

**SH.YU. ABDULLAEV, A.P. ARJANSEV,
D.Z. YUSUPOVA, Z.K. ADILOV**

YUZ-JAG' JAROHATLARI



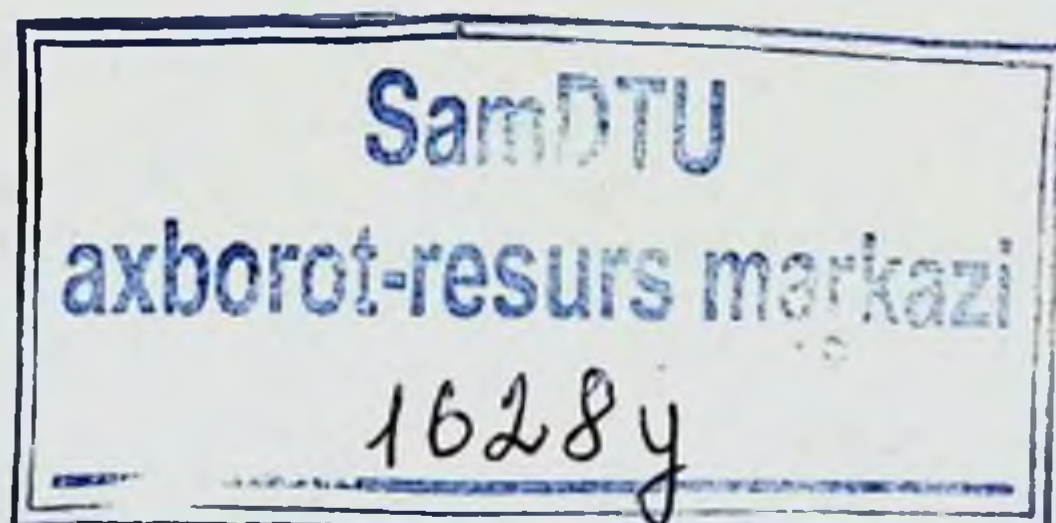
617,52
Yu 200

TOSHKENT DAVLAT STOMATOLOGIA INSTITUTI

SH.YU. ABDULLAEV, A.P. ARJANSEV,
D.SH. ABDULLAEV, D.Z. YUSUPOVA, Z.K. ADILOV

YUZ-JAG' JAROHATLARI

Darslik



Toshkent-2022

UDK: 616.716.8/617.52-001

BBK: 56.6я7

A13

Abdullaev Sh. va bosqalar. Yuz-jag' jarohatlari. Darslik. Sh.Yu. Abdullaev, A.P. Arjansev, D.Sh. Abdullaev, D.Z. Yusupova, Z.K. Adilov. – T.: "Lesson Press" nashriyoti, 2022-y. – 150 b.

«Yuz-jag' jarohatlari» darsligi stomatologiya fakulteti talabalari uchun ushbu fan na'munaviy dasturiga asoslanib yozilgan. Darslikda yuz-jag' sohasi yumshoq to'qimalarining tinchlik paytidagi jarohatlariga umumiy xarakteristika berilgan, yuz skleti va yumshoq to'qimalari jarohatlari tasnifi hamda yuz-jag' sohasi jarohatlarining zamonaviy tashxislash va davolash usullari yoritilgan.

Shuningdek mexanik, termik va o'q otish qurolidan bo'lgan jarohatlarni davolash usullari keltirilgan.

Tuzuvchilar:

Sh.Yu. Abdullaev,

tibbiyot fanlari doktori professor, TDSI «Yuz-jag'
kasalliklari va jarohatlari» kafedrası mudiri;

A.P. Arjansev,

tibbiyot fanlari doktori, professor, Rossiya Sog'liqni saqlash
vazirligi FDBU Stomatologiya Markaziy Ilmiy Tekshirish Instituti
va YUJJ rentgenologiya bo'limi mudiri, yetakchi ilmiy xodim;

D.Sh. Abdullaev

TDSI stomatologiya va yuz-jag' jarrohligi ilmiy-amaliy
markazi direktor, tibbiyot fanlari nomzodii

D.Z. Yusupova,

tibbiyot fanlari nomzodi dotsent, TDSI «Yuz-jag'
kasalliklari va jarohatlari» kafedrası dotsenti,

Z.K. Adilov,

tibbiyot fanlari nomzodi dotsent, TDSI «Yuz-jag'
kasalliklari va jarohatlari» kafedrası dotsenti.

Taqrizchilar:

R.A. Amanullaev,

TDSI «Bolalar yuz-jag' jarrohligi», kafedrası mudiri, t.f.d., professor;

A.A. Abdukodirov,

Toshkent vrachlar malakasini oshirish instituti
«Xirurgik stomatologiya» kafedrası mudiri t.f.d., professor.

ISBN 978-9943-9322-9-6

© Sh.Yu. Abdullaev, A.P. Arjansev, D.Sh. Abdullaev,
D.Z. Yusupova, Z.K. Adilov, 2022
© "Lesson Press" nashriyoti, 2022

MUNNDARIJA

Kirish	4
1 BO'LIM:	
1.1. Yuz va bo'yin yumshoq to'qimalari jarohatlari.....	6
1.2. Yuz va bo'yin yumshoq to'qimalari va yuz suyaklari jarohatlarining asoratlari.....	12
2 BO'LIM:	
2.1. Tishlarni chiqishi va sinishi	18
2.2. Yuz suyaklari sinishi. Pastki jag' sinishlari	26
2.3. Pastki jag'ni chiqishlari	50
2.4. Yuqori jag'ni sinishlari	55
2.5. Jag'larni sinishlarida immobilizatsiya usullari	73
2.6. Jag'i singan bemorlarni davolashni umumiy usullari va ularni parvarishlash	102
2.7. Burun suyaklarini sinishi.....	104
2.8. Yonoq suyagi va yoyining alohida sinishlari.....	108
2.9. Jag'-yuz va kalla-miya birgalikdagi va ko'plab jarohatlari	114
3 BO'LIM:	
3.1. Yuz va yuz suyaklari o'q otish qurolidan bo'lgan jarohatlari	118
3.2. Yuz yumshoq to'qimalari o'q otish qurolidan bo'lgan jarohatlari.....	128
4 BO'LIM:	
4.1. Bosh, yuz va bo'yin soxalari kuyishlari. Termik kuyishlar	134
4.2. Elektr tokidan kuyishlar	141
4.3. Kimyoviy kuyishlar.....	142
4.4. Sovuq olishi.....	144
Foydalanilgan adabiyotlar	148

KIRISH

Xozirgi vaqtda zamoni jadallashib borishi, transport vositalarining soni va tezligining ortib borishi, qishloq xo'jaligi va sanoat korxonalarida tez xarakatlanuvchi ulkan qudratli texnikalarning rivojlanishi va respublikamizning xududiga kirib kelishi yuz-jag' jarohatlarining ma'lum darajada og'irroq kechishi, xilma-xilligi va sonini ko'payishiga olib kelmoqda. Shuningdek tabiiy va texnogen ofatlar ham jarohatlar soning ortishiga sabab bo'ladi. Jarohatlar, ayniqsa transport sababli jarohatlar sonini oshib borishi tufayli umumiy travmatologiya va xususan yuz-jag' sohasi jarohatlari muammolari dolzarb bo'lib qolmoqda. Jarohatlar kishini umri davomida birga yuradi.

Yuz-jag' soxasi o'ziga xos topografa-anatomik va fiziologik xususiyatga ega, shundan kelib chiqib bu soxada jaroxatlarni tashxislash, ularga birlamchi va malakaliy yordam ko'rsatishda mutaxassis yuz-jag' soxasining topografik-anatomiyasini mukammal bilishi lozim. Bundan tashqari yuz-jag' soxasida xayotiy muxim a'zolar boshlang'ich qismlari (bosh miya, ko'ruv, eshituv, nafas olish, ovqat xazm qilish tizimlari) joylashganligini xam inobatga olgan xolda xar bir bemorga individual va malakaviy tibbiy yordam ko'rsatishda e'tibordan chetda qoldirish kerak emas. Yuqoridagilarni inobatga olgan xolda darsligimizda asosan xayotda aksariyat uchraydigan jarohatlar, ularni kechishi, tashxislash, asoratlari va davolash usullari tibbiyotning zamonaviy yutuqlari yoritilgan. Darslikda Rossiya Federatsiyasi, Hamdo'stlik davlatlari va chet mamlakatlarining olimlari hamda Toshkent davlat stomatologiya instituti professor-o'qituvchilarining klinik tashriba va kuzatuvlari keltirilgan.

Darslik tibbiyot oliygoxlari talabalari (bakalavriatura) uchun yozilgan bo'lib, unda tibbiy yordamning birlamchi bo'g'inida ishlayotgan shifokorlar bilishi lozim bo'lgan ma'lumotlar yoritilgan. Darslik IV bo'limdan iborat.

I-Bo'limda yuz va bo'yin soxalari jaroxatlarining tasnifi, klinik kechishi, yuzaga kelishi mumkun bo'lgan asoratlari, klinik-instrumental tekshiruv usullari va davolashning zamonaviy aspektlari keltirilgan.

II-Bo'limda yuz suyaklari (yonoq, burun, yoqori va pastki jag' suyaklari) sinishlari, pastki jag' suyaklarini sinishlari, tishlarni chiqishlari, sinishlari, ularni tashxislash, klinik-instrumental tekshiruvlar va davolash prinsiplari xaqida so'z boradi.

III-Bo'limda yuz suyaklari va yumshoq to'qimalarini o'q otar qurollardan jaroxatlarida tibbiy yordam ko'rsatish va davolashni zamonaviy usullari yoritilgan.

IV-Bo'limda bosh, yuz va bo'yin soxalari kuyishlar (Elektr tokidan, Kimyoviy kuyishlar, Kimyoviy kuyishlar) va sovuq urishlarini klinik manzarasi, tashhislash va davolash algoritmlari keltirilgan.

Yuz-jag' travmatologiyasi – bu klinik o'quv fan. U yuz to'qimalari va unga yaqin sohalari o'qotish qurolidan va o'qotish qurolidan bo'lmagan jarohatlarni etiologiyasi, patogenezi, paydo bo'lish va rivojlanish mexanizmlarini, klinik kechish xususiyatlarini, yuz jarohatlari, yuz suyaklari sinishlarini tashxislashni va davolashni, hamda jarohatlar oqibatlarini o'rganadi. Yuz-jag' travmatologiyasi alohida fan bo'lib ajralib chiqqaniga ko'p vaqt bo'lgani yo'q.

Yuz-jag' travmatologiyasi ikkita katta bo'limdan iborat bo'lib o'q otish qurolidan va o'q otish qurolidan bo'lmagan jarohatlardan iborat. Yuz-jag' travmatologiyasi fani yana tashqi xarorat ta'sirida (kuyish, sovuq olish) yuzga keladigan jarohatlar xususiyatlarini, jag'-yuz sohalari to'qimalari radiatsion zararlanishlarini, ularni klinik kechishi, tashxislash va davolashni o'rganadi.

Yuz-jag' travmatologiyasi fani tibbiyotning boshqa mutaxassisliklari, ayniqsa umumiy travmatologiya, neyroxirurgiya, oftalmologiya, otorinolaringologiya, umumiy xirurgiya, rentgenologiya fanlari bilan uzviy bog'langan. Ushbu bog'liqlik jarohatlarga tegishli ko'p masalalarning umumiyligi, hamda jag'-yuz sohasi to'qimalarining birgalikdagi va kombinirlangan jarohatlarini ko'plab uchrashidadir.

Yuz-jag' travmatologiyasining rivojlanishi xirurgik stomatologiya va yuz-jag' xirurgiyasining rivojlanishi bilan chambarchas bog'liqdir.

O'zbekistonda yuz-jag' travmatologiyasini rivojlanishiga E.U. Maxkamov, N.N. Mazalova, M.I. Azimov kabi shifokor-olimlar katta hissa qo'shganlar.

O'quv qo'llanmada keltirilgan rentgen materiallar illyustratsiyasi Rossiya Sog'liqni saqlash Vazirligi FDBU Stomatologiya Markaziy Ilmiy Tekshirish Instituti rentgenologiya va yuz-jag' jarrohligi bo'limlari arxividan olindi.

1-BO'LIM:

1.1. YUZ VA BO'YIN YUMSHOQ TO'QIMALARI JAROHATLARI

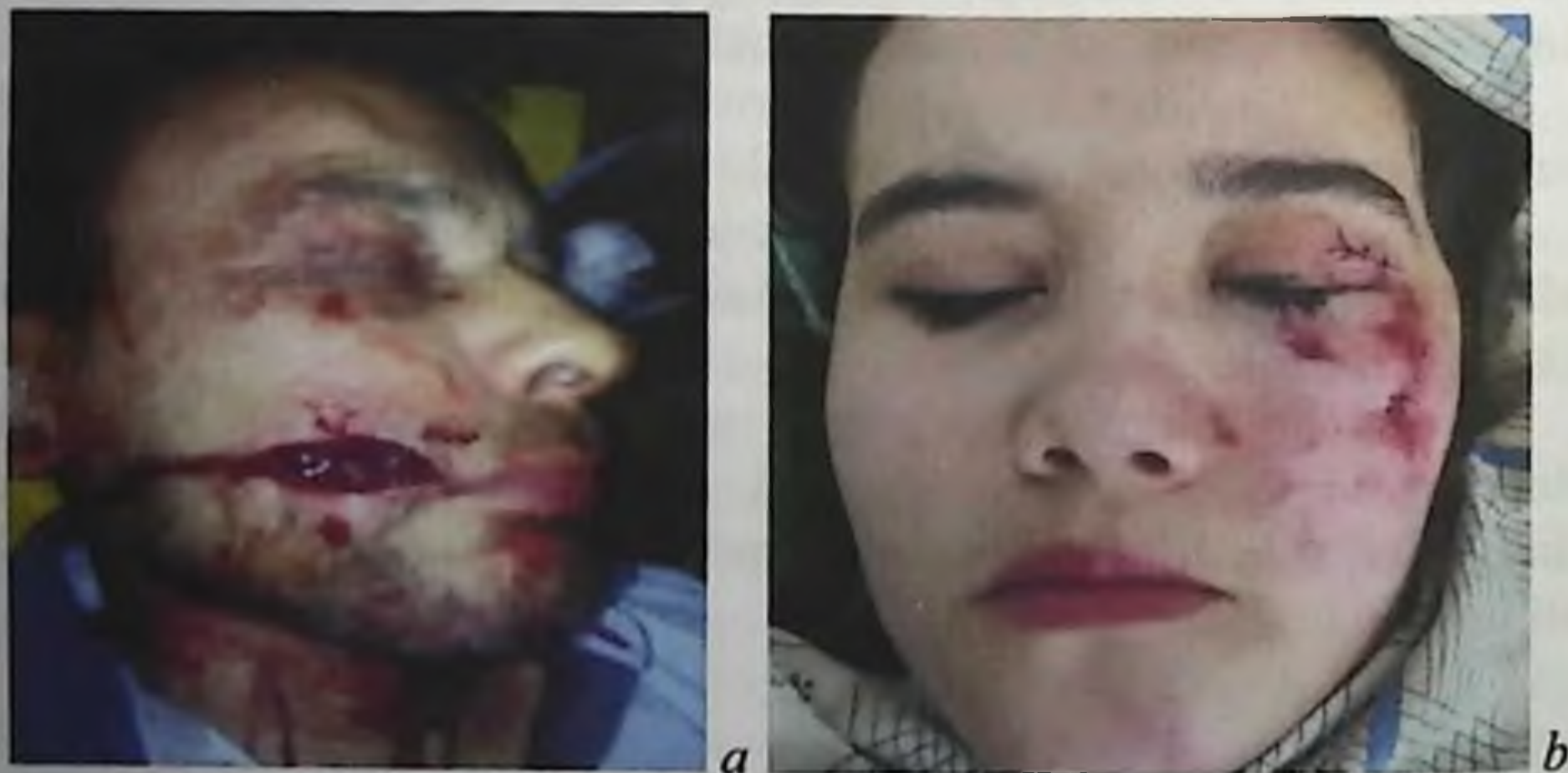
Jag' atrofi yumshoq to'qimalari jarohatlari mexanik jarohatlar, termik omillar (kuyish, sovuq olish), nur agentlari va kimyoviy moddalar ta'siri natijasida yuzaga keladi.

Yuz yumshoq to'qimalari o'qotish qurolidan bo'lmagan travmatik jarohatlari jag'-yuz sohasi mexanik jarohatlari bor bemorlarda kuzatilib, bunga sabab maishiy, transport, ko'chadagi, ba'zan ishlab chiqarish va sport mashg'ulotlar bo'lishi mumkin..

Yumshoq to'qimalar travmatik jarohatlarini ikkita asosiy guruhi farq qilinadi: 1 – Yuz yumshoq to'qimalari teri qoplamlari yoki og'iz bo'shlig'i shilliq qavati butunligi buzilmasdan yuz alohida jarohatlari– ezilish (ko'karish, gematoma); tabiiy teshiklar orqali yot jismlar kirib qolishi oqibatida; 2 – teri qoplamlari yoki og'iz bo'shlig'i shilliq qavati butunligi buzilishi bilan: shilinish (rasm. 1, a) va yaralar;

Yuz yumshoq to'qimalari va yuz suyaklari birgalikdagi jarohatlari (rasm 1):

– teri qoplamlari yoki og'iz bo'shlig'i shilliq qavati butunligi buzilmasdan; - teri qoplamlari yoki og'iz bo'shlig'i shilliq qavati butunligi buzilishi bilan (rasm. 1).



Rasm 1. Yuz yumshoq to'qimalari jarohatlari.

Jarohatlovchi predmet turi, uning ta'sir kuchi va jarohatni joyilashishidan kelib chiqib jarohatlar turlicha bo'lishi mumkin. Eng og'ir va ko'pincha o'limga olib keluvchi yuzniing jarohatlari jag'-yuz va kalla-miya jarohatlarida kuzatiladi. **Yuz yumshoq to'qimalarining ezilishi:** teriosti yog' qavati, mushaklar, to'qimalararo bo'shliqlar fascial qavatlari va qon tomirlarini mexanik jarohatlarida yuzaga keladi.

Qon tomirlari yorilganida yumshoq to'qimalar seroz suyuqlikni shimib olishi va qon to'planishi – gematoma paydo bo'lishi kuzatiladi.

Ezilishni klinik ko'rinishi – jarohat sohasida og'riq bilan xarakterlanadi. Yuz va bo'yinda shish va qon quyilishlari borligi aniqlanadi. Jarohat olganning birinchi kunlari to'qimalar qizil yoki ko'kimtir, 4–6 kundan keyin – yashil, 10–14–y kunlari – sariq rangda bo'ladi.

Tashxislash klinik tekshiruv ma'lumotlariga asosan o'tkaziladi. Bundan tashqari nevrologik va rentgenologik (shu jumladan kompyuter va magnit – rezonans tomografiya) tekshiruvlarda yuz va kalla yumshoq to'qimalarida o'zgarishlar aniqlanmasligi hisobga olinadi. Ezilishni yuz skleti suyaklari jarohatlari bilan qiyosiy tashxis o'tkazish kerak. Yuz skleti suyaklari jarohatlarida ko'zoynak simptomi hamda miya va uning pardalarida bo'ladigan o'zgarishlar, miya qattiq pardalaridagi sub va epidural gematomalarni hisobga olish kerak.

Davolash. Birinchi 2–3 kun ezilish sohasiga muz, keyinroq esa ultraviolet nurlari va sollyuks lampasi qo'yish mumkin, UVCH-terapiyasi issiq bo'lmagan rejimda. Asab tomirlari zararlanganida dimeksid bilan elektroforez, anestetiklar, kaliy yodid tayinlanadi. Yoshi katta bemorlarga desensibilizatsion dorilar, askorbin kislotasi bilan rutin, og'riq qoldiruvchilar va atsetilsalitsil kislota buyuriladi.

Yuzni shilinishi ko'proq yuzni bo'rtib turuvchi anatomik sohalari: peshona, dahan, burun, yonoq sohalarida kuzatiladi. Shilinishga teri yuza qavatlarni butunligi buzilishi xarakterli bo'lib, bu yaralarga choklar qo'yish talab etilmaydi; yara yuzasi nam, qon plazmasi va limfa ajralishi hisobiga oz miqdorda gemorragik suyuqlik chiqib turadi.

Tashxis va qiyosiy tashxis ezilishdagi kabi.

Davolash. Shilingan sohaga xlorgeksidinni 0,05–0,12% eritmalari bilan antiseptik ishlov beriladi; teri brilliant ko'ki va yodni 2 % foizli spirtli eritmasi bilan artiladi; yod, namatak moyi, chakanda(oblepixa) aralashmalari bilan bog'lam qo'yiladi. 2–4-dan shilingan yara ochiq holda olib boriladi. Shilingan yara infitsirlangan va yallig'langan bo'lsa ko'rsatilgan davoga qo'shimcha yara yuzasi bir kunda bir necha

marotaba kaliy permangatni konsentirlangan (1:10, 1:15, 1:20) eritmalari bilan qobiq hosil bo'lguncha yoki shimib oluvchi gidrogel bog'lamlari, ikki qavatli poliuretan gubkalari qo'yiladi.

Yuz yaralari. Klinik ko'rinishi jarohatlovchi agent va yaraning morfologix xususiyatlariga bog'liq. Yu. G. Shaposhnikov (1997) tasnifiga asosan jarohatlovchi agent xarakteriga ko'ra quyidagi yaralar farq qilinadi, bexosdan paydo bo'lgan (ishlab chiqarishda, transport, maishiy), tishlab olinganda, sovuq qurol bilan etkazilgan jarohat, o'qdan, oskolkadan, mina portlaganidan, ikkilamchi oskolkadan, portlovchi to'lqindan. Morfologik xususiyatiga ko'ra yara bo'lishi mumkin yirtilgan, ezilgan, lat egan.

Kesilgan, o'yilgan, chopilgan yaralar lang ochilib turadi, qirralari tekis to'qimalar nuqsonisiz, yuzasidan qon oqib turishi mumkin, yara yo'nalishi aniq ko'rinadi. Chopilgan yaralar ba'zan suyaklar jarohati bilan birgalikda bo'ladi. Klinik ko'rinishlari ko'proq yaraning lokalizatsiyasiga bog'liq. Yuzni jarohatlariga gematomalar, terini shilinishlari xarakterli. So'lak bezlarining jarohatlari yara chetlarini bir-biridan qochishiga, yaradan so'lak oqib turishiga olib keladi. Tishlarga tegib jarohatlanishi tufayli lablar, lunj shilliq qavatlarini yirtilishi kuzatiladi. Yaralar og'iz bo'shlig'idagi bor moddalardan infitsirlanadi. Ovqat qabul qilish, so'zlashuv qiyinlashadi.

Yaralar teshib o'tmaydigan, teshib o'tuvchi, ko'r, tegib o'tuvchi, soniga qarab – yakka, ko'p, kombinirlangan bo'lishi mumkin, hamda faqat yumshoq to'qimalar jarohati yoki qon tomirlari va nerv stvollari jarohatlari bilan bo'lishi mumkin.

Quloqoldi-chaynov soha to'qimasi yaralari to'qimalarni chuqur qismidan qon ketishi, shish va qirralarini infiltratsiyasi bilan farq qiladi. Yaralarni klinik xususiyatlari so'lak bezi va yuz nervini jarohatlari bilan bog'liq. Bu sohadagi yaralarni bitishida chaynov mushagini chandiqli o'zgarishlari kuzatilishi va uni qo'pol chandiqlashishi – kontraktura paydo bo'lishi mumkin.

Pastki jag' osti to'qimalari jarohatlarida yuz arteriyasi va venasi, pastki jag' osti so'lak bezi, ba'zan– halqum yoki traxeya, og'iz tubi to'qimalari va til jarohatlanishi mumkin.

Og'iz bo'shlig'i to'qimalari jarohatlari. Og'iz tubi va til stomatologik asboblari bilan jarohatlanganda qon ketish, sezilarli shish paydo bo'ladi. Til osti sohalari jarohatlari juda xavfli bo'lib, bunda pastki jag' osti so'lak bezi chiqaruv yo'li, til nervi va venasi, eng muhimi – shu nomdagi arteriyasi jaroxati bo'lishi mumkin. Ko'p qon

ketishi, to'qimalar shishi og'iz tubi va til ildizi sohalariga o'tib asfiksiya xavfini tug'diradi. Og'iz tubi bo'shlig'ida katta shish, buni hisobiga nafas olish qiyinlashib, traxeostoma qo'yishga to'g'ri kelishi mumkin. Til yaralari uning qirralarini bir-biridan qochib turishi, shish bilan xarakterlanib, shu sababli yutinishda og'riq va til harakatini chegaralanishi kuzatiladi. Parenximatoz qon ketishi til arteriyasi jarohatida kuzatiladigan qon ketishiga nisbatan xavfli hisoblanmaydi

Til jarohatlariida kuchli qon ketishi kuzatilib, yaraga chok qo'yib to'xtatish mumkin; til arteriyasi jarohatlanganda unga bog'lam o'tkazish statsionar sharoitida o'tkaziladi.

Hayvonlar, ilonlar, hashoratlar sabab bo'lgan yaralar xavfli hisoblanadi, chunki u doim infitsirlangan bo'ladi. Ilonlar, hashoratlar tishlaganida yaraga toksinlar tushadi. It, ayiq, ot tishlagan yara to'qimalarni majaqlanishi bilan xarakterlanadi. Sichqon, kalamush, tulkilar tishlaganda yara ko'pincha yirtilgan yoki nuqtali bo'ladi. Sichqon, kalamush, tulkilar tishlashi sibir yarasi, tulyaremii va boshqa xavfli infeksiyalar rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin. Yirik hayvonlar tishlagandagi katta yara yuzalari kesib o'tuvchi va teshib o'tuvchi bo'lib, bunda ko'pincha teri, teriosti qavati, to'qimalar, mushaklar nuqsoni kuzatiladi. Itlar tishlaganida doimo quturish virusi bilan zararlanish xavfi bo'ladi.

Hashoratlar bilan bog'liq bo'lgan jarohatlar allergiyasi borlar uchun xavfli hisoblanadi.

- Yuz sohasidagi itlar yoki boshqa hayvonlar tomonidan etkazilgan jarohatlarga birlamchi jarrohlik ishlovi o'tkazilganidan so'ng antirabik vaksinatsiya kursi o'tkazilishi kerak. Ilonlar tishlaganida ilonga qarshi zardob kiritilishi zarur. Kemiruvchilar, tulkilar tishlaganidan keyin bemorni yuqumli kasalliklar shifoxanasiga yotqiziladi va sibir yarasi, tulyaremini oldini olish chora- tadbirlari o'tkaziladi. Hashoratlar tishlaganida leyshmaniozni oldini olish chora- tadbirlari o'tkaziladi. Infitsirlangan yaralarda (ayniqsa tuproq bilan) stolbnyak anatoksini kiritilishi kerak.

- **Qiyosiy tashxis** yuz yumshoq va suyak to'qimalari birgalikdagi jarohatlari bilan o'tkaziladi.

Yuz yaralarini davolashni yumshoq to'qimalar birlamchi xirurgik ishlovidan boshlanadi. Teriga iliq steril sovunli suv bilan ishlov beriladi, bunda suyuqlik yaraning chuqur qismlariga tushmasligiga harakat qilish kerak, keyin benzin va etil spirti bilan ishlov beriladi. Atrofdagi sochlari qirib tashlanadi, yaraga esa antiseptik eritmalar bilan ishlov beriladi, bu

mexanik tarzda qon quyqalarini, tuproq, yot jismlarni olib tashlanishiga yordam beradi.

Yuz yumshoq to'qimalarni jarohatlarini umumiy davolash antibiotikoterapiyadan iborat bo'lib, u 8–20 kunlar davomida antibiotikogrammadan kelib chiqib preparatlarni almashtirib olib boriladi, shuningdek fermentlar, desensibillovchi dorilar, vitaminlar tayinlanadi. Toqmirlarni bog'lash vaqtida, ayniqsa tashqi uyqu arteriyasini qon o'mini bosuvchi suyuqliklar quyiladi. Yarani mahalliy davosi yarani bitishi va epitelizatsiyasiga zamin yaratuvchi (malhamlar, emulsiyalar) dori moddalari, hamda bohlamlar, UF–nurlari tayinlash kerak.

Antiseptik ishlovni yaxshisi premedikatsiya va infiltratsion og'riqsizlantirish ostida 0,25–0,5 % anestetik eritmasi (trimekain, lidokain va b.) 50– 100 ml miqdorda, yoki narkoz ostida o'tkazgan ma'qul. Birlamchi jarrohlik harakati jarohat olgandan 48 soat davomida o'tkaziladi. Teshib o'tmaydigan, kesilgan, nuqtali, ba'zan chopilgan yaralar qavatma-qavat zichlab, qon tomirlarini bog'lab, mushaklar va fasciyalarga, teri osti va teriga cho'ktiruvchi choklar qo'yiladi. Agar lab yarasi og'iz bo'shlig'iga o'tadigan bo'lsa, avval qizil hoshiya bilan teri chegarasida, lab qizil hoshiyasini tashkil qluvchi mushakka, keyin teriosti va teriga, shilliq pardaga qo'yiladi .

Kesilgan yara bo'lganida, uning chetlari kesib tashlanmaydi. Agar ishlovni yarani chetlari bir-biriga tortib tikiladigan bo'lsa, yarani og'iz bo'shlig'idan izolyaciya qilib, yara qavatma qavat tikiladi. Mushaklarga albatta chok qo'yilishi kerak. Yarani chetlari majaqlangan holatda bo'lsa, hayotiy xususiyatini yo'qotgan to'qimalar tejab kesib olib tashlanadi. Ogiz bo'shlig'iga teshib o'tuvchi yaralarda avval shilliq qavat, keyin mushak va fasciyalar, undan keyin esa teriosti va teri tikiladi. Lablar jarohatlanganida choklar qo'yish tartibi boshqacha bo'ladi: birinchi navbatda mushaklar tikiladi, keyin qizil hoshiya o'z o'miga qo'yiladi va teri bilan chegarasida choklar qo'yiladi, teri teri osti qavati bilan tikiladi, va faqat shundan keyin lab shilliq qavati tikiladi. Agar xirurgik ishlov o'qotish qurolidan bo'lmagan jarohatga 48 soat ichida o'tkaziladigan bo'lsa, yuz to'qimasining barcha sohalariga zichlab qo'yiladigan choklar va rezina chiqargich qoldirish mumkin. Agar ishlov 48 soatdan keyin o'tkazilsa va to'qimalarda yallig'lanish infiltratsiyasi belgilari bo'lsa lablar, qovoqlar, burun qanotlari, quloq suprasi, qoshusti sohasi va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatiga zichlangan choklar qo'yish mumkin. Yuzni qolgan qismlariga oralatib tugunli, yoki

plastinali choklar qo'yib, yara qirralari bir-biriga tegib turishiga erishilsa etarli bo'ladi. Birlamchi jarroxlik ishlovida, to'qimalar nuqsoni bo'lsa, nuqsonni bartaraf etish uchun mahalliy to'qimalar bilan birlamchi plastika o'tkazish mumkin .

So'lak bezlari jarohati bilan birgalikdagi yaralarga ishlov berish alohida e'tibor talab etadi. So'lak bezi chiqaruv yo'li jaroxatlarida so'lak ko'p miqdorda ajralishi kuzatiladi, so'lak kam miqdorda ajralsa bezni bo'laklari jaroxati to'g'risida o'ylash mumkin. Yuz tashqi tomonida oz miqdorda ajralmasi bo'lgan oqma yo'lni yodni 2–4 % spirtli eritmasini kiritib yopish mumkin. Agar oqma yo'l o'zi yopilmasa uni operatsiya yo'li bilan bartaraf etiladi.

Bemor tibbiy yordam uchun 72 soatdan keyin murojat qilsa bu vaqtda yarada yiringli jarayon rivojlangan bo'lsa, birlamchi jarrohlik (kechki) o'tkaziladi va yiringli jarayonni bartaraf qilishga qaratilgan davo, yiringli o'choqlar ochiladi va ular drenajlanadi, yara antibakterial preparatlar bilan yuviladi. Yallig'lanish holati bartaraf etilganidan keyin kechiktirilgan birlamchi yoki erta ikkilamchi (ko'proq) choklar qo'yiladi. Yarani drenajlash kerak. Har bir holatda qoqsholga (stolbnyakga) qarshi zardob sxema bo'yicha kiritiladi.

Nazorat savollari:

1. Yuz yumshoq to'qimalari jarohatlari to'g'risida tushuncha.
2. Yuz yumshoq to'qimalari jarohatlari statistikasi.
3. Yara jarayoni patogenezi.
4. Ezilish, shilinish, yara nima.
5. Yuz yumshoq to'qimalari jarohatlari tasnifi.
6. Yuz yumshoq to'qimalari jarohatlari klinikasini so'zlab bering.
7. Yuz yumshoq to'qimalari yaralri turlari
8. Yuz yaralariga birlamchi ishlov berish xususiyatlari.
9. Yuz yaralariga birlamchi ishlov berish vaqtlari.
10. Jag'-yuz yaralarining bitishi.

1.2. YUZ YUMSHOQ TO'QIMALARI, BO'YIN VA YUZ SKELETI SUYAKLARI JAROHATLARI ASORATLARI

Yuz-jag' sohasi jarohatlarida jarohat olgan vaqtida, transportirovka davrida, birlamchi yoki maxsus yordam ko'rsatilayotganida (erta asoratlari) va davolash jarayonida turli asoratlari kuzatilishi mumkin. Jarohat olgan vaqtdagi erta asoratlarga o'tkir nafas etishmovchiligi va asfiksiya va jarohat olgandan keyingi erta davrda, qon ketish, karaxtlik va kuzatiladi. O'tkir nafas etishmovchiligi, karaxtlik va kollapsi bor jarohatlangan bemorga ko'rsatiladigan yordam umumiy xirurgiya qo'llanmasida keltirilgan. Jarrox–stomatolog yuz-jag' jarohatlari sababli xususiyatlariga bog'liq asoratlarga qarshi kurashish usullarini bilishi kerak.

Asfiksiya – jarohatlangan hayoti uchun xavf soluvchi asorat hisoblanadi. Bu asorat o'q otish qurolidan bo'lgan jarohatlarga xarakterlidir. Asfiksiyani rivojlanishi o'q otish qurolidan bo'lmagan, yo'l-transport hodisasi tufayli sodir bo'lib, yuz suyaklarini katta siljishi va yumshoq to'qimalar yirtilishi, ko'p qon ketishi, bosh miya jarohatida ham kuzatilishi mumkin. Jag'-yuz jarohatlarida rivojlanish sabablariga ko'ra 5 turdagi asfiksiyalari farq qilinadi.

Dislokatsion asfiksiya pastki jag' siniq bo'laklari, ayniqsa dahan sohasidagi siljib, tilni orqaga ketib qolganida rivojlanadi. Orqaga siljigan til ildizi tilchaga (epiglotga) bosim o'tkazadi va hiqildoqqa kirish yo'lini yopib qo'yadi. Tez yordam: jarohatlangan bemorni yonboshga yotqizish kerak (jarohat bor tomoni bilan) yoki og'zi va burni qattiq jismlarga (tuproq, zambil) tegmagan holatda yuzini pastga qaratib yotqizish kerak. Imkoni boricha tilni gorizontali tekislikda ipak ligatura bilan tikib, ipni oxirini bo'yin atrofiga fiksatsiyalash kerak. Transportirovka vaqtida jarohatni oldini olish maqsadida til tishlarni kesuv yuzalarini yopmasligi lozim. Tilni fiksatsiyasi to'g'nog'ich va unga biriktirilgan bintni bo'yin atrofiga mahkamlash yo'li bilan o'tkaziladi. Ba'zan standart transport bog'lami, pastki jag' bo'laklarini optimal holatda fiksatsiya qilib, til ildizi siljishini oldini oladi va dislokatsion asfiksiyani bartaraf etadi.

Obturatsion asfiksiya yuqori nafas yo'llarini yot jism, qusuq moddalari, qon quyqalari bilan to'silib qolishi hisobiga bo'ladi. Ularni og'iz xalqum yo'lidan qo'l, tampon bilan olib tashlash xavoni erkin o'tishini ta'minlaydi va asfiksiyani bartaraf etadi. Tilni tikib qo'yish

nafaqat asfiksiyani oldini oladi, balki yot jismni xalqum va traxeyaga o'tib ketishiga zamin tayyorlaydi.

Stenotik asfiksiya ovoz bog'lamlari va bog'lamosti bo'shliq to'qimalarini shishi yoki xalqum orqa qismlarini gematoma bilan siqilib qolishi hisobiga rivojlanadi. Klinikada sinchiklab tekshiruv o'tkazilganidan uni aniqlash va bartaraf etish mumkin. Bo'yindagi qonayotgan tomirni bog'lash, to'planib qolgan qonni olib tashlash va terapiya o'tkazish nafas etishmovchiligi kuchayishini oldini oladi. Nafas etishmovchiligi ortib borsa traxeyani qalqonsimon bog'lam orqali qalin igna bilan krikotomiya qilish yoki ko'rsatmaga ko'ra traxeostoma qo'yish mumkin. Tilni tikishga ko'rsatma yo'q.

Klapanli asfiksiya yumshoq tanglay yoki xalqum orqa devori yirtilib, nafas olganda yumshoq to'qimalar osilib turgan laxtagi yopishib, klapan ko'rinishida ovoz yorig'i, traxeya va bronxlarga havo o'tkazmaydi. Asfiksiyani bu turini obturatsion asfiksiya deb qabul qilish mumkin, lekin og'iz xalqum yo'lidan barmoq bilan yot jismni olishga xarakat qilinganda yumshoq to'qimalar laxtagini aniqlash mumkin. Klapanli asfiksiyali bemorlarni yonboshlatib (jaroxat tomoni bilan) yoki boshini pastga qilib, o'tirgan holda transportirka qilinadi. Ekstremal holatlarda, traxeostoma qo'yishni iloji bo'lmaganida traxeyani halqalari orasidan qalqonsimon bog'lam orqali qalin igna bilan krikotomiya qilib jarohatlangan bemor hayotini saqlab qolish mumkin. Radikal yordam yumshoq to'qimalar laxtagini to'g'ri holatda tikib qo'yish yoki uni saqlab qolishni iloji bo'lmasa keaib olib tashlashdan iborat. Bu muolajani xirurg–stomatolog, jag'–yuz jarroxi bajaradi.

Aspiratsion asfiksiya. Qusuq massalari, qon quyqasi, og'iz bo'shlig'idagi bor narsalar traxeya va bronxlarga tushib qolishi natijasida rivojlanadi. Ko'rsatiladigan yordam traxeostoma qo'yishdan va traxeobronxial daraxtni profilaktika maqsadida sanatsiya qilishdan iborat. Ba'zan og'iz bo'shlig'idagi bor narsalarni shprints yoki boshqa moslama yordamida tortib olish foydali bo'ladi, ammo asfiksiya rivojlansa samarasiz bo'ladi.

Asfiksiya bilan kurashda traxeya intubatsiyasi qo'llanilishi mumkin, bunga tegishli sharoit mavjud bo'lsa.

O'tkir nafas etishmovchiligi – jag'-yuz jarohatlari bor bemorlarda uchrab turadigan asoratlardan hisoblanadi. U nafas olishni markaziy turi bo'yicha buzilishi natijasida rivojlanib, kalla-miya jarohatlarida ko'proq kuzatiladi. Bunday holatlarda nafas markazlari turli darajalarda zararlanishi mumkin, nafas yo'llari o'tkazuvchanligi buzilmagan. Kuchli

hansirash, sianoz, nafas olish ritmini buzilishi, nafas olish harakatlarini chastotasi va amplitudasi o'zgaradi, ba'zan – nafas olish spontan ravishda to'xtab qoladi. Yordam intubatsiyadan va yordamchi nafas o'tkazishdan iborat (intubatsiyani iloji bo'lmaganida –narkoz apparatini maskasi orqali). Maxsus moslamalar bo'lmaganida o'pkani sun'iy ventilyasiyasini og'izdan og'izga yoki og'izdan burunga usullari bilan o'tkazish kerak. Nafas olish markaziy turi bo'yicha buzilganida davoni reanimatologlar maxsus bo'limlarda o'tkazishadi.

Qon ketishi birlamchi (jarohatdan keyin)va ikkilamchi (erta va kechki, jarohat olgandan birmuncha vaqt o'tganidan so'ng. Erta ikkilamchi qon ketish transportirovkada tromb ko'chishi yoki jag'lami ishonchli transport immobilizatsiyasi yo'qligi sababli tomirlar, yorilishi hisobiga jarohatdan 24–48 soat o'tganidan so'ng kuzatilishi mumkin. Kechki ikkilamchi qon ketish trombnii yiringli eriishidan yoki qisman zararlangan qon tomirini eroziyasi natijasida 7-14 sutkadan keyin qisman zararlangan qon tomirini eroziyasi natijasida 3–4 xafta va undan keyin. Ikkilamchi qon ketish to'satdan boshlanishi, kuchli bo'lishi va o'lim bilan tugashi mumkin.

Birinchi yordam birlamchi qon ketishida qon ketayotgan yaraga bosib turuvchi bog'lam qo'yishdan iborat. Profuz qon ketganida ushbu anatomik sohani qon bilan ta'minlovchi sohani barmoq bilan bosib turish kerak.

Umumiy uyqu arteriyasi barmoqlar bilan VI bo'yin umurtqasi ko'ndalang o'sig'iga barmoqlar bilan bosiladi. Ko'ndalang o'siqni bo'yin terisida ko'krak-o'mrov suyagi- so'rg'ichsimon mushak oldingi qirrasini bilan qalqonsimon tog'ay yuqori qirrasidan o'tkazilgan gorizontal chiziq kesishgan nuqtasi barmoq bilan bosishga belgi(orientir) bo'ladi. Shu nuqtada qo'lni bosh barmog'i bilan arteriya umurtqaga bosiladi, qo'lni boshqa barmoqlari bo'yinni orqa yuzasida joylashadi.

Yuz arteriyasini chaynov mushagi oldingi qirrasini pastki jag' pastki qirrasini bilan kesishadigan chiziqdan biroz oldinroqda, chakkani yuza arteriyasini quloq dirildog'idan oldinga va yuqoriga– 1 sm chetlab bosiladi.

Tashqi uyqu arteriyasi yirik stvollari jarohatlarida, ularni jarohatdan yuqori qismidan bog'lanadi.

Tashqi uyqu arteriyasini bog'lash.. Kuraklar ostiga valik qo'yib, bemor yuqoriga qaragan holatda yotadi. Bosh orqaga tashlangan va qarama-qarshi tomonga burilgan. Pastki jag' burchagidan pastdan ko'krak-o'mrov suyagi- so'rg'ichsimon mushak oldingi qirrasini bo'ylab

5–6 sm uzunlikda kesuv o'tkazamiz. Teri, teriosti qavati, yuza fassiya, teriosti mushagi, bo'yin xususiy fassiyasi kesiladi. Ko'krak-o'mrov suyagi- so'rg'ichsimon mushagi medial qirrasida ochiladi. Mushakni oldingi tomon qobig'i ochiladi, bundan keyin mushakni yon tomonga suriladi. Mushakni orqa qobig'i kesiladi. Uyqu arteriyasi ustida joylashgan vena qon tomirlari va til osti nervi to'mtoq yo'l bilan chetga suriladi. Yuz umumiy venasini surishni iloji bo'lmasa uni bog'lab so'ng kesiladi. Keyin umumiy uyqu arteriyasi fassial lojasi ochiladi. Bu tomirlar orasida va ularni orqa yuzasida qo'zg'atuvchi nerv joylashadi, uni ajratib olish kerak. Umumiy uyqu arteriyasining qalqonsimon tog'ay yuqori qirrasida sohasidagi bifurkatsiyasigacha boriladi. Tashqi uyqu arteriyasi ichkari va oldinda joylashadi va katta shoxlar beradi, ichki uyqu arteriyasi shoxlar bermaydi. Tashqi uyqu arteriyasini ichki bo'yintiriq venasi va qo'zg'atuvchi nervdan ajratib olinganidan keyin uning ostiga ichki bo'yintiriq venasi tomonidan 2 ligatura o'tkaziladi, ularni bir-biridan 1 sm masofada yuqorigi qalqonsimon va til arteriyalari oralig'ida. Ligaturalar oralig'ida arteriya kesiladi. Arteriyani markaziy oxirgi qismiga ikkinchi ligaturani qo'yish maqsadga muvofiqdir.

Ligaturani bog'lashdan avval bog'lanayotgan arteriyani bosib turish, shu tomonda chakka yuza arteriyasini shu tomonida puls yo'qolganiga ishonch hosil qilish kerak.

Til arteriyasini bog'lash. Pastki jag' pastki qirrasidan 2 sm chetlab, qirraga parallel ravishda 6 sm uzunlikda teri kesiladi. Teri, teriosti qavati, bo'yin xususiy fasciyasi tashqi varag'i kesiladi. Pastki jag' osti so'lak bezi ochiladi, yuqoriga va ichkariga suriladi. Pirogov uchburchagiga mo'ljal qilinadi, uni tashkil qiladilar: jag'-tilosti suyagining orqa qirrasida (old tomondan), ikki qorinli mushak orqa qorni payi orqa tomondan) va tilosti nervi (yuqoridan). Uchburchak sohasida tilosti-til mushagi joylashgan bo'lib, bundan til arteriyasi o'tadi. Qisqich bilan bu mushak ajratiladi va til arteriyasi topilib bog'lanadi. Muolaja qo'pol bajarilsa yutqin devorini ochib qo'yish mumkin.

Yuz arteriyasini bog'lash. Pastki jag' osti sohasida, pastki jag' asosiga parallel ravishda, undan 2 sm pastga chetlab, 5 sm uzunlikda kesuv o'tkaziladi. Kesuv boshlanish qismi pastki jag' burchagidan 1 sm oldinda bo'lishi kerak. Teri, teriosti, bo'yin yuza fassiyasi, teriosti mushagi kesiladi. Chaynov mushagi oldingi qirrasida yuz arteriyasi ajratiladi va bog'lanadi.

Kechki asoratlarga ikkilamchi qon ketish, bronxopulmonal asoratlarda, kontraktura, siniq bo'laklarini noto'g'ri holatdagi konsolidatsiyasi, sekinlashgan konsolidatsiya, yolg'on bo'g'im hosil bo'lishi, travmatik osteomielit va yuqori jag' sinusitlar kiradi.

Ikkilamchi qon ketish tromb yoki qon tomirining yiringli erib ketishi (7–14) kundan keyin, hamda qon tomiri devorining emirilishiga yot jism, suyak parchalari emirilishiga sabab bo'lishi mumkin (arroziyalar). Bunday qon ketishlar jarohatdan 3–4 hafta va undan keyingi vaqtda bo'lishi mumkin. Asorat to'satdan, ko'pincha kechasi paydo bo'ladi.

Kechki ikkilamchi qon ketishini magistral qon tomirini bog'lash orqali, juda ham kam hollarda qon ketayotgan tomirni yarada ikkita ligatura bilan bog'lab, yumshoq to'qimalarga fiksatsiya qilinadi. Qon to'xtatilganidan keyin, bemorlarga qat'iy yotoq rejimi tayinlanadi va individual post buyuriladi.

Bronxopulmonal asoratlarda jarohatlangan bemorni sovuq olishidan, og'iz bo'shlig'idagi massalarni traxeya va bronxlarga tushishi natijasida yuzaga keladi. Ko'pincha bu asoratlarda yutinish akti buzilgan bemorlarda va nafas etishmovchiligi rivojlanganida, ayniqsa yutqin, xalqum, til ildizi yumshoq va qattiq tanglay pastki jag' burchagi va shox qismida jaroxat bo'lganida kuzatiladi. Aspiratsion pnevmoniya jarohat olgandan 4–6 kundan keyin rivojlanishi mumkin. Bu asoratlarni oldini olish jag'-yuz sohasi yumshoq to'qimalari va suyaklari jarohatlarida o'z vaqtida ko'rsatiladigan maxsus yordam va antibakterial terapiyani o'z vaqtida tayinlashdan iborat. Og'iz bo'shlig'ini yaxshilab parvarishlash, ovqatlantirish vaqtida aspiratsiyani oldini olish, ko'krak qafasini og'izdan oqib chiqadigan so'lakdan mexanik himoyasi, erta nafas gimnastikasi va umumiy chiniqtiruvchi jismoniy mashqlar asoratlarni oldini olishda katta ahamiyatga ega. Ba'zan atropin sulfatni ichga qabul qilib so'lak bezlarini funksiyasini kamaytirish maqsadga muvofiq bo'ladi.

Kontraktura (jag'larni ochilmay qolishi) jarohat natijasida mushaklar zararlanishi hisobiga doimiy bo'lmagan (simptomatik, reflektor) va doimiy bo'lishi mumkin. Doimiy kontraktura yumshoq to'qimalardagi qo'pol chandiqlar va pastki jag'ni boshqa suyaklar bilan birikib qolishi hisobiga kuzatiladi. Ba'zan ushbu asoratni sababi ko'rsatib o'tilgan ikkala omil bo'ladi. Kontraktura xiurgik yo'l bilan davolanadi.

Suyak yarasini yiringlashi siniq chizig'idagi yiringli jarayon natijasida yuzaga keladi. Jag' suyagi bo'laklari oralig'ida boshlangan yallig'lanish jarayoni shilliq qavat nuqsoni orqali tish alveolasidan serozli yoki serozli -yiringli sekret ajralishi bilan namoyon bo'ladi. Asta-sekin mahalliy kam ifodalangan yallig'lanishlar kamayadi, siniq bo'laklari faol konsolidatsiyasi kuzatilishi mumkin. Ba'zan kattalashgan va og'riqli limfatik tugun yoki bir nechta tugunlar paket ko'rinishida aniqlanishi mumkin. Bu ko'proq pastki jag' burchak yoki tana sohasi sinishlarida kuzatiladi.

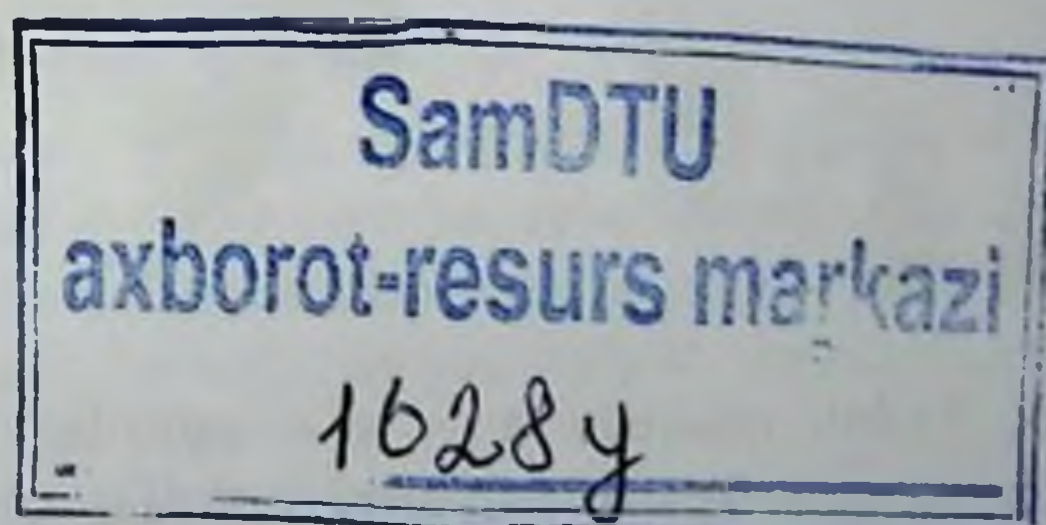
Tashxis kasallikni klinik ko'rinishi, rentgenogrammalardagi normal konsolidatsiya va yiringni mikrobiologik tekshiruvlarida: mikroflorani.

Qiyosiy tashxis travmatik osteomielit, sil, zaxm bilan o'tkaziladi.

Davolash abscess, flegmona, limfadenit, aktinomikozlarni terapiyasi tamoyillari kabi amalga oshiriladi.

Nazorat savollari:

1. Yuz yumshoq to'qimalari jarohatlari to'g'risida tushuncha.
 2. Yuz yumshoq to'qimalari jarohatlari statistikasi.
 3. Yara jarayoni patogenezi.
 4. Ezilish, timalish, yara nima?
 5. Yuz yumshoq to'qimalari jarohatlari tasnifi
 6. Yuz yumshoq to'qimalari jarohatlari klinikasi
 7. Yuz yumshoq to'qimalari jarohatlari turlari
 8. Yuz yumshoq to'qimalari o'q otish qurolidan bo'lmagan jarohatlari tashxisi.
 9. Yuz yaralari birlamchi jarroxlik harakati xususiyatlari.
 10. Yuz yaralari birlamchi jarroxlik harakati o'tkazish muddatlari.
- Yuz-jag' yaralari bitishi.



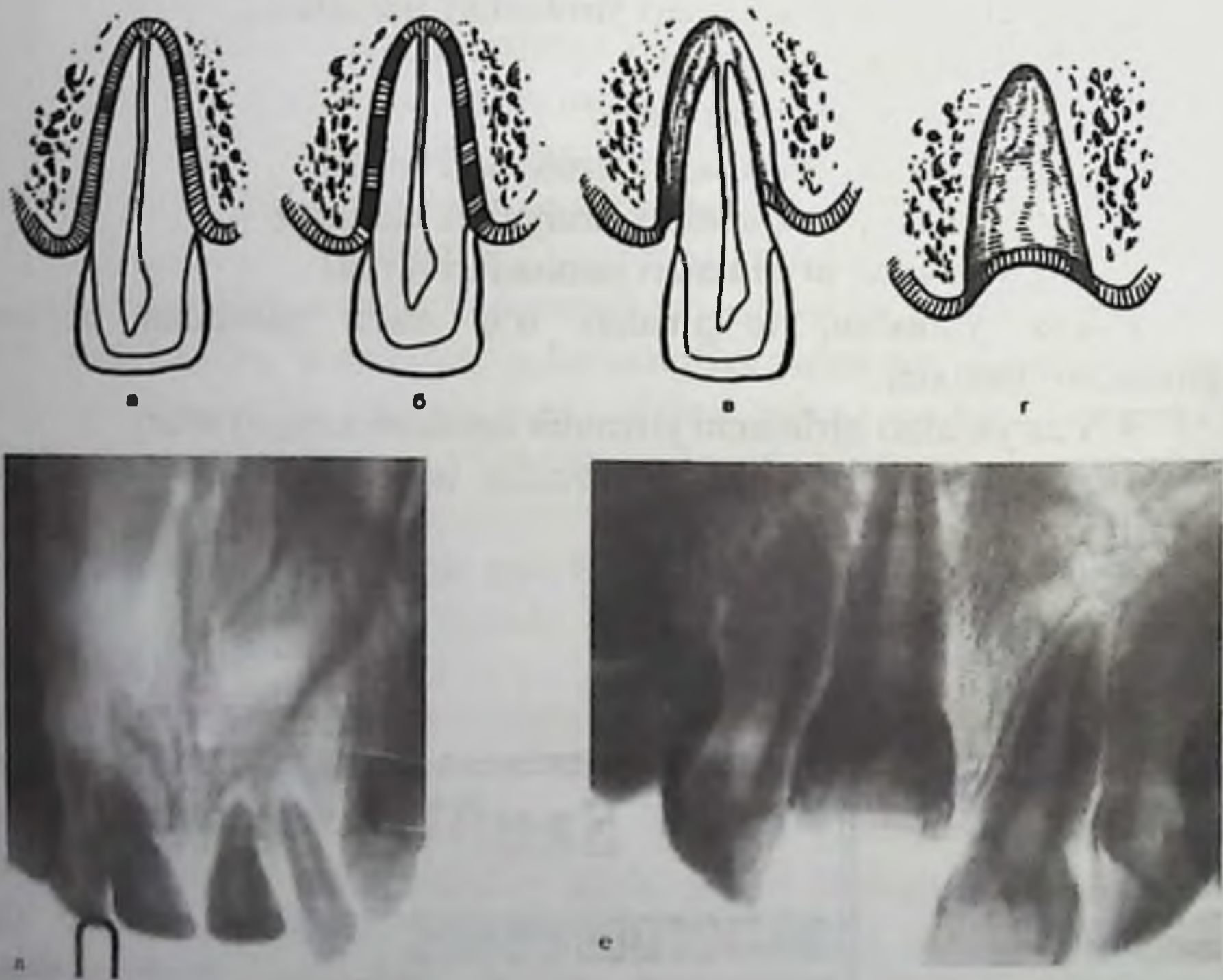
2 BO'LIM

2.1. TISHLARNI CHIQISHI VA SINISHI

Tishlarni chiqishi va sinishi jag-yuz sohasi barcha jarohatlariga nisbatan 3 % ni tashkil etadi.

Yuqori jag' tishlari jarohatlari pastki jag' tishlari jarohatlariga ko'ra 3 marta ko'proq uchraydi.

Tishlarni chiqishi. Tishlarni chiqishini sababi tish tojiga tushgan kuch hisoblanadi: zarba, qattiq ovqatni tishlab olish, chaynalyotgan taomdagi yot jism, zararli odatlar (piva butilkasini tish bilan ochish). Bundan tashqari, tish sug'urishda elevatordan (nayzasimon) yoki tish ildizini (to'g'ri, burchakli) noto'g'ri va va pala-partish foydalanilsa asbobga tayanch bo'lgan yon tomondagi tish chiqishi mumkin. Tishlab olayotganda va qattiq ovqatni chaynayotgandagi ortiqcha bosim ham tishni tishni chiishiga olib kelishi mumkin. Noto'liq, to'liq va qoqilgan chiqishlar farq qilinadi (Rasm 3, a-g).



Rasm 3. Tishni chiqishi a - g - noto'liq va to'liq (sxema); d - markaziy va yon kesuv tishlarini noto'liq chiqishi; ko'rsatilgan

tishlar ildizlari sohasida bir tomondan kengaygan periodontal yoriq aniqlanadi (rentgenogramma); e – markaziy kesuv tish qoqilgan chiqishi, periodontal yoriq aniqlanmaydi, tish toji kesuv yuzasi bo‘linishi (rentgenogramma).

Noto‘liq chiqishda periodont tolalari uziladi, saqlanib qolganlari katta yoki kichik masofada cho‘ziladi. Qon va asab tomiri ba’zida uzilmaydi, ayniqsa tish o‘z o‘qi atrofida aylanganida, ammo bu holatda pulpa nekrozi uning tomirlari trombozi hisobiga kuzatilishi mumkin. Noto‘liq chiqishlarda Noto‘liq chiqishlarda ko‘proq tish toji va ildizini tishlar qatorida tish katagi devoriga nisbatan holati o‘zgaradi. Zarbani kuchi, yo‘nalishi va kelib tushadigan joyiga bog‘liq holda tish lab yoki til tomonga, okklyuzion yuzaga yo‘nalishiga bo‘ylab, o‘qi atrofi byicha aylanishi mumkin. Tish qatori shakli buziladi. Tish toji va ildizi doim qarama-qarshi yo‘nalishda siljiydi.

Bemor tishdagi og‘riqqa, unga tekkanda og‘riqni kuchayishiga, tishlab ololmaslikka yoki chaynay olmaslikka, tishni noto‘g‘ri holatiga, uni qimirlashiga shikoyat qiladi. Tashqaridan qaraganda kelib tushgan kuchni yumshoq to‘qimalarda asoratlarini (shish, shilinish, qon quyilish, yara) lablar yoki lunjda ko‘rish mumkin. Og‘iz ba’zan ochiq.

Rentgenogrammada tishni noto‘liq chiqishida tishni tish katagida odatda asimmetrik holatda bo‘lishi aniqlanadi. Bunda tish ildizi zarbaga qarama-qarshi tomonga siljishi va qisman tish katagidan chiqishi mumkin.

