

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

Тошкент тиббиёт академияси

Ҳ.МУСАЛАТОВ, Г.ЮМАШЕВ,
Л.СИЛИН

ТРАВМАТОЛОГИЯ ВА ОРТОПЕДИЯ

Ўзбекистон фан арбоби, профессор Ш.Ш. Ҳамраев
тахрири остида ўзбек тилида тайёрланган

Ўзбекистон Республикаси олий ва ўрта махсус таълим
вазирлиги томонидан тиббиёт олий ўқув юрглари учун
дарслик сифатида нашрга тавсия этилган

Тошкент
«IQTISOD-MOLIYA»
2007

Мусалатов Ҳ.А

Т75

Травматология ва ортопедия: Олий ўқув юртлари учун дарслик / Ҳ.А.Мусалатов, Г.С.Юмашев, Л.Л.Силин ва бошқ. Ҳ.А.Мусалатов, Г.С.Юмашев таҳрири остида қайта ишланган ва тўлдирилган 4-нашридан таржима; Таржимонлар: проф. Ш.Ш.Ҳамраев, Н.М.Курбонов, С.У.Асилова, доц. С.М. Маннонов, Б.С. Турсунов; Ш.Ш. Ҳамраев таҳрири остида; ЎзР олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги. - Т.: Iqtisod-moliya, 2007. - 532 б.

Юмашев Г.С., Силин Л.Л. ва бошқ.

Дарсликнинг тўртинчи наشري (учинчиси 1990 йилда чиққан) катта ёшдаги кишилар ва болаларда таянч-ҳаракат тизимининг типик шикастланишлари ва касалликлари ҳозирги замон даражасида баён қилинган. Диагностиканинг замонавий методлари, даволашнинг меҳнат қобилиятини тез тиклашни таъминлайдиган нодир ва синовдан ўтган янги усуллари тақдим қилинган.

ББК 54.58я73

ISBN 5-225-02737-7
ISBN 978-9943-13-029-6

© Москва, «Медицина», 1995
© Муаллифлар жамоаси, 1995
© «IQTISOD-MOLIYA», 2007

Травматизм даражасининг юқорилиги ва таянч-ҳаракат тизимининг шикастланиши натижасида ўлим ва ногиронликнинг кўплиги ёш шифокорларнинг мутахассислигидан қатъий назар ўткир травматологик жароҳатланишда тезкор тиббий ёрдамни тўғри ва сифатли таъминлаш учун уларнинг малакасини ошириш зарурлигини тақозо этади.

Муаллифлар травматология ва ортопедия бўлимларини ёзишда тиббиёт амалиёти ва олий тиббий таълим дидактик принципларига амал қилиб, тегишли масалалар бўйича билимларни шакллантиришга, тезкор ёрдамга муҳтож бўлган беморларга ҳақимлик ёрдамини кўрсатишга ҳаракат қилганлар.

Шу билан бирга, талабалар бу фанни ўргангандан кейин типик шикастланишлар ва таянч-ҳаракат тизими касалликларида, шикаст етганда зарур тез ёрдам кўрсата олиш, касалликни даволаш усуллари ишлатишда кўрсаткичларни аниқлаш, мутахассислар билан биргаликда шикастланганларга комплекс даволаш усуллари ўтказиш, турли ёш гуруҳларда ва катта одамларда типик туғма ва орттирилган ортопедик касалликларда ташхис қўйишни ўрганишлари, кейинги даволаш вариантлари ва истиқболларига баҳо бера олишлари керак.

Муаллифлар дарслик юзасидан билдирилган ҳамма мулоҳазаларни бажонидил қабул қиладилар.

ТРАВМАТОЛОГИЯ ВА ОРТОПЕДИЯНИНГ УМУМИЙ МАСАЛАЛАРИ

1 б о б. ТРАВМАТОЛОГИЯ ВА ОРТОПЕДИЯНИНГ РИВОЖЛАНИШ ТАРИХИ

Янги курсни ўргана бошлашда ҳар доим дефинициялардан, яъни аниқ мантиқан ифодалаш, у ёки бу тушунчанинг мазмунини аниқлашдан иборат.

Травматология - инсон танаси шикастланишларини ўрганувчи фан.

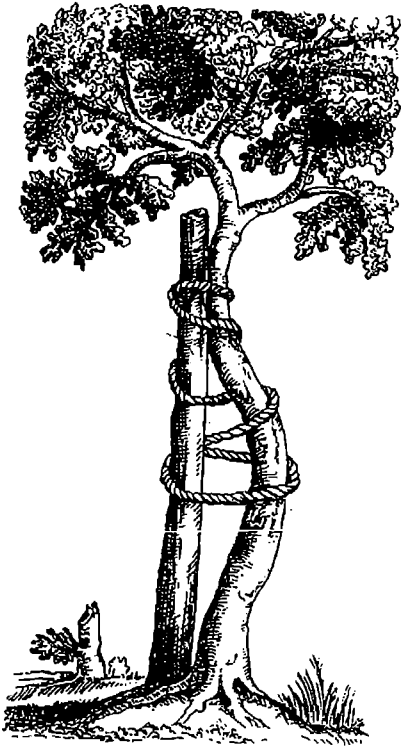
Ортопедия мураккаб грек сўзи бўлиб, orthos - тик, тўғри + paideia - тарбия маъносини англатади.

«Ортопедия» термини 1741 йилда француз олими Николас Андри томонидан тавсия этилган бўлиб, болаларда қўл-оёқ деформациялари принципини ифодалашда у қийшиқ ўсаётган дарахтни унга тўғри таёқчани боғлаб, тўғрилашни мисол тариқасида келтиради. Н.Андри чизган расм ортопедия рамзи бўлиб қолди (1-расм).

Ҳозирги кунда ортопедия деганда биз инсон танаси деформацияларини ўрганувчи, аниқловчи ва тузатувчи фаннинг бир қисмини тушунамиз.

Палеопатологиянинг янги маълумотлари тиббиёт тарихида муҳим аҳамиятга эгадир. Палеопатология — ибтидоий жамоа тузуми даврида яшаган одамлар организида носоғлом ўзгаришларни ўрганувчи фан ҳисобланади.

Одамларда касалликлар ва шикастларнинг излари унинг



1-расм. Тўғриланаётган дарахт расми. Николас Андри китобида бу ортопедия эмблемаси бўлди.

бугун тараққиёт даврида, питекантропдан то неандерталгача шаклланишида аниқланган. Археологлар изланишлари шуни аниқ кўрсатадики, палеолит даврида, бундан 100 минг йил муқаддам неандертал одамлар шикастланишларда ёрдам кўрсатишган.

Неандерталларнинг суяк қолдиқлари текширилганда уларнинг ҳаётлик пайтларида турлича шикастланишлар: синган ўмров, билак, тирсак ва курак суякларининг тўғри битганлиги аниқланган.

Шу кунларгача етиб келган «Ҳаёт китоблари» - Аюрведада бундан неча минг йиллар илгари қадимий ҳинд ҳақимлари қўл-оёқларни ампутация қилгани, бурун, қулоқ ва лабда пластик операцияларни (ҳинд усули бўйича) бажаришгани ёзилган. Суяклар синганда уларни тортиш ва қарама-қарши тортиш йўли билан ўрнига солинган, турли бойламлар кўйиш ва бамбукдан ясалган тахтакачларда даволаш усуллари ишлатилган.

Хитойда жароҳатларни, суяк синишларни ва бўғим чиқишларни жарроҳлик усулида даволашган, турлича шиналар тайёрланган ва ампутация қилинган оёқлар учун протезлар ишлаб чиқилган. Оғриқ-сизлантириш мақсадида мандрагора, опий, наша, зиғир ўсимлиги шарбати ва бошқалар ишлатилган.

Месопотамияда ҳам жарроҳлик нисбатан анча юқори даражада ривожланган.

Қадимий Мисрда жарроҳлик юқори савияда тараққий қилган.

Папирусдаги афсонавий муаллиф, илоҳийлаштирилган ҳақим Имхотек (Смит Папирус) ўртача шоҳлик даврига тааллуқли бўлиб, эрамиздан икки минг йил илгари ёзилган, унда 48 хил шикастланиш турлари ва қатор жарроҳлик муолажалари келтирилган.

Қадимий Юнонистонда жарроҳлик бундан ҳам юқори даражада ривожланган эди. Қадимий юнон ҳақимлари жарроҳликнинг асосан травматология ва бойламлар ҳақидаги фан - десмургия билан шуғулланишган.

Қадимги даврда юнонлар анатомиядан махсус билимга эга эмасдилар, чунки ўликларни ёриб кўрмаганлар. Уларда инсон танасининг тузилиши тўғрисида фақат эмпирик тушунча бўлган.

Тиббиётнинг отаси Гиппократнинг (эрамиздан илгари IV асрда яшаган) бизнинг фанимизга қўшган ҳиссаси беқиёсдир.

Гиппократнинг жарроҳликка бағишланган «Синишлар ҳақида», «Бошнинг жароҳатлари ҳақида», «Бўғимларни жойига солиш ҳақида» ва бошқа асарлари Қадимги Юнонистонда боғламлар, жарроҳлик аппаратлар тўғрисидаги, жароҳатлар, суяк чиқишлари, бош, жумладан бошнинг юз қисми шикастларини даволаш тўғрисидаги таълимотлар жарроҳликнинг юксак даражада ривожланганидан далолат беради. Гиппократнинг «Бўғимларни жойига солиш ҳақида»ги асарида «Гиппократ тахтачаси» (2-расм) ва чиққан суякларни ўрнига солиш учун дастакли мослама «Гиппократ ўриндиғи» тасвирлаб берилган (3-расм).



2-расм. Ёғоч мосламада чиққан елка суягини Гиппократ усулида ўрнига солиш.

«Гиппократ қалпоғи» деб аталадиган боғлам жарроҳликда ҳозир ҳам ишлатилади.

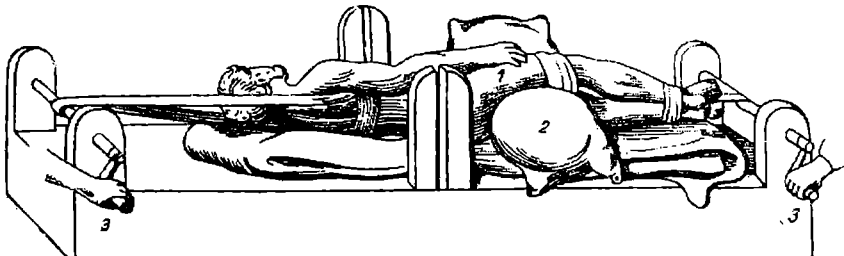
Қадимий Рим маданияти, фан ва тиббиёт соҳаларидаги ютуқларни Қадимий Юнонистондан олган.

Эрампдан аввалги I асра Корнелий Цельс «Тиббиёт ҳақида» трактат ёзган, Цельс - римлик эркин фуқаро, аслзодалар оиласининг фарзанди бўлиб, у тўла маънодаги даволовчи ҳақим бўлмаган.

Цельс трактатининг «Тиббиёт ҳақида»ги саккизинчи китоби суяк жарроҳлиги масалалари ва травматологияга, IV-X боблар суяк синишларига, XI-XXV боблар суяк чиқишларига бағишланган. Бу боблар Гиппократнинг «Синишлар ҳақида», «Бўғимлар ҳақида» китобларидан ўзининг

жиддийлиги, қисқа ва аниқ ёзилиши билан фарқ қилади. Цельс суяк синишларини қўллар ёрдамида тортиш ва қарама-қарши тортиб, ўрнига солишга эътибор бериб, шу мақсадда махсус ричаг ва винт ёрдамида тортишга асосланган аппаратлардан фойдаланди, иммобилизация қиладиган боғламлар ва турлича шиналарни ишлатган. Цельс шикастланишлар оқибатида учрайдиган гангрена ва бўғимларнинг қотиб қолишининг олдини олиш чораларига катта аҳамият берган.

Очиқ синишларда жароҳатга ишлов бериш – жарроҳнинг муҳим вазифаси: «жароҳат суякка нисбатан кўпроқ эътиборга лойиқ бўлиши керак» дейилган.



3-расм. «Гиппократ ўриндиғи» чиққан суякларни ўрнига солиш учун дастакли мослама.

Цельс суяклар секин битаётганда унинг бўлакларини иккиламчи таъсирлангиришни тавсия этган.

Суякларнинг бўғимлардан чиқишига оид бобларда умумий таъриф берилиб, «сувга калла ташлаганда юз берадиган чиқишлар», антик тиббиётда илк марта тасвирланган чиққан елкани ўрнига солиш учун ишлаб чиқилган махсус «курак» Гиппократ таклиф қилган усулдан фарқ қилади.

Рим империяси емирилгандан сўнг тиббиёт фанининг тараққиёти неча асрлар давомида тўхтади ва араб халифаликлари даврида шарқда яна тараққий қила бошлади.

Бу даврнинг энг ёрқин ва буюк намояндаси Ибн Сино эди. Шарқнинг буюк олими Абу Али ибн Сино (Авиценна) 980 йилда Бухоро шаҳрида таваллуд топган.

Абу Али ибн Сино тиббиёт соҳасида яратган ажойиб асарлари билан ўз номини адабийлаштирди, булар орасида «Тиб қонунлари» асари асосий ўринни эгаллайди ва бу асар XVII асргача шарқ ва ғарб ҳақимлари учун асосий дастури амал бўлиб келган.

«Тиб қонунлари»нинг тўртинчи китобида муаллиф жароҳатлар, суяк касалликлари, синиш ва чиқишлар хусусида батафсил тўхталиб, уларни даволаш усулларини ҳам тасвирлаб берган. Аллома тавсия этган жарроҳлик усуллари оқилона ва қўлланишга арзигулик бўлган.

Суяк чиқишларини ўрнига солиш усулларига бағишланган боблар узоқ даврлар мобайнида Ўрта Осиё ва ғарб давлатлари жарроҳлари учун асосий қўлланма бўлиб келган. Елка чиқишини бевосита ўрнига солиш «Авиценна усули» деган ном олган. Замонавий адабиётларда эса бу усул «Мотто усули» деган ном билан аталган.

Ибн Сино синиқларни даволашни ҳар томонлама ва чуқур изоҳлаш билан бир қаторда, уларнинг синган сатҳи, сегментлари, жойлашуви ва ҳолатига қараб репозиция усулларига тўхталиб ўтган ва даволаш тамойиллари ҳамма синишлар тури учун асосан бир хил бўлган.

Жарроҳлик ҳамда травматологиянинг кейинги тараққиёти Уйғониш даврига тўғри келди ва бу ривожланиш Амбруаз Паре номи билан чамбарчас боғлиқдир.

Буюк француз жарроҳи Амбруаз Паре XVI аср бошларида туғилган ва бир неча юз йиллар ўтгач уни «Замонавий жарроҳликнинг отаси» деб тан олинган. Жарроҳлик касбини у Париж шаҳрида ўрганган, 3 йил мобайнида «сартарош шогирди» бўлиб ишлаган. Тиббиёт тарихидан маълумки, ўша даврда сартарошлар ҳамма оммавий жарроҳлик муолажаларини бажаришган. Амбруаз Паренинг 1545 йилда ҳарбий дала жарроҳлигига бағишлаган «Ўқ отар қуролдан, шунингдек, ёй, найза ва бошқа қуроллардан етказилган жароҳатларни даволаш усули» деган илк илмий асари чоп этилган.

Унинг иккинчи ўлмас хизмати ампутациялар ҳақидаги таълимоти ва қон оқишни тўхтатиш усуллари ҳисобланади.

А.Паре биринчи суяк илиги бўшлиғи ва арраланган суяк юзасини қиздирилган темир ёрдамида куйдиришни ман этди, бу секвестрлар ҳосил бўлиши ва аста-секин ажралиб чиқишини тўхтатиб қўяди.

А.Парегача ҳеч ким ва ҳеч қачон протезлар ва ортопедик аппаратларни батафсил тасвирламаган. А.Паре «Жароҳатнинг ҳаводан зарарланиш оқибатида қоннинг йиринглаши» таълимоти асосчиси ҳисобланади. Синган суякларнинг секин битишида, мушакларнинг атрофиясида сунъий равишда қон ҳаракатини сусайтириш ёки тўхтатиш каби даволаш усули мисли кўрилмаган янгилик ҳисобланади. А.Паре ногўғри ўсган тирноқ операциясини таклиф этган, у биринчи бўлиб сон суяги бўйинчасини, сколиоз белгиларини тасвирлаш билан бирга тизза бўғимидан эркин таначаларни чиқариш усулини ишлаб чиққан.

Ниҳоят бу атоқли француз жарроҳининг жароҳатларни оқилона даволашга оид ўз изланишларида ҳайрон қоларли даражада тўғри йўл тутганлигини чуқур ҳурмат-эҳтиром билан эслатиб ўтишга тўғри келади. У жуда кўп нарсаларни билмагани ҳолда ҳозирда ҳам қўлланилиб келинаётган антисептик воситаларни қўллаган.

Россияда шикастбандлик (синиқчилик) тўғрисидаги биринчи ҳужжатли гувоҳнома Украина ва Белоруссияни озод қилиш учун олиб борилган рус-поляк уруши даврларига тааллуқлидир.

1655 йил 1 майда Смоленскдаги подшоҳ қароргоҳидан берилган буйруққа асосан Москва шаҳрида «беморлик» вазидан қолган шикастбанд Первушка Петровни зудлик билан топиб юбориш топширилган. Уни М.Зыбиннинг Стрелецк мавзесидаги «Тош кўприк» оргидан қидириш буюрилган. Яна икки нафар шикастбанд Ивашка Максимов ва Степка Дорофеев хатидан «Уста шикастбанд ўғли Петров ва биз билан дорихонада ўқиган унинг иккита шогирди олингани» маълум бўлади.

1654 йилнинг август ойида Аптекарь маҳкамасида 30 та ўқчилар ва уларнинг болалари «даволаш иши» бўйича ўқишга қабул қилинди. Шундай қилиб, Россияда биринчи марта Москва тиббий мактаби пайдо бўлди. Дастлаб «даволаш иши» мактабида хорижий шифокорлар дарс беришди.

Москва тиббий мактаби ташкил топган кундан бошлаб икки мустақил - даволаш ва шикастбандлик бўлимлари ташкил қилинди. Ярадорларни ва қасалларни даволаш билан банд бўлган даволовчилардан фарқли равишда, шикастбандлар фақат суякларни шикастланган беморларга ёрдам бериш билан чекланиб қолганлар. Улар шу соҳада шубҳасиз мутахассис эдилар. Шикастбандлик иши халқ таъбирида катта тарихга эга бўлиб, XVII асрда рус жарроҳлигида муҳим соҳага айланди. Шунинг учун ҳам П.Петров ва унинг яқин шогирдлари Россияда травматология ва ортопедиянинг асосчилари ҳисобланадилар.

Аmmo травматология Россияда фан сифатида XIX асрда ривожлана бошлади. 1798 йилда Петербургда тиббий-бадий академия очилади.

Янги академияда жарроҳликдан биринчи профессор Иван Федорович Буш бўлиб, у рус жарроҳларининг илк мактабини ташкил қилди.

Профессор Буш рус жарроҳлигининг ривожланишига катта ҳисса қўшган. У биринчи бўлиб рус тилида дарс ўта бошлади, биринчи рус жарроҳлик дарслигини ёзди ва клиникасини ташкил қилди.

И.Ф.Бушнинг «Жарроҳликдан дарс беришга оид қўлланмаси» 1808 йили чоп этилди.

И.Ф.Буш «Синишлар, суякларнинг чиқиши, муҳим боғламлар ва машиналар ҳақида»ги қўлланмасида бу масалаларга марказий ўрин ажратади. И.Ф.Бушнинг қўлланмаси 1807-1833 йилларда 5 мартаба нашр қилинди. Бундан кўришиб турибдики, XIX асрнинг дастлабки уч ўн йиллигида синишларни даволаш унинг қарашларига асосланган эди.

И.Ф.Бушнинг энг иқтидорли шогирдларидан бири И.В.Буяльский бўлган. У уздабурон, янгилик яратувчи жарроҳ эди. И.В.Буяльский кўпгина янги операцияларни жорий этди ва оёқ-қўлларнинг синиши ва чиқишида крахмал боғлам ишлатди.

Россияда 1806 йилда Голицин шифохонасида «Шикастбандлик фанининг муқаддимаси» чоп этилди ва фаннинг бир бўлими сифатида номоён бўлди. Е.О.Мухиннинг маблағи ҳисобидан чоп этган бу асар тасодифан пайдо бўлмаган. Анча илгари 1791 йилида Е.О.Мухин Елизаветоград тиббий мактабида «Суяклар, чиқишлар, синишлар ва доривор боғламлар» ҳақида маъруза ўқиган. Бундан ташқари, бу китобда ўзининг синишларни даволашдаги 20 йиллик тажрибасини ҳам инобатга олган. Унинг «Муҳим ёки жарроҳлик қисми» деб номланган китоби махсус чиқиш ва синишларга бағишланган. Синишларни даволашни Е.О.Мухин «инсоннинг шифобахш кучлари» билан шифокорлик санъатининг бирлиги деб ҳисоблайди.

Е.О.Мухин туфайли ватан жарроҳлиги биринчи мартаба рус тилида анатомияга ва катта шахсий тажрибасига асосланган ноёб қўлланмага эга бўлди.

Е.О.Мухиннинг асарлари шифокор Николай Пироговга касб танлашга ёрдам берди, у 14 ёшида Москва университетининг тиббиёт факультетига ўқишга кириб, 28 ёшида Дерптда жарроҳлик бўйича профессорлик унвонини олади. Буюк олим ва педагог Николай Иванович Пирогов тиббиётга мисли кўрилмаган ҳисса қўшди. У топографик анатомиянинг асосчиси ҳисобланади, жаҳонда биринчи бўлиб жанг майдонида наркоз ишлатган, ҳарбий-дала жарроҳлиги асосларини яратган ва кўпгина жарроҳлик операциялари услубини ишлаб чиққан. Биз уни фақат травматология соҳасига қўшган улушига тўхталиб ўтамиз.

Н.И.Пирогов 1852 йилда дунёда биринчи мартаба «товон бўғимдан чиқиб кетганда болдир суякларини суяк-пластик усулда узайтириш» операциясини таклиф қилди ва бажарди. Шундай қилиб, Н.И.Пирогов остеопластик жарроҳликнинг ҳам асосчиси ҳисобланади.

Н.И.Пироговнинг «Уруш — бу шикастланишлар эпидемияси» деган таърифи бутун жаҳондаги тиббиёт адабиётига кириб, классик таъриф бўлиб қолди. Н.И.Пирогов ярадорларга ёрдамга тааллуқли ҳамма нарсани

тубдан ўзгартирди. У «Ҳарбий-дала жарроҳлиги» деган янги фан соҳасини яратди ва уруш даврида ярадорларни транспортировка қилиш ва даволашнинг илмий усулларини ишлаб чиқди. Ярадорлар олган жароҳатларнинг оғир-енгиллик даражасига қараб бўлиниши классик системага айланди. Буни Н.И.Пирогов биринчи маротаба рус армиясига жорий этди ва бу система зудлик билан Европанинг ҳамма армияларида қабул қилинди. Н.И.Пирогов 1856-1858 йиллардаги Крим компаниясида биринчи маротаба урушда гипс боғламини қўлади, шундан кейин гипс боғлами ёрдамида қилинган имобилизация усулини жаҳон тан олди ва бу усул ҳозир ҳам ўз моҳиятини йўқотгани йўқ.

Синишларни амбулатор шароитида даволаш усулларини ишлаб чиққан ва унинг асосчилардан бири Россиялик К.К.Рейер ҳисобланади. Киевлик профессор-жарроҳ Н.М.Волкович фикрича «оёқ суяклари синишини даволашда рус жарроҳлари биринчилар қаторида катта хизмат қўрсатган».

XIX аср охирида ўз ҳаётини батамом ортопедияга бағишлаган дастлабки мутахассислар пайдо бўлди.

Биринчи ортопедлар Германияда пайдо бўлдилар – Густав Крауз, Кёлликер, Юлиус Вольф, Адольф Лоренц ва Альберт Гоффа, Америкада – Тайлор, Сайр, Гибней, Англияда – Теби, Роберт Джонс, Италияда – Панцери ва Кодивилля, Францияда – Кирмиссон ва Редар.

Гоффа тузган ортопедиядан 1891 йилда биринчи немис дарслигини чоп этди. Россия ва Фарбда амалий ортопедия хусусий ташаббус бўйича пайдо бўлди. Бироқ ҳаммаси янги даволаш усулларини тарқоқ ҳолда жорий этишга қаратилган уринишлар эди. Россияда ҳали клиник, илмий ва ўқув ортопедияси йўқ эди. Тиббий маълумотни ортопедиядан дарс бериш билан бойитиш фикри Ҳарбий-тиббий академиянинг десмургия ва механургия кафедрасида туғилди ва 1895 йилда бу ишни Генрих Иванович Турнер бошқарди. Россия ортопедлар мактабининг асосчиси Генрих Иванович Турнер 1858 йилда Петербургда таваллуд топган. Г.И.Турнер машҳур жарроҳ К.К.Рейер раҳбарлигида жарроҳликни пухта ўрганиб олди ва, айниқса, таянч-ҳаракат системаси патологиясини даволаш соҳасини яхши эгаллади.

Г.И.Турнернинг ортопедияга тааллуқли асарларидан гипс техникасини такомиллаштирганини айтса бўлади. Г.И.Турнер хорижий муаллифлардан фарқли равишда, синган суяклар секин битаётганда, синган жойни уриб туришни тавсия қилди.

Г.И.Турнер қилган изланишлари жаҳон ортопедиясининг ривожланишида маълум из қолдирди. Сон суяги бўйинчасининг қийшайиши ҳақида, травматик эпифизеолоиз ҳақида, тизза артродезининг янги усул ва тизза қопқоғининг эскирган синишини даволаш, умуртқанинг Бехтерев касаллиги ҳақида, сил спондилити кечишида организмда ҳимоя кучларининг пайдо бўлиши, панжа кафти суякларининг аскарларда учрайдиган ҳарбий маршдаги синиши, жарроҳлик муолажасидан кейинги ёғ эмболиясининг клиник шакллари ҳақидаги ишлари шулар жумласига киради. Умуртқадаги

туғма аномалияларнинг касбга доир иш қобилиятига таъсири, умуртқанинг ривожланиш нуқсонлари ва уларнинг бел оғриғи патологиясидаги моҳияти, спондилолистезнинг ҳосил бўлиш механизмига доир тадқиқотлари алоҳида ўрин эгаллайди.

Г.И.Турнер ҳаётининг сўнгги йилларида шикастланишларда рўй берадиган нейротрофик асоратлар масалаларига катта қизиқиш билан қаради. У синикларнинг битиш жараёнининг бузилиш сабабларини топишга ва айрим трофик бузилишларни қайта тиклашга ҳаракат қилди. Г.И.Турнер бошқалардан илгари тор механотерапия позициясидан даволаш гимнастикасига ўтди. У ўзининг ҳаракатчанлиги, изланувчанлиги, кунт-магонати билан Россияда биринчи кафедра ва ортопедия клиникасини ташкил қилди ва умрининг охиригача бу клиникани ўзи бошқарди. Г.И.Турнер Россияда биринчи бўлиб «ногирон» болаларни ҳимоя қилиш масаласини кўтарди, «Болалардаги ногиронлик билан» давлатнинг ўзи курашиши шартлигини қайд этди. 1917 йили унинг ташаббуси билан Петербургнинг Лахтин кўчасида болалар ортопедияси институти ташкил қилинди.

Профессор Г.И.Турнернинг ишини унинг шогирдлари давом эттирди, улардан бири Герман Александрович Альбрехт эди. Октябр инқилобидан кейин унинг зиммасига Петроградда йиғилиб қолган уруш ногиронларини протезлашни таклиф қилиш юкланган эди.

Г.А.Альбрехтнинг кейинги бутун фаолияти Ленинград протезлаш институтини ташкил қилиш билан боғлиқдир.

Г.А.Альбрехт протезлаш принципларини ва протезлашга ёндашувларни илмий асослади. Ўзининг ишларида оёқ протезларини статик ва динамик нуқтаи назардан қараб, сунъий оёқ панжасини тузиш схемасини асослади, ортопедик корсет ва аппаратларнинг конструктив принципларини шакллантирди. У нормал ва ортопедик оёқ кийимларига тааллуқли анча масалаларга аниқлик киритди. Айниқса, у протезлашнинг мураккаб ва оғир қисми – сунъий қўл протези устида тиришқоқлик билан ишлаб, икки қўли тирсагининг юқори қисмидан ампутация қилинган ногиронлар учун фаол ишлайдиган биринчи протез нусхаларини ва ишлов мосламаларини илк бор яратди. Шундай қилиб, тиббиётда янги соҳа – протезлаш фани вужудга келди.

Россияда биринчи ортопедия институти 1906 йилда Петербург Ҳарбий-тиббиёт академиясида ташкил топган. Институтни профессор Р.Р.Вреден бошқарган. Профессор Р.Р.Вреден ўз фамилияси устидан кулимсираб, «зараримдан кўра фойдам кўпроқ» дер эди. Ҳақиқатдан ҳам у фойдаланинсон эди.

Роман Романович Вреден Г.И.Турнернинг шогирди, 30 га яқин турлича жарроҳлик касалликларини даволаш методлари, ортопедик деформациялар, жумладан, яссиоёқлик, умуртқа қийшайиши, «Вреден операциялари» номини олган болалар фалажини даволаш усулларини ишлаб чиқди. Улардан ҳозир ҳам фойдаланилади.

Р.Р.Вреден - «ҳарбий-дала жарроҳлиги» ҳақида биринчи яратилган қўлланманинг муаллифи, бу китоб ҳамма ҳарбий ҳақимларларнинг ҳар куни фойдаланадиган муҳим асари ҳисобланади. Санкт-Петербургдаги ўзи ташкил қилган ортопедия илмий текшириш институти Р.Р.Вреден номи билан аталади.

Биринчи жаҳон урушида Россияда жуда кўп шикастлар олган ногиронлар пайдо бўлди, булар учун Москва шаҳрида махсус ихтисослаштирилган муассаса зарур эди. Бу савдогар Морозов оиласи маблағлари ҳисобидан 1916 йилда очилди.

Уруш ва унинг оқибатлари сабабли пайдо бўлган жуда кўп ногиронлардан ташқари, аҳолини саломатлигига, айниқса, болалар саломатлигига суяк сили касаллиги катта зарар етказди.

Собиқ иттифокда суяк сили касаллиги илмий муаммосини ечиш ва унга қарши олиб борилган ташкилий ишлар профессор Т.П.Краснобаев номи билан чамбарчас боғлиқдир. Т.П.Краснобаев ва унинг ҳамкасблари туфайли болалар ортопедияси мустақил фан тариқасида ривожланди.

