги ҳосил бўлгунча колдирилали (операциядан сўнг уч ойлар чамасида).



309-расм. Дедова усулида болдирни узайтириш (чизма).

Куллардага деформациялар. Полиомиелитдан сўнгоёқдарга нисбатан кўлларда деформация кам учрайди. Энг кўп дельтасимон мушак фалажланиши кузатилади.

Катта кўкрак мушаги функцияси сақланганда елка суяги боши олдинга сурилади ва елка бўғимида олдинга қисман чиқиш кузатилади.

Полиомиелитнинг ўткир даври ўтгач, 2-3 йил давомида консерватив даволаш; аппарат ва гипсли шиналар қўйиш орқали контрактуралар олди олингандан сўнг тикланиш операциялари ҳақида гап кетади. Энг кўп тарқалганларидан Гильденбрандт операциялари ва уларнинг турлари ҳисобланади. Операция асосида фалажланган дельтасимон мушакка катта кўкрак мушагининг юқори қисмини ўтказишдан иборат, чунки иккала мушакни бирикадиган жойи бирдир.

Икки бошли мушак фалажланганда тирсак бўғимида актив буқиш йўқолади, уч бошли мушак фаолияти яхши сақланганда (кўпинча шундай бўлади), унинг пайини икки бошли мушак пайига тирсак буқилган сохдсида ўтказилади, чунки билакнинг актив буқиши ёзилишидан зарурроқдир. Бундан ташқари, пассив ёзилиш кўлнинг оқирлиги ҳдсобига функционал жихддан крниктиради.

Билак мушакларининг фалажликларида қайси гуруҳ, зарарланганига қараб, супинация ёки пронация ҳолатида контрактура кузатилади. Уларни бартараф қилиш учун мушаклар пайини кўчириб ўтказиш камдан-кам қўлланилади. Кўпроқ билак суякларида операция қилинади, кўндаланг ёки кийшик остеотомия бир ёки иккала суякда амалга оширилади.

Кўлнинг фаолияти, кўпинча, билак мушакларининг фалажлигида кўпроқ бузилади, чунки унга кафт ва бармоқдар ҳаракати боғлиқдир. Айтайлик кафт ва бармоқдарнинг ёзувчи мушаклари фалажланишида уларни буқувчи контрактураси кузатилади, буқувчи мушаклар зарарланса, билак-кафт усти бўғимида ва бармоқдарда ёзувчи контрактура пайдо бўлади.

Буқувчи контрактурада (билак нервини бошқарувчи мушаклар фалажланганда) кафтни буқувчи билак ёки тирсак мушаги пайини кафтни ёзувчи билак ёки тирсак мушаги пайига ўтказилади. Кафтни

букувчи пайлари билак ва кафт усти бўғимида букувчи контрактура бартираф килингандагина ўтказилади, бунинг учун кафт суякларининг бир каторини олиб ташлаш ёки (билак-кафт усти бўғимида меъеридан кўп ҳаракат бўлса) бўғимни артрорез қилиш керак бўлади.

Полиомиелит асорати сифатида баъзан бармоқларни ҳаракатлантирувчи алоҳда мушакларнинг якка фалажланиши кузатилади. Айниқса, фаолиятининг зарурлиги жиҳатидан I бармоқнинг фалажланиши катта аҳамиятга эга. Унда мутлак кўрсатма бўлиб, соғ мушаклардан бирининг пайини шикастланган мушак пайига ўтказиш ёки бошқа бармоқдан кўчириб ўтказиш ҳисобланади. Айрим лолларда I ва II кафт суяклари орасида бўғимдан ташқари синостоз яратиш лозим (Ферстер операцияси).

12 - б о б. ОЁҚ, ПАНЖАСИ ДЕФОРМАЦИЯЛАРИ

Оёқ панжаси деформациялари ичида энг кўп тарқалгани статик деформациялар бўлиб, 61,3% ни ташкил қилади. Аниқланишича, бу ҳасталик ўтириб ишлайдиганларда ва мутахассислиги тик турган ҳолда ишлашни тақрзо қиладиганларда бир хил учрайверади. Аммо тиктуриб иш бажарадиганлар ўтириб ишлайдиганларга нисбатан оёқ панжаларидаги орриқдан икки марта кўпроқ шикоят қиладилар.

Ясси панжалик Кўндаланг ясси панжалик бошқа деформациялар билан бирга — 55,2%, бўйлама ясси панжалик — 29,3%, биринчи бармоқнинг ташқарига огиши — 13,2%, болкачасимон бармоқлар бошқа деформациялар билан бирга - 9,9% ни ташкил қилади.

