

ЎРИНБОЕВ П.У., АШИРОВ М.У.
СОНДИБОЕВ Ш.О., ЎРИНБАЕВ И.П.



**КИЧИК ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА
ТИРСАК БУҒИМИ СОҶАСИДАГИ
СИНИҚЛАРИНИ ДАВОЛАШ**

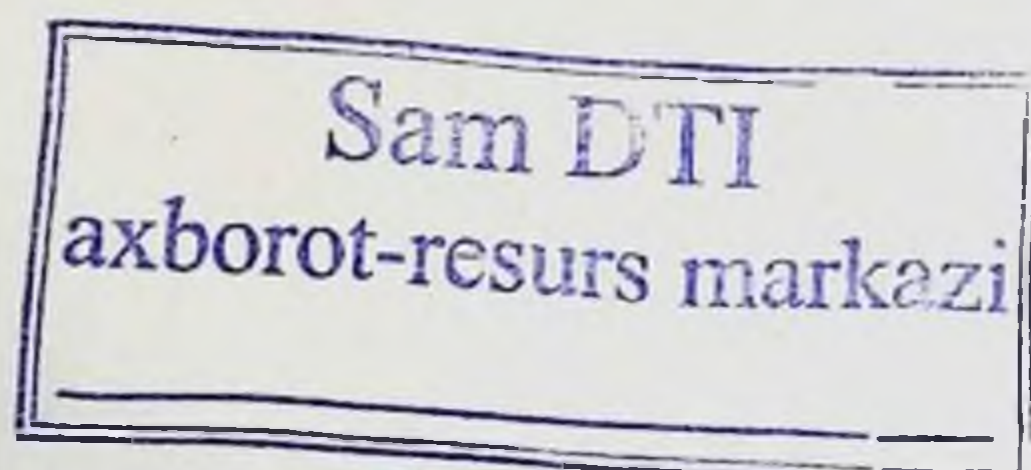
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ОЛИЙГОҲИ

ЎРИНБОЕВ П.У., АШИРОВ М.У., СОНДИБОЕВ Ш.О.,
ЎРИНБАЕВ И.П.



**КИЧИК ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ТИРСАК
БУҒИМИ СОҲАСИДАГИ СИНИҚЛАРИНИ
ДАВОЛАШ.**

монография



ТИББИЙОТ КО'ЗГУСИ

Самарқанд - 2021

УЎК: 616-001.511-053.2

КБК: 54.58

Ў 80

Ўринбоев П.У., Аширов М.У., Сондибоев Ш.О., Ўринбаев И.П.

Кичик ёшдаги болаларда тирсак бугими соҳасидаги синиқларини даволаш. [Матн]: монография / Ўринбоев П.У., Аширов М.У., Сондибоев Ш.О., Ўринбаев И.П. - Самарқанд: TIBBIYOT KO'ZGUSI, 2021. - 172 б.

Аннотация

Монографияда Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий маркази Самарқанд филиалида болаларда тирсак бугими соҳаси синиқлари натижаларининг умумлаштирилган тахлилий маълумотлари келтирилган. Китобда болаларда суяк синиқлари энг кўп учрайдиган соҳа-тирсак соҳасидаги травмалар учраш миқдори, пайдо бўлиш сабаблари, таъхис қўйиш, даволаш методлари ёритилган. Елка суяги транскондилляр синиқларини даволашда қўл билан репозиция, Илизаров аппарати қўллашга эътибор кучайтирилган.

Елка суяги метафиз, эпифиз синиқларини таъхислаш, жаррохлик даволаш услублари ёзилган.

Китоб травматолог-ортопед врачлар, шу соҳа клиник ординатура, магистратура бўйича толиби илмлар учундир.

Аннотация

В монографии представлены данные обобщающие и анализирующие по диагностике и лечению переломов области локтевого сустава у детей в Самаркандском филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии.

В книге освещаются частота, причины развития, диагностика и лечение переломов области локтевого сустава у детей. Изложены особенности консервативного, оперативного методов лечения чрезмыщелковых переломов на основе изучения патоанатомии, патофизиологии (сведения о смещениях переломов кости, роли мышечной системы при них), уделено значительное внимание применению аппарата Илизарова, освещены результаты хирургических методов лечения застарелых переломов метафизов плечевой кости.

Книга предназначена для травматолог-ортопедов, клиническим ординаторам, по травматологии и ортопедии.

ISBN 978-9943-7153-8-7

© ЎРИНБОЕВ П.У., АШИРОВ М.У., СОНДИБОЕВ Ш.О., ЎРИНБАЕВ И.П. 2021 й.

© TIBBIYOT KO'ZGUSI, 2021 й.

МУНДАРАЖА

| | |
|--|----|
| <i>КИРИШ</i> | 5 |
| <i>I БОБ ЕЛКА СУЯГИНИНГ ТРАНСКОНДИЛЯР СИНИҚЛАРИНИ ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШ.</i> | 8 |
| <i>АДАБИЁТЛАР ТАҲЛИЛИ</i> | 8 |
| Болаларда елка суяги транскондиляр синиқлари учраш даражаси, классификацияси, асоратлари. | 8 |
| Транскондиляр синиқларни даволаш услублари | 13 |
| <i>II БОБ ИШ МАТЕРИАЛЛАРИ ВА ТЕКШИРИШ МЕТОДЛАРИ</i> | 27 |
| Клиник кузатишларнинг умумий таснифи. | 27 |
| Болаларни текширишнинг клиник, рентгенологик хусусиятлари.. | 27 |
| Елка суяги траскондиляр синиқларида синиқ бўлаклари силжишлари ҳақида..... | 34 |
| <i>III БОБ «ЕЛКАНИНГ ЎРТА РАТОЦИОН ФИЗИОЛОГИК ҲОЛАТИ (ЕЎРФХ)» НАЗАРИЙ ТУШУНЧАСИ ВА УНИНГ ЕЛКА СУЯГИ СИНИҚЛАРИНИ (ТРАНСКОНДИЛЯР) ДАВОЛАШДАГИ АҲАМИЯТИ</i> | 40 |
| ЕЎРФХ га назарий тушунча киритиш. Елка соҳасининг анатомо-физиологик хусусиятлари | 40 |
| ЕЎРФХ ни билиш зарурлиги ҳақида клиник ва рентгенологик кузатишлар | 45 |
| Елканинг ўрта ротацион физиологик ҳолатини аниқлаш методи... | 47 |
| Биомеханик ва электрофизиологик текширишлар | 51 |
| <i>IV БОБ БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ</i> | 55 |
| Синиқ бўлакларини кўл билан репозиция қилиш..... | 55 |
| Скелет тортмасида даволаш. | 60 |

| | |
|--|-----|
| Беморларни Илизаров аппаратида даволаш..... | 63 |
| Синик бўлакларини очик репозиция қилиш | 85 |
| <i>V БОБ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ</i> | 86 |
| Даволашнинг узок муддатли натижалари. | 90 |
| Елка суяги нотўғри битаётган транскондиляр синикларини ёпиқ усулда Илизаров аппарати билан суяк остеосинтези қилиш. | 93 |
| Тирсак бўғими варусли деформацияларини оператив даволаш. ... | 101 |
| Елка суяги кондилус бошчаси ва ғалтаги синиши. | 106 |
| Кондилус бошчасини оператив даволаш..... | 110 |
| Елка дистал бошчаси ва Ғалтакнинг эски синикларининг ишчи даволаш тактик классификацияси | 115 |
| Дистал бошча псевдоартрозларини даволаш | 120 |
| Елка суяги ғалтаги(trochlea) нотўғри битаётган, битмаган, псевдоартрозларини оператив даволаш..... | 128 |
| Болаларда елка суяги ички эпикондилусининг битмаган синикларини оператив даволаш | 129 |
| <i>ЯКУНИЙ КИСМ</i> | 136 |
| Хулосалар..... | 153 |
| <i>АМАЛИЙ ТАВСИЯНОМАЛАР</i> | 154 |
| <i>ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР</i> | 155 |

КИРИШ

Болаларда тирсак бўғими атрофидаги синиклар бошқа суяк синикларига нисбатан 40% дан 50% гача учрайди ва биринчи ўринда туради. Елка суяги дистал охиридаги синиклар 84-89% учрайди. Тер-Егiazаров Г.М, 1992. Oh CW, Park BC, Ihn JC, Kyung HS: Fracture separation of the distal humeral epiphysis in children younger than three years old. J Pediatr Orthop 20:173-176, 2000 Транскондиляр синиклар суяги дистал охиридаги синикларнинг асосий қисмини ташкил қилади. Гафуров Н.Н., 1993, Ўринбоев П.Ў, 1995 й, Шамсиев А.М. Ўринбаев П.Ў, 2000-й, Сондибоев Ш.О., 2001 й Ruiz AL, Kealey WDC, Cowie HG: Percutaneous pin fixation of intercondylar fractures in young children. J Pediatr Orthop 10:211-213, 2001 Бир қанча авторларнинг ёзишича, қўл билан репозиция қилиш 16,9% дан 78,1% гача мувофақиятсиз кечади. (Асадуллаев М.А. ва бошқ., 1991). 21,1-54,7% беморларда репозиция ва гипсли иммобилизациядан кейин суяк бўлақларининг иккиламчи силжиши кузатилади (Чахкиев Б.Ю., 1991; Гафуров Н.Н., 1993). Gugenheim JJ: The Ilizarov fixator for pediatric and adolescent supracondylar fracture variants. J Pediatr Orthop 20:177-182, 2000

Скелет тортмасида даволашда суяк синикларининг жойига тушмаслиги 15,9-32,2% ни ташкил қилади. (Тупица И.И., 2000). Vocke-Hell AK, von Laer L, Slongo T, Stankovic P: Secondary radial head dislocation and dysplasia of the lateral condyle after elbow trauma in children. J Pediatr Orthop 21:319-323, 2001

Қўл ўқининг қийшайиши тирсак бўғими варусли деформациясиз транскондиляр синиклар асорати сифатида 24,0-44,8% учрайди. (Жабин Г.И. ва бошқ., 1991; Driscoll O., Spinner S. B., McKee R. S. ва бошқ., 2001). Vocke-Hell AK, Schmid A: Sonographic differentiation of stable and unstable lateral condyle fractures of the humerus in children. J Pediatr Orthop 10:138-141, 2001 Беморлар ўртасида варусли деформациялар учраши А.М.Шамсиев, П.Ў. Ўринбаев (2000) Thomas DP, Howard AW, Cole WG, Hedden DM: Three weeks of Kirschner wire fixation for diaphyseal lateral condylar fractures of the humerus in children. J Pediatr Orthop 21:565-569, 2001

кузатишларича кўрсатишича 50-70% беморларда 4-6 ёшли болаларда келиб чиққан.

Бу фактлар бир томондан кичик ёшдаги болаларда тирсак бўғими рентген анатомиясининг мураккаблиги туфайли диагноз қўйиш қийинлиг бўлса, иккинчи томондан шу ёшдаги беморларда даволаш услубини мукамаллашмаганлигидан далолат беради.

Адабиётларни ўрганишимизда кичик ёшдаги болаларда елка суяги транскондиляр синиклари диагностикаси ва даволаш методикалари мукамал эмаслигига эътибор бердик. Бизнинг ўрганишимизча кичик ёшдаги болаларда елка суяги транскондиляр синиклари 26,1 дан 37% гача учрайди. В.П. Костюк ишида 235 бемор болалардан 87 таси (37%) 5 ёшгача бўлган болалардир.

Ж.Х. Мгоян иши (1973) елка суяги транскондиляр синикларидан кейин келиб чиқадиган тирсак бўғими варусли деформацияларига бағишланган, 218 бемордан 62 таси (28,4%) 3 ёшдан 6 ёшгача булган болаларни ташкил қилган.

Юқорида кўрсатилганидек, елка суяги транскондиляр синиклари кичик ёшдаги болаларда (26,1-37%) кўп учрасада, баъзи авторлар 5 ёшдан катта болаларда елка суяги транскондиляр синикларини ўрганган (Гафуров Н.Н., 1993). Skak SV, Olsen SD, Smaabrekke A: Deformity after fracture of the lateral humeral condyle in children. J Pediatr Orthop 10:142-152, 2001

Кўпчилик авторлар варусли деформацияларнинг келиб чиқишида дистал синик бўлақларининг ички ротациясини сабаб қилиб кўрсатади. Ҳозирги пайтгача адабиётларда синик бўлақлари ротацион силжиши учраш даражаси, елканинг нормал ротацион ўқи, елканинг ўрта ротацион ҳолати етарлича ўрганилмаган.

П.Ў. Ўринбаев (1995) биринчи марта елканинг ўрта ротацион ҳолати тўғрисида ёзган. (Уринбаев П.Ў., Сондибоев Ш.О., Бобобеков А.А. 2000). Ogden JA: Lateral condyle injuries. In: Ogden JA. Skeletal Injury in the Child. Springer. New York, 3rd edn, 2000. Chapter 14, pp 509-523

Аmmo, ҳозирги пайтгача елканинг ўрта ротацион ҳолати тушунчаси илмий фикр сифатида исботланмаган. Елканинг ўрта ротацион ҳолатини исботловчи текширишлар ўтказилмаган.

Адабиётларда таҳлил қилинишича, диагностикада, даволашдаги хатолар туфайли, тирсак бўғимида деформациялар, травматик контрактуралар, деформацияли артрозлар, юмшок тўқималарда оссификация процесси, ишемик контрактуралар учрамоқда.

Консерватив ва оператив даволашда қониқарсиз натижалар кўрсаткичи юқори, кам шикастлантирувчи, синик бўлақларини аниқ жойига қўядиган, стабил фиксация қиладиган, даволаш мобайнида тирсак бўғимида ҳаракатни сақлайдиган даволаш услубини ишлаб чиқишни тақозо қилган. Натижада елкасуяги транскондиляр синик бўлақларини остеосинтез қилиш учун ҳар хил ташқи фиксацияловчи аппарат Г.А. Илизаров (1961) Mohan N, Hunter JB, Colton CL: The posterolateral approach

to the distal humerus for open reduction and internal fixation of fractures of the lateral condyle in children. J Bone Joint Surg 82B:643-645, 2000 томонидан қўлланилган. Ҳозирги пайтда шу принципдаги мукаммаллаштирилган аппаратлар қўлланилмоқда (Знаменский Г.Б., 1981; Кураулов Г.М., 1984; Чолокава А.Р., 1984; Ходжаев Р.Р., 1990; Ўринбаев П.Ў. Сондибоев Ш.А., 1999) Hasler CC, von Laer L: Prevention of growth disturbances after fractures of the lateral humeral condyle in children. J Pediatr Orthop 10:123-130, 2001 . Ротационсилжишларни аппаратда тўғрилаш учун аппаратлар бирмунча мураккаблаштирилган. В.В.Веклич (1986), Р.Х.Махмудов (1992) Stans AA, Morrey BF: Post-traumatic elbow stiffness in children. In: Morrey BF (ed). The Elbow and Its Disorders. W B Saunders, Philadelphia, 3rd edn, 2000, Chapter 22, pp

287-292) ротацион силжишларни тўғрилаш учун аппарат конструкциясига қўшимча халка (яримҳалка) ёки тўғриловчи мослама ўрнатган. Марказий кегайни ҳавфсиз ўтказиш жойи ва елканинг ўрта ротацион ҳолатини ҳисобга олиб аппарат қўйиш юқоридаги методикаларда ишлаб чиқилма

1 БОБ

ЕЛКА СУЯГИНИНГ ТРАНСКОНДИЛЯР СИНИҚЛАРИНИ ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШ.

АДАБИЁТЛАР ТАҲЛИЛИ

*Болаларда елка суяги транскондилляр синиқлари учраш
даражаси, классификацияси, асоратлари.*

Тирсак бўғими атрофидаги синиқлар мураккаблиги, хилма-хиллиги, анатомик ва функционал жиҳатдан тирсак бўғими мураккаб тузилганлиги, ўсиш жараёнининг тугалланмаганлиги билан изоҳланади.

Елка суяги транскондилляр синиқлари тирсак бўғими атрофидаги синиқларнинг асосий қисмини, ҳар хил муаллифлар берган маълумотларга кўра елка суяги дистал охиридаги синиқларнинг 56,8-81,6% ини ташкил этади. 3,14% ҳолатларда тирсак атрофидаги синиқлар елка проксимал қисмидаги синиқлар билан бирга келади. (Смайлов С.И., 1993). Skaggs DL, Mirzayan R: The posterior fat pad sign in association with occult fracture of the elbow in children. J Bone Joint Surg 81A:1429-1433, 1999 Елка суяги транскондилляр синиқларнинг патологиясини тушуниш учун Т.Кохер (1896) Peterson HA: Physeal fractures: Part 2. Two previously unclassified types. J Pediatr Orthop 14:431-438, 1994 машҳур монографияси «Данные к пониманию некоторых практически важных переломов» да биринчи марта елка суяги дистал охири синиқларининг рационал классификацияси берилган ва ҳозирги пайтда ҳам ўзининг амалиётдаги аҳамиятини йўқотмаган. Бу ерда синиқлар супракондилляр ёки транскондилляр синиқлар деб ажратилмаган. Г.А. Баировнинг (1976) Lins RE, Simovitch RW, Waters PM: Pediatric elbow trauma. Orthop Clin N Am 30:119-132, 1999 охириги анатомик номенклатура асосида тузилган классификациясида елка суяги дистал охиридаги ҳамма синиқлар бўғиматрофи ва бўғим ичи синиқларга бўлинади. Бўғим атрофидаги синиқларга супракондилляр (қийшиқ ва кўндаланг), ички ва ташқи эпикондулислар синиши киради. Бўғимдаги синиқларига елканинг транскондилляр синиқлари, эпифизиолиз, дистал эпифиз бошчаси, галтакнинг синиши киради.

Транскондиляр синиклар ўз навбатида метаэпифизар, эпиметафизар синикларга бўлинади (1-расмга қаранг). Т., У-симон синиклар эпиметафизар синикларга киритилган. П.Ў. Ўринбаев (1994), А.М.Шамсиев, П.Ў. Ўринбоев (2000) Hoffman A.D, Graviss ER: Imaging of the pediatric elbow. In: Morrey BF (ed). The Elbow and Its Disorders. W B Saunders, Philadelphia, 3rd edn, 2000, Chapter 13, pp 155-163 транскондиляр синикларни юқори, ўрта, пастки гурухларга бўлади (1-расм). Бунда рентгенологик картинага қараб, транскондиляр синиклар тури аниқланади ва бўғим функциясига таъсири прогноз қилинади.

Адабиётларда 3 ёшли беморда "чрезмышцелковый перелом кортикальном отломом" ёзилган (Stricker S.J. Thomson J.A. Kolly R.A. 1993). Griffith JF, Roebuck DJ, Cheng JCY, Chan YL, Rainer TH, Ng BKW, Metreweli C: Acute elbow trauma in children:

Spectrum of injury revealed by MR imaging not apparent on radiographs. Am J Roentgenol 176:53-60, 2001 Юқоридаги муаммоларга кўплаб авторлар ишлари бағишланган. Бу травматолог ва ортопедларнинг конференцияси сездларида муаммоли сифатида қаралмоқда (Рига, 1961; Ленинград, 1964; Тбилиси, 1976; Наманган, 1998; Тошкент, 1999; Қарши 2000). Beaty JH, Kasser JR: The elbow: Physeal fractures, apophyseal injuries of the distal humerus, avascular necrosis of the trochlea, and T-condylar fractures. In: Beaty JH, Kasser JR (eds). Rockwood and Wilkins' Fractures in Children. Philadelphia, Williams and Wilkins, 5th edn, 2001, Chapter 15. pp 625-704 Кўпгина монографиялар (Баиров Г.А., 1962; Сегизбаев А.У., 1964; Белоусов В.Д., Цуркан А.М., 1974; Волков М.В., Тер-Егiazаров Г.М., Стужина В.Т., 1978; Шамсиев А.М., Ўринбаев П.Ў., 2000) Hamlet A. Peterson Epiphyseal Growth Plate Fractures . Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2007, диагностикада ва даволашдаги эришилган муваффақиятларга қарамасдан кўпгина саволлар бу соҳани янада чуқур ўрганишга ундайди.

Транскондиляр синиклар бўлинади: синик бўлаклари силжиган ва силжимаган, қон-томир, нерв тутамаларининг шикастланишига кўра асоратланмаган ва асоратланган.

Адабиётлардаги маълумотларга кўра транскондиляр синиклар 90-97% ҳолатларда синик бўлаклари силжиши билан учраб, репозицияга муҳтож бўлади. Кўпинча синик бўлаклари экстензион

Кичик ёшдаги болаларда тирсак бўғими соҳасидаги синикларни даволаш.

силжишлари учрайди. В. Russ Y.Hennrici (1967). H.Seewald (1971) John A. Herring, MD Tachdjian's Pediatric Orthopaedics From the Texas Scottish Rite Hospital for Children 2014 маълумотларига кўра бу силжишлар 95% ни ташкил этади.

Дистал фрагментнинг ротацион силжиши 12 дан 90% гача учраши (Ахундов Н.А., 1963: Усикова Т.Я., Ильюшенко Ю.К., 1987; Ўринбаев П.Ю., 1995:) Nwakama AC, Peterson HA, Shaughnessy WJ: Fishtail deformity following fracture of the distal humerus in children: Historical review, case presentations, discussion of etiology, and thoughts on treatment. J Pediatr Orthop 9B:309-318, 2000 ишларида ёзилган.

Тирсак бўғими атрофидаги синиклар сабаби хилма-хилдир. Бу синикларнинг асосий қисмини турмуш ва кўча шикастлари ташкил қилади. Экстензион супра-ватранскондиляр синикларнинг механизми тирсак бўғимидан (10° - 159°) ёзилган елканинг букилган кўлга таяниб йиқилишидан пайдо бўлади ва адабиётлар маълумотлари бўйича 71,8-93,0% учрайди. Флексион типдаги синиклар тўғридан-тўғритирсак орқасига урилишидан ҳосил бўлади.

Елка суяги дистал охиридаги синикларда турли асоратларнинг учраши диагностика ва даволашдаги хатолар туфайли келиб чиқади. Ҳамма асоратлар оғирлик даражасига кўра қуйидагича учрайди: посттравматик қон айланишининг бузилиши, периферик нервларнинг шикастланиши, бўғимда ҳаракат чекланиши ва суякда деформациялар бўлиши, кўл ўқининг қийшиқлиги, суякланувчи миозит (Hartigan B. Y., Benson Y.S. 2001).

Елка суяги супра-, транскондиляр синикларда энг оғир асоратлардан бири қон айланишининг бузилишидир (Фолькманн ишемик контрактураси). Бунинг асосий сабабини ҳар-хил силжишлар билан бирга келган экстензион транскондиляр синиш ($84,0$ - $65,0\%$) деб тушунтиради муаллифлар.

Оғир даражадаги ишемик контрактурани Bohlor J. (1970) ампутация билан тенг деб ҳисоблайди. Pottes C. (1954), Polgnfurist (1966) бундай турдаги асоратларни 5% ҳолатда кузатган. Унинг келиб чиқиши янги синикларни даволашда йўл қўйилган хатолар билан боғлиқдир (Овсянкин Н.А., 1988).

Г.А. Баиров классификациясининг Г.Б. Знаменский ва П.Ў. Ўринбаев модификацияси

| Синиш характери | синиш схемаси | |
|----------------------|---------------|--|
| супракондиляр | | |
| транскондиляр | | |
| T-, У-симон | | |
| Г- симон | | |
| Юкори транскондиляр | | |
| Пастки транскондиляр | | |

1-расм. Болалардаги елка суяги супра- ва транскондиляр синиқларининг классификацияси.

Учраш даражаси хархил авторлар буйича 1,7 дан 12% гача (Слобово мл. 1967 Ахундов А.А., 1973).

Артериал кон айланишининг бузилиши ва веноз стазга олиб келадиган сабаблардан бири бу - шикастланган қўлга циркуляр гипс боғламаси қўйиш, бунинг устига врач назоратининг йуклигидандир. (Тер-Егиазаров Г.М., Стужина вт., 1978; Weber, 1980). Икки ва ундан кўп кунда циркуляр гипсли боғламани бўшатиш ёки ечиш, кайта тикланмайдиган процессларга олиб келади.

Ишемик процесснинг профилактикаси бу - қон ва лимфа айланишини яхшилайдиган, катта шиш, қон қуйилишларини тез қайтарадиган, ўз вақтидааниқ репозиция ва ишончли, хавфсиз фиксация қилишдир (Баиров Г.А., 1962).

Жиддий ва хавфли асоратлар сифатида иккинчи ўринда турувчи нерв тутамларининг шикастланиши адабиётлардаги маълумотлар буйича 6,5-19,8%ни ташкил қилади. (Царьков А.Ю., 1991; Chai K.K., Aik S., Sengurupta S., 2000; Cheng J.C., Jam T.P., Mafulli N., 2001).

Нервлар шикастланишининг асосий сабаби - синик бўлакларини ўткир қирраси билан травма пайтида, даволаш мабойнида, қайта-қайта репозиция қилганда, қўпол манипуляциялардир.

Нерв тутамларининг травма пайтида шикастланиши бирламчи, даволаш мабойнида шикастланиши иккиламчи деб қабул қилинган. Бирламчи, яъни травма пайтида кўпинча билак ва тирсак нервлари шикастланади (Broun I.C., Zinar P.M., 1995).

Нервларнинг иккиламчи шикастланиши сабаблари қуйидагича:

1. Нерв тутамларининг гематома ёки катта шиш билан босилиши.

2. Бир марталик репозиция пайтида шикастланиши.

3. Гипсли боғлама ёки силжиган фрагмент қисиши.

4. Киршнер кегайи ўтказиш ёки очик репозиция пайтида инструмент билан шикастлантириш.

5. Нерв тутамлари синик нотўғри битаётганда чандикли тўқима билан тортилиши.

Травмаларда яна бир кўп учрайдиган ва оғир асоратлардан бири тирсак бўғимида ҳаракат чекланишидир.

Тарихий ва хорижий авторлар маълумотича, травмадан кейин тирсак бўғимида ҳаракат чекланиши 16,8-20,8% учрайди. Matzner (1956) ва И.Т. Кныш (1964). Консерватив даволаганда тирсак бўғимида контрактуралар 30,2-60% ни ташил этади.

Миронов С.П. (1984) бўғимда ҳаракат чекланиши сабабини капсулафибрози, тирсак бўғим соҳасидаги оссификатлар, бўғим ичидаги ва атрофидаги тўғриланмаган силжишлар натижасида бўғим юзаси силлиқлиги бузилиши, бўғим тоғайи бузилиши, юмшоқ тўқималар интерпозицияси деб тушунтиради. П.Ў. Ўринбаев (1992) елка суягининг нотўғри битаётган юқори транскондиляр синикларда бўғим функцияси тикланишини ўрганаётганида аниқланганки, синик бўлакларининг ён томонга 1/3-1/2 қисм, дистал синик бўлагининг олдинги орқа 12 - 1 қисм силжиши кейинчалик бўғим функциясига

таъсиркилмайдди, чунки бунда кондулисдаги анатомик чукурчалар бутунлигибузилмайдди. Юқори транскондиляр синиклар болаларда энг кўп 75%ҳолатларда учрайди.

Елка суяги транс- ва супракондиляр синикларнинг огир асоратларидан яна биртирсак бўлимининг варусли деформациясидир. Бу асорат муаллифлар берганмаълумотларига кўра 10-79% учрайди. Варусли деформациялар келиб чиқиши тўғрисида хар-хил фикрлар бор.

Болаларда варусли деформациялар келиб чиқиши асосий сабаби даволаш мобайнида ўғриланмаган дистал синиқ бўлагининг бурчакли ва ротационсилжиши деб тушунтиради кўплаб авторлар.

Варуслидеформация келиб чиқиши сабабларидан бири дистал фрагментнинг тирсак томонгасилжиши деб айтилган.

Кичик ёшдаги болаларда варусли деформацияга мойиллик бор. Кўпинча пастки параэпифизар синикларда дисталфрагмент ички томонга огиши осон. Бу фикрларни варусли деформацияларнинг кўпинча (70%) 4-6 ёшгача бўлган болаларда келиб чиқиши ҳам тасдиқлайди.Одатда болаларада варусли деформацияларда тирсак бўғимида ҳаракат тўлиқбўлади. Ота-оналар косметик нуқтаи назардан безовта бўлади. Бола ўсишибилан деформация камаймайдди, балки кучаяди.

Транскондиляр синиқларни даволаш услублари

Даволашнинг энг оддий услуби Блаунт услубидир. Бинт билан боғланганкўл ўткир бурчак остида букилади, билак дистал учидан бўйинга осибкўйилади.

Смит 1894 йил экстрементал текширишларда аниқлаб, елка суяги транскондиляр синиқлари учун энг қулай ҳолат билакниўткир бурчак остида букиш бўлади деган фикригакелган.

С.М. Елистратов ва бошқалар (1991) умумий огриксизлантириш остидабўғим 0,25% новакаин эритмаси билан пункция қилинади, гематомачиқарилади, репозиция бажарилади. Билак максимал букилади (30-40°), столдаконтрол рентгенограмма қилинади. Синиқ бўлаклари тўғри тушганлигига ишонч ҳосил қилингандан кейин, функционал юмшоқ боғлама билан кўлиммобилизация қилинади.

Боғлама беш-олти қават пахта, қогоз толасидан тўкилган, узунлиги 70 дан 100см гача, эни 3-6 см бўлган тасмадан иборат.

Мустаҳкамлигини ошириш учунбоғлама ип билан кўндаланг ва узунасига тикилган. Боғламанинг бир учипроксимал тутқич-

фиксатор билан бемор бўйнига, иккинчи учи 8 симон йуналишда қўл кафтидаги дистал тутқич фиксаторга маҳкамланади. Синиқ бўлакларни уч бошли мушак чўзилган ҳолда ушлаб турилади. Бу ҳолатда қўл 5-8кун мабойнида тутиб турилади. Контрол рентгенография қилинади. Синиқ бўлакларни туриши қониқарли бўлса, ҳар куни дистал тутқич-фиксатордан билакёзила бошлайди ва бўғимда маълум амплитудада актив ҳаракат қилиш бошланади.

Аммо, бизнинг назаримизда бу юмшоқ боғламалар, билакни букилган ҳолатда кўкрак қафаси олдида ушлаб туради. Қўлнинг кўкрак олдидаги ҳаракати дисталсиниқ бўлагини ички ротация ҳолатида тутиб туради. Билакнинг максимал букилган ҳолати тирсак бўғими учун ўрта физиологик ҳолат эмас.

Супра- ва транскондиляр синиқларни даволашнинг қадимий ва энг кўп тарқалган услуби қўл билан бир марта репозиция қилишдир. Кўпгинатравматологлар бу даволаш методикасининг тарафдоридир (Щекин А.А. 1998).

Бу синиқларда синиқ бўлакларини бир марталик ёпик репозиция қилиш амалиётдаги врачлар учун қийин вазифадир. Бу қийинчилик шу билан боғлиқки, юмшоқ тўқималар кучли шишган бўлади, бўғим атрофи ва бўғимичига қон қуйилади, мушаклар рефлектор қисқаради, синиқ бўлаги кичикҳажмда бўлади, улар силжишларга мойил бўлиб, бирикиш юзалари кичикбўлади.

Ёпик усулда қўл билан репозиция қилиш техникаси кўплаб ишларда E.Sanklegared (1943), McDonell, I.G. Wilson (1948), W.Stellmann, H.W.Boyer, M.Gharib (1979), П.С.Жалилов, М.Холхужаев(1995) ёзилган. Г.А. Баиров (1976) ёзишича ёпик усулда қўл билан репозиция қуйидагича бажарилади. Беморорқаси билан ётади. Шикастланган қўл танадан енгилгина узоқлаштрилади, билакдан ва қўлтиқ остидан юмшоқ сочиқ (кенг бинт) ўтказилиб, карама-қаршитомонга тортилади. Репозиция характери силжиш йуналишига қараб белгиланади.

Орка силжишда қўлни ярим букилган ва билак супинация ҳолатида елкадан карама-қарши томонга тортилади. Тортилаётган пайтда хирург бармоқлар билан синиқ бўлакларини босиб (карама-қарши йуналишда) силжишни тўғрилайди. Баъзи ҳолатларда, синиқ бўлакларни ёпишиб қолганда, эҳтиётлик билан елка синиқ жойидан ёзилади, бармоқлар билан қисқа синиқбўлаги керакли йуналишда сижитилади.

Олдинги силжишлар билакни ёзиб тортган ҳолда тўғриланади. Хирург елкани тирсак бўғими устидан шундай ушлайдик, биринчи бармоқ синиқбўлаги устида туради. Бармоқ билан босиш орқали дистал синиқ булаги орқа вапастга силжитилади.

Ротацион силжишлар билакни қарама-қарши томонга айлантриш йули билан тўғриланади.

Ташқи томонга силжишлар билак ёзилган ва супинация ҳолатида тортиб Турилган пайтда бармоқлар билан ташқи томонга босиш йули билан тўғриланади. Баъзи ҳолатларда тортишсиз ҳам репозицияни бошқарса бўлади.

Ички томонга силжишлар тўғридан-тўғри силжиган синиқ бўлақларини бармоқлар билан босиш орқали амалга оширилади. Бу ерда билакдан тортилиётганда, билак пронация ҳолатида бўлади, шу йўл билан айланапронаторнинг синиқ бўлақларига таъсири йўқотилади.

Транскондиляр синишлар кўпинча болаларда комбинациялашган силжишлар билан келади, дистал синиқ бўлаги марказий синиқ бўлагига нисбатан ҳар-хил ҳолатда бўлади. Бундай ҳолатларда биринчи навбатда катта силжишлар тўғриланади, кейин кичик силжишлар тўғриланади. Бир пайтнинг ўзида икки йўналишдаги катта силжишлар - репозиция қилиш учун ва прогнозучун (ротацион ва ён силжишлар) мураккабдир. Шунинг эътиборга олиш керакки, дистал синиқ бўлаги тўлиқ орқага силжиганида ичкарига, ташқарига ёкиротацион силжиши осонлашади. «Тўлиқ» орқага силжиганда, биринчи навбатдагу силжиш йўқотилса, у ҳолда синиқ бўлақлари ушлашиб қолади. Қолган силжишларни йўқотиш қийинлашади.

Транскондиляр синиқларни репозицияқилишда қуйидаги тартибни тавсия қилади: биринчи навбатда бўйлама силжишлар, кейин ён ва бурчакли силжишлар, охирида ротацион ва олдинги - орқа йўналишдаги силжишлар тўғриланади.

А.У. Сегизбаев (1969) биринчи навбатда бўйлама ва бурчакли, кейинротацион, олдинги-орқа ва ён томонга силжишларни йўқотади. О.И.Землякова (1968) ротацион силжишларни тўғрилайди, кейин бўйлама, ён, бурчакли силжишларни тўғрилайди.

Eliaon (1924) умуман ротацион силжишларга эътибор бермайди. Ротацион силжишни травмадан кейин ёки репозиция пайтида келиб чиққан, иккиламчи деб ҳисоблайди. Шунингдек, у бу

Кичик ёшдаги болаларда тирсак бугими соҳасидаги синикларини даволаш.

силжиш билан кўкрак қафасидан узоклаштирилганда, саггитал текисликка яқинлаштирилганда тўғриланади деб ёзади.

Кўриниб турибдики, синик бўлақларини репозиция қилишда баъзи тадқиқотчиларда патогенетик ёндошиш кўринмайди.

Кўл билан репозиция қилишда синик бўлақлари патогенизи, елканинг ўрта ротацион ҳолати ҳисобга олинмайди.

Синик бўлақларини тўғри ҳолатда ушлаб туриш ҳам қийин муаммо кўпинча дистал фрагментнинг иккиламчи силжиши кузатилади. Шундай қилибкўл билан тўғрилашда муваффақиятсизлик 14,3-79% гача учрайди (БорисевичК.М., 1974). Синик бўлақларининг ноаниқ адаптацияси ёки иккиламчи силжиши елка суяги дистал охирининг нотўғри ўсишига олиб келади. Натижада бўғимда ҳаракат чекланиши ва деформациялар пайдо бўлади (Goodshipetim A.E. et all 1998).

Синик бўлақлари репозициядан кейин мушаклар таъсири остида янгидан силжийди. Ретенцияни таъминлаш учун баъзи авторлар (Holst-Nielsen Ottsen. 1974) шикастланган кўлни гипсли боғламсиз бўйинга тақиб юришни тавсия қилади. Блаунт боғламасида биланбукилган ҳолатда кўкрак олдида бўлади.

Бироқ Gunglas.J (1959), Lund-Kristensen J. Vibiecl(1976) ички ротация сабабини, синик бўлақларининг иккиламчи силжишини биланнинг кўкраколдидаги ҳолатидан тушинтиради.П.Ў. Ўринбаев (1995) янги тушунча киритган елканинг ўрта ротационҳолати.Бу берилган янги тушунча ёрдамида болаларда транскондиляр синикларда иккиламчи силжишларнинг олдини олиш мумкин.

П.Ў. Ўринбаев томонидан киритилган елка ўрта ротацион ҳолати тушунчаси илмий фикр сифатида бериб, биомеханик, электрофизиологик текшириш ўтказиш йўллари билан исботланди.Елканинг ўрта ротацион ҳолатидан фойдаланиб, синик бўлақларини кўл билан,репозиция қилиш, скелет тортмасида даволаш, Илизаров аппарати қўйиш услублари ишлаб чиқилди (Ўринбаев П.Ў., Сондибоев Ш.О.).

Транс- ва супракондиляр синикларда синик бўлақларини тўғри ҳолатда ушлаб туриш учун ҳар-хил даволаш методлари таклиф қилинган (Тер-Егiazаров Г.М., 1983). Энг кўп тарқалган метод - кўлни бармоқлар учидан кураккача гипсли боғлама ёрдамида иммобилизация қилишдир. Бу методикажуда оддий, фақатгина 4-5 кунлари 9.3-43% ҳолатларида иккиламчи силжишкелиб чиқади:

сабаби шишнинг қайтиши мобилизация қилиш мукамал эмаслигидир.

Унинг олдини олиб Wense J. (1957) елка суяги транскондиляр синикларини иммобилизация қилиш учун торакабрахиал гипс боғламаси қўяди.

Келиб чиқадиган ҳархил асоратларэнг бошланишида шу синикни даволашга мос келадиган методни тўғри танламасликдир, чунки кейинчалик бошқа даволаш методини қўллаш асоратларни кўпайтиради.

Синик бўлақларини ёпиқ усулда Кришнер кегайи орқали фиксация қилиш услуги тавсия қилинган.

Адабиётлардан маълум бўлдики, бу даволаш методикаси чет мамлакатларда кенг қўлланилмоқда (Keiholec M. 1999; Omocolu AB, Alonge To, Adebist, 2000; DeBoeck H, 2001; Jordan J.E, Patton CM, Juhmann идр., 2001; Kaewpornsa Wan K, 2001; Ropoch L, Reis M, Molina M. идр., 2001; Skaggs D.L, Hale S, M, Bassefi идр., 2001).

Синик бўлақлари қўл билан тўғриланмаса, тирсак ўсимтаси юқори метафизидан кегай ўтказилиб, скелет тортмасида даволанади. Бу методиканинг ҳам кўплаб тарафдорларини топиш мумкин (Шапиро М.С., Хвастунов Р.М., Ширинский Н.В., 1984), шунингдек чет элда (Harwants. Borhan. T.A. 2000).

Скелет тортмасида даволаш оддий метод, ҳар қандай хирургик бўлимида, махсус жиҳозларсиз ва ҳар қандай ёшда қўллаш мумкин. Фақат бу методиканинг ижобий томонлари билан бирга, етишмовчиликлари ҳам бор:

Кўплаб турдаги силжишларни тўғрилаш учун, мураккаб тортувчи вакарама-қарши тортувчи мосламаларни қўллаш керак.

Мосламаларнинг кўполлиги.

Беморнинг 2-3 ҳафта мабойнида мажбурий ҳолатда бўлиши.

Болалардаги бусиникларда скелет тортмасини қўллаш кам эффективли ва бемор мажбурий ҳолатда бўлганлиги учун қулай эмас деб ҳисобланади.

Шуни ҳам айтиш керак-ки, скелет тортмасида беморни парвариш қилиш қийинлашади, синик бўлақлари стабиллиги тўлиқ таъминланмайди, эртафункционал даво ўтказиш иложи бўлмайди.

4-5 ёшгача бўлган болаларда скелет тортмасини кўллаш ва очик усулда даволаш мумкин эмас деб қатъий фикрлар ҳам билдирилган.

Синиқ бўлақларнинг скелет тортмасида жойига тушмаслиги 15,9-31,2% учрайди, шунингдек кўл ўқининг қийшайиши 24%-44,8% ни ташкил қилади.

В.А.Тлока, В.Т.Савицкий, И.А.Крат (1993) комбинациялашган даволаш методини кўллайди: дастлаб скелет тортмасида синиқ бўлақлари репозиция қилинади, кейин тери орқали Киршнер кегайи билан фиксация қилинади ва гипс боғламаси кўйилади.

Синиқ бўлақларини очик усулда репозиция қилиш ҳақида авторлар фикри турлича, ҳаттоки карама-қарши. Баъзи тадқиқотчилар (D.Nast-Kolb et all, 1989; H.S.Neumann et all 1995; Reitman R.D. et all, 2001) консерватив даволашдаги сингари оператив даволашда ҳам ижобий натижаларни олган.

Болаларда операция мумкин эмас деб айтилган ва очик репозиция қилишни кўп марта репозиция қилиш ва скелет тортмасида тўғриловчи ксгай ўтказишларига нисбатан кам травматик ҳолат деб ҳисоблайдилар.

В.И. Гонгальский, А.Ф.Левицкий (1990) операцияга кўрсатма беморнинг ёшига ва травмадан кейин ўтган вақтга боғлиқ эмас деб ҳисоблайди. Эртароқ, ҳали суяк тўқимаси қайта қурилмасдан очик усулда даволаш ҳамма силжишларни тўғрилаш имконини беради.

М.Н. Бустанжи (1989) оператив даволашдан кейин тирсак бўғими атрофида оссификатлар ривожланишини кузатади.

Г.М. Тер-Егизаров (1983) фикрича, транс- ва супракондилляр синиқларда оператив даволашга кўрсатма жуда кам.

Бошқаларнинг фикрича, очик репозиция ва фиксация қилишга ўз кўрсатмалари бор (Omololu A.B. Alonge T.O, Adebisi , 2000; Stivastava S, 2000; Mehlman C.T. et all 2001).

Cheng. C, Lam T.P., Mafulli (2001) маълумотларича 20% беморларда очик репозиция қилишга кўрсатма бор. Reitman R.D. ва бошқалар (2001) 8% беморларда бундай ҳолатларни кузатган.

Операцияга кўрсатма тўғриланмаган синиқлар, қон-томир бузилишлари, очик синишлар, нерв шикастланиши бўлади.

Кўплаб авторлар очик репозиция тарафдори, кўп марта репозиция қилиш, скелет тортмасида тўғриловчи кегай ўтказишларга нисбатан кам травматик деб ҳисоблайди.

Оператив даволашда баъзи авторлар фикрича синган суяк бўлақларини анатомик жиҳатдан, аниқ жойига қўйиш имкони катта бўлсада, бу метод бўғим функциясининг тез тикланишини таъминлай олмайди (Овсянкин Н.А., 1985).

Оператив даволашда синик бўлақларига бориш учун тери кесмасини ўтказиш тўғрисида авторлар фикри фарқ қилади. Орка кесмадан, ёнбошдан фойдаланилади.

Баъзи авторлар дистал синик бўлағи силжиган томондан, ротацион силжиш устидан катта бўлмаган ён кесмадан фойдаланади. В.Д. Белоусов ва А.М. Цуркан кесмасининг бошқалардан фарқи, улар тирсак ўсимтасини арраламайди, балкиуч бошли мушак пайини Z-симон кесади.

А.Ерекешов (1986) орка латериал кесма билан уч бошли мушак пайини Z-симон кесиб артропластика операциясида фойдаланади. Артролиз учун орка Z-симон ва орка медиал кесмалар ўтказилади.

Harwant S., Borhan T.A. (2000) орка кўндаланг кесма билан уч бошли мушак пайини бурчаксимон кесади ёки тирсак ўсимтасини остеотомия қилади.

Кўрсатилган орка кесмалар синик жойини кенг очишга имкон беради вахирург ишини енгиллаштиради. Фақат бу кесмалар жуда травматик: уч бошлимушак пайи кесилади ёки тирсак ўсимтаси бириккан пайи билан остеотомия қилинади, бу эса даволаш натижасини ёмонлаштиради. Даволаш муддати иммоблизация узаяди, функционал даво кеч бошланади.

П.Ф.Мороз (1975) операциясидан кейин пайи кесилган уч бошли мушакда электромиографик текширишлар ўтказганда электрик активлик сезиларли пасайишини аниқлади. Шунинг учун биз боларларда бу орка кесмалардан фойдаланиш керак эмас деб ҳисоблаймиз.

Ҳозирги пайтда қўлланилаётган синик бўлақларини фиксация қилишнинг энг кўп тарқалган тури - Киршнер кегайи орқали фиксация қилишдир.

Э.В.Ульрих (1974) тирсак нервини шикастлантирмаслик учун кегайни марказий синик бўлагидан дистал томонга ўтказди. А.А.Ахундов (1984), Н.Ф.Сыса (1984) медиал томондан кегайни тирсак ўсимтаси ички киррасидан ўтказди. П.Ф.Мороз (1987) иккита кегай билан фиксация қилиш билан биргаликда, латерал томондаги остеотомия қилинган юзадан трансоссал чокларқўяди. А.Ерекешов (1986) кўпгина беморларда фиксация учун трапециясимонлавсан чоклар қўллайди. К.Н.Борисевич (1974) 2 та беморда синик бўлакларини кетгут билан тикгандан кейин, синик бўлаклари ккиламчи силжишиникузатади.

Экспрементал текширишлар ўтказганида Л.Б.Волынский, И.А. Старцева кўрсатишича, бўғим ичи синикларида компрессион остеосинтезни қўллаш бўғим конгруэнтлигини нисбатан тўлиқ тиклайди ва бўғимдаги тўқималар посттравматик реакцияси камроқ ифодаланади. Баъзи дистал метаэпифизар синикларни Л.Б. Волынская (1975) 2 та кесишувчи кегайдан, Илизаров яримхалқасидан фойдаланиб, компрессион остеосинтезда даволайди. М.С. Михович (1983) ярим халқа ўрнига ўзи таклиф қилган мосламадан фойдаланади.

В.П. Грицун, Б.В. Шаварин (1978) дистал синик бўлагини фиксация қилишучун таклиф қилинган компрессияловчи кегайлардан фойдаланади.

А.А. Ахундов (1984) 15 та беморда (операция 1963 йилда бажарилган) суяк кадокларини кесган операция натижаларини ёзади. Беморлар стационаргакеч тушган (10-20 кундан кейин). Операция орқа кўндаланг кесмада, уч бошли мушак пайини тирсак ўсимтасига бириккан жойидан кесиш билан бажарилади. Синик бўлаклари иккала томондан икки қаватли кетут билан фиксация килинади. Операция натижалари яқин ҳафталарда ва ойлардан кейин тахлил қилинганда, эски синиклар билан операция қилинганда беморларда у ёки буасоратлар кузатилган: суяк усти пардаси ва юмшоқ тўқималар реакцияси, дағалсуяк кадоқлари ҳосил бўлиши, тирсак бўғимида узоқ пайт ҳаракат чекланиши, бўлакларининг иккиламчи силжиши юмшоқ тўқималар оссификацияси.

Ҳозирги пайтда кўпгина хирурглар асоратлар кўплиги ва оғирлиги учун синик бўлақларини очик жойга кўйишдан бош тортади.

Болаларда транс ва супракондиляр синикларни даволашда қониқарсиз натижалар кўплиги янги даволаш методларини синик бўлақларни ҳамма текисликда коррекция қилинган ҳолатда стабил фиксация қилувчи ва айнипайтда тирсак бўғимида функционал активликни таъминловчи методларни топишни тақоза қилади.

Бундай имкониятлар бу беморлар гуруҳини даволашда компрессион-дистракцион аппаратларни қўллашдан кейин пайдо бўлди (Илизаров Г.А., 1961; Волков М.В., Оганесян О.В., 1973; Чолокава А.Р., Шахбазов Э.Т., 1977; Знаменский Г.Б., 1981; Калнберз В.К., 1981; Караулов Г.М., 1983; Ходжаев Р.Р., 1992).

Ҳозирги пайтда энг кўп тарқалган елка суяклари синиғини даволаш методларидан бири кегайлар ёрдамида синикдан ташқари компрессион-остеосинтез қилишдир (Зяблов С.А., 1980; Закис А.А., 1991; Дорохин А.И., 1993; Supniewski J. et al., 1996; Mostafavi H.R. et al., 1997; Ababeh M. et al., 1998; Skaggs D.L., 1998; Казаков Г.К., 1998; Ходжаев Р.Р., 1999).

Суюк орқали аппаратда остеосентиз қилиш методикаси охириги икки ўн йилликда кўпайди. А.Р.Чолокава (1987) болаларда елка суяги транс- ва супракондиляр синикларда синикдан ташқари остесинтез қилиш методикаларини катта силжишли оғир синикларда, синик бўлақларининг иккиламчи силжишига мойиллиги бўлганида қўллаш керак деб ҳисоблайди.

Бу нафакат бугим юзалари конфигурациясини тиклайди балки тирсак бўлимида актив харакати саклайди. Натижада шиш тез кайтади, суюк битиши тезлашади, мушаклар тонуси на лимфа-кон айланишлар нормалланади. Биринчи марта кегайларни тутиб турувчи так халкали апарат 1961 йилда елка суяги Т-симон транскондиляр синик бўлган 16 ёшли беморда қўлланилган. Синик бўлақлари очик усулда жойига кўйилган. Дистал сиқ бўлақлари остеосинтези-кесишувчи 2 та кегай орқали халкаларга тортиш биланамалга оширилган. (2-расм). Яна бир жуфт кесишувчи кегайлар елка суяги ўрта учлигидан ўтказилган. Синик бўлақлари

иккита халка, учта стержен на 8 тақисқичлар орқали фиксация қилинган.

Охирги пайтда елка суяги синикларини ташқи фиксацияловчи аппаратлар ёрдамида даволаш тарафдорлари кўпайган (Wrotlewsiki P., 1994; Reimer H., 1995; Dawiset T. J et al, 1995; Winiewski T.P., Radziejowski M.S., 1996; Lemer A et al, 1998; Соловьев А.Е., Щекин О.В., 1999).

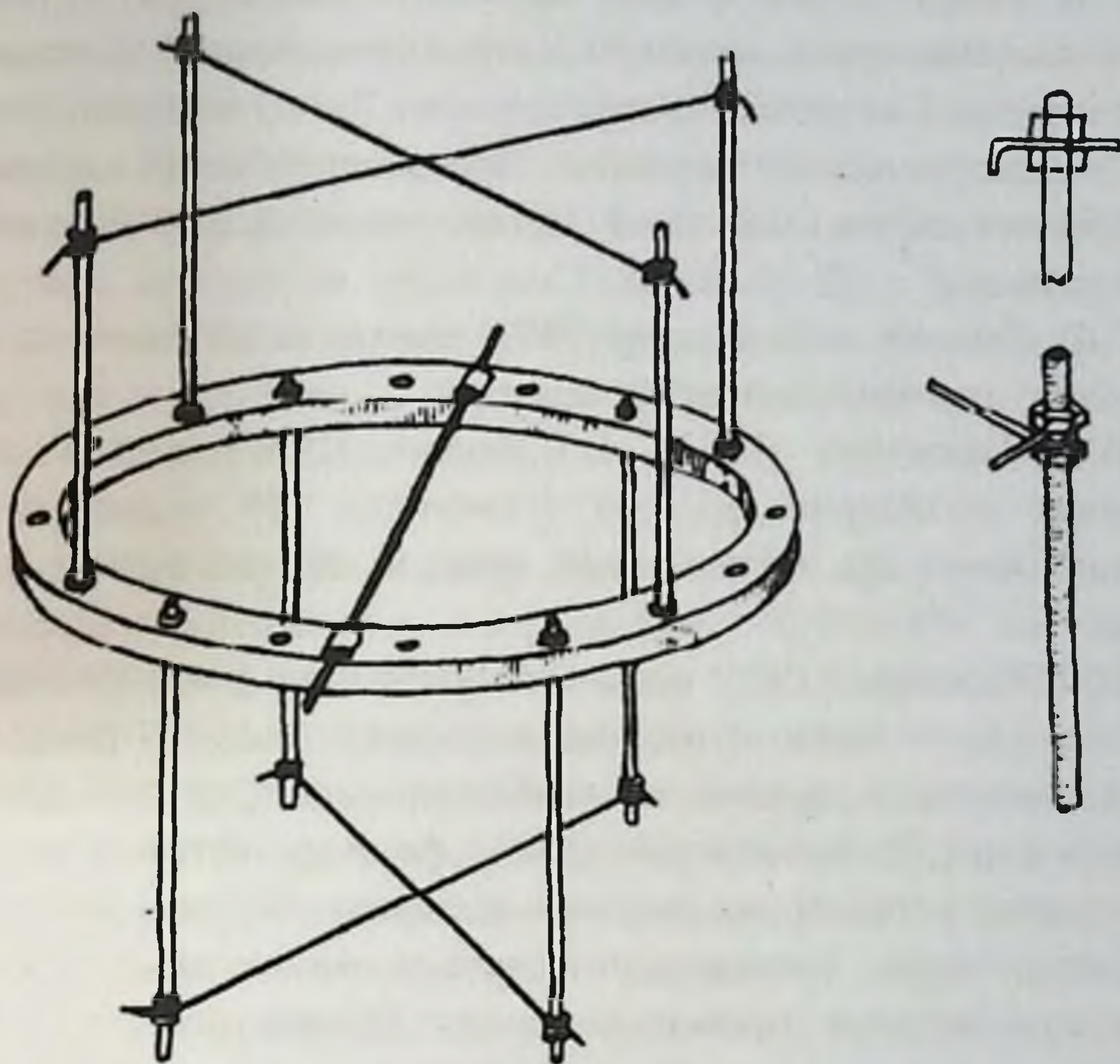
В.А. Аверкиев (1977) 20 та беморда елка суяги пастки метаэпифизар синикларида 1974 йилда С.М. Киров номидаги В.М.Л.А клиникаси таклиф қилган аппаратни қўллаган.

А.Р. Чолокава и Э.Т. Шахбазов (1977) 26 та беморда тўгриланмаган транс-ва супракондиляр синикларда ўзларининг конструкциясидаги аппаратни қўллаган. Улар елка суяги ўрта учлигидан тирсак ва ўсимтасидан фронталтекисликда кесишувчи кегайлар ўтказган. Тўгриловчи ва фиксация қилувчи кучтирсак бўғими боғламалари ва бўғим халтаси орқали берилган. Шунинг учунавторлар таклиф қилган усулда билан тўғри бурчак остида букилиб турган, аппарат беморнинг бўйнига юмшоқ боғлама билан боғлаб қўйилган. Бу кичкина ёшдаги пациентлар учун бутунлай ноқулай ҳисобланади.

Латвия травматология ва ортопедия И.Т.И. да болаларда елка суяги супракондиляр синикларини ёпик компрессион-дистракцион остеосинтезусулида даволаш учун Калнберз аппаратидан фойдаланган (Калнберг В.К., Дзерве Я.А., Яудаеме Я.П., 1981). Аппарат иккита халқа ва битта ярим халқа, бириктирувчи 3-4 та монолит стержен ёки цилиндрик пружинадан иборат бўлган монолит стерженлар, яъни синикларда травмадан кейин биринчи соатларда синик бўлақларини бирмарталик репозиция қилишда фойдаланилган. Цилиндрик пружиналар аста-секин дистракция бериш зарурати бўлганда, аппарат травмадан кейин 4-5 ва ундан кўпроқ кун ўтгандан кейин қўйилганда қўлланилган (3-расм).

Курган НИИЭКОТ ўткир травма лабораториясида Илизаров аппарати модели асосида транс- ва супракондиляр синикларни даволаш учун қулай аппарат ишлаб чиқилган (Знаменский Г.Б., 1981), аппарат Штилка-фиксаторларини бириктириш учун максимал сондаги тешиклари бўлган халқадан иборатдир.

Апарат шикастланган бўғимда ҳаракатни сақлаган ҳолда, синик бўлақларини мустаҳкам фиксация қилади. Биринчи кундан функционал даволанишни бошлаш мумкин (4 - Расм).



2- расм. Суякдан ётиқ репозиция қилиши ва синик бўлақларини фиксация қилувчи аппарат. (Знаменский Г. Б. (1981) бўйича).

Курган НИИЭКОТ да таклиф қилинган бу методика елка суяги синикларини остеосинтез қилишда ҳамма ҳолатда аъло ва яхши натижалар берганлиги, юқори эффектли даволаш методи эканлигидан далолат беради. Фақат аппарат конструкциясида шпилка-фиксатор ва болт-фиксаторини халқа периметри бўйлаб силжиши қийин, бу эса аппаратнинг бошқарув чанлигини қийинлаштиради, суяк бўлақларини жойига қўйиш учун узоқ пайт талаб қилинади. Кегайларни елка ўрта ва пастги учлигидан фронтал текисликда ўтказиш қон-томир нерв тутамлари шикастланиш хавфини оширади.

С.С. Мачаварнани, Е.Д. Амирбегова, А.Р. Чолокава, М.В.Варазунашвили(1993). Чолакова - Шахбазов аппарати қўллаганлиги ҳақида хабар беради.

