

П.ЎРИНБОЕВ, С.Н.ПАРДАЕВ

---

# БОЛАЛАРДА СУЯК СИНИҚЛАРИНИ ДАВОЛАШ



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ  
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

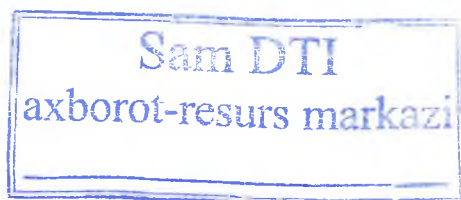
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ  
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

П. ЎРИНБОЕВ, С.Н.ПАРДАЕВ

## БОЛАЛАРДА СУЯК СИНИҚЛАРИНИ ДАВОЛАШ

Ўқув қўлланма



САМАРҚАНД 2022

УЎК 616.71-001.5-053.2(075.8)

КБК КБК 54.58я73

Ў 80

**П.ЎРИНБОЕВ, С.Н.ПАРДАЕВ**

**Болаларда суяк синиқларини даволаш.** Ўқув қўлланма. – Самарқанд: “Fan bulog’i” нашриёти, 2022. 200 бет.

Ўқув қўлланмада суяк-бўғим тизимининг болаларга хос анатомик-физиологик хусусиятлари, болалар травматизми, суяк синиқлари, чиқишларининг сабаблари, клиникаси, диагностикаси, замонавий даволаш услублари, уларда суяк синиқлари асоратлари, уларнинг профилактикаси, даволаш каби саволлар кенг, атрофлича ёритилган.

Суяк синиқларини консерватив, оператив даволашга кўрсатмалар, силжиган синиқ бўлақларини репозиция қилиш, операция техникаси, услубларига алоҳида эътибор берилган. Ўсиш зонаси фаолияти бузилиши сабабли калталиқ, кийшиқлик, бўғим деформацияларини аниқлаш ва уларни хирургик услублар билан даволаш масалалари ёритилган. Ўқув қўлланма тиббиёт олий ўқув юртлари талабалари учун мўлжалланган.

**Тақризчилар:**

**Каримов М.Ю**

Тошкент тиббиёт академияси травматология ортопедия ва ХДЖ кафедраси мудири, т.ф.д. профессор

**Мамадалиев А.М**

Самарқанд Давлат тиббиёт институти, неврология ва нейрохирургия кафедраси, нейрохирургия курси мудири т.ф.д. профессор

**ISBN 978-9943-7834-2-3**

© “Fan bulog’i” нашриёти, 2022 йил.

## МУНДАРИЖА

КИРИШ .....	6
1 боб. Болалар травматизми .....	9
2 боб. Болаларга хос суяк синишлари .....	18
Болаларда суяк тузилишининг ўзига хослиги .....	18
Болаларга хос суяк синишлари .....	20
Болаларда синишларнинг кечиши .....	22
Болаларни текшириш ва синишларининг диагностикаси .....	26
Болаларда суяк синишларини даволаш .....	29
Диафизар, метафизар, эпифизар синиқларни даволаш ..	32
Болалар суяк синиқларини катталар суяк синиқлари билан нозологик таққослаш терминологияси .....	34
3 боб. Елка камари синиқлари .....	39
Ўмров суяги синиқлари .....	39
Курак суяги синиқлари .....	42
4 боб. Елка суяги (os humerus) синиқлари .....	45
Елка суяги юкори эпиметафиз синиқлари .....	46
Елка суяги (humerus) диафиз қисмининг синиши .....	48
Елка суяги пастки эпиметафизининг синиқлари .....	50
Елка суягининг транскондилляр синиқлари .....	51
Қўлнинг варусли қийшиқлиги .....	57
Елка суяги кондилус бошчаси ва ғалтаги синиши .....	60
Кондилус бошчасининг псевдоартрозлари (сохта бўғимлари) .....	66
Елка суяги ғалтаги (trochlea)нинг синиши .....	72
Ички эпикондилус синиши .....	73
5 боб. Билак суяқларининг синиқлари .....	79
Билак суяги бошчаси, бўйинчаси синиши .....	79
Билак суяқларининг пастки қисми синишлари .....	84
Билак суягининг калталиги .....	86
Билак суяқларининг диафиз қисмидан синишлари .....	88
Билак суягининг диафиз қисмининг синиши .....	92

	Тирсак суяги синиклари .....	92
	Монтеджи шикасти .....	94
	Тирсак бугимида чиқишлар .....	97
	Билакнинг иккала суяklarининг чиқишлари .....	97
	Билакнинг айри чиқиши .....	99
	Билак суяги бошчаси чиқишлари .....	103
	Бармоқ суяklари, кафт суяklари, кафторти суяklarининг синиклари .....	105
	Қайқсимон суяк (os scaphoideum) синиклари .....	106
	Кафт суяklари синиши .....	108
	Бармоқлар фалангалари синиклари .....	110
6 боб.	Умуртқа суяklarининг синишлари .....	112
7 боб.	Чаноқ суяklarининг (os coxae) синишлари .....	130
	Қуймич косаси, U- симон тоғай шикастлари .....	139
8 боб.	Сон суяги (femur) синиклари .....	143
	Сон суяги бошчасининг травматик эпифизолизи ва бўйинчаси синиши .....	144
	Катта кўстнинг алоҳида синиши .....	151
	Кичик кўстнинг алоҳида синиши .....	151
	Сон суяги диафиз қисмининг синиши .....	152
	Сон суягининг пастки эпиметафизининг синиши .....	157
	Болаларда сон суяги синикларининг асоратларини даволаш .....	159
9 боб.	Тизза бугими шикастлари .....	161
	Тизза бугими лати .....	161
	Тизза қопқоғи (Patella) синиши .....	161
	Тизза қопқоғининг ёнбошга чиқиши .....	163
	Болдир суягининг бугим юзаси буртма қисми ажралиши (eminentia intercondilari tibia) синиши .....	164
10 боб.	Болдир суяklarининг синиклари .....	166
	Катта – болдир суягининг юқори эпифизининг эпифизолизи .....	166
	Катта болдир суягининг юқори эпифизи - tuberositas tibia синиши .....	167

Болдир суяқларининг юкори метафизи синиқлари .....	168
Болдир суяқларининг диафиз қисмлари синиқлари .....	169
Катта болдир суяғи дистал охири эпифизеолизи .....	172
Болдир дистал метафизининг вертикал трансэпифизар синиғи .....	174
Оёқ – панжа суяқларининг синиқлари .....	175
Товон суяғи синиқлари .....	176
Оёқ қафт суяқларининг синиқлари .....	178
Оёқ-бармоқ фаланга суяқларининг синишлари .....	180
Фанни ўзлаштиришни назорат қилувчи тестлар .....	182
Тестларнинг тўғри жавоблари .....	193
Вазиятли масала топшириқлар .....	194
Вазиятли масала топшириқларнинг тўғри жавоблари ...	197
Адабиётлар .....	198

## КИРИШ

Болалар травматизмини ўрганиш унинг профилактикасини ишлаб чиқиш, суяк синикларини, чиқишларини, жароҳатларни даволаш травматология ортопедия фанининг долзарб муоммаларидан бири ҳисобланади.

БССТ (Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти) маълумотига кўра бахтсиз ҳодисалар ҳар йили 3 млн кишининг ўлимига сабаб бўлади. Бу умумий ўлим кўрсаткичининг 5 % ни ташкил этади.

Жароҳат олганларнинг 76 % - катталар, 17 % - болалар (0,1-14 ёш), 7% -ўсмирлар (15 – 17 ёшлилар)дир. Инсоннинг умумий касалланишидаги травматизмнинг салмоғи- 6- ўрин эгаллаши билан белгиланади. Вақтинча иш қобилиятини йўатиши бўйича 2 – ўринни, (қон айланиш тизими касалликлардан кейин – у 1 – ўринда) ; ногиронликка (инвалидликка) бирламчи чиқиши бўйича – 2 - ўринни, ўлим сабаби бўйича 3 - ўринни эгаллайди (онкологик (1), юрак – қон томирлар (2 – ўрин)дан кейин).

Болалар травматизмининг олдини олиш, профилактикаси билан шуғулланиш мамлакатимизда аҳоли соғлиғини сақлашнинг бир қисми ҳисобланади. Юртимизда оналик, болаликни муҳофаза қилишга катта эътибор берилиб келяпти. Хусусан, 2018 йил 7 декабрдаги ПФ- 5590- сон “Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чоратadbирлар тўғрисида “ ги Президент Фармони ҳамда 2017 йил 20 июндаги ПҚ- 3071 – сон “Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чоратadbирлари тўғрисида “ қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий – ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифалар доирасида амалга оширилиди. Ушбу ўқув қўлланма ҳам шу мақсадга хизмат қилади.

Болалар травматологияси фанини ўрганиш долзарблиги ҳозирги замонда илмий техника ривожланиш ва табиий офатлар туфайли аҳоли ўртасида шикастлар кўпайишини ҳисобга олганда, яна ошяпти. Талабаларни шу фан бўйича ўқитиш - суяк синиклари ва

чиқишларини ва уларнинг оқибатида даволашда етук мутахассис бўлиб етишишларида аҳамияти катта. Бундан ташқари тез тиббий ёрдам кўрсатиш асосан замонавий тиббиётнинг биринчи звеноси тиммасида эканлиги ва бунда кўпинча умумий амалиёт шифокори катнашишини ҳисобга олиб, бу фанларни соғлиқни сақлаш тизимида асосий ўринни эгаллаши таъкидланади.

“Болалар травматологияси” ўқув фанини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида бакалавр, магистр травматизм ва унинг турлари, суяк тўқимасининг репаратив регенерацияси, таянч – ҳаракат системаси шикастланишларини даволашнинг замонавий принциплари, таянч – ҳаракат системасининг анатомияси ва физиологияси, синишлар ва чиқишлар классификацияси, таянч – ҳаракат системаси шикастланишлари ва диагностикасини, даволашнинг замонавий усулларини билиши зарур.

Таянч–ҳаракат системаси шикастланганда транспорт имобилизацияси, синган ва чиққан жойини оғриқсизлантириш, новокаин блокадалари, мураккаб бўлмаган синишларда суяк бўлақларининг репозицияси, чиқишларни тўғрилаш, гипс боғламларини тайёрлаш ва қўйиш, скелет тортма учун спица ўтказиш ва зарур юкни аниқлаш кўникмаларига эга бўлиши керак.

Илмий, ўқув адабиётлар устида мустақил ишлаш, таянч – ҳаракат системаси шикастланган ва касалланган беморларни текшириш, синиш ва чиқишларни клиник белгилари бўйича аниқлаш, рентгенограммаларни ўқиш, тест, ҳамда ситуацион топшириқларни ечиш малакаларига эга бўлиши керак.

Фанни ўзлаштиришда маъруза матнлари, таркатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллар ҳамда, видеотизимлар катори дарслик, ўқув қўлланма,ўқув услубий қўлланмалардан фойдаланилади.

Травматологияга оид ёзма материаллар қадимги дунёнинг олими Гипократга (бизнинг эрдан аввал 460 – 377 й.) мансуб. У “ Синиклар ҳақида “, “ Бўғимлар ҳақида ” трактатлар ёзган .

1960 – йил Абу Али Ибн Сино (Авиценна) нинг 1000 йиллигига бағишлаб, Ўзбекистон Фанлар Академияси нашриёти томонидан

олимнинг “ Тиб қонунлари ”, 4 китобдан иборат иши рус тилида чоп этилди. 4 – китобнинг 5– қисми, 3 – мақоласи суяк синиқларига, 1 – мақоласи бўғимларда чиқишларга бағишланган.

Республикамиз мустақилликка эришгач, 1995 й. профессорлар П. С. Жалилов, М. Холхўжаевлар тайёрлаган “ Болалар травматологияси “ ўқув нашри, кирилл алифбосида чоп этилди. Ҳ. Мусалатов, Г. С. Юмашев, Л. Силяниннинг ” Травматология и ортопедия “ дарслигини ўзбек тилига Ўзбекистонда хизмат кўрсатган фан арбоби, тиббиёт фанлари доктори, профессор Ш. Ш. Ҳамраев таҳрири остида таржима қилиниб, кирилл алифбосида чоп этилди. (2007 й.)

Ушбу ўқув қўлланма тиббиёт институтларининг педатрия факультети, даволаш, касбий таълим факультетлари талабалари учун травматология ортопедия, болалар травматологияси намунавий ўқув дастурига мос келади. У муаллифларнинг кўп йиллик педагогик ва болаларда суяк синиқларини даволаш бўйича тажрибасини умумлаштиради.

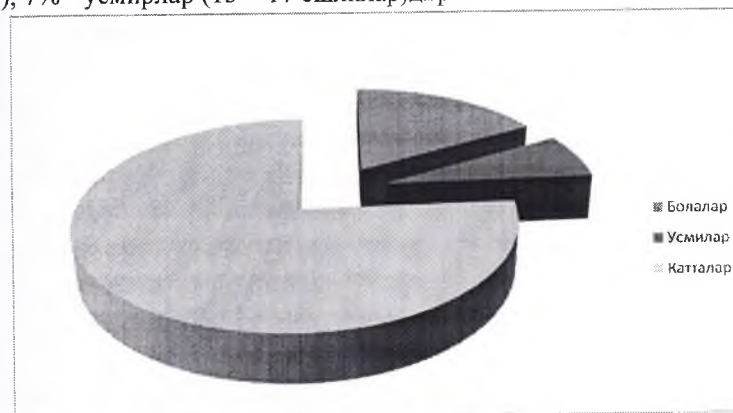
Ўқув қўлланмада суяк – бўғим тизимининг болаларга хос анатомик – физиологик хусусиятлари, болалар травматизми, суяк синиқлари, чиқишларининг сабаблари, клиникаси, диагностикаси, замонавий даволаш усуллари, уларда суяк синиқлари асоратлари, уларнинг профилактикаси, даволаш каби саволлар кенг, атрофлича ёритилган.

## 1 БОБ БОЛАЛАР ТРАВМАТИЗМИ

Травматизм – аҳолининг маълум олинган бир гуруҳида, маълум олинган вақт давомийлигида, бир хил вазият, шарт - шароитда такрор учрайдиган травмаларнинг умумлаштирилган атамасидир.

БССТ (Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти) маълумотида кўра бахтсиз ҳодисалар ҳар йили 3 млн кишининг ўлимига сабаб бўлади. Бу умумий ўлим кўрсаткичининг 5 % ни ташкил этади.

Жароҳат олганларнинг 76 % - катталар, 17 % - болалар (0,1-14 ёш), 7% - ўсмирлар (15 – 17 ёшлилар)дир



Расм – 1. Болалар (17%), ўсмирлар (7 %), катталарда (76%) травмалари салмоғи

Инсоннинг умумий касалланишидаги травматизмнинг салмоғи 6- ўрин эгаллаши билан белгиланади. Вақтинча иш қобилиятини йўқатиши бўйича 2 – ўринни, (қон айланиш тизими касалликларидан кейин – у 1 – ўринда) ; ногиронликка (инвалидликка) бирламчи чиқши бўйича – 2 - ўринни, ўлим сабаби бўйича 3 - ўринни эгаллайди (онкологик (1), юрак – қон томирлар (2 – ўрин)дан кейин.

2006 й. 100000 аҳоли орасида ҳар хил ёшда травматизм учраш микдори:



Травматизм тури	Ёши буйича гуруҳлар		
	Катталар (18 ёш ва катта)	Ўсмирлар (15 -17 ёш)	Болалар (1 – 14 ёш)
1. Уй турмуши	2944	5504	2456
2. Йўл транспорт	168	375	102
3. Спорт	62	419	161
4. Криминал	153	218	27
5. Ишлаб чиқариш	38	42	4

Болалар травматизмининг олдини олиш, профилактикаси билан шуғулланиш мамлакатимизда аҳоли соғлиғини сақлашнинг бир қисми ҳисобланади. Юртимизда оналик, болаликни муҳофаза қилишга катта эътибор берилиб келяпти. Болалар травматизми халқаро муаммолардан ҳисобланади. 1958-йилда БМТ қошидаги Бутунжаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан болалар травматизмини ўрганишга бағишланган махсус семинар ўтказилди. Унда болалар транспорт травматизми, турмуш (уй-жой, маиший)травматизмларининг сабаблари ва профилактикаси муҳокама қилинди. Болалар травматизми юртимиз мутахассислари травматолог ортопедларининг йиллик ўтказилувчи съезд, конференцияларида мунтазам ёритилиб келиняпти. Шунингдек бу масала билан педагоглар, юристлар, йўлтранспорт хизмати ходимлари мунтазам шуғулланадилар. Болалар травматизми таркиби улар ёшига мос равишда турлича хил ва салмоққа эгадирлар. Болалар травматизми ёши бўйича қуйидаги гуруҳларга бўлиниб ўрганилади.



*Расм - 2. Уй-турмуш травматизми. 3 - 7 ёшли болаларда 50% травмалар уй шароитида содир бўлади. В. Сидоров " Илқ тунроқда " асари.*



*Расм - 3 1 ёшгача болада 35%  
травмалар – куйишидир. (Б.  
Кустодиев " Оқишомги манзил "  
асари).*

Эмиш даври, 1 ёшгача, 3 ёшгача даври, мактабгача даври (3-7 ёш), мактаб даври.

**Травмалар учраш миқдори.** 1 ёшларда 1-1,5 % ни ташкил этади, 3 ёшгача 10% атрофида, мактабгача 28-29 % мактаб даврида 60-61%.

1 ёшларда асосан куйишлар (35%) ва суяк синиклари (14%) учраб, травмаларнинг ярми оғир жароҳатлар ҳисобланади. 5-6 ойлик бола ўзи чалқанча ҳолатдан қорнига ағдарилиб бошлайди.

Назоратсиз қолса у кроватчадан, дивандан (ва ҳ.к.) тушиб кетиши мумкин. Онанинг ўз сезгисидаги илиқ ҳисобланган сув чақолокни чўмилтиришда иссиқлик қилиши мумкин. Кўрпа, ёстик, она кўкраги (эмизаётиб она ухлаб қолиши) нафас олишни бузиш мумкин. Тўғри парвариш, катталарнинг эҳтиётсизлиги, кўз-қулоқ бўлмаслиги бу ёшдаги травмаларга сабаб бўлади.

1-15 ёшгача бўлган болалар ўлими сабаблари таркибида бахтсиз ҳодисалар ва травматизм 59% ни ташкил этади. Бола 1-4 ёшлик пайти уни ўраб турган атроф муҳитни қизиқувчанлик, фаоллик билан ўрганади. У кўриб, қўли билан тегиниб, ушлаб кўриб, ҳидлаб ҳатто таъмини татиб кўриб ўрганади. Ҳали етарли тажрибага эга эмас. Хатоликларга йўл қўяди. Ўз хатосида ўрганади. Юриб бориб йиқилиш хавфи эмасдир, бироқ балқон, хонтахта, супа, диван (ва шу каби)лардан йиқилиш, печдан, электр иситгичдан, қайноқ суюқликдан, химиявий (кислота, ишқор) суюқликлардан куйиб, травма олиб қолиши мумкин.

Бу ёшдагиларда ҳаракат-таянч органлари травмаси сони ҳам ортади. Шулардан бири билак суяги бошчасининг ярим ёки тўла чиқиш ҳисобланади. Бу чиқиш катталарнинг бола кафтидан ушлаб юқорига, ёки ёнга тортишда рўй беради. Бундай ҳаракат болани кийинтиришда, бола кўлидан ушлаб юриб кетишаётганда, бола йиқилмоқчи бўлиб, она кўлидан ушлаб, осилиб қолганда рўй бериши мумкин. Бу травма профилактикаси учун ота-оналарда унинг пайдо бўлиши ҳақида тушунча ҳосил қилдириш, бола билан юрганда унга кийдирилган махсус ушлагич, “юган”лардан фойдаланиш зарурлигини уқтириш, ўз вақтида даволанмаган чиқишларни кейинчалик операция қилиб даволашга тўғри келишини уқтириш керак бўлади.

Болалар боғчасида рўй берган ҳар бир травманинг сабаблари ўрганилиб боғча жамоасида муҳокома қилиниб, профилактика чоратадбирлари ишлаб чиқилади.

Мактаб олди ёшли болалар (3-4-7 ёш) тиниб-тинчимас, ҳаракатчан, қизиқувчан, катталар ҳаракати, юмуш ишларига тақлид қилувчилар бўлади. Эҳтиёткорлик хусусиятлари йўқ. 50%дан юқори кўрсаткичдаги травмалар уйда содир бўладилар. Бу ёшдаги болаларда йиқилиш, йиқилиб тушиш, куйишлар, урилиб қолиш, ўткир жисмлардан жароҳат олишлар травма ҳосил қилади. Уйдан ташқарида, ҳовлида, кўчада ўйинлар травма хавфи бор вазиятлар сонини оширади.



Расм – 4: Кўча травмаси.

Оғир травмаларнинг 25%, ўлим билан яқунланувчи травмаларнинг 16% шу ёшдаги болаларга тўғри келади. Уларда травмалар олдини олишда катталар томонидан узлуксиз назорат бўлиши, болалар боғчасига камраб олиниши, тарбия катта аҳамиятга эга. Улар иссиқ овқатларни ўз устига тўкиб, куйиб қолмаслиги, тугуртни, кимёвий суюқликлар (ишқор, кислота, уксус ва ҳ.к.) пичоқлар, вилкаларни уларнинг қўллари етолмас жойда сақлашга жуда эътиборли бўлиш зарур. Иситилган печ, утюг, электрик жиҳозларига бориб қолмаслигини таъминлаш керак. Санитария, гигиена, маданий, тарбиявий билимларни ота-оналарга етказиш, кенг ва мунтазам йўлга қўйилиши мақсадга мувофиқдир.



Расм - 5 Спорт ўйинларида катталар назорати муҳимдир. (Пабло Пикассо " Қизбола шар устида " асари)

Мактаб ёшидаги (7-17 ёш) болаларда травматизмнинг ҳамма турлари учрайди. Уй –турмуш травмалари -33%, кўча травматизми-36%, (шундан 5%-транспорт травматизми), мактаб травматизми -15% (3-4%-физкултура дарсида, 12%-танаффус пайти) спорт травматизми -8% ва бошқа травмалар - 9%. Уларда травмалар таркиби бўйича куйишлар 37%ни ташкил этиб, кўпчилиги уй юмушларини бажариш билан боғлиқ равишда рўй беради. Болаларнинг ўт ёкиб, олов атрофида ўйнашга қизиқишлари, енгил ўт олувчи моддаларга қизиқувчанлиги ҳам куйиш сабаби бўла олади. Олов сабабли куйишнинг оғир оқибатларини тушунтириб, уйда, мактабда тарбияни кучайтириш йўли билан бу травмалар олди олиниши мумкин.

**Мактаб травматизми.** Мактабда қузатиладиган травмаларнинг 80% танаффус пайтига тўғри келади. 20% физкултура дарси билан боғлиқ бўлади. 71% миқдорда болалар мактаб зинапоя йўлларидан

йиқилиб, 29% кўрсаткичда парта, дераза таги жойидан йиқилиб тушиб травма оладилар. Бу травмалар лат ёйиш, эт чўзилиши каби енгил бўлиши, ёки суяк синиқлари, бел травмаси тарзида оғир травмалар бўлиши мумкин. Бундай травмалар олдини олиш мактабда танаффус пайтлари ўқувчилардан навбатчи назоратчилар тайинланиб олиб борилади. Физкултура дarsi билан боғлиқ травмалар машғулотлар ташқарида очик ҳавода ўтказилганда рўй бериб, улар футбол, волейбол ўйинлари, югуриш, узокликка сакраш, баландликка сакрашлар билан боғлиқ бўлади. Гимнастика машқларини бажаришда гимнастика аслаҳаларидан йиқилишлар оғир (суяк синишлари, бош) травмаларига сабаб бўлади.



Расм – 6: спорт травмаси эҳтимоли. (А. Дейнека: " Ёшлик " асари)



Расм – 7: велосипед ҳайдаш билан боғлиқ травма.

Бундай травмаларнинг олдини олиш мақсадида машғулот ўтказиш жойининг текислигини, гимнастика спорт-куролларининг созли-ги, полга маҳкам беркитилганлигини ҳар машғулот олдида текширилади. Ўқувчилар бажарилиши

кутилаётган машқларнинг моҳияти, бажарилиши техникаси аввал обдан тушунтирилиб, бажарилиш пайти йиқилмаслиги олдини олиб, хавфсизлиги таъминланиши шарт. Машқларни ўргатишда осондан қийинга, соддадан мураккабликка қараб аста-секин, босқичма-босқич, кам куч талабидан зўрига қараб борилиши керак. Машғулотлар талатўпсизликда эмас, катъий интизом сақланиб, педагог раҳбарлиги остида, назорати остида бажарилиши зарур.

**Спорт травматизми.** Спорт ташкилотларида ўтказилувчи машғулотларда мактаб ёшидаги болалар травмаси 4% яқинини ташкил этади. Улар кўпчилик ҳолларда (1/3 қисм) спорт гимнастикаси билан шуғулланишда, 1/5 қисм травмаларни волейбол ўйнашда, енгил атлетика машқлари давомида оладилар. Ҳамма жароҳатларнинг 30%ни суяк синиқлари ташкил этади. Болаларнинг ўзлари ташкил этган спорт ўйинлари пайти, (педагог, тренер назоратисиз) травмалар таркиби бўйича оғир бўлиб, 57%да суяк синиқлари, чиқишлар, жароҳатлар кузатилди. Етарлича кенг, текис, шинам жойлардаги ўйинлар, ва спорт ўйинлари давомида катталар назорати таъминланиши бундай травмаларнинг олдини олишга олиб келади.

**Кўча травматизми.** Кўча травматизми сабаблари бўлиб, ўқувчиларнинг мактабга боришида катталар назорати йўқлиги, ўз ҳолича бориши, болаларнинг йўл қоидаларини билмаслиги, жамоат транспортларида юриш кўникмалари камлиги, йўл қоидаларини писанд қилмай бузишлари ва транспорт-йўл ҳодисалари ҳисобланади. Транспорт билан боғлиқ травмалар сабабларининг тахлили кўрсатишича, 80% ҳолларда жабрланган болаларнинг ўзлари айбдор бўлиб чиқаяпти. Транспорт-йўл ҳодисалари сабабли олинган шикастлар республикада барча травмаларнинг 3,2% ни ташкил этади. Болаларда транспорт билан боғлиқ травмалар таркиби шу ёшдагиларга мос бўлиб, бош-мия травмалари -41,5% кўп учрайди. 23,5% миқдорда суяклар шикастлари, 14,5% ҳолларда юмшок тўқималар ва тана лати кўринишида кузатилади. 20,5% кўрсаткичда транспортйўл ҳодисаси рўй берган жойда травма ўлим билан яқунланади. (Р.Д.Рахмонов, 2010)

Транспортйўл ҳодисалари профилактикаси республикада давлат миқёсида олиб борилади. Вазирликлар Маҳкамаси қошида йўл харитаси хавфсизлигини таъминлаш бўйича бошқармалараро комиссия фаолият юритади. Худди шундай комиссия Вилоят, шаҳар, туман ҳокимиятлигида ҳам фаолият юритади. Комиссия таркибига халқ таълими, соғлиқни сақлаш, ички ишлар, автотранспорт, алоқа, автойўл, темир йўл вазирликлари ва бошқармалари вакиллари киради.



*Расм – 8: болаларни кўчадан ўтишини ташкил қилиниши.*

Халқ таълими, ички ишлар вазирликлари ҳамкорлигида болаларни мактабда, болалар боғчаларида йўл-ҳаракат қоидаларини ўргатиш бўйича ўқитишлар ташкил этилган. Мактабларда йўл ҳаракати хавфсизлиги участкалари ташкил этилган. Телеведенида мунтазам равишда “Йўл ҳаракатининг ёш инспектори”, “Светофор” кўрсатувлари бериб борилади. Соҳа илмий амалий тиббий ихтисослашган Марказ ва филиалларида бу муаммони ўрганиш, таҳлил, олдини олиш ва болаларни даволаш бўйича услубий тавсиялар ишлаб чиқилмоқда.

Соғлиқни сақлаш ва ички ишлар вазирликлари ҳамкорлигида йўл-транспорт ҳодисаларининг профилактикаси ва шошилиш ёрдам кўрсатиш сифатини кўтариш бўйича режа ишлаб чиқилиб, амалиётга жорий этилган. Унда транспорт ҳайдовчиларини тиббий кўрикдан ўтказишни янада яхшилаш, транспорт воситалари учун тиббий аптечкалар ишлаб чиқаришни йўлга қўйиш билан бирга йўл транспорт ҳодисаси жароҳатларида бирламчи тиббий ёрдам кўрсатишга шоферларни ўргатиш, ўқитишни ташкил этиш кўзда тутилган.

Болаларда травматизмнинг олдини олиш муаммоси тарбиявий масалалар билан ҳамоҳанг бўлгани учун болаларнинг бўш вақтларини- дам олиш, байрам, таътил кунларини мазмунли, мароқли ўтказишларини ташкил этиш муҳим аҳамият касб этади. Бу тадбирлар ташкилий равишда ўтказилиб, болаларнинг қизиқиш

соҳаларини эъиборга олиш, ижодий иқтидорларини ривожлантиришга ҳам қаратилмоғи мақсадга мувофиқ бўларди.



*Расм – 9: соғлом бола - она бахти. Меҳрибонлик. (А. Дейнека: “Оналик” асарини.)*

## II БОБ БОЛАЛАРГА ХОС СУЯК СИНИШЛАРИ

### Болаларда суяк тузилишининг ўзига хослиги

Болаларда узун суяklarининг анатомик тузилиши: эпифизар суякланиш жараёнининг тугалланмаганлиги, ўсиш зонаси мавжудлиги, суяк уст пардасининг қалинлиги болалар скелетига эластиклик ва эгилувчанлик беради.

Бола ёши қанча кичик бўлса, барча тўқималар шунча эластик, майин бўлади, шу жумладан суяк тўқимаси ҳам.

Суяк тўқимаси кам минераллашган, унда тоғай тўқимасидан иборат қисмлар кўп. Суяк уст пардаси айниқса эпифизар зоналарда нисбатан мустаҳкам ва қон томирлари билан бой таъминланган. Бўғим бойламлари чўзилувчан, бўғимларда ҳаракат ҳажми кўпроқ.

Узун суякларда ўрта қисми–диафиз (грекчадан, dia–ўртаси, fiz–ўсувчи қисми), икки бўғим юзалари – эпифизлардир. Диафиздан эпифизга ўтар қисми метафиз деб аталади. Апофизлар – суяк бўртиқлари бўлиб, эпифиз атрофида жойлашади (елка суягининг катта-кичик дўмбоқлари tuberculum majus et minus), елка суягининг дистал ички ва ташқи дўмбоқлари (epicondilus medialis et lateralis) ва сон суягининг катта кичик кўстлари (trochanter major et minor) ва ҳ.к.

Болаларда узун суякларнинг фарқ қилувчи жиҳатларидан бири эпифиз тоғай тўқимасидан иборат бўлади.

Одам онтогенезида скелет уч босқичда ривожланади:

1. Қўшувчи тўқима
2. Тоғай тўқима
3. Суяк тўқима

Чақалоқларда ва кичик ёшдаги болаларда эпифиз, апофизлар тоғай тўқимаси босқичида бўлади. Туғилгандан бир ёшлик даврларда эпифиз марказида ўзак (суякланиш нуктаси), яъни эпифиз энхондрал онтогенездан суяк тўқимасига айланади.

Эпифизда суякланиш нуктаси пайдо бўлмагунча рентген тасвирида кўринмайди. Шу сабабдан болаларда рентген тасвирида бўғим ёриғи кенг кўринади.

Бола туғилгандан кейин дастлаб елка суягининг бошчаси ўзаги 2-3 ойлигида пайдо бўлади. Сон бошчасининг ўзаги 5 ойликда, сон дистал эпифизи кондилуслари 8-12 ойликда, елканинг ғалтаги 7 ёшда, ёнбош суяги қанотлари апофизлари 14 ёшда ва ҳ.к. пайдо бўлади.



*Расм - 10 Боланинг суякларининг рентген тасвири. Ўрта қисми - диафиз, бўғим юза қисми - эпифиз, диафиз ва эпифиз ўртаси – метафиз. Эпифиз ва метафиз орасида – ўсиш зонаси.*

Болалик ва ўсмирлик ёшида эпифиз ва метафиз орасидаги тоғай, яъни метафизар тоғай сақланиб қолади. Шу ўсиш зонасидир.



*Расм - 11 Тизза бўғимлари рентген тасвири. Эпифиз, ўсиш зонаси, метафиз кўринаяпти.*

Метаэпифизар тоғай бошқа ном билан ҳам аталади (синонимлар): ўсиш пластинкаси, эпифизар зона, эпифизар тоғай, ўсиш зонаси. Шуларнинг ичида энг қулайи бизнингча “ўсиш зонаси” деб аташ маъқулроқ, чунки метаэпифизар тоғай ҳисобидан узун суяклар ўсади. Ўсиш зонаси метафиз ва апофизлар орасида ҳам мавжуд.

Болалар суяги патологиясида ўсиш зонасининг ўрни катта аҳамиятга эга. Болаларда ўсиш зонасида суяк силжиши, синиши кузатилади.

Суяк ташқи томондан суякустпардаси билан қопланган. Катталарда суяк устпардаси юпка, қўшувчи тўқима пардаси мустаҳкам бўлиб оч-қизғиш рангда.

У суякка қўшувчи тўқиманинг тешиб кирувчи толалари орқали махсус каналлардан кириб ёпишади. У қон томир ва нерв толаларига бой бўлиб, суякни озиклантиради, ўстиради.

Болаларда суякустпардаси қалин, ширали, қон томирларга бой, эластик. Ёш болаларда суяк суякустпардаси хужайравий элементларга жуда бой бўлади. 10 ёшга борганда хужайравий тузилиши камая боради.

Шундай қилиб, юқоридагилардан шундай хулоса қилса бўлади:

1. Болалар суяги эластик эгилувчан катталар суягига нисбатан. Минерал моддалар камроқ ва органик моддалар кўпроқ.

2. Суякустпардаси қалин, қон томирларга бой, хужайравий элементлар кўп. Суякустпардаси суякка ташқи таъсирни пасайтиради, гоҳида йиртилмасдан суяк бўлақларини тўғри ҳолда ушлаб туради.

3. Чақалокларда эпифиз, апофизлар тоғай тўқималардан иборат. Улар маълум ёшгача рентген тасвирда кўринмайди. Шу соҳадаги синишлар диагностикаси катта ёшгача қийинчилик туғдиради.

4. Метафиз ва эпифиз орасида ўсиш зонаси бор. У тоғай қатламдан иборат. Болаларнинг суяклари ўсаётган суяклардир. Рентген тасвирида ўсиш зонаси эпифиз ва метафиз орасидаги йўлакча шаклида кўринади. Унинг шикастланиши ўсишнинг бузилишига олиб келиши мумкин.

### Болаларга хос суяк синишлари

Болаларда суяк синишларининг келиб чиқиши ва кечиши суяк тўқимасининг қон билан яхши таъминланганлиги, суяк каналдаги иликка, суяк тўқимаси эластиклигига, эпифизар ўсиш зонасидан ўсишига ва бола скелетининг бошқа анатомио-физиологик хусусиятларига боғлиқдир.

Худди катталардаги каби болаларда ҳам ҳар хил суяк синишлари бор, лекин шу ёшга хос бўлади. “Яшил новдасимон” синиш фақат болаларда учрайди. “Яшил новдасимон” синишда фақат энг эгилган бир кортикал қават синади. “Яшил новдасимон” синишлар кўпроқ билакнинг диафизар синишларида учрайди.

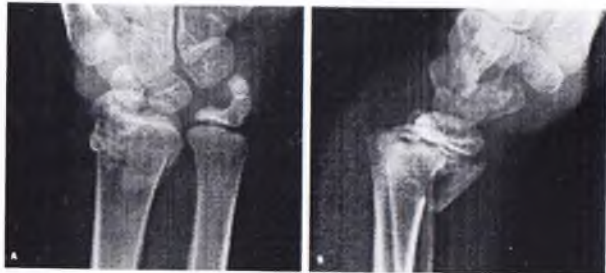


Расм - 12 Билак суягининг пастки метафизиди суякпардаси ости синиғи

Мактабгача, мактаб ёшида кўпроқ суякпардаости синиши кузатилади. Синиш чизиғи кўндаланг ёки қийшиқ йўналишида бўлиб, парчаланиш кузатилмайди. Суякустпардаси йиртилмаганлиги ва суякпардаости қон қуйилиши билан таранглашиб суяк бўлақларини мустаҳкам тутиб туради.

Шу сабабдан бундай синишларда бироз бурчак остида силжиш кузатилади, бошқа турдаги силжишлар нисбатан кузатилмайди.

Болаларга хос синишларидан ўсиш зонасидан синиш ва эпифизнинг синиши болаларда кўпроқ учрайди. Эпифизнинг ўсиш зонасидан ажралиши эпифизеоз дейилади. Кўпинча эпифиз ажралишида метафиздан ҳам қисман синиш пайдо бўлади. Бу остеоэпифизеоз дейилади.



Расм – 13 Билак суяги эпифизеолизи ва остеоэпифизеолизи.  
Рентгенограмма тасвирлари.

Эпифизнинг ажрალიши кўпроқ билвосита таъсир механизидан келиб чиқади ва бойламларнинг эпифизга бириккан жойидан ўтади (билак-кафт, болдир-ошиқ бўғимлари, соннинг пастки эпифизи).

Болаларда эпифизеолизлар ичида билакнинг дистал эпифизининг силжиши биринчи ўринни эгаллайди. Катта болдирнинг дистал эпифизеолизи иккинчи ўринда туради. Апофизининг узилиши (елка суягининг ички ва ташқи эпикондилуслари, елка суягининг катта ва кичик дўмбоклар-*tuberculum majus et minus*), ёнбош суягининг олдинги бўртиқлари (*spina iliaca anterior superior et inferior*), соннинг катта ва кичик кўстлари (*trochanter major et minor*), катта болдир суягининг бўртиғи (*tuberositas tibia* ва ҳ.к.) узилишлари апофизеолиз дейилади.

Апофизеолизда ҳам синиш линияси ўсиш зонасидан ўтади.

#### Болаларда синишларнинг кечиши

Болаларда суяк синишларининг кечишини ўрганиб, синиқларнинг битиши, болалар организмидаги ўзини-ўзи коррекцияловчи механизми (суяк бўлақларининг қоникарли силжиши) ўсиш зонасидан синганда қандай асоратлар кузатилишини ёритамиз.



Расм - 14 Чап елка суяги диафизидан синиши.  
Кўндаланг синиш ва силжиш, 25 кунлик  
чақалоқ. Суяк қадоғи ҳосил бўлган.

Болаларда синиқларнинг битиши яхши кечади. Катталарга нисбатан болаларда суяк синиғининг битиши интенсивлиги тез кечади.

Суяк қадоғининг тез пайдо бўлиши боланинڭ ёшига, синиш жойига, синиқ бўлақларининг ҳолатига боғлиқ.

Расм - 15 Бир ёшли болада сон суяги диафизидан синиш.  
Кўндаланг, бўйига ва бурчакли силжиш, синиқ битяпти.  
Соннинг дистал эпифизи суяқланиш ядроси кўриняпти.

Суяк қадоғининг тез пайдо бўлиши врачдан қисқа вақт ичида суяк бўлақларини тўғрилашни талаб қилади, натижада суяқларнинг нотўғри битишининг олди олинади.



Расм - 16 Қиз бола, 7 ёшда, сон суяги пастки эпифизи кичик силжиш билан битиб бошлаган синиқ. 9 ёшда битган синиқнинг рентген тасвири.  
Ўсиш зонаси функцияси бузилганлиги сабабли бурчакли қийшиқлик ривожланган.



Болалар организмида катталарга нисбатан бошқача хусусият бўлиб, ўз-ўзидан нотўғри битишини тўғриланиб кетиши ҳолати мавжуд.

Ўсиш давомида диафизда 2 см.гача бўлган бўйлама калталики болалар организми тўлдириш қобилиятига эга.

Ҳатто етарли даражада иммобилизация бўлса, диафизар суяк бўлақларининг тўлиқ, кўндаланг силжиши ҳам битиб кетади. Репарация ва суяк регенерацияси хусусиятларини ҳисобга олиб болалар травматологиясида “қоникарли силжиш” термини мавжуд(14-расм).

Боланинг ёши қанча кичик бўлса репаратив регенерация интенсивлиги шунча тез кечади. Шу сабабдан иммобилизация вақти қисқаради.(1 жадвал).

### 1 жадвал

Синикларнинг локализациясига қараб гипс боғламада ўртача иммобилизация вақти.

Синик локализацияси	Иммобилизация вақти		
	Болаларда (Н.Г. Даме бўйича, 1968)	Болаларда (Г.М. Тер-Егизаров бўйича, 1983)	Катталарда (А.В.Каплан бўйича, 1976)
Ўмров (Clavicula)	12-21 кун	15-18 кун	3-4 ҳафта
Елканинг (Humer) пастки метафизи	12-18 кун	2-3 ҳафта	3-4 ҳафта
Елка(Humer) суягининг диафизи	17-25 кун	4-5 ҳафта	6-8 ҳафта
Билак (Radi ulna)суяқларининг диафизи	18-25 кун	6-10 ҳафта	8-10 ҳафта
Соннинг(Femur) травматик чиқиши	5-12 кун	-----	30 кун
Соннинг(Femur)	12-28 кун	5-6 ҳафта	2.5-3 ой

диафизи			
Соннинг (Femur) дистал метаэпифизи	21-28 кун	4-6 ҳафта	1.5-2 ой
Болдир(Tibia) суяги диафизи	18-25 кун	5-8 ҳафта	2.5-3 ой

Адабиётларда диафизнинг қуйидаги қоникарли силжишлари маълум (2 жадвал).

### 2 жадвал

Диафиз	Янги синиклар	Нотўғри битган синиклар
Елка, сон	2/3 кўндалангига	Суякнинг тўлиқ кўндаланг силжиши
Билак	Тўлиқ, кўндалангига	1/2 1/2 суяк кўндалангига
Болдир	1/2 суяк кўндалангига	1/2 суяк кўндалангига

Диафиз қисмида силжиш бўлса қолдириш мумкин. Синик метафиз ёки эпифиз соҳасида бўлса аниқ тўғрилаш керак. Худди шундай эпифизар синикни - бўғим ичи синиклари, эпифизеолизларни тўлиқ тўғрилаш шарт (консерватив ва оператив усуллар билан).

Синик бўлақларининг бурчакли ва ротацион силжишлари ўсиш давомида тўғриланмайди, коррекцияланмайди. Шу сабабдан бу силжишлар тўғриланиши керак (репозиция). Суякнинг нотўлиқ синиши – яшил новдасимон синиш тўғрилаганда пружинасимон ҳаракатда бўлиб иккиламчи (такрор) бурчакли силжиши мумкин. Шу сабабдан суяк нотўлиқ, синишларини тўлиқ синдириб, ташқи гипсли боғлама билан фиксация қилиш керак. Бу бурчакли силжиб, нотўғри битиб қолишининг олдини олади(проф Г.М Тер-Егизаров).

Болаларда ўсиш зонасининг синиши бўғим функциясини бузади

деформацияга олиб келади. Эпифизеолизлар, трансэпифизар синишларда тўғри диагностика қилиб, тўғри даволаса ҳам асоратлар бўлиши мумкин. Масалан, билак суягининг ўсиш зонасидан синганда кийшиқ билак келиб чиқади. Билак суяги ўсишдан қолиб тирсак суяги нормал ўсади. Кейинчалик қўл кафти билак суяги томонга қийшайди.

Эпифизнинг шикастланиши, бошқа бўғимлар ўсиш зонасининг шикастланиши бўғимларнинг валгусли ёки варусли деформациясига, узун суякларнинг ўсишдан орқага қолишига сабаб бўлади.

### Болаларни текшириш ва синишларининг диагностикаси

Болаларда синиқларнинг диагностикаси худди катталардагидек бўлиб, боланинг умумий аҳволи аниқланади, шикастланган жойи (периферик, магистрал кон томилар, нерв толалар ҳолати), синиқ локализацияси, синиш характери ва синиқ бўлакларининг силжиш тури аниқланади.

Болаларни клиник текшириш биров қийинчилик туғдиради. Кўпинча анамнез йиғиш қийин бўлиб бола шикастланиши ҳақида тўлиқ ахборот беролмайди, гоҳида айрим ҳолатларни яширади.

Анамнезни йиғиш диагностика учун аҳамияти катта. Масалан баландликдан йиқилишда кўпинча товон суяги синади. Қўлига таяниб йиқилса, билак суяги дистал қисми синишига ёки эпифизеолизга олиб келади ва ҳ.к.

