

616.053
T490

TILYAKOV X. A., TILYAKOV A. B.



BOLALAR TRAVMATOLOGIYASI

O'quv qo'llanma

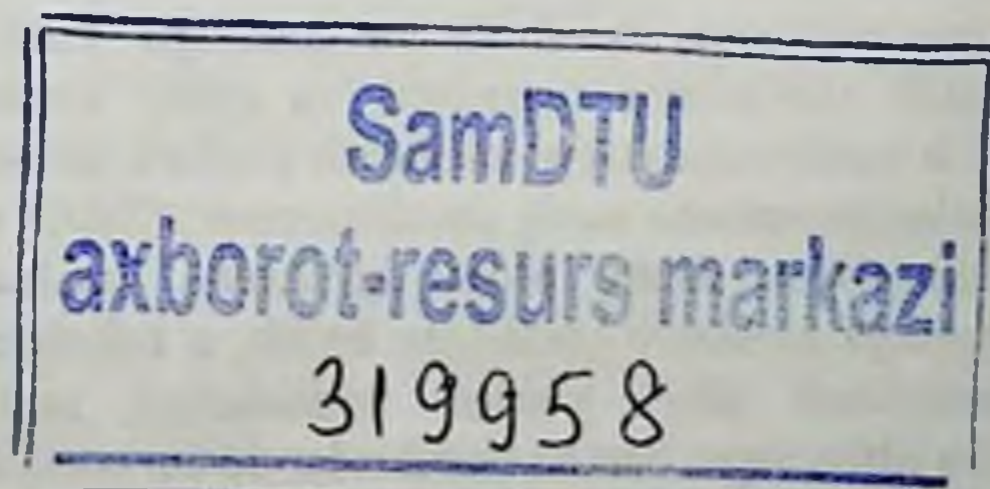
**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA MAXSUS
TA'LIM VAZIRLIGI
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**



TILYAKOV X. A., TILYAKOV A. B.

BOLALAR TRAUMATOLOGIYASI

o'quv qo'llanma



ARTEX NASHR

Samarqand – 2023y.

Bolalar travmatologiyasi / PhD. X. A. Tilyakov. Tilyakov A. B. Samarqand
"Artexnashr" 2023 yil.-96 b.

UDK: 616-001-053.2(075.8)

BBK: 54.58ya73 T 49

Tuzuvchilar:

Tilyakov X.A. - Travmatologiya-ortopediya, neyroxirurgiya va oftalmologiya kafedrasi mudiri PhD.

Tilyakov A.B. - Toshkent pediatriya tibbiyot instituti Shoshilinch pediatriya va halokatlar tibbiyoti kafedrasi dotsenti.

Taqrizchilar:

Xodjanov I.Yu Respublika iqtisoslashtirilgan travmatologiya va ortopediya ilmiy amaliy tibbiyot markazi. Bolalar travmatologiyasi ko'krak qafasi deformatsiyasi va umurtqa pog'onasi patologiyasi bo'limi rahbari
t.f.d. professori

Pardayev S.N. Samarqand davlat tibbiyot universiteti travmatologiya va ortopediya kursi t. f. n. dotsenti.

Tibbiy texnologiyalarni tez rivojlanishi va tibbiyot fanida uning yutuqlari, o'quv dastur, qo'llanmalar va darsliklarni tez-tez yangilanib turishini talab qilib kelmoqda. Tibbiyot sohasida taxsil olayotgan talabalar, magistr va klinik ordinatorlar, shifokorlar bilimini oshirish uchun o'quv materiallarini qayta ko'rib chiqish, ularni yangi ma'lumotlar bilan to'ldirish tez va yetarli darajada amalga oshirilishi kerak.

Ushbu o'quv qo'llanma bolalarda travmatologik kritik xolatlarda jaroxat mexanimini aniqlab, shoshilinch diagnostik va tibbiy yordam ko'rsatishni o'z ichiga olgan bo'lib bunda zamonaviy tekshirish usullari, jaroxatlarni tasnifi klinik belgilari va shu bilan bir qatorda uning davolash va profilaktik usullari yoritilgan.

Taqdim etilayotgan ushbu o'quv qo'llanma amaldagi o'quv reja va namunaviy dasturlarga asoslanib yaratilgan bo'lib, u bakalavr, magistr va klinik ordinatorga, shoshilinch tibbiy yordam xodimlariga, umuman olganda shu yo'nalish bo'yicha ishlayotgan barcha shifokorlar uchun tavsiya etiladi.

ISBN: 978-9943-9328-9-0

I – BOB BOLALAR SHIKASTLANISHLARIDA TRAUMATOLOGIK YORDAM KO'RSATISH TAMOYILLARI

Ushbu o'quv qo'llanmada shifoxonagacha bo'lgan bemorlarga va shifoxona qabul bo'limidagi bemorlarga xar xil etiologiyali va lokalizatsiyali jarohatlarda shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatishni tashkillashtirish ko'rib chiqiladi. Bu ma'lumotlar jarohatlarni anatomik lokalizatsiyasi bo'yicha ketma-ketlangan va sistemalangan. Talabalar kerakli ma'lumotlarni olishlari uchun ma'lumotlar ketma-ketligi, konspektlar, jadvallar, sxemalar, algoritmlar va ko'pgina rasmlar shaklida tuzilgan.

Jarohatlar sababli o'lim ko'rsatgichi 1 yoshdan boshlanib yuqori foizlarni tashkil qiladi. Bu ko'rsatgichning ko'p qismi yo'l – transport xodisalari natijasida yuzaga kelib, butunjaxon sog'liqni saqlash birlashmasi taxlili bo'yicha 2022 yilga kelib uchinchi o'rinni egallaydi. Ko'plashgan jaroxatlar natijasidagi o'lim xolati, bir qancha omillarga bog'liq bo'lib, ulardan eng asosiysi jamiyatning iqtisodiy rivojlanish darajasiga bog'liqligidir. Iqtisodi yuqori darajada rivojlangan davlatlarda gospitalizatsiyagacha va gospitalizatsiya ichidagi o'lim xolati 35% ni tashkil qiladi. O'rta va past rivojlangan davlatlarda esa 55%-63% gacha. Shuni aytib o'tish maqsadga muvofiqki ko'plashgan va qo'shma jaroxatlar olgan bemorlarning yuqori iqtisodiy davlatlardagi klinikalarda o'lim xolati 6% ni tashkil qiladi, iqtisodiyoti past bo'lgan davlat xududlarida esa 36% ni tashkil qilib kelmoqda.

50% bemorlar aralash jaroxatlar natijasida yaqin daqiqalarda dunyodan ko'z yumishadi 30% bemorlar jaroxatdan keyin 1-2 soatlarida olamdan o'tishsa 20% bemorlar jaroxarlardan keyingi asoratlar natijasida.

Gospitalizatsiyadan oldingi bosqichlarda tibbiy yordam tizimi quyidagi elementlardan iborat

1. Tashkiliy
2. Xodisa joyida xavfsizlikni ta'minlash
3. Shoshilinch tabirlarni o'tqazish va bemorlarni saralash
4. Bemorning axvolini baxolash tibbiy yordam ko'rsatishni boshlash
5. Immobilizatsiya
6. Transportirovka

7. Sanitar aviatsiya

Statsionar sharoitida tibbiy yordam ko'rsatish quyidagilardan iborat

1. Tashkiliy
2. Travmatologik brigada
3. Bemorning ahvolini axolash va davolash
4. Birlamchi davolash tadbirlari
5. Tizimli davolash tadbirlar

**TRAVMATOLOGIK BEMORLARGA SHOSHILINCH YORDAM
KO'RSATISHNING ASOSIY TAMOYILLARI**

Shoshilinch yordamning asosiy maqsadi bemorning hayotini xavfdan qutqarish, azobini yengillashtirish va iloji boricha tezda maxsuslashtirilgan yordam uchun transportirovka qilishdan iboratdir.

Bunda yordam ko'rsatuvchi shifokor jabrlanuvchi ahvolini tezda va xatosiz aniqlashi, nogironlikka olib keluvchi hayotiy xavfli holatlarni tezda baholashi va kerakli yordam ko'rsatishi zarur.

Kritik holatlarning tezda rivojlanishi ehtimoli yuqoriligini inobatga olib tekshiruvni to'liq va tez o'tkazish lozim. Tez tibbiy yordam tizimida ishlovchi xodim ma'lum tartibda ishlashi kerak. Shoshilinch yordam birinchi navbatda hayotga xavf soluvchi holatlar, ayniqsa shok bilan kurashga qaratilgan bo'ladi va quyidagi choralardan iborat:

- - tashqi nafas va yurak faoliyati buzilishiga qarshi kurash
- - ochiq pnevmotorksda germetik bog'lam qo'yish
- - tashqi qon ketishni vaqtincha to'xtatish
- - jarohatga ikkilamchi infeksiya tushishini oldini olish va tashqi muhitning noqulay omillaridan himoya qilish uchun aseptik bog'lam qo'yish va isitish

- - og'riq qoldiruvchi dori vositalarini yuborish
- -transport immobilizatsiyasi va bemor transportirovkasini to'g'ri o'tkazish

Ushbu chora-tadbirlar quyidagi tartibda o'tkaziladi:

Voqea joyi baholanadi va xavfsizlik ta'minlanadi

1. Bemor ahvoli birlamchi baholanadi.
2. Fizikal ko'ruv
3. Yakuniy anamnez yig'ish
4. Kerakli to'liq yordam ko'rsatish
5. Bemor ahvoli takror baholanadi.

6. Transportirovka qilish va hujjatlarni to'ldirish.

Bemorning mast holati, jarohatning vahimali ko'rinishi, stress holatlari kabi chalg'ituvchi omillarning bo'lishidan qat'iy nazar, tez tibbiy yordam xodimi barcha bosqichlarni o'tashi lozim.

1. XODISA JOYINI BAHOLASH VA XAVFSIZLIKNI TA'MINLASH

Voqea joyini baholashda bemor sizning hayotingizga va sog'lig'ingizga xavf solmayotganligiga, shoshilinch yordam ko'rsatish xavfli emasligiga to'liq ishonch hosil qilgan xolda, jarohat mexanizmini o'rganish kerak. Jarohat mexanizmini o'rganish orqali shifoxonagacha bosqichda aniqlash imkoniyati bo'lmagan yashirin jarohatlar haqida ham qo'shimcha ma'lumotlarni bilib olish mumkin. Bu bosqichda shifokor o'zining va o'z guruhining xavfsizligini shaxsiy himoya vositalaridan foydalangan xolda maksimal ta'minlashi, atrofdagilarning xavfsizligini ta'minlashi, guvohlarning yaqinlashishiga chek qo'yishi hamda bemorning o'zi «xavfli» emasligiga ishonch hosil qilishi lozim.

2. BEMOR AHVOLINI BIRLAMCHI BAHOLASH

• AVSDE bo'yicha baholash yoki hayotiy xavfli holatlarni aniqlash:

• A. Nafas yo'llari o'tkazuvchanligini baholash. Agar nafas yo'llari o'tkazuvchanligi buzilgan bo'lsa, sababini aniqlash va yordam ko'rsatish.

• V. Nafasni baholash. Nafas yetishmovchiligi bo'lganda sababini aniqlash, zarurat bo'lsa kislorod bilan ta'minlagan holda yo SUV ga o'tkazish, yoki SUV ni amalga oshirish.

• S. Qon aylanishini baholash. Yurak faoliyati buzilganda sababini aniqlash va yordam ko'rsatish. Yurak to'xtaganda yurakning yopiq massajini boshlash. Ochiq qon ketishini aniqlash va to'xtatish.

• D. AVPU shkalasi bo'yicha hush darajasini aniqlash. Ushbu shkala bo'yicha baholash ko'rsatkichlariga asoslangan xolda havo o'tkazuvchi naylarni qo'llash.

• E. Butun tananing tezkor fizikal tekshiruvini o'tkazish (bosh, bo'yin, ko'krak qafasi, qorin, chanoq, oyoqlar, qo'llar, zambilga, bel taxtasiga yoki boshqa moslamaga bemorni olishda tananing – orqa tomoni).

Hayotiy xavfli holatlar yo'qotilgandan so'ng Glazgo shkalasi bo'yicha hush darajasini aniqlash va hayotiy ko'rsatkichlar: YuQS, NS, AQB, qorachiqlarning yorug'likka reaksiyasi, teri qoplamlarining rangini baholash, butun tananing yo'naltirilgan fizikal tekshiruvi bilan bemor ahvolini ABCDE bo'yicha ikkilamchi qayta baholash o'tkazish.

3. FIZIKAL KO'RUV

Bemor boshining sochli qismidan, to barmoq uchigacha jarohat belgilarini aniqlash uchun tekshiriladi:

- qon ketish
- og'riq
- yorilish
- shilinish
- yoriq
- lat ueyish
- gematoma
- deformatsiya
- parez
- paralich
- chiqish
- sinish

Zarur bo'lsa, sinish va chiqishlarda immobilizatsiya amalga oshiriladi.

4. YAKUNIY ANAMNEZ YIG'ISH

Anamnez yig'ish - jarohat sababini bilish, yashirin jarohatni aniqlash, jarohat og'irligini baholash va shoshilinch yordam taktikasini belgilash imkonini beradi. Agar bemor hushida bo'lsa, anamnez yuqoridagi bosqichlarni bajarish paytida yig'iladi. Agar bemorda hushning chuqur buzilishi kuzatilsa, bu bosqich ahvoli yaxshilangandan keyin o'tkaziladi. Anamnez yigishda «KADOOYoM» sxemasidan foydalanish mumkin (kasallik, allergiya, dori preparatlari, operatsiya, oxirgi uegan ovqati, suyukligi, shifoxonagacha bo'lgan bosqichda ko'rsatilgan yordam va uning samarasi, jarohatlanish mexanizmi). Anamnez yig'ish bizga nafas va yurak qon tomir tizimi kasalliklari, osteoporoz, o'sma, avvalgi sinishlar kabi kerakli ma'lumotlarni berib, jarohat og'irligini baholash uchun o'ta muhimdir.

5. YORDAM KO'RSATISH

Yordam ko'rsatish tamoyillari:

- Tashqi qon ketishni to'xtatish. Eng samarali usul-bosib turuvchi bog'lam qo'yish. Jarohat doka bilan yopilib, ustidan elastik bint siqib bog'lanadi. Agar qon ketish davom etsa, birinchi elastik bint ustiga ikkinchisi siqib bog'lanadi. Yana qon ketishi to'xtamasa, ikkinchi qavat olib tashlanib, uchinchi qavat qo'yiladi. Qon to'xtatuvchi jgutlar va qisqichlardan foydalanish tavsiya etilmaydi. Bu usullarning ko'pincha noto'g'ri qo'llanilishi oqibatida og'ir asoratlar kelib chiqishi mumkin. Agar jgut qo'yilgan bo'lsa, jarohatga ishlov bergandan keyin uni olib tashlash mumkin bo'ladi. Agar qisqich qo'yilgan bo'lsa, uni maxsus yordam ko'rsatilguncha qoldirish lozim.

- Pnevmatik moslamalar. Ba'zi hollarda oyoq-qo'llar shikastlanganda bog'lam ustiga pnevmatik shina qo'yish mumkin. Havo haydash deyarli hamisha venada qon ketishining to'xtashiga olib keladi va ko'p hollarda arterial qon ketishini to'xtatadi. Ko'p miqdorda qon yo'qotish va arterial gipotoniya bilan kechuvchi oyoq va chanoq jarohatlarida shokka qarshi pnevmatik shinalar samarali hisoblanadi. Maksimal hosil qilingan bosim – 100mm. sm. ust. ga teng. Kostyum nafaqat qonni to'xtatadi, balki chanoq va uzun naysimon suyaklar singanda immobilizatsiyani ta'minlaydi xamda oyoqlarga qon kelishini kamaytiradi. Jarohatdan keyingi erta bosqichlarda pnevmatik kostyum qo'llanilganda AQX(otsk) 1000-1500 ml ga oshadi. Agar kostyum nafasni qiyinlashtirsa, qorindagi tasmani bo'shatish mumkin.

- AQB ni to'ldirish.

- Og'ir atsidozni davolash. Yurak yetishmovchiligini davolash

Suyak va bo'g'imlar shikastlanishi

- Bemor ahvoli stabillashgach, sinish, chiqish va yumshoq to'qimalar shikastlanishini davolashga kirishiladi. Sinish va chiqishlar, shu jumladan shubha qilinganlari ham shinalanadi. Agar bemor shokga qarshi pnevmatik kostyumda eki shina qo'yilgan holda topilsa, sinishni rentgenologik tasdiqlash kerak bo'ladi. Shinalar faqatgina sinish istisno qilingandan keyingina olib tashlanadi. Aks holatlarda ular maxsus yordam ko'rsatilguncha qoldiriladi.

- Teri yoki shilliq qavatlari jarohatlangan barcha bemorlarga qoqsholga qarshi profilaktika o'tkaziladi.

a) Agar oxirgi revaksinatsiyadan keyin 10 yilgacha vaqt o'tgan bo'lsa, 0, 5 ml qoqsholga qarshi adsorbirlangan anatoksin yuboriladi. Toza va yuza jarohatlarda profilaktika o'tkazmaslik mumkin

b) Agar oxirgi revaksinatsiyadan keyin 10 yildan ortiq vaqt o'tgan bo'lsa, barcha jarohatlanganlarga 0, 5 ml qoqsholga qarshi adsorbirlangan anatoksin yuboriladi.

c) Immunizatsiya kursini to'liq olmagan yoki emlash to'g'risida ma'lumotlari bo'lmasa, 0, 5 ml qoqsholga qarshi adsorbirlangan anatoksin va 250 ED qoqsholga qarshi immunoglobulin yuboriladi. Keyinchalik har oyda anatoksin inueksiyasi qilingan holda faol immunizatsiyasini yakunlash kerak.

6. BEMOR AHVOLINI TAKROR BAHOLASH

Bemor ahvolini takror baholash gospitalizatsiya kerak yoki kerak emasligini aniqlash uchun o'tkaziladi. Birlamchi baholash, fizikal ko'ruv va hauotiy ko'rsatkichlar takroran tekshiriladi. O'tkazilgan shoshilinch yordam samaradorligi aniqlanadi va keyingi taktika aniqlanadi.

Gospitalizatsiya. Bemor ahvoli stabillashgach va hayotiy muhim vazifalar me'yorlashgach, bemorga qaysi davo muassasasida maxsus yordam ko'rsatilishi mumkinligini aniqlash kerak. Bemor mos davolash muassasasiga gospitalizatsiya qilinadi.

7. TRANSPORTIROVKA VA HUJJATLARNI TO'LDIRISH.

Transportirovka turi jarohat turiga va bemor ahvoliga bog'liq. Transportirovka vaqtida sodir bo'lgan barcha holatlar haqidagi ma'lumotlarni qayd qiluvchi va klinik belgilar dinamikasini ifoda etuvchi kuzatuv varaqasi har bir bemorga to'ldiriladi. Transportirovka vaqtida ortiqcha tadbirlarga vaqt sarflamaslik choralari ko'rilishi lozim va bemorni zudlik bilan yaqin bo'lgan mos keluvchi tibbiy muassasaga yetkazish zarur. Yo'l davomida joriy holat va o'tkazilgan tadbirlarning to'liq matni yoziladigan kuzatuv varaqasi to'ldiriladi.

JAROHATLARDA YORDAM KO'RSATISH USULLARI

Zamonaviy tibbiyot travmatologik yordam vaqtida bemorning azoblanishini uengillashtirish yo'lida o'zining ma'lum rivojlanish yo'lini bosib o'tdi.

Amaliy tibbiyotda hozirda oddiy va ishonchli usullardan foydalanilmoqda.

Travmatologik bemorga shoshilinch yordam ko'rsatish uchun odatdagi usullardan tashqari maxsus usullar ham qo'llanilmoqda:

1. Og'riqsizlantirish.
2. Transport immobilizatsiya
3. Bog'lam qo'yish
4. Shokka qarshi kostyumdan foydalanish
5. Jgut qo'yish («qon ketish va shok»bo'limiga qarang)

Og'riqsizlantirish

Og'riqsizlantirish (analgeziya, anesteziya) – og'riq sezgisini ortga qaytarish, yo'qotish.

Maxalliy va umumiy og'riqsizlantirish farqlanadi.

Maxalliy-bemor xushi saqlangan xolda, uning tanasini ma'lum bir sohasini og'riqsizlantirish. Uning maksadi operatsiya uoki xirurgik manipulyatsiyalarni og'riqsiz bajarish. Shu maqsadda kokain, novokai, dikain, ksikain, sovkaindan foydalaniladi. Bu guruh farmokologik preparatlar avvalo periferik retseptor apparatiga: orqa miya nerv ildizlariga, sezuvchi nerv tolalari va oxirlariga ta'sir qiladi. Qo'llash usullariga ko'ra terminal va o'tkazuvchi anesteziya farqlanadi.

Terminal anesteziyaga kiradi:

1. Shilliq qavatlarga anestiziyalovchi moddani surtish uoki sepish yo'li bilan og'riqsizlantirish. Lidokaindan foydalaniladi (ba'zan 0, 1%li adrenalin eki 5%li efedrin 1tomchisi 1ml anesteziyalovchi moddaga). Bu preparat xalqum, xikildok, traxeya, qizilo'ngach va boshqalar anesteziyasida qo'llaniladi.

2. Mahalliy sovitish bilan og'riqsizlantirish-tez bo'glanuvchi suyuqliklarni (xlor etil, spirt) teriga sepish. Bu suyuqliklar bo'glanib muzlatadi va shu bilan terida anesteziya chaqiradi. Bu usul yuza yiringlarni ochishda foydalaniladi. Shuni aytish kerakki, bu anesteziya va sezuvchanlikni tiklanish vaqti Ko'pincha og'riq bilan kechadi.

3. Anesteziyalovchi preparatlarni to'qimalarga infiltratsiya qilish yo'li bilan og'riqsizlantirish. To'qimaga novokain eki uning analoglarini yuborish va ularni nerv oxirlariga ta'siriga asoslangan anesteziya.



1-rasm Jarohat chizig'i bo'yicha og'riqsizlantirish – «limon po'sti»

Hozirgi kunda keng tarqalgan metodlardan biri novakain eritmasini A. V. Veshnevskiy zich sirpanuvchi infiltrat metodi xisoblanadi. Novokainni (0.25-0.5% eritmasi) to'qimalarga qavatma-qavat xarhil diametr va uzunlikdagi shpritslar (Ko'pincha 5-10 sm li) yordamida yuboriladi.

Avvalam bor ingichka igna bilan terida zich infiltrat hosil qilish kerak, teri oqarib «limon po'sti» hosil bo'lguncha (1-rasm). Keyin infiltrat atrofiga ineksiya yuboriladi. Sekin sekin zararlangan joyda infiltrat hosil qilinadi.

Og'riqsizlantiruvchi moddani teri osti hujayrasiga romb shaklida olib boriladi. Ignani asosan ikki nuqtadan yuboriladi. so'ng uzun nina bilan (10-15sm) chuqurroq to'qimalarni fastsiya, apanevrozlarga va organlarni urab turgan qobig'iga yuboriladi.

Novokainni sezuvchi nerv oxirlariga ta'siri bir soatlargacha davom etadi. Transportirovka paytida novokainni tasiri kamaysa qayta yuborish kerak.

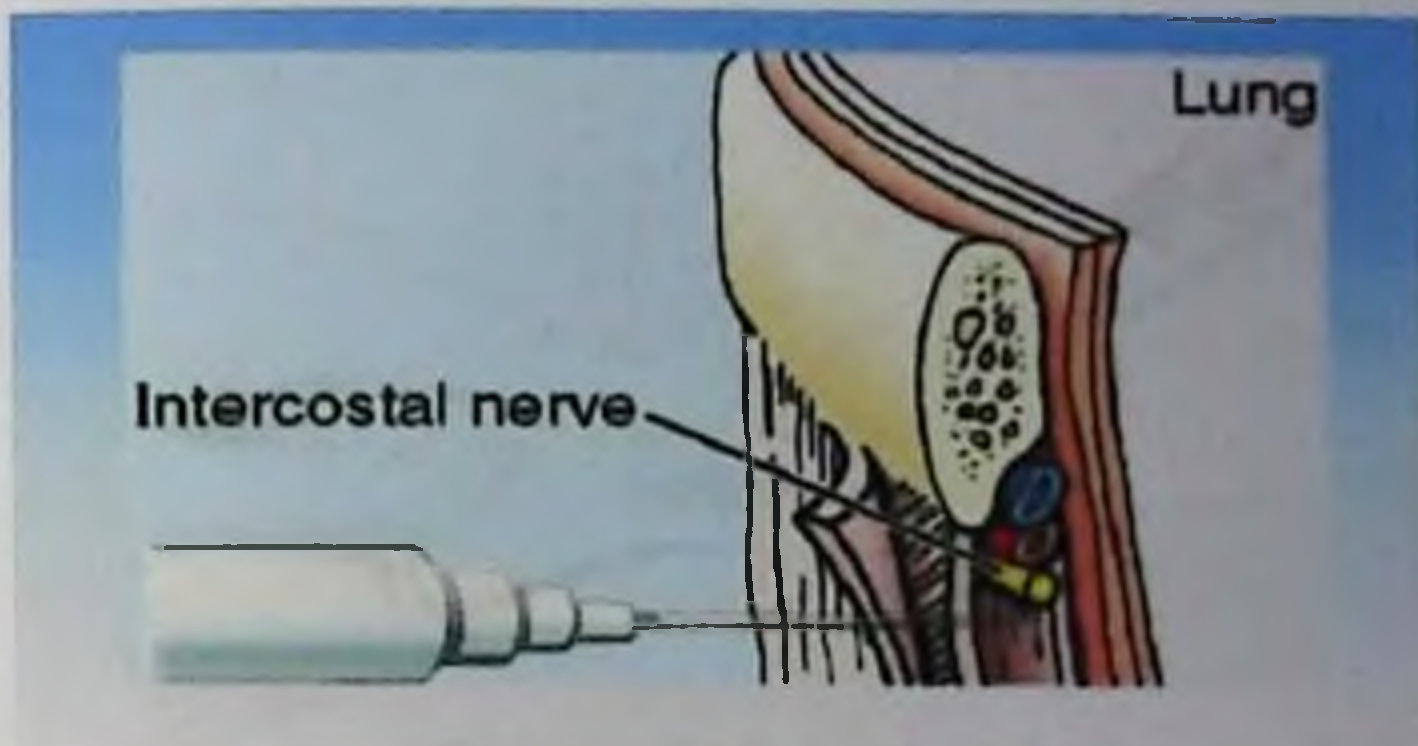
Novakain og'riqsizlantirishdan tashqari, xirurgik kasallarga ijobiy ta'sir qiladi, yana kapilyarlar o'tkazuvchanligi buzilganda, mushak tonusi buzilishlarida, yallig'lanish kasalliklariga ijobiy ta'sir qiladi. Novakainli anesteziya shokga qarshi eng yaxshi davo hisoblanadi.

Mahalliy anesteziyaga qarshi ko'rsatma: psixik qo'zg'aluvchan bolalar va juda kichik bolalar.

O'tkazuvchi anesteziyaga kiradi: Shokni davolash va profilaktikasi uchun novokain blokadalari keng qo'llaniladi.

-Vishnevskiy bo'yicha bo'yin vagosimpatik blokadasi ko'krak va uning a'zolari og'ir travmalarida qilinadi.

Bemorni orqasi bilan yotqiziladi, boshini jarohatlangan tomon qarshisiga buriladi, kurak ostiga valik qo'yiladi, blokada qilinayotgan tarafdagi qo'lni pastga tortiladi. Shifokor chap qo'lini ko'rsatkich barmog'ini ko'krak-o'mrov-so'rgichsimon o'simta mushaklari orqa qismiga qo'yadi, teri bilan birga ichkariga tortib mushaklar mushaklar kesishgan joyni yuqori qismiga novakainli blokadani yuboradi.



(2-rasm Qovurgalararo nerv blokadası).

Avval ingichka igna bilan teri og'riqsizlantiriladi, keyin «limon po'sti» hosil bo'lgandan keyin uzun ninani yuqoridan pastga qarab umurtqa tanasini oldingi yon yuzasi bo'ylab yuboriladi. Nina ko'krak-o'mrov-so'rg'ichsimon o'simta mushaklari orqa varog'igacha teshib kiradi. Ignadan shpirtsni olib tomir zararlanmaganiga ishonch hosil qilgandan keyin (qon ketmasa) 30-50ml 0.25% novakain eritmasi yuboriladi. Gomer simptomi (psevdoptoz, mioz va enoftalm) paydo bo'lsa, kerakli natijaga erishilgan hisoblanadi.

-Qovurgalararo nerv blokadası qovurg'alar sinishi va ko'krak qafasi og'ir lat yeyishida qilinadi. Buni asosan bemor orqasida yoki sog' tomonda yotganida qilinadi. Teri anesteziyasidan so'ng ignani qovurg'ani pastki qirrasiga tekkuncha yuboriladi, keyin ninani bir oz orqaga tortib, bir oz pastga egib, qovurg'a ostiga yuboriladi. Bir oz kirgandan keyin nina tomir-nerv tutamiga kiradi. Shu erga 10-30 ml 0.25% novakain eritmasi yuboriladi (2-rasm). Qovurg'alar singanda singan joyga yoki gematomaga novakain eritmasi yuboriladi.

-Yelka chigali blokadası qo'l travmalarida qilinadi. Bu bemor orqasi bilan yotganda bajariladi. Chap qo'l ko'rsatkich barmoq bilan o'rta o'mrovdan tashqariga past va orqaga yo'naltirib bosiladi. Bu

o'mrov osti arteriyasini ajratish uchun qilinadi. Teri anesteziyasi o'mrov suyagining yuqori qirrasidan bajariladi, so'ng ignani orqaroqqa tortib 30 burchak ostida qovurg'aga yo'naltirib kirgiziladi. 30-60 ml 0.25% novakain eritmasi yuboriladi.



(3-rasm Yelka chigali blokadasi).