С.В. Ребров (1986) иккита ярим халқадан иборат Илизаров аппаратида елка суяги транскондиляр синишларини остеосинтез қилган. Бунда 3 та кегай ўтказилади: елка ўрта учлигидан, тирсак суяги юқори учлигидан ва учинчи синитаянч майдони - марказий синик бўлаги дистал охиридан ўтказган. Апаратда фиксация қилиш муддати 16 кун.

К.Р. Намазов ва бошқалар (1989) иккита кегай ўтказди: елка суяги ўртаучлигидан, тирсакўсимтасидан.

В.К. Калнбергз (1981), В.В.Веклич (1986) дистал синик бўлагидан кегайларни фронтал текисликда 159 бурчак остида ўтказди, натижада иккала кегай орасида 30° ли бурчак ҳосил бўлади.

В.К. Калнберз (1986) елка ўрта учлигидан ўзаро кесишувчи кегайларни фронтал ва саггитал текисликдан ўтказди (4-расм).

Адабиётларда тўғриловчи кегайни ўтказиш тўғрисида ҳар-хил фикрлар бор. Т.Б. Знаменский (1980) фикрича бўғимда ҳаракат амплитудаси кегайларни ўтказиш методига боғлиқ, аппаратни ечаётганда тирсак бўғими шикастланади, катта ҳаракат ҳажми тўғриловчи кегайни проксимал синик бўлаги дисталохиридан ўтказганда таъминланади деб ҳисоблайди.

В.В. Веклич (1986) тўғриловчи кегайни елка пастги учлигидан фронтал текисликда ўтказишга рози эмас, чунки қон-томир нерв тутамларини шикастлантириши мумкин.

Ш.Ш. Хамраев, Т. Унгбоев, Р.Р. Ходжаев ва бошқалар (1990) тўғриловчи кегайни елка пастги учлигидан сагиттал текисликда ўтказди.

П.У. Уринбаев (1995) синик бўлаклари олдинги-орка силжишларини янги бўлмаган, эскирган транскондиляр синикларини репозиция қилиш учун тўғриловчи кегайни фронтал текисликда ўтказди ва кегай ёйсимон ҳолат йўли билан деформацияни тўғрилайди.

Шундай қилиб, адабиётларда ташки фиксацияловчи аппаратлар қўйилганда кегайлар сони, йўналиши тўғрисида ҳар-хил

фикрлар бор. Кўплаб кегайлар ўтказилиб, икки-учта халқаларга махкамланади. Бу кичик ёшдаги болалар учун оғирлик килади.

Бу методикалар, бизнинг назаримизда мукаммалашмаган. Репозиция этапларида елканинг ўрта ротацион ҳолати ҳисобга олинмайди. Тўғриловчи кегайни ўтказишда силжиш текислиги, синик бўлаклари типик жойлашиши ваҳолати ҳақида фикрлар йўқ. Проксимал кегай кўпинча елка юқори ёки ўрта учлигидан фронтал текисликда, латерал ва медиал томондан нерв стволлари, қон томирлари жойлашган томондан ўтказилади. Врач ҳамisha уларни ятроген шикастланиш хавфи остида бўлади. Елка суяги ўрта учлигидан кегайни ўтказиш транскондиляр синиклар патофизиологиясига мос эмас.

Резюме.

Елка суяги транскондиляр синиклари энг кўп учрайди ва елка суягипастки қисимидаги синикларнинг 56,8-81,6% ни ташкил қилади. Кўпинча врач травматологлар Г.А. Баиров (1962), А.К. Ахундов (1973) классификациясидан фойдаланади.

Адабиётлардаги маълумотларга кўра елка суяги транскондиляр синиклари 90-97% ҳолатларда силжиган бўлиб, репозицияга муҳтож бўлади. Дистал фрагмент ротацион силжиши 50-90% учрайди.

Хамма асоратлар оғирлик даражасига кўра кўйидагича бўлинади: посттравматик қон айланишининг бузилиши, периферк нервларнинг шикастланиши, бўғимда ҳаракат чекланиши, бўғим деформацияси – Қўл ўқи бузилиши.

Болаларда варусли деформациянинг асосий сабаби даволаш мабойнида тўғриланмаган периферик синик бўлагининг бурчакли ва ротацион силжишидир.

Бундай деформациялар келиб чиқишига кичик ёшдаги болаларда мойиллик бор, уларда кўпинча елка суяги пастги параэпифизар транскондиляр синиклари учрайди. Дистал синик бўлагининг ичкари томонга оғиши кўпучрайди. Шунини ҳам айтиш керакки, кўпчилик беморлар (51-70%) 4-6 ёшдагилар ҳисобланади.

Синик бўлақларининг қўл билан репозиция қилишда, синик бўлақлари силжиши ҳисобга олинмасдан, эмпирик ёндошилади. Адабиётларда елка суяги транскондиляр синикларида синик бўлақлари силжиш характери, силжиш текислиги тўғрисида

Кичик ёшдаги болаларда тирсак бугими соҳасидаги синикларини даволаш.

маълумотлар кам. Елканинг ўрта ротацион ҳолати вауниги болаларда елка суяги транскондиляр синикларини даволашдаги аҳамиятни исботланмаган.

Қўл билан тўғрилашда муваффақиятсизлик 14,3-79,1% учрайди.

Шундай фикрлар борки, скелет тортмасини 4-5 ёшгача қўллаш, очик репозиция қилиш сингари мумкин эмас.

Скелет тортмасида синик бўлақларининг жойига тушмаслиги 15,9-31,2%ни, қўл ўқининг қийшайиши 24-44,8% ни ташкил қилади.

Бу гуруҳдаги беморларда кенг имкониятлари бор даволаш услуби компрессион-дистракцион аппаратларини қўллашдир.

Болараларда елка суяги транскондиляр синикларида қўлланилаётган аппаратлар кўпол, елка орқали кўплаб кегайлар ўтказишга тўғри келади, ротацион силжишларини тўғрилаш учун аппарат конструкциясига қўшимча мосламалар қўйиш керак бўлади. Бу эса аппаратни мураккаблаштиради ва операция вақтини узайтиради.

Ҳозирги пайтда Илизаров аппарати қўйилаётганда операция хавф билан бажарилади: елка суяги ўрта ёки юқори учлигидан фронтал текисликда кегай ўтказилаётганда қон-томир нерв тутамлари яқинидан ўтади.

II БОБ

ИШ МАТЕРИАЛЛАРИ ВА ТЕКШИРИШ МЕТОДЛАРИ

Клиник кузатишларнинг умумий таснифи.

Ушбу илмий иш Самарқанд вилоят ортопедия ва травматология шифохонасида жойлашган Самарқанд тиббиёт олийгоҳи травматология, ортопедия ва Х.Д.Ж. кафедраси базасида, Уз.Р.ССВ.Т.О.И.Т.И. болалар ўткир шикастлари бўлимида (15 бемор) даволанган 1 ёшдан 7 ёшгача бўлган 150 беморни текшириш ва даволаш натижаларига асосланган.

98(65,3%) та бемор кишлок аҳолисини, 52(34,6%) та бемор шаҳараҳолисини, 91(60,6%) та бемор ўғил болаларни, 59(39,3%) та бемор кизболаларни ташкил қилган.

Беморлар шикастланишдан кейин хар-хил вақтда шифохонага ётқизилган(1- жадвал).

Кўриниб турибдики, кўпчилик беморлар стационарга биринчи кундан 3суткагача, янги травма пайтда мурожаат қилган 103(68,6%).

Ихтисослаштирилган ёрдамгача бўлган, биринчи ёрдамни 108(72,0%) беморлар врач травматологлардан, 23(15,3%) беморлар хирурглардан, 15(10,0%) беморлар тиббий билими бўлмаган кишилардан (табиблардан) олган.(2- жадвал.)

Тиббий билими бўлмаган кишилардан биринчи ёрдам олган беморларда шуниси ҳавфлики, шикастланган қўлга тахтакачларни қисиб боғлаш ҳолатлари кўп учрайди. Бу қон айланишнинг бузилиши натижасида ишемик процессларга олиб келиши мумкин.

Маълумки, болалар травматизми ичида турмуш травмалари энг кўп учрайди. Турмуш травмалари Ю. Я. Швабе, Е.С.Аронзон, П.У. Уринбоев (1982) маълумотларича 81%, Қодиров М, Уринбоев П. У. (1998) ёзишларича 72% турмуш шикастлари 3 ёшдан 7 ёшгача бўлган болаларда кузатилган.

Болаларни текширишнинг клиник, рентгенологик хусусиятлари.

Елка суяги транскондилляр синиқлари бевосита ёки воситали травма механизмига кўра клиник кўриниши бир-биридан фарк қилади. Бевосита травма механизмида суяк синиги билан бир қаторда бўғим атрофи юмшок тўқималари лат ейиши кам

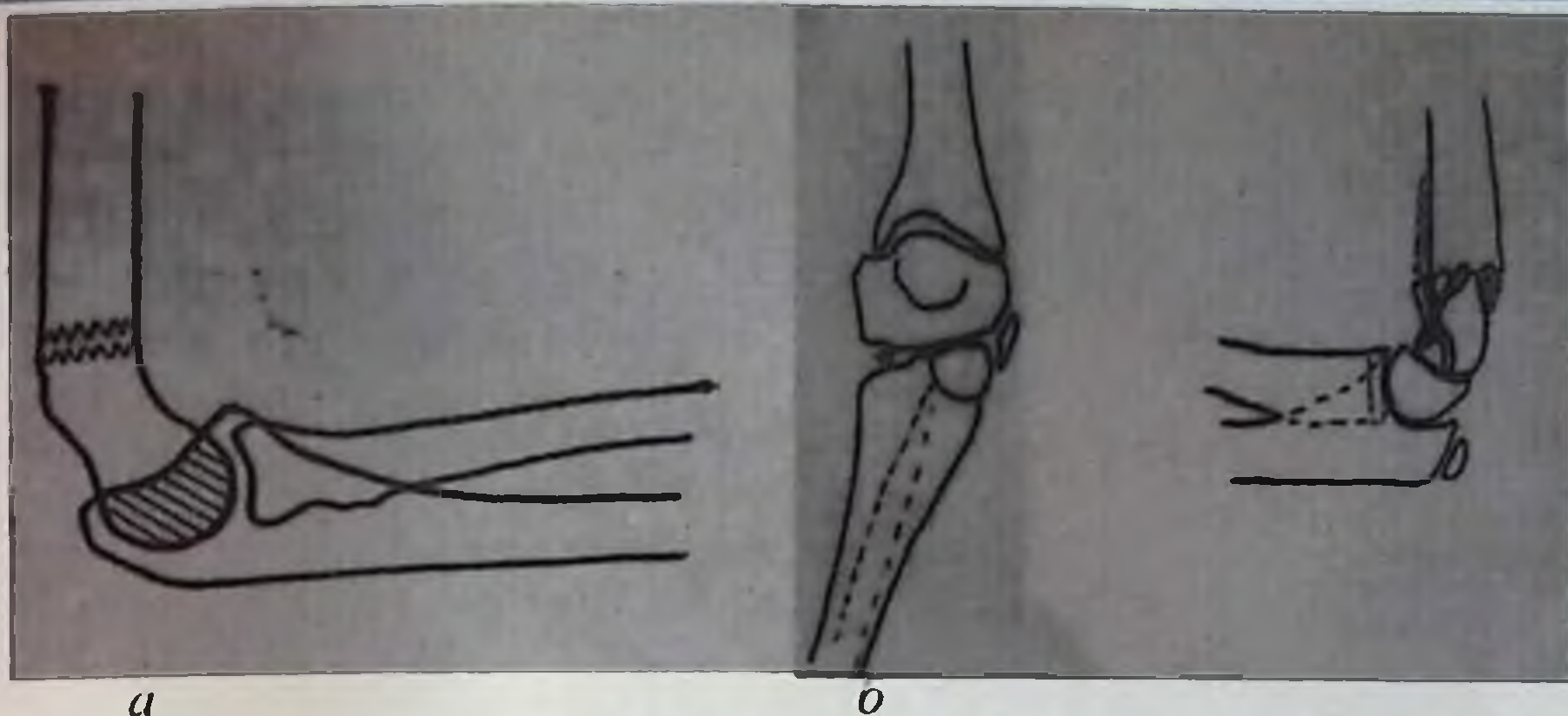
кузатилади. Юмшок тўқималар шиши, атрофдаги тўқималарга қон қуйилиши ва гемартроз сезиларсиз бўлиб, бўғимда актив ва пассив ҳаракатлар қоникарли бўлиб, оғрик кучли бўлмаслиги мумкин.

Воситали травма механизми бўлган елка суяги транскондиляр синикларда кучли шиш 103 (64,6%) беморда, тирсак бўғими атрофида юмшок тўқималарга қон қуйилиши, гемартроз 34 (24,6%) беморда бўлиб, тирсак бўғимида актив ва пассив ҳаракатлари 132 (89%) беморда оғрик туфайли қоникарсиз бўлган. Гютер учбурчаги тенг ТОМ лиги, Маркс, М.А. Лобова, П.Ў. Ўринбоев белгилари 124 (82%) беморда бузилган. Бу белгилар бемор стационарга тушган пайтга қараб ҳар хил ифодаланади.

Кўпчилик беморларда шиш тирсак бўғими атрофидан елка юқори учлиги, билак, ҳатто бармоқлар учигача тарқалиши мумкин. Бу ҳолат шикастланиш оғирлигига боғлиқ бўлади. Елка суяклари траскондиляр синикларида тирсак бўғими ҳажми (4-6 смгача) гемартроз ҳисобига катталашади. Бу эса тирсак бўғими соҳасидаги ташқи белгиларни визуал аниқлашни қийинлаштиради. Баъзи пайтлар ҳар-хил ҳажмдаги (0,5 дан 5 смгача) эпидермал пуфакчалар пайдо бўлиши мумкин. Бу оғир асоратлар кеч госпитализация қилинганда, қоникарсиз транспорт иммобилизацияси қилинганда кузатилади.

Транс ва супракондиляр синикларнинг клиник кўриниши синик бўлаклари силжиш характери ва микдорига қараб турлича бўлади. Сিনিш силжишлар билан келса, шикастланган аъзо мажбурий ҳолатда бўлади, кучли оғрик, тирсак бўғими атрофида силжиши ҳисобига деформация бўлади. Кўпинча деформациялар бир неча соатдан кейин кучли шиш ҳисобига текисланиб боради. Синик силжишлари катта бўлган баъзи пайтларда проксимал синик бўлаги уткир қирраси кўриниб туради.

Периферик синик бўлагининг силжиши характерига қараб, тирсак бўғими кўриниши ҳар-хил бўлади. Тирсак бўғими кўндаланг ҳажмитомонга силжишларда катталашади; варусли деформация учун дистал синик бўлаги ичкарига силжиши характерли; бўғимнинг саггитал ҳажми катталашиши олдинги-орка силжишлар учун характерли. Актив ва ноактив ҳаракатлар кучли оғрик туфайли чекланган бўлади.



Расм - 3. Транскондиляр синиқда варусли бурчакли қийшиқликда метафизлар соясининг устима - уст тушиши: проф. Г.М. Тер – Егизаров белгиси (а). Юқори транскондиляр синиқ схемаси (б): синиқ чизиги *fovea olecranonі*-дан юқоридан ўтган-“қум соат” шаклидан юқоридан ўтган (проф. П. Уринбоев).

Беморни кўриқдан ўтказиш неврологик текширишлар ва биллак, тирсакартерияларининг пульсини аниқлаш билан яқунланади.

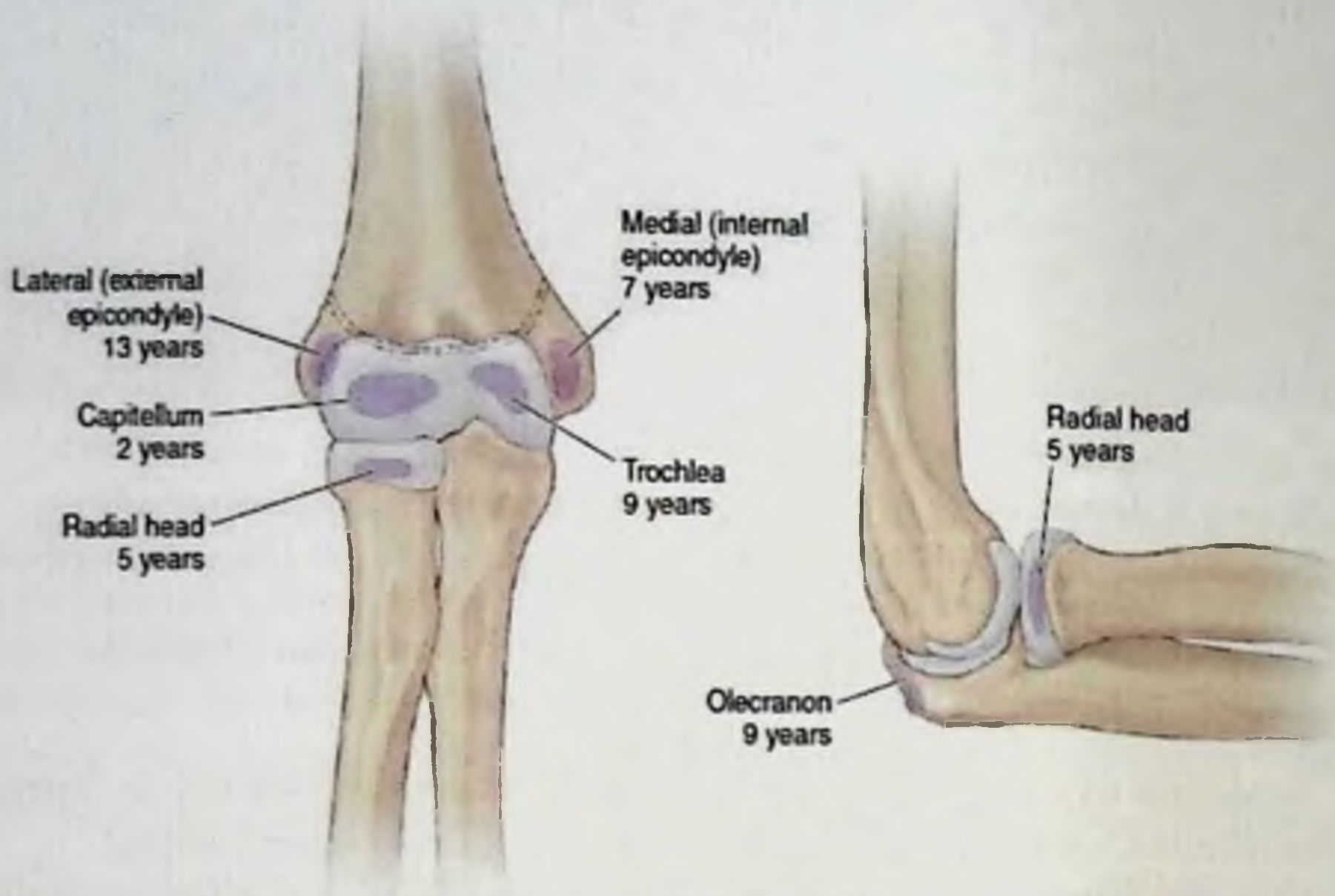
Биз диагностикада, тактикасини аниқлашда Г.А. Баиров классификациясининг Ўринбоев П.У. модификациясидан фойдаландик. Бунга кўра елка суяги транскондиляр синиқлари юқори, ўрта, пастки синиқларга бўлинади. Бу ён проекциядаги рентгенографияда тирсак ўсимтаси ва тожсимон ўсимта чуқурчалари ҳосил қилган "қум соати" белгисига кўра аниқланади. Ён проекциядаги рентгенографияда синиқ чизиги "қум соати" белгисидан юқорида ўтса, юқори траскондиляр синиқ "қум соати" белгиси ўртасидан ўтса ўрта траскондиляр синиқ, пастидан ўтса пастки траскондиляр синиқ дейилади (5-брасмлар).

Одам анатомиясидан маълумки, елка суяги дистал охири тўртта суякланиш ядросидан ривожланади. Булар дистал бошча, ғалтак, ички ва ташқи эпикондилислардир. Бир ярим ойгача бўлган чакалоқларда суякланиш ядроси бўлмайди. Биринчи елка суяги дистал бошчаси суякланиш ядроси пайдобўлади. Дастлаб дистал бошча суякланиш ядроси бир нечта майда нукталар ёки узунчок соя шаклида бўлиб, метафиздан бир неча миллиметр пастда жойлашади. Кейинчалик бу дистал бошча суякланиш ядроси ярим шарсимон формани эгаллайди.

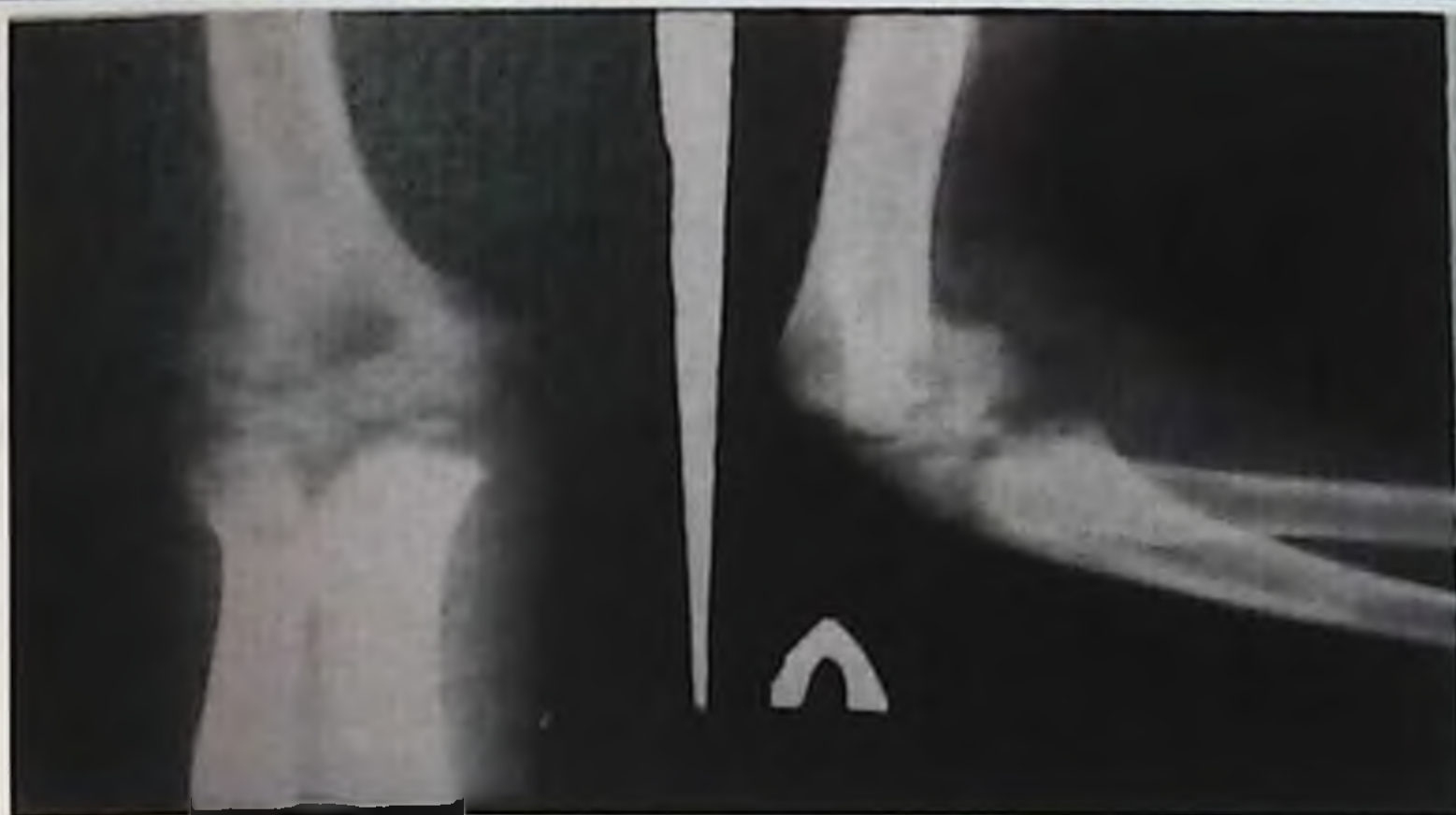
Адабиётларда дистал бошча суякланиш ядроси 1,5 ойликдан 3 ёшгача, елка суяги ғалтаги суякланиш ядроси 7-10 ёшда пайдо

Кичик ёшдаги болаларда тирсак бугими соҳасидаги синикларини даволаш.

бўлади деб кўрсатилган (4-расмга қаранг). Бизнинг клиник кузатувимизда дистал бошча суякланиш ядроси 1,5-2,5 ёшда, галтак суякланиш ядроси 6 ёшдан бошлаб пайдо бўлганлигини аниқландик. John A. Herring, MD, 2014-дан : 4-расм.



5-расм. Юқори транскондиляр синик. Дистал синик бўлаги силжисини олдинга.



6-расм. Пастки траскондияр синик. Букилган бурчакли силжиши.

Киз болаларда рентгенограммада суякланиш ядролари ўғил болаларга нисбатан 1-1,5 йил олдин пайдо булади.

Бола ёши катталашиши билан суякланиш ядро сийраклашиб боради ваохаридабир-бири билан синостоз ҳосил қилади. Бу процесс тирсак бўғими учала суяклариди 10 ёшдан бошланади, 20 ёшда яқунланади.(В.П. Воробьев, 1932; В. Blount, 1954; В.С. Майкова - Строганова, 1957)

Кўпинча олдинги орка проекциядаги рентгенографияда дистал бошча суякланиш ядроси билан метафиз эллипссимон қирраси ўртасида 1-2 мм лиёрик бўлади. Пастки траскондияр синиб силжишлар буйлама ёки букилган бурчакли бўлганда дистал бошча суякланиш ядроси метафиз соясида қолади.

Болаларнинг ёшига кура даврий тақсимланиши (Москва 1965).

Чақалоқлик даври; 1-10 кунлик.

Эмизикли давр; 11 кунликдан - 1 ёшгача.

Эрта болалик даври; 1 ёшдан 3 ёшгача.

Биринчи болалик даври; 3 ёшдан - 7 ёшгача.

Иккинчи болалик даври;

8 ёшдан-12 ёшгача ўғил болалар.

8 ёшдан-11 ёшгача қиз болалар.

Ўсмирлик даври;

13 ёшдан-16 ёшгача ўғил болалар.

12ёшдан-15 ёшгача қиз болалар.

Пастки траскондияр синиклар-булар кичик ёшдаги болаларда остеоэпифизеализ кўринишда учрайди. Бундай синиклар учун

Кичик ёшдаги болаларда тирсак бугими соҳасидаги синикларини даволаш.

характерли силжиш - дистал синик бўлаги медиал ва аддукцион бурчакли силжишидир.

Дистал синик бўлагининг медиал томонга аддукцион-бурчакли силжишни бир биринчи тур силжиш сифатида аниқладик. (7" - расм).

Дистал синик бўлагининг иккинчи силжиш тури бу дистал синик бўлагининг ташки оёкча» орқали бурилиши ва аддукцион-бурчакли силжишидир. Бу силжишнинг патогенезини қуйидагича тушунтириш мумкин:



Ia



II б



III в



7 - расм. Кичик ёшдаги болалардаги 1а, 2б, 3в – силжиси турлари схемаси.

Кичик ёшдаги болаларда тирсак бўғими соҳасидаги синиқларини даволаш.

Елка суяги траскондиляр сингандан кейин проксимал синиқ бўлаги ўртаротацион ҳолатда ушлаб турилади. Бемор шикастланган кўлини мажбурий ҳолатда тутеди, елкани танасига яқинлаштиради, билакни кукрак қафасиолдида ушлаб туради. Шундай қилиб, дистал синиқ бўлаги ичкарига айланади. Бунда дистал синиқ бўлагининг ульнар қисми оркага утади (ички ротациятуфайли), радиал қисми уланиб туради.

Мушаклар таъсири остида (билакни тирсак бўғимидан букувчи ва ёзувчи) дистал синиқ бўлагининг ульнар қисми проксимал томонга тортилади, яъниаддукцион бурчакли силжиш ҳосил бўлади. Бу силжишни биз 2 силжиш турисифатида аниқладик - расм).

3 тур силжиш аддукцион-бурчакли силжишнинг оркага ва ульнартомонга тўлиқ силжиши билан комбинациялашиб келишидир. (7 - расм).

Табиийки, силжишлар ҳар-хил йўналишда ва кўплаб аралашиб келишимумкин, лекин биз буни 3 та турга булдик. Буларда аддукцион- бурчаклисилжиш компонент бўлиб келган. Бу силжишларни албатта тўғрилаш керак, аксҳолда тирсак бўғими варусли деформацияси келиб чиқади.

Елка суяги траскондиляр синиқларида синиқ бўлақларисилжишлари ҳақида.

Болаларда елка суяги траскондиляр синиқлари кўпинча силжишлар билан бўлади. П.Ў. Ўринбоев (1995) клиник кузатувларида синиқ бўлақлари силжишини 10 турга бўлади. Улар учраш частотасига кўра қуйидагича бўлади:

Дистал синиқ бўлагининг проксимал томонга силжиши

Ульнар силжиш

аддукцион - бурчакли силжиш

оркага силжиш

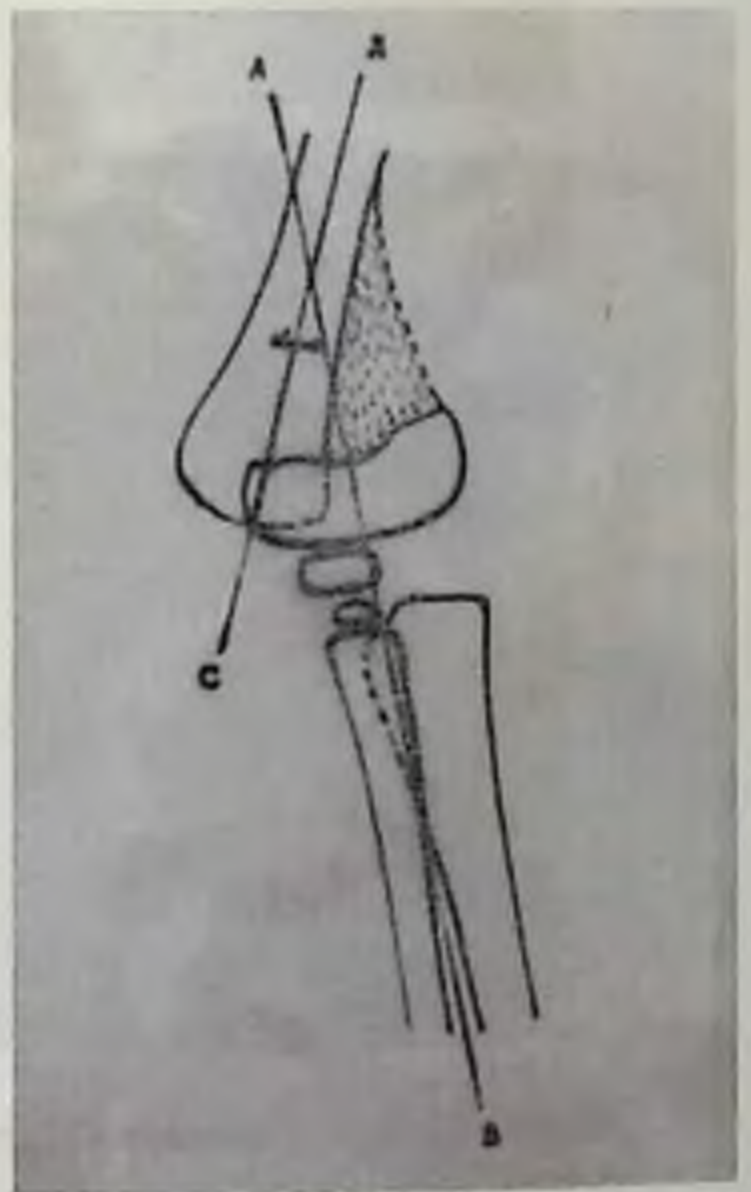
Радиал силжиш

олдинга силжиш

абдукцион бурчакли

флексион силжиш

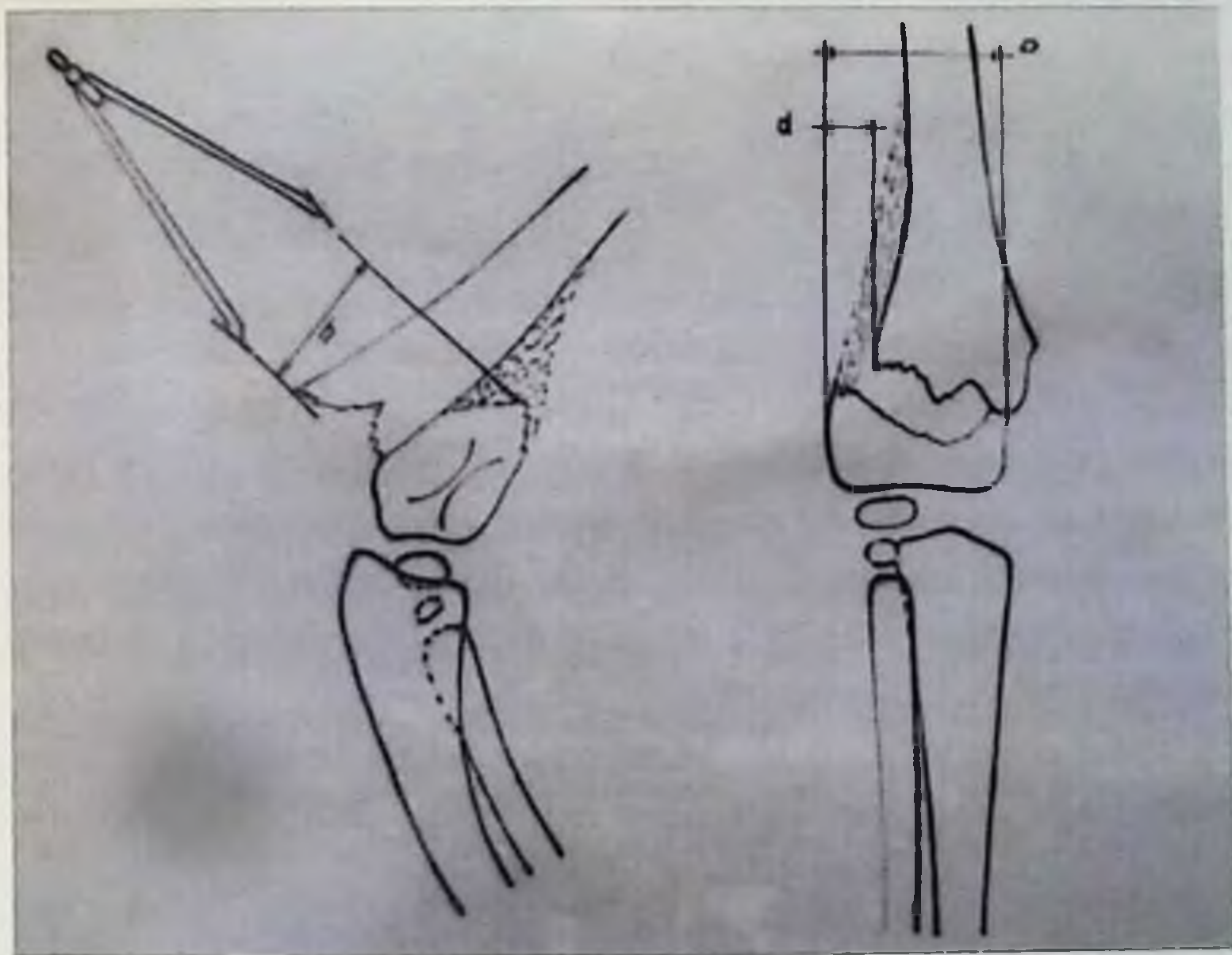
экстензион – бурчакли



Ротацион силжиш

Биз 150 беморда диагностика килишдаги, епозициядан кейинги (кўл билан, скелет тортмасида, Илизаров аппарати қўйишда, очик тўғрилашдаги). иммобилизация килиш тўхтатилгандан кейинги даволашнинг узок муддатли натижаларидаги 580 рентгенограммани ўргандик. Дистал синиқ бўлаги турли йўналишдаги силжишлар даражаси 7- жадвалда берилган.

Амалий травматологияда синиқларни рентгенограммада ўрганиш иккитаўзаро кесишувчи (рентгенологик проекция); орқа (олдинги-орқа), ёнбош проекцияларда ўрганиш қабул қилинган. Шунинг учун текширувчи дисталсиниқ силжиш йўналишини орқага ульнар ва х.к деб белгилайди. Баъзи пайтда дистал синиқ бўлаги сагитал текисликда ҳам эмас (орқа силжиш), фронтал текисликда ҳам эмас бошқа бир текисликда силжийди. Бу текислик фронталтекисликдан қийшиқ йўналишда ўтади. Бу текисликда силжиш турини қуйидагича ифодалаш мумкин; дистал синиқ бўлаги латерал қирраси олдинга, медиал қирраси орқага силжийди.



8- расм. Дистал бўлакнинг орқага, радиал, аддукцион бурчакли силжишлари.

Силжиш текислигини билиш репозиция пайтида силжишларни йуқотишда врачга ҳаракатларини режалаштириб олишга ёрдам беради.

Биз клиник кузатувларимизда даволанган беморлар 1,5-7 ёшгача беморларда ва 2-16 ёшли беморларда (адабиётлардаги маълумот бўйича) дисталсиник бўлаги силжиши учраш даражаси бўйича тафовутни ўрганиб чиқдик. Катта ёшдаги болаларда энг кўп орқага 57-77%, проксимал 37-72%, ульнар 39-47%, аддукцион-бурчакли 27-44%, комбинациялашиб келган силжишлар 30% (1 - жадвал) учрайди. 2 - 6 ёшдаги болаларда орқага силжиш 51,2%, проксимал силжиш 12,2%, ульнар силжиш 55%, ротацион силжиш 28% учради.

Юқоридаги тўртта силжишлар: орқага, проксимал, ульнар, ротацион, аддукцион бурчакли, силжишлар нотугри битганда контрактура ва бўғимда деформациялар ривожланади.

Кичик ёшдаги болаларда дистал синик силжиши ульнар томонга кўп, проксимал томонга кам 12,5% учрар экан. Проксимал томонга силжишлар кам учрашини қуйидагича изоҳлаш мумкин; маълумки билакни ёзувчи ва буқувчи мушаклар дистал синик бўлагига бириккан. Кичик ёшдаги болаларда эса бумушаклар унчалик ривожланмаган. Шунинг учун юқори томонга дистал синик бўлагини кучли тортмайди.

Елка суяги траскондилляр синикларида силжиш текислигини билиш иккива ундан ортиқ дистал бўлак силжишлари кетма-кетлигини аниқлашга имкон беради. Масалан: кичик ёшдаги болаларда кўп учрайдиган комбинациялашиб келадиган дистал бўлак силжишлари орқага + ульнар; кўпинча орқага + ульнар + аддукцион - бурчакли, булардан мураккаброғи; орқага + ульнар + аддукцион бурчакли + ротацион силжиш турлари. (8 - жадвал).

Ротацион силжишлар кичик ёшдаги болаларда клиникамиз маълумотига кўра 28% учраган.

Гютер учбурчаги, В.О. Маркс, М.А. Лобова, П.У. Уринбоев белгилари фронтал текисликда бурчакли силжиш даражасини аниқлашда муҳим аҳамиятга эга.

Тирсак бўғимидаги варусли ёки вальгусли ҳолатларни диагностика қилишда синик бўлаклари ён томонга силжиганлиги билан биргаликда, қўшилиб келган бурчакли силжишлар ҳам ҳисобга олинади.

Ротацион силжишларнинг олдинги орка проекциядаги билан биргалликда, ёнбош проекцияда ҳам рентгенологик белгилари бор. Ёзилган транскондиляр синик рентгенограммаси ёнбош проекциясида проксимал синик бўлаги пастки медиал қирраси олдинга чиқиб турса, бу ротацион силжиш белгиси ҳисобланади. (8-расм).



9-расм. Дистал синик бўлагининг радиал, олдинга, ротацион силжиши.

Елка пастки учлиги олдинги ёки ички юзасида тери остига қон қуйилиши ротацион силжишнинг симптоми ҳисобланади. Бунга яна марказий синик бўлаги медиал қиррасининг эпикондулис олд томонида пайпасланишини қўшиши мумкин (Hoffa симптоми).

Маълумки рентгенография қилинаётган пайтда қўл елка бўғимидан 80-90° узоқлаштирилади, билан горизонтал юзага қўйилади. Нима учун бу пайтда ротацион силжишлар тўғриланмайди? Бунга сабаб шуки, дистал синик бўлаги оркага, кейин проксимал ва ротацион силжийди. Проксимал синик бўлаги ротатор мушаклар (супинаторлар, пронаторлар) спазми (оғрик спазми) туфайли фиксация ҳолатида бўлади. (Маълумки ротатор мушаклар елка проксимал қисмига бирикади). Горизонтал

текисликда ётган дистал синиқ бўлагининг ташқи ротацияси елка ротацион ўқини тиклаш учун етарли эмас. Дистал синиқ бўлагини марказий синиқ бўлаги ротацион ўқига тўғирлаш учункўпрок ташқарига айлантиришга тўғри келади.

Клиникамизда ротацион силжишларни диагностика қилишда қуйидаги симптомлар аникланди.

А) Олдинги-орқа проекцияда дистал ва проксимал синиқ бўлаклари синиқчизиғи ҳар хил бўлса. Бунда ротация туфайли марказий синиқ бўлаги кенглигикичик бўлади.

Б) Тўғри проекциядаги рентгенограммада синиқ четлари бир томонданбир-бирига мос келиб, иккинчи томони мос келмаса, бу ҳам ротациянинг биттабелгисидир.

В) Олдинги-орқа проекциядаги рентгенограммада синиқ четларида тулкинсимон кўриниш бўлса, бу ҳам ротация белгисидир.

Г) Олдинги-орқа проекциядаги рентгенограммада нотўғри битаётган синиқларда суяк қадоғи ҳам латерал, ҳам медиал томонидан кўринса бу ҳамсиниқ бўлаклари ўзаро ротацияси белгисидир.

Шундай қилиб, кичик ёшдаги болаларда энг кўп учрайдиган дистал бўлаксилжиш турлари орқага, ульнар томонга, аддукцион-бурчакли (варусли) ҳисобланади. Бу силжишлар тирсак бўғимида варусли деформациялар келтириб чиқаради. Айниқса, аддукцион бурчакли силжишротацион компонент билан келса муҳим роль уйнайди.

Биз кичикёшдаги болаларда дисталсиниқ бўлаги ротацион силжишларнинг қуйидаги характерли турларини аниқладик.

1.Кичик ёшдаги болаларда синишлар эпифизиолиз ёки остеоэпифизиолиз кўринишида ҳам учрайди. Дистал синиқ бўлаги ульнар-проксимал томонга силжийди. Дистал синиқ бўлагининг юқори томонга силжиши периферикдискнинг ички механик стабил дискка нисбатан айланишини эслатади. Бунда ротацион силжишлар сезиларсиз бўлади. Бунга сабаб кичик ёшдаги болаларда елка мускуллари кучлсиз ривожланганлигидир.

2.Дистал синиқ бўлагининг радиал қисмида, радиал оёқчада айланиши. Дистал синиқ бўлаги ульнар қисми орқага ва проксимал томонга силжийди. Буротацион силжишнинг механизми қуйидагича;

Транскондиляр синиқ келиб чиққанидан кейин, проксимал синиқ бўлаги елка пронатор ва супинатор мушаклари ўрта ротацион ҳолатда ушлаб турилади. Билакка мушаклар ва боғламалар ёрдамида бириккан дистал синиқ бўлаги радиал оёқча оркали ичкарига бурилади. Дистал синиқ бўлаги улынар кисмиоркага мушаклар таъсири остида юқорига силжийли. Аддукцион – бурчакли силжиш пайдо бўлади.

3. Дистал синиқ бўлаги силжиши оркага, проксимал, ротация билан комбинацияланиб келиши.

Кичик ёшдаги болаларда тирсак бўғими рентгенограммасини ўқиш ва ўрганиш қийин вазифа ҳисобланади. Мўлжал учун факат дистал бошча суякланиш ядроси хизмат қилади. Елка суяги дистал охирининг қолган қисми рентгенограммада кўринмайди. Баъзи ҳолатларда тоғайдаги синиқ чизиғи олдиндан паста қийшиқ ёки оркадан юқорига ўтса алдамчи характерга эга бўлади, чунки эпифиз физиологик олдинга эгилиши туфайли сезилмай қолади.

III БОБ

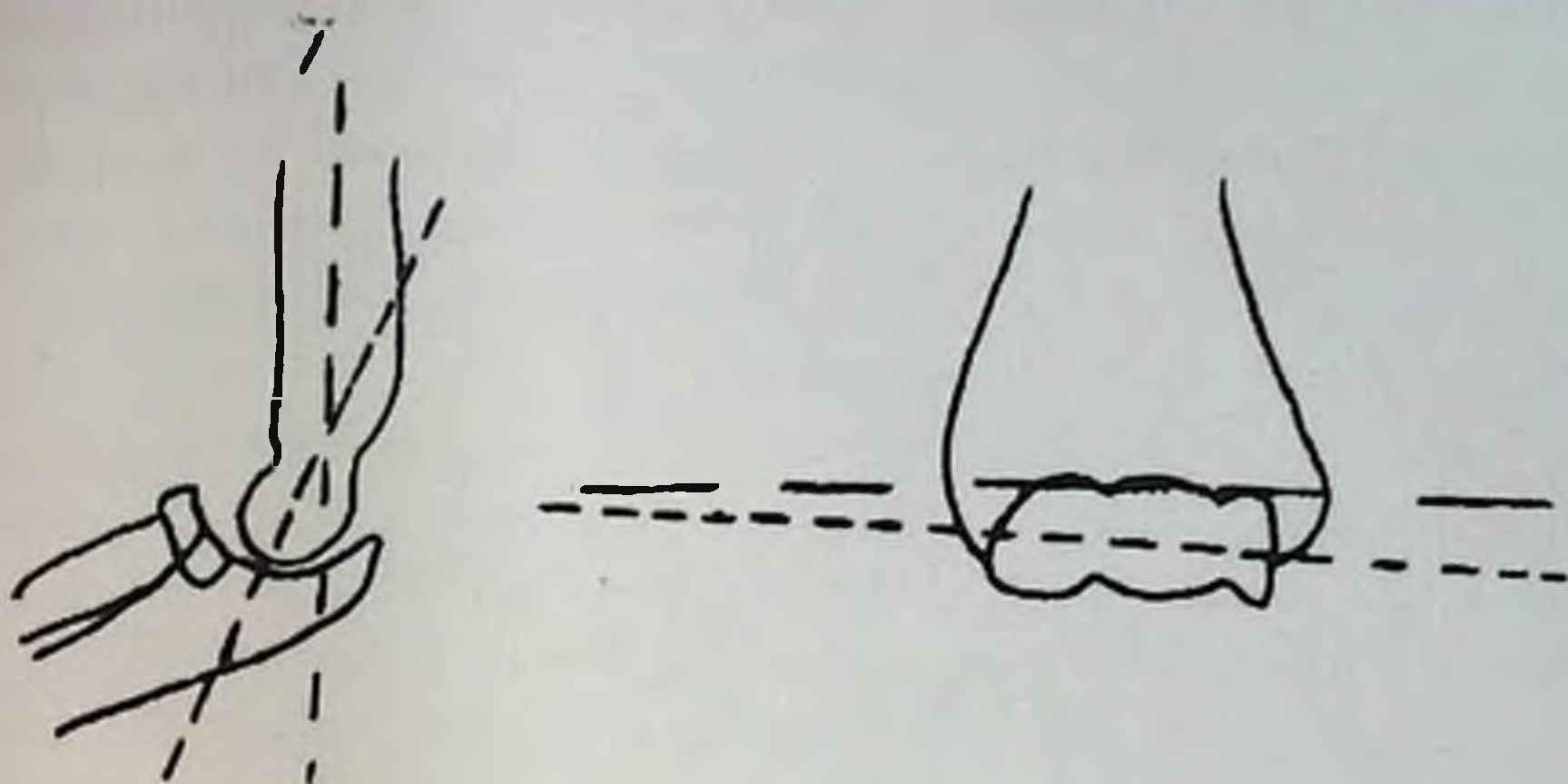
«ЕЛКАНИНГ ЎРТА РАТОЦИОН ФИЗИОЛОГИК ҲОЛАТИ (ЕЎРФХ)» НАЗАРИЙ ТУШУНЧАСИ ВА УНИНГ ЕЛКА СУЯГИ СИНИҚЛАРИНИ (ТРАНСКОНДИЛЯР) ДАВОЛАШДАГИ АҲАМИЯТИ

*ЕЎРФХ га назарий тушунча киритиш. Елка соҳасининг
анатомо-физиологик хусусиятлари*

Елка суяги (humerus) дистал кисми мураккаб тузилган. Халкаро анатомикноменклатурага кўра Р.А. (1958, 1964,; ҲАН. лотин ва рус тилида 1974), елкасуяги дистал охири дўнг (condylus) деб аталади. Дўнг (condylus) фронтал текисликда оркадан-олдинга йўналган бўлади. Ички ва ташқи томонда думбокчалар, ташқаридан epicondylus lateralis, ичкаридан epicondylus medialis жойлашган. Бу думбокчаларга боғламалар ва мушаклар бирикади. Дўнгнинг орқа томонида тирсак ўсимтасининг чуқурчаси fossa olecrani, олдинги томонда иккита; тожсимон ўсимта fossa coronoidea, билан суяги бошчасичуқурчаси - fossa radialis лар бор.

Елка суяги дўнгларида бу чуқурчалар бўлиши синиш келиб чиқишида муҳим роль ўйнайди. Чунки шу жойлар заифлашиб қолади. Елка суяги ўқи дўнг (condylus) кўндаланг ўқи билан битта чизикдаётмайди. Дўнг (condylus) олдинга 25-40° эгилган. Бундан ташқари дўнг (condylus) кўндаланг ўқи билан эпифиз ҳам бир чизикда ётмайди (тўғрироғи, елка суяги метафиз ўқи ва эпифиз). Улар бир - бирини тахминан 7° бурчакостида кесади, схемада тасвирлангандек (9 - расм) метафиз ва эпифиз ўқлариорасидаги бундай фарк, қўлни физиологик вальгус ҳолатида бўлишини таъминлайди.

Тирсак бўғими учта бўғимдан ташкил топган: елка-тирсак, елка-билан ва проксимал тирсак-билан бўғимлари. Бу учала бўғим ҳам битта умумий бўғим халтасида - тирсак бўғими халтасида жойлашган. Бўғим халтаси олдинги ва орқа томони ён томонга қараганда заифроқдир.



10-расм. А – Б Елка диафизини уки ва дунг уки уртасидаги муносабат.

а – б метафиз ва эпифиз кўндаланг уки уртасидаги муносабат.

Бўғим халтаси ён томондан дўмбоқчалардан бошланувчи боғламалар билан мустаҳкамланган. Ташқи томонда билак ён боғламаси, ички томонда тирсак ён боғламалари бор. Бу боғламалар жуда мустаҳкам, улар травмапайтида узилмайди, балки бириккан жойидан суяк бўлакчасини узиб чиқади.

Тирсак бўғими олдинги томонида икки бўғимли мушак (икки бошли елкамушаги) ва битта бўғимли мушак (елка мушаги) бор. Орқа томонида шунгамос равишда: 3 бошли ва тирсак мушаклари бор. Медиал дўмбоқчага кўлкафтини ва бармоқларини букувчи мушаклар, ташқи дўмбоқчага кўл картинива бармоқларни ёзувчи мушаклар бириккан.

П.Ў. Ўринбаев (1992) елка суяги юқори, ўрта, пастки транскондиляр синикларини даволаш натижаларини ўрганганда, юқори транскондиляр синикларда функционал прогноз яхши бўлишини аниқлади. Чунки бусиникларда синик чизиги тирсак ва тожсимон ўсимталаридан юқорида ўтади, бўғим капсуласи шикастланмайди.

Тажриба кўрсатмоқдаки, суяги транскондиляр синикларини даволашда елка проксимал қисмининг анатома-физиологик хусусиятларини билиш муҳим роль ўйнайди.

Елка бўғими шарсимон бўғим, унга кўп ўқли ҳаракат хос.

Бу ҳолатлар ичида ўқлари елка суяги бошчасидан перпендикуляр кесишувчи 3 та ҳаракат муҳим роль ўйнайди: 1) кўндаланг (фронтал), олдинга букиш ва орқага ёзиш. 2) олдинги-орқа (саггитал) яқинлаштириш (аддукцион) узоклаштириш (абдукцион). 3) вертикал айлантириш ва ичкарига ташқарига айлантириш (пронация ва супинация).

Елка суяги проксимал қисмида кўп ўқли ҳаракатлар бўлишига қарамасдан транскондиляр синикларда елка маълум бир ротацион ҳолатда (супинацион, пронацион) тутиб турилади. Дистал синик бўлаги ратоцион ҳолатини проксимал синик бўлаги ратоцион ҳолатига тўғриламасдан, синик бўлакларини тўғри репозиция қилиш қийин.

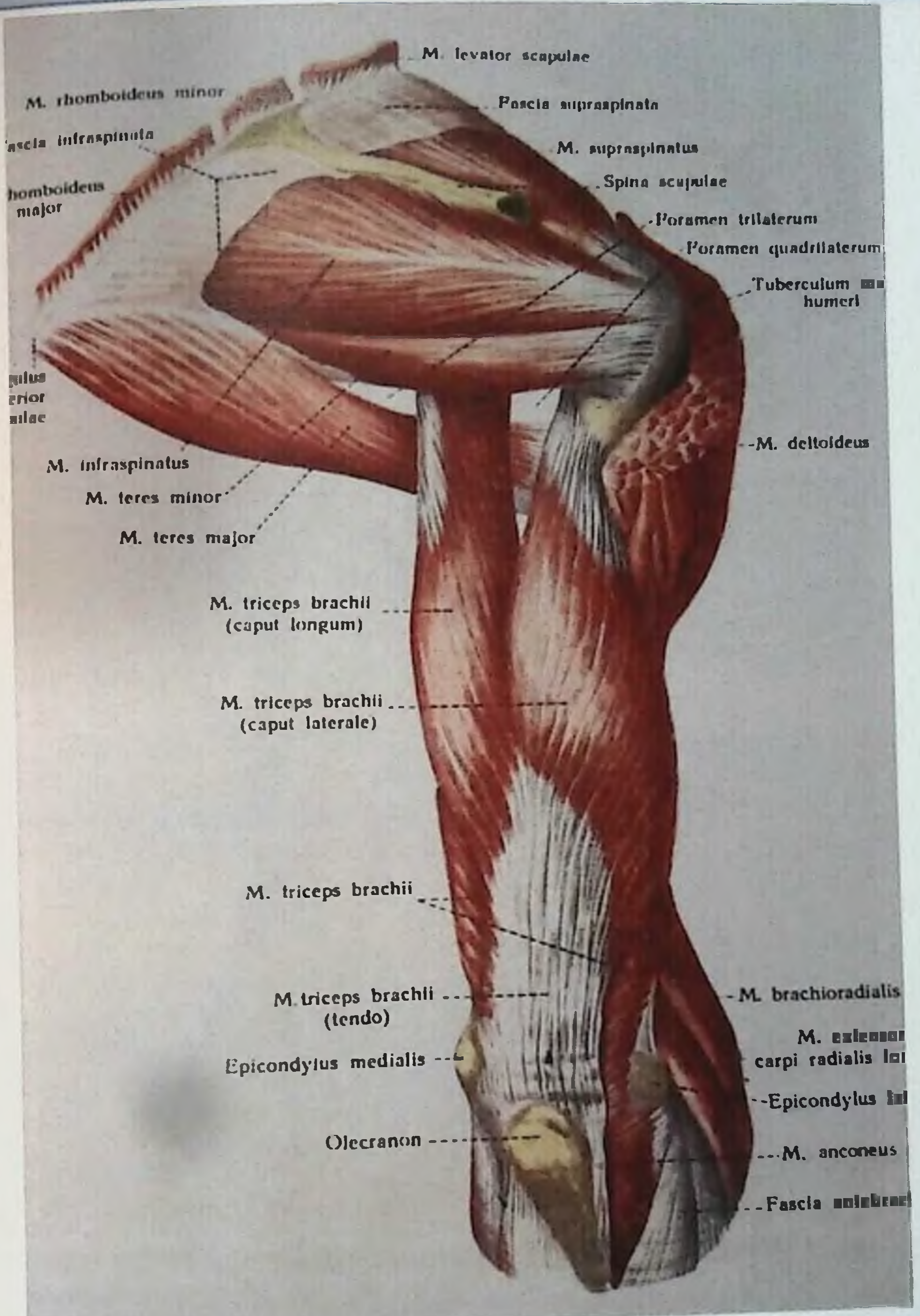
Буни тушуниш учун елка проксимал учлигидаги мушаклар (пронатор васупинатор) бириккан жойларни кўз олдимизга келтирамиз (10 - расм).