1917 йилда Петроградда А.Л.Поленов ташкил қилган Физио-жарроҳлик институт ўз фаолиятини бошлади. Унинг ташаббуси билан Россияда илк марта биринчи ёрдам станцияси ташкил топади ва институт билан биргаликда ишлайди. Биринчи ёрдам станциясининг ташкил топиши (кейинчалик уларга тез ёрдам станциялари номи берилди) шикастланишларда ихтисослашган хизматни яхшилашда катта аҳамиятга эга бўлди.

1919 йилда Москвада Петроград Физио-жарроҳлик институтига ўхшаш биринчи ёрдам станцияси очилди ва кейинчалик у Н.В.Склифосовский номидаги тез ёрдам институти таркибига қўшилди. Унда шикастларни даволовчи жарроҳлик бўлими (профессор В.В.Гориневская раҳбарлигида) очилди.

1918 йилда Россияда биринчи ортопедия ва травматология кафедраси Давлат тиббий билимлар институтида очилди ва уни профессор А.Л.Поленов бошқарди.

Москвада ихтисослаштирилган тиббий ёрдам масаласи илгаригидек долзарб эди. Россия жарроҳиясининг кўзга кўринган вакили В.Н.Розанов қисқа муддат ичида Солдатенков шифохонаси жарроҳлик бўлими асосида (ҳозирги С.П.Боткин номидаги шифохона) ярадорлар учун госпитал ташкил қилиб, у ерда ишлаш учун ўзининг яқин шогирдларидан Н.Н.Приоров, А.Д.Очкин, Е.Д.Дмитриева ва бошқаларни жалб қилди.

В.Н.Розанов ва унинг шогирдлари Н.Н.Приоров ва А.Д.Очкинлар Москвада протез ишини ташкил қилишга катта улуш қўшдилар. В.Н.Розанов ташаббуси билан 1919 йил бошида протез иши бўйича техник-конструкторлар тайёрловчи биринчи махсус курслар ташкил қилинди.

1921 йилда Москвада ҳукумат қарорига биноан Даволаш-протез институти ташкил қилинди. В.Н.Розанов таклифига кўра институтга ёш ассистент Николай Николаевич Приоров директор қилиб тайинланди. Собиқ иттифоқда ортопедия ва травматологиянинг ривожланиши унинг номи билан боғлиқ.

Н.Н.Приоров 1921 йилдан бошлаб умрининг охиригача Даволаш-протез институтининг директори бўлиб ишлади. Шу институт асосида 1940 йилда Марказий травматология ва ортопедия илмий тадқиқот институти ташкил топди (ЦИТО). 1961 йилда Н.Н.Приоровнинг вафотидан сўнг институтга унинг номи берилди.

Н.Н.Приоров 1931 йилда Москвада врачлар малакасини ошириш Марказий институтида биринчи травматология ва ортопедия кафедрасини ва 1933 йилда И.М.Сеченов номидаги I Москва тиббиёт институтида травматология ва ортопедия кафедрасини ташкил қилди. Н.Н.Приоров раҳбарлигида таянч-ҳаракат аппаратининг деформацияларини даволаш масалалари ишлаб чиқилди. У тўқима ва аъзоларни консервлаш ва трансплантация қилиш масалалари билан шуғулланди. 1932 йилда Москвада унинг ташаббуси билан травматолог-ортопедлар жамияти ташкил қилинди ва у жамиятга доимий раҳбар бўлиб қолди. Н.Н.Приоров ўзининг травматизм таснифини таклиф этди.

Травматология олий ўқув юртларидаги умумий жарроҳлик курси таркибида ташкил қилинди. Бироқ мамлакатда ўқув дарсликлари, қўлланмалар ва бу фандан дарс бера оладиган кадрлар мавжуд эмас эди.

1927 йилда А.Л.Поленов таҳрири остида катта бир жамоа тузган «Амалий травматология асослари» номли қўлланма чоп этилди. Бу травматологиядан биринчи салмоқли қўлланма нафақат Россияда, балки хорижда ҳам ягона асос эди. Бу қўлланмани тузишда энг кўзга кўринган йирик олимлар қатнашдилар.

Россия травматологияси соҳасида Николай Алексеевич Богораз ўзига хос ёрқин сиймо эди. 1909 йилда «Оёқ панжасининг қисман ампутацияси» мавзuida докторлик диссертациясини ёқлади. У 40 ёшида биринчи жаҳон урушига жўнайди. Кейинчалик Ростов-Донда ўз ишини давом эттиради.

1920 йилда госпиталга консультацияга шошилиб кетаётганида, одамларга лиқ тўла трамвайга осилади ва йиқилиб тушиб, оқибатда икки оёғидан ҳам ажрайди. Бироқ у енгилмади. Фожиадан икки ҳафта ўтгач, каталкада юриб, касалларни кўриб чиқади. Олти ойдан кейин эса протезда соатлаб операцион стол олдида туриб, операциялар қилишни давом эттиради.

1921 йилда тиббий илмий жамиятда «Сон суяги ампутацияси ҳақида ўйлар» деган мавзуда маъруза қилиб, ўз касаллик тарихи ҳақида сўзлаб беради.

Бу маъруза қизиқарли фикрларга бой. Унда муаллифнинг жуда катта илмий салоҳияти, унинг бой касб тажрибаси, ўз дилининг исти-

роби ва, айни вақтда, умумий инсоний оптимизми, келажакка орзумидлари ифодаланган эди. «Инсоният 6 минг йиллик тарихи мобайнида протездан яхшироқ нарса ихтиро қила олмагани унинг учун уят бўлиши керак», деган эди Николай Алексеевич.

У маърузани қуйидаги сўзлар билан тугатган: «Протезлар қанчалик яхши ишланган бўлмасин, улар ниҳоятда такомиллашмаган ва инсоният бу йўналишдан кетмаслиги керак. Фақат аъзоларни трансплантация қилиш йўли билан фан оёқсиз қолган инсонларга ҳақиқий ёрдам бериш имкониятига эга бўлади».

Травматология бўйича кўп қўлланмаларда Н.А.Богораз усулидаги сегментар остеотомия деган машҳур операция тўғрисидаги маълумотни ўқиш мумкин.

Шундай қилиб, иккинчи жаҳон уруши бошланиши арафасида Россияда травматология юксак даражада ривожланди. Бу 72% ярдорларнинг соғлигини қайта тиклаб, уларнинг фронтга қайтишига имкон яратди.

Иккинчи жаҳон уруши даврида шок, қон оқишлар, ўқ отар қурооллардан яраланишлар, шунингдек, бўғимлар ва оёқ-қўлларнинг яраланишларига оид энг муҳим муаммолар ҳал қилинди.

Ҳамма йирик шаҳарларда ихтисослаштирилган ортопед-травматологик бўлимлар ва кейинчалик минтақавий травматология ва ортопедия институтлари ташкил қилинди.

Ундан кейинги йилларда суяк синишларини жадал даволаш усуллари ривожлана бошланди ва, шу билан бир қаторда, интра- ва экстремедулляр остеосинтез, таянч-ҳаракат системасининг дегенератив ва яллиғланиш касалликлари, болаларда учрайдиган туғма ва ортирилган деформацияларни даволаш усуллари йўлга қўйилди.

Реконструктив жарроҳликда консервланган тўқималар, айниқса, аутоген суяк тўқимаси ўрнатиш анча авж олди. Бу операциялар И.М.Ситенко, Р.Р.Вреден, Н.П.Новаченко, В.Д.Чаклин ва бошқалар томонидан бажарилди.

Травматология ва ортопедия соҳасида Россияда қўлга киритилган муҳим назарий ва амалий янгиллиги, бу Г.А.Илизаров ва О.Н.Гудушаури томонидан яратилган ва асослаб берилган компрессион-дистракцион усул эди. Бу метод принциплари асосида ташқи фиксация учун универсал ва тор мақсадли аппаратлар яратилди.

В.Д.Чаклиннинг 1931 йилдан бошлаган ишлари туфайли умуртқа жарроҳлиги соҳасида катта натижаларга эришилди.

Микрожарроҳиянинг жорий этилиши травматология ва ортопедияда жарроҳлик имкониятини анчагина бойитди.

К.М.Сивашнинг чаноқ-сон бўғимини тотал эндопротезлаш соҳасидаги қилган изланишларини бутун жаҳон тан олди.

Реконструктив жарроҳликда нобиологик материаллар кенг миқёсда ишлатила бошланди.

2 - б о б. ШИКАСТ ВА ШИКАСТЛАНИШЛАР. УЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРАЛАРИ

Травма (шикаст). Ўткир травма - фавқулодда бир вақтнинг ўзида турли ташқи омиллар (механик, термик, кимёвий, радиацион ва бошқалар)нинг инсон организмига тўсатдан таъсири остида тўқималарнинг анатомик бутунлиги ва физиологик функциясининг бузилишидир.

Тўқималарнинг шикастланиш табиатига қараб, тери (лат ейиш, жароҳатлар ва бошқалар), тери ости (пайлар узилиши, суяклар синиши ва бошқалар) ва бўшлиқлар (лат ейиш, қон қуйилиши, кўкрак, қорин, бўғимларнинг жароҳатланиши ва бошқалар) шикастланиши мумкин.

Ш и к а с т л а н и ш л а р куч таъсир қилган нуқтага қараб бевосита ва билвосита турларга бўлинади. Улар якка (сон суюгининг кўндаланг синиши), кўп сонли (бир неча қовурғалар синиши), кўшма (чаноқ суяклари синиб сийдик пуфагининг ёрилиши) ва комбинацияланган (соннинг синиши ва оёқ панжасини совуқ олиши) бўлиши мумкин.

Механик омилнинг таъсири сиқилиш, чўзилиш, йиртилиш, буралиш ёки зарбага қарши турларда учрайди, натижада куч тушган жойдаги тана қисми шикастга учрайди.

Ташқи омилларнинг таъсир кучига шикастловчи куч йўналиши, куч таъсир этувчи бурчак, шикастловчи агентнинг кинетик энергияси; шикастловчи агент таъсирининг давомлилиги (совуқ олганда, куйганда, қисилиб қолишлар) киради.

Травматизм. Аҳолининг маълум гуруҳлари ёки қатламида бир хил вазиятда, меҳнат ва турмуш шароитларида юз берадиган шикастланишлар йиғиндиси ҳисобланади.

Аҳолида турли фаолият турларида учрайдиган шикастланишларнинг сабаб-оқибатларига оид боғлиқликларни аниқлаш, шикастларнинг олдини олиш учун ишлаб чиқиладиган чоралар учун зарурдир. Бу боғлиқликлар шикастларни келиб чиқиш шарт-шароитларини системага солиб ўрганиш, тақрор шикастларни келтириб чиқарадиган ички ва ташқи омилларни таҳлил қилишга имкон беради.

Ишлаб чиқаришдаги травматизм саноат ва қишлоқ хўжалик ишлаб чиқаришида ва ишлаб чиқаришга оид бўлмаган травматизм - турмушда, кўчада, транспорт воситасига, спортга, ҳарбий хизматга оид ва бошқа травматизм турлари фарқ қилинади.

Травматизм даражаси 1 ой, бир йил учун 100 ёки 1000 кишига шикастлар миқдори бўйича ҳисобланади

И ш л а б ч и қ а р и ш (с а н о а т) травматизми ўз ичига ишлаб чиқариш жараёнида, саноатда, қурилишда, транспортда, қишлоқ хўжалик ишлаб чиқаришида ўз вазифасини бажараётган пайтда олинган шикастланишларни бирлаштиради.

Шикастлантирувчи омиллар бир неча турларга бўлинади: 1) мосламалар, инструментлар, механизмлар ва бошқа турдаги ускуналар (транспорт ва кўтаргичлардан ташқари); 2) транспорт воситалари; 3) кўтарувчи жиҳозлар; 4) ўрни ўзгартириладиган юклар ва нарсалар (уларнинг афдарилишидан ташқари); 5) тираладиган нарсаларнинг афдарилиши ва баландликдан тушиши (улардан отилиб чиқадиган бўлақлар билан бирга); 6) электр токи; 7) аланга (портлаш, ёнғин), эриган металл, жиҳозларнинг қизиб турган қисми, иссиқ сув, буғ ва бошқа термик омиллар; 8) баландликдан йиқилиш; 9) сувга ботиш (чўкиб кетиш); 10) шикастлайдиган бошқа омиллар.

Шикастларга имкон яратувчи сабабларнинг асосий гуруҳлари қуйидагилар:

Т а ш к и л и й с а б а б л а р: иш жараёнини ташкил қилишдаги камчиликлар, унинг аҳволи ва жиҳозланиши, нотўғри, хавфли иш усулларини қўллаш, иш жараёнида техника хавфсизлиги ва меҳнатни муҳофаза қилишга эътибор бермаслик, иш жараёнини ёмон ташкил қилиш, шахсий ҳимоя мосламалар йўқлиги ёки уларнинг носозлиги.

Т е х н и к с а б а б л а р: жиҳозлар — дастгоҳлар, машиналар, приборларнинг носозлиги; қўл асбоблари ва мосламаларнинг носозлиги; машиналар конструкциясининг номукамаллиги; машиналар, дастгоҳлар ва бошқа турдаги саноат жиҳозларининг атрофи ўралмаганлиги ва эҳтиёт мосламаларининг йўқлиги, ўраладиган мосламалар, автоматик блокировка ва бошқаларнинг номукамаллиги.

М о д д и й в о с и т а л а р — а с б о б - у с к у н а л а р д а н етган шикастланишлар (деталлар, тайёр асбоблар ва бошқаларнинг тушиб кетиши).

С а н и т а р и я - г и г и е н и к с а б а б л а р: ишлаб чиқаришда санитария-гигиеник режимнинг бузилиш ҳоллари иш жойида ёритилишнинг етишмовчилиги ёки кўплиги, иш жойида ҳароратнинг ҳаддан ташқари баландлиги ёки пастлиги, вентиляциянинг етишмовчилиги, ишлаб чиқаришдаги чанг, ишлаб чиқариш ҳудудининг ифлослиги, чиқиндиларнинг тўпланиб қолганлиги.

Ш а х с и й с а б а б л а р: ишчиларнинг касалликларини ўз вақтида аниқламаслик, малакасининг етишмаслиги, айрим психологик ва физиологик ҳолатлар, хусусан, чарчаш ва алкоғолли ичимликларни суиистеъмол қилиш.

Шикастланишнинг қайд этилган сабаблари рўйхати кўп жиҳатдан ишлаб чиқариш спецификлигига боғлиқ.

Травматизмнинг профилактикаси асосида бахтсиз ҳодиса рўй берган жойда ҳар бир бахтсиз ҳодисани текшириш йўли билан шикастларнинг пайдо бўлиш сабаблари, вазияти ва шароитларини ўрганиш ётади. Ишлаб чиқаришда ҳар бир шикастланган шахсга ўз вақтида ўша жойнинг ўзида бирламчи тиббий ёрдам ташкил қилинади ва зарурат бўлса, уни ихтисослаштирилган даволаш - профилактика муассасасига юборилади.

Ишлаб чиқаришда юз берган шикастнинг оғир-енгиллиги тўғрисидаги хулосани шикастланган шахс даво олаётган даволаш муассасаси врачлари берадилар. Бунга бахтсиз ҳодиса рўй берган корхона, муассаса ёки жамоа ҳўжалиги даволаш муассасасига талабнома ёзади. Шикастларнинг оғир-енгиллигини аъзолар ва системаларнинг анатомик шикастланиши табиати, шикастланган шахснинг ҳаёти ва соғлиги учун хавфлилиги, йўқотилган функцияларнинг реал тикланиш имкониятлари бўйича аниқланади.

Ҳар бир корхонада учта асосий кўрсаткич бўйича травматизм ҳақида фикр юритиш мумкин: травманинг такрорланиш коэффициенти, одатда 100 ёки 1000 та ишловчига ҳисоб қилинадиган иш қобилияти йўқотилган, кунлар сонига ҳисобланади. Бу кўрсаткичларни аниқлаш учун қуйидаги маълумотларга эга бўлиш керак, яъни шу корхонада ҳисобот ойининг биринчи санасидаги ташкилотда ишловчиларнинг сонини билиш керак.

Травма такрорланиш коэффицентини – интенсив кўрсаткич формула бўйича ҳисобланади.

$$K_1 = \frac{\text{Шикастланган ҳоллар сони}}{\text{Ҳисобот ойининг 1-санасида ишловчилар сони}} \cdot 100\%$$

Шу йўсинда 100 ишловчининг иш қобилиятини йўқотган кунлари аниқланади.

$$K_2 = \frac{\text{Ишга яроқсиз кунлар сони}}{\text{Ҳисобот ойининг 1-санасида ишловчилар сони}} \cdot 100\%$$

Ишлаб чиқаришдаги травматизмни таҳлил қилганда вақтинчалик ишга яроқсизлик битта кўрсаткичи билан қаноатланмаслик керак, чунки уларнинг ҳар бири бир ҳодисани турли жиҳатларини баҳолайди ва улар бир-бирини тўлдиради. Шикастланишларнинг учраш коэффицентини корхона маъмуриятининг техника хавфсизлиги бўлими, жамоат ташкилотлари ва тиббиёт ходимлари билан ҳамкорликда бахтсиз ҳодисаларнинг олдини олиш бўйича олиб бораётган ишларининг сифатини кўрсатади. 100 ишловчига ишга яроқсиз кунлар сони - асосан иқтисодий кўрсаткич, шикастланиш оқибатида иш кучининг йўқотилишини таърифловчи ва социал суғурга бўйича тўланадиган пул миқдоридир. У ишлаб чиқаришда бахтсиз ҳодисаларнинг олдини олиш бўйича ишни ташкил қилинганига ва шикастланганга биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш ва уни даволашга боғлиқ. Битта корхонадаги шикастларнинг оғир-енгиллик коэффицентини ва, айниқса, бир хил шикастланишларда даволаш муассасаларининг бирламчи ёрдам бериши ва шикастланганларни даволашни сифат кўрсаткичи тарзида қабул қилиш мумкин.

Травматизм бўйича профилактик ишга баҳо беришда қайси ишлаб чиқаришда бўлмасин, тўғри хулоса чиқариш учун учта комплекс кўрсаткичларни комплекс таҳлил қилиш керак.

Болалар травматизми ва уни профилактика қилиш йўллари. Болалар травматизми — болаларда бир хил ёшдаги гуруҳда, маълум шароитда бир хил учрайдиган шикастланиш йиғиндиси (турмуш ша-роити, мактабгача ва мактаб муассасаси, ишлаб чиқариш устахонала-ри, уюшмаган ҳордиқ чиқариш ва бошқалар) ҳисобланади.

Травманинг оғир-енгиллигини, шикастланишларнинг у ёки бу механизмини, травма юз берган вазиятни, травма олинган вақтини аниқ тасаввур қилиш, тиббий ёрдам бериш шаклларини такомил-лаштириш ва, айниқса, болалар травматизмига қарши профилактик чоралар ишлаб чиқишга ёрдам беради.

Сабаб-оқибат омилларини текшириш асосида болалар травматизмини ўрганишда унинг бир неча тури фарқ қилинади, уларнинг салмоғи бир хил бўлмайди: турмушда учрайдиган травматизм — тахминан 60% ни ташкил қилади, кўчада учрайдиган травматизм (транспорт воси-таларига боғлиқ бўлган ва боғлиқ бўлмаган) - 15% га яқин, спортга боғлиқ бўлган - 9%, мактабда учрайдиган - 8% га яқин, бундан таш-қари, унинг туғруқ травматизми, қишлоқ хўжалик ва бошқа турлари мавжуд.

Травматизм туридан ва шикастланиш табиатидан қатъий назар, шикастланишлар ўғил болаларда кўпроқ учрайди (умумий сонига нисбатан 2/3), чунки ўғил болалар турмушда, мактабда ва кўчада кўп шўхлик қиладилар, ҳаракатчан бўладилар, тартибга чақариш қийин бўлади.

Оила шароитида, уйда, ҳовлида юз берган ҳамма шикастланишлар турмушда учрайдиган травматизмга тааллуқли. Бу шароитларда болаларга ота-онаси ва катта ёшдаги қариндошлар қарайди. Боғчада, мактабда ва у ердан келаётган пайтларда юз берган травмалар - мактаб травма-тизмига киради.

Уюштирилган спорт машғулотларида, мусобақаларда ва уюшти-рилмаган дам олиш вақтида етган шикастланишлар спорт травматизми ҳисобланади.

Болалар травматизмининг ҳамма туридан транспорт травматизми энг кўп, оғир шикастланишларга сабаб бўлади, айрим ҳолларда эса ўлим билан тугайди. Кўпинча травматизмнинг бу тури мактаб ёшидаги болаларда учрайди. Бундай шикастланишларнинг сабаби оддий кўча қоидаларини бузишдир. Бу травматизм статистик ҳисоботларда «Кўча нотранспорт травматизми» номи билан юритилади.

Мактабларда ишлаб чиқариш ўқуви ва ўқув-ишлаб чиқариш фао-лияти туфайли травмалар сезиларли даражада кўпайди. Бу травматизм-га кўпинча жиҳозлар, асбоб-ускуналарнинг носозлиги ва уларни ишла-тишни етарли даражада билмаслик сабаб бўлади.

Оғирлик даражаси бўйича енгил шикастланишлар кўп (50-55% га яқин) учрайди. Ўртача оғирликдаги шикастланишлар 30-32% ни ташкил қилади, оғир шикастланишлар эса 3-4% ни ташкил қилади, уларнинг бир қисми ўлим билан тугайди.

Шикастланишлар табиати бўйича болалар травматизми структураси қуйидагича тақдим қилиниши мумкин: бош мия травмаси - 35%; ёпиқ синишлар – 29%; очиқ синишлар – 4,6%, лат ёйиш, бойлам аппаратининг қисман йиртилишлари – 9,8%; куйишлар, совуқ олдиришлар - 8,9%; жароҳатлар - 9,2%; бошқа турлари (электрдан шикастланиш, сувга чўкиш, ҳайвонлар тишлаши) - 3,5%.

Болалар травматизмининг бу кўрсаткичлари ёш гуруҳига қараб жиддий фарқ қилади. ЮНЕСКО маълумотларига қараганда 5-14 ёшдаги болаларда бахтсиз ҳодисалардан энг юқори - 50% да ўлим содир бўлади, 1 ёшгача бўлган болаларда эса ўлим 4% ни ташкил қилади ва 65 ёшдан юқори ёшдаги гуруҳлар ўлими билан таққосласа бўлади.

Болалар травматизмига қарши курашиш тадбирларини тўғри ташкил қилиш ва ўтказиш учун қуйидаги гуруҳларда болалар травматизмининг хусусиятларини инобатга олиш шарт: кўкрак ёшидаги (1 ёшгача), кичик боғча ёшидаги (1 ёшдан 3 ёшгача), мактабгача бўлган ёш (3 ёшдан 7 ёшгача) ва мактаб ёшидаги (7 ёшдан 16 ёшгача) бўлган болалар ота-оналари ёки парвариш қиладиган катталар қарамоғида бўлади, шунинг учун бундай болаларда содир бўладиган бахтсиз ҳодисаларга катта ёшдаги одамлар сабабчи бўлади.

Катталар орасида олиб бориладиган профилактик ишлар болани парвариш қилишда унинг шикастланишига тўлиқ йўл қўймайдиган даражада ташкил этилиши керак.

Кичик боғча ёшидаги болаларнинг ҳаракатчанлиги кўпайиши муносабати билан улар уй ва боғча шароитида назорат ва тарбияга кўпроқ муҳтож бўладилар. Бу ёшда кўпинча тирсак бўғимида қисман бойламлар шикастланиши ва елка суяги бошчаси билан билак суяк бошчаси орасидаги бўғим халтачаси чўзилиб ёки қисилиб қолиши учрайди. Асосан бу шикастланишларга болаларнинг қўлини турли вазиятларда вертикал йўналишда тез, куч билан тортиш ва боланинг қўлини қўлмак, лойдан қаттиқ тортиш сабаб бўлади. Катталар бундай шикастланишдан хабардор бўлиб, болани етаклаб олиб юрганда болаларнинг қўлларидан тез ва қаттиқ тортмасликлари керак. Шунга ўхшаган шикастланишлар ясли ва боғчада ҳам бўлиши мумкин. Хулоса қилиб айтганда, бу ёшдаги болаларда шикастланишнинг олдини олиш учун, ходимлар билан доимо тушунтириш ишларини олиб бориш керак. Ҳар бир шикастланиш ҳодисаси болалар муассасасида муҳокама қилиниши шарт.

Кўпчилик мактаб ёшигача бўлган болалар куннинг биринчи ярмида боғчада тарбиячи ва куннинг иккинчи ярмида ота-онаси кузатувида бўлади. Бу ёшдаги болаларда қизиқувчанликнинг чегараси бўлмайди: улар бир жойда ўтиришмайди, доимо ҳаракатда бўлишади, аммо улар маълум даражада ташқи муҳит билан алоқада бўлиш тажрибасига эга. Ҳар ҳолда катталарнинг бепарволиги оқибатида куйишлар сони ҳозир ҳам юқори даражаларда (26,2% гача) сақланиб қолаяпти. Фақат термик

куйиш сабаблари ўзгарган: боланинг суяқ иссиқ овқат ичиш вақтидаги шўхлиги, таом гайёрланаётган, кир ювилаётган хоналарда ўйнаши, эҳтиётсизлик билан қолдирилган гугуртни олиб ишлатиши ва ҳоказо.

Баҳор, ёз фаслида тўр билан тўсилмаган ойналар ва балконлардан йиқилиб тушиш ҳодисалари кўпаяди. Бу шикаст ўзининг оғирлиги билан фарқ қилади ва кўпинча ўлимга олиб келади. Ҳовлиларда, кўчада, зинапоялардан йиқилишда ва автотравма оқибатида кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзоларининг шилиниши, лат ейиши, синиши ва бош мия шикастлари сони кўпаяди.

Профилактик тадбирлар. Улар мактаб ёшигача бўлган болаларда травматизмни камайтиришга қаратилган бўлиб, ота-оналар, боғча тарбияловчилари ва ходимлари билан тушунтириш ишларини олиб боришдан иборат. Зинапоялар ва очиладиган деразаларга болаларнинг чиқиши учун ҳеч қандай имконият бўлмаслиги керак. Болалар учун ҳовлида ўйинлар ўйналадиган майдонча қурилиши ва у катталар назоратида бўлиши керак.

Болалар мактабга қабул қилиниши билан уларга кўпроқ мустақиллик берилади ва улар орасида турли-туман шикастланишлар рўй бериб туради. Травматизмнинг турли хиллиги 7 дан 16 ёшгача бўлган болаларнинг руҳий ва жисмоний ривожланиш хусусиятларига боғлиқ бўлиб, улар кичик, ўрта ва катта мактаб ёшдаги болаларда кузатилади.

Мактаб ёшида травматизмнинг ҳар хил турлари учрайди. Болалар аксарият турли портловчи ва енгил ёнувчан моддалар билан тажриба ўтказиш бошлашади. Ўзининг эпчиллиги ва кучини атрофдагиларга намоён қилиш мақсадида улар спорт снарядлари билан машқлар бажаришда эҳтиёт чораларини қўлламайди.

Мактаб ёшидаги болалар билан мактабгача бўлган ёшдаги болалар травматизми таққосланса, унда мактаб ёшидаги болаларда спорт ва транспорт травматизми сонининг қўлайишини пайқаш мумкин.

Велосипед ҳайдашдаги шикастланишлар алоҳида диққатга сазовор; ҳамма шикастланишларнинг ярми катта мактаб ёшидаги гуруҳга тўғри келади. Шикастланишлар табиати турлича: йиқилганда енгил лат ейишдан то қатор ҳолларда ўлим билан яқунланадиган ғоят оғир мураккаб шикастланишларгача учрайди. Бу оғир шикастланишларга ҳаракатдаги транспорт билан тўқнашув ва унинг босиб кетиш ҳоллари бевосита сабаб бўлади.

Агар машғулотлар дастурини боланинг тегишлича жисмоний ривожланганлигига мувофиқлаштирилса, асосан ўрта ва катта мактаб ёшидаги ўғил болаларда (2:1) шикастланишларнинг олдини олиш мумкин. Афсуски, ҳамма мактабларда ҳам машғулотлар дастури ўқувчининг соғлиқ ҳолати ва жисмоний ривожланиши билан уйғунлаштириб берилмайди.

3 - б о б. ТАЯНЧ-ҲАРАКАТ АППАРАТИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ ВА КАСАЛЛИКЛАРИ БЎЛГАН КАТТАЛАР ВА БОЛАЛАРНИ ТЕКШИРИШ МЕТОДЛАРИ

Таянч-ҳаракат аппаратининг шикастланишлари ва касалликларини ташхислаш тиббиёт тамойиллари ва методларига: шикоятлар, анамнез, травма механизми ва симптоматологиясини батафсил ўрганишга асосланади.

Клиник, рентгенологик, электрофизиологик, инструментал, лаборатор текшириш методларидан фойдаланилади.

Таянч-ҳаракат системасининг шикастланишлари ва касалликларини ташхислаш асосий методи — бу шифокорнинг маълум бир системага солинган узлуксиз клиник фаолияти ҳисобланади.

Куйидаги тартибга амал қилиш тавсия этилади:

1. Шикоятларни аниқлаш.
2. Анамнез йиғиш.
3. Беморни кўздан кечириш.
4. Бўғимларда ҳаракат амплитудасини аниқлаш.
5. Қўл-оёқларнинг узунлиги ва айланасини аниқлаш.
6. Мушаклар кучини аниқлаш.
7. Рентгенологик текширув ўтказиш.
8. Электрофизиологик ва лаборатор текширувлар ўтказиш.
9. Инструментал методлар қўлланиш (пункция, биопсия ва бошқалар).
10. Ташхис қўйиш.

Ш и к о я т л а р. Шикоятларни аниқлаётганда уларнинг асосийларини фарқ қилиш керак. Масалан, кўпинча чаноқ-сон бўғими касалланган беморлар тизза оғриғига шикоят қиладилар, бел умуртқалари, умуртқалараро дискдаги ўзгаришларда бемор бўкса (чаноқ-сон бўғимидаги) оғригидан шикоят қилади (ноксимон мушак синдроми). Кўпчилик травматологик беморлар оғриқни шикастланган юзада сезиб, оғриқ ҳаракат қилганда кучаяди, ҳаракатчанлик чегараланади ва одатда таянч-ҳаракат системасида деформация борлиги сезилади (юзада, сегментда).

А н а м н е з. Касалдан суриштирилганда травма механизмини аниқлаш шарт. Унинг типик механизми асосида у ёки бу шикастланишлар вариантини гумон қилиш мумкин. Шу билан бирга травма юз берган вазиятни аниқлаш профилактик чоралар ишлаб чиқишга ва травматизмни камайтиришга ёрдам бериши мумкин.