Бўйлама ясси панжалик ривожланаверса, панжа узунлиги унинг гумбазининг яссиланиши ҳисобига ортади, кўндаланг ясси панжалиқда оёқ, панжаси узунлиги камаяди, кафт суякларининг елпигич каби бир-биридан кочиши, I бармоқнинг ташқарига оқиши ва ўрта бармоқнинг болгача каби деформацияси ҳисобига камаяди.

Ясси панжалик тана вазнига бевосита боғлиқ., демак кишининг оғирлиги канча кўп бўлса, оёқ панжасига шунча кўп юктушади ва бўйлама ясси панжалик даражаси ортаверади. Бў ҳасталик кўпинча, аёлларда бўлади. Бўйлама ясси панжалик кўпроқ 16-25 ёшларда, кўндаланги эса 35-50 ёшларда учрайди.

Келиб чиқишига караб, ясси панжалик (ясси товонлик) тугма, травматик паралитик рахитик ва статик турларига бўлинади.

Тугма ясси панжаликни 5-6 ёшдан аввал аниқлаш қийин, чунки ёш болаларда ясси панжаликнинг кўп элементлари мавжуд бўлади. Лекин ҳамма ясси панжаликнинг 3%га яқинини тугма ясси панжалик ташкил қилади.

Травматик ясси панжалик тўпикдар, товон суяги ва кафт олди суяклари синишининг асорати сифатида пайдо бўлади.

Паралитик ясси панжалик оёқ панжаси ости мушаклари ва болдирдан бошланувчи мушакларнинг фалажланиши (полиомиелит асоратлари) оқдбатида келиб чиқади.

Рахитик ясси панжалик тана оғирлигини суёт оёқ панжаси суякларига босиш хисобига майдонга келади.

Статик ясси панжалик энг кўп учрайди (82,1%) ва болдир, оёқ панжаси мушаклариниҳбойлам аппарата ва суякларнинг кучеизлигидан келиб чиқади.

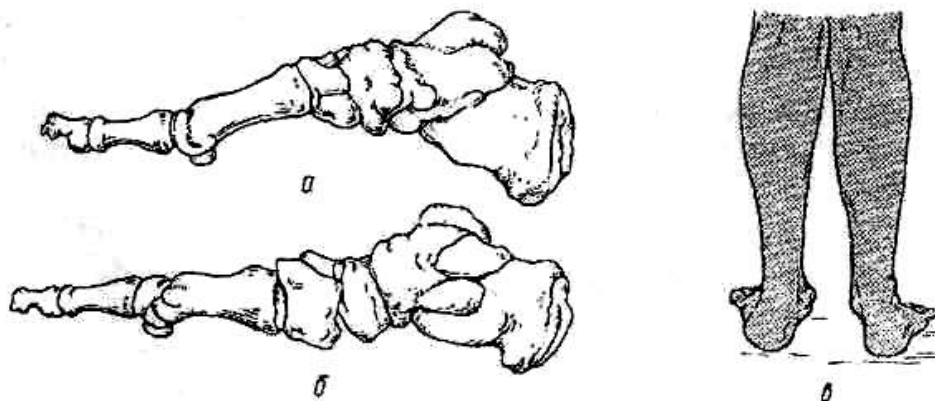
Оёқ панжаси деформацияларининг пайдо бўлишига имконият яратадиган ички омил бўлиб наслий-конституционал мойиллик бўлса, ташки сабаб оёқ **панжасининг** ортикча юкланишидир.

Статик ясси панжаликнинг пайдо бўлиш сабаблари турлича: киши вазнининг ортиклиги, тик турган холатда иш бажариш, физиологак кариш натижасида мушаклар кучининг камайиши, ўгириб ишлайдиган касб эгаларининг мушакларининг чиникмаганлиги ва бошқалар.

Оёқ панжаси гумбазинингяссиланиши сегментларининг меъеридан ортик кўндаланг ўклари бўйлаб айланиши оқибатида келиб чиқиши мумкин, у эса тахминан Шопар, кайиксимон-понасимон ва Лисфранк бўғимларидан ўтади, бойлам аппаратини, бўримлар ва мушакларнинг сустлашиши бўйлама гумбазлар баландлигининг пасайишига олиб келиши мумкин.

Т а ш х и с. Ташкҳаридан кўриб ясси панжаликни аниқлашади, аммо бу ясси панжаликнинг оғир, ўтказиб юборилган холларида товон вальгус холатида кийшайганидагина кўзга ташланади (310-расм).

Ясси панжаликни тўғри аниқлаш учун катор усуллар мавжуд. Хусусан, Фридлянд усулини қўллаб (панжа кўрсаткичларини ўлчаш) мақсадга эришиш мумкин. Унда панжа баландлиги поддан кайиксимон суяк юқори юзасигача ўлчанади, ундан сўнг панжа узунлиги аниқланади, биринчи бармоқ.учидан товоннинггоркр юзасигача бўлган масофа. Иккапа катталикини «мм» га айлангириб, панжа баландлигини 100 га кўпайтириб,



310-расм. Яссиоёқлилик.