Объектив текшириш кўпинча боланинг қаршилиги, кўркиши, оғриқ сабабли қийинроқ кечади. Синиш симптомлари болаларда ҳам катталардагидек: оғриқ, мажбурий ҳолат, травматик шиш, деформация, актив ва пассив ҳаракатларнинг чекланиши, патологик ҳаракат ва синиқ бўлакларининг крепитацияси кузатилади.

Гоҳида болалар нотўлиқ синишларда (дарз кетганда), “суякпардаости” синишларида синиш жойини аниқ айтолмайди, сабаби шиш, функционал бузилиш, сезилмас даражада бўлади ва аксинча тўлиқ синганда травматик шиш катта бўлади. Синиқ

бўлакларининг ҳаракатини ва крепитациясини аниқлаш учун текшириш тавсия этилмайди, чунки асоратга олиб келиши мумкин.

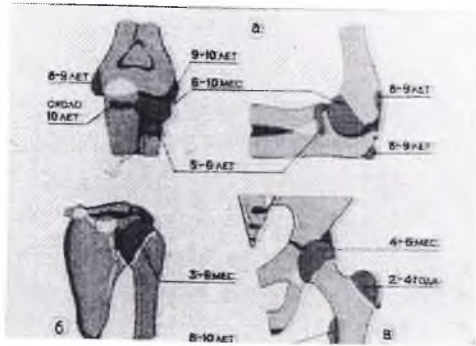
Диагностикада рентгенологик текширув аҳамиятли бўлиб, рентгенограммани ўқиш учун суякларнинг рентгенанатомиясини билиш зарур. Рентген тасвирларни албатта 2 проекцияда олиш зарур. Суякпардаости синишида синишнинг аниқ чизиғи бўлмайди, кортикал қават зинапоясимон ўзгаради ва қисман бурчаксимон силжийди. Эпифизнинг суякланиш ўзаги кўринмасдан рентгендиагностикада эпифизеолизни аниқлаш қийин. Врачдан суякланиш ўзаги пайдо бўлиш вақтини, формасини, ҳолатини, эпифиз ва метафизнинг суякланиб битиш вақтини билишни талаб қилинади. (3 жадвал)

### 3 жадвал

Хронологик тартибда катта узун суяклар эпифизда суяк ўзаги пайдо бўлишининг ўртача вақти.

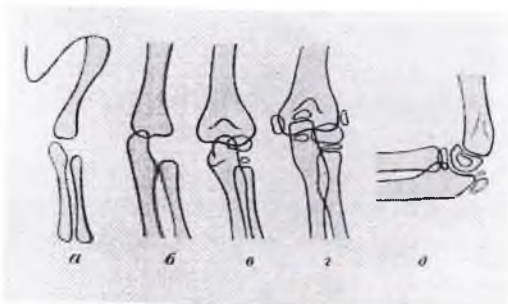
Эпифизлар	Суяк ўзагининг пайдо бўлиш вақти
Елка суягининг бошчаси	3-8 ойликда
Сон суягининг бошчаси	5 ойликда
Кичик болдир суягининг бошчаси	12-14 ойликда
Елка суягининг ички эпикондилуси	5 ёшда
Билак суягининг бошчаси	5 ёшда
Тирсак ўсиғи -olekranon	7 ёшда
Тирсак суяги дистал охири.	7 ёшда
Катта болдирнинг ички тўпиғи	8 ёшда
Елка суягининг ташқи эпикондилуси	9 ёшда

Жадвалда келтирилган эпифиз ва метафизлар синостозланиши 14-17 ёшгача давом этади. Эпифизеозлизнинг, ўсиш зонасининг синишининг рентгенологик симптоматикаси: эпифизнинг силжиши, “суяк пластинкаси”, метафизнинг синиши, қийшиқ синиш йўналиши ўсиш зонасига қараб борса, ўсиш зонаси кенгаяди ва “қуш тумшугига”га ўхшаб очилади.



Расм - 17 Суяк эпифизларининг суякланиш ядролари пайдо бўлиши муддатлари.

Расм - 18 Ўсиш зоналарининг суяк ўсишида фаолликлари.



Расм - 19 Тирсак бўғимини ҳосил қилувчи суякларнинг бола ёшига қараб суякланиш ядролари рентген тасвирда пайдо бўлиши, (схема): а, б – 4 ёшда; в – 5 ёшда; г, д – 7 ёшда.

## Болаларда суяк синишларини даволаш

Болаларда суяк синишларини даволашда замонавий травматологиянинг ҳамма усуллари қўлланилади:

Анестезия. Репозиция

Иммобилизация (қўлда ёпиқ репозиция ва ташқи иммобилизация)

Скелет тортмаси, лейкопластир тортмаси қўллаш

Компрессион-дистракцион, шарнир дистракцион, дистракцион остеосинтез

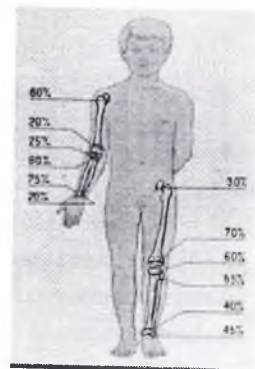
Оператив даволаш

Физиотерапия

Даволаш физкултураси ва бошқалар.

Силжимаган синиқлар, зичланган (компрессия) синиқлар гипсли боғламларда иммобилизация қилиниб даволанади. Болаларда синишнинг биринчи кунларида актив шиш ва гематома билан юмшоқ тўқималар қисилмаслиги учун циркуляр гипсли боғламлар қўлланилмайди.

Иммобилизация чуқур гипсли боғламда қилинади. Гипсли боғлама – лонгета синиқ соҳаси- қўл, оёқлар айланма ўлчамининг 2/3 қисмини ва юқори – пастки бўғимларини ҳам фиксация қилиши шарт.



Расм - 20 Болдир суяклари синганда қўйиладиган орқа гипс боғлама – лонгета (1, 2). Болдирда синиқ жойи ва гипс лангета узунлиги (3, 4, 5).

Масалан, елка суягининг синишида (диафиз, проксимал қисми) гипсли лонгета соғлом куракдан то қафт-бармоқларигача, тирсак бўғимида 90° букиб

қўйилади. Соннинг кўстлараро, кўстлардан ўтувчи синикларда чанок сон гипсли боғлама қўйилади.

Силжиган синиклар репозиция қилинади. Синишнинг клиник рентгенологик текширувидан кейин қўл билан тўғриланиб репозиция қилинади.



Расм - 21 Ёнг елка суяги синигини қўл билан репозиция (а). Тирсак бўғими соҳасидаги синикда репозиция (б).

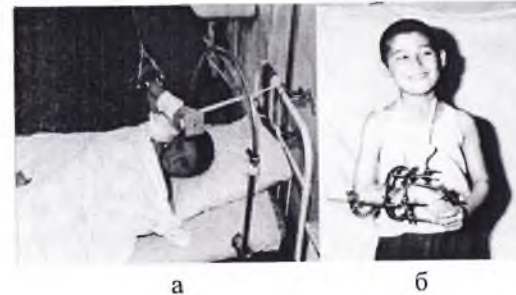
Катталарда маҳаллий оғриқсизлантирилса, болаларда кўпроқ умумий оғриқсизлантирилади. Умумий оғриқсизлантирилганда бола тинчланади, мушаклар тўлик бўшашади, тўғрилаш учун қулай шароит яратилади. Зарурат бўлганда катта ёшдаги болаларда ва ўсмирларда маҳаллий оғриқсизлантириш мумкин.

Репозициядан кейин гипсли боғламада иммобилизация ва жойига тўғри тушганлигини тасдиқловчи назорат, контрол рентгенография қилинади. Диафизар синик бўлакларида “қоникарли туриши” ҳисобга олиш зарур. Доимо синик бўлақларини тўлик тўғрилашга ҳаракат қилиш керак.

Бурчакли ва ротацион силжишларни албатта йўқотиш керак. Фақатгина тўғрилаб бўлмайдиган синиклардагина “қоникарли туришини” ҳисобга олса бўлади.

Авалги даврнинг буюк травматологларидан В.В.Гориневская (1963) ёзган эди: “болаларда регенерация жараёнининг яхши кечишини ҳисобга олиб, тўғри даволашни бузмаслигимиз керак.

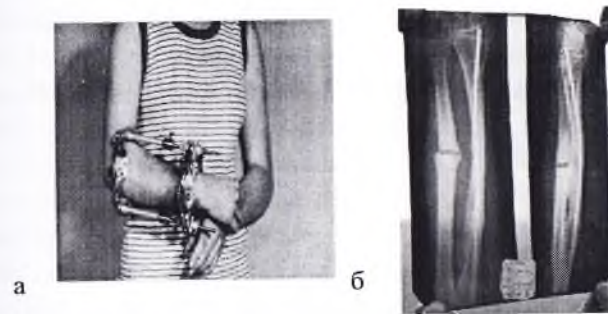
Ўзини-ўзи тўғрилашнинг ҳам чегараси бор, бу билан ҳисоблашмоғимиз шарт.”



Расм - 22 Скелет тортмаси ёрдамида (а) ва Илизаров аппарати қўллаб даволаш (б).

Скелет тортмаси қўллаганда болаларда ўсиш зонасини ҳисобга олиш зарур. Спицани (махсус 2 мм қалинликдаги пўлат сим) ўсиш зонасидан марказга яқин метафиздан ўтказиш керак.

Компрессион – дистракцион, шарнирно-дистракцион остеосинтезнинг синиклар асоратида, нотўғри битган синикларда (бурчакли силжиганда), битмаган, ёлгон бўғим, суяк дефекти, калталикларда, бўғим контрактураларида қўлланилади.



Расм - 23 Билакка Илизаров аппарати қўллаш (а). Билак суяги битган, тирсак суяги битмаган – ёлгон бўғим кўриниши (б), бола 14 ёшда.

Оператив усуллар болаларда камроқ қўлланилади. Ҳамма бўғим ичи ва бўғим атрофидаги синиклар коникарсиз репозициядан кейин очик репозиция (операция) қилинади.

Синик бўлаклари спицалар билан фиксация қилинади. Интрамедулляр остеосинтез катта ёшдаги болаларда катъий кўрсатма асосида қўлланилади.

### Диафизар, метафизар, эпифизар синикларни даволаш

#### Диафизар синикларни даволаш:

Елка, билак ва болдир суяklarининг диафизар синикларида, суяк бўлаklarининг силжиши бўлмаса асосан консерватив усул (иммобилизация, бир йўла қўлда тўғрилаш, скелет тортмасида) қўлланилади.

Ўтган асрда очик репозиция ва остеосинтезга кенг йўл бериш металл фиксаторлар қўллаш хато ҳисобланди. (М.В.Волков, Г.М.Тер-Егиазаров, В.Т.Стужина, 1979). Ҳозирги пайтда елка суягининг спиралсимон қийшиқ синишларида бўйлама силжиш бўлса компрессион – дистракцион остеосинтез ёпиқ усулда, нерв жароҳатида эса очик усулда тавсия этилади.

3-4 ёшлардаги болаларда сон суягининг диафизар синиклари вертикал ҳолда Блаунт ёки Шеде усули билан тортмада даволанади.

Соннинг диафизар синиклари 3-5 ёшгача товуни суягидан скелет тортмаси қўйилиб, 6-10 ёшгача соннинг супракондилляр соҳасидан скелет тортмасида Балкан рамасида болдирга гамак қўйилиб, даволанади. Бунда оёқ тизза бўғимида 90° букланган ҳоллатда бўлишига эътибор берилади. 10 ёшдан кейин катта болдир суягининг гадир-будиридан скелет тортмаси қўйилиб, оёғи Беллер шинасида қўйилган ҳолда даволанади.

Бирламчи суяк қадоғи ҳосил бўлгандан кейин чаноқ-сон гипсли боғамасида суяклар тўлиқ битгунча фиксация қилинади (6-ҳафта даволанади).

Скелет тортмасида даволаниш давомида назорат рентгенограммадан силжишлар тўғрилмаганлиги

аниқланса, операцияга кўрсатма қўйилади. Суяк усти остеосинтези пластина фиксаторлар билан амалга оширилади.

Болаларда билак суяklarининг диафизар синикларида ёпиқ тўғриланиб гипсли боғламда даволанади. Иккала суяклар синганда, синик бўлаklари жойига тушмаса, операция йўли билан интрамедулляр остеосинтез қилинади.

Болдирнинг диафизар синикларида агар репозиция муваффақиятсиз чиқса скелет тортмаси қўйилади ва бемор компрессион – дистракцион остеосинтезга таёрланади.

#### Метафизар синикларни даволаш

Елканинг хирургик бўйинчаси консерватив даволанади: қўл билан репозиция қилиниб гипсли боғламда фиксация ва қўллик остига валик ёстикча қўйилиб даволанади. Елка суягининг супракондилляр, транскондилляр синиклари СамМИ клиникамиз усули бўйича (проф. П.У.Ўринбоев) елкага ўрта ротацион ҳолат берилиб, репозиция қилиниб Илизаров аппаратида 3-4 ҳафта давомида даволанади. Елка суягининг транскондилляр синиклари синик чизиги *fovea olecrani* (тирсак ўсиғи кирадиган чуқурча) нинг каеридан ўтишига қараб 3 типга бўлинади.

I тип – fossa нинг юқори ва fossa olecranon нинг чегара қисмидан ўтади;

II тип – fossa нинг ўртасидан ўтади;

III тип – fossa нинг пастидан, яъни ўсиш зонаси чегарасидан ўтади

I, II тип – синиклари Илизаров аппаратида

III тип эса очик репозиция қилиниб спицалар билан фиксация қилинади (транскондилляр синикларни типларга бўлиб, классификациялаш проф. П.Ў.Ўринбоев бўйича берилди).

Елка суягининг бошчаси- *capituli humeri*- эпифизеолизи фақат очик усулда оператив даволанади.

Билак суяklари дистал метафизи ёпиқ репозиция қилиниб гипсли боғламада даволанади. Сон ва болдир суяklarининг дистал метафизлари ёпиқ репозиция қилиниб, скелет тортмасида бирламчи

қадок ҳосил бўлгандан кейин, гипсли боғламада даволанади. Жойига тушмаса очик усулда даволанади.

Сон суягининг кўстлар ости синиғида скелет тортмаси супракондилляр соҳадан қўйиб даволанади.

#### Эпифизар синиқларни даволаш

Эпифизар синиқлар – бўғим ичи синиқлари ҳисобланади.

Туғри репозиция қилинмаса, бўғим деформацияси, бўғим харакатнинг чекланиши ва нотўғри ўсишга олиб келади.

Шу сабабдан ёпиқ репозиция мувоффақиятсиз кечса, операция қилиб даволанади.

Операция пайтида жуда эҳтиёт бўлиб, суяк бўлақларини ялонгочламай (елка суяги дистал бошчаси, ички-ташқи кондилуслар. тирсак ўсиғи) ўтказиш керак. Фиксация учун Киршнер спицаси, винт-шило, шуруплар ишлатилади.

Билак суяги дистал эпифизи консерватив даволанади. Силжиган бўлса умумий наркоз остида репозиция қилинади. Сон ва болдир суяқларининг дистал эпифизлари репозицияси муваффақиятсиз чиқса, ёки янги бўлмаган синиқларда, эски синиқларда операция қилинади.

#### Болалар суяк синиқларини катталар суяк синиқлари билан нозологик таққослаш терминологияси

##### 4-жадвал

##### Елка суягининг синиқлари

Катталарда елка суягининг синиши	Болаларда елка суягининг синиши
Проксимал қисмининг синиқлари .	Проксимал эпиметафизар синиқлар;
Бошчанинг синиши, анатомик бўйинчанинг синиши, транстуберкуляр	Елка суягининг бошчасининг эпифизиолизи, остеоэпифизеолизи

синиқлар, интертуберкуляр синиқлар, туберкулумларнинг якка синиқлари		
Хирургик бўйинчанинг синиғи		Хирургик бўйинчасининг синиғи
Диафизарсиниқлар-юқориучлигида, ўртаучлигида, пасткиучлигида		Диафизарсиниқлар-юқори учлигида ўрта учлигида пастки учлигида
Дистал синиқлари: супракондилляр, транскондилляр (Т-У-симон)	қисми	Дистал қисми синиқлари (а) бўғим ичи синиқлари: транскондилляр метафизар, эпиметафизар, типик туғрик эпифизеолизи, ўсиш ўзагининг синиши, дистал эпифиз бошчасининг синиши. (Б) бўғим атрофи синиқлари: супракондилляр, ички эпикондилусининг апофизеолизи, ташқи эпикондилусининг апофизеолизи

##### 5-жадвал

##### Билак суяқларининг синиқлари

Катталар билак суяқларининг синиқлари	Болаларда билак суяқларининг синиқлари
Тирсак ўсиғи синиғи	Тирсак ўсиғининг апофизеолизи
Тоғсимон ўсиғининг синиши	Тоғсимон ўсиғининг апофизеолизи
Билак бошчаси ва бўйинчасининг синиши	Тирсак ўсиғининг синиши, билак бошчасининг чиқиши билан (Монтеджи синиғи)
Билак, тирсак суяқларининг диафизар синиқлари	Билак бошчасининг эпифизиолизи
Билак тирсак суяқларнинг якка синиғи	Билак суяги бўйинчасининг

Билак, тирсак суякларининг синиб Чиқишлари	Билак-тирсак суякларининг синиши Билак суягининг диафизар ёки тирсак суягининг диафизар синиғи
Монтеджи шикасти	Монтеджи синиғи олдинги тип эпиметазар олдинги тип диафизар ташки тип эпиметафизар ташки тип диафизар орқа тип эпиметафизар орқа тип тирсак эпиметафизар синиғи
Галиаци шикасти, билак суяғи типик жойидан синиши	Галиаци шикасти Билак суягининг дистал қисмининг эпифизиолизи

### 6-жадвал

#### Сон суягининг синиқлари

Катталарда сон суягининг синиқлари	Болаларда сон суягининг синиқлари
Проксимал қисмининг синиқлари	Проксимал қисмининг синиқлари
Медиал синиқлар Сон бошчасининг синиғи Субкапитал Трансцервикал Базал	Медиал синиқлар Сон бошчасининг эпифизеолизи Остеоэпифизеолиз Трансцервикал Базал
Латерал синиқлар Кўстлараро Кўстларузра Катта кўстнинг синиши Кичик кўстнинг синиши	Латерал синиқлар Кўстлараро Кўстларузра Катта, кичик кўстларнинг апофизеолизи

2. Диафизар синиқлар	2. Диафизар синиқлар
Юқори учлигида Ўрта учлигида Пастки учлигида	Кўстларостидан Юқори учлигида Ўрта учлигида Пастки учлигида
3. Сон суягининг дистал қисмининг синиқлари Т-V симон синиқлар	3. Супракондиляр синиқлар Сон суягининг дистал қисми эпифизеолизи, остеоэпифизеолизи

**7-жадвал**

**Болдир суяқларининг синиши**

<b>Катта болдир суяқларининг синиқлари</b>	<b>Болаларда болдир суяқларининг синиқлари</b>
Кондилуслараро тепачанинг синиши (eminentia intercondularis)	Кондилуслараро тепачанинг синиши (eminentia intercondularis)
Катта болдир суягининг Кондилуслари синиши бўғим конгруентлиги бузилмасдан	Проксимал метаэпифизар синиқлари
Битта кондилуснинг синиб олижиши	
Иккала (Т-V симон) битта ёки иккита кондилусларнинг синиб олижиши, болдирнинг ярим чиқиши билан	
Иккала болдир суяқларининг диафизар синиқлари	Катта ва кичик болдир суяқларининг диафизар синиқлари
Юқори учлигидан Ўрта учлигидан Пастки учлигидан	Юқори учлигидан Ўрта учлигидан Пастки учлигидан

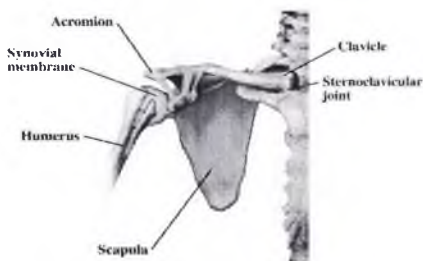


Катта болдир суягининг якка синиги	Катта болдир суяги дистал кисми остеоэпифизеолизи
Кичик болдир суягининг якка синиги	Ички тўпикнинг синиши
Тўпиклар синиғи – Дюпюитрен	Ташки тўпикнинг синиши
шикасти пронацион синиқлар	Иккала тўпикларнинг синиши
Потто-Десто синиш-чиқиши	“айрининг”, “вилканинг” ажралиши билан.

### 3 БОБ ЕЛКА КАМАРИ СИНИҚЛАРИ

#### Ўмров суяги синиқлари

Ўмров суяги туш суяги билан ва акромион билан бирикиш учун охирлари бор, улар бўғим юзалари билан таъминланган. Туш-ўмров, ўмров-акромион бўғимлар бойламлар билан, капсула (бўғимни қопловчи) билан бириктирилган. Ўмров S-симон шакл олган. У елка камарини тана билан бирлаштирувчи суяк ҳисобланади.



*Расм - 24 Ўмров суяги, курак суяги, елка бўғими ва елка суяги расмлари.*

Унга бўйин соҳаси, кўкрак қафаси, қўл (os humerus) дан мушаклар келиб бирикади.

Ўмров суяги бўйлама ўқи бўйлаб йўналтирилган куч, ёки ўмров суягига кўндаланг йўналтирилган куч суяк синигини ҳосил қилиши мумкин.

1-ҳолат билвосита таъсир этиш дейилади: узатилган қўлга йиқилиш, елка бўғимига таяниб йиқилиш, елка бўғими ташқи юзаси билан урилиб йиқилиш, тананинг ён томонлардан ўртага қараб қисилиши пайтида синади.

2-ҳолат ташқи кучнинг бевосита ўмровга таъсир этиши Учраш миқдори. Ўмров суяги синиқлари 14-15% кўрсаткичда учрайди. Улар кўп учраши бўйича билак суяклари, елка суяги синиқларидан кейин

туради. Бу синиклар ҳамма ёшдаги болаларда кузатилади. Чақалокларда туғилиш жараёни билан боғлиқ ҳолда рўй беради, 2-4 ёшларга 30 % синиклари салмоғи тўғри келади. Ўмровнинг ўрта қисмида синиклар кўп учрайди. Чунки қаттиқ суяк қисми ғовак суяк қисми билан алмашади. Бунга ўмровнинг қийшиқлиги ҳам бир омилдир.

Кичкина болаларда синиклар суякустипардаси ичида ёки тўлик синса силжишсиз, ёки бурчакли силжиш кўриниш олади. Каттарок ёшдаги болаларда (8-12 ёш) синиклар кўндалангига, бўйламасига 1-2 см гача силжиган бўлиши мумкин.



*Расм - 25 Ўмров суяги синиги ва унда силжишни бириккан мушак тортиши.*

**Клиник белгилари.** Анамнезда травма рўй берганлиги, оғриқ, шиш, қўл ҳаракатининг чекланиши диагнозни осонлаштиради.



*Расм - 26 Ўмров суягининг парчаланган синиги. Медиал синиқ бўлаги юқорига тортилган.*

Суякустипардаси ичидаги синикларда оғриқ, шиш даражаси камроқ бўлади. Бу синикларда асоратлар учрамайди. Баъзан, катта

болаларда, ўсмирларда парчаланган синикларда нерв, кон-томирлар босилиши, йиртилиши хавфи бор.

**Даволаш.** Даволаш услуби бола ёшига, синиқ турига қараб танланади. Чақалокларда, бир ёшгача болаларда даволаш иммобилизацияни амалга оширишдан иборат бўлади. Бунга қўлчани тирсак бўғимида 90° буклаб танага бинтлаб боғлаб қўйиш ёки Дезо боғламаси қўйиш билан эришилади.

10 ёшдан катта ва ўсмирларда аҳамиятли силжишлар тўғриланади. Оғриқсизлантириш учун гематомага 0,5%, 1% ли литоксин эритмаси киритилади. Бемор табуреткага ўтказилади. Врач беморнинг орқа томонидан келиб, елка (humerus суяги бор соҳа)дан ушлаб, елка камарлари юқорига ва орқага томонга кўтарилади. Қўлгик соҳалар, ўмров-акромион бўғим соҳалари пахта билан ўралиб, 8-симон гипс боғлам қўйилади. Сифатли Делбе ҳалқалари тайёрланган бўлса (у тўқима ичига пахта солиниб, тикиб тайёрланади) уларни қўллаш мумкин.

Операция услубида даволашга кўрсатмалар.



*Расм - 27 Ўмров суяги синиги операция қилиниб, спица билан фиксация қилинган.*

15-20 йиллар аввал операция қилиб даволашга тавсиялар жуда кам ёзилган. Чунки, 2-3 ой ва ундан кўп муддат ўтгач камроқ даражадаги силжишлар билинмай битиб кетиш кузатилган. Функционал ҳолатда чекланишлар бўлмаган.

Фақат катта силжишлар, асоратли синиклар (нerv, кон томирларнинг босилиши, йиртилиши) операцияга кўрсатмалар деб ҳисобланган. Ҳозирги пайтда ҳам шу ҳолатлар операцияга кўрсатма деб қабул қилинган. Операцияга кўрсатма бўлиб яна: аҳамиятли

силжиш (1 см, ундан кўп) билан эскирган (10-12 кундан кўп вақт ўтган) ўмров синиклари; қўл билан репозицияда жойига келмаган. ёки жойига келган синик бўлаклари гипс боғлама билан даволаш давомийлигида яна такрор силжиш рўй берса операцияга кўрсатма ҳособланади.

Операция пайти суяк бўлақларини суяк ичи металлостеосинтези, суяк усти металлостеосинтез услублари йўли билан маҳкамланади.

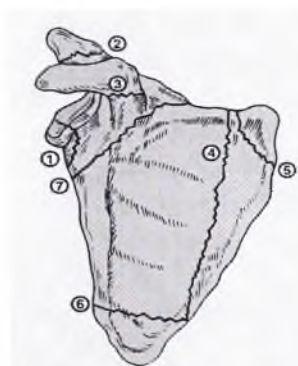


Расм - 28 Ўмров суяги синиги суяк усти металлостеосинтез қилинган. ЭОПда кўриниши.

Ўмров суяқларини даволашда иммобилизация муддатлари ёшини ҳисобга олиб аниқланади: 7 ёшгача 10-14 кун; 7-10 ёшлиларда 18 кунлар атрофида, 10-14 ёшлиларда 3-4 ҳафта, деб белгиланади.

### Курак суяги синиклари

Болаларда курак суяги синиклари кам учрайди. Улар болаларда ҳамма синикларнинг 0,1% ни ташкил этади. Бўғим юзаси, курак бурчаклари, тумшуксимон ўсимта синиклари камдан-кам учрайди. Курак танаси ва курак бўйни қисмида синиклар ҳосил бўлади, силжишлар кузатилмайди. Бу синиклар куракга тўғри зарб, йиқилиш, ёки танадан узоклаштирилган қўлга, ёки тирсақга таяниб йиқилса рўй беради. Кўп ҳолларда бу синиклар суякустипардаси ости синикларидир, силжиш кам кузатилади.



Расм - 29 Курак суяги синикларининг классификацияси (схема)

Курак танаси синигида “Камолли симптоми” ҳосилдир. Бу курак чегараларидан ташқарига чиқиб кетмай пайдо бўлган, “Учбурчак ёстиқча” ни эслатувчи шишдир. Бу шиш суяк пардаси остига қон қуйилиб, тўпланишидан ҳосил бўлади. Жойли оғриқ бўлиши, икки ҳолатда бажарилган рентген текширувда синик топилиши ташхисни аниқлаштиради.



Расм - 30 Елка бўғими, курак суяги, курак суяги синиги рентген тасвири.

Даволаш: Оғриқни қолдирувчи дори тавсия қилиш, қўлни Дезо боғлами билан иммобилизация қилиш, ёки қийиқча-рўмол билан бўйинга боғлаб қўйиш орқали амалга оширилади. Кам учрайдиган

курак танаси синиғи силжишини тўғрилаш самара бермаса қолдирилади, агар, кейинчалик битгач, қўпол туртиб турса операция йўли билан текисланади.



*Расм - 31 Ўмров суяги ва курак суякларини синиқларини даволаш учун гипс боғлама.*

#### 4 БОБ ЕЛКА СУЯГИ (OS HUMERUS) СИНИҚЛАРИ

Елка суяги синиқлари юқори қисми, ўрта, қуйи охири синиқларига бўлиб ўрганилади. Елка суягининг проксимал охири синиқлари узун суяклар синиқлари орасида 7% атрофида учрайди. Елка суягининг проксимал ўсиш зонаси 80% фаолликка эга. Ўрта синиқлар эпифизеолизи ўртасида елка проксимал эпифизеолизи 1.5% ни, елка суяги синиқлари орасида 4% ҳолларда учрайди.

Елка суяги юқори қисми елка суяги боши (caput humeri), tuberculum majus, tuberculum minus, уларнинг пастки қисми хирургик бўйинча деб аталиб, бош сферик кўринишга эга. Шу сабаб елка бўғими ҳаракат йўналишлари, ҳаракат ҳажми бўйича нисбатан мукамал бўғим ҳисобланади. Бу бўғимда букиш, ёзиш, уюқлаштириш, яқинлаштириш, ичкарига бураш, ташқарига бураш, айланма ҳаракат (sircumflexio) - лар бажарилади. Бу ҳаракатларни бажаришга кенг, юпка бўғим капсуласи (халтаси) йўл беради. Бўғим капсуласи курак бўғим юзаси гирдидан ёпишиб бирикиб бошланиб, елка суяги анатомик бўйинчаси бўйлаб бирикади. Бўғим ичида битта пай бор. Бу елка 2 бошли мушаги узун боши пайи, у бўғим ичига елка tuberculum- лари ўртасидаги sulcus intertubercularis-дан ўтиб, курак бўғим юзаси тепа қисмига бирикади. Бўғим юзалари бир-бирига мос эмас. Елка бошчаси юзасига нисбатан курак бўғим юзаси майдони 1/3ни ташкил этади.



*Расм 32 – елка суяги проксимал охири синиқлари (схема): 1 – остеоэпифизеолиз; 2- tuberculum-лар узра синиши; 3 - хирургик бўйинча синиши.*

Елка суяги проксимал эпифизи янги туғилган чақалокларда тоғайдан иборат бўлиб, 4-11 ойликда суякланиб бошлайди. Катта туберкулум (дўмбоқча) 2-3 ёшлик пайти, кичик туберкулум 2-5 ёшларда суякланиб

бошлайди. Яъни, болаларда елка суяги проксимал охири 4-11 ойлик 2-5 ёшларда рентген тасвирда «кўриниб» бошлайди.

### Елка суяги юқори эпиметафиз синиклари

Елка суяги юқори эпиметафизда елка суяги бошининг эпифизеолизи, остеоэпифизеолизи, хирургик бўйинчадан синишлар учрайди. Катта ёшларда кузатиладиган елка боши синиғи, катта туберкулум, кичик туберкулумлар синиши учрамайди, ёки жуда жуда кам учрайди.



Расм 33 - елка суяги проксимал (юқори) ва дистал (пастки)

ўсиш зоналарининг фаоллиғи. (Hamlet A.Peterson, 2007, dan)

**Елка суягининг бошчаси эпифизеолизи, остеоэпифизеолизи-** елка суяги проксимал охири эпифизеолизи туғруқ жараёни билан боғлиқ равишда, танадан қочирилган қўлга таяниб йиқилиши, елка бўғим соҳасига зарб келиши билан боғлиқ бўлиб ҳосил бўлиши мумкин. Йиқилганда елканинг пастки қисмига таъсир этган куч қўл танага яқин ҳолатда таъсир этса варус бурчакли силжишли синик пайдо қилади. Елка танадан узоқлаштирилган ҳолатда таъсир этса вальгус бурчакли силжишли синик пайдо қилади. Бирок, мураккаб анатомик тузилиши, синикқа сабаб барча вазиятларни илғаб бўлмаслик, суяк синишларининг бир неча текисликда рўй беришини тушунтиради. Жуда кўп ҳолатларда вентрал-латерал (бир пайтда олдинга, ташқарига), ва сўнг алоҳида вентрал ва латерал силжишлар бўлади.



*Расм - 34 елка суягининг юқори охири остеоэпифизеализ синиги ва синиқ бўлаклари жойига қўйилган рентген тасвирлари.*

**Клиник белгилари.** Бола синган соҳада кучли оғриқ сезади, шиш пайдо бўлади, катта шиш сабабли синиқ бўлақларининг силжиш йўналишларини кўз билан кўрганда, ҳатто пайпаслаб кўрганда аниқлаш қийин бўлади. Шиш ривожланишга улгурмаган пайтлар

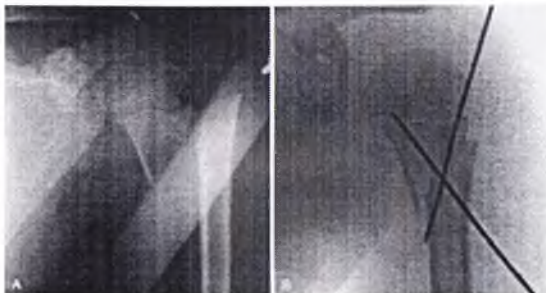
периферик синиқ бўлагининг охирини олдинга туртиб чиққанлигини, ёки қўлтиқ остига туртиб чиққанлигини бармоқлар билан палпация қилиб аниқлаш мумкин. Рентгенография текшируви синиқ жойи, бўлақлар силжишини аниқ кўрсатади.

**Даволаш.** Синиқ бўлақлари силжимаганда даволаш жойли оғриқсизлантириш, гипс лонгета билан иммобилизация қилишдан иборат. Қўлтиқ остига пахта-бинтдан ёстиқча қўйилади, қўл тирсақда 90° бурчак остида букланади, гипс лонгета соғлом куракдан бошлаб елка бўғими, синиқ жойидан ўтиб қўл бармоқлари асосигача қўйилади.

### **Бўлақлари силжиган синиқларни репозиция (жойига тўғрилаш) техникаси**

Силжиши бор беморлар стационарда ётқизиilib, умумий оғриқсизлантириш бажарилиб, репозиция қилиб даволанади. Абдукцион синиқлар (валгус бурчакли силжиш) қўл тана ўқиға яқин, озроқ танадан қочирилиб, марказий бўлакка қўлтиқ остида врач бармоқлари билан босиб, ўки бўйича тортилиб қўлтиқдан ўтказилган мато ёрдамида қарама-қарши томонга тортиб, репозиция қилинади. Репозиция самараси рентген экранни назоратида олиб борилади.

Аддукцион синикларни (варус бурчакли синиш) кўлтиқ остидан ўтказилган мато боғич ёрдамида қарама-қарши тортиш, кўлни елкада 90° танадан қочирилган ҳолда тортиб кўндаланг силжишларни бармоқ билан итарилиб репозиция қилинади. Баъзан аддукцион силжишли синикларни тўғирлаш учун кўлни 90° дан кўп бош томонга тортиб, елка усти горизонтал текисликдан юқорига ўтказиб, тортиб репозиция қилишга муваффақ бўлинади. Шу ҳолатда кўл юқорига кўтарилган ҳолатда гипс-лонгета боғламасида боғланади. Бу Уитмен-Громов услуби деб аталади. Иммобилизация муддати икки ҳафтадан сўнг кўл ўрта физиологик ҳолатда яна икки ҳафта кўкрак-кўл (thoraco-brachial) гипс боғламасида иммобилизация қилинади.



*Расм - 35 Елка суяги юқори метафизидан синиши. Кўл билан репозиция ва перкутан остеосинтез. (John A. Herring, MD, 2017 – дан)*

Кўл билан репозиция муваффақиятсиз чиқса бемор кеч мурожаат қилиб, катта силжиш сақланиб турса, эски синикларни операция қилиб даволанади. Тери кесими суяк синикларигача очиб боришда олдинги-медиал (ички томонга яқин) соҳа танланади. Бунда *n. axillaris* ва тери остида ўтувчи *v. cephalica* топографик жойлашуви эътиборга олинади. Илизаров аппарати ёрдамида ташки мустаҳкам, қисиб ушлаб туриш бажарилса, гипс боғлама қўйишга зарурат қолмайди.

### **Елка суяги (os humerus) диафиз қисмининг синиши**

Бу синиклар болаларда унча кўп учрамайди ҳамма синиклар қаторида 8.4% ни ташкил этади. Улар тўғридан-тўғри зарб, урилиш бўлганда, кўлга таяниб йиқилишда, буралган кўлга тирсакка таяниб йиқилганда ҳосил бўлади. Чақалоқларнинг туғилиш пайти жараён



кийин кечишида қўлидан тортиб уринишларда рўй бериши мумкин. Жойлашган жойи бўйича юкори қисмида кўпроқ, сўнг ўрта қисмида, пастки қисмида озроқ учрайди. Синик чизиғи йўналишига кўра кичик ёшдаги беморларда кўндаланг, ўрта ва катта ёшли болаларда қийшиқ, спиралсимон, парчаланган синиклар кузатилади.



*Расм - 36 елка суяги диафизидан синиғи. Кўндаланг ва бурчакли силжишлар бор. Суяк қадағи ҳосил бўлган.*



*Расм - 37 елка суяги диафизининг қийшиқ, винтсимон синиғи. Илизаров аппарати билан даволаш.*

Елканинг диафизар синикларида баъзан билак нерви қисилиши, чўзилиши илк аломатлари кузатилади. Нервнинг лат ейиши бир неча нақтдан кейин тузалиб кетади. Баъзан медикаментоз даволашга кафтни экстензио(кафтортига эғиш) ҳолатида гипс лонгета билан ушлаб туришга зарурат сезилади. Бу нервнинг елка суяги ўрта қисми синикларида қисилиши чўзилишига, лат ейишига сабаб, у суякга тегиб суякдағи ўзининг sulcus radialis-дан ўтишидир.

**Диагноз қўйиш.** Диагноз қўйиш клиник рентгенологик белгиларга асосланади. Синик соҳада оғрик, шиш, ҳаракат чекланишига, узунлиги ўқининг бузилиши кузатилади. Рентгенологик текширувда синик жойи, чизиги йўналиши, силжишлар ўрганилади.

**Даволаш.** Силжимаган синиклар оғриқсизлантиришдан сўнг орқа гипс лонгета қўйиб иммобилизация қилиб даволанади. Лонгета куракдан бошланиб, 90° бурчак остида букланган тирсак бўғимидан ўтиб, бармоқлар асосигача боради. Силжиган кўндаланг синиклар умумий оғриқсизлантириш остида қўл билан репозиция қилинади, кейин гипс лонгета қўйилади. Қўл билан репозиция қилишда елканинг ўрта ротацион ҳолатини ҳисобга олинади. Ўрта ротацион ҳолатда елканинг ичкарига ва ташқарига бурайдиган мушаклар бир хил тарангликда бўлади деб тушунилади. Бемор орқасига ётиб, елка вертикал кўтарилганда, тирсак бўғими 90° букланиб, билак ўқи бемор кулоғи томон йўналган бўлса, елка ўрта ҳолатга энг яқин бўлади деб ҳисобланади. Ана шу ҳолатда репозиция қилиниш тавсия этилади. Репозиция самара бермаса, муддат анча ўтиб кетиб эски синиклар бўлса силжишлар анча миқдорда бўлса операцияга кўрсатма ҳисобланади. Бунда суякусти остеосинтези ёки спицалар билан интрамедуляр остеосинтез, қўшимча ташқи фиксацион аппаратда компрессияловчи остеосинтез бажарилади (37-расм).



*Расм - 38 Елка суяги диафизидан парчаланиб синиши. Очик усулда интрамедуляр остеосинтез. (John A. Herring, MD, 2017 – dan)*

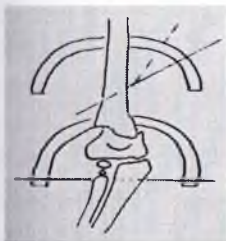
### **Елка суяги пастки эпиметафизининг синиклари**

Болаларда елка суяги пастки эпиметафизининг синиклари учраш миқдори бўйича энг кўп учрайди. Булар бўғимга яқин, бўғим ичи

синиқларидир. Улар кўпинча силжиган синиқлардир. Синиқ бўлақларини жойига ёлиқ усулда қўйиш қийин, тўғри қўйгач шу ҳолатда ушлаб турилганда гипс боғлама ичида такрор силжишлар бўлиши мумкин бўлган синиқлардир, анатомик тузилиши мураккаб, синиқлар хилма-хил, даволаш қийин, асоратлар кўп учрайдиган синиқлардир. Елка суяги дистал эпиметафизини- елка суяги дистал охирини грек тилида condylus деб аталади. Тарихий, дастлабки синиқлар таснифида: супракондиляр-кондилус усти синиғи; транскондиляр-кондилус синиғи деб аталган. Қолган синиқлар шу соҳадаги анатомик атама (ички эпикондилус, ташқи эпикондилус) билан аталади. Кондилус бошчаси – capitulum humeri, ғалтак-trochlea синиғи ўз номи билан номланган. Рус тилида кондилус – мышелок деб номланган. Супракондиляр синиқ надмышелковий, транскондиляр синиқ – чрезмышелковий перелом дейилади. Биз халқаро атама бўлгани учун транскондиляр синиқ деб аташ тўғридир – деган фикрдамиз.

### Елка суягининг транскондиляр синиқлари

Болаларда ҳамма синиқлар орасида тирсак бўғими соҳаси синиқлари энг кўп учрайди. Улар ичида учраш сони бўйича елка транскондиляр синиқлари биринчи ўринда туради. Елка суяги транскондиляр синиқлари кўп учраши асосида анатомик физиологик сифатланиш ётади: шу соҳада fossa olecranon, fossa coronoidea – лар кондилус мустаҳкамлигини пасайтиради, эпифизнинг олдинга очилган 40 град. бурчак билан туриши ҳам, метафизда синиқ ҳосил бўлишида аҳамияти бор.



Расм - 39 .Транскондиляр синиқларда аппарат қўйиш схемаси



а

б

Расм - 40 Елка суяги транскондиляр синиги, силжиши борлиги билан  
(а). Илизаров аппаратида даволаш (б).

Елканинг супракондиляр, транскондиляр синиклари боланинг баландликдан (дарахтдан, девор устидан, велосипеддан ва хоказо) кўлга (кафтга) таяниб, йиқилиши натижасида рўй беради. **Клиник белгилари:** оғрик, шиш, бўғим функцияси бузилиши кузатилади. Биринчи 10 минутларда синган, силжиганлиги сабабли бўғим шакли елка пасти қийшиқлиги яққолроқ кўринади. Кейинроқ шиш кўпайганда olecranon (тирсак ўсиги) ички, ташқи эпикондилуслар жойи ҳам кўринмай қолиши мумкин. Баъзан марказий бўлак охири тирсак бўғими олди – ички юзасида терига жуда яқин келиб, силжиши мумкин. Унда шу жойда кўкариш, қизариш каби аломатлар кўринади. Рентгенологик текширувда синиқ чизигининг ўтиш жойи, синиқ бўлакларининг силжиши, силжиш йўналишлари кабилар ўрганилади. Синиқ чизиги fossa olecranon дан юқорида ўтса “юқори транскондиляр синиқ” деб аталади. Унга чуқурчадан пастда ўтса “Пастки транскондиляр синиқ” дейилади. Булар ёнбош проекцияда чуқурчалар сояси (“кум соат”га ўхшаш фигура) га нисбатан ҳам рентген тасвирда аниқланади. Юқори транскондиляр синиқлар 75%, ўрта транскондиляр синиқлар 16%, пастки транскондиляр синиқ 4%, супракондиляр синиқлар 5% учрайди. Силжиш билан битган синиқларда бўғим функцияси тикланиши юқори транскондиляр синиқларда ижобий, ўрта пастки транскондиляр синиқларда салбий, яъни контрактура ривожланади.



Расм – 41. Сениқ кизиги *fovea olecrani*- дан настда ўтган транскондилар сениқ. (Hamlet A. Peterson, 2007 – дан, ва П. Уринбаев).

**Силжиш йўналишлари.** Дистал сениқ бўлаги сениқни келтириб чиқарган куч таъсирида кўндалангига силжийди. Кейин мушаклар спазми натижасида бўйига, бурчакли, буралиб (ротацион) силжийди. Энг кўп силжиш йўналиши проксимал бўлак орқасига); ички, улнар (тирсак суяги томонга); аддукцион бурчакли силжиш, ва ротацион силжишидир.

**Даволаш.** Болаларда суяги транскондилар сениқларини даволашда кўйидаги даволаш услублари қўлланилади.

1. Гипсли лонгета билан иммобилизация қилиш.
2. Умумий оғриқсизлантириш билан қўл репозицияси ва гипсли лонгетада иммобилизация қилиш.
3. Скелет тортмасида тортиб даволаш.
4. Қўл билан репозиция қилиш ва Илизаров апарати қўйиш.
5. ЭОП назорати остида ёпиқ ва 6. Очиқ металлостеосинтез қилиш.



