

P.O'RINBOYEV, S.N.PARDAYEV

**BOLALAR
TRAVMATOLOGIYASI
VA ORTOPEDIYASI**



P.O'RINBOYEV, S.N.PARDAYEV

**BOLALAR
TRAVMATOLOGIYASI
VA ORTOPEDIYASI**



P.O'RINBOYEV, S.N.PARDAYEV

**BOLALAR
TRAVMATOLOGIYASI
VA ORTOPEDIYASI**



0 0 0 0 0
0'-800

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
OLIY TA'LIM, FAN VA INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

P.O'RINBOYEV, S.N.PARDAYEV

BOLALAR TRAVMATOLOGIYASI
VA ORTOPEDIYASI

DARSLIK

Bilim sohasi: 500000-Sotsial ta'minot va sog'liqni saqlash

Ta'lim sohasi: 510000-Sog'liqni saqlash

Mutaxassislik: «Davolash ishi»- 5510100

«Pedlatriya ishi»- 5510200

«Kasbiy ta'lim»- 511100

SamDTU
axborot-resurs markazi
319115

"FAN BULOG'I" nashriyoti
Samarqand - 2023

UO'K 616-001-053.2(075)

KBK 54.58ya7.

0' 80

O'rinboyev P., Pardayev S.N. Bolalar travmatologiyasi va ortopediyasi. Darslik. – Samarqand; "Fan bulog'i" nashriyoti, 2023. – 380 bet.

Darslikda suyak – bo'g'im tizimining bolalarga xos anatomik-fiziologik xususiyatlari, bolalar travmatizmi, suyak siniqlari, chiqishlarining sabablari, klinikasi, diagnostikasi, zamonaviy davolash uslublari, ularda suyak siniqlari asoratlari, ularning profilaktikasi, davolash kabi savollar keng va atroflicha yoritilgan.

Suyak siniqlarini konservativ, operativ davolashga ko'rsatmalar, siljigan sinq bo'laklarini repozitsiya qilish, operatsiya texnikasi, uslublari alohida e'tibor berilgan. O'sish zonasi faoliyati buzilishi sababli kaltalik, qiyshiqlik, bo'g'im deformatsiyalarini aniqlash va ularni xirurgik uslublari bilan davolash masalalari yoritilgan. Bolalarda ortopedik kasalliklarning diagnostikasi, davolash, profilaktikasi keltirilgan. Darslik tibbiyot oliy o'quv yurtlarining talabalari, magistratura rezidentlari va klinik ordinatorlari uchun mo'ljallangan.

Taqrizchilar:

Axmedjanov I. A. SamDTU 2-son bolalar xirurgiyasi kafedrası professorı, t. f. d.

Xudoyberdiyev Q. T. AndDTI Travmatologiya, ortopediya va neyroxirurgiya kafedrası mudiri, t. f. d. professor.

Karimov M. Yu. TTA Travmatologiya-ortopediya va XDJ kafedrası mudiri, t. f. d. professor.

ISBN 978-9910-9864-3-7

© "Fan bulog'i" nashriyoti, 2023 yil

MUNDARIJA

Kirish	6
O'zbekiston Respublikasida travmatologiya ortopediyaning rivojlanish tarixi	9
I bob. Bolalar travmatizmi	26
II bob. Bolalarga xos suyak sinishlari	
Bolalarda suyak tuzilishining o'ziga xosligi	34
Bolalarga xos suyak sinishlari	37
Bolalarda sinishlarning kechishi	39
Bolalarni tekshirish va suyak siniqlarining diagnostikasi	42
Bolalarda suyak sinishlarini davolash	45
Diafizar, metafizar, epifizar siniqlarni davolash	48
III bob. Yelka kamari siniqlari	
O'mrov suyagi siniqlari	55
Kurak suyagi siniqlari	58
IV bob. Yelka suyagi (os humerus) siniqlari	
Yelka suyagi yuqori epimetafiz siniqlari	62
Bo'laklari siljigan siniqlarni repozitsiya (joyiga to'grilash) texnikasi	64
Yelka suyagi (humerus) diafiz qismining sinishi	65
Yelka suyagi pastki epimetafizining siniqlari	67
Yelka suyagining transkondilyar siniqlari	68
Qo'lning varusli qiyshiqqligi	74
Yelka suyagi kondilus boshchasi va g'altagi sinishi	77
Kondilus boshchasining psevdartrozlari (soxta bug'im)	84
Yelka suyagi g'altagi (trochlea) ning sinishi	89
Ichki epikondilus sinishi	90
V bob. Bilak suyaklarining siniqlari	
Bilak suyagi boshchasi, bo'yinchasi sinishi	96
Bilak suyaklarining pastki qismi sinishlari	101
Bilak suyagining kaltaligi	103
Bilak suyaklarining diafiz qismidan sinishlari	105

Bilak suyagining diafiz qismining sinishi	108
Tirsak suyagi siniqlari	108
Montedji shikasti	111
Galeatsii shikasti	113
Tirsak bo'g'imida chiqishlar	114
Bilakning ikkala suyaklarining chiqishlari	115
Bilakning ayri chiqishi	117
Bilak suyagi boshchasi chiqishlari	122
Barmoq suyaklari, kaft suyaklari, kaft orti suyaklari siniqlari	126
Qayiqsimon suyak (os scaphoideum) siniqlari	127
Kaft suyaklari sinishi	129
Barmoqlar falangalari siniqlari	131
VI bob. Umurtqa suyaklarining sinishlari	133
VII bob. Chanoq suyaklarining (os coxae) sinishlari	150
Quymich kosasi, Y-simon tog'aj shikastlari	161
VIII bob. Son suyagi (femur) siniqlari	165
Son suyagi boshchasining travmatik epifizeolizi va bo'yinchasi sinishi	166
Katta ko'stning alohida sinishi	173
Kichik ko'stning alohida sinishi	174
Son suyagi diafiz qismining sinishi	174
Son suyagining pastki epimetafizining sinishi	180
Bolalarda son suyagi siniqlarining asoratlarini davolash	182
IX bob. Tizza bo'g'imi shikastlari	
Tizza bo'g'imi lati	185
Tizza qopqog'i (Patella) sinishi	185
Tizza qopqog'ining yonboshga chiqishi	187
Boldir suyagining bo'g'im yuzasi bo'rtma qismi ajralishi tibianing emineta intercondylaris sinishi	188
X bob. Boldir suyaklarining siniqlari	
Katta - boldir suyagining yuqori epifizining epifizeolizi	190
Katta boldir suyagining yuqori epifiz-tuberasitas tibiasinishi ...	191
Boldir suyaklarining yuqori metafizi siniqlari	192

Boldir suyaklarining diafiz qismlari siniqlari	193
Katta boldir suyagi distal oxiri epifizeolizi	196
Boldir distal metafizining vertical transeplfar sinig'i	198
Oyoq – panja suyaklarining siniqlari	200
Tovon suyagi siniqlari	200
Oyoq kaft suyaklarining siniqlari	202
Oyoq-barmoq falanga suyaklarining sinishlari	204
Bosh suyagi va bosh miya jarohatlari	206
Bolalar ortopediyasi sonning tug`ma chiqishi	219
Bo`yin tug`ma mushakli qiyshiqiligi	240
Maymoq oyoqlik	257
Qo`l va oyoqlarning tug`ma nuqsonlari, anomaliyalar	275
Tayanch harakat tizimi tug`ma rivojlanish anomaliyalari	
klassifikatsiyasi	278
Umurtqaning statik deformatsiyasi	291
Skolioz	297
Raxitning ortopedik asoratlari (kasalligi)	313
Bolalarda bosh miya falajligi	334
Poliomielit	351
Fanni o'zlashtirishni nazorat qiluvchi testlar bolalar	
travmatologiyasi bo'yicha	362
Adabiyotlar	378

KIRISH

Bolalar travmatizmini o'rganish, uning profilaktikasini ishlab chiqish, suyak siniqlarini, chiqishlarini, jarohatlarni davolash travmatologiya ortopediya fanining dolzarb muommalaridan biri hisoblanadi. BSST (Butun jahon sog'liqni saqlash tashkiloti) ma'lumotiga ko'ra baxtsiz hodisalar har yili 3 mln kishining o'limiga sabab bo'ladi. Bu umumiy o'lim ko'rsatkichining 5 % ni tashkil etadi. Jarohat olganlarning 76 % - kattalar, 17 % - bolalar (0, 1-14 yosh), 7 % - o'smirlar (15 - 17 yoshlilar) dir. Insonning umumiy kasallanishidagi travmatizmning salmog'i - 6 - o'rin egallashi bilan belgilanadi. Vaqtincha ish qobiliyatini yo'qotishi bo'yicha 2 - o'rinni, (qon aylanish tizimi kasalliklardan keyin - u 1 - o'rinda); nogironlikka (invalidlikka) birlamchi chiqishi bo'yicha - 2 - o'rinni, o'lim sababi bo'yicha 3 - o'rinni egallaydi (onkologik (1), yurak - qon tomirlar (2 - o'rin) dan keyin).

Bolalar travmatizmining oldini olish, profilaktikasi bilan shug'ullanish mamlakatimizda aholi sog'lig'ini saqlashning bir qismi hisoblanadi. Yurtimizda onalik, bolalikni muhofaza qilishga katta e'tibor berilib kelyapti. Xususan, 2018 yil 7 dekabrda PF- 5590-son "O'zbekiston Respublikasi sog'likni saqlash tizimini tubdan takomillashtirish bo'yicha kompleks chora- tadbirlar to'g'risida" gi Prezident Farmoni hamda 2017 yil 20 iyundagi PQ-3071-son "O'zbekiston Respublikasi aholisiga 2017-2021 yillarda ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko'rsatishni yanada rivojlantirish chora- tadbirlari to'g'risida" qarorlari hamda mazkur faoliyatga tegishli boshqa meyoriy - huquqiy hujjatlarda belgilangan vazifalar doirasida amalga oshirilida. Ushbu o'quv qo'llanma ham shu maqsadga xizmat qiladi.

Bolalar travmatologiyasi fanini o'rganish dolzarbligi hozirgi zamonda ilmiy texnika rivojlanish va tabiiy ofatlar tufayli aholi o'rtasida shikastlar ko'payishini hisobga olganda, yana oshyapti. Talabalarni shu fan bo'yicha o'qitish - suyak siniqlari va chiqishlarini

va ularning oqibatida davolashda yetuk mutaxassis bo'lib yetishishlarida ahamiyati katta. Bundan tashqari tez tibbiy yordam ko'rsatish asosan zamonaviy tibbiyotning birinchi zvenosi zimmasida ekanligi va bunda ko'pincha umumiy amaliyot shifokori qatnashishini hisobga olib, bu fanlarning so'g'likni saqlash tizimida asosiy o'rinni egallashi ta'kidlanadi.

"Bolalar travmatologiyasi" o'quv fanini o'zlashtirish jarayonida amalga oshiriladigan masalalar doirasida bakalavr, magistr travmatizm va uning turlari, suyak to'qimasining reparative regeneratsiyasi, tayanch - harakat sistemasi shikastlanishlarini davolashning zamonaviy prinsiplari, tayanch - harakat sistemasining anatomiyasi va fiziologiyasi, sinishlar va chiqishlar klassifikatsiyasi, tayanch - harakat sistemasi shikastlanishlari va diagnostikasini, davolashning zamonaviy usullarini bilishi zarur.

Tayanch - harakat sistemasi shikastlanganda transport immobilizatsiyasi, singan va chiqqan joyini og'riqsizlantirish, novokain blokadalari, murakkab bo'lmagan sinishlarda suyak bo'laklarining repozitsiyasi, chiqishlarni to'g'rilash, gips bog'lamlarini tayorlash va qo'yish, skelet tortma uchun spitsa o'tkazish va zarur yukni aniqlash ko'nikmalariga ega bo'lishi kerak.

Ilmiy, o'quv adabiyotlar ustida mustaqil ishlash, tayanch - harakat sistemasi shikastlangan va kasallangan bemorlarni tekshirish, sinish va chiqishlarni klinik belgilari bo'yicha aniqlash, rentgenogrammalarni o'qish, test, hamda situatsion topshiriqlarni yehish malakalariga ega bo'lishi kerak.

Fanni o'zlashtirishda ma'ruza matnlari, tarqatma materiallar, kompyuter dasturlari, elektron materallar hamda, videotizimlar qatori darslik, o'quv qo'llanma, o'quv uslubiy qo'llanmalardan foydalaniladi.

Travmatologiyaga old yozma materiallar qadimgi dunyoning olimi Glppokratga (bizning eradan avval 460 - 377 y.) mansub. U "Siniqlar haqida", "Bo'g'imlar haqida" traktatlar yozgan.

1960 - yil Abu Ali Ibn Sino (Avitsenna) ning 1000 yilligiga bag'ishlab, O'zbekiston Fanlar Akademiyasi nashriyoti tomonidan olimning " Tib qonunlari ", 4 kitobdan iborat ishi rus tilida chop etildi. 4 - kitobning 5-qismi, 3 - maqolasi suyak siniqlariga, 1 - maqolasi bo'g'imlarda chiqishlarga bag'ishlangan.

Respublikamiz mustaqillikka erishgach, 1995 y. professorlar P. S. Jalilov, M. Xolxo'chayevlar tayyorlagan "Bolalar travmatologiyasi" o'quv nashri, kirill alifbosida chop etildi. H. Musalatov, G. S. Yumashev, L. Silinning "Travmatologiya i ortopediya" darsligini o'zbek tiliga O'zbekiston fan arbobi professor Sh. Sh. Xamrayev tahriri ostida tarjima qilinib, kirill alifbosida chop etildi (2007 y.)

Ushbu darslik tibbiyot institutlarining pedatriya fakulteti talabalari uchun travmatologiya ortopediya, bolalar travmatologiyasi namunaviy o'quv dasturiga mos keladi. U mualliflarning ko'p yillik pedagogik va bolalarda suyak siniqlarini davolash bo'yicha tajribasini umumlashtiradi.

Darslikda suyak - bo'g'im tizimining bolalarga xos anatomik - fiziologik xususiyatlari, bolalar travmatizmi, suyak siniqlari, chiqishlarining sabablari, klinikasi, diagnostikasi, zamonaviy davolash usullari, ularda suyak siniqlari asoratlari, ularning profilaktikasi, davolash kabi savollar keng, atroflicha yoritilgan.

O'ZBEKISTOB RESPUBLIKASIDA TRAVMATOLOGIYA- ORTOPEDIYANING RIVOJLANISH TARIXI

Respublikamizda amaliy tibbiyotning rivojlanishi 1919 yilda Turkiston Davlat dorilfununining ochilishi va uning tarkibida tibbiyot kulliyotining tashkil qilinishidan boshlandi.



Bu kulliyot keyinchalik tibbiyot oliygohiga aylantirildi va uning tarkibida uchta jarroxlik kafedrası ochildi.

Professor V. F. Voyno-Yasenetskiy-Arxiepiskop Luka Jarrox mutaxassislari yetishtirishda 1920 yilda professor V. F. Voyno-Yasenetskiy boshchiligidagi operativ jarroxlik va topografik anatomiya kafedrası xodimlari ishlarini chuqur ehtirom bilan qayd etmoq zarur. Professor V. F. Voyno-Yasenetskiy tomonidan yaratilgan «Yiringli jarroxlik kasalliklari ocherklari» kitobi 1946 yilda I darajali Davlat mukofoti bilan taqdirlangan bo'lib, hozirgi kunda ham bu kitob jarrohlar uchun ahamiyatli ko'llanma bo'lib kelmoqda.

1926 yilda O'rta Osiyo dorilfununining tibbiyot kulliyotida ortopediya va suyak sili dotsentlik kursi tashkil etildi. Bu kursga M. S. Astrov, bog'lov (desmurgiya) kursiga esa V. A. Dobroxotovlar rahbarlik qildilar. Ular travmatologiya va ortopediya fanining rivojlanishiga katta hissa qo'shdilar.

1930 yilda jumhuriyatda birinchi marta ortopedik klinika tashkil qilindi. Uzbekiston xalq komissarlari kengashining qaroriga muvofiq 1932 yilda bu ortopedik klinika travmatologiya va ortopediya xamda suyak sili ilmiy tadqiqot institutiga aylantirildi va bu yerda 50 o'rinli, keyinchalik 70 koykaki klinika tashkil qilindi.

1935 yilga kelib bu oliygoxni professor S. V. Kofmann boshqardi. Keyinchalik klinika 120 o'ringa kengaytirildi (50 - ortopedik, 40- travmatologiya, 30 ta suuyak sili) Oliygox juda katta

tashkiliy-metodik, ilmiy tadqiqot va davolash ishlarini olib borish bilan birga, ortoped-travmatolog xakimlar, protezlovchi va suyak silini davolovchi mutaxassislarni yetishtirib chiqardi.

II jaxon urushi davrida respublikamizga urush maydonlaridan juda ko'p jaroxatlanganlar keltirildi. O'zbekistonda evakuatsiya gospitali tashkil qilinib, unda S. A. Novatelnov, M. D. Mixelman, N. N. Bogoraz, M. S. Astrov, I. I. Orlov kabi olimlar xizmat qildilar. Ular bu davrda jaroxatlangan suyak osteomyeliti, soxta bo'g'im kasalliklari va jaroxatlar asoratlarining oldini olish xamda davolashning yangi usullarini topishda ilmiy izlanishlar olib bordilar.

Bu davrda B. I. Berlner, B. A. Stekolnikov, O. Ya. Kaplan, A. G. Yejkova, Ye. P. Telnova, M. N. Xamitova, A. A. Adji-Mollayev, R. A. Axmedjanov, N. M. Shomatov, N. N. Rashchupkina, G. A. Soboleva, A. M. Lozovskaya, A. D. Isayeva, Ye. D. Bovalarning ilmiy ishlari natijasi travmatologiya fanining ravnaqiga munosib xissa qo'shib, xozirgi kunda xam o'zining qiymatini saqlab kelmoqda.

Urushdan keyin respublika hukumati qaroriga binoan 1946 yilning 1 yanvarida travmatologiya, ortopediya va protezlash ilmiy-tekshirish instituti tashkil qilindi. Bu institutning tashkil etilishiga jumxuriyatda travmatologiya va ortopediya fanining yutuqlari, bemorlarga maxsus tibbiy yordam ko'rsatish ishlarining rivojlanishi sabab bo'ldi. Samarqand, Andijon, Fargona, Buxoro, keyinchalik esa Termiz, Qarshi, Urganch, Namangan, Nukus, Guliston kabi viloyat markazlarida, Jizzax, Chirchiq, Yangiyo'l, Kattaqo'rg'on kabi shaxarlarda travmatologiya bo'limlari ishga tushirildi.

Respublikamiz olimlaridan professor U. S. Islombekov singan suyaklar bitishiga koamid va kobafitn moddalarining ijobiy ta'sirini amaliyotda isbotlab berdi. Professor Sh. Sh. Xamrayev surunkali gematogen osteomyelit kasalligida yallig'langan suyakni vakuumlash usulida tozalab gomoplastika operatsiyasini va koksartroz kasalliklarida chanok-son bo'g'imini endoprotezlash operatsiyalarini amaliyotga tatbik etdi.



Respublikada ortoped-travmatolog mutaxassislarni tayyorlashda professor N.M.Shomatovning mehnatlarini aloxida qayd etmoq zarur. N. M. Shomatov va uning shogirdi S.M.Mannonovlar respublikamizda skolioz bilan og'rikan bemorlarni maxsus sanatoriy turidagi maktab-internat shiroitida davolash va o'qitish tashabbusini ko'tarib chiqdilar.

N. M. SHomatov (1915 tug'.)

Skolioz kasalligi bilan og'rikan bolalarni davolovchi 12 ta maxsus maktab-internat tashkil qilindi. Maktab internatda davolanayotgan bolalarni davolash va kuzatish jarayonlariga asoslanib M. D. Dustmurodov, N. M. Shomatov, S. M. Mannonovlarning «Bolalarda umurtqa pog'onasining qiyshayishini aniqlash», N. M. Shomatovning «Bolalarning qomatini kuzatish», shogirdlari G. N. Zokirov, R. F. Bashkinova, B. M. Mirazimovlar bilan birgalikda yozilgan «Naysimon suyaklar sinishining bitmay qolishi va soxta bo'g'imlarni tashxislash va davolash», «Ota-onalar bo'yin qiyshiqqligida nimalarni bilishi kerak», «Son suyagi tug'ma chiqqan bolalarni operatsiya usulida davolangandan keyin tibbiy reabilitatsiya qilish» kabi uslubiy tavsiya va monografiyalari amaliy ortopediyaning rivojlanishida katta axamiyatga ega.

ToshTOITI xodimlaridan R. F. Bashkinova bo'yinning mushakli qiyshikligini konservativ va operativ davolashni amaliyotga tatbiq etdi. B. V. Shavarin esa bosh miya falajligi bilan tug'ilgan 1260 ta bolani tekshirib, kasallikning klinikasi, ortopedik davolash usullari va ularni reabilitatsiya qilish muammolarini yechish yo'llarini ishlab chiqdi.

Toshkent bolalar tibbiyot institutining bolalar jarroxligi kafedrasida 1972 yilda travmatologiya va ortopediya kursi tashkil qilinib, unga dotsent Sh. B. Turg'unov raxbarlik qildi.

B. S. Tursunovning umurtqa tanalari epifizar o'suvchi plastinkalari shikastlanishining umurtqa pog'onasining keyinchalik

o'sishi va shakllanishiga ta'siri haqidagi ishlari tibbiyotda amaliy ahamiyatga ega.



Qurbanov Ne'matjon Mamajonovich (1945 yil tug'ilgan) tibbiyot fanlari doktorligi mavzusi: "Umurtqa tanasi asoratli siniqlarini jarrohlik usuli bilan davolash" (1984), 1985 - 2002 yillar Andijon Davlat tibbiyot instituti travmatologiya ortopediya neyroxirurgiya kafedrasini mudiri. 3 nafar fan doktori, 7 ta fan nomzodlariga ilmiy rahbar. Professor Qurbanov Ne'matjon Mamajonovich Respublikamizda umurtqa pog'onasi va orqa miya kasalliklarini davolash xizmatining asoschisi hisoblanadi, 2 ta darslik, 6 ta o'quv qo'llanma, 4 ta monografiya, «Travmatologiya fani ma'lumotnomasi (Spravochnik)» mualliflaridan, ilmiy ishlarida umurtqa soxasi kasalliklarini yoritgan.



Sh. SH. Xamrayev (1935 - 2015)
Xamrayev Shaxob Shamsiyevich, professor, O'zbekistonda xizmat ko'rsatgan fan arbobi, tahriri ostida H. Musalatov, G. S. Yumashev, L. Silinning "Travmatologiya i ortopediya" darsligi o'zbek tiliga tarjima qilinib, kirill alifbosida chop etildi (2007 y.) «Skolioz kasalligi» dan risola, «Tayanch-harakat apparatining shikastlanishlari» oquv qo'llanma (2006 y), «Tibbiy lug'at» muallifi, 25 nafar shogirdlarining fan nomzodligi, 3 ta fan doktorligi ilmiy dissertatsiya ishlariga ilmiy rahbar bo'lgan. Sh. SH. Xamrayev 1975 - 1985 yillar Toshkent Vrachlar malakasini oshirish instituti travmatologiya, ortopediya kafedrasini mudiri, 1990 - 2005 yillar Toshkent Tibbiyot Akademiyasining (2-ToshDavTI) travmatologiya ortopediyava, harbiy dala xirurgiyasi va neyroxirurgiya kafedrasini mudiri, 2-ToshDavTI o'quv ishlari bo'yicha

prorektori (1985 – 1987), O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining o'rinbosari (1987 – 1990) kabi lavozimlarda ishlagan.



T. E. O'ngbayev (1939 tug'.)

O'ngboyev Toshtemir Eshonqulovich, professor (1939-2009), 28 ta ixtiro qilgan, qishloq-xo'jalik travmatizmi sohasida ilmiy faoliyat yuritgan, 1985-1993 y. O'zb.TOITI – direktori bo'lgan.



B. M. Mirazimov (1937 - 2011)

Mirazimov Botir Mirodilovich, professor, 1993-1997 yillar UzTOITI direktori, «Bolalar ortopediyasi» monografiya, «Tug'ma maymoqlik» monografiyasi, «Kuyishdan keyingi deformatsiyalarni davolash» monografiyalari (10 ta monografiya yozganlar), 300 ilmiy maqola, 23 ta ixtiro muallifi edi. Ustoz rahbarligida 18 fan nomzodlik, 6 doktorlik dissertatsiyalari himoya qilingan.

Ablaqulov Abduqayum Qodirovich (1942-2012), professor, «Tug'ma maymoqlik» monografiyasi xammualifi, ilmiy ishlari bolalar va kattalar ortopediyasi ilmiy savollariga bag'ishlangan, 11 ta ixtiro kiritgan.



Xodjayev Raxmonberdi Raximovich (1938 yil tug'ilgan) tibbiyot fanlari doktori, professor. Ilmiy ishlari yo'nalishi «Skolioz», «Uzun suyaklarning bo'g'imlar sohasi siniqlarini davolash», 270 ta ilmiy ishlar, 11 ta monografiya, 49 ixtiro, 76 ta uslubiy risolalar muallifi. 17 ta fan nomzodi, 3 ta fan doktori dissertatsiya ishlarga

rahbarlik qilgan.



Azizov Mirhakim Javxarovich (1950 -2020), tibbiyot fanlari doktori professor, 1997 yildan UzTOITI direktori. Ilmiy izlanishi yo'nallishlari: «Odatlangan yelka chiqishlarini xirurgik davolash», «Chanoq-son, tizza bo'g'imlari revmatoid artritlarini ortopedik davolash». Raxbarligi ostida o'nlab fan nomzodligi, fan doktorligi dissertatsiyalari yoqlangan. 200 ta ilmiy ish, 3 ta monografiya, 30 dan ko'p uslubiy risola, 28 ta ixtiro, 56 ratsional takliflar muallifi.

Fayziyev Xamidulla Fayziyevich, (1929 yil tug'ilgan), tibbiyot fanlari doktori, professor. Ilmiy ishlari yo'nalishi: «Bo'g'imlarning tomografik tekshirishdagi o'zgarishlari», «Umurtqa osteoxondrozini kompleks rentgenologik tekshirish». 170 dan ko'p ilmiy maqolalari, 6 ixtiro, 49 ratsional taklif, 6 ta monografiya, 9 ta uslubiy tavsiyalar muallifi.



Irismetov Murodjon Ergashevich - tibbiyot fanlari doktori, professor. Respublika ixtisoslashgan travmatologiya va ortopediya ilmiy-amaliy tibbiy markazi direktori. Sport travmatologiyasi bo'limi boshlig'i. Toshkent shifokorlar malakasini oshirish instituti travmatologiya va ortopediya kafedrasini mudiri. II darajali O'zbekiston Respublikasi Davlat mukofoti laureati. O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash a'lochisi. 200 dan ortiq ilmiy maqolalar va 21 patent muallifi. Murodjon Irismetov rahbarligida 10 dan ortiq dissertatsiya himoya qilingan.



Karimov Murod Yo'ldoshevich - tibbiyot fanlari doktori, professor. Toshkent tibbiyot akademiyasi travmatologiya, ortopediyava harbiy dala xirurgiyasi kafedrasini mudiri. Fan doktorligi

mavzusi: «Tirsak, tizza bo'g'implari revmatoid artritli bemorlar nurli diagnostikasi va xirurgik davolashni mukammallashtirish».

250 dan ortiq ilmiy maqolalari, 44 ta o'quv va uslubiy tavsiyalari chop etilgan. U 25 ta mualliflik guvohnomalari, ixtirolar va foydali modellarga patentlar muallifi. Murod Karimov rahbarligida 10 ga yaqin dissertatsiya himoya qilingan.



Xodjanov Iskandar Yunusovich (1960 yil tug'ilgan), tibbiyot fanlari doktori, professor. Ilmiy ishlari yo'nalishi: «Bolalarda boldir suyakgi, ko'p siniqlarini davolash», «Bolalarda tirsak bo'g'imi suyaklari siniqlari va asoratlarini davolash», «Ko'krak qafasi botiq, bo'rtiq deformatsiyalarini davolash», suyak siniqlarini sterjinli apparat bilan davolash kabilar.



Xudayberdiyev Qobil Tursunovich, tibbiyot fanlari doktori, professor. AndDTI travmatologiya-ortopediya va XDJ kafedrasini mudiri. 400 dan ortiq ilmiy maqolalari, 24 ta o'quv va uslubiy tavsiyalari chop etilgan, 23 ta mualliflik guvohnomalari, ixtirolar va foydali modellarga patentlar muallifi. Xudayberdiyev Q.T. rahbarligida 10 ga yaqin dissertatsiya himoya qilingan.

Shotursunov Shoxaydar Shoaliyevich (1960 yil tug'ilgan), tibbiyot fanlari doktori, professor. Ilmiy ishlari yo'nalishi: «Paxtakorlarda umurtqa osteoxondrozi, davolash-profilaktikasini optimizatsiyasi», «Ko'krak, bel umurtqalari shikastlarini kompleks davolash». 50 ta ilmiy maqola, 195 ta tezislari, 4 ta uslubiy tavsiyalar muallifi. 8 ta ixtiro kiritgan.

Aslova Saodat Ubaevna Tashkent tibbiyot akademiyasi travmatologiya, ortopediyava harbiy dala xirurgiyasi va neyroxirurgiya kafedrasini professori, fan doktorligi mavzusi: "Bilak-kaft bo'g'imi va barmoqlar kontrakturasini apparat-jarrohlik usuli bilan davolash", Respublika innovatsiya vazirligi o'tkazgan "yilning

eng yaxshi ixtirochisi" konkursi g'olibasi(2023). Ko'p nafar shogirdlarining fan nomzodligi, 2 ta fan doktorligi ilmiy dissertatsiya ishlari ilmiy rahbari.

Djurayev Axrorbek Maxmudovich, (1958 yil tug'ilgan), tibbiyot fanlari doktori, professor. Ilmiy ishlari yo'nalishi: «Artrogrippoza deformatsiyalarini apparat-xirurgik uslubda davolash», «Bolalarda tizza bo'g'imi deformatsiyalarini apparat-xirurgik uslubda davolash», bolalarda ortopedik kasalliklarni davolash. 124 ilmiy maqola, 2 ta monografiya chop qilgan. 8 ta uslubiy tavsiyalar, 8 ta ixtiro muallifi.

Dursunov Axmat Malikshoyevich (1961 yil tug'ilgan). Ilmiy ishlari yo'nalishi: «Son bo'yinchasi medial siniqlarini kompleks davolash», «Son proksimal oxiri siniqlarini xirurgik davolash» amaliyotga maloinvaziv osteosintez uslubini kiritish, osteogenonning reperativ regeneratsiyaga ta'sirini o'rganish. 170 dan ko'p ilmiy maqola. 11 ta ixtiro, 34 ratsional taklif, 6 ta uslubiy tavsiyalar muallifi.

Ulashev Ural Ulashevich (1953-2007 yy.) tibbiyot fanlari doktori, professor. Ilmiy ishlari yo'nalishi «Chanoq xalqasi buzilgan chanoq siniqlarini davolash», «Kattalarda son tug'ma chiqishi va displastik koksartrozni davolash». 40 dan ziyod ilmiy ishlar, 6 ixtiro, 1 ta monografiya, 2 ta uslubiy tavsiyalar muallifi bo'lgan.

Shamansurova Leyla Ilyasovna (1951-2021) tibbiyot fanlari doktori. Ilmiy ishlari yo'nalishi: «Motoneyronlarning surunkali travmasida motoneyron va aksonlar xolati», «Umurtqa va orka miya travmasida nerv-mushak apparatining funktsional xolati», travmatologiyada patologik fiziologiya, elektromiografiya, elektroneyromiografiya. 100 ga yaqin ilmiy ishlar, 1 monografiya, 3 ta ixtiro, 6 ta ratsional taklif muallifidir.

Xamrayev Alisher Shaxobovich, tibbiyot fanlari doktori. Buxoro tibbiyot Instituti travmatologiya-ortopediya kafedrasini mudiri. Ilmiy ishlar yo'nalishi: «Tizza bo'g'imi menisklari jaroxatlarini artroskopik

davolash», «Chanoq son bo'g'imi total endoprotezlashini optimallashtirish yo'llari, asoratlari profilaktikasi».

Valiyev Erkin Yuldashevich, tibbiyot fanlari doktori, Ilmiy ishlari yo'nalishi: «Xarakat-tayanch tizimi qo'shma jaroxatlarining tashxisi davolashni optimallashtirish».

Sattarov Alisher Raximovich, tibbiyot fanlari doktori. Ilmiy ishlari yo'nalishi: «Suyak sinirlari regeneratsiyasi», «Bo'g'imlar, umurtqa jaroxatlari, deregenerativ-distrofik kasalliklarini davolash».

Xujanazov Ilhom Eshkulovich, tibbiyot fanlari doktori, TTA Tibbiyot-pedagogika fakulteti Travmatologiya-ortopediya, neyroxirurgiya va harbiy dala jarrohligi kafedrasini mudiri, RIATOT Markazi reabilitatsiya bo'limi boshlig'i. Doktorlik dissertatsiyasi mavzusi: " Bolalarda tirsak bo'g'imi travmatik deformatsiyalarini jarrohlik davolash taktikasi". Ilmiy yo'nalishi: Bel umurtqasining asoratlanmagan jarohatlarini tashxislash va davolash, umurtqa pog'onasi degenerativ spondilolistezi bo'lgan bemorlarni jarrohlik davolash taktikasi, umurtqa pog'onasining tug'ma deformatsiyasini jarrohlik yo'li bilan tuzatish, umurtqa pog'onasi deformatsiyasi (skolioz, kifoz, umurtqa pog'onasi tugma rivojlanish anomaliyalari). Monografiya, uslubiy qo'llanma muallifi.

SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETINING TRAVMOTOLOGIYA VA ORTOPEDIYA KAFEDRASI TARIXI

Samarqand davlat tibbiyot universitetining travmatologiya va ortopediya kafedrasini 1964-yil 2-son shahar birlashgan shifoxonasi bazasida tashkil etilgan. 1964-yilda kafedrada professor, 1 nafar dotsent, 2 assistent va 1 laborant ishlagan.



Kafedra mudiri professor P. N. Karlenko 1964-yil kafedra tashkilotchisi, meditsina fanlari doktori. 1953-yilda «Chanoqning o'totar qurollardan osteomiyeli» mavzusida meditsina

SamDTU
axborot-resurs markazi

17
319115

fanlari doktorligi dissertatsiyasini himoya qilgan. 50 dan ortiq ilmiy ishlari chop etilgan. U kishi rahbarligida 2 ta meditsina fanlari nomzodi tayyorlangan.



Professor P. Z. Zavesa 1965-1973 yillarda kafedrani boshqargan. 1941-yilda Rostov meditsina institutini tugatgan, Ikkinchi jahon urushi qatnashchisi edi. 1969-yil "Tizza bo'g'imining deformatsiyali artrozi" mavzusida doktorlik dissertatsiyasini yoqlagan. U kishi rahbarligida 4 ta meditsina fanlari nomzodligi dissertatsiyasi himoya qilingan. 50 dan ortiq ilmiy ishlari chop etilgan, 1 monografiya chop etilgan. Bu davr bemorlarda tizza artrozini bo'g'imga tibbiy kislorod kiritib davolash rivojlangan, bolalarda son chiqishini operassiya yo'li bilan davolashning boshlanishi edi.



lardan iborat edi.

U davrda kafedra xodimlari 1 professor - mudir, 1 ta dotsent - Shvabe Yu. Ya., 3 ta fan nomzodlari (Abdushukurov S. Sh., Ilyasov D. G., Tilyakov B. T.), ass. Karimova X. R., ass. Farhadl V. R., 1 ta aspirant - Ibragimov S. Yu., 1 ta klinik ordinator - Urinbayev P. U. -



Dotsent Y. Y. Shvabe 1973-1982-yillarda kafedra mudiri bo'lib ishlagan. 1956-yilda Samarqand meditsina institutini tamomlagan. 1966-yilda meditsina fanlari nomzodligi dissertatsiyasini yoqlagan. U kishining rahbarligida 3 ta nomzodlik dissertatsiyasi himoya qilingan. 30 dan ortiq ilmiy ishi chop

etilgan. Y. Y. Shvabe suyak siniqlarini operassiya yo'li bilan davolashni dadillik bilan amaliyotga joriy qildi/1977-yilda kafedra tarkibiga harbiy dala xirurgiya kursi birlashtiriladi. Kafedra tarkibi dossent Voxidov A. Z., ass. Foygelman A. Ya., fan nomzodi Abdullayev S. A., Negmatullayev B. N. -lar bilan kengaygan. Bemorlar diagnozini aniqlashda, davolash taktikasini tanlashda xirurgik yondashuv kiritildi.



Professor B. T. Tilyakov 1982-1996 - yillarda kafedra mudiri va jamoaga rahbarlik qiladi. 1965-yilda Samarqand meditsina institutini (hozirgi SamDTU) tamomlagan. 1982-yil "Tirsak bo'g'imining eskirgan shikastlarini sharnirli-distrakslon apparatlar qo'llab kompleks davolash" mavzusida doktorlik dissertatsiyasini himoya qilgan. Bemorlarni davolashda bo'gimlar uchun sharnirli - distrakslon apparatlar amaliyotga qo'llanildi. Diafizar siniqlarni davolash uchun Ilizarov apparati qo'llanib boshlandi (S. Samandarov). 2007-yildan 2021 yilgacha kafedrada professor bo'lib ishladi. 80 dan ortiq ilmiy ishlari chop etilgan, 1 monografiya, 6 ta ixtiro tavsiya qilgan. U kishining rahbarligida 5 nomzodlik dissertatsiyasi himoya qilingan.



Professor P. U. O'rinboyev 1996-2016 yillarda kafedra mudiri bo'lgan. Tibbiyot fanlari doktori, professor, 1972-yilda Samarqand tibbiyot institutida (hozirgi SamDTU) o'qib bitirgan. 1977-yil Moskva shahrida SITO da nomzodlik dissertatsiyasini, 1995-yili Toshkent shahrida "Bolalarda yelka suyagi distal oxirining siniqlarini davolash" mavzusida doktorlik dissertatsiyasini himoya qildi. 302 ta ilmiy ishi

chop etilgan, 3 ta monografiya, 2ta o'quv qo'llanma, darslik, 10ta ixtiro uchun patent olgan. 29 ratsional taklif kiritgan. 5 ta ilmiy izlanuvchilar-doktorlik va nomzodlik dissertatsiyalari ishlarining ilmiy rahbari. P. O'rinboyev rahbarligida 4 ta nomzodlik dissertatsiyasi himoya qilingan. 1999- 2017 yillar O'zbekiston ilmiy tadqiqot ortopediya-travmatologiya instituti qoshidagi ixtisoslashgan kengash a'zosi. U davrda travmatologiyada, jumladan bolalar travmatologiyasida ilmiy qarashlar bo'yicha diagnostika, davolash amaliyotlari keng joriy etildi. Bolalarda Ilizarov apparatini qo'llab davolash amaliyotga kiritilib, keng yo'lga qo'yildi.



Dotsent Ibragimov S. Y. 1967-yil Samarqand tibbiyot institutini tugatgan. 1967-1969-yillar travmatologiya kafedrasida klinik ordinatori. 1970-1973-yillar shu kafedra aspiranti. 1974-yilda " Gemartroz bilan asoratlangan tizza bo'g'imi kapsula, boylamlari latilari jarohatlari oksigenoterapiyasi" mavzusida tibbiyot fanlari nomzodi dissertatsiyasini himoya qilgan. 1984-2004-yillar kafedra o'quv ishlari boshlig'i. 1985-2019-yillar davomida Bolalar ortopediyasi bo'limi mudiri. Bir necha yil Vrachlar malakasini oshirish kursiga mudirlik qildi. Shu davrda bolalarda son tug'ma chiqishlarini konservativ va operativ davolash usullari zamonaviy taraqqiyot darajasiga ko'tarildi.

2017-2020 yillar kafedra mudirligiga t. f. n, dotsent S. N. Pardaev saylandi. Bu davrda vertebrologiya sohasida ilmiy amaliy yangiliklar kiritildi, xususan skolioz kasalligini jarrohlik yo'li bilan davolash amaliyotini Respublika viloyatlari va qo'shni mamlakatlarda joriy qilindi.

2021-2023 yillar - kafedra mudirligiga Respublika ixtisoslashgan travmatologiya ortopediya ilmiy amaliy Markazi, Samarqand filiali direktori O. X. Mamatqulov tayinlandi. Yirik bo'g'imlar degenerativ distrofik kasalliklarini artroskopik davolash,

bo'g'mlarni endoprotezlash amaliyotlari rivojlantirildi, keng joriy qilindi.

Qadimgi dunyoviy tarixi



Qadimgi Yegipetda, 2500 yillar avval mumiyalangan suyak singan qo'lni, oyoqni palma daraxti bargi, po'stlari bilan maxkam bog'lab qo'yilganligi aniqlangan.

Bizning eramizdan 4 asr ilgari (460-356) Gippokrat o'z bilimlarini quyidagi kitoblarda

yo'zib qoldirdi. «Siniqlar haqida», «Bo'g'limlar haqida», «Richaglar haqida», «Bosh jarohatlari». Gippokrat yelka chiqishini solishning har xil variantlarini ishlab chiqdi: qo'l bilan solish, tovon bilan solish, yumaloq tarashlangan tayoq bilan solish.

Suyak singan bulaklarini joyiga qo'yish uchun (bilak suyaklari, boldir suyaklari singanda) Gippokrat apparat qo'lladi. Gippokrat stoli yordamida suyak siniqlarining siljishlarini joyiga to'g'rilab qo'yish mumkin edi.



Gippokrat

Galen (131-206) deformatsiya va jarohatlar savollarini yoritdi. «Lordoz», «Kifoz», «Skolloz» terminlarini yozdi.



Galen

Abu Bakr Muxammad ibn Zakariar Rozi (865-925), Ar Razi Bagdod shifoxonasining asoschisi. U tomonidan 200 dan ko'p ilmiy ish yozilgan.

Jumladan: «Jigar haqida», «Yurak haqida», «Bo'g'imlar haqida», «Ko'z tuzilishi haqida yozdi».

Abu Ali Ibn Sino (980-1037) suyak siniqlarini, chiqishlari haqida mukammal yozdi. Uning chiqishni solish bo'yicha o'z uslubi bor.



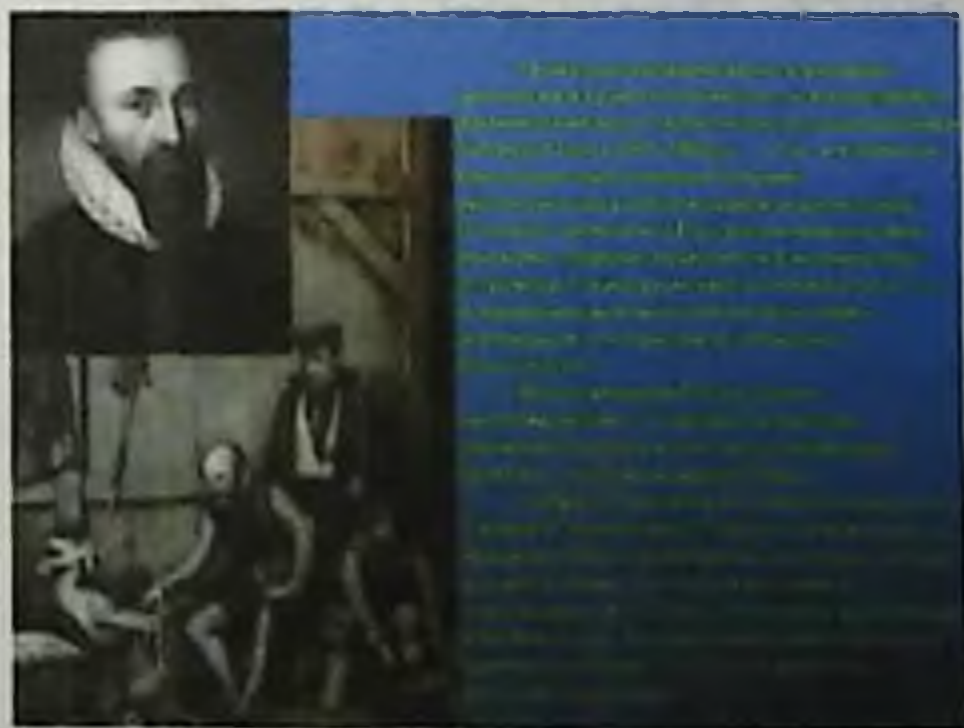
Ibn Sino

Abulkazis (926-1013) o'z ishlarida suyak siniqlarini davolash uchun apparatlar, jarrohlikda qo'llaniladigan instrumentlarni tasvirladi.



Abulkazis

Ortopediya va travmatologiya rivojiga kech o'rta asrlarning atoqli fransuz shifokori Ambruse Pare (1510-1590) katta hissa qo'shgan. U, xususan, ortopedik kasalliklar va jarohatlar uchun ko'plab davolash usullarini taklif qildi. Pare asosiy e'tiborni turli tuzatuvchi va mahkamlash moslamalaridan foydalanishga qaratdi. U birinchi bo'lib umurtqa pog'onasining egriligini to'g'rilash uchun qattiq korsetni kiritdi, u oyoq maymoqlari uchun maxsus poyabzal tavsiya qildi.



Pare qo'l panja protezlarga katta e'tibor berdi. Turli protezlarning tavsifi va chizmalari u tomonidan 1564 yilda nashr etilgan maxsus risolada berilgan.

Ambruse Pare birinchi marta deformatsiya - "buzilishlar ilmi"ni jarrohlikning alohida sohasi sifatida ajratib

ko'rsatishga harakat qiladi. Pare o'z asarlarida turli lokalizatsiyadagi siniqlarni, shu jumladan tizza va son suyagi bo'yni sinishlarini davolashga katta e'tibor beradi. Uzun diafizli suyaklarning sinishlarini immobilizatsiya qilish uchun u metall shinalardan foydalangan.



1741 yilda nashr etilgan Parij universitetining tibbiyot professori va tibbiyot fakulteti dekani Nikolas Andrining (1658-1741) ikki jildli "Ortopediya yoki bolalarda tana deformatsiyasini oldini olish va tuzatish san'ati" nomli ikki jildli asari onalar, otalar va bolalarni tarbiyalovchi barcha shaxslar uchun qo'llanmahisoblanadi.

Oyoqning egilgan qismini tuzatish imkoniyatini o'z usuli bilan tushuntirib, Andre daraxtning egriligini unga bog'langan ustun bilan to'g'rilab, erta davolashni boshlashni ta'kidladi. Ushbu rasm mashhur bo'ldi va u emblema sifatida ortopediya olamiga kirdi.

Travmatologiya va ortopediyaga buyuk rus jarrohi N. I. Pirogovning (1810-1881) ilmiy ishlari katta hissa qo'shdi. U ortopediya bo'yicha birinchi ilmiy asarga egalik qiladi - bu sohani gistologik o'rganish bilan kalcaneal tendonning tenotomiyasidan keyin regenerativ jarayonlarning tavsifi. Shuningdek, u pastki oyoq amputatsiyasining osteoplastik usulining asoschisi (1852).

M. I. Pirogov oyoq-qo'llarning singan joylarini mahkamlash uchun gipsdan foydalanishning arabcha usulini batafsil ishlab chiqdi va uni astarsiz gips shaklida klinik amaliyotga keng kiritdi (1852).



G. A. Ilizarov

1951 yilda G. A. Ilizarov suyak siniqlarini davolash uchun tashqi apparat modelini taklif qildi. 1954y. "Suyak siniqlarini bitishini amalga oshiruvchi uslub va unga apparat" nomli ixtiroga guvohnoma oldi. 1968-yil" Muallif apparatida compression suyak osteosintezi" mavzusida tibbiyot fanlari nomzodi, 1969-yili fan doktori ilmiy darajalariga erishdi.

1971-yil G. A. Ilizarov rahbarligida Kurgan eksperimental klinik ortopediya-travmatologiya ilmiy tadqiqot instituti tashkil etildi. Akademik G. A. Ilizarov 1992-yil 72 yoshigacha faoliyat yuritdi.



I BOB BOLALAR TRAVMATIZMI

Travmatizm – aholining ma'lum olingan bir guruhida, ma'lum olingan vaqt davomiyligida, bir xil vaziyat, shart - sharoitda takror uchraydigan travmalarning umumlashtirilgan atamasidir.

BSST (Butun jahon sog'liqni saqlash tashkiloti) ma'lumotiga ko'ra baxtsiz hodisalar har yili 3 mln kishining o'limiga sabab bo'ladi. Bu umumiy o'lim ko'rsatkichining 5 % ni tashkil etadi.

Jarohat olganlarning 76 % – kattalar, 17 % – bolalar (0, 1-14 yosh), 7 % - o'smirlar (15-17 yoshlilar)dir (rasm – 1).



Rasm -1. Bolalar (17%), o'smirlar (7%), Kattalarda (76%) travmalari salmog'i.

Insonning umumiy kasallanishidagi travmatizmning salmog'i-6-o'rin egallashi bilan belgilanadi. Vaqtincha ish qobiliyatini yo'qatishi bo'yicha 2 - o'rinni, (qon aylanish tizimi kasalliklardan keyin - u 1 - o'rinda); nogironlikka (invalidlikka) birlamchi chiqishi bo'yicha - 2 - o'rinni, o'lim sababi bo'yicha 3 - o'rinni egallaydi onkologik (1), yurak - qon tomirlar (2 - o'rin)dan keyin.

2006 y. 100000 aholi orasida har xil yoshda travmatizm uchrash miqdori:

Travmatizm turi	Yoshi bo'yicha guruhlar		
	Kattalar (18 yosh va katta)	O'smirlar (15 -17 yosh)	Bolalar (1- 14 yosh)
1. Uy turmushi	2944	5504	2456
2. Yo'l transport	168	375	102
3. Sport	62	419	161
4. Kriminal	153	218	27

5. Ishlab chiqarish	38	42	4
---------------------	----	----	---

Bolalar travmatizmining oldini olish, profilaktikasi bilan shug'ullanish mamlakatimizda aholi sog'lig'ini saqlashning bir qismi hisoblanadi. Yurtimizda onalik, bolalikni muhofaza qilishga katta e'tibor berilib kelyapti. Bolalar travmatizmi xalqaro muammolardan hisoblanadi. 1958-yilda BMT qoshidagi Butunjahon sog'lliqni saqlash tashkiloti tomonidan bolalar travmatizmini o'rganishga bag'ishlangan maxsus seminar o'tkazildi. Unda bolalar transport travmatizmi, turmush (uy-joy, maishiy) travmatizmlarining sabablari va profilaktikasi muhokama qilindi. Bolalar travmatizmi yurtimiz mutaxassislari travmatolog ortopedlarining yillik o'tkaziluvchi s'ezd, konferensiyalarida muntazam yoritilib kelinyapti. Shuningdek bu masala bilan pedagoglar, yuristlar, yo'ltransport xizmati xodimlari muntazam shug'ullanadilar. Bolalar travmatizmi tarkibi ular yoshiga mos ravishda turlicha xil va salmoqqa egadirlar. Bolalar travmatizmi yoshi bo'yicha quyidagi guruhlariga bo'lib o'rganiladi. Emish davri, 1 yoshgacha, 3 yoshgacha davri, maktabgacha davri (3-7 yosh), maktab davri.



Rasm - 2. Uy-turmush travmatizmi. 3 - 7 yoshli bolalarda 50% travmalar uy sharoitida sodir bo'ladi. V. Sidorov " Iliq tuproqda " asari.



Rasm - 3. 1 yoshgacha bolalarda 35% travmalar - kuyilshdir. (B. Kustodiyev "Oqshomgi manzil " asari).

Travmalar uchrash miqdori. 1 yoshlarda 1-1,5 % ni tashkil etadi, 3 yoshgacha 10% atrofida, maktabgacha 28-29 % maktab davrida 60-61%.

1 yoshlarda asosan kuyishlar, (35%) va suyak siniqlari (14%) uchrab, travmalarning yarmi og'ir jarohatlar hisoblanadi. 5-6 oylik bola o'zi chalqancha holatdan qorniga ag'darilib boshlaydi.

Nazoratsiz qolsa u krovatchadan, divandan (va h. k.) tushib ketishi mumkin. Onaning o'z sezgisidagi iliq hisoblangan suv chaqoloqni cho'miltirishda issiqlik qilishi mumkin. Ko'rpa, yostiq, ona ko'kragi (emizayotib ona uxlab qolishi) nafas olishni buzish mumkin. To'g'ri parvarish, kattalarning ehtiyotsizligi, ko'z-quloq bo'lmasligi bu yoshdagi travmalarga sabab bo'ladi.

1-15 yoshgacha bo'lgan bolalar o'limi sabablari tarkibida baxtsiz hodisalar va travmatizm 59% ni tashkil etadi. Bola 1-4 yoshlik payti uni o'rab turgan atrof muhitni qiziquvchanlik, faollik bilan o'rganadi. U ko'rib, qo'li bilan teginib, ushlab ko'rib, hidlab hatto ta'mini tatib ko'rib o'rganadi. Hali yetarli tajribaga ega emas. Xatoliklarga yo'l qo'yadi. O'z xatosida o'rganadi. Yurib borib yiqilish xavfli emasdir, biroq balkon, xontaxta, supa, divan (va shu kabi)lardan yiqilish, pechdan, elektr isitgichdan, qaynoq suyuqlikdan, ximiyaviy (kislota, ishqor) suyuqliklardan kuyib, travma olib qolishi mumkin.

Bu yoshdagilarda harakat-tayanch organlari travmasi soni ham ortadi. Shulardan biri bilak suyagi boshchasining yarim yoki to'la chiqish hisoblanadi. Bu chiqish kattalarning bola kaftidan ushlab yuqoriga, yoki yonga tortishda ro'y beradi. Bunday harakat bolani kiyintirishda, bola qo'lidan ushlab yurib ketishayotganda, bola yiqilmoqchi bo'lib, ona qo'lidan ushlab, osilib qolganda ro'y berishi mumkin. Bu travma profilaktikasi uchun ota-onalarda uning paydo bo'lishi haqida tushuncha hosil qildirish, bola bilan yurganda unga kiydirilgan maxsus ushlagich, "yugan"lardan foydalanish zarurligini uqtirish, o'z vaqtida davolanmagan chiqishlarni keyinchalik operatsiya qilib davolashga to'g'ri kelishini uqtirish kerak bo'ladi.

Bolalar bog'chasida ro'y bergan har bir travmaning sabablari o'rganilib bog'cha jamoasida muhakoma qilinib, profilaktika choratadbirlari ishlab chiqiladi.

Maktab oldi yoshli bolalar (3-4-7 yosh) tinib-tinchimas, harakatchan, qiziquvchan, kattalar harakati, yumush ishlariga taqlid qiluvchilar bo'ladi. Ehtiyotkorlik xususiyatlari yo'q. 50%dan yuqori ko'rsatgichdagi travmalar uyda sodir bo'ladilar. Bu yoshdagi bolalarda yiqilish, yiqilib tushish, kuyishlar, urilib qolish, o'tkir jismlardan jarohat olishlar travma hosil qiladi. Uydan tashqarida, hovlida, ko'chada o'yinlar travma xavfi bor vaziyatlar sonini oshiradi.



Rasm -4. ko'cha travmasi.

Og'ir travmalarning 25%, o'lim bilan yakunlanuvchi travmalarning 16% shu yoshdagi bolalarga to'g'ri keladi. Ularda travmalar oldini olishda kattalar tomonidan uzluksiz nazorat bo'lishi, bolalar bog'chasiga qamrab olinishi, tarbiya katta ahamiyatga ega. Ular issiq ovqatlarni o'z ustiga to'kib, kuyib qolmasligi, gugurtni, kimyoviy suyuqliklar (Ishqor, kislota, uksus va h. k.) pichoqlar, vilkalarni ularning qo'llari yetolmas joyda saqlashga juda e'tiborli bo'lish zarur. Isitilgan pech, utyug, elektrik jihozlariga borib qolmasligini ta'minlash kerak. Sanitariya, gigienik, madaniy, tarbiyaviy bilimlarni ota-onalarga yetkazish, keng va muntazam yo'lga qo'yilishi maqsadga muvofiqdir.



Rasm-5. Sport o'yinlarida kattalar nazorati muhimdir. (Pablo Pikasso "Qizbola shar ustida" asari).

Maktab yoshidagi (7-17 yosh) bolalarda travmatizmning hamma turlari uchraydi. Uy - turmush travmalari -33%, ko'cha travmatizmi-36%, (shundan 5%-transport travmatizmi), maktab travmatizmi -15% (3-4%-fizkultura darsida, 12%-tanaffus payti) sport travmatizmi -8% va boshqa travmalar - 9%. Ularda travmalar tarkibi bo'yicha kuyishlar 37%ni tashkil etib, ko'pchiligi uy yumushlarini bajarish bilan bog'liq ravishda ro'y beradi. Bolalarning o't yoqib, olov atrofida o'ynashga qiziqishlari, yengil o't oluvchi moddalarga qiziquvchanligi ham kuyish sababi bo'la oladi. Olov sababli kuyishning og'ir oqibatlarini tushuntirib, uyda, maktabda tarbiyani kuchaytirish yo'li bilan bu travmalar oldi olinishi mumkin.

Maktab travmatizmi. Maktabda kuzatiladigan travmalarning 80% tanaffus paytiga to'g'ri keladi. 20% fizkultura darsi bilan bog'liq bo'ladi. 71% miqdorda bolalar maktab zinapoya yo'llaridan yiqilib, 29% ko'rsatgichda parta, deraza tagi joyidan yiqilib tushib travma oladilar. Bu travmalar lat yeyish, et cho'zilishi kabi yengil bo'lishi, yoki suyak siniqlari, bel travmasi tarzida og'ir travmalar bo'lishi mumkin. Bunday travmalar oldini olish maktabda tanaffus paytlari o'quvchilardan navbatchi nazoratchilar tayinlanib olib boriladi. Fizkultura darsi bilan bog'liq travmalar mashg'ulotlar tashqarida ochiq havoda o'tkazilganda ro'y berib, ular futbol, voleybol o'yinlari, yugurish, uzoqlikka sakrash, balandlikka sakrashlar bilan bog'liq bo'ladi. Gimnastika mashqlarini bajarishda gimnastika aslahalaridan yiqilishlar og'ir (suyak sinishlari, bosh) travmalariga sabab bo'ladi.



Rasm-6. Sport travmasi ehtimoli.
(A. Deyneka: "Yoshlik" asari)

Bunday travmalarning oldini olish maqsadida mashg'ulot o'tkazish joyining tekisligini, gimnastika sport-qurollarining sozligi, polga mahkam berkitilganligini har mashg'ulot oldidan tekshiriladi. O'quvchilar bajarilishi kutilayotgan mashqlarning mohiyati, bajarilishi texnikasi avval obdan tushuntirilib, bajarilish payti yiqilmaslik oldini olib, xavfsizligi ta'minlanishi shart. Mashqlarni o'rgatishda osondan qiyinga, soddadan murakkablikka qarab asta-sekin, bosqichma-bosqich, kam kuch talabidan zo'riga qarab borilishi kerak. Mashg'ulotlar talato'psizlikda, qat'iy intizom saqlanib, pedagog rahbarligi ostida, nazorati ostida bajarilishi zarur.

Sport travmatizmi. Sport tashkilotlarida o'tkaziluvchi mashg'ulotlarda maktab yoshidagi bolalar travmasi 4% yaqinini tashkil etadi. Ular ko'pchilik hollarda (1/3qism) sport gimnastikasi bilan shug'ullanishda, 1/5 qism travmalarni voleybol o'ynashda, yengil atletika mashqlari davomida oladilar. Hamma jarohatlarning 30%ni suyak sinirlari tashkil etadi. Bolalarning o'zlari tashkil etgan sport o'yinlari payti, (pedagog, trener nazoratsiz) travmalar tarkibi bo'yicha og'ir bo'lib, 57%da suyak sinirlari, chiqishlar, jarohatlar kuzatildi. Yetarlicha keng, tekis, shinam joylardagi o'yinlar, va sport o'yinlari davomida kattalar nazorati ta'minlanishi bunday travmalarning oldini olishga olib keladi.



Rasm -7. Velosiped haydash bilan bog'lik travma.

Ko'cha travmatizmi. Ko'cha travmatizmi sabablari bo'lib, o'quvchilarning maktabga borishida kattalar nazorati yo'qligi, o'z holicha borishi, bolalarning yo'l qoidalarini bilmasligi, jamoat transportlarida yurish ko'nikmalari kamligi, yo'l qoidalarini pisand qilmay buzishlari va transport-yo'l hodisalari hisoblanadi. Transport bilan bog'liq travmalar sabablarining tahlili ko'rsatishicha, 80% hollarda jabrlangan bolalarning o'zlari aybdor bo'lib chiqayapti. Transport-yo'l hodisalari sababli olingan shikastlar respublikada barcha travmalarining 3, 2% ni tashkil etadi. Bolalarda transport bilan bog'liq travmalar tarkibi shu yoshdagilarga mos bo'lib, bosh-miya travmalari -41, 5% ko'p uchraydi. 23, 5% miqdorda suyaklar shikastlari, 14, 5% hollarda yumshoq to'qimalar va tana lat'i ko'rinishida kuzatiladi. 20, 5% ko'rsatgichda transportyo'l hodisasi ro'y bergan joyda travma o'lim bilan yakunlanadi. (R. D. Raxmonov, 2010)

Transportyo'l hodisalari profilaktikasi respublikada davlat miqyosida olib boriladi. Vazirliklar Mahkamasi qoshida yo'l xaritasi xavfsizligini ta'minlash bo'yicha boshqarmalararo komissiya faoliyat yuritadi. Xuddi shunday komissiya Viloyat, shahar, tuman hokimiyatligida ham faoliyat yuritadi. Komissiya tarkibiga xalq ta'limi, sog'liqni saqlash, ichki ishlar, avtotranspotr, aloqa, avtoyo'l, temir yo'l vazirliklari va boshqarmalari vakillari kiradi.



Rasm -8. Bolalarni ko'chadan o'tishni tashkil qilinishi.

Xalq ta'limi, ichki ishlar vazirliklari hamkorligida bolalarni maktabda, bolalar bog'chalarida yo'l-harakat qoidalarini o'rgatish bo'yicha o'qitishlar tashkil etilgan. Maktablarda yo'l harakati

xavfsizligi uchastkalari tashkil etilgan. Televedeniyada muntazam ravishda "Yo'l harakatining yosh inspektori", "Sветофор" ko'rsatuvlari berib boriladi. Soha ilmiy amaliy tibbiy ixtisoslashgan Markaz va filiallarida bu muammoni o'rganish, tahlil, oldini olish va bolalarni davolash bo'yicha uslubiy tavsiyalar ishlab chiqilmoqda.

Sog'liqni saqlash va ichki ishlar vazirliklari hamkorligida yo'l-transport hodisalarining profilaktikasi va shoshilinch yordam ko'rsatish sifatini ko'tarish bo'yicha reja ishlab chiqilib, amaliyotga joriy etilgan. Unda transport haydovchilarini tibbiy ko'rikdan o'tkazishni yanada yaxshilash, transport vositalari uchun tibbiy aptechkalar ishlab chiqarishni yo'lga qo'yish bilan birga Yo'l transport hodisasi jarohatlarida birlamchi tibbiy yordam ko'rsatishga shofyo'rlarni o'rgatish, o'qitishni tashkil etish ko'zda tutilgan.

Bolalarda travmatizmning oldini olish muammosi tarbiyaviy masalalar bilan hamohang bo'lgani uchun bolalarning bo'sh vaqtlarini- dam olish, bayram, ta'til kunlarini mazmunli, maroqli o'tkazishlarini tashkil etish muhim ahamiyat kasb etadi. Bu tadbirlar tashkiliy ravishda o'tkazilib, bolalarning qiziqish sohalarini e'iborga olish, ijodiy iqtidorlarini rivojlantirishga ham qaratilmog'i maqsadga muvofiq bo'lardi.



Rasm - 9. Sog'lom bola - ona baxti. Mehribonlik. (A. Deyneka: "Onalik" asari.)

II BOB BOLALARGA XOS SUYAK SINISHLARI

Bolalarda suyak tuzilishining o'ziga xosligi

Bolalarda uzun suyaklarining anatomik tuzilishi: epifizar suyaklanish jarayonining tugallanmaganligi, o'sish zonasi mavjudligi, suyak ust pardasining qalinligi bolalar skeletiga elastiklik va egiluvchanlik beradi.

Bola yoshi qancha kichik bo'lsa, barcha to'qimalar shuncha elastik, mayin bo'ladi, shu jumladan suyak to'qimasi ham.

Suyak to'qimasi kam minerallasgan, unda tog'ay to'qimasidan iborat qismlar ko'p. Suyak ust pardasi ayniqsa epifizar zonalarda nisbatan mustahkam va qon tomirlari bilan boy ta'minlangan. Bo'g'im boylamlari cho'ziluvchan, bovg'implarda harakat hajmi ko'proq.

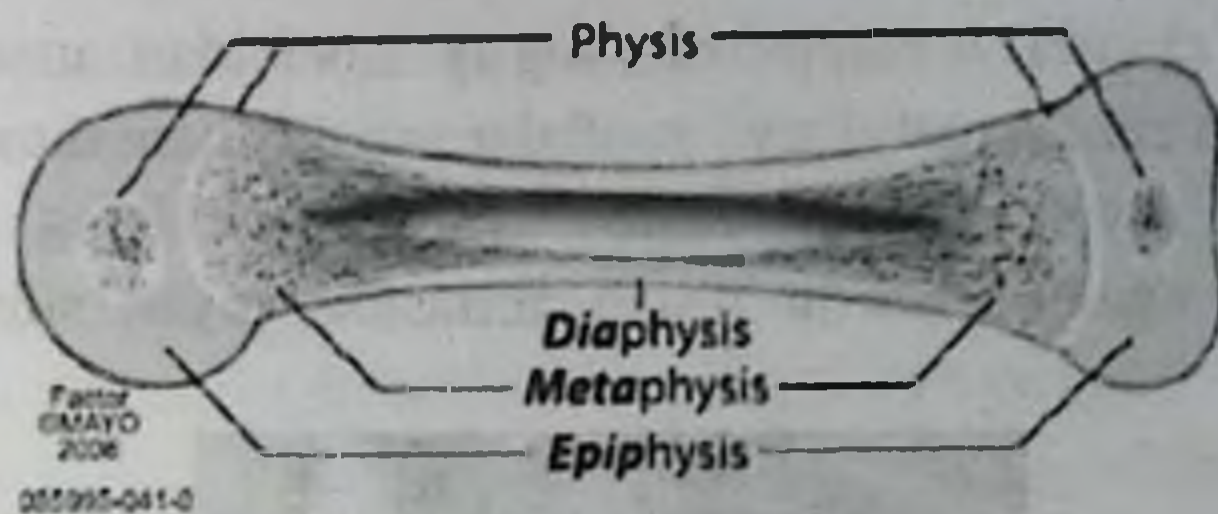
Uzun suyaklarda o'rta qismi-diafiz (grekchadan, dia-o'rtasi, fiz-o'suvchi qismi), ikki bo'g'im yuzalari - epifizlardir. Diafizdan epifizga o'tar qismi metafiz deb ataladi. Apofizlar - suyak bo'rtiqlari bo'lib, epifiz atrofida joylashadi (yelka suyagining katta-kichik do'mboqlari tuberculum majus et minus), yelka suyagining distal ichki va tashqi do'mboqlari (epicondilus medialis et lateralis) va son suyagining katta kichik ko'stlari (trochanter major et minor) va h. k.

Bolalarda uzun suyaklarning farq qiluvchi jihatlaridan biri epifiz tog'ay to'qimasidan iborat bo'ladi.

Odam ontogenezida skelet uch bosqichda rivojlanadi:

1. Qo'shuvchi (biriktiruvchi) to'qima
2. Tog'ay to'qima
3. Suyak to'qima

Chaqaloqlarda va kichik yoshdagi bolalarda epifiz, apofizlar tog'ay to'qimasi bosqichida bo'ladi. Tug'ilgandan bir yoshlik davrlarda epifiz markazida o'zak (suyaklanish nuqtasi), ya'ni epifiz enxondral ontogenezdan suyak to'qimasiga aylanadi.



Rasm - 10. Bolalarda uzun suyak tuzilishi sxematik ko'rinishi: diafiz - tanasi; metafiz; epifiz - bo'g'im yuzali suyak oxiri; physis - o'sish zonalari (John A. Herring, MD 2014).

Epifizda suyaklanish nuqtasi paydo bo'lmaguncha rentgen tasvirida ko'rinmaydi. Shu sababdan bolalarda rentgen tasvirida bo'g'im yorig'i keng ko'rinadi.

Bola tug'ilgandan keyin dastlab yelka suyagining boshchasi o'zagi 2-3 oylikda paydo bo'ladi. Son boshchasining o'zagi 5 oylikda, son distal epifiz kondiluslari 8-12 oylikda, yelkaning g'altagi 7 yoshda, yonbosh suyagi qanotlari apofizi 14 yoshda va h. k. paydo bo'ladi.



a

b

Rasm - 11 Boldir suyaklarining rentgen tasviri. O'rta qismi - diafiz, bogim yuza qismi - epifiz, diafiz va epifiz o'rtasi - metafiz. Epifiz va metafiz orasida - o'sish zonasi. a - old orqa proeksiyada, b - yonbosh proeksiyada.

Bolalik va o'smirlik yoshida epifiz va metafiz orasidagi tog'ay, ya'ni metafizar tog'ay saqlanib qoladi. Shu o'sish zonasidir.

Metaepifizar tog'ay boshqa nom bilan ham ataladi (sinonimlar): o'sish plastinkasi, epifizar zona, epifizar tog'ay, o'sish zonasi. Shularning ichida eng qulayi bizningcha "o'sish zonasi" deb atash

ma'qulroq, chunki metaepifizar tog'ay hisobidan uzun suyaklar o'sadi. O'sish zonasi metafiz va apofizlar orasida ham mavjud.

Bolalar suyagi patologiyasida o'sish zonasining o'rni katta ahamiyatga ega. Bolalarda o'sish zonasida suyak sillishi, sinishi kuzatiladi.



a

b

Rasm - 12 Tizza bo'g'limlari 36oentgen tasviri. Epifiz, o'sish zonasi, metafiz ko'rinyapti. A - chap tizza: tizza qopqog'li to'g'risida o'sish zonasi. B - o'ng tizza: bo'g'limdan pastda o'sish zonasi.

Suyak tashqi tomondan suyakustpardasi bilan qoplangan. Kattalarda suyak ustpardasi yupqa, qo'shuvchi to'qima pardasi mustahkam bo'lib och-qizg'ish rangda.

U suyakka qo'shuvchi to'qimaning teshib kiruvchi tolalari orqali maxsus kanallardan kirib yopishadi. U qon tomir va nerv tolalariga boy bo'lib, suyakni oziqlantiradi, o'stiradi.

Bolalarda suyakustpardasi qalin, shirali, qon tomirlarga boy, elastik. Yosh bolalarda suyak suyakustpardasi hujayraviy elementlarga juda boy bo'ladi. 10 yoshga borganda hujayraviy tuzilishi kamaya boradi.

Shunday qilib, yuqoridagilardan shunday xulosa qilsa bo'ladi:

1. Bolalar suyagi elastik egiluvchan: kattalar suyagiga nisbatan elastik, egiluvchan. Mineral moddalar kamroq va organik moddalar ko'proq.

2. Suyakustpardasi qalin, qon tomirlarga boy, hujayraviy elementlar ko'p. Suyakustpardasi suyakka tashqi ta'sirni pasaytiradi, gohida yirtilmasdan suyak bo'laklarini to'g'ri holda ushlab turadi.

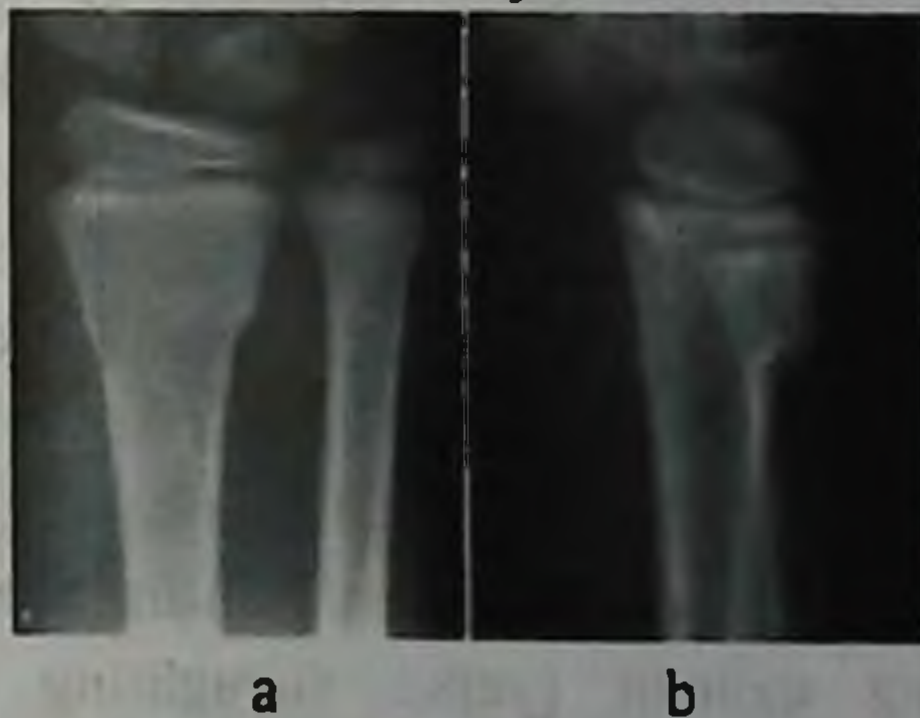
3. Chaqaloqlarda epifiz, apofizlar tog'ay to'qimalardan iborat. Ular ma'lum yoshgacha rentgen tasvirda ko'rinmaydi. Shu sohadagi sinishlar diagnostikasi katta yoshgacha qiyinchilik tug'diradi.

4. Metafiz va epifiz orasida o'sish zonasi bor. U tog'ay qatlamdan iborat. Bolalarning suyaklari o'sayotgan suyaklardir. Rentgen tasvirida o'sish zonasi epifiz va metafiz orasidagi yo'lakcha shaklida ko'rinadi. Uning shikastlanishi o'sishning buzilishiga olib kelishi mumkin.

Bolalarga xos suyak sinishlari

Bolalarda suyak sinishlarining kelib chiqishi va kechishi suyak to'qimasining qon bilan yaxshi ta'minlanganligi, suyak kanalidagi ilikka, suyak to'qimasi elastikligiga, epifizar o'sish zonasidan o'sishiga va bola skeletining boshqa anatomo-fiziologik xususiyatlariga bog'liqdir.

Xuddi kattalardagi kabi bolalarda ham har xil suyak sinishlari bor, lekin shu yoshga xos bo'ladi. "Yashil novdasimon" sinish faqat bolalarda uchraydi. "Yashil novdasimon" sinishda faqat eng egilgan bir kortikal qavat sinadi. "Yashil novdasimon" sinishlar ko'proq bilakning diafizar sinishlarida uchraydi.



Rasm - 13 Bilak suyagining pastki metafizida suyakpardasi osti sinigi
a - old orqa tasviri,
b - yonbosh tasviri.

Maktabgacha, maktab yoshida ko'proq **suyakpardaosti sinishi** kuzatiladi. Sinish chizig'i ko'ndalang yoki qiyshiq yo'nalishida bo'lib, parchalanish kuzatilmaydi. Suyakustipardasi yirtilmaganligi va suyakpardaosti qon quyilishi bilan taranglashib suyak bo'laklarini mustahkam tutib turadi.

Shu sababdan bunday sinishlarda biroz burchak ostida siljish kuzatiladi, boshqa turdagi siljishlar nisbatan kuzatilmaydi.

Bolalarga xos sinishlaridan o'sish zonasidan sinish va epifizning sinishi bolalarda ko'proq uchraydi. Epifizning o'sish zonasidan ajralishi **epifizeoliz** deyiladi. Ko'pincha epifiz ajralishida metafizdan ham qisman sinish paydo bo'ladi. Bu **osteopifizeoliz** deyiladi.



a

b

Rasm - 14. Bilak suyagi osteopifizeolizi. Rentgenogramma tasvirlari: a - old orqa tasviri,, b - yonbosh tasviri.

Epifizning ajralishi ko'proq bilvosita ta'sir mexanizmidan kelib chiqadi va boylamlarning epifizga birikkan joyidan o'tadi (bilak, boldir- oshiq bo'g'limlari, sonning pastki epifiz). Bolalarda epifizeolizlar ichida bilakning distal epifizining siljishi birinchi o'rinni egallaydi. Katta boldirning distal epifizeolizi ikkinchi o'rinda turadi. Apofizning uzilishi (yelka suyagining ichki va tashqi epikondiluslari, yelka suyagining katta va kichik do'mboqlari) (tuberculum mayus et minus), yonbosh suyagining oldingi bo'rtiqlari (spina iliaca anterior superior et inferior), sonning katta va kichik ko'stlari (trochanter major et minor), katta boldir suyagining bo'rtig'i (tuberositas tibia va h. k.) **apofizeoliz** deyiladi.

Apofizeolizda ham sinish liniyasi o'sish zonasidan o'tadi.

Bolalarda sinishlarning kechishi

Bolalarda suyak sinishlarining kechishini o'rganib, sinirlarning bitishi, bolalar organizmidagi o'zini-o'zi korreksiyalovchi mexanizmi (suyak bo'laklarining qonliqarli siljishi) o'sish zonasidan singanda qanday asoratlar kuzatilishini yoritamiz.

Bolalarda sinirlarning bitishi yaxshi kechadi. Kattalarga nisbatan bolalarda suyak sinig'ining bitishi intensivligi tez kechadi.

Suyak qadog'ining tez paydo bo'lishi bolaning yoshiga, sinish joyiga, sinir bo'laklarining holatiga bog'liq.



Rasm - 15 Chap elka suyagi diafizidan sinishi. Ko'ndalang sinish va silgish, 25 kunlik chaqaloq. Suyak qadog'i hosil bo'lgan.

Suyak qadog'ining tez paydo bo'lishi vrachdan qisqa vaqt ichida suyak bo'laklarini to'g'rilashni talab qiladi, natijada suyaklarning noto'g'ri bitishining oldi olinadi.

Bolalar organizmida kattalarga nisbatan boshqacha xususiyat bo'lib, noto'g'ri bitgan diafizar sinirning to'g'rilanib ketishi holati mavjud.

O'sish davomida diafizda 2 sm. gacha bo'lgan bo'ylama kaltalikni bolalar organizmi to'ldirish qobiliyatiga ega.



Rasm - 16 Bir yoshli bolada son suyagi diafizidan sinish. Kondalang, bo'yiga va burchakli siljish, siniq bityapti. Sonning distal epifizi suyaklanish yadrosi ko'rinlyapti.



a

b

Rasm - 17. Son suyagi pastki qismida metafiz-o'sish zonasi-epifizlardan siniq chizigi o'tib singan (a), kichik siljish bilan. O'sish zonasi funksiyasi buzilganligi sababli burchakli qiyshiqlik rivojlangan (b)

Hatto yetarli darajada immobilizatsiya bo'lsa, diafizar suyak bo'laklarining to'liq, ko'ndalang siljishi ham bitib ketadi. Reparatsiya va suyak regeneratsiyasi xususiyatlarini hisobga olib bolalar travmatologiyasida "qonliqarli siljish" termini mavjud.

Bolaning yoshi qancha kichik bo'lsa reparativ regeneratsiya intensivligi shuncha tez kechadi. Shu sababdan immobilizatsiya vaqti qisqaradi (1-jadval).

1-jadval

Siniqlarning lokalizatsiyasiga qarab gips bog'lamada ortacha immobilizatsiya vaqti.

Siniq lokalizatsiyasi	Immobilizatsiya vaqti		
	Bolalarda (N. G. Dame boylcha, 1968)	Bolalarda (G. M. Ter- Eglazarov bo'ylcha, 1983)	Kattalarda (A. V. Kaplan bo'ylcha, 1976)
O'mrov (Clavicula)	12-21 kun	15-18 kun	3-4 hafta
Yelkaning (Humer) pastki metafizi	12-18 kun	2-3 hafta	3-4 hafta
Yelka(Humer) suyagining diafizi	17-25 kun	4-5 hafta	6-8 hafta
Bilak (Radia Ulna) suyaklarining diafizi	18-25 kun	6-10 hafta	8-10 hafta
Sonning (Femur) travmatik chiqishi	5-12 kun	-----	30 kun
Sonning (Femur) diafizi	12-28 kun	5-6 hafta	2. 5-3 oy
Sonning (Femur) distal metaepifizi	21-28 kun	4-6 hafta	1. 5-2 oy
Boldir (Tibla) suyagi diafizi	18-25 kun	5-8 hafta	2. 5-3 oy

Adabiyotlarda diafizning quyidagi qoniqarli siljishlari ma'lum (2-jadval).

2-jadval

Diafizningqoniqarli siljishlari.

Diafiz	Yangi siniqlar	Noto'g'ri bitgan siniqlar
Yelka, son	2/3 ko'ndalangiga	Suyakning to'liq ko'ndalang siljishi

Bilak	To'liq, $\frac{1}{2}$ ko'ndalangiga	$\frac{1}{2}$ suyak ko'ndalangiga
Boldir	$\frac{1}{2}$ suyak ko'ndalangiga	$\frac{1}{2}$ suyak ko'ndalangiga

Diafiz qismida siljish bo'lsa qoldirish mumkin. Siniq metafiz yoki epifiz sohasida bolsa aniq to'g'irlash kerak. Xuddi shunday epifizar siniqlari - bo'g'im ichi siniqlari, epifizeollzlarni to'liq to'g'rilash shart (konservativ va operativ usullar bilan).

Siniq bo'laklarining burchakli va rotatsion siljishlari o'sish davomida to'g'rilanmaydi, korreksiyalanmaydi. Shu sababdan bu siljishlar to'g'rilanishi kerak (repozitsiya). Suyakning noto'liq sinishi - yashil novdasimon sinish to'g'rilaganda prujinasimon harakatda bo'lib ikkilamchi (takror) burchakli siljishi mumkin. Shu sababdan suyak noto'liq sinishlarini to'liq siniqqa aylantirib tashqi gipsli bog'lama bilan fiksatsiya qilish kerak. Bu burchakli siljib, noto'g'ri bitib qolishining oldini oladi.

Bolalarda o'sish zonasining sinishi bo'g'im shakli va funksiyasini buzadi, deformatsiyaga olib keladi. Epifizeollzlar, transepifizar sinishlarda to'g'ri diagnostika qilib, to'g'ri davolasa ham asoratlar bo'lishi mumkin. Masalan, bilak suyagining o'sish zonasidan singanda qiyshiq bilak kelib chiqadi. Bilak suyagi o'sishdan qolib tirsak suyagi normal o'sadi. Keyinchalik qo'l kafti bilak suyagi tomonga qiyshayadi.

Epifizning shikastlanishi, boshqa bo'g'imlar o'sish zonasining shikastlanishi bo'g'imlarning valgusli yoki varusli deformatsiyasiga, uzun suyaklarning o'sishdan orqaga qolishiga sabab bo'ladi.

Bolalarni tekshirish va sinishlarining diagnostikasi

Bolalarda siniqlarning diagnostikasi xuddi kattalardagidek bo'lib, bolaning umumiy ahvoli aniqlanadi, shikastlangan joyi (periferik, magistral qon tomirlar, nerv tolalar holati), siniq

lokalizatsiyasi, sinish xarakteri va sinliq bo'laklarining sillish turi aniqlanadi.

Bolalarni klinik tekshirish biroz qiyinchilik tug'diradi. Ko'pincha anamnez yig'ish qiyin bo'lib bola shikastlanishi haqida to'liq axborot berolmaydi, gohida ayrim holatlarni yashiradi.

Anamnezni yig'ish diagnostika uchun ahamiyati katta. Masalan balandlikdan yiqilishda ko'pincha tovon suyagi sinadi. Qo'lga tayanib yiqilsa, bilak suyagi distal qismi sinishiga yoki epifizeolizga olib keladi va h. k.

Ob 'ektiv tekshirish ko'pincha bolaning qarshiligi, qo'rqishi, og'riq sababli qiyinroq kechadi. Sinish simptomlari bolalarda ham kattalardagidek: og'riq, majburiy holat, travmatik shish, deformatsiya, aktiv va passiv harakatlarning cheklanishi, patologik harakat va sinliq bo'laklarining krepitatsiyasi kuzatiladi.

Gohida bolalar noto'lliq sinishlarda (darz ketganda), "suyakpardaosti" sinishlarida sinish joyini aniq aytolmaydi, sababi shish, funksional buzilish, sezilmas darajada bo'ladi va aksincha to'liq singanda travmatik shish katta bo'ladi. Sinliq bo'laklarining harakatini va krepitatsiyasini aniqlash uchun tekshirish tavsiya etilmaydi, chunki asoratga olib kelishi mumkin.

Diagnostikada rentgenologik tekshiruv ahamiyatli bo'lib, rentgenogrammani o'qish uchun suyaklarning rentgenanatomiyasini bilish zarur. Rentgen tasvirlarni albatta 2 proeksiyada olish zarur. Suyakpardaosti sinishida sinishning anliq chizig'i bo'lmaydi, kortikal qavat zinapoyasimon o'zgaradi va qisman burchaksimon silliydi.

Epifizning suyaklanish o'zagi ko'rinmasdan rentgendiagnostikada epifizeolizni aniqlash qiyin. Vrachdan suyaklanish o'zagi paydo bo'lish vaqtini, formasini, holatini, epifiz va metafizning suyaklanib bitish vaqtini bilishni talab qilinadi (3-jadval)

3-jadval

Xronologik tartibda katta uzun suyaklar epifizida suyak o'zagi paydo bo'lishining o'rtacha vaqti.

Epifizlar	Suyak o'zagining paydo bo'lish vaqti
Yelka suyagining boshchasi	3-8 oylikda
Son suyagining boshchasi	5 oylikda
Kichik boldir suyagining boshchasi	12-14 oylikda
Yelka suyagining ichki epikondilusi	5 yoshda
Bilak suyagining boshchasi	5 yoshda
Tirsak o'simtasi	7 yoshda
Tirsak suyagi distal oxiri.	7 yoshda
Katta boldirning ichki to'pig'i	8 yoshda
Yelka suyagining tashqi epikondilusi	9 yoshda

Jadvalda keltirilgan epifiz va metafizlar sinostozlanishi 14-17 yoshgacha davom etadi.

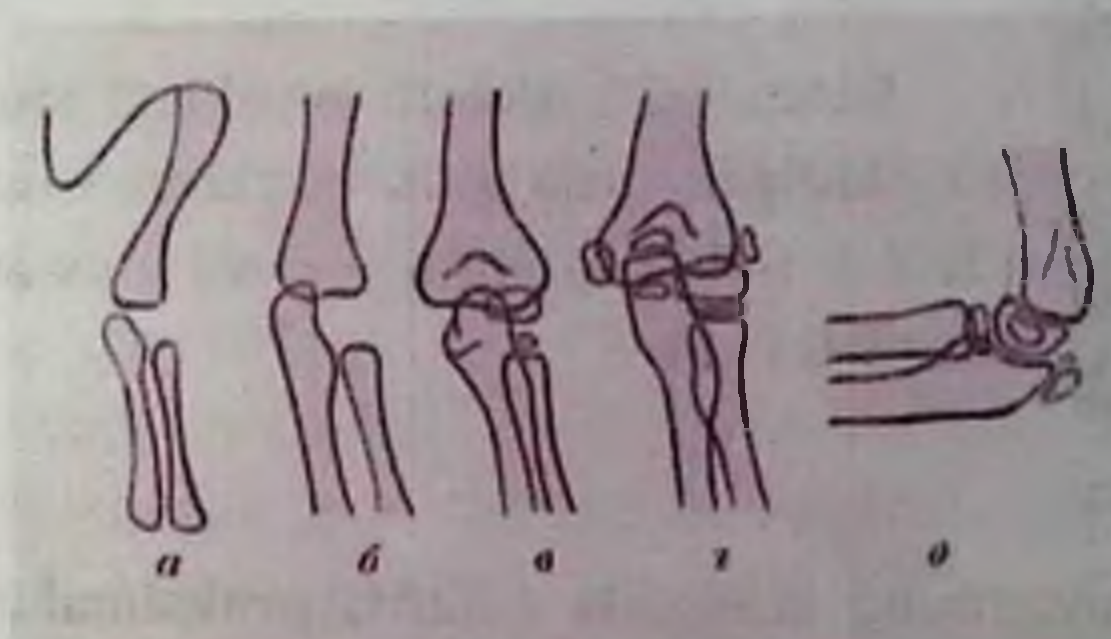


Rasm - 18 Suyak epifizlarining suyaklanish yadrolari paydo bo'lish muddatlari. a - Yelka distal boshchasi - 8-10 oy. b - Yelka boshchasi - 3-6 oy. B - Son suyagi boshchasi - 4 - 6 oy.

Epifizeollzning, o'sish zonasining sinishining rentgenologik simptomatikasi: epifizning sillishi, "suyak plastinkasi", metafizning sinishi, qlyshiq sinish yo'nallishi o'sish zonasiga qarab borishi, o'sish zonasi kengayishi va "qush tumshug'lga"ga o'xshab ochilishi kabi belgilar.



Rasm - 19 O'sish zonalarining suyak osishida faolliklari. Misol: yelka suyagi 80% proksimal o'sish zonasi hisobiga, son suyagi 70% distal o'sish zonasi hisobiga o'sadi.



Rasm - 20 Tirsak bog'imini hosil qiluvchi suyaklarning bola yoshlga qarab suyaklanish yadrolari rentgen tasvirda paydo bolishi, (sxema): a,

b - 3 yoshda; v - 4 -5 yoshda; g, d - 7-8 yoshda.

Bolalarda suyak sinishlarini davolash

Bolalarda suyak sinishlarini davolashda zamonaviy travmatologiyaning hamma usullari qo'llaniladi:

Anesteziya. Repozitsiya.

Immobilizatsiya (qo'l bilan yopiq repozitsiya va tashqi immobilizatsiya)

Skelet tortmasi, leykoplastir tortmasi qo'llash

Kompression-distraksiyon, sharnirli- distraksiyon, distraksiyon osteosintez

Operativ davolash

Fizioterapiya

Davolash fizkulturası va boshqalar.

Siljimagan siniqlar, zichlangan (kompressiyalangan) siniqlar gipsli bog'lamlarda immobilizatsiya qilinib davolanadi. Bolalarda sinishning birinchi kunlarida aktiv shish va gematoma bilan yumshoq to'qimalar qisilmasligi uchun sirkulyar gipsli bog'lamlar qo'llanilmaydi: gips langetalar ishlatiladi.

Chuqur gipsli bog'lam vositasida immobilizatsiya qilinadi. Gipsli bog'lama -langeta siniq sohasi- qo'l, oyoqlar aylanma o'lchamining 2/3 qismini va yuqori - pastki bo'g'imlarini ham fiksatsiya qilishi shart.



Rasm - 21 Boldir suyaklari singanda qo'yiladigan orqa gips bog'lama - langeta (1, 2). Boldirda siniq joyi va gips langeta uzunligi (3, 4, 5).

Masalan, yelka suyagining sinishida (diafiz, proksimal qismi) gipsli langeta sog'lom kurakdan to kaft-barmoqlarigacha, tirsak bo'g'imida 90° bukib qo'yiladi. Sonning ko'stlararo, ko'stlardan o'tuvchi siniqlarda chanoq-son gipsli bog'lama qo'yiladi.

Siljigan siniqlar repozitsiya qilinadi. Sinishning klinik rentgenologik tekshiruvdan keyin qo'l bilan to'g'rilanib repozitsiya qilinadi.



a



b

Rasm -22. O'ng yelka suyagi sinig'ini qo'l bilan repozitsiya (a).

Tirsak bo'gimi sohasidagi siniqda repozitsiya (b)

Kattalarda mahalliy og'riqsizlantirilsa, bolalarda ko'proq umumiy og'riqsizlantiriladi. Umumiy og'riqsizlantirilganda bola tinchlanadi, mushaklar to'liq bo'shashadi, to'g'rilash uchun qulay sharoit yaratiladi. Zarurat bo'lganda katta yoshdagi bolalarda va o'smirlarda mahalliy og'riqsizlantirish mumkin.

Repozitsiyadan keyin gipsli bog'lamada immobilizatsiya va joyiga to'g'ri tushganligini tasdiqlovchi nazorat, kontrol rentgenografiya qilinadi. Diafizar sinig bo'laklarida "qoniqarli turishi" hisobga olish zarur. Dolmo sinig bo'laklarini to'liq to'g'rilashga harakat qilish kerak.

Burchakli va rotatsion siljishlarni albatta yo'qotish kerak. Faqatgina to'g'rilab bo'lmaydigan siniqdagina "qoniqarli turishini" hisobga olsa bo'ladi.

Avvalgi davrning buyuk travmatologlaridan V. V. Gorinevskaya (1963) yozgan edi: "bolalarda regeneratsiya jarayonining yaxshi kechishini hisobga olib, to'g'ri davolashni buzmasligimiz kerak. O'zini-o'zi to'g'rilashning ham chegarasi bor, bu bilan hisoblashmog'imiz shart."



a

b

Rasm -23. Skelet tortmasi yordamida (a) va Ilizarov apparati qo'llab davolash (b).

Skelet tortmasi qo'llaganda bolalarda o'sish zonasini hisobga olish zarur. Spitsani(maxsus 2 mm qalindlikdagi po'lat sim) o'sish zonasidan markazga yaqin metafizdan o'tkazish kerak.

Kompression - distraksion, sharnirno-distraksion osteosintez yangi siniqlar asoratida, noto'g'ri bitgan siniqlarda (burchakli silljiganda), bitmagan, yolg'on bo'g'im, suyak defekti, kaltaliklarda, bo'g'im kontrakturalarida qo'llaniladi.



a



b

Rasm - 24. Bilakka Ilizarov apparati qollash (a). Bilak suyagi bitgan, tirsak suyagi bitmagan - yolg'on bo'g'im ko'rinishi (b), bola 14 yoshda.

Operativ usullar bolalarda kamroq qo'llaniladi. Hamma bo'g'imichl va bo'g'im atrofidagi siniqlar qoniqarsiz repozitsiyadan keyin ochiq repozitsiya qilinadi.

Siniq bo'laklari spitsalar bilan fiksatsiya qilinadi. Intrameduyar osteosintez katta yoshdagi bolalarda qat'iy ko'rsatma asosida qo'llaniladi.

Diafizar, metafizar, epifizar siniqlarni davolash

Diafizar siniqlarni davolash:

Yelka, bilak va boldir suyaklarining diafizar siniqlarida, suyak bo'laklarining silljishi bo'lmasa asosan konservativ usul (immobilizatsiya, bir yo'la qo'lda to'g'rilash, skelet tortmasida) qo'llaniladi.

O'tgan asrda ochiq repozitsiya va osteosintezga keng yo'l berish, metall fiksatorlar qo'llash xato hisoblandi. (M. V. Volkov, G. M. Ter-Egiazarov, V. T. Stujina, 1979). Hozirgi paytda yelka suyagining spiralsimon qiyshiq sinishlarida bo'ylama siljish bo'lsa kompression - distraksion osteosintez yopiq usulda, nerv jarohatida esa ochiq usulda tavsiya etiladi. 3-4 yoshlardagi bolalarda son suyagining diafizar siniqlari vertikal holda Blaunt yoki Shede usuli bilan tortmada davolanadi. Sonning diafizar siniqlari 3-5 yoshgacha tovon suyagidan skelet tortmasi qo'yilib, 6-10 yoshgacha sonning suprakondilyar sohasidan skelet tortmasida Balkan ramasida boldirga gamak qo'yilib, davolanadi. Bunda oyoq tizza bo'gimida 90° buklangan hollatda bo'lishiga e'tibor beriladi. 10 yoshdan keyin katta boldir suyagining g'adir-budiridan skelet tortmasi qo'yilib, oyog'i Beller shinasida qo'yilgan holda davolanadi.

Birlamchi suyak qadog'i hosil bo'lgandan keyin chanoq-son gipsli bog'amasida suyaklar to'liq bitguncha fiksatsiya qilinadi (6-hafta davolanadi). Skelet tortmasida davolanish davomida nazorat rentgenogrammadan siljishlar to'g'rilanmaganligi aniqlansa, operatsiyaga ko'rsatma qo'yiladi. Suyak usti osteosintezni plastina fiksatorlar bilan amalga oshiriladi. Bolalarda bilak suyaklarining diafizar siniqlarida yopiq to'g'rilanib gipsli bog'lamda davolanadi. Ikkala suyaklar singanda, sinik bo'laklari joyiga tushmasa, operatsiya yo'li bilan intramedullyar osteosintez qilinadi. Boldirning diafizar siniqlarida agar repozitsiya muvaffaqiyatsiz chiqsa skelet tortmasi qo'yiladi va bemor kompression - distraksion osteosintezga tayorlanadi.

Metafizar siniqlarni davolash

Yelkaning xirurgik bo'yinchasi konservativ davolanadi: qo'l bilan repozitsiya qilinib gipsli bog'lamda fiksatsiya va qo'ltiq ostiga valik yostiqcha qo'yilib davolanadi. Yelka suyagining suprakondilyar, transkondilyar siniqlari SamMI klinikamiz usuli bo'yichayelkaga o'rta rotatsion holat berilib, repozitsiya qilinib Ilizarov apparatida 3-4 haftadavomidavolanadi. Yelka suyagining transkondilyar

siniqlari siniq chizig'i fovea olecranonl (tirsak o'sig'i kiradigan chuqurcha) ning qayeridan o'tishiga qarab 3 tipga bo'linadi.

I tip - fossaning yuqori va fossa olecranonning chegara qismidan o'tadi;

II tip - fossaning o'rtasidan o'tadi;

III tip - fossaning pastidan, ya'ni o'sish zonasi chegarasidan o'tadi

I, II tip - siniqlari Ilizarov apparatida

III tip esa ochiq repozitsiya qilinib spitsalar bilan fiksatsiya qilinadi (transkondilyar siniqlarni tiplarga bo'lib, klassifikatsiyalash prof P. O'. O'rinboyev bo'yicha berildi).

Yelka suyagining boshchasi osteoepifiziolizi faqat siljimagan yoki 2-3mm siljigan holatlarda gips longetada, shu o'lchamdan ko'p siljishlarda ochiq usulda operativ davolanadi. Bilak suyaklari distal metafizi yopiq repozitsiya qilinib gipsli bog'lamada davolanadi. Son va boldir suyaklarining distal metafizlari yopiq repozitsiya qilinib, skelet tortmasida birlamchi qadoq hosil bo'lgandan keyin, gipsli bog'lamada davolanadi. Joyiga tushmasa ochiq usulda davolanadi. Son suyagining ko'stial osti sinig'ida skelet tortmasi uchun suprakondilyar sohadan spitsa (kegay) o'tkazilib, skelet tortma qo'yilib davolanadi.

Epifizar siniqlarni davolash

Epifizar siniqlar - bo'g'im ichi siniqlari hisoblanadi. To'g'ri repozitsiya qilinmasa, bo'g'im deformatsiyasi, bo'g'im harakatining cheklanishi va noto'g'ri o'sishga olib keladi. Shu sababdan yopiq repozitsiya muvoffaqiyatsiz kechsa, operatsiya qilib davolanadi. Operatsiya paytida juda ehtiyot bo'lib, suyak bo'laklarini yalong'ochlamay (yelka suyagi distal boshchasi, ichki-tashqi epikondiluslar, tirsak o'sig'i) o'tkazish kerak. Fiksatsiya uchun Kirshner spitsasi, vint-shilo, shuruplar ishlatiladi. Bilak suyagi distal epifizi konservativ davolanadi. Siljigan bo'lsa umumiy narkoz ostida repozitsiya qilinadi. Son va boldir suyaklarining distal epifizlari

repozitsiyasi muvaffaqiyatsiz chiqsa, yoki yangi bo'lmagan siniqlarda, eski siniqlarda operatsiya qilinadi.

Bolalar suyak siniqlarini kattalar suyak siniqlari bilan nozologik taqqoslash terminologiyasi

4 - jadval

Yelka suyagining siniqlari

Kattalarda yelka suyagining sinishi	Bolalarda yelka suyagining sinishi
1. Proksimal qismining siniqlari.	1. Proksimal epimetafizar siniqlar;
Boshchaning sinishi, anatomik bo'yinchaning sinishi, transtuberkulyar siniqlar, Intertuberkulyar siniqlar, tuberkulumlarning yakka siniqlari	Yelka suyagining boshchasining epifiziolizi, osteoepifiziolizi
Xirurgik bo'yinchaning sinig'i	Xirurgik bo'yinchasining sinig'i
2. Diafizarsiniqlar-yuqori uchligida, o'rtauchligida, pastki uchligida	2. Diafizarsiniqlar-yuqori uchligida, o'rtauchligida, pastki uchligida
3. Distal qismi siniqlari: suprakondilyar, transkondilyar (T-U-simon)	3. Distal qismi siniqlari (A) bo'g'im ichki siniqlari:transkondilyar metafizar, epimetafizar, tipik tug'riq epifizeolizi, o'sish o'zagining sinishi, distal epifiz boshchasining sinishi. (B) bo'g'im atrofi siniqlari:suprakondilyar, ichki epikondilusining apofizeolizi, tashqi

	epikondilusining apifizeolizi.
--	--------------------------------

5 - jadval

Bilak suyaklarining sinig'lar.

Kattalar bilak suyaklarining sinig'lar	Bolalarda bilak suyaklarining sinig'lar
<p>Tirsak o'sig'i sinig'i Tojsimon o'sig'ining sinishi Bilak boshchasi va bo'yinchasining sinishi Bilak, tirsak suyaklarining diafizar sinig'lar Bilak tirsak suyaklarning yakka sinig'i Bilak, tirsak suyaklarining sinib chiqishlari</p>	<p>Tirsak o'sig'ining apofizeolizi Tojsimon o'sig'ining apofizeolizi Tirsak o'sig'ining sinishi, bilak boshchasining chiqishi bilan (Montedji sinig'i) Bilak boshchasining epifizeolizi Bilak suyagi bo'yinchasining sinig'i Bilak-tirsak suyaklarining sinishi Bilak suyagining diafizar yoki tirsak suyagining diafizar sinig'i</p>
<p>Montedji shikasti</p>	<p>Montedji sinig'i oldingi tip epimetazar oldingi tip diafizar tashqi tip epimetafizar tashqi tip diafizar orqa tip epimetafizar orqa tip tirsak epimetafizar sinig'i</p>
<p>Gallatsi shikasti, bilak suyagi</p>	<p>Gallatsii shikasti</p>

tipik joyidan sinishi	Bilak suyagining distal qismining epifiziolizi
-----------------------	--

6-Jadval

Son suyagining sinirlari.

Kattalarda son suyagining sinirlari	Bolalarda son suyagining sinirlari
1. Proksimal qismining sinirlari	1. Proksimal qismining sinirlari
Medial sinirlar Son boshchasining sinigi Subkapital Transservikal Bazal	Medial sinirlar Son boshchasining epifizeolizi Osteoepifizeoliz Transservikal Bazal
Lateral sinirlar Ko'stlararo Ko'stlaruzra Katta ko'stning sinishi Kichik ko'stning sinishi	Lateral sinirlar Ko'stlararo Ko'stlaruzra Katta, kichik ko'stlarning apofizeolizi
2. Diafizar sinirlar	2. Diafizar sinirlar
Yuqori uchligida o'rta uchligida pastki uchligida	Ko'stlarostidan Yuqori uchligida o'rta uchligida pastki uchligida
3. Son suyagining distal qismining sinirlari T-V simon sinirlar	3. Suprakondilyar sinirlar Son suyagining distal qismi epifizeolizi, osteoepifizeolizi

7 - Jadval

Boldir suyaklarining sinishi.

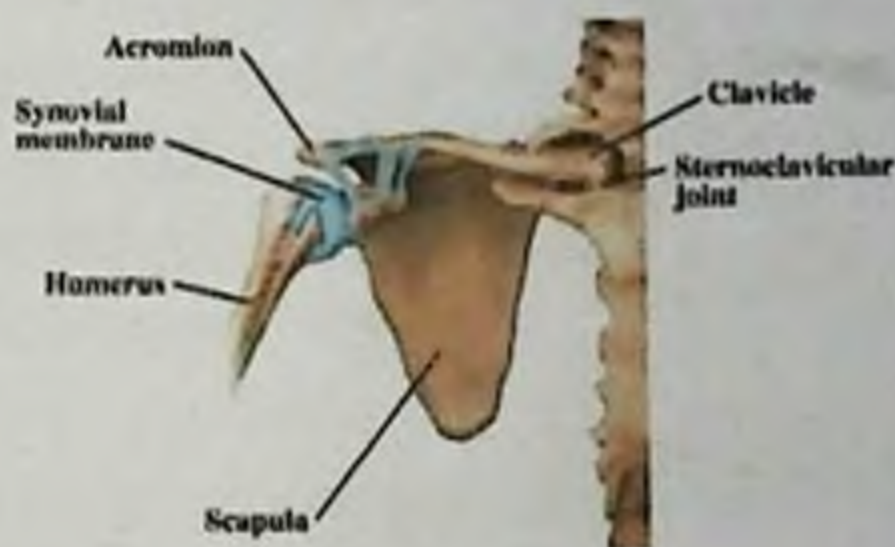
Kattalarda boldir suyaklarining sinirlari	Bolalarda boldir suyaklarining sinirlari
Kondiluslararo tepachaning sinishi (eminentia)	Kondiluslararo tepachaning sinishi (eminentia)

intercondilaris)	intercondilaris)
Katta boldir suyagining Kondiluslari bo'gim buzilmasdan Bitta kondilusning sinib siljishi Ikkala (T-V simon) Bitta yoki ikkita kondiluslarning sinib siljishi, boldirning yarim chiqishi bilan	Proksimal metaepifezar siniqlari
Ikkala boldir suyaklarining diafizar siniqlari	Katta va kichik boldir suyaklarining diafizar siniqlari
Yuqori uchligidan O'rta uchligidan Pastki uchligidan	Yuqori uchligidan O'rta uchligidan Pastki uchligidan
Katta boldir suyagining yakka sinigi Kichik boldir suyagining yakka sinigi To'piqlar sinig'i - Dyupyuitren shikastl pronatsion siniqlar Potto-Desto sinish-chiqishi	Katta boldir suyagi distal qismi osteoepifizeolizi Ichki to'piqning sinishi Tashqi to'piqning sinishi Ikkala to'piqlarning sinishi "ayrining", "vilkaning" ajralishi bilan.

III BOB YELKA KAMARI SINIQLARI

O'mrov suyagi siniqlari

O'mrov suyagi to'sh suyagi bilan va akromion bilan birikish uchun oxirlari bor, ular bo'g'im yuzalari bilan ta'minlangan. To'sh-o'mrov, o'mrov-akromion bo'g'imlar boylamlar bilan, kapsula (bo'g'imni qoplovchi) bilan biriktirilgan. O'mrov S-simon shakli olgan. U yelka kamarini tana bilan birlashtiruvchi suyak hisoblanadi.



Rasm-25. O'mrov suyagi, kurak suyagi, elka bo'g'imi va elka suyagi rasmlari.

Unga bo'yin sohasi, ko'okrak qafasi, qo'l (os humerus) dan mushaklar kelib birikadi. O'mrov suyagi bo'ylama o'qi bo'ylab yo'naltirilgan kuch, yoki o'mrov suyagiga ko'ndalang yo'naltirilgan kuch suyak sinig'ini hosil qilishi mumkin.