а — нормал бўйлама кафт; *б* — ясси вальгус оёқда кафтнинг ўзгариши; *в* — ясси вальгус оёқ панжалари.

унинг узунлигига бўлинади. Олинган катталиқ кидирилаётган оёқ ганжаси кўрсаткичи — индекси хисобланади. Меъёрида панжа гумбази индекси 29-31 га тенг. 27-29 орасидаги катталиқ гумбазнинг камайганини (ясси панжаликни) кўрсатади, кўрсаткич 25 дан кам бўлса, аниқ, ясси панжалик хасталиги борлигидан дарак беради.

Лекин ясси панжаликни бундан дам аниқроқбилиш мумкин. Энди гумбаз катталиги поддан юмшоқтўқималар юзасигача ўлчанади. Сўнгра плантофафиядан фойдаланилади, яъни оёқ панжаси тагининг акси туширилади. Бунинг учун панжа тагига бўёвчи моддалар: синька эритмаси, голланд купи, танин ва бошқа моддалар суртилади. Шундан сўнг бемор оёгини кргозга босади, натижада оёқ панжаси тагининг «ойнадаги акси» чиқади.

Статик ясси панжаликка маълум сохалардаги оғриқлар хосдир: 1) панжа остида, гумбаз марказида ва товоннинг ички қиррасида; 2) панжа дорсал юзасида, унинг марказий қисмида, ошиқ ва кайикримон суяклар орасида; 3) ички ва ташки тўпиқлар остида; 4) кафт олди суякларининг бошчалари оралигида; 5) болдир мушакпари сохасида, юк меъёридан ортиши натижасида; 6) биомеханика ўзгариши натижасида тизза ва чанок-сон бўримларида; 7) сонда кенг фиксациянинг ўта таранглашиши хисобига; 8) бел сохасида лордознинг компенсатор ошиши хтеобига. Оғриқлар оёқларда узоқ,вакт;гтуриш хисобига кечки пайтларда кучаяди ва дам олишдан сўнг пасаяди. Кўпинча, оёқпанжалари билинар-билинемас шишган, ташки тупик сохасида эса шиш пайдо бўлади.

Аниқ,ясси панжаликка куйидаги белгилар хос: оёқ панжаси узайган ва ўрта қисми кенгайган, бўйлама гумбази пасайган, панжа ичкарига буралган (пронацион) ва кайиксимон суяк медиал юзада тери остидан бўртиб туради. Юриш куполрок, оёқ панжаси учлари бир-биридан кўпроқ кочган. Айрим х.олларда \аракат хажми оёқпанжасининг барча бўримларида чекланган.

Рентген усули бошқа текшириш усулидан олинган кўрсаткичларни тасдиқлайди ва аниқлик киритади. Ясси панжалик даражасини ва панжадаги суяклар холатини яхши ва тўғри аниқлаш учун рентген суратларига беморни тик турган холатида олинади. Ён томондан олинган рентген суратларида кайси суяклар оёқ панжаси бўйлама гумбазини яссилантираётгани ва суяк бошчаларининг жойлашиш муносабати аниқланади.

Кҳиёсий т а ш х и с л а ш н и статик ясси панжаликни подафа, ахиллобурсит, сурункали мушак ревматизми, товон суяги пихи, панжа туберкулёзи, Келер касаллиги, умуртка погонасинингбел сохаостеохондрози ва иккиламчи куймич нервига оид офикиар билан ўтказилади.

Профилактика. Тўфи юришни одат қилиш, унда оёқ панжаси учларини узоқдаштиришдан сақланиш. Хизмат соҳаси узоқ, вақт оёқда туришни такозо қилувчиларга оёқ панжасини параллел холда сақдаш, вақти-вақти билан оёқ, панжаси ташки қиррасида бўлиб, дам олиш тавсия

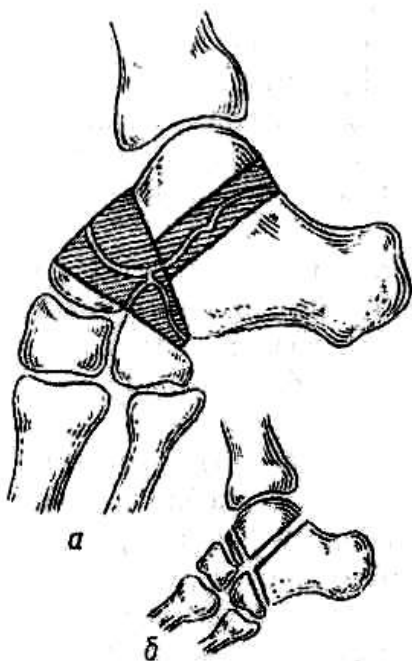
қилинади. Иш куни тугагач оёқларни илик юнна қилиш ва оёқ,панжалари гумбазини ҳамда ташқарига бурувчи мушакларни укалаш лозим. Махсус машқлар, ғадир-будур юзада ва кумда ялангоёқ юриш, сакраш, турли ўйинларда ишгирокэтиш катга аҳамиятга эга. Оёққа мое пойафзал кийиш: пойафзалнинг ички қирраси тўғри (I бармоқ. ташқарига сурилмаслиги учун), учи кенгрокбўлиши керак Пошнаси 3-4 см баланд, патага пишик материалдан қилингани маъкул.