Бемордан ёки унинг қариндошларидан касалликнинг бошланиши, унинг дастлабки белгилари, динамикаси ва ўтказилган даволаш усуллари батафсил сўралади. Шундай шикастланиш ва касалликлар борки, аниқ, тўлиқ олинган анамнез маълум бир ташхисга гумон қилишнигина эмас, балки аниқ ва тўғри ташхис қўйишга имкон яратади. Айрим беморларда

вақт ўтиши билан кўпгина объектив белгилар йўқолади ва текшириш жараёнида уларни топиб бўлмайди. Мисол тариқасида тизза менискининг шикастланишини келтириш мумкин. Агар анамнезида классик шикаст механизми бўлиб, тизза блокадаси билан қузатилса, ўзига хос клиник кечиши ва такрор-такрор тизза блокадаси бўлиб турса, бу ҳолда менискнинг йиртилганига шубҳа бўлмайди. Мақсадга мувофиқ текшириш билан фақат тизза бойламининг шикастланганини ёки, аксинча, шикастланмаганини аниқлаш керак.

Бошқа касалликларда бўлгани каби беморни ҳаёт анамнезини йиғиш керак: туғилгандаги саломатлик ҳолати, болалигидаги, ўсмирлигидаги ва навқирон ёшидаги яшаш шароитлари. Таянч-ҳаракат аппарати фаолиятига меҳнат шароитлари ва ишлаб чиқаришдаги зарарли омиллар таъсир қилиши мумкин. Доимо илгари бошидан кечирган касалликларини аниқлаш керак. Аллергологик анамнезни билиш ҳам мақсадга мувофиқдир, чунки анафилактик шок ҳоллари тез-тез учраб турмоқда.

К ў з д а н к е ч и р и ш. Кўздан кечиришда шифокор беморнинг ўзини тутишига, ташқи кўринишига, чеҳрасида акс этган белгиларга, мажбурий кўрик ва ғайритабиий юришига, танасининг нормал шакли ва нисбатлари бузилишига диққат билан эътибор бериш керак. Беморни кўрувдан ўтказиш таянч-ҳаракат аппаратининг жуда кўп шикастланишлари ва касалликларининг белгиларини аниқлашга имкон беради.

Кўрувдан ўтказиш маълум қоидага риоя қилган ҳолда узвий ва тўлиқ бўлиши керак. Кўрувдан ўтказилаётганда бемор кийимлардан ҳоли бўлиши керак, шундагина тана ва қўл-оёқларининг симметрик қисмларини солиштириш мумкин. Хонада беморни юргизиб кўриш мақсадга мувофиқдир. Шу вақтда беморнинг қад-қоматини, елка камари симметриклигини, чанок қийиқлигини, бел шакли ва контурларини, гавда ва оёқ-қўлларнинг деформацияси аниқланади.

Травматологик беморни кўрувдан ўтказиш маълум схемага асосланади, бу шикастланишнинг муҳим белгиларини кўрмай ўтказиб юборишдан асраб қолади. Умумий кўрувдан ўтказгач ва асосий белгиларини аниқлагач, бугун тана юзаси ўрганиб чиқилади. Бирламчи кўрувдан ўтказилганда беморнинг ҳолати ёки шикастланган таянч-ҳаракат аппарати фаол актив, пассив ёки мажбурий ҳолатда бўлиши мумкин.

Беморларнинг фаол ҳолати аксарият касалликнинг деярли оғир эмаслигидан, унинг бошланғич босқичидан ёки шикаст енгил бўлиб, тана ва қўл-оёқ фаолиятига деярли таъсир қилмаганлигидан дарак беради. Ташхис қўйиш нуқтаи назаридан беморнинг пассив ёки мажбурий ҳолатлари муҳим аҳамиятга эгадир.

Беморнинг пассив ҳолати, кўпинча, шикастнинг оғирлиги ёки орқа мия шикастланиши мураккаблашиб фалаж бўлганлигидан дарак беради. Таянч-ҳаракат аъзосининг бирорга сегментининг пассив ҳолати

шу даражада характерли бўладики, уни маълум бир шикастланишнинг патогномоник белгиси деб ҳисоблаш мумкин. Бемор оғриқни камайтириш ёки қолдириш мақсадида танасига ёки шикастланган қўлоёғига маълум мажбурий қулай ҳолатни беради. Беморнинг қўли ёки оёғига маълум зарур ҳолат бериши маълум суяк, мушак ёки нервнинг шикастланганлигидан дарак беради. Яна шикастланган жойдан узоқроқда гавданинг ёки унинг маълум бир қисмининг ғайри табиий ҳолатига алоҳида аҳамият бериш керак – компенсатор, мослашиш ва патологик тана ҳолати. Шундай қилиб, беморда вертикал ёки горизонтал ҳолатда пайдо бўладиган кучли лордоз, чаноқ-сон бўғмидаги буквчи контрактураси ҳисобидан бўлиши мумкин.

Умумий кўздан кечириш тугагач, маҳаллий ўзгаришлар ўрганила бошланади. Шикастланган тана қисмини соғлом симметрик қисми билан таққослаб ўрганилади.

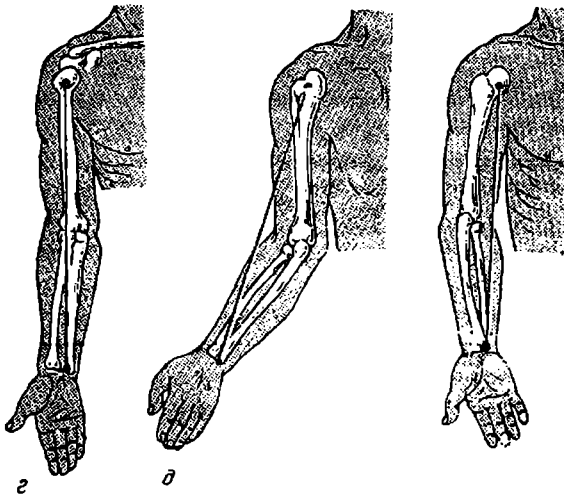
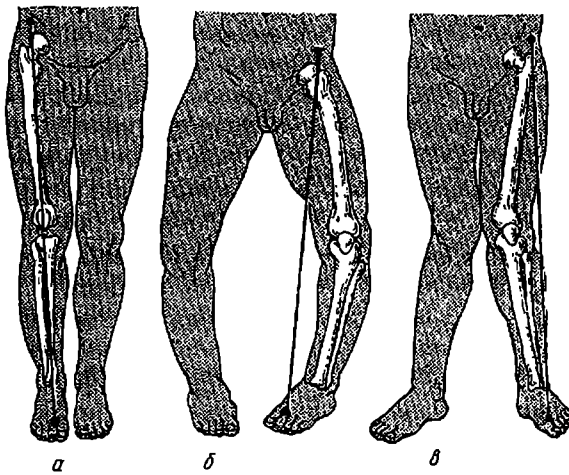
Терини кўздан кечирганда, унинг рангига, эластиклигига, намлигига ёки, аксинча, қуруқлигига, турли хил тери тошмаларига аҳамият бериш керак. Травма содир бўлганда нафақат тери юзаси бузилишига, балки унинг тарқалганлиги ва жойлашувига ҳам аҳамият бериш керак. Масалан, кўз косаси атрофидаги кўпайиб бораётган гематома, бунга қўшимча равишда беморнинг пассив ҳолати (ҳушдан кетиш) оғир бош мия шикастланишидан, калла суяги асосининг синганлигидан далолат беради. Оралиқ соҳасидаги тери остига қон қуйилиши, оёқнинг пассив ҳолати (ташқи ротация, «ёпишиб қолган товон» мусбат симптоми) чаноқ суяклари синганда кузатилади.

Турлича жойлашган тери лат ейишлари, жароҳатлар шикастланиш ёки касаллик белгилари бўлиши мумкин. Шикастланишлар ва ортопедик касалликларнинг аниқ белгиларидан бири – қўл ёки оёқ ўқининг деформацияси ҳисобланади. Нормада оёқнинг тўғри ўқи – *spina iliaca anterior superior* – дан пастга ўтказилган чизик, тизза қопқоғи ички ён томондан ўтиб, I панжанинг бармоғига бориши керак (4-расм, а).

Тиззадаги ўзгаришлар натижасида болдир ташқарига қараб қийшайган бўлса (*genu valgum*) оёқ ўқи ташқаридан ўтади, агар болдир ичкарига қийшайган бўлса (*genu varum*) – тизза қопқоғи ичкарисидан ўтади (4-расм, б, в). Қўлнинг тўғри ўқи елка суяги бошчаси устидан ўтказилган чизик билан ва тирсак суяклари устидан ўтади (4-расм, г). Тирсак бўғминининг ичкарига қийшайиши - *cubitus valgum* (4-расм, д), ташқарига қийшайиши – *cubitus varum* дейилади (4-расм, е). Илгари кечган умумий касалликлар организм ривожланишига таъсир қилиши ва иккала оёқнинг деформациясига олиб келиши мумкин (рахит), масалан “О” ва “Х” симон деформация (4-расм б, в).

Оёқ-қўллар ўқининг деформацияси бўғимдан чиққанда ҳам кузатилади.

П а л ь п а ц и я – пайпаслаш, кўриқдан ўтқазиш методи сифатида, шифокор беморни умумий кўрувдан ўтказгач, тегишли саволларга жавоб



4-расм. Оёқ-қўллар ўқи ҳолати.

a – оёқ нормал ўқи;
b – genu varum; *v* – genu valgum;
z – қўл нормал ўқи; *d* – cubitus valgum;
e – cubitus varum.

олгач, умумий аҳволини ва маҳаллий деформация табиатини аниқлагач ўтади. Тўқималарни, деформация юзасини секинлик билан, озор бермасдан пайпаслаш, яллиғланиш жараёнларида кузатиладиган маҳаллий ҳарорат соғлом томон билан таққосланганда сезилади, тери таранглиги (тургор) аниқланади, тўқима шиши, унинг тарқалганлиги, қаттиқлиги ва яллиғланиш жараёнининг юза ёки чуқур жойлашган тўқималар билан боғлиқлиги аниқланади. Оёқ ва қўлларда томирларни қиёсий пайпаслаш улардаги қон айланиш ҳолатини аниқлашга имкон беради.

Пайпаслаш усули маълум касалликларни аниқлашда катта аҳамиятга эга, масалан, **фирчиллайдиган тендовагинит**, **стенозли тендовагинит**, **шақиллайдиган бармоқ**, **фирчиллаган курак**, шунингдек, қовурға син-

ганда ва бошқа шикастланишларда. Тери ости клетчаткасини бармоқ билан босиб кўриш ҳам пайпаслашга киради. Агар флюктуацияга гумон қилинса, унда иккала қўл бармоқлари билан текширилади. Пайпаслаётган бир қўл бармоқлари ёки бир қўл бармоғи қимирламасдан бир ҳолатда жароҳат марказига яқинроқда бўлиб, иккинчи қўл бармоқлари билан эса якка-якка тўлқинсимон босилади.

Суяк-бўғим аппаратини пайпаслаб текшириш фақат анатомик ўзаро муносабатларнинг бузилганлигини кўрсатибгина қолмай, синган суяклар бўлақларининг ўрнига қўйилганлигини назорат қилиш имкониятини ҳам яратади. Пайпаслаш билан шиллиқ пардалар, пайлар, нерв тизимчалари ва томирлар ҳолати аниқланади. Пайпаслаш текширишлар ва операциялар пайтида қимматли, бетақрор усул ҳисобланади (синиқ бўлақларининг ички ориентациясини аниқлашда, суяк контурининг нотекислигини билишда, яллиғланиш жараёнида йирингнинг тарқалишини аниқлашда).

Пайпаслаш текшириш методи сифатида доимо маълум техник услубга риоя қилинган ҳолда бажарилиши керак. Пайпаслаш бир ёки иккала қўл кафти бармоқлари, бир қўл ёрдамида ёки II бармоқ учи билан бажарилиши мумкин. Пайпаслаш иккала қўл бармоқлари ёрдамида бажарилса, уни икки қўллаб пайпаслаш ёки бимануал дейилади. Бўғимларни пайпаслаш, улар шикастланганда ва касалланганда муҳим диагностика аҳамиятга эга. Бўғимларни пайпаслаш билан бўғим пардасидаги, бурмаларидаги, синовиал қобиғидаги ўзгаришлар ва бўғим бўшлиғида йиғилган суюқлик аниқланади. Бўғимларни пайпаслаш уларнинг тинч ва ҳаракатдаги ҳолатида текширилади. Бўғим соҳасида ғирчиллаш пайдо бўлиши, унинг қарама-қарши бўғимга нисбатан табиати ундаги артрознинг бирламчи ва аниқ белгиси ҳисобланади.

Бўғим контурини ва яқинида жойлашган анатомик тузилмаларни қиёсий пайпаслаш бўғимлараро ва бўғим яқинида синиқлар бор-йўқлигини аниқлаш учун зарур. Бунинг учун маълум таниш чизиқлар ва нуқталарни билиш керак: Гюнтер чизиғи ва учбурчаги, тирсак бўғими учун Маркс дўмбоқ усти чизиғи, бўкса учун Шумахер чизиғи шулар жумласига киради.

А у с к у л ь т а ц и я. Эшитиш методи травматология ва ортопедияда деярли кам ишлатилади. Ҳар ҳолда бўғимларнинг фаол ва пассив ҳаракат қилишида аускультация бошқа текширишлар билан биргаликда қўшимча клиник симптомларни бойитиб, ташхис қўйишни енгиллаштириши мумкин. Суякларни тўқиллатиш (перкуссия қилиш) билан бирга эшитиш (аускультация) қимматли ахборотни бериши мумкин. Бунинг учун фонендоскоп суяк юзасига: зарарланган ўчоқдан юқорига ёки пастга қўйилади. Жароҳатланиш гумон қилинган қисми қарама-қарши томонидан суякни перкуссиялаш, перкутор товушнинг суст ўтиши ёки мутлоқ ўтмаётганлигини қайд қилиб ўтиш мумкин. Суяк орқали товушнинг ўтиши синишларда, сохта бўғимларда,

ўсмаларда соғлом томонига нисбатан кескин сусайиши мумкин. Синган диафиз битиши суяк тўқимасидан товуш ўтказилиши қайта тикланишига олиб келади, буни ҳам аускультация методи билан аниқласа бўлади.

Бўғимларда ҳаракат амплитудасини аниқлаш. Текширишнинг бу қисми касаллик ёки шикаст клиникасига қўшимча ахборот бериб, тўғри ташхис қўйиш ва зарур даволашни белгилашга имкон беради.

Оёқ ёки қўлни шикастланган сегментининг функционал ҳолатига баҳо бериш учун бўғимдаги фаол ва пассив ҳаракатлар ҳажмини ўрганиш керак. Сагиттал юза бўйича бажариладиган ҳаракат букиш ва ёзиш (флексия, экстензия) деб аталади.

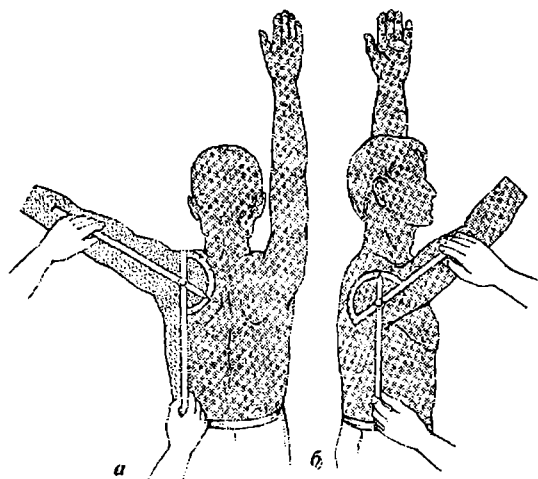
Билак-кафт усти бўғимидаги ҳаракатларни кафт ва кафт орқа томони букилиши, болдир-ошиқ бўғимида болдир олди ва кафт томон ҳаракат дейилади.

Фронтал юза бўйича таналан узоклаштириш (абдукция) ва яқинлаштириш (аддукция) ҳаракатлари бўлиши мумкин. Билак-кафт усти бўғими ҳаракатига баҳо бериб, кўпинча қўл панжасининг билак ва тирсак томонга букилиши деб аталади. Бундан ташқари, бўйлама ўқи атрофидан айланиш ҳаракати (ички ва ташқи ротация) ҳам бўлади. Билак-тирсакнинг ташқарига ротацияси – супинация ва ичкарига ротацияси – пронация дейилади. Фаол ҳаракатлар ҳажмини ўрганиш (беморнинг ўзи бажаради) пассив ҳаракатларни (уни текширувчи бажаради) шикастланмаган бўғими билан солиштириш мақсадга мувофиқдир.

Фаол ва пассив ҳаракатларни бурчак ўлчагич билан аниқланади. Олинган натижа касаллик тарихига ёзилади. Бурчак ўлчагич оёқ ёки қўл сегменти ўқига қўйилади. Ҳаракат амплитудаси оёқ-қўл сегменти нейтрал ҳолатидан (бошланғич нуқтадан) бошланади. Елка бўғимининг ротацион ҳаракатларини ўрганишда дастлабки ҳолат осилиб турган қўлнинг тирсак бўғимида тўғри бурчак остида букилган ҳолатда сагиттал юзада туриши ҳисобланади. Бу ҳолатда елка думбоқлари фронтал ҳолатда, елка суягининг кичик дўнглиги эса олдинги томонда туради.

Чаноқ-сон, тизза, тирсак, билак-кафт усти ва бармоқлар бўғимлари учун дастлабки ҳолат уларнинг 180° гача ёзилган ҳолати ҳисобланади. Ташқарига ва ичкарига бурилишни (пронация ва супинация) аниқлашда дастлабки ҳолат билак учун уни тирсак бўғимида тўғри бурчак остида букиш, панжа эса сагиттал ҳолатда бўлиши керак. Соннинг ротацион ҳаракатларини ўлчашда оёқ тўғри тана ўқида жойлашиб, тизза қопқоғи олдинга қараб туриши керак. Елка бўғимининг эҳтимол тутилган ҳаракатини бурчак ўлчагич билан аниқланади; шунда ўлчагичнинг битта браңши таъага узунасига қўйилади, иккинчиси эса елка ўқи бўйлаб қўйилади шунда унинг маркази (ошиқмошиқ) елка бошчаси проекциясига тўғри келади. Елка бўғимидаги

букиш ва ёзишни аниқлаш учун бурчак ўлчагични ҳам елка суяги бошчаси терисининг проекциясига қўйилади (5-расм, а, б).

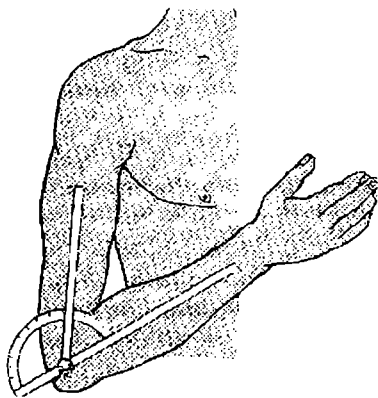


5-расм. Елка бўғими ҳаракатини ўлчаш.
а – қўлни танадан узоқлаштиришни ўлчаш;
б – букиш ва ёзишни ўлчаш.

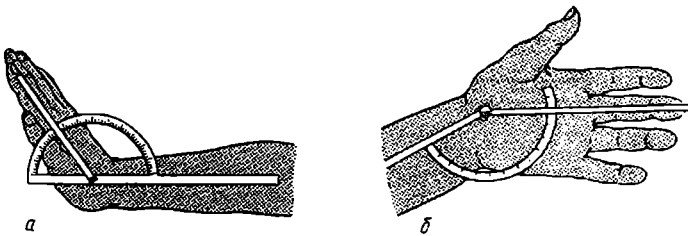
Тирсак бўғими ҳаракатлар ҳажмини аниқлаш учун бурчак ўлчагични елканинг ташқи думбоғидан пича пастроққа жойлаштириб, унинг браншларини елка ва билак ўқи бўйлаб қўйилади (6-расм).

Билак-кафт усти бўғимини букиш ва ёзиш ҳаракатларини бурчак ўлчагич ошиқ-мошиғини билак суягига қўйиб, браншларидан биттасини билак ўқи, иккинчисини эса II кафт суяги узунлиги бўйича қўйилади (7-расм, а).

Қўпинча, билак-кафт усти бўғимида фронтал юзадаги ҳаракат аниқланади (*abductio* ва *adductio*), бунинг учун билакка супинация ҳолати берилади. Бурчак ўлчагичнинг ошиқ-мошиғи билак-кафт юзасига қўйилади, браншларидан биттаси билак ўртаси бўйлаб, иккинчиси панжанинг III бармоғи бўйлаб (7-расм, б) қўйилади. Чанок-сон бўғимини букиш ва ёзиш ҳаракатларини аниқлашда бурчак ўлчагич шарнири катта кўст устига қўйилади ва шунда битта бранш тана бўйлаб, иккинчиси эса сон ўқи бўйлаб юради (8-расм, а). Чанок-сон бўғимида букувчи контрактура бўлса, унинг аниқ ҳаракат амплитудасини махсус усулларсиз аниқлаш мумкин эмас. Шунинг учун чанок-сон бўғимида букувчи контрак-



6-расм. Тирсак бўғимида ҳаракатни ўлчаш.



7-расм. Билак-кафт усти бўғими ҳаракатларини ўлчаш.
 а – букиш ва ёзиш ҳажмини ўлчаш; б – яқинлаштириш ва узоқлаштириш ҳажмини ўлчаш.

тура бўлса, унинг ҳаракат ҳажмини аниқлашдан олдин лордозни бартараф қилиш керак; бунинг учун соғлом оёқни чаноқ-сон бўғимида тўлиқ букилади (8-расм б). Лордозни бартараф қилинганлигини шифокор қўл панжасини беморнинг бел соҳасига қўйиб текширади.

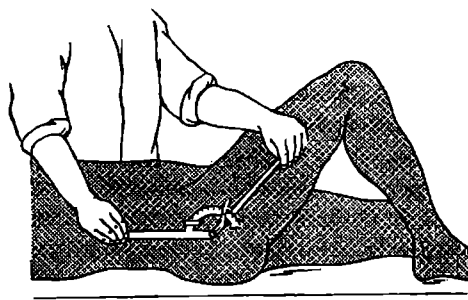
Чаноқ-сон бўғимида оёқнинг ёзилишини беморни қорнига ётқизилган ҳолатда текширилади. Бурчак ўлчагич шарнири катта қўст соҳасига, унинг бранши эса сон ва тана ўқи бўйлаб қўйилади.

Чаноқ-сон бўғимидаги танадан узоқлаштириш (*abductio*) ва танага яқинлаштириш (*adductio*) ҳаракатларини аниқлашда ҳам бемор чалқанча ётқизилади. Ёнбош суяк юқори-олди нуқтасини аниқлагач, шу чизиққа параллел бурчак ўлчагичнинг битта бранши, иккинчи бранши эса чот бурмаси ўртасидан ўтади (8-расм, в). Тизза ҳаракатини аниқлашда бурчак ўлчагич шарнирини тизза ташқи томони оралиғи устига қўйилади. Тизза бўғимининг ҳамма ҳолатларида ҳам унинг оралиғи тизза қопқоғининг пастки қутбига тўғри келади. Бурчак ўлчагичнинг битта бранши болдир бўйлаб, иккинчиси сон ўқи бўйлаб қўйилади.

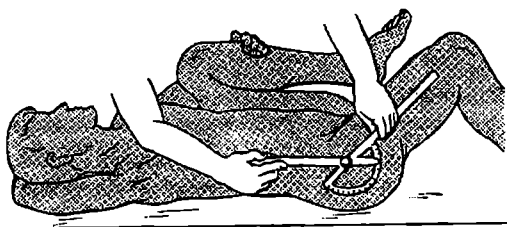
Болдир-панжа бўғимида букиш ва ёзиш ҳаракатлар ҳажмини аниқлашда бурчак ўлчагич шарнири ички тўпиққа қўйилади, шунда битта бранши болдир ўқи бўйлаб, иккинчиси оёқ-панжа ички четига қўйилади.

Текшириладиган бўғимда фаол ва пассив ҳаракатлар амплитудасини таққослаб ва олинган натижани умуман соғлом одамнинг жинсига, ёшига қараб аниқланган нормал ҳаракат амплитудаси билан солиштирилгач, ҳаракатлар ҳажмининг нечоғлиқ бузилганлиги аниқланади. Фаол ҳаракатларнинг чегараланганлиги аниқлангач, олинган натижалар пассив ҳаракатлар табиати билан солиштирилади. Пассив ҳаракатда бўғимдаги ҳаракатларнинг чегараланганлиги контракура дейилади. Табиати бўйича чегараланиш ёзилган, яқинлашган, узоқлашган бўлиши мумкин. Этиологик омил бўйича контрактуралар миоген, невроген, артроген ва десмоген бўлади.

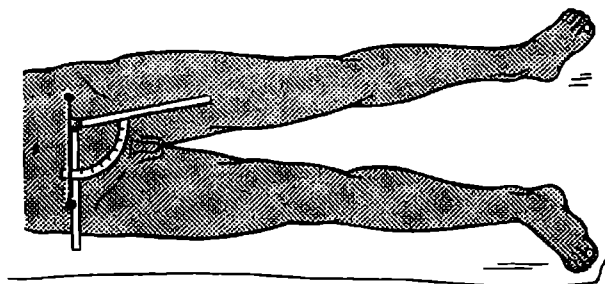
Дистрофик жараёнларнинг пардада (капсулада) ва ишқаланувчи бўғим юзаларида чуқур ривожланиши бўғим ҳаракатининг чегара-



a

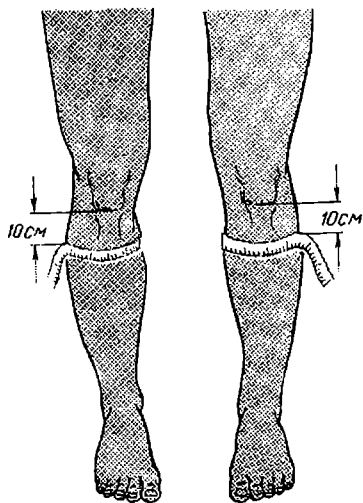


b



8-расм. Чаноқ-сон бўғими ҳаракатини ўлчаш.

ланиши, унинг ҳаракатининг бутунлай йўқолишига олиб келиши мумкин. Бўғимда юз берган бундай ҳолатни анкилоз деб аталади. Турлари бўйича суяк анкилози, бунда бўғим юзалари битиб кетади ва фиброз анкилоз, бунда бўғимда фаол ҳаракатлар тўлиқ йўқолади. Аммо текшириш жараёнида пассив ҳаракат қилинганда оғриқнинг пайдо бўлиши унда маълум даражада, жуда оз бўлса-да, ҳаракат борлигидан дарак беради. Фиброз анкилозда бўғимлар юзасида суякли битиш бўлмайди ва бўғимлар юзаси фиброз-чандиқлар воситасида маҳкам ушланиб турган бўлади. Оёқ ёки қўлнинг жароҳатланган сегменти букилган, ёзилган, танага яқинлашган, танадан узоқлашган, ташқари ёки ичкари ротация ҳолатларида бўлиши мумкин.



9-расм. Оёқнинг айлана ҳажмини ўлчаш.

Бўғимлар ҳаракати бузилишининг бошқа тури уларнинг ҳаддан ташқари ҳаракатчанлиги ҳисобланади. Бу тўқималарда, бойламларда, пардаларда бўладиган ўзгаришлар натижасида ва кўпинча туғма ҳамда бўғим юзаларининг бузилиши ҳисобидан бўлади. Травматик чиқиш оқибатида бўғимда ҳаракатнинг чегараланиши, пассив ҳаракатлар қилганда пружинасимон қаршилик кўрсатиши билан ифодланади.

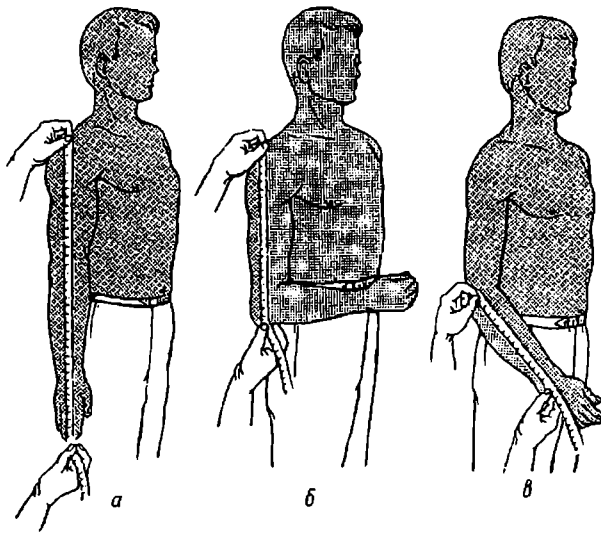
Оёқ - қўлларнинг узунлигини ва айлана ҳажмини ўлчаш. Бу ўлчаш усули таянч-ҳаракат аппаратининг ҳолати тўғрисида қимматли маълумотлар беради.

Текшириш соғлом оёқ ва хасталанган оёқ ёки қўлни бир-бири билан тенглаштириш ва таққослаш йўли билан ўтказилиши керак. Бу кўздан кечириш ёки сантиметрли тасмада ўлчаш йўли билан аниқланади. Оёқ ёки қўлнинг айлана ҳажмини ўлчашда бир хил масофада аниқ ва белгиланган нуқтадан: тизза қопқоғининг пастки нуқтаси ёки катта болдир суяги гадир-будуридан – болдир учун; сон учун эса тизза қопқоғининг юқори кутби ҳисобланади (9-расм).

Оёқ-қўлларнинг узунлигини ва айлана ҳажмини ўлчашга (сантиметр ҳисобида), қўл ва оёқлар орасидаги асимметрияни аниқ белгилаб қўйиб ва кейинчалик шу сегментлардаги асимметрия ўзгаришини динамикада кузатиш ёрдам беради. Сантиметр ёрдамида ўлчаш мураккаб эмас ва ўлчаш иккита белгиланган суяклар дўнглигидан олинади. Ўлчашнинг асосий қоидаси – бу ўлчанадиган қўл ёки оёқларнинг гавдага нисбатан доимий маълум бир хил ҳолатда туриши ҳисобланади. Ўлчаш қаттиқ кушеткада бажарилиши керак. Чаноқнинг олдинги юқори қирралари тананинг перпендикуляр ўқиға тўғри келиши керак. Қўл ва оёқлар уларнинг ўқиға параллел туриши керак. Оёқ ёки қўлнинг контрактураси бўлса ёки мажбурий ҳолатда турса, оғриқ борлиги сабабли соғлом томонни ҳам унга мослаштириб симметрик ҳолат берилади.

Қўлнинг узунлигини куракнинг акромиал ўсиғидан билак суягининг бигизсимон ўсиғигача ёки III бармоқнинг учигача ўлчанади (10-расм, а), бунда қўл тирсак бўғимида тўғри бурчак остида букилган бўлиши керак. Билак узунлиги тирсак ўсиғининг юқори учидан то тирсак суягининг бигизсимон ўсиғигача ўлчанади (10-расм, в).