So'ng nina uchini birinchi qovurg'aning laterial qirrasiga olib kelinadi va qo'shimcha 20-30 ml 0.25% novakain yuboriladi. 3-rasm

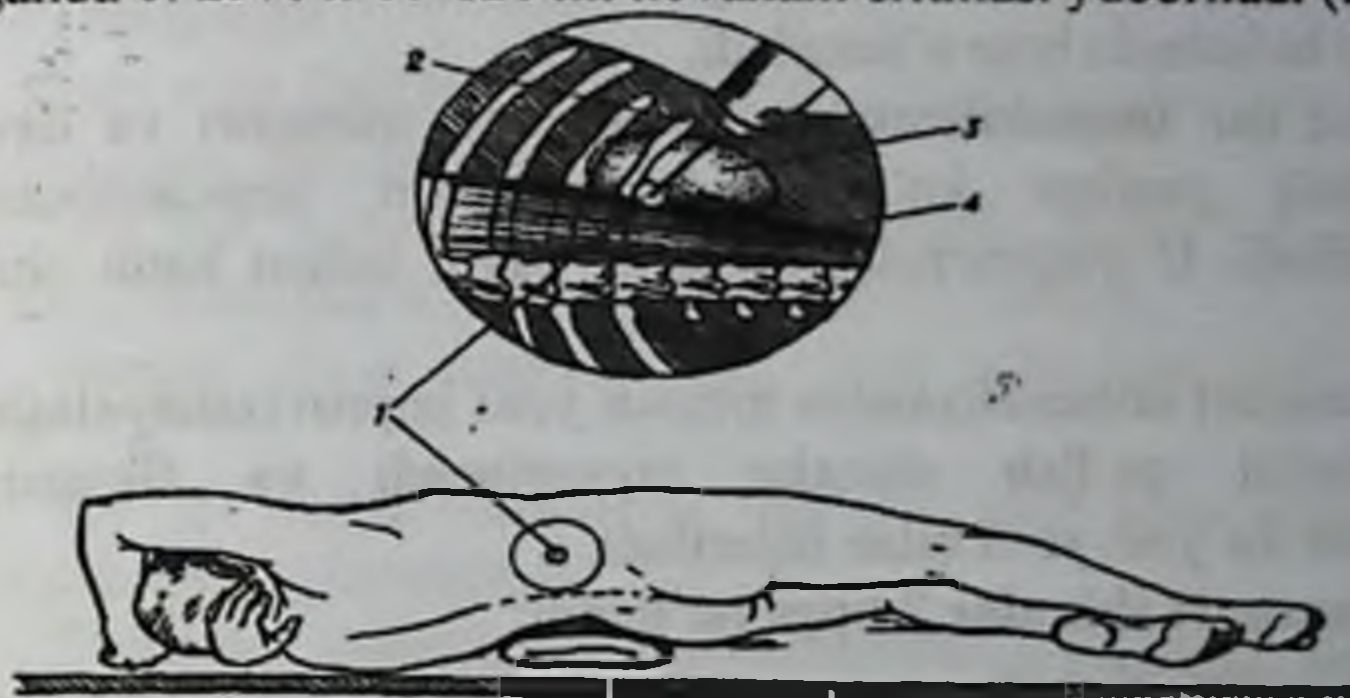
-Ko'ks oralig'i blokadasi ko'ks oralig'i va a'zolari yopiq jarohatlarida o'tkaziladi.

Ko'krak chuqurchasiga igna tiqib teri anesteziyasi bajariladi, keyin ninani 90 bukib, ko'krak orqa yuzasidan 5 sm chuqurlikka yuborib retrosternal bo'shliqqa tushiladi. So'ng 60-80 ml 0.25% li novakain eritmasi yuboriladi. (4-rasm)



4-rasm Ko'ks oralig'i blokadasi

-Vishnevskiy bo'yicha bel (paranefral) blokada qorin bo'shlig'i va qorin orti a'zolari travmalarida, ichak tutilishi, jigar - buyrak yetishmovchiligida, tana va oyoq kuyganda o'tkaziladi. Teri tozalanib anesteziyasidan so'ng ignani orqani uzun mushaklari va XII qovurg'a kesishmasi burchagiga perpendekulyar yo'nalanishda fastsiyani orqa devorini teshib kirgiziladi. Shunda novakain paranefral bo'shliqqa hech qanday qarshiliksiz tushadi. Shpritsni olganda ham qaytib chiqmaydi. Yuborganda 0. 25% li 60-120 ml novakain eritmasi yuboriladi (5-rasm).



5-rasm Vishnevskiy bo'yicha bel (paranefral) blokada

-Oyoq-qo'llarning futlyar novokain blokadasi suyaklarning ochiq va epik sinishida, bo'g'im boylamlari chiqqanda va jarohatlanganda bajariladi. Yelka suyagiga blokada qilinayotgan bemor yotgan xolatda bo'ladi. Ingichka igna bilan oldindan va orqadan teri anesteziyasi qilinadi, shu yerga ignani chuqurroq kirg'izib yotgandan so'ng 0. 25% li 60-100 ml novakain eritmasi yuboriladi. Son suyagida ham huddi shunday og'riqsizlantirish olib boriladi faqat 0. 255li 150-200 ml novakain eritmasi yuboriladi. (6-rasm)



6-rasm Oyoq-qo'llarning futlyar novokain blokadasi

-Shkolnikov-Selevanov bo'yicha novokain blokadasi chanoq suyaklari jarohatlarida o'tkaziladi. 0.25% li novokain eritmasi yuboriladi (5 ml- yoshiga).

IMMOBILIZATSIYA

Immobilizatsiya – tananing shikastlangan qismlarini harakatsizlantirish. Shifoxonagacha bo'lgan etapda immobilizatsiya nafaqat singanda, yumshoq to'qimalar keng shikastlanishida, bo'g'imlar shikastlanganda, teshib kiruvchi jarohatlarda, keng kuyishlarda, balki taxminiy holatlarda ham o'tkaziladi.

Ikki tur immobilizatsiya farqlanadi: transport va davolovchi. Shoshilinch yordam ko'rsatganda transport immobilizatsiyasidan foydalaniladi. U vaqtinchalik bo'lsada hayot uchun katta ahamiyatga ega.

Transport immobilizatsiya maxsus yoki improvizatsiyalashgan qo'l materiallarini qo'llab shinalar tayyorlanadi va fiksatsiyalovchi bog'lamlar ko'yish yo'li bilan bajariladi.

Transport shinalar 2 tipga bo'linadi:

1. Fiksatsiyalovchi

- bel taxta
- faner shinalar
- plastik shinalar
- kramer shinasi
- gipsli bog'lam

2. Traktsion

- diterix shinasi
- alfa –shina

Odatda transport immobilizatsiyasida qo'l ostidagi materiallar (cho'p, karton, zich o'ralgan odevyal) dan foydalaniladi. Bular shina improvizatsiyalangan shina deyiladi.

Improvizatsiyalangan shinaga bemor tanasining bir qismi ham kiradi, chunki tana yoki oyoqqa shikastlangan qismni mahkamlash mumkin. Bu tur immobilizatsiya - autoimmobilizatsiya deyiladi.

Transport immobilizatsiya quyidagi maqsadlarda o'tkaziladi:

1. Yumshoq to'qimalar, nerv va tomirlarni keyingi jarohatini oldini olish uchun
2. Shish va qon ketishni kamaytirish uchun
3. Yopiq sinishni ochiqqa aylanishini oldini olish uchun

4. Og'riqni kamaytirish uchun
5. Yog' emboliyasi rivojlanishini oldini olish uchun

TRANSPORT IMMOBILIZATSIYASINING ASOSIY TAMOIILLARI

1. Tananing jarohatlangan qismi avvalgi holatga keltirilganda shu sohada puls bo'lishi, mikrotsirkulyatsiyani (kapilyar test) tekshirish, shikastlangan sohadan distal bo'lgan bo'g'imlar harakat va sezuvchi aktivligini tekshirish.

2. Unga o'rta fiziologik xolat berish, agar bo'lmasa - qaysi xolatda puls paypaslansa shu xolat beriladi.

3. Sog'lom tomonga simmetrik moslab, distal va proksimal bo'g'imlarni qamragan o'lchamdagi shinani tayyorlash.

4. Shinani kiyim ustidan yoki biror yumshoq mato ustidan qo'yiladi.

5. Xar bir suyak siniklarini bog'lam yoki bint bilan aloxida fiksatsiyalab keyin shinalanadi.

6. Traktsion shinalardan foydalanishda – og'riqni kamaytirish burchak deformatsiyasi va simmetrik oyoq- qo'l uzunligidagi farkga etibor beriladi.

7. Agar jarohatning ochiq joyi bo'lsa yoki qon to'xtatuvchi jgut qo'yilgan bo'lsa, shina bilan to'liq bekitilmaydi.

8. To'rtta asosiy ko'rsatkichlar takror baholanadi.

9. Agar boshqa o'zgarishlar bo'lsa, transportirovka vaqtini inobatga olib karor qabul qilinadi (agar transportirovka vaqti 15 minutgacha vaqtni olsa, zudlik bilan transportirovka, 15 minutdan ortiq bo'lsa, takroriy immobilizatsiya o'tkaziladi)

10. Shina qo'yilgan oyoq-qo'l yilning sovuq kunlari isitiladi.

BOG'LAM QO'YISHNING UMUMIY TAMOIILLARI

Bog'lam ko'yish maxsus tibbiy usul bo'lib, unga maxsus o'qitiladi. Bog'lam qo'yib tananing shu qismini tashqi ta'sirdan himoya qilamiz eki maxsus holatda mustaxkamlaymiz. Bazi bog'lamlar tananing biror qismini tortib turish uchun(bosuvchi bog'lam)xizmat qiladi.

Maqsadidan qat'iy nazar bog'lamlar ba'zi umumiy talablarga javob berishi kerak.

- Avvalo, fiziologik holatga ahamiyat berish kerak.

- Bog'lam juda erkin bo'lmasligi va siljimasligi, lekin juda zich va to'qimani ezmasligi ham kerak.
- Mexanik ta'sirlarga sezuvchan sohalar yumshoq mato bilan himoyalinishi kerak, ya'ni bog'lamning o'zi terini shikastlamasligi zarur.
- Yana bog'lam ko'rinishi ham ahamiyatli, u did bilan bog'lanishi kerak.

Bog'lam qo'yishda quyidagi asosiy qoidalarga rioya qilish kerak:

1. Bog'lov vaqtida bemorni kuzatib turish kerak.
2. Bemor bilan gaplashib, unga tushintirish kerak va bu bilan bemorni chalg'itish mumkin. Bu bog'lovni yengillashtiradi va bemor holatini nazorat qiladi.
3. Bog'lov boshidanoq bog'lanayotgan tana qismi to'g'ri holatda bo'lishiga ahamiyat berish kerak. Holatni o'zgartirish muolajaga yomon ta'sir qiladi.
4. Bog'lov qavatlari bir yo'nalishda bo'lishi kerak. Aks xolda burmalar hosil bo'lishi va bog'lov sifati pasayishi mumkin.
5. Bint kengligi bog'lanayotgan tana yuzasi diametridek yoki undan katta bo'lishi kerak. Tor bintlar bog'lov vaqtini ham uzaytiradi, ham tanaga botishi mumkin. Keng bintlar ham muolajani kiyinlashtiradi.
6. Bint shunday ushlanishi kerakki, uning erkin oxiri qo'l bilan tugri burchak hosil qilinishi kerak.
7. Bog'lovni tor sohadan sekin-asta keng sohaga o'tkaziladi.
8. Bog'lovni oddiy xalqasini shunday ko'yish kerakki, bintni bir uchi keyingi shu yo'nalishda ketayotgan bint uchidan chiqib tursin.
9. Bog'lovda xalqalar soni shunday miqdorda bo'lishi kerakki, uning funksiyasini yengillashtirishi zarur. Ortiqcha bint ham iqtisodiy nomuvofiq, ham bemorga noqulaylik tug'diradi.

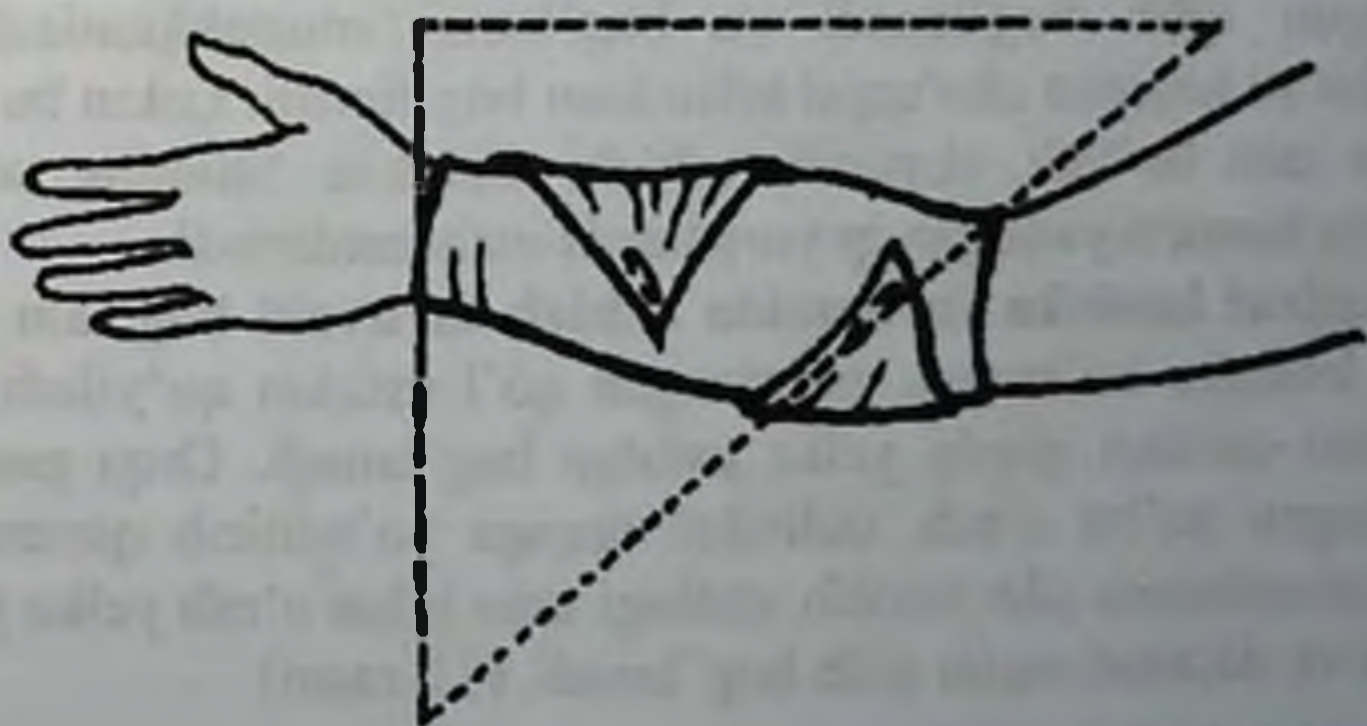
BOG'LAM QO'YISH USULLARI

Kosinkali bog'lam. Buning uchun uchburchakli rumol – kosinkadan foydalaniladi. Ulchami 80x80x113sm. Juda kam xollarda kvadrat rumoldan foydalaniladi. Bu bog'lamni shoshilinch yordamda qulayligi ahamiyatlidir. Ulardan yana vaqtinchalik immobilizatsiyada ham foydalaniladi. Bu bog'lamlardan immobilizatsiyaning alohida usul sifatida foydalanish ham mumkin. (7-rasm)



Kaftga kosinkali bog'lam qo'yish

Qo'lga bog'lam qo'yish Panjaga qo'yiluvchi kosinka bog'lam. Kosinka stolga yoyilib asosi bir yoki ikki marta o'ralib 1-2sm kenglikdagi mustahkam ip xosil qilinadi. Keyin kosinkaga bog'lanadigan qo'l kaft yuzasi bilan jarohat lokalizatsiyasiga qarab yuqori yoki pastga qo'yiladi, bunda barmoqlar kosinka yuqori uchiga qaratilgan bo'ladi. Keyin kosinka yuqori burchagi tushirilib panja bekitiladi. Qo'l to'g'ri qo'yilganda bog'lam bilak panja bo'g'imidan ma'lum masofada bo'lishi kerak. Keyin kosinka uchlari o'ralib yuqoridagi bo'g'imdan teparoqda kesishtiriladi, qo'l ikkala tomondan yopilib atrofi o'raladi va tugun qilib bog'lanadi. (8-rasm)



7-8-9- rasm Bilakka qo'yiluvchi kosinkali bog'lam

Bilakka qo'yiluvchi kosinkali bog'lam. Kosinka bilakka rasmda ko'rsatilganday qo'yiladi, uning atrofida zich o'ralib, erkin oxirlari tug'nog'ich yoki leykoplastr bilan mahkamlanadi. (9- rasm)

Tirsakka qo'yiluvchi kosinka bog'lam. Qo'l stolga shunday qo'yiladiki, bilak kosinka asosida bo'lishi, uchi esa yelka orqa yuzasida bo'lishi kerak. Kosinka erkin oxirlari bilak ichki yuzasida o'ralib tirsak bo'g'imi soxasida kesishtiriladi. Keyin yelka atrofida aylantirilib kosinka uchini o'rab tirsak bo'g'imi ustida tug'un qilib bog'lanadi. (10-rasm)



10- rasm Tirsakka qo'yiluvchi kosinka bog'lam

Yelkaga kosinka bog'lam qo'yish bir yoki ikkita kosinkadan foydalaniladi. Bir kosinkalida u yelka tashqi yuzasiga qo'yiladi. Bunda uchi bo'yinga qaratilgan bo'ladi. Uning ikki uchi qo'lting ostidan kesishtirib o'tkaziladi va yuqoriga chikariladi. Yelka bo'g'imi ustida

Tugun qilib bog'lanadi va bog'lamni mustahkamlash uchun ulardan birini kosinka cho'qqisi bilan ham bog'lanadi. Lekin bu bog'lam tug'ri va zich bo'ladi, sirpanib tushishi mumkin. Shuning uchun uni Ko'pincha bintdan yasalgan ip yordamida mahkamlanadi.

Kvadrat kosinka yordamida ushlab turuvchi bog'lam qo'yish. Kvadrat kosinka ko'krakga zararlangan qo'l ustidan qo'yiladi. Yuqori burchaklari qarama qarshi yelka ustidan bog'lanadi. Orqa pastki uchi shikastlangan qo'lni o'rab, oldindan orqaga yo'naltirib qarama-qarshi qo'lting osti sohasida olib borilib, oldingi uchi bilan o'rab yelka yuqoriga ko'taradi va ikkalasi tugun qilib bog'lanadi. (11-rasm)



11-rasm Yelkaga kosinka bog'lam qo'yish

Oyoqqa bog'lab qo'yish

Tovon kosinka bog'lam qo'yish. Oyoq kosinkaga tovonni bilan uchiga qaratib qo'yiladi. Kosinka erkin uchlari boldir tovon bo'g'imi old tomonida kesishtiriladi, keyin tovonda (akiyal) yana kesishtirilib kosinka uchlari tortilib oldinda tugun qilib bog'lanadi. (12-rasm)



12-rasm Tovon kosinka bog'lam qo'yish

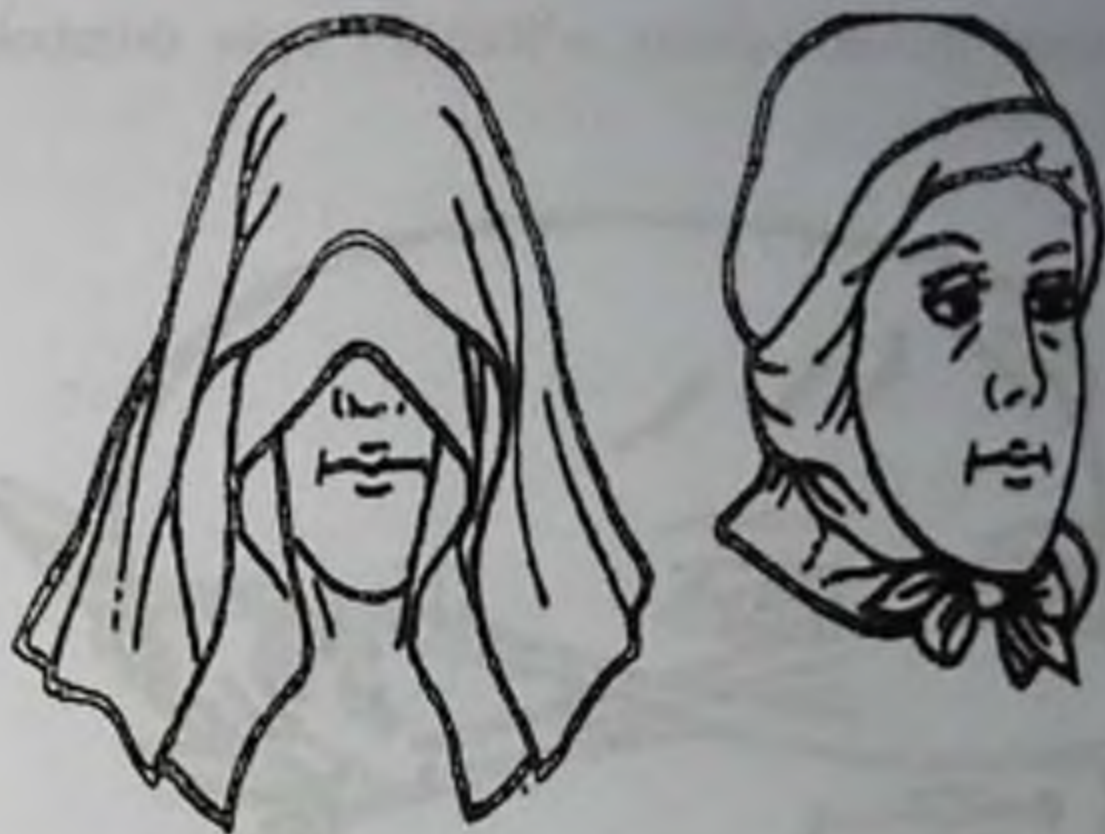
Songa kosinka bog'lam qo'yish_ikkita kosinkadan foydalanib qo'yiladi. 1-si uchi yuqoriga karatilgan son tashki yuzasiga qo'yiladi. Ikkita erkin uchlari soni o'rab, ichki yuzada kesishtiriladi va tashqaridagi tugun qilib bog'lanadi. 2-kosinka belbog' shaklida chanoqson suyaklari chetlari bo'yicha qo'yiladi. 1-kosinka uchi shu belbog' ostidan chiqarilib pastga tushiriladi va son tashki yuzasida igna tug'nog'ich bilan mahkamlanadi. (13-rasm)



13-rasm Songa kosinka bog'lam qo'yish

Boshga bog'lam qo'yish

Kvadrat kosinka yordamida katta chepets bog'lab kuyish. Kam qo'llaniluvchi bog'lam. Ro'mol kundalangiga uchi-uchiga tekkizilgan holda buklanib boshga shunday tashlanadigan barcha uchlari oldidan bo'lishi kerak. Eng qiska uchlari engak osti boglanadi. Uzun uchlari esa esa dumboqligi ustidan orqadan oldinga yo'naltirilib engak ostiga bog'lanadi. (14-rasm)



14-rasm Boshga hog'lam qo'yish

Ko'zga galstuk bog'lam qo'yish. Rumol uralib bint holiga keltiriladi va shikastlangan terga qo'yiladi. Pastki uchi yuz orqali qulok ostidan o'tkaziladi va ensada yuqori uchi bilan kesishtiriladi va ikkala uchlari yuzga kaytariladi va peshona ustida boglanadi. (15-rasm)



15-rasm Ko'zga galstuk bog'lam qo'yish

Burunga qo'yiluvchi bog'lam ro'mol o'ralib bint holiga keltiriladi va uchlari kesiladi. Bint holidagi o'ram burunga qo'yiladi, pastki uchlari quloq ostidan o'tkaziladi va ensa dumboklari ostidan

bog'lanadi, yuqori qulok ostidan o'tkazilib ensa dumboklari ustidan bog'lanadi. (16-rasm)



16-rasm Burunga kuyiluvchi boglam

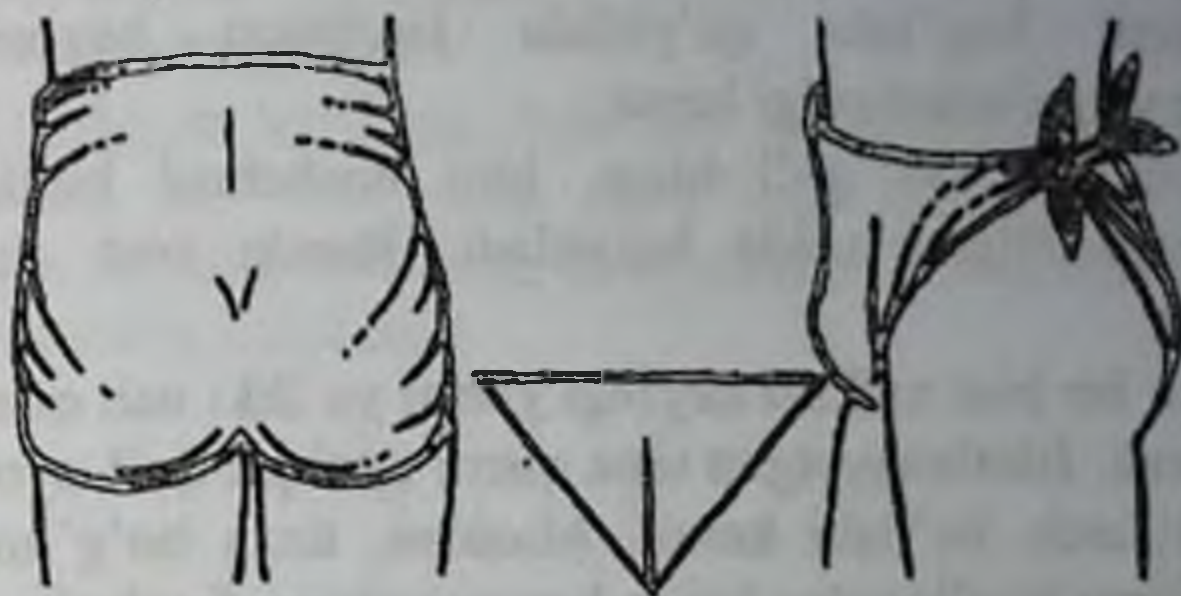
Tanaga bog'lam qo'yish

Ko'krak kafasiga kosinka bog'lam qo'yish. Yuqoridagidek qo'yiladi. Agar keng bog'lam kerak bo'lsa, kvadrat ro'moldan foydalangan ma'qul. Bog'lam tushib ketmasligi uchun bint yo boshqa materialdan yostiqla yasab uni old va orkadan mahkamlanadi. (17-rasm)



17- rasm Tanaga bog'lam qo'yish

Oraliqqa kosinka bog'lam qo'yish. Ro'mol asosi belga o'tkazilishi kerak. Ro'mol uchlari oldidan bog'lanadi, uchi Oyoq orasidan o'tkazilib, belgi tugunga bog'lanadi. (18-rasm)

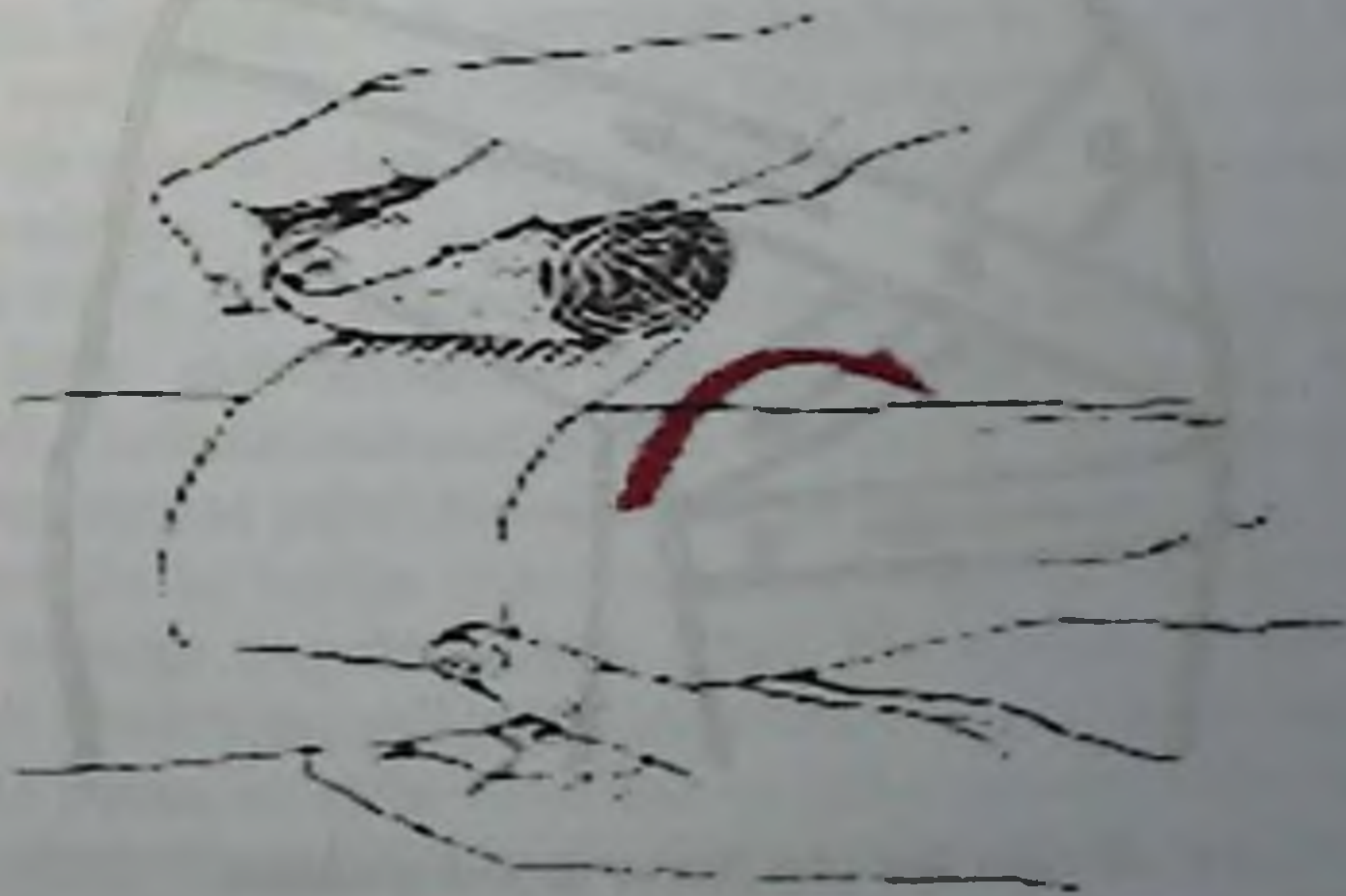


18-rasm Oraliqqa kosinka bog'lam quyish

Bintli bog'lamlar

Bintli bog'lamlar keng tarqalgan bo'lib, ular oddiy va keraklidir. Xar qanday bog'lam asosida bintdan o'ram tashkil qiladi. Xar bir o'ram bir-birini qoplagan holda o'raladi. Bu bog'lam keyingi manipulyatsiyalar uchunchi kavatida bo'shab ketmasligini oldini oladi. Bint doimo o'ng qo'lda burchak ostida ushlanadi va bemor tanasi bintlayotgan tanasiga qarama-qarshi qo'yiladi.