Расм – 42. Елка суяги дистал охири тоғай тўқмадан иборат эканлигини схематик тушунтириш. (John A.Herring, MD, 2018 – дан).

Расм - 43. Транскондиляр синиқ бўлаклари жойига қўлиб 2та кегай (спица)лар билан фиксация қилинган. (John A.Herring,MD,2018 – дан).

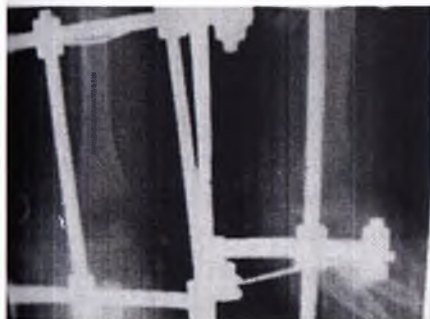


Гипсли лонгета билан даволаш услуги силжиши йўқ беморларда қўлланилади. Имобилизация муддати 2-4 ҳафтани ташкил қилади. Шу даволаш услубларидан қўл билан репозиция қилиш ва гипсли лонгетада даволаш сўнги пайтлар кам қўлланиляпти. Чунки репозициянинг ижобий натижалари салмоғи кам, кейин гипсли лонгетада, шиш қайтиши билан, гипс боғлама ичидан тақрор иккинчи бор силжиш кузатилишидир.



Елка суяги транскондиляр синиқлари даволашда скелетдан тортиб даволаш услугига профессор Г.М.Тер-Егиазаров юкори ижобий баҳо берган. Бу усулда бемор оркаси билан тўшакда ётган ҳолда, ёшига қараб 10–17 кунларни ўтказади. Скелет тортмаси тирсак ўсиғидан кегай (спица)ўтказилиб ЦИТО ёйида таранг тортилиб, елкага (humerus) вертикал ҳолат берилади. 3- 3.5 - 4.0 кг юк билан тортилади. Бўйига тортиш жараёнида ташки, ички эпикондилусга бириккан мушаклар билан бойламлар кичик дистал синиқ бўлагини тортиб, синиқ бўлагининг орқага, узунасига, аддукцион бурчакли силжишларини тўғрилайди. Узун билак суягига бириккан мушаклар (m.biceps, m.triceps, m.brachialis, m.brachiradialis) синиқ бўлакларининг бир-бирдан узоқлашиб кетишига тўсқинлик қилади. Синиқ бўлакларининг бир-бирига тўғриланиш ҳолати назорат рентген тасвирида ўрганиб турилади. Назорат рентген тасвирида суяк

кадоғининг биринчи белгилари жойда бўлиши билан, скелетдан тортиш тўхтатилиб орқа гипс лонгетада даво давом эттирилади.



*Расм - 44 Илизаров аппаратини  
СамДТИ кафедраси (П.  
Уринбаев) услубида қўллаш.*

Болаларда елка суяги транскондиляр синиқлари, қўл билан репозиция қилиниб Илизаров аппаратида синиқ бўлақларини distraction ҳолатида ушлаб туриб даволаш услуби скелетдан тортиб даволаш услубининг ривожлантирилган, мукаммаллаштирилган услубидир. Бу услуб икки босқичдан иборат. Биринчи босқич умумий фиксизлантириш остида елка ўрта ротация ҳолати (ЕОРХ) ни албатта ҳисобга олиб синиқ бўлақларини репозиция қилиш. Клиник белгилар асосида: Гютер учбурчаги, Маркс линияси тикланганлиги, тирсак ўсиғи ўртада жойлашганлиги, пальпацияда тўғрилганлигини сезгач, шу ҳолатни бузмай, қарама-қарши томонга тортиш ҳолатида ушлаб туриш ва иккинчи босқич, distraction аппарат қўллаш. Аппарат Илизаров апаратидан, 2та ярим ҳалқа, 3та дистрактордан терилади. 2 та кегай(спица), 4 та кегайларни туткичи зарур бўлади. 1 та кегай олекранондан 2 та кегай елка ўрта қисмидан, кон-томир, нерв томирлардан кочиб, улардан орқарокда ўтказилади. Кегайлар аппаратда таранг тортилади. Distraction берилади. Назорат рентген тасвирда синиқ бўлақлари ҳолати ўрганилади.



*Расм - 45 Эски транскондиляр синиқни Илизаров аппаратини ётиқ усулда қўйиб даволаш.*

Суяк кадоғи ҳосил бўлгач аппарат ечилади. Бир-икки кун клиник кузатилгач, бемор амбулатор даволашга юборилади.

ЭОП (электронно-оптический преобразователь – предметный электрон оптик тасвирини экранда кўрсатувчи аппарат. Худди рентген тасвирдай. Бу шу иш жараёнида, шу зумда синиқ бўлаклари ҳолатини экранда кўрсатади) назорати остида ЕЎРХ ни ҳисобга олиб, транскондиляр синиқларни репозиция қилиб, перкутан (транскутан) остеосинтез қилиш услуги жорий бўлди. Умумий оғрикислантириш берилиб, суяк синиқ бўлаклари тўғриланиб, ЭОП экранда кўриб, ишонч ҳосил қилинади. Қўл тирсакда 90 градус букилиб, елкага ўрта ротацион ҳолат берилиб, тортиш, қарама-қарши тортиш ҳолида ушлаб турилади. Асептик ҳолатда ташки ва ички эпикондулислардан марказий синиқ бўлагига кегайлар юборилади. Кегайларнинг тўғри ўтганлиги икки юзада (тексликда) ЭОП да назорат қилинади ва мувафақиятли деб топилгач, орқа гипсли боғлама қўйилади.

Очиқ металлоостеосинтез операциясига ўз кўрсатмалари бор: бир неча бор урунишлардан кейин ҳам қўл репозицияси ижобий қоникарли натижа бермаслиги; қон томир, нерв толаларининг ҳолатини очиб кўришга зарурат бўлса; очик синиқларда; эски, нотўғри битган, қўл қийшиқлиги, бўғим функцияси бузилиш хавфига сабаб силжишлар- операцияга кўрсатма ҳисобланади.

Операцияни бажариш учун тери кесмалари ташқи эпикондилус, ички эпикондилус соҳасида, орқа – *musculus triceps brachii* пайи соҳасида бўлади. Ички эпикондулистан борилганда тирсак нерви (n.



sharis) невролиз қилиниб, уни четга олиб туриб синиқ жойига борилади. Орқа тери кесими билан борилганда пай узунасига кесилиб икки томонга очилиб борилади. Яхшиси паратрисепс бориш маъқулдир. Бунда медиал томонда ўша тирсак нервини эҳтиётлаб ишланади. Фақат катта ёшли болаларда, ўсмирларда мураккаб, кўп бўлакли синиқларда трансоекранон бориш билан синиқлар бўлаклари бир бирига тўғриланиб, кегай (спица), винт, шуруп, пластиналар ёрдамида маҳкамланади.

### Қўлнинг варусли қийшиқлиги

Қўл ўқининг ичкарига бурчаги очилиб бузилиши варусли қийшиқлик дейилади. Варусли қийшиқлик элка суяги трансондильяр синиқларидан кейин нотўғри битиши сабабли рўй беради. Шунинг учун қийшиқлик тирсак бўғими варусли деформацияси деб ҳам аталади яъни Cubitus varus.



*Расм - 46 Елканинг трансондильяр синиғидан кейинги қўл варус қийшиқлиги: фотоси ва рентген тасвири.*

Елка суяги трансондильяр синиқларида дистал синиқ бўлаги елка суягидан ажралиб, билак билан бир бутунлик ҳосил қилгандай, у билан яхлит бир сегментдай бўлиб қолади. Чунки ички ва ташқи эпикондулусларга билакдаги мушаклар пайи бирикади. Яна бойламлар, бўғим капсуласи кичик дистал синиқ бўлагини билак билан бириктириб туради. Кичик дистал синиқ бўлаги билак қайси йўналишга сурилса, шу томонга силжийди. Энг кўп силжишлар тўртта йўналишда учрайди. Булар орқага, юқорига, ичкарига, аддукция

бурчакли силжишлардир.Синиқ бўлаклари ўзаро буралади. Оғрик мушакларда спазм (қисқариш)га олиб келади. Марказий билак ўрта ротация ҳолатида туради.Қўлни бола танасига қисиб авайлаб ушлайди.Билак билан бирга кичик дистал бўлакча ичкарига буралади.Ички ротация силжиши кузатилади.Шу санаб ўтилган силжишлар тирсак варусли деформациясига олиб келади. Улар қаторида бўлак ичкарига силжиши, аддукция бурчакли силжиши ва ротация силжиш **варусли қийшиқлик**ка олиб келади. Ҳатто аддукция бурчакли силжиш, ротация силжиши тўғирланмай қолса ҳам **Cubitus varus** ривожланади(47-рам).



*Расм - 47 Катта силжишлар: ичкарига, орқага, аддукция бурчакли силжиши бор эски транскондияр синиқни операция қилиб даволаш.*

**Клиник белгилари.** Қўл варусли қийшиқ ҳолатда бўлади.Беморлар тирсак бўғими ташқарига бўртиб турибди, деб шикоят қилади.Қўлларни олдинга  $90^\circ$  гача буклаб,орқадан кўрганда тирсак ўсигининг ичкарига силжигани кўринади.Тўлиқ очганда билак ўқи елка ўқидан ичкарига бурчак ҳосил қилиб қийшиқ турганлиги аниқланади. Бурчак  $10^\circ, 20^\circ, 30^\circ, 40^\circ$  бўлиши мумкун. Қўлларни орқа томондан кўрганда тирсак бўғими  $90^\circ$  буклаб қаралса Гютер учбурчаги бузулганлиги аниқланади (46-расм).Қўл мушаклари ривожланиши орқада қолади.

Жуда кўп ҳолларда тирсак бўғими функцияси тўлиқ бўлади.Ёки ҳаракат чекланиши кам миқдорда бўлади.Бундай ҳолат яъни **cubitus varus** юқори транскондияр синиқларидан сўнг, ротация. аддукция силжишлар сабабли ривожланишини кўрсатади.

**Рентгеонологик текширув.** Олдиндан оркага рентген нури ўтиб олинган рентген тасвирида елка дистал охири мўътадил рентген сурати ўзгарган бўлади. У йўғонлашади, анатомик чуқурчалар кичраяди, улар саёзлашади. Ички эпикондулус кичрайиб ўсишдан қолган суратни беради. Билак суяклари ўқи ичкарига бурчак очилиб қийшади. Варус бурчагини аниқлаш учун бўғимдан ўтган чизикка билак суяклари бўйи ўқи ўтишдан чизик чизилади.  $90^{\circ}$  дан қанча кам бўлган бурчак ўлчамига соғ қўлдаги физиологик бурчаги қўшилиб ҳисобланади.



а

б

Расм - 48 Транскондилляр синиқда варусли бурчакли қийшиқликда эпифизлар соясининг устма - уст тушиши: проф. Г.М. Тер – Егизаров белгиси (а). Юқори транскондилляр синиқ схемаси (б); проф. П.У. Уринбаев

Ёнбош проекцияда анатомик чуқурчаларнинг “қумсоат шакли” ўрганилади, эпифиз соясининг тирсак ўсиғи сояси устига тушиб кўриниши аниқланади. Бу профессор Г.М.Тер-Егизаров симптоми ҳисобланиб у cubitus varusнинг рентген текширувидаги белгисидир.



а

б

Расм - 49 Cubitus varus – ни операция қилиш схемаси (а). Рентген тасвири (б).

Қўлнинг варусли қийшиқлиги операция усули билан даволанади. Операция қилишдан остеотомия анатомик чуқурчалар устки чегарасидан ўтказилади. Бунинг учун елка кондилусининг тирсак ўсиғи чуқурчаси очилади. Чуқурча юқори чегарасидан остеотомия ўтиш жойи белгиланади. Ҳосил бўлган марказий бўлақдан пона шаклида суяк тўқимаси кесиб олинади. Пона ички бурчаги ўлчами cubitus varus ва физиологик валгус бурчаклари йиғиндисига тенг бўлиш керак. Дистал бўлақ ичкарига 4-5мм силжитилади 5-10<sup>0</sup> ташқи ротация берилади. 2-3 та кегай билан бўлақлар маҳкамланади. Ўсмирларда ва бўлақлар туришида ностабиллик аниқланганда 2,5 халқадан иборат Илизаров аппарати қўйилади.

### **Елка суяги кондилус бошчаси ва ғалтаги синиши**

**Терминология.** Бу анатомик тузилма  $\frac{3}{4}$  қисми шарсимон, жуда сферик бўлмаган Capitulum humeri рус тили адабиётларида “головочка плеча”, “головка 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 Капитулум хумери ва trjchlea –ғалтак елка эпифизини ташкил этади. Кондилус бошчаси энг эрта суякланиб (6-9 ойлик чақалоқда) бошлайди, ғалтак кеч, 10 ёшда суякланади. Буларнинг синиқлари эпифиздан бошланиб, эпикондилус остида, устида тугайди. Синиқ чизиғи суякланиш ядроси (нуктаси)ни кесиб ўтиши мумкин унда синиқ назарий нуктаи назардан “суякланиш ядроси синиши” деб аталади. Бу синиқларнинг эпифизеолиз, остеоэпифизеолиз, суякланиш ядроси синиқлари турлари фарқланади.



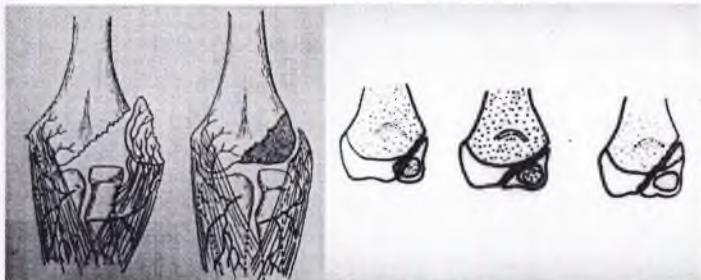
*Расм - 50 Capitulum humeri – kondilus бошчаси синиқлари: схема сураатлар (John A, Herring, MD 2014 дан).*

Кондилус бошчасининг 5 турдаги синиқлари учрайди:

- остеоэпифзеолиз
- эпифзеолиз
- суякланиш ядроси синиғи
- остеоэпифзеолиз ва ғалтакнинг бўғим юзаси тоғайи кўчиши

(йиртилиши) билан

- кондилус бошчасининг фронтал текисликда “шарча”нинг синиши.



*Расм - 51 Елка суяги дистал бошчаси синганда қон ўтиши бузилиши. Capituli humeri синиқлари: Чапдан – ўнга: ўзак синиши, эпифзеолиз, остеоэпифзеолиз.*

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

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

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



*Расм - 52 елка суяги дистал бошчаси - capituli humeri синиклари рент-гентасвирлари: чапдан – ўннга: ротация силжиши; синик бўлаги силжиб – чиқиши; ташқарига кичик силжиш.*

**Даволаш.** Силжиган ёки рентген тасвирда 1-2 мм латерал томонга силжиган, ёнбош проекцияда диа-эпифизар бурчак нормада ( $40^{\circ}$  атрофида) бўлса, кўл  $90^{\circ}$  га букилиб, кафтга ўрта супинация ҳолати берилиб, орқа гипс лонгета билан даволанади. Кўл билак репозиция қилгач, ижобий натижа олинмаган, силжиш 3-5 мм дан кўп синиклар, буралиб силжиши бор синиклар, силжиш- чиқиш кўринишидаги синиклар операция йўли билан даволанади. **Кондилус бошчасини оператив даволаш.** Эпиметафизар синик бўлакчасининг силжиши ўлчами, ротацион (буралиб) силжиш бор йўқлиги, бўлакча стабил, ностабиллигига кўра ҳар хил оператив даволаш усуллари бор.



Расм 53 – бемор Т. С. 4 ёш.  
*Capituli humeri* синиги . Кичик (3 мм) силжиши билан. Травмага 1 ой бўлган. Битиш йўқ.

Расм 54 - Блаунт усулида имобилизация. Яна 1 ой ўтди.  
 Битиш бўлаяпти.



Расм - 55 Яна 1 ой ўтди. Битиш бор.

Расм 56. - Бемор Т.С. 4 ёш,  
 фотоси.53,5 4,55-  
 расмларнинг давоми.



Булар:

1) перкутан (транскутан) спицалар билан металлостеосинтез;

2) очик усулда металлостеосинтез; спица (кегай)лар билан, винт, бигиз шуруп билан;

3) очик усулда, Илизаров аппарати қўйиб, компрессия бериб, остеосинтез.

### **Очик усулда спицалар билан остеосинтез опрациясини бажариш техникаси**

Оғрикисизлантириш умумий асептик шароитда, бўғимнинг ташқи юзасидан, эпикондилусдан юқорига 2 см пастга-1-2 см тери кесма билан синик сохаси очилади. Қуюклашган қон, янги чандиқлардан тозаланади, синик бўлаги жойига аниқ қўйилади, у кегай(спица) учи билан босиб, ушлаб турилади. Бўлакча латерал (ташки) томондан битта кегай ички эпикондилусга йўналтириб ўтказилади. Иккинчи кегай (спица) биринчи билан  $30^\circ$  атрофида бурчак билан бўлакчадан метафизга юборилади. Қаватма-қават юмшоқ тўқима ва тери тикилади. Орқа гипс лонгета тирсакни  $90^\circ$  буклаган ҳолда елка юқори қисмидан кафтгача, бармоқлар асосигача қўйилади. Кафтга супинацияга яқин ҳолат берилади.



*Расм - 57 Capituli humeri синигини операция қилиб даволаш. Чандан ўнгга: фиксация усули, операция пайти, тўзгиллаш, мустаҳкамлаш.*

Операцияни бажариш пайти ташқи эпикондилусга келиб бириккан мушак, мушак пайларининг сақланишига 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.



*Расм- 58 Capituli humeri синизини операция қилиб, 2та кегай спицалар билан фиксациялаб даволаш. (John A. Herring, MD, 2018 – дан).*

Кондилус бошчаси синиғи нотўғри битиши бўғим шакли бузулишида, ташқи эпикондилус туртиб чиқиб туришида, бўғимда ҳаракат чекланиши, яъни артроген контрактура ривожланишида кўринади. Рентген тасвирининг ёнбош проекциясида синик бўлағи эпидиофизар бурчани ўзгартириб, силжиб битиб қолиши, ҳаракат чекланишини тушунтиради. Қўлда вальгус бурчакли қийшиқлик, физиологик вальгус бурчак камайиши ёки cubitus varus кузатилиши ҳам нотўғри битишнинг белгиларидан бири бўлади.



*Расм - 59 эски нотўғри битган capituli humeri синиғи. Турсак бўғими контрактураси.*

Нотўғри битишлар очик усулда, операция йўли билан, остеотомия қилиб, синик бўлакни жойига тўғри қўйиб даволанади. Бу операцияда ташқи эпикондилусга бириккан мушак, мушак пайининг

сақланиши муҳим вазифа ҳисобланади. Акс ҳолда синик бўлакчасининг асептик некрози бошланиш хавфи бор.

Кондилус бошчасининг битмаган синикларининг сабаблари кўп. Бўғим ичи синиғи, синиқ юзасининг тоғай тўқимадан иборатлиги, тоғай тўқимали синиқларнинг суяк тўқимали синиқ юзаларига нисбатан секин битиши. Яна диагностика ва даволаш билан боғлиқ хатолик ва адашмовчиликлар: синиқ борлигини тасдиқловчи рентген тасвирни ўқиш, тушуниш, билишнинг қийинлиги, болаларда суяк синиқлари тез битади деган фикр билан, контрактура ривожланмаслиги учун эртароқ даволаш машқларини бошлаш мақсадида гипсли иммобилизацияни кам сақлаб даволаш кабилардир.

**Битмаган синиқ** деб шундай синиқларнинг ўртача битиш муддати (вакти) бир ва уч баробар вакти ўтса рентген тасвирда битиш белгилари аниқланмаслиги ҳисобланади. Бу муддат бола ёшига қараб, 3-15 ҳафта атрофида бўлиши мумкин.

Битмаган синиқларнинг клиник белгиларидан ташқи эпикондилусдан туртиб чиқиб, билиниб туриши, бўғим ҳаракатининг кам ёки кўпроқ чегараланганлиги, Гютер учбурчаги симметриклиги бузилиши, палпацда аниқлаш мумкин бўлган ўзгаришлардир. Рентгенологик текширув асосида аниқликка эришилади.

Битмаган синиқлар операция йўли билан даволанади.

### **Кондилус бошчасининг псевдоартрозлари (сохта бўғимлари)**

Битмаган синиқларда боланинг кунлик ҳаракатларида ўзгариш сезилмаслиги, оғриққа шикоят йўқлиги, қўл ҳаракатининг қониқарли ҳолати, қўл ўқида бошланғич пайтларда қийшиқлик ривожланмаганлиги врачга ўз вақтида мурожаатини кечиктиради, ва битмаган синиқ, энди сохта (ёлғон) бўғим – псевдоартроз бўлади. Кондилус бошчаси псевдоартрози икки хил бўлади: стабил ва ностабил.



Расм - 60 Елка суяги *capitulum humeri* псевдоартрозлари. А – *cubitus valgus*(ностабил). Б – *Cubitus varus*(стабил).

“Стабил” сўзи битмаган бўлакча тирсак бўғимида ҳаракат пайти билак бошчаси босишидан юқорига силжймай, қочмаслиги маъносида қўлланилади. Ностабил псевдоартрозда, битмаган синик бўлакча билак суяги бошчаси босими таъсирида, ойлар, йиллар ўтиши билан юқорига кам-кам (ўлчамда) силжийди, билак ташқарига қочади, тирсак бўғимида “вальгус бурчакли деформация”, “вальгусли кийшиқ тирсак бўғими”, *cubitus valgus* ривожланади. Кейинчалик тирсак нерви ички *epicondilus* ва *olecranon* ўртасида қисилиши, қисилиб таяниб қочиши сабабли тирсак нерви неврити белгилари пайдо бўлади. бу 4-5 бармоқлар тери сезгиси пасайиши ва букилиши контрактурасига олиб келади .

Тирсак бўғими функциясида кондилус бошчаси ёлгон бўғими ҳам иштирок этгани учун, кўпинча ҳаракат тўлиқ бўлади, ёки камроқ чекланади.





*Расм - 61 Capitulum humeri псевдоартрозини суяк пластикаси операцияси услубида даволаш. Бемор У.У. 8 ёш. ўнг қўлида cubitus valgus, буклаш – 45°. Псевдоартроз рентген тасвири. Суяк пластикаси, 4 та спица (кегай) билан фиксация. Псевдоартроз битди.*

Стабил псевдоартрозда билакнинг валгусли қочиши йўқ, ёки камгина. Бу псевдоартрозга ”тўғри тирсак бўғими”, ёки “варусли тирсак бўғими” хос. Варусли тирсак бўғими синиқ бўлагининг орқага силжиши сабабли ривожланади. Рентген тасвирдаги ўзгаришлар: кондилус ва битмаган синиқ бўлаклари остеопарози йўқ, расми қуюқ, тиниқ. Булар бўғимда қўлда ҳаракат пайти битмаган бўлакча етарлича босим олганлигини кўрсатади. Яъни “ишлаётган” синиқ бўлаги. Чунки псевдоартрозларнинг кўпчилигига бўғим функцияси тўлиқ бўлиши, ёки букиш ёзиш 10-20° чекланиши хос. Тирсак нерви функцияси бузулиши учрамайди.

### **Кондилус бошчаси псевдоартрозларини даволаш**

Даволаш услуби псевдоартроз турига боғлиқ. Стабил псевдоартрозларни базада амбулаторияда кузатувга олинади. Ёки уларни поерация қилиб даволанади. Бунда ёлғон бўғим юзаларида чандиқлар олиб ташланиб, суяк тўқимали юза очилиб, бўлакча жойига қўйилиб металлостеосинтез қилинади.

Ностабил псевдоартрозларда бўғим шаклининг кўзга ёқмас бузулиши, билакнинг валгус бурчакли қийшайиши, елка мушакларида мушаклар атрофияси, гоҳида тирсак нерви функцияси бузилиши кузатилади. Рентген тасвирда ғалтак дефекти, кондилус

суяк тўқимасининг дефекти, битмаган синиқ бўлагининг проксимал йўналишда (юқорига) силжиши, остеопороз аниқланади.

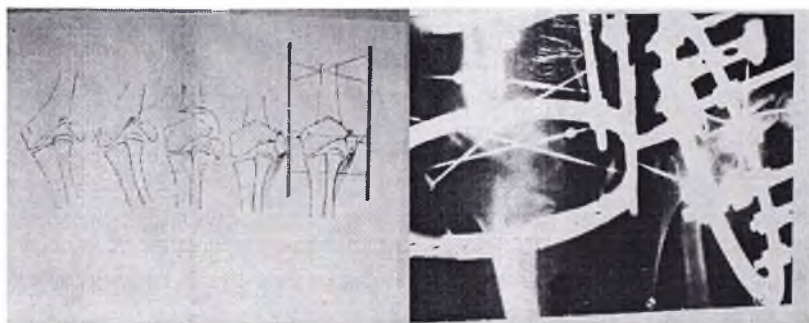
### **Ностабил псевдоартрозларни операция йўли билан даволаш**

Битмаган синиқ бўлаги юзаси билак бошчаси бўғими юзасига мос сақланган псевдоартроз – артикуляция сақланган псевдоартроздир. Буни операция қилиб даволашда бўлакча ўз жойига қўйилади, суяк трансплантатлари, ва яна винт (кегай-спица) билан ҳам маҳкамланади. Cubitus valgus буйича кондилус усти остеотомия қилинади ва бемор скелет тортмада олиб борилади (Г.М.Тер-Егизаров). Ёки, ҳудди шундай усулда операция қилиниб, Илизаров аппаратида остеосинтез қилинади. Бунда суяк трансплантанти ишлатилмайди: суяк бўлаги метафизига аппаратда компрессия қилинади (қисилади) (П. Ўринбоев).

### **Кондилус бошчаси синиш-чиқишли псевдоартрозларни даволаш**

Кондилуснинг синиш-чиқишли жароҳатларидан сўнг ривожланган псевдоартрозларда йиллар ўтиши билан ғалтакнинг марказий, метафизининг ташқи қисми ривожланишдан орқада қолади четлари, кирралари сўрилади, битмаган синиқ чиқиш ҳолатида бўлади, билак суяги бошчаси билан артикуляцияси бузилади, билак шилгусли бурчакда қийшиқ туради.Шундай патологияда битмаган синиқ бўлагини жойига қўйиш амри маҳол, олиб ташлашга адабиётда кўрсатма йўқ.

Операция билан даволаш услубида кондилус усти остеотомия қилинади, битмаган бўлакча ва метафизнинг бирбирига қараган юзалари ва суяк тўқималари ялонғочлангунча кириб тайёрланади, улар бир-бирига тўғриланиб, Илизаров аппаратида остеосинтез қилинади. Остеотомия жойидан олинган суяк кичик бўлакчалари битмаган бўлак ва метафиз бирлашган жойга қўйилади.



*Расм - 62 Capitulum humeri псевдоартрозини суяк остеотомияси,  
Илизаров аппаратида операция қилиб даволаш.*

Бу операция методикасида билак суяги бошчаси таянч функцияси сақланади, битмаган суякка бирлашган мушаклар ҳам сақланади. Қўл ўқи тўғриланади, псевдоартрознинг битишига эришилади.

### **Кондилуснинг синиш – чиқиши битмаган синиқларни даволаш**

Шундай синиш-чиқишли, синиш-ярим чиқишли псевдоартрозларда бирламчи травмадан кейин кўп йиллар ўтганда тирсак бўғимни ташкил этувчи алоҳида қисмларининг шакли – шамойили ўзгариб ўсади.

Масалан, кондилус бошчаси синиш -чиқишларда билак суяги бошчаси у билан бирлашмаган ҳолатда, унга тегиб, босилиб турмаган ҳолатда бўлади. Бу билак суяги бошчасининг тез ўсишига, йўғонлашувига олиб келади. Бундай ўзгаришлар синиқ-чиқиш ҳолатида юқорига ёнга силжиб туриши билак суяги бошчаси ўлчамларининг катталиги тирсак бўғимининг ўта ёмон шакл олишига билакнинг валгусли қочишига, бўғим функциясининг бузилишига олиб келади.

**Операцияни бажариш методикаси.** Бола орқаси билан ётқизилади, қўли 90° да буклаб қўшимча ён жойга жойлаштирилади. Тери кесими ташқи эпикондилус устидан, елка паст қисмидан, билак юқори қисмигача бажарилади. Елка билак бўғими очилгач, билак

суяги бошчаси юмшоқ тўқималардан очилади. Катталашган, ўзгарган бошча резекция қилинади. Билак суяги кесилган жойи текисланади, силиқланади, юмшоқ тўқималар билан ёпилади. Бўғимни очмасдан метафиз ва битмаган синик бўлаги (юзлари) фиброз тўқимадан то суяк тўқимали юза пайдо бўлгунча тозаланади, қирилади. Улар бири-бирига таянч майдончали битта спица билан маҳкамланади (кейинроқ улар Илизаров аппаратида тортилади). Шу бўлакча устига ва метафиз тегишли юзасига кесиб олинган бошчадан суяк трансплантати қўйиш учун жой қириб, тозалаб тайёрланади. Трансплантат спица (кегай) билан метафизга маҳкамланади. Жароҳат тикилади. 2 бутун ва битта ярим ҳалқадан иборат аппарат қўйилади. Спицалар елка ўрта қисмидан, кондилусдан ва тирсак ўсиғидан ўтказилади.



*Расм - 63 Capitulum humeri псевдоартрозини билак бошчасини резекция қилиб, суяк пластикаси операцияси қилиб даволаш.*

Кондилус бошчаси синикларидан кейин, агар синик бўлаклари силжишлари йўқотилиб, жойига тўғри қўйилиб, даволанган бўлса, елка суяги дистал ўсиш зонаси фаолияти бузилмайди, деган фикрлар бор. Муаллиф кузатган беморларда, узоқ муддатли натижалар орасида, унча катта силжиш бўлмасдан битган беморларда елка дистал ўсиш зонаси фаолияти секинлашуви натижасида елканинг ўсишдан қолиши, тирсак бўғим валгусли қийшиқлиги учраган. Бунда елка калталиги 1-1.5 см дан ошмаган.

## Елка суяги ғалтаги (trochlea)нинг синиши

Ғалтак синиқлари учраши сони бўйича кам кузатилади. Бу синиқлар бола йиқилганда қўл кафтига таяниб, ёки букилган тирсак бўғимига таяниб йиқилганда кузатилади. Бу синиқлар ҳам соф бўғимичи синиқларидир.

**Клиник белгилари.** Тирсак бўғими ички соҳасида шиш, оғрик, деформация, қўлда фаол ҳаракат оғриққа сабаб бўлади. Рентген тасвирни ўқиш, тушуниш, анча қийинчилик туғдиради. Чунки 7-10 ёшгача ғалтак тоғай тўқимадан ташкил топган. Синиқ чизиғи метафизнинг яқин қисмидан, ички эпикондилус томондаги метафиз суяк тўқимасидан ўтади. Синиқлар: силжимаган, медиал томонга силжиган ва ротация (буралган айлантирилган) бўлиб силжиган, силжиш- чиқиш ҳолатида бўлиши мумкин. Бу синиқлар диагностикасида тирсак нерви ҳам травма олиши эҳтимолини назарда тутилиши жоиз.

**Даволаш.** Фақат силжимаган синиқларгина орқа гипс лонгетасида иммобилизация қилиниб даволанади. Қолган ҳолатларда операция қилиб даволанади.



Расм 64 - Елка суяги ғалтагининг эски синиғини металлостеосинтез операцияси қилиб даволаш.

## Ғалтак синиқларини операция қилиб, металлостеосинтез қилиш усули

Тери кесими тирсак бўғимининг ички юзасидан, ички эпикондилусдан 1 см орқасидан ўтказилади. Тирсак нерви топилиб, невролиз қилиниб, тутиб турувчи юмшоқ тасмага олинади, химояга



олинади. Синик соҳаси очилади, қон ва чандиклардан тозаланади. Синик бўлакча жойига қўйилади ва синик 2 та кегай (спица) билан маҳкамланади. Биттаси синик бўлакдан ташқи эпикондилусга, иккинчиси 30° бурчак остида метафизга ўтказилади. Юмшок тўқималар тикилади, нерв ўз жойига қўйилиб, тери тикилади. Гипсли лонгета тоғай тўқимали синик секин битиши сабабли 1 ой муддатга, тирсак бўғими 90° букланиб, қўйилади.

### **Ички эпикондилус синиши**

Ички эпикондилус апофизлар туркумига киради. Уларга пай келиб бирикадиган жойдир. Мисол учун ички эпикондилусга ҳам I-II-III-IV-V –бармоқларни букувчи юзаки мушаклар пайи ва бошқа мушаклар бирикади. Ички эпикондилус 5-7 ёшдан суякланиб бошлайди. Унинг орқасидан тирсак нерви ўтади. Синик чизиғи ички эпикондилус ва метафиз орасида жойлашган ўсиш зонасидан ўтса апофизеоз дейилади.

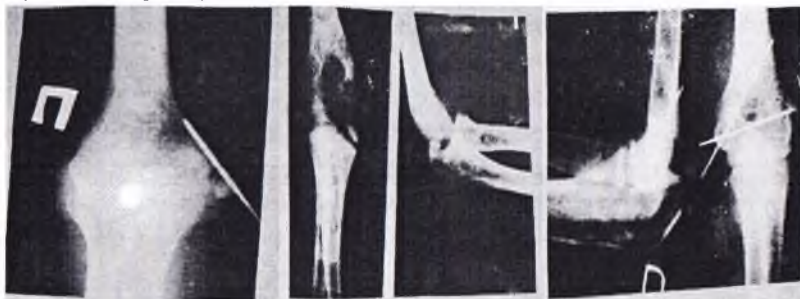
Ички эпикондилус синиши сабаблари бўлиб, бола йиқилганда билакни ташқарига, олдинга, орқага чиқарувчи ташқи куч шу эпикондилусга бириккан бойлам, мушакларини ўта таранг ҳолга келтириши ҳисобланади. Бу синиклар узиб олиш сабабли пайдо бўлади. Улар билакнинг ярим, тўлиқ чиқишида шу жароҳатнинг бир таркиби ҳолда учрайди. Баъзида, синган бўлакча ғалтак ва тирсак бўғим юзаларига орасига қисилиб қолади. Бу билак чиқиши ва унинг жойига солиниши пайтида рўй беради. Чиққан билакнинг жойига тушиши травма пайти мушакларнинг тез жавоб тарзида қисқариши ҳисобига бўлиши мумкин ёки бирор кимса (масалан спорт тренери) 1-ёрдан кўрсатиб солинган бўлиши мумкин.

**Ички эпикондилус синиклари** қоида тарзида силжиган синиклардир. Чунки узиб олиб синдирган куч, силжитмай қўймайди.

**Клиник белгилари.** Фақат апофизеоз, ёки метафиз суяк тўқимасидан сал қўшилиб синган бўла шиш деформация унча катта бўлмайди. Билак ярим чиқиш, тўлиқ чиқиши таркибида ички

эпикондилус синган бўлса, катта шиш, кучли деформация, ҳаракатлар оғриқли, кўп чекланган бўлади.

Рентгенологик текширув диагнозни аниқлаштиради. Рентген тасвирда суякланиш ядроси ўз жойидан ёнга қочган, пастга силжиган. Бўғим тўғ- рисида турган, бўғим юзаларида қисилиб қолган бўлиши мумкин (65-расм).



*Расм - 65 Елка суяги ички эпикондилуси синиқларини операция қилиб даволаш. Ўртадаги рентгентасвирда синиқ бўлаги бўғим юзалари орасида қисилиб қолган.*

**Даволаш.** Синиқнинг ҳосил бўлишини аниқлаш, тушуниш, синиқ бўлакчага келиб бирикадиган бойлам, пай, мушаклар аҳамиятини доим эсда сақлаш, бу синиқлар жойига аниқ қўйилиш зарурлиги, маҳкамлаш кераклиги ҳақидаги фикрга олиб келади. Бу синиқлар операция йўли билан даволанади. Операция техникаси юқорида ғалтак синиғини даволаш каби, нервни (n. ulnaris) ҳимоялаб, эҳтиётлаб амалга оширилади.

Янги бўламаган, эски синиқларда бўлакчани жойига қўйиш анча кийинчилик туғдиради. Маҳкамлаш учун иккита кегай билан фиксация қилинади. 1-си ташқи эпикондилусга, 2-си унга 30° бурчак билан метафизга юборилади. Қаватма- қават тикилиб, тери тикилиб, орқа гипсли лонгета қўйилади. Иммобилизация муддати -18 -21 кун.

### **Ички эпикондилуснинг битмаган синиқлари**

Битмаган синиқлар 9-14 ёшли беморларда кўпроқ 15-17 ёшлиларда ҳам анча учрайди. Бемор болалар жароҳатдан кейин 2-4

ҳафта ўтганда энг кўп, 2 ой ўтганда ундан сал камроқ мурожаат килишади. 2-4 ой муддатда, то 6 ой ўтиб кетгунча ҳам битта иккита беморлар мурожаат килишади.

Кечикиб вақтни ўтказиб келишларига сабаблар қуйидагилар: битмаган синиқли беморларнинг яқинлари ўз вақтида врачларга мурожаат қилган, бироқ рентгентасвирдаги ўзгаришлар тўғри баҳоланмаган, диагноз қўйилмаган, қисқа муддатга гипс лаоғетада даволанган. Баъзи беморларда билак чиқиши солинган ички эпикондилус синиғи туриши кониқарли баҳоланган, ёки у суякланиш нуқтаси деб ўйланган. Ота- оналарнинг травма сабаб тиббий ёрдамга кеч мурожаати, ёки тиббий билимга эга эмас кишиларга бориши (табибга) ҳам учрайди.

**Клиник белгилари.** Букланган тирсак боғимини орқа тарафдан кўздан кечирганда Гютер учбурчагининг бузилганлиги аниқланади. Тирсак бўғимини мумкин қадар очиб кўрганимизда бўғим шаклининг ўзгариши, ички эпикондилус бўртиб туриши текисланганлигини елка билак мушаклари гипотрафияси кузатилади. Ота- оналар ва беморларнинг шикоятлари бўғимда ҳаракатнинг тўлиқ эмаслиги, чекланганлигидир. Беморларнинг кўпчилигида, 3/4 қисмида бўғимдаги ҳаракат амплитудаси 50° лар атрофида бўлади. Буклаш кам чекланади, очиш кўп чекланган бўлиб 70°-120°, 60°-110° диапазонларда бўлиши мумкин. Янги синиқларни операция қилиб даволаш пайти бўғим капсуласининг олд томони йиртилганлиги аниқланган. Катта гематома бўғимда метафиз олди, метафиз усти мушаклар остида тўпланиб туради.

Жароҳат сабаби бундай кон қуйилишлар, капсула билан бойламлар йиртилиши, узилиши вақт ўтиши билан (2-4 ҳафта, 2 ой, 2-4 ой каби) чандиқланади. Юмшоқ тўқималар бир бирига ёпишиб кетади, уларнинг бир-бирига нисбатан сийпаланишлари мумкин бўлмайди.

Ички эпикондилус битмаганда тирсак бўғимида контрактура ривожланишга қуйидагилар сабаб бўлади:

1. Травма олиб ўзгарган, йиртилган, узилган, чандиқланган, қаттиқлашган юмшоқ тўқималар;

2. Елка суяги, тирсак суяги бўғим юзалари орасига бириккан пай, мушаклари билан бирга кириб қисилиб қолган ички эпикондилус;

3. Капсула ва юмшоқ тўқималарнинг тирсак суяги бўғим юзасига яқин медиал қисмига бирикиб, ёпишиб қолиш. Бу ички эпикондилус синиб пастга силжиганда нормадаги таранглик ҳолати йўқолгани учун (ички бойлам, ички эпикондилусга бириккан пай мушаклар таранглиги йўқолади; мушаклар қисқариб капсула тиришиб, қатланиб қолади)

4. Елка суяги бўғим юзаси тирсак суяги бўғим юзаларини бир-бирига туташтирувчи фиброз (чандикли) “бойламлар” ҳосил бўлганлиги

5. Елка икки бошли мушаги ва елка мушагининг метафизидан баланд жойида суякка бирикиб қолиши.

Билак чиқиши, ярим чиқиши ўз вақтида жойига солинмагандан кейин ривожланган контрактурани ва битмаган ички эпикондилусни рентгенологик текширув ўтказганда 1/3 беморларда ички эпикондилус бўғимда қисилиб турган бўлади бошқаларда битмаган синик бўлаги ёнга, пастга бўғим тўғрисиغا яқин, бўғим тўғрисида кўринади баъзи беморларда ташки эпикондилус соҳасида оссификация аниқланади. Бу ички эпикондилус билан чиқиши (ярим чиқиши) таркибида синганлигини, ўша вақтда ташки эпикондилусда ҳам бойлам узулиши бўлганлигини кўрсатувчи белгидир.

Ички эпикондулус синиклари билан боғлиқ тирсак бўғими контрактураси операция усули билан даволанади.

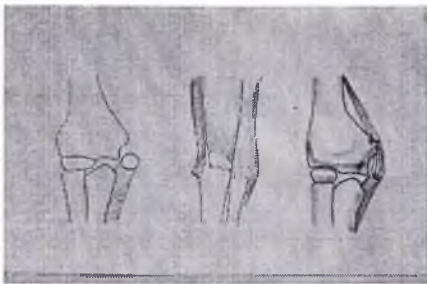
Операция қилиш услуби: Тери кесими тирсак бўғимининг медиал томонида, 8-10 см узунликда кесилади. Тирсак нерви невролиз қилинади, юмшоқ резинка тасмада тугилади. Синик бўлагини унга бириккан бойлам, пай, мушаклардан кесмай, узмай ажратилади. Бу учун бўлакнинг юқориси, олди, орқа томондан суякчага бориб, суяк устидан ажратилиб борилади, бўғин очилади. Эпикондулусга бириккан мушакларни чандиклардан сидириб ажратилади, тирсак суяги бўғим юзасига яқин жойдан чандиклар кесилиб, ундан ҳам ажратилади. Бўлакнинг мушакли тўқимаси

чандиқлардан ажратилиб, ҳаракатчан бўлишига эришилади. Бусиз синган бўлакни ўз жойига қўйиш кийинчилик билан кечади. Чандиқланган, қалинлашган, фиброз тўқима сифатини олиб ўзгарган бўғим олди, медиал қисмидаги капсула кесиб олиб ташланади. Бўғим юзасини туташтириб турувчи, ҳаракатни чекловчи фиброз чандиқли тўқималар кесилади, тирсак чуқурчаси, тожсимон чуқурчалар чандиқ тўқималардан тозаланади. Бўлакчанинг синиқ юзаси янгиланади, метафиздаги синиқ юзаси ҳам янгиланади. Бўлакча ўз жойига қўйилади. Фиксация 2 та кегай билан бажарилади. Нерв ўз жойига қўйилади. Юмшоқ тўқималар ва тери тикилади. Асептик боғлам боғланади. Гипсли лонгета билан иммобилизация қилинади.



*Расм -66. Ички эпикондилусни шуруп билан фиксациялаб даволаш. (John A.Herring, MD, 2018 - дан).*

Ўсмирларда тирсак бўғими контрактураси кучли бўлса, анча узоқ муддат ўтгач келганда даволаш вазифаси олдида бўғим функциясини тиклаш туради. Бундай ҳолда ички эпикондулус кичик ўлчамли пайлари олиб ташланади. Артролиз ҳажмдаги операция бажарилади. Ички ён бойлам, мушак пайлари метафиздан тешикдан ўтказилган узилмас ип (шойи, лавсан ва ҳ.к.) билан тикилади. Ташқи иммобилизация енгил ортезлар билан бажарилади. Эрта (8-10 кун ўтгач) даволаш машқлари, физиотерапия муолажалари ўтказилади.



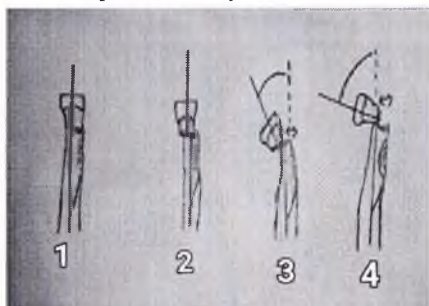
*Расм – 67. Эски, битмаган ички эпикондилус синигини операция қилиб даволаш. Синиқ бўлагини олиб ташлаб, ички бойламни тиклаш.*

Бордию, артролиз операциясидан кейин, ички эпикондилус олингач, ички ён бойлам, мушаклар пайи тутамлари калтариб кетганлиги сабабли метафизнинг боғлаш жойигача етказиш иложи бўлмаса, ички бойламни пластик тиклаш операцияси қилинади. Пластик материал сифатида елка 3 бошли мушагнинг ички  $\frac{1}{4}$  қисми фойдаланилади. (67-расм, операция схемаси)

## V БОБ БИЛАК СУЯКЛАРИНИНГ СИНИҚЛАРИ

### Билак суяги бошчаси, бўйинчаси синиши

Билак суяги бошчаси-эпифиздир. Унинг суякланиш ядроси 5-6 ёшда пайдо бўлади. Эпифиз ва метафиз 16-17 ёшда суякланиб, бир бутун билак суяги проксимал охирина ҳосил қилади. Билак суяги бошчаси **lig.anulare radii** – ўраб турувчи бойлам билан қопланган, бўғим капсуласи бошчадан пастроқда бирикади. Бошча синиқлари, эпифизиолиз, остеоэпифизиолиз – бўғим ичи синиқлари ҳисобланади.