Оёқнинг узунлиги ёнбош суягининг олдинги-юқори қиррасидан ички ёки ташқи тўпиқнинг юқори учигача ўлчанади (11-расм); сон



10-расм. Қўл (а), елка (б) ва биллак (в) узунлигини ўлчаш.

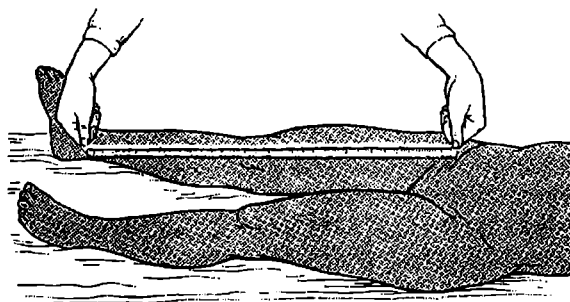
узунлиги - катта кўстнинг бўртиб чиққан нуқтасидан ёки ёнбош суяги олдинги-юқори қиррасидан то тизза бўғими оралиғигача ўлчанади (12-расм); болдирнинг узунлиги – тизза бўғими оралиғидан то ташқи ёки ички тўпиқ юқори учигача, болдирнинг ташқи ёки ички четигача ўлчанади (13-расм).

Ўлчаш шароитлари ва натижалари касаллик тарихига ёзилади. Ўлчашда ишлатилган таниш нуқталарни аниқ ёзиш даволаш жараёнида оёқ ёки қўлнинг узунлиги ёки айлана ҳажмидаги ижобий ўзгаришларга баҳо бериш имкониятини яратади. Ўлчаш жараёнида аниқланган оёқ ёки қўлнинг калталиги ёки узунлиги бир неча: туюлувчи, ҳақиқий ва нисбий турларда бўлиши мумкин.

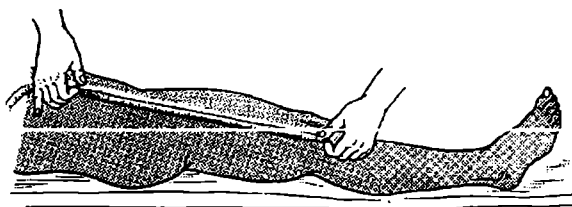
Туюлувчи ёки функционал калталиқ бўғимдаги контрактура ҳисобидан бўлиши мумкин. Шунинг учун ҳам сегмент-сегмент қилиб ўлчаш узунасига бўлган ўзгаришларни аниқлашга имкон бермайди. Узунликнинг туюлувчи ўзгариши бўғимларнинг биридаги патологик ҳолатга: контрактура, анкилоз ва мушакларнинг таранг қотиб қолишига боғлиқ (14-расм, в).

Оёқ ёки қўл узунлигини ҳақиқий ўзгариши сегментларидан бирининг органик ўзгаришига боғлиқ (синган суяк бўлақларининг силжиши, ўсишнинг бузилиши, патологик жараёни натижасида емирилиши). Оёқ ёки қўл ҳақиқий узунлигининг ўзгариши умумий ва сегмент-сегмент бўйлаб ўлчаганда ҳам аниқланади (14-расм, б).

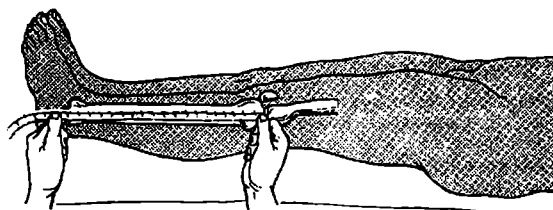
Оёқ ёки қўл узунлигининг нисбий ўзгариши (калталиги, узунлиги) бўғимларнинг ўзаро сегмент уланиш муносабатларининг бузилишига боғлиқ. Қўл-оёқлар узунлигининг бу турдаги ўзгаришлари бўғим сабабли ўзгариш дейилади; бу чиқиш ва бўғим ичида синишларда учрайди. Қўл-оёқларнинг клиник ёки йиғинди (суммар) узунлигининг ўзга-



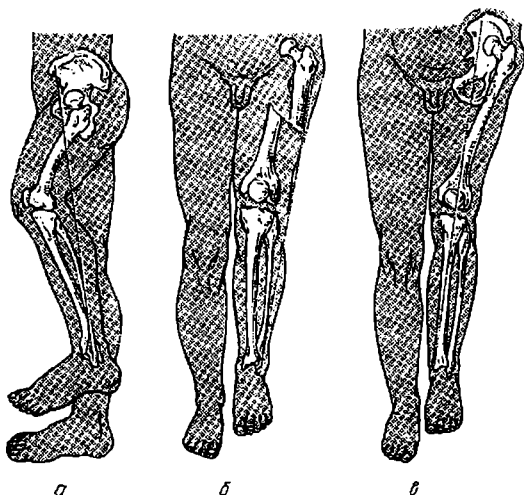
11-расм. Оёқ
узунлигини ўлчаш.



12-расм. Сон
узунлигини ўлчаш.



13-расм. Болдир
узунлигини ўлчаш.

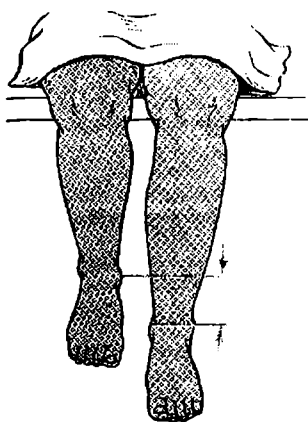


14-расм. Оёқнинг калталиқ
турлари.

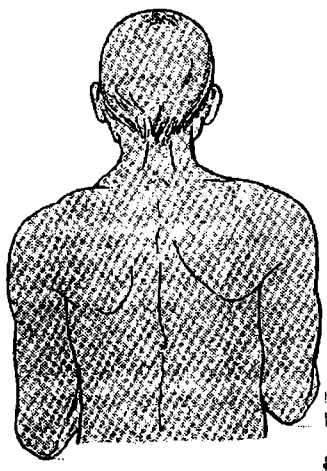
a – тиззанинг буқувчи контрактурасида функционал калталаниш;
b – сон суяги синиб силжиганда оёқнинг ҳақиқий калталаниши;
v – сон чиққанда оёқнинг нисбий калталаниши.

ришлари тушунчасига (калталиги, узунлиги) туюлувчи, ҳақиқий ва нисбий ўзгаришлар киради.

Сантиметрли тасма билан ўлчашдан ташқари, қўл-оёқлар узунлигидаги фарқни кўз орқали нисбий таққослаш йўли билан аниқлаш мумкин. Бунинг учун беморни қаттиқ кушеткага ётқизиб, тизза қопқоғи юқори қутбларини, болдир тўпиқларини ва ёнбош суяги олдинги-юқори қирраларини таққослаш йўли билан аниқланади. Агар кўрсатилган нуқталар бир-бирига мос келмаса, унда қайси сегмент ҳисобига узун-калталиқ борлиги аниқланади. Шундай қилиб, бемор қаттиқ кушеткага чалқанча ётқизиблиб, оёқларини тизза ва чаноқ-сон бўғимларида букилади. Беморнинг оёқ томонидан қаралса, тиззаларнинг паст-баландлиги яққол кўринади, бу сон сегментининг узун ёки калталигини аниқ кўрсатади. Болдирларнинг узун-калталигини беморни стул қиррасидан оёқларини осилтирган ҳолда ўтқазиб аниқланади (15-расм). Қўлнинг узун-калталигини аниқлашда қўл туширилган ва танага яқинлашган ҳолатда бўлиши керак. Елканинг узунлигини аниқлашда қўлни тирсак бўғимида тўғри бурчак остида букилади ва беморнинг орқа томонидан ўтиб қаралса, тирсакларнинг ўзаро фарқи аниқланади (16-расм). Билакларнинг бир-биридан узунлиги фарқини аниқлашда иккала тирсакни столга қўйиб, қафтлар бир-бирига қўйилади: бигизсимон ўсиқларнинг жойлашиши ва бармоқлар учларининг бир-бирига тўғри келмаслиги билакларнинг нотекислигини билдиради. Оёқ панжасининг турли деформацияларини улар контураларининг изини олиш билан ўрганилади (подограмма).



15-расм. Болдир узунлигини солиштириш.



16-расм. Елка узунлигини солиштириш.

Бунинг учун оёқлар кафтига бўёқ суртилади, бемор бир варақ оқ қоғозга оёғини қўяди ва қолган из асосида патологик ўзгариш аниқланади. Умургани ўлчаш унинг деформациясига мувофиқ сагиттал (сколиоз), фронтал (кифоз, лордоз) ва горизонтал (рогация) юзаларда бажарилади. Ёнига қийшайишни вертикал ҳолатда шовун ёрдамида ўлчанади. Бунинг учун фломастер ёрдамида белгилаб, бриллиант кўки эритмаси ёки сиёҳ билан тўғри ўсиқлар бўйлаб, шовун ипини пастелка тешигига тўғрилаб, вертикал чизиқдан оғанлиги аниқланади. Агар деформация бўлмаса, шовун чизиғи билан тўғри ўсиқ чизиғи бирига мос келади. Фронтал юза деформациясини бурчак ўлчагич — кифометр билан контурларини чизиб аниқланади. Қийшиқлик динамикаси бир неча позицияда: одатдаги, тўғриланган, букилган ва ёзилган қад-қоматда ўлчанади.

Мушак кучини ўлчаш. Таянч-ҳаракат аппаратининг кўпгина деформацияларида мушаклар системасининг ҳолатини аниқлаш беморларни текширишнинг муҳим методи ҳисобланади. Бирор сегментда мушаклар мувозанатининг бузилиши деформация ривожланишига асосий сабаб бўлиши мумкин. Бу асимметрия суст ва спастик фалажликларда (полиомиелит, болалар марказий фалажи — ДЦП, орқа миянинг шикастланиши) бўлади. Мушаклар кучини ҳаракат пайтида текшириш нагизлари махсус динамометр ёрдамида баллар ҳисобида баҳоланади. Талайгина юк тушганда оёқ-қўл сегментидаги мушак гуруҳларининг ҳаракатлар ҳажми батамом сақланиб қолган ҳолат норма (5 балл) деб қабул қилинади. 4 балл — ҳаракатлар тўлиқ ҳажмда мавжуд, аммо кам юк билан бажарилади. 3 балл — тўлиқ ҳаракат ҳажми сақланиб қолган бўлиб, мушаклар таранглашиши фақат қўл ёки оёқ массасини енга олади; 1-2 балл — мушакларнинг қисқариши қўл ёки оёқ массасини енга олмайди; 0 баллда ҳатто мушак қисқаришини аниқлаб бўлмайди, яъни тўлиқ фалажлик рўй беради.

Таянч-ҳаракат аппаратининг функциясини аниқлаш. Таянч-ҳаракат аппарати бир сегментининг фаолияти бузилиши, организмда компенсатор ўзгаришлар ривожланишига олиб келади. Бу компенсатор — мослашиш ўзгаришлар ҳар бир одамда индивидуал шаклланади ва кўп жиҳатдан унинг марказий асаб системаси ҳолати ва шикастланиш характерига боғлиқ бўлади.

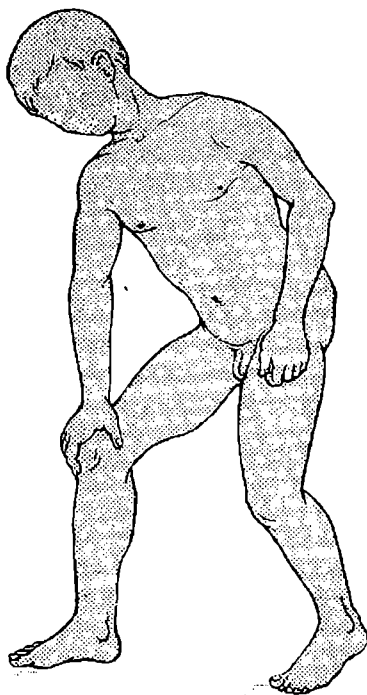
Таянч-ҳаракат аъзоларининг бирор сегментида нуқсон топилган бўлса, организмда компенсацион ўзгаришга олиб келади. Лекин индивидуалликка қарамай, мослашиш реакциялари кўпгина умумий клиник белгиларига эга. Функционал ҳолат бемор юрганда, тик турганда, ўтирганда, тиззаларини букиб, панжаларини босиб ўтирганида, пойфазал кийганида, кичкина жисмларни (предметларни) олганда, ёзганда, тугмасини таққанда ва бошқаларда баҳоланади. Беморнинг юришини ўрганиш таянч-аъзоларининг функционал ҳолатини аниқлаш имконини яратади ва юришнинг турлича бўлишига асосланиб тўғри

ташхис қўйиш ва тегишли муолажа қилишга имкон беради. Чунончи, «ўрдаксимон» ёки чайқалиб юриш сонлар бошчасининг икки томонлама туғма чиқиш белгиси ҳисобланади, авайлаб оқсоқланиш оғриқ сезиш натижасида, авайламасдан оқсоқланиш оёқнинг калталиги ва бошқа сабабларга боғлиқ (17-расм).

Травма ва ортопедик касалликлари бўлган болаларни текширишнинг айрим хусусиятлари. Болаларда шикастланиш ва ортопедик касалликларни ташхислаш, аynиқса, кичик ёшдаги болаларда анча қийинчиликларга сабаб бўлади. Шифокор сон суяги диафизининг «яшил новда» типи бўйича синишида, кўпинча, хатога йўл қўйиши мумкин, чунки бу синишда оёқ узунлиги калталанмаслиги ва шакли ўзгармаслиги мумкин. Ҳатто тажрибали шифокор ҳам ортопедик касаллик неврологик патология замирида кечганда ташхис қўйишга қийналиши мумкин. Шунинг учун шифокор патологияни аниқлай олмаса, лекин боланинг шикоятлари қолса, унда текширишни батафсил ва чуқурроқ ўтказиш талаб қилинади.

Анамнез йиғиш қийин вазифалардан бири ҳисобланади. Шифокор бола бошидан кечирган травма механизмини тушуниши керак. Ортопедик касаллик борлигига гумон бўлса, унда ҳомиладорлик, туғруқнинг кечиш хусусиятларининг аҳамияти бор. Болада патологик ўзгариш туғилганда бўлганми ёки кейин ривожланганми – буни аниқлаш керак, шунингдек, боланинг умумий ривожланиш хусусиятларини билиш ҳам керак: у қачон бошини тута олди, ўтирди, тик турди ва юра бошлади. Ортопедик деформацияларда патологиянинг ирсийлигини аниқлаш керак. Агар бола билан гаплашишнинг имкони бўлса, унинг берган маълумотлари ота-онасининг айтган маълумотларидан кўпроқ аҳамиятга эга бўлади.

Болани умумий кўздан кечирिश. Ортопедик касалликка гумон бўлса, унда тана тузилишининг мутаносиблиги, ҳолати ва қадам ташлаши аниқланади. Боланинг бўйи ўлчанади ва ёш жадвали бўйича унинг нормага мувофиқлиги аниқланади. Бўй ўсишининг орқада қолиши скелет системаси касалликларига хос. Кўкрак



17-расм. Соннинг тўрт бошли мушак фалажида беморнинг қадам босиши.

эмадиган чақалоқни кўздан кечирганда оёқ-қўллари калта туюлади, аммо бу, агар бола катта вазнда (4 кг га яқин) туғилган бўлса, патология эмас. Гавда тузилишининг бу диспропорцияси 2-3 ёшларда ўзича йўқолади. Умумий кўздан кечирганда гана ва қўл-оёқлардаги асимметрияни аниқлаш мумкин. Ортопедик касалликларда терида қон томирлар ўзгариши ёки пигментли доғлар, терига қон қуйилиши, гипертрихоз, гиперкератоз, чандиқлар, тери ости веналари тасвирининг кучайиши ва бошқалар кузатилиши мумкин. Бел умуртқалари равогининг битмаслиги белгиларидан бири — бел соҳасидаги тукларнинг кўплиги — Михаэлис ромби кузатилиши мумкин.

Кўздан кечирганда тери бурмаларининг симметриклигига аҳамият бериш керак. Маълумки, чаноқ-сон бўғимининг дисплазиясида ва соннинг туғма чиқишида думбалар бурмасида симметрия йўқолади. Бундан ташқари, одатда бўлмайдиган тери бурмалари пайдо бўлиши туғма патологиядан дарак беради. Масалан, Шерешевский-Тернер синдромида бўйинда ғайри-табиий бурмалар («қанотсимон бўйин») кўриниб туради.

I ёшдан катта бўлган болани кўздан кечирилганда унинг қадам ташлашини кузатиш мумкин. Болаларда «ўрдаксимон» қадам ташлаш сон суягининг бўйин-диафиз бурчаги камайганда, соннинг чиқишида, рахитда ва бошқа касалликларда кузатилади.

Соннинг икки томонлама туғма чиқишида бола қадам ташлаб юрганда бел лордоз кучаяди, қорин олдинга бўртиб чиқади. Қадам қўйишдаги вақтнинг ва таянч кучининг қисқариши натижасида у авайлаб оқсаб юради. Бундай юриш келиб чиқишидан қатъий назар артритларда, ташхисланмаган синишларда ва Пертес касаллигининг бошланғич даврида бўлади. Оқсаш оёқларнинг узун калталигидан ҳам келиб чиқади. Бу ҳолат узун оёқни чаноқ-сон ва тизза бўғимларида букиш ёки калта оёқни «узайтириш» ёки оёқ панжасини пастга эгиш билан компенсация қилинади, бу от туёғига ўхшатилади. Бу ҳолат кўпинча оёқ бўғимлари контрактураси ва анкилозида учраб туради. Юришнинг ёмон томонга тез ўзгариши марказий ва периферик асаб системасининг органик зарарланишларида бўлади. Спастик, паралитик ва атактик одимлаш энг типик ҳисобланади.

Шифокор беморни умумий кўздан кечиргач, унинг тана қисмларини батафсил кўришни бошлайди:

Б о ш н и к ў з д а н к е ч и р и ш. Аввалига бола боши катталигининг бўйига ва калла суяги юз қисмига нисбатига эътибор берилади. Кўкрак эмадиган боланинг бош мия қисми деформация бўлган бўлиши мумкин, бош «минорасимон» ёки бошқа шаклда, олдинги-орқага чўзилган бўлиши мумкин. Бошнинг турли соҳаларида кефологематома учраши мумкин. Бундай ўзгаришлар патологик ҳисобланмайди, чунки улар бола ўсган сайин йўқолади. Бош травма олганда шиш, локал оғриқ ва суякда босилган жойлар кузатилади. Бурун ва

қулоқ йўлларида қон оққанлик белгилари аниқланса, бу бош миянинг очиқ шикастланганидан дарак беради.

Система ва модда алмашинуви касалликларида калла суяги гумбазли зичлиги ва қаттиқлиги камайиши мумкин. Бу ҳолларда пайпаслаганда бармоқлар остида суякнинг ботиши сезилади ва уни пергамент қоғоз зичлиги билан солиштириш мумкин. Одатда, тепатош (лиқилдоқ) нинг анчагина катталашганлиги аниқланади.

Калланинг юз қисмини кўздан кечирганда юзнинг симметриклигига, қулоқ супраси шаклига, бурун ва қаншарининг ҳажмига ва конфигурациясига аҳамият бериш керак. Оғиз бўшлиғини кўриш шарт. Бунда қаттиқ танглай баландлиги, унинг бўлинганлиги, тишларнинг борлиги, уларнинг сони, ранги ва шакли аниқланади.

Б ў й и н н и к ў з д а н к е ч и р и ш. Чақалоқлар ҳаётининг биринчи ойларида бош ва бўйин ҳолатига, ҳаракат амплитудасига эътибор бериш керак: нормада бош ҳар тарафга эркин ҳолда 90° бурилади. Бўйинда ҳаракат чегараланганда тўш-ўмров-сўрғичсимон мушаклар аниқ пайпасланади. Туғма мушак бўйин қийшиқлигида шу мушакнинг қаттиқлашиши ва қисқариши кузатилади. Сал каттароқ болаларда мушак бўйин қийшиқлиги нафақат бўйин умуртқаси ҳаракатининг чекланишига, балки бошнинг қарама-қарши томонга бурилиши чекланишига ва юзнинг асимметриясига олиб келади. Бўйиннинг шикастланганига оз бўлса-да шубҳа қилинганда унда локал оғриқнинг тўғри ўсиқда, бўйиннинг кўндаланг ўсиқларида ва паравертебрал нуқталар босилганда ҳимоя мушак реакцияси борлигини текшириш керак.

Бўйиннинг калталиги ва қалинлашиши, бошда сочлар ўсишининг жуда паст жойлашиши, уларни бўйинга ўтиши кўпинча Клиппел-Фейл касаллигида учрайди. Бунда бўйин ҳаракати чекланади, юқорида эслатиб ўтилгандек Шерешевский-Тернер синдромида бўйиннинг қисқариши «қанотсимон бўйин» тери бурмалари ҳосил бўлиши билан кузатилади.

Е л к а к а м а р и н и к ў з д а н к е ч и р и ш. Шикаст етганда иккала елка камарининг симметриклигига аҳамият бериш керак. Ўмров суяги синиб силжиганда шикастланган томон қисқа бўлади. Ўмров суяги «яшил новда» типиде синганда унинг ташқи-ўрта қисмидаги эгрилик кўпайиши ҳисобига ўзгариш рўй бериши мумкин.

Ўмровнинг тўш ва курак қисми бириккан соҳада гематома пайдо бўлиши уларнинг шикастланганидан дарак бериши мумкин. Куракни кўздан кечирганда унинг шакли ва жойлашишига аҳамият берилади. Нормада кураклар кўкрак қафасига зич ёпишиб турган бўлади. Кўкракларнинг ҳолатини аниқроқ билиш учун унинг ўсиқлари ва пастки бурчакларини фломастер билан белгилаб чиқилади. Куракнинг юқори туриши Шпренгел касаллиги учун хос ва унда елка бўғимидаги ҳаракатлар чекланган бўлади. Куракнинг кўкрак қафасидан кўчиши (узқоқлашиши) сколиозда учрайди ва уни «қанотсимон курак» дейилади.

Кўкрак қафасини кўздан кечириш. Нормада кўкрак қафасининг иккала ярми ҳам симметрик нафас олишда қатнашади. Кўкрак қафаси лат еганда ва синганда шикастланган томони нафас олишда фаол қатнашмайди. Юзаки пайпаслаганда тери ости эмфиземаси борлиги аниқланиши мумкин – қовурғаларнинг асоратланган синиш белгилари.

Ортопедик патологияга гумон бўлса, унда кўкрак қафасини фақат олдидан эмас, ёнидан ҳам кўздан кечирилади. Кўкрак қафасининг деформацияси бирламчи бўлиши мумкин – воронкасимон ёки кўтарилган кўкрак қафаси. Иккиламчи деформациялар касалликларда (кўпинча сколиозда) ёки операциялардан кейин пайдо бўлади.

Рахит касаллигида 3 ёшгача бўлган болаларда оғриқсиз – қалинлашиш кузатилиши мумкин – қовурғанинг суяк қисмининг тоғайга ўтиш жойидаги тасбеҳсимон зичланиш.

У муртқа вачаноқни кўздан кечириш. Катта ёшдагиларни текшириш методикасидан фарқи йўқ.

Оёқ ва қўлларни кўздан кечириш. Уч яшаргача бўлган болаларнинг қўл-оёқлари узунлигини солиштирганда бир-бирига таққослаш энг қулай усул ҳисобланади, чунки уларда суяк ориентирларини пайпаслаб топиш ва сантиметр тасмаси билан ўлчаш анча қийин. Оёқларнинг узунлигини ўлчашда болани қорнига ётқизиб солиштириш қулай усул саналади. Оёқлар узунлиги бир хил бўлса, унда думбалар ва тизза ости бурмалари бир-бирига тўғри келади ва ички ошиқлар бир сатҳда туради. Агар оёқлардан бири калта бўлса, унда тери бурмалари ҳолатида асимметрия бўлади.

Спастик ҳолатда ҳам бурмаларда асимметрия бўлади, шунинг учун оёқларнинг узунлигини аниқлашда «қисқарган» оёқни аста-секин тортиш керак, шунда калта кўринган оёқ узайиб, тери бурмаларида симметрия ҳосил бўлади. Оёқ ҳақиқий калта бўлганда думба бурмаси пастроқ жойлашган бўлади. Сал каттароқ болаларда оёқларни таққослаш тик турган ҳолатда текширилади. Оёқлардан бири калта бўлса, чаноқ қийшайди, думбалар бурмаларида асимметрия кузатилади.

Қўлларнинг узунлиги уларни пастга туширилган ҳолатда III бармоқ учигача ўлчанади. Елка узунлиги фарқини тирсакларни 90° га букилган ҳолатида орқа томонидан, тирсак ўсиқларининг фарқига қараб баҳоланади. Билакнинг узунлигини аниқлашда болани иккала тирсаги стол устига қўйилиб иккала билак кафтлар ёрдамида босилади ва узункалталиги тирсак суякларининг бигизсимон ўсиқлари ва III бармоқ учлари сатҳлари билан баҳоланади. Аниқ маълумотлар сантиметр тасма ёрдамида ўлчаб олинади. Қўл ва оёқлар узунлиги ва ҳажмини ўлчаш методикаси катталарда ўлчаш методикасига ўхшайди.

Оёқ ва қўлларнинг ўқини аниқлаш. Катталардаги каби таниш нуқталаридан ўтказилади. Болаларда оёқ-қўлларнинг типик деформациялари бўлади, уларнинг ўқини аниқлашда шуни инобатга олиш

керак, чунки бу патология эмас. Супинация ҳолатида елка ўқи билан билак ўқи ташқарига очиқ бурчак ҳосил қилади — билакнинг физиологик вальгус эгилиши ўғил болаларда — 10° ва қиз болаларда — 15° ни ташкил қилади. Қўл панжаси билакка нисбатан нормада шундай жойлашганки, III бармоқ ва III қафт суяги орқали ўтказилган чизиқ қафт усти билак бўғими орқали ўтади.

Бола кичкиналигида тиззаларининг ички юзалари бир-бирига тегмасдан болдирлар физиологик варус ҳолатида бўлади ва бу варус деформацияси бола 5-7 ёшга тўлгунча ўз-ўзича тўғриланиб кетади. Одатда, ўғил болаларда оёқ ўқлари тўғри бўлади; қиз болаларда эса озроқ вальгус ҳолат норма ҳисобланади.

Бўғимларда ҳаракат ҳажмини аниқлаш. Умумий қоидага асосан ўтказилади. Болаларда нормада ҳаракатлар ҳажми нисбатан кўпроқ бўлади. Тирсак ва тизза бўғимларида нормада $10-15^{\circ}$ гача рекурвация бўлиши мумкин.

Рентгенологик текширув ўтказиш. Суяклар шикастланиши ва кўпчилик ортопедик касалликларда тўғри ташхис қўйиш учун рентгенологик текширув ўтказиш шарт. Рентгенологик суратлар камида бир-бирига нисбатан перпендикуляр икки проекцияда олинади, аммо баъзи бир хил суяк синишларида қийшиқ проекцияларда ва функционал ҳолатларда қўшимча суратлар олинади, масалан умуртқа шикастланганда. Айрим пайтларда рентгенографияда калла суяги шикастланганда ва, айниқса, унинг асоси шикастланганда беморга махсус вазият бериш керак.

Зарур маълумот берадиган рентген суратини олиш учун қуйидаги шартларга риоя қилиш керак:

1. Шикастланган жой расм марказида жойлашиши керак, акс ҳолда аниқ бўлмаган тасвирдан ташқари шикастланган соҳа тўлиқ кўринмаслиги мумкин.

2. Шикастланганда яқин жойлашган бўғим ҳам суратга туширилади.

3. Агар икки суякли сегмент шикастланган бўлса (болдир, билак) суратга иккала бўғим ҳам олинади. Бу қоидага риоя қилинмаса, унда ташхисда хатоликка йўл қўйиш мумкин, чунки кўпчилик синган суяклар сатҳи мос келмайди, суяк силжишлари ва чиқишлари аниқланмаслиги мумкин.

4. Ҳамма суяклар ва бўғимлар сурати, албатта, икки проекцияда олиниши керак.

5. Айрим касалликларда ва шикастланишларда соғлом ва касал томонлари симметрик ҳолда суратга олинади.

6. Сифатсиз ва битта проекцияда олинган рентген суратлар асосида ҳеч қачон шикастланиш ва касалликлар характери ҳақида хулоса чиқармаслик керак.

Травматология ва ортопедияда кенг миқёсда суяклар томографиясидан фойдаланилади, бу суяк тўқимасининг муайян қатламининг рентге-

нограммасини олишга имкон беради. Бу патологик ўчоқ чуқурлиги ёки ёт жисмни аниқлаш имконини яратади. Одатда, қатламлар орасидаги масофа 0,5 см дан ошмаслиги керак. Томографик суратларни обзор рентгенограммалар обдон ўрганилгандан кейин қилинади. Касалликнинг жойлашишини янада аниқроқ билиш учун айрим ҳолларда томограммани кесмаларнинг катта зичлигида (03 см) қилинади.

Электрон-оптик ўзгартиргич бўлганда суяк ва бўғимлар *рентгеноскопияси* қимматли аҳамиятга эга ва рентген тасвирини 1000 мартадан ортиқроқ бор кучайтиради, бу бемор ва тиббиёт ходимларига нур таъсирини камайтиради.

Артрография бўғимдаги шикастланишларни аниқлашда ишлатилади. Бўғим бўшлиғига рентгенконтраст моддалар, масалан газ, таркибида йод сақловчи ва бошқа моддалар юмшоқ тўқималар контурларидаги ўзгаришларни рентгенограммада аниқлашга (синовиал парда, менисклар ва бошқалар) ёрдам беради. Умуртқа диски ва дурал халтачадаги патологик ўзгаришларни ўрганишда контраст усул кенг қўлланилади. Контраст модданинг умуртқалараро дискка юборилиши (дискография) унинг ҳолатини аниқлашга ёрдам беради. Контраст моддани субарахноидал бўшлиққа юбориш (миелография) нафақат диск «чуррасини», балки ҳажми бошқа ўсмаларни ҳам аниқлашга имкон беради (18-расм).

Компьютер томографияси (КТ) нинг сўнгги ўн йилларда ишлатилиши рентген суратини фронтал кесимда 1 ммгача олиш имконини берди. Бу рентген кесмаларини қаватма-қават ёки маълум ораликда плёнкага олинганда касал жуда кам нурланади. Бунда 85-90% ҳолларда таянч-ҳаракат тизимидаги касалликларнинг жойлашиши аниқланади; умуртқалараро диск чурраси, суяк тизими ва бошқалар (19-расм).

Ядро-магнит резонанс усули (ЯМР). Бу усул компьютер томографиясига ўхшайди, сагиттал юзада рентген сурат олишга имконият яратади, одам танасининг турли юзалари ва бўшлиқларидаги (кўкрак, қорин) шикастланишларни кенг баҳолашда қимматли усул ҳисобланади. Тўқималардаги патологик ўзгаришлар яхши кўринади (20-расм).