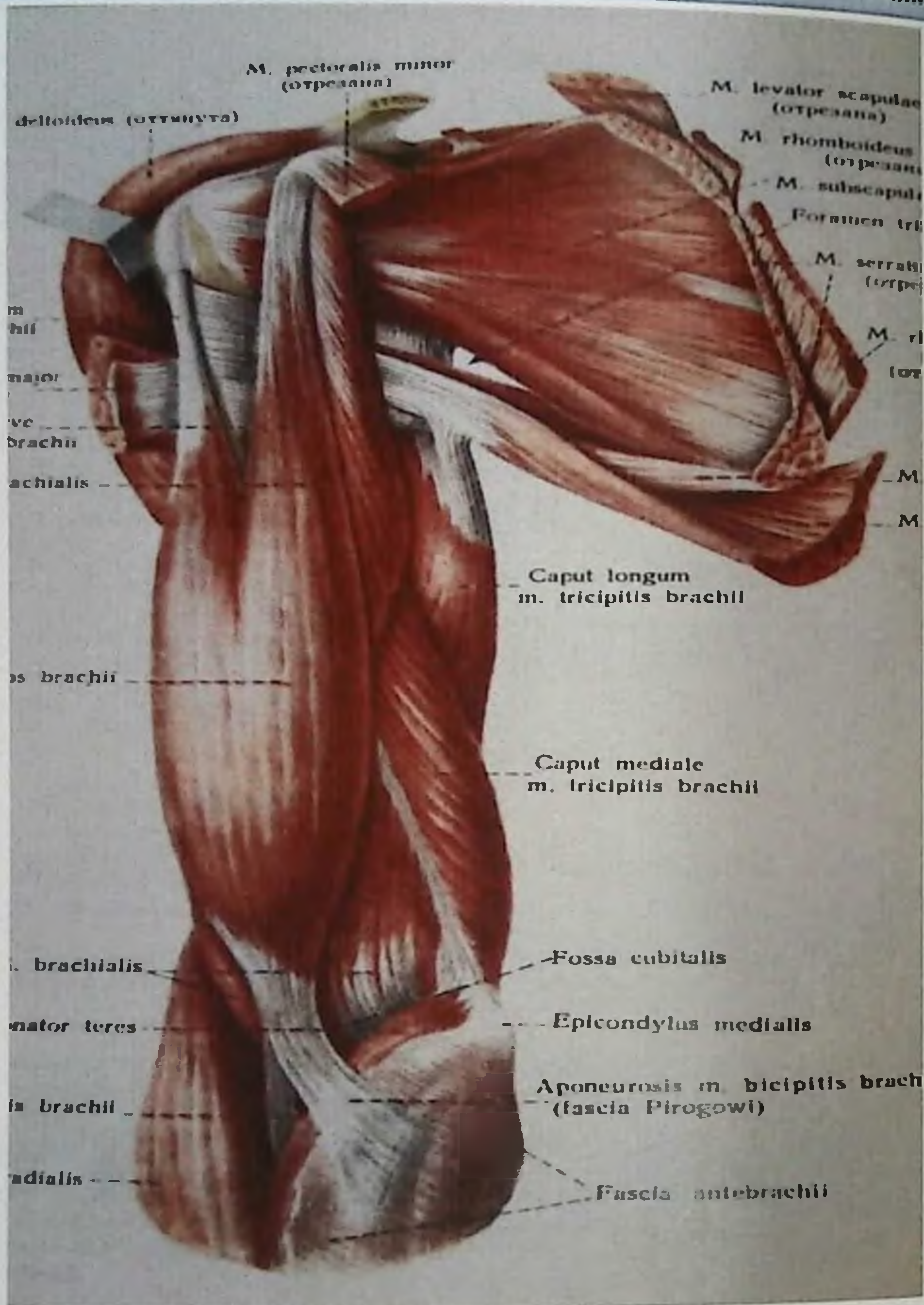
Бир группа мушаклар, курак орқа юзасидан бошланувчи қирра ости қирра усти, кичик юмалоқ мушаклар елка суяги катта думбогига бирикади ва елкани ташқарига айлантиради, бўғим капсуласини тортади.

Катта кўкрак мушагининг уч бошли мушак олдидан ўтувчи қисми, елкасуяги кичик думбогига бирикади ва елкани ичкарига айлантиради. Шунингдекбу ерга бикин кенг мушаги, курак ости мушаги бирикади ва шу функцияни бажаради. Бундан ташқари, катта кўкрак мушаги катта дўмбок қиррасига ҳам бирикади ва елкани яқинлаштиради. Дельтасимон мушак ҳам мушак толалари қисмига қараб (олдинги, урта, орқа) елка супинацияси ва пронациясида иштирок этади.

Елка суяги транскондиляр синган пайтда елка суяги проксимал қисмига бириккан антагонист мушаклар (пронатор, супинатор) спазми туфайли елканимаълум бир ҳолатда ушлаб туради.

Юқоридаги фикрлардан елка суяги марказий синик бўлаги мушаклар томонидан қандай ротацион ҳолатда ушланиб турилади, дистал синик бўлагини қайси ротацион бурчак остида репозиция қилинганда, елканинг ротацион ўқи тикланади деган савол туғилади.





11-расм. А – унз елка супинатор мушаклари (орка қурилиши).

Б – унз елка пронатор мушаклари (олд қурилиши).

Биз имкон қадар адабиётларни кўриб чиқиб, елканинг ротацион ҳаракатҳажмига кам эътибор берилганлигини аниқладик.

Адабиётларда одам қўли ўқини ўрганишда, елка ва биллак супинация ҳолатида ўрганилади, елка суяги дистал охири (дўнг) кўндаланг ўқибизэпикондиляр чизик (эпикондулислараро чизик билан мос келади. Бундай ҳолатда бизэпикондиляр чизик фронтал текисликда ётади. Елка супинация ҳолатида юқоридаги кичик дўмбокча олдинга қараган пайтда елка суягидистал охири билан кичик дўмбокча битта фронтал текисликда ётади. Бу текислик елканинг ротацион ўқи бўлади.

Одам эркин қўлни осилитириб турганда елка дистал охири ўқи(бизэпикондиляр чизик) қайси текисликда ётади, кичик дўмбокчага қаердан«қараш» керак, елканинг ротацион ўқи қаердан ўтиши ўрганилмаган.

Елка суяги транскондиляр синишларда кўплаб силжишлар билан бирқаторда ротацион силжишлар ҳам учрайди. Ротацион силжишларни елканинг ротацион ўқи, «Елканинг ўрта ротацион физиологик ўқи» (ЕЎРФХ) тушунчаларини билмасдан тўғирлаш қийин.

ЕЎРФХ ни билиши зарурлиги ҳақида клиник ва рентгенологик қўзатишлар

Кўз олдингизга рентгенография қилинаётган беморларни келтирамиз. Бола столга ётқизилади, биллак ва тирсак бўғими горизонтал юзага қўйилади варентгенография ёнбош проекцияда қилинади.

Ёнбош проекциядаги рентгенография транскондиляр синиклар ротацион силжиш билан бўлса, марказий синик бўлаги дистал охири олдинги томонга қирраси билан бўртиб туради. Бу бўртиб чиқиб турган қирра - марказий синик бўлаги ротацияси (ташки) симптоидир.

Бемор столга тирсак бўғимини букиб, биллагини горизонтал сатҳуа қўйи бўтирган пайтда марказий синик бўлаги дистал охири пронация ва супинация орасида бир-бирига антагонист мушаклар томонидан ушлаб турилади (марказий синик бўлаги эркин ҳолатда бўлади). Демак, шу юқоридаги ҳолатда елка ўрта ротацион физиологик ҳолатда бўлади. Дистал синик бўлаги маълумки, биллакга мушаклар ва боғламалар билан бириккан; дистал синик, бўлаги масалан орқага, ульнар томонга силжийди.

Билак ўқини бемор ҳеч қачон ташкарига йўналтирилган ҳолатда тутиб турмайди, балки ичкарига, танага елкани яқин тутиб, билакни кукрак қафасиолдида кўндаланг ушлаб туришга ҳаракат қилади (мажбурий ҳолат). Билак билан бириккан дистал синик бўлаги ичкарига айланади. Шунинг учун марказий синик бўлаги дистал охири медиал томони ёнбош проекциядаги рентгенографияда олдинги томонда қирраси билан бўртиб чиқади.

Адабиётларда елка суяги транскондиляр синикларида ротацион силжишларнинг клиник симптомлари ёзилган.

Кирмиссан симптоми - тирсак бўғими олдинги юзасида тери остига қон қуйилиши. Бу тери остига қон қуйилиши проксимал синик бўлаги ўткир медиал қиррасининг тери ости тўқималарини шикастлантиришдан келиб чиқади варотацион силжишининг патогномик белгисидир.

Нoffo симптоми - проксимал синик бўлаги ўткир медиал қиррасининг ингички эпикондулис олдинги томонида пайпасланиши. Бу проксимал синик ўткир медиал қиррасининг пайпасланиши дистал синик бўлагининг ичкарига айланиши туфайли сезилади. Бу симптом узун марказий синик бўлагининг ўрта ротацион ҳолатда тутиб турилишини тушинишга ёрдам беради.

Бу симптомлар хақида фикр юритилар экан, нима учун елка суяги марказий синик бўлаги кандайдир бир ротацион ҳолатда ушлаб турилади деган савол туғилади.

Маълумки елка суяги проксимал охири шарсимон бошча билан тугайди. Елка бўғими бу - шарсимон бўғимдир. Шарсимон бўғимлар учун тўрт томонгава комбинациялашган ҳаракат хосдир. Бу ҳаракатларни маълум бир гуруҳ мушаклар амалга оширади. Шу гуруҳга антагонист бўлган мушаклар қарама-қарши ҳаракатларни амалга оширади. Елканинг проксимал охирига ҳам шундай пронатар ва супинатор мушаклар бириккан. Шунинг учун проксимал синик бўлаги ички ва ташқи ротация ҳолатида ушлаб турилади (билак ҳаракатларданозод, эркин).

Елка суяги транскондиляр синикларида кўл билан репозициядан кейин иммобилизация қилинган бемор кўли тирсак бўғимидан 90° букилган ҳолатда кўкрак олди ёки қоринга қуйилади. Бундай ҳолатда бизнинг тасаввуримизча елка пронацион ҳолатда

бўлади. Пронатор мушаклар бириккан нукта яқинлашади ва мушаклар бўшашган ҳолатда бўлади (катта кўкрак мушаги, биқин кенг мушаги, катта юмалоқ мушак). Супинаторлар (дельтасимон мушак порцияси, кирра ости мушакги, кичик юмалоқ мушак) чўзилган ҳолатда бўлади. Шунинг учун мушаклар қисқарган пайтда ёки травмага жавоб реакцияси сифатида мушаклар спазми бўлган пайтда пронаторлар (бириккан нуктаси яқинжойлашган) марказий синик бўлагига таъсир қилиш қобилиятига эга эмас, супинаторлар марказий синик бўлагини ташқарига тортади.

Посттравматик оғриқдан кейин мушаклар спазми натижасида (бу ҳолатда супинаторлар марказий синик бўлагини ташқарига айланттирувчи) елканиташки ротация ҳолатига тортади, билакта боғламалар мушаклар ёрдамида бириккан дистал синик бўлаги билан кўкрак олдига қўйилганда ичкарига бурилади.

Юқоридаги фикрлардан келиб чиқмоқдаки, традицион методда бир марталик репозициядан кейин кўлни тирсак бўғимидан 90° букиб, иммобилизация қилиб, кўкрак ёки қорин олдига кўндаланг қўйиш елка учун ўрта ротацион физиологик ҳолат эмас экан.

Елканинг ўрта ротацион ҳолатини аниқлашни биз қуйидагича тушунтирамиз: одам танаси вертикал кўлни эркин ҳолатда осилтириб туради. Одам бундай ҳолатда турганида елка соҳаси озгина ичкарига айланган ҳолатда туради. Бу биэпикондилляр линиянинг фронтал текисликка нисбатан муносабати билан аниқланади.

Агарда шу ҳолатда турган одам елка ва билак ҳолатини ўзгартирмасдан, кўлни тирсак бўғимидан максимал букса, кўл кафти кўкрак олдига тақалади. Шуниси қизиқки, ҳомила она қорнида ётганда, кўллари тирсак бўғимидан максимал букилган, кўл кафти кўкрак олдига қўйилган ҳолатда ётади.

Демак, ЕЎРФХ - бу елканинг ички ва ташқи ротациялари ўртасидаги ҳолатидир. Бизнинг назаримизда бу ҳолатда елка пронатор ва супинатор мушаклари бир хил тарангликда туради.

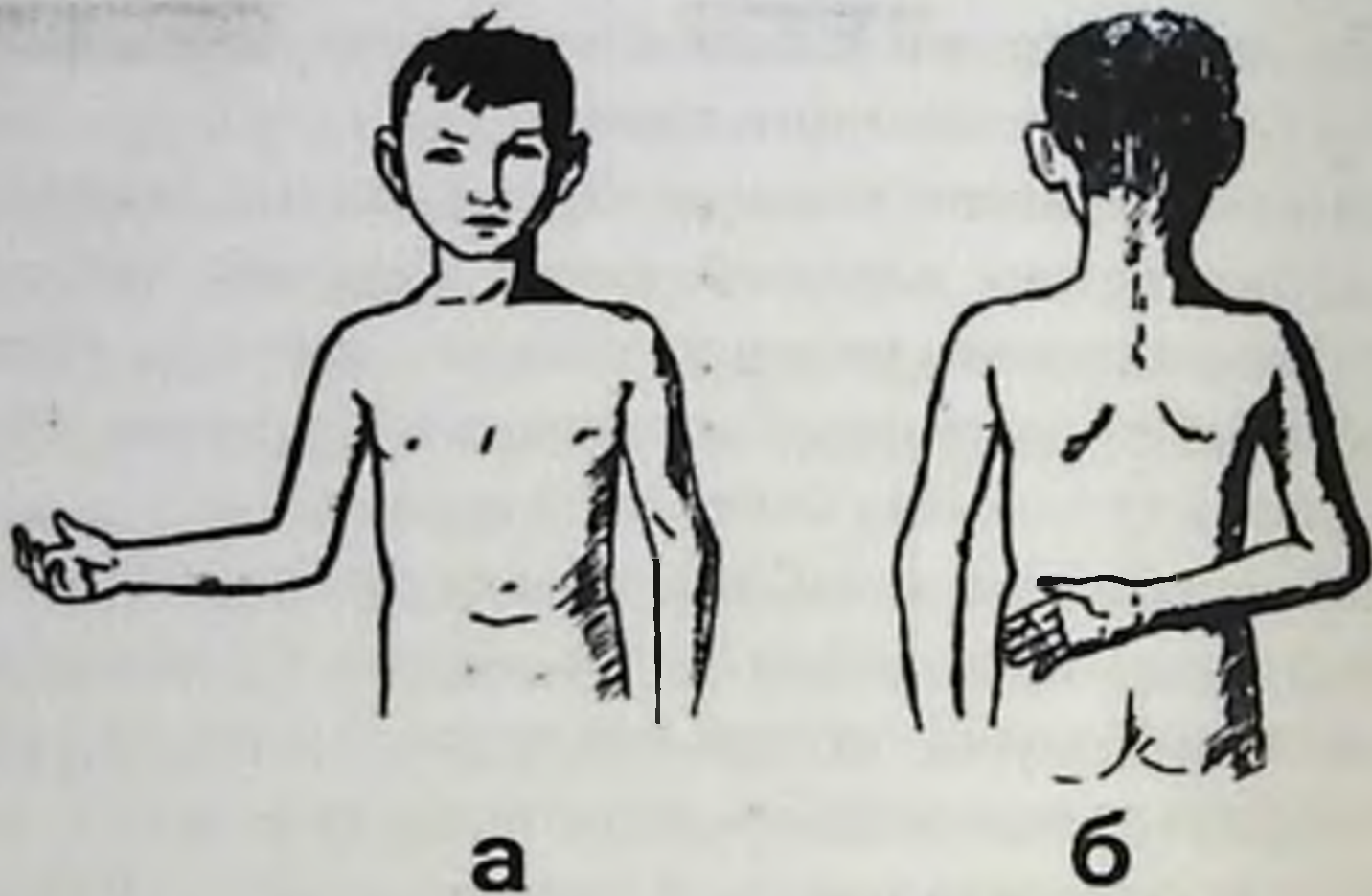
Елканинг ўрта ротацион физиологик ҳолатини аниқлаш методи

Елканинг ротацион ҳолатларини қуйидагича тушунтирамиз: кўл тирсак бўғимидан 90° букилади, билак ўқи ташқарига максимал

Кичик ёшдаги болаларда тирсак бугими соҳасидаги синиқларини даволаш.

узоклаштирилади. Бунда билак ўқи фронтал текисликга яқинлашиб қолади. Бу елканинг максимал ташқи ротация ҳолатидир. Билак ўқи ичкари томонга йўналтирилса, билак орқатомонга ўтиб, курак остигача келади. Бу елканинг максимал ички ротация ҳолатидир.

Ўрта ротацион ҳолатда эса, билак ўқи олдинга ва бир оз ичкарига йўналган булади. Сагиттал текисликдан эса $40-45^\circ$ бурчак остида ичкарига билак ўқи қочган бўлади (11 - расм).



Елканинг ротацион ҳаракат ҳажмини ўлчаш услуби.



12 - расм. Тушиқпириш матида берилган.

Билакнинг оғиш бурчагини аниқлаш учун угломердан фойдаланамиз. Тирсак бўғимини 90° букиб угломер браншаларини (0° белгиси билан) елкабўғими устида саггитал текисликда билак билан бир хил йўналишда қўямиз. Иккинчи браншасини қарама-қарши томондаги бўғимга йўналтирамиз (12 - расм). Шундай қилиб елканинг умумий ротацион ҳаракат ҳажмини ўлчаганимизда

елканинг ташқи ротациясида фронтал текисликга ўртача -етмади, ички ротациясида эса билан ўқи фронтал текисликдан дорзалтомонга 30° - 40° ўтди (13- расм). Бизшундай йўл билан 53 беморда елканинг умумий ротацион ҳажмини ўлчадик.

Ротацион ҳаракат ҳажмлари вариантлари 9 – жадвалда Мисол тариқасида берилган. Угломер браншаларидан бирини билак билан бирга сагиттал текисликдан ичкарига тортамиз. Билак ичкарига $40-45^{\circ}$ узоқлашганда елка ўрта ротацион физиологик ҳолатни эгаллар экан (рац.таклиф №1174. СамТИ, 2001).

Одам (бемор) ётган ҳолатда кўл тана устида тирсак бўғимидан 90° букиб, билак ўқи соғ томондаги ўмров суяги ўрта учлиги ёки кулоқ қай ўналтирилса, елка ўрта ротацион ҳолатни эгаллар экан (14-расм).

Биз фикримизни тасдиқлаш учун қуйидаги текшириш методларини ўтказдик:

1. Тирсак бўғимида беморлар соғ кўлида букиш кучини ўрганиш (демак елка мушакларда)

- а). максимал елканинг ички ротация ҳолатида.
- б). максимал елканинг ташқи ротация ҳолатида.
- в). елканинг ўрта ротация ҳолатида.



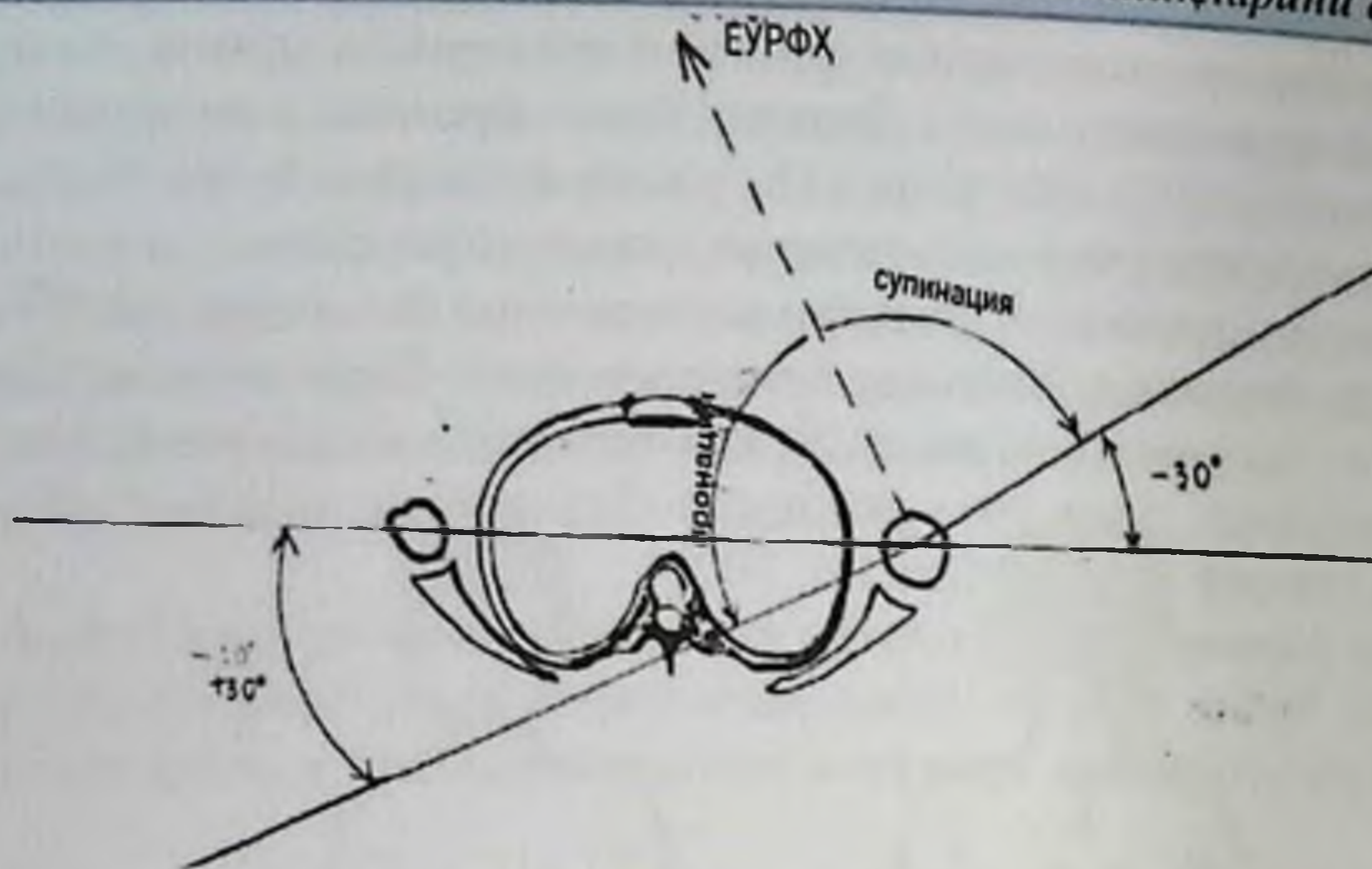
А

Б

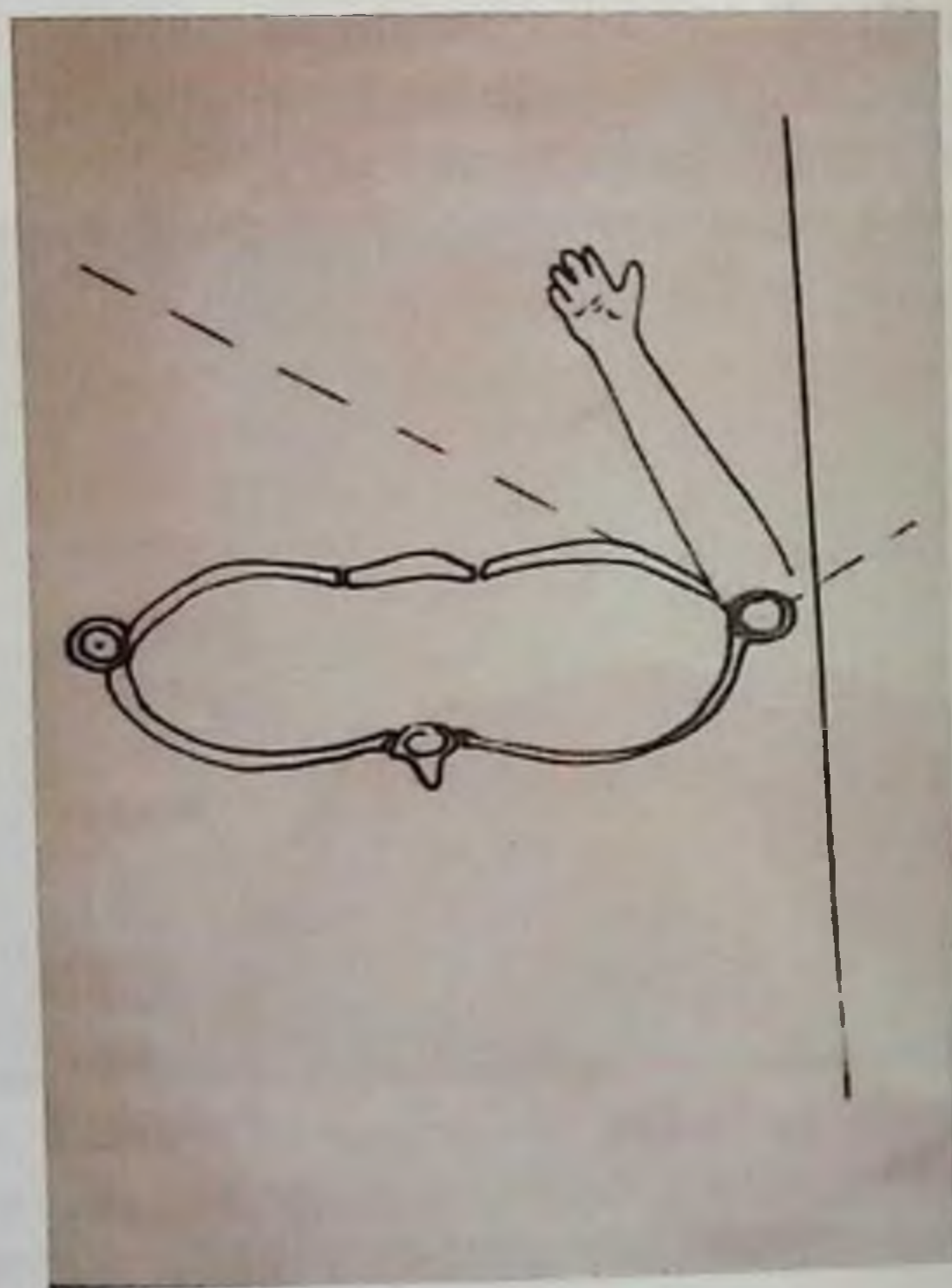
13-расм. Елканинг ротацион ҳаракат ҳажмларини ўлчаш методикаси.

А – угломер билан ташқи ротацияни ўлчаш.

Б – угломер билан ички ротацияни ўлчаш.



14-расм. Елканинг ротацион ҳаракати ҳажми схемаси; елканинг супинацияси, пронацияси, ўрта ротацион ҳолати (ЕЎРФХ)



15-расм. ЕЎРФХ.

2. Электро физиологик текширишлар: елка супинатор ва пронатор мушаклари биоэлектрик активлигини (биотокларни ёзиш ёрдамида) елка учта ҳолатини ўрганиш.

- а). максимал ички ротацияда.
- б). максимал ташқи ротацияда.
- в). елка ўрта ротацион ҳолатида.

Биомеханик ва электрофизиологик текширишлар

Кузатувимиздаги беморларда нерв- мушак аппарати ўзгаришларини елкаташқи, ички, ўрта ротация ҳолатларида биомеханик, электро физиологик текширишлар билан ўргандик. Елка камари мушакларида функционал электро динамометрия, глобал электромиография ўтказилди.

Хаммаси бўлиб 22 та 12-14 ёш беморларда текшириш ўтказилди. Каттаерди беморларда текшириш ўтказганимизга сабаб бу ёшдаги беморлар текшириш ўтказилаётганда ўзини тинч тутуди, безовта бўлиб ҳаракат қилмайди. Мушаклар яхши ривожланган бўлади. Булар эса текшириш ўтказганда аниқ маълумот олишимизга имкон беради.

Электро динамометрияда тирсак ва билак кафт бўғими функционал имкониятларини ўрганиш учун 204 та текшириш ўтказилди. Электро миограф билан елканинг супинтор (қирра ости мушаги, кичик юмалоқ мушак), пронатор(катга кўкрак мускули) 391 марта текширилди. Олинган маълумотлар ишончлик даражаси вариацион статистик қайта ишланди (А.И.Венчиков, 1963). Тузилган вариацион қаторлардан аниқланди: ўртача арифметик қиймат (M), ўртача квадратик чекланиш (сигма σ), ўртача ҳато (m) ишончлилик критерийсига (p) тенг.

Функционал электро динамометрия динамик кучни ва одам мушаклари статистик чидамлилигини текширувчи аппаратда, Тиллаев С.Д. (1999) методикаси бўйича текширилди.

Электро миографик текширишлар «Медикор» (Венгрия) фирмасининг тўрт каналли МС - 440 электро миографида ўтказилди.

Мушаклар функционал ҳолатини баҳолаш тарқалган электромиографик (ЭМГ) диагностика методи, мушаклар биоэлектрик активлигини (БЭА) регистрация ва анализ қилиш орқали, мушак-нерв системаси учун ишлаб чиқарилган Б.М.Гехт (1990) методикаси бўйича ишлаб чиқилди.

Биоэлектрик активлигини баҳолаш учун елка пронатор ва супинатор мушакларида иккала томонда ҳам глобал электромиография ўтказилади. Юзага маҳкамланган электродлар орасидаги масофа 2 см бўлиши регистрация қилинган активлик амплитудасини баҳолашда муҳим роль ўйнайди.

Электродлар текширилаётган мушаклар қоринчасига, шунингдек унингхаракат нуқтасига маҳкамланади. Электродларни маҳкамлашдан олдин териспирт билан артилади, натрий хлорнинг изотоник эритмаси билан ва махсусэлектрод пастаси билан хўлланади.

Электродлар мушак устига резина полоскалар ёрдамида маҳкамланади. Мушаклар максимал қисқарган пайтда экранда мушак толалари таъсир потенциалларидан фарқ қилувчи, мушак суммар активлиги пайдо бўлади.

Тебраниш амплитудалари милливольтларда юқори ва пастки (пикданпикгача) кўрсаткичлар билан ўлчанади. Олинган маълумотлар натижалари ва риацион статистика талабларга мос келадиган даражада қайта ишланади (А.И.Венчиков, 1963). Текширувчи гурпуада ишончлилик даражалари ўртача қиймат $M \pm$, ўртача квадратик чекланиш (сигма) хисобланади. Ишончлилик даражаси $P < 0,05$ бўлганда, натижалар ҳисобга олинади.

Ўтказилган электромиографик текширишларда нерв- мушак системасиқ ўзгалиш бўсағаси ва биопотенциаллари аниқланади.

Функционал электродинамометрни натижалари

Мушаклар динамик кучи танадаги мушак системасининг изокинетик қисқариш натижасида келиб чиқади. Тана аъзолари физиологик қулай ҳолатдабўлганда шу аъзо мушаклари изокинетик қисқаришлари даражаси максимал кучаяди. Демак мушаклар динамик кучи ҳам ортади. Аъзо ёки мушаклар ичкива ташқи кучлар таъсирида шикастланганда, физиологик қулай ҳолатдатурганда мушаклар динамик кучи ҳам камаяди. Аъзо фаолияти тикланганда мушаклар динамик кучи ортади. Бу ҳолатдан биз мушаклар динамик кучидантана аъзолари физиологик қулай ҳолатини аниқлашда фойдаланишимизга имкон беради.

Биз қўл мушаклари динамик куч кўрсаткичини тирсак бўғимида ва қўл бармоқларида елканинг пронация, супинация, ўрта ротацион ҳолатларида ўргандик (10 жадвал).

Елканинг ўрта ротацион ҳолатида мушаклар динамик куч кўрсаткичи $14+1,72$ дан $18+2,5$ кг ва қолган 2 та ҳолатда бундан кам - супинацияда $10+1,6$ дан $12+1,51$ кг ни ташкил этади, елка пронация ҳолатида мушаклар динамик куч кўрсаткичи ўртача бўлади.

Елканинг ўрта ротацион ҳолатида мушакларнинг Динамик куч кўрсаткичи қолган позициялардан $5,0+7,2$ кг ($P < 0,05$) кучли эканлиги аниқланди.

Шундай қилиб, мушакларнинг энг юқори динамик куч кўрсаткичи елканинг ўрта ротацион ҳолатида юқори эканлиги қайд қилинди.

Электромнографик текширишлар

Елка супинатор ва пронатор мушаклар глобал электромографиясида мушаклар биоэлектрик активлиги елканинг турли ҳолатларида (пронация, ўртаротацион ҳолат, супинация) даволаш мобайнида текширилди.

Елка камари нерв- мушак системаси кўзғалиш бўсағасини текшириш натижалари кўрсатдики, курак мушаги, юмалоқ мушаклар кўзғалиш бўсағаси катта кўкрак, катта юмалоқ мушаклар кўзғалиш бўсағасига қараганда 50% юқори экан. Шунини таъкидлаш лозимки, ўнгқўл мушаклари кўзғалиш бўсағаси чап қўл мушаклари кўзғалиш бўсағасига қараганда 10 – 15 % юқори экан, гарчи ишончлилик даражаси $P > 0,05$ бўлса ҳам. Қолган ҳолатларда барча мушаклар кўзғалиш бўсағаси бир ҳил кўрсаткичга эга бўлди (11 – жадвал).

Асосий эътиборни нерв-мушак таъсир потенциали амплитудаси ўзига қаратди (12- жадвал).

Курак ости мушаги, кичик юмалоқ мушак таъсир потенциали елка ўрта ротацион ҳолатида қолган позициялардан 8,0 дан 80% гача юқори экан, ишончлилик кўрсаткичи ($p < 0,01$) бўлди.

Бу олинган натижалар функционал электродинамометрия натижалари билан мос келади.

Елка камари нерв- мушак системаси динамик кучи ва биоэлектрик активлик кўрсаткичлари ҳажми елканинг ўрта

ротацион ҳолатида бошқа функционал позицияларга қараганда юқори экан.

Олинган натижалар даволаш оқибатларини баҳолашда муҳим аҳамиятга эга. рационал фиксация ва даволаш услубини танлашга имкон беради.

Шундай қилиб, бизнинг елка ротацияси ҳақида ўрганган назарий фикримиз хусусий клиник кузатишлар, адабиётларда ёзилган маълумотлар, қўшимча ўтказилган биомеханик, электромиографик текширишлар натижалари билан биргаликда адабиётга янги киритилган тушунча елканинг ўрта ротацион ҳолати унинг елка суяги транскондилляр ва синикларини даволашдаги аҳамияти муҳим эканлигини тасдиқлайди.

IV БОБ

БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ

Синик бўлақларини қўл билан репозиция қилиш

Янги юқори транскондиляр синишларни даволашда врач вазифаси қуйдагилардан иборат: аддукцион - бурчакли, ульнар, ротацион силжишларга, билак ўқининг ичкарига қийшайишига йўл қўймаслик.

Репозициядан олдин врач силжишларнинг ҳамма турини ўрганиши, синик бўлақлари силжиш текислигини, силжиш характерини билиши керак.

Юқоридаги 2-тур синик бўлақлари силжиши бор беморлардаги патогенезини ўрганиб, биз шундай хулосага келдикки, янгиелка суяги транскондиляр синикларида кичик ёшдаги болаларда асосийэътибор медиал томонга силжиш ва ротацион силжишни йўқотишга ақаратилган бўлиши керак.

Бизнинг ишимизга 1 - 2 тур синик бўлақлари қўл билан репозиция қилинган 33 та бемор қўшилган. Ўғил болалар 19 та, қиз болалар 14 та. Ёши бўйича; 1-3 ёш беморлар 16 тани. 3-6 ёш беморлар 17 тани ташкил қилган. Травма локализацияси бўйича ўнг томонда 18 та, чап томонда 15 тани ташкил қилган. 1- кун 26 та бемор ётқизилган, 1-3 кунлари 5 та бемор ётқизилган.

Репозиция методикаси. Умумий огриксизлантириш остида тери йод -спирт билан ишланади, гематома пункция қилиниб, у ерга 0,5% - 5,0 мл. новакаин эритмаси киритилади. Ўқ бўйлаб тракция берилади, гиперваль гусяратилади, дистал синик бўлагининг ротацияси елкага ўрта ротацион ҳолат бериш оркали тўғриланади. Билак астасекинлик билан ёзилади. Эпикондулисларни қамраб олувчи чуқур орқа гипс лонгетаси қўйилади. Гипс лонгетаси куриш мобайнида тирсак бўғими 150 - 160 ёзилиб, физиологик вальгусга тенг вальгус ҳолати берилади (Рац. таклиф №1178 СамТО 2001 йил).

Бизнинг клиникамиз кузатувида бўлган (Ўринбоев П.9 1995) тирсаксохасида катта шиш, фликтеналар, синик бўлақлари силжиши катта бўлган 30 та беморда қуйидаги методика қўлланилди; умумий огриксизлантириш остида тирсак ўсимтасидан кегай ўтказилади, Барский методикаси бўйича синик бўлақлари репозиция қилинади.

Клиник синик бўлаклари аниқ жойига тушганидан кейин, орка гипс лонгетаси қўйилади. Мувафакиятли репозициядан кейин скелет тортмаси системасига кам юк (2-3 кг.) қўйилиб, слка вертикал ушланади. Бу ҳолатда қўлда қон айланиши тўлиқ яхшиланади. Гипс лонгета 12 - 16 кунлар ечилади, 17 - 21 кунларқайта тикловчи муолажаларнинг тўлиқ курси тайинланади.

Таҳлиллар кўрсатмоқдаки, 11 (36,6 %) беморларда синик бўлакларининг тўғриланмаган, қўшимча репозицияга муҳтож силжишлари қолган. Улардан 6 (20%) беморларда репозициядан кейин ротацион силжишҳосил бўлган. Бу фактлар кўрсатмоқдаки, юқоридаги репозицияни бажариш вақтида суяклари транскондиляр синиклар патогенези ҳисобга олинмаган. Бизнинг фикримизча, елканинг ўрта ротацион ҳолати ҳисобга олинмаган. Чунки Барский буйича экстензион транскондиляр синикларни репозиция қилиш методикасида билан кўкрак қафаси олдида кўндаланг ҳолатда тутиб турилади (пронация ҳолатида).

Шунинг учун бизелка суяклари транскондиляр синикларини даволашда елканинг ўрта ротацион ҳолати, синик бўлаклари силжиштекислиги, синик бўлаклари характерини ҳисобга олиш услубини ишлаб чикдик.

Биз қўл билан репозиция қилиш методикасини қуйдаги этапларда амалга оширдик;

А) умумий оғриқсизлантириш остида бемор орқаси билан ётқизилади.

Б) елкатанадан тирсак бўғими ёзилган ҳолатда $80-90^\circ$ узоклаштирилади.

В) билакга супинация ҳолати берилади.

Г) қўл кафтидан синик бўлаклари жойига тушганлигини сезгунча тракция берилади.

Д) тракцияни камайтирмасдан туриб тирсак булимидан қўл 90° букилади.

Е) елкага ўрта ротационҳолат берилади, яъни билан ўки соғ томондаги кулокка томон йўналтирилади (15 - расм).

Ж) силжиш текислигидан келиб чиқиб, синик бўлаклари ён томонга силжишлари тўғриланади.

З) букилган биладан тортиб, тирсак бўғимида елка уки буйича тракцияни давом эттираммиз.

И) клиник Гютер учбурчаги тенг томонлиги тикланганлигини, Маркс, Лобова чизикларини, елка ўқини, бўғим формаси тикланганлигини текширилади.

Тирсак бўғими соҳасига орка гипс лонгетаси кенгрок эпикондулисларни ўраб оладиган килиб қўйилади.

Адабиётлардан маълум бўлдики, кўпгина тадқиқотчилар синик бўлакларини қўл билан репозиция қилгандан кейин тирсак бўғимидан 90° букиб иммобилизация қилинган қўлни кўкрак кафаси олдига кўндаланг қўяди. Бу ҳолатда билан ўқи фронтал текисликга якинлашади, пронацияси (елка ички ротацияси) чакирилади. Елка супинатор мушаклари (дельтасимон мушак қисми, қирра ости мушаги, кичик юмалок мушак) чўзилган ҳолатда бўлиб, улар елканинг ташқи ротациясини чакиради.

Шундай килиб, Блаунт методи қўлланилганда ва қўл гипсли боғламада фиксация қилиб, билак кўкрак олдига кўндаланг қўйилганда елкани ўртаротацион ҳолатда ушлаб туриш учун шароит етарли бўлмайди. Аксинча, дистал синик бўлагининг ичкарига ротацияси ва проксимал синик бўлаги ташқи ротацияси пайдо бўлади. Бу болаларда энг кўп учрайдиганасораттирсак бўғими варусли деформациясини, ҳаракат чекланишини келтириб чиқаради.



16-расм. Елка суяги транскондилляр синикларини елка урта ротацион ҳолатини ҳисобга олиб репозиция қилиши. Билак ўқи соғ томондаги кулок томонга йўналтирилган.

Елка суяги транскондиляр синикларини даволашда постиммобилизация даврда тирсак бўғимидан букилган биллак саггитал текисликга яқинлашиш керак. Бу ҳолатда биллак елка бўғими айланма ҳаракат қилувчи ёйнинг ташқи яримида жойлашади. Марказий синик бўлаги ташқи ротациясига биллакга бириккан дистал синик бўлаги яқинлашади. Кўпинча марказий синик бўлаги ташқарига айланади ва врач дистал синик бўлагини ташқарига айлантириб (Кул букилган ҳолатда биллакни сагиттал ҳолатга яқинлаштирилиб) иккиламчи ротацион силжишнинг олдини олади.

Шуларни эътиборга олиб, биз елкани ўрта ротацион ҳолатда тутиб турувчи ва қўлни иммобилизация қилувчи шина боғламани ишлаб чиқдик ва амалиётга татбиқ этдик.

Шина боғлама таърифи.

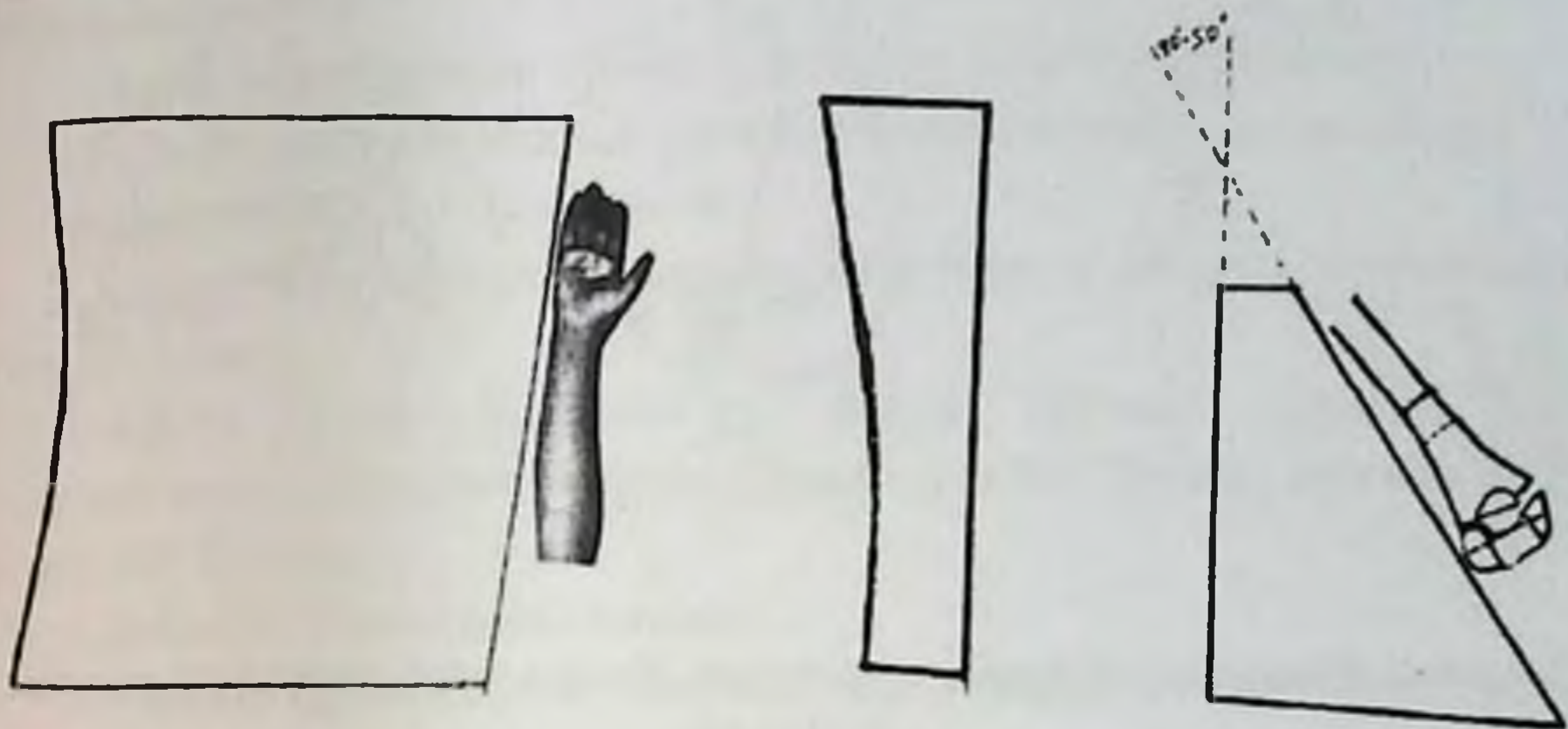
Шина қаттиқ картондан таёрланади. Латерал, олдинги, орка, юқори ва асоси (базис) дан иборат. Асосининг размери олдиндан 18 см., орқадан 14 см., латераль томони 17 см., ички қирраси 16,5 см., эгилган (16 – расм). Юқори варағи размери, олдиндан 4,5 см., орқадан 3 см., ташқи томони 16,5 см., ички қирраси 16,5 см., эгилган. Ташқи юза текслиги; юқори вапастки қирралари 16,5 см. олд-оркаси 20 см. дан 25 см. гача (беморнинг ёшига боғлиқ равишда). Олдинги юзанинг размери; юқоридан 4,5 см. (3,0), пастдан 18 см., медиал 17 см., ташқи қирраси 22 см. Оркаварағининг размери: юқоридан 3 см., пастки қирраси 14 см., медиал 17 см., ташқи қирраси 22 см. Юза тексликлар ўзаро иш билан боғланади. Ички юзаси юмушоқ материал билан қопланади ва шинага зич қилиб тикилади. Шина ичи пахта билан тўлдирилади ватикилади. Шинанинг ташқи юзасидан елкани ва биллакни (юзаки гипсли боғламада) фиксация қилиш учун, шинани бола танасига фиксация қилиш учун боғламлар тикилади.

Шина ва боғламани тақиш методикаси.

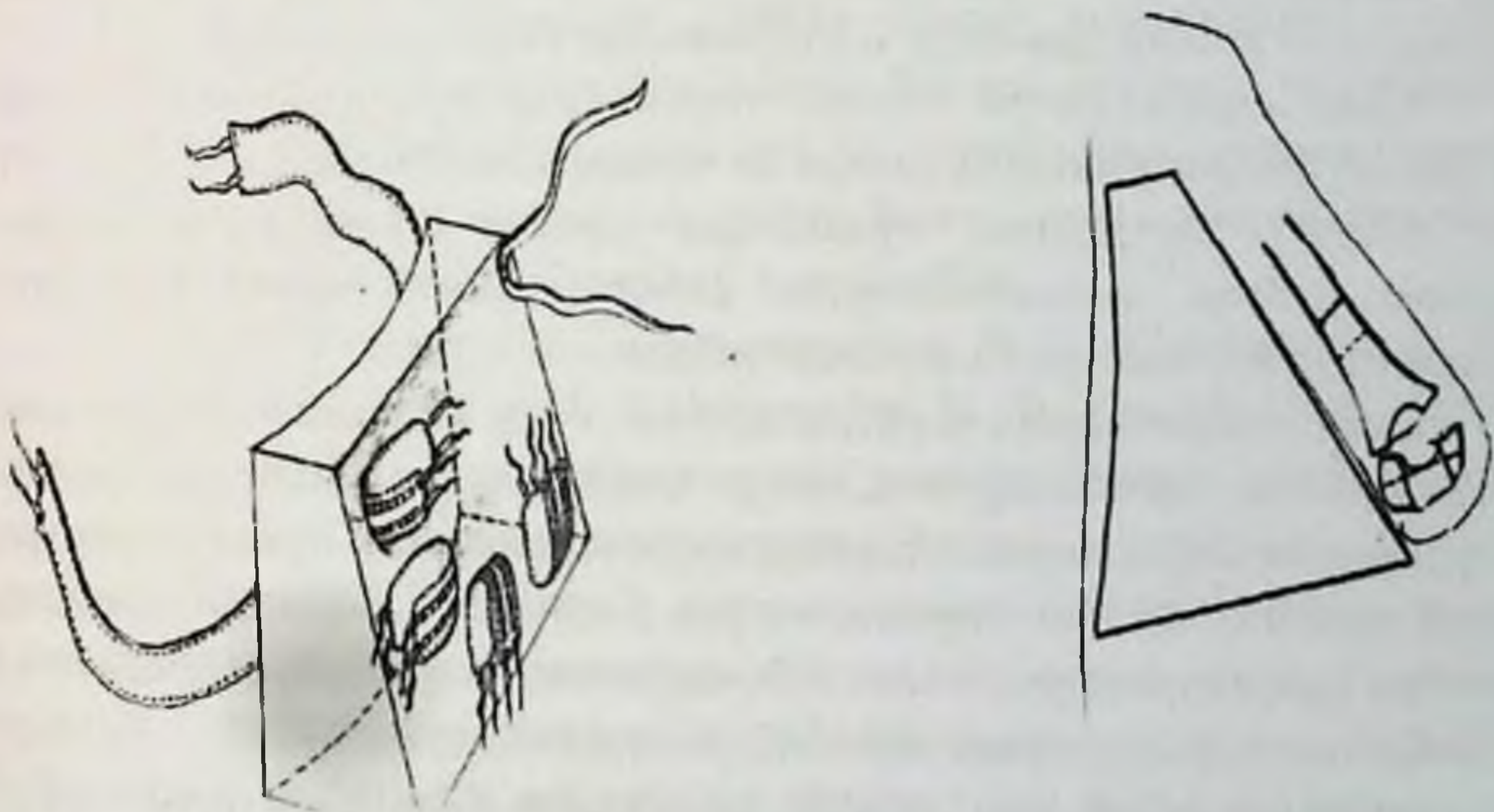
Дельбе халқаси типдаги юмушоқ халқа соғ елкага кийгизилади. Шина остига қўйилади, елка ва биллак шинага қўйилади, соғелкадаги Дельбе халқаси типдаги юмушоқ халқага шина боғланади. Шикастланган қўлни орқага букиб, панжа олдинги қўлтиқ ости чизиги бўйича маҳкамланади ва биллак яна гипсланган қўлни шина ён бошига олдиндан ҳам орқадан ҳам халқага маҳкамланади.

Елкани танага боғлаш кенг бинт орқали соғлом елка устига айлантириб боғлаш орқали амалга оширилади (16-расм).

Қўл билан репозиция қилиш йўли билан 33 та бемор даволанди. Даволаш натижалари 5 бўлимда берилган.

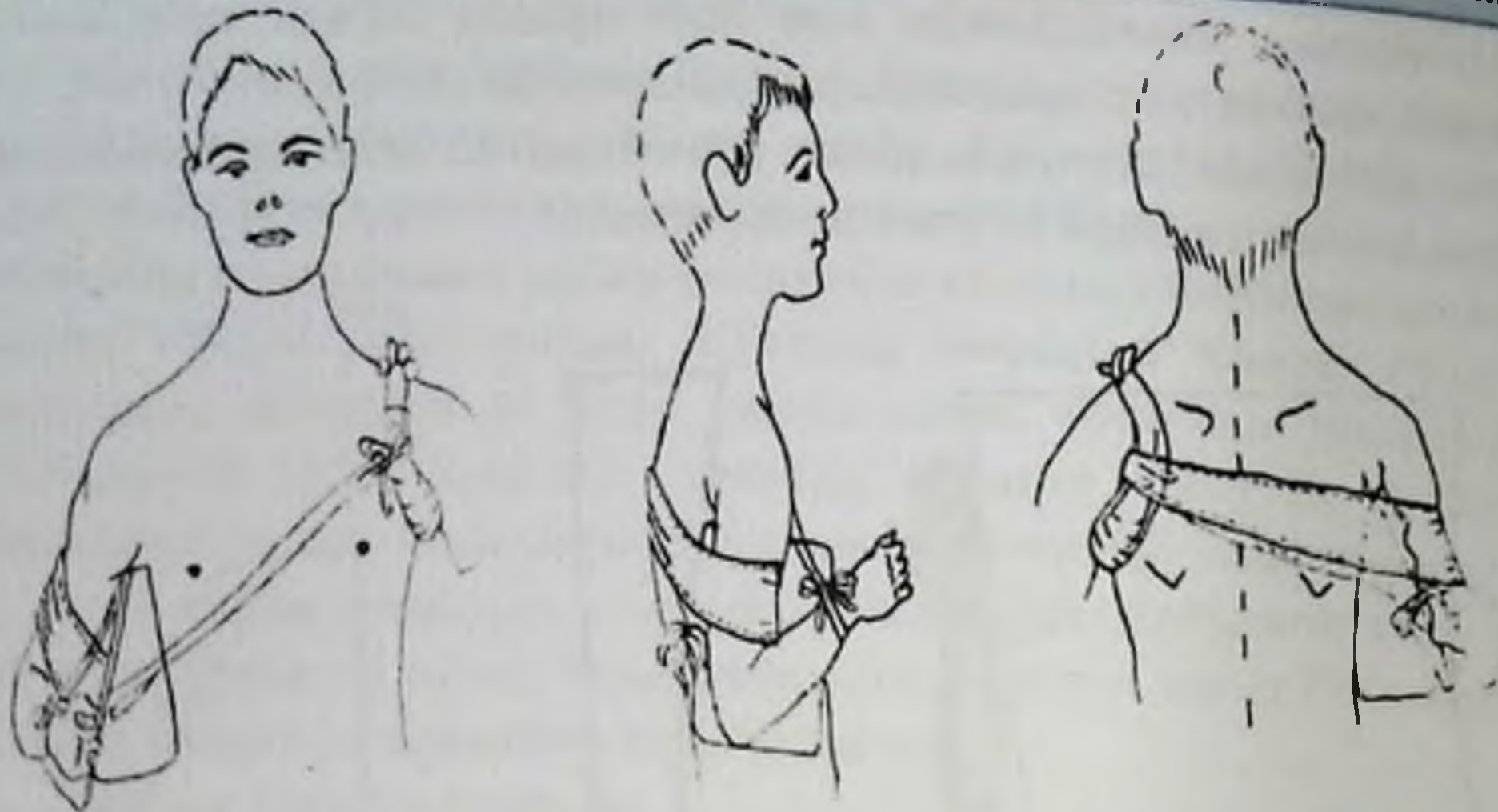


1 – шина базиси. 2 – шинанинг юкори юзаси. 3 – шинанинг орқа юзаси, елканинг шинадаги ҳолати.



4 – шинанинг умумий қурилиши. 5 – схема. Елканинг шинадаги ҳолати.

17-расм. Тушуштириши матида берилган.



18-расм. Шинанинг беморда кўриниши. Елкага урта ротацион ҳолат берилган.

Скелет тортмасида даволаш.

Скелет тортмасида даволаш гипсли боғламада даволаш, остеосинтез, ташқи фиксацияловчи аппаратларда даволаш қаторидаги асосий даволаш методларидан бири ҳисобланади.

Суяк синикларини скелет тортмасида даволаш ҳам бошқа услублар қатори ривожланмоқда ва мукаммаллашмоқда.

Скелет тортмасини қўллашдан мақсад синик бўлақларини жойига қўйиш, иммобилизация қилиш, шикастланган аъзодаги мушаклар тинчлигини сақлашдан иборат.

Суяк синикларини жойига қўйиш учун мушаклар рефлексор қисқаришини, мушаклар эластик ретракциясини, мушаклар турғун ретракциясини (мушак скелерози) қаршиликларини йўқотиш зарур. Баъзи пайтлар скелет тортмаси суяк бирламчи қадоғини (фиброз ватогай) узайтириш учун янги бўлмаган синикларда қўлланилади.

Скелет тортмасининг ижобий томонлари қуйдагилар:

- кузатиш қулайлиги (кўриш, пальпация, ўлчаш);
- махсус текширишлар имконияти борлиги (осцилография, реография, термометрия);

-эрта функционал ва физиотерапевтик муолажалар бошлаш имконияти борлиги

-оператив даволаш гипсли боглама қўйишга қарши кўрсатмабўлганда;

Бу услубнингнинг етиш мовчиликлари:

-кегайлар атрофидаги юмшок тўқима ва суякнинг яллиғланиши;

-синик бўлакларини тўлиқ ҳаракатсизлантира олмаслик;

-беморнинг узок муддат ҳолатда ётиши ва гиподинамияси;

-аппаратуранинг кўполлиги.

Скелет тортмасида даволашда қуйидаги бешта принципни қўллаш керак:

1.Қўлга ўрта физиологик ҳолат бериш; танадан 60° узоклаштириш, чиқариш, тирсак бўғимидан 90° букиш, қўл кафтини оркага 30° букиш.

2.Беморга тинч осайишталик.