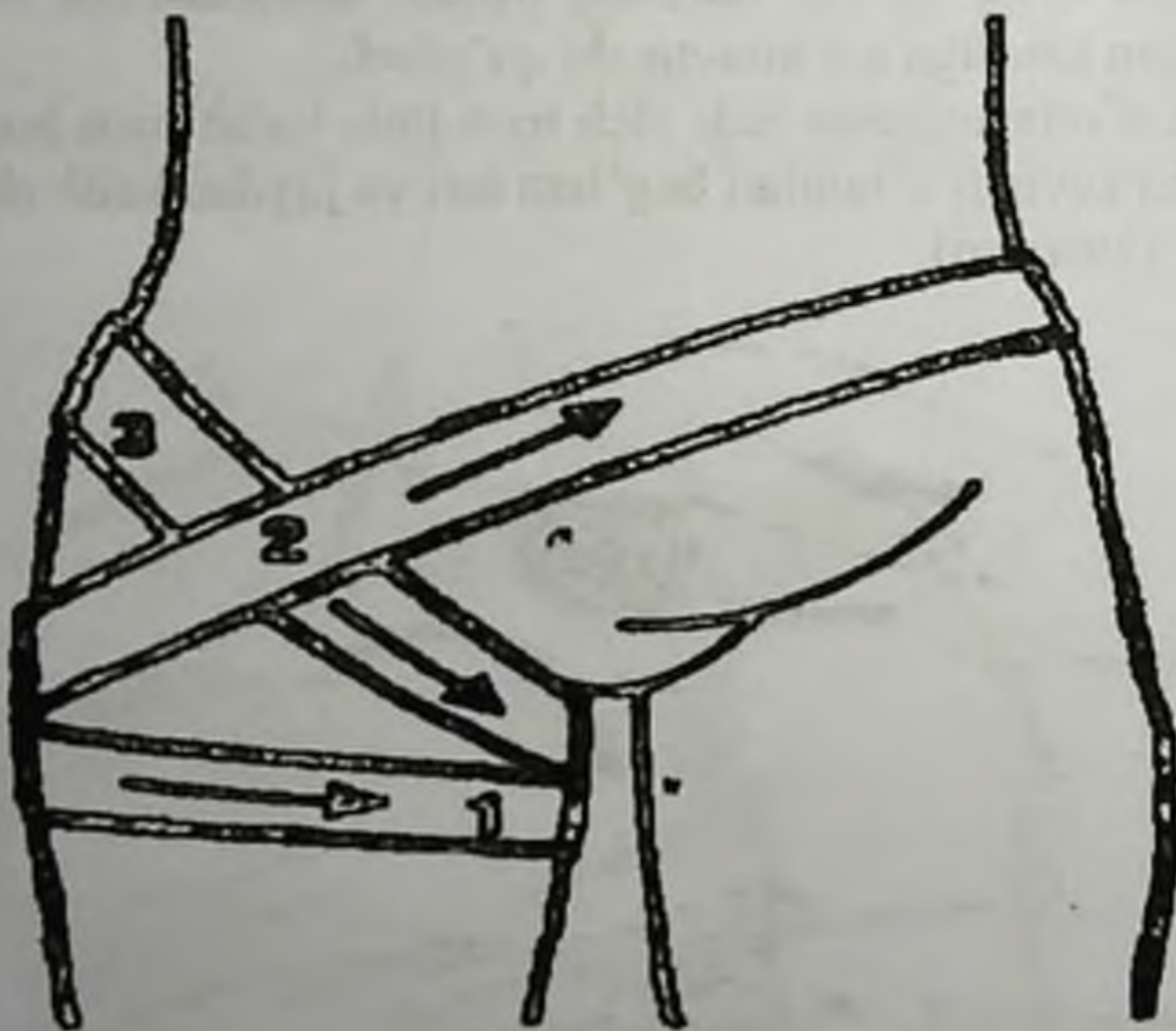
Bint o'ralayotganda juda zich ham juda bo'sh ham boshlanmasligi kerak. Bint keyingi o'ramlari bog'lam teri va joydan kelib chiqqan holda qo'yiladi. (19-rasm)



19-rasm Bintli bog'lamlar qo'yish qoidalari

Bintlash qoidasi :

- Bemorga qulay holat beriladi. Bunda og'riq kuchaymasligi kerak. Bintlash vaqtida bemor yuzasiga qarab turish kerak.
- Steril bog'lam qo'yishda jarohatga bevosita teguvchi qavatlariga yaqinlashmasligi kerak.
- Bintlash ikki qo'l bilan, bint boshchasi bintlayotgan tana atrofida aylantirilgan xolda bajariladi. Bunda bint chapdan o'nga aylantiriladi.
- Har bir bint xalkasi keyingi yarmi yo ikki uch qismi kengligida bekitish kerak. Bintlanayotgan tana qismi ayniqsa qo'l-oyoqlar bog'lash vaqtidagi xolatda bo'lishi kerak. Masalan, tizza bo'g'imiga bukilgan holda qo'yilgan bog'lamdan keyin bemor yursa u foydasiz.
- Bint oxirini bog'lash yo uni tug'nog'ich bilan mustahkamlash tananing sog'lom qismi ustida bo'lishi kerak.
- Bog'lamdan pastda sezuvchanlik yo'qolsa, og'riq kuchaysa, teri shishib, ko'karsa uni bushatish yoki yangisiga almashtirish kerak.
- Agar bir bo'g'im bilan birikkan 2 qo'shni a'zolar bog'lansa, sakkiz tipidagi standart bog'lamdan foydalaniladi. (20-rasm)

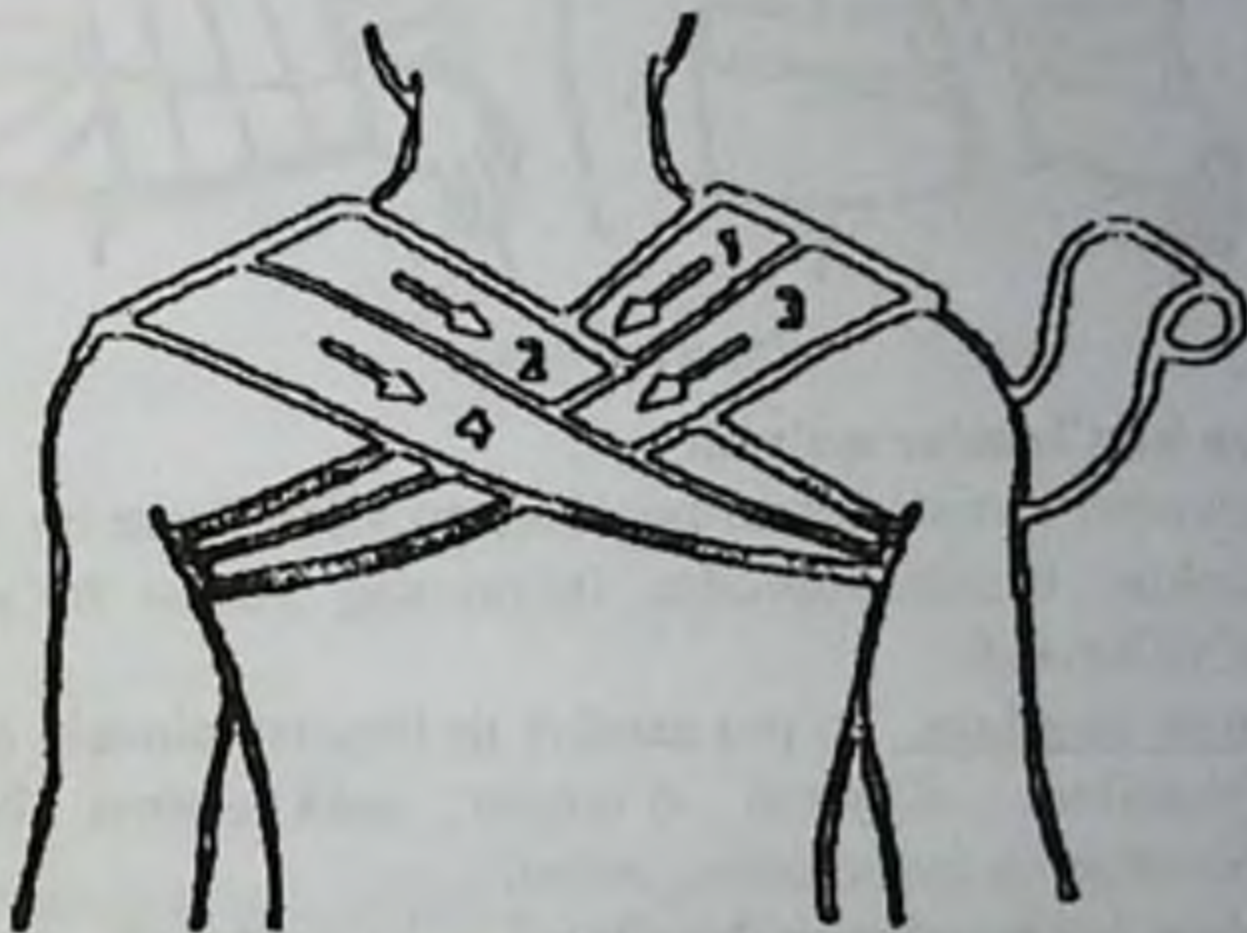


20-rasm Binli bog'lamlar qo'yish qoidalari

Ma'lum sohada bintni kesishishi unga boshqoq ko'rinishini beradi. Bint yo'nalishiga bog'lik holda ko'tariluvchi yoki teguvchi boshqosimon bog'lamlar farqlanadi.

Qo'lga bog'lam qo'yish

• Sakkizsimon bog'lam. Bog'lam yelka kamari ustidan qo'litiq ostiga o'tkazilib, bir -biri bilan tana orqa yuzasi o'rta chizigida kesishgan holda sakkizsimon shakl hosil qiladi. Buni o'mrov shishlarida qo'llanilishi mumkin. (21-rasm)

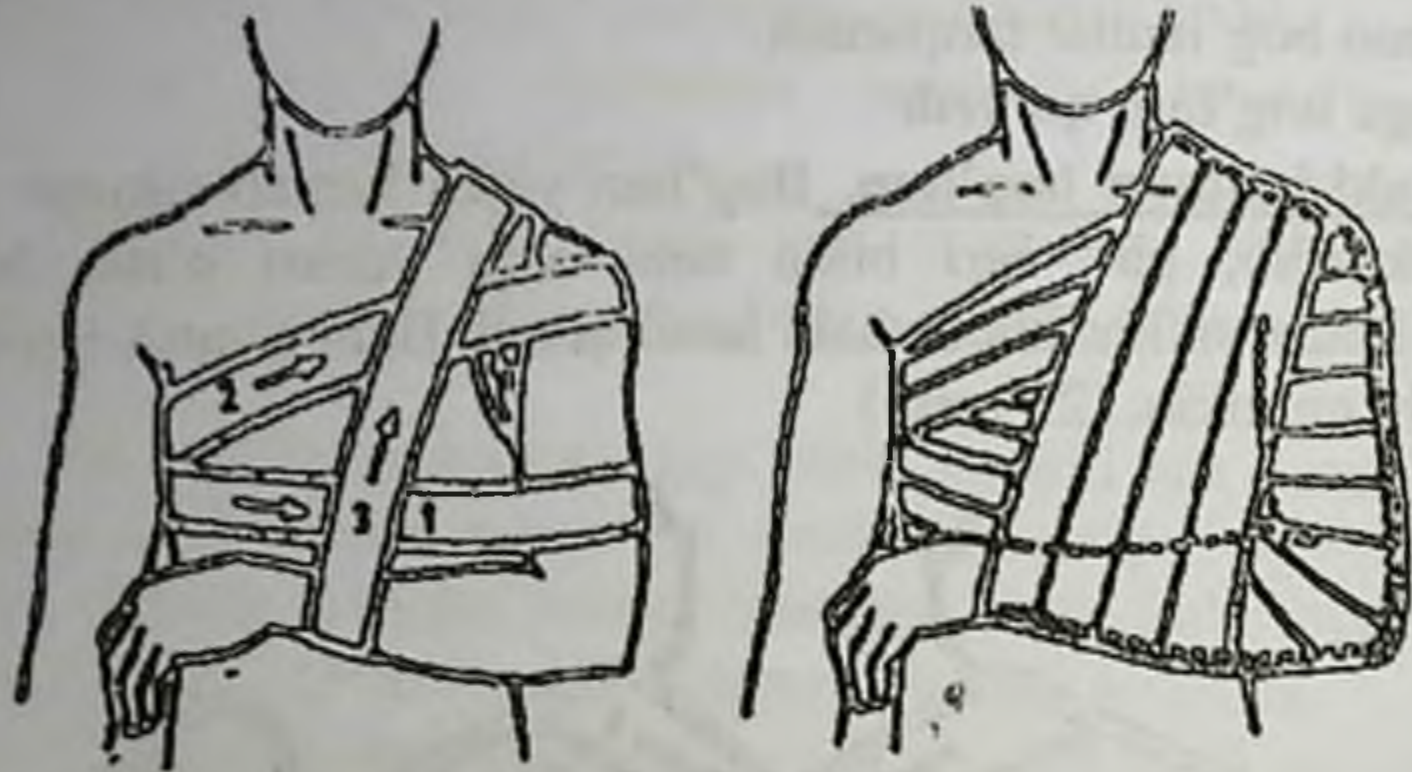


21-rasm 8 simon bog'lam

Dezo bog'lami. Juda murakkab bog'lam bo'lib, qo'lni ko'krak qafasiga mahkamlovchi bog'lam. Bog'lam qo'yishdan oldin qo'litiq osti soha ko'rib chiqiladi. Shu sohaga prisepka sepiladi va matseratsiya va terini absorbtsiya

sini oldini olish uchun paxta yostikcha qo'yiladi. Yostiqcha bint o'rami bilan mahkamlanadi yoki mustahkamlanmasdan shunday qoldiriladi. Dastlabki salkalar xarakteri shunday bo'lishi kerak, bu o'ram immobilizatsiya va ushlab turishi kerak. Bir sirkulyar xalqa sog'lom qo'l qo'litiq ostidan ko'krakga o'tkaziladi, zararlangan qo'l bukiladi va uni ko'krak qafasiga yaqinlashtiriladi. Keyin bint orkadan aylanib qo'litiq osti orkali zararlangan qo'l yelkasiga ko'krak orqali yo'naltiriladi. Keyin bint yelka yuzasi bo'yicha tushiriladi va yelka kamarini ushlab turuvchi va bint shikastlangan qo'l yelka kamarini ko'taradi. Shu murakkab o'ram sekin-asta bog'lam hosil qiladi. Sog'lom qo'l bunda erkin holda qoladi. Bu bog'lamga qattikmi berish uchun kraxmal bintlar yordamida

keyingi etaplarda qo'llaniladi bu bint tanaga bevosita tegmasligi kerak. (22-rasm)



Dezo bog'lami

Oyoqqa bog'lamlar qo'yish

Agar tovonni tortish uchun bog'lam qo'yilsa, faqat bir xalka bilan erishish mumkin. Bunda tupikdan tovon usti yuzasi bo'yicha katta barmoqqa yo'naltiriladi.

O'qsimon bog'lam. To'piq ustidan tir fiksatsiyalovchi o'ram bilan bog'lam o'tkaziladi. Keyingi o'ramlar sakkizsimon bog'lamdan o'tkaziladi. Barmoq va tovon ochiq qoladi.

Oyoqning boshqosimon bog'lami – ko'tariluvchi yo tushuvchi tipda bo'lishi mumkin. Har qanday xolatda ham dastlabki fiksatsiyalovchi o'ram tupik ustidan o'tkaziladi, keyingi bint o'ramlari tovon ichki yuzasidan tashqariga o'tkaziladi va ichki yuzasidan usti yuzasiga chiqarib o'raladi. Yaxshisi bog'lamni tupik ustidan aylana fiksatsiyalovchi o'ram bilan tugatiladi. Bunda bint oxiri yurganda oyoqni yozmaydi.

Gipsli bog'lamlar davo immobilizatsiyasiga kiradi, lekin transport maqsadida ham qo'llaniladi. Shuning uchun to'xtab o'tirmaymiz. Bu bog'lamlar murakkabligini inobatga olib, bu bog'lamni qo'yish avval bel taxta Diteriks yoki alfa shina yordamida immobilizatsiyalanadi. (23-rasm)



23-rasm Oyoqqa bog'lamlar taylash

Nazorat savollari:

1. Transportirovka etaplarida shoshilinch yordam ko'rsatish asosiy prinsiplari
2. Immobilizatsiya usullari va turlari
3. Immobilizatsiya asosiy prinsiplari
4. Bog'lam turlari
5. Bog'lam qo'yishning asosiy prinsiplari
6. Boshga boshlam qo'yish prinsiplari
7. Tanaga bog'lam qo'yish prinsiplari
8. Qo'lga bog'lam qo'yish prinsiplari
9. Oyoqqa bog'lam qo'yish prinsiplari
10. Traktsion shina qo'yish prinsiplari

O'z-o'zini tekshirish uchun testlar

1. Profilaktika maksadida 0.5 ml adsorbirlangan qoqshol anatoksini olish uchun oxirgi AKDS revaktsinatsiyasi qancha oldin bo'lgan bo'lishi kerak?
 - A. 10 yilda kam
 - B. 10 yildan ko'p
 - V. 5 yilda ko'p
 - G. 3 yildan ko'p
 - D. Vaktsinatsiya vaqti hisobga olinmaydi.
2. Revaktsinatsiya paytida adsorbirlangan qoqshol anatoksini doza qancha bo'lishi kerak?
 - A. 0.5 ml
 - B. 1.5 ml

- V. 0. 2 ml
G. 0. 1 ml
D. 1. 0 ml
3. Fiksatsiyalangan shinalarga kirmaydi?
A. Alfa shinasi
B. Orqaga taxta(spinnaya doska)
V. Fanerli shinalar
G. Kramer shinasi
D. Simli shinalar
4. Bemorda oldingi emlangan vaqti haqida ma'lumot yo'q, oldin davolanganda kurs oxirigacha tugatilmagan bo'lsa, qoqsholga qarshi immunoglobulin qancha dozada beriladi?
A. 250 ed
B. 100 ed
V. 200 ed
G. 500 ed
D 1000 ed
5. Pnevmatik shokka qarshi kiyimda maksimal bosim?
A. 100 mm. rt. st.
B. 150 mm. rt. st.
V. 500 mm. rt. st.
G. 1000 mm. rt. st
D. 1500 mm. rt. st
6. Transport immobilizatsiya birinchi prinsipi
A. Zararlangan joyni tekshirish pulsni aniqlash, mikrosirkulyatsiyani tekshirish (kapilyar testi), sezgini, distal bo'g'implardagi harakat aktivligini aniqlash
B. Kerakli razmerdagi shinani tayyorlash, distal va proksimal bo'g'implarni o'ziga olish kerak va sog' joy bilan uzviy bog'lik bo'lishi kerak
V. Shinani qo'yish, fiksatsiya qilish, har bir singan suyakni bint bilan aloxida fiksatsiyalash
G. O'rta fiziologik holatni ta'minlash, puls yaxshi sezilishi kerak
D. Shinani kiyimni ustida bog'lash kerak, kiyimsiz bog'lab bo'lmaydi
7. Taraktsion shinaga kiradi
A. Diterixs shinasi
B. Orqa taxta

V. Fanerli shinalar

G. Plastik shinalar

D. Gipsli bog'lam

8. Agar ochiq jarohat bo'lsa:

A. Zararlangan joyga jgut qo'yish, oxirgacha yopmasdan

B. Zararlangan joyga jgut qo'yish, oxirgacha yopib

V. Zararlangan joyga avval shina ko'yish keyin jgut bog'lash

G. Ochik joyga shinalar ko'yilmidi ular kiyim ustidan yoki boshqa yumshoq mato ustidan qo'yiladi.

D. Zararlangan joyga faqat jgut qo'yiladi shina qo'yilmaydi.

9. Shikastlanishning erta bosqichlarida (alfa-adrenoretseptorlar aktivatsiyasi bilan yuzaga keluvchi vazokonstriksiyagacha) pnevmatik kostyumning ishlatilishi AYUQH qanchagacha oshadi:

A. 1000-1500

B. 500-800

V. 1500-2000

G. 3000-4000

D. 300-500

II- BOB YUMSHOQ TO'QIMALARNI LAT YEYISHI, MUSHAK- PAY VA SUYAK TIZIMI JAROHATLARI.

Bolalarda yumshoq to'qimalarning lat yeyishlari kattalarga nisbatdan ko'proq uchraydi va tan jaroxatlaridan 17% tashkil qiladi

Lat yeyish — to'qimalarning yoki a'zolarning anatomik jixatdan buzilmasdan yopiq shikastlanishi bu mexanik travma natijasida kelib chiqadi. Lat yeyishda to'qimalarning shikastlanish darajasi va xarakteri shikastlantiruvchi agent turiga, kuchiga va shikastlangan yuza satxiga bog'liq. Lat yeyishda eng tipik o'zgarishlar mayda qon tomirlar va limfa tomirlari tomonidan bo'ladi. Qon tomirlar shikastlanib, to'qimalarga qon quyiladi. Lat yeyishda qon quyilishi turli darajada bo'lishi mumkin: kichkina nuqtadan to ko'p kon yig'ilib, to'qimalararo bo'shliq — gematomalar paydo qiladi. Gematoma xajmi shikastlangan qon tomir diametri va qon quyilgan to'qimalarning elastikligiga bog'liq. Lat yeyishning klinik belgilariga og'riq, shish, gematoma, faoliyatning chegaralanishi yoki buzilishi kiradi. Lat yeyishdagi og'riq turli darajada bo'lib, shikastlantiruvchi agentning xarakteriga, ta'sir etgan vaqtiga xamda shikastlangan a'zo yoki yuzaning anatomik xususiyatlariga bog'liq. Lat yeyishda yirik nerv tolalarining shikastlanishi, nerv va uning mayda tolalarining gematoma ta'sirida qisilishi og'riqning kuchayishiga olib keladi. Qo'l va oyoq, qismlarining shikastlanishida qayerda fassiya kam xarakatli bo'lsa, travmatik shishning ko'payishi og'riqni kuchaytirib, chidab bo'lmaydigan darajaga olib keladi. Gematoma borligi flyuktuatsiya bo'yicha aniqlanadi. Og'ir lat yeyishlarda teri o'z ostidagi to'qimalaridan ko'chadi va ularda qon va limfa to'planadi. Gematomalar terini ko'chirishi oqibatida nekrozga olib kelishi bilan birga infeksiyalanish xavfini tug'diradi. Bunday hollarda qo'l yoki oyoq mushaklar orasida xam gematomalar bo'lishi mumkinligini inobatga olish kerak. Shunday qilib, son segmenti aylana hajmining 1 sm ga kattalashishi mushaklar orasiga 500 ml qon quyilganidan darak beradi. Mushaklar orasidagi gematomaning



ko'payib borishi nervlar va qon tomirlarning ikkilamchi bosilishiga olib keladi. Bilakning shikastlanishi oqibatida Folkman kontrakturasining paydo bo'lishi bunga yaqqol misol bo'la oladi(24-rasm).

Lat yeyishda shish paydo bo'lishi yumshoq to'qimalarning gematoma va limfani o'ziga singdirib olishi yoki travmatik shishga bog'liq bo'ladi.

Lat yegan bemorlarga birinchi tez tibbiy yordam

1. Tinchlantirish xolati
2. Sovuq (muz)
3. Og'riqsizlantirish

Paylarning shikastlanishi yopiq va ochiq turda bo'lishi mumkin. Yopiq jarohatlanish, ya'ni terining jaroxatlanmasliga, teri ostidagi jarohat deyiladi. Bu yirtilishlar yozuvchi paylarga xos bo'ladi. Paylarning teri ostida yirtilishi mushaklarning birdaniga tez qisqarishi yoki to'mtoq jism bilan urilganda bo'ladi. Ochiq jaroxatlanish, ko'pincha, kesilgan yoki chopilgan yaralarda kuzatiladi. Bunday xollarda jaroxatlangan pay bilan bir qatorda suyaklar, qon tomirlar va nervlarning shikastlanishi kuzatiladi. Pay to'liq jaroxatlanganda uning mushakka yopishgan uchlari mushaklar bo'ylab qisqaradi. Vaqt-soati bilan jaroxatlangan pay usti qalinlashadi, ko'pincha, pay qini bilan yopishgan bo'ladi. Paylarning jaroxatlanishiga tashxis, shunga taalluqli mushak faoliyatining buzilishi va shu yuzadagi deformatsiyaga asoslanib qo'yiladi. Masalan, qo'l barmoqlari chuqur payining kesilishida tirnoq falangasining aktiv bukilishi yo'qoladi. Agar yuzaki va chuqur paylar jaroxatlansa, unda o'rta va tirnoq falangalarini aktiv bukib bo'lmaydi. Ammo barmoqlar kaft falanga bo'g'imida bukiladi, bu chuvalchangsimon va suyaklararo mushaklar xisobidan amalga oshadi. Yozuvchi paylar jaroxatlanganda tirnoq falangasining aktiv ezilishi chegaralanadi yoki umuman yozilmaydi, bunda barmoq «to'qmoqsimon» shaklni oladi. Paylar to'liq jaroxatlanganda jarroxlik yo'li bilan tiklanadi. Tiklanganda payni o'z joyiga yoki yangi joyga — suyakka tikiladi yoki pay plastikasi (tendoplastika) bajariladi. Taktika jaroxatlangan payning joylashuvi, travmadan keyin o'tgan vaqtga karab belgilanadi. Ko'pincha paylar ulanib tikiladi.

Mushaklar shikastlanganda ochiq xamda yopiq jarohatlar bo'lishi mumkin. Ochiq shikastlangan mushaklar tashxisi qiyin emas. Mushaklar yopiq jarohatlanganda ularga tashxis qo'yish qiyinroq kechadi. Yopiq jaroxatlanish to'g'ridan-to'g'ri zarbdan yoki mushaklarning kuchli

tortilishi sababli bo'ladi. Mushaklarning uzilishi asosan mushak payga o'tish qismida bo'ladi. Mushak to'qimasida 30 yoshdan oshgan odamlarda ro'y beradigan degenerativ o'zga-rishlar bunga imkon yaratadi. Faoliyat yo'qoladi yoki ancha kamayadi. Mushakning yirtilgan joyida botiqlik va teri osti gematomasi kuzatiladi. Qo'lda ko'pincha ikki boshli, kurak qirra usti, uch boshli elka mushaklari va bilak mushaklari, oyoqda esa boldir va to'rt boshli mushaklar shikastlanadi. Ammo amaliyotda turli xil mushaklarning yirtilishi kuzatiladi: qorin (to'g'ri va qiyshiq mushagi), katta ko'krak kurak osti, deltasimon uzun tovon sonlarni yaqinlashtiradigan mushaklar va boshqalar. Mushaklarning qisman yirtilishi konservativ usulda davolanadi: yirtilgan mushakka bo'shashtirilgan holatda gips bog'lami qo'yiladi, fizioterapiya o'tkaziladi, bog'lam olib tashlangach, DJT tayinlanadi. To'liq yirtilsa yoki uzilsa, jarroxlik usulida davolanadi. Mushak qorinchasi shikastlanganda P-simon va tugunli choklar qo'yiladi. Mushaklar payga o'tadigan joyidan yirtilsa, mushak o'rtasidan ajratilib, yirtilgan payning orasiga tikiladi.

KURAK QIRRA USTI MUSHAGINING SHIKASTLANISHI

Bunday shikastlanishlar ancha kuchli taranglashish, yuk ushlab turgan holda qo'lni tez tanadan uzoqdashtirganda yoki yiqilganda, qo'lni tez oldinga tashlaganda ro'y beradi. Qirra usti mushagi nisbatan ko'prok yelka chiqqanda, ayniqsa, keksa bemorlarda yirtiladi.

Klinikasi. Qirra usti mushagi yirtilishini klassik belgilaridan - bu yelka aktiv xarakatining, ayniqsa, tanadan uzoqlashish 60° gacha yetganda chegaralanishidir. Qo'lni tanadan uzoqdashtirganda kurak ko'tariladi. Og'riq elka o'rtasiga beriladi. Deltasimon mushak qisqargan, qo'l passiv uzoqlashtirilganda xarakatning chegaralanishi bilinmaydi.

Davolash. Qirra usti mushagining qisman yirtilishi konservativ davolanadi: qo'l tanadan uzoqlashgan, oldinga bukilgan va yelka tashqariga burilgan xolatda 4-5 xaftaga qotirib qo'yiladi. Qirra usti mushagi to'liq yirtilganda jarroxlik usulida davolanadi. Epoletsimon kesma bilan deltasimon mushak akromial o'sikdan ajratiladi. Uning tashqi qismini kesib olish yirtilgan qirra usti mushagiga yaxshi yo'l ochib beradi. Uzilgan payni ipak yoki lavsan ip yordamida yelka katta do'mbogiga ko'rpa kavigandek tikiladi. Qo'lni tanadan uzoqlashtiruvchi shinaga qo'yib, 6-8 xaftaga qotiriladi. Yelka kamari mushaklari uchun davolash jismoniy tarbiyasi teridan choklar olingandan keyin

boshlanadi. 7-8 xaftadan keyin yelka bo'g'imida aktiv xarakat boshlanadi va yelkani tanadan 90° dan ko'proq ko'tarishni tavsiya qilish mumkin.

SONNING TO'RT BOSHLI MUSHAGINING SHIKASTLANISHI

Eng tipik bilvosita travma mexanizmi mushakni cho'zilib turgan xolatida tez va kuchli qiskarishi natijasida ro'y beradi. Bunday vaziyat odam yiqilayotganda o'zini tutib qolish maqsadida bukilib turgan tizza gavdasining og'irligi ostida birdaniga va tez yozganida sodir bo'ladi. To'rt boshli mushak payining yirtilishi ayrim hollarda tizza qopqog'i sinishi bilan kechadi. Pay aynan tizza qopqog'i ostidan yirtilganda travmaning bevosita mexanizmi, ya'ni bukilgan tizzaga yiqilish sodir bo'ladi. To'rt boshli mushakning tez va qattiq qisqarishi uning katta boldir suyagi g'adibudurining qisman uzilishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Klinikasi. Sonning to'rt boshli mushagi yirtilishining yuzaga chiqishi uning shikastlanish xarakteriga bog'liq. Yirtilgan yuzani paypaslaganda tizza krpkrga yuqorisida yumshoq to'qimalarning cho'kishi ro'y beradi. Mushak to'liq yirtilganda boldir aktiv yozilmaydi.

Davolash. Sonning to'rt boshli mushagi yirtilganda payning shikastlangan — uzilgan uchlari ipak iplar yordamida tugunli choklar bilan bir-biriga tikiladi. Yirtilgan mushakka P-simon choklar qo'yiladi. Oyoq orqa tomonlarga qo'yilgan gips bog'lami bilan 4-5 xaftaga qotirib ko'yiladi.

BARMOQNI UZUK BILAN SIQILISHI.

Mexanizm: Agar uzuk uzoq vaqt yechilmasa barmoq to'qimasini kesib kiradi

Diagnostika: birinchi o'rinda shish rivojlanadi keyinchalik barmoqlar nekrozga olib keladi. Shuni yodda tutish kerakki uzuklarni iloji boricha vaqtida yechib turish kerak.

Shoshilin yordam: agar uzuk to'liq taqilgan bo'lsa, ip yordamida yechib olinadi. uzukni 40-50sm li №8-10 lik qalin sholk ip olinadi ipni bir uchi distal tomondan uzuk ostidan o'tkaziladi ikkinchi uchi uzukning qirrasidan bir qavatdan aylantiriladi chap qo'l bilan sirpantiruvchi xarobat qilinadi va uzuk ipdan sirg'anib yechiladi.

Gospitalizatsiya: barmoq nekrozga uchragan bo'lsa yiringli bo'limga yuboriladi.

PANJADA YOT JISMI.

Mexanizm: ko'pincha tikish ignalari, ba'zan singan oyna bo'lakchalari, extiyotsizlik natijasida kelib chiqadi.

Diagnostika: Bemor, «igna yurakka etib boradi» degan qo'rquvda bo'ladi. ignani olish uchun bemor travmatologik bo'limga yuboriladi, rentgenoskopiya qilinadi.

Gospitalizatsiya: qachonki yot jism olib tashlanganda asorat kuzatilsa gospitalizatsiya qilinadi, (yirik tomir shikastlanishi, terining qayta defekt I va b.)