1-holat bilvosita ta'sir etish deyiladi: uzatilgan qo'lga yiqilish, yelka bo'g'imiga tayanib yiqilish, yelka bo'g'imi tashqi yuzasi bilan urilib yiqilish, tananing yon tomonlardan o'rtaga qarab qisilishi paytida sinadi.

2-holat tashqi kuchning bevosita o'mrovga ta'sir etishi.

Uchrash miqdori. O'mrov suyagi siniqlari 14-15% ko'rsatkichda uchraydi. Ular ko'p uchrashi bo'yicha bilak suyaklari, yelka suyagi siniqlaridan keyin turadi. Bu siniqlar hamma yoshdagi bolalarda kuzatiladi. Chaqaloqlarda tug'illish jarayoni bilan bog'liq holda ro'y beradi, 2-4 yoshlilarga 30 % siniqlari salmog'i to'g'ri keladi.

O'mrovning o'rta qismida siniqlar ko'p uchraydi. Chunki qattiq suyak qismi g'ovak suyak qismi bilan almashadi. Bunga o'mrovning qiyshiqqligi ham bir omildir.

Kichkina bolalarda siniqlar suyakustipardasi ichida yoki to'liq sinsa siljishsiz, yoki burchakli siljish ko'rinish oladi. Kattaroq yoshdagi bolalarda (8-12 yosh) siniqlar ko'ndalangiga, bo'ylamasiga 1-2 sm gacha siljigan bo'lishi mumkin.



Rasm-26. O'mrov suyagi sinig'i va unga birikkan mushak tortishi, siljishi

Klinik belgilari. Anamnezda travma ro'y berganligi, og'riq, shish, qo'l harakatining cheklanishi diaqnozni osonlashtiradi.

Suyakustipardasi ichidagi siniqlarda og'riq, shish darajasi kamroq bo'ladi. Bu siniqlarda asoratlar uchramaydi. Ba'zan, katta bolalarda, o'smirlarda parchalangan siniqlarda nerv, qon-tomirlar bosilishi, teshilishi xavfi bor.



Rasm-27. O'mrov suyagining parchalangan sinig'i. Medial sinliq bo'lagi yuqoriga tortilgan.



Rasm-28. Bolalarda o'mrov suyagi sinishi. Suyakustpardasi archilganday ajralsa, yangi suyak to'qimasi rivojlanadi.

Davolash. Davolash uslubi bola yoshiga, siniq turiga qarab tanlanadi. Chaqaloqlarda, bir yoshgacha bolalarda davolash immobilizatsiyani amalga oshirishdan iborat bo'ladi. Bunga qo'lchani tirsak bo'g'imida 90° buklab tanaga bintlab bog'lab qo'yish yoki Dezo bog'lamasi qo'yish bilan erishiladi. 10 yoshdan katta va o'smirlarda ahamiyatli siljishlar to'g'rilanadi. Og'riqsizlantirish uchun gematomaga 0.5%, 1% II novokain eritmasi kiritiladi. Bemor taburetkaga o'tkaziladi. Vrach bemorning orqa tomonidan kelib, yelka (humerus suyagi bor soha)dan ushlab, yelka kamarlari yuqoriga va orqaga tomonga ko'tariladi. Qo'litiq sohalar, o'mrov-akromion bo'g'im sohalarini paxta bilan o'ralib, 8-simon gips bog'lam qo'yiladi. Sifatli Delbe halqalari tayyorlangan bo'lsa (u to'qima ichiga paxta solinib, tikib tayyorlanadi) ularni qo'llash mumkin.

Operatsiya uslubida davolashga ko'rsatmalar.



Rasm-29. O'mrov suyagi sinig'i operatsiya qilinib, splitsa bilan fiksatsiya qilingan.

15-20 yillar avval operatsiya qilib davolashga tavsiyalar juda kam yozilgan. Chunki, 2-3 oy va undan ko'p muddat o'tgach kamroq darajadagi siljishlar bilinmay bitib ketish kuzatilgan. Funktsional holatda cheklanishlar bo'lmagan.

Faqat katta siljishlar, asoratli siniqlar (nerv, qon tomirlarning bosilishi, jarohati) operatsiyaga ko'rsatmalar deb hisoblangan. Hozirgi paytda ham shu holatlar operatsiyaga ko'rsatma deb qabul qilingan. Operatsiyaga ko'rsatma bo'lib yana: ahamiyatli siljish (1 sm, undan ko'p) bilan eskirgan (10-12 kundan ko'p vaqt o'tgan) o'mrov siniqlari; qo'l bilan repozitsiyada joyiga kelmagan, yoki joyiga kelgan siniq bo'laklari gips bog'lama bilan davolash davomiyligida yana takror siljish ro'y bersa operatsiyaga ko'rsatma hosoblanadi.

Operatsiya payti suyak bo'laklarini suyak ichi metallosteosintez, suyak usti metallosteosintez uslublari yo'li bilan mahkamlanadi.



Rasm-30. O'mrov suyagi sinig'li suyak usti metallosteosintez qilingan. EOPda korinishi.

O'mrov suyaklarini davolashda immobilizatsiya muddatlari yoshni hisobga olib aniqlanadi: 7 yoshgacha 10-14 kun; 7-10 yoshlilarda 18 kunlar atrofida, 10-14 yoshlilarda 3-4 hafta, deb belgilanadi.

Kurak suyagi siniqlari

Bolalarda kurak suyagi siniqlari kam uchraydi. Ular bolalarda hamma siniqlarning 0. 1% ni tashkil etadi. Bo'g'im yuzasi, kurak burchaklari, tumshuqsimon o'simta siniqlari kamdan-kam uchraydi. Kurak tanasi va kurak bo'yni qismida siniqlar hosil bo'ladi, siljishlar kuzatilmaydi. Bu siniqlar kurakga to'g'ri zarb, yiqilish, yoki tanadan uzoqlashtirilgan qo'lga, yoki tirsakga tayanib yiqilsa ro'y beradi.

ko'phollarda bu sinqlar suyakustipardasi osti sinqlaridir, siljish kam kuzatiladi.



Rasm-31. Kurak suyagi sinqlarining klassifikatsiyasi (sxema)

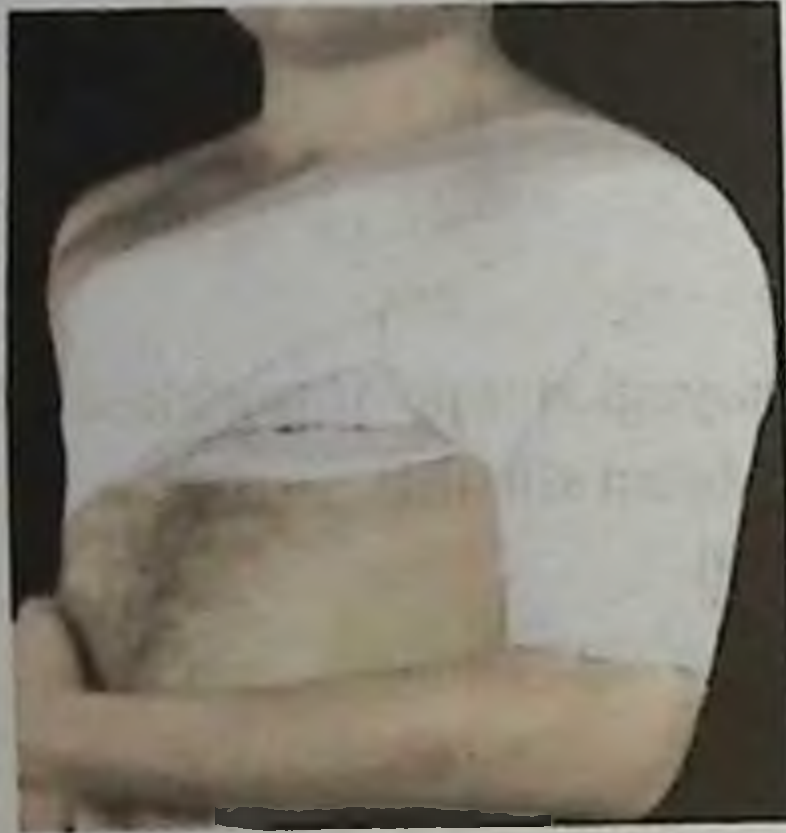
- 1 - bo'g'im yuzasi bilan sinishi
- 2 - akromionsinishi
- 3 - tumshuqsimon o'sig'i sinishi
- 4 - tanasisinishi
- 5, 6 - burchaklari sinishi
- 7 - bo'yinchasi sinishi.

Kurak tanasi sinig'ida "Kamolli simptomi" xosdir. Bu kurak chegaralaridan tashqariga chiqib ketmay paydo bo'lgan, "Uchburchak yostiqcha" ni eslatuvchi shishdir. Bu shish suyak pardasi ostiga qon quyilib, to'planishidan hosil bo'ladi. Joyli og'riq bo'lishi, ikki holatda bajarilgan rentgen tekshiruvda sinliq topilishi tashxisni aniqlashtiradi.



Rasm-32. Yelka bog'imi, kurak suyagi, kurak suyagi sinig'i roentgen tasviri.

Davolash: Og'riqni qoldiruvchi dori tavsiya qilish, qo'lni Dezo bog'lami bilan immobilizatsiya qilish, yoki qiyiqcha- ro'mol bilan bo'yinga bog'lab qo'yish orqali amalga oshiriladi. Kam uchraydigan kurak tanasi sinig'i sillishini to'g'rilash samara bermasa qoldiriladi, agar, keyinchalik bitgach, qo'pol turtib tursa operatsiya yo'li bilan tekislanadi.



Rasm-33. O'mrov suyagi va kurak suyaklari siniqlarini davolash uchun gips boglama.

IV BOB

YELKA SUYAGI (OS HUMERUS) SINIQLARI

Yelka suyagi siniqlari yuqori qismi, o'rta, quyi oxirlari siniqlariga bo'lib o'rganiladi. Yelka suyagining proksimal oxiri siniqlari uzun suyaklar siniqlari orasida 7% atrofida uchraydi. Yelka suyagining proksimal o'sish zonasi 80% faollikka ega. Barcha siniqlar epifizeolizi o'rtasida yelka proksimal epizeolizi 3.5% ni, yelka suyagi siniqlari orasida 4% hollarda uchraydi.

Yelka suyagi yuqori qismi yelka suyagi boshi (caput humeri), tuberculum majus, tuberculum minus, ularning pastki qismi xirurgik bo'yincha deb atalib, bosh sferik ko'rinishga ega. Shu sabab yelka bo'g'imi harakat yo'nalishlari, harakat hajmi bo'yicha nisbatan mukammal bo'g'im hisoblanadi. Bu bo'g'imda bukish, yozish, uzoqlashtirish, yaqinlashtirish, ichkariga burash, tashqariga burash, aylanma harakat (circumflexio) - lar bajariladi. Bu harakatlarni bajarishga keng, yupqa bo'g'im kapsulasi (xaltasi) yo'l beradi. Bo'g'im kapsulasi kurak bo'g'im yuzasi girdidan yopilib birikib boshlanib, yelka suyagi anatomik bo'yinchasi bo'ylab birikadi. Bo'g'im ichida bitta pay bor. Bu yelka 2 boshli mushagi uzun boshi payi, u bo'g'im ichiga yelka tuberculumlari o'rtasidagi sulcus Intertubercularisdan o'tib, kurak bo'g'im yuzasi tepa qismiga birikadi. Bo'g'im yuzalari bir-biriga mos emas. Yelka boshchasi yuzasiga nisbatan kurak bo'g'im yuzasi maydoni 1/3ni tashkil etadi.



Rasm 34. - yelka suyagi proksimal oxiri siniqlari (sxema): 1 - osteoepifizeoliz; 2 - pr. tuberlar uzra sinishi; 3 - xirurgik bo'lncha sinishi.

Yelka suyagi proksimal epifizi yangi tug'ilgan chaqaloqlarda tog'aydan iborat bo'lib, 4-11 oylikda suyaklanib boshlaydi. Katta tuber (do'mboqcha) 2-3 yoshlik payti, kichik tuber 2-5 yoshlarda suyaklanib boshlaydi. Ya'ni, bolalarda yelka suyagi proksimal oxiri 4-11 oylik, 2-5 yoshlarda rentgen tasvirda «ko'rinib» boshlaydi.

Yelka suyagi yuqori epimetafiz sinig'lar

Yelka suyagi yuqori epimetafizida yelka suyagi boshining epifizeolizi, osteoepifizeolizi, xirurgik bo'yinchadan sinishlar uchraydi. Katta yoshlarda kuzatiladigan yelka boshi sinig'i, katta tuber, kichik tuberlar sinishi uchramaydi, yoki juda - juda kam uchraydi.



Rasm-35. Yelka suyagi proksimal (yuqori) va distal (pastki) o'sish zonalarining faolligi (Hamlet A. Peterson, 2007).

Yelka suyagining boshchasi epifizeolizi, osteoepifizeolizi- yelka suyagi proksimal oxiri epifizeolizi tug'ruq jarayoni bilan tanadan qochirilgan qo'lga tayanib yiqillishi, yelka bo'g'im sohasiga zarb kelishi bilan bog'liq bo'lib hosil bo'lishi mumkin. Yiqilganda yelkaning pastki qismiga ta'sir etgan kuch tanaga yaqin holatda ta'sir etsa varus burchakli siljishli sinig' paydo qiladi. Yelka tanadan uzoqlashtirilgan holatda ta'sir etsa valgus burchakli siljishli sinig'

paydo qiladi. Biroq, murakkab anatomik tuzilishi, siniqqa sabab barcha vaziyatlarni ilg'ab bo'lmaslik, suyak sinishlarining bir necha tekislikda ro'y berishini tushuntiradi. Juda ko'p holatlarda ventral-lateral (bir paytda oldinga, tashqariga), va so'ng alohida ventral va lateral siljishlar bo'ladi.



Rasm-36. Yelka suyagining yuqori osteoepifizeoliz sinig'i va siniq bo'laklari joyiga qo'yilgan rentgen tasvirlari.

Klinik belgilari. Bola singan sohada kuchli og'riq sezadi, shish paydo bo'ladi, katta shish sababli siniq bo'laklarining siljish yo'nallishlarini ko'z bilan ko'rganda, hatto paypaslab ko'rganda aniqlash qiyin bo'ladi. Shish rivojlanishga ulgurmagan paytlar periferik siniq bo'lagining oxirini oldinga turtib chiqqanligini, yoki qo'ltiq ostiga turtib chiqqanligini barmoqlar bilan palpatsiya qilib aniqlash mumkin. Rentgenografiya tekshiruvi siniq joyi, bo'laklar siljishini aniq ko'rsatadi.

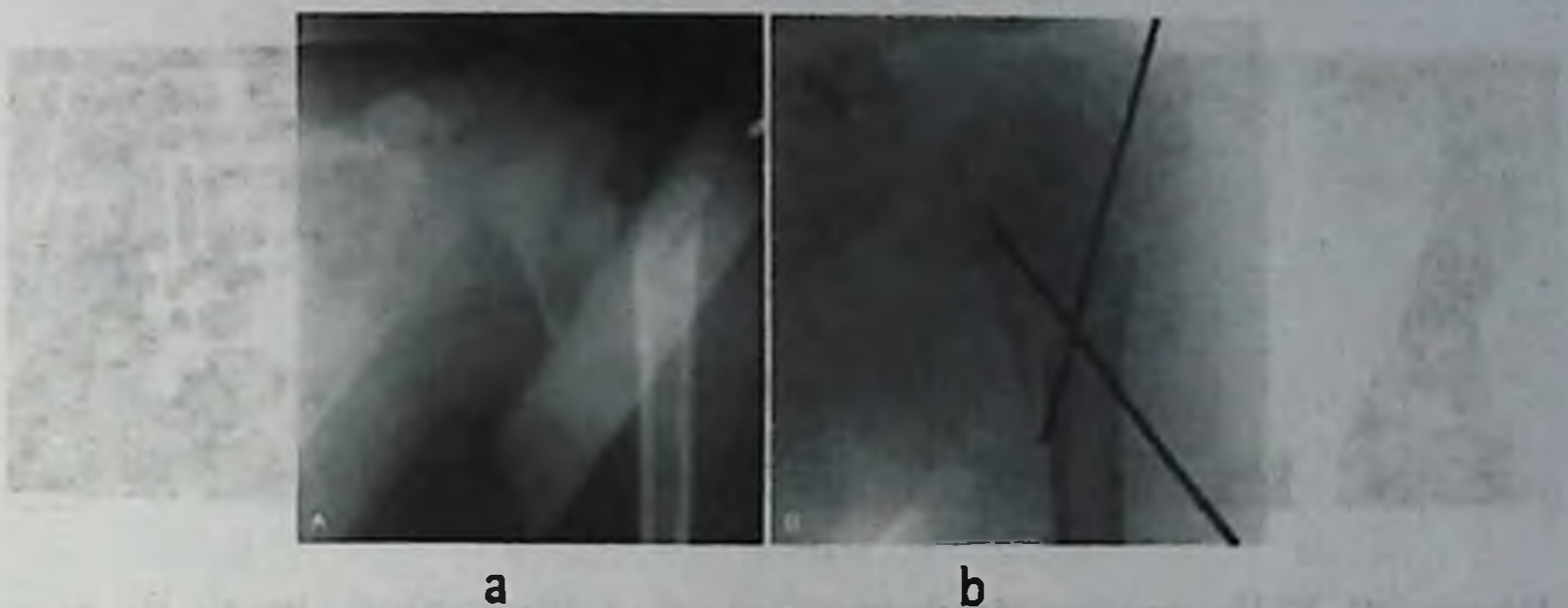
Davolash. Siniq bo'laklari siljimaganda davolash joyli og'riqsizlantirish, gips longeta bilan immobilizatsiya qilishdan iborat. Qo'ltiq ostiga paxta-bintdan yostiqcha qo'yiladi, qo'l tirsakda 90° burchak ostida buklanadi, gips longeta sog'lom kurakdan boshlab yelka bo'g'imi, siniq joyidan o'tib qo'l barmoqlari asosigacha qo'yiladi.

Bo'lakdani siljigan siniqlarni repozitsiya (joyiga to'grilash) texnikasi

Siljishi bor bemorlar statsionarda yotqizilib, umumiy og'riqsizlantirish bajarilib, repozitsiya qilib davolanadi. Abduksion siniqlar (valgus burchakli siljish) qo'l tana o'qiga yaqin, ozroq tanadan qochirilib, markaziy bo'lakka qo'ltiq ostida vrach barmoqlari bilan bosib, o'qi bo'yicha tortilib qo'ltiqdan o'tkazilgan mato yordamida qarama-qarshi tomonga tortib, repozitsiya qilinadi. Repozitsiya samarasi rentgen ekrani nazoratida olib boriladi.

Adduksion siniqlarni (varus burchakli sinish) qo'ltiq ostidan o'tkazilgan mato bog'ich yordamida qarama-qarshi tortish, qo'lni yelkada 90° tanadan qochirilgan holda tortib ko'ndalang siljishlarni barmoq bilan itarilib repozitsiya qilinadi. Ba'zan adduksion siljishli siniqlarni to'g'irlash uchun qo'lni 90° dan ko'p bosh tomonga tortib, yelka usti gorizontal tekislikdan yuqoriga o'tkazib, tortib repozitsiya qilishga muvaffaq bo'linadi. Shu holatda qo'l yuqoriga ko'tarilgan holatda gips-longeta bog'lamasida bog'lanadi. Bu Uitmen-Gromov uslubi deb ataladi. Immobilizatsiya muddati ikki haftadan so'ng qo'l o'rta fiziologik holatda yana ikki hafta ko'krak-qo'l (thorako-brachial)gips bog'lamasida immobilizatsiya qilinadi.

Qo'l bilan repozitsiya muvaffaqiyatsiz chiqsa bemor kech murojaat qilib, katta siljish saqlanib tursa, eski siniqlarni operatsiya qilib davolanadi. Teri kesimi suyak siniqlarigacha ochib borishda oldingi-medial (ichki tomonga yaqin) soha tanlanadi. Bunda n. axillaris va teri ostida o'tuvchi v. sепhalica topografik joylashuvi e'tiborga olinadi. Ilizarov apparati yordamida tashqi mustahkam, qisib ushlab turish bajarilsa, gips bog'lama qo'yishga zarurat qolmaydi.



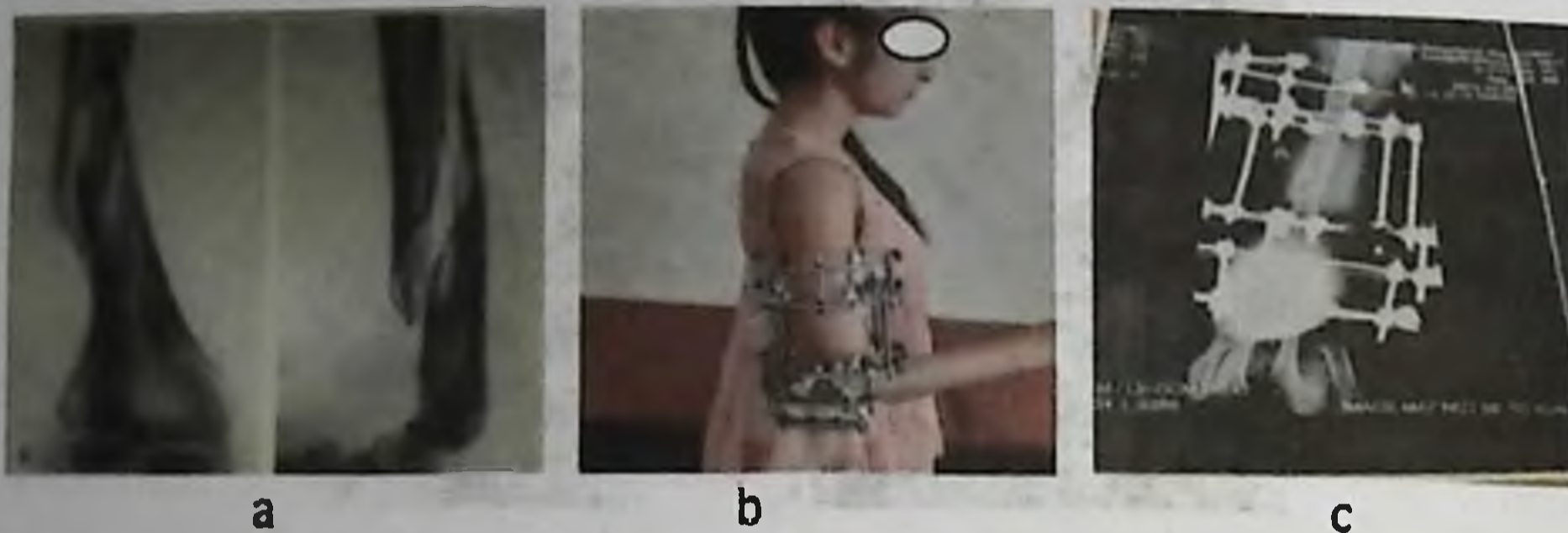
Rasm-37. Yelka suyagi yuqori metafizdan sinishi (a). Qo'l bilan repozitsiya va perkutan osteosintes (b) (John A. Herring, MD, 2017).

Yelka suyagi (humerus) diafiz qismining sinishi

Bu sinqlar bolalarda uncha ko'p uchramaydi hamma sinqlar qatorida 8.4% ni tashkil etadi. Ular to'g'ridan-to'g'ri zarb, urilish bo'lganda, qo'lga tayanib yiqilishda, buralgan qo'lga tirsakka tayanib yiqilganda hosil bo'ladi. Chaqaloqlarning tug'ilish payti jarayon qiyin kechishida qo'lidan tortib urinishlarda ro'y berishi mumkin. Joylashgan joyi bo'yicha yuqori qismida ko'proq, so'ng o'rta qismida, pastki qismida ozroq uchraydi. Siniq chizig'i yo'nalishiga ko'ra kichik yoshdagi bemorlarda ko'ndalang, o'rta va katta yoshli bolalarda qiyshiq, spiralsimon, parchalangan sinqlar kuzatiladi.



Rasm-38. Yelka suyagi diafizdan sinig'i. Ko'ndalang va burchakli siljishlar bor. Suyak qadog'i hosil bo'lgan.



Rasm-39. Yelka suyagi diafizining qiyshiq, vintsimon sinig'i. Ilizarov apparati bilan davolash

Yelkaning diafizar siniqlarida ba'zan bilak nervi qisilishi, cho'zillishi ilk alomatlarini kuzatiladi. Nervning lat yeyishi bir necha vaqtdan keyin tuzalib ketadi. Ba'zan medikamentoz davolashga, kaftni extensio holatida gips longeta bilan ushlab turishga zarurat seziladi. Bu nervning yelka suyagi o'rta qismi siniqlarida qisilishi cho'zillishiga, lat yeyishiga sabab, u suyakka tegib suyakdan o'zining sulcus radialisidan o'tishidir.

Diagnoz qo'yish. Diagnoz qo'yish klinik, rentgenologik belgilarga asoslanadi. Siniq sohada og'riq, shish, harakat cheklanishi, segment uzunligi va o'qining buzilishi kuzatiladi. Rentgenologik tekshiruvda siniq joyi, chizig'i yo'nalishi, siljishlar o'rganiladi.

Davolash. Siljimagan siniqlar og'riqsizlantirishdan so'ng orqa gips longeta qo'yib immobilizatsiya qilib davolanadi. Longeta kurakdan boshlanib, 90° burchak ostida buklangan tirsak bo'g'imidan o'tib, barmoqlar asosigacha boradi. Siljigan ko'ndalang siniqlar umumiy og'riqsizlantirish ostida qo'l bilan repozitsiya qilinadi, keyin gips longeta qo'yiladi. Qo'l bilan repozitsiya qilishda yelkaning o'rta rotatsion holatini hisobga olinadi. O'rta rotatsion holatda yelkaning ichkariga va tashqariga buraydigan mushaklar bir xil taranglikda bo'ladi deb tushuniladi. Bemor orqasiga yotib, yelka vertical ko'tarilganda, tirsak bo'g'imi 90° buklanib, bilak o'qi bemor qulog'iga yo'nalgan bo'lsa, yelka o'rta holatga eng yaqin bo'ladi deb hisoblanadi. Ana shu holatda repozitsiya qilinish tavsiya etiladi.

Repozitsiya samara bermasa, muddat ancha o'tib ketib eski siniqlar bo'lsa siljishlar ancha miqdorda bo'lsa operatsiyaga ko'rsatma hisoblanadi. Bunda suyakusti osteosintez yoki splitsalar bilan intramedulyar osteosintez, qo'shimcha tashqi fiksatsion apparatda kompressiyalovchi osteosintez bajariladi.



Rasm-40. Yelka suyagi deafizidan parchalanib sinishi. Ochiq usulda intramedullyar osteosintez. Rentgen tasvirlari. (John A. Herring, MD, 2017)

Yelka suyagi pastki epimetafizining siniqlari

Bolalarda yelka suyagi pastki epimetafizining siniqlari uchrash miqdori bo'yicha eng ko'p uchraydi. Bular bo'g'imga yaqin, bo'g'im ichi siniqlaridir. Ular ko'pincha siljigan siniqlardir. Siniq bo'laklarini joyiga yopiq usulda qo'yish qiyin, to'g'ri qo'ygach shu holatda ushlab turilganda gips bog'lama ichida takror siljishlar bo'lishi mumkin bo'lgan siniqlardir, anatomik tuzilishi murakkab, siniqlar xilma-xil, davolash qiyin, asoratlar ko'p uchraydigan siniqlardir. Yelka suyagi distal epimetafizini- yelka suyagi distal oxirini grek tilida condylus deb ataladi. (Rasm). Tarixiy, dastlabki siniqlar tasnifida: suprakondilyar-kondilus usti sinig'i; transkondilyar-kondilus sinig'i deb atalgan. Qolgan siniqlar shu sohadagi anatomik atama (ichki epikondilus, tashqi epikondilus) bilan ataladi.

Kondylus boshchasi - capitatum humeri, g'altak sinig'i bilan nomlangan. Rus tilida condylus - мышелок deb nomlangan. Suprakondilyar siniq надмышелковий, transkondilyar siniq -

чрезмышцелковый deyiladi. Biz xalqaro atama bo'lgani uchun transkondilyar siniq deb atash to'g'ridir – degan fikrdamiz.

Yelka suyagining transkondilyar siniqlari

Bolalarda hamma siniqlar orasida tirsak bo'g'imi sohasi siniqlari eng ko'p uchraydi. Ular ichida uchrash soni bo'yicha yelka transkondilyar siniqlari birinchi o'rinda turadi. Yelka suyagi transkondilyar siniqlari ko'p uchrashi asosida anatomik fiziologik sifatlanish yotadi: shu sohada fossa olecranon, fossa coronoidea – lar condylus mustahkamligini pasaytiradi, epifizning oldinga ochilgan burchak bilan turishi ham, metafizda siniq hosil bo'lishida ahamiyati bor.



Rasm-41. Transkondilyar siniqlarda apparat qo'yish sxemasi



Rasm-42. Yelka suyagi transcondilyar sinig'i, siljish borligi bilan (a). Ilizarov apparatida davolash (b).

Yelkaning suprakondilyar, transkondilyar sinliqlari bolaning balandlikdan (daraxtdan, devor ustidan, velosipeddan va hokazo) qo'lga (kaftga) tayanib, yiqilishi natijasida ro'y beradi.

Klinik belgilari: og'riq, shish, bo'g'im funksiyasi buzilishi kuzatiladi. Birinchi 10 minutlarda singan, siljiganligi sababli bo'g'im shakli, yelka pasti qiyshiqligi yaqqolroq ko'rinadi. Keyinroq shish ko'payganda olecranon (tirsak o'sigi) ichki, tashqi epicondiluslar joyi ham ko'rinmay qolishi mumkin. Ba'zan markaziy bo'lak oxiri tirsak bo'g'imi oldi - ichki yuzasida teriga juda yaqin kelib, siljishi mumkin. Unda shu joyda ko'karish, qizarish ka'bi alomatlar ko'rinadi. Rentgenologik tekshiruvda sinliq chizig'ining o'tish joyi, sinliq bo'laklarining siljishi, siljish yo'nalishlari kabilar o'rganiladi. Sinliq chizig'i fossa olecranonidan yuqorida o'tsa "yuqori transkondilyar sinliq" deb ataladi. Unga chuqurchadan pastda o'tsa "Pastki transkondilyar sinliq" deyiladi. Bular yonbosh proeksiyada chuqurchalar soyasi ("qum soat"ga o'xshash figura) ga nisbatan ham rentgen tasvirda aniqlanadi. Yuqori transkondilyar sinliqlar 75%, o'rta transkondilyar sinliqlarda 16%, (pastki transkondilyar sinliq 4%, suprakondilyar sinliqlar 5% uchraydi. Siljish bilan bitgan sinliqlarda bo'g'im funksiyasi tiklanishi yuqori transkondilyar sinliqlarda ijobiy, o'rta pastki transkondilyar sinliqlarda salbiy, ya'ni kontraktura rivojlanadi.

Siljish yo'nalishlari. Distal sinliq bo'lagi sinliqni keltirib chiqargan kuch ta'sirida ko'ndalangiga siljiydi. Keyin mushaklar spazmi natijasida bo'ylga, burchakli, buralib (rotatsion) siljiydi. Eng ko'p siljish yo'nalishi proksimal (yuqori bo'lak orqasiga); ichki, ulnar (tirsak suyagi tomonga); adduksion burchakli siljish, va rotatsion siljishidir.



a

b

Rasm-43. Siniq chizig'i fovea olecrani- dan pastda o'tgan transkondilar siniq. G'altak suyaklanmagani uchun roentgen tasvirda ko'rinmaydi

Davolash. Bolalarda yelka transkondilyar siniqlarini davolashda quyidagi davoloash uslublari qo'llaniladi:

1. Gipsli longeta bilan immobilizatsiya qilish
2. Umumiy og'riqsizlantirish bilan qo'l repozitsiyasi va gipsli longetada immobilizatsiya qilish
3. Qo'l bilan repozitsiya qilish va Ilizarov aparati qo'yish.
4. EOP nazorati ostida yopiq perkutan osteosintez.
5. Ochiqmetalloosteosintez.



Rasm-44. Yelka suyagi distal oxiri tog'ay to'qlmadan iborat ekanligini sxematik tushuntirish (John A. Herring, MD, 2018)

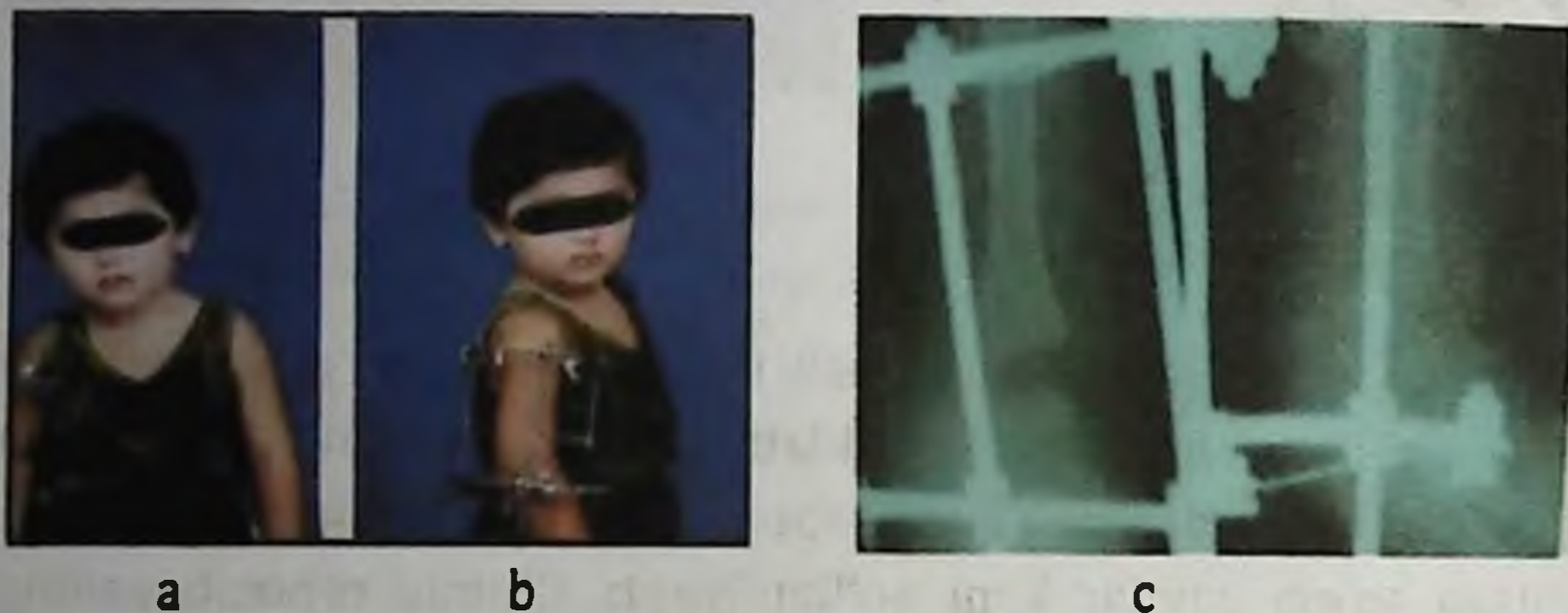


Rasm-45. Transkondilyar sinliq bo'laklari joyiga qo'yilib 2 ta kegay (spitsa) - lar bilan fiksatsiya qilingan (John A. Herring, MD, 2018)

Gipsli longeta bilan davolash uslubi siljishi yo'q bemorlarda qo'llaniladi. Immobilizatsiya muddati 2-4 haftani tashkil qiladi. Shu davolash uslublaridan qo'l bilan repozitsiya qilish va gipsli longetada davolash so'ngi paytlar kam qo'llanilyapti. Chunki repozitsiyaning ijobiy natijalari salmog'i kam, keyin gipsli longetada, shish qaytishi bilan, gips bog'lama ichida takror ikkinchi bor siljish kuzatilishidir.

Yelka suyagi transkondilyar sinliqlari davolashda skeletdan tortib davolash uslubiga professor G. M. Ter-Egiazarov yuqori ijobiy baho bergan. Bu usulda bemor orqasi bilan to'shakda yotgan holda, yoshiga qarab 10-17 kunlarni o'tkazadi. Skelet tortmasi tirsak o'sig'ldan kegay (спица) o'tkazilib ЦИТО yoyida tarang tortilib, yelkaga (humerus) vertikal holat beriladi. 3 kg, 3.5 kg yuk bilan tortiladi. Bo'yiga tortish jarayonida tashqi, ichki epicondilusga birikkan mushaklar bilan boylamlar kichik distal sinliq bo'lagini tortib, sinliq bo'lagining orqaga, uzunasiga, adduktsion burchakli siljishlarini to'g'rilaydi. Bilak suyagiga birikkan uzun mushaklar (m. biceps, m. triceps, m. brachialis, m. brachioradialis) sinliq bo'laklarining bir-biridan uzoqlashib ketishiga to'sqinlik qiladi. Sinliq bo'laklarining bir-biriga to'g'rilanish holatini nazorat rentgen tasvirida o'rganib turiladi. Nazorat rentgen tasvirida suyak qadog'ining birinchi belgilari paydo bo'lishi bilan, skeletdan tortish to'xtatilib orqa gips longetada davo davom ettiriladi.

Biroq bu uslubni qo'llaganda bemor bola ancha uzoq muddat, yani 10 - 12 - 14 kunlar davomida majburiy yotoq holatida bo'ladi. 1 - 5 yoshli bolalarni bunday magburiy holatta yotqizib davolash ancha mushkullika olib keladi. Hozirgi paytlar bu uslubni qo'llash uchun ko'rsatmalar soni kamayib bormoqda. Bu uslubni o'ta katta shish kuzatilganda klsqa muddatga operatsiya oldi davrida qo'llash mumkun.



Rasm-46. Ilizarov apparatini Samti kafedrası (P. UrInbayev) uslubida qo'llash.

Bolalarda yelka suyagi transkondilyar siniqlari, qo'l bilan repozitsiya qilinib Ilizarov apparatida sinliq bo'laklarini distraksiya xolatida ushlab turib davolash uslubl skeletdan tortib davolash uslubining rivojlantrilgan, mukammallashtirilgan uslubidir. Bu uslub ikki bosqichdan iborat. Birinchi bosqich umumiy og'riqsizlantirish ostida yelka o'rta rotatsiya holati (EO'RH) ni albatta hisobga olib sinliq bo'laklarini repozitsiya qilish - klinik belgilar asosida: Gyuter uchburchagi, Marks liniyasi tiklanganligi, tirsak o'sig'i o'rtada joylashganligi, palpatsiyada to'g'rilanganligini sezgach, shu holatni buzmay, qarama-qarshi tomonga tortish holatida ushlab turish va ikkinchi bosqich, distraksiyon apparat qo'llash. Apparat Ilizarov aparatidan, 2ta yarim halqa, 3ta distraktordan teriladi. 2 ta kegay, 4 ta kegaylarni tutqichi zarur bo'ladi. 1 ta kegay olecranondan 2 - kegay yelka o'rta qismidan, qon-tomir nerv tomirlardan qochib, ulardan orqaroqda o'tkaziladi.

Kegaylar aparatda tarang tortiladi. Distraksiya beriladi. Nazorat rentgen tasvirda siniq bo'laklari holati o'rganiladi.



a

b

c

Rasm-47. Eski transcondylyar siniqni Ilizarov apparatni yopiq usulda qoillab davolash

Suyak qadog'i hosil bo'lgach apparat yechiladi. Bir-ikki kun klinik kuzatlgach, bemor ambulator davolashga yuboriladi. EOP (elektronno-opticheskiy preobrazovatel - predmetning electron optik tasvirini ekranda ko'rsatuvchi apparat. Xuddi rentgentasvirday. Bu shu ish jarayonida, shu zumda ekranda ko'rsatadi.) nazorati ostida EO'RH ni hisobga olinadi.

Transkondilyar siniklarni repozitsiya qilish, perkutan (transkutan) osteosintez qilish uslubida, umumiy og'riqsizlantirish beriladi. Suyak siniq bo'laklari to'g'rilanib, EOP ekranida ko'rib, ishonch hosil qilinadi. Qo'l tirsakda 90 gradus bukilib, yelkaga o'rta rotatsion holat berilib, tortish, qarama-qarshi tortish holida ushlab turiladi. Aseptik holatda tashqi va ichki epikondulislardan markaziy siniq bo'lagiga kegaylar yuboriladi. Kegaylarning to'g'ri o'tganligi ikki yuzada (tekshirib) EOP da nazorat qilinadi va muvafaqiyatli deb topilgach, orqa gipsli bog'lama qo'yiladi.

Ochiq metalloosteosintez operatsiyasiga o'z ko'rsatmalari bor: bir necha bor urinishlardan keyin ham qo'l repozitsiyasi ijobiy qoniqarli natija bermasligi; qon tomir, nerv tolalarning holatini ochib ko'rishga zarurat bo'lsa; ochiq siniklarda; eski, noto'g'ri bitgan, qo'l qiyshiqqligi, bo'g'im funksiyasi buzilish xavfi katta siniklar-operatsiyaga ko'rsatma hisoblanadi.

Operatsiyani bajarish uchun teri kesmalari tashqi epikondilus, ichki epikondilus soxasida, orqa-musculus triseps brachi payi sohasida bo'ladi. Ichki epikondilisdan borilganda tirsak nervi (n. ulnaris) nevroliz qilinib, uni chetga olib turib siniq joyiga boriladi. Orqa teri kesimi bilan borilganda pay uzunasiga kesilib ikki tomonga ochilib boriladi. Yaxshisi paratriseps borish ma'quldir. Bunda medial tomonda o'sha tirsak nervini ehtiyotlab ishlanadi. Faqat katta yoshli bolalarda, o'smirlarda murakkab, ko'p bo'lakli siniqlarda transolekranon borish bilan siniqlar bo'laklari bir biriga to'g'rilanib, kegay (spitsa), vint, shurup, plastinalar yordamida mahkamlanadi.

Qo'lning varusli qiyshiqqligi

Qo'l o'qining ichkariga burchagi ochilib buzilishi varusli qiyshiqlik deyiladi. Varusli qiyshiqlik elka suyagi transkondilyar siniqlaridan keyin noto'g'ri bitishi sababli ro'y beradi. Shuning uchun qiyshiqlik tirsak bo'g'imi varusli defomatsiyasi deb ham ataladi ya'ni Cubitus varus.



Rasm-48. Yelkaning transcondilyar sinig'ldan keyingi qo'l varus qiyshiqqligi: fotosı va rentgen tasviri.

Yelka suyagi transkondilyar siniqlaridan distal siniq bo'lagi yelka suyagidan ajralib, bilak bilan bir butunlik hosil qilganday u bilan yaxlit bir segmentday bo'lib qoladi. Chunki ichki va tashqi epikonduluslarga bilakdagi mushaklar payi birikadi. Yana boylamlar bo'g'im kapsulasi kichik distal siniq bo'lagini bilak bilan tutashtirib

turadi. Kichik distal siniq bo'lagi bilak qaysi yo'nalishga surilsa, shu tomonga silliydi. Eng ko'p sillishlar to'rtta yo'nallishda uchraydi. Bular orqaga, yuqoriga, ichkariga, adduksiya burchakli sillishlardir. Siniq bo'laklari o'zaro buriladi. Og'riq mushaklarni spazm (qisqarish)ga olib keladi. Markaziy bo'lak o'rta rotatsiya holatida turadi. Qo'lni bola tanasiga qisib avaylab ushlaydi. Bilak bilan birga kichik distal bo'lakcha ichkariga buraladi. Ichki rotatsiya sillishi kuzatiladi.



a

b

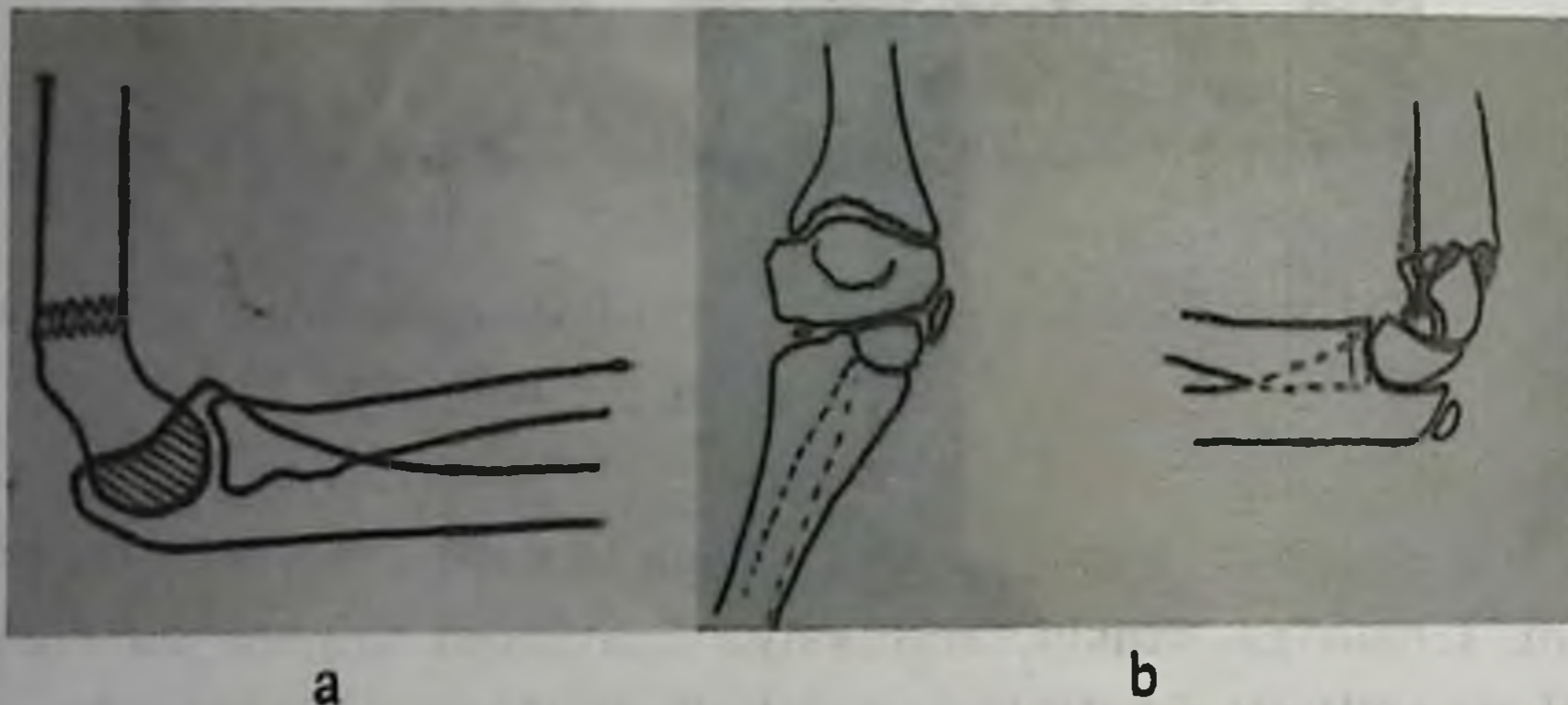
Rasm-49. Katta sillishi bor eski transcondylyar siniqni operatsiya qilib davolash.

Shu sanab o'tilgan sillishlar tirsak varusli deformatsiyasiga olib keladi. Ichkariga sillishi, adduksiya burchakli sillishi va rotatsiya sillish **varusli qiyshiqlikka** sabab bo'ladi. Hatto adduksiya burchakli sillish, rotatsiya sillishi to'g'rilanmay qolsa ham **cubitus varus** rivojlanadi.

Klinik belgilari. Qo'l varusli qiyshiq holatda bo'ladi. Bemorlar tirsak bo'g'imi tashqariga bo'rtib turibdi, deb shikoyat qiladi. Qo'llarni oldindan 90° gacha buklab ko'rganda tirsak o'sig'ining ichkariga silligani ko'rinadi. To'liq ochganda bilak o'qi yelka o'qidan ichkariga burchak hosil qilib qiyshiq turganligi aniqlanadi. Burchak 10°, 20°, 30°, 40° bo'lishi mumkun. Qo'llarni orqa tomondan ko'rganda tirsak bo'g'imi 90° buklab qaralsa Gyuter uchburchagi buzulganligi aniqlanadi. Qo'l mushaklari rivojlanishi orqaga qoladi (gipotrofiya).

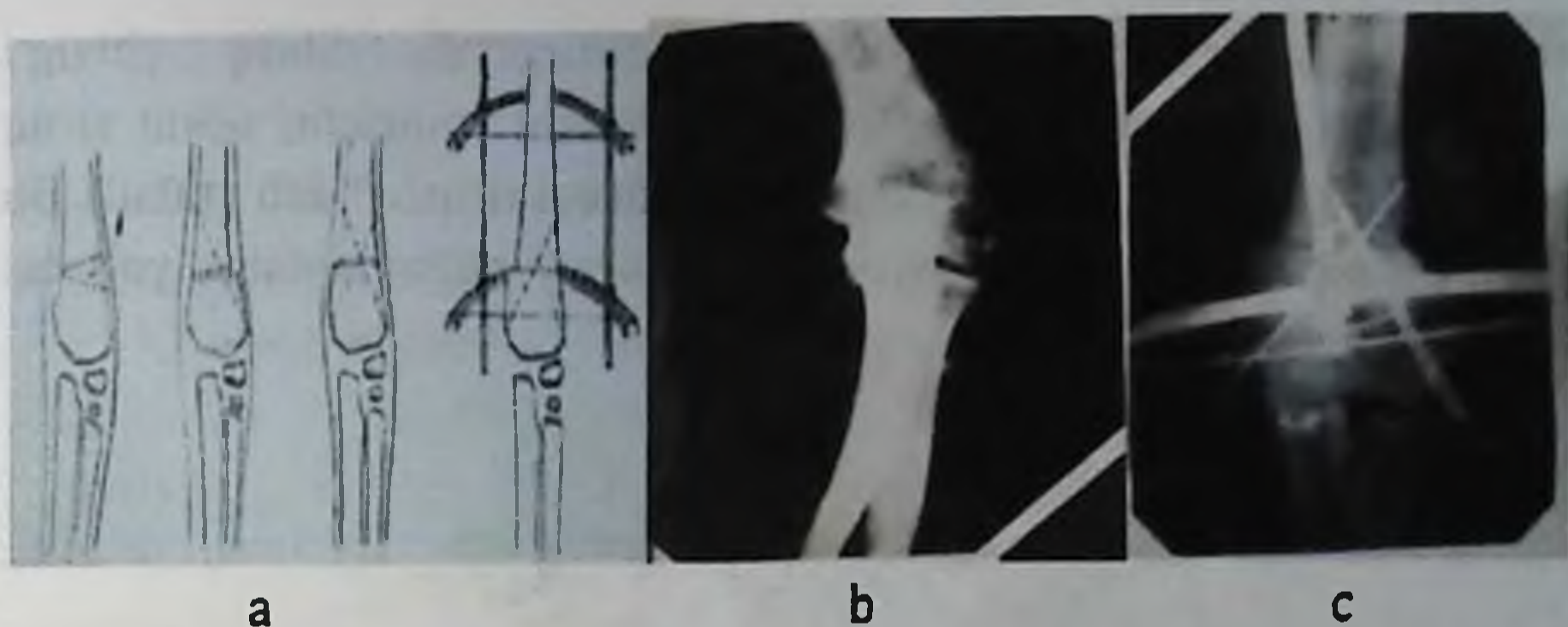
Juda ko'p hollarda tirsak bo'g'iml funksiyasi to'liq bo'ladi. Yoki harakat cheklanishi kam miqdorda bo'ladi. Bunday holat ya'ni **cubitus varus** yuqori transkondilyar sinqlaridan so'ng rotatsiya, adduksiya siljishlar sababli rivojlanishini ko'rsatadi.

Rentgenologik tekshiruv. Oldindan orqaga rentgen nuri o'tib olingan rentgen tasvirida yelka distal oxiri rentgen suratio'zgargan bo'ladi. U yo'g'onlashadi, anatomik chuqurchalar kichrayadi, ular sayozlashadi. Ichki epikondulus kichrayib o'sishdan qolgan suratni beradi. Bilak suyaklari o'qi ichkariga burchakli ochilib qiyshayadi. Varus burchagini aniqlash uchun bo'g'imdan o'tgan chiziqqa bilak suyaklari o'qi bo'yicha o'tgan chiziq chiziladi. 90° dan qancha kam bo'lgan burchak o'lchamiga sog' qo'ldagi fiziologik burchagi qo'shilib hisoblanadi.



Rasm-50. Yonboshdan olingan roentgen tasvirida varusli burchakli qiyshiqlikda epifislar soyasining ustma - ust tushishi: prot. Y. M. Tez - Eglazarov belgisi (a). Yuqori transcondylyar sinliq sxemasi (b - prof. P. O'rinboyev).

Yonbosh proyeksiyada anatomiik chuqurchalarning "qumsoat shakli" o'rganiladi, epifiz soyasining tirsak o'sig'i soyasi ustiga tushib ko'rinishi aniqlanadi. Bu professor G. M. Ter-Eglazarov simptoml hisoblanib u cubitus varusning rentgen tekshiruvdagi belgisidir(50-rasm).



Rasm-51. Cubitus varus ni operatsiya qilish sxemasi (a)(O'rinboyev P). Rentgen tasviri (b, c).

Qo'lning varusli qiyshiqqligi operatsiya usuli bilan davolanadi. Operatsiya qilishda osteotomiya anato'mik chuqurchalar ustki chegarasidan o'tkaziladi. Buning uchun yelka kondilusining tirsak o'sig'i chuqurchasi ochiladi. Chuqurcha yuqori chegarasidan osteotomiya o'tish joyi belgilanadi. Hosil bo'lgan markaziy bo'lakdan pona shaklida suyak to'qimasi kesib olinadi. Pona ichki burchagi o'lchami cubitus varus va fiziologik valgus burchaklari yig'indisiga teng bo'lish kerak. Distal bo'lak ichkariga 4-5mm siljtiladi 5-10° tashqi rotatsiya beriladi. 2-3 ta kegay bilan bo'laklar mahkamlanadi. O'smirlarda va bo'laklar turishida nostabillik aniqlanganda 2, 5 xalqadan iborat Ilizarov apparati qo'yiladi(51-rasm).

Yelka suyagi kondilus boshchasi va g'altagi sinishi

Terminologiya. Bu anatomik tuzulma $\frac{3}{4}$ qismi sharsimon, juda sferik bo'lmagan capitulum humeri - u rus tili adabiyotlarida "головочка плеча", "головка мышелка плеча", "головчатое возвышение плеча" deb ataladi. Tarixiy, avvalgi manba'larda "переломнаружногомышелка" deb ham atalgan. O'zbek tilida "yelka suyagi boshchasi" sinishi deb atalgan adabiyot ham bor. Bu capitulum humeri va trochlea epifizni tashkil etadi. Condilus boshchasi eng erta suyaklanib (6-9 oylik chaqaloqda) boshlaydi. G'altak kech, 10 yoshda suyaklanadi. Bularning sinirlari epifizdan

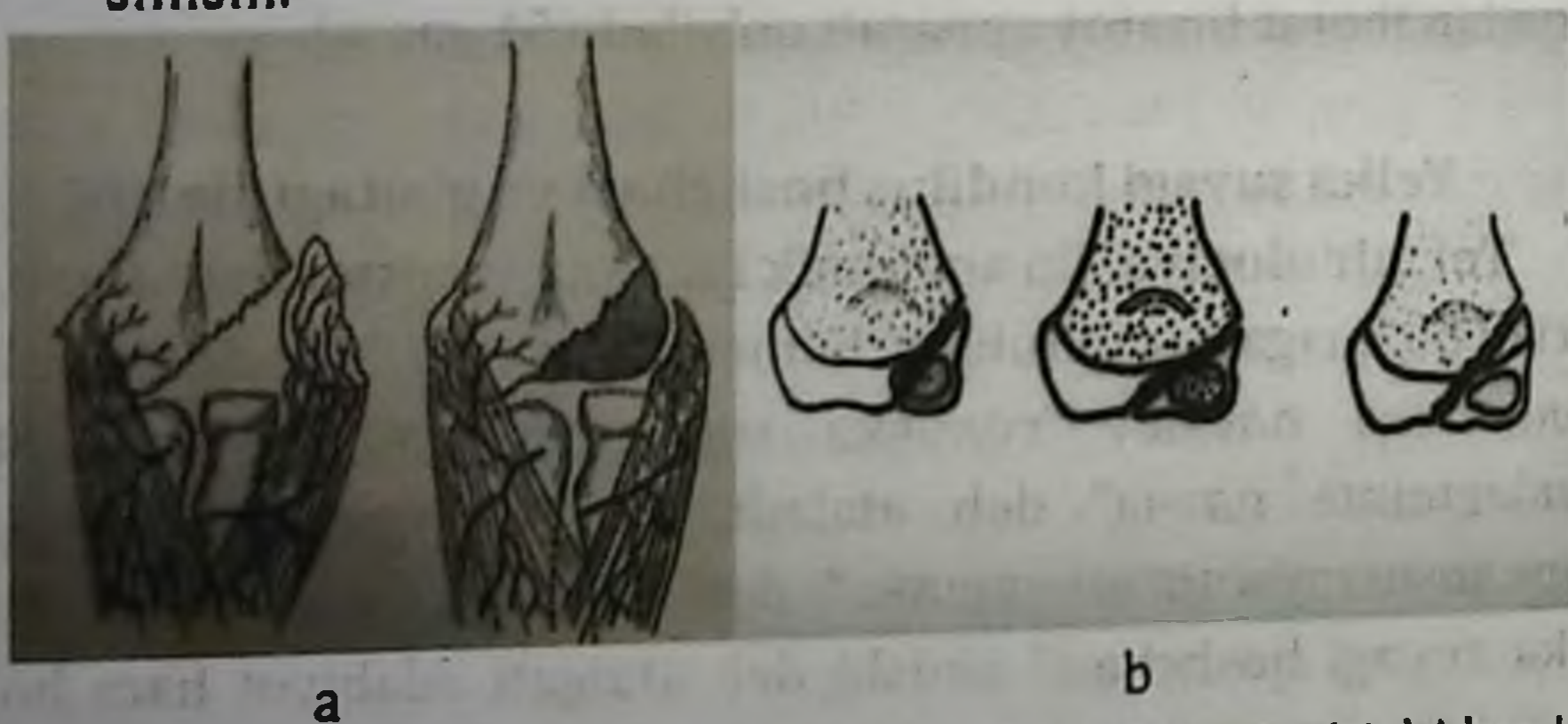
boshlanib, epicondilus ostida, ustidatugaydi. Siniq chizig'i suyaklanish yadrosi (nuqtasi)ni kesib o'tishi mumkin, unda siniq nazariy nuqtai nazardan "suyaklanish yadrosi sinishi" deb ataladi. Bu siniqlarning epifizeoliz, osteoepifizeoliz, suyaklanish yadrosi siniqlari turlari farqlanadi.



Rasm-52. Capituli humeri – kondilus boshchasi siniqlari: sxema suratlar (John A, Herring, MD 2018).

Kondilus boshchasining 5 turdagi siniqlari uchraydi:

- osteoepifizeoliz
- epifizeoliz
- suyaklanish yadrosi sinig'i
- osteoepifizeoliz: g'altakning bo'g'im yuzasi tog'ayi ko'chishi (yirtilishi) bilan
- kondilus boshchasining frontal tekislikda "sharcha"ning sinishi.

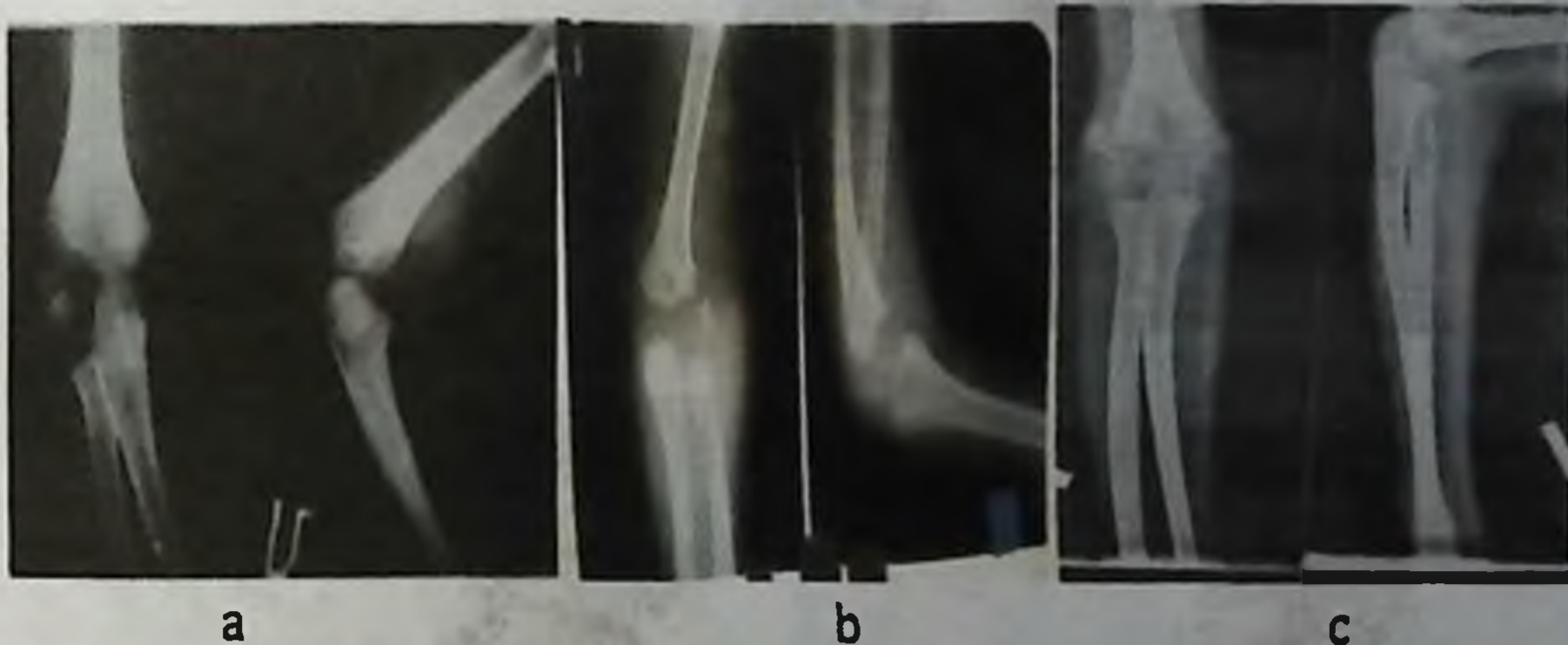


Rasm-53. Yelka suyagi distal boshchasi singanda qon o'tishi buzilishi (a-chapdagilar). O'ngdagilar-Capituli humeri siniqlari: Chapdan-o'ngga: o'zak sinishi, epifizeoliz, osteoepifizeoliz (b).

Bu ikki siniqning hosil bo'lishi bilvosita travma mexanizmi tarzida bo'lib, asosan kaftga tayanib yiqilish tufayli ro'y beradi. Bunda yerdan qarshi yo'nalgan kuch bilak (tirsak) suyagi o'qi bo'ylab borib kondilus boshchasini, (yoki g'altagini) sindiradi.

Klinik belgilari. Tirsak bo'g'iml sohasida og'riq, shish, bo'g'im harakatida og'riqning kuchayishi. Periferik qon-tomirlar, nerv tutamlari zararlanishi odatda birga uchramaydi.

Rentgenologik tasvirga asoslanib, siniq turi, siljish bor-yo'qligi aniqlanadi. Siljishi yo'q, kamgina siljish, katta siljish, siniq bo'lakning o'z joyidan siljib-chiqib, hatto o'z o'qi atrofida aylanib, (rotatsiya) buralib siljishi uchraydi. Siljib-chiqish, buralish tashqi epikondilusga birikkan bilak mushaklarining tortishi natijasida hosil bo'ladi, bunda bo'lakchanning singan yuzasi teri ostiga qarab qoladi, bo'g'im yuzasi markaziy siniq singan yuzasiga qarab qolishi mumkin. Bunday holat siniqning bitmay qolishiga to'g'ridan- to'g'ri dalil hisoblanadi.



Rasm-54. Yelka suyagi distal boshchasi - capituli himeri siniklari: chapdan - o'ngga: rotatsia siljish (a); siniq bo'lagi siljib - chiqishi (b); tashqariga kichik siljish (c).

Davolash. Siljigan yoki rentgen tasvirida 1-2 mm lateral tomonga siljigan, yonbosh proeksiyada dia-epifizar burchak normada (40° atrofida) bo'lsa, qo'l 90° ga bukilib, kaftga o'rta supinatsiya holati berilib, orqa gips longeta bilan davolanadi. Qo'l bilan repozitsiya qilgach, ijobiy natija olinmagan, siljish 3-5 mm danko'p siniklar, buralib siljishi bor siniklar, siljish- chiqish ko'rinishidagi siniklar operatsiya yo'li bilan davolanadi.



Rasm-55. T. S. 4 yosh. Capituli humeri sinig'i. Kichik (3mm) sillishi bilan. Travmaga 1 oy bo'lgan. Bitish yo'q.



Rasm-56. 55-rasm davomi: Blaunt usulida immobilizatsiya. Yana 1 oy o'tdi. Bitish bo'layapti.

Rasm-57. 56-rasm davomi: Yana 1 oy o'tdi. Bitish bor.



a

b

Rasm-58. Bemor T. S. 4 yosh, fotosı. Tirsak bo'gimi funksiyasi to'lliq. a- ochish, b-buklash.

Kondilus boshchasini operativ davolash. Epimetafizar sinik bo'lakchasining siljishi o'lchami, rotatsion (buralib) siljish bor yo'qligi, bo'lakcha stabil, nostabililigiga ko'ra har xil operativ davolash usullari bor. Bular:

1) perkutan (transkutan) spitsalar bilan metallosteosintez; 2) ochiq usulda metallosteosintez; spitsa (kegay)lar bilan, vint, bigiz shurup bilan; 3) ochiq usulda, Ilizarov apparati qo'yib, kompressiya berib, osteosintez qilish kabilar.

Ochiq usulda spitsalar bilan osteosintez opratsyasini bajarish texnikasi. Og'riqsizlantirish umumiy, aseptik sharoitda, bo'g'imning tashqi yuzasidan, epikondilusdan 2sm yuqoridan bilak boshchasigacha teri kesma bilan sinik sohasi ochiladi. Quyuqlashgan qon, yangi chandiqlardan tozalanadi. Sinik bo'lagi joyiga aniq qo'yiladi, u kegay uchi bilan bosib, ushlab turiladi. Bo'lakcha lateral (tashqi) tomondan bitta kegay ichki epikondilusga yo'naltirib o'ykaziladi. Ikkinchi kegay (spitsa) birinchi bilan 30° atrofida burchak bilan bo'lakchadan metafizga yuboriladi. Qavatma-qavat yumshoq to'qima va teri tikiladi. Orqa gips longeta tirsakni 90° buklagan holda yelka yuqori qismidan kaftgacha, barmoqlar asosigacha qo'yiladi. Kaftga supinatsiyaga yaqin holat beriladi.



a



b

Rasm-59. Kapitull humeri sinig'ini operatsia qilib davolash. Chapdan o'ngga: sinik bo'lagining ko'rinishi (a); b-fiksatsiya usuli, operatsiya payti, to'g'rillash, mustahkamlash (sxema).



Rasm-60. Kapituli humeri sinig'ini operatsiya qilib, 2 ta kegay- spitsalar bilan fiksatsiyalab davolash (John A. Herring, MD, 2018)

Operatsiyani bajarish payti tashqi epikondilusga kelib birikkan mushak, mushak paylarini saqlanishiga katta e'tibor beriladi. Chunki siniq bo'lagi shu birikkan mushak, mushak paylaridan oziqlanadi: mayda qon-tomir, kapillyarlar o'tadi.

Kondilus boshchasi sinig'idan keyingi asoratlari bo'lib:

- 1) noto'g'ri bitish
- 2) bitmagan siniq
- 3) soxta bo'g'im- psevdartroz
- 4) siniq bo'lagining aseptik nekrozi
- 5) bo'g'im kontrakturasini kabilar uchraydi.

Kondilus boshchasi sinig'i noto'g'ri bitishi bo'g'im shakli buzulishida, tashqi epikondilus turtib chiqib turishida, bo'g'imda harakat cheklanishi, yani artrogen kontraktura rivojlanishida ko'rinadi. Rentgen tasvirining yonbosh proeksiyasida siniq bo'lagining epidiazar burchagi o'zgarib, siljib bitib qolishi harakat cheklanishini tushuntiradi. Qo'lda valgus burchakli qiyshiqlik, fiziologik valgus burchak kamayishi yoki cubitus varus kuzatilishi ham noto'g'ri bitishning belgilaridan biri bo'ladi.



Rasm-61. Eski noto'g'ri bitgan capituli humeri sinig'i. Tursak bo'g'imi kontrakturasl.

Noto'g'ri bitishlar ochiq usulda, operatsiya yo'li bilan, osteotomiya qilib, siniq bo'lakni joyiga to'g'ri qo'yib davolanadi. Bu operatsiyada tashqi epikondilusga birikkan mushak, mushak paylining saqlanishi muhim vazifa hisoblanadi. Aks holda siniq bo'lakchasining aseptik nekrozi boshlanish xavfi bor.

Kondilus boshchasining bitmagan siniqlarining sabablari ko'p: bo'g'im ichi sinig'i, siniq yuzasining tog'ay to'qimadan iboratligi, tog'ay to'qimall siniqlarning suyak to'qimall siniq yuzalarga nisbatan sekin bitishi. Yana dagnostika va davolash bilan bog'liq xatolik va adashmovchiliklar: siniq borligini tasdiqlovchi roentgen tasvirni o'qish tushunish, bilishning qiyinligi, bolalarda suyak siniqlari tez bitadi degan fikr bilan, kontraktura rivojlanmasligi uchun ertaroq davolash mashqlarni boshlash maqsadida gipsli immobilizatsiyani ertaroqto'xtatib (yani konservativ usul) da davolash kabillardir.

Bitmagan siniq deb shunday siniqlarning o'rtacha bitish muddati (vaqti) bir va uch barobar vaqti o'tsa rentgen tasvirda bitish belgilarl aniqlanmasligi hisoblanadi. Bu muddat bola yoshiga qarab, 3-16 hafta atrofida bo'lishi mumkin.

Bitmagan siniqlarning klinik belgilaridan tashqi epikondiludan turtib chiqib, bilinib turishi, bo'g'im harakatining kam yoki ko'proq chegaralanganligi, Gyuter uchburchagi simmetrikligi buzilishi, palpatsiyada aniqlash mumkin bo'lgan o'zgarishlardir. Rentgenologik

tekshiruv asosida aniqlikka erishiladi. Bitmagan siniqlar operatsiya yo'li bilan davolanadi.

Kondilus boshchasining psevdartrozlari (soxta bo'g'imlari)

Bitmagan siniqlarda bolaning kunlik harakatlarida o'zgarish sezilmasligi, og'riqqa shikoyati yo'qligi, qo'l harakatining qoniqarli holati, qo'l o'qida boshlang'ich paytlarda qiyshlilik rivojlanmaganligi bemorning vrachga o'z vaqtida murojaatini kechiktiradi, va bitmagan siniq, endi soxta (yolg'on) bo'g'im - psevdartroz bo'ladi.

Kondilus boshchasi psevdartrozi ikki xil bo'ladi: stabil va nostabil.



a

b

Rasm-62. Yelka suyagi capituli humeri psevdartrozlari. A - cubitus valgus. B - cubitus varus.

"Stabil" so'zi bitmagan bo'lakcha tirsak bo'g'imida harakat payti bilak boshchasi bosimidan yuqoriga siljib, qochmasligi ma'nosida qo'llaniladi. Nostabil psevdartrozda, bitmagan siniq bo'lakcha bilak suyagi boshchasi bosimi ta'sirida, oylar, yillar o'tishi bilan yuqoriga kam-kam (mmo'lchamda) siljiydi, bilak o'qi tashqariga qochadi, tirsak bo'g'imida "valgus burchakli deformatsiya", "valgusli qiyshiq tirsak bo'g'imi", cubitus valgus rivojlanadi. Keyinchalik tirsak nervi ichki epikondilus va olekranon o'rtasida qisilishi, qisilib tayanib qochishi sababli tirsak nervi nevruti belgilari paydo bo'ladi. Bu 4-5-barmoqlar teri sezgisi pasayishi va bukilishi kontrakturasiga olib keladi.

Tirsak bo'g'imi funksiyasida kondilus-kondilus boshchasi yolg'on bo'g'imi ham ishtirok etgani uchun, ko'pincha harakat to'liq bo'ladi, yoki kamroq cheklanadi.



Rasm-63. Capituli humeri psevdartrozini suyak plastikasi operatsiyasi uslubida davolash. Bemor U. U. 8 yosh. o'ng qo'llda cubitus valgus, buklash - 45°. Psevdartroz roentgen tasviri. Suyak plastikasi, 4 ta spitsa (kegay) bilan fiksatsiya. Psevdartroz bitdi.

Stabil psevdartrozda bilakning valgusli qochishi yo'q, yoki kamgina. Bu psevdartrozga "to'g'ri tirsak bo'g'imi", yoki "varusli tirsak bo'g'imi" xos. Varusli tirsak bo'g'imi sinik bo'lagining orqaga siljishi sababli rivojlanadi. Rentgen tasvirdagi o'zgarishlar: kondilus va bitmagan sinik bo'laklarida osteoporoz yo'q, rasmi quyuk, tiniq. Bu bo'g'imda, qo'lda harakat vaqti yetarlicha bosim olganligini ko'rsatadi. Ya'ni "ishlayotgan" sinik bo'lagi. Chunki psevdartrozlarning ko'pchiligiga bo'g'im funksiyasi to'liq bo'lishi,

yoki bukish yozish 10-20° cheklanishi xos. Tirsak nervi funksiyasi buzilishi uchramaydi.

Kondilus boshchasi psevdartrozlarini davolash

Davolash uslubi psevdartroz turiga bog'liq. Stabil psevdartrozlarni ba'zida ambulatoryakuzatuviga olinadi. Yoki ularni operatsiya qilib davolanadi. Bunda yolg'on bo'g'im yuzalarida chandiqlar olib tashlanib, suyak to'qimall yuza ochilib, bo'lakcha joyiga qo'yilib metallosteosintez qilinadi.

Nostabil psevdartrozlarda bo'g'im shaklining ko'zga yoqmas buzilishi, bilakning valgus burchakli qiyshayishi, yelka mushaklari mushaklar atrofiyasi, gohida tirsak nervi funksiyasi buzilishi kuzatiladi. Rentgen tasvirda g'altak defekti, kondilus suyak to'qimasining defekti, bitmagan siniq bo'lagining proksimal yo'nallishda (yuqoriga) siljishi, osteoporoz aniqlanadi.

Nostabil psevdartrozlarni operatsiya yo'li bilan davolash

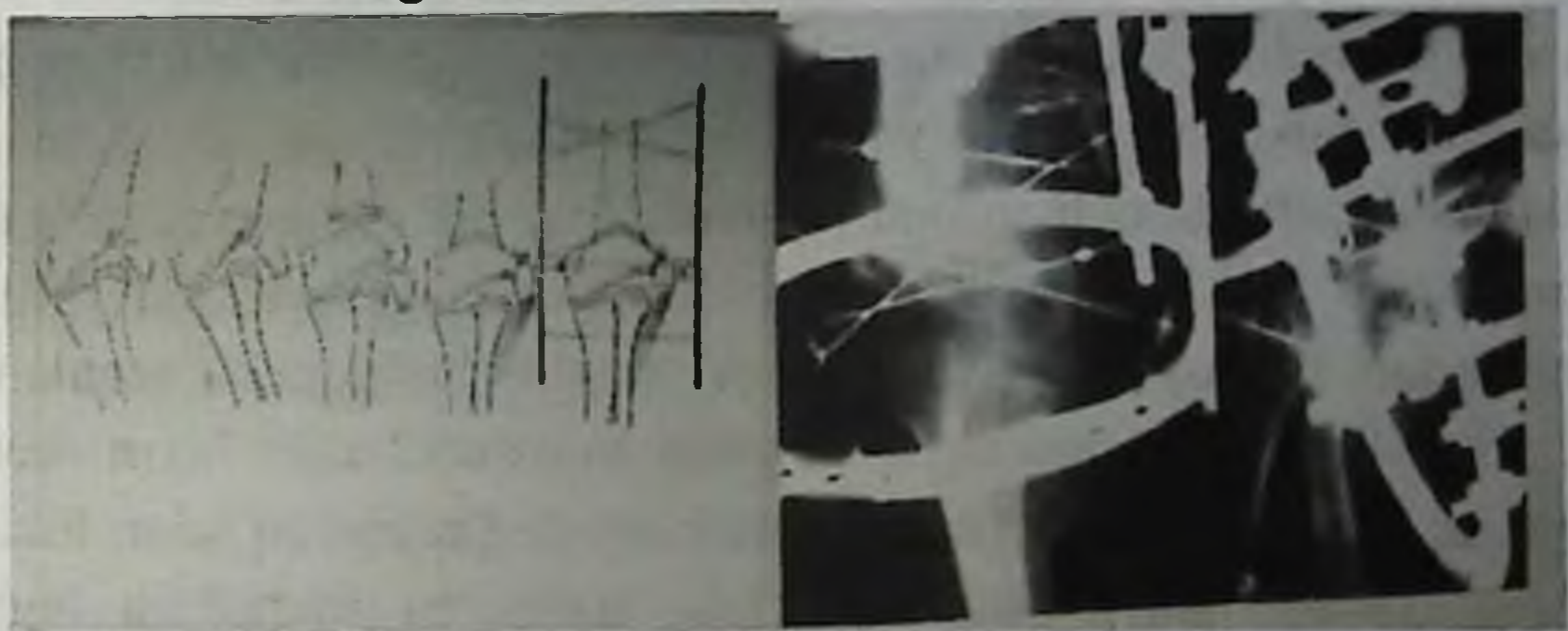
Bitmagan siniq bo'lagi yuzasi bilak boshchasi bo'g'im yuzasiga mos saqlangan psevdartroz - artikulyatsiya saqlangan psevdartrozdir. Buni operatsiya qilib davolashda bo'lakcha o'z joyiga qo'yiladi, suyak transplantatlari, va yana vint (kegay-spitsa) bilan ham mahkamlanadi. Cubitus valgus buo'icha kondilus usti osteotomiyasi qilinadi va bemor skelettortmada olib boriladi (G. M. Ter-Eglazarov). Yoki, huddi shunday usulda operatsiya qilinib, Ilizarov apparatida osteosintez qilinadi. Bunda suyak transplantati ishlatilmaydi: suyak bo'lagi metafizga apparatda kompressiya qilinadi (qisiladi) (P. O'rinboev).

Kondilus boshchasi sinish-chiqishli psevdartrozlarni davolash

Kondilusning sinish-chiqishli jarohatlaridan so'ng rivojlangan psevdartrozlarda yillar o'tishi bilan g'altakning markaziy, metafizining tashqi qismi rivojlanishdan orqada qoladi, chetlari, qirralari so'riladi, bitmagan siniq chiqish holatida bo'ladi, bilak

suyagi boshchasi bilan artikulyatsiyasi buziladi, bilak valgusli burchakda qiyshiq turadi. Shunday patologiyada bitmagan sinliq bo'lagini joyiga qo'yish amri mahol, olib tashlashga adabiyotda ko'rsatma yo'q.

Operatsiya bilan davolash uslubida kondilus usti osteotomiya qilinadi, bitmagan bo'lakcha va metafizning bir-biriga qaragan yuzalari va suyak to'qimalari yalong'ochlanguncha qirib tayyorlanadi, ular bir-biriga to'g'rilanib, Ilizarov apparatida osteosintez qilinadi. Osteotomiya joyidan olingan suyak kichik bo'lakchalari bitmagan bo'lak va metafiz birlashgan joyga qo'yiladi.



Rasm-64. Capituli humeri psevdartrozini suyak osteotomiyasi, Ilizarov apparatida operatsiya qilib davolash.

Bu operatsiya metodikasida bilak suyagi boshchasi tayanch funksiyasi saqlanadi, bitmagan suyakka birlashgan mushaklar ham saqlanadi. Qo'l o'qi to'g'rilanadi, psevdartrozning bitishiga erishiladi.

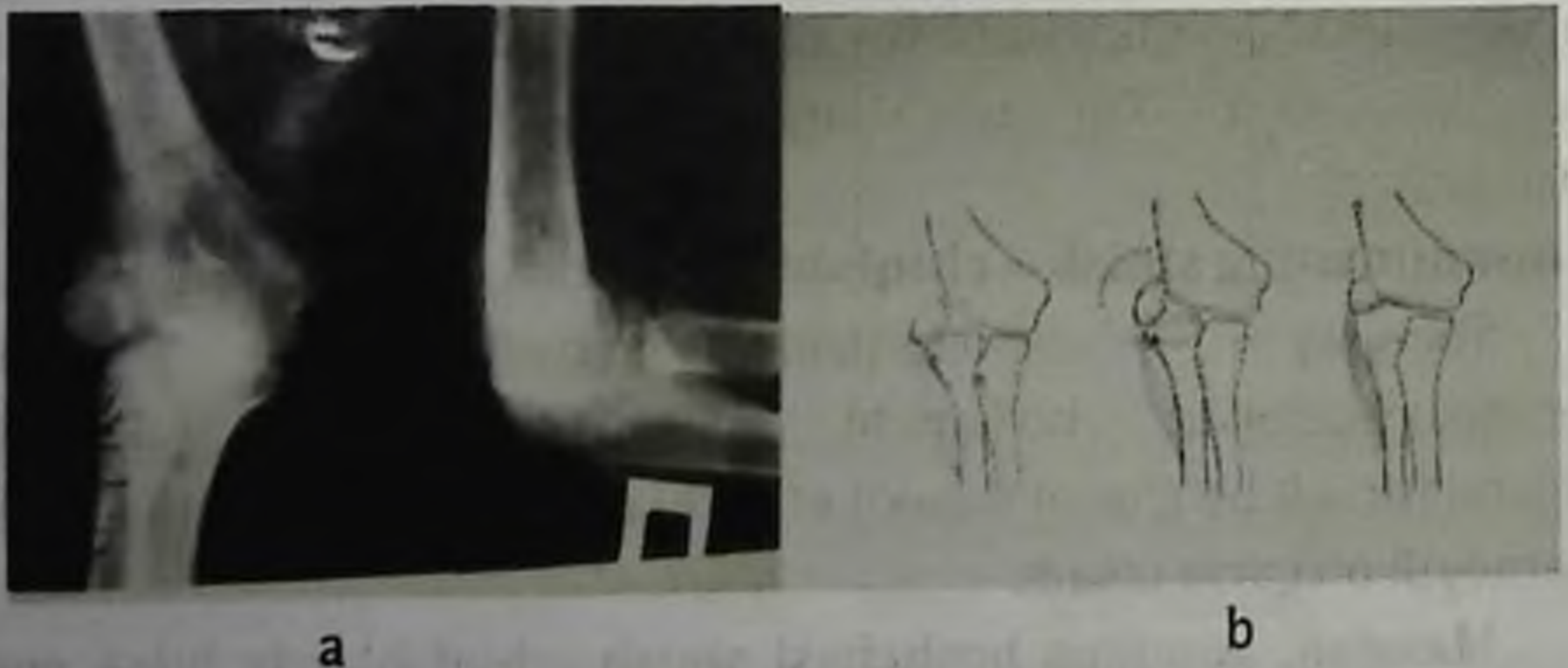
Kondilusning sinish - chiqishi bitmagan sinliqlarni davolash

Shunday sinish-chiqishli, sinish-yarim chiqishli psevdartrozlarda birlamchi travmadan keyin ko'pyillar o'tgandatsak bo'g'imni tashkil etuvchi alohida qismlarining shakli - shamoyili o'zgarib o'sadi.

Masalan, kondilus boshchasi sinish -chiqishlarda bilak suyagi boshchasi u bilan birlashmagan holatda, unga tegib, bosilib

turmagan holatda bo'ladi. Bu bilak suyagi boshchasining tez o'sishiga, yo'g'onlashuviga olib keladi. Bunday o'zgarishlar siniqchilqish holatida yuqoriga yonga siljib turishi bilak suyagi boshchasi o'lchamlarining kattaligi tirsak bo'g'limining o'ta yomon shakl olishiga bilakning valgusli qochishiga, bo'g'im funksiyasining buzilishiga olib keladi.

Operatsiyani bajarish metodikasi. Bola orqasi bilan yotqiziladi, qo'li 90° da buklab qo'shimcha yon joyga joylashtiriladi. Teri kesimi tashqi epikondilus ustidan, yelka past qismidan, bilak yuqori qismigacha bajariladi. Yelka bilak bo'g'imi ochilgach, bilak suyagi boshchasi yumshoq to'qimalardan ochiladi. Kattalashgan, o'zgargan boshcha rezeksiya qilinadi. Bilak suyagi kesilgan joyi tekislanadi, silliqlanadi, yumshoq to'qimalar bilan yopiladi. Bo'g'imni ochmasdan metafiz va bitmagan siniq bo'lagi (yuzalari) fibroz to'qimadan to' suyak to'qimali yuza paydo bo'lguncha tozalanadi, qiriladi. Ular bir- biriga tayanch yuza maydonchalari bilan moslab qo'yiladi, bitta spitsa bilan mahkamlanadi (keyinroq ular Ilizarov apparatida tortiladi). Shu bo'lakcha ustiga va metafizga tegishli yuzasiga kesib olingan boshchadan suyak transplantati qo'yish uchun joy qirib, tozalab tayyorlanadi. Transplantat spitsa (kegay) bilan metafizga mahkamlanadi. Jarohat tikiladi. 2 ta butun va bitta yarim xalqadan iborat Ilizarov apparati qo'yiladi. Spitsalar yelka o'rta qismidan, kondilusdan va tirsak o'sig'ldan o'tkaziladi.



Rasm-65. Kapituli humeri psevdartrozini bilak boshchasini reseksiya qilib, suyak plastikasi operatsiyasi qilib davolash.

Kondilus boshchasi siniqlaridan keyin, agar siniq bo'laklari siljishlari yo'qotilib, joyiga to'g'ri qo'yilib, davolangan bo'lsa, yelka suyagi distal o'sish zonasi faoliyati buzilmaydi, degan fikrlar bor. Muallif kuzatgan bemorlarda, uzoq muddatli natijalar orasida, uncha katta siljish bo'lmasdan bitgan bemorlarda yelka distal o'sig'i zonasi faoliyati sekinlashuvi natijasida yelkaning o'sishdan qolishi, tirsak bo'g'im valgusli qiyshiqqligi uchragan. Bunda yelka kattaqligi 1-1.5 sm dan oshmagan.

Yelka suyagi g'altagi (trochlea)ning sinishi

G'altak siniqlari uchrashi soni bo'yicha kam kuzatiladi. Bu siniqlar bola yiqilganda qo'l kaftiga tayanib, yoki bukilgan tirsak bo'g'imiga tayanib yiqilganda kuzatiladi. Bu siniqlar ham sof bo'g'imichisiniqlaridir.

Klinik belgilari. Tirsak bo'g'imi ichki soxasida shish, og'riq, deformatsiya, qo'lda faol harakat og'riqqa sabab bo'ladi. Rentgen tasvirni o'qish, tushunish, ancha qiyinchilik tug'diradi. Chunki 7-10 yoshgacha g'altak tog'ay to'qimadan tashkil topgan. Siniq chizig'i metafizning yaqin qismidan, ichki epikondilus tomondagi metafiz suyak to'qimasidan o'tadi. Siniqlar: siljimagan, medial tomonga siljigan va rotatsiya (buralgan aylantirilgan) bo'lib siljigan, siljish-chiqish holatida bo'lishi mumkin. Bu siniqlar diagnostikasida tirsak nervi ham travma olishi ehtimolini nazarda tutilishi lozim.

Davolash. Faqat siljimagan siniqlargina orqa gips longetasida immobilizatsiya qilinib davolanadi. Qolgan holatlarda operatsiya qilib davolanadi.



Rasm-66. Yelka suyagi g'altagining eski sinig'ini metallosteosintez operatsiyasi qilib davolash.

G'altak sinig'larini operatsiya qilib, metallosteosintez qilish usuli

Teri kesimi tirsak bo'g'imining ichki yuzasidan, ichki epikondilusdan 1 sm orqasidan o'tkaziladi. Tirsak nervi topilib, nevroliiz qilinib, tutib turuvchi yumchoq tasmaga olinadi, himoyaga olinadi. Sinig' sohasi ochiladi, qon va chandiqlardan tozalanadi. Sinig' bo'lakcha joyiga qo'yiladiva sinig' 2 ta kegay (splitsa) bilan mahkamlanadi. Bittasi sinig' bo'lakdan tashqi epikondiluga, ikkinchisi 30° burchak ostida metafizga o'tkaziladi. Yumshoq to'qimalar tikiladi, netv o'z joyiga qo'yilib, teri tikiladi. Gipsli longeta tog'ay to'qimasi uzoqroq bitishi sababli 1 oy muddatga, tirsak bo'g'imi 90° buklanib, qo'yiladi.

Ichki epikondilus sinishi

Ichki epikondilus apofizlar turkumiga kiradi. Ularga pay kelib birikadigan joydir. Misol uchun ichki epikondiluga ham I-II-III-IV-V -barmoqlarni bukuvchi yuzaki mushaklar payi va boshqa mushaklar birikadi. Ichki epikondilus 5-7 yoshdan suyaklanib boshlaydi. Uning orqasidan tirsak nervi o'tadi. Sinig' chizig'i ichki epikondilus va metafiz orasida joylashgan o'sish zonasidan o'tsa apofizioliz deyiladi.

Ichki epikondilus sinishi sabablari bo'lib, bola yiqilganda bilakni tashqariga, oldinga, orqaga chiqaruvchi tashqi kuch shu epikondiluga birikkan boylam, mushaklarini o'ta tarang holga keltirishi hisoblanadi. Bu sinig'lar uzib olish sababli paydo bo'ladi. Ular bilakning yarim, to'liq chiqishida shu jarohatning bir tarkibi holda uchraydi. Ba'zida, singan bo'lakcha g'altak va tirsak bo'g'im yuzalari orasiga qisilib qoladi. Bu bilak chiqishi va uning joyiga solinishi paytida ro'y beradi. Chiqqan bilakning joyiga tushishi travma payti mushaklarning tez javob tarzida qisqarishi hisobiga bo'lishi mumkin yoki biror kimsa (masalan sport treneri) 1- yordam ko'rsatib solgan bo'lishi mumkin. Ichki epikondilus sinig'lar qolda tarzidasiljigan sinig'lardir. Chunki uzib olib sindirgan kuch, siljirmay qo'ymaydi.

Klinik belgilari. Faqat apofizeoliz, yoki metafiz suyak to'qimasidan sal qo'shilib singan bo'lsa shish, deformatsiya uncha katta bo'lmaydi. Bo'lak yarim siljish, to'liq siljishi tartibida singan bo'lsa, katta shish, kuchli deformatsiya, harakatlar og'riqli va ko'p chekangan bo'ladi.

Rentgenologik tekshiruv diagnozni aniqlashtiradi. Rentgen tasvirda suyaklanish yadrosi o'z joyidan yonga qochgan, pastga siljigan, bo'g'im to'g'risida turgan, bo'g'im yuzalarida qiyilib qolgan bo'lishi mumkin.



Rasm-67. Yelka suyagi ichki epicondylusi sinig'i, ichki epicondyl tirsak bo'gimida qisilib qolgan: operatsiyaqilib davolash.

Davolash. Siniqning hosil bo'lishini aniqlash, tushunish, siniq bo'lakchaga kelib birikadigan boylam, pay, mushaklar ahamiyatini doim esda saqlash, bu siniqlar joyiga aniq qo'yilishi zarurligi, mahkamlash kerakligi haqidagi fikrga olib keladi. Bu siniqlar operatsiya yo'li bilan davolanadi. Operatsiya texnikasi yuqorida g'altak sinig'ini davolash kabi, nervni (n. ulnaris) himoyalab, ehtiyotlab amalga oshiriladi.

Yangi bo'lmagan, eski siniqlarda bo'lakchani joyiga qo'yish ancha qiyinchilik tug'diradi. Mahkamlash uchun ikkita kegay bilan fiksatsiya qilinadi. 1-si tashqi epikondilusga, 2-si unga 30° burchak

bilan metafizga yuboriladi. Qavatma- qavat tikilib, teri tikilib, orqa gipsli longeta qo'yiladi. Immobilizatsiya muddati -18 -21 kun.

Ichki epikondilusning bitmagan siniqlari

Bitmagan siniqlar 9-14 yoshli bemorlarda ko'proq 15-17 yoshlilarda ham ancha uchraydi. Bemor bolalar jarohatdan keyin 2-4 hafta o'tganda eng ko'p, 2 oy o'tganda undan sal kamroq ko'rsatgichda murojaat qilishadi. 2-4 oy muddatda, to 6 oy o'tib ketguncha ham bitta ikkita bemorlar murojaat qilishadi.

Kechikib vaqtni o'tkazib kelishlariga sabablar quyidagilar: siniqlar bo'yicha bolalar o'z vaqtida vrachlarga murojaat qilishgan, biroq rentgentasvirdagi o'zgarishlar to'g'ri baholanmagan, diaqnoz qo'yilmagan, qisqa muddatga gips longetada davolangan. Ba'zi bemorlarda bilak chiqishi solingan ichki epikondilus sinig'i turishi qoniqarli baholangan, yoki u suyaklanish nuqtasi deb o'ylangan. Ota-onalarning travma sabab tibbiy yordamga kech murojaati, yoki tibbiy bilimga ega emas kishilarga borishi (tabibga) ham uchraydi.

Klinik belgilari. Buklangan tirsak bog'imini orqa tarafdin ko'zdan kechirganda Gyuter uchburchagining buzilganligi aniqlanadi. Tirsak bo'g'imini mumkin qadar ochib ko'rganimizda bo'g'im shaklining o'zgarishi, ichki epikondilus bo'rtib turishi tekislanganligini, yelka bilak mushaklari gipotraflyasi kuzatiladi. Ota-onalar va bemorlarning shikoyati bo'g'imda harakatning to'lliq emasligi, cheklanganligidir. Bemorlarning ko'pchiligida, 3/4 qismida bo'g'imdagi harakat amplitudasi 50° lar atrofida bo'ladi. Buklash kam cheklanadi, ochish ko'p cheklangan bo'lib 70°-120°, 60°-110° diapazonlarda bo'lishi mumkin. Yangi siniqlarni operatsiya qilib davolash payti bo'g'im kapsulasining old tomoni yirtilganligi aniqlangan. Katta gematoma bo'g'imda metafiz oldi, metafiz usti mushaklar ostida to'planib turadi.

Jarohat sababi bunday qon quyilishlar, kapsula bilan boylamlar yirtilishi, uzulishi vaqt o'tishi bilan (2-4 hafta, 2 oy, 2-4 oy kabi)

chandiqlanadi. Yumshoq to'qimalar bir biriga yopishib ketadi, ularning bir-biriga nisbatan siypalanishlari mumkin bo'lmaydi.

Ichki epikondilus bitmaganda tirsak bo'g'imida kontraktura rivojlanishga quyidagilar sabab bo'ladi:

1. Travma olib o'zgargan, yirtilgan, uzilgan, chandiqlangan, qattiqlashgan yumshoq to'qimalar;

2. Yelka suyagi, tirsak suyagi bo'g'im yuzalari orasiga mushaklari bilan kirib qisilib qolgan ichki epikondilus;

3. Kapsula va yumshoq to'qimalarning tirsak suyagi bo'g'im yuzasiga yaqin medial qismiga birikib, yopishib qolish. Bu ichki epikondilus sinib pastga siljiganda normadagi taranglik holati yo'qolgani uchun (ichki boylam, ichki epikondilusga birikkan pay mushaklar tarangligi yo'qoladi; mushaklar qisqarib kapsula tirishib, qatlanib qoladi)

4. Yelka suyagi bo'g'im yuzasi tirsak suyagi bo'g'im yuzalarini bir-biriga tutashtiruvchi fibroz (chandiqli) "boylamlar" hosil bo'lganligi

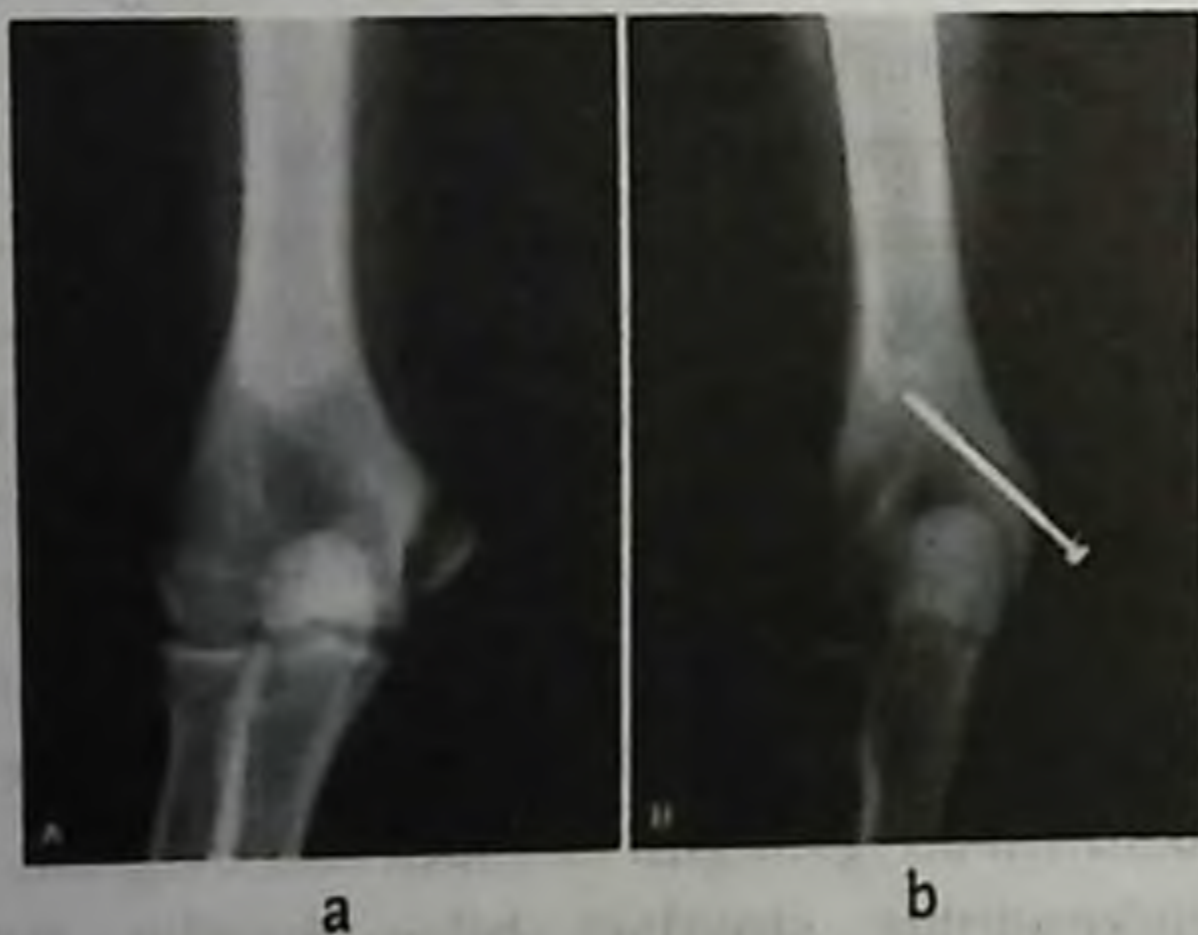
5. Yelka ikki boshli mushagi va yelka mushagining metafizidan baland joyda suyakka birikib qolishi.

Bilak chiqishi yarim chiqishi o'z vaqtida joyiga solinmagandan keyin rivojlangan kontrakturani va bitmagan ichki epikondilusni rentgenologik tekshiruv o'tkazganda 1/3 bemorlarda ichki epikondilus bo'g'imda qisilib turgan bo'ladi. Boshqalarda bitmagan siniq bo'lagi yonga, pastga bo'g'im to'g'risiga yaqin, bo'g'im to'g'risida ko'rinadi. Ba'zi bemorlarda tashqi epikondilus sohasida ossifikatsiya aniqlanadi. Bu ichki epikondilus bilak chiqishi (yarim chiqishi) tarkibida singanligini, o'sha vaqtda tashqi epikondilusda ham boylam uzulishi bo'lganligini ko'rsatuvchi belgidir.

Ichki epikondulus siniqlari bilan bog'liq tirsak bug'imi kontrakturasini operatsiya usuli bilan davolanadi.

Operatsiya qilish uslubi: Teri kesimi tirsak bug'imining medial tomonida, 8-10 sm uzunlikda kesiladi. Tirsak nervi nevrolyz qilinadi, yumshoq rezinka tasmada tutiladi. Siniq bo'lagi unga birikkan

boylam, pay, mushaklar bilan, ularni kesmay, uzmay ajratiladi. Bu uchun bo'lakning yuqorisi, oldi, orqa tomondan suyakchaga borib, suyak ustidan ajratilib boriladi, bo'g'im ochiladi. Epikondulusga birikkan mushaklarni konduluslardan sildirib ajratiladi, tirsak suyagi bo'g'im yuzasiga yaqin joydan chandiqlar kesilib, undan ham ajratiladi. Bo'lakning mushakli to'qima chandiqlarini ozod, harakatchan bo'lishiga erishiladi. Busiz singan bo'lakni o'z joyiga quyish qiyinchilik bilan kechadi. Chandiqqlangan, qalindlashgan, fibroz to'qima sifatini olgan kapsulabo'g'im old, medial qismida kesib oilib tashlanadi. Bo'g'im yuzasini tutashtirib turuvchi, harakatni cheklovchi fibroz chandiqli to'qimalar kesiladi, tirsak chuqurchasi, tojsimon chuqurchalar chandiqli to'qimalardan tozalanadi. Bo'lakchaniqning sinliq yuzasi yangilanadi, metafizdagi sinliq yuzasi ham yangilanadi. Bo'lakcha o'z joyiga qo'yiladi. Fiksatsiya 2 ta kegay bilan bajariladi. Nerv o'z joyiga qo'yiladi. Yumshoq to'qimalar va teri tikiladi. Aseptik bog'lam bog'lanadi. Gipsli longeta bilan immobilizatsiya qilinadi.



Rasm-68. Ichki epikondylusni shurup bilan fiksatsiyalab davolash (John A. Herring, MD 2018). a-sinliq rentgenogrammasi, b-sinliqni shurup bilan fiksatsiyalash.

O'smirlarda tirsak bo'g'imi kontrakturası kuchli bo'lsa, ancha uzoq muddat o'tgach kelganda davolash vazifasi oldida bo'g'im funksiyasini tiklash turadi. Bunday holda ichki epikondulus kichik o'lchamli paytlari olib tashlanadi. Artrolliz hajmdagi operatsiya bajariladi. Ichki yon boylam, mushak paylari metafizda teshikdan o'tkazilgan uzilmas ip (shoyi, lavsan va hokazo) bilan tikiladi. Tashqi immobilizatsiya yengil orteziar bilan bajariladi. Erta (8-10 kun o'tgach) davolash mashqlari, fizoterapiya muolajalari o'tkaziladi.



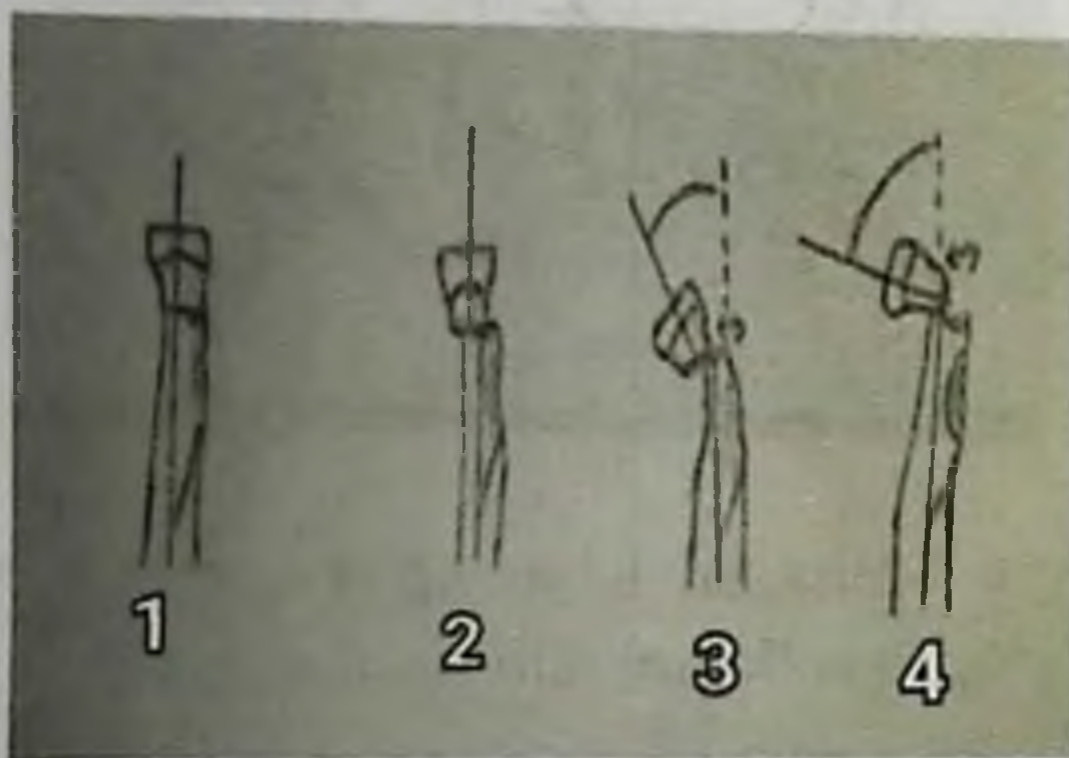
Rasm-69. Eski, bitmagan ichki epicondylus sinlg'ini operatsia qilib davolash. Sinliq bo'lagini olib tashlab, ichki boylamni tiklash.

Bordiyu, artrolliz operatsiyasidan keyin, ichki epikondilus olingach, ichki yon boylam, mushaklar payl tutamlari kaltarib ketganligi sababli metafizning bo'g'lash joyigacha yetkazish iloji bo'lmasa, ichki boylamni plastik tiklash operatsiyasi qilinadi. Plastik material sifatida yelka 3 boshli mushagning ichki $\frac{1}{4}$ qismi foydalanadi (69- rasm, operatsiya sxemasi).

V BOB BILAK SUYAKLARINING SINIQLARI

Bilak suyagi boshchasi, bo'yinchasi sinishi

Bilak suyagi boshchasi-epifizdir. Uning suyaklanish yadrosi 5-6 yoshda paydo bo'ladi. Epifiz va metafiz 16-17 yoshda suyaklanib, bir butun bilak suyagi proksimal oxirini hosil qiladi. Bilak suyagi boshchasi **lig. anulare radii** - o'rab turuvchi boylam bilan qoplangan, bo'g'im kapsulasi boshchadan pastroqda birikadi. Boshcha sinislari, epifizioliz, osteoepifizolis - b'g'im ichi. sinislari hisoblanadi.