Электрoфизиологик вa лаборатор текширишларни ўтказиш. Мушакларни ҳаракат қобилиятини ва иннервациясини аниқлаш учун электромиографик текшириш усуллари ишлатилади. Бугунги кунда кўпроқ қуйидаги электрофизиологик таъхис қўйиш усуллари ишлатилади.

Электромиография мушаклар токи таъсирини аниқлашга имкон беради, чунки улар нафақат ҳаракат тизимини, балки унинг иннервациясини ҳам акс эттиради.

Циклография, кинога олиш, миография ёрдамида механик ҳаракатларни қайд этиш, бу ҳаракатларга фақат ташқи томондан баҳо берса, электромиография эса ҳаракат координациясининг ички қонуниятларини тушунишга имконият яратади.

18-расм. Орқа мия ўсмасида бўйин умуртқасининг миелограммаси (контраст модда сояси кўринишида бўшлиқнинг тўлганлиги кўринапти).



19-расм. Компьютер томограммаси. Шморл L₇ чурраси.



20-расм. Томограмма (ядро-магнит резонанси). S_v нинг орқали деформацияланиши билан ағларилиб чиқиши.

Осциллография оёқ ёки қўлнинг турли сатҳида манжетанинг сиқиш даражасига қараб қоғоз ёки плёнкада артериядаги пульс тўлқинларини ёзади.

Осциллография ёрдамида яна артерия максимал (Мк), ўртача (Ўр) ва минимал (Мн) босимини аниқлаш мумкин. Бундан ташқари, осциллограмма орқали осциллятор индексини (ОИ) ҳисоблаш мумкин, бу артерия тонусини осцилляция чуқурлиги бўйича аниқлайди; улар қанча чуқур бўлса, тонус шунча паст, осцилляция қанча кам бўлса, тонус шунча юқори бўлади.

Ревовазография артерия тебраниб қон билан тўлишига қараб электр ўтказувчанликнинг ўзгаришларини ёзиш таъйидига асосланган. Қон айланиш тезлигининг кўпайиши билан унинг электр қаршилиги камаяди — метод ана шу хусусиятга асосланган. Электродлар қўл ёки оёқ сегментига қўйилади ва осцилляцияни қоғоз тасмага электрокардиограф ёрдамида ёзилади.

Лаборатор текширишлар кўрсаткичлари травматология ва ортопедияда специфик диагностик аҳамиятга эга эмас. Суяк тўқимаси шикастланганда сийдикда нейтрал ёғнинг пайдо бўлиши ва унинг ёғ эмболияси билан асоратланиши бундан истисно. Клиник травматология амалиётида умумий текширишлардан фойдаланилади. Бунга қон, сийдик анализи, люмбал пункцияда бўғимлардан олинган пунктат, абсцесдан, инфилтрат ва суяклардан олинган суюқликлар киради. Сил, эхинококк ва бошқаларга реакция қўйилади, биопсия, биокимёвий, бактериологик ва бошқа текширишлар ўтказилади.

Т а ш х и с қ ў й и ш. Беморни текшириш натижаси ташхис қўйиш билан хулосаланади. Айрим ҳолларда ташхис қўйиш осон, аммо

қўпинча ортопедик касалликларда ташхис қўйиш учун ҳамма клиник, рентгенологик, лаборатор ва бошқа маълумотлардан фойдаланилади ва касалликнинг ривожланиши ўрганилиб, ташхис қўйилади.

Яллиғланиш жараёнларида яллиғланиш табиатини аниқлаш керак – сурункали ёки ўткир. Сўнгра яллиғланиш этиологияси кўрсатилади: сил, бод касаллиги, дистрофик жараён сабабли ва ҳоказо. Буларни аниқлагач жараён локализацияси аниқланади, масалан: а) катта болдир суяги юқори учдан бир қисмининг сурункали гематоген остеомиелити; б) чап тизза бўғими қанотсимон бойламининг сурункали гиперплазияси (Гофф касаллиги).

Травмада тўғри таърифланган ташхис қўйидаги саволларга жавоб бериши керак: 1) очиқ ёки ёпиқ шикастланиш; 2) унинг табиати; 3) қандай тўқима шикастланган (мушак, суяк ва ҳоказо); 4) шикастланиш жойи; 5) тўқималар ёки суякнинг ажралиши ва қўзғалиши; 6) қўшилиб келган жароҳатланиш (нерв, томир, сийдик чиқарувчи йўллар ва ҳоказо).

Тўғри таърифланган ташхисга мисоллар келтираемиз:

1. Унг сон суяги ўрта қисмининг ёпиқ қийшиқ синиши ва суяк бўлақларининг узунасига силжиши.

2. Чап сон суяги бўйинчасининг медиал аддукцион (варус) синиши. Тўлиқ ва аниқ ташхис даволаш тактикасини белгилайди.

4 - б о б. ТРАВМАТОЛОГИЯ ВА ОРТОПЕДИЯДА ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

ТРАНСПОРТ ИММОБИЛИЗАЦИЯСИ

Иммобилизация деганда, тананинг шикастланган қисмини ҳаракатсизлантириш тушунилади. Иммобилизация суяклар синганда, бўғимлар, нервлар шикастланганда, оёқ-қўлларнинг оғир яллиғланиш жараёнларида, йирик қон томирлар жароҳатланганда ва катта юзадаги қуйишларда қилинади. Иммобилизация икки хил бўлади: транспорт ва даволовчи иммобилизациялар.

Транспорт иммобилизацияси ёки беморни стационарга олиб бориш вақтидаги иммобилизация – бу вақтинчалик чора (бир неча соатдан бир неча кунгача), аммо бу жабрланганнинг ҳаёти, шикастланишнинг кечиши ва натижаси учун катта аҳамиятга эга. Транспорт иммобилизацияси махсус ёки турли материаллардан тайёрланган шина ва боғламлар қўйиш билан амалга оширилади.

Транспорт шиналари фиксация қилувчи ва фиксация билан бир қаторда тортиб турувчи турларга бўлинади. Фиксация қилувчи шиналардан фанера, сим-нарвонсимон, тахтадан ва картондан тайёрланган шиналар энг кўп тарқалган. Фиксация қилиб тортувчи мосламаларга Дитерихс шинаси киради. Катта масофага транспортировка қилишда вақтинчалик қўйиладиган гипс боғламларидан фойдаланилади.

Фанерадан тайёрланган шиналар қўл ва оёқларни имобилизация қилиш учун ишлатилади.

Симдан тайёрланган шиналар (Крамер типдаги) пўлат симдан икки ўлчамда (110 x 10 ва 60 x 10 см) тайёрланади. Бундай шиналар енгил, мустаҳкам ва амалиётда кенг тарқалган.

Тўрсимон шина юмшоқ ингичка симдан тайёрланади, бунга яхши шакл бериш мумкин, ихчам, аммо бақувват бўлмаганлиги туфайли чекланган ҳолда ишлатилади.

Дитерихс шинаси россиялик жарроҳ томонидан оёқларни имобилизация қилиш учун яратилган. Шина ёғочдан ясалган, аммо ҳозирги пайтда енгил ва зангламайдиган металлдан тайёрланади.

Гипс боғламининг қулайлиги шундаки, унга хоҳлаган шаклни бериш мумкин. Бу боғлам, айниқса, болдир, билак ва елка шикастланганда қулай, ноқулайлиги эса унинг қотиши ва қуриши учун маълум вақт талаб қилинади.

Воқеа содир бўлган жойда транспорт имобилизацияси қилиш учун ҳамма вақт ҳам шиналар бўлмаслиги мумкин, шунда дуч келган нарсалардан ёки наридан-бери тайёрланган шиналардан фойдаланилади. Шу мақсадда ёғоч, тахтачалар, фанера бўлаклари, картон, соябон, чанғи, қаттиқ қилиб букланган кийимбош ва бошқа нарсалар ишлатилади. Бундан ташқари, қўлни танага ва шикастланган оёқни соғлом оёққа боғлаш мумкин (аутоимобилизация).

Транспорт имобилизациясининг асосий тамойиллари қуйидагилар ҳисобланади:

1. Шина икки ёки учта бўғимни қамраб олиши керак.
2. Қўл ёки оёқларни имобилизация қилганда уларга имкон борича ўрта физиологик ҳолат бериш керак, агар бунинг иложи бўлмаса, унда қўл ёки оёқни кам шикастланадиган ҳолатда имобилизация қилинади.
3. Ёпиқ синишларда имобилизацияни тугатиш олдидан шикастланган қўл ёки оёқни ўқи бўйлаб, аста-секин авайлаб тортиш керак.
4. Очиқ синишларда суяклар ўрнига солинмайди: стерил боғлам қўйилиб, шикастланган оёқ ёки қўл қайси ҳолатда турган бўлса, ўша ҳолатда фиксация қилинади.
5. Жабрланганнинг кийимлари ечилмайди.
6. Очиқ танага қаттиқ шиналар қўйилмайди: шина остига юмшоқ таглик солиш шарт (пахта, сочиқ, похол ва бошқа юмшоқ нарсалар).
7. Беморни замбилдан кўчириб ўтказишда ёрдамчи шикастланган оёқ ёки қўлни ушлаб туриши керак.

Унутмаслик керакки, ногўри бажарилган имобилизация қўшимча шикаст етказиши оқибатида зарар келтириши мумкин. Ёпиқ синишда қўйилган етарли бўлмаган имобилизация уни очиқ синишга айлантириши, шикастланишни оғирлаштириши ва оқибатини ёмонлаштириши мумкин.

Бўйин шикастланганда транспорт иммобилизацияси. Бўйин ва бошни юмшоқ пахта-докадан тайёрланган айланма мослама ёки Еланскийнинг махсус транспорт шинаси ёрдамида иммобилизация қилинади (21-расм).

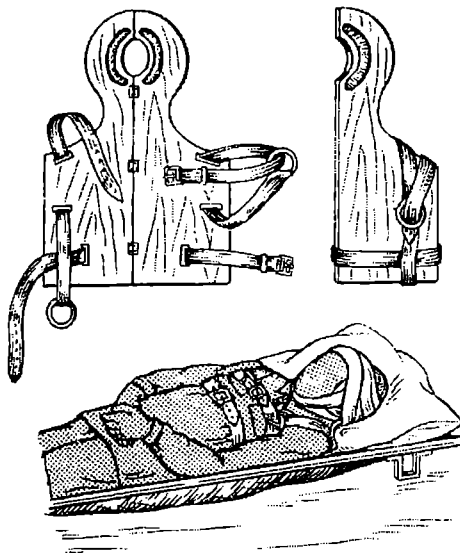
Юмшоқ ҳалқасимон доира билан иммобилизация қилинганда шикастланганни замбилга ётқизиб ҳаракат бўлмаслиги учун боғлаб қўйилади. Пахта-докадан тайёрланган доирани юмшоқ тўшама устига қўйилади, шикастланганнинг бошини энса соҳаси билан доира тешигига қўйилади.

Пахта-дока боғлами «Шанц типидagi ёқа» билан иммобилизация қилиш — нафас олиш қийин бўлмаса, қайт қилмаса ва кўзғалмаганда қўйилиши мумкин. Ёқа энса дўмбоғига, иккала сўргичсимон ўсиққа ва пастда кўкрак қафасига қадалиши керак. Бу транспортировка пайтида бошни ён томонга ҳаракат қилишига қўймайди.

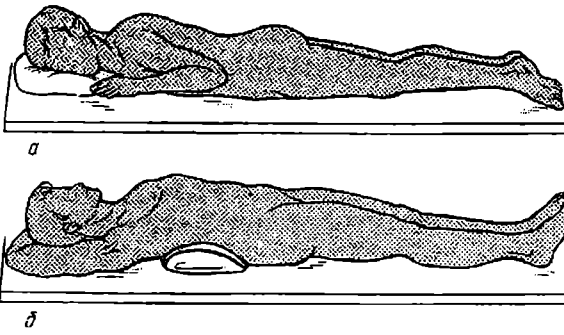
Еланский шинаси ёрдамида иммобилизация қилинса, у бирмунча қаттиқ фиксацияни таъминлайди. Фанердан тайёрланган шина икки табақадан ташкил топган ва ўзаро ҳалқалар ёрдамида уланган. Шина очилган ҳолатда бош ва тана контурига мос келади. Шинанинг юқори қисмида энса соҳаси учун ўйма қилинган, ён томонларига клеёнкадан тайёрланган иккита ярим ҳалқага мос ёстиқчалар қўйилади. Шинани тасмалар ёрдамида тана ва елкага маҳкамлаб қўйилади. Шина устидан юпқа пахта тўшаллади.

Умуртқа поғонаси шикастланганда транспорт иммобилизацияси. Умуртқа поғонаси шикастланганда иммобилизациядан мақсад транспортировка вақтида шикастланган соҳани ҳаракатсизлантириш, оғирлик туширмаслик ва шикастланган жойни ишончли фиксация қилиш.

Умуртқалари шикастланган беморни транспортировка қилиш хавфли, чунки шикастланган умуртқа кўзғалиши оқибатида орқа мияни жароҳатлаши мумкин. Пастки кўкрак ва юқори бел умуртқалари шикастланганда транспортировка беморни замбилда қорнига ётган ҳолатида, кўкрак остига ва бош тагига ёстиқ қўйилиб умуртқа танаси юк-



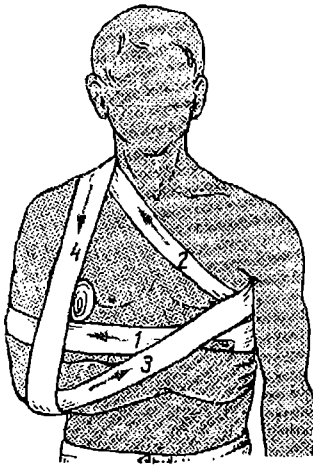
21-расм. Еланский шинаси.



22-расм. Умуртқа погонаси синганда транспорт иммобилизацияси.
 а - қоринга ётган ҳолат;
 б - чалқанча ётган ҳолат.

дан ҳоли этилган ҳолда бажарилади (22-расм, а). Агар замбил қаттиқ бўлса (тахта, фанер шина, яхлит фанер тахта ва бошқалар), устидан юпқа кўрпани бир неча қават қилиб ёзиб, чалқанчасига ётқизилади (22-расм, б). Беморни транспортировка қилишда энг муҳим масала уни замбилга ётқизиш, бу ишни 3-4 киши бажариши керак.

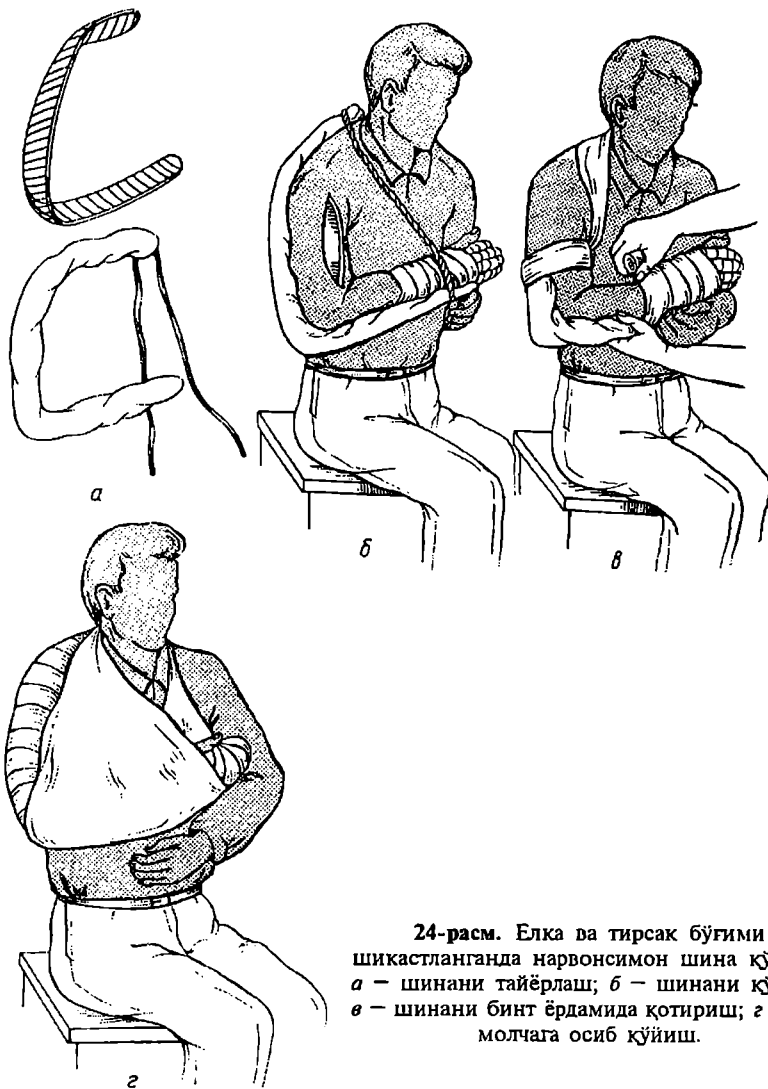
Елка камари шикастланганда транспорт иммобилизацияси. Ўмров ёки кўкрак шикастланганда иммобилизациядан асосий мақсад — ором беришни таъминлаш, қўл ёки елка камари оғирлигини бартараф қилиш учун қўлни учбурчак шаклидаги рўмолга қўйиш ёки махсус шина ёрдамида унинг тинч ҳолатини таъминлашдир. Иммобилизацияда қўлни қўлтиқ остига ёстиқча қўйиб осиб қўйилади. Дезо боғлами билан ҳам иммобилизация қилиш мумкин (23-расм).



23-расм. Дезо боғлами (бинтдаги рақамлар бинтни боғлаш навбатини кўрсатади).

Қўллар шикастланганда транспорт иммобилизацияси. Елка суяги юқори қисмидан синганда иммобилизация қуйидагича амалга оширилади: қўлни тирсак бўғимида ўткир бурчак остида шундай букиладикки, кафт қарама-қарши кўкрак бези сўрғичи устида туриши керак. Қўлтиқ остига пахтадокадан тайёрланган болиш қўйилиб кўкрак орқали соғлом елка камарига боғланади. Билакни рўмолга осиб қўйилиб, елкани танага боғлаб қўйилади. Елка диафизининг синганда нарвонсимон шина қўйилади. Нарвонсимон шинани соғлом қўлга қўйиб керакли шакл берилгач, унинг устидан пахта ва бинт ўралади. Шина учта бўғимни: елка, тирсак ва билак-кафт усти бўғимларни қотириб ушлаши керак.

Шикастланган қўл, қўлтиқ остига пахта-докадан тайёрланган болишча қўйилади. Шинани бинтлар ёрдамида елка ва танага маҳкам боғланади. Айрим ҳолларда қўлни рўмолга осиб қўйилади (24-расм). Синиш тирсак бўғими соҳасида бўлса, шина елкани ва кафт-фаланга бўғимларини қотган ҳолатда қамраб олиши керак. Фанерадан тайёрланган шина билан иммобилизация қилинганда уни елка ва билакнинг ичкари томонидан қўйилади. Шинани елка, тирсак, билак ва панжага қўйилади, фақат бармоқлар очиқ қолади.



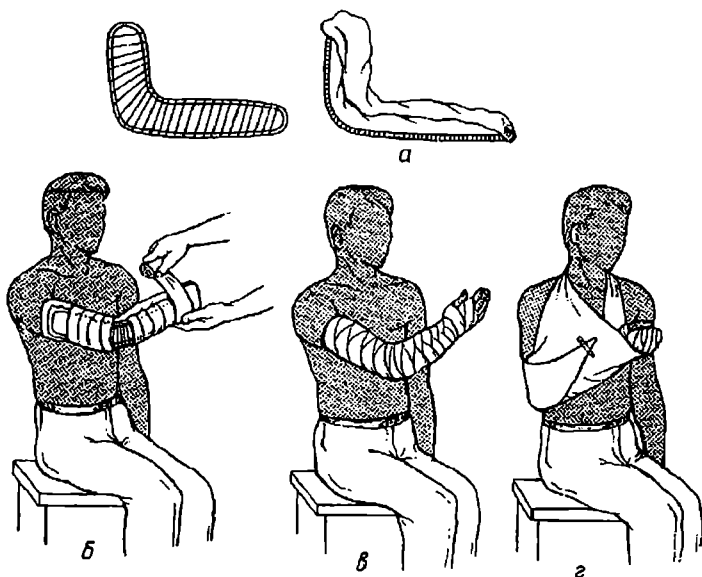
24-расм. Елка ва тирсак бўғими шикастланганда нарвонсимон шина қўйиш. *а* – шинани тайёрлаш; *б* – шинани қўйиш; *в* – шинани бинт ёрдамида қотириш; *г* – рўмолчага осиб қўйиш.

Дуч келган нарсалар билан иммобилизация қилинганда (таёқ, похол, дарахт шохлари, тахталар ва ҳоказо) маълум шартларга риоя қилиш керак: шинанинг юқори қисми қўлтиқ остигача етиши, иккинчи учи ташқи томондан елкадан юқорига чиқиб туриши керак, пастки учлари тирсақдан пастга тушиши лозим. Шиналар қўйилгач, уларни синиш сатҳидан юқори ва пастидан боғланади, билак эса рўмолга осилиб қўйилади.

Билакнинг шикастланиши. Билакни иммобилизация қилганда тирсақ ва қафт усти бўғимларда ҳаракатни йўқ қилиш керак. Иммобилизация нарвонсимон ёки тўрсимон шиналар ёрдамида уларга тарнов шаклини берилгач, юмшоқ мато ёки таглик билан ўраб амалга оширилади.

Шинани шикастланган билакнинг ташқари томонидан елка ўртасидан қафт-бармоқ бўғимларигача қўйилади. Тирсақ бўғими тўғри бурчак остида букилади, билакни ўрта — пронация-супинация ўртасидаги ҳолатга, панжа озроқ ёзилган ҳолатда қоринга келтирилади. Қафтга қаттиқ болишча қўйилиб, шинани қўлга боғлаб, қўлни рўмолга осиб қўйилади (25-расм).

Фанера шинаси ёрдамида иммобилизация қилинса, ётоқ яра бўлмаслиги учун юмшоқ пахта қўйилади. Билакни иммобилизация қилиш учун қўл остидаги нарсалардан фойдаланиш мумкин, аммо



25-расм. Нарвонсимон шинани билак суяклари синганда қўйиш. *а* — шинани тайёрлаш; *б* — шинани қўйиш; *в* — шинани бинт ёрдамида қотириш; *г* — қўлни рўмолга осиб қўйиш

шикастланган қўлни ҳаракатсиз қилиш учун тегишли чораларни кўриш керак ва асосий қоидаларга риоя қилиш шарт.

Билак-кафт усти бўғими ва бармоқларнинг шикастланиши. Билак-кафт усти бўғими ва бармоқларининг шикастланишида кенг миқёсда нарвонсимон ёки тўрсимон шиналарга тарнов шакли берилиб ишлатилади, фанер шиналар ҳам йўл-йўл шаклда бармоқлар учидан тирсак бўғимигача қўйилади. Шиналарга пахта қўйилиб, кафт томондан ўрнатилади. Шина қўлга бинт билан маҳкамланади, қон айланишини назорат қилиш учун бармоқлар очиқ қолдирилади. Кафтга ўрта физиологик ҳолат берилади ва қаттиқ болишча қўйилади.

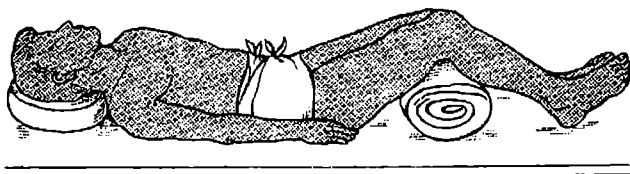
Чаноқ шикастланганда транспорт иммобилизацияси. Чаноқ суяклари шикастланишини иммобилизация қилиш — оғир вазифа, чунки беихтиёр оёқлар ҳаракати суяк бўлақларини кўзгатиб юбориши мумкин. Иммобилизация учун чаноқ шикастланганда жабрланганни қаттиқ замбилга ётқизилади, оёқлар ярим букилган ва озроқ керилган ҳолатда бўлади, бунда мушаклар бўшашиб, оғриқ камаяди. Тиззалар остига болиш: юпка кўрпа, кўрпа, кийим, букланган ёстиқ ва бошқа нарсалар қўйиш мумкин (26-расм).

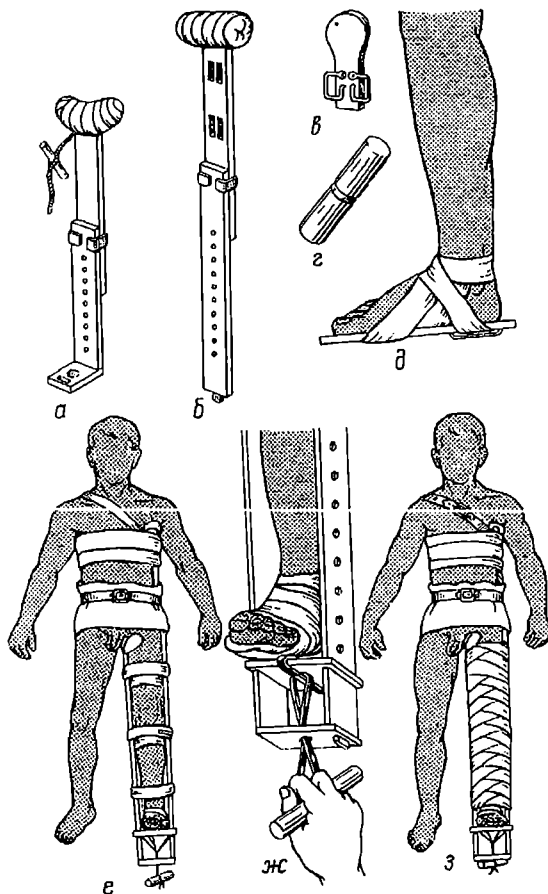
Оёқлар шикастланганда транспорт иммобилизацияси. Сон шикастланганда тўғри қўйилган иммобилизация учта бўғимни қамраб олиши шарт, шинани қўлтиқдан то тўпиқларгача қўйилади.

Дитерихс шинаси билан иммобилизация қилиш. Бу шина сон суяги синганда тўғри иммобилизация қилиш билан бир қаторда маълум зарур шартларни бажаради — фиксация билан бирга тортади ҳам (27-расм). У сон ва болдир суякларининг ҳамма юзалардаги синишларда қўл келади. Шина иккита, турли узунликда суриладиган ёғоч тахтадан иборат бўлиб (битгаси 1,71 м, иккинчиси 1,46 м), эни 8 см, оёқ панжаси остига қўйиладиган («товон») тортиш учун тахта тиркач ва бурама таёқчалар ипи билан таъминланган.

Узун тахтани соннинг ташқари томонидан қўлтиқ остидан бошлаб ва калтасини оёқнинг ичкари томонидан қўйилади. Иккала тахтанинг юқори қисмида кўндаланг қадалиб турадиган тиргагичи бор. Тахталар суриладиган бўлганлиги туфайли беморларнинг бўйига қараб узун ва калта қилиш мумкин. Оёқ панжаси остига «товон» бинт билан қотирилади, унда ипни қотирадиган ўрни бор, шинанинг ичкаридан қўйила-

26-расм. Чаноқ шикастланганда транспорт иммобилизацияси.





27-расм. Дитерихс шинасини қўйиш.

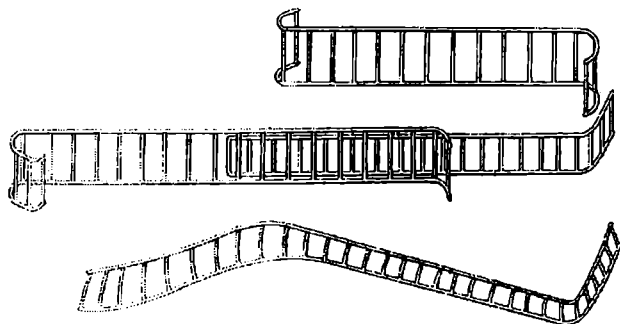
а – шинанинг медиал тахтаси; *б* – латерал тахта; *в* – шинанинг оёқ панжаси қисми; *г* – бурама; *д* – оёқ панжасини қотириш; *е* – шинани тана ва сонга белбоғлар ёрдамида қотириш; *ж* – оёқ қотирилгач бурамани маҳкамлаб қўйиш; *з* – шина ёрдамида оёқ иммобилизация қилин-гач сўнгги кўриниши.

диган тахтасида тешикли ошиқ-мошиқ қотирилган, у орқали ип ўтказилади. Шина ўрнатилгандан сўнг ип таранг бўлгунича бураб тортилади. Шинани танага юмшоқ бинтлар ёрдамида қотирилади.

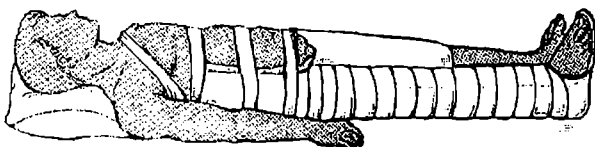
Тўпиқлар, ошиқ-болдир бўғими ва панжа суяклари бир вақтда синганда Дитерихс шинасини қўйиш ман этилади.

Нарвонсимон шина билан иммобилизация қилиш. Сон суяги синганда иммобилизация қилиш учун учта нарвонсимон шина олинади: улардан иккитаси узунлигича уланади ва қўлтиқ остидан товонгача қўйилиб, иккинчи томони панжа ички томонига эгилади, учинчи шинани думба бурмасидан бармоқлар учигача қўйилади. Бир неча шиналар мавжуд бўлса, унда тўртинчи шина оралиқ соҳадан товоннинг ички томонигача қўйилади (28-расм).

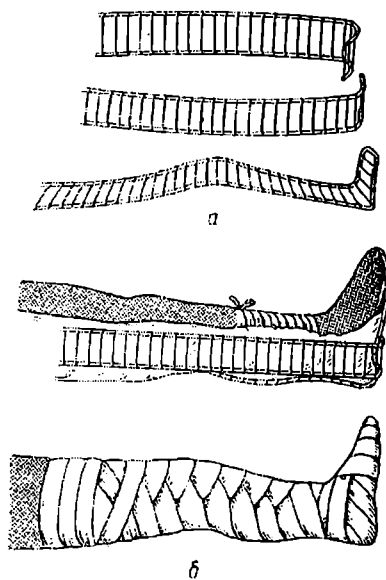
Фанера шиналар ҳам нарвонсимон шиналар сингари қўйилади. Тайёргарликсиз шина қўйиш қўл остидаги тўғри келган мосламалар



28-расм. Сон шикастланганда оёқни транспорт имобилизациялаш.
а – нарвонсимон шиналарни йиғиш;
б – шинани ўрнатиш.