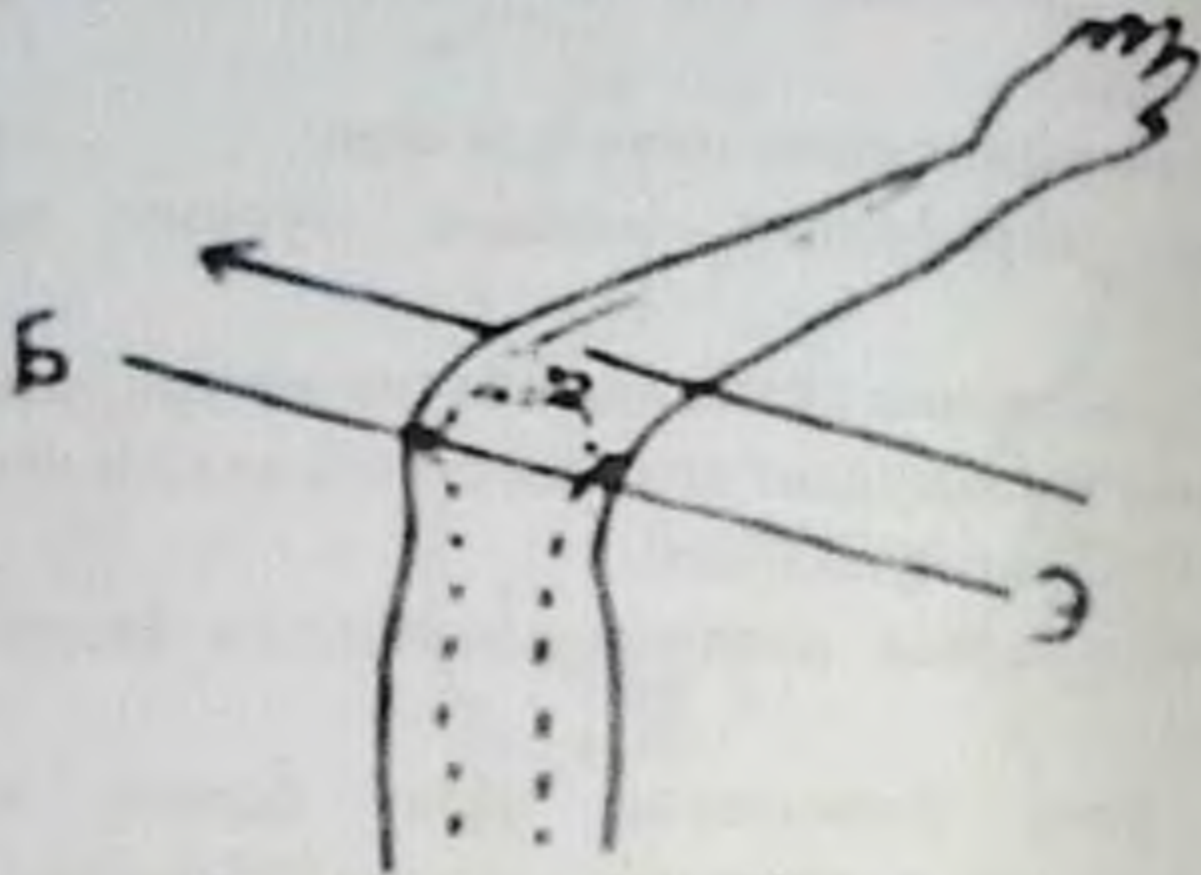
3.Синик бўлакларини бир-бирига (типик силжишни билиш керак).

4.Юкни аста секинлик билан қўшиб бориш. Вебер қонунини билиш: мушаклар кучланишига чўзилиш квадрати тўғри пропорционал. Синик бўлакларини қарама - қарши тортиш.

Г. М. Тер - Егiazаров (1983) скелет тортмасини супра-транскондиляр синикларни даволашда бошқа даволаш услублари ичида идеал услуб деб ҳисоблаган эди. Бу услуб тарафдорлари скелет тортмаси синик бўлакларини секинлик билан, аммо ҳамма силжиш турларини аниқ жойига қўяди деб ҳисоблайди.

Скелет тортмаси қўйиш техникасини Н. П. Новаченко, Ф. Е. Эльяшберг(1960, 1972); Н. К. Митюнин, В. В. Ключевский (1974) мукамал ишлаб чиққан. Елка суяги транскондиляр синикларида тортиш тирсак ўсимтаси орқали ўтказилган Киршнер кегайи орқали оширилади. Бунда елка вертикал ҳолатда бўлади, шишлар тез қайтади, силжиш турларига кўра тортиш ва қарама - қарши тортиш мумкин. Билак тирсак бўғимидан букилган ҳолатда бўлади, лейкопластрли тортма қуйилади, билак уки куракка кўндаланг туради.

Тирсак суягидан спица биэпикондиляр (БЭ) чизикқа параллел ўтказилади(расм-)



Расм – 19. Сница Б-Э: бизтикондильяр чизикқа параллел ўтказилади.

П. В. Завьялов, А. М. Шамсиев (1978) фикрича юқоридаги ҳолатда натижани текшириш учун тирсак бўғимини рентгенография қилиш, тирсак бўғимида эрта ҳаракат қилиш қийинлашади.

Буни ҳисобга олиб, авторлар горизантал яқинлаштириб жойлаштиради. Кўтаргич ёрдамида кроватнинг беморнинг шикастланган аъзоси томонидаги қиррасини кўтаради, шишлар қайтади, лимфа - ва қон айланиши яхшиланади. Стационарда даволаниш муддати 14 - 16 кун. Кичик ёшдаги болаларда бу муддат қисқаради, катта ёшдаги болалар учун 3-4 кун кўшилади.

Биз скелет тортмасида даволаш услубимизда шикастланган аъзога ўрта физиологик, елкага ўрта ротацион ҳолат беришга интилдик. Биз ҳам бошқа тадқиқотчилар қатори тирсак суяги юқори метафизидан ўтказилган кегайни ярим халқага маҳкамладик, елкага вертикал ҳолат бердик. Травма томондаги камари соҳасини кўтарамиз, чунки узоқлаштириш лозим (кўлга ўрта физиологик ҳолат беришнинг биттанисбатан, елкани олдинга 30° шарти). Тананинг вертикал йўналишига чиқарамиз (иккинчи шарти). Кейин билакни кўкрак олдида кўндаланг туриш ҳолатидан чиқарамиз ва билак ўқи йўналишини соғ томондаги ўмров суяги ўрта учлик соҳасига, соғ томондаги кулоқ томанга қаратамиз. Бу ҳолатда елка ўрта ротацион ҳолатни эгаллайди (19- расм).

Бу услуб бўйича биз 12 та беморни даволадик. Даволаш натижалари 5-бобда келтирилган.



20-расм. Беморни скелет тортмасида елканинг урта ротацион ҳолатини ҳисобга олиб даволаш.

Беморларни Илизаров апаратыда даволаш

Илизаров апаратыда биз 97 (64,6%) та беморни даволадик. Ўғил болалар - 58 (59,7%) та, қиз болалар - 39 (40,3%) тани ташкил этди. Синиқлокализацияси ўнг томондан 48 (49,5%), чап томондан 49 (50,5%).

Беморларнинг ёши буйича тақсимланиши: 1-3 ёш 42 (43,3%) та, 3 - 6 ёш 55 (56,7%) ни ташкил қилди. Шулардан 56 (57,2%) беморлар биринчи 1 - 3 кунда 30 (30,9%), 4 - 15 кунда 1 (1,3%) беморлар стационарга тушган.

Беморларнинг бажарилган операция тури бўйича тақсимланиши жадвалда берилган (13 - жадвал).

Жадвалдан кўришиб турибдики, 50 (51,1%) беморда 1 вариант операция, 2 таярим халқадан йиғилган аппарат 2 та кегай ёрдамида қўлланилган.

19 (19,6%) беморда 2 - вариант операция; иккита ярим халқадан иборат аппарат, иккита кегай ёрдамида қўйилган ва тўгриловчи кегай ўтказилган.

5 (5,1%) та беморда биз 3. вариант операцияни; битта халка ва битта ярим халқадан иборат қўллаганмиз. Бунда проксимал кегай сагитал текисликдан ўтказилган.

6 (6,2%)та беморда биз 4 - вариант операцияни; иккита ярим қалқадан иборат аппаратдан фойдаланганмиз. Кегайлар бир-биридан узокликда, узун суяк метафизлардан ўтказилган, амарателканинг воляр юзасидан қўйилган.

17 (17,5%) та беморда биз 5 вариант операцияни; учта ярим халқадан терилган аппарат, бир-биридан алохида ўтказилган кегайдан фойдаланганмиз. Проксимал кегай елка юқори метафизидан, дистал кегай одатдагидай тирсак ўсимтасидан ўтказилади.

Ёпиқ усулда суяк синикларини аппаратда остеосинтез қилиш тортиш йўли билан транскондиляр синикларни даволашнинг мукамаллашган замонавий кўринишидир. Кўл билан репозиция қилишда тортиш ва карама-қарши тортиш йўли билан куч қўл кафти,елка бўғими соҳасига (кўкрак, елка камари) берилади. Барский методи бўйича даволашда ва скелет тортмасида даволашда тортиш ва карама-қарши тортиш кучи тирсак ўсимтасига, бола танасига берилади. Ёпиқ усулда аппарат ёрдамида суяклардан остеосинтез қилишда тортиш ва карама қарши тортиш кучи синик соҳасига максимал яқинлашади: кегайлар елка ўрта учлигидан ёки юқори учлигидан тирсак ўсимтасидан (ёки елка эпикондулислардан) ўтказилади. Бунда тана тортишда» иштирок этмайди. Бемор мобил бўлиши мумкин. Даволаш методининг асосий мақсади дистал синик бўлагини тортиш (синик бўлаклари силжишини узунасига, проксимал силжишини тўғрилаш) ва унитортилган ҳолатда ушлаб туриш. Бу айтилганлар скелет тортмасида остеосинтез даволаш қилишга ва ёрдамида ёпиқ усулда аппарат ва таалукли.

Болаларда Илизаров аппарати қўйиш операцияси техникаси бирмунча мураккаб. Бу болалар организми реакцияси сифатида вужудга келадиган юмшоқ тўқималар катта шиши билан боғлиқ. Натижада ички ва ташқи эпикондулисларни пайпаслаб билиш қийинлашади. Эпикондилуслар ҳолатива уларни бирлаштирувчи чизик - биопикондиляр чизик - дистал кегайни ўтказиш учун клиник белги ҳисобланади. Елка проксимал кегай ўтказилади.

Кичик ёшдаги болаларда елка узунлиги киска, шунинг учун юқори учлигидан ёки проксимал охиридан Проксимал кегайни елка юқори учлигидан фронтал текисликда ўтказиш нерв - қон томир шикасланиши хавфини оширади. Шунинг учун, елка топографик - анатомия хусусиятларидан келиб чиқиб, В.И. Шевцов (1978), В. Веклич (1986) проксимал кегайни сагиталтекисликга яқин текисликда ўтказишни тавсия қилади. Улар проксимал вадистал синик бўлақларидан иккитадан кегай ўтказади.

Елка кўндаланг кесмаси схемасида ўрта пастки учликлари проекциясида

томирлар кўндаланг текисликдан (фронтал) олдинга (вентралтомонга) ўтади. Елка суяги юқори учлиги кесмаси схемасида контомир, нерв тутамлари кўндаланг текисликда жойлашган. Шунинг учун кегайларни фронтал текисликдан ўтказиш жуда хавфли ҳисобланади (20-расм).



21-расм. Беморга Илизаров аппарати қўйилган. Кичик ёшдаги болаларда елка узунлиги киска. Ўрта-юқори учликдан ўтказилган кегай қўлтиқ остига тақалади. Қон-томир нервни шикастлантириши хавфи юқори.

Буни ҳисобга олиб биз Илизаров аппарати қўйишда кегай ўтказишни фронтал текисликдан бошқа текисликда ўтказишни мўлжалладик.

Синик патологиясини ўрганиб, елка суяги транскондилляр синикларида силжишлар ҳақидаги таълимот билан, елка суяги ўрта ротацион ҳолати ва улардан елка суяги транскондилляр синикларини репозиция қилишда рационал фойдаланиш ва болаларга Илизаров рационал аппарати қўйишнинг эффектив методларини ишлаб чиқдик.

Кичик ёшдаги болаларга Илизаров аппарати қўйишнинг 1-варианти.

1-вариант операцияни биз 50 (51,5%) та болаларда бажардик. Ўғил болалар 19, қиз болалар 21 ташкил қилган, 24 та болада травма механизми ўнгчап томондан жойлашган. Бошқа тадқиқотчилар ҳам текширишича травма локализацияси чап томонда кўп учрайди. 22 бемор 1-3ёшда, 28 бемор болалар 3-6 ёшда. Янги травма билан (1-3 кунгача) 48 бемор, янги бўлмаган травма билан (4-15 кунгача) 2 бемор муражоат қилган. Дистал синик бўлагининг силжиш частотаси қуйидагича учраган. Оркага силжиш 26 ҳолатда, ульнар силжиш -18, проксимал силжиш – 6 та учраган. Уларнинг қўшилиб келиши; оркага проксимал аддукцион-ульнар силжишлар 17 беморда учраган. (Эслатма; дистал синик бўлагининг силжишлари сони беморларнинг умумий сони билан ифодаланди, битта беморда максимал 4 та йўналишдаги силжиш бўлиши мумкин; оркага, проксимал, ульнар-аддукцион, ротацион).

1-вариант операцияда 2 та ярим халқадан иборат Илизаров аппарати адабиётларда ёзилгандек қўйилади.

Иккита ярим халқадан иборат Илизаров аппарати бутун халқалардан терилган аппаратга караганда анча енгил Бундай аппаратни кичик ёшдаги болаларда қўллаш жуда қулай.

Биз қўйган Илизаров апарати қўйиш методикаси адабиётларда маълум бўлган методикалардан қуйидагилари билан фарқ қилади.

1) Репозиция пайтидан бошлаб 2та ярим халқага кегайлар билан фиксация қилингунча елкага ўрта ротацион ҳолат берилади. кўндаланг силжишларни

2) Буйлама силжишларни тўғрилашда, тўғрилашдаги манипуляцияларда синик бўлаклари силжиш текислиги, синик бўлаклари ҳақидаги фазовий тассавур, силжиш характери ҳисобга олинади.

Мақсад 2 та кегай ўтказиш билан яқунланади: бири - асосийси - елкасуяги ўрта учлигидан фронтал текисликда, иккинчиси тирсак ўсимтасидан.

Методикаси: огриксизлантириш умумий. Бола Шикастланган кўл врач-ёрдамчи томонидан кўкрак қафасиустида, тирсак бугимидан 90° букилган ҳолатда ушлаб турилади. Билак ўқи соғ томондаги ўмров суяги ўрта учлигига, кулоқ томонга йўналтирилади. Бу пайтда елка ўрта ротацион ҳолатни эгаллайди.

Ёрдамчининг 11-11 бармоқлари билан юқори учлигида, буқувчи юза томонида бўлади, чунки елка ўқи бўйлаб тракция бериш имконияти пайдо бўлади. Бошқа ёрдамчи елка юқори учлигидан елка бугимидан ушлаб туради. Тери йод - спирт билан ишланганидан кейин елка ўрта -юқори учлигидан фронтал текисликда, елка узунлигига перпендикуляр равишда Киршнер кегайи ўтказилади. Ёрдамчи елка ўқи бўйлаб тракция бериш йўли билан дистал синик бўлагини аддукцион - бурчакли ҳолатдан чиқаради, дистал синик бўлаги проксимал силжишини тўғрилайди (ёкикамайтиради). Иккинчи кегай тирсак ўсимтасидан ўтказилади.

Тажриба кўрсатмоқдаки, кегайни ўтказишда дистал синик бўлагининг аддукцион силжишини эътиборга олиш керак.

Проксимал ва дистал кегайни ўтказиш, уларни иккита ярим халқадан иборат Илизаров апаратига фиксация қилиш, кегайларни тортиш синик бўлакларини репозиция қилишнинг биринчи этапи бўлади. Иккинчи этап -Дистракция бериш билан медиал томондаги силжишлар - проксимал, аддукцион бурчакли силжишлар тўғриланади. Учинчи этапда биз бармоқлар билан синик бўлакларини силжиши қарама-қарши томонига босиш йўли билан елка суяги дистал охирининг тўғри шаклини тиклаймиз.

Ёпиқ усулда синикдан ташқари остеосинтез қилишнинг мақсади-тўғриланган проксимал, аддукцион- бурчакли ва бошқа силжишларни дистракция ҳолатида ушлаб туришдир.

Шундай қилиб, медиал оёқчада синик бўлакларига доимий тракция бериш қайта силжишларнинг олдини олади.

Клиник мисол келтирамиз; Бемор У.Ш. 6 ёш, 10. 11.94й. тушган. Шикоятлари тирсак бугими соҳасида огрик, шишга. Анамнезидан аниқланишича, уйда букилган тирсакга йиқилиб

Кичик ёшдаги болаларда тирсак бўғими соҳасидаги синиқларини даволаш.

шикаст олади. Клиник курилишда тирсак бўлими соҳасида синдирилиш, иш, деформация аниқланади. Бемор шикастланган кўлини соғ кўл билан ушлаб турибди. Бармоқларда оракат сақланган. Тирсак бўғими икки проекциядаги рентгенограммасида елкасучи ўрга транскондилляр синиши аниқланади. Синиқ бўлаклари силжиш праднал олдинга, проксимал (21-расм).



22-расм. У.Ш. 6 ёш беморнинг фоторентгенограммаси. Ўрта транскондилляр синиқ, синиқ бўлаклари радиал, олдинга, юқорига силжиши билан. Аппарат қўйилгунча ва қўйилгандан кейин.

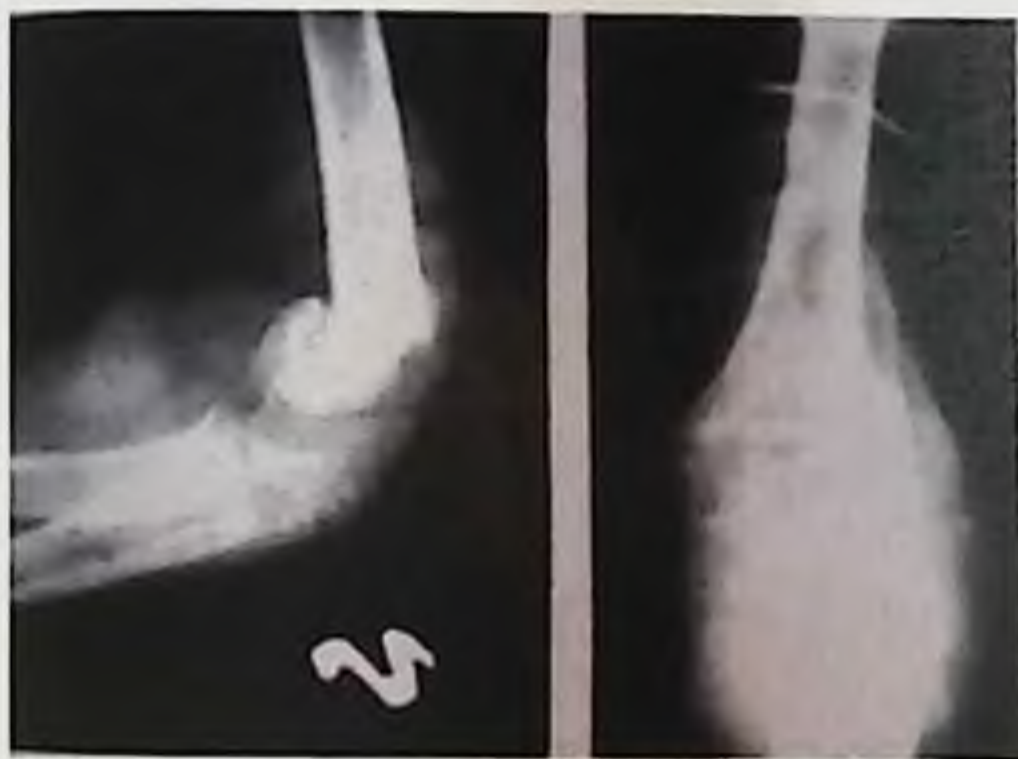
Умумий огриксизлантириш остида 2 та ярим ҳалқадан иборат Илизаров аппарати қўйилди. Проксимал кегай елка суяги Ўрта учлигидан фронтал текисликда, дистали - тирсак ўсимтасидан ўтказилади. Операция столида ўлчамли дистракция берилади. Контрол рентгенограмма қилинди, бўйлама силжиш қолмоқда. Яқинкунларда аста-секинлик билан дистракция берилиб, силжиш тўғриланди. Клиник Гютер ўчбурчаги тенг томонлиги тикланди, тирсак ўсимтаси бўғим ўртасига келди, нормал ҳолатга яқинлашди (20-расм).

Бизнинг тажриба кўрсатмоқдаки, иккита кегай билан қўйилган (иккита яримҳалқадан) аппарат қуйидаги ҳолатларда синиқ бўлаклари силжишини муваффақиятли тўғрилайди.

1. Силжишлар юқориги ва олдинга бўлса.

2. Синиқ бўлаклари силжишлари I-турда бўлса; ульнар, аддукцион -бурчакли.

3.Синик бўлаклари силжишлари 2-турда бўлса, дистал синик бўлагининг ташқи оёқчаси орқали ичкарига айланиши, медиал қисмининг проксимал томонга силжишида.



23-расм. 21-расмдаги беморнингфоторентгенограммаси.Аппарат ечиб олинган.Суяк синишларидабитта кетмоқда. Эпиметафизар бурчактикланган. Қўл ўқи тўғри.

Биз операция жараёнида иккита ярим ҳалқадан иборат Илизаров аппарати қўйишда шундай қийинчиликка дуч келдик; ҳозирги пайтда травматологлар томонидан қўлланилаётган кегай тортиш учун мослашган кегай тортувчи мослама қуйидагича ишлайди; кегай каналга маҳкамланади, мослама иккита таянчи билан ҳалқага тақалади ва кегайни тортади. Кегайтортувчи мослама ярим ҳалқалардан тузилган аппарат билан ишлашда мослама иккита таянч нуқтасидан биттаси ярим ҳалқага тақалади. Битта нуқтаси таянчга эга бўлмайди. Шунинг учун кегайни талаб қилинган даражада торта олмайди.

Биз кегай тортувчи мосламани қуйидагича мукамаллаштирдик. Қўшимча пайвандлаш йўли билан учинчи таянч » ҳосил қилдик. Учинчи таянч болт ва гайка ёрдамида ярим ҳалқага маҳкамланади. У кегайни тортиш мобайнида мосламани таянчи бўлмаган ён томонга силжишига йўл қўймайди(Рац. таклиф №1175 „СамТИ. 2001).

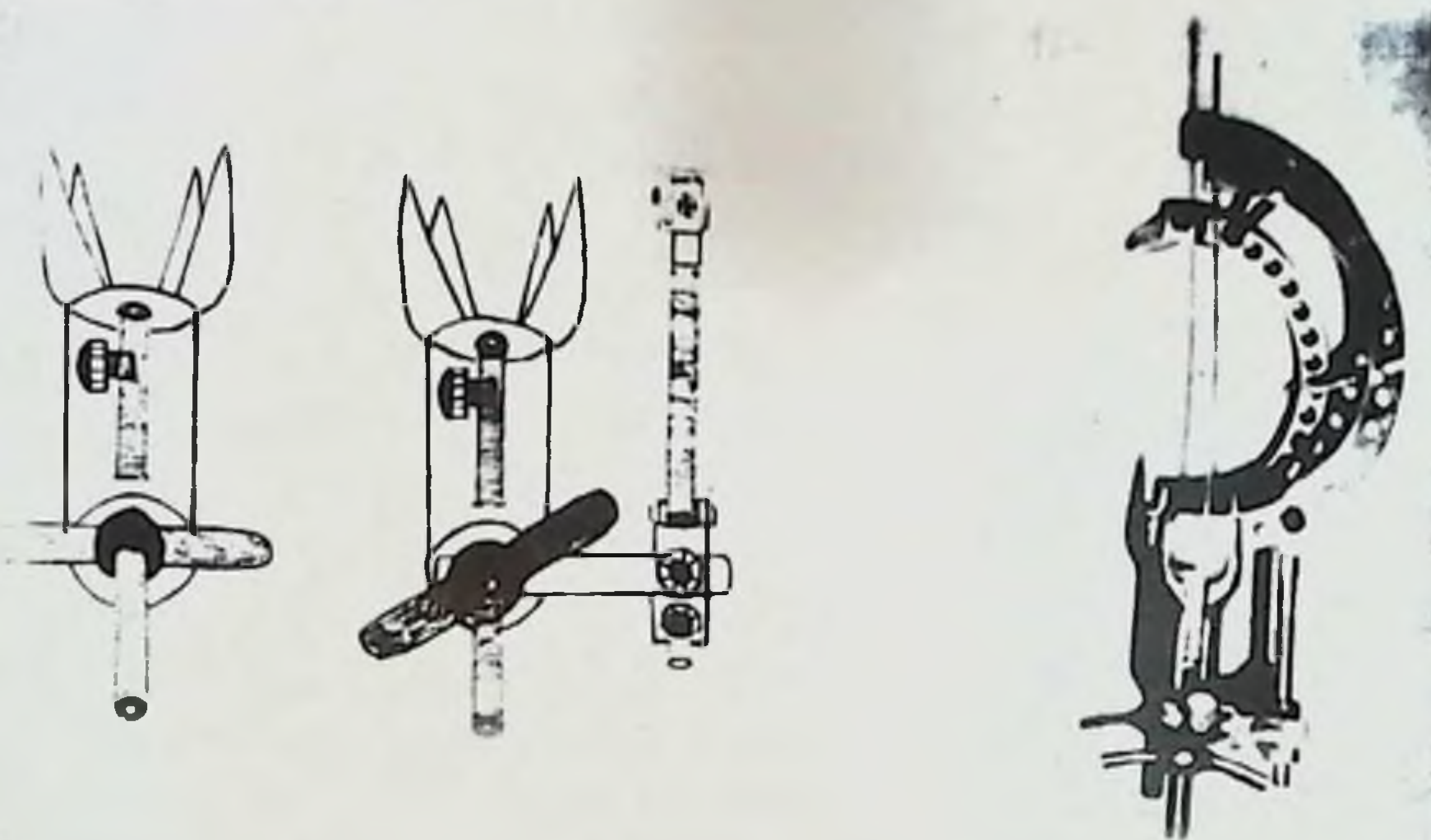
Даволашнинг яқин муддатдаги натижаларини ўзимиз ишлаб чиққан мезонларлар асосида баҳоладик. («Даволаш натижалари» бўлимига қаранг) 50 та бемордан 14 (28,0%) тасида биз даволаш

Кичик ёшдаги болаларда тирсак бўғими соҳасидаги синикларини даволаш.

натижаларини аъло, 33 (66%) яхши, 2 (4,0%) кониқарли, 1 (2,0%) - кониқарсиз баҳоладик.

Илизаров апарати қўйишнинг 2- варианты.

Иккинчи вариант операцияни биз 19 (19,6%) беморда бажардик. Ўғилболалар -12 (12,3%), қиз болалар -7 (7,3%). Синик 10 (10,3%) болада ўнгтомонда, 9 (9,3%) болада чап томонда. 10 (10,3%) бемор 1-3 ёшда, 9 (9,3%) 3-6 ёшда, 6 (6,1%) бемор травмадан кейин 1 суткагача, 4 (4,1%) бемор 1-3, 9 (9,2%) бемор 4 суткадан кейин шифохонага тушган. Синик бўлаклари силжиш характериға, йўналишиға кўра III - тур силжишларға мос келади. Бу беморларда орқаға, ульнар, аддукцион-бурчакли, проксимал силжишлар асосий қисмни ташкил этади.



24-расм.

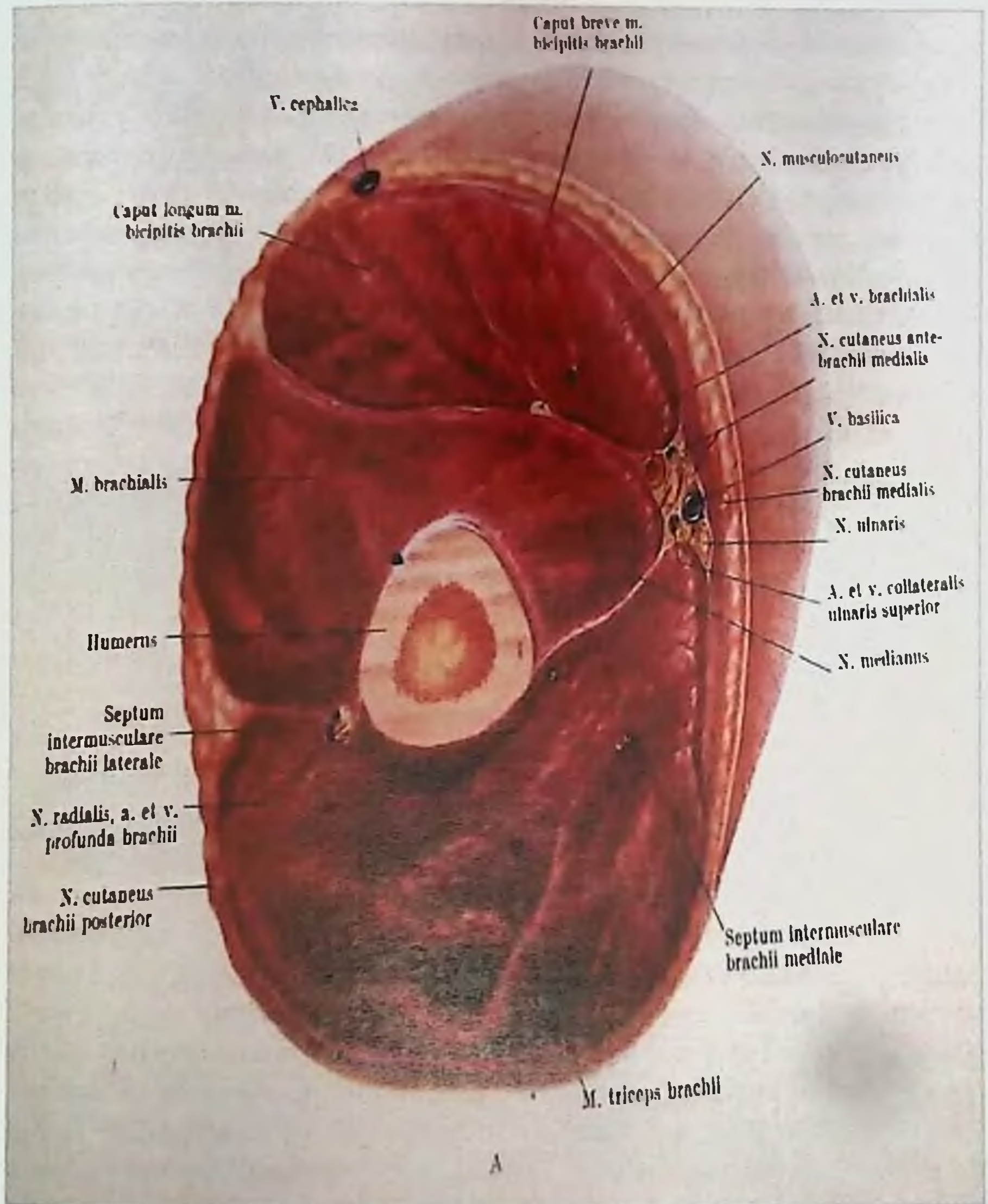
Бутун халқа учун кегай тортувчи мослама.

Ярим халқада кегай тортувчи мослама.

Ярим халқада кегай тортувчи мослама иш пайтида.

2-вариант Илизаров апарати қўйиш методикаси - вариантдан синик бўлаklarини тўғрилаш мақсадида қўшимча учинчи, тўғриловчи кегай ўтказиш билан фарқ қилади. Операция умумий оғриқсизлантириш остида бажарилади. Проксимал кегай одатдагидай елка суяги ўрта-юқори училигидан фронтал текисликда ўтказилади.

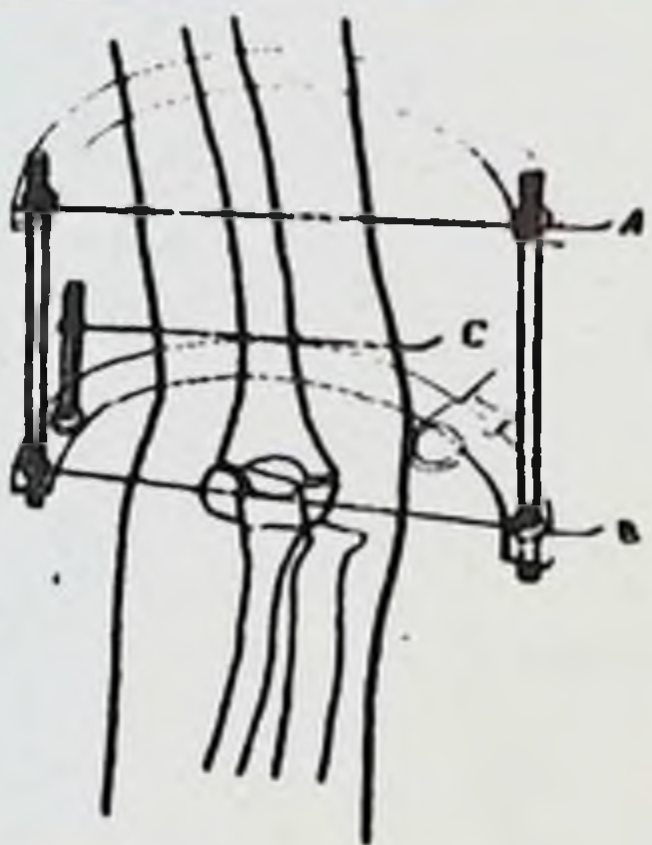
Шуни ҳисобга олиш керакки, бу ердан кегайни ўтказишда врач хамиша қон-томир нерв тутамларининг шикастланиши хавфини сезади ва кегайни бошқа хавфсиз жойдан ўтказишни мўлжаллайди (18-расм).



25-расм. Елаканинг кўндаланг кесими. Проксимал кегайни елка суяги ўрта-юқори учлигидан фронтал текисликда ўтказиш учун қон-томир, нерв тутамлари топографияси ҳисобга олинади.

Биз елканинг юкори-ўрта учлиги топографик анатомиясини ҳисобга олган ҳолда томир-нерв тутами дорзал ҳолатдан ўрта ҳолатга яқинлашган жойда уни бармоқ билан елка воляр юзаси томонга итарамиз. Бу эса куйидагича амалга оширилади (22- расм). *Caput longum. m. Tricipitis brachii, caput med.m. Tricipitis brachii* мушакларининг медиал қирғоғи пайпаслаб аниқланади ва эҳтиётлик билан суяк пайпаслангунча бармоқ чуқур киритилади. Кейин елка ички томонидан кегай суякка киритилади. Кегай ўтказиш хавфсизлигига амин бўлган ҳолда кегай яна суяк орқали киритилаверади. Болаларда транскондилляр синишларда елкада тарқаган шиш бўлгани учун пайпаслаш йўли билан артерия пульсациясини аниқлаш қийин бўлади. Иккинчи кегайни киритиш учун елка вертикал ҳолатда бўлиши лозим, бунинг учун кўл тирсак бўғимидан 90° да букилади. Билак ўқи краниал томонга, соғлом кулоққа йўналтирилади. Бундай ҳолатда елка ўрта ротацион ҳолатга ўтади ва бўлақлар ротацион силсиши йўқолади. Кегай куйидаги шартларга асосан кўйилади. Дистал бўлақ ульнар, аддукцион-бурчакли силжишини назарда пайпасланади хаёлантутиб, ташки ва медиал эпикондулисалар биэпикондилляр чизик ўтказилади. Дистал кегайни тирсак усимтаси орқали биэпикондилляр чизикабири, киритишнинг шартларидан паралеллигига роия этиш, яна бир қондаси эса кегай тирсак суяги ўқиғаперпендикуляр ўтиши шарт (23-расм).

Врач олдида турган кейинги вазифа - бу учинчи кегайни киритиш даражаси ва йўналишини аниқлашдир. Юкорида айтилган локализацияда олдинги орқа силжишини йўқотиш учун марказий синиқ бўлаги дистал қисмидан кегай ўтказиб марказий булакни орқага тортиш керак. Бизнинг клиник, рентгенологик текширувларимиз репозитцияловчи кегайни киритиш даражасини аниқлашга имкон беради. Кегай киритиш даражаси бўлиб, тирсак бўғими букилган бурчаги ҳисобланади, бурчакдан проксимал томонда 0,8 - 1,0 см юкорида киритилган кегай марказий синиқ бўлаги дистал қисмидан ўтади. Репозицияловчи кегай йўналишини аниқлашда биз силжиш текислиги тушунчасига асосландик. Кегай йўналиши бизнинг аппарат кўйишдаги модификацион усулда сагиттал текисликда ҳам эмас, фронтал текисликда ҳам эмас, балки у фронтал текисликдан бурилган ҳолда бўлақлар силжиш текислигидан ўтади.



26-расм. Илизаров аппарати қўйишнинг 2-вариант тисхемаси

Клиник мисол келтирамиз. 27-расмда бемор С.Н 4 ёшда бевосита рентгенограммаси берилган. Сينيш механизми: жароҳат ноҳосда бўлган. Клиникасида - катта шиш деформация. Тирсак бўғимида огрик бўлгани учун ҳаракати чекланган. Қон айланиш бузилиши, иннервация бузилиши синиш дистал қисмида кузатилмайди. Рентгенограммада ёзувчи Ўрта транскондилляр синик, дистал бўлакнинг орқага силжиши кучли проксимал ва 1/4 кенгликда радиал кўндаланг силжиш кўринади. Сينيш дистал синик бўлагининг проксимал, орқага, радиал силжиши билан



27-расм. С.Н. 4 ёш, беморнинг фоторентгенограммаси.

а – синик бўлаклари катта силжисини билан. Елка Ўрта Физиологик Ҳолатда тўғрилانган. Аппарат қўйилган.

Беморда умумий огриксизлантириш остида репозиция қилинган ва 2-вариант бўйича Илизаров аппарати қўйилган. Бўлақлар жойига қўйилган. Диастаз кучли бўлишига қарамай, суяк синиши тўлиқ битиб кетан (26-расм).

Бизнинг клиник кузатувларимиз шуни тасдиқлайдики, баъзи катта дистракциялар бундай вақтдашуни тасдиқлайдики, баъзи каттасуяк битишига хавф солмайди. Даволаш натижаларини биз

ўзимиз ишлаб чиққан мезонларга асосланиб баҳолалик («Даволаш натижалари» бўлимига қаранг).

19 та 100%) беморлар орасида 12 тасига (63,0%) аъло баҳо бердик. 5 таси (26,3%) гаяхши, 1 (5,3%) тасига қониқарли, 1 таси (5,3%) қониқарсиз баҳоланди.

Кичик ёшдаги болаларга аппарат қўйишнинг 3-варианти.

3-вариантини биз 5 та беморда қўлладик. Ўғил болаларда 3 та, қизлар - 2 та. 3-вариантини биз 5 та беморда қўлладик. Ўғил болаларда 3 та 1-3 ёшгача болалар 2 та, 3-ёшгача - 3 та. Жойлашишига қараб, ўнг томонда 4 та, чапда 1. 4 та болалар жароҳат олгандан кейин 1-суткада, 1 та кечроқ мурожаат этган (3 - кун). Рентгенологик характериға қараб 2 та беморларда биз 1-турдаги, 2 тада 11- турдаги, 1 тада 11-турдагисиниш кузатилган.

Аппарат қўйишнинг 3-варианти қўйидагича ўтказилади; проксимал тўлик ҳалқа, дистал ярим ҳалқа. Проксимал ҳалқада кегай сагиттал текисликда, елканнинг ўрта-юқори учлигидан, дистал ярим ҳалқадан одатдагидай киритилади (27 -расм). Ушбу методика 5 та беморда қўлланилди. Репозиция натижалари анализи ва даволаш натижалари шуни кўрсатадики, проксимал кегай сагиттал текисликда дистал кегайга яқин киритилганда дистал бўлакни аддукцион - бурчакдан чиқаришда баъзи қийинчиликлар туғдиради. Буни биз кегайлар орасида масофа қисқалиги билан боғлаймиз.



28-расм. М.У. 3 ёш беморнинг фотоси. Дистал учлик; чап елка суягининг ёниқ транскондилляр синиши. Аппарат 3-вариант бўйича қўйилган. Тушунишириш текстда.

Ушбу вариант қўлланган 5та беморда репозиция натижаларини ўрганиб чиқиб, биз 3та беморда қолдиқ аддукцион-бурчакли 5-10° силжишни аниқладик .

Уларда даволаш натижалари қониқарли баҳоланган. 2 та беморда эса яхши баҳоланган.

Бундан келиб чиккан ҳолда бизнинг кузатувларимиз шунни кўрсатадики,кегайни ўрта учликдан сагитал ёки фронтал текисликда киритиш аддукцион- бурчакли силжишини тўлиқ йўқотмас экан. Операциянинг 1-2 варианты қўллаш пайтидабиз қуйдагиларга эътибор қаратдик; кегайни ўртаучлигидан, фронтал текисликдан киритиш аппарати кўйишда дистал йўқотиш қийинлашади. Пайтида тўқималар шиш ва зўриқиш натижасида артерия пульсацияси кўпинча аниқланмайди ва врач кегайни суяк тўқимасигача хавф билан киритади.



29- расм. Бемор А. З. 5 ёш, кас. тарих.№ 4126 З; чап елка суягинингётиқ транскондилляр синиб силжиши. Ўтказилган кегай асорати - биллак нервининг шикастланиши.

Тирсак ўсиғидан ва елка ўрта учлигидан ўтказилган кегайлар орасидагимасофа кам. Бу эса силжишларнинг ҳамма турини

дистракция йўли билан тўғирлашга имкон бермайди. Репозицияловчи кегайлар киритиш махсус чораталаб қилади. Дистракция вақтида бўлақларнинг силжишини йўқотиш мақсадида елка медиал юзаси териси баъзан тортилиб қолади, баъзан эса проксимал кегай пасткида некроз бўлиши ҳам мумкин. Бунақа асоратни 6 та беморда кузатганмиз. Бундай вақтларда беморга врач елка медиал териси соҳасида кегай яқинида кесмачалар қўйишга мажбур бўлади, бу эса қўшимча жароҳат ҳисобланади. Битта беморда туман касалхонасида аппарат қўйилган, бунда кегай елка ўрта учлигидан ўтказилган ва бу беморда биз n.radialis шикастланганини кузатганмиз(28-расм).

Кегайни ўрта юқори учлик орқали фронтал текисликда ўтказилганда хавф кўпроқ бўлади. Чунки ушбу ҳолатда томир-нерв тутами кегай йўналишида жойлашган бўлади. Бунга биз елканинг кўндаланг кесимида топографо-анатомик ҳолатини ўрганган ҳолда амин бўламиз.

Янги (4-, 5) вариантларини болаларда қўллашнинг патофизиологик тушунчалари, кегайларни елканинг алоҳида қисмларидан ўтказиш натижалари

Жароҳатланишга жавоб реакцияси сифатида елканинг олдинги ва орқа гуруҳ мушаклари (икки бошли, уч бошли, елка мушаклари) спазм қисқаради, бу эса дистал бўлақни юқorigа (проксимал) силжишини келтириб чиқаради.

Ушбу мушакларнинг суякга бириккан жойларида спазмга қарши тура оладиган куч бериш мумкин. Мушакларнинг суякга бириккан жойлари елка бўғими соҳасида курак ҳисобланади, тирсак бўғими соҳасида билак ва тирсак суяги проксимал учи ҳисобланади. Шу нуқтаи назардан, бизнинг нигоҳимизда проксимал кегайни ўрта - юқори учлиги орқали ўтиш ва елка суяги пастки қисмидан ўтиши синишлар узунасига силжиши патофизиологиясига тўғри келмайди.

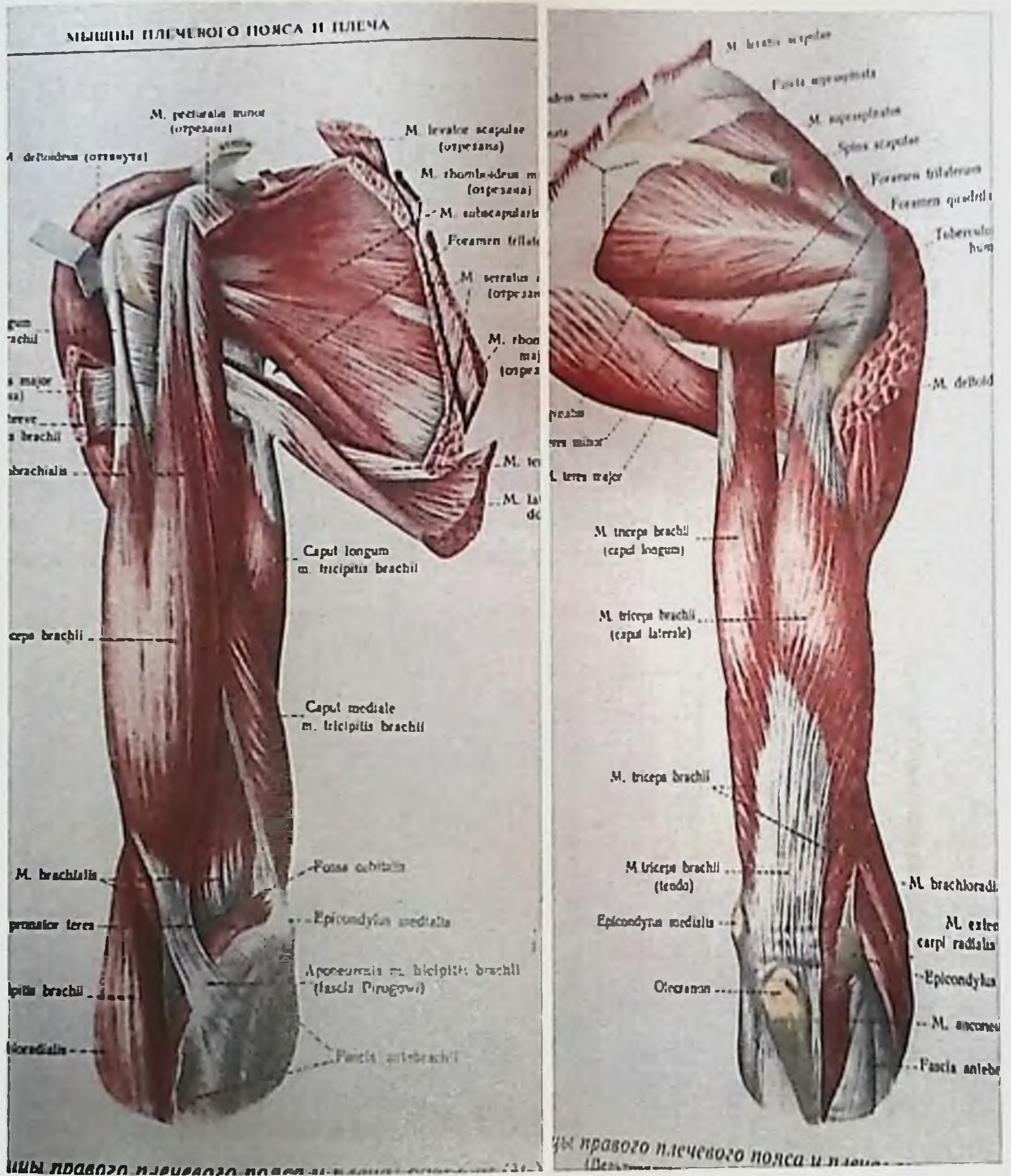
Дистал ва проксимал ўтказилган кегайлар орасидаги масофа кам. Текширувлар шунини кўрсатадики, кегайлар ораси қанча кам масофа бўлса, транскондиляр синишда бўлақларни жойига қўйишда таъсир қиладиган куч таъсири шунча камаяди.

Бундай пайтларда аппаратга қўшимча ярим халқалар қўйиш керак бўлади. Бу г.М. Караулов, О.Э.Амиров, П. Ўринбоев ишларида кўрсатиб ўтилган.

Мушаклар суякга бириккан жойларини назарда тутиб, кегайларни қўйидаги ҳолатда ўтказиш назарий жиҳатдан тўғри

бўларди; проксимал елка камари суяги орқали, дистал - тирсак ўсиғи орқали ўтказиш (29 - расм).

Илизаров аппарати қўйишда кегайларини курак орқали ўтказиб ҳалқага (ярим халқага) фиксациялаш оғир вазифа ҳисобланади. Шунинг учун биз Илизаров аппаратида кегайларни елка суяги проксимал метафизи орқали ўтказиш усулини ишлаб чиқдик.



30-расм. Елка соҳасидаги икки бўғимли мушаклар транскондилар синишларда силжиишлар келиб чиқишида муҳим роль ўйнайди.

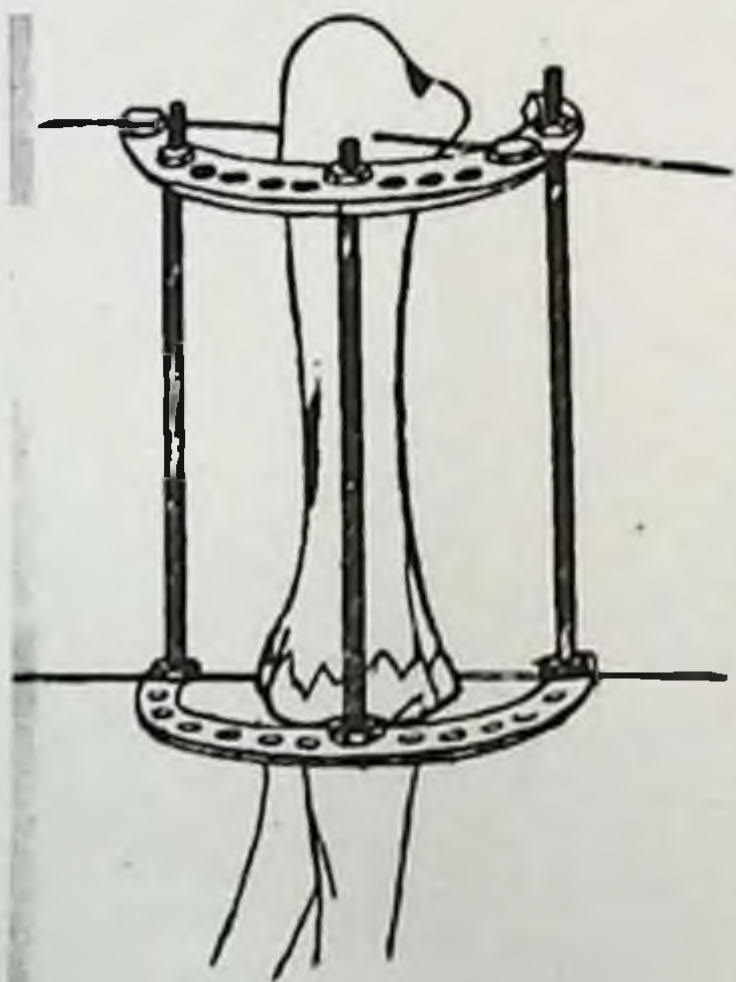
1. Проксимал кегайни ўтказишнинг назарий асоси.
2. Проксимал кегайни ўтказишнинг амалий имконияти бор жой.

Илизаров апарати қўйишнинг 4-варианти.

Бу усулни бт 6 та беморларда ўтказган. Ўил болалар 4, коляр – 2. Ёшига қараб: 1-3 ёшгача 2, 3-6 ёшгача 4та болалар. 2 та болада ўнгда, 4тада - чап томонда синиш учраган. Ста болалар жароҳатнинг 1-кунда, 1-та бемор 2- кунда мурожаат этган. Рентгенологик характерига қараб 2-та беморда 1-плаги, 1та 1-ию, 3 та 3гп синишлар аниқланди.

Иккала кегай ҳам фронтал текисликда, проксимал кегай юқори метафизоркали, Илизаров апарати ярим ҳалқаси олдиндан ўрнатилади. Проксимал кегай киритиш жойи томир-нерв тутамидан вентрал томондан, делтасимон вақатта курак мушакларининг олдинги қирғоқлари орасидан ўтказилади (30,31,32 -расм).

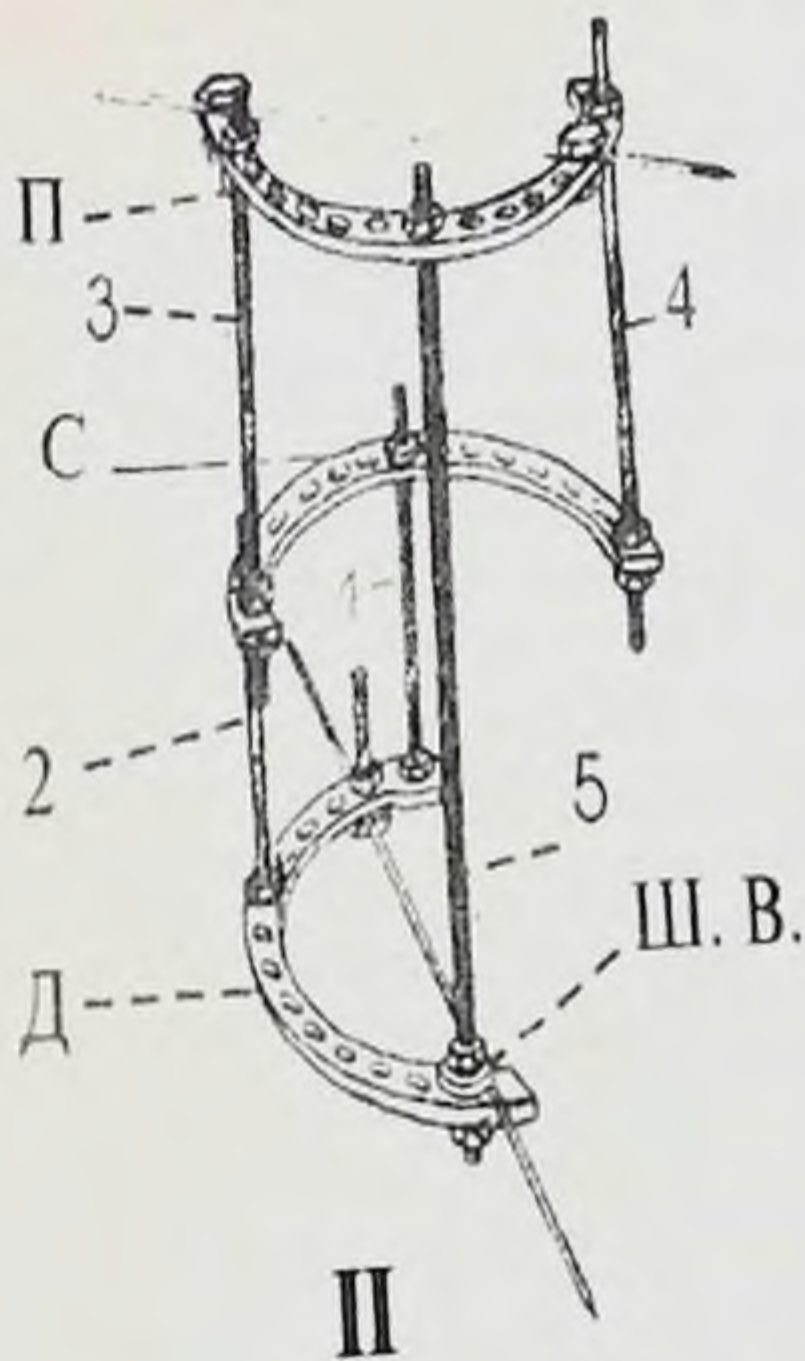
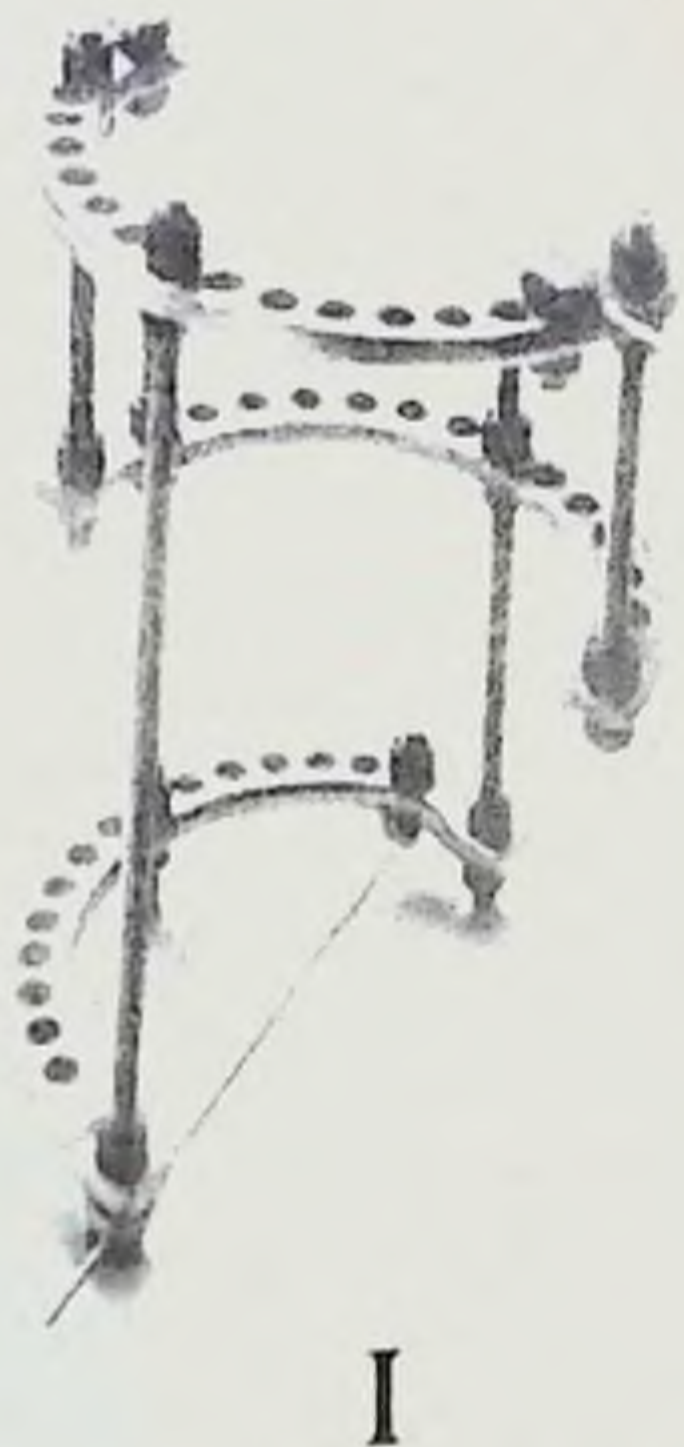
Бу метод 6 та бемор да қўлланилган. Тажриба шуни кўрсатдики, олдиндан қўйилган дистал ҳалқа қўлни 90 -100° да букилишига тўсқинлик қилади, билак ёзилган ҳолда туради. Бу эса ўз навбатида дистал синиқ бўлаги ёзувчи - бурчакли силжишини тўлиқ йўқолмаслигига олиб келади. Даволаш натижаси. 6 та бемордан 3 тасида аъло, 2 тасида яхши, 1 таси қониқарли баҳоланди



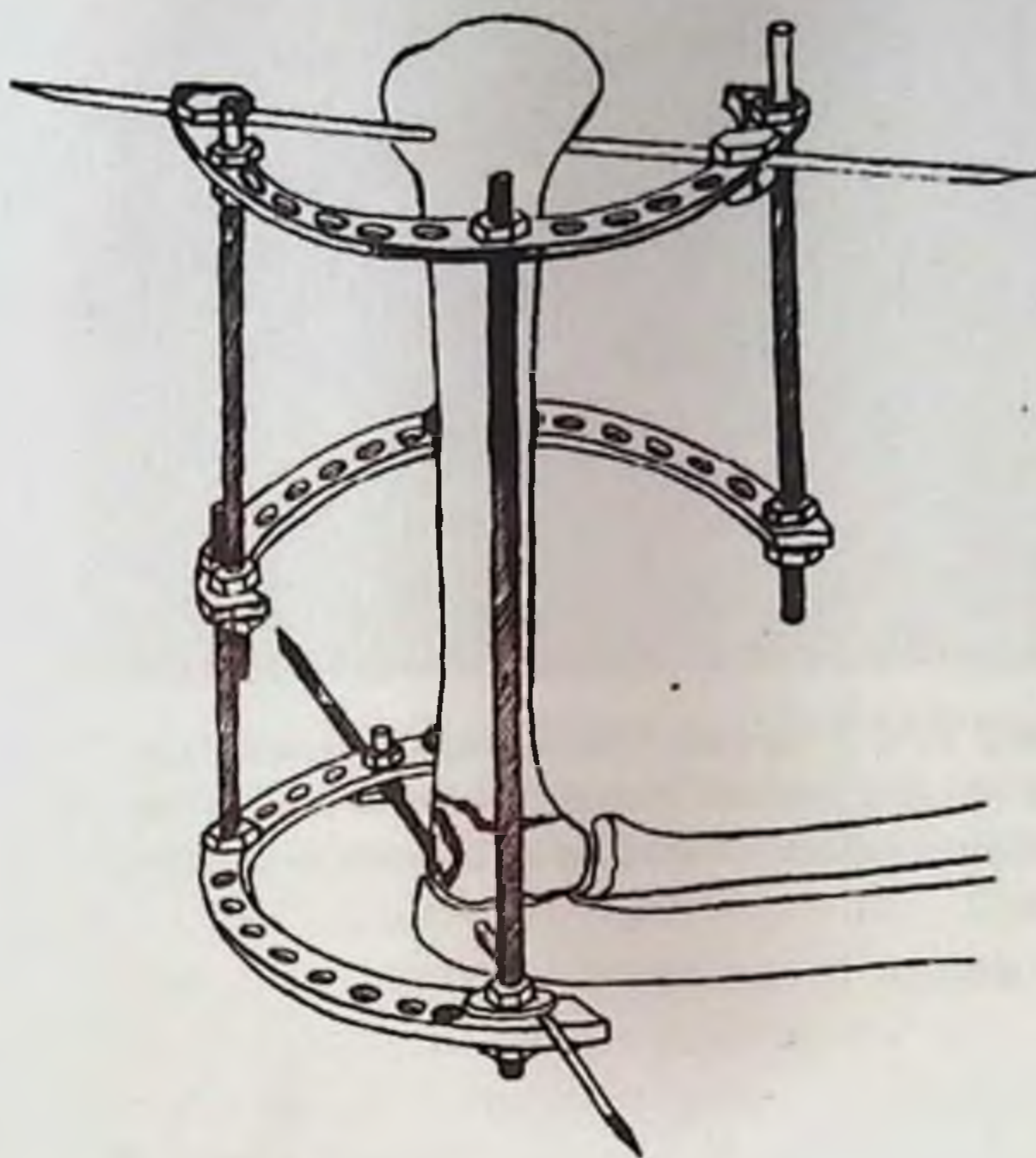
31,32-расмлар. Илизаров апарати қўйишнинг 4- варианты схемаси ва бемор Б. Ч. 3 ёш, кас. тарих №2148. Дистал учлик; чап елка суягининг транскондилляр синиқ силжиши. Аппарат 4-вариант бўйича қўйилган.