Rasm-70. Bilak bo'yinchasi sinislari turi (tushuntirish tekst matnida)

Bilak suyagi bo'yinchasidan sinishlar Judet bo'yicha (Semenov S. V. hammualliflari, 2015) 4 turga bo'linadi (70 -rasm):

1-tur, siljishi kuzatilmagan sinislar

2-tur, to'g'rilashga ko'rsatma qo'yilmaydigan siljishli sinislar

3-tur, 30-60° li burchak va ko'ndalang siljishli sinislar

4-tur, 60° dan ko'p burchakli siljishli sinislar (70-rasm)

Boshcha sinislari juda kam uchraydi. Eng ko'p epifizioliz, kamroq metafizar sinislari kuzatiladi. Sinislari qo'l kaftiga tayanib

yiqilganda, boshcha va kondilus boshchasining bir-biriga urilish natijasida sinadi.

Klinik belgilari. Og'riq sinib siljishi katta bo'lsa, kuchli bo'ladi. Shish ham, siljish o'lchamiga bog'liq. Ko'ndalangiga, 45° C gacha burchakli siljishlarda ancha katta bo'ladi. Shish katta bo'lgan paytlarda boshchani barmoqlar bilan paypaslab bo'lmaydi. Siljimagan va kam siljigan siniqlarda dlagnozini aniqlashda tirsak bo'g'imni tashqi qismini paypaslab, og'riq kuchayganligi, bilakni ichkariga (pronatsiya), tashqaariga (supinatsiya) buralganda bo'yincha soxasida og'riq kuchayishga asoslanadi. Bu supinatsiya, pronatsiya harakatlarining og'riqqa sabab bo'lishini, og'riqli bo'lishi, og'riqni kuchaytirishi shu bilak bo'yinchasi siniqlariga xos belgilar deb hisoblanadi. Bo'g'imda buklash va ochish harakatlari ham og'riqli, og'riqni kuchaytirib, cheklangan bo'ladi.



Rasm-71. Bilak suyagining bo'yinchasidan sinishi (a); operatsiyadan keyingi rentgenogramma, spitsalar bilan fiksatsiya (b).

Rentgenologik tekshiruvda bilak boshchasining qiyshiq turganligi, u bilan diafiz o'qlari yo'nalishida burchak hosil bo'ladi. Bu burchaklar har xil: $10-15^{\circ}$ C, $20-45^{\circ}$ C undan ko'p bo'lishi mumkin. Siniq bo'laklarining siljishi, o'lchami, bo'laklarining katta-kichikligi davolash uslubini tanlashda ahamiyatga ega.

Davolash. Bilak suyagi boshchasi siljishi 45° C dan oshmagan hollarda, umumiy og'riqsizlantirish ostida, siniq bo'lagini qo'l bilan

joyiga to'g'ri quyish (repozitsiya) qilish uslubi bilan davolanadi. Siniq bo'laklari klinik belgilariga asoslanib, joyida deb hisoblagach, orqa gips longeta yordamida immobilizatsiya qilinadi. Bu uslub yaxshi fiksatsiyali natija beradi.

Qo'l bilan repozitsiya qilish texnikasining bir necha usullari bor. 1 ta uslubda qo'l bilan repozitsiya qilish davomiylikida tirsak bo'g'imini ochiq holatda to'g'rilash, ikkinchisida tirsak bo'g'imini 90° buklangan holatda to'g'rilash bajariladi. Shuningdek, repozitsiyani boshlash payti bilakni supinatsiya yoki pronatsiya holatida tutishlikda ham farq bor.

Tirsak bo'g'imini ochib, bilakga supinatsiya holati berib siniq bo'lagini to'g'irlash, repozitsiya qilish texnikasi. (G. I. Bairov bo'yicha).

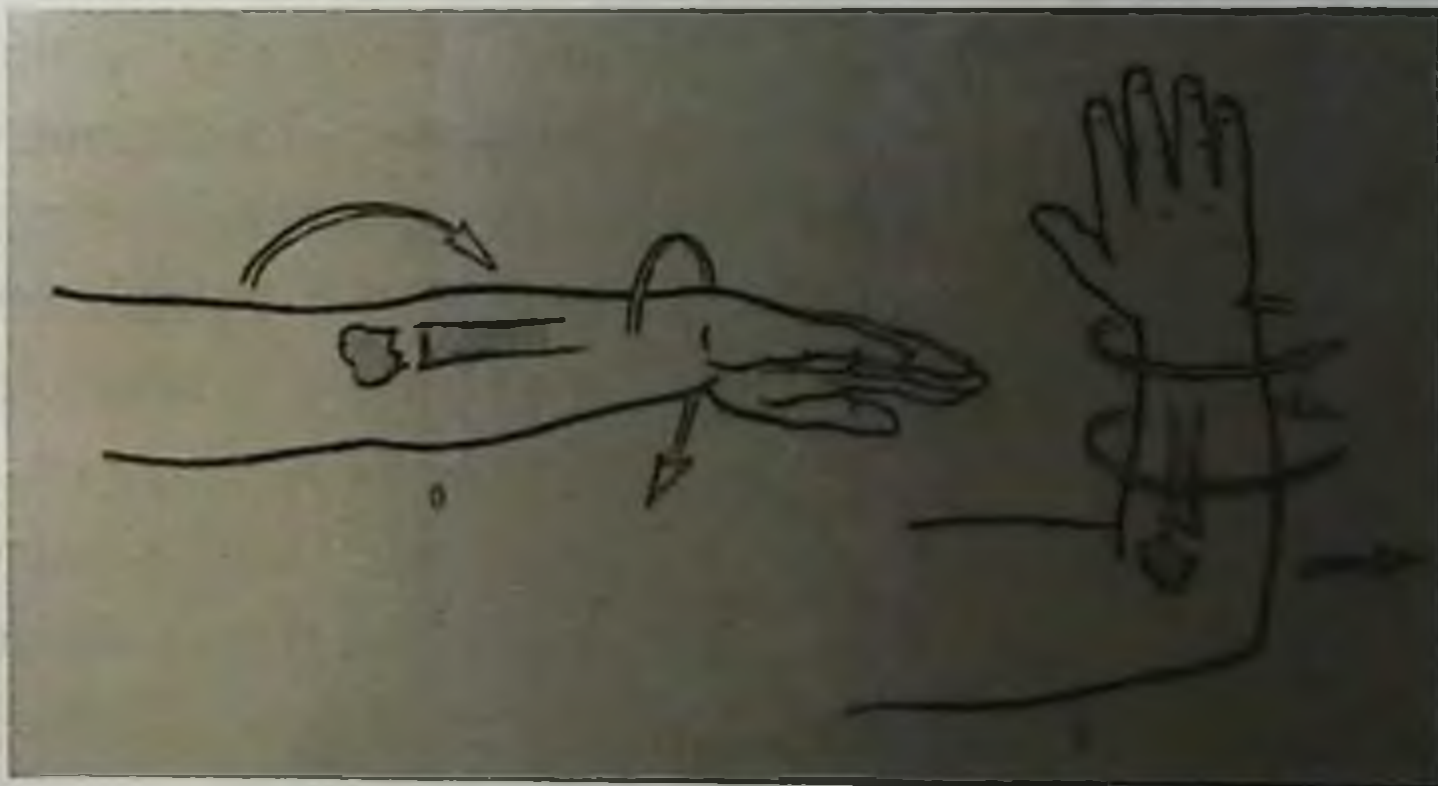
Umumiy o'g'riqsizlantirish ostida, qo'l tirsak bo'g'imida ochilib, yordamchi vrach yelkadan va bilakning pastki 1/3 qismidan ushlab, supinatsiya holati berilib, bilak uzunasiga va ichkariga tortiladi. Bu paytsiniq bo'laklari bo'ylama siljishlari yo'qotiladi va tirsak bo'g'imining tashqi qismi kengaytiriladi. Vrach 1-barmoqlari bilan boshchaga bosib, joyiga itarib, to'g'rilaydi. Siniq bo'laklari joyiga qo'yilgach, tirsak bo'g'imiga 90° bukilgan, bilakka supinatsiya holati berilib, orqa gips longeta bilan immobilizatsiya qilinadi.



a Rasm-72. Bilak suyagi yuqori epimetafizar sinig'i: a - siniq siljishi; b - siniq bo'lagi joyiga qo'yilgan. Gips bo'g'lamada.

90° buklab, bilakka pronatsiya berilib qo'l bilan to'g'irlash metodikasi. Og'riqsizlantirish ostida, qo'l tirsak bo'g'imida 90° bukilanadi, ikkinchi yordamchi yelkani mahkam ushlab turadi. Yordamchi bilakka to'lliq pronatsiya berib tortadi(73-rasm). Vrach 2 ta bosh barmoq bilan siljigan boshchani ichkariga, sal yuqoriga suradi. Shu payt bilak o'qi bo'yicha tortib turgan ikkinchi yordamchi bilakni supinatsiya holatiga o'tkazadi. Ko'p qator hollarda vrach ozroq qoldiq siljishlarni yo'qotish uchun tirsak bo'g'imini chap kafti barmoqlari bilan ushlab, birinchi barmoq bilan boshchaga bosib, o'ng qo'l bilan bola kaftidan ushlab rotatsiya harakatlari bilan, boshchasi tomon qisib to'g'rilaydi.

Qo'l bilan repozitsiya qilishning 3-varianti (73-rasm, b) Tirsak bo'g'imini 90° ga bukib, bilakdan tortib, uni ichkariga-tashqariga burab (pronatsiya – supinatsiya qilib) to'g'rilash texnikasi (Svinuxov bo'yicha).



Rasm-73. Svinuxov bo'yicha bilak suyagi bo'yinchasi siniqlarini repozitsiya qilish sxemasi.

Qo'l tirsak bo'g'imida 90° ga bukiladi, yordamchi yelkani mahkam ushlab turadi. Vrach 2ta qo'li bilan bilak o'qi bo'ylab tortib, bilakka to'lliq pronatsiya –supinatsiya xolati o'tkazilib, 10-12 marta buraydi. To'lliq pronatsiya holati berilib, tirsak bo'g'imni asta-sekin

ochadi, 180^ogacha, siniq bo'lagini to'g'rilagach, bilakni pronatsiya holatida saqlab, tirsak bo'g'imini 90^o burchak ostida bukiladi. Bilakni suppinatsiya holatida ushlab to'g'rilash siniqning siljish yo'nalishiga bo'g'liq. Bo'lakcha bilak suyak tomonga (ya'ni tashqariga, lateral tomonga) siljigan bo'lsa bilakka suppinatsiya berib repozitsiya qilinadi. Bo'lakcha oldinga siljigan bo'lsa, repozitsiya payti bilakka pronatsiya holati beriladi. (N. G. Дамье). G. L. Bayirov bo'yicha tirsak bo'g'imiga varus holati beriladi, bilakka supinatsiya, yoki pronatsiya berilib tortiladi, rotatsiya holatlari qilinadi.

Bilak suyagi boshchasinig katta siljishlarida, burchakli sinishi 45^o dan ko'p bo'lsa qo'l repozitsiyasi qilish ijobiy natijaga olib kelmasa siniqni ochiq yo'l bilan, operatsiya qilib davolashga ko'rsatma bor deb hisoblanadi.

Operatsiya uslubi bilan davolash teri kesimi tashqi epikondulusdan, boshcha ustidan, yonboshdan orqaroq yo'nalishida kesiladi. Fatsiya kesilgach, bilakdan ekstensor mushaklar orasi ochilib, supinator mushak orasi ochiladi. Bu joyda supinator mushaklarining pastroq qismida **nervus radiialis** - nerv tomirining chuqur tarmog'i r. profundis bilakning yonidan boshcha oldiga kirib o'tishini esda saqlash zarur va ehtiyot choralari ko'rish tavsiya etiladi, siniq soxasi ochiladi. Bo'g'im ichidan qon, qon maxsulotlari olinadi. Siniq yuzalari tozalanib bo'laklar bir-biriga to'g'rilanadi. Rotatsiya harakati qillnib bo'laklar bir biriga mos tushganligi tekshiriladi. Siniq bo'laklarini 3 xil uslubda mahkamlanadi. Bular:

- 1) Diafiz tomondan boshchaga o'tuvchi 2 ta kegay
- 2) Boshchadan diafizga o'tuvchi 2 ta kegay
- 3) Tirsak buklangan holda kondilus boshchasidan bilak boshchasiga o'tuvchi splitsa bilan fiksatsiya qilish.

Sanab o'tilgan uslublardan ikkinchi uslub ijobiy sifatiga ega, bajarish qulayroq; uchinchi uslubdek bo'g'imda harakatni cheklab quymaydi va ba'zan tirsak bo'g'imida tashqi immobilizatsiya bo'lsa ham mikroharakatlar sababli, splitsa bo'g'im yuzalari to'g'risida sinib

qolmaydi. Yumshoq to'qima qavatlarini, teri tikiladi. Gipsli longeta bilan immobilizatsiya qilinadi.

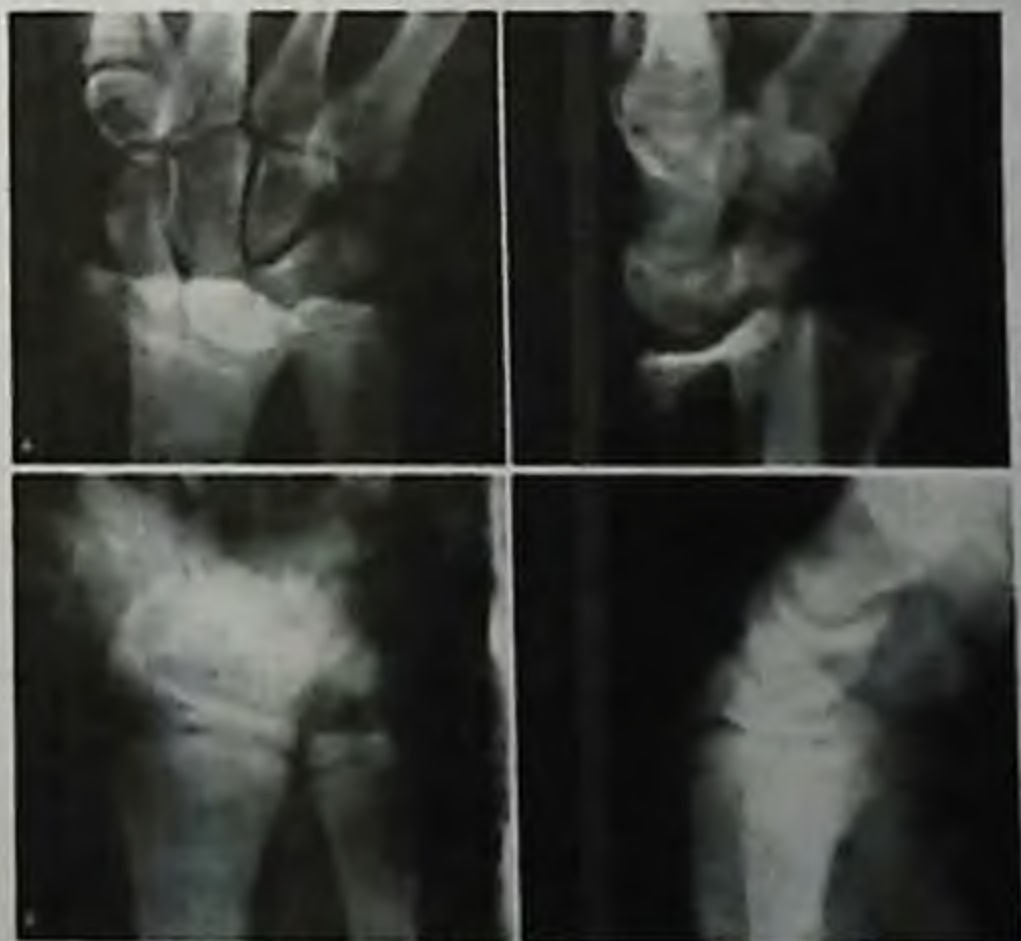
Operatsiyadan keyingi davolash. O'lga tinch holat berilib, shish qaytishi uchun, bemor yotganda qo'l tanadan balandroq qilib qo'yiladi. Gips ustidan, shishni tez qaytarish, qon bilan ta'minlanishni yaxshilash uchun UVCH buyiriladi. Barmoqlarda harakat mashqlari boshlanadi. 2-3 hafta o'tkach tashqi immobilizatsiya to'xtatiladi. 3-4 haftadan keyin kegaylar olinib, to'liq fizioterapevtik muolajalarga, davolash mashqlariga o'tiladi.

Bilak suyaklarining pastki qismida sinishlari

Bilaklarning pastki qismida suyaklarning sinishi qo'l kaftiga tayanib yiqilganda ro'y beradi. Bitta bilak suyagi sinadi yoki ikkala suyaklarning sinishini kuzatish mumkin. Kichik yoshdagi bemorlarda siniq metafiz sohasida, katta bolalarda epifizeoliz, osteoepifizeoliz kurinishida bo'ladi.

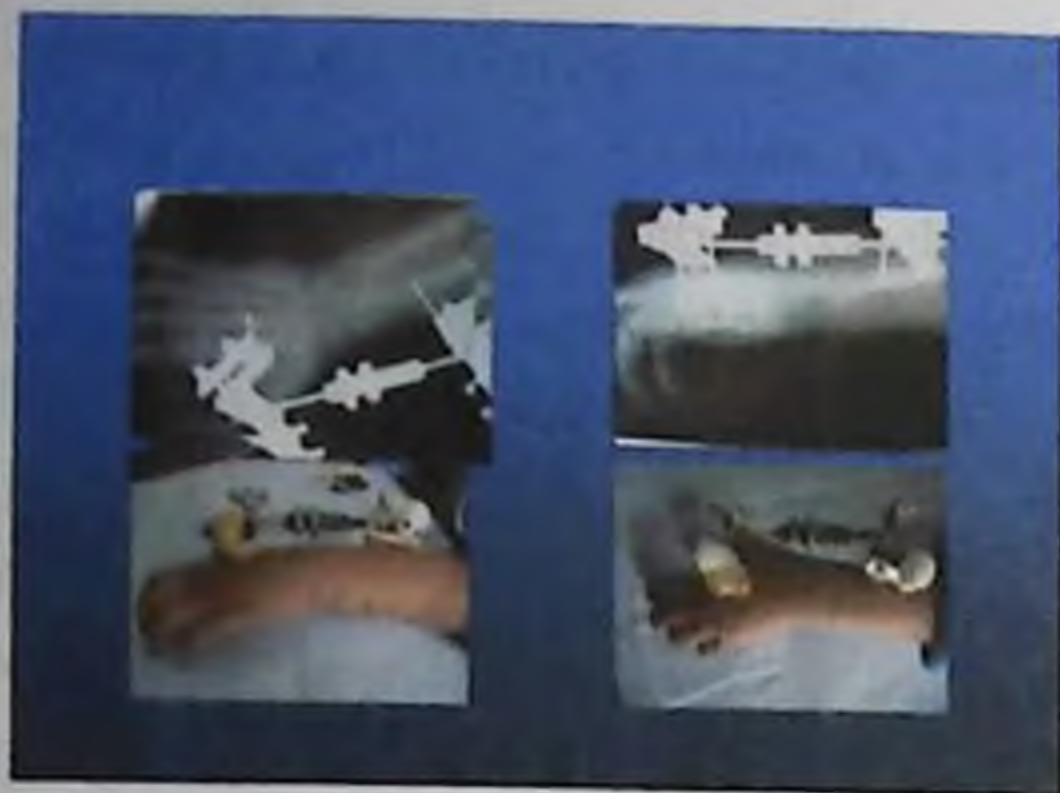
Bolalarda bilak suyagi distal epifizeolizi, osteoepifizeolizi barcha epifizeolizlar orasida ko'p uchrash soni bo'yicha 1-o'rinda turadi. Epifizeoliz har qaysi yoshda uchrashi mumkin. Eng ko'p uchraydigan yosh 10-14 yosh hisoblanadi.

Klinik belgilari siljish darajasiga bog'liq. Kam siljigan epifizeolizlarda og'riq paypaslaganda bilak-kaft bo'g'imida og'riqning kuchayishi, og'riqli nuqta joyining aniqlanishi, shish borligi, bo'g'imda harakatning cheklanganligi aniqlanadi.



Rasm-74. Bilak suyagi distal epifyzeolizi. Ko'ndalang, boyiga va burchakli siljishlar bor. Repozitsia qilinib gips

bog'lama qo'yilib davolangan. (Hamlet A. Peterson, 2007)



a

b

Rasm-75. Bilak suyagining distal metafizi sinigi. Sterjenli apparat yordamida davolash: a – to'g'ri proeksiya, b - yonboshproeksiyada.

Epifizning katta siljishi kaft orqa tomoniga yo'nalishida, tashqariga qarab yo'nalganda bo'lishi mumkin. Bu klinik ko'rganda siljishga hos qiyshiklik bilan bilinadi. Rentgen tasvirlar ma'lumotlariga asoslanib diagnoz aniq qo'yiladi. Bilak distal epifizi bola 7 oylik bo'lgandan 2 yoshgacha suyaklanib boshlaydi, U 8-10 yoshlarda metafiz kengligini oladi. Epifizning metafizga suyaklanib qo'shilib ketishi 20-21 yoshlarda bo'ladi. Shu keltirilgan ma'lumotlar ko'rsatayaptiki, bilak suyak epifizini 2 yoshgacha, tirsak suyak epifizini 7 yoshgacha rentgenda ko'rib bo'lmaydi. Bu diagnoz qo'yishni qiyinlashtiradi. Bunday paytlar klinik belgilar asosida davolash 7-10 kunga qo'yiladigan gips longeta bilan olib boriladi. Takror rentgen tasvirlida periostal bulutsimon ingichka soyani ko'rib, sinliq bo'lagini tasdiqlash mumkin.

Ko'pgina epifizeolizlar metafiz qismidan uchburchaksimon bo'lakcha ham sinishi bilan kechadi. Bu osteoepifizioliz bo'lib, rentgen diagnostikani yengillatadi.

Davolash. Bilak distal metafizi, epifizeoliz, osteoepifizeolizlar konservativ yo'l bilan siljigan sinliq bo'laklarini qo'l bilan repozitsiya qilib, gipsli longeta qo'yib davolanadi. Gipsli longeta "radial-ulnar" (bilak-tirsak) deb atalib, bosh barmoq chiqib turuvchi teshigi bor "radial" (bilak) va "ulnar" (tirsak) ensiz longetalardan tashkil topadi.

Siniq bo'laklari joyiga to'g'irlanmasa, bemor kech muddatda kelgan bo'lsa, operatsiyaga ko'rsatma qo'yilib xirurgik yo'l bilan osteosintez bajariladi. Suyak bo'laklarini mahkamlash uchun Kirshner kegaylaridan foydalaniladi.

Bilak suyagining kaltaligi

Bilak suyagining bo'yiga o'sishida distal o'sish zonasi 75 % faollikka ega. Ba'zan, epifizioliz, osteoepifizioliz siniqlaridan keyin, bir necha yillar o'tgach o'sish zonasi faoliyati sekinlashuvi (yoki to'xtashi) sababli bilak suyagi kaltaligi kelib chiqadi. Bunda tirsak suyagi mo'tadil o'sib, u bilakdan uzun bo'ladi. Bunda uning boshchasi bilak-kaft bo'g'imda teri ostida turtib chiqib, bog'im, bilak ko'rinishini xunuk qiladi. Bilakni supinatsiya, pronatsiya -rotatsiya qilinganda, u harakatlar kam ekanligi, cheklanganligi aniqlanadi.

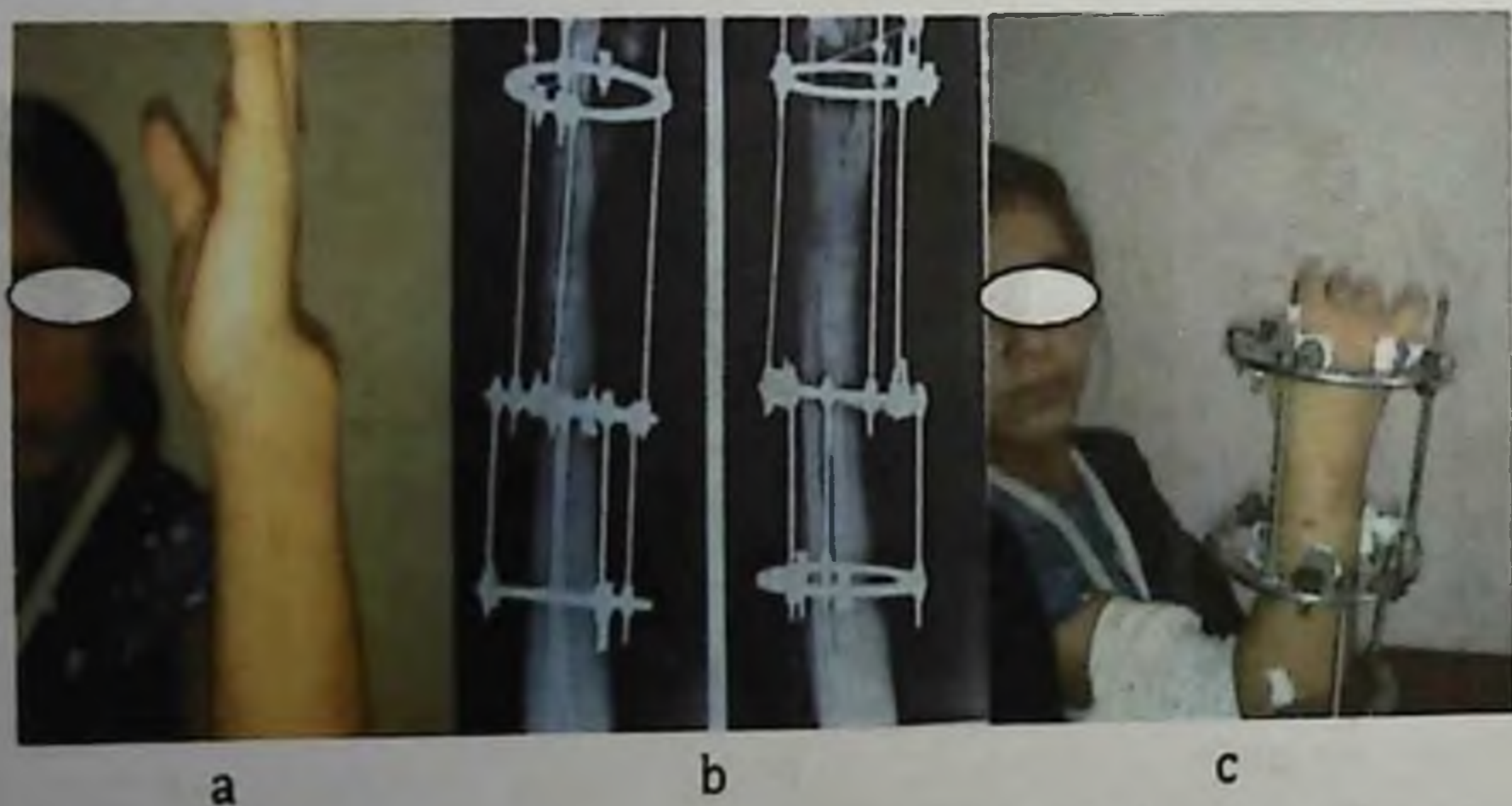
Davolash. Bilak suyagi kaltaligi operatsiya yo'li bilan, osteotomiya qilinib(kesib) Ilizarov apparati qo'yib, uzaytirilib davolanadi.



Rasm-76. O'sish zonasi zararlangani sababli bilak suyagining kaltaligi, klinik ko'rinishi (a, c), rentgen tasviri (b): tirsak suyagining uzunligi ko'rinib turibdi.

Operatsiya texnikasi. Teri bilakning orqa tomoni (dorsal tomoni)da, metafizning diafizga o'tishi joylarida kesiladi. Teri osti

venasi, 1-barmoqni yozuvchi, tashqariga qochiruvchi mushaklar paylari chetga olinib, suyak usti pardasi kesilib suyakning osteotomiya qilinuvchi joyi yalong'ochlanadi. Djigli ip-arra bilan kesiladi -osteotomiya qilinadi. Hosil bo'lgan suyak bo'laklari to'g'ri turishi uchun, vaqtincha Ilizarov apparati qo'yguncha 1 ta ingichka kegay bilan mahkamlanadi. Ilizarov apparti 3 ta xalqadan tashkil etilib teriladi. 2 ta halqa yuqorigi (markaziy) bo'lakni tutib, 1 ta halqa pastki bo'lakni tortib markaziy bo'lakdan uzoqlashtirish vazifasini bajaradi. Shu pastki (periferik bo'lakini tortish uchun 2 ta kegay II, III, IV, va V kaft suyaklarining diafiz qismidan, bir-biriga 20° burchak bilan o'tkaziladi. Eng yuqoridagi halqa uchun kegay ikkala suyakdan o'tkazilsa, apparatning bilakda turishi mustahkamlanadi. Suyak bo'laklari orasini ochib tortish - distraksiya operatsiya kuni 4-5 mm o'lchamda bo'ladi. Keyingi uzaytirish suyak bo'laklarini har kuni bir-biridan 1 mm ga qochirish yo'li bilan boshlanadi. Bunday distraksiya operatsiyadan so'ng 7-8 kunlardan keyin boshlanadi.



Rasm-77. Bilak suyakning kaltaligi, tirsak suyagi boshchasining chiqib turishi (a). Bilak suyakning osteotomiyasi, Ilizarov apparatida uzaytirish (b, s).

Bilak suyaklarining diafiz qismidan sinishlari

Ikkala bilak suyaklarining sinishlari har qaysi suyakning alohida, yakka sinishlaridan ko'p uchraydi. Ikkala bilak suyaklari eng ko'p (63%) o'rta qismida, ko'proq (30%) past qismida, kam (7%) yuqori uchdan bir qismida kuzatiladi. Siniq hosil bo'lish sabablari bo'lib kaftga tayanib yiqilish, bilakka biror tashqi kuch urilishi hisoblanadi. Bola yoshigako'ra siniqlar suyakustipardasi ichidagi siniqlar, siljimagan siniqlar, "yashil novdasimon" siniqlar, burchakli siljigan, ko'ndalangiga, bo'yiga siljigan siniqlar, parcha bo'lakli siniqlar ko'rinishida uchrayd



Rasm-78. Bilak suyaklarining diafizidan siniqlari, katta ko'ndalang va burchakli siljishlar borligi bilan (a). Siniq bo'laklari joyiga to'g'rilangan, gips bog'lama qo'yilib imobilatziya qilingan (b).

Klinik belgilari. Travma bo'lish sabablari so'rab surishtirilib, ko'rish boshlanganda bilak qiyshiqligi, shish, bilakni avaylab ushlab

turishi, og'riq, u kuchayishi sababli harakat cheklanganligi aniqlanadi. Rentgen tasvirda suyak usti pardasi osti siniqlari, burchakli siljishi, to'lliq ko'ndalang va uzunasiga siljishlar, yoki boshqa o'zgarishli siniqlar aniqlanadi.

Davolash. Suyak usti pardasi ostidan siniqlar, burchakli siljishli siniqlar, burchagini yo'qotib, gips longetani yelka o'rta qismidan barmoqlar asosigacha qo'yilib davolanadi. "Yashil novdasimon" siniqlarni davolashda burchakli siljish yo'qotilib, gips longetada davolanadi. Biroq gips longetasi qo'yib davolashda, vaqti yetib, yechib ko'rilganda burchak siljish yo'qotilmaganligi aniqlanadi. Ya'ni, gips longetasi ichida burchakli siljishga moyillik shu siniqlarga xos hisoblanadi. Shuning uchun, qo'l repozitsiyasi payti "yashil novdasimon" -chala siniqni to'lliq siniqqa aylantirib, ya'ni sinmagan kortikal qavatni ham sindirib, suyak o'qini to'g'rilab, gips longeta qo'yiladi.



a.

b.

c.

Rasm-79, Bilak suyaklarining diafizdan siniqlari (a). Burchakli siljishlar to'g'rilanib gips bo'glamada davolash natijalari (b, c)

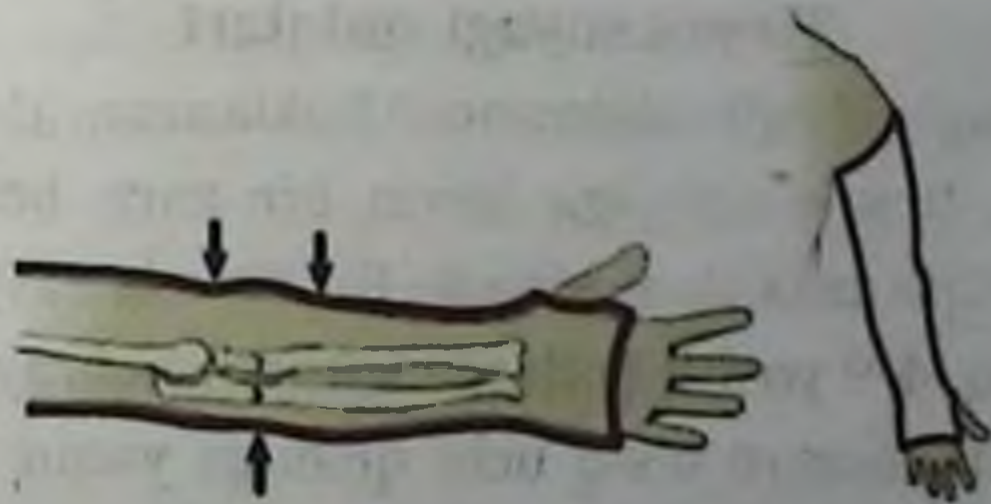
Ko'ndalang siniqlar, ko'ndalang va uzunasiga siljishlarni yuqotish, joyiga to'g'rilash maqsadida, umumiy og'riqsizlantirish bilan qo'l repazitsiyasi bajarilib, gips longeta qo'yiladi.

Qo'l bilan repozitsiya jarayonida bilakka supinatsiya va yoki pronatsiya holatda berish siniqlarning joylashgan joylariga bog'liq. Yuqori qismida singan bo'lsa bilakka supinatsiya holati berib, o'rta

qismida bilakka o'rta holati berib, pastki qismida sinisa, pronatsiya holati berib repozitsiya qilinadi.

Bunday harakatlar siniq bo'laklariga kuchli mushaklar kelib birikishi, va ular qisqarganida siniq bo'lagi yo supinatsiya, yoki pronatsiya holatiga o'tishi bilan ilmiy izohlanadi. Bunda asosan kuchli m. pronator mushagining bilak suyagiga birikkan joydan balandda, yoki pastda sinishi e'tiborga olingan. Agar, o'sha mushak birikkan joydan pastki singan bo'lsa, markaziy bo'lak pronatsiya bo'lib buraladi. Pastki bo'lakni to'g'rlash uchun bilak past qismiga pronatsiya holati berilsa to'g'rilanadi.

Operatsiya uslubi bilan davolashga ko'rsatmalar. Bilakning ikkala suyaklari siniqlari qo'l bilan repozitsiya qilinganda joyiga to'g'rilanmasa; bemor kech, vaqtni o'tkazib, 2-3 hafta va undan ko'p kechikib kelsa, operatsiyaga ko'rsatma qo'yiladi. Shuningdek, bilak suyaklarining bittasi (bilak suyagi, yoki tirsak suyagi) diafizdan singanda, ulardagi siljishlarni qo'l bilan repozitsiya qilish ikkinchi suyak butunligida qiyinchilik tug'diradi. Bunday siniqlardaham operatsiyaga ko'rsatma qo'yiladi. Operatsiya qilib, ochiq usulda osteosintez amalga oshirishda suyak bo'laklarini mahkamlash uchun ingichka kegay (spitsa) lardan foydalaniladi. Kirshner kegaylari intramedullyar kiritilishi, yoki bir bo'lak oxiridan ikkinchi bo'lak oxiriga ikkita kegay kesishib o'tkazilishi mumkun. O'smirlarda suyak usti osteosintezi plastina, shuruplar bilan bajariladi.



Rasm-80. Bilak suyaklari diafizlarining yuqori 1/3 qismi siniqlarida tirsak bo'g'imni ochib ko'rsatilgan nuqtalarda gips boglamani qisib qo'yish to'g'ri, ishonchli bo'ladi. (John A. Herring, MD, 2018)

Bilak suyagining diafiz qismining sinishi

Bolalarda bilak suyagining yakka, diafizidan sinishi kam uchraydi. Bu siniqlar suyakning yuqori o'rta, pastki qismida uchraydi. Ular ko'pincha ko'ndalang siniqlar bo'ladi. Siniq bo'laklarining siljishiga birikkan mushaklarning qisqarishi sabab bo'ladi.

Klinik belgilari. Og'riq siljish katta bo'lsa, kuchli bo'ladi, shish, bilakning rotatsiya harakati supinatsiya-pronatsiya cheklangan bo'ladi. Rentgen tasvirda siniq turi (ko'ndalang, qiyshiq va hokazolar) siljish yo'nalishi, o'lchami aniqlanadi. Ikkisuyak o'rtasi T-simon siljish ham uchraydi.

Davolash Qo'l bilan repozitsiyada qo'l o'qi bo'yicha tortilib, ko'ndalang siljishlar barmoq bilan bosib to'g'rilanadi. Repozitsiya payti siniq joyi (yuqori, o'rta, pastki qismi) hisobga olinib, bilakga supinatsiya, o'rta holat, pronatsiya holati beriladi. Ikki suyak o'rta tomoniga siljishni to'g'irlash uchun ikkala suyak o'rtasiga dorsal (orqa) va volyar (old) tomonlardan bir vaqtda bosiladi, ya'ni vrach barmoqlari orasiga olib qisiladi. Qo'l bilan repozitsiya qilish muvaffaqiyatli bo'lmasa, kechikib murojaatlarda, eski siniqlarda siniq bo'laklari holati qoniqarsiz deb baholansa, operatsiya yo'li bilan davolanadi. Bunda bitta splitsa qo'llab, intramedulliyar osteosintez bajariladi.

Tirsak suyagi siniqlari

Tirsak suyagi o'sig'i olekranon buklangan tirsak bo'g'imiga tayanib yiqilish, tirsak o'sig'iga biron bir zarb bo'lganda, ba'zan kaftga tayanib yiqilishda ham sinadi. Bu siniqlar 10 yoshdan katta bolalarda ko'proq, 4-9 yoshli bolalarda kamroq uchraydi. Tirsak osig'i siniqlari bolalarda asosan o'siq uchi qismiga yaqin sinadi, o'rta va asos qismida kam sinadi. Klinik belgilardan shish, og'riq, bo'g'imda harakatning cheklanishi, paypaslaganda joyli og'riq, ancha siljigan bemorlarda siniq bo'laklari orasida oraliq (diastaz) borligi aniqlanadi. Tirsak o'sig'iga elka uchboshli mushagi birlikadi, bu

mushak kichik suyak bo'lagini o'ziga tortib, diastaz hosil qiladi. Rentgenologik tekshiruvda tirsak o'sig'i epifiz 8-12 yoshda suyaklanishini nazarda tutish kerak, qo'shimcha suyaklanish yadrosi 2-3 ta bo'lishi ham mumkun. Bu diagnozda ko'pincha adashtiradi, xato xulosaga olib keladi.



a

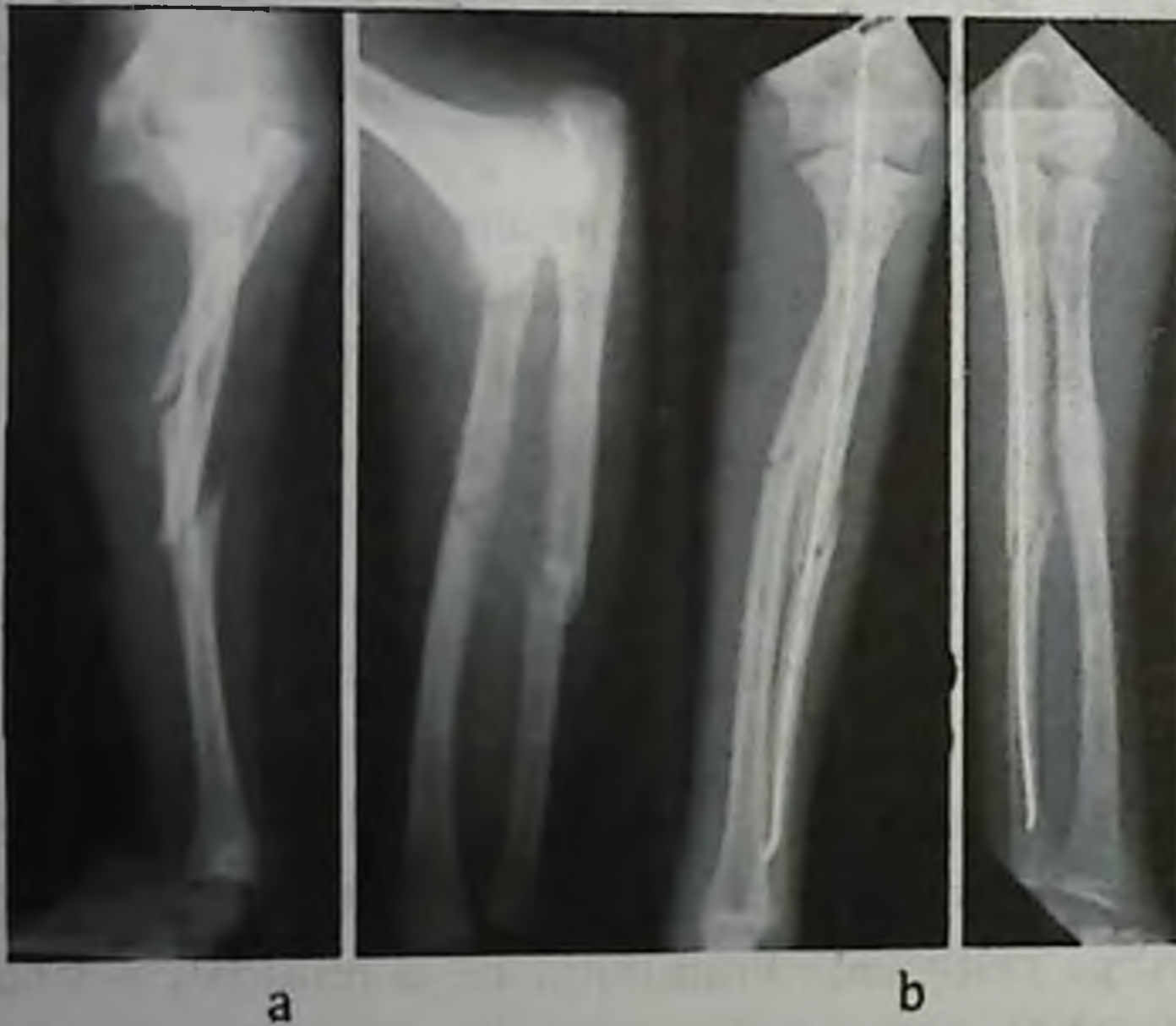
b

Rasm-81. Tirsak suyagining olekranon o'sigi suyaklanish yadrolari normada ko'inishi. Chapda 12 yoshli bolaning (a), o'ngda 14 yoshli bola roentgen tasviri (b). Ularda shu soha lat yeyishi (Hamlet A. Peterson, 2007)

Davolash. Siljimagan siniqlar orqa gipsli longeta bilan immobilizatsiya qilib davolanadi. Tirsak bo'g'imiga 90°dan ko'p (140, 150, 160) burchak beriladi. Bu yelka uchboshli mushakni bo'sh holga keltirish uchun u siniq bo'lakchasini tortib yubormasligi maqsadida qilinadi. 10 kunlar o'tib tirsak bo'g'imidagi bukilish burchagi 90°ga keltiriladi. Immobilizatsiya muddati 3-4 hafta. Keyin davolash mashqlari, fizioterapiya qo'llaniladi. Siljishi bor siniqlar operatsiya qilib davolanadi (rasm - 82).



Rasm-82. Tirsak o'sig'li sinishi Tirsak sinliq bo'laklari oralig'i ochiqligi (a). Operatsiyadan keyingi rentgenogramma, shurup bilan fiksatsiya (b) (Hamlet A. Peterson, 2007)

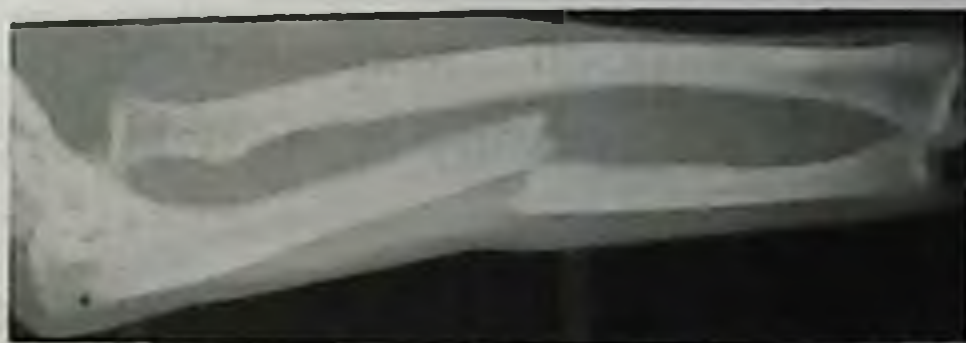


Rasm-83. Bilakning chiqishi, bilak suyaklari diafizlarining sinliqlari (a). Chiqishni joyiga solish, tirsak suyagi sinig'ini intramedullyar osteosintezni bajarilgan (b) (John A. Herring, MD, 2018).

Montedji shikasti

Tirsak suyagining sinishi bir bemorda shu bilakdagi bilak suyagi boshchasi chiqishi bilan bir paytda jarohat ro'y bersa Montedji sinish - chiqishi deb ataladi. Tirsak suyagi yuqori metafizidan, diafizning qaysidur qismidan sinishi mumkin. Bilak suyagi boshchasi esa oldinga, tashqariga, orqaga chiqishi mumkun. Bu sinliq-chiqishning paydo bo'lish mexanizmi bilakka tirsak suyagi tomonidan tashqi kuch urilishi (bolaning tirsak suyagiga biror predmet urilishi yoki uning shu suyak diafiz qismiga tayanib yiqilib tushishi va h. k kabi deb tushuntiriladi.

Klinik belgilari: tirsak suyagi singan sohada tirsak bo'g'imida shish og'riq, paypaslaganda tirsak suyagi siniq joyida og'riq kuchayadi, bilak boshchasi siljigani uchun bo'g'im yo'g'onlashib, o'z shaklini o'zgartiradi (deformatsiya) tirsak bo'g'imini bukish, ochish, bilakni rotatsiya qilish harakatlari cheklangan, og'riqli bo'ladi.



Rasm-84. Montedji shikasti: tirsak suyagi singan bilak boshchasi chiqqan.

Rentgen tekshiruvda tirsak suyagining metafizdan, yoki diafizdan siniq aniqlanadi (rasm-84), bilak suyagi boshchasining chiqqanligi ko'rinib turadi. Shu Montedji jaroxatida diagnoz qo'yishida xatoliklar uchrab turadi. Bulardan biri rentgen tasvirda bilak suyaklarining proksimal oxiri qamrab olinmaganligi: yoki vrach etiborini faqat singan suyakka qaratib, chiqishni ko'zdan qochirganligidur. Shu sababva bemorning o'zlari kech murojaati siniq- chiqishlarning eskirishiga olib keladi.



Rasm-85. Bilakning Montedji chiqish-sinishi (a) va uning operatsiyadan keyingi rentgen tasviri (b) (JohnA. Herring, MD, 2018).

Davolash. Yangi Montedji sinliq-chiqishlarida sinliqni joyiga qo'yish, chiqishni to'g'rilash umumiy og'riqsizlantirish ostida amalga oshiriladi.

Bilak supinatsiya holatida kaft va barmoqlardan ushlab bilak o'qi bo'yicha tortiladi m. pronator teres mushagi taranglashib bilak boshchasini joyiga olib keladi. Qo'l tirsakda buklanib, kaft barmoqlaridan tortib, vrach barmog'i bilan siljigan bilak boshchasiga bosib, bilakda rotatsiya harakatlari qilinib, boshchaning orqaga, ichkariga siljishlari to'g'rilanib, keyin tirsak o'tkir burchak bilan bukilib, bilakka supinatsiya holati berilib, yelkaning yuqori uchligidan barmoq asoslarigacha gips longeta qo'yiladi. 3-4 haftadan keyin gipsli longeta yechilib davolash mashqlari buyuriladi.

Montedji jarohatini qo'l bilan repozitsiya muvofaqqiyat keltirmasa, eski sinliq - chiqishlar operatsiya yo'li bilan davolanadi.

Montedji jarohatini operatsiya qilish texnikasi. 1. Teri kesimi- tirsak suyagi sinliq ustidan 4-5 sm qilinadi, sinliq bo'laklari orasi gematomadan, chandiqli to'qimalardan tozalanadi. Sinliq

bo'laklari siniq chizig'i yuzalarini bir-biriga mos qilib to'g'rilanadi, retrograd usulda kegay bilan intramedullyar mahkamlanadi. Eski siniqlarni siniq joyi ochiladi. Eng qiyshiq joydan Djigli ip-arra yordamida osteotomiya qilinadi, suyak kanal ochiladi bo'lak oxirlari moslanib, o'qi to'g'rilanib qo'yiladi. Eski chiqqan bilak boshchasi ochiq usulda joyiga qo'yiladi. Tirsak bo'g'imining tashqi tomonidan, epikandilus pastidan bo'g'imga yaqin yarim oval shaklida mushak paylari kesilib, bo'g'im ochiladi. Bilak boshchasi to'lliq yoki yarim yirtilgan, chandiqlanib bitgan, bo'g'im kapsulasi bilan o'ralgan bo'ladi. Shunday chandiqlar boshcha va yelka epifizi o'rtasida ham bo'ladi. Boshcha chandiqlardan erkinlashtiriladi, bo'g'im yuzalari orasidagi chandiqlar olinadi, ichiga borib joylashishi kerak bo'lgan chuqurcha tozalanadi. Kapsuladan boshchani aylantiruvchi boylam yangi tayyorlanadi. Boshcha joyiga to'g'rilanadi, tirsak suyagi bo'laklari 2 ta kegay bilan mahkamlanadi. Yumshoq to'qimalar va teri tikiladi, gipsli longeta qo'yiladi.

Galeatsii shikasti

Yuqorida yozilgan Montedji sinish-chiqishida tirsak suyagida siniq, bilak boshchasi chiqqan bo'lsa, bu Galeatsii shikastida bilak suyagi sinib, tirsak suyagi boshchasi chiqadi. Distal bilak - tirsak bo'g'imi old tomondan, orqa tomondan bilak - tirsak boylamlari bilan biriktirilgan. Yana bo'g'im ichida tirsak suyagi va bilak suyaklari o'rtasida tortilgan lig. triangulare - uchburchaksimon boylam bor. Bu boylam keng asosi bilan bilak suyagi bo'g'im oxiriga birikadi, ingichka qismi bilan tirsak suyagi bigizsimon o'simtasiga birikadi. Tirsak suyagi boshchasini o'z anatomic joyidan siljituvchi kuch yuqorida keltirilgan boylamlarni uzishi kerak. Ko'pincha u tashqi kuch bigizsimon o'simtani sindiradi, yoki tirsak suyagi distal oxirini o'sish zonasidan sindiradi. Shuning uchun bolalarda Galeatsii shikasti kam uchraydi. U o'smirlarda kuzatilishi mumkin.

Galeatsii shikasti bevosita ta'sir mexanizmi sababli ro'y beradi. Ya'ni bola kaftiga tayanib yiqilganda bilak suyagi sinadi, bilak -t tirsak

boylamlari, uchburchaksimon boylam tirsak o'simtasini uzib, tirsak boshchasi chiqadi.

Klinik belgilari. Bola kuchli og'riq sezadi, bilak suyagi sohasi klinik o'qi buzilgan, shish. Bilakning tirsak boshchasi qismida shish, og'riq. Bilak kaft bo'g'imida og'riq sababli harakatlar cheklangan. Rentgenogramma 2 proyeksiyada: to'g'ri, yonbosh holatda bajariladi. Unda bilak suyagi pastki (o'rta) qismidan sinishi, tirsak o'simtasi uzilishi, tirsak boshchasi chiqishi ko'rinadi.



Rasm-86. Galeatsii shkasti rentgenogrammasi.

Davolash. O'smir bolalarda Galeatsii shikastini davolash joyli og'riqsizlantirilib, qo'l bilan repozitsiya qilinib, gips longeta qo'yib davolanadi. Eng avval bilak suyagi o'qi to'g'rilanib, sillish yo'qotilib, so'ng tirsak boshchasi to'g'rilanadi. Orqa gips longeta qo'yiladi. Gips barmoqlar asosidan to yelkaning o'rta qismigacha qo'yiladi. Bilak supinatsiya - pronatsiya o'rta holatida, qo'l tirsak bo'g'imida 90 gradus buklangan, kaft tirsak suyagi tomonga qiyshaytirilgan bo'ladi. Gipsda immobilizatsiya muddati, bola yoshiga qarab 3-4 haftadir. Repozitsiya qilib, gips longeta qo'yilgach rentgenkontrol o'tkaziladi. U 2 yoki 3 - kun yana takrorlanib, tirsak suyagi boshchasi joyidan qochmay turganligiga ishonch hosil qilinadi.

Tirsak bo'g'imida chiqishlar

Bolalarda uchraydigan chiqishlar orasida tirsak bo'g'imidagi chiqishlar eng ko'p kuzatilib, birinchi o'rinni egallaydi. Bo'g'im murakkab suyak to'qimasi anatomiyasiga egaligi, unda bo'g'im kapsulasining birikishi, ichki va tashqi epikondiluslarga bilak mushaklarining birikishi, bo'g'imda harakatning bir necha yo'nalishida bajarilishi, tananing muvozanatdan chiqqanda,

yiqliganda qo'lning tayanch vazifasini bajarishi kabilar bu bo'g'imda chiqishlarning turli tumanligiga sabab bo'ladi. Bo'g'imdagi chiqishlar quyidagicha tavsiflanadi (G. A. Bairov, 1976)

Bilakning ikkala suyaklarining chiqishlari **Klassifikatsiyasi:**

- 1-Orqaga 5 - Ayri chiqish:
- 2-Orqa - tashqariga a) orqa oldinga
- 3-Tashqariga b) ko'ndalang
- 4-Orqaga ichkariga c) aralash

1. Bilak suyagining chiqishi - bilak suyagi boshchasining chiqishi: oldinga, orqaga, tashqariga, yarim chiqish. 2. Tirsak suyagining boshchasining chiqishi.

Bilak ikkala suyaklarining chiqishi

Klinik belgilari. Bola tirsak bo'g'imi sohasidagi kuchli og'riqqa shikoyat qiladi. Bola chiqqan bilaknisog'qo'li bilan avaylab ushlab turadi. Travma ro'y bergandan keyingi yaqin daqiqalarda bilakning siljigan proksimal oxiri teri ostida turtib bilinib turadi. So'ng, shish rivojlanganda bunday bo'g'im to'qima buzilishi sezilmay qoladi, bo'g'im hajmi kattalashadi. Bo'g'im sohasida ichki epikandulus, tashqi epikandulus va tirsak o'sig'i kabilarni aniqlashda ham qiyinchiliklar tug'iladi. Gyuter uchburchagi, Marks liniyasini ham aniqlash mumkin bo'lmay qoladi. Bo'g'imda faol harakat cheklangan, uni passiv tekshirib ko'rishda og'riq kuchayadi, prujina qarshiligini eslatuvchi to'sqinlik seziladi.

Bilak suyaklari orqaga chiqqanda bo'g'imning old orqa o'lchamlari kattalashadi. Bo'g'im old yuzasida yelka distal oxiri bo'rtishini paydo qiladi. Teri ostida yelka ikki boshli mushagining payi tarangligi seziladi. Bo'g'im orqa tomonida tirsak o'sig'i bilak boshchasi teri ostida bo'rtib turishi yelka distal oxiri shaklini o'zgartiradi va yelka uch boshli payi tarangligi teri ostida bilinadi.

Qo'llar uzunligi tekislab o'rganilganda, chiqish bor tomon aniqlanadi. To'g'ri uchburchakli Gyuter uchburchagi shakli buziladi.



a

b

Rasm-87. Bilakning oldinga chiqishi, tirsak o'sig'ining sinishi (a).
Bilakning tashqariga chiqishi (b).

Bilak orqa tashqariga chiqqanda uning qiyshayganligi, tirsak bo'g'im ko'rinishida ichki epikondulisning bo'rtib chiqqanligi, old-orqa o'lchamining kattalashganligi, yelka ikki boshli mushagi joyi tarang bo'lib tursa old chuqurchasi yelka distal epifizi bilan to'lib, bo'rtganligi ko'rinadi. Bo'g'imni orqadan ko'zdan kechirganda tirsak o'sig'i o'rta chizig'idan tashqarida joylashgan bo'lib, tashqi epikondilus bilinmay qolgan bo'ladi. Tirsak bo'g'imiga yonboshdan qaraganda tirsak o'sig'ining orqaga siljiganligi, teri ostida yelka uch boshli mushagining payli tarang tortilganligini payqash mumkin. Orqa-tashqarida teri ostida tirsak o'sig'i va bilak boshchasini paypaslab bilinadi. Tirsak o'sig'i epikondilus yon tomonida, bilak suyagi boshchasi capituli humeri tashqi yonida ekanligi aniqlanadi. Yelka suyagining tirsak o'sig'i kirib-chiqib turuvchi chuqurchasi bo'sh, ichki epikondilus va g'altakni paypaslab bilsa bo'ladi. Tirsak o'sig'i orqaga yonga siljigani uchun Gyuter uchburchagi buziladi.

Bilakning tashqi chiqishi bolalarda ancha ko'p kuzatiladi. Qo'l o'qi qo'pol ravishda buziladi, tirsak bo'g'imi eniga salkam ikki barobar yo'g'onlashadi. Tashqi yonda bilak boshchasi va tirsak o'sig'i shakli teri ostida ko'rinadi, ichki yonda yelkaning ichki epikondilusi va g'altagi bilinadi. Ular ustida teritaranglashgan bo'ladi. Bilak

boshchasi yuqoriga va oldinga siljib, teri ostida bilinib turadi. Yelkaning ikki boshli mushagi uchi tashqariga siljigani bilinadi. Paypaslab tekshirilganda tirsak o'sig'i tashqi yonga siljiganligi, yelka suyagining tirsak o'sig'i uchun chuqurchasi bo'sh ekanligi, medial tomonda yelka distal oxiri paypaslanishi aniqlanadi.



Rasm-88. Bilakning tashqariga yarim chiqishi, ichki epikondilusning sinishi.

Bilakning ayri chiqishi

Bilak suyaklarining bir-biridan qochib chiqishi old-orqaga ko'ndalang ko'rinishda bo'ladi. Old-orqaga chiqish ko'p uchraydi, tirsak suyagi orqaga, bilak suyagi oldinga chiqadi. Ko'ndalang ayri chiqishda tirsak suyagi ichkariga, bilak suyagi tashqariga chiqadi. Aralash chiqishda tirsak suyagi orqaga, bilak suyagi tashqariga chiqadi.

Klinik belgilari: old orqaga ayri chiqqanda bilak pronatsia holatida bo'ladi, u kalta ko'rinadi, qo'l tirsakda buklanganda bo'g'im kengaygan, yo'g'onlashgan, yelka suyagi epikanduluslari yaqqol bilinib turadi. Orqada tirsak o'sig'i bo'rtib, uch boshli mushak payi taranglanib, teri ostida bilinib turadi. Old tomonda bilak suyagi boshchasi yelka suyagi distal oxiri oldida, bo'rtib teri ostida ko'rinib turadi. Ko'ndalang ayri chiqishda qo'l tirsak bo'g'imida oz buklangan tirsak o'sig'i ichki epikondilus yonida, bilak suyagi boshchasi tashqi epikondilus ustida joylashadi. Bilak kalta ko'rinadi. Bilak yuqori 1/3 qismi, tirsak bo'g'imi kengayadi. Ikki boshli mushak payi tashqi

yo'nalishda, uch boshli mushak payi ichki yo'nalishda siljigan bo'lib, teri ostida bilinadi.

Aralash ayri chiqishda tirsak bo'g'imi oldida yelka suyagi distal bo'g'im oxiri teri ostida bilinadi, bo'g'im tashqi yonida, tashqi epikondilus yoni va ustida bilak boshchasi, teri ostida joylashadi. Ichki epikondilus yaqqol ko'rinib turadi.

Tirsak o'sig'i yelkaning orqasiga siljib, uning ustida chuqurcha ko'rinadi. Paypaslab siljigan suyak bo'laklarining oxiri aniqlanadi.

Rentgenologik tekshiruvda chiqish, uning turlari, suyak siniqlari bor- yoqligi aniqlanadi. Rentgen tekshiruvda yelkaning oxiri, bilakning yuqorisi tasvirga tushiriladi, rentgenografiya 2 proyeksiyada bajariladi. Bilakning orqaga chiqishida old-orqa proyeksiyadabilak suyaklari proksimal oxirining yuqoriga siljiganligi aniqlanadi. Yonbosh proyeksiyada tirsak suyagining yarim oysimon bo'g'im yuzasi yelka suyagi distal oxiridan orqada, bo'sh ko'rinadi. Bilak suyagi boshchasi yelkaning capituli humerus yuzasidan orqaga, yuqoriga siljiganligi aniqlanadi.

Bilakning orqa-tashqi yonga chiqishida, rentgen tasvirning old-orqa proeksiyasida tirsak o'sig'i yelkaning tashqi epikondilusi to'g'risida ko'rinadi. Bilak boshchasi capituli humeri dan tashqi yonda bo'ladi. Yonbosh proeksiyada tirsak o'sig'i, bilak boshchasi orqaga, yuqoriga siljiganligi ko'rinadi.

Bilakning tashqi yonga chiqishining rentgen tasvirda ko'rinishi bilak suyaklari proksimal oxirining tashqi tomonga siljigani bilan, yonbosh proekciyada bo'im yuzalarining bir-biriga mos emasligi bilan ifodalanadi.

Bilakning orqa-ichkariga chiqishida rentgendiagnostika bilak suyaklarining ichkariga-yonga chiqishi, yonbosh proyeksiyada ularning orqaga chiqishiga asoslanib qo'yiladi. Yonbosh proyeksiyada tirsak o'sig'i soyasi yelka kondilusi soyasi ustiga tushishi mumkin.

Bilakning ayri chiqishi rentgentasvirda o'ziga xos ko'rinishga ega. Old orqa ayri chiqshi yonbosh proyeksiyada aniq ko'rinadi.

Tirsak o'sig'i orqaga siljigan, chiqqan, bilak suyagi boshchasi chiqib, oldinda tirsak suyagi to'jsimon o'sig'i kiradigan chuqurcha qarshisida ko'rinadi. Yelka suyagi oxiri, capituli humeri ikkala suyakning o'rtasiga kirib qolgan ko'rinishda bo'ladi.

Ayri ko'ndalang chiqish old- orqa proyeksiyada olingan rentgentasvirda ko'rinadi. Ikkala suyak yuqori oxirlari ayri shaklida (U-simon) bir-biridan qochadi, tirsak o'sig'i ichki epikondilus; bilak boshchasi tashqi epikondilus yonida bo'ladi. Ayri chiqishning aralash formasi to'g'ri tartibli olingan ikki proyeksiyada: old- orqa, yonbosh holatlarda olingan rentgentasvirda ko'rinadi. Old- orqa proyeksiyada bilak suyagi boshchasining tashqariga siljiganligi tirsak o'sig'i yuqoriga chiqqani ko'rinadi. Yonbosh proyeksiyada tirsak o'sig'ining orqaga siljigani ko'rinadi.

Bolalarda bilakning travmatik chiqishlari ancha ko'p hollarda (70 % atrofida) ichki epikondilus uzilishi, kapsula yirtilishi, ko'p qon quyilishi, reaktiv shish bilan kechadi. Shuningdek kam hollarda (1-3%) bilak va tirsak nervlarining latli, cho'zilishi ham uchrashi mumkin.

Davolash. Chiqishlarni joyiga solish, to'g'rilash zudlik bilan bajarilishi shart muolajalar qatoriga kiradi.

Chiqishlarni qancha erta joyiga solish rejalashtirilsa, shuncha oson bajariladi. Chiqishlarda 2-3 hafta davomida tez hosil bo'luvchi chandiqlar ularning to'g'rilanishini qiyinlashtiradi, urinish besamara bo'lishi mumkin.

Bilak chiqishlarini joyiga solish texnikasi.

Bilak chiqishlarini joyiga solish umumiy og'riqsizlantirish qilinib, joyiga solinadi. Yordamchi vrach bola qo'lini tirsak bo'g'imi ustidan ushlab, to'g'rilovchi vrach bola kafti, barmoqlaridan ushlab, qarama-qarshi tomonga tortib, to joyiga tushganligi klinik belgilarda bilinguncha, solinadi. Yangi chiqishlar joyiga qiyinchiliksiz tushib, siljib, joyiga borganligini vrach qo'li orqali sezadi. Bo'g'im o'z shaklu-shamoyilini oladi, mo'tadil bo'g'imga xos yengil passivharakatlarni bajarish mumkin bo'ladi.

Bilak chiqishlarini bola qo'liga 90 gradus burchak berib, yelka segment vertical holatda, o'rta rotatsion holatni bilib, shunday holatberib, bilakni yelka segmenti o'qi bo'yicha tortib, yelka segmentini orqaga, tirsak o'sig'iga oldingi yo'nalishda bosib, to'g'rilash mumkin. Bu harakatlar bo'g'im yuzalarini zo'riqtirmasdan, silliq joyiga solishga imkon yaratadi.

Bilaklarning ayri chiqishlari tortish, unga qarshi tomonga tortish, bilakka rotatsiyali harakatlar (supinatsiya, pronatsiya) berib, joyiga solinadi.

Bilakning chiqishlari yelka suyagi epikondilusi sinig'i bilan birga kelsa, chiqishlarni joyiga solish bajariladi, immobilizatsiya qilinib, statsionar sharoitida davolanishga yuboriladi. Ichki epikondilus sinig'i, uning bo'g'imlar ichida qisilib turishi operatsiya qilishga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Bunday bemor bolalar operatsiya yo'li bilan davolanadi.

Bilak chiqishlarini joyiga solgach, gips longeta qo'yilib, immobilizatsiya qilinadi. U barmoq asoslaridan bilak orqa yuzasi, tirsak bo'g'imi, yelka o'rta qismigacha qo'yiladi. Kaft supinatsiya holatida, qo'l tirsakda 90 gradus buklangan bo'ladi. Gipsli longeta quruq bo'lgach UVCH – tok terapiya buyiriladi. UVCH tok terapiya 4 – 5 kun qo'llaniladi. Barmoqlarga, gips longeta bilan qamrab olinmagan bo'g'imlarga mashqlar – davolash mashlari chiqish to'g'rilangach 1- 2 kun o'tib boshlanadi. Bunday mashqlar sog'lom qo'lning bo'g'imlarida ham bajarish tavsiya etiladi.

Bo'g'imni gips longetada immobilizatsiya qilish muddati 7-10 kun, ichki epikondilus ochiq joyiga qo'yilib, biror fiksator (vint, shurup, kegay-spitsa) bilan mahkamlangan bo'lsa 16-20 kungacha davom etadi. Immobilizatsiya to'xtatilgach tirsak bo'g'imida chegaralangan, kam harakatni ko'paytirash, harakatni to'la tiklash, mushaklar tonusini, kuchini qayta tiklash vazifasini bajarish uchun fizioterapiya va davolash mashqlari buyuriladi.

Bilak suyagi boshchasi chiqishlari

Yoshi kichik bolalarda ancha ko'p uchraydigan travmalardan biri bilak suyagi boshchasining siljishi, yarim chiqishi, to'lliq chiqichi hisoblanadi. 1 -3 yoshli bolalarda eng ko'p uchraydi. 5 yoshlardan boshlab bolalar suyak - mushak, bog'lam - kapsula to'qimalarining mustahkamligi oshib, yarim chiqishlar kamayadi.

Bu yarim chiqish paydo bo'lish mexanizmi quyidagicha: bola kaftidan ushlab qo'l o'qi bo'yicha tortilganda kapsula - bo'g'lamlar cho'zilib boshcha siljiydi. Bunday bola qo'lining cho'zilishi katta kishi bolaning kaftidan ushlab yetaklab borayotganda, bola surinib, yiqilib boshlaganda, yiqilmay bola kaftidan ushlanib qolgach, bola tanasi og'irligi pastga bosib, qo'l bo'g'imlari kapsula - boylamlari cho'ziladi.

Klinik belgilari. Bola qo'li tirsakdan bukilgan, bilak pronatsiya holatida tanasiga qisilgan. Bo'g'imda katta shish yo'q, chuqur qismlari sal to'lganroq, tirsak bo'g'imi harakati va bilak rotatsiya harakatlari cheklangan, og'riqli. Paypaslab tekshirganda eng og'riqli joy bilak boshchasiga to'g'ri keladi. Bilakni pronatsiyadan sipinatsiyaga chiqarishda og'riq kuchayadi. Bolaning yelka bo'g'imida ham og'riq bo'lish mumkin.



Rasm-89. Bilak suyagi boschasining oldinga eski chiqishi (a). Bilak suyagi boschasining ichki tomonga siljishi (b). c - operatsiya qilib joyiga qo'yilishi.

Davolash. Yarim chiqish yangi kunlari uni joyiga solish nisbatan qiyinchiliksiz kechadi.

Yarim chiqishning joyiga solish texnikasi. Vrach bir qo'li bilan yelkaning o'rta, pastki qismidan ushlab ikkinchi qo'li bilan bolaning bilak kaftlaridan ushlab, bilak o'qi bo'ylab tortadi, bilakni sipinatsiya qiladi, tortishni susaytirmasdan tirsak bo'g'imini 90 gradus burchakkacha bukadi. Hamma harakatlar tortishni kuchsizlantirmay, ayab uzluksiz bajariladi. Ko'pincha buklash oxirida boshchasining joyiga siljiganligini, yengil ovoz bilan ham seziladi. Joyiga tushsa bola tinchlanadi, keyinroq harakatlari ham qarshiliksiz bajariladi.

Hamisha ham birinchi urinishdan joyiga tushmaydi. Joyiga solish ketma-ketlik harakatlarini bir-necha marta takrorlashga to'g'ri keladi. Ba'zi bolalarda sipinatsiya harakati bilak distal (quyi) bilak-tirsak bo'g'imida og'riq chaqiradi. Bunday holda bola kafti, barmoqlaridan ushlab tortib, rotatsiya harakatlari – sipinatsiya, pronatsiya qilinsa, og'riq pasayadi.

Bilak boshchasi joyiga qo'yilgach qo'l 10-12kunga tirsak bo'g'imida maksimal bukib, gipsli longeta qo'yiladi. Bilak boshchasining chiqishi, yarim chiqishi takrorlanib turishi mumkin. Yoki bo'g'im kapsulasi yirtilib, boshcha va epifiz orasiga tushsa, gipsli immobilizatsiya to'xtatilgach, yana chiqish holida bo'lishi mumkin. Bunday chiqishlar operatsiya qilinib davolanadi.

Bilak suyagi boshchasining eski chiqishi.

Bilak boshchasining eski chiqishi og'ir patologiya hisoblanib, tirsak bo'g'imi sohasieski jarohatlari orasida 2-2,7% ni tashkil etadi. Bu ko'rsatkich bolalarda 86% ni tashkil etib, katta salmoq kasb etadi. Adabiyotlar ma'lumotlari tahlilida ma'lum bo'ladiki, tirsak bo'g'imining old tomondagi kapsula boylamlari zaif, kuchsiz tuzillishga ega. Shu sababdan bilak suyagi boshchasining old tomonga siljishi eng ko'p uchraydi. Bilak boshchasining eski chiqishlarining (BBECh) ish tasnifi(klassifikatsiyasi):

1. BBECh - old-medialga, lateralga, orqaga-bilak boshchasining proksimal siljishi aniqlanmaydi.

2. BBECh - old-medialga, lateralga, orqaga-bilak boshchasining proksimal siljishi aniqlanadi.

3. BBECh - Montedji, Brext, Malgene shikastlarida.

4. Tirsak suyagi displaziyasida shu suyak kaltaligi, bilak boshchasi chiqishi. Proksimal bilak-tirsak bo'g'imida xondroma sababli bilak boshchasi chiqishi.



Rasm-90. Bemor 7 yoshda. 4 yil avval travma olgan. BBECh, bilak boshchasi oldinga siljib bo'rtib turibdi

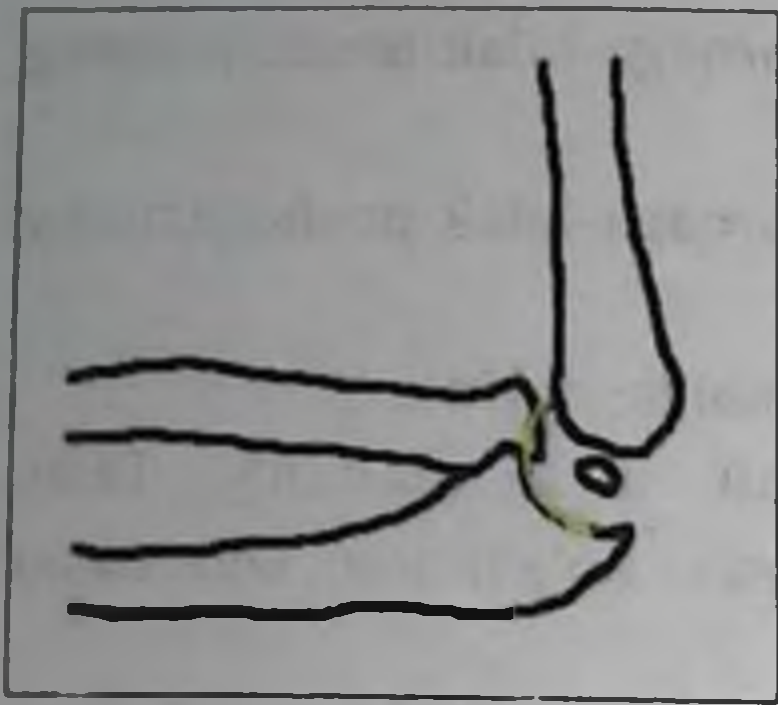


Rasm-91. Bemorda BBECh. O'ng qo'lda tirsak valgusi. Qo'lni ochish harakati cheklangan.



Rasm-92. Bemorda BBECh. a, b - Qo'lni ochish, buklash harakati cheklangan. c, d - rotassiya harakati cheklangan



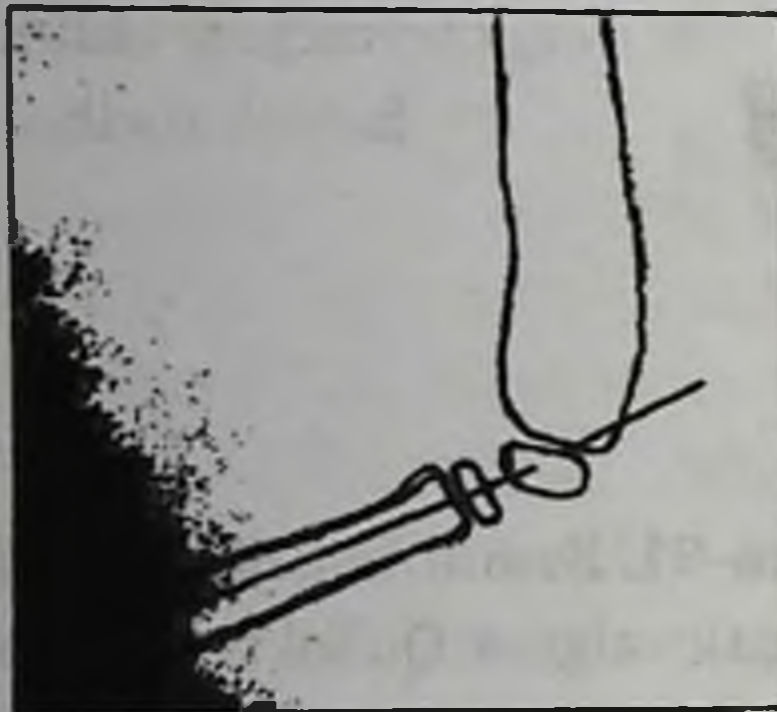


a



b

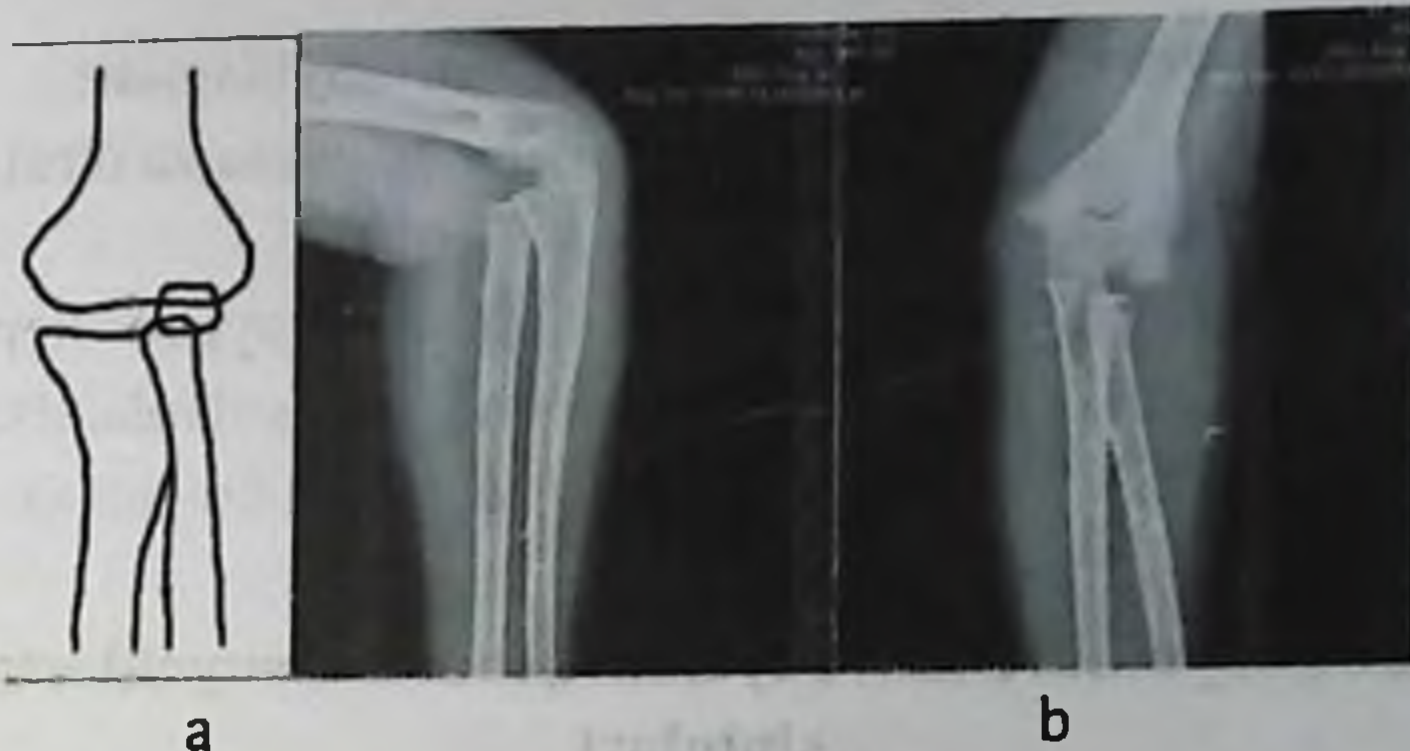
Rasm-93. BBECh yonbosh proeksiyada rentgenogrammasi. a. Sxemada boshchaning tez o'sganligi sababli proksimal siljishini aniqlash b. Rentgen tasviri.



Rasm-94. Storen chizig'ini o'tkazish - N, b. Rentgentasviri - N.



Rasm-95. Storen chizig'i chiqishni ko'rsatayapti



Rasm-96. a. Oldinga medialga chiqish sxemasi. b. Rentgen tasvirda BBECh. Proksimal siljish yo'q



Rasm-97. BBEChda Eranov, O'rinbayev metodikasi bo'yicha operatsiya: bo'g'imoldi kapsulasidan tasma tayyorlanadi.

Rasm-98. BBEChda Eranov, O'rinbayev metodikasi bo'yicha tayyorlangan tasma joyiga solingan boshcha ustidan, tashqarisidan yopilib tikiladi.



BBECh da bajariladigan operatsiyalar quyidagilar:

- 1) Boshcha joyiga qo'yilgach kengaygan kapsula va o'rab oluvchi boylamnibuklama qilib tiqish
- 2) Boshcha joyiga qo'yilgach oldingi kengaygan kapsuladan tasma solib o'rab oluvchi boylamni kapsulaplastika qilish.
(Eranov Sh. N. O'rinboyev P. O'. metodikasi bo'yicha)

Barmoq suyaklari, kaft suyaklari, kaftorti suyaklarining siniqlari

Birinchi barmoq tirnoq falangasi va asos falanga, 1- kaft suyagidan tashkil topgan bo'lib, 1- kaft suyagi kaftorti suyaklaridan trapetsiya - suyak bilan egarsimon bo'g'im yuza orqali birikadi. 2-5 barmoqlar tirnoq falangalar, o'rta falanga, asos falangalardan tashkil topgan. Asos falangalar kaft suyaklari boshcha qismi bilan bo'g'im hosil qiladi. O'z navbatida kaft suyaklari asos qismi kaftorti suyaklarining pastki qatoridagi suyaklar bilan bo'g'im hosil qilib birikadi. Bu suyaklar 1- kaft suyagidan 5 kaft suyagi yo'nalishida quyidagicha tartibga ega: trapetsiya - suyak, trapetsiyasimon, boshchali, ilmoqsimon suyaklardir (os traperium, os trapezoideum, os capitatum, os hamatum).

Kaftorti suyaklarining yuqoridagi qatori o'sha yo'nalish va tartibda, quyidagicha joylashgan: qayiqsimon, yarimoysimon, uchchegarali, no'xatsimon suyaklar. Bular bilak suyagi tomonda ellipsni eslatuvchi yuza hosil qiladi. Va kaft bilak suyagi bo'g'im yuzasi bilan ellipsga o'xshash bo'g'im hosil qiladi.

Barmoqlar, kaft suyaklari, kaftorti suyaklarining siniqlari to'g'ri ta'sir etgan kuch natijasida hosil bo'ladi. Qo'l -panjaga tayanib yiqilish, ustiga og'ir jism tushishi, qisilb qolish, to'g'ri berilgan zarb, sport mashg'ulotlari natijasida ro'y beradi. O'smir bolalarda ko'pincha qayiqsimon suyak siniqlari kuzatiladi.

Qayiqsimon suyak (os scaphaldeum) sinig'lari

Qayiqsimon suyak kaftorti birinchi qatorida bosh barmoq tomonda joylashgan bo'lib, birinchi qatorning yarimoysimon, ikkinchi qatorning trapetsiya - suyagi, trapetsiyasimon, boshchali suyaklar bilan tutashgan. Shu suyaklar bilan bog'lam (ligamentum)lar orqali birikkan. Bilak suyagi bilan lig. collaterale carpi radiale bilan birikib kaft yuza tomonda lig. radiocarpeum palmare ostida joylashadi.

Qayiqsimon suyak bilak - kaft bo'g'imini ko'rish va paypaslash (palpatsiya qillsh) bilan quyidagicha tekshiriladi. Kaftning kaftorqasi yuzasida, 1- barmoq radial tamonga qochirilganda (abduktsiya qilinganda) va kaftorqa yuzaga egilganda (ekstenziya qilinganda) bo'g'imning radial tomonida " anatomic kuldon- "tabakerka" - deb ataluvchi chuqurcha paydo bo'ladi. Bu chuqurchaning radial chegarasi 1- barmoqni abduktsiya qiluvchi uzun mushak payi (m. abductor pollicis longus) va 1- barmoqni ekstenziya qiluvchi kalta mushak payi (m. extensor pollicis brevis)dan iborat; 2- barmoq yoki yarimoysimon suyak tomondagi chegarasi 1- barmoqni ekstenziya qiluvchi pay-(m. extensor longus)-dan iborat.

Shu anatomik chuqurcha tubida qayiqsimon suyakning radial qismi, bilak suyagining bigizsimon o'sig'i paypaslanadi. Shu chuqurcha sohasida teri ostida v. cephalica pollicis, chuqurcha tubuda bilak arteriyasi o'tadi.



Rasm-99. Bilak-kaft bog'imini kompyuter tomografiya tekshirish diagnostikasi.

Qayiqsimon suyagi sinig'i klinik ko'rinishi: bilak - kaft bo'g'imida shu suyak joylashgan tomonda shish aniqlanadi. Kaft

harakati, ayniqsa kaftortsa yuzaga egish (ekstenzio) og'riqli, chegaralangan. Bo'g'imni "anatomik kuldon"ni paypaslash og'riqni zo'raytiradi. Bilak suyagi bigizsimon o'sig'i sohasini paypaslash ham og'riqli. To'g'rilangan 1-2 barmoqlar o'qi bo'ylab bosim, yoki barmoqlarni buklab 1-2 kaft suyaklari o'qi bo'ylab bosilsa og'riq kuchayadi. Rentgenologik tekshiruv. Rentgenologik tekshiruv aniq diaqnoz qo'yilishiga asos bo'ladi. Siniq chizig'i suyak o'rtasidan, balandroq, yo qiyiroqdan o'tishimumkin. Siniq chizig'i o'tgan joyiga ko'ra ular yaxshi (bitish ehtimoli yuqori), yoki yomon (bitmaslik ehtimoli katta) sifatli bo'ladi. Siniq chizig'i kuyiroqda o'tgan siniqlarda bitish jarayonlari mo'tadil o'tadi. Siniq chizig' balandroqda joylashgan va qiyshiq siniqlar prognozi ancha jiddiy bo'lib, bitmay qolish ehtimoli mavjud.



Rasm-100. Bilak-kaft bo'g'imini MSKT tekshiruvi, qayliqsimon suyak sinig'i. a-to'g'ri proeksiyada, b - yonbosh proeksiya, c, d, e, f - tomografiyada aniqlanishi.

Davolash. Davolash nisbatan uzoq muddatli gips bog'lam vositasida immobilizatsiya qilish bilan olib boriladi. O'z vaqtida aniqlangan, erta davolash boshlangan siniklar konservativ usul yordamida davolansa ijobiy natijalarga olib keladi. Avval, 5-7 kunga kaftorqa yuza bo'yicha gips longeta qo'yiladi. 1- barmoqqa abduksiya, 40 graduslarda oppozitsiya (boshqa barmoqlar qarshisida turish) holati beriladi. Tirnoq falanga yarmidan bilak yuqori qismigacha gips longeta qo'yiladi. So'ng, birlamchi shishlar kamaygach, to'lliq o'rab oluvchi aylana gips bog'lama qo'yiladi. Kaft yengil ekstenzio va bilak suyagi tomonga sal egilgan, 1- barmoq abduksiyada, qolgan barmoqlar asosidan, to bilak yuqori qismigacha aylanma gips bog'lam qo'yiladi. Immobilizatsiya muddati: bu sinik bo'g'im ichi sinig'i, qon aylanishi sust, bitmay qolish hollari uchrab turishini hisobga olib gips turish vaqti uzoqroq qilib belgilanadi. Bemorga gips bog'lama ustidan fizioterapiya muolajalari, masalan UVCH, issiq buyiriladi. Gips bog'lamada barmoqlarga, boshqa bo'g'implarga davolash mashqlari tavsiya etiladi. 6 hafta o'tgach, gips yechilib rentgen tekshiruv o'tkaziladi. Agar bitish alomatlarining ishonchli belgilari ko'rinmasa, yana 4-5 haftaga aylanma gips bog'lama qo'yiladi.

Takroriy rentgenologik tekshiruv nazorati 1, 5 -2 oydan keyin bajariladi. Regeneratsiya darajasi o'rganiladi. Bordi-yu bitmagan sinik belgilari, aseptik nekroz belgilari aniqlansa operatsiya yo'li bilan davolashga ko'rsatma qo'yiladi.

Kaft suyaklari sinishi

Bu siniklar qo'lni musht qilib zarba berilganda, unga tayanib yiqilganda to'g'ridan - to'g'ri tashqi ta'sir kuchi natijasida hosil bo'ladi. 1- kaft asosidagi siniklar osteopifizeoliz ko'inishida bo'ladi. 2 - 5 kaft suyaklarida har xil ko'ndalang, qiyshiq, parchalangan siniklar uchraydi. 5 kaft suyagi boshchasiga yaqin metafiz qismidan singanda, ko'pincha burchakli siljish bor bo'ladi.

Klinik belgilari. Kaftorqa yuzada shish, ko'karish ko'rinadi. Palpatsiya qilinganda og'riq bo'ladi, og'riqning kuchayishi kuzatiladi. Barmoqlardan ushlab ehtiyotkorlik bilan tortilganda singan kaft suyagi sohasida og'riq kuchayadi. Kaft suyagi o'qi bo'yicha bosganda ham og'riq kuchayadi. 1 - kaft suyagi osteoepifizeolizida 1- barmoq yaqinlashtirilgan holatda bo'ladi. 1- kaft asosi bo'rtgan, palpatsiyada og'riq kuchayadi.

Rentgenologik tekshiruv siniq joyini, uning xilini, siljishlarini aniqlab beradi, davolash rejasiga ravshanlik kuchayadi.

Davolash. Siljishi bo'lmagan siniqlar gips longetada immobilizatsiya qilinib davolanadi. Gips longeta barmoq uchlaridan bilak yuqori uchliligacha, kaft yuza tomondan qo'yiladi. Barmoqlar holati biroz bukilganroq (kaftda barmoqlar bilan o'xshash), kaft esa kaftorqa tomonga (dorsal tomonga) egilganroq bo'ladi. Gipsda turish muddati 10-15 kun.

1-Kaft suyak asosidan siniqlar (osteoepifizeoliz) umumiy og'riqsizlantirish bilan qo'l repozitsiyasi bajarilib to'g'rillanadi.

Yopiq repozitsiya qilish texnikasi. Yordamchi vrach bola qo'lini bilagi va 1- 5 barmoqlarni kaft qismi bilan ushlab turadi. Vrach 1 barmoqdan o'qi bo'yicha tortadi, siljib turtib chiqib turgan joyga barmog'i bilan bosadi. Barmoqqa kaftdan qochirilgan holat beradi. Shu holatda gips longeta qo'yib gips ustidan o'sha bosimni davom ettirib turadi. Bu harakat amal gips longeta qotguncha bajarilib turadi. Gips qo'yilgach, qotguncha gipsning 1-2 barmoq orasi kesilsa, 1 - barmoqni gips longeta o'rab, ushlaydi. gips longeta tirnoq chegarasidan bilak o'rta qismigacha qo'yiladi.

1 - 4 kaft suyaklari siniqlarni barmoqlardan tortib, kaft yuza tomondan, va dorsal yuza tomondan bosib to'g'rillanadi. Gips longeta o'rta falangalar asosidan to bilak yuqori qismigacha qo'yiladi. Gipsda ushlab turish muddati 2 - 3 hafta. Bunda bolaning yoshi hisobga olinadi. Gips qurigach fizioterapiya muolajalari, gipsda harakatsizlantirilmagan bo'g'imlarda davolash mashqlari buyuriladi.



a

b

Rasm-101. a. 4 -kaft suyagi sinig'i, gips bog'lamasida burchakli siljish paydo bo'lgan. b. Perkutant osteosintez-operatsiya qilib davolash.

Barmoqlar falangalari sinig'lari

Har barmoq (2-5) 3 ta falanga suyaklarida sinig'lar uchrashi mumkin. Bular distal (tirnoq) falangasi (phalanx distalis), o'rta va proksimal falangalar. Proksimal falanga ba'zida "asos falanga" ham deb yuritiladi. Barmoq falangalari sinig'lari to'g'ri ta'sir etuvchi kuch sababli hosil bo'ladi: barmoqlarning eshikda qisilib qolishi, barmoq ustiga og'ir jism tushib ketishi kabilar. Tirnoq falangasining uchi, cheti sinishi mumkin, ba'zan ular og'ir sinig'lar bo'ladi. Boshqa falangalar diafizi sinig'lari, osteoepifizeolizlar uchraydi.

Klinik belgilari. Tirnoq falangasining ochiq sinig'larida jarohat ko'rinadi, yalong'ochlangan suyak bo'lagi ko'rinishi mumkin. Adabiyotda 80 % travmalar ochiq bo'lishi keltirilgan. Yopiq travmalarda shish, og'riq, barmoq harakatlanishi cheklangan bo'ladi.

Rentgen tekshiruvda yonbosh yo'nalishda falangalar soyalari ustma - ust tushib qolmasligi uchun kaftni 3 /4 burilgan holatda rasmga tushirish tavsiya etiladi.



Rasm-102. O'rta falangada epifizioliz sinig'i, uni repoziitsiya qilib 2 ta kegay-spitsalar bilan mahkamlangan (Hamlet A. Peterson, 2007)

Davolash. Yopiq, sinig bo'laklari siljilmagan siniglar faqat barmoqqa qo'yiluvchi gips longeta bilan fiksatsiya qilib davolanadi. Siljishi bo'lgan siniglarni to'g'rilash barmoqlar kichikligi sabab (tortish qiyin kechadi) qiyinchilikka sabab bo'ladi. To'g'rilash qisqa muddat ta'sir etuvchi narkoz berib bajariladi. To'g'rilangach yana siljishga moyil sinig bo'laklari terini teshib o'tib boruvchi igna (perkutan o'tgan) bilan, yoki ingichga kegay bilan fiksatsiya qilinadi. Tirnoq falanga terisi, yumshoq to'qilmalarni uzib olish natijasida hosil bo'lgan jarohat yuzasi diametri 0,5 sm dan katta bo'lmasa, joyli teri plastikasi bilan yopiladi. Shu uslub bilan tirnoq falangasi, o'rta asos falangalarda tarvmatik amputatsiya bo'lsa ham, jarohat yopiladi. Jarohat chetidan ikki tomonda tutashib turuvchi oyoqlari saqlangan teri parchasi teri osti yog' qatlamini bilan kesilib bu jarohat ustiga siljilib, surilib tikiladi (Klapp uslubi). Ochiq yangi jarohat yuzasiga teri ko'chirilib o'tkaziladi. Teri shu qo'l bilagidan, yoki yelkasidan olinadi.

VI BOB

UMURTQA SUYAKLARINING SINISHLARI

Bola umurtqa suyaklari yoshiga mos ravishda o'z tuzilishining xususiyatlariga, yoshga xosligiga ega. Ma'lumki, suyak to'qimasi tuzilishini mikroskop ostida o'rganilsa, eng kichik birligi osteon hisoblanadi. Ya'ni kanal (gavers kanali) atrofida suyak plastinkalari girdobsimon aylanma tuzilishi hisoblanadi. Osteonlardan suyak balkalari (xoda, bolor mazmunidagi), tuzilma xosil bo'ladi. U mikroskopsiz, ko'z bilan qaraganda ham, rentgen tasvirda ham ko'rinadi. Bu suyak balkalari suyak diafizining qattiq qatlamida suyak uzunligiga parallel, metafiz qismida ko'ndalang o'tadi.

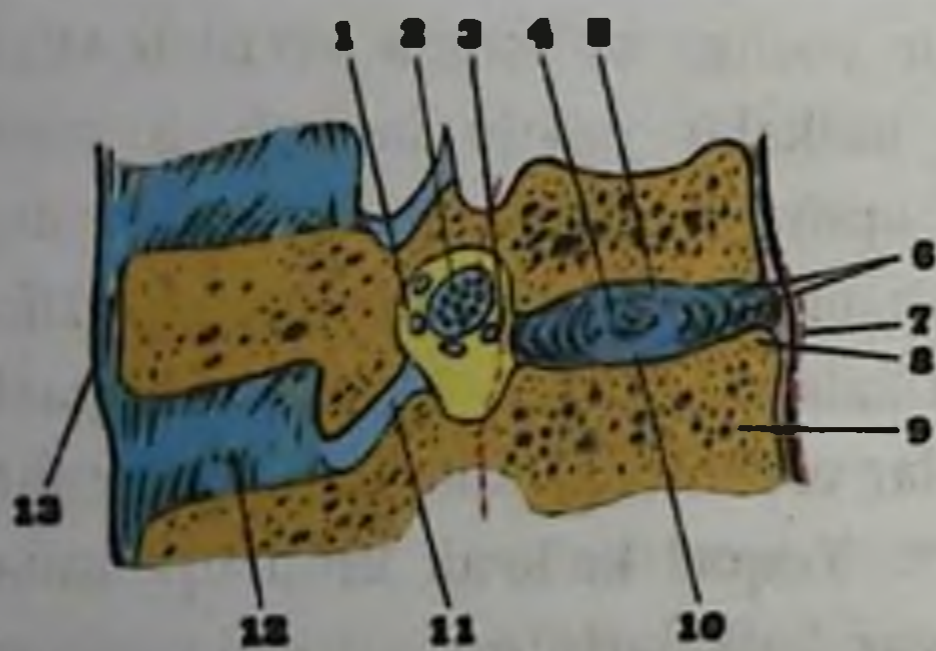
Bolalarda umurtqa pog'onasining har qaysi qismida umurtqa tanasi tuzilishi bo'lakcha. Bo'yin qismida chaqaloqlar umurtqa tanasida suyak balkalari radlar (markazdan periferiyaga tarqaluvchi) joylashgan bo'lib, bir yoshga to'lishida vertikal suyak balkalari, bitta-ikkita gorizontal balkalar paydo bo'ladi. 5 yoshli bolalarda tananing markaziy va epifizar qismlarga bo'linishi aniq bilinadi. Epifizar qismda ko'p sonli, bir-biri bilan tutashgan vertikal, gorizontal balkalar bo'ladi. 17-19 yoshgacha vertikal balkalar ustunlik qiladi. So'ng gorizontal balkalar ortadi. Yuqori ko'krak umurtqa tanasi tuzilishida suyak balkalarining radlar joylashuvi 4 yoshgacha saqlanadi.



Rasm-103. Umurtqa pog'onasi. 7 ta bo'yin, 12 ta ko'krak 5 ta bel, 5 ta dumg'aza, dum suyaklari.

Keyinchalik vertikal suyak balkalari soni oshib boradi, gorizonta suyak balkalari paydo bo'ladi. 17-19 yoshda baquvvat gorizonta balkalar ko'payadi.

O'rta ko'krak umumrtqa tanasining shakllanishida 17 yoshgacha uzun vertikal suyak balkalari saqlanib, gorizonta suyak balkalari kechikib hosil bo'lishi kuzatiladi. Pastki ko'krak umurtqalari tanasida 4 yoshli bolalarda vertikal va ko'p gorizonta suyak balkalari hosil boladi. Bel umurtqalari tanasida 2 yoshdalik paytidan tana markazida tarmoqlangan, epifizar qismida gorizonta suyak balkalari bo'ladi. O'smirlarda epifizar qism tananing $\frac{1}{4}$ qismini tashkil etib, gorizonta balkalar qalin, baquvvat tutashmalar hosil qiladi. Umurtqalararo disklarning balandligi umurtqa pog'onasi qismlarida turlichadir. Pastki bo'yin va bel qismida ancha baland, o'rta ko'krak qismida disk bo'yi pastdir.



Rasm-104. 1-umurtqa tanalararo teshik; 2-orqa miya nervi; 3-orqa uzun boylama; 4-pulpoz yadro; 5-gialin plastinka; 6-fibroza aylanma (xalqa) tolalari; 7-oldingi uzun boylam; 8-limbus; 9-umurtqa tanasi; 10-tananing yuqori yuzasi qatlami-qoplovchi plastina; 11-

umurtqalararo bo'g'im; 12-o'rkachsmon o'siqlararo boylam; 13-o'rkachsmon o'siqlarusti boylami.

Yonbosh tekislikda ham disklarning balandligi har xil. Bo'yin va belda disklarning oldingi qismi baland, orqa qismi past. O'rta ko'krak qismida disklarning oldingi (ventral) bo'yi past, orqa (dorsal) bo'yi baland. Va bunday tuzilishlar bo'yin lordazi, ko'krak kifozi, bel lordozi deb ataluvchi fiziologik egilmalarni tushuntiradi. Bu anatomik o'ziga xoslikdan o'rta ko'krak qismida umurtqa pog'onasi

kifozda turishi, umurtqalararo disklar boyi umumiy pastligi, ventral qismi pastligi umurtqa pog'onasi sinliqlari shu joyda ko'p uchrashini tushuntira oladi. Bu yerda o'rta ko'krak qismida tana balkalari – vertikal, gorizontal balkalar hosil bo'lishi, ularning nisbati, sonini ham e'tiborga olish kerak.

Kichik yoshli bolalarda umurtqa suyagining ko'p qismi tog'ay to'qimadan iborat. Misol uchun, 3 yoshga to'lguncha 2-bo'yin umurtqasining tishsimon o'sig'i uchi, tana asosi tog'ay to'qima bo'lib, faqat o'rta qismi suyaklangan.

Umurtqalarning suyaklanishi. Bola tug'ilishi oldidan, homiladorlikning oxirgi oylari Rentgen tasvirda umurtqa pog'onasining holatiga qarab homila joylashuvini bilsa bo'ladi. Bola tug'ilishi oldidan rentgen tasvirda barcha umurtqalarda suyaklanish o'zagi (yadrosi, nuqtasi, o'chog'i) ko'rinadi. Har umurtqada uchta o'zak bo'ladi. Tanasida bitta, umurtqa yoylarida (arcus vertebrale) o'ng va chap yoyda bittadan. Rentgen tasvirda, 8-10 yoshgacha bolalarda umurtqa yoylari bir-biri bilan birlashib ketmaydi – spina bifida posterior. Keyin birlashadi. Chorak qism bolalarda, odamlarda umrining oxirigacha ochiq – spina bifida posterior bo'ib qoladi.



Rasm-105. 11-yoshli qiz bola T. ning umurtqa pog'onasi ko'krak qismi roentgen tasviri. 8- umurtqa tanasi bo'yi 7- va 9-tana bo'ylariga nisbatan pasaygan (kompressiyalangan, puchaygan). Sxema -, „ochiq og'iz“ belgisini, kompressiyani tushuntiryapti.

Chaqaloqlarda rentgen tasvirda umurtqa tanasi oval, tuxumsimon shaklda bo'ladi, kattalardagidek 4 burchak ko'rinishda bo'lmaydi. 4 burchak shakl beruvchi apofiz - umurtqa usti - oldi qirrasini - limbus vertebrale 6-9 yoshlarda suyaklanib boshlaydi, 23-26 yoshlarda umurtqa tanasi bilan birlashadi. Umurtqa tanasi va yoylar 3-6 yoshda birlashadi. O'ng va chap yoylar 1-10 yoshda birlashadi. Chaqaloqlarda umurtqa old tanasida,, ochiq og'iz"ni eslatuvchi kemtik bo'ladi. U kemtik 14 yoshgacha qolishi mumkin. Bolalarda bo'yin lordozi, ko'krak kifosi 7 yoshda, bel lordozi 15-16 yoshda shakllanadi. Bolalarda umurtqa pog'onasi egiluvchan, elastik, nisbatan travmaga chidamliroq. Bolalarda umurtqa travmalari nisbatan kam uchraydi. Barcha turdagi transportlar soni ko'payib, halokatlari sababli travmalar ham ro'y beradi. Bolalarning maktabda, maxsus sport maktablarida va o'zlaricha sport bilan shug'ullanishi ham travmalar ko'payishiga sababdir.

Uchrash miqdori. Umurtqa travmalari bolalar travmasining 1, 3-3, 0 % tashkil etadi. Shifoxonada yotib davolanuvchi bolalar travmasining 4-5% umurtqa siniqlariga to'g'ri keladi. Bu siniqlar o'g'il bolalarda ko'proq uchraydi, 2/3 qism ko'rsatgichiga ega. Umurtqa siniqlari 1-17 yoshlilarda uchrayishi mumkin. 1-3 yoshlilarda eng kam (3, 1%), 7-10 yoshlilarda eng ko'p kuzatiladi (39%).

Travma mexanizmi. Bolalarda umurtqa siniqlari ro'y berishi vaziyatlari va sabablari kattalardagi sabablar, vaziyatlar kabi bo'ladi. Bular transport travmasi, umurtqaning kuch bosimida bukilishi, yuqori balandlikdan oyoqlarga tayanib yiqilishi, o'tirib qolib yiqilishi, boshi bilan kelib urilib yiqilishi (suv havzalari, oqar suvda cho'milish payti), va hokazolar. Travma mexanizmini sinchkovlik bilan o'rganib bu sabablar 40% bolalarda uchrayishi aniqlandi. Ko'p bolalarda (56, 3%) umurtqa siniqlari orqasiga, chalgancha yiqilganda umurtqa tanalari qisilib sinishi kuzatiladi. Bolalar kam balandlikdan, yoki tekis joyda orqasi bilan yiqilganda umurtqa tanalarining qisilib sinishi bolalarda bunday travmalar paydo bo'lishining shu yoshga xos xususiyatlari deb hisoblanadi.



Rasm-106. Travma mexanizmi. a, „Qamchi zarbi“ day ta'sir etuvchi kuch. b – umurtqa pog'onasi bo'yiga ta'sir etuvchi kuch.

Umurtqa pog'onasining oldinga buklanishi yelkaga og'ir yuk tushishi, balandlikdan oyoqlariga tayanib, o'tirib qolib yiqilish, boshi bilan kelib urilib yiqilish va bosh bilan o'mbaloq oshib harakat qilishda kuzatilib, umurtqa tanasining oldingi balandligi pasayib – kompression sinig hosil qiladi.

Travmaning shunday buklash (egilish) mexanizmi bola to'satdan orqaga, chalqancha yiqilganda gavdani oldinga engashtiruvchi mushaklarning reflektor qisqarishi natijasida ham sodir bo'ladi. Bunda ham umurtqa tanasining kompression sinig'i hosil bo'ladi.

Umurtqa tanasi sinig'larining lokalizatsiyasi (joyi). Umurtqa pog'onasining ko'krak qismiga nisbatan bo'yin, bel qismlari harakatchandir. Kattalarda o'sha o'tish joylarida pastki bo'yin, yuqori bel umurtqalarida umurtqa sinig'lari ko'p uchraydi. Bolalarda umurtqa tanasining sinig'lari o'rta ko'krak umurtqalarida eng ko'p uchraydi. Bo'yinga 6, 7%, yuqori ko'krak umurtqalarida -7, 6 %, o'rta ko'krak umurtqalarida -64, 3%, pastki ko'krak umurtqalarida -9, 5%, pastki ko'krak yuqori bel umurtqalarida -1, 9%; belda -10%.



Rasm-107. Og'riq joyi.

Klinikasi. Umurtqa tanasining kompression sinqlari bolalar og'riqqa shikoyat qilishadi. Og'riq singan sohada kuchli bo'ladi, o'rkachsimon o'siqqa bosganda kuchayadi, umurtqa pog'onasi bo'ylab bosilsa, va harakatda og'riq kuchayadi. Umurtqa yonidagi paravertebral va qorin mushaklari taranglashgan bo'ladi. Kifoz paydo bo'ladi, yoki kifotik deformatsiya kuchayadi. Og'riq singan sohada, yoki kengroq yuzada bo'ladi. Bola ko'pincha o'zi turadi. O'yin diqqatini tortsa, og'riqqa chidab, etiborsiz bo'lishi ham mumkin. Bunday paytda vrach qabuliga yurib ham kelishi mumkin. Boshqa holatlarda yiqilgach og'riq, nafasning qisqa muddatli ushlanishi, qiyinlashuvi, bezovtalik, yotgan holda, oyoqlarida kuchsizlik sezishi mumkin. O'rta ko'krak umurtqalar sinig'ida og'riq singan sohada, chuqur nafas olganda notekis yo'ldan yurganda kuchayadi. Pastki ko'krak, bel umurtqa tanalari singanda og'riq siniq joyida, harakat payti, qorin sohasida bo'lishi mumkin. Bolalar yiqilganligini yashiradilar. 5-6 kun o'tgach bolaning o'yinlarda ishtirok etmay, yotishga moyil bo'lishidan xavfsiragan ota-ona vrachga murojaat qiladilar. Ko'p bolalar o'tirishda, yurishda og'riq sezadilar, odatiy yumushlarni bajara olmaydilar. Yurishi ehtiyotkorona, qomatini tik tutadi, burilishlarda yonboshga qiynalmay tana burilishidan saqlanadilar.