Расм 68 - Билак бўйинчаси синиқлари тури (тушунтириш текст матнида)

Билак суяги бўйинчасидан синишлар Жудет бўйича (Семенов С.В. ҳаммуаллифлари, 2015-й.дан иқтибос) 4 турга бўлинади:

- 1-тур, силжиши кузатилмаган синиқлар
- 2-тур, тўғрилашга кўрсатма кўйилмайдиган силжишли синиқлар
- 3-тур, 30-60° ли бурчак ва кўндаланг силжишли синиқлар
- 4-тур, 60° дан кўп бурчакли силжишли синиқлар (68-расм)

Бошча синиқлари жуда кам учрайди. Энг кўп эпифизиолиз, камроқ метафизар синиқлар кузатилади. Синиқлар кўл кафтига таяниб йиқилганда, бошча ва кондилус бошчасининг бир-бирига урилиш натижасида синади.

**Клиник белгилари.** Синиб силжиши катта бўлса, оғрик кучли бўлади. Шиш ҳам, силжиш ўлчамига боғлиқ. Кўндалангига,  $45^{\circ}$  С гача бурчакли силжишларда анча катта бўлади. Шиш катта бўлган пайтларда бошчани бармоқлар билан пайпаслаб бўлмайди. Силжимаган ва кам силжиган синикларда диагнозини аниқлашда тирсак бўғими ташқи қисмини пайпаслаб, оғрик кучайганлиги, билакни ичкарига (пронация), ташқарига (супинация) буралганда бўйинча соҳасида оғрик кучайишига асосланади. Бу супинация, пронация ҳаракатларининг оғрикга сабаб бўлишини, оғрикли бўлиши, оғрикни кучайтириши шу билак бўйинчаси синикларига хос белгилар деб ҳисобланади. Бўғимда буклаш ва очиш ҳаракатлари ҳам оғрикли, оғрикни кучайтириб, чекланган бўлади.



а

б

*Расм 69 - Билак суягининг бўйинчасидан синиши (а); операциядан кейинги рентгенограмма, спицалар билан фиксация (б)*

Рентгенологик текширувда билак бошчасининг қийшиқ турганлиги, у билан диафиз ўқлари йўналишида бурчак ҳосил бўлади. Бу бурчаклар ҳар хил:  $10-15^{\circ}$ С,  $20-45^{\circ}$ С, ундан кўп бўлиши мумкин. Синик бўлақларининг силжиши, ўлчами, бўлақларининг катта-кичиклиги даволаш услуби танлашда аҳамиятга эга.

Даволаш: билак суяги бошчаси силжиши  $45^{\circ}$ С дан ошмаган ҳолларда, умумий оғриксизлантириш остида, синик бўлагини қўл билан жойига тўғри қуйиш (репозиция) қилиш услуби билан даволанади. Синик бўлақлари клиник белгиларига асосланиб, жойида деб ҳисоблагач, орқа гипс лонгета ёрдамида иммобилизация қилинади. Бу услуб яхши фиксацияли натижа беради.





*Расм 70 - Билак суягининг битган синиги.*

Қўл билан репозиция қилиш техникасининг бир неча усуллари бор. 1 та услубда қўл билан репозиция қилиш давомийлигида тирсак бўғимини очик ҳолатда тутиб тўғрилаш, иккинчисида тирсак бўғимини  $90^{\circ}$ С букланган ҳолатда тўғрилаш бажарилади. Шунингдек, репозицияни бошлаш пайти билакни супинация ёки пронация ҳолатида тутишликда ҳам фарқ бор.

Тирсак бўғимини очиб, билакга супинация ҳолати бериб синик бўлагини тўғрилаш, репозиция қилиш техникаси. (Г.И.Баиров бўйича).

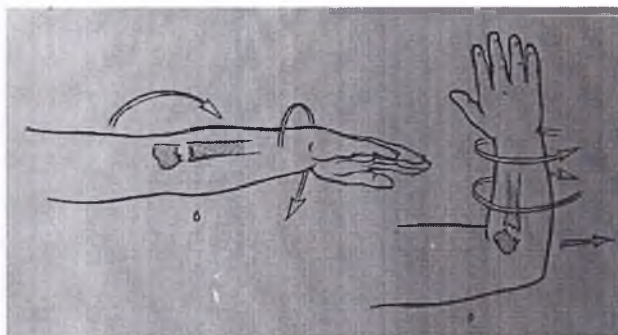
Умумий оғриқсизлантириш остида, қўл тирсак бўғимида очилиб, ёрдамчи врач елкадан ва билакнинг пастки 1/3 қисмидан ушлаб, супинация ҳолати берилиб, билак узунасига ва ичкарига тортилади. Бу пайт синик бўлаклари бўйлама силжишлари йўқотилади ва тирсак бўғимининг ташки қисми кенгайтирилади. Врач 1-бармоқлари билан бошчага босиб, жойига итариб, тўғрилайди. Синик бўлаклари жойига қўйилгач, тирсак бўғимига  $90^{\circ}$ С букилган, билакка супинация ҳолати берилиб, орқа гипс лонгета билан иммоблизация қилинади (71-расм).



Расм 71 - Билак суяги юқори эпиметафизар синиги: а - синиқ силжиши; б- синиқ бўлаги жойига қўйилган .

90<sup>0</sup>С буклаб, билакка пронация берилиб қўл билан тўғрилаш методикаси. Оғрикисилантириш остида, қўл тирсак бўғимда 90<sup>0</sup>С букилади, иккинчи ёрдамчи елкани маҳкам ушлаб туради. Ёрдамчи билакка тўлиқ пронация бериб тортади. Врач 2 та бош бармоқ билан силжиган бошчани ичкарига, сал юқорига суради. Шу пайт билак ўқи бўйича тортиб турган иккинчи ёрдамчи билакни супинация ҳолатига ўтказади. Кўп қатор ҳолларда врач озроқ колдик силжишларни йўқотиш учун тирсак бўғимини чап кафти бармоқлари билан ушлаб, биринчи бармоқ билан бошчага босиб, унг қўл билан бола кафтидан ушлаб ротация ҳаракатлари билан, бошчаси томон қисиб тўғрилайди.

Қўл билан репозиция қилишнинг 3-варианти: Тирсак бўғимини 90<sup>0</sup>С га букиб, билакдан тортиб, уни ичкарига-ташқарига бураб (пронация – супинация қилиб) тўғрилаш техникаси (Свинухов бўйича, 72-расм).



Расм 72 - Свинухов бўйича билак суяги бўйинчаси синиқларини репозиция қилиш схемаси

Қўл тирсак бўғимида  $90^{\circ}\text{C}$  га букилади, ёрдамчи елкани маҳкам ушлаб туради. Врач 2та қўли билан билак ўқи бўйлаб тортиб, билакни тўлиқ пронация – супинация ҳолатига ўтказиб, 10-12 марта бурайди. Тўлиқ пронация ҳолати берилиб, тирсак бўғимни аста-секин  $180^{\circ}$ градусгача очади, синиқ бўлагини тўғрилагач, билакни пронация ҳолатида сақлаб, тирсак бўғимини  $90^{\circ}\text{C}$  бурчак остида букилади. Бундай билакни супинация ҳолатида ушлаб тўғрилаш синиқнинг силжиш йўналишга бўғлик. Бўлакча билак суяк томонга (яъни ташқарига, латерал томонга) силжиган бўлса билакка супинация бериб репозиция қилинади. Билакча олдинга силжиган бўлса, репозиция пайти билакка пронация ҳолати берилади. (Н.Г.Дамье). Г.Л. Баиров бўйича тирсак бўғимига варус ҳолати берилади, билакга супинация, ёки пронация берилиб тортилади, ротация ҳаракатлари қилинади.

Билак суяги бошчасиниг катта силжишларида, бурчакли синиши  $45^{\circ}\text{C}$  дан кўп бўлса қўл репозицияси қилиш ижобий натижага олиб келмаса синиқни очик йўл билан, операция қилиб даволашга кўрсатма бор деб ҳисобланади.

**Операция услуби билан даволаш** тери кесими ташки эникондулусдан, бошча устидан, ёнбошдан орқарок йўналишида ўтказилади. Фасция кесилгач, билакдан экстензор мушаклар ораси очилиб, супинатор мушак ораси очилади. Бу жойда супинатор

мушагининг пастрок қисмида **nervus radialis** – нерв томирининг чукур тармоғи *r. profundus* билан суяги ёнидан бошча олдига кириб ўтишини эса сақлаш зарур ва эҳтиёт чораларини кўриш тавсия этилади, синик соҳаси очилади. Бўғим ичидан қон, қон қуйқаси олинади. Синик юзалари тозаланиб бўлақлар бир-бирига тўғриланади. Ротация ҳаракати қилиниб бўлақлар бир бирига мос тушганлиги текширилади. Синик бўлақлари 3 хил услубда маҳкамланади. Булар:

- 1) Диафиз томондан бошчага ўтувчи 2 та кегай(спица)
- 2) Бошчадан диафизга ўтувчи 2 та кегай(спица)
- 3) Тирсак букланган ҳолда кондилус бошчасидан билан бошчасига ўтувчи спица билан фиксация қилиш.

Санаб ўтилган услублардан иккинчи услуб ижобий сифатига эга, бажариш қулайроқ; учинчи услубдагидек бўғимда ҳаракатни чеклаб қўймайди ва баъзан тирсак бўғимида ташқи иммобилизация бўлса ҳам микроҳаракатлар сабабли, бўғим юзалари тўғрисида кегай синиб қолмайди. Юмшоқ тўқима қаватлари, тери тикилади. Гипсли лонгета билан иммобилизация қилинади.

Операциядан кейин даволаш қўлга тинч ҳолат берилиб, шиш қайтиши учун, бемор ётганда қўлни танадан баландроқ қилиб қўйилади. Гипс устидан, шишни тез қайтариш, қон билан таъминланишни яхшилаш учун УВЧ буюрилади. Бармоқларда ҳаракат машқлари бошланади. 2-3 ҳафта ўткач ташқи иммобилизация тўхтатилади. 3-4 ҳафтадан кейин кегайлар олиниб, тўлик физиотерапевтик муолажаларга, даволаш машқларига ўтилади.

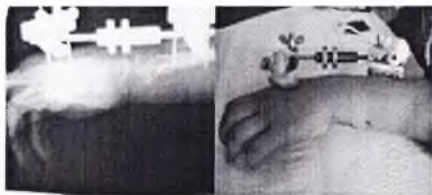
### **Билан суякларнинг пастки қисмида синишлари**

Билан суякларнинг пастки қисмида суякларнинг синиши қўл кафтга таяниб йиқилганда рўй беради. Битта билан суяги синади ёки иккала суякларнинг синишини кузатиш мумкин. Кичик ёшдаги беморларда синик метафиз соҳасида, катта болаларда эпифизиолиз, остеоэпифизиолиз куринишида бўлади(73-расм).



*Расм - 73. Билак суяги дистал эпифизиолизи: кўндаланг, бўйига ва бурчакли силжишлари бор. Репозиция қилиб гипс боғлама қўйилган.  
(Hamlet A. Peterson, 2007 – дан).*

Болаларда билак суяги дистал эпифизиолизи, остеоэпифизиолизи барча эпифизиолизлар орасида кўп учраш сони бўйича 1-уринда туради. Эпифизиолиз ҳар қайси ёшда учраши мумкин. Энг кўп учрайдиган ёш 10-14 ёш ҳисобланади.



*Расм - 74 Билак суягининг дистал метафизи синиши. Стерженли аппарат ёрдамида даволаш.*

Клиник белгилари силжиш даражасига боғлиқ. Кам силжиган эпифизиолизларда пайпасланганда билак-кафт бўғимида оғриқнинг кучайиши, оғриқли нукта жойининг аниқланиши, шиш борлиги, бўғимда ҳаракатнинг чекланганлиги аниқланади.

Эпифизнинг катта силжиши кафт орқа томонига йўналишида, ташқарига қараб йўналганда бўлиши мумкин. Бу клиник кўрганда силжишига хос қийшиқлик билан билинади. Рентген тасвирлар маълумотларига асосланиб диагноз аниқ қўйилади. Билак дистал эпифизи бола 7 ойлик бўлгандан 2 ёшгача суякланиб бошлайди. У 8-10 ёшларда метафиз кенглигини олади. Эпифизнинг метафизга суякланиб қўшилиб кетиши 20-21 ёшларда бўлади. Шу келтирилган маълумотлар кўрсатаётгани, билак суяк эпифизини 2 ёшгача, тирсак суяк эпифизини 7 ёшгача рентгенда кўриб бўлмайди. Бу диагноз қуйишни қийинлаштиради. Бундай пайтлар клиник белгилар асосида даволаш 7-10 кунга қўйиладиган гипс лонгета билан олиб борилади. Такрор рентген тасвирида периостал булутсимон ингичка сояни кўриб, синик бўлганлигини тасдиқлаш мумкин. Кўпгина эпифизиолизлар метафиз қисмидан учбурчаксимон суяк бўлакча синиши билан ҳам кечади. Бу остеоэпифизиолиз бўлиб, рентген диагностикани енгиллатади.

**Даволаш.** Билак дистал метафизи, эпифизиолиз, остеоэпифизиолизлар консерватив йўл билан силжиган синик бўлақларини қўл билан репозиция қилиб, гипсли лонгета қўйиб даволанади. Гипсли лонгета “радио-улнар” (билак-тирсак) деб аталиб, бош бармоқ чиқиб турувчи тешиги бор “радиал” (билак) ва “улнар” (тирсак) энсиз лонгеталардан ташкил топади. Синик бўлақлари жойига тўғриланмаса, бемор кеч муддатда келган бўлса, операцияга кўрсатма қўйилиб хирургик йўл билан остеоинтез бажарилади. Суяк бўлақларини маҳкамлаш учун Киршнер кегайларидан фойдаланилади.

### **Билак суягининг калталиги**

Билак суягининг бўйига ўсишида дистал ўсиш зонаси 75 % фаолликка эга. Баъзан, эпифизиолиз, остеоэпифизиолиз синикларидан кейин, бир неча йиллар ўтгач ўсиш зонаси фаолияти секинлашуви (ёки тўхташи) сабабли билак суяги калталиги келиб чиқади. Бунда тирсак суяги мўътадил ўсиб, унинг бошчаси билак-

кафт бўғимда тери остида туртиб чикиб, бўғим, билак кўринишини хунук қилади(75-расм). Билакни супинация, пронация –ротация қилинганда, у ҳаракатлар кам эканлиги, чекланганлиги аниқланади.

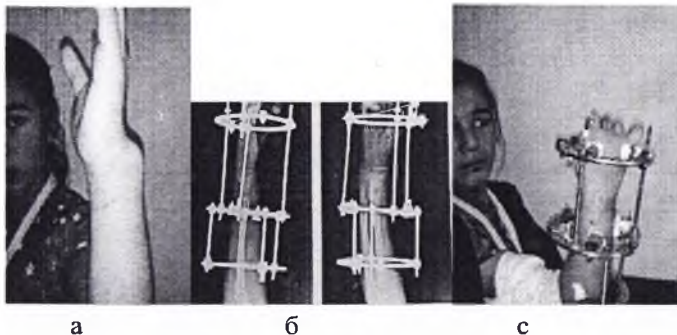
**Даволаш.** Билак суяги калталиги операция йўли билан, остеотомия қилиб(кесиб) Илизаров аппарати қўйиб, узайтирилиб даволанади.



*Расм - 75 Ўсиш зонаси зарарлангани сабабли билак суягининг калталиги, а, с – клиник кўриниши, б – рентген тасвири: тирсак суягининг узунлиги кўриниб турибди.*

**Операция техникаси.**Тери билакнинг орқа томони (дорсал томони)да, метафизнинг диафизга ўтиши жойларида кесилади. Тери ости венаси, 1-бармоқни ёзувчи, ташқарига қочирувчи мушаклар найлари четга олиниб, суяк усти пардаси кесилиб суякнинг остеотомия қилинувчи жойи ялонғочланади. Джигли ип-арра билан кесилади –остеотомия қилинади. Ҳосил бўлган суяк бўлаклари тўғри туриши учун, вақтинча Илизаров аппарати куйгунча 1 та ингичка кегай билан маҳкамланади. Илизаров аппарати 3 та ҳалқадан ташкил этилиб терилади.2 та ҳалқа юқориги (марказий) бўлакни, тутиб 1 та ҳалқа пастки бўлакни тортиб марказий бўлакдан узоклаштириш вазифасини бажаради. Шу пастки (периферик бўлакини тортиш учун 2 та кегай II, III, IV, ва V кафт суякларининг диафиз қисмидан, бир-бирига 20 ° бурчак билан ўтказилади. Энг юқоридаги ҳалқа учун кегай иккала суякдан ўтказилса, аппаратнинг билакда туриши

мустаҳкамланади.Суяк бўлаклари орасини очиб тортиш –дистракция операция куни 4-5 мм ўлчамда бўлади.Кейинги узайтириш суяк бўлақларини ҳар куни бир-биридан 1 мм га кочириш йўли билан бошланади.Бундай дистракция операциядан сўнг 7-8 кунлардан кейин бошланади(76-расм).



*Расм - 76 Билак суягининг калталиги, тирсак суяги бошчасининг чиқиб туриши (а). Билак суягининг остеотомияси, Илизаров аппаратида узайтириш (б, с).*

### **Билак суякларнинг диафиз қисмидан синишлар**

Иккала билак суякларининг синишлари ҳар қайси суякнинг алоҳида, якка синишларидан кўп учрайди. Иккала билак суяклари энг кўп (63%) ўрта қисмида, кўпроқ (30%) паст қисмида, кам (7%) юқори учдан бир қисмида кузатилади. Синик ҳосил бўлиш сабаблари бўлиб кафтга таяниб йиқилиш, билакка бирор ташқи куч урилиши ҳисобланади. Бола ёшига кўра синиклар суякусткипардаси остидаги синиклар, силжимаган синиклар, “яшил новадасимон” синиклар, бурчакли силжиган, кўндалангига, бўйига силжиган синиклар, парча бўлакли синиклар кўринишида учрайди.

**Клиник белгилари.**Травма бўлиш сабаблари сўраб суриштирилиб, кўриш бошланганда билак қийшиқлиги, шиш, билакни авайлаб ушлаб туриши, оғрик, у кучайиши сабабли ҳаракат чекланганлиги аниқланади. Рентген тасвирда суяк усти пардаси ости



синиклари, бурчакли силжиши, тўлиқ кўндаланг ва узунасига силжишлар, ёки бошқа ўзгаришли синиклар аниқланади.

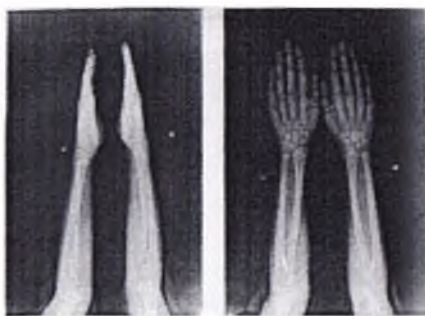


*Расм- 77. Билак суякларининг дияфизидан синиклари, катта кўндаланг ва бурчакли силжишлар борлиги билан (а). Синиқ бўлаклари жойига тўзрилган, гипс боғлама қўйилиб иммобилизация қилинган (б).*

**Даволаш.**Суяк усти пардаси остидан синиклар, бурчакли силжишли синиклар, бурчагини йўқотиб, гипс лонгетани елка ўрта қисмидан бармоқларнинг асосигача қўйилиб даволанади.“Яшил новдасимон” синикларни даволашда бурчакли силжиш йўқотилиб, гипс лонгетада даволанади. Бироқ гипс лонгетаси қўйиб даволашда, вақти етиб, ечиб қўрилганда бурчак силжиш йўқотилмаганлиги аниқланади. Яъни, гипс лонгетаси ичида бурчакли силжишга мойиллик шу синикларга хос ҳисобланади. Шунинг учун, қўл репозицияси пайти “яшил новдасимон” –чала синикни тўлиқ синикга айлантириб, яъни синмаган кортикал қаватни ҳам синдириб, суяк ўқини тўғрилаб, гипс лонгета қўйилади.



А



Б



В)

*Расм - 78 Билак суякларининг диафиздан синиқлари (а). Бурчакли силжишлар, улар тўғриланиб гипс боғламада даволаш натижалари (б, в).*

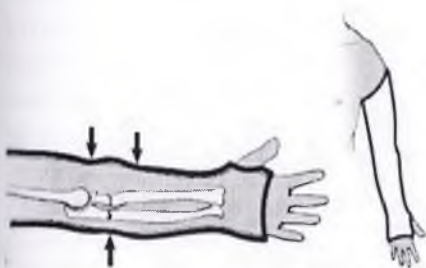
Кўндаланг синиқлар, кўндаланг ва узунасига силжишларни йўқотиш, жойига тўғрилаш мақсадида, умумий оғрикислантериш билан кўл репозицияси бажарилиб, гипс лонгета қўйилади.

Кўл билан репозиция жараёнида билакка супинация ва ёки пронация ҳолати бериш синиқларнинг жойлашган жойларига боғлиқ.

Юқори қисмида синган бўлса билакга супинация ҳолати бериб, ўрта қисмида билакка ўрта ҳолати бериб, пастки қисмида синса, пронация ҳолати берилиб репозиция қилинади.

Бундай ҳаракатлар синиқ бўлақларига кучли мушаклар келиб бирикиши, ва улар қисқарганида синиқ бўлаги ё супинация, ёки пронация ҳолатига ўтиши билан илмий изоҳланади. Бунда асосан кучли м. пронатор мушагининг билак суягига бириккан жойдан баландда, ёки пастда синиши эътиборга олинган. Агар, ўша мушак бириккан жойдан пастки синган бўлса, марказий бўлақ пронация бўлиб буралади. Пастки бўлақни тўғрлаш учун билак паст қисмига пронация ҳолати берилса тўғриланади.

**Операция услуби билан даволашга кўрсатмалар.** Билакнинг иккала суяклари синиқлари қўл билан репозиция қилинганда жойига тўғриланмаса; бемор кеч, вақтни ўтказиб, 2-3 ҳафта ва ундан кўп кечикиб келса, операцияга кўрсатма қўйилади. Шунингдек, билак суяқларнинг биттаси (билак суяги, ёки тирсак суяги) диафиздан синганда, улардаги силжишларни қўл билан репозиция қилиш иккинчи суяк бутунлигида қийинчилик туғдиради. Бундай синиқларда ҳам операцияга кўрсатма қўйилади. Операция қилиб, очиқ усулда остеосинтез амалга оширишда суяк бўлақларини маҳкамлаш учун ингичка кегай (спица) лардан фойдаланилади. Киршнер кегайлари (спицалар) интрамедулляр киритилиши, ёки бир бўлақ охиридан иккинчи бўлақ охирига иккита кегай кесишиб ўтказилиши мумкин. Ўсмирларда суяк усти остеосинтези пластина, шуруплар билан бажарилади.



*Расм - 79. Билак суяклари диафизларининг юқори 1/3 қисми синиқларида тирсак бўғимни очиб кўрсатилган нуқталарда гипс боғламани қисиб қўйиши тўғри, ишончли бўлади.*

*(John A.Herring, MD, 2018-дан).*

## Билак суягининг диафиз қисмининг синиши

Болаларда билак суягининг якка, диафизидан синиши кам учрайди. Бу синиклар суякнинг юқори ўрта, пастки қисмида учрайди. Улар кўпинча кўндаланг синиклар бўлади. Синик бўлақларининг силжишига бириккан мушакларнинг қисқариши сабаб бўлади.

**Клиник белгилари.** Оғрик силжиш катта бўлса, кучли бўлади, шиш, билакнинг ротация ҳаракати супинация-пронация чекланган бўлади. Рентген тасвирда синик тури (кўндаланг, кийшиқ ва ҳоказолар) силжиш йўналиши, ўлчами аниқланади.

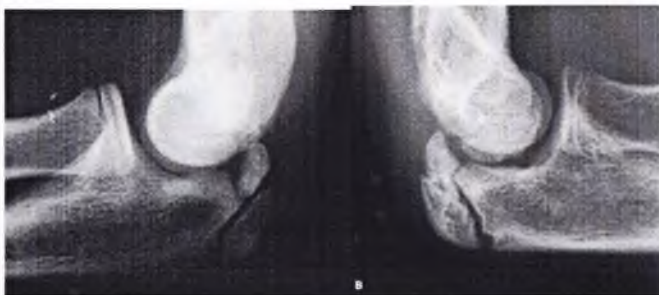
Икки суяк ўртаси Т-симон силжиши ҳам учрайди.

**Даволаш** Қўл билан репозицияда қўл ўқи бўйича тортилиб, кўндаланг силжишлар бармоқ билан босиб тўғирланади. Репозиция пайти синик жойи (юқори, ўрта, пастки қисми) ҳисобга олиниб, билакга супинация, ўрта ҳолат, пронация ҳолати берилади. Икки суяк ўрта томонига силжишни тўғирлаш учун иккала суяк ўртасига дорсал (орқа) ва воляр (олд) томонлардан бир вақтда босилади, яъни врач бармоқлари орасига олиб қисилади. Қўл билан репозитсия қилиш муваффақиятли бўлмаса, кечикиб мурожаатларда, эски синикларда синик бўлақлари ҳолати қоникарсиз деб баҳоланса, операция йўли билан даволанади. Бунда битта спица қўллаб, интротромедуляр остеосинтез бажарилади.

## Тирсак суяги синиклари

Тирсак суяги ўсиғи *olecranon* букланган тирсак бўғимига таяниб йиқилиш, тирсак ўсиғига бирон бир зарб бўлганда, баъзан кафтга таяниб йиқилишда ҳам синади. Бу синиклар 10 ёшдан катта болаларда кўпроқ, 4-9 ёшли болларда камроқ учрайди. Тирсак осиги синиклари болаларда асосан ўсиқ учи қисмига яқин синади, ўрта ва асос қисмида кам синади. Клиник белгилардан шиш, оғрик, бўғимда ҳаракатнинг чекланиши, пайпаслаганда жойли оғрик, анча силжиган беморларда синик бўлақлари орасида оралик (диастаз) борлиги аниқланади. Тирсак ўсиғига элка учбошли мушаги бирикади, бу

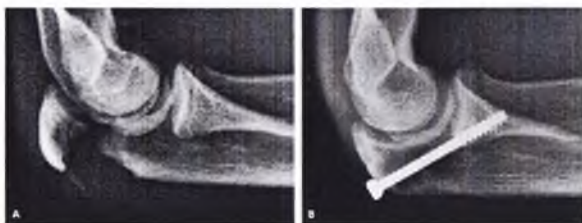
мушак кичик суяк бўлагининг ўзига тортиб, диастаз ҳосил қилади. Рентгенологик текширувда тирсак ўсиғи эпифизи 8-12 ёшда суякланишини назарда тутиш керак, қўшимча суякланиш ядроси 2-3 та бўхам мумкун. Бу диагноз кўпинча адаштиради, хато хулосага олиб келади.



*Расм - 80. Тирсак суягининг олекранон ўсиғи суякланиш ядролари нормада кўриниши. Чапда 12 ёшли боланинг, ўнгда 14 ёшли бола рентген тасвири. (Hamlet A.Peterson,2007,-дан).*

**Даволаш.** Силжимаган синиклар орка гипсли лонгета билан иммобилизация қилиб даволанади. Тирсак бўғимига  $90^0$  дан кўп (140,150,160) бурчак берилади. Бу елка учбошли мушакни бўш ҳолда келтириш учун у синик бўлакчасини тортиб юбормаслиги мақсадида қилинади. 10 кунлар ўтиб тирсак бўғимидаги букилиш бурчаги  $90^0$  га келтирилади. Иммобилизация муддати 3-4 ҳафта. Кейин даволаш машқлари физиотерапия қўлланилади. Силжиши бор синиклар операция қилиб даволанади.

Луғат-диастаз синик бўлаклари оралиғи очиклиги.



*Расм - 81 Тирсак ўсиғи синиши. (John A.Herring,MD,2018-dan).*



*Расм– 82. Билакни чиқиши, билак суяклари диафизларининг синиқлари. Чиқишни жойига солиш, тирсак суяги синизини интра медулляр остеосинтези бажарилган. (John A.Herring,MD,2018-dan).*

### **Монтеджи шикасти**

Тирсак суягининг синиши бир беморда шу билакдаги билак суяги бошчаси чиқиши билан бир пайтда жароҳат рўй берса Монтеджи синиш – чиқиши деб аталади.

Тирсак суяги юкори метафизидан, диафизнинг қайсидур қисмидан синиш мумкин.Билак суяги бошчаси эса олдинга, ташқарига,орқага чиқиши мумкин.

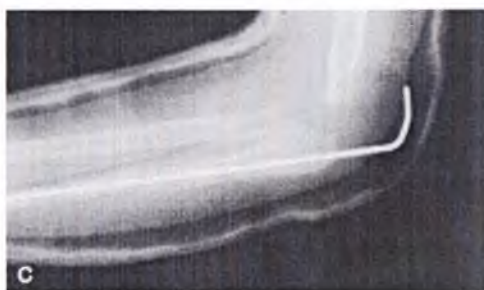
Бу синиқ чиқишнинг пайдо бўлиш механизми билакка тирсак суяги томонидан ташқи куч урилиши (боланинг тирсак суягига бирор предмет урилиши ёки унинг шу суяк диафиз қисмига таяниб йиқилиб тушиши ва ҳ,к каби деб тушунтирилади .



*Расм - 83. Монтеджи шикасти: тирсак суяги синган билак бошчаси чиққан*

**Клиник белгилари:** тирсак суяги синган соҳада тирсак бўғимида шиш оғриқ, пайпаслаганда тирсак суяги синик жойида оғриқ кучаяди, билак бошчаси силжигани учун бўғим йўғонлашиб, ўз шаклини ўзгартиради (деформация) тирсак бўғимини букиш, очиш, билакни ротация қилиш ҳаракатлари чекланган,

оғрикли бўлади.



*Расм - 84 Билакнинг Монтеджи чиқиши синиши ва унинг операциядан кейинги рентген тасвири.*

Рентген текширувида тирсак суягининг метафиздан, ёки диафиздан синик аниқланади. Билак суяги бошчасининг чиққанлиги кўриниб туради. Шу Монтеджи жарохатида диагноз қўйишида хитоликлар учраб туради. Булардан бири рентген тасвирда билак суякларининг проксимал охири қамраб олинмаганлиги: ёки врач этиборини фақат синган суякка қаратиб, чиқишни кўздан кечирганлигидур. Шу сабабва беморнинг ўзлари кеч мурожаати синик чиқишларнинг эскиришига олиб келади.

**Даволаш.** Янги Монтеджи синик-чиқишларида синикни жойига қўйиш, чиқишни тўғирлаш умумий оғриқсизлантириш остида амалга оширилади.

Билак супинация ҳолатида кафт ва бармоқлардан ушлаб билак ўқи бўйича тортилади m.pronator teres мушаги таранглашиб билак бошчасини жойига олиб келади. Қўл тирсак букланиб, кафт бармоқлардан тортиб, врач бармоғи билан силжиган билак бошчасига босиб, билакда ротация харакатлари қилиниб, бошчанинг орқага ичкарига силжишлари кузатилади, кейин тирсак ўткир бурчак билан букилиб, билакка супинация ҳолати берилиб, елканинг юқори учлигидан бармоқ асосларигача гипс лонгета қўйилади. 3–4 ҳафтадан кейин гипсли лонгета ечилиб даволаш машқлари буюрилади .

Монтеджи жароҳатини қўл билан репозиция мувофақият келтирмаса эски синиқ – чиқишлар операция йўли билан даволанади.

**Монтеджи жароҳатини операция қилиш техникаси.** 1.Тери кесими- тирсак суяги синиқ устидан 4-5 см қилинади, синиқ бўлаклари ораси гематомадан, чандикли тўқималардан тозаланади. Синиқ бўлаклари синиқ чизиғи юзаларини бир-бирига мос қилиб тўғирланади Ретроград усулда кегай билан интрамедуляр маҳкамланади.Ески синиқларни синиқ жойи очилади.Енг қийшиқ жойдан Джигле ип-арра ёрдамида аста тешик қилинади, канал очилади билак охирлари мосланиб, ўқи тўғирланиб қўйилади.Ески жойда билак бошчаси очиқ усулда жойига қўйилади. Тирсак бўғимининг ташқи томонидан, эпикандилус пастидан бўғимга яқин ярим овал шаклида мушак жойлари кесилиб, бўғим очилади кегинча билак бошчаси, тўлиқ ёки ярим йиртилган, чандикланиб битган, бўғим капсуласи билан ўралган бўлади. Шундай чандиқлар бошча ва елка эпифизи ўртасида ҳам бўлади. Бошча чандиқлардан эркинлаштирилади, бўғим юзалари орасидаги чандиқлар олинади, ичига бориб жойлашиши керак бўлган чуқурча тозаланади.Капсуладан бошчани айлантирувчи бойлам янги тайёрланади.Бошча жойига тўғирланади, тирсак суяги бўлаклари 2 та кегай билан маҳкамланади. Юмшоқ тўқималар ва тери тикилади, гипсли лонгета қўйилади.



## Тирсак бўғимида чиқишлар

Болаларда учрайдиган чиқишлар орасида тирсак бўғимидаги чиқишлар энг кўп кузатилиб, биринчи ўринни эгаллайди. Бўғим мураккаб суяк тўқимаси анатомиясига эгаллиги, унда бўғим капсуласининг бирикиши, ички ва ташки эпикондилусларга билак мушакларининг бирикиши, бўғимда ҳақиқатнинг бир неча йўналишида бажарилиши тананинг мувозанатдан чиққанда, йиқилганда қўлнинг таянч вазифасини бажариши кабилар бу бўғимда чиқишларнинг турли туманлигига сабаб бўлади. Бўғимдаги чиқишлар қуйидагича тавсифланади (Г.А.Баиров, 1976)

### Билакнинг иккала суякларининг чиқишлари

#### Классификацияси:

- 1- Орқага 5 - Айри чиқиш:
- 2- Орқа – ташқарига а) орқа олдинга
- 3- Ташқарига б) кўндаланг
- 4- Орқага ичкарига с) аралаш

1. Билак суягининг чиқиши - билак суяги бошчасининг чиқиши: олдинга, орқага, ташқарига, ярим чиқиш.
2. Тирсак суягининг бошчасининг чиқиши

### Билак иккала суякларининг чиқиши

**Клиник белгилари.** Бола тирсак бўғими соҳасидаги кучли оғриққа шикоят қилади. Бола чиққан билакнисоғқўли билан авайлаб ушлаб туради. Травма рўй бергандан кейинги яқин дақиқаларда билакнинг силжиган проксимал охири тери остида туриб билиниб туради. Сўнг, шиш ривожланганда бундай бўғим тўқима бузилиши сезилмай қолади, бўғим ҳажми катталашади, Бўғим соҳасидан эпикондилус ташки эпикондилусга тирсак ўсиғи кабиларни бириклашда ҳам қийинчиликлар туғилади.

Гютер учбурчаги, Маркс линиясини ҳам аниқлаш мумкин бўлмай қолади .

Бўғимда фаол ҳаракат чекланган, уни пасив текшириб кўришда оғрик кучаяди, пружина қаршилигини эслатувчи тўсқинлик сезилади.

Билак суяклари орқага чиққанда бўғимнинг олд орқа ўлчамлари катталашади. Бўғим олд юзасида елка дистал охири бўртишини пайдо қилади. Тери остида елка икки бошли мушагининг пайи таранглиги сезилади. Бўғим орқа томонида тирсак ўсиғи билак бошчаси тери остида бўртиб туриши елка дистал охири шаклини ўзгартиради ва елка уч бошли пайи таранглиги тери остида билинади. Кўллар узунлиги текислаб ўрганилганда, чиқиш бор томон аниқланади. Тўғри учбурчакли Гютер учбурчаги шакли бузилади.



а

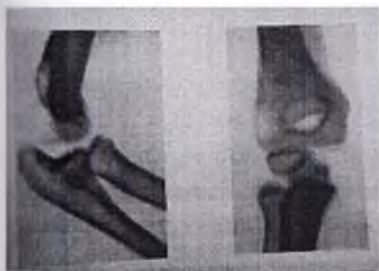
б

*Расм - 85 Билакнинг олдинги чиқиши, тирсак ўсиғининг синиши (а).  
Билакнинг ташқарига чиқиши (б).*

Билак орқа ташқарига чиққанда унинг қийшайганлиги, тирсак бўғим кўринишида ички эпикондулиснинг бўртиб чиққанлиги, олд-орқа ўлчамининг катталашганлиги, елка икки бошли мушаги жойи таранг бўлиб турса олд чуқурчаси елка дистал эпифизи билан тўлиб, бўртганлиги кўринади. Бўғимни орқадан кўздан кечирганда тирсак ўсиғи ўрта чизигидан ташқарида жойлашган бўлиб, ташки эпикондилус билинмай қолган бўлади. Тирсак бўғимига ёнбошдан қараганда тирсак ўсиғининг орқага силжиганлиги, тери остида елка уч бошли мушагининг пайи таранг тортилганлигини пайқаш мумкин. Орқа-ташқарида тери остида тирсак ўсиғи ва билак бошчасини

пайпаслаб билинади. Тирсак ўсиғи эпикондилус ён томонида, билак суяги бошчаси capituli humeri ташки ёнида эканлиги аниқланади. Елка суягининг тирсак ўсиғи кириб-чиқиб турувчи чуқурчаси бўш, ички эпикондилус ва ғалтакни пайпаслаб билса бўлади. Тирсак ўсиғи орқага ёнга силжигани учун Гютер учбурчаги бузилади.

Билакнинг ташқи чиқиши бошқаларда анча кўп кузатилади. Қўл ўқи кўпол равишда бузилади, тирсак бўғими энига салкам икки баробар йўғонлашади. Ташқи ёнда билак бошчаси ва тирсак ўсиғи шакли тери остида кўринади, ички ёнда елканинг ички эпикондилуси ва ғалтаги бўлинади. Улар устида теритаранглашган бўлади. Билак бошчаси юқорига ва олдинга сиқиб, тери остида билиниб туради. Елканинг икки бошли мушаги учун тешикка силжигани бўлади. Пайпаслаб текширилганда тирсак ўсиғи ташқи ёнга силжиганлиги, елка суягининг тирсак ўсиғи учун чуқурчаси бўш эканлиги, медиал томонда елка дистал охири пайпасланиши аниқланади



*Расм - 86 Билакнинг ташқарига ярим чиқиши, ички эпикондилуснинг синиши.*

### **Билакнинг айри чиқиши**

Билак суяқларининг бир-биридан қочиб чиқиши олд-орқага кўндаланг кўринишда бўлади. Олд-орқага чиқиш кўп учрайди тирсак суяги орқага, билак суяги олдинга чиқади. Кўндаланг айри чиқишда тирсак суяги ичкарига, билак суяги ташқарига чиқади. Аралаш чиқишида тирсак суяги орқага, билак суяги ташқарига чиқади.

**Клиник белгилари:** олд орқага айри чиққанда билак пронация ҳолатида бўлади, у калта кўринади, қўл тирсакда букланганда бўғим

кенгайган, йўгонлашган, елка суяги эпикандулуслари яккол билиниб туради. Орқада тирсак ўсиғи бўртиб, уч бошли мушак пайи тарангланиб, тери остида билиниб туради. Олд томонда билак суяги бошчаси елка суяги дистал охири олдида, бўртиб тери остида кўриниб туради. Кўндаланг айри чиқишда кўл тирсак бўғимида оз букланган, тирсак ўсиғи ички эпикондилус ёнида, билак суяги бошчаси ташқи эпикондилус устида жойлашади. Билак калта кўринади. Билак юқори 1/3 қисми, тирсак бўғими кенгайди. Икки бошли мушак пайи ташқи йўналишда, уч бошли мушак пайи ички йўналишда силжиган бўлиб, тери остида билинади.

Аралаш айри чиқишда тирсак бўғими олдида елка суяги дистал бўғим охири тери остида билинади, бўғим ташқи ёнида, ташқи эпикондилус ёни ва устида билак бошчаси, тери остида жойлашади. Ички эпикондилус яккол кўриниб туради.

Тирсак ўсиғи елканинг орқасига силжиб, унинг устида чуқурча кўринади. Пайпаслаб силжиган суякларнинг охири аниқланади.

Рентгенолагик текширувда чиқиш, унинг турлари, суяк синиклари бор- йўқлиги аниқланади. Рентген текширувда елканинг охири, билакнинг юқориси тасвирга туширилади, рентгенография 2 проекцияда бажарилади. Билакнинг орқага чиқишида олд-орқа проекцияда билак суяклари проксимал охирининг юқорига силжиганлиги аниқланади. Ёнбош проекцияда тирсак суягининг ярим ойсимон бўғим юзаси елка суяги дистал охиридан орқада, бўш кўринади. Билак суяги бошчаси елканинг капитулум хумерус юзасидан орқага, юқорига силжиганлиги аниқланади.

Билакнинг орқа-ташқи ёнга чиқишида, рентген тасвирнинг олд-орқа проекциясида тирсак ўсиғи елканинг ташқи эпикондилуси тўғрисида кўринади. Билак бошчаси capitulum humeri дан ташқи ёнда бўлади. Ёнбош проекцияда тирсак ўсиғи, билак бошчаси орқага, юқорига силжиганлиги кўринади.

Билакнинг ташқи ёнга чиқшининг рентген тасвирда кўриниши билак суяклари проксимал охирининг ташқи томонга силжигани билан, ёнбош проекцияда бўғим юзаларининг бир-бирига мос эмаслиги билан ифодаланади.

Билакнинг орка-ичкарига чиқишида рентгендиагностика билак суякларининг ичкарига-ёнга чиқиши, ёнбош проекцияда уларнинг оркага чиқишига асосланиб қўйилади. Ёнбош проекцияда тирсак ўсиғи сояси елка кондилуси сояси устига тушиши мумкин.

Билакнинг айри чиқиши рентгентасвирда ўзига хос кўринишга эга. Олд орка айри чиқиши ёнбош проекцияда аниқ кўринади. Тирсак ўсиғи оркага силжиган, чиққан, билак суяги бошчаси чиқиб, олдинда тирсак суяги тожсимон ўсиғи кирадиган чуқурча қаршисида кўринади. Елка суяги охири, capitulum humeri иккала суякнинг ўртасига кириб қолган кўринишда бўлади.

Айри кўндаланг чиқиш олд-орка проекцияда олинган рентгентасвирда кўринади. Иккала суяк юкори охирлари айри шаклида бир- бирдан кочади, тирсак ўсиғи ички эпикондилус; билак бошчаси ташқи эпикондилус ёнида бўлади.

Айри чиқшининг аралаш формаси тўғри тартибли олинган икки проекцияда: олд-орка, ёнбош ҳолатларда олинган рентгентасвирда кўринади. Олд- орка проекцияда билак суяги бошчасининг ташқарига силжиганлиги тирсак ўсиғи юкорига чиққани кўринади. Ёнбош проекцияда тирсак ўсиғининг оркага силжигани кўринади.

Болаларда билакнинг травматик чиқишлари анча кўп ҳолларда (70 % атрофида) ички эпикондилус узилиши капсула йиртилиши, кўп қон қуйилиши, реактив шиш билан кечади. Шунингдек кам ҳолларда (1-3%) билак ва тирсак нервларининг лати, чўзилиши ҳам учраши мумкин.

Даволаш. Чиқишларни жойига солиш, тўғрилаш зудлик билан бажарилиши шарт муолажалар каторига киради.

Чиқишларни қанча эрта жойига солиш режалаштирилса, шунча осон бажарилади. Чиқишларда 2-3 ҳафта давомида тез ҳосил бўлувчи чандиклар уларнинг тўғриланишини қийинлаштиради, уриниш бесамара бўлиши мумкин.

Билак чиқишларини жойига солиш техникаси.

Билак чиқишларини жойига солиш умумий оғриқсизлантириш қилиниб, жойига солинади. Ёрдамчи врач бола қўлини тирсак бўғими устидан ушлаб, тўғриловчи врач бола кафти, бармоқларидан ушлаб,

карама- қарши томонга тортиб, то жойига тушганлиги клиник белгиларда билингунча, солинади. Янги чиқишлар жойига кийинчиликсиз тушиб, силжиб, жойига борганлигини врач қўли орқали сезади. Бўғим ўз шаклу-шамойилини олади, мўтадил бўғимга хос енгил ҳаракатларни бажариш мумкин бўлади.