33-расм. Бемор Б.Ч. 3 ёшнинг фоторентгенограммаси. Дистал саниқ бўлагининг орқага, радиал, ротацион силжисини. 4-вариант бўйича аппарат қўйилгунча ва қўйилгандан кейинги ҳолат.



34-расм. 5-вариант бўйича аппарат йиғини қўйишнинг тартиби ва схемаси.



35-расм. 5-вариант бўйича аппаратнинг скелетдаги схемаси.

Илизаров аппарати қўйишнинг 5 - варианты.

Аппарат қўйишнинг 5 - вариантыни 17 та беморда қўлладик. Ўғилболалар 10 та, қизларда -7 қўлланилган. Ёшига караб 1-3 ёшгача - 6 та 3-6ёшда 1 та, ўнгда 8 тада , чапда 9 та кузатилган. 13 та бола 1-кунда, 4 габемор 1-3 кунларда мурожаат этишган. Рентгенологик текширувларда 3 табеморда I-тип синиш, 4 тасида II-тип, 10 тасида III-тип синиш учраган. Беморларни I - 4- вариантларда даволаш натижалари, аппарат халқалари бир-биридан узокрок масофада туриши кераклигини, агар дистал халқа дорсалюзасида жойлашса жуда яхши бўлишини кўрсатди. Елканинг проксимал қисмининг анатомик хусусияти кегайни фронтал текисликда ўтказишга йўл қўймайди.

Кегайни сагиттал текисликда ўтказиш мумкин бўлади. Бундай ҳолда проксимал ва дистал ярим халқа ҳар-хил позицияда бўлади. Ярим халқаларни бирлаштириш учун биз уч ярим халқадан иборат аппарат компоновкасини ишлаб чикдик. Биз қўллаган аппарат

компановкасида дистал ҳалқа тирсак ўсиғида дорзал томонида жойлашади. Ўрта ярим ҳалқа елка ўрта учлигидан медиал томонда жойлашади ва у дистал ҳалқага бирлаштирилган бўлади. Проксимал ярим ҳалқа юқори учликда елка латерал юзасида жойлашиб, у ўрта ярим ҳалқа билан бирлаштирилган. Проксимал кегай сагиттал текисликдан ўтади ва ярим ҳалқага фиксацияланади. Проксимал кегай юқори метафиздан ўтказилгани учун методика олдида қўйилган мақсад, яъни бўлақлар силжишини узунасига йўқотиш, аддукцион-бурчакли силжишдан чиқаришга эришилади.

Аппаратни компановка қилиш методикаси.

Аппарат диаметри 100 мм бўлган 3 та ярим ҳалқадан йиғилади (34, 35-расм). Дистал ярим ҳалқа (Д), ўрта ярим ҳалқа (С), проксимал ярим ҳалқа(П). Ярим ҳалқалар 4 та стерженлар билан (узунлиги 10см) бирлаштирилади, 2 та эгатчали шайба керак бўлади.

Аппаратни йиғиш қуйидагича:

Пўлатдан қилинган (Д) яримҳалқа (С) яримҳалқ билан 90 га бурилган ва 3-танга проксимал учига шайба қўйилиб кегайлар фиксацияланади. 5-штанга проксимал учива 1-2 штанга дистал учларида дистракциялар беришда керак бўладиган резерв қисм қолдирамиз. Қолган бошқа тугунлар 2, 3- штангалар операция бошлангунча фиксацияланади. Аппарат худди шу ҳолда операциягача тайёрланиб, териб қўйилиши шарт. Дистал уч тугунлари штанг 1-2 ва 5- штанганинг иккинчи учи операция фиксацияланади. Зарур бўлган дистракция операциядан кейин берилади.

Аппарат қўйишнинг методик хусусиятлари қуйидагиларни ўз ичига олади. Умумий оғриқсизлантириш остида елка ўқи бўйлаб тракция берилади, қўл варус ҳолатидан чиқарилади. Ўқ бўйлаб қўл кучини камайтириб, бемор қўлини тирсак бўғимида 90° букамиз. Тортиш ва қарши тортиш давом эттирилаверади. Билак ўқи соғлом кулоқ томонга йўналтирилади, елка ўрта ротацион ҳолатга ўтган бўлади. Дистал кегай тирсак ўсиғидан ўтказилади, ва дистал ҳалқага у фиксацияланади. Проксимал ҳалқани мулжал қилиб (кегайни буш тешикларда фиксация қилиш учун), проксимал кегай елканинг юқори метафиздан сагиттал текисликда ўтказилади. Ушбу методика 17 та беморда қўлланилган. Даволаш натижалари таҳлили шуни кўрсатадики, 14та бемор аъло, 3 беморда яхши натижа олинди



36-расм:

А). Диагностик фоторентгенограмма.

Б). Антарат қўйилгандан кейинги контроль фоторентгенограмма.

В). Антарат ечилгандан кейинги фоторентгенограмма.



37-расм. Т.Г. 5 ёшли беморнинг фоторентгенограммалари.

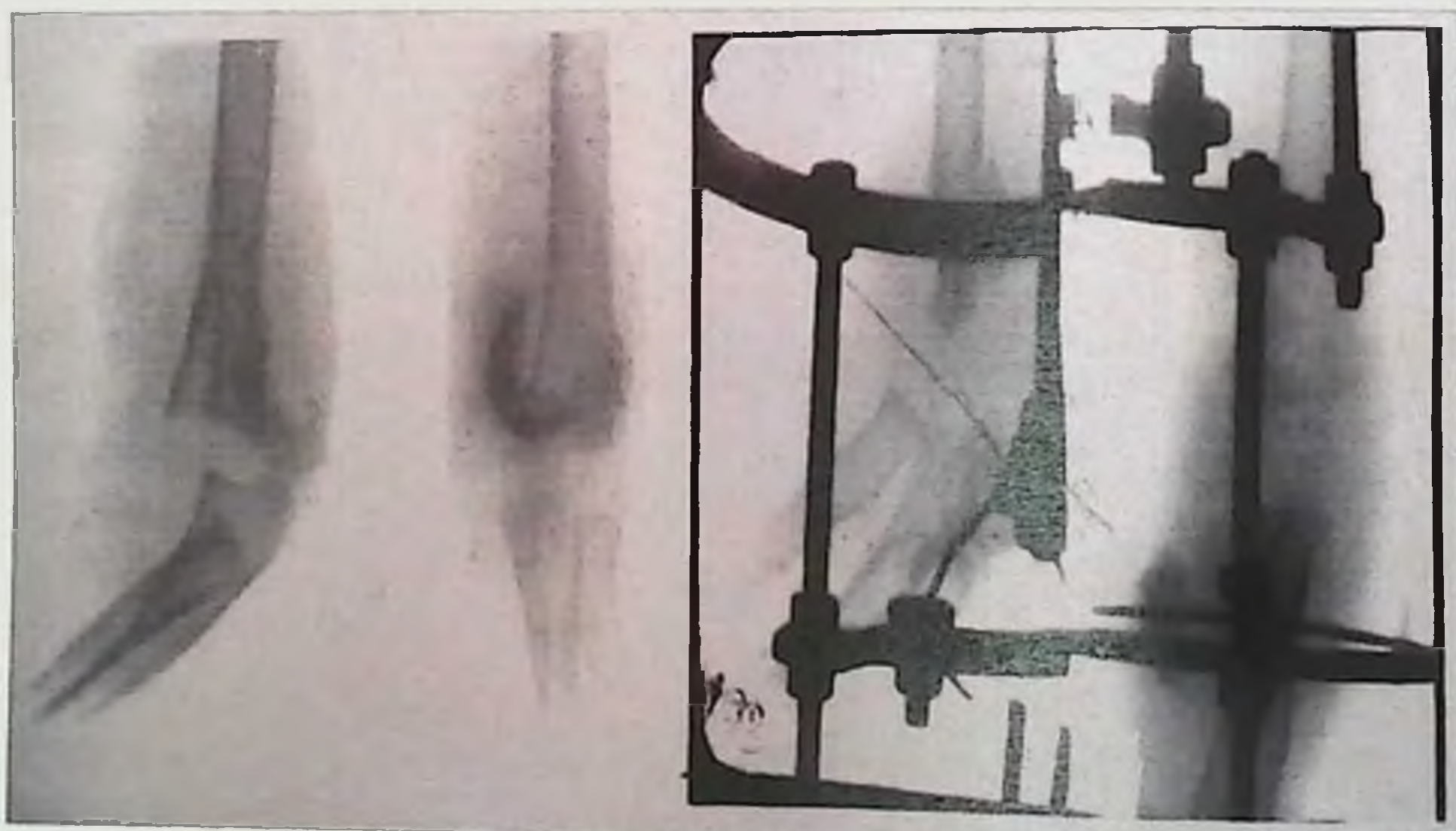


37-расм. Бемор Т.Г. 5 ёш. Дистал учлик; чап елка суягининг ёниқ транскондиляр синиши. Аппарат 5-вариант бўйича қўйилган.

5- вариантга клиник мисол келтирамиз: Бемор Х.Д. 3 ёш. Касаллик тарихи №4568. 24.10 2000. йилда шифохонага келган. Шикоятлари: ўнг тирсак бўғимда шиш, деформация, функция бузилиши. Анамнезидан уйда қўл кафтига таяниб йиқилган. Текширувда тирсак бўғимида шиш ва деформация аниқланади. Қўлнинг дистал қисмида қон айланиши ва иннервация бузилмаган. Рентгенограммада 3-типдаги синиш. Бўлимда умумий оғриксзлантириш остида репозиция қилинган ва Илизаров аппарати 5-вариант бўйича қўйилган. Контрол рентгенограммада бўлақлар силжишлари йўқотилган.



38-расм. Бемор Х.Р. 3 ёш.



39-расм. Юқоридаги (37 расм) беморнинг фоторентгенограммаси, аппарат қўйилгунча ва қўйилгандан кейингиси.

Синик бўлақларини очик репозиция қилиш

Очик репозиция йўли билан биз 8 та болани даволадик.

Операцияга кўрсатма:

Кўрсатмани ҳамма ёшдаги болаларда куйганмиз ас еди. Жароҳат вакига боғлиқ эмас, 10 кунгача, 10-16кун, 17-21 кун ало. Операцияга асосий кўрсатма адабиётларда ёзилишга, тирсак бумконтрактуралари, синиш турлари – Ўрта транскондилляр. пасти транскондирсизлишлар аниқ тўғриланмаганда, силжишлар натижасида келиб чиқадиган контрактуралар бўлганда Бундан ташқари, жароҳат вари хам ок.репозиция қилишга кўрсатма бўлади. Бизнинг кузатувларимизда биттаҳолатда периферик кон айланиши бузилиши очик репозицияга кўрсатма бўлган эди.

Операция методикаси.

Биз ташқи ёнбошдан киришни маъқуллаймиз, чунки бунда уч бошли мушак пайнга тегинилмайди. Лекин бўлақлар жойига қўйилаётган пайтида медиал қисм визуал кўринмай ҳалақит беради. Бу камчиликни қўл билан пальпация қилиш тўлиқ компенсациялайди. Тери кесими ташқи томон билан, ташқи эпикондилис орқали ўтказилади. Бизнинг техникада юмшоқ тўқималарни суяккача кесилиши, эпикондулис ташқи томонидан, ўзигхос «А» кўринишда бўлади.

Бундай кесимэпиметафиз ташқи қисмидаги мушак оёқчасини авайлайди. Мушак оёқчаси сақланиши эпифизнинг дистрофик ўзгаришларининг профи-лактикаси ҳисобланади. Суяк усти парда остидан метафиз очилади. Марказий ва дистал бўлақ учларини ажратамиз. Гематомани олиб ташлаймиз, булақлар учлари тозаланади. Бўлақларларни жойига қўйиш вақтида елкага вертикал ҳолатга яқин ҳолат берамиз. Билакни 90° га букамиз. Билак ўқи соғлом ўмров ўрта учлиги, соғлом қулоқ томонга йўналган бўлади. Юқорида саналган шароитларда бўлақларни жойига қўйиш осон ва ротацион силжиши ҳам йўқотилади. Фиксация 2 та кегай билан қилинади. Қаватма-қават чоклар қўйилади, терига чоклар қўйилади.

V БОБ

ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Даволаш натижаларини биз «аъло», «яхши», «қоникарли», «қоникарсиз»деб баҳоладик.

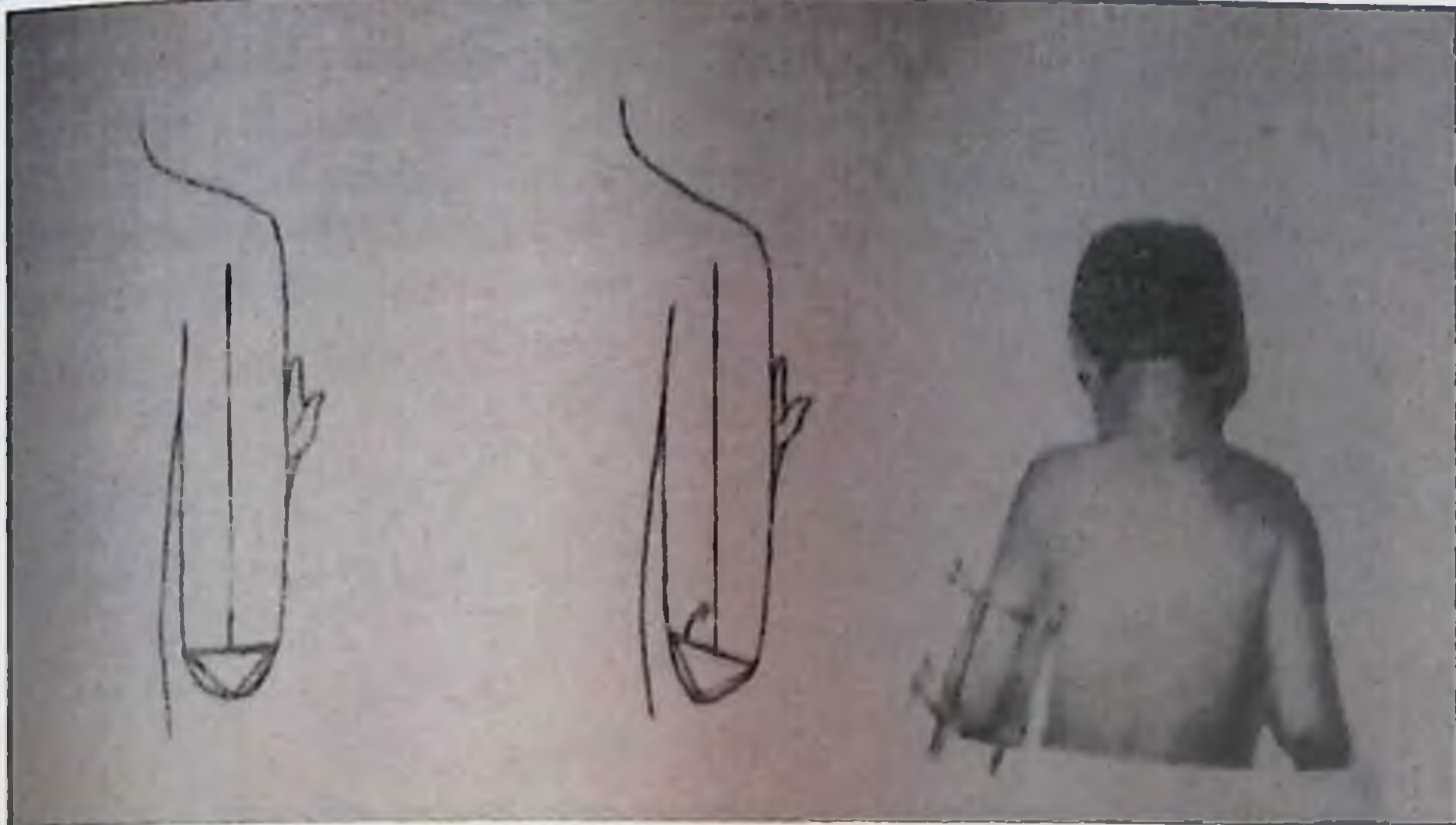
Синиқ бўлаклари репозицияси натижалари клиник ва рентгенологик белгиларга қараб баҳоланди. Билакнинг елкага нисбатан вальгуслиузоклашиши, Гютер учбурчаги тенг томонлиги тикланганлиги, Маркс чизиги, Лобова симптоми, П.Ў. Ўринбоев симптомлари ҳисобга олинди (40 - расм).

Контрол рентгенограммада репозицияни баҳолаш бир каторрентгенографик белгиларга асосланди; қандай транскондиляр синиш: юқори, ўрта, пастки; синиқ бўлақларининг қайси тур силжишлари тўла бартараф этилмаган; энига, узунасига, бурчакли, ротацион. Агар транскондиляр синиқюқори турда бўлса, асосий эътибор аддукцион-бурчакли силжишга қаратилган бўлиши лозим, чунки узунасига, бўйлама ва ротацион силжишлар бу синиқ турида бугим функциясига ва формасига салбий таъсир қилмайди. Ўртатранскондиляр, асосан пастки транскондиляр синиқларда синиқ бўлаклари силжишининг ҳамма тури тўғриланганлигига эътибор бериш лозим.

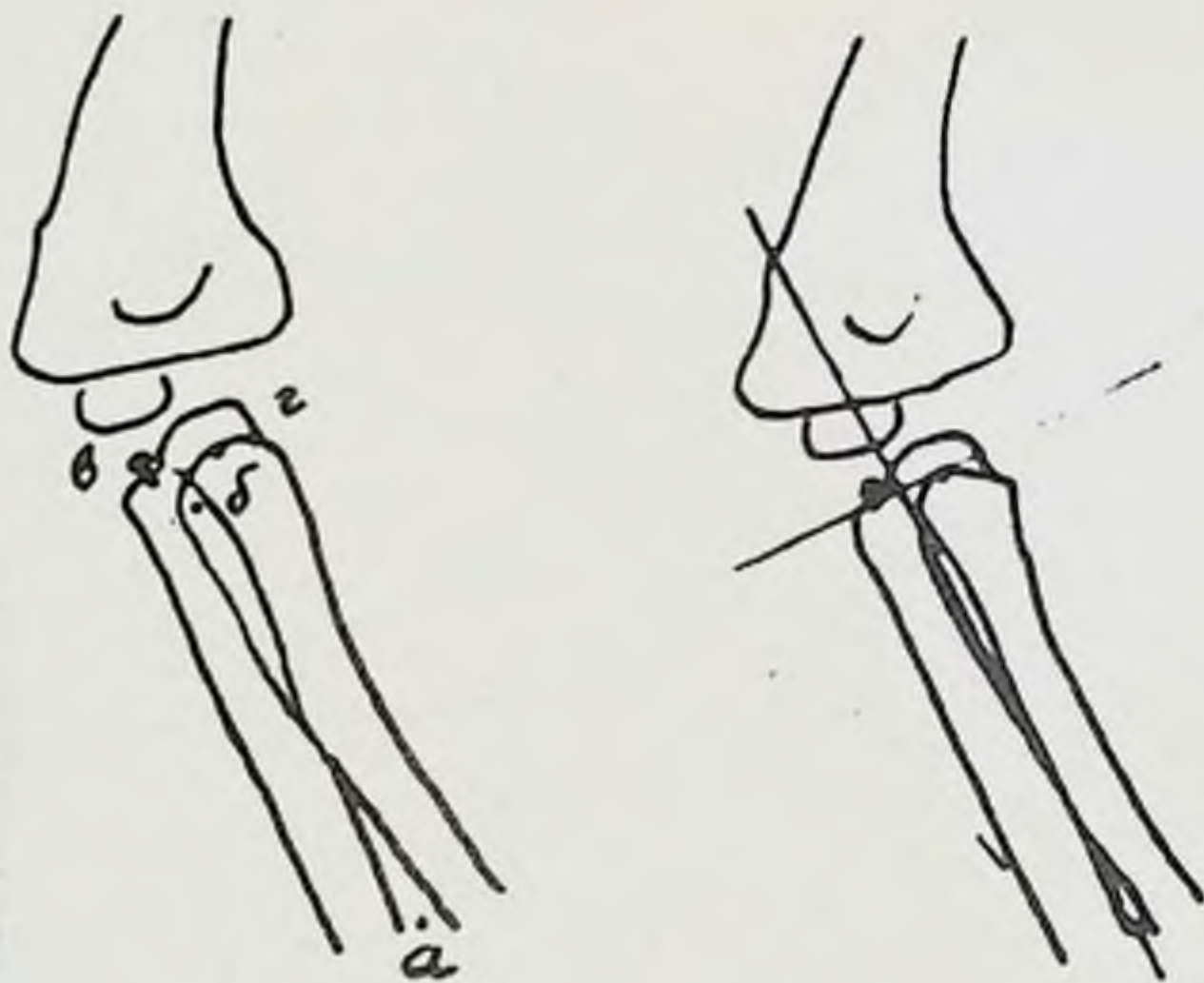
Кичик ёшдаги болаларда аддукцион - бурчакли силжиш бартараф этилганлигини баҳолаш муҳим аҳамиятга эга.

Дистал синиқ бўлагининг аддукцион - бурчакли силжишини баҳолашчун биз схема таклиф қилдик (41 - расм, Рац. так. №1 180).

Билак суяги юқори метафиз чегарасида «В» нуқта қўйилади, «Г» нуқтатожсимон ўсимта сояси юқори қисмига қўйилади. Бу нуқталар орасидан ўтадиган чизик бўғим чизигига параллел бўлади. Билакнинг бўйлама ўқини аниқлаш учун «А» нуқта билак ва тирсак суяклари дистал қисми ўртасидан, «б» нуқта билак ва тирсак суяклари проксимал қисми ўртасидан қўйилади. Бу нуқталарни туташтирувчи чизик билакнинг бўйлама ўқиға мос тушади.



40-расм. Гютер учбурчаги, Маркс чизиги ва уларнинг репозиция натижаларини баҳолашда хисобга олиши.



41-расм. Рентгенограммада дистал синик бўлагининг аддукцион – бурчакли силжиишни ўрганиши схемаси.

Контрол рентгенограмма ўрганилгандан кейин беморга стационарга ётиш тавсия қилинган.

Бемор травмпунктга мурожоат қилган пайтдаги рентгенограммада: (41-расм) юкори транскондиляр синиқ, дистал синиқ бўлагининг орқага, юқорига, ульнар, аддукцион – бурчакли силжиши билан. Қўл билан репозиция қилингандан кейинги контрол рентгенограммада дистал синиқ бўлагининг орқага дан кўпроқ, бурчакли, ульнар силжишлари қолган. Бўлимда бемор репозицияга ваярим халқадан иборат Илизаров аппарати куйишга юкорида кўрсатилган усулда қўйишга тайёрланди қўйилди. Контрол рентгенограммада бурчакли силжишдан бошқа хамма силжишлар тўғриланган.



42 - расм. Н.Д. 5 ёш, беморнинг фторрентгенограммаси. Дистал синиқ бўлагининг силжиши орқага, юқорига ичкарига. Илизаров аппарати қўйилгунча қўйилгандан кейинги рентген тасвирлар.

Клиник кузатувларимизда, бўғимда деформация, қўл ўқининг бузилиши, бўғимда харакатнинг чекланишини келтириб чиқарувчи қолдиқ силжишлари бор натижаларни биз «қониқарли», «қониқарсиз» деб ёндошлик. Синиклокализациясини ҳисобга олганда юкори транскондиляр синики репозиция натижасини яхши» деб баҳоладик.

Биз шундай ҳолатларни кузатдик-ки, анатомик (рентгенологик белгиларасосида) натижани қониқарли натижа деб ҳисоблаганда, умумий даволаш натижаси «яхши» баҳоланди..

Мисол учун; Б-р; А. З. 4 ёш, кас. тарих. № 466, 30. 09. 96 дан 14. 10.96 гача даволанган. Шифохонага тушган пайтдаги рентгенограммада дистал синиқ бўлагининг силжиши орқага, юқорига, ульнар, аддукцион - бурчакликатта силжиш аниқланди. Скелетдан тортиш – даволаш методи қўлланилди. Контрол рентгенограмма килинганда дистал синиқ бўлагининг орқага,

юқорига, ульнар, аддукцион бурчакли силжишлари тўғриланган. Сезиларсиз дистал синик бўлагининг радиал томонга силжиши ва 1.2 см. диастаз пайдо бўлган. Бу ҳолатдаюқори транскондиляр синик бўлганлиги озҳажмдаги силжиш бўлганлиги учун бугим функциясига ва формасига, кўлўқига таъсир қилмайди. Шунинг учун бу даволаш натижасини «яхши» баҳоладик.



Расм -43 Б-р; А. 3. 4 ёш. Диагностик рентгенограммаси, скелет тортмасида даволанган рентгенограммаси.

Биз 150та беморлани 33 тасидакўл биланбир марталик(36,3 %) тада яхши, 7тада (21,2%) қониқарли, 5 тада (15,1%) қониқарсиз натижа олинди.натижа олинди.

Скелеттортмасида 12 та бемор даволанди. 5 (41,6%) тасида аълонатижа, 5(50,0 %) тада яхши, 1 тадасида (8,3%) қониқарли

Клиник мисол; Б-р Х.Х. 4 ёш., кас. Шифохонага тушган вақти 12.03.99.чиққан 16. 03. 99. Ташхис; ўнг елка суяги ёпик транскондиляр синиб силжиши. Анамнезидан ; онасининг айтишича бир нечакун олдин уйида кўлига таяниб йиқилган. Яшаш жойида поликлиникага қилган. У ерда рентгенограмма, репозиция қилиниб, гипсли иммобилизация қилинган. Контрол рентгенограммани кейин, беморни шифохонага жўнатган. Шифохонага ётқизилгандан кейин беморда 0,5% - 20.0 мл. новакаин оғриксизлантирилиб, кўл билан синик бўлаклари репозиция орқа кўйилган. Контрол рентгенограммадистал синик бўлагининг қолдиқ ротационсилжиши, орқага, ехстензион - бурчакли ва аддукцион – бурчакли силжишлари тўғриланмаган. Охирида шу нарса аниқ бўлдики, тирсак бугимида варуслидеформацияривожланган. Аддукцион бурчак 15 градусдан кўп. Репозиция «қониқарсиз» баҳоланди .



44-расм. Х.Х. 4 ёш, беморнинг фоторентгенограммаси. Силжишни орқага, экстензион – бурчакли, ротацион, аддукцион – бурчакли. Қўл билан репозициягача ва репозициядан кейинги тасвирлар.

97 та бемор Илизаров аппаратида даволанди. Репозиция натижалари 43 (44,3%) та беморда аъло, 45 (46,3%) та беморда яхши, 7(1,2%) беморда қоникарли ва 2 (2,6%) беморда қоникарсиз баҳоланди.

Битта беморда қоникарсиз натижа кегайлар атрофидан йирингли ажралма чиққанлиги учун аппарат эрта очилган ва гипсли боғламада аддукцион - бурчакли силжиш пайдо бўлган.

Оператив даволаш 8 та беморда ўтказилган. 3 (37,5%) та бемордабиз даволаш натижасини баҳоладик, 4 (50,0%) беморда яхши, 1(12,5%) қоникарли баҳоланди. Қоникарсиз натижалар кузатилмади.

Кичик ёшдаги болаларда елка суяги транскондиляр синикларини даволашдаги дастлабки баҳолаш натижалари 16-жадвалда берилган.

Репозициянинг тўлиқлиги, ишончли фиксация, синик бўлаклари ккиламчи силжиши олди олинганлиги бизга стационарда беморнинг ётиш максимал кискартиришга имкон берди. 45 кк (ад - ёт маъл. билан такк. -23,7 кик), 17 жадвал).

Даволашнинг узок муддатли натижалари.

Тирсак бугими соҳасидаги синикларнинг узок муддатли натижаларини баҳолашда кўпгина авторлар Г. А. Баиров (1960, 1962) тамонидан ишлаб чиқилган мезонларни асос қилиб олади. Улар қўлнинг ва бунимнинг функционал ва анатомик кўрсаткичларини, ҳаракат амплитудасини, мушаклар атрофиясини, қўл ўқи ҳолатини, рентгенологик белгиларни ҳисобга олади. Кўпчилик авторлар функционал ва анатомик натижаларни алоҳида

келтиради, бу бугим ҳолати тўғрисидаги тасавур бутунлигини ўзгартиради, битта беморда баҳолаш функционал ва анатомик кўрсаткичлар бўйича баҳолаш ҳар - хилгруппада бўлиб қолади.

А.А. Ахундов (1962) даволашнинг узок муддатли натижаларини қуйидагича баҳолайди. Анатомик натижалар баҳоси:

Аъло - қўл ўқи сог томондаги қўл ўкога мос келади.

Яхши - физиологик вальгус йуклиги.

Кониқарли - варус ёки $5-10^\circ$ атрофидаги вальгус.

Кониқарсиз - вальгус ёки $10-20$ ва кўпроқ варус.

Функционал натижа:

Аъло - буқиш (ёзиш) 50 гача чекланган.

Яхши - буқиш (ёзиш) 15 - 20 гача чекланган.

Кониқарли - буқиш (ёзиш) $30-40^\circ$ гача чекланган.

Ёмон - буқиш (ёзиш) $40-60^\circ$ гача чекланган.

В. Л. Барский (1976) даволаш оқибатларини қўйдаги схемада баҳолайди: нормал бугим формаси бўлган натижа билан ҳаракат функциясининг тўлиқ бўлиши ёки катталашганлиги, қониқарли оқибатлар тирсак бугими функцияси 30° чекланиши, қўл ўқи табний вальгусдан 30° узоклашиши ёки тирсак бугимида вальгусли деформация борлиги. Тирсак бугими формаси 30га ўзгариши ва бугимда ҳаракат чегараланиши юқоридагидан катта бўлса, қониқарсиз натижа ҳисоблаган.

Ж. Х. Мгоян (1973), Г. Б. Знаменский (1983) Т. Н. Ширмухаммедов ва ҳамма муаллифлари (1990) 5° варусли деформацияни яхши натижа ҳисоблайди. 10° ни қониқарли, 15° ва ундан катта варусли деформацияни қониқарсиз натижа ҳисоблайди.

Даволашнинг узок муддатли функционал натижаларини баҳолашда авторлар фикри турлича. Н. А. Овсянкин (1983) бугимда ҳаракат чекланиши 25° бўлса яхши натижа, С. П. Миронов (1984) бугимда ҳаракат чекланиши 60° бўлса яхши натижа, бугимда ҳаракат чекланиши 50° дан 10 гача бўлса қониқарли баҳолайди.

Т. Н. Ширмухаммедов ҳам муаллифлари билан (1990) 345 та беморда даволашнинг узок муддатли натижаларини 6 ойдан 14 йилгача урганган; 79,4% беморлада қачонки беморнинг шикоятни бўлмаса, тирсак бугими формаси тури анатомик шаклда бўлса, ҳаракат чекланиши 100 дан ошмаса, ҳолатда бўлса яхши анатома-функционал натижа қайд қилинган. парусли деформация s'' гача бўлса, рентгенологик суяк битиши тўғри 16,8% беморларда шикоятни бўлмаса, варусли деформация 10° гача, буқини --ёзиш ҳаракатлари 250 атрофида бўлса қониқарли деб белгиланган. Иш пайтида тирсак бугимида оғрик бўлса, варусли деформация $15''$ дан кўп,

Кичик ёшдаги болаларда тирсак бўғими соҳасидаги синикларини даволаш.

деформацияли артроз туфайли ҳаракат чекланиши бўлса бундай натижалар (3,8%) қониқарсиз ҳисобланган.

Узоқ муддатли даволаш натижалари мезонларини биз қуйдагича баҳоладик. Аълон қўл ўқи табиий бўлса, яхши -- қўл ўқида бузилиши бўлса; 5° гача варус, қониқарли 10° гача варус, қониқарсиз - 15° дан кўп варусли деформация бў,

Функционал даволаш натижалари : тирсак бўғимида ҳаракат тўлиқ бўлса аъло, 20° гача чекланган бўлса -- яхши, 40° гача чекланган бўлса қониқарли, 40° дан кўп чекланган бўлса қониқарсиз баҳоланди (намуна схемага қаранг).

Узоқ муддатли даволаш натижаларини 150 та беморнинг 15 тасида ўргандик, яъни 76,6% тада 6 ойдан 5 йилгача травмадан кейинги муддатда. Даволашнинг узоқ муддатли натижалари жадвалда берилган (18 - жадвал)

Жадвалдан кўришиб турибдики, аъло натижалар 78,2 % беморда яхши натижалар 19,1 % беморларда, умумий ҳисобда 93,3 % беморларда ижобий натижа олинган. Бу юқори кўрсаткичлар танланган даво методининг юқори эффеќтли эканлигидан далолат беради.

Мисол сифатида Т. Г. 4 ёш беморнинг расмини келтирамиз; 2001 йил 1 январдан 12 январгача даволанган. Кас, тарих. №001. 6 ойдан кейин даволашнинг узоқ муддатли натижалари текширилди ва аъло баҳоланди (46 47 расмлар).

Бошқа клиник мисол келтирамиз; бемор Х.Т. 4 ёш, 12.04.2000 дан 17.04. 2000 йилгача даволанган. Кас. тарих. №3048 Бир йилдан кейин текширилди. Кўриқда тирсак бўғимида ёзиш тўлиқ, букиш 30 чегараланган, 10 ли варусли деформация аниқланди. Даволашнинг узоқ муддатли натижаси қониқарли баҳоланди (48 – 49 расмлар).



45-расм. Бемор Т.Г. 4 ёш. Даволашнинг узоқ муддатли натижаси "аъло".



46-расм. Т.Г. 4 ёш беморнинг фоторентгенограммаси. Травмадан бир йилдан кейин, қўл ўқи тўғри, тирсак бўғимида ҳаракат тўлиқ ҳажмида.



47-расм. Х.М. 4 ёш. Даволашнинг узок муддатли натижаси “қониқарли”.



48-расм. Х.М. 4 ёш беморнинг фоторентгенограммаси. Травмадан кейин варусли деформация 10°. Тирсак бўғимида ҳаракат – ёзини тўлиқ, бўқини 30° гача чегараланган.

Кичик ёшдаги болаларда тирсак бўғими соҳасидаги синикларини даволаш.

Елка суяги нотўғри битаётган транскондуляр синикларини ёпиқ усулда Илизаров аппарати билан суяк остеосинтези қилиш.

Болаларда елка суяги транскондуляр синиклари хирурглар олдида диққатни жалб қиладиган муаммолардан бири хисобланади. Уларни даволаш мураккаб вазифаларни келтириб чиқаради. Хозирги пайтда бу синикларни даволаш 3 та асосий йуналишда олиб борилади: 1). Қўл билан репозиция қилиш ва гипсли боғламада ёки кегайлар билан фиксация қилиш. 2). Скелет тортмасида даволаш: 3). Хар хил конструкцияли аппаратлар ёрдамида даволаш. 4). Очик усулда операция қилиб даволаш.

Маълумки, Г.А. Илизаров томонидан таклиф қилинган нотўғри битаётган узун найсимон суякларни қонсиз йул билан даволашда, суяк қадоқларини трансформация қилиш синик бўлақларини аниқ жойинга қўйишни таъминлайди.

Синик бўлақлари силжиш даражаси ва деформация турларидан қатъий назар, репозиция, стабил фиксация тўлиқ суяк битиши жараёнида тўлақонли функционал даволаш хисобланади. Синик бўлақлари силжиши ва деформация турларини тақсимланган ритмик дистракция билан даволаш нафақат эрта регенерат пайдо бўлишини, суяк тўқимасида реператив регенерацияни стимуллаш учун Қўлай шароит яратади. Бу услубнинг мохияти шундаки, деформацияларни автор аппарати билан секинлик билан тўғрилаш комбинациялашган куч таъсирида бўлади.

Болаларда елка суяги нотўғри битаётган транскондуляр синикларини ёпиқ усулда суякдан остеосинтез қилиш услубига адабнётларда кам эътибор берилган. Бу метод оддий услуб хисобланмайди, болаларда тирсак бўғими атрофидан 4-5 та Киршнер кегайи ўтказиш махсус таёргарликни талаб қилади; бунинг устига болалар практикасида аппаратни қўллаш учун аниқ кўрсатмалар тўлиқ ишлаб чиқилмаган.

Бу саволлар бўйича ишлар кўп эмас (Караулов Г.М. 1983, Ходжаев Р.Р. 1992). Тирсак бўғимида елка суяги нотўғри битаётган транскондуляр синикларини стационар шароитда даволашда контрактуралар кечишини ва бўғим функцияси тикланишини урганиш шуни кўрсатмоқдаки, елка суяги нотўғри битаётган транскондуляр синикларини даволаш травма муддатига, суяк кадоги рентген тасвирининг зичлигига, унинг фотометрик зичлигига, транскондуляр синикда синик чизиғининг локализациясига:

анатомик чуқурча – «Қум соати»- га мунособатига- юқори, ўрта, пастги синиклигига, проксимал силжишга, дистал бўлакнинг аддукцион-бурчакли силжишига боғлиқ.

Ҳисобга олиш керакки, анатомик чуқурчага таъсири бўлмаган синиклар, яъни юқори транскондиляр синикларда кўндалиг бўйлаб оркага, олдинга- радиал томонга силжишларда бўғим функцияси тез тикланади, врач олдида дистал синик бўлагининг аддукцион-бурчакли силжишини тўғрилаш туради. Шундай қилиб, суяк кадогини бузишдан мақсад - дистал синик бўлагининг аддукцион, проксимал ва охирида кенглик бўйлаб силжишини тўғрилашдир.

Кўрсатма ва тушунтиришлар. Эътиборга олиш керакки, юқори транскондуляр синиклар энг кўп учрайди, улар функционал яхши натижали. Бу синикда бўғим контрактураси ривожланишида дистал синик бўлагининг кенглик бўйлаб эмас, периферик фрагментнинг проксимал силжиши, варусли деформация келиб чиқишида периферик фрагментнинг аддукцион –бурчакли силжиши рол уйнайди. елка суяги нотўғри битаётган транскондуляр синикларини даволашда суяк қадоқларини бирдан ёки аста-секин узишда ва синик бўлакларини жойига қўйишда ёпиқ усулда Илизаров аппарати қўйиш устунлик жихатларга эга. Шундай қилиб врач олдида шаклланаётган суяк кадогини бузиш, периферик фрагментнинг аддукцион, проксимал силжишларини ҳисобга олиб тўғрилаш вазифаси туради. Суяк кадогини узиб синик бўлакларини тўғрилашда қўлланиладиган услуб, янги синик бўлакларини қўлланиладиган услубдан фарқ қилади.

Даволаш методикаси.

Бизнинг даволаш методикамиз адабиётларда ёзилгани билан шуниси билан фарқ қиладики). аппарат 3 та ярим халқадан тузилади;б).минималъ дона (3) кегайлардан фойдаланилади; в).дистал синик бўлагидан кегай рентген контрол билан эмас, қўл билан пайпаслаб ўтказилади.г).этап билан синик бўлакларини репозиция қилишда аппаратни қайта қўйиш талаб қилинмайди, булар манипуляция вақтига, репозиция ва бўлаклар стабилизациясига таъсири бор.

Операция методикаси (синик бўлакларининг бўйлама ва олдинги-орка силжишлари бўлганда).

Аппарат 3та ярим халқа компоновкасидан иборат, ўтказиб юборилган холатларда 4 та ярим халқадан 110-120 мм диаметрли иборат бўлади. 3та узун стержен танланади.

Биринчи кегай (асосий) дистал бўлақдан ўтказилади: ички эпикондилусдан ташқи эпикондилусга ўтказилади; иккинчи кегай (тортиш учун) елка суягининг ўрта учлигидан елка ўқиға перпендикуляр ўтказилади; учинчи (репозицияловчи) кегай марказий синик бўлагининг дистал қисмидан фронтал текисликда ўтказилади. Учта кегай ҳам тортиб аппаратга маҳкамланади.

2-3 та кегай фиксация қилинган ярим халқалар стержен ёрдамида мустаҳкам бириктирилади. Улар биргаликда галтак-асос ҳосил қилади. Асосга таянган ҳолатда тирсак усимтасига бириктирилган ярим халқага дистракция берилади. Дистракция бериш йули билан синик бўлақлари соҳасидаги суяк кадоги узилади, дистал синик бўлагининг проксимал силжиши тўғриланади. Кейин учинчи кегай (тўғриловчи) бушатилади ва яна қайтадан ёй кўринишда фиксация қилинади. Ёйнинг эгилган томони дистал синик бўлағи томонга каратилади.

Кегайни тортиш йули билан дистал бўлақнинг кенглик бўйича силжиши тўғриланади. Суяк кадогини узиш ва синик бўлақларини тўғрилаш аподактил бўлади, юмшоқ тўқималар кўл билан остеоклазия қилинганидан кам шикастланади. Репозиция натижалари клиник, рентгенологик контрол қилинади.

Операция методикаси (ён томонга синик бўлақлари силжиши бор ҳолатда).

Операция учун иккита таянч нуқтали кегай талаб қилинади. Таянч нуқтали биринчи кегай дистал синик бўлағи орқали ўтказилади. Иккинчи кегай елка суяғи ўрта учлигидан ўтказилади. Учинчи таянч нуқтали кегай проксимал синик бўлағи периферик қисмидан биринчи кегайга карама-қарши йуналишда ўтказилади. Биринчи кегай биэпикондилляр чизик орқали ўтказилади. Иккинчи ва учинчи кегайлар суякга перпендикуляр ўтказилади. Натижада дистал ва проксимал бўлақдаги кегайлар бир-бирига бурчак ҳосил қилиб жойлашади. Кегайлар шундай жойлашган ҳолатда иккита ярим халқадан иборат Илизаров аппаратига маҳкамланади. Бошланишида дистракция (кўл билан) бериш йули билан суяк кадоги узилади, синик бўлақлари орасида диастаз ҳосил қилинади. Кейин катта бармоқ ёрдамида ва иккинчи кегайни бир пайтда тортиш ҳисобига марказий синик бўлағи ён томонга силжиши тўғриланади. Бу пайтда таянч нуқтали биринчи кегай карама-қарши томонга босим ҳосил қилиб, силжишга қарши томондан таъсир қилади.

Бўлақлар репозиция қилинганига ишонч ҳосил қилинганидан кейин (пальпатор бўғим формаси тўғри тикланганлиги, тирсак усимтасининг тўғри жойлашиши), аппарат мустахкам фиксация қилинган рентгенконтрол қилинади.

Клиник мисол келтирамиз.

Бемор Р.Р., 7 ёш, 19.04.1990 йил 11 кунлик травма муддатидан кейин шифохонага тушаётибди. Ота-онаси сузича кучада йиқилган. Табибга мурожоат қилган. Курик пайтида бўғим шишган, деформацияланган. Рентгенограммада (38- расм) юқори транскондуляр синик аниқланади, дистал синик бўлаги оркага ярим кундаланг ва проксимал силжиган. Анатомик чуқурча марказий синик бўлаги билан ёпилган. Суяк кадоги кўринади. Суяк кадогининг фотометрик кўрсаткичи кортикал катламга нисбатан 35,9%. Шифохонага тушган куни юқоридаги усул бўйича операция қилинди, суяк бўлақлари жойига қўйилган, аппарат 23 кундан кейин ечилган (30-расм), 3 ойдан кейин қайта курилган: қўл ўқи тўғри. Бўкиш тўлиқ, ёзилиш 175 градус.



Расм - 49 эски транскондуляр синикни Илизаров аппаратида ёпиқ усулда қўйиб даволаш.

Пастги транскондуляр синикларни 4 та ярим халқадан иборат Илизаров аппаратида ёпиқ усулда остеосинтез қилиш хақида мисол келтирамиз. 4 та ярим халқадан иборат Илизаров аппарати кўпроқ муддат утган синикларда қўлланилади. Туртинчи кегай тирсак усимтасидан ўтказилади. Ярм халқа тирсак усимтасидаги кегайга махкамланади, ва биринчи (дистал бўлақдан ўтказилган) кегайдаги ярим халқа билан бириктирилади-битта яхлит дистал ғалтак ҳосил қилинади. Аппаратнинг бакуват бўлиши кучли суяк қадоқларини узишда муҳим рол уйнайди.

Бемор А.Д., 10 ёш. Травмадан 26 кун утгандан кейин ёткизиляётибди. Бўғим деформацияланган, тирсак усимтаси ичкарига силжиган. Бўғимдаги харакат: бўқиш 90градус, ёзилиш 120 градус. Рентгенограммада ўрта транскондуляр синик (40-расм), дистал синик бўлаги оркага тўлиқ кундаланг силжиган, проксимал силжиш- анатомик чуқурча марказий синик бўлаги билан ёпилган. Суяк кадогининг фотометрик кўрсаткичи кортикал катламга нисбатан 58.8%. Операция ўтказилди:

Шифохонага тушган куни (18.09.1990 й) умумий огриксизлантириш остида 4 та ярим халқадан иборат Илизаров аппарати ёпик усулда кўйилди(41-43 расмлар). Расмда дистракция динамикаси ва синик бўлагини аста-секин репозиция қилиш этаплари кўрсатилган. 5 кун мобайнида кунига 2-3мм дистракция берилди. Клиник огрик, шиш кузатилди, 7- куни олдинги орка силжиш ёйсимон эгилган 3- кегай оркали тўғриланди. 9- куни тирсак бўғимининг харакатини тиклаш учун тирсак усимтасидаги кегай ва ярим халқа олдинди. Даволанишни амбулотор давом эттириш учун уйига жавоб берилди. 33 кундан кейин амбулотор шароитда аппарат ечилди. Аппаратни ечган куни бўғимдаги харакат – бўқиш -70 градус, ёзилиш-120 градус.

Суяк кадогини узиш фотометрик улчаш оркали унинг мустахамлигини билиш клиник қизиқиш уйғотади.





Расм -50. Бемор А.Д., 10 ёш. 4 ярим халқалардан иборат Илизаров аппарати воситасида даволани.



50-расмда бемор Х.Г., 3 ёшнинг фоторентгенограммаси берилган.

Травма муддати 21 кун, суяк кадогининг фотометрик зичлиги 83,1%. Аппаратда дистракция бериш йули билан суяк кадоги узилди (44 б-расм). Бу беморда аппаратни ёпиқ усулда тўгриловчи кегайни штуцер билан қўйиш операцияси қўлланилган.



Расм – 51. Бемор Х.Г. 3 ёш, рентгенограммалари фотоси.

Ёпиқ усулда суяк остеосинтези қилиш 33 та беморда қўлланилган. Ўғил болалар -24та, кизлар -12. Ёшлари бўйича беморлар куйдагича тақсимланди: 5 ёшгача бўлган болалар-8 та; 6-8 ёшли болалар 12; 9-14 ёшли болалар 16 та. Травма муддати 10-14 кунлик- 17та; 15-20 кунлик 11та. 21-30 кунлик 5 та; 31 ва ундан кўп (37 кун)- 3 та. Бизнинг клиникамизга тушгунча 20 та беморга даволаш профилактика муассасаларида ёрдам кўрсатилган, 12 та беморга тиббий маълумоти бўлмаганлар ёрдам кўрсатган, 4 та бемор ҳеч қаерга муружоат қилмаган.

19 та беморда юқори транскондуляр синиқ, 13 та беморда ўрта, 3 та беморда пастги, 1 та беморда супракондиляр синиқ.

Дистал синиқ бўлагининг силжиш частотасига кура; оркага-22та; проксимал -22та; улнар-17 та; олдинга 2та; радиал 1 та; ротацион-5 та; аддукцион -26 та; абдукцион -); буқилган-4та; ёзилган-7 та.

Энг кўп аддукцион-бурчакли, оркага-проксимал силжиш, улнар томонга учраган. 18 та беморда травма муддати (16-17 кун) билан 2 та ярим халқадан иборат Илизаров аппаратида суяк кадогини узишга эришилган. 4 та беморда иккита тўлиқ ёки 1 та тўлиқ ва ярим халқадан аппарат қўлланилган. Проксимал синиқ бўлагидан, елканинг ўрта учлигидан кесишувчи кегайлар ўтказилган операциялардан кейин билак нерви париези кузатилган.

14 та беморда 3-4 ярим халқадан иборат Илизаров аппарати қўйиш бизнинг модификация бўйича қўйилган.

Нотўгри битаётган елка суяги транскондуляр синикларини даволашда Илизаров аппаратини қўллашда 29 та беморда синик бўлаклари жойинга қўйилган, 3 та беморда йул қўйилиши мумкин бўлган силжиш колган, 2 та беморда синик бўлаклари орасида диастаз колган, кейинчалик тўлиқ битиб кетган.

Нотўгри битаётган елка суяги транскондуляр синикларини даволашда Илизаров аппаратини қўллаш бошқа услубларга (очик репозиция, ёпиқ остеоклазия) караганда катор Қўлайликларга эга эканлигини кўрсатди. Булар 1). Суяк кадогини аподактил ўзиш, юмшок тўкималарни зарарлашдан узоқлашилади. Операциядан кейинги даврда синик сохасида кучсиз шиш кузатилди; 2). Бир марталик ва аста-секинлик билан репозицияни бир пайтда қўллаш мумкин. Услуб проксимал силжишни, аддукцион-бурчакли кўндалангига силжишни мукамал бартараф этади; 4). стационар даволаш муддатини максимал қисқартиради, амбулотор даволаш имконияти бор. Бизнинг кузатувимизда 7 та бемор амбулотор даволанди. 11 та бемор 3-5 кун; 18 та бемор 6-21 кун стационарда даволанди.

Тирсак бўғими варусли деформацияларини оператив даволаш.

Хозирги пайтгача тирсак бўғими варусли деформациясини оператив даволашда коррекцияловчи остеотомия қилиш муддати хақида аниқ тушунча йўқ. Баъзи авторлар бола ўсишдан тухтагандан кейин коррекцияловчи остеотомия қилади (Siris J., 1939; Vierrstein K., 1958), бошқалар — 1-2 йилдан кейин (Мгоян Г. Х., 1973), учинчилар- беморнинг ёши, травмадан кейинги муддатга қарамасдан оператив даволайди (Гонгальский В. И., Левицкий А. Ф., 1990). П. Ф. Мороз (1987)- кузатган беморларда травмадан кейинги муддат 3 ойгача бўлган беморлар 22% ни ташкил қилган.

Бизнинг кузатувимизда тирсак бўғимининг варусли деформацияси билан 92 та бемор бўлган, шулардан травма муддати 2 ойгача бўлганлар 7 та, 3- 6 ойдан-17 та, 1 йилгача 16 та, 3 йилгача 31 та, 3 йил ва ундан кўпи-15та.

Оператив коррекция қилишда деформация бурчагини ҳисобга олиш авторлар фикрича турлича: Г.Х. Мгоян (1973), М. В. Волков, г. м. Тер-Егiazаров, В. Т. Стужина (1978) деформация бурчаги кизларда 15градус, Ўғил болаларда 20 градусдан ошганда операцияга кўрсатма деб ҳисоблайди. Н.Ф. Сыса (1984) кўрсатмани

15" деб куяди, К. С. Ормантаев, Р.Ф. Марков (1978) — 7—10", Г. М. Караулов (1983)- 5" деб хисоблайди.

Деформациялар 10 градусдан ошмаганда беморларда ҳеч қандай шикоятлар бўлмаган. Об'ектив функционал узгаришлар аниқланмаган.

Беморлар ва ота-оналари косметик дефект туфайли шикоят қилсалар ҳам, оператив даволашдан бош тортган. Варусли деформациялар бурчаги даражасига кура беморлар куйдагича тақсимланди: 10° гача — 3, 10" - 6, 20° гача — 39, 30 гача - 35, 40° гача - 9. Энг кўп варусли деформациялар 20 градусгача ва 30 градусгача кузатилган.

92 та бемордан 9 тасида турли хил сабабларга кура оператив даволаш ўтказилмади: 3 та беморда варусли деформация 10 градусгача бўлган беморда ота-онаси операцияга рози бўлмади: 2 та беморда деформация бурчаги 7 градус бўлганлиги учун операцияга кўрсатма эмас деб хисобланди: 2 ёшли болада операция муддати орқага сурилди;) 3 та беморда оператив даволаш бўғим ва қўл кафти функциясини тиклаш учун юмшоқ тўқималарда ўтказилди (бўғим артролизи, Розова-Эпштейн операцияси).

Кузатувларимизда гувоҳ була ётибмизки, варусли деформацияларда кўпчилик ҳолатларда бўғим функцияси бўзилмайди-64 (69,5%) беморларда биз бўғим функцияси тўлиқлигини аниқладик.