To‘liq chiqish periodont tish ildizini barcha qismi bo‘yicha uziladi, qon va asab tomiri bog‘lami o‘lishi, ba’zida alveolani vestibulyar qismini sinishi, tishni alveoladan tushib qolishi bilan xarakterlanadi. Chiqqan tish katagi . kompakt plastinkasi bilan anatomik aloqda bo‘lmasdan ikki nam yuzalarini (qon bilan namlangan) adgeziv xususiyatlari yoki saqlanib qolgan tish aylanma bog‘lamlari tolalari hisobiga ushlanib turadi. Yuqori jag‘ oldingi tishlari ko‘proq, pastki jag‘ oldingi tishlari kamroq chiqishga moyil. Yon kesuv tishlardga nisbatan markaziy kesuv tishlari ko‘proq, qoziq tishlar kamroq chiqadi.

To‘liq chiqishda bemorlar jarohat sababli yuzaga kelgan tish qatori nuqsoniga shikoyat. Tashqaridan qaraganda o‘zgarishlar noto‘liq chiqishdagi o‘xshash bo‘ladi. Bemor tishini shifokorga qo‘lida olib keladi.

Rentgenogrammada tish katagi aniq chegarali, tish ildizidan alohida holda aniqlanadi. Tish katagi ma'lum bir qismida ichki kompakt qavatni ba'zan g'ovak moddani yoki uni qirrasini buzilishi kuzatiladi.

Qoqilgan chiqish – to'liq chiqishni ko'rinishlaridan hisoblanadi, bunda tish ildizi tish katagi kompakt plastinkasini perforatsiya qilib, alveolyar o'siq g'ovak moddasiga teshib kiradi (alveolyar qism). Qon va asab tomiri bunda har doim uziladi. Tishni periodontni to'liq uzilishiga qaramasdan, tishni alveolada ushlanib qolishi uni suyakka mexanik qoqilib qolishi hisobiga bo'ladi (rasm. 3).

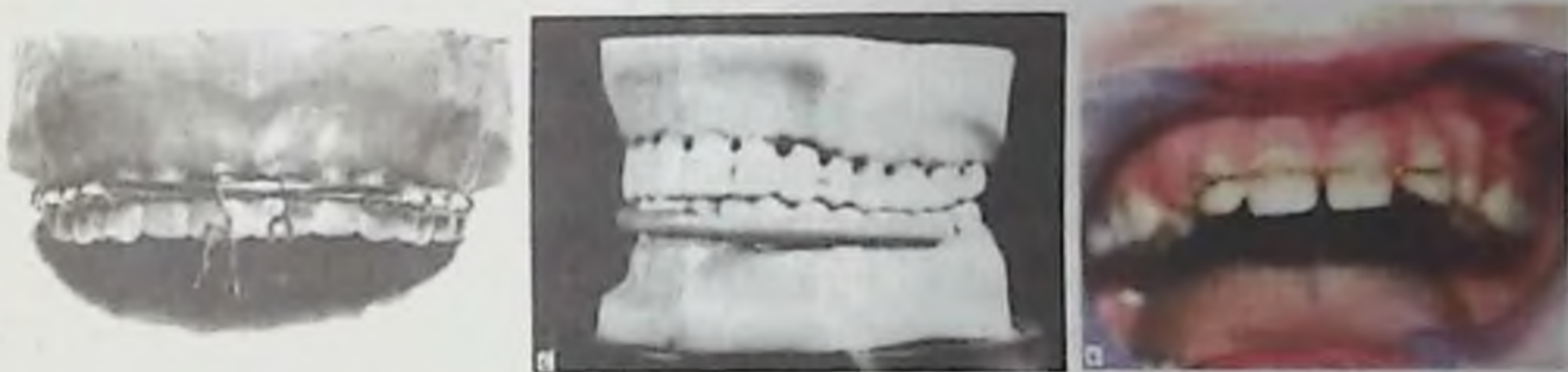
Qoqilgan chiqishda bemorlar jarohatlangan tish sohasida o'z-ozidan paydo bo'ladigan og'riqqa shikoyat qiladilar, tish balandligini pasayib qolishi, milkdan qon oqishi, ovqat chaynaganida atrof to'qima jarohati tufayli og'riq kuzatiladi.

Tashqi ko'rinishdagi o'zgarishlar yuqorida keltirilgan o'zgarishlarga o'xshash. Og'iz bo'shlig'ini ko'ruv vaqtida tish toj qismi pastroqda (pastki jag'da) yoki yuqoriroqda (yuqori jag'da) joylashib, o'qi atrofida burilgan yoki qaysidir tomonga egilgan holatda bo'lishi mumkin. Tish toji ba'zan tish katagi ichiga to'liq cho'kkan yoki alveolyar o'siq qirrasidan biroz chiqib turishi mumkin. Tish suyakka mexanik kirib qolishi hisobiga qimirlamasligi mumkin. Uni perkussiyasi kam og'riqli. Qoqilgan tish proeksiyasida milk shilliq qavati shishgan, uni palpatsiyasi biroz og'riqli. Rentgenogrammada periodontal yoriq tish ildizi eng keng joyini tish katagi tor joyiga siljishi hisobiga ma'lum darajada torayishi yoki yo'qligi aniqlanadi.

Ma'lum darajada siljib qoqilgan tishni soyasi rentgenogrammada jag' tana qismida qisman soya aniqlanishi mumkin.

Davolash. Tishni noto'liq chiqishida mahalliy og'riqsizlantirish ostida ehtiyotkorlik bilan barmoqlarni faqat tish tojiga emas, balki alveolyar o'siqqa ham qo'yib turib repozitsiya qilinadi. Bu shifokor tomonidan me'yoridan ortiq kuch ishlatilganida qon va asab tomirini uzilib ketishini oldini oladi. Tishni immobilizatsiyasini shina– kappa bilan qilish, silliq shina–skoba bilan qilishdan afzalroq, chunki ligatura buralayotganda tishni katagidan chiqarib yuborishi mumkin. Ligaturani burash etarlicha bo'lishi, ammo me'yoridan ortiq bo'lishi kerak emas. Tishlar jipslanganda fiksatsiya qilinayotgan tish me'yoridan ortiq bosimni sinamasligi uchun kappa bilan fiksatsiya qilingan tishni kesuvchi qirrasini plastmassadan ozod bo'lishi kerak. Bundan tashqari bu dinamikada pulpani hayotiylik xususiyatini elektrodontometriya usuli bilan nazorat qilish imkoniyatini beradi. Agar immobilizatsiya silliq

shina–skoba bilan amalga oshirilsa, ligatura faqat tish bo‘yni sohasida joylashishi kerak emas, balki kesuv qirrasidan o‘tib, tish tojini til va vestibulyar tomondan ham qamrab olishi kerak (rasm. 4, a). Immobilizatsiya 5–6 haftadan kam bo‘lmagan muddatga qo‘yiladi. Shvyrkov bo‘yicha tez qotadigan plastmassadan tayyorlangan shina (rasm. 4, b) ham, yoki (rasm. 4, b) breketli simli shina (bo‘laklari yonida turgan tishlarga tayanch bo‘lgan holda) shu jumladan tez qotadigan plastmassa bilan kombinatsiyalangan shina samarali hisoblanadi (rasm. 4, v).



Rasm 4. Chiqqan tishlar fiksatsiyasi. a – silliq shina – skoba va simli ligatura yordamida; b – Shvirkov bo‘yicha tez qotadigan plastmassadan silliq shina; v - sim – kompozitli shina.

Tish to‘liq chiqqanida uni 2 sutkadan kechikmagan vaqtda replantatsiya qilish mumkin. Tish katagi devorlari singanida va yallig‘lanish jarayoni boshlanganida, periodontitda, chiqqan tish ko‘p qismi emirilgan bo‘lsa tishni replantatsiyani qilib bo‘lmaydi. Replantatsiya qanchalik erta o‘tkazilsa, natijasi shunchalik yaxshi bo‘ladi. Yaxshi natijalar replantatsiya jarohatdan 20–30 min keyin o‘tkazilganda kuzatiladi. Replantatsiya umum qabul qilingan usullar bo‘yicha o‘tkaziladi.

Tish katagi devorlari replantatsiya qilingan tish ildizi bilan uch tipda birikishi mumkin: periodontal, periodontal–fibroz va osteoid. Periodontal tip tish ildizi va tish katagi devorlarida etarli miqdorda funksional mukkamal periodont tolalari bo‘lganida bo‘ladi. Renggenogrammada periodontal yoriq va alveola kortikal plastinkasi chegarasi aniq ko‘rinadi (tish ko‘chirib o‘tkazilgan joyda bitib ketganidan so‘ng).

Periodontal–fibroz tip bitish agar periodont tolalari faqat tish ildizi yoki alveola devorida saqlanib qolgan bo‘lsa yuzaga keladi. Rentgenogrammada periodontal yoriq birxilda bo‘lmagan kenglikda

yoki umuman ko'rinmasligi mumkin. Osteoid tip birikish bitish agar periodont tolalari tish ildizi yoki alveola devorida saqlanib qolmagan bo'lsa yuzaga keladi. Rentgenogrammada periodontal yoriq aniqlanmaydi. Chiqqan tishni periodontal tipda birikishi optimal hisoblanadi. Repozitsiyadan keyin tishni rezorbsiyasi rivojlanishi mumkin, bu yallig'lanish jaryoni bilan bog'liq bo'ladi.

Qoqilgan tishni chiqishlarida uni o'z-o'zidan ixtiyoriy siljib joyiga chiqishini kutib turish taktikasi maqsadga muvofiq bo'ladi. Ushbu taktika sut ishlari qoqilib chiqqanida qo'llanilganida o'zini oqlaydi, bunda tishni o'z joyiga siljishiga, agar o'sish sohasi saqlanib qolgan bo'lsa shakllanishi davom etayotgan tish ildizi zamin yaratadi. Ba'zan yosh bemorlarda tish ildizi saqlanib qolgan bo'lsa va tish ildizi shakllanishi tugamagan bo'lsa chuqur bo'lmagan doimiy tish qoqilib chiqishlarida tishni o'z-o'zidan o'z o'rniga siljishi aniqlanadi. Tishni o'z-o'zidan o'z o'rniga siljishini birinchi belgilari jarohatdan 1 – 1,5 hafta keyin, kamroq hollarda 4–6 haftadan keyin aniqlanadi. Jarohatdan keyin rivojlangan yaqqol ifodalangan yallig'lanish jarayonida, jarohatdan oldin periapikal to'qimalarda surunkali yallig'lanish mavjud bo'lsa tishni chuqur qoqilishida tishni o'z o'rniga siljish ehtimoli kamroq bo'ladi. Jarohatdan keyin birato'la qoqilgan tishni repozitsiya va 4-6 haftaga immobilizatsiya qilish ba'zida yaxshi samara beradi. Jarohat olgan kuni yoki 3 kundan kechiktirmay o'tkazilgan bunday davolash natijalari afzalroq bo'ladi. Klinik ko'rinishlari 5-6 sutkada namoyon bo'ladigan ankilozni oldini olish uchun qoqilgan tishni jarohatdan keyin birato'la ortodontik apparat yordamida siljitish tavsiya etiladi.

O'tkir yallig'lanish jarayoni rivojlanishi, qoqilgan tishni yumshoq to'qimalarga siljishi, tishni jag' tanasiga to'liq botishi, ankiloz rivojlanganda, tish katagi devorlari singanida qoqilgan tishni olib tshlashga ko'rsatma bo'ladi. Olingan tish ma'lum bir sharoitlarda replantiratsiya qilinishi mumkin (tish ildizida periodont saqlanib qolganida va tish katagi devorlari butunligida). Qoqilgan tishni noto'g'ri joylashishi bilan bemor kech murojat qilganida qoqilgan tishni to'g'irlash uchun ortodontik usullar qo'llaniladi.

Tishlarni sinishi. Tishlarni sinishi tishlarni chiqishi bilan uchraydi, chunki tish qattiq to'qimasini butunligini buzilishi periodont jarohatisiz bo'lmaydi. Periodont to'qimasi jarohati darajisidan kelib chiqib, tishni turli darajasidagi qimirlashlari aniqlanadi. Tishlar sinishlari sabablari tishni qoqilishidagi kabi bo'ladi. Yuqori jag' tishlari toj qismi pastki jag' tishlarini sug'urish vaqtida sinishi mumkin. Bu asorat tish sug'urish

operatsiyasini pala-partish bajarishda sodir bo'ladi yuqoriga keskin harakat: (siltov), tish katagidan tishni sug'urish vaqtida yuqori jag' tishlariga zarba etkazish mumkin

Oldingi tishlar premolyarlar va molyarlarga nisbatan ko'proq jarohatga uchraydi. Bunda yuqori jag' tishlari pastki jag' tishlariga nisbatan ko'proq jarohatlanadi.

Tishni sinishi uzunasiga va ko'ndalangiga bo'lishi mumkin (rasm 5 a-g). Birinchi holatda siniq chizig'i tishni toj va ildizidan vertikal chiziq o'qi bo'ylab o'tadi (rasm. 5 g), ikkinchi holatda – yoki tish toj qismi yoki tish ildizi vertikal o'qi bo'ylab ko'ndalangiga o'tadi (rasm. 5 a-v). Qiyshiq sinishi ham mumkin (rasm. 5 b). Siniq chizig'i emal va dentin, sement va dentin bo'ylab o'tishi mumkin (rasm. 5, a). Boshqacha munosabatlari ehtimoli bo'lishi mumkin. Tishlarni o'tkir jarohati tasnifiga muvofiq [Churpynina N. M., 1993], sinishlarni quyidagi variantlari farq qilinadi: – ko'ndalang, qiyshiq, uzunasiga; – tish toji emal sohasida; – tish bo'shlig'i ochilmasdan; – tish toji emal va dentin sohasida, tish bo'shlig'i ochilib – tish toji emal, dentin va sementi sohasida; – tish ildizini bo'yinoldi, o'rta va uchi sohalarida (rasm. 5, a).



Tish tojini sinishi emal chegaralarida bo'lib, bunda ko'proq tish tojini burchak qismi emali va dentin sohalari tish toji pulpasini ochilib yoki ochilmasdan (rasm. 5 d); emal, dentin va sement sohalarida, tish tojini hammasini tishning bo'yin sohasida emal–dentin chegarasida sinishi natijasida bunda ko'proq tanglay tomondan o'tkir burchak ostida ko'rinishi, vestibulyar – to'g'ri burchak ostida. Tish toji singan bo'lagi kattaligi va pulpa kamasini ochilib qolish ehtimoli siniq chizig'i sathiga bog'liq bo'ladi.



Rasm 5. Tish ildizini sinishi:

a – tishlarni sinishlarini turlari (sxema);
 b – yuqori jag' markaziy kesuv tishi ildizini sinishi: siniq chizig'i qiyshiq-ko'ndalang yo'nalishda o'tadi (rentgenogramma); v – yuqori jag' markaziy kesuv tishlari ko'ndalang sinishi: kesuv tishlari ildizlari bo'laklarini ildizichi shtiftlari bilan fiksatsiya qilish (rentgenogramma); g – tish tojini uzunasiga sinishi, pastki jag' premolyarini bo'yin sohasidan qiyshiq-vertikal sinishi; d – toj qismi bo'shlig'i jarohati bilan toj qismi bo'shlig'i jarohati bilan toj qismi bo'shlig'i jarohati bilan yuqori jag' markaziy kesuv tishining toj qismini qisman sinishi.



g



d

Tish toji bir qismini pulpa pulpa kameraini ochilmasidan sinishida bemorlar termik va mexanik ta'sir qiluvchilardan og'riqqa, estetik etishmovchilikka shikoyat qiladilar. Bir sutkadan keyin (ba'zida kechroq) o'tkir pulpit belgilari paydo bo'lishi mumkin. Tashqaridan qaraganda og'iz atrofi to'qimalarida shish, zarba kelib tushgan joyda shilinish, yaralar, qon quyilishlari aniqlanadi.

Tishni sinishi tishning bo'yin sohasida bo'lganida siniq tekisligi ko'pincha qiyshiq yo'nalishga ega bo'ladi va tish ildizi uchi sohasida alveolyar o'siq shilliq qavati ostida joylashadi (alveolyar qismi). Tish tojini sinishida har doim pulpa yiriladi, keyinchalik travmatik pulpit belgilari rivojlanadi. Ildiz yuzasida pushti yoki ko'kimtir-qizil rangdagi pulpa chiqib turishi mumkin. Milk shilliq qavati ba'zida yiriladi.

Tish toji-ildizi sinishi – bu tish o‘qi bo‘ylab uzunasiga bo‘lgan sinish, bunda tish toji va ildizi bir vaqtda sinadi. Bunday sinishni sabablari quyidagilar: tishni vertikal o‘qi yo‘nalishi bo‘yicha zarba, tish kanaliga shtiftni kuch bilan kiritish; ba‘zi endodontik muolajalar. Sinishning bu tipida emal, dentin, sement, pulpa jarohatlanadi.

Bemorda ovqat chaynagan vaqtda, o‘z-o‘zidan paydo bo‘lib, turli ta’sirlovchilardan kuchayuvchi og‘riq paydo bo‘ladi. Tish qimirlab qoladi.

Tish ildizini sinishi bo‘yin, uning o‘rta qismida, o‘rta va ildiz uchi chegarasida, ildiz uchiga yaqin sohalarida bo‘lishi mumkin. Ba‘zan tish ildizi o‘rta va tish ildizi uchi sohalaridagi sinishlarda qon tomiri-asab tomiri bog‘lamini yirtilishi kuzatilmaydi. Siniq chizig‘i ko‘proq ko‘ndalang, kamroq qiyshiq yo‘nalishda bo‘ladi va tish sementi, dentini, pulpasi orqali o‘tadi (rasm. 7, b). Kesuv tishlari ildizlari sinishlari ko‘proq tish ildizi o‘rta va uchi o‘rtalarida, bir xilda ko‘proq bo‘yin va o‘rta qismlari, kamroq – ildiz uchi sohasida uchraydi. Tish ildizi sinishi doimo toj qismini chiqishi bilan birga kechadi va tegishli klinik belgilari paydo bo‘ladi. Bemorlar tishda o‘z-o‘zidan paydo bo‘luvchi simillab turuvchi og‘riqqa, ovqatni tishlab olishda zo‘rayishiga, tishni qimirlashiga, tishlarni jipslashtirgandagi og‘riqqa shikoyat qiladilar.

Og‘izichi rentgenogrammasida tishni siniq chizig‘i ingichka yo‘l yorug‘lik ko‘rinishida aniqlanadi, uni lokalizatsiyasi, shakli va yo‘nalishi sinish xarakteriga bog‘liq bo‘ladi. Tish bo‘laklari sinib siljiganida siniq chiziqlari yaxshi ko‘rinadi (vizualizatsiya).

Davolash. Davolash taktikasi siniq chizig‘i lokalizatsiyasi, ildiz siniq bo‘laklari siljishi, alveola va yaqin joylashgan siniq bo‘laklar hamda pulpa holatidan kelib chiqib aniqlanadi. Agar tish toji uning bo‘shlig‘i ochilmasdan singan bo‘lsa, davolash o‘tkir qirralarni bartaraf etish va tish toji singan qismi nuqsonini plomba yoki vkladka yordamida tiklashdan iborat bo‘ladi. Pulpa ochilib qolsa, uni olib tashlanadi, kanal plomba qilinadi tish toji singan qismi nuqsonini plomba yoki vkladka yordamida tiklanadi. Agar bemor shifokoga jarohatdan 6–12 soatdan keyin murojat qilsa va pulpa bir nuqtada ochilib qolgan bo‘lsa, davoni biologik usulda amalga oshirish mumkin (bemorni terapevt – stomatolog qabuliga yuborish kerak).

Elektro – odontometriya usuli bilan pulpani hayotlilikini aniqlagandan keyin tishni shina-kappa bilan kamida 4-5 haftaga samarali immobilizatsiya qilish kerak. Shina – skoba har doim ham tish ildizi bo‘laklarini ishonchli immobilizatsiyasini ta‘minlab bera olmaydi. Agar

qon va asab tomiri yirtilgan bo'lsa, pulpa olib tashlanadi, siniq bo'laklar klammer yoki ortodontiyada ishlatiladigan simdan tayyorlangan po'lat shtift, hamda endodontoendoossal implantatlar bilan mahkamlanadi (stabilizatorlar) (rasm. 5, v). Ildiz ignalari va kumush shtiftlar, kanallarni plombalash uchun mo'ljallangan, kerakli mustahkamlikka ega emas. Chaynov ta'sirida shtift defrmatsiyaga uchramasligi uchun kerakli uzunlik va qalinlikka ega bo'lishi kerak. Sement, kanalda fiksatsiyalovchi shtift bo'laklar orasiga kirib qolmasligi uchun tish ildizini bo'laklarini jips qilib o'z o'miga qo'yish kerak. Bu tishni yangi sinishlarda kuzatiladi. Tishni qo'shimcha shina – kappa bilan fiksatsiyalash maqsadga muvofiq. Siniq bo'laklari etarli jipslab o'z o'miga qo'yilmasa, surunkali yallig'lanish rivojlanib, ildiz so'rilishi mumkin. Oqma yo'llar paydo bo'lishi mumkin, bunday hollarda tish olib tashlanadi. Tish uzunasiga singanida u olib tashlanadi.

Nazorat savollari:

1. Tishlarni chiqishlari, sinishlari va jag'lar alveolyar o'siqlari sinishlarining sabablari
2. Tishlarni chiqishlari, sinishlari va jag'lar alveolyar o'siqlari sinishlarining tasnifi.
2. Tishlarni noto'liq, to'liq, qoqilgan chiqishlari va jag'lar alveolyar o'siqlari sinishlarining klinik ko'rinishi.
3. Tishlarni noto'liq, to'liq, qoqilgan chiqishlari rentgenologik ko'rinishi.
4. Jag'lar alveolyar o'siqlari sinishlarining rentgenologik ko'rinishi.
5. Tishlarni chiqishlarini davolash.
6. Tish saqlovchi operatsiyalar.
7. Tishlar sinishlarini davolash.
8. Jag'lar alveolyar o'siqlari sinishlarini davolash
9. Tishlar va alveolyar o'siq jarohatlari profilaktikasi.

2.2 YUZ SKELETI SUYAKLARI SINISHLARI. PASTKI JAG' SUYAGINI SINISHLARI

Yuz skleti suyaklari jarohatlari keyingi 18–20 yillarda 2 martaba ko'paydi. Birgalikdagi va ko'plab jarohatlar hisobiga yuz skleti suyaklari jarohatlari tarkibi o'zgaradi. Ishlab chiqarish bilan bog'liq yuz skleti jarohatlari orasida sanoatdagilari ko'pchilikni tashkil etadi, ishlab

chiqarish bilan bog'liq bo'lmaganlari orasida – maishiy va transportdagilari. Keyingilari alkogolizm bilan ko'proq bog'liq (jarohatlanganlarni 57 dan 72 % gacha) va narkomaniya (8 dan 17% gacha) [Robustova T. G., 2001].

Darz ketish bu suyak butunligini qisman buzilishi. Pastki jag' darz ketishlari juda ham kam uchraydi. Jag' sinishlarida suyak butunligi to'liq buziladi. Sinish mexanik ta'sir ostida sodir bo'ladi. Bunda suyak bilan uni o'rab turuvchi yumshoq to'qimalar ham jarohatlanadi. Travmatik va patologik sinishlar farq qilinadi.

Jarohatlovchi omil kuchining kelib tushayotgan xarakteriga ko'ra pastki jag' sinishlari to'g'ri sinishlar, zarba kelib tushgan joydagilar va noto'g'ri (qaytarilgan) zarba kelib tushgan joyda emas, balki jag'ni boshqa qismida.

Tinchlik paytida yuz skleti suyaklarini o'qotish qurolidan bo'lmagan sinishlari ko'proq uchraydi.

Travmatik sinish suyakka mexanik kuch ta'siri suyakni plastik (qarshilik) imkoniyatlaridan yuqoriroq bo'lganida sodir bo'ladi. Suyakni mustahkamligi suyakdagi turli patologik jarayonlar (surunkali osteomielit, kistasimon hosilalar, xavfsiz va xavfli o'smalar, displaziya va b.) pasayadi. Bunday holatlarda suyak arzimas mexanik ta'sir natijasida (qattiq ovqatni chaynash, og'izni katta ochish) yoki biror-bir sababsiz yuzaga kelishi mumkin. Bunday sinish patologik sinish deb ataladi.

Ochiq va yopiq sinishlar farq qilinadi.

Odam skleti travmatik (mexanik) jarohatlari orasida yuz skleti jarohatlari 3,2 dan 8% gachani tashkil etadi. Ularni o'rtacha uchrashi – 0,6 1000 kishiga 0,6 ni tashkil etadi. Kelib chiqishiga ko'ra ishlab chiqarish (sanoat, qishloq xo'jaligi) va ishlab chiqarish bilan bog'liq bo'lmagan (maishiy, ko'chadagi , transportdagi, sport mashg'ulotlari bilan bog'liq va b.) jarohatlarga bo'linadi.

Pastki jag' o'q otish qurolidan bo'lmagan sinishlari, yuz suyaklari sinishlari orasida eng ko'p uchrab, barcha jarohatlarni 80% ni tashkil etadi. Avval Kabakov B.D. va Malishev V.A.tasnifidan foydalanilar edi, bunga ko'ra pastki jag' sinishlari quyidagi belgilari bo'yicha farq qilingan:

Lokalizatsiyasi: – tanasi; – yon bo'lagi; – markaziy bo'lagi; – burchagi.

Siniq chizig'ida tishni borligi.

Siniq chizig'ida tishni yo'qligi.

Pastki jag'ni shox: – shoxini o'zida, toj; – o'sig'ida; – bo'g'im o'sig'ida; – asosida; – bo'yin qismida; – boshchasida.

Siniq xarakteriga: – siniq bo'laklari siljimasdan; – siniq bo'laklari siljib; – chizikli; – parchalanib; – bir tomonlama; ikki tomonlama.

Soni bo'yicha: – bittali; – ikkitali.

Jag'ni sinishi tish ildizi sohasidan o'tishi mumkin va tish ildizlarini sinishi kuzatiladi. Og'izichi rentgenogrammasi yoki ortopantomogrammada siniq chizig'i va tishlar holati – tishni chiqishi yoki sinishi, hamda alveolyar o'siqni tishlar bilan sinishi aniqlanadi.

Davolash. Siniq bo'laklari repozitsiyasi va to'g'ri holatga qo'yib ikki tomonlama o'tkazuvchan va infiltratsion og'riqsizlantirish ostida o'tkaziladi. Siniq bo'lakni to'g'ri holatga qo'yib, okklyuziya tekshiriladi va silliq shina – skoba yordamida fiksatsiyalanadi. Siniq chiziq yonida kamida 2-3 tadan mustahkam tishlar bo'lishi muhim. Jarohatlangan suyak bo'lagida joylashgan har bir tish simli shinaga mahkamlanishi kerak. Immobilizatsia uchun shina–kappa, tez qotadigan plastmassadan silliq plastmassadan kombinatsiyada bo'lishi mumkin.

Pastki jag' sinishlari. Pastki jag' sinishlari suyak to'qimasining plastik imkoniyatlaridan ortiqroq kuch unga ta'sir qilganida yuzaga keladi. Bunday sinishlar odatda travmatik sinishlar deb qabul qilingan. Ba'zi kasalliklar (xavfli o'smalar, kistoz hosilalar, displaziya, surunkali osteoielit va b.) da suyak to'qimasi mustahkamligini kamayishi natijasida pastki jag'ni sinishi suyak to'qimasi fiziologik mustahkamligidan ortiq bo'lmagan kuch ta'sirida ham yuzaga kelishi mumkin (ovqat chaynaganida). Bunday sinishlar patologik deb ataladi. Sinish zarba kelib tushgan joyda (to'g'ri) yoki bu joydan uzoqroqda va hatto qarama-qarshi tomonda(to'g'ri bo'lmagan yoki qaytarilgan) bo'lishi mumkin. Ko'pincha to'g'ri va to'g'ri bo'lmagan sinishlar bir vaqtda sodir bo'ladi, ayniqsa o'rta chiziqni ikki tomonida joylashganida.

Pastki jag' tanasining sinishlari quyidagilarga bo'linadi o'rta chiziq bo'ylab dahan sohasida, qoziq tish bo'ylab, yon qismida (qoziq tishdan ikkinchi molyargacha), burchak sohasida (ikkinchi va uchinchi molyar orasidagi qismi, hamda uchinchi molyar alveolasi). Pastki jag' burchak sohasidagi sinish ko'proq 8 tish orqali o'tadi. Pastki jag' shox qismida shox, bo'g'im o'sig'i va toj o'sig'i sinishlari farq qilinadi. Toj o'sig'ini bo'yin sohasida sinish bo'lishi mumkin. (rasm. 6) [Pankratov A. S., 2005].



Rasm 6. Turli lokalizatsiyalarda pastki jag'ni sinishi [Pankratov A. S., 2005].

Tishlar qatoridagi pastki jag' sinishlari odatda ochiq bo'ladi, chunki siniq bo'laklar siljiganidana faqat suyakusti pardasi, balki bilan bog'liq alveolyar qismi shilliq pardasi ham yirtiladi. Bundan tashqari, siniq chizig'ida ko'pincha tish joylashib, u jarohatlangan periodontal yoriq orqali

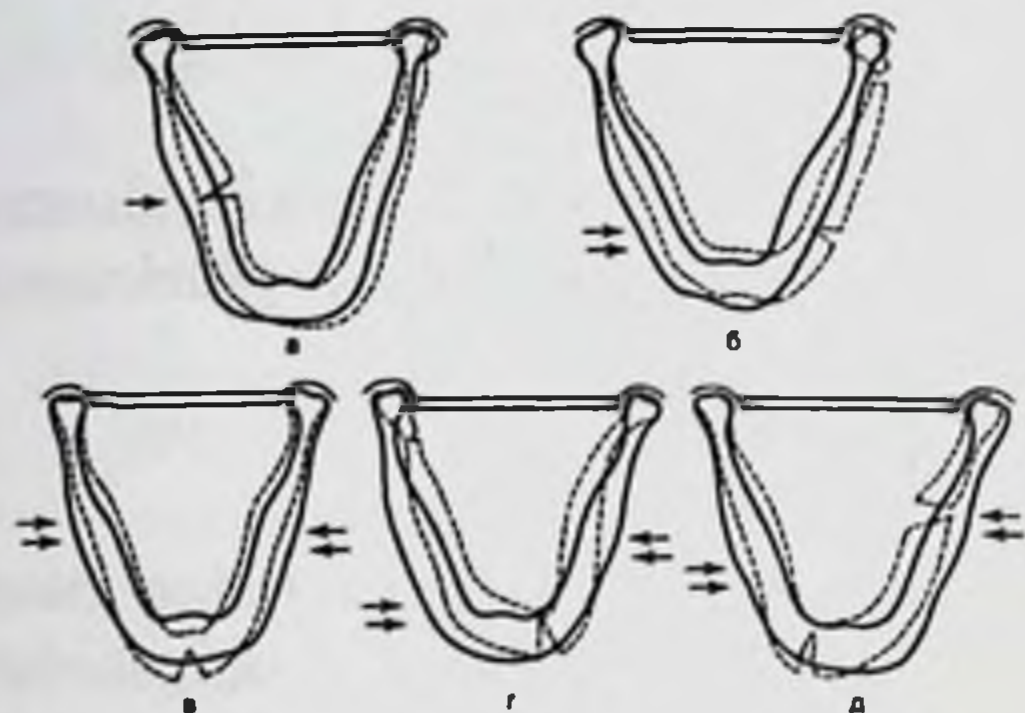
og'iz bo'lig'i bilan aloqada bo'ladi. Tish qatoridan orqadagi sinishlar ko'pincha yopiq, ammo atrof yumshoq to'qimalar yirtilishi kuzatilganida ochiq bo'lishi mumkin.

Pastki jag' sinishi mexanizmlari. Pastki jag' sinishi bukilish, kamroq, siqilish va siljish, juda ham kam hollarda – uzilish hisobiga sodir bo'ladi. Pastki jag' yoysimon shaklga ega. Ta'sir qiluvchi kuch suyak to'qimasining egilgan va yupqa sohalarida-egilish ehtimoli ko'proq bo'lgan joyi (dahan sohasi, jag' burchagi, dahan teshigi sohasi va qoziq tish alveolasiva pastki jag' bo'yin sohasi) kuchli zo'riqish chaqiradi. Xuddi shu eng ko'p «kuchsiz» sohalarda bukilish hisobiga pastki jag' sinadi. Bukilishdan pastki jag' sinishlarini turli klinik variantlari bo'lishi mumkin:

– pastki jag' tanasi yon sohasi to'g'ri sinishi, agar bu sohani uncha katta bo'lmagan maydoniga zarba kelib tushgan bo'lsa. Ba'zan bu sinish qarama-qarshi tomonda bo'g'im o'sig'i sohasida to'g'ri bo'lmagan sinish birgalikda kelishi mumkin. (rasm. 7, a);

– pastki jag' tanasi yon sohasi katta maydoniga zarba tushgan bo'lsa qarama-qarshi tomon burchak sohasida to'g'ri bo'lmagan sinish (rasm. 7, b);

– pastki jag' tanasi yon sohasi ikkala tomoniga zarba tushganida sinish o'rta chiziq bo'ylab kuzatiladi (rasm. 7, v);



Rasm 7. Bukilish natijasida pastki jag' sinishlari turlari (Vassmund bo'yicha). a – pastki jag' tanasini to'g'ri va bo'yin sohasini to'g'ri bo'lmagan sinishlari; b - pastki jag' bo'g'im o'sig'i va burchak sohasi to'g'ri bo'lmagan sinishlari; v – pastki jag' dahan sohasi to'g'ri bo'lmagan sinishlari; g – pastki jag' bo'yin o'sig'i va dahan yon sohalari to'g'ri bo'lmagan sinishlari; d – pastki jag' burchak sohasi to'g'ri va dahan yon sohasi to'g'ri bo'lmagan sinishlari. Strelkalar bilan ta'sir qiluvchi kuch yo'nalishlari ko'rsatilgan.

Shunday qilib, bukilish natijasida pastki jag' to'g'ri sinishi pastki jag' ma'lum bir qismiga katta bo'lmagan maydonga zarba tushganida paydo bo'ladi. Suyak to'qimasi katta maydoniga zarba tushganida (qarama-qarshi tomondan) to'g'ri bo'lmagan sinish bo'ladi.

Siljish mexanizmi. Bu mexanizm suyakni zarbaga uchragan qismi tayanch nuqtasi bo'lgan qo'shni tomonga siljiganida kuzatilishi mumkin. Zarba pastki jag' burchagi pastki qirrasida, tor maydonda pastki jag' toj o'sig'i proeksiyasida va yuqoriga yo'nalganida siljish mexanizmi natijasida ko'proq pastki jag' shoxini uzunasiga sinishi yuzaga keladi. Pastki jag' shoxining zarbaga qarshi tayanch nuqtasi bo'lmagan qismi (pastki jag' shoxining oldingi qismi toj o'sig'i bilan) bo'g'im chuqurchasida tayanchga ega bo'lgan orqa qismiga nisbatan yuqoriga siljiydi. Bunday sinish jarohat tomonida pastki jag' katta va kichik ildizli tishlari yoki ularni antogonistlari bo'lmaganida, pastki va yuqori jag'da tishlari butunlay bo'lmaganida yoki jarohat olish vaqtida bemorda og'zi yarim ochiq holatda bo'lgan holda kuzatiladi. (rasm 8. a).



Rasm 8. Siljish (a) va siqilish (b). mexanizmi bo‘o‘yicha pastki jag‘ sinishlari. Strelkalar bilan ta‘sir qiluvchi kuch yo‘nalishlari ko‘rsatilgan.

Siqilish mexanizmi. Agar ikki kuch bir-biriga qarab harakatlansa va katta maydonga tushgan bo‘lsa suyak to‘qimasi kompressiyaga uchraydi. Kuch pastki jag‘ burchak sohasi pastki qirrasida keng asosda pastdan yuqoriga ta‘sir qilsa bo‘g‘im chuqurchasida fiksatsiyalangan pastki jag‘ shoxi siqiladi. Bunday holatda suyak to‘sinlari sinadi va suyak strukturasi buziladi. Buning natijasida suyak siqilgan sohadan ikki tomonga qarab ajraladi.

Siniq yorig‘i ko‘pincha pastki jag‘ shoxini o‘rta qismida o‘tadi (rasm 8, b).

Uzilish mexanizmi. Dahan sohasiga kuch yuqoridan pastga yoki yon tomonidan yo‘naltirilgan bo‘lib, tishlar zich jipslashgan va chakka mushagi taranglashgan holatda bo‘lsa ushbu mexanizm bilan pastki jag‘ shoxsimon o‘sig‘i sinishini tushuntirib berish mumkin. Pastki jag‘ shoxsimon o‘sig‘i alohida sinishi kam uchraydi.

Siniq bo‘laklar siljishi davom etayotgan yo‘naltirilgan zarbani ta‘siri o‘zining og‘irligi va siniq bo‘lagiga birikkan mushaklarni qisqarishi hisobiga bo‘ladi. Ohirgi faktor - mushaklarni qisqarishi jag‘larni sinishida asosiy hisoblanadi, chunki mushaklar doimo va turli yo‘nalishda harakatda bo‘ladi.

Pastki jag‘ ikki guruh mushaklar ta‘sirida joyini almashtiradi: pastki jag‘ni ko‘taradigan (orqa guruh) va tushiradigan (oldingi guruh). Ular pastki jag‘ni barcha qismiga ta‘sir etadi va bir-birini ta‘sirini kuchaytiradi.

Pastki jag‘ni tushiradigan mushaklar pastki jag‘ni ko‘taradigan mushaklarga nisbatan mushaklarga nisbatan kuchsizroq. Bu faqat mushaklarni mushaklarni ko‘ndalang kesimiga bog‘liq bo‘lmasdan, balki bu mushaklarni dahanga etarlicha o‘tkir burchak ostida ta‘siri bilan

bog'liq. Agar pastki jag' yoyi butunligi buzilgan bo'lsa va siniq yorig'i o'rta chiziqdan o'tmagan bo'lsa, kamida ikkita o'lchamlari xar xil siniq bo'laklari hosil bo'ladi.

Chaynov mushaklari (orqa guruh) –pastki jag'ni ko'taruvchi mushaklar. Chaynov mushagi (m. masseter) yonoq yoyi pastki qirrasidan va yonoq yoyi ichki yuzasidan, chakka suyagi bo'g'im do'mbog'i nishabidan, chakka fassiyasidan boshlanadi. Pastki jag' shoxi tashqi yuzasi chaynov o'ydim-cho'nqir joyiga birikadi. Pastki jag'ni ko'taradi. Bir tomonlama qisqarganida jag'ni qisqargan tomonga siljitadi.

Chakka mushagi (m. temporalis) elpig'ichsimon shaklda bo'ladi va 3 qavatdan iborat: yuza, o'rta va chuqur. Chakka soha chizig'idagi chakka fassiyasi ichki varag'i, chakka suyagi, ponasimon suyak katta qanoti chakka yuzasi va shu suyakning chakka osti qirrasidan, bosh suyagining tepa qismidan, peshona suyagi tangachasidan, yonoq suyagi chakka yuzasidan boshlanadi. Pastki jag' toj o'sig'i uchi va tashqi yuzasigapastki jag' o'yig'ining shox qismiga, qiyshiq chiziq va pastki jag'shoxi ichki yuzasiga birikadi. Mushaklar bog'lamlari yuqoriga, tashqariga va biroz orqaga yo'nalgan. Oldingi va o'rta bog'lamlar pastki jag'ni ko'taradi, orqa bog'lamlar oldinga surilgan jag'ni orqaga tortadi.

Medial qanotsimon mushak (m. pterygoideus medialis) to'rtburchakli shaklga ega. Ponasimon suyak qanotsimon o'siqlari qanotsimon chuqurchasi devorlaridan, tanglay suyagi piramidal o'sig'i tashqi yuzasidan boshlanadi. Pastki jag' burchagi ichki yuzasi qanotsimon o'ydim-cho'nqiriga birikadi. (chaynov mushagi bilan simmetrik ravishda). Pastki jag'dan mushak bog'lamlari yuqoriga, ichkariga va oldinga 37–48° burchak ostida yo'nalgan.

Ikki tomonlama qisqarganida pastki jag'ni ko'taradi va oldinga itaradi, bir tomonlama qisqarganida pastki jag'ni qarama-qarshi tomonga va yuqoriga siljitadi.

Lateral qanotsimon mushak (m. pterygoideus lateralis) uchburchak shakliga ega va chakka chuqurchasida yotadi. Ikkita boshcha bilan boshlanadi (yuqori va pastki). Yuqoridagi boshcha ponasimon suyak katta qanoti chakkaosti qirrasining chakkaosti yuzasidan va chakka mushagi chuqur qavati payidan boshlanadi. Pastki boshcha ponasimon suyak qanotsimon o'sig'i tashqi yuzasidan boshlanadi. Yuqoridagi boshcha bo'g'im sumkasiga va chakka-pastki jag' bo'g'imi diskiga birikadi; pastki boshcha – pastki jag' bo'g'im o'sig'i qanotsimon chuqurchasiga birikadi. Pastki jag'dan mushak tolalari oldinga va ichkariga yo'nalgan.

Mushak ikki tomonlama qisqarganida pastki jag'ni oldinga itaradi, bir tomonlama qisqarganida – qarama-qarshi tomonga siljitadi.

Pastki jag'ni pastga tushiruvchi mushaklar: Pastki jag'ni pastga tushiruvchi mushaklar (oldingi guruh). Ikki qorinli mushak (m. digastricus): oldingi qorincha (venter anterior) pastki jag' ikki qorinli chuqurchasidan boshlanadi, orqa qorincha (venter posterior) –chakka suyagi so'rg'ichsimon o'sig'idan boshlanadi. Oldingi va orqa qorinchalarga umumiy bo'lgan oraliq payi tilosti suyagi katta shoxiga birikadi. Pastki jag'dan oldingi qorincha mushak bog'lamlari pastga va orqaga yo'nalgan. Tilosti suyagi fiksatsiyalangan holatda oldingi qorincha pastki jag'ni pastga tushiradi va orqaga siljitadi.

Jag'-tilosti mushagi pastki jag' (m. mylohyoideus) pastki jag' ichki yuzasi jag'-tilosti chizig'i bo'ylab boshlanadi. Mushak tolalari yuqoridan pastga ichkariga, oldindan orqaga payli chok hosil qiladigan o'rta chiziqqa yo'nalgan. Bu chiziq dahan ichki yuzasidan til osti suyagi tanasiga o'tadi. Tilosti suyagiga birikkan holatida pastki jag'ni pastga va oraga siljitadi

Dahanosti-tilosti mushagi (m. geniohyoides) dahanosti sohasi ichki yuzasidan boshlanadi. Tilosti suyagiga birikadi. Pastki jag'dan mushak tolalari pastga va orqaga yo'nalgan. Tilosti suyagiga fiksatsiyalangan holda pastki jag'ni pastga tushiradi va uni biroz orqaga siljitadi.

Dahanosti – til mushagi (m. genioglossus) dahanostidan boshlanadi va elpig'ichsimon tarqalib, til bel qismida til fassiyasiga birikadi. Mushak tilni pastga va oldinga tortadi.

Tilosti-til mushagi (m. hyoglossus) tilosti suyagi tanasi yuqoriyon sohalari va katta shoxlaridan boshlanadi. Oldinga va yuqoriga yo'naladi, til mushaklari orasiga kirib tilni qirralari va belida til fassiyasiga birikadi. Mushak tilni pastga va orqaga tortadi.

Ikkita oxirgi mushaklar bir vaqtda qisqarganida va tilosti suyagi mahkamlangan holda bo'lganida pastki jag'ni orqaga tortadi.

Pastki jag'ni harakatlari uni ko'taradigan va tushiradigan mushaklarga bog'liq. Mushaklar funksiyasini va siniq bo'laklaridagi tolalarini tortish yo'nalishini bilgan holda, siniq bo'laklar siljish xarakterini aniqlash mumkin, bu nafaqat sinishni topish, balki uni joylashishini aniqlash imkonini beradi (9- rasm).



Rasm 9. Mushaklar tortish yo'nalishi.

- 1 – chakka mushagi;
- 2 – tashqi qanotsimon;
- 3 – chaynov;
- 4 – ichki qanotsimon;
- 5 – jag'-tilosti;
- 6 – dahan-tilosti mushaklarni guruhlarga jamlab pastki jag' bo'laklarini siljishida .

Mushaklarni funksiyalariga bog'liq holda guruhlarga jamlab, pastki jag' bo'laklarini siljishida ularni roli haqida etarli aniq ma'lumot olish mumkin:

- pastki jag'ni yuqoriga siljishi (jag'larni jipslashishi): chakka, chaynov, medial qanotsimon mushaklar;

- pastki jag'ni pastga tushishi: ikki qorinli, jag'-tilosti, dahan-tilosti mushaklari;

- pastki jag'ni oldinga siljishi: lateral qanotsimon, medial qanotsimon (ikki tomonlama qisqarish), chaynov (yuza qavati);

- avval oldinga chiqib turgan pastki jag'ni orqaga siljishi chakka (orqa bog'lamlari), ikki qorinli va dahan-tilosti mushaklari;

- pastki jag'ni chapga siljishi: o'ng tomon lateral va medial qanotsimon; chap tomon chakka, ikkiqorinli, jag'-tilosti va dahan-tilosti mushaklari;

- pastki jag'ni o'ng tomonga siljishi: chap tomon lateral va medial qanotsimon, o'ng tomon chakka, ikki qorinli, jag'-tilosti va dahan-tilosti mushaklari.

Klinik ko'rinishi va diagnostikasi. Pastki jag'ni sinishlarida bemorlarni shikoyatlari jag' suyagi sinishining lokalizatsiyasi va xarakteriga ko'ra turlicha bo'lishi mumkin. Bemorlarni doimo jag'ni ma'lum bir joyida og'riq bezovta qilib, pastki jag' xarakatida bu og'riqlar kuchayadi. Ovqatni tishlab olish, ayniqsa qattiq ovqatni tishlab olish kuchli og'riqqa sabab bo'ladi, ba'zida tishlab olishni iloji bo'lmaydi. Ba'zi bemorlar dahan va pastki labda uvishish paydo bo'lganini sezadilar (pastki alveolyarni nerva), tishlarda noto'g'ri jipslashish kuzatiladi. Bosh aylanishi, bosh og'rig'i, ko'ngil aynashi bo'lishi mumkin. Anamnez yig'ishda qaerda, qachon, qanday sharoitda jaroxat olinganiga, uni xarakteriga (ishlab chiqarish bilan bog'liq, ishlab

chiqarish bilan bog'liq bo'lmagan), e'tibor qaratish kerak. Jaroxatni vaqtini va joyini, bosh miya yoki miya asosi travmatik jarohatlariga xarakterli ma'lumotlarini (hushidan ketish, retrograd amneziya, ko'ngil aynash, qusish, quloqlardan qon ketish) aniqlash kerak. Bu ma'lumotlarni kasallik tarixiga kiritish kerak, chunki ular nafaqat jarohatni tashxislash va bemorni davolash uchun kerak, balki mehnatga layoqatlilik to'g'risidagi beriladigan ma'lumot xarakterini aniqlab beradi, huquqni himoya qiluvchi tashkilotlar va ijtimoiy sug'urta muassalarida qiziqish uyg'otishi mumkin.

Ob'ektiv tekshiruvda bemorni klinik belgilariga qarab uning umumiy ahvoli baholanadi (hushi, nafas olish, pulsi, qon bosimi, qorni paypaslanganda mushak himoyasi va og'riq, ichki a'zolar). Boshqa sohalarda travmatik jarohatlarni inkor etish kerak. Yuz-jag' sohasini tashqaridan ko'rish - jag' atrofi yumshoq to'qimalarining jarohatdan keyingi shish, gematomalar hisobiga yuz konfiguratsiyasini buzilishini, dahanni chetga siljiganligini aniqlash imkonini beradi. Yuz terisida shilinish, qon quyilishi, yaralar bo'lishi mumkin.

Pastki jag'ni palpatsiyasini uning simmetrik nuqtalarida qilish kerak.. Pastki shoxini asosi va orqa qirradi bo'ylab, o'rta chiziq yo'nalishida bo'g'im o'sig'i yoki aksincha barmoqlarni joyi asta-sekin almashtiriladi. Shunday yo'l bilan ko'pincha yumshoq to'qimalar shishi yaqqol ifodalangan joyda yoki gematoma sohasida suyak bo'rtig'i yoki suyak nuqsoni yoki og'riqli nuqtani aniqlash mumkin.

Keyin bosim simptomini tekshirib ko'rish zarur bu bilan taxmin qilinayotgan sinik joydagi og'riqli nuqtani aniqlash mumkin:

1) O'ng qo'l ko'rsatkich va katta barmoqlari bemorni jag'ini tana qismini dahan sohasida fiksatsiya qiladi va oldindan orqaga katta bo'lmagan kuch bilan bosiladi; 2) qo'l barmoqlari pastki jag' burchak sohasi tashqi yuzasi sohasi o'ng va chap tomonlariga joylashtiriladi va o'rta chiziq yo'nalishi bo'yicha bosiladi (bir-birini qarshisiga); 3) katta barmoqlarni pastki jag' burchagi pastki qirradi o'ng va chap tomonlariga qo'yiladi va pastdan yuqorigasekin bosiladi (bo'g'im o'sig'i boshchasiga) (rasm. 10, a – v).

Keyin og'iz bo'shlig'i ko'riladi. Bemorga og'zini ochib yopish taklif etiladi. Pastki jag' amplituda harakatini kamayishi uni sinish belgisi mumkin. Og'zini ochganda ba'zida dahan o'rta chiziqdan chetga siljishi mumkin (singan tomonga). Og'iz dahlizida gematoma aniqlanadi (shilliq qavat ajralib chiqqan qonni shimib olgan). Pastki jag' tana qismi sinishi natijasida paydo bo'lgan gematoma alveolyar o'siqni vestibulyar

va til tomonlarida joylashadi. Gematoma lokalizatsiyasi singan joyni jag' atrofi yumshoq to'qimalariga mos keladi. Ba'zida alveolyar o'siq shilliq qavati yirtilganini ko'rish mumkin. Orasidan siniq yorig'i o'tgan tishlar perkussiyasi og'riqli. Kuchli og'riq siniq yorig'i orqasidagi tishlarda bo'ladi. Okklyuziya ko'pincha buzilgan. Bir tomonlama sinishlarda tishlar jipslashishi kichik siniq bo'lagida yuqori, katta bo'lakda past.

Okklyuziyani o'zgarishi siniq bo'laklarni siljish xarakteriga bog'liq, bu esa o'z navbatida sinishni joylashishi bilan bog'langan. Katta bo'lakda pastki jag'ni ko'taruvchi mushak tolalari birikkan. O'zining kuchi bilan ular pastki jag'ni tushiruvchi mushaklardan ustun hisoblanadi. Bundan tashqari katta siniq bo'laklari og'irligi va unga birikadigan og'iz tubi mushaklari tortishishi muhim rol o'ynaydi. Katta bo'lak har doim pastga, kichigi esa yuqoriga sijiydi. Ana shundan kelib chiqib, kichik bo'lakdagi tishlar antagonistlar bilan kontaktda bo'ladi, katta bo'lakdagi tishlar antagonistlar bilan deyarli masofada, molyarlardan tashqari kontaktda bo'lmaydi.

Nafaqat jag'ni sinishini, balki uni lokalizatsiyasini ham aniqlashda ishonchli klinik belgi jag'lar siniq bo'laklari qimirlashi hisoblanadi.

Buni quyidagi tarzda aniqlanadi: o'ng qo'l ko'rsatkich barmog'i taxmin qilinayotgan siniq bo'lagidagi tishlarga qo'yiladi, chap qo'l ko'rsatkich barmog'i – ikkinchi siniq bo'lak tishlariga qo'yiladi. Katta barmoqlar bilan pastki jag' tanasi pastdan ushlab olinadi. Turli yo'nalishda kam xarakat (yuqoriga-pastga, oldinga-orqaga, «siniq chizig'i tomonga») qilib, siniq chiziq yonidagi tishlar balandligini, tishlararo masofani va alveolyar o'siq shilliq qavati yirtilgan kengligini aniqlab olsa bo'ladi. Bu shifokor tomonidan ko'rsatilgan ta'sir ostida, bo'laklarni siljishi natijasida yuzaga keladi (rasm. 10, g).



Rasm 10. Pastki jag' siniq bo'laklari lokalizatsiyasi va qimirlashini aniqlashda shifokor qo'lini holati, a-v – og'izdan tashqari usul bilan; g – og'iz ichi usuli.

Klinik taxminlar rentgen tekshiruvlari bilan tasdiqlanishi kerak. Rentgenogrammlar jag' sinishi xarakterini, siniq bo'laklar siljish darajasini va bo'laklar borligini, siniq yorig'i joylashishini va tishlar ildizlarini unga nisbatini aniqlashga yordam beradi.

Pastki jag' oldingi qismida joylashgan sinishlarda ortopantomografiyani bajarish maqsadga muvofiq, bunda pastki jag'ni barcha qismida travmatik ta'sir natijasidagi o'zgarishlarni ko'rish mumkin. Ortopantomografiya bo'lmasa jag' oldingi qismiga og'iz tashqarisi rentgenografiyasi tayinlanadi.

Pastki jag' oldingi-yon tomonlari sinishlarida ortopantomografiya yoki og'iz tashqarisi rentgenografiyasi yon tomon proeksiyasi qo'llaniladi.

Pastki jag' tanasi orqa-yon qismi, shoxi, toj va bo'g'im o'siqlari va boshchasi sinishlarida ortopantomografiya yoki jag'ni og'iz tashqarisi yon proeksiyadagi rentgenografiya qilinadi.

Pastki jag' shoxi va chakka-pastki jag' bo'g'imlari tomo- va zonografiya, va, ayniqsa, ko'pproeksiyali kompyuter tomografiyasi qo'shimcha qimmatli informatsiya beradi. Klinik – rentgenologik

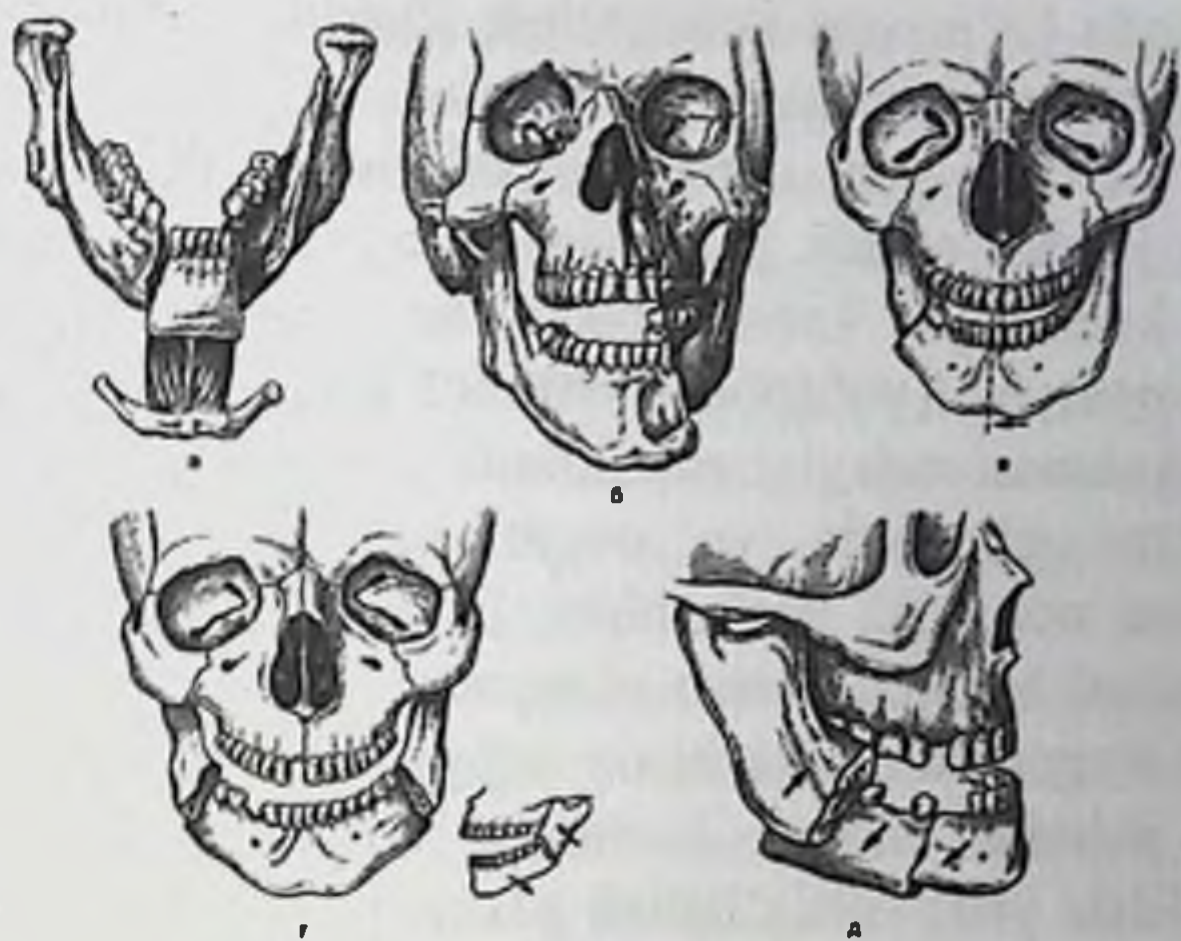
ma'lumotlar asosida shifokor topik tashxis qo'yadi va bemorni davolash rejasini tuzadi.

Pastki jag' dahan kesuv tishlari sohasida sinishi. Agar siniq chizig'i markaziy kesuv tishlari orasida boshlanib, vertikal holatda pastga dahan sohasi pastki qirrasigacha davom etsa birxil sonda mushaklar birikadigan birxil o'lchamdagi bo'laklar shakllanadi. O'rta chiziqdan siniq yorig'ini qat'iy o'tishi kam uchraydi.

Pastki jag' qoziq tishlar sohasidan sinishi. Siniq bo'laklari dinamik tenglik holatida bo'ladi va ularni qo'pol siljishi mumkin emas. Siniq chizig'ini qiyaligi va uni yorig'ini kattaligi tashqi va ichki kortikal platinkani jarohatini lokalizatsiyasiga bog'liq. Siniq chizig'i odatda dahan tepaligidan chetga og'adi va ikkinchi kesuv tishi ildizi, qoziq yoki kichik ildizli tish proeksiyasida tugaydi. Bunday holatlarda o'lchamlari bir xilda bo'lmagan bo'laklar hosil bo'lib, ulani eng kattasiga pastki jag'ni pastga tushiruvchi barcha mushaklar birikadi.

Agar siniq chizig'i qoziq tishlar sohasida jag'ni tashqi va ichki kortikal plastinkalari bo'ylab o'tsa, bu plastinkalar bo'laklari birxil sathda joylashadi (kamdan-kam bo'ladigan holat); bo'laklar okklyuziyani sezilarli darajada buzmasdan vertikal yuzada siljiydi (rasm 11, a). Siniq yorig'i ko'pincha qiyshiq joylashadi (tashqi kortikal platinasiga siniq yorig'i o'rta chiziqqa yaqin, til tomonidagisi esa uzoqroq joylashadi). Bu siniq bo'laklarini nafaqat vertikal, balki gorizontal tekislikda ham siljishiga yaxshi sharoit yaratadi. Siniq bo'laklari o'rta chiziq yo'nalishi bo'ylab birining orqasidan boshqasi kirib siljiydi. O'rta chiziq siniq tomonga siljiydi, tish yoyi torayadi, tishlar kontakti buziladi (kichik bo'lakda jipsli do'nglik – do'nglik tutashuvi, molyar va premolyarlarda kamroq jipsli do'nglik – do'nglik tutashuvi va katta bo'lakda kesuv va qoziq tishlar sohasida kontakt yo'q).