Билак чиқишларини бола қўлига  $90^\circ$  градус бурчак бериб, елка сегмент вертикал ҳолатда, ўрта ротацион ҳолатни билиб, шундай ҳолат бериб, билакни елка сегменти ўқи бўйича тортиб, елка сегментини орқага, тирсак ўсиғига олдинги йўналишда босиб, тўғрилаш мумкин. Бу ҳаракатлар бўғим юзаларини зўриқтирмасдан, силлиқ жойига солишга имкон яратади.

Билакларнинг айри чиқишлари тортиш, унга қарши томонга тортиш, билакка ротацияли ҳаракатлар (супинация, пронация) бериб, жойига солинади.

Билакнинг чиқишлари елка суяги эпикондилуси синиғи билан бирга келса, чиқишларни жойига солиш бажарилади, иммобилизация қилиниб, стационар шароитида даволанишга юборилади. Ички эпикондилус синиғи, унинг бўғимлар ичида қисилиб туриши операция қилишга кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Бундай бемор болалар операция йўли билан даволанади.

Билак чиқишларини жойига солгач, гипс лонгета қўйилиб, иммобилизация қилинади. У бармоқ асосларидан билак орқа юзаси, тирсак бўғими, елка ўрта қисмигача қўйилади. Кафт супинация ҳолатида, қўл тирсакда  $90^\circ$  градус букланган бўлади. Гипсли лонгета куруқ бўлгач УВЧ – ток терапия буюрилади. УВЧ ток терапия 4 – 5 кун қўлланилади. Бармоқларга, гипс лонгета билан қамраб олинмаган бўғимларга машқлар – даволаш машқлари чиқиш тўғрилангач 1- 2 кун ўтиб бошланади. Бундай машқлар соғлом қўлнинг бўғимларида ҳам бажариш тавсия этилади.

Бўғимли гипс лонгетада иммобилизация қилиш муддати 7-10 кун, ички эпикондилус очик жойига қўйилиб, бирор фиксатор (винт, шуруп, кегай-спица) билан маҳкамланган бўлса 16 – 20 кунгача давом этади.

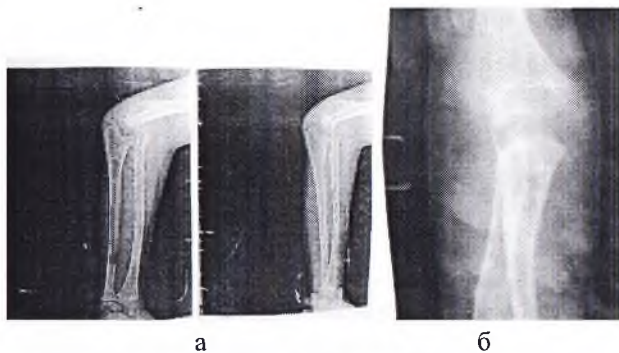
Иммобилизация тўхтатилгач тирсак бўғимида чегараланган, кам ҳаракатни кўпайтираш, ҳаракатни тўла тиклаш, мушаклар тонусини, кучини қайта тиклаш вазифасини бажариш учун физиотерапия ва даволаш машқлари буюрилади.

### **Билак суяги бошчаси чиқишлари**

Ёши кичик болаларда анча кўп учрайдиган травмалардан бири билак суяги бошчасининг силжиши, ярим чиқиши ҳисобланади. 1 -3 ёшли болаларда энг кўп учрайди. 5 ёшлардан бошлаб болалар суяк – мушак, боғлам – капсула тўқималарининг мустаҳкамлиги ошиб, ярим чиқишлар камаяди.

Бу ярим чиқиш пайдо бўлиш механизми қуйидагича: бола кафтидан ушлаб қўл ўқи бўйича тортилганда капсула – бўғламлар чўзилиб бошча силжийди. Бундай бола қўлининг чўзилиши катта киши боланинг кафтидан ушлаб етаклаб бораётганда, бола суриниб, йиқилиб бошлаганда, йиқилмай бола кафтидан ушланиб қолгач, бола танаси оғирлиги пастга босиб, қўл бўғимлари капсула – бойламлари чўзилади.

**Клиник белгилари.** Бола қўли тирсак бўғимида букилган, билак пронация ҳолатида танасига қисилган. Бўғимда катта шиш йўқ, чуқур қисмлари сал тўлганрок, тирсак бўғими ҳаракати ва билак ротация ҳаракатлари чекланган, оғриқли. Пайпаслаб текширганда энг оғриқли жой билак бошчасига тўғри келади. Билакни пронациядан супинацияга чиқаришда оғриқ кучаяди. Боланинг елка бўғимида ҳам оғриқ бўлиш мумкин.



*Расм - 87. Билак суяги бошчасининг олдинга эски чиқиши (а). Билак суяги бошчасининг ички томонга силжиши (б). Операция қилиб жойига қўлиши (в)*

**Даволаш.** Ярим чиқиш янги кунлари уни жойига солиш нисбатан қийинчиликсиз кечади.

**Ярим чиқишнинг жойига солиш техникаси.** Врач бир қўли билан елканинг ўрта, пастки қисмидан ушлаб иккинчи қўли билан боланинг билак кафтларидан ушлаб, билак ўқи бўйлаб тортади, билакни супинация қилади, тортишни сусайтирмасдан тирсак бўғимини 90 градус бурчаккача букади. Ҳамма ҳаракатлар тортишни кучсизлантирмай, аяб узлуксиз бажарилади. Кўпинча буклаш охирида бошчасининг жойига силжиганлигини, енгил овоз эшитиб ҳам сезилади. Жойига тушса бола тинчланади, кейинроқ ҳаракатлари ҳам қаршиликсиз бажарилади.



Ҳамиша ҳам биринчи уринишдан жойига тушмайди. Жойига солиш кетма- кетлик ҳаракатларини бир-неча мартда такрорлашга тўғри келади. Баъзи болаларда супинация ҳаракати билак дистал (қуйи) билак- тирсак бўғимида оғриқ чакиради. Бундай ҳолда бола қафти, бармоқларидан ушлаб тортиб, ротация ҳаракатлари – супинация, пронация қилинса, оғриқ пасаяди.

Билак бошчаси жойига қўйилгач қўл 10-12кунга тирсак бўғимида максимал букиб, гипсли лонгета қўйилади. Билак бошчасининг чиқиш, ярим чиқиши такрорланиб туриши мумкин. Ёки бўғим капсуласи йиртилиб, бошча ва эпифиз орасига тушса, гипсли иммобилизация тўхтатилгач, яна чиқиш ҳолида бўлиши мумкин. Бундай чиқишлар операция қилиниб даволанади.

### **Бармоқ суяклари, қафт суяклари, қафторти суяқларининг синиқлари**

Биринчи бармоқ тирноқ фалангасп ва асос фаланга, 1- қафт суягидан ташкил топган бўлиб, 1- қафт суяги қафторти суяқларидан трапеция - суяк билан эгарсимон бўғим юза орқали бирикади. 2-5 бармоқлар тирноқ фалангалар, ўрта фаланга, асос фалангалардан ташкил топган. Асос фалангалар қафт суяклари бошча қисми билан бўғим ҳосил қилади. Ўз навбатида қафт суяклари асос қисми қафторти суяқларининг пастки қаторидаги суяқлар билан бўғим ҳосил қилиб бирикади. Бу суяқлар 1- қафт суягидан 5 қафт суяги йўналишида қуйидагича тартибга эга: трапеция - суяк, трапециясимон, бошчали, илмоқсимон суяқлардир (*os trapegium, os trapezoideum, os capitatum, os hamatum*).

Қафторти суяқларининг юқоридаги қатори ўша йўналиш ва тартибда, қуйидагича жойлашган: қайиқсимон, яримойсимон, уччегарали, нўхатсимон суяқлар. Булар билак суяги томонда эллипси эслатувчи юза ҳосил қилади.

Бармоқлар, қафт суяклари, қафторти суяқларининг синиқлари тўғри таъсир этган куч натижасида ҳосил бўлади. Қўл –панжага

таяниб йиқилиш, устига оғир жисм тушиши, қисилб қолиш, тўғри берилган зарб, спорт машғулотлари натижасида рўй беради.

Ўсмир болаларда кўпинча қайиксимон суяк синиклари кузатилади.

### Қайиксимон суяк (os scaphoideum) синиклари

Қайиксимон суяк кафторти биринчи қаторида бош бармоқ томонда жойлашган бўлиб, биринчи қаторнинг яримойсимон, иккинчи қаторнинг трапеция – суяги, трапециясимон, бошчали суяклар билан туташган. Шу суяклар билан боғлам (ligamentum)лар орқали бириккан. Билак суяги билан lig. Collaterale carpi radiale билан бирикиб кафт юза томонда lig. radiocarpeum palmare остида жойлашади.

Қайиксимон суяк билак – кафт бўғимини кўриш ва пайпаслаш (палпация қилиш) билан қуйидагича текширилади. Кафтнинг кафторқаси юзасида, 1- бармоқ радиал тамонга қочирилганда (абдукция қилинганда) ва кафторқа юзага эгилганда (экстензио қилинганда) бўғимнинг радиал томонида “ анатомик кулдон- “ табакерка ” – деб аталувчи чуқурча пайдо бўлади. Бу чуқурчанинг радиал чегараси 1- бармоқни абдукция қилувчи узун мушак пайи (m.abductor pollicis longus) ва 1- бармоқни экстензия қилувчи калта мушак пайи (m.extensor pollicis brevis)дан иборат; 2- бармоқ ёки яримойсимон суяк томондаги чегараси 1- бармоқни экстензия қилувчи пай (m.extensor longus) дан иборат.



*Расм - 88 Билак – кафт бўғимини компьютер томография текшириш диагностикаси.*

Шу анатомик чуқурча тубида қайиксимон суякнинг радиал қисми, билак суягининг бигизсимон

Ўсиғи пайпасланади. Шу чуқурча соҳасида тери остида *v.sephalica pollisis*, чуқурча тубида билак артерияси ўтади.

Қайқсимон суяғи синиғи клиник кўриниши: билак – қафт бўғимида шу суяк жойлашган томонда шиш аниқланади. Қафт ҳаракати, айниқса қафтортса юзага эғиш (экстензио) оғриқли, чегараланган. Бўғимни, “анатомик кулдонни” пайпаслаш оғриқни зўрайтиради. Билак суяғи бигизсимон ўсиғи соҳасини пайпаслаш ҳам оғриқли. Тўғри турган 1-2 бармоқлар ўқи бўйлаб босим, ёки бармоқларни буклаб 1-2 қафт суяклари ўқи бўйлаб босилса оғриқ кучаяди. Рентгенологик текширув.



Рисм 89. Билак – қафт бўғимини МСКТ текшируви, қайқсимон суяк синиғи.

Рентгенологик текширув аниқ диагноз қўйилишига асос бўлади. Синиқ чизиғи суяк ўртасидан, баландроқ, ё қуйироқдан ўтиши мумкин. Синиқ чизиғи ўтган жойига кўра улар яхши (битиш эҳтимоли юқори), ёки ёмон (битмаслик эҳтимоли катта) сифатли бўлади. Синиқ чизиғи қуйироқда ўтган синиқларда битиш жараёнлари мўтадил ўтади. Синиқ чизиг баландроқда жойлашган ва

кийшиқ синиқлар прогнози анча жиддий бўлиб, битмай қолиш эҳтимоли мавжуд.

**Даволаш.** Даволаш нисбатан узоқ муддатли гипс боғлам воситасида иммобилизация қилиш билан олиб борилади. Ўз вақтида аниқланган, эрта даволаш бошланган синиқлар консерватив усул ёрдамида даволанса ижобий натижаларга олиб келади. Аввал, 5-7 кунга кафторқа юза бўйича гипс лонгета қўйилади. 1- бармоққа абдукция, 40 градус ларда оппозиция (бошқа бармоқлар қаршисида туриш) ҳолати берилади. Тирноқ фаланга ярмидан билак юқори қисмигача гипс лонгета қўйилади. Сўнг, бирламчи шишлар камайғач, тўлиқ ўраб олувчи айлана гипс боғлама қўйилади. Кафт энгил экстензио ва билак суяги томонга сал эгилган, 1- бармоқ абдукцияда, қолган бармоқлар асосидан, то билак юқори қисмигача айланма гипс боғлам қўйилади.

Иммобилизация муддати: бу синиқ бўғим ичи синиғи, қон айланиши суст, битмай қолиш холлари учраб туришини ҳисобга олиб, муддат узоқроқ вақт қилиб белгиланади. Беморга гипс боғлама устида физиотерапия муолажалари, масалан УВЧ, иссиқ буюрилади. Гипс боғламада бармоқларга, бошқа бўғимларга даволаш машқлари тавсия этилади. 6 ҳафта ўтгач, гипс ечилиб рентген текширув ўтказилади. Агар битиш аломатларининг ишончли белгилари кўринмаса, яна 4-5 ҳафтага айланма гипс боғлама қўйилади.

Такрорий рентгенологик текширув назорат 1,5 -2 ойдан кейин бажарилади. Регенерация даражаси ўрганилади. Бордию битмаган синиқ белгилари, асептик некроз белгилари аниқланса операция йўли билан даволашга кўрсатма қўйилади.

### **Кафт суяклари синиши**

Бу синиқлар қўлни мушт қилиб зарба берилганда, унга таяниб йиқилганда тўғридан – тўғри ташки таъсир кучи натижасида ҳосил бўлади. 1- кафт асосидаги синиқлар остеоэпифизолиз қўйнишида бўлади. 2 – 5 кафт суякларида ҳар хил кўндаланг, қийшиқ,

парчаланган синиклар учрайди. 5 кафт суяги бошчасига якин метафиз кисмидан синганда, кўпинча бурчакли силжиш бор бўлади.

Клиник белгилари. Кафторқа юзада шиш, кўкариш кўринади. Палпация қилинганда оғриқ бўлади, оғриқнинг кучайиши кузатилади. Бармоқлардан ушлаб эҳтиёткорлик билан тортилганда синган кафт суяги соҳасида оғриқ кучаяди. Кафт суяги ўқи бўйича босганда ҳам оғриқ кучаяди. 1 – кафт суяги остеоэпифизолизиди 1- бармоқ яқинлаштирилган ҳолатда бўлади. 1- кафт асоси бўртган, палпацияда оғриқ кучаяди.

Рентгенологик текширув синик жойини, унинг хилини, силжишларини аниқлаб беради, даволаш режасига равшанлик кучаяди.

Даволаш. Силжиши бўлмаган синиклар гипс лонгетада иммобилизация қилиниб даволанади. Гипс лонгета бармоқ учларидан билак юкори учлилигача, кафт юза томондан қўйилади. Бармоқлар ҳолати бироз букилганрок (кафтда бармоқлар билан тўпча ушлаганга ўхшаш), кафт эса кафторқа томонга (дорсал томонга) эгилганрок бўлади. Гипсда туриш муддати 10 – 15 кун. Кафт суяк асосидан синиклар (остеоэпифизолиз)умумий оғриқсизлантириш билан қўл репозицияси бажарилиб тўғриланади.



А

Б

Расм – 90. А- 4 – кафт суяги синиги, гипс боғламасида бурчакли силжиш пайдо бўлган. Б- Перкутант остеоосинтез – операция қилиб даволаш.

Ёпик репозиция қилиш техникаси. Ёрдамчи врач бола қўлини билагига ва 1- 5 бармоқларни кафт қисми билан ушлаб туради. Врач 1 бармоқдан ўқи бўйича тортади, силжиб туртиб чиқиб турган жойга бармоғи билан босади. Бармоқга кафтдан қочирилган ҳолат беради. Шу ҳолатда гипс лонгета қўйиб гипс устидан ўша босимни давом эттириб туради. Бу ҳаракат амал гипс лонгета қотгунча бажарилиб туради. Гипс қўйилгач, қотгунча гипснинг 1-2 бармоқ ораси кесилса, 1 – бармоқни гипс лонгета ўраб, ушлайди. гипс лонгета тирноқ чегарасидан билак ўрта қисмигача қўйилади.

1 – 4 кафт суяқлари синиқларни бармоқлардан тортиб, кафт юза томондан, ва дорсал юза томондан босиб тўғриланади. Гипс лонгета ўрта фалангалар асосидан то билак юқори қисмигача қўйилади. Гипсда ушлаб туриш муддати 2 – 3 ҳафта. Бунда болани ёши ҳисобга олинади. Гипс қуригач физиотерапия муолажалари, гипсда ҳаракатсизлантирилмаган бўғимларда даволаш машқлари буюрилади.

### **Бармоқлар фалангалари синиқлари**

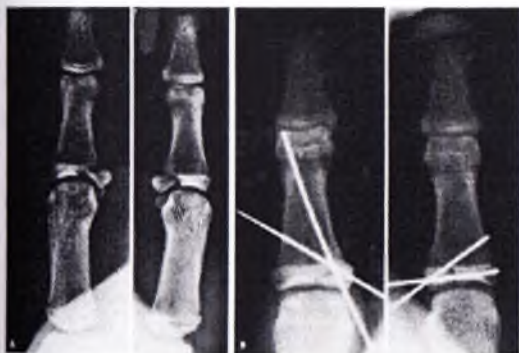
Ҳар бармоқ (2- 5) 3 та фаланга суяқларида синиқлар учраши мумкин. Булар дистал (тирноқ) фалангаси (phalanx distalis), ўрта ва проксимал фалангалар. Проксимал фаланга баъзида “асос фаланга” ҳам деб юритилади. Бармоқ фалангалари синиқлари тўғри таъсир этувчи куч сабабли ҳосил бўлади: бармоқларнинг эшикда қисилиб қолиши, бармоқ устига оғир жисм тушиб кетиши кабилар. Тирноқ фалангасининг учи, чети синиши мумкин, баъзан улар оғир синиқлар бўлади. Башқа фалангалар диофизи синиқлари, остеоэпифизеолизлар учрайди.

Клиник белгилари. Тирноқ фалангасининг очиқ синиқларида жароҳат кўринади, ялонғочланган суяк бўлагига кўриниши мумкин. Адабиётда 80 % травмалар очиқ бўлиши келтирилган. Ёпик травмаларда шиш, оғрик, бармоқ ҳаракатланиши чекланган бўлади.

Рентген текширувда ёнбош йўналишида фалангалар соялари устма – уст тушиб қолмаслиги учун кафтни 3 /4 бурилган ҳолатда расмга тушириш тавсия этилди.

Даволаш. Ёпик, синик бўлаклари силжимаган синиклар фақат бармоққа қўйилувчи гипс лонгета билан фиксация қилиб даволанади. Силжиши бўлган синикларни тўғрилаш бармоқлар кичиклиги сабаб (тортиш қийин кечади) қийинчиликка сабаб бўлади. Тўғрилаш қисқа муддат таъсир этувчи наркоз бериб бажарилади. Тўғрилангач яна силжишга мойил синик бўлаклари терини тешиб ўтиб борувсги игна (перкутан ўтган) билан, ёки ингичга кегай билан фиксация қилинади.

Тирноқ ости териси, юмшоқ тўкилмаларни узиб олиш натижасида ҳосил бўлган жароҳат юзаси диаметри 0,5 см дан катта бўмаса, жойли тери пластикаси билан ёпилади. Шу услуб билан тирноқ фалангаси, ўрта асос фалангаларда тарвматик ампутация бўлса ҳам, жароҳат ёпилади. Жароҳат четидан икки томонда туташиб турувчи оёқлари сақланган тери парчаси тери ости ёғ қатлами билан кесилиб бу жароҳат устига силжитилиб, сурилиб тикилади (Клапп услуби). Очилган янги жароҳат юзасига тери кўчирилиб ўтказилади. Тери шу қўл билагидан, ёки елкасидан олинади.



*Расм- 91. Ўрта фалангада эпифиолиз синиги, уни репозиция қилиб 2та кегай стицалар билан маҳкамланган. (Hamlet A.Peterson,2007,-дан).*

## 6 - БОБ УМУРТҚА СУЯКЛАРИНИНГ СИНИШЛАРИ



Бола умуртқа суяклари ёшига мос равишда ўз тузилишининг хусусиятларига, ёшга хослигига эга. Маълумки, суяк тўқимаси тузилишини микроскоп остида ўрганилса, энг кичик бирлиги остеон ҳисобланади. Яъни канал (гаверс канали) атрофида суяк пластинкалари гирдобсимон айланма тузилиши ҳисобланади. Остеонлардан суяк балкалари (хода, болор мазмунидаги), тузилма хосил бўлади. У микроскопсиз, кўз билан қараганда ҳам, рентген тасвирда ҳам кўринади. Бу суяк балкалари суяк диафизининг қаттиқ қатламида суяк узунлигига параллел, метафиз қисмида қўндаланг ўтади.

Болаларда умуртқа пағонасининг ҳар қайси қисмида умуртқа танаси тузилиши бўлакча. Бўйин қисмида чақалоқлар умуртқа танасида суяк балкалари радиар (марказдан периферияга тарқалувчи) жойлашган бўлиб, бир ёшга тўлишида вертикал суяк балкалари, битта-иккита горизонтал балкалар пайдо бўлади. 5 ёшли болаларда тананинг марказий ва эпифизар қисмларга бўлиниши аниқ билинади. Эпифизар қисмда кўп сонли, бир-бири билан туташган вертикал, горизонтал балкалар бўлади. 17-19 ёшгача вертикал балкалар устунлик қилади. Сўнг горизонтал балкалар ортади. Юқори кўкрак умуртқа танаси тузилишида суяк балкаларининг радиар жойлашуви 4 ёшгача сақланади.





Расм - 92 Умуртқа погонаси. 7 та буйин, 12 та кўкрак, 5 та бел, 5 та думгаза, дум суяклари.

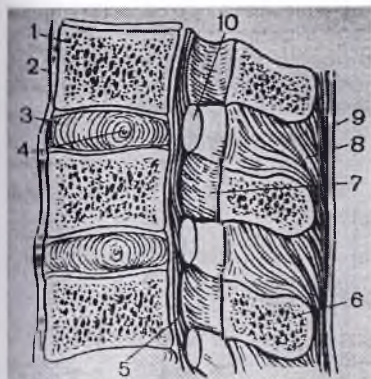
Кейинчалик вертикал суяк балкалари сони ошиб боради, горизонтал суяк балкалари пайдо бўлади. 17-19 ёшда бақувват горизонтал балкалар кўпаяди.

Ўрта кўкрак умуртка танасининг шаклланишида 17 ёшгача узун вертикал суяк балкалари сақланиб, горизонтал суяк балкалари кечикиб ҳосил бўлиши кузатилади.

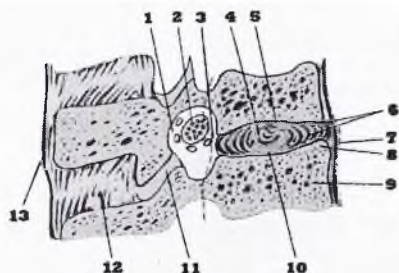
Пастки кўкрак умуртқалари танасида 4 ёшли болаларда вертикал ва кўп горизонтал суяк балкалари ҳосил болади.

Бел умуртқалари танасида 2 ёшдалик пайтидан тана марказида тармоқланган, эпифизар қисмида горизонтал суяк балкалари бўлади. Ўсмирларда эпифизар қисм тананинг  $\frac{1}{4}$  қисмини ташкил этиб, горизонтал балкалар қалин, бақувват туташмалар ҳосил қилади.

Умуртқалараро дискларнинг баландлиги умуртка погонаси қисмларида турличадир. Пастки буйин ва бел қисмида анча баланд, ўрта кўкрак қисмида диск буйи паст.



Расм - 93 Умуртқа бел қисми сагиттал текисликда кесими: 1 - умуртқа танаси; 2 - олдинги узун бойлам; 3 - дискнинг фиброз айланмаси - халқаси; 4 - дискнинг пулпоз ўзаги (ядраси); 5 - орқа узун бойлам; 6 - ўрқачсимон ўсиқ; 7 - ёй (аркус); 8 - ўсиқлараро бойлам; 9 - ўсиқ усти бойлами.



Расм – 94. 1 – умуртқа таналараро тешик; 2 – орқа мия нерви; 3 – орқа узун бойлама; 4 – пулпоз ядро; 5 – гиалин пластинка; 6 – фиброз айланма (халқа) толалари; 7 – олдинги узун бойлам; 8 – лимбус; 9 – умуртқа танаси; 10 – тананинг юқори юзаси қатлами- қопловчи пластина; 11 – умуртқалараро бўғим ; 12 - ўрқачсимон ўсиқлараро бойлам; 13 - ўрқачсимон ўсиқларусти бойлами.

Ёнбош текисликда ҳам дисklarнинг баландлиги хар хил. Бўйин ва белда дисklarнинг олдинги қисми баланд, орқа қисми паст. Ўрта кўкрак қисмида дисklarнинг олдинги (вентрал) бўйи паст, орқа (дарсал) бўйи баланд. Ва бундай тузилишлар бўйин лордази, кўкрак кифози, бел лордози деб аталувчи физиологик эгилмаларни тушунтиради. Бу анатомик ўзига хосликдан ўрта кўкрак қисмида умуртқа пағонаси кифозда туриш, умуртқалараро дисklar бўйин умумий пастлиги, вентрал қисми пастлиги умуртқа пағонаси синиқлари шу жойда кўп учрашини тушунтира олади. Бу ерда ўрта кўкрак қисмида тана балкалари – вертикал, горизонтал балкалар ҳосил бўлиши, уларнинг нисбати, сонини ҳам эътиборга олиш керак.

Кичик ёшли болаларда умуртқа суягининг кўп қисми тоғай тўқимадан иборат. Мисол учун, 3 ёшга тўлгунча 2-бўйин умуртқасининг тишсимон ўсиғи учи, тана асоси тоғай тўқима бўлиб, фақат ўрта қисми суякланган.

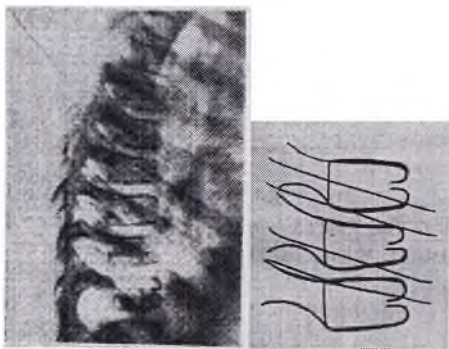
Умуртқаларнинг суякланиши. Бола туғилиши олдидан, ҳомиладорликнинг охириги ойлари Рентген тасвирда умуртқа

поғонасининг ҳолатига қараб ҳомила жойлашувини билса бўлади. Бола туғилиши олдидан рентген тасвирда барча умуртқаларда суякланиш ўзаги (ядроси, нуктаси, ўчоғи) кўринади. Ҳар умуртқада учта ўзақ бўлади. Танасида битта, умуртқа ёйлариди (arcus vertebrale) ўнг ва чап ёйда биттадан. Рентген тасвирда, 8 - 10 ёшгача болаларда умуртқа ёйлари бир - бири билан бирлашиб кетмайди – spina bifida posterior. Кейин бирлашади. Чорак қисм болаларда, одамларда умрининг охиригача очиқ – spina bifida posterior бўиб қолади.

Чақалоқларда рентген тасвирда умуртқа танаси овал, тухумсимон шаклда бўлади, катталардагидек 4 бурчак кўринишда бўлмайди. 4 бурчак шакл берувчи апофиз – умуртқа усти – олди қирраси – limbus vertebrale 6-9 ёшларда суякланиб бошлайди, 23-26 ёшларда умуртқа танаси билан бирлашади.

Умуртқа танаси ва ёйлар 3-6 ёшда суякланиб бирлашади. Ўнг ва чап ёйлар 1-10 ёшда бирлашади.

Чақалоқларда умуртқа олд танасида, „очиқ оғизни эслатувчи кемтик бўлади. У кемтик 14 ёшгача қолиши мумкин.



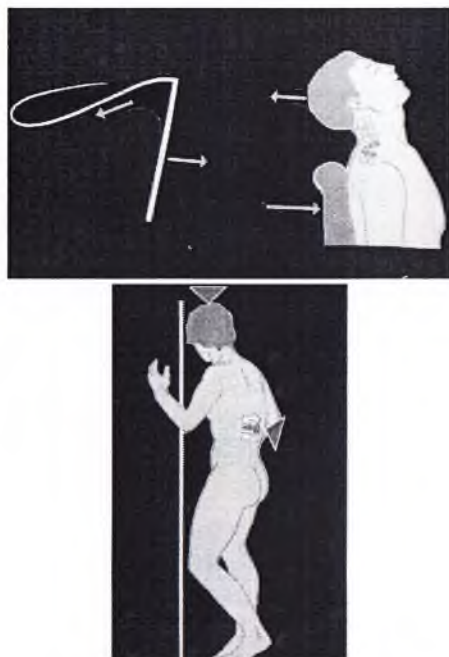
*Расм - 95. 11-ёшли қиз бола Т.нинг умуртқа поғонаси кўкрак қисми рентген тасвири. 8- умуртқа танаси бўйи 7 – ва 9 тана бўйларига нисбатан пасайган (компрессияланган, пучайган). Схема - „очиқ оғиз белгисини, компрессияни тушунтириятти.*

Болаларда бўйин лордози, кўкрак кифози 7 ёшда, бел лордози 15-16 ёшда шаклланади.

Болаларда умуртқа поғонаси эгилувчан, эластик, нисбатан травмага чидамлироқ. Болаларда умуртқа травмалари нисбатан кам учрайди. Барча турдаги транспортлар сони кўпайиб, ҳалокатлар сабабли травмалар ҳам рўй беради. Болаларнинг мактабда, махсус спорт мактабларида ва ўзларича спорт билан шуғулланиши ҳам травмалар кўпайишига сабабдир.

Учраш миқдори. Умуртқа травмалари болалар травмасининг 1,3-3,0 % ташкил этади. Шифохонада ётиб даволанувчи болалар травмасининг 4-5% умуртқа синикларига тўғри келади. Бу синиклар ўғил болаларда кўпроқ учраб, 2/3 қисм кўрсаткичига эга. Умуртқа синиклари 1-17 ёшлиларда учраши мумкин. 1-3 ёшлиларда энг кам (3,1%), 7-10 ёшлиларда энг кўп кузатилади (39%).

Травма механизми. Болаларда умуртқа синиклари рўй бериши вазиятлари ва сабаблари катталардаги сабаблар, вазиятлар каби бўлади. Булар транспорт травмаси, умуртқанинг куч босимида букилиши, юқори баландликдан оёқларга таяниб йиқилиши, ўтириб қолиб йиқилиши, боши билан келиб урилиб йиқилиши (сўхавзалари, оқар сувда чўмилиш пайти), ва ҳоказолар. Травма механизмини синчковлик билан ўрганиб бу сабаблар 40% болаларда учраши аниқланди. Кўп болаларда (56,3%) умуртқа синиклари орқасига, чалқанча йиқилганда умуртқа таналари қисилиб синиши кузатилади. Болалар кам баландликдан, ёки текис жойда орқаси билан йиқилганда умуртқа таналарининг қисилиб синиши болаларда бундай травмалар пайдо бўлишининг шу ёшга хос хусусиятлари деб ҳисобланади.



*Расм – 96. Травма механизми. Юқорида: „ Қамчи зарбидай таъсир” этувчи куч. Пастда: умуртқа поғонаси бўйига таъсир этувчи куч.*

Умуртқа поғонасининг олдинга букланиши елкага оғир юк тушиши, баландликдан оёқларига таяниб, ўтириб қолиб йиқилиш, боши билан келиб урилиб йиқилиш ва бош билан ўмбалоқ ошиб ҳаракат қилишда кузатилиб, умуртқа танасининг олдинги баландлиги пасайиб – компрессион синик ҳосил қилади.

Травманинг шундай буклаш (эгиш) механизми бола тўсатдан орқага, чалқанча йиқилганда гавдани олдинга энгаштирувчи мушакларнинг рефлектор қисқариши натижасида ҳам содир бўлади. Бунда ҳам умуртқа танасида компрессион синик ҳосил бўлади.

Умуртқа танаси синикларининг локализацияси (жойи). Умуртқа поғонасининг кўкрак қисмига нисбатан бўйин, бел қисмлари ҳаракатчандир. Катталарда ўша ўтиш жойларида пастки бўйин,

юкори бел умурткаларида умуртка синиклари кўп учрайди. Болаларда умуртка танасининг синиклари ўрта кўкрак умурткаларида энг кўп учрайди. Бўйинга 6,7%, юкори кўкрак умурткаларида -7,6 %, ўрта кўкрак умурткаларида -64,3%, пастки кўкрак умурткаларида -9,5%, пастки кўкрак юкори бел умурткаларида -1,9%; белда -10%.



*Расм - 97 Оғриқ жойи.*

Клиникаси. Умуртка танасининг компрессион синикларида болалар оғриққа шикоят қилишади. Оғриқ синган соҳада кучли бўлади, ўрқачсимон ўсиққа босганда кучаяди, умуртка поғонаси бўйлаб босилса, ва ҳаракатда оғриқ кучаяди. Умуртка ёнидаги паравертебрал ва қорин мушаклари таранглашган бўлади. Кифоз пайдо бўлади, ёки кифотик деформасия кучаяди. Оғриқ синган соҳада, ёки кенгрок юзада бўлади. Бола кўпинча ўзи туради. Ўйин диққатини тортса, оғриққа чидаб, этиборсиз бўлиши ҳам мумкин. Бундай пайтда врач қабулига юриб ҳам келиши мумкин. Бошқа ҳолатларда йиқилгач оғриқ, нафаснинг қисқа муддатли ушланиши, қийинлашуви, безовталиқ, ётган ҳолда, оёқларида кучсизлик сезиши мумкин. Ўрта кўкрак умурткалар синиғида оғриқ синган соҳада, чуқур нафас олганда нотекис йўлдан юрганга кучаяди. Пастки кўкрак, бел умуртка таналари синганда оғриқ синиқ жойида, ҳаракат пайти, қорин соҳасида бўлиши мумкин. Болалар йиқилганлигини яширадилар. 5-6 кун ўтгач боланинг ўйинларда иштирок этмай, ётишга мойил бўлишидан хавфсизираган ота-она врачга мурожаат

киладилар. Кўп болалар ўтиришда, юришда оғриқ сезадилар, одатий юмушларни бажара олмайдилар. Юриши эҳтиёткорона, қоматини тик гутади, бурилишларда ёнбошга кийшаймай тана бурилишидан сақланадилар.



*Расм - 98. Оғриқ жойини пальпация қилиб билиши.*



*Расм - 99. Силин симптоми. Лат бўлса оёғини кўтара олади, синиқ бўлса – кўтара олмайди.*



Рентген текшируви. Рентген текшируви диагноз қўйишда ҳал қилувчидир. Умуртка танасининг компрессион синиқларида рентген тасвирда тана паносимон деформация кўринишида бўлади. Яъни олдинги баландлиги пасаяди. Понасимон деформация даражаси ҳар хил бўлиши мумкин. У билинар – билинмас даражадан то 1/3 баланлик қисмигача, ёки то ярим баландликкача пасайиши мумкин. 1/3 қисмигача пасайса – бу 1-даражали, енгил синиқ бўлади. 1/2 қисмига пасайса – бу 2-даражали, ўрта оғирликдаги синиқдир.



*Расм - 100. МРТда умуртқа танасининг ностабил синиги. (John A.Herring,MD,2018 - дан).*

Бирок, кичик ёшли соғлом болаларда рентген тасвирдаги тана сурагининг олд баландлиги 68% ҳолда орқа баландликдан

паст кўринади. Тананинг ўрта баландлиги орқа баландлик билан тенг чиқади, ёки баландроқ чиқади. Шу икки баландликни ўлчаб, синган танадан юқори, пастки таналар ўчами билан қиёсланиб, хулоса қилинади. Умуртқа танасининг компрессион синиқларида яна куйидаги белгилар ўрганилади. Булар синган тана қаватининг зичлашуви (куюқ кўриниш олиш), тана соясининг горизонтал юзага кенгайиши, тана белининг чуқурлашуви, олдинги – юқори қисмида “бурун” – бўртиб чиқиш, олдинги пастки бурчакда бурунсимон бўртиб чиқиш кўриниши.

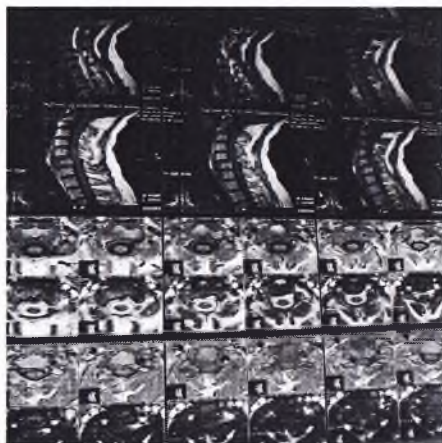


*Расм - 101 Умуртқа танаси синигини рентгенография ва компьютер томография текшируви. (John A.Herring,MD,2018 - дан).*

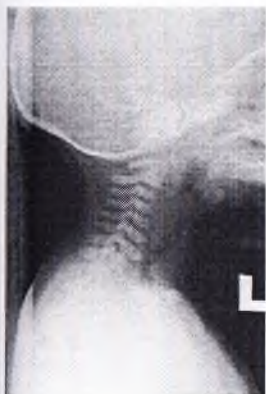




*Расм - 102 Умуртқа позонасини компьютер томография ва МРТ (магнит резонанс томография) текшируви.*



Болаларда умуртқа танаси синиқларини рентген текширувида аниқлаш кийин вазифалардандир. Рентгентасвирда умуртқа танаси шакллари турлича. Ўсиш жараёни давом этаётгани учун тана расми бочкасимон кўринади. Енгил даражадаги синиқларни аниқлашда кийинчиликлар учрайди.



*Расм - 103. 3 ёшли йиқилиб тушган боланинг бўйин умурткалари рентгенограммаси ва КТ: орқа ёйининг синиқлари кўринаяпти. (John A.Herring,MD,2018 - дан).*



*Расм – 104. Бел умуртқалари МРТ текширувида L-2 ва L-3 соҳасида орқа капсула ва бойлам тўқималарининг узулишини кўрсатайти. (John A.Herring,MD,2018 - дан).*

**Даволаш.** Асоратсиз умуртка таналарининг компрессион синикларини функционал даволаш услуби билан олиб борилади.



*Расм - 105 Умуртқа синиқларини Шнек усулида огриқсизлантириш (анестезия).*



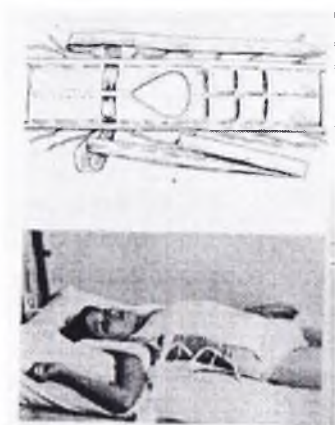
*Расм - 106 Болаларда умуртқа синиқларини қия текислик яратиб, қўлтигидан тортиб даволаш.*

Функционал даволашда бола ётқизиб қўйилади. Кроват бош томони 30 см кўтарилади. Ётоқ эгилмайдиган, текис, қия бўлиб тана оёқ томонга силжиб тортиши, бошга бойланган Глиссон мосламаси ёки қўлтиқостидан юқорига тортиб, умуртқа пағонасида чўзилиш ҳосил қилиши кўзда тутилади. Компрессия бўлиб, олд баландлиги пасайган танани тўғрилаш учун синиқ соҳаси остига кумли валик (ёстикча) қўйилади. Барча мушаклар ва умуртқа пағонаси мушакларига куч индириш мақсадида Гориневская – Дрезинг методикаси бўйича даволаш машқлари ўтказилади.

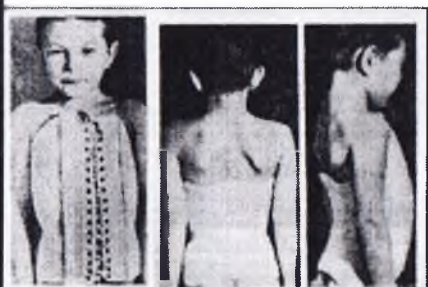


*Расм - 107 Умуртқа танасининг енгил - 1- даражали компрессияланган синиқли беморларни Горневская – Дрезинг методикаси билан даволашда машқлар бажариши.*

Этапли реклинация методи қўлланса, функционал метод ва синиқни тўғрилаш учун танани орқага эгиш – реклинация биргаликда қўлланилади. Синиқ остига қўйилган валик силжиб кетмаслиги учун, говдага кийдириб қўювчи, валик солиб қўювчи чўнтаклари бор мослама қўлланилади. Бу методлар билан даволаш шифохонада 2 ой, амбулаторияда 10 ой давом этади. Шифохонадан чиққач 6-8 ой ўтиришга рухсат берилмайди, мактабга боришдан озод этилади.



*Расм - 108. Беморлар гавдасини орқага эгиб реклинацияда, ва шу ҳолатда сақлаб туриши учун корсетлар.*



*Расм - 109. Реклинацияда ушлаб турувчи поливик материалдан таёрланган корсет қўлланган бемор болалар фотоси.*

Гавдани реклинация ҳолатида сақлаш учун экстензион корсет билан таъминланади. Бу корсетлар Джевет корсети, Н.С.Андрюшко, А.Б.Распонина корсетлари бўлиши мумкин. Шифохонадан уйга жавоб берилгач, уйда 4-6 ой давомида корсет тақишлари керак. 1,5-2

ойдан кейин корсетда 10-15 минут ўтиришга рухсат берилади. 2 ой давомида ҳар куни 4 марта стационарда ўргатилган машқларни бажариш тавсия қилинади. Шу методика билан даволанган болаларда бир йил охирида даволаш натижалари қуйидагича: 14,7% да самара йўқ, аксинча тана олд баландлиги яна сал-пал пасайган. 2,3% беморда самара бор, тана ўз шаклига келган, 83%-рентгенда синиқ сабабли тана қандай шаклда бўлса, шундай қолган. Яъни оғирлашув ҳам йўқ, ўз шаклини тиклаш ҳам йўқ. Функционал даволаш методига танқидий фикр билдирилиб, бу услубда даволаш узоқ, 2-3 ой ётишни тақозо этишини бола бошидан Глиссон мосламада тортишни, қўлтиқ остидан тортишни хоҳламаслигини, ётоқ режимини сақламаслигини, 2-3 кун оғриқ пасайгач режимни бузиб, туриб кетишини, бундай тортишда умуртқа поғонасида чўзилиш, реклиная бўлмаслигини айтилган фикрлар бор. Боланинг узоқ ётиши адинамияга, гавда ва оёқ мушакларининг гипотрофиясига, кучсизланишига олиб келади. Даволаш гимнастикаси, массаж бола ўтириш, туриш, юришидагидек мушакларга куч, тонус беролмайди. Тиклаш даво натижасида эришилган мушакли корсет болага туришга рухсат берилганда коматни узоқ вақт тик тутиб туrolмайди. Ўтирганда кўкрак кифози кучаяди, бу компрессия бўлиб синган умуртқага салбий таъсир этувчи ҳолатдир. Умуртқа таналарининг асоратсиз компрессион синиқларида даволаш мобайнида иложи борича кам вақт ётоқ режимида сақлаш, умуртқа поғонасига узоқ муддатли реклинасия берган ҳолда тутиб туриб, Денис бўйича 1-вентрал юк тушувчи устунга юк тушурмай, уни 2-3-устун ва даволовчи корсетга туширишга эришмоқ керак. Поливикдан тайёрланган (Г.М.Тер-эгазаров, 1983) ва дюралиминийдан тайёрланган қурилма корсет (С.Н.Пардаев, П.Ўринбоев, 1995)ларни қўллаб олиб бориладиган даволаш методикаси шу вазифаларни бажариш имконини беради.