Бўғим ҳаракати чекланиши 20 градусгача 11та (12,0%), 30 градусгача 2та беморда, 40 градусгача 2 та, 50 градусгача 6та. 7 та беморда биз бўғимда ҳаракат чекланиши 60 градусдан ошганлигини кузатдик.

Беморларда тирсак бўғими варусли деформацияларида бўғимда ҳаракат ҳажмининг яхшилиги қизиқиш уйғотади. Бўғим функциясини ўрганишда рентгенограммадаги қолдик силжишлар анатомиясига эътибор бериш мақсадга мувофиқ. Травманинг эрта муддатларида (2-4 ой, баъзан каттарок ёшдагиларда: 8 ёш ва каттарокларида- 6-8 ой) бўлақлар силжиш йўналиши ва даражасига қараб натижани мулоҳаза қилиш мумкин. Кейинчалик суяк тўқимасининг қайта қурилишига қараб тўғриланмаган силжишлар картинасини тасаввур қилиш қийинлашади. Бундай ҳолатларда янги синиқлар пайтдаги рентгенограммани қайта ўрганиш мақсадга мувофиқ.

Бизнинг тадқиқотларимиз кўрсатдики, варусли деформацияларда тирсак бўғимида ҳаракат ҳажмининг яхши бўлиши юқори транскондуляр синиқларга характерли экан.

Шуни эътиборга олдикки, 92 та бемордан 47 тасида (51,08%) 4 ёшгача (шу ёшда ҳам) деформация келиб чиққан. Бизнинг кузатувларимиз кўрсатдики, елка суяги транскондуляр синиқларида силжишлар характери беморнинг ёшига боғлиқ экан. Кичик ёшдаги (3-4) болаларда кўпчилик ҳолатда дистал бўлак медиал томонга силжиши кузатилди. Бу: кўндаланг улнар силжиш, аддукцион бурчакли. Силжишларнинг бундай тури варусли деформацияга олиб келади. Синиқ бўлагида бўйлама силжиш йўқлиги (бу асосий ҳолат), олдинги-орқа йўналишда бўйлама силжишда латерал кондилус ажралмаган (синиб силжимаган) бўлади; кондилуснинг медиал қисми олдинги-орқа йўналишда ва бўйламасига силжиганда медиал томонда рентгенограммада дистал ва марказий бўлак соялари қаватланиши кўринади. Синиқ бўлагининг узунасига, медиал томонга силжиши (бир томонининг бўйламасига силжиши ва латерал томоннинг силжимаслиги) кейинчалик тирсак бўғимида варусли деформация ривожланишининг асосий сабабидир.



52-рисунок. Дистал бўлакнинг улнар, аддукцион бурчакли, ротацион силжиши *cubitus varus*-га сабабдир.

Синиқ бўлакларининг бўйлама силжиши катта бўлмаса, бўғимда ҳаракат яхши бўлишдан далолат беради. Шундай қилиб, қуйдагича хулосага келиш мумкин. Тирсак бўғимининг варусли деформациясида ҳаракат яхши бўлиши-нотўғри битаётган юқори транскондуляр синиқ бўлаги улнар томонга, аддукцион бурчакли

Кичик ёшдаги болаларда тирсак бугими соҳасидаги синиқларини даволаш.

силжиш, бўйламасига кўп бўлмаган силжишларда бўлади. Тирсак бугими варусли деформацияларини даволаш йули факатгина оперативдир.

20-жадвалдан кўриниб турибдики, кўпинча беморларда понасимон резекция қилиниб, иккита кегай билан фиксация қилинади, кўлни иммобилизация қилиш учун гипсли боғлам қўйилади. Бу операция кичик ёшдаги болалар учун тирсак бугими варусли деформацияси катта бурчакли бўлмаганида қўлланилади. Бу услубнинг камчилиги гипсли боғлам билан ташқи иммобилизация қилинганида боғламни алмаштириш учун ечилганда ингичка Киршнер кегайлари билан фиксация қилинган синиқ бўлакларида силжиш хавфи борлигидир. Шунинг учун каттарок ёшдаги болаларда (19 та бемор) 3 та Киршнер кегайи билан фиксация қилинади.

Беморларнинг операция услуби бўйича тақсимланиши.

| Операция услуби | Беморлар сони. |
|---|----------------|
| <i>Понасимон резекция қилиш ва суяк чоки, 1 кегай билан фиксация қилиш.</i> | 2 |
| <i>Понасимон деформация, иккита кегай билан фиксация ва скелет тортмаси</i> | 8 |
| <i>Понасимон деформация, иккита кегай билан фиксация ва гипсли боғлама</i> | 41 |
| <i>Понасимон деформация, учта кегай билан фиксация ва гипсли боғлама</i> | 19 |
| <i>Бизнинг модификация билан операция</i> | 13 |
| <i>Хаммаси</i> | 83 |

Кучли ифодаланган варусли деформацияда елка латерал дўмбокчаси, билак суяги бошчаси ташқарига кучли бўртади, билак ичкарига эгилади. Оператив даволаш вақтида пона ҳосил қилиб остеотомия қилиш тирсак чуқурчаси устидан –қиска диафиз қисмдан кенг метафиз қисмга ўтадиган жойдан ўтказилади. Пона

кесиб олингандан кейин суяк бўлаклари юзалари бир-бирига тўғри келмайди. Бўлақларни жойинга қўйишда пастги бўлак латерал томонга чикиб қолади, бўртмасимон деформация пайдо бўлади (45-расм). Бундай деформацияларнинг клиник кўриниши, беморларни, уларнинг ота-оналарини, хатто хирургларнинг ўзини ҳам каноатлантирмайди.

Бундай деформациялардан қочиш учун Э.В. Ульрих (1966) биссектрисадан тенг томонли пона олишни тавсия қилинади. Пона тирсак чуқурчасидан олинади, кейинчалик функционал натижага таъсир қилади. А.А. Ахундов (1984) буртиб чикиб қолган қисмни резекция қилади ёки дистал кўндаланг, проксимал кийшик остеотомия қилади.

Биз операция модификациясини ишлаб чиқдик ва қўлладик (Ўринбоев П.У.1990. 49-расм).

Операция методикаси. Умумий огриксизлантириш остида елка суягининг пастги учлигидан ташқи ён томондан тери кесилади. Елка суягининг дўмбоқчалари очилади. Дастлабки ҳисобдан кейин, «тоза» варусли деформацияларда, тирсак чуқурчасига 5мм қолдириб, кўндаланг остеотомия қарама-қарши томондаги кортикал қават билан биргаликда қилинади.

Марказий бўлақдан зарур бурчакдаги пона олинади, понани кусачка ёрдамида ҳам олиш мумкин. Дистал бўлақдаги (эпиметафизар) понасимон деформацияни тўғрилаш учун дистал бўлак 2-3мм кўпроқ марказий бўлақга нисбатан ичкарига силжитиб қўйилади. Бўлақлар иккита кесишувчи Киршнер кегайи билан фиксация қилинади. Бунда шунга эътибор қилиш керакки, кегайлар кортикал қаватдан 2-3мм дан кўп чиқмаслиги керак. Периферик бўлақдан бўғим юзасига параллел Киршнер кегайи ўтказилади. Жароҳатни тикгандан кейин яна бита кегай елка ўрта учлигидан перпендикуляр ўтказилади. Иккита ярим халқадан иборат Илизаров аппарати қўйилади.

Бундай операцияларда проксимал бўлак кўндаланг чизиги, дистал бўлак кўндаланг чизигига тўғри келмайди. Остеотомия кўндаланг чизиги тирсак чуқурчаси устидан утганлиги учун бўғим функциясига таъсир қилмайди. Иккита ярим халқадан иборат Илизаров аппарати ташқи иммобилизация ролини бажаради. Зарур ҳолатларда аппарат ёрдамида қўл ўқини коррекция қилиш мумкин. Бўғимда эрта ҳаракат бошлаши мумкин бўлганлиги учун бўғим функцияси тез тикланади. Бундай усулда 13 та бемор даволанди.6

Кичик ёшдаги болаларда тирсак бугими соҳасидаги синикларини даволаш.

ёшдан 11 ёшгача бўлганларда 18-24 кунларда ечилади. Бўгимда ҳаракат операциядан кейин 10-12 кунда бошланади.

Бемор А.М., 11 ёш, травмадан кейин 6 ой кейин шифохонага муружоат қилаётибди. Билакни бўқиш 80 градус чекланган, ёзилиш-тўлиқ. Билакдаги варусли деформация бурчаги 35 градус. Беморда понасимон коррекцияловчи остеотомия ва кегайлар билан фиксация қилиш. 2 та ярим халқадан иборат Илизаров аппарати қўйиш операцияси ўтказилди (46-47 расм).



Расм - 53 . Cubitus varus – ни операция қилиш схемаси (а). Рентген тасвири (б).

Елка суяги кондилус бошчаси ва ғалтаги синиши.

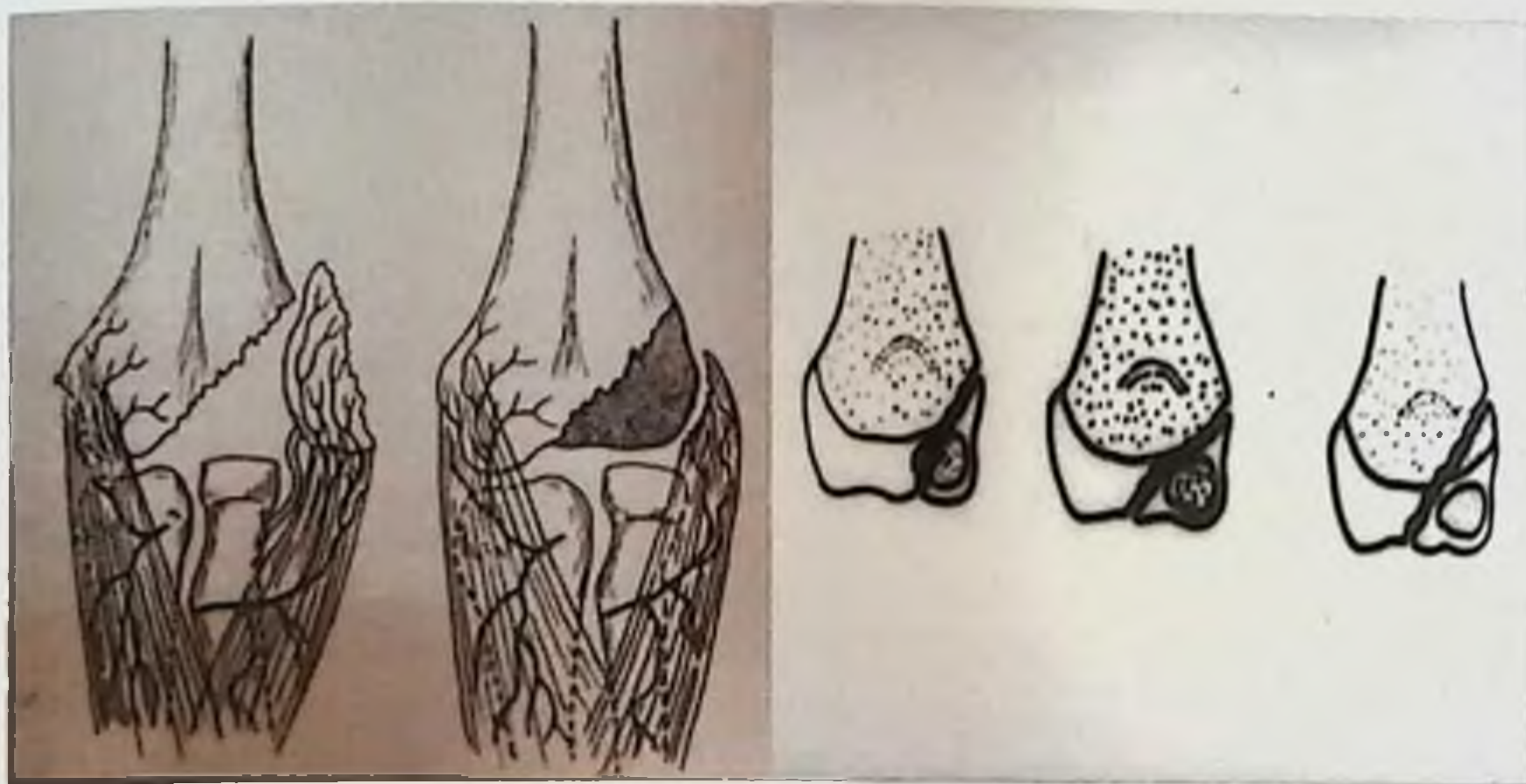
Терминология. Бу анатомик тузулма $\frac{3}{4}$ қисми шарсимон, жуда сферик бўлмаган сапитулум хумериу рус тили адабиётларида “головочка плеча”, “головакка мышелка плеча”, “головчатое возвышение плеча” деб аталади. Тарихий, аввалги манбаъларда “перелом наружного мышелка” деб ҳам аталган. Ўзбек тилида “елка суяги бошчаси” синиши деб аталган адабиёт ҳам бор. Бу сапитулум хумери ва трочлеа эпифизини ташкил этади. Кондилус бошчаси энг эрта суякланиб (6-9 ойлик чақалоқда) бошлайди ғалтак кеч, 10 ёшда суякланади. Буларнинг синиклари эпифиздан бошланиб, эпикондилус остидан, устидан тугайди. Синик чизиги суякланиш ядроси (нуктаси)ни кесиб ўтиши мумкин унда синик назарий нуктаи назардан “суякланиш ядроси синиши” деб аталади. Бу синикларнинг эпифизеолиз, остеоэпифизеолиз, суякланиш ядроси синиклари турлари фаркланади. Кондилус бошчасининг 5 турдаги синиклари учрайди:

остеоэпифизеолиз

эпифизеализ

суякланиш ядроси синиги

остеоэпифизеализ ва галтакнинг бўғим юзаси тоғайи кўчиши (йиртилиши) билан
кондилус бошчасининг фронтал текисликда “шарча”нинг синиши.



Расм - 54. Елка суяги дистал бошчаси синганда қон ўтиши бузилиши (а). *Capituli humeri* синиқлари: Чандан – ўнгга: ўзак синиши, эпифизеализ, остеоэпифизеализ.

Бу икки синиқнинг ҳосил бўлиши билвосита травма механизми тарзида бўлиб, асосан кафтга таяниб йиқилиш туфайли рўй беради. Бунда ердан қарши йўналган куч билан (тирсак) суяги ўқи бўйлаб бориб кондилус бошчасини, (ёки галтагини) синдиради.

Клиник белгилари. Тирсак бўғими соҳасида оғриқ, шиш, бўғим ҳаракатида оғриқнинг кучайиши. Периферик қон-томирлар, нерв тугунлари зарарланиши одатда бирга учрамайди.

Рентгенологик тасвирга асосланиб, синиқ тури, силжиш бор-йўклиги аниқланади. Силжиши йўқ камгина силжиш, катта силжиш, синиқ бўлакнинг ўз жойидан силжиб-чиқиб, ҳатто ўз ўқи атрофида айланиб, (ротация) буралиб силжиши учрайди. Силжиб-чиқиш, буралиш ташқи эпикондилусга бириккан билан мушакларининг тортиши натижасида ҳосил бўлади, бунда бўлакчанинг синган юзаси тери остига қараб қолади, бўғим юзаси марказий синиқ синган юзасига қараб қолиши мумкин. Бундай ҳолат синиқнинг битмай қолишига тўғридан-тўғри далил ҳисобланади.



Расм - 55. Елка суяги дистал бошчаси - capituli humeri синиқлари рентгентасвирлари: чандан – ўнгга: ротация силжисиш; синиқ бўлаги силжиб – чиқиши; ташқарига кичик силжисиш.

Даволаш. Силжиган ёки рентген тасвирда 1-2 мм латерал томонга силжиган, ёнбош проекцияда диа-эпифизар бурчак нормада (40° атрофида) бўлса, қўл 90° га букилиб, кафтга ўрта супинация ҳолати берилиб, орқа гипс лонгета билан даволанади. Қўл билан репозиция қилгач, ижобий натижа олинмаган, силжиш 3-5 мм дан кўп синиқлар, буралиб силжиши бор синиқлар, силжиш- чиқиш кўринишидаги синиқлар операция йўли билан даволанади



Расм 56 –Т. С. 4 ёш. Capituli humeri синиғи . Кичик (3 мм) силжисиши билан. Травмага 1 ой бўлган. Битиши йўқ.

Кондилус боғчасини оператив даволаш.

эпиметафизар синик бўлакчасининг силжиши ўлчами, ротацион (буралиб) силжиш бор йўқлиги, бўлакча стабил, ностабиллигига кўра хар ҳил оператив даволаш усуллари бор. Булар:

- 1) перкутан (транскутан) спицалар билан металлоостеосинтез;
- 2) очик усулда металлоостеосинтез; спица (кегай)лар билан, бинт бигиз шуруп билан;
- 3) очик усулда, Илизаров аппарати қўйиб, компрессия бериб, остеосинтез.

Очик усулда спицалар билан остеосинтез опрацясини бажариш техникаси. Оғриқсизлантириш умумий асептик шаронтда, бўғимнинг ташқи юзасидан, эпикондилусдан юқорига 2 см пастга-1-2 см тери кесма билан синик соҳаси очилади. Куюқлашган қон, янги чандиқлардан тозаланади, синик бўлаги жойинга аниқ қўйилади, у кегай(спица) учи билан босиб, ушлаб турилади. Бўлакча латерал (ташқи) томондан битта кегай ички эпикондилусга йўналтириб ўтказилади. Иккинчи кегай (спица) биринчи билан 30° атрофида бурчак билан бўлакчадан метафизга юборилади. Қаватма-қават юмшоқ тўқима ва тери тикилади. Орқа гипс лонгета тирсакни 90° буклаган ҳолда елка юқори қисмидан кафтгача, бармоқлар асосигача қўйилади. Кафтга супинацияга яқин ҳолат берилади.



Расм - 60 Capituli humeri синигини операция қилиб даволаш. Чандан ўнгга: фиксация усули, операция пайти, тўғрилани, муштаҳкамлаши.

Операцияни бажариш пайти қайта ташқи эпикондилусга келиб бириккан мушак, мушак пайларини сақланишга катта эътибор

берилади. Чунки синик бўлаги шу бириккан мушак, мушак пайларидан озикланади: майда қон-томир, капиллярлар ўтади.

Кондилус бошчаси синигидан кейинги асоратлар бўлиб:

- 1) нотўғри битиш
- 2) битмаган синик
- 3) сохта бўғим- псевдоартроз
- 4) синик бўлагининг асептик некрози
- 5) бўғим контрактураси кабилар учрайди.

Нотўғри битаетган, нотўғри битган елка суяги дистал эпифизи (Capitulum humeri) бошчаси синикларини даволаш.

Елка суяги дистал эпифизи бошчаси синиклари адабиётдаги маълумотлар бўйича 6,4- 18,1% ни ташқил қилади (Тер-Еги азаров Г. М., Меркулов В. Н., Стужина В. Т., Горчиев Б. М., 1991). Бу синиклар дистал бошча эпифизиолизи, суякланиш ядроси синиклари ва остеоэпифизиолизларга булинади. Остеоэпифизиолиз-эпиметафизар типдаги синиклар энг кўп учрайди: 54,1%дан-96,6%гача, ўртача 78,3%(Уринбоев П.У., 1977).

В.Д. Белоусов, А.М. Цуркан (1974) узларининг классификациясини эълон қилган: улар бўйича дистал бошчанинг туртинчи тип синиши- остеоэпифизиолиз Ғалтакнинг тоғай қисми синиши билан. Авторнинг ёзишича 3 та беморда операция пайтида аниқланишича елка суяги дистал бошчаси синиши Ғалтакнинг тоғай қисми синиши билан бирга келган.

Бешинчи типдаги синиш-дистал бошча олдинги қисми синиши Кохер-Лоренс синиши эътиборни кам жалб қилмоқда (48 расм). Бешинчи типдаги елка суяги дистал бошчаси синишини 5 та беморда кузатдик. Бу беморлар ёши 12-15 ёш. Рентгенологик характеристика: Олдинги-орқа проекциядаги рентгенографияда эпифиз ўсиш зонаси ёпилган. Метафиз ташқи кўриниши бўзилмаган, бўғим ёриги торайган, тирсак чуқурчасида проксимал бўлак соя берган, бўғим охири расмини тасаввур қилиш мумкин. Ўзига хос силжишлардан бири дистал синик бўлагининг олдинги томондан марказий синик бўлагига томон силжишидир. Ёнбош проекцияда елка эпифизи ёнбош кесмаси билан (биринчи нигоҳда елка дистал эпифизи бошчаси ва ғалтак жойидагидай) метафиз олдида кўринади, қарама-қарши томонда тожсимон чуқурча («кум соати») яримойсимон ёки икки урқачли булиб кўринади.



Расм -61. *Capitulum humeri* –нинг 5-мин-Кохер-Лоренс синиги.

Синик бўлаклари ўз ложасига кўйилмаганда бўлаklar нотўғри билади. Клиник тирсак бўғимида деформация бўлмаган ҳолатда стабил контрактура кўринади. Бўғимда ҳаракатнинг тикланиши ҳам очиқ усулда репозиция қилинганда секин тикланади. Янги бўлмаган ва эскирган синикларда синик фрагментларини олиб ташлаш ҳам яхши натижа бермайди. Очиқ усулда жойига кўйишда дистрофия ривожланишининг олдини олиш учун мушакли оёкча тикилади.

Елка суяги дистал бошчаси олтинчи турдаги синиши-бу пастги транскондуляр типдаги синишдир. Олдинги орқа проекцияда синиш чизиги Ғалтакнинг энг ички қисмидан бошланади, ташқи дўмбокчада эпикондилусда тугайди. Ташқарига силжиш кам микдорда, асосан ёнбош проекцияда орқага, проксимал силжиб, тирсак чуқурчасига кириш ёпилади. Рентгенёзувларда синик бўлаклари туриши ёмон эмас деб баҳоланади. Бундай синишларда синик бўлаклари жойига тўғриланмаса, стабил контрактура пайдо бўлади. Операция пайтида тоғай марказий синик бўлаги медиал қисмидан ажралиб чиққан бўлакдан иборат бўлади.

Елка суяги дистал бошчаси синиб силжиши бўйича булинади: ташқарига, олдинга, орқага, юқорига, пастга ва ўқи бўйлаб силжиши. Елка суяги дистал бошчаси ўқи бўйлаб синиб силжишида (49-расм) биз синик бўлагининг айланишини кузатамиз. Рентгенограммада бўлакчанинг айланишини улчашда олдинги –орқа проекцияда билак суяги ўқи бўйича аниқланади. Синик бўлаги силжиш даражасини

градусларда аниқлаш илмий ахамиятга эга, практик врачлар учун эса Қулайроқ аниқлаш: бўлакнинг бурилиши, синик бўлаклари орасида синик юзалари ҳолати. Бунда синик бўлаклари орасидаги синик юзалари ҳолати ҳар хил бўлиши мумкин- сезиларли силжиш, катта бўлмаган, сезиларсиз силжиш. Синик бўлаклари орасида алоқа канчалик сакланиб қолган бўлса, битиш шунчалик яхши бўлади.

Синик бўлаги силжиб, айланиб тўрган бўлса, синик юзалари узок турса, бу битмасликга олиб келади. Бунинг натижасида ярим чиқиш ва чиқишлар кузатилади.

Сагиттал текисликда ук бўйлаб силжишни биз буқувчи, ёзилувчи деб атаёмиз.

Беморларни травма муддати бўйича бўлишда А.С.Дроздов(1966) классификациясидан фойдаланамиз: синиб силжиб битаётган синиклар 2-3 ҳафта ва ундан кўп муддатдаги синиклар нотўғри битаётган, травмадан кейин кўрсатилган муддатда (2-3 ҳафта ва ундан кўп) битмаган синикларда битиш белгилари бўлмаса, рентгенологик тасдиқланса битмаган синик ҳақида гап кетади. 6 ойдан кўп муддатда клиник-рентгенологик травмадан кейин битиш белгилари бўлмаса- дистал бошча псевдоартрози ҳисобланади.

Тирсак бўғимидаги синикларни даволашда мураккаб анатомик тўзилмаларга ва биомеханикага эга эканлиги қийинчиликлар тугдиради (Ritler G., H. I. Walde, 1974). Тирсак бўғимида функцияни тўлиқ тиклаш синик бўлаклари аниқ репозициясини талаб қилади, бу консерватив даволашда кам кузатилади, консерватив даволашдаги яхши натижалар ҳар доим ҳам кўп эмас (Mc Donell D. Wilson C., 1948).

Harlaere I. ва соавторлари (1971) кўрсатишича елка суяги дистал бошчаси синишини консерватив даволаш қоникарли натижаларни беради, псевдоартрозлар очик репозициядан кейин нисбатан кўпроқ кузатилади.

Синик фрагментини бир марталик ёпиқ усулда репозиция қилиш ички фиксация бўлмаса, синик бўлаклари тўғри битишини қафолатламайди, эрта даво гимнастикалари қўлланилганда иккиламчи силжиш кузатилади. 4-5 ҳафта иммобилизация қилиш тавсия қилинади, баъзи пайтлар 6-8 ҳафта давом этади. Н. Ф. Сыса (1985) синик соҳасидаги ҳаракатсизлик 4 ҳафтадан кам бўлмаслиги керак. Секин битиш бўлганда бу муддатни тирсак бўғимида ҳаракат чекланиши ҳавфи ошишига қарамасдан узайтириш керак. Г. М. Тер

Егизаров. В. Н. Меркулов, В. Т. Стужина, Б. М. Горчнев (1991) лар гувоҳлик беришича билак суяги бошчаси кучи таъсирида иммобилизация муддати қисқартирилганда бўлаклар силжиши кузатилади. Юқоридагиларни ҳисобга олиб, кўпчилик авторлар иккита Киршнер кегайи билан тери орқали перкутан фиксация қилишни мақул кўради.

Деярли кўпчилик ҳолатларда синиқ бўлаклари силжиши мм ларда улчанади ва операцияларга кўрсатма белгиланади: В.Т. Стужина (1974) 2-3мм; Hols-Nielson F; ottaen P. (1974) — 2 мм. Каттор тадқиқотчилар операцияга кўрсатмаларни кенгайтирди, қонсиз йул билан тўғрилашни катта бўлмаган силжишларда қўллади. Judet R; Judet J. (1964) елка суяги дистал бошчалари ҳамма силжишларини оператив даволашни мақул куради.

Елка суяги дистал бошчаси синиқларини даволашда оператив фаоллик 53-67,4%ни ташқил қилади. Улар болаларда умумий синиқларнинг 2,6дан 7,0% гача қисмини ташқил қилади (1954). Бўлакларни энг ишончли очиқ усулда фиксация қилиш усули Киршнер кегайи билан фиксация қилиш ҳисобланади (Врукнер Н., 1964). Дистал бошча синиқларини даволашда мукамаллаштирилган кўплаб усуллар бўлишига қарамасдан, коникарсиз натижалар, нотўғри битишлар, битмаган синиқлар кўп учрамоқда. Шундай қилиб, М. В. Волков, С. И. Ярославцев, Э. Ф. Самойлович (1989) оператив даволашдан кейин 23% беморларда дистал бошча аваскўляр некрози учраган. Т. Н. Ширмухамедов, Б. Т. Ширмухамедов (1922) 20,2% беморларда нотўғри битиш, битмаслик ҳолатларини аниқлаган.

Биз кўп йиллик тажрибаларимиз асосида елка суяги дистал бошчаси ва Галтакнинг эскирган синиқларида даволаш-тактик ишчи классификациясини ишлаб чиқдик (21-расм).

Биз болаларда елка суяги дистал эпиметафизиди, бўғим атрофии ва бўғим ичи синиқларини очиқ усулда даволашда суяк фрагментларини фиксация қилиш усули модификациясини таклиф қилдик.

Бўлакларни янги усулда фиксация қилишда биз патолого-анатомик ностабиллик асосларини, бўлакча мобиллигини кўп сонли рентген тасвирлар асосида, оператив даволаш мобайнида олинган ҳулосалар асосида ўргандик.

Елка дистал бошчаси ва Галтакнинг эски синиқларининг ишчи даволаш тактик классификацияси

| Синиқлар локализацияси | Синиқлар характеристикаси | Даволаш методи |
|--|--|--|
| Дистал бошча: нотўғри биттаётган. | Травма муддати: 10 кундан 3-6 хафтагача. Латерал- проксимал силжиш 5 мм. буқилган-бурчакли силжиш 15°, ёзилган-бурчакли силжиш 20°. Латерал силжиш 5ммдан кўп, буқилган-бурчакли силжиш 15° дан кўп, ёзилган бурчакли силжиш 20° дан кўп. | Консерватив Оператив |
| Битмаган | 5-ва 6- тип дистал бошча синиқлари. Травма муддати 3- 10 хафта ва ундан кўп. Синиқ юзаси контакти сақланган, лекин латерал-проксимал силжиш, синиқ бўлаклари орасида диастаз 2мм гача(бўлақлар туриши коникарли). Латерал- проксимал силжиш, бўлақлар орасида диастаз 3мм. дан кўп Синиқ бўлаги ва метафиз ўртасида контакт йўқотилган. Синиқ бўлаги ва биллак бошчаси артикуляцияси бўзилган (бўлақлар туриши ёмон) | Оператив Консерватив, узок муддатли гипсли иммобилизация. Оператив Оператив |
| Псевдоартрозлар | Стабил Ностабил | Диспансерда кузатиш ёки остеосинтез. Елка дистал охирида мураккаб кайта тикловчи операция. Консерватив |
| Галтак: нотўғри биттаётган-битган. Битмаган | Синиқ юзаси контакти сақланган, медиал- проксимал силжиш 4-5мм. травма муддати 1 ой ва кўп, галтакдан кичкина фрагмент, бўғим функцияси яхши бўлганда. « Бўлақлар позицияси яхши бўлган»да «Бўлақлар позицияси ёмон бўлган»да | Бўлақчани олиб ташлаш, боғламани тиклаш Оператив Оператив |

Бўлақларнинг ностабиллиги ва мобиллиги куйидаги факторларга боғлиқ:

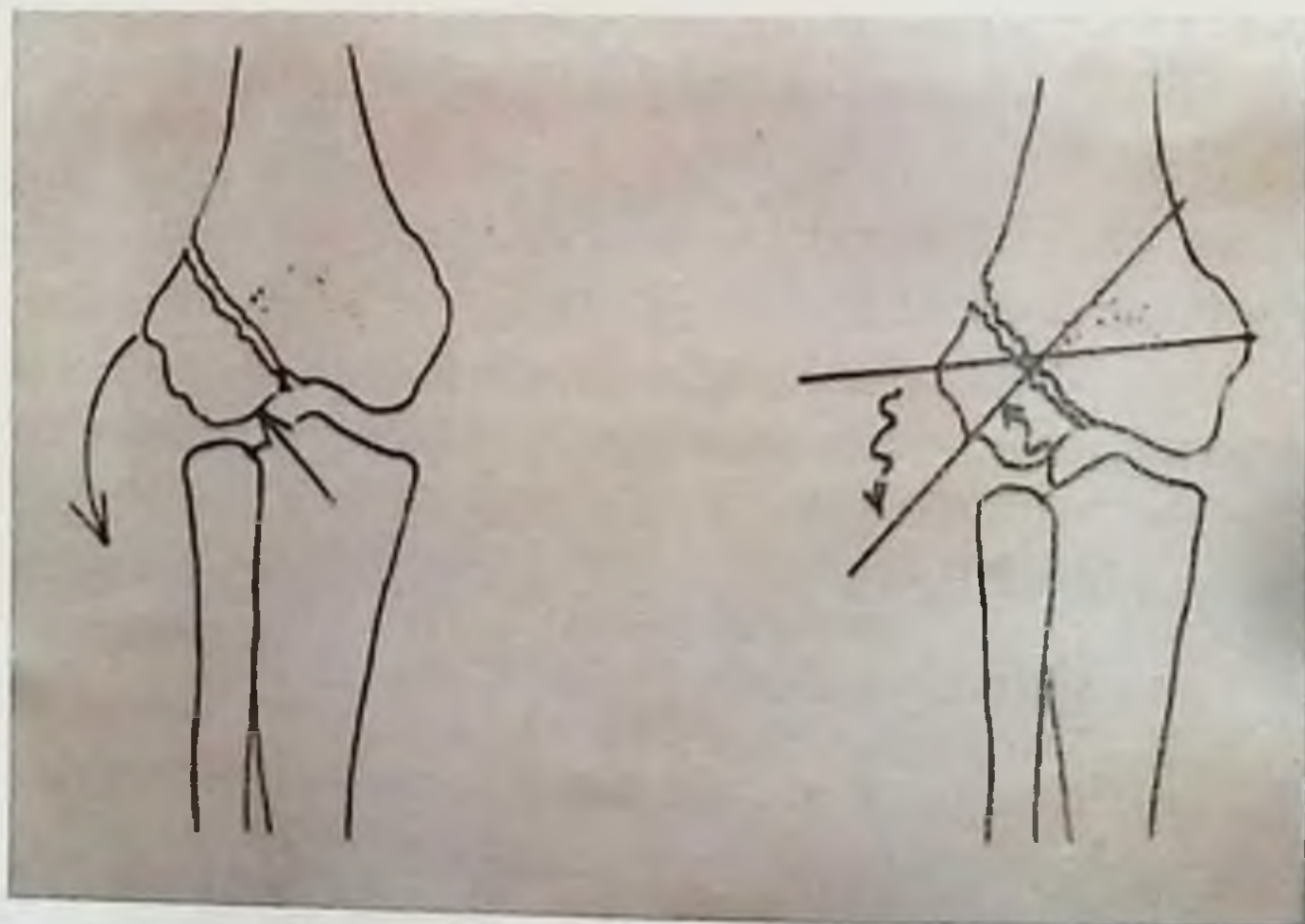
1. Галтакда синиқ чизиги бошланган жойга. Дистал бошча синиқларида синиқ чизиги галтак эгатидан утиши 2 марта кўп учрайди, дистал бршча ва галтак ўртасидаги эгатчадан утишига караганда (Дроздов А. С., 1966). Бўғимда харакат бўлганда тожсимон усимта ва билак суюги бошчаси синиқ бўлагини босади ва силжитади. Булар навбатдаги факторларга боғлиқ;

2. Синиқ чизигининг кўндаланг эмас, кийшик-вертикал йўналишига.

3. Кўл кафти ва бармоқларни ёзувчи мушак пайлари ташқи кондилусга бирикади. Бўғимда бу мушаклар қисқариши натижасида кийшик-вертикал синиқда компрессия пайдо қилмайди. «Мушакларнинг физиологик компрессия» си (Чаклин В. Д., 1970), диафизар ва айрим метафизар синиқларга хос, лекин бу синиқларга эмас.

Бўлакларни иккита кегай билан фиксация қилишни асослаш. Операция техникаси хусусияти.

Дистал бошча ва Галтакнинг эпиметафизар синиши схематик кўринишда понани эслатади (50-расм), чуккиси бўғим чуқурида, асоси эпикондилусда жойлашган. Бу понага икки йўналишдаги куч таъсир қилади: чукки ва асос томонидан, иккала куч таъсирида пона силжийди. Ўтказилган кегайлар илмий тахлилларда кўрсатилган бу дистал бошча синигидаги икки йўналишдаги куч йўналишига қарши таъсир қилади.



Расм -62. Бўлакни силжитувчи кучларни кегай(спица)лар билан нейтраллаш.

Таклиф қилинаётган усул мақсади- синик бўлақларини ишончли фиксация қилишда кенг қўлланилаётган, ҳамма врачлар қўл остида доим бўлган фиксатор-Киршнер кегайини серияли ишлаб чиқаришда бўлмаган, махсус компрессияловчи мосламаларга нисбатан афзалликларини эътироф этиш.

Операция услуги. Операция мохияти биринчи кегай ложасига қўйилган бўлақдан қарама-қарши томондаги эпикондилусга қараб ўтказилади, палпация қилиб, кортикал катламдан чиққанлиги сезилади ва тухтатилади. Кегайнинг бундай йўналиши мушак тортиш кучи йўналиши ва ўзи ўртасида кесишувчи куч (90градус) ҳосил қилади ва мушакларнинг рефлексор спазми бўлақлар ўртасида диастаз ҳосил қилмайди (50-расм). Иккинчи кегай биринчисига нисбатан 30 градус бурчак остида ўтказилади. Бу бўлақларни қўшимча мустахкамлайди, бўлақни айлангириб тортувчи кучни нейтраллайди. Фиксациядан кейин операция столида тирсак бўғимини бўқиб ва ёзиб синик бўлағи стабиллиги текширилади. Одатда бундай фиксация тўғри бажарилса, мустахкам фиксация кузатилади.

Оператив даволаш услугида ташқи эпикондилус ва дистал бошча латерал томонига бириккан мушак (озиклантирувчи) оёкчаси сакланишига эътибор бериш, эҳтиёт қилиш керак. Биз (Уринбаев П. У., 1989, 1993) бўлақчага янгича услуб ишлаб чиқдик ва қўлладик - суякнинг латерал буртиб тўрган қисмидан (ташқи эпикондилус-битаётган бўлақ) 5-10мм юқоридан юмшоқ тўқималар яримойсимон ажратилади, битаётган бўлақчанинг олдинги ва орқа оёкчаси бўғим юзасига карата йуналтирилади. Распатор билан метафиз олдинги ва орқа томонидан суяк усти пардаси ажратилади. Бўлақча синиш чизиғи бўйлаб ажратилади, мушакли оёкчада бўғимдан чиқарилади.

Таъкидлаш керакки, эпифизиолиз типдаги, эпифизиолиз ва метафиздан бўлақча ажраладиган V типдаги синикларда мушакли оёкча сакланиши деярли мумкин эмас. Бундай ҳолатларда биз фиксациядан кейин мушакли оёкча тикамиз.

Эски ҳолатларда бўлақча чандик тўқима билан копланган бўлади. Бўлақчани мушакли оёкчада ажратиб олишда ва жойига тўғри қўйишда ориентация бузилиши мумкин. Бўғим бушлиғи, метафиз суяк жарохати, ғалтак тоғай жарохати, тожсимон чуқурча, тирсак чуқурчаси чандик билан тулган бўлади, бўғим капсуласи чандикли узгаради.

Бўлакчани ажратиб олиш қийинчилик тугдиради. Чандик тўқималар бўгим бушлигидан, анатомик чуқурчалардан, фиброз узгарган капсуладан, синик юзаларидан тозаланади, кейин бўлакча ложасига кўйилади. Эътиборга олиш керакки, травма муддати бўлакни жойига кўйишга ва фиксация қилишга тўғридан-тўғри таъсир қилади. Буни енгиллатиш учун биз цапка фиксатор ихтиро қилдик.

Болалар травматологияси бўлимида 109 та бемор даволанди. Беморларнинг синиш локализациясига, жинсига, ёшига, травма муддатига, оператив даволашга кура 22- жадвалда кўрсатилган.

Иллюстрация учун 24 та беморда оператив даволаш натижалари (2- гуруҳ) янги услуб билан даволанган беморларда (1- гуруҳ) таккосланган, битта кегай билан фиксация қилинганлар (13 тада) ва иккита кегайда (12 та беморда); кегай йўналиши бўйлама уқга якин биринчи гуруҳдаги беморлар ўртасида 7 та (28 0%) беморда касалхонадан чиққандан кейин 21 кундан-2 ойгача рентгенологик битиш белгилари кузатилмаган, охир-окибат 2 та беморда асептик некроз кузатилган.

Иккинчи гуруҳдаги беморлар анализи кўрсатдики, 2 (8,3%) беморларда очик репозициядан кейин дистал бошча дистрофияси кузатилди. Битта беморда, эпифизиолиз типидagi синишда, синик анатомик хусусиятларига кура мушакли оёкчани саклаш имконияти бўлмади, бошқа бемордаги дистрофияни биз техник ноаниқлик билан боғлайми. Колган ҳамма беморларда битиш кузатилди.

Кўриниб турибдики, иккинчи гуруҳдаги беморлардаги ижобий натижа биринчи гуруҳдагиларга нисбатан устун: 28% хисобланган асорат 8,3% гача пасайган. Даволашнинг бундай таккослама натижалари бизнинг услубимиз эффеқтлироқ эканлигини кўрсатади.

Самарканд вилоят ТОВШ болалар травматологияси бўлимида 58 та бемор даволанган. Қўл ўқининг вальгусли деформация кўринишда бузилиши (8 та беморда) ностабил псевдоартрозларга хос бўлган, елка суяги битмаган синиги ва билак суяги бошчаси билан артикуляцияси бўзилган, варусли деформацияга (5 та беморда) стабил псевдоартроз ва битмаган бўлакнинг орқага силжиши хос. 45 та беморда битмаган синикларда 10 тасида катта силжишлар бўлакнинг латерал буралиши 90 градусдан кўп бўлган, синик юзалари бир-бири билан контакти бўлмаган, билак бошчаси билан артикуляцияси бўзилган (бўлакнинг ярим чиқиши ёки чиқиши). Бўлакларда ёзилган турдаги силжишларида, ҳосил бўлган

регенерат синик бушлигини консолидация билан бушликлар хар томонга караганлиги учун таъминлай олмайди.

35 та бемордан 6 тасида эпифизиолиз типигаги, колганларида эпиметафизар синишлар учраган.

Бизнинг беморларда кузатишимизча битмай колишга сабаб, бўлакнинг латерал-проксимал силжиши, бўлаклар ўртасида диастаз бўлиши, сифатли ташқи иммобилизация етарли муддат бўлмаганлиги сабаб бўлган.

Кайд этиш керакки, бўлаклар локализацияси ва синик чизиги бўлакнинг ташқарига катта бўлмаган силжиши (3-5мм.гача), хатто ротацияси бўлмаса ҳам, бутун синик чизиги бўйлаб диастаз ҳосил қилади. Бу репаратив регенерациянинг полициклик кечишига олиб келади, узок муддатли иммобилизацияни талаб қилади. Синик чизиги йўналиши синик бўлагининг ташқарига йўналишида – проксимал силжишда синик чизиги бўйлаб бўлакча юқорига силжигандай кўринади. Бунда бўғим юзаси зинасимон деформацияланади, эпифиз синиғи тоғай юзаси метафизнинг синик юзаси қаршисида туради. Хар хил келиб чиқишдаги тўқималар регенерат ҳосил бўлишини секинлатади, одатдаги иммобилизация муддати етарли бўлмайди. Бундай холатларда эрта бошланган гимнастика машклари битмасликга олиб келади.

Елка суяги бошчаси битмаган синикни узок муддатли иммобилизацияда даволаш.

Бу бўлимда 12 та беморда (5 та бемор стационарда, 7 та бемор амбулотор) узок муддатли иммобилизацияда даволаш натижаларини келтирамиз. Беморлар ёши-2 ёшу, 2 ойликдан 13 ёшгача.

Травма муддати 6 та беморда 2 хафта, 2 тада 3 хафта, 3 тада 4-6 хафта, 1 тада 2 ойлик. Бўлаклар силжиши типик: латерал+проксимал. Ёнбош проекцияда рентгентавирида силжиш йўқ (битта беморда-силжиш орқага). 4 та беморда бўлаклар ўртасида диастаз бўлмаган, 7 та беморда диастаз 2 мм. дан ошмаган, 1 та беморда 3мм.

Беморларда даволаниш кўл бармоқлар асосидан елканнинг ўрта учлигигача гипс боғлами кўйиш билан тугалланган. Гипснинг котиш пайтида латерал силжишни тўғрилаш учун кондилус устидан куч билан босилган, рентгенконтрол қилинган. Манипуляция огриқсизлантиришсиз амалга оширилган. Амбулотор даволаниш мобайнида гипсли боғлам алмаштирилиб турилган ва рентгенконтрол қилинган.

Кичик ёшдаги болаларда тирсак бугими соҳасидаги синикларини даволаш.

Рентгенконтрол текширишларда суяк кадоги турли пайтларда ҳосил бўлган: 3 ҳафтада 1 болада (2 ёшу, 2 ойлик), 30-40 кунда 4 тада, 40-50 кунда 4 тада, 2-2,5 ойда 3 та беморда. Охириги беморлардан бирида характерли синик- эпифизиолизда диастаз 2-3мм (12 та таҳлил қилинаётган беморлар ўртасида энг каттаси).

Шундай қилиб, бизнинг кузатувимиз кўпгина авторлар фикрини тасдиқлайдики, битмай қолишга сабаб, иммобилизацияни эрта тухтатиш, эрта бўғимда функцияни барвақт тиклаш учун ҳаракатни бошлаш. Иммобилизация муддатини узайтириш ва бўғимда ҳаракатни чеклаб туриш битиш учун бу синикларда Қўлай шароит яратади.

Очиқ металлоостеосинтез

Дистал бошча битмай қолган сабабларини бўлақлар силжиши хусусиятларига кура биз 2 гуруҳга тақсимладик.

Биринчи гуруҳлардагига битмаган синиклар, чиқишлар, бўлақлар ярим чиқиши бўлганлар қиради. Бу ерга рентгентасвирларда бўлакнинг катта латерал силжиши, шундай даражада бўлакнинг ротацияси, натижада синик бўлақлари орасида синик юзалари йўқолиши, билан бошчаси билан артикуляция бузилиши қиради. Бу беморларда «ёмон позиция» туфайли битиш кузатилмаган. Бундай беморлар 10 та.

Иккинчи гуруҳдаги беморларда рентгенологик битмаслик сабаби латерал+проксимал силжиш бўлганлиги, бошқа йўналишларда силжиш йўқ. Бу битмаган силжишларда бўлақлар нисбатан олганда «яхши позиция»да. Бу 2 гуруҳдаги беморлар 23 та.

33 та бемордан 28 тасида очиқ металлоостеосинтез кегайлар билан фиксация бизнинг модификациямизда (51-расм) ўтказилган. Варусли деформацияли битта беморда метафиз остеотомия қилинган, бемор диспансер кузатувиغا олинган. 3 та беморда ёпик усулда тери орқали остеосинтез қилинган.

Дистал бошча псевдоартрозларини даволаш

Псевдоартрозларни оператив даволаш ҳақида авторлар турлича фикрга эга. Matti H. (1931), Lang C. (1935), Wilson P. D. (1939), Blashe J. (1962) бўлақларни олиб ташлаш эҳтимоллигини айтади.

Harlaere J. A. et al. (1971) фикрича битмаган синикларда бўлакчанинг яхши туриши оператив даволашга зарурат йўқлигини айтади. У бемор катта ёшгача туриши ёки деформация оператив даволаш йўналишигача боргунча тегинилмаслигини айтади.

Flynn J. C., Richard J. F., Saltumenn R. (1975) лар сезиларли силжишлар бўлганда хирургик даволаш шубхали дейди.

Елка суяги дистал бошчаси псевдоартрозини хирургик даволаш тўғрисида адабиётларда катта тажриба йўқ. Bohler J. (1955) битта ходиса хақида, Jeffery C. C. (1958) 13 та бемордан 3 тасини оператив даволаган, А. С. Дроздов (1966) 21 тадан 4 тасида остеосинтез қилган. Г. А. Банров, Э. В. Ульрих (1973) 8 та беморда кегайлар билан аутоспангиоз тўқима куйиб фиксация қилган.

С. П. Миронов (1984) қўл ўқини тўғрилаш мақсадида метафизни остеотомия қилган ва бўлаклар ўртасига битмаган дистал бошчадан ҳосил қилинган суяк понасини мушакли оёкча билан куйган, Овсянкин (1987) « функцияси бўзилмаган» псевдоартрозларда метафизни корекцияловчи остеотомия қилган, функция чекланган псевдоартрозларда ёлгон бўғимни бартираф этиш учун битта ёки иккита шуруплар билан фиксация қилган.

М. С. Шапиро (1988) 4 та беморда кегайлар билан компрессион-дистракцион остеосинтезни таянч майдончаси билан скелет тортмаси скобаси орқали мумаффакиятли қўллаган.

Н. Ф. Сыса (1991) терини 3мм тешилган жарохат ҳосил қилади. Ундан елка дистал бошчаси орқали ёлгон бўғим бушлиги ва елкага утувчи канал ҳосил қилади. Канал бўйлаб махсус конструкцияланган –бошча устида ечилувчи дастаси бўлган шуруп тери орқали бураб киритилади ва дистал бошча елкага махкам фиксацияланади.

Оператив даволашда биз бўғимнинг патологоанатомик, патофизиологик ҳолатларини эътиборга оламиз, клиник белгиларни ўрганамиз. Псевдоартрозларни биз «ностабил» ва «стабил» турларга буламиз. Ностабиллик битмаган бўлакчанинг хар кунги бўғимнинг буқилган ва ёзилган ҳаракатлари натижасида проксимал томонга давом этадиган силжишига таалукли бўлади. Биз томондан ностабил деб аталаётган псевдоартрозлар учун бўғимда сезиларли деформация бўлиши, мушаклар атрофияси, қўл ўқининг ташқарига қийшиқлиги (cubitus valgus), баъзида тирсак нервининг неврити (иккала турдаги псевдоартрозлар учун ҳам бўғим функцияси кўпчилик ҳолатларда тўлиқ бўлади). Рентгенологик ғалтак ва кондилус суяк тўқималарида дефект, бўлакчанинг сезиларли проксимал силжиши, суяк тасвиридаги остеопороз: псевдоартроз бўғим ёриги тирсак чуқурчасидан ўтади ёки тирсак чуқурчаси юқори чегарасидан ўтади.

Рентгенограммаларни ретроспектив ўрганишлар кўрсатдики, псевдоартрозлар куйидаги ҳолатларда кузатилади: агар синик чизиги Галтакнинг медиал томонидан утган бўлса ва синик йўналиши $1/2$ бурчакда елка ўқини ва бўғим юзасини - текислигини (40-45 дан кичкина) кесиб ўтса.

Ностабил псевдоартрозлар мураккаб қайта тикланувчи операцияга мухтож бўлади. Стабил псевдоартрозларда вальгусли деформация бўлмайди ёки сезиларсиз бўлади. Булар учун «тўғри тирсак» туридаги ёки биллак варусли деформацияси (5) хос. Охириги битмаган синикнинг орқага силжиши натижасида ривожланади.

Рентгенологик аниқланади: синик чизиги Галтакнинг латерал томонидан ёки дистал бошча ва галтак ўртасидан, елка ўқига нисбатан кийшик-вертикал йўналишда, Галтакнинг ва суяк тўқимасининг қисман дефекти; суяк тўқимаси зичлиги тасвири сийраклашган, баъзида енгил склерозлашган. Тирсак нерви функцияси бузилиши кузатилмайди.

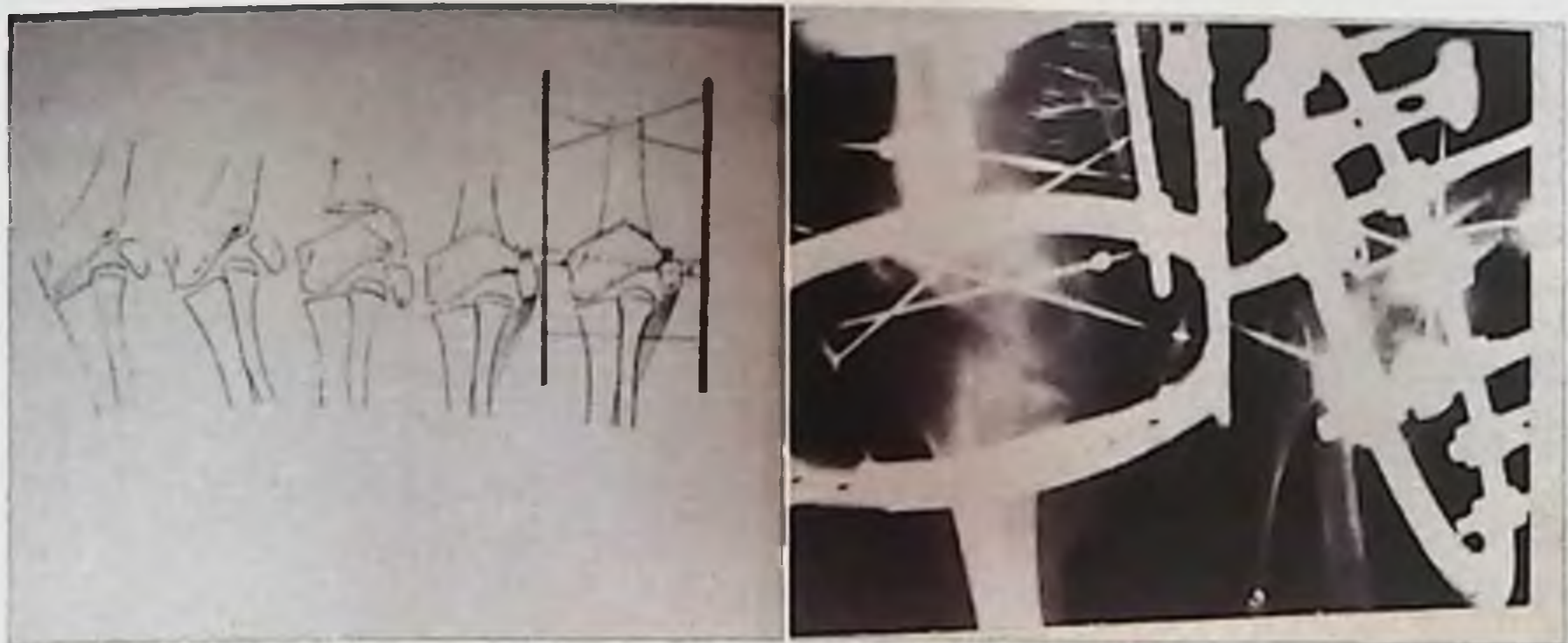
Кўпчилик ҳолатларда стабил псевдоартрозларда бўлақлар битиши учун остеосинтез қилинади, амбулотор кузатув билан чекланиш мумкин.

Биз томондан ёзилган методика бўйича ЦИТОнинг болалар травматологияси бўлимида оператив қайта тиклаш бўйича ўтказилган операцияларда суяк трансплантанти билан бўлақча фиксация қилинади, елка метафизда остеотомия қилинади, скелет тортмаси кўйилади. Бу услубнинг камчилиги бемор 2-3 ҳафта ётоқ режимида бўлади, биз уни модификация қилдик. Битмаган синикларни остеотомия қилиб бўлақларни фиксация қилишда бизнинг модификациямизда 2,5 халқадан иборат Илизаров аппарати ёрдамида компрессион-дистракцион остеосинтездан фойдаландик.

Псевдоартрозларда бир неча йиллар ўтганида, битмаган синик-чиқишлардан кейин Галтакнинг марказий қисми ва кондилуснинг ташқи қисми ривожланишда орқада қолади, битмаган синик чиқиш ҳолатида қолади, биллак бошчаси билан артикуляция тўлиқ йўқолади, биллак кўл ўқидан ташқарига 30-40 градус қийшайди, иккиламчи контрактура ривожланади. Бундай патологияларда битмаган синикни оператив репозиция қилиш иложсиз, битмаган фрагментни олиб ташлашга кўрсатма йўқ.

Булардан келиб чиқиб елка суяги дистал бошчаси битмаган синиш-чиқишларида оператив даволаш тактикасини таклиф қилдик (-расм). Операция методикаси: Ташқи кесма билан кондилус ва псевдоартроз соҳаси суяк усти пардаси ажратилади. Битмаган

синикдан 1-1,5 см юқоридан ташланиб кўндаланг остеотомия қилинади. Дистал бўлак улнар томонидан долота ёрдамида кортикал қават олинади. Бу майдон ва дистал бўлак суяк жарохати юзаси ортопедияда Репке усули деб аталувчи остеотомия каби суякда ўйик ҳосил қилинади, марказий юза ва бўлакча ўртасида бурчаксимон чуқурча ҳосил қилинади. Билак вальгусли деформациядан чиқарилади: бу пайтда суяк бўлаклари бир-бири билан адаптация қилинади. Бўлақлар вақтинча икки ярим халқадан иборат Илизаров аппарати кўйилгунча Киршнер кегайи билан фиксация қилинади.



Расм - 63 *Capituli humeri псевдоартрозини суяк остеотомияси, Илизаров аппаратида операция қилиб даволаш.*

Баъзи ҳолатларда травмадан кейин бир неча йил ўтса тирсак бўғимини ташқил қилувчи элементларда форма ўзгариши кузатилади. Мисол учун, билак бошчасига дистал бошча томонидан босим йўқлиги учун унинг тезлашган ўсиши, кенгайиши, ҳажмининг катталашиши кузатилади. Битмаган бўлакча чиқиш (ярим чиқиш) ҳолатдалиги ва катталашган билак бошчаси бўғим формасини узгартиради, қўл функцияси ва қўл ўқи бўзилади.

Юқоридаги қўл ўқи ва бўғим функциясини тиклаш учун оператив даволаш услубини ишлаб чиқдик. Операциянинг моҳияти шундаки, билак бошчаси резекция қилинади, олинган бошча (-расм) бўлакча битиши учун фойдаланилади.

Операция услуби. Елка пастги учлиги ташқи ён юзасидан билакнинг ташқи ёзувчи юзаси юқори учлигигача, тўғридан-тўғри билак бошчаси устидан утувчи кесма қилинади. Кесмадан кейин билак-елка бўғими юмшоқ тўқималардан билак суяги бошчаси ажратилади. Остеотом билан билак суяги бошчаси резекция

Кичик ёшдаги болаларда тирсак бугими соҳасидаги синиқларини даволаш.