Rasm-108. Og'riq joyini palpatsiya qilib bilish.



Rasm-109. Silin simptoml. Lat bo'lsa oyog'ini ko'tara oladi, siniq bo'lsa - ko'tara olmaydi.

Rentgen tekshiruvi. Rentgen tekshiruvi diagnoz qo'yishda hal qiluvchidir. Umurtqa tanasining kompression siniqlarida rentgen tasvirda tana panosimon deformatsiya ko'rinishida bo'ladi. Yani oldingi balandligi pasayadi. Panosimon deformatsiya darajasi har xil bo'lishi mumkin. U bilinar - bilinmas darajadan to $1/3$ balandlik qismigacha, yoki to yarim balandlikkacha pasayishi mumkin. $1/3$ qismigach pasaysa - bu 1-darajali, yengil siniq bo'ladi. $1/2$ qismiga pasaysa - bu 2-darajali, o'rta og'irlikdagi siniqdir.

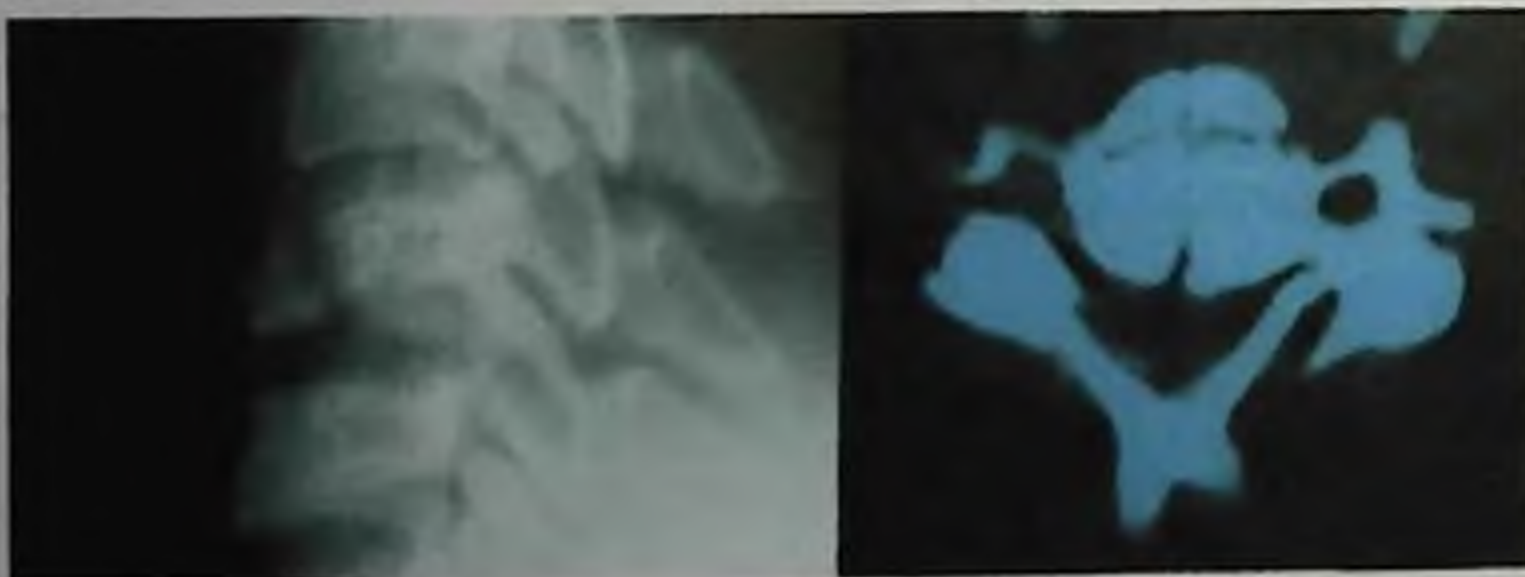


a

b

Rasm-110. MRTda: a-Umurtqa tanasining nostabil (orqa boylam - kapsula uzilgan, orq miya va nervlarga asorat bergan) siniq, tanasi parchalangan siniq. b-rentgen tasviri (John A. Herring, MD, 2018).

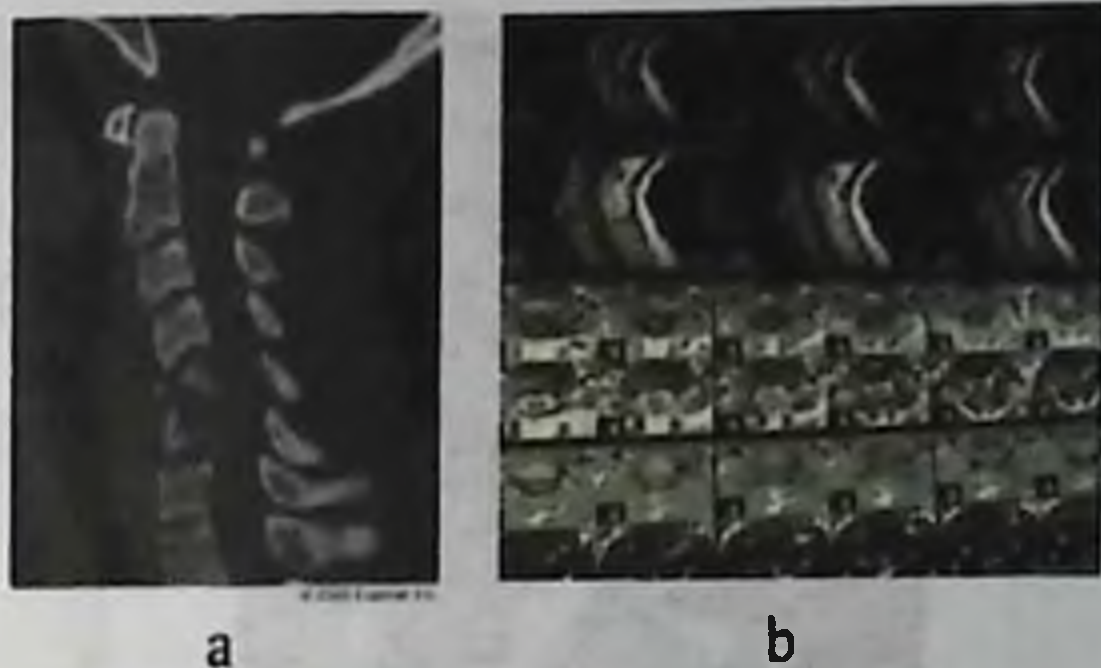
Biroq, kichik yoshli sog'lom bolalarda rentgen tasvirdagi tana suratning old balandligi 68% holda orqa balandlikdan past ko'rinadi. Tananing o'rta balandligi orqa balandlik bilan teng chiqadi, yoki balandroq chiqadi. Shu ikki balandlikni o'lchab, singan tanadan yuqori, pastki tanalar o'chami bilan qiyoslanib, xulosa qilinadi. Umurtqa tanasining kompression siniqlarida yana quyidagi belgilar o'rganiladi. Bular singan tana qavatining zichlashuvi (quyuq ko'rinish olish), tana soyasining gorizontaal yuzaga kengayishi, tana belining chuqurlashuvi, oldingi - yuqori qismida "burun" - bo'rtib chiqish, oldinga pastki burchakda burunsimon bo'rtib chiqish ko'rinishi.



a

b

Rasm-111. Umurtqa tanasi sinig'ini rentgenografiya (a) va kompyuter tomografiya tekshiruvini (b) (John A. Herring, MD, 2018).



Rasm-112. Umurtqa pog'onasini kompyuter tomografiya (a) va MRT (magnit rezonans tomografiya) tekshiruvi (b).

Bolalarda umurtqa tanasi sinqlarini rentgen tekshiruvda aniqlash qiyin vazifalardandir. Rentgen tasvirda umurtqa tanasi shakllari turlicha. O'sish jarayoni davom etayotgani uchun tana rasmi bo'chkasimon ko'rinadi. Yengil darajadagi sinqlarni aniqlashda qiyinchiliklar uchraydi.



Rasm-113. 3 yoshli yiqilib tushgan bolaning bo'yin umurtqalari rentgenogrammasi (a) va kompyuter tomografiyasi (b). Ularda ikkinchi bo'yin umurtqasi orqa yoyining sinqlari ko'rinyapti (John A. Herring, MD, 2018).



Rasm-114. Bel umurtqalari MRT tekshiruvida L-2 va L-3 sohasida orqa kapsula va boylam to'qimalarining uzulishini ko'rsatayapti (a, b) umurtqalar transpedikulyar fiksatsiya qilingan (c) (John A. Herring, MD, 2018).

Davolash. Asoratsiz umurtqa tanalarining kompression siniqlarini funksional davolash uslubi bilan olib boriladi.



Rasm-115. Umurtqa siniqlarini Shnek usulida og'riqsizlantirish (anesteziya). a - foto, b - sxemasi.



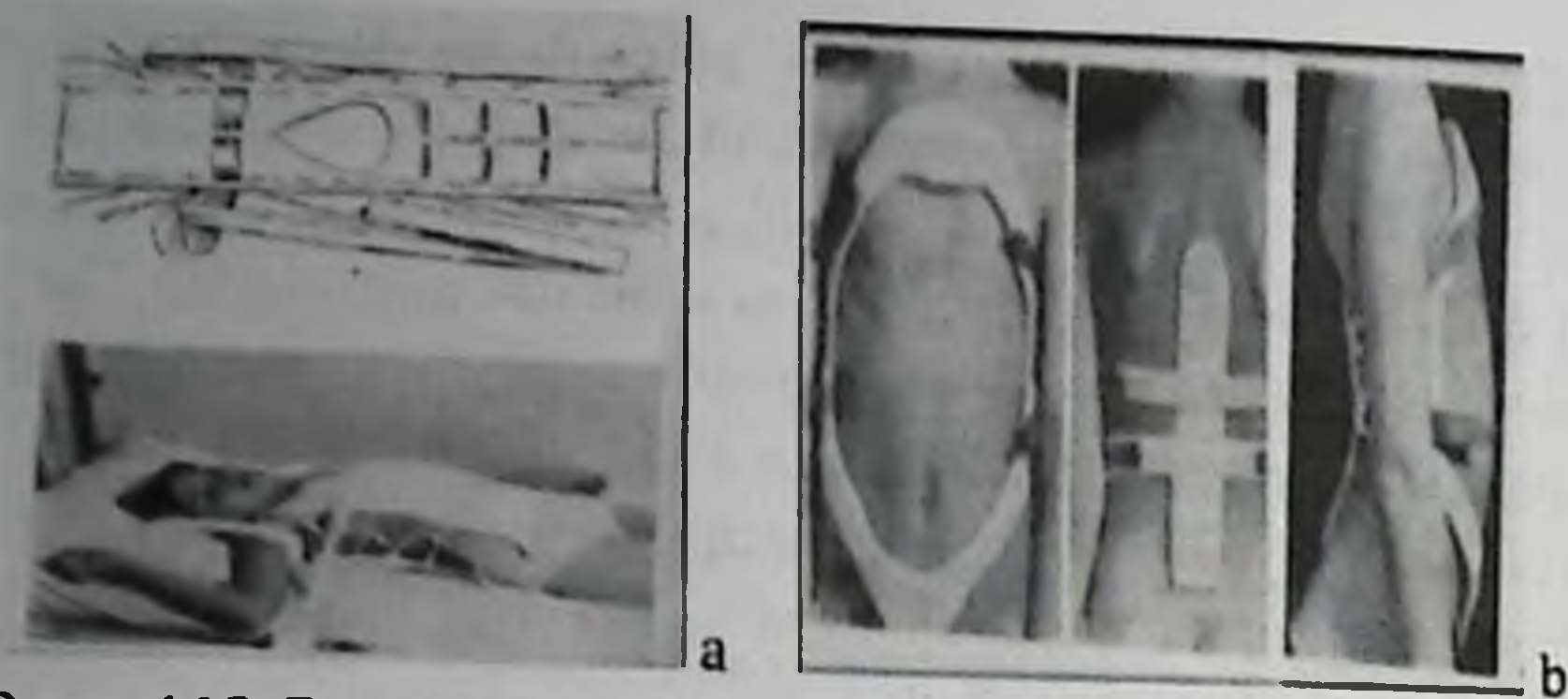
Rasm-116. Bolalarda umurtqa siniqlarini qiya tekislik yaratib, qo'ltig'idan tortib davolash.

Funksional davolashda bola yotqizib qo'yiladi. Krovat bosh tomoni 30 sm ko'tariladi. Yotoq egilmaydigan, tekis, qiya bo'lib tana oyoq tomonga siljib tortishi, boshga boylangan Glisson moslamasi yoki qo'ltiqostidan yuqoriga tortib, umurtqa pog'onasida cho'zilish hosil qilishi ko'zda tutiladi. Kompressiya bo'lib, old balandligi pasaygan tanani to'g'rilash uchun sinq sohasi ostiga qumli valik (yostiqcha) qo'yiladi. Barcha umurtqa pog'onasi mushaklariga kuch Indirish maqsadida Gorinevskaya - Dreving metodikasi bo'yicha davolash mashqlari o'tkaziladi.

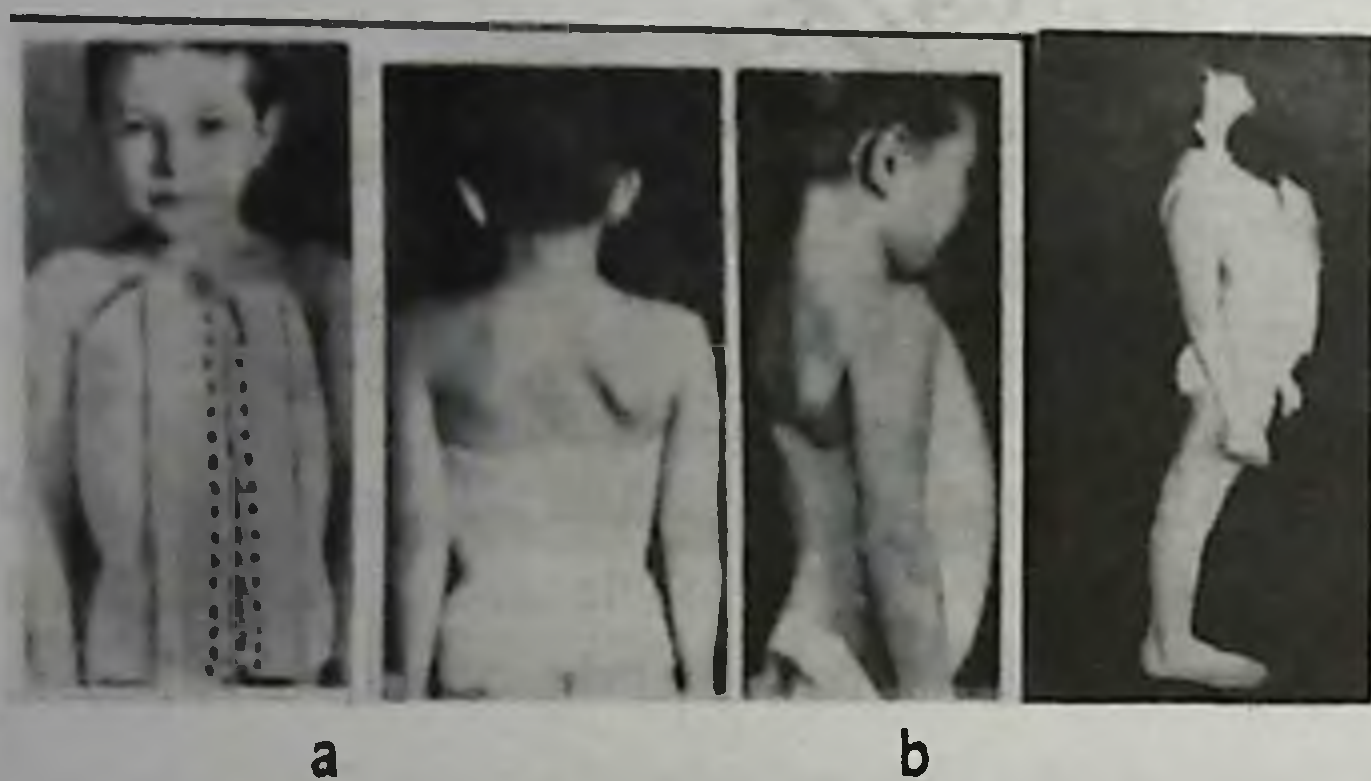


Rasm-117. Umurtqa tanasining yengil - 1- darajali kompressiyalangan sinqli bemorlarni Gorinevskaya - Dreving metodikasi bilan davolashda mashqlar bajarish.

Etapli reklinatsiya metodi qo'llansa, funksional metod va sinqni to'g'rilash uchun tanani orqaga egish - reklinatsiya birgalikda qo'llaniladi. Sinq ostiga qo'yilgan valik siljib ketmasligi uchun, gavgaga kiydirib qo'yuvchi, valik solib qo'yuvchi cho'ntaklari bor moslama qo'llaniladi. Bu metodlar bilan davolash shifoxonada 2 oy, ambulatoriyada 10 oy davom etadi. Shifoxonadan chiqqach 6-8 oy o'tirishga ruxsat berilmaydi, maktabga borishdan ozod etiladi.



Rasm-118. Bemorlar gavdasini orqaga egib reklinatsiyada, shu holatda saqlab turish uchun korsetlar: a – korset ko‘rinishi va yotgan bemorda uni taqish, b – tik turganda korsetda reklinasiya holati.



Rasm-119. Reklinatsiyada ushlab turuvchi polivik materialdan tayorlangan korset qo‘llangan bemor bolalar fotosi, a – oldi, orqa, b – yonbosh dan ko‘rinishi.

Gavdani reklinatsiya holatida saqlash uchun ekstenzion korset bilan ta‘minlanadi. Bu korsetlar Djevet korseti, N. S. Andrushko, A. B. Rasponina korsetlari bo‘lishi mumkin. Shifoxonadan uyga javob berilgach, uyda 4-6 oy davomida korset taqishlari kerak. 1, 5-2 oydan keyin korsetda 10-15 minut o‘tirishga ruxsat beriladi. 2 oy davomida har kuni 4 marta statsionarda o‘rgatilgan mashqlarni bajarish tavsiya qilinadi. Shu metodika bilan davolangan bolalarda bir yil oxirida davolash natijalari quyidagicha: 19, 7% da samara

yo'q, aksincha tana old balandligi yana sal-pal pasaygan. 2, 3% bemorda samara bor, tana o'z shakliga kelgan, 83%-rentgenda sinq sababli tana qanday shaklda bo'lsa, shunday qolgan. Ya'ni og'irlashuv ham yo'q, o'z shaklini tiklash ham yo'q. Funktsional davolash metodiga tanqidiy fikr bildirilib, bu uslubda davolash uzoq, 2-3 oy yotishni taqozo etishni bola boshidan Glisson moslamada tortishni, qo'ltiq ostidan tortishni xohlamasligini, yotoq rejimini saqlamasligini, 2-3 kun og'riq pasaygach rejimni buzib, turib ketishni, bunday tortishda umurtqa pog'onasida cho'zilish, reklinatsiya bo'lmasligini aytilgan fikrlar bor. Bolaning uzoq yotishi adinamiyaga, gavda va oyoq mushaklarining gipotrofiyasiga, kuchsizlanishiga olib keladi. Davolash gimnastikasi, massaj bola o'tirishi, turishi, yurishidagidek mushaklarga kuch, tonus berolmaydi. Tiklash davo natijasida erishilgan mushakli korset bolaga turishga ruxsat berilganda qomatni uzoq vaqt tik tutib turolmaydi. O'tirganda ko'krak kifozi kuchayadi, bu kompressiya bo'lib singan umurtqaga salbiy ta'sir etuvchi holatdir. Umurtqa tanalarining asoratsiz kompression sinqqlarida davolash mobaynida iloji boricha kam vaqt yotoq rejimida saqlash, umurtqa pog'onasiga uzoq muddatli reklinatsiya bergan holda tutib turib, Denis bo'yicha 1-ventral yuk tushuvchi ustunga yuk tushurmay, uni 2-3-ustunga davolovchi korset qo'llab tushirishga erishmoq kerak. Polivikdan tayyorlangan (G. M. Ter- Egiazarov, 1983) va dyuraliminydan tayyorlangan qurilma korset (S. N. Pardayev, P. O'rinboyev, 1995) larni qo'llab olib boriladigan davolash metodikasi shu vazifalarni bajarish imkonini beradi.

Bu korsetlarning tuzilishida tayanch yuzalari ko'krak old tomonida to'shga, qorin pastida simfizga, orqada belga tayanishi hisobga olingan. Polivik korset (rasm-110) qo'llab davolashda bolalar qomatini reklinatsia holatdan yana orqaga egish imkoniyati bor bo'lib, bu mushaklar tonusini, kuchini oshiradi. Umurtqa tanalari kompression singan bolalar qattiq, tekis to'shakka yotqiziladi. Intizomni buzuvchi, rejimni saqlamaydigan serharakat bolalar

matodan tikilgan maxsus bog'ichlar bilan krovatga berkitiladi. 4-5-sutkadan ular chalqancha yoki qorinda yotgan holatda gavda mushaklarini kuchga indiruvchi dinamik mashqlarni bajarib boshlaydilar. Har kun mushaklarga beriladigan mashqlar soni, yo'nallishi, vaqti bo'yicha kuchaytirib boriladi. 1, 5-2, 0 xaftadan so'ng bemorga korset qo'yiladi. Polivik 35-40^otemperaturada yumshoq, qanday shakl bersa bo'ladigan, keyin sovigach o'sha shaklni buzmay saqlab turadigan material. Korset bemor gavdasiga to'g'ridan to'g'ri qo'yilib, gavda o'lchamlarini takrorlab, silliqanib qo'yiladi. Bunda bemor Engel'mann apparatida, boshidan Glisson ilmog'i bilan tortilib, qomat tik bo'lib, gavdasi reklinatsiya holatida qo'yiladi. Korset gavnani reklinatsiyada tutib turadi, egilishdan saqlaydi, orqaga egilish imkonini bo'ladi. Bemorni korsetda turg'iziladi. U korset bilan gimnastika zaliga, bassyenga borish mumkin. Mashqlarni yotib bajarishda, uyquga yotishda korset yechiladi. Uyida sharoit mavjud bo'lsa 2-3 haftadan ambulator davolanishga yuboriladi. Korsetda bola maktabga borib, darslarga qatnasha oladi, davolash fizkulturasini, suzish bilan bassyenlarda shug'ullana oladi.

Umurtqa tanalarining asoratsiz siniqlarini Pardayev-O'rinboyev qurilmasini qo'llab davolashda travma olgan bola qattiq, tekis yotoq joyga, krovatga yotqiziladi.

Taklif qilingan qurilma quyidagicha qo'llaniladi. Siniq joyi Shnek uslubi bo'yicha og'riqsizlantiriladi. Bemor qorniga yotqiziladi. Bo'rtib chiqib turgan orqa o'simta siniq joyini bildiradi. Ko'krak qismi singanda igna orqa o'simta to'g'risidan 2-3 sm balandda, bel qismi singanda, orqa o'simta to'g'risida, orqa o'simta bo'ylama chizig'idan 2-3 sm yon tomonga qochib, teri yuzasiga 35grad. burchak bilan igna kiritilib boshlaydi. Igna uzun bo'lishu kerak. 10-12 sm igna kirish yo'li 0. 25% novokain bilan qavatma -qavat og'riqsizlantirilib boriladi. Igna 5-8 sm. lar kirgach, u yonbosh o'simtaga taqaladi va uning yuqorisidan o'tib, yana kiritiladi. Igna 5-8 sm kirgach, singan tanaga taqaladi. Shprisda qon aralashganligiga qarab, siniq sohasi aniqlanadi. Bemorni orqasiga yotqizamiz. Bel

ostiga bel uchun qurilma asosi yuzani (karkasni), havo yostiqchasi bilan joylashtiramiz, shu holatda 2-3 kun tinchlik saqlab yotadi. Havo yostiqchaga havo yuborilib, balandligini oshirib boramiz. Natijada, tanaga reklinatsiya berib boramiz. 2-3 kundan so'ng, to'sh va qov asos yuzalar (karkaslar) qo'yiladi. Reklinatsiya holatida jips qilib, qurilma mahkamlanadi

Qurilmani qo'yishning yana bir varianti: Siniq joylashgan soha ostiga yostiqcha qo'yiladi. Og'riqlar o'tib, umurtqa yonidagi mushaklar tarangligi bo'shashgach, 4-5- kun siniq sohasi ostiga qurilmaning orqa tayanch yuzasi joylashtiriladi. Bu tayanch yuza oldida yuza o'lchamiga mos havo kamerasi joylashtirilgan. 1-2 kun bolada adaptasiya hosil bo'lgach, Qurilmaning oldingi to'sh sohasidagi va simfiz (qov) sohasidagi tayanch yuzalar joylashtirilib, ular bir-birlari bilan, va orqa tayanch yuza bilan distraktorlar vositasida tutashtiriladi. Shu distraktorlarning oldingilarini uzaytirib gavdaga reklinatsiya beriladi. Qo'shimcha reklinatsiya orqa tayanch yuza oldidagi havo kamerasiga bosim ostida havo yuborilib, bajariladi. Distraktorlar mahkamlangach nazorat rentgen qilinadi. Turishga, yurishga ruxsat beriladi.



Rasm-120. Pardayev-O'rinboyev tavsiya etgan qurilma, korset. To'sh (1), qov (3), bel (2) yuza-tayanchlar 4- havo kamerasi; 5, 6 - distraktorlar, 7-havo kamerasiga havo yuboruvchi trubka - shlang. U nippel bilan ta'minlangan.



Rasm-121. Yotgan bemorga to'sh, qov, bel yuza - tayanch (karkas) qo'yilgan.



Rasm-122, 123 O'smirlar bolada 1, 2 bel umurtqalari tanasi yengil darajada kompressiya bo'lib sinishi(a). Pardayev - O'rinboyev qurilmasi qo'llangan: oldidan ko'rinishi(b).



a

b

c

Rasm-124. Asoratlangan, nostabil umurtqa tanasi sinish-chiqishida (a. b), fiksator bilan mahkamlash operatsiyasi (c) Kompyuter tomografiya, MRT ko'rinishlari.

Asoratlanmagan stabil pastki ko'krak, bel umurtqa tanalarining kompressiyalangan (puchaygan) siniglarini operatsiya qilib davolash.

Patogenezidan kelib chiqilsa, gavdani orqaga egib, umurtqa tanasining oldingi qismini puchayganligini (kompressiyalangan-

ligini) tiklab, kifotik deformatsiani yo'qotib, shu holda mahkam fiksatsia qilib davolash optimal yo'ldir. Bunda bemor tik tursa (kerakli vaqt o'tgach) gavda og'irligi shu sohadagi orqa tayanchlarga tushadi. Shu maqsadda umurtqaning orqa qismini fiksatsia qilish bajariladi. Umurtqa pog'onasini orqa o'rkach o'siqlaridan tortib boylash lavsan lenta, ip, yoki maxsus plastina bilan amalga oshiriladi.

VII BOB

CHANOQ SUYAKLARINING (OS COXAE) SINISHLARI

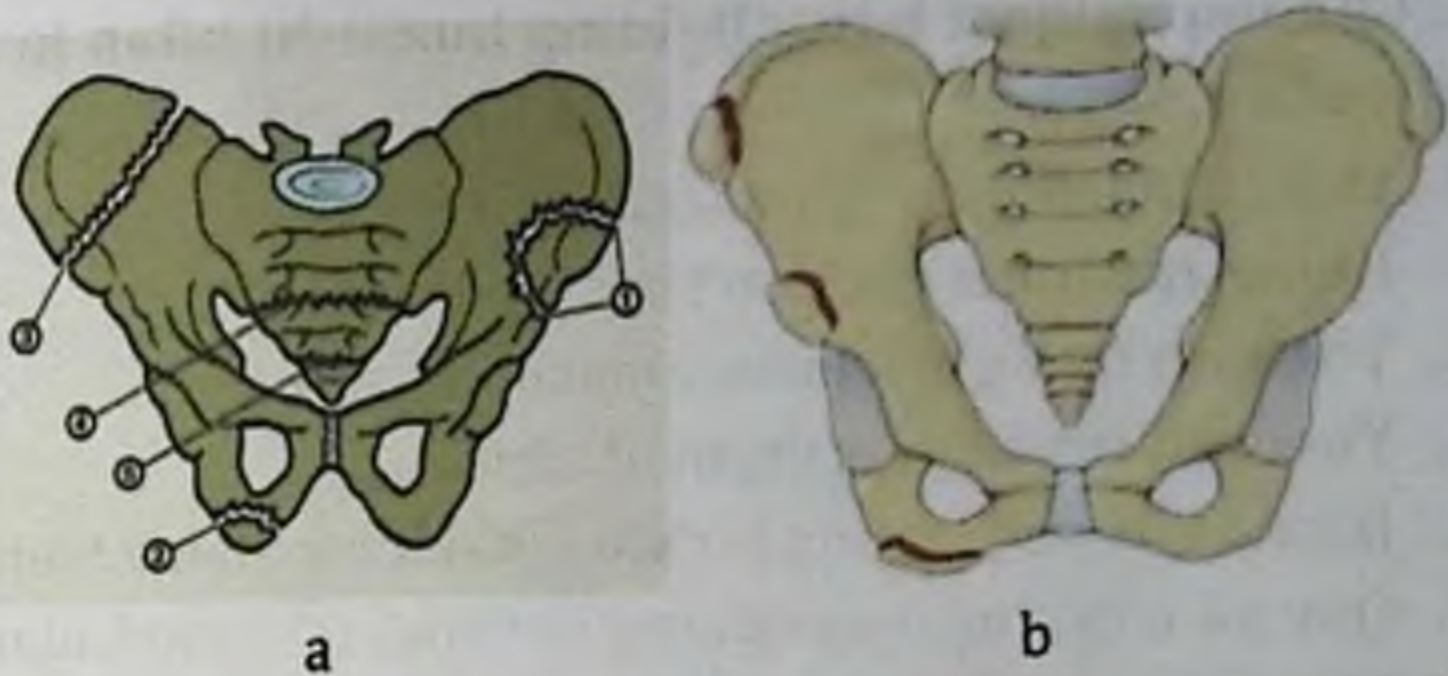
Bolalarda chanoq-suyaklarining tuzilishi kattalarnikidan farq qilib, ularda shu yoshga xos siniqlar uchraydi. Qov, dumg'aza yonbosh suyaklari birikmalarining boylamlari zaif rivojlangan. Qov suyagining o'tirg'ich suyagi bilan tog'ay to'qimasi orqali birikishi, quymich kosada uchta suyak-yonbosh, qov, o'tirg'ich (os ilium, os pubis, os ichil) suyaklarining tog'ay to'qimasi tarkibli U simon birikishi, yonbosh suyagi chetlari, qirrasida tog'ay qatlamlari bo'lishi, ikkita yuqori, ikkita, pastki-old bo'rtmachalari (spina iliaca anterler et inferior) va yonbosh suyagi orasida tog'ay to'qimasi borligi bola chanoq suyagining elastikligi, egiluvchanlik xususiyatlarini ko'paytiradi. Shu sababli kichik yoshdagi bolalarda chanoq suyagi siniqlari juda kam uchraydi. Qov birlashmasi, yonbosh-dumg'aza birlashmalarida ajralish, siljish bo'lishi mumkin. Tog'ay to'qima bilan birlashgan joylarda: qov-o'tirg'ich tutashmasi, quymich kosasining U-simon tog'ay (ya'ni kosa tubi) qismi, yonbosh suyagi qanotlari chetlari, qirrasasi, va bo'rtmalar sohasi siniqlari uchrashi mumkin.

Travma mexanizmi. Chanoqning shikastlanishi sagittal va frontal yo'nalishdagi ta'sir etuvchi kuchlar oqibatida ro'y beradi. Bunday holatlar chanoqning vagon buferlari oralig'ida qisilishi, devor bosib qolishi, yo'l-transport hodisasi, yer ko'chishi, katta travmalar natijasida kelib chiqadi.

Chanoq suyaklarining shikastlanishi chanoq halqasi va quymich kosasining sinishiga qarab quyidagilarga bo'linadi.

Tasnifi (klassifikatsiyasi)

A. Chanoq suyaklarining chanoq xalqasini hosil qilmaydigan qismlarining sinishi, bo'rtiqlarining sinishi.



Rasm-125. Chanoq suyaklarining chet qismlari siniqlari: sxema surat (JohnA. Herring, MD, 2018) (tushuntirish matnda).

125 rasm a.

- 1) Yonbosh suyak qanotining sinishi; (3)
- 2) Yonbosh suyagi oldingi yuqori bo'rtmasining sinishi (1);
- 3) Yonbosh suyagi oldingi pastki bo'rtmasining sinishi;
- 4) O'tirg'ich suyagi do'mbog'ining sinishi; (2)
- 5) Dumg'aza pastki qismning alohida sinishi; (4)
- 6) Dum suyagining sinishi(5);
- 7) Qov suyagining sinishi

B. Chanoq suyaklarining chanoq xalqasi butunligi buzilmasdan sinishi.



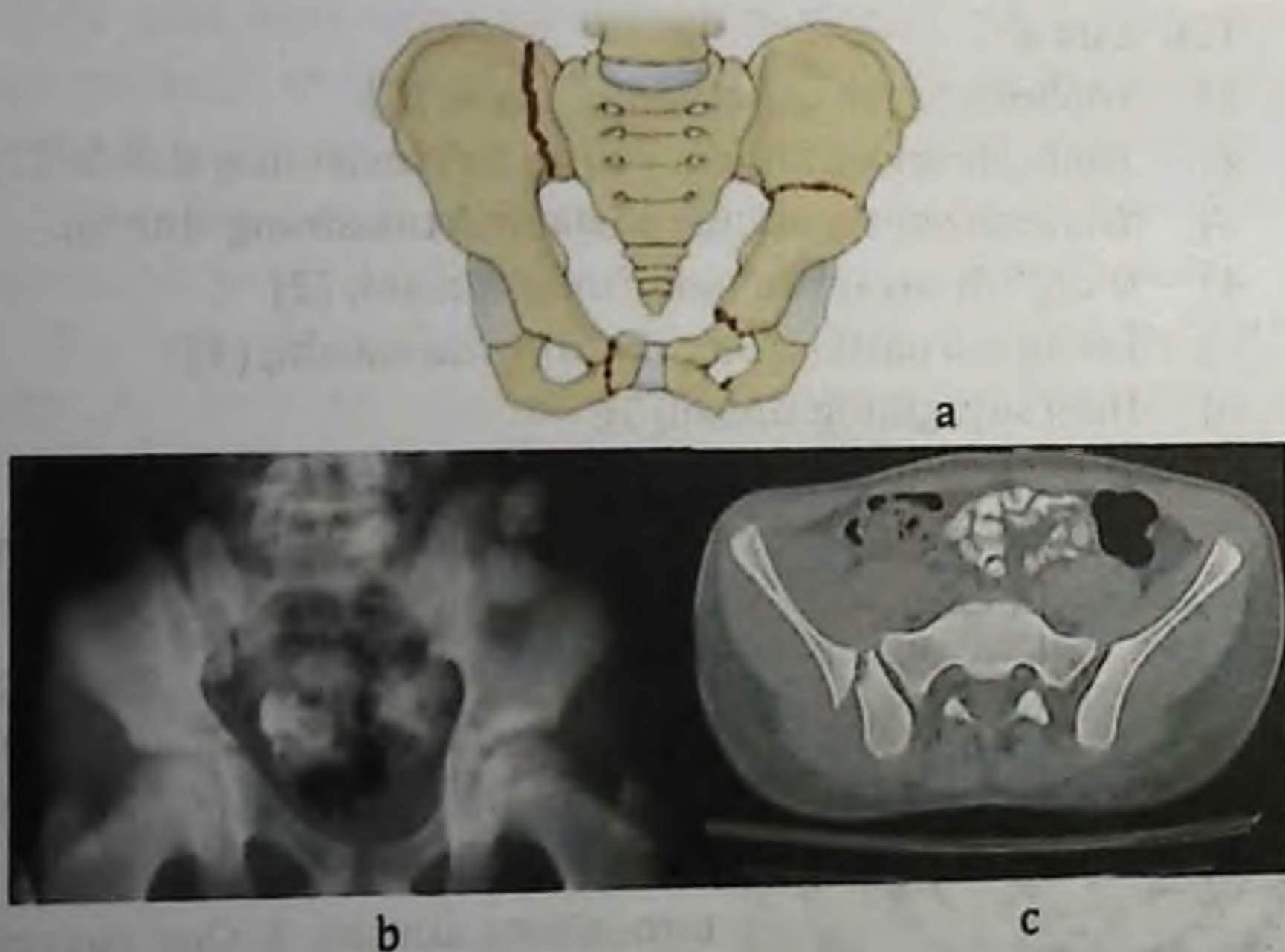
Bu shikastlarga quyidagilar kiradi: 1. Qov suyagi bir tomonining bir yoki ikki tomonlarga sinishi; 2. O'tirg'ich suyagining bir yoki ikki tomonlarga sinishi; 3. Qov suyagi bir tomonlarga sinishi va o'tirg'ich suyagining ikkinchi tomondan sinishi.

Rasm-126. 1-Qov suyagining sinishi. 2-o'tirg'ich suyagining sinishi. 3-Bir paytda o'tirg'ich va qov suyag'ining sinishi.

C. Chanoq xalqasi butunligining buzilishi bilan kechadigan shikastlanishi.

Bu shikastlanishlarga quyidagilar kiradi:

1. Dumg'azasining vertikal sinishi;
2. Yonbosh dumg'aza birlashmasining ajralishi;
3. Yonbosh suyagining vertikal sinishi;
4. Ikkala qov suyagining bir yoki ikki tomonlama sinishi;
5. Qov va o'tirg'ich suyagining bir yoki ikki tomonlama sinishi ("kapalak"-simon sinishi);
6. Simfizning ajralishi- simfizeoliz.



Rasm-127. Chanoq xalqasi butunligi buzilib sinliqlari, a - sxema, b- rentgen tasviri, c- kompyuter tomografiya ko'rinishi (John A, Herríng, MD, 2018)



Rasm-128. 6 yashar bolada qov va o'tirgich suyaklari sinishi. O'sish zona - V - simon tog'ay go'yoki zararlanmagan (a). Biroq 6 yil o'tib, rentgen tasvirda o'sish zonasi yopilgan, (b), quymich kosasi, qov, o'tirg'ich suyaklari etlib rivojlanmagan (A. F. Бухны, 1973)

D. Chanoq suyagi oldingi va orqa yarim xalqasi butunligining buzulishi bilan birgalikda kechadigan shikastlanishlar (Malgen tipida).

Bu shikastlanishda chanoq suyagi yarmining dumg'aza bilan bog'lanishi yo'qoladi. Chanoq tayanchi to'liq buziladi. Chanoqning umurtqa pog'onasi (dumg'aza) bilan bog'lanmagan yarmi bel va qorin mushaklari tortish kuchi ta'sirida yuqoriga tortiladi. Quyidagi shikastlanishlar tafovut qilinadi.

1. Malgen tipidagi ikki tomonlama sinish, qachonkim, oldingi va orqadagi yarim halqalar ikki tomonlama shikastlanadi.
2. Malgen tipidagi bir tomonlama yoki vertikal sinishi oldingi va orqa yarim halqalarning bir tomondan sinishi.

3. Malgen tipidagi qiyshiq yoki diagonal sinish, qachonkim oldingi halqa bir tomondan sinsa, orqa halqa qarshi tomondan sinadi.

4. Nomsiz suyak chiqishi-dumg'aza yonbosh birlashmasi va simfizning ajralishi.

5. Simfiz ajralishi yon orqa yarim halqa sinishining qo'shilib kelishi yoki yonbosh-dumg'aza birlashmasi ajralishi bilan oldingi yarim halqa sinishi qo'shilib kelishi.



a



b

Rasm-129. a. Malgeniya sinishi, b. Ikki tomonlama Malgeniya siniqlari – roentgen tasvirlari.

E. Quymich kosasi sinishi quyidagilarga bo'linadi.

1) Son suyagi chiqishi bilan kechadigan quymich kosasi peshtoqlinining sinishi;

2) Son suyagining markaziy chiqishi, ya'ni boshchasining chanoq bo'shlig'iga tomon kirishi bilan kechadigan quymich kosasi tubining sinishi;

3) U-simon togay – o'sish zonasi shikastlari.



Rasm-130. Quymich kosasi U-simon togay siniqlari (John A. Herring, MD, 2018)



Rasm-131. Quymich kosasi sinig'i. Yonbosh dumg'aza birlashmasida chiqish. Rentgen tasvir.

Chanoq halqasi butunligi buzilishi bilan bo'lgan chanoq suyaklari siniqlari og'ir travma hisoblanadi. 1/5 qism ko'rsatgichlarda bu siniqlar ko'krak qafasi, qorin bo'shliq chanoq ichi organlarining jarohati bilan birga, sonning chiqishi, siniqlari bilan birga uchrab, bemor ahvolidning juda og'ir holatiga sabab bo'ladi. Bemorlarda bu siniq va jarohatlar travmatik shok, ichki qon ketishi bilan kechadi.

Klinik ko'rinishi. Bunday jarohatda bolaning ahvoli og'ir bo'ladi. Jarohatlangan bola siniq sohasida va qorinda paydo bo'lgan og'riqdan shikoyat qiladi. Bolada ko'pincha karaxtlik aniqlanib, bu siniq yuzasidagi og'riq, dumg'aza nerv chigalining ta'sirlanishi va

ko'p miqdorda ichki to'qimalar va qorin parda ostiga qon quyilishidan kelib chiqadi. G'ovak suyaklardan ko'p miqdorda qon oqib, ichki qon oqish belgilari va qorin parda ta'sirlanib uning yallig'lanishi-peritonit kuzatiladi.



Rasm-132. Quymich kosasi U-simon o'sish zonasini travmadam keyin yopilgan, rentgen tasvir.



Rasm-133. Avvalgi 132-rasmdagi U-simon o'sish zonasini yopiqqligini kompyuter tomografiyada ko'rinishi (Hamlet A. Peterson, 2007)

Chanoq halqasi butunligi buzilib, suyakning sinishi bemorni behol qilib qo'yadi. Bola majburiy holatda yotganda bir oz bo'lsa ham uning holatini o'zgartirish bolaga salbiy ta'sir qiladi. Chanoq halqasining oldingi qismi singanda bola "qurbaqa" holatda yotadi. Bunday holatni Malgenya sinig'ida ham kuzatish mumkin.

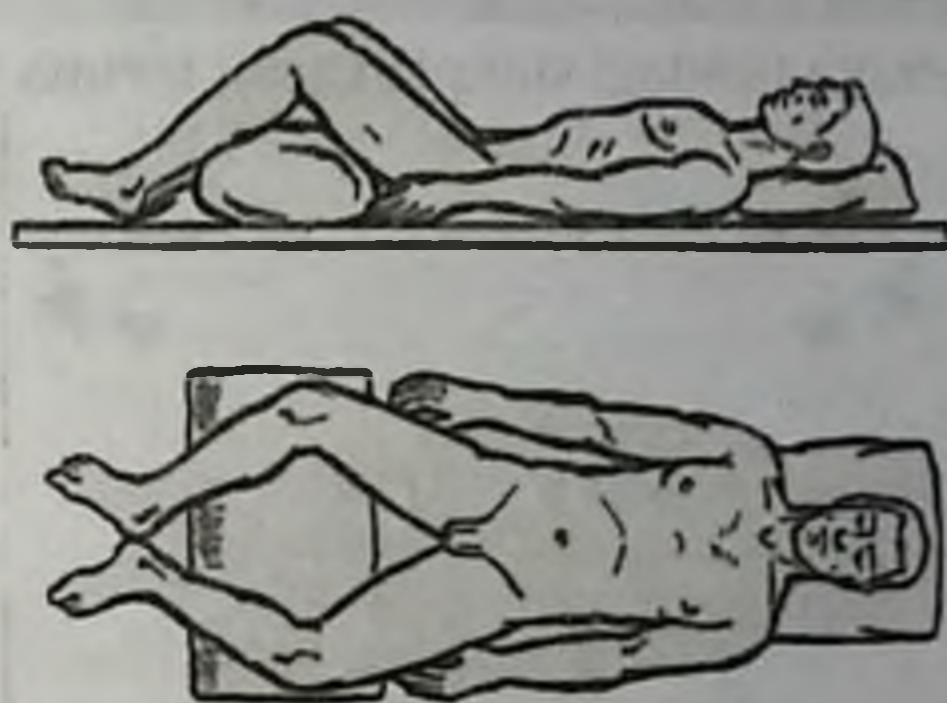
Agar bemor oyog'ini chanoq-son va tizza bo'g'imidan tanasiga qarata tortsa, suyaklarining birlashgan joyida og'riq paydo bo'lib ularning singanligi gumon qilinadi.

Diqqat bilan qaralganda singan suyak bo'laklarining sinishi natijasida chanoq ko'rinishi o'zgaradi. Qov va o'tirg'ich suyaklari bir

tomondan singanda chanoqning shu tomoni torayadi. Chanoq halqasi oldingi va orqa qismining sinishi natijasida chanoqning yarmi yuqoriga siljib, tashqariga aylanib qoladi. Bunday holatda jarohatlangan tomonda oyoq kaltadek ko'rinadi.

Davolash. Chanoq suyaklari singan bemorlarni travma ro'y bergan joydan shifoxonagacha olib kelishda (transportrovka qilishda) tana bir tekisda yotishni ta'minlovchi qattiq to'shakli zimbiilda keltiriladi.

Bunda oyoq tizza bo'g'imlarda buklanib, yotqizilishi kerak: tizzalar ostiga yostiq quyiladi.



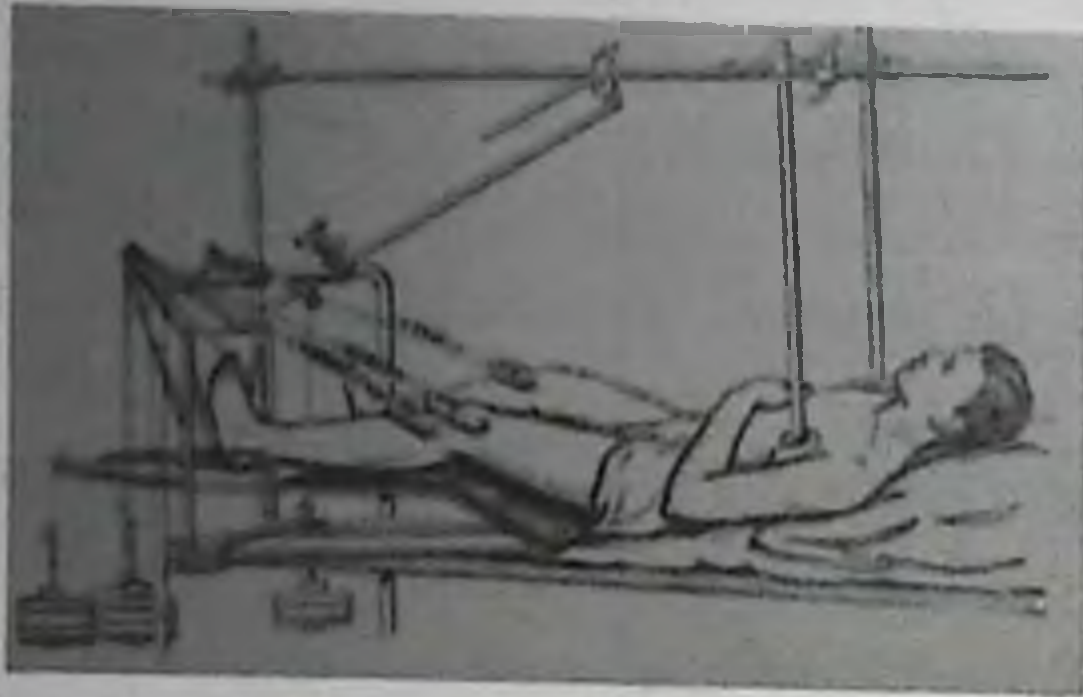
Rasm-134. Bemor holati-tizzalar ostiga yostiq qoyiladi, "baqa holati" beriladi.

Travmatik shokni davolashda og'riqsizlantirish, yo'qotilgan qon o'rnini qoplash, qon zardobi, qon quyishlar reanimatsiya bo'limida bajariladi.

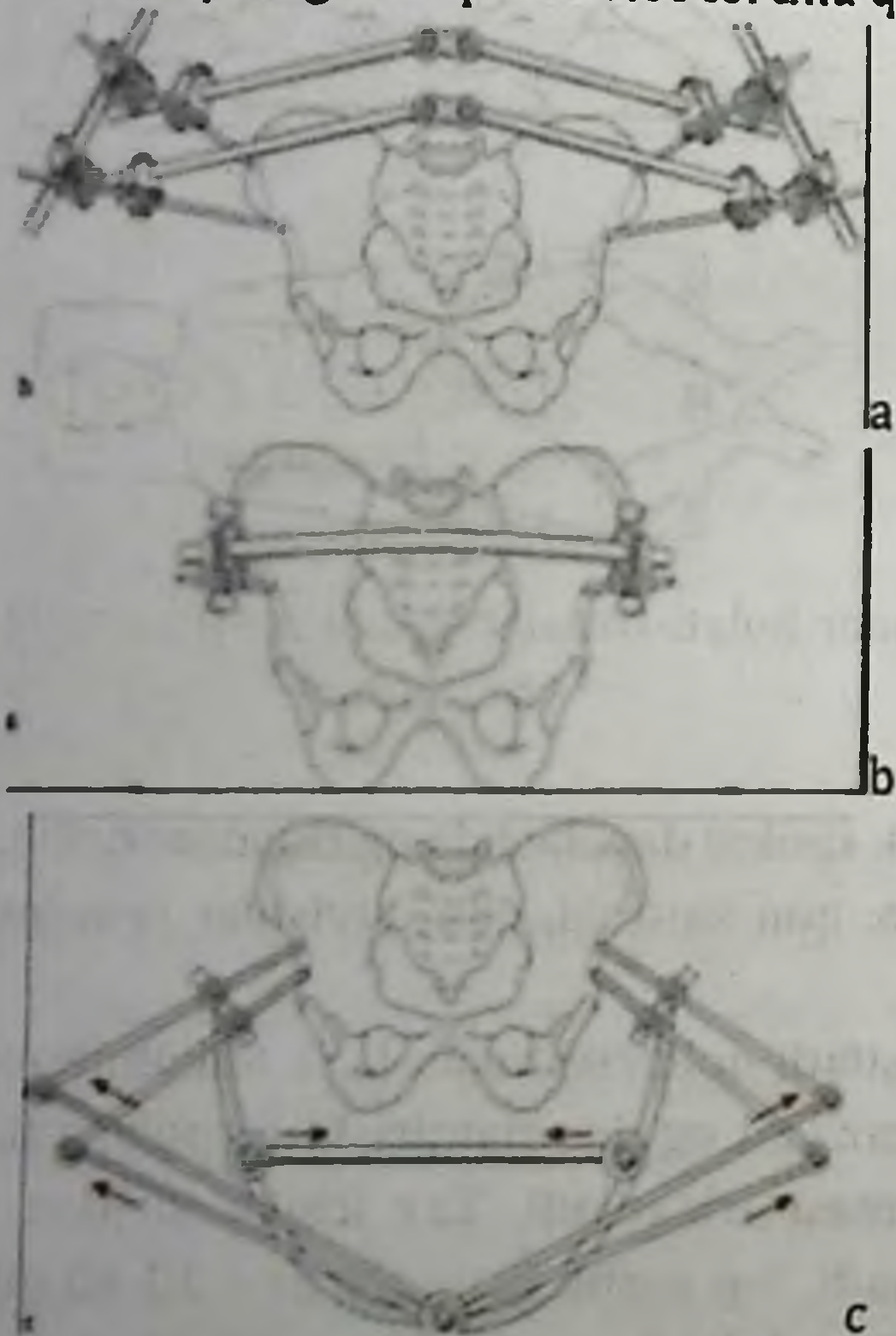
Og'riqni sifatli qoldirish usuli L. G. Shkolnikov- V. P. Sellvanov metodi bilan taz ichi og'riqsizlantirishi hisoblanadi. Unda 0, 25% li novokain eritmasi ishlatiladi. Taz ichiga kiritish miqdori yoshga qarab belgilanadi. 3-6 yoshli bemorlarga - 30-40 ml, 6-9 yoshlilarga 40-60 ml, 9-12 yoshdagilarga 60-70 ml, 12-15 yoshdagilarga 70-100 ml kiritiladi.

Malgenya tipidagi chanoqning oldi, orqa yarim xalqasi siniqlari boldirning yuqori metafizidan skelet tortmasi qo'yilib davolanadi.

Chanoq suyagining bosh tomonga yo'nalgan siljishi yo'qotilgach, o'smirlarda (15-18 yosh) tashqi sterjenli apparat qo'yib, mahkamlanib davolanadi.



Rasm-135. Malgeniya tipidagi siniqda skelet tortma qo'yib davolash.



Rasm-136. Chanoq siniqlarini sterjenli apparatlar qo'llab davolash: sxema: a - qov suyaklari singanda, b - simfizeolizda., c - chanoqni ko'p siniqlarida.



a

b

Rasm-137. a – qov birlashmasining ochilishi – simfizeolliz. b – Sterjenli apparat qo'llab davolash. Birlashma tiklangan – rentgen tasvirlar (John A. Herring, MD, 2018)



Rasm-138. Bemor fotosi. Chanoqqa sterjenli apparat qo'llangan.

Taz ichi novakain blokadasini bajarish texnikasi. Terini og'riqsizlantirib, yonbosh suyagining old yuqori bo'rtmasidan 1 sm ichkarida uzun igna bilan, suyak ichki yuzasiga parallel, igna uchi bilan suyak yaqinligini doim sezib, 8-12 sm chuqurlikkacha igna uchi kiritilib, 0, 25% novokain eritmasi yuboriladi. Eritma miqdori yoshiga qarab, masalan 12-15 yoshda 70-100, 0 ml.



Rasm-139. Shkolnikov – Sellvanov toz lchi anesteziyasini bajarish texnikasi.

Chanoq suyaklarining oldingi yarim halqa tomondagi siljimgan siniqlar (qov, o'tirg'ich siniqlari) yotoq rejimi bilan, tizzalari ostiga yostiqchalar qo'yib, oyoq oralarini uzoqlashtirib (kerib qo'yib) yotgan holda, 2-3 hafta davolanadi.

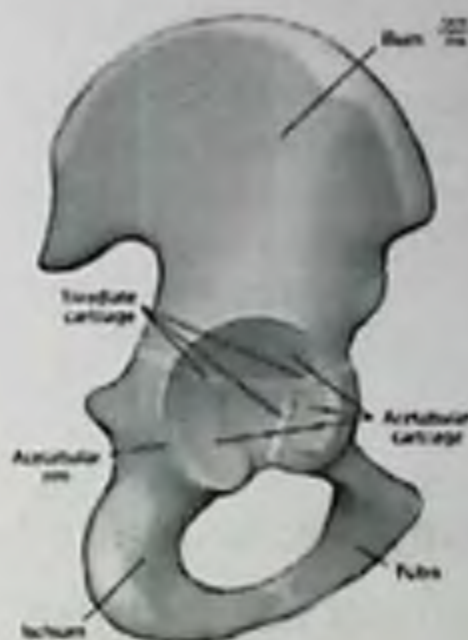
Simfizning ajralishida (simfizeolizda) chanoqni orqayonlaridan qisib turuvchi maxsus keng tutqich-ilmoq (gamak) yordamida, 2-3 haftaga yotqizilib davolanadi.



Rasm-140. Qov birlashmasini, qov suyagi siniqlarini operatsiya qilib – ochiq metalloosteosyntezi qilib davolash.

Chanoqning cheti siniqlari: old-yuqori bo'rtma, old-pastki bo'rtma, o'tirg'ich suyagi bo'rtmalari siniqlari ko'pincha ularga kuchli mushaklar birikib, tortilishi sabab, siljigan bo'ladilar. Ularni operatsiya uslubi bilan, ochib joyiga aniq to'g'ri qo'yib, spitsalar (kegaylar, shuruplar) bilan mahkamlab, davolanadi.

Quymich kosasi, Y-simon tog'ay shikasti



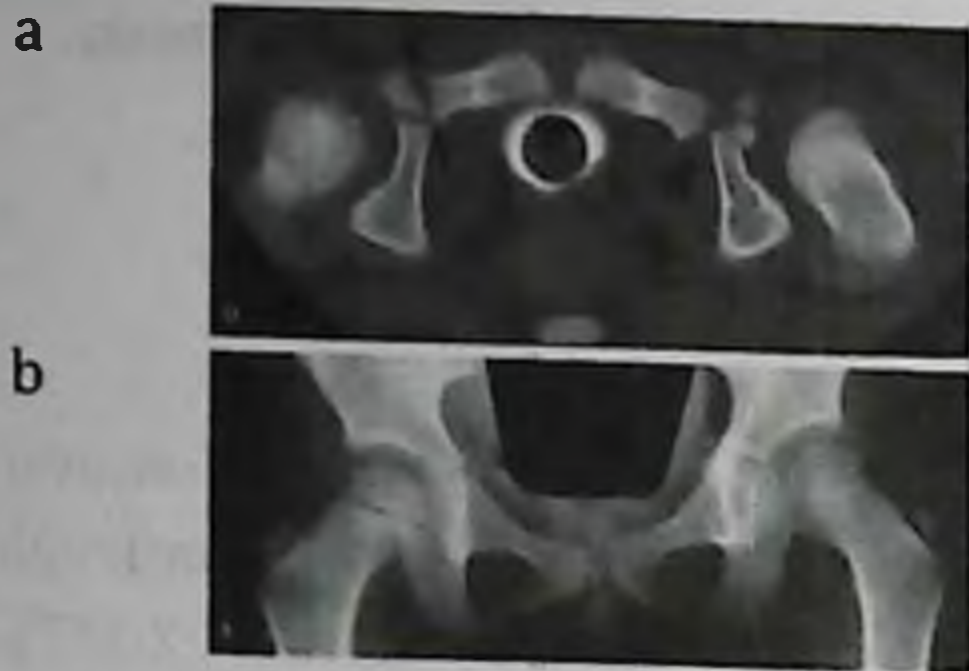
Rasm-141. Quymich kosasi Y-simon tog, ay-Triradiate cartilage- ni tushuntiruvchi sxema (Hamlet A. Peterson, 2007)

Bolalarda U-simon tog'ay lati, ezilishi, sinishi, siljishi quymich kosasi siniqlarida ro'y beradi (rasm-133). Quymich kosaning cheti, tubi sinishi mumkin. Bu siniqlar chanoq old-orqa yo'nalishida, yoki yonbosh yo'nalishda qilsilishi natijasida, ba'zan tashqaridan katta ko'st ustidan zarb urilganda, oyoq ozroq buklangan, ichkariga buralgan (rotatsiya) holda bo'lsa hosil bo'ladi. Zarb kuchi bo'yinga, boshcha orqali quymich tubiga berilib, o'sish tog'ay qatlamini sindiradi. Zarb kuchi katta bo'lsa boshcha quymich tubini sindirib, chanoq ichiga, chanoq bo'shlig'iga kiradi. Bu sonning markaziy chiqishi deyiladi. U-simon tog'ay 14-16 yoshlarda suyaklanadi. Uning sinishi 7-11 yoshlarda uchraydi.

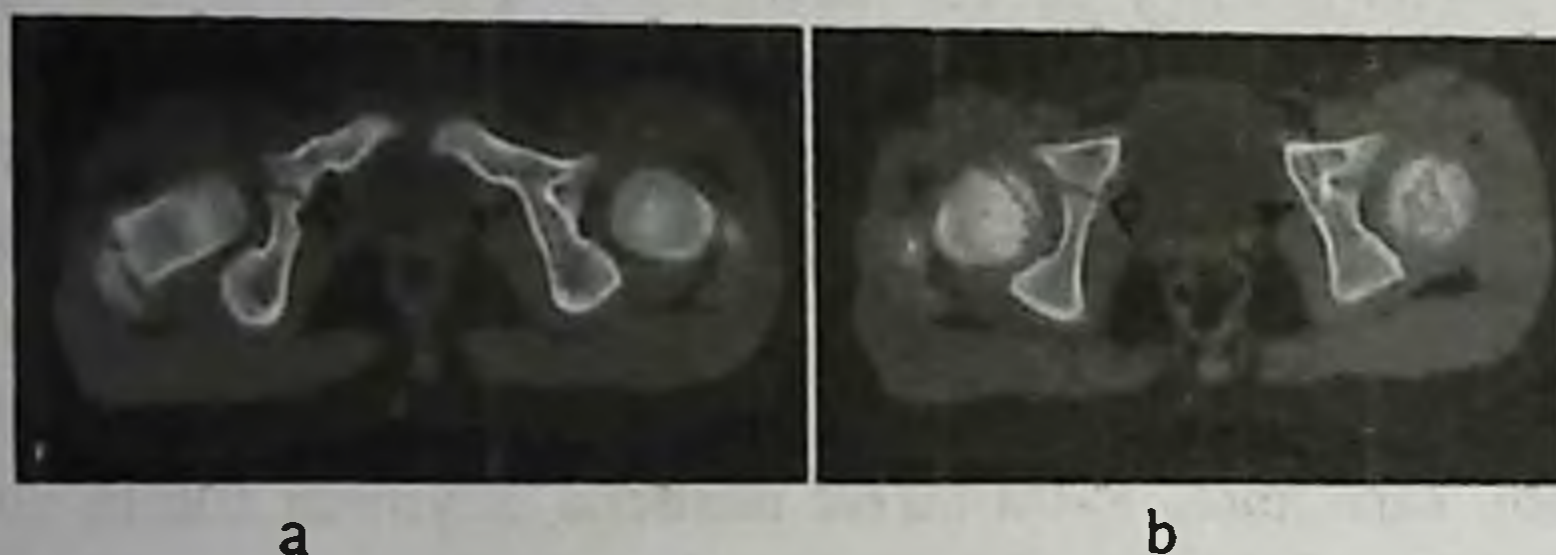
Klinik belgilari. Chanoq-son bo'g'imida og'riqqa shikoyat qiladilar. Oyoq funksiyasi buzilgan. U tashqariga buralgan (rotatsiya), oyoqni ichkariga burish og'riqni kuchaytiradi. Markaziy chiqishda katta ko'st ichkariga kirganday, chanoq asimetriyasi, mushaklar tarangligi, oyoqning abduksiyasi (tanadan uzoqlashtirish) chegaralangan. Chov sohasida shish, og'riq bo'ladi.



Rasm-142. Atsetabulum – quymich kosasi tubi: o'sish zonasining rentgenogrammada ko'rinishi (Hamlet A. Peterson, 2007)



Rasm-143. Quymich kosasi U-simon tog'ay shikastining kompyuter tomografiyada ko'rinishi(D): - a.. To'gay U-simon o'sish zonasining travmadan keyin erta suyaklanishi(E): - b. (Hamlet A. Peterson, 2007)



Rasm-144. Quymich kosasi U-simon tog'ayning travmadan keyin erta suyaklanishining kompyuterda ko'rinishi (Hamlet A. Peterson, 2007)

Rentgen tasvirda U-simon tog'ay ajralishi epifizar tog'ay soyasining kengayganligi ko'rinishida bo'lib, bilinar-bilinmas siljishi yoki siljish bilan, qov, o'tirg'ich suyaklarining chiqishi bilan bo'ladi. U-simon tog'ay travmasi rentgentasvirda bilinmaydi, 2-4 hafta o'tgach yupqa bulutsimon soya-yangi hosil bo'lgan suyak qadog'i ko'rinadi. Ancha uzoq muddat o'tib ketgach U-simon o'sish tog'ay qatlamining erta yopilishi-o'sha vaqtda o'sish joyida travma bo'lganligini bildiradi.



Rasm - 145. a – 8 yoshli bolada chanoq xalqasining oldingi, orqa qismlari siniqlari. U – simon o'sish togayi zararlanishi. b - o'sha bolaning 15 yildan keyingi rentgen tasviri. Chanoq asimmetriyasi. Son boshchasi, quymich kosa tubi chanoq bo'shligiga siljigan (N. A. Lyuboshits, 1973)

Davolash. Davolash boldirning yuqorigi metafizidan o'tkazilgan spitsa orqali tortish bilan bajariladi. Oyoq funksional shinaga qo'yilgan bo'ladi. Tortish muddati yoshini, boshqa birga kelgan siniqlarni hisobga olib 4-6 hafta davom etadi. Oyoqqa bosmay, qo'ltiqtayoqlarda yurishga travmadan so'ng 5-7 hafta o'tgach ruxsat beriladi. Qo'ltiqtayoqsiz yurish 10-12 hafta o'tgach mumkin bo'ladi. Erta oyoqqa bosish mumkinmas, chunki son boshchasi aseptik nekrozi boshlanishi, quymish tubining noto'g'ri rivojlanishi mumkin. (rasm N. A. Lyuboshits. 1973).

Son boshchasining markaziy chiqishida oyoqni tanadan qochirib, o'qi bo'yicha skelet tortmasi qo'yib tortish to'g'rileydi. Ba'zan keng, matodan tikllgan yonga tortish uchun moslama qo'llab, yoki katta ko'stdan skelet tortmasi qo'yib tortiladi. Shu yo'sinda konservativ davolash samara bermasa, operatsiya metodi bilan davolanadi.



Rasm-146. Quymich sohasi sinlg'ini operatsiya qilib davolash.

VII BOB

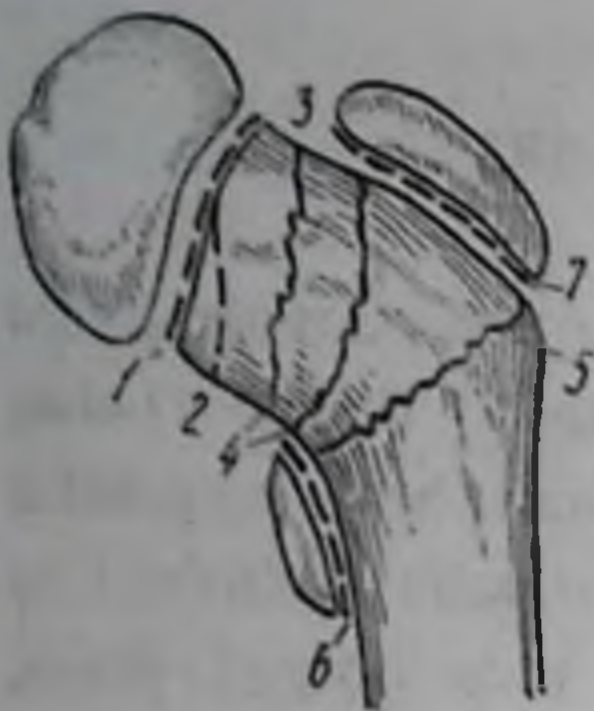
SON SUYAGI (FEMUR) SINIQLARI

Bolalarda son suyagi siniqlari shifoxonada yotib davolanuvchi travma olganlarning 15-16%ni tashkil etadi. Ularda ochiq shikastlanishlar juda kam miqdorda-0, 5% gacha uchrab, ko'pchilik hollarda yopiq travmalar kuzatiladi. Bu bolalar tana tuzilishi shu yoshiga xosligi sababidandir. Ular suyaklari juda qotgan emas, quvvatli suyak usti pardasi- periost-g'ilofi bor, elastikligi baland, epifizning ko'p qismi tog'ay to'qimadan iborat, o'sish qatlami ham tog'aydan iborat bo'ladi.

Bolalarda suyak siniqlarining kattalardan farqli ekanligini bilish, bu siniqlarni to'g'ri tekshirish, diagnozni aniqlash, davolashda o'z ahamiyatini ko'rsatadi.

Son suyagi yuqori qismi (proksimal oxiri) hos xususiyatlaridan biri suyakning shu qismlari qon aylanishi nomukammalligidir. Bolalarda chanoq-son shikastlanishlaridan so'ng son suyagi boshchasida distrofik (oziqlanishi buzilishi) ko'p uchraydi. Xususan, son suyagi bo'yinchasi sinig'idan, sonning chiqishidan keyin kuzatiladigan aseptik nekrozlar 10-40% bo'lishi mumkin.

Keyingi shu son proksimal oxiriga xos-xususiyatidan yana biri- bu epifiz metafiz oralig'ida o'sish qatlami boriligidir. O'sish qatlami joyidan sinish -epifizeoliz, osteoepifizeoliz- asorat berishi mumkin. O'sish joyi erta suyaklanib, kaltalikka, qiyshiq rivojlanishiga sabab bo'ladi. Son suyagi siniqlari joylashgan joyi bo'yicha son suyagi yuqori qismi siniqlari, o'rta qismi siniqlari, pastki qismi siniqlariga bo'lib o'rganiladi.



Rasm_147. Son suyagi proksimal oxiri siniqlari klassifikatsiyasi 1 - epifizeoliz, 2 - osteoepifizeoliz, 3, 4 - son bo'yinchasi siniqlari, 5 - ko'stlararo siniq 6 - kichik ko'st, 7 - katta ko'st siniqlari.

Yuqori qismi-proksimal oxirdagi siniqlar bolalarda son boshchasi travmatik epifizeolizi, osteoepifizeoliz, son bo'yinchasi siniqlari, ko'stlararo, ko'stlar uzra siniqlar ko'rinishida uchraydilar.

Son suyagi boshchasining travmatik epifizeolizi va bo'yinchasi sinishi

Son suyagni boshchasining travmatik epifizeolizini idiopatik epifizeolizdan farqlab bilish kerak. Son boshchasining idiopatik epifizeolizi endokrin va turli distrofik buzilishlar sababli rivojlanadi.



Rasm -148. Son suyagi proksimal oxiri siniqlari klassifikatslasi: a - epifizeoliz, osteoepifizeoliz, 6 - son bo'yinchasi sinig'i, B - son bo'yinchasi asosi sinig'i, r - son ko'stlar qismi siniqlari.

Travmatik epifizeolizning paydo bo'llish sabablari travma olish bilan bog'liq.

Velosiped haydab yiqilish, yugurib borayotib yiqilish, sport o'yinlari payti, balandlikdan tushib ketish, avtomobil yo'l hodisasi sababli jarohat olishlar son suyagi boshchasi epifizeolizini, son

bo'yinchasi siniqlarini paydo qiladi. Son boshchasi epifizeolizi har qaysi yoshda uchrashi mumkin. 12-16 yoshli o'smirlarda ko'p sinadi.

Klinik belgilari. So'rab surishtirish-anamnez to'plab shikast travma bilan bog'liqligi aniqlanadi. Ko'rib o'rganganda bola holati yotoq holatida, oyog'i tashqi tomonga buralgan, chanoq -son bug'imida og'riq, ichki rotatsiya cheklangan, yoki og'riq kuchayishi sababli mumkin bo'lmaydi. Siniq bo'laklarining siljishi bo'lsa, oyoqning kaltaligi aniqlanadi.



Rasm-149. Chanoq son bo'g'ining Kompyuter tomografiyasi.

Chov sohasining shishganligi ko'rinadi. Palpatsiya-paypaslab ushlab ko'rish og'riqli bo'ladi. Oyoqni o'qi bo'ylab itarib ko'rish, turtib ko'rish og'riqni zo'raytiradi. Katta ko'st yuqoriga siljib Rozer-Nelaton chizig'idan yuqorida joylashadi. U chiziq o'tirgich va spina iliaka anterior superiordan o'tadi.

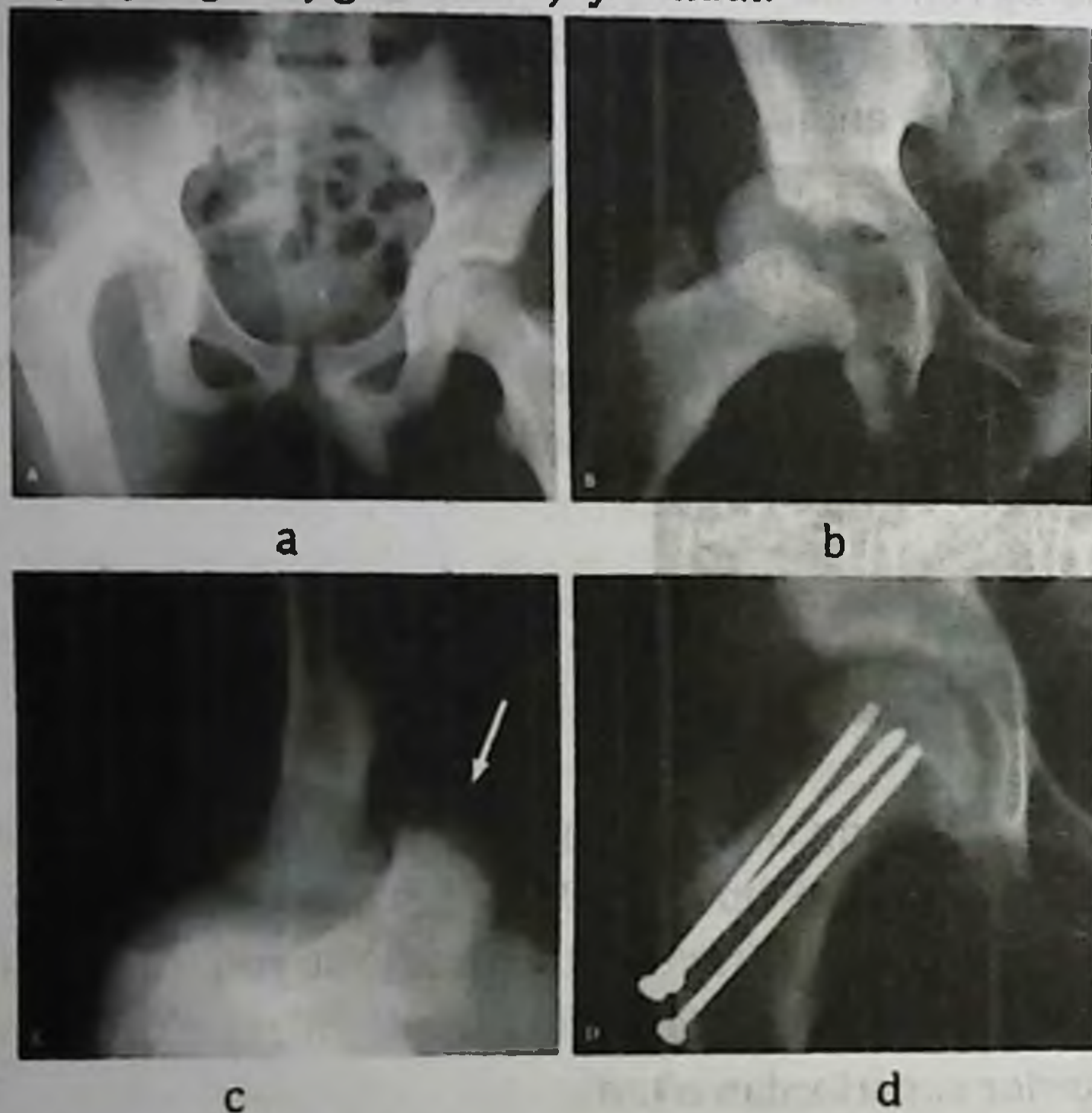
Shumaxer chizig'i ham kindikka yaqin, yoki undan pastdan o'tadi.

Chanoq-son bug'imida faol harakatni bola bajara olmaydi, bemor yotgan holda uzatilgan oyoqni ko'tarib ko'rsata olmaydi, passiv harakat og'riqli, cheklangan.

Rentgenologiya tekshiruvi. Rentgenologiya tekshiruvida son suyagi boshchasi chaqoloqning 4-6 oylik davrida suyaklanib boshlanishini epifiz va metafiz o'rtasidagi o'sish tog'ay qatlami suyak soyasi yo'q, ochiq ko'rinishini e'tiborga olish kerak. O'rtacha 18

yoshda o'sish tog'ay qatlami suyaklanadi, epifiz metafiz (bo'yincha bilan) birikadi.

Travmatik epifizeoliz siniq bo'laklarining siljishi bilan kelsa, oldingi orqa rentgen tasvirda diagnozni qo'yish oson. Son boshchasi chanoq quymich kosasida artikulyatsiya holatda ko'rinib, bo'yincha oldinga va yuqoriga siljigan bo'lib joylashadi.



Rasm-150. Son suyagi boshchasi chiqishi va epifizeoliz: a, b(A, B).

Aksial proyeksiyasi(c). Operatsiya qilib, 3 ta shruplar bilan fiksatsiyalangan rentgen tasvirlari - d (D) (Hamlet A. Peterson, 2007)

Son suyagi bo'yinchasini sinig'larida rentgen tasvirida siniq chizig'ining joylashuvini o'rganib, siniqning subkapital - boshcha osti sinig'i, transservikal - bo'yincha sinig'i, bazal-bo'yincha asosli sinig'larini ekanligini aniqlaymiz.

Shuningdek siniq bo'laklarining siljishi, yo'nallishini o'rganib, diagnozni ishonchli qilamiz.

Davolash. Son suyagi boshchasi epifizeolizi, bo'yinchasi siniqlari statsionarda yotqizib davolanadi. Davolash oyoqqa skelet tortmasi qo'yib tortishdan boshlanadi. Skeletdan tortish uchun aseptika qoidalari doirasida, og'riqsizlantirilgan, katta boldir suyagi yuqori metafizidan ko'ndalang yo'nalishida spitsa (kegay) o'tkaziladi. U katta boldirning tuberositas tibia ostidan o'tishi kerak. Spitsa maxsus yarim xalqada taranglanib, ip bog'lanib, yuk osiladi. Yuk og'irligi bola yoshi, siniq sifatlarini (siniq joyi, siljishi) e'tiborga olib, 2, 5-7, 0 kg gacha bo'lishi mumkin. Shinada oyoqning holati tanadan 20-25° chetga qochirish, 10-15° ichkariga burib (rotatsiya qilib) qo'yiladi. Skeletda tortish muddati 1, 5 - 2 oy 5-6 yoshli bolalar uchun belgilanadi. Undan katta yoshdagi bolalar uchun 2, 5-3, 0 oy qilib belgilangan edi.

Yoki 3-4 hafta davolashda skelet tortmada son boshchasini epifizeolizini, son suyagi bo'yinchasi siniqlari siljishlarini to'g'rilab joyiga tushirgach, yana 5-6 hafta chanoq-son gips bog'lamasida immobilizatsiya davom ettirilgan. Oyoqqa bosib yurish travma ro'y bergan vaqtdan so'ng 8-10 oy o'tmaguncha ruxsat berilmaydi. Bu paytlar qo'ltiq tayoq, yoki boshqa moslama yordamida yurib turadi. Shu siniqlar yaxshi bitib ketgach ham son suyagi boshchasida distrofik o'zgarishlar, qon ta'minlanishi buzilishi, aseptik nekroz kuzatilishi mumkin. Ularni medikament va fizioterapiya muolajalari bilan uzoq vaqt davolashga to'g'ri keladi.

Yuqorida yozilgan davolash uslublari shu siniqlardagi suyaklar anatomiya, fiziologiya xosliklari, bitish jarayoni, asoratlarini hisobga olinib tavsiya qilingan. Biroq skelet tortmasida uzoq yotish shu davolash metodikasini mukammallashtirish vazifasini quyadi.

Son suyagi boshchasi, bo'yinchasi siniqlarini "Perkutant osteosintez" metodikasi bilan davolash.

Perkutant (teri orqali, ya'ni teri kesilmagan) osteosintez metodikasi amalining bajarilishi ketma-ketlik tartibi quyidagidan iborat.

Shifoxonada anamnezni, shikoyatlarini o'rganish.
Klinik belgilarni aniqlash.
Rentgenologik tekshiruv, diagnozni to'liq aniqlash.
Siniqni, boldirdan kegay (spitsa) o'tish joyini og'riqsizlantirish.
Kegay o'tkazib, skelet tortmasi sistemasi bilan oyoqni Beler shinasiga qo'yib tortib, yotqizib qo'yish.

Bemorni klinik, laboratoriya tekshiruvlar asosida operatsiyaga tayyorlash.

Nazorat rentgen tasvir qilish, uni o'rganish.

Operatsiya xonasiga sifatli immobilizatsiya qo'yib bemorni ko'chirish.

EOP (elektronnaya opticheskaya preobrazovatel- elektron optik o'zgartirib, rasm taqdim etuvchi) asbob bilan suyak siniqlari holatini o'rganish.

Suyak siniqlari siljigan, hali qoniqarli emas deb topilsa, qo'l bilan repozitsiyaga (siniq bo'laklarini joyiga bir-biriga to'g'irlashga) o'tish.

Rentgen yoki EOP nazoratida siniq siljishi to'g'rilanganligini o'rganish joyiga tushganligini e'tirof etish.

Yordamchi vrach siniq bo'laklari to'g'rilangach, oyoq tanadan chetga 20-25° qochirilgan, tizza qopqog'i o'rtada, shipga to'g'ri yuzlangan, hatto 5° ichkariga buralgan holatda ushlab, kerakli miqdorida kuch bilan tortib turishi;

Perkutant osteosintezni amalga oshirish.

Nazorat rentgen tasvirda (EOPda) ko'stlar ostidan, sonning tashqi yuzasidan kiritilib, bo'yinchadan o'tib, boshchadan chiqmay yuborilgan spitsalar (kegaylar) holatini o'rganish, ularni to'g'ri joylashtirish. 4, 5 kegaylar yuborish.

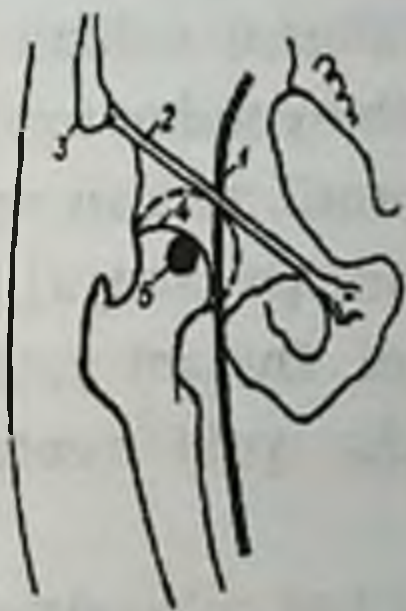


a

b

Rasm-151. Perkutant amaliyotini bajarish. Chapda terida son suyagi boshchasini topish uchun chizmalar.

O'ngda – teri orqali son bo'yinchasi, boshchasiga spitsalar kiritilgan.



a



b

Rasm-152. Chapda (a) – son boshchasini topish sxemasi: 1-a. femoralis (pulsatsiasi topiladi); 2-Pupartova boylami, 3-spina iliaca anterior superior, 4-boshcha, 5-bo'yincha. O'ngda - son suyagi bo'yinchasi sinig'i to'g'rilangan, 4ta spitsa (kegay)o'tkazilgan: rentgen tasvir.

Kegaylarning teri usti qismini, 90° buklash, ularning qolgan qismini kesib olib tashlash. Kegay oxirlarini teri ostiga kiritish, teri bilan ular ustini yopish. Bu kegaylar siniq bitguncha 4-10 oy turishini bilish. Yod, spirt bilan artish, spirtli ho'llangan bog'lama

qo'yish. Chanoq-son gipsli bog'lama qo'yish, davolash immobilizatsiyani amalga oshirish.

Son suyagi bo'yinchasi sinig'i bilan skelet tortmasida 4-5 kun tortiladi. Siniq bo'laklari siljishini yo'qotib, joyiga tushib to'g'rilansa, operatsiya kuni sifatli transport immobilizatsiya qo'yilib, operatsiya xonasiga bemor bola ko'chiriladi.

Siniq bo'laklari joyiga aniq tushmagan holatlarida operatsiya xonasida, son suyagi bo'yinchasi siniqlarini qo'l bilan tortib joyiga to'g'rilash (repozitsiya) qilinadi.

Repozitsiya qilish texnikasi. Repoziatsiya perkutant osteosintez amalidan oldin bajariladi. U umumiy og'riqsizlantirish qo'llab qilinadi.

Leadbetter Y. W. - Lidbetter (1938 y) metodini V. A. Chernavskiy (1968 y) yozgan uslub bo'yicha: yordamchi chalqancha yotgan bemor bolaning chanoq suyaklarini ushlab bosib turadi. To'g'rilovchi vrach oyoqni tizzada buklab oyoqdan tortib chanoq-son bog'imida 90° ga yetguncha buklab boradi, tortish son tik holatda ham davom ettiriladi, Ichkariga buraladi (rotatsiya), tortish kuchi saqlangan holda oyoq tiklanib uzatiladi. Oyoqni yordamchi tortib ushlab turishda davom etadi. EOPda, yoki rentgen tasvirida to'g'rilash natijasi ko'riladi.

Perkutan osteosintez umumiy vena ichi og'riqsizlantirish ostida amalga oshiriladi. Chanoq-son bug'imi oldingi yuzasidan son suyagi bo'yinchasi proeksiyasi topiladi. (Rasm-142-143) bu nuqtani aniqlash uchun son arteriyasi pulsatsiyasi (1) va chov boylami (2) proeksiyasida brilliant yashili yordamida chiziq chiziladi.

Arteriya pulsatsiyasi nuqtasidan 2-3 sm tashqarida va chov boylami proeksiyasidan 1-3 sm pastda nuqta aniqlanadi. Shu nuqtadan vertikal ravishda Kirshner kegayl kiritiladi va son suyagi bo'yinchasining medial va lateral qirralari "paypaslanadi". Bu nuqta kegaylarni son suyagi bo'yinidan o'tkazish uchun orientir hisoblanadi.

Tizza qopqog'i o'rta neytral holatida ko'stlar osti sohasidan bo'yinchaga anteverziyani hisobga olgan holda 3-4 ta kegay kiritiladi (gorizontal tekislikdankegayning uchl 15 gradus ko'tariladi). Nazorat rentgen qilinadi, kegaylar kiritish chuqurligi nazorat qilinadi. Kegaylar oxiri 90° bukilib teri ostiga kiritiladi.

Perkutant osteosintez chanoq-son sohasiga qo'yiladigan gips bog'lama bilan yakunlanadi. Gips qotishdan avval chanoq-son bo'g'imlariga 5-7° buklashga e'tibor beriladi. Bu gipsda bola yotish muddati 2-3 oy bo'lib, rentgent tasvir natijalariga ko'ra yana gips bog'lama qo'yish 1-2 oyga uzaytirilishi mumkin. Gips yechilgach, dush olish, parafin qo'yish, yengil massaj, bola yotgan holda oyoq bo'g'imlarida harakat mashqlari buyuriladi. UVCh, elektroforez kabi fizioterapiya o'tkaziladi. Oyoqqa bosish travmadan keyin 7-10 oy muddatgacha ruxsat berilmaydi. 4-5 oydan so'ng qo'ltiqayoqlar yordamida yurishga ruxsat beriladi.

Suyakning bo'yin va ko'st qismlari singanda va sinliq bo'laklari o'rniga tushgandan so'ng oyoqqa gips bog'lam qo'yiladi. Bo'g'im ichidagi sinliq bo'laklari sekinlik bilan bitishi tufayli bunday jarohatlarga gips bog'lam uzoq muddatga qo'yiladi (2-3 oyga). Bu esa kelgusida suyak boshining aseptik nekrozi bo'lmasligining oldini oladi.

Katta ko'stning alohida sinishi

Katta ko'stning alohida sinishi (apofizeoliz) bolalarda kam uchraydi. Bunday jarohat ko'stning o'zigatashqi zarb to'g'ridan-to'g'ri urilishi natijasida aniqlanadi.

Jarohat belgilari. Bemor urilgan joyda og'riq sezadi. Oyoqni harakatlantirganda og'riq zo'rayadi, ko'st atrofida shish, qon quyillishi va qo'porilgan suyakning harakati aniqlanadi. Rentgen tasviriga qarab tashhis qo'yiladi. Ammo uzilgan ko'st ko'pincha paylar orasida qisilib yotgani uchun uning siljigani bilinmaydi. Shuning uchun har ikkala ko'stning rentgen tasvirini solishtirib tashhis qo'yiladi.

Davolash. Oyoqqa 3-4 haftada gips bog'lam yoki oyoq beler shinasiga tortib qo'yiladi.

Kichik ko'stning alohida sinishi

Kichik ko'stning alohida sinishi unga birikkan yonbosh bel muskulining to'satdan qattiq tortilishi natijasida yuzaga keladi.

Jarohat belgilari. Singan joyda qattiq og'riq paydo bo'ladi. Og'riq oyoqni burganda va paypaslab ko'rilganda zo'rayadi, rentgen tasviriga qarab tashhis qo'yiladi.

Davolash. Oyoq 3-4 haftada gips longeta bilan ushlab turiladi, yoki Beler shinasiga qo'yib tortiladi. Suyak bo'laklari bitgach, fizioterapevtik muolajalar qilinadi.

Son suyagi diafiz qismining sinishlari

Son suyagi diafizarsiniqlarilokalizatsiyasi – siniq joyiga ko'ra:

yuqori uchligi – 18,3 % holatda,

o'rta uchligi – 71,8% - eng ko'p,

pastki uchligi – 9,9 % - miqdorda uchraydi.

Son suyagi diafizi siniqlari jarohat mexanizmi. Bevosita – to'g'ridan-to'g'ri ta'sir, va bilvosita – tana aylanganda, oyoq bukilganda suyak siniqlari hosil bo'ladi.



a

b

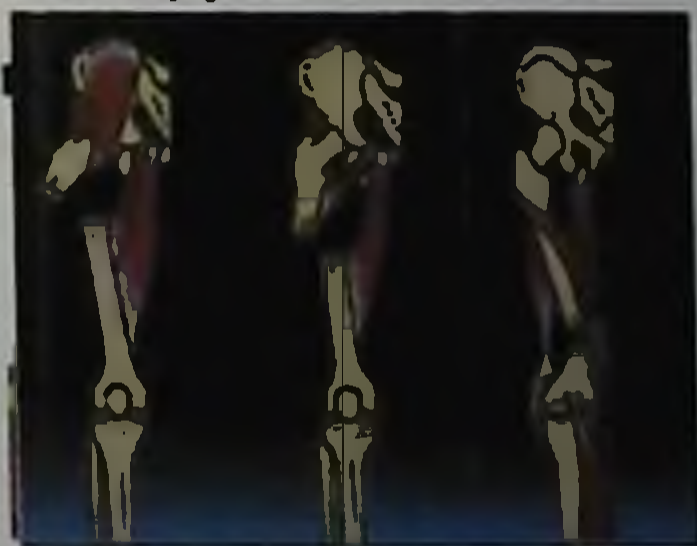
Rasm - 153. Son suyagi siniqlarining siljishlariga mushaklar qisqarishining ta'siri (a), b- son suyagi distal epifiziolizi.

Jarohat xarakteri bo'yicha qiyshiq, vintsimon - 52,4%; ko'ndalang - 31,9%; parchalangan - 10,6%; siqilib sinishlar - 5,1% ko'rinishida uchraydi. Suyak bo'laklari siljishi bilan, siljimasdan sinishlar farqlanadi.

Siniq suyakning diafiz qismida bo'lsa, siniq bo'laklarining siljishi yuqoriga -uzunasiga bo'ladi, lekin tashqariga kamroq siljiydi. Siniq son suyagining pastki qismida bo'lsa, boldirning uch boshli muskullar qisqarishi natijasida suyakning quyi bo'lagi orqa tomonga siljiydi. Ba'zan bu siljigan suyak bo'lagi nerv va qon tomirlarini jarohatlashi mumkin. Ayrim hollarda siniq quyi bo'lagining o'ziga xos bo'lmagan ko'rinishida, ya'ni oldinga siljishi ham kuzatiladi.

Klinik belgilari, simptomlari: og'riq, kaltalik, patologik xarakat. Bolalarda son suyagi diafiz qismining sinishi tez-tez uchrab turadigan og'ir jarohatlardan hisoblanadi. Ko'st osti, son suyagining yuqori, o'rta va pastki qismlari sinadi.

Bemor singan sohadagi og'riqdan shikoyat qiladi. U oyoqlarini erkin harakat qildiray olmaydi. Oyoq shakli notabiiy bo'lib, qisqarib qolgandek ko'rinishda. Son suyagining yuqori qismi singanda katta va kichik ko'stlarga birikuvchi bel-yonbosh, o'rta, kichik dumba va noksimon muskullar suyakning markaziy qismini oldinga va tashqariga, quyi qismi esa sonni ichkariga tortuvchi uzun, kalta va kichik muskullar ta'sirida ichkariga siljiydi. Buning natijasida ikki bo'g'imlik yarimparda, yarimpay va ikki boshli muskullar tortishidan suyak bo'laklari bo'ylama siljiydi.



Rasm-154. Son suyagi diafiz qismida siniq bo'laklarining mushaklar tortish kuchi ostida siljishlari.

Davolash. Davolashning asosiy sharti suyak bo'laklarini aniq o'rniga qo'yib, qo'zg'atmay ushlab turishdir. Son suyagi singan bemorlar ahvoli og'ir bo'lib, ular shok holatiga tushmasliklari uchun singan oyoqni mahalliy og'riqsizlantirib, taxtakachalab, so'ng shifoxonaga yuboriladi.

Jarrohlik bo'limida bemorni dastlab shok holatidan chiqarish uchun davolash muolajalari o'tkaziladi.

Davolash usullari

1. Jarohatlangan a'zo faoliyati cheklanmaydigan usulda, ya'ni singan suyak bo'laklari skelet yoki teridan kleol (plastir) yordamida tortiladi.

2. Jarohatlangan a'zo faoliyati cheklangan usulda, ya'ni singan a'zoga gips bog'lam qo'yib davolanadi.

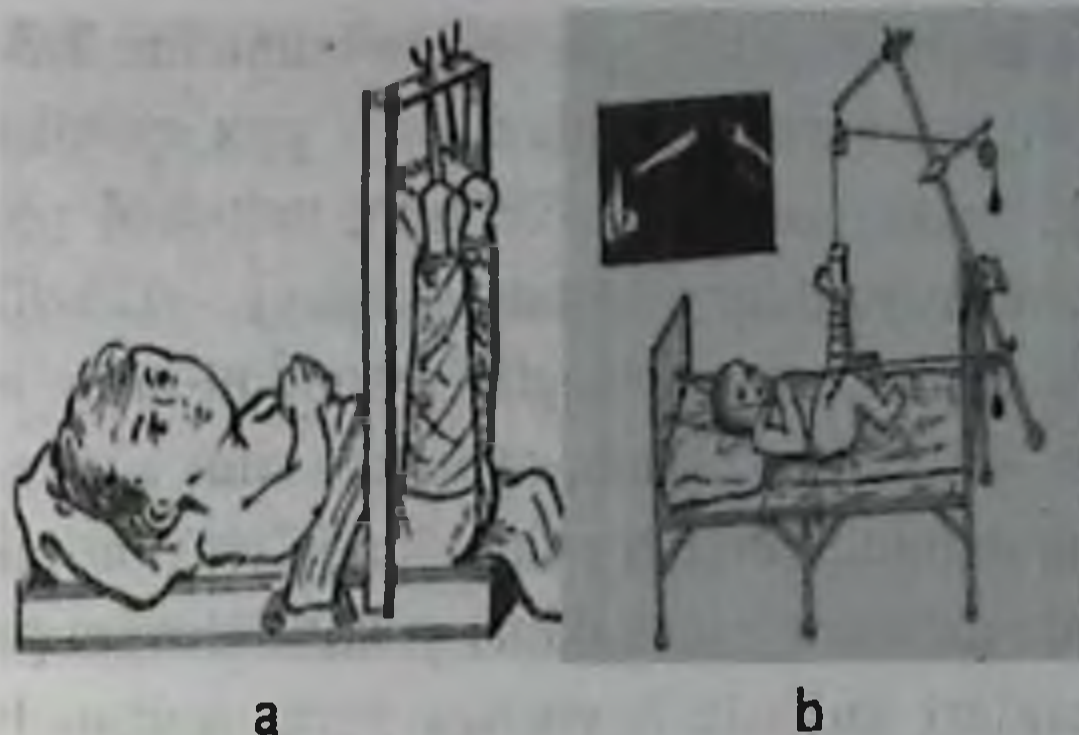
3. Jarohatlangan a'zoni aralash usulda, oldin skeletdan tortib, ma'lum vaqt o'tgandan keyin gips bog'lam qo'yiladi.

4. Kompresion-distraksion apparatlar (G. A. Ilizarov, O. N. Gudushauri, Kalnberz, Volkov-Oganesyanyan) yordamida davolanadi.

5. Xirurgik usul bilan davolashda sinik bo'laklari spitsalar bilan, suyak usti osteosintez-plastinalar, shuruplar vositasida mahkamlab qo'yiladi.

Son suyagi singanda davolash usuli bolaning yoshiga qarab aniqlanadi. Uch yoshgacha bo'lgan bolalar son suyagi singanda asosan vertikal holda kleol yoki yopishqoq tasma bilan tortib davolanadilar: Shede usuli deyiladi.

2-4 oylik bolaning oyog'ini Blaunt usuli bilan maxsus tayyorlangan shinalarga (ikkala oyoqni tik holda osib) qo'yib ikki hafta davomida davolash lozim.



Rasm-155. Son suyagining diafizidan singanda Blaunt uslubi bilan leykoplastiz yordamida tortib davolash. Chapdachaqaloqlarda (a); o'ngda - 3 yoshgacha bolalarda Shade usuli (b).

Buning uchun bemorni taxta so'riga yotqizib, oyoqlari kleol yoki yopishqoq tasma yordamida tik holda tortiladi. Tortishdan oldin albatta singan soha 0,5% novokain eritmasi bilan og'riqsizlantiriladi. So'ngra singan yuzadan 2-3 sm yuqoridan kleyli yoki yopishqoq tasma yordamida tortiladi, Tovon ostiga turtburchak shaklda taxtacha qo'yib undan yuk uchun ip o'tkaziladi.



Rasm-156. Son suyagi diafizidan siniqlarni skelet tortmada tortib davolash: 5-7 yoshlilarda.

Kleol yoki yopishqoq tasma mahkam ushlashi uchun ustidan bint o'raladi. Yuk osiluvchi iplar bloklar orasidan o'tkazilib, 2-3 kg tosh osiladi.

Son suyagi diafizar siniqlarini tavondan tortib davolash. Bolalar son suyagi diafizning siniqlarini yopishqoq tasma yordamida

Sheda usuli bilan bolaning 3 yoshga to'lgunicha, 2-3 kg yuk bilan tortib davolash mumkin. 3 kgdan ko'p yuk qo'yilsa lipkoplastir teridan ajralib, toyib boshlaydi. Shuning uchun 4 yoshli bolalarda bolaning tovon suyagidan spitsa (kegay) o'tkazilib, uni SITO (sentralnyy institut travmatologii, ortopedii-ning bosh harflari) yarim xalqada -yoyda-taranglab, oyoqqa xuddi Shede uslubidek tik holat berib davolanadi. Tortish yuki 4 kg qo'yilish mumkin. Tavondan tortib davolash uslubini mushaklari yaxshi rivojlangan 3, 5 yoshli bolada, mushaklari kuchsiz 5 yoshga yetib qolgan bolalarda ham qo'llash mumkin.



Rasm-157. Son suyagi diafizar sinig'ini tovondan skelet tortma qo'yib tortib davolash: 4, 5 yoshlilarda.

Bolqon ramasi va boldirtutqichda skelet tortmasi qo'yib davolash. Bu uslub son suyagi diafizi siniqlarini davolashda oyoqqa vertikal holat berib (3, 4, 4, 5 yoshgacha) davolashdan, oyoqni funksional shinada joylashtirib skelet tortishda davolashga o'tishdagi bosqich davolash uslubidir.



Rasm-158. Son suyagi diafizar sinig'ini Bolqon ramasida bolder tutqichlar yordamida tortib davolash.

Bu uslubda skeletda tortuluvchi songa vertikal holat berilib, tizzada 90° buklanib, boldir matodan tikib tayyorlangan boldirtutqichga joylashtirilib, Bolqon yarim oroll vrach-olimi kiritgan, krovatga maxkamlanuvchi aslahat-rama vositasida bajariladi.

Skelet torma uchun kegay sonning quyi metafizidan, o'sish zonasi-tog'ay qatlamdan yuqoridan o'tkaziladi. U yoyda taranglanib, Bolqon romasidagi bloklardan ip o'tkazilib, 4-5-6 kg yuk bilan tortiladi. Shu tortilayotgan oyoqning bo'ksasi gorizontaal yuzadan ko'tarilib turishi mezon hisoblanadi.

Bolqon ramasi va boldirtutqich moslamalarda tortib davolash 5-7 yoshli bemorlarda qo'llaniladi.

Son suyagi diafizi siniqlarini Beler funksional shinasida skelet tortma qo'yib davolash. Beler shinasiga funksional shina deb sifat berilishi – bu shinaga oyoq joylashtirilganda oyoq chanoq-son bo'g'imida 40° buklangan, tizza bo'g'imida 40° buklangan holatda joylashadi. Oyoqning shu bo'g'implarda 40° burchak hosil qilib joylashuvi shu bo'g'implar va son, boldir mushaklarining muvozanatli turishini ta'minlaydi.

Skelet tortmasi qoyish uchun spitsa (kegay) boldirning teberositas tibia ostidan, undan 2 sm chuqurda, tizza bo'g'imidan 4-5 sm pastda ko'ndalang yo'nallishda o'tkaziladi. Og'riqsizlantirish siniq joyini 0, 5%- 15-20, 0 novokain eritmasi bilan, kegay o' tish joyini ham mahalliy og'riqsizlantirib bajariladi.

Bolaning yoshi, mushaklarinig rivojlanishiga qarab 5-7 kg yuk bilan tortiladi. Suyak o'qi bo'yicha tortish siniq bo'laklarining bo'yiga siljishlarini to'g'rileydi. Yonboshga siljishlarni shu soha mushaklarining taranglik bosim kuchi to'g'rileydi.

Skelet tortmada davolash muddati 7 yoshgacha 3-4 hafta, 7 yoshdan katta bolalar uchun 5-6 hafta bo'ladi.

Nazorat rentgen tasvirlarni o'rganib, skelet tortmadan yechilib, gips bog'lamasi qo'yiladi. Gips bog'ama chanoq-son bo'g'imini, tizza, boldir-oshiq bo'g'implarini harakatsizlantiradi.



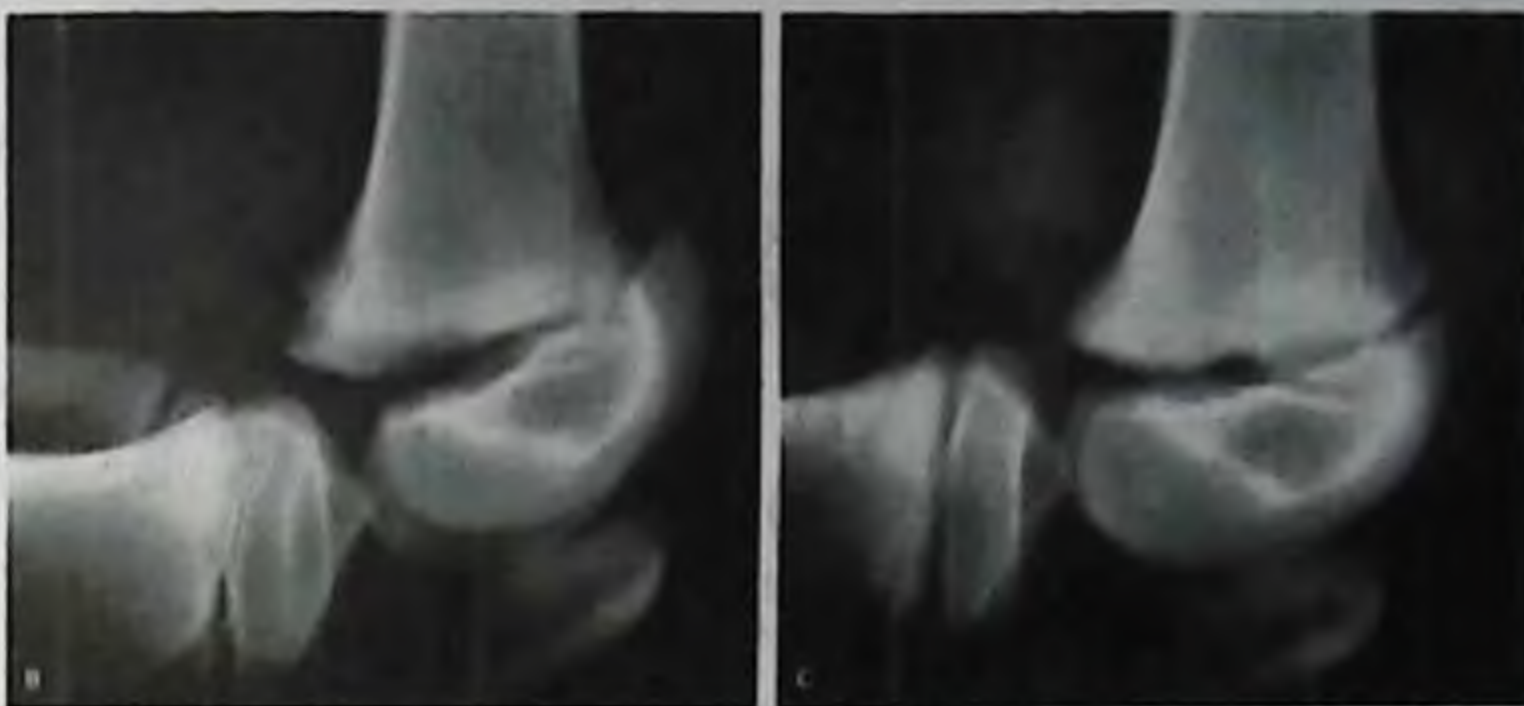
Rasm-159. 14 yashar bolada son suyagi diafizining sinigi'i. Intramedullyar bloklovchi osteosintez bajarilgan. (John A. Herring, MD, 2018)

Son suyagining pastki epimetafizining sinishi

Son suyagi tizza bo'g'imiga yaqin joyidan sinish epifizeoliz, osteoepifizeoliz ko'rinishida ro'y beradi. Bu siniqlar tizzani tik qilish, tik qilib yana ta'sir kuchini davom etib zo'riqqanda hosil bo'ladi.