Бу корсетларнинг тузилишида таянч юзалари кўкрак олд томонида тўшга, корин пастида симфизга, орқада белга таяниши ҳисобга олинган. Поливик корсет (сурат109) қўллаб даволашда умуртқа таналари компрессион синган болалар каттик, текис тушакка ётқизилади. Интизомни бузувчи, режимни сақламайдиган серҳаракат

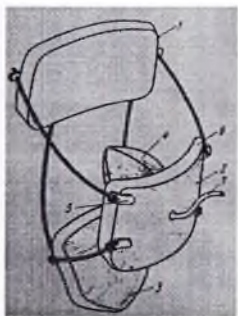
болалар матодан тикилган махсус боғичлар билан кроватга беркитилади. 4-5- суткадан улар чалқанча ёки қоринда ётган ҳолатда гавда мушакларини кучга индирувчи динамик машқларни бажариб бошлайдилар. Ҳар кун мушакларга бериладиган машқлар сон, йўналиши, вақти бўйича кучайтириб борилади. 1,5-2,0 ҳафтадан сўнг беморга корсет қўйилади. Поливик 35-40<sup>0</sup> температурада юмшоқ, қандай шакл берса бўладиган, кейин совигач ўша шаклни бузмай сақлаб турадиган материал. Корсет бемор гавдасига тўғридан тўғри қўйилиб, гавда ўлчамларини такрорлаб, силликланиб қўйилади. Бунда бемор Энгельманн аппаратида, бошидан Глиссон илмоғи билан тортилиб, қомат тик бўлиб, гавдаси реклинация ҳолатида қўйилади. Корсет гавдани реклинасияда тутиб туради, эгилишдан сақлайди, орқага эгилиш имкони бўлади. Беморни корсетда турғизилади. У корсет билан гимнастика залига, бассейнга бориш мумкин. Машқларни ётиб бажаришда, уйқуга ётишда корсет ечилади. Уйда шароит мавжуд бўлса 2-3 ҳафтадан кейин амбулатор даволанишга юборилади. Корсетда бола мактабга бориб, дарсларга қатнаша олади, даволаш физкултураси, сузиш билан бассейнларда шуғуллана олади.

Умуртқа таналарининг асоратсиз синикларини Пардаев-Ўринбоев қурилмасини қўллаб даволашда травма олган бола қаттиқ, текис ётоқ жойга, кроватга ётқизилади.

Таклиф қилинган қурилма қуйидагича қўлланилади. Синик жойи Шнек услуги бўйича оғриқсизлантирилади. Бемор қорнига ётқизилади. Бўртиб чиқиб турган орқа ўсимта синик жойини билдиради. Кўкрак қисми синганда игна орқа ўсимта тўғрисида 2-3 см баландда, бел қисми синганда, орқа ўсимта тўғрисида, орқа ўсимта бўйлама чизигидан 2-3 см ён томонга қочиб, тери юзасига 35град бурчак билан игна киритилиб бошлайди. Игна узун бўлишу керак. 10-12 см игна кириш йўли 0.25% новокаин билан қаватма –қават оғриқсизлантирилиб борилади. Игна 5-8 см лар киргач, у ёнбош ўсимтага тақалади ва унинг юқорисидан ўтиб, яна киритилади. Игна 5-8 см.-дан кўп киргач, синган танага тақалади. Шприцда қон аралашганлигига қараб, синик соҳаси аниқланади. Беморни орқасига

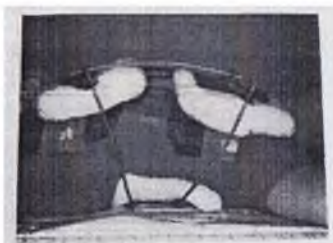
ёткизамиз. Бел остига бел учун курилма асоси юзани (каркасни), ҳаво ёстикчаси билан жойлаштирамиз, шу ҳолатда 2-3 кун тинчлик сақлаб ётади. Ҳаво ёстикчага ҳаво юборилиб, баландлигини ошириб борамиз. Натижада, танага реклинация бериб борамиз. 2-3 кундан сўнг, тўш ва қов асос юзалар (каркаслар) қўйилади. Реклинация ҳолатида жипс қилиб, курилма маҳкамланади.

Шундай қилиб, синиқ жойлашган соҳа остига ёстикча қўйилади. Оғриқлар ўтиб, умуртқа ёнидаги мушаклар таранглиги бўшашгач, 4-5- кун синиқ соҳаси остига қурилманинг орқа таянч юзаси жойлаштирилади. Бу таянч юза олдида юза ўлчамига мос ҳаво камераси жойлаштирилган. 1-2 кун болада адаптация ҳосил бўлгач, Қурилманинг олдинги тўш соҳасидаги ва симфиз (қов) соҳасидаги таянч юзалар жойлаштирилиб, улар бир-бирлари билан, ва орқа таянч юза билан дистракторлар воситасида туташтирилади. Шу дистракторларнинг олдингиларини узайтириб гавдага реклинация берилади. Қўшимча реклинация орқа таянч юза олдидаги ҳаво камерасига босим остида ҳаво юборилиб, бажарилади. Дистракторлар маҳкамлангач назорат рентген қилинади. Туришга, юришга рухсат берилади.



*Расм - 110 Пардаер – Ўринбоев тавсия этган қурилма, корсет. Тўш(1), қов(3), бел(2) юза- таянчлар 4- ҳаво камераси; 5,6 – дистракторлар, 7-ҳаво камерасига ҳаво юборувчи трубка – шланг.*

*Расм - 111. Ётган беморга тўш, қов, бел юза – таянч (каркас) қўйилган. Фото.*





*Расм – 112. Ўсмир болада 1,2 бел умуртқалари танаси енгил даражада компрессия бўлиб синиши. Пардаев Уринбоев қирилмаси қўлланган.*



*Расм – 113 . Асоратланмаган ностабил пастки кўкрак, бел умуртқа таналарининг компрессияланган (пучайган) синиқларини операция қилиб даволаш.*

Патогенезидан келиб чиқилса, гавдани орқага эгиб, умуртқа танасининг олдинги қисмини пучайганлигини (компрессияланганлигини) тиклаб, кифотик деформациани йўқотиб, шу ҳолда маҳкам фиксация қилиб даволаш оптимал йўлдир. Бунда



бемор тик турса (керакли вақт ўтгач) гавда оғирлиги шу соҳадаги орқа таянчларга(Денис бўйича 2-3- таянч устунларга) тушади. Шу мақсадда умуртқанинг орқа қисмини фиксация қилиш бажарилади. Умуртқа поғонасини орқа ўрқач ўсиқларидан тортиб бойлаш лавсан лента, ип, ёки махсус пластина билан амалга оширилади.

## 7 БОБ

### ЧАНОҚ СУЯКЛАРИНИНГ (OS СОХАЕ) СИНИШЛАРИ

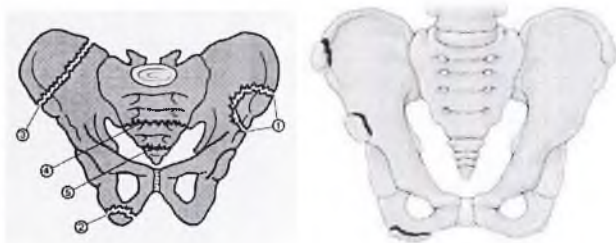
Болаларда чаноқ-суякларининг тузалиши катталарникидан фарк килиб, уларда шу ёшга хос синиклар учрайди. Қов, думғаза ёнбош суяклари бирикмаларининг бойламлари заиф ривожланган. Қов суягининг ўтирғич суяги билан тоғай тўқимаси орқали бирикиши, куймич косада учта суяк-ёнбош, қов, ўтирғич (*os ilium, os pubis, os ischii*) суякларининг тоғай тўқимаси таркибли У симон бирикиши, ёнбош суяги четлари, киррасида тоғай қатламлари бўлиши, иккита юкори, иккита, пастки-олд бўртмачалари (*spina iliaca anterior et inferior*) ва ёнбош суяги орасида тоғай тўқимаси борлиги бола чаноқ суягининг эластиклиги, эгилувчанлик хусусиятларини кўпайтиради. Шу сабабли кичик ёшдаги болаларда чаноқ суяги синиклари жуда кам учрайди. Қов бирлашмаси, ёнбош-думғаза бирлашмаларида ажралиш, силжиш бўлиши мумкин. Тоғай тўқима билан бирлашган жойларда: қов-ўтирғич туташмаси, ацетабулум- куймич косасининг U-симон тоғай (яъни коса туби) қисми, ёнбош суяги канотлари четлари, кирраси, ва бўртмалар соҳаси синиклари учраши мумкин.

**Травма механизми.** Чаноқнинг шикастланиши сагиттал ва фронтал йўналишдаги таъсир этувчи кучлар оқибатида рўй беради. Бундай ҳолатлар чаноқнинг вагон буферлари оралиғида қисилиши, девор босиб қолиши, йўл-транспорт ходисаси, ер кўчиши, катта травмалар натижасида келиб чиқади.

Чаноқ суякларининг шикастланиши чаноқ ҳалқаси ва куймич косасининг синишига қараб қуйидагиларга бўлинади.

**Таснифи (классификацияси).**

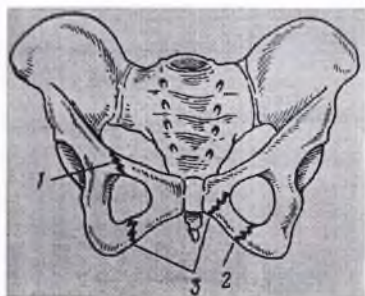
- А. Чаноқ суякларининг чаноқ ҳалқасини ҳосил қилмайдиган қисмларининг синиши, бўртиқларининг синиши.**



Расм – 114. Чаноқ суяқларининг чет қисмлари синиқлари, схема сурат. (John A. Herring, MD, 2018 - дан).

- 1) Ёнбош суяк канотининг синиши; (3)
- 2) Ёнбош суяги олдинги юқори бўртмасининг синиши(1);
- 3) Ёнбош суяги олдинги пастки бўртмасининг синиши;
- 4) Ўтирғич суяги домбоғининг синиши; (2)
- 5) Думғаза пастки қисмининг алоҳида синиши; (4)
- 6) Дум суягининг синиши(5);
- 7) Қов суягининг синиши

**Б. Чаноқ суяқларининг чаноқ халқаси бутунлиги бузилмасдан синиши.** Бу шикастларга куйидагилар киради: 1. Қов суяги бир томонининг бир ёки икки томонлама синишига; 2. Ўтирғич суягининг бир ёки икки томонлама синиши; 3. Қов суяги бир томонлама синиши ва ўтирғич суягининг иккинчи томондан синиши.

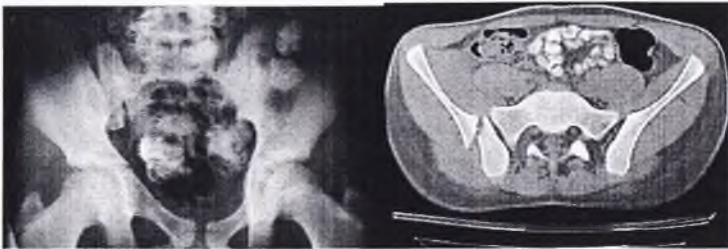


Расм – 115. 1 – Қов суягининг синиши. 2 - ўтирғич суягининг синиши. 3 – Бир пайтда ўтирғич ва қов суягининг синиши.

**В. Чаноқ халқаси бутунлигининг бузилиши билан кечадиган шикастланиши.**

Бу шикастланишларга қуйидагилар киради:

1. Думғазасининг вертикал синиши;
2. Ёнбош думғаза бирлашмасининг ажралиши;
3. Ёнбош суягининг вертикал синиши;
4. Иккала қов суягининг бир ёки икки томонлама синиши;
5. Қов ва ўтирғич суягининг бир ёки икки томонлама синиши (“капалак”-симон синиши);
6. Симфизининг ажралиши- симфизеолиз.



Расм - 116. Чаноқ халқаси бутунлиги бузилиб синиқлари  
(John A. Herring, MD, 2018 - дан).



*Расм - 117. 6 яшар болада қов ва ўтиргич суяклари синиши. Ўсиш зона- V - симон тоғай гўёки зарарланмаган. Бироқ 6 йил ўтиб рентген тасвирда ўсиш зонаси ёпилган, қиймич косаси, қов, ўтиргич суяклари етилиб ривожланмаган*

**Г. Чанок суяги олдинги ва орқа ярим ҳалқаси бутунлигининг бузулиши билан биргаликда кечадиган шикастланишлар (Малген типиди).**

Бу шикастланишда чанок суяги ярмининг думғаза билан боғланиши йўқолади. Чанок таянчи тўлиқ бузилади. Чанокнинг умуртқа поғонаси (думғаза) билан боғланмаган ярми бел ва қорин мушаклари тортиш кучи таъсирида юқорига тортилади. Қўйидаги шикастланишлар тафовут қилинади.

1. Малген типидаги икки томонлама синиш, қачонким, олдинги ва орқадаги ярим ҳалқалар икки томонлама шикастланади.

2. Малген типидаги бир томонлама ёки вертикал синиши олдинги ва орқа ярим ҳалқаларнинг бир томондан синиши.

3. Малген типидаги қийшиқ ёки диагонал синиш, қачонким олдинги ҳалқа бир томондан синса, орқа ҳалқа қарши томондан синади.

4. Номсиз суяк – os ilium- чиқиши-думғаза ёнбош бирлашмаси ва симфизнинг ажралиши.

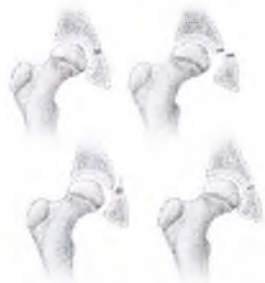
5. Симфиз ажралиши ён орқа ярим ҳалқа синишининг қўшилиб келиши ёки ёнбош-думғаза бирлашмаси ажралиши билан олдинги ярим ҳалқа синиши қўшилиб келиши.



*Расм - 118 1 – Малгения синиши . 2-Икки томонлама Малгения синиқлари – рентген тасвирлар.*

**Д.Қуймич косаси синиши** қуйидагиларга бўлинади.

1) Сон суяги чиқиши билан кечадиган қуймич косаси пештоқинининг синиши; 2) Сон суягининг марказий чиқиши, яъни бошчасининг чанок бўшлиғига томон кириши билан кечадиган қуймич косаси тубининг синиши;



*Расм - 119. Қуймич косаси U-симон тоғай синиқлари. (John A.Herring,MD,2018 - дан)*



*Расм - 120 Қуймич косаси синиғи. Ёнбош думгаза бирлашмасида чиқиш. Рентген тасвир.*

Чанок ҳалқаси бутунлиғи бузилиши билан бўлган чанок суяқлари синиқлари оғир травма ҳисобланади.

1/5 қисм кўрсатгичларда бу синиклар кўкрак кафаси, корин бўшлиғи чанок ичи органларининг жароҳати билан бирга, сонннинг чиқиши, синиклари билан бирга учраб, бемор аҳволининг жуда оғир ҳолатига сабаб бўлади. Беморларда бу синиқ ва жароҳатлар травматик шок, ички қон кетиши билан кечади.

**Клиник кўриниши.** Бундай жароҳатда боланинг аҳволи оғир бўлади. Жароҳатланган бола синиқ соҳасида ва қоринда пайдо бўлган оғриқдан шикоят қилади. Болада кўпинча қарахтлик аниқланиб, бу синиқ юзасидаги оғриқ, думғаза нерв чигалининг таъсирланиши ва кўп миқдорда ички тўқималар ва қорин парда остига қон қуйилишидан келиб чиқади. Ғовак суяқлар ва чанок-нерв чигалидан кўп миқдорда қон оқиб, ички қон оқиш белгилари ва қорин парда таъсирланиб унинг яллиғланиши-перитонит кузатилади.



*Расм - 121. Қўймич косаси U-симон ўсиши зонаси травмадан кейин ётилган*

*Расм - 122. Аввалги расимдаги U-симон ўсиши зонаси ётиқлигининг КТ кўриниши. (Hamlet A.Peterson, 2007 - дан)*



Чанок ҳалқаси бутунлиги бузилиб, суякнинг синиши беморни беҳол қилиб қўяди. Бола мажбурий ҳолатда ётганда бир оз бўлса ҳам унинг ҳолатини ўзгартириш болага салбий таъсир қилади. Чанок

ҳалқасининг олдинги қисми синганда бола “қурбақа” ҳолатда ётади. Бундай ҳолатни Малгеня синиғида ҳам кузатиш мумкин.

**Агар бемор оёғини чаноқ-сон ва тизза бўғимидан танасига қарата тортса, суякларининг бирлашган жойида оғриқ пайдо бўлиб уларнинг синганлиги гумон қилинади.**

Диққат билан қаралганда синган суяк бўлақларининг синиши натижасида чаноқ кўриниши ўзгаради. Қов ва ўтиргич суяклари бир томондан синганда чаноқнинг шу томони тораяди. Чаноқ ҳалқаси олдинги ва орқа қисмининг синиши натижасида чаноқнинг ярми юқорига силжиб, ташқарига айланиб қолади. Бундай ҳолатда жароҳатланган томонда оёқ калтадек кўринади.

**Даволаш.** Чаноқ суяклари синган беморларни травма рўй берган жойдан шифохонагача олиб келишда (транспортировка қилишда) тана бир текисда ётишни таъминловчи қаттиқ тўшақли зимбилда келтирилади.

Бунда оёқ тизза бўғимларда букланиб, ётқизилиши керак; тиззалар остига ёстиқ қуйилади.



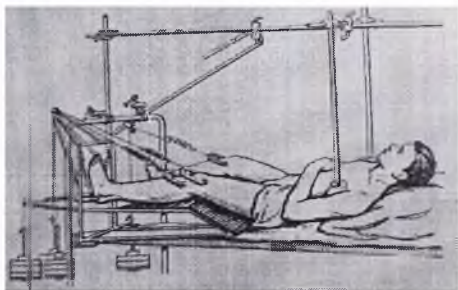
*Расм - 123 Бемор ҳолати – тиззалар остига ёстиқ қойилади, “бақа ҳолати” берилади.*

Травматик шокни даволашда оғриқсизлантириш, йўқотилган қон ўрнини қоплаш, қон зардоби, қон қуйишлар реанимация бўлимида бажарилади.

Оғриқни сифатли қолдириш усули Л.Г.Школников-В.П.Селиванов методи билан таз ичи оғриқсизлантириши ҳисобланади. Унда 0,25% ли новакаин эритмаси ишлатилади. Таз ичига киритиш миқдори ёшга қараб белгиланади. 3-6 ёшли беморларга – 30-40 мл, 6-9 ёшлиларга 40-60 мл, 9-12 ёшдагиларга 60-70 мл, 12-15 ёшдагиларга 70-100 мл киритилади.



Малгения типидаги чаноқнинг олди, орка ярим халқаси синиклари болдирнинг юқори метафизидан скелет тортмаси қўйилиб даволанади. Чаноқ суягининг бош томонга йўналган силжиши йўқотилгач, ўсмирларда (15-18 ёш) ташқи стерженли аппарат қўйиб, маҳкамланиб даволанади.



Расм - 124 Малгения типидаги синиқда скелет тортма қўйиб даволаш.



Расм - 125 Чаноқ синиқларини стерженли аппаратлар қўллаб даволаш.



а

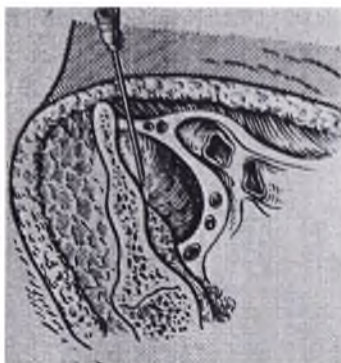
б

Расм - 126 а – қов бирлашмасининг очилиши – симфизеолиз. б – Стерженли аппарат қўллаб даволаш. Бирлашма тикланган – рентген тасвирлар. (John A.Herring,MD,2018 - дан).



*Расм - 127 Бемор фотоси. Чаноққа стерженли аппарат қўлланган.*

**Таз ичи новокаин блокадасини бажариш техникаси.** Терини оғриксизлантириб, ёнбош суягининг олд юқори бўртмасидан 1 см ичкарида узун игна билан, суяк ички юзасига параллел, игна учи билан суяк яқинлигини доим сезиб, 8-12 см чуқурликкача игна учи киритилиб, 0,25% новокаин эритмаси юборилади. Эритма микдори ёшига қараб, масалан 12-15 ёшда 70-100,0 мл.



*Расм - 128 Школников Селиванов бўйича таз ичи анестезиясини бажариш техникаси. Схема.*

Чаноқ суякларининг олдинги ярим ҳалқа томондаги силжимаган синиклар (ков, ўтиргич синиклари) ётоқ режими билан, тиззалари остига ёстикчалар қўйиб, оёқ ораларини узоқлаштириб (кериб қўйиб) ётган ҳолда, 2-3 ҳафта давомида даволанади.

Симфизнинг ажралишида (симфизеолизда) чанокни орка-ёнларидан қисиб турувчи махсус кенг туткич-илмоқ (гамак) ёрдамида, 2-3 ҳафтага ётқизилиб даволанади.



*Расм - 129 Қов бирлашмасини, қов суяги синиқларини операция қилиб — очиқ металлостеосинтез қилиб даволаш.*

Чанокнинг чети синиқлари: олд-юқори бўртма, олд-пастки бўртма, ўтирғич суяги бўртмалари синиқлари кўпинча уларга кучли мушаклар бирикиб, тортилиши сабаб, силжиган бўладилар. Уларни операция услуби билан, очиб жойига аниқ тўғри қўйиб, спицалар (кегайлар) билан маҳкамлаб, даволанади.

### **Қуймич косаси, У-симон тоғай шикастлари**

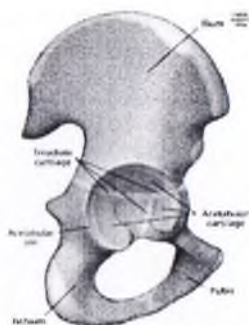
Болаларда У-симон тоғай лати, эзилиши, синиши, силжиши қуймич косаси синиқларида рўй беради. Қуймич косанинг чети, туби синиши мумкин. Бу синиқлар чанок олд-орка йўналишида, ёки ёнбош йўналишда қисилиши натижасида, баъзан ташқаридан катта қўст устидан зарб урилганда, оёқ озроқ букланган, ичкарига буралган (ротация) ҳолда бўлса ҳосил бўлади. Зарб кучи сон бўйинчасига, бошча орқали қуймич тубига берилиб, ўсиш тоғай қатламини синдиради. Зарб кучи катта бўлса бошча қуймич тубини синдириб, чанок ичига, чанок бўшлиғига киради. Бу соннинг марказий чиқиши дейилади.

У-симон тоғай 14-16 ёшларда суякланади. Унинг синиши 7-11 ёшларда учрайди.



Расм - 130. *Atsetabulum* – куймич косаси туби

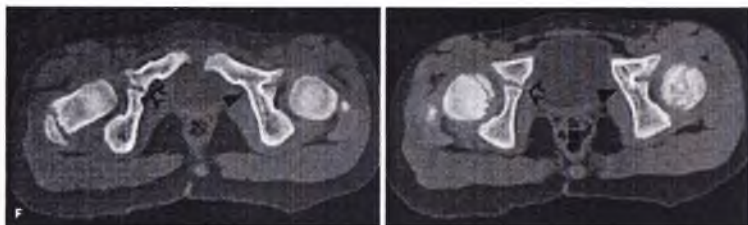
**Клиник белгилари.** Чанок-сон бўғимида оғрикка шикоят қиладилар. Бемор ётган ҳолатда бўлади. Тери ранги оқарган, беҳол. Оёқ функцияси бузилган. У ташқарига буралган (ротация), оёқни ичкарига буриш оғрикни кучайтиради. Марказий чиқишда катта кўст ичкарига киргандай, чанок асимметрияси, мушаклар таранглиги, оёқнинг абдукцияси (танадан узоқлаштириш) чегараланган. Чов соҳасида шиш, оғрик бўлади.



Расм - 131. Куймич косаси Y-симон тоғай *Triradiate cartilage*- ни тушунтирувчи схема супам. (Hamlet A.Peterson, 2007 - дан)



Расм - 132. Куймич косаси U-симон тоғай шикастининг КТ кўриниши(D). Тоғай U-симон ўсиш зонасининг травмадан кейин эрта суякланиши(E). (Hamlet A.Peterson, 2007, - дан)



*Расм - 133. Қўймич косаси U-симон тоғайнинг травмдан кейин эрта суякланишининг КТ кўриниши. (Hamlet A.Peterson,2007, - дан).*



*Расм- 134. Юқоридаги сурат – 8 ёшли болада чаноқ халқасининг олдинги, орқа қисмлари синиқлари. U – симон ўсиш тоғай зарарланиши. Пастки сурат – ўша боланинг 15 йилдан кейинги ретген тасвири. Чаноқ асимметрияси. Сон бошчаси, қўймич коса туби чаноқ бўшлиги томонга силжиган.*

Рентген тасвирда U-симон тоғай ажралиши эпифизар тоғай соясининг кенгайганлиги кўринишида бўлиб, билинар-билинмас силжиши ёки силжиш билан, қов, ўтиргич суяқларининг чиқиши билан бўлади. U-симон тоғай травмасы рентгентасвирда билинмайди, 2-4 ҳафта ўтгач юпка булутсимон сояянги ҳосил бўлган суяк кадоғи кўринади. Анча узоқ муддат ўтиб кетгач U-симон ўсиш тоғай қатламининг эрта ёпилиши-ўша вақтда ўсиш жойида травма бўлганлигини билдиради.

**Даволаш.** Даволаш болдирнинг юқориги метофизидан ўтказилган спица орқали тортиш билан бажарилади. Оёқ функционал шинага қўйилган бўлади. Тортиш муддати ёшини, бошқа бирга келган синиқларни ҳисобга олиб 4-6 ҳафта давом этади.

Оёққа босмай, қўлтиктаёқларда юришга травмадан сўнг 5-7 ҳафта ўтгач руҳсат берилади. Қўлтиктаёқсиз юриш 10-12 ҳафта ўтгач мумкин бўлади. Эрта оёққа босиш мумкинмас, чунки сон бошчаси асептик некрози бошланиши, куймич тубининг нотўғри ривожланиши мумкин. (расм – 134, Н.А.Любошисъ. 1973).

Сон бошчасининг марказий чиқишида оёқни танадан қочириб, ўқи бўйича скелет тортмаси қўйиб тортиш тўғрилайди. Баъзан кенг матодан тикилган ёнга тортиш учун мослама қўллаб, ёки катта кўстдан скелет тортмаси қўйиб тортилади. Шу йўсинда консерватив даволаш самара бермаса, операция методи билан даволанади.



*Расм - 135 Куймич соҳаси синизини операция қилиб даволаш.*

## 8 БОБ

### СОН СУЯГИ (FEMUR) СИНИҚЛАРИ

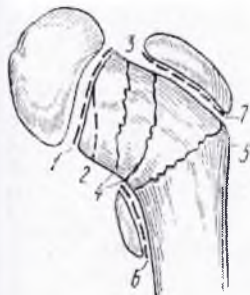
Болаларда сон суяги синиқлари шифохонада ётиб даволанувчи травма олганларнинг 15-16%ни ташкил этади. Уларда очик шикастланишлар жуда кам миқдорда -0,5% гача учраб, кўпчилик ҳолларда ёпиқ травмалар кузатилади. Бу болалар тана тузилиши шу ёшига хослиги сабабидандир. Улар суяклари жуда катган эмас, қувватли суякусти пардаси- periost-ғилофи бор, эластиклиги баланд, эпифизнинг кўп қисми тоғай тўқимадан иборат, ўсиш қатлами ҳам тоғайдан иборат бўлади.

Болаларда суяк синиқларининг катталардан фарқли эканлигини билиш, бу синиқларни тўғри текшириш, диагнозни аниқлаш, даволашда ўз аҳамиятини кўрсатади.

Сон суяги юқори қисми (проксимал охири) хос хусусиятларидан бири суякнинг шу қисмлари кен айланиши номукамаллигидир. Болаларда чаноқ-сон шикастланишларидан сўнг сон суяги бошқасида дистрофик (озикланиши бузилиши) кўп учрайди. Хусусан, сон суяги бўйинчаси синигидан, соннинг чиқишидан кейин кузатиладиган асептик непрозлар 10-40% бўлиши мумкин.

Кейинги шу сон проксимал охири хос-хусусиятидан яна бири-бу эпифиз метафиз оралиғида ўсиш қатлами борлиги. Ўсиш қатлами жойидан синиш вақт ўтиб асорат бериши мумкин. Ўсиш жойи эрта суякраниб, калталиққа, кийшиқ ривожланишига сабаб бўлади.

Сон суяги синиқлари жойлашган жойи бўйича сон суяги юқори қисми синиқлари, ўрта қисми синиқлари, пастки қисми синиқларига бўлиб ўрганилади.

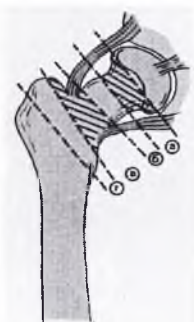


Расм - 136. Сон суяги проксимал охири синиқлари классификацияси: 1 - эпифизеолиз, 2 - остеоэпифизеолиз, 3, 4 - сон бўйинчаси синиқлари, 5 - кўстлараро синиқ, 6 - кичик кўст, 7 - катта кўст синиқлари.

Юқори қисми-проксимал охиридаги синиклар болаларда сон бошчаси травматик эпифизеолизи, остеоэпифизеолиз, сон бўйинчаси синиклари, кўстлар аро, кўстлар узра синиклар кўринишида учрайдилар.

### Сон суяги бошчасининг травматик эпифизеолизи ва бўйинчаси синиши

Сон суяги бошчасининг травматик эпифизеолизини идиопатик эпифизеолиздан фарқлаб, билиш керак. Сон бошчасининг идиопатик эпифизеолизи эндокрин ва турли дистрофик бузилишлар сабабли ривожланади.



Расм - 137 Сон суяги проксимал охири синиклари классификацияси: а – эпифизеолиз, остеоэпифизеолиз, б – сон бўйинчаси синиши, в – сон бўйинчаси асоси синиши, г – сон кўстлар қисми синиклари.

Масалан, у этли ва семиз ўсмирларда учрайди.

Травматик эпифизеолизнинг пайдо бўлиш сабаблари травма олиш билан боғлиқ.

Велосипед ҳайдаб йиқилиш, югуриб бораётиб йиқилиш, спорт ўйинлари пайти, баландликдан тушиб кетиш, автомобил йўл ҳодисаси сабабли жароҳат олишлар сон суяги бошчаси эпифизеолизини, сон бўйинчаси синикларини пайдо қилади.

Сон бошчаси эпифизеолизи ҳар қайси ёшида учраши мумкин. 12-16 ёшли ўсмирларда кўп синади.

**Клиник белгилари.** Сўраб суриштириш-анамнез тўплаб шикаст травма билан боғлиқлиги аниқланади. Кўриб ўрганганда бола ҳолати ётиш ҳолатида, оёғи ташқи томонга бурилган, чаноқ –сон буғимида оғрик, ички ротация чекланган, ёки оғрик кучайиши сабабли мумкин бўлмайди. Синик бўлақларининг силжиши бўлса, оёқнинг калталиги аниқланади.





*Расм - 138 Чаноқ сон бугмининг компьютер томографияси.*

Чов соҳасининг шишганлиги кўринади. Палпация-пайпаслаб ушлаб кўриш оғрикли бўлади. Оёқни ўқи бўйлаб итариб кўриш, туртиб кўриш оғрикни зўрайтиради. Катта кўст юқорига силжиб Розер-Нелотон чизигидан юқорида жойлашади.

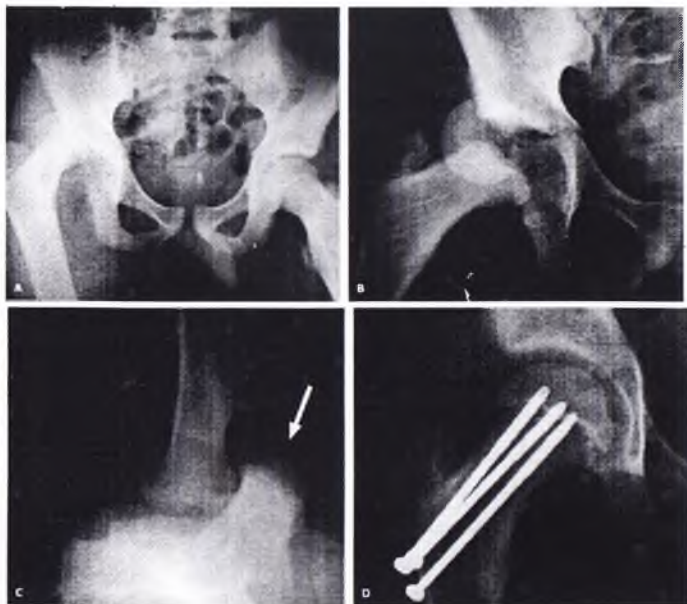
Шумахер чизиги ҳам киндикка яқин, ёки ундан пастдан ўтади.

Чаноқ-сон бугмида фаол ҳаракатни бола бажара олмайди, бемор ётган ҳолда узатилган оёқни кўтариб кўрсатаолмайди, пассив ҳаракат оғрикли, чекланган.

**Рентгенологик текшируви.** Рентгенологик текширувда сон суяги бошчаси чақолоқнинг 4-6 ойлик даврида суякланиб бошланишини, эпифиз ва метафиз ўртасидаги ўсиш тоғай қатлами ёрик, суяк сояси йўқ, очик кўринишини эътиборга олиш керак. Ўртача 18 ёшда ўсиш тоғай қатлами суякланади, эпифиз метафиз (бўйинча билан) бирикади.

Травматик эпифизеолиз синик бўлақларининг силжиши билан келса, олдинги орқа рентген тасвирда диагнозни қўйиш осон. Сон бошчаси чаноқ кўймич косасида артикуляция ҳолатда кўриниб, бўйинча олдинга ва юқорига силжиган бўлиб жойлашади.

Сон суяги бўйинчаси синикларида рентген тасвирида синик чизигининг жойлашувини ўрганиб, синикнинг субкапитал – бошча ости синиғи, трансервикал – бўйинча синиғи, базал-бўйинча асоси синиклари эканлигини аниқлаймиз.



Расм - 139. А,В: сон суяги проксимал охири чиқинши ва сон бошчаси эпифизеолизи. С, D: синиқни тўғрилаш, очиқ металлостеосинтез, чиқинши солиш (Hamlet A. Peterson, 2007 – дан).

Шунингдек синиқ бўлаklarининг силжиши, йўналишини ўрганиб, диагнозни ишончли қиламиз.

**Даволаш.** Сон суяги бошчаси эпифизеолизи, бўйинчаси синиқлари стационарда ётқизиб даволанади. Даволаш оёкка скелет тортмаси қўйиб тортишдан бошланади. Скелетдан тортиш учун асептика қоидалари доирасида, огриксизлантирилган, катта болдир суяги юқори метафизидан кўндаланг йўналишида спица (кегай) ўтказилади. У катта болдирнинг tuberositas tibia остидан ўтиши керак. Спица махсус ярим халқада тарангланиб, ип боғланиб, юк осилади. Юк оғирлиги бола ёши, синиқ сифатларини (синиқ жойи, силжиши) эътиборга олиб, 2,5-7,0 кг гача бўлиши мумкин. Шинада оёкнинг ҳолати танадан 20-25<sup>0</sup> четга қочириш, 10-15<sup>0</sup> ичкарига бураб (ротация қилиб) қўйилади. Скелетда тортиш муддати 1 – 1,5 ой 5-6 ёшли

болалар учун белгиланади. Ундан катта ёшдаги болалар учун 2,5-3,0 ой қилиб белгиланган эди(аввалги, классик адабиётларда).

Ёки 3-4 ҳафта даволашда скелет тортмада сон бошчасини эпифизолизини, сон суяги бўйинчаси синиклари силжишларини тўғрилаб жойига туширгач, яна 5-6 ҳафта чанок-сон гипс боғламасида Иммуобилизация давом эттирилган. Оёққа босиб юриш травма рўй берган вақтдан сўнг 8-10 ой ўтмагунча рухсат берилмайди. Бу пайтлар қўлтиқ таёқ, ёки бошқа мослама ёрдамида юриб туради. Шу синиклар яхши битиб кетгач ҳам сон суяги бошчасида дистрофик ўзгаришлар, қон таъминланиши бузилиши, асептик некроз кузатилиши мумкин. Уларни медикамент ва физиотерапия муолажалари билан узоқ вақт даволашга тўғри келади.

Юқорида ёзилган даволаш услублари шу синиклардаги суяклар анатомия, физиология хосликлари, битиш жараёни, асоратларини ҳисобга олиниб тавсия қилинган. Бирок скелет тортмасида узоқ ётиш шу даволаш методикасини мукамаллаштириш вазифасини қўяди.

**Сон суяги бошчаси, бўйинчаси синикларини “Перкутант остеосинтез” методикаси билан даволаш.**

Перкутант (тери орқали, яъни тери **кесилмаган**) остеосинтез методикаси амалининг бажарилиши кетма-кетлик тартиби куйидагидан иборат:

- Шифохонада анамнезни, шикоятларини ўрганиш.
- Клиник белгиларни аниқлаш.
- Рентгенологик текширув, диагнозни тўлиқ аниқлаш.
- Синикни, болдирдан кегай (спица) ўтиш жойини оғриқсизлантириш.
- Кегай ўтказиб, скелет тортмаси системаси билан оёқни Белер шинасига қўйиб тортиб, ётқизиб қўйиш.
- Беморни клиник, лаборатория текширувлар асосида операцияга тайёрлаш.
- Назорат рентген тасвир қилиш, уни ўрганиш.
- Операция хонасига сифатли иммуобилизация қўйиб беморни кўчириш.

ЭОП (электронная оптическая преобразователь- электрон оптик ўзгартириб, расм такдим этувчи) асбоб билан суяк синиклари ҳолатини ўрганиш.

Суяк синиклари силжиган, ҳали қоникарли эмас деб топилса, қўл билан репозицияга (синик бўлақларини жойига бир-бирига тўғрилашга) ўтиш.

Рентген ёки ЭОП назоратида синик силжиши тўғриланганлигини ўрганиш, жойига тушганлигини эътироф этиш.

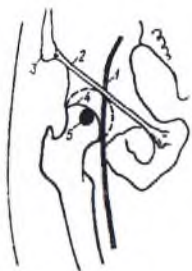
Ёрдамчи врач синик бўлақлари тўғриланган, оёқ танадан четга 20-25<sup>0</sup> қочирилган, тизза қопқоғи ўртада, шипга тўғри юзланган, ҳатто 5<sup>0</sup> ичкарига буралган ҳолатда ушлаб, керакли миқдорда куч билан тортиб туриши;

Назорат рентген тасвирда (ЭОПда) кўстлар остидан, соннинг ташқи юзасидан киритилиб, бўйинчадан ўтиб, бошчадан чиқмай юборилган спицалар (кегайлар) ҳолатини ўрганиш, уларни тўғри жойлаштириш. 4, 5 кегайлар юбориш.

Кегайларнинг тери усти қисмини, 90<sup>0</sup> буклаш, уларнинг қолган қисмини кесиб олиб ташлаш. Кегай охирларини тери остига киритиш, тери билан улар устини ёпиш.

Бу кегайлар синик битгунча 4-10 ой туришини билиш.

### **Перкутан остеосинтезни амалга ошириш**





*Расм –140, 141. Юқори қатор чанда сон бошчасини топиш: 1-а.femoralis (пулсацияси топилади); 2-Пупартова бойлами, 3-spina iliaca anterior superior, 4-бошча, 5-бўйинча. Юқори қатор, ўнгда –терида сон суяги бошчасини топиш учун чизмалар. Пастки қатор чанда – тери орқали сон бўйинчаси, бошчасига спицалар киритилган. Пастки қатор, ўнгда - сон суяги бўйинчаси синиги тўғриланган, 4та спица ўтказилган: рентген тасвир.*

Йод, спирт билан артиш, спиртли хўлланган боғлама кўйиш. Чанок-сон гипсли боғлама кўйиш, даволаш иммобилизацияни амалга ошириш.

Сон суяги бўйинчаси синиги билан скелет тортмасида 4-5 кун тортилади. Синик бўлаклари силжиши йўқотиб, жойига тушиб тўғриланса, операция куни сифатли транспорт иммобилизация кўйилиб, операция хонасига бемор бола кўчирилади.

Синик бўлаклари жойига аниқ тушмаган ҳолатларида операция хонасида, сон суяги бўйинчаси синикларини қўл билан тортиб жойига тўғрилаш (репозиция) қилинади.

**Репозиция қилиш техникаси.** Репозиция перкутант остеосинтез амалидан олдин бажарилади. У умумий оғрикисилантириш қўллаб қилинади.

Ладбеттер Й.В. – Лидбеттер (1938 й) методини В.А.Чернавский (1968 й) ёзган услуб бўйича: ёрдамчи чалқанча ётган бемор боланинг чанок суякларини ушлаб босиб туради. Тўғриловчи врач оёқни тиззада буклаб оёқдан тортиб чанок-сон боғимида 90° га етгунча

буклаб боради, тортиш сон тик ҳолатда ҳам давом эттирилади, ичкарига буралади (ротация), тортиш кучи сақланган ҳолда оёқ тикланиб узатилади. Оёқни ёрдамчи тортиб ушлаб туришда давом этади. ЭОПда, ёки рентген тасвирида тўғрилаш натижаси кўрилади.

Перкутан остеосинтез умумий вена ичи оғриксизлантириш остида амалга оширилади. Чанок-сон бугими олдинги юзасидан сон суяги бўйинчаси проекцияси топилади (Расм-140) Бу нуқтани аниқлаш учун сон артерияси пулсацияси (1) ва чов бойлами (2) проекциясида бриллиант яшили ёрдамда чизиқ чизилади.

Артерия пулсацияси нуқтасидан 2-3 см ташқарида ва чов бойлами проекциясидан 1-3 см пастда нуқта аниқланади. Шу нуқтадан вертикал равишда Киршнер кегайи киритилади ва сон суяги бўйинчасининг медиал ва латерал қирралари “пайпасланади”. Бу нуқта кегайларни сон суяги бўйинидан ўтказиш учун ориентир ҳисобланади.

Тизза қопқоғи ўрта нейтрал ҳолатида кўстлар ости соҳасидан бўйинчага анетевезияни ҳисобга олган ҳолда 3-4 та кегайи киритилади ( $15^{\circ}$  горизонтал текисликдан). Назорат рентген қилинади, кегайлар киритиш чуқурлиги назорат қилинади. Кегайлар охири  $90^{\circ}$  букилиб тери остига киритилади.

Перкутант остеосинтез чанок-сон соҳасига қўйиладиган гипс боғлама билан якунланади. Гипс қотишдан аввал чанок-сон бугимларига 5-7<sup>o</sup> буклашга эътибор берилади. Бу гипсдан бола ётиш муддати 2-3 ой бўлиб, рентген тасвир натижаларига кўра яна гипс боғлама қўйиш 1-2 ойга узайтирилиши мумкин. Гипс ечилгач, душ олиш, парафин қўйиш, енгил массаж, бола ётган ҳолда оёқ бугимларида ҳаракат машқлари буюрилади. УВЧ, электрофорез каби физиотерапия ўтказилади. Оёққа босиш травмадан кейин 7-10 ой муддатгача рухсат берилмайди. 4-5 ойдан сўнг қўлтиқтаёқлар ёрдамида юришга рухсат берилади.

Суюқнинг бўйин ва кўст қисмлари синганда ва синиқ бўлақлари ўрнига тушгандан сўнг оёққа гипс боғлам қўйилади. Бугим ичидан синиқ бўлақлари секинлик билан битиши туфайли бундай жароҳатларга гипс боғлам узок муддатга қўйилади (2-3 ойга). Бу эса

келгусида суяк бошининг асептик некрози бўлмаслигининг олдини олади.

### **Катта кўстнинг алоҳида синиши**

Катта кўстнинг алоҳида синиши (апофизеолиз) болаларда кам учрайди. Бундай жароҳат кўстнинг ўзига тўғридан-тўғри урилиши натижасида пайдо бўлади.

**Жароҳат белгилари.** Бемор урилган жойда оғриқ сезади. Оёқни ҳаракатлантирганда оғриқ зўраяди, кўст атрофида шиш, қон қуйилиши ва қўпорилган суякнинг ҳаркати аниқланади. Рентген тасвирига қараб ташҳис қўйилади. Аммо узилган кўст кўпинча пайлар орасида қисилиб ётгани учун унинг силжигани билинмайди. Шунинг учун ҳар иккала кўстнинг рентген тасвирини солиштириб ташҳис қўйилади.

**Даволаш.** Оёққа 3-4 ҳафтага гипс боғлам ёки оёқ Белер шинасига тортиб қўйилади.

### **Кичик кўстнинг алоҳида синиши**

Кичик кўстнинг алоҳида синиши унга бириккан ёнбош бел мускулининг тўсатдан қаттиқ тортилиши натижасида юзага келади.

**Жароҳат белгилари.** Синган жойда қаттиқ оғриқ пайдо бўлади. Оғриқ оёқни бурганда ва пайпаслаб қўрилганда зўраяди, рентген тасвирига қараб ташҳис қўйилади.

**Даволаш.** Оёқ 3-4 ҳафтада гипс лонгета билан ушлаб турилади ёки Белер шинасига қўйиб тортилади. Суяк бўлаклари битгач, физиотерапевтик муолажалар қилинади.