Pastki jag' tana sohasidan sinishi. Ko'pincha zarba kelib tushgan joyda yuzaga kelib to'g'ri sinish bo'ladi. Ikkita o'lchamlari birxil bo'lmagan bo'laklar hosil bo'ladi (rasm. 11, b). Ushbu lokalizatsiyadagi pastki jag' bir tomonlama sinishining klinik namoyon bo'lishi ko'p jihatdan siniq sathini yo'nalishi va o'rta chiziqqa nisbatan joylashishiga bog'liq: siniq sathi o'rta chiziqdan qancha uzoqda joylashgan bo'lsa, siljish shuncha sezilarli bo'ladi.



Rasm 11. Pastki jag' sinishida siniq bo'laklar siljishi: a – dahan sohasida; b – tanasi sohasida; v burchagi sohasida; g – burchaklari sohasida; d – tanasi va burchagi sohasida. Strelkalar bilan siniq bo'laklar siljish yo'nalishi ko'rsatilgan.

Siniq sathi (yoriq) pastki jag' tanasiga nisbatan vertikal ravishda, uni sagittal o'qini (ko'ndalang) o'tkir burchak ostida o'tishi mumkin. Bunda siniq yorig'i alveolyar o'siqda va pastki jag' tanasida vertikal chiziqda joylashadi. Bunda pastki jag' tashqi va ichki kortikal qavati xar bir bo'lakda birxil sathda, ya'ni siniq sathi vertikal o'q atrofida yoyilmagan bo'ladi. Bunday holda bo'laklar siljishi sezilarli.

Alveolyar o'siq shilliq qavati, hamda pastki alveolyar nerv uzilishi kuzatilib, bu siniq tomonda pastki lab va dahan terisida uvishish bilan kechadi. Agar siniq yorig'i zigzagsimon bo'lsa, siniq bo'laklar siljishi kamroq bo'ladi.

Bunday sinishlarda rentgenologik ko'rinish birmuncha xususiyatlarga ega bo'lishi mumkin. Agar siniq yassiligi rentgen nurlari bilan bir-biriga to'g'ri kelsa (ro'para) kelsa, yon tomonlama rentgenogrammada bitta tiniq chiziq (siniq chizig'i) aniqlanadi. Agar siniq yassiligi va nurlar yo'llari bir-biriga mos kelmasa, pastki jag'ni tashqi va ichki plastinkasidan ikkita chiziq hosil bo'ladi. Bu suyak bo'lagi borligi to'g'risida yolg'on tasavvur tug'diradi (parchali sinish).

Bunday yolg'on parcha pastki jag' asosi va alveolyar qirtada tutashadigan yarimoval chiziqlar orasida joylashgan. Haqiqiy parcha

rentgenogrammada ko'pincha uchburchak shaklda bo'lib, uning pastki tomoni pastki jag' tanasining asosi hisoblanadi.

Pastki jag' tanasi yon qismi sinishlarida siniq chizig'i dahan teshigiga yaqin joydan o'tadi, juda ham kam hollarda teshikni o'zidan o'tadi. Bunda kuchli qon ketishi, pastki lab terisi va shilliq qavatida og'riq sezgisini pasayishi(yo'qolishi) ehtimoli bor.

Ushbu lokalizatsiyadagi sinishlarda bemorlar doimo siniq tomondagi og'iz ochganida va ovqat chaynaganida zo'rayadigan og'riqqa: tishlarni noto'g'ri jipslashishi, ba'zan singan tomonda pastki lab terisi va dahani terisida sezish pasayadi. Og'iz biroz ochiq, dahan o'rta chiziqdan singan tomonga biroz siljigan. Lunj pastki qismida va pastki jag'osti sohalari singan tomonda jarohatdan keyingi kerkish (otek), qon quyilishi yoki yallig'lanish gazagi hisobiga shish aniqlanadi. Shu soha terisida ko'karish bo'lishi mumkin. Premolyarlar yoki qoziq tish, va kamroq hollarda birinchi va ikkinchi molyarlar proeksiyasida pastki jag' tanasi asosida paypaslanganda suyak bo'rtig'i aniqlanadi. Paypaslanayotgan suyak bo'rtig'i sohasida bosim simptomi musbat.

Pastki jag' ortopantomogrammasi yoki yon tomon rentgenogrammasida pastki jag' yon tomonida tiniqlashish, vertikal yassilikda bo'laklar siljishi, tishlar ildizlarini siniq yorig'iga nisbati aniqlanadi. Kalla suyagini to'g'ri proeksiyada bajarilgan rentgenogrammasida siniq bo'laklarini frontal yassilikda tashqaridan ichkariga sinishini ko'rish mumkini.

Pastki jag' burchak sohasidan sinishi: to'g'ri va qaytarilgan bo'lishi mumkin. Pastki jag' burchagi sohasida siniq chizig'i yoki ikkinchi va uchinchi molyar orasidan, yoki sakkiznchi tish alveolasidan (bu kichik bo'lakda joylashgan bo'lishi mumkin) yoki uchinchi molyar orqasidan o'tadi. Agar siniq yorig'i chaynov va medial qanotsimon mushaklari paylarini birikadigan yassiligini uch yoki to'rtidan bir qismidan o'tsa, bu siniq bo'laklar siljish xarakteriga deyarli ta'sir etmaydi. Siniq yorig'i ko'rsatilgan mushaklar payini qobig'ida joylashgan bo'lsa va u jarohat natijasida yirtilmagan bo'lsa siniq bo'laklari siljishi sezilarli bo'lmaydi yoki siljimaydi, lekin bunday siljishlar kam uchraydi. Agar kichik bo'lak til tomonga biroz burilsa (chaynov mushagini qanotsimon mushakdan kuchliligi natijasida) va unda uchinchi molyar bo'lsa, hamda uning antogonisti bor bo'lsa, bo'lak yuqoriga tishlar kontaktigacha siljiydi. Bu fragmentda tish bo'lmasa, alveolyar o'siq yoki retromolyar soha shilliq qavati yuqori jag' uchinchi molyari bilan kontaktda bo'ladi, bu esa yara paydo bo'lish xavfini

tugʻdiradi Kichik boʻlakdagi aql tishini antogonisti boʻlmasa yuqori jagʻ alveolyar oʻsiq shilliq qavatida yarani paydo boʻlish ehtimoli bor. Yuqori jagʻda uchinchi molyarlar boʻlmasa pastki jagʻ kichik boʻlagi oʻzining alveolyar qismi bilan yuqori jagʻ alveolyar oʻsigʻi bilan kontaktda boʻlishi mumkin. (rasm. 11, v).

Katta boʻlak siniq yorigʻi boʻylab kichik boʻlakka qarab pastga va siniq tomonga suriladi. Katta boʻlakda sogʻ tomonda molyarlar va premolyarda doʻnglik-doʻnglik kontakti boʻladi, qolgan tishlar kontaktda boʻlmasligi mumkin (qiyshiq ochiq okklyuziya).

Ortopantomogrammada yoki yon tomon rentgenogrammasida pastki jagʻ yon tomonida tiniqlashish koʻrinadi, (siniq chizigʻi), vertikal yoʻnalishda siniq boʻlaklar siljish darajasini aniqlash mumkin; kalla suyagi toʻgʻri proeksiyada siniq boʻlaklari ichkari va tashqariga siljish xarakterini aniqlash mumkin.

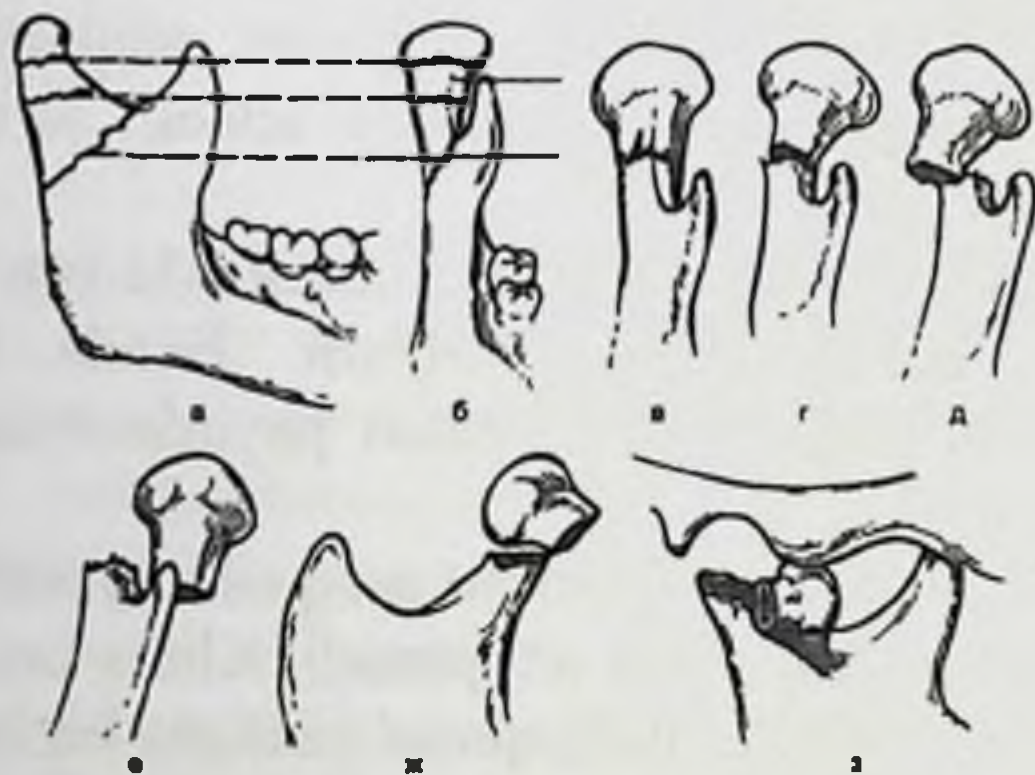
Agar jarohatlovchi omil pastki jagʻ tanasi ikki yon tomonidan taʻsir koʻrsatsa kichik boʻlak oldinga siljiydi. Bunda bir-biriga qarab siljiyotgan yon tomon boʻlaklari jarohat paytida oʻrta boʻlakni itarib chiqarishi mumkin.

Siniq boʻlaklar siljish xarakteri koʻproq siniq yassiligini joylashishi va uni qiyaligini yoʻnalishi bilan aniqlanadi. Klinik tomondan boʻlaklar xarakatchan, alveolyar oʻsiq shilliq qavati yirtilgan boʻlishi mumkin.

Pastki jagʻ shoxi sohasidan sinishlari. Pastki jagʻ shoxini oʻrta qismida gorizontal yoʻnalishda sinishlar siqilish mexanizmi natijasida yuzaga keladi. Kichik boʻlak chakka va lateral qanotsimon mushak taʻsiri ostida boʻgʻimda aylanib yuqoriga, ichkariga va bir muncha oldinga siljiydi. Agar tashqi kortikal plastinka sinigʻi ichki plastinkadan sezilarli darajada pastda boʻlsa, kichik boʻlak siljimasligi mumkin, u katta boʻlak ichki kortikal plastinkasiga tiralib, oʻshanga ilinib turadi. Katta boʻlak singan tomonga siljiydi, yaʼni lateral hamda kamroq darajada medial qanotsimon mushaklar taʻsirida siniqqa nisbatan qarama-qarshi tomonda va siniq chiziq tomonida chaynov va medial qanotsimon mushaklar taʻsirida yuqoriga siljiydi. Oʻrta chiziq singan tomonga siljiydi. Singan tomonda pastki jagʻ shoxini qisqarishi hisobiga tishlar kontakti jips, lekin notoʻgʻri (doʻnglik) boʻladi. Sogʻ tomonida tishlar kontaktda boʻlmasligi yoki ularni kontakti notoʻliq (jipsli emas) notoʻgʻri (doʻnglik). Pastki jagʻ shoxini vertikal yoʻnalishda sinishi siljish mexanizmi natijasida yuzaga keladi. Siniq boʻlaklar siljishi kelib tushgan zarbani kuchigavachaynov va medial qanotsimon mushaklarni pastki jagʻ shoxiga kelib birikadigan joyidagi jarohati darajasiga, yuqori

va pastki jag'larda molyar tishlarning bor yoki yo'qligi bilan aniqlanadi. Katta bo'lak sog' tomondagi lateral va medial qanotsimon mushaklar ta'sirida siniq tomonga (orqaga) siljiydi. Kichik bo'lak siljimaydi yoki siniq tomondagi lateral qanotsimon mushak ta'sirida biroz ichkariga og'adi. Okklyuziya ko'ndalang sinishdagidek bo'ladi.

Pastki jag' bo'g'im o'sig'i sinishi. Bukilish natijasida sinish bo'g'im o'sig'i asosida va boshchasida bo'lishi mumkin. (rasm. 12, a, b). Bo'g'im o'sig'i siljishlari turli yassiliklarda bo'ladi: tashqariga va orqaga, ichkariga va oldinga, shoxida esa yuqoriga, tashqariga va lateral, tashqariga va distal (rasm. 12, v-z).



Rasm 12. Pastki jag' bo'g'im o'sig'i sinishi. a, b –siriq chiziqlari; v– z –bo'g'im o'sig'i siljishi turlari.

Agar jarohatlovchi kuch pastki jag' tanasi yon tomoniga, shoxiga yoki dahan sohasiga kelib tushgan bo'lsa bo'g'im o'sig'i asosidan sinishi bukilish natijasida yuzaga keladi. Bu erda suyak qalinligi medial-lateral yo'nalishda oldingi orqa yo'nalishga nisbatan sezilarli darajada kam. Bo'g'im o'sig'i asosida siniq yorig'i pastga va orqaga qiyshiq holda o'tadi. Kichik bo'lak siljishi turlicha bo'ladi va tashqi va ichki kortikal plastinkalar jarohati darajasiga bog'liq. U kuch ta'siri vaqtidagi bukilishga bog'liq (rasm. 12, i, k).

Agar suyak zarba olishda tashqariga bukilsa, siniq chizig'i tashqi kortikal plastinkada ichkiga nisbatan pastdan o'tadi. Siniq yorig'i bunda tashqaridan ichkariga va yuqoriga ketadigan qiyalikka ega bo'ladi.



Rasm 12. Davomi, i – oldindan ko‘rinishi ; k – yon tomondan ko‘rinishi.

Kichik bo‘lak tashqariga va biroz orqaga siljiydi. Bu yo‘nalishda uni chaynov mushaklari ta‘sirida yuqori va orqaga siljigan katta bo‘lak itaradi. Bohg‘im boshchasi bo‘g‘im chuqurchasida qolib, shunday yoziladiki, bunda u lateral bo‘g‘im o‘sig‘i bo‘g‘im yuzasi bilan kontaktda bo‘ladi. Jag‘ shoxi kaltalashadi. Katta bo‘lak tashqi lateral qanotsimon mushak ta‘siri ostida kichik bo‘lakni o‘z joyiga qaytishiga qarshilik qiladi.

Pastki jag‘ toj o‘sig‘i sohasidan sinishi. Bunday sinish tishlar jipsli holda va chaynov mushaklari taranglashib, dahan sohasiga tushgan zarbadan o‘siq fragmenti uzilishi natijasida yuzaga keladi. Ba‘zida toj o‘sig‘i yonoq yoi sinishida yonoq yoyi bilan birgalikda yoriladi. Og‘iz ochiq holatda bo‘lganida yuzga ensiz predmetdan zarba etkazilganda toj o‘sig‘ini sinish ehtimoli bor.

Toj o‘sig‘i singanida og‘iz ochishda og‘riq, pastki jag‘ ochilishi 1,5gacha chegaralanishi aniqlanadi. Og‘iz tomonidan toj o‘sig‘i asosini paypaslash kuchli og‘riqli. Chakka mushagi ta‘siri ostida singan toj o‘sig‘i yuqoriga siljiydi. Agar siniq chizig‘i chakka mushagi payini birikadigan joy yaqinidan o‘tsa va pay yirtilmagan bo‘lsa, mushak-pay futlyari fragmentni ushlab turishi hisobiga siniq bo‘lagi siljimasligi yoki uni siljishi sezilarli bo‘lmasligi mumkin. Jag‘ yoyi butunligi buzilmasligi sababli tishlar qatori nisbati o‘zgarmaydi, bosim simptomi manfiy bo‘ladi.

Bunday sinishlar kam uchraydi. Bunda pastki jag‘ o‘zgarmaydi.

Og‘iz ichidan pastki jag‘ shoxi paypaslansa toj o‘sig‘i asosida kuchli og‘riq aniqlanadi.

Pastki jag‘ni ko‘p sonli sinishlari. Pastki jag‘ni ko‘p sonli sinishlarida siniq bo‘laklari ularga birikadigan mushaklar bog‘lamlar ta‘sirida turli yo‘nalishlarda siljiydi. Ba‘zida bo‘laklar o‘zining oxirgi

qismlari bilan bir-biriga kiradiva qisqarayotgan mushaklar yo'nalishi bo'yicha siljiydi. Qolgan mushaklar va mushak tolalari alohida fragmentlarga birikish maydoni qancha katta bo'lsa va bu harakatlar qo'shni bo'laklar tomonidan kamroq tormozlansa siljish shunchalik katta bo'ladi, bu o'z navbatida siniq yassiligi qiyasining ifodalanganligiga bog'liq.

Siniq bo'laklar siljish xarakteri ko'p jihatdaniq yassiligi vauning qiyaligini yo'nalishi bilan aniqlanadi. Klinik tomondan bo'laklar xarakatchan, alveolyar o'siq shilliq qavati yirtilishi bo'lishi mumkin.

Pastki jag' tanasi ikki joyidan sinishida bir tomonda joylashgan o'rta bo'lak pastga va ichkariga, ko'proq unga birikkan jag' til osti mushagiga qarab siljiydi. Orqa (kichik) bo'lak yuqoriga va biroz ichkariga, katta bo'lak – pastga va o'rta bo'lak tomonga siljiydi. Tishlar yoyi sezilarli deformatsiyalanadi, okklyuziya buziladi.

Pastki jag' bo'g'im o'sig'i sinishlari diagnostikasida kichik bo'lak siljish xarakterini, siniq chizig'i lokalizatsiyasini, bo'g'im boshchasi va bo'g'im chuqurchasini o'zaro munosabatini aniqlashda rentgenologik tekshiruvlar katta ahamiyatga ega, bularni hammasi bemorga davolash rejasini tuzishda katta rol o'ynaydi.

Keng tarqalgan rentgenologik tekshiruvlar orasida pastki jag' sinishlarida ko'p informatsiya ortopantomografiya usuli berishini e'tiborga olish kerak. Ortopantomogrammalarda jag'lar sinishi lokalizatsiyasi, siniq chizig'ini yaqin joylashgan tishlar periapikal to'qimalari bilan o'zaro munosabatini, tishlar jarohatini, suyak parchalarini borligini va ularni vertikal siljishini ko'rish mumkin. Agar jag'larni tishalveolyar qismi etarli darajada aniq ko'rinmasa, og'izichi rentgenogrammalari tayinlanadi. Pastki jag' tanasi yon sohasi, shoxi, bo'g'im va toj o'siqlari sinishi aniqlansa qo'shimcha kalla suyagi to'g'ri proeksiyadagi rentgen tasvirlari tayinlanadi. Ko'pproeksiyali KT (KLKT, MSKT) pastki jag' bo'g'im o'siqlari va boshchasi sinishlarida tashxislashni eng informativ usuli hisoblanadi. KT-ni uch o'lchamli rekonstruksiya tasviri siniq bo'laklarni fazodagi joylashishi to'g'risida aniq ma'lumotni beradi. KT ma'lumotlari pastki jag' siniq bo'laklarin operativ repozitsiya va immobilizatsiyasini rejalashni aniq hisoblashga imkon beradi.



Rasm 13. Og'izichi rentgenogrammasi. Premolyar tish ildizini zararlamasdan pastki jag' alveolyar o'sig'i qiyshiq va gorizontal sinishi.



Rasm 14. Kalla suyagi to'g'ri proyeksiyadagi rentgenogrammasii. Pastki jag' ikki tomonlama sinishi o'ng tomon oldingi sohada bo'laklarni siljimasdan va chap tomon burchak sohasida bo'lakni ichkariga gorizontal yo'nalishda sinishi.



Rasm 15. Kalla suyagi to'g'ri proyeksiyadagi rentgenogrammasi. Bo'laklar orasida diastaz bilan pastki jag' tanasi yon sohasi sinishi.



Rasm 16. Kalla suyagi to'g'ri proeksiyadagi rentgenogrammasi. Pastki jag' chap tomon bo'g'im o'sig'i pastga va tashqariga sinib siljishi.



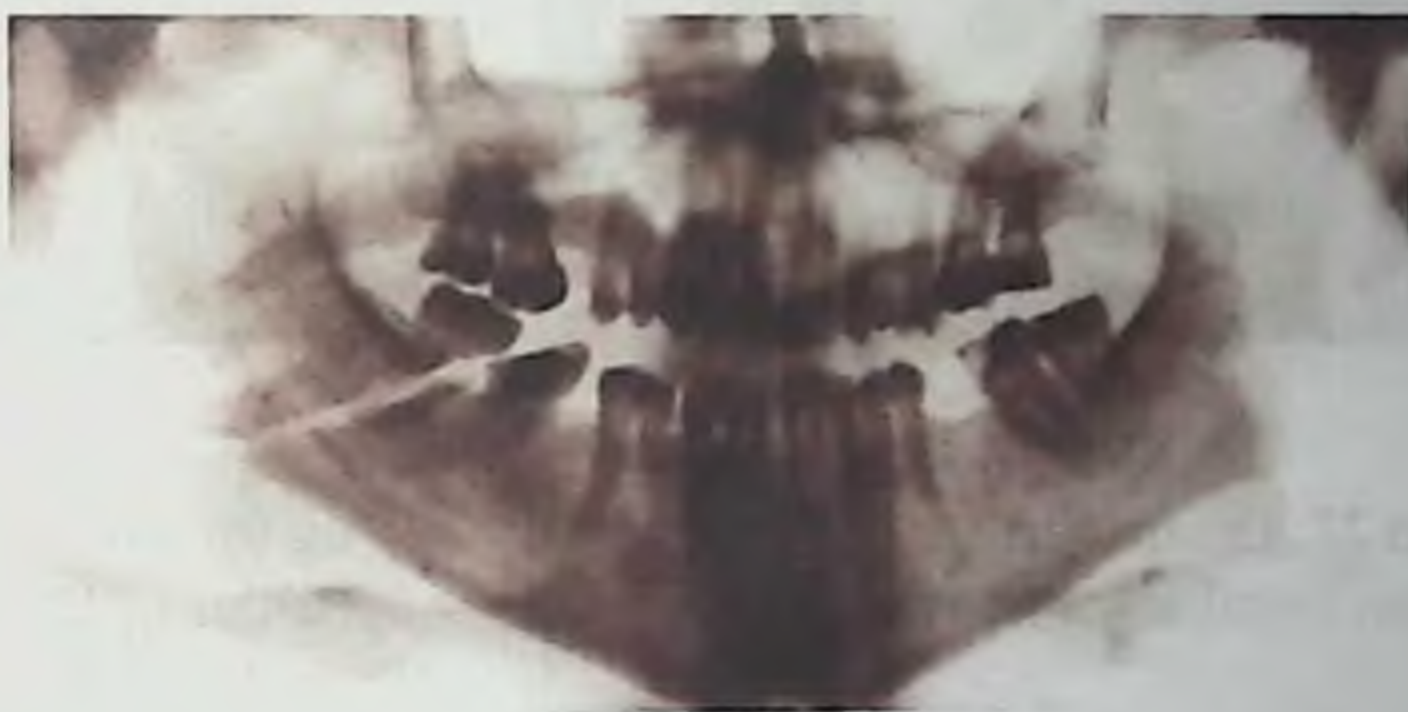
Rasm 17. Kalla suyagi to'g'ri proeksiyadagi rentgenogrammasi. Pastki jag' ikkala tomon bo'g'im o'siqlari pastga va tashqariga siljib sinishlari



Rasm 18. Kalla suyagi to'g'ri proeksiyadagi rentgenogrammasi. Pastki jag' o'ng tomoni shoxini gorizontal yo'nalishda ichkariga siljib sinishi..



Rasm 19. Ortopantomogramma. Pastki jag' o'ng tomoni oldingi-yon sohasi parchalangan, bo'laklari siljimasdan sinishi, pastki jag' chap tomoni shoxi pastga va oldinga siljib sinishi.



Rasm 20. Ortopantomogramma. Pastki jag' oldingi sohasi bo'laklari siljimasdan sinishi. Pastki jag' asosida suyak parchasini yolg'on ko'rinishi.



Rasm 21. Ortopantomogramma. Pastki jag' yon sohasi vertikal yo'nalishda 4.7. tishlar ildizlari bilan birgalikda siljib sinishi



Rasm 22. Ortopantomogramma. Pastki jag' o'ng tomon burchagi bo'laklari vertikal yo'nalishda siljib sinishi. 4.8. tishlar to'liq chiqishi

Rasm 23. Ortopantomogramma. Pastki jag' uch joyidan sinishi: o'ng tomon qiyshiq-vertikal va bo'g'im o'sig'i sezilarsiz sinib siljishi, chap tomon yon sohasi bo'laklar diastazi va vertikal yo'nalishda siljishi bilan.



Rasm 24. Pastki jag' to'g'ri(a), qiyshiq(b) va aksial (v) proeksiyalardagi kompyuter tomogrammalari, MSKT-tasviri (g) uch o'lchamli rekonstruksiya. Pastki jag' chap tomon oldingi-yon sohasi parchalanib sinishi.



Rasm 25. CHPJB yon tomon proeksiyasidagi tasviri. Pastki jag' chap tomon bo'g'im boshchasi qoqilgan sinishi.



Rasm 26. CHPJB to'g'ri proeksiyadagi kompyuter tomogrammasi. Pastki jag' ikki tomonlama sinishi: o'ng tomonlama bo'g'im boshchasi va chap tomonlama bo'g'im o'sig'i bo'lagi ichkariga siljishi bilan.

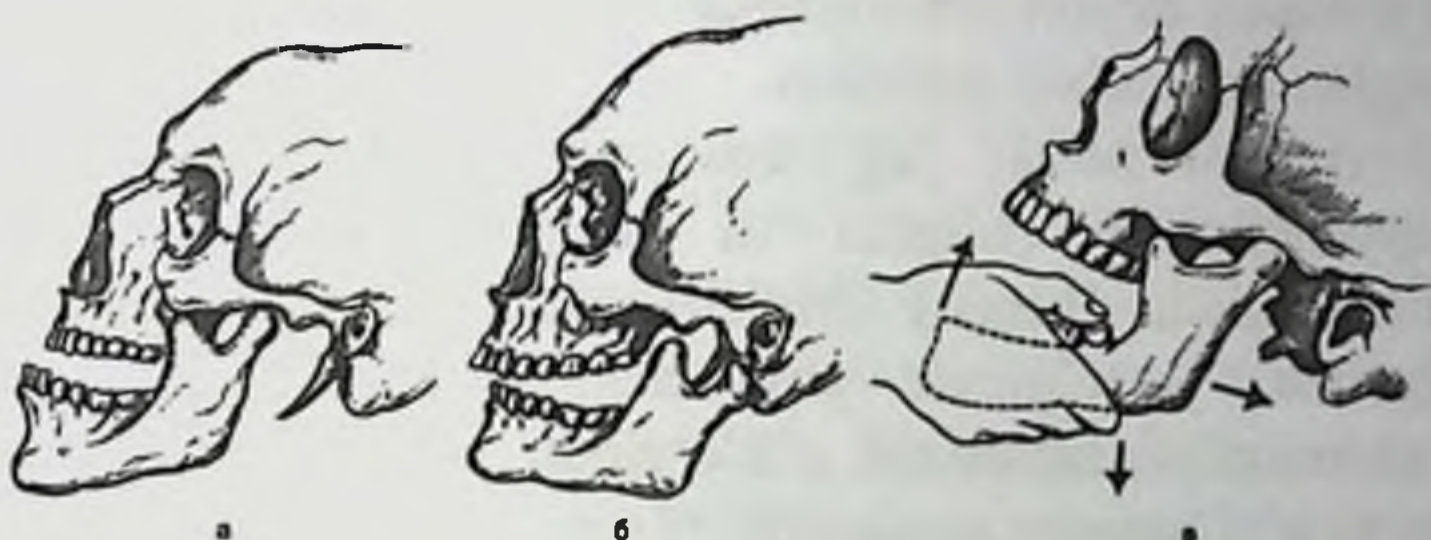


Rasm 27. Ortopantomogramma. Pastki jag' o'ng tomoni posttravmatik osteomieli.

2.3. PASTKI JAG'NI CHIQISHI

Normada og'iz maksimal ochilganida pastki jag' bo'g'im boshchasi bo'g'im ichi diski bilan bo'g'im do'mbog'i orqa nishabiga joylashadi. Bo'g'im boshchasini do'mboq cho'qqisi orqasidan o'ta oldinga harakatlanishiga uni balandligi, bog'lam apparati, mushaklar qisqarishini to'xtashi to'sqinlik qiladi. Pastki jag' me'yoridan ortiq pastga tushganida bo'g'im boshchasi ba'zida bo'g'im do'mboqchasi oldingi qiyaligiga sirg'anadi. Pastki jag'ni bir yoki ikki tomonlama oldingi chiqishi yuzaga keladi (rasm. 13, a). Pastki jag'ni chiqishlari ko'pincha esnaganda, kulganda, yo'talganda, kattaroq bo'lakni tishlab olishga harakat qilganida, hamda tishni sug'urishda pastga tushgan pastki jag'ga omburlar bilan me'yoridan ortiqcha bosim bo'lganida kuzatiladi. U yana og'izochgich bilan og'iz ochilayotganda, tishni davolayotgan vaqtda to'satdan yuzaga keladigan og'riq hisobiga, oshqozonni zondlash vaqtida, pastga jag'ga zarba etkazilganida paydo bolishi mumkin.

Ikki tomonlama chiqishlarda og'iz to'liq ochilmasligi sababli bemorlar shikoyatlarini aniq-ravshan tushuntirib bera olmaydilar. Ular imo-ishoralar bilan shifokorga quloqoldi sohasidagi og'riqni, og'izni ochishni hohlayotganini, ko'p miqdorda so'lak ajrayotganini tushuntirmoqchi bo'ladilar. Yuz konfiguratsiyasi uning pastki uchdan birining uzayib qolganligiva dahanni oldinga siljiganligi hisobiga o'zgaradi. Og'izdan ko'p so'lak ajraladi, lekin til quruq. Chaynov mushaklari taranglashgan va valik ko'rinishida aniq ko'rinadi. Quloq solindog'lari sohasida o'ng va chap tomonlarida to'qimalar botiqligi ko'rinadi, yonoq yoyi ostida esa (ikki tomonlama simmetrik) siljigan bo'g'im boshchalari paypaslanadi. Tashqi eshituv yo'llari orqali ularni palpatsiya qilib bo'lmaydi.



Rasm 28. Chakka – pastki jag' bo'g'imi chiqishi. a – oldiga chiqish: bo'g'im boshchasi bo'g'im do'mbog'ining oldingi qiyaligida joylashgan; prikus ochiq; b – orqaga chiqish: bo'g'im boshchasi bo'g'im chuqurligidan orqaga siljigan; v – oldiga chiqishni to'g'irlash (Gippokrat bo'yicha). Strelkalar bilan pastki jag'ni dahan sohasida joyini pastga, orqaga, yuqoriga almashishi ko'rsatilgan.

Dahan sohasiga pastdan yuqoriga qarab bosib bemorni og'zini yopishga harakat qilinganida pastki jag' prujinasimon harakat bilan qarshilik ko'rsatadi. Bu og'riq bilan kechadi.

Ikki tomonlama chiqishni pastki jag' bo'g'im o'siqlari ikki tomonlama sinishlari bilan qiyosiy tashxislash kerak. Pastki jag' sinishida dahan orqaga siljigan, pastki jag' harakat amplitudasi sezilarli, quloq solindog'i oldidagi yumshoq to'qimalar botiqligi kam kuzatiladi. Dahanni yuqoriga qarab bosilganida, oldingi tishlar jipslashadi va quloq solindog'i sohasida kuchli og'riq seziladi. Rentgenogrammada siniq yorig'i ko'rinadi.

Pastki jag' bir tomonlama chiqishlarida bemorlar shikoyatlari yuqorida keltirilganlardan deyarli farq qilmaydi. Yuz konfiguratsiyasi

dahanni oldinga va sog' tomonga siljishi hisobiga o'zgargan. Qolgan belgilari avval yozilganlardek, faqat bir tomonlama.

Tishlar jipslashmaydi, o'rta chiziq jarohatlangan tomonning qarama-qarshi tomoniga siljigan. Bir tomonlama chiqishni, o'rta chiziqni sinish tomoniga siljishi bilan xarakterlanadigan bo'g'im o'sig'ining bir tomonlama sinishi bilan taqqoslash kerak

Tashqi eshituv yo'li orqali bo'g'im chuqurchasida pastki jag' boshchasini paypaslash mumkin. Pastki jag' xarakat amplitudasi etarli darajada, singan tomondagi tishlar jipsli kontaklashadi.

Orqaga chiqishlar kamroq uchraydi, dahan sohasiga zarba kelib tushganida ro'y beradi, bunda pastki jag' boshchasi orqaga siljiydi (rasm. 28, b). Ba'zida bunday chiqish bo'g'im kapsulasi yirtilishi va eshituv yo'li suyak devori sinishi bilan birga kechadi, buning natijasida tashqi quloqdan qon oqishi mumkin.

Odatiy chiqish pastki jag' boshchasi yassilarda yoki bo'g'im bog'lam apparatini bo'shligida va bo'g'im xaltasi cho'ziluvchan bo'lganida kuzatiladi. Bunday chiqish esnaganda, pastki jag'ga sekin-asta bosilganda, yo'talganda yoki aksirganda yuzaga keladi. Bu chiqishga shifokor arlashuvisiz o'z-o'zidan to'g'irlanishi va bo'g'im boshchasini to'g'ri holatga xarakterli.

Davolash. Gippokrat usuli. Ikki tomonlama chiqishni to'g'irlash uchun bemorni shunday o'tqazish kerakki, uning pastki jag'i shifokorni tushirilgan qo'lini tirsak bo'g'imi bilan bir sathda yoki biroz pastda bo'ladi. Shifokor bosh barmoqlarini molyar tishlar chaynov yuzasiga qo'yadi, qolgan barmoqlar bilan pastki jag'ni ushlab oladi. Pastki jag' to'g'irlanayotgan boshchasi chiqishga teskari yo'lni: pastga, orqaga va yuqoriga o'tishi kerak.

Buning uchun shifokor katta barmoqlari bilan asta-sekin pastga bosib, bosimni kam-kamdan oshiradi. Bu chaynov mushaklarini og'riqsiz cho'zilishiga imkon yaratadi. Tishlarga to'satdan bosish mushaklarni reflektor qisqarishi va og'riqqa sabab bo'ladi. Bu holatni hisobga olmaslik chiqishni to'g'iray olmaslikka sabab bo'ladi.

Ma'lum bir vaqtdan so'ng dahanni, pastki jag'ni orqa qismi bilan yuqoriga tortish kerak. Bu ikki qarama-qarshi yo'nalgan zo'rayishni birga qo'llab pastki jag' boshchasini pastga tushirish mumkin. Shundan so'ng pastki jag'ni orqaga surish va uni yuqoriga burchaklarini tortish kerak. Pastki jag' boshchasini do'nglik orqa qiyaligi bo'ylab chuqurchaga tushishi tishlar tez jipslashishi bilan birga kechadi (rasm. 28, v). Shifokor barmoqlarini bir necha qavat marli bilan o'rab olishi

yoki o'z vaqtida pastki jag' alveolyar o'sig'i vestibulyar yuzasiga olishi kerak. Chiqishni to'g'irlagandan keyin 3-5 kunga bosh-engak bog'lami qo'yish kerak, yumshoq ovqat iste'mol qilish va 7-10 kun og'izni katta ochmaslik tavsiya etiladi. Bir tomonlama chiqishlarda ko'rsatilgan usullar chiqqan tomonda o'tkaziladi.

Chiqishni to'g'irlashda oldindan lateral qanotsimon mushakka 2% 3-5 ml a lidokain eritmasini yuborish samarali hisoblanadi (ko'pincha u bo'g'im boshchasini noto'g'ri holatda ushlab turadi). Bu uni kontrakturasini bartaraf etadi va chiqishni to'g'irlashga yaxshi sharoit yaratadi. Dubov bo'yicha anesteziyada pastki jag' chiqqan bo'g'imi paypaslab topiladi. Igna boshchadan oldinda yonoq yoyi ostida sanchiladi, igna pastki jag' yarimoysimon orqali biroz orqaga 2,0-2,5smga suriladi (bo'g'im boshchasiga), va shu chuqurlikda anestetik eritmasi kiritiladi.

Ba'zida pastki jag' oldingi qirrasiga pastga va orqaga asta-sekin bosib bo'g'im boshchasini to'g'ri holatga qo'yish mumkin.

Blexman usuli. Shifokor o'tuvchi burmada toj o'siqlari holatini aniqlaydi. Ko'rsatkich barmoqlari bilan ularni orqadan va pastdan bosadi. Bu chaynov mushaklarini bo'shashishiga va pastki jag' boshchasini to'g'ri holatga olib keladi.

Ushbu muolaja og'iz tashqarisidan, yonoq yoyi ostida toj o'siqlarini paypaslab aniqlab bajarish mumkin. Chiqishni to'g'irlash uchun lunj to'qimalari orqali bosh barmoqlar bilan toj o'siqlariga orqadan va pastdan bosish kerak (Gershuni usuli).

4-5 xaftali oldingi eskirgan chiqishni har doim keltirilgan usullar bilan to'g'irlab bo'lavermaydi. Bunday holatda Popesku usuli samarali. Bemor orqasi bilan yotadi. Og'iz maksimal ochiladi, molyar tishlar orasiga diametri 1,5-2,0 sml tarang marlili valiklar kiritiladi. Keyin pastdan yuqoriga qaratib dahan bosiladi, bu pastki jag' boshchasini pastga siljitadi. So'ngra pastki jag' boshchasini bo'g'im chuqurchasiga siljitgan holda dahanga orqadan bosiladi. Chiqishni to'g'irlagandan keyin pastki jag'ni 2-3 haftagacha immobilizatsiya qilish kerak. Bu muolaja og'riqsizlantirish ostida o'tkaziladi (mahalliy yoki umumiy). Agar bo'g'im boshchasini to'g'ri holatga qo'yishga deformatsiyalangan disk halaqit bersa, u olib tashlanadi.

Chakka-pastki jag' bo'g'imini orqaga chiqishini to'g'irlash uchun shifokor bosh barmoqlarini pastki jag' alveolyar o'sig'i vestibulyar yuzasi va uchinchi molyarga yaqin joylashgan qiyshiq chiziq orasiga qo'yadi. Qolgan barmoqlari bilan xuddi oldingi chiqishni

to'g'irlagandagidek, pastki jag' tanasini ushlab oladi. Katta barmoqlari bilan pastki jag'ni pastga, qolgan barmoqlari bilan oldinga suradi. Bu bo'g'im boshchasini to'g'ri holatga qo'yish imkonini beradi. 2–3,5 haftaga dahan – ensa bog'lami qo'yiladi.

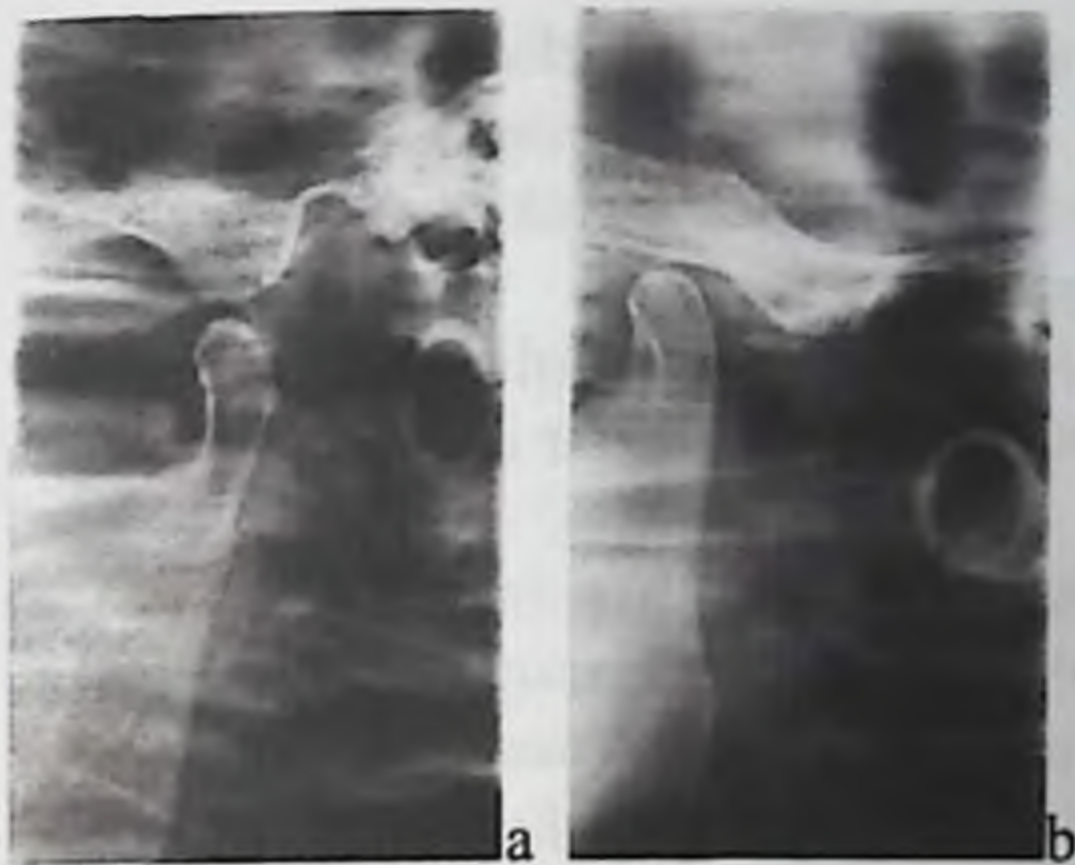
Odatiy chiqishlarni davosi konservativ va operativ bo'lishi mumkin. Konservativ davo chakka-pastki jag' bo'g'imi patologiyasi kelib chiqishiga sabab bo'lgan asosiy bu kasalliklarni davolashni (podagra, poliartrit), hamda bo'g'im kapsulasi va uning bog'lamlarini mustahkamlashni rejalashtiradi. Bo'g'imda xarakatni cheklash katta ahamiyatga ega, bunga turli ortopedik apparatlar yoki shinalar bilan erishiladi.

Petrosov apparati og'iz ochilishini shunday sathgacha chegaralaydiki, bunda bo'g'im boshchasi bo'g'im do'ngligi tashqarisiga siljimaydi. U yuqori jag' tishlarida ikkita tish qoplamasi, pastki jag' tishlarida ikkita tish qoplamasi, hamda ularga fiksatsiyalangan chegaralovchi sharnir, bu har bir bemorga individual o'rnatiladi.

Burgonskaya–Xodorovich apparati pastki va yuqori jag' kichik va katta oziq tishlariga tishlariga fiksatsiyalangan ikkita tish qoplamasidan iborat. Tish qoplamalariga 45° ostida chaynov yuzasiga bittadan vtulka yuqori jag'ga oldiga chiqarilgan moslama (pelot) (probka, tiqin) payvandlanadi. Ularni orasidan har bir bemor uchun qat'iy aniqlangan uzunlikdagi poliamid ipi o'tkaziladi va mahkamlanadi. U bo'g'im boshchasi harakati amplitudasini chegaralaydi. Shu maqsadda yuqori jag'ni oldiga chiqarib o'rnatilgan moslama (pelot) dan foydalanish mumkin, u pastki jag' shoxi oldingi qirrasiga tiralib, og'iz ochilishini chegaralaydi (Yadrova shinasini). Bu apparatlarni qo'llash bo'g'im kapsulasi o'lchamlarini kamaytirish va bog'lam apparatini mustahkamlash uchun sharoit yaratadi.

Operativ davolash usullari bo'g'im do'ngligini oshirishga, bo'g'im chuqurchasini chuqurlashtirishga, pastki jag' boshchasi uchun do'nglikdan old tomonda qo'shimcha tayanch hosil qilishga, bo'g'im kapsulasini mustahkamlashga qaratilgan.

Pastki jag'ni chiqishlarida yon tomon CHPJB zonogrammasi kasallik diagnostikasi uchun informativ hisoblanadi. CHPJB og'iz tashqarisi rentgenogrammalari bo'g'im elementlarini buzib ko'rsatadi.



Rasm 29. CHPJB yon proeksiyadagi zonogrammalari. Patsient og'iz ochilgandagi pastki jag' boshchasi to'g'ri holati - bo'g'im do'ngligi markazi va pastki jag' boshchasi bir vertikal chiziqda joylashgan (a). Oldiga chiqish – pastki jag' boshchasi bo'g'im do'ngligi qiyaligidan oldinda joylashgan (b).

Nazorat savollari:

1. Pastki jag' chiqishlari to'g'risida tushuncha. PJ chiqishlari chastotasi (takrorlanishi).
2. Chakka-pastki jag' bo'g'imi anatomiyasi.
3. PJ oldinga va orqaga chiqishlari mexanizmi.
4. PJ bir va ikki tomonlama chiqishlari klinikasi.
5. Odatiy chiqish nima? Chiqishlarni Gippokrat usulida, shu jumladan odatiy chiqishlarni davolash.
6. Pastki jag' sinishi to'g'risida tushuncha.
7. PJ chiqishlari sinishlari chastotasi (takrorlanishi).
8. Yuz-jag' sohasi anatomiya va fiziologiyasi.
9. Pastki jag' sinishlari mexanizmi.
10. Pastki jag' sinishlarini tasnifi, klinikasi va davolash.

2.4. YUQORI JAG' SINISHLARI

Yuqori jag' – bu juft suyak bo'lib, alveolyar o'siq, tanadan iborat, unda yuqori jag' bo'shlig'i, peshona, yonoq va tanglay o'siqlari bor. U ko'z kosasi va burun bo'shlig'ini shakllanishida ishtirok etadi, yuz suyaklari va kalla asosi suyaklari: peshona, yonoq, burun, ko'z yoshi, g'alvirsimon, ponasimon, tanglay suyaklari bilan birikkan. O'zining

tuzilish xususiyatlari, to'rtta kontrforslarni borligi sababli yuqori jag' etarli darajada mustahkam, mexanik ta'sirlarga yaxshi qarshilik ko'rsatadi. Mustahkam joylari suyaklanish nuqtalariga, bo'sh joylari – oraliq chiziqlariga to'g'ri keladi.

Mustahkamligi bo'sh bo'lgan qismlari yuz skleti boshqa suyaklari, miya asosini hosil qiluvchi suyaklar bilan biriktiradigan choklar bo'ylab joylashadi.

Haddan tashqari katta mexanik ta'sirda, jag' suyagi burun bo'shliqlari, ko'z kosasi, yuqorijag' bo'shliqlari orasida joylashgan suyakni tor va yupqa qismlaridagi ma'lum chiziqlarda sinadi.

Bu bilan nima uchun ko'pincha siniq chizig'i yuqori jag' anatomik chegaralari bo'ylab emas, aksincha boshqa suyaklar bilan birikadigan joylarga tarqalishini tushuntirish mumkin. Shundan kelib chiqib klinik amaliyotda yuqori jag'ni o'zini sinishi bilan emas, balki uni boshqa yuz suyaklari va miya asosi suyaklari bo'laklarini uchratiladi. Ana shu holat yuqori jag' jarohatlarini turli klinik ko'rinishlarini, kechishini og'irligini va nima bilan tugashi natijalarini aniqlab beradi.

Alveolyar o'siqni sinishlari. Alveolyar o'siq alohida sinishlari jarohatlovchi kuch uning etarli darajadagi tor joyiga ta'sirida, bukilish yoki siljish natijasida paydo bo'ladi. Yadrova tasnifiga ko'ra alveolyar o'siqni sinishlarini quyidagi turlari farq qilinadi: qisman – siniq chizig'i alveolyar o'siqni tashqi qismidan o'tadi, birnechta tishlar alveolasi chegarasida tashqi kompakt plastinka va tishlararo to'siqni bir qismi sinadi; noto'liq – siniq chizig'i darz ko'rinishida alveolyar o'siqni butun qalinligi bo'yicha o'tib, tashqi va ichki kortikal plastinkalarni va g'ovak moddani egallaydi; bo'laklar qimrlamaydi; to'liq – ikkita vertikal chiziqlar bitta gorizontal chiziqqa birlashgan va alveolyar o'siqni butun qalinligi bo'yicha o'tadi; parchalangan – siniq chiziqlari birnechta yo'nalishda kesishadi; suyak nuqsoni bilan – alveolyar o'siqni singan qismini uzilishi.

Yuqori jag' alveolyar o'sig'i pastki pastki jag' alveolyar o'sig'iga nisbatan ko'proq sinishga duchor bo'ladi. Anatomik xususiyatiga bog'liq holda yniqsa alveolyar o'siqni oldingi qismi sinadi (rasm. 30, a). Yuqori jag' odatda pastki jag'ni to'sib turadi, uni alveolyar o'sig'i uzunroq va ingichkaroq. Alveolyar o'siq oldingi qismi burunning elastik tog'ay qismidan boshqa xech narsa bilan himoyalangan. Uning yon tomonlari yonoq yoyi bilan yopilgan.

Etkazilgan zarbani davom etayotgan ta'sirida alveolyar o'siq bo'lagi og'iz bo'shlig'iga qarab siljiydi: orqaga – frontal qismda va ichkriqiga –

yon tomonda. Siljish ba'zida shunchalik sezilarlikki, singan bo'lak qattiq tanglayda yotishi mumkin. Alveolyar o'siqqa ta'sir pastki jag' tishlari orqali bo'lsa yuqori jag'da siniq bo'lagi tashqariga siljiydi. Bu uni sinishi bilan birga kechadi.

Siniq chizig'i arkasimon bo'lib, bu tish ildizlari turishi birxil sathda turmasligiga bog'liq. U tish ildizlaridan tashqarida bo'lishi mumkin, bu o'z navbatida siniq bo'lagini bitishiga yaxshi sharoit yaratadi, yoki tish ildizlaridan o'tadi va ularni sinishi bilan birga kechadi. Bunday holatlarda siniq bo'laklarini bitishiga sharoit yomon va davolash yaxshi natija bilan tugashi ishonchli emas. Yuqori jag' alveolyar o'sig'i yon sohasi sinishida siniq bo'lagi pastga siljiydi (rasm. 30, b). Ko'pincha yuqori jag' bo'shlig'i tubi teshilishi bilan birgalikda ikkala alveolyar o'siq sinadi (rasm.30 , v). Siniq chizig'i yuqori jag' ikkala o'sig'i orqali gorizontal holatda o'tganida ham bu sodir bo'lishi mumkin.

Bemorlar yuqori jag'da o'z-o'zidan paydo bo'luvchi og'riqqa, bu og'riqlar tishlarni jipslashtirganda yoki ovqatni chaynashga harakat qilganida kuchayishiga, tishlarni noto'g'ri jipslashishiga yoki og'izni yopa olmasligiga shikoyat qiladilar.

Tashqaridan qaraganda og'iz atrofi yumshoq to'qimalarida yoki lunjda yaqqol ifodalangan shish, qon quyilishi, shilinishlar, yaralar aniqlanadi, bu avvalgi jarohatlar belgisi hisoblanadi. Og'iz yarim ochiq.



a



b



c



Rasm 30. Yuqori jag' alveolyar o'sig'ini sinishi (MxL4). a –yuqori jag' alveolyar o'sig'ini arkasimon sinishi (sxema); b – alveolyar o'siq yon qismini sinishii; v – alveolyar o'siqlarni total sinishi; g – yuqori jag' alveolyar o'sig'ini sinishi (rentgeno-gramma).



d –kesuv va qoziq tishlari, yuqori jag' bo'shlig'i tubi sohalari chap tomonda yuqori jag' alveolyar o'siqlari jarohatlari chiziqlari (ortopantomogramma fragmenti).

Og'iz bo'shlig'i ko'rilganida tishlar jarohati natijasida lablar yoki lunj shilliq qavatida qon quyilishi, yirtilgan yaralar bo'lishi mumkin. Siniq bo'laklar siljishi bo'lgan hollarda alveolyar o'siq shilliq qavati yirtilib, siniq chizig'i bo'ylab suyak to'qimasi ochilib qoladi. Tish yoyi konfiguratsiyasi buzilgan, okklyuziya noto'g'ri. Agar klinik jihatdan bo'laklar siljishi bo'lmasa, siniq chizig'ini taxmin qilinayotgan bo'lakni boshqa qo'l barmoqlari yordamida ehtiyotkorlik bilan qimirlatib uni xarakatchanligini aniqlab topish mumkin. Suyakni harakatchan fragmenti chegaralari bo'ylab barmoqni joyini o'zgartirib alveolyar o'siq singan qismi o'lchamlarini aniqlash mumkin.

Siniq chizig'i o'tgan sohadagi tishlarni perkussiyasi og'riqli. Siniq bo'lagida bo'lgan tishlar ham perkussiyaga ta'sirlanishi, xarakatchan bo'lishi mumkin.

Rentgenogrammada siniq chizig'i va uni tishlar ildizlariga aloqasi aniq ko'rinadi. Ko'pincha alveolyar o'siq sinishi tishlar sinishi bilan birga kechadi (rasm. 30, g).

Davolash. O'tkazuvchan og'riqsizlantirish ostida (kamroq infiltrativ) okklyuziya nazoratida alveolyar o'siq siniq bo'lagini to'g'ri holatga qo'yish kerak. Alveolyar o'siqni singan va jarohatlanmagan qismida etarli miqdorda chidamli tishlar bo'lsa, immobilizatsiyani silliq shina-skoba yordamida amalga oshirish mumkin.

Alveolyar o'siqni jarohatlanmagan qismi markazida siniq bo'lagi joylashgan bo'lsa shinada 2-3 ta chidamli tishlar bo'lishi kerak. Yuqori jag' siniq bo'lagi pastga siljiganida, tishlarni ularni kesuv yoki chaynov yuzalaridan o'tadigan maxsus ilgakli simli shinaga mahkamlash kerak. Bunday hollarda tez qotadigan plastmassadan yoki simkompozitli shinadan foydalaniladi. Siniq bo'lakdagi tishlar pulpasini hayotchanligini nazorat qilish kerak. Bir necha marotaba nazoratdan keyin aniqlangan pulpa nekrozida (elektrodontometriya), tishlarni trepanatsiyalab, ularni kanallariga kerakli ishlov bergandan keyin plombalash zarur. Agar anatomik sharoitlar sababli silliq shina-skobani qo'llashni iloji bo'lmasa, singan bo'lak qismiga tishmilk (milkusti) shinasini tayorlab, uni chok yoki poliamid ipi bilan alveolyar o'siq jarohatlanmagan qismiga mahkamlanadi

Agar siniq bo'laklarini qo'l bilan to'g'irlashni iloji bo'lmasa, rezina halqalar yordamida siniq bo'lakni tortib chiqadigan qilib shina bukiladi. Jarohatlanmagan alveolyar o'siqda shina yuqorida keltirilgan talablarga mos ravishda egiladi. Ligaturalar bilan siniq bo'lagidagi tishlarga biriktirilgan rezina halqalar fiksatsiyasi uchun siljigan fragmentdagi siniq bo'lagi yoy shaklida bo'lishi kerak, (unda egilgan ilgaklar bo'lishi mumkin). Siniq bo'lakni repozitsiyadan keyin to'g'ri holatda silliq shina-skoba yoki shina – kappa bilan fiksatsiyalanadi.

Alveolyar o'siq bir qismi uzilganida suyakni o'tkir qirralari freza bilan silliqilanadi, shilliq parda suyak ustida mobilizatsiya qilinganidan keyin ketgut bilan zich qilib tikiladi. Agar yarani tikish imkoniyati bo'lmasa, uni yodofom dokasi bilan yopiladi va 7-8 kunda almashtirib turiladi. Shina 5-7 haftadan keyin echiladi.

Fransuz tadqiqotchisi (Le For 1901) tajribada muallif nomi bilan ma'lum bo'lgan yuqori jag' sinishlarini turli tipini yozgan. U pastki –Le For III, o'rta–Le For II va yuqori–Le For I tiplarni ajratgan. Shu bilan birga adabiyotlarda quyidagicha belgilash tarqalgan edi: pastki tip Le For I, o'rta–Le For II, yuqori –Le For III. Hozirgi vaqtda dunyo adabiyotida yuz suyaklari va bevosita yuqori jag' jarohatlarida AO/ASIF tizimidagi tasnifdan foydalaniladi.

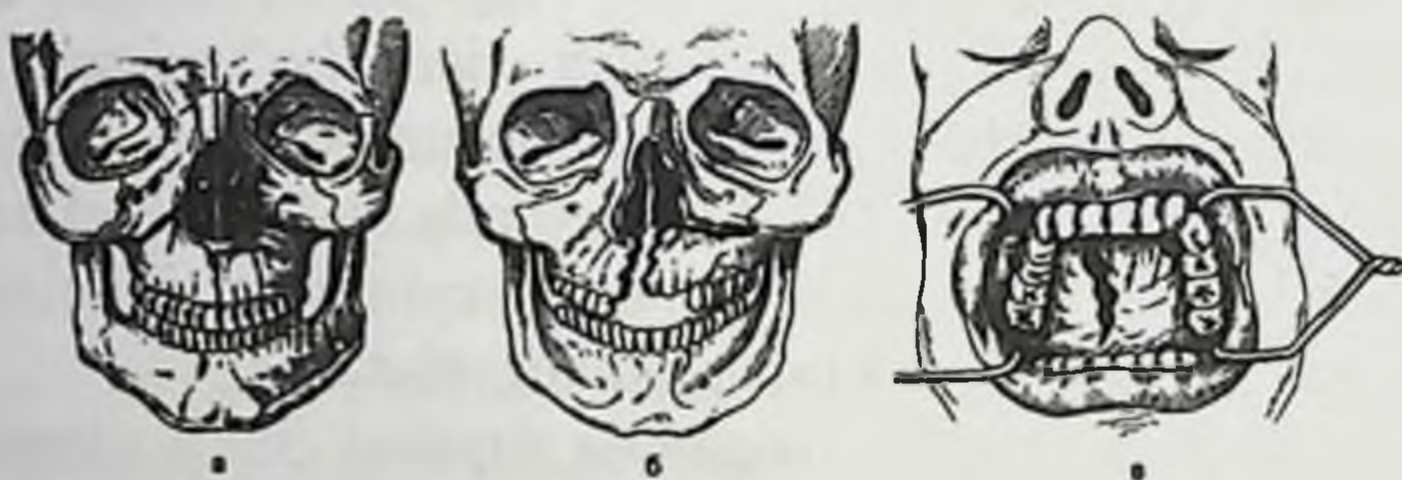
Yuqori jag' sinishini sababi og'ir mexanik jarohat hisoblanadi: yo'l-transport hodisasi, balandlikdan yiqilish, oyoq bilan yuzga jarohat etkazish va b.