Ясси панжаликнинг олдини олиш ва юрганда окрикни сезмаслик учун турли мосламалар ва махсус пойафзал тавсия қилинади. Унча мураккаб бўлмаган деформацияларда патаклар (пробка, пластмасса ёки металдан қилинган). Мураккаб деформацияларда пойафзал ёки гипедан андоза олиб қилинган ортопедик патаклар тайёрлаш тавсия қилинади.

Д а в о л а ш. Ясси панжаликнинг доимий оғриқ. пайдо килувчи оғир формалари оперативдаволашга кўрсатма бўлади, панжага бир неча бор (2-3 хафтадан) тўғриловчи гипели боғлам куйилгандан сўнг бажарилади. Агар оёқ панжасига хали тўғри холат бериш мумкин бўлса, узун кичик болдир мушаги пайини панжа ички қиррасидаги суяк усти пардасига кўчирилади, унингдистал қисмини қисқа кичик болдир мушаги пайига илинтирилади. Операцияга товон пайини киркяш кўшилади ва гипс боғлами билан 4-5 х.афта мобайнида оёқдаракатсизлантирилади.

Тўғрилаб бўлмайдиган суяк ўзгаришларида оёқ, панжаси суякларида операция қилинади: понасимон ёки ўроксимон резекция ошик-товон бўғимида, клийксимон суякдан ҳам пона шаклида бўлак олиб ташланади. Операцияни узун кичик болдир мушаги пайини оёқ панжасини ички қиррасига кўчириш билан тўлдирилади. Суякда қилинадиган операциялар натижаларок, чунки кўчирилган мушаклар оёқ панжасига тушадиган юкни кўп вақт кўтара олмайди. Операциядан сўнг 4-5 хафтага гипс боғлами кўйилади.

Гумбази меъеридан ортик оёд панжаси. Тугма ёки турли касалликлар (полиомиелит, спастик фалажликлар, Фридрейх касаллиги) оқибатида келиб чикади. Кўпинча, бундай холатда панжа ирсий белги бўлади, кўпрок бел-думғаза умуртка равоқларининг битмаган >;олларида учрайди. Пекин гумбази кўпрок бўртган оёқ панжалари, кўпинча, меъердаги турларга киради.Клиника. Гумбази меъеридан ортик оёқ панжаларнинг ўрта ва оғир холларида панжаларнинг олдинги қисми осилиб туради: товон юқорилаб туради, от туёгини эслатади. Ошик суяги узунлашган бўйинча билан қисман олдинга чиқиш холатида бўлади. Панжа таги апоневрози таранглашади. Оёқ бармоқдари, кўпинча, болгачасимон шаклни олади. Ўрта кафт суяклари бошчалари соҳасида кўп босилаверганидан қадоқлар ҳосил бўлади. Айтилган соҳадаги оғриқлар, пойафзал танлай олиш қийинлиги учун беморлар шифокорга мурожаат қилишади.**Д а в о л а ш.** Даволаш хасталик келиб чиқиш сабабларига, деформациялар даражасига, бемор ёшига боғлиқ. бўлади. Енгил



311-расм. Оёқ панжаси осилиб, кафти чуқурлашганда учламчи артродез қилиш.

a – бўғим юзларини кесиб ташлаш; *б* – панжани тўғри ҳолатга қўйиш.