YELKA KAMARI VA QO'L SUYAKLARINING SHIKASTLANISHLARI

KURAKNING SHIKASTLANISHI

Mexanizmi: Ko'pincha bevosita zarb bilan qovurg'a suyaklarining sinishi bilan birga keladi.

Diagnostika: Klinik belgilar bo'yicha faqat gematoma, og'riq va kurak soxasidagi shishga, yelka bo'g'imida keskin og'riq va harakatning cheklanishiga qarab taxminiy tashxislash mumkin. Tashxisni statsionarda rengenologik tekshiruv aniqlashtiradi.

Shoshilinch yordam: Yakka singan kurak suyagi ambulator jarohat lariga kiradi va davo travmatologik punktda o'tkaziladi. Birinchi yordam sifatida qo'lni ro'molcha osiltirib qo'yib, og'riqsizlantiruvchi vosita yuborish kerak. Gospitalizatsiya yoki transportirovka uzoq davom etsa, qo'ltiq ostiga yostiq cha qo'yilib, jarohat langan qo'l Dezo bog'lamida ko'krak qafasiga bog'laydi.

Gospitalizatsiya: Travmatologik bo'limga.

O'MROV SUYAGI SINISHLARI.

Mexanizmi: Elka bilan bukilgan qo'lga yiqilganda chiqadi.

Diagnostika: Siljib sinishga xos o'mrov suyagi deformatsiyasi, normal bo'lmagan harakat, shish, suyak bo'laklari krepitatsiyasi seziladi o'mrov suyagi 25-rasm O'mrov suyagi sinishlari markaziy qismi oldinga bo'rtib chiqib tepaga, periferik qismi pastga tushadi. Bolalarda ko'pincha «yashil



novda» tinida sinish uchraydi.

Singan joyda shish va og'riq kuzatiladi, bola qo'lini axiyri, sog' qo'li bilan ushlab tanasiga tortadi. (25-rasm)

Shoshilinch yordam: qo'lni bog'lamcha osiltirib yoki tanaga bog'lam bilan bog'lab immobilizatsiya kilinadi. Singan joyni og'riqsizlantirilgandan keyin bo'laklar repozitsiyasi, xalkasini qilishi mumkin.

Gospitalizatsiya: Travmatologik bo'limga o'tirgan holda transportirovka qilish.

YELKA DIAFIZI SINISHLARI.

Mexanizm: Bevosita jarohatlanishlar (kaft bilan yiqilish, yelkani keskin qayrilish) yoki bevosita elkaga zarb berilganda kuzatiladi. Pastki uchdan bir qismi sinishlarida bilak nervi jarohatlanishi mumkin.

Diagnostika: Sinishning barcha klassik belgilari kuzatiladi: yelkaning kichrayishi va deformatsiyasi, singan joyda harakat cheklanishi, suyaklar krepitatsiyasi, tirsak nervi jarohati kaft osilgan holda, barmoqlarni yozish, katta barmokni uzoqlashtirish cheklangan. Tashxis qo'yish kiyin emas, ko'ruvda qo'yishi mumkin. Bilak arteriyasi va barmoqlar funksiyasi tekshirilishi shart. Barmoklarda sezgi saqlanib qolgan bo'ladi.

Shoshilinch yordam: Zudlik bilan TsITO transport shinasi immobilizatsiyasi yoki ishirilgan yoki narvonsimon shina immobilizatsiyasi o'tkaziladi. Shinani sog'lom kurakdan barmoqlar asosigacha kuyiladi. Qo'l panja bo'g'imidan boshlanadi.

Og'riqsizlantirish uchun 50%li analgin yoki 2%li morfin yuboriladi.

Gospitalizatsiya: travmatologik bo'limga.

TIRSAK BO'G'IMINI HOSIL QILUVCHI SUYAK SINISHLARI.

Mexanizm: Tirsak bo'g'imi jarohati bolalarda ko'p uchraydi. Bevosita mexanizm bilan kechadi.

Diagnostika: Tirsak bo'g'imi to'qimalari juda yaxshi qon bilan ta'minlangan. Shuning uchun doimo gematoma, va tez rivojlanuvchi travmatik shish bilan kechadi. Tirsak bo'g'imining hosil qiluvchi barcha suyaklar ichida tirsak o'sig'i sinishi klinik belgilariga qarab oson tashxislanadi. Tirsak o'sig'i siljib sinishi bo'lsa, paypaslab bo'lakchalararo ko'rikda sezishi mumkin. Yelka dumboklari sinishida

tirsak bo'g'imida sust harakat hisobiga krepitatsiyani aniqlash mumkin. Qolgan suyaklar sinishlarida yelka dumbokchalari bilan suyagi boshchasi taxminiy tashxislanadi. Rentgenografiya anik tashxislaydi.

Shoshilinch yordam: Tirsak bo'g'imi immobilizatsiya qilinadi, og'riqsizlantirish uchun 0,5-2 ml – 50%li analgin eritmasi yuboriladi. Kuchli og'riqda narkotik analgetiklar qilinadi. Ishini kamaytirish uchun sovuq qo'yiladi.

Gospitalizatsiya ushlanib qolganda antiseptika qoidalariga rioya qilingan holda gematoma punktsiyasi qilinadi va 20ml 1% novokain eritmasi yuboriladi.

Gospitalizatsiya: revmatologik bo'limga

BILAK SUYAGI DIAFIZI SINISHI.

Mexanizm: ikkala suyak (tirsak yoki bilak) yoki bittasi sinishi mumkin. Bilakka bevosita zarba berganda, harakatdagi stanokda yelka va bilakning cho'zilishi, avtoxalokatlar. Bilak suyaklarining bittasining sinishi ikkinchisining chiqishi bilan kuzatilishi mumkin.

Diagnostika: ikkala suyak sinishlarida deformatsiya, patologik harakat, og'riq, krepitatsiya kuzatiladi. Bitta suyak sinishida deformatsiya kam, palpatsiya qilib og'riqli joyni, suyak bo'laklari siljishlarini aniqlash mumkin.

Diagnostika: yuqoridagi simptomlar asosida. Og'ir travmalarda bilak va tirsak suyaklari boshchasi holatini aniqlash lozim.

Chiqishlarda teri ostidan paypaslab sezish mumkin.

Shoshilinch yordam: bilak suyaklari narvonsimon yoki yog'och shinada immobilizatsiyalanadi. Shinanig yelkani pastki uchdan bir qismidan barmok asoslarigacha qo'yiladi. Qo'l tirsak bo'g'imidan to'gri burchak hosil qilib bukiladi. Og'riqsizlantiruvchi vosita (0,5 2ml 50% li anapgin) yuboriladi. Gospitalizatsiya. Travmatologik bo'limga

BILAK KAFT BO'G'IMI VA PANJA JAROHATLARI.

Mexanizm: kaft bilan yiqilish bilak suyagi distal metoepifizm sinishlari va epifizeolizm.

ayollarda erkaklarga qaraganda ko'p uchraydi bolalarda uzish zonasi sinishlari (epifizeolizm) kuzatiladi. Distal bilak kaftning tashqi yuzasiga surilib, nayzasimon deformatsiya kuzatiladi.

Diagnostika: singan joyda kuchli og'riq bo'laklar sinishlarida kaft bo'g'imi deformatsiyasi. Bo'g'im hajmi kattalashgan, qon quyilishi

hisobiga. Harakat keskin chegaralangan va og'riqli bilak suyagi mitoepifiz qismida kuchli og'riq va shish bo'lishi bilan suyagi sinishidan dalolat beradi.

Shoshilinch yordam: zudlik bilan immobilizatsiyalanadi barmoklar asosan to bilak suyaklarining yuqori uchdan bir qismi shinalanadi. Kuchli og'riqda 0,5-2ml 50% li analgin yuboriladi.

Kuchli qon ketishining sababi, venalarni siqib qo'yuvchi go'shtni noto'g'ri qo'yilishi bunda go'sht yechilib bilak arteriyasi bosiladi, bu panjani kam qon bilan taminlanishi uchun qilinadi jarohat extiyotkorlik bilan ko'riladi, pay, kon tomir, nerv oxirlari tekshiriladi.

Jarohatga steril bog'lam qo'yiladi. Ba'zan bilak suyaklarining pastgi uchdan bir qismidga jgut qo'yiladi panja barmoqlari alekitatsiyasida ham shu yo'l tutiladi.

Gospitalizatsiya. Bemorlarni maxsus panja jarohatlari bo'limiga yoki mikroxirurgiyaga yuboriladi.

KAFT VA BARMOQ FALANGALARI SINISHLARI.

Mexanizm: bir vosita zarba natijasida kelib chiqadi.

Diagnostika: siljib shish bo'lsa deformatsiya kuzatiladi, shish o'tkir og'riq, bo'lakchalar krepitatsiyasi, tirnok osti gemotomalari kuzatiladi.

Shoshilinch yordam: barmok falangalari jarohatida shpatel bilan ishqalanadi bir necha suyak sinishlarida shinani ichki tomonidan barmoklar uchidan to bilak suyaklari o'rtasigacha qo'yiladi.

Gospitalizatsiya: bemorlarning ochiq va bir nechta jarohat bo'lsa, maxsus panja travmatologik bo'limga, yopiq, yakka jarohat bo'lsa travmatologik punktga yuboriladi.

SON SUYAGI SHIKASTLANISHLARI

SONNING YUQORI QISMI SINISHLARI.

Mexanizm: Ko'proq qariyalarda va yoshi o'tganlarda kuzatiladi. Sinishi to'satdan (bo'y uzunligidan, baland bo'lgan joydan yiqilishi, ko'chada yiqilib tushish) bo'ladi. Son suyagi bo'yining medial va lateral sinishlari farqlanadi. Medial sinishlar insult bo'lgan bemorlarda ko'p uchraydi. Yoshlarda yonbosh soxaga bevosita zarba bo'lganda, shu soxaga yiqilganda egriliklararo-egrilik osti sinishlari kuzatiladi.

Diagnostika: Egriliklararo sinishida chanoq – son bo'g'imida kuchli og'riq, Oyoq tashqariga buralgan, tovon tashki qirrasini to'shakka

tegib turadi, shish tez rivojlanadi, gematoma katta egrilik soxasida kuzatiladi. Oyoqni yuqoriga ko'tarish singan joyda og'riqning keskin kuchayishiga olib keladi. Oyoq panja bosib ko'rilsa chanoq-son bo'g'imida kuchli og'riqqa sabab bo'ladi.

Son suyagi bo'yni medial sinishi og'riqqa nisbatan kam, ozgina tashqariga rotatsiya bo'ladi.

Bemor oyog'ini o'zi yuqoriga ko'tara olmaydi (tovon yopishish) simptomi, lekin yordam ostida og'riqsiz ko'tarish mumkin. Oyoq panjaga urib ko'rilganda chanoq son bo'g'imida kuchli og'riq kuzatiladi.

Egriklararo va egriliklar osti sinishi yosh bemorlarda chanoq son bo'g'imida tinch holatda yoki sekin harakat qilganda og'riq kuzatiladi, Oyoq tashqariga burilgan, qisqargan va suyak bo'lakchalari krepitatsiya seziladi. Chanoq son bo'g'imi soxasi va sonning yuqori uchdan bir qismida shish va gematoma kuzatiladi. Terida timalanishlar bo'lishi mumkin.

Keksa bemorlarda travma mexanizm va yuqoridagi belgilarga asoslanib son suyagi bo'yni sinishi tashxisini aniq qo'yish mumkin.

Qiyosiy diagnostika: chanoq son bog'imi deformatsiyalanuvchi artrozi bilan, bunda kasalik anamnezida travma yo'qligi oyoqni erkin ko'tara olishidan chanoq son bo'g'imida kontraktura borligidan farqlab olinadi. *Ishiasda* og'riq o'tkir, sonning orqa yuzasida bo'lib va nevrologik simptomatika bilan yuzaga keladi, chanoq son churralari bilan adashtirish mumkun. Bunday hollarda siqilgan churra tashxisi qo'yiladi. Chuqur ko'rik natijalarida (tashki rotatsiya va harakatda og'riq) son suyagi bo'yni sinishi tashxisi qo'yiladi.

Shoshilinch yordam: Diterxs shinasi yoki alfa shina bilan immobilizatsiya qilinadi.

Og'rigsizlantirish (0, 2 – 2 ml 50% analgin eritmasi) keksalarda son boshchasi sinishi yoshga xos yo'ldosh kasalliklari asorati bilan kelishi mumkin. Shuning uchun stenokardiya, bronxial astma va boshqalarni oldini olish choralari ko'riladi.

Gospitalizatsiya: travmatologik bo'limga.

SON SUYAGI DIAFIZI SINISHI.

Mexanizmi: Katta kuch ta'sirida, avtohalokatda (piyoda yurganda) tepalikdan yiqilganda, to'la odamlarda (boldir tinch turgan holda tanani keskin burush natijasida) kelib chiqadi. Ko'pincha suyak bo'laklari siljisi bilan kechadi. Shok bilan asoratlanishi mumkin.

Diagnostika: Son kaltalashgan, deformatsiyalangan, tashqariga burilgan og'riq, suyak bo'laklari krepitatsiyasi kuzatiladi. Pastki sinishlarda Oyoq panja pulsatsiyasi tekshirilishi lozim.

Shoshilinch yordam: Og'riqsizlantirish (2ml 50% analgin) to'gri shinalash kerak bo'ladi.

Buning uchun Diterxs yoki alfa shina tipidagi standart yog'och shinadan foydalaniladi. Bu shinalar 2 ta yordamchi yordamida qo'yiladi. Yordamchi tizza bo'g'imi va boldirning pastki uchdan bir qismida singan oyoqni ko'taradi. Erkaklarda shina shimdan yuqorida, ayollarda esa tizza soxasi va boldir tovon bo'g'imiga paxta qo'yiladi, poshnalik oyoq kiyim yechiladi va tovon boylag'ichi boylanadi. Sonning ichki va tashki yuzalariga tovon ushlovchi shina bog'laydigan kostil qo'yiladi. U shunday joylanishi kerakki, ichki oxiri chovda, tashqisi esa qo'litiq chuqurchasida bo'lishi kerak. Oyoqlar ozgina tortiladi. Uzunligini tog'rilashga harakat qilmasligi kerak bu qo'shimcha travmaga olib kelishi mumkin.

Bemorda shok kuzatilsa shokga qarshi terapiya o'tkaziladi 2% li 0,5-1 ml li promidol moddalari (kordiamin 0,5-2 ml) yuboriladi



26- rasm Son suyagi diafizi sinishi

Gospitalizatsiya: kasilalarda yotgan holda reanimatsion (shok holatlarda) yoki travmatologik bo'limiga gospitalizatsiya qilish.

TIZZA BO'G'IMI VA BOLDIR SUYAKLARI JAROHATLARI.

Mexanizm: Ko'pincha sport bilan shug'illanganda shikastlanadi, menisk shikastlanadi. Travma rivojlanishi boldir teng turganda son bilan keskin burilishi.

Diagnostika: meniskning jarohatlanishida tizza bo'g'imida blokada bo'ladi. Tizza 120-130 burchak ostida bukilganda yoki yozish harakatida tizzada prujinasimon qarshilik seziladi. Tizza bo'g'imi paypaslashda ichki tashqi tomonidan og'riqli bo'ladi.

Shoshilinch yordam: immobilizatsiya talab qilinmaydi jabrlanuvchi chalqancha yotqizilib tizza bo'g'imi ostiga valik qo'yiladi.

Gospitalizatsiya: Jabrlanuvchi stolga yotqizilib tizza bo'g'imi punksiya qilinadi va bo'g'im ichiga 5-20 ml 1% li novokain yuboriladi 10 daqiqadan so'ng to'g'irlashga harakat qilinadi. Agar menisk o'zi to'g'irlanmasa tizza bukilgan holda tovon sohasidan tortilib rotatsion harakatlar bilan to'g'irlanadi. Menisk turtkisimon ovoz bilan joyiga tushadi shundan so'ng tizza bo'g'imida harakat erkin va og'riqsiz bo'ladi.

Gospitalizatsiya: travmatologik bo'limga.

GEMARTROZ

Gemartroz – tizza bo'g'imiga qon quyilishi.

Mexanizm: yumshok to'qimalar shikastlanishi natijasida kelib chiqadi. Bo'g'im suyak sinishlari natijasida ham kelib chiqishi mumkin.

Quyilgan Qon miqdori 20-50 ml gacha bo'ladi lekin ba'zan 70-100 ml gacha boradi.

Diagnostika: Jarohatlangan bo'g'im hajmi kattalashgan, og'rish kam bo'lsa (suyak sinishlari bo'lmasa) ikkita qo'l katta barmoqlari bilan tizza ustiga bosiladi "tizza qopqog'i suzishi" kuzatiladi. Bo'g'imni bukish chegaralangan va og'riqli. Posttravmatik yoki yallig'lanishli sinovit bilan qiyosiy tashxislanadi. Posttravmatik sinovitga anamnezda tizza bo'g'imi takroran jarohatlari, kuchsiz og'riq xos yallig'lanishli sinovitda kuchli og'riq tana haroratining ko'tarilishi, anamnezida jarohat bo'lganligiga xos.

Shoshilinch yordam: Tizza bo'g'imini transport shinasida immobilizatsiya qilish. Travmatologik bo'limga gospitalizatsiya qilish.

TIZZA BO'G'IMI BOG'LAMI APPARATINING JAROHATLANISHI.

Mexanizm: Oyoq tizza bo'g'imidan keskin qayrilganda, sportda sherigi ustiga tik oyoq bilan yiqilganda, tepalikdan yiqilganda va boshqalarda kuzatiladi.

Tashxishlash: og'riq boldirning tashqariga sezilarli darajada burilishi (ichki yon boshlash jarohatida), ichkariga burilishi (tashki yon boshlash jarohati) bo'ladi. Bu simptomlari yozilgan bo'g'imda tekshiriladi. Oldingi xojsimon boylam jarohatida «g'ilofning oldinga harakati simptomi kuzatiladi: Oyoq tizza bo'g'imidan bukilgan holda, ikkita qo'l bilan tizza oldinga suriladi. Agar boylam jarohatlangan bo'lsa boldir oldinga suriladi. Orqa xojsimon boylam jarohatida g'ilofning orqaga harakati simptomi» kuzatiladi. Tizza xususiy boylamlari uzilganda, yuqoriga siljiydi, boylam nuqsoni kuzatiladi.

Shoshilinch yordam: transport shinasida tizza bo'g'imini immobilizatsiyalash.

Gospitalizatsiya: travmatologik bo'limga.

TIZZA QOPQOG'I SINISHLARI.

Mexanizm: ko'p uchraydi, tizza bilan qattiq yuzaga (asfalt, muz, pol) yiqilganda kuzatiladi bir vaqtning o'zida yonbosh poyini cho'zilishi natijasida tizza qopqog'ining bo'lagi yuqoriga suriladi.

Diagnostika: tizza bo'g'imi kattalashgan, bo'g'imning oldingi qismida og'riq va gematomalar kuzatiladi.

Shoshilinch yordam: transport shinasida tizza bo'g'imi immobilizatsiyalanadi, og'riqsizlantiriladi.

BOLDIR SUYAKLARI DIAFIZI SINISHLARI.

Mexanizm: Ko'pincha ikkala suyak ham sinishi kuzatiladi. Kam hollarda yo katta boldir yo kichikboldir suyaklari aloxida sinadi. Travma mexanizmi bevosita (boldirga kuchli zarba, og'ir buyumlar boldirga tushib ketishi), bilvosita Oyoq panja fiksatsiyalangan xolda boldir keskin burilishi. Birinchi xolatda ko'ndalang sinishlar, ikkinchisida buramasimon sinishlar kuzatiladi.

Diagnostika: siljib sinishlarda deformatsiyalar, bodirning kaltalanishi, qo'pol patologik harakat, og'riq va suyak bo'laklari krepitatsiyasi. Bemor o'zi oyog'ini ololmaydi. Ikkala suyak sinishi, siljishi *peksek* belgilarga asoslanadi. Agar faqat katta boldir suyagi sinsa

xato bo'lishi mumkin. Sinish belgisi lokal og'riq, oyoq ko'tarilganda, panja harakatlantirilganda og'riq kuchayishi, panjaga sekin urib ko'rilganda singan joyda og'riq hisoblanadi. Gematoma xisobiga mushak qalinlashgan. Qon-tomir nerv chigallari kam jarohatlanadi. Gospitalgacha tashxislashda Ottavo qonuni qo'llaniladi. Agar bemorda kundagi kriteriyalar kuzatilsa, rentgenologik teshiruvdan o'tishi kerak bo'ladi. Rentgen plyonkasi qo'shib kuzatilmasa, bemorda yumshoq to'qimalar jaroxati tashxisi qo'yiladi.

- yoshi 55 yosh va undan katta
- kichik boldir suyagi boshchasi og'riqliliga
- tizza qopqog'ining aloxida og'riqliliga
- tizzani 90 gacha buka olmaslik
- jarohatdan keyin darrov o'z og'rligi bilan 4 qadam yura olmasligi.

Shoshilinch yordam: albatta pufaksimon yoki karvonsimon shina qo'yiladi. Shina sonning yuqori uchdan bir qismidan to panja barmoqlari uchigacha qilinadi. 50% 0, 1 – 1ml promedol eritmasi yuboriladi.

Gospitalizatsiya: travmatologik bo'limga.

BOLDIR PANJA BO'G'IMI VA TOVON JAROHATLARI.

Jarohatlar ichiga eng ko'p uchraydigani bo'lib, ketma-ketligi bo'yicha quyidagicha tartiblanadi: boldir panja bo'g'imi boylamining cho'zilishi, tashqi oyoq, kaft sinishlari, oyoq kaft suyagini asosidan sinishi, ikkala kaft va katta boldir suyagi orqa qirrasining sinishi, kaft suyaklari barmoq falangalari sinishi, kaft usti suyaklari sinishlari, tovonni keskin chiqishlari.

Mexanizm: tovonni keskin ichkariga yoki tashqariga buralishi, yuqoridan oyoq panja bilan o'tishi, og'ir buyumlarni panjaga tushib ketishi, (Oyoq, kaft usti, falangalari, barmoklar, tovon sinishlari)

Diagnostika: boldir panja bo'g'imi boylami tortilishi bo'g'imining ichki yoki tashqi qismida gematoma asosida shish paydo bo'ladi, supinatsiyada keskin og'riq, palpatsiyada kuchli og'riq. Agar bir vaqtning o'zida boylamlar tortilishi bilan birga V kaft suyagi sinishi kuzatilsa, uning asosini paypaslaganda og'riq kuzatiladi. Tashqi oyoq kaft sinishi klinikasi xuddi yuqoridagi o'xshagan lekin palpatsiyada faqat oyoq kafti pasida emas kaftni o'zida xam kuzatiladi.

Tovon suyagi sinishi – tovon keskin kengaygan tashqariga buralgan. Siljib shishganda xam tovon asosidan tashqariga buralgan

siljib shishganda xam tovon asosidan qalinlashgan. Kuchli og'riq xisobiga bemor oyoqda tura olmaydi, panjada og'riq xisobiga holdir, tovon bo'g'imida harakat chegaralangan, lekin harakat qilish mumkin. Boldir tovon bo'g'im chiqishlar kaft sinishlari bilan birga keladi. Kaft usti va kaft suyaklari chiqishlari tovon siqilganda kuzatiladi va suyaklarga deformatsiyasi bilan kechadi. Katta gematoma paydo bo'ladi. Boldir oyoq, kaft soxasi jarohatida ham Ottavo qonuni qo'llaniladi va Ottavoning oyoq kaft qoidasi deyiladi. Agar bemorda quyidagilar kuzatilsa shu qonuniga to'g'ri keladi va boldir kaft bo'g'imida jarohat bo'lib rentgenologik tekshiruv talab qiladi. Tovu rentgenogrammasi talab qilinadi, qachonki tovonda og'riq quyidagi kriteriyalar bilan birga uchrasa:

- V kaft suyagi asosida og'riq
- qayiqsimon suyakda og'riq
- Oyoq panja orqa qirrasida yoki lateral cho'qqisida suyak og'rig'i
- travmadan keyin o'z og'irligini ko'tara olmaslik.

Shoshilinch yordam: Oyoq panja karvonsimon yoki kartonli shinalash. Shina tizza bo'g'imidan panja barmoqlari uchigacha. Shina boldir orqa yuzasidan va panjani tovon qismidan qo'yiladi. 0,5 – 1ml 50% analgin mushak orasiga, 0,2-1ml 2% li morfin bilan og'riqsizlantiriladi.

Gospitalizatsiya: travmatologik bo'limga yuboriladi.

SUYAKLARNING OCHIQ SINISHI VA BO'G'IMLARNING OCHIQ JAROHATI.

OCHIK SINISHLAR

Bu sinishda jarohat sinish maydonida bo'lib, sinish soxasi tashqi muhit bilan aloqada bo'ladi. Bemor hayoti uchun xavfli bo'lib, travmatik shok, qon yo'qotish, infeksiyalanib og'ir flegmona, sepsisga olib kelishi mumkin.

Mexanizmi: Ko'pincha bevosita transport, poezd, avtomobil halokatlari, ba'zan suyak parchalari bilan ichkaridan yumshok to'qimalari teri ochiq shikastlanadi.

Diagnostika: singan sohada jarohat xar xil kattalikda bo'lishi mumkin. Kichkina nuqtadan to keng yirtilgan yumshok to'qima jarohati teri va to'qima shilinishgacha bo'lishi mumkin. Barcha belgilar (og'riq, qon, harakat, krepitatsiya) aniq ifodalangan. Jarohatda suyak bo'laklari, bo'lishi mumkin. Qon ketishi venoz xarakterda bo'ladi. Yirik suyaklar

ochiq sinishi travmatik shok bilan kechishi mumkin. Bunda bemorning umumiy ahvolini, gemadinamikasi, nafas holatini baholanadi. Singan joyda tashxislash qiyin emas, oyoq qo'llarni periferik qismi sezuvchanligi va puls tekshiriladi.

Shoshilinch yordam: ochiq sinishlar og'ir asoratlari: qon ketishi, shok, infeksiya, magistral qon tomir va nervlar jarohatlanishlari to'grisida ogohlantirish. Singan sohaga speril bog'lam qo'yiladi. Hech qachon suyak bo'laklarini to'g'irlab bo'lmaydi. Gemostazdan kam hollarda foydalanadi, gemostaz uchun odatda to'mtoq bosuvchi boylam qo'yiladi.

Gospitalizatsiya: reanimatsion yoki travmatologik bo'limga.

BO'G'IMLAR OCHIQ JAROHATI.

Jarohatlangan bo'lim, bo'g'im bo'shligi, tashqi muhit bilan aloqada bo'ladi.

Mexanizm: sababi yumshok to'qimalarni kesib o'tuvchi turli shikastlanishlar (kesilgan, chopilgan, yorilib lat yegan va b.) teri qoplami boylam bo'g'im kapsulasi jarohatlari, bo'g'im hosil qiluvchi suyak sinishlari bilan birga qoladi. Oxirgi lokal xodisalarida kuzatiladi.

Diagnostika: bo'g'im sohasida ichidan sinishi sinovial suyuqlik ajraluvchi, qonli, yog' tomchilari bo'lgan (suyak pardasi) bo'g'im jarohati ko'rinadi.

Tashxis aniq jarohatga qarab qo'yiladi.

Shoshilinch yordam: jarohatni birlamchi tozalash, transport shinasi va steril bog'lam qo'yiladi. Shok va qon ketganda shokga qarshi kurash davosi.

Oyoq qo'llar suyaklari sinishlarida tez yordam kechikkanda bemor biroz boshi ko'tarilgan holda yotqiziladi. Oldin sog'lom keyin kasal tomonidan sekin kiyimlari yechiladi. Bemorni to'g'ri o'tqazib oyoqlari ostiga yostiqlar qo'yiladi. Oyoq qo'llar periferik qismiga yostiqlar qo'yiladi. Bemorga ichishga 0, 1-0, 5grammli analgin, 0, 2ml 2% li promidol 0, 2-1% li demidrol mushak orasiga yuboriladi.

OYOQ QO'LLAR AMPUTATSIYASI.

Juda og'ir travmalar qatoriga kirib travmatik shok va o'tkir qon yo'kotish bilan kechadi.

Mexanizm: temir yo'l transporti halokati og'ir buyumlar bosib olishi natijasida kelib chiqadi.

Diagnostika: bemor rangi oqargan atrofga sovuq qonlik bilan qaraydi. Puls ipsimon arterial bosimi pasaygan, uzilgan qism osilib yoki alohida turadi. Tashxis ko'ruvda aniq qo'yiladi. Shokning og'irlik darajasi arterial bosim, puls, nafas soni kuzatib boriladi.

Shoshilinch yordam: agar arterial qon ketishi bo'lsa arterial qon ketish bo'lsa arteriyadan yuqori qismi siqib jgut bog'lanadi. Og'riqsizlantiruvchi vosita (50% analgin, 0, 5-2ml 2% li morfin 0, 2-0, 1ml) yuboriladi. Yurak qon tomir moddasi kardeamin 0, 2-2ml. jarohat joyiga aseptik bog'lam qo'yiladi. Katta jarohatlar steril plyonka yoki konturli bog'lam bilan bekitiladi. Shok holatlari kuzatilsa jgut qo'ygandan keyin shokka qarshi chora ko'riladi.

Gospitalizatsiya: travmatologik statsionarlarning reanimatsion bo'limiga.

Transpartirovka vaqtida infuzion terapiya davom ettiriladi. Uzilib tushgan qism jarohatlanuvchi bilan birga yura oladi.

Nazorat savollari. («Galeriya bo'yicha tur», «Prezentatsiya», «Qo'l stol o'rtasida» usularidan foydalaniladi.)

1. Suyak mushak tizimi jarohatlangan bemorlarni baholash mezonlari

2. Hayot uchun xavf soluvchi suyak mushak tizimi jarohatlarini aniqlash va shoshilinch yordam ko'rsatish.

3. Oyoq qo'llarini yo'qotishga xavf soluvchi suyak mushak tizimi jarohatlarini aniqlash va shoshilinch yordam ko'rsatish.

4. Suyak mushak tizimi jarohatlarida qon tomir buzilishi belgilari.

5. Chanoq suyaklari jarohatlanganda shoshilinch yordam

6. Suyaklarni ochiq sinishida shoshilinch yordam.

7. Suyak mushak tizim jarohatida og'riqni davolash.

8. Bolalarda epifiz jarohatlanganda shoshilinch yordam.

9. Yelka chiqishlarida shoshilinch yordam.

10. Bilak suyagi boshchasi chala chiqishida shoshilinch yordam

11. Kolena Ottavo qoidasi.

12. Ottavoning panja qoidasi.

O'z – o'zini tekshirish uchun testlar.

1- Singan va chiqqan bemorlarda shoshilinch yordam o'tkazilishi:

- a) Barchasi to'g'ri
- b) Og'riqsizlantirish
- c) Immobilizatsiya
- d) Xodisa joyida xavsizlikni ta'minlash
- e) Bemor ahvolini baholash.