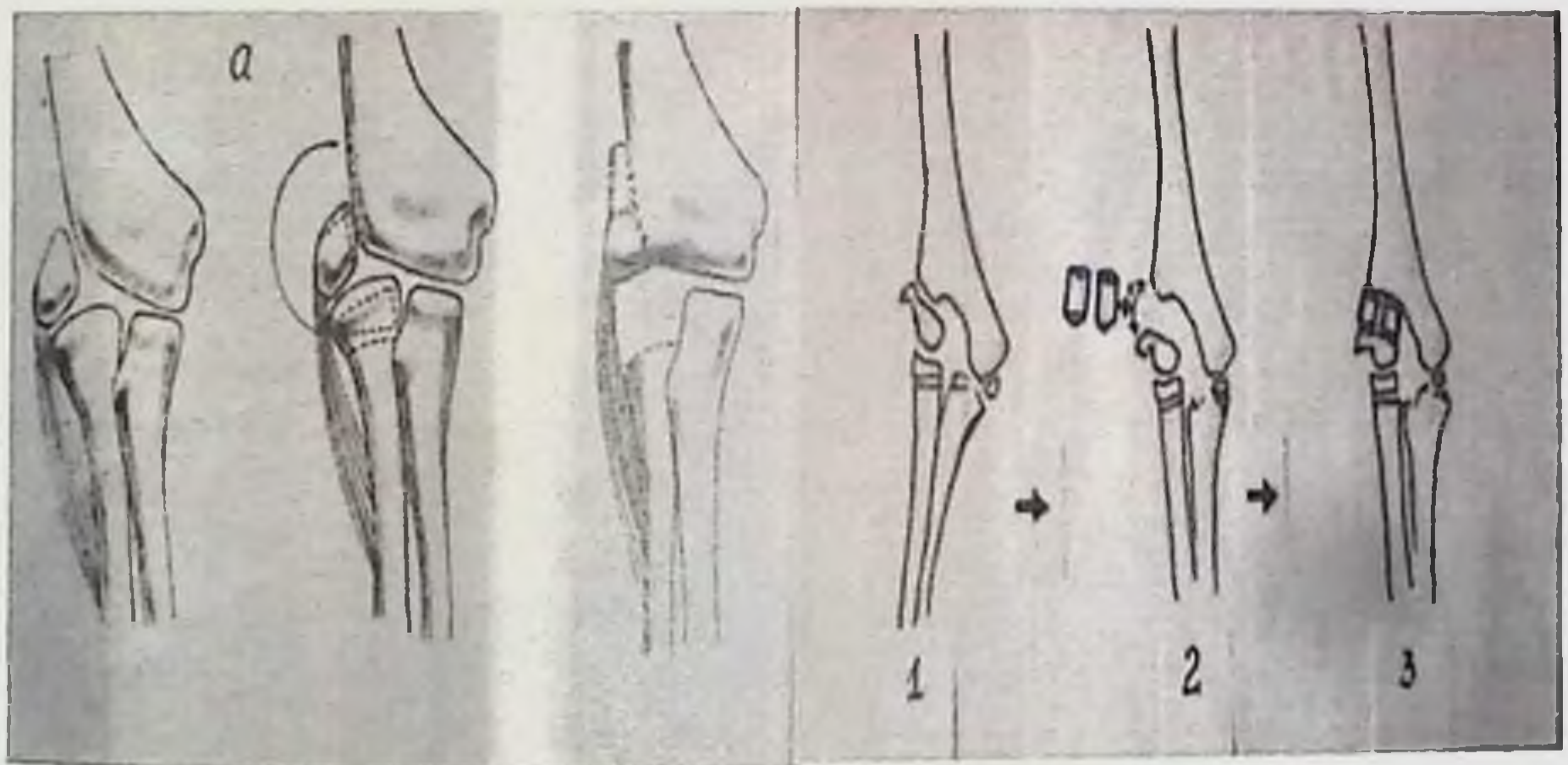
қилинади. Билак бошчаси резекция қилингандан кейин билак юқори учлиги чўлтоғи тўғриланади. Билак юқори охири юмшоқ тўқималар билан ёпилади, елка метафиздан, бўгим очилмасдан битмаган бўлак юзаси ва метафиздан фиброз тўқималар тозаланади, «суяк жарохати» ҳосил қилинади, таянч майдончали кесишувчи кегай кейинчалик аппарат халқасини маҳкамлаш учун ўтказилади. Бўлакча юқори юзаси ва метафиз юзаси резекция қилинган билак бошчасидан ҳосил қилинган суяк трансплантантини қўйиш учун таёрланади. Трансплантант метафизга кегайлар билан фиксация қилинади. Жарохат тикилгандан кейин иккита халқа ёки 2,5 халқадан иборат Илизаров аппарати маҳкамланади. Охириги вариантда кегай елканинг ўрта учлигидан, елка кондилусидан ва тирсак ўсигидан (кўпинча битта) кегай ўтказилади. Бу услубда ўтказилган операция натижалари, беморлар сони -жадвалда кўрсатилган.

Даволаш услуби ва натижалари бўйича беморларнинг тақсимланиши

| <i>Операция услуби</i> | <i>Беморлар сони</i> | <i>Битиши</i> | <i>Битмагани</i> |
|---|----------------------|---------------|------------------|
| Остеосинтез, кегайлар билан фиксация (2-3та) | 3 | 2 | 1 |
| Остеосинтез, фиксация шуруп билан | 2 | 1 | 1 |
| Фиксация+суяк трансплантат билан | 1 | 1 | - |
| Фиксация +кегайлар | 1 | - | 1 |
| Метафизда остеотомия, кегайлар билан остеосинтез | 1 | 1 | - |
| Бизнинг модификация ва услуб билан | | | |
| 1-вариант | 2 | 2 | - |
| 2- вариант | 1 | 1 | - |
| 3- вариант | 2 | 2 | - |
| Хаммаси: | 13 | 10 | 3 |

Ўринбоев П.У., Аширов М.У., Сондибоев Ш.О., Ўринбоев И.П

Жадвалдан кўриниб турибдики, ҳамма беморларда бизнинг услуб кўлланилганда муваффақиятли натижаларга эришилган.



Расм -64 С Операция схемаси



Расм - 65 Кондилус боинчаси псевдоартрозларини суяк пластикаси ва Илизаров аппарати қўллаб даволаш.

45 бемор болани операция қилиб даволаш натижаларини ёзамиз. Бажарилган операциялар методикаси: суяк пластикаси ва хар хил мустаҳкамлаш ўтказилгани бўйича беморлар 4 гуруҳга бўлинган. 1 – гуруҳ: 11 бемор болада очик металлоостеосинтез, спицалар (кегайлар) билан маҳкамлаш., 2 – гуруҳ беморларда – 30 та болаларда метафиз ва битмаган бўлак оралиғи суяк трансплантатлари билан тўлдирилди, спицалар билан маҳкамланди, ги пс лонгета қўйилди. 3- гуруҳ беморларда суяк пластикаси, спицалар билан маҳкамлаш, Илизаров аппарати билан мустаҳкамлаш (4 беморда). 4 – гуруҳ беморларда ўтказилган суяк пластикаси операциясидан кейин трансплантат метафиз томонда битиб, бўлак томонда битмагач, 2 чи этап сифатида Илизаров аппарати қўлланилган.

Псевдоартрозни суяк тўқимали битиб кетиши учун биз суяк пластикаси операциясини ишлаб чиқдик. Суяк трансплантат метафизи ва битмаган бўлак оралиғига жойлаштирилади. Трансплантатлар узунлиги псевдоартроз оралиғи канчалигига боғлиқ. Cubitus valgus - ни тўғрилаб псевдоартроз жой қанча очилса, шунча узунликда трансплантат тайёрланади. Операция учун 0,5 – 0,7 см., 1 см атрофида, 1,5 - 2,0 см гача трансплантат зарур бўлади. Ички

томонда кўйинладиган трансплантат калтарок, ташқиси узунрок бўлади. Биринчи бошлаганимизда 1 та трансплантат қўллаган эдик. Кейинчалик доим 2 та трансплантат кўйдик.

Бу операция псевдоартроз соҳасидаги суяк тўқимаси етишмовчилиги – дефектни трансплантатлар тўлдиради, псевдоартроз битишига сабаб бўлади, тирсак ўсиғи жойлашадиган анатомик қулайлик яратади, қўл ўқи тўғриланади. Қўл ўқини тўғриловчи супракондилляр остеотомияга зарурат бўлмайди.



Расм 66 - Давоми. Боши 65 - расмда: суяк пластикаси операцияси, Илизаров аппарати қўлланган. Псевдоартроз битган (ренигентасвир), бўғимда бўклаш "яхши", бўғимни очини "қоникарли"

Елка суяги галтаги (trochlea) потўғри битмаётган, битмаган, псевдоартрозларини оператив даволаш

Бизда 14 та бемор Галтакнинг синиклари билан кечки муддатларда оператив даволанган. Ўғил болалар -11 та, кизлар 3 та. 4 ёшгача бўлган болалар -4та, 6 ёш-1 та, 9-14 ёш 10 та ва 16-17 ёш - 2та. Травма муддати бўйича 5 та бемор 1 ойгача, 4 таси-2-4 ой, 5 та бемор 1-5 йил кечикиб келганлар.

Галтакнинг эски синиклари билан беморларда бўғим функцияси бузилиши жуда аҳамияти сезиларли. Тирсак бўғимида контрактуранинг келиб чиқишида тирсак ўсиғи бўғим чуқурчаси-метафиздаги жарохати билан туташиб бўғим биомеханикасини бузади. Тирсак чуқурчасидан «метафизнинг ишчи юзасигача» бўлган масофани бузади, тирсак чуқурчасини суяк массаси билан тўлади. Бўғимнинг турғун контрактураси ҳосил бўлади. Битта беморда бўғимда ҳаракат ҳажми 120 градус, колган беморларда 20-85 градус атрофларида кузатдик.

Рентгенанатомияни ўрганиш кўрсатдики, 11 та беморда Галтакнинг эпиметафизар бўлаги «ёмон позицияда-бурилган, медиал силжиган, синик чизиклари ўртасида контакт йўқолган, галтак бўлаклари билан тирсак суягида артикуляция бўзилган. 3 та беморда кўп бўлмаган бурилиш, синик юзаларида контакт сақланган, артикуляция бор. Хамма беморларда рентгенологик битмаган, бу оператив жараёнда ҳам тасдиқланди.

Беморларда навбатдаги оператив даво турлари ўтказилди:

1) Бўлақларни очик усулда қўйиш, Киршнер кегайи билан клиникамиз модификацияси бўйича фиксация-7 та беморда, «бўғим функциясини тиклаш-анатомияни тиклаш орқали» мулоҳазаси билан. Бундай турдаги операцияларни травма муддати 1 ойдан 1 йилгача бўлган беморларда бажардик (54-расм, а,б);



Rasm .67 - Yelka suyagi g'altagining eski sinig'ini metalloosteosintez operatsiyasi qilib davolash.

2) 2 та беморда неоартроздан кейин, бўгим функцияси коникарли ёки яхши бўлганда, фрагмент размери катта бўлмаганда, варусли деформация туфайли метафизда остеотомия қилинди.

3) Битта беморда тирсак бўғими артролизи бўлакчани олиб ташлаш билан бажарилди.

4) Битта беморда травмадан I ой утгандан кейин, бўлақлар яхши позициясида, биз ёпиқ репозиция қилдик, иккита кегай билан тери орқали фиксация қилдик.

Катта бўлмаган ҳажмдаги галтак синишлари учраб туради, синиқ чизиги медиал томондан бошланиб, чиқиш ва бўлакнинг бурилиши кузатилади. Муддатли кузатишлар кўрсатдики, бу турдаги галтак синишларида бўгим функцияси яхши бўлади. Бундай пайтларда очик усулда жойига қўйиш асоратлар (лизис, аваскўляр некроз, жарохат йиринглаши, оссификат ривожланиши) кўп кузатилишига олиб келади, биз буни 3 та беморда кузатдик.

Бундай ҳолатлар бизда янги операция тактикасини ишлаб чиқишга даъват қилди, бўлақларни фиксация қилиш бўғимдан ташқари бажарилади: эпиметафиз медиал юзасидан (55-расм, а, б).

Операциянинг техник принципи шундайки, медиал кесма билан борилади, тирсак нерви невролиз қилиниб, резина ушлагичга олинади.

Операциядан кейин 4 ҳафта (6 ҳафтагача) ташқи иммобилизация давом эттирилади. Кегайлар рентгенологик битиш белгилари пайдо бўлгандан кейин (5-6 ҳафта) олиб ташланади.

Болаларда елка сўяги ички эпикондилусининг битмаган синиқларини оператив даволаш

Тирсак бўғими атрофидаги синиқлар ичида ички эпикондилус синиқлари 14,8дан-32,4% ни (Горчиев Б. М., 1989) ташқил қилади.

Тирсак бўғими атрофидан синиб чиқишларда ички эпикондилус ўзилишлари кўп учрайди. Билакнинг чиқиши билан биргаликда келиши биринчи уринда туради. Г. А. Баиров (1962) маълумотича болаларда ҳамма тирсак бўғимидан чиқишларда 65,0% ҳолатда ички эпикондилус синиши билан асоратланади. Н. С. Бондаренко (1985) 226 та бемордан 164 тасида, Р. Р. Ходжаеву (1992) кузатишича 62,0% ҳолатларда кузатилган.

Кўплаб авторлар хулосага келишича, бу синиқлар ўзилиш характерига эга, билак чиқиши пайтида келиб чиқади. Ҳамма билак чиқишлари тирсак бўғими капсуласи ва мушаклар, коллатерал

боғламалари чўзилиши ички эпикондилусга бирикканлиги учун кузатилади.

Болаларда тирсак бўғимидаги юқорида кўрсатилган юмшоқ тўқима элементлари ички эпикондилус зонасига караганда мустахкам бўлади. Шунинг учун улар ўзилмайди, ички эпикондилус жойидан ўзилиб кетади. Билак чиқиши ички эпикондилус синишига сабаб бўлади. Ички эпикондилус ўзилиши бирламчи эмас, билакнинг тирсак бўғимидан чиқиши бирламчи ҳисобланади.

Юқоридагилардан шундай тушунча келиб чиқадики, ички эпикондилуснинг синиши суяк синикларида алоҳида ходиса эмас, синиб-чиқиш ҳисобланади, буни Г. А. Баиров, Я. Ярашев (1988), Г. М. Тер-Егнзаров, Б. М. Горчиев, В. Н. Мерқўлов ва бошқалар.(1988), В. С. Weber (1980) ва М. О. Горчиева (1989) кузатувлари ҳам, бизнинг травмадан кейин кеч мурожоат қилган беморларимизнинг клиник-рентгенологик картиналари ҳам тасдиқлайди.

Тирсак бўғимидаги синиб чиқишлар бошқа турдаги шикастланишларга караганда бўғим ичида ва бўғим ташқарисида кўп микдорда кон қўйилишлар билан, параартиқўляр тўқималар шикастланиши, кучли деформациялар, кучли огриқ, бўғимда актив ва пассив ҳаракатлар кескин чекланганлиги билан фаркланади.

Авторлар ички эпикондилус синишини хар-хил тақсимлайди. Адабиётларда синикларнинг огирлик даражаси хакида ягона классификацияси йўқ. Г. А. Баиров (1962) даволаш тактикаси учун ички эпикондилус синикларини силжишсиз синиш, синиб, 2-3мм силжиши, 30-45градусгача бурчакли синиб силжиши, ички эпикондилуснинг (кўндаланг ва узунасига) 3-5мм. дан кўп силжиши, 45 градусдан кўп силжиш, тўлиқ синиб силжиш ва бўлакнинг 180 градусга айланиши, синик бўлагининг бўғим ичига қисилиши турларига бўлади.

М. Б. Горчиев (1989) ўзининг классификациясини таклиф қилган: 1).Синик билан билак суякларининг «яширин» чиқиши (ярим чиқиши). 2).Синик билан билак суякларининг биргаликда чиқиши.3).Синик билан синик бўлаги бўғим юзалари орасига тикилиб қолиши. Ички эпикондилуснинг бу синиши синикнинг огирлик даражасини ифодалайди.

М. С. Шапиро (1990) ҳамма синикларни шартли 4 гуруҳга бўлади: ички эпикондилуснинг синиши ва синик бўлаклари силжимаганлиги; Синик бўлагининг пастга 5мм. гача силжиши ва

сезиларсиз ротацияси; бўгим ёригигача синиб силжиши ва хар хил текисликда ротацияси; ички эпикондилуснинг синиб, бўгим ичига тикилиши.

Хозирги пайтгача ички эпикондилуснинг «янги» синиқларини даволашда врачлар учун аниқ тактика йўқ. Г. А. Баиров, В. В. Горельий (1975) лар синиб силжиш 3мм. гача ва ротация 45 градусгача консерватив даволаш: марли валик-пилот тақиш, лейкопластир билан ёпиштириш ва 7-10 кунга гипс шина кўйишни таклиф қилади. В. Б. Турковский, Е. Д. Антипов (1990) узларининг ёпиқ репозиция методини таклиф қилади. Б. Г. Ширмухамедов (1992) 5 мм. гача бўлган ва ротациясиз синишларни репозиция қилиш ва тери орқали инекъцион игна ёки кегайлар билан фиксация қилишни таклиф қилади.

Хозирги пайтда ёпиқ усулда репозиция қилишда бўлаклар адаптацияси аниқ бўлмаганлиги туфайли бўгимда ностабиллик ва деформация бўлиши туфайли бу услубнинг тарафдорлари камчиликини ташқил қилади. С. И. Ярославцев (1989) каудал силжиш 4-5мм ва ротация 30-60 градус бўлиши операцияга кўрсатма хисоблайди.

Г. М. Тер-Егiazаров, В. Н. Меркулов (1984), С. М. Елистратов (1989) лар ички эпикондилусларнинг ўзилиб синишларида силжиш 0,3-0,5 см. бўлганда очик репозицияга кўрсатма ва остеосинтез қилиш керак деб хисоблайдилар. Тирсак нервининг алохида невролиз қилиниши кўшимча травма деб кўрсатади авторлар.

Ю. А. Плаксейчук (1974) ички эпикондилус ва елка суяги дистал эпиметафизини ўртасида компрессия ҳосил қилиш учун таянч майдончадан фойдаланади. Компрессия ташқи компрессияловчи аппаратлар ёрдамида берилади. Г. К. Логинов тугмачали кегайни ички эпикондилус томонидан, В. Г. Грицуун ва В. В. Шаварин (1978) тугмачали кегайни ички эпикондилус қарама-қарши томонидан ўтказиш тарафдори. Таянч майдончали кегай ички эпикондилусдан елка метафизига такалгунча ўтказилади, ташқи томондан кўшимча кесма кегайнинг чиқиш жойидан қилинади ва қарши тортиш ички эпикондилус ва унинг ложаси атрофида ҳосил қилинади. М. С. Михович (1983) таянч майдончали кегай ва кегайлар (3) бириктириладиган такасимон мослама ишлаб чиқди.

Р. Р. Ходжаев (1989) метафиз ва синиқ бўлагини орасида компрессия учун 2 та ярим халқага бириктирилган таянч майдончали кегайлардан фойдаланади, кегайлар синиқ текислигига бурчак

остида пастдан юкорига, синган эпикондилусдан метафизга ўтказилади; иккинчи кегай метафиз узра ўтказилади.

Бизнинг назаримизча компрессия ҳосил қилиш учун таклиф қилинаётган услублар, болалар учун травматик, боланинг психикасини шикастлайди. Кўпчилик мосламалар ишлаб чиқилмайди, шунинг учун кенг қўллаш имконияти йўқ.

Бизнинг кузатувимизда 28 та бемор биз оператив даво қўллаган бемор бўлди. Ўғил болалар 25 та, кизлар-3 та. Ёш бўйича ўрганишлар кўрсатдики, ички эпикондилус синишлари кўпинча катта ёшдаги болаларда учрайди. 6-8 ёшли болаларда 1 та, 9-12 ёшли болалар 15 та, 17 ёшгача 12 та. Травма муддати бўйича, кўпчилик беморлар 2 хафтадан-4 хафтагача, 16 та бемор мурожаат қилган. 2 ойгача 9 та бемор, 2 ойдан-4 ойгача 2 та, 4-6 ой мобайнида 1 та бемор.

Бизнинг беморларда эски шикастланишларга сабаб: тиббий ёрдамга кеч мурожаат қилиш (7 та бемор); диагностикадаги хатолар (рентгентасвирда чиқишда ички эпикондилус суякланиш ядросини галтак суякланиш ядроси деб талкин қилиш) ва ички эпикондилус синикларини консерватив даволашга уринишдир.

Клиник белгиларига Гютер учбурчагидаги бурчак нуқталари бузилишидир. Курик пайтида олдиндан медиал томонга караганда бўғим формаси бузилиши кузатилади, медиал дунгча пастга тушиши, синик бўлаги бўғим ичига қисилганда-ички эпикондилус соҳасида бўғим контурлари текислашиши, баъзида медиал юзасида гадир-будир бўлиши, елка ва биллак мушаклари атрофияланиши аникланади. Бўғим контрактураси тургун характерга эга бўлади, кўпчиликда бўқиш функцияси кўп-кам сақланган бўлади, лекин ёзилиш функцияси кўп даражада бўзилган бўлади. Бу бўғим ва бўғим атрофи юмшоқ тўқималари, бўғим капсуласи, бўғим боғламалари шикастланиши билан боғлиқ. Хақиқатдан ҳам янги, янги бўлмаган синикларни оператив даволашда капсуланинг олдинги ички томони шикастланганлигига кўп гувоҳ бўлганмиз. Кўпинча ички юза бутун йўналиш бўйлаб шикастланган бўлади. Бўғим ичи конга тулган бўлади, гематома олдинги юза бўйлаб елка суяги метафизига таркалган бўлади.

20 та беморда бўғимда ҳаракат ҳажми 50 градус, 3 та беморда 80 градус, 4 та беморда 80дан-110 градус, битта беморда 110-140 градус кўринишда бўлади.

Оператив даволаниш жараёнида патологик шикастланишларни ўрганиш кўрсатдики, янги ва эски шикастланган тўқималарни

гистологик ўрганишда ички эпикондилус битмаган синикларида контрактура сабаблари болаларда куйидагича:

1). Шикастланган, узгарган, дегенерацияланган, чандиклашган юмшоқ тўқималар ва бўғим капсуласи.

2). Бўғим ичига бўлакча оёкчаси ва унга бириккан юмшоқ тўқима кириб қолиши;

3). Бўғим капсуласи ва юмшоқ тўқиманинг тирсак суяги ички бўғим юзасидан бўғимга ўсиб кириши.

4). Бўғим юзалари орасида чандикли тўқима ҳосил бўлиши.

5). Елка 3 бошли мушагида учинчи бирикиш нуқтасининг ҳосил бўлиши. Унинг диафиздан метафизга утиш жойида бўлиши.

Рентгенологик характеристика. 3 та беморда бўлақлар яхши позицияда бўлган, бўлақлар ва ложаси орасидаги диастаз 2-3мм бўлган, дистал силжиш 2мм дан ошмаган. 11 та беморда медиал-дистал силжиш сезиларли бўлган, лекин бўғим ёригига етмаган. 3 та беморда биз эпифиз ташқи юзасида оссификация аниқладик, кейинчалик ташқи ён боғлама бириккан жойи рентгенологик суякланиш белгиларини берган.

7 та беморда синик бўлаги бўғим ичига тикилган, улардан биттасида ташқи эпикондилус соҳасида, 1 та беморда дистал бошча латерал томонига 2-3мм етмасдан суякланиш белгилари пайдо бўлган. 2 та беморда метафизнинг олдинги-медиал томонида, ички эпикондилусга яқин жойида оссификат пайдо бўлган. 1 та беморда чиқиш (орқа-ташқи) иккала эпикондилус ўзилиши билан кайд қилдик.

Шундай қилиб, 28 та беморда оператив даволаш ўтказилган, шулардан 11 тасида ички эпикондилуснинг синиши биланнинг чиқиш механизми натижасида келиб чиқишнинг рентгенологик белгилари бор. Бу белгилар; биланнинг чиқиши (1), бўлакнинг бўғим юзалари орасига қисилиши (7), оссификация, ташқи кондилус атрофида дистрофия.

Клиник, рентгенологик, гистологик маълумотлар ва шунингдек бўғим контрактураси патогенези (Ўринбаев П., 1986, 1990) асосида биз оператив даволаш ҳажми ва усулини ишлаб чиқдик.

Бу куйидагича бўлади:

1). Тирсак бўғими медиал юзасидан тери 8-10см. кесилади:

2). Невролиз, тирсак бўғими невролиз қилинади ва резина ушлагичга алоҳида олинади.

3). Синик бўлакчаси ажратилади, «мушак оёкчани саклаш» принципи асосида, юмшоқ тўқималар бўлакчанинг юқорисидан, олдиндан, орқадан кесилиб, бўғим очилади. Бўлакча қисилган

холатда булса, энг ишончлиси ички эпикондилусга бирикиш нуқтаси бўйлаб, мушакларни мушак оёкчаси толаларини ажратиш.

4) бўлакча мобилизацияси, мушакли оёкчани ажратиш, тенотом ёрдамида бўғим капсуласи ва оёкча ўртасида фиброз чандик кесилади, фация ва бошқа юмшоқ тўқималар ажратилади. Бўлакчани ва мушак оёкчани мобилизация қилмасдан, синиқ бўлагини олиш ва ложасига қўйиш қийин ҳисобланади;

5) буришган ва фиброз узгарган бўғим капсуласи медиал томондан билак бошчасигача кесилади.

6) бўғим бушлигидан ва елка суяги тожсимон чуқурчасидан фиброз тўқималар кесиб олинади.

7) синиқ бўлаги жойига қўйилгандан ва фиксация қилингандан кейин нерв жойига қўйилади.

Ички эпикондилусни фиксация қилишни қуйидагича услубда бажардик: биринчи кегай ички эпикондилусдан елкага перпендикуляр равишда елка ташқи кондилусига қараб ўтказилади. Кегайнинг учи кортикал қаватдан чиққан жойида тухтатилади. Иккинчи кегай 30 градус бурчак остидан ўтказилади ва биринчисига нисбатан пастдан юқорига ичкаридан ташқарига кортикал қаватдан чиққунча ўтказилади. Бўғимни бўқиб ва ёзиб ички эпикондилус ишончли ва тўғри фиксация қилинганлигига ишонч ҳосил қилинади.



Rasm - 68 Yelka suyagi ichki epicondylusi sinig'i, ichki epicondyl tirsak bo'gimida qisilib qolgan: operatsiya qilib davolash.

Биринчи кегайнинг йўналиши бўйича диастаз чақирувчи мушаклар спазми ва қисқариш кучининг бўлакчага таъсири

нейтралланади. 90 градус бурчак ҳосил қилмасдан (56-расм) бўлақлар орасида диастаз бўлмаслигига ишонч ҳосил қилиш қийин. Иккинчи кегай қўшимча маҳкамлайди ва бўлақчанинг ротациясининг олдини олдади. Кегайларнинг учи қирқилгандан кейин ташқарида тери устида қолдирилади, бу кегайни олиш ёки шуруп қўллашдаги бўладиган қайта операциянинг олдини олдади.

Бу ёзилган методика бўйича 18 та бемор оператив даволанди. Иккита беморда қўшимча оссификатни олиш қўшилди. Очик металлостеосинтез қилиш ва шуруп билан фиксация қилиш битта беморда қўлланилди. Артролиз 2 та беморда қўлланилди. битта беморда Волков-Оганесян аппарати қўлланилди. «2 та кегай билан ёпик остеосинтез» битта беморда қўлланилди.

Синик бўлагини жойига қуя олмаган пайтда (травмадан узок муддатдан кейин, мушаклар ретракциясида) бўлақча олинадди, уч бошли мушак пайи медиал қисмидан 4 мм кенгликда қиркма ҳосил қилинадди ва шундан тирсак бўғими ички ён боғламаси ҳосил қилинадди, уч бошли мушак қиркмаси ва мушак оёкча ўртасига чок қўйилади (57-расм). Метафизнинг медиал қиррасидан калин кегай ёрдамида лавсан ип ўтказилади, шунинг ёрдамида қиркма суякга бириктирилади. Биз ҳаммаси булиб 5 та беморда бўлақчани олиб ташладик. 4 та беморда юқоридаги услуб қўлланилди.

ЯКУНИЙ ҚИСМ

Болаларда тирсак бўғими атрофидаги суяклар бошқа суяк синикларига нисбатан 40% дан 50% гача учрайди ва биринчи ўринда туради. Елка суяғиди стал охиридаги синиклар 84-89% учрайди. Транскондиляр синиклар елкасуяғи дистал охиридаги синикларнинг асосий қисмини ташкил қилади.

Бир қанча авторларнинг ёзишича, қўл билан репозиция қилиш 16,9% дан 78,1% гача мувофақиятсиз кечади.

21,1-54,7% беморларда репозиция ва гипсли иммобилизациядан кейин суяк бўлақларининг иккиламчи силжиши кузатилади.

Скелет тортмасида даволашда суяк синикларининг жойига тушмаслиги 15,9-32,2% ни ташкил қилади.

Қўл ўқининг қийшайиши тирсак бўғими варусли деформацияси транскондиляр синиклар асорати сифатида 24,0-44,8% учрайди.

Беморлар ўртасида варусли деформациялар учраши 50 - 70% беморларда 4-6 ёшли болаларда келиб чиққан.

Бу фактлар бир томондан кичик ёшдаги болаларда тирсак бўғими рентген анатомиясининг мураккаблиги туфайли диагноз қўйиш қийинлиги бўлса, иккинчи томондан шу ёшдаги беморларда даволаш услубининг мукамаллашмаганлигидан далолат беради.

Адабиётларни ўрганишимизда кичик ёшдаги болаларда елка суяғи транскондиляр синиклари диагностикаси ва даволаш услублари мукамал эмаслигига эътибор бердик. Бизнинг ўрганишимизча кичик ёшдаги болалар даелка суяғи транскондиляр синиклари 26,1 дан 37% гача учрайди.

П.Ў. Ўринбаев (1995) биринчи марта елканинг ўрта ротацион ҳолати тўғрисида ёзган. Аммо, ҳозирги пайтгача елканинг ўрта ротацион ҳолати тушунчаси илмий фикр сифатида исботланмаган. Елканинг ўрта ротацион ҳолатини исботловчи текширишлар ўтказилмаган.

Марказий кегайни ҳавфсиз ўтказиш жойи ва елканинг ўрта ротацион ҳолатини ҳисобга олиб аппарат қўйиш методикалари ишлаб чиқилмаган.

Илмий ишнинг мақсади ва вазифалари. Кичик ёшдаги болаларда елкасуяғи транскондиляр синикларда репозиция

сифатини (бир марталик, склетгормасида, Илизаров аппаратида) ошириш ва даволашни мукаммалаштириш.

Мақсадга етиш учун қуйидаги вазифаларни ўз олдимизга қўйдик.

1. Кичик ёшдаги болаларда елка суяги транскондилляр синикларнинг клинико-рентгенологик хусусиятлари ва патогенезини ўрганиш.

2. Елканинг ўрта ротацион ҳолатини ва унинг елка суяги транскондилляр синикларини аҳамиятини клиник, электрофизиологик, биомеханик методлар билан текшириш ва тушунтириш.

3. Бир марталик репозиция қилишда, скелет тортмасида даволашда, Илизаров аппарати қўйишда елканинг ўрта ротацион физиологик ҳолатидан фойдаланиш.

4. Кичик ёшдаги болаларда елка суяги транскондилляр синикларни даволашда Илизаров аппарати қўйишнинг оптимал вариантини ишлаб чиқиш.

5. Елка суяги транскондилляр синикларни даволашдаги асоратларни ўрганиш.

Ушбу илмий иш 1996-2001 йиллар мобайнида Самарқанд вилоят ортопедия ва травматология шифохонасида жойлашган Самарқанд тиббиёт олийгоҳи травматология, ортопедия ХД.Ж. кафедраси базасида Уз.Р.ССВ.Т.О.И.Т.И. болалар ўткир шикастлари бўлимида (15 бемор) даволанган 1 ёшдан 7 ёшгача бўлган 150 беморни текшириш ва даволаш натижаларига асосланган.

98(65,3%) та бемор қишлоқ аҳолисини, 52(34,6%) та бемор шаҳараҳолисини, 91(60,6%) та бемор ўғил болаларни, 59(39,3%) та бемор қизболаларни ташкил қилган.

Беморлар шикастланишдан кейин ҳар-хил вақтда шифохонага ётқизилган.

Кўпчилик беморлар стационарга биринчи кундан 3 суткагача, янги травма пайтда мурожаат қилган 103(68,6%).

Ихтисослаштирилган ёрдамгача бўлган, биринчи ёрдамни 108(72,0%) врач травматологлардан, 23(15,3%) беморлар хирурглардан, 15(10,0%) беморлар тиббий билими бўлмаган кишилардан (табиблардан) олган.

Тиббий билими бўлмаган кишилардан биринчи ёрдам олган беморларда шуниси ҳамфлики, шикастланган қўлга тахтакачларни

қисиб боғлаш ҳолатлари кўп учрайди. Бу қон айланишнинг бузилиши натижасида ишемик процессларга олиб келиши мумкин.

Бизнинг беморларимиз орасида турмуш травматизми кўпроқ, 150та бемордан 100 (70%) тасида учраган. Бу, назаримизда географик ва иқлим шароитлари билан тушунтирилади. Кўпинча қиш фасли қисқа бўлади, қорлар тез эриб кетади, бундан ташқариқишлоқ шароитида "турмуш" тушунчаси кенг маънога эга.

Кузатувимиздаги беморларда ёпик травма 150 тадан 130 (92%) тасида кузатилган. Транскондиляр синикларда 5 (3,3%) та беморда политравма 2(1,3%) та беморда аралаш травма билан келган. Политравма билан келган беморларда аксарият ҳолларда транскондиляр синиклар доминантлик қилса, аралаш травмаларда ички аъзолар ёки бош мия шикастлари доминантлик қилган.

Тажриба кўрсатмоқдаки, травма вақтига қараб рентгенологик белгилар, клиник картина, даволаш тактикалари ҳар-хил бўлади. Бизнинг беморларимизда кўпинча янги (68,6%) синиклар кузатилган.

122 (81,3%) та беморларда синик воситали, 28 (18,6%) беморларда синик бевосита травма механизми натижасида келиб чиққан.

1 ёшдан 7 ёшгача бўлган беморларда ўз маълумотларимиздан аниқланишича, йирик қон-томир ва нерв тутамларининг шикастланиши кам учраган. Битта беморда билан нерв шикастланган.

Болаларда бўғим соҳасидаги синикларни рентгенологик диагностика қилиш кўпчилик ҳолатларда қийин кечади. Бу бўғим-суяк системасининг анатома-физиологик хусусиятлари билан боғлиқ, айниқса кичик ёшдаги болаларда.

Бизнинг 4 та беморда нотугри диагноз билан "елка суяги дистал эпифизи бошчаси синиш ташхиси билан ётқизилган.

64% дан кўпроқ беморда биз замонавий ва ишончли даволаш методи деган барчаси синиши" ташхиси билан ётқизилган. компрессион-дистракцион остеосинтезни қўллаганми. Бу даволаш методларида биз синиш характерини, транскондиляр суикларда силжишлар хақидаги таълимоти "елканинг Ўрта ротацион ҳолати" янги тушунчаларни ваянги модификацияларни (бир марталик репозицияларда, скелет тортмасида, Илизаров аппаратида, очик репозицияда қўллаганми).

Елка суяги транскондиляр синиклари бевосита ёки воситали травма механизмига кўра клиник кўриниши бир-биридан фарқ

қилади. Бевосита травма механизмида суяк синиги билан бир қаторда бўғим атрофи юмшок тўқималари лат ейиши ҳам кузатилади. Юмшок тўқималар шиши, атрофдаги тўқималарга қон қуйилиши ва гемартроз сезиларсиз бўлиб, бўғимда актив ва пассив ҳаракатлар қониқарли бўлиб, оғрик кучли бўлмаслиги мумкин.

Воситали травма механизми бўлган елка суяги транскондиляр синикларда кучли шиш 103 (64,6%) беморда, тирсак бўғими атрофида юмшок тўқималарга қон қуйилиши, гемартроз 34 (24,6%) беморда бўлиб, тирсак бўғимида актив ва пассив ҳаракатлари 132 (89%) беморда оғрик туфайли қониқарсиз бўлган. Гютер учбурчаги тенг томонлиги, Маркс. М.А.Лобова, П.Ў. Ўринбоев белгилари 124 (82%) беморда бўзилган. Бу белгилар бемор стационарга тушган пайтга қараб ҳар-хил ифодаланади.

Кўпчилик беморларда шиш тирсак бўғими атрофидан елка юқори учлиги, билан қатто бармоқлар учигача тарқалиши мумкин. Бу ҳолат шикастланиш оғирлигига боғлиқ бўлади.

Елка суяклари транскондиляр синикларида тирсак бўғими ҳажми (4-6 смгача) гемартроз ҳисобига катталашади. Бу эса тирсак бўғими соҳасидаги ташқи белгиларни визуал аниқлашни қийинлаштиради. Баъзи пайтлар ҳар-хил ҳажмдаги (0,5 дан 5 смгача) эпидермал пуфакчалар пайдо бўлиши мумкин. Бува оғир асоратлар кеч госпитализация қилинганда, қониқарсиз транспорт иммобилизацияси қилинганда кузатилади.

Транс-супракондиляр синикларнинг клиник кўриниши синик бўлаклари силжиш характери ва ҳажмига қараб турлича бўлади. Синишсилжишлар билан келса, шикастланган аъзо мажбурий ҳолатда бўлади, кучли оғрик, тирсак бўғими атрофида силжиши ҳисобига деформация бўлади. Кўпинча деформациялар бир неча соатдан кейин кучли шиш ҳисобига текисланиб боради. Синик силжишлари катта бўлган баъзи пайтларда проксимал синик бўлаги уткир қирраси кўриниб туради.

Периферик синик бўлагининг силжиши характерига қараб, тирсак бўғими кўриниши ҳар-хил бўлади. Тирсак бўғими кўндаланг ҳажми ёнтомонга силжишларда катталашади; варусли деформация учун дистал синик бўлаги ичкарига силжиши характерли; бўғимнинг саггитал ҳажми катталаниши олдинги-орқа силжишлар учун характерли. Актив ва ноактив ҳаракатлар кучли оғрик туфайли чекланган бўлади.

Беморни кўриқдан ўтказиш неврологик текширишлар ва биллак, тирсакартерияларининг пульсини аниқлаш билан яқунланади.

Биз диагностикада, даволаш тактикасини аниқлашда Г.А. Баиров классификациясининг Ўринбоев П.У. модификациясидан фойдаландик. Бунга кўра елка суяги траскондиляр синиклари юқори, ўрта, пастки синикларга бўлинади. Бу ён проекциядаги рентгенографияда тирсак ўсимтаси ва тожсимон ўсимта чуқурчалари ҳосил қилган "қум соати" белгисига кўра аниқланади. Ён проекциядаги рентгенографияда синик чизиғи "қум соати" белгисидан юқорида ўтса, юқори траскондиляр синик "қум соати" белгиси ўртасидан ўтса ўрта траскондиляр синик, пастидан ўтса пастки траскондиляр синик дейилади.

Одам анатомиясидан маълумки, елка суяги дистал охири тўртта суякланиш ядросидан ривожланади. Булардан дистал бошча, галтак, ички ва ташқи эпикондилислардир. Бир ярим ойгача бўлган чакалоқларда суякланиш ядроси бўлмайди. Биринчи елка суяги дистал бошчаси суякланиш ядроси пайдо бўлади. Дастлаб дистал бошча суякланиш ядроси бир нечта майда нуқталар ёки узунчок соя шаклида бўлиб, метафидан бир неча миллиметр патша жойлашади. Кейинчалик бу дистал бошча суякланиш ядроси ярим шарсимон формани эгаллайди.

Адабиётларда дистал бошча суякланиши ядроси 1,5 ойликдан 3 ёшгача елка суяги татағи суякланиш ядроси 7-10 ёшда пайдо бўлади деб кўрсатилган. Бизнинг клиник кузатувимизда дистал бошча суякланиш ядроси 1,5-2,5 ёшда, галтак суякланиш ядроси 6 ёшдан бошлаб пайдо бўлганлигини аниқладик.

Қиз болаларда рентгенограммада суякланиш ядролари ўғил болаларга нисбатан 1-1,5 йил олдин пайдо бўлади.

Кўпинча олдинги орқа проекциядаги рентгенографияда дистал бошла суякланиш ядроси билан метафиз эллипсимон курраси ўртасида 1-2 мм ли ёри бўлади. Пастки траскондиляр синиб силжишлар буйлама ёки букилган бурчакли бўлганда дистал бошча суякланиш ядроси метафиз соясида қолади.

Пастки траскондиляр синиклар булар кичик ёшдаги болаларда остеоэпифизиолиз кўринишда учрайди. Бундай синиклар учун характерли силжиш - дистал синик бўлаги медиал ва аддукцион бурчакли силжиши,

Дистал синик бўлагининг аддукцион-бурчакли силжишни биз биринчи тур силжиш сифатида аниқладик.

Дистал синик бўлагининг иккинчи силжиш тури - бу дистал синик бўлагининг «ташқи оёкча» орқали бурилиши ва аддукцион-бурчакли силжишдир. Бу силжишнинг патогенезини қуйидагича тушунтириш мумкин:

Елка суяги траскондиляр сингандан кейин проксимал синик бўлаги ўрта ротацион ҳолатда ушлаб турилади. Бемор шикастланган қўлини мажбурий ҳолатда тўтади, елкани танасига якинлаштиради, билакни кукрак қафаси олдида ушлаб туради. Шундай қилиб, дистал синик бўлаги ичкарига айланади. Бунда дистал синик бўлагининг улар қисми орқага ўтади (ички ротация туфайли), радиал қисми уланиб туради.

Мушаклар таъсири остида (билакни тирсак бўғимидан букувчи ва ёзувчи) дистал синик бўлагининг улар қисми проксимал томонга тортилади, яъни аддукцион бурчаки силжиш деса бўлади. Бу силжишни биз 2 силжиш тури сифатида аниқлақ.

3тур силжиш аддукцион-бурчакли сикишнинг орқага ва улар томонга как сложиши билан комбинациялашиб келишидир.

Табиийки, силкенишлар ҳар-хил йўналишида ва кўплаб аралашиб келиши мумкин. Лекин биз бунини 3 та турга булдик. Буларда аддукцион- бурчакли сложна компонент бўлиб келган. Бу силжишларни албатта тўғрилаш керак, акс ҳолда тирсак бўлими варусли деформацияси келиб чиқади.

Болаларда елка суяги траскондиляр синиклари кўпинча силжишлар билан булади. пр. Ўринбоев (1995) клиник кузатувларида синик бўлакларини силжишини 10 турга бўлади. Улар учраш частотасига кўра қуйидагича булади: Орқага, улар силки, аддукцион - бурчакли силжиш орқага бурчакли силжиш, радиал силжиш, ротацион силжиш, дистал синик бўларнинг проксимал томонга силжиши, аддукцион- бурчакли, олдинга силжиш, флекссион силжиш.

Биз 150 беморда диагностика қилишдаги, репозициядан кейинги(қўл билан скелет тортмасида, Илизаров аппарати қўйишда, очик тўғрилашдаги), иммобилизация олиш тўхтатилгандан кейинги даволашнинг узок муддатли натижаларидаги 580 рентгенограммани ўргандик.

Амалий травматологияда синикларни рентгенограммада ўрганиш иккита ўзаро кесишувчи (рентгенологик проекция); орқа (олдинги-орқа), ёнбош проекцияларда ўрганиш қабул қилинган. Шунинг учун текширувчи дистал синик силжиш йўналишини орқага

улар ва х.к деб белгилайди. Баъзи пайтда дистал синик бўлаги саггитал текисликда ҳам эмас (орқа силжиш), фронтал текисликда ҳам эмас бошқа бир текисликда силжийди. Бу текислик фронтал текисликдан кийик йўналишда ўтади. Бу текисликда силжиш турини проксимал қуйидагича ифодалаш мумкин; дистал синик бўлаги булагининг орқа ва медиал томонида жойлашган булади.

Силжиш текислигини билиш репозиция пайтида силжишлари йукотишда врачга ҳаракатларини планлаштириб олишга продам беради.

Биз клиник кузатувларимизда даволанган беморлар 1,5-7 ёшгача беморларда ва 2-16 ёшли беморларда (адабиётлардаги маълумот буйича) дистал синик бўлаги силжиши учраш даражаси буйича тафовутини ўрганиб чиқдик. Катта ёшдаги болаларда энг кўп орқага 57-77%, проксимал 37-72%, улар 39-47%, аддукцион-бурчакли 27-44%, комбинациялашиб келган силжишлар 30%, кичик ёшдаги болаларда энг кўп улар 55%, ротацион силжишилар 28%, комбинациялашиб келган силжишлар 30% яъни бир хил учраган.

Елка суяги транскондиляр синган пайтда елка суяги проксимал қисмига бириккан антагонист мушаклар (пронатор, супинатор) спазми туфайли елкани маълум бир ҳолатда ушлаб туради.

Юқоридаги фикрлардан елка суяги марказий синик бўлаги мушаклар томонидан қандай ротацион ҳолатда ушлаб туришади, дистал синик бўлагини қайси ротацион бурчак остида репозиция қилинганда, елканинг ротацион ўқи тикланади деган савол туғилади.

Биз имкон қадар адабиётларни кўриб чиқиб, елканинг ротацион ҳаракат ҳажмига кам эътибор берилганлигини аниқладик.

Маълумки, одам қўли ўқини ўрганишда, елка ва билак супинация ҳолатида ўрганилади, елка суяги дистал охири (дўнг) кўндаланг ўқи биэпикондиляр чизик (эпикондулислараро чизик билан мос келади. Бундай ҳолатда биэпикондиляр чизик фронтал текисликда ётади. Елка супинация ҳолатида юқориги кичик дўмбоқча олдинга қараган. Елка суяги дистал охири билан кичик дўмбоқча битта текисликда ётади. Бу текислик бизнинг фикримизча елканинг ротацион ўқи бўлади, деб қабул қилиниши мақсадга мувофиқ. дистал охири ўқи

Одам эркин қўлни осилтириб тўрганда елка (биэпикондиляр чизик) қайси текисликда ётади, кичик дўмбоқчага қаердан «қараш» керак, елканинг ротацион ўқи қаердан ўтиши ўрганилмаган.

Елка суяги транскондиляр синишларда кўплаб силжишлар билан бир қаторда ротацион силжишлар ҳам учрайди. Ротацион силжишларни елканинг ротацион ўқи, «Елканинг ўрта ротацион физиологик ҳолати» (ЕЎРФХ) тушунчаларини билмасдан тўғирлаш қийин.

Кўз олдингизга рентгенография қилинаётган беморларни келтирамиз. Бола столга ётқизилади, билак ва тирсак бўғими горизонтал юзага қўйилади ва рентгенография ёнбош проекцияда қилинади.

Ёнбош проекциядаги рентгенография транскондиляр синиклар ротацион силжиш билан бўлса, марказий синик бўлаги дистал охири олдинги томонга қирраси билан бўртиб туради. Бу бўртиб чиқиб турган қирра - марказий синик, бўлаги ротацияси (ташқи) симптомидир.

Бемор столга тирсак бўғимини буқиб, билагини горизонтал сатҳга қўйиб ўтирган пайтда марказий синик бўлаги дистал охири пронация ва супинация орасида бир-бирига антагонист мушаклар томонидан ушлаб турилади (марказий синик бўлаги эркин ҳолатда бўлади). Демак, шу юқоридаги ҳолатда елка ўрта ротацион физиологик ҳолатда бўлади. Дистал синик бўлаги маълумки, билакга мушаклар ва боғламалар билан бириккан; дистал синик бўлаги масалан орқага, улар томонга силжийди.

Билак ўқини бемор ҳеч қачон ташқарига йўналтирилган ҳолатда тутиб турмайди, балки ичкарига, танага елкани яқин тутиб, билакни кукрак қафаси олдида кўндаланг ушлаб туришга ҳаракат қилади (мажбурий ҳолат). Билак билан бириккан дистал синик бўлаги ичкарига айланади. Шунинг учун марказий синик бўлаги дистал охири медиал томони ёнбош проекциядаги рентгенографияда олдинги томонда қирраси билан бўртиб чиқади.

Адабиётларда елка суяги транскондиляр синикларида ротацион силжишларнинг клиник симптомлари ёзилган.

Кирмиссан симптоми - тирсак бўғими олдинги юзасида тери остига қон қуйилиши. Бу тери остига қон қуйилиши проксимал синик бўлаги ўткир медиал қиррасининг тери ости тўқималарини шикастлантиришдан келиб чиқади ва ротацион силжишининг патогномик белгисидир.

Нoffo симптоми - проксимал синик бўлаги ўткир медиал қиррасининг ички эпикондулис олдинги томонида пайпасланиши. Бу проксимал синик, ўткир медиал қиррасининг пайпасланиши

дистал синик бўлагининг ичкарига айланиши туфайли сезилади. Бу симптом узун марказий синик бўлагининг ўрта ротацион ҳолатда тутиб турилишини тушинишга ёрдам беради.

Бу симптомлар ҳақида фикр юритилар экан, нима учун елка суяги марказий синик бўлаги қандайдир бир ротацион ҳолатда ушлаб турилади деган савол тугилади.

Маълумки елка суяги проксимал охири шарсимон бошча билан тугайди. Елка бўғими бу - шарсимон бўғимдир. Шарсимон бўғимлар учун тўрт томонга ва комбинациялашган ҳаракат хосдир. Бу ҳаракатларни маълум бир гуруҳ мушаклар амалга оширади. Шу гуруҳга антагонист бўлган мушаклар қарама-қарши ҳаракатларни амалга оширади. Елканинг проксимал охирига ҳам шундай пронатар ва супинатор мушаклар бириккан. Шунинг учун проксимал синик бўлаги ички ва ташқи ротация ҳолатида ушлаб турилади (билак ҳаракатлардан озод, эркин).

Елка суяги транскондилляр синикларида кўл билан репозициядан кейин иммобилизация қилинган бемор кўли тирсак бўғимидан 90° букилган ҳолатда кўкрак олди ёки қоринга қуйилади. Бундай ҳолатда бизнинг тасаввуримизча елка пронацион ҳолатда бўлади. Пронатар мушаклар бириккан нукта яқинлашади ва мушаклар бўшашган ҳолатда бўлади (катта кўкрак мушаги, биқин кенг мушаги, катта юмалоқ мушак). Супинаторлар (дельтасимон мушак порцияси, қирра ости мушаги, кичик юмалоқ мушак) чўзилган ҳолатда бўлади. Шунинг учун мушаклар қисқарган пайтда ёки травмага жавоб реакцияси сифатида мушаклар спазми бўлган пайтда пронаторлар (бириккан нуктаси яқин жойлашган) марказий синик бўлагига таъсир қилиш қобилиятига эга эмас, супинаторлар марказий синик бўлагини ташқарига тортади.

Посттравматик оғриқдан кейин мушаклар спазми натижасида (бу ҳолатда супинаторлар марказий синик бўлагини ташқарига айланттирувчи) елкани билакга боғламалар ва мушаклар ёрдамида бириккан дистал синик бўлаги билак кўкрак олдида кўйилганда ичкарига бурилади.

Юқоридаги фикрлардан келиб чиқмоқдаки, традицион методда бир марталик репозициядан кейин кўлни тирсак бўлимидан 90° букиб, иммобилизация қилиб, кўкрак ёки қорин олдида кўндаланг кўйиш елка учун ўрта ротацион физиологик ҳолат эмас экан.

Елканинг ўрта ротацион ҳолатини аниқлашни қуйидагича тушунтирамиз: одам танаси вертикал кўлни эркин ҳолатда

осилтириб туради. Одам бундай ҳолатда тўрганида елка соҳаси озгина ичкарига айланган ҳолатда туради. Бу биэпикондилляр линиянинг фронтал текисликка нисбатан муносабати билан аникланади.

Агарда шу ҳолатда турган одам елка билан ҳолатини ўзгартирмасдан, кўлни тирсак бўғимидан максимал букса, кўл кафти кўкрак олдига тақалади. Шуниси қизиқки, ҳомила она қорнида ётганда, кўллари тирсак бўғимидан максимал букилган, кўл кафти кўкрак олдига қўйилган ҳолатда ётади.

Демак, ЕЎРФХ - бу елканинг ички ва ташқи ротациялари ўртасидаги ҳолатидир. Бизнинг назаримизда бу ҳолатда елка пронатор ва супинатор мушаклари бир хил тарангликда туради.

Елканинг ротацион ҳолатларини қуйидагича тушунтирамиз: кўл тирсак бўғимидан 90° букилади, билан ўқи ташқарига максимал узоклаштирилади. Бунда билан ўқи фронтал текисликга яқинлашиб қолади. Бу елканинг максимал ташқи ротация ҳолатидир. Билан ўқи ичкари томонга йўналтирилса, билан орқа томонга ўтиб, курак остигача келади. Бу елканинг максимал ички ротация ҳолатидир. Ўрта ротацион ҳолатда эса, билан ўқи олдинга ва бир оз ичкарига йўналган бўлади. Саггитал текисликдан эса $40-45^\circ$ бурчак остида ичкарига билан ўқи қочган бўлади.

Елканинг ротацион ҳаракат ҳажмини ўлчаш услуби.

Биланнинг оғиш бурчагини аниқлаш учун угломердан фойдаланамиз. Тирсак бўғимини 90° букиб угломер браншаларини (0° белгиси билан) елка бўғими устида саггитал тексуякда билан билан бир хил йўналишда қўямиз. Иккинчи браншасини қарама-қарши томонлари бунга аўналтиради. Шундай қилиб елканинг умумий ротацион ҳаракат ҳажмини ўлчаганимизда елканинг ташқи ротацияси фронтал текисликка Уртача $20''$ етмади, ички ротациясида эса билан Ўқи фронтал текисликдан юрал томонга $0 - 0^\circ$ утди. Биз шундай йул билан беморля елканинг умумий ротацион ҳажмини ўлмадик. Угломер браншаларидан бирини билан билан бирга сагитал текисликдан ичкарига тортамиз. Билан ичкарига $40 4s''$ уюклаганда елка ротацион физиологик ҳолатини эгаллар экан (ран таклиф No 74. Сам ти, 2001)

Одам (бемор) ётган ҳолатда кўл тана устида тирсак бўғимидан 90° букиб, билан ўқи соғ томондаги умрон суяги Ўрта учлиги ёки кулокка йўналтирилса, елка ўрта ротацион ҳолатини эгаллар экан.

Биз фикримизни тасдиқлаш учун куйидаги текшириш методларини ўтказдик: 1. Тирсак бугимида беморлар соғ кўлида букиш кучини ўрганиш (демак елка мушакларда). 2. Елка камари пронатор ва супинатор мушакларида электромиографик текширишлар.

а). максимал елканинг ички ротация ҳолатида.

б). максимал елканинг ташқи ротация ҳолатида

в). елканинг ўрта ротация ҳолатида.

Хаммаси бўлиб 22 та 12-14 ёш беморларда текшириш ўтказилди. Катта ёшли беморларда текшириш ўтказганимизга сабаб бу ёшдаги беморлар текшириш ўтказилаётганда ўзини тинч тўтади, безовта бўлиб ҳаракат қилмайди. Мушаклар яхши ривожланган бўлади. Булар эса текшириш ўтказганда аниқ маълумот олишимизга имкон беради.

Электродинамометрияда тирсак ва билан кафт бугими функционал имкониятларини ўрганиш учун 204 та текшириш ўтказилди. Электромиограф билан елканинг супинатор (юрра ости мушаги, кичик омалоқ мушак), пронатор (катта кўкрак мускули) 391 марта текширилди.

Функционал электродинамометрия динамик кучни ва одам мушаклари чидамлилигини текширувчи аппаратда, Тиллаев С.Д. (1999)

Электромиографик текширишлар «Медикор» (Венгрия) фирмасининг тўрт каналли Мс - 440 электромиографида ўтказилди.

Текшириш натижалари кўрсатмоқдаки, турли ҳолатларида мушаклар динамик куч кўрсаткичи бир эмас экан.

Елканинг ўрта ротацион ҳолатида мушаклар динамик куч кўрсаткичи $14+1,72$ дан $18+2,5$ кг ва қолган 2 та ҳолатда бундан кам - супинацияда $101,6$ дан $12+1,51$ кг ни ташкил этади, елка пронация ҳолатида мушаклар динамик куч кўрсаткичи ўртача бўлади.

Елканинг ўрта ротацион ҳолатида мушакларнинг динамик куч кўрсаткичи қолган позициялардан $5,07,2$ кг ($P < 0,05$) кучли эканлиги аниқланди.

Шундай қилиб, мушакларнинг энг юқори динамик куч кўрсаткичи елканинг ўрта ротацион ҳолатида юқори эканлиги қайд қилинди

Елка камари нерв- мушак системаси кўзғалиш бўсағасини текшириш натижалари кўрсатдики, курак ости мушаги, кичик юмалоқ мушаклар кўзғалиш бўсағаси катта кўкрак, катта юмалоқ

мушаклар кўзгалишбўсағасига қараганда 50% юқори экан. Шунинг таъкидлаш лозимки, ўнгқўл мушаклари кўзгалиш бўсағаси чап қўл мушаклари кўзгалишбўсағасига қараганда 10 - 15 % юқори экан, гарчи ишончлилиқ даражаси $P > 0,05$ бўлса ҳам. Қолган ҳолатларда барча мушаклар кўзгалиш бўсағасибир хил кўрсаткичга эга бўлди.

Асосий эътиборни нерв-мушак системаси таъсир потенциалнамплитудаси ўзига қаратди (12- жадвал).