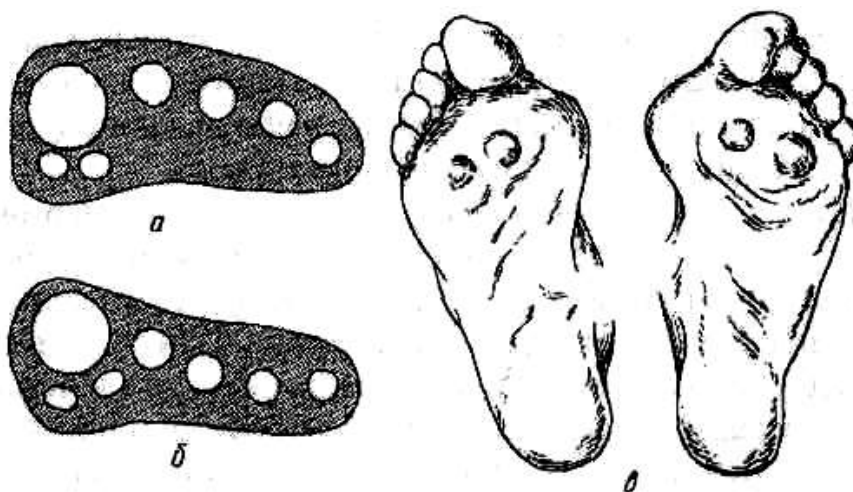
формаларида махсус даволаш талаб қилинмайди. Даволовчи жисмоний тарбия, уқдлаш, физиотерапевтик муолажалар, коррекцияловчи пойафзал кийиш тавсия қдгшнади.

Гумбази меъёридан ортикпанжаларда операцияларни оёқ панжаси суяклариди килинади, чунки мушаклар пайини кўчириб ўтказиш натижа бермайди. Учламчи артродез, баъзан Шопар бўшми артродези, панжа суякларининг ўрокримон ва понасимон резекцияси билан тўлдирилади (311-расм).

Катга деформацияларда Митбрейт операцияси яхши натижалар беради: унда учламчи артродез, биринчи кафт суяги остеотомия қалинади, товон пайи узайтирилади ва мушаклар кўчириб ўтказилади ҳамда 8 ойдан кам бўлмаган муддатда гипс боғлами ечилмайди.

Кўндаланг-ёйилган оёқ, панжаси ва I бармоқдшнг ташҳарига огиши. Кўндаланг ясси панжалик (312-расм) келиб чиқишида оёқ панжа мушаклари

ва суяклараро фасцияларидан ташқари, асосий ролни панжа ости апоневрози ўйнайди, шунингчун кўндаланг- ёйилган панжани бойлам аппарата етишмовчилиги деб ҳисоблаш керак Катталарда бу хасталикка кайтмас деформация деб каралса бўлаверади, чунки х.анузгача бойлам аппаратини яхши тиклайдиган восита йўқдир.



312-расм. Кўндаланг – ёйилган оёқ панжаси.

a – нормал панжада кафт суякларининг жойлашиши (чизма); *б* – кўндаланг ёйилган оёқ панжасида кафт суякларининг жойлашиши; *в* – қадок.

Меъёрида юрилганда максимал босим I кафт суягига тушади, IV-V суякларга эса минимал босим тўғри келади. Кўндаланг-ясси пан-жаликда эса биринчи кафт суяги бошига тушадиган босим ўта камаяди ва ўрта кафт суяклари бошчасига тушадиган юк ортади. Асосий юк одам вазнининг 50%и биринчи кафт суяги бошчасига тўғри келади, кўндаланг ясси панжаликда 14% га етади холос.

Кўндаланг ясси панжаликда биринчи кафт суяги бўйлама ўқи атрофида айланиб, юқорига кўтарилади. Ўрта кафт суяклари ўз ўрнида қолади. Биринчи кафт суяги ташқарига огганда сесамоид суяклар суяклараро ораликда аниқланади, яъни кафт-сесамоид бўғимида чиқиб кетиши бўлади.

Биринчи бармоқнинг кафт суягига нисбатан якка ташқарига огиши 10° ни ташкил қилади, V бармоқнинг — 5° . «НаПих уалҗи\$» ни куйидаги даражалари фарқ қилинади: I даражаси — биринчи бармоқнинг ташқарига огиши - 15° , V бармоқнинг эса - $7-8^\circ$; II даражаси — биринчи бармоқнинг огиши 20° гача; III даражаси — биринчи бармоқнинг ташқарига огиши — 30° дан кўпроқ

Клиника. Пойафзал кийганда, айникса, I кафт суяги босилиб, шу соҳада окрик пайдо бўлади. Биринчи кафт суяги боши соҳасида бурсит кузатилади; шиш, тери кизаради, кўпинча, синовиал суюқдик ҳам бўлади.

Д а в о л а ш. Кўндаланг ясси панжалик ва I бармоқнинг ташқарига огишида ҳам консерватив, ҳам оператив даволаш усуллари қўлланилиши мумкин.

Консерватив даволаш турли хилдаги ортопедик пойафзал кийишдан иборат. Енгил формаларда (I даражада) қадокдар жойлашган жойдан пастрокда таглик кўйилади. Иликванналар, укалалаш, физиотерапевтик муолажалар окрикни камайтирадиган воситалардир.