Le Fort tasnifiga ko'ra yuqori jag' sinishlari ikki tomonlama bo'ladi, siniq chiziqlari simmetrik ravishda o'tadi. Klinik tajriba va

adabiyot ma'lumotlari har doim ham Le For tasnifiga to'g'ri kelavermasligini tasdiqlaydi.

Yuqori jag' sinishlari har doim ochiq, chunki u burun va uning yondosh bo'shliqlari sohasidan o'tadi. Bu anatomik tuzilmalar shilliq qavati yupqa va siniq bo'laklar sezilarsiz siljishida ham osongina yiriladi. Yuqori jag' sinishi ko'pincha siljish mexanizmi bo'yicha - uning bir qismi zarba ta'sirida jag'ni yuqori sohasiga nisbatan orqaga siljiydi, jag'ni hamma qismi singanida - yuzning boshqa suyaklari yoki miya asosiga nisbatan siljiydi. Bo'lakni o'zining og'irligi va medial qanotsimon va chaynov mushaklari tortishi hisobiga - yuqori jag' bo'laklari davom etayotgan zarbadan orqaga siljiydi.

Medial qanotsimon mushakni tortishi hisobiga orqa qism oldingiga nisbatan pastga ko'proq siljiydi. Odatda Mx Fda dizokklyuziya (O) kuzatiladi, yoki agar yuqori jag'da tishlar bo'lmasa kamroq - okklyuzion buzulishlarni yo'qligi (O) (02).



Rasm 31. Yuqori jag' pastki tip bo'yicha sinishi (Le For III ,). a - sinish sxemasi b - Le For-Geren sxemasi bo'yicha sinish ; v - qattiq tanglay sinish sxemasi; g - og'iz bo'shlig'ida qattiq tanglay sinishini ko'rinishi.

d - Kalla suyagini yarimaksial proeksiyadagi rentgenogrammasi. Yuqori jag'ni Le For I bo'yicha sinishi.

Pastki tip sinishi (Le For III). Siniq chizig'i gorizontal sathda alveolyar o'siq va qattiq tanglay gumbazidan o'tadi. U noksimon teshik ikki tomonidan boshlanib, yuqori jag' bo'shlig'i tubining yuqorisidan, yuqori jag' do'ngligidan va ponasimon suyakni qanotsimon o'sig'ining pastki uchdan bir qismidan o'tadi. Ba'zida siniq chizig'i ikkinchi yoki uchinchi molyar alveolasi sohasida tugaydi (rasm. 31, a). Sinishning bu tipida burun tubi, yuqori jag' bo'shlig'ining tubi gorizontal yo'nalishda sinadi. Sinish bir tomonlama bo'lishi mumkin. Bunday holatlarda albatta yuqori jag' tanglay o'sig'i sagittal yuzada sinadi, ya'ni yuqori jag' ikkiga bo'linadi, bunda siniq chizig'i o'rta chokka paralell joylashib, hech qachon uning ustidan o'tmaydi (rasm. 31, b) suyak zinachasini ko'rish mumkin. Ko'proq qattiq tanglay shilliq qavati yirtilgan yarasi va o'rta chiziq yon tomonida bo'laklar orasida uncha katta bo'lmagan yoriq ko'rinadi. Ba'zida bu yara ochilib turadi, u orqali burun bo'shlig'i ko'rinadi. Yuqori jag' bir tomonlama sinishi yuqori jag' bo'shlig'i tubiga tegmasdan va distal ottomonda yuqori jag' do'ngligi yoki uning bo'lagi sinadi (rasm.31, v). Siniq yopiq bo'lishi mumkin, va unda chakkaosti chuqurida gematoma hosil bo'ladi, yoki ochiq bo'shlishi mumkin bunda ko'p qon ketishi bilan birga kechadi. Shuningdek yuqori jag' sinishi ikki tomonlama bo'shlishi mumkin. Siniq chizig'i alveolyar o'siq yuqorisidan burun bo'shlig'i tubidan o'tadi; odatda dizokklyuziya yuzaga keladi (rasm. 31, g).

Yuqori jag' pastki tipi bo'yicha singanida bemorlar yuqori jag'dagi og'riqqa, og'riqni tishlarni jipslaganda yoki ovqat chaynaganda kuchayishiga, oldingi tishlar ba'zan yumshoq va qattiq tanglay shilliq qavatida sezishni pasayishiga (agar qanot-tanglay kanalida asab tomirlari jarohatlansa) yutqunda yot jism borligiga, ko'ngil aynashi, burundan nafas olishni qiyinligiga shikoyat qiladilar .

MxL klassik sinishlarida, tashqaridan qaraganda yuqori lab, lunj yumshoq to'qimalari shishi, burun-lab burmasining silliqqlanishi hisobiga yuz konfiguratsiyasi o'zgaradi. Shish paydo bo'lishi jarohatdan keyingi shishva to'qimalarga qon quyilishi bilan bog'liq. Yuz terisida shilinishlar, qon quyilishari, ezilib yirtilgan yaralar, teriosti emfizemasi bo'lishi mumkin. Jag' siniq bo'lagini haddan tashqari siljishi hisobiga yuzning pastki uchdan bir qismi uzayib qoladi. Ba'zida burun to'sig'i teri qismi gorizontal holatdan jag' singan bo'lagi bilan birga pastga siljishi natijasida qiyshayib qoladi. Yuqori lab va unga yaqin to'qimalarni yaqqol shishi tufayli buni klinik jixatdan aniqlash etarli

darajada qiyin. Tishlar jipslashganda burun to'sig'i asosida bilinar-bilinmas burma hosil bo'ladi, uning teri qismi esa yuqoriga siljiydi.

Og'iz bo'shlig'i ko'rilganida yuqori jag' o'tuv burmasi barcha tishlar sohasida yuqori lab va lunjga tarqaladigan qon quyilishi aniqlanishi mumkin. Qanotsimon-pastki jag' burmalari yuqori qismida, bir tomonlama sinishlarida qattiq tanglay o'rta chizig'ida ham qon quyilishi kuzatilishi mumkin. Bunday holatda alveolyar o'siq oldingi qismi shilliq qavati yirtilishi mumkin (rasm. 31, g). Yumshoq tanglay tilchasi ba'zida yutqin orqa devori va til ildiziga tegib turadi, shuning uchun yumshoq tanglay uzayib qolgandek ko'rinadi. Bu jag' singan bo'lagi orqaga va pastga sezilarli siljiganida kuzatiladi. Bu bilan bemorni birinchi kunlardagi yutqunda yot jism borligini sezishini va ko'ngil aynashini tushuntirish mumkin. Analogik sub'ektiv sezgilar qanot-tanglay kanalida o'tadigan asab tomirini o'zaklarini uzilishi va qattiq hamda yumshoq tanglaydagi paresteziya holatlari kuzatiladi. Yuqori jag'ni o'tuvchi burma paypaslanganda undan biroz yuqoriroqda suyak bo'rtig'i («zinapoyalar»), notekislik yoki botiqlik aniqlanadi.

Bosim belgisi ko'rsatkich barmoq bilan ponasimon suyak qanotsimon o'sig'iga yoki uning ilgagiga bosib (qanotsimon-pastki jag' yuqori qismi ichkarrog'iga) aniqlanadi.

Siniq bo'lagini harakatchanligini aniqlash uchun yuqori jag' alveolyar o'sig'i frontal qismini ushlab turib o'ng qo'l bilan yuqori jag'ni harakatlantiriladi (oldindan orqaga). Bu vaqtda yuqori jag' o'tuv burmasida joylashgan chap qo'l ko'rsatkich barmog'i bilan bo'lak harakatini ilg'ab olish mumkin. Barmoqni noksimon teshikdan jag' do'ngligiga ko'chirib siniq chizig'ini klinik jihatdan aniqlash mumkin. Siniq bo'lagini siljishi burun to'sig'i teri qoplamini harakatchanligi bilan birga bo'ladi. Barcha tishlar milklarida og'riq sezgisini pasayishi yoki butunlay yo'qolishi mumkin, buni ingichka steril in'eksion igna yordamida aniqlasa bo'ladi, perkussiyada tishlarda perkutor tovush past (bo'g'iq) bo'ladi, dizokklyuziya ko'pincha ochiq, kontakt asosan katta oziq tishlarda (singan jag' orqa distal bo'lagini pastka siljishi natijasida). Tishlar nisbati jarohatdan oldin ortognatik bo'lgan bo'lsa, to'g'ri, progenik bo'lishi, bo'laklar siljishi esa sezilarsiz va faqat orqaga bo'lishi mumkin. Siniq bo'laklari siljimasa okklyuziya o'zgarmaydi.

Yuqori jag' pastki tip bo'yicha sinishini alveolyar o'siq sinishi bilan qiyoslash kerak. Aniqlanishi yuqorida keltirilgan bosim simptomi alveolyar o'siq sinishida manfiy bo'lishi mumkin. Katta oziq tishlari bosib ko'rilganida sinishini alveolyar o'siqda og'riq aniqlanadi.

Rentgenodiagnostika: bosh suyagi umumlashtiruvchi (obzor) rentgenogrammasi yuz va bosh miya suyaklari yig'ilib ko'rinishi hisobiga kam axboratli. Yuz suyaklari yarim aksial proeksiyadagi rentgenogrammasida noksimon teshik devorlari, yonoqalveolyar qirra ikki tomonlama butunligi buzilishi, hamda yuqori jag' bo'shliqlariga qon quyilishi hisobiga ularni tiniqligi pasayadi. Bir qancha mualliflar bosh suyagi oldingi chuqurchasida havo to'planishi hisobiga pnevmotsefaliyani kuzatganlar. Tomografik kesuvni minimal qalinligida olingan yuz suyaklari MSKT yoki KLKT si hammasidan ko'p ma'lumot beradigan tekshiruv hisoblanadi.

O'rta tip sinishi (Le For II). Siniq chizig'i yuqori jag' peshona o'sig'ini g'alvirsimon o'yig'i sohasida peshona suyagini burun qismi bilan birikadigan joyida boshlanadi. Peshona suyagi burun qismining oldingi qirrasini burun suyaklari bilan, orqa qirrasini esa bosh suyagi oldingi chuqurchasi sohasida kalla suyagi asosini tashkil qilishda ishtirok etadigan g'alvirsimon suyakning ilma-teshik plastinkasini oldingi qirrasini bilan birikadi. Peshona suyagi burun qismi orqa sohalarida katakchalar bo'lib, ular g'alvirsimon suyakka tegib turib, katakchalar qopqog'ini hosil qiladi.

Siniq chizig'i ko'z yoshi suyagi, g'alvirsimon suyak ko'z plastinkasi va ponasimon suyak tanasi lateral yuzasi hosil qilgan ko'z kosasi medial devori bo'ylab o'tib, pastga ko'z osti yorig'igacha davom etadi. So'ngra yuqori jag' va yonoq suyagi ko'z yuzalari, tanglay suyagi ko'z o'sig'i hosil qilgan ko'z kosasi pastki devoridan o'tib, siniq chizig'i ko'z osti qirrasini oldiga davom etadi, uni yonoq yuqori jag' chokida yoki unga yaqin joyda kesib o'tadi. Siniq chizig'i ko'z osti teshigidan o'tishi mumkin. Yuqori jag' oldingi devorida yonoq-yuqori jag' choki bo'ylab siniq chizig'i orqaga yuqori jag' do'ngligiga va ponasimon suyak qanotsimon o'sig'iga o'tadi (rasm. 32, a).

Ikki tomonlama sinishlarda burun to'sig'i sinishi mumkin. Sinishning bu tipida yuqori jag'ni hamma qismi burun suyaklari bilan birga sinadi. Bu suyak siniq bo'lagiga kalla suyagi asosini tashkil qilishda ishtirok etuvchi (peshona, g'alvirsimon, ponasimon suyak tanasi) suyaklar kirishi mumkin. Bundan tashqari ko'z yoshi suyagi, yonoq va tanglay suyaklari ko'z yuzalari sinadi. Shundan kelib chiqib, bu erda faqat yuqori jag' sinishlari emas, balki yaqin joylashgan boshqa suyaklar sinishi haqida aytish mumkin (rasm. 32, b). Adabiyotlarda sinishning bu tipi «jag'-yuz ajralishi» va «suborbital sinish» nomlari bilan ma'lum. Ushbu keltirilgan siniq chizig'i Le For II – MxL2,

variantidan tashqari sagittal yuzada, ya'ni siniq yorig'i tanglay orqali ham o'tishi mumkin. Bunday sinishda har doim kalla suyagi asosi sinishi va bosh miya hamroh jarohatlari bo'lish ehtimoli bor, bu siniq chizig'i yo'nalishi, uni kalla suyagini hosil qiluvchi suyaklar sohasida joylashishiga bog'liq.

Shikoyatlar pastki tip sinishidagi kabi bo'ladi. Bemorlar qo'shimcha ravishda ko'z osti sohasi, yuqori lab, burun qanoti, burun to'sig'i teri qismi karaxatlikka, ba'zida ko'zlarda ikkita ko'rishga shikoyat qiladilar. Burun-ko'z yoshi kanali jarohatlarida ba'zida ko'z yoshi oqib turadi. Katta oziq tishlari va ular sohasidagi milkda sezuvchanlik saqlangan. Shuningdek qattiq va yumshoq tanglay shilliq qavatida og'riq sezgisi o'zgarmaydi. G'alvirsimon plastinka teshiklaridan o'tadigan hid bilish iplari uzilishida yoki ezilganida (fila olfactoria) hid bilishni pasayishi yoki yo'qolishi kuzatiladi.

Posttravmatik shish va ko'z osti hamda burun ildizi yumshoq to'qimalariga qon quyilishi hisobiga yuz konfiguratsiyasi o'zgaradi. Qon quyilishi pastki qovoq, ko'z medial burchagi (burun ildizi terisiga tarqalishi bilan) va yuqori qovoq medial qismida aniqlanadi. Ko'z osti sohasida va ikki tomonlama sinishda ikkala tomonda gematoma aniqlanadi. Agar yumshoq to'qimalar ezilishi hisobiga qon quyilishi bo'lmasa orbitani yuqori-tashqi kvadratida teri rangi o'zgarmaydi. Ko'pincha ko'zni bir yoki ikkalasida kon'yunktiva ostiga qon quyilishi kuzatiladi. Ba'zida kon'yunktiva qonni ko'p shimib olishi hisobiga yumilgan qovoqlar orasidan chiqib turadi. Yuz to'qimalarida teriosti emfizemasi bo'lishi mumkin.



Rasm 32. Yuqori jag' o'rta tip bo'yicha sinishi (Le For II). a – sxema; b – bemorni tashqi ko'rinishi: dizokklyuziya.

Bemor gorizontal holatda bo'lganida siniq bo'lagi orqaga siljiydi, vertikal holatda – pastga. Shuning hisobiga yuz konfiguratsiyasi o'zgarishi mumkin.

Og'iz bo'shlig'i ko'rilganida o'tuvchi burmada katta va qisman kichik oziq tishlari sohasida, lunj shilliq qavatiga tarqaluvchi qon

quyilishi aniqlanadi. Yonoq-alveolyar qirrasida va uning orqasida suyak boʻrtigʻi paypaslanadi. Kesuv, qoziq va kichik oziq tishlari sohasida ikkala tomonda milk shilliq qavatida ogʻriq sezgisi pasaygan. Katta oziq tishlari sohasida bu sezgi oʻzgarmagan. Tishlar jipslashishi buzilgan – dizokklyuziya (rasm. 32, v). Baʼzida xalqum yon devori shishib chiqib turadi, bu xalqum yoni boʻshligʻida gematoma borligidan darak beradi. Siniq chizigʻi boʻylab bosim belgisi musbat. Uni aniqlashda bir vaqtni oʻzida koʻz kosasi pastki qirrasida, burun ildizida, yonoq alveolyar qirrada (palpatsiya qilib) siniq boʻlak siljiganini va burun ildizi sohasida terida burma paydo boʻlishini koʻrish mumkin. Burundan, ogʻiz boʻshligʻidan, quloqlardan orqa miya suyuqligi ajraladi. Tekshiruvda nevrologik belgilar: qusish, koʻngil aynash, Kernig simptomi aniqlanadi. Kam hollarda siniq chizigʻi koʻz kosasi tubiga tegib oʻtmaydi, va aksincha koʻz kosasi pastki qirrasidan oʻtadi (rasm. 32, b). Qolgan obʻektiv belgilar pastki tip sinishidagi kabi boʻladi.

Kalla suyagi yarimaksial proeksiyadagi rentgenogrammasida burun oʻtish qismi, koʻz kosasi pastki qirrasida va tubi yonoq alveolyar qirrada suyak butunligi buzilishi, yuqori jagʻ boʻshliqlari tiniqligi pasayishi koʻrinadi. Kalla suyagi yon proeksiyasida gʻalvirsimon suyakdan ponasimon suyak tanasiga boruvchi qiyshiq siniq chizigʻini aniqlash mumkin. Turk egari sohasida suyak «zinapoyasi» aniqlansa, bosh suyagi asosini bosh oʻrta chuqurchasida sinishini ishonch bilan aytish mumkin. Standart usullarga qoʻshimcha ravishda bosh suyagi yuz qismini aksial, toʻgʻri, yon va qiyshiq proeksiyalarda KT qilinadi, yumshoq toʻqimalar, shu jumladan orbita toʻqimalari holati oʻrganiladi. KT-tekshiruv suyak va yumshoq toʻqimalar rejimida amalga oshiriladi.

YUqori tip sinishi (Le For I). Siniq chizigʻi yuqori jagʻ peshona oʻsigʻini peshona suyagi burun qismi va burun suyaklari bilan birikadigan joydan boshlanadi, keyin koʻz kosasi ichki devori boʻylab yuqori va pastki koʻz yoriqlari birikadigan joyga davom etadi. Shunday ravishda bu anatomik sohada siniq chizigʻi Le For II. sinishidagi kabi. Keyin siniq chizigʻi ponasimon suyak katta qanoti koʻz yuzasi va yonoq suyagidan hosil boʻlgan koʻz tashqi devoriga tarqaladi, yuqoriga va oldinga koʻzni yuqori tashqi burchagigacha boradi. Bu joyda siniq chizigʻi peshona-yonoq chokida yoki unga yaqin joylashadi, keyin ponasimon suyak katta qanoti boʻylab orqaga va pastga, tanasining pastki yuzasigacha va uning qanotsimon oʻsigʻining yuqori qismigacha yoʻnaladi. SHuningdek yonoq yoyi va burun toʻsigʻi ham sinadi.

Sinishni bu tipida yuqori jag' va yuz skleti boshqa suyaklari bosh miya suyaklaridan ajraladi (rasm. 33, a).

Bemorning ahvoli og'ir, ko'pincha hushsiz yoki chalkash. Hushi saqlanganda bemor og'izdan, burundan, quloqlaridan qon kelishiga, tanasi vertikal holatda bo'lganida ko'zida ikkita ko'rishga, ko'ruv o'tkirligini pasayishiga, og'riqli va qiyin yutinishga, og'izni chegaralangan ochilishiga, tishlarni noto'g'ri jipslashishiga, halqumda yot jism borligiga, qusgisi kelishiga, tomog'iga biror narsa tiqilib, yo'talishga va ko'ngil aynishiga shikoyat qiladi.



Ris 33. Yuqori jag'ni o'rta (Le For II) va yuqori tiplar bo'yicha sinishi (Le For I). a –sinish sxemasi; b – bosh suyagi yarimaksial proeksiyadagi rentgenogrammasi: ko'z kosasi yuqori tashqi burchagi va yonoq yoyi chap tomonida o'tuvchi siniq chizig'i (yuqori tip bo'yicha sinishi –Le For I) ham ko'rinadi, hamda ko'z kosasi pastki qirrasi va o'ng tomon yuqori jag' oldingi devori orqali o'tuvchi siniq chizig'i (o'rta tip bo'yicha sinishi– Le For II).

Bu har doim ham bosh miya jarohatiga bog'liq bo'lmaydi, aksincha halqum orqa devori yoki til ildizi shilliq qavatini qattiq va yumshoq tanglay bilan birga orqaga siljigan tanglay tilchasini ta'sirlashi natijasida bo'lishi mumkin. Ko'rilganda yuz o'rta qismi uzayib qolganligi aniqlanadi, jag' atrofi yumshoq to'qimalarini yaqqol shishi, buni natijasida bemorni yuzi oysimon bo'lib ko'rinadi. SHish asosan qovoqlar, burun ildizi, ko'z osti va chakka sohalarida yaqqol ko'rinib turadi. Yonoq yoylari sohasida to'qimalar cho'kishi kaniqlanadi. Yuqori va pastki qovoq, kon'yuktivaga qon quyilishini xarakterlaydigan «ko'zoynak simptomi» bo'ladi. Ba'zan kon'yunktivada shish (xemoz)

katta. Retrobulbar sohaga qon quyilishi hisobiga ekzoftalm bo'lishi mumkin

Gorizontal holatda bemorni yuzi yoyiladi, enoftalm aniqlanadi, Bemorni vertikal holatga keltirilganda, yuz konturi uzayishi mumkin.

Sub'ektiv ravishda bu diplopiyani kuchayishi, ob'ektiv – ko'z olmalarini pastga siljishi va ko'z yorig'ini kengayishi bilan namoyon bo'ladi. Bemor, diplopiyani bartaraf etishga harakat qilib, bir ko'zini kafti bilan yopadi yoki ko'z olmasi tagiga barmog'ini qo'yib, uni ko'taradi. Tishlar jipslashganida ko'z olmalari yuqoriga siljiydi, ko'z yorig'i torayadi, ikkita ko'rish esa kamayadi. Bemorni gorizontal holatga qaytishi yuzni yoyilishi va dizokklyuziya, diplopiyani kamayishi bilan birga bo'ladi. Palpatsiyada peshona suyagi burun qismi va yuqori jag' peshona o'sig'i va burun suyaklari orasida, hamda yonoqpeshona choki sohasida (ko'z yuqori tashqi burchagi) suyak bo'rtig'i yoki «to'qimalar o'pirilishini» aniqlash mumkin. Yonoq yoyi sohasida suyak «zinapoyasi» seziladi. Kam hollarda burun ildizi sohasida havo emfizemasi chaqirgan krepitatsiya aniqlanadi. Ba'zida uch shoxli nerv birinchi shoxi (ko'z nervi) jarohatlanganda peshona, yuqori qovoq, ko'z yorig'i ichki va tashqi burchaklarida og'riq sezgisi pasayadi yoki yo'qoladi. . Og'iz ochilishi chegaralangan. Dizokklyuziya aniqlanadi. Siniq bo'laklarini qaysi tomonga siljish darajasiga va dastlabki okklyuziyaga qarab (ortognatik to'g'ri, progenik va b.), tish qatorlari jipslashishining boshqa variantlari orqaga va pastga bo'lishi mumkin. Og'iz maksimal ochilganida pastki jag'ni pastga siljishi hisobiga yuqori va pastki jag' kesuv tishlari oralig'idagi masofa me'yoridagidan kam. Og'iz ochilishi yuqori jag' sohasida bilan birga bo'lishi mumkin, uni(yuqori jag'ni) pastta tushganligi hisobiga. O'tuv burma shilliq qavatida qon quyilishi yo'q. Uning og'riq sezuvchanligi o'zgarmagan. Yumshoq tanglay orqaga va patga siljigan, tanglay tilchasi til ildizi va xalqum orqa devoriga tegib turadi.

Ponasimon suyak qanotsimon o'sig'i ilmog'iga bosib ko'rilganida taxmin qilinayotgan siniq yorig'ida (musbat bosim simptomi). Kuchsiz va uzoq vaqt (1 minutga yaqin) qattiq tanglayga yuqoriga qarab bosib turish yuz o'rta qismini qisqarishiga, ko'z yoriqlarini torayishiga va terini burun ildizi sohasida burishishigaolib keladi. Siniq bo'lagini maksimal asta-sekinlik bilan oldindan orqaga siljitganda peshona-burun, peshonayonoq va yonoq yoyi bo'ylab sinxron qimirlashni aniqlash mumkin bo'ladi. Yuqori jag' patologik qimirlashini aniqlash yuqori jag' sinishining dalili hisoblanadi.

Ba'zida qo'shimcha sagital yo'nalishda sinish yuzaga keladi, ya'ni yuqori jag' ikki yarim bo'lakka bo'linadi.

Siniq chizig'i hech qachon o'rtadagi chokdan o'tmaydi, aksincha unga parallel joylashadi.

Yuqori jag' tishlari perkussiya qilinganida bo'g'iq tovush eshitiladi.

Yuz skleti rentgenogrammasida suyak to'qimasi butunligini buzilishini, yuqori jag'ni o'rta (MxL2) va yuqori (MxL3) tiplar bo'yicha yonoq yoyini, hamda burun ildiz sohasida, yonoq suyagida, ponasimon suyak katta qanotida va peshona-yonoq birikmasida sinish, hamda yuqori jag'lar va ponasimon bo'shliqlarda tiniqlikni pasayishi aniqlanadi (rasm 33,b). Yon tomon proeksiyadagi rentgenogrammada ponasimon suyak tanasining sinish belgilari aniqlanadi. Ba'zi bemorlarda pnevmo-sefaliya – kalla suyagi oldingi chuqurchasida havo to'planishi kuzatiladi.

Klinik amaliyotda ko'pincha sinish tiplarining birgalikda: bir tomonda pastki tip bo'yicha boshqa tomonda –o'rta yoki o'rta va yuqori tip sinishlari kombinatsiyasi kuzatiladi.

Yuqori jag' yuqori tip bo'yicha sinishida tez-tez ko'z olmasi, ponasimon suyak tanasi va kichik qanotlari orasida joylashgan ko'ruv kanalidan o'tadigan ko'ruv nervi jarohatlanadi. Bu ko'ruv o'tkirligini pasayishi bilan, ba'zida ko'ruv nervi tolalarini bir qismi zararlanganida ko'rishni yo'qolishi bilan namoyon bo'ladi. Ko'z kosasi yuqori yorig'idan ko'zni harakatlantiruvchi (III), blokli (IV), uzoqlashtiruvchi nervlari (VI) va ko'z nervi (uch shoxli nerv shoxchasi) o'tadi. Shu sababli ko'pincha sanab o'tilgan nervlarni jarohatlanish klinik belgilari aniqlanadi. Yuqori jag' Le For I i Le For II tiplari bo'yicha sinishlarida kalla suyagi asosini sinishi miya pardalari yirtilishi bilan birga sodir bo'lib, bunda burundan, quloqlardan yoki burunhalqum gumbazi bo'ylab likvoreya kuzatiladi. Bu meningit, ensefalit, miya absessiga olib kelish xavfi bor. Chakka suyagi toshsimon qismini suyagini sinishi eshitishni pasayishi yoki yo'qolishi bilan birga kechadi. Bosh miyani lat eyishi, ezilishi bilan birga intrakranial qon ketishlari ham bo'lishi mumkin.

Yuqori jag' sinishi bor hamma bemorlar nevropatolog tomonidan ko'rilishi kerak. Ularga davolash ishlari neyroxirurg, anesteziolog, reanimatolog, okulist, otolaringolog, ba'zan psixiatr bilan birgalikda o'tkaziladi. Kalla suyagi asosi singanida orqa miya suyuqligi oz miqdorda burunga, xalqum orqa devoriga oqib tushishi mumkin. Bunday

holatda bemor bilmasdan orqa miya suqligini so'lak bilan birga yutadi(yashirin likvoreya) Xirurg – stomatolog boshqa simptomlar bilan birgalikda kalla suyagi asosini sinishini taxmin qiladigan: bosh oldiga egilganida burundan suyuqlik oqib chiqishini tezlashishi, barmoqlar bilan bo'yin venalarini kuchayishi yoki ezilishi, burun dastro'moli simptomilarini: orqa miya suqligi bilan shimilgan toza burun dastro'moli, quriganida yumshoq bo'lib qoladi, burun ajralmasi bilan shimilgani esa – qattiq («kraxmallangan»); meditsina salftkasi simptomi: qon aralashmasi bo'lsa burun ajralmasidan oz miqdorda meditsina salftkasiga tomiziladi. Agar qonda orqa miya suyuqligi bo'lsa salftkada qondan yorqin chegarali qizil dog' hosil bo'ladi(orqa miya suyuqligi); orqa miya punksiyasi faqatgina ishonchli diagnostik usul bo'lmasdan (orqa miya suyuqligidagi qon), davolash muolajasi ham hisoblanadi. Yashirin likvoreyani aniqlash uchun orqa miya punksiyasini bajarish endo– lyumbal 1 % li uranin eritmasini (bo'yoq modda yoki radioaktiv fosfor) yuborish kabi muolajalar neyroxirurg yoki nevrolog tomonidan bajariladi.

Rentgenologik diagnostika yuqori jag' o'rta tip bo'yicha sinishiga o'xshash. Patsientni neyroxirurg, okulist, otorinolaringolog tekshiruvdan o'tkazishi kerak.

Kalla suyagi yuz bo'limi o'rta va yuqori sohalari YTH natijasida sodir bo'lgan jarohatlari asosan burun-orbital yoki yonoq-orbita kompleksini sinishlari bilan xarakterlanadi.

Burun-orbital kompleksi jarohati burun va ko'z yoshi suyaklari, g'ovaksimon suyak katakchalari va ko'z plastinkasi, peshona suyagi, ko'z yuzasi ichki qismi peshona bo'shlig'i devorlari (ko'proq pastki va oldingi), tanglay suyagi ko'z o'sig'i suyagi, yuqori jag' ko'z yuzalari va ponasimon suyak kichik qanoti sinadi. Peshona suyagi burun qismi, yuqori jag' peshona o'sig'i, burun to'sig'i, burun chig'anoqlari, tanglay suyagi perpendikulyar plastinkasi (dimog' suyagi), yuqori jag' bo'shlig'i oldingi va ichki devorlari jarohatlanadi. Ko'z pastki qirrasi, kanali va ko'z tubi deformatsiyalanadi.



Rasm. 34. Kalla suyagi yarimaksial proeksiyadagi rentgenogrammasi. O'ng tomon burun-orbita kompleksi suyaklari sinishi



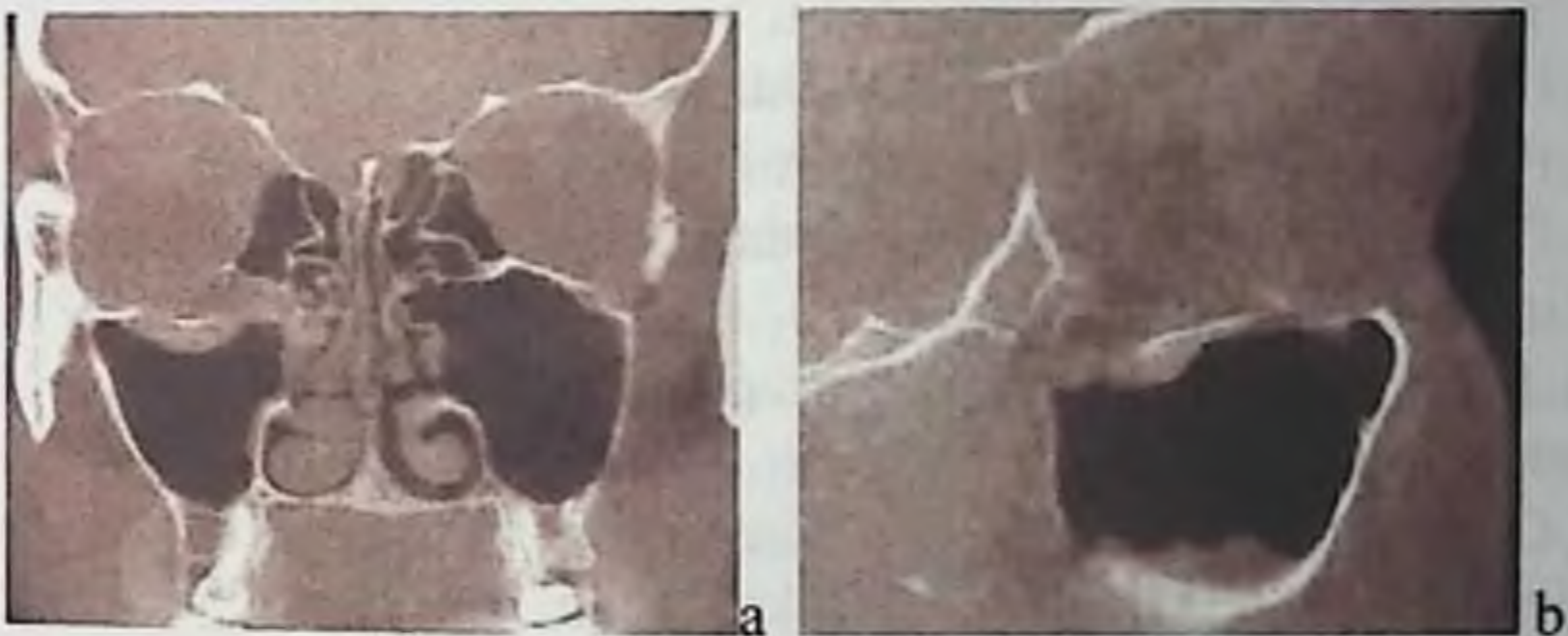
Rasm 35. O'ng tomon burun-orbita kompleksi suyaklari sinishi. Kalla suyagi yuz sohasi to'g'ri(a) va aksial (b,v) kompyuter tomogrammlarida ko'z kosasi ichki va pastki devorlari, burun suyaklari, yuqori jag' bo'shlig'i devorlari sinishi aniqlanadi. O'ng tomon yuqori jag' va peshona bo'shliqlarida, g'alvirsimon labirintda shilliq qavat qalinlashgan.

Yonoq-orbita kompleksi sinishlari orbita atrofi, yonoq suyagi va ponasimon suyak katta qanoti ko'z yuzalari, peshona suyagi ko'z yuzasi tashqi qismi butunligi buzilishi bilan birga kechadi. Orbita devorlari va tubi, yonoq suyagi tanasi, yuqori jag' bo'shlig'i oldingi, yon va orqa devorlari, yonoq-alveolyar qirra jarohatlanadi. Yonoq-peshona choki ajraladi. Ko'z usti va osti yoriqlari, ko'z osti kanali tashqi ko'rinishlari deformatsiyalanadi. Og'ir jarohatlarda yonoq yoyi zararlanishi mumkin. Odatda yonoq-orbita kompleksi suyaklari siljishi pastga, orqaga va tashqariga bo'ladi (rasm. 35 a, b).



Rasm 36. Chap tomon yonoq-orbita kompleksi sinishi. Kalla suyagi yarimaksial rentgenogrammasida peshona bo'shlig'i tubi, orbita yuqori, tashqi va pastki devorlari, yonoq suyagi va yoyi, yonoq-alveolyar qirra suyak bo'laklari siljishi bilan sinishi.

Orbita tubi alohida sinishlari «portlab sinishi» tipi zarba tushgan joyda suyaklar sinishi bo'lmasdan, orbita tubini tashkil etuvchi yupqa devorli suyak tuzilmalarini mayda parchalanib qaytarilgan sinishi borligi bilan xarakterlanadi (r. 37 a, b).



Rasm. 37. O'ng tomon ko'z tubi alohida sinishi. Yuz suyaklari Konus nurliKT-to'g'ri(a) va yon (b) proeksiyalarida yumshoq to'qimalarni yuqori jag' bo'shlig'iga siljishi bilan orbita pastki devori deformatsiyasi aniqlanadi. O'ng tomon burun chig'anoqlari gipertrofiyasi..

Yuqori jag' alveolyar o'sig'i jarohatida ortopantomografiyadan fooydalanib, unga og'iz ichi rentgenografiyasi qo'shish mumkin. Yuz o'rta va yuqori sohalari jarohatlarida yarim aksial proeksiyadagi rentgnografiya katta axborotga ega hisoblanadi. Kalla suyagi yuz qismi zonogrammalarida kalla suyagi yarim aksial rentgenogrammalari bilan taqqoslaganda siniq bo'laklari siljishi yo'nalishi aniqroq ko'rinadi, yuqori jag' va peshona bo'shliqlari, g'alvirsimon labirint shilliq qavatidagi o'zgarishlar, burun to'sig'i va burun chig'anoqlari sinishlari

yaxshiroq aniqlanadi. Kalla suyagi rentgenogrammalari va zonogrammalarida asosan sezilarli siljishlar bilan suyakni qo'pol deformatsiyalari aniqlanishini hisobga olish kerak.

Kompyuter tomografiyasi (MSKT, KLKT) nafaqat yuzni salmoqli suyak anatomik detallari to'g'risida informatsiya beradi, balki orbita, yuqori jag' bo'shlig'i va g'alvirsimon labirint yupqa devorlari haqida informatsiya beradigan bor bo'lgan retgenologik tekshiruv usullaridan yagonasi hisoblanadi. Orbita tubi jarohati to'g'risidagi ma'lumot alohida qimmatga ega, uni asorati ko'rish funksiyasini buzilishi, hatto bemor mehnatga layoqatliligini yo'qotishi ham mumkin. Multispiral kompyuter tomogrammalarida ko'z olmasini, ko'zni harakatlantiruvchi mushaklarini, ko'z nervini siljiganini aniqlash mumkin. Kalla suyagi jarohatini optimal idrok etish uchun uch o'lchamli tasvirini qilish kerak. Suyak-rekonstruktiv operatsiyalarni rejalashtirishda KT ma'lumotlari asosida kompyuterli modellashtirish va loyihalashtirish kerak.

Nazorat savollari:

1. Yuqori jag' anatomik tuzilishi. Yuqori jag' sinishlari mexanizmi.
2. Pastki tip (Lefor III) sinishlarida siniq chizig'i qanday o'tadi?
3. Pastki tip sinishlarida bemorlarni shikoyatlari.
4. Pastki tip sinishlarida qanday tashqi o'zgarishlarni kuzatish mumkin?
5. Lefor III bo'yicha sinishda palpatsiyada og'iz ichida o'tuvchi burmada nima aniqlanadi?
6. O'rta tip sinishlarida siniq chizig'i qanday o'tadi? O'rta tip sinishlarida bemor shikoyatlari pastki tip sinishlaridan nimasi bilan farq qiladi?
7. Lefor II bo'yicha sinishlarida kuzatiladigan o'zgarishlar. Lefor II bo'yicha sinishlarida rentgenologik ko'rinish?
8. Yuqori tip (Lefor I) sinishlarida siniq chizig'i qanday o'tadi?
9. (Lefor I) sinishlarida bemorlar shikoyati.
10. Likvoreya belgilari. Differensial diagnostikasi.
11. Yuqori jag sinishlari Vassmund klassifikatsiyasi.

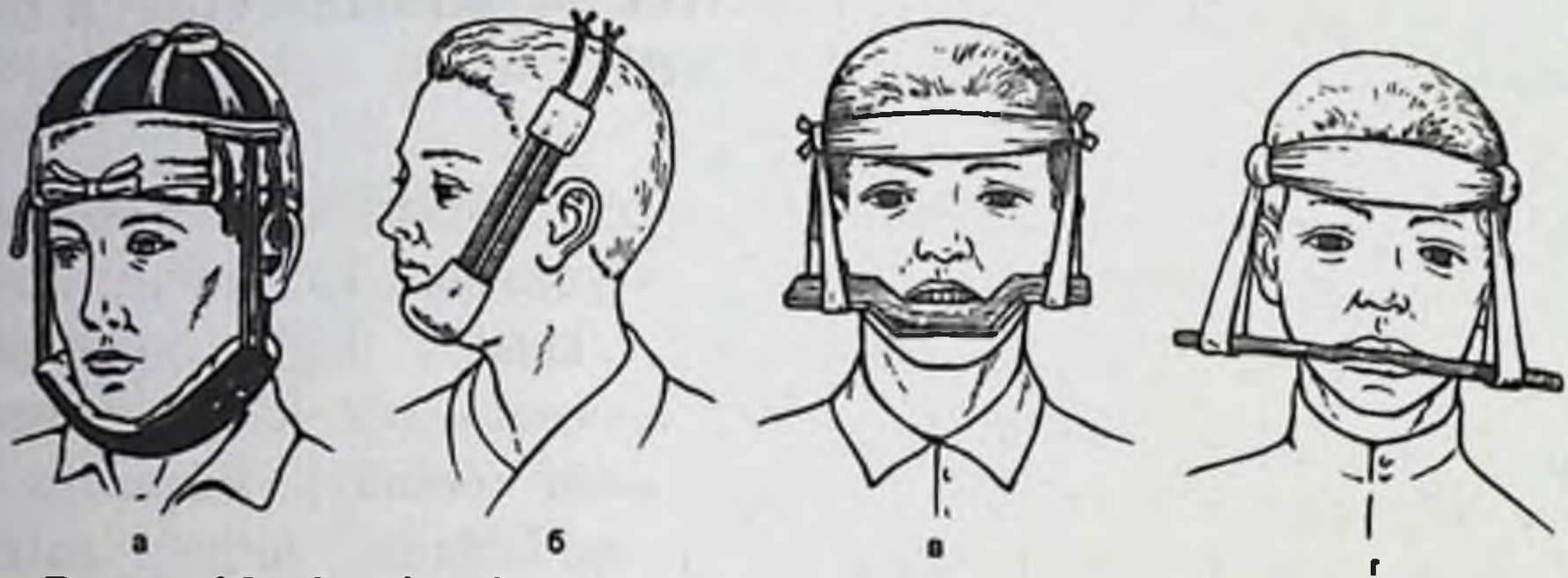
2.5. JAG'LARNI SINISHLARIDA IMMOBILIZATSIYA USULLARI

Jag' suyaklari singan bemorlarga tez, shoshilinch (ko'rsatmalar bo'lganida) va kechiktirib bo'lmaydigan yordamni ko'rsatilishi kerak, hamda maxsus davo o'tkazilishi kerak. Jag' bo'laklarini immobilizatsiyasi bo'lishi mumkin-vaqtinchalik o'z ichiga transport immobilizatsiyani oluvchi va davolovchi (doimiy). Vaqtincha va doimiy davolash vazifalariga siniq bo'laklarini to'g'ri holatda repoziatsiyasi va immobilizatsiyasi kiradi.

Vaqtinchalik (transport) immobilizatsiyasi. Vaqtinchalik immobilizatsiyaga ko'rsatma sharoitni va tibbiyot xodimlarini yo'qligi, hamda doimiy immobilizatsiyaga vaqtni etishmasligi hisoblanadi. Vaqtinchalik immobilizatsiya bemor og'ir ahvolda bo'lganida va uni maxsus tibbiy muassada o'tkazish zarurati bo'lganida bajariladi.

Og'izdan tashqari usullar (standart va sopqonsimon (pravevidnaya) bog'lam (rasm 38, a, b). Vaqtinchalik immobilizatsiya uchun qo'l ostida bor vositalardan foydalaniladi (rasm. 38, v, g). Immobilizatsiyani voqea sodir bo'lgan joyda o'rta tibbiy xodimlar (kam hollarda o'zaro yordam shaklida) yoki davoash muassasi sharoitida shu jumladan boshqa mutaxassislar ishtirokida o'tkaziladi. Bir vaqtni o'zida ko'plab jarohatlanganlar tushganida immobilizatsiyani maxsus bo'limda xirurg-stomatolog, yuz-jag' xirurgi tomonidan maxsus yordam ko'rsatilishidan bir necha soat (sutka) oldin amalga oshirish mumkin.

Quyidagi bog'lamlar ishlatiladi. *Gippokrat bo'yicha ensa-dahan aylanma bintli bog'lam.* Bunday bog'lamni yuqori va pastki jag' sinishlarida qo'llaniladi. Bosh atrofi bo'ylab bint o'tkazilib, peshona va ensa sohalari qamrab olinadi, keyin bint dahan va ensa suyaklari sohalaridan o'tkaziladi. So'ngra ensa sohasi bo'ylab bintni navbatdagi qismi peshona sohasiga o'tkazilib, yana peshona-ensa tekisligida ikkita aylanma o'tkaziladi. Shu tarzda qo'yilgan bog'lam bemorni transportirovkasi vaqtida siniq bo'laklarini siljishiga yo'l qo'ymaydi. Bog'lamni qo'ygandan keyin yuqori nafas yo'llari o'tkazuvchanligi yomonlashmaganligiga ishonch hosil qilish kerak, pastki jag' siniq bo'laklariga haddan ortiq bosim tushishi bo'laklarni qo'pol siljishiga olib kelishi, bu o'z navbatida tilni ichiga botishiga va xatto asfiksiyaga sabab bo'lishi mumkin.



Rasm 38. Jag'larni sinishida transport bog'lamlari: a – standart transport bog'lami; b – Pomeranseva–Urbanskaya bo'yicha yumshoq dahan sopqoni (prauva); v – yupqa taxta yordamida yuqori jag' immobilizatsiyasi; g – tayoqcha yordamida yuqori jag' immobilizatsiyasi.

Pastki jag' tish qatoridan o'tgan sinishlarda bog'lam ushlab turuvchi, yuqori va pastki jag'lar va tish qatorlari orqasidan o'tganida bosib turuvchi bog'lam qo'yish mumkin.

Transport immobilizatsiyasi uchun standart bog'lam bo'laklarni ishonchli fiksatsiyalaydi. U qattiq dahan sopqoni va tayanch telpakchadan iborat (o'lchamsiz). Telpakcha(shapochka)da sopqonni dahanga jips qilib siqib turadigan rezina halqalar fiksatsiyasi uchun 3 juft ilgak bor, cho'ntaklar bo'lib, ular rezina halqalarni yuznig shishgan to'qimalaridan nariroqda ushlaydi va ularni jarohatlanishini oldini oladi. Telpakcha kiydirilganda ensa do'mbog'ini zich qilib o'rab olishi kerak, uning tasmagini peshonaga bog'lanadi. Qattiq dahan sopqonini paxta-marli vkladishi bilan sopqonni barcha perimetrlarini to'ldirib turadigan qilib qo'yiladi. Bu qattiq konstruksiyani shishgan yumshoq to'qimalarga tegib turishdan saqlaydi, hamda dahan sohasidagi teri qoplamlari uchun himoya plastinkasi bo'lib xizmat qiladi. Bog'lamda ishlatiladigan rezina halqalar sonidan kelib chiqib, sopqon sinq bo'laklarini bosimsiz ushlab turishi yoki ularga bosim o'tkazishi mumkin. Pastki jag' tish qatori orqasidan o'tgan sinishlarda yoki yuqori jag' sinishlarida standart bog'larni uch juft rezina rezina halqalardan foydalanib qo'yish mumkin (bosib turuvchi kabi). Pastki jag' tish qatoridan o'tgan sinishlarda uni bo'laklarini ushlab turuvchi sifatida qo'yiladi. Siljigan bo'laklarga haddan ortiq bosim o'tkazish ularni ko'proq siljishiga olib keladi, asfiksiya rivojlanishi xavfini oshiradi. Bunday differensial yondashuv xirurg-stomatolog bor maxsus bo'limda

amalga oshirilishi mumkin. Mutaxassisligi bo'lmaganlarga standart transport bog'lamini ushlab turuvchi sifatida qo'yish tavsiya etiladi (rasm. 38, a).

Pomeranseva – Urbanskaya yumshoq dahan sopqoni. Sopqonning dahan qismi kanop yoki surpdan tayyorlangan. Oraliq qismi ikkita keng rezina (galantereya)dan iborat bo'lib, ular xuddi dahan qismida bog'lamni kanop va surpdan tayyorlangan bog'lamni periferik qismiga o'tadi. Oxirgi qismi bog'ichga ega bo'lib, sopqon rezina yo'llari tarangligini tartibga solish imkonini beradi. Bu bog'lam bemorlar uchun qulay, qo'llanishda sodda va bo'laklar fiksatsiyasini yaxshi ta'minlab beradi (rasm. 38, b). Yuqori jag' sinishlarida transport immobilizatsiyasi uchun qo'lda bor vositalardan foydalaniladi – yupqa taxtacha yoki tayoqcha yordamida kalla suyagi gumbazida fiksatsiyalanadi (rasm. 38, v, g).

Yuqori jag' sinishlarida fiksatsiya uchun Limberg, Faltin, Vilga, Ulyanitskiy qolip oluvchi usullaridan foydalaniladi (rasm. 39). Metall shina –qoshiqlar og'iz tashqarisi o'zaklari bilan yuqori jag'da, pastki jag'da esa tishlari bo'lmaganida yoki etarli bo'lmasa qo'llaniladi. Marlili vkladishdan tayyorlanib yodofom suyuqligi bilan shimdirilgan qoshiq og'iz bo'shlig'iga kiritiladi va yuqori jag' tishlariga siqiladi. Bint yoki telpakcha yordamida ogiz tashqarisi o'zaklari boshga mahkamlanadi. Hozirgi vaqtda immobilizatsiyaning bu usuli juda kam hollarda qo'llaniladi, chunki og'iz tashqarisi o'zaklari bemorga ko'p noqulayliklar tug'diradi, qoshiq tishlarga etarli siqilmaydi.

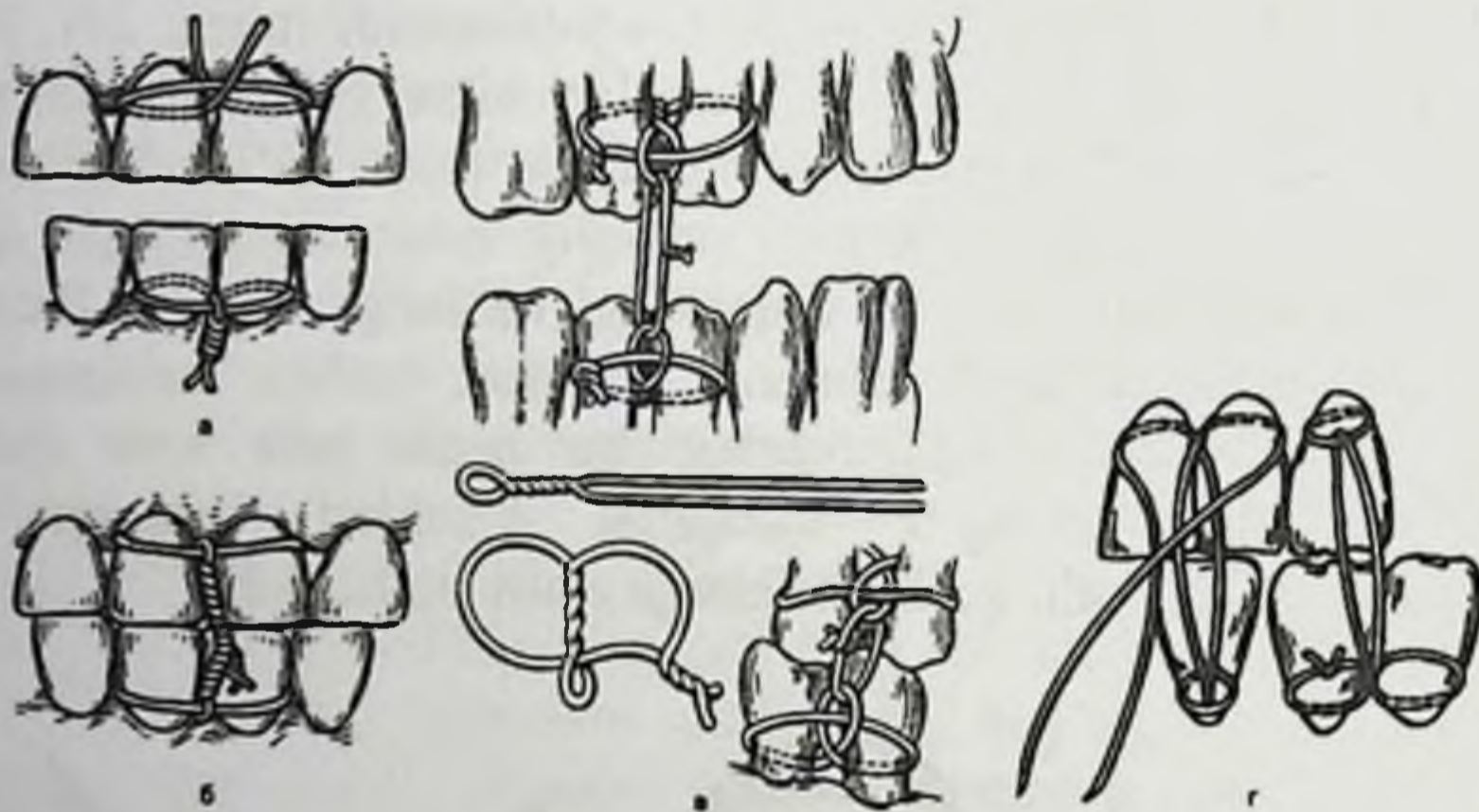


Rasm 39. Yuqori jag' bo'laklari transport fiksatsiyasi
a – Limber qolip oluvchi qoshig'i bo'yicha; b – Faltin bo'yicha;
v – Vilga bo'yicha; g – Ulyanitskiy bo'yicha.

Jag'lararo ligaturali mahkamlash pastki jag' siniq bo'laklari siljishini ishonchli oldini oladi. Buni amalga oshirish uchun, har bir bo'lakda kamida yonma-yon turgan ikkita mustahkam tish va ikkita tish – antagonistlar bo'lishi kerak. Bog'lamga siniq yorig'ida turgan, travmatik periodontit yoki pulpit belgilari bo'lgan, patologik qimirlashlari bor tishlarni olish kerak emas.

Jag'lararo ligaturali mahkamlashga bosh miya chayqalishi, og'iz bo'shlig'i to'qimalaridan qon ketish ehtimoli borligi, aspiratsion qusuq massalari bilan qusish xavfi borlar qarshi ko'rsatma bo'ladi. Bu bog'lamni bemorni suv yoki havo transportida transportirovka qilinganida qo'llash mumkin emas.

Bog'lam uchun diametri 0,5–0,6 mmlni bronzoalyuminiy simi ishlatiladi. Kerakli asboblari: qon to'xtatuvchi qisqich, anatomik pinset, krampon omburlari, metall qirqadigan qaychilar. Simni oxiri soat strelkasi bo'ylab buriladi.



Rasm 40. Jag'lararo ligaturali mahkamlash, a – oddiy; b – v raqam ko'rigishida 8; v – Ayvi bo'yicha; g – Gotsko bo'yicha.

Jag'lararo ligaturali mahkamlashni turli ko'rinishlari orasida oddiy, sakkizsimon, Ayvi va Gotsko bo'yicha usullari ko'proq qo'llaniladi (rasm. 40). Jag'lararo ligaturali mahkamlashni barcha turlari mahalliy og'riqsizlantirish ostida o'tkaziladi (o'tkazuvchan anesteziya).

Silvermen bo'yicha oddiy jag'lararo ligaturali mahkamlashda 5-6 smli simni uchini tishlar oralig'idan o'tkazib, bog'lamga olinayotgan tishlarni til yuzasi tomonidan o'rab olinadi va boshqa tishlar oralig'idan o'tuv burmaga qaytariladi. Vestibulyar tomonda simni ikkala uchi

buraladi. Buralgan sim tish bo'ynini jips qilib o'rab oladi. Ikkinchi ligaturni xuddi shunday qilib qo'shni tishga fiksatsiyalanadi. Ikkita tishni bitta bog'lamga olinadi, keyin ikkita ligatura o'zaro buraladi. Shunga o'xshash bog'lam ikkinchi bo'lak tishlariga, keyin antagonist tishlarga ham qo'yiladi. Bo'laklarni repozitsiya qilib, ularni yuqori jag' tishlariga tegadigan holatga keltiriladi va shu holda qotiriladi, buning uchun yuqori va pastki jag'larga mahkamlangan simlarni o'zaro har bir tomonda galma-galdan buraladi. Simlarni uchini metall qirqadigan qaychi bilan qirqiladi va qayiltiriladi (rasm. 40, a). Usulni kamchiligi - buralgan sim ko'pincha lunj va milk shilliq qavatini jarohatlaydi. Bundan tashqari, og'izni tez ochish zarurati bo'lganida (so'lak to'planishi, qusgisi kelganida) simlarni ajratish va qayta birlashtirishga vaqt talab qilinadi.

Ayvi bo'yicha simni mahkamlashda 10 sm uzunlikdagi simni bir uchini ikkinchisidan 1-1,5sm uzunroq qoldirilib, lyumin simini kichikroq bo'lagi, krampon omburi va pinsetdan foydalanib «sochto'g'nog'ichni» uchida diametri 0,2mm ilgak shakllantiriladi. Simni ikkala uchini vestibulyar tomondan til tomonga bog'lamga olinadigan tishlar orasidan o'tkaziladi. Ilgakni orqasida joylashgan simni uzun uchini vestibulyar yuzaga tishlar oralig'idan o'tkaziladi. Simni qisqa uchini ilgakdan oldinda joylashgan tishlar oralig'idan vestibulyar yuzaga o'tkaziladi va uzun uchi bilan birga buraladi. Simni ortiqchasi qirqiladi, 0,5 sm uzunlikdagi qolgan qismi lunj shilliq qavatini jarohatlamasligi uchun qayiltirib qo'yiladi. Shunga o'xshash bog'lam ikkinchi bo'lakka va antagonist tishlarga qo'yiladi. Bo'laklar repozitsiya qilinadi va bo'laklarni har bir tomonida ilgakdan o'tkazilgan bog'lamlar yordamida yuqori jag' tishlariga sim bilan fiksatsiya qilinadi. Bu usul oddiy usulga nisbatan birqancha afzalliklarga ega: u kamroq jarohatlaydi, konstruksiyani hammasini echmasdan, faqat tishlarni birlashtiruvchi simni kesib og'iz bo'shlig'ini ko'rish imkonini beradi (rasm. 40, v). Jag'lararo mahkamlashda poliamid ipini ishlatib, Gotsko usulini qo'llash mumkin. Ammo poliamid ipi cho'zilishi va biriktirilgan joyni bo'shashtirishi, hamda ko'pincha tugunli birikmani echilishga olib kelishi mumkin (rasm. 40, g).

Doimiy (davolash) immobilizatsiyasi. Jag' bo'laklarini davolash immobilizatsiyasi uchun konservativ va operativ (xirurgik) usullar qo'llaniladi. Konservativ usullar laboratoriyadan tashqari va ortopedik (laborator) larga bo'linadi. Laboratoriyadan tashqari usullarga Tigershtedt tishusti individual egilgan simli shinalar, Vasilev standart

shinalari, shina – kappalar kiradi. Ortopedik usullarga tishusti shina – kappasi, Veber, Vankevich, Vankevich –Stepanov tishmilkusti shinalari, Porta milkusti shinasini kiradi. Operativ usullarni (osteosintez) ochiq va yopiq, o‘choqli va o‘choqdan tashqariga bo‘lish mumkin.

Doimiy immobilizatsiyani vrach–mutaxassis (xirurg – stomatolog, yuz-jag‘ xirurgi) bajaradi, shu sababli u maxsus yordam turiga kiradi. U bimechta bosqichlarni o‘z ichiga oladi: – bo‘laklar repozitsiyasini – siljigan bo‘laklarni to‘g‘ri holatga qo‘yishni (anesteziya ostida); – ushbu klinik vaziyatda ko‘rsatma bo‘lgan usullarning biridan foydalanib, mustahkam suyak qadog‘i paydo bo‘lish vaqtigacha suyak bo‘laklari immobilizatsiyasi; – siniq chizig‘idagi tishga nisbatan hattixarakat(taktika) masalasini hal etish; – asoratlarni profilaktikasi va reparativ osteogenez optimizatsiyasi uchun medikamentoz va fizioterapevtik davolash; – bemor reabilitatsiyasi.

Immobilizatsiyani konservativ usullari. Shinalar yordamida immobilizatsiya. 3 guruh shinalar farq qilinadi: tishusti, tishmilkusti va milkusti. Bu bo‘linish qanday to‘qimalar shina uchun tayanch bo‘lishiga bog‘liq (faqat tishlar; tishlar va milk; faqat milk).