2- "Klavish" simptomi kuzatiladi:

- a) O'mrov shiqichida
- b) Yelka suyagi sinishida
- c) Kurak sinishida
- d) Bilak suyak sinishida

c) Hammasi to'g'ri

3- Sakizsimon bog'lam yoki Delbe xalkasi qo'yiladi:

- a) O'mrovga qo'yiladi:
- b) Yelka suyagi sinishida
- c) Kurak sinishida
- d) Bilak suyak sinishida

e) hammasi to'g'ri

4- Imbibitsiya nima

- a) Qonning yumshoq to'qimasiga o'tishi
- b) Gematoma hosil bo'lishi
- s) Eksudat to'planishi
- d) transsudat to'planishi
- e) Hammasi to'g'ri

5- Qo'l suyaklari jarohatlanganda ko'proq foydalaniladi

- a) Ro'molcha bog'lam
- b) Bel taxtasi
- c) Kraxmal shinasi
- d) Traksion shina
- e) Alfa shinasi

6- Traksion shinalar eng ko'p foydalaniladi

- a) Son sinishlarida
- b) Boldir sinishlarida
- s) Yelka suyagi sinishlarida
- d) Umurtqa sinishlarida

e) hammasi to'gri

7- Chanoq suyagi sinishlarida asosiy asoratlar

a) Gipovolemiya

b) Vazodilitatsiya

s) Qoqshol

d) Anaerob infeksiya

e) hammasi to'gri

8 – Travmalar shok rivojlanishining asosiy ketma-ketlik mexanizmi

a) Gipovolemiya

b) Og'riq

s) Funksiyaning buzilishi

d) Hammasi to'gri

e) Hammasi noto'gri

III BOB. BOLALARDA CHIQISHLAR VA CHALA CHIQISHLARNING XUSUSIYATLARI

Bolalarda travmatik chiqishlar sinishlarga nisbatan deyarli kam uchraydi. Bu bolalarda boylam-kapsula apparatining ancha elastikligi va baquvvatligidan darak beradi. Bundan tashqari, travmatik epifizeoliz bolalarda go'yo chiqishning o'mini bosadi. Agar suyak to'liq o'midan qo'zg'almasa, unda chala chiqish kuzatiladi. Bu bilak-tirsak suyaklarining tirsak bo'g'imida va bilak suyagi boshchasining chala chiqishi eng tipik chiqishlar bo'lib, bular asosan 5 yoshgacha bo'ladi. Chiqishga olib keladigan travma mexanizmi asosan bilvosita: odatda, bu bo'g'imdagi harakatlar amplitudasining oshib ketishiga olib keladigan oyoq qo'l yoki bo'ylab yuqtirishidir.

O'MROV CHIQISHLARI

Mexanizm: Travma mexanizmi bilvosita – bukilgan qo'l, elka bo'g'imiga yiqilishi. Ko'pincha kurashchilar, akrobatlar va bokschilarda uchraydi. 90% hollarda akromial-o'mrov boylamida ba'zan ko'krak-o'mrov boylamida uchraydi.

Diagnostika: O'mrov suyagining akromial uchini ko'tarilib qolishi, ko'krak qismini esa oldinga yoki orqaga surilishi «klavisha» simptomining musbat bo'lishi. O'mrov suyagining oxiri bosilganda u joyiga tushadi, qo'yib yuborilganda yana tepaga ko'tariladi. Bu xammasi elka bo'g'imida og'riq chaqiradi. Qisman chiqishda esa, o'mrov suyagi ozgina ko'tarilib turadi. Qo'lni ushlab pastga tortganda o'mrov suyagining kutarilishi kuzatilmaydi, o'zgarmasdan qoladi. O'mrov yelka suyagi bilan pastga tushadi.

Shoshilinch yordam: O'mrov suyagi to'liq chiqqan bemorlarni zudlik bilan gospitalizatsiya qilish kerak. Birinchi yordam sifatida qo'lni bog'larga osiltirib bog'lab og'riqsizlantiruvchi vosita yuboriladi. (2 ml. 50% analgin mushak orasiga).

Gospitalizatsiya: Travmatologik bo'limiga.

YELKA CHIQISHLARI

Mexanizm: Qo'l oldinga bukilganda yoki orqada bo'lganda yiqilganda kuzatiladi.



Diagnostika: Qo'l tashqariga yozilgan holda bo'ladi. Qo'l pastga tushirilsa keskin og'riq kuzatiladi. Sog'lom yelkaga qaraganda jarohatlangan yelka uzunroq bo'ladi. Yelka suyagi boshchasini botgan va qo'ltiq osti chuqurchasida paypaslanadi (27-rasm yelka chiqishi).

Yelka chiqishlari yoshlarda, oldin travmatik chiqish bo'lganlarda ko'p kuzatiladi.

Travmaning tashki belgilari (og'riq, shish, qon quyilishlar) Ko'pincha kuzatilmaydi. Ko'pchilik bemorlar chiqishni o'zlari to'g'irlaydi.

Tibbiy yordamga murojaat qilishmaydi. 6-8 kundan keyin bilakda, panja bo'g'imlarining teri kletchatkasi gemotomasi immobilizatsiya kuzatiladi, bu bezovtalikka olib kelib, yordam talab qiladi. Bu paytgacha chiqish joyi eskilanib, jarroxlik bilan davolashni talab qiladi. O'ziga xos simptomlarga asoslanib oson tashxislanadi. Yelka chiqishini yelka bo'yin sinishlari bilan qiyosiy tashxislanadi. Yelka suyagi bo'yni sinishlarida yelka uzunlashmaydi, qo'l tanaga tortilgan va qo'lni tanadan tortmoqchi bo'lishsa keskin og'riq kuzatiladi. Ko'ruvda bilak arteryasi pulsatsiyasi va barmoklarni tashqariga yozib ko'rishi tekshiriladi. Ba'zan yelka chiqishlarida yelka chigali ham shikastlanishi mumkin.

Shoshilinch yordam: Bemorlar og'riqish kamaytirish uchun majburiy xolatda bo'ladi. Ular jarohatlangan qo'lni ko'tarib sog' qo'l bilan ushlab turadi. Qo'l bilan qo'lni pastga tushirib bo'lmaydi. Qo'ltiq ostiga yostiqcha qo'yib, qo'lni tanaga bog'lov bilan bog'lab immobilizatsiya qilinadi. Bilak va panja ro'mol bog'lovga osiltirib qo'yiladi. Og'riqsizlantiriladi (50% analgin eritmasi).

Chiqishlarni ambulator sharoitida to'g'irlamagan ma'qul, doimiy chiqishlarni bemorlarni o'zlari to'g'irlab qo'yishadi.

Gospitalizatsiya: Kechikkan paytda chiqishlarni og'riqsizlantirib keyin to'g'irlanadi. Hech qanday kuch ishlatilmaydi, mushaklarni yaxshilab bo'shashtirish lozim bo'ladi. Qachonki bemorda ita jarohatlanish bo'lsa, va o'z o'qidagi bir marta itarilgan bo'lsa chiqishlarni to'g'irlash mumkin. Keyin ro'molchali bog'lam va Dezo

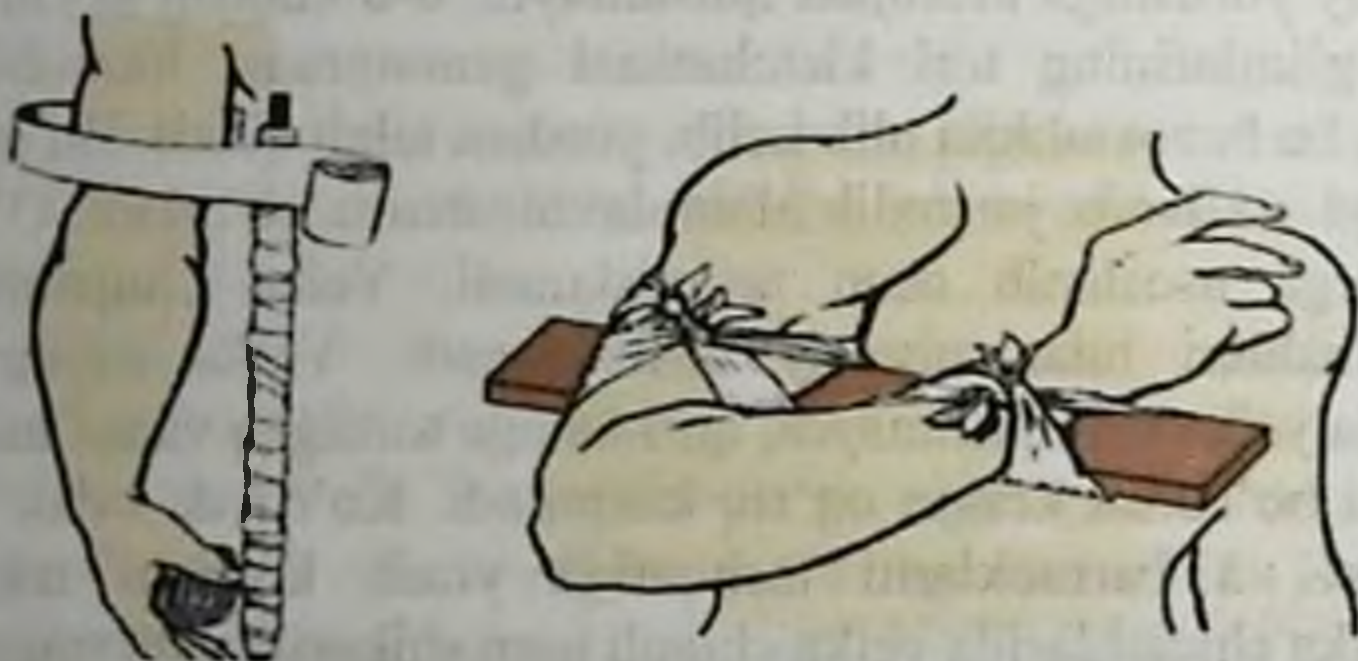
bog'lami qo'yiladi. Agar bir martada joyiga tushmasa qaytarishi mumkin emas.

Gospitalizatsiya: Agar suyak bir martada joyiga turmasa travmatologik bo'linga.

Yelka suyagi yuqori qismi sinishi. Ko'pincha yelka suyagining xirurgik bo'ynidan, katta egrilikdan, kam hollarda anatomik bo'yinchasidan sinadi. Ko'pincha qariyalarda kuzatiladi.

Mexanizm: kaft bilan yiqilish yelka bo'g'imi sohasi bilan yiqilishi.

Tashxis: Jabrlanuvchi yelka bo'g'imi soxasida keskin og'riq sezadi. Panja bukilgan, bilak tanaga tortilgan, sog'lom qo'l bilan tanaga tortilgan, sog'lom qo'l bilan jarohatlangan qo'lni ushlagan holda bo'ladi. Yelka bo'g'imi hajmi kattalashgan, shu soxani paypaslaganda yoki harakatlantirilganda og'riq kuchayadi. Ba'zan bo'lakchalar krepatatsiya ovozi eshitiladi. Davolashni kechiktirish bilak yoki panja soxasi terisi gematoma immobilizatsiyasi paydo bo'ladi.



28-rasm Bilak va tirsak bo'g'imini shinalash



29-rasm Orqa chiqishlarni to'g'rilash

Qiyosiy Diagnostika: yelka chiqishlari, mushak lat yeyishlari va tirtimishlari bilan qiyosiy tashxislanadi. Ba'zan katta egrilikning uzilishi ikki boshli mushakning uzun boshchasining uzilishi belgisi bilan keladi.

Bunda og'riq katta egrilikdan pastda kuzatiladi, yelka ikki boshli mushagining qalinlashishi kuzatiladi.

Shoshilinch yordam: Qo'lni ro'molchali bog'lamga osiltirib, kuchli og'riq bo'lsa tanaga Dezo bog'lami bilan bog'lab qo'yiladi. Og'riqsizlantirish uchun 50%li analgin eritmasi yuboriladi. Qariyalarga bu xolatda kuchli og'riq, travmatik shok surunkali yoshga xos kasalliklari (stenokardiya va boshkalar) asorat berishi mumkin, shuning oldini olish uchun narkotik analgetiklardan foydalaniladi

Gospitalizatsiya – travmatologik bo'limga.

BILAK SUYAGI CHIQISHLARI.

Ko'pincha orqa chiqishlar kuzatiladi. Kam hollarda oldinga va yon chiqishlar kuzatiladi. Chiqishlar sinishlar bilan birga kelishi mumkin.

Mexanizm: kaft bilan yiqilish, avtoxalokatlar.

Diagnostika: Orqa chiqishlarda bilak qisqargan va tirsak bo'g'imi parraksimon deformatsiyasi bo'ladi. Kuchli og'riq, bo'g'imda harakat keskin chegaralangan va og'riqli bo'ladi. Bo'g'imni bukishga harakat qilganda prujinasimon qarshilik kuzatiladi. Oldingi chiqishida bilak uzaygan, tirsak dumbokchasi soxasi botiqlik harakati kam chegaralangan orqa chiqishga qaraganda yon chiqishlarda ichkari yoki tashqariga surilgan bo'ladi. Oldingi va yon chiqishlarda ba'zan tirsak yoki o'rta nerv jarohatlanib, barmoqlarda sezish pasayishi mumkin.

Shoshilinch yordam: tirsak bo'g'imini ishkallash. Og'riqsizlantiruvchi vosita yuborish. Gospitalizatsiya cho'zilib ketsa chiqish joyiga solinadi. Orqa chiqishlar maxalliy og'riqsizlantirib keyin to'g'irlanadi.

Uzun ichki tirsak o'simtasi va yelka suyagi orasidan qon paydo bo'lguncha kirgiziladi. So'ng 5ml 1%li novokain eritmasi yuboriladi 10 minut o'tgandan keyin to'g'irlash mumkin. Yordamchi yelkani ushlab turadi

Shifokor qo'lni 100 sm ga bukib panja barmoqlarini tortadi. Bir necha daqiqadan so'ng bilak "turtki" usulida to'g'irlanadi. Tirsak bo'g'imida erkin harakat kuzatiladi. Qo'lni ro'molchali bog'lamga osiltirib qo'yiladi. Oldingi chiqishda tirsak bo'g'imidan o'tkir burchak ostida bukiladi tanadan uzoqlashtirib va elka o'qi buyicha bilakning

yuqorigi uchdan bir qismi tortiladi. Bir necha daqiqadan so'ng mushaklar bo'shshadi va yordamchi yelkani oldinga suradi.

Yon chiqishlar ham xuddi shunday to'g'irlanadi.

Gospitalizatsiya: travmatologik bo'linga.

BILAK SUYAGI BOSHCHASINING CHALA CHIQISHI

Bilak suyagi boshchasining chala chiqishi «torgishdan chiqish» yoki «go'dak bolalardagi og'riqli pronatsiya» deyiladi. Shikastlanish asosan 1 yoshdan 3 yoshgacha kuzatiladi. Yosh ulg'aygan sayin bilak suyagi boshchasining chala chiqishi kamaya boradi va 5 yoshdan katta bolalarda umuman uchramaydi. Bu shikastlanish ko'p uchrashiga va klinikasining to'liq tasvirlanganiga qaramay, shifokorlar, ko'pincha, tashxislash va davolashda xatolarga yo'l qo'yishadi, bunda yelka boshchasiga nisbatan xalqasimon bog'lamda siljib, bo'shchaning sinovial buramasida qisilib qoladi. Anamnezdan xaqiqatdan xam bola yiqilayotgan paytda onasi qo'lidan ushlab qolishga xarakat qilgani aniqlanadi. Ayrim paytlarda kichkina bolalarda bu turdagi shikastlanish o'yinlar paytida yoki yengi tor kiyim kiydirayotganda ro'y berishi mumkin.

Klinikasi. Qo'l majburiy xolatda. Bilak tirsak bo'g'imida yarim bukilgan, pronatsiya xolatida, qo'l tana bo'ylab osilgan. Bola xar doim ham eng ko'p ogriydigan joyni ko'rsata olmaydi. Ko'pincha, o'mrov suyagi singaniga shubha qilinadi. Paypaslaganda maksimal og'riq bilak suyagi boshchasiga to'g'ri keladi. Og'riq borligi tufayli bo'g'imda aktiv xarakatlar qilish mumkin emas. Passiv bukish va yozish xarakatlarida og'riq yo'q, ammo rotatsion xarakatlar qilinganda qattik og'riq paydo bo'ladi. Ko'pincha, yelka bo'g'imida harakatlar chegaralangan. Bolaning fikri chalg'itilganda yelka bo'g'imida og'riqning yo'qligi aniqlanadi. Bolada bilak suyagi boshchasining chiqish mexanizami. Sayr qilishda, kiyim kiydirishsa, passiv xarakatlar to'liq xajmda. Ko'pincha rentgenografiya ma'lumot bermaydi. Solishtirish maqsadida ikkala tirsak bo'shini rentgenografiya qilinsa, unda shikastlangan tomonda bilak suyagi boshchasi bilan yelka suyagining boshchasi orasida masofaning sal ko'proqligi aniqlanadi. Differensial tashxislash. Travma anamnezi goyat muhim: lat yeyishlar, urilganda suyak sinishi, bilak suyagi boshchasining chala chiqishi — bilvosita travma bo'lganda yuzaga keladi. Bolani tik turgan xolatida ko'riladi, kiyimi yechilgan bo'lishi shart. Ko'ruvdan o'tkazilganda qon talashishiga, yelka usti va

qo'lining simmetrik uzunligiga ahamiyat berish kerak. Lat yeganda va singanda qon talashishi va to'qimalar shishi xarakterlidir. Paypaslash o'mrovdan boshlanadi. Suyak bo'laklari siljimagan sinishda paypaslanganda bola og'riq sezadi. Lat yeganda va sinishlarda tirsak bo'g'imida passiv xarakatlar erkin, bilak suyagi boshchasi chala chiqqanda bilakni supinatsiya qilib bo'lmaydi. Rentgenografiya tashxislashga imkon beradi.

Davolash. Chala chiqqanni og'riqsizlantirmasdan o'miga solinadi. Jarrox bir qo'li bilan bolaning kaft oldidan ushlab, ikkinchi qo'li bilan esa tirsak bo'g'imidan birinchi barmoq, chiqqan boshcha ustida turadigan qilib ushlashi kerak. Bilak yoki bo'ylab oxista tortiladi. Tortishni susaytirmasdan bilak supinatsiya xolatiga o'tkazilib, uni tirsak bo'g'imida to'g'ri burchak ostida bukiladi. Odatda, bilak buqilganda «shilk» etgan tovush chiqadi, bu chala chiqqan boshchani o'miga tushganligidan darak beradi. Muxim klinik belgilardan chala chiqqan boshcha o'miga solingach, bola tinchiydi va tirsak bo'g'imida xarakatlar tiklanadi. Ko'p klinitsislar o'miga solingan qo'lni kiyimchada 1-2 kunga fiksatsiya qilishni tavsiya qiladilar.

QO'L BARMOQLARI BO'G'IMLARIDA CHIQISH

Bolalarda barmoqlar falangalarining travmatik chiqishi kamdan-kam uchraydi. Ko'pincha, birinchi barmoq. kaft-falanga bo'g'imida me'yoridan ortiq yozilganda chiqib ketadi. Bunda bo'g'im kapsulasi shikastlanib, barmoqning asosiy falangasi orqa tomonga siljiydi. Ortiqcha yuk berilishi oqibatida uzun yozuvchi pay kaft suyagi boshchasi bilan birinchi barmoq asosiy falangasi oralig'ida qisilib qoladi.

Klinikasi. Travmadan keyin shu zaxoti deformatsiya va kuchli og'riq paydo bo'ladi. To'liqchikl asosiy falanga to'g'ri burchak ostida turadi, chala chiqqanda esa kaft suyagiga nisbatan o'tmas burchak hoida turadi. Tirnoq falangasi xamma hollarda ham bukilgan xolatda turadi. Kaft yuzasida bo'rtib turgan kaft suyagi boshchasi bilinib turadi, kaft orqa tomonida birinchi barmoq asosiy falangasi paypaslanadi. Aktiv harakatlar yo'q, passiv xarakatlarda prujinasimon qarshilik aniqlanadi. Rentgenologik tekshiruv tashxisni aniqdaydi.

Davolash. O'miga solish qisqa muddatli narkoz ostida bajariladi. To'liq chiqqanda barmoq uzunasiga tortilib turgan holatda bilak tomonga buriladi. Keyin birinchi barmoqning yozilishini kuchaytirib,

asosiy falanga asosini kaft suyagi boshchasidan surib, jarroh bir vaqtning o'zida birinchi barmoqni kaft falanga bo'g'imida yozadi. Agar ikki marotaba o'rniga tushirishga qilingan harakat natija bermasa, unda jarroxlik usulida ochib, o'rniga qo'yiladi.

SONNING TRAVMATIK CHIKISHI

Bolalarda sonning chiqishi kam uchraydi va asosan 10 yoshdan katta bolalarda uchraydi. Son suyagi boshchasining chanoq kosachasiga nisbatan qo'zg'alishiga qarab sonning quyidagi chiqish turlari kuzatiladi:

- 1) orqa yuqori yoki yonbosh
- 2) orqa pastki yoki kuymich
- 3) oldingi-yuqori yoki kov usti
- 4) oldingi-pastki yoki yopkich.

Orqa-yuqori chiqishlar eng ko'p uchraydi. Travma mexanizmi bilvosita, bunda kuchli tashqi kuch sonni to'sat-dan ichkariga tez burib yuborib, yaqinlashtiradi. Shunda sonning dumaloq boylami uziladi, uning boshchasi bo'g'im pardasini yirtadi va mushaklar orasida kisilib qoladi.

Klinikasi. Asosiy belgisi kuchli og'riq, oyoqning majburiy holati (chiqish turiga bog'liq), aktiv harakatlar qila olmaslik passiv harakatlar qilinganda prujinasimon qarshilik paydo bo'lishi. Yonboshdan chiqishida oyoq ichkariga surilgan va ichkariga buralgan, tizza va chanoq-son bo'g'imlarida bir oz buqilgan. Oyoq 3-4 sm ga nisbiy qisqargan. Katta kust Rozer-Nelaton chizigidan yuqorida joylashgan, Shemaker chizigi kindikdan pastroqda o'tadi. Kuymichdan chikishida oyoq bukilgan va ancha buralgan, chov boylami osti chuqurlashgan, sonning boshchasi pastroqda paypaslanadi va chanoq kosasi orqasida, oyoqda nisbiy kaltalik bo'lmasligi mumkin. Katta kust Rozer Nelaton chizigidan yuqoriroqda joylashgan. Shemaker chizigi qariyb kindik ustidan o'tadi. Oldingi pastki chiqishda oyoq tanadan uzoqlashgan va tashqariga buralgan, tizza va chanoq-son bo'g'imlarida bukilgan. Katta kust Rozer-Nelaton chizig'idan quyida joylashgan, Shemaker chizigi kindikdan yuqorida o'tadi. Sonning boshchasi paypaslanganda og'rik kuchayadi, sonning boshchasi yopkich teshik yuzasida aniqlanadi. Oldingi yuqori chiqishda oyoq yozilgan, tanadan uzoqlashgan va tashqariga buralgan.. Oyoqning rangi ko'kimtir, bu son boshchasining qon tomir va nervlarni kisishi natijasida kelib chikadi. Katta ko'stni

paypaslab aniqdab bo'lmaydi. Rentgenologik tekshiruvlar tashxisni aniqlashga va davolash usulini tanlashga imkon beradi.

Davolash. Chiqqan sonni o'miga tushirish umumiy narkoz ostida miorelaksantlar ishlatilib amalga oshiriladi. Chiqqanni o'miga solishda kattalarda ishlatiladigan usullar qo'llaniladi (Janelvdze, Koxer). Qo'shma jaroxatlarda va oldingi-yuqori chiqishlarda Somixin usuli tavsiya qilinadi. O'miga solish bosqichma-bosqich uch bosqichda bajariladi: 1. Jarrox. chiqqan tomondan bemorga karab turadi. Shikastlangan oyoqni tizza va chanoq-son bo'g'imlarida to'g'ri burchak ostida bukadi, boldir jarrox yelkasiga qo'yiladi. Yordamchi oyoqni boldirdan shu xolatda ushlaydi. 2. Shifokor bola chanog'ini ikki qo'llab yonbosh suyagi qirralaridan ushlaydi. Keyin shifokor qaddini rostlab yoki oyoq panjalarida turib, boldirni yelkasi usti bilan bosadi, shu tarzda sonni o'qi bo'ylab cho'zadi. Shunda son suyak boshchasi cho'zish o'ki bo'ylab siljiydi va chiqqan boshcha o'miga tushadi. 3. Oyoq to'g'rilanadi va chiqish bartaraf qilingach, gips longeta yordamida qotiriladi yoki Beler funksional shinasiga qo'yiladi. Chiqish o'miga tushirilgach, nazorat rentgenografiyasini qilish shart. Immobilizatsiya muddati 3-4 hafta. Fizioterapevtik davo, DJT o'tkaziladi. Son suyagi boshchasining aseptik nekroz bo'lishining oldini olish maqsadida oyoqni to'liq bosishga 5-6 haftadan keyin ruxsat beriladi, bu shikastlangan kundan boshlanadi. Bolalar son chiqishini boshidan o'tkazgan bo'lsalar, 2 yilgacha dispanser nazoratida bo'lishlari shart.

SON CHIQISHLARI.

Mexanizm: Tez-tez uchraydigan xolat, ular avtomobilchi avtoxalokatlarida (jarohatlovchi kuch bukilgan tizza bo'ylab kuzatiladi), tepalikdan yiqilganda son sinishlari bo'lishi mumkin. Uch xil chiqishlar kuzatiladi. Orqa chiqishlar (90%dan ko'p uchraydi) qov usti chiqishlari yopiq chiqishlari kuzatiladi.

Diagnostika: Orqa chiqishda – Oyoq chanoq – son va tizza bo'g'imidan bukilgan, ichkariga burilgan bo'ladi. Qov usti chiqishida – Oyoq yozilgan, ozgina orasi ochilgan va tashqariga burilgan bo'ladi, boshchasi chov boylami ostidan paypaslanadi. Yopiq chiqishida – Oyoq chanoq son bo'g'imidan bukilgan, orasi ochilgan va tashqariga burilgan bo'ladi. Chanoq son bo'g'imi soxasi shishlaridan farqi chiqishlarda fiksatsiyalangan bo'ladi. Xolatni o'zgartirmoqchi bo'lsak prujina simon qarshilik kuzatiladi.

Shoshilinch yordam: Bemor yog'ochli nasilkaga chalqancha yotqiziladi. Oyoqlar qanday xolda bo'lsa xuddi shunday xolda bo'g'imlar ostiga yostiqlar yoki kiyimlari qo'yib immobilizatsiya qilinadi. Odatda standart shina bilan immobilizatsiya qilib bo'lmaydi. Oyoqni kuch bilan to'g'irlash yoki burash son boshchasining sinishiga olib keladi. Og'riqsizlantirish uchun 0, 2-1ml 20%li promedol teri ostiga yuboriladi. Shifoxonadan tashqarida chiqqan joyini solib qo'yish mumkin emas. Travmatologik bo'limda relaksantlar, narkoz bilan joyiga solinadi.

Gospitalizatsiya: travmatologik bo'limga.

BOLDIR CHIQISHI

Mexanizm: tashqi kuch ta'sirida boldir chiqishi mumkin. Lekin xolati avtomobil bamperining boldirni uzishiyu barcha xolatlarda son fiksatsiyalangan, boldir nisbatan erkin bo'ladi. Chiqishlarda tizza bo'g'imi boylamlari yirtilishi, tizza orti arteriya va kichik boldir nervi jarohatlanishini kuzatish mumkin.

Diagnostika: travma mexanizmini deformatsiyani inobatga olib tashxis quyiladi.

Tizza bo'g'imida deformatsiya kuchli, og'riqli, gemartroz bilan bo'ladi. Tizza orti tomirlari bosimi natijasida oyoq panja oqargan, sovuq pulsatsiya bo'lmaydi, kichik boldir nervi jarohatlanishi natijasida oyoq ("ot oyogi") kurinishida osilib qolgan, aktiv yozishi kuzatilmaydi. Panjada birinchi va ikkinchi oyoq kaft suyaklarida sezuvchanlik buzilgan. Albatta oyoq tashki va ichki yuzasi pulsatsiyasi tekshiriladi.

Shoshilinch yordam: tizza bo'g'imi transport shinasida yordamida immobilizatsiya qilinadi va teri ostiga og'riqsizlantirish uchun (50% 0, 5-2 ml analgin eritmasi), 0, 2 - 1ml 2% li morfin yuboriladi.

Gospitalizatsiya: ushlanib qolgan chiqishni tug'irlab qo'yish lozim. Yarim soat oldin teri ostiga 0, 2-1ml 10% li morfin eritmasi va 0, 1 - 05, ml 0, 1% atropin yuboriladi bemor chalqancha yotqizilib tizza bo'g'imiga punksiya yo'li bilan 30ml 10% li novokain eritmasi yuboriladi 10-15daqiqadan so'ng yordamchilar panjani traktsiya qiladi. Shifokor bir qo'li bilan sonni, ikkinchi qo'li bilan boldirni oldinga suradi (orqa chiqishda) yoki orqaga suradi (oldingi chiqishda) yoki ichkari yo tashqariga suradi (yon chiqishda) so'ng sonning yuqori ustidan bir qismidan barmoqlar uchiga orqa shina bilan fiksatsiyalanadi. Shok kuzatilsa shokka qarshi terapiya qilinadi.

Gospitalizatsiya: Travmatolog bo'limga.

IV-BOB. BOLALARDA CHANOQ SUYAGI VA UMURTQA POG'ONASI SHIKASTLANISHLARI

Chanoq suyaklarining sinishi xamma sinishlarning 4% ni tashkil qiladi va odatda 8 yoshdan katta bolalarda uchraydi. Ko'pincha balandlikdan tushib ketish, avtoxalokat va biror narsaning bosib qolishi natijasida yuz beradi. Bolalar chanoq'ining anatomik tuzilishining o'ziga xos xususiyatlariga qov va dumg'aza-yonbosh birikmasidagi boylam apparatining bo'shligi, uchchala chanoq suyaklarini ajratib turuvchi tokay kavatining borligi, bolalar suyagining egiluvchanligiga bog'liq bo'lgan chanoq xalqasining elastikligi kiradi. Chanoq suyaklarining shikastlanishlarini asosiy to'rt turi ajratiladi:

- 1) chanok halkasini tashkil etishda ishtirok etmagan chanoq suyaklarining chekkalarining sinishi,
- 2) chanoq xalqasining butunligi buzilmagan xolda suyaklar sinishi,
- 3) chanoq xalqasining butunligi buzilgan xolda suyaklar sinishi,
- 4) kuymich kosasining sinishi.

Chanok halqasini tashkil etishda ishtirok etmagan chanoq suyaklari chekkalarining sinishi ko'prok katta yoshdagi bolalarda va o'smirlarda uchraydi, bu apofizar yadrolarning suyaklar bilan to'la bitib ketmaganligiga bog'liq bo'ladi. Sinishlar ko'pincha sport mashqlari paytida yuz beradi, bu esa mushak va suyak rivojlanishidagi nomutanosiblikka bog'liq bo'ladi. Masalan, 13-14 yoshdagi bolalar uzunlikka sakrayotganda yoki «shpagat» ilayotganda kuymich suyagining do'mboqchasi uzilib ketishi mumkin. 10 yoshdan katta bolalarda dumg'aza, dum, dumg'aza-yonbosh birikmasidan pastda chiqib-sinishlar to'g'ridan-to'g'ri kuch ta'sirida sodir bo'ladi.