ёрдамида бажарилади, улар ҳам бўлмаса, унда шикастланган оёқ соғлом оёққа боғлаб қўйилади. Болдирнинг транспорт имобилизацияси махсус фанер шиналар, нарвонсимон сим шиналар, Дитерихс шинаси ва махсус тайёрланмаган мослама шиналар ёрдамида қилинади. Болдир суяклари синганда шиналарни тўғри қўйиш учун ёрдамчи бемор оёғини тово-нидан кўтариб, этикни ечаётгандай оёқни аста-секин тортиши керак. Кейин шиналар ичкари ва ташқари томонидан тиззадан юқори ва пастда ошиқ-болдир бўғимига маҳкамланади. Болдир суяклари синганда энг қулай ихчам шина – бу нарвонсимон шина ҳисобланади, айниқса, фанера билан қўшилган ҳолда (29-расм). Имобилизацияга думба бурмаларидан бошлаб оёқ контурига мослаштириб, нарвонсимон шинани ва ён томонларидан иккита фанера шина қўйилгани ҳолда эришилади. Шиналарни дока бинтлар билан қотирилади.



29-расм. Нарвонсимон шина ёрдамида болдирнинг транспорт имобилизацияси.
а – нарвонсимон шинани тайёрлаш;
б – шинани ўрнатиш

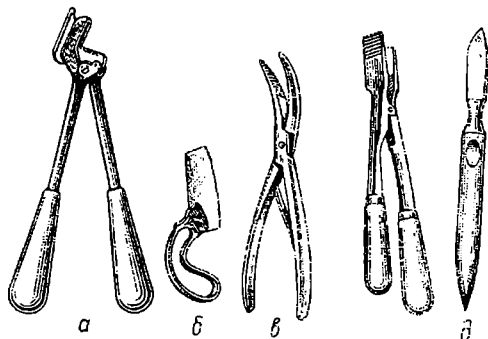
Таянч-ҳаракат аппаратининг касалликлари ва шикастланишларини даволашда, асосан, иккита усул ишлатилади: консерватив ва оператив. Шунини аниқ айтиш керакки, гарчи травматология ва ортопедияда жарроҳлик усуллари тараққий этаётган бўлса-да, консерватив усул асосий ўринни эгаллайди. Консерватив даволашда асосан икки омил фарқ қилади: қотириш ва тортиш. Консерватив даволашда ҳаракатсизлантириш учун ишлатиладиган ашёлар муҳим аҳамиятга эга (гипс боғламлари, турли шиналар, аппаратлар).

Г и п с қ ў й и ш т е х н и к а с и. Ҳамма қотадиган боғламлар ичида энг кенг тарқалгани гипс боғлами ҳисобланади. Жарроҳлик муассасаларида гипс боғламини қўйиш учун махсус ажратилган хоналар мавжуд бўлиб, улар тегишли асбоб ва анжомлар билан жиҳозланади.

Гипс хонаси ишини таъминлаш учун у минимал жиҳозланган ва асбобларга эга бўлиши керак (30-расм): 1) гипс бинтлари ва лонгеталарини тайёрлаш учун стол; 2) стол (яхшиси ортопедик типдаги, масалан, Хоули) гипс боғламларини қўйиш ёки оддий боғлам столи чанокни ушловчи мосламаси билан; 3) гипсли корсет қўйиш учун мослама; 4) гипс боғламини кесиш учун қайчилар, масалан, Штилл қайчиси (30-расм, а); 5) тумшук-қисқичлар гипс боғламини эгиш учун, масалан, Вольф қисқичи (30-расм, в); 6) гипсни кенгайтирувчи, гипс қирраларини кенгайтириш учун, масалан, Кнорре кенгайтиргичи; 7) пичоқлар (30-расм, д). Гипс хонасида ҳаммавақт тайёр гипс бинтлар ва лонгеталар махсус шкафда сақланиши шарт.

Гипс боғлами қуйидаги ижобий хусусиятларга эга: танада бир текисда ва қаттиқ ёпишиб туради, тез қотади, енгил олинади. Тўғри қўйилган гипс боғлами ўрнига қўйилган суяк бўлақларини яхши ушлаб туради ва шикастланган оёқ-қўллар имобилизациясини таъминлайди.

Гипс — бу 100-130°С да қуритилган кальций сульфати. Қуритилган гипс майда оқ кукун у гидрофил хусусиятга эга, шунинг учун маҳкам беркитиладиган металл қутиларда ёки шиша идишларда сақланиши шарт.



30-расм. Гипс боғламига ишлов берувчи асбоблар. а — Штилл қайчиси; б — арра; в — Вольф тумшуксимон қисқичи; г — Кнорре гипс кенгайтиргичи; д — гипс боғламларини қирқиш учун пичоқ.

М 400 маркали гипс яхши гипс ҳисобланади, у 15°C сувда 10 минутда ва 40°C сувда 4 минутда қотади. Ушлаб кўрилганда гипс кукуни бир текисда майда, бўлақларсиз ва қумоқ-қумоқсиз бўлиши керак.

Қотишини синаб кўриш учун тенг миқдорда гипс ва сув олинади, қаймоқсимон бўтқа тайёрланиб, тарелкага юпқа қилиб суртилади. 5-6 минутдан кейин қотиши ва уни урганда қаттиқ жисм товуши чиқиши керак. Ҳосил бўлган юпқа гипс пластинкани тарелкадан кўчирилганда у майдаланиб кетмаслиги ва бармоқ билан босилганда шакли ўзгармаслиги керак. Гипснинг қотишини тезлаштириш учун иссиқ сув ишлатилади (40-50°C) ёки оқак суви кўшилади. Гипсни секин қотириш учун совуқ сув ишлатилади ва 1/2 чой қошиқда ош тузи, сут, крахмал клейстери ёки суюқ ёғоч елими кўшилади.

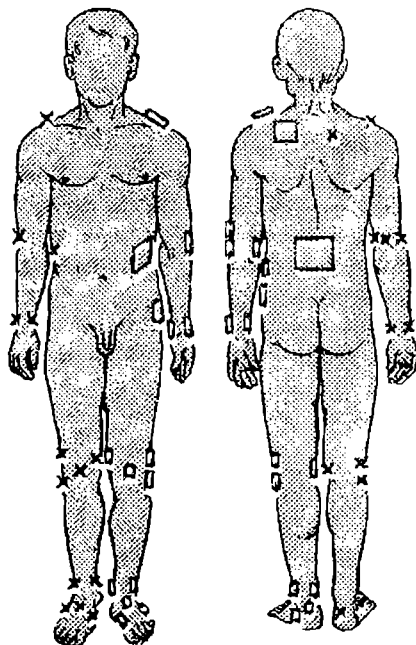
Гипс бинтларни докадан ҳам тайёрлаш мумкин, унинг четлари қирқилади. Бундай юмшоқ ўралган дока бинтлар тайёрига нисбатан анча эластикдир, дока бинтлар узунлиги 3 метрдан ошмаслиги керак. Бинтлар уч ўлчамда тайёрланади: 3 га бўлинган дока бўлақларидан энли бинт (23 см), 4 қисмга бўлинса — ўртача (17 см) ва 6 қисмга бўлса — энсиз (10-11 см).

Гипс боғламларининг икки хили бўлади: пахта-докали, фланелли ёки трикотаж тагликли ва тагликсиз боғлам. Ҳозирги пайтда фабрикадан тайёр ҳолда чиқадиган гипс бинтлари кўпроқ ишлатилмоқда.

Трикотаж бинт ва трикотаж пайпоқ таглик сифатида кенг тарқалди, чунки улар терини тирналишдан, қирилишдан ҳимоя қилиш билан бир қаторда тагликсиз кўйилган гипс боғламидан катта афзаллиги бор.

Тагликсиз гипс боғлами тўғридан-тўғри тери устидан кўйилиб, терига бирор нарса суркамай, туклари қирилмай кўйилади. Гипс боғлами кўйилганда тананинг бўртиб турган жойларини гипс боғлами сиқиб кўйишидан ҳимоя қилиш керак (31-расм).

Гипс боғламининг камчилиги шундаки, у шиш пайдо бўлганда танани қаттиқ сиқи-



31-расм. Гипс боғламларини кўйганда эзилишдан ҳимоя қилинадиган суюқ дўнгликлари.

ши мумкин, бу ҳолда уни алмаштиришга тўғри келади, шиш қайтганда боғлам бўшаб қолиб, кам фойда бўлади. Бунинг олдини олиш учун тагликсиз айланасимон (циркуляр) қўйилган гипс боғлами олдинги - юзадан тўлиқ кесилиб, шиш қайтгач (3-5 суткада) боғлам яна гипс бинт ёрдамида қотирилади. Тагликсиз гипс боғлами лонгетали ёки лонгетали-циркуляр бўлиши мумкин.

Гипс боғламини қўйишдан олдин зарурат бўлса, синган жой оғриқсизлантирилиб, суяк бўлақларини ўрнига қўйилади. Шишни камайтириш мақсадида боғлам қўйилгандан кейин шикастланган оёқ кўтарилган қўл ҳолатида 1-2 суткага қолдирилади.

Гипс боғламини қўйишда қуйидаги қоидаларга риоя қилиш керак:

1. Олдиндан тоғора суви билан бинтлар ва асбоблар тахт қилиб қўйилиши керак.

2. Шикастланган қўл ёки оёқни ҳаракатсизлантириш ва ором бериш учун иккита ёки учта бўғим гипс боғлами билан қотирилади.

3. Гипс боғламининг юқори ва пастки қисмига 1-2 қават энли бинт ўралади ёки трикотаж ғилоф кийдирилади.

4. Оёқ ёки қўлга функционал қулай ҳолат берилади (бўғимда ҳаракат тикланмаган ҳолда).

5. Гипс қўйишда қўл ёки оёқни қимирлатмай ушлаб туриш керак.

6. Гипсли бинт билан боғлам қўйишда ҳар бир ўраганда олдинги бинтнинг 2/3 қисмини спирал шаклида беркитиш керак. Бинтларни перифериядан марказга қараб олиб борилади. Бинтни букламаслик керак, зарурат бўлса бинт қарама-қарши томонидан қайчиланади ва танага мослаштирилади.

7. Боғлам тана контурларига тўлиқ ёпишиб туриши учун ҳар бир қават қўйилгач боғламни силаб-силлиқлаш – моделлаш керак. Шу мақсадда бутун кафт билан боғлам обдон силлиқ қилинади. Тана контурлари, айниқса, суяк бўртиб турган жойлар ва гумбазлар кунт билан моделланади.

8. Оёқ ёки қўлни бутун кафт билан ушлаб туриш керак, гипсда бармоқлар изи қолмаслиги шарт, чунки бунда тери ва тўқималар эзилиши мумкин.

9. Шикастланган оёқ ёки қўл ҳолатини назорат қилиш учун бармоқларнинг тирноқ фалангалари очиқ қолдирилади.

10. Гипс боғлами батамом қуригунча уни эҳтиётлаш керак, чунки у синиб қолиши мумкин.

11. Боғлам ҳаддан ташқари сиқмаслиги ёки ортиқча бўш бўлмаслиги керак. Боғлам қўйилгандан кейин унга белги қўйиш керак, яъни боғлам устига қора қалам билан синган суяклар схемаси ва учта сана (шикаст олинган кун, гипс боғлами қўйилган кун ва гипс боғлами олинадиган кун), боғлам қўйган шифокорнинг фамилияси ёзилади.

Гипс лонгетасини қўйишда юқорида кўрсатилган ҳамма асосий қоидаларга риоя қилинади. Лонгетани қуруқ гипс бинтларидан керакли

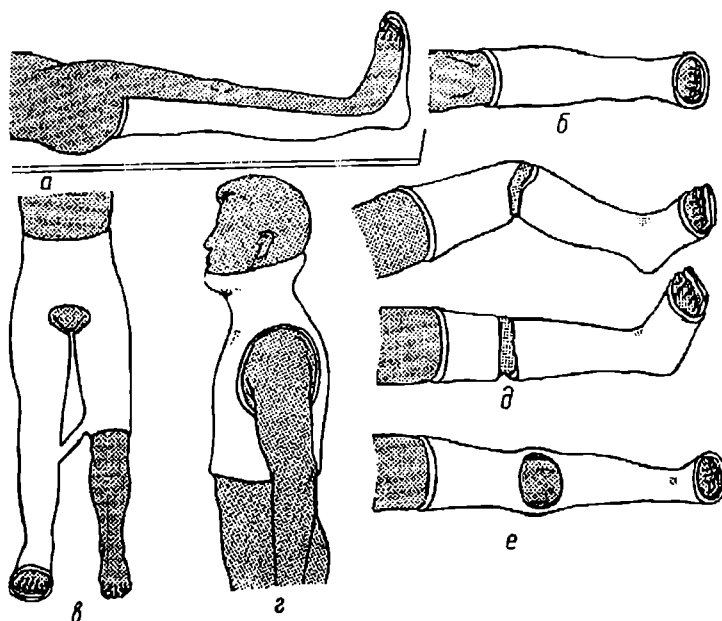
узунликда ва эни бўйича тайёрланади, олдиндан соғ оёқ ёки қўлга мўлжаллаб ва четларидан марказига томон сустроқ ўраб борилади. Лонгета ҳўллангач, осилиб турган ҳолатида иккала кафт ёрдамида силлиқланади. Бўкилган жойларда (масалан, тирсак бўғими ёки товон) лонгета қирқилади ва ортиқча қисми устма-уст қўйилади ёки эркин бурмалари силлиқланади. Лонгета оёқ ёки қўл айланасининг 1/2-2/3 га қамраб олиши керак.

Айланма гипс боғлами қўйилгач, 24-48 соат мобайнида уни назорат қилиш керак, чунки шиш пайдо бўлиб, сиқishi ва оғир асоратларга олиб келиши мумкин, ҳатто ишемик контрактура, фалажлик ва қўл ёки оёқ гангренаши юз бериши эҳтимол.

Ҳамма турдаги гипс боғламлар (32-расм) гипсли лонгеталарга ва айланма боғламларга бўлинади. Айланма боғламлар дарчасимон ва кўприксимон бўлади.

ТОРТМА

Ҳозирги пайтда кўп тарқалган турларига елимли ва скелет тортмалар киради. Елимли тортмалар унинг скелет турига нисбатан кам ҳолларда ишлатилади.

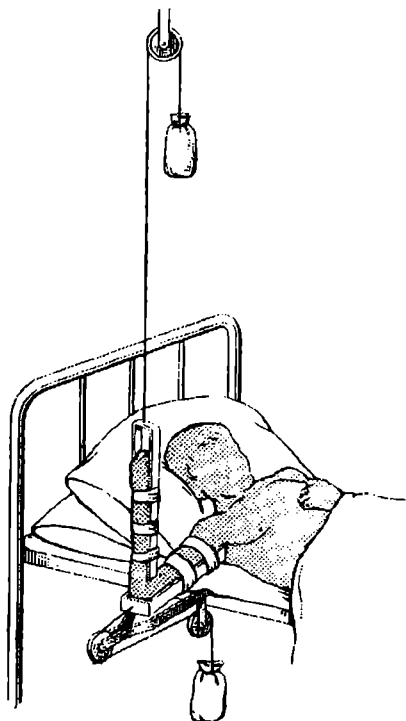


32-расм. Гипс боғламларининг турлари.

- a* — гипс лонгетаси; *b* — айланма гипс боғлами; *c* — коксит гипс боғлами;
г — гипс корсети; *д* — контрактурани тўғриловчи гипс боғлами;
e — кўприксимон гипс боғлами.

Елимли чўзиш. Бу усул учун кўрсатмалар кам ва синишлар бурчак остида, периферия бўйича ва энига қўзғалганда ишлатилади. Бунда юк ҳатто сон суяги синганда ҳам 4-5 кг дан ошмаслиги керак. Боғлам терига ёпиштириладиган дока тилишлари ёки ёпишқоқ пластир ишлатилади. Энли пластир (6-10 см) ён томонлар учун, энсизи (3-4 см) ўраш учун ишлатилади. Махсус елим (рух-желатинали – Унна пастаси, Финк клеоли) ишлатиш ҳам мумкин. Елимли тортма қуруқ ва тоза терига қўйилади.

Сонга ёпишқоқ пластир билан тортма қуйидагича амалга оширилади: 8-10 смлик пластир тасмалари узунасига соннинг ташқи ва ички томонидан (чов бурмасидан то соннинг ички дўнглигигача) ёпиштирилади. Лейкопластирнинг пастки эркин учларига таёқчалар тикиб қўйилади, ўртасидан ип боғланиб юк осилади. Ёпишқоқ пластир энсиз пластир ёрдамида ўралади. Болдирга ёпишқоқ пластир яхлит, кенг тасмаси билан ташқарисидан кичик болдир суяги бошчасидан ташқи тўпиққача ва ичкаридан катта болдир суяги дўнғидан ички тўпиққача ёпиштирилади. Фанер тахгача ўртасидаги тешикчадан ип ўтказилиб тахгача ёпишқоқ пластир билан ўралади. Юк 3 кг дан ошмаслиги керак.



33-расм. Қўлни ёпишқоқ пластир ёрдамида тортиш.

Елка суяги синганда ёпишқоқ пластир боғлами (33-расм) тасмалар узунлигича елқанинг ташқари томонидан, елка бўғимидан ташқи дўнғигача ва қўлтиқ остидан ичкари дўнғигача қўйилади. Пластир эни 6-8 см. Пластир учларига юк осиш учун ёғоч таёқчалар уланади. Билакка пластир тасмалар узунлигича: биттаси – тирсак бурмасидан то кафт-билак бўғимигача, эркин ҳалқа қолдириб, иккинчиси – кафт-билак бўғимидан тирсак ўсиғигача ёпиштирилади. Эркин ҳалқага ўртаси тешик тахгача ўрнатилади. Елимли тортмани қўйиш учун олдин терига клеол суртилади, 2-3 минут ўтгач фланел тасмалар ёпиштирилади ва улар ёпишқоқ пластир билан қўндалангига ўралади. Елимли тортмада юк 2-3 килограмдан ошмаслиги керак. Елимли тортмани тери касаликларидан ишлатиш ман этилади.

Тортма синган суяк бўлаклари ўрнига қўйилгандан кейин уларни шу ҳолатда ушлаб туриш учун тавсия қилинади, бу барвақт функционал даволашга имкон беради.

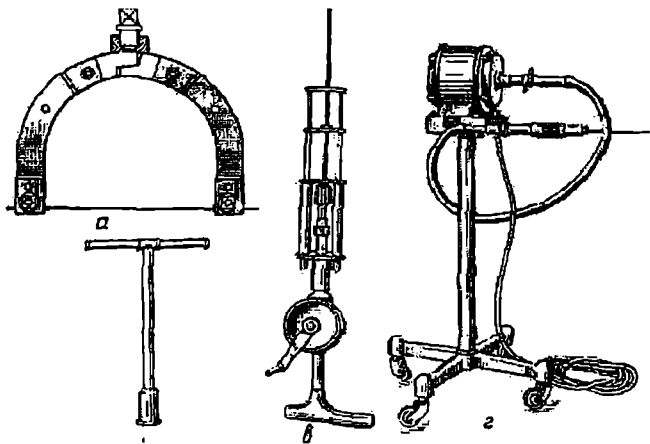
Скелет тортма. Бу функционал даволаш усули ҳисобланади. Скелет тортманинг асосий тамойили шикастланган оёқ ёки қўл мушакларини бўшаштириш ва аста-секин юкни кўпайтириб, қўзғалган суяк бўлакларини бартараф қилиш шу билан иммобилизацияни таъминлаш, шикастланган оёқ ёки қўлнинг деярли ҳамма томони очиқ бўлганлигидан фойдаланиб, зарурат бўлса, боғлаш, физиотерапия ўтказиш, электр билан даволаш ва эрта даволаш физкультурасини (ЛФК) бошлашдан иборат. Скелет тортма кўпроқ найсимон суякларнинг қийшиқ, бурама ва парчаланиб синишларида ишлатилади, айрим чаноқ суяклари синганда, бўйин юқори умуртқаларида, болдир-товон бўғими суяклари ва товон суяги синганда қўлланилади.

Скелет тортма суяк бўлақларининг узунасига катта силжишида, бирданига жойига солиш натижа бермаганда ва операциядан олдин бўлақлар ҳолатини уларни қотиришдан олдин яхшилаш ва айрим ҳолларда операциядан кейинги даврда ишлатилади.

Скелет тортмани ҳар қандай ёшда амалга ошириш мумкин (5 ёшгача бўлган болалардан ташқари) ва у кам монеликларга эга. Аммо суякнинг инфекцияланиш эҳтимоли борлигини инобатга олган ҳолда скелет мосламасини қўйишда, кегайларни суякдан ўтказишда асептика қоидаларига катта аҳамият бериш керак. Кегай ўтказиш мўлжалланган жой терисидан лат ейиш, яралар ва йирингли жойлар бўлса, бу жойга скелет тортма мосламасини қўйиш асло мумкин эмас. Даволаш жараёнида кегайнинг теридан чиққан жойларига ишлов бериб, этил спиртига бўктирилган дока салфетка ёки шарча қўйилади. Кегайни олишда кесадиган омбур ёрдамида, унинг терига энг яқин қисми қирқилади, чиқиш жойига спирт-йод эритмаси билан ишлов берилгач, тортиб олинадиган ва асептик боғлам қўйилади.

Ҳозирги пайтда энг кенг тарқалган скелет тортма Киршнер кегайи ёрдамида бажарилади ва уни махсус тақа – ёйсимон мослама билан таранглаштирилади. Киршнер кегайи зангламайдиган махсус пўлатдан тайёрланиб, узунлиги 310 мм ва диаметри 2 мм дан иборат. Кегайни чўзиб таранглаштирадиган тақасимон ёйни пўлат пластинкадан тайёрланади, у кучли пружинасимон хусусиятга эга бўлиб, кегайни бир хил тарангликда ушлаб туради, икки четда кегайни сиқиб турувчи қисқичлари бор. ЦИТО тақасимон ярим ҳалқаси энг оддий ва қулай ҳисобланади (34-расм, а).

Киршнер кегайини суякдан махсус парма даста ёки электр парма ёрдамида ўтказилади. Кегай медиал ёки латерал томонга қўзғалмаслиги учун ЦИТОнинг махсус фиксатори қўлланилади. Кўрсатмаларга қараб кегай скелет тортмада қўл ёки оёқнинг турли сегментларидан ўтказилиши мумкин.

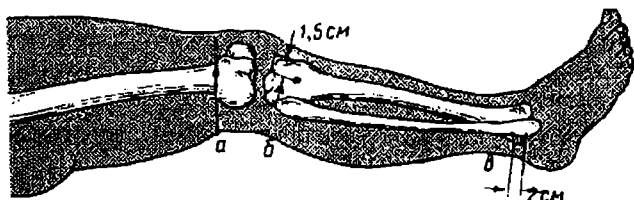


34-расм. Скелет тортма учун керакли асбоблар. *a* – ЦИТО тақаси Киршнер кегайи билан; *b* – кегайни таранглаштириш ва сиқиш учун калит; *в* – қўл парма; *г* – кегайни ўтказиш учун электр парма.

Катта кўст орқади скелет тортма ўтказиш. Катта кўстни пайпаслаб топгач, унинг асосидаги керакли нуқта аниқланади – орқа юқори бўлими ва ундан соннинг узунлик ўқиға нисбатан 135° бурчак остида кегай ўтказилади. Скелет мосламасини қўйиш учун бу қулай бурчак ҳисобланади ва ёй ўриндиққа илинмайди. Тортиш кучи йўналиши тана ўқиға нисбатан перпендикуляр бўлади. Тортиш кучи (юк вазни) рентгенограммаға қараб ҳисобланади ва унга асосланиб параллелограмм кучлари тузилади.

Скелет тортма учун темир кегайни сон дўнглари устидан ўтказиш. Шунини инobatга олиш керакки, тизза бўғими халтаси яқин жойлашган, қон томир - нерв тутами ва сон суюгининг ўсиш зонаси жойлашган. Кегай юбориладиган нуқта сон узунлигида, тизза қопқоғи юқори кутбидан 1,5-2 см юқорида, чуқурлиги бўйича эса бутун сон бағрининг олдинги ва ўрта учдан бир қисми чегарасида ўтказилади (35-расм).

18 ёшдан кичик бўлган беморларда кегай юқорида кўрсатилган нуқтадан яна 2 см юқорида ўтказилади, чунки дистал қисмида



35-расм. Скелет тортма мосламасини ўрнатиш учун кегай ўтказиладиган нуқталар.

a – соннинг дистал қисмидан; *b* – катта болдир суюги гадир-будур дўмбоғидан; *в* – тўпиклар устидан.

эпифизар тоғай жойлашган. Синиш жуда пастдан бўлса, кегайни сон дўнглири орқали ўтказиш мумкин. Кегайни сон артериясини шикастлантирмаслик учун ичкаридан ташқарига қараб ўтказилади.

Болдир скелет тортмаси учун кегай ўтказиш. Кегайни катта болдир суяги ғадир-будур дўнглиги асосидан ёки катта ва кичик болдир суяклари тўпиқлари устидан ўтказилади (35-расм, б). Катта болдир суяги ғадир-будури юқори нуқтаси остидан кегай юборилганда, уни фақат ташқаридан ичкарига қаратиб киритилади, бу кичик болдир нервнинг шикастланишидан сақлаб қолади.

Шуни унутмаслик керакки болаларда кегай юборилганда у болдир суяги ғадир-будурини ёриб ўтиши, кўпориши ёки синдириши мумкин. Шунинг учун катта болдир суягидан кегай ғадир-будур орқасидан, суяк метафизидан ўтказилиши мақсадга мувофиқдир.

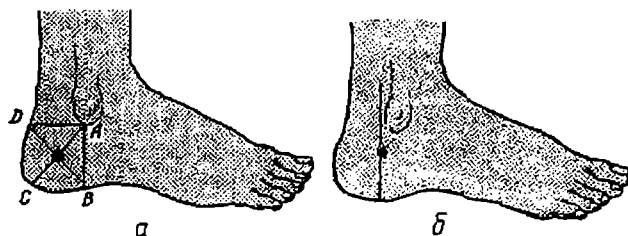
Кегайни болдир тўпиқлари соҳасидан юборилганда ичкари томондан 1-1,5 см, ташқаридан эса 2-2,5 см юқоридан ўтказилади. Ҳамма ҳолларда кегай болдир ўқига нисбатан перпендикуляр ўтказилади.

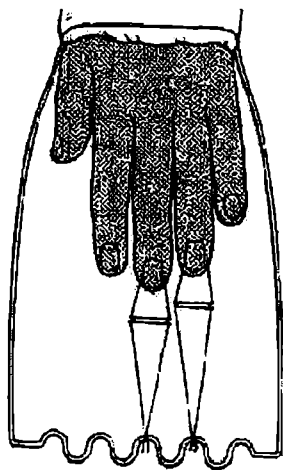
Катта болдир суяги ғадир-будуридан скелет тортма мосламасини сон суягининг пастки соҳасидан ва бўғим ичидан синишларда қўйилади. Тўпиқлар соҳасига қўйиш - болдир ўрта ва юқори қисмидан синганда бажарилади.

Товон орқали скелет тортмасида кегай ўтказиш. Кегайни товон танаси марказидан ўтказилади. Уни ўтказиш нуқтаси қуйидагича аниқланади: кичик болдир суяги ўқини хаёлан тўпиқдан оёқ панжаси кафтигача (АВ) давом эттирилади, тўпиқ остидан кичик болдир суяги ўқига нисбатан перпендикуляр тикланади (АД) ва квадрат (АВСД) тузилади. АС ва ВД диагоналлар кесишган нуқта кегай юбориладиган нуқта ҳисобланади (36-расм, а). Кегай юбориладиган нуқтани бошқа усулда аниқласа ҳам бўлади. Бунинг учун панжа болдирга нисбатан тўғри бурчак остида қўйилиб, тўғри чизиқ ташқи тўпиқ орқа томонидан кафтигача товон орқали ўтказилади, тўпиқ билан кафт ўртасидаги масофа иккига бўлинади. Бўлиниш нуқтаси кегай юбориладиган жой ҳисобланади (36-расм, б).

Товон орқали скелет тортма болдир суяklarининг ҳамма соҳасидаги синишлар, бўғим ичидан синишлар ва товон суягининг кўндаланг синишларида қўлланилади.

36-расм. Товон суягидан ўтказиш нуқталари. Изоҳи матнда.





37-расм. Кафт суюклари ва фаланглар синганда Клапп усулида скелет тортма.

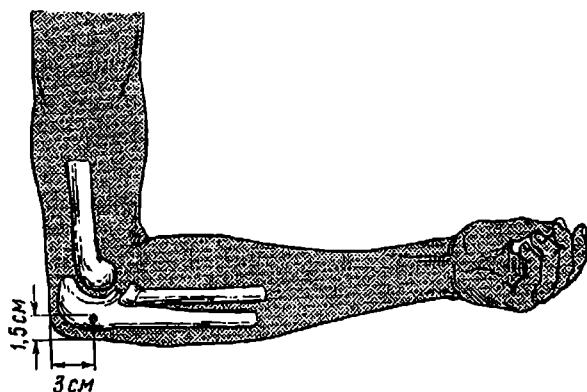
Товон суюги синганда тортиш йўналиши товон ўқи бўйлаб, яъни болдир ва панжа ўқи-га нисбатан 45° бурчак остида бўлиши керак. Оёқ ва қўл кафт суюклари ва бармоқлар фалангалари синганда скелет тортма мосламасини ўрнатиш. Бу ҳолда йўғон сим — ёйидан фойдаланилади (Клапп усулида чўзиш). Оёқ панжаси ёки кафт олди-билак бўғими ва билакнинг пастки қисми гипсли бинт билан ўралади, ҳалқа гипс билан қотирилади, у бармоқлар учидан 8-10 см узоқроқда бўлиши керак. Ҳалқага резина найчалар ёки 1-1,5 см ошқозон зондидан тайёрланган бўлақчалар ишлатилади. Бармоқлар тирноқ фалангасидан йўғон игна ёрдамида ипак ишлар ўтказилади ва бу ишлар резина тортқичлар ёки пружиналарга қотирилади (37-расм).

Камдан-кам ҳолларда скелет тортма сон ёки болдир ампутациясидан сўнг синиш даражасидан қатъий назар типик бўлмаган жойлардан кегай ўтказилади.

Елкада скелет тортма. Кегайни тирсак ўсиғи асосидан ва махсус кўрсатмалар бўлгандагина елка суюги дўнгларида ўтказилади.

Кегайни тирсак ўсиғидан ўтказишда қўл тирсак бўғимида тўғри бурчак остида букилади, тирсак ўсиғи юқори нуқтаси пайпаслаб кўришга, 2-3 см дистал қисмидан кегай ўтказилади. Шунинг унутмаслик керакки, бу анатомик соҳада тирсак ва билак нервлари жойлашган (38-расм).

Скелет тортма ўрнатиш техникаси. Скелет тортма мосламасини жарроҳлик муолажа хонасида асептика қоидаларига риоя қилинган ҳолда ўрнатилади. Оёқ ёки қўл функционал шинага ўрнатилади. Жарроҳлик майдони тайёрланади, уни стерил чойшаб билан



38-расм. Тирсак ўсиғидан кегай ўтказиш нуқталарини ҳисоблаш.