Хозирги вақтда I бармоқнинг ташқарига огишини даволаш учун 150 дан ортик операция усуллари тавсия қилинган (313-расм). Энг кўп тарқалгани Шеде операциясидир, 1-11 даражали ясси панжаликда, I бармоқнинг огиши экзостози билан ва бурсит бўлганда қўлланилади. Бу операция билан хасталикдан умуман халос бўлинмаса-да, беморлар енгиллик сезишади ва оддий пойафзал кийиб юришлари мумкин бўлади.

Биринчи кафт суягининг бошчаси олиб ташлангач бармоқнинг таянч хизмати бутунлай йўқолади, шунинг учун бу турдаги операция кам қилинади.

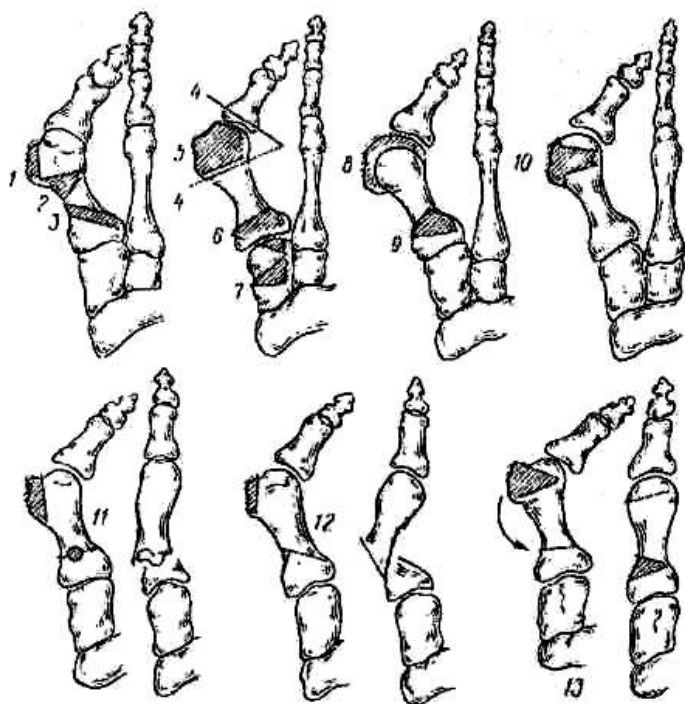
II-III даражасида I бармоқнинг огишини бартараф қилиш учун кўп жаррохлар куйидаги синалган операцияларни қўллашади: 1) биринчи кафт суяги бошини медиал қиррасидаги катталашган суяк-тоғай тўқималарини олиб ташлаш (Шеде усулида); 2) биринчи бармоқ проксимал фалангасининг асосини олиб ташлаш (Брандес усули); 3) биринчи кафт суяги асосини остеотомия қилиб, понасимон суяк

киргизиб кўйиш, суякни тўрри ҳолатда ушлаш учун (ташқарига огдириш!); 4) биринчи бармоқнинг узун букувчи мушак пайини медиал томонга силжиши; 5) кафт ости кўндаланг боғлам яратиш: ипакли тўқима ёки лавсандан, уни I ва V кафт суяклари диафизлари атрофидан ўтказиб тортилади ва кафт ости соҳсида боғланади (Куслик операциясининг ўзгартирилган варианты).

Айрим ҳолларда айтиб ўтилган операцияни барча элементлари сақлаб қалинади, биринчи бармоқ. проксимал фалангаси асосини резекция қилиш ва биринчи кафт суягининг проксимал қисмида қилинадиган операцияларнинг ўзгартирилган вариантларидан ташқари. Гипс боғлами тизза бўримиғача 8 ҳафталик муддатга кўйилади.

Болрачасимон бармоқ. Мустақил касаллик сифатида кўп учрамайди, панжанинг одатдаги бошқа деформациялари билан кўшилиб келади. Деформация муттасил орта борса, бармоқдар кафт-фаланга бўғимларида қисман чиқиши мумкин. Бунда бармоқлар таянч вазифасида иштирок этмайди, юриш жараёнида орирлик кучлари кафт суяклари бошига ўтказилади. Шу соҳаларда қадок, ҳосил бўлади. Болрачасимон бармоқда оғрикнинг асосий сабаби кафт-фаланга суяклари орасидаги бўримларда деформацияловчи артроз ва, айниқса, фалангалараро бўғимларнинг дорсал юзасидаги қадоклардир, кўпроқ II бармоқда.

Д а в о л а ш. Консерватив даволаш болрачасимон бармоқларда операция қилиш имкони бўлмагандагина (катта ёш, умумий ах, воли орир, диабетнинг декомпенсация шакли ва бошқалар) ўтказилади. Унда махсус усти юмшоқ ва патакли пойафзал ёрдам беради.



313-расм. Hallux valgus да қўлланиладиган операциялар (чизма).