Klinika. Suyak chekkalari singanida sinishning maxalliy belgilari ko'proq aniqlanadi. Oldingi-yuqori o'sik singanda sonni tashqariga siljiganda va bukkanda va oldinga qadam qo'yganda qattiq og'riq xosdir. Orqaga yurish esa qiyinchilik tug'dirmaydi («orqaga yurish belgisi»). Oldingi-yuqori o'sik sinib siljiganda oyoqning nisbiy uzunligi kamayishi aniqlanadi, chunki singan suyak parchasi pastga va tashqariga siljigan bo'ladi. Yonbosh suyagining oldingi-pastki o'sigi singanda sonning to'g'ri mushagi qiskarganda va tizza yorilganda og'riq kuzatiladi. Dum singanda va chiqqanda o'tirish va ich ketish o'ta og'riqli bo'ladi. Anamnezida xar doim to'g'ridan-to'g'ri shikastlanish

mexanizmi borligi aniqlanadi. Chang'i uchayotganda yiqilish, gimnastik snaryaddan noto'g'ri sakrash, to'g'ridan-to'g'ri ta'sirot va xokazo. Kuymich do'mboqchasi uzilib singanda o'sha tomondan bola oyog'ini tizzasida bukishi qiyin bo'ladi. Og'riqning paydo bo'lishi kuymich do'mbokchasiga birikkan boldirni bukuvchi mushaklar qiskarishiga bog'liq bo'ladi. Tekshirish chanoq suyaklarining rentgenogafiyasi bilan yakunlanadi. O'sish zonalaridagi sinishlar faqat bir necha hafta yoki oydan so'ng yumshoq to'qimalar orasida bo'lgan qadoqning soyasi aniqlanganda bilinishini xisobga olish kerak. Suyak chekkalari sinishi ko'pincha yumshoq to'qimalarning lat yeyishi deb qabul qilinishi mumkin. To'g'ri tashxis qo'yishda bemorni batafsil tekshirish, shikastlanish mexanizmini aniqlash (paypaslash asosida) o'lchashlar, yurish xarakteriga, rentgenologik tekshirish natijalariga asoslanadi.

Davolash. Chanoq suyaklari chekkalari singanda, odatda, konservativ davolanadi. Bola tekis taxtaga yotqiziladi, oyog'i esa singan yerga birikkan mushaklarni to'la bo'shashtiradigan xolatda qo'yilib, xarakatsizlantiriladi. Yonbosh suyagi oldinga o'siklari singanda oyoqni 165-170° tashqariga yo'naltirilib, Beler shinasida harakatsizlantiriladi va boldirdan 2-3 haftaga «intizomli» leykoplaster orqali tortish o'rnatiladi. Kuymich do'mboqchalari siljmay yoki bir oz siljib singanda oyoqni to'g'rilab, beldan panjalar uchigacha 3 xaftaga keng longetali gipsli bondam qo'yiladi. Kuymich do'mboqchasi sinib, katta siljish kuzatilganda jarroxlik davolash qo'llaniladi. Ochiq repozitsiya qilinib, suyak parchasi joyiga ko'chiriladi. Dum suyaklari sinib chiqqanda bemor 2 xafta davomida ko'rikka yotkizilib davolanadi. To'g'ri ichak orqali repozitsiya qilish uning devorlari shikastlanishi xavfi borligi tufayli mumkin emas. Chanoq halqasining butunligi buzilmay suyaklarning sinishi. Bu guruxga bir yoki ikki tomonlama qov yoki kuymich suyaklarining sinishi, bir tomonda qov suyagining bir shoxining yoki ikkinchi tomonda kuymich suyagining sinishi kiradi.

Klinika. Bemorning ahvoli o'rtacha og'ir, xolati majburiy, chalqancha yotib, oyoqdagi tizza va kuymich bo'g'imlarida bir oz bukilgan, tizzalari kerilgan. Qov suyagining gorizontal shoxi singanda cho'zilgan oyoqni ko'tara olmaslik «yopishgan tovon» belgisi bo'ladi. Asta-sekin tovonga urilganda, yonbosh suyaklarini kerishga yoki yaqinlashtirishga xarakat qilinganda og'riq kuchayishi kuzatiladi.

Rengenogrammasida chanoqni xamma qismlari ko'rinishi kerak. Chanoq suyaklari o'sish zonalarining joylashishini xisobga olgan xolda shikastlanish xarakteri aniqlanadi. Chanoq suyaklari singaniga gumon bo'lganda bemorni bir zambildan ikkinchisiga olish taqiqlanadi.

Davolash. Oldingi yarim xalqani xosil qilgan tos suyaklari singanda og'riqsizlantirishdan boshlash kerak. Chanoqni Shkolnikov-Selivanov usuli bo'yicha qamal qilish eng yaxshi og'riqsizlantirish usuliga kiradi. Oldingi-yuqori o'sikdan 1, 5-2 sm ichkariga igna sanchiladi, oldindan novokain eritmasini yuborib, yonbosh suyagi qanoti bo'ylab sirg'antirib, igna 8-12 sm chuqurga sanchiladi va 0, 25% novokain eritmasi yoshiga qarab yuboriladi: 3-6 yosh - 30-40 ml, 6-9 yosh - 40-60 ml, 9-12 yosh - 60-70 ml, 12-15 yosh - 70-100 ml. Chanok halqasining butunligi buzilgan xolda sinishlar. Bu gurux sinishlar orasida yosh bolalarda qov birikmasining ajrab ketishi, qov kuymich sinxondrozining ajrashi, dumg'aza-yonbosh birikmasida chiqish ko'prok uchraydi. Tipik Malgen sinishlar, diagonal va bir necha yerdan sinishlar xam kam uchraydi, shikastlanish mexanizmi: juda balandlikdan tushib ketish, chanoqning ezilishida, avtomobil halokati natijasi va boshqalar.

Klinika. Odatda shikastlanganlar osha ahvolda bo'ladi. Chanoq va oraliq soxasida, qorinning pastki qismida og'riqdan shikoyat qilishadi. Ko'p xollarda shok kuzatiladi. Bu bir tomondan suyak to'qimasining dumg'aza chitali nervlarining katta maydoni shikastlanishi natijasida qattiq og'riqqa, ikkinchidan chanoq kletchatkasiga va qorin pardasi orqa sohasiga ko'p qon ketishi bilan bog'liq bo'ladi. Chanoq xalqasining oldingi qismi sinishiga xos xolat, bu «baka xolati» oyoqlar tizza va chanoq-son bo'g'imlarida bukilib kerilgan. Agar bola oyoqlarini tizza va chanoq-son bo'g'imlarida bukib, tanaga olib kelayotgan bo'lsa, qov birikmasining ajraganini gumon qilish mumkin. Sinchiklab ko'rilganda singan suyak siljishi natijasida xosil bo'lgan chanoq shakli buzilishini aniqlash mumkin. Qov va kuymich suyaklari bir tomonda siljib singanda chanoqning shikastlangan yarmitorayganday tuyuladi. Oldingi va orqa yarim xalqalar singanda, ko'pincha, chanoq yarmi yuqoriga siljishi va tashqariga buralganligi kuzatiladi. Bu xolda shikastlangan tomondagi oyog'i kaltalashganga o'xshaydi. Chanoqning asimmetriyasi oldingi-yuqori o'siklardan to to'sh suyagining xanjarsimon o'sig'-igacha

bo'lgan masofani solishgirish bilan aniqlanadi. Shu bilan birga oyoqlarning mutloq va nisbiy uzunliklarini xam solishtirish kerak bu son suyagi diafizining, bo'yni yoki kuymich kosasi sinishlari xaqida baho berishga imkon beradi. Singan yer paypaslanganda og'riq va shish aniqlanadi. Extiyot bo'lib qattiq, ezmasdan paypaslash kerak. Bemor og'ir axvolda bo'lganda rentgenologik tekshirish xonada ko'tarib yuriladigan rentgen apparati bilan o'tkazilishi kerak. Rentgenogramma yordamida shikastlanish xarakteri, turi va suyak sinish darajasi aniqlanadi. Oldingi yarim halqaning markaziy bo'lagi odatda sonning yaqinlashtiruvchi mushaklarining tortishi natijasida pastga siljiydi, tashqi bo'lagi esa Malgen sinishida qorin mushaklarining tortishi natijasida yuqoriga siljiydi.

Davolash. Chanoq xalqasi butunligi buzilgan xolda chanoq suyaklarining sinishini davolash uchta vazifani bajarishga qaratiladi:

- 1) shokka qarshi kurash,
- 2) suyak jaroxatidan qon ketishini kamaytirish,
- 3) chanoq xalqasi butunligini tiklash.

Siljimagan sinishlarda bemor tizzalari $20-40^\circ$ bukilgan, oyoqlari kerilgan xolatda yotqiziladi. Matras ostiga albatta tekis taxta qo'yilgan bo'lishi shart, tizzalari tagiga bolish qo'yiladi. Suyaklar bitgunga qadar bola shu xolatda yotishi kerak (8-10 yoshda — 3 hafta, undan katta yoshda — 4 hafta). Bir vaktning o'zida oldingi va orqa yarim xalqalar sinib, tashqi bo'lagi yuqoriga siljigan bo'lsa, shikastlangan tomondagi oyog'iga katta boldir suyagidan skelet tortish, boldiridan esa leykoplasterli tortish o'tkaziladi. Atipik xolatda skelet tortish o'tkazish maqsadga muvofiq bo'ladi degan fikrlar bor, bunda tizza va kuymich bo'g'imlari $15-20^\circ$ ga bukilib, oyoq bispinal chiziqqa nisbatan 100° kerilgan xolda bo'ladi. Bu xolatda tortish siljigan fragment ta'sir qilayotgan tortish yo'nalishiga moslashtiradi. Bunda sor tomondagi oyog'iga leykoplasterli tortma o'rnatiladi. Tortish uchun tosh og'irligi bolaning har bir yoshiga 0,5 kg xisobidan olinishi kerak toshning $2/3$ qismi songa, $1/3$ boldirga qo'yilishi kerak. Qarama-qarshi tortishga yotoqning oyoq tomonini ko'tarish va bolani yotoqning bosh tomoniga maxsus lifchik bilan tortish xisobiga erishiladi. Tortishning natijasi dinamikada oldingi-yuqori o'siklari to'sh-o'mrov birikmasigacha bo'lgan masofani aniqlashiga qarab baholanadi. Ikkala tomondaga

masofa tenglashganda nazorat rentgenografiyasi qilinadi. Agar suyak bo'laklari joyiga tushirilgandan so'ng tashqi bo'lak pastga siljishi davom etaversa, tosh og'irligi 1, 5-3 kgga kamaytiriladi. Fiksatsiya muddati 8-10 yoshda — 3 hafta, 10 yoshdan kattalarga — 4-5 hafta. Ba'zi xollarda uzunligi bo'ylab siljishni yo'qotilgandan so'ng tashqi bo'lakning lateral siljishi qoladi. Uni yo'qotish uchun skelet tortmada yotgan bolani gamakka solish tavsiya qilinadi. Qov suyaklari ajragan sinishlarda 2-3 qavat flanel matodan tayyorlangan gamakda davolash qo'llaniladi. Gamak kengligini bemorga qarab XII qovurg'adan sonning katta ko'stigacha olinadi. Bolani gamakka yotqizish yakunida yotoq yuzasi bilan chanoq orasidan bimalol 2 barmoq o'tadigan bo'lishi lozim. Qov birikmasi ajrab ketgandagi xarakatsizlantirish muddati chanoqning boshqa yerlari singandagi muddatidan 7-10 kunga ko'proq bo'ladi. Kuymich kosasining sinishi. Kuymich kosasining yakka shikastlanishi va chanoq halqasining sinishi bilan birga shikastlanishi farqlanadi. Birinchisida kuymich kosasining chekkalari va tubining sinishlari ajratiladi. Undan song boshchasining markaziy chiqishi kuzatilishi mumkin.

Klinika. Shikastlangan bola chanoq-son bo'g'imida og'riqdan shikoyat qiladi va majburiy xolatda bo'ladi. Ya'ni yarim bukilgan soni yaqinlashgan va tashqariga buralgan. Bo'g'imda aktiv harakat o'ta cheklangan va og'riqli. Sonning markaziy chiqishida katta kust ichkariga va yuqoriga siljigan bo'ladi. Rentgenologik tekshirish klinik ma'lumotlarni to'ldiradi. Birok U-simon tog'ay siljimay shikastlanishida dastlabki davrda ko'ringan rentgenografiya tashxisni aniqlamaydi. Shuning uchun uni 20-30 kundan so'ng qilish tavsiya etiladi. Shu davr ichida yonbosh suyagidan kuymich kosasi tubi bo'ylab qov suyagiga o'tgan suyak qadog'i paydo bo'ladi («suyak ko'prikchasi» belgisi).

Davolash. Kuymich kosasi siljimay singanda 3 hafta davomida Beler shinasida teridan tortish (leykoplasterli, kleolli) usuli qo'llaniladi. Oyoqqa cheklangan bosishni 4-5 haftadan keyin (qo'ltiktayoq bilan yurish), to'la bosishga 6-7 haftadan keyin ruxsat beriladi. Son suyagi boshchasini chanoq bo'shlig'iga kirib ketgan sinishlarida — katta boldir suyagining metafizidan skelet tortish o'rnatilib, sonning yuqori 1/3 dan keng manjet bilan tashqariga tortiladi. Tosh og'irligi bolaning bir yoshiga 0, 5 kg xisobidan olinadi va toshning 1/3 boldiriga, 2/3 qismi esa soniga osiladi. Nazorat rentgenografiyasi kuymich kosasi singanda 3-4 kundan keyin, markaziy chiqishda — shikastlangan va sog'lom

oyoqlarni nisbiy uzunliklari tenglashganda qilinadi. Kuymich kosasi siljib singanda bemorlar kamida 4-5 hafta skelet tortmada yotishlari, qo'ltiktayoq yordamida yurish 6-7 haftadan keyin mumkin. Qo'ltiktayoksiz yurishga 4-6 oydan so'ng ruxsat beriladi. Kuymich kosasi singan bolalar shikastlanishning og'irlik darajasiga qaramay dispanser kuzatuvda bo'lishlari kerak chunki chanoq-son bo'g'imini artrozi rivojlanishi mumkin.

UMURTQA POG'ONASINING SHIKASTLANISHLARI

Umurtqalarning sinishi yosh bolalarda nisbatan kam uchraydi (jami sinishlarning 1, 2-7, 3%) va tayanch-xarakat apparatining eng og'ir shikastlanishlariga kiradi. Shikastlanishlar turiga karab asoratlangan va asoratlanmagan sinishlar farqlanadi. Asoratlanmagan sinishlarda orqa miya shikastlanmagan bo'ladi. Asoratlangan sinishlarda orqa miya shikastlanadi.

Yosh bolalarda, ko'pincha, kompression sinishlar uchraydi, bu bolaning anatomik-fiziologik xususiyatlari bilan bog'liq bo'ladi. Yosh bolalarda umurtqalar aro disklarning katta bo'lganidan, umurtqa tanalarida ko'proq tog'ay to'qima bo'lishidan, umurtqa yoylari, o'tkir o'simtalari va boylam apparatining elastikligi tufayli umurtqa pog'onasi serxarakat bo'ladi. Umurtqaning kompression sinishi to'g'ridan-to'g'ri shikastlanish mexanizmi natijasida sodir bo'ladi: balandlikdan yiqilganda umurtqa bo'ylab kuch ta'siri uning bukilishi yoki buralishi bilan bir vaqtda yuz beradi. Bundan tashqari, sinish bemor orqasiga yiqilib, tana oldinga bukilganda sodir bo'lishi mumkin. Umurtqa tanasining kompression sinishi 8-14 yoshdagi bolalarda eng ko'p uchraydi. Uncha baland bo'lmagan yerdan orqasiga yoki dumbalariga yiqilib tushganda asosan ko'krak umurtqalarining tanasi shikastlanadi (o'rta ko'krak qismi — 50% ga yaqin, pastki ko'krak qismi va yuqori bel qismi — 30% ga yaqin sinishlar). Boshiga va yelka kamari soxasiga yiqilganda yuqori ko'krak umurtqalari (15-16%) va bo'yin umurtqalari (3-5%) sinishi sodir bo'ladi.

Tashxis. Yosh bolalarda umurtqalar tanasining asoratsiz kompression sinishlarini aniqlashda ancha qiyinchiliklar kuzatiladi, bu o'sayotgan organizm xususiyatlariga va yosh bola to'qimalarining yuqori elastikligiga bog'liq bo'ladi.



30-rasm Bel taxtasiga immobilizatsiya

Klinikasi. Odatda bemorning umumiy ahvoli qoniqarli bo'ladi. Bemor umurtqa pog'onasida doimiy og'riq, xarakat qilganda og'riq kuchayishidan shikoyat qiladi. Bo'yin umurtqalarining sinishi yoki chiqishini rentgenologik tekshiruvsiz bir-biridan farqlash mumkin emas. Shikastlanish mexanizmining mos kelishi, bo'yin sohasida keskin og'riq, bemorning majburiy holati, shikastlangan umurtqa sohasidagi palpator og'riq tashxisni to'g'ri deb qabul qilishga asos bo'ladi. Shuningdek, bo'yin umurtqalarining sinishi yoki chiqishi kuzatilgan barcha holatlarda minimal nevrologik tekshiruv o'tkazish kerak: bemorga shifokor qo'lini siqishni so'ragan holda qo'llarda mushaklar kuchini tekshirish, oyoqlarda harakat borligini tekshirish, qo'l va oyoq kaftlarida taktil va og'riq sezgilarining mavjudligini tekshirish, mustaqil peshob ajratish imkoniyatini aniqlash kerak. (30-rasm)

Ko'krak umurtqalari shikastlanganda nafas olish qiyinlashishi kuzatiladi. Ko'rilganda bel va bo'yin lordozlari tekislanganligi aniqlanadi, ba'zan ko'krak kifozi kuchaygan bo'ladi: singan soxada skolioz xosil bo'lishi mumkin. Paypaslaganda shikastlanish soxasida tanani yozuvchi mushaklarning taranglashishi aniqlanadi, singan umurtqa o'tkir o'simtasi bir oz ko'proq bo'rtib turganligi aniqlanadi va og'riq kuchayishi kuzatiladi. Umurtqa pog'onasi o'qi bo'ylab bir oz kuch ta'sirida (tovonlariga urilganda) xam singan joyda og'riq kuchayadi. Umurtqa tanasining ponasimon buzilishi, chet plastinkalarning siljib, bo'rtiq xosil bo'lishi, umurtqa tanasi oldingi

yuzasining zinapoyasimon shaklda buzilishi, chekka plastinkalar soyasining zichlashishi, notekisligi umurtqa sinishining asosiy rentgenologik belgilari bo'lib xisoblanadi. O'rta ko'krak qismida umurtqa sinishini aniqlashda qiyinchilik turiladi, bu qismda umurtqa tanalari meyorda bir oz ponasimon bo'ladi.

Davolash. Umurtqalarning tanasi kompression singanda davolash umurtqa pogonasi oldingi qismini erta va to'la yuklanishdan ozod qilishdan iborat. Bel va ko'krak umurtqalari singanda umurtqa pogonasi o'qi bo'ylab yuk tushmasligi uchun bemorni tekis taxtada qo'ltiklari ostidan tortish qo'llaniladi. Bolani yupqa matras ostiga faner qo'yilgan yotoqqa yotqiziladi. Yotoqning bosh tomoni 25-30 sm balandlikka ko'tariladi. Bemorning qo'ltiklari ostidan o'tkazilgan paxta-dokadan qilingan tasma bilan yotoqning bosh tomoniga tortiladi. Yuqori ko'krak va bo'yin umurtqalari singanda 2 kg tosh osilib, Glisson kovuzlog'i bilan tortiladi. Gorinevskaya-Dreving funksional davolash usuli eng ko'p tarqalgan usuldir. Usul tamoyili. Umurtqani harakatsizlantirish va yukdan sokit qilish «mushak korseti»ni yaratishga qaratilgan LFK bilan birgalikda o'tkaziladi. Bunda singan umurtqa tanasining o'z shakliga qaytishi kuzatilmaydi. Yotish muddati 4-5 hafta. Asta-sekin repozitsiya qilish usuli keng qo'llaniladi. Bunda singan umurtqaning shakli bir oz to'g'rilanishiga erishiladi. Yotish muddati 4-5 haftani tashkil qiladi. SITO da yengillashtirilgan ekstenzion korsetni qo'llab davolash usuli taklif qilingan. Usul tamoyili. Umurtqa pogonasi yechiladigan, polivikdan qilingan korset yordamida yozilgan holatda mahkamlanadi, bu umurtqalarning shikastlangan oldingi qismiga tushadigan og'irlikni kamaytiradi. LFK mushaklar gipotrofiyasining oldini oladi. Og'riq yo'qolganda bemor qorniga yotgan holatda polivikdan ekstenzion korset qilinadi va bemorni aktivlashtirib, yurishga ruxsat beriladi. Shikastlanishdan 1, 5-2 oy davomida o'tirish mumkin bo'lmaydi, chunki o'tirganda tanalarining oldinga-yon qismlariga og'irlik tushishi ancha kuchayadi. Tunda korset yechib qo'yiladi. Shikastlanishdan so'ng bir yil davomida qattik yotoqda yotish tavsiya qilinadi. Asta-sekin LFK intensivligi oshiriladi, massaj qilinadi. O'tkir o'simtalarning sinishi. Bu shikastlantiruvchi agentning to'g'ridan to'g'ri ta'sirida sodir bo'ladi.

Klinika. Ko'rilganda singan soxada shish va keng tarqalgan teri osti gematomasi bo'ladi. Og'riq natijasida umurtqa pogonasi Xarakat o'ta cheklangan bo'ladi. Tananing yozuvchi mushaklari taranglashgani,

singan o'tkir o'simta va o'simtalar aro sohalar paypaslaganda qattiq og'riq aniqlanadi. O'simta to'la singanda parchaning patologik xarakati aniqlanadi. Umurtqaning asoratsiz kompression sinishi bilan qiyoslashga to'g'ri keladi. Rentgenologik tekshirish hal kiluvchi o'rinni egallaydi.

Davolash. Singan joy 5-10 ml 0,5% li novokain eritmasi bilan anesteziya qilinadi. Bolani taxtali yotoqda yotqiziladi. Og'riqni qoldiradigan dorilar, UVCH tayinlanadi. Yotish muddati 10-14 kun. Ko'ndalang o'simtalarning sinishi. Bolalarda uchramaydi, u o'sayotgan organizm mushak-boylam apparatining yuqori elastikligiga bog'liq bo'ladi.

V-BOB. BOLALARDA BOSH MIYA JAROXATLARINING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

BOSH MIYA JAROHATLARI

Bosh miya jarohatlari – bu miya qutisining zararlanishi miya qutisi tarkibidagi – miya, bosh miya nervlari, qon tomirlari, likvor saqlovchi qorinchalar va likvor o'tkazuv yo'llarining zararlanishlari kiradi.

Bosh miya jarohatlari boshqa jarohatlarga nisbatan 30 -50 % ni tashkil etadi. VOZ ma'lumotlariga ko'ra har yili 2% ga oshadi. Bu muammoning muhimligi statistik ma'lumotlarga asoslanadi: 81, 43% bemorlar 1 yil oldin bosh miya jarohatlari olgan bolalarda asorat rivojlana boshlagan. Shulardan 20% normal hayot tarziga qayta olmagan. Shuning uchun kasalikning profilaktikasiga va davolashga katta ahamiyat beriladi.

Mexanizm.

Bosh miya jarohatining sababi asosan bola yoshiga bog'liq, ko'krak yoshidagi bolalar ko'pincha stuldan, kravatdan, kalyaskadan, ota-onasining qo'lidan tushib ketishi mumkin.

Maktab yoshigacha bo'lgan bolalar asosan oynadan, zinadan, daraxtdan va tomdan yiqilishi ko'p kuzatiladi. Yoshi kattalashgan sari sportdan orttirgan jarohatlari oshadi. Qizlarga nisbatan o'g'il bolalarda 2-3 barobar ko'p uchraydi. Sababi, o'g'il bolalarda jasurlikka, o'zini ko'rsatishga moyillik yuqori bo'ladilar. Ko'pincha maktabgacha va kichik maktab yoshidagi bolalar jarohatlanadilar. Bu jarohatlar ko'pincha kunning ikkinchi yarmida, maktabdan qaytayotganda bo'ladi.

Bosh miya va umurtqa pog'onasi shubha bo'lganda quyidagilarga shubha qilinadi:

- YTH
- Piyodani avtomobilda urib ketganda
- Yiqilishlarda
- To'mtoq jarohatlar
- Boshga, ko'krakka, bo'yin va qorinni yorib kiruvchi jarohatlar
- Matotsikl avriyalar (tezligi 8 km/ soatdan oshganda)
- Osilish
- Suvga tez sho'ng'iganda jarohatlanish

- Hushsiz holatdagi bemorlar

Og'ir bosh miya jarohatlari davolanishi va yaxshi natijalar berishi, ko'pincha o'z vaqtida birinchi shoshilinch yordam ko'rsatishga bog'liq.

Jarohat vaqti juda muhim!

- Miya ichi qon quyilishi
- Rivojlanib boruvchi shishlar
- Miya gipoksiyasi
- Permanganatli zararlanish
- Gipotenziya
- Gipoksiya

Davo choralari asosan jarohatlanish joyida yoki shoshilinch yordam mashinasida bajariladi. Bosh miya jarohatlari bilan jarohatlangan bolalar neyroxirurgiya yoki travmatologiya bo'limiga yotqiziladi.

Diagnostika.

Chaqiruvchi faktorlarga ahamiyat berish kerak:

- alkogol ichgan xolatlar bo'lsa
- boshqa kasalliklar og'rig'i bo'lsa
- hushini bilmaslik

Bosh jarohati klassifikatsiyasi

Mexanizmi bo'yicha	To'mtoq, yorib kiruvchi	-
Og'irlik darajasi bo'yicha	yengil O'rtacha og'ir Og'ir Miya o'limi	ShKG 14-15 ShKG 9-13 ShKG 3-8
Morfologiyasi bo'yicha	Bosh miya suyagi sinishi Bosh ichi jaroxatlari	Yuzasi/asosi Fokal/ diffuz

Bosh miya chayqalishi— hushini 1 minutdan 30 minutgacha yo'qotish. Hushi joyiga kelgandan keyin – holsizlik, bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, qusish bo'lishi mumkin. Yorug'likka va baland ovozga sezgir bo'lib qoladi. Retrograd amneziya. Bemor ahvolini tekshirganda adashish mumkin.

Bosh miya lat eyishi – umumiy va o'choqli simptomatika rivojlanadi.

4 ta og'irlik darajasi aniqlanadi.

Yengil darajasi

Hushini bir necha minutdan 1-2 soatgacha yo'qotishi mumkin. Shifoxonada bo'lgan davrda hushi joyiga kelishi mumkin. Reflekslar assimetrik, mimika muskullari parezi, qusuq massalardan aspiratsiya yoki pastki jag'ning tushib ketishi hisobiga nafas yetishmasligi bo'lishi mumkin.

O'rta darajasi

Bir necha 10 minutdan bir necha soatgacha hushini yo'qotadi. Keyinchalik- holsizlik uyquchanlik, psixoemotsional qo'zg'aluvchanlik bo'lishi mumkin. Ko'rishning buzilishi, qorachiqlarda o'zgarish, ko'z harakati mushaklarin buzilishi, nistagm, yaqqol meningial simptomlar, arterial gipertenziya, taxikardiya yoki bradikardiya rivojlanishi mumkin. Nafas yetishmasligi yoki hansirash bo'lishi mumkin.

Og'ir darajasi

Hushni yo'qotishi bir necha soatdan bir necha sutkagacha yoki haftalab bo'lishi mumkin. Bemor bilan gaplashib bo'lmaydi, og'riqqa yoki chaqirganda ko'zini bir oz ochishi mumkin. Ko'z harakatini buzilishi (tashqariga qaragan g'ilaylik, ko'z olmasining suzuvchi harakati ba'zida ko'ruv refleksi assimetriyasi, ko'z qorachiq reaksiyasi buzilishi, qorachiq shakli va kattaligini o'zgarishi). Mushak tonuslarining buzilishi, oyoq—qo'llar holati o'zgarishi (qo'lda bukuvchi muskullar tonusi oshgan, oyoqda bo'shashtiruvchi, bir qo'lda bukuvchi ikkinchi qo'lda yozuvchi muskullar tonusi oshgan, qo'l va oyoqlarda bukuvchi muskullar tonusi oshishi. Simmetrik mushaklar tonusini pasayishi, atoniyagacha bo'lishi mumkin), chuqur reflekslar assimetriyasi, tovon belgilari patologiyasi kuzatiladi. Erta davrida meningial simptomlar uncha aniqlanmaydi. Keyinchalik talvasa sindromi rivojlanishi mumkin. Nafas ritmi va chuqurligini o'zgarishlari nafas buzilishidan darak beradi. Giper- yoki gipoventilyatsiya rivojlanishi mumkin. Gemodinamik buzilishlar, arterial gipertenziya, bradi- yoki taxikardiya rivojlanadi. Og'ir jarohatlarda bosh miyadagi miya ustuni strukturalari buzilishi bu esa arterial gipotenziya, atonik koma va nafas buzilishlari bilan namoyon bo'ladi.

Yuqoridagilarni hisobga olgan holda bosh miya jarohatlari og'irlik darajalari bo'yicha jadval quyida keltirilgan.

Bosh miya jarohatlarini og'irlik darajalari

Darajasi	Xarakteristika
1 daraja (engil)	Bemor hushida, orientatsiya buzilmagan. O'choqli nevrologik simptomlar yo'q.
2 daraja (o'rta)	Bemor hushida, o'choqli nevrologik simptomlar bor, aqlini bir oz pasavishi, buvruqlarni bajaradi.
3 daraja (og'ir)	Aqliv darajasi pasavdan, buvruqlarni bajarmavdi.
4 daraja	Miya o'limi

BOSH MIYANING EZILISHI

Bosh miyaning ezilishi – bosh miya chayqalish yoki lat eyish fonida kuzatiladi. Ko'pincha bosh miya gematomalari rivojlanadi, kam hollarda – bosh miyaning ezilishi, suyaklarining sinib kirishi va miya shishi kuzatiladi. Miya ichi gipertenziyasi simptomlari ham rivojlanadi.

Bosh miya nervlarini (BMN) tekshirish

- ko'zni harakatlantiruvchi nerv (III) – qorachiq kengaygan paytda fiksatsiya qilish va boshqa belgilar
- erta belgilari –qorachiq kattalashishi va sekinlashishi
- koreneal reflekslar (V, VII)
- miya ustunini funksiyasi ko'rsatkichlari

Nevrologik o'zgarishlar bo'lganda qorichiq holati

Ikki tomonlama kengaygan	III BMN ezilishi yoki perfuziya buzilishlari
Bir tomonlama kengayish	III BMN ezilishi. Ko'ruv nervini zararlanishi
Ikki tomonlama torayish	Narkotiklar
Bir tomonlama torayish	Simpatik stimulyatsiyani buzilishi

BOSH MIYA YOPIQ JAROHATLAR GEMATOMASI

Epidural gematoma.