Rasm-160. Bemor A., 12 yosh son suyagining distal epifizeolizi(a, b).



c

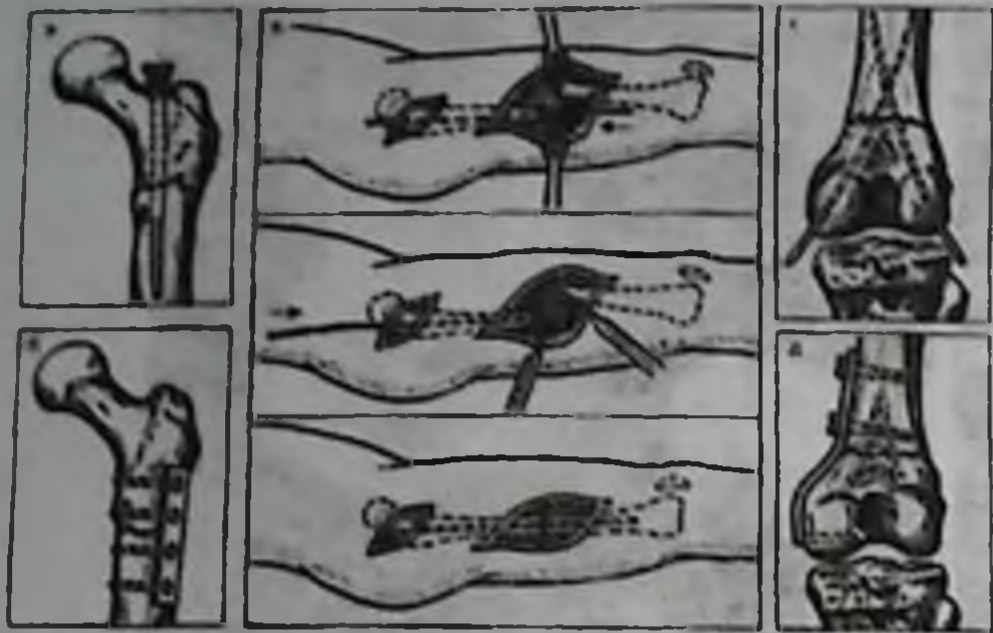
d

Rasm-161. Bemor A., 12 yosh son suyagining distal epifizeolizi va joyiga to'g'rilangan: c – tog'rilash jarayoni, d – to'rilangan. Rentgen tasvirlar (Hamlet A. Peterson, 2007).

Klinik ko'rishda shish, og'riq, passiv holat, tizzada og'riq sababli harakat o'ta chegaralangan Rentgentasvirda distal epifizning o'sish tog'ay qatlamidan siljiganl, markaziy bo'lak tizza taqimi tomon xavfli siljigani ko'rinadi. Osteoepifizeolizda metafizning ham bir cheti sinadi.

Davolash. Umumiy og'riqsizlantirish qilib, qo'l bilan suyak uzun o'qi bo'yicha tortib, yonga siljishlarini barmoq bilan bosib, joyiga itarib repozitsiya qilinadi. Repozitsiya vaqti oyoq tizzada buklanadi. Oyoqqa yarimbuklangan holat berilib sirkulyar gips bog'lama qo'yiladi. Gipsda saqlash muddati 4 hafta. Oyoqqa bosishga ruxsat beruvchi muddat 6-8 hafta.

Operatsiya uslubi bilan davolash. Operatsiya metodi bilan davolashga ko'rsatmalar: Bemorning vaqtni o'tkazib, kech murojaat qilishi; Skelet tortma bilan davolashda sinik bo'laklarining joyiga to'g'ri bormasligi (interpozitsiya borligi) tizza bo'g'imga yaqin siniqlar-epifizeoliz, osteoepifizeolizlarda markaziy sinik bo'lagi oxiri tizza orqasidan o'tuvchi qon tomir, nervlarga bosim belgilari aniqlanganda.



Rasm-162. Son suyagi siniqlarini operatsiya usulida davolash (sxema)- suyakusti osteosintezi (б, д) intramedullyar osteosintez (а, в) va kegaylar bilan osteosintez (г).

Operatsiya texnikasi. Umumiy og'riqsizlantirish bilan bajariladi. Son diafizining yuqori, o'rta qismida teri tashqi yuza tomondan kesiladi. Fassiya kesiladi. Mushaklar orasi ochiladi. Siniq joyi ochiladi. Gematoma chiqarilib yuboriladi. Siniq yuzalari qirib tozalanadi. Siniq bo'laklari bir-biriga to'g'rilanadi. Ular kegaylar bilan vaqtincha mahkamlanadi. Plastina qo'yilib, har qaysi bo'lakka 3 tadan shurup bilan mahkamlanadi. Yumshoq to'qimalar qavatma-qavat tikiladi. Spirtli bog'lam qo'yiladi. Chanoq-son gips bog'lami qo'yiladi.

Bolalarda son suyagi siniqlarining asoratlarini davolash

Son suyagi diafiz qismida siniq bo'laklari bir-biriga burchak hosil qilib bitgan bo'lishi mumkin. Burchak 10-15° dan ko'p bo'lsa, operatsiya metodi bilan davolanadi.

Son suyagi pastki epimetafizidagi o'sish tog'ay qatlami faolligi 70% ga teng. Epifizeoliz, osteoepifizeolizdan keyin o'sish tog'ay qatlami o'smay qolsa son suyagi o'sishdan orqada qolib, kaltalik kuzatiladi. Kaltalik operatsiya metodi bilan, suyak osteotomiya qilinib, apparatda uzaytirib davolanadi (Rasm-153-154).

O'sish tog'ay qatlami funksiyasi buzilishidan so'ng oyoq o'qi buzilib, tizzaning valgusli yoki varusli qiyshiqligi rivojlanadi. Bu asorat xirurgik yo'l bilan, metafizda Repke bo'yicha osteotomiya qilinib, 4-5 ta spitsalar bilan mahkamlanib, chanoq-son gips bog'lama qo'yib, davolanadi (Rasm-155).



a



b

Rasm-163. Son suyagi kaltaligi (a), son suyagi osteomiyeliti sababli chaqaloqlik payti son suyagi distal o'sish zonasi funksiyasi buzilgan. Son suyagi kaltaligi: b - rentgen tasvirida distal o' sish zonasi yopilgan(erta suyaklangan).



Rasm-164. Son suyagini osteotomiya qilib Ilizarov apparati yordamida uzaytirish



c



d



Rasm-165. Son suyagi distal o'sish zonasi faoliyati buzilganligi sababli genu valgum (a, b). Foto - o'ng tizzada genu valgum. Rentgen tasviri. Operatsiya - Repke bo'yicha osteotomiya sxemasi (c). Operatsiyadan keyingi rentgen tasvir (d).

IX BOB

TIZZA BO'G'IM SHIKASTLARI

Tizza bo'g'imlari latlari

Tizza bo'g'imlari latlari tizzaning urilishidan paydo bo'ladi. Bu shikast bo'g'im ichiga qon quyilishi, yumshoq to'qimalarning latlanishi bilan kechadi. Bemorni og'riq bezovta qiladi. Shish borligi uchun tizza o'z shaklidan o'zgarib, rel'efi buziladi. Terida tirlanish, sildirilish bo'lishi mumkin. Tizza qopqog'i asta bosib ko'rilganda uning botib yana ko'tarilishi aniqlanadi. Bu tizza bo'g'imlari ichida suyuqlik (qon, sinovial suyuqlik) ko'payganligining belgisidir. Rentgentsvirda, MSKT tekshiruvda suyak to'qimasi bezararligi topiladi. Bu tizza bo'g'imlari latlari ekanligini isbotlaydi.

Davolash. Teri spirt, yod bilan artilib, tizza qopqog'i tashqi-yuqori osti tomonga ukol qilinib, 0,5%-15-20 ml novokain eritmasi yuboriladi. Tizza bo'g'imlari ichidagi qon so'rib olinadi. Spirtli bog'lam qo'yilib, oyoq panjalaridan sonning yuqori qismigacha orqa gips longeta qo'yiladi. 10-12 kundan so'ng gips longeta yechilib, vanna, davolash gimnastikasi o'tkaziladi.

Tizza qopqog'i (Patella) sinishi

Tizza qopqog'i sinishi tizzaga urilib yiqilish, yoki patellaga kelib birikuvchi sonning to'rt boshli muskulining kuchli qisqarishi sababli hosil bo'ladi.

Klinik ko'rikda og'riq, shish, tizzada buklash og'riqni kuchaytirishi, palpatsiyada siniq bo'laklari, ularning bir-biridan qochib turishi, diastaz borligi aniqlanadi.



Rentgentsvirning yonbosh proektsiyasida, ayniqsa siniq bo'laklarining holati ko'rinadi.

Rasm-166. Tizza qopqog'i katta siljish bilan sinishi, operatsiya qilib davolashga ko'rsatma bor.

Davolash. Suyak bo'laklari siljimagan bemorlarda oyoq orqa gips longetada immobilizatsiya qilinadi. 1-2 kun sovuq (muz) qo'yiladi. 5-6 kundan gips longeta ichida mushaklarni qisqartirib, bo'sh qilish mashqi o'rgatiladi. 3-4 hafta o'tgach yurishga ruxsat beriladi.

Tizza qopqog'ining siniq bo'laklari siljigan bemorlarda davolash operatsiya qilib olib boriladi. **Operatsiya qilish texnikasi.** Teri Tekstor metodi bo'yicha kesiladi. Ichki kondilusdan boshlab, tizza qopqog'i pastidan o'tib, tashqi kondilulgacha kesiladi. Bu kesimda siniq joyi keng ochiladi. Tizza qopqog'i ikki yonidagi aponevrozlar yirtilmalarini ham tikish qulay bo'ladi. Gematoma tozalab olinadi. Siniq bo'laklari yuzalari tirnab tozalanadi. Bo'laklar to'g'rilanadi.



Rasm-167. Tizza qopqog'i siniqlarini (a) operatsiya qilib davolash, 2 ta spitsa lar va sim bilan fiksatsiya qilish texnikasi (b)
(John A. Herring, MD, 2018)

Tizza qopqog'i chetidan uning shaklini takrorlovchi doirasimon, o'rab oluvchi, qisuvchi chok qo'yiladi (ruscha: klissetniy shov). Aponevroz yirtilmalari tikiladi. Suyak usti pardasi, pay-aponevroz to'qimalari tikiladi, teri tikiladi. Tizzaga to'g'ri holat berilib, orqa gips

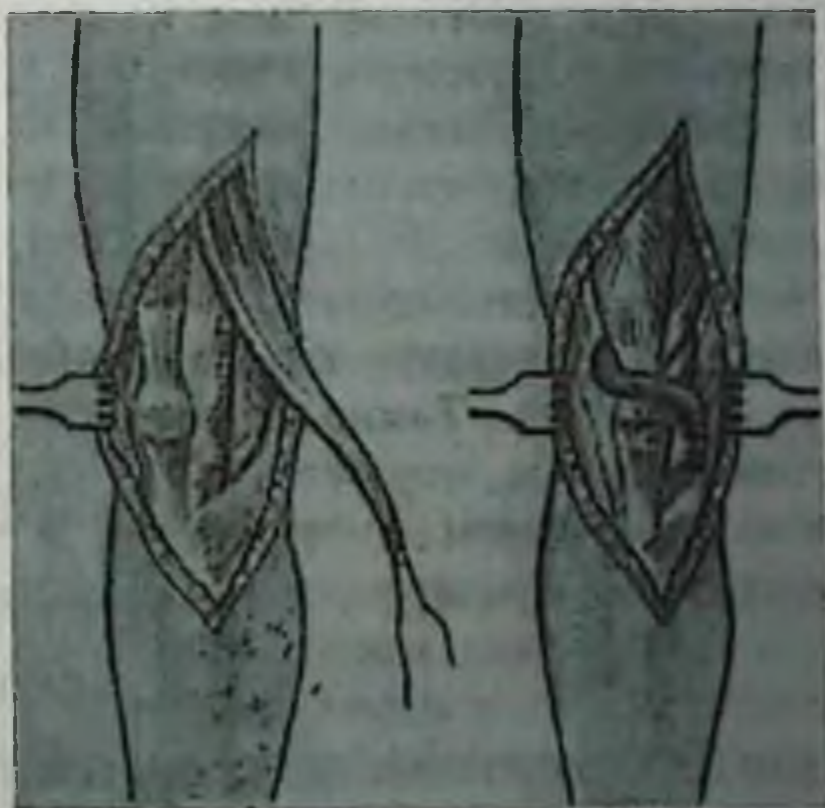
longeta qo'yiladi. Gipsda ushlab 5-6 hafta. Yechilgach kaliy yod novokainli elektroforez davolash metodlari o'tkaziladi. Dumba, son mushaklariga massaj buyuriladi.

Tizza qopqog'ining yonboshga chiqishi

Tizza qopqogining tashqi yuza tomonga travmadan so'ng siljishi tizza qopqog'i ichki tomondagi boylam, aponevrozlarning yirtilishi bilan kechadi. Og'riq, shish, palpatsiyadapatellaning lateral tomonga siljishi aniqlanadi. To'g'ri va aksial proeksiyada rentgenogramma qilinadi, shunda patellaning siljigani ko'rinadi.

Davolash. Novokain eritmasi (0, 5%-20 ml) bilan og'riqsizlantirib, gemartroz so'rib olinadi. Tizza qopqog'ining lateral chiqishini solish uchun oyoq chanoq-son bo'g'imda 90° buklanadi, tizza bo'g'imida ochiladi. Bu holatda son muskullari bo'shashadi, joyiga solish yengil bo'ladi. 3 haftaga oyoqqa orqa gips bog'lama qo'yiladi. Kunlik kuzatuv paytlari shish pasayganda, longeta qisib boylab boriladi.

Bu travmatik chiqishlar qaytalansa, operatsiya qilib, tizza qopqog'ining medial yonidagi boylam-aponevrozlar tikiladi.



Rasm-168. Tizza qopqogining eski chiqishida A. F. Krasnov operatsiyasi.

**Boldir suyagining bo'g'im yuzasi bo'rtma qismi ajralishi
tibianing eminentia intercondylaris sinishi**

Bolalardagi bu sinik kattalarda kuzatiladigan tizza ichi boylamlari ligamentum cruciatum anterior, posterior uzilishining ekvivalenti sifatida keladi. Travma mexanizmi bo'lib boldirning ichkariga burilishi, ilkidan tizzaning tik holda zo'riqishi hisoblanadi. Bu sinik bo'g'im ichi sinig'idir.



Rasm-169. Boldir suyagining bo'g'im yuzasi bo'rtma qismi ajralishi tibianing eminentia intercondylaris sinishi: sxema (prof. G. M. Ter-Yegiazarov).

Diagnoz qo'yishda yonbosh (profil) proeksiyadagi rentgentasvir, old (fas) proeksiyadagi rentgentasvir ahamiyatlidir. Siljigan siniqlar operatsiya qilib davolanadi.

Operatsiya qilish texnikasi. Teri tizza qopqog'i ichki yonidan, peripatelli kesish bilan bo'g'im ochiladi. Sinik yuzalari tozalanib, joyiga qo'yiladi. Katta boldir metafizida sinik bo'lagida kanal yasalib, undan ipak ip o'tkazilib "π" shaklida tikiladi. Teri tikiladi, spirtli bog'lam qo'yiladi. Oyoq-panjadan sonning yuqorisigacha orqa gips bog'lami qo'yiladi. Tizza 20° gacha buklanadi. Gips yechilgach novokain, kaliy yodli elektroforez, UVCh, davolash gimnastikasi tavsiya etiladi.



Rasm-170. Eminentia Intercondylaris sinishini operatsiya qilib davolash.

X BOB

BOLDIR SUYAKLARINING SINIQLARI

Boldir suyaklarining siniqlari bolalardagi barcha suyak siniqlarining 1/5 qismini tashkil etadi. Yuqoridan tushib yiqilish (daraxt, devordan), velosiped haydab yiqilish, og'ir vaznli jism bosib qolishi, avtomobil harakati bilan bog'liq sabablar travma mexanizmi hisoblanadi. Bitta katta boldir suyagi siniqlari eng ko'p (80%) uchraydi, keyin boldirning ikkala suyaklari siniqlari (17%), va kichik boldir suyagi, to'piqlar siniqlari kuzatiladi. Siniq chiziqlari yo'nalishi xilma-xil bo'lib, eng ko'p qiyshiq chiziqli yo'nalishdagi va spiralsimon (61%) xarakterdagi siniqlar uchraydi. Ko'ndalang, parchalangan, subperiostal, epifizeoliz, osteoepifizeoliz ko'rinishida siniqlar bo'ladi. Qiyshiq, spiralsimon siniqlar bola yiqilish payti oyoqqa bosib turadi, u yerdan uzilmay tana buralganda, boldir buralishidan sinadi. Elastikligi, egiluvchanligi balandroq bo'lgan kichik boldir suyagi qiyshiq, spiralsimon sinadi. Ikkala suyaklar ham singanda katta boldir suyagida siniq o'rta-pastki, pastki qismida, kichik boldir suyagining yuqori qismida joylashadi. 6 yoshgacha bolalarda boldir suyagining o'rta qismida subperiostal (suyak ust pardasi ostida) siniqlar uchraydi. Ularda metafiz qismida siqilgan (kompressiya bo'lgan) siniqlar ham kuzatiladi. Epifizeoliz, epifizning siniqlari 10 yoshdan katta bolalarda bo'ladi.

Katta-boldir suyagining yuqori epifizining epifizeolizi

Bolalarda bu siniq kam uchraydi. U tashqi ta'sir kuchi to'g'ri ta'sir etsa, yoki shu qismni eguvchi kuch ta'siri natijasidir. Tizza bo'g'imi va shunday pastida shish, deformatsiya, og'riq, tizzada harakat cheklanishi aniqlanadi. Rentgentasvirda epifizning orqaga, yoki oldinga siljishi ko'rinadi. Epifizning orqaga siljiganida siniqni to'g'rilash tizzani buklab (90° gacha) amalga oshiriladi. Shu buklangan holatda gips longeta qo'yiladi. Epifizning oldinga siljiganida, bunda sonning to'rt boshli mushagi tarang holga keladi,

siniqni to'g'rilash tizzani ochib, to'g'ri holda tortib, barmoqlar bilan joyiga qo'yiladi. Shu tizza ochilgan, to'g'ri holatda gips longeti qo'yiladi. Bu epifizeolizlarning bitish muddati 4-6 haftadir.



a

b

Rasm-171. 11 yoshli bolada boldir suyagi yuqori osteoepifizeolizi (a). Yonbosh proeksiyada (b) pastki bo'lak orqaga siljib turibdi. (Hamlet A. Peterson, 2007).

Katta boldir suyagining yuqori epifizi-tuberasitas tibia sinishi

Bu siniqlar ko'p uchramaydi. U son to'rtboshli muskulining haddan oshiq qisqarganda **tuberasitas tibia**-ni o'sish tog'ay qatlamidan uzib oladi. Bunda shu sohada shish, og'riq, buklangan tizzani uzata olmaslik kabi belgilar aniqlanadi. Rentgentsvirning yon (profil) ko'rinishida **tuberasitas tibia**-ning tilga o'xshab ko'tarilishini ko'ramiz.



a

b

Rasm-172. Bemor 15 yoshda tuberositas tibiya (a) va tibiya yuqori epifizi sinirlari (b) (Hamlet A. Peterson, 2007)



a

b

Rasm-173. Boldir suyagining tuberositas tibiya sinishi (a) va uni operatsiya qilib, 3 ta shurup bilan fiksatsiyalab davolash (b)
(John A. Herring, MD, 2018)

Davolash. 2 mm gacha siljishda 3-4 haftaga gips bog'lama qo'yilishi kifoya bo'ladi. Katta siljishlarda operatsiya qilib, siniq bo'lagi tikiladi, yoki sim kegaylar, shuruplar bilan mahkam qilib qo'yiladi.

Boldir suyaklarining yuqori metafizi siniqlari

Boldirning yuqori qismiga urilish, yoki suyakni eguvchi kuch shu metafiz sohaga to'g'ri kelsa siniq hosil bo'ladi. Siniq ko'ndalang yo'nalishli bo'lib, ba'zan pastki ingichka bo'lakning yuqori kengroq bo'lakka suqilib kirishi tarzida ko'rinadi. Og'riq, shish, avaylash kabi klinik belgilar bilan namoyon bo'ladi.



Rasm-174. Katta boldir suyagining yuqori metafizi sinig'i.

Davolash. Siljishi yo'q bemorlarda orqa gips longeta 3 haftaga qo'yiladi. Siljishi bor paytlarda u qo'l repozitsiyasi metodi bilan to'grilanib, oyoq-panjadan son yuqori qismigacha orqa gips longeta qo'yiladi. Biroq, gipsni yechib, vaqtlar o'tishi bilan bolada boldirning valgusli qiyshqlik rivojlanadi.

U suyak bo'laklarining uzunasiga qochishi, yoki travma sabab yuqori o'sish tog'ay qatlami faoliyati kuchayishi sababli ro'y beradi, degan tushuntirishlar bor. Keyinchalik bunday deformatsiyani tuzatish uchun operatsiya qilishga to'g'ri kelishi mumkin.

Boldir suyaklarining diafiz qismlari siniqlari

3-4 yoshgacha suyakustpardasi osti, subperiostal, qiyshiq siniqlar uchraydi. Og'riq bezovta qiladi, katta shish kuzatilmaydi. Bola oyoqqa bosolmaydi. Rentgen tekshiruv aniqlik kiritadi.



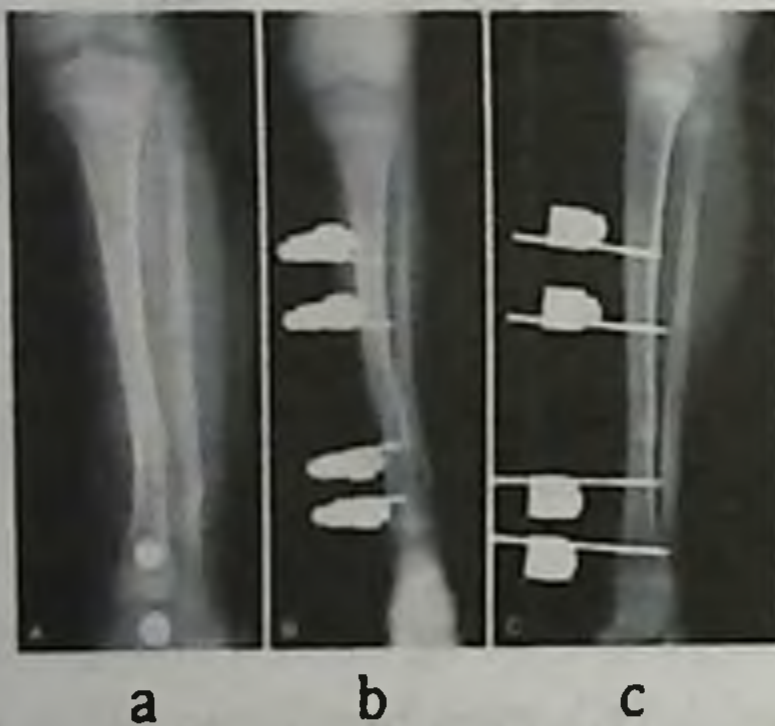
Rasm-175. Boldir suyaklarining diafizi siniqlari: a(A). Repozitsia, percutan osteosintez: b (B), gips bog'lama bilan davolash, siniqning bitishi: - c (C) (John A. Herring MD, 2018).



Rasm-176. Orqa gips longeta qo'yish texnikasi.

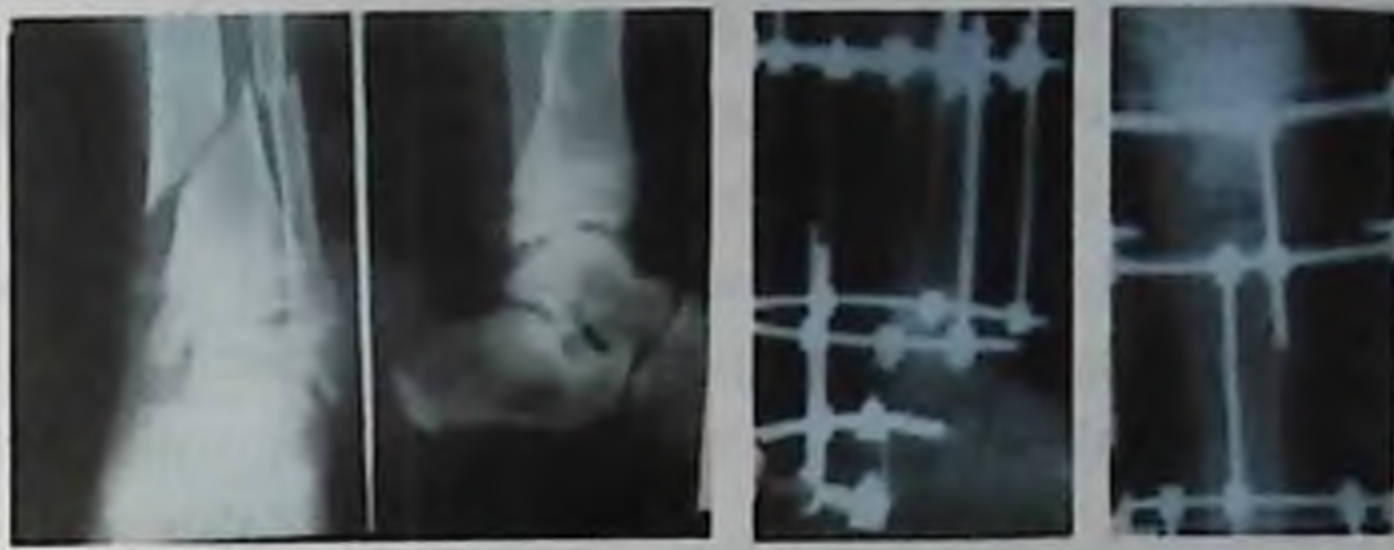
5-8 yoshli bolalarda qiyshiq, ko'ndalang siniqlar siljib kelsa, og'riqsizlantirib, funksional shinada (Beler shinasida) tovondan o'tkazilgan sim spitsa (kegay)ni yoyda tarang tortib, skelet tortmada davolanadi. Katta yoshli bolalarda o'smirlarda skelet tormasi 3-4 kun qo'yilib, shishlar kamaygach, operatsiyaga tayyorlanib, Ilizarov apparati qo'yib, davolanadi.

Ilizarov apparati qo'yish texnikasi. Bu davolash uslubi kompressiya-distraksiya osteosintezi deyiladi. Operatsiya kichik yoshli bolalarda umumiy og'riqsizlantirish bilan, o'smirlarda orqamiya og'riqsizlantirish bilan bajariladi. Bola oyog'i ortopediya maxsus stolida bo'ylamasiga tortilib, yon siljishlar qo'l bilan to'g'rilanadi. Nazorat rentgen tekshiruvda ishonch hosil qilinadi. Yuqori bo'lakdan 2 ta xalqa, pastki bo'lakdan 2 xalqa qo'yish uchun, boldirdan o'tuvchi katta qon tomirlari, nerv tomirlarini e'tiborga olib suyakdan uning o'qiga ko'ndalang spitsalar (sim kegaylar) o'tkaziladi. Ular Ilizarov apparati xalqalarida tarang tortiladi. Xalqalar bir-biri bilan tutashtiriladi, mahkamlanadi.



Rasm-177. Boldir suyaklarining diafizi siniqlarini (a) operatsiya uslubida davolash: tashqi sterjenli apparat qo'llash (b, c) (John A. Herrig MD, 2018).

2-3 kun o'tib bemor ambulatoriya sharoitida kuzatilib davolash uchun uyiga javob beriladi, qo'ltiq tayoq yordamida yurib turish tavsiya etiladi. Diafizar siniqlar 1, 5-2, 0 oyda bitadi.



a b c d

Rasm-178. Boldir suyaklarining pastki qismi sinishi, siljish bor (a, b). Ilizarov apparatida davolas (c, d). Rentgen tasvirlar.



Rasm-179. Boldir suyaklari diafizar siniqlarini intramedullyar ingichka fiksatorlar vositasida davolash (John A. Herring, MD, 2018)

Boldirning diafiz qismi siniqlarini davolashda noto'g'ri bitishlar va bitmay qolish, soxta bo'gim kuzatilishi mumkun. Bular suyak siniqlarini davolash tamoyillarining bajarilmasligi sababli rivojlanadi: gips boglamada dinamik kuzatish bo'lmasligi, gips boglamani erta, qisqa muddatda yechib olish, va erta oyoqqa bosib yurib ketish, tabibda davolanish kabilar.



a b

Rasm-180. O'gil bola 9 yoshda. Katta boldir suyagining soxta bo'gimi(a.) Operatsiya yoli bilan davolash: kichik boldir suyagi osteotomiyasi va yopiq usulda Ilizarov apparati qo'l langan (b). Suyak o'qi to'g'ri, soxta bo'gim bitayapti.

Katta boldir suyagi distal oxiri epifizeolizi

Bu siniqning mohiyati katta boldir distal (pastki) o'sish tog'ay qatlami bo'ylab epifizning ajralishi, siljishidir. Xuddi boshqa epifizeolizlar kabi bu siniqlar ham 10 yosh va undan yoshli bolalarda uchraydi. Siniq asosan oyoq panjasining buralib tashqi yuza qismiga bosilishi, yoki ichki yuzaga bosilishi, haddidan oshgan buklash (flexio), yoki bo'g'imni ochish (extensio), va ta'sir kuchlarning rotatsiya bilan birga kelishi sababli paydo bo'ladi. Ya'ni bilvosita travma mexanizmi sabablidir. Boldirga to'g'ri ta'sir etuvchi tashqi ta'sir kuchi-avtomobil turtishi, og'ir jism bosishi, futbol o'yinida zarb olishi ham bu siniqlarga olib keladi.

Klinik belgilari. Og'riq, shish, oyoqqa bosish imkoni yo'q. Og'riq ichki to'piq, bo'g'im oldi, Axilla payi yonlarida, siniq chizig'i sohasida bo'ladi. Shish 12-24 soatdan so'ng boldir pastki qismiga boldir o'rtasigacha tarqalib, kuchayishi mumkin.



Rasm-181. 12 yoshli bemorda katta boldir distal epifizeolizi (a). Uni repozitsiya qilib, spitsalar bilan fiksatsiyalab davolash (b) (Hamlet A. Peterson, 2007).

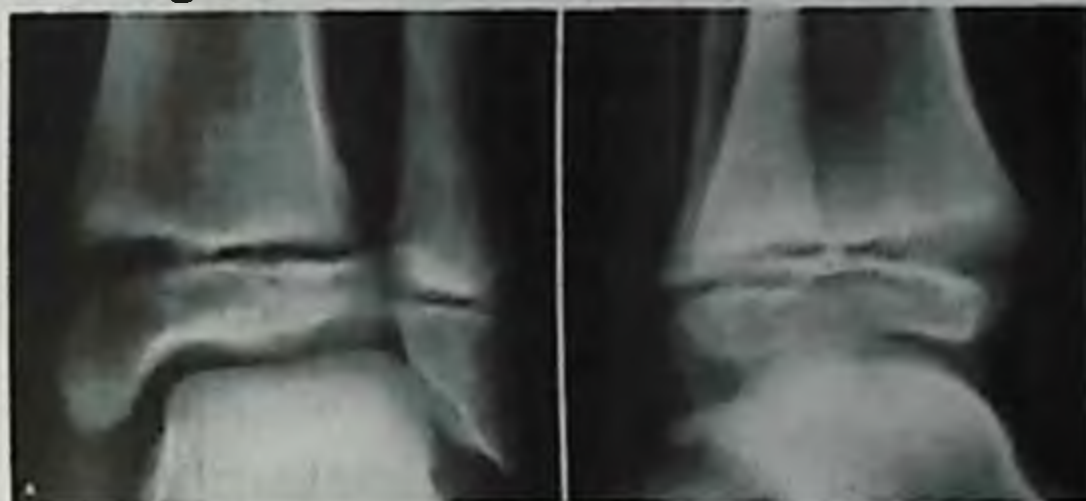
Rentgen diagnostika. Boldirning distal epifizi 1, 5-2 yoshlilarda suyaklanib boshlaydi. U nuqta rentgenda o'rtada emas, medial tomonda ko'rinadi. 5-6 yoshgacha shu eksentr holat saqlanadi. 7-12 yoshlilarda ichki to'piq sohasida ba'zan qo'shimcha suyaklanish nuqtasi rentgenda ko'rinadi. U "os paratibiale" deyiladi. 9-13 yoshlilarda ichki to'piq uchida suyaklanish nuqtasi rentgenda ko'rinadi va ko'p o'tmay epifiz bilan qo'shilib ketadi. Ba'zida shu suyaklanish nuqtasini siniq deb, noto'g'ri xulosaga kelish mumkin.

Qizlarda 12 yoshda, o'g'il bolalarda 14 yoshda boldirning distal epifizi rentgenda shakllanib bo'ladi.

Epifizeolizning rentgentasvirdagi belgilari:

1. Epifizning siljishi. Yonga siljish, burchakli siljish. Siljish o'lchamiga ko'ra 0, 5 sm gacha, burchak 5° ; 1sm gacha, burchak 10° gacha, 1 smdan ko'p, 10° dan ko'p burchakli siljishlar farqlanib o'rganiladi(A. F. Buxni', 1973).

2. Metafiz epifiz o'rtasidagi yoriqning "qush" tumshug'i kabi ochilish rengten belgisi.



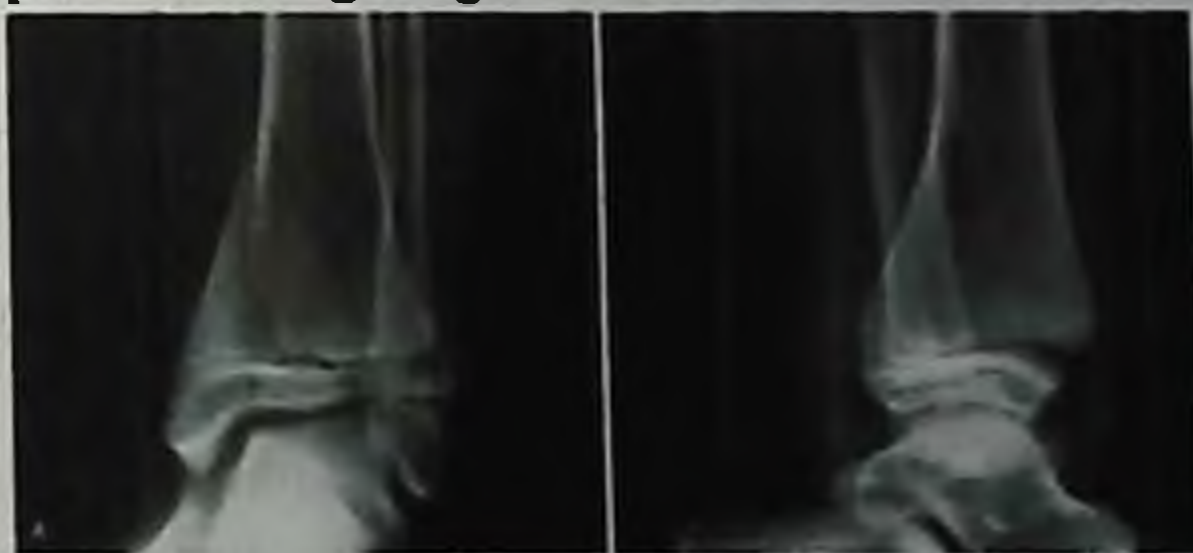
a

b

Rasm-182. Katta boldir suyagining distal epifizeolizi (a). "Ochilgan qush tumshug'i" belgisi (b) (Hamlet A. Peterson, 2007).

3. O'sish tog'ay qatlami soyasining rentgenda kengayib ko'rinish. Bunda yonga siljishlar yo'q, kichik boldirda ham siljimagan siniq bo'lishi mumkin. Metafizdan suyakcha uzilgan bo'lishi mumkin.

Epifizdan boshlanib, metafizdan o'tuvchi siniq chizig'i-siljimagan epifizeolizning belgisi hisoblanadi.



a

b

Rasm-183. 10 yoshli bolada katta boldir suyagining distal metafis sinig'i (a) va distal epifizeolizi (b).



Rasm-184. 10 yoshli bolada katta boldir suyagining distal metafis sinig'i va distal epifizeolizi. KT ko'rinishi. (Hamlet A. Peterson, 2007)

Davolash. Siljimagan epifizeolizi bor bemorlar 3-4 haftaga orqa gips longetada, shish qaytgach to'liq gips bog'lami qo'yib davolanadi. Siljishi bor bemorlar umumiy og'riqsizlantirish bilan qo'l repozitsiyasi metodini qo'llab siniq bo'laklari joyiga qo'yilib, gips bog'lamida davolanadi. Siniq bo'laklari to'g'rilangach perkutant uslub bilan kegay (spitsa)lar yordamida mahkamlanadi(rasm-171). Bu gipsdan davolash mobaynida yuz berishi mumkin bo'lgan ikkilamchi siljishning oldini oladi. Operatsiyaga ko'rsatma deb, bemorning kech murojaat qilishi, qo'l repozitsiyasining besamaraligi, ikkilamchi siljish, noto'g'ri bitib boshlagan siniqlar hisoblanadi.

Boldir distal metafizining vertikal transepifizar sinig'i

Bu siniq ichki to'piq tomonda metafizdan vertikal o'tgan siniq chizig'iga ega bo'lib, siniq chizig'i epifizni, o'sish tog'ay qatlamini tik kesib o'tib, bo'g'imga kiradi. Odatda siljish kuzatilmaydi.

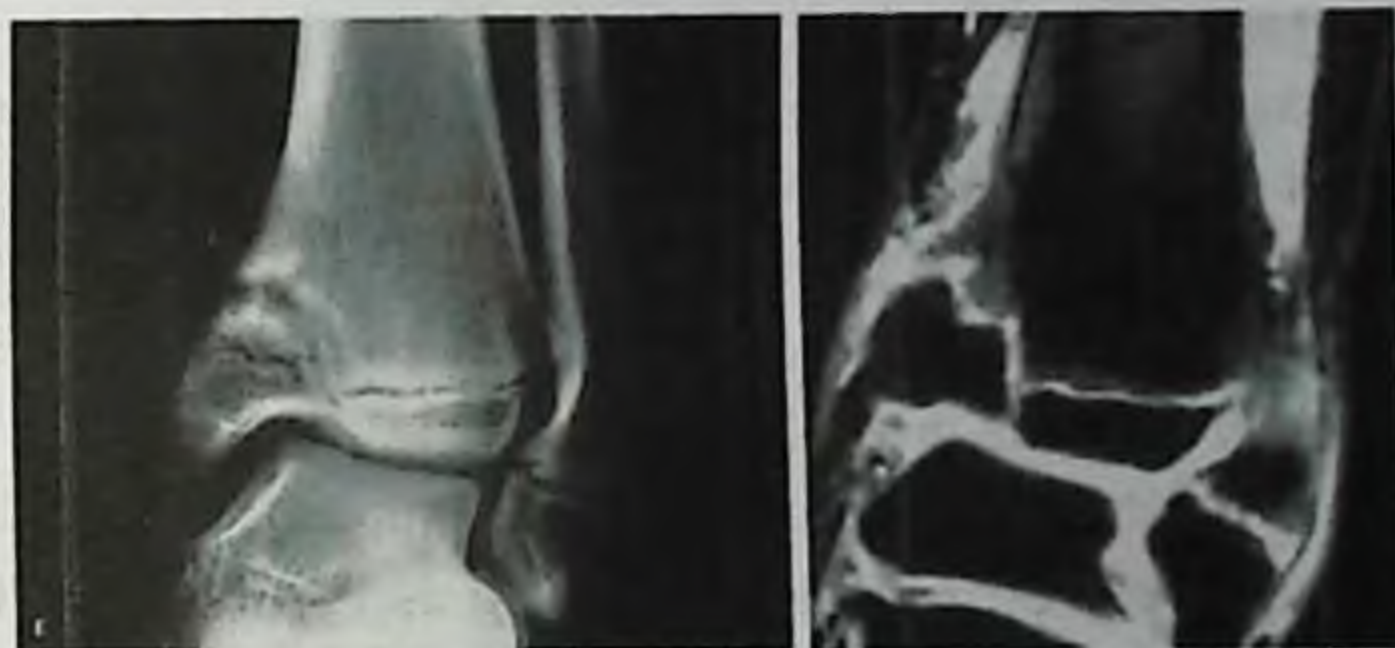
Davolash: avval orqa gips longeti bilan, shish qaytgach to'liq gips bog'lamda olib boriladi. Gipsni saqlash muddati 4-5 hafta. O'sish tog'ay qatlamining shu joyida sinishi qatlamning o'sishining orqada qolishiga sabab bo'ladi. Bo'g'imda varusli qiyshqlik rivojlanadi. Varusli qiyshqlik operatsiya qilib davolanadi. Boldirning distal

metafizida Repke usuli bo'yicha osteotomiya qilinadi. Ilizarov apparatida qo'shimcha korreksiya qilinib, mahkamlanadi.



a

b



c

d

Rasm-185. (davomiga qarang).



a

b

Rasm-185, 186 Katta boldir suyagining distal epifizi medial qismi vertical sinishidan keyingi varusli qiyshilik (C, D – a, b; E, F – c, d). va uni operativ davolash (G – a, b) (Hamlet A. Peterson, 2007).

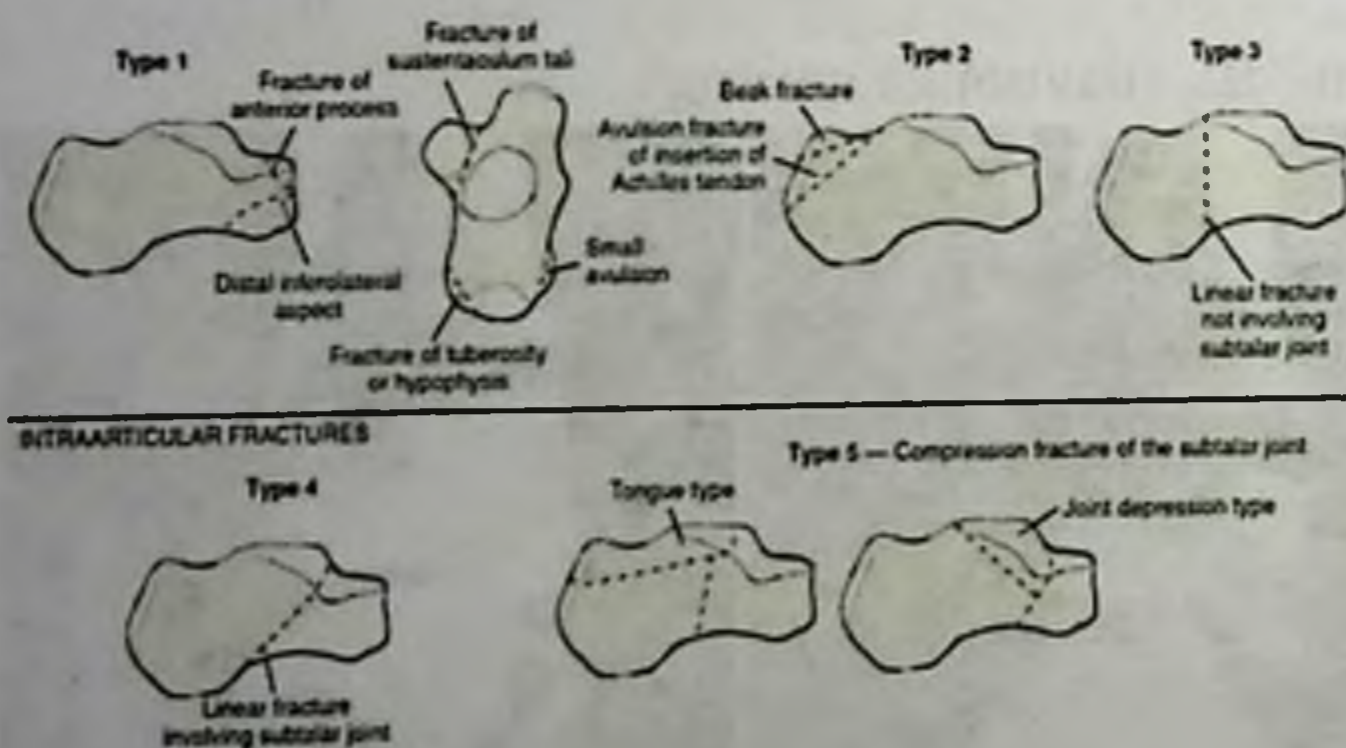
Oyoq-panja suyaklarining siniqlari

Oyoq panja suyaklari tarsus, metatarsus, phalanges digitorum pedislarga bo'linadi. Tarsus tovon suyagi, oshiq suyagi, qayiqsimon (os naviculare), 3 ta ponasimon (ossa cuneiformia) kubsimon (os cuboideum) suyaklardan iborat. Metatarsus 5 ta kaft suyaklari (ossa metatarsalia) dan iborat. Phalanges digitorum pedis-oyoq barmoqlarining suyaklaridan tashkil topgan.

Tovon suyagi siniqlari

Tovon suyagi (calcaneus) oyoq tayanchining bosh nuqtasida joylashib, odamda oyoq-panja suyaklarining kattasi, mustahkami bo'lib, orqa tomoni yo'g'onlashgan, uzunchoq shakl olgan, oyoq boshqa suyaklariga nisbatan 30-40° burchak bilan joylashib, oshiq (talus) suyagi ostida, kubsimon suyak ortida joylashib, u oshiq, kubsimon suyaklar bilan bo'g'im yuzalari orqali birlashgan. Tovon suyagi boldir suyaklari va oshiq, qayiqsimon, kubsimon suyaklar bilan boylamlar vositasida mustahkam birlashgan.

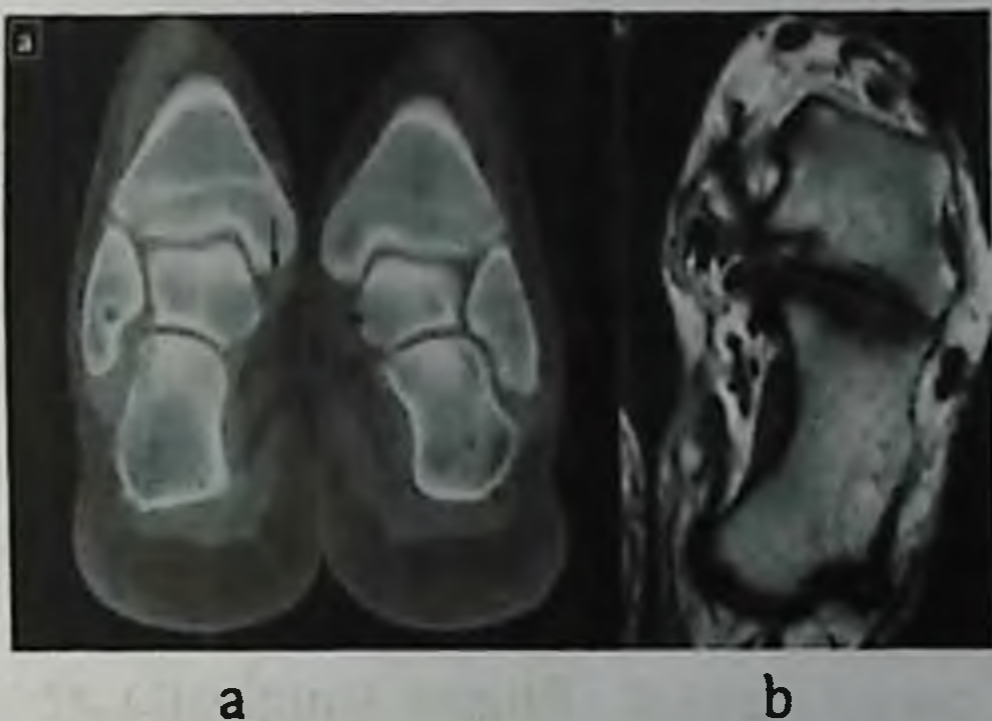
Tovon suyagi siniqlari bolalarning balandlikdan (daraxt, devor, etajli uy) oyoqqa tayanib yiqilishidan, sakrashidan paydo bo'ladi.



Rasm-187. Tovon suyagi siniqlarining klassifikatsiyasi (John A. Herring, MD 2018).

Siniq og'riq bilan, shish, oyoqni bosaolmaslik, tovon soha, Axill payi yonlarida palpatsiyada og'riq kuchayishi, 2-3 kunlar qontalashlar, ko'karish bilan kechadi.

Rentgen diagnostika. Tovonning rentgenttasvirini o'rganishda tovon suyagi apofizi tuber calcaneie (Axill payi birlashgan qismi) 7-9 yoshlilarda bir nechta nuqtalardan suyaklanib boshlanishini, ularning 12-15 yoshli bolalarda tovon suyagi tanasi bilan birlashib, butunlik hosil qilishini bilish zarur. Bu suyaklanish yadrolarini shu vaqt davomida siniq belgisi deb, xato tushunchaga borish mumkin. Bolalarda siniq chizig'i tovon suyagi o'rtasidan o'tadi. Qisilib sinishi ham mumkin.



Rasm-188. Tovon suyagi, oshiq suyagi va to'piqlarning Kompyuter tomografiyasi.

Beler burchagi o'rganiladi. Oshiq-tovon bo'g'imidan chiziq tortiladi, va tovon suyagi orqa qismi (tuber calcanei) yuqori chegarasidan chiziq tortiladi. Ikki chiziq burchagi $170-160^{\circ}$ bo'lsa norma (mo'tadil) hisoblanadi). $160-180^{\circ}$ bo'lsa tovon suyagi singan orqa qismi yuqoriga ko'tarilgan bo'lib, siljiganini ko'rsatadi.

Bu travma bilan bog'liq, uni to'g'rilamasa oyoqtagi gumbazi pasayib -yassi oyoqlik kelib chiqishini ko'rsatadi.

Davolash. Siljish ko'rinmagan siniqlar gips bog'lami qo'yib davolanadi. To'liq o'rovchi gips bog'lama qo'yganda oyoq osti gumbazini ko'tarib, oyoq shaklini aynan takrorlovchi etib, silliq lab

qo'yiladi. 4 haftadan keyin gips yechilib, vanna, parafin applikatsiya, massaj tavsiya etiladi. 3-6 oy muddatga oyoq osti gumbazini to'ldirib turuvchi supinator moslamadan foydalanish tavsiya qilinadi.



Rasm-189. O'smir bolada boldir-oshiq bo'g'imi, oyoqpanja suyaklari roentgen tasviri. Oshiq-qayiqsimon bo'g'imda o'zgariish bor.

Tovon suyagining siljigan siniqlarida qo'l bilan repoziya qilish metodikasi bilan davolanadi. Qo'l bilan repozitsiya qilishda bemor orqasi bilan yotqiziladi. Oyoq chanoq son va tizza bo'g'imlarida 90° buklanib, sondan bosh tomonga, tovondan tortib, boldir - oshiq bo'g'imida extensio berib, so'ng tovonning ikki yonidan kaftlar bilan bosib, qisib to'g'rilanadi. Gips bog'lama o'sha tizziga berilgan 90° burchak bilan, oshiq-boldir bo'g'imda 100° larda to'liq o'rovchi gips bog'lami qo'yiladi.

Bolalarda tovon suyagi siljigan siniqlarda shish katta bo'lsa, terida sidirilish, pufakchali o'zgarishlar bo'lsa skelet tormasi metodi bilan davolanadi. Bunda spitsa (kegay) Axill pay yopishgan bo'lagidan, boldir o'qiga ko'ndalang o'tkaziladi. 3-4 kg yuk qo'yiladi. 5-6 kundan so'ng shishlar qaytib, teri holati yaxshilangach, siniq bo'lak to'g'ri joylashgach, skeletdan yechib, gips bog'lam qo'yib davolash rejalashtiriladi. O'smirlarda Ilizarov apparati qo'yib davolanadi.

Oyoq kaft suyaklarining siniqlari

Odam tik holatda turganda tana og'irligi oyoq kaft suyaklari va tovon suyagiga tayanadi. Oyoq osti gumbazi borligi, gumbazsimon tuzilishi odam yurishida, tez, chaqqon, yengil yurishida ahamiyati katta. Oyoq kaft suyaklari siniqlari oyoq-panja siniqlari qatorida ko'p

sonli bo'lib uchrab, barcha siniqlarning yarmini tashkil etadi. Bu siniqlar oyoq-panjaning qattiq jismga qattiq urilishidan, yoki oyoq-panja ustiga og'ir narsa tushishidan balandlikdan shularga tayanib yiqilishidan hosil bo'ladi. Oyoq kaft suyaklari teri qoplamasi yirtilib sinsa ochiq siniqlar bo'ladi, yoki yopiq siniqlar ko'rinishida uchraydi. Ular suyak bo'laklari siljimagan, siljigan siniqlar bo'ladi. Oyoq kaft suyaklari boshchasi, tanasi, asosi siniqlari farqlanib, ular ko'ndalang, qiyshiq, parchalangan, epiphyzeolis holda bo'lishi mumkin.

Klinik belgilari. Kuchli og'riq bezovta qiladi. Kuchayib boruvchi shish paydo bo'ladi. Oyoqni bosa olmaydi. Oyoqni kaft yuzasi tomonidan kaft suyaklari boshchasiga barmoq bilan bosganda, barmoqlardan ushlab bo'yiga tortganda og'riq kuchayadi. Bolalar oyog'ida og'riq joyini aniq ko'rsata olmaydi, rentgen tekshiruvi bilan siniq aniqlanadi. Rentgen tekshiruvida old (fas) proeksiya, yon (profil) proeksiyada o'rganiladi.



Rasm-190. 2, 3, 4, 5 kaft suyaklarining metaepifizar siniqlari, davolangach 4 – kaft suyagi o'sishdan orqada qolgan.

Yon proeksiyada kaft suyaklari soyasi bir-birining ustiga tushib qolmasligi uchun rentgen tushirish payti oyoq-panjaga ozroq pronatsiya (ichkariga burish) holati berish kerak.

Davolash. Siljimagan siniqlar, suyak kengligining $\frac{1}{2}$ gacha siljigan siniqlar shifoxonaga yotqizmasdan, og'riqsizlantirib, gips

bog'lama qo'yib davolanadi. Gips bog'lama oyoq shaklini, oyoq tagi gumbazi ko'tarilganligini takrorlash, tabiiy formasini olishi zarur. 3-5 kuno'tgach, shish qaytgach longeta gips to'liq o'rab oluvchi to'liq gips bog'lamga o'tkaziladi. 3-8 yoshli bemorlarda 3-4 hafta, u yoshdan katta bolalarda 4-5 hafta davomida gips bog'lamada immobilizatsiya qilinadi. Burchakli siljishi bor, katta siljishi bor bemor bolalar shifoxonaga yotqizilib siniq bo'laklari siljishlari qo'l bilan to'g'rilash metodikasi bo'cha joyiga qo'yiladi.

Qo'l bilan to'g'rilash metodikasi. Bu umumiy og'riqsizlantirish bilan bajariladi. Boldirning pastki qismida bosib turiladi. Barmoqdan o'qi bo'yicha tortilib, tortish davomida yon siljishlarini bosib, to'g'rilanadi. Gips bog'lama qo'yiladi. 15-18 kunlar o'tib, tikka turishga, qo'litiq tayoqda yurishga ruxsat beriladi. Gipsda yurishning umumiy muddati 6-8 hafta (bola yoshiga qarab). Gips yechilgach oyoq osti gumbazini saqlash uchun maxsus patak (supinator) qo'llash tushuntiriladi. Undan foydalanish 6 oydan kam bo'lmasligi shart.

Oyoq barmoq falanga suyaklarining sinishlari

Bolalarda bu siniqlar barmoq bo'yi-o'qi bo'ylab ta'sir etuvchi kuchdan so'ng, ular ustiga og'ir jism tushgach paydo bo'lishi mumkin. Bitta barmoq falangasi, bir nechta barmoqlar falangasi suyaklari siniqlari kuzatilib, ochiq siniqlar, yopiq siniqlar, falanga tanasi, bo'g'im qismlari siniqlari, epiphyzeoliz ko'rinishida uchraydilar. Falanga suyagi siniqlari epifizeoliz, osteoepifizeoliz-o'sish tog'ay qatlamidan ajralishi mumkin. Siljimagan, siljigan siniqlar bo'ladi.

Klinik ko'rinishi. Falanga suyagi diafizi singanda og'riq, shish, barmoq falangalarining bukish, ochish funksiyalarini bajaraolmaslik kabi belgilar aniqlanadi. Epifizeoliz ro'y berganda singanlik haqida fikrga borish uchun barmoq aylanasini bosganda og'riq kuchayishini e'tiborga olinada. Bu belgi lat yeyishda namoyon bo'lmaydi. Suyak

bo'laklari siljib kelgan epifizeolizni falanga chiqishidan farqlash rentgen tekshiruvga asoslanadi.

Rentgen tekshiruvda ba'zan 4-5 barmoqlarda 2 tadan falanga bo'lishini, ko'ndalang siniq chizig'ini bo'g'im tasviri deb o'ylash mumkinligini hisobga olish kerak.



Rasm-191. 5 barmoq falangasi epifizeolizi-A. Konservativ davolangan-B 3yil o'tgach natija C. Qiz bola, 12 yoshda. (Hamlet A. Peterson, 2007).

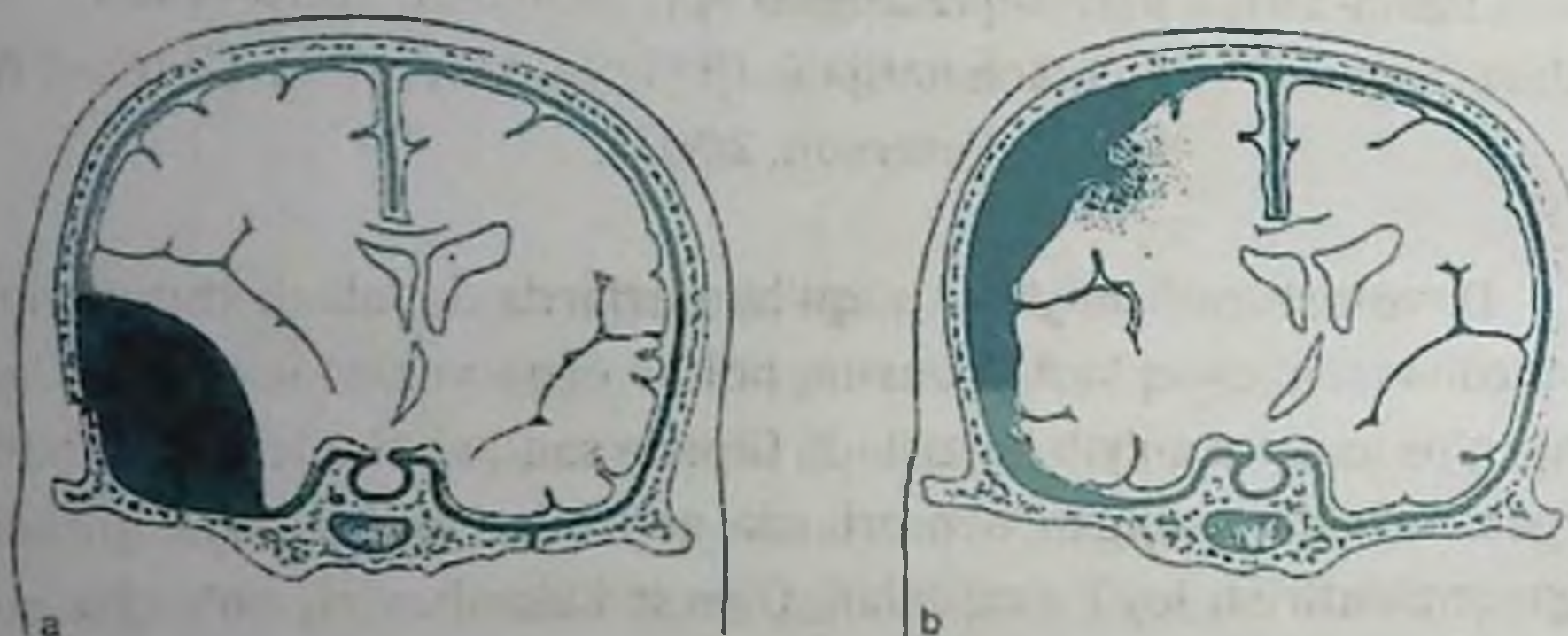
Davolash. Siljishi yo'q siniqli bemorlarda davolash shifoxonaga yotqizmasdan, oyoq kaft yuzasini, boldir orqa yuzasini qoplaydigan orqa gips longeta qo'yib bajariladi. Gipsda saqlash muddati 3-4 hafta. Suyak bo'laklari siljigan bemorlarda qo'l bilan repozitsiya qilinadi. Og'riqsizlantirish joyli usul bilan, Oberst Lukashevich bo'yicha yoki gematomaga 0,5%li novokain eritmasi kiritilib amalga oshiriladi. Suyak siniqlari joyiga qo'yilgach, gipsda yana takror siljisa, siljishga moyil bo'lib, to'g'rilanib turib qolmaydigan falanga siniqlarini operatsiya metodi bilan davolanadi. Siniq bo'laklari ingichka spitsa (kegay) yordamida mahkamlanadi. Operatsiyadan keyin bola yoshiga qarab, 3-4 hafta orqa gips longeta qo'yiladi. Gips oxirini barmoqlar uchlaridan 1,5-2 sm chiqib turadigan qilib qo'yiladi. Barmoqlar spirtli bog'lam bilan o'raladi. Har kuni 3% yod eritmasi bilan artilib, aseptik bog'lam qo'yiladi.

Bosh suyagi va bosh miya jarohatlari

Bosh miya jarohatlari harakat tayanch tizimi va ichki organlar jarohatlarining 30- 40 foizini tashkil qiladi, jarohatlar natijasida kelib chiqqan o'lim holatlarining 40- 60 foizini tashkil qiladi. Jahon Sog'likni Saqlash Tashkiloti ma'lumoti bo'yicha gospitalizatsiya qilingan bemorlarning uchdan bir qismini bosh miya jarohatlari bo'lgan bemorlar tashkil etadi.

Kalla suyagi va bosh miya jarohatlarining klassifikatsiyasi (KBMI)

Klinik amaliyotda kalla suyagi va bosh miya jarohatlanish engil, o'rtacha va og'ir darajadagi jarohatlanishlari farq qilinadi. Mazkur klinik klassifikatsiya bemor es hushining darajasiga asoslanib, yurak-o'pka stabilligiga ko'ra ham Glazgo shkalasi bo'yicha 13-15 ball (bosh miya chayqalishi, **bosh miyaning yengil lat eyishi**).



a

b

Rasm-192. O'tkir intrakraneal postravmatik qon ketish: a) epidural gematoma. b) o'tkir subdural gematoma.

Bosh miya chayqalishining asosiy alomatlaridan qisqa muddatli es-hushning yo'qolishi, amneziya va vegetativ funktsional buzilishlar hisoblanadi. Es-hushning yo'qolishi bosh miya chayqalishida bir necha minut, yengil lat eganda esa 1 soatgacha yo'qoladi. Bemor bosh og'rig'iga, quloq ostida shovqin bo'lishiga, ko'ngil aynishi va

qayd (qusushga) qilishga shikoyat qilishi mumkin. Nafas tezlashgan, taxikardiya yoki bradikardiya kuzatiladi. Qon bosimi ko'tarilgan yoki me'yorida bo'ladi. Retrograd-antirograd amneziya kuzatilishi mumkin. Ba'zan gorizontal nistagm yoki meningial alomatlar kuzatilishi mumkin. Barcha alomatlar o'z-o'zidan yo'qolib qaytadi hamda neyroxirurgik maxsus davolanish zarurati bo'lmaydi.

Bosh miyaning yengil lat yeyishi makroskopik jihatdan bosh miya to'qimalarining jarohatlanishi bilan xarakterlanadi. Bosh miyaning yengil lat yeyishi umumiy va o'choqli nevrologik alomatlar bilan xarakterlanadi. Yengil anizokoriya, arefleksiya, nutqning buzilishi, piramidal etishmovchilik jarohatlangach bir necha sutka davomida kuzatilishi mumkin.

Kalla suyagi va bosh miyaning o'rtacha darajadagi jarohatlanishi

Bosh miyani o'rtacha darajada lat yeyishida 9-12 ball bo'lib, umumiy va o'choqli alomatlar bilan kuzatiladi. Jarohatlangandan so'ng es-hushning yo'qolishi bir necha o'n minutdan 4-6 soatgacha davom etishi mumkin. Retro-va anterograd amneziya yaqqol namoyon bo'ladi. Es-hushi o'ziga kelgach bemor bosh og'rig'iga, bosh aylanishiga hamda ko'plab ko'ngil aynib qayd qilganligiga shikoyat qiladi. Ba'zan bradikardiya yoki taxikardiya, qon bosimining ko'tarilishi, nafas akti bo'lmasdan taxipnoe va bosh miya qobiqlarining tasirlanishi natijasida kuzatiladigan (ensa mushaklar qotishi, ikki tomonlama Kerniga) alomatlari namoyon bo'ladi. O'choqli nevrologik alomatlar, harakat, sezuvchanlik, nutqning buzilishi bilan namoyon bo'ladi. Bosh miyaning o'rtacha og'irlikdagi lat yeyishida kalla suyagi asosining sinishi, orqa miya(suyuq miya) suyuqlikda qon aralashganlagi hamda bosimning oshishi kuzatiladi.

Kalla suyagi va bosh miyaning og'ir lat yeyishida orqa miyaning og'ir lat yeyishi va siqilish kuzatiladi.

Bosh miyaning og'ir lat yeyishi kalla suyagi asosini tsinishi bilan kuzatilib es-hushning bir necha soatdan bir haftagacha yo'qolishi, hamda umumiy, o'choqli, meningial va o'zakli nevrologik

alomatlar bilan kuzatiladi. Bosh miyaning siqilishi jarohatlangach ma'lum vaqt o'tgach umumiy (es-hushning buzilishi, asabiy buzilishlar, bosh og'riq, qayd qilish), o'choqli alomatlar (anizokoriya, gemiparez, epileptik tutqanoqlar), o'zak (stvol) li (spontan nistagm, g'ilaylik) alomatlari kuzatiladi. Bosh miyaning siqilishida ko'p holatlarda kalla suyagi ichidagi qon quyilishlar (gematoma), kalla suyagining botiq sinishlari, subdural gematomalar sabab bo'ladi. Ichki qon quyilishning asosiy namoyon bo'ladigan alomatlari anizokoriya, bradikardiya, oyoqlarning falajlanishi, epileptik tutqanoqlar hamda "yorug' davr"ning bo'lishi bilan xarakterlanadi. Epidural, subdural, miya ichidan va postravmatik qon quyilishlar farq qilinadi.

Diagnostika. Kalla suyagi va bosh miyasi og'ir jarohatlangan bemorlarga shoshilinch ravishda tekshirilib tibbiy yordam ko'rsatish zarur. Aks holda bemor ahvoli gipoksiya yoki gipotoniya hisobiga ishemiya rivojlanib ikkilamchi jarohatlari bemor ahvolini og'irlashtiradi. Bemorni klinik-nevrologik tekshirib hayotiy azolar faoliyatini zudlik bilan tiklash davolanishning asosini tashkil etadi. Birinchi navbatda yurak-qon tomir tizimini va nafas faoliyatini tekshirib baholash lozim. Birlamchi tekshiruvda yurak-o'pka statusini baholash neyrostatusni baholash kabi bemor holatini prognozlashda muhim rol o'ynaydi. Bemor yurak-nafas faoliyati stabil bo'lmaguncha uni shokka qarshi kurash palatasida qo'shimcha tekshiruv usullari samarasiz bo'lib qolaveradi. Bemorni tekshiruv jarayonida kalla suyagining asosi sinishining klinik alomatlariga: "ko'zoynak alomati"ga, so'rg'ichsimon o'simta sohasidagi qon quyilishga, quloqdan yoki burundan orqa miya suyuqligining oqishiga, quloq ichiga qon quyilishiga etibor berish zarur. Politravma bilan bemorlarda jarohatlanganda Glazgo shkalasi yordamida baholash eng sinalgan usullardan hisoblanadi. Glasgow Coma Scale yordamida tserebral funktsiya baholanadi. Eng yaxshi baholash bu bemor javobining to'laqonligi. Masalan, bemor qovoqning kuchli shishi hisobiga ko'zini ocholmasligi, intubatsiyada yotganlagi tufayli

gapira olmasligini tekshiruv qaydnomasiga aniq qayd etish lozim. 15 ballni uncha sezilmaydigan nevrologik manzara bilan tenglashtirib bo'lmaydi. Chunki 15 ballda o'choqli nevrologik alomatlar kuzatilsa, 8 ballda ham bemor hushsiz yotishi mumkin. Shuning uchun bemor qon aylanishi qa nafas stabillashgach shkala yordamida baholash juda muhim hisoblanadi.

Kuom Glazgo shkalasi ko'rsatkichlardan qat'iy nazar anizokoriya bilan gemisimtomatika bilan, neyrostatus yomonlashuvi, likvoreya, kalla suyagining botiq sinishlari kuzatilgan bemorlar og'ir ahvoldagi bemor hisoblanadi. Klinik alomatlar hamma vaqt ham bemor holatini obektiv baholash uchun yetarli bo'lmaydi. Shuning uchun albatta qo'shimcha diagnostik tekshiruv usullardan foydalaniladi.

Rentgenografiya. Jarohatlanish natijasida es-hushini yo'qotgan yoki amneziya kuzatilgan barcha bemorlar kalla suyagi rentgen tekshiruvdan o'tkaziladi. Kalla suyagining asosini sinishi aniqlanganda bemor hayoti xavf ostida ekanligidan dalolat beradi. Barcha bemorlar umurtqa pog'onasi ham diqqat bilan tekshirilmog'i zarur. Hushsiz yotgan barcha bemorlarning buyin umurtqalari ham rentgen tekshiruvdan o'tkazilmog'i lozim.

Kompyuter tomografiya (KT). Bugungi kunda bosh miya va kalla suyagi jarohatlangan barcha bemorlar uchun KT asosiy tekshiruv usullaridan biri hisoblanadi.

Kompyuter tomografiya tekshiruviga ko'rsatmalar:

- bemorning hushsiz yotganligi;
 - rentgenda kalla suyagining ochiq jarohatlanishi;
 - kalla suyagi va bosh miyaning jarohatlanib o'choqli nevrologik alomatlarning kuzatilish;
 - Klinik tekshiruv jarayonida xatoliklar kuzatilganda (masalan katta dozada sedativ preparatlar qabul qilingan bo'lsa);
 - Uzoq muddatli narkoz ostida operatsiyalar amalga oshirilganda;
- Politravmali jarohatlangan bemorlarni uchdan birida hayotiy a'zolarining faoliyatini stabillash hamda hayotiy ko'rsatmaga oid

operatsiya zarurati bo'lganda kompyuter tekshiruv o'tkazishga imkoniyat bo'lmaydi

Angiografiya kalla suyagi va bosh miyasi og'ir jarohatlangan bemorlarning 2%ida bosh miya qon tomirlar jarohatlanganligini aniqlash va baholash maqsadida angiografiya tavsiya etiladi.

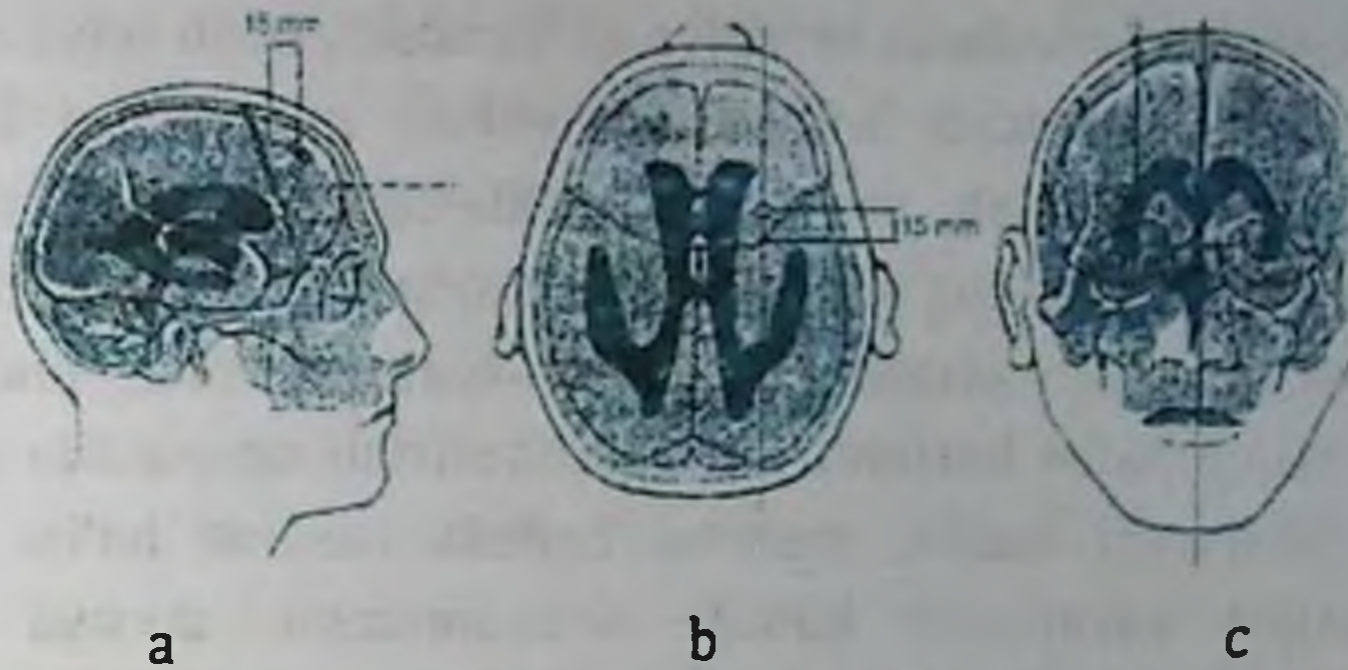
Invaziv diagnostika. Burg'u yordamida diagnostik tirqish ochish. Kalla suyagi ichida qon to'plangan (gematoma) o'choqlarini aniqlash maqsadida tavsiya etiladi. Buning uchun chakka sohasining 3 sm yuqorisidan vertikal chiziq bo'ylab yonoq ravog'i o'rtasidan yumshoq to'qimalar 4-6 sm kesilib raspator yordamida chakka mushagi va suyak usti pardasi ajratilib burg'u yordamida tirqish ochiladi. Agar mazkur sohada (gematoma) qon ketish aniqlanmasa peshona, tepa va ensa sohalaridan 2-3 ta tirqish ochiladi.



Rasm-193. Diagnostik burg'ulash nuqtalari

Kalla ichi bosimini aniqlash. Bosh miyaning birlamchi jarohatlanishi shikastlangan paytda intrakranial qon quyilganda, epidural yoki subdural qon laxtalari paydo bo'lganda kuzatiladi. Bosh miyaning ikkilamchi jarohatlanishi esa gipoksiya, gipertenziya, shish va anemiya natijasida rivojlanadi. Kalla ichi bosimini aniqlash maqsadida qorincha ichiga, intratserebral, subdural yoki epidural bo'shliqlarga zond kiritish eng kam asorat beradi. Lekin "oltin standart" hisoblangan ventrikulyar zondlardek ishonchli emas.

Qorinchaga kiritilgan zond nafaqat kalla ichi bosimini aniqlaydi, balki miya suyuqligining mazkur bosimga ta'sirini ham aniqlashga imkoniyat beradi.



Rasm-194. Qorincha punksiyasi. Qorachig' markazidan o'rta markaziy chiziqqa nisbatan ikki barmoq chiziqqa nisbatan tirqish ochish nuqtalari.

Kalla ichi bosimini aniqlash (o'lchash) maqsadida zond kiritishga ko'rsatmalar

- kalla suyagi va bosh miyasi jarohatlanib hushsiz yotgan bemorda jarohat og'irligi 8 balldan kam, yani nevrologik kuzatib bo'lmaydigan holatlarda;

- jarohatlangan bemor 6 soat davomida hushsiz yotsa;

- kranitomiyadan so'ng suniy nafas berish zarur bo'lgan bemorlarga;

- uzoq muddatli shoshilinch ekstrakranial operatsiyalar zarur bo'lganda.

24 soat davomida ajralib chiqayotgan suyuqlik miqdori 50ml dan oshmaganda zond olib tashlanadi.

Konservativ davolash

Bosh miyasi chayqalgan bemorlarga to'shakda yotish rejimi, ichish uchun sibazon, relanium, dimedrol va og'riqsizlantirish uchun analgin yoki baralgin tavsiya etiladi. Bosh miya yengil va o'rta darajada lat yegan bemorlarga ham ichish uchun sibazon, relanium, dimedrol hamda degidratatsion terapiya (furasemid, laziks). Hamda qaltiroqqa qarshi (fenobarbital) desensibilizatsiyalovchi (dimedrol, suprastin, tabegil) dori-darmonlari tavsiya etiladi. Subaraxnoidal

qon quyilganda gemostatik terapiya qo'llaniladi. Bosh miya og'ir lat yeganda (KGSH buyicha 3-8 ball) davolash muolajalari buzilgan nafas va qon aylanish sistemasini tiklashgach qaratiladi. Asab buzilishlari yoki tutqanoq tutishi kuzatilganda sibazon, sulfat magniy tavsiya etiladi. Aspiratsion sindromni bartaraf etish maqsadida bemorga suniy nafas beriladi. Og'riqsizlantirish maqsadida analgin, baralgin, shqarshi laziks, manitol hamda zarurat bo'lsa kaltsiy antagonistlari verapomil hamda deksamitazon tavsiya etiladi. Jadallashtirilgan tezkor terapevtik muolajalar qo'llash bilan bosh miyada shish rivojlanishini bartaraf etish yoki ishemi(shish)ga bo'lgan moyillikni yo'qotishdan iborat. Undan tashqari muolajalar qancha tezkor va samarali o'tkazilsa bosh miyani ikkilamchi jarohatlanishidan saqlab qolinadi.

Konservativ davolash samaradorligiga erishish uchun:

- Gaz almashuvini mutadilligini taminlash;
- Nafas yo'llari ochiqligini ta'minlash;
- Gemadinamik stabillikka erishish;
- Suyuqlik va elektrolitlarni meyoriy tengligiga erishish;
- To'laqonli ovqatlanish;

Kalla suyagi va bosh miyasi jarohatlangan bemorlarning 60%ida kalla ichi bosimi me'yorida puls va nafas bilan bir me'yoriy ko'rsatkichga 10-12 ml sim. ust. teng. Mazkur bosimning ko'tarilishiga giperkapniya, gipoksiya, atsidoz, gipertoniya sabab bo'lsa, gipokapniya, alkaloz, gipotoniya, miya suyuqligining kamayishi bosimning pasayishiga sabab bo'ladi.

Kalla suyagi ichi bosimining ko'tarilmasligi uchun qo'llaniladigan muolajalar:

- gipoksiya va giperkapniyani davolash;
- yetarli darajada oksigenatsiya va ventilyatsiya;
- qon bosimini mo'tadillashuviga erishish;
- qonning tarkibiy komponentlarining meyorida bo'lishiga erishish(gematokrit, gemogloblin).

- Siydik haydovchi dori vositalari qo'llash eng samarali usullardan biri drenaj o'rnatish.

Jarrohlik usulida davolash

Kalla suyagi va bosh miya jarohatlanib epidural, subdural va miya ichiga qon quyilganda hamda ochiq jarohatlanganda shoshilinch operatsiyalar qo'llaniladi. Sinama rezektsiya trepanatsiya. Bemor og'ir holatda bo'lib bosh miya siqilishi kuchayotganda kompyuter tekshiruv mumkin bo'lmagan hamda kalla ichiga gematoma borligiga ehtimol bo'lganda (es-hushni buzilishi, sinishi, anizokoriya, gemisiptomatika) qo'llaniladi. Trepanatsiyani mahalliy og'riqsizlantirish ostida bajarish mumkin. Gematoma borligiga ishonch hosil qilinganda narkoz ostida kraniotomiya bajariladi.



Rasm-195. Epidural gematomada shoshilinch osteoklastik trepanatsiya: a) kesma yo'nalishi, b) mushak fastsiyasi, v) chakka mushak va suyak usti pardasi ochilgandan so'ng, g) osteoplastik treponatsiya bajarilib gematoma olingan holat, e) arteriya Meningea dan qon ketishni to'xtatish, f) trapepatsion tirqish orqali bosh miya qattiq qobig'iga vakumli drenaj qo'yilib chok qo'yiladi.

Kraniotomiya

Kalla ichidan qon laxtalari bosh miyaning jarohatga aloqador bo'lmaganda davolanishning eng samarador usuli hisoblanadi. Mazkur usul ayniqsa epidural gematomalarda samarali hisoblanadi. Travmatolog birlamchi dekompressiyadayoq yoki sinama

trepanatsiya o'tkazishdayoq quyilgan qonni tashqariga chiqarish burchi hisoblanadi. Bu xolatga qarama-qarshi bo'lgan bosh miya jarohatlanishida, subdural yoki miya ichiga qon quyilganda shifokordan neyroxirurgik operatsiyalarni chuqur bilishligi mikroxiirurgik instrumentlardan aql bilan foydalana olishi zarur. Operatsiyaga tayyorlashda bemor boshi sochdan tozalanmog'i va dizenrektsiya qilinishi va kesmaga tayyorlanmog'i zarur. Jarohat atrofini steril material bilan yopishi va zarur texnik apparatlarni (qo'shimcha instrumental stol, ikkita so'rg'ich apparat, motor, drel(burg'u), mono-va bipolyar kougulyator, operatsion mikroskop)

Kalla suyagi va bosh miyasi jarohatlangan bemorlarga kraniotomiya umumiy og'riqsizlantirish ostida o'tkazilishi lozim. Tanlangshan og'riqsizlantirish usuli kalla ichi bosimini ko'tarmasligi lozim. Qon ketish o'choqlari ko'p bo'lganda ularning aniq o'chog'ini aniqlash qiyin va shuning uchun katta qismda kraniotomiya ochilib qon chiqishiga yaxshi imkoniyat yaratish lozim. Standart kraniotomiya, peshona, ensa, miyaning peshonani pastki sathidan, asosiy va o'rta kalla chuqurcha proektsiyasidan ochilib qon laxtalarini chiqarishga imkoniyat beradi. Kraniotomiya jarayonida tamponlardan foydalanilmaydi faqat tampon yordamida yuvish mumkin. Bemorni yotqizishdan avval umurtqa pog'onasining jarohatlanganligiga ishonch hosil qilish kerak. Bemorni yotqizishdan maksimal venoz oqimga erishish lozim buning uchun bemor elkasi bilan yotqizilib elka tomoni ko'tarilib ponasimon yostiq quyiladi. Bemor yotqizilib immobilizatsiya qilinib maxkamlangach kallasi (siniq borligi tufayli) Mayfild qisqichlari maxkam o'rnatiladi. Bemor yonoqlari va peshona qismi yuqoriga va boshi past (pol)ga tomon egilgan bo'lishi lozim. Mazkur holat tortma yordamida tortmasdan ham (retraktsiyasiz) kalla asosini peshona va chakka sohasini yaxshi ko'rib turishga imkoniyat beradi.

Yotqizilganda shunga e'tibor berish lozimki, bemor bo'yini ochiq va ozod bo'lishi kerak. Chunki, umurtqa va boshqa bo'yin arteriya va qon tomirlar (oqimi) siqilmasligi zarur. Chakka proektsiyasidan

quloqning boshlang'ich satxidan teri kesilib ensaning yuqori o'rta chiziqqacha kesiladi. Agar bemorda siqilish alomatlari kuzatilgan bo'lsa avval sinama trepanatsiya qilinib qon chiqarilib so'ng operatsiya davom ettiriladi. Teri, teri osti, YU pay niqobi kesilib tashqariga qayrilib teriga tikilib bog'lanadi. Suyak ustki pardasi va fascia temporalis ham kesilib tashqariga egilib ochiladi va kalla ustki qattiq qobig'i ichki yuzasi bilan kichik arracha (pilka) yordamida bog'lanadi. Epidural gematoma evakuatsiyasi (tashqariga chiqarilishi) kraniotomliyaning ekstradural fazasiga mos kelishi kerak. Qon ketish o'chog'i kalla suyagi asosidan a. meningia media ning yoki shoxining jarohatlanishi bo'lib uni koogulyatsiya qilish yoki chok quyib bog'lash zarur. Kalla suyagi asosidan singanda mazkur qon tomiri foramen spinosum dan chiqishda jarohatlanadi va uni suyak qipig'i bilan siqib to'xtatish mumkin. Bazal sinishlarda qon ketish to'xtamasa kalla suyagining o'rta chuqurchasini m. temporalis varag'i bilan yopib tampon yordamida bosib turiladi. Kallaning qattiq pardasi chakka sohasidan quroqsimon kesilib asosiga qarab ochiladi. Qattiq parda ochilgach venoz sinus (bo'shliq) holati ko'zdan kechiriladi. Operatsiya tugagach qattiq parda iplar olinadigan qilib tugun qo'yib tikiladi. O'tkir subdural gematomalar qattiq parda ichki sathi va araxnoidea tashqi yuzasi oralig'ida bo'ladi. Qattiq parda ochilib qon laxtalari so'rg'ich yordamida tozalanadi.

Qon oqayotgan qon tomirlar bo'lsa koogulyatsiya qilinadi. Chakka qismining old yuzasidagi hamda miya ichidagi ivigan qon laxtalari so'rg'ich yordamida so'rib olinadi. Qattiq pardaning jarohatlangan yara diametri 2 smdan kichik bo'lsa va aroxnoidal varaq bilan intakt holatda bo'lsa teginmaslik kerak. Qattiq parda yopilgach va kalla suyagi gumbazi asosi bilan himoyalani maxkamlanadi. Kalla ichi bosimini o'lchami (kuzatish) uchun zond implantatsiya. Miya ichidagi katta qo'yilgan qon laxtalari masalan peshona soxasidan tozalanadi, kichik va chuqur joylashgan bo'lsa qoldiriladi. Botiq sinishlarda burg'ulangan teshikdan botgan suyak

bo'laklari kraniotom yordamida ko'tariladi. Ajralib singan bo'lakchalar maxsus davolash zarur emas. Sinib qattiq pardani yirtib suyak qalinligi razmeriga ko'ra ko'proq botgan bo'lsa hamda nevrologik alomatlar kuzatilsa zudlik bilan operatsiya qilinishi lozim.

Bosh miyaning ochiq jarohatlari

Bosh miya aponevrozi jarohatlangan jarohatlanishlar kalla suyagining ochiq jarohatlari deyiladi.

Qattiq parda ochilib jarohatlanishlar bosh miyaning ochiq jarohatlanishlari deb yuritiladi.

Kalla qutisi va bosh miyaning ochiq jarohatlanishlarida bosh miya qattiq pardasi hal qiluvchi rol o'ynaydi. Bosh miyaning ochiq jarohatlanishlarida bosh miya qutisi ichidagi qon laxtalarini olib tashlash va infeksiyon yallig'lanishlarning oldini olish maqsadida operatsiya qilish zarur bo'ladi. Ochiq sinishlar ehtiyotlik bilan tezkorlik bilan aniq ketma-ketlikda ishlov berish zarur. Jarohat sohasida suyak bo'laklari bo'lsa ular faqat operatsion xonada operatsiya jarayonida olish lozim. Suyak bo'laklari freza teshigi orqali olinib antibiotikli eritmada saqlanadi. Jarohatlanganda katta suyak bo'laklari kuzatilsa kraniotomiya qo'llash lozim. Agar jarohatlangandan so'ng 24 soatdan ko'p vaqt o'tmagan bo'lsa hamda suyak bo'laklari ifloslangan bo'lsa ularni tozalab qayta joyiga to'g'irlash mumkin.

O'q-otar qurollardan yaralanganda kirish va chiqish teshigiga ishlov beriladi. Agar kirish va chiqish teshigi bir-biridan uzoqroq joylashagan bo'lsa xajmi katta yara (yani chiqish teshigi)dan boshlash lozim. Yarani ehtiyotkorlik bilan ochib kenggaytirib operatsion mikroskop yordamida yot jismlardan ozod qilinadi. Operatsiya jarayonida ehtiyotkorlik bilan ishlash lozim. Shunda nevrologik asoratlari kuzatilish ulushi kamayadi.

Asoratlari

Operatsiya jarayonida kuzatiladigan eng ko'p asoratlari miyaning diffuz shishi, qon ketish va yurak-qon tomirlari jarohati hisoblanadi.

Bosh miya shishida giperventilyatsiya qo'llash, mannitol quyish, drenaj o'rnatish hamda gipotenzivni nazorat qilish tavsiya etiladi. Mahalliy qon ketishlari asosan miyaning katta qon tomirlarining yorilishi hisoblanadi. QTSon ketish o'chog'ini aniqlab qon ketishni to'xtatish lozim. Bo'yin sohasidan a. carotis interna ni barmoq bilan bosib to'xtatish mumkin. Venoz sinuslardan qon ketishni to'xtatish qiyin kechadi, Hamda elektrokoagulyatsiya qilinib to'xtatish xam doimo samara bermaydi. Operatsiya paytida qon bosimini nisbatan pasaytirib operatsion stolning bosh tomonini ko'tarish lozim. Qon ketish o'chog'i (sinus) mushak varag'i bilan yopib tikiladi va ustidan suyak ustki pardasi bilan berkitiladi. Yana fibrin yordamida kleylash ishonchli bo'ladi. Agar qon ketishni to'xtatish imkoniyati bo'lmasa ayniqsa sagital (yoki frontal) sinusda qon tomirga chok qo'yiladi. Operatsiyadan keyingi ertangi davrda kuzatiladigan asoratlari. Miya qutisi ichi bosimining ko'tarilishi hamda qon ketish hisoblanadi. Bemorlarda tromboz rivojlanishiga moyillik bo'ladi. O'tkir davrda qon ketish xavfi bo'lgani uchun antikoagulyantlari qo'llab davolash mumkin bo'lmaydi. Sinislarni bosh miya jarohatlanishlari bilan birga kuzatilganda davolash

Gipsli immobilizatsiya yoki skelet tortma qo'llash bosh miyasi jarohatlanib qo'l-oyoq suyaklari singan bemorlarga samara bermaydi, chunki bemorning hushsiz. Holatda yotishi, bemorni parvarishlash va davolash muolajalari qo'llashni qiyinlashtiradi hamda xarakat funksiyasini tiklanish muddatini kechiktiradi.

Skelet tortmasi va uzoq muddatda tushakda yotish surunkali kasalliklarning avj olishiga imkoniyat beradi. Ayniqsa, bunday davrda bosh miya va yurak-qon tomirlari faoliyatini buzilishlari pnevmoniya va tromboemboliya kabi asoratlari xuruji ko'payadi.

Shuning uchun ko'pgina mutaxassislar kalla qutisi va tayanch-xarakat azolarining birgalikdagi jarohatlanishlarida osteosintez qo'llashni afzal ko'radilar. Stabil-funktsional osteosintezda mixlar, plastinkalar, Ilizarov va boshqa tashqi fiksatsiya apparatlardan foydalaniladi. Aynan, Ilizarov apparati politravmada kam jaroxat etkazuvchi va stabil osteosintez qo'llashga imkoniyat beruvchi apparat hisoblanadi. Lekin, mazkur usul hamideal emas. Chunki, operatsiya uzoq davom etishi, takroriy rentgen tasvirlar qo'llash, reparatsiya qilishning qiyinligi mazkur usul samaradorligini kamaytiradi. Undan tashqari, son suyagiga quyilgan apparat yaqin ikki bo'g'imda faol xarakat qilish imkoniyatini cheklab quyadi. Oxirgi yillarda ommaviylashayotgan sterjinli apparat Ilizarov apparatidek stabil fiksatsiya qila olmaydi. Son yoki elka sohasiga quyilgan apparatning kegay o'tkazilgan sohalarda og'riq tufayli patologik afferintatsiya sabab bo'ladi. Bu xolat o'z navbatida shokning kechish muddatini uzaytiradi. Bosh miya shishini saqlanib qolishiga hamda bemorning tuzalishiga salbiy tasir o'tkazadi. Shuning uchun ham bugungi kunda mutaxassislar bosh miyasi jarohatlanib naysimon suyak sinishlarida intramedullyar osteosintez yoki plastina qo'llashni afzal ko'radilar. Mazkur usul suyak fragmentlarini mustahkam tutib turib bo'g'implarda xarakatning to'liq amalga oshuviga imkoniyat beradi. Fatan o'rnatilgan sterjin bemorga engil o'pka stressini beradi. Shuning uchun o'pkasi jarohatlangan bemorlarga mazkur usulni qo'llash maqsadga muvofiq emas. U. Leman, W. Reif, G. Hobbensiefven hammualliflari bilan (1993) intramedullyar osteosintez qo'llash bosh miya shishiga sabab bo'ladi. Shuning uchun bosh miya og'ir jarohatlangan sinishlarda osteosintezga alternativ usul-plastinalar qo'llash samaraliroq bo'ladi.

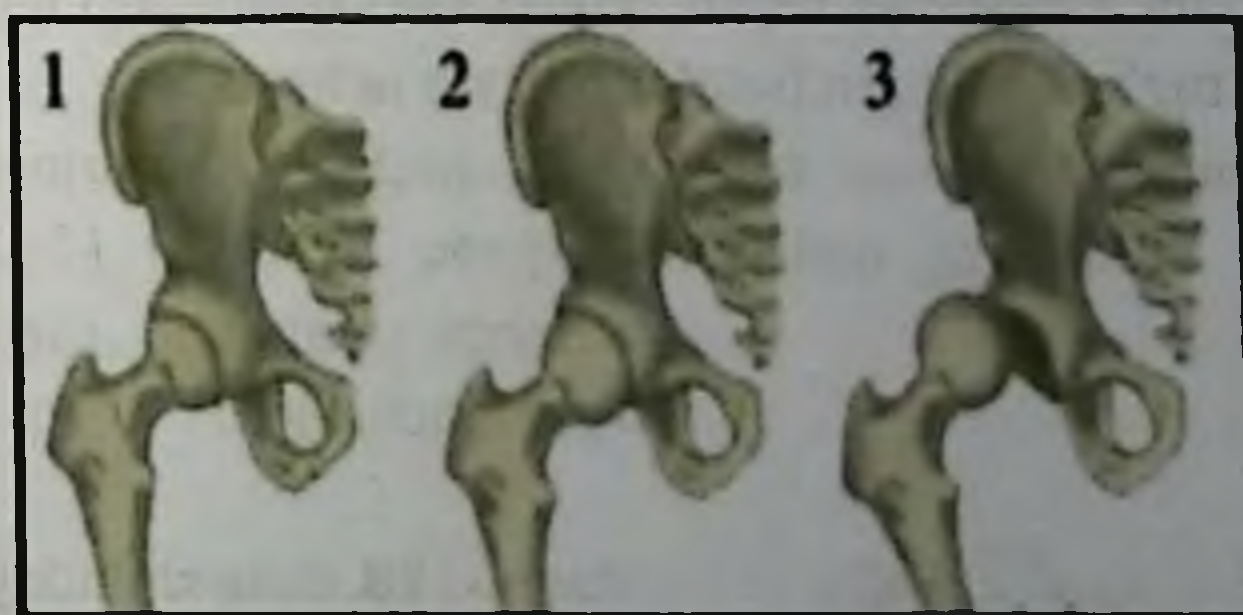
Oxirgi yillarda og'ir qo'shma jarohatlanishlarda birlamchi tashqi va ikkilamchi ichki osteosintez qo'llash konsepsiyasiga amal qilmoqda. Mazkur bemorlarga mexanik mustahkam osteosintez qo'llash tashqi immobilizatsiya (gipsli bog'lam) qo'llashni istisno

qiladi, hamda operatsiyadan keyingi birinchi kundan harakat faoliyatini erta boshlash imkoniyatini beradi. Bu esa o'z navbatida o'lim ulushini kamaytiradi, bemorlarning ijtimoiy reabilitatsiya chora-tadbirlari qo'llashni tezlashtiradi.

Bolalar ortopediyasi sonning tug'ma chiqishi

Sonning tug'ma chiqishi – tayanch-harakat a'zolarining tug'ma kasalliklari ichida eng ko'p uchraydigan bo'lib, chanoq-son bo'g'imini tashkil etuvchi hamma to'qimalar rivojlanishining buzilishi, yetishib rivojlanmaganligi bilan xarakterlanib ortopedik kasalliklarning 3% dan ortig'ini tashkil etadi.

M. V. Volkov ma'lumotlari bo'yicha bu patologiya har 1000 ta boladan 5 tasida uchraydi. Bekker degan olimning ko'rsatishicha bola sonning shakllangan chiqishi bilan emas, balki displaziya, ya'ni chanoq-son bo'g'imini hosil qiluvchi hamma elementlarning yetishmasdan, rivojlanishining orqada qolishi bilan dunyoga keladi. Bolaning sonning shakllangan chiqishi bilan tug'ilishi juda kam hollarda kuzatiladi. M. V. Volkovning ko'rsatishicha har 1000 ta chaqaloqdan 16 tasi chanoq-son bo'g'imining displaziyasi bilan tug'iladi.



Rasm-196. 1- sog'lom, 2- boshcha chuqur kirmagan, 3- yarim chiqish holati.



a

b

Rasm-197. a. Sog'lom bo'g'in, b. Displasiya.

Bola hayotining dastlabki oylarida noto'g'ri parvarishlash oqibatida displaziya sonning chiqishiga aylanadi.

Tug'ma son suyagining chiqishi nafaqat ba'zi mamlakatlarda, hatto bir davlatning turli regionlarida ham birdek uchramaydi. Janubiy Osiyo va Afrika davlatlarida bu kasallik umuman uchramaydi. U yerda yo'rgaklash yo'li bola oyog'i kerilgan holda ko'tarib yuriladi va shunga o'xshashlar chanoq bo'g'imida displaziyaning o'z-o'zidan tuzalib ketishiga yordam beradi (3-rasm). Masalan, Koreyadagi urushning so'nggi yillarida bolani oyog'i kerilmagan holda ko'tarishgandan son suyagining tug'ma chiqishi ko'payib ketdi. Urushdan keyin ayollar eski odatlariga qaytishganda son suyagi tug'ma chiqqan bolalar qariyib uchramadi.

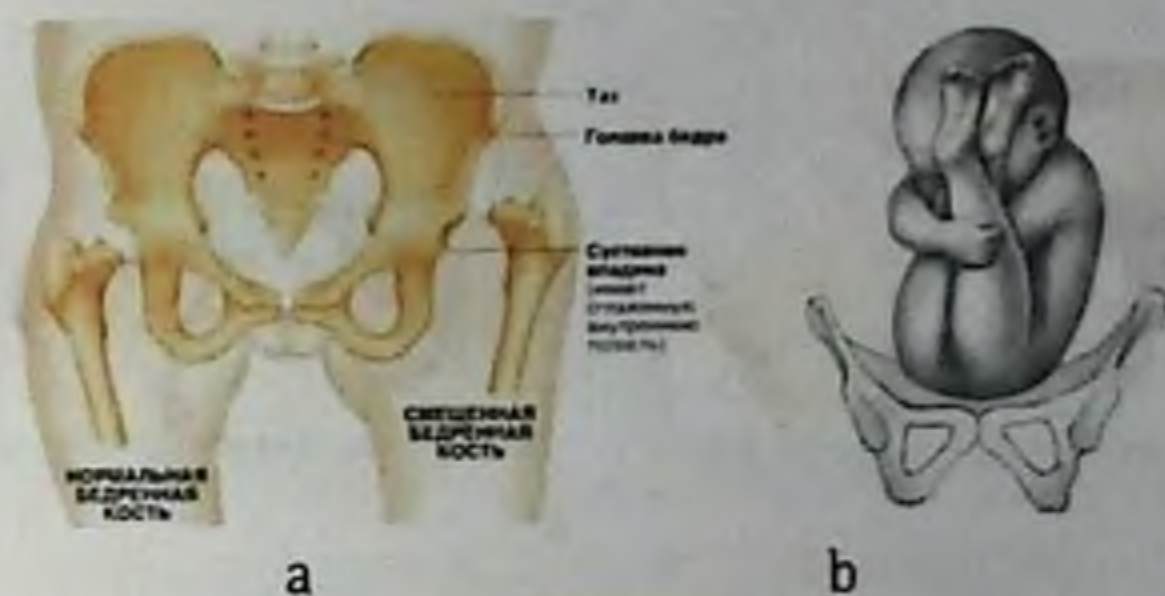
Bir tomonlama son suyagining chiqishi ikki tomonlama son suyagining chiqishiga nisbatan ko'proq uchraydi (7:1) va o'g'il balalarga nisbatan qiz bolalarda ko'proq uchraydi.



Rasm-198. Bola shunday holatda ko'tarilib yurilsa: displasiyaning tuzalib ketishi kuzatiladi.

Sonning tug'ma chiqishida quyidagi omillar ro'l o'ynashi mumkin.

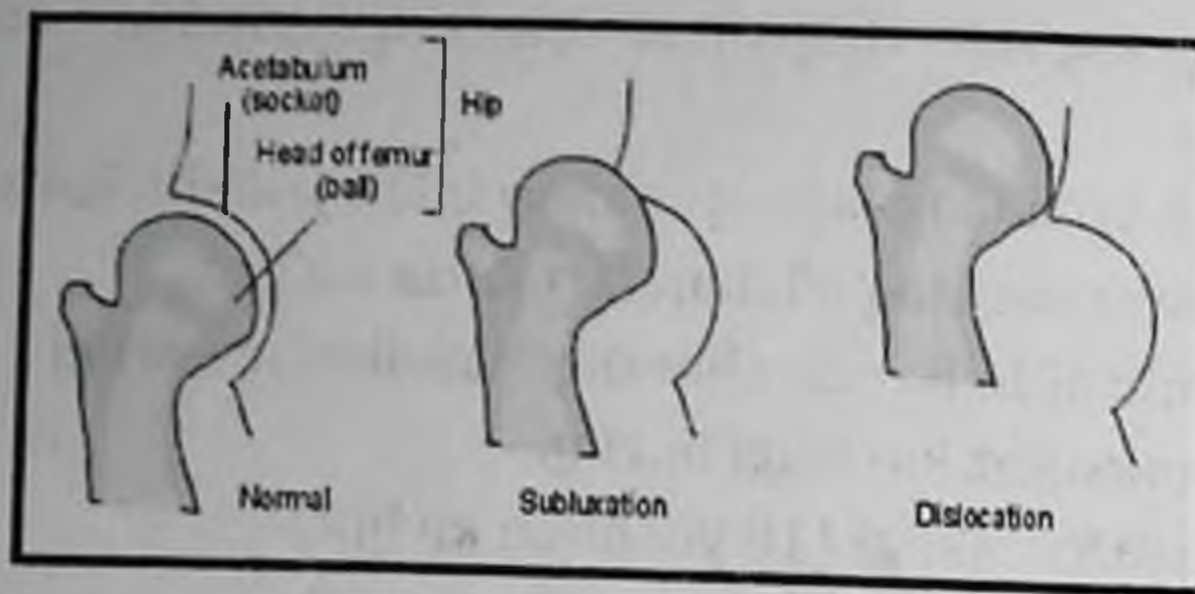
- Tug'ilish yo'lida bolaning chanoq bilan yotishi, kelishi.
- Tug'ilajak chaqaloq o'lchamlari katta bo'lishi.
- Irsiy omil: ajdodlarida shunday kasalliklar borligi.
- Onada toksikoz kasalligi borligi.
- Ona yoshi kichikligi (18 yoshdan kichik)
- Ona qornida homilaning sust rivojlanishi.
- Onaning gormonal kasalligi.



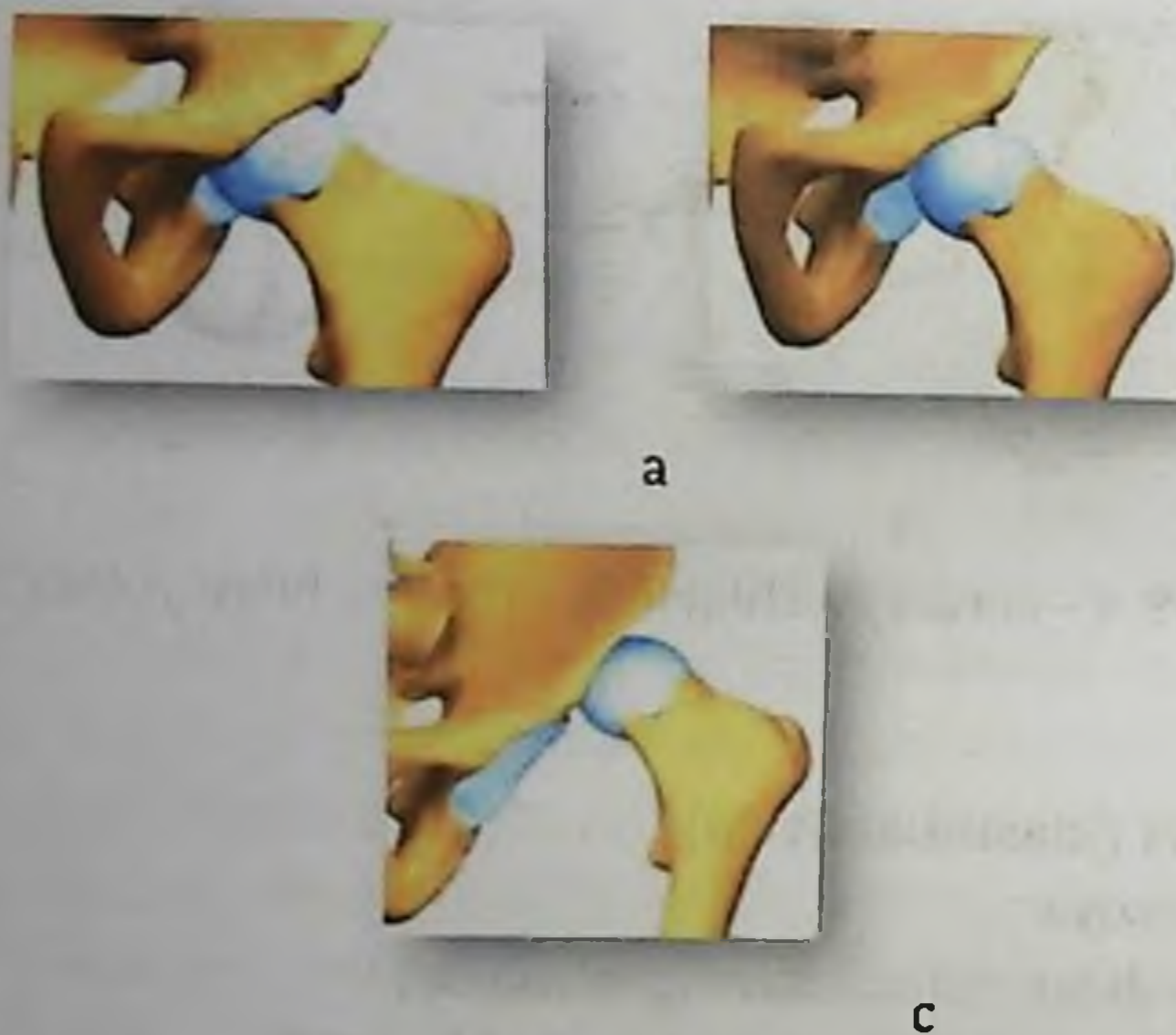
Rasm-199. a - norma va chiqish. b - chanoq bilan yotish xavfli.

TASNIFI (klasifikatsiyasi)

1. Displaziya
2. Chiqishdan oldingi davr (preluxatio)
3. Sonning chiqishi boshlanishi (subluxatio)
4. Sonning to'liq chiqishi (luxatio)



Rasm-200. Norma, yarim chiqish, chiqish.



Rasm - 201. a - norma, b - yarim chiqish, c - chiqish.