- 1 - Шеде бўйича;
- 2 - Реверден бўйича;
- 3 - Ювар бўйича;
- 4 - Моклер-Розе бўйича;
- 5 - Вреден-Гюнтер-Мейо бўйича;
- 6 - Альбрехт-Луазон бўйича;
- 7 - Бреннер-Ридел бўйича;
- 8 - Шапиро бўйича;
- 9 - Балеск бўйича;
- 10 - Бом бўйича;
- 11 - Кочев бўйича;
- 12 - Бабич бўйича;
- 13 - Логрошчино бўйича (Бойчев модификацияси).

Болгачасимон бармоқларда 40 дан ортик операция таклиф қилинган, лекин энг кўп тарқалгани асосий фаланга танасининг ўрта ва листал 1/3 қисми соҳасида узунлиги 1 см келадиган суякни олиб ташлаш ҳисобланади. Деформация бартараф қилинган операция столида гипс боклами (сандалет типиди) 4 х.афтага кўйилади.

Товон пихи. Экзостоз (остеофит) товон суягининг пастки юзасида асоси товон суяги билан кўшилиб кетади. Беморлар товоннинг пастки юзасининг ачишиб огришидан шикоят қиладилар. Баъзан оғриқ, тўсатдан ва қаттиқ («худди мих крқилгандек») характерга эга.

Рентген суратларида, кўпинча, суяк бўртиклари, суяк усти пардаеининг йўғонлашгани, товон суяги чегараларининг аниқ, эмаслиги кўринади. Айрим ҳолларда остеофитлар кўринмаслиги мумкин. У ҳолда оғриқни сабаби йўлдош переостит ёки бурситдан деб фикр қилинади. Балки, жараёнга суяк усти пардаси билан боғлиқ. нерв шохчалари кўшилгандан оғриқ сезгиси пайдо бўлиши мумкин.

Д а в о л а ш. Агар товон пихлари ясси панжалиқдан келиб чиққан бўлса, даволаш ортопедик пойафзал ёки махсус патак кўйишдан ташкил топади. Оғриқ соҳасига патакда чуқурча ёки пахта-докадан тешиқ қилинади («кулча» шаклида). Ортопедик даволашдан ташқари, яллиғланишга карши: илиқ ванналар, парафин ва балчик чаплаш муолажалари, оғриқ, нуқталарига новокаин юбориш амалга оширилади. Физиотерапия ва ультратовуш ёрдам бермаса, рентген нурлари билан даволаш мумкин (75 Р хар 3-4 кунда, 4-5 марта). Агар консерватив даволаш ёрдам бермаса, операция усули билан товон пихи олиб ташланади.

Маршдан синиш (Дейчлендер касаллиги). 11 ва III қафт суяклари синишининг сабаби юкнинг ошиб кетиши деб ҳисоблашади. Бу ҳрдиса ўз тасдиғини аскарларда топаяпти, чунки улар кўп юришади ва худди шу хилдаги синишлар кўп учрайди. Микроскоп остида текширилганда кўп сонли микросинишлар Лоозер қайта куриш зоналари кўринишида топилган.

К л и н и к а с и. Пайпаслаганда оғриқ. ва II-III қафт суяклари соҳасида шиш аниқланади. Ташхис рентген суратларидаги кўрсаткичлар билан тасдиқланади. Одатда бу синишлар яхши битади ва суяк кадогининг тўла ўзгариши 4-6 ой давомида кузатилади. Синишлар кўпинча ташхисланмайди, чунки баъзан оғриқ. кучсиз бўлади ва бемор шифокорга мурожаат қилганида рентген суратида суяк қадоқи кўринади. Шикастланиш яхши билан тугашига карамай, оғриқ. бир неча ойга чўзилиши мумкин.

Д а в о л а ш. Ўткир даврда 7-10 кун давомида ётоқ режими ва гипс боғлами билан котириш тавсия қилинади. Кейин қўлтиктаёқлар билан юришга ва аста-секин кадам босишга рухсат берилади. Физиотерапевтик муолажалар ўтказилади. Кейинчалиқ патак кўйиш ёки ортопедик пойафзал кийиб юриш керак бўлади.