- Bosh miya suyagining sinishi bilan bog'liq
- O'rta miya arteriyasi klassik yirtilishi
- Lentikulyar miya qattiq pardasini kalla suyagiga birikishi
- Sog'ayish oraliqlari bir necha minutdan bir necha kungacha
- Es –xushi buzilishlari, fokal nevrologik buzilishlar

- Sog'ayish oraliqlari qisqa va fetal bo'lishi
- O'z vaqtida transpartirovka qilinsa davosi yaxshi



31-rasm Subdural gematoma

Subdural gematoma

Vena uzilishi, miya butunligini buzilishi

- Miyaning hamma qismlarida jarohatlanish bo'ladi
- O'lim ko'rsatkichlari yuqori
- Tez xirurgik yordam ko'rsatish ayniqsa, o'rta chiziqdan $> 5\text{mm}$ surilish bo'lsa

Bosh miya yopiq jarohatlarining qiyosiy tashxisi alkogol bilan o'tkir zaharlanishlardan, miyada o'tkir qon aylanishi yetishmovchiligi bilan ajratish kerak. (31-rasm)

BOSH MIYA YOPIQ JAROHATLARIDA SHOSHILINCH YORDAM

A. Bosh miya chayqalishida shifoxonagacha bo'lgan davrda shart emas, lekin statsionarga yotqizish shart.

B. Bosh miya lat yeyishlari va ezilishlarida:

1. Kravatni bosh qismini ko'tarish

a) kravatni bosh tarafini 30 gradusga ko'tarish

- b) umurtqani bo'yin qismini immobilizatsiya qilish
- v) rentgenografiyada umurtqadagi lyumbal jarohatni oldini olish
- g) Trendelenburg holati juda qulay

2. Giperventilyatsiya

3. venaga tushish

4. Terminal holatda yurak va o'pka reanimatsiyasini o'tkazish

5. Qon aylanishi dekompensatsiya davrida bo'lsa, tomir ichiga tomchilab:

A) kristalloid eritmalar

B) zarur bo'lganda – 5 -20 mg/kg /min dofaminni izotonik eritmada natriy xloridda eritib yoki boshqa kristalloid moddani tomir ichiga, sistolik arterial bosimni 70 mm. sim. us. da ushlab turib yuboriladi.

6. Hushsiz bo'lsa, avval tekshirib keyin og'iz bo'shlig'ini mexanik tozalab boshni bukmasdan laringoskopiya, traxeyani intubatsiya (miorelaksantlarsiz), IVL qilinishi yoki qilinmasligidan qat'iy nazar qilinadi. Miorelaksantlar (suktsinilxolin- xlorid, ditilin, listenon) 1-2 mg/kg shifokor nazorati yordamida qilinadi.

7. Psixomotor buzilishlar tutqonoqlar bo'lganda teri ostiga 0. 1% li 0. 02 mg /kg atropin eritmasi, tomir ichiga propofil 1-2 mg/kg yoki natriy teopental 3-5 mg /kg yoki seduksen 0. 5% eritmasini yoki natriy oksibutirat 20% li eritmasini 15- 20 ml, domikum 0. 1- 0. 2 mg/kg yuboriladi. Transportirovkada nafas ritmi tekshirib turiladi.

8. Miya ichi gipertenziyasi sindromida tomir ichiga 1% li furasemid (laziks) 2-4 ml (dekompensirlangan qon ketish bo'lganda furosimid quyilmaydi!) glyukokortikoidlar (foydasi aniqlanmagan) sun'iy giperventilyatsiya.

9. Og'riq sindromida mushak ichiga 50% li analgin 0. 1 ml yoshiga va 1-2 % li dimedrol 0. 1 ml yoniga yoki 0. 5% li tramol eritmasi 2-4 mg/kg va boshqa nenarkotik analgetik yuborilish mumkin. Opiat yuborilmaydi.

10. Bosh miya jarohati tashqi qon ketishi bo'lsa, jarohat atrofini antiseptik vositada artiladi.

11. Neyroxirurgiya xizmati bor shifoxonalarda transportirovka qilinadi. Og'ir holatlarda reanimatsiya bo'limiga transportirovka qilinadi.

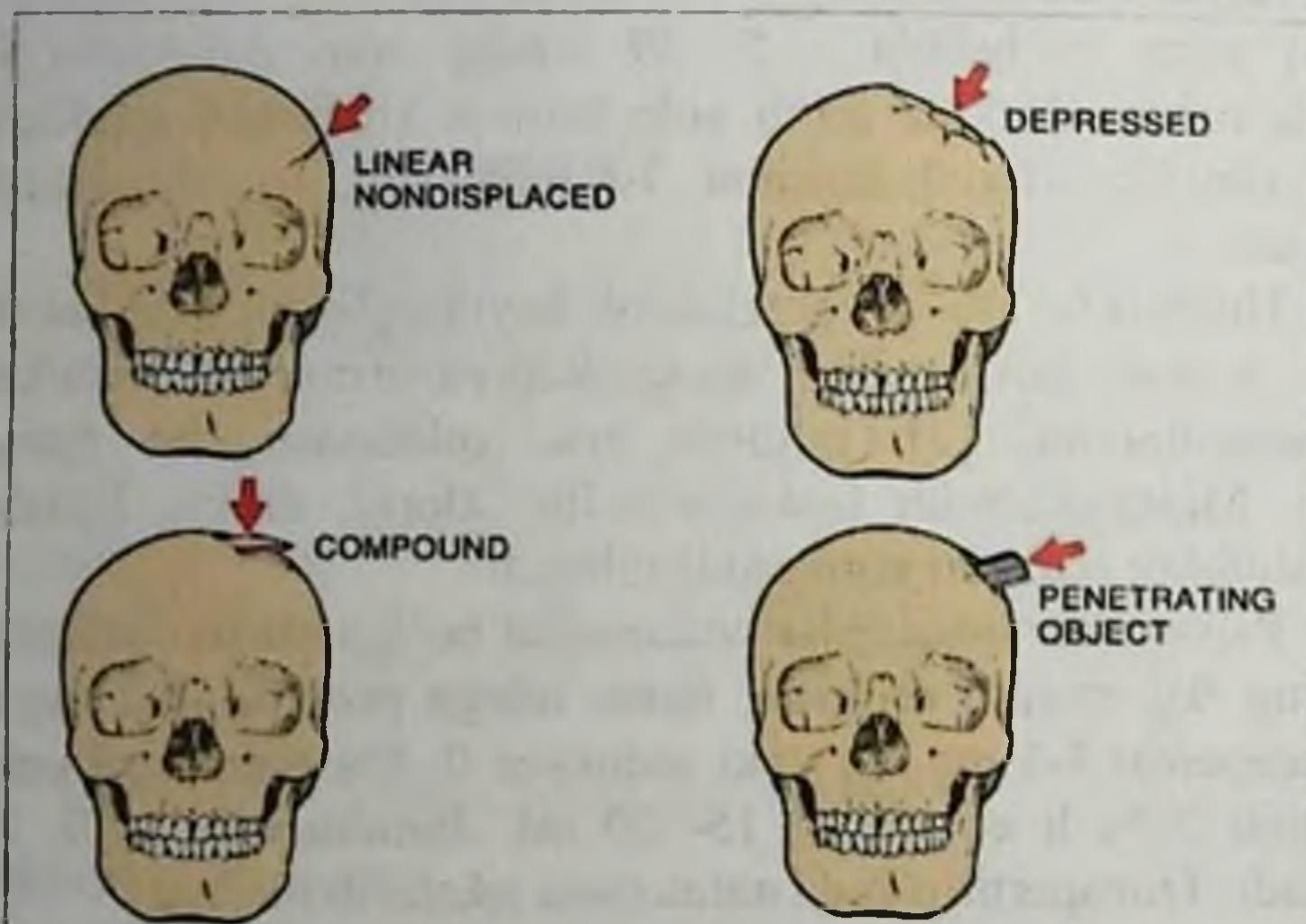
BOSH MIYA SUYAGINING SINISHI.

Ochiq yoki yopiq bosh miya suyagining sinishlari kuzatiladi.

Mexanizm. Bu jarohat maishiy hodisalar (urishganda, boshga og'ir buyum bilan urganda) yo'l avtohalokatlarida, tepalikdan yiqilganda yoki tushib ketganda, alkogol ichganda kelib chiqadigan jarohatlar.

Bosh miya suyagi asosan to'liqmas sinishi, darz ketishi, bo'linib sinishi,

bosilganda sinishi mumkin. (32-rasm)



32-rasm bosh miya suyagini sinish

Bosh miya suyagi sinishi mexanizmi

Diagnostika. Maxalliy belgilaridan: Boshning sochli qismida gematoma, ochiq jarohatlarda chuqur palpatsiyada yoki ko'rganda chuqurcha bo'lib qolishi.

Umumiy belgilari bosh miya jarohatining zararlanganlik darajasiga bog'liq.. xotira qisqa muddatga yo'qolishidan chuqur komagacha bo'lishi mumkin. Miya nervlarining zararlanishi nafas yetishmasligiga va paralichlarga bog'liq. agar boshni bosganda chuqurcha bo'lib qolsa yoki sochli qismida yara yoki suyakda darz ketish bo'lsa, diagnoz qo'yish qiyin emas. Boshqa holatlarda boshdagi gematomalarga qarab miya ichi zararlanishi haqida tahminiy diagnoz qo'yiladi. Klinik diagnoz shifoxonada bosh miya rentgenidan so'ng qo'yiladi. Koma holatida,

alkogol komada va boshqa komalarda bo'lsa, bosh miya qon aylanishi buzilishidan qiyosiy tashxislanadi. Ba'zida sog'ayish holatida bo'lishi mumkin, lekin bir necha soatdan keyin hushini yo'qotishi mumkin, shuni hisobga olish kerak.

Mahalliy jarohatlanish suyakda va yumshoq to'qimalarda aniqlangandan so'ng bosh miya jarohatini xarakterini aniqlash kerak. Bemorning xotirasi tekshiriladi. Bemor hushida bo'lib, lekin jarohat qanday bo'lganini eslay olmasligi mumkin (retrograd amneziya). Bemor stupor, sopor va koma holatlarida bo'lishi mumkin. Jarohat qancha og'ir bo'lsa xotira buzilishi shuncha ko'p bo'ladi. Bundan tashqari qorchiq holati (kengligi, bir xilligi, yorug'likka sezgirligi), tishlarni tekkisligi, tilni o'rta chiziqdan chetga surilmaganligi, qo'l va oyoqlar mushaklarin kuchi va puls (bosh miya jaroxatlarida bradikardiya xarakterli), nafas, arterial bosim tekshiriladi.

Alkogol ichgan bo'lsa, ko'pincha yuz suyaklari sinishi mumkin. Bunday holatlarda diagnoz o'ziga kelgandan so'ng, neyroxirurg va nevrapatolg ko'rigidan so'ng qo'yiladi. Bundan tashqari miya ichi gematomasi o'tkir osti tipida rivojlanishi mumkin. Jarohatlangan so'ng bemor bir ozdan so'ng o'ziga keladi, lekin bir oz vaqt o'tgach yana hushidan ketishi mumkin.

Shoshilinch yordam. Agar bemor hushida bo'lib, umumiy ahvoli yaxshi bo'lsa, zambillarga yotqiziladi va jarohat joyiga asseptik bog'lam qo'yiladi. Agar bemor hushsiz bo'lsa, bemorni zambilga orqasi bilan yarim yonboshlatib yotqiziladi. Tananing bir qismiga valik qo'yiladi, boshini yon tarafga burib qo'yiladi, chunki qusuq massalar nafas yo'liga tushmasligi uchun. Siqib turuvchi kiyimlar echiladi. Agar bemorda tishlarida protezlari bo'lsa, ko'zoynagi bo'lsa, yechib qo'yiladi. Og'ir holatlarda hushdan ketish shokdan yoki ko'p qon yo'qotishdan bo'lishi mumkin. O'tkir nafas yetishmovchiligi bo'lganda niqob orqali suniy nafas beriladi, yurak dorilari beriladi, narkotik analgetiklar berilmaydi, chunki nafasni sekinlashtirib qo'yishi mumkin.

O'tkir nafas etishmovchiligi bo'lganda og'izni qusuq massalaridan tozalab, pastki jag'ni oldinga tortib, maska orqali AND aparatida kislorod beriladi. Tomir ichiga 40% li glyukoza 5-20 ml, 2-40 mg furosemid yuboriladi. Agar arterial bosim tushgan bo'lsa, ko'p qon

yo'qotgan bo'lsa, furosemid berilmaydi. Bunday holatlarda tomchilab vena ichiga suyuqlik quyiladi. Harakat qo'zg'aluvchanligi bo'lsa, 1%li 1ml dimedrol yoki 2%li 1ml suprastin mushak orasiga yuboriladi. Teri ostiga 2 ml kordiamin yuboriladi.

Gospitalizatsiya kechiktirilgandagi yordam.

Bemorni o'ringa yotqizib, boshiga kichik yostiq va muz xaltasi qo'yiladi. Agar xotirasini chuqur yo'qotmagan bo'lsa, 0.01 – 0.05 gr dimedrol, analgetik (0.01 – 0.5gr analgin), diuretiklar (2-40 mg furosemid) yuborilib axlati va siydigiga etibor beriladi. Ochiq jarohatlarda jarohat bog'lanmaydi. Agar hushsiz bo'lsa, hamma dorilar parenterial yuboriladi.

Gospitalizatsiya.

Neyroxirurgiya bo'limiga zambillarga yotqizib olib boriladi. Transportirovka vaqtida bemorning qusishi hisobga olinadi.

MIYA ASOSI SUYAGINI SINISHI.

Mexanizm. Ko'pincha tepalikda boshi bilan tushganda kuzatiladi.

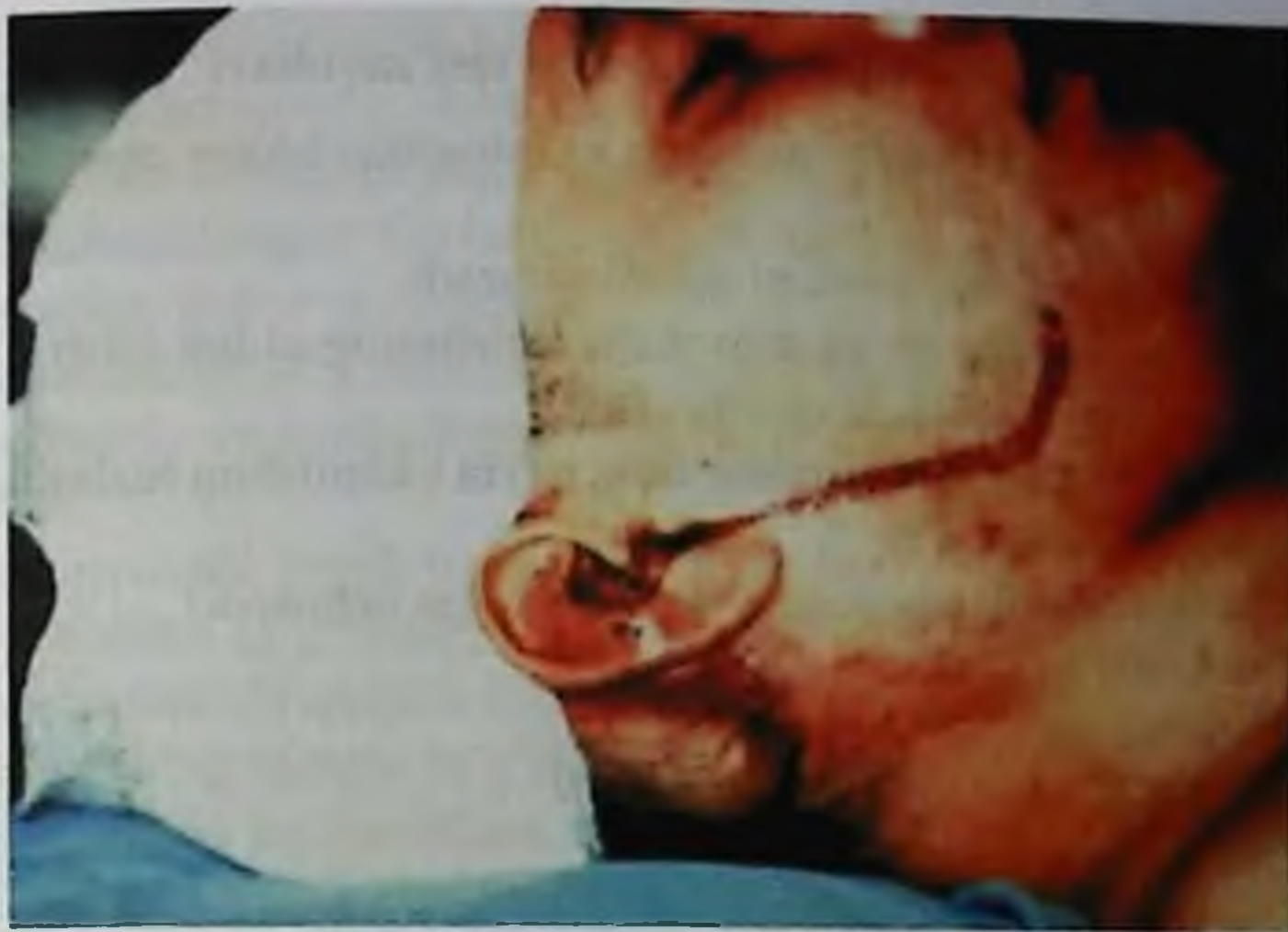
Diagnostika. Erta davrlarida quloqdan va burundan qon ketishi, umumiy miya simptomlari kuzatiladi. Keyinroq ko'zoynak simptomi rivojlanadi (ko'z atrofida qon quyilishlar), sklera va konyuktiva ostida qon quyilishlar, likvorni quloq va burundan oqishi, meningizm belgilari (ensa mushaklari rigidligi tekshirilmaydi). Diagnoz asosan yuqoridagi belgilarga va umumiy miya simptomlariga qarab qo'yiladi. Agar kech shifokorga murojat qilsa, o'tkir meningit klinikasi rivojlanadi, lekin anamnezida jarohat, ko'zoynak simptomi, likvorga qarab asos suyagi singanligi aniqlanadi.

Krovat yonida BMS testi

- Filtrlangan qog'ozda yoki choyshabda qo'sh xalqa belgisi
- BMS qondan kengroq yoyiladi
- BMS rinoreyasining aniqlanishi
- BMS 60% atrofida glyukoza tutadi

Lekin bu testlarning sezgirligi va spetsifikligi juda yuqori emas

Shuni nazarda tutish kerakki, burun suyaklarining sinishi, peshona sohasining lat yeyishida ham ko'zoynak belgisini kuzatish mumkin. (33-rasm)



33- rasm Kalla asos suyagi singandagi likvoreya

Shoshilinch yordam: Burun yoki quloq tamponadasi likvoreya istisno qilinmaguncha o'tkazilmaydi. Burun yutqindan qon ketganda intubatsiya qilish. Bosh miya shikastlanishini davolashga qaratilgan umumiy tadbirlarni o'tkazish.

Gospitalizatsiya neyroxirurgiya bo'limiga yotqiziladi.

Nazorat savollari

1. Bosh shikastlanishlarida bemorlarga yordam tamoyillari
2. Bosh shikastlanishlarida shoshilinch yordam
3. Bosh shikastlanishlari tasnifi
4. Bosh suyagi asosi sinish belgilari
5. Epidural gematoma belgilari
6. Subdural gematoma belgilari
7. Miya lat yeyishi belgilari
8. Miya chayqalishi belgilari
9. Umurtqa pog'onasining jarohatlanish mexanizm
10. Umurtqa pog'onasining jarohatlanishida birinchi yordam

O'z-o'zini tekshirish uchun test savollari

1. Bosh shikastlanishlarida quloq va burundan likvor oqishi nimaga ta'sir etadi?
 - A. Miya ichi bosimi osishini sekinlashtiradi
 - B. Miyaga patogen qo'zg'atuvchilar kirishining oldini olish
 - V. Miyada qon ketishini olidini olish
 - G. MNS shikastlangan sohalarining qayta tiklanishini tezlashtiradi
 - D. Hammasi noto'g'ri
2. Shikastlanishlarda qanday belgilar birga uchraydi?
 - A. Hammasi to'g'ri
 - B. Krepitatsiya
 - V. Patologik harakatchanlik
 - G. Deformatsiya
 - D. Distal puls yo'qolishi
3. Glazgo shkallasi bo'yicha to'lik hushida bo'lgan bemor necha ball olishi mumkin?
 - A. 15
 - B. 10
 - V. 12
 - G. 25
 - D. 14
4. Miyada bosimning oshishida quyidagi moddalardan qaysisi diurezni kuchaytirish uchun samarali?
 - A. Mannitol
 - B. Spironolakton
 - V. Tiamin
 - G. Nalokson
 - D. Furosemid
5. Miya shishiga shubha bo'lganda metilprednizolon miqdori
 - A. 30 mg/kg
 - B. 45 mg/kg
 - V. 3 mg/kg
 - G. 5 mg/kg
 - D. 10 mg/kg
6. Siz mashina urib yuborgan 7 yoshli bolaga yordam ko'rsatayapsiz. Spontan nafas olmoqda, unga kislorod ingalyatsiyasi o'tkazilmoqda, markaziy puls saqlangan. o'ng son suyagining o'rta

uchdan bir qismining ochiq sinishi aniqlangan, o'ng son sohasi shishgan va kuchli qon ketmoqda. Qabul bo'limiga adekvat nafas olish va perfuziya bilan keltirildi, uning umurtqa pog'onasi immobilizatsiyalangan. Bu boladagi son shikastlanishini davolash uchun avvalo qanday tadbir qo'llaniladi?

A. Jarohatga to'g'ridan-to'g'ri bosish va baholashni davom ettirish hamda umumiy va jarohatlangan oyoqda perfuziyani turg'unligini ta'minlash

B. Tegmaslik kerak va jarrohni chaqirish

V. Sinishni to'g'rilashga urinish va jarohatdan yuqoriga

G. Gemostatik qisqich bilan qon ketishini to'xtatish, jgut qo'yish va shundan so'ng oyoqni to'g'rilash

D. Mahalliy og'riqsizlantirish

7. 11 yoshli bola skeytborddan yiqilib tushdi. Unda yuz shikastlanishisiz ko'plab jarohatlar bor. Hush darajasi Glazgo shkallasi bo'yicha 8 ballgacha pasaygan. Apnoe. Ambu qopi bilan nafas berish, bo'yin immobilizatsiyasidan keyin nima qo'llash kerak.

A. A. Orotraxéal intubatsiya

B. B. Nazotraxéal intubatsiya

C. V. Krikotirotomiya

D. G. Nazogastrastral zond kuyish

E. D. Laringotraxéal maska kuyish

8. Miya chayqalishida hush necha minutgacha yo'qoladi?

a. 30 min

b. 15 min

c. 5 min

d. 10 min

e. 20 min

9. Bosh shikastlanishlarida quloq va burundan likvor oqishi nimaga ta'sir etadi?

A. Miya ichi bosimi osishini sekinlashtiradi

B. Miyaga patogen qo'zg'atuvchilar kirishining oldini olish

V. Miyada qon ketishini olidini olish

G. MNS shikastlangan sohalarining qayta tiklanishini tezlashtiradi

D. Hammasi noto'g'ri

10. Shikastlanishlarda qanday belgilar birga uchraydi?

A. Hammasi to'g'ri

B. Krepitatsiya

V. Patologik harakatchanlik

G. Deformatsiya

D. Distal puls yo'qolishi

11. Glazgo shkallasi bo'yicha to'lik hushida bo'lgan bemor necha ball olishi mumkin?

A. 15

B. 10

V. 12

G. 25

D. 14

12. Miyada bosimning oshishida quyidagi moddalardan qaysisi diurezni kuchaytirish uchun samarali?

A. Mannitol

B. Spironolakton

V. Tiamin

G. Nalokson

D. Furosemid

13. Miya shishiga shubha bo'lganda metilprednizolon miqdori

A. 30 mg/kg

B. 45 mg/kg

V. 3 mg/kg

G. 5 mg/kg

D. 10 mg/kg

14. Siz mashina urib yuborgan 7 yoshli bolaga yordam ko'rsatayapsiz. Spontan nafas olmoqda, unga kislorod ingyatsiyasi o'tkazilmoqda, markaziy puls saqlangan. o'ng son suyagining o'rta uchdan bir qismining ochiq sinishi aniqlangan, o'ng son sohasi shishgan va kuchli qon ketmoqda. Qabul bo'limiga adekvat nafas olish va perfuziya bilan keltirildi, uning umurtqa pog'onasi immobilizatsiyalangan. Bu boladagi son shikastlanishini davolash uchun avvalo qanday tadbir qo'llaniladi?

A. Jarohatga to'g'ridan-to'g'ri bosish va baholashni davom ettirish hamda umumiy va jarohatlangan oyoqda perfuziyani turg'unligini ta'minlash

B. Tegmaslik kerak va jarrohni chaqirish

V. Sinishni to'g'rilashga urinish va jarohatdan yuqoriga

G. Gemostatik qisqich bilan qon ketishini to'xtatish, jgut qo'yish va shundan so'ng oyoqni to'g'rilash

D. Mahalliy og'riqsizlantirish

15. 11 yoshli bola skeytborddan yiqilib tushdi. Unda yuz shikastlanishisiz ko'plab jarohatlar bor. Hush darajasi Glazgo shkallasi bo'yicha 8 ballgacha pasaygan. Apnoe. Ambu qopi bilan nafas berish, bo'yin immobilizatsiyasidan keyin nima qo'llash kerak.

- A. A. Orotraxéal intubatsiya
- B. B. Nazotraxéal intubatsiya
- C. V. Krikotirotoniya
- D. G. Nazogastral zond kuyish
- E. D. Laringotraxéal maska kuyish

16. Miya chayqalishida hush necha minutgacha yo'qoladi?

- f. 30 min
- g. 15 min
- h. 5 min
- i. 10 min
- j. 20 min

VI- BOB KO'KRAK QAFASI VA ORGANLARINING JAROHATLARI

Barcha jarohatlar ichida ko'krak jaroxatlari 10 -12 % ni tashkil etadi. Ko'krak jaroxatlarining $\frac{1}{4}$ og'ir hisoblanib shoshilinch xirurgik yordam zarur.

Klassifikatsiya.

Rossiyada qabul qilingan klassifikatsiya bo'yicha yopiq va teshib kiruvchi jarohatlarga bo'linadi.

Amerika travmatologlari xirurgig uyushmasi tomonidan tuzilgan klassifikatsiyada ko'krak qafasi jarohatlari shoshilinch holat, bemor hayoti uchun xavfli holat va bemor hayoti uchun juda xavfli holatlarga bo'linadi.

Jaroxatlanish mexanizmi.

Asosiy sababilar:

- Transport jarohatlari (ko'pincha avtoxalokatlar)
- Tepalikdan yiqilish
- Ko'krak qafasiga oyoq bilan tepilsa



34-rasm YTH da jarohatlanish mexanizmi

To'mtoq yoki yopiq jaroxatga kiradi:

- Qovurg'a sinishi
- O'pkani zararlanishi, bosimli

pnevmtoraks va gematoraksini hosil bo'lishi

- Ko'krak qafasi bilan umurtqa orsida emfizema bo'lishi
- Yurak lat yeyishi

KO'KRAKNI YOPIQ JAROXATLARI

Diagnostikasi. Ko'krak jaroxatlari ko'pincha ko'pgina qovurg'a sinishlari bilan bo'ladi. Travmagenez xarakteri va travma bo'lgan vaqtini aniqlash katta ahamyatga ega.

Asosiy simptomlar:

- Ko'krakda og'riq., nafas olganda kuchayib "uzilgan nafas olish" simtomi paydo bo'ladi. Xansirash, teri va shilliq qavatlar sianozni, taxikardiya.

- Ko'krak qafasini nafas olishda orqada qolishi
- Ko'krak qafasi deformatsiyasi, og'riqlar, qovurg'alar singanda suyak kripitatsiyasi eshitiladi.

- Qovurg'a singan joyda teri ostida emfizema bo'lishi o'pka zararlangandan darak beradi. Tez ko'payib boruvchi teri emfizemasi plevra bo'shlig'ida musbat bosim oshishiga pnevmotoraksga olib keladi.

Zo'riqish pnevmotoraksi uchun xarakterli:

- Umumiy ahvolini yomonlashishi
- Xansirashni ortishi
- sianozni ortishi
- Taxikardiyaning oshishi
- Giperkapniya xisobiga arteria bosim oshishi

Zararlangan tomonda ovoz dirillashi pasaygan yoki umuman yo'q..

Perkussiyada – korobkasimon ovoz.

Auskultatsiyada – nafas shovqinlari bo'lmasligi yoki tez nafas bilan dag'al shovqinlar, nafas shovqinlari umuman bo'lmasligi o'pka zararlanganini bildiradi.

KO'KS ORSIDA EMFIZEMA

Ko'krakni yopiq og'ir jarohatlarida uchraydi. O'pka zararlanganda zo'riqishli pnevmotoraks rivojlanadi natijada mediastenal plevra zararlanadi va havo bosim ostida ko'krak orasiga o'tadi. (36-rasm)

Diagnostika.

- ovoz bo'g'ilishini oshib borishi (osiplost)

- teri osti emfizemasini oshib borishi, bo'yinda (bo'yin aylanasi kengayadi) boshda, yuzda paydo bo'ladi.
- Venoz dimlanish (tananing yuqori qismida sianoz ortadi)
- Tomir –yurak yetishmovchiligi tez rivojlanadi va yurakni ekstrokaronar tamponadasi hisobiga yurak to'xtashi mumkin.

Shoshilinch yordam.

1. Og'riqsizlantirish

- Narkotik analgetiklar (50% analgin va seduksin +ketamin ; seduksin 0. 15 -0. 20 mg/kg va ketamin 2 mg /kg dozada) mushak orasiga yoki vena ichiga infuzion terapiya qilib yuboriladi.

- Bir nechta qovurg'alar singan bo'lsa bir tomonlama (ko'proq zararlangan tomonda) 2 ta nuqtada paravertebral blokada qilinadi. Birinchisi 2 -3 qovurg'a oralig'iga va 7 -8 qovurg'a oralig'iga 0. 55 novakain eritmasidan har bir nuqtaga 40 ml dan yuboriladi.

2. Yarim o'tirgan holatda trasportirovka

3. Ko'krak qafasini bintlash mumkin emas.

4. Agar (2 ta qovurg'adan otiq) ko'p zararlanishlar bo'lib ko'krak qafasi osilib qolgan bo'lsa yumshok paxtali tampon ko'yib leykoplasterda yopishtirib qo'yladi.

5. Zo'riqish pnevmotoraksida plevral punktsiya 2 yoki 3 qovurg'a oralig'ida to'shdan zararlangan tarafga(pasida turgan qovurg'aning yukori chetidan) qirg'iziladi.