Синиқ суякнинг диафиз қисмида бўлса, синиқ бўлақларининг силжиши юқорида айтилганидек бўлади, лекин ташқарига камроқ силжийди. Синиқ сон суягининг пастки қисмида бўлса, бодирнинг уч бошли мускули қисқариши натижасида суякнинг қуйи бўлаги орқа томонга силжийди. Баъзан бу силжиган суяк бўлаги нерв ва қон томирларини эзиб қўяди. Айрим ҳолларда синиқ қуйи бўлагининг ўзига хос бўлмаган кў ринишида, яъни олдинга силжиши ҳам кузатилади

**Даволаш.** Даволашнинг асосий шarti суяк бўлақларини аниқ ўрнига қўйиб, қўзгатмай ушлаб туришдир. Сон суяги синган беморлар аҳволи оғир бўлиб, улар шок ҳолатига тушмасликлари учун синган оёқни маҳаллий оғриқсизлантириб, тахтачлаб, сўнг шифохонага юборилади.

Жарроҳлик бўлимида беморни дастлаб шок ҳолатидан чиқариш учун даволаш муолажалари ўтказилади.

### **Сон суяги диафиз қисмининг синишлари**

Локализация – синиқ жойига кўра:

юқори учлиги – 18,3 % ҳолатда,

ўрта учлиги – 71,8% - энг кўп,

пастки учлиги – 9,9 % - микдорда учрайди.

Сон суяги диафизи синиқлари жароҳат **механизми**. Бевосита – тўғридан-тўғри таъсир, ва билвосита – тана айланганда, оёқ букилганда суяк синиқлари ҳосил бўлади.

Жароҳат **характери** бўйича қийшиқ, винтсимон – 52,4%; кўндаланг – 31,9 %; парчаланган – 10,6%; сиқилиб синишлар – 5,1 % кўринишида учрайди. Суяк бўлақлари силжиши билан, силжимасдан синишлар фарқланади.

**Клиник белгилари**, симптомлари: оғриқ, калталиқ, патологик ҳаракат.

Болаларда сон суяги диафиз қисмининг синиши тез-тез учраб турадиган оғир жароҳатларидан ҳисобланади. Кўст ости, сон суягининг юқори, ўрта ва пастки қисмлари синади.



*Расм - 142. Сон суяги синиқларининг силжишларига мушаклар қисқаришининг таъсири. Г- сон суяги дистал эпифизиолизи.*



Жароҳат белгилари. Бемор синган соҳадаги оғриқдан шикоят қилади. У оёқларини эркин ҳаракат қилдира олмайди. Оёқ шакли нотабиий бўлиб, қисқариб қолгандек кўринади. Сон суягининг юқори қисми синганда катта ва кичик кўстларга бирикувчи бел-ёнбош, ўрта, кичик думба ва ноксимон мускулар суякнинг марказий қисмини олдинга ва ташқарига, қуйи қисми эса сонни ичкарига тортувчи узун, калта ва кичик мускулар таъсирида ичкарига силжийди. Бунинг натижасида икки бўғимлик бўғимларда, яримпай ва икки бошли мускулар тортишидан суяк бўлаклари бўйлама силжийди.



*Расм - 143 . Сон суяги диафиз қисмида синиқ бўлақларининг мушаклар тортиши кучи остида силжишлари.*

### **Даволаш усуллари**

1) физиологик усулда, яъни синган суяк бўлаклари скелет ёки теридан клеол (пластир) ёрдамида тортилади.

2) жароҳатланган аъзо фаолияти чекланган усулда, яъни синган аъзога гипс боғлим қўйиб даволанади.

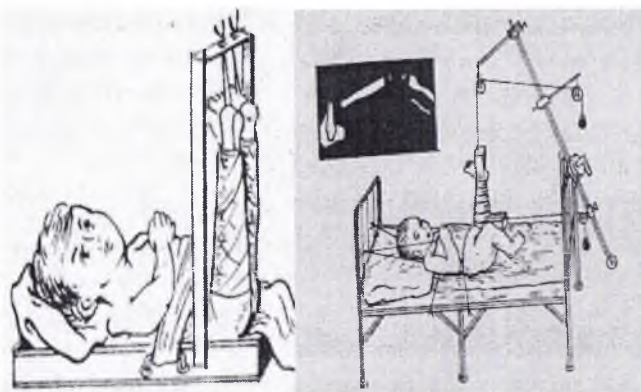
3) аралаш усулда: олдин скелетдан тортиб, маълум вақт ўтгандан кейин гипс боғлам қўйилади.

4) компрессион-дистракцион аппаратлар (Г.А.Илизаров, О.Н.Гудушаури, Калнберз, Волков-Оганесян) ёрдамида даволанади.

5) хирургик усул билан даволашда синиқ бўлаклари спицалар билан, суяк усти остеосинтез-пластиналар, шуруплар воситасида маҳкамлаб қўйилади.

Сон суяги синганда даволаш усули боланинг ёшига қараб аниқланади. Уч ёшгача бўлган болалар сон суяги синганда асосан вертикал ҳолда клеол ёки ёпишқоқ тасма билан тортиб даволанадилар: Шеде усули дейилади.

2-4 ойлик боланинг оёғини Блаунт усули билан махсус тайёрланган шиналарга (иккала оёкни тик ҳолда осиб) қўйиб икки ҳафта давомида даволаш лозим.



*Расм - 144. Сон суягининг диафиздан синганда чақалоқларда Блаунт услуби билан лейкопластир ёрдамида тортиб даволаш; ўнгда – 3 ёшгача болаларда Шеде услуби.*

Бунинг учун беморни тахта сўрига ётқизиб, оёқлари клеол ёки ёпишқоқ тасма ёрдамида тик ҳолда тортилади. Тортишдан олдин албатта синган соҳа 0,5% новакаин эритмаси билан оғриксизлантирилади. Сўнгра синган юзадан 2-3 см юқоридан клейли ёки ёпишқоқ тасма ёрдамида тортилади. Товон остига туртбурчак шаклда тахтача қўйиб ундан юк учун ип ўтказилади.



*Расм – 145. 5-7 ёшлиларда сон суяги диафиздан синиқларни скелет тортмада тортиб даволаш.*

Клеол ёки ёпишқоқ тасма маҳкам ушлаши учун устидан бинт ўралади. Юк осилувчи иплар блоklar орасидан ўтказилиб, 2-3 кг тош осилади.

**Сон суяги диафизар синикларини тавондан тортиб даволаш.** Болалар сон суяги диафиза синикларини ёпишқоқ тасма ёрдамида Шеда усули билан боланинг 3 ёшга тўлгунича, 2-3 кг юк билан тортиб даволаш мумкин. 3 кгдан кўп юк қўйилса липкопластир теридан ажралиб, тойиб бошлайди. Шунинг учун 4 ёшли болаларда боланинг товон суягидан спица (кегай) ўтказилиб, уни ЦИТО (центральный институт травматологии, ортопедии-нинг бош ҳарфлари, Москва ш.) ярим халқада —ёйда-таранглаб, оёққа худди Шеде услубидек тик ҳолат бериб даволанади. Тортиш юки 4 кг қўйиш мумкин. Товондан тортиб даволаш услубини мушаклари яхши ривожланган 3,5 ёшли болада, мушаклари кучсиз 5 ёшга етиб қолган болаларда ҳам қўллаш мумкин.



*Расм - 146. 4-5 ёшлиларда сон суяги диафизар синигини товондан скелет тортма қўйиб тортиб даволаш.*

**Болқон рамаси ва болдиртутқичда скелет тортмаси қўйиб даволаш.** Бу услуб сон суяги диафиза синикларини даволашда оёққа вертикал ҳолат бериб (3,4, 4,5 ёшгача) даволашдан, оёқни функционал шинада жойлаштириб скелет тортишда даволашга ўтишдаги босқич даволаш услубидир.



*Расм - 147. 5-7 ёшлиларда сон суяги диафизар синигини Болқон рамасида болдир тутқичлар ёрдамида ва скелетдан тортиб даволаш.*

Бу услубда скелетдан тортувчи куч сонга вертикал ҳолат бериб тортади. Услуб тиззада 90° букланиб, болдир матодан тикиб тайёрланган болдиртутқичга жойлаштирилиб, Болқон ярим ороли врач-олими киритган, кроватга махкамланувчи аслаҳа-рама воситасида бажарилади (расм-147).

Скелет тортма учун кегай соннинг қуйи метафизидан, ўсиш зонаси-тоғай қатламдан юкоридан ўтказилади. У ёйда тарангланиб, Болқон рамасидаги блоклардан ип ўтказилиб, 4-5-6 кг юк билан тортилади. Шу тортилаётган оёқнинг бўксаси горизонтал юзадан кўтарилиб туриши мезон ҳисобланади.

Болқон рамаси ва болдиртутқич мосламаларда тортиб даволаш 5-7 ёшли беморларда қўлланилади.

**Сон суяги диафизи синиқларини Белер функционал шинасида скелет тортма қўйиб даволаш.** Белер шинасига функционал шина деб сифат берилиши – бу шинага оёқ жойлаштирилганда оёқ чанок-сон бўғимида 40° букланган, тизза бўғимида 40° букланган ҳолатда жойлашади.

Оёқнинг шу бўғимларда 40° бурчак ҳосил қилиб жойлашуви шу бўғимлар ва сон, болдир мушакларининг мувозанатли туришини таъминлайди.

Скелет тортмаси қўйиш учун спица (кегай) болдирнинг tuberositas tibiae - туберозитас тибиа остидан, ундан 2 см чуқурда, тизза бўғимидан 4-5 см пастда кўндаланг йўналишда ўтказилади. Оғриксизлантириш синиқ жойини 0,5%- 15-20,0 новакаин эритмаси билан, кегай ўтиш жойини ҳам маҳаллий оғриксизлантирилиб бажарилади.

Боланинг ёши, мушакларининг ривожланишига қараб 5-7 кг юк билан тортилади. Суяк ўқи бўйича тортиш синиқ бўлақларининг бўйича силжишларини тўғрилайди. Ёнбошга силжишларни шу соҳа мушакларининг таранглик босим кучи тўғрилайди.

Скелет тортмада даволаш муддати 7 ёшгача 3-4 ҳафта, 7 ёшдан катта болалар учун 5-6 ҳафта бўлади.



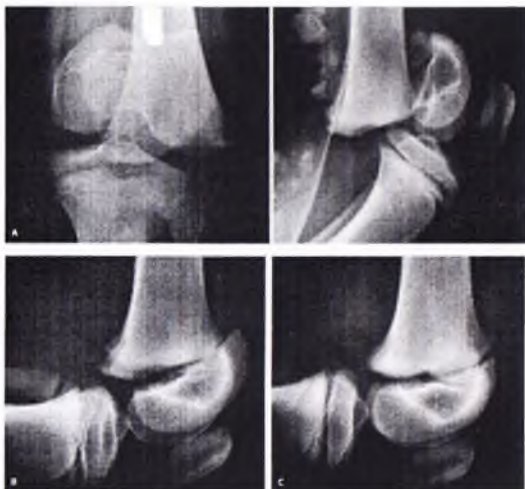
Назорат рентген тасвирларни ўрганиб, скелет тортмадан ечилиб, гипс боғламаси кўйилади. Гипс боғама чанок-сон бўғамини, тизза, болдир-ошик бўғимларини ҳаракатсизлантиради.

*Расм- 148. 14 яшар болада сон суяги диафизининг синиги. Интрамедулляр блокловчи остеосинтез бажарилган (John A.*

*Herring, MD, 2014-дан)*

### **Сон суягининг пастки эпиметафизининг синиши**

Сон суяги тизза бўғимига яқин жойидан синиш эпифизеолиз, остеоэпифизеолиз кўринишида рўй беради. Бу синиқлар тиззани тик қилиш, тик қилиб яна таъсир кучи давом этиб зўриққанда ҳосил бўлади.



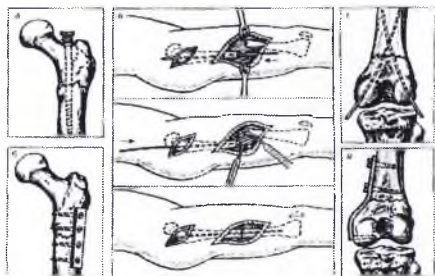
*Расм - 149. Бемор А., 12 ёш, сон суягининг дистал эпифизеолизи ва жойига тўғрилланган. Рентген тасвирлар. (Hamlet A. Peterson, 2007 - дан).*

Клиник кўришда шиш, оғриқ, пассив ҳолат, тиззада оғриқ сабабли ҳаракат ўта чегараланган. Рентгентасвирда дистал эпифизнинг ўсиш тоғай қатламидан силжигани, марказий бўлак тизза тақими-орка томон хавfli силжигани кўринади.

Остеоэпифизеолизда метафизнинг ҳам бир чети синади.

**Даволаш.** Умумий оғриқсизлантириш қилиб, қўл билан суяк узун ўқи бўйича тортиб, ёнга силжишларини бармоқ билан босиб, жойига итариб репозиция қилинади. Репозиция вақти оёқ тиззада букланади. Оёққа яримбукланган ҳолат берилиб циркулар гипс боғлама қўйилади. Гипсда саклаш муддати 4 ҳафта. Оёққа босишга рухсат берувчи муддат 6-8 ҳафта.

**Операция услуби билан даволаш.** Операция методи билан даволашга кўрсатмалар: беморнинг вақтни ўтказиб, кеч муружаат қилиши; Скелет тортма билан даволашда синиқ бўлаklarининг жойига тўғри бормаслиги (интерпозиция борлиги), тизза бўғимга яқин синиқлар-эпифизеолиз, остеопизеолизларда марказий синиқ бўлаги охири тизза орқасидан ўтувчи қон томир, нервларга босим бериш белгилари аниқланганда қўйилади.



*Расм - 150 Сон суяги синиқларини операция усулида даволаш (схема)- суяк усти остеосинтези, интрамедуллар остеосинтез ва кегайлар билан остеосинтез*

**Операция техникаси.** Умумий оғриқсизлантириш билан бажарилади. Сон диафизининг юқори, ўрта қисмида тери ташқи юза томондан кесилади. Фасция кесилади. Мушаклар ораси очилади. Синиқ жойи очилади. Гематома чиқариб юборилади. Синиқ юзалари қириб тозаланади. Синиқ бўлаklари бир-бирига тўғриланади. Улар кегайлар билан вақтинча маҳкамланади. Пластини қўйилиб, ҳар

кайси бўлакка 3 тадан шуруп билан маҳкамланади. Юмшок тўқималар қаватли-қават тикилади. Спиртли боғлам қўйилади.

### **Болаларда сон суяги синикларининг асоратларини даволаш**

Сон суяги диафиз қисмида синик бўлаклари бир-бирига бурчак хосил қилиб битган бўлиши мумкин. Бурчак 10-15° дан кўп бўлса, операция методи билан даволанади. Сон суяги пастки эпиметафизидаги ўсиш тоғай қатлами фаоллиги 70% га тенг. Эпифизеолиз, остеоэпифизеолиздан кейин ўсиш тоғай қатлами ўсмай қолса сон суяги ўсишдан орқада қолиб, калталик кузатилади. Калталик операция методи билан, суяк остеотомия қилиниб, аппаратда узайтириб даволанади (Расм-151,152,153). Ўсиш тоғай қатлами функцияси бузилишидан сўнг оёқ ўқи бузилиб, тиззанинг валгусли ёки варусли қийшиқлиги ривожланади. Бу асорат хирургик йўл билан, метофизда Репке бўйича остеотомия қилиниб, 4-5 та спицалар билан маҳкамланиб, чанок-сон гипс боғлама қўйиб, даволанади.



*Расм – 151 сон суяги калталиги, сон суяги остеомиелити сабабли чақалоқлик пайти сон суяги дистал ўсиш зонаси функцияси бузилган.*



*Расм - 152. 151-расм давоми. Сон суяги калталиги, рентген тасвирда дистал ўсиш зонаси ётилган*



Расм – 153.152 –расм давоми. Сон суюгини остеотомия қилиб Илизаров аппарати ёрдамида узайтириш



Расм - 154. Сон суюги дистал ўсиш зонаси фаолияти бузилганлиги сабабли genu valgum - гену валгум- оёқнинг тиззада валгусли қийшиқлиги. Фото - ўнг тиззада genu valgum. Рентген тасвири. Ренке бўйича остеотомия операциясидан кейин, 5 та спицалар билан фиксация қилинган.



## 9 БОБ ТИЗЗА БЎҒИМИ ШИКАСТЛАРИ

### Тизза бўғими лати

Тизза бўғми лати тиззанинг урилишидан пайдо бўлади. Бу шикаст бўғим ичига қон қуйилиши, юмшоқ тўқималарнинг латланиши билан кечади. Беморни оғриқ безовта қилади. Шиш борлиги учун тизза ўз шаклидан ўзгариб, рельефи бузилади. Териди тирналиш, сидирилиш бўлиши мумкин. Тизза қопқоғи аста босиб кўрилганда унинг ботиб яна кўтарилиши аниқланади. Бу тизза бўғими ичида суюқлик (қон, синовиал суюқлик) кўпайганлигининг белгисидир рентгентавирда, МСКТ текширувида суяк тўқимаси безарарлиги топилади. Бу тизза бўғими лати эканлигини исботлайди.

**Даволаш.** Тери спирт, ёд билан артилиб, тизза қопқоғи ташқи-юқори ости томонга укол қилиниб, 0,5%-15-20 мл новокаин эритмаси юборилади. Тизза бўғими ичидаги қон сўриб олинади. Спирт боғлам қўйилиб, оёқ панжаларидан соннинг юқори қисмигача орқа гипс лонгета қўйилади. 10-12 кундан сўнг гипс лонгета ечилиб, ванна, даволаш гимнастикаси ўтказилади.

### Тизза қопқоғи (Patella) синиши

Тизза қопқоғи синиши тиззага урилиб йиқилиш, ёки пателлага келиб бирикувчи соннинг тўрт бошли мускулининг кучли қисқариши сабабли бўлади.



Расм-155. Тизза қопқоғи синиши, рентгентавирда катта силжши борлиги кўриняпти.

Клиник кўрикда оғриқ, шиш, тиззада буклаш оғриқни кучайтиради, палпацияда синик бўлақлари, уларнинг бир-биридан кочиб туриши, диастаз борлиги аниқланади.

Рентгентасвирнинг ёнбош проекциясида, айниқса синик, бўлаklarининг ҳолати кўринади (155-расм).

**Даволаш.** Суяк бўлаklари силжимаган беморларда оёқ орқа гипс лонгетада иммобилизация қилинади. 1-2 кун совуқ (муз) қўйилади. 5-6 кундан гипс лонгета ичида мушакларни қисқартириб, бўш қилиш машқи ўргатилади. 3-4 ҳафта ўтгач юришга руҳсат берилади.

Тизза қопқоғининг синик бўлаklари силжиган беморларда даволаш операция қилиб олиб борилади. Операция қилиш техникаси. Тери Текстор методи бўйича кесилади. Ички кондилусдан бошлаб, тизза қопқоғи пастидан ўтиб, ташқи кондилусгача кесилади. Бу кесимда синик жойи кенг очилади. Тизза қопқоғи икки ёнидаги апоневрозлар йиртиқларини ҳам тикиш қулай бўлади. Гематома тозалаб олинади. Синик бўлаklари юзалари тирнаб тозаланади. Бўлаklар тўғирланади.



*Расм - 156. Тизза қопқоғи синиқларини операция қилиб даволаш, тикиш техникаси. (John A.Herring, MD, 2018 - дан).*

Тизза қопқоғи четидан унинг шаклини такрорловчи доирасимон, ўраб олувчи, қисувчи чок қўйилади (русча: киссетный шов). Апоневроз йиртиқлари тикилади. Суяк усти пардаси, пай-апоневроз тўқималар тикилади, тери тикилади. Тиззага тўғри ҳолат берилиб, орқа гипс лонгета қўйилади. Гипсда ушлаш муддати 5-6 ҳафта. Ечилгач калий ёд новокаинли электрофорез, даволаш машқлари ўтказилади. Думба, сон мушакларига массаж буюрилади.

### Тизза қопқоғининг ёнбошга чиқиши

Тизза қопқоғининг ташқи юза томонга травмадан сўнг силжиши тизза қопқоғи ички томондан бойлам апоневрозларнинг йиртилиши билан кечади. Оғриқ, шиш, палпацияда пателла-нинг латерал томонга силжиши аниқланади.

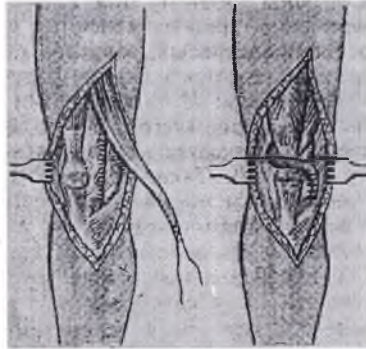


Расм – 157. Чап тизза қопқоғининг латерал томонга чиқиши.

Новокаин эритмаси (0,5%-20 мл) билан оғриқсизлантириб, гемартроз сўриб олинади. Аксиал проекцияда рентгенограмма қилинади, шунда пателла-нинг силжигани кўринади.

Тизза қопқоғининг латерал чиқишини солиш учун оёқ чаноқ-сон бўғимда  $90^\circ$  букланади, тизза бўғимида очилади. Бу ҳолатда сон мускуллари бўшашади, жойига солиш енгил бўлади. 3 ҳафтага оёққа орқа гипс боғлама қўйилади. Кунлик кузатув пайтлари шиш пасайганда, лонгета қисиб бойлаб борилади.

Бу травматик чиқишлар қайталанса, операция қилиб, тизза қопқоғининг медиал ёнидаги бойлам-апоневрозлар тикилади.



*Расм - 158 тизза қопқогининг эски чиқишида ва туғма чиқишида А. Ф.Краснов операцияси.*

**Болдир суягининг бұғим юзаси бұртма қисми –eminensia intercondylaris ажралиши (тибианинг эминентсиа интеркондиларис) синиши**

Болалардаги бу синиқ катталарда кузатиладиган тизза ичи бойламлари лигаментум крусиатум- ligamentum crusiatum anterior, posterior узилишининг эквиваленти сифатида келади. Травма механизми бұлиб болдирнинг ичкарига бурилиши, илкисдан тиззанинг тик ҳолда зўриқиши ҳисобланади. Бу синиқ бұғим ичи синигидир.



*Расм - 159. Болдир суягининг бұғим юзаси бұртма қисми ажралиши тибанинг eminensia intercondylaris синиши схема(проф.Г.М.Тер-Егазаров,1983-дан)*

Клиник белгилари.Бемор тизза бұғимидаги оғриққа, тизза шишига,ҳаракат кучли оғриққа сабаб бұлишига, оёқни босиб юролмасликка шикоят қилади. Тиззани ушлаб кўрганда (палпацияда) тизза бұшлиғида суюклик тўпланганлиги аниқланади.

Тизза ёнбош бойламлари бутунлиги текширилганда уларнинг шикаст олмаганлиги билинади. Болдирнинг олдинга патологик силжиши борлигини аниқлаш мақсадида текширишни бажариш, болаларда тавсия қилинмайди. Акс ҳолда у текширув синиқ бўлаги силжишини кўпайтириши хавфи бор.

Диагноз қўйишда ёнбош (профил) проекциядаги рентгентавир, олд (фас) проекциядаги рентгентавир аҳамиятлидир. Силжиган синиқлар операция қилиб даволанади.

**Операция қилиш техникаси.** Тери тизза копкоғи ички ёнidan, перипателляр кесиш билан бўғим очилади. Синиқ юзалари тозаланиб, жойига қўйилади. Катта болдир метафизиди синиқ бўлагида канал ясалиб, ундан ипак ип ўтказилиб “П” шаклида тикилади. Тери тикилади, спиртли боғлам қўйилади. Оёқ-панжадан соннинг юқорисигача орқа гипс боғлами қўйилади. Тизза 20<sup>0</sup> гача букланади. Гипс ечилгач новакаин калий ёдди электрофорез, УВЧ, даволаш гимнастикаси тавсия этилади.



Расм – 160. Катталарда олдинги *ligamentum cruciatum* узлишини эминенсия интеркондиларис синишини операция қилгандай бажариб даволаш (В.Д. Чаклин-дан).

## 10 БОБ БОЛДИР СУЯКЛАРИНИНГ СИНИҚЛАРИ

Болдир суякларининг синиқлари болалардаги барча суяк синиқларининг 1/5 қисмини ташкил этади. Юқоридан тушиб йиқилиш (дарахт, девордан), велосипед ҳайдаб йиқилиш, оғир вазнли жисм босиб қолиши, автомобил ҳаракати билан боғлиқ сабаблар травма механизми ҳисобланади. Битта катта болдир суяги синиқлари энг кўп (80%) учрайди, кейин болдирнинг иккала суяклари синиқлари (17%), ва кичик болдир суяги, тўпиклар синиқлари кузатилади.

Синиқ чизиклари йўналиши хилма-хил бўлиб, энг кўп қийшиқ чизикли йўналишдаги ва сипралсимон (61%) характердаги синиқлар учрайди. Кўндаланг, парчаланган, субпериостал, эпифизелиз, остеоэпифизеолиз кўринишида синиқлар бўлади.

Қийшиқ, сипралсимон синиқлар оёққа босиб турилганда ва у ердан узилмай тана бурилганда, болдир буралишидан синади. Эластиклиги, эгилувчанлиги баландроқ бўлган кичик болдир суяги қийшиқ, спиралсимон синади. Иккала суяклар ҳам синганда катта болдир суягида синиқ ўрта-пастки, пастки қисмида, кичик болдир суягининг юқори қисмида жойлашади. 6 ёшгача болаларда болдир суягининг ўрта қисмида субпериостал (суяк уст пардаси остида) синиқлар учрайди. Уларда метафиз қисмида сиқилган (компрессия бўлган) синиқлар ҳам кузатилади. Эпифизеолиз, эпифизнинг синиқлари 10 ёшдан катта болаларда бўлади.

### **Катта-болдир суягининг юқори эпифизининг эпифизеолизи**

Болаларда бу синиқ кам учрайди. У ташқи таъсир кучи тўғри таъсир этса, ёки шу қисми эгувчи куч таъсири натижасидир. Тизза бўғими шундай пасткида шиш, деформация, оғриқ, тиззада ҳаракат чекланиши аниқланади. Рентгентавирда эпифизнинг орқага, ёки олдинга силжиши кўринади. Эпифизнинг орқага силжиганида синиқни тўғирлаш тиззани буклаб (90<sup>0</sup> гача) амалга оширилади. Шу букланган ҳолатда гипс лонгета қўйилади. Эпифизнинг олдинга

силжиганида, бунда соннинг тўрт бошли мушаги таранг ҳолга келади, синикни тўғрилаш тиззани очиб, тўғри ҳолда тортиб, бармоқлар билан жойига қўйилади. Шу тизза очилган, оёқнинг тиззада тўғри ҳолатида гипс лонгети қўйилади. Бу эпифизолизларнинг битиш муддати 4-6 ҳафтадир.



*Расм - 161. 11 ёшли болада болдир суяги юқори остеоэпифизолизи. Ёнбош проекцияда насткни бўлак орқага силжиб турибди. (Hamlet A.Peterson, 2007 - дан).*

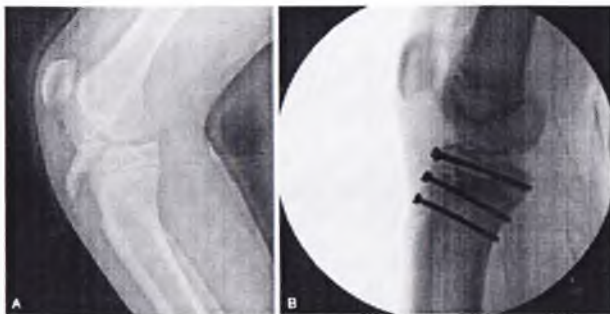
### **Катта болдир суягининг юқори эпифизи - *tuberositas tibia* синиши**

Бу синиклар кўп учрамайди. У сон тўртбошли мускулининг ҳаддан ошиқ қисқарганда *tuberositas tibia*-ни ўсиш тоғай қатламидан узиб олади. Бунда шу соҳада шиш, оғриқ, букланган тиззани узата олмаслик каби белгилар аниқланади. Рентгентасвирнинг ён (профил) кўринишида *tuberositas tibia* -нинг тилга ўхшаб кўтарилишини кўрамайди.



*Расм - 162. Бемор 15 ёшда: tuberositas tibia - туберозитас тибиа ва тибиа юқори эпифизи синиклари. (Hamlet A.Peterson, 2007 - дан)*

**Даволаш.** 2 мм гача силжишда 3-4 ҳафтага гипс боғлама қўйиши кифоя бўлади. Катта силжишларда операцияга қилиб, синик бўлаги тикилади, ёки сим кегайлар, шуруплар билан маҳкам қилиб қўйилади.



*Расм - 163. Болдир суягининг tuberositas tibia синиши ва уни операция қилиб, 3та шуруп билан фиксациялаб даволаш. (John A.Herring, MD, 2018 -дан).*

### **Болдир суякларининг юқори метафизи синиклари**

Болдирнинг юқори қисмига урилиш, ёки суякни эгувчи куч шу метафиз соҳага тўғри келса синик ҳосил бўлади. Синик кўндаланг йўналишли бўлиб, баъзан пастки ингичка бўлакнинг юқори кенгрок бўлакка суқилиб кириши тарзида қўринади. Оғрик, шиш, авайлаш каби клиник белгилар билан намоён бўлади.



*Расм - 164. Катта болдир суягининг метафизи синиги.*

Рентгентасвир диагнозни тасдиқлайди.

**Даволаш.** Силжиши йўқ беморларда орқа гипс лонгета 3 ҳафтага қўйилади. Силжиши бор пайтларда у қўл репозицияси методи билан тўғриланиб, оёқ-панжадан сон юқори қисмигача орқа гипс лонгета қўйилади.

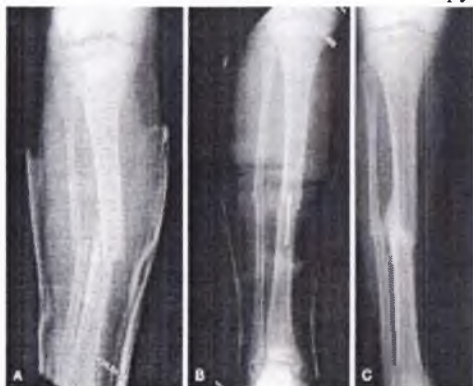


Бирок, гипсни ечиб, вақтлар ўтиши билан болада болдирнинг валгусли қийшиқлик ривожланади.

У суяк булақларининг узунасига қочиши, ёки травма сабаб юкори ўсиш тоғай қатлами фаолияти кучайиши сабабли рўй беради, деган тушунтиришлар бор. Кейинчалик бундай деформацияни тузатиш учун операция қилишга тўғри келиши мумкин.

### Болдир суяқларининг диафиз қисмлари синиқлари

3-4 ёшгача суякустпардаси ости, субпериостал, қийшиқ синиқлар учрайди. Оғрик безовта қилади, катта шиш кузатилмайди. Бола оёққа босолмайди. Рентген текширув аниқлик киритади.



*Расм - 165. Болдир суяқларининг диафизи синиқлари. Репозиция, перкутан остеосинтез, гипс боғлама билан даволаш. (John A.Herring MD, 2018 -дан).*

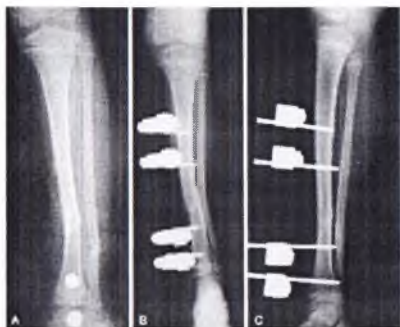
Даволаш орқа гипс лонгета қўйиб бажарилади



*Расм - 166. Орқа гипс лонгета қўйиш техникаси.*

5-8 ёшли болаларда қийшиқ, кўндаланг синиқлар силжиб келса, оғриксизлантириб, функционал шинада (Белер шинасида) товондан ўтказилган сим спица (кегай)ни ёйда таранг тортиб, скелет тортмада даволанади. Катта ёшли болаларда ўсмирларда скелет тормаши 3-4 кун қўйилиб,

шишлар камайгач, операцияга тайёрланиб, илизаров аппарати қўйиб, даволанади.



*Расм – 167. Болдир суяклари синиқларини стерженли аппарат ёрдамида даволаш. (John A.Herrig MD, 2018 - дан).*

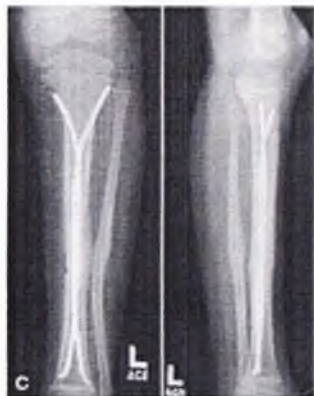
Илизаров аппарати қўйиш техникаси. Бу даволаш услуби компрессия-дистракция остеосинтези дейилади. Операция кичик ёшлиларда умумий оғриксизлантириш билан, ўсмирларда орқа-мия оғриксизлантириш билан бажарилади. Бола оёғи ортопедик махсус столда бўйламасига тортилиб, ён силжишлар қўл билан тўғриланади. Назорат рентген текширувда ишонч ҳосил қилинади. Юқори бўлакдан 2 та халқа, пастки бўлакдан 2 халқа қўйиш учун, болдирдан ўтувчи катта қон томрилари, нерв томирларини эътиборга олиб суякдан унинг ўқиға кўндаланг спицалар (сим кегайлар) ўтказилади. Улар Илизаров аппарати халқаларида таранг тортилади. Халқалар бир-бири билан туташтирилади, маҳкамланади.

2-3 кун ўтиб бемор амбулатория шароитида кузатиб даволаш учун уйига жавоб берилади, қўлтиқтаёқ ёрдамида юриб туриш тавсия этилади. Диафизар синиқлар 1,5-2,0 ойда битади..

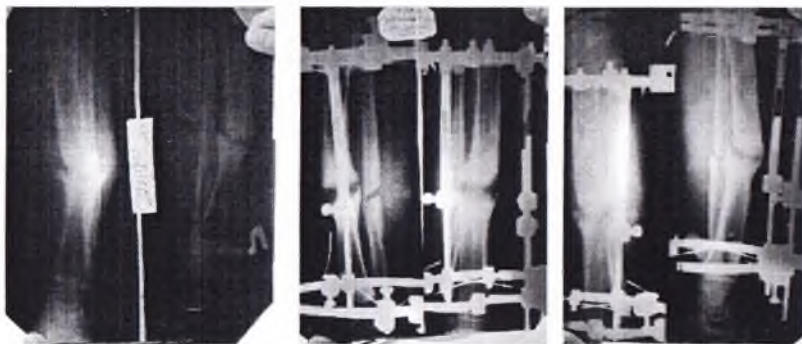


*Расм – 168. Болдир суяқларининг пастки қисми синиши, силжиси бор (а). Илизаров аппаратида даволаш. Рентген тасвирлар.*

Болдининг диафиз қисми синикларини даволашда нотўғри битишлар ва битмай қолиш, сохта бўғим кузатилиши мумкун. Булар суяк синикларини даволаш тамойилларининг бажарилмаслиги сабабли ривожланади: гипс боғламада динамик кузатиш бўлмаслиги, гипс боғламани эрта, қисқа муддатда ечиб олиш, ва эрта оёққа босиб юриб кетиш, табибда даволаниш кабилар.



*Расм – 169. Болдир суяқлари диафизар синикларини интрамедулляр ингичка фиксаторлар воситасида даволаш. (John A. Herring, MD, 2018 - дан).*



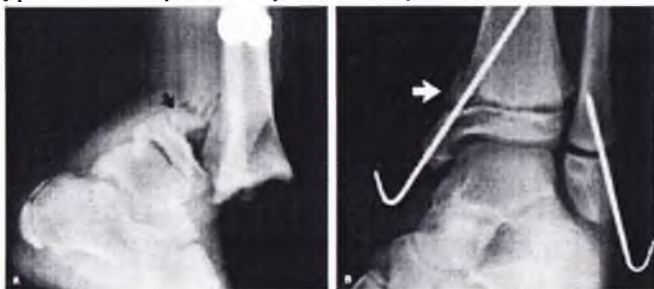
*Расм - 170. Ўғил бола 9 ёшда. Рентген тасвирда катта болдир суягининг сохта бўғими. Операция йўли билан даволаш: кичик болдир суяги остеотомияси ва ёпиқ усулда Илизаров аппарати қўлланган.*

*Суяк ўқи тўғри, сохта бўғим битаяпти.*

## Катта болдир суяги дистал охири эпифизолизи

Бу синикнинг моҳияти катта болдир дистал (пастки) ўсиш тоғай қатлами бўйлаб эпифизнинг ажралиши, силжишидир. Худди бошқа эпифизолизлар каби бу синиклар ҳам 10 ёш ва ундан ёшли болаларда учрайди. Синик асосан оёқ панжасининг бурилиб ташқи юза қисмига босилиши, ёки ички юзага босилиши, ҳаддидан ошган буклаш (flexio), ёки бўғимни очиш (extensio), ва таъсир кучларнинг ротация билан бирга келиши сабабли пайдо бўлади. Яъни билвосита травма механизми сабаблидир. Болдирга тўғри таъсир этувчи ташқи таъсир кучи-автомобил туртиши, оғир жисм босиши, футбол ўйинида зарб олиши ҳам бу синикларга олиб келади.

**Клиник белгилари.** Оғриқ, шиш, оёққа босиш имкони йўқ. Оғриқ ички тўпик, бўғим олди, Ахилла пайи ёнларида, синик чизиғи соҳасида бўлади. Шиш 12-24 соатдан сўнг болдир пастки қисмига болдир ўртасигача тарқалиб, кучайиши мумкин.



Расм - 171. 12 ёшли беморда катта болдир дистал эпифизолизи. (Hamlet A. Peterson, 2007 - дан). Ўнгда синик тўғриланиб, спицалар билан фиксация қилинган.

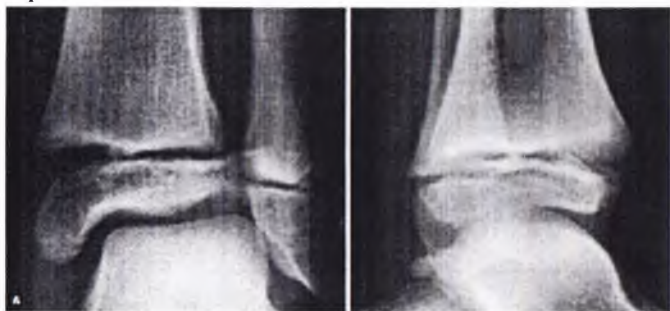
**Рентген диагностика.** Болдирнинг дистал эпифизи 1,5-2 ёшлиларда суякланиб бошлайди. У нуқта рентгенда ўртада эмас, медиал томонда кўринади. 5-6 ёшгача шу эксцентр ҳолат сақланади. 7-12 ёшлиларда ички тўпик соҳасида баъзан қўшимча суякланиш нуқтаси рентгенда кўринади. У os paratibiale – ос паратибиале дейилади. 9-13 ёшлиларда ички тўпик учида суякланиш нуқтаси

рентгенда кўринади ва кўп ўтмай эпифиз билан қўшилиб кетади. Баъзида шу суякланиш нуқтасини синик деб, нотўғри хулосага келиш мумкин. Қизларда 12 ёшда, ўғил болаларда 14 ёшда болдирнинг дистал эпифизи рентгенда шаклланиб бўлади.

### Эпифизеолизнинг рентгентасвирдаги белгилари:

1. Эпифизнинг силжиши. Ёнга силжиш, бурчакли силжиш. Силжиш ўлчамига кўра 0,5 см гача, бурчак  $5^{\circ}$ ; 1см гача, бурчак  $10^{\circ}$  гача, 1 смдан кўп,  $10^{\circ}$  дан кўп бурчакли силжишлар фарқланиб ўрганилади.

2. Метафиз эпифиз ўртасидаги ёрикнинг “қуш” тумшуғи каби очилиш ренгтен белгиси.



Расм - 172 Катта болдир суягининг дистал эпифизеолизи. Очилган қуш тумшуғи белгиси. (Hamlet A. Peterson, 2007 - дан).

3. Ўсиш тоғай қатлами соясининг рентгенда кенгайиб кўриниши. Бунда ёнга силжишлар йўқ, кичик болдирда ҳам силжимаган синик бўлиши мумкин. Метафиздан суякча узилган бўлиши мумкин.

Эпифиздан бошланиб, метафиздан ўтувчи синик чизиги-силжимаган эпифизеолизнинг белгиси ҳисобланади.

**Даволаш.** Силжимаган эпифизеолизи бор беморлар 3-4 ҳафтага орқа гипс лонгета, шиш қайтгач тўлиқ гипс боғлам қўйиб даволанади. Силжиши бор беморлар умумий оғриксизлантириш билан қўл репозицияси методини қўллаб синик бўлаклари жойига қўйилиб, гипс

боғламида даволанади. Синиқ бўлаклари тўғрилангач паркутант услуб билан кегай (спица)лар ёрдамида маҳкамланади.



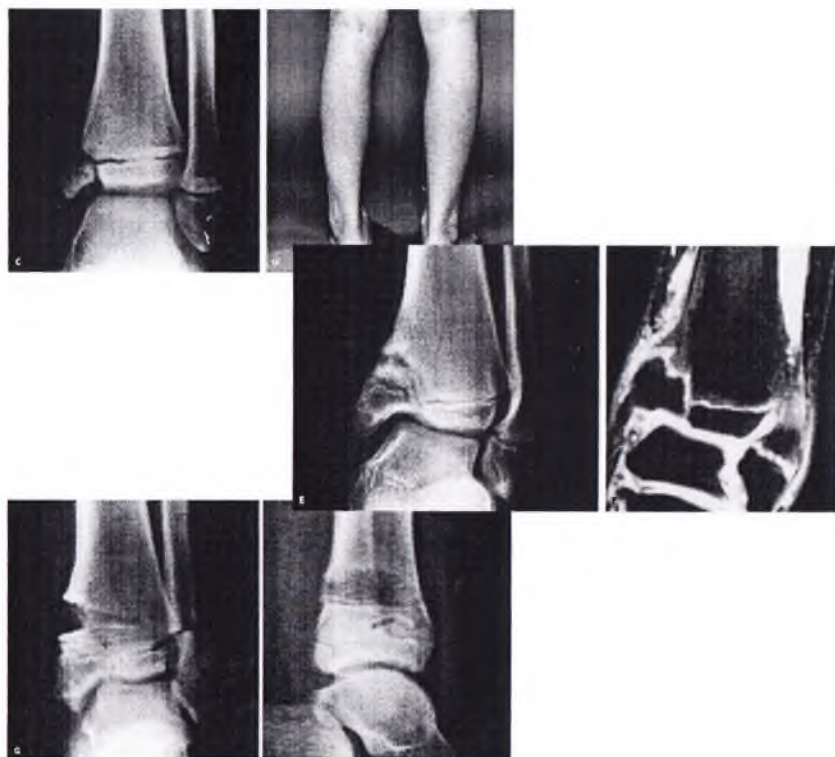
*Расм - 173. 10 ёшли болада катта болдир суягининг дистал метафиз синиғи ва дистал эпифизолизи:остеоэпифизолизи.Рентгенасвир ва КТ да кўриниши.Эпифиз силжиши минимал. (Hamlet A.Peterson,2007 - дан).*

Бу гипсда даволаш мобайнида юз бериши мумкин бўлган иккиламчи силжишнинг олдини олади. Операцияга кўрсатма деб, беморнинг кеч мурожаат қилиши, қўл репозициясининг бесамаралиғи, иккиламчи силжиш, нотўғри битиб бошлаган синиқлар хисобланади.

### **Болдир дистал метафизининг вертикал трансэпифизар синиғи**

Бу синиқ ички тўпик томонда метафизни вертикал ўтган синиқ чизигига эга бўлиб, синиқ чизиги эпифизни, ўсиш тоғай қатламни тик кесиб ўтиб, бўғимга киради. Одатда силжиш кузатилмайди.

Даволаш аввал орқа гипс лонгети билан, шиш қайтгач тўлиқ гипс боғламда олиб борилади. Гипсни сақлаш муддати 4-5 ҳафта. Ўсиш тоғай қатламининг синиши шу жойида ўсишнинг орқада қолишига сабаб бўлади. Бўғимда варусли қийшиқлик ривожланади. Варусли қийшиқлик операция қилиб даволанади. Болдирнинг дистал метафизида Репке усули бўйича остеотомия қилинади. Илизаров аппаратида қўшимча коррекция қилиниб, маҳкамланади.