МУНДАРИЖА

СЎЗ БОШИ	3
Б И Р И Н Ч И К И С М	
ТРАВМАТОЛОГИЯ ВА ОРТОПЕДИЯНИНГ УМУМИЙ МАСАЛАЛАРИ	4
Травматология ва ортопедиянинг ривожланиш тарихи	
2-Шикаст ва шикастланишлар. Уларнинг олдини олиш чоралари	15
3-Таянч-харакат алпаратининг шикастланишлари ва касалликлари бўлган катталар ва болаларни текшириш методлари	21
4 - б о б. Травматология Ва Ортопедияда Замонавий Даволаш Усуллари	43
5- б о б. Суяк тўқрмасининг регенерацияси ва синган суякларнинг битиши	82
6- б о б. Юмшок; тўғималарнинг ёпик; шикастланишлари	94
7- б о б. Пайларнинг шикастланиши	101
8- б о б. Мушакларнинг шикастланиши	109
9- б о б. Катта ёшдаги одамларда травматик чиқишлар ва чала чиқишлар	111
10 б о б. Болаларда чиқишлар ва чала чиқишларнинг хусусиятлари	125
11- б о б. Периферии нервларнинг шикастланишлари	131
12- б о б. Суяк ва бўғимларнинг очик шикастланишлари	140
13-б о б. Кҳл-оёқлар ампутацияси ва уларни протезлаш	146
14 б о б. Таянч-харакат аппарати шикастланишларининг оқдбатлари бўлган беморларни ва ногиронларни реабилитациям	162
15 - б о б. ТАВМОТОЛОГИЯ ВА ОРТОПЕДИЯДА ДЕОНТОЛОГИЯ	165
ИККИНЧИ КИСМ	
ХУСУСИЙ ТРАВМАТОЛОГИЯ	178
1- б о б. Елка камарининг шикастланишлари	178
2- б о б. Елканинг шикастланиши	187
3- б о б. Билакнинг шикастланиши	199
4- б о б. Кул панжаси суякларининг синишлари ва чиқишлари	216
5- б о б. Болаларда қўл шикастланишларининг хусусиятлари	227
6- б о б. Сон суягининг синишлари	249
7- б о б. Тизза бўғими шикастланишлари	264
8- б о б. Болдир шикастланишлари	281
9- б о б. Болдир-ошик бўғимининг шикастланишлари	292
10- б о б. Оёқ панжаси суякларининг синишлари ва чиқишлари.	302
11- б о б. Болаларда оёқдар шикастланишининг ўзига хос хусусиятлари	308
12- б о б. Умуртка погонасининг асоратсиз шикастланишлари	323
13- б о б. Умуртка погонасининг асоратланган шикастланишлари	335
14- б о б. Чаноқ суякларининг шикастланишлари	341

16-боб. Қалла қугиси ва бош миянинг ёпик ва очик; шикастланиш	360
15-боб. Ёш болаларда умуртка погонаси ва чанок шикастланишларининг хусусиятлари	353
17- б о б. Болаларда қалла қугиси ва бош мия шикастланишнинг узига хос хусусиятлари	372
18- б о б. Қўқрак қдфасининг очик ва ёпик шикастланишлари	375
19- б о б. Болаларда қўқрак қдфаси ва елка камарининг шикастланишлари	388
20-боб. Қўплаб шикастланиш. Таянч-харакат тизимнинг қўплаб ва қўшилиб келган шикастланишлари	394
21 - б о б. Таянч-харакат тизимининг шикастланиш асоратлари	399
УЧИНЧИ ҚИСМ ОРТОПЕДИЯ	408
1 - б о б. Скелетнинг системали касалликлари	408
2- б о б. Қўл ва оёқларнинг ривожланиш нуқсонлари	416
3- б о б. Оёқнинг тугма дсформациялари (нуқсонлари)	422
4- б о б. Бўйин, елка камари ва қўқрак қдфасининг деформациялари.	438
5- б о б. Умуртка погонасининг ривожланиш аномалиялари	447
6- б о б. Қад-қомат нуқсонлари. Сколиоз	455
7- б о б. Деформацияловчи артроз	465
8--б о б. Умуртка погонасининг дегенератив касалликлари	470
9- б о б. Остехондропатиялар	486
10- б о б. Суяк ўсмалари	492
11-боб. Паралитик деформациялар	500
12-боб. Оёқ панжаси деформациялари	512

Х.А.МУСАЛАТОВ, Г.С.ЮМАШЕВ

*тахрири остида қайта ишланган ва тўлдирилган русча тўртинчи
нашридан таржима*

ТРАВМАТОЛОГИЯ ВА ОРТОПЕДИЯ

*Узбекистан фан арбоби профессор Ш.Ш. Хамраев тахрири остида узбек
тилида тайёранган*

Мухаррир *Э.Бозоров*
Тех.мухаррир *М.Ашмов*
Сахифаловчи *А.Рузиев*

Босишга рухсат этилди 02.08.07 й. Когоз бичими 60x90 /,,,. Босма
табоги 33,18. Адади 500. Буюртма № 94.

" IQTISOD-MOLIYA " нашриёти,
700084, Тошкент, Х.,Асомов Кўчаси, 7-уй.
Шартнома № 35-2007

"Сано-Стандарт" босмахонасида чоп этилди **Тошкент**
шаҳри. Широк кўчаси, 100-уй.