Chanoq-son bo'g'imining displaziyasi bu chanoq chuqurchasining o'sish nuqsoni (uning yassilanishi, son suyagi boshchasining yaxshi o'smasligi, undan tashqari bo'g'im xaltasi va boylama apparatining kasalligi) dir. Chanoq-son bo'g'imining displaziyasi 1000 ta tug'ilgan boladan 16 tasida uchraydi, displaziya deb topilgan 100 ta boladan 5 tasida son suyagining chiqishi shakllanadi. Son suyagi boshchasining chiqishi bolaning ona qornidagi davrida ham bo'lishi mumkin deb hisoblashadi. Chanoq-

son bo'g'imi kapsulasi bola tug'ilgan vaqtda cho'zilgan holda bo'lib, oyoqlarini juftlashtirganda oson chiqib, oyoqdan kerilganda oson tushadi. Chanoq chuqurchasi bilan son suyagi proksimal qismining noto'g'ri o'sishi, asosan ularning o'rtasida bog'lanish yo'qligidandir.

Son suyagining tug'ma chiqishida, chanoq-son bo'g'imining ayniqsa, chanoq kosachasining displaziyasi kuzatiladi. Chanoq kosachasi yassi, ichi yot (chandiqlik) to'qimalari bilan to'la bo'ladi.



Rasm-202. Yuqoridan pastga: Limbus, son boshchasi, kapsula, yumaloq boylam sxematik tasvirlangan.

Shuning uchun son suyagi boshchasi chanoq kosachasidan osonlikcha chiqib ketadi. Chanoq-son bo'g'imining displaziyasida son suyagining suyaklanish yadrosi hamma vaqt normadagidan kichik bo'ladi. Chiqishning darajasiga qarab son suyagi boshchasi oval shaklni olib, dumaloqligini yuqotadi. To'liq chiqqanda chiqqan boshcha tiralib turgan yonbosh suyagi qanotida yangi bo'g'im kosasi hosil bo'ladi, shunda u er tog'ay qatlami bilan qoplanadi. Mexanik omillar ta'sirida dumaloq boylam yo'qolib ketadi yoki cho'zilib, yo'g'onlashadi.

Yuqoridagi buzilishlarga parallel sonning bo'yin diafiz burchagi ham o'zgaradi (son bo'yinchasining valgus deformatsiyasi yuzaga keladi). Agar son suyagi boshchasi, bo'yinchasi va diafizining buralishi 10° dan ohsa antetorsiya, agar aylanishda diafiz qatnashmay boshcha bilan bo'yincha qatnashib, aylanish old

tomonga bo'lsa, anteversiya, agar aylanish orqa tomonga bo'lsa, retroversiya deyiladi.

Bundan tashqari, mushaklarda, boylamlarda, bo'g'im xaltasida ham o'zgarishlar bo'ladi. Masalan, son suyagining tug'ma chiqishida bo'g'im xaltasi cho'zilib yupqalashadi.

Son suyagining chiqishi yuqori chanoq suyagi qanoti osti tomoniga bo'lsa, yonbosh-bel mushaklarining payi o'zining yo'nalishini o'zgartirib, bo'g'im xaltasini siqib qo'yadi. Buning oqibatida u qumsoati shaklini oladi.

Chanoq-son bo'g'imining tug'ma displaziyasi (chiqish oldi holati) - bu bo'g'im soxasidagi arzimas o'zgarish bo'lib, chanoq kosachasining yassilanishi, son suyagi boshchasidagi suyakni o'stiruvchi markazning kech paydo bo'lishi va rivojlangan antetorsiya bilan tavsiflanadi. Chiqish oldi holatida son suyagi boshchasi hali chanoq kosachasi ichida bo'ladi.

Son suyagi boshchasining yarim chiqishi. Bo'g'im displaziyasi zampirida son suyagining boshchasi tashqariga va yuqoriga suriladi. Lekin limbus chegarasidan chiqmaydi, bo'g'im ichida qoladi. Bu holatda son suyagining boshchasi chanoq kosachasi markaziga to'g'ri kelmaydi.

Son suyagi boshchasining chiqishi. Son suyagi boshchasining chiqishi, son suyagi boshchasining tashqariga va yuqoriga surilishi kuchli bo'lsa, limbus egiluvchan bo'lganligi uchun quymich kosasining ichiga burilib kiradi. Bu holatda son suyagi boshchasi chanoq kosasi markaziga to'g'ri kelishi u yoqda tursin, hatto kosachadan chiqib, limbusning orqasiga o'tgan bo'ladi.



a



b

Rasm-203. Rentgenogrammalarda sonning bir tomonlama chiqishlari: a – o'ng tomonda, b – chap tomonda.

Davolash samarasi kasallikning turi va darajasiga bog'liq bo'ladi. Kasallik qancha erta aniqlanib davolash boshlansa, natijasi shuncha yaxshi bo'ladi. Tashxis tug'ruqxonadayoq qo'yilishi kerak.

Bu kasallikni aniqlashda tug'ruqxonadagi pediatrlarning roli katta. Zarurat tug'ilsa, ortopedlar bilan hamkorlikda maslaxatlashish kerak. Tug'ruqxonadan chiqqandan keyin 3-4 haftada va 3 oy ichida bolani ko'rikdan o'tkazish kerak

Etiologiyasi.

1. Teratogen omillar;
2. Kimyoviy;
3. Mexanik;
4. Allmentar;
5. Fizik omillar;
6. Endogen omillar: yurak-qon tomir kasalliklari, homiladorlik toksikozi, endokrin kasalliklar va h. k.

STCH diagnostikasi

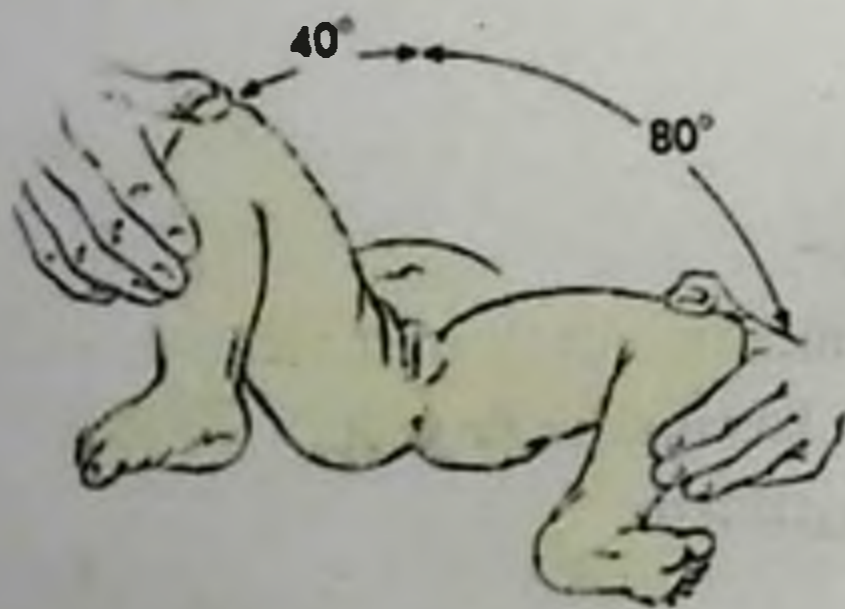


Rasm - 204. Oyoqlar abduksiyasini (ochish, kerish, yonga egishni) tekshirish.



Rasm-205. Putti Marks Ortolani simptomi.

Bolaning chalqancha yotgan holatida oyoqlari tizza va chanoq-son bo'g'limlarida bukilgan holatida son sohasini uzoqlashtirilgan holatida chanoq-son bo'g'limlarida «shilqillash» seziladi- **Putti-Marks-Ortolani (simptom «shelchka»)** simptomi. Sonlari tanadan uzoqlashtirilganda (a) son suyagi boshchasi chanoq kosachasiga joylashadi, oyoqlar tanaga yaqinlashtirilganda (b) son suyagi boshchasi bo'g'limdan tashqariga chiqadi. Bu belgi bola hayotining dastlabki kunlaridayoq ma'lum bo'ladi (Rasm-205).



Rasm-206. Abduksia chegaralangan.

Keyingi belgisi bola sonlarini tashqariga ochilishining chegaralanishi bilan ifodalanadi, normada ochilish chanoq-son bo'g'limlarida 80- 90° gacha bo'ladi. STCH bo'g'imda harakat chegaralanadi - 40.



Rasm-207. Teri burmalari assimmetriyasi.

Bolani tug`ilganidan keyingi dastlabki kunlarda terisida **dumba burmalarining assimetriyasi kuzatiladi**(a). Kasal oyoqda bu belgi bemor bolani klinik ko`ruv paytida yoki bola uxlayotganda bilib olish mumkin (b).



Rasm - 208. Bola oyoqlari tizza va chanoq-son bo'g'imlaridan bukilgan holda taqqoslanganda chiqish bor tomonda **son kaltaligi** ko'riladi.

Bola yura boshlaganida **kasal oyoqqa oqsoqlay** boshlaydi- butun tanasi bilan shu tomonga cho'kib ketadi- **Dyushen simptomi**. Son suyagining ikki tomonlama tug`ma chiqishida patologiya simmetrik bo'lganligi tufayli nisbatan tashxislash qiyin bo'ladi. Biroq ikki tomonlama son suyagining tug`ma chiqishi bilan bo'lgan bemor bolani yura boshlaganda **«o'rdak»** ga o'xshab kerilib yuradi, ko'krak qafasini oldinga chiqarib yuradi.



Rasm – 209. Bolada bel lordozi aniqlanyapti.



Rasm –210. Rozer-Nelaton chizig'i.

Klinik ko'rik paytida Rozer-Nelaton chizig'ining ahamiyati muhim. Bu chiziq yonbosh suyagining old o'sig'i va o'tirg'ich do'mbog'ini birlashtiradi. Normada katta ko'st shu chiziqda yotadi, son suyagi tug'ma chiqishida katta ko'st bu chiziqdan yuqoriga siljiydi.

Normada sog'lom bola bir oyog'ida turib, ikkinchi oyog'ini tizza bo'g'imidan bukkan holatda, tana og'irligi tayanch oyoq tomonga siljiydi, bukilgan oyoqda esa dumba burmasi ko'tariladi. Son suyagi

tug'ma chiqishida kasal oyoqqa tayanganda sog' tomonda dumba burmasi pastga tushadi- (musbat TRENDELENBURG belgisi). Bu tug'ma chiqishda dumba mushaklarining fiziologik holatini ko'rsatib beruvchi simptom hisoblanadi (rasm -)



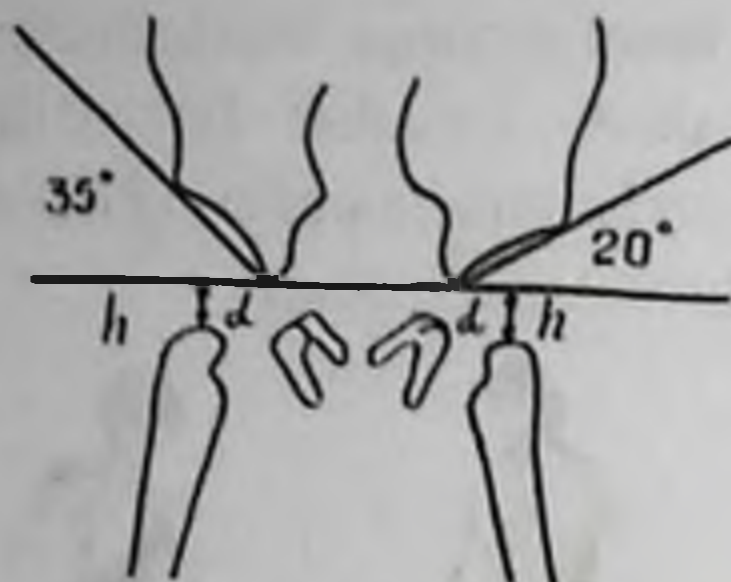
Rasm - 211. a-o'ng oyoq chiqmagan, b-chap oyoq chiqqan Trendelenburg belgisi + ko'rinayapti.

Putti uchligi: (rentgenologik) 1-son suyagi boshchasi suyaklanish yadrosining kech hosil bo'lishi, 2-son suyagining bo'g'imiga nisbatan lateropozitsiya holatida, 3-bo'g'im tomi yassiligi aniqlanadi.

Rentgen tekshiruvda bemorning kasal oyog'ining son suyagi boshchasi sog' tomonga nisbatan kichikligi ko'zga tashlanadi. Quyunch kosachasi tomi siqalanishi yaqqol sezilib turadi. Son suyagi boshchasi bo'g'imiga nisbatan uzoqlashgan - detsentratsiya holatida bo'ladi (rasm-)

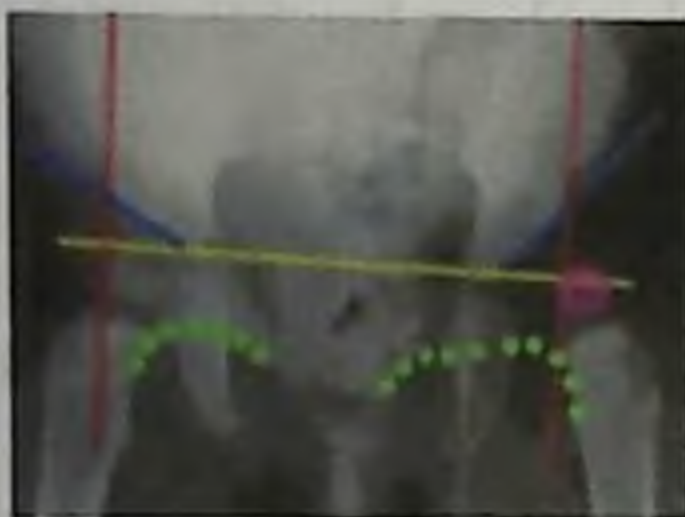


Rasm - 212. Rentgenogrammani o'rganish metodikasi.



Rasm - 213. d-lateral siljishni, h- yuqoriga siljishni bildiradi

Xilgenreyner sxemasi ikkala U- simon tog'aylarni birlashtiruvchi gorizontaal chiziq bilan quymich kosachasi peshtoqini tashqi qirrasidan U-simon tog'ayga tomon o'tkazilgan chiziqlar burchagi: 20 - norma, 35 - displaziya.



Rasm-214. Rentgenogrammani Xilgenreyner sxemasi va Shenton chizig'i chizib o'qish.

Davolash. Son suyagining tug'ma chiqishini davolash patologik protsessning rivojlanganligiga, bolani yoshiga bog'liq holda bosqichma-bosqich **konservativ** va **operativ** usullarda amalga oshiriladi.

Shartli ravishda bemorlarning 2 yoshgacha konservativ, 2 yoshdan yuqori xolatlarda esa jarroxlilik usullari qo'llaniladi.

Konservativ usulda davolashning o'ziyam quyidagi etaplardan iborat:

1. Chaqaloq hayotining birinchi haftalarida davolanadi.
2. 3 oylikdan 1 yoshgacha bo'lgan davrda davolanadi.

3. 1 yoshdan 2 yoshgacha bo'lgan davrda davolanadi.

Konservativ usulda davolash tugruq xonadan boshlanishi kerak. Buning uchun onani davolash usullariga o'rgatiladi. Bular: chaqaloqni keng yurgaklash, massaj, davolash gimnastikalari. Bir oyligidan boshlab oyoqlarini kerib turadigan moslamalar: profilaktik ishtonchalar, SITO shinaslari. Keyinchalik Pavlik uzangisi, Vilenskiy shinalari qo'llaniladi.



Rasm-215. a- Freyk yostiqchasi, b- SITO shinaslari qo'llash.



Rasm-216. Pavlik uzangisi.



a

b

c

Rasm-217. a. Pavlik uzangilari, b. Freyk yostiqchasi, c. keng yo'rgaklash.



Rasm-218. SITO shinasl.



Rasm-219. Oyoqlarga abduksslo: kerib ushlab uchun son va boldirga shinalar.



Rasm-220. Oyoqlarga abduksio: kerib ushlab uchun songa shina.



Rasm-221. Vilenskiy shinası.



Rasm-222. a. rentgen tasvirda sonlarning tug'ma chiqishi, c. tortib joyiga solish, b. rentgen tasvirda joyiga solingan.



Rasm - 223. Gipsda.



Rasm-224. Gips old qismi olingan.

Yangi tug'ilgan bola va 3 oygacha bo'lgan chaqaloqlarni davolash.

To'g'ri yo'rgaklash, oyoqlarni orasini ochilgan-kerilgan holda pelenka qo'yib yo'rgaklash tavsiya qilinadi.

Davolash gimnastikasi chanoq-son bo'g'imlarida tizza va chanoq-son bo'g'imlarida 90° bukilgan holda son suyagi boshchasini bo'g'imga bosgan holda aylanma harakatlar qilish (sutka davomida 7-10 marotaba) tavsiya qilinadi.

Bolani beshikda yotishini man qilinadi.

Oyoqlarni uzatilgan holda ushlab turish uchun Pavlik uzangisi, Freyk yostiqlashi, SAMPI, SITO, Vilenskiy shinasini qo'llaniladi.

Operativ usulda davolashning ham quyidagi etaplari aniqlanadi:

1. 2 yoshdan 5 yoshgacha bo'lgan be'morlarni davolash.
2. 5 yoshdan 8 yoshgacha bo'lgan be'morlarni davolash.
3. O'smirlik yoshidagi be'morlarni davolash.

Ochiq usulda to'g'rilashga ko'rsatmalar: 1) chanoq-son bo'g'imida anatomik: (boshchani ancha surilishi - orqa yuqoriga chiqishi, son proksimal qismi burchaklari kattaliklarining keskin o'zgarishi, «tomcha»ning yaxshi rivojlanmaganligi) o'zgarishlar natijasida yopiq usulda to'g'rilashning imkoni bo'lmaganda, 2) tug'ma chiqqan son suyagi boshchasini o'z joyiga yopiq solingandan keyin qaytadan chiqishi (relyuksatsiya), 3) son suyagining tug'ma chiqishi ikki yoshdan keyin saqlanib qolsa amalga oshiriladi.

Son suyagining tug'ma chiqishining hamma turini jarrohlik yo'li bilan davolash quyidagi guruhlariga bo'linadi: a) chiqishni o'z o'rniga ochiq usulda tushirish; b) rekonstruktsiya qilib, ochiq usul bilan o'z o'rniga tushirish; v) yonbosh suyagidagi jarrohlik; g) palliativ operatsiyalar.

Son suyagining tug'ma chiqishini o'z o'rniga ochiq usulda tushirishni boshcha va chuqurcha yaxshi shakllangan bo'lsa, oddiy amalga oshirish mumkin yoki to'g'rilashdan oldin quymich kosasi chuqurlashtiriladi. Son suyagi boshchasi jarohatga chiqariladi, to'g'rilashga halaqit beradigan to'qimalar va tog'ay soyaboni osti kesiladi. Agar operatsiya katta kusti kesmasdan qilingan bo'lsa, gipsli bog'lam 2-3 haftaga qo'yiladi. Quymich kosasining tog'ay qatlami olib tashlangandan keyin, albatta bo'g'imni plastika qilish kerak. Agar boshcha yetarli darajada markazlashmagan bo'lsa, o'z o'rniga ochiq tushirishni derotatsion osteotomiya bilan amalga oshirish kerak. Operatsiyaning vazifasi - son suyagi boshchasining tirilib turishi uchun mustahkam tayanch hosil qilish va chanoq-son boylami chala chiqishining oldini olishdan iborat.

Son suyagi tug'ma chiqib, asorati qolgan, davolanmagan yoki yaxshi davolanmagan bemorlarda bifurkatsiya (yoki vilkalash) operatsiyasi qilinadi. Bu operatsiya 30 yoshdan oshgan bemorlarda qo'llaniladi.

Hozirgi kunda operativ usullar 2 yoshdan keyin qo'llanilmoqda.

Operativ davo usullari 3 guruhga bo'linadi: (1890 y. nemis ortopedi Goff)

1. Son suyagini oddiy usulda joyiga solish (prostoe otkritoe vpravlenie);
2. Bo'g'im tomidagi rekonstruktiv operatsiyalar;
3. Son suyagining proksimal qismidagi rekonstruktiv operatsiyalar.
4. Pallianiv operatsiyalar.

Son suyagi oddiy usulda joyiga solish operatsiyasi son suyagi boshchasi va bo'g'imda degenerativ protsess rivojlanmagan hollarda- bo'g'im tomi siyqalanmagan, son suyagi boshi va chanoq kosachasi hajmi bir-biriga mutanosiblik saqlangan hollarda qo'llaniladi.

Son suyagi proksimal qismida osteotomiyalar son suyagi bo'ynida patologik torsiya hosil bo'lganda qo'llaniladi va patologik torsiya bartaraf qilinadi.

Bo'g'im tomida rekonstruktiv operatsiyalar «tom»da defekt vujudga kelganda qo'llaniladi. Bularga 2 va 3-tomonlama osteotomiyalar, atsetabuloplastikalar kiradi.



Rasm - 225. Operatsiani bajarish uchun terida kesmalar.



Rasm -226. Ochib joylga solish. Artroplastika.



Rasm - 227. Yonbosh, qov, o'tirgich suyaklarni osteotomiya qilish.



Rasm - 228. Yonbosh suyagini osteotomiya qilish.



Rasm - 229. O'ng sonning tug'ma chiqishi.



Rasm-230. Ochib, son proksimal oxirini qisqartirib, derotatsiya qilingan operatsiya.

Mavzuga oid vaziyatli masalalar

1. Savol: 7 yashar bola chap oyog'iga oqsoqlanib yuradi. Trendelenburg alomati chap tomondan musbat. Ko'rilganda chap oyog'i nisbatan 2 sm kalta va oyoq-panja tashqariga buralib yotibdi. Rentgen tasvirlida chap son boshchasi quymich kosasidan tashqarida. Quymich peshtoqi yassilangan.

Vazifa №1. Tashxis qo'ying.

Vazifa №2. Davolash usulini tanlang.

2. Savol: Tug'ruqxonada ko'rilgan chaqaloqda quyidagi holat aniqlanadi. Oyoqlari simmetrik. Yotganda oyoq-panjalari tashqariga buralib yotibdi. Son va tizzadan bukib tashqariga kerilganda oyoqlarni yozilish burchagi cheklangan, 70° . Shilqillash alomati chap tomondan aniqlanadi. Son va dumba teri burmalari simmetrik. Sizing tashxisingiz? Davolash uchun tavsiyalarni va moslamalarni yozing?

3. Savol: 19 yoshli bemor o'ng son bo'g'imida og'riq va oqsoqlanib yurishga shikoyat bilan murojaat qildi.

Anemnezidan bir yasharligida o'ng tug'ma chiqishi bilan davolangani aniqlandi. Be'mor oxirgi ikki-uch oydan buyon oqsoqlanib yura boshlagan. Jarohat olmagan. Sizingcha bemorda qanday kasallik rivojlanishi ehtimoli bor? Qo'shimcha tekshirish usuli?

Testlar.

4. Savol: Sonning tug'ma chiqishini davolashni boshlash optimal vaqtini ko'rsating?

- A. Tug'ruqxonadan boshlab.
- B. 1 oylikdan boshlab.
- C. 3 oylikdan boshlab.
- D. 6 oylikdan boshlab.

5. Savol: Sonning tug'ma chiqishining erta simptomlari?

- A. Trendelenburg simptomi, "shilqillash" simptomi, kaltalik.

- B. Kompensator skolioz, "shilqillash" simptomi.
- C. Dyupyuitren simptomi, teri burmalarini assimetriyasi, "shilqillash" simptoml.
- D. "Shilqillash" simptomi, teri burmalarini assimetriyasi, sonni uzoqlashtirishni chegaralanishi, oyoqning kalta bo'lishi, oyoqning tashqi rotatsiyasi.

6. Savol: Sonning tug'ma chiqishida Trendelengburg simptomining paydo bo'lish sababi?

- A. Pelviotroxanter mushaklarni kuchsizlanishi.
- B. Dumbaning katta mushagi kuchsizlanishi.
- C. Sonni yaqinlashtiruvchi mushagini parezi.
- D. Sonni uzoqlashtiruvchi mushagini parezi.

7. Savol: Sonni tug'ma chiqishini ortopedik profilaktikasi deganda nima ko'zda tutiladi?

- A. Tug'llish jarayonini to'g'ri olib borish.
- B. Maxsus emlashlarni qo'llash.
- C. Homiladorlikni to'g'ri olib borish.
- D. Sonni tug'ma chiqishini erta aniqlab davolashni boshlash.

8. Savol: Putti uchligini izohlab bering?

- A. Son suyagi boshchasini buzilishi va o'sishdan qolishi va orqada qolishi va bo'ynini varusli qiyshayishi.
- B. Son suyagini bo'ynini valgusli qiyshayishi, antetorsiya va gipoplaziya.
- C. Shenton, Kal've chizig'ini buzilishi, son suyak boshini gipoplaziyasi.
- D. Son suyagi boshini gipoplaziya, sonni tashqariga va yuqoriga siljishi va quymich kosasi tomini yassilanishi.

Javoblar. 1-savolga: Sonni tug'ma chiqishi. Operatsiya. 2 - savolga: CHap Sonning tug'ma chiqishi. Keng yo'rgaklash, SITO shinasi, Pavlik uzangisi. 3-savolga: Aseptik nekroz yoki koksartroz. Rentgenologik tekshirish.

4 - A. 5 - D. 6 - A. 7 - D. 8 - D.

Bo'yin tug'ma mushakli qiyshiqqligi

Bo'yin tug'ma mushakli qiyshiqqligi: (torticollis) (tort - torsiya, colli - bo'yin)- bo'yinning, burilgan, boshning qiyshiq turishi demakdir.

Bo'yin qiyshiqqligi (torticollis, caput obstipum)-etiologiya va patogenez jihatidan har xil bo'lishi mumkin. Ularning hammasiga boshning noto'g'ri tutib turilishi xos belgi hisoblanadi.



Rasm-231. O'ng m. sterno-cleido - mastoideus qisqaligida bosh holati.

Bo'yinning mushakli qiyshiqqligi. to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushagning yetishib o'smaganligi, perinatal travma sababli fibrozlanishi natijasida uning noelastik bo'lib, kaltaligi uchun rivojlanadi.



a

b

Rasm-232. O'ng mushakli bo'yin qiyshiqqligi.

Bo'yin qiyshiqlligi-inson gavdasining bir qismi bosh va bo'yinning chap yoki o'ng tomonga- elka bo'g'imi tomoniga egilish tushuniladi. Bo'yin qiyshikligini klassifikatsiyasi S. T. Zatsepin tomonidan 1960 yilda tuzilgan va unga ko'ra bo'yin qiyshiqlligi quyidagi turlarga bo'linadi:

I. Tug'ma

II. Orttirilgan

Tug'ma deformatsiyalar o'z navbatida quyidagilarga bo'linadi:

Tug'ma mushakli bo'yin qiyshiqlligi

Trapetsiyasimon mushakning retraktsiyasi va zichlashishi natijasida kelib chiqqan bo'yin qiyshiqlligi

Suyak yoki suyak-bo'g'im shakli: osteogen bo'yin qiyshiqlligi-bo'yin umurtqalarining tug'ma deformatsiyasi, tug'ma bo'yin qovurg'alari borligi, yoki Filppel-Keyla kasalligi sababli rivojlanadi.



Rasm - 233. Osteogen bo'yin qiyshiqlligi.

Nevrogen yoki paralitik Bo'yin qiyshiqlligi

Nevrogen bo'yin qiyshiqlligi kelib chiqishiga ko'ra quyidagicha:

4a) BBMF (bolalar bosh miya falajligi)dagi spastik bo'yin qiyshiqlligi

4b) To'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushak falajligi oqibatida

4v) miasteniyada

Tug'ma nevrogen bo'yin qiyshiqlligi-distonik sindromda kuzatiladi. Unda kasallik tomonda tananing yarim qismida mushaklar tonusi baland, qolgan yarmida mushaklar tonusi past

Asma: Mushaklar tonusi baland qismida bo'yin qiyshiqiligi, qo'l va ayuqning buklangan holat, unurtqa pog'onasining yoysimon qiyshiqiligi kuzatiladi. Umurtqa pog'onasining bo'yin qismida harakat to'liq saqlanadi.



Rasm - 234 Tug'ma nevrogen bo'yin qiyshiqiligi.

Bo'yin qiyshiqiligini orttirilgan shakllariga:

Dermatogen: tug'ma dermatogen-terl qanotli - pterigium colli



Rasm - 235. «dermatogenspterygium colli» bo'yin qiyshiqiligi.

Desmogen, o'z navbatida:

- a) jarohatdan keyingi
- b) kuygandan keyingi
- v) yallig'lanish oqibatida

Bolaning doimiy bir xolatda yotganligi sababli ham bo'yin qiyshiqiligi kuzatilishi mumkin: holatiy bo'yin qiyshiqiligi.



Rasm- 236. Holatiy bo'yin qiyshiqligi.

Bo'yin qiyshiqligining turlari ichida eng ko'p uchraydigan turi – bu to'sh-o'mrov-surg'ichsimon muskuldagi patologik o'zgarishlar oqibatida bo'lib, «tug'ma mushakli Buyin qiyshiqligi» deb ataladi. Bulardan tashqari Bo'yin qiyshiqligi boshqa a'zo kasalliklari (ko'z, quloq, tomoq, umurtqa) ning bir simptomlari sifatida namoyon bo'lishi mumkin.

Travmatik suyak- bo'g'im bo'yin qiyshiqligi-I-bo'yin umurtqasi (atlant) sinig'ida kuzatiladi.

Grizel kasalligida – yallig'lanish sababli I-bo'yin umurtqasi (atlant) ning yarim chiqishida bo'yin qiyshiqligi kuzatiladi.

Infektsion etiologiyali – osteomielit, sifilis, tuberkulyozda bo'yin qiyshiqligi rivojlanishi mumkin.

O'smalar sababli – bo'yin qiyshiqligi kuzatilishi mumkin.

Isterik bo'yin qiyshiqligi – isterik psixozda bo'yinning notabiiy holat olishi.

Etiologiyasi:- kasallik sababli homila atrofidagi suyuqlik kamligi gipoksiyaga olib keladi va homila boshchasining noto'g'ri joylashishiga sabab bo'lishi mumkin.

-Homila bo'yinchasiga kindikning o'ralishi bo'yin qiyshiqligiga sabab bo'lishi mumkin.

-bachadon ichidagi infeksiya ta'sirida bo'yin mushaklarining patologik fibroz holati bo'yin qiyshiqligiga sabab bo'lishi mumkin.

-Tug'riq jarayoni bilan bog'liq travma(bolaning chanoq qismi bilan tug'riq yo'liga kelishi, Kesar bo'yicha operatsiya va muddatiga yetmay tug'ilishi)

Bo'yin mushakli qiyshiqqligining patogenezi

To'sh - omrov - so'rg'ich simon mushak fibrosli tuzilish oladi, u elastic bo'lmay koladi, qisqaradi, fiziologik cho'zila olmaydi. Bolani boshi shu mushak kasallangan tomonga egiladi, yuzi sog'lom tomonga buruladi.



Rasm-237. m. sternocleidomastoideus - to'sh o'mrov so'rg'ichsimon mushagi.

Bunday majburiy holat bosh suyagi, yelka kamari va umurtqa pog'onasi suyaklarining noto'g'ri rivojlanishiga sabab bo'ladi. Yuzi asimmetrik shakl oladi, kasal tomondagi ko'z, quloq, qosh past joylashadi



Rasm - 238. Bosh holati, bo'yin qiyshiqqligi.

Sabablari: ko'pchilik holatlarda bu kasallik rivojlanishi asoratlangan tug'ruq bilan bog'liq bo'ladi, ayniqsa homila ensa bilan kelganda. Bu kasallik kelib chiqishini tushuntiruvchi bir nechta teoriyalar mavjud. Ulardan biriga ko'ra homila ensa bilan kelganda mushaklar kontrakturasi yuzaga keladi, bu esa bo'yin qiyshiqqligiga sabab bo'ladi. Bu teoriyaga ko'ra bo'yin qiyshiqqligi boshqa bir nechta deformatsiyalar bilan birga keladi: tayan-harakat apparati, tug'ma son chiqishi (20%) yoki maymoqoyoklik. Boshqa sababi akusherlik

yordami (homilani aylantirish) bo'lishi mumkin, bu to'sh-umrov-so'rg'ichsimon mushakning tortilishiga va yirtilishi yoki yorilishiga olib keladi (adabiyotlarga ko'ra 1890-yilda 5% ensa bilan kelgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushakka qon quyilishi aniqlangan). Lekin bunday shikastlanishlar kesarcha kesish operatsiyasida ham kuzatilgan, ma'lum bir oilada takrorlangan. Boshqa holatlarda umurtqa pog'onasida deformatsiyalar bilan birga kelgan. Hayvonlarda o'tkazilgan tajribada (mushakni tortish va yirtish) bolalarda kuzatiladigan natija kuzatilmagan. Zamonaviy nazariyaga ko'ra homilada ona qornida lakunar sindrom rivojlanadi, ya'ni to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushakda chuqurcha hosil bo'ladi. Bo'yin qiyshiligi bo'lgan bolalarning ko'pchiligi qiyin tug'ruqda tug'iladi, homila tug'ruq kanalida ushlab qolinadi, bu mushak hosiladi. Bo'yin qiyshiligidaning homila ensa bilan kelishi bilan bog'liqligi ishonarli hisoblanadi.

Bir oygacha bo'lgan bolalardagi belgilar.

- chaqaloq boshining yonbosh tomonga egilishi - kasallikning ilk belgisi.

- yuzi va engagini sog' tomonga burallishi.

- Buyin soxasi paypaslanganda to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushakning pastki qismida shish aniqlanishi mumkin.

- quloq suprasining yelkaga yaqinlashishi

- kasallik tomonidagi yuzni sog' tomonga nisbatan yassiroq, kichikroq bo'lishi

- kasallik tomonida bo'yinda ko'ndalang burmalarning ko'p bo'lishi

Bola ulg'aygan sari kasallik tomonidagi to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushakning qattiqlashishi, kaltaligi va yo'g'onlashishi kuchayib boradi.

Bir yoshgacha bo'lgan bolalardagi belgilar.

Boshning o'ng yoki chap yelka tomonga egilishi kun sayin kuchayib boradi. Kasallik belgilari bola boshini va gavdasini tuta boshlagach (4-5 oylar) aniqroq ko'rinishga boshlaydi.

Mushaklar qanchalik ko'p va kuchli qisqarsa, kasal tomonga quloq suprasi shunchalik ko'p yaqinlashib, sog' tomon quloq suprasi yuqoriga ko'tariladi. Qiyshiq bo'yinning kalta bo'lish darajasi muskullar qisqarishiga bog'liq, qiyshiq tomonga mushaklar qancha kuchli qisqarsa, shu tomondagi bo'yin shuncha kalta bo'ladi va kasal tomonda yo'g'onlashadi va shu bilan sog' tomon mushaklari cho'ziladi.

Bir yoshdan keyingi belgilar

3-5 yoshda yuz asimmetriyasi kuchayadi.



Rasm-239. Chap tomonlama bo'yin qiyshiqqligi: yuz asimmetriyasi boshlangan.

Yosh ulg'aygan sari yangi-yangi ikkilamchi belgilar paydo bo'ladi. Bu belgilarning paydo bo'lishi statik xolat, boshning asimetrik joylashganligi sababli qomat buzilishi bilan bog'lik. Bir tomonlama to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushak qisqarishi natijasida bosh kasal tomonga bukilib, engak sog' yelka tomonga buriladi. Bu xolat yil sayin kuchayadi va uni burab tug'rilab bo'lmaydi. Bo'yin, yuz shaklining o'zgarishi, yelkalar asimmetriyasi bola o'sgan sayin murakkablashib borib, bolaning chakka va bosh suyaklari o'zgarishiga olib keladi va oqibatda bosh shakli o'zgaradi. Kasallik tomonda kurakning yuqoriga ko'tarilishi, bosh, bo'yin va yelka xarakatining chegaralanishi kuzatiladi.

Umurtqa pog'onasida skolioz, kifoz, lordoz rivojlanadi. Bunday patologik xolatlar bemorlarni jismoniy jixatdan zaiflashtirib qo'yadi.

Mushak kasallangan tomonda kurak va yelqa kamari yuqoriga tortiladi.

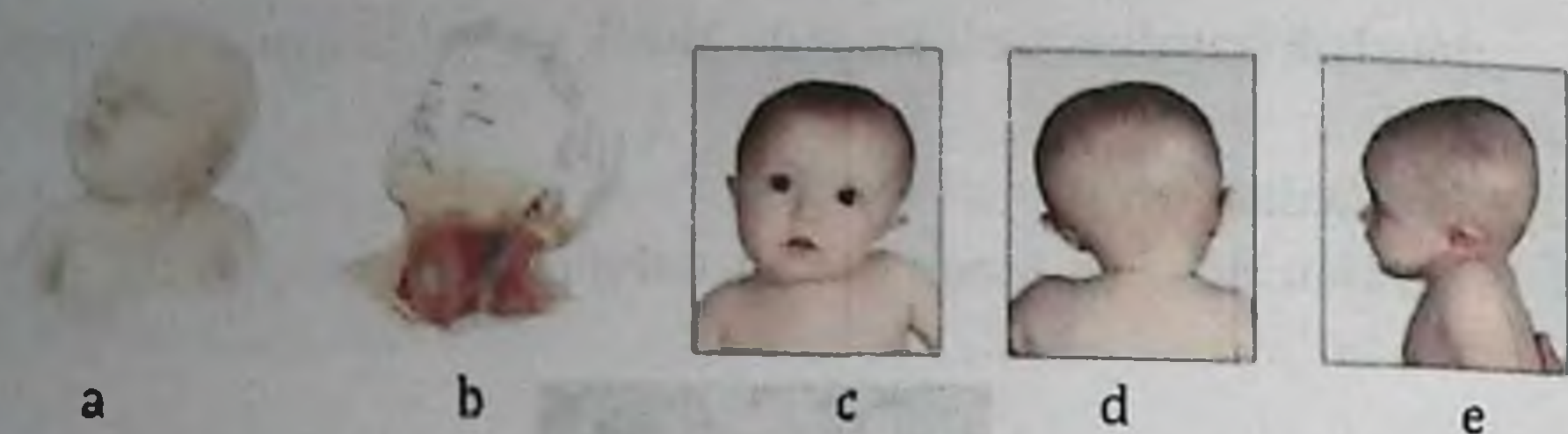
Bo'yinskoliozi;

Bazan trapetsiya simon va ko'p tishli mushak qisqaradi



Rasm - 240. Bo'yin tug'ma mushakli qlyshiqlligida «bo'yin skoliozi».

Klinik belgilari: yangi tug'ilgan chaqaloqda bo'yin qlyshiqlligini aniqlash kamdan-kam kuzatiladi. Bir haftadan keyin to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushak pastki uchlligida shish paydo bo'ladi, 1-2 oygacha saqlanadi. Bolaning boshi qarama-qarshi tomonga qarab turadi, masalan shish chapda bo'lsa, bola o'ng tomonga qarab turadi. Umurtqa pog'onasi bo'yin qismida harakatlanish cheklangan bo'ladi. Natijada bola yotganda ham bir tomonga qarab turadi, shikastlanish tomonidagi yuz tekislanadi, har doim yostiqda bosilib turishi natijasida. Bola boshi o'lchami ham ahamiyatga ega, chunki katta odam boshiga nisbatan katta bo'ladi. Buning natijasida bola ensa bukrilligi proyeksiyasi ko'krak qafasidan orqada joylashadi. Bola oldinga va yuqoriga qaray olmaydi, shuningdek shikastlangan mushak kaltalashadi. Agar boshida bu kontraktura oldi olinmasa yuz assimetriyasi ham yuz beradi. Agar ikkala ko'z, lab va o'mrov suyagidan xayoliy chiziq o'tkazilsa, normada bu chiziqlar parallel bo'ladi. Agar yuz assimetrik bo'lsa, bu chiziqlar bir nuqtada kesishadi. Bu belgi Folker simptomi deyiladi.



Rasm -241. O'zgargan mushaklar. Klinik ko'rinishlar.



Rasm-242. Bo'yin tug'ma mushakli qiysiqlligi bilan bolaning ko'rinishi.

Davolash. Konservativ davolash va operativ davolash usullari mavjud. Konservativ davolash 1, 5 yoshgacha olib boriladi.



Rasm -243. Maxsus yoqa.

Boshni to'g'rilovchi gimnastika - boshni to'g'ri holatga chiqarish, to'g'ri holattan qo'proq chiqarish va boshni kaltalangan mushak tomonga burish. Boshni to'g'rilovchi mashqlarni ikki kishi bajarish qulay. Bir kunda 3-4 marta va har mashq 4-5 minut davom

etadi. Bir kishi bolani qo'llarini va tanasini ushlab turadi, ikkinchi kishi boshidan tutadi. Bo'yin mushaklari tinchlangach ehtiyotlik bilan cho'ziladi. Yana bitta navbatdagi mashq bola boshchasini iyagi to'shga tegkizish uchun egish. Bu mashq ertalab va kechqurun 5 marta bajariladi.



Rasm - 244 Massaj, korreksiya.

Davolash va uning natijalari: birinchi 6 oyda davolash fizioterapiya, kaltalashgan to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushakni cho'zish muolajalari o'tkaziladi, oldin vrach, keyin bolaning onasi bajarishi mumkin. Bola boshini ratsional holatda joylashtirib, uyqu vaqtida qlyshayishini oldini olish lozim. Bu metodika ko'pchilik bolalarda effektiv hisoblanadi.



Rasm-245. Davolash mashqlari.

Massaj – Kasallangan mushakni yengil sirpantirib-bosib silab massaj qilish, sog'lom tomonni bundan intensiv massaj qilish tavsiya etiladi.



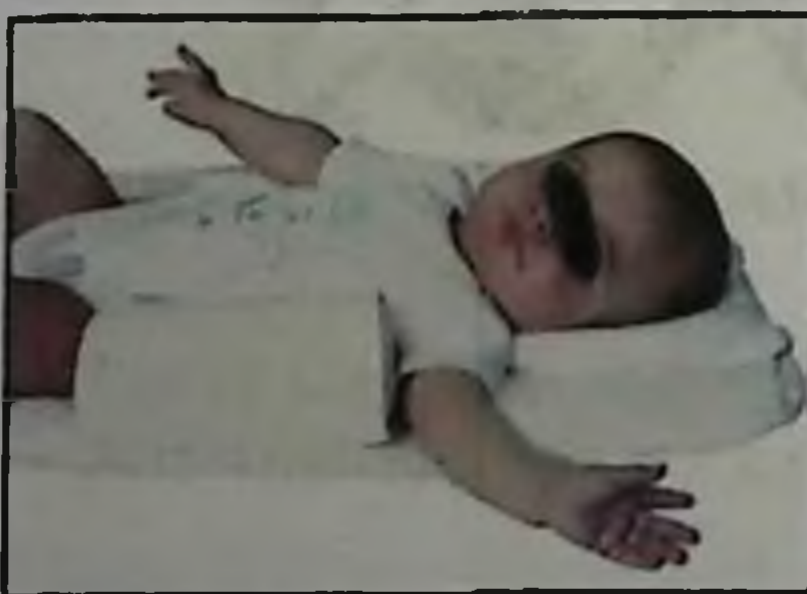
Rasm - 246 Massaj.

Kasal mushak massaj qilinib, bo'sh holga kelgach, davolash mashqlari bajarilib, to'g'rilovchi gimnastika o'tkaziladi. Boshni erishilgan to'g'rilangan holatda ushlab turish uchun ortopedik moslama buyumlar qo'llaniladi.

Ortopedik buyum – moslama (masalan Shans yoqasi):



Rasm-247, 248. Ortopedik buyum moslama – Shans «yoqasi»- buyum moslama.



Rasm-249. Bolani xona derazasiga, yaltiroq o'yinchoqlarga faol qarashini e'tiborga olib yotqizib qo'yish.



Rasm-250. Ortopedik buyum – moslama qo'llash.



Rasmi-251. Ota-onalarga tavsiyalr:

Bolada o'ng m. sterno-kleido-mastoldeus qisqarganla: bolani to'g'ri etaklash; yaltiroq, shidir-shildiroq o'yinchoqlarni qo'yish tomonini to'g'ri belgilash; bolani emizishda ham uni e'tborga olish ko'rsatilgan.



Rasm – 252. Bola yotishida, o'ynashida korreksiani nazarda tutish.

Fizeoterapiya davolash metodlari: yod-kaliy elektroforezi, lidaza bilan elektroforez, bo'yinni maxsus isitgich lampa bilan qizdirish bolaning 6 haftalik yoshidan boshlanadi.



Rasm -253. Fizioterapiya muolajalari.

Masalan, bir yil davomida davolash kursi quyidagicha o'tkaziladi:

- lidaza bilan elektroforez – bir yilda 2 kurs, 10 seans;
- massaj – yil davomida 4 kursbo'yin massaji, 10 seansdan;
- Davolash mashqlari – ota-ona davolash mashqlarini to'g'ri bajarishni mukammal o'zlashtirib oladi; davolash mashqlari bir yil davomida muntazam olib boriladi.

-«quruq issiqlik» muolajasi ham buyuriladi.

- ozokerit applikatsiyasi –bir kurs 10 seansdan iborat. Har 3 oyda bir kurs o'tkaziladi.

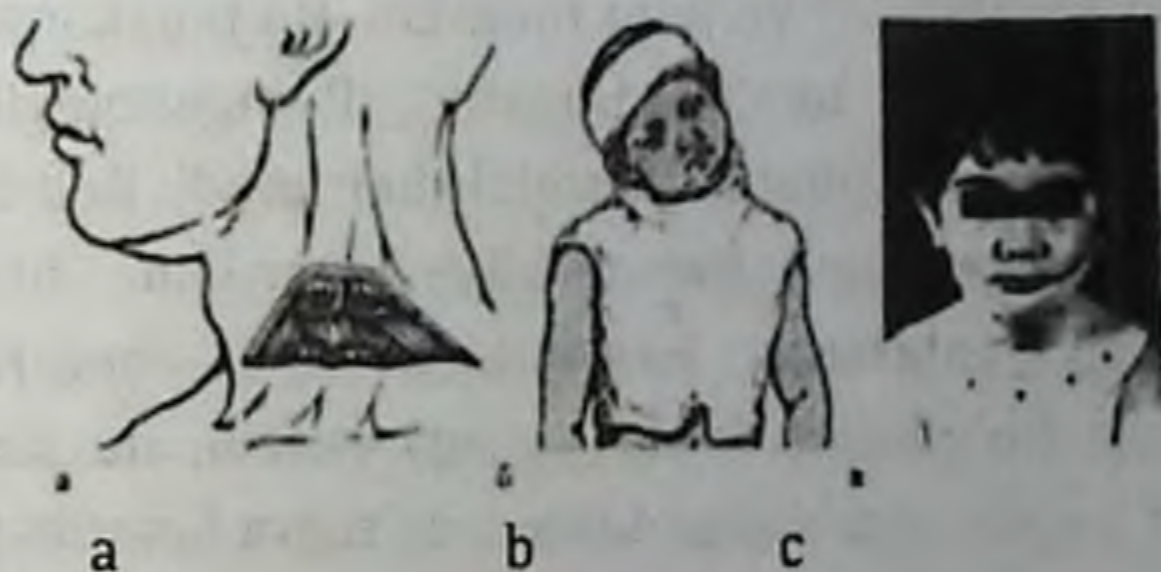
Bir yoshdan katta bolalarni davolash: bu holatlarda qonservativ davolash effekt bermaydi, shuning uchun operativ davolash buyuriladi – kaltalashgan to'sh-umrov-so'rg'ichsimon mushak uzaytiriladi yoki bu mushak distal yoki proksimal payi ochiladi. Bu mushak har ikkala qism payini uzaytirish effektiv natija beradi.

Operativ davolash. Hozirgi paytda tug'ma mushakli bo'yin qiyshiqqligini operativ yo'l -S. T. Zatsepin usulida to'sh oyoqchalari kesib qo'yiladi. Bemor narkozdan uyg'ongach giperkorreksiya holatida torakokranial gips bog'lami quyiladi. Gips bog'lami 1 oydan keyin olinadi. Davolash natijasi yaxshi, kamdan-kam hollarda retsidiv beradi.



Rasm-254. Mikulich - Zassepin operassiyasi - to'sh-o'mrov-so'rgichsimon mushak oyoqchalarini rezekssiya qilish (2 santimetr larcha qirqib olish), bo'yinning yonbosh uchburchagida b'yinning yuzaki fassiyasini kesish.

I. E. Gagen-Torn bo'yicha mushakni uzaytiruvchi operassiya: o'mrov oyoqchasini o'mrovdan kesiladi, to'sh oyoqchasini 5-6 sm yuqoridan kesiladi, uchlari tikiladi. Keyin torakokranial gips, og'lama 4-6 haftaga qo'yiladi.



Rasm - 255. Operassiya sxemasi, gips bog'lama, tutib turuvchi ortezi.



Rasm - 256. Boshni korrekssiya holatida immobilizassiya qiluvchi gips bog'lama.

Orttirilgan bo'yin qiyshiqqligi: agar buyin qiyshiqqligi utkir, tusatdan boshlansa, uning quyidagi sabablari bulishi mumkin:

1. Yallig'lanish jarayoni. Bu holat kam kuzatiladi, masalan, umurtqalararo disk o'tkir kaltsinatsiyasi, revmatoid artrit, yiringli infektsiya, sil osteomieliti.

2. Nevrologik sabablar (orqa miya chuqurchasi o'smasi);

3. Ko'rishning buzilishi (g'ilaylik). Yuqorigi qiyshiq mushak parallchi kam kuzatiladi, lekin bu holatda bo'yinning qiyshiqqligi sababi tez aniqlanadi. Bu holatda ortopedlar to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushakni uzaytirish operatsiyasidan oldin okulist bilan qonsultatsiya utkazishadi.

4. Travmatik shikastlanishi.

A: umurtqa pog'onasi bo'yin qismini majburiy holatda fiksatsiyasi. Ayrim holatlarda tonzilektomiyadan so'ng bolada majburiy holat, boshni bir tomonga egish saqlanib qoladi. Boshqa sabab tomoq kasalliklari bo'lishi mumkin. Bu holatlarda bosh yonga qiyshaygan, bo'yin to'g'rilanmaydi. Rentgenologik tekshiruv ko'pincha qiyshayish sababini aniqlab bermaydi. Rotatsiya sababini aniqlashda kompyuter tomografiya yordam beradi. C1-C2 umurtqalardagi rotatsion harakat normal chegaradan ohsa, umurtqalararo bo'g'imlar bloki yuzaga keladi, bu kasallik sababi bo'ladi. Agar bo'yin qiyshiqqligi tomoq og'rikan holatda yuzaga kelsa, kasallik tuzalgandan so'ng yo'qoladi.

B: bo'g'im yuzalari bloklanishi. o'smirlarda egiluvchi mexanizmida shikastlanish mumkin, bunda C5 umurtqa bo'g'im yuzasi oldinga C6 umurtqa yuzasidan siljiydi (bu katta yoshdagilarda ham bo'lishi mumkin). Yopiq qo'l bilan repozitsiya (agar iloji bo'lsa) og'riqni kamaytiradi va bo'yin qiyshiqqligi sababini yo'qotadi.

Mavzuga testlar.

1. Savol:Bo'yinning tug'ma mushakli qiyshiqqligini keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan sabablar?

A. Tug'riq paytidagi jarohatlar.

B. Mushakning qonsizlanishi-ishemiya.

- C. Homila rivojlanishda tug'ma nuqson borligi.
 D. Yuqorida ko'rsatilganlarning hammasi.
2. Savol: Bo'yinning bir tomonlama tug'ma mushakli qiyshiqlligida bosh qaysi tomonga egiladi?
- A. O'ngga.
 B. Chapga.
 C. Sog'lom tomonga.
 D. Kasallik tomonga.
3. Savol: Bo'yinning tug'ma mushakli qiyshiqlligini davolashda qaysi jarrohlik usuli ko'proq qo'llaniladi?
- A. Zasepin operatsiyasi Mikulich modifikatsiyasida.
 B. Mushakli lavsanoplastika.
 C. Mushakni to'sh oyoqchasini o'mrov oyoqchasiga ulash.
 D. Mikulich operatsiyasi Zasepin modifikatsiyasida.
4. Savol: Bo'yinning mushakli tug'ma qiyshiqlligiga qaysi mushak xastaligi sabab bo'ladi?
- A. Narvonsimon mushakning.
 B. Trapesiyasimon mushakning.
 C. To'sh-o'mrov -so'rg'ichsimon mushakning.
 D. Bo'yinning teri osti mushagi.
5. Savol: Bo'yinning tug'ma mushakli qiyshiqlligi bilan og'riganda belanchakda yotqizish tartibini aniqlang?
- A. Kasal tomoni devor tomonida turishi.
 B. Sog'lom tomoni devortomonda turishi.
 C. Boshi-yuzi devorga qaragan bo'lishi.
 D. Qanday yotishini ahamiyati yo'q.
6. Savol: Bo'yinning tug'ma mushakli qiyshiqlligini konservativ davolash jarayonida qo'llaniladigan optimal bog'lamni ko'rsating?
- A. Volkov bo'yicha bog'lama.
 B. Shans yoqachasi.
 C. Chaklin yoqachasi.
 D. Movshovich bog'lamasi.

7-Savol: Bo'yin mushaklari qiyshiqqligini davolashning konservativ metodlariga qaysi manipulyasiyalar kiradi?

A. Massaj, davolash fizkulturası(LFK), fizoterapevtik proseduralar, fiksasiyalar.

B. Korreksiyalovchi gimnastik va fizoterapiya.

C. Glisson sirtmog'ida tortish va fizoterapiya.

D. Shans bog'lamasi bilan fiksasiya.

8-Savol: To'sh-o'imrov so'rg'ichsımon mushagini rivojlanmasligi qaysi kasallikning sababi bo'lib hisoblanadi?

A. Mushakli bo'yin bukriligi.

B. Grizel kasalligi.

C. Bo'yinning qisqarishi.

D. Mushakli qiyshiq bo'yin.

E. Dermatogen kantraktura.

9-Savol:Tug'ma bo'yin mushakli qiyshiqqligi qaysi kasalliklar bilan differentsiatsiya qilinadi?

A. 3 shoxli nervning nevrıtı.

B. Ichki quloq, burun kasalliklari.

C. Grizel kasalligi

D. Ponasiımon bo'yin umurtqasi, Klıpl-Feyl kasalligi, Grizel kasalligi

E. Bo'yin umurtqasining chiqishi va shikastlanishi

10-Savol: Tug'ma bo'yin mushakli qiyshiqqligini konservativ davolashda bemorning optimal yoshi?

A. 2 yoshgacha

B. 2 haftaligidan boshlab

C. Tug'ilgandan boshlab

D. 6 oydan 1 yoshgacha

E. 3-6 oyligidan

Javoblar: 1 -D. 2 - D. 3 - A. 4 - C. 5 - C. 6 - B. 7 -A. 8 - D. 9 - D.

10 -C.

Maymoq oyoqlik

Pes equino - vara, exavatus congenitalis

Maymoq oyoqlik (pes equino - vara, exavarus) - bu qotgan, turg'un (fiksatsiya holatdagi) oyoq-panja deformatsiyasi.



Rasm-257. Klinik ko'rinishi.

Maymoq oyoqlik - pes eqvinovarus congenitalis - bu oyoq panja deformatsiyasida - qiyshikligida oyoq panja oyoq kaft yuzazi tomonga buklangan (fleksiya) o'rta chiziqqa oyoq panja oldi qismi yaqinlashtirilgan (adduksiya) oyoq panja ichku yuzasi ko'tarilgan (supinatsiya), oyoq panja oldi qismi pastga tushgan holatda bo'ladi.



Rasm-258. Yengil formasi.



Rasm-259. Og'ir formasi.

Tayanch harakat tizimi tugma kasalliklari orasida uchrashi bo'yicha 2 - chi o'rinni egallaydi, 35, 8% ni tashqil etadi. 1000 ta tugilgan chaqaloqdan 1-4 tasida uchraydi. Irsiy omil maymoqlikda 10% gacha ko'tarilishi mumkin.



Rasm-260. Og'ir formasi

Bola tug'lgan zahoti patologiya aniqlanadi. Bu kasallik etiologiyasi ma'lum emas. 25-45% hollarda sababini aniqlashga muvaffaq bo'linadi. Ko'pincha maymoqliq idlopatik xususiyatga ega bo'ladi.



Rasm-261. Og'ir formasi.

Maymoqlikning rivojlanishida asosiy nazariyalarda bolani homilalik davrida kichik boldir suyagining nuqsonli taraqqiyoti, oshiq suyagi togayining defekti, neyrogen faktorlar, mexanik ta'sir, irsiy omillar ko'rsatiladi.



Rasm-262. O'rta og'irlik.

Bel - dumg'aza umurtqalari yoyining tugma bitmasligida - spina bifida - oyoq panjada 35% ko'rsatgichda varusli va ekvino varusli kiyshiliklar uchraydi

Ponseti ilmiy tekshirishlarida fibroz va mio fibroz mushaklar kollageni cho'zinchoq va kam egilgan ko'rinishda bo'ladi.

T. S. Zassepin maymoqlikka boldir-oshiq bo'g'imining ichki orqangi boylamlarining qalinlashuvi, qisqarishi, deltasimon, oshiq-tovon boylami, bolder-oyoqpanja bo'gimlari boylamlarining qisqarishi qalinlashishi sabab bo'ladi deb yozgan. 50% holatlarda ikki tomonlama maymoq oyoqlik bo'ladi, ko'pincha maymoq.

Etiologiya: maymoq oyoqlikning asosiy sababi noma'lum. Etiologiyasi tushuntirish uchun bir nechta nazariyalar yaratilgan:

1. Homila ichi tamponadasi - mexanik faktorlar ta'siri. Lekin ma'lum bir faktorning ta'sir qilish ehtimolligi past, masalan egizaklarda, bola katta tug'ilganda, birinchi tug'ruqda maymoq oyoqlik yuzaga kelish chastotasi oshmaydi.

2. Nevrogen-mushak teoriyasi. Ko'pincha spinabifida va artrogripoz maymoq oyoqlik bilan birga kelishi sababli bir qator olimlar bu kasallikning nevrogen sababli deb ko'rsatishadi.

3. Ozroq plazma birlamchi yetishmovchiligi yoki homila rivojlanishining ortda qolishi.

4. Nasliylik. Qarindoshlarda maymoq oyoqlik bo'lishi bolada bu kasallik rivojlanish xavfini oshiradi. Bu kasallik 2000 ta tirik tug'ilgan bolalarning bittasida kuzatiladi, agar bu bola maymoq

oyoqlik kasalligiga chalingan bo'lsa keyingi farzandlarda ham maymoq oyoqlik yuzaga kelish ehtimolligi 20-30 marta oshadi.

Maymoqoyoqlik yarim chiqish yoki chiqish hisoblanmaydi, chunki bo'g'imlarda harakat normal hajmda bo'ladi.

Maymoq oyoqlik tasnifi:

1. Norigid tip - pozitsion, homilaning ona qornidagi holati bilan bog'liq.

2. Rigidniy tip - chin maymoqoyoqlik:

a) o'rtacha;

b) yuqori darajada aks etgan.

3. Teratologik tip - mushak sistemasi kasalliklari, artrogripoz, spinabifida va boshqa tug'ma deformatsiyalarda kuzatiladigan maymoqoyoqlik.

Tekshirish metodikasi: maymoqoyoqlik diagnostikasi murakkab hisoblanmaydi, chunki deformatsiya «ekvinovarus tovon» ko'rinishida bo'lib, tovon fleksirlangan kaft tomonga bukilgan, tovon yaqinlashgan, tovonning oldingi qismi supinatsiya holatida bo'ladi.

Umumiy tekshirish: ko'zdan kechirilganda umurtqa pog'onasiga va boshqa bo'g'imlarga e'tibor beriladi-yu umurtqa pog'onasi pastki qismi tekshirilayotganda teri cho'kishlari bor yo'qligiga ahamiyat beriladi, bu shirin spinal diztrofiya belgisi bo'lishi mumkin. Shuningdek, maymoqoyoqlik bo'lgan bolalarda boshqa bo'g'imlar tug'ma displaziyasi ham bo'lishi mumkinligi e'tiborga olinib tekshiriladi.

Maymoqlikni shakily turlari: tipik shakli 80% holda uchraydi, bu boylamlar, paylar, mushaklarni nuhsionli taraqqiyotidan. Atipik - 20% ni tashkil etadi: amniotik qisilma, artrogripoz, bolder suyaklarining nuqsonli taraqqiyoti dagi maymoqlik.



Rasm -263. Eng og'ir formalari.

Maymoqlikning tipik shaklida Zatsepin bo"yicha quyidagi formalari uchraydi: Yengil formasi yoki varusli kontraktura, oson davolanadigan shakli, Yumshoq to"qimali (paylar, boylamlar, kapsuladagi o"zgarishlar). Bu shakli eng ko"p uchraydi vaqiyin davolanadi.

Suyakli formasi, kam uchraydiva qiyin davolanadi.



Rasm -264. Oyoq orqa yuzasiga bosish. Boldir hajminiyg kamayishi.

Boldir hajminiyg kamayishi: Boldir mushaklari - uchboshli (m. gastrocnemius, m. soleus), orqa katta boldir m., barmoqlarni bukuvchi m. -lar qisqargan va ingichkalashgan sababli kuzatiladi.

Oyoqning ekvinus holati - oyoq kaft yuzasi tomonga buklangan holatda qotgan, tovon ko"tarilgan, oshiq suyagi ham buklangan holatda bo"ladi.



a

b

Rasm-265. Oyoqning ekvinus holati.

Oyoqpanja orqa qismi varusi – tovon suyagining supinassiyasi va yaqinlashtirilishi.



3.

a

b

c

Rasm-266. Oyoqpanja orqa qismi varusi: a sxema, b, c – fotolari.

Oyoq o'rta qismining inversiyasi (oyoqning kaft tomonga buklanishida o'rtaga yaqinlashtirilgan, tashqi qirrasil osiltirilib buralgan):

-Qayiqsimon (os naviculare) suyak oshiq suyakka nisbatan, o'rtaga yaqinlashtirilgan, supinassiyada.

-Qayiqsimon (os naviculare) suyak oshiq suyak boshchasining faqat ichki qismi bilan birlashgan.

- Oshiq suyak boshchasining tashqi qismi qayiqsimon (os naviculare) suyak bilan qoplanmagan.

-Qayiqsimon (os naviculare) suyak ichki to'piqqa yaqin kelgan.

- Kubsimon suyak ichki tomonga siljigan, yaqin kelgan.

- Ponasimon suyaklar qayiqsimon (os naviculare) suyakka nisbatan osilgan, ichki tomonga siljigan.

- Orqa, ichki paylar va boylamlar oyoqni boldirga nisbatan qiyshiq holatda ushlab turadilar.



a



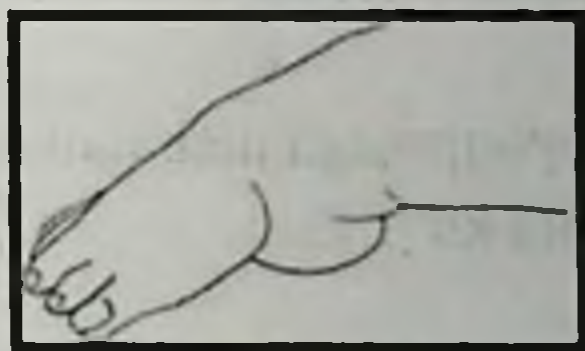
b



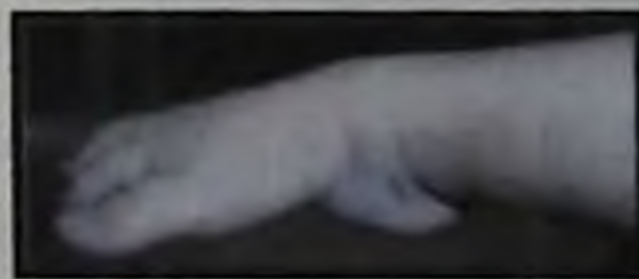
c

Rasm - 267. Oyoqpnja o'rta qismi Inversiyasi: a – sxemasi, b - skeletda, c – klinik ko'rinishi.

Kavus –Oyoq kaft uzun gumbazi balandligi ko'tarilgan. Oldingi qism o'rta qismga nisbatan pronatsiya, o'rta qism oldingi qismga nisbatan supinatsiya bo'lgan.



a



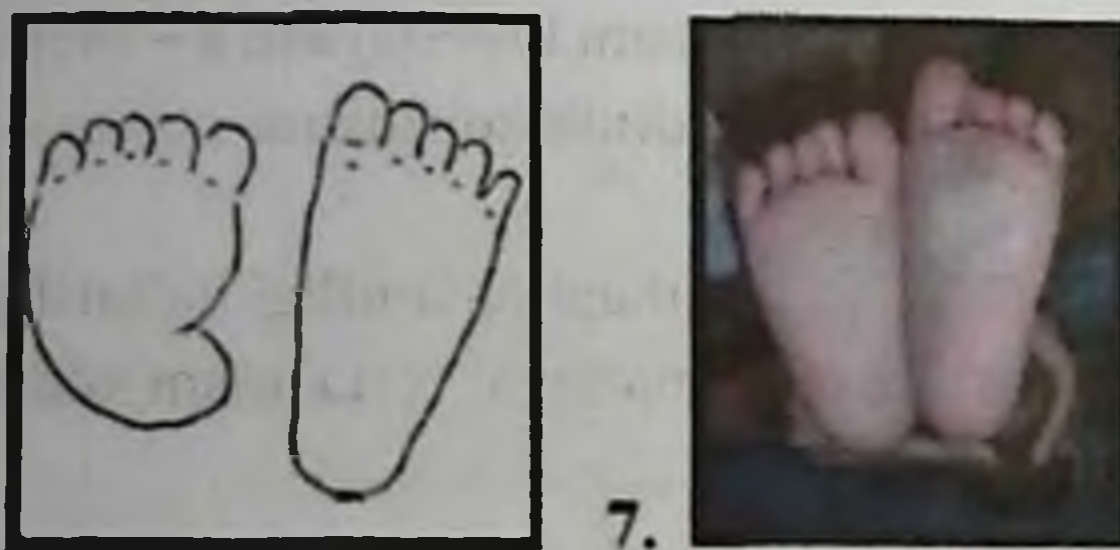
b

Rasm-268. Kavus, a – sxemasi, b – fotosi.

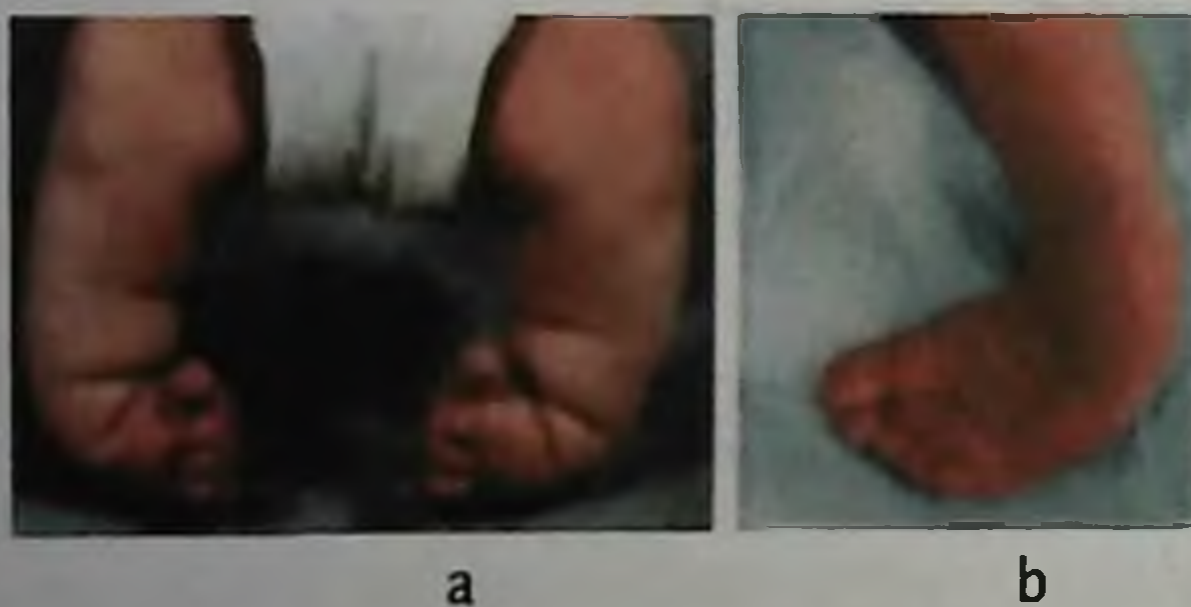
Birinchi kaft suyagi boshqa kaft suyaklariga nisbatan ko'proq kaftga bukilgan holatni egallagan.



Rasm-269. Birinchi kaft suyagi ko'proq kaftga bukilgan holatni egallagan.



Rasm-270. Oyoqpanja sog'lom oyoqpanjaga nisbatan kalta, a - chizmasi, b - klinik ko'rinishi.



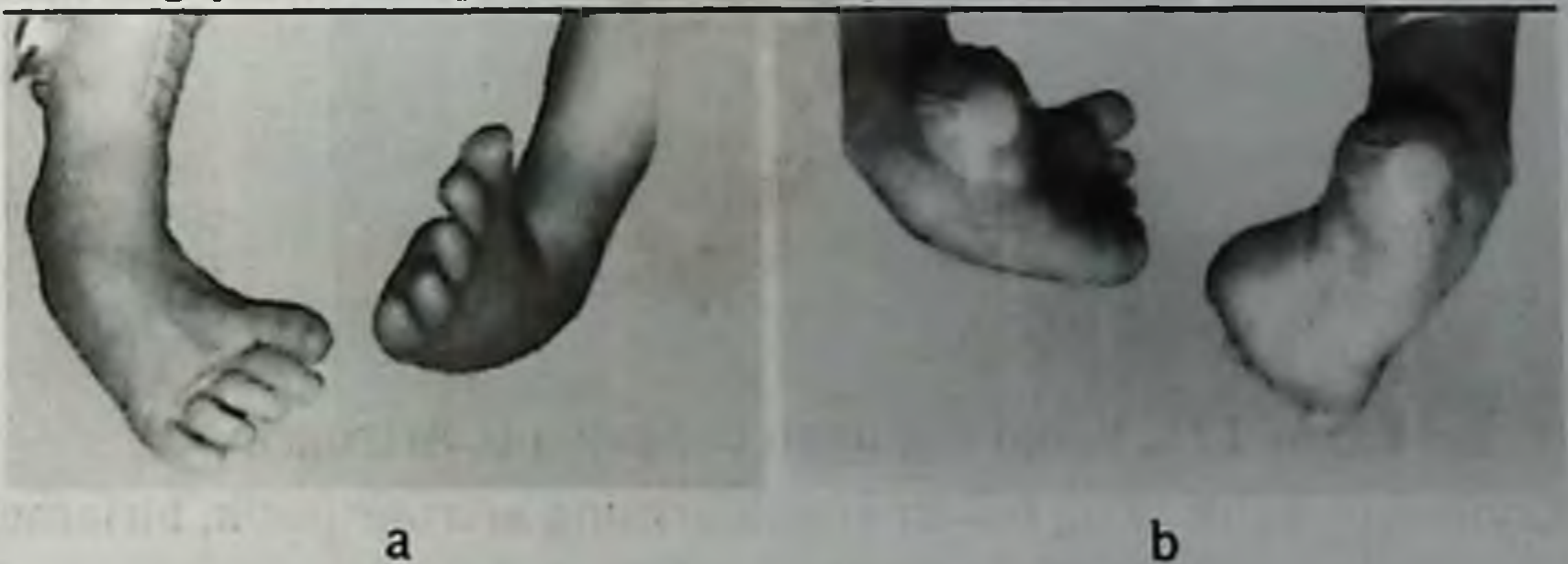
Rasm-271. Oyoqpanja supinatsiyasi shuncha kuchli bo'lishi mumkin-ki tovon boldirga tegadi, tashqi qismiga bosib yuradi, qadaq(bursit) paydo bo'ladi.

Infleksiya – Oyoqkaftining koʻndalang bukilishi, koʻndalang chuqur-chiziq (Adams chuqur-chiziqi), u oyoq oʻrta qismli kafti ichki tomonida koʻrinadi.



Rasm - 272. Adams chuqur-chizig'i.

Shuningdek quyidagb klinik belgilar aniqlanadi: Boldir suyaklarining tashqariga buralishi (torsiya), Barmoqlarning varusli deformatsiyasi, Tizzalarning ikkilamchi valgusli deformatsiyasi, Tik turishning, yurishning buzilishi, Kaft aponevrozining kaltaligi.



Rasm-273. Barmoqlarning varusli deformatsiyasi (a), kaft aponevrozining kaltaligi (b).



Rasm-274. Oyoqpanja ichki rotassiyasi, varusi.

Tovonni tekshirish: tekshirishda tovon fiksirlangan kaft tomonga bukilgan, tovon yaqinlashgan, tovonning oldingi qismi suplnatsiya holatida ekanligini aniqlashtirish kerak. Boldir ingichkalashgan, tovon paypaslaganda yumshoq, tovonga zo'riqish tushirish iloji bo'lmaydi, chunki mushaklar qisqarganligi sababli tovon yuqoriga ko'tarilgan holatda bo'ladi. Bu pediatriklarga va oilaviy vrachlarga yangi tug'ilgan chaqaloqlarda kuzatiladigan uch xil tovon deformatsiyasini farqlash imkonini beradi: tug'ma yaqinlashtirilgan tovon, tug'ma yassioyoqlik va maymoqoyoqlik. Bunda esda tutish kerakki, mushak qisqarishi natijasidagi tovonning kaft kontrakturasi faqat maymoqoyoqlikda kuzatiladi.



Rasm-275. Yangi tug'ilgan chaqaloq G. Artrogripotik maymoqoyoqlik. O'ng boldir suyaklarining artrogripotik, birlamchi to'g'rilanmaydigan, oldingi chiqishi.



Rasm-276. Yangi tug'ilgan chaqaloq K. O'ng tomonlama maymoqoyoqlik. Tug'ma maymoqoyoqlikda tovonning xarakterli joylashuvi.



Rasm-277. Yangi tug'ilgan chaqaloq R. Chap tomonlama maymoqoyoqlik. Tug'ma maymoqoyoqlikda tovonning xarakterli joylashuvi.



Rasm-278. Maymoqoyoqlikda rentgenologik tekshirish: diagnostika va operativ davolash qo'llanilishini hal qilish uchun o'tkaziladi, tovonning forsirlangan orqa tomonga bukilgan holatida (oldingi-orqa va yon proektsiyada) rentgenogramma tushiriladi.

Rentgenografiya yoshi 3 oylik bulgan bolalarda qilinadi. Rentgenogrammada aniqlanadigan burchaklar kattaliklariga ko'ra xulosa qilinadi. Tovu va tana suyaklar o'qi orasida hosil bo'lgan burchak normada 30° gacha bo'ladi. Bu burchak (Kayt burchagi) oldingi-orqa rentgenogrammada aniqlanadi. Tug'ma yaqinlashtirilgan tovonda bu burchak kattalashadi (50°), maymoqoyoqlikda esa kichrayadi (5°).

Konservativ davolash: tovonni maxsus bog'lam Fink-Ettingebo'jicha (aylanma bintlash) yordamida davolash deformatsiya darajasi yengil bo'lganda yoki gipsli bog'lam bilan korreksiya qilish qiyin yoki imkonli bo'lmaganda (chala tug'ilgan bolalar, rivojlanish anomaliyalari ko'p bo'lsa, hayotiy organlari funksiyasi monitor nazoratida bo'lgan chaqaloqlar) qo'llaniladi.



Rasm-279. Fink-ettingen bo'yicha bintlash (a). Plastmassali shina (b, o'ng tomonda).

XX asr boshlarida Xouk (Hoke) ishlab chiqqan, Kayt (Kite) kiritgan etapli gipsli bog'lam bilan deformatsiyani korreksiya qilish usuli yaxshi natijalar beradi. Oldin gipsli bog'lamlar haftalik interval bilan qo'yilgan, bu maymoqoyoqlikda deformatsiyani effektiv va tez korreksiya qilish imkonini beradi. Bu boylamlar odatda bola tug'ilgandan qilingan, hozirgi kunda bola tug'ruqxonadan chiqqandan so'ng 3-kunda qo'yiladi.

Tipik holatda gipsli bog'lam 4 hafta davomida har hafta almashtiriladi, keyin har ikki haftada bir marta almashtiriladi, jami 12 hafta. 10-haftadan so'ng etapli korreksiya qanday natija berganligi ko'rinadi, konservativ davolashni davom ettirish yoki operativ davolashga olish masalasi hal qilinadi.



Rasm-280. Etapli gips bog'lamalar.



Rasm0281. Oxirgi etaplardagi gips bog'lama

Agar davom ettirish imkoni bo'lsa yana 4 haftagacha uzaytiriladi. Agar tovon normal ko'rinishga kelsa bolaga tovonni 45° tashki rotatsiyada ushlab turuvchi qattiq plastinkasi bo'lgan tug'ri oyoq kiyim kiydiriladi. Bu oyoq kiyimni bola sutkada 23 soatdan bir necha oy davomida kiyib yurishi kerak. Keyinchalik (bir yoshlarda) oyoq kiyim faqat oqshomga yechiladi.

Ponseti davolash uslubida qo'l bilan korreksiya qilinib, erishilgan natija etapli gips boylamida mustahkamlanadi. 7-10 kunlik chaqaloq payti boshlanadi. Har hafta gips yechilib, korreksiya qilinib, yana gips qo'yilib, 6 hafta davom etadi 9-28 haftalik yoshda effekli bo'ladi. Kech murojaat qilganda doim gips bog'lama bilan davolab boshlash kerak. Uni har hafta almashtirib turiladi. Bu patogenetik to'g'ri: 7 kunda gidrofil to'qimalarni korreksiya qilish yengil kechadi. Gipslash qiyshiqlardan to'liq chiqarguncha davom etadi. So'ng vanna, massaj, davolash mashqlari buyuriladi. Gipslari,

polietilenli longeta tayyorlanadi. U 6-7 oy davomida oqshom residiv bo'lmashligi uchun qo'yiladi.

Breys (Брейс) (brace -1. Связь; скоба, скрепка, подпорка; распорка; оттяжка. 2. пара) – туфли - tufli: barmoqlari ochiq, orqa qismi baland, metall plankaga mahkamlangan.

Har xillari bor.

Steenbek - oddiy ishlab chiqarilgani (Afrika - Африка)

Markell, Mitchel - AQSh - США

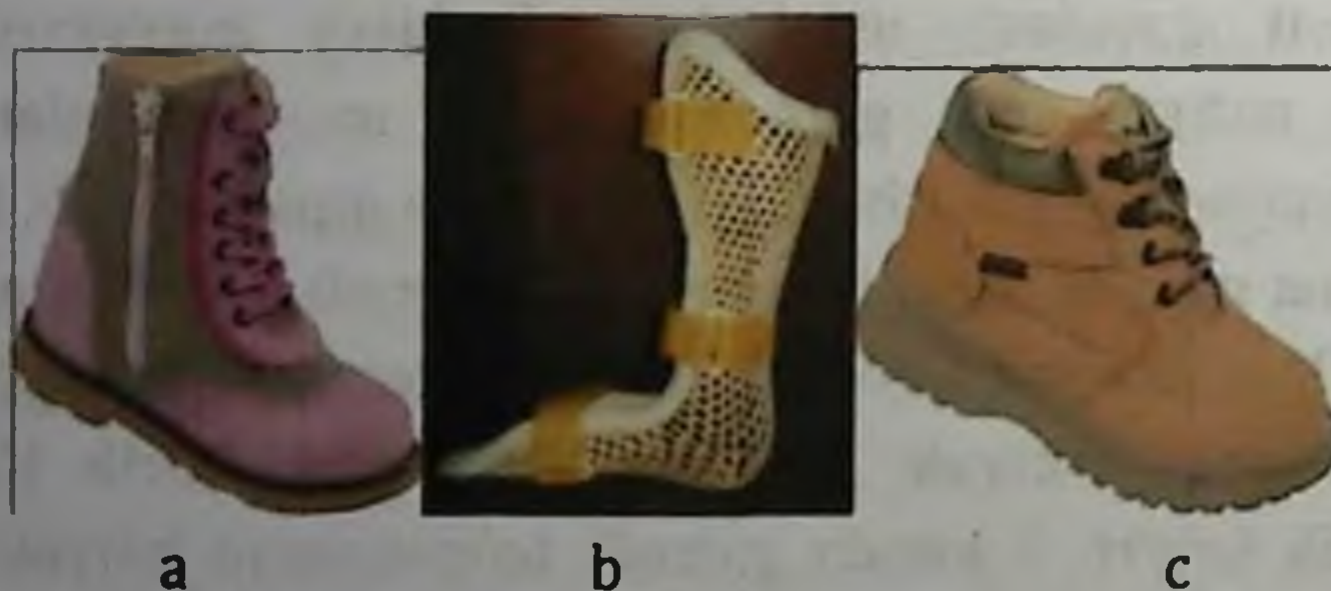
Gottenburg - Shvetsiya - Швеция

Lyon - Fransiya - Франция

Birinchi 3 yillikda Breysni uzzu-kun, sutka davomida kiydiriladi. 2-3yoshda kunduz 14-16 soat, 3-4 yoshda tunda 12 kiydiriladi. Breys qo'llanilmasa 80% residiv bo'ladi.



Rasm-282. Breyslar.



a

b

c

Rasm-283. Maxsus poyabzallar.



Rasm-284. Erishilgan natija

Maymoqoyoqlikda deformatsiyaning operativ korrektsiyasi: deformatsiyani qo'l bilan yopiq to'g'rilash va etapli gipsli bog'lam qo'yish bilan davolash har doim ham kerakli natija bermaydi, bunda operativ davolashga o'tkaziladi, operatsiya odatda bola 6-12 oyligida qilinadi.

Mavjud rekonstruktiv operativ aralashuvlarni quyidagi turlarga bo'lish mumkin:

1. Alohida bo'g'im ichi operativ aralashuvlari bilan oyoq deformatsiyasini korrektsiya qilish (texnik jixatdan bu murakkab).

2. Osteotomiya - suyak butunligini operativ yo'l bilan buzib korrektsiya qilish.

3. Bo'g'imlarni sun'iy ankilozlash - uch tomonlama artrodez.

4. Boldir mushaklari paylarining transpozitsiyasi - oldingi va orqa guruhida (2, 3 operatsiyalarga qo'shimcha ravishda o'tkaziladi).

5. Ilizarov usuli - juda murakkab holatlarda, teri va tomirlar tomonidan asoratlar yuz berish xavfi bo'lganda.

1831yili nemis xirurgi Shsrommayer axillotomiyani bajargan. Bemor keyinchalik mashhur ortoped maymoq Littl edi. 1836 yili Bayr hamaxillotomiyani bajargan.

1951 yili V. A. Shturm tenoligamentokapsulotomiyani bajardi.

T. S. Zassepin (1886-1959 ortoped) - maymoqlikda pay-kapsula-boylamlar xirurgik plastikasini taklif qilib kiritdi:



Rasm-285. Operassiya mohiyati:

- M. tibialis posterior payini Z- simon uzaytirish, m. flexor digitorum longus payini, Axill payini uzaytirish,
- Oshiqosti bo'g'iml boylamlarini kesish,
- Oshiq-tovon suyaklar orasidagi boylamlarni uzish.



Rasm-286. Davolash natijasi.

Mavzuga testlar.

1. Savol: Tug'ma maymoqlikning qanday klinik formalari mavjud?

- A. Suyakli, bo'g'imli.
- B. Mushakli, payli.
- C. Terili, suyakli.
- D. Tipik, atipik.

2. Savol: Tug'ma maymoqlikning komponentlarini yo'qotish tartibini to'g'ri ko'rsating?

A. Supinasiya, ekvinus, adduksiya.

B. Supinasiya, adduksiya, ekvinus.

C. Adduksiya, supinasiya, ekvinus.

D. Adduksiya, ekvinus, supinasiya.

3. Savol: Zasepin operatsiyasini ko'rsating?

A. Orqa va oldingi guruh mushaklarini, paylarini uzaytirish, bog'lamalarni kesish.

B. Orqa va tashqi guruh mushaklarining paylarini uzaytirish, bog'lamlarni kesish.

C. Axill payini uzaytirish, deltasimon bog'lamanl kesish.

D. Oyoq barmoqlarini umumiy bukuvchi mushak paylarini, orqa boldir mushak payini axil payini uzaytirish, deltasimon boylamanl kesish.

4. Savol: Tug'ma maymoqlikning asosiy klinik belgilarini aniqlang?

A. Ekvinus, adduksiya, pronasiya.

B. Ekvinus, adduksiya, supinasiya.

C. Pronasiya, abduksiya, supinasiya.

D. Abduksiya, ekvinus, pronasiya.

5. Savol: Tug'ma maymoqlikda oyoq-panja suyaklarini jarrohlik usulida to'g'rilashning eng samarali usuli ?

A. Shturm usuli.

B. Tovon suyagini ponasimon kesish.

C. Kuslik usuli.

D. Ogyuston usuli (oshuq va kubsimon suyagini ekskoxleassiyasi)

6. Savol: Tug'ma maymoqlikni kanservativ davolashni qachondan boshlash ma'qul?

A. 4-oygacha

B. Bir oylikdan

C. 6-oygacha

D. 1 yoshligida

E. Tug'ruqxonadan chiqqan kundan

7. Savol: Tug'ma maymoqlikda tizzaga qaysi holat berilib, oyoq panjasiga gipsli bog'lama qo'yiladi?

- A. Oshiq boldir bo'g'imidan bukib tizza yoyilgan holatda.
- B. Oyoqni ichkariga burib.
- C. Tizzani to'g'ri qilib.
- D. Tizza yoyilgan holatda.
- E. Tizzani bukib.

8. Savol: Tug'ma bo'yin qiyshiqqligini qaysi yoshda operativ davolash mumkin?

- A. 3-5 oylikda
- B. 7-10 haftaligida
- C. 1-2 haftaligida
- D. 2, 5-3 yoshda
- E. 1-2 haftaligida

9. Savol: Tug'ma maymoqlikga sabab bo'luvchi omillarni ko'rsating?

- A. Irsiy omil.
- B. Mexanik omil.
- C. Toksoplazmoz natijasida.
- D. Orqa miyya innervatsiyasining buzilishi natijasida.
- E. Barcha javoblar to'g'ri.

10. Savol: Tug'ma maymoqlikning operativ davosida Kuslik bo'yicha suyak osteotomiya qilinadi. Nuqtalar o'rniga to'ldiring?

- A. Narvonsimon.
- B. No'xatsimon.
- C. Ponasimon.
- D. O'roqsimon.
- E. Z simon.

Javoblar: 1 - D. 2 -C. 3 - D. 4 -B. 5 -C. 6 -E. 7 -E. 8 -D. 9 -E. 10

- D.

Qo'l va oyoqlarning tug'ma nuqsonlari, anomaliyalar

Tug'ma nuqsonlar turli a'zo va segmentlarda kuzatiladigan og'ir kasalliklardan biri hisoblanadi.

Qadimgi Rim va Afinada tug'ma nuqsonlarni xudo tomonidan berilgan jazo deb bilishgan.



Rasm-289. Tug'ma nuqsonlar qadimlydir: 'sanamlar'. Arxeologik qazilmalardan topilgan Tug'ma nuqsonli figuralar.

Tug'ma anomaliyalarni ilmiy ravishda o'rganib asarlarida bayon etgan olimlar: Yansen, Murphy, Potter, P. G. Svetlov, A. P. Diban, A. F. Tur, V. A. Shturm va boshqalar.

V. A. Shturm barcha tug'ma nuqson-anomaliyalarni paydo bo'lish sababiga ko'ra egzogen, endogen va genetik ya'ni irsiy turlarga taqsim

Teratogen omillar: tug'ma anomaliyalarni asosiy sababbi endogen sabablar bo'lib uning asosida birlamchi urug'lanish jarayonini nuqsonli buzilishi deb xisoblashadi. Tug'ma anomaliyalarni klassifikatsiyasini birinchi bor 1914 - yil Potter taklif etgan. Mazkur klassifikatsiyaga ko'ra tug'ma anomaliyalar to'rtga bo'linadi:

1. Aplaziya natijasida kuzatiladigan nuqson;
2. To'qimalarning notug'ri differentsiatsiyasi tufayli paydo bo'ladigan nuqsonlar;
3. Ortiqcha rivojlanishi natijasida kuzatiladigan nuqsonlar;
4. Tashqi ta'surotlar natijasida kuzatiladigan nuqsonlar;.



a

b

Rasm-290. Gipergeneziya: qo'shimcha oyoqlar va operassiyadan keyin.

M. V. Volkov tayanch-xarakat a'zolarining tug'ma nuqsonlarini to'rt guruxga bo'ladi:

1. Qo'l yoki oyoqning to'liq bo'lmasligi ;
2. Qo'l yoki oyoqning qisman bo'lmasligi (ma'lum bir segment yo barmoqlarning bo'lmasligi);
3. Barmoqlarning rivojlanishidagi nuqsonlar;
4. Qo'l yoki oyoq segmentlarining ortiqcha rivojlanishi.



a



b

Rasm-291. Amniotik qiymalar va afalangiya.

I. Ekzogen omillar:

Mexanik teoriya – Gippokrat – xomiladorlik davrida xomilaning majburly xolatda turishi, bunga xomila suvi kamligi, bachadon xajmini torligi yoki amniotik suyuqlikning gidrostatik bosimining yuqoriligi yoki xomila suvining ko'pligi.

Turli fizik omillar ta'siri asosan o'zgaruvchan issiq yoki sovuq iqlim xomila murtagi xosil bo'lish davriga ta'sir qiladi.

Aktiv omillaridan biri – rentgen nuri yoki nurlanish. 100 R doza 1 oy davomida teratogen ta'sir etishi mumkin.

Ximiyaviy omillar. Spirtli ichimliklar, sulfanilamid preparatlar, gipoksiyaga bog'liq xolatlar.

Yuqumli kasalliklar (viruslar).

Gipovitaminoz.

II. Endogen omillar.

1. Bachadon devori torligi, uni ikki shoxli formasi, infantilizm, xomilaning noto'g'ri xolatda rivojlanishi.

2. Onaning surunkali kasalliklar bilan kasallanishi.

3. Gormonal buzilishlar.

4. Organizmning qarishi sari ya'ni yoshi o'tgan sayin sog'lom farzand ko'rish ehtimolining pastligi.

5. Immunitetning pasayishi.

III. Genetik omillar.

1. Ota-onadan kasallikni keyingi avlodlarga berilishi. Dominant yoki retsessiv formada.

2. Modda almashinuvining buzilishi.

3. Mutatsiya.

Qo'lning bo'lmasligi yoki uning nuqsonli rivojlanishi.

Qo'l yoki oyoqning bo'lmasligi yoki o'smay-rivojlanmay nuqsonli bo'lishi – ektromeliya, gemimeliya va fakomeliya ko'rinishida bo'lishi mumkin.

Tayanch harakat tizimi tug'ma rivojlanish anomaliyalari klassifikatsiyasi

Ageneziya (agenesia), aplaziya (aplasia) – tana qismlari yoki organlarining butunlay bo'lmasligi.

Gipogeneziya (hypogenesis), gipoplaziya (hypoplasia) – o'sishning kechikishi, rivojlanishning to'xtashi yoki juft organlarning bitta organga qo'shilishi natijasida organlar yoki ularning qismlarining to'liq rivojlanmasligi.

Gipergeneziya (hypergenesisia) – organlar yoki ular qismlarining ortiqcha rivojlanishi.



Rasm-292. 1-2 barmoqlar giperplaziyasi. Makrodaktiliya.

Atreziya (atresia) – umumiy rivojlanish manbaiga ega bo'lgan kovak a'zolarining noto'g'ri ajralishi natijasida tabiiy teshik yoki kanallarning to'liq yopilishi.

Juft organlarning qo'shilishi.

Organlar yoki ular qismlari miqdorining ko'payishi.

Organlarning noto'g'ri joylashuvi yoki siljishi.

Oddiy va ko'p sonli rivojlanish anomaliyalari farqlanadi.

Tug'ma rivojlanish anomaliyalarining og'ir turi – juft qo'shilish farqlanadi. Egizaklar qo'shilishi simmetrik (duplicatus parallela) yoki asimmetrik (duplicatus asymmetros) turi farqlanadi, asimmetrik turida bir xomila normal, ikkinchi xomila esa chala rivojlangan bo'ladi.

Birikish joyiga qarab quyidagi turlari farq qilinadi:

Torakopaglar (thoracopagus) – egizaklar ko'krak qafasi bilan birlashgan bo'ladi: (dicephalothoracopagus) yoki (cephalothoracopagus).

Ishlopaglar (ischlopagus) – egizaklarning tananing distal oxiri bilan birikishi.



Рис. 5. Торакопаги — сцепление близнецов через грудную клетку, каждая имеет две головы.



Рис. 6. Торакопаги — сцепление близнецов через грудную клетку, каждая имеет одну голову.



Рис. 7. Ишлопаги — близнецы, сцепленные тазовым концом туловища.

a

b

Rasm-293. Torakopaglar(a). Ishlopaglar(b).

Ameliya (amelia) - qo'l yoki oyoqning to'liq bo'lmasligi.

Ektromeliya (ectromelia) - bitta qo'l yoki oyoqning to'liq bo'lmasligi.

Gemimeliya (hemimelia) - qo'l yoki oyoqning distal qismining bo'lmasligi.

Fokomeliya (phocomelia) - qo'l yoki oyoqning proksimal qismining bo'lmasligi.

Monobraxiya (monobrachia) – bitta qo'lning bo'lmasligi.

Monopodiya (monopodia) – bitta oyoqning bo'lmasligi.



a



Рис. 11. Олигодактилия — уменьшение числа пальцев на кисти, соответствующее с аномалией.

b



Рис. 8. Эктромелия — полное врожденное отсутствие левой верхней конечности.

c

Rasm-294. Ektromeliya. Fokomeliya. Polidaktiliya. Oligodaktiliya

Abraxiya (abrachia) – ikkala qo'lning bo'lmasligi.

Apodiya (apodia) – ikkala oyoqning bo'lmasligi.

Peromeliya (peromelia) – qo'l yoki oyoqning keskin qisqa bo'lishi.

Polidaktiliya (polidactylia) – qo'l yoki oyoqda barmoqlar sonining ko'payishi.

Oligodaktiliya (olygodactylia) – barmoqlar sonining kamayishi.

Sindaktiliya (syndactylia) – barmoqlarning qo'shilishi.

Braxidaktiliya – kalta barmoqlar.

Makrodaktiliya – barmoqlar eni va uzunligining kattarishi.



Рис. 35. Дефект кисти с неправильным развитием пальцев.

a



Рис. 41. Ампутация конечности ниже плеча и ладони.



Рис. 42. Врожденная контрактура кисти и ладони.

b



Рис. 36. Врожденная контрактура костей предплечья.

c



Рис. 38. Микродактилия IV и V пальцев.



Рис. 40. Брахидактилия в сочетании с синдактилией.

d

Rasm-295. Yuqori qator: Bilak suyagi anomaliyasi. Braxidaktiliya. Qiyshiq qo'l.

O'rta qator: Bilak tug'ma amputassiyasi. 4-5 barmoq makrodakniliyasi. Braxidaktiliya, sindaktiliya.

Pastki qator: Kaft defekti, barmmoqlar noto'g'ri o'sishi. Yelka amniotic qiymasi. Barcha barmoqlar amputassiyasi.

Ektromeliya: Ma'lum bir qo'l yoki oyoqning bo'lmasligi ektromeliya deyiladi. Bir qo'lning yo'qligi - monobraxus, bir oyoq yo'qligi - monopys, ikkala qo'lning yo'qligi - abraxus (abrachius), ikkala oyoqning yo'qligi - apus, ikkala qo'l yoki oyoqning bo'lmasligi - amelus (amelus), deyiladi.



Rasm-296. Ikkala o'mrov suyagining yo'qligi.

Gemimeliya: Qo'l yoki oyoq distal qismining yo'qligi gemimeliya deyiladi. Bunda qo'l yoki oyoq amputatsiya qilingan ko'rinishda bo'ladi. Bu xolat yelka, bilak, son va boldir segmentrida uchraydi.



Rasm-297. O'ng qo'l gemimeliyasi. Chap kaft gipoplaziyasi, yelka segmenti yaxshi rivojlanmagan, lekin bilak qismi yo'q.

Fokomeliya: fokomeliya grekcha phoke (foke) - lola, bunda qo'l yoki oyoqning proksimal qismi bo'lmasdan tanadan birdan qo'l yoki oyoqning distal qismining rivojlanishi kuzatiladi. Bunda mazkur qo'l yoki oyoqning bunday ko'rinishi-lola bargini eslatadi va shuning uchun fokomeliya deyiladi. Ba'zan qo'l yoki oyoq butunlay bulmaydi

va uni urniga tanadan rudument – o'siq usib chiqishi kuzatilishi mumkin. Bunday xolat – perolmeliya deyiladi. Mazkur bemorlar xam protez moslamalarga muxtoj xisoblanadi. ma'lum bir jarroxlik usulini qo'llash bunday bemorlarga maqsadga muvofik emas.

Ektrodaktiliya (kaftning yorilishi): Ektrodaktiliyaning tipik va notipik shakllari farqlanadi. Tipik turida kaft shaklining buzilishi, chukur yorilishidan iborat bulib, kengligi kaft suyagining xajmigacha yetishi mumkin. Notipik turida yorilish yo'q, lekin III kaft suyagi va III barmoq yoki boshqa barmoqlar bulmaydi. Kaft kiskichbakaning panjasini eslatadi. Ektrodaktiliyada barmoqlarning bukuvchi kontrakturasi kuzatiladi.

Afalangiya: Ma'lum bir barmoqning qisman yoki butunly bo'lmasligi. Masalan: faqat tirnoq falangasining bo'lmasligi yoki barmoqni yoki barmoqlarning butunlay bo'lmasligi kuz



Rasm-298. Afalangiya va gipoplaziya.

Davolash: 4-5 yoshgacha konservativ yul bilan davolanadi. Bunda gipsli boglam quyilib, u yordamida barmoqlar redressatsiya qllinadi. Muntazam uqalash, davoloshchi badantarbiya mashklari tavsiya qilinadi. Jarroxlikning plastika usuli birinchi barmoq va uning funksiyasi saklanganda qo'llaniladi. Kaftning yorigi suyaklarni bir-biriga yaklnlashtirib, lavsan ip bilan boglab yo'qotiladi.



Рис. 229. Ребенок с недоразвитием дистальных отделов левой руки.

a



Рис. 230. Ребенок с недоразвитием дистальных отделов кисти (адактия).

b



Рис. 231. Ребенок с недоразвитием дистальных отделов кисти (адактия).

c

Rasm-299. Chap qo'l gipoplaziyasi. Amelus. Fokomeliya.

Sindaktiliya: qo'llarning bir necha barmoqlarining to'liq yoki qisman bitishi sindaktilya deyiladi.



a



b



c

Rasm-300. Sindaktilya.

Sindaktiliya barmoqlarning boshqa nuqsonlari bilan birga uchrab, kosmetik yoki funksional nuqsonlardan iborat bo'ladi. Sindaktiliya terida, pardada, suyakda va barmoq uchida bo'ladi. Bunda ikki qo'shni barmoqlar uzunasiga bitgan bo'ladi. Sindakteliya terida juda ko'p uchraydi. Sindakteliyaning teri bitishib qolishi bilan paydo bo'ladigan shaklida ikkita barmoq butun buyi barobar teri va teri osti kletchatkasi bilan bir-biriga birikib qoladi. Pardalar bitishib qolgan shaklida barmoqlarning tirnoq urnashgan suyaklari bir-biri bilan birikib, barmoqlarning qolgan suyaklari orasi ochiq qoladi. Bu shaklida barmoq uchlari teri orqali bitishib qolishi xam, suyak orqali bitishib ketishi xam mumkin. Suyaklar bitishib qolishi bilan yuzaga keladigan shaklida barmoqlar butun buyi bilin (yoki barmoq ayrim bugimlarinig suyaklari o'zaro) birikib qolishi mumkin.

Davolash: Sindaktiliyaning xamma turi operatsiya qilinadi, ya'ni barmoqlar orasi kesilib ajratiladi. Xosil bo'lgan nuqsonlarni shu yerdagi to'qimalardan plastika qilish yoki son soxasidan teri ko'chirib olinib, nuqsonga qo'yiladi, teri plastikasi bo'yicha Dido va Djanelidze, shuningdek Ternovskiyy usullari keng tarkalgan.



Rasm-301. Polidaktiliya sindaktiliya bilan. Operassiya sxemasi.

Polidaktiliya (ko'pbarmoqlilik): ortiqcha ko'p barmoqlilik tufayli bo'lgan nuqson ko'pbarmoqlilik deyiladi. Ko'p barmoqlikda oltita, ba'zi vaqtda 10ta barmoqkacha bo'lishi mumkin.

Davolash: Bola tug'ilganidan so'ng dastlabki oylarda jarroxlik yo'li bilan davolanadi. Rentgen suratini o'rganish operatsiyani to'g'ri

rejalashtirishga yordam beradi. Terini yarim oval (tuxumsimon) shaklda kesish maqsadga muvofikdir. Qo'shimcha barmoqlar yaxshi rivojlangan bo'lsa, tashqi joylashgan barmoq olib tashlanadi. Bu esa kaft nuqsonining kam bo'lishiga olib keladi. Qo'shimcha barmoqni batamom, epifizni qoldirmay olib tashlash kerak.



a

b

c

d

Rasm-302. Polidaktilya. Afalangiya.

Uchrash miqdori: 245 tug'ilganchaqaloqdan 1 tasida uchraydi (E. A. Shiryak, Ye. K. Nikiforova, 1921); 1:19 - barcha tug'ma nuqsonlarga nisbatan; 7,4% - qo'l kasalliklari orasida (SITO, MTOS);

Xomiladorlikning boshlang'ich 2 oyligida suyak, mushaklar rivojlanadi, qo'l-oyoqlar deformatsiyalari-birlashishi, rivojlanmasligi (ektromeliya), sindaktilya, polidaktilya, tug'ma maymoqlik, tug'ma chiqishlar paydo bo'ladi. 3 oy boshlanishida xomila odam tanasining xamma belgilariga ega bo'ladi, paydo bo'luvchi deformatsiyalar ikkilamchi, ekzogen xarakterga ega bo'ladi.

Kelib chiqish vaqtiga ko'ra deformatsiyalar ikki guruxga bo'linadi:

1. Birlamchi, progenez, blastogenez, organogenez boshlanish davriga to'g'ri keluvchi;
2. Ikkilamchi, organogenezning kechki va fetal davrlariga to'g'ri keluvchi yoki tug'ilish jarayoniga to'g'ri keluvchi.

Mexanik nazariya

Embrionga 5 va 7 xaftalik davrida mexanik ta'sir sababli rivojlanadi, deb tushuntiradi. Mexanik nazariya tarafdorlari rivojlanayotgan xosilaga amnionning yuqori bosimi ta'sir etadi, kamsuvlikda bachadon devorlari bosib ta'sir etadi, deb tushuntirishadi.

A. Ye. Frumina (1940) eksperimentda shunday tashqi ta'sirlar qo'l kiyshikligi, maymoqlik kabi deformatsiyalarga olib keladi degan xulosaga kelgan edi. Lekin, bu sabablar biror suyak yo'qligi (paydo bo'lmaganligi), yoki qisqa bo'lib rivojlanishiga olib kelmaydi.

Infeksiya sababli deformatsiya rivojlanishi

Onasi qizilcha (krasnuxa) bilan og'rigan chaqaloqlarda nuqsonlar kuzatiladi. Virus infeksiya sabab bo'ladi.

Gipoksiya pam axamiyatga ega. Kam-kam qon ketish va xomiladorlik bo'lsa, bolaning nuqsonli tug'ilishi 5 marta ko'payib ketadi (V. I. Bodyajina, 1953; Buchner, 1955; Haihel, 1959).

Qandkasalligi, insulinolishi, sedativ dorilar qabul qilish nuqsonli tug'ilishga sabab deyuvchilar ham bo'lgan.

Nurlar, radiatsiya ta'siri.

Yaponiyadagi bomba tashlagandan keyin, radiatsiya ta'sirida bo'lgan ota-onalardan tug'ilgan bolalar orasida 19% nuqsonli tug'ilishgan. Radiy bilan davolangan, rentgen tekshiruvlar o'tkazilgan onalarda ham, deformatsiyali bolalar tug'ilgan.

Qo'l-oyoqlarning tug'ma deformatsiyalari nasliy (irsiy) tabiatli bo'lishi va rivojlanayotgan xomilaga ekzogen, tashqi faktorlarning ta'siri natijasida paydo bo'luvchi tabiatga ega bo'lishi mumkin. Nasliy (irsiy) anomaliyalar ota-ona jinsiy xujaylarari yetishayotgan paytda paydo bo'ladi, bu kamchilik nasliy ip bilan ajdodlariga ko'tarilib boradi, bu kamchilik nasliy ip bilan ajdodlariga ko'tarilib boradi. Bu mutatsiya natijasi bo'lib, nasliy xromosom apparatidagi o'zgarish bilan bog'liq bo'ladi.

Nasliy, nonasliy tug'ma deformatsiyalar morfologik, fiziologik namoyondaligi bilan, asosan, bir-biridan farq qilmaydi, bir-biriga o'xshash. Embrionga zararli ta'sir natijasida anomaliya rivojlanishi –

embriopatiya, xosila (plod)ga zararli ta'sir natijasida anomaliya rivojlanishi - fetopatiya.

Ektromeliya - skelet elementlarining tug'ma rivojlanmasligi: ektpoo -rivojlanmaslik, chala rivojlanish, to melos - a'zo.

Qo'l, oyoq to'la yo'q, o'rta segmenta yo'q (yo kam rivojlangan) distal oxiri yo'q (kam rivojlangan) bo'lishi mumkin.

2 gruppaga: ko'ndalang, bo'ylama ektromeliya bo'ladi. Uzun uqqaa ko'ndalang bo'lsa (m-n: yelka bor, bilak qo'l panja yo'q), ko'ndalang deyiladi. Juft suyaklardan biri yo'q bo'lsa, bo'ylama ektromeliya deyiladi (bilak, boldirda).

Ko'ndalang ektromeliya: ameliya - qo'llar, oyoqlar yo'q.

Fokomeliya - asosiy segment, yo o'rta segment yo'q bo'lsa.

Gemimeliya - o'rta va oxirgi segment yo'q bo'lsa.

Ektroxeyriya - qo'lning oxirgi segmentning yo'qligi.

Ektropodiya - oyoqning oxirgi segmentning yo'qligi.

Ektrodaktilya - oyoq qo'l barmoqlarining yo'qligi.

Bo'ylama ektromeliya quyidagicha:

1) bilak suyagi yo'q, defekti;

2) bilak soxasi;

3) tirsak suyagi yo'q, defekti;

4) tirsak soxasi;

5) kichik va katta boldir suyaklari defekti, yo'q.

Qo'l oyoqlarning tug'ma anomallyalari.

Turli xil, ko'p bo'lganligi sabab qo'l-oyoq defektlarini tasnifi, klassifikatsiyasi qiyin. Ko'p uchrovchi tug'ma kasalliklarni quyidagicha keltirish mumkin:

1) Tug'ma amputatsiyalar;

2) Qisman chala rivojlanishi, aloxida segment yoki bo'g'limlarning noto'g'ri rivojlanishi;

3) Amniotik tortishmalar;

4) Keragidan ortiq o'sishi, qisqarishi;

5) Tug'ma soxta bugimlar;

Tug'ma amputatsiyalar deb qo'l oyoqning to'liq yo'qligi, distal qismining yo'qligiga aytiladi.