ўралади. Кегайни кириш ва чиқиш жойлари аниқланади ва 1% новокаин (10-15 мл дан ҳар томонга) эритмаси билан маҳаллий оғриқсизлантирилади. Аввалига тери анестезия қилинади, кейин юмшоқ тўқималар ва охирида қолган анестетик суяк пўстлоғи остига юборилади. Жарроҳ ёрдамчиси қўл ёки оёқни ушлаб туради, жарроҳ эса парма ёрдамида кегайни суякдан ўтказиши. Жарроҳлик муолажаси тугагач, кегайнинг теридан чиққан жойлари спиртли стерил салфетка ёрдамида беркитилиб, кегай атрофи клеол билан ёпиштирилади. Кегайга симметрик ҳолда пўлат ярим ҳалқа қотирилади ва кегай таранглаштирилади. Кегайнинг кўзғалишининг олдини олиш учун кегайни теридан чиққан жойига ЦИТО фиксатори қотирилади.

Скелет тортмада юкни белгилаш. Оёқдан скелет мосламаси билан чўзишда оёқнинг умумий вазнини ҳисобга олиш керак, бу тахминан гавда оғирлигининг 15% ёки 1/7 қисмини ташкил этади. Шунга тенг юкни сон суяги синганда осилади. Болдир суяклари синганда бу вазннинг ярмига тенг юк осилади, яъни тананинг 1/14 қисмига тўғри келади. Мавжуд кўрсатмалар борлигига қарамай, тортиш учун умумий оғирлик танлашда (1/17 тана вазни, оёқнинг умумий вазнини инobatга олган ҳолда оёққа 11,6 кг ва қўлга 5 кг юк тўғри келади), тўпланган тажрибага кўра сон суяги синганда 6-12 кг, болдирлар синганда 4-7 кг ва елка диафизини синганда 3-5 кг юк билан скелетдан чўзиш кифоядир.

Синган суяк дистал қисмидан юк билан тортганда (масалан, сон суяги синганда катта болдир суяги гадир-будур дўмбоғидан) юк вазни анча ошади, шунингдек, юк вазни (15-20 кг гача) эскирган чиқиш ёки синишларда ошади.

Юк вазнини танлаганда қуйидагиларни ҳисобга олиш шарт, яъни скелетдан чўзишда суякка таъсир этувчи юк вазни осилган юкдан ҳаммиша кам бўлади, чунки бу ҳолда у блок ва тортиш мосламасига боғлиқ. Чунончи, скелетдан чўзиш пахта толасидан тайёрланган чизимча, пўлат сим ва бинтлар билан амалга оширилса, юк вазни 60% гача йўқотилади. Агар скелет тортма системасига шарико-подшипник блоки ва капрон иплари ишлатилса, унда вазннинг бор-йўғи 5% йўқотилади.

Ишлатиладиган юк ҳажми миқдори қуйидаги кўрсаткичларга: а) суяк бўлақларининг узунасига силжиш даражасига; б) синиш муддатига; в) беморнинг ёши ва мушакларининг ривожланганлигига боғлиқ.

Тавсия қилинадиган юк миқдори қатъий эмас, аммо ҳар бир аниқ ҳолатда скелетдан чўзишда индивидуал юк ҳажми белгиланади. Кекса одамларга, болаларга ва мушаклари суст беморларга скелетдан чўзишда ўртача ҳисобланган юкнинг ярим миқдори ишлатилади. Мускулатураси бақувват ва кучли тараққий этган беморларга юк миқдори кўпайтирилади.

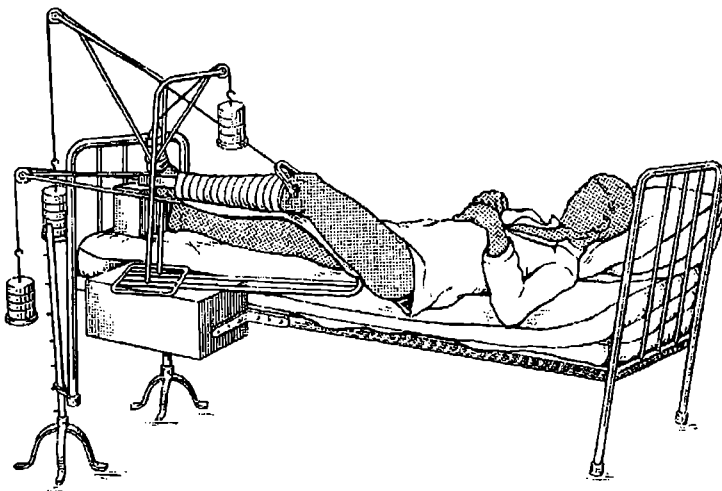
Мўлжалланган юк бир йўла осилмайди, чунки мушаклар кучли қитиқланиб, бирданига чўзилиши натижасида доимий қисқариб

қолиши мумкин. Аввалига юкнинг 1/3-1/2 мўлжалланган миқдори қўйилиб, кейин ҳар 1-2 соатда 1 кг дан юк қўшилади. Фақат юкни аста-секин кўпайтириш билан мушакларни яхши чўзиб репозицияга эришиш мумкин. Биз юк қўйиш миқдорининг оддий ҳисоб-китобини келтирдик, аммо бошқа ҳисоб-китоблардан ҳам фойдаланилади.

Скелет тортма билан даволаш. Операция хонасида скелет тортма учун суякдан кегай ўтказилгач, беморнинг тўшаги тагидан тахта (щит) қўйилган ўриндиққа оёқ томонини ердан 40-50 см баланд қилиб ётқизилади, бунда унинг гавда оғирлиги ҳисобига қарама-қарши тортиш кучи яратилади, соғлом оёқни тираб туриш учун яшикка ўхшаган нарса ёки махсус мослама қўйилади (39-расм).

Даволаниш даврида ҳар куни шифокор пайпаслаш ва сантиметрли тортма ёрдамида ўлчаш билан суяк бўлақларини тўғри вазиятда турганини аниқлайди ва керак бўлса, қўл ёрдамида қўшимча репозиция қилади. Скелетдан чўзишнинг 3-4 кунлари палатада назорат рентгенографияси қилинади. Репозиция амалга ошмаган бўлса, суяк бўлақларини кўзғалишини инобатга олган ҳолда юкни кўпайтирилади ёки камайтирилади ва энига ёки бурчак остида кўзғалган бўлса, ён томонга тортиш мосламаси қўйилади. Бу ҳолда қайта коррекция қилингандан 2-3 кун ўтгач яна назорат рентгенографияси қилинади. Агар репозиция амалга ошган бўлса, юкни 1-2 кг га камайтирилади ва 20-25 кунга бориб, биринчи куни қўйилган юкнинг 50-75% қолдирилади. 15-17 суткада репозиция бўлганлигига қатъий ишонч ҳосил қилиш учун қайта рентгенография қилинади.

Д е м п ф е р т о р т м а. Бу мутлақо янги чўзиш усули бўлиб, ҳалқа билан блок ўртасига пружина қўйилади, бу чўзиш натижасида



39-расм. Сон суяги синганда скелет тортмада беморнинг ўриндиқдаги ҳолати.

ҳосил бўладиган силкинишни сўндиради (демиферлайди). Доимо чўзилган ҳолатда турган пружина синган суякка ором беради ва мушакларнинг рефлектор қисқаришини йўқ қилади.

Демпфер ёрдамида чўзишни яна бир афзаллиги шундаки, бу усулда ўриндикнинг оёқ томонини кўтариб қўйишга зарурат йўқ, чунки бу антифизиологик ҳолат бўлиб, тананинг юқори қисмида вена қон айланишини қийинлаштириб, марказий вена босимининг кўпайишига олиб келади, ичаклар юқорига кўтарилиб, диафрагма кўтарилади, бу ўпка вентиляциясининг камайишига олиб келади.

Скелет тортма тизимида пўлат пружинадан ишланилган демпфер чўзиш кучини бир неча марта камайтириб, юк миқдорига яқинлаштиради. Демпфер мосламасида скелет тортмада ҳосил бўладиган ҳаракатни юк осилган капрон ип ва шарикподшипник блоки ҳам сўндиради.

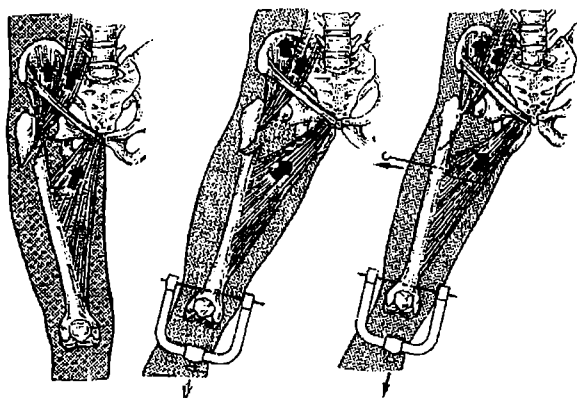
Найсимон суяк бўлаклари ён томонга анча сурилган бўлса ва уларни репозиция қилиш қийин бўлса, унда кўзғалган бўлакни босиб турадиган мосламалар ишлатилади ёки ундан Киர்шнер кегайини ўтказиш йўли билан ўрнига туширилади. Бунинг учун кегайини милтиқ найзаси каби қийшайтирилиб, қийшайган қисми суякка қадалгунича юборилади ва у ёнига тортишга, репозиция қилишга ва уни ушлаб туришга имкон яратади (40-расм).

Демпфер ёрдамида скелет тортмада ўриндикнинг оёқ томони кўтарилмайди ва панжа остига қараб туриш учун яшиқ кўйилмайди ва, одатда, тизза остига қаттиқ ёстиқ кўйилади, тортишга қарши тўсиқ қилиш учун қўлтиқ остига таянч кўйилади ёки кўкрак қафасига махсус гамак-корсет кийдириб қўйилади (41-расм).

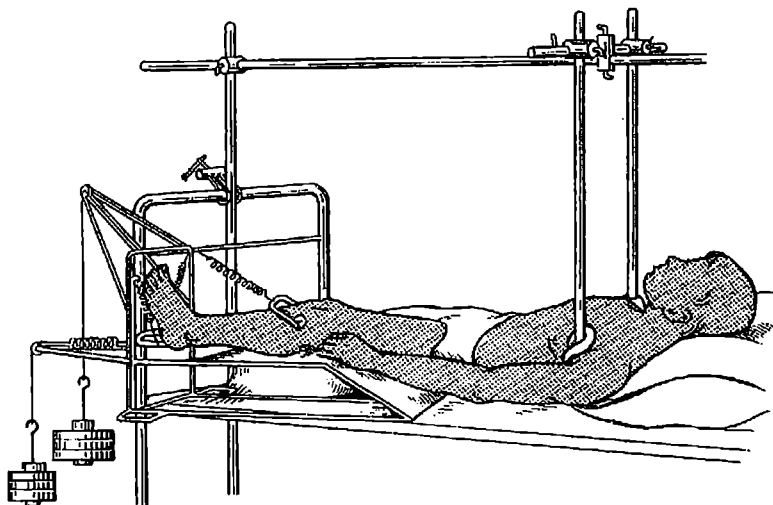
Скелет мосламаси олиб ташлангач, 20-50 кундан кейин беморнинг ёшига, синиш жойлашган соҳага ва шикастланиш характериға қараб функционал елимли тортма ёки гипс боғлами қўйиб, иккита проекцияда назорат рентгенографияси қилинади.

Скелет тортмага қўйишга кўрсатмалар:

1. Сон суяги диафизининг ёпиқ ва очик синишлари



40-расм. Сон суяги бўлаklarининг ёнига силжишини «Z» симон Киர்шнер темир кегайи билан баргараф қилиш.



41-расм. Сон суяги диафизи синганда демпфер тортма.

2. Сон бўйинчасининг латерал сенишлари
 3. Сон ва болдир суякларининг T- ва V-симон сениши
 4. Болдир суяклари диафизининг сениши
 5. Катта болдир суяги дистал қисмининг бўғим ичидан сенишлари
 6. Тўпиқларнинг сениши, Дюпюитрен ва Десто сенишларида оёқ панжасининг қисман ва тўлиқ чиқиши
 7. Товон суягининг сениши
 8. Чаноқ ҳалқасининг сениб, вертикал силжиши
 9. Бўйин умуртқаларининг сениши ва сениб-чиқиши
 10. Елка суягининг анатомик ва жарроҳлик бўйинчасидан сениши
 11. Елка суягининг ёпиқ диафизар сенишлари
 12. Елка суяги пастки қисмининг бўғим ичидан ва ташқарисидан сенишлари
 13. Елка суяги дўнгларининг бўғим ичидан T- ва V-симон сенишлари
 14. Оёқ ва қўл кафт суяклари ва бармоқлар фалангасининг сениши
 15. Сон ва елканинг эскирган (2-3 ҳафталик) травматик чиқишларини солишга тайёрлаш
- Операциядан олдинги ва кейинги даврларда қўшимча даволаш усули сифатида скелет тортмасига кўрсатмалар:
1. Сон бўйинчасининг медиал сенишлари (операциядан олдинги репозиция)
 2. Соннинг эскирган травматик, патологик ва туғма чиқишлари (операциядан олдин ўрнига солиш ёки реконструкция қилиш)
 3. Узунасига силжиб битмаган сенишлар

4. Реконструктив операциядан олдин суякнинг узунлигидаги нуқсонлар

5. Сон ёки болдирни узайтириш ёки деформациясини тўғрилаш мақсадида сегментар остеотомиядан кейинги ҳолат

6. Янги ҳосил қилинган бўғимлар юзаси ўртасида диастазни тиклаш ва яратиш мақсадида артропластикадан кейинги ҳолат.

РЕДРЕССАЦИЯ

Редрессация — деформацияларни, контрактуларни гипс боғламлари ёки махсус асбоблар ва аппаратлар воситасида зўрлик билан тўғрилаш. Кўпинча редрессация наркоз остида қилинади ва айлана-ёпиқ гипс боғлами қўйилади. Бу гипс боғлами босқичма-босқич алмаштирилади ёки «поналар» кесиб, аста-секин оёқ ёки қўл деформацияси тўғриланади. Одатда гипс боғламини алмаштириш оралиғи ёки устидан қўшимча қўйиш 1,5-2 мобайнида 8-14 кундир.

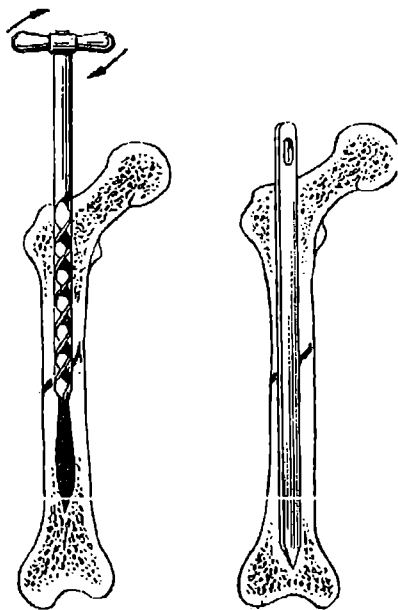
Деформацияни тўғрилаш мақсадида, редрессацияда кўпинча тортмадан фойдаланилади: скелетдан, елимли ва манжет ёрдамида тортиш. Аммо сўнгги пайтларда деформацияларни тўғрилаш мақсадида ва таянч-ҳаракат аъзолари жароҳатланганда, касалликларида жарроҳлик усуллар турли хил тўқималарда: суякларда, бўғимларда, пайларда, фасцияларда, тери ва нервларда бажарилади.

СУЯКЛАРДА ЖАРРОҲЛИК МУОЛАЖАЛАРИ

Остеосинтез — жарроҳлик усулида суяк бўлақларини турли усулларда бирлаштириш. Синишларни жарроҳлик усулида даволашнинг муайян кўрсатмалари ва монеликлари, шунингдек, остеосинтез учун у ёки бу материаллар ва аппаратларни ишлатишга аниқ кўрсатмалар бор. Сўнгги пайтларда кенг ишлатиладиган суяк бўлақларини қотирувчи ашёлардан ташқари (қозиқчалар, Лен, Мюллер пластиналари, бурама михлар, сим чоклар, болтлар ва ҳоказо) барқарор остеосинтез методи, жумладан, компрессион аппаратлар кенг тарқалмоқда. Пластина ва қозиқчалар суяк бўлақларини бир-бирига яхши ёпиштира олмаган ҳолларда фиксациянинг янги методлари тавсия қилинди.

Барқарор остеосинтез учун қозиқча қалинлиги суяк-илик канали диаметридан 1 мм га қалин бўлиши керак; бунинг учун махсус парма ёрдамида қозиқча қалинлигига мўлжаллаб канал кенгайтирилади ва қозиқча зич қилиб киритилади(42-расм).

Сиваш, Калнберз, Гудушаури, Илизаров ва бошқаларнинг компрессион аппаратларини қўлланилиши компрессиондан ташқари (суяк бўлақларининг бир-бирига зич тегиб туриши), кўпинча, суякнинг синган жойига тегмай бўлақларни ёпиқ ҳолда репозиция қилиш имконини яратади. Остеосинтезнинг ҳар қандай усули барқарор ва



42-расм. Йўғон қозиқча билан остеосинтез қилиш.

компрессион остеосинтездан ташқари, гипс боғлами қўйишни инкор қилмайди.

Остеосинтез турини тўғри танлаш учун маълум қоидаларга риоя қилиш керак:

1. Металл фиксаторлар пўлатнинг фақат текширилган маркасидан бўлиши шарт.

2. Металл фиксаторларни тўғри ишлатиш учун синиш юзасини, унинг характери ва бўлақларнинг қўзғалишини ҳисобга олиш керак.

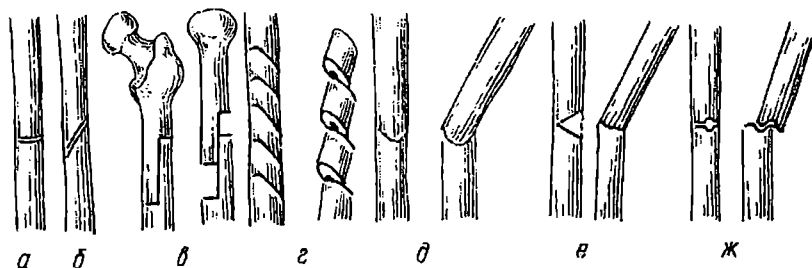
3. Металл қозиқчалар ишлатишда уларнинг қўл-оёқ сегменти узунлигига ва найсимои суяк илик канали диаметрига тўғри келишини билиш керак.

Остеосинтез жарроҳлик усулидан олдин беморнинг умумий аҳволига, терисини тайёрланганлигига аҳамият бериш керак (инфекция-

ланган жароҳатлар, йиринглаган жойлар ва бошқалар).

Остеотомия - суякни оператив усулда қирқиш демакдир. Одатда остеотомияни қўл-оёқнинг турли хил қийшайишларини тўғрилаш мақсадида, узайтиришда, маълум ортопедик касалликларда, масалан, соннинг туғма чиқиши ва бошқаларда бажарилади (43-расм).

Суяк трансплантацияси - турли суяк тўқималарини суяк нуқсонларини тўлғазиш мақсадида (масалан, хавфсиз ўсмалар олиб ташлангандан кейин) ўтказиш. Суяк кортикал қатламидан тайёрланган трансплантатлар интра- ва экстремедуляр остеосинтези мақсадида ишлатилади; бу суяк ҳосил бўлишида рағбатлантирувчи



43-расм. Остеотомия турлари.

а - кўндаланг; б - қийшиқ; в - Z-симон; г - Богораз усули; д - шарнирсимон; е - понасимон; ж - Бойчев усулида.

ёрдамчи жарроҳлик усулидир. Кўпинча суяк тўқимаси беморнинг ўзидан, одам мурдасидан ёки камдан-кам ҳолларда ҳайвонлардан олинади.

Халқаро анатомик номенклатура бўйича қандай тўқима ўтказилишидан қатъий назар, жумладан, суяк тўқимаси ҳам беморнинг ўзидан-ўзига ўтказилса — аутопластика, бошқа одамдан бўлса - аллопластика, ҳайвонлардан олиб ўтказилса — ксенопластика дейилади.

Трансплантация учун қуйидагилар ишлатилиши мумкин; а) «угил» (нокерак) тўқималар — ампутацияда резекция қилинган қовурға; б) соғлом донорлардан олинган; в) мурдалардан олинган суяклар.

Суяк аутопластикаси қўшимча шикаст етказишини инобатга олиб, сўнгги пайтларда мурда суяги консервациясининг такомиллашганлиги туфайли улар кўпроқ ишлатилмоқда.

Кўчириб ўтказилган суяк тўқимасининг муваффақиятли битиши учун (ассимиляция) унинг биологик хусусиятларини сақлаб қолиш ва трансплантат тўқимасида парчаланиш жараёнларини камайтириши керак, бегона оқсил иммуноген хоссаларини пасайтириш зарур. Шу билан бирга, асосий талаблардан бири олинган суякнинг стериллигини сақлаб қолиш ҳисобланади. Консервант атрофдаги тўқималарга зарарли таъсир кўрсатмаслиги керак.

Ҳозирги пайтда суяк тўқимасини консервалашнинг бир неча усуллари бор: а) кимёвий моддаларда ва махсус эритмаларда сақлаш (формалин ва б.); б) паст ҳароратда сақлаш; в) суюқ озикли муҳитларда консервалаш (глюкоза ва б.); г) полимерларда консервалаш; д) лиофилизация усулида консервалаш (музлатиш ва вакуумда қуритиш); е) суякни қайнатиш ва суюқлик шимдириб юмшатиш.

Ҳайвонлардан (чўчқа, бузоқ ва бошқалардан) олинган суяк тўқималарини ҳам шу усулда консервалаш мумкин.

Морфологик ва биокимёвий текширувларда радиологик ва электронмикроскопик усулларни қўллаш натижасида шу нарса аниқландики, анча остеоцитларнинг кўп ҳалок бўлишига қарамай, консерваланган суяк тўқимаси ўзининг биологик активлигини маълум даражада сақлаб қолар экан, бу уларда ферментлар ва оқсилларнинг борлиги туфайлидир.

Суяк тўқимасини катта миқдорларда тайёрлаш суяк банклари тайёрлашга замин ҳозирлади ва бу, ўз навбатида, турли хил қайта тиклаш жарроҳлик операцияларида трансплантацияни кенг ишлатишга имкон берди.

БЎҒИМЛАРДА ЖАРРОҲЛИК МУОЛАЖАЛАРИ

Бўғимларда қилинадиган жарроҳлик муолажалари икки гуруҳга бўлинади:

1. Бўғим юмшоқ тўқималарида қилинадиган муолажалар. Бу а р т р о т о м и я — бўғимни очиш, с и н о в э к т о м и я — бўғим халтачасини олиб ташлаш, х а л т а — б оғ л а м а п п а р а т и н и н г п л а с т и к а с и.

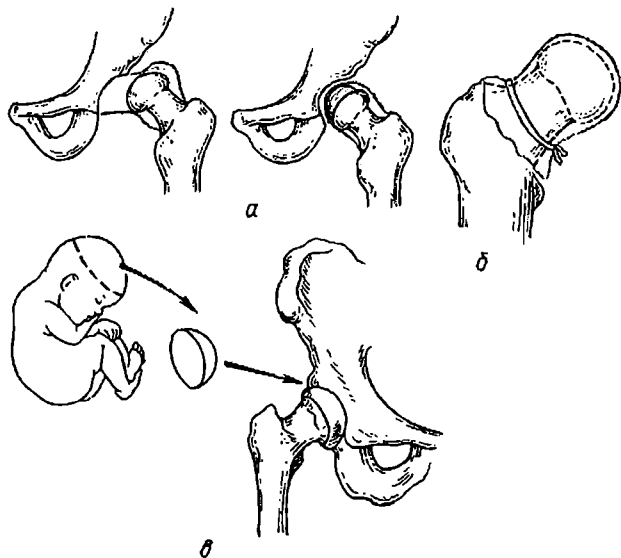
2. Бўғимни ташкил қиладиган, суяклардаги жарроҳлик муолажалари.

Б ўғимни резекция қилиш — суякларнинг бўғим учлари бирор патологик жараён билан касалланганда уларни олиб ташлаш. Артродестика — бўғимда ҳаракатни тиклаш. Бу тўлиқ суяк анкилозида (бўғим тўлиқ ҳаракатсизланганда) ва бўғимда ҳаракат анча чекланганда (фиброз анкилоз, деформацияловчи артроз). Бўғим юзалари шакллантирилгач, ҳажми кичиклаштирилгач, улар бирорта пластик материал билан ўралади: тери, фасция, аллопластик материаллар ва ҳоказо (44-расм).

Артродез — бўғимни сунъий равишда ҳаракатсиз қилиш. Артродез усуллари кўп. Артродез усули қўлланилаётганда бўғим биомеханикаси, унинг анатомияси ва функцияси инobatта олиними керак. Чунonчи, чанoқ-сон бўғимини артродез қилганда беморни касбини билиш муҳим (иш жараёнининг тик турган ёки ўтирган ҳолатда кечинми) ва шунини ҳисобга олган ҳолда чанoқ-сон бўғимида букиши бурчаги режаланади.

Тирсак бўғимларини артродез қилишда беморнинг ўзига-ўзи хизмат қилиши инobatта олинади. Сўнги вақтларда бўғимларни артродез қилишда турли металл аппаратлардан кенг фойдаланилади, бу бўғим юзаларини бир-бирига кучли компрессия ҳолатида ушлайди (Гришин, Сиваш, Илизаров ва бошқаларнинг аппаратлари), бўғим юзаларини кегайлар билан қотириш, металл михлар, биостимуляция учун суяк гомотрансплантатини ишлатиш каби усуллар қўлланилади (45-расм).

Шуни унутмаслик керакки, артродез — бу ногирон қилувчи жарроҳлик муолажаси, чунки бўғимни йўқ қилади, шунинг учун бу



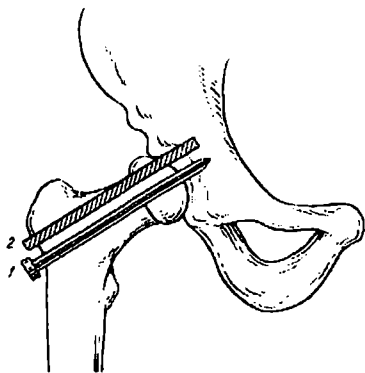
44-расм. Чанoқ-сон бўғими артродестикаси.
а — Колон усули;
б — Волков усулидаги амниопластика;
в — Фишкин усули бўйича аллопластика.

жарроҳлик муолажасига кўрсатма эҳтиётлик билан қўйилиши керак. Масалан, чаноқ-сон бўғими артродезидан сўнг олдинга-орқага ва ён томонга (чаноқ иштирокида) ҳаракатлари иккинчи томонидаги чаноқ-сон бўғими ва умуртқа поғонасининг бел-думғаза соҳасидаги ҳаракатлар билан анча компенсациялашади. Шунинг учун, агар иккинчи чаноқ-сон бўғими ва умуртқа поғонасининг бел соҳаси ўзгармаган бўлса, бу жарроҳлик муолажасини қилиш мумкин. Агар иккинчи чаноқ-сон бўғими ҳам жароҳатланган бўлса, артродез жарроҳлик муолажасини қилиш мумкин эмас, чунки бемор умуман ҳаракат қилолмай қолиши мумкин.

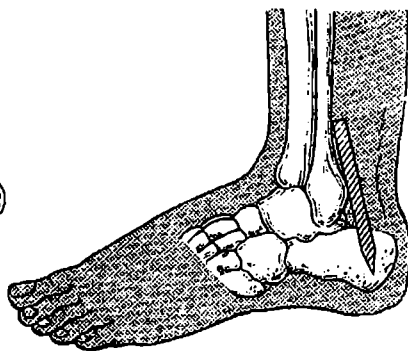
А р т р о р и з — бўғимда ҳаракатларни қисман чегаралаш учун қилинадиган жарроҳлик муолажаси. Бу жарроҳлик муолажасини кўпинча айрим мушаклар парези ва фалажларида қилинади. Аммо фалажликда қилинган артроризда қониқарсиз натижалар олинган, шунинг учун кўпинча яқин жойлашган бўғимларда кўшимча артродез қилинади (оёқ панжасида). Артрориз энг кўп тизза ва болдир-панжа бўғимларида қилинади (46-расм).

Б ў ғ и м л а р н и к ў ч и р и ш. Бу жарроҳлик муолажаси кўпинча бўғимларнинг оғир деформациясида, ўсмаларда бўғимлар олиб ташланганда, анкилоз ва кўпол травматик шикастланишларда бажарилади.

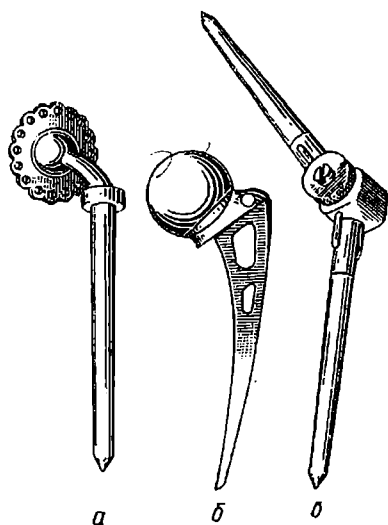
Биринчи марта аллопластик бошчани олдиндан тайёрланган бўғим учига ўрнатишни Смит-Петерсен таклиф этган. Аммо қониқарсиз натижалар бу усулни деярли кам ишлатишга мажбур қилди. Кейинчалик ортопедлар техника ютуқларидан фойдаланиб, биологик тўқималарга индифферент бўлган турли материаллардан сунъий бўғим протезлар тайёрлашни амалга оширишди (виталиум, титан, органик шиша ва бошқалар). Таклиф этилган сунъий бўғимлар шикастланган бўғим



45-расм. Уч парракли мих (1) ва суяк трансплантати (2) ёрдамида чаноқ-сон бўғими артродези.



46-расм. Болдир-панжа бўғими артродризи.



47-расм. Эндопротезлар конструкциялари.

a – Сиваш чаноқ-сон тотал эндопротези; *б* – сон суяги бошчаси эндопротези (МурЦИТО); *в* – тизза бўғими эндопротези.

ўрнини тўлиқ эгаллай бошлади, бунинг учун диафиз қисми давомини бир хил материалдан яшаш керак эди, холос. Одатда, сунъий бўғимни қотириш учун суяк илик бўшлиғига протез оёқчаси ўрнатилади ёки диафизни қамраб олиш йўли билан қотирилади (47-расм). Аммо бўғимнинг фақат бир қисмини протезлаш, бўғимнинг протезланмаган иккинчи қисмидан суяк ўсимталари пайдо бўлиши сабабли қониқарсиз натижалар берди. Шунинг учун сўнгги ўн йилликда бўғимни тўлиқ алмаштирадиган аллопластик протезлар ишлаб чиқилди ва кенг тарқалди. Бундай сунъий бўғимлар, кўпинча, чаноқ-сон, тирсак, кафтнинг фалангалараро бўғимлари ва сўнгги вақтларда тизза бўғимини ҳам алмаштириш учун ишлатилмоқда.