- Tishusti shinalari. Tishusti shinalari orasida eng ko‘p tarqalganlari Tigershtedt egilgan simli alyumin shinalari, Vasilev lentali shinalari. Tishusti shinalarini siniq bo‘laklarda tishlar soni etarli bo‘lganida faqat tishlarga mahkamlanadi

- Tishusti egilgan alyumin simli shinalarini rus armiyasi tish shifokori S. S. Tigershtedt (1915) taklif etgan. Ularni tayyorlash uchun diametri 1,8–2,0 mm bo‘lgan alyumin simi, shinani tishlarga fiksatsiyalash uchun 0,5-0,6 mmlni bronzoalyuminiy (ligaturali) sim, asboblarni to‘plami (krampon omburlari, anatomik pinset, qon to‘xtatuvchi qisqich, metall kesish uchun qaychi, egov) kerak bo‘ladi. To‘g‘ri tayyorlangan shina milk qirrasini bilan tish ekvatori oralig‘ida joylashib, har bitta tishga tegib turishi, tish qatori qiyshiqqligini qaytarishi kerak. U prujinadek cho‘zilishi, milk so‘rg‘ichlariga yotmasligi va ularni jarohatlamasligi kerak. Uni ligatura simi bilan har bir tishga fiksatsiyalash kerak, bu bosimni bog‘lamga olingan barcha tishlarga teng taqsimlash imkonini beradi va keyinchalik uni parvarishlashni engillashtiradi.

Hozirgi vaqtda Tigershtedt shinalaridan silliq tutqichli shina, tirgakli egilgan shina, jag‘lararo tortish va bo‘laklarni mahkamlash uchun ikkita jag‘ga taqiladigan shina, kamroq – nishab yuzali shina qo‘llaniladi. Shina taqishdan oldin mahalliy anesteziya ostida bo‘laklar

repozitsiya qilinadi. SHina tayyorlash vaqtida so'lakni kamaytirish uchun 0,5 ml 0,1 % li atropin eritmasi yuborish tavsiya etiladi. Shinalash vaqtida siniq yorig'i yonida turgan siniq bo'laklari sim bilan bog'lanadi.

Tutqichli silliq shina— katta siniq bo'lagida kamida to'rtta, kichik siniq bo'lagida esa kamida ikkita mustahkam tishlar bo'lganida qo'yilishi mumkin.

Tutqichli silliq shina qo'yishga ko'rsatmalar: pastki jag'ni chiziqli siljimasdan sinishlari yoki oldingi tishlar sohasida engil to'g'irlanadigan sinishlar; yuqorijag' alveolyar o'sig'i o'rta va yon qismlari va pastki jag' alveolyar o'sig'i, qachonki siniq bo'lakda kamida 2 – 3 va sog' tomonida kamida mustahkam 3 – 5 tishlar bo'lishi; tishlar sinishi va chiqishi, shuningdek yuqori jag' sinishlarida, agar siniq bo'laklar fiksatsiyasi uchun Dingman, Adams usullari rejalashtirilgan bo'lsa tutqichli silliq shina qo'yiladi.

Barcha harakatlarni og'iz bo'shlig'ida amalga oshirib, tutqich shakllantiriladi. Avval ilmoqli ilgakni (klammemi) shunday egish kerakki, u oxirgi tishni distal va lunj yuzalariga jips tegib turishi va tish toj qismi til yuzasini o'rta qismigacha o'rab olishi kerak. Ilgakni uchini vertikal yuzada qaychi bilan 45° burchak ostida qirqiladi, g'adir-budirlari til yon yuzasini jarohatlamasligi uchun egov bilan olinadi. Klammer o'miga ingichka kalta uchqirrali tishcha tayyorlab, uni tishlar orolig'idagi o'rtalikka kiritiladi. Ilmoqli ilgak tayyorlangan tishni toj qismi o'rtasida yoki oldida turgan tish orasida simni yuqoriga shunday qaytarish kerakki (yuqori jag'da pastga), u milk qirrasidan yuqorida, ya'ni tishlarni bo'yin qismining yuqorisida (pastki jag'da) joylashishi kerak. Bundan keyin simni har bir tishga tegib turadigan qilib egiladi. Buning uchun krampon omburini ushlaydigan qismi simni tishga tegib turadigan joyida, o'qiga peripendikulyar ushlagan holatda fiksatsiya qiladi. Og'izdan chiqariladi, va gorizontal yuzaga nisbatan shinani holatini o'zgartirmasdan, kramponni shunday pastga tushiriladiki, bunda krampon ushlaydigan qismi bilan sim o'rtasida 90° burchak bo'lishi kerak. Keyin chap qo'l barmoqlari bilan simni tish qatori bo'ylab bukib, keyin tish bilan kontaktda bo'lishiga erishiladi. Bu muolajalarni qaytarib turib, shinani ikinchi bo'lakda tishcha hosil bo'lgunicha egiladi. Shinani har bir tishga mustahkam fiksatsiyalanadi, buning uchun bir uchini shina ustidan tishni aylanib o'tkaziladi, ikkinchi uchini vestibulyar yuzada shina ostidan soat strelkasi bo'ylab buraladi. Uchlaridan 5 mm qoldirib, ligaturali sim qirqiladi. Keyin simni shina va

tish qattiq to'qimalari orasida qoldirib, o'rta chiziqqa qaratib egiladi (oldinga) (rasm. 41, a).

Qistirgichli burilgan (rasporochnym izgibom) shina qo'yishga ko'rsatma: pastki jag' tish qatoridan o'tgan siljimasdan sinishlar yoki engil to'g'irlanadigan, agar siniq chizig'i alveolyar o'siqni tish yo'q qismidan o'tganida; pastki jag'ni suyak nuqsoni bo'lgan tish qatoridan o'tgan sinishlari.



Rasm 41. Tishusti shinalari: a – silliq shina-skoba; b – qistirgichli burilgan shina-skoba ; v – jag'lararo tortish uchun ilmoqli ilgakli va rezina halqali shinalar; g – Vixrov–Slepchenko bo'yicha ilmoqli ilgakli shina; d – rezina halqalar fiksatsiyasi va jag'lararo tortish uchun plastmassadan shtiftlari bilan Shvirkov bo'yicha tez qotadigan shina.

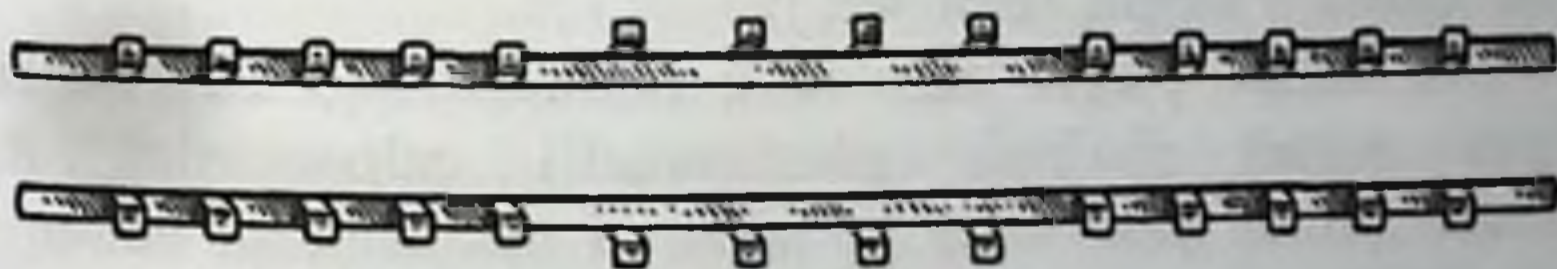
Qistirgichli burilgan shinani yuqorida keltirilgan qoida bo'yicha tayyorlanadi. Qistirgichli burilgan shina faqat siniq joyiga joylashtiriladi (suyak to'qimasi nuqsoni bo'lganida yoki siniq chizig'i jag'ni tishsiz qismidan o'tganida). Qistirgichli burilgan shina elkasi alveolyar o'siq tishsiz qismiga yoki suyak to'qimasi nuqsoni bo'lgan tomonga qaragan tish yon yuzasiga jips yopishib turishi kerak. Shinani burilgan uzunligi u yopishib turgan tish yon yuzasi kengligiga mos kelishi yoki uni 2/3 qismidan kam bo'lmasligi kerak. Shinani qistirgichli buralgan joyi alveolyar o'siq sathida yoki undan 5 mm chiqib turishi mumkin (rasm. 41, b).

Qistirgichli burilgan shina ko'rsatma bo'lganida ilmoqli ilgaklar bilan ikkala jag'dagi shinada ham tayyorlanishi mumkin.

- Ilmoqli ilgaklar ikkala jag'ga tayyorlanadi. Har bitta shinada 5 – 6 ilmoqli ilgaklar egiladi (halqalar): katta bo'lakda 3 – 4 ilgaklar, kichigida – 2 – 3. Ilmoqli ilgaklar uzunligi 3 – 5 mm. Yuqori jag'da ular yuqoriga, pastki jag'da pastga qaragan bo'ladi va tish o'qi bilan 35 – 45°

li burchak hosil qiladi. Ilgakni cho'qqisi milk shilliq qavatidan 2 mm chetlab turishi kerak, bu rezina halqalardan yaralar paydo bo'lishni oldini oladi. Agar anatomik sharoitlar imkon bersa ilgaklarni ikkinchi kesuv tishi, birinchi premolyarlar va molyarlar sohasida egish kerak, lekin bu talab absolyut hisoblanmaydi. Ilgak tishlar oralig'ida emas, qattiq to'qimalarda joylashishi kerak. Ilgaklarni egayotganda quyidagi usullardan foydalanish mumkin. Ilgak qilinayotgan tishda sim bilan kontaktda bo'lib, krampon omburi yordamida sim va tish toji orasida 35 – 45° li burchak hosil qilinadi. Krampon omburlarini shu holatida shina og'izdan chiqariladi va ombur tutqichlari vertikal holatda joylashtiriladi (klammer gorizontal yuza bilan 45°ni tashkil etadi). Chap qo'l bosh barmog'ini omburni tutqichlariga yaqin qo'yib, simni o'zidan tashqariga 90°ga egiladi (pastki jag'ga shina tayyorlaganda). Keyin chap qo'l bilan simni uzun uchidan ushlab turib, avvalgi manipulyasiyada hosil bo'lgan burchakda qat'iy joylab, ombur tutqichi bilan uni fiksatsiyalanadi. Shundan so'ng, krampon omburi holatini o'zgartirmasdan chap qo'l ko'rsatkich barmog'i bilan simni o'ziga qaratib 180° ga buriladi va metall bo'rtiq shakllantiriladi (ilmoqli ilgakni qismi). Keyin ombur tutqichlari bilan metall qalinligi bo'yicha burchakdan chetlab, metall bo'rtiq fiksatsiyalanadi va chap qo'l katta barmog'i bilan simni o'ziga qaratib 90° ga buriladi va ilmoqli ilgakni shakllantirishni yakunlanadi.

Shinani tayyorlash jarayonida u gorizontal, ombur esa vertikal yuzada bo'lishini yodda tutish kerak. Bukilish o'ng va chap tomonda bir xil sathda bo'lishini nazorat qilish kerak, bu simni tishlarga birtekislikda tegib turishini ta'minlaydi. Qolgan hollarda shinani bukish usuli silliq shina–skoba tayyorlashdan farq qilmaydi (rasm. 42, v).



e



Rasm. 42. Davomi, e – Vasilev lentali shinasi; j – qalpoqchali shina (shina–kappa).

Yuqori jag'ga ilmoqli ilgakli shina tayyorlashda simni 90°li birinchi bukilishini o'ziga qaratib, ikkinchisini – o'zidan tashqariga, va uchinchisi – o'ziga qaratib pastki jag'ga shina tayyorlashga qarama-qarshi tartibda. Ikkala shina ligatura simi bilan maksimal miqdordagi tishlarga fiksatsiyalanadi, chunki ilgakli ilmoqqa taqilgan rezina halqalari tishlarga qo'shimcha bosim tug'diradi. Keyingi kuni bo'laklar to'g'ri holatda turganligi va etarli darajada mahkamlanganligi, shinalar tishlarda mustahkam turishi tekshiriladi, ligaturalar tortib qo'yiladi, cho'zilgan rezina halqalar almashtiriladi.

Pastki jag' sinishlarida immobilizatsiya uchun bronzoalyuminiy ligaturali alyuminiy simlarini poliamid iplari bilan mahkamlash (Virxov– Slepchenko usuli; rasm. 42, g) va tez qotadigan plastmassadan tayyorlangan shinalardan foydalanish taklif etilgan edi (Shvirkov usuli) (rasm. 42, d). Shvirkov shinasi yadro urushi xavfi bo'lgan davrda taklif etilgan edi, chunki metalli shinalar navigatsion radiatsi tug'dirishi mumkin. Yuz-jag' travmatologiyasiyasi amaliyotida keng qo'llanish topmadi, garchi birqancha afzalliklarga ega bo'lsa ham: bemor og'iz bo'shlig'ini toza gigienik holatda tutib turishi.

– *Vasilev lentali shinasi (standart)*. Uning kengligi 2,3 mm, uzunligi 134 mm. Shinani standart ilmoqli ilgaklari bor. Qo'llanilishi sodda, chunki ilmoqli ilgaklarni egishga zarurat yo'q. Shinalash jarayoni kam vaqt oladi. Qo'llanilishiga ko'rsatma xuddi ilmoqli ilgakli shinalar kabi (rasm. 42, e). Shinani kichik va katta ildizli tishlar sohasida Shpee egriligi bo'yicha moslashtirib qo'yib bo'lmasligini yodda tutish kerak. Chuqur okklyuziya va kalta tishlar bo'lgaanida shinadan foydalanish qiyin, ba'zida umuman mumkin emas. Bunday hollarda qalpoqli shinalar qo'llaniladi (shina – kappa, rasm. 42, j).

–Shina – kappa pastki jag' siniq bo'laklaridagi har bir tishga biriktirilgan metall (ba'zida plastmassali) qalpoqlardan iborat. Ko'priksimon protez yoki siniq bo'laklarini mahkamlash uchun qulf, richag va shtiftlar bilan ta'minlangan murakkab apparat elementiga o'xshashi mumkin. Kappa apparati (shin) ostidagi tishlar preparovka qilinmaydi.

Laboratoriya usulida tayyorlangan shinalarni ishlatishga ko'rsatmalar: tish qatoridan o'tgan, etarli miqdorda mustahkam tishlari bo'lgan, suyak nuqsoni bo'lgan pastki jag' sinishlari; alveolyar o'siq yoki tanasi katta nuqsoni bo'lgan pastki jag' sinishlari; og'ir jarohati fonidagi, shu jumladan kalla-miya jarohatlari, umumiy og'ir somatik

kasalliklari bor bemorlar pastki jag' sinishlari; zarurat bo'lganida simli shinalar bilan bir vaqtda siniq bo'laklarni qo'shimcha fiksatsiyalanadi.

– *Tish milk shinalari* tishlarga, alveolyar o'siq shilliq qavatiga, alveolyar o'siqqa suyanadi (milkka).

– Veber shinasi (oddiy) siniq chizig'i tish qatoridan o'tganida va har bir siniq bo'lagida bir nechta mustahkam tishlar bo'lsa pastki jag' siniq bo'laklari immobilizatsiyasi uchun qo'llanilishi mumkin. Shina tishlarni jips ushlaydi, tishlar yo'q joydagi milk shilliq qavati va alveolyar o'siqqa suyanib turadi. Tishlarni chaynov yuzalari va kesib oluvchi qirralari yopilmagan, bu antagonist tishlarda yaxshi kontaktni ta'minlab beradi. Bu shinani siljimasdan sinish paydo bo'lgan erta davrlarda qo'yish va davoni oxirigacha, ya'ni mustahkam suyak qadog'i paydo bo'lgunicha foydalanish mumkin (rasm. 43, a).

– Vankevich – Stepanov shinalarini pastki jag' tish qatoridan o'tgan va tish qatorining orqasidan o'tgan, shu jumladan suyak to'qimasi nuqsoni bo'lgan sinishlarda qo'llash mumkin. Bu shinani yuqori va pastki jag'ni bir vaqtda sinishida (standart tashqi bog'lam bilan birgalikda) ham ishlatish mumkin. SHinani asosi tanglay bazisi (Vankevich bo'yicha) yoki po'lat yoy (Vankevich – Stepanov bo'yicha) va pastga yo'nalgan nishabli yuzalar hisoblanadi.

Bosim yuqori jag'ga to'g'ri keladi. Shinadan og'iz bo'shlig'idagi tishlarning miqdoridan qat'iy nazar foydalanish mumkin. Jarohatni erta davrida qo'shimcha dahan sopqoni bilan engak bog'larni ham foydalaniladi (rasm. 43, b).

– *Milkusti shinalari* milk shilliq qavatiga tayanadi. Hozirgi vaqtda Porta shinasi umuman tishi bo'lmagan pastki jag' sinishlari bor bemorlarda qo'llaniladi. SHina yuqori va pastki jag'ga mo'ljallangan ikkita bazisli plastinkadan iborat bo'lib, ular yon tomonlarda tishlarni markaziy nisbatida yagona blokka biriktirilgan. Shina oldingi qismida ovqat qabul qilish uchun teshik shakllantirilgan (rasm. 43, v). Shina og'izga kiritilganidan keyin pastki jag' bo'laklari pastki bazisga siqiladi va shunday holatda dahan sopqoni va qalpoqcha yordamida fiksatsiyalanadi. Shina holsizlangan, hatto kam jarohatli operatsiyalar o'tkazish mumkin bo'lmagan bemorlarda qo'llaniladi.



Rasm 43. Tish milk shinalari: a – Veber shinasi; b – Vankevich shinasi; v – Porta milkusti shinasi.

Shina–kappa, tish milkusti va milk usti shinalarini tayyorlash usuli ortopedik stomatologiya kitobida keltirilgan.

Maxsus suyakichi-mini vintlardan foydalanilganda yaxshi natijalar olingan [Robustova T. G., Shalumov A. Z., 2009] (rasm. 23).

Yuqori jag' sinishlarida davolash (doimiy) immobilizatsiyasi iloji boricha jarohat olgandan so'ng qisqa vaqt ichida o'tkazilishi kerak. Bu nafaqat sinshni konsolidatsiyasi uchun optimal sharoit yaratib beradi, balki yallig'lanish xarakteridagi asoratlarni samarali oldini oladi (shu jumladan miya ichi asoratlarini ham).

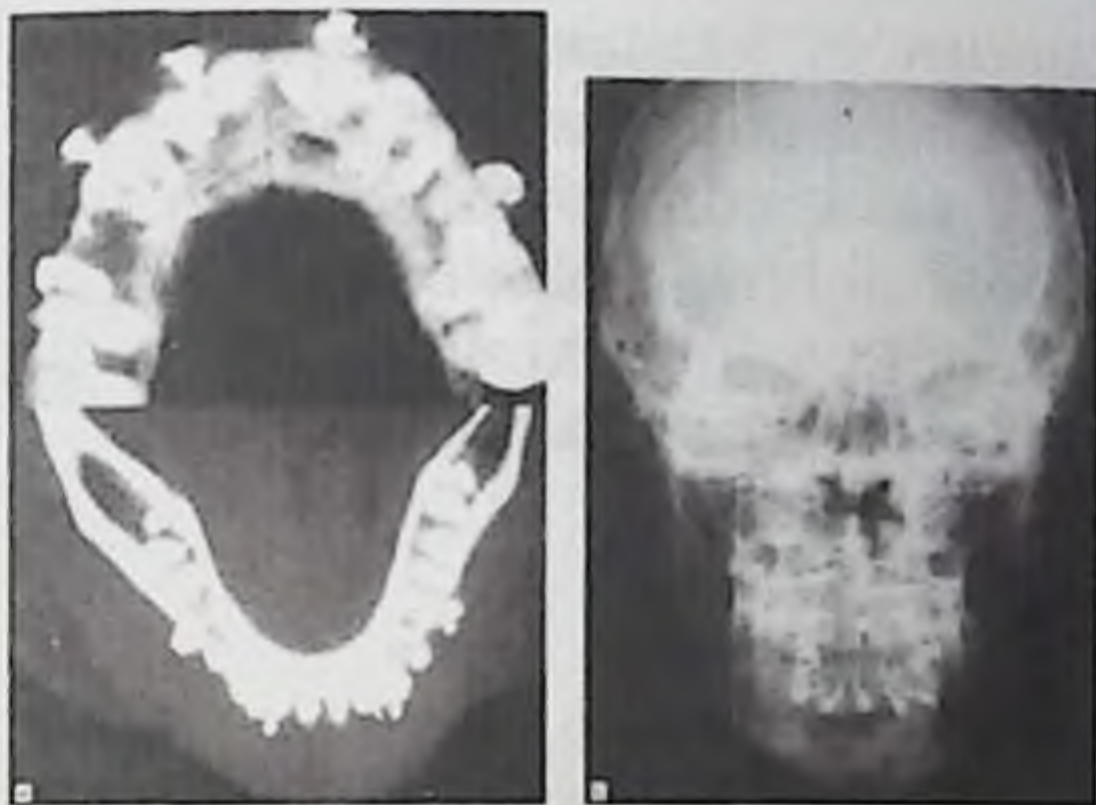
Yuqori jag' sinishlarida shuningdek konservativ davolash immobilizatsiyasidan ham foydalaniladi.

Immobilizatsiyani operativ usullari. Operativ usullarni (osteosintez) ochiq va yopiq, o'choqli va o'choqdan tashqariga bo'lish mumkin. O'choqli deb siniq yorig'i va uning atrofidagi to'qimalarda bajariladigan muolaja tushuniladi.

Ochiq osteosintez o'choqli (suyak choki, minivintlar bilan miniplastinalar) va o'choqdan tashqari (og'iz tashqarisi apparatlari, aylanma chok). Yopiq osteosintez bo'lishi mumkin o'choqli (Kirshner kegayi-spitsasi) va o'choqdan tashqari (og'izdan tashqari apparatlar: Dingman – Adams, Vijnela – Biye usullari).

Ochiq osteosintez siniq chizig'i sohasida yumshoq to'qimalarni kesib, siniq bo'laklar oxirini aniqlashni, ularni to'g'ri holatga qo'yishni

hamda bo'laklarni mahkamlashni nazarda tutadi (suyak choki, Pavlov ramkasi, plastinalar va minivintlar bilan miniplastinalar).



Rasm 44. Jag' suyagi bo'laklarini mini-vintlar bilan jag'lararo immobilizatsiyasi, a – Jag'larni kompyuter tomografiyasi. Minivintlar tish-ildizlari oralig'ida joylashgan; b – suyakichi mikrovintlarda rezina bilan tortib immobilizatsiya qilinganidagi rentgenologik nazorat.

Yopiq osteosintez yumshoq to'qimalarni kesmasdan va suyak bo'laklarini ochmasdan siniq bo'laklarni mahkamlash (og'iz tashqarisi apparati, Kirshner kegayi, aylanma chok).

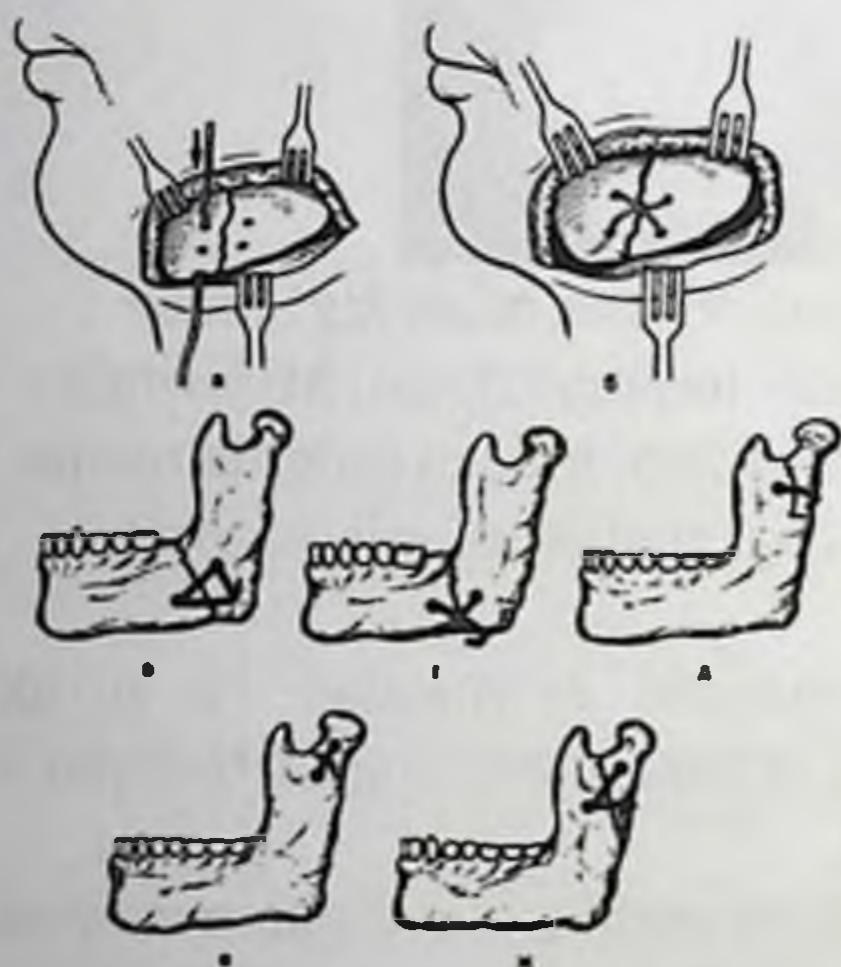
O'choqli osteosintez – siniq bo'laklarini mahkamlaydigan moslama siniq yorig'ini kesib o'tadi (suyak choki, suyakusti plastinalari shuruplari(burama mix bilan kegayi).

O'choqdan tashqari osteosintez – siniq bo'laklarini mahkamlaydigan moslama, u yoki siniq yorig'idan tashqarida, yoki siniq yorig'ini ustida qoplab turuvchi to'qimalar- teri yoki shilliq qavatni kesib o'tadi (milkusti shinasi bilan aylanma chok, og'iz tashqarisi apparatlari: Dingman–Adams, Rudko, Zbarj apparatlari).

Pastki jag' osteosintezi. – *Suyak choki. Sim choki bilan osteosintez*– tish qatori va undan tashqaridan o'tuvchi pastki jag' chiziqli sinishlarida ko'p qo'llaniladigan oddiy immobilizatsiya usuli. Sinish dahan sohasida bo'lganida bu usul qo'llanilmaydi. Qalinligi 0,6–0,8 mm bo'lgan zanglamaydigan po'latni amagnit xili, nixrom, vitalium, tantal, titan simlari chok materialini bo'lishi mumkin. Ba'zida qalinligi 0,7– 1,0 mm bo'lgan poliamid va bakteritsid letilanlavsan iplari ishlatiladi. Choklarni qo'yishda ligatura siniq yorig'iga peripendikulyar holatda bo'lishi uchun chok materialini o'tkazadigan kanallarni siniq yorig'idan

1.5 – 2.0 sm uzoqlikda shakllantirish. Tish ildizlari va pastki jag' kanali ichida asab-qon tomiri tutami zararlanishi mumkinligini yodda tutish kerak.

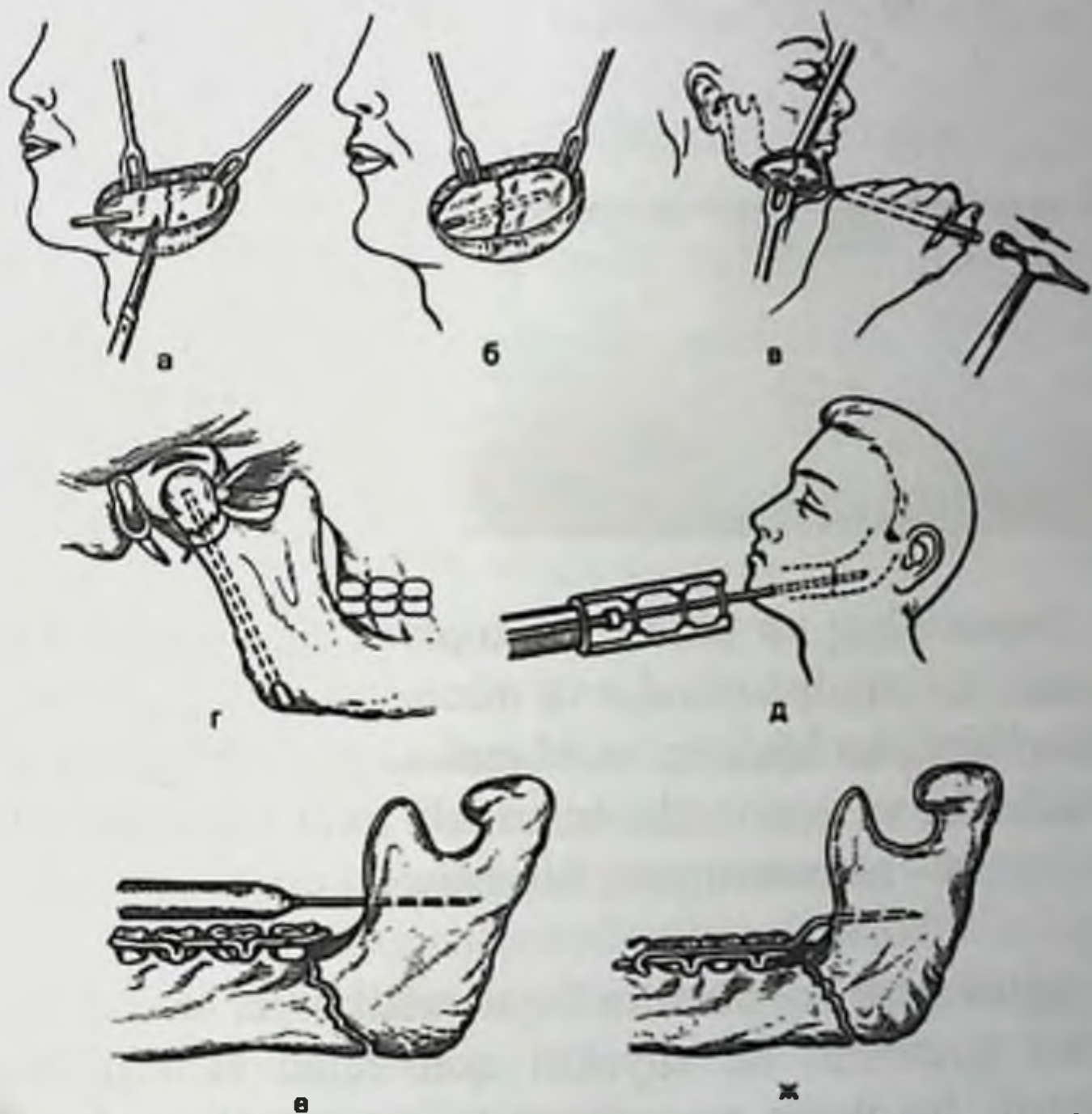
Sinishni xarakteri va lokalizatsiyasiga qarab chok ilgak, 8 soni ko'rinishida qo'yilishi mumkin (rasm. 45, a); krestsimon (rasm. 45, b) va ikkitali bo'lishi mumkin. Ularni birgalikda qo'yish mumkin. Pastki jag' burchak va bo'g'im o'sig'i sohasidagi siniq bo'laklarini fiksatsiya qilish qiyinroq (rasm. 45, v, g) (rasm. 45, d–j). Chokni xarakteriga ko'ra siniq bo'laklarida 2–4 teshiklar shakllantiriladi.



Rasm 45. Sim bilan suyak choki:
a – suyak bo'laklari oxirida 4 teshik shakllantirilgan, bittasidan sim o'tkazilgan; b – pastki jag' tanasi sohasida krestsimon chok; v, g – pastki jag' burchak sohasida sim; d–j – bo'g'im o'sig'i sohasida.

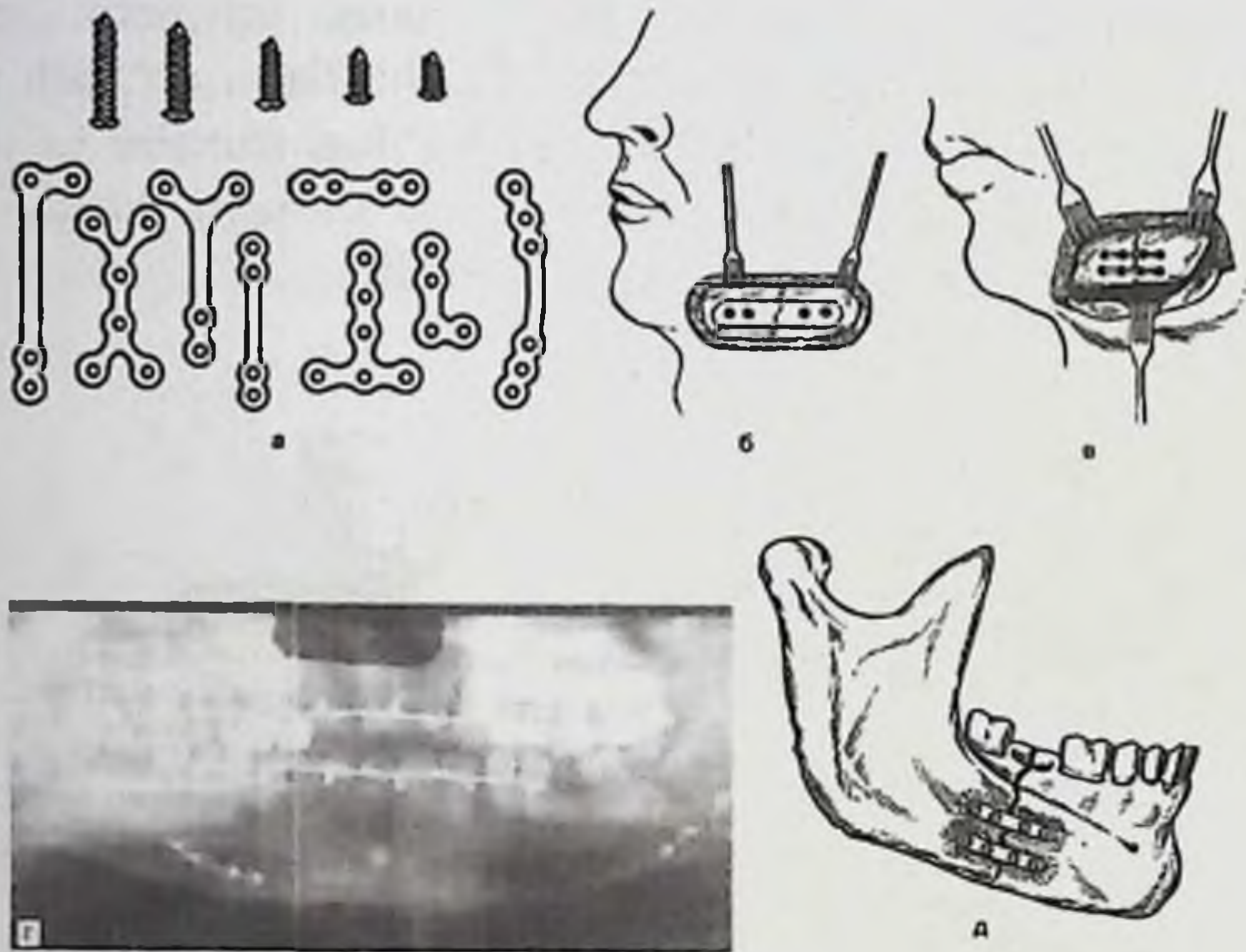
– Metall shtiftlar, Kirshner kegayi drel, bormashina yoki maxsus apparat AOCH – 3 (M. A. Makienko) yordamida ikkala bo'lak ochilganidan so'ng yoki ochilmasdan teri orqali shu bo'laklarga kiritiladi. Shtift, kegay bo'laklarni vertikal yuzada siljitmasdan yaxshi ushlab turadi, lekin ularni rotatsiyasini istisno etmaydi. Buni oldini olish uchun ba'zan 2 kegay kiritiladi, bu esa usulni murakkablashtiradi. Kegay tez aylantirilganida suyakni kuyish ehtimoli bor. Siniq bo'laklarni metal shtiftlar bilan fiksatsiyasi shu tarzda o'tkaziladi (rasm. 46, a, b). Pastki jag' dahan sohasida simli chok qo'yish texnik tomondan murakkabligi uchun, siniq bo'laklarni fiksatsiyalash uchun yumshoq to'qimalarni kesmasdan, atravmatik yo'l bilan shtift kiritish mumkin (rasm. 46, v). Metall shtift bilan pastki jag' shox va bo'g'im o'sig'i siniq bo'laklari to'g'ri holatga qo'yish (rasm. 46, g), hamda ularni fiksatsiya qilish mumkin (rasm. 46, d). Suyakichi shtiftlarini ilgakli ilmoqli tishusti shinalari va jag'lararo tortish usuli bilan

kombinirlash mumkin (rasm. 46, e). Shtift ko'pincha pastki jag' bo'g'im o'sig'i, tanasi va shoxidagi siniq bo'laklar immobilizatsiyasi uchun ishlatiladi (rasm 46, j). Siniq chizig'i sohasida yumshoq to'qimalarni boshlangan yallig'lanish infiltratsiyasi, hamda parchalanib sinishda – siniq bo'laklaridan yumshoq to'qimalarni ajratish travmatik osteomielit rivojlanish xavfini tug'dirganida kegay va shtiftlarni qo'llash mumkin. Usul kam jarohatli. Siniq bo'laklari ikki jag'dagi shinalar va jag'lararo tortish bilan etarli fiksatsiya bo'lmasa, qo'shimcha kegay – shtift kiritilib, uning oxiri milk usti shinasiga ulanadi.



Rasm 46. Lukyanenko bo'yicha metall shtift bilan pastki jag' siniq bo'laklarini fiksatsiyalash: a – bo'laklarni to'g'ri holatga qo'yish; b – siniq bo'laklari fiksatsiyasi; v – yumshoq to'qimalarni kesmasdan,, pastki jag' tana qismi bo'laklari fiksatsiyasi uchun suyak osteotomiyasi yo'nalishi; g – pastki jag' bo'g'im o'sig'i va shoxini shtift bilan fiksatsiyasi, e – siniq bo'laklarini shtift bilan mahkamlash, shtiftni suyak tashqarisidagi oxiri ilgakli ilmoqli shinaga ulangan; j – pastki jag' bo'g'im o'sig'i va shoxini ilgakli ilmoqli shina va jag'lararo tortib immobilizatsiyalash va shtift bilan biriktirish.

– Suyakusti miniplastinalari, minishuruplar yirik bo‘lakli va qiyshiq sinishlarda, sekin konsolidatsiya kuzatilganida, hamda suyak to‘qimasi nuqsoni bo‘lganida suyak bo‘laklari mustahkam fiksatsiyasini ta‘minlab beradi (rasm. 26).



Rasm 47. Suyak siniq bo‘laklarini miniplastinalar va minivintlar bilan mahkamlash .a – miniplastinalar va minishuruplar; b, v – pastki jag‘ tanasidagi siniq bo‘laklarini mahkamlash; g – rentgenogramma: miniplastinalar va minivintlar bilan ikki tomonlama osteosintez; d – osteotomiyada biomaterial qo‘yish.

Pastki jag‘da siniq bo‘laklarini faqat vestibulyar tomondan yumshoq to‘qimalardan ajratiladi, bu suyakni qon bilan ta‘minlanishini kam darajada buzadi, binobarin reparativ osteogenez uchun sharoit sezilarli yomonlashmaydi. Ba‘zida plastinalarni jag‘ profili bo‘yicha joylashtirish qiyin, suyakka kiritilgan shuruplar esa tish ildizlari va pastki jag‘ kanali ichidagi bor narsalarni zararlash xavfi bor. Bundan tashqari plastina va shuruplarni olib tashlash uchun qayta operatsiya o‘tkazish zarur bo‘ladi.

Pastki jag‘da siniq bo‘laklarini miniplastinalar va minivintlar bilan mahkamlashda asoratlari kuzatilishi mumkin. Vintlarni kiritishda ko‘pincha suyakni yorilishi yuzaga keladi. Ba‘zida bunday mahkamlash siniq bo‘laklarini fiksatsiyasini ta‘minlab beraolmaydi va ularni dislokatsiyasi ro‘y beradi. Shu sababli vintlarni eliminatsiyasi boshlanib, ular ajralib ketadi. Bu asoratlarni oldini olish uchun osteotomiyani

sovutib o'tkazish, miniplastina o'rnatiladigan va ularni mini vintlar bilan fiksatsiya qilinadigan joyga biomaterialni kukun, granula, gel kompozitsiyasi ko'rinishida kiritiladi (rasm. 47, d). Osteosintezni barcha turlarida, shu jumladan suyak usti plastinalari va vintlardan foydalanilganda eng nozik joy pastki jag' burchak sohasi hisoblanadi. Pastki jag' distal qismida standart plastina va vintlarni qo'llash tishlarni, pastki jag' kanalini va asab-qon tomiri tutamini jarohatlashi mumkin. Osteosintezni samaradorligini oshirish maqsadida pastki jag' tanasi bilan burchagi sohasidagi siniq bo'laklarini fiksatsiyasi uchun rekonstruktiv plastina ishlab chiqilgan.

Rekonstruktiv plastinani og'iz tashqarisi va og'iz ichi usullari bilan o'rnatish mumkin.

Og'izdan tashqari usulda pastki jag'osti sohasida 4 sm dan katta bo'lmagan kesuv o'tkaziladi. Pastki jag'osti so'lak bezi kapsulasini chetga surib, to'qimalar qavatma-qavat bo'yin xususiy fassiyasi yuza varag'igacha kesiladi. Pastki jag' burchak sohasida suyak yalang'ochlanadi va to'qimalar yuqoriga qarab qatlam-qatlam qilib ajratiladi. Agar siniq chizig'i dahan teshigiga yaqin joydan o'tsa, kesuv dahandan 2 sm oldinda o'tkaziladi. Keyin siniq joylashishi va suyak arxitektonikasiga mos ravishda plastina tayyorlanadi. Siniq chizig'idagi tish olib tashlanadi. Aql tishni murtagi bo'lsa, u ham olib tashlanadi. Osteosintez uchun plastinani to'g'ri ichki burchagi tanlanishi kerak. Markaziy angulyar sinishlarda ichki burchagi burilishi 122° bo'lgan standart plastinalar samarali hisoblanadi.

– Miniplastinlar va minishuruplar intraoral osteosintez uchun ishlatilishi mumkin. Bunday osteosintezning afzalliklari – kam jarohatli va yaxshi estetik samaradorligi, terida chandiqlar bo'lmasligi. Og'iz ichi yo'li pastki jag' burchak sohasi sinishlariga ko'rsatma bo'ladi. Og'iz dahlizi pastki gumbazi yoki alveolyar o'siq qirrasi bo'ylab jag'ni asosigacha kesuv o'tkaziladi. Agar asab-qon tomir tutami ochilib qolsa, uni tutqichga olinadi va oldinga joyi o'zgartiriladi. Pastki jag' ikkinchi premolyardan ikkinchi premolyargacha sinishlarida siniq bo'laklari ikkita paralel joylashgan miniplastinalar bilan mahkamlanadi (masofa 5 mm dan kam bo'lmasligi kerak). Uzunligi 4 sm bo'lgan kesuv o'tuv burmadan 0,5 sm pastdan o'tkaziladi, shundan so'ng siniq yorig'i ochiladi. Pastki jag' tanasi molyarlar sohasidagi sinishlarda xuddi shunday kesuv o'tkaziladi, faqat bitta miniplastina ishlatiladi.

Shaklni xotirasida saqlab qoluvchi nikel qotishmasi va titandan (nikelid titan) bo'lgan tutqichlar bilan osteosintez pastki jag'ni

ko'ndalang va qiyshiq sinishlarida, hamda yuzni boshqa suyaklari immobilizatsiyasida afzalliklarga ega [Polenichkin V. K., 1987].

Bilvosita osteosintez. Veber milkusti shinasi va tish protezlaridan foydalanib aylanma chok pastki jag' bo'laklari immobilizatsiyasi uchun ularda mustahkam tishlar kam bo'lganida yoki tishlar bo'lmaganida, siniq chizig'i esa dahan yoki pastki jag' tanasi yon qismidan o'tganida ishlatiladi. To'liq olib qo'yiladigan tish protezi bo'lsa, oldindan bazis chegaralarini qisqartirib va uni perebazirovka qilib shina sifatida foydalanish mumkin (rasm. 48, a). Mahalliy og'riqsizlantirish ostida pastki jag'osti yo'li bilan Kulikovskiy ignasi(yoki qon quyish sistemasi ignasi) shunday o'tkaziladiki, u pastki jag' tanasi bo'ylab sirpanib, o'tuv burma orqali og'iz dahliziga chiqishi kerak. Igna ichidan uzunligi 15 sm li poliamid ipi o'tkaziladi, shundan keyin igna tashqariga chiqarib olinadi. Ikkinchi igna (kanyulasiz) teridagi avvalgi teshikka kiritiladi va pastki jag' tanasi til yuzasi tomonidan o'tuv burmada joylashgan ip sathiga chiqariladi. Igna ichiga poliamid ipini ikkinchi uchi kiritiladi va igna bilan og'izga chiqariladi. 3 – 4 aylanma chok (katta bo'lakda ko'proq, kichik bo'lakda kamroq) qo'yiladi. Shundan keyin ligaturani uchlari vestibulyar yuzada, alveolyar qirra qismi proeksiyasida emas shina ustida tugun qilib bog'lanadi. Tish protezida ligaturalar sathida, sun'iy tishlar orasida kanallar teshiladi. Ligatura uchlari til tomondan vestibulyar yuzaga shakllantirilgan kanal orqali chiqariladi va tugun qilib mahkam bog'lanadi. SHu yo'l bilan, siniq bo'laklar tortilgan va shinani qattiq asosiga(tish proteziga) fiksatsiyalangan holatda bo'ladi. Aylanma chok bilan qilingan immobilizatsiya bemorga operatsiyadan keyingi erta davrda ovqat qabul qilish imkonini beradi. Ligaturani og'iz dahlizi tomonida kesiladi va chiqarib olinadi, fiksatsiyalovchi moslamalar odatdagi muddatlarda echiladi.

Ingichka sim yoki poliamid ipidan aylanma chok (milkusti shinalarisiz) pastki jag' tish qatoridagi qiyshiq sinishlarda, siniq chizig'i alveolyar o'siqni tishsiz qismidan o'tganida ishlatilishi mumkin. Qalin ichi bo'sh igna yordamida (Kulikovskiy ignasi, qon quyish uchun ishlatiladigan igna) pastki jag'osti yo'li bilan pastki jag' tanasi atrofidan 2 chok o'tkaziladi. Alveolyar o'siq shilliq qavatida ikkita katta bo'lmagan kesuv o'tkazilib, ular orqali og'iz ichiga ligaturani uchlari chiqariladi. Siniq bo'laklari to'g'ri holatga qo'yilganidan keyin ligaturalar qayiltiriladi yoki tugun qilib bog'lanadi, og'izdagi yara ketgut bilan tikiladi.

Yuqori jag'ni shu jag'ni tishlariga osib qo'yish va fiksatsiyalash uchun (tishlar miqdori etarli bo'lganida) ilgakli ilmoqli shina qo'yiladi. (rasm. 48, b). Pastki jag' siniq bo'laklarini jag'lararo tortish va mahkamlashni aylanma chok bilan birgalikda qilinganida turli usulda mahkamlangan simli ligaturalardan foydalanish mumkin:

– burun suyaklari: buning uchun yuqori o'tuv burmada qoziq tishdan qoziq tishgacha kesuv o'tkaziladi. Burunning oldingi qismi suyagida kanal shakllantirilib, undan metall ligaturani bir uchi o'tkaziladi, keyin o'tuv burmaga chiqariladi. Simni ikki uchi ilgak ko'rinishida qayiltiriladi, unga aylanma chokka biriktirilgan rezina halqalar taqiladi. Yara ketgut bilan tikiladi;



Rasm 48. Pastki jag' bo'laklari fiksatsiyasi.

a – Veber shinasi yordamida aylanma chok bilan; b – tish protezlari yordamida;

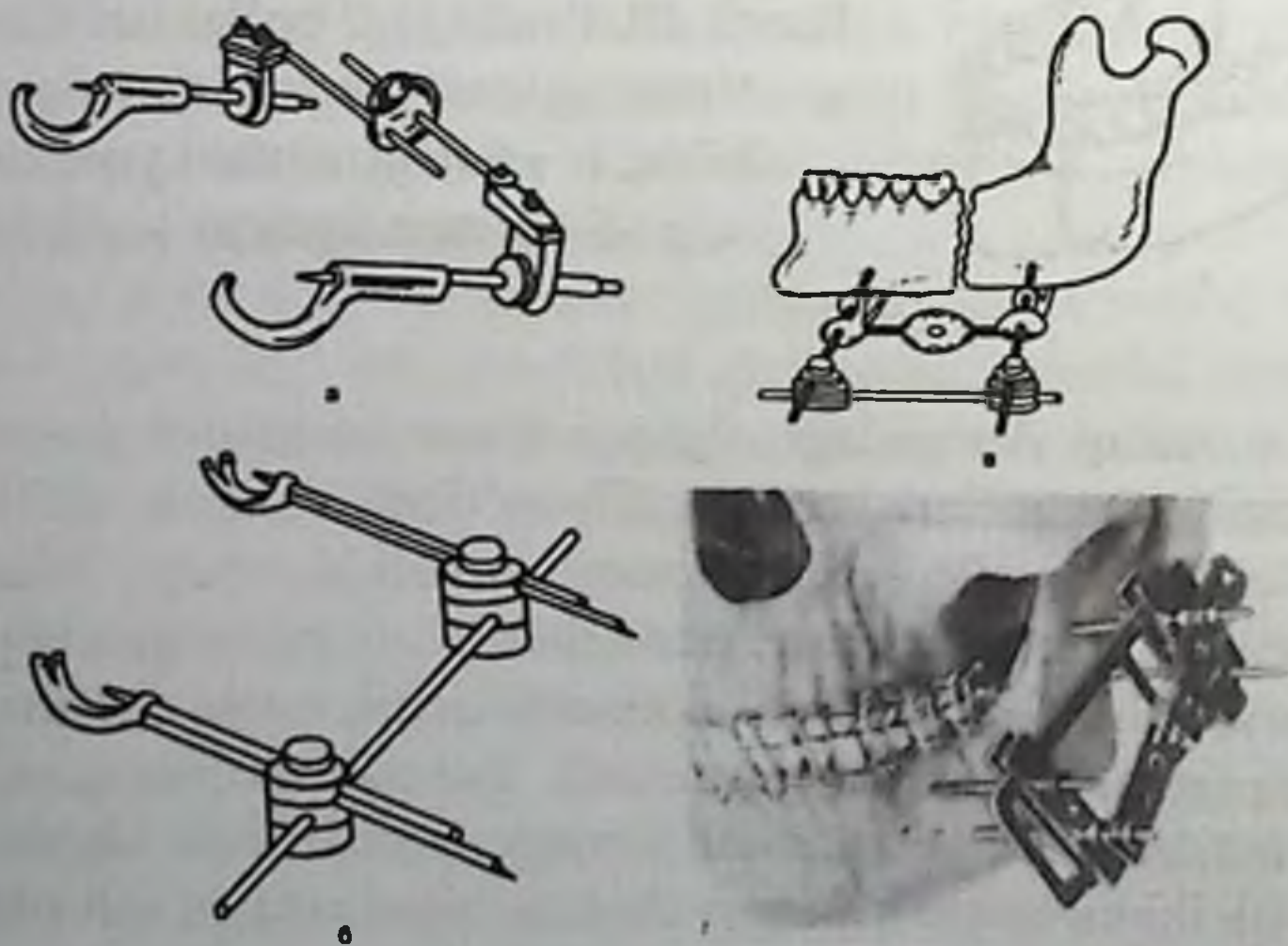
v, g –S– simon ilgaklar yordamida.

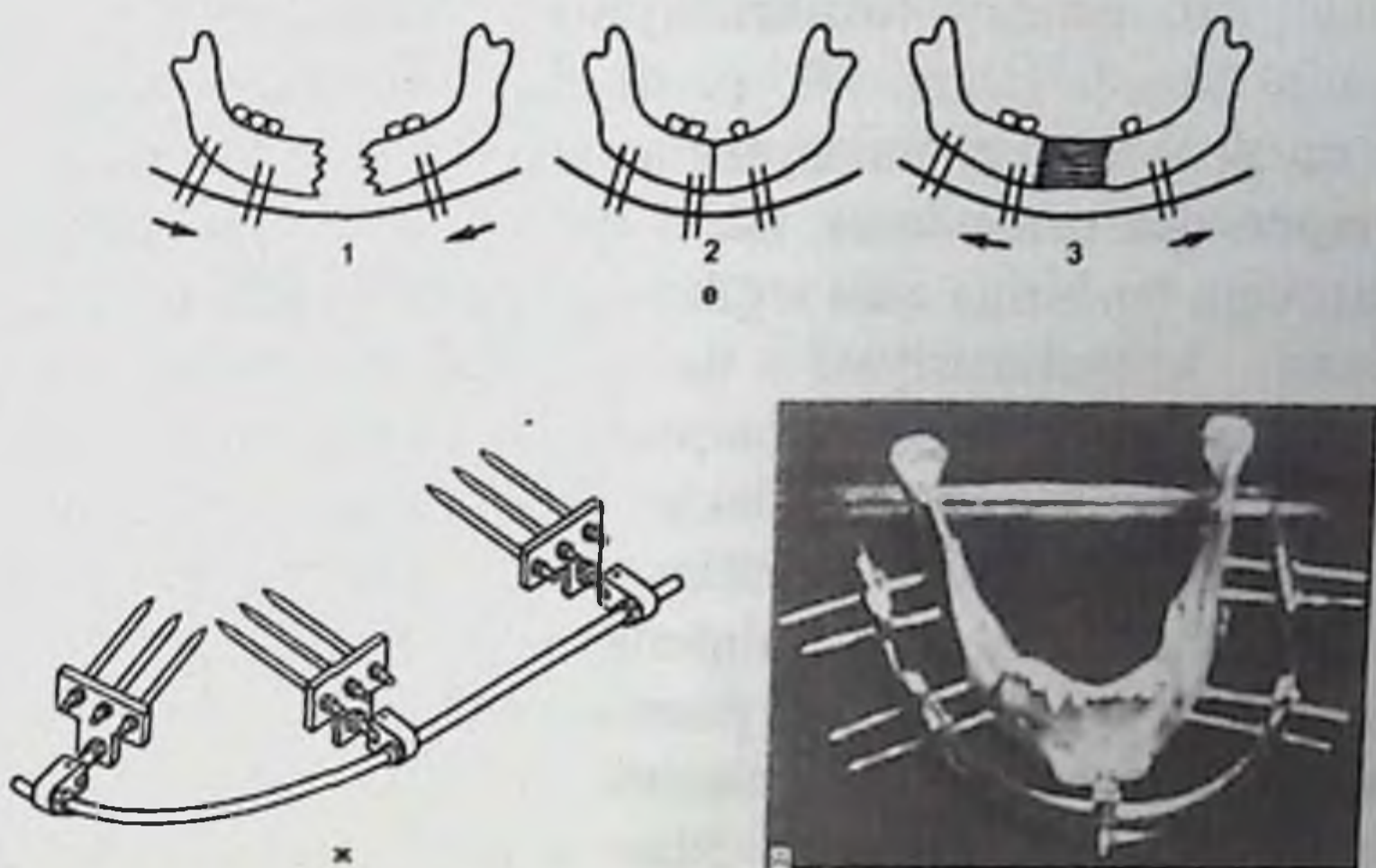
–burun tashqi devoridagi o'yiqa o'tuv burmadan kesuv tishidan kichik qoziq tishgacha kesuv qilib o'tiladi. Burun shilliq qavati ajratiladi. Noksimon teshik yon devorida bor bilan teshik shakllantiriladi, u orqali ligatura o'tkazilib, o'tuv burmaga chiqariladi;

– yonoq- alveolyar qirraga: ikkinchi kichik qoziq tishdan uchinchi katta qoziq tishgacha kesuv o'tkaziladi. Yonoqalveolyar qirra ochiladi, bor mashina yordamida oldindan orqaga yo'nalishda teshik qilinadi. Osib qo'yish ikkita-uchta aylanma choklar bilan amalga oshiriladi.

Pastki jag' siniq bo'laklarini S – simon va unifitsirlangan ilgaklar yordamida to'g'irlash va mahkamlash mumkin. S–simon ilgakni katta egilgan qismini og'iz o'tuvchi burmasi shilliq qavati orqali pastki jag' asosiga olib boriladi, kichigi esa og'iz o'tuv burmasida joylashadi. Pastki jag'ga 3–4 ilgak qo'yiladi, yuqori jag' tishlariga esa, ilmoqli ilgaklar qo'yiladi. Rezina halqalar yordamida S–simon ilmoqlar tish usti shinasi ilmoqli ilgaklar kichik burilgan joyiga fiksatsiyalanadi (rasm 48, v, g).

– Zbarj apparati po'latli yopilmagan qo'shaloq yoy ko'rinishidagi og'izichi simli shinadan iborat bo'lib, u yuqori jag' tishlariga va ularga bog'langan ligaturalarga vestibulyar va tanglay tomondan pripasovka qilinadi. Yoydan og'iz tashqarisi sterjenlar chiqib turadi, ularni standart qalpoqchaga to'rtta biriktiruvchi sterjenlar va sakkizta qisqich-xomutlar yordamida fiksatsiya qilinadi. Arjansev, Orlov, Gelman apparatlari bilan immobilizatsiya qilish xuddi shu prinsipga asoslangan. Immobilizatsiyani bu usuli ko'proq sinishlarni o'rta va yuqori tiplarida ishlatiladi. Oldindan fragmentlarni to'g'ri holatga qo'yib olish kerak, aks holda yuz o'rta qismi qisqarib qolishi mumkin. Bu apparatlar siniq bo'laklarni immobilizatsiyasini ishonchli ta'minlab bera olmaydi. Ular yordamida yuqori jag' pastga siljigan orqa qismlarini yuqoriga siljitib bo'lmaydi. Bosh suyagi gumbazi singanida yoki peshona, tepa yoki ensa sohalar yumshoq to'qimalari jarohatlarida, hamda neyroxirurg operativ muolajasi zarur bo'lganida bu usullarni qo'llab bo'lmaydi yoki qo'llash qiyinchilik tug'diradi.





Rasm 49. Pastki jag' siniq bo'laklarini fiksatsiyasi uchun og'iz tashqarisi apparatlari: a – Pen–Braun; b – Rudko; v – Solovev–Magarill kompression moslamasi bilan; g – Ermolaev – Kulagov (EK–1); d – Ermolaev–Kulagov (EK–1D); e – pastki jag' sinishida kompressiya va distraksiya: 1 – suyak nuqsoni va fragmetlarni bir-biriga harakati (strelkalar bilan ko'rsatilgan); 2 –kompressiya davrida bo'laklar holati; 3 – distraksiyadan keyin nuqson o'mida regeneratni hosil bo'lishi; j – Shvirkov–Shmsudinov kompression–distraksion apparati.

– Bernadskiy apparatini suyak fragmentlariga yumshoq to'qimalarni qisqich bilan teshib o'matiladi, echishda esa ularni kesilmaydi. Bu apparat yordamida siniq bo'laklarni repozitsiya, kompressiya va suyak qadog'ini distraksiya qilish mumkin.