Qisman kam rivojlanish deb proksimal segment yo'qligiga, distal qismlarning rivojlanish nuqsonlariga, yoki aloxida suyak, mushak, bug'imlarning noto'g'ri rivojlanishiga aytiladi.

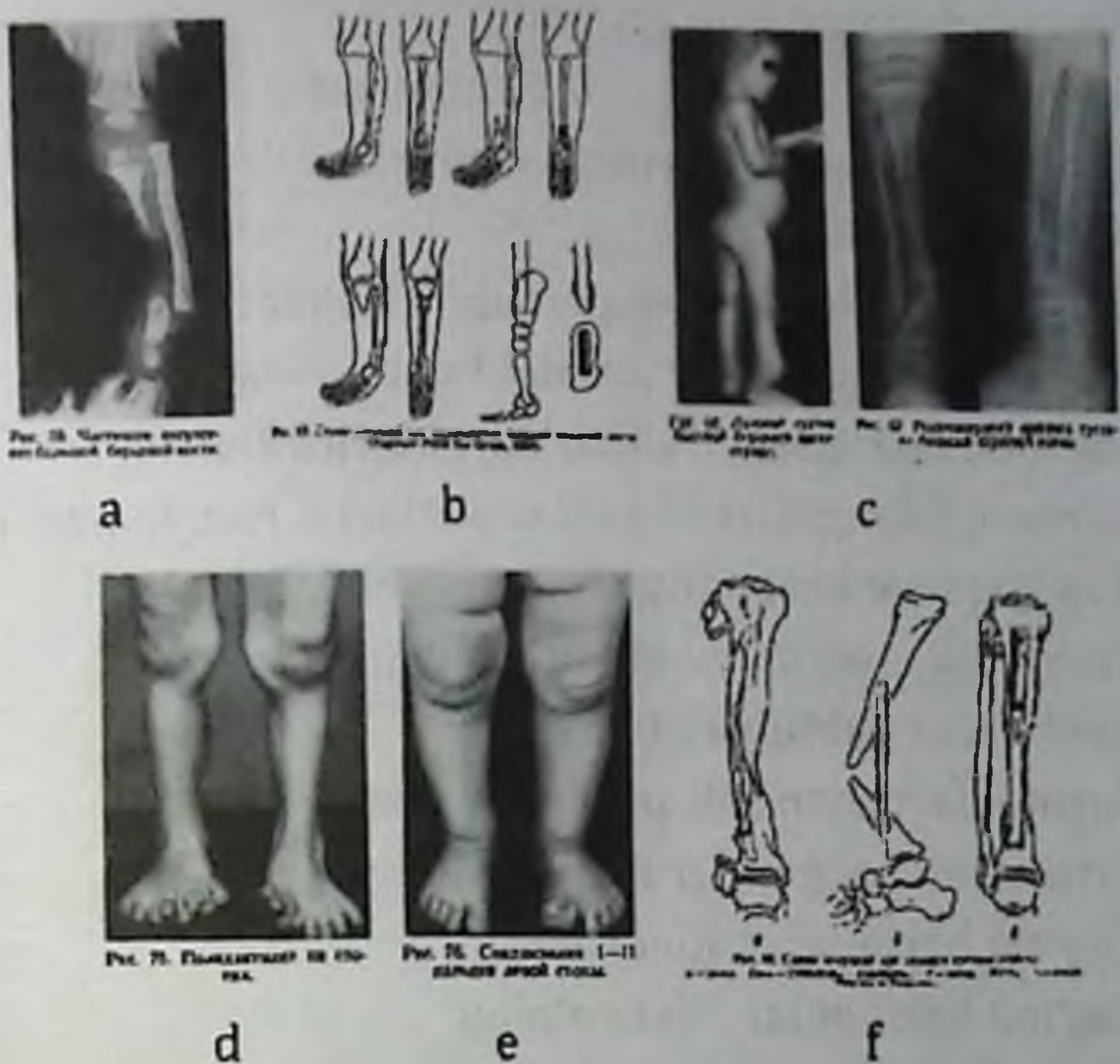
Bu guruxga juda ko'p uchrovchi nokisliklarni tug'ma maymoqlik, tug'ma qo'l qiyshiqligi, sonlarning tug'ma chiqishi, barmoqlar rivojlanish defekti; kam uchrovchi artrogrippozi, bilak suyaklarining tug'ma sinostozi va b. k. ni kiritish mumkin.

Qo'l oyoq rivojlanish anomaliyalari etiologiyasi yetarlicha urganilmagan. Aniklangani shuki qo'l-oyoqlarning og'ir kam (chala) rivojlanishi utrob ichi paytining 3-4 xaftasiga to'g'ri keladi, chunki kechrok yaxshi shakllangan boshlanmasi xosil bo'ladi.

Rivojlanish nuqsonlariga sabablar yallig'lanish, amniotik birlashmalar degan tushunchani qabul qilish mumkin, biroq u sabablarni homila ichi rivojlanishining kechki paytlariga qo'llash nojoizdir. Paydo bo'lishiga ko'ra qo'l oyoq nuqsonlarini erta, kechkiga ajratib karash mumkin. Erta nuqsonlar asosida noto'g'ri terilish yotadi (bunga aloxida suyak, segmentlar yo'qligi); kechkiga xomila rivojlanishi nuqsonlari kiradi (bunga shakl rivojlanishining segment, ularning tarkibiy qismlari: suyak-mushak komponenta, masalan tug'ma maymoqlik, artrogrippozi kiradi).

Amniotik qiymalar

Amniotik qiymalar - qo'l (yelka bilak), barmoqlarda, oyoq barmoqlarda ipsimon bosib, kiyib, tug'ma rivojlanish nuqsoni, aylanasiga, aylanasi yarmigacha o'rab oluvchi, yumshoq to'qimalarni, ba'zida suyakka kiyib boradigan bo'ladi. Bular bachadon ichida amnion kavatlari (tomonlari, devori) o'rtasida xosil bo'lgan, ipsimon tortishmalar bosishidan xosil bo'ladi. Tortishmalar amnionning rivojlanish anomaliyasi bo'lib, paydo bo'lishi amnion bo'shliq xosil bo'lishi paytiga, yoki xomiladorlikning eng erta paytiga, amnionning xosila (plod) tanasi bilan to'lish paytiga to'g'ri keladi.



Rasm-303. Tug'ma nuqsonlarning turli kurinishlari.

Mavzuga testlar.

1. Savol: Amniotik bitilishmalar qaerda ko'proq uchraydi.
 - A. Yelka, bilak va boldir sohasida.
 - B. Bosh, bo'yin sohasida.
 - C. Son sohasida.
 - D. Chanoq, tizza sohasida.
 - E. Qorin sohasida.
2. Savol: Aplaziya hisobiga kelib chiqadigan deformatsiyalarni belgilang?
 - A. Makrodaktiliya.
 - B. Polidaktiliya.
 - C. Braxidaktiliya, braxifalangiya.
 - D. Bilak-tirsak suyaklari tug'ma sinostozi.
 - E. Kurakning tug'ma yuqori turishi.
3. Savol: Braxidaktiliya terminini to'g'ri tariflang?
 - A. Barmoqlarning ko'p bo'lishi.

- B. Barmoqlarning kam bo'lishi.
- C. Bir yoki bir necha barmoqlarning katta bo'lishi.
- D. Bir yoki bir necha barmoqlarning kichik bo'lishi.
- E. Barmoq amputatsiyasi.

4. Savol: Braxidaktilyaning sababini ko'rsating?

- A. Boshdan o'tkazgan poliomiellit natijasida.
- B. Barmoq falangalari va kaft suyaklarini sinishi.
- C. Barmoq falangalari va kaft suyaklarini rivojlanmasligi.
- D. Tug'ruq travmasi natijasida hosil bo'ladi.
- E. Travmatik amputatsiya natijasida.

5. Savol: Ektrodaktilya nima?

- A. Barmoqlar travmatik amputatsiyasi.
- B. Orttirilgan barmoqlar ko'plab deformatsiyasi.
- C. Tug'ma barmoqlar soni kamligi.
- D. Tug'ma barmoqlar soni ko'pligi.
- E. Kaft sohasida yoriq bo'lishi (kaftning yoriq bo'lishi)

6. Savol: Giperfalangiya bu?

- A. Bu 2 falangali barmoq.
- B. Bu 1 falangali barmoq.
- C. Barmoqlar qo'shilib ketishi.
- D. Bu 5 falangali barmoq.
- E. Bu 3 falangali barmoq.

7. Savol: Gipofalangiya bu?

- A. Qo'shilgan barmoq.
- B. Bu 3 falangali barmoq.
- C. Bu 4 falangali barmoq.
- D. Barmoqlar deformatsiyasi.
- E. Bu 2 falangali barmoq.

8. Savol: Gohida distal qismlarning rivojlanmasligi, tanadan esa bir barmoq yoki uning ham bir qismining rudiment shaklda bo'lishi nima deyiladi?

- A. Polidaktilya.
- B. Braxidaktilya, braxifakangiya.

C. Promeliya

D. Bilak-tirsak suyaklarini tug'ma sinostozi.

E. Makrodaktilya.

9. Savol: Homilaning necha haftaligida barmoqlarning jadal o'sishi va barmoqlararo bo'shliqlarning orqada qolishi kuzatiladi?

A. 8-9 haftaligida

B. 4-5 haftaligida

C. 1-2 haftaligida

D. 7-8 haftaligida

10. Savol: Makrodaktilya qo'shimcha qaysi kasalliklar bilan birga keladi?

A. Giperfalangiya

B. Braxidaktilya

C. Gipofalangiya

D. Poligripoz

E. Sindaktilya, polidaktilya

Javoblar: 1 - A. 2 - C. 3 - D. 4 - C. 5 - E. 6 - D. 7 - E. 8 - C. 9 - D.

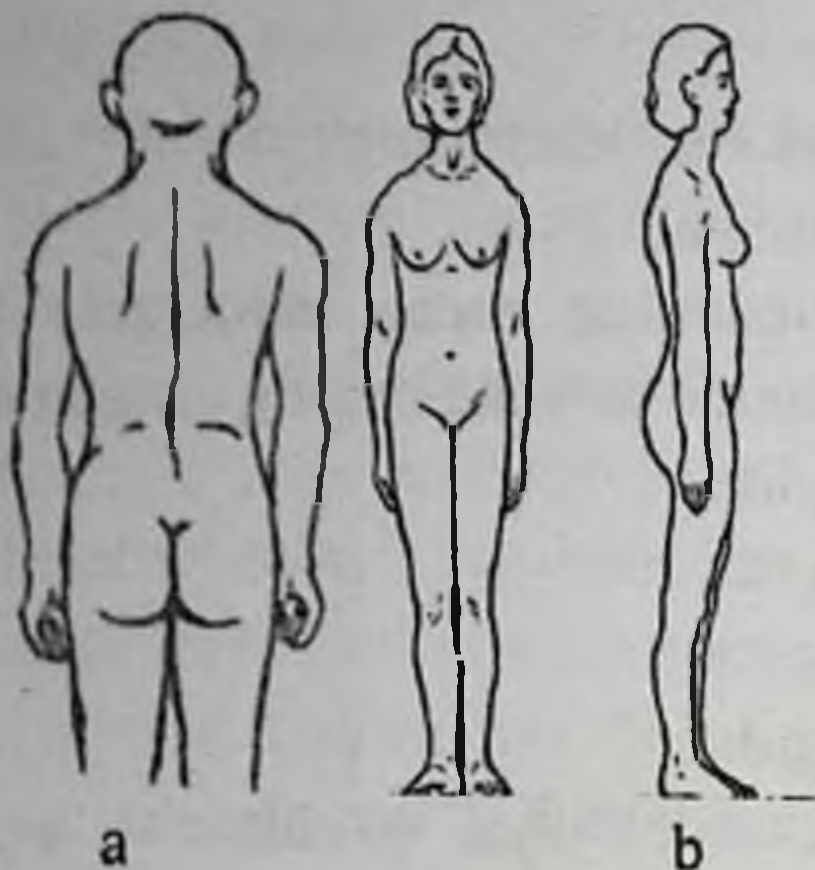
10 - A.

Umurtqaning statik deformatsiyasi

Qomatning buzilishi. Skolioz. Kifoz. Lordoz

Qomatning buzilishi.

To'g'ri qomat bosh va umurtqa pog'onasining to'g'ri holati, dumba burmalarining simmetrik joylashishi, umurtqalar qirrali o'simtalarining tik xolati, yonbosh suyagi qirralarining gorizonttal joylashishi, sagittal sathda umurtqa pogonasining to'g'ri fiziologik egilmalari bilan va oyoq, panjalarining to'g'ri holati bilan tavsiflanadi.



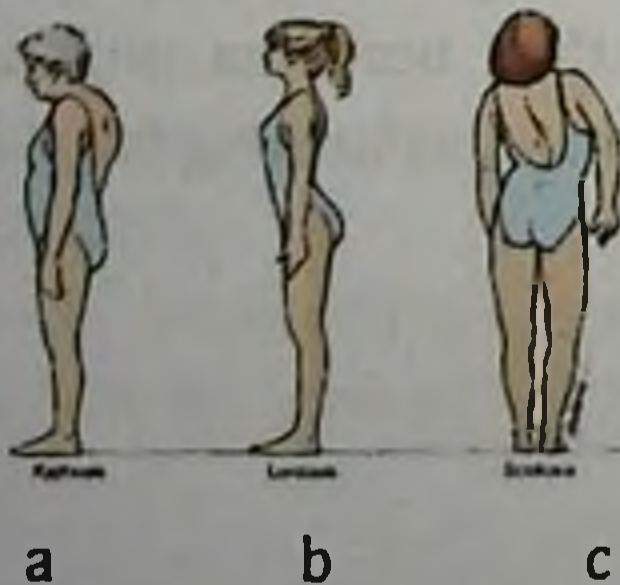
Rasm-304. To'g'ri qomat (a, b).

Bukchaygan qomat-Umurtqaning ko'krak qismidagi fiziologik kifozning kattalashishi, bel lordozi va chanoq yotiqligi.

Dumaloq orqa-ko'krak qismida kifozning kattalashishi umurtqa pog'onasi bel sohasi lordozi bilan uygunlashadi.

Yassi orqa - umurtqaning bo'yin va ko'krak qismidagi egikliklari uncha ko'zga tashlanmaydi, bel lordozi to'liq tekislanib ketadi. Yassi va yassi-botiq orqada tananing o'qi umurtqa pogonasi boylab o'tadi. Bu turdagi qomat ko'proq skolloz deformatsiyasiga moyil.

Kifoz-umurtqa pog'onasi ko'krak qismining VII ko'krak umurtqasida orqa tomonga ko'proq bukilishi. Bola ko'zdan kechirilganda frontal yuzada umurtqalarning qirrali o'simtalari o'рта chizikdan qisman og'ganligini aniqlash mumkin.



Rasm-305. Kifoz (a). Lordoz (b). Skolioz (c).



a b c
Rasm-306. Asimmetrik qomat (a, c).

Asimmetrik qomat-mushaklarning taranglashishi hisobiga to'g'rilanuvchi umurtqa pog'onasining frontal sathi bo'yicha funksional zalf og'ishi. Qomatning bu turdagi buzilishi darajali skoliozdan rentgen suratida aniqlanadigan o'zgarishlarning umurtqada yoqligi bilan farqlanadi. Qomatning buzilishini aniqlashda bola organizmida mavjud bo'lib, muvozanatga ta'sir qiluvchi patologiya ga (korishning yomonligi, quloqlardan bittasining garangligi, nafas olishning buzilishi) ahamiyat berish kerak.

Bolalarda harakat faolligining o'zgarishi natijasida (o'qish boshlanib, maktabda o'qiy boshlaganda) va juda tez o'sish, jinsiy balog'atga etish davrida qomatning buzilishi yuzaga keladi va rivojlanadi. Organizmda hech qanday patologik o'zgarishlar bo'lmasdan qomat buzilgan bo'lsa, shifokor, avvalo, uning sababini (katta bog'imlarning kontrakturasini aniqlashdan boshlab) topishi kerak.

Chanoq bug'imining kontrakturasini asosan shusiz ham ko'zga yaqqol tashlanadigan bel lordozi namoyon bo'lishini kuchaytiradi. Qo'lni yuqoriga ko'tarish qobiliyati yo'qolganda katta ko'krak mushaklarining retraksiyasi tufayli ham lordoz paydo bo'ladi. Kontrakturani aniqlashning to'g'ri yo'li quyidagicha: bolani taburetkaga (kursiga) o'tqazib, elkasini devorga mahkam qisib qoyiladi.



Rasm-307. Yassi qomat.

Undan keyin bolaning ikkala qoʻli yuqoriga koʻtariladi. Shunda bel lordozi aniqlanadi, koʻtarilgan qoʻl bilan devor orasidagi burchak oʻlchanadi. Bu elka bogʻimi kontrakturasining darajalardagi oʻlchovini aniqlash imkonini beradi. Koʻkrak boʻlimi uzoq vaqtgacha patologik holatda boʻlganda fiksatsiyalangan koʻkrak kifosi paydo boʻladi, uni bemorni yotgan holatdan oʻtirish holatiga oʻtkazilganda aniqlanadi. Tekshiruvchining koʻkrak boʻlimi ostiga qoʻyilgan qoʻli toʻgʻri oʻsiqdar orasidagi odatdagi harakatchanlikni sezmaydi, koʻkrak boʻlimida esa rotatsion harakatlar boʻlmaydi.

Chanoq-son boʻgʻimlari kontrakturasiga katta dumba mushaklari kuchsizligi, sonni yozuvchilarning giperfunksiyasi, yoki quymich-son (Bertini) boylamining qisqarishi sabab boʻlishi mumkin. Chanoq-son boʻgʻimi kontrakturasini Tomas simptomini bilan tekshiriladi. Buning uchun bemor chalangancha yotgan holatda bukilgan oyogʻini qorniga qoʻyadi, shunda sogʻ oyoq kontrakturaning burchagicha koʻtariladi. Mahkamlangan bel lordozi ikkala oyoq bir vaqtda koʻtarilganda lordoz yuqolganida va ularni qoringa tortilib qisilgan holda tekshiriladi.

Quymich-tizza mushaklarining kontrakturasini koʻp kuzatiladi, bunga ikki boshli, yarml payli, yarml pardali son mushagining qisqarishi sabab boʻladi. Bu patologyaning oʻziga xos simptomlari:

bemor turgan holda qo'l panjalari uchini polga tekkiza olmaydi, yoki oyog'ini uzatib polda o'tirganda qo'li oyoq, panjalariga etmaydi.

Ba'zi vaqtda ko'krakning quyi qismida ko'zga ko'rinadigan kifoz hosil bo'ladi. Patologik qomatga olib keluvchi sanab o'tilgan kontrakturalar ko'pmi-ozmi holatga, ba'zan ko'krak qafasi va qorin boshligidagi a'zolarining faoliyatiga ta'sir qiladi. Patologik qomatni aniqlash uchun V. Dega tomonidan 31 test- savollar taklif qilingan. Bunda bemor to'g'risidagi umumiy ma'lumotdan (bo'yi, tana og'irligi va boshqalar) tashqari, maxsus tekshirish natijalari va ko'rinadigan o'zgarishlar (qorinning katta-kichikligi, oyoq panjasi gumbazining yassilanishi va boshqalar) kirgan bo'lib, tekshirish funksional (o'pkaning hayotiy sig'imi va boshqalar) testlar bilan to'ldiriladi.

Davolash. Ortopedik davolashning maqsadi-«xushqomatlik hissini» singdirishdir. Buning uchun bola qomatini o'zgartirishga majbur qiluvchi sabablarni yo'qotish (ko'z oynak yordamida ko'rishni yaxshilash, burunni, xalqumni sanassiya qilish va boshqalar) kerak. Bog'imlar kontrakturasini to'g'rilashga, qomatni rostlovchi mushaklarni mustahkamlashga qaratilgan davolovchi badantarbiya mashqlikatta ahamitga ega.

Qomat buzilishi profilaktikasi va davolash yamoyillari quyidagilardan iborat:

- harakat stereotiplari shakllanishini optimallashtirish;
- rassional va meyorli jismoniy faollik;
- turmushni va kun rejimini to'g'ri tashkillashtirish.



Rasm - 308. Davolash mashqlari.



Rasm - 309. Davolash mashqlari.



Rasm - 310. Davolash mashqlari.



Rasm - 311. Davolash mashqlari.



a



b

Rasm - 312. Davolash mashqlari. Nafas gimnastikasi.



a

b

Rasm -313. Futbol-terapiya

Badantarbiya deformassiya maxkamlanguncha, yoki to'liq bartaraf qilingunicha muntazam ravishda (odatda 16-18 yoshgacha) davom ettiriladi. Suzlsh mashg'ulotlari tavsiyaya etiladi. Bunda bolaga o'z qomatining holatini o'zi nazorat qilishi zarurligi uqdiriladi.

Skolloz

Skolloz (skolioz kasalligi) – umurtqa pog'onasining umurtqa tanalarining majburly buralishi (rotassiyasi) bilan birga sodir bo'ladigan yon tomonga qiyshayishidir. Uning o'ziga xos xususiyati – bolaning yoshi va o'sishiga qarab zorayib borishidir. Dispanserizasi qilishda shifokorning oldida qomatning nuqsoni bilan skoliozni farqlash muammosi turadi. Differenssial tashhis qoyishda, eng avvalo, ko'zga ko'ringan patologiyani bemorning o'zi yoki shifokor tomonidan bartaraf qilish va yotgan holatda qilingan rentgenogrammada umurtqa pogonasi qiyshayishining yo'qligidir. Skoliozda deformassiya tananing har qanday holatida saqlanadi.



Rasm - 314. Skolioz kasalligi.

Etiologiyasi va patogeneziga ko'ra skoliozning quyidagi: tug'ma (jumladan displastik), nevrogen, statikva idiopatikturlari farqlanadi. Tug'ma skoliozning paydo bo'lishiga umurtqa suyak skeletidagi o'zgarishlar natijasida rivojlangan deformassiyaya: qovurgalarning bir tomonlama sinostozi, qo'shimcha qovurga va yarim umurtqa, qirrall yoy o'simtalarining sinostozi, umurtqa yoyi ildizlari nuqsoni, bel-dumg'aza sohasining displaziyasi sabab bo'ladi.

Displastik skoliozning paydo bo'lishiga spondiloliz, umurtqa yoyi ildizlarining bitmasligi, bir tomonlama sakralizassiya yoki Lyumbalizassiya sabab bo'ladi. tug'ma kelib chiqishining umumiyligi etiologikjixatdan bu ikki tushunchani tug'ma skoliozning bitta turiga birlashtiradi.

Nevrogen skolioz asosan poliomiellit bilan og'riqsh natijasida paydo bo'ladi. Uning sababi orqa mushaklari va qorin qiyshikmushaklari tomonidan muvozanatning buzilishidir. Shuningdekbundan tashqari, nevrogen skolioz guruhiga miopatiya, siringomieliya, neyrofibromatoz, spastikfalajdan keyingi skoliozlar ham kiritiladi.

Statik skolioz aksariyat holda oyoq bog'imining shikastlanishi (ankiloz, sonning tug'ma chiqishi va boshqalar) tufayli paydo bo'ladi va oyoqning kalta bo'lib qolishi natijasida umurtqa pog'onasining turg'un o'zgarishi sodir bo'ladi.

Idiopatik skolioz - eng ko'p tarqalgan bo'lib, 70-90% -ni tashkil qilib, kelib chiqishi hozirgacha noma'lum. Ayrim mualliflar raxitik skoliozni idlopatik skoliozga qo'shishadi. Lekin bir qator blokimyoviy jarayonlarning xususiyatlari idlopatik skoliozning asosida gormonal sabab borligini tan olishga imkon berdi. Ko'pchilik mualliflar esa bu turdagi skoliozda asab-mushak muvozanatining buzilishini e'tirof etib, kasallikning kelib chiqish sababi pollomielit yoki qandaydir neyrodistrofik (ayniqra, mushaktog'qlmasida) jarayonda deb hisoblaydilar. Shuning uchun ba'zi ortopedlarning idlopatikskoliozni displastikva tug'ma skoliozlar bo'limiga kiritishga moyilliklari tushunarlidir.

Skoliozlar oilaviy (irsiy) va raxit tufayli paydo bo'lgan skoliozlarga bo'linadi. Hozirgi vaqtda M. V. Volkov, E. K. Nikiforova va A. Kaptelinlar tomonidan taklif etilgan tasnif eng ma'kul tasnifdir. Ular skolioz bilan og'rikan hamma bemorlarni ikki guruhga: tug'ma va orttirilgan guruhlarga bo'ladilar. Tug'ma skoliozlarga umurtqa rivojlanishining tug'ma anomaliyasi, bel- dumg'aza qismining displaziyasi, oilaviy skolioz va boshqalar, orttirilgan skoliozlarga esa raxitdan, falajdan keyingi statik va idlopatik skoliozlar kiradi deb hisoblaydilar.

Tashxis. Skoliozni aniqlash rivojlanishining erta bosqichlarida juda muhimdir, chunki o'z vaqtida boshlangan davo qiyshayishning oldini oladi. Anamnez yig'ilg'anda patologiyaning irsiyligi ehtimolligini aniqlash kerak. Umurtqa deformassiyasi qaysi yoshda payqalganligi, qanday rivojlanganligini bilish muhimdir. Umurtqa pog'onasi deformassiyaga uchraganiga shubha bo'lgan bolalar tikurgan, yotgan va o'tirgan holatlarda tekshiriladi. Ehtimol tutilgan deformassiyalarni aniqlash uchun mo'ljal suyaklarga: hamma umurtqalarning qirrali o'simtalari, kurakning pastki burchagi (qirradi), kurakning yuqori qirralari, yonbosh suyagi qirradi, omrov, toshning boyinturug' chukurchasiga rangli belgi qo'yib chiqiladi. O'tirgan holatda chanoq qiyshiqqligining bor yoki yo'qdigi aniqlanadi: umurtqa pog'onasi bel lordozining darajasi, tananing yon tomonga

og'ishi va umurtqa pogonasining yon tomonga qiyshayishi o'lchanadi. Tik turgan holatda qirrall o'simtalarning joylashishi baholanadi. Umurtqa pog'onasining yon tomonga qiyshayishini aniqlash uchun VII bo'yin umurtqasi qirrall o'simtasining uchi sohasidagi teri ustiga uchiga tosh bog'langan ip leykoplaster yopishtirib qoyiladi.

Umurtqalar qirrall o'simtalarining bir tomonga qiyshayish darajasi, tosh bog'langan ipda santimetr bilan o'lchanadi. Agar skolioz bo'lsa, bir tomondagi elka soxasi ikkinchi tomondagidan baland turadi. Buni kuraklar va omrov suyaklarining joylashish sathidan bilsa bo'ladi.

Qiyshayishning botiq tomonidagi kurak bo'rtliq tomondagi kurakka nisbatan qirrall o'simtalarga yaqin joylashgan bo'ladi. VII bo'yin umurtqasi qirrall o'simtasi uchidan kurakning burchagigacha bo'lgan masofa bortib turgan tomonda botiq tomoniga nisbatan kam bo'ladi. Oldingi tomondan qaralganda tosh suyagi xanjarsimon o'simtasining holati va oldingi qovurg'a bukrilligining bor-yoqligi aniqlanadi. Tik turgan holda, shuningdek oyoqlarning uzunligi, chanok-son, panja, tizza, bog'limlarining kontrakturasining bor-yoqligi aniqlanadi, lordozning o'zgarishi o'rganiladi, umurtqaning bel sohasidagi harakatchanlik darajasi aniqlanadi. Deformatsiyaning barqarorlik darajasini aniqlash uchun bemorni boshidan ushlab ko'tarib ko'riladi.

Bemor orqasi bilan yotgan holatda qorrin mushagining funksional holati, funksiyasi, qoringa yotgan holatda qiyshayish yo'ylarining birlamchi va kompensatorligi aniqlanadi. Rentgen surati, albatta, yotgan va turgan holatda 2 ta ko'rinishda olinadi. Skolioz kasalligining og'irligi o'zgarish darajasiga qarab tavsiflanadi. Shu bilan birga, ba'zi ortopedlar buni klinikko'rinishi va qiyshayishining og'ir-engilligiga qarab, boshqalari esa rentgen suratlariga asoslanib, qiyshayish burchagi kattaligiga ko'ra darajani aniqlashadi.



a

b

Rasm-315. Sog'(a) va Skolloz (b).

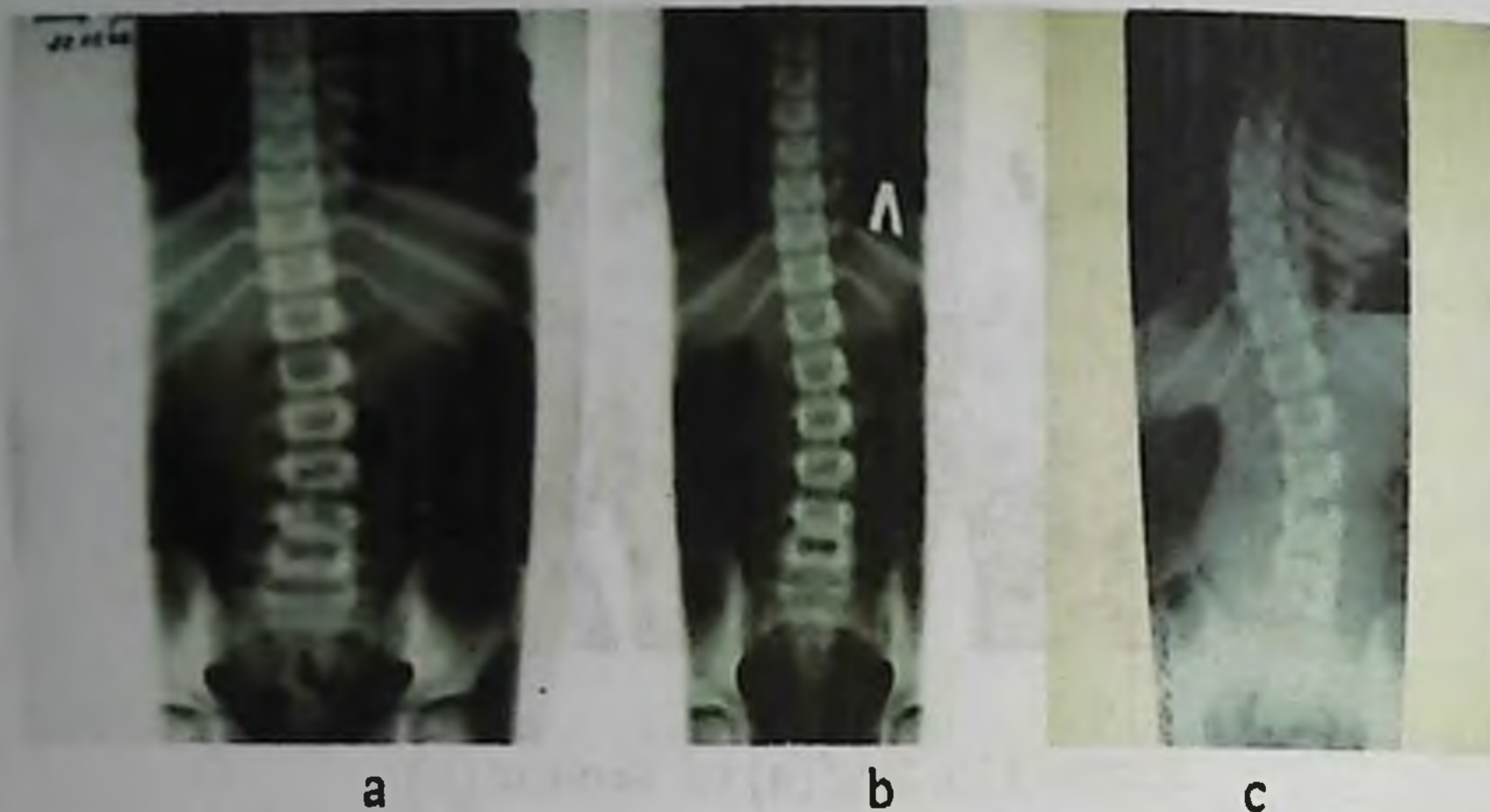


a

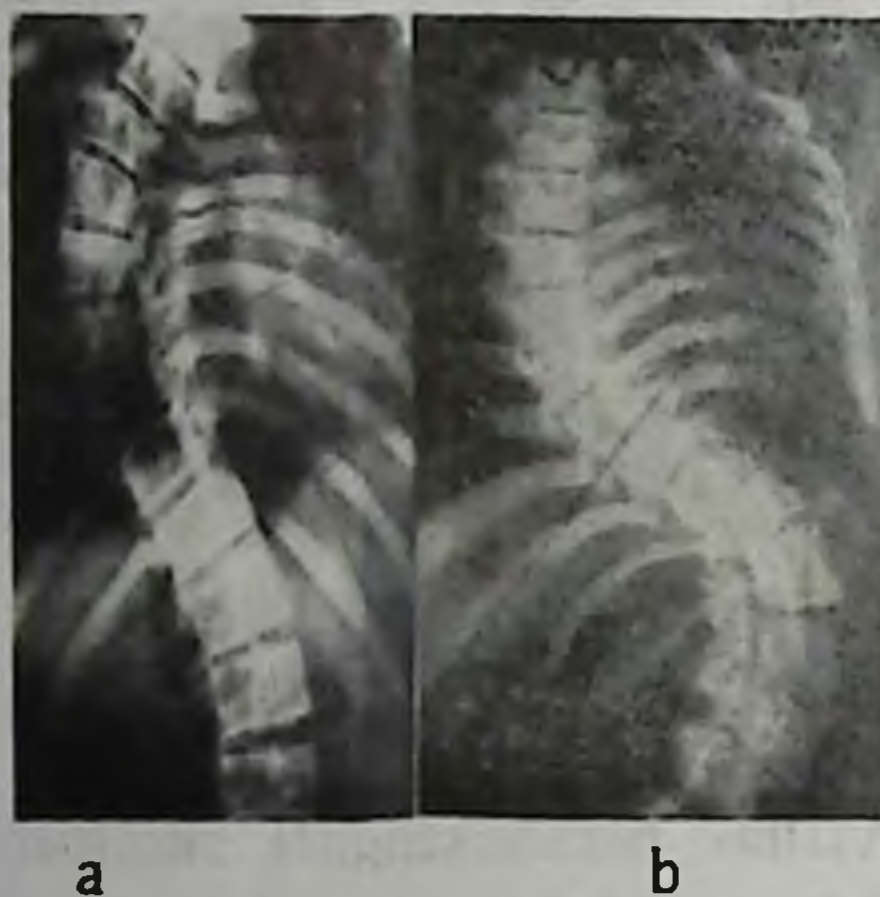
b

Rasm-316. Ko'krak skoliozi.

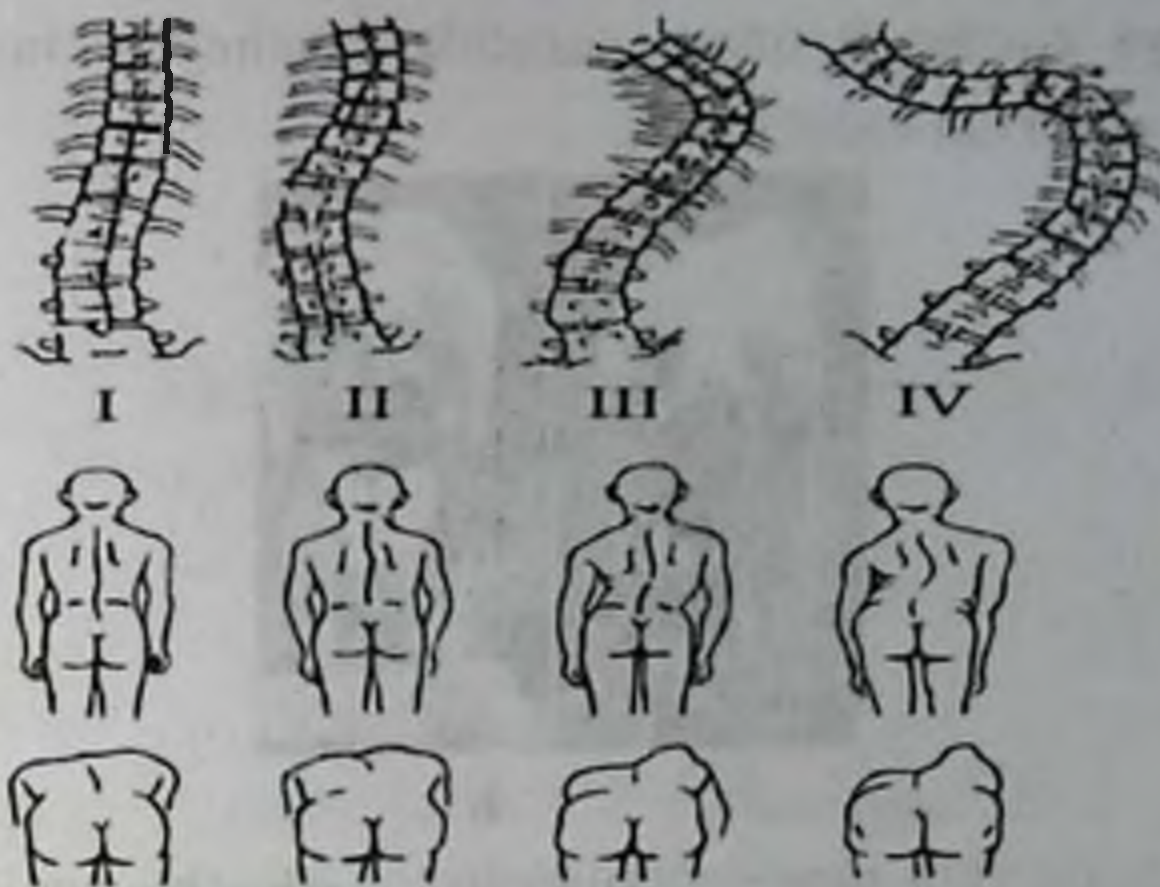
Mustaqil davlatlar hamdostligida skoliozning V. D. Chaklin taklif qilgantasnifidan foydalanadilar. Bunda: 1 darajali skolioz – rentgen suratida yon tomonga 10° gacha og'ish va torsiya (qovurg'aning o'z o'qi atrofida buralishi) ning boshlanishi bilan tavsiflanadi.



a b c
Rasm-317. Bel skoliozi kuchayib borishi.



a b
Rasm-318. Ko'krak skoliozi qiyshiqlik burchagini o'lchash metodikasi.



Rasm-319. Chaklin V. D. bo'yicha skolioz tasnifi

1. I daraja 2. II daraja 3. III daraja 4. IV daraja

II darajali skolioz - ogish $11-25^\circ$ gacha, torsiya, kompensator yoyining mavjudligi bilan namoyon bo'ladi. Klinik jihatdan umurtqalarning torsiyasi natijasida hosil bo'lgan mushakli qabartma, qovurg'adagi katta bo'lmagan bukrilik boladi.



Rasm-320. 3- darajali skolioz.

III darajali skoliozga- $25-40^\circ$ atrofida yon tomonga ogish va katta qovurga bukriligi mavjud bo'lgan, ancha yaqqol ko'rinadigan

deformatsiya xosdir. Rentgen suratida qiyshayishning choqqisida ponasimon umurtqa aniqlanadi.



a b

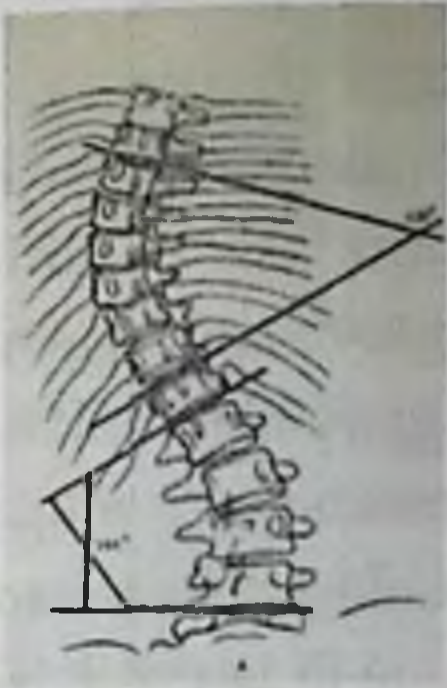
Rasm-321. Torsiya, qovurg'a bukrilligi: a – kuchli rivojlangan, b – o'rtacha.



Rasm-322. Skolioz, kuraklar assimetriyasi.

IV darajali skolioz – umurtqa pog'onasi ko'krak qismi kifoskollozi, yaqqol ko'rinuvchi qovurg'a bukrilligi, chanoq deformatsiyasi, tana ogishi bilan tavsiflanuvchi tananing qopol deformatsiyasi. Asosiy qiyshayish burchagi $41-90^{\circ}$.

Qiyshayish burchagini aniqlashning juda ko'p usullari mavjud bo'lib, ular orasida Kobb usuli ko'proq qo'llaniladi. Bu usul qiyshayish yoyi songgi umurtqalari tomonidan tashkil topgan burchakni aniqlashga asoslangan. Tog'ri proeksiyadagi rentgen suratidan neytral (yoki betaraf) umurtqalar asosidan umurtqalararo boshliq (yoki tirqish) ga parallel qilib ikkita chiziq otkaziladi.



Rasm-323. Asosiy (146°) va kompensator qiyshayish burchaklari (130°).

O'tkazilgan chiziq'larga perpendikulyar tushiriladi. Perpendikulyarlar orasida hosil bo'lgan burchakumurtqa pog'onasining qiyshayish darajasini tashkil qiladi. Tug'ma skolioz bilan tug'ilgan bolalarda nafas olish a'zolari va yurak qon tomir sistemalarida o'zgarishlar bo'ladi. Agar skolioz ko'krak qismida bo'lsa, deformatsiya ga uchragan umurtqalar o'ziga birikkan qovurg'alarni ilashtirishi natijasida qovurg'alar bukuri rivojlanib, ko'krak qafasi deformatsiyayasi kelib chiqadi.

Skoliozni davolashda ortopedlarning e'tibori asosiy qiyshayishni aniqlashga va uni to'g'rilashga qaratilgan bo'lishi kerak. Skolioz uzoq vaqt davolanmasa, mustahkamlanib, barqarorlashaveradi. Deformatsiyaning barkarorligini aniqlashning eng sodda usullari quyidagilardir:

1) qirrali o'simtalarni belgilab chiqib, songra bemorni har tomonga (chap va o'ngga) qiyshaytirish (yoki og'ishi);

2) kalladan ushlab tortib umurtqani cho'zish;

3) bemorni yonboshga (botiq tomoniga) yotqizish;

4) qo'l bilan borti chiqqan tomonni bosish;

5) rentgen suratini olish:

a) yotgan va tik turgan holatlarda olingan suratlarni solishtirish;

b) o'tirgan va tik turgan, shuningdek yotgan holdagi suratlarni solishtirish.

Bunda: a - bemor yotgan holatda olingan rentgen suratidagi qiyshayish yoyining kattaligi; b - bemor tik turgan holatdagi o'sha

burchak A. I. Kazmin usuli bo'yicha deformatsiya barkarorligi indeksini hisoblash nisbatan ancha qulay. U yotgan va tikurgan holatda olingan rentgen suratidan quyidagi tenglama bo'yicha hisoblanadi: Barkarorlikindeksi 1 dan (deformatsiya to'liq mustaxkamlangan) to 0 (qiyshiklikmutlaq harakatchan) gacha o'zgarib turadi. Odatda, indeks 0,3 dan 1,0 gacha o'zgarishi mumkin.

Skoliozda deformatsiyaning kuchayishi bemorning yoshiga, qiyshayishning darajasi va turiga, shuningdek etiologiyasiga ham bog'liq, deformatsiyaning kuchayishi odatda bolaning juda tez o'sish davriga to'g'ri kelib, o'sish to'xtashi bilan tugaydi. Lekin bu holat poliomielitdan keyin paydo bo'lgan skoliozga taalluqli emas, chunki bu holatlarda u o'sish to'xtagandan keyin ham rivojlanishi mumkin. Demakbola qancha erta kasal bo'lsa, deformatsiyaning kuchayish xavfi shuncha ko'p, qancha kech og'rikan bo'lsa, skoliozning rivojlanishiga sharoit shuncha kam bo'ladi.

Skoliozning rivojlanishi bola o'sishi bilan kuchayib borib, eng yuqori cho'qqisi balogatga etish davriga: kizlarda 11-13 yoshga, o'g'il bolalarda 14-16 yoshga to'g'ri keladi. Shu vaqtdan boshlab rivojlanish darajasi asta-sekin kamayib borib, o'sish davrining oxirida (17-20 yoshlarda) tugaydi. Bola o'sishining to'xtashini yonbosh suyagi qanotining (Risser zonasining) suyaklanish testiga ko'ra kuzatish mumkin, yonbosh suyagi bilan o'sish zonasining to'liqbirikib ketishi o'sishning to'xtaganligidan dalolat beradi.

Elektromiografik tekshirish yoki mushaklarning xronaksimetriyasi mushak sistemasining holatini aniqlash imkonini beradi.

Neyrogen turdagi skoliozlarda bu juda muhimdir. Ko'pchilikmualliflar siydikva qonning biokimyoviy ko'rsatgichlariga ko'p ahamiyat berishadi. Chunki ular qandaydir darajada skolioz kelib chiqishining sabablarini, ba'zan esa skoliozda bo'ladigan chuqur o'zgarishlar (aminokislotalar va mukopoliesaxaridlar almashinuvining buzilishi) va boshqalarni aniqlashga yordam beradi.

Kasallikning oldini olish va davolash. Skolioz rivojlanishining imkoniyatini hisobga olib va uning taxminan paydo bo'lish vaqtini bilib, ko'pchilik hollarda esa uning kelgusida qanday kechishini bilgan holda kasallikning oldini olish choralariga katta ahamiyat berish kerak. Bola 3 yoshga to'lgunga qadar uni to'g'ri ovqatlantirish, ochiq havoda bo'lishi, uxlash gigienasi, bolani chiniktirish ehtimol tutilgan raxitning oldini olishda katta ahamiyatga ega.

Jarayon rivojlanishga moyil bo'lsa, tana mushaklarini silash, vanna, gipsli yotoqda yotish tavsiya etiladi. Maktabgacha yoshdagi bolalarning yotoq o'rnini ularning bo'yiga to'g'ri kelishi kerak. Bola qattiq to'shakda boshiga kichkina yostiq qo'yan holda uxlashi va bola yonboshi bilan yotganida qiyshayish yoyi ostiga bolishcha qo'yish kerak. Maktab o'quvchilariga jiddiy e'tibor berish kerak. Chunki 7-9 va 12-14 yoshda skoliozning eng kuchli rivojlanish davri kuzatiladi. Agar kasallik kuchaymasa, ambulatoriyada davolash mumkin.

Vaqtli-vaqti bilan davolovchi badantarbiya mashqi bilan (umurtqa pog'onasining boylam apparatini cho'zuvchi mashqlar mumkinmas) shug'ullanish kerak. Sport bilan shugullanish foydali: changda yurish, basketbol va voleybol, suzish tavsiya etiladi. Maktablarda korrektsiyalovchi gimnastika bilan shugullanuvchi maxsus guruhlar tashkil qilish kerak. Mashg'ulotlar o'rniga, orqasiga yotgan holda, tayoq bilan bajariladigan mashqlar bilan birgalikda olib boriladi. Songgi 20 yil ichida dunyoning ko'p mamlakatlarida, shuningdek Mustaqil Davlatlar hamdostligida skolioz kasalligi bilan og'rikan bolalar uchun maxsus maktab-internatlar tashkil qilinayapti. Bu maktablarda mashg'ulotlar bolalar o'ringa yotgan holda olib boriladi; tanaffus vaqtida gimnastika mashqlarini bajarishadi, kechasi gipsli yotoqlarda uxlashadi.

Konservativ davolash. Skolioz kasalligini konservativ usul bilan davolashning maqsadi: kompensator qiyshayishni hosil qilish va dastlabki qiyshayishni tuzatish (redressasiya qilish) dir.

Konservativ davolash usullari skolioz deformassiyasining katta- kichikligiga va barqarorligiga, mustaxkamligiga bog'liq. Hayotning dastlabki 3 yoshida skoliozni davolashning asosiy usuli bolani to'g'ri yotqizishdan, gipsli yotoqda tanasini korreksiya holatida maxkamlashdan iborat. Hayotning dastlabki oylarida doimo faqat shunday yotoqda, kattaroq bo'lganda faqat uxlagan vaqtida yotadi.

Yosh bolalardagi skoliozning natijasi, odatda, yaxshi bo'ladi. 1-11 darajali skoliozda kasallikning oldini olish uchun ish joyini to'g'ri tashkil qilib, bola hayotida bo'lishi mumkin bo'lgan noqulay omillarni yo'qotish kerak. Stol va stullarning balandligi bolaning bo'yiga mos kelishi, yorug'lik optimal bo'lishi kerak. Bolalar qattiq, tekis erda yotishi kerak (matrasning tagiga fanerli taxta qo'yiladi). Sport mashg'ulotlaridan harakatchan o'yinlar, qishda chang'ida yurish, umurtqaning rotasion (buralish) harakatlari bo'lmagan usulda suzish tavsiya etiladi. Umurtqa pog'onasini cho'zishga mo'ljallangan, ilgari qo'llanilgan funksional davolash (davolovchi badantarbiya mashqi) skoliozning o'sishini 2 marta zoraytiradi.

Dinamik kuzatuvda skoliozning zorayishi sezilsa, bolani davolash o'qitish bilan birga olib boriladigan maxsus maktab-internatga borish kerak. Bu maktablarda muolajalar kun davomida olib boriladi: bolalar maxsus yog'och yotoqlarda yotib o'qishadi; badantarbiya mashqi ko'p vaqtni egallaydi. Shu bilan birga, hovuzda cho'miladilar. To'g'rilovchi ortopedik korset, korrekssiyalovchi gipsli yotoqdan foydalaniladi.

Ortopedik korsetlarning afzalligi shundaki, kasal korrekssiya qilingan holda korsetda bemalol yura oladi. Bolalar korsetni faqat kechasi echadilar va detorsion yostiqcha qo'yilgan gipsli yotoqda uxlaydilar. Fizioterapevtik davolardan tashqari, sanatoriya va kurortlarda davolanish ham katta ahamiyatga ega. Songgi yillarda qiyshayishning bortib chiqqan tomondagi kuchsiz mushaklarning tonusini tiklash uchun kichikmiqdordagi impulsli toklardan foydalanish tavsiya etilyapti. Konservativ ortopedik davolash

(davolovchi badantarbiya, silash-massaj), fizioterapiya, sanatoriy-kurortda davolanish, shuningdekrassional ovqatlanish, medikamentoz terapiya ko'p hollarda, ayniqsa, kasallikning boshlang'ich davrida yaxshi natija beradi.



Rasm-324. Funkssional korrektsiyalovchi korsetlar va davolash natijasi.

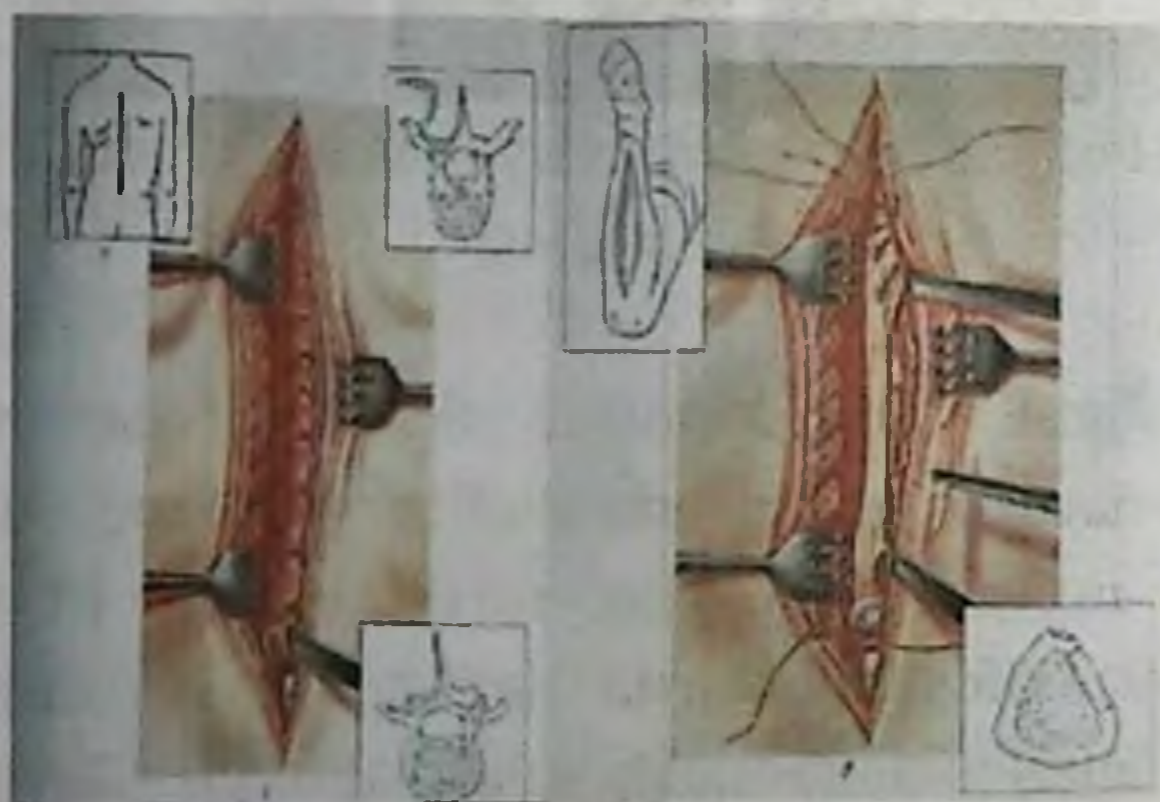
Jarrohlik yo'li bilan davolash. Skollozni jarrohlik yo'li bilan davolashga II darajali zorayishda skollozning uzoq, vaqt konservativ davolashning muvaffaqiyatsizligi turtki bo'ladi. III va IV darajali skoliozlarda va kifoskollozlarda umurtqani korrektsiya qilish va jarrohlik yo'li bilan mahkamlash talab qilinadi. Davolashning juda ko'p usullari taklif qilinganligiga qaramay, jarrohlik har doim ham kutilgan natijani beravermaydi. Skollozni davolashda quyidagi jarrohlik usullari qo'llaniladi: umurtqaning pay-boylam apparatidagi jarrohlik~ orqa qirrali o'simtlararo ustki va oraliq boylamlarni, umurtqalararo bog'limlarning kapsulalarini kesish; disklardagi jarrohlik- disklarni deformatsiya cho'qqisida diskotomiya, nukleaz qilish; umurtqa tanalaridagi jarrohlik- Kazmin usuli bo'yicha ponasimon rezektsiya qilish, epifizeodez. Jarrohlikning bu 3 turi umurtqa pogonasini orqa tomondan suyakli plastik mustahkamlash - metall konstruktsiyalar (Kazmin, Xarrington distraktori,

Rodnyanskiyning plastinkasimon özini-özi tög'rilovchi fiksatori) dan foydalangan holda tög'rilash operassiyalari bilan birga olib boriladi.



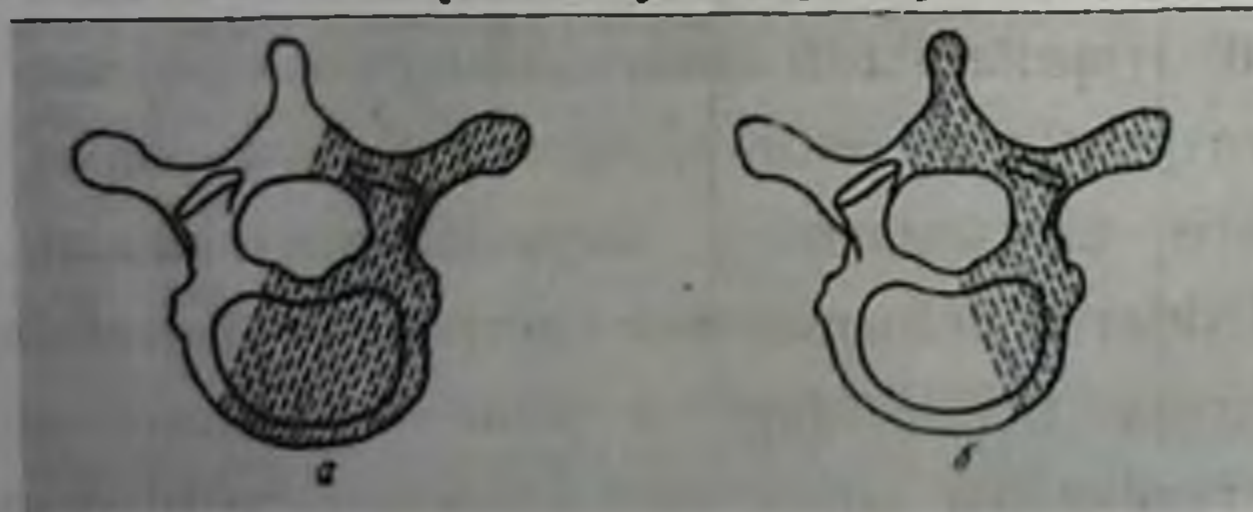
a b c

Rasm-325. Operatsiya uslubida davolash.



a b

Rasm-326. Operatsiya. Suyak plasnikasi.



a b

Rasm-327. Umurtqani Rof bo'yicha (a), A. I. Kazmin bo'yicha (b) rezektsiya qilish.



Rasm-328. Skoliozni jarrohlil davolash.

Qovurg'a bukurl mavjud bo'lganda juda bõrtib chiqqan qovurg'alar rezekssiya yoki torakoplastika qilinadi. Kasallik etiologiyasini hisobga olib, sanab o'tilgan usullarning ayrim komponentlarini o'z ichiga oluvchi jarrohlikning murakkab usullari qo'llaniladi. Bolalar ortopedik terapiyalardan song ular o'sish davri tugaguncha kompleks davolanishlari kerak.

Mavzuga testlar

1. Savol: Skolioz kasalligini aniq ta'riflang?
 - A. Umurtqa pog'onasini frontal tekislikda qiyshayishi.
 - B. Umurtqa pog'onasining sagittal tekislikda qiyshayishi.
 - C. Umurtqa pog'onasining yon tomonga torsiyasi bilan qiyshayishi.
 - D. Oyoqning kaltaligi tufayli umurtqa pog'onasining qiyshayishi.
2. Savol: Skoliotik deformatsiyaga moyilroq bo'lgan qomatning buzlishini ko'rsating?
 - A. Bukchaygan bel.
 - B. Yumaloq bel.
 - C. Yassi bel.
 - D. Kifoz.
3. Savol: Polimiyelit bilan og'rikan bolada skolioz kuzatiladimi?

- A. Yo'q
 - B. Statik skolioz.
 - C. Kompensator skolioz.
 - D. Nevrogen skolioz.
4. Savol: Orttirilgan skoliozga qanday turdagi skolioz kiradi?
- A. Raxitk, paralitik, idiopatik.
 - B. Raxitk, paralitik, nevrogen.
 - C. Nevrogen, statik, idiopatik.
 - D. Displastik, nevrogen, statik.
5. Savol: III-bosqich skoliozining Chaklin bo'ylcha asosiy belgilari?
- A. Yonbosh deformatsiya burchagi 25° - 40° , yengil bukrilik.
 - B. Ozroq bukrilik, umurtqani oldinga qiyshayishi 25° - 40° .
 - C. Ko'zga yaqqol ko'ringan bukrilik, umurtqani orqaga qiyshayishi 25° - 40° .
 - D. Yaqqol bukrilik, deformatsiya burchagi 25° - 41° .
6. Savol: Skoliozni hozirgi zamon davolash usulini asosiy bosqichlari?
- A. Mobilizatsiya, korreksiya.
 - B. Korreksiya, mobilizatsiya, fiksatsiya.
 - C. Korreksiya, fiksatsiya.
 - D. Mobilizatsiya, korreksiya, fiksatsiya.
7. Savol: Chaklin klassifikatsiyasi bo'ylcha skoliozning 1-chi darajasida umurtqa pog'onasi qiyshiqlligi necha gradus?
- A. 5° va torsiyaning borligi.
 - B. 10° va torsiyaning aniq borligi.
 - C. 10° va torsiyaning yo'qligi.
 - D. 10° va ko'krak umurtqalarining yengil bukrilligi.
8. Savol: Umurtqa pog'onasining qiyshiqlik burchagi rentgen tasvirdan kimning usulida aniqlanadi?
- A. Chaklin.
 - B. Volkov, Nikiforova, Kaptelin.
 - C. Kobzov.

D. Kobba.

9. Savol:Skolioz turlarini aniqlashda kimning tasnifidan foydalaniladi?

A. Yumashev.

B. Chaklin.

C. Garbert Uwells.

D. Kaplan.

E. Kazmin.

Javoblar: 1 -C. 2 - C. 3 - D. 4 - B. 5 - D. 6 - D. 7 - B. 8 - D. 9 - B.

Raxitning ortopedik asoratlari (kasalligi)

Raxit-bu bolalik erta davrining polietologik (ko'p sababli) kasalligi bo'lib, organism modda almashinuvining, ko'pincha fosfor-kalsiy almashinuvini sababli rivojlanib, ko'p organlar tizimini zararlashi, skeletda deformatsiyalar paydo qilish bilan kechadi.

Kasallik uzoq tarix kechmishidan ayon bo'lib, bu kasallikning tibbiy ko'rinishi haqida 1656-yilda F. Glisson birinchilardan bo'lib yozgan edi.

Kasallikning nomi grekcha "rachis" so'zidan olinib, "umurtqa pog'onasi" ma'nosini beradi. Kasallikda bir belgi sifatida umurtqa bukrilligi (kifoz)ni bildiradi.

Raxit-bolalik boshlang'ich davrining eng ko'p uchraydigan kasalligi bo'lib 20-60% bolalarda kuzatiladi.

Raxit-eng ko'p suyak skeletini kasallantirish bilan birga butun organizmning tizimli xastaligidir.

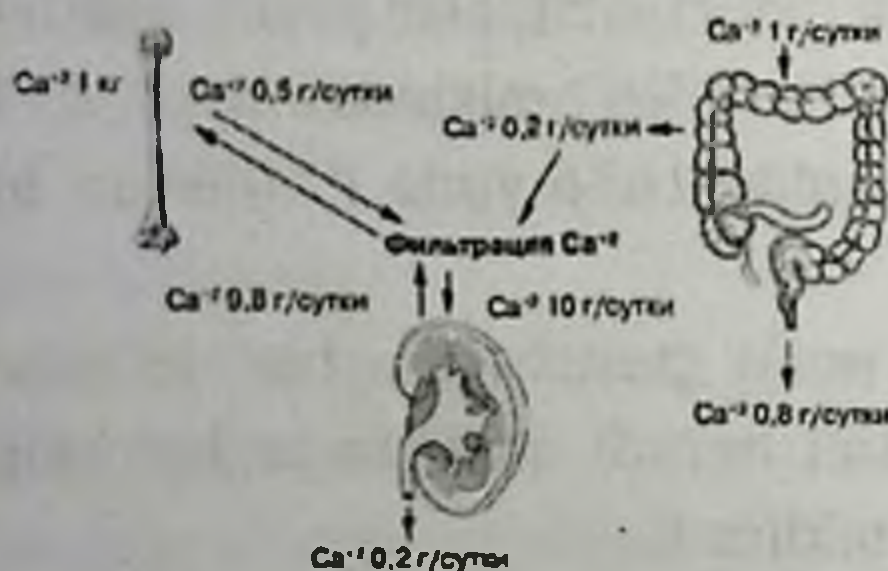
Bolalar ortopediyasida raxitning boshlang'ich, avj olgan davrlarini o'rganish, keyingi davrda suyaklarda kuzatilishi mumkin bo'lgan qiyshiliklar, deformatsiyalarning medikamentlar bilan davolashga, oldini olishga yo'naltirilgandir.

Raxitning asoratlari davrida faol ortoped-jarrohlik muolajalar o'tkaziladi.

Raxit - bu kichik yoshdagi bolalar organizmining umumiy kasalligi bo'lib, vitamin D yetishmovchiligi sababli Ca, P almashinuvining, suyaklanish jarayonining buzulishi, asab sistemasi va ichki a'zolar faoliyatining zararlanishi bilan xarakterlanadigan kasallik hisoblanadi.



Rasm-329. Raxit kasalligida umurtqa pog'onasi ko'krak pastki qismida kifoz (bukrilik)



Rasm-330. Ca -ning odam organizimida almashinuvi.

Etiologiyasi:

Raxitning sabablari endogen va ekzogen omillar bo'lishi mumkin.

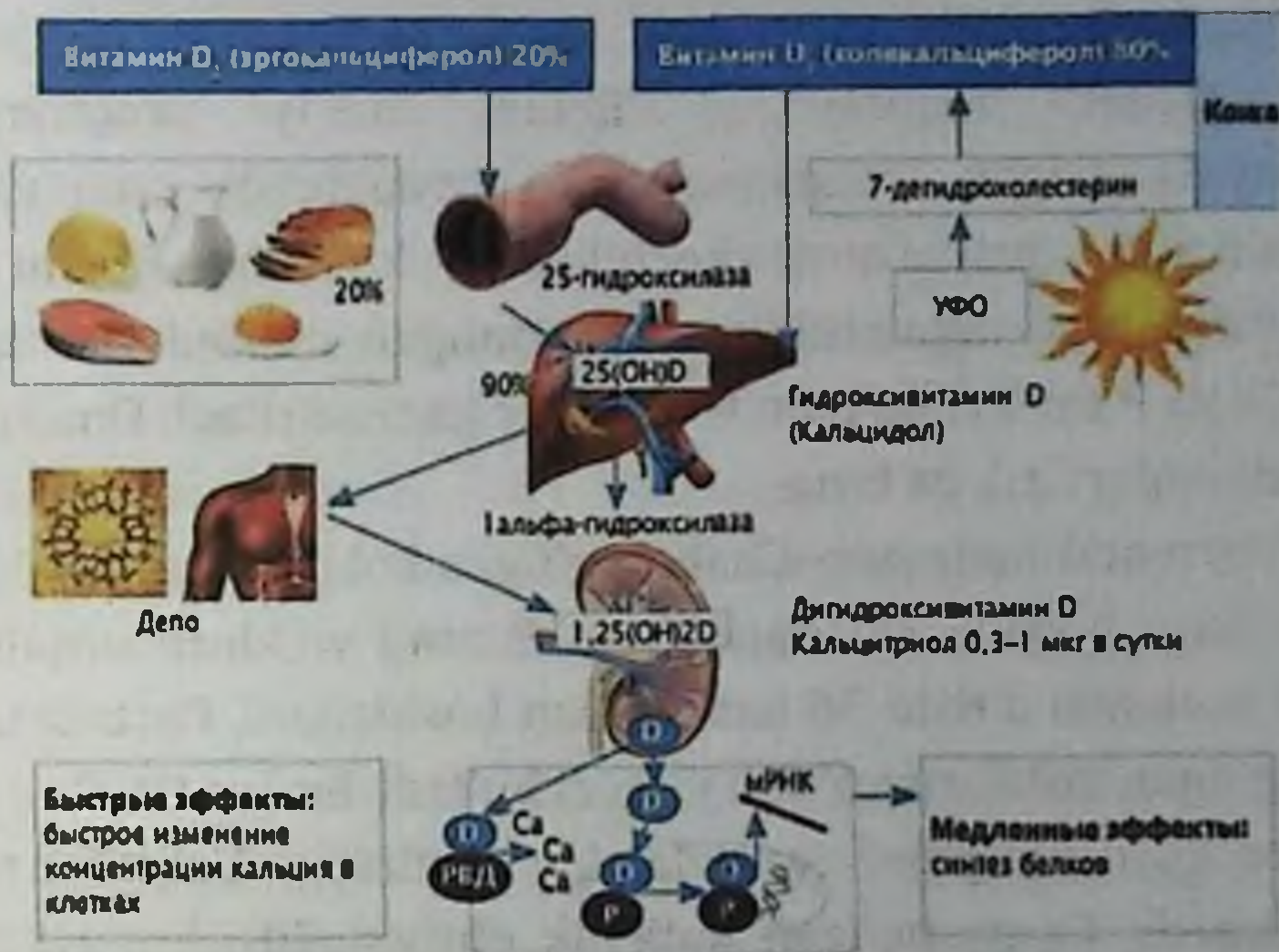
Endogen sabablar:

Vitamin D, fosfor, kalsiy, magniy, rux va boshqa mikroelementlarning organizmga kam qabul qilinishi.

Bolaning quyoshli kunda, ochiq havoda yetarli miqdorda sayir qilmasligi. Quyosh nuri ta'sirida terida 7-degidroxolesterindan vitamin D₃ hosil bo'lmasligi.

Ekzogen faktorlar:

Vit D₃ ning ichakda so'rilishi jarayoning buzilishi. Jigarda, buyrakda passiv vit Dning faol Vit D₃ga gidroksillanishi buzilishi. Fosfor, kalsiyning ichakda so'rilishining buzilishi, ularning siydik bilan ko'p chiqarilishi, suyak to'qimasida ularning so'ndirilishining buzilishi. Vit D₃ ga retseptorlarning funktsiyonal aktivligi buzilishi.



Rasm-331. D₃- ning quyosh nuri, UFN (ultrafiolet nur) ta'sirida terida 80 % hosil bo'lishi. D₂ ning o'zlashtirish yo'llari.

Raxit rivojlanishiga moyil qiluvchi, turtki bo'luvchi faktorlar.

Sun'iy ovqatlantirish.

Chala tug'ilgan chaqaloq (morfologik, funktsional tizimning yetishib rivojlanmaganligi, D gipovitaminoz, D₃ga kuchaygan talab, polivitaminoz).

Skeletning yuqori temp(shasht) bilan o'sishi. Suyak to'qimasining tez qayta tiklanishi.

Sifatsiz parvarish.

Birlamchi vitamin D- defisiti raxitni keltirib chiqaruvchi sabablar va moyillik tug'diruvchi omillar.

1. Quyosh nurining yetishmasligi va toza havoda sayr qildirmaslik - organizmda hosil bo'ladigan 90% endogen vitamin D₃ (xolekalsiferol) quyosh nuri ta'sirida terida hosil bo'ladi. Katta shaharlarda atmosfera havosining ifloslanishi natijasida, shimoliy qutbda joylashgan shaharlarda quyosh nurining antiraxitik xususiyatga ega bo'lgan to'lqin uzunligi (280- 310 nm) yergacha kam miqdorda yetib keladi.

2. Ovqat faktorlari - Bolani sun'iy ovqatlantirishda adaptasiyalanmagan aralashmalardan foydalanish, uzoq vaqt sutli ovqatlantirish, prikormni kechiktirib kiritish. Bolani sun'iy ovqatlantirganda sigir sutidan tayyorlangan maxsulotlar tarkibida garchi Ca va P tuzlari ko'p bo'lsada, ular kam so'riladi. Ona sutida Ca, P ko'rsatkichlari 2:1 ga teng.

3. Perinatal faktorlar- Chala tug'ilgan bolada vitamin D, Ca va P zahirasi kam bo'ladi. Onadan Ca va P ning yo'ldosh orqali bolaga intensiv ravishda o'tishi 36 haftalikdan boshlanadi. Postnatal davrda chala tug'ilgan bolalarda o'sish yuqori bo'ladi, bu esa Ca, P va vitamin D ga bo'lgan ehtiyojni yanada kuchaytiradi. Vaqtida tug'ilgan chaqaloqlarda Ca-ga bo'lgan sutkalik ehtiyoj 70-75 mg/kg bo'lsa, chala tug'ilgan chaqaloqlarda 200-250 mg/kg gacha sutkasiga tashkil qilishi mumkin. P-ga bo'lgan sutkalik ehtiyoj vaqtida tug'ilgan chaqaloqlarda 40mg/kg bo'lsa, chala tug'ilgan chaqaloqlarda 110-150mg/kg ni tashkil qiladi. Homiladorlik paytida toksikoz bo'lsa 60% bolalarda raxitga moyillik ko'payadi. Ikkilamchi vitamin D - defisit raxitni keltirib chiqaruvchi sabablarga quyidagilar kiradi.

1. Malabsorbsiya sindromi - sellakiya, mukovissidoz va oshqozon osti bezining boshqa kasalliklari ovqat maxsulotlaridan yog'ning so'rinishini buzulishiga olib keladi, bu esa o'z navbatida yog'da eruvchi vitamin D-ning so'rinishini ham pasaytiradi. Ekssudativ enteropatiya va ichaklarning boshqa surunkali kasalliklarida Ca bog'lovchi oqsil sintezi buziladi.

2. Jigar va buyrakning surunkali kasalliklari vitamin D₃ ning aktiv metabolitlarining hosil bo'lishini kamaytiradi.

3. Yatrogen faktorlar – talvasaga qarshi dorilarni uzoq vaqt davomida berilishi, vitamin D ning metaboliziyasini kuchaytiradi va uning endogen yetishmovchiligiga olib keladi. Siydik haydovchi vositalarni uzoq vaqt davomida qo'llash va parenteral ovqatlantirish nafaqat Ca, balki vitamin D yetishmovchiligiga ham olib keladi.

4. Ekologik faktorlar – Tuproqda, suvda, ozlq moddalarda stronsiy, sink va boshqa metallarning ko'pligi suyaklarda kalsiyning o'rnini qoplaydi va natijada raxit, osteomalasiya, osteoporozning rivojlanishiga olib keladi.

5. Psixososial faktorlar va harakat aktivligining yetishmovchiligi – Nafaqat perinatal ensefalopatiya ta'sirida, balki oilada jismoniy rivojlantirish elementlarining yo'qligi (massaj, gimnastika va boshq.), mushaklar faoliyatining pastligi, suyaklarning qon bilan ta'minlanishini kamaytiradi.

6. Vitamin D va kalsiy- fosfor almashinuvining nasliy anomallari.

7. Modda almashinuvining nasliy kasalliklari (sistinuriya, tirozinemi va boshq.).

8. Poligipovitaminozlar.

9. Surunkali infeksiyon jarayo'nlar.

Patogenezi

Raxitning patogenezi murakkab. Birinchi o'rinda fosfor-kalsiy almashinuvini buzilishi turadi. Bu almashinuvning regulyatorlari vit D, paratgormon, tireokaltsitonin hisoblanadi.

Terining bazal qavatida 7- dehidroxolesterindan ultrabinafsha nurlar ta'sirida endogen vitamin D₃ (xolekalsiferol) sintezlanadi. Keyingi aktiv metabolit 25(OH) D₃ jigarda 25- gidroksilaza fermenti ta'sirida vitamin D₃ oksidlanishidan hosil bo'ladi. 25(OH) D₃ vitamin D₃ ga nisbatan 1 -1/2 marta aktiv hisoblanadi. Keyingi aktiv metabolit 1, 25(OH) D₃. 24, 25(OH).

D₃ buyrakning proksimal kanalchalarida 1-alfa-gidroksilaza fermenti ta'sirida sintezlanadi. U vitamin D₃ dan 10 marotaba aktiv hisoblanadi. Shuni ta'kidlab o'tish kerakki 1-alfa-gidroksilaza

fermentning aktivligi paratgarmon, vitamin C, E, B ning holati bilan bog'liq. Shuning uchun ham organizmda vitamin C, E va B guruxi vitaminlarining yetishmovchiligi raxitning rivojlanishiga turtki bo'ladi. Organizmda kalsiy fosfor almashinuvining asosiy boshqaruvchilari vitamin C, D, paratgarmon va tireokalsitonidir. Vitamin D ning asosiy vazifalari:

1. Vit D - ichaklarda kalsiy bog'lovchi oqsil sintezini kuchaytirib, Ca va P ni ichaklardan so'rilishini ta'minlaydi.

2. Suyak - qon chegarasida sitratlar sintezini kuchaytirib, suyaklarning mineralizatsiyasini stimullaydi.

3. Osteoblastlar tomonidan osteokalsiyni (suyakning asosiy kollagen bo'lmagan oqsili, suyaklanish indikator) sintezini stimullaydi.

4. Ca- ni suyaklarda to'planishini ta'minlaydi.

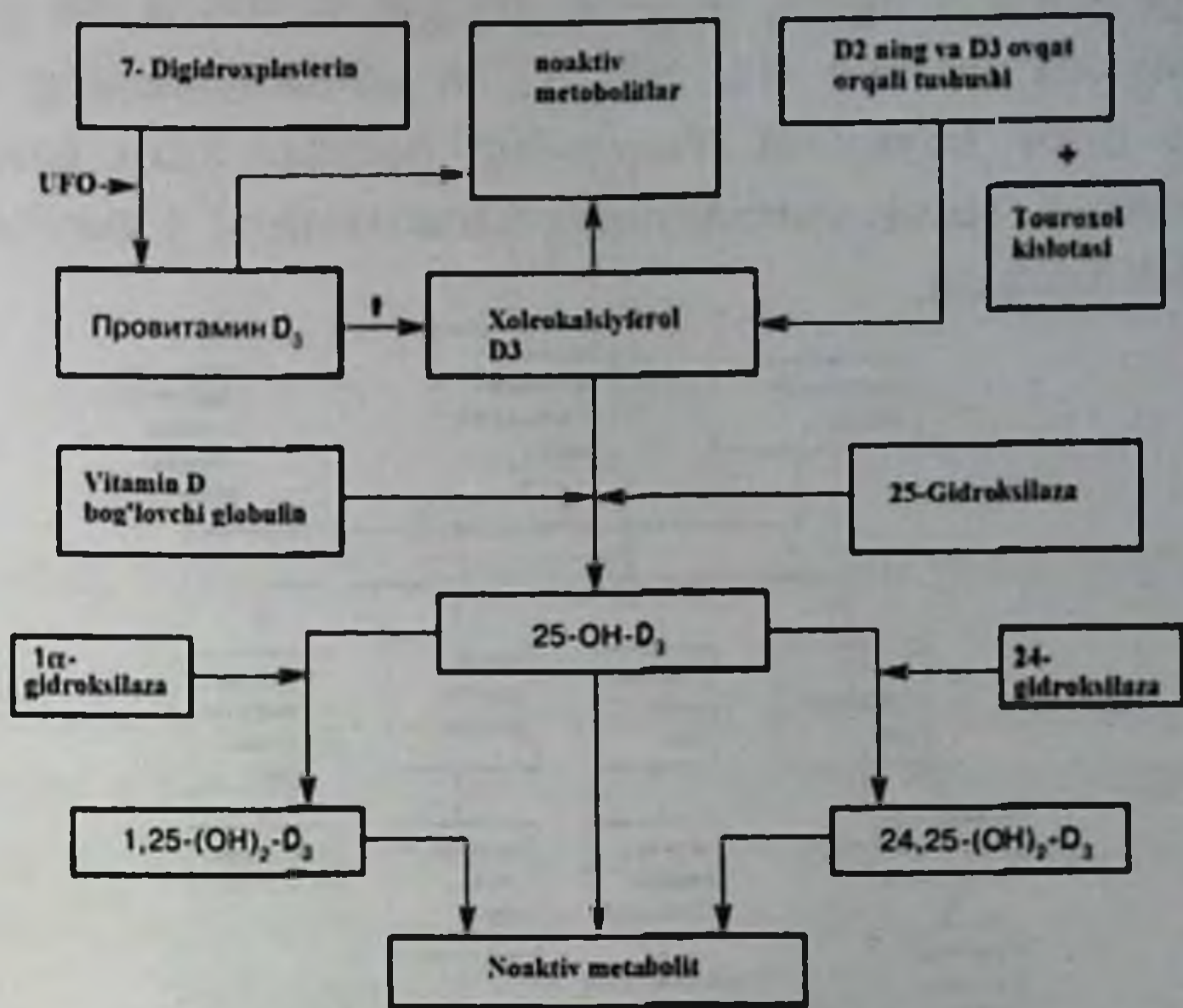
5. Qonning kislota - ishqorlik muhitini boshqaradi.

6. Ca, P- ni buyrak kanalchalarida qayta so'rilishini ta'minlaydi.

7. Immunomodulyatorlik xususiyatiga ega bo'lib, vitamin D defisit holatida organizmda fagositoz, Interleykin 1, 2, interferon sintezi pasayadi.

8. Mushaklar reseptorlari bilan bog'lanib, ularga kalsiyning o'tishini tezlashtiradi va mushaklar qisqaruvchanligini oshiradi.

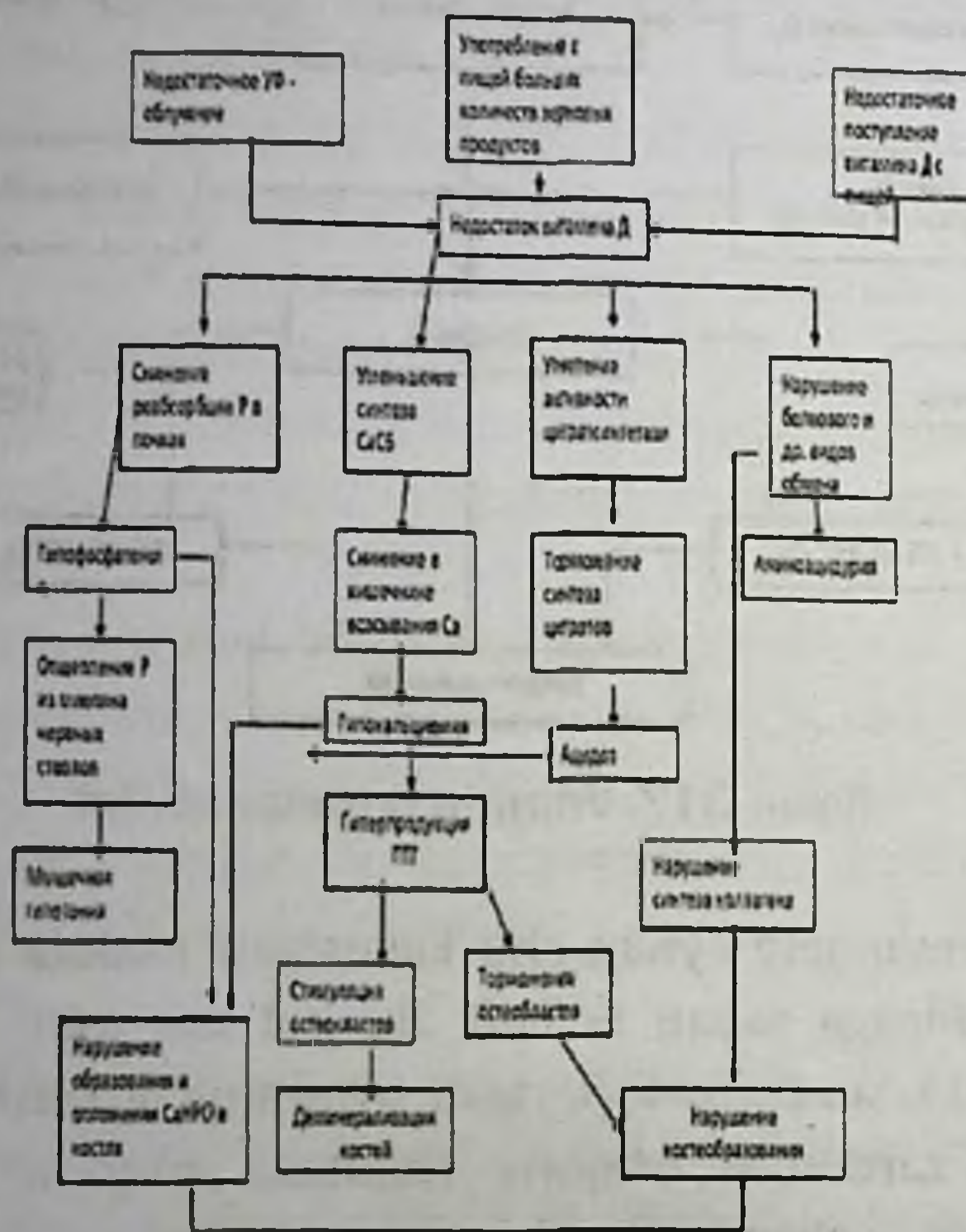
Organizmdagi gipovitamin D holati ichaklarda kalsiy bog'lovchi oqsil sintezini kamaytirib, kalsiyning ichaklardan so'rilishini, suyaklarning kalsiyni flksasiya qilish xususiyatini, to'qimalarda sitratlar sintezini pasaytiradi. Qonda gipokalsimiya holati natijasida qalqonsimon oldi bezlarining faoliyati buzilib paratgarmon ishlab chiqishi kuchayadi. Paratgarmon suyakdagi kalsiyni qonga yuvib chiqaradi, osteoklastlar funksiyasini kuchaytirib (rezobsiya kostey), osteoblastlar sintezini pasaytiradi. Buyrak kanalchalarida fosfatlar va bikarbonatlar rearbsorbsiyasini tormozlab, siydik bilan ajralishini kuchaytiradi.



Rasm-317. Vitamin D metabolizmi

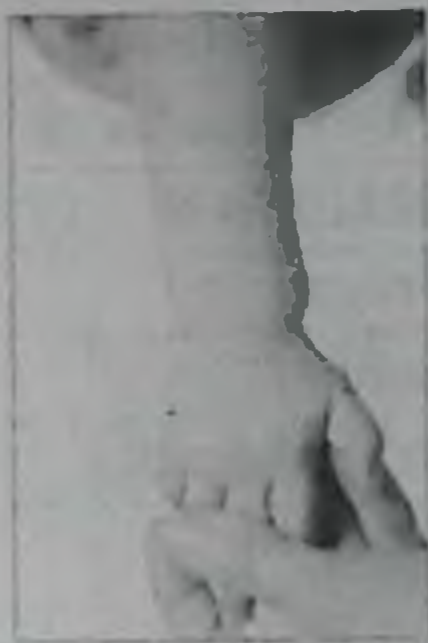
Paratgarmonning aynan shu xususiyati raxitda gipofosfatem, metabolik asidozga sabab bo'lad. Bu hol esa asab sistemasining buzilish holati bilan kechadi (terlash, uyquning buzilishi, bezovtalik). Raxitda qon zardobida ishqoriy fosfataza miqdori oshib ketadi, ammo uning ahamiyati hozirgacha to'liq o'rganilmagan. Giperparatireoidizm va vitamin D yetishmasligi aminokislotalarning siydik bilan chiqishini, ya'ni aminoasiduryani kuchaytiradi. Suyaklarning organik matrisasi bo'lgan kollagen oqsilining strukturasi buziladi. Modda almashinuvi sekinlashadi, oksidlanish prosesi pasayadi, oraliq moddalar ko'payib, siydik orqali chiqishi kuchayadi. Asidoz jarayonida suyaklarning o'sish va suyaklarda tuzlarning joylanishi buziladi. Asidoz holatining kuchayishida magniyning roli muxim. Raxit kasalligida uning miqdori juda pasayib ketadi 2, 3 mg% (# - 5, 9 mg%). Ayniqsa uglevodlar almashinuvining buzilishi kasallikning rivojlanishiga asosiy omillardan biridir. Bunda pirouzum kislotasidan sitratlarning hosil bo'lishi o'ta kamayadi 1-2

mg% (# - 3 - 4 mg%), 0, 01-0, 02 g/l, 0, 03- 0, 04 g/l. uning patogenezida vitamin B1, B2, B3, A almashinuvining buzilishi, ma'lum ta'sir ko'rsatadi. Yuqoridagi holatlar Raxit kasalligining rivojlanishida suyak sistemasining zararlanishini 4 guruhga kiritib o'rganish mumkin.



1. Osteomalyasiya simptomlari - suyaklarning yumshashi yoki malyasiyasi. Bunda eski suyak hujayralarining qayta so'rilishi holati, bosh suyaklarining yumshashi, kraniotabes, liqildoq atrofining yumshashi, braxisefaliya, uzun suyaklarning, o'mrov suyagining va qovurg'alarining egilishi, yumshashi kuzatiladi.

2. Osteoid giperplaziya simptomlari - (bu simptomlar raxit o'tkir osti kechishida ustunlik qiladi). Peshona, tepa do'ngi, raxitik bilaguzuklar, marvarid iplari, raxitik tasbehlar.



Rasm - 332. Vitamin D yetishmovchiligi: raxitlik bilak uzuklari.

2. Suyak to'qimasi gipoplaziyasi simptomlari- Naysimon suyaklarning o'sishdan orqada qolishi tufayli oyoqlarning kalta bo'lishi, sut va doimiy tishlarning kech chiqishi, katta liqildoqning kech yopilishi, pastki jag'ning o'sishdan orqada qolishi.



a



b

Rasm-333. Suyaklarning o'sishdan orqada qolishi tufayli oyoqlarning kalta bo'lishi, katta liqildoqning kech yopilishi

3. Mushaklar gipotoniya natijasida hosil bo'lgan suyak deformatsiyalari – umurtqa pog'onasining qiyshayishi (lordoz, kifoz, skolioz), pastki aperturaning qayrilishi bilan xarakterlanadigan ko'krak qafasining deformatsiyasi (tovuqto'shisimon va etikdo'z ko'krak qafasi).

Raxit tasnifi

Darajasi bo'yicha	Davriga ko'ra	Kechishiga ko'ra
1 - daraja - yengil	boshlang'ich	shiddatli
2 - daraja - o'rta og'ir	avj olgan	shiddati past
3 - daraja og'ir daraja	tiklanish	qaytalanuvchi raxit
	Qoldiq asoratlar	

Tasnifi.

1. Davriga qarab: boshlang'ich, avj olgan davri, tiklanish davri, qoldiq asoratlar davri

2. Faollik darajasiga nisbatan I - daraja yengil, II - daraja o'rta og'ir, III- daraja og'ir darajasi.

3. Kechishiga qarab: shiddatli- o'tkir; shiddati past- o'tkir osti; qaytalanuvchi raxit.)

Raxit etiologiyasy patogenezigiga ko'ra:

1. Vitamin D-defitsit klassik raxit

2. Buyrakda $1, 25(\text{OH})_2\text{D}_3$ sintezining gen(irsiy) bilan bog'liq defekti sababli

3. Vitamin D-rezistentli - chidamli raxit (tubulopatiyalar, gipofosfataziya)

4. Jigar kasalligida ikkilamchi raxit, malabsorbsiya sindromi

Raxit diagnostikasi.

Klinik belgilar

Qonning biokimyoviy taxlil ko'rsatkichlari.

-Fosfor konsentratsiyasi pasayishi

-Ishqoriy fosfataza aktivligi oshishi

-Kalsiy - N yoki gipokaltsiemiya

-Limon kislota ko'rsatkichi pasayishi.

3. Suyaklarni rentgenogramma qilish, osteoporoz.

Klinik manzarasi. Raxitning erta klinik belgilari bu MNS ning vegetativ bo'limining buzilishi bilan xarakterlanib - bolaning

bezovtaligi, uyquning buzilishi, qo'rqoqlik, sezuvchanlikning oshishi, emayotganda, uyquda ko'p terlash ayniqsa ensa suyaklari soch qismida terlash natijasida sochning to'kilish xarakterlidir.



Rasm-334. Ensa sohasida soch to'kilishi

Bularning asosiy sababi qonda oraliq moddalar ammiakning ko'payishi, yani asidozning oqibatidir. Ter bolalarda yopishqoq, ammiak hidli bo'lib, bular bolaning qo'zg'aluvchanligini yana kuchaytiradi. Ensa atrofida sochning to'kilishi bilan birga venoz qon tomirlari yaqqol ko'rinadi.

Tana harorati subfibrillitet. Axlati o'zgaruvchan, bemorlarda - piodermiya, oprelost paydo bo'lishi mumkin. Ayrim hollarda ich ketish oqibatida gipotrofiya kuchayadi, poligipovitaminoz belgilari rivojlanadi. Asta-sekinlik bilan asidoz kuchayib P, Ca tuzlari yuvilishi oqibatida suyaklarda (yassi) yumshalish holati kuzatiladi. Ensa suyagining yumshashi, kraniotabes, liqqildoqlar katta o'lchamli, kech yopilishi, tishlarning kech chiqishi. Osteomalyasiya holati asta-sekinlik bilan gipoplaziya va giperplaziya holatiga olib keladi. Peshona tepa suyaklari bo'rtadi (kvadrat bosh), qovurg'alarda tog'ayning suyakka o'tish joyida osteoid to'qimaning to'planishi natijasida raxitik chetkalar, jemchugalar, brasletlar va ko'krak qafasining deformassiyasi (tovuqto'shsimon, etikdo'z ko'kragi).



Rasm-335. Raxitda kraniotabes (chakka, ensa suyaklari yumshashi), peshona, chakka suyaklari bo'rtishi "kaput quadratum", "olimpiya peshona"



Rasm-336. Katta o'lchamlilikildiq, uning kech yopilishi.



Rasm 337. Raxitda qovurg'alar bo'rtishi, egriligi, ko'krak qafasi pastki aperturasi kengayishi.

Umurtqa yoysimon qiyshayadi, bel sohasida skolioz, kifoz, lordoz holatlari, oyoq-qo'llarda marvarid ipi, O-simonX-simon oyoqlar qiyshayadi. Mushaklarda gipotoniya. Kech yira boshlaydi, o'tirish kechikadi, qorni baqaloq. Asidoz – to'qimalar gipoksiyasining kuchayishiga olib keladi. Natijada jigar, taloq kattalashadi. Bosh miya, qon tomirlari bosim osishi natijasida gidrosefaliya rivojlanadi. Qonda Hg va eritrositlar pasayadi, ya'ni kamqonlik rivojlanadi. Periferik limfa tugunlari kattalashadi. Shunday qilib, Raxit bu inson skeletining kasalligina emas, balki butun organizmning hastaligidir.

Kasallikning boshlang'ich davri bolaning 1-1, 5 oyligidan boshlanib, 3-4 oyligida yaqqol namoyon bo'ladi. Koroleva buyicha esa 4-5 haftalikdan boshlanishi mumkin. Belgilari: terlash, bezovtalik, uyquning buzilishi, ensa sochining to'kilishi, sezuvchanlikning oshishi. Bu davr 2-3 hafta davom etadi. Boshlang'ich davrning oxirlarida katta liqildoqning qirralari yumshaydi. Bu davrda qonda Ca normada bo'lib (2, 5-2, 7 mmol /l), noorganik P bir oz kamayadi. Rentgenda suyaklarda jiddiy o'zgarishlar kuzatilmaydi. Bu belgilar 1-darajaga xos.

Avj olgan davri – suyaklardagi o'zgarishlar kuchli bo'lib, kraniotabes, ensa suyagining yassilanishi, liqildoq qirralarining yumshashi, kalla suyaklarining qiyshiqqligi, peshona va tepa suyaklarining bo'rtib chiqishi natijasida kvadratsimon bosh, ko'krak qafasi tovuq ko'kragsimon, etikdo'z ko'kragi, umurtqaning qiyshayishi - kifoz, bola yura boshlaganda lordoz va keyinchalik qo'l-oyoqlarning o'zgarishi paydo bo'ladi. Epifizar tog'ayning o'sishi va metafizning kengayishidan raxitik bilaguzuk yoki barmoqlarda marvarldi paydo bo'ladi. Bu belgilar 2-darajaga xos.



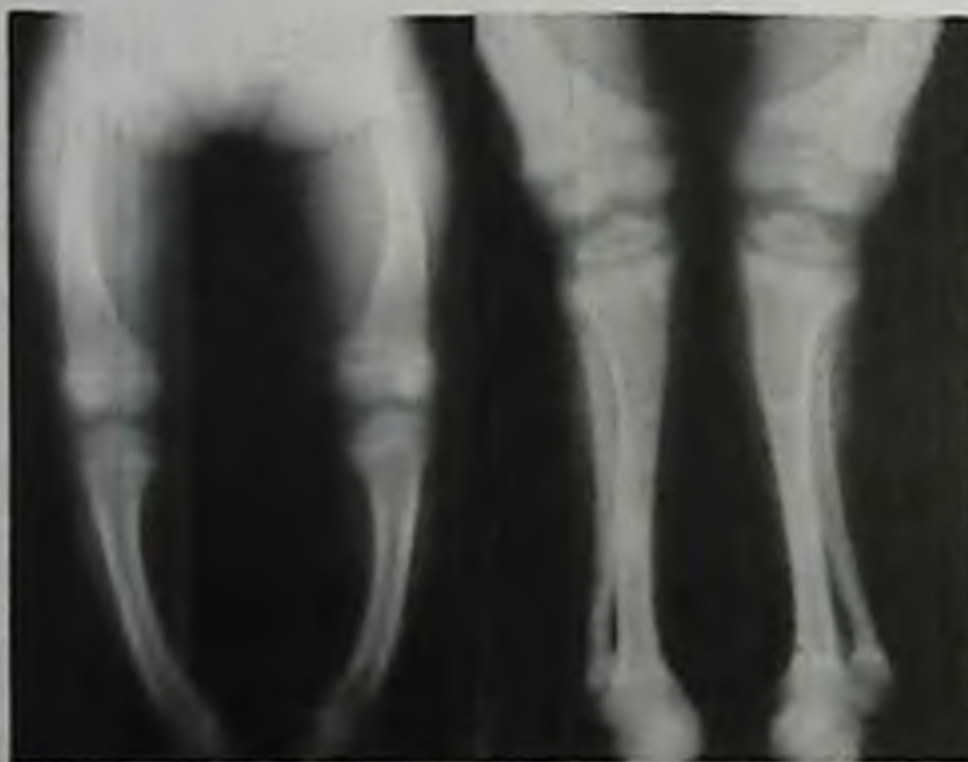
Rasm-338. Raxitda bilak – kaft bo'gimi deformatsiyasi “bilakuzuk”



a

b

Rasm-339. Boldir – oyoq panja bo'gimi deformatsiyasi, oyoqlarning X - simon – valgusli qiyshiqligi



a

b

Rasm 340. Oyoqlari «O» simon, va «X» deformatsiyasi rentgenologik tasviri

Bosh va ko'krak sohasidagi deformatsiyalar kuchaysa va quyidagilar 3-darajaga xos. Oyoqlari «O» simon, keyinchalik «X» deformatsiyalanadi, yassi oyoqlik vujudga keladi. Katta liqildok 1, 5-2 yoshda yopiladi. Tishlari kech va notug'ri o'sib chiqadi, sut tishlari kariesga uchraydi. Yuqoridagi uzgarishlar raxitning II - aktiv darajasi uchun xos. Mushaklar gipotoniyasi, bog'lamlar apparatining kuchsizligi, bo'g'implarning harakatchanligining oshishi raxitning

xarakterli simptomlaridan hisoblanadi. Bemorlar orqasiga yotib oyog'ini boshiga, hatto ensa suyagi tomoniga utkaza oladi.



Rasm-341. Raxitda mushak gipotoniyasi, bo'gimlarining yumshoqligi, o'ta ko'p harakat mumkunligi - "buklanivchi pichoqcha" belgisi - simptomi.

Ularda qorin oldingi devori mushaklarining bo'shashishidan katta «qurbaqasimon» qorin, ko'p hollarda oq linia churrasi kuzatiladi. Bolaning statik va lokomotor funksiyasi rivojlanishdan orqada qoladi, ya'ni boshini ko'tarishi, o'tirishi, turishi, yurishdan orqada qoladi. Raxitning og'ir formalarida bola psixik rivojlanishdan orqada qoladi. Jigar, oshqozon - ichak traktining funksional holati, oqsillar, lipidlar almashinuvining buzulishi va vitaminlar yetishmovchiligi kuzatiladi. Ko'krak qafasining deformatiyasi, muskul tonusining pasayishi, diafragma harakatining susayishi, nerv sistemasi tomonidan o'zgarishlar, o'pka ventilassiyasining buzilishiga va bolaning zotiljam kasalligiga chalinishiga sabab bo'ladi. Raxitning P-Sh darajalarida gipoxrom anemiya, bioximik ko'rsatgichlardan P qonda $0,65 \text{ mmol/l}$ gacha pasayadi ($1,03 - 1,25 \text{ mmol/l}$) pasayadi, Ca miqdori pasayadi $2,0 - 2,2 \text{ mmol/l}$ gacha, limon kislotasi pasayadi (62 mmol/l past), ishqoriy fosfataza miqdorining qonda oshishi (400 ED/l ko'p), aminoasiduriya (10 mg/kg sutkasiga) kuzatiladi. Rentgenogrammada suyaklarning

o'sish zonasida osteoporoz, epifiz va diafiz oralig'i kengayib bokalsimon shaklni egallaydi.



Rasm -342. Rengenogrammalarda raxit belgilri: o'sish yorig'i kengayishi, tizzalar valgusi

Reparasiya davri. Raxit belgilarining orqaga qaytish jarayonida nerv sistemasi tomonidagi belgilar yo'qola boshlaydi, raxitning asosiy simptomlari: osteoporoz, osteomalatsi yo'qoladi. Bolaning uyqusi, ishtahasi, mushaklar tonusi, ichki a'zolar funksiyasi yaxshilanadi. Qonda noorganik P ning miqdori ko'payadi, Ca miqdori esa pasaygan holda bo'ladi.

Qoldiq asoratlar davri. Bu davr 2-3 yoshligidan boshlanadi. Raxitik prosesslar to'xtaydi. Skeletdagi o'zgarishlar bir umrga saqlanishi mumkin (kvadratli bosh) tor chanoq, uzun suyaklarda X-O holatdagi deformatsiyalar saklanishi mumkin.



Rasm-343. Raxitda burun deformatsiyasi - egarsimon burun.



Rasm-344. Oyoqning varusli qiyshiqi.

Kechishi. O'tkir kechishi 6 oygacha (birinchi yarim yillikda) kuzatilib, asab tizimida o'zgarishlar, osteoporoz, osteomalyasi belgilari ustun turadi. Bioximik uzgarishlar kuchli – gipofosfatemiya, gipokalsemiya, ishqorli fosfataza aktivligi oshadi.

O'tkir osti kechish davrida kasallik sekinlik bilan rivojlanadi, osteoid to'qimaning giperplazyasi o'ta rivojlangan. Raxitik do'mboqchalar, marvarid iplari, raxitik bilaguzuklar, mushaklar gipotoniyasi kuchaygan bo'ladi, suyak to'qimasi gipoplaziyasi simptomlari yaqqol ko'rinadi.

Qaytalanuvchi kechishi – sog'ayish va qaytalanish davrining almashinib turishi, ayniqsa ORVI, tez-tez kasallanib turuvchi bolalarda, noto'g'ri ovqatlantirish hollarida namoyon bo'ladi. Bunday bolalarda anamnezidan aktiv raxitni boshidan kechirganligini ko'rish mumkin.

Raxitni davolashda uni keltirib chiqargan sabablarni yo'qotish, organizmda rivojlangan patologik(xastalik) o'zgarishlarni davolash zarur.

Davolash maxsus va umumiy muolajalarga bo'linadi.

Umumiy muolajalar:

-To'g'ri ovqatlanish

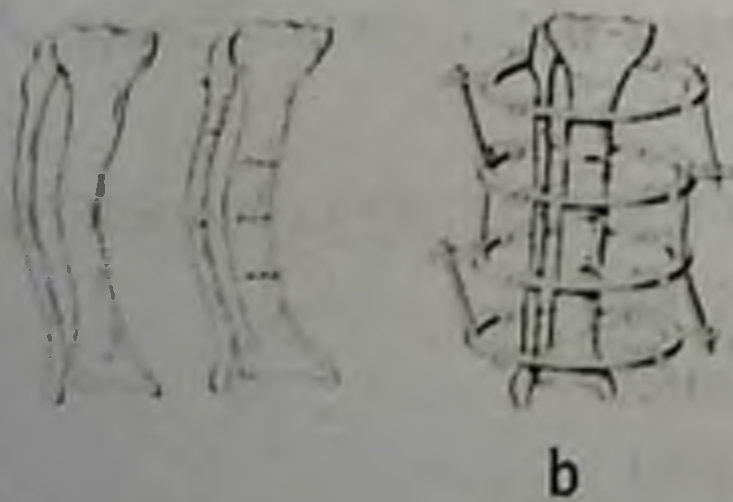
-Tartibli kun rejimi

-Toza havoda yetarlicha bo'lish. Kunlik gigienik vanna, har dam dengiz tuzi, xvoy yaprog'ili vanna,

Spesifik davolash. Boshlangich davrva o'tkir osti kechishida har kun yoki kunora umumiy UFN (ultra fiolet nurlari) buyuriladi: 15-25 seans. 1/8 biodozadan 1, 5 biodozagacha. Raxitning 1 darajasida o'tkir osti kechishida vitamin D ning davolash dozasi 500-600 ME, kunlik 15. 000 ME dan 35-40 kun davomida, 2 darajasida 600-800 ME kurs uchun, 20000 ME dan 30-35 kun, 3 darajasida 900. -1 mln. ME. Har kuni 25. 000 ME dan 40-45 kun davomida beriladi. Terapevtik effect olgach profilaktik 400-500 ME da, 2 yil davom etiladi. Vitamin D preparatlari bilan birga sitratli aralashma bariladi. Sitrat aralashmasi: Limon kislotasi 2, 1 Limon kislotasi Na 3, 5 Cu v 100 ml I choy qoshiqdan 3 marta 7-10 kun davomida. Bu aralashma Ca ni ichaklarda so'rilishini yaxshilaydi, asidozni kamaytiradi, Ca ni suyaklarga borishini ta'minlaydi.

Raxitda ortopedik deformassiyalarni davolash raxitning o'zinidavolash bilan bog'liq. Medikamentoz davolash, tartibli kun rejimi, to'g'ri ovqatlanish, toza havoda yetarlicha bo'lish, kunlik gigienik vanna asosida faol ortopedik chora -tadbirlar olib boriladi. Tizza, boldir valgum - da supinator qo'llash oyoq-panjani yassilik-valgusdan chiqarib tizzani to'g'rileydi. Tizzada tayanch nomustaxkam bo'lganda yurish payti gipsli, jelatinadan yasalgan tutor, ortezlar qo'llaniladi

Terapiya, ortopedik davo, uyrishni chegaralash natijasida boldirning o'rta darajadagi varusida, bola o'sishi mobaynida to'g'rilanishi mumkin. Etapli gips bog'lamada varusdan qiyinchilik bilan chiqadi.



Rasm-345. Diafizda ko'ndalang kesimlar qilinadi, apparatda distrakssiya beriladi.

Varusni operassiya yo'li bilan davolash: diafizda ko'ndalang kesimlar qilinadi, apparatda distrakssiya beriladi.

Profilaktika. Antenatal va postnatal profilaktika.

Antenatal poafilaktika.

Maxsus emas:

Homilador ayolning rassional ovqatlanishi, ahvoliga mos hayot tarsi, toza havoda etarlicha bo'lishi.

Homilador ayolda virus-bakteriologik va boshqa kasalliklar profilaktikasi.