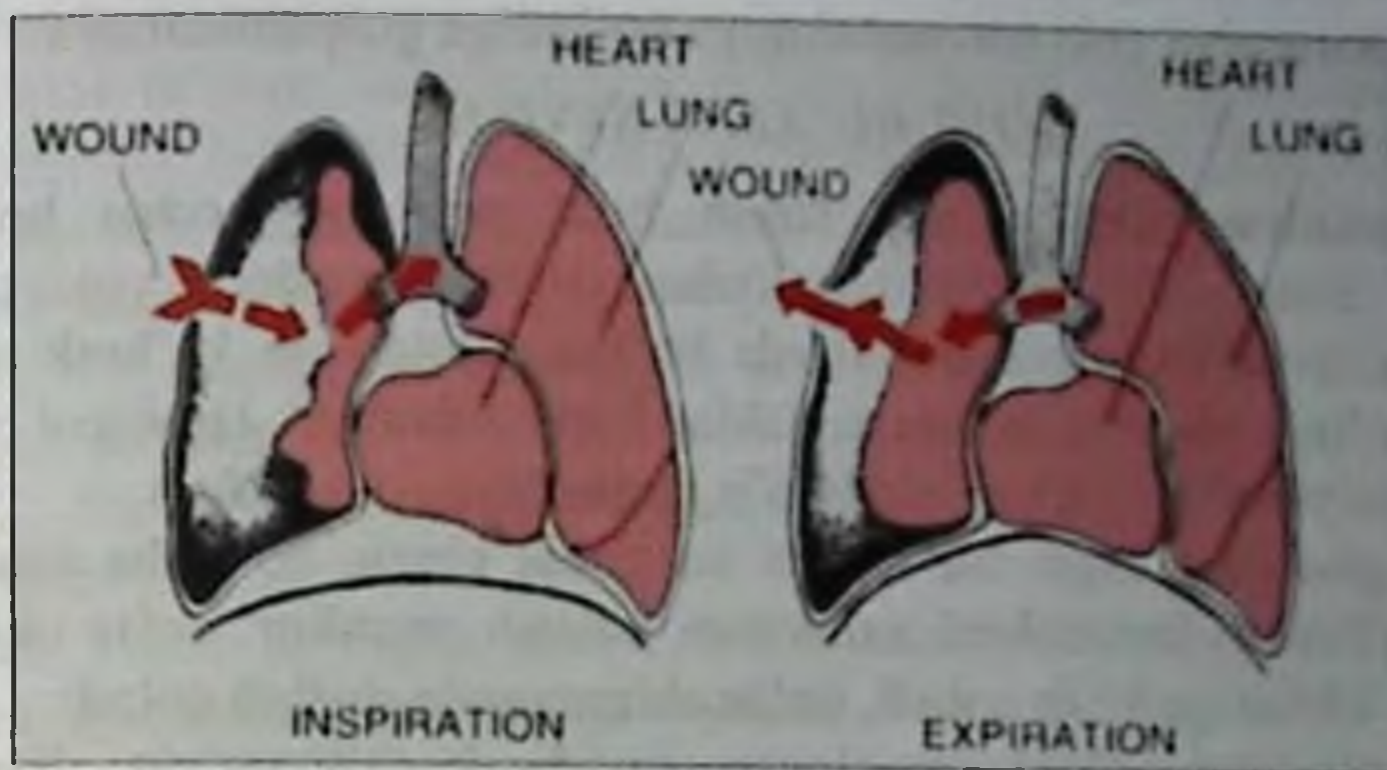
KO'KRAK QAFASINI OCHIQ JAROXTLARI

Diagnostika. Bemorni umumiy ahvoliga qarab baholanadi (tashqi ko'rinishi, teri rangi, nafas xarakteri, puls chastotasi, AB ko'rsatkichi), ko'krak qafasini tekshiruvlari (ko'ruv, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya) va jarohat joyidagi maxalliy belgilar. Jarohatni og'irlik darajasi jarohatlangan plevrani razgermetizatsiyasiga bog'liq, bu nafas yetishmovchiligiga, gematoraks, pnevmotoraksga yurakni zararlanishigacha olib keladi.

Teshib kiruvchi jarohati yo'q bemorlarda yo'tal, von tuflash, ko'piksion qonli ajralmalar bo'lmaydi. Teri qoplamlari quruq, lablarda sianoz yo'q, taxikardiya bo'lmaydi.

Teshib kiruvchi jarohati bor bemorlar ahvoli birmuncha yomon bo'ladi. Ko'krak qafasida kuchli og'riq, nafas olganda kuchayadi, xansirash, ko'krak qafasini siqishi. Teri qoplamlari oqargan, sianotik, ter bilan qoplangan, oyoq qo'llarning distal qisimlari mramorsimon, labda,

yuzda, barmoq uchlarida sianoz. Puls tekshirilganda taxikardiya, AB tushib ketishi mumkin.



35-rasm Ko'krak qafasini ochiq jaroxtlarida nafas buzilishlari

Ko'ruvda ko'krak qafasida jarohat kattaligi, lokalizatsiyasi va chuqurligini, qaysi organ ustida joylashganini ko'rish mumkin. Ko'krak qafasi assimetriyasiga, bir tarafni nafas olish vaqtida ishtirok etmayotgani seziladi. Yana nafas olganda jarohatlangan joydan havoni tortilishi, qonli pufaklar hosil bo'lishi, agar bronx zararlangan bo'lsa qon tuflash bo'ladi.

Palpatsiya orqali shish xarakteri aniqlanadi. Ko'krakni pastki sohalari palpatsiyasida teri emfizemasidan hosil bo'ladigan krepitatsiyani aniqlanadi. Gemo- va pnevmotoroksdan ovoz dirillashi pasaygan. Auskultatsiyada o'pka nafasda ishtirok etayaptimi yoki umuman uzulish bormi, nafas xarakteri (susaygan, dag'allashgan, vezikulyar), xirilashlarni eshitish mumkin.

Shoshilinch yordam.

1. og'riqsizlantirish
2. Ochiq teshib kiruvchi jarohlarda – okklyuzion bog'lam qo'yiladi. Polietilin, klyonka, prorezinali mato bilan jarohat butunlay berkitiladi, jarohatlangan joy o'rtada bo'lishi, chetlarida 5 sm dan chiqib turishi kerak. Bog'lovning birinchi qavatini leykoplasterda yopishtiriladi, avval qo'shuv (krest) shaklida keyin cherepitsa shaklida o'raladi. Jarohatni har doim tekshirib turish kerak, ochiq, klapanli, zo'riqishli pnevmotoraks rivojlanish xavfi katta.

3. agar bemor axvoli birdan og'irlashsa (ko'krak qisishi, xansirashni ortishi, sianoz) okklyuzion bog'lam olib tashlanadi.

4. Yarim o'tirgan holatda transportirovka
5. kislorod ingalyatsiyasi
6. Xirurgiya yoki travmatologiya bo'limiga gospitalizatsiya

QOVURG'ALAR SINISHI

Mexanizm. Qovurg'alar sinish bitta yoki bir nechta bo'lishi mumkin. Sinishning sababi- tepalikdan yiqilish, mashina yoki poezd bosganda, avtomobilda avariyalarda bo'ladi. Bolalarda ko'krak qafasi elastik bo'ladi shuning uchun sinishlar kam uchraydi. Jarohatni xiliga qarab o'rta yoshlilar va qarilarda ko'p jarohatlarga olib keladi.

Diagnostika. Agar bir nechta anatomik chiziq bo'yicha sinishlar bo'lsa ko'krakni parodaksal xarakatini ko'rish mumkin: nafas olganda o'sha joy ichkariga kirib qoladi, nafas chiqarganda shishib qoladi.

Simptomlari. Qovug'a singan joyida kuchli og'riq. Siniqlar krepitatsiyasi, zararlangan joyni harakati cheklanishi. Ko'krak qafasida shilinishlar, gematomalar, yaralar bo'lishi mumkin. Nafas tezlashgan, og'riqli. Bemorni yotgan xolatdan o'tirgan xolatga o'tkazish qiyin. Auskultatsiyada nafas olganda siniqlar krepitatsiyasi qarsillovchi ovoz shaklida eshitiladi.

Differentsial diaqnoz.

- Ko'krak qafasi lat yeyishidan
- O'rab oluvchi tebratkidan (qovurg'alar oralig'iga toshmalar toshadi, krepitatsiya bo'lmaydi).
- Qovurg'alararo nevrалgiyadan (sanchuvchi og'riq, travma olmagan).

Shoshoilinch yordam. Og'riqsizlantirish (50% analgain eritmasini 0.5 -2 ml mushak orasiga) boshini ko'targan holatda yotish, kislorad terapiya. Gospitalizatsiya kechikayotgan bo'lsa qovurg'alar orasiga yoki paravertebral blokada qilinadi.

Gospitalizatsiya. Sinish bitta bo'lsa ambulator davolanadi va travmatologga yuboriladi. Agar bir nechta sinishlar, sianoz, xansirash, shok belgilari bo'lsa bemorni jonlantirish bo'limiga yotqiziladi.

TO'SH SUYAGINING SINISHI

Mexanizm. Ko'pincha musht bilan urilganda, turtib turgan buyumga yiqilganda, avtomobil ruliga qattiq urilganda.

Diagnostika. Singan joyda kuchli og'riq, to'shni zinasimon deformatsiyasi. Juda qattiq zarbda yurak lat yeyishi(ritm buzilishi, to'sh

orqasida yurak sohasida og'riq, tsianoz) mumkin. Agar bemorda yurak kasalliklar (stenokardiya, miokard infarkti) bo'lsa shu kasalliklar xuruji boshlanishi mumkin.

Agar to'shda deformatsiya bo'lsa diagnoz qo'yish oson. Agar deformatsiya bo'lmasa taxminiy diagnoz qo'yiladi. Qari odamlarda o'zini yurak kasalliklari xuruji bilan dif. diagnoz qilish kerak.

Shoshilinch yordam.

1. Og'riqsizlantirish (50% analgin eritmasini 2 ml mushak orasiga yuboriladi.

2. Sinish surilmagan bo'lsa ambulotor yoki travmatologik punktlarda davolanadi.

3. Yurak lat yegan yoki miokard infarktini xavfi bo'lsa yuqorida ko'rsatilgan tartibda yordam ko'rsatiladi.

4. Agar to'sh suyagini sinishi surilgan bo'lsa gospitalizatsiya qilib travmatologiya yoki ko'krak qafasi xirurgiyasi bo'linga yotqiziladi.

YOPIQ TRAVMATIK PNEVMATORAKS.

Yopiq travmatik pnevmatoraks- ko'krak qafasi jarohatlarining asorati xisoblanib o'pkani yorilishiga ayrim xollarda bronxlar yirtilishiga olib keladi. Bir vaqtning o'zida teri osti emfizemasi bo'lishi mumkin.

O'PKA YORILISHI

Mexanizm. O'pka yorilishi – travma natijasida singan qovurg'alar zararlashi yoki urgan paytda yoki tepalikdan tushib ketganda o'pka ildizidan uzilib ketishi mumkin. Yani piyodalar yo'lakchasidan o'tayotdanda kuchli tezlik bilan mashina urib yuborsa ham bo'lishi mumkin. O'pka yoki bronxlar yirtilishi natijasida plevra bo'lig'iga havo chiqadi, natija o'pka kichiklashib keyinchalik nafasda umuman ishtirok etmaydi. Katta yorilishlar bo'lganda nafas olganda klapaniy mexanizim ishga tushadi va plevra bo'shlig'ida bosim ortadi. Natijada tomirlar yozilishi hisobiga nafas yetishmovchiligi paydo bo'ladi. Bu holatlarda zo'riqishli yoki klapanli pnevmatoraks rivojlanadi. Ikki tomonlama pnevmatoraks singari zo'riqishli pnevmatorak hayot uchun xavfli bo'lib shoshilinch yordam o'z vaqtida ko'rsatilmasa bemor halok bo'ladi.

Diagnostika. Uncha katta bo'lmagan pnevmatoraksda nafas yetishmovchiligisiz kechib faqat shifokor tekshiruvda aniqlanishi mumkin. Bu pnevmatoraks uchun "yostiqsimon" perkutor tovush

xarakterli, sog' tomonga nisbatan nafas shovqinlari pasaygan. Zo'riqish pnevmatoraksida o'tkir nafas yetishmovchiligi belgilari: bezovtalik havoni og'zi bilan yutadi, tez- tez xansirash, teri va shilliq qavatlar oqarish va keyinchalik ko'karishi bilan. Puls tezlashgan, sistolik arterial bosim 140 -150 mm. sm. us. gacha oshgan bo'lishi mumkin.

Qovurg'a sinishi bo'lmasa pnevtoraks kam kuzatiladi. Shuning uchun xamma sinish belgilari bo'lishi kerak(yuqorda ko'rsatilgan). Teri osti emfizemasi rivojlangan bo'lsa diagnoz ko'yish qiyin bo'ladi, lekin ko'pincha ko'krak jarohatlari bilan keladi. Perkussiyada ovozni bo'g'iqlashishi kuzatiladi.

Asosiy simptomlardan nafas shovqinlarini pasayishi yoki yo'qligi, ayniqsa bemor o'tirgan holatda oldingi va yuqorigi o'pka bo'laklarida. Qiyosiy tashxislash spontan pnevmatoraks bilan o'tkaziladi. Bunda o'pkada kistoz o'zgarishlari bor bemorlarda o'pka yorilishi kuzatiladi, lekin qovurg'a sinishi bo'lmaydi, ko'krakda og'riq kam bo'ladi.

SHOSHILINCH YORDAM.

1. Og'riqsizlantirish (2ml 50% li analginni mushaklar orsiga) boshini ko'targan xolda yotqiziladi va kislorod beriladi.

2. Zo'riqish pnevmatoraksini og'ir xolatlarida 2 va 3 qovurg'a oralig'ida punksiya qilinadi.

3. Havo bosim bilan kelayotgan bo'lsa, shprints ignasini sistemaga ulab, sistemani ikkinchi uchiga klapan qo'yib uni furatsilinli flakonga solinadi. Zo'riqish pnevmatoraksida furatsilin ichida pufakchalar hosil bo'ladi. Shprintsiga ulangan uchini leykoplaster bilan yopishtirib va uni ko'krak qafasiga yopishtirib qo'yiladi.

GEMATORAKS.

Mexanizm. Gematoraks bu plevra bo'shlig'iga qon quyilishiga aytiladi. Bu asosan ko'krak qafasini ochiq va yopiq jarohatlarida kuzatiladi. Gematoraksda asosiy qon o'pka va ko'krak qafasi tomirlaridan keladi. Yig'iladigan qon 2 mldan ham oshishi mumkin. Katta gematorakslarda qovurg'alar aro arteriya va ayrim holatlarda ko'krak qafasini boshqa tomirlari yorilishi yoki zararlanishi mumkin. Gematoraksda nafas yetishmovchiligi va ko'p qon yo'qotishdan qo'rqish kerak.

Diagnostika. Uncha katta bo'lmagan gematorakslarda shikoyatlar bo'lmasligi mumkin. Damuazo chizig'i bo'yicha perkussiyada tovushni

qisqarganligi, auskultatsiyada- orqa o'pka bo'laklarida nafas susaygan. Gematoraksni og'ir qon ketish fonida (oqarish, muzdek ter, taxikardiya, nafas yetishmovchiligini rivojlanishi, AB tushishi) o'tkir nafas yetishmovchiligi rivojlanadi. Perkussiyada perkutor tovush to'mtoqlashgan, auskultatsiyada nafas shovqinlari yo'qligi yoki pasayganligi kuzatiladi. Bemorning ko'krak qafasida og'irlik xissi va havo yetishmovchiligi bezovta qiladi. Asosan o'tkir eksudativ plevrit bilan qiyosiy tashxislash kerak.

Shoshilinch yordam.

1. Og'riqsizlantirish (2ml 50% li analginni mushaklar orsiga) va yurak- qon tomirlariga (kordiamin 2 ml)
2. Boshini ko'targan holda yotqiziladi va kislorod beriladi.
3. o'tkir qon yo'qotish holatlarida vena ichiga suyuqlik quyiladi, agar gospitalizatsiya kechiktirilayotgan bo'lsa plevra bo'shlig'iga kurak chizig'i bo'ylab 7 qovurg'a oralig'ida punktsiya qilib qon chiqarib tashlanadi.
4. Xirurgiya yoki travmatologiya bo'limiga gospitalizatsiya qilinadi.

TRAVMATIK ASFIKSIYA (KO'KRAK QAFASINI QISISHI, YUQORI KAVAK VENALAR SINDROMI).

Mexanizm. Ko'krak qafasini tez va uzoq muddat bosib turilishi natijasida kelib chiqadi. Bu jarohatlar : yer qimirlashlarida va shaxtalar qulaganda bo'lishi mumkin. Bu jarohatlarda ko'pincha qovurg'a sinishlari bo'lmaydi. Yuqori kavak venada venoz qon aylanishni buzilishi hisobiga tananing yuqori qismida yuqori kavak venalarda bosim oshadi va terida, shilliq qavatlarda, organlarda ayniqsa bosh miyada ko'p miqdorda kichik qon quyilishlar (petixiyalar) paydo bo'ladi. Tananing yuqori qismi va yuzi ko'k rangga kiradi.

Diagnostika. Klinikasi bosim kuchiga va davomiyligiga bog'liq. yengil holatlarda bemor bezovta, yuzlari shishigan, bir oz tsianotik, kon'yuktivada mayda petixiyalar paydo bo'ladi, nafas tezlashgan bo'ladi. O'rtacha og'irlikdagi bemorlarda bezovtalik yoki befarqlik, orientatsiyani bezilishi, yuzi shishgan, tsianotik, yuzida va kon'yuktivada mayda petixiyalar paydo bo'ladi. Xansirash, ko'rishning buzilishi kuzatiladi. Og'ir holatlarda bemor xushsiz, butun tana bo'ylab tsianoz ayrim holatlarda tananing yuqori qismida: bo'yinda, yuzda, qo'llarda bo'lishi mumkin. Yuzda, ko'z kon'yuktivasida, bo'yinda,

qo'llarda ko'plab petixiyalar kuzatiladi. Nafas yuzaki, tez-tez, davo choralari ko'rilmasa kamayib agonal bo'lib keyinchalik umuman to'xtashi mumkin.

Diagnoz ko'yish unchalik qiyinchilik tug'dirmaydi. Avvalam bor anamnezi, bemor tashqi ko'rinishi, yuz va kon'yuktivalariga axamiyat berish kerak. Qiyosiy tashxislash yopiq bosh miya jarohatlaridan, regurgitatsiya natijasida asfiksiyadan, qusiq massasidan aspiratsiyadan, yod jisimlarni nafas yo'llariga tushishidan ajratiladi.

Shoshilinch yordam.

1. Yengil holatlarda – tinchlik va boshiga muz qo'yish. Bezovtalik bo'lsa sedativ moddalar (seduksin yoki relanium, 1% li dimedrol berish) yuborish. O'rta og'irlikdagi holatlarda – boshini ko'tarish, kislorod berish, yurak- qon tomirlariga (kordiamin 2 ml) yuborish.

2. og'ir holatlarda AMBU qopchasi orqali suniy nafas berish. Tomir ichiga 40% li 20 ml glyukoza eritmasi yuboriladi. O'pka va miya shishini oldini olish uchun 40-80 mg laziks beriladi.

Gospitalizatsiya. Og'ir holatlarda reanimatsiya bo'limiga, travmatik asfiksiyani o'rta darajasida – keng tarmoqli shifoxonaning travmatik yoki ko'krak qafasi xirurgiyasi yotqiziladi. Bemorni yotgan holatda boshini bir oz ko'targan holatda transpotirovka qilinadi. Yengil holatlarda diagnostik tekshiruvlardan so'ng bemorda nafas yetishmovchiligi va nevrologik belgilar bo'lmasa ambulator davo uchun uyiga ruhsat berib yuboriladi.

KO'KRAK QAFASI JAROXATI.

Mexanizm. Tinch holatda ko'krak qafasini sanchuvchi va kesuvchi jismlar bilan jarohatlash mumkin. Hayot uchun xavfli bo'lib plevra bo'shlig'i zararlanganda (ochiq pnevmatoraks sm. pastda) va ko'krak ichi a'zolar yurak, yirik tomirlar, o'pkalar zararlanishi hisoblanadi. Ko'krak qafasini pastki qismlari zararlanganda qorin a'zalari jarohatlanishi mumkin(torakoabdominal jarohatlar).

Diagnostika. Bemor jarohatlangan tomonda og'riqqa va qon ketishiga shikoyat qiladi. Agar plevra bo'shlig'i zararlangan bo'lsa havoni tortib olish va teri osti emfizemasi (yara atrofida xavo pufakchalar krepitatsiyasi) kuzatiladi.

Agar bemor xushida bo'lib jarohat joyini ko'rsatsa diagnoz qo'yish qiyin emas. Agar bemor xushsiz, alkogol ichgan bo'lsa, yonida xech kim bo'lmasa va jarohat orqa tarafda bo'lsa jarohatni yaxshilab ko'rish

kerak. Qish paytlarida kiyimlar jarohatni berkitib qo'yishi xam mumkin. Ayrim holatlarda ko'p jaroxatlar oyoqlarda va tanada joylashgan bo'lsa ko'krakdagi jarohatni ko'rmay qolish mumkin. Bunday xolatlarda nafas yetishmovchiligi (xansirash, tsianoz) va o'tkir qon yo'qotish belgilari bo'yicha ko'krak qafasi yaxshilab tekshiriladi.

Shoshilinch yordam.

Qonni vaqtinchalik tamponada yordamida to'xtatib, asseptik bog'lam qo'yish va muz qopchasini qo'yish kerak.

Og'riqsizlantiruvchilar va yurak- qon tomir preparatlarini yuborish.

Ochiq pnevmatoraksda okklyuzion bog'lam ko'yish.



36-rasm Okklyuzion bog'lam qo'yish

A – ko'krak qafasining ochiq jarohati, B – okklyuzion bog'lamni qo'yish

Xirurgik yoki ko'krak qafasi xirurgiyasi bo'limga gospitalizatsiya qilish.

OCHIQ PNEVMATORAKS.

Mexanizm. Kesuvchi va sanchuvchi buyumlar to'g'ridan to'g'ri ta'sir etganda va qovurg'a singanda paydo bo'ladi. Ochiq

pnevmtoraksda ko'krak qafasini ochiq jarohati bo'lib tashqi muhit bilan aloqasi bo'ladi. Bunda o'pka nafas olishda qatnashmaydi. Yirtilgan loskutli jarohlarda klapanli mexanizm rivojlanadi, nafas olganda yara kengayadi va havo kiradi, nafas chiqarganda yara torayadi havo chiqib ketishga ulgurmaydi. Bosim oshishi hisobiga ko'krak oralig'i sog'lom tomonga suriladi. Ikki tomonlama pnevmatoraksga o'z vaqtida yordam ko'rsatilmasa o'limga olib keladi.

Diagnostika. Bemorning umumiy ahvoli og'ir. Tsianoz, xansirash, bemor jaroxatni qo'li bilan berkitmoqchi bo'ladi. Xar safar nafas olganda xavo "xirillash" bilan kiradi. Katta bo'lmagan jarohlarda tashqi muhit bilan aloqasi bo'lmasligi mumkin, lekin zararlangan o'pkadan plevruga havo kirishi mumkin. Tipik jarohlarda diagnoz qo'yish qiyin emas. Ochiq pnevmatoraksdan tashqari klapanli pnevmatoraks borligini topish qiyinroq bo'ladi. Agar klapanli pnevmatoraks bo'lsa teri osti emfizemasi rivojlanadi va okklyuzion bog'lam qo'ygandan keyin ahvoli yaxshilanadi. Auskultatsiyada – zararlangan tomonda nafas shovqinlari yeshitilmaydi. (38-rasm)

Shoshilinch yordam. Boshini ko'tarib yotqizish, kislorod va yurak-qon tomir dorilari berish. Okklyuzion bog'lam ko'yish. Jarohat atrofini 5% li yod eritmasida artish va bir nechta steril bog'lam qo'yish. Bog'lam cherepitsasimon bog'lanib leykoplasterda yopishtiriladi. Leykoplaster bo'lmaganda bog'lamlar ustiga klyonka qo'yib keyin bint bilan bog'lanadi. Shok bo'lganda qon o'rmini bosuvchi suyuqliklar qo'yiladi.

ADABIYOTLAR

1. Sokolov V. A. Dorojno-transportnyye travmy. – M. : GEOTAR-Media, 2009. – 176 s.

2. Dorojno-transportnyy travmatizm: algoritmy i standarty okazaniya skoroy meditsinskoj pomoshchi postradavshim vsledstviye DTP: (dogospitalnyy etap)/Pod red. S. F. Bagnenko, V. V. Tojarova, A. G. Miroshnichenko; NII skoroy pomoshchi im. I. I. Djanelidze. – SPb. : Nevskiy Dialekt; BXB-Peterburg, 2006. – 319 s.

3. Meditsinskaya pomoshch detyam v chrezvychaynykh situatsiyax: Uchebnoye posobiye. – Ximki – Tver: Triada, 2009. – 128 s.

4. Skoraya meditsinskaya pomoshch: kratkoye rukovodstvo/Pod red. A. G. Miroshnichenko, V. V. Ruksina, V. M. Shaytor. – M. : GEOTAR-Media, 2007. – 320 s.

5. Rasionalnaya farmakoterapiya neotlojnykh sostoyaniy. – M. : Litterra, 2007. – 648 s.

6. Rodjers M., Xelfayer M. Rukovodstvo po pediatrii: neotlojnaya pomoshch i intensivnaya terapiya. – SPb. : Izdatelskiy dom «Piter», 1999. – 1120 s.

7. Sovremennaya neotlojnaya pomoshch pri kriticheskix sostoyaniyax u detey: Prakticheskoye rukovodstvo/Pod red. K. Makueyya-Djonsa, E. Malineuks, B. Fillips, S. Viteski; per. s angl. ; pod obsh. red. prof. N. P. Shabalova. – M. : MEDpress-inform, 2009. – 464 s.

8. Standartyy pookazaniyu skoroy meditsinskoj pomoshchi detyam na dogospitalnom etape/Podred. A. G. Miroshnichenko, V. M. Shaytor. – SPb. : B XV-Peterburg, Nevskiy Dialekt, 2006. – 128 s.

9. Sybulkin E. K.. Neotlojnaya pediatriya v algoritmax. – M. : GEOTAR-Media, 2007. – 160 s

MUNDARIJA

I – BOB BOLALAR SHIKASTLANISHLARIDA TRAVMATOLOGIK YORDAM KO'RSATISH TAMOYILLARI	3
TRAVMATOLOGIK BEMORLARGA SHOSHILINCH YORDAM KO'RSATISHNING ASOSIY TAMOYILLARI.....	4
JAROHATLARDA YORDAM KO'RSATISH USULLARI	8
TRANSPORT IMMOBILIZATSIYASINING ASOSIY TAMOYILLARI	15
BOG'LAM QO'YISHNING UMUMIY TAMOYILLARI.....	15
II- BOB YUMSHOQ TO'QIMALARNI LAT YEYISHI, MUSHAK-PAY VA SUYAK TIZIMI JAROHATLARI.....	30
KURAK QIRRA USTI MUSHAGINING SHIKASTLANISHI.....	32
SONNING TO'RT BOSHLI MUSHAGINING SHIKASTLANISHI ..	33
BARMOQNI UZUK BILAN SIQILISHI.....	33
PANJADA YOT JISMI.	34
YELKA KAMARI VA QO'L SUYAKLARINING SHIKASTLANISHLARI	34
KURAKNING SHIKASTLANISHI.....	34
O'MROV SUYAGI SINISHLARI.	34
YELKA DIAFIZI SINISHLARI.....	35
TIRSAK BO'G'IMINI HOSIL QILUVCHI SUYAK SINISHLARI....	35
BILAK SUYAGI DIAFIZI SINISHI.....	36
BILAK KAFT BO'G'IMI VA PANJA JAROHATLARI.....	36
KAFT VA BARMOQ FALANGALARI SINISHLARI.	37
SON SUYAGI SHIKASTLANISHLARI.....	37
SONNING YUQORI QISMI SINISHLARI.....	37
SON SUYAGI DIAFIZI SINISHI.	38

TIZZA BO'G'IMI VA BOLDIR SUYAKLARI JAROHATLARI	39
TIZZA BO'G'IMI BOG'LAMI APPARATINING JAROHATLANISHI	41
TIZZA QOPQOG'I SINISHLARI	41
BOLDIR SUYAKLARI DIAFIZI SINISHLARI	41
BOLDIR PANJA BO'G'IMI VA TOVON JAROHATLARI	42
SUYAKLARNING OCHIQ SINISHI VA BO'G'IMLARNING OCHIQ JAROHATI	43
OCHIK SINISHLAR	43
BO'G'IMLAR OCHIQ JAROHATI	44
OYOQ QO'LLAR AMPUTATSIYASI	44
III BOB. BOLALARDA CHIQISHLAR VA CHALA CHIQISHLARNING XUSUSIYATLARI	48
O'MROV CHIQISHLARI	48
YELKA CHIQISHLARI	48
BILAK SUYAGI CHIQISHLARI	51
BILAK SUYAGI BOSHCHASINING CHALA CHIQISHI	52
QO'L BARMOQLARI BO'G'IMLARIDA CHIQISH	53
SONNING TRAVMATIK CHIKISHI	54
SON CHIQISHLARI	55
BOLDIR CHIQISHI	56
IV-BOB. BOLALARDA CHANOQ SUYAGI VA UMURTQA POG'ONASI SHIKASTLANISHLARI	57
UMURTQA POG'ONASINING SHIKASTLANISHLARI	62
V-BOB. BOLALARDA BOSH MIYA JAROXATLARINING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI	66
BOSH MIYA JAROHATLARI	66
BOSH MIYANING EZILISHI	69

BOSH MIYA YOPIQ JAROHATLAR GEMATOMASI	69
BOSH MIYA YOPIQ JAROHATLARIDA SHOSHILINCH YORDAM	70
BOSH MIYA SUYAGINING SINISHI.	72
MIYA ASOSI SUYAGINI SINISHI.	74
VI- BOB KO'KRAK QAFASI VA ORGANLARINING JAROHLARI	80
KO'KRAKNI YOPIQ JAROXATLARI	81
KO'KS ORSIDA EMFIZEMA	81
KO'KRAK QAFASINI OCHIQ JAROXTLARI	82
QOVURG'ALAR SINISHI	84
TO'SH SUYAGINING SINISHI.....	84
YOPIQ TRAVMATIK PNEVMATORAKS.....	85
O'PKA YORILISHI.....	85
GEMATORAKS.....	86
TRAVMATIK ASFIKSIYA (KO'KRAK QAFASINI QISISHI, YUQORI KAVAK VENALAR SINDROMI).....	87
KO'KRAK QAFASI JAROXATI.	88
OCHIQ PNEVMATORAKS.	89
ADABIYOTLAR.....	91

TILYAKOV X. A., TILYAKOV A. B.

BOLALAR TRAUMATOLOGIYASI

o'quv qo'llanma

“ARTEX NASHR” MCHJ

Mas'ul muharrir — Madina Mirzakarimova
Musahhah — Madina Mirzakarimova
Texnik muharrir — Rahmonov Shohimardon
Dizayner va sahifalovchi — Rahmonov Shahzod

“ARTEX NASHR” bosmaxonasida chop etildi.
Pochta indeksi 140100. Samarqand shahar,
A.Navoiy ko'chasi 85 uy.

Bosishga 06.11.2023 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 1
Bichimi 60x84^{1/16}. “Times New Roman” garniturasida. 7.44 bosma taboq.
Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 16 / 06.11.2023
Tel: (99) 448-80-19.