*Расм - 174 Катта болдир суягининг дистал эпифизи медиал қисми вертикал синишидан кейинги варусли қийшиқлик. Ва уни оператив даволаш. (Hamlet A.Peterson,2007 - дан).*

### **Оёқ-панжа суяқларининг синиқлари**

Оёқ панжа суяқлари *ossa tarsalia*, *ossa metatarsalia*, *ossa digitorum pedis* ларга бўлинади. *Ossa tarsalia* товон суяги, ошиқ суяги, кайиксимон (*os naviculare*), 3 та понасимон (*ossa cuneiformia*) кубсимон (*os cuboideum*) суяқлардан иборат.

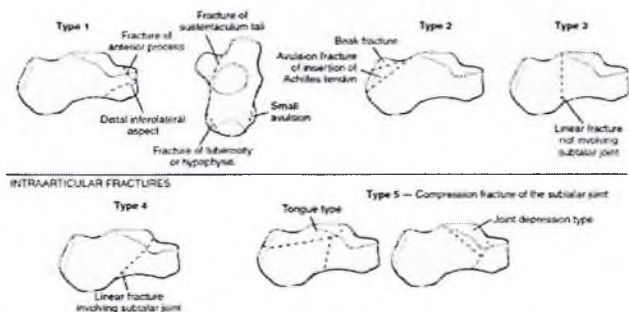
Метатарсус 5 та қафт суяқлари (ossa metatarsalia)дан иборат. Ossa digitorum pedis -оёқ бармоқларининг суяқларидан ташкил топган.

### Товон суяги синиклари

Товон суяги (calcaneus) оёқ таянчининг бош нуқтасида жойлашиб, одамда оёқ-панжа суяқларининг каттаси, мустаҳкам бўлиб, орқа томони йўғонлашган, узунчоқ шакл олган, оёқ бошқа суяқларига нисбатан 30-40<sup>0</sup> бурчак билан жойлашиб, ошиқ (талус) суяги остида, кубсимон суяк ортида жойлашиб, у ошиқ, кубсимон суяқлар билан бўғим юзалари орқали бирлашган. Товон суяги болдир суяқлари ва ошиқ, қайиқсимон, кубсимон суяқлар билан бойламлар воситасида мустаҳкам бирлашган.

Товон суяги синиклари болаларнинг баландликдан (дарахт, девор, этажли уй) оёққа таяниб йиқилишидан, сакрашидан пайдо бўлади.

Синик оғриқ билан, шиш, оёқни босаолмаслик, товон соҳа, Ахилл пайи ёнларида палпацияда оғриқ кучайиши, 2-3 кунлар қонталашлар, кўкариш билан кечади.



Расм - 175. Товон суяги синиқларининг классификацияси (John A. Herring, MD 2014 –дан).





*Расм - 176 Товон суяги,  
ошиқ суяги ва түпиқларнинг  
компьютер томографияси.*

**Рентген диагностика.** Товоннинг рентгентасвирини ўрганишда товон суяги апофизини: *tuber calcanei* - тубер калканеини (ахилл пайи бирлашган қисми) 7-9 ёшлар бир нечта нуқталардан суякланиб бошланишини, уларнинг 12-15 ёшли болаларда товон суяги танаси билан бирлашиб, бутунлик ҳосил қилишини билиш зарур. Бу суякланиш ядроларини шу вақт давомида синиқ белгиси деб, хато тушунчага бориш мумкин. Болаларда синиқ чизиғи товон суяги ўртасидан ўтади. Қисилиб синиши ҳам мумкин.

Белер бурчаги ўрганилади. Ошиқ-товон бўғимидан чизик тортилади, ва товон суяги орқа қисми (*tuber calcanei*) юқори чегарасидан чизик тортилади. Икки чизик бурчаги  $170-160^{\circ}$  бўлса норма (мўтадил) ҳисобланади.  $160-180^{\circ}$  бўлса товон суяги синган орқа қисми юқорига кўтарилган бўлиб, силжиганини кўрсатади. Бунда травма билан боғлиқ, ундан сўнгги ясси оёқлик келиб чиқиши эҳтимоли бор.

**Даволаш.** Силжиш кўринмаган синиқлар гипс боғлами қўйиб даволанади. Тулик ўровчи гипс боғлама қўйганда оёқ ости гумбазини кўтариб, оёқ шаклини айнан такрорловчи этиб, силлиқлаб қўйилади. 4 ҳафтадан кейин гипс ечилиб, ванна, парафин аппликация, массаж тавсия этилади. 3-6 муддатга оёқ ости гумбазини тўлдириб турувчи супинатор мосламадан фойдаланиш тавсия қилинади.



*Расм - 177. Ўсмир болада болдир-ошиқ бўғими, оёқпанжа суяклари рентген тасвири. Ошиқ суяги шакли ўзгарган. Ошиқ-қайиқсимон бўғимда сал силжиши бор.*

Товон суягининг силжиган синиқлари қўл билан репозиция қилиш методикаси билан даволанади. Қўл билан репозиция қилишда бемор орқаси билан ётқизилади. Оёқ чаноқ сон ва тизза бўғимларида  $90^{\circ}$  букланиб, сондан бош томонга, товондан тортиб, болдиросиқ бўғимида *extensio* бериб, сўнг товоннинг икки ёнидан кафтлар билан босиб, қисиб тўғриланади. Гипс боғлама ўша тиззага берилган  $90^{\circ}$  бурчак билан, ошиқ-болдир бўғимда  $100^{\circ}$  ларда тўлиқ ўровчи гипс боғлами тарзида қўйилади.

Болаларда товон суяги силжиган синиқларда шиш катта бўлса, терида сидирилиш, пуфакчали ўзгаришлар бўлса скелет тортмаси методи билан даволанади. Бунда спица (кегай) ахилл пай ёпишган бўлагидан, болдир ўкига кўндаланг ўтказилади. 3-4 кг юк қўйилади. 5-6 кундан сўнг шишлар қайтиб, тери ҳолати яхшилангач, синиқ бўлак тўғри жойлашгач, скелетдан ечиб, гипс боғлам қўйиб даволаш режалаштирилади. Ўсмирларда Илизаров аппарати қўйиб даволанади.

### **Оёқ кафт суяқларининг синиқлари**

Одам тик ҳолатда турганда тана оғирлиги оёқ кафт суяқлари ва товон суягига таянади. Оёқ ости гумбази борлиги, гумбазсимон тузилиши одам юришида, тез, чаққон, енгил юришида аҳамияти катта.

Оёқ кафт суяқлари синиқлари оёқ-панжа синиқлари қаторида кўп сонли бўлиб учраб, барча синиқларнинг ярмини ташкил этади. Бу синиқлар оёқ-панжанинг қаттиқ жисмга қаттиқ урилишидан, ёки оёқ-

панжа устига оғир нарса тушишидан, баландликдан шуларга таяниб йиқилишидан ҳосил бўлади. Оёқ қафт суяклари тери қопламаси йиртилиб синса очик синиклар бўлади, ёки ёпик синиклар кўринишида учрайди. Улар суяк бўлаклари силжимаган, силжиган синиклар бўлади. Оёқ қафт суяклари бошчаси, танаси, асоси синиклари фарқланиб, улар кўндаланг, қийшиқ, парчаланган ҳолда бўлаши мумкин.

**Клиник белгилари.** Кучли оғрик безовта қилади. Кучайиб борувчи шиш пайдо бўлади. Оёқни боса олмайди. Оёқни қафт юзаси томонидан қафт суяклари бошчасига бармоқ билан босганда, бармоқлардан ушлаб бўйига тортганда оғрик кучаяди. Болалар оёғида оғрик жойини аниқ кўрсата олмайди, рентген текшируви билан синик аниқланади. Рентген текширувида олд (фас) проекция, ён (профил) проекцияда ўрганилади.



Расм – 178. Давомига қаранг.



Расм - 178 давоми: 2,3,4,5 қафт суякларининг метаэпифизар синиклари, даволангач 4 – қафт суяги ўсишидан орқада қолган.  
(Hamlet A.Peterson, 2007 - дан).

Ён проекцияда кафт суяклари сояси бир-бирининг устига тушиб колмаслиги учун рентген тушириш жойи оёк-панжага озрок пронация (ичкарига буриш) ҳолати бериш керак.

**Даволаш.** Силжимаган синиклар, суяк кенглигининг  $\frac{1}{2}$  гача силжиган синиклар шифохонага ётқизмасдан, оғриқсизлантириб, гипс боғлама қўйиб даволанади. Гипс боғлама оёқ шаклини, оёқ аста гумбазли кўтарилганлигини такрорлаш, табиий формасини олиши зарур. 3-5 кун ўтгач, шиш қайтгач лонгета гипс ўраб олувчи тўлик гипс боғламга ўтказилади. 3-8 ёшли беморларда 3-4 ҳафта, у ёшдан катта болаларда 4-5 ҳафта давомида гипс боғламада иммобилизация қилинади.

Бурчакли силжиши бор, катта силжиши бор бемор болалар шифохонага ётқизилиб синик бўлаклари силжишлари қўл билан тўғрилаш методикаси билан жойига қўйилади.

Қўл билан тўғрилаш методикаси. Бу умумий оғриқсизлантириш билан бажарилади. Болдирнинг пастки қисмида босиб турилади. Бармоқдан бўйича тортилиб, тортиш давомида ён силжишларини босиб, тўғриланади. Гипс боғлама қўйилади. 15-18 кунлар ўтиб, тикка туришга, қўлтиқ таёқда юришга рухсат берилади. Гипсда юришнинг умумий муддати 6-8 ҳафта (бола ёшига қараб). Гипс ечилган оёқ ости гумбазини сақлаш учун махсус патак (супинатор) қўллаш тушунтирилади. Ундан фойдаланиш 6 ойдан кам бўлмаслиги шарт.

### **Оёқ бармоқ фаланга суякларининг синишлари**

Болаларда бу синиклар бармоқ бўйи бўйлаб таъсир этувчи кучдан сўнг, улар устига оғир жисм тушгач пайдо бўлиши мумкин.

Битта бармоқ фалангаси, бир нечта бармоқлар фалангаси суяклари синиклари кузатилиб, очик синиклар, ёпик синиклар, фаланга танаси, бўғим қисмлари синиклари кўринишида учрайдилар.

Фаланга суяги синиклари эпифизеолиз, остеоэпифизеолиз-ўсиш тоғай қатламидан ажралиши мумкин. Силжимаган, силжиган синиклар бўлади.

**Клиник кўриниши.** Фаланга суяги диафизининг синганда оғриқ, шиш, бармоқ фалангаларининг букиш, очиш функцияларини бажарилмаслик каби белгилар аниқланади. Эпифизеолиз руй

берганда синганлик хакида фикрга бориш учун бармоқ айланасини босганда оғриқ кучайишини эътиборга олинади. Бу белги лат ейишда намоён бўлмайди. Суяк бўлаклари силжиб келган эпифизолизи фаланга чиқишидан фарқлаш рентген текширувга асосланади.

Рентген текширувда баъзан 4-5 бармоқларда 2 тадан фаланга бўлишини, кўндаланг синиқ чизиғини бўғим тасвири деб ўйлаш мумкинлигини ҳисобга олиш керак.

**Даволаш.** Силжиши йўқ синиқли беморларда даволаш шифохонага ётқизмасдан, оёқ қафт юзасини, болдир орқа юзасини қоплайдиган орқа гипс лонгета қўйиб бажарилади. Гипсда сақлаш муддати 3-4 ҳафта. Суяк бўлаклари силжиган беморларда қўл билан репозиция қилинади. Оғриқсизлантириш жойли усул билан, Оберст Лукашевич бўйича ёки гематомага 0,5 %ли новакаин эритмаси киритилиб амалга оширилади.



Расм - 179. 5 бармоқ фалангаси эпифизолизи. Консерватив даволанган. (Hamlet A. Peterson, 2007 - дан).

Суяк синиқлари жойига қўйилгач яна такрор силжиган, силжишга мойил, тўғриланиб туриб қолмайдиган фаланга синиқларини операция методи билан даволанади. Синиқ бўлаклари ингичка спица (кегай) ёрдамида маҳкамланади. Операциядан кейин бола ёшига қараб, 3-4 ҳафта орқа гипс лонгета қўйилади. Гипс охирини бармоқлар учларидан 1,5-2 см чиқиб турадиган қилиб қўйилади. Бармоқлар спиртли боғлам билан ўралади. Ҳар куни 3% ёд эритмаси билан артилиб, асептик боғлам қўйилади.

## ФАННИ ЎЗЛАШТИРИШНИ НАЗОРAT ҚИЛУВЧИ ТЕСТЛАР

### Умумий

**1. Синикларни қўл билан бир йўла тўғрилашнинг асосий элементларини айтинг?**

- А.Оғриксизлантириш, тортиш, карама-карши тортиш, синикларни тўғрилаш, фиксация.
- Б.Оғриксизлантириш, пастки учликдан тортиш, жой-жойига қўйиш, фиксация.
- С.Узунасига тортиш, жой-жойига қўйиш ва фиксация.
- Д.Оғриксизлантириш, синик бўлақларини ёндан сиқиб фиксация қилиш.

**2. Қўлнинг нормал ўқи ўтувчи анатомик нуқталарни кўрсатинг?**

- А.Елка суяги боши маркази, билак суяк боши ва тирсак суяк боши.
- Б.Курак суягининг акромиял ўсиғи, тирсак ўсиғи ва тирсак суяк боши.
- С.Елка суяк боши, тирсак ўсиғи ва билак саягини дистал учи.
- Д.Елка суяги боши, ички медиал дўмбоқча ва тирсак боши.

**3. Суяк синиб силжиганда оёқ (ёки қўл)нинг қанақа узунлиги йўқалади?**

- А.Нисбий.
- Б.Проекцион.
- С.Ҳақиқий (анатомик).
- Д.Дислокацион.

**4. Бўғимларда операция турларини кўрсатинг?**

- А.Остеотомия.
- Б.Тенотомия.
- С.Артрорез, артропластика, артролиз.
- Д.Остеоклазия.

**5. Суякда қайси операциялар қилинади?**

- А.Тенорез.
- Б.Артропластика.
- С. Артролиз.

Д.Остеосинтез.

**6. Болаларда суякларда остида синиш билан лат ейишни қиёсий таққослаш ўтказилади?**

- А.Клиникасига қараб.
- Б.Пневмоартрограммага қараб.
- С.Бўғимни пункция қилиб.
- Д.Рентгенограммага қараб.

**7. Болаларда узун найсимон суяклар қандай қисмларга бўлинади?**

- А.Эпифиз, метафиз диафиз.
- Б.Метафиз, апофиз, диафиз.
- С.Метафиз,эпифиз, апофиз.
- Д.Эпифиз, диафиз, апофиз.

**8. Даволанмаган эпифизеозиз қандай асоратларга олиб келиши мумкин?**

- А.Суякнинг ўсишдан орқада қолишига.
- Б.Қўл ва оёқ ўқининг қийшайишига.
- С.Ҳар иккала ҳолатга (юқорида кўрсатилган).
- Д.Суяк тўқималарининг сўрилишига.

**9. Болаларда суяк синишларини оператив даволашда қайси усулни қўлламаслик маъқулроқ?**

- А.Очиқ остеосинтез.
- Б.Компрессион- дистракцион остеосинтез.
- С.Кегайлар билан остеосинтез.
- Д.Интрамедулляр металлоостеосинтез.

**10.Остеозпифизиозиз нима?**

- А.Эпифизнинг метафиз бир бўлаги билан биргаликда травматик ажралиши ва силжиши.
- Б.Эпифизнинг ўсувчи эпифизар тўғай чизиғи бўйича метафиздан травматик ажралиши ва силжиши.
- С.Метафизнинг синиши ва силжиши.
- Д.Суяк усти пардаси остидан синиши.

**11.Суяк синиғи белгиларидан энг ишончлиси:**

- А. Бўғим деформацияси

- Б.Синик жойида оғрик, конталаш
- С.Синик бўлақларининг патологик харакати
- Д.Қўл (оёқ)сегменти ўқи бузилиши.

**12. Болаларда суяккусти пардасиости синикларини юмшок тўкима латидан фарқлаш:**

- А.Сегмент ўқи бузилиши.
- Б.Суяк бўлақлари қисирлаши.
- С.Синган соҳада силжш.
- Д.Рентгентасвирда кортикал қават текислиги бузилиши.

**13. Қайси шикастда бугдой бошоғисимон бинтлаб боғланади:**

- А.Елка бўғимида.
- Б.Чанок – сон бўғимида.
- С.Тизза бўғимида.
- Д.Болдир – ошиқ бўғимида

**14. Қўл (оёқ) сегментининг ҳақиқий калталиги қайси шикастга хос:**

- А.Суяк диафизи синиғига.
- Б.Бўғимда чиқишга.
- С.Суяк пардаости синиғига.
- Д.Апофизеолизга.

**15. Травматик чиқишнинг энг ишончли симптоми:**

- А.Шиш.
- Б.Оғрик.
- С.Суяк бўлақларининг қисирлаши.
- Д.Пассив ҳаракатда пружинадек қаршилиқ сезилиши.

### **Ўмров, курак**

**16. Ўмров суягини туғруқ жараёнида силжимасдан синишини эҳтимолий белгилари?**

- А.Елка бўғими соҳасида гематома.
- Б.Суяк бўлақлари крепитасияси.
- С.Монопарез.
- Д.Йўргаклаганда безовталаниб йиғлаш.

**17. Чақалокларда ўмров суяги синишини даволаш?**



- А. Саккизсимон боғлам.
- Б. Кузминский шинаси.
- С. Қўлни танага боғлаб, Дезо боғламни қўйиш.
- Д. Смирнов – Вайнштейн гипс боғлами.

**18. Ұмров суяги синиғида қайси даволаш Иммобилизацияси қўлланилади:**

- А. Крамер шинаси.
- Б. Дезо боғлами.
- С. Гипс лонгета.
- Д. Буғдой бошоғисимон боғлам.

**19. Курак суяги синиғининг хос сабаби, механизми:**

- А. Курак ва елка камарига тўғри зарб.
- Б. Узатилган қўлга таяниб йиқилиш.
- С. Тирсакка таяниб йиқилиш.
- Д. Қоринга йиқилиш.

**20. Курак суяги синиғида Камоли симптоми:**

- А. Қўлни узатганда оғриқ.
- Б. Куракни умуртқага яқинлаштирганда оғриқ.
- С. Нафас олганда оғриқ кучайиши.
- Д. Курак чегараларида шиш, гематома.

**21. Курак суягининг силжимаган синиғини даволашда Иммобилизация, 10-14 кунга.**

- А. Дезо боғлами.
- Б. Орқа гипсли лонгета.
- С. 8- симон боғлама.
- Д. Торакко – брахиал гипсли боғлама.

### Елка суяги

**22. Болаларда елка суяги юқори қисмининг зарарланишининг энг кўп кўриниши?**

- А. Дўмбок усти.
- Б. Дўмбок орқали.
- С. Дўмбок ости.
- Д. Остеоэпифизолиз.

**23. Елка суяги дистал охири супракондиляр синиқларидан кейинги варусли қийшиқликнинг сабаби?**

- А. Ўсиш зонасининг зарарланиши.
- Б. Дистал синиқ бўлагининг ичкарига, аддуксион силжиши.
- С. Синиқ бўлақларининг флексион силжиши.
- Д. Синиқ бўлақларининг экстензион силжиши.

**24. Елка суягининг супра ва транскондиляр синишларидан кейин ўсиш даврида қандай асоратлар кузатилади?**

- А. Фолкман контрактураси.
- Б. Эрба параличи.
- С. Кубитус варус.
- Д. Кубитус валгус.

**25. Елка суяги транскондиляр силжимаган синиқларини даволаш:**

- А. Орқа гипс лонгета қўллаб.
- Б. Скелет тортмасида.
- С. Ташқи фиксация аппаратида.
- Д. Очик, остеосинтез, спицалар билан фиксация.

**26. Елка суяги проксимал охирида ўсиш зонасига ҳам зарарли синиқ:**

- А. Катта бўртиқ.
- Б. Кичик бўртиқ.
- С. Хирургик бўйинча.
- Д. Остеоэпифизеолиз.

**27. Мактаб ёшидаги болаларда елка суягининг қийшиқ, парчаланган синиқларида оптимал даво:**

- А. Репозиция, гипсли лонгета.
- Б. Репозиция, перкутан спицалар билан маҳкамлаш, гипс лонгета.
- С. Илизаров аппаратида.
- Д. Очик усулда: операция.

### **Тирсак бўғими соҳаси**

**28. Травматик чиқишнинг ишончли аломати?**

- А. Кучли оғрик, ҳаракатни бузилиши.

Б.Жарохатланган бўғимда деформация.

С.” Пружинасимон фиксация ”

Д.Мажбурий ҳолат.

**29.Болаларда қайси бўғим соҳасида суяк синиклари энг кўп учрайди?**

А.Елка бўғими соҳасида.

Б.Тирсак бўғими соҳасида.

С.Чанок –сон бўғими соҳасида.

Д.Тизза бўғими соҳасида.

**30.Билак суяги бошчасини тракцион ярим чиқиши қайси ёшда кўпроқ кузатилади?**

А.Бир ёшгача .

Б.1 ёшдан 3 ёшгача.

С.3 ёшдан 5 ёшгача.

Д.5 ёшдан 10 ёшгача.

**31.Бўғимда ёпик чиққанда қайси биринчи тиббий ёрдам берилади?**

А.Босиб турувчи, совутувчи боғлам.

Б.Иссиқ ҳосил қилувчи .

С.Транспортировка қилиш учун Иммобилизация боғлам

Д.Асептик боғлам.

**32.Елка суягининг ички эпикондилус синишида қайси нерв зарарланиши хавфи бор:**

А.Билак нерви – n.radialis

Б.Тирсак нерви – n.ulnaris

С.Ўрта нерв – n.medianus

Д.Мушак тери нерви – n.musculocutaneus

### Билак, бармоқ

**33.Билак суяклари синганда транспортировка қилишда иммобилизация:**

А.Томас шинаси.

Б.Дитерикс шинаси.

С.Фанер – шина, пластмасса шина.

Д.Пневматик шина.

**34. Бармоқнинг ўрта, асос фалангаси синигида, гипс лонгетага қандай ҳолат берилса тўғри:**

А.Максимал букланган.

Б.Максимал тикланган.

С.Ўрта физиологик ҳолат.

Д.Тирноқ бўғимида тик, ўрта асос фалангада букланган.

**35.Билак суяқларининг синиқларида операцияга иккиланмасдан кўрсатма:**

А.Билак суягининг кўндаланг тўлиқ силжиб синиши.

Б.Тирсак суягининг кўндаланг тўлиқ силжиб синиши.

С.Иккала суяқнинг синиши силжиш билан.

Д.Қон айланиши бузилиб билак суяқлари синиши.

**36.Билак суяқларининг пастки қисмида синиқларида даволаш иммобилизацияни тўғри қўйиш:**

А.Билак - қафт бўғимдан тирсак бўғимигача циркуляр гипс боғлама .

Б.Билак – қафт бўғимдан тирсак бўғимигача гипс боғлама.

С.Билак - қафт бўғимдан елка (humeri brachi) ўрта қисмигача гипс боғлама.

Д.Кафт – бармоқ бўғимлардан елканинг ўрта қисмигача гипс боғлама.

**37.Билакнинг травматик чиқишида эҳтимол қилинувчи травма механизми:**

А.Букилган тирсакка таяниб йиқилиш.

Б.Кафтга таяниб йиқилганда.

С.Билакка тўғри зарб бўлса.

Д.Кафт орқа юзасига таяниб йиқилса.

**38.Билак чиқишини бирламчи тўғри диагноз қўйиш учун зарурий текширув:**

А.Клиник

Б.Клиник, рентгенологик

С.УЗИ

Д.МСКТ

**39.Галеаций синиқ – чиқиши бу –**

А.Билакнинг чиқиши, тирсак ўсиғи (olecranon)нинг синиши

Б.Билак суягининг пастки қисми синиши, шу билакда тирсак суяги бошчаси чиқиши

С.Тирсак суяги синиши, билак суяги бошчаси чиқиши.

Д.Билак ва тирсак суякларининг метафизлардан синиши

**40. Тирсак ўсиғи (olecranon)нинг силжимаган синишида гипс лонгета тўғри қўйилиши:**

А.Тирсак бўғимда 45 градус буклаб

Б.Тирсак бўғимда 90 градус буклаб

С.Тирсак бўғимда 135 градус буклаб

Д.Тирсак бўғимда 180 градус да

**41. Монтеджи синиб чиқиши бу?**

А.Бир қўлда билак суякларининг чиқиб, иккинчисида уларнинг синиши.

Б.Панжа суягининг чиқиши ва билак суягининг ўрта учлигида синиши.

С.Тирсак бўғимида суякларнинг чиқиши ва билак суякларидан бирининг пастки учлигида синиши.

Д.Билак суяги бошчасининг чиқиши ва тирсак суягининг юқори ва ўрта учлиги чегарасида синиши.

### Сон

**42. Сон суяги синганда транспорт иммобилизация?**

А.Фанер шиналар қўйиш.

Б.Орқа қалин лонгета.

С.Дитерихс шинаси.

Д.Коксит боғлама.

**43. Гемартрозни давалаш:**

А.Оёқни гипсли лонгетада иммобилизациялаш.

Б.Пункция ва гемоллиз қонни олиш.

С.Бўғим пункцияси, гемолизланган қонни олиш, босиб турувчи боғлама қўйиш, гипсли лонгетада фиксация.

Д.Хирургик даволаш.

**44. 3-ёшгача бўлган болаларда сон суяги синганда қандай тери тортмасидан фойдаланилади?**

А.Юмашев усули.

Б.Шеде усули.

С.Баиров усули.

Д.Кохер усули.

**45. Болаларда сон суягининг бўйинчаси синушида қандай кечки асоратлар кузатилади?**

А.Кузатилмайди.

Б.Соха вага ва сон суяги бошчасининг асептик некрози.

С.Сохта бўғим.

Д.Остеохондропатия.

**46. Беморда соннинг пастки учлигида нерв қон томирлари жароҳатланиши билан бирга синуши бор. Тўғри таҳлил муолажани кўрсатинг?**

А.Катта болдир суяги дўмбоқчасидан тортиб осиб қўйиш.

Б.Илизаров аппаратини ёпиқ усулда қўйиш.

С.Оператив йўл билан синуқни тўғрилаш ва нерв, қон томирларини халос қилиш, тикиш

Д. Бир йўла тўғрилаш ва чаноқ-сан бўғимида гипсли боғлам қўйиш.

**47. Чақалоқларда сон суяги диафизи синуқларини даволаш:**

А.Гипс лонгетада иммобилизация қилиб.

Б.Соғ оёқига бинт билан боғлаб қўйиб.

С.Лейкопластир ёрдамида теридан синган ва соғ оёқларидан тортиб (Блаунт услуби).

Д.Операция қилиб.

### **Болдир**

**48. Болдир суяклари силжиб синганда энг қулай даволаш методини кўрсатинг?**

А.Иммобилизация.

Б.Манжет тортма.

С.Лейкопластирли тортма.

Д.Тана тортма.

**49. Болдир суяги синикларида болдир – ошик бўғими шикастларида оптимал транспортировка қилиш имобилизацияси:**

- А. Крамер шинаси.
- Б. Дитерикс шинаси.
- С. Пневматик шина.
- Д. Фанер – шина.

**50. Болдир суякларининг ёпиқ кўндаланг синикларини оптимал даволаш услуби:**

- А. Скелет тортмада.
- Б. Илизаров аппаратида.
- С. Гипс лонгета.
- Д. Стерженли аппаратда.

### Умуртқа

**51. Умуртқаларни сиқилиб синишида қўйиладиган гипсли корсет қайси нукталарга таянади?**

- А. Киндик, тўш суяги, бел лордоз.
- Б. Симфиз, тўш суяги, бел лордоз.
- С. Симфиз, ўмров суяги, кўкрак кифози сохаси.
- Д. Тўш суяги, кўкрак кифози, киндик.

**53. Умуртқа поғонаси бўйин қисми шикастида қўлланиладиган транспорт имобилизация:**

- А. Дока – пахтали Делбе халқаси.
- Б. Дока – пахтали бўйинтурук.
- С. Гиппократ калпоғи.
- Д. Крамер шинаси.

**54. Болаларда умуртқа танаси қисилиб – компрессияланиб синишга қайси механизм энг кўп мос:**

- А. Баланддан оёқларга таяниб тушиб йиқилиш.
- Б. Ўтириб қолиб йиқилиш.
- С. Орқага йиқилиб туриш.
- Д. Ёнбошга йиқилиш.

**55. Болаларда умуртқа поғонасининг қайси қисмида умуртқа танаси компрессияланган синиғи кўп учрайди:**

- А. Бўйин.
- Б. Кўкрак.
- С. Бел.
- Д. Дум.

**56. Кўкрак пастки ва бел умуртқа таналарининг компрессияланган асоратсиз синиқларици даволашнинг оптимал услуги:**

- А. Қия текисликда ётқизиб, кўлтиклардан тортиб.
- Б. Операция қилиб.
- С. Репозиция қилиб, гипс корсет қўйиб.
- Д. Гавдани реклинация ҳолатда тутиб турувчи корсетлар (Г.М. Тер – Егизаров; Пардаев – Ўринбоев) қўллаб.

**57. Умуртқа поғонасида шикаст бор беморларни шифохонага элтишда бемор учун оптимал ҳолат:**

- А. Қоринга ётқизиб .
- Б. Орқага ётқизиб, бел лордозига ёстиқча қўйиб.
- С. Орқага ётқизиб, тиззалар остига ёстиқча қўйиб, „бақа ҳолати бериб“.
- Д. Ёнбошга ётқизиб.

**58. Кўкрак умуртқаларининг компрессион синишида болаларни даволашнинг оптимал тактикаси бўлиб ҳисобланади?**

- А. Функционал даволаш усули (тортма, тўшак режими, ЛФК, массаж).
- Б. 3-4 кун тўшак режими. Корсет ёрдамида даволаш.
- С. Оператив даволаш.
- Д. Бир мартали реклинация + корсет.

### **Чанок**

**59. Чанок ҳалқаси бутунлигини бузмайдиган синиқ бу:**

- А. Думғазанинг вертикал синиғи
- Б. Ёнбош суягининг вертикал синиғи
- С. Қов, ўтирғич, суяқларининг, „капалаксимон “ синиғи.
- Д. Қов суягининг, ўтирғич суяқларининг синиғи

**60. Чанок суягининг синишида Малгения синиши ҳисобланади?**



- А.Суякнинг олдинги- пастки қисмининг узилиб синуши.  
 Б.Қов ва ўтиргич суягининг олд қисмининг бир томонлама синуши ва ёнбош суягининг орқа қисмининг синуши.  
 С.Фосса асетабулум-қуймич косача синуши.  
 Д.Ёнбош суяк қанотининг синуши.

**61. Чанок – сон бўғими шикастларида, сон суяги синикларида оптимал транспортировка қилиш иммобилизацияси:**

- А.Крамер шинаси.  
 Б.Фанер, тахта шиналар.  
 С.Дитерикс шинаси.  
 Д.Томас шинаси.

**62. Чанок шикастида, „орқага юриш қулайлиги” симптоми қайси синикқа хос:**

- А.Ёнбош суяги қаноти синушига.  
 Б.Думғаза суяги синушига.  
 С.Қов суяги синушига.  
 Д.Ёнбош суягининг олд-юқори бўртиғи синушига.

### Тестларнинг тўғри жавоблари

1.А	10.Б	19.А	28.С	37.Б	46.С	55.С
2.А	11.С	20.Д	29.Б	38.Б	47.С	56.Д
3.С	12.Д	21.А	30.Б	39.Б	48.Д	57.Б
4.Д	13.А	22.Д	31.С	40.С	49.А	58.Б
5.Д	14.А	23.Б	32.Б	41.Д	50.Б	59.Д
6.Д	15.Д	24.С	33.С	42.С	51.Б	60.Б
7.А	16.Д	25.А	34.С	43.С	52.Д	61.С
8.С	17.С	26.Д	35.Д	44.Б	53.Б	62.Д
9.Д	18.С	27.С	36.Д	45.Б	54.С	

## ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА ТОПШИРИҚЛАР

1. Ўғил бола 11 ёш, футбол ўйини пайти узатилган қўлга таяниб йиқилди. Ўнг тирсак бўғимида кучли оғриқ, кейин шиш, деформация пайдо бўлди. Сиз тез ёрдам врачисиз. Сизнинг бирламчи диагнозингиз, қандай шошилинич тиббий ёрдам кўрсатилади.

2. Қиз бола, 12 ёш спорт машғулоти давомида умбалок ошиб йиқилди. Кўкрак қафаси орқасида оғриқ сезди. Қисқа муддатли нафас олиш қийинлашди. Келгуси куни поликлиникага, врач педиатр қабулига келди.

Сизнинг дастлабги диагноз ва текшириш, даволаш режангиз.

3. Бола 3 ёшда, онаси қўл бармоқларидан тутиб кўчада бораятиб, оёғи суришиб, йиқилишдан она қўлидан тутилиб(осилиб) қолди. Бола йиғлаб, тирсак бўғимида оғриққа шикоят қилди. Ташқи кўринишда тирсак бўғими шакли унча ўзгармаган. Тирсак бўғимида ҳаракат чекланган, билакнинг супинация, пронация ҳаракатлари оғриқ сабабли мумкинмас.

Сизнинг дастлабки диагноз, даволаш тактикаси.

4. Болани машина уриб юбориб йиқилди. Бўлган ҳодисани бола эслай олмайди. Қисқа муддатли хотира йўқолиши бўлган. Кўриш пайти бола ўнг чов ва қов соҳасида оғриққа шикоят қилади. Шу соҳаларда шиш бор. Ўнг оёқно фаол кўтара олмайди. “Ёпишган товон” симптоми ижобий. Болада ўзи сийиш бўлади. Сийдик ранги ўзгармаган.

Сизнинг дастлабки диагноз.

Бирламчи тиббий ёрдам?

Транспортировка тартиби?

Текшириш ва даволаш режаси?

5. Ўғил бола оқсоқланиб юради. Чап оёғи остига 5 см тагликлар қўйилса, чанок тўғри горизонтал ҳолат олади. Касаллик анамнезида гўдак ёшлик пайти сон пастки метафизидида остеомиелит ўтказган.

Савол: 1.Сон қисқалиги қандай характерга эга (анатомик, нисбий, контрактура борлиги учун)

2. Қисқалик сабабини айтинг (ёзинг)

3. Текшириш, даволаш режаси.

6. Бола 4 ёшда. Уйда дивандан сакраб, ўйнаб йиқилган. Кучли оғриқ бўлган, йиғлапти. Сон соҳаси шишган, қўл билан ушлашда оғриқ кучаяди. Оёққа босиб туролмайди. Ётган ҳолатда оёғини ўзи кўтара олмайди.

Савол: 1. Дастлабки диагноз.

2. Текшириш ва даволаш режаси;

3. Қайси услуб билан даволанади?

7. Болалар югуришиб ўйинида, биттаси, 8 ёшли, танаси бурилиб, ёмон йиқилди. Болдирда кучли оғриқ, шиш, оёққа босиб юролмаслик кузатилди. Палпацияда – крепитация бор.

Савол: 1. Дастлабки диагноз.

2. Қайси шина билан Иммобилизация қилинади?

3. Қайси бўғимлар шинада бойланиши талаб қилинади.

4. Стационарда қайси услуб билан даволанади?

8. Ўқувчи ўғил бола, 14 ёш, физкультура дарсида тез югуриб келиб, узокқа сакраш машқида йиқилиб, чаноқ олд томонда кучли оғриқ сезди. Рентгенограммада чаноқ ёнбош суяги олд юқори кирраси синиғи аниқланди.

Савол: 1. Шу синиққа мос клиник симитом? У қандай аталади?

2. Даволаш услуби?

9. Қиз бола, 9 ёш, югуришиб ўйинда ўнг томонга елка бўғимида қаттиқ урилиб йиқилди. Қўли кўкракка қисилиб турган эди. Боши ҳам сал урилди. Ўнг ўмров соҳасида кучли оғриқ сезгиси пайдо бўлди. Дарров шишди. Соғ қўли билан бу қўлини авайлаб ушлаб олди.

Савол: 1. Дастлабки диагноз.

2. Транспорт иммобилизациясини қайси услуб билан бажарасиз? (Дезо бойлами, Делбе халқалари, Крамер шинаси қўйиб).

10. Ўғил бола 10 ёш. Қўли – қафти билакка нисбатан қийшиқ туришига, битта суяк охири бўртиб туришига, ҳаракат тўлиқ эмаслигига шикоят қилиб келди. Касаллик анамнезида 5 ёшида билак суяги дистал охирида травматик эпифизеолиз билан даволанган. Рентгенограммада билак суягининг дистал ўсиш зонаси фаолияти сусайган. Тирсак суягига нисбатан билак суяги қиска.

Савол: 1. Билак суяги қисқалиги сабаби;  
2. Бу калталиқ характери (анатомик, нисбий, контрактура борлиги учун);

3. Даволаш услуби?

11. Ўқувчи киз бола, 15 ёш, мактабда баскетбол ўйини командаси аъзоси. Ўйин қизиқ турганда, сакраб, мувозанатини йўқотиб, қўлнинг букилган тирсагига таяниб, йиқилди. Чап елка бўғимида кучли оғрик, шиш пайдо бўлди. Оғриксизлантириш учун 1 табл. фаниган берилиб, Крамер шинасида иммобилизация қилиниб, травм. пунктга олиб келинди. Рентгенограммада елка суяги юқори ўсиш зонасидан синган, метафизнинг бир қисми ҳам синган.

Савол: 1. Тўғри диагноз?

2. Даволаш услуби? Репозицияда суяқ бўлақлари тўғриланса, гипс лонгета қанча муддатга қўйилади.

12. Ўғил бола, дарахдан, 2-3 м баландликдан оёғи билан урилиб, йиқилган. Травм. пунктда кўрик ўтказганда: ҳолати мажбурий ётиш ҳолати, ўнг оёғи ташқарига буралган. Оёқни ўнг чанок – сон бўғимда буклай олмайди. Рентгенограммада сон бўйинчасида силжиш.

Савол: 1. Стационарда даволаниш тартиби кетма – кетлигини тўғри қўйинг:

а – операция хонасида репозиция,

б – синган жойни новокаин билан блокада,

с – вена ичига дори юбориш- наркоз,

д – перкутан 4 – 5та спицаларни сон бўйинчасига киритиш.

е – скелет тортмада 4 – 5 кун тортиб тўғрилаш.

ч – назорат рентгенограмма

(б – е – с – а – ч – д)

## ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА ТОПШИРИҚЛАРИНИНГ ТЎҒРИ ЖАВОБЛАРИ

1. Тирсак бўғими соҳаси суяк синиши. Оғриқсизлантириш: таблетка ёки 1 мл (0.5 мл) инъекцияда, транспорт Иммобилизацияси қўйиш.
2. Умуртка танаси қисилиб енгил синиши. Рентгенография, стационарда даволанишига йўлланма. Ётоқ режими.
3. Дастлабки диагноз: билак суяги бошчаси пронацион чикчи. Травм. пунктда: оғриқсизлантириш, жойига қўйиш. Гипс лонгета, кўлчага 90градус дан кам букланган ҳолат бериш.
4. Ўнг қов, ўтиргич суяқларининг синиши. Рентгенограммага йўлланма бериш. Оғриқсизлантириш. Транспортировка ётган ҳолда, тиззалар остига ёстикча қўйилади. Стационарда ётқизиб даволаш.
5. 1.Анатомик сон қисқалиги.  
2.Рентгенограмма қилиш. Операция: остеотомия, Илизаров аппаратида узайтириш.
6. Сон суяги диафизидан синиши. Рентгенография қилиш.Стационарда ётиб даволаниш . Лейкопластир тортма воситасида, ёки товондан кегай ўтказиб тортиб, даволанади.
7. 1.Болдир суяги синиши.  
2.Крамер шинаси билан Иммобилизация қилиш.  
3.Оёқ, болдир-ошиқ, тизза бўғимлари Иммобилизация қилинди.  
4.Скелет тортма, гипс қўйиш.
8. Ёнбош суяги олд юқори қирраси синигига мос белги. Бу бемор орқа томанга юрганда кам оғриқ сезади. У “ орқа билан юриш қулайлиги ” деб аталади. Даволаш операция йўли билан – очик жойига қўйиш, фиксация қилиш.
9. Ўмров суяги синган. Транспорт иммобилизация Дезо бойлами билан бажарилади.
10. Билак суяги ўсиш зонаси зарарланганлиги сабабли, ўсишдан орқада қолган . Калталик – анатомис хусусиятлидир. Даволаш: операция қилиб: остеотомия, Илизаров аппаратида узайтириш.
11. Елка суяк бошчаси остеопифизеолизи.  
Даволаш: стационарда,оғриқсизлантириб, репозиция қилиш. Гипс лонгета 6-8 ҳафтага қўйилади.
12. б – э – с – а - ч – д

## АДАБИЁТЛАР

1. Травматология и ортопедия детского возраста. Учебное пособие . Под ред. Проф. М.П. Разина, проф. И.В. Шешунова. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2016
2. Травматология и ортопедия. Учебник. Под ред . Г. М. Кавалерского. Москва. АСАДЕМИА. 2005
3. Детская хирургия: учебник/ под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.-1040 с.:
4. Травматология и ортопедия: учебник/ [Н.В. Корнилов]; под ред. Н.В. Корнилова.- 3-е изд., доп. и перераб.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 592с.: ил. ЭБС «Консультант студента»
5. Травматология: нац. рук. с компакт-диском/гл. ред. Г.П.Котельников, С.П.Миронов. – М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2008. – 808 с.
6. Ортопедия: нац. рук. с компакт-диском/гл. ред. Г.П.Котельников, С.П.Миронов. – М.: ГЭОТАРМедиа.- 2008. – 832 с.
7. Епифанов В.А. Реабилитация в травматологии / - М.: ГЭОТАРМедиа, 2010. - 336 с.
8. Ўринбоев П.У., Аширов М.У., Сондибоев Ш.У., Ўринбаев И.П. Кичик ёшдаги болаларда тирсак буғими соҳасидаги синикларини даволаш. Монография. 2021 Самарканд.
9. O'rinbayev P. Bolalarda suyak siniqlarini davolash. O'quv qollanma. 2021. Samarqand.
10. Шамсиев А.М., Уринбаев П.У. Лечение застарелкx переломов дистального конца плечевой кости у детей. Монография 2000. Ташкент.
11. Уринбаев П.У. Лечение переломов и их последствия дистального конца плечевой кости у детей. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук . 1995 г. Ташкент.
12. Уринбаев П.У., Неправильно сросшиеся, несросшиеся, переломы и псевдоартрозы головчатого возвышения плечевой кости у детей. Автореферат дисс. к.м.н. Москва 1977г. Urinbaev P.U., Nepravil'no srosshiesya, nesrosshiesya, perelomy i psevdoartrozy

- golovchatogo vozvysheniya plechevoj kosti u detej. Avtoreferat diss. k.m.n. Moskva 1977g.
13. Ортопедия и травматология детского возраста. Руководство для врачей. Под ред. Академика АМН СССР М.В. Волкова и профессора Г.М. Тер – Егеазарова. Москва 1983.
  14. Основы оперативной ортопедии и травматологии В. Д. Чаклин 1964. Москва.
  15. Повреждения эпифизарных зон костей у детей. А. Ф. Бухны 1973. Москва.
  16. Переломы и вывихи у детей. Дамье Н.Г. В кн. Руководство по ортопедии и травматологии. Гл. 2. 1968. Млсква.
  17. Скалетта Т., Шайдер Д. Неотложная травматология. Медицинское информационное агентство. – М., 2006.- 269 с. 15.
  18. Hamlet A. Peterson Epiphyseal Growth Plate Fractures Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2007
  19. John A. Herring, MD Tachdjian's Pediatric Orthopaedics From the Texas Scottish Rite Hospital for Children 2014, 2017, 2018

28.04  
5 июл  
П.ЎРИНБОЕВ, С.Н.ПАРДАЕВ

# БОЛАЛАРДА СУЯК СИНИҚЛАРИНИ ДАВОЛАШ

(Ўқув кўлланма)

Мухаррир

Ҳафиза АСЛАНОВА

Мусаххих

Завкий МЕЛИЕВ

Саҳифаловчи

Ҳикмат КАРИМОВ

© “FAN BULOG‘I” нашриёти, Самарқанд – 2022 йил.

ISBN 978-9943-7834-2-3

Нашриёт лицензияси:

№ 4341-5160-642с-944b-ab74-5062-3969

Босишга рухсат этилди: 09.02.2022 йил.

Ofset босма қоғози. Қоғоз бичими 60x84

“Times New Roman” гарнитураси. Ofset босма усули.

Ҳисоб-нашриёт т.: 12,5. Шартли б.т.: 5,93.

Адади: 100 нусха. Буюртма 015.

---

“FAN BULOG‘I”

Нашриётида чоп этилди.

Самарқанд ш., С.Бухорий кўчаси, 1<sup>а</sup>-11 уй.

тел: 93-999-52-72





180°

①

ISBN 978-9943-7834-2-3



9 789943 783423