Юқорида кўрсатилган текшириш натижаларидан кўриниб турибдики, текширилган мушаклар таъсир потенциали бир-биридан фарқ қилар эканва ўнг қўлниқи чап қўлниқига қараганда бирмунча юқори экан. Бундайбўлиши ҳамма ҳолатларда кузатилди. Фақатгина катта кўкрак мушағи аъсир потенциали 5-6 марта курак ости мушағи, кичик юмалоқ мушак

Курак ости мушағи, кичик юмалоқ мушак таъсир потенциали елкаўрта ротацион ҳолатида қолган позициялардан 8,0 дан 80% гача юқориюкан, ишончлилиқ кўрсаткичи ($p < 0,01$) бўлди.

Бу олинган натижалар функционал электродинамометрия натижаларибилан мос келади.

Елка камари нерв- мушак системаси динамик кучи ва биоэлектрикактивлик кўрсаткичлари ҳажми елканинг ўрта ротацион ҳолатида бошқа функционал позицияларга қараганда юқори экан.

Янги юқори транскондиляр синишларни даволашда врач вазифаси уйдагилардан иборат; аддукцион - бурчакли, улар, ротацион силжишларга, билан ўқининг ичкарига қийшайишига йўл қўймаслик. Репозициядан олдин врач силжишларнинг ҳамма турини ўрганиши, синиқ бўлақлари силжиш текислигини, силжиш характерини билиши керак.

Бизнинг ишимизга I ва II тур синиқ бўлақлари қўл билан репозицияқилинган 33 та бемор қўшилган,

Репозиция методикаси. Ўқ бўйлаб тракия берилади, гипервальгус яратилади, дистал синиқ бўлагининг ротацияси елкага ўрта ротацион ҳолатбериш орқали тўғриланади. Билак астабилан ёзилади. Эпикондулисларни қамраб олувчи чуқур орқа гипс лонгетаси қўйилади. Гипс лонгетаси куриш мобайнида тирсак бўғими $150 - 160^\circ$ ёзилиб, физиологик вальгусга тенг вальгус ҳолати берилади (Рац. таклиф №1178СамТО 2001 йил).

Биз елка суяқлари транскондиляр синиқларида елканинг ўртаротацион ҳолати, синиқ бўлақлари силжиш текислиги, синиқ

бўлаклари силжиш характерини ҳисобга олиш методикасини ишлаб чикдик.

Елкани ўрта иммобилизация қилувчи шина боғламани ишлаб чикдик ва амалиётга татбиқ этдик.

Шина ва боғламани тақиш методикаси.

1. Дельбе халқаси типдаги юмушок халқа соғ елкага кийгизилади.

2. Шина кўлтиқ остига кўйилади, елка ва билак шинага кўйилади, соғелкадаги Дельбе халқаси типдаги юмшок халқага шина боғланади.

3. Шикастланган кўлини орқага букиб, панжа олдинги кўлтиқ ости чизиги бўйича гипсланган кўлни шина ёнбошига маҳкамланади ва биланяна олдиндан ҳам орқадан ҳам халқага маҳкамланади.

4. Елкани танага боғлашбинт орқали соғлом елка устига айлантириб боғлаш орқали амалга оширилади.

Биз скелет тортмасида даволаш методикамизда шикастланган аъзога ўрта физиологик, елкага ўрта ротацион ҳолат беришга интилдик. Биз ҳамбошқа тадқиқотчилар катори тирсак суяги юқори метафизидан ўтказилган кегайни ярим халқага маҳкамладик, елкага вертикалҳолат бердик. Соғ томондаги камари соҳасини кўтарамиз, чунки 600 узоқлаштириш лозим (кўлга ўрта физиологик ҳолат беришнинг битта шарти). Танани вертикал йўналишда суриб, елкани олдинга 30° чиқарамиз (иккинчи шарти). Кейин билакни кўкрак олдида кўндаланг туриш ҳолатидан чиқарамиз ва билак ўқи йўналишини соғ томандаги ўмровсуяги ўрта учлик соҳасига, соғ томандаги кулоқ томонга қаратамиз. Бу ҳолатда елка ўрта ротацион ҳолатни эгаллайди

Болаларда Илизаров аппарати кўйиш операцияси техникаси бирмунча мураккаб. Бу болалар организми реакцияси сифатида вужудга келадиган юмшок тўқималар катта шиши билан боғлиқ. Натижада ички эпикондулисларни пайпаслаб билиш ташки кийинлашади. Эпикондулислар ҳолати ва уларни бирлаштирувчи чизик – биопикондилляр чизик дистал кегайни ўтказиш учун клиник белги ҳисобланади.

Кичик ёшдаги болаларда узунлиги қисқа, шунинг учун проксимал кегай елка юқори учлигидан ёки проксимал охиридан елка юқори учлигидан фронтал ўтказилади. Проксимал кегайни

текисликда ўтказиш нерв- кон томир шикасланиши хавфини оширади. Шунинг учун, елка топографик анатомия хусусиятларидан келиб чиқиб, В.и Шевцов (1978), В. В. Веклич (1986) проксимал кегайни саггитал текисликга яқин текисликда ўтказишни тавсия қилади. Улар проксимал вадистал синик бўлакларидан иккитадан кегай ўтказди. Елкаўрта вапастки учликлари проекциясида кўндаланг текисликдан (фронтал) олдинга (вентрал томонга) ўтади. Елка юқори учлиги кесмаси схемасида кон томир нерв тутамлари кўндаланг текисликда жойлашган Шунинг учун кегайларни фронтал текисликдан ўтказиш жуда хавfli ҳисобланади (19 - расм). Буни ҳисобга Илизаров аппарати қўйишда кегай ўтказишни фронтал текисликдан бошқа текисликда ўтказишни мўлжалладик.

Синик патологиясини ўрганиб, елка суяги транскондиляр синикларида силжишлар ҳақидаги таълимот билан, елка суяги ўрта ротацион ҳолати ва улардан елка суяги транскондиляр синикларини репозиция қилишда рационал фойдаланиб биз болаларга Илизаров аппарати қўйишнинг эффеkтив услубларини ишлаб чиқдик.

1-вариант операцияда 2та ярим халқадан иборат Илизаров аппаратнадабиётларда ёзилгандек қўйилади.

Иккита ярим халқадан иборат Илизаров аппарати бутун халқалардан терилган аппаратга қараганда анча енгил Бундай аппаратни кичик ёшдаги болаларда қўллаш жуда қулай.

Биз қўйган Илизаров аппарати қўйиш методикаси адабиётларда маълум бўлган методикалардан қуйидагилари билан фарқ қилади.

1) Репозиция пайтидан бошлаб, 2та ярим халқага кегайлар билан фиксация қилингунча елкага ўрта ротацион ҳолат берилади. кўндаланг силжишларни

2) Буйлама силжишларни тўғрилашда, тўғрилашдаги манипуляцияларда синик бўлаклари силжиш текислиги, синик бўлаклари ҳақидаги фазовий тассавур, силжиш характери ҳисобга олинади.

Мақсад 2 та кегай ўтказиш билан яқунланади: бири - асосийси - елкасуяги ўрта учлигидан фронтал текисликда, иккинчиси тирсак ўсимтасидан

Бизнинг тажриба кўрсатмоқдаки, иккита кегай билан кўйилган (иккитаярим ҳалкадан) аппарат қуйидаги ҳолатларда синик бўлаклари силжишини муваффақиятли тўғрилайди.

1. Силжишлар юқориги ва олдинга бўлса.

2. Синик бўлаклари силжишлари 1-турда бўлса, улар, аддукцион -бурчакли.

3. Синик бўлаклари силжишлари 2-турда бўлса, дистал синик бўлагининг ташқи оёқчаси орқали ичкарига айланиши, медиал қисмининг проксимал томонга силжийди.

4. Биз кегай тортувчи мосламани қуйидагича мукаммаллаштирдик. Қўшимча пайвандлаш йўли билан «учинчи таянч» ҳосил қилдик. Учинчи таянч болтга гайка ёрдамида ярим ҳалкага маҳкамланади. У кегайни тортиш мобайнида мосламани таянчи бўлмаган ён томонга силжишига йўл қўймайди (Рац.таклиф №1175 СамТО. 2001).

2-вариант Илизаров аппарати қўйиш методикаси 1- вариантдан синик бўлақларини тўғрилаш мақсадида қўшимча учинчи, тўғриловчи кегайўтказиш билан фарқ қилади. Операция умумий огриксизлантириш остида бажарилади. Проксимал кегай одатдагидай елка суяги ўрта –юқори учлигидан фронтал текисликда ўтказилади.

Шуни ҳисобга олиш керакки, бу ердан кегайни ўтказишда врачҳамиша қон-томир нерв тутамларининг шикастланиши хавфини сезади ва кегайни бошқа хавфсиз жойдан ўтказишни мўлжаллайди. Репозицияловчи кегай йўналишини аниқлашда биз текислиги тушунчасига асосландик. Кегай йўналиши бизнинг аппарат қўйишдаги модификацион усулимизда саггитал текисликда ҳам эмас, фронтал текисликда ҳам эмас, балки у фронтал текисликдан қийшиқ бурилган ҳолда бўлақлар силжиш текисликдан ўтади.

Аппарат қўйишнинг 3-варианти қуйидагича ўтказилади; проксимал тўлиқ ҳалқа, дистал ярим ҳалқа. Проксимал ҳалқада кегай сагиттал текисликда, ярим ҳалқадан одатдагидай киритилади. Репозиция натижалари анализи ва даволаш натижалари шуни кўрсатадики, проксимал кегай сагиттал текисликда кегайга яқин киритилганда дистал бўлакни аддукционбурчакдан чиқаришда баъзи қийинчиликлар туғдиради. биз кегайлар орасида масофа қисқалиги билан боғлаймиз,

Илизаров аппарати қўйишнинг 4- варианты. Иккала кегай ҳам фронтал текисликда, проксимал кегай юқори метафиз орқали, Илизаров аппарати яримҳалқаси олдиндан ўрнатилади. Проксимал кегай киритиш жойи томир-нерв тутамидан вентрал томонидан, делтасимон кукрак мушакларининг олдинги қирғоқлари орасидан ўтказилади.

Илизаров аппарати қўйишнинг 5- варианты.

Елканинг проксимал қисмининг анатомик хусусияти кегайни фронтал текисликда ўтказишга йўл қўймайди.

Кегайни сагиттал текисликда ўтказиш мумкин бўлади. Бундай ҳолда проксимал ва дистал ярим ҳалқа ҳар-хил позицияда бўлади. Ярим ҳалқаларни бирлаштириш учун биз уч ярим ҳалқадан иборат аппарат компановкасини ишлаб чиқдик. Биз қўллаган аппарат компановкасида дистал ҳалқа тирсакўсигида дорзал томонида жойлашади. Ўрта ярим ҳалқа елка ўрта учлигидан медиал томонда жойлашади ва у дистал ҳалқага бирлаштирилган бўлади. Проксимал ярим ҳалқа юқори учликда латерал юзасида жойлашиб, у ўрта яримҳалқа билан бирлаштирилган. Проксимал кегай сагиттал текисликдан ўтади ва ярим ҳалқага фиксацияланади. Проксимал кегай юқори метафиздан ўтказилгани учун методика олдида қўйилган мақсад, яъни бўлақлар силжишини нузунасига йўқотиш, аддукцион-бурчакли силжишдан чиқаришга эришилади.

Биз 150 та бемордан 33 тасида қўл билан бир марталик репозицияни бажардик. Шундан 9 (27,2%) тасида аъло натижани олдик, 12 (36,3 %) та даяхши, 7 тада (21,2%) қониқарли, 5 тада (15,1%) қониқарсиз натижа олинди.

Скелет тортмасида 12 та бемор даволанди. 5 (41,6%) тасида аълонатижа, 5 (50,0 %) тада яхши, 1 тадасида (8,3%) қониқарли натижа олинди.

97 та бемор Илизаров апаратида даволанди. Репозиция натижалари 43 (44,3%) та беморда аъло, 45 (46,3%) та беморда яхши, 7 (7,2%) беморда қониқарли ва 2 (2,6%) беморда қониқарсиз баҳоланди.

Битта беморда қониқарсиз натижа кегайлар атрофидан йирингли ажралма чиққанлиги учун аппарат эрта ечилган ва гипсли боғламада аддукцион - бурчакли силжиш пайдо бўлган.

Оператив даволаш 8 та беморда ўтказилган. 3 (37,5%) та беморда бо даволаш натижасини баҳоладик, 4 (50,0%) беморда (12,5%) қониқарли баҳоланди. Қониқарсиз натижалар кузатилмади.

Кичик ёшдаги болаларда елка суяги транскондилляр синиқларини даволашдаги дастлабки баҳолаш натижалари берилган (16 – жадвал).

Репозициянинг тўлиқлиги, ишончли фиксация, синиқ бўлаклари иккиламчи силжиши олди олинганлиги бизга стационарда беморнинг ётиш кунини максимал қисқартиришга имкон берди. 4,5 кик (ад.- ёт маъл. билан такк.-23,7 кик)

Узоқ муддатли даволаш натижаларини 150 та беморнинг 15 тасида, яъни 76,6% тида 6 ойдан 5 йилгача травмадан кейинги муддатда ўргандик.

Аъло натижалар 78,2% беморда яхши натижалар 19,1 % беморларда, олинган. Бу юқори умумий ҳисобда 93,3 % беморларда ижобий натижа эканлигидан кўрсаткичлар танланган даво методининг юқори эффектли олат беради.

Хулосалар

1. Болаларда елка суяги транскондилляр синиклари 26,1-37% холда 4-6 ёшлиболаларда учрайди.

2. Дистал синик бўлаги орқага, улар аддукцион бурчакли силжиш энг кўп учрайди. Ротацион силжишлар 28% учрайди. Бу силжишлар бугим функцияси ва формаси бузилишига олиб келади.

3. Ротацион силжишлар елкага ўрта ротацион ҳолат берилганда елканинг ротацион ўқи тугриланганда тикланади.

4. Елканинг ўрта ротацион ҳолати одам тик тўрганда, қўл тирсакбугимидан 90° букилиб, билак сикитталтекисликдан 40-45 $^\circ$ ичкарига оғдирилганда ҳосил бўлади. Бу бемор ётган ҳолатда елка вертикал ушланади, қўл тирсак бугимидан кўкрак қафаси устида 90° букилади, билак ўқи соғ томонидаги умров ўртаушлик соҳасига каратилади (соғ томондаги кулокка).

5. Энг кўп натижалар (53,7-84,2%) Илизаров аппарати қўлланилганда олинди. Қониқарли ва қониқарсиз натижалар бир марталик репозицияда гипсли боғлама билан иммобилизация қилингандан кейин кўп яхши олинди.

Скелет тортмаси юқори яхши натижаларни берди, лекин кичик ёшдаги болаларда қўллаш ноқулайлик тугдирди.

6. Кичик ёшдаги болаларда энг қулай даволаш услуби бўлиб, назаримизда. Илизаров аппарати ҳисобланади.

7. Бизнинг методикамиз бўйича Илизаров аппарати қўйиш қўйидаги қулайликларга эга.

А) Минимал даражада кам кегайлар ўтказилади;

Б) Қон-томир нерв тугмалари зарарланиши минимал даражада камаяди;

В) Туман шароитларида ҳам қўлласа бўлади.

8. Операцияга кўрсатмалар деб очик синишлар, асоратланган синишлар, тўгриланмаган пастги транскондилляр синикларни ҳисоблаймиз.

9. Олинган юқори даволаш натижалари 97,3% қўлланилган даво услубларининг юқори самарадорлигини кўрсатади бизнинг синик паталогиясини ўрганиб, елка ўрта ротация ҳолатига асосланиб ишлаб чиққан тактикамизнинг мақсадга мувофиқ эканлигини тасдиқлайди.

АМАЛИЙ ТАВСИЯНОМАЛАР

Кичик ёшдаги болаларда елка суяги транскондиляр синиклар 26,1-37% ни ташкил қилади. Бу синиклар купинча ротацион силжишлар билан булади ва бу силжишлар бугим функциясига, кул укига салбий таъсир қилади.

Елкага ўрта ротацион ҳолатининг берилиши елка суяги транскондиляр суякларни даволашда ротацион, иккиламчи силжишларни, варусли деформациялар келиб чиқишини олдини олади.

Қўл билан бир марталик репозиция қилишда, қўл тирсак бугимидан кўкрак қафаси устида 90° букилади ва билак ўқи соғ томонидан умров суяги ўрта учлик соҳасига, кулоқ томонга йўналтирилади, яъни елкага урта ротацион ҳолат берилади.

Иммобилизация қилингандан кейин ўрта ротацион ҳолатда ушлаб турувчи юмшоқ шина боғламани қўллаш яхши натижалар беради.

Скелет тортмасида даволаш методикаси қуйидагича. Одатдагидай, тирсак ўсимтасидан кегай ўтказилиб, қўл курак қафаси устида 90° букилиб, елкавертикал тортилади. Билак ўқи соғ томондаги кулокка ва умров суяги ўрта учликсоҳасига йўналтирилади, яъни елкага ўрта ротацион ҳолат берилади.

Кичик ёшдаги болаларда синик патологиясидан келиб чикиб ва кон -томир, нерв тутамларини шикастлантиришдан саклайдиган, булакларини аник репозиция қиладиган қуйдаги Илизаров аппарати қуйишуслугларини таклиф қиламиз: синик

4-вариант. Иккала кегай фронтал текисликдан ўтади. Проксимал кегайюқори метафиздан кон томир-нерв тутамларидан вентрал томонда, дельтасимон мушак қирраси билан, катта кўкрак мушаклари пайи орасидан ўтади. Аппаратолдиндан маҳкамланади.

5-вариант. Проксимал кегай юқори метафиздан сагиттал тексликда, дисталкегай одатдагидай ўтказилади. Дистал кегайга дорзал томондан, проксимал кегайга латерал томондан ярим халқа маҳкамланади. Иккала халқани бирлаштирувчи медиал томонидан ярим халқа стерженлар билан қўйилади.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Аверкиев В.А. Остеосинтез компрессино-дисрактсионными аппаратами в лечении переломов дистального метаэпифиза плечевой кости / Ортопедия, травматол. и протезирования. - 1977. - №5. - с 73-75.
2. Алымкулов Э, Кононов В. С., Асмединов Н. А. Лечение чрез- и надмышелковых переломов плечевой кости у детей / Хирургия. - 1987. - №8. - С. 102-105.
3. Амирбекова Е.Д. Надмышелковые переломы плеча и их лечение в детском возрасте // Материалы науч. сессии. - Тбилиси - 1961. С. 45-46.
4. Аптекарева Е.И. Отдаленные результаты и оценка методов лечения надмышелковых переломов плеча у детей/ЛТравмотология детского возраста.-М.-1963.-С.119-124.
5. Асадуллаев М.М., Зубаиров М.С., Чахкиев Б.Ю. Практика лечения чрезмышелковых переломов у детей. Тезисы докл. Всесоюзной научно-практ. конф.детских ортопедов-травматологов. -Псков, Пушкинские горы,1991.-С.50-51.
6. Ахундов А.А. Наш опыт оперативного лечения чрезмышелковых переломов плечевой кости у детей. // Вопросы хирургии детского возраста.- Л., 1969. Вып. 70. -С. 185-187.
7. Ахундов А.А. Особенности течения и лечения надмышелковых чрезмышелковых переломов плечевой кости у детей: Дис. ... канд. мед. наук. Л. 1962. С46 - 50.
8. Ахундов А.А., Джабиев Н.М., Алиев А.Г. Абасова Н.К. Переломы в локтевом суставе, осложненные ишемической контрактурой. II Съезд травматол.-ортоп. республик Закавказья. Ереван. , -1984 2-4 сентября. -С. 158-161.
9. Ахундов А.А. Чрезмышелковые и надмышелковые переломы плечевой кости у детей. - Баку, 1973. -234. С.138.
10. Баиров Г.А. Переломы в области локтевого сустава у детей. - М., Медгиз, -1962. - 152. С.
11. Баиров Г.А. Травматология детского возраста. -Л., 1976. - 275. С.
12. Барский В.Л. Лечение чрезмышелковых и надмышелковых переломов плечевой кости у детей: Автореф дис. ... канд. мед. наук. -Проктопьевск. -1976. -18 С.

13.Барский В.Л. Отдаленные результаты лечения чрезмышцелковых переломов плечевой кости у детей. // Вопросы травматологии и ортопедии. Прокопьевск . -1970. -С. 119.

14.Белоусов В.Д., Цуркан А.М. Лечение переломов костей локтевого сустава у детей. - Кишинев., «Штиинца» -1974.-156 С.

15.Бондаренко Н.С. Некоторые особенности повреждений костей верхней конечности у детей. Ортопедия, травматология и протезирование. -1997.-№3. С. -64-65.

16.Борисевич К.Н. К оперативному лечению переломов дистального конца плечевой кости у детей. // Ортопедия , травматология и протезирование -1974. -№10.-С. 58-59.

17.Бустанжи М.А. Лечение сложных трудно репозируемых чрез- и надмышцелковых переломов плечевой кости у детей. Заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата у детей. Л.,1989. С. 79-80.8. Вавилова В.С., Демченко В.В. Опыт лечения скелетным вытяжением чрезмышцелковых переломов плечевой кости у детей. Ортоп., травматол. и протезирование. -1982. -№ 4. С. -40-41.

19.Веклич В.В. Чрескостный остеосинтез при чрез- и надмышцелковых переломах плечевой кости у детей. Дис. ... канд. мед. наук. -Киев.-1986.

20.Венчиков И.А. Оценка результатов наблюдений в области физиологии и медицины. -Ташкент., Медгиз. -1963.-128. С. 21. Волков М.В., Оганесян О.В. Восстановление формы и функции суставов и костей (аппаратом автора). - Медицина, 1986. . 254 с.

22.Волков М.В., Тер-Егiazаров Г.М., Стужина В.Т. Ошибки и осложнения при лечении переломов длинных трубчатых костей у детей. - М.,Медицина.-1978, с. 134-148.

23.Волынская Л.Б. Компрессионный остеосинтез переломов дистального конца плечевой кости у детей. II Свердловск. Ниито. Свердловск. -1971. Т-11.-С. 154-160.

24.Вреден Р.Р. Практическое руководство по ортопедии. Л., Биомедгиз. 1936. 605 с.

25.Ганул В.Р. Артрография локтевого сустава при переломах плечевой кости у детей. /Ортоп., травматол, и протезирование, -1978. -№1. -С. 64-65.

26.Гафуров Н.Н. Функциональный и физический методы лечения над- и чрезмышцелковых переломов плечевой кости у детей: Автореферат дис. канд. мед. наук. - Ташкент, 1993. -18 С.

27. Гехт Б.М. Теоретическая и электромиография. Ленинград, "Наука". 1990. -228. С.

28. Гонгальский, Левицкий А.Ф. Посттравматические деформации верхних конечностей у детей и подростков, их причины и лечение. Ортоп., травматол. и протезирование.-1990 - 6. С. 37-39.

29. Грицун В.П., Шаварин Б.З. о лечении переломов дистального конца плечевой кости. // Ортоп травматол. и протезирование.-1978.-№1.-С. 60-61.

30. Дамье Н.Г. Переломы и вывихи у детей. /Руководство по ортопедии и травматологии. -М. Медицина. -1968. С. 74-122.

31. Двухэтапное лечение чрезмышечных переломов плечевой кости у детей. В. А. Тлока, В. Т. Савицкий, И. А. Крат и др. // Ортоп., травматол. и протезирование. - 1993. - №1.-С. 36-37.

32. Девятов А.А. Чрескостный остеосинтез. - Кишинев. -1990. - С. 6-11.

33. Детский травматизм по материалам Самаркандской области. ю. я. Швабе, Е. С. Аронзон, П. У. Уринбаев и др и третий съезд травм. -орт. Республик Средней Азии Казахстана. Т., - 1982.

34. «Медицина». - С. 46 - 48.4 Долецкий С.Я., Кисилев В.П., Самойлович Э.Ф. Компрессионно-дистракционный остеосинтез у детей. - М. - 1980. - 19с.

35. Допустимые смещения при лечении неправильно срастающихся и неправильно сросшихся метафизарных и диафизарных переломов длинных костей у детей. Г. М. Тер-Егiazаров, В. А. Маркарян, В. М. Меркулов и др. // Ортоп., травм. и протезирование, - 1992 - 3 -С. 28 - 31.

36. Дорохин А.И. Компрессионно-дистракционный остеосинтез в системе лечения переломов длинных трубчатых костей у детей: Автореф. дис. канд. мед. наук. - М.-1993. - С. 26.

37. Дорохин А. И. Показания к применению чрескостного остеосинтеза в лечении переломов длинных костей у детей. /Новое в детской ортопедии и травматологии. - С.Петербург, 1992. -С. 31-32.

38. Елистратов С.М., Тяжелков А.П., Воловик В.Е. Функциональный метод лечения повреждений локтевого сустава у детей. //Профилактика, комплексное лечение медико-социальная реабилитация детей заболеваниями опорно-двигательного аппарата. - Владимир., 1988.с. 205-206

39. Ерешков А. Лечение над- и чрезмышечных переломов плечевой кости у детей. Дис. канд. мед. наук. - Алма-Ата. -1986.

40. Жалилов П. С., Холхужаев М. Болалар травматологияси. Т., Ибн Сино нашриёти. -1995. -208 с.

41. Завьялов П. В., Шамсиев А. М. Несвежие и застарелые переломы дистального отдела плечевой кости у детей. - Ташкент, Медицина, 1978.- 152 с.

42. Закис А. А. Чрескостный остеосинтез в детском возрасте: Дис. докт. мед. наук. - Рига. -1991. 225 -С.

43. Закрытый листракционно-компрессионный остеосинтез надмышелковых переломов у детей аппаратом Калнберза: Метод рекомендации. Ин Сост. В.К.Калнберг, Я.А. Дзерве . Я.П. Яудземе. - Рига. 1981. - 17с.

44. Землякова О. И. Ближайшие отдалённые исходы чрезмышелковых переломов плечевой кости у детей. II Вопросы восстановительной и пластической хирургии. - Омск. 1968. 45-50 с.

45. Знаменский Т. Б. Аппарат для закрытой чрескожной репозиции и фиксации костных отломков при чре надмышелковых переломах плечевой кости у детей. Ортоп., травматол. и протезирование. - 1981. -№ 8. - С. 58-59.

46. Знаменский Т. Б. Закрытый чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова чрез и надмышелковых переломов плеча у детей: Дис. .канд.мед.наук. - Кўрган. -1980.

47. Игнатъев И.П. Оперативное лечение неправильно сросшихся переломов дистального отдела плечевой кости у детей. Травматология детского возраста. - М., 1963. - С. 125-128.

48. Илизаров Г.А. Десятилетний опыт применения аппарата автора при компрессионном остеосинтезе в травматологии и ортопедии. //Межобл.науч.-практ. конф., посвящ. остеосинтезу суставной патологии и вопросам клинич.травматол. - Свердловск. - 1961. - С. 10-12.

49. Илизаров Г.А., Шрейнер А.А., Имерлишвили И.А. Кортикальный дефект трубчатой кости как модель для изучения остеогенных свойств костного мозга диафиза. // Гений ортопедии. - 1995. -№1.-С. 18-20.

50. Кадыров М.К., Уринбаев П.У. Моделлатириш ва прогнозлаш асосида болалар уй-турмуш травматизмининг прфилактикаси. Услубий тавсиялар.- Самарканд. - 1998.

51. Караулов Г.М. Лечение неправильно срастающихся и неправильно сросшихся над- и чрезмышелковых переломов

плечевой кости у детей компрессионно-дистракционными аппаратами. Дис. ... канд. мед. наук. - М.- 1983.

52.Кныш И.Т. Некоторые замечания по поводу лечения травматических повреждений области локтевого сустава. //Клиническая хирургия. - 1964. -№2. - С. 42-

53.Каш и.т. Профилактика и лечение осложнения при вывихах и переломах в локтевом суставе. Травматология. - Киев. - 1968. - С. 89-96.

54.Козаков Г.к. Дистракционный стабильно-функциональный остеосинтез Т-н У. подобных переломов дистального элиметафиза плечевой кости Ортопедия, травматология и протезирование. - 1998. - №4. -С. 80.

55.Колесников Ю.П. Осложнения при переломах дистального конца плечевой кости у детей и их профилактика. п. Всерос. съезд травматол.-ортоп, -л. - 1971, с. 232-233.

56.Консервативное лечение диафизарных переломов плечевой кости. М. Ф. Ерецкая, Л. И. Брянцева, З. К. Башуров и др. / Диафизарные переломы длинных трубчатых костей. - Л. -1969. - С. 77.

57.Корж А.А. Гистогенез стадии развития гетеротопических оссификатов. Труды 18 научной конференции ин-та оропедии и травматологии им. М.И.Ситенко. - Харьков, - 1962. -С. 219-222.

58. Корж А.А., Бондаренко Н.С. Переломы плечевой кости у детей. Харьков, 1994. - С. 136-145.

59.Костюк В.П., Крюк А.С. Исходы лечения чрезмышелковых переломов плечевой кости у детей. 2 съезд травматол.-ортоп. Белорусии. - Минск.- 1962. -С. 97-99.

60.Крисюк А.П., Сивак Н.Ф. Применение стабильно-функционального остеосинтеза в детской травматологии и ортопедии. I съезд травмат. и ортоп. Украины. - Харьков, - 1991. -С. 105.-

61.Куксов В.Ф. Лечение и исходы внутрисуставных переломов дистального конца плечевой кости у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Куйбышев.- 1974. - 21 с.

62.Куксов В.Ф. Перкутанный остеосинтез при нутрисуставных переломах области локтевого сустава у юных спортсменов. Остеосите в комплексном лечении травм и ортоп забу детей. - Л. - 1984. -С. 107-109.

63. Лечение Т- и у-образный чре и надмышёлковых переломов плеча у детей. М. С. Мачаварианти. Е. Д. Амирбекова, А. Р. Чолокова и др. Ортоп. травматол. и протезирование. - 1993. - № 4. С. 73-75.

64. Лечение чрез- и надмышелковых переломов плечевой кости у детей. В.Н.Кропачев, В.В. Воробьев, Н.г. Жила и др. Организация помощи и лечения детей с заболеваниями и травмами опорно-двигательного аппарата -Архангельск. - 1987.-С. 33-34.

65.Лобова М. А. Влияние оставшегося смещения отломков на форму и функцию конечности при надмышелковых переломах плечевой кости у детей. П/ Вопросы травматол. и ортоп. Ташкент. - 1967. - С. 58-59.

66.Лобова М. А. Надмышелковые переломы плечевой кости у детей и исходы их лечения. Автореферат дис. ... канд. мед. наук. - Ташкент, 1968.-21 С.

67.Луканюк С. П. Внутрисуставные переломы дистального конца плечевой кости у детей и их лечения. Автореферат дис. ... канд. мед. наук. - Киев-Луцк.-1968. -20 С.

68.Майкова Строганова В. С., Рохлин Д. Г. Кости и суставы в рентгеновском изображении конечности. -Л. Медго. - 1957. -С. 115-112.

69.Марков Р. Ф. Профилактика ранних осложнений закрытых переломов дистального метаэпифиза плечевой кости у детей. Науч. тр. центр. ин-та усоверш. врачей. М, 1968. -119. - С. 85-89.

70.Махмудов Р.Х. Лечение неправильно срастающихся надчрезмышцелковых переломов плечевой кости у детей компрессионно-дистракционно-деротационным устройством. // V съезд травматол. ортоп. Респ. Узбекистан с участием иностранных специалистов, Ташкент, 1992. -С. - 115-117.

71.Мгоян Г. Х. Варусные деформации локтевого сустава после чрез и надмышелковых переломов плечевой кости у детей и их лечение. Автореф.дис. ... канд. мед. наук. - М. - 1973. - С. 13-15.

72.Миронов С. П. Посттравматические деформации и контрактуры крупных суставов у детей и подростков и их лечение. Автореферат дис. док.мед.наук. - М. - 1984. - 37 С. 73.Митюнин Н. К., Ключевский В. В. Демпферированное скелетноевытяжение. Ярославль. - 1974. - 72 С.

74.Михович М. С. Устройство для хирургического лечения переломов дистального эпиметафиза плечевой кости. II Ортоп. травматол. и протезирование. - 1983. № 1. - С. 51.

75.Моргун В. А., Бережной А. П., Гришин И. Г. Костно-пластические и реконструктивные операции при ложных суставах и дефектах длинных костей у детей. Ортоп травматол. и протезирование. - Киев. -1991. -Вып.21. - С. 55-57.

76.Мороз П. Ф. Внутрисуставные сложные переломы дистального конца плечевой кости у детей. // Тез. докл. Всесоюз. науч.-практич. конф. детских ортоп. - травматол. Под. ред. проф. В. Л. Андрианова. - Псков. -Пушкинские горы. -1991. - С. 55-56.

77.Мороз П. Ф. Лечение переломов дистального эпиметафиза плечевой кости у детей. / Ортоп., травматол. и протезирование. - 1976. - № 4. - С.70-72.

78.Мороз П. Ф. Рациональные доступы при оперативном лечении переломов дистального эпиметафиза плечевой кости у детей. II Ортопед.травматол. и протезирование. -1975.-№ 3. - С. 63-65.

79.Морфометрическая характеристика оценки физического развития детей и подростков. Метод. разработка. // Сост. М. Х. Шамирзаев, С. А. Тен, Ш.И. Тухтаназарова -Т. - 1998. с-

80.Намазов К. Р., Кабилов Р. К., Амиров о. Э. Лечение над- и чрез-мышелковых переломов плечевой кости у детей аппаратом Илизарова. //Современные способы лечения повреждений. и заболеваний опорно-двигательного аппарата, Сб. науч. тр. - Ташкент. - 1989. - С. 54-57.

81.Новаченко Н. П., Эльяшберг Ф. Е. Постоянное вытяжение. М. «Медицина». - 1972. - 263 С.-

82.Овсянкин Н.А. Лечение посттравматических деформаций и контрактуры при повреждениях локтевого сустава у детей. Автореферат дис. ... докт.мед.наук. - Л. - 1983.83.Осинкин Н. А. Оперативное лечение детей с посттравматическими контрактурами локтевого сустава / Реабилитация детей с ортоп заболеваниями и травмами. - Новгород. - 1985. - С. 54-55%.

84.Овсянкин Н. А. Ошибки и осложнения при лечении детей с посреждениями локтевого сустава // Заболевания и повреждения верхних конечностей у детей. - Л.- 1988. - С. 128-132.

85.Оперативное застарелое лечение повреждений костей локтевого сустава. З.К. Башуров, Г.И. Шабин, А.И Анисимов, и др. Всесоюзной науч.-практ. конф. детских ортопед-травмотол. - Псков, 1991. - 196с.

86. Папп л., Барча ч., Гапар л. Применение спицы для фиксации отломков при надмышелковых переломах плечевой кости у детей (статья и Венгрии) Ортоп, травматол. и протезирование, -1982. - № 9.-С. 52-54.

87. Привес М. Г. , Лысенко Н. К. , Букович В. И. Анатомия человека.-л. Медицина 1968. - 812 С.

88. Ребров С. В. о лечении чрез и надмышелковых переломов плечевой кости у детей. Ортоп. травматол. и протезирование, 1986.- № 6. - С. 55-60.

89. Сегизбаев А. У. Переломы в области локтевого сустава у детей. Автореферат дис. канд. мед. наук. - Алма-Ата. -1964. - 16 с.

90. Сидоренко А.С. Внутрисуставные переломы дистального отдела плечевой кости у детей. /Хирургия. - 1966. - №7. - с 10-15

91. Силиндейкин А.Т., Шнейдер Г.А. Хирургическое лечение внутрисуставных повреждений локтевого сустава у детей. Профилактика травматизма и травматологическая помощь в сельской местности. Лечение внутрисуставных переломов у взрослых и детей. Тез. докл. обл. конф. травм. - орт. - Тамбов. - 1988. - С. 66-68, 70-72.

92. Смайлов си. Лечение около- и внутрисуставных переломов плечевой кости у детей. //Ўзбекистон тиббиёт журнали. - 1993. - №4. - С.52-54

93. Сондибоев Ш.О., Уринбоев П.У. Лечение чрезмышелковых переломов плечевой кости у детей аппаратом Илизарова. Проблемы экологии. здоровья, паразитологии и фармации, Науч. труды М.М.А. имени И.М.Сеченова. М. - 2000. - С. 277-278.

94. Сондибоев Ш.О. Бобобеков А.А. Новое понятия Среднее физиологическое ротационное положение плеча и его роль при лечении переломов плечевой кости (чрезмышелковые). In Проблемы биологии и медицины 2001. №3 (20) - С 57-58.

95. Сондибоев Ш. о., Уринбоев П.У., Эранов Н. Ф. Болаларда елка суяги транскондиляр синикларини скелет тортмаси ёрдамнда даволаш услуги. I Травматологияда ва ортопедияда замонавий диагностика ва даволаш усуллари. Респуб, ёш олимлар илмий-амалий анжумани материаллари.-Андижон.-2002. С. 53 - 4.

96. Стабильно-функциональный остеосинтез при лечении около – и внутрисуставных переломов дистального конца плечевой кости у детей: Метод. рекомендации. // Сост. Р.Р. Ходжаев, Р.Д. Рахмонов - Ташкент.-1996.-с. 25

97. Сыса Н.Ф. Ошибки и осложнения при лечении поврежденных локтевого сустава у детей. // Ошибки и осложнения диагностики и лечения забол. опорно-двиг. аппарата у детей. - Л. - 1986. - С. 54-62.

98. Сыса Н.Ф. Принципы репозиции и иммобилизации переломов у детей. Профилактика и лечение травм у детей. - Л. - 1983. - С. 74-84.

99. Тер-Егiazаров Г. М., Стужена В. Т. Ограничение движений в локтевом суставе у детей после травмы и его лечение. // Ошибки и осложнения в ортопедии и травматологии. Сб. науч. раб. - Л. - 1972 - С. 99-104.

100. Тер-Егiazаров Г. М., Повреждение костей плечевого пояса и верхних конечностей. // Ортоп., травматол. детского возраста. Руководство для врачей Под ред. акад. М. В. Волкова. М., Медицина. - 1983 - С. 384-397.

101. Тиллаев С. Р. Способ биомеханической оценки функционального состояния мышц. // Биомеханика на защите жизни и здоровья человека. Н. Новгород. - 1992. - С. 236 - 237.

102. Ульрих эв. Влияние смещений отломков не устраненных в процессе репозиции на дальнейшее формирование и функцию верхних конечностей у детей. Науч. тр. ГИДУВ. - 1969. - Вып. 70. - С. 204 - 207.

103. Ульрих Э.В. Модификация фиксации отломков при открытой репозиции чрезмышечковых переломов плечевой кости у детей. Ортоп. травматол и протезирование. - 1974. - №1. - С. 59-60.

104. Уринбаев П.У., Сондыборен ш.о., Норбадалов Ф.Х. Кичик ёшдаги болаларда суюгидаги транскондилляр синикларини Илиаров аппаратида даволашнинг янги услуги. / Вертебрология ва артрологиянинг долзарб муомодари. Республ. Илмий амалий анжумани материаллари. - Самарканд. - 2001. - С. 106.

105. Уринбаев П.У. Лечение переломов и их последствий дистального конца плечевой кости у детей. Дис. ... док. мед. наук. - Самарканд. - 1995.

106. Уринбаев П.У. о консервативном лечении контрактуры локтевого сустава у детей с «застарелыми» чрезмышечковыми переломами плечевой кости. Хирургическая профилактика и лечение детей с забол. и поврежд. опорно-двигат. аппарата. - Санкт-Петербург. - 1992. - С. 187- 189.

107.Уринбаев П.У. О лечение чрезмышелковых переломов плечевой кости у детей. // Ортоп., травматол. и протезирование. – 1994. - №4 -С. 55-57.

108.Уринбаев П.У., Эранов Н.Ф., Сондибоев Ш.О. Оперативное лечение неправильно срастающихся и неправильно сросшихся чрезмышелковых переломов. Травматология ва ортопедиянинг долзарб муомалари. Илмий амалий анжуман материаллари.- Қарши. - 2000. - С. 32-34.

109.Уринбаев П., Сонлибоев Ш. Причины неудач консервативных методов лечения чрезмышелковых переломов плечевой кости у детей. // Вестник врача общей практики. - 1998. - №1. - С. 73 - 75.

110.Уринбаев П.У.. Сондибоев Ш.о. Способ диагностики степени выраженности варусной деформации локтевого сустава у детей. II Умумий амалиёт доктори ахборотномаси. - 2000. - №2.- С. 60 - 62.

111.Уринбаев П., Сондибоев Ш., Бобобеков А.А. Среднее ротационное положение плеча и его роль при репозиции отломков чрезмышелковых переломов у детей. // Актуальные проблемы детской ортопедии. - Бухара.-2000. - С. 54-55.

112.Уринбаев П. У.. Сондибоев Ш.о. Чрезмышелковые переломы плечевой кости у детей ит их лечение аппаратом. Травматология ва ортопедиянинг долзарб муомалари илмий анжуман материаллари Тошкент. - 1999. - С. 57-58.

113.Усикова Т.Я Ильюшенко Ю.К. Лечение детей с посттравматическими варусными деформациями локтевого сустава и Ортоп., травматол. и протезирование. - 1987. - №12. - С. 23-26.

114.Хаджиев К. О лечении над - и чрезмышелковых переломов плечевой кости у детей. Ортоп., травматол. и протезирование. - 1985. - № 4. - С. 32-34.

115.Хакимов А.С., Юлиш А.И. Ошибки в оказании помощи детям с повреждениями области локтевого сустава в сельских районах Б.А. ССР. Лечебно-профилактическая помощь сельскому населению при травмах.Конф. - Уфа.- 1985.-С. 24-25.

116.Ходжаев Р.Р., Смайлов С.И. Анализ результатов лечения при около- и внутрисуставных переломах проксимального конца плечевой кости у детей. Актуальные проблемы травматологии и ортопедии. - Ташкент. 1999. С. 61-63.

117.Ходжаев Р.Р., Амиров о.э., Закиров Р.А. Первичный внеочаговый остеосинтез аппаратом Илизарова у детей с чрез и надмышелковыми переломами плеча в условиях травматологического пункта. //Вестник хирургии.- 1990.-№11.-С. 92-93.

118.Ходжаев Р.Р.Фарманолла. Стабильно- функциональный остеосинтез при лечении около и внутрисуставных переломов кости у детей. II S съезд травматол-ортоп. Респ. Узбекистана. - Ташкент, 1992 С. 86-90

119.Ходжаев Р.Р. Стабильно-функциональный остеосинтез при лечении около и внутрисуставных переломов дистального конца плечевой кости у детей. /Узбекистон тиббиёт журнали. -1995-№2-с. 16-18.

120.Ходжанов И.Ю. Болаларда куп сонли ва аралаш жарохатларни даволаш. //Ўзбекистон тиббиёт журнали. -1999. - №3. - С. 21-24.

121.Царьков А.Ю. Математические методы прогнозирования тактики и лечения при чрезмышелковых переломах плечевой кости у детей. Тез. докл.Всесоюзн. науч.-практ. конф. детских ортопед травматолог. Псков. -1991. -С.63.

122.Цимиданова Н.Б. О профилактике варусной деформации локтевого сустава при чрез и надмышелковых переломах плечевой кости у детей. Ортоп., травматол и протезирование. -1976-4-с.24-25

123.Чанг А. И. Лечение переломов дистального отдела плечевой кости у детей. // Вестник хирургии имени Грекова. – 1965. - №4. - С. 78 - 83

124.Чолокова А. Р., Шахбазов Э. Т. Аппарат для лечения чрез- и надмышелковых переломов плечевой кости. / А. С. 565666 (СССР) опубл.вб. и. 1977. - №27

125.Чолокава А. Р. Внеочаговой остеосинтез чрез и надмышелковых переломов плечевой кости у детей дистракционно – репозиционным аппаратом. Автореферат дис... канд. мед. наук. - Тбилиси. - 1984.

126.Чрекоственный остеосинтез с применением никелевой спицы при лечении надмышелковых переломов плечевой кости у детей: Метод. рекомендации. Сост. Ш.Ш. Хамраев, Т.Э. Унгбаев, Р.Р.Ходжаев и др.Ташкент. - 1990.- С. 14.

127.Шамсиев. А. М., Уринбаев П. У. Лечение застарелых переломов дистального конца плечевой кости у детей. - Ташкент. «Абу Али ибн-Сино». -2000. - 161 С.

128.Шапиров М. С., Хвастунов Р. М., Ширинский Н. В. Лечение неправильно срастающихся чрез - и надмышелковых переломов плечевой кости у детей. Несросшиеся, неправильно сросшиеся переломы костей конечности. - М. - 1984. - С. 84 - 88.

129.Ширмухамедов Т.Н., Ибрагимов И.М., Ширмухамедов Б.Т. Отдаленные результаты оперативного лечения сустава переломов костей локтевого сустава у детей. // Проблемные вопросы травматологии и ортопедии. - Самарканд. -1990 С. 51-54

130.Щекин О.В. Тупица И.И. Лечение чрезмышелковых надмышелковых переломов плечевой кости у детей с помощью скелетного вытяжения I Детская хирургия. -2000. № 4. с

131.Щекин. о.В. о методах сопоставления и способах стабилизации отломков при закрытых чрезмышелковых переломах плечевой кости у детей. /Ортоп., травматол. и протезирование.- 1998.-№4.-С. 73-75.

132.Blount W. P. The tretmenent of elbow injuries in children.// Wiederherstellungschir.u. Traumatol. Basel. New York. 1963 - Bd. 7-S 1-18

133.Bohler L. Operationen am Ellbogen Intra- and postoperative Zwischenfalle,Extramitatmitaten und Urologie - Stuttgart, 1970-Bd. 41 S 104-11

134.Brown I. C.,Zunar D.M. Travmatic and iatrogenis nevrological complications avter supracondular humerus fractures in children. // J Pediatr Ortop.-1995 Jul-Aug.-15(4).-S.440-443

135.Cheng JC, Lam TP, Maffulli N. Epidemiological features of supracondylar fractures of the humerus in Chinese children. // Pediatr Orthop B 2001 Jan; 10(1):63-

136.Davis T.J.,Topping R.E.,Blanco J.S. External fixation of pediatric femoral fractures//ClinOrthop 1995,Sep.(318).- S.191-8.

137.Dowd G., Hopcraft P. Varus deformity in supracondularis fractures of the humerus in children Injury, 1979,10,297-303.

138.Early fracture callus in the diaplysis of human long bones. Histologic and ultrastructural study. /F. Postacchini, S. Gumina. D. Perugia, et all // Clin Orthop. -1995, Jan., (310). – S. 218-28/

139. Elhage R, Maynou C, Jugnet PM, Mestdagh H. Long term results of the surgical treatment of bicondilar fractures of the distal humerus extremity in adults. // Chir Main 2001 Apr(2):144-54.

140. Emr J. Poznanky k leseni uragu lokatniho kloubu // Acta chir. Orthop. Traum. Cech. - 1963.-3.-218.-229.

141. Expanded indications for the Herbertscrew osteosynthesis. H. Reimer, M. Kreibich, R. Koningstein et al. // Unfallchirurgie. - 1995, Okt. - 21 (5)-S 251-259.

142. Eliasson E. L. Dressing for supracondylar fractures of the humerus // J. Amer. med. Ass. - 1924.- Vol. 82.9. 1934-1935.

143. Fontaine R., Muller I. N., Diordevie L. Les fractures auscondyliennes de l. humerus chez l'enfant traitement. / Lion chir. - 1961 - Vol. 57- N:4 - P. 518-530.

144. Fracture-separation of the distal humeral epiphyses. De Lee S. et al. // J. Bone Jt. Surg. 1980.-vol.62 N:1.-P. 46-51

145. Fracture stability after pinning of displaced supracondylar distal humerus fractures in children. Gordon JE, Patton CM, Luhmann SJ et al. J Pediatr orthop 2001 May-Jun;21(3):313-8

146. Goodship A.E., Cunningham J.L., Kenwright J. Strain rate and time of stimulation in mechanical modulation of fracture healing. // Clin Orthop.- 1998u, Oct.(355 Supl).-S.105-15.

147. Green NE. Overnight delay in the reduction of supracondylar fractures of the humerus in children. // Bone Joint Surg Am. 2001 Mar; 83-A(3):323-7. UI: 21161038

148. Haasbeek J.F., Cole W.G. Open fractures of the arm in children. // Clin Orthop-1995.

149. Harigan BJ, Benson LS. Myositis ossificans after supracondylar fracture of the humerus in a child. // Am J Orthop 2001 Feb;30(2):152-4. The efficacy of side arm traction in the reduction of

150. Harwant S, Borhan TA. supracondylar fracture humerus in children. IM J Malaysia 2000 Sep 55 311-7.

151. Hupel T.M., Aksenov S.A. Schemitsch E. Effect of limited and standart reaming od cortical bone blood flow and early strenght of union following segmental fracture // Orthop Trauma 1998. Aug.-12(6) -S.400-6

152. Hofman V. Urachen von Funktionsstorungen nach supracondylaren Humenus frakturen in Kindesalter/Beitr. Orthop. Traum-1968.-Bd.1.8.25-27

153. Holst-Nielsen F., Olesen P. Fractures of the lateral condyle of the humerus in children. Acta Orthop Scand.-1974.- Vol.45.-N:4.P.518-528
154. Jahna H., Polgenfurst JJ/Aktuel Chir.-1966.-Bd.1-S.229
155. Junglas. Fracturen des Ellenbogengelenkes Symptomatologie und Behandlung / Landart - 1959.-Bd.27-5.985-987.
156. Jones D.A. Volkmann ischämie./Surg Sin-1970.- Vol.50.-N-2-P. 329-342. John A. Herring, MD, 2014-дан : 4-расм.
157. King D., Secor Ch. Bow Kibow (Cubitus Varea) / 3. Bonelt. Surg - 1951. Vol. 33 A.N:3., P. 572-576
158. Kocher T. Beitrage zuz Kentniss einiger Pract Wichtiger Traetur formen 1896.
159. Krebs H., Streicher H.J.. Fracturen bei Neugeborenen und Kinder II Arch Orthop. Unfall. - Chir. - 1960.-Bd. 52. - 1.4.- S. 421 - 422
160. Kaewpomsawan K. Comparison between closed reduction with percutaneous pinning and open reduction with pinning in children with closed totally displaced supracondylar humeral fractures: a randomized controlled trial. Pediatr Orthop B 2001 Apr, 10(2):131-7.
161. Lemer A., Nierenberg G., Stein H. Ilizarov external fixation in the management of bilateral, highly complex blast injuries of lower extremities: a report of two cases //). Orthop Trauma. - 1998. - Aug.-12 (6) - S. 442-5
162. Lung - Krstensen J., Vibild o. Supracondylar fractures of the humerus in children Acta orthop. Scand. - 1976. - VOL. 47.-P. 375-380
163. Matzner R. Die Kindlichen Frakturen in Bereich des Ellenbogengelenkes Med. Klinik., 1956.50.2121-2127
164. Mehlman CT, Strub WM The effect of surgical timing on the perioperative complications of supracondylar humeral fractures in children // J. Bone Joint Surg. 2001 May 83.A(3) 321-2
165. Mc. Donnell D.P., Welson J.C Fractures of the lower end humerus in children. 1) Bone Jt.Surg.-1948.- Vol.30-A.-N:2.-P.347-358.
166. Mostafavi H.R., Tometta P 3 rd. Open fractures of the humerus treated with external fixation. // Clin Orthop.- 1997. Apr.-(337).-S.187-97.
167. Nast-Kolb D. Waydhas C., Schweibrer L. Intramedullary nailing in multiple trauma. // Orthopade.-1996. Jun.25(3)-S.266-73.
168. Norman D. Bialik V. External fixation of the lower limb in children. // Harefuah.-1995. Aug-129(3-4)S.103-7,158
169. Omololu AB, Alonge TO, Adebisi A. A review of 100 cases of supracondylar fractures in children seen in Ibadan. // Afr J Med Sci 2000 Jun;29(2):167-9

170. Operative treatment of supracondylar fractures of the humerus in children. The consequences of pin placement. Skaggs DL, Hale JM, Bassett J et al. // J Bone Joint Surg Am 2001 May;83-A(5):735-40

171. Peters C.L. Scott S.M., Stevens P.V. Closed reduction and percutaneous pinning of displaced supracondylar humerus fractures in children: description of a new closed. Reduction technique for fractures with brachialis muscle entrapment. // J. Orthop Trauma.-1995.-9(5). - S.430-4

172. Potter C Fracture-dislocation of the trachlea. // Bone and Joint Surg-1954.-Vol.-36.-N:2 -P.250-253.

173. Polifix fixator in treating fractures and disorders of long bone healing-introductory report //P. Wroblewsky, S.Zawadzinsky, R.Granowsky et al. // Clin narzadow Ruchu Ortop Pol.-1994.-59(1).-S. 27-33.

174. Reitman RD, Waters P, Millis M. Open reduction and internal fixation for // J Pediatr Orthop 2001 Mar- supracondylar humerus fractures in children. Apr:21(2):157-61.

175. Rejholec M. Supracondylar fracture of the humerus in children-closed pinning // Sb Lek 1999:100(4):279-86.

176. Roposch A Reis M Molina M Supracondylar fractures of the humerus associated with ipsolateral forearm fractures in children: a report of forty seven). Pediaters orthop 2001 May.21(3)307-12.

177. Russ B. Henrich A. Zur Behandlung der supracondylaren Humerus traktur beim Kind. Zbl. Chir., 1967. 92, 9 319-326.

178 Seewald H.R Pinning kindicher supracondylarer Humerusfrakturen. Zbl.Chir..1917. Bd.96.-H.14.-S.474.

179. Simplified external fixation for primary management of severe musculoskeletal injuries under war and peace time condition. /R.R.Hammer, B.Rooser, D.Lidman et al. // J. Orthop Trauma.-1996.-10/8.-S.545-54..

180. Systematic pinning of displaced extension-type supracondylar fractures of the humerus in children. A Prospective study of 116 consecutive patients. Mazda K. Boggione C, Fitoussi F et al. // J Bone Joint Surg Br 2001 Aug;83(6):888-93

181. Supracondylar extension fracture of the humerus in children Manipulative reduction, immobilization and fixation using a U-shaped plaster slab with the elbow in full extension. Chai KK, Aik S, Sengupta S. Chen RS et al. // J Bone Joint surg br 2001 Aug 83(6):883-7.

182. Staub M.Le. Syndrome de volkmann. // Concours med.-1956.-Vol.1.-N:78.-P.3325-3328.
183. Stellmann W. Bayer H.W. Charib M. Akt. Traumatol.-1979.-Bd.3.-S.175-183
184. Sengupta S. Supracondylar fractures of the humerus in children. // Med J Malaysia 2000 Sep:55 Suppl C:1.
185. Srivastava S The results of open reduction and pin fixation in displaced supracondylar fractures of the humerus in children. Med J Malaysia 2000 Sep:55 Suppl C:44
186. Solov'ev AE, Shchecin OV, Pshets VN The functional treatment of transcondylar and epicondilar fractures of the humerus in children. // Klin Khir 1999;(12):36-8.
187. Stricker SJ, Thomson JD, Kelly RA. Coronol-plane transcondil fracture of the humerus in a child // Clin. Orthop. 1993 sep (294). 308-11.
188. Thomas DP, Howard AW, Cole WG. Thre weeks of Kirschner wire fixation for displaced lateral condylar fractures of the humerus in children. 11) pediat
189. Taeger G, Nast-Kolb D. Fractures of the distal humerus in the child. Unfallchirurg 2001 May: 104 (5): 435-43; quiz 444..
190. Tardy posterolateral rotatory instability of the elbow due to cubitus varus. O'Driscoll SW, Spinner RJ, McKee MD et all. // Bone Joint Surg Am 2001 Sep:83.A(9):1358-69.
191. Viernstein K. Die Behandlung schlecht verheilte supracondylarer Ellenbogenfracturen in Jugendalter. /Z.Orthop-1957.-Bd.88-H.3.-S.362-370
192. Wallatab Gdiagnostische Schwierigkeiten bei kindlichen Knochenverletzung in ellenbogen bereich. //Z.arri. Fortbild.-1967.-Bd.-S.469-474
193. Weber B. Get all. Treatment of fractures in children and adolescents.-New York. 1980.-P.130-138.
194. Wense G. Ergebnisse der Behandlung supracondylarer Humerus fractuem bei Kinder. // Arch Orthop.Unfall-chir. 1957.-Bd.49.-H.4.S.355-360.
195. Wishnewski T.F. Radziejowski M.J. Gunshot fractures of the humeral shaft treated with external fixation. // Orthop Trauma.-1996.-10(4).S.273-8.

**ЎРИНБОЕВ П.У., АШИРОВ М.У., СОНДИБОЕВ Ш.О.,
ЎРИНБАЕВ И.П.**

***КИЧИК ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ТИРСАК
БУҒИМИ СОҲАСИДАГИ СИНИҚЛАРИНИ
ДАВОЛАШ.***

Монография

“TIBBIYOT KO'ZGUSI” НАШРИЁТИ

*Масъул муҳаррир — Дилдора ТУРДИЕВА
Музаҳҳиҳ — Олим РАХИМОВ
Техник муҳаррир — Акмал КЕЛДИЯРОВ
Дизайнер ва саҳифаловчи — Олима ЗОҲИДОВА*

“TIBBIYOT KO'ZGUSI” босмаҳонасида чоп этилди.

Почта индекси 140100. Самарқанд шаҳар,

Амир Темур кўчаси, 18-уй.

Босишга 23.04.2021 руҳсат этилди. Баённома рақами: 4

Бичими 60x84^{1/16}. “Times New Roman” гарнитураси. 10 босма табок.

Адади: 500 нусха. Буюртма рақами: 338 / 15.09.2021

Тел/факс: 0(366)2335415, e-mail: samgmi@mail.ru, www.sammi.uz