M. M. Solovev va E. SH. Magarill (1966) Rudko apparatini maxsus kompressirlovchi moslama taklif etib modifikatsiya qildilar (rasm . 49, v). Kolmakova, Bodzoshvili kompression apparatlari ham ma'lum. Suyakka doimiy bosim uning rezorbsiyasini kuchaytirishi aniqlangan. Suyak bo'laklarini oxirgi qismlarini uzoq vaqt kompressiyasi suyak to'qimasini kamayishiga va suyakni qisqarishiga olib keladi.

–O'choqdan tashqari shtiftli statik og'iz tashqarisi apparatlari. Keng tarqalgan apparatlar Ermolaev, Kaganovich, Osipov va Ermolaev – Kulagov (EK–1, EK–1D). Ular teri orqali suyak fragmentlariga bormashina yordamida kiritiladigan spitsalar, turli shakldagi karkas va bu detallarni mahkamlaydigan moslamalardan iborat. Apparat EK–1D

apparati to'g'ri, EK-1 – esa yoysimon ramkaga ega. Bu apparatlar pastki jag' har qanday lokalizatsiyadagi bo'laklarini fiksatsiyalash imkoniyatini beradi (rasm. 49, g, d). Ko'rsatma bo'lganida EK-1D apparati suyak qadog'i distraksiyasi uchun ishlatilishi mumkin.

Kompression osteosintez. Ba'zi apparatlar siniq bo'laklarini ularni siqish hisobiga bir-biriga zich tegib turishini ta'minlab beradi. Bu siniq bo'laklarini konsolidatsiyasi uchun qulay sharoitni yaratadi. Eksperimental ishlar bilan kompressiya osteogenezni stimulyasiya qilmasligi ko'rsatib berilgan, lekin fragmentlar harakatini butunlay cheklaydi, siniq yorig'iga tomirlar o'sib kirishini va yangi suyak to'qimasi shakllanishini ta'minlaydi. Kompressiya reparativ osteogenezni genetik joylashgan potensial imkoniyatlarini amalga tadbiiq etishda sezilarli omil bo'lib hisoblanadi.

Pastki jag'ni osteomielit bilan asoratlangan suyak to'qimasi nuqsonisiz sinishlari, bitmagan sinishlari, suyak qadog'ini sekin shakllanishi kompression osteosintezga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.

Hozirgi vaqtda suyak to'qimasini reparativ regeneratsiya mexanizmini «yurgazib yuborish uchun» kompressiyadan 7-10 kundan ortiq bo'lmagan muddatda foydalaniladi.

Kompression–distraksion osteosintez. Destruksiyasiz regeneratsiya yo'qligi avvaldan ma'lum. Destruksiya va regeneratsiya orasida o'zaro ta'siri alohida oqsillar – osteogenezni tartibga solib turuvchi (nokollagen oqsillar) suyakni morfogenetik oqsillari (SMO) orqali amalga oshiriladi. SMO oqsillari uchun nishon hujayra bo'lib pastdifferensirlangan perivaskulyar (peritsitlar) hujayralar hisoblanadi. Ular qator o'tuvchi shakllar orqali suyak hosil qiluvchi osteoblastlarga aylanadi. Osteoinduktiv omillar, odatda, suyakda maxsus ingibitor bilan bloklangan bo'lib, u ularni peritsitlar bilan o'zaro ta'siriga to'sqinlik qiladi [Sumarokov D. D., Shvurkov M. B. va b., 1988]. Kompressiya suyak rezorbsiyasini (destruksiya) chaqirib, osteoinduksiya ingibitorini bartaraf etishga sabab bo'ladi, bu SMO ajralish sharti hisoblanadi. Kompressiyadan 7-10 kun keyin boshlangan distraksiya, yangi hosil bo'lgan suyak qadog'ida mikroskopik emirilish chaqiradi va shu bilan SMO yangi miqdorini ajralishiga zamin yaratadi. Peritsitlarning yangi miqdori osteoblastlarga transformatsiyalanib, ular yangi suyak uchastkasi shakllanishida ishtirokini davom ettiradi. Distraksiya nafaqat regeneratsiyani to'xtashiga zamin yaratadi, balki uni qo'zg'atib, nominerallashtirgan regeneratni cho'zilishi hisobiga suyak to'qimasini o'sishini ta'minlaydi (rasm. 52, e). Eng ko'p ma'lum bo'lgan

kompression–distraksion apparatlar Svirkov, Svirkov – Shamsudinov (rasm. 49, j) EK–ID (Ermolaev–Kulagov), EK–1 (Ermolaev–Kulagov), Kaganovich, Osipyay, Chudakovlarniki. Bu apparatlardan nafaqat pastki jag‘ yangi sinishlarida, balki siniq bo‘laklari sekinlashgan konsolidatsiyasida, travmatik osteomielitda, suyak nuqsoni bo‘lganida va yolg‘on bo‘g‘imda ham foydalanish mumkin.

Yuqori jag‘ osteosintezi. Yuqori jag‘ osteosintezi uchun suyak choki va mini – plastinalar minivintlar bilan, Kirshner kegayi (spitsasi), Adams – Dingman, Vijnel – Biye, Pibus usullari, spitsa bilan gipsli qalpoqcha (transfassial) qo‘llaniladi. Yuqori jag‘ osteosintezi ikki jag‘ga qo‘yiladigan shinalar yoki Zbarj apparatidan foydalanishga nisbatan maqbulroq hisoblanadi, chunki bunda pastki jag‘ funksiyasi saqlanib qoladi. Bu ovqatni chaynashga imkon beradi, nutq buzilmaydi, nafas olish kamroq bezovta qiladi, og‘iz bo‘shlig‘iga ishlov berish qulayroq.

Dingman usuli – singan yuqori jag‘ni tishusti silliq shina skobasi, simli yoki plastmassali ligaturalar yordamida gipsli qalpoqqa biriktirilgan simli yoyga fiksatsiyalanadi.

Bu usulni yuqori jag‘ni qiyin to‘g‘ri holatga qo‘yiladigan har qanday sinishlarida, shu jumladan eskirgan sinishlarda ham qo‘llash mumkin, chunki rezina halqalar bilan siljigan bo‘lakni asta-sekin to‘g‘ri holatga keltirish imkoniyati bor.

Yuqori jag‘ tishlariga shina taqiladi. Unga ingichka po‘lat sim fiksatsiyalanadi, uning bir uchi lunj va yuqori lab yumshoq to‘qimalari orqali og‘izdan tashqariga chiqariladi (o‘tkazuvchi yoki yo‘g‘on xirurgik ignadan foydalanib). Og‘iz bo‘shlig‘idan chiqarilgan ligatura rezina halqalar bilan gipsli qalpoqqa fiksatsiya qilingan metall yoyga mahkamlanadi, bu jag‘ni cho‘zishga imkon beradi. Uni kalla suyaklariga mustahkam va ishonchli mahkamlanishi ikkala jag‘ bir vaqtda singanida pastki jag‘ni bo‘laklarini yuqori jag‘ tishlariga fiksatsiyalash imkonini beradi (rasm. 50, a). Usul oddiy, ammo gipsli qalpoq qo‘yishni talab etadi, gipsli qalpoq qo‘yishga esa ba‘zida qarshi ko‘rsatma bo‘ladi (kalla suyagi gumbazidan sinib, trepanatsiya zarurat bo‘lganida). Bu usul Fidershpilga tegishli (1934), buning uchun u metalldan bo‘lmagan yoysoyabon va gipsli qalpoqqa biriktirilgan ilmoqdan foydalangan. Og‘izdan chiqadigan ligaturalar lunjga tegib turadi va terida qotib, jonsiz bo‘lib qoladigan joylar paydo bo‘lishiga sabab bo‘ladi.

Yuqori jag‘ Le For I – MxL3 (yuqori tip), ba‘zan Le For II – MxL2 (o‘rta tip) sinishlarida singan jag‘ni gipsli qalpoqqa biriktirilgan metall yoyga po‘lat spitsa bilan fiksatsiyalanadi, spitsani ko‘ndalang

yo'nalishda yonoq suyagi va yuqori jag' orqali kiritiladi, shunda spitsani uchi yumshoq to'qimalardan yuqoriroqda bo'lishi kerak (transfassial fiksatsiya). Spitsani metall ligaturalar, rezina halqalar va ilmoqli metall ilgaklar tizimi orqali metall yoyga qattiq fiksatsiyalanadi. Spitsani o'tkazishdan oldin yuqori jag'ni to'g'ri holatga qo'yish kerak.

Adams usuli, 1942 y., taklif qilingan bo'lib, hozirgi vaqtgacha eng ommalashgani hisoblanadi. Siniq bo'laklari engil to'g'irlanadigan barcha yangi sinishlar ko'rsatma bo'ladi. Muallif singan yuqori jag'ni ligaturalar yordamida jarohatlanmagan kalla suyaklariga mahkamlashni tavsiya etgan, va buning uchun ligaturani ko'z kosasi pastki qirrasiga yoki noksimon teshik qirrasiga (pastki tip bo'yicha sinishda), yonoq yoyiga (pastki va o'rta tip sinishlarda), peshona suyagi yonoq o'sig'iga (yuqori tip bo'yicha sinishda) mahkamlashni tavsiya etgan. Birinchi ikkita variant ularga xos sezilarli kamchilik borligi sababli keng ommalashmadi.

Yuqori jag' tishlariga ikkita pastga qaragan ilmoqli ilgaklari bor tishusti shinalari taqiladi. SHinani ligaturalar bilan tishlarga mahkam fiksatsiyalanadi. Ko'z kosasi yuqori-tashqi burchagi ochilib, bu joyda suyakda siniq chizig'idan yuqoriroqda bor bilan teshik qilinadi. Teshikdan ingichka sim yoki poliamid ip o'tkaziladi. Keyin o'tkazuvchi sifatida qon quyish uchun ishlatiladigan uzun ignadan (kanyulasiz) foydalanib, yumshoq to'qimalar orasidan og'izga ikkinchi kichi qoziq va birinchi katta oziq tishlar oldidan chiqadigan qilib ligatura o'tkaziladi. Og'iz dahliziga ikki tomondan chiqarilgan ligaturalar, siniq bo'laklari to'g'ri holatga qo'yilganidan so'ng mahkam qilib tishusti shinasi ilmog'iga fiksatsiyalanadi. Yuz terisidagi yara tikiladi (rasm. 50, b, v). Yonoq yoyiga fiksatsiyalashda ignani erkin o'tishi uchun yonoq suyagi peshona va chakka o'siqlari hosil qilgan burchak sohasida (yonoq suyagini yonoq yoyiga o'tish joyida) terini skalpel bilan teshib qo'yish kifoya. Qolgan muolajalar avval yozilganidek bajariladi. Simni og'iz bo'shlig'ida tishusti shinasiga emas, yuqori jag' yonoqalveolyar qirrasiga fiksatsiyalash mumkin. Buning uchun yonoqalveolyar qirrada oldindan orqaga yo'naltirilgan kanal teshiladi yoki unga G – simon metall ilmoq kiritiladi.



Rasm 50. Yuqori jag' osteosintezi, a –Dingman usuli bo'yicha; b –Le For II (MxL2) sinishida Adams usuli bo'yicha; v –For I (MxL3) sinishida.

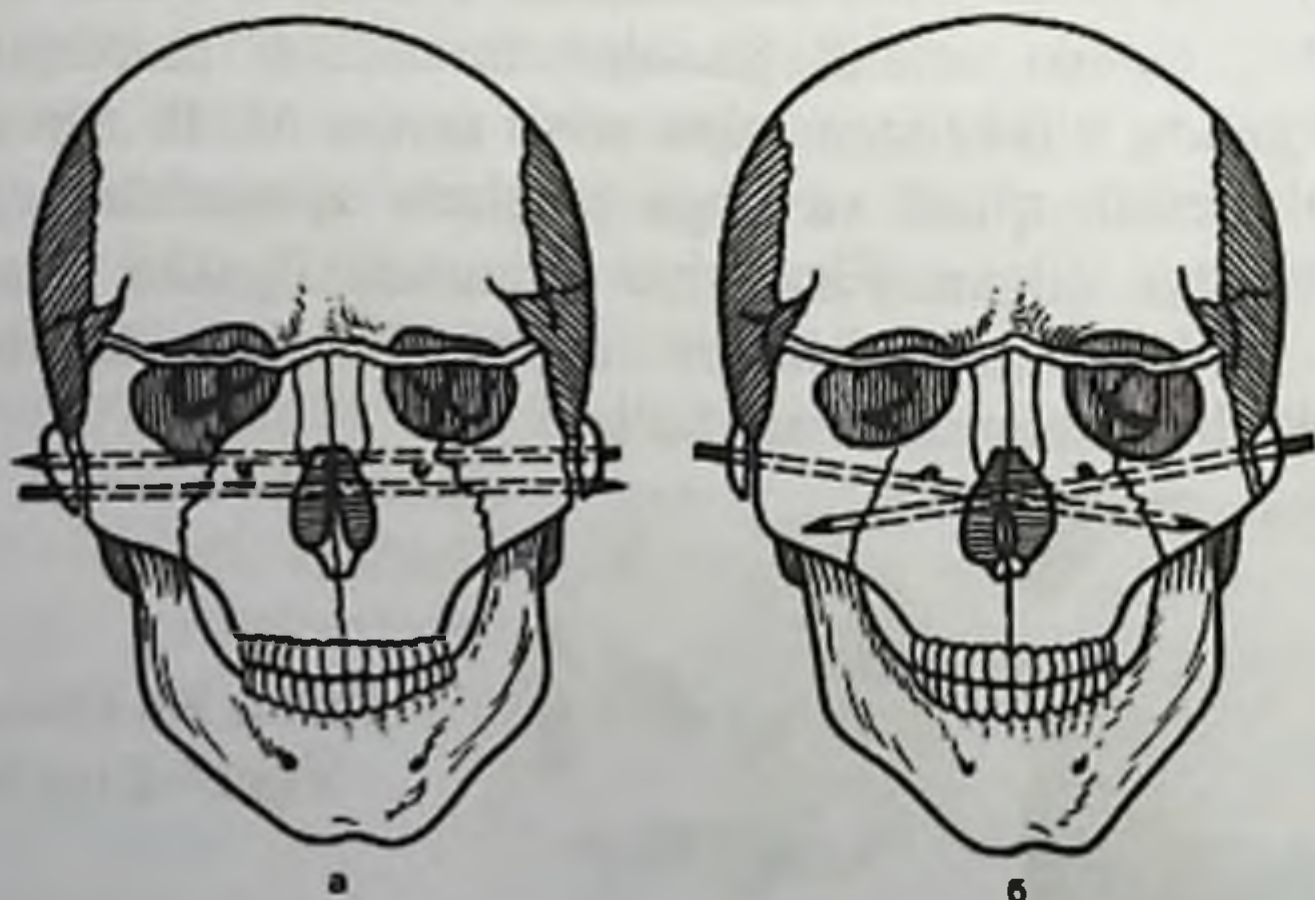
–Vijnel–Biye bo'yicha kalla suyagi – yuqori jag' fiksatsiyasi yuqori jag' sinishi bor bemorlarda peshona suyaklari bilan bir blok qilib qo'llanishi mumkin (rasm 50, g, d). Bunday jarohatlar ko'pincha miya ichi gematomasi bilan kechadi. Tepa suyagi sohasidagi diagnostik frezali teshiklar yuqori jag' immobilizatsiyasi uchun ishlatilishi mumkin. Bu teshiklar orqali ligaturali sim igna o'tkazgich orqali chakka mushagi ostiga, yonoq yoyiga o'tkaziladi, og'iz bo'shlig'iga o'tuvchi burmadan chiqariladi va tish usti simli shinaga mahkamlanadi. Frezali teshiklar faqat yuqori jag' bo'laklarini fiksatsiyasi uchun maxsus qilinadi. Siniq bo'laklar konsolidatsiyasidan so'ng metall ligaturalarni teshiklardan olish uchun qaytadan jarrohlik xarakati o'tkazish kerak bo'ladi. Buni oldini olish, hamda texnik jixatdan murakkab muolajani - frezali teshiklar ligatura o'tkazishni inkor etish uchun M. B. Shvirkov (1976) bitta frezali teshik qilish va unga Kirshner spitsasidan egilgan ilgak kiritishni tavsiya qilgan. Fiksatsiya ligaturani ilgakka fiksatsiyasi uni teshikdan o'tkazishga nisbatan oson. Bundan tashqari ilgakni keyinchalik olib tashlamasa ham bo'ladi.

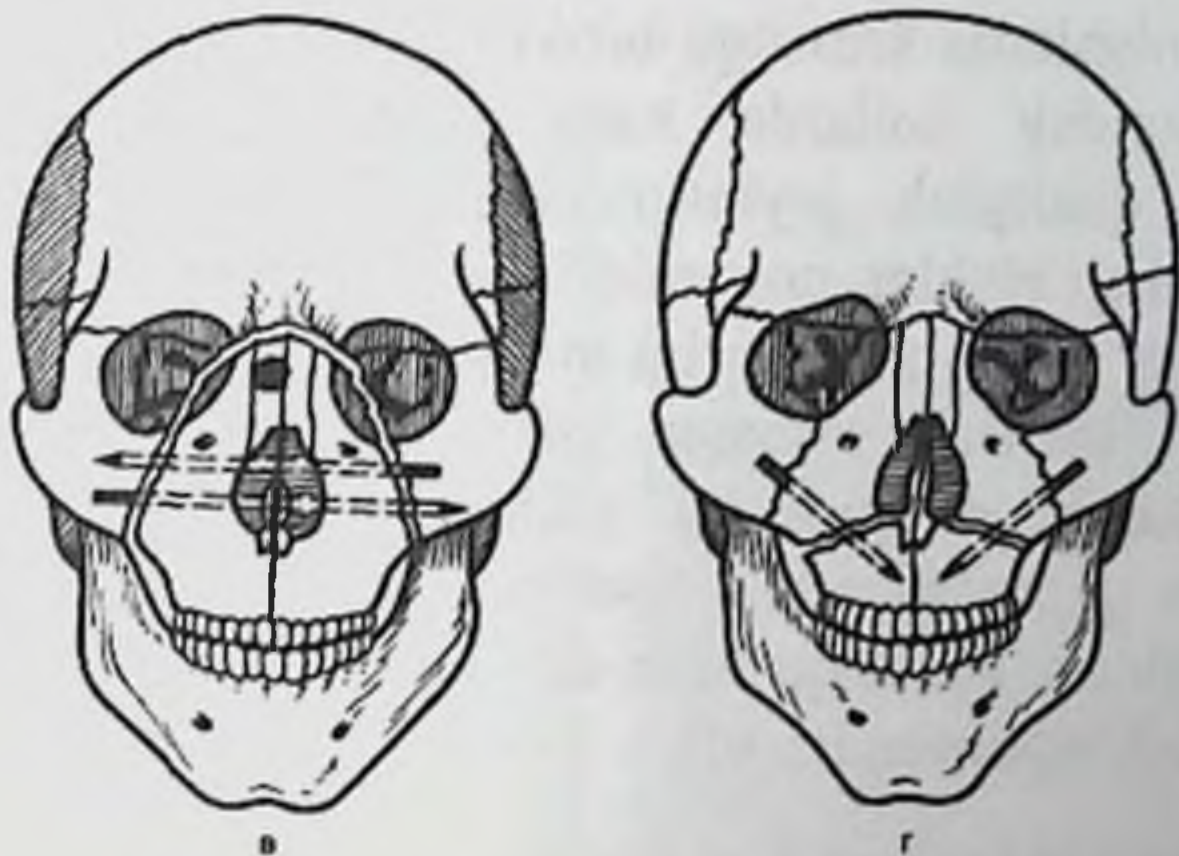


Rasm 50. Davomi, g, d – Vijnel–Biye bo'yicha.

– Pibus bo'yicha kalla suyaklari – yuqori jag' fiksatsiyasidan frezali teshiklar qilishga ko'rsatma bo'lmaganida foydalanish mumkin. Ingichka simni (poliamid ipi) qalin g'ovak igna yordamida kalla suyaklari ustidagi payli shlem (temir qalpoq) ostidan, keyin ikki tomonlama chakka mushagi ostidan, yonoq yoyidan chakkaosti chuquriga va og'iz bo'shlig'iga o'tkaziladi. Ligaturani uchlari tishusti simli shinaga bog'lanadi.

– *Makienko apparati AOCH-3 (rasm. 51) bo'yicha Kirshner spitsasi bilan osteosintez.* Pastki tipdagi sinishda spitsani yonoq suyagining pastki qismidan oldinga va pastga burunni oldingi bo'rtib turgan tomoniga yo'naltirib o'tkaziladi, o'rta tipda gorizontaal yo'nalishda bir yonoq suyagidan ikkinchisiga qarab yo'naltiriladi. Yuqori tip bo'yicha sinishda immobilizatsiyani ikkita parallel joylashgan spitsalar bilan bajariladi. Bitta spitsani yonoq yoyi orqali siniq chizig'ini orqasidan, jag'ni barcha qalinligicha o'tkaziladi va boshqa tomon yonoq yoyi orqali chiqariladi. Ikkinchi spitsani birinchiga nisbatan qarama-qarshi tomondan birinchiga parallel ravishda kiritiladi. Spitsalar qiyshiq yo'nalishda (bir-biriga burchak ostida) bir tomon yonoq yoyi oldingi sohasidan qarama-qarshi tomon yonoq suyagiga kiritilishi mumkin. Spitsalar yuqori jag' va burun bo'shliqlari orqali o'tadi. Le For 1 bo'yicha singan yuqori jag'ni immobilizatsiyasini spitsalar bilan amalga oshirish texnik tomondan juda murakkab.





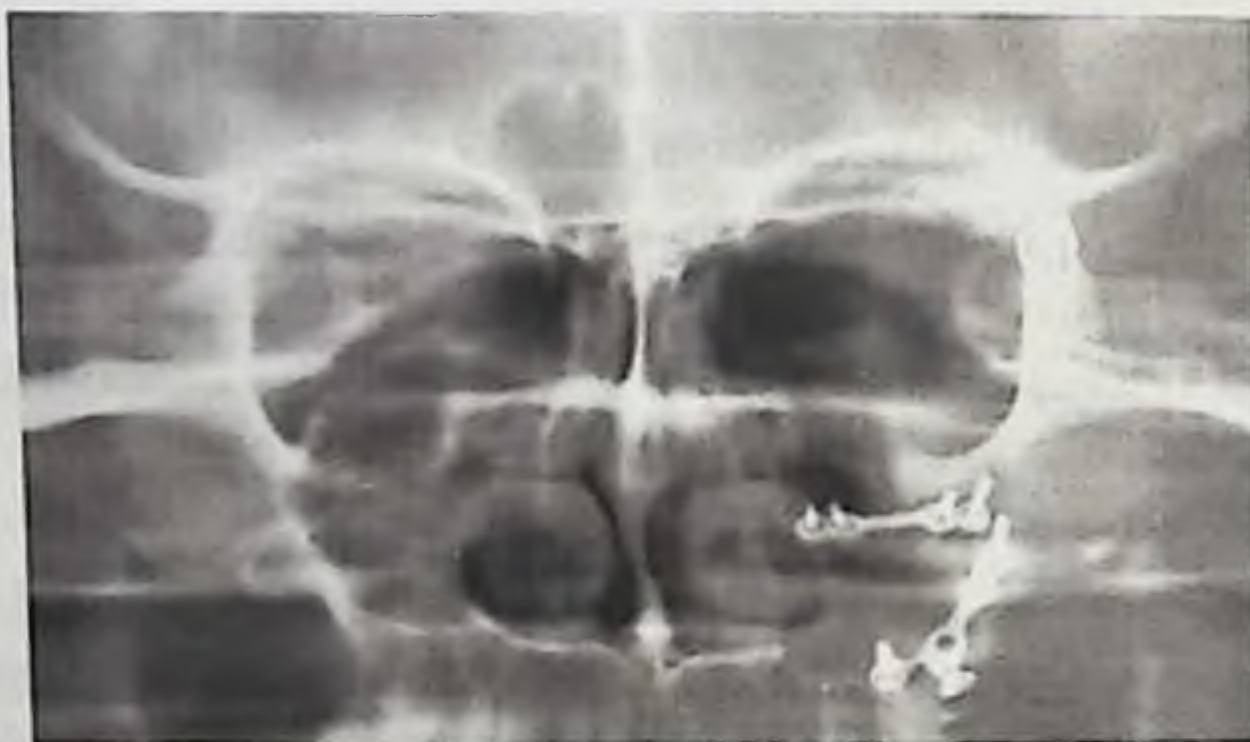
Rasm 51. Yuqori jag' sinishida siniq bo'laklarini Makienko bo'yicha Kirshner spitsalari bilan fiksatsiyalash, a, v –yuqori (Le For I) va o'rta (Le For II) tiplarda ikkita spitsa paralell kiritilgan; b – yuqori tip bo'yicha sinishda ikkita spitsa krestsimon qilib kiritilgan (Le For I); g – pastki tip sinishida ikkita spitsa bir-biriga burchak ostida kiritilgan (Le For III).

– *Simli chok bilan osteosintez.* Pastki tip bo'yicha sinishda tikadigan ligaturalar yonoqalveolyar qirraga va noksimon teshik sohasiga, o'rta tipda – ko'z kosasi pastki qirrasiga va yonoqalveolyar qirraga yuqori tipda esa – yonoq yoyi va orbitani yuqori tashqi qirrasiga qo'yiladi. Siniq bo'laklar ishonchli fiksatsiyasi uchun simli chok kamida ikkita joyga qo'yilishi kerak

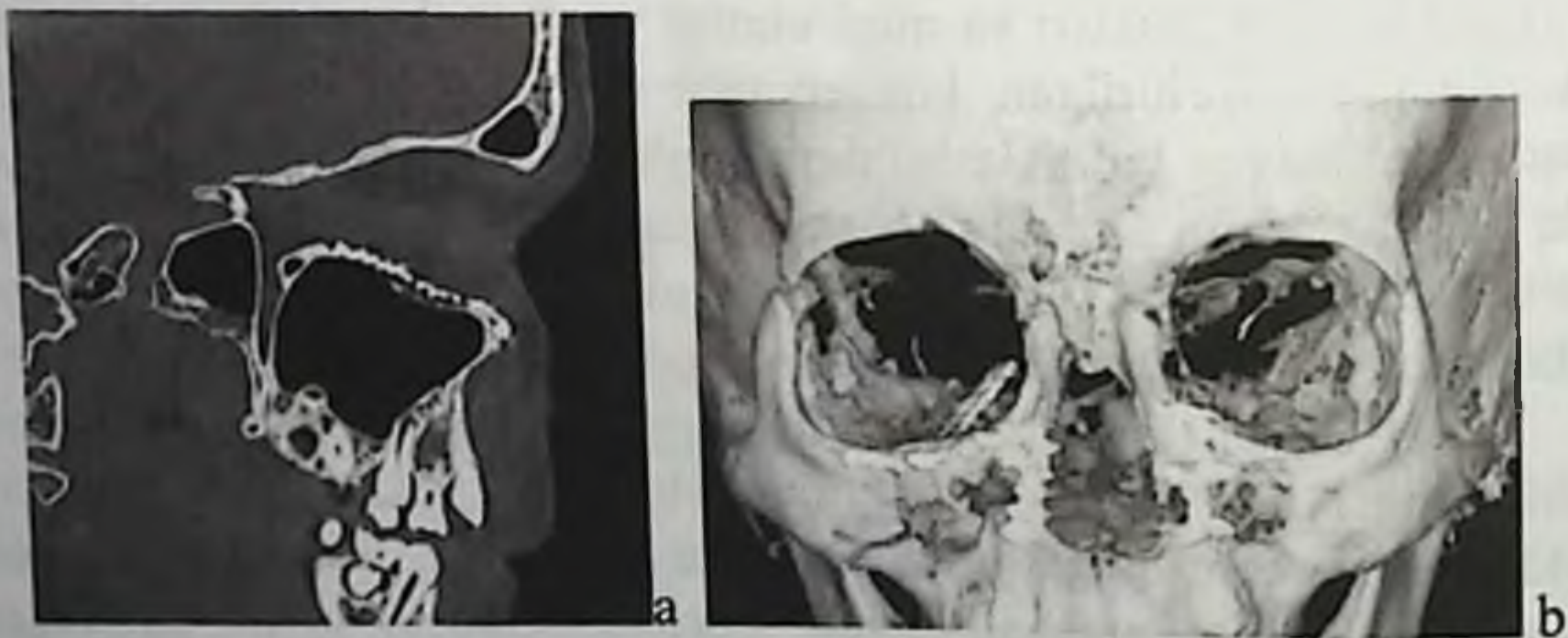
Yuqori jag' sinishlarida hozirgi vaqtda suyak chokiga nisbatan suyakusti miniplastinalari va mini vintlar yordamida osteosintez ko'proq o'tkazilmoqda. Keltirilgan konservativ va xirurgik davolash usullari (yuqori jag' singan bo'laklarini mahkamlash) faqat yangi sinishlarda va siniq bo'laklarini nisbatan harakatchanligi bo'lganida samaraliroq hisoblanadi. Eskirgan sinishlarda yuqori jag' jarohatlangan qismini tortish usuli qo'llaniladi. Buning uchun po'lat shina – kappa tayyorlanib, uni fosfat–sement yordamida tishlarga fiksatsiyalanadi. Bemorni boshiga gipsli bog'lam qo'yiladi, unga simli yoy yoki uchta simli po'lat ilgaklar gipslanadi: bittasi o'rta chiziqda va qolgan ikkitasi birinchidan orqaga 2sm chetlab mahkamlanadi. Tortish shina va gipsli qalpoqdagi ilmoqlarga mahkamlangan po'lat prujinalar yoki qalin rezinalar yordamida amalga oshiriladi. Tortqich asta-sekin kuchaytiriladi (Kavrakirov bo'yicha).

Botiqli sinishlarda krovatga biriktirilgan blok orqali tortish amalga oshiriladi. Bunday hollarda katta oziq tishlari orasiga rezinali po'kaklardan qistirgich joylashtiriladi. Tortishda po'lat prujinalar, podshipniklardagi bloklar, poliamidli leskalar va toshlar ishlatiladi.

Yuqori jag' siniq bo'laklarini tortishni tezlashtirish uchun oldindan siniq chizig'i bo'ylab raspator yoki omburlar yordamida bo'lakni qimirlatish kerak. Fragmentni yaqqol harakatchanligiga muvaffaq bo'linganidan so'ng tortishni boshlash kerak. Xirurgik va ortopedik davolash usullarini birga qo'llash siniq bo'laklarini 5-7 sutkada to'g'ri holatga qo'yish imkonini beradi.



Rasm 52. Kalla suyagi yuz qismi o'rta sohasi zonogrammasi. Chap tomon yonoq suyagi sinishi. Chap tomon yonoq-peshona choki sohasida simli chok, Yuqori jag' bo'shlig'i oldingi devori va yonoqalveolyar qirra proeksiyasida metall miniplastinalar ko'rinadi.



Rasm 53. Kalla suyagi yuz qismi o'rta va yuqori sohalari kompyuter tomogrammalari yon proeksiyada va uch o'lchamli rekonstruksiyalangan tasvirda (b). Metall miniplastinalar vintlar bilan yuz suyaklari bo'laklari, shu jumladan o'ng tomon orbita tubi fiksatsiyalanadi.



Rasm 54. Kalla suyagi to'g'ri proeksiyadagi rentgenogrammasi va ortopantomogramma (fragment). Pastki jag' o'ng tomon shox va bo'g'im o'siqlari sohasida 2 fiksatsiyalovchi miniplastina vintlari bilan.



Rasm 55. Ortopantomogramma (fragment). Pastki jag' tanasi yon qismidagi siniq chiziq sohasida 2 fiksatsiyalovchi miniplastina vintlari bilan.



Rasm 56. Ortopantomogramma (fragment). Kompresion-distraksion apparatni pastki jag' chap tomon shoxi fragmentlariga fiksatsiya qilingan.

Nazorat savollari:

1. Immobilizatsiya nima? Immobilizatsiyani qaysi turlarini bilasiz?
2. Standart transport bog'lami nima?
3. Pomeranseva – Urbanskaya yumshoq dahan sopqonidan qanday foydalaniladi?
4. Jag'lararo ligaturali mahkamlash nima? Jag'lararo ligaturali mahkamlashni qanday turlarini bilasiz?
5. Jag'lararo ligaturali mahkamlashda ishlatiladigan asboblari. Ayvi bo'yicha jag'lararo ligaturali mahkamlash texnikasini aytib bering.
6. Standart transport bog'lamida ilgak qanday funksiyani bajaradi?
7. SHinalar yordamida immobilizatsiya usullari.
8. Tishusti shinalari turlari.
9. Silliq shina–skoba qo'yishga ko'rsatmalar.
10. Qanday holatlarda qistirgichli egilgan shinalar qo'yiladi?
11. Ilgakli ilmoqli shinalarni tayyorlash.
12. Ikkita jag'ga ilgakli ilmoqli shinalarni qo'yishga ko'rsatma.
13. Vasilev lentali shinasini o'lchamlari.
14. Tishusti shinalariga nimalar kiradi?
15. Porta shinasini qo'llashga ko'rsatma.

2.6. JAG' SUYAKLARI SINGAN BEMORLARNI DAVOLASHNI UMUMIY USULLARI VA ULARNI PARVARISHLASH

Siniq bo'lagini ishonchli immobilizatsiya va siniq yorig'ini o'z vaqtida tashqi muhitdan izolyatsiya qilish suyak yarasida yallig'lanish jarayonini rivojlanishini oldini oladi, shu sababli siniq yorig'idagi tishni, mayda suyak bo'laklarini, yumshoq to'qimalarni olib tashlash zarur, shilliq qavatni esa yaxshilab tikish va qo'shimcha shu joyga davolovchi bog'lam qo'yilishi kerak. Pastki jag' kichik siniq bo'lagidagi siniq bo'lagini yuqoriga siljishni olib turadigan yagona tishni birlamchi suyak qadog'i hosil bo'lgunicha saqlab turiladi, so'ng bu tish olib tashlanishi kerak. Siniq yorig'iga yaqin joylashgan surunkali odontogen o'chog'i bo'lgan tishlar ham olib tashlanadi. Og'iz bo'shlig'idagi yarani tikishdan oldin siniq yorig'i antiseptik (0,02 %li xlorgeksidin eritmasi, 0,2 %li geksetidin eritmasi va b.) bilan yuviladi.

Jag'i singan bemorlarga suyak to'qimasida to'planish xususiyatiga ega antibiotiklar tayinlanadi (linkomitsin, fuzidin natriy, morfotsiklin, vibramitsin, oleandomitsin, tetran). Jarohatdan keyin birinchi 3–4

kunlari jarohat sohasiga antibiotiklar kiritish maqsadga muvofiq bo'ladi. Yangi sinishlarda siniq yorig'idan odatda stafilokokk, bakteroidlar, boshqa anaeroblar ekiladi, shuning uchun mikroflorani antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Antibiotiklar bilan bir qatorda inidazol va nitrofuran qatori preparatlari tayinlanadi. Umumbaquvatlovchi terapiya o'z ichiga vitaminlar B1 va V6, askorbin kislotasini, autogemoterapiyani, gigienik gimnastikani, ratsionalnoe ovqatlanishni o'z ichiga oladi. Siniq bo'laklari immobilizatsiya qilishi bilanoq jarohat o'chog'iga UFO, UVCH-terapii tayinlanadi.

Jag' suyaklari singan bemorlar chaynash, ba'zida yutinish funksiyasi buzilganligi sababli odatdagi taomni qabul qila olmaydi. Jarohatdan keyin birinchi 2-3 ularda tana massasi kamayadi, chunki ular siniq bo'laklarini ikkita jag'ga qo'yilgan shinalar bilan immobilizatsiyasidan keyin och qoladi. Bundan tashqari jag'lar jarohatida ovqat hazm qilish tizimi ko'p bo'limlarini: og'iz bo'shlig'i, oshqozon, jigar, ichaklar funksiyalarining buzilishi natijasida ovqatlanish ham buziladi, modda almashinuvi buziladi.

Jag'i singan bemorga fiziologik sifatli taom tayinlanishi kerak. Taom mexanik va kimyoviy tomondan avaylaydigan bo'lishi kerak. Yangi mahsulotlarni yaxshilab maydalanadi, sho'rvaga aralashtiriladi. Dorivorlar berish mumkin emas, osh tuzi berish kamaytiriladi. Ovqatni temperaturasi 45-50 °S bo'lishi kerak. U maxsus konservirlangan mahsulotlardan (oziqli konsentratlar, kukunsimon aralashmalar, gomogen konservalar, enpitlardan). Jag'-yuz jarohatlari bor bemorlar uchun 3 dieta (stol) mavjud, ular kimyoviy tarkibi bo'yicha birxil va faqat konsistensiyasi bilan farq qiladi..

Birinchi jag' dietasi (zondli, naychali) qaymoq konsistensiyali taomdan iborat. Uni ilmoqli ilgakli shinalar taqilib, halqalar bilan jag'lararo mahkamlash amalga oshiralyotgan bo'lsa davolashni hamma davriga tayinlanadi. Bunday bemorlarda chaynash funksiyasi yo'qolgan va yutinish funksiyasi to'liq emas.

Ikkinchi jag' dietasi quyuq qaymoq konsistensiyali taomdan iborat. Chaynov funksiyasi buzilgan, lekin yutinish funksiyasi saqlanga bemorlarga mo'ljallangan. Davolashni ma'lum bir bosqichida, ya'ni jag'lararo fiksatsiyani echish mumkin bo'lganida yoki siniq bo'laklar osteosintezidan so'ng.

Umumiy stol (№ 15) siniq bo'laklar konsolidatsiyasidan keyin bemorlarga tayinlanadi.

Chaynash funksiyasi buzilganida ovqat iste'mol qilishda uchiga uzunligi 20 sm rezina naycha kiyg'izilgan maxsus ichirgichdan foydalanish qulay. Bemor mustaqil ravishda naychani uchini tish qatoridagi nuqson sohasiga yoki retromolyar yoriqqa olib borib, og'iz bo'shlig'i kirish qismiga 10 ml suyuq ovqat kiritishi mumkin. Keyin saqlanib qolgan so'rib olish funksiyasidan foydalanib ovqatni og'izga o'tkazishi va yutishi mumkin.

Bemorlarni parvarishlash ham katta ahamiyatga ega. Umumiy va maxsus parvarishlash farq qilinadi. Umumiy parvarishlash umumgigienik muolajalar, yurak qon tomir va nafas olish tizimi, oshqazon-ichak va siydik ajratish a'zolari faoliyatini nazoratidan iborat.

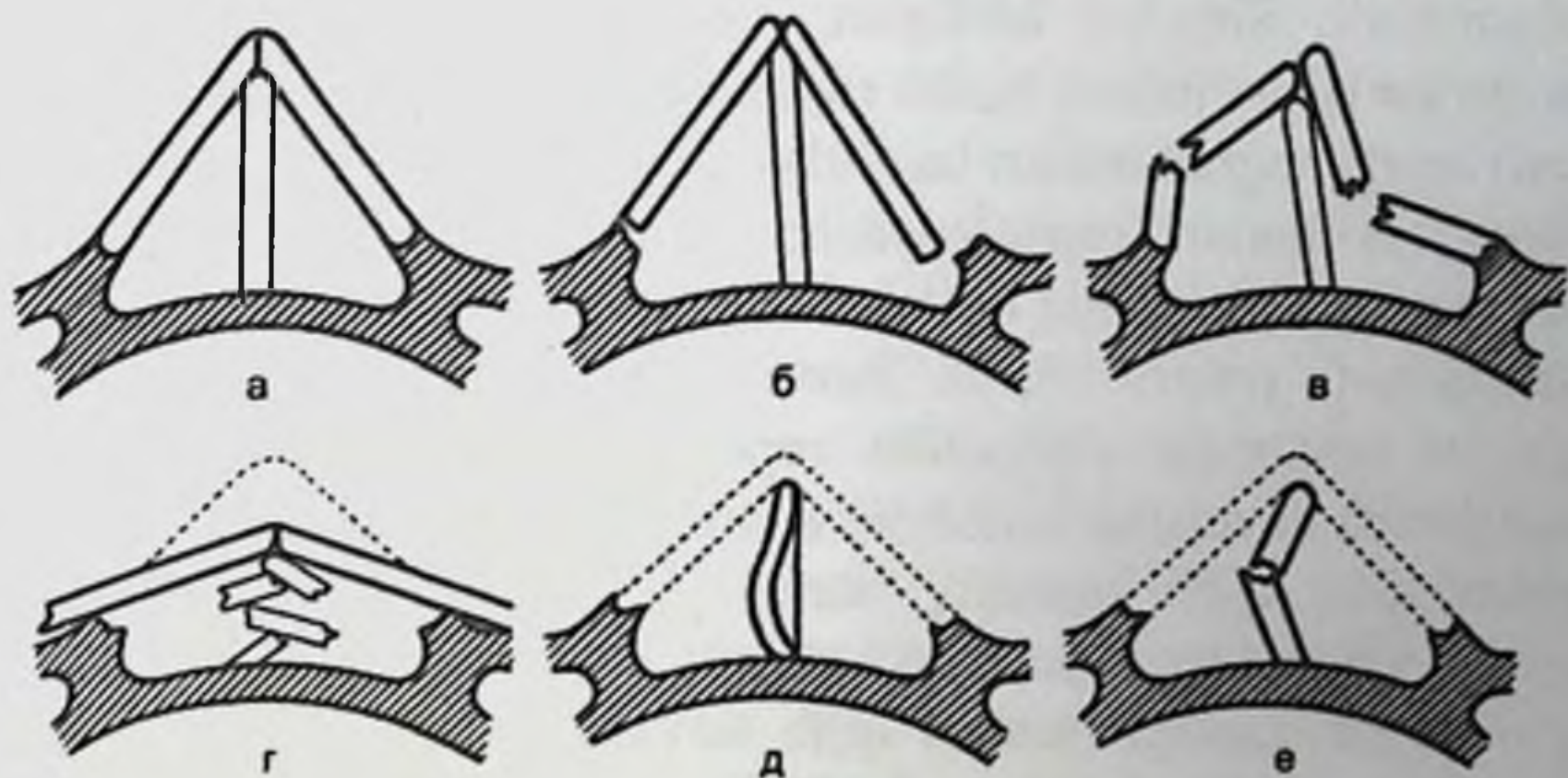
Maxsus parvarish – bu og'iz bo'shlig'ini parvarishlashdan iborat. Bemor behush holatida bo'lsa, unga sutkada kamida 2 marta tishlarini va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini soda etakridin, kaliy permanganat eritmalari bilan artiladi. Yura oladigan bemorlar og'iz bo'shlig'i parvarishini o'zlari bajaradilar. SHina qo'yilganidan keyin og'izni o'zini tozalanishi buziladi, shu sababli sutkada 8-10 martadan kam bo'lmagan og'iz bo'shlig'i irrigatsiyasi o'tkaziladi. Buning uchun stomatologik statsionarlarda antiseptik eritmasi idishibilan va individual foydalaniladigan steril poynaklar (nakonechnik) majmuasi uchun maxsus joy jihozlangan.

Og'iz bo'shlig'ini kichik bosim ostida yuvish samaraliroq bo'lib, buning uchun maishiy sifonni ishlatsa bo'ladi. Qillari qator oralab kesilgan tish cho'tkalaridan foydalanish mumkin. Muolaja davomiyligi– 5 minutdan bir kunda 3 mahal.

2.7. BURUN SUYAKLARI SINISHI

Burun suyaklari ko'pincha yon tomondan zarba bo'lganida sinadi, bunda siniq bo'laklari kuch ishlatilgan tomonda ichkariga siljiydi (o'rta chiziqqa) va tashqariga – qarama-qarshi tomonda. Zarba oldindan orqaga tomonga etkazilganida suyak chokidan burun suyaklari butunligi buzilishi, uni yuqori jag' peshona o'sig'i bilan alaqasi uzilishi, burun to'sig'i sinishi mumkin. Burun suyaklari sinishi burun chig'anoqlari va dimog' suyagini, yuqori jag' bo'shlig'i devorlarini, ko'z kosasi suyaklarini, kalla suyagi asosini kallani oldingi chuqurida sinishi bilan birga bo'lishi mumkin. Burun suyagi bo'laklari nafaqat ichkariga,

tashqariga, balki orqaga ham siljiydi. Burun belini qiyshayishi va yoyilishi hisobiga burun deformatsiyalanadi (rasm. 57).



Rasm 57. Burun suyaklari sinishi: a – normada; b – bir tomonlama yon qismini sinishi va bo‘lakni ichkariga siljishi; v – yon qismini ikki tomonlama sinishi, bo‘laklarni ichkari va tashqariga siljishi; g – burun to‘sig‘ini sinishi (ko‘p joyidan, bel qismini deformatsiyasi bilan; d – burun to‘sig‘ini qiyshayishi; e – burun to‘sig‘ini ko‘ndalang sinishi.

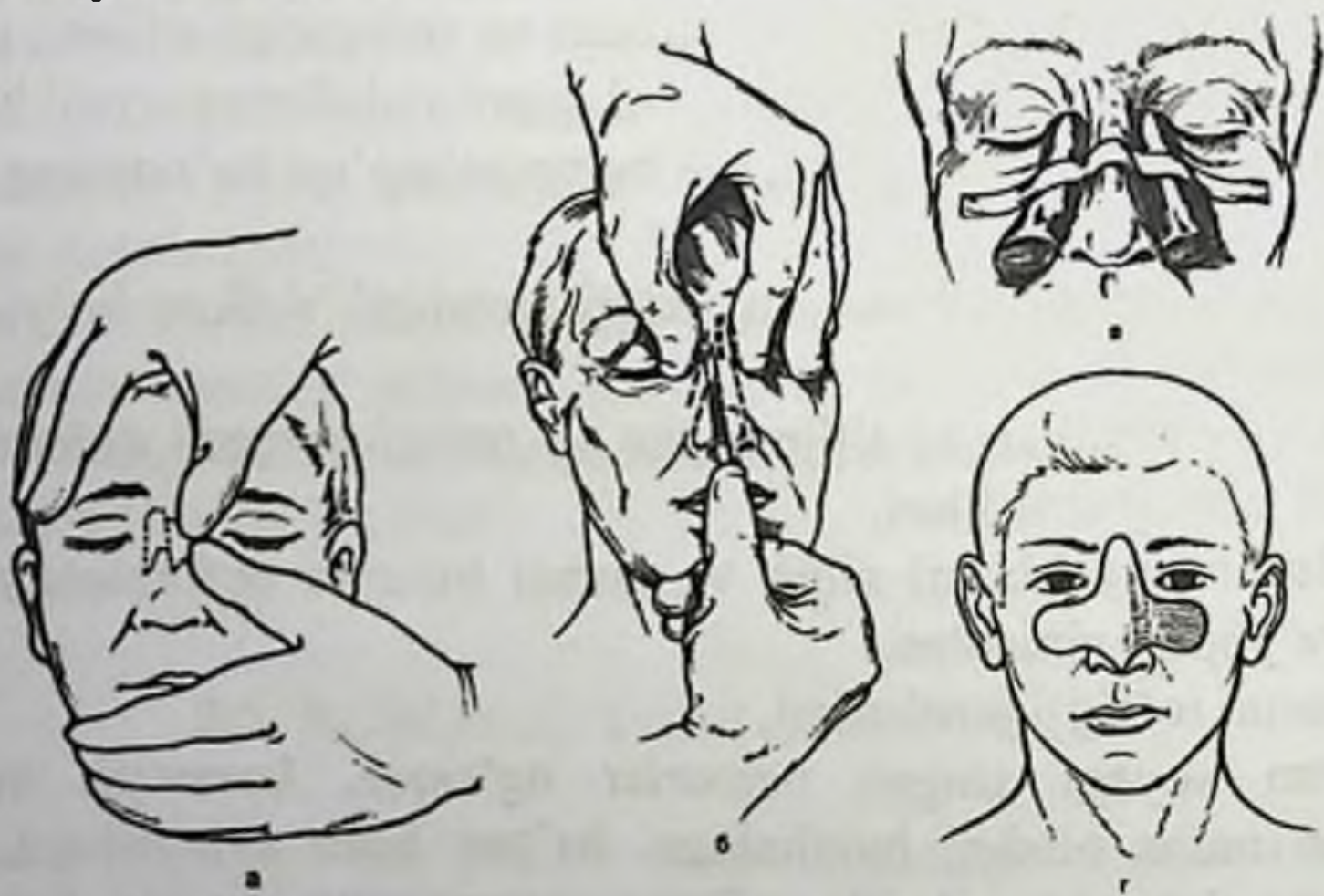
Klinik maqsadda burun suyaklari sinishini Volkov bo‘yicha qulay tasnifi isoblanadi:

- Burun suyaklarini siljimasdan va tashqi burunni deformatsiyasiz (ochiq va yopiq) sinishlari.
- Burun suyaklarini siljib va tashqi burunni deformatsiyasi bilan (ochiq va yopiq) sinishlari.
- Burun to‘sig‘i jarohatlari.

Burun suyagi singan bemorlar og‘riqqa, kosmetik nuqsonga, burundan nafas olishni buzilishiga, ba‘zan bosh aylanishiga, ko‘ngil aynashiga shikoyat qiladilar. Burun suyagining sinishi bosh miya chayqalishi bilan birga kechishi mumkin, shuning uchun jarohatni olingan vaziyatni va uning oqibatlarini sinchiklab aniqlash kerak. Etakchi belgilaridan biri – burundan qon ketishi. Bemor ko‘rilganida pastki qovoqqa tarqalgan yaqqol shishi, ba‘zida nafaqat tashqi burun teriosti asosida, balki yuqori va pastki qovoqlar kon‘yunktivalari sohasida qon quyilishi aniqlanadi. Ochiq sinishlarda burun usti teri qoplami butunligi buziladi. Palpatsiya suyak fragmentlarini harakatchanligini, siljigan suyaklarni o‘tkir qirrasini, notekisliklar

mavjudligini, krepitatsiyani; burun shilliq qavati yirtilganida – teriosti emfizemasini aniqlash imkoniyatini beradi. Yumshoq to‘qimalarni yaqqol ifodalangan shishi ba’zida burun suyaklari palpatsiyasini qiyinlashtiradi. Sinishni borligini, uni xarakteri va lokalizatsiyasini, suyak bo‘laklari siljishini burun suyaklarini ikkita proeksiyadagi (to‘g‘ri va yon) rentgenogrammalari tasdiqlashi mumkin.

Siniq bo‘laklari repozitsiyasini qo‘lni katta barmog‘ini suyakni bo‘rtib turgan joyiga siniq bo‘lakni siljigan tomoni qarshisiga bosib turib qilish mumkin (rasm. 58, a). Burun beli cho‘kib qolganida yoki yon sohalarini ichkariga siljiganida repozitsiya maxsus metall elevator, uchiga rezina naychalar kiritilgan Koxer qisqichi yordamida o‘tkaziladi. Asbobni aniq qilib umumiy burun yo‘liga kiritiladi va uchi bilan ichkariga siljigan fragmentlarni ko‘tariladi, bunda barmoqlar bilan ularni to‘g‘ri ko‘tarilganligi nazorat qilib turiladi (rasm. 58, b). Ba’zida bu o‘ziga xos qarsillash bilan kechadi. Agar yon tomonga siljish va cho‘kish bo‘lsa, avval endonazal yo‘l bilan ichkariga siljigan bo‘laklar ko‘tariladi, keyin burun beli o‘rta chiziqqa siljiriladi.



Rasm 58. Burun suyaklarini to‘g‘irlash va fiksatsiyalash. a – qo‘l barmoqlari yordamida tashqi usul; b – asbob yordamida burun ichi usuli; v – burun suyaklarini marlili yostiqlar (valiklar) bilan fiksatsiyalash; g - burun suyaklarini kollodiyli bog‘lam bilan fiksatsiyalash.

Siniq bo‘laklar repozitsiyasidan so‘ng burun yo‘llarini ko‘rish, burun chig‘anoqlari va dimog‘ suyagi holatini baholash kerak. Pastki burun yo‘liga burunhalqum ventilyasiyasini ta‘minlash uchun yodoforn

marlisi o'ralgan xlorvinil naychasi kiritiladi, umumiy burun yo'liga tampon 7-8 kunga kiritiladi. Eritilgan parafin shimdirilishi mumkin. Tashqaridan burun yon nishabiga marlili valik qo'yiladi va ularni yopishqoq plastir yoki kolloidli bog'lam bilan fiksatsiyalanadi (rasm 58, v, g). Ko'rsatma bo'lsa siniq bo'laklarini to'g'ri holatda ushlab turish uchun maxsus pelot qo'llanilishi mumkin.

O'z vaqtida o'tkazilgan davo yaxshi funksional va estetik natijalar beradi.

Burun suyaklarini ko'p - parchalanib sinishlarida miniplastina va minishuruplar yordamida osteosintez samarali bo'ladi.

Burun suyaklarini sinishlarida siniq bo'laklarini oldindan orqaga va vertikal siljishlari burun suyagi rentgenogrammalarida yoki kalla suyagi yon tomon telerentgenogrammalarida aniqlanadi. Burun suyaklari va burun to'sig'i frontal tekislikda siljishini aniqlash uchun kalla suyagini yarimaksial proeksiyada rentgen tasviri o'tkaziladi. To'g'ri va aksial proeksiyadagi KT-tekshiruvlari sinishni borligi va bo'laklar siljishi to'g'risida eng ob'ektiv axbortoni beradi.



Rasm 59. Kalla suyagi yon proeksiyadagi telerentgenogrammasi fragmenti. Siniq bo'laklari vertikal yo'nalishda siljigan burun suyaklari sinishi.



Rasm 60. Kalla suyagi yarimaksial proeksiyadagi rentgenogrammasi. Burun suyaklari ikki tomonlama sinishi, bo'laklar siljishi bilan.



Rasm 61. Burun suyaklari to'g'ri(a) va aksial(b) proeksiyadagi kompyuter tomogrammalari.

Nazorat savollari:

1. Burun suyaklari tuzilishini gapirib bering.
2. Burun suyaklari sinishi to'g'risida tushuncha.
3. Burun suyaklari jarohatlari statistikasi.
4. Burun suyaklari sinishlari tasnifi.
5. Burun suyaklari sinishlari mexanizmi to'g'risida nimani bilasiz?
6. Burun suyaklari sinisharini aniqlashdagi usullar.
7. Burun suyaklari sinishlari klinikasi.
7. Burun suyaklari sinishlarini davolash usullari.
8. Burun suyaklari sinishlari reabilitatsiyasi.

2.8. YONOQ SUYAGI VA YOYINING ALOHIDA SINISHLARI

Yonoq suyagi va yoyining sinishi sabablari maishiy, sport mashg'ulotlari, transport va ishlab chiqarishdagi jarohatlar hisoblanadi. Yonoq suyagi va yoyining sinishlari cho'zilish, siqilish va siljish mexanizmlari hisobiga bo'ladi. Bu ta'sir qiluvchi kuchning yo'nalishiga bog'liq holda turli siljishlarga olib kelishi mumkin: gorizontaal – vertikal; sagittal – vertikal, sagittal – gorizontaal.

Yonoq suyagi va yoyining quyidagi guruh sinishlari farq qilinadi: yonoq suyagini siljimasdan sinishi, siljib sinishi, yuqori jag' bo'shlig'ini devorlarini jarohati bilan; yonoq suyagi va yoyining bir vaqtda siljimasdan, siljib sinishi, yuqori jag' bo'shlig'ini devorlarini jarohati bilan (Nizova tasnifi). Siniq chizig'i tipik joylardan o'tishi mumkin: ko'zosti chokidan yonoqalveolya qirraga, peshona-yonoq bo'ylab (ko'z

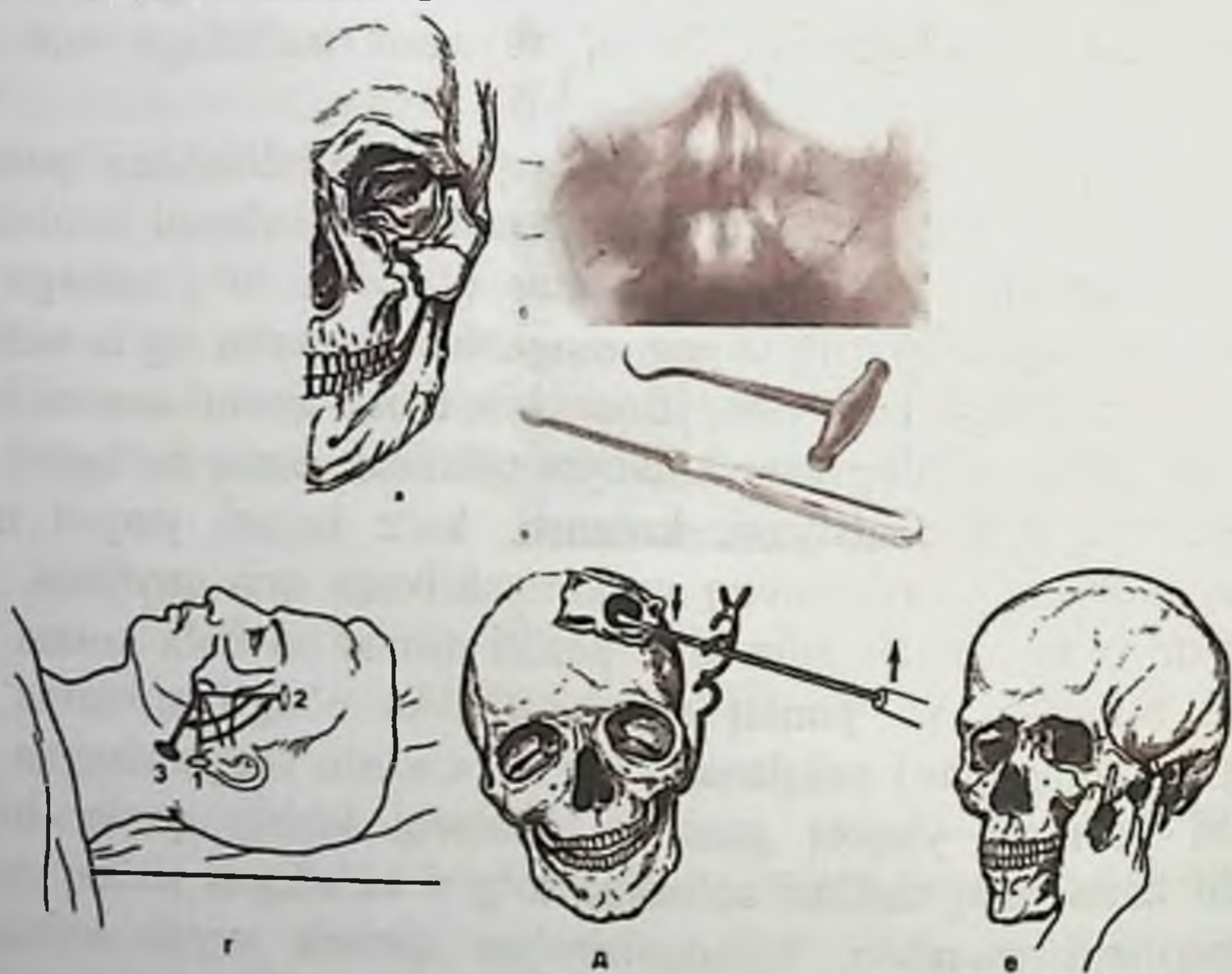
kosasi tashqi qirradi) va yonoqchakka choklari (rasm. 62, a). Ko'pincha siniq chizig'i suyak choklarida emas, balki qo'shni suyaklarda ham joylashadi.