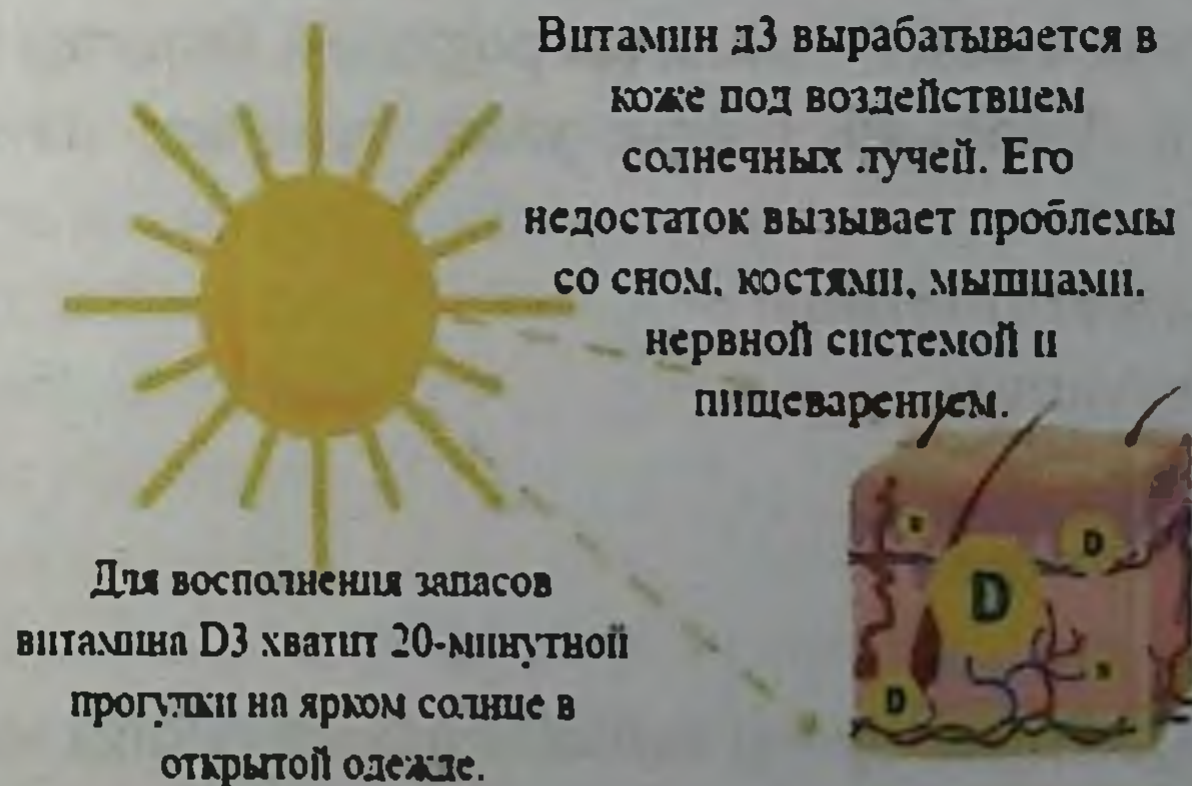
Homiladorlik gestozlarni o'z vaqtida davolash.

Chala tug'ilish profilaktikasi.

Maxsus profilaktikasi.

Homiladorlikning oxirgi 3-4 oyligida, yilning kuz, qish paytida, kunlik 400-500 ME vit D yoki UFN buyuriladi (kunora, 1/4biodoza, 3 biodozagacha, 10-15 seans).

Vitamin D Quyosh nuri ta'sirida terida paydo bo'ladi. Etarli miqdordagi Vitamin D zahirasi olish uchun ochiq kiyimda 20 minut sayr qilinadi. (rasm)



Postnatal profilaktikasi

Maxsus emas:

Ona emizishi. Vaqti yetgach qo'shimcha ovqat berish. Massaj va gimnastika o'tkazish. Toza havoda bo'lish.

Maxsus profilaktikasi.

Bolaga 3-4 haftalikdan (chala tug'ilganlarga 10-14 kunlikdan) 1-1,5 yoshgacha 400-500 ME vit D3 beriladi. Quyosh insolyassiyasi ko'p bo'lganda berilmaydi.

Chala tug'ilganlar, teri pigmentassiyasi balandlarga vit D dozasi 8000-10000 ME da, 1,5-2 yoshgacha beriladi. Yoz oylari berilmaydi.

Agar adaptassiyalangan ovqat aralashmalari bilan oziqlanayotgan bo'lsa vit D berilmaydi.

Gipervitaminoz profilaktikasi uchun 2-7 haftada 1 marta Sulkovich probasi o'tkaziladi.

Mavzuga testlar

1. Savol: Raxit kasalligi ta'rifi

- A. Organizmning tizimli xastaligi, suyaklar zaifligi.
- B. Fosfor kalssiy almashinuvi buzilishi
- C. Vitamin D etishmovchiligi, fosfor kalssiy almashinuvi buzilishi, ko'p organlar tizimli zararlanishi, skeletda deformassiyalar, asab va ichki a'zolarida o'zgarishlar.
- D. Quyosh nuri etishmovchiligi kasalligi.
- E. Grekcha "rachis" – umurtqa pog'onasi. Umurtqa bukriligi.

2. Savol: 1-darajali raxitik yassi oyoqlikni davolash turini ko'rsating?

- A. Leykoplastir tortma.
- B. Kanservativ.
- C. Operativ.
- D. Skelet tortma.
- E. Funksional.

3. Savol: Qon biokimyoviy tahlilida qaysisi raxitga xos?

- A. Umumiy oqsil.
- B. Ishqoriy fosfataza aktivligi
- C. ACT, ALT.
- D. Bilvosita billurubin
- E. B va D javoblar to'g'ri.

4. Savol: Raxitning boshlang'ich davrida aniqlanadi?
- A. Mushaklarning gipotenziyasi.
 - B. Ichki organlar faoliyatining buzilishi.
 - C. Suyak deformatsiyasi.
 - D. Avtonom disfunktsiya.
 - E. A va D javoblar to'g'ri.
5. Savol: I darajali raxit bilan quyidagi alomatlar kuzatilishi mumkin?
- A. Suyak deformatsiyalari.
 - B. Ko'zlar yoshlanishi.
 - C. Ishtahaning pasayishi.
 - D. Terlash.
 - E. Barcha javoblar to'g'ri.
6. Savol: Katta liqildoqning chekkalari yumshashi raxit qaysi davriga xos ?
- A. Qoldiq ko'rinish sifatida
 - B. Kasallikning avj olgan davri davomida.
 - C. Kasallikning dastlabki davrida.
 - D. Remissiya vaqtida.
 - E. C va D javoblar to'g'ri.
7. Savol: Qonda raxitning dastlabki davrida nima qayd etiladi?
- A. Ishqorli fosfataza faolligining oshishi.
 - B. Gipofosfatemiya.
 - C. Giperfosfatemiya
 - D. Giperkalsemiya.
 - E. Gipokalsemiya.
8. Savol: Raxit avj olgan davrida qondagi kalsiy darajasi quyidagicha?
- A. 25 mg% dan yuqori.
 - B. 10-15mg%.
 - C. 10 mg%.
 - D. 10 mg%dan kam.
 - E. 2,0-2,5

9. Savol: Raxit kasalligi uchun quyidagi rentgen tasviri xarakterlidir?

A. O'sish zonalarini vaqti-vaqti bilan siqilishi, o'sish zonalarining kengayishi va xiralashuvi, poroz belgilari.

B. O'sish zonalarining kengayishi va xiralashuvi, suyaklarning poroz belgilari.

C. O'sish zonalarining kengayishi va loyqalanishi, suyaklarning saucer shaklidagi epifizalari.

D. O'sish zonalarining oralig'li siqilishi, suyaklarning normal ossifikatsiyasi.

E. O'sish zonalarining ba'zidasiqilishi, suyaklarning normal ossifikatsiyasi.

10. Savol: Raxit bolalarning qaysi yoshida boshlanadi?

A. Hayotining dastlabki uch yilida.

B. 1 -1, 5 oylikda

C. 1 yillik hayot uchun.

D. 5 yoshida.

E. Dastlabki 3 oyda.

11. Savol: Raxit uchun D vitamining profilaktik dozasi qanday?

A. 400-500 ME

B. 2000-5000 ME

C. 150-200ME

D. 1500ME

E. C va D javoblar to'g'ri.

Javoblar: 1 - C. 2 - B. 3 -B. 4 -D. 5 - D. 6 - B. 7 -A, B, E. 8 - E. 9 - B. 10 -B. 11 - A.

Bolalarda bosh miya falajligi

Bolalar miya falajligi - bolalar serebral paralichi (BSP) -bu psixo-nutq motor progressivlanmaydigan sindromdir. Unga miyaning ona qornida, intranatal, erta postnatal davrda jarohati (kasalligi) sababdir (BSST, 1980).

BSP tushunchasiga harakatlanish va intellekt buzilish bilan kechadigan, progressivlanmaydigan qator geterogen sindromlar kiritiladi (L. O. Badalyan, hammuall. 1988.) Markaziy nerv sistemasining antenatal, intranatal, postnatal davrda organik zararlanishi, yetarlicha rivojlanmasligi sababdir.

Bolalar bosh miya falajligi to'g'risida birinchi bor angliyalik jarroh W. J. Littl 1853 yil yozadi. XIX asr oxirida A. YA. Kojevnikov, V. A. Muratova va V. M. Bexterovlar bosh miya falajligining klinik manzarasi haqida yozadilar.

1893 yil S. Fread bosh miya falajlanishlarining barcha klinik: intranatal, postnatal sabablarini birlashtirib "Sserebral spastik paralich" – bosh miya sababli spastik falajlanishi – iborasini qo'lladi. 1958 yildan bu termin BSST (Butunjahon Sog'likni Saqlash Tashkiloti) tomonidan rasmiy qabul qilindi.

Bugungi kunda mazkur kasallik bosh miyaning kasallanib mushak-nerv nuqsoni etishmovchiligi sifatida qaraladi. Kasallik homiladorlik davrida, tug'ruq jarayonida yoki tug'ruqdan so'ng rivojlanishi mumkin. Bosh miyaning qo'l-oyoqlarni harakatlantiruvchi markazini jaroxatlanishi tufayli qo'l oyoqlarda mushaklar spazmi natijasida turli kontrakturalar va deformatsiyalar rivojlanadi. Shu bilan birga, markaziy-nerv sistemasining turli funktsional zvenolarida patologo-anatomik o'zgarishlar bo'lib harakat koordinatsiyasi buziladi. Shuningdek, sezish, nutq, intellekt qobiliyati ham buzilishi kuzatiladi. Bolalarda bosh miya falajligi ortopedik kasalliklar o'rtasida nisbatan ko'p uchraydi. G. I. Turner nomidagi Bolalar ortopediyasi ilmiy tekshirish instituti ma'lumotlariga qaraganda Sankt-Peterburg shahrining har 1000 aholisidan 2, 5 ta bolada bolalar bosh miya falajligi kuzatilgan. 1950 yillar bolalar bosh miya falajligi ortopedik kasalliklar o'rtasida 0, 8% ni tashkil etgan bo'lsa, 80-yillar bu ko'rsatkich 2, 5% ni tashkil etgan. Mazkur ko'rsatkich nafaqat tashxislash chora-tadbirlarni yaxshilanganligi tufayli, balki asfiksiya, tug'ruq jarayonida jaroxat olgan reanimatsiya chora-tadbirlari qo'llanilgan bolalarning

ko'payayotganligi natijasida ko'paygan. Holbuki, 20-35% bolalar mehnatga layoqatsiz va aqliy zaif bo'lib davolash muhim ijtimoiy ahamiyatga ega.

Etiologiya va patogenizi.



Rasm-346. Bosh miya falajligi- bolalarda serebral parezi(BSP)

Prenatal (ona qorni paytida) -37 – 60%. Perinatal (tug'ish jarayonida) – 27 – 40 % - chala tug'ilish, travma. Postnatal (bola tug'lgach) bosh miya travmasi, meningit va b. q.

Etiologiya		
37% - 60%	27% - 40%	3% - 25%
<ul style="list-style-type: none"> • Prenatalnye (do rojdeniya rebenka, do vrezia beremennosti materi) 	<ul style="list-style-type: none"> • Perinatalnye faktory (vo vrema rodov): prezhdevremennye rody, travma vo vrema rodov i dr. 	<ul style="list-style-type: none"> • Postnatalnye (posle rojdeniya rebenka): cherepno-mozgovaya travma, meningit i dr.

Rasm-347. Etiologiyasi: prenatal, perinatal, postnatal.

Chala tug'ilish BSP -da xavfli omil bo'lib, BSP ning yarmida sabab bo'lishi mumkin. Periventrikulyar soha etarli emas, notog'ri rivojlanishi miya tuzilmalari shakllanishi, funkssional xususiyatida ahamiyatlidir. Bachadon ichi rivojlanishi 28 haftaligida periventrikulyar modda neyroblastlari faol migratsiyani boshlydi va

bosh miya qobig'ini shakllantiradi. Bu davrda homilaga har qanday salbiy ta'sir neyroontogenezni buzadi, miyani qo'pol zararlantirad.

Asosiy sabablari bo'lib hisoblanadi:

- a) bosh miya disgeneziyasi;
- b) homilaning utrob ichida surunkali gipoksiyasi;
- c) bosh miyaning ishemik gipoksiyali zararlanishi;
- d) utrob ichi (infekssiyasi herpesvirusli);
- e) ona va homila qoninig mos emasligi (Rh-konflikt va b. q.);
- f) bosh miyaning intranatal, postnatal davrda travmasi;
- g) postnatal davrdabosh miyaning infekssiyali zararlanishi;
- h) bosh miyaning toksikzararlanishi (qo'rg'oshin);
- i) tug'ilish jarayonida yatrogen xatolar.

Bolalar bosh miya falajligi turli sabablarga ko'ra rivojlanib, ularning 20% i homilaning rivojlanish davriga to'g'ri kelsa, 70% ida tug'ilish jarayonida va 10% i tug'ilishdan keyingi davrda rivojlanadi. Kasallik sabablariga ko'ra hamda falajlanishning boshlanish muddatiga ko'ra uch guruhga bo'linadi: tug'ma (prenatal) - homilaning rivojlanish davriga xos, tug'ruq jarayonida (perinatal, intranatal) davriga xos, tug'ruqdan keyingi davrda (postnatal) bola hayotining birinchi (oyligida) yoki keyingi oylarda infeksiya yoki jaroxat sababli rivojlanishi mumkin.

Tug'ma falajlanishlar bosh miya nuqsoni yoki kalla suyagi anomaliyasi bilan birga kuzatiladi. Bosh miya falajligining prenatal davrida rivojlanishiga somatik kasalliklar (yurak porogi, kamqonlik), endokrin (qandli diabet, gipertireoz, onasida semizlik kasalligi borligi), yuqumli (qizamiq, toksoplazmoz, qizamiq) kasalliklari, ona va homilaning immunologik jihatdan mos kasalligi, homiladorlik davrida dori vositalari (barbituratlar, kortikosteroidlar) dan foydalanish xavfli ta'sir etuvchi omillar hisoblanadi. Ishlab chiqarish va qishloq xo'jaligida qo'llaniladigan turli fizik va ximiyaviy omillar ham embriotrop ta'sir ko'rsatadi. Ota va onalarning spirtli ichimliklar iste'mol qilishi o'lik homila tug'ilishi yoki 58% gacha aqlan zaif bolalar tug'ilishiga sabab bo'ladi. Shu bilan birga bunday

onalardan vazni kam (engil) bolalar tug`ilib tug`ruq jarayonida bosh miyaga qon quyilishi va bosh miyaning falajlanishiga sabab bo`ladi.

Intranatal omillarga tug`ruq paytida asfiktsiya, kalla suyagi, bosh miyaning jarohatlanishi (siqilishi) va katta homila sabab bo`lishi mumkin.

Tug`ruq jarayonidagi jarohatlanishlar, tug`ruq jarayonida bosh miyaga qon quyilishi falajlanishda asosiy omil bo`ladi. Tug`ruqdan keyingi davirda rivojlanadigan falajlanishlarda asosan yuqumli kasalliklar: entsefalitlar, meningoentsefalitlar (gripp, qizamiq, ko`k'yo'tal, difteriya, spazmofiliya) va boshqa omillar ta`sir etadi.

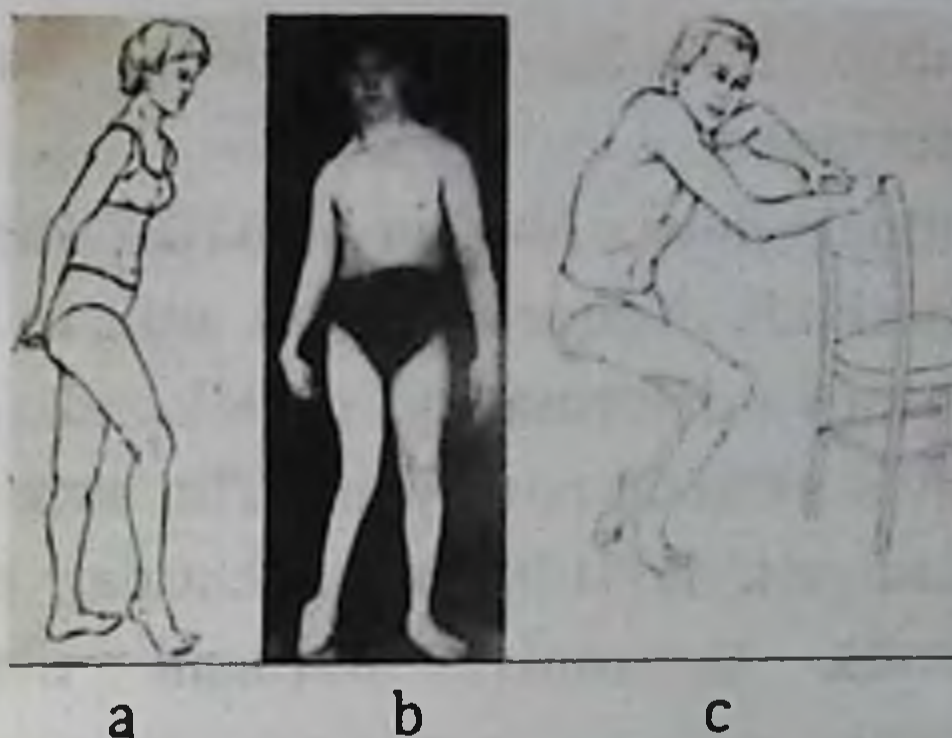
Spastik falajlanishning etiologik omillari nisbatan yaxshi o`rganilgan bo`lsada, kasallikning patogenizi bugungi kunga qadar yaxshi o`rganilmagan.

Kasallikning patogenetik mexanizmi to`g`risida birinchi bor 1909 yil Fyorster ba`zi ma`lumotlarni yozadi. Muallif mushaklar spazmini bosh miya piramid yo`llarining shikastlanishi bilan bog`laydi.

Shtoffel (1912) spastik falajlanishlarning rivojlanishini bosh miyaga qon quyilishi natijasida tarkibiy buzilishlar sabab bo`ladi deb yozadi. Bosh miyasi falajlangan bolalarning 30%da bosh miya rivojlanishida anomaliyalar borligi aniqlangan. Anomaliyalar turli xil ko`rinishda bo`lib, bosh miya egatlarining ko`pligi yoki kamligi, hatto bo`lmasligi, bosh miya oq moddasining kamayishi yoki nuqsonli bo`lishi, bosh miya pardasida nerv tolalarining tartibsiz joylashuvi, bosh miya vaznining me`yoridan kamligi va x. k.

Bosh miya katta yarim sharlaridagi tug`ma nuqsonlar bosh miya falajligida gidrotsefaliya bilan birgalikda kuzatilishi mumkin. Bosh miyadagi o`zgarishlar eng ko`p holatlarda homilaning bachadon ichida gipoksiyaga yoki asfiksiyaga uchrashida kuzatiladi. Bunda subaraxnoidal yoki qorinchalar ichida qon quyilishlar, oq moddaning nekrozga uchrashi, bosh miya qobig`i ostidagi neyronlar yadrosi (o`zagi) ning destruktiviyaga uchrashi kuzatiladi. Ba`zi bolalarda kulrang moddaning, kulrang va oq moddaning nekrozi kuzatiladi.

Ba`zan miyacha nekrozi, trombozlar, qon quyilishlar kuzatilishi mumkin.



Rasm-348. BSP formalari. Spastik formasi: gemiplegiya (b), diplegiya (c), ikki tomonlama diplegiya (spastic tetraparez).

Kasallikning klinik manzarasi falajlanish muddati, kasallik o'chog'i va uni joylashuviga bog'liq.

Kasallikning umumiy belgilari: mushaklar spastikasi, paylarda patologik reflekslarining kuchayishi (Babinskiy, Gordon, Rossolimo, Bexterova), kontrakturalar bo'lishi, qo'l-oyoqlarning bir xil holatda turishi va deformatsiyalari: defferentsial harakatlarning bo'lmasligi, tik turish, yurish harakatining buzilishi kuzatiladi.

Bemorlarning 50-60% ida aqliy rivojlanishning buzilishi, 60-70% ida nuqt qobilyatining buzilishi kuzatiladi. Shu bilan birga ko'rish va eshitish qobilyatining buzilishi, ko'z olmasining g'ilayligi kuzatiladi.

Bolalar bosh miya falajligida kasallikning klinik kechishida uchta davr farq qilinadi.

Boshlang'ich davr. Bola tug'ilganidan ikki oygacha davom etadi. Bolaning umumiy ahvoli og'ir, mushaklar tonusi buzilgan, zo'riqqan yoki gipotoniq, tremor, nistagm va so'rish refleksining buzilishi kuzatiladi.

Erta rezidual davr. Bolaning birinchi va ikkinchi yarim yillik hayot davrida statik, kinetik reflekslar o'sishining orqada qolishi, bosh miya qattiq parda ostida joylashgan mushaklar tonusini

shakllanishini boshqaruvchi markazlarining o'sishdan orqada qolishi, neyronlar zanjiri tizimida buzilishlar falajlanishlarning rivojlanishiga sabab bo'ladi. Erta rezidual davr bola 14-15 yoshigacha davom etadi.

Kechki rezidual davr. Mazkur davrda kasallikning klinik manzarasi stabillashadi. Yuqorida qayd etilgan xususiyatlardan tashqari kontraktura va deformatsiya shakllanadi. Avvaliga mazkur holatlar reflektor xarakterda namayon bo'lib asta-sekin muntazam ravishda kuzatiladigan bo'ladi. Mushaklarda, pay va bo'g'im boylamlarida trofik jarayonlar buzilishi natijasida doimiy kuzatiladigan bo'ladi.



Rasm-349. Spastikdiplegiya

Falajlanishning qo'l va oyoqlarda tarqalish xususiyatiga ko'ra quyidagi klinik formalari farq qilinadi(L. O. Badalyan, 1988).

1. Spastik formasi:gemiplegiya, diplegiya, ikki tomonlama diplegiya (spastic tetraparez).

2. Distonik formasi.

3. Giperkinetikformasi.

4. Ataksik formasi

5. Atonik-astatikformasi.

6. Aralash formasi: spastik-ataksik, spastik-giperkinetikataktiko-giperkinetik

Spastik gemiplegiya. Gavdaning bir tomonida (o'ng yoki chap) qo'l va oyoqlarning kasallanishi bilan xarakterlanadi. Kasallikni bola bir oyilgidayoq aniqlash mumkin. Bola barcha harakat ko'nikmalarini o'z tengqurlariga nisbatan kech egallaydi. Mustaqil yurish 1 yoshdan 3-4 yoshgacha davom etishi mumkin.

Bola mustaqil yura boshlagach oyoq ichkariga buralib tanaga yaqinlashadi hamda tizza va oshiq-boldir bo'g'imidan engil bukilgan holatda bo'ladi. Bemor asosan tovonini ko'targan holatda barmoq uchlariga tayanib yuradi. Falajlangan qo'l ham oyoq bilan birgalikda harakat qiladi.

Bola ulg'aygan sari gavda hamda qo'l-oyoqlar patologik holatni egallaydi. YA'ni elka tanaga yaqinlashgan, bilak bukilgan va tashqariga buralgan, kaft bukilib ulnar buralgan, birinchi bosh barmoq kaftga yaqinlashgan, umurtqalar skollozi, chanoq suyaklarining qiyshayishi, oyoq panjasini ekvinovalgusli yoki ekvinovalgusli (qiyshayish) deformatsiyasi kuzatiladi. Falajlangan qo'l va oyoq mushaklari atrofiyaga uchrab o'sishdan orqada qoladi. Paypaslanganda teri sovuq barmoq uchlari ko'kargan bo'ladi. Spastik gemiplegiyada harakat funktsiyasining buzilishi bosh miya nervlarining nuqsoni bilan birga kuzatilishi mumkin. Bunday bemorlar ko'z nervining atrofiyasi natijasida ko'z g'ilayligi, ko'z mushaklarining zaiflashuvi kuzatiladi. Aqliy zaiflik 35-40% bolada uchrab harakat faoliyatining buzilish darajasiga bog'liq bo'lmaydi. Nutq buzilishi - 40%. Qltirashlar - 30%. Amalda barcha bemorlar mustaqil yura oladilar. O'z-o'zlariga hizmat qilish imkoniyati esa falajlanish darajasiga bog'liq bo'ladi.

Spastik diplegiya. Kasallikning mazkur formasi A. M. Savin ma'lumotlariga ko'ra nisbatan ko'proq 43,9% uchrab, Littl kasalligi nomi bilan ataladi. Harakat funktsiyasining buzilishi tetraparez ko'rinishida bo'lib oyoqlar qo'lga nisbatan ko'proq falajlanadi. Qo'lning falajlanishi turli og'irlikda aniq namayon bo'lgan falajlanishdan engil parez bo'lib murakkab harakatlardagina namayon bo'ladi.

Kasallikning og'irlik darajasiga ko'ra uchta: engil, o'rta, og'ir darajalari farq qilinadi.

Kasallikning yengil darajasi kam, 11-12% uchraydi. Kasallik bola kech yura boshlaganida 2-3 yoshda aniqlanadi. Bunda bola oyoqlarini yoza olmasligi hamda boldirning uch boshli mushaging falajlanishi kuzatiladi. Lekin qadam qo'yib yurishi "Oyoq uchida" spastik yurish kuzatiladi. Oyoqlarda ekvinusli kontraktura borligi tufayli, tayanch barmoqlar sohasiga tushib, tovonni ko'tarib oyoq uchlarida yuradi. Bemor o'z-o'ziga xizmat qila oladi. Intellekt barcha bemor bolalarda buzilmagan. Bolalar o'qishga, kattalar ishlashga layoqatli bo'ladi.

Kasallikning o'rta darajasi eng ko'p (78, 9%) uchraydi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda va ko'krak yoshdagi bolalarda spastik falajlanish oyoqlarning bir-biri bilan kesishib panjalarning bukilishi bilan namayon bo'ladi. Bu holat bolalarni yo'rgaklashni va yurishini qiyinlashtirib ota-onalar e'tiborini tortadi. Bunday bolalar mustaqil yurishga qiynalib qo'ltiq tayoqda yoki boshqa kishilar yordamida yura oladilar. Bunda oyoqlar o'ziga xos tipik holatda: oyoqlar barcha bo'g'imlardan bukilgan, tizza bo'g'imidan yaqinlashtirilgan va ichkariga buralgan holatda bo'ladi.



Rasm-350. Bemor M. Bosh miya sseribral falajligi, chap tomonlama gemiplegiya.

Bemor mustaqil yurganda(20-25%) oyoq panjalari ekvinus va varus (falajlangan maymoqlik) holatida bo'lganligi uchun oyoqlar bir-birliga halaqit berib yurishga qiynaladi. Bemorlar o'z-o'ziga hizmat qilishga qiynalishadi. Ko'pchilik bemorlarda intellekt(30-50%), nutq(80%), ko'rish va eshitish qobiliyatlari buzilgan bo'ladi. Bemor bolalar o'qishga, katta yoshdagi bemorlar esa mehnat qilishga layoqati cheklangan bo'ladi.

Falajlanishning og'ir darajasida (9, 6%) mushaklar spastikasi yaqqol namayon bo'ladi. Mushaklar reflektor tonusi zo'riqqan bo'lib, mushaklar muvozanati buzilishi hisobiga kontrakturalar kuzatiladi.

Bemorlar mustaqil harakat qilolmaydilar ya'ni mustaqil tik turolmaydilar va hatto o'tira olmaydilar. O'z-o'ziga hizmat qilishi cheklanib qoladi. Bemorlarda aqliy zaiflik, ko'rish, eshitish va nutq qobiliyati buzilgan bo'lib ularning ko'pchiligi maktabda ta'lim olish, ko'pchilik bilan muloqotda bulish layoqati bo'lmaydi.

Ikki tomonlama gemiplegiya (spastik tetraparez) Bolalar bosh miya falajligining og'ir formalaridan biri hisoblanadi. Bemorlarning qo'l va oyoqlarida harakat funktsiyasi bir xil buzilgan bo'lib, statik va lokomotor ko'nikmalar kech paydo bo'ladi. Bemorlar mustaqil o'tira olmaydilar, kaft barmoqlari biror predmetni mustaqil tutib tura olmaydi. Asta-sekinlik bilan bemor qomatining o'ziga xos patologik holati shakllanadi. YA'ni, oyoqlari bo'g'imlardan bukilgan va bir-biri bilan kesishib turadi. Oyoq uchlarida ta'yanch sohasi kam bo'lgani uchun ular o'z muvozanatini saqlay olmasligi tufayli mustaqil yura olmaydilar.

Ikki tomonlama gemiplegiyada 35-40% bemorlarda kasallik bosh miya nervlari-ko'z nervlarining atrofiyasi, g'ilaylik, eshitish va nutq qobilyatining zaiflashuvi kuzatiladi. Bemorlarning 90% ida intellekt buzilgan bo'ladi.

Giperkinetik falajlanish. Kasallikning mazkur formasi harakat funktsiyasining giperkinez holatlar- atetoz, xoreoatetoz va torsion distoniya bilan kuzatiladi.

Chaqaloqlarda mushaklar tonusi zaiflashgan, faol harakatlar cheklangan bo'lib bola 2-3 oylik bo'lganda to'satdan mushaklar tonusining kuchayishi kuzatiladi. Bu holat ruhiy kechinmalar (emotsiya) ning ijobiy yoki salbiy o'zgarishi, shovqin, qattiq shovqinda va kuchli yorug'lik ta'sirida kuzatiladi. Bola ulg'aygan sari mushaklar tonusi va paylar refleksi kuchayadi. Bir-bir yarim yoshdan so'ng giperkinetik holatlar kuzatiladi. Ko'p hollarda atetoz-barmoqlarda sekinlik bilan muntazam titroq kuzatiladigan bo'ladi. 5-6 yoshdan so'ng 75%bemorlar mustaqil yura oladi.

Tortsion distoniya – gavda mushaklarining sekin qisqarishi bilan kechadigan giperkinez holati kuzatilib asta-sekin gavda mutanosibligi buziladi. Bola gavdasi va bosh engil buralib turadigan bo'ladi. Giperkinetik holat engil darajada bo'lib uyqu vaqtida yo'qoladi.

Giperkinetik holat va mushaklar distoniyasi gavda mutanosibligini buzadi: gavda to'g'ri holatda turmaydi, qo'l-oyoqlarda ixtiyoriy harakatlar tartibsiz va sakrovchi harakterda bo'ladi. Ko'p harakatchanlik, elka, jag` va son bo'g'imlarida chiqish yoki yarim chiqishga sabab bo'lishi mumkin. Ko'pchilik bemorlarda eshitish(30-45%) va nutq qobilyatining buzilishi, psevdobulbar buzilishlar (og'izdan so'lak oqishi, chaynash va yutish refleksini buzilishi – 60 – 70 %). Ruhiy buzilishlar kam uchrasada, bunday bemorlar bilan muloqotda bo'lish qiyin bo'ladi. Ular muloqot jarayonida hayajonlanadigan, o'zlarini noodatiy tutib, so'zlashishga qiyinaladilar. Ko'pchilik bolalar maktabda, oily o'quv yurtlarda o'qib, mutaxassisligi bo'yicha ishlay oladilar.

Ataktik formasi

Kasallikning klinik manzarasida asosan tartibsiz harakat va muvozanatning buzilishi kuzatiladi. Bola bir yoshligida mushaklar gipotoniyasi, ruhiy va jismoniy o'sishini orqada qolishi kuzatiladi. Bemor bolalar 1, 5-2 yoshdan tik turish va mustaqil yursalarda lekin ularning harakati me'yorida bo'lmaydi. Ular oyoqlarini ikki tomonga kerib yuradilar, boshlarida engil qaltiroq kuzatiladi. Bola

muvozanatini saqlash uchun gavdasini ko'p harakatlantiradi. Intellekt va ruhiy rivojlanishning kechikishi kuzatiladi. SHunday bo'lsada keyinchalik bolalar maxsus maktablarda ta'lim olib barmoqlarning aniq harakati talab qilinmaydigan kasblarda mehnat qilishga layoqatli bo'ladilar.

Atonik-astatik forma

Bolalarda bosh miya falajligining boshqa formalariga nisbatan mushaklar tonusi sust bo'lib reflekslar odatdagidek yoki yuqori bo'ladi. Yurish, turish harakat funktsiyasi kech rivojlanadi. Bolalar 4-6 yoshga etib mustaqil yuradigan bo'lishadi. Qadam tashlash ritmik bo'lmay, oyoqlarini kerib qadam tashlaydi. Bosh va gavdasi tebranma harakatda bo'ladi. Yana bir karakterli belgilaridan biri – intellektual rivojlanish zaiflashgan(90%) va ko'p hollarda turli darajalardagi oligofreniya (aqliy zaiflik) kuzatiladi.

Mazkur toifadagi bemorlarning kelajakda mustaqil harakat qilish va ijtimoiy hayotga moslashish imkoniyatlari yaxshi bo'lmasligi prognoz qilinadi.

Aralash formasi. Bu xilida ikki va undan ko'p formalari birgalikda bo'ladi. Prognoz harakat buzilishi darajasi, ruhiyati buzilish darajasiga va davolashni erta boshlanganligiga bog'liq. Bosh miya falajligi (BMF) simptomlari hayoti davomida og'ir-engil daraja ko'rsatkichi o'zgarib turishi mumkin, biroq miya zararlanishi o'zgarmaydi. Bilish kerakki BMF irsiy kasallik emas, ota-onadan bolaga o'tmaydi. BMF ga moyillik hosil qiluvchi omillar (masalan erta tug'ilishga sabab bo'luvchi oilaviy qon ivuvchanligi buzilishi) o'tishi mumkin.

Bolalarda harakat funkssiyasi buzilishini obektiv baholash jahon standarti – sserebral paralichning funkssional klassifikassiyasi, Gross Motor Function Classification System) –GMFCS – R, Palisano (1997) taklif qilgan. Shkalada bolalar harakatlanishi, o'tirish, yurish, tayanch yordamchi vositalar qo'llash (hassa, qo'ltiqtayoq, aravacha) hisobga olinib, 5 darajaga bo'lingan. Necha yoshga kirganligi

bo'yicha ham 5 guruhga ajratilgan: 2 yoshgacha, 2-4 yoshlilar, 4-6, 6-12, 12-18.

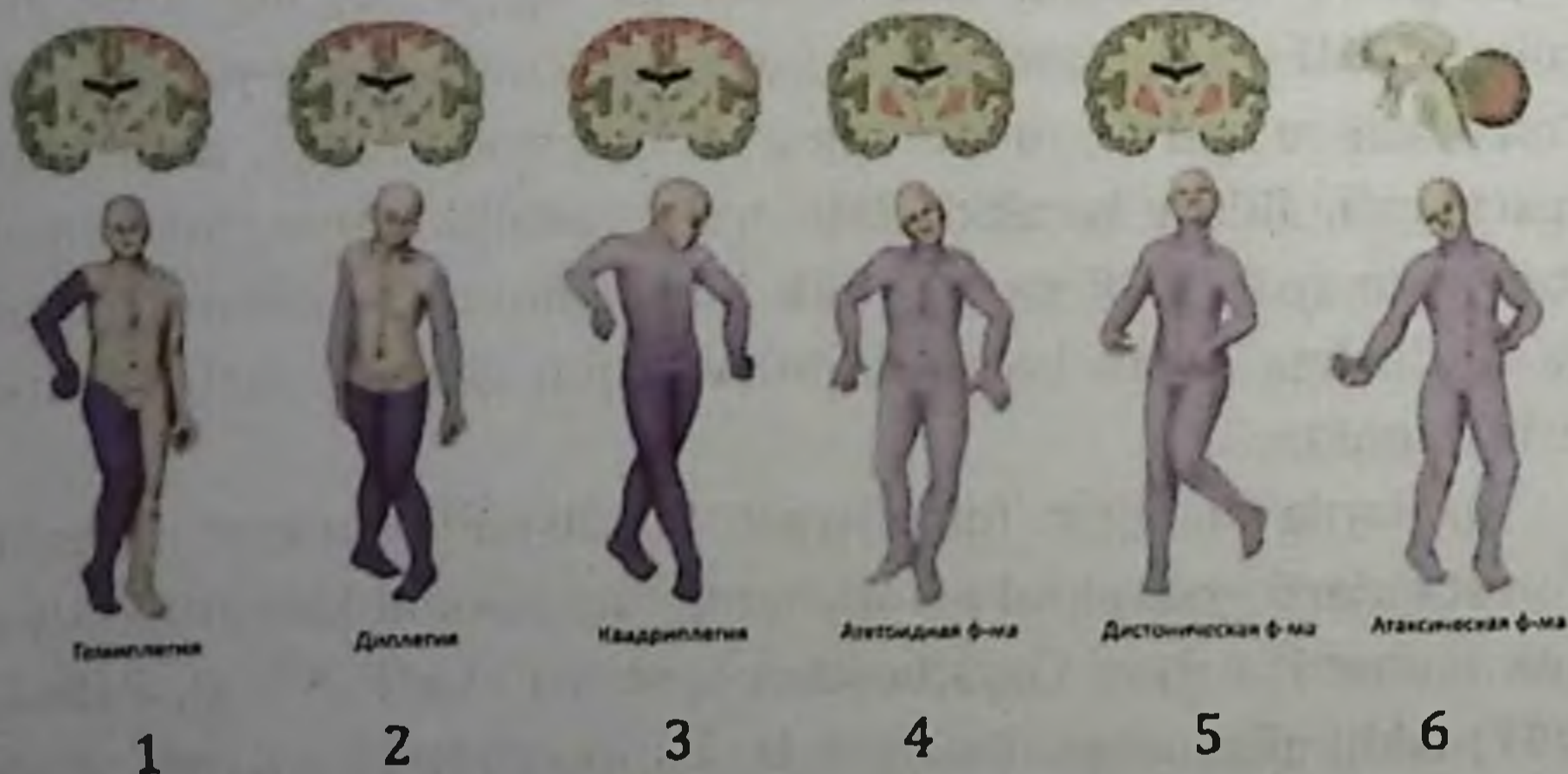
1-daraja: erkin yuradi, harakatda chegaralanish yo'q. 1-dan 2 - ning farqi - 2 guruhda bolalar sakray olmaydi, yugura olmaydi, uzoqroq yurish qiyin, ko'proq tana muvozanatini saqlay olmaydi yordamchi tayanch vositalariga zarurat sezadi.

2-daraja: yurishda qiynalish, chegaralanish bor, xona ichida yordamchilarsiz yuradi. 2 - 3 darajalar farqi: 3-guruh bolalari harakatlanishda yordamchi tayanch vositalari bilan yuradi(2- guruh bolalari 4 yoshdan keyin harakatlanishda yordamchi tayanch vositalarisiz yuradi).

3 -daraja: atrofdagilarning yordami bilan, qo'lyordamchi tayanch vositalari bilan yuradilar.

4 -daraja: o'zlari yurishi chegaralangan. Motorli yurishvositalaridan foydalanadilar. O'tirishdayordamga zarurat sezadi.

5-daraja:atrofdagilarning yordamiga to'liq muhtojlar, (kolyaskada olib yuriladilar).



Rasm-351. 1: gemiplegiya, 2: diplegiya, 3: kvadriplegiya, 4: atetoid, 5: distoniya, 6: ataksiya.



Rasm-352. BSP formalari uchrash salmog'i: Spastik diplegiya -40%, Gemiplegiya -33%, Ataksik - 15%, Diskinetik -10%, Spastik tetraplegiya - 2%.

Bolalar bosh miya falajligini davolash.

Davolash asosan palliativ hisoblanib kasallikning asosiy o'chog'i bo'lgan bosh miyadagi o'zgarishlarni tiklab bo'lmaydi. Davolash mushaklarning zo'riqishini bartaraf etishga, kontrakturani tiklab harakat funksiyasini yaxshilashga qaratiladi.

Davolash umumiy va ortopedik harakterda bo'ladi.

Umumiy davolash usullari.

Kichik yoshdagi hamda aqlan zaif bolalarga passiv davolash jismoniy mashqlari, kattaroq yoshdagi bolalarga - aktiv va passiv davolash mashqlari tavsiya etiladi.

Mazkur toifadagi bemor bolalar uchun davolovchi jismoniy mashqlar muntazam shifoxonada va uyda qo'llanilib turishi uchun ularning ota-onalariga metodist tomonidan davolash jismoniy mashqlarini bajarish ko'nikmalari o'rgatiladi. Mashg'ulotlar mushaklar zo'riqishini yumshatish, nafas gimnastikasi, korrektsiyalovchi (to'g'rilovchi) ritmik gimnastik mashqlar, mushaklarni chiniqtiruvchi harakatlar va yurishga o'rgatish amalga oshiriladi.

Davolash jismoniy mashg'ulotlar bilan bir vaqtda fizioterapevtik muolajalar (elektroanesteziya, gidroterapiya, ozokerit, parafin, xvoyll, izumrudli vannalar) qo'llaniladi.

Bolalarga massaj – mayin, silash, yumshatish tavsiya etiladi. Massaj mushaklar tonusini oshirmasligi kerak, bunday toifadagi bemorlarda mushak tonusi o'zi baland bo'ladi. Yordamchi texnik vjsitalar, "zo'riqtiruvchi" kostyum "Adeli", "Gravistat", pnevmokostyum "Atlant" qo'llaniladi. Bemorlar Logoped, Psixologda. Mushaklar tonusini kamaytirish maqsadida medikamentoz preparatlardan glutamin kislota, lidokain, dibazol, tropatsion (M-xolinretseptorlar qo'zg'aluvchanligini kamaytiradi), Baklofen, Botors, disporpt, midokalm tavsiya etiladi. SHuningdek V va E vitaminlar, ATF, sserebrolizin, prozerin, progenal, aminol qo'llaniladi. Ortopedik davolash konservativ va jarroxlik usulida amalga oshiriladi. Davolash chaqaloqlikning birinchi kunidan o'sish davri tugaguncha davom ettiriladi. Konservativ usulda davolashda kontrakturalarni bartaraf etish uchun etapli gips, bog'lamlar, Ilizarov apparati, distraktsion sharnirli apparatlar o'rnatilib gipsli bog'lamalar qo'llaniladi. Kontrakturalar bartaraf etilgach maxsus ortopedik apparatlar, ortopedik poyafzallar, maxsus krovatchalarda, nitrolakli yoki polietilenli shinalarda yotish tavsiya etiladi. Agar bolada mushaklarning kuchli zo'riqishi kuzatilsa sharnirli terishinali apparatlar, engil darajadagi bemor bolalarga sharnirsiz (qulfsiz) shinalar tavsiya etiladi.

Jarrohlik usulida davolash. Barcha jarrohlik davolash usullari olti guruhga bo'linadi:

Bosh miyada operassiya,

Orqa miyada;

Vegetativ nerv sistemasida;

Periferik nervlarda;

Mushak va paylarda;

Suyak va bo'g'implarda.

Birinchi uch usul kamsamarali bo'lib, o'lim ko'rsatgichi yuqori bo'lgani sababli kam qo'llaniladi. Periferik nerv, mushak, pay va suyaklarga qo'llaniladigan operatsiyalar aniq ko'rsatmalar asosida bola 2-3 yoshdan qo'llaniladi.

Operatsiyaga ko'rsatmalar konservativ davolash usullari samarasiz bo'lgan quyidagi holatlarda:

Mushaklar tortishuvi va uning yurganda kuchayishi;

Barqaror kontraktura;

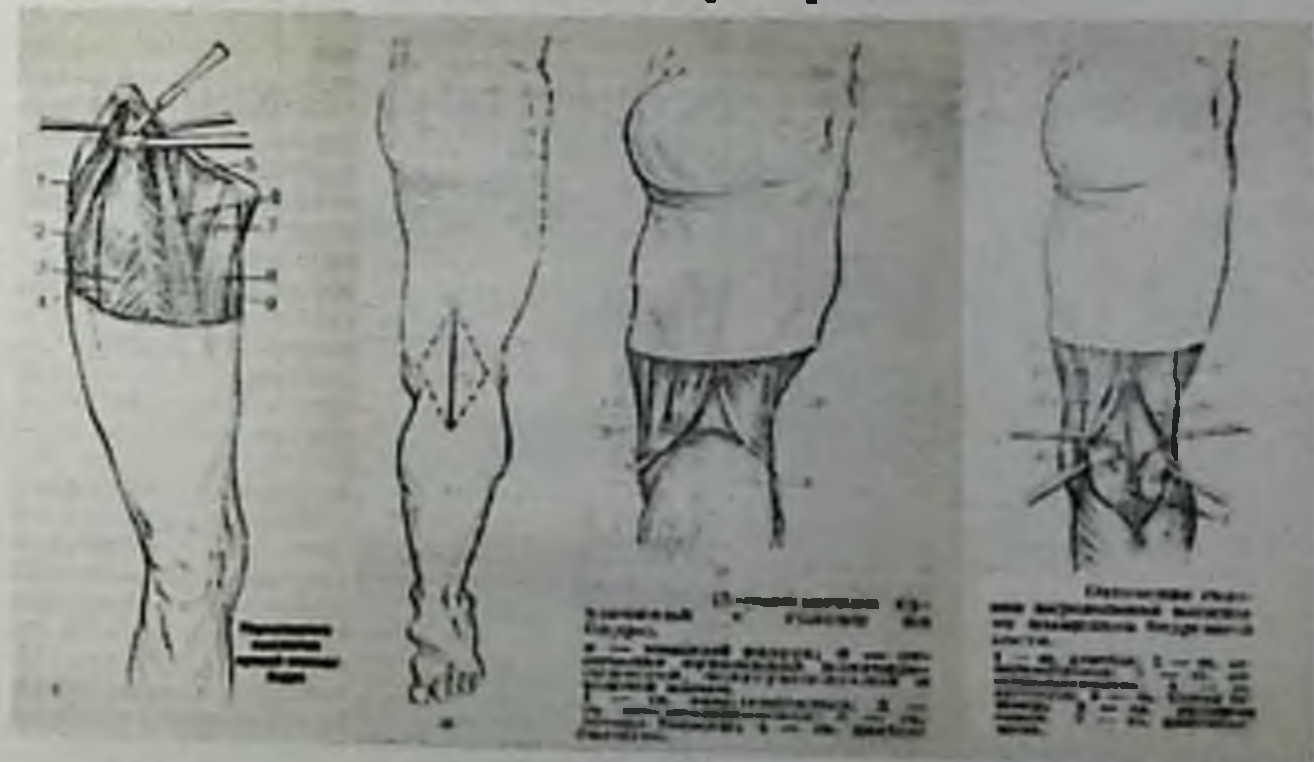
Qo'l va oyoqlardagi deformatsiyalar.

Operatsiya usulida davolashda bemor umumiy ahvoli, intellekt buzilishi va deformatsiya darajasini hisobga olib qo'llaniladi.

Oyoqlarda qo'llaniladigan operatsiyalar.

Sonning spastik falajlanishdan keyin chiqishi bo'lsa ochiq usulda tug'rilash qo'llaniladi. Gipsli bog'lam operatsiyadan keyin 2 oy muddatga davom ettirib qo'yiladi.

Sonlarda bukuvchi-yaqinlashtiruvchi kontrakturalarda sonni bukuvchi mushaklar guruhi yonbosh suyak old tomoni yuqori va pastki qismidan ajratilib adduktorlar miotomiya qilinadi. Mushaklar spastikasi (zo'riqishi) kuchaygan bo'lsa adduktorlar tenotomiyasi va yopqich nervining old shoxi rezektsiya qilinadi.



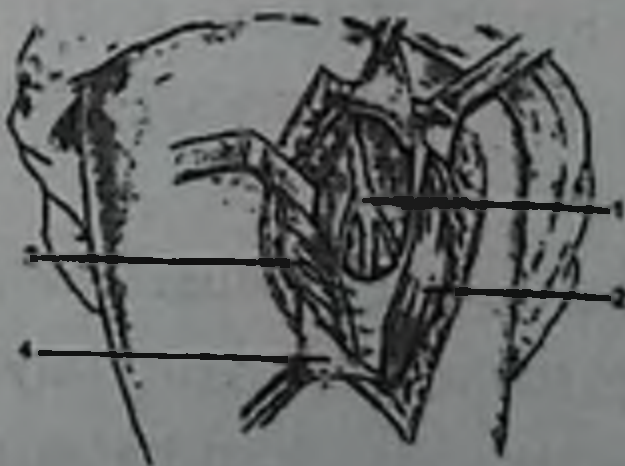
a

b

c



a



b

Rasm-353. Yopqich nervini rezektsiyasi uchun kesma:

A. Chanoq ichiga Chendler bo'yicha. B. Chanoqdan tashqari Vishnevskiy bo'yicha.

1-n. obturatorius; 2-m. adductor longus; 3-fascia pectinea; 4-m. pectineus

Kontrakturani bartaraf etish uchun Ilizarov apparati yoki distraktsion sharnirli apparat o'rnatilib gipsli bog'lamlar qo'llaniladi. Sonni ichkariga buralishi kuzatilganda ko'stlar ostidan derotatsion osteotomiya qo'llanilib to'g'rilanadi. Tizza bo'g'imida kontrakturani bartaraf etish uchun Eggers operatsiyasi (3-rasm) qo'llaniladi.



Rasm -354. Eggers operatsiyasi sxemasi



Rasm-355. Eggers operatsiyasi. Boldir bukuvchi mushagi birikadigan nuqtasini son suyagi kondullisiga ko'chirish.

Oyoq panjasining ekvinsli deformatsiyasini pay, mushak va suyaklarga operatsiyalar: tovon payini "Z" simon uzaytirish yoki Silvirsheld operatsiyasi kambalasimon mushak payi ajratilib ko'chiriladi yoki bola 8 yoshdan katta bo'lsa uchtomonlama artrodez qo'llaniladi.

Qo'l sohasida bajariladigan jarrohlik operatsiyalarni bolalarda qo'llash murrakkab muammolardan biri hisoblanadi. Suyak va bo'g'imlarda qo'llaniladigan operatsiyalar keng ommaviylashmagan. Elkani yaqinlashtiruvchi kontraktura ko'krakning serbar va yelkaning keng mushaklar hamda dumaloq mushak paylarni kesish bilan bartaraf etiladi.



356-rasm. Tyubi operatsiyasi. Yumaloq pronator mushagidan supinator mushagini hosil qilish.

- A. Yumaloq pronator mushagining normada birikishi.
- B. Yumaloq pronator mushagining ko'chirishdan keyingi holati.

Bilakdagi bukuvchi-pronatsion kontrakturani bartaraf etish uchun Tyubi operatsiyasi qo'llaniladi. Kaft barmoqlarning bukuvchi kontrakturasi bilak suyaklari qisqartirilib yoki bilak bo'g'im artrodez qilinib yoxud barmoqlarni bukuvchi paylar bilak suyak metafizi orqali transossal tenodez qilinadi. Bolalar bosh miya falajligida kuzatiladigan deformatsiyalarni bartaraf etishda nafaqat segmentlarda harakat faoliyatini yahshilash, balki o'z-o'ziga xizmat qilish va kelgusida mehnatga layoqatli bo'lish imkoniyatlarini (tiklash) hisobga olish zarur bo'ladi.

Poliomielit

Poliomielit - grekcha Polios - kulrang, myelon - orqa miya degan so'zlardan olingan bo'lib, orqa miyaning kulrang moddasini oldingi shoxchalarini va markaziy nerv sistemasining ba'zi qismlarini zararlovchi o'tkir virusli kasallikdir. Bu kasallik "bolalarda

orqa miya sholligi", "oldingi o'tkir poliomielit" - poliomyelitis acuta anterior, "epidemik bolalar sholligi", "Geyne-Medin kasalligi" nomlari bilan ham hammaga ma'lum. Yuqorida ko'rsatilgan, hamma tomonidan qabul qilingan nomlar, bu kasallikda orqa miyaning, ko'proq uning kulrang moddasining oldingi shoxchalarini zararlanishini ko'rsatadi. Kasallik epidemik xarakterga ega.

Poliomielit insoniyatga eng qadimdan ma'lum. Bu kasallik haqidagi birinchi ma'lumotlar bizning eramizgacha 3000 yil ilgari yozilgan, Misr teritoriyasida o'tkazilgan qazilmalar natijasida topilgan qadimiy qo'lyozmalarda ko'rsatib o'tilgan.

Eng qadimiy Misr arxitekturasining ajoyib yodgorliklaridan biri Memfisidagi Astarti ma'budasining /xram/ machiti devoriga o'ng oyog'i kalta, mushaklari atrofiyaga uchragan otning rasmi chizilgan.

Bunaqa o'zgarishlar faqat poliomielitni asoratlariga xosdir. Agar yuqorida ko'rsatilgan arxitektura yodgorligini bizning eramizgacha bo'lgan 1580 yilda qurilganini hisobga olsak, demak bu kasallik o'sha vaqtda insoniyatga ma'lum bo'lganini bilamiz.

Qadimda o'tkir paralitik kasalliklarni ma'lum bo'lganini Gippokrat /460-372 yili bizning eramizgacha/ yozib qoldirgan qo'lyozmalardan ham bilish mumkin. Gippokrat Fasos orolida kuzatilgan paralitik va ko'pchilikni o'limga olib kelgan epidemik kasallik haqida yozgan. Misr va Grenlandiya teritoriyasidagi qadimgi qabristonlarda o'tkazilgan qazilmalar natijasida shu vaqtlarda ko'milgan odamlar suyaklarida poliomielitga xos bo'lgan o'zgarishlar kuzatilgan.

Evropada poliomielit birinchi marta 18 - asrning oxirida kuzatilgan. Poliomielitni ilmiy o'rganishga 1840 yilda xirurg-ortoped - Geyne asos solgan. U bu kasallikka bag'ishlangan maxsus monografiya yozib, unda bolalarda orqa miya sholligi kasalligini alohida ajratib uni orqa miyaning zararlanishi bilan bo'g'liqligini ko'rsatdi.

Poliomielitni, uni harxil bosqichlarini klinik ko'rinishini, kechishini va oxirgi oqibatlarini /isxod/ juda aniq rus olimi,

nevropatolog A. YA. Kojevnikov /1836-1902/ yozib qoldirgan. U o'zining "Asab kasalliklari va psixiatriya" degan, Moskvada 1883 yilda nashr qilingan kitobida, va Moskva universitetida o'qigan asab kasalliklari bo'yicha leksiylalarida bu kasallikning yuqumli kasallik ekanligi haqida birinchi bo'lib fikr bildirgan.

Kojevnikovning bu fikri 1890 yilda ShHved vrachi Medin Stokgolmda kuzatuvlari natijasida tasdiqlangan. Medin bu kasallikni har xil turlari /shakllarini/ ham yozib ko'rsatdi. 1905 yilda Shvetsiyada bo'lgan epidemiyaya paytida Vikman poliomielit bilan na faqat bolalar hatto kattalar ham og'rishni kuzatdi. Poliomielitni chaqliruvchi virusni Fleksner va Nagushi tomonidan bosh miya va orqa miyalardan ajratib olganlar. Virus 0, 3-0, 5 mk. kattaligidagi globulin tanacha xisoblanadi. Hozirgi vaqtda Poliomielitni tarqatuvchi virus asosan xalqumda va bez bodomchalarida /v. mindallnax/ joylashishi aniqlangan, keyinroq bu virus ovqat hazm qilish yo'llarida ham aniqlangan. Hozirgi vaqtda poliomielit virusining kirib tarqaladigan darvozasi ovqat hazm qilish yo'llari deb hisoblanadi. Hozirgi kontseptsiya bo'yicha poliomielit tarqatuvchi virus miyaga periferik nervlar /cherez osevyie tsilindry/ orqali o'tib predoptizonadan so'ng gipotalamusga, undan keyin esa orqa miyaga tushadi. Poliomielit bilan ko'proq 2-3 yashar bolalar og'riydi. Lekin epidemiyalar paytida katta yoshdagi bolalar, hatto katta kishilarnig ham og'rishlari kuzatiladi. Qizamiq, koklyush, bronxit, enterit, angina va shunga uxshash boshqa yuqumli kasalliklar va vitamin A va C etishmovchiligida, charchash, endokrin bezlarining ishi buzilishi kabilar kasallikni keltirib chiqishiga moyillik qiluvchi sabablar hisoblanadi.

Poliomielit virusining ta'sirida kasalning orqa miyasida, ko'proq oldingi shoxchalarida, bosh miyani paratsentral egri- bugrilarida, 4-qorinchada, o'rta miya va miyaning yumshoq pardalarida og'ir morfologik o'zgarishlar kelib chiqadi.

Poliomielitning kechishida 4 bosqichi farqlanadi:

1. Boshlanish yoki preparalitik;

2. Paralitik /shollik/;

3. Tiklanish;

4. Rezidual yoki qoldiq ko'rinishlar /asoratlar /bosqichi.

Poliomielitning prodromal davrida umumiy holsizlik, kuchsizlik, ishtahaning yo'qligi, gohida ichaklar faoliyati buzilishi kuzatiladi. Ko'pchilik hollarda kasallik qo'qqisdan boshlanib tana haroratini keskin ko'tarilishi, bosh og'rig'i, ko'z oldi qorong'lashuvi, oshqozon-ichaklar ishi buzilishi bilan kechadi. Gohi kasallarda kasallik boshlangandan 24-48 soatdan so'ng umumiy ahvolining yaxshilanishi kuzatiladi. Shundan so'ng tana haroratini ikkilamchi ko'tarilishi kuzatilib miyaning yumshoq pardalari ta'sirlanishi, ensa mushaklarining tirishishi, gohida umumiy gipertenziya kelib chiqadi. Ko'pchilik kasallarda kasallikning 3 - 4 kunlarida shollik kelib chiqadi. Goxida bu shollik shuncha keng tarqalgan bo'ladiki, kasal bola nafas olish mushaklarining paralichidan o'lishi mumkin. SHuni alohida ko'rsatish kerakki, ko'pincha shollik ertalab kuzatiladi - "ertalabki shollik". Bir qator olimlarning ma'lumotlari bo'yicha harxil epidemiyalarda poliomielitning shollik bilan xarakterlanadigan shakllari 55% dan 70% gacha tashkil qiladi. Preparalitik bosqichi juda ham kam 24 - 72 soat bo'lib, ko'pchilik izlanuvchilar birinchi ikki bosqichni birlashtirib, poliomielitni no'tkir bosqichi ham deb yuritadilar. Poliomielitning paralitik bosqichi 7 - 10 kun davom etadi. Diaqnoz asosan epidanamnezga va kasallikni klinikasiga qarab qo'yiladi. Taqqoslab diaqnoz /differentsial diaqnoz/ qo'yilshda orqa miya suyuqligini tekshirish katta ahamgiyat kasb etadi.

Kasallikni o'tkir davrida bemorlar og'riqqa shikoyat qiladilar. Bu og'rik shunchaki, hatto bemor tanasiga choyshabning tegib ketishi ham bemorni bezovta qiladi. Bir vaqtni o'zida umurtqa pog'onasiga tegish, nofaol passiv harakat qilganda juda qattiq og'riqqa sabab bo'lib qoladi. Umurtqa pog'onasi harakatsiz bo'lib qoladi "spinal simptom"/ I. P. CHumakov, I. M. Brisman va T. S. Zatsepin/. Bemor bola o'tirganda umurtqani yukini engillashtirish va

harakatsiz ushlab turish maqsadida ikkala qo'lga tirilib o'tiradi. Bu holatni "uch oyoqlik simptomi" /simptom trenojnika/ deb aytiladi.

Shu bilan bir qatorda vegetativ nerv sistemasi tomonidan buzilish - umumiy va mahalliy terlash kuzatiladi. Preparalitik bosqichda orqa miya suyuqligida hujayralar ko'payib 100 dan 200 gacha va undan ham yuqori /normada 5-10/ bo'ladi. Likvor bosimi ko'tarilib 150-200 mm rt. ustunligiga teng bo'ladi. Kasallikning 5-10-kunidan keyin suyuqlik tarkibida oqsil ko'payib /o'rtacha 0,56% gacha/, hujayralarning soni biroz kamayadi. Hujayralarning kamayib oqsilning oshishi asosan, kasallikni 14-nchi kuni judayam aniq ko'rinadi.

Bu ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, kasallikning 10-nchi kunidan keyin oqsil-hujayra dissotsiyasi xarakterli bo'lib shu holat kasallikni kechroq bosqichlarida ham saqlanib turadi.

Shollik birinchi bo'lib qorin va krimaster reflekslarini yo'qollishdan boshlanadi. Shollik oyoq-qo'llarning va gavdaning harxil qismlarida paydo bo'lishi mumkin. Bular orasida chegaralangan, ko'plab joylarda ya'ni ma'lum guruh mushaklarni yoki biron bitta mushakni, butun oyoq-qo'l mushaklarini zararlashi mumkin. Shollik faqat bitta yoki ikkala oyoqni zararlashi mumkin. Gohida ikkala qo'l va oyoqlarni zararlashi mumkin. Og'ir hollarda shollik oyoq-qo'llarda va gavda mushaklarida ham kuzatilishi mumkin. Bunday harxil ko'rinishdagi notekis zararlanishni ma'lum bir sxemaga solish qiyin hisoblanadi. Shuni ko'rsatish joyiz ki oyoqlar zararlanganda proksimal joylashgan mushaklar distal mushaklariga nisbatan ko'proq, chuqurroq zararlanadilar. Qo'llarda esa ko'proq deltasimon mushak, hamda barmoq va panjani mayda mushaklari zararlanadilar.

Poliomielitning o'tkir bosqichida mushaklarni qisqarishi /spazm/ kuzatiladi. Bu holat poliomielit virusining orqa miyani boshqaruvchi markazlariga /regulyatornye tsentry/ ta'siri natijasida mushaklar tonusi o'z-o'zidan kuchayishi /neproizvolnoe

usilenie/ hisoblanadi. Bu belgi poliomielitning o'tkir davrida ko'proq kuzatiladigan belgi hisoblanadi.

Poliomielitning tiklanish bosqichi shollikning tuzala boshlash davridir.

Boshida shollik keng tarqalgan bo'lib, tez vaqtda mushaklarning bir qismi o'z funksiyasini qayta tiklaydilar. Bu holat ganglioz hujayralarni o'lmaganligini, balki shollikni sababi, orqa miya kulrang moddasi oldingi shoxlari va miya ustuni /stvol/ hujayralarining yalliglanishidan paydo bo'lgan shish va qon tomirlardagi bo'lgan o'zgarishlar ekanligini ko'rsatadi.

Shish qayta so'rila boshlagandan keyin shollik ham qayta boshlaydi. Tiklanish jarayoni asta-sekinlik bilan boradi. Lekin shu ko'rsatilgan mushaklarning asosiy qismi o'z funksiyasini birinchi shollikdan so'ng bir hafta davomida jonlantiradi. Keyinchalik tiklanish asta-sekinlik bilan ya'ni ko'pchilik avtorlarning ko'rsatishicha 1 yildan 8 yilgacha davom qiladi.

Yu. M. Uflyand, E. K. Nikiforovalarning kuzatishicha, o'tkir davrdan so'ng 1-2 yil ichida mushaklar funksiyasini tiklanishini asosan tamom bo'lgan deb hisoblab, harakat-tayanch a'zolarida operatsiyalar o'tkazaverish mumkin.

Poliomielitning rezidual bosqichi - ya'ni asoratlar bosqichida bemorlarda harakat-tayanch a'zolarida harxil deformatsiyalar kuzatilib, bu holatlar turg'un bo'lib uzoq vaqt konservativ va operativ davolash muolajalarini olib turishni talab qiladi. Bu bosqichda oyoq-qo'llarning mushaklarida, paylarida, suyaklarida bo'g'imlarida og'ir o'zgarishlar kuzatiladi, ko'pincha asosan ko'pchilik mushaklar zararlanganda oyoq-qo'llarning o'sishdan orqada qolishi kuzatiladi. Bu kaltalik goxida 10-12 sm ga etishi mumkin.

Poliomielitni klinik turlari:

1. Abortiv shakli - bu shaklda bemorlarda bosh og'rigi, ensa mushaklari tirishishi, ko'ngil aynish, qayt qilish, kuzatiladi, lekin shollik yo'q.

2. Nevrotik shakli – bu erda abortiv shaklidagi hamma belgilari bor lekin paresteziya, anesteziya qo'shiladi. Bu erda ham shollik yo'q.

3. Spinal shakli /orqa miya/ – yuqoridagi shakllardagi hamma belgilar bor. SHu bilan birga shollik kuzatiladi. Spinal shakli 75% gacha uchrab ortoped shugullanadigan shakli hisoblanadi.

4. Bulbar /pontinnaya/ shakli – bu shaklida uzunchoq miya zararlanadi, bu erda asosan miyadan chiqadigan nervlarning yadrolari joylashgan. Agarda 9-10- par nervlar zararlangan, quyidagi xarakterli belgilar kuzatiladi: dizartroz, duduqlanish – aniq gapiraolmaslik, disfagiya, reflekslarning yo'qolishi, yuraolmaslik, nafas olish sholligi.

Pollomielitni bu turi har epidemiyada 10-20% uchrab, asosan kasallarning o'limi bilan tugaydi.

Deformatsiyaning oldini olish:

Pollomielit bilan og'rikan hamma bemorlar kasallikning hamma bosqichlarida kompleks profilaktik davolash muolajalarini olishlari kerak. Bu muolajalar bir qator tashkiliy va kompleks davolash ishlaridan tashkil topadi.

Tashkiliy ishlarga birinchidan profilaktik emlashlar kiradi. Hozirgi vaqtda Uzbekistonda yashayotgan hamma bolalar va o'smirlar bunaqa profilaktika bilan qamrab olindilar. Tashkiliy masalalardan yana bittasi pollomielit bilan og'rikan bolalarni to'g'ri hisobga olib, ularni darrov yuqumli kasalliklar shifoxonasiga yotqizishda iborat. Peterburgdagi G. I. Turner nomidagi bolalar ortopediyasi ilmiy tekshirish instituti tomonidan ishlab chiqarilgan sxema bo'yicha bunaqa kasallar yuqumli kasalliklar shifoxonasida davolangandan keyin uyiga yuborilmaydilar. Ular yoshiga qarab, agar 3 yoshgacha bo'lsalar, maxsuslashtirilgan yaslilarda, 3-8 yoshliklar maxsuslashtirilgan bolalar bog'chalarida, 8-16-18 yoshliklari esa maxsuslashtirilgan maktab-internatlarda davolashni davom ettiradilar.

Poliomielitni o'tkir bosqichida 20% bemorlarda kontrakturalar kelib chiqadi. Agarda bu xildagi kasallarda profilaktika yaxshi yo'lga qo'yilsa kasallikning oqibati ancha yaxshi bo'ladi. Poliomieliitning o'tkir bosqichida ortopedni asosiy vazifasi kelib chiqishi mumkin bo'lgan deformatsiya va kontrakturalarni o'z vaqtida oldini olishdir. Bu ishlar quyidagicha amalga oshiriladi: tekis va qattiq krovatga yotkizish, lifchiklar, plastmassadan yasalgan shinalar, qo'l ostida bor bo'lgan narsalar, ortopedik apparatlar, katakalar, kreslolar va boshqalar.

Poliomieliitni asoratlarini davolash.

Poliomieliitni davolash uni hamma bosqichlarida kompleks olib borilishi kerak. Davolash konservativ va operativ usullarga bo'linadi.

Konservativ usullarga: medikamentoz, fizioterapevtik, funktsional va ortopedik usullar kiradi. Qator qo'llaniladigan medikamentlar qon tomirlarni kengaytirib yalliglanish jarayonini tezroq tugatish uchun qo'llaniladi /prozerin, dibazol, fenamin va boshqalar/. O'z-o'zidan ma'lumki bu kasallikda vitaminlar: B1, B12, C - larga boy ovqatlar alohida ahamiyatga ega.

Fizioterapevtik muolajalardan: umumiy issiq vannalar, issiq material bilan o'rash, paralich mushaklarni faradizatsiya, harxil moddalar /yodli kaliy, novokain/ ionagalvanizatsiyasi keng qo'llaniladi.

Funktsional davolash usullaridan massaj, davolash gimnastikasi, (suv ostida massaj) va boshqalar muvaffaqiyat bilan qo'llaniladi. Kontraktura va deformatsiyalar kuchayishining oldini olish maqsadida harxil ortopedik moslamalar: gipsli va plastmassadan shinalar, ortopedik apparatlar /qulfli va qulfsiz/, ortopedik korsetlar, ortopedik oyoq kiyimlari va boshqalar ishlatiladi.

Operativ usulda davolash. Poliomieliit bilan og'rigan bemorlar hayoti davomida funktsiyasini yo'qotgan mushaklari o'rinini to'ldirish maqsadida qator kompensator holatlarni paydo qiladilar. Bu kompensator holatlarni ko'pchiligi kosmetik jihatdan va

funktsiya jixatdan noratsional bo'lgani uchun uni to'g'rilash zarur bo'lib qoladi.

Pollomielitda qo'llaniladigan operatsiyalar asosan mushaklarda, paylarda /ko'chirish, uzaytirish; kengaytirish/, bo'gim xaltalarida, bog'lamalarida /artrodez, artroriz/, suyaklarda /korrektsiyalovchi osteotomiyalar, uzaytirish/, umurtkalarda o'tkaziladi.

Operativ usulda davolashga ko'rsatmalar.

1. Qisman zararlangan mushaklarda buzilgan muvozanatni tiklash.

2. Mushaklarni uzaytirish va qisqartirish orqali oyoq-qo'llarning, umurtqaning normal o'qini tiklash va to'g'ri shaklini hosil qilish.

3. Mushaklar butunlay shollikka uchragan bo'lsa, yumshoq to'qimalar va suyaklarda jarrohlik muolajalarini o'tkazib, oyoq-qo'llarning va umurtqaning normal o'qini yaxshilab, ortopedik apparatga va korsetga tayyorlash.

Shuni ta'kidlash lozimki pollomielitda qo'llaniladigan operatsiyalar ichida pay va mushaklarda o'tkaziladigan plastik operatsiyalar keng tarqalgandir. Mushak plastikasiga qo'yiladigan qoidalar quyidagilardan iborat:

1. Mushak plastikasida agonist va antogonist mushaklardan foydalanish mumkin.

2. Mushak ko'chirish hamma vaqt pastga /nisxodyashaya/ yo'naltirilgan bo'lishi kerak. Ko'chirilayotgan mushakning payi suyak usti pardasiga, suyak osti ko'priksiga yoki suyak kanaliga maxkamlanishi kerak.

3. Ko'chirilayotgan mushak tolalari bukilmasdan to'g'ri chiziq bo'yicha yo'nalishi kerak. Qisman suyaklararo membranadan o'tkazilishi mumkin.

4. Ko'chirilayotgan mushak tolalariga biroz taranglik hosil qilish kerak. Shunda funktsiyasi yaxshi tiklanadi.

5. Ko'chirish uchun sog'lom mushak tanlanishi, agar bo'lmasa bu hollarda qisman funktsiyasini yo'qotgan mushakni ham ishlatsa bo'ladi.

Mavzuga testlar.

1. Savol: Bolalar bosh miya falajligiga xos belgilarni aniqlang?
 - A. Oyoq-qo'llarning kuchsizlangan falajligi.
 - B. Oqsash, oyoq kaltaligi, kontraktura.
 - C. Giperrefleksiya, gipertonus, giperkineziya.
 - D. Atoniya, adinamiya, arefleksiya.
2. Savol: Bolalardagi sserebral falajlikda davo muolajasi qanday xarakterga ega?
 - A. Palliativ.
 - B. Operativ.
 - C. Konservativ.
 - D. Kombinasiyali.
3. Savol: Bolalar bosh miya falajligiga qaysi a'zolarida operatsiya bilan davolash yaxshi natija beradi?
 - A. Orqa miya va paylarda.
 - B. Periferik nervlarda, mushaklarda, paylarda, bo'g'imlarda.
 - C. Bosh miya va orqa miyada.
 - D. Vegativ va periferik nerv sistemasida.
4. Savol: Polimiyelitga xos simptomlarni aniqlang?
 - A. Adinamiya.
 - B. Adinamiya, gipertonus.
 - C. Adinamiya, arefleksiya, atrofiya.
 - D. Gipertonus, giperdinamiya, giperrefleksiya.
5. Savol: Bolalar bosh miya falajligiga xos yurishni ko'rsating?
 - A. Spastik, oyoq uchida, tizzalar yaqin yurish.
 - B. Bir tomonga oqsab yurish.
 - C. O'rdakka o'xshab yurish.
 - D. Sudrab yurish.

6. Savol: Bolalarda sserebral falajligi asab sistemasinig qaysi qismi kasalligi hisoblanadi?

- A. Orqa miyaning.
- B. Bosh miyaning.
- C. Periferik nerv sistemasining.
- D. Vegativ nerv sistemasining.

7. Savol: Polimiyelit kasalligi nerv sistemasining qaysi qismini ko'proq zararlaydi?

- A. Orqa miya kulrang moddasi.
- B. Orqa miya kulrang moddasi oldingi shoxchalari.
- C. Orqa miyani oq moddasini.
- D. Bosh miyani

Javoblar: 1 - C. 2 - D. 3 - B. 4 - C. 5 - A. 6 - B. 7 - B.

FANNI O'ZLASHTIRISHNI NAZORAT QILUVCHI TESTLAR BOLALAR TRAUMATOLOGIYASI BO'YICHA

Umumiy

1. Siniqlarni qo'l bilan bir yo'la to'g'rilashning asosiy elementlarini ayting?

A. Og'riqsizlantirish, tortish, qarama-qarshi tortish, siniqlarni to'g'rilash, fiksatsiya.

B. Og'riqsizlantirish, pastki uchlikdan tortish, joy-joyiga qo'yish, fiksatsiya.

C. Uzunasiga tortish, joy-joyiga qo'yish va fiksatsiya.

D. Og'riqsizlantirish, siniq bo'laklarini yondan siqib fiksatsiya qilish.

2. Qo'lning normal o'qi o'tuvchi anatomic nuqtalarni ko'rsating?

A. Yelka suyagi boshi markazi, bilak suyak boshi va tirsak suyak boshi.

B. Kurak suyagini akromial o'sig'i, tirsak o'sig'i va tirsak suyak boshi.

C. Yelka suyak boshi, tirsak o'sig'i va bilak suyagining distal uchi.

D. Yelka suyagi boshi, ichki medial do'mboqcha va tirsak boshi.

3. Suyak sinib siljiganda oyoq (yoki qo'l)ning qanaqa uzunligiqisqaradi?

A. Nisbiy.

B. Proyeksion.

C. Haqiqiy (anatomik).

D. Dislokatsion.

4. Bo'g'imlarda operatsiya turlarini ko'rsating?

A. Osteotomiya.

B. Tenotomiya.

C. Artrodez, artroplastika, artroliz.

D. Osteoklaziya.

5. Suyakda qaysi operatsiyalar qilinadi?

A. Tenodez.

- B. Artroplastika.
 - C. Artroliz.
 - D. Osteosintez.
6. Bolalarda suyaklarda ostida sinish bilan lat yeyishni qiyosiy taqqoslash o'tkaziladi ?
- A. Klinikasiga qarab.
 - B. Pnevmoartrogrammaga qarab.
 - C. Bo'g'imni punksiya qilib.
 - D. Rentgenogrammaga qarab.
7. Bolalarda uzun naysimon suyaklar qanday qismlarga bo'linadi ?
- A. Epifiz, metafiz diafiz.
 - B. Metafiz, apofiz, diafiz.
 - C. Metafiz, epifiz, apofiz.
 - D. Epifiz, diafiz, apofiz.
8. Davolanmagan epifizeoliz qanday asoratlarga olib kelishi mumkin ?
- A. Suyakning o'sishdan orqada qolishiga.
 - B. Qo'l va oyoq ining qiyshayishiga.
 - C. Har ikkala holatga (yuqorida ko'rsatilgan).
 - D. Suyak to'qimalarining so'rilishiga.
9. Bolalarda suyak sinishlarini operativ davolashda qaysi usulni qo'llamaslik ma'qulroq ?
- A. Ochiq osteosintez.
 - B. Kompresion- distraksion osteosintez.
 - C. Kegaylar bilan osteosintez.
 - D. Intramedullyar metalloosteosintez.
10. Osteoepifizeoliz nima ?
- A. Epifizning metafizning bir bo'lagi bilan birgalikda travmaik ajralishi va siljishi.
 - B. Epifizning o'suvchi epifizar to'g'ay chizig'i bo'yicha metafizdan travmatik ajralishi va siljishi.
 - C. Metafizning sinishi va siljishi.

D. Suyak usti pardasi ostidan sinishi.

11. Suyak sinig'i belgilaridan eng ishonchlisi:

A. Bo'g'im deformatsiyasi

B. Siniq joyida og'riq, qontalash

C. Siniq bo'laklarining patologik xarakati

D. Qo'l (oyoq) segmenti o'q'i buzilishi.

12. Bolalarda suyakusti pardasi osti siniqlarini yumshoq to'qimalatidan farqlash:

A. Segment o'qi buzilishi.

B. Suyak bo'laklari qisirlashi.

C. Singan sohada siljsh.

D. Rentgentasvirda kortikal qavat tekisligi buzilishi.

13. Qaysi shikastda bug'doy boshog'isi mon bintlab bog'lanadi:

A. Yelka bo'g'imida.

B. Chanoq – son bo'g'imida.

C. Tizza bo'g'imida.

D. Boldir – oshiq bo'g'imida

14. Qo'l (oyoq) segmentning haqiqiy kaltaligi qaysi shikastga

xos:

A. Suyak diafizi sinig'iga.

B. Bo'g'imda chiqishga.

C. Suyakparda osti sinig'iga.

D. Apofizeolizga.

15. Travmatik chiqishning eng ishonchli simptomi:

A. Shish.

B. Og'riq.

C. Suyak bo'laklarining qisirlashi.

D. Passiv harakatda prujinadek qarshilik sezilishi.

O'mrov, kurak

16. O'mrov suyagini tug'ruq jarayonida siljimasdan sinishini ehtimolly belgilari ?

A. Yelka bo'g'imi sohasida gematoma.

B. Suyak bo'laklari krepitاسiyasi.

C. Monoparez.

D. Yo'rgaklaganda bezovtalanib yig'lash.

17. Chaqaloqlarda o'mrov suyagi sinishini davolash ?

A. Sakkizsimon bog'lam.

B. Kuzminskiy shinasl.

C. Qo'lnl tanaga bog'lab, Dezo bog'lamni qo'yish.

D. Smirnov – Vaynshteyn gips bog'lami.

18. O'mrov suyagi sinig'ida qaysl davolash immobilizatsiyasi qo'llanlladi:

A. Kramer shinasl.

B. Dezo bog'laml.

C. Gips longeta.

D. Bug'doy boshog'lsimon bog'lam.

19. Kurak suyagi sinig'ining xos sababl, mexanizml:

A. Kurak va yelka kamarlga to'g'ri zarb.

B. Uzatilgan qo'lga tayanib yiqllish.

C. Tirsakka tayanib yiqllish.

D. Qoringa yiqllish.

20. Kurak suyagi sinig'ida Kamoll simptoml:

A. Qo'lnl uzatganda og'riq.

B. Kurakni umurtqaga yaqinlashtirganda og'riq.

C. Nafas olganda og'riq kuchayishi.

D. Kurak chegaralarida shish, gematoma.

21. Kurak suygining siljimagan sinig'inl davolashda immobilizatsiya, 10-14 kunga.

A. Dezo bog'lami.

B. Orqa gipsli longeta.

C. 8- simon bog'lama.

D. Torako – braxlal gipsli bog'lama.

Yelka suyagi

22. Bolalarda yelka suyagi yuqori qismining zararlanishining eng ko'p ko'rinishi ?

- A. Do'mboq usti.
- B. Do'mboq orqali.
- C. Do'mboq osti.
- D. Osteoepifizeollz.

23. Yelka suyagi distal oxiri suprakondilyar siniqlaridan keyingi varusli qiyshqlikning sababi ?

- A. O'sish zonasining zararlanishi.
- B. Distal siniq bo'lagining ichkarlga, adduksion burchli siljishi.
- C. Siniq bo'laklarining fleksion siljishi.
- D. Siniq bo'laklarining ekstenzion siljishi.

24. Yelka suyagining supra va transkondulyar sinishlaridan keyin o'sish davrida qanday asoratlari kuzatiladi?

- A. Folkman kontrakturasi.
- B. Erba paralichi.
- C. Cubitus varus.
- D. Cubitus valgus.

25. Yelka suyagi transkondilyar siljimagan siniqlarini davolash:

- A. Orqa gips langeta qo'llab.
- B. Skelet tortmasida.
- C. Tashqi fiksatsiya apparatida.
- D. Ochiq, osteosintez, spitsalar bilan fiksatsiya.

26. Yelka suyagi proksimal oxirida o'sish zonasiga ham zararli siniq:

- A. Katta bo'rtiq.
- B. Kichik bo'rtiq.
- C. Hirurgik bo'yincha.
- D. Osteoepizeollz.

27. Maktab yoshidagi bolalarda yelka suyagining qiyshiq, parchalangan siniqlarida optimal davo:

- A. Repozitsiya, gipsli langeta.
- B. Repozitsiya, perkutan spitsalar bilan mahkam lash, gips langeta.
- C. Ilizarov apparatida.

D. Ochiq usulda:operatsiya.

Tirsak bo'g'imi sohasi

28. Travmatik chiqishning ishonchli alomati ?

A. Kuchli og'riq, xarakat buzilishi.

B. Jarohatlangan bo'g'imda deformatsiya.

C. " Prujinasimon fiksatsiya "

D. Majburiy holat.

29. Bolalarda qaysi bo'g'im sohasida suyak sinqlari eng ko'p uchraydi ?

A. Yelka bo'g'imi soxasida.

B. Tirsak bo'g'imi sohasida.

C. Chanoq –son bo'g'imi sohasida.

D. Tizza bo'g'imi sohasida.

30. Bilak suyagi boshchasini traksion yarim chiqishi qaysi yoshda ko'proq kuzatiladi ?

A. Bir yoshgacha.

B. 1 yoshdan 3 yoshgacha.

C. 3 yoshdan 5 yoshgacha.

D. 5 yoshdan 10 yoshgacha.

31. Bo'g'imda yopiq chiqqanda qaysi birinchi tibbiy yordam beriladi ?

A. Bosib turuvchi, sovutuvchi bog'lam.

B. Issiq hosil qilluvchi.

C. Transportirovka qilish uchun immobilizatsiya bog'lam

D. Aseptik bog'lam.

32. Yelka suyagining ichki epikondilus sinishida qaysi nerv zararlanishi xavfi bor:

A. Bilak nervi – n. radialis.

B. Tirsak nervi – n. ulnaris.

C. O'rta nerv – n. medianus.

D. Mushak teri nervi – n. musculocutaneus.

Bilak, barmoq

33. Bilak suyuklari singanda transportirovka qilishida immobilizatsiya:
- A. Tomos shinasl.
 - B. Diteriks shinasl.
 - C. Faner – shina, plastmassa shina.
 - D. Pnevmatik shina.
34. Barmoqning o'rta, asos falangasi sinig'ida, gips longetaga qanday holat berilsa to'g'ri:
- A. Maksimal buklangan.
 - B. Maksimal tiklangan.
 - C. O'rta fiziologic holat.
 - D. Tirnoq bo'g'imida tik, o'rta asos falangada buklangan.
35. Bilak suyuklarining siniqlarida operatsiyaga ikkilanmasdan ko'rsatma:
- A. Bilak suyugining ko'ndalang to'liq siljib sinishi.
 - B. Tirsak suyugining ko'ndalang to'liq siljib sinishi.
 - C. Ikkala suyukning sinishi siljish bilan.
 - D. Qon aylanishi buzilib bilak suyuklari sinishi.
36. Bilak suyuklarining pastki qismida siniqlarida davolash immobilizatsiya to'g'ri qo'yilishi:
- A. Bilak - kaft bo'g'imdan tirsak bo'g'imigacha sirkulyar gips bog'lami.
 - B. Bilak – kaft bo'g'imdan tirsak bo'g'imigacha gips bog'lama.
 - C. Bilak - kaft bo'g'imdan yelka (humer brachi) o'rta qismigacha gips bog'lama.
 - D. Kaft – barmoq bo'g'implardan yelkaning o'rta qismigacha gips bog'lama.
37. Bilakning travmatik chiqishida ehtimol qilinuvchi travma mexanizmi:
- A. Bukilgan tirsakka tayanib yiqilish.
 - B. Kaftga tayanib yiqilganda.
 - C. Bilakka to'g'ri zarb bo'lsa.
 - D. Kaft orqa yuzasiga tayanib yiqilsa.

38. Bilak chiqishini birlamchi to'g'ri diagnoz qo'yish uchun zarurly tekshiruv:

- A. Klinik
- B. Klinik, rentgenologik
- C. UZI
- D. MSKT

39. Galeatsiy sinlq – chiqishi bu -

- A. Bilakning chiqishi, tirsak o'sig'l (olecranon)ning sinishi
- B. Bilak suyagining pastki qismi sinishi, shu bilakda tirsak suyagi boshchasi chiqishi
- C. Tirsak suyagi sinishi, bilak suyagi boshchasi chiqishi.
- D. Bilak va tirsak suyaklarining metafizlardan sinishi

40. Tirsak o'sig'l (olecranon)ning silljimgan sinishida gips longeta to'g'ri qo'yilishi:

- A. Tirsak bo'g'imda 45 gradus buklab
- B. Tirsak bo'g'imda 90 gradus buklab
- C. Tirsak bo'g'imda 135 gradus buklab
- D. Tirsak bo'g'imda 180 gradus ochib

41. Montedji sinib chiqishi bu ?

- A. Bir qo'lda bilak suyaklarining chiqib, ikkinchisida ularning sinishi.
- B. Kaft suyagining chiqishi va bilak suyagining o'rta uchligida sinishi.
- C. Tirsak bo'g'imida suyaklarning chiqishi va bilak suyaklaridan birining pastki uchligida sinishi.
- D. Bilak suyagi boshchasining chiqishi va tirsak suyagining yuqori va o'rta uchligida sinishi.

Son

42. Son suyagi singanda transport immobilizatsiya ?

- A. Faner shinalar qo'yish.
- B. Orqa qalin longeta.
- C. Diterixs shinasl.
- D. Koksit bog'lama.

43. Gemartrozni davolash:
- A. Oyoqni gipsli longetada immobilizatsiyalash.
 - B. Punksiya va gemoliz qonni olish.
 - C. Bo'g'im punksiyasi, gemolizlangan qonni olish, bosib turuvchi bo'g'lama qo'yish, gipsli longetada fiksatsiya.
 - D. Xirurgik davolash.
44. 3-yoshgacha bo'lgan bolalarda son suyagi singanda qanday teri tortmasidan foydalaniladi ?
- A. Yumashev usuli.
 - B. Blaunt, Shede usuli.
 - C. Bairov usuli.
 - D. Koxer usuli.
45. Bolalarda son suyagining bo'yinchasi sinishida qanday kechki asoratlari kuzatiladi ?
- A. Kuzatilmaydi.
 - B. Coxa Vara va son suyagi boshchasining aseptik nekrozi.
 - C. Soxta bo'g'im.
 - D. Osteoxondropatiya.
46. Bemorda sonning pastki uchligida nerv, qon tomirlari jarohatlanishi bilan birga sinishi bor. To'g'ri tahlil muolajani ko'rsating ?
- A. Katta boldir suyagi do'mboqchasidan o'tuvchi skelet tortma qo'yish.
 - B. Ilizarov apparatini yopiq usulda qo'yish.
 - C. Operativ yo'l bilan siniqni to'g'rilash va nerv qon tomirlarini xalos qilish, tikish
 - D. Bir yo'la to'g'rilash va chanoq-son bo'g'imida gipsli bo'g'lam qo'yish.
47. Chaqaloqlarda son suyagi diafiz sinigilarini davolash:
- A. Gips longetada immobilizatsiya qilib.
 - B. Sog' oyog'iga bint bilan bog'lab qo'yib.
 - C. Leykoplastir yordamida teridan singan va sog'oyoqlaridan tortib (Blaunt uslubi).
 - D. Operatsiya qilib.

Boldir

48. Boldir suyaklari siljib singanda eng qulay davolash metodini ko'rsating ?

- A. Immobilizatsiya.
- B. Manjet tortma.
- C. Leykoplastirli tortma.
- D. Skeletdan tortib davolash.

49. Boldir suyagi siniqlarida boldir - oshiq bo'g'imi shikastlarida optimal transportirovka qilish Immobilizatsiyasi:

- A. Kramer shinasl.
- B. Diteriks shinasl.
- C. Pnevmatik shina.
- D. Faner - shina.

50. Boldir suyaklarining yopiq ko'ndalang siniqlarini optimal davolash uslubi:

- A. Skelet tortmada.
- B. Ilizarov Apparatida.
- C. Gips longeta.
- D. Sterjenli apparatda.

Umurtqa

51. Umurtqa tanasining siqilib sinishida qo'yiladigan gipsli korset qaysi nuqtalarga tayanadi ?

- A. Kindik, to'sh suyagi, bel lordozl.
- B. Simfiz, to'sh suyagi, bel lordazl.
- C. Simfiz, o'mrov suyagi, ko'krak kifozi soxasi.
- D. To'sh suyagi, ko'krak kifozi, kindik.

53. Umurtqa pog'onasi bo'yin qismi shikastida qo'llaniladigan transport immobilizatsiya:

- A. Doka - paxtali Delbe xalqasi.
- B. Doka - paxtali bo'yinturuq.
- C. Gippokrat qalpog'i.
- D. Kramer shinasl.

54. Bolalarda umurtqa tanasi qisilib – kompressiyalanib sinishiga qaysi mexanizm eng ko'p mos:

- A. Balanddan oyoqlarga tayanib tushib yiqilish.
- B. O'tirib qolib yiqilish.
- C. Orqaga yiqilib tushish.
- D. Yonboshga yiqilish.

55. Bolalarda umurtqa pog'onasining qaysi qismida umurtqa tanasi kompressiyalangan sinig'i ko'p uchraydi:

- A. Bo'yin.
- B. Ko'krak.
- C. Bel.
- D. Dum.

56. Ko'krak pastki va bel umurtqa tanalarining kompressiyalangan asoratsiz siniqlarini davolashning optimal uslubi:

- A. Qiya tekislikda yotqizib, qo'ltiqlardan tortib.
- B. Operatsiya qilib.
- C. Repozitsiya qilib, gips korset qo'yib.
- D. Gavdani reklinatsiya holatda tutib turuvchi korsetlar (G. M. Ter – Yeglarov; Pardayev – O'rinboyev) qo'llab.

57. Umurtqa pog'onasida shikast bor bemorlarni shifoxonaga eltishda bemor uchun optimal holat:

- A. Qoringa yotqizib.
- B. Orqaga yotqizib, bel lordoziga yostiqcha qo'yib.
- C. Orqaga yotqizib, tizzalar ostiga yostiqcha qo'yib,, baqa holati berib".
- D. Yonboshga yotqizib.

58. Ko'krak umurtqalarining kompression sinishida bolalarni davolashning optimal taktikasi bo'lib hisoblanadi ?

- A. Funktsional davolash usuli (tortma, to'shak rejimi, LFK, massaj).
- B. 3-4 kun to'shak rejimi. Korset yordamida davolash.
- C. Operativ davolash.

D. Bir martali reklinatsiya + korset.

Chanoq

59. Chanoq halqasi butunligini buzmaydigan sinliq bu:

A. dumg'azaning vertical sinig'i

B. Yonbosh suyagining vertikal sinig'i

C. Qov, o'tirg'ich, suyaklarining,, kapalaksimon " sinig'i.

D. Qov suyagining, o'tirg'ich suyaklarining sinig'i

60. Chanoq suyagining sinishida Malgenya sinishi hisoblanadi ?

A. Suyakning oldingi- pastki qismining uzilib sinishi.

B. Qov va o'tirg'ich suyagining old qismining bir tomonlama sinishi va yonbosh suyagining orqa qismining sinishi.

C. Fossa acetabulum sinishi.

D. Yonbosh suyak qanotining sinishi.

61. Chanoq – son bo'g'imi shikastlarida, son suyagi sinilqlarida optimal transportirovka qilish immobilizatsiyasi:

A. Kramer shinasl.

B. Faner, taxta shinalar.

C. Diiteriks shinasl.

D. Tomas shinasl.

62. Chanoq shikastida,, orqaga yurish qulayligi" simptomi qaysi siniqqa xos:

A. Yonbosh suyagi qanoti sinishlga.

B. Dumg'aza suyagi sinishlga.

C. Qov suyagi sinishlga.

D. Yonbosh suyagining old-yuqori bo'rtlig'i sinishlga.

Testlarning to'g'ri javoblari.

1. A 2. A 3. C 4. D 5. D 6. D 7. A 8. C 9. D 10. B

11. C 12. D 13. A 14. A 15. D 16. D 17. C 18. C 19. A 20. D

21. A 22. D 23. B 24. C 25. A 26. D 27. C 28. C 29. B 30. B

31. C 32. B 33. C 34. C 35. D 36. D 37. B 38. B 39. B 40. C

41. D 42. C 43. C 44. B 45. B 46. C 47. C 48. D 49. A 50. B

51. B 52. D 53. B 54. C 55. C 56. D 57. B 58. B 59. D 60. B

61. C 62. D

Vaziyatli masala topshiriqlar

1. O'gil bola 11 yosh, futbolo'yini payti uzatilgan qo'lga tayanib yiqildi. O'ng tirsak bo'g'imida kuchli og'riq, keyin shish, deformatsiya paydo bo'ldi. Siz tez yordam vrachisiz. Sizning birlamchi diagnozingiz, qanday shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatiladi.

2. Qiz bola, 12 yosh sport mashg'uloti davomida umbaloq oshib yiqildi. Ko'krak qafasi orqasida og'riq sezdi. Qisqa muddatli nafas olish qiyinlashdi. Kelgusi kuni poliklinikaga, vrach pediater qabuliga keldi.

Sizning dastlabgi dagnoz va tekshirish, davolash rejangiz.

3. Bola 3 yoshda, onasi qo'l barmoqlaridan tutib ko'chada borayaptib, oyog'i surinib, yiqilishdan ona qo'lidan tutib qoldi. Bola yig'lab, tirsak bo'g'imidan og'riqqa shikoyat qildi. Tashqi ko'rinishda tirsak bo'g'imi shakli uncha o'zgarmagan. Tirsak bo'g'imida harakat cheklangan, bilakning supinatsiya, pronatsiya harakatlari og'riq sababli mumkinmas.

Sizning dastlabki dagnoz, davolash taktikasi.

4. Bolani mashina urib yuborishdan yiqildi. Bo'lgan hodisani bola eslay olmaydi. Qisqa muddatli xotira yo'qolishi bo'lgan. Ko'rish payti bola o'ng chov va qov soxasida og'riqqa shikoyat qiladi. Shu sohalarda shish bor. O'ng oyoqno faol ko'tara olmaydi. "yopishgan tovon" simptomi ijobiy. Bolada o'zi siyish bo'ladi. Siydik rangi o'zgarmagan.

Sizning dastlabgi dagnoz.

Birlamchi tibbiy yordam?

Transportirovka tartibi?

Tekshirish va davolash rejasi?

5. O'gil bola oqsoqlanib yuradi. Chap oyog'i ostiga 5 sm tagliklar qo'yilsa, chanoq to'g'ri gorizontal holat oladi. Kasallik anamnezida go'dak yoshlik payti son pastki metafizida osteomielit o'tkazgan.

Savol: 1. Son qisqaligi qanday harakterga ega (anatomik, nisbiy, kontraktura borligi uchun)

2. Qisqalik sababini ayting (yozing)

3. Tekshirish, davolash rejasi.

6. Bola 4 yoshda. Uyda divandan sakrab, o'ynab yiqilgan. Kuchli og'riq bo'lgan, yig'layapti. Son sohasi shishgan, qo'l bilan ushlashda og'riq kuchayadi. Oyoqqa bosib turolmaydi. Yotgan holatda oyog'ini o'zi ko'tara olmaydi.

Savol: 1. Dastlabgi dlagnoz.

2. Tekshirish va davolash rejasi;

3. Qaysi uslub bilan davolanadi ?

7. Bolalar yugurishib o'yinida, bittasi, 8 yoshli, tanasi burilib, yomon yiqildi. Boldirda kuchli og'riq, shish, oyoqqa bosib yurolmaslik kuzatildi. Palpatsiyada – krepitatsiya bor.

Savol: 1. Dastlabgi dlagnoz.

2. Qaysi shina bilan immobilizatsiya qilinadi ?

3. qaysi bo'g'imlar shinada boylanishi talab qilinadi.

4. statslo – narda qaysi uslub bilan davolanadi ?

8. O'quvchi o'g'il bola, 14 yosh, fizkultura darsida tez yugurib kelib, uzoqqa sakrash mashqida yiqilib, chanoq old tomonda kuchli og'riq sezdi. Rentgenogrammada chanoq yonbosh suyagi old yuqori qirrasini sinlg'i aniqlandi.

Savol: 1. Shu sinlqqa mos klinik simptom ? u qanday ataladi ?

2. Davolash uslubi ?

9. Qiz bola, 9 yosh, yugurishib o'yinda o'ng tomonga yelka bo'g'imiga qattiq urilib yiqildi. Qo'li ko'krakka qisilib turgan edi. Bosh ham sal urildi. O'ng o'mrov sohasida kuchli og'riq sezgisi paydo bo'ldi. Darrov shishdi. Sog'qoll bilan bu qo'lini avaylab ushlab oldi.

Savol: 1. Dastlabgi dlagnoz.

2. transport immobilizatsiyasini qaysi uslub bilan bajarasiz ? (Dezo boylami, Delbe xalqalari, Kramer shinasini qo'yib).

10. O'g'il bola 10 yosh. Qo'li – kafti bilakka nisbatan qiyshiq turishiga, bitta suyak oxiri bo'rtib turishiga, harakat to'liq emasligiga shikoyat qilib keldi. Kasallik anamnezida 5 yoshida bilak suyagi

distal oxirida travmatik epifizeoliz bilan davolangan. Rentgenogrammada bilak suyagining distal o'sish zonasi faoliyati susaygan. Tirsak suyagiga nisbatan bilak suyagi qisqa.

Savol: 1. Bilak suyagi qisqaligi sababi;

2. Bu kaltalik xarakteri (anatomik, nisbiy, kontraktura borligi uchun);

3. Davolash uslubi ? 11. O'quvchi qiz bola, 15 yosh, maktabda basketbol o'yini komandasi a'zosi. O'yin qizib turganda, sakrab, muvozanatini yo'qotib, qo'lning bukllgan tirsagiga tayanib, yiqildi. Chap yelka bo'g'imida kuchli og'riq, shish paydo bo'ldi. Og'riqsizlantirish uchun fanigan 1 tabl. berib, Kramer shinasida immobilizatsiya qilinib, travm. punktga olib kelindi. Rentgenogrammada yelka suyagi yuqori o'sish zonasidan singan, metofizning bir qismi ham singan.

Savol: 1. To'g'ri diagnoz ?

2. davolash uslubi ? Repozitsiyada suyak bo'laklari to'g'rilansa, gips longeta qancha muddatga qo'yiladi.

12. O'g'il bola, daraxtdan, 2-3 m balandlikdan oyog'i bilan urilib, yiqilgan. Travm. punktda ko'rik o'tkazganda: holati majburiy yotish holati, o'ng oyog'i tashqariga buralgan. Oyoqni o'ng chanoq - son bo'g'imda buka olmaydi. Rentgenogrammada son bo'yinchasida siljish.

Savol: 1. Statsionarda davolanish tartibi ketma - ketligini to'g'ri qo'ying:

a - operatsiya xonasida repozitsiya,

b - singan joyni navakain bilan blokada,

c - vena ichiga dori yuborish narkoz,

d - perkutan 4 - 5ta spitsalarni son bo'yinchasiga kiritish.

e - skelet tortmada 4 - 5 kun tortib to'g'rilash.

ch - nazorat rentgenogramma

Vaziyatli masala topshiriqlarining to'g'ri javoblari

Tirsak bo'g'imi sohasi suyak sinishi. Og'riqsizlantirish: tabletka yoki 1 ml (0.5 ml) incheksiyada, transport immobilizatsiyasi qo'yish.

Umurtqa tanasi qisilib yengil sinishi. Rentgenografiya, stitsionarda davolanishlga yo'llanma. Yotoq rejimi.

Dastlabki diognaz: bilak suyagi boshchasi pronatsion chiqishi. Travm. punktda: og'riqsizlantirish, joylga qo'yish. Glps longeta, qo'lga, 90gradus- dan kam buklangan holat berish.

O'ng qov, o'tirg'ich suyaklarining sinishi. Rentgenogrammaga yo'llanma berish. Og'riqsizlantirish. Transportirovka yotgan holda, tizzalar ostiga yostiqcha qo'yiladi. Statsionarda yotqizib davolash.

1. Anatomikson qlsqaligi.

2. Rentgenogramma qilish. Operatsiya: osteotomiya, Ilizarovapparatida uzaytirish.

6. Son suyagi diafizidan sinishi. Rentgenografiya qilish. Statsionarda yotib davolanish. Leykoplastir tortma vositasida, yoki tovondan kegay o'tkazib tortib, davolanadi.

7. 1. Boldir suyagi sinishi.

2. Kramer shinasl bilan immobilizatsiya qilish.

3. Oyoq, boldir-oshiq, tizza bo'g'limlari immobilizatsiya qilinadi.

4. Skelet tortma, glps qo'yish.

8. Yonbosh suyagi old yuqori qurrasi sinig'iga mos belgi. Bu bemor orqa tomanga yurganda kam og'riq sezadi. U " orqa bilan yurish qulayligi "simp--tomi deb ataladi. Davolash operatsiya yo'li bilan - ochiq joyiga qo'yish, fiksatsiya qilish.

9. O'mrov suyagi singan. Transport immobilizatsiya- Dezo boylaml bilan bajariladi.

10. Bilak suyagi o'sish zonasi zararlanganligi sababli, o'sishdan orqada qolgan. Kaltalik - anatomic xususiyatlidir. Davolash: operatsiya qilib: osteotomiya, Ilizarov apparatida uzaytirish.

11. Yelka suyak boshchasi osteoepifizeolizi.

Davolash: statsionarda, og'riqsizlantirib, repozitsiya qilish. Glps longeta 6-8 haftaga qo'yiladi.

12. b - e - c - a - ch - d

ADABIYOTLAR

1. Травматология и ортопедия детского возраста. Учебное пособие. Под ред. Проф. М. П. Разина, проф. И. В. Шешунова. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2016
2. Jalilov G. S., Xolxo'jayev M. Bolalar travmatologiyasi. O'quv nashri. 1995. Toshkent.
3. Немсадзс В. П. Переломы костей у детей. В книге: Травматология и ортопедия. Руководство для врачей. Том. 2. Травматология. Под ред. Члена – корр. РАМН Ю.Г.Шапошникова. С. 446 – 490. Москва. "Медицина" 1997.
4. Травматология и ортопедия. Учебник. Под ред. Г.М.Кавалерского. Москва. АCADEMIA. 2005.
5. Баиров Г. А. Детская Травматология. – СПб: Питер, 1999.
6. Ортопедия и травматология детского возраста. Руководство для врачей. Под редакцией акад. М. В. Волкова и профессора Г. М. Тер – Егiazарова. Москва. "Медицина", 1983.
7. Волков М. В., Дедова В. Д. Детская ортопедия. – М., Медицина, 1983
8. Мовшович И. А. Оперативная ортопедия – М. Медицина, 1994
9. Корж А. А., Бондаренко Н. С. Повреждения костей и суставов у детей. Хорьков, "Прапор", 1994
10. Бухны А. Ф. Повреждения эпифизарных зон костей. Москва. "Медицина", 1973.
11. Дамье Н. Г. Переломы и вывихи у детей. В кн. Многотомное руководство по ортопедии и травматологии. Травматология. Гл. 2. Москва. "Медицина" 1968. С. 74- 120
12. Abu Ali Ibn Sino. Tib qonunlari. 4 kitob. Toshkent 1960. (Abu Ali Ibn Sino (Avitsenna). Канон врачебной науки. Книга 4. С. 401- 418.
13. Шамсиев А. М., Уринбаев П. У. Лечение застарелых переломов дистального конца плечевой кости у детей. Изд. Мед. лит. имени Абу Али Ибн Сино, Тошкент 2000г. 162с.

14. Shamsiyeva M., Urinbayev P.U. Lecheniye zastarelyh perelomov distal'nogo konca plechevoy kosti u detey. Izd. Med. lit. Imeni Abu Ali Ibn Sino, Toshkent 2000g. 162s.

15. Уринбаев П. У. Лечение переломов и их последствия дистального конца плечевой кости у детей. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. 1995 г.

16. Urinbayev P. U. Lecheniye perelomov i ih posledstviya distal'nogo konca plechevoy kosti u detey. Dissertatsiya na solskanie uchenoj stepeni doktora medicinskih nauk. 1995 g.

17. Уринбаев П. У., Неправильно сросшиеся, несросшиеся, переломы и псевдоартрозы головчатого возвышения плечевой кости у детей. Автореферат дисс. к. м. н. Москва 1977г.

18. Urinbayev P. U., Nepravil'no srosshiesya, nesrosshiesya, perelomy i psevdartorozy golovchatogo vozvysheniya plechevoj kosti u detej. Avtoreferat dlss. k. m. n. Moskva 1977g.

19. Hamlet A. Peterson Epiphyseal Growth Plate Fractures. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2007

20. John A. Herring, MD Tachdjian's Pediatric Orthopaedics From the Texas Scottish Rite Hospital for Children 2014

21. Г. П. Котельников, С. П. Миронов. Травматология и ортопедия. ГЭОТАР – Медиа. 2009

22. Коломиец, А. А. Травматология и ортопедия: учебное пособие для вузов / А. А. Коломиец, Е. А. Распопова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2021

23. Травматология и ортопедия: учебник (Егиазарян) Егиазарян К. А., Сиротин И. В. (под ред.). Гэотар-Медиа, 2019 г

24. Гаркави, Кавалерский, Лычагин: Травматология и ортопедия. Учебник для ВУЗов. ГЭОТАР-Медиа. 2022 г.

25. Traumatology and orthopedics. prof. Golka G. G., prof. Burianov O. A., prof. Klimovitsky V. G. Vinnytsia: Nova Knyha. 2018

26. Textbook of Orthopedics and Trauma. GS Kulkarni. Maharashtra. JAYPEE BROTHERS medical publishers. 2008

P.O'RINBOYEV, S.N.PARDAYEV

BOLALAR TRAVMATOLOGIYASI VA ORTOPEDIYASI

(darslik)

Muharrir Quldosh MELIYEV

Musahhlh Hafiza ASLANOVA

Sahifalovshi Jamshid SHODMONOV

© "FAN BULOG'I" nashriyoti, Samarqand – 2023 yil.

ISBN 978-9910-9864-3-7

Nashriyot litsenziyasi:

№ 4341-5160-642c-944b-ab74-5062-3969

Bosishga ruxsat etildi: 06.10. 2023 yil.

Ofset bosma qog'ozl. Qog'oz bichimi 60x84

"Cambria" garniturasl. Ofset bosma usuli.

Hisob-nashriyot t.: 23,75. Shartli b. t.: 11,82.

Adadi: 60 nusxa. Buyurtma 106.

"FAN BULOG'I" nashriyotida chop etildi.
Samarqand sh, S. Buxoriy ko'chasi, 1^a-11 uy.
tel: 93-999-52-72

ISBN 978-9910-9864-3-7



9 789910 986437