Yonoq suyagi va yoyining sinishlari ochiq va yopiq, chiziqli va parchalangan bo'lishi mumkin. Paydo bo'lgan suyak bo'lagi yuza bo'ylab ko'pincha pastga, ichkariga va orqaga, kamroq – yuqoriga, ichkariga va orqaga siljiydi. Bo'lak o'qi bo'ylab aylanib qolishi mumkin. Chiziqli va parchalanib sinishlarda bo'lakni pastga siljishi yonoq suyagin yonidagi suyaklar bilan bog'liqligi buzilsa (yo'qolsa), shu jumladan peshona sohasida peshona – yonoq choki bilan bog'liqligi yo'qolganida yuzaga keladi. Sinishni klinik belgilari uni lokalizatsiyasiga, xarakteriga va siljish darajasiga bog'liq.

Yonoq suyagi sinishi ikkitali va uchtali bo'lishi mumkin. Bunday sinishlar ko'pincha bo'laklarni uchta o'qli – vertikal–sagittal–gorizontal siljishi bilan xarakterlanib, yonoq suyagini uzilishiga olib kelishi mumkin.

Yuqori jag'ga tarqaladigan yonoq suyagi sinishlari ponasimon suyak qanotini, ko'z kosasi pastki va tashqi devorlarini jarohati bilan birgalikda kechib, yonida joylashgan a'zo va to'qimalarga ta'siri bo'lmay qolmaydi. Yonoq suyagi singanida bemorlar og'iz ochilishini chegaralanganligiga, ko'z osti, yuqori lab, burun qanoti terisini uvushib qolishiga, ba'zan diplopiyaga shikoyat qiladilar. Siniq bo'lagini siljishi hisobiga yuz deformatsiyasi, ko'zosti, ko'z kosasi yuqori tashqari burchagi sohasi, pastki qovoq va konyuktivaga qon quyilishi, xemoz kuzatilishi mumkin. Ba'zida ko'z pastki qirradi va ko'z kosasi yuqori tashqari burchagi va yonoq suyagi chakka o'sig'i sohasida suyak bo'rtig'i («zinapoya») aniqlanadi. Og'iz ochilishi chegaralangan. Og'iz o'tuvchi burmasi yuqori gumbazi ikkinchi kichik qoziq, birinchi-ikkinchi katta oziq tishlari sohasiga to'g'ri keladigan shilliq qavatiga qon quyilishi mumkin. Yonoqalveolyar qirrada suyak «zinapoyasi aniqlanadi». Jarohat tomonidagi kichik oziq tishlar perkussiyasida bo'g'iq tovush eshitiladi. Keltirilgan belgilardan ba'zilari yuqori jag' sinishiga ham xarakterli, bu siniq chizig'ini yonoq suyagi anatomik chegarasidan tashqaridan o'tishiga bog'liq. Saggital proeksiyadagi rentgenogrammada (burun dahan ukladkasida) singan tomonda yuqori jag' bo'shlig'i tiniqligi pasayishi, ko'z kosasi pastki va tashqi qirralari butunligi buzilishi, yonoq suyagi chakka o'sig'i va yonoq alveolyar qirra butunligi buzilishi aniqlanadi (rasm 62, b).

Ikkitali va uchtali sinishi mumkin bo'lgan yonoq yoyi sinishlarida jarohatlanganlar asosan og'izni chegaralangan ochilishiga, ovqat chaynay olmaslikka yuz yon qismi deformatsiyasiga shikoyat qiladilar. Bu faqat yonoq yoyi siniq bo'lagini siljishi va toj o'sig'iga bosim hisobiga, balki chakka va chaynov mushaklarini jarohati bilan ham bog'liq. Tez kattalashadigan shish bilan niqoblanadigan yuz yumshoq to'qimalari cho'kkan joyda – yonoq ravog'i sohasida suyak bo'rtig'ini aniqlash mumkin. Og'iz ochilishi chegaralangan, og'riqli. Pastki jag' yon tomonga harakatlari qiyinlashgan. Pastki jag' shoxi tashqi yuzasi va yonoq ravog'i orasida barmoqni erkin o'tkazib bo'lmaydi. Aksial proektsiyadagi rentgenogrammada yonoq ravog'i deformatsiyasi, uning uzluksizligi buzilishi mumkin. Sodir bo'lganiga 10 kungacha bo'lgan sinishlar yangi, 11–30 sutkadagilari – eski va 30 sutkadan ortig'i – noto'g'ri bitgan yoki bitmagan sinishlar hisoblanadi.



Rasm 62. Yonoq suyagini sinishi: a – sinish sxemasi; b – rentgenogramma (strelkalar bilan ko'z pastki qirradi, yonoq suyagi peshona o'sig'i, yonoqchakka choki, yonoq alveolyar qirra siniq chiziqlari ko'rsatilgan); v – yonoq yoyi va yonoq suyagi siniq bo'laklari repozitsiyasi uchun Karapetyan elevatori va bir tishli Limberg ilmog'i; g – bir tishli Limberg ilmog'i bilan yonoq suyagi sinig'ini og'iz tashqarisi usuli bilan to'g'irlash: 1 – teri teshiladigan joyi, 2 – ilmoq dastasi yuqoriga 90° yuqoriga burilgan d – Malanchuk–Xodorovich apparati

bilan yonoq suyagini to'g'irlash; e – Karapetyan elevatori bilan to'g'irlashni og'izichi usuli.

Davolash. Yangi sinishlarda (jarohat olinganidan 10 kungacha) davolash noperativ va operativ, eski sinishlarda (11- kundan keyin) – faqat operativ. Yangi, siniq bo'laklari siljimasdan sinishlarda konservativ davo: harakatsizlik, siniq sohasiga jarohatdan keyingi birinchi 2 sutkaga sovuq, (muz bilan pufak 10-15 minutdan kuniga 5-6 marta). Suyuq ovqat iste'mol qilish, yonoq sohasiga bosmaslik, 10-12 sutkaga og'izni ochishni chegaralash tavsiya etiladi.

Siniq bo'laklari repozitsiyasiga ko'rsatmalar: og'iz ochilishini va pastki jag' yon tomon harakatlarini chegaralanishi, kosmetik etishmovchilik (yuzni deformatsiyasi), ko'zosti va yonoq nervlari innervatsiyasi sohalarida og'riq sezgisini yo'qolishi, diplopiya.

Siniq bo'laklarni to'g'irlash nooperativ(to'qimalarni kesmasdan) va operativ (to'qimalarni kesish, teshish, suyak bo'laklarini yalong'ochlash) yo'llari bilan o'tkaziladi. Repozitsiyani jarohat olingandan keyin ertaroq o'tkazish afzal. Katta siniq bo'laklarini to'g'irlaganda, ularga qo'shimcha fiksatsiyani zarurati yo'q. Mayda bo'lakli sinishlarda qo'shimcha mahkamlash kerak.

Jarohat olingandan 3 sutka o'tmagan bo'lsa va yonoq suyagi yopiq sinishlari oson to'g'irlanadigan bo'lsa nooperativ davo o'tkazish mumkin. SHifokor ko'rsatkich barmog'ini yuqori o'tuv burmasining orqa qismiga kiritadi va siljishni qarama-qarshi harakat qilib yonoq suyagi (ravog'i) to'g'irlanadi. Boshqa qo'l barmoqlari bilan tashqaridan bo'laklarni to'g'ri turganligi nazorat qilinadi. Marli o'ralgan metall shpateldan foydalanish mumkin. Agar bu usulda siniq bo'laklarini to'g'irlashni iloji bo'lmasa operativ usullar qo'llaniladi.

Xirurgik usullar orasida eng ko'p tarqalgan usul bir tishli Limberg ilmog'ini qo'llaydigan Limberg usuli bo'lib, (rasm. 62, v), bunda og'izdan tashqari yo'l bilan yonoq suyagi va yoyi bo'laklarini repozitsiya qilish imkonini beradi (rasm. 62, g).

Keen usuli yonoq suyagini yuqori jag', peshona va chakka suyaklaridan uzilganida qo'llaniladi. Yuqori jag' o'tuv burmasi shilliq qavati yonoqalveolyar qirra orqasida kesiladi. Yara orqali maxsus elevator siljigan suyak ostiga kiritiladi, keyin yuqoriga va tashqariga harakat qilingan harakat bilan uni to'g'ri holatga qo'yiladi.

Yonoq suyagi va yoyini og'izichi usuli repozitsiyasi uchun I. S. Karapetyan maxsus asbob taklif qilgan (Karapetyan elevatori).

Mahalliy og'riqsizlantirishdan so'ng o'tuv burmani yuqori distal qismida uzunligi 1 sm kesuv o'tkaziladi. Kesuv orqali Karapetyan elevatori jarohatlangan suyak ostiga kiritiladi. Chap qo'l barmoqlari yonoq sohasi cho'kkan joyiga kiritiladi va suyak to'g'ri holatga kelgunicha elevator bilan suyak tashqariga ko'tariladi (rasm. 62, e).

Yonoq suyagi va yoyini to'g'irlash zarurati bo'lganida Keen operativ usuli qo'llaniladi va Karapetyan elevatori, Mamonov retraktori bilan suyak bo'laklari repozitsiya qilinadi. Jarohat olishda yuqori jag' devorlari butunligi buzilgan bo'lsa Dubov usuli qo'llaniladi. Yuqori jag' oldingi devori sohasida shilliq qavat kesilganidan keyin, uning devorlari va ko'z kosasi tubi repozitsiya qilinadi. Operatsiya yuqori jag' bo'shlig'i burun bo'shlig'i bilan pastki burun yo'lida sun'iy apertura hosil qilish bilan yakunlanadi.

Keyingi 10–15 yillarda sim choki, mini–plastinalar va mini–vintlar bilan osteosintez operatsiyasi keng qo'llanilmoqda.

O'z vaqtida yordam ko'rsatilsa asoratlar kuzatilmaydi. Bemor kech murojat qiladigan bo'lsa yuzni turg'un shakl buzilishi, pastki jag', kontrakturasi, yuqori jag' surunkali sinusiti, frontit yoki yuqori jag', yonoq suyagi osteomieliti rivojlanishi mumkin.

Funksional buzilishlar bo'lmasa va sinishga 1 yildan ortiq vaqt o'tgan bo'lsa kosmetik nuqsonni bartaraf etish uchun kontur plastikasi o'tkazish maqsadga muvofiq bo'ladi. Pastki jag' funksiyasi buzilgan va jarohatga bir yildan oshgan bo'lsa pastki jag' toj o'sig'i yoki yonoq ravog'i osteotomiyasi o'tkazilishi kerak.

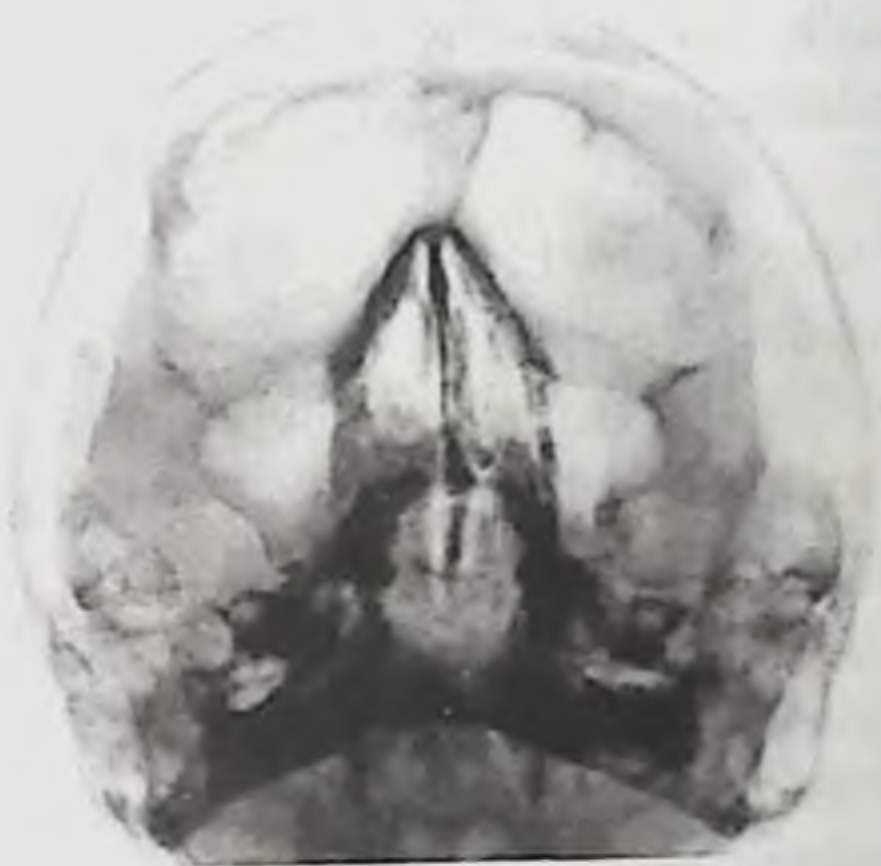
Yonoq suyagi sinishlarini xirurgik usulda davolashlarda vaqtincha mehnatga layoqatsizlik 15–20 kunni, yuqori jag' oldingi devori jarohatlarida 18–22 kunni tashkil etadi.

Og'ir jismoniy ish bilan shug'ullanadiganlar mehnatga layoqatsizligi 28–32 kunni tashkil qiladi. Reabilitatsiya davolashni fizik usullarini va qolgan shakl buzilishlarini plastik usul bilan bartaraf qilishni o'z ichiga oladi.

Yonoq suyagi va yoyi alohida sinishlari, hamda siniq bo'laklarini vertikal va frontal yuzalarda siljishi kalla suyagi yarimaksial rentgenogrammalarida aniq ko'rinadi. Kalla suyagi to'g'ri va aksial kompyuter tomogrammalarida suyak siniq bo'laklarini turli yo'nalishlarda siljishi kuzatiladi. Yuz suyaklari siljishi to'g'risidagi aniq-ravshan ma'lumotni MSKTni uch o'lchamli rekonsstruktiv tasviri beradi.



Rasm 63. Kalla suyagi yarim aksial proeksiyadagi rentgenogrammasi. Chap tomon yonoq suyagi vertikal siljish bilan alohida sinishi.



Rasm 64. Kalla suyagi yarim aksial proeksiyadagi rentgenogrammasi. Chap tomon yonoq yoyi siljish bilan alohida sinishi.

.Nazorat savollari:

1. Yonoq suyagi sinishlari tasnifi.
2. Yonoq yoyi sinishlari tasnifi .
3. Yonoq suyagi va yoyi sinishlari mexanizmi to'g'risida nimani bilasiz?
4. Yonoq suyagi sinishlari diagnostikasi.
5. Yonoq yoyi sinishlari diagnostikasi
6. Yonoq suyagi va yoyi sinishlari klinikasi
7. Yonoq suyagi va yoyi sinishlari davolash usullari.
- 8 Yonoq suyagi sinishlarin reabilitatsiyasi.
9. Yonoq yoyi sinishlari reabilitatsiyasi.

2.9. JAG'-YUZ SOHASI BIRGALIKDAGI VA KO'P MIQDORDAGI JAROHATLARI. KALLA VA MIYA JAROHATLARI

Birgalikdagi jarohat – bu tananing ikki va undan ortiq anatomik sohalarini bir vaqtdagi jarohatlaridir.

JYUJ va KMJ birgalikdagi jarohatlari har doim jarohatlarni o'zaro og'irlashtirishga olib keladi. Bunda ko'pincha infeksiya, gemorragik asoratlari, hayotiy muhim tizimlar funksional buzilishi kuzatiladi. Jarohatdan avvalgi kompensirlangan hamroh kasalliklar dekompensatsiya bosqichiga o'tadi. Bularni orasida o'pkani surunkali obstruktiv kasalliklari (bronxial astma, bronxoektatik kasallik, pnevmoskleroz); surunkali koronar etishmovchilik, yurakda o'tkazilgan operatsiyadan keyingi etishmovchilik holati buyraklar surunkali kasalliklari, shuningdek doimiy gemodializdagi bemorlar; qandli diabet) jiddiy xavf tug'diradi.

BMYOJ yopiq, ochiq va teshib o'tuvchilarga bo'linadi.

Miya jarohatlari turlariga ko'ra miyani chayqalishi, lat eyishi (engil, o'rta va og'ir darajalar) va ezilishga bo'linadi [Lebedev V. V., Krilov V. V., 2007]. BMYOJ va boshqa to'qimalarning birgalikdagi jarohatlari barcha jarohatlarning 43 % ni tashkil etadi.

Kalla suyagi yuz qismi suyaklari jarohatlari bosh miya chayqalishi bilan birga bo'lishi mumkin. Bosh miya chayqalishi uchun xarakterli: – bosh og'rig'i, bosh aylanishi, quloqlarda shovqin; – ko'ngil aynash, qusish; – gemodinamikani, nafas olishni, buzilishi, qisqa muddatga hushidan ketish; – tormozlanish, yomon uyqu.

Bu simptomlar engil, o'rta va og'ir darajada bo'lib, ko'proq bosh miya lat eyishida kuzatiladi.

Bosh miya lat eyishi quyidagi simptomlar bilan xarakterlanadi:

20 minutdan 1 soatgacha hushini yo'qotishi; – bosh og'rig'i, bosh aylanishi, quloqlarda garanglik va shovqin; – ko'ngil aynashi, qusish; – retrograd, kongrad, anterograd amneziya; – gemodinamikani buzilishi (qon bosimni pasayishi, bradikardiya); – meningeal simptomlar.

Bosh miyani o'rta darajadagi lat eyishida sanab o'tilgan simptomlar ko'proq ifodalangan bo'ladi.

Bosh miya og'ir darajadagi lat eyishi engil va o'rta og'irlikdagi lat eyishlarda sanab o'tilganlardan tashqari, quyidagilar bilan ham xarakterlanadi: – chuqurroq hushidan ketish; – hayotiy muhim

funksiyalarni buzilishi; – nevrologik, shu jumladan meningeal buzilishlar darajasini oshishi.

Jag'-yuz va kalla-miya jarohatlari miyaichi gematomalari rivojlanishi bilan xarakterlanadi. Ular 9,7 % ni tashkil etadi va epidural gematomalar (EDG) – 2,5 %, subdural gematomalar (SDG) – 4,3 %, subaraxnoidal qon quyilishlari (SAK) – 5,3 % nevrologik buzilishlar chuqurlashish ehtimolini oshiradi. Miyaichi qon quyilishlari 6,3 % ni tashkil etadi. Ular kalla suyagi ichki yuzasida miya qattiq pardasida joylashishi mumkin. Gematoma ko'pincha chakka, ensa, peshona sohalarida bo'lishi, hamda ular birgalikda kelishi mumkin. Gematomani o'lchamiga bog'liq holda – katta- kichikligiga ko'ra miyani ezilishi kuzatilishi mumkin.

Miya moddasida joylashgan miyaichi gematomalarini tashxislash qiyin. Ularni simptomatikasi gematomani lokalizatsiyasiga bog'liq va VII, XII juft miya nervlari parezi, sezuvchanlik innervatsiyasi buzilishi kabi o'choqli zararlanish bilan xarakterlanadi.

Burun, ko'z kosasi, g'alvirsimon suyaklarni sinishi. Bunday sinishlar yuz o'rta qismi suyaklari, ko'z kosasi tubi, peshona suyaklarini sinishida kuzatiladi. Ular ko'pincha bosh suyagi o'rta chuqurligi sinishlarida birga keladi

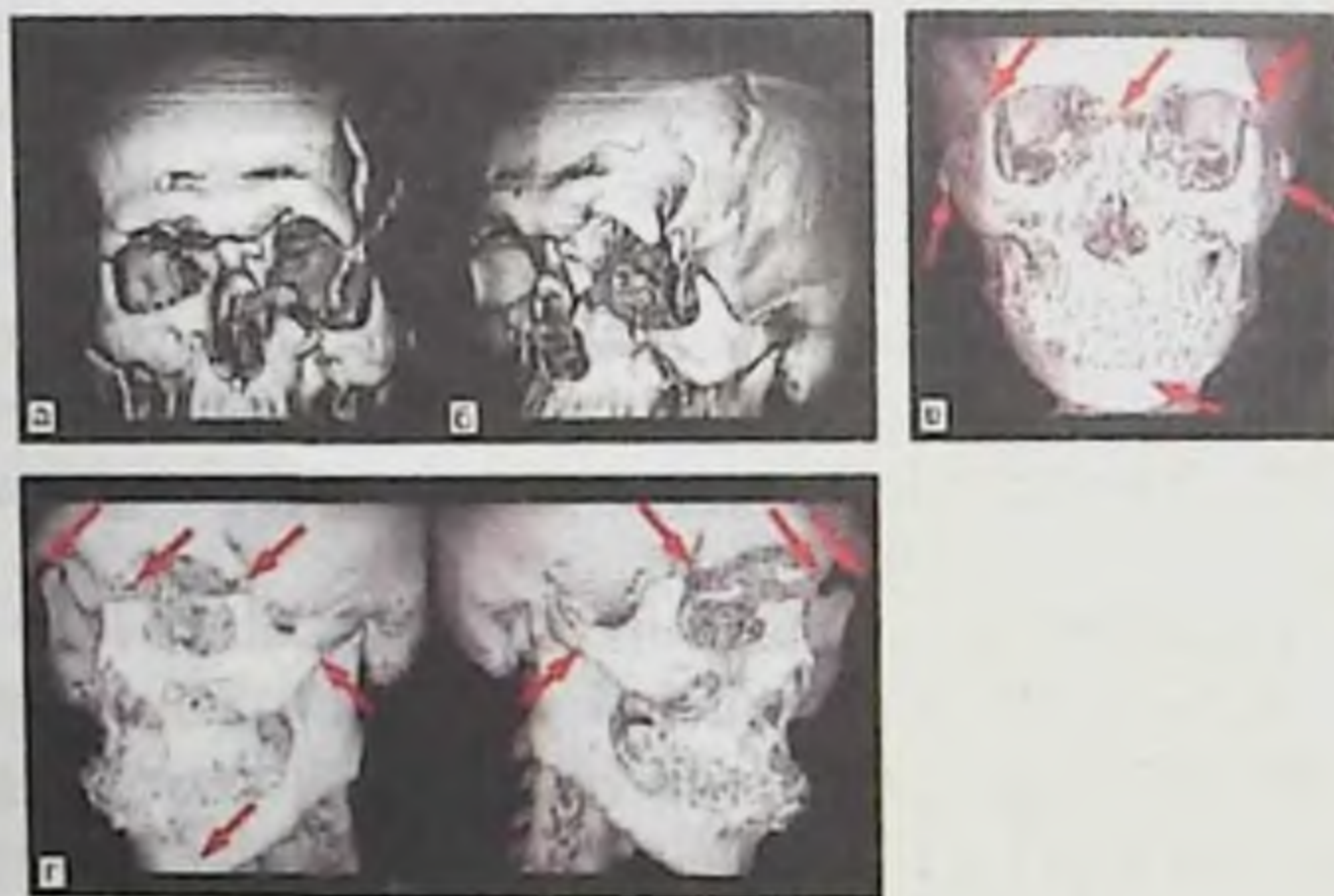
III tip – ko'z kosasi medial devori suyagi sinishlari.

Klinik ko'rinishi burunorbital – etmoidal soha, burun to'sig'i deformatsiyasi bilan xarakterlanadi, burun beli pastga siljigan. Ko'z yoshi oqishi, ko'z yorig'i gorizonta yo'nalishda deformatsiyalangan, qovoqlar shishi va qirralari bo'shashishi kuzatiladi.

Tashxis klinik ko'ruv, turli proeksiyadagi rentgenologik ma'lumotlar, tomografiyalar va RKT asosida qo'yiladi (rasm. 65). Tekshiruvdan hamda neyroxirurg, okulist va otorinolaringolog xulosasidan keyin burunorbital – etmoidal soha shakl va funksiyasini va umuman yuz estetikasini tiklash uchun davolash taktikasini nazarda tutgan reja aniqlanadi. Burun va ko'z kosasi nosimmetrik deformatsiyalari suyak bo'laklarini to'g'ri holatga siljitib, ularni fiksatsiyalash bilan amalga oshiriladi.

Bemorni umumiy ahvolini hisobga olib xirurgik davo amalga oshiriladi. Uni erta vaqtlarda o'tkaziladi va u quyidagilardan iborat bo'ladi – suyak bo'laklarini repozitsiyasi va fiksatsiyasi; – pastki jag', kalla suyagi gumbazi yoki boshqa suyak autotransplantatlaridan foydalanib orbita medial devorini plastik tiklash; – ko'z yoshi tizimini

tiklash ko'z; - yorig'i ichki burchagi plastikasi. Yuz suyaklari birgalikdagi jarohatlarida bemorni holatini hisobga olib suyaklarni repozitsiyasi va fiksatsiyasi jarohatlanganlar stasionarga kelib tushishini birinchi bosqichlarida suyaklarni repozitsiyasi va ularni fiksatsiyasi radikal hal qilinishi qilina olmasligi va vaqtinchalik xarakterga ega bo'lishi mumkin. Xirurgik davoni ma'lum bir muddatdan keyin o'tkaziladi. U peshona- g'alvirsimon kompleksga burun bel qismidagi to'qimalar yorig'i orqali yoki burun nishabi bo'ylab N-simon, yoki W-simon kesuv bilan amalga oshiriladi. Oxirgi kesuv qoshdagi ikki tomonlama kesuvlar bilan biriktiriladi. Qavatma-qavat peshona suyagi plastinkasi ochiladi va burun suyagi, g'alvirsimon suyak, orbita reviziya qilinadi, shundan so'ng suyaklar to'g'ri holatga qo'yilib fiksatsiyalanadi.



Rasm 65. 3D formatdagi KT. YUzni o'rta va yuqori sohalari ko'plab sinishlari. a, b – yuz suyaklarini anfas va profil proeksiyadagi sinish chiziqlari [Stuchilov V. A., 2004]; v, g – yuz suyaklarini uch proeksiyadagi sinish chiziqlari [Robustova T. G., Shalumov A. 3., Knylov V. V., 2010].

Yuz-jag' sohasi ko'plab jarohatlarida tashxis qo'yish uchun avvalgi bo'limlarda keltirilgan rentgenologik usullardan foydalaniladi. Yuz-jag' va kalla miya birgalikdagi jarohatlarida kalla suyagi miya qismi suyaklarini jarohatlarini aniqlashda boshqa rentgen tekshiruv usullariga nisbatan KT ma'lumotlariga teng keladigani yo'q. Klinik ko'rsatmalarga mos ravishda KT ga qo'shimcha ravishda miya MRT si o'tkaziladi .



Rasm 66. Jag'-yuz va kalla-miya birgalikdagi jarohati bor bemor MSKT tasviri uch o'lchamli rekonstruksiyasi. Kalla suyagi yuz suyaklari o'ng tomon yuqori va o'rta qismlari, pastki jag' ikki tomoni, miya asosi travmatik jarohatlari, peshona suyagi nuqsoni. Metall miniplastinalar pastki jag'ni ikki tomonidan, yuz o'rta qism o'ng tomon suyaklarini fiksatsiyalaydi.



Rasm 67. Kalla suyagi MSKT tasviri uch o'lchamli rekonstruksiyasi. Kalla suyagi yuz qism yuqori va o'rta sohalari sinishi.

Nazorat savollari:

1. Birgalikdagi jarohat nima?
2. YUJS birgalikdagi jarohatlarida qanday funksiyalar buziladi?
3. YUJS birgalikdagi jarohatlarida klinik kechish xususiyatlari
4. YUJS birgalikdagi jarohatlarida rentgen tekshiruv usullari?
5. Birgalikdagi jarohatlarda yuz yaralariga xirurgik ishlov berish tamoyillari?
6. YUJS birgalikdagi jarohatlarida malakali yordam berish xususiyatlari
7. YUJS birgalikdagi jarohatlarida maxsus yordam?
8. Birgalikdagi jarohatlangalarga tibbiy va ijtimoiy-mehnat rehabilitatsiyasi?

3-BO'LIM

3.1. YUZ VA YUZ SUYAKLARI O'Q OTISH QUROLIDAN BO'LGAN JAROHATLARI

O'q otish qurolidan bo'lgan jarohatlarni organizm hayotiy muhim a'zolari muhim funksiyalarini og'ir buzilishi deb qarash mumkin. O'q otish qurolidan bo'lgan jarohatlar: o'qli, snaryad parchasi, sharikli, nayzasimon bittali alohida, ko'plab alohida, birgalikda alohida, birgalikda ko'plab bo'lishi mumkin. Bir vaqtda yuz beradigan va etakchi birgalikdagi jarohatlar farq qilinadi.

YUqori tezlikka ega snaryadlardan yuzaga keladigan o'q otish qurolidan bo'lgan jarohatlar yumshoq va suyak to'qimalari nuqsoni bilan xarakterlanadi. To'qimalarni buzilish darajasi ularni elastikligiga, mustahkamligi va strukturasi, olingan kinetik energiya miqdoriga bog'liq. SHundan kelib chiqib mushak butunligi buzilgan, uni yopib turuvchi fassiya esa butun bo'lishi mumkin. Tishlar va suyaklar portlash ta'sirida buziladi, chunki ular, o'q yoki snaryad parchasiga katta qarshilik ko'rsatadi va ko'p energiya yutib, ikkilamchi jarohatlovchi snaryadlar shakllantiradi.

O'q yoki snaryad parchalari sabab bo'lgan teshib o'tuvchi jarohatlar (36,5–47,4 %) og'ir hisoblanadi. Snaryad parchalari kinetik energiyasi qancha ko'p bo'lsa, to'qnashadigan to'qimalarga shu energiyani beradi va shunchalik kattalikda ularni butunligini buzadi. Kirish teshigi kichik bo'lib, chiqish teshigi br necha o'n barobar katta bo'lishi mumkin. To'qimaichi portlashi natijasida yara kanali bo'ylab va undan uzoqroqda ham to'qimalarni katta buzilishi yuzaga keladi.

Ko'r yaralar (36,6–46,2 %) ko'proq snaryad parchalari, kamroq o'qlardan paydo bo'lib, yakka yoki ko'plab bo'lishi mumkin. Mayda parchali ko'plab ko'r yaralarda yuzni xunuklashishi turg'un bo'lish ehtimoli bor. Ko'r yaralarni ma'lum bir qismini engil darajadagilarga kiritadilar, ammo bu yaralar yot jismni miya asosi, katta qon tomrlari, yutqin, traxeyaga yaqin joylashib, og'ir asoratlarga olib kelishi mumkin.

Snaryad parchalari kechki qon ketish, mediastinit, meningit, miya absessi rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin. Shu sababli yot jism qaerda joylshgani aniqlanguncha ko'r yaralar potensial og'ir bemorlar guruhiga kiritiladi.

Ko'r yaralarni diagnostikasida anamnez ma'lumotlaridan (yoki tibbiy hujjatlardan) foydalaniladi, yara kanali taftish qilinadi, snaryad

parchasi taxmin qilinayotgan joy palpatsiyalanadi, yara zond bilan tekshiriladi, punksiya, fistulografiya, vulnerografiya qilinadi. Snaryad parchalarini olib tashlashga ko'rsatmalar: snaryad parchalari katta qon tomiriga, yutqin, halqum, yutqin yoni yoki yutqinorti sohada joylashgan bo'lsa, yot jismga bog'liq o'tkir yallig'lanish o'chog'i mavjudligi. Funktsional buzilishlar chaqiruvchi snaryad parchalari (so'zlashuv, nafas olish, yutinish va b.), olib tashlanishi kerak.

Yuzni tegib o'tuvchi yaralari (14,4–19,5 %) o'qlar, snaryad parchalaridan etkaziladi va teshib o'tuvchi yoki ko'r yaralarga nisbatan birmuncha engil hisoblanadi. Burun, dahan uzilishi yoki to'qimalarni katta nuqsoni shakllanishi bilan kechadigan jarohatlar bundan istisno. Jarohatlovchi snaryad yoki o'q butun yara bo'ylab yuz to'qimalarini yorib tashlaydi. Chuqurligi va uzunligi turlicha. Yara qirralari tishli(festonli), majaqlangan yoki ezilgan bo'lishi mumkin. Yara ba'zan portlovchi modda zarralari bilan ifloslangan bo'ladi. Tegib o'tuvchi yaralar ba'zida chopilgan, kesilgan yaralarni eslatadi. Bunday jarohatlarda teshib o'tuvchi va ko'r yaralarga nisbatan asoratlar kam uchraydi.

Yuzni o'q otish qurolidan bo'lgan jarohatlari xususiyatlari jag'-yuz sohasida sezgi a'zolarini, so'zlashuv, yuqori nafas yo'llari, ovqat hazm qilish a'zolarining boshlang'ich qismi joylashuvi bilan aniqlanadi. Xarakteri va jarohatlovchi qurolni turi bir xil bo'lgan yuqori va pastki jag' jarohatlari klinik kechishi bir xil emas va bir xil natija bilan tugamaydi. Bu jag'lar suyak strukturasi tuzilishiga bog'liq. Pastki jag' baquvvat (qalin) bo'lganligi sababli yuqori jag'ga nisbatan kinetik energiyani ko'proq yutadi va mayda hamda yirik bo'laklar shaklida parchalanadi, ular ikkilamchi jarohatlovchi snaryadlarga aylanishi mumkin.

Yuzni o'qotish qurolidan jarohatini og'irligi va so'zlashishni buzilishi jarohatlanganni emotsional-ruhiy holatiga jiddiy ta'sir qilib, ba'zida o'ziga suiqasd qilish sababi ham bo'ladi.

Yuz va jag' sohasi jarohatlari klinik kechishi boshqa anatomik sohalar xuddi shunday jarohatlaridan farq qiladi. Jarohatlanishni birinchi soatlarida yara kanali sohasida to'qimalarni birlamchi nekrozi aniqlanadi, va qon tomirlari hujayralari o'limi hisobiga vaqtinchalik pulsatsiyalanadigan bo'shliq paydo bo'ladi, bu erda yon gidrodinamik kuchlar rivojlanadi.

To'qimalar tizimini molekulyar (molekulyar chayqalish) darajadagi jarohati ikkinchi zonani - ikkilamchi nekrozni paydo qiladi. Bunga

parabioz zonasi, keyinchalik zararlanmagan to'qima tutashadi bu erda 1- sutkada klinik jihatdan aniqlanmayotgan yallig'lanish jarayoni rivojlanadi.



Yuzni infitsirlangan jarohatlari boshqa sohalar yaralariga nisbatan qisqa muddatlarda kechadi. Yuz yumshoq to'qimalari shishi jarohatdan keyin yaqin soatlarda paydo bo'ladi. To'qimalar infiltratsiyasi keyinchalik yiringli yallig'lanish bilan 2-3- sutkalarda rivojlana boshlaydi va 12 sutkagacha davom etib, yarani tozalanishi bilan tugaydi. 4-5- kuni yarada granulyasion to'qima aniqlanadi 5-6-kundan boshlab tirik va o'lgan to'qimalar chegarasini aniqlash mumkin. 8-9-kuni katta bo'lmagan yaralarda faol granulatsiyalanishni ko'rish mumkin, bu ikkilamchi erta chok qo'yishga asos bo'ladi. Yaralarni granulatsiyalanishi va chandiqlanishi ularni o'lchamlaridan kelib chiqib 4 haftagacha davom etishi mumkin.

Yuz suyaklari o'q otish qurolidan bo'lgan jarohatlar ikkinchi jahon urushida 59,8 % jarohatlanganlarda, ya'ni yuz yumshoq to'qimalari alohida jarohatlaridan 1,5 ko'proq kuzatilgan. Afg'on urushi davrida yuz suyaklari o'q otish qurolidan bo'lgan jarohatlar 62,2 % ni tashkil etgan.

O'q otish qurolidan bo'lgan sinishlar o'qotish qurolidan bo'lmagan sinishlardan bir qator xususiyatlari bilan farqlanadi. Ular har doim ochiq, chunki atrof yumshoq to'qimalar jarohati bilan birga kechadi; jarohatlovchi snaryad suyak bilan bir-biriga tegish joyida yuzaga keladi. Bir vaqtda qaytarilgan (aks) sinishlari bo'lishi mumkin. Bunday sinishlar ko'pincha parchalangan, ba'zida suyak nuqsoni bilan va istisno tariqasida chiziqli bo'ladi (rasm. 68).



Rasm 68. Yuz suyaklari o'q otish qurolidan bo'lgan jarohatlari. a – pastki jag'da; b - yuqori jag'da; v – yuqori va pastki jag'larda.



Rasm. 69. O'q otish qurolidan bo'lgan jarohatlar va yuzni kuyishi; a- yuzni o'rta va pastki uchdan bir qismi o'q otish qurolidan bo'lgan jarohatlari va boshni kuyishi; b – yuzni o'rta qismi o'q otish qurolidan bo'lgan jarohatlari va boshni kuyishi.

O'q otish qurolidan bo'lgan sinishlarda jarayonni kechishi o'q otish qurolidan bo'lmagan jarohatlarga nisbatan og'irroq kechadi (rasm. 69).

Pastki jag' o'q otish qurolidan bo'lgan sinishlari. Pastki jag' jarohatlarida Kabakov (1951) tasnifi qabul qilingan. Sinishlar har doim suyak ichida o'tadigan pastki alveolyar nerv va unga yaqin boshqa nervlarni zararlanishi bilan birga kechadi. Bir tomonlama sinishlarda paydo bo'gan pastki jag' suyak parchalari ikkilamchi jarohatlovchi snaryadlar rolini o'ynab qarama-qarshi tomonni jarohatlashi mumkin. Pastki jag' o'q otish qurolidan bo'lgan jarohatlarida bir vaqtni o'zida chiziqli, parchalangan va teshikli sinishlar yuzaga kelishi mumkin. Ushbu birgalikda uchrashlar boshqa suyaklar sinishlarida ham kuzatilishi mumkin. Ikkinchi jahon urushi davrida pastki jag' o'q otish qurolidan bo'lgan jarohatlarida 30 % ga yaqin yaradorlarda hushidan ketish, 0,7 % da karaxtlik aniqlangan. Afg'on urushi davrida bu ko'rsatkichlar yuqorida keltirilgan ko'rsatkichlardan farq qilib, tegishli ravishda 33,7 va 6,3 % ni tashkil etdi. Bosh miyani chayqalishi 19,6 %, uni lat eyishi – u 5,2 % pastki jag' jarohatlari borlarda aniqlangan. Afg'on urushi davrida pastki jag' o'q otish qurolidan bo'lgan jarohatlari yuz skleti barcha jarohatlarning 37,8 % ini tashkil etgan.

Afg'on urushi davrida pastki jag' birnechta qismini bir vaqtdagi jarohatlari 38,5 % yaradorlarda kuzatilgan. Yakka (bir joyidan) sinishlar pastki jag' tanasi (30,3 %), burchagi (10,7 %), shox qismida (11,8 %) ni tashkil etgan. 54,6 % pastki jag' o'q otish qurolidan sinishlari nuqson yoki uni to'liq ochilib ketishi bilan kuzatilgan.

Pastki jag' o'q otish qurolidan sinishlari ko'pchilik hollarda og'iz bo'shlig'i bilan aloqada bo'ladi. Faqat ba'zi pastki jag' shoxi va tanasi asosidagi o'q otish qurolidan bo'lgan jarohatlar og'iz bo'shlig'iga teshib o'tmaydi. O'rta chiziqdan uzoqroq joylashgan sinishlar noqulayroq kechadi. Pastki jag' o'q otish qurolidan sinishlarini asosiy turlari mayda parchalangan va suyak nuqsoni ko'rinishida; juda ham kam hollarda

chiziqli, chetidagi, teshikli va b. bo'ladi. Ko'rsatib o'tilgan sinishlarni turlari o'zaro qo'shib kelishi mumkin. Pastki jag' o'q otish qurolidan sinishlarida nafas olish, chaynash, yutinish funksiyalari, talaffuz buziladi.

Ko'proq pastki jag'ni teshib o'tuvchi (44,7 %), ko'r (38,9 %), kamroq – chetidagi jarohatlari kuzatilgan. Afg'on urushi davrida nisbat: boshqacha teshib o'tuvchi jarohatlar 50,6 %, tegib o'tuvchi – 20,7 %, ko'r–17,7 %ni tashkil etgan [Svirkov M. B., 2001].

Teshib o'tuvchi jarohatlar asosan o'qlardan, kamroq parchalardan shakllanadi. Kirish teshigi burun yuqori lab burmasi, lunj, yonoq suyagi osti, quloqoldi-chaynov, pastki jag' ostida, kamroq bo'yinda, chiqish teshigi so'rg'ichsimon o'siq orqasida, pastki jag' osti va bo'yin orqa yuzasi sohalarida joylashishi mumkin. Agar o'q otish qurolidan bo'lgan yara kirish teshigi jag'orti yoki jag' osti sohalarida joylashgan bo'lsa, chiqish teshigi pastki jag'ni oldingi sohalarida bo'ladi. U pastki yoki yuqori lablar, lunjni keng yirtilgan yarasi, yumshoq to'qimalar va pastki jag' tanasi nuqsoni ko'rinishida bo'lishi mumkin.

Pastki jag' ko'r yaralari o'qlardan, kamroq parchalardan shakllanadi. Jarohatlovchi snaryad hech qachon suyak ichida tiqilib qolmaydi, balki pastki jag' tanasining tashqarisi yoki ichkarisida joylashadi. Yakka sinishlar ko'plab sinishlarga nisbatan ko'proq uchragan. Yakka sinishlarda yaralar o'lchami kichik, to'qimalar nuqsoni diametri 57 smgacha bo'lgan. Kirish teshigi o'lchamlari katta bo'lmaganida pastki jag' parchalanib sinishi mumkin. Ko'plab jarohatlarda to'qimalarni keng yorilgan yaralari kuzatilgan. Ko'r yaralar yumshoq to'qimalar amputatsiyasi bilan, laxtakli yara shakllanishi bilan birga kechadi. Ko'pincha og'iz tubi, til yaralari kuzatiladi.

Jarohatlanganni tekshiruvda yot jismni topish maqsadida yara kanalini zondlash katta ahamiyatga ega. Tekshiruvda yarador boshini holati o'zgarganida snaryadni to'qimalarda «izg'ib yurishi» natijasida yara kanalini chetga chiqish ehtimolini hisobga olish kerak.

2–3 sutkadan keyin shish kattalashadi, yara atrofida to'qimalarni ifodasiz infiltratsiyasi paydo bo'ladi. Yara jarayoni maqbul tarzda kechsa 4- sutka oxirlariga kelib yarada yallig'lanish holatlari kamayadi, bu ularni yo'q bo'lishiga zamin bo'ladi. Bunday sharoitlarda yarada asoratlanmagan separativ jarayon kuzatiladi. Yara jarayoni maqbul tarzda kechmasa 2–3– sutkada yara kanali nekrozlanadi. Yara atrofida ifodalangan yallig'lanish infiltrati shakllanadi; yiringli yallig'lanish belgilari paydo bo'ladi.

Pastki jag' tegib o'tuvchi jarohatlari o'q yoki parchani suyak bo'ylab sirpanib berilgan zarbada yoki «yon tomon zarbasida» jarohatlovchi snaryad suyakka tegmaganida yuzaga keladi. Bunday holatlarda suyakda ko'p sonli darz ketishlar, shu sohadagi suyak usti pardasi va shu sohaga birikadigan mushaklarning paylaridan hosil bo'lgan yumshoq to'qimali g'iloqlar ichida ko'p miqdorda mayda va yirik parchalar paydo bo'ladi.

Pastki jag' o'q otish qurolidan sinishlarini diagnostikasi uchun umum qabul qilingan klinik usullardan foydalaniladi, shikoyatlari, anamnezi hisobga olinadi, ko'ruv amalga oshiriladi, palpatsiya, yara kanali zond bilan tekshiriladi, okklyuziya baholanadi, hamda qo'shimcha tekshiruv usullari qo'llaniladi. Tekshiruv usullari orasida rentgenologik tekshiruvlar etakchi hisoblanadi. Siniq chizig'i xarakterini, lokalizatsiyasini, yot jismlar, suyak parchalari bor-yo'qligini, suyak nuqsoni kattaligini aniqlash uchun rentgenogrammlar bir nechta proeksiyalarda bajariladi.

Pastki jag' o'q otish qurolidan sinishlarini klinik ko'rinishi jarohat olgan muddatga bog'liq ravishda o'zgarishi mumkin. Jarohat olgan vaqtda yarador uchun xarakterli holat: og'iz yarim ochiq, undan qon va so'lak oqib turadi. Jag' atrofi yumshoq to'qimalarida yara mavjud (osilib turuvchi teri-mushak laxtaklari) (rasm. 68, a). Nafas olish yo'llari o'tkazuvchanligi buzilishi kuzatiladi. Jarohat olgandan bir necha soat keyin yumshoq to'qimalar oqib chiqqan qonni shimib oladi, ulardagi shish kattalashadi.

Pastki jag' o'q otish qurolidan sinishlari bor yaradorlarga birinchi yordam jang maydonida ko'rsatiladi. Aylanma bintli bog'lam bilan siniq bo'laklari immobilizatsiya qilinadi. Uni shunday qo'yish kerakki, u siniq bo'laklarini qo'shimcha siljitmasligi va nafas yo'llari o'tkazuvchanligini buzishi kerak emas. Alohida tibbiy tibbiy brigada Batalon tibbiy punktida va Polk Tibbiy Punktida siniq bo'laklari transport immobilizatsiyasi o'tkaziladi. Pastki jag' o'q otish qurolidan sinishlari bor yaradorlar BJI si front maxsus hospital bazasida bajariladi. Harbiy dala xirurgik hospitali (VPXG) (bosh, bo'yin, umurtqa), bu erda yaradorlar maxsus yordamni to'liq hajmda oladilar, shu jumladan siniq bo'laklar doimiy immobilizatsiyasi bilan ta'minlanadilar.

Hozirgi zamon o'q otish qurolini xususiyatlarini hisobga olib, yuqorida keltirilgan qarashlarni (konsepsiyani), adabiyotlar ma'lumotlari asosida qayta ko'rib chiqish zarur. Yumshoq to'qimalar bilan bog'langan yirik parchalar ma'lumki nekrozga uchraydi. Bu suyak

bo'lagidagi suyakichi tizimining emirilishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin: osteotsitlarni oziqlantiruvchi plazmasimon suyuqlik oqib chiqadi, gipoksiya rivojlanadi va suyak hujayralari o'ladi. Bundan tashqari oziqlanuvchi yumshoq to'qimali ko'priklarda va suyak bo'laklarini o'zida mikrotsirkulyasiya buziladi. Sekvestrlarga aylanib, ular yarada yallig'lanishni ushlab turadi, buning sababi yana pastki jag' siniq bo'laklari oxirgi qismi nekrozi bo'lishi mumkin. O'q otish qurolidan bo'lgan yaraga radikal xirurgik ishlov berishda ketma-ketlikka qat'iy rioya qilinishi kerak (M. B. Shvirkov, 2001).

Birinchi bosqich: - yaradan barcha suyak va tish parchalarini olib tashlash; tishlarni ildizlarini olish ko'r yumshoq to'qimali cho'ntaklarni yorib ochish va taftish qilish; siniq bo'laklar oxirini faol qapillyar qon oqib chiqquncha charxlash. Ikkinchi bosqich – yumshoq to'qimalarni kesib tashlash. Uchinchi bosqich – jag' bo'laklarini ushbu klinik vaziyatda ko'rsatma bo'lgan usulda immobilizatsiyalash. To'rtinchi bosqich yarani tikish: til yarasiga oralatib chok qo'yish; tilosti to'qimalariga, o'tuvchi burmaga, mushaklarga, teri ostiga, teriga (ko'rsatmalarga ko'ra) zich choklar qo'yiladi. Yara drenajlanadi.

Yuqori jag' o'q otish qurolidan sinishlari. Hozirgi lokal konfliktlarda eng og'ir jarohatlar bu yaqin masofadan etkazilgan jarohatlardir. 11,8 % jarohatlar 50 m masofadan , 17,5 % – 100 m, 49,3 % –200 dan 500 m gacha masofadan etkazilgan jarohatlar hisoblanadi. Shunday qilib, jarohatlar soni masofa soni ko'payishiga mos ravishda ko'payaveradi. Yuqori jag' bir va ikki tomonlama jarohatlari miqdori bir xildaligi kuzatiladi. Yuqori jag' o'q otish qurolidan sinishlarida asoratlar pastki jag' shunday jarohatlaridagiga nisbatan ko'proq kuzatiladi. Bundan tashqari yuqori jag' o'q otish qurolidan sinishlarida bosh miya lat eyishi ko'p kuzatiladi.

Yuqori jag' o'q otish qurolidan sinishlarida qator funksional buzilishlar yuzaga kelib, ularni ifodalanishi suyak emirilishi, yarani lokalizatsiyasi, yara kanali yo'nalishi xarakteriga bog'liq. Ko'pincha nafas olish, talaffuz, ovqat qabul qilish(chaynay olmaslik, og'izda ushlab turaolmaslik va ovqatni yuta olmaslik) funksiyalari buziladi (rasm . 68, b). Yuqori jag' va unga yaqin to'qimalarni anatomik emirilishi, jarohatlovchi snaryad turi va o'lchamlari, yara kanali yo'nalishi va yarani lokalizatsiyasi ahamiyatga ega. Bosh suyagi nervlari zararlanganida qaysi nerv o'zagi zararlanganiga ko'ra qo'shimcha buzilishlar [eshitish, ko'rishni, harakat koordinatsii dvijeniyesini buzilishi, mimik mushaklar paralichi (parez)] kuzatiladi

Teshib o'tuvchi yaralar 76,2 %ni tashkil etgan ular ko'proq o'qlar, kamroq parchalardan etkazilgan. Yuqori jag' bo'shliqlari markazidan teshib o'tuvchi ko'ndalang jarohatlar (frontal tekislikda), (yuqori jag' teshikli sinishlari), yaradorlarda kam hollarda og'ir jarohatlar turiga kiritiladi. Yaradorlarni umumiy qoniqarli holati suyak va atrof to'qimalarda jiddiy o'zgarishlar borligini inkor etmaydi. Yara kanalini markaziy o'qdan yuqoriga biroz og'ishi (ko'z kosasiga), pastga (alveolyar o'siqqa), orqaga (yuqori jag' bo'rtig'iga) jarohat og'irligi sezilarli ortadi. Bu holat o'q yo'lidagi anatomik hosilalarni (ko'z olmasi, qattiq tanglay, burun, yirik qon tomirlari va b.) zararlanishi bilan bog'liq.

Ko'zosti sohasi emirilishi bilan birgalikdagi mayda parchali sinishlar juda og'ir kechadi: burun yoki emirilgan, yoki cho'kkan, yuqori jag' osilib qolgan, barcha yo'nalishlarda xarakatchan. Bunday jarohatlar bosh miyani chayqalishi yoki lat eyishi bilan birga kechadi, meningit yoki miya absessi bilan asoratlanadi. Yuzda turg'un badbasharalik paydo bo'ladi. Yuqori jag'ni teshib o'tuvchi jarohatlarida kirish teshigi dumaloq, diametri 1 smga yaqin, chiqish teshigi 100 sm² va undan katta nuqson bilan bo'lishi mumkin. Yuza kanallari uzunligi bir necha sm. dan 25 sm.gacha. Bu og'iz bo'shlig'i yoki burun yondosh bo'shliqlariga teshib kiruvchi: til, tanglay, yutqin, yirik tomirlar zararlanishi, miya asosini emirilishi jarohat og'irligi darajasini aniqlab beradi.

Ko'r yaralar (19 %) kamroq o'qlardan, ko'proq parchalardan shakllanadi. Jarohat og'irlik darajasi snaryad teshib o'tuvchi kuchi, uning o'lchami, kirish teshigi lokalizatsiyasi, parcha yoki o'qni yotish joyiga bog'liq. Jarohat ko'pincha yuzni yuqori qismida, kamroq – burun, qovoqlar, pastki lab, juda ham kam dahan yoki bo'yin sohalarida joylashgan.

Ko'r mina–portlovchi parchalardan bo'lgan yuqori jag' jarohatlari etarli darajada og'ir hisoblanadi. Ular yuz terisida ko'plab har-xil o'lchamdagi yaralar paydo bo'lishi, I, II kuyishlar bilan birga kechadi. Etarli darajada ko'z olmalari ko'p jarohatlanadi. Ko'r yaralarda yarada doimo yot jism – jarohatlovchi snaryad aniqlanadi.

Tegib o'tuvchi yaralar (4,8 %) ko'proq parchalardan, kamroq o'qlardan shakllanib, ko'pincha yuzni yon sohalarida joylashadi. Uning og'irligi darajasi jarohatga uchragan jag'ni qismiga, to'qimalarni kamayishiga, ularni anatomik va funksional ahamiyatiga bog'liq bo'lgan. Yuz yon qismi, ayniqsa yonoq o'siqlari, alveolyar o'siq

jarohatlarida suyak emirilishi jag' tanasi oldingi qismlariga nisbatan ifodalibroq bo'lishi kuzatilgan. Yara kanali chuqurligi 1 dan 7 smgacha oraliqda, bu nafaqat burun yondosh bo'shliqlari, balki ko'z, kalla suyagi, tanglay, til, yirik qon tomirlari jarohatlari bo'lishini oldindan ma'lum qiladi.

Yuqori jag' o'q otish qurolidan sinishlarida qo'shimcha tekshiruv usullaridan rentgenologik tekshiruv eng informativ va ko'p qo'llanidiganlardan hisoblanadi. Burun peshona proeksiyasidagi rentgenogramma alveolyar o'siq, yuqori jag' tanasi va yuqori jag' bo'shlig'ini emirilishi xarakterini aniqlash imkonini beradi. Ko'z kosasi yuqori devori va tubi sohalaridagi jarohatlar burun dahan rentgenogrammalarida, spiral KT MRTda yaxshi aniqlanadi. Tashxislashni eng samarali usuli – konusli spiral tomografiya [Vasilev A. YU., 2005].

Yuqori jag' sohasidagi yaralar faqat 2 – 3 haftadan so'ng tozalanib, granulyasiya bilan qoplanadi. Travmatik gaymorit, yuqori jag' o'q otish qurolidan osteomielit rivojlanish ehtimoli bor.

Yuqori jag' o'q otish qurolidan bo'lgan yaraga birlamchi xirurgik ishlov berishda ratsional ketma – ketlikka rioya qilinishi kerak. Avval suyak yarasiga ishlov berish kerak: yaradan barcha suyak parchalarini, ikkilamchi jarohatlovchi snaryadlarni, suyak yarasiga qaragan tishlar ildizlarini, yuqori jag' bo'shlig'idan yot jismlarni olib tashlanadi yumshoq to'qimali cho'ntakli yaralarni taftish qilinadi. Suyak yarasi qirradi kapillyar qon chiqqunicha charxlanadi. Yuqori jag' bo'shlig'i taftish qilinganidan keyin pastki burun yo'liga suniy yo'l ochiladi. Bundan keyin yashash qobiliyatini yo'qotgan yumshoq to'qimalar yara chetlari bo'ylab, qon chiqquncha kesib olib tashlanadi. So'ngra jag' bo'laklari immobilizatsiyasi o'tkaziladi. Til yarasiga (ko'rsatmaga qarab) oralatib, og'iz ichidagi, o'tuvchi burmadagi, jag' atrofidagi to'qimalar yaralariga zich qilib choklar qo'yiladi. Yumshoq to'qimalar yaralarini yopishda mahalliy to'qimalar plastikasidan foydalanish mumkin.

Yuz va jag'lar yaralari nisbatan yaxshi natija bilan tugaydi. To'liq tuzalib ketganlar 85.1 % ni, faqat yuz yumshoq to'qimalar jarohati borlari orasida – 95,5 %ni tashkil etgan. O'lim holati juda kam foizni tashkil qilgan. Yuqori jag' alveolyar o'sig'i va tishlarini o'q otish qurolidan sinishlarida to'liq tuzalish 93.2 % jarohatlanganlarda kuzatilgan, 6,3 % da qisman mehnat faoliyatini yo'qotish kuzatilgan (yuz boshqa sohalar jarohati sababli). 0,5 % jarohatlangalarda o'lim

holati bo'lgan (o'lim sababi – yuzaga kelgan asoratlar). Yaradorlar o'limini sabablari nafas a'zolari tomonidan, shu jumladan, pnevmoniya, sepsis, meningit, qon ketishi kabi asoratlari aniqlangan. Jang maydonida yuz sohasi yaradorlari o'limining sabablari– karaxtlik, qon ketishi va asfiksiya.

Bosqichli davolash tizimi davolash va profilaktika muolajalarini izchillik va ketma-ketligiga va tibbiy yordam ko'rsatishni yagonaligiga asoslangan:

– yaradorlarni jang maydonida qidirish, yig'ish, ularni olib chiqishni tashkillashtirish; – shaxsiy tarkibni yaxshi tayyorlash; tibbiy evakuatsiya bosqichlarini – sanitar yo'qotish joylariga yaqinlashtirish;



Rasm 70. Ortopan-
tomogramma. O'qotish
qurolidan yaralanish
natijasida yuzaga kelgan
pastki jag' chap tomoni
sohasi nuqsoni.



Rasm 70. Kalla suyagi MSKT-
tasviri uch o'lchamli rekon-
struksiyasi. O'q otish qurolidan
yaralanish natijasida yuz chap
tomoni yuqori va pastki sohalari
keng suyak nuqsonlari hosil
bo'lishi bilan ko'plab jarohatlari.

Nazorat savollari:

1. Harbiy urushlar vaqtida yuz suyaklari jarohatlari to'g'risida tushuncha.

2. Jag'lar suyaklari o'q otish qurolidan jarohatlari statistikasi.

3. Jag'lar suyaklari o'q otish qurolidan jarohatlari tasnifi.
4. Jag'lar suyaklari o'q otish qurolidan jarohatlari patogenezi.
5. Harbiy urushlar vaqtida yuz suyaklari jarohatlari klinikasini so'zlab bering.
6. Yuqori jag' ko'r yaralari xususiyatlari.
7. Yuqori jag' tegib o'tuvchi yaralari xususiyatlari.
8. Yuqori jag' teshib o'tuvchi yaralari xususiyatlari.
9. Yuqori jag' yorib o'tuvchi yaralari xususiyatlari.
10. Pastki jag' ko'r yaralari xususiyatlari.
11. Pastki jag' tegib o'tuvchi yaralari xususiyatlari.
12. Pastki jag' teshib o'tuvchi yaralari xususiyatlari.
13. Jag'lar suyaklari o'q otish qurolidan jarohatlari diagnostikasi.
14. Yaradorlarga yordam ko'rsatish xarakteri.
15. Jag'lar suyaklari o'q otish qurolidan jarohatlarida yuz yaralariga BJI xususiyatlari.
16. O'q otish qurolidan bo'lgan yuz yaralariga xirurgik ishlov berish vaqtlari.
17. YUJS o'q otish qurolidan bo'lgan yuz yaralarining bitishi.
18. Jag'lar suyaklari o'q otish qurolidan jarohatlarida nur tekshirish usullari.
19. Jag'lar suyaklari o'q otish qurolidan bo'lgan turli jarohatlar prognozi va paydo bo'lishi mumkin bo'lgan asoratlar.

3.2. YUZ YUMSHOQ TO'QIMALARI O'Q OTISH QUROLIDAN JAROHATLA

Teshib o'tuvchi jarohatlarni kechishi teshib o'tmaydigan jarohatlarga nisbatan og'irroq bo'lgan, bunga nafaqat to'o'qimalarni doimo og'iz, burun bo'shlig'i ichidagi bor narsalar bilan ifloslanishi, balki til, yutqin, yumshoq tanglayni jarohatlari tufayli funksional buzilishlari sabab bo'ladi. Eng ko'p ko'r yaralar (57,1 %), tegib o'tuvchi (22,6 %), kamroq – teshib o'tuvchi yaralar (15,6 %) uchragan.

Ko'r yaralar (ikkinchi jahon urushi davrida –57,1%; hozirgi lokal urushlarda – 33–46 %) bittali yoki ko'plab bo'lishi mumkin. Bittali yaralar ko'proq yirik parchalar, kamroq o'qlar tegishidan yuzaga keladi. Ular yon sohalorida (lunj, quloqoldi–chaynov, pastki jag' osti sohalari), ya'ni to'qimalar qalin bo'lgan joylarda, kamroq burun, yuqori lab, qovoqlar sohasida uchragan. YAra kanalini chuqurligi 3 sm dan ko'p

bo'lganida yutqin, traxeya, til, yirik qon tomirlari jarohatlari qayd qilingan (rasm. 71, a).

Tegib o'tuvchi (22,6 %) jarohatlar ko'pincha parchalar, kamroq – o'qlardan etkazilgan. Bunday jarohatlar lokalizatsiyasi turlicha, ko'proq – bular lablar, dahan sohalari. Yara kanallari yuza joylashganida bu jarohatlar engil bo'lib, ko'rish va jarrohlik ishlovi uchun oson hisoblanadi. Tegib o'tuvchi jarohatlar og'iz bo'shlig'iga teshib o'tganida jarohatni kechishi va natijasini og'irlashtirar edi (rasm. 71, b). Bunday jarohatlarda ko'pincha yumshoq to'qimalar zararlanish sohasi katta emas.

Teshib o'tuvchi (15,6 %) jarohatlar ko'pincha o'qlardan, kamroq – parchalardan, asosan yakka bo'ladi. Ko'r yaralarga nisbatan ular engil kechadi (lablar, lunj yaralari). Agar jarohatlovchi snaryad mushaklar, asab tomirlari, yirik qon tomirlari, til, yumshoq tanglay, yutqin, quloq oldi va pastki jag' osti so'lak bezini zararlasa teshib o'tuvchi yaralar og'ir kechadi. Chaynov mushagi jarohatlansa chandiqli kontraktura, yuz nervi jarohatlansa yuzni xunuklashishi rivojlanishi mumkin. Bunday jarohatlarni klinik ko'rinishi turlicha. Kirish teshigi 1 sm cha bo'lib, ko'pincha yuzni o'rta qismida, ba'zan bo'yinda, tananing orqa qismida, ko'krakda, chiqish teshigi – bo'yinni yon yuzasida, ko'z ostida, elka bo'g'imi va ko'krakda joylashadi. Ular yumshoq to'qimalarni yirtilgan uzilgan yaralaridan iborat (rasm. 71, v).

Ko'p miqdordagi yaralar yuzni barcha qismida yoki yarmida, kamroq chegaralangan qismida uchraydi. Ular granatalarning, raketalarining, minalarning mayda parchalaridan yoki ikkilamchi snaryadlardan (toshlar, tuproq, daraxt), ba'zan portlaydigan o'qlar parchalaridan shakllanadi.



Rasm 71. Yuz yumshoq to'qimalari o'q otish qurolidan jarohatlari turlari: a – ko'r; b – tegib o'tuvchi; v – teshib o'tuvchi.

Jag'-yuz sohasi, shu jumladan yuz yumshoq to'qimalari jarohatlarini baholaganda mimik mushaklar qisqarishi, laxtaklarni osilib qolishi hisobiga yuzaga keladigan to'qimalarni chin nuqsonini yolg'on nuqsonlardan ajrata bilish kerak.

Quloq oldi sohasi pastki jag' burchagi va shoxi to'g'ri keladigan qismi 9,6 % ni tashkil etgan. Bular uchun chaynov mushagi, quloq oldi so'lak bezi parenximasi va chiqaruv yo'li va yuz nervi zararlanishi xarakterli. Bu bo'g'imdan tashqari kontrakturani rivojlanishiga, so'lak oqma yo'llarini shakllanishiga va yuzni turg'un xunuklashishiga olib kelgan. Ushbu lokalizatsiya yaralari infeksiyaga kam bardoshli. Bu soha to'qimalari yuzni boshqa qism to'qimalariga nisbatan regeneratsiya qobiliyati yomon. Odatda to'qimalarni chuqur yoriqsimon qatlamlanish joylarida chuqur cho'ntaklar hosil bo'ladi.

Yuz o'rta va pastki sohalari jarohatlari. Lablarni jarohatlari 4 %ni tashkil etgan. Bunday jarohatlarga yara chetlarini keng ochilib turishi, og'iz bo'shlig'i germetizmi buzilishi, so'lak oqib turishi, terini ilvillashi xarakterli. To'qimalar nuqsoni bo'lmasa jarohat kechishi engil, yara yaxshi funksional va estetik samara bilan yaxshi bitadi. Asoratlari kam. Ayni lablar va dahan jarohatlari boshqa sohalarnikiga nisbatan ijabiy natija bilan tugaydi. Lablarni katta nuqsonli, uzilib ketishgacha bo'lgan jarohatlari yuz yumshoq to'qimalari alohida jarohatlariga nisbatan jag'lar jarohatlarida ko'proq uchragan.

Pastki jag'osti sohasi jarohatlari (1,4 %) deyarli har doim yiringli-yallig'lanishni rivojlanishi, uni yon anatomik sohalarga tarqalishi bilan kechadi. Ba'zida yuz arteriyalari va venalari, yutqin va halqum, bo'yin tomirlari, pastki jag'osti so'lak bezi jarohatlariga bog'liq asoratlari aniqlangan. Til jarohatlanganida ovqat qabul qilish buziladi, talaffuz qiyinlashadi. Tilni o'lchamlarini shish tufayli kattalashishi va unda gematoma hosil bo'lishi sababli asfiksiya rivojlanish xavfi paydo bo'ladi. Til tanasidan yot jismlarni olish har doim murakkab. Tilni alohida jarohatlari kam uchraydi. Uning jarohatlanishi deyarli har doim qo'shni anatomik sohalarni to'qimalari zararlanishi bilan birga kechadi.

Bo'yin sohasi o'q otish qurolidan bo'lgan jarohatlari o'zining alohida og'ir kechishi bilan ajralib turadi, bunda hayotiy muhim a'zolar jarohatlanadi: traxeya, tomoq, yirik tomirlar, umurtqa va orqa miya. Bunday jarohatlar mutaxassislarni birgalikda ishlashini talab etadi – yuz-jag' jarroxi, okulist, otorinolaringolog va neyroxirurg. Yuz sohasi o'q otish qurolidan bo'lgan jarohatlari har doim ifloslangan hisoblanadi. Shu bilan birga teshib o'tmaydigan jarohatlar avvaliga steril bo'lishi

mumkin [Shvirkov M. B., 1985]. Yumshoq to'qimalardagi yaralanish jarayoni o'zining rivojlanishida bir-biri bilan almashadigan birnechta bosqichdan o'tadi. Hozirgi vaqtda 3 faza farq qilinadi [Kuzin M. I., 1985]: yallig'lanish fazasi (tomirlardagi o'zgarishlar davri va yarani tozalanish davri); regeneratsi fazasi (granulyasion to'qima paydo bo'lish va etilish davri); chandiqni epitelizatsiya va reorganizatsiyalanish davri.

Differensial diagnostika yuz yumshoq va suyak to'qimalari birgalikdagi jarohatlari bilan o'tkaziladi.

Yuz jarohatlarini davolash yumshoq to'qimalarni birlamchi xirurgik ishlovidan boshlanadi. Teriga sovunli iliq suv bilan ishlov beriladi, bunda suyuqlik yara ichiga tushishi kerak emas, keyin benzin va etil spirti bilan ishlov beriladi.

YUmshoq to'qimalar yaralariga birinchi yordam ko'rsatishda shaxsiy (individual) paketdan foydalanib paxta-marlili bosib turuvchi bog'lam qo'yiladi. Maxsus yordam BJI o'tkazishdan iborat. Uni o'tkazish vaqtidan kelib chiqib **erta** (jarohat olganidan keyin 24 soat ichida), **kechiktirilgan** (48 soatgacha) va **kech** (48 soatdan keyin) BJI lar farq qilinadi. Bu jarrohlik muolajasi yarani bitishi uchun optimal sharoit yaratib beradi. Operatsiyadan oldin yaraga atrofi terisi sovunli iliq steril suv, bilan ishlov beriladi (bunda suyuqlik yara ichiga tushmasligini nazorat qilish kerak), antiseptik eritma bilan ishlov beriladi, ular kir-chirni, qotib qolgan qonni chiqarib tashlash qobiliyatiga ega bo'lishi kerak, (buning uchun ko'proq benzin bilan yod ishlatiladi), spirt bilan artiladi. Yara atrofidagi soch qirib olinadi, uni antiseptik eritmasi bilan yuviladi, bu yot jismlarni qisman olib tashlash imkonini beradi, va jarrohlik ishloviga kirishiladi.

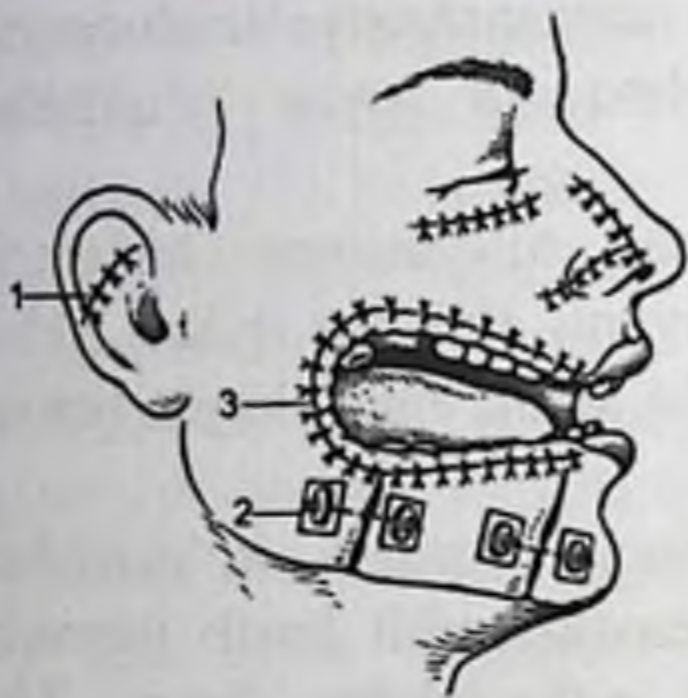
Umumiy yoki mahalliy og'riqsizlantirish ostida bor yara kanallari reviziya qilinadi, zarurat bo'lsa qisman kesiladi, yot jismlar olib tashlanadi. Ularni kerakli tekshiruv va yotish joyini aniqlamasdan jarohatlangan chuqur anatomik sohalardan olib tashlash kerak emas.

Hayot qobiliyatini yo'qotgan to'qimalar kesib olib tashlanadi (orientir – hayotchanligi saqlangan to'qimalaridan qon ketishi).

Yuzdagi yaralarni tikishda avval shilliq qavat zich qilib tikiladi, keyin mushaklar va teri. Lablar jarohatlanganda tartib boshqacha: avval mushaklar tikiladi, keyin teri va qizil hoshiya chegarasiga choklar qo'yiladi va faqat shundan keyin lablar shilliq qavati tikiladi.

Agar yumshoq to'qimalar nuqsoni katta bo'lsa va yara og'iz ichiga teshib o'tadigan bo'lsa, teri shilliq qavat bilan birga qo'shib tikiladi, bu nuqsonni plastik yo'l bilan bartaraf etishga yaxshi sharoit yaratib beradi

(rasm. 72). Birlamchi chok erta bo'lishi mumkin, agar u xirurgik ishlovidan keyin darrov qo'yilgan bo'lsa, va kechiktirilgan agar u yarada operativ muolajadan 4–5– sutkada qo'yilgan bo'lsa (yarada granulyasiya klinik jihatdan aniqlangunicha).



Rasm 72. Choklarni turlari:
 1 – birlamchi; 2 – plastinali;
 3 – teshib o'tuvchi yarani chetlarini tikish.

Til jarohatlanganida yara cho'ntaklari tekshiriladi, yot jismlar olib tashlanadi, o'lgan to'qimalar kesib olinadi, qon to'xtatiladi, oralatib tilni uzunasi bo'ylab choklar qo'yiladi. Yaraga rezina drenaj qo'yiladi.

Bo'yin yarasiga ishlov berishdan oldin ipak choki vaqtinchalik (provizor) chokini yirik arteriya va venalrga qo'yib olish kerak, agar operatsiya vaqtida ulardan qon ketishi kuzatilsa tez bog'lab olish, hamda havo emboliyasini oldini olish maqsadida. Bo'yinni teshib o'tuvchi yaralari yirik qon tomiri va yutqinni jarohatlarisiz bo'lsa yara kanalini antiseptikli marli bilan tamponada, keyinchalik 2-3 kunda almashtirib turiladigan Vishnevskiy malhami qo'yiladi.

Ba'zida yaraga qayta ishlov berishga to'g'ri keladi, bunga sabab o'tkazilgan BJI ga qaramasdan yarani noqulay kechishi natijasida yuzaga keladigan yallig'lanish ko'rinishidagi asoratlardir.

Ikkilamchi xirurgik ishlov – bu avval BJI o'tkazilgan yarani qayta xirurgik ishlovi.

Bu muolajadan keyin hech qachon yaraga zich choklar qo'yilmaydi. Yara qirralarini plastinali choklar bilan yaqinlashtirish, yaraga esa malhamli bog'la qo'yish mumkin. Keyinchalik, o'tkir yallig'lanish holati to'xtaganidan so'ng ikkilamchi erta (7–14–sutkalar muolajadan keyin) yoki ikkilamchi (15–30–sutkalar) choklar qo'yilishi mumkin.

Nazorat savollari

1. Yuz yumshoq to'qimalari urush vaqtidagi jarohatlari to'g'risida tushuncha.
2. Yuz yumshoq to'qimalari jangovor jarohatlari statistikasi.
3. Lat eyish, shilinish, alohida (izolirovannaya) yara, teshib o'tuvchi yara nima?
4. Yuz yumshoq to'qimalari jangovor jarohatlari tasnifi.
5. Yuz yumshoq to'qimalari urush vaqtidagi jarohatlari klinikasini aytib bering.
6. Ko'r yaralar xususiyatlari.
7. Tegib o'tuvchi yaralar xususiyatlari.
8. Teshib o'tuvchi yaralar xususiyatlari .
9. Yuz yon sohalari jarohatlari xususiyatlari.
10. Yuz o'rta va pastki sohalari jarohatlari xususiyatlari.
11. Yuz yumshoq to'qimalari o'q otish qurolidan bo'lgan jarohatlari diagnostikasi.
12. Yuz yumshoq to'qimalari o'q otish qurolidan bo'lgan jarohatlariga BJI berish xususiyatlari.
13. Yuz yumshoq to'qimalari o'q otish qurolidan bo'lgan jarohatlariga xirurgik ishlov o'tkazish muddatlari.
14. YUJS o'q otish qurolidan bo'lgan jarohatlarni bitishi.

4- BO'LIM

4.1. BOSH, YUZ VA BO'YINNI TERMİK KUYISHLARI

Butun Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining ma'lumotiga ko'ra odam tanasi termik kuyishlari boshqa travmatik jarohatlar orasida uchinchi o'rinni egallaydi. Jarohatlanganlarning 70 % kuyishni uyida yonayotgan kiyimidan yoki ochiq alangadan, qizib turgan buyumlardan va suyuqliklardan olishgan, elektr toki yoki kimyoviy moddalardan zararlanishgan. Kuyish issiqlik tarqalishidan - nurlanishidan ham chaqirilishi mumkin. Tinchlik paytida yuz va bosh kuyishlari odam barcha kuyishlarini 24,5 % gachasini tashkil etadi. Ikkinchi jahon urushi davrida yuz va bosh kuyishlari tanani barcha jarohatlarini 3,5 % ini tashkil etgan. Yadro quroli ishlatiladigan bo'lsa kuyishlar barcha jarohatlarni 75 % ini tashkil etar ekan (mexanik jarohat va teshib o'tuvchi radiatsiya bilan kombinatsiyada). Urush harakatlari davrida yondiruvchi vosita sifatida napalmlar, pirogellar, termit, oq fosfor ishlatilishi mumkin. Napalmlar yonganida 800–1100 °S, fosfor – 800–1200 °S, pirogellar – 1400–1800 °S, termit – 2810–3010 °S temperaturani beradi. Yuqori temperatura to'qimalarga ta'sir qilgan joyida hujayralarni emiradi. Hujayralar 51 °S va undan baland temperaturada tez jarohatlanadi, bunda oqsillar, lipidlar va uglevodlarda qaytarilmas o'zgarishlar kuzatiladi. Nerv o'zaklari va qon tomirlari issiqni yaxshi, suyak to'qimasi yomon o'tkazadi.

Teri o'z ostidagi to'qimalarni qizib ketishiga qarshilik qiladi, shu sababli turli anatomik sohalardagi qalinligi termik ta'sir natijasi uchun ahamiyatga ega. Teri qalinligi 2 dan 4 mm gachani tashkil etadi: peshonada u 1,92– 2,07 mmni, burun uchida 1,67–2,09 mmni, yuqori labda, qizil hoshiya bilan chegarada, – 1,57– 1,85 mmni, qizil hoshiyada 1,03–1,29 mmni tashkil etadi, yuzda epidermis qalinligi 0,1 – 1,17 mm.

Kuyishni 4 darajasi farq qilinadi (rasm. 73).

I daraja. Epidermis jarohatlangan, terida qizarish va shish, biroz og'riq bo'ladi. 2–3– kuni bu o'zgarishlar yo'qoladi, jarohatlangan epidermis ko'chib tushadi, yara yuzasi epitelizatsiyalanadi. O'choq o'rinda birmuncha vaqt pigmentatsiya saqlanib turadi, keyinchalik u izsiz yo'qoladi.

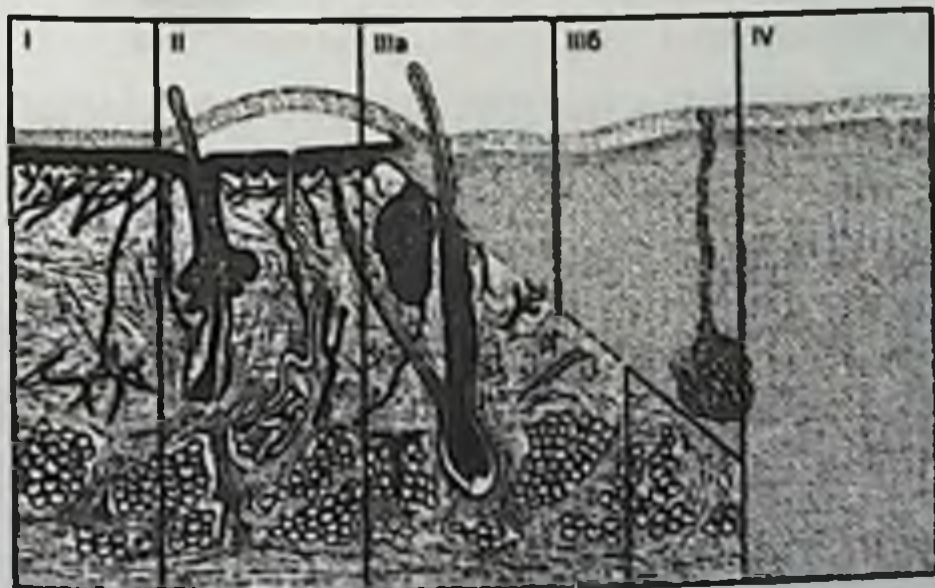
II daraja. Nafaqat epidermis, balki dermani yuza (so'rg'ichsimon) qavati ham zararlanadi. Giperemiyalangan teri fonida tiniq sariq suyuqlikli pufaklar paydo bo'ladi. Pufak qalpog'i ostida nam ravshan-

qizil yoki pushti rangli kuchli og'riq sezgisi bor nam to'qima aniqlanadi. Yara 1–2 hafta ichida chandiqlarsiz epitelizatsiyalanadi.

111a daraja. Epidermis, dermani so'rg'ichsimon va to'rsimon qavtlari emirilgan. Faqat soch follikullari va teri bezlari zararlanmagan. Kuyish yuzasi pufaklardan, qasmoqdan yoki bir vaqtni o'zida u va bu bilan ham qoplangan bo'lishi mumkin. Pufaklar katta o'lchamli, tarang, sariq rangli suyuqlik yoki elimsimon modda bilan to'lgan bo'lishi mumkin. Kuyish yarasi tubi (pufak osti) ravshan–pushti rangli, nam. Og'riq sezgisi to'liq saqlangan yoki pasaygan. Qasmoq chaqichsimon, ravshan–sariq yoki jigar rangida, uni yuzasi elastikog'riq sezgisi pasaygan, taktil sezgisi saqlangan. 4–6 hafta mobaynida yara yuzasi qo'pol bo'lmagan chandiqlar hosil bo'lishi bilan epitelizatsiyalanishi mumkin. Ba'zida funksional buzilishlarga olib keluvchi keloid chandiqlar paydo bo'ladi.

111b daraja. Epidermis va derma soch follikullari va teri bezlari bilan to'liq emirilgan. Yara yuzasi sariq, kulrang yoki jigarrang, ammo SHa darajaga nisbatan to'qroq bo'ladi. Hosil bo'ladigan pufaklar gemorragik suyuqlik bilan to'lgan. Yaraning tubi quruq, xira oq dog'lar bilan yoki butunlay oqish. Og'riq sezgisi keskin pasaygan yoki yo'q. Qasmoq ajralganidan keyin paydo bo'ladigan granulatsiyalanadigan yara qo'pol chandiqlar hosil qilib bitadi. Yarani bitish muddatlari kuyish o'lchamlari va lokalizatsiyasiga bog'liq. Sha va Shb darajali kuyishlarni klinik belgilari bo'yicha differensiyalash qiyin.

IV daraja. Epidermis va derma bilan birga teri osti qavati, fassiyalar, mushaklar, ba'zida suyaklar zararlanadi. Kuyish yuzasi turli qalinlikdagi jigarrang yoki qora rangli qattiq nekrotik qasmoqdan iborat. Og'riq sezgisi yo'q. Jarohatdan keyin birinchi soatlarda IV darajali kuyish ko'mir holati yuzaga keganida aniqlanishi mumkin. IVdarajali kuyishlarda yara bitishi juda sekin va to'qimalarni katta nuqsoni shakllanishi mumkin.



Rasm 73. Kuyishlar tasnifi.

Epidermis yoki derma elementlari qisman saqlanib, ular kuyish yarasini o'z-o'zidan epitelizatsiya manbasi bo'lganida I, II va Sha darajali kuyishlar yuza kuyishlar hisoblanadi. Shb va IV darajali kuyishlar chuqur kuyishlar bo'lib, bunda teri qatlami mustaqil ravishda.

Birinchi soatlarda kuyish chuqurligini aniqlash qiyin. Quyidagi usul qo'llanishi mumkin. Zararlangan to'qimalar ma'lum masofa va yonidan ko'riladi. Yuza kuyishda kuygan to'qima shishgan va zararlanmagan to'qimadan ko'tarilib qolgan. Yaraning tubi nam va yaltirab turadi. Chuqur kuyishda zararlangan to'qimalar quruq, qattiq yoki burishgan, zararlanmagan to'qima yuzasidan pastda joylashadi. Kuyish chuqurligi og'riq sezgisini topish yo'li bilan aniqlanadi. Yuza kuyishlarda (I–IIIa daraja) u saqlangan, chuqur kuyishlarda (IIIb–IV daraja) yo'q. Kuyish chuqurligi 1–2– haftani oxirida to'g'ri aniqlanishi mumkin.

Jarohat og'irligini baholash uchun nafaqat kuyishni chuqurligi, balki uning maydoni ham katta ahamiyatga ega. U tanani foizlarga nisbatida ifodalanadi. Buning uchun «to'qqiz qoidasi», qo'llaniladi, unga ko'ra bosh, bo'yin, yuqori qo'l-elkalar tana umumiy yuzasini 9 % iga teng; tananing oldingi, orqa yuzalari va oyoqlar 18 % ni (2 marta 9 % dan) tashkil etadi. Klinik amaliyotda kuyish yuzasini o'lchash uchun «to'qqiz» va «kaft» qoidalaridan foydalaniladi. Katta yoshdagi odam kafti 1 %, bemor barmoqlari qog'oz shablonidan foydalaniladi. Og'irlik holati jarohatlanganni yoshi va nafas yo'llari kuyish darajasi bilan aniqlanadi. Amaliy ishda bir bemorni o'zida yuza va chuqur kuyishlar nafas yo'llarini zararlanishi va zararlanishsiz bo'lishi mumkin. Kuyish jarohatini og'irligini baholashga zararlanish og'irligi indeksi yordam beradi (ZOI): II–IIIa darajada 1 % kuyish 1 birlikka mos keladi, 1 % chuqur kuyishlar (IIIb – VI daraja) – 3 birlikka. I darajali kuyishlar hisobga olinmaydi. Nafas a'zolari kuyishi bo'lganida ZOIga 30 birlik qo'shiladi.

Kuyish kasalligi nisbatan keng termik jarohatda rivojlanadi: tana yuzasini 15 % egallagan katta yoshdagilarda chuqur kuyishlari va 10 % – bolalar va keksalarda. Yuza va maydoni chuqurligi chegaralangan chuqur kuyishlarda kuyish kasalligi kuzatilmaydi. Bosh, yuz va bo'yinni alohida kuyishlarida kuyish kasalligi juda kam hollarda rivojlanadi.

Bosh, yuz va bo'yin kuyishlari xususiyatlari. Yuzni yuzasi tana umumiy maydoninig 3,12 % ini tashkil etadi. Yuzni kuyishlari jarohatlanganni xunuklashishiga, bu esa uning umumiy ahvoli og'irlashtirib, shu jumladan ruhiy holatiga ham ta'sir etadi.

Yuzda bir-biriga yaqin sohalarda ham bir xildagi termik agent ta'sirida chuqurligi bo'yicha turli – juda ham yuzadan eng chuqur bo'lgan kuyishlar kuzatiladi (rasm. 74). Bu anatomik tuzilish bilan bog'liq bo'lib (hatto alohida II–IV darajali kuyishlarda): yuzni notekis reliefi bilan, yupqa va turli sohalarda terining qalinliklari bir xilda bo'lmaganligidandir .

Chuqur kuyishlari yuzni chiqib turadigan sohalarida ko'proq yuzaga keladi: qoshusti yoyida, quloqlarda, burunda, yonoq sohasida, lablarda, dahanda, ba'zida peshona va qovoqlar sohasidagi to'qimalar zararlanadi. YUz kuyishlari ko'pincha nafas yo'llari, qo'l barmoqlari kuyishi bilan birga kuzatiladi.

Ular jarohatni birinchi soatlarida paydo bo'lib, tez kuchayib kattalashadigan og'riq va shish bilan kechadi. Ko'pincha qoshusti yoylari jarohatlanadi. Chuqur kuyishlarda qoshlar o'mida yupqa chandiq hosil bo'lib, u yuqori qovoqni ag'darilib qolishini tezlatadi. Soch o'smaydi.

Quloq supralari kuyishlari ba'zida ko'mirga aylanish darajasigacha - tog'aylar jarohati bilan chuqur bo'ladi. Rivojlanadigan xondrit sezilarli shish, quloq supralari to'qimalari giperemiyasi, kuchli og'riq bilan kechadi. Yiringlagan sohalar ustida ekssudat to'planishi hisobiga flyuktuatsiya paydo bo'ladi. Tog'ayni o'lgan qismlari ajralishi hisobiga quloq supralari nuqson va shakl buzilishlari paydo bo'ladi. Quloq supralari total jarohatlarida paypaslaganda ular qattiq, og'riqli, oq yoki qora rangda bo'ladi.



Rasm 74. Termik kuyish. Yuzni IIIb, IV darajali kuyishlar natijalari. Yuz teri qoplamlari, mushaklari va bo'yinni kuyishlari. Pastki jag' shoxi nekrozlangan.

Burun (tashqi) murakkab anatomiyaga ega. Burun terisi yupqa. Uning ostida ko'p bo'lmagan yumshoq biriktiruvchi to'qima joylashadi va teri osti yog' kletchatkasi yo'q, yupqa tog'aylar joylashgan. Kuyishlarda ko'pincha burun uchi va qanotlari, ba'zida uning barcha yuzasi jarohatlanadi. Ba'zan qanot va uchburchak tog'aylar zararlanadi, bu keyinchalik nekroz bilan tugaydigan xondrit rivojlanishiga olib keladi. Burun to'qimalari nuqsoni, turg'un shakl buzilishi paydo bo'ladi.

Yonoq va lunj sohalari to'qimalari kuyishlarida quloq old so'lak bezini ochilib qolishi bilan quloq oldi fassiyasigacha to'qimalar o'lishi mumkin. Bu soha to'qimalarining chandiqlashishi pastki qovoqni ag'darilib qolishiga va og'iz burchagini tashqariga siljishiga olib keladi. Yonoq suyagi nekrozi ehtimoli bor. Lablar – yuzni harakatchan qismi. Ular ovqat qabul qilishda katta rol o'ynaydi. Lablar qizil hoshiyasida ter va shilliq bezlari, soch ildizlari bo'lmaydi. Uni qoplab turuvchi epiteliy yupqa va tiniq. Kuyishlarda qizil hoshiya ko'pincha nekrozlanadi va tiklanmaydi. Hosil bo'ladigan qobiqlar jarohatlanadi, qoniydi, shakllanayotgan yoriqlar og'riq chaqiradi va ovqat qabul qilishda katta qiynchiliklar tug'diradi. Shish tufayli qizil hoshiya ag'darilib qoladi, «baliq og'zi paydo bo'ladi». Lablarni kuyishi nafaqat og'izga yaqin sohani shaklini buzadi, balki mikrostroma paydo bo'lishiga va ovqat qabul qilishda qiynchiliklarga olib keladi. Pastki lab bilan birga dahan to'qimalari ham kuyadi. Erkaklarda kuyish yarasi qobiqlari sochiga qattiq birikib qoladi, bu noqulayliklar tug'diradi va shu joyda yuzasi notekis chandiqlar shakllanishiga sharoit yaratadi.

Peshonani chuqur chandiqlari peshona suyagini zararlanishiga olib kelishi, keyinchalik uning tashqi kompakt plastinkasi nekrozi, frontit rivojlanishi mumkin. Yallig'lanish jarayoni bosh miya qattiq pardasiga tarqalish ehtimoli bo'lishi mumkin. Qovoqlar kam zararlanadi, chunki yuzni kuyishida mushaklarni reflektor qisqarishi termik ta'sirga uchragan qovoqlar terisi maydonini kichraytiradi. Kuchli termik agent ta'sir qilganida sklera va ko'zni muguz pardasi zararlanishi va hatto uni kuyishi kuzatiladi. SHish har doim katta va faqat 5–6–kunlari kichiklashadi. Kipriklar qirralari ko'pincha nekrozlanadi va yiringli qobiq bilan qoplanadi. Saqlanib qolgan kipriklarni noto'g'ri holati ko'z muguz pardasini jarohatlaydi va keratit rivojlanishiga olib keladi. Qovoqlarni chandiqli ag'darilib qolishi tog'aylar plastinkasi shakl buzilishi bilan u turmik agent ta'sirida bo'lmasa ham kuzatiladi. Qovoqlar kuyishlarida ko'z holatin baholash zarur. Ko'z to'qimalari jarohatlarida davolashda okulist ishtiroki zarur.

Shunday qilib yuzni kuyish xususiyatlariga quyidagilarni kiritish kerak: to'qimalarni kuchli shishi va og'riq, yaqin sohalarda turli darajadagi kuyishlarni shakllanishi. Yuz sohasida bir xildagi termik agent.ta'sirida tanananing boshqa qismlaridan farqli ravishda turli darajadagi (chuqurlikdagi) kuyishlar ko'p bo'ladi. Yuzni kuyishlari ko'pincha yuqori nafas yo'llari kuyishi bilan birga kechadi.

Kuygan bemorlarni, shu jumladan yuzdagi kuyishlarni **davolash** jarohatlangan bemor organizmiga va jarohat sohasiga kompleks umumiy va mahalliy ta'sirni o'z ichiga oladi.

Birinchi tibbiy yordamni jarohat olingan joyda ko'rsatiladi. Termik agentni to'qimalarga ta'sirini ushbu sharoitda har qanday yo'l bilan: suv quyish, qor, qum sepish, brezent yoki odeyal bilan alanga yo'q bo'lguncha yopish (qisqa muddatga –asfiksiya xavfi), alangani o'chirish. Jarohatlanganni vertikal holatda qoldirib bo'lmaydi, chunki bu alangani yuziga tarqalishiga imkon yaratadi. Uni yonboshlatib yotqiziladi. Kiyimi yonganida yugurish kerak emas, chunki havo alangani kattalashtiradi.

Teri osti to'qimalarini qizishini kamaytirish uchun birinchi 15–20 min termik jarohatdan keyin kuygan yuzaga sovuq qo'yish samarali (sovuq suv muzli pufak, suv bilan namlangan sochiq va b.) Kuygan yuz tez sovutilganida teri osti 1 sm chuqurlikdagi temperatura 20 sekund, sovutilmaganida 14 minutdan keyin avvalgi holatiga qaytadi. Bundan tashqari, teriga termoagent ta'siri to'xtaganidan so'ng teri osti to'qimalari temperaturasi ko'tarilishi davom etadi. Agar sovuq qo'yishni iloji bo'lmasa, kuygan yuzani havo bilan sovutish uchun ochiq qoldiriladi. Jarohatlanganni transportirovka qilishdan oldin yarani aseptik bog'lam bilan yopish maqsadga muvofiq bo'ladi. Ko'rsatmaga qarab yurak–o'pka reanimatsiyasi o'tkaziladi.

Shifokorgacha bo'lgan yordamni o'rta tibbiy xodim ko'rsatadi: nonarkotik yoki narkotik analgetiklar, yurak – tomir preparatlari, qoqsholga qarshi zardob yoki anatoksin kiritiladi. 1 choy qoshiq osh tuzi va 0,5 choy qoshiq ichimlik sodasi yoki 5,5 osh tuzi va 4 g ichimlik sodasi 1 l suvga hisobidan 0,5 dan 2 l gacha suv beriladi. 0,5 l dan ortiq toza suv ichish suv intoksikatsiyasi rivojlanishi xavfi borligi uchun mumkin emas. Ko'rsatmaga qarab yurak–o'pka reanimatsiyasi davom ettiriladi. Transportirovka vaqtida kuygan yuzaga ko'zlar uchun teshik qoldirib aseptik bog'lam qo'yiladi. Yuza kuyishlarda teriga vazelin surtiladi.

Birinchi va shifokogacha yordam ko'rsatishda asosida yog' bo'lgan malham, hamda oshlovchi moddalar, metilen ko'ki yoki brilliant yashili preparatlarini ishlatish mumkin emas, chunki ular kuygan yaraga ishlov berishni va kuyishni chuqurligini aniqlashni qiyinlashtiradi.

Kuyish maydoni tana yuzasini 10 % idan boshlab I–II darajali, chuqur kuyishlar, yuz, bo'yin, nafas a'zolari, qo'l va oyoq barmoqlari, yirik bo'g'imlar, chot orasi kombinirlangan kuyishlari bor bemorlar hospitalizatsiya qilinishi kerak. Hospital sharoitida nafas a'zolari zararlangan yuzi kuygan bemorlar hayotiy ko'rsatmalariga muvofiq muolajalarga muhtoj bo'lishlari mumkin. Traxeya va bronxlar yonish mahsulotlari bilan zararlanganida, asfiksiya belgilari bo'lmasa traxeostoma qo'yish kerak emas, chunki bu kuygan bemorni ahvolini yana ham og'irlashtiradi. Bu jarohatlarga konservativ (yurak uchun dori vositalari bronxolitiklar, kortikosteroidlar, kislorod ingalyasiyasi va b.). Og'iz bo'shlig'i 3–5 %li natriy gidrokarbonat eritmasi bilan, antiseptik eritmalar bilan yuviladi. Agar avval qoqsholga qarshi zardob kiritilmagan bo'lsa, uni kiritiladi. Antibiotikoterapiya boshlanadi. O'z vaqtida, avaylab kuygan yaraga ishlov beriladi. Zararlangan soha atrofidagi teri benzin, 96 % etil spirti yoki 0,5 % nashatyr spirti eritmali bilan artiladi; terin sovunli suv bilan yuvish mumkin. Bor pufaklarni xlorgeksedin yoki boshqa antiseptik eritmasi bilan yuviladi. Epidermis parchalari olib tashlanadi. Suyuqlikni chiqarish uchun pufak kesiladi. Qatlam bo'lib ajralgan epidermis (pufak qopqog'i), yara yuzasiga yopishib, yara epitelizatsiyasini tezlashturuvchi biologik bog'lam vazifasini bajaradi, shuning uchun uni kesib tashlash kerak emas. Agar pufak ichidagi suyuqlik «quyuqlashsa» yoki yiringlasagina kesiladi.

Yuzni kuyishlarini ochiq, kamroq yopiq usulda davolanadi. Kuyishlarni mahalliy davolashda qo'llaniladigan preparatlar epiteliyni o'sishiga sharoit yaratishi va bakteriostatik xususiyatga ega bo'lishi, to'qimalarni ta'sirlantirmasligi kerak –yara epitelizatsiyasini to'xtatishi kerak emas.

Mahalliy davo yarani tozalashdan boshlanadi. Kuyish atrofidagi yuzaga 3–4 % li borat kislotasi, benzin yoki iliq sovunli suv bilan yuviladi, ishlov berish spirt bilan artib tugatiladi. Kuygan yuzadan yot jismlar olib tashlanadi va unga 3 % li vodorod perekis, antiseptiklar eritmali 0,12 % li xlorgeksidin eritmasi, 0,9 % li geksetidin eritmasi, 0,5 % gramitsidin S eritmali bilan ishlov beriladi.

I darajali kuyishlarda namlaydigan lanolindan, shaftoli moyidan krem va distillangan suv bilan bir xil miqdorda; 2 % li boratli vazelin; prednizolon yoki boshqa, tarkibida kortikosteroidlar bor malham ishlatiladi. Sink oksidi aralashmasi, talk, glitserindan baravardan va distillangan suvdan foydalanish mumkin. Kuygan teriga ishlov berishda spirt yoki tarkibida spirt bor suyuqliklar (atir), bolalarini ishlatish mumkin. YUzdagi yaralar ochiq usulda davolansa uni bir sutkada 3- 4 marta malham yoki emulsiya surtiladi. Buning uchun 10 %li sintomitsin emulsiyasi, 1 % gentamitsin, 0,5 % furatsilin, 10 % anestezin yoki 10 %li sulfamilon malhami ishlatiladi. 1 %li kumush sulfadiazin eritmasi (suvda eriydigan asosli krem) yaxshi ta'sir ko'rsatadi.

Sha-IV darajali, dermani o'lishi bilan kechadigan kuyishlarni davolashda, asosiy masala avval quruq qasmoqni shakllantirib olish, undn keyin uni ajralishini tezlatish. Ushbu muolajalar Sha darajali kuyishlarda yara epitelizatsiyasi yoki yara yuzasida sog' granulatsiyalar rivojlanishi uchun optimal sharoit yaratib beradi, bu o'z navbatida autodermoplastika (IIIb-IV darajadi kuyishlarda) o'tkazish imkonini beradi. Bu masala yara yopiq usulda davolansa yaxshi va tezroq hal bo'ladi (antiseptiklar yoki antibiotiklar bilan namquruvchi bog'lam ostida). Sha darajali kuyishda qasmoq ajralganidan so'ng epitelizatsiyani tezlatish uchun moyli-balzam bog'lamlari qo'yiladi, yara UFO qilinadi.

4.2. ELEKTR Tokidan KUYISHLAR

Yuzni elektr tokidan kuyishlari barcha kuyish yaralarini 1,3 % ini tashkil etadi. Ular oddiy termik kuyishlardan farq qiladi va teri bilan kontaktda bo'lgan maydonga ko'ra nuqtali (tokni belgisi va nishoni ko'rinishida) yoki katta o'lchamga ega bo'lishi mumkin. «Tokni belgilari» quruq yaltiroq, terini og'riqsiz oqimtir-qo'ng'ir yoki jigar rangidan iborat. Ular yaxshi ko'rinadilar, zararlanmagan teri yuzasidan ko'tarilib turadi. Keyinchalik bu sohalar qattiq qasmoqqa aylanadi. Elektr toki ichki a'zolari ham jarohatlashi mumkin, bunda jigarda, o'pkalarda, oshqazon-ichak traktida, oshqazonosti bezida o'choqli nekrozlar paydo bo'ladi. Chaqmoq bilan jarohatlanganda «tok belgilari» shoxsimon shakldagi qizil chiziqlar ko'rinishiga ega bo'ladi.



Elektr tokidan kuyishlar ko'pincha chuqur bo'lib, nafaqat teriosti asosini, balki mushaklar va hatto yuz suyaklarini ham jarohatlaydi (rasm. 40– Yuz o'ng yarmini elektr tokidan kuyishi IV darajali). Ularni xususiyatlari shundan iboratki, terini jarohati mahalliy (lokal) bo'lib, uning ostidagi to'qimalarda maydon jihatidan kattaroq – tarqalgan bo'ladi. Bu to'qimalarni birxilda bo'lmagan elektr o'tkazuvchanligi va rivojlanayotgan qon aylanishni buzilishi bilan bog'liq. Agar elektr tokini ta'sir qiladigan joyi bosh

sohasi bo'lsa, bunda ko'rishni, eshituvni buzilishlari, parezlar kuzatiladi. Elektr tokidan kuyishning uzoq davrlarida meningit, meningoensefalit, miya absessi rivojlanishi mumkin.

Birinchi yordam ko'rsatish avvalo elektr tokidan jarohatlanganga har qanday imkoni bo'lgan usul bilan yordam berayotgan odamga zarar etkazmasdan elektr toki ta'sirini to'xtatish. Mustaqil nafas olish va yurak mushaklari qisqarishi bo'lmasa yurak-o'pka reanimatsiyasini o'tkazish kerak (yurakni yopiq massaji, og'izdan-og'izga yoki og'izdan burunga usulida sun'iy nafas oldirish). Jarohatlanganni statsionarga transportirovka qilishda u gorizontal holatda bo'lishi va elektr jarohatini og'irligidan qat'iy nazar reanimatsiya bo'limiga gospitalizatsiya qilinishi kerak.

4.3. KIMYOVIY KUYISHLAR

Kimyoviy kuyishlar termik kuyishlardan farq qiladi. Ularning xususiyatlari kimyoviy agent xarakteriga bog'liq. Kislotalar quyuqlashtiradigan, ishqorlar – esa suyultiradigan hisoblanadi. Kislotalar va ishqorlar kuyish sohasi atrofidagi sog' to'qimalarni mikrotsirkulyasiya va trofikasini buzadi, shu sababli kimyoviy kuyishlarda yarani bitishi termik kuyishlarga nisbatan sezilarli darajada sekin kechadi. Kislotalar va og'ir metall tuzlaridan kuyishlar koagulyasion (quruq) nekroz ko'rinishida kechadi. Ular oqsillarni parchalanishiga va to'qimalarni keskin suvsizlanishiga sabab bo'ladi, bu to'qimalarda koagulatsiyalangan qismlari paydo bo'lishga olib keladi. Sulfat kislotasidan kuyganda teri jigarrang yoki qorayadi, xlorvodorod

kislotalardan – sariq, ftorvodorod kislotalardan – loysimon–kulrang yoki oq rangda bo‘ladi. Ishqorlardan kuyishlarda kollikvatsion(nam) nekroz rivojlanadi. Ishqorlar oqsillarni parchalab, ishqorli proteinlar hosil qiladi va yog‘larni sovunlaydi. Ular teriga tushganida avval epidermisni emiradi, bu tiniq–pushti eroziyalarni paydo qiladi. Keyin ishqorlar chuqurroqqa o‘tib, u joydagi to‘qimalarni jarohatlaydi. Nekrozga uchragan to‘qimalar bir necha kun o‘zida ishqor saqlaydi, yaxshi shimiladigan zaharli albuminatlar hosil qiladi.

Ishqorlar kislotalarga nisbatan sekin, uzoq vaqt to‘qimalarga chuqurroq kirib boradi ta’sir qiladi, Ishqorlar bilan kuyganda chuqurlik termik va kislotalar bilan kuyganga nisbatan kechroq aniqlanishi mumkin.

Birinchi yordam ko‘rsatishda imkoni boricha teridan kimyoviy moddalarni tez olib tashlash, uni konsentratsiyasini kamaytirish, to‘qimani jarohatlangan qismini sovutish kerak. Eng oddiy, oson va samarali yo‘li jarohatlangan sohani oqib turgan suvda 20–30 min. davomida yuvish.

So‘ndirilmagan ohak, konsentrlangan sulfat kislotalardan bo‘lgan kuyishlar bundan istisno. Bu moddalar suv bilan kontaktda issiq chiqarish bilan reaksiya beradi, bu to‘qimalarga qo‘shimcha termik zararlanishga sabab bo‘lishi mumkin. Dietil alyuminiy gidrid va trietilalyuminiy bilan kuyishlarda suvdan foydalanib bo‘lmaydi, chunki ular suv bilan birikkanda allanganadi.

Statsionarda, kimyoviy agent tabiati aniq bo‘lganidan so‘ng, uni neytrallash kerak. Bu kislota yoki ishqorni (ko‘proq) teri va teriosti qavatiga suv bilan tez yuvilganida qisman kirishi bilan bog‘liq. Kislotalarni neytralizatsiyasi uchun gidrokarbonat natriyni 2–5 % li eritmasidan paxtaga shimdirib qo‘yiladi, ishqorlarni neytralizatsiyasi uchun– kislotalarni kuchsiz eritmalaridan (1–2 % uksus, limon va b. kislotalar) foydalaniladi. Agar jarohatlangan bemor kech olib kelingan bo‘lsa kuygan yuzaga mos keladigan pasta surtiladi.

Kimyoviy moddalarni rezorbtiv ta’siri natijasida intoksikatsiya belgilari bo‘lsa dezintoksikatsion terapiya o‘tkaziladi, kerakli antidotlar tayinlanadi.

Kimyoviy kuyishlarni mahalliy davosi termik kuyishlarni davosidan farq qilmaydi.

4.4. SOVUQ OLISH

Sovuq olish past temperatura ta'siri natijasida kelib chiqadi. Yuzda ko'pincha burun, quloqlar yonoq va lunj sohalari to'qimalarini sovuq oladi. Past temperatura ta'sirida terining katta bo'lmagan jarohatlarida ham tog'aylar zararlanadi. Perixondritlar rivojlanishi mumkin, ular uzoq vaqt davom etib, quloq supralari yoki burunni shakl buzilishiga olib keladi. Yuz suyaklari sovuq olishlarda juda ham kam zararlanadi. Til va lablarni (ko'pincha bolalarda) sovuq olishi uchraydi, bu to'qimalarni sovuqda metall bilan kontaktda bo'lishi natijasida (metallni tili bilan yalab ko'rmoqchi bo'lganda) yuzaga keladi. Tabiiy va sun'iy termoregulyasiyani buzilishi natijasida, yuqori namlik va nisbatan past temperaturada to'qimalarni sovuq olishi kuzatilishi mumkin. Past temperatura ta'sirida zararlanish yuzga bo'ylab emas, balki to'qimalarni ichkarisiga tarqaladi. Yuz to'qimalarini sovuq olishi bilan kam hollarda hospitalizatsiya qilinadi. Poliklinika amaliyotida sovuq olgan bemorlarni yarmisida bu holat kuzatiladi. Sovuq olishda to'qimalarda patologik o'zgarishlar rivojlanishini ikkita davri farq qilinadi: a) reaktivlikkacha, yoki to'qima gipotermiyasi davri; b) reaktiv, to'qimalarni qizdirgandan so'ng boshlanadigan davr. Ayni ikkinchi davr qon tomirlarini avval spazmi, keyin trombozi bilan yuzaga keladigan buzilishlar klinik ko'rinishi xarakterini aniqlaydi.

Reaktivlikkacha bo'lgan davrda bemorlar yuzni past temperatura ta'sirida bo'lgan sohalarda sanchish, qizdirish, og'riq va keyinchalik anesteziya holati borligini ta'kidlaydilar. Jarohatlanganlar ko'pincha sovuq olishni boshlanganini sezmaydilar. Ob'ektiv ko'riganda bu davrda terini keskin oqarishi, zararlangan sohada mahalliy temperaturani pasayishi, og'riq sezgisini yo'qolishi aniqlanadi. Sovuq olgan to'qimalarni isigandan keyin og'riq va boshqa ob'ektiv belgilar paydo bo'ladi, ularni qay darajada namoyon bo'lishi jarohat og'irligiga bog'liq.

Jarohatni chuqurligiga qarab sovuq olishni 4 darajasi farq qilinadi.

I daraja To'qimalarni o'lishi kuzatilmaydi, barcha o'zgarishlar o'z holiga qaytadi. Bemorlar qichishishga, kuchli sanchiqsimon og'riqqa, achishishga, uvishishga va chumoli yurishiga o'xshash sezgiga (paresteziya) shikoyat qiladilar Teri giperemiyalangan, ko'kimtir rangda (mramor). To'qimalarda kuchli shish. Og'riq sezgisi pasaygan. Ko'rsatilgan o'zgarishlar 3-7 sutkada yo'qoladi, shundan so'ng birqancha vaqt epidermis ko'chishi kuzatiladi.

II daraja Epidermis nekrozi kuzatiladi. shikoyatlari xuddi I darajali sovuq olishdagidek, ammo og'riq kechalari zo'rayadi va 2–3 sutka davomida ushlanib turadi. O'lgan epidermis qatlam-qatlam bo'lib ko'chadi, ichi sariq yoki gemorragik suyuqlik bilan to'lgan yakka yoki ko'p pufaklar hosil bo'ladi. Agar pufak qobig'i olinsa, ravshan–pushti, kuchli og'riqli derma ochilib qoladi. II darajali sovuq olishlarida yaralar 10–15 sutkada terini epitelial qo'shimchalaridan epitelizatsiyalanish hisobiga bitadi.

III daraja. Terini barcha qavatlari va uning ostidagi yumshoq to'qimalar nekrozi kuzatiladi. Bemorlar kuchli va uzoq davom etuvchi og'riq, paresteziyaga shikoyat qiladilar. Gemorragik suyuqlik bilan to'lgan pufaklar hosil bo'ladi. Pufaklar ostidagi derma qoramtir rangda, qon quyilishlari hisobiga kulrangga ega bo'lishi mumkin (rasm 75). Pufaklar o'mida qora rangli qasmoq paydo bo'lib, uning chegaralari 6–7 sutkadan keyin aniq bilinadi. Qasmoq granulatsiyalanadigan yara yuzasi hosil qilib, 3–4–haftani oxirida ajraladi. U chandiq hosil qilib, qisman qirra epitelizatsiyasi bilan bitadi.



Rasm 75. Yuzni III darajali sovuq olishi.

IV darajali. YUmshoq to'qimalar o'ladi va bunda suyaklarni ochilib qolishi, ba'zida ularni jarohati kuzatiladi. Shikoyatlar III darajali sovuq olishdagidek. O'lgan to'qimalar chegarasidan tashqariga tarqaluvchi shish aniqlanadi. Sekin ajraladigan qasmoq paydo bo'ladi. Intoksikatsiya va bemorni og'ir ahvol belgilari mavjud. III va IV darajali sovuq olishlar farqini nekroz chegarasi ma'lum bo'lganidan keyin, 5–7 sutkadan kam bo'lmagan vaqtda aniqlash mumkin. IV darajali sovuq olishni natijasi a'zoni butunlay yoki qisman yo'qotish, yuz sohasida – ko'pincha burun qismlari, quloqlar, lunjlar, yonoq sohasi yumshoq to'qimalari.

To'g'ri va vaqtida ko'rsatilgan yordam (reaktivlikkacha bo'lgan davrda) sovuq olishda o'zgarishlarni tarqalishini (shu jumladan qaytmas o'zgarishlarni) kamaytirishi mumkin. Bu to'qimalarda qon aylanishini tiklanish tezligi va ularda gipotermiya davrini qisqarishiga bog'liq. Oqarib zararlangan soha terisi qizarib, qizimagunicha issiq qo'l, jun to'qima yoki flanel bilan terini engil massaj qilish samarali hisoblanadi. Keyin terini spirt yoki yodni kuchsiz eritmasi bilan artiladi, vazelin yoki boshqa moy surtiladi; agar jarohatlangan issiq xonada bo'lmasa, isitadigan bog'lam qo'yish kerak. UFNurlari noeritem dozada, UVCH-terapiya, infraqizil nurlantirish yaxshi ta'sir etadi. Bu muolajalar nam nekroozni quruqqa o'tkazishga imkon yaratadi.

Sovuq olgan sohalarni qor bilan artish kerak emas, chunki bu to'qimalarni yana ham sovushiga olib keladi, ularni isitmaslik esa jarohatni og'irlashishini ortishiga sabab bo'ladi. Bundan tashqari, qor kristallari terini tirnaydi va jarohatlangan to'qimalarni infitsirlanishiga sharoit yaratadi.

I darajali sovuq urgan bemorlarga birinchi yordam ko'rsatilganidan keyin, ular maxsus yordamga muhtoj bo'lmaydilar.

II darajali sovuq olishda ostida yara epitelizatsiyasi kechadigan pufaklar butunligini saqlab qolishga harakat qilish kerak. Pufaklar ichidagi narsalar yiringlasa, pufaklar olib tashlanadi. Yuz to'qimalari tarkibida antibiotiklar yoki antiseptiklar bor malham, emulsiyalar bilan qoplanadi. Oshlovchi moddalar ishlatilmaydi. III darajali sovuq olgan yuz 5 % li yodni spirda tayyorlangan eritmasi bilan artiladi va qasmoqni ajralishiga erishiladi. Yara yiringlashini oldini olish maqsadida unga vaqti-vaqtida antiseptik eritmalar bilan ishlov berib turiladi. Qasmoq ajralib, yuzasi granulatsiyalanadigan yara shakllanganidan keyin, yarani namquriydigan bog'lam ostida, ya'ni u bitgunicha yopiq usulda parvarishlanadi. Bog'lamni namlash uchun antiseptiklar eritmalaridan foydalaniladi. Bu paytgacha yuzni sovuq olishlarini davolash ochiq usulda olib boriladi. IV darajali sovuq olish natijasida yuz a'zolari va to'qimalari yo'qotilsa, ularni tiklash rekonstruktiv operativ muolajalar yordamida o'tkaziladi. Barcha sovuq olgan bemorlarga qoqsholga qarshi zardob kiritilishi zarur.

Umumiy davo infuzion terapiyadan iborat. Vena ichiga reopoliglyukin (400 ml), gidrokortizon (100 mg), geparin (10 000 ED), vitaminlar, anestetiklar yuboriladi. Davolash kursi 7 sutkani tashkil etadi. Tomchilab yuboriladigan dorilar tarkibiga eufillin, kurantil, trental kiritiladi.

Sovuq olgan to'qimalarda past temperatura ta'siriga yuqori sezuvchanlik shakllanadi. Uzoq davom etmagan sovuq ta'sirida qayta sovuq olishi kuzatilishi mumkin.

Nazorat savollari:

1. To'qimalar jarohatlanish chuqurligiga ko'ra qanday guruhlarga bo'linadi.
2. Kuyish nekrozi turlarini ko'rsating.
3. Nafas yo'llari chuqur va yuza kuyishlarini klinik ko'rinishini yozib bering.
4. Kuyish maydonini aniqlashni ko'rsating.
5. Kuyish kasalligiga ta'rif bering.
6. Kuyish kasalligi davrlarini aytib bering.
7. Kuyish karaxtligi rivojlanishidagi asosiy omillarni sanab bering.
8. Kuyish karaxtligi davrlarini ko'rsating.
9. Kuyish karaxtligi darajalarini aytib bering.
10. O'tkir toksemiyaga ta'rif bering.
11. Septikotoksemiyaga ta'rif bering.
12. Rekonvalessensiyaga ta'rif bering.
13. Kuyish jarohatida tibbiy yordam turlarini aytib bering.
14. Kuyish jarohatida malakali shifokor yordamini tavsiflab bering.
15. Kuyish jarohatida maxsus yordam muolajalarini sanab bering.
16. Yuz va og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kuyish jarohatida davolashni asosiy tamoyilini ko'rsating.
17. Yuzni sovuq olish darajalarini aytib bering.
18. Yuz sovuq olishlarida davolash tamoyillarini sanab bering.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Abdullaev SH.Yu., Meylikulov T.I., *Vozrastnie aspekti chelyustno-litsevoy oblasti/ Mejdunarodniy elektronniy nauchno-prakticheskiy jurnal: «Sovremennye nauchnye issledovaniya i razrabotki»* 2018 y. Moskva b. 41
2. Azimov M.I. *Yuz–jag‘ travmatologiyasi*. Toshkent, 2012 y.
3. Robustova T.G. *Xirurgicheskaya stomatologiya*, M., 2003y.
4. Azimov M.I. *Jarroxlik stomatologiya propedevtikasi «O‘zbekiston milliy ensiklopediyasi» Davlat ilmiy nashriyoti, Toshkent – 2009y. 247 b.*
5. Arjansev A.P. *Rentgenologicheskie issledovaniya v stomatologii i chelyustno-litsevoy xirurgii: atlas.* - M. : GEOTAR-Media, 2016. - 320 b.
6. Afanasev V.V., *Travmatologiya chelyustno – litsevoy oblasti*. Moskva, 2010y.
7. Bezrukov V. M., Robustova T. G. (red.). *Rukovodstvo po xirurgicheskoy stomatologii i chelyustno–litsevoy xirurgii.* – Meditsina, 2000y.
8. Rabuxina N.A., Arjansev A.P. *Rentgenodiagnostika v stomatologii*. Moskva, Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2003y. 452 b.
9. Robustova T. G. *Xirurgicheskaya stomatologiya: ucheb.dlya med. vuzov 4–e izd., pererab. i dop.* – 2010y..
10. Timofeev A. A. *Chelyustno–litsevaya xirurgiya //Kiev: «Meditsina».– 2010y.–576 b.*
11. *Chelyustno-litsevaya xirurgiya: natsionalnoe rukovodstvo / pod red. A.A.Kulakova.* – M.: GEOTAR-Media, 2019yo. – 692 b.
12. Shvirkov M. B., Afanasev V. V., Starodubsev V. S. *Neognestrelnye perelomy chelyusti: Rukovodstvo dlya vrachey.* – Meditsina, 1999y.
13. Mitchell D.A., Kanatas A.N. *An Introduction to Oral and Maxillofacial Surgery. Second edition.* CRC Press, UK, 446 p.
14. Neelima Anil Malik *Textbook of Oral and Maxillofacial Surgery. Second Edition© India, 2008, 817 p.*
15. Pasler F.A., Visser H. *Rentgenodiagnostika v praktike stomatologa / Per. s nem.; Pod obsh.red. N.A.Rabuxinoy.* – M.: MEDpress-inform, 2007y. – 352 b.

Qayd uchun

SH.YU. ABDULLAEV, A.P. ARJANSEV,
D.SH. ABDULLAEV, D.Z. YUSUPOVA, Z.K. ADILOV

YUZ-JAG' JAROHATLARI

Darslik

Muharrir: M.Talipova

Musahhih: I.Tursunova

Kompyuterda tayyorlovchi: G.Ibragimova

Bosishga ruhsat etildi: 19.0.2023 yil
Bichimi 60x84 ^{1/16}. «Times New Roman»
garniturada raqamli bosma usulda chop etildi.
Shartli b.t. 9.3. Nashr h.t. 10.2
Adadi 50. Buyurtma № 13-12

“LESSON PRESS” MChJ nashriyoti,
100071, Toshkent, Komolon ko'chasi, 13.

«IMPRESS MEDIA» MChJ bosmaxonasida chop etildi.
Toshkent shaxri, Qushbegi ko'chasi, 6-uy.



ISBN 978-9943-8322-1-6



9 789943 832216