ЭНДОПРОТЕЗЛАШ

Сон суяги бўйинчаси синганда Смит-Петерсен типидagi уч парракли михлар билан остеосинтез қилинган 20-30% беморларда суяк битмасдан сохта бўғим ҳосил бўлган, 10-20% беморларда эса сон бошчасининг асептик некрози кузатилган ва шундай қилиб, 50 % беморларда қониқарсиз натижалар олинган. Бу кўпчилик травматологларни сон бошчасини аллопластик сунъий бошча билан алмаштиришга ундади. Сўнгги йилларда кенг тарқалган чаноқ-сон аллопластик протезларидан Сиваш конструкциясидаги металл эндопротез ҳисобланади. Бундай эндопротезнинг афзаллиги шундаки, у бир йўла сон суяги бошчаси ва чаноқ косачасининг ўрнини босади (47-расм, *a*).

Аллопластикага кўрсатмалар қуйидагилар ҳисобланади: икки томонлама анкилоз, чаноқ-сон бўғими оғир коксартрози, ёшлигида икки томонлама туғма сон чиқиши натижасида 30-40 ёшда учрайдиган артрозоартритлар, мушакларнинг бўғим юзасидаги суяк ўсмалари оқибатида юз берган нуқсонлар, травма асоратлари ва бошқалар.

Чаноқ-сон бўғимини қуйидаги ҳолатларда алмаштириш мумкин эмас: *a*) чаноқ-сон бўғими соҳасидаги йирингли жараёнларда; *б*) оқма-ларда; *в*) янги ҳосил бўлган сил гранулемасида.

70-йиллардан бошлаб эндопротезлаш учун корунд керамикаси ишлатила бошланди, у физик-кимёвий жиҳатдан чидамли, пишиқ ва кам емирилади.

Корунд-керамик протезлар билан бўғимларнинг тоғай қисми ва биринчи галда чаноқ-сон бўғими алмаштирилади. Вақт ўтиши билан (1-1,5 йил орасида) керамик эндопротезлар, янги ташкил топган суяк тўқималари билан тўлиб, чаноқ-суяги билан битиб кетади. Протезларнинг турли типларини тайёрлашнинг қулайлиги керамик протезларнинг истиқболли эканлигидан далолат беради. Қайта тиклаш жарроҳлигининг турли соҳаларида ишлатилиши мумкин.

1980 йил бошларидан I Москва тиббиёт институти травматология ва ортопедия кафедраси ходимлари «Графит» илмий тадқиқот институти билан ҳамкорликда углеродли материаллардан сунъий ярим бўғимларни (чаноқ-сон, елка, тизза бўғимлари) ишлаб чиқдилар ва ҳозир улар амалиётга жорий этилмоқда. Махсус текширишлар ва амалиётда қўлланиш углеродли материалларнинг юқори даражада пишиқлиги, организм учун интактлиги (безиёнлиги) ва турли табиий аралашмаларни қўшиш мумкинлиги (ковакли, яхлит ва бошқалар) уларнинг қайта тиклаш жарроҳлигида ғоят истиқболли эканлигидан далолат беради.

КОМПРЕССИОН – ДИСТРАКЦИОН ОСТЕОСИНТЕЗ УСУЛИ

Ҳозирги пайтда ёпиқ ва очиқ синишларни даволашнинг кенг тарқалган усулларидан суяк орқали (жароҳатланган жойдан узоқроқдан) ва иликка қоқиладиган компрессион усуллар кенг ишлатилмоқда.

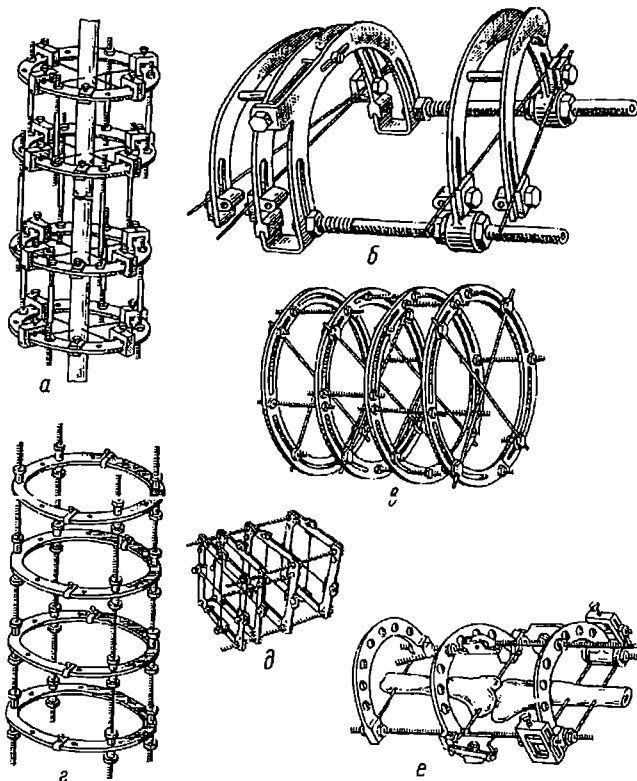
Компрессион остеосинтезнинг афзаллиги аввало оралиқ қадоқ пайдо бўлиб, синган суякнинг бирламчи битиб кетиши ҳисобланади.

Иликка металл штифтларни қоқиш очиқ усулда бажарилиб, суяк бўлаклари бир-бирига маҳкам босилади. Компрессион остеосинтез усулида бўлақларнинг бир-бирига маҳкам сиқилиб туриши ва унинг ушланиб туриши махсус мосламалар ёрдамида бажарилади. Иликка ўрнатилган (интрамедуляр) остеосинтез бажарилганда гипс боғламини қўйиш керак.

Интрамедуляр остеосинтез консерватив даволаш наф бермаганда, репозиция муваффақиятсиз чиққанда ва суяк бўлаклари иккиламчи кўзгалганда қилинади.

Синган соҳадан узоқроқда компрессион остеосинтез бажариш кенг тарқалган усуллардан саналиб, шу мақсадда Илизаров, Гудушаури, Волков-Оганесян, Калнберз ва бошқаларнинг аппаратлари ишлатилади (48-расм).

Компрессион аппарат бир неча асосий талабларга жавоб бериши керак: а) суяк бўлақларини ёпиқ ҳолда тўлиқ репозиция қилиши; б) суяк бўлақларини мустаҳкам қотириши; в) синишнинг ўрни, характери, юмшоқ тўқималарнинг қандай шикастланганини инобатга олган ҳолда аппаратни индивидуал ишлатиш имконияти; г) фиксациядан кейин бўғимларда ҳаракатнинг сақланиб қолиши; д) аппарат ўрнатилгандан кейин беморни транспортировка қилиш мумкинлиги ва унинг ҳаракатчанлиги.



48-расм.
Компрессион-дистракцион аппаратлар.
а – Илизаров;
б – Гудушаури;
в – Демьянов;
г – Калнберз;
д – Ткаченко;
е – Волков-Оганесян шарнир-дистракцион аппарати.

Суяк орқали қилинадиган компрессион остеосинтезга, асосий кўрсатмалар: а) болдир ва елка суяқларининг ёпиқ синиши ва узун найсимон суяқларнинг сохта бўғими; б) йирик бўғимларни артродез қилиш; в) суяқлар диафизини узайтириш; г) ингичкалашган найсимон суяқларни қалинлаштириш; д) инфекция билан асоратланган синишлар.

Волков-Оганесяннинг компрессион-дистракцион шарнирли аппаратини ўрнатишга кўрсатмаларга метафизар, метаэпифизар ва бўғим ичидан парчаланиб синишлар киради.

Илизаровнинг компрессион-дистракцион аппарати иккита ва бундан ортиқ ҳалқалардан ва яна 2-3 та тортувчи стерженлардан иборат бўлиб, икки томонида гайка бураладиган резбаси бор, унга гайка ва контргайка буралади. Аппаратни стерилизация қилиш қайнатиш билан таъминланади. Суяқлардан хочсимон ўтказиладиган кегайлар найсимон суяқларнинг исталган жойидан ўтказилиши мумкин, бундан қон томирлар ва нервларнинг топографияси инобатга олинади, холос. Кегайларни ўтказишда терини тешишдан олдин уни 1-1,5 см га суриш керак. Кегайлар ўтказилгач, икки томонидан этил спиртига бўктирилган

дока салфетқалар кийдирилади ва тикинлар ёрдамида тери томонга зич қисиб қўйилади ва кегайларнинг ортиқча қисми кесиб ташланади. Кегайларни ҳалқаларга қотириб қўйиш учун қисқич кегай асосига қўйилиб, букилади. Кегайларни қотиришда суяк бўлақларининг жойлашиши иккала ҳалқада ҳам бир хил бўлиши керак. Иккита ҳалқани улайдиган стерженлар ҳалқалардаги симметрик тешикларга бир-бирига параллел қилиб қўйилади. Стержендаги гайкаларни тортиш репозиция имкониятини яратади. Аппарат ўрнатилгандан кейин назорат рентгенографияси қилинади, агар зарурият бўлса, суяк бўлақлари коррекция қилинади. Компрессион остеосинтез фиксациясини маҳкам ушлаб туриш учун ҳар бир стержен гайкаси ҳар 5-7 кунда 1/4 га айланага тенг буралиб (2мм гача) туради.

Суяк орқали қўйиладиган компрессион аппаратларни дистракцион аппаратлар деб ҳам аталади, чунки компрессиядан (қисилшдан) ташқари, у билан чўзиш (дистракция) ҳам мумкин. Чўзиш операциядан 5-7 кун ўтгач, суткасига 1 мм дан бажарилади. Бу усул билан оёқ ёки қўлни 10-15 см га узайтириш мумкин.

ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРДА ЖАРРОҲЛИК МУОЛАЖАЛАРИ

Травматология ва ортопедияда кўпинча мушакларда, пайларда ва фасцияларда жарроҳлик муолажалари бажарилади. Энг кўп тарқалган муолажалар қуйидагилардир:

1. Чок қўйиш.

2. Пайлар пластикаси.

3. Миолиз ва тенолиз — мушаклар ва пайларни турли хил чандиқлардан ҳоли этиш. Бу жарроҳлик муолажаси сон суяги синиб, узоқ муддатли фиксация натижасида тўрт бошли мушак ўрта қоринчаси чандиқ туфайли қотганда қилинади.

4. Миотомия ва тенотомия — мушак ва пайларни кесиш. Мушакларни кесиш жарроҳлик муолажаси кўпинча бўғим контрактураларида бажарилади (масалан, сонни яқинлаштирувчи мушакнинг чаноқ-сон бўғимини яқинлаштирувчи контрактурасида).

5. Фасциотомия — фасцияни кесиш, кўпинча узайтириш мақсадида Z-симон кесиш (масалан, тиззанинг букувчи контрактурасида), оёқларнинг спастик контрактурасида ва ҳоказо.

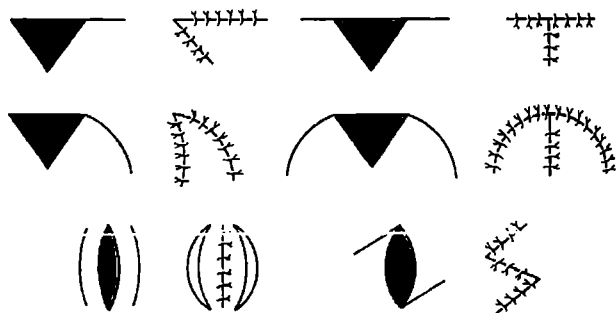
6. Тенодез — суяк пўстлоғига ёки суякка пайни қотириб қўйиш.

7. Мушак ва пайларда жарроҳлик муолажалари (мушак ва пайларни узайтириш, қисқартириш ва йўналишини ўзгартириш ва ҳоказо).

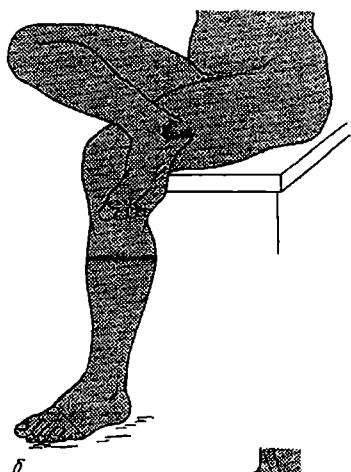
8. Марказий ва периферик нерв системасида жарроҳлик муолажалари. Кўпинча, айниқса, спастик фалажларда нерв толалари кесилади — невротомия, нервлар шикастланганда — уларни чандиқлардан ҳоли этилади (невролиз).

9. Тери пластикаси. Тери жароҳати юзасини беркитиш мақсадида турли тери ёпиштириш усуллари ишлатилади (49-расм). Кенг тарқалган

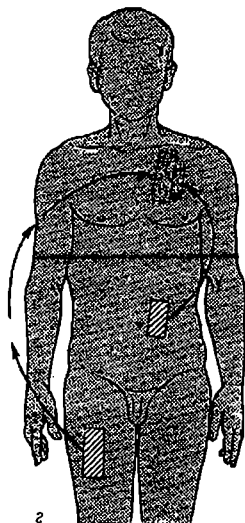
усуллардан жароҳатга яқин маҳаллий тери пластикаси қўлланилади (қирраларини яқинлаштириб – бўшаштирувчи кичик кесмалар ёрдамида, тери қийқими ўринларини алмаштириш ва бошқалар); терини тери ости ёғи билан жароҳатдан узоқ жойидан олиб фойдаланиш («итальянча пластика» ёки ўткир, миграцияловчи тери дастаги, қон томирлари сақланган Филатов усулидаги пластика); эркин тери пластикаси, яъни жароҳат юзасига жароҳатдан узоқ жойдаги теридан юпқа ёғсиз трансплантат олиб, уни беркитиш.



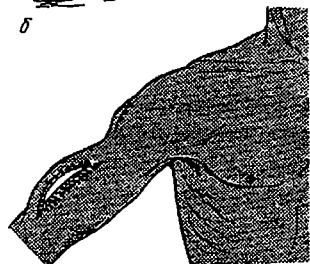
a



b



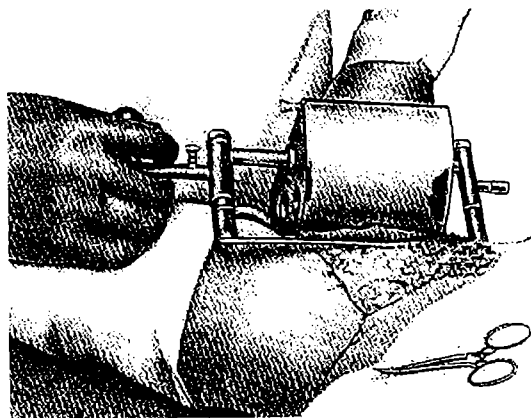
g



v

49-расм. Тери пластикаси турлари.
a – маҳаллий тўқималар ёрдамида; *b* – товон териси нуқсонида «итальянча» усулда пластика; *v* – Филатов дастагини юз пластикаси учун тайёрлаш; *g* – эркин тери пластикаси (стрелкалар ёрдамида тери лахтагини алмаштириш кўрсатилган).

Эркин тери пласти-
касида турли усуллардан
фойдаланилади. Бу маса-
лада турли аппарат —
дерматомларни ишлатиш
энг кўп тарқалган, бу усул
тери трансплантатини
хоҳлаган қалинликда 1 мм
гача олиш имконини бе-
ради (50-расм). Олинган
тери лахтақларининг ях-
ши битиб кетиши учун
уни жароҳат юзасига зич
ёпишган ҳолда ушлаб ту-
риш керак, бунинг учун
олинган тери лахтақлари



50-расм. Дерматом ёрдамида эркин тери
лахтагини олиш.

элаксимон тешилади ва «лахтақ-элак» деб аталади. Бу тешиқлар орқали
жароҳатдан қон ва суюқликлар боғламга ажралиб чиқиб туради, бу
лахтақни кўчишидан сақлайди.

Агар жароҳат юзаси жуда катта бўлса, унда турли физик ва кимёвий
шароитларда сақланган мурданинг тери лахтақлари ишлатилади. Шунинг
айтиш керакки, мурдадан олиб ўтказилган тери лахтақлари, тўқима-
ларнинг иммунологик мос келмаслиги туфайли кўчади. Аммо тери
нуқсонини аллоген тери билан қоплаш, уни инфекциядан ҳимоя
қилади ва организмдан жароҳат орқали ҳаддан ташқари кўп суюқлик
чиқиб кетишининг олдини олади ва ўз йўлида аллоген тери яхши
биостимуляторлик вазифасини бажаради, тери остида яхши грану-
ляцион тўқима пайдо бўлади.

ГИПЕРБАРИК ОКСИГЕНЛАШ

Гипербарик оксигенлаш — юқори босим остида кислород билан
даволашдир. Организмнинг оғир жароҳатланиши одатда гипоксия билан
кузатилади, буни бартараф қилиш ва нафақат оёқ ёки қўлни, қола-
верса, бемор ҳаётини сақлаб қолиш учун кураш чораси ҳисобланади.
Гипербарик оксигенлашни гипоксия, травматик шок ва йўқотилган
қон тўлдирилмаганда ишлатиш энг кўп ижобий натижа беради.

Гипербарик оксигенлаш ўткир ва сурункали кислород етишмас-
лигида ишлатилади. Гипербарик оксигенлашни анаэроб инфекцияда
ва бош мия шишида қўлланиш истиқболи ҳисобланади.

Гипербарик оксигенлаш барокамерада ўтказилади. Икки турдаги
барокамералар мавжуд: бир ва кўп ўринли. Кўп ўринли барокамералар
икки ёки уч қисмдан иборат бўлиб, шулардан биттаси шлюз сифатида
ишлатилади, яъни хоҳлаган пайтда асосий камерага кириш ва чиқишга

имкон беради. Газли муҳит ҳаво ҳисобланади, кислород эса нафас олиш учун маска остидан бериледи.

Яна жарроҳлик барокамералари мавжуд, уларда ҳар қандай жарроҳлик муолажаларини ўтказиш имконияти бор. Барокамерада ишлашда маълум кўрсатмаларга қатъий риоя қилиш шарт, бу аппаратура ва ходимларнинг ўзини қандай тутиши ва юриш-туришига тааллуқли. Гипербарик оксигенлаш жараёнида ўткир ва сурункали кечадиган асоратлар пайдо бўлиши мумкин. Ўткир заҳарланиш кислороднинг катта (3 атм дан юқори) босимида пайдо бўлади. Бу ҳолда МНС (марказий нерв системаси) жароҳатланади. Сурункали кислород интоксикацияси кислороднинг узоқ таъсири остида бўлиши мумкин, бу ўпкада патологик ўзгаришлар бўлишига замин яратади.

ФИЗИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Бузилган фаолиятни қайта тиклаш учун физик даволаш усулларини ўз вақтида ва кенг миқёсда ишлатиш катта аҳамиятга эга. Ҳозирги пайтда травматология ва ортопедияда физиотерапиядан фойдаланилади (электр ва ёруғлик билан даволаш, иситувчи ва сув муолажалари, лой ва парафин билан даволаш, уқалаш ва даволовчи жисмоний тарбия (ЖТ) билан, механотерапия ва меҳнат билан даволаш элементлари). Физик усуллар тўғрисидаги маълумотлар махсус дарсликларда келтирилган, аммо биз айримлари тўғрисида қисқача эслатиб ўтамиз.

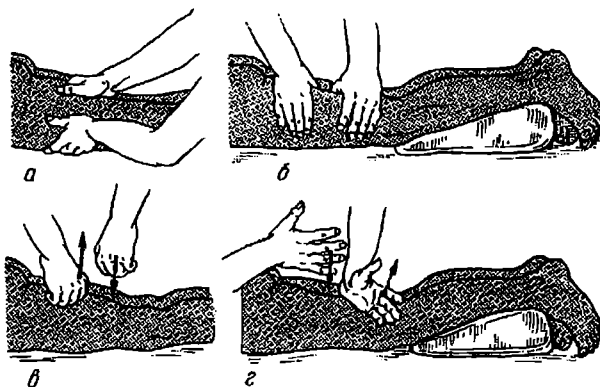
У қ а л а ш. Ижобий таъсир кўрсатувчи, қон айланишини яхшиловчи ва тўқималарда маҳаллий модда алмашувини яхшиловчи омил ҳисобланади. Бундан ташқари, уқалаш тўқималарнинг тонусини кучайтириб, мушакларнинг қисқариш хусусиятини яхшилайди, периферик нерв системасининг қўзғалувчанлигини пасайтиради. Уқалаш техникаси олти усулдан иборат: босиш, силаш, ишқалаш, эзиш, тўқиллатиш ва тебратиш (51-расм).

Уқалаш ҳаракатлари марказий йуналиши одатда олиб борилади; бунда қўл ва оёқларнинг тўғри ҳолати катта аҳамиятга эга. Масалан, орқа ва оёқларни уқалашда бемор мушаклари ўртача тарангликда (ўрта физиологик ёки шунга яқин ҳолат) ёки бўшашган ҳолатда бўлиши керак.

Тери касалликлари (йирингли доначалар, экзема), флебитлар, вена қон томирларининг варикоз кенгайиши ва бўғимлар яллиғланишида уқалаш мумкин эмас. Атеросклерозли кекса ёшдаги одамларда уқалаш чегараланган гартибда бажарилади.

Д а в о л о в ч и ж и с м о н и й т а р б и я. Даволаш ёки профилактика мақсадида ўтказиладиган машқлар тизими. Даволовчи жисмоний тарбия қуйидагича фарқланади: а) пассив ҳаракатлар; б) қаршиликсиз актив ҳаракатлар; в) ёрдамчи ҳаракатлар; г) қаршилик билан ҳаракатлар.

Пассив ҳаракатлар ва механотерапия турлича шикастланишлар оқибатларини ва айниқса, бўғимлар контрактурасини даволашда



51-расм. Массаж техникаси.

- а — силаш ва босиш;
- б — уқалаш ва чўзиш;
- в — тўқиллатиш;
- г — тебратиш.

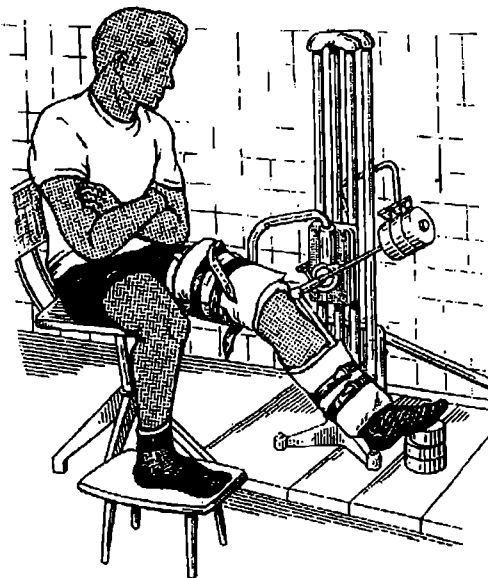
ишлатилади (52-расм). Пассив ҳаракатлар тўқималардаги маҳаллий қон ва лимфа айланишини яхшилайдди, бўғимлардаги ҳаракатларни яхшилайдди, бойламлар ва пайларнинг эластиклик хусусиятини оширади.

Қаршиликсиз актив ҳаракатлар травма оқибатларини даволашда ва жарроҳлик муолажасидан кейинги даврда катта аҳамиятга эга.

Ёрдамчи ҳаракатлар айрим мушаклар фалажида, айниқса, зарур. Бунда мутахассис қўли ёрдамида ёки махсус ушлаб турувчи блоklar тизими ёрдамида оёқ-қўлга «ёрдам бериш»га тўғри келади.

Қаршилик билан кўрсатиладиган ҳаракатлар мушакларни кучайтиришда муҳим ҳисобланади. Кўпинча шу мақсадда механотерапияда ишлатиладиган маятниксимон аппарат ишлатилади. Бу аппаратда силжишга қарши мослама (қаршилик) ўрнатилади.

Меҳнат билан даволаш сўнгги пайтларда тобора кўпроқ ўрин эгалламоқда. Бу беморларни меҳнатга қизиқтириш билан олиб борилади, меҳнат билан даволашни кунига 4-6 соат давомида ўтказиш мумкин. Маълум бўғимларнинг ҳаракатини тиклаш мақсадида тўғри йўналтирилган меҳнат билан даволаш жараёни танланганда аъло натижаларга эришиш мумкин, бу реабилитацион муддатни қисқартириб, қўл ёки



52-расм. Тизза бўғимида ҳаракатни тиклаш учун аппарат ёрдамида механотерапия ўтказиш.

оёқ функцияси тез тикланади. Касал ўз меҳнатининг самарасини қўради (пластик материаллардан турли буюмлар яшаш, темирга ишлов бериш, тикувчилик, гилам тўқиш ва ҳоказо) шу туфайли шикастланган оёқ-қўл ва бошқа аъзолар функцияси яхшиланади.

Электрвоситаси даволаш. Гальваник ва фарадик тоқларни ишлатиш мушаклар учун гимнастиканинг бир тури ҳисобланади. Улар айрим ёки мушак гуруҳларига чекланган ҳолда таъсир этади. Фарадизациялаш мушаклар сусайганда, айниқса, суст фалажларда ишлатилади. Гальваник тоқлар (узуқ-узуқ) ҳаракат ва сезиш бузилганда ишлатилса, гальваник доимий ток эса тинч-лангирувчи (ором берувчи) ва оғриқни қолдирувчи таъсирга эга бўлиб, невритлар ва невралгияларда ишлатилади.

У В Ч – т е р а п и я. Чуқур жойлашган тўқима ва аъзоларга ультраоқори, тез-тез такрорланувчи тоқларнинг иссиқлик билан таъсири.

Иссиқ муолажалар. Улар қуруқ ва нам бўлади. Қуруқ иссиқликка қуруқ ҳаво ваннаси, иситилган кум солинган халтачалар киради. Иссиқ нам муолажага компресслар киради.

Б а л ь н е о т е р а п и я. Кенг тарқалган бўлиб, бунга радонли ва олтингургурт-водородли ванналар киради. Улар бўғимлар ва умуртқа поғонаси касалликларида, айниқса, кўп ишлатилади. Бальнеотерапия иқлимтерапияга ўхшаб, бошқа физиотерапевтик усуллар билан бир-галикда шикастланиш ва бир қатор касалликлардан кейин функцияларни тиклашда консерватив даволашнинг асоси ҳисобланади.

Р е н т г е н о т е р а п и я. Юмшоқ тўқималардаги яллиғланиш жараёнида, периферик нервларнинг касалланиши сабабли пайдо бўлган оғриқларда (радикуляр оғриқларда) қўлланиладиган усулдир. Айрим касалликларда рентгенотерапия сўриб оладиган даво сифатида, масалан, оҳакланган елка бўғими бурситида, товонда суяк ўсганда ишлатилади. Аммо бу турдаги даволаш усулига махсус жиддий кўрсатмалар ҳам бўлиб, муолажа дозасига амал қилиш ва пухта назорат остида бажарилиши керак.

Э л е к т р о с т и м у л я ц и я. Синган суяк юзасига электродлар орқали кучсиз электр токи юборилиб, суяк қадоғи стимуляция қилинади. Тез-тез такрорланувчи паст частотали импульс электр тоқлар ишлатилади. Операция пайтида синган суяк зонасига ингичка зангламайдиган пўлат симлар ўтказилиб, иккинчи (мусбат) электрод териға ёпиштирилади. Бемор палатаға ўтказилгач, электродлар махсус ускуна – аппаратға уланади. Электростимуляция янги синишларда 2-3 ҳафта давомида (20 мА гача бўлган ток кучи), узоқ битмаган синишларда 4-5 ҳафта давомида (50 мА гача бўлган ток кучи) берилади.

Доимий электр токи компрессион аппарат ҳалқасига уланганда микробларға статик таъсири борлиги аниқланган. Қўлланиладиган электр

токи кучига қараб (5 дан 30 мкА гача) турли хил микроорганизмлар ҳалок бўлади, масалан, стрептококклар ва стафилококклар 1 сутка давомида 5-15 мкА, ичак ва кўк яшил йиринглатувчи таёқчалар шу муддатларди 8-30 мкА ток кучи таъсирида ўлади.

С у н ʼ и й м а ҳ а л л и й г и п о т е р м и я н и маълум бир чегараланган соҳани совутиш учун ишлатилади. Гипотермия тўқималарнинг кислородга бўлган талабини камайтиради, уларда модда алмашувини сусайтиради, яллиғланиш жараёнини тўхтатади ва камайтиради. Совутиш манбаи иссиқлик ташиб юрувчи суюқликлар (сув, спирт-сув эритмаси, фурацилин, кальций хлориди эритмаси), газлар (ҳаво), совутиш генератори (термоэлементлар) ҳисобланади. Иссиқлик ташиб юрувчи модда тўғридан-тўғри совутиладиган юзага қўйилади ёки турли конструкциядаги мосламалар орқали айланади (белбоғ, найчалар, зонд-баллон, бош мияни совутувчи мослама ва ҳоказо). Кўпинча маҳаллий гипотермия учун «Гипотерм – 3» серияли аппарат ишлатилади.

Маҳаллий гипотермиянинг бош мия ва орқа мия шикастланганда ишлатилиши кенг тарқалган.

Одатда маҳаллий совутиш учун 5 дан 18°С гача бўлган ҳарорат 2 соат давомида ишлатилади. Гипотермияни сутка давомида вақти-вақти билан ишлатиш усули ҳам бор.

1964 йилдан ўта паст ҳароратли маҳаллий гипотермия (криотаъсир) ортопедияда бўғим тўқималарига таъсир этишда, суяк ўсмаларини даволашда ва дегенератив ўзгарган умуртқалараро дискларни жарроҳлик усулида даволагандан сўнг қўлланила бошланди.

И г н а с а н ч и ш. Травматология амалиётида тананинг маълум бир юзасини (акупунктура нуқталарини) қитиқлаш мақсадида ишлатилади. Қитиқлаш усуллари қуйидагича: игна санчиш, термик ёки кимёвий куйдириш, электр токи орқали таъсир этиш ва ҳоказо. Ушбу таъсир кўрсатиладиган акупунктура нуқталари кўпинча жароҳатланган аъзодан узоқда жойлашган бўлади.

Игна билан даволаш асосан оғриқни қолдириш мақсадида ишлатилади. Травматология ва ортопедияда оғриқсизлантириш мақсадида игна санчиш операциядан кейин бир сутка ўтгач қўлланилади. Операция қилинган зонадан ўтаётган канал нуқталаридан ва операция жароҳатига яқин «маҳаллий» нуқталардан фойдаланилади. Игна санчиш пайтида ва яқин 3-4 соат давомида оғриқнинг камайиши билан бирга беморларни уйқу босади.

М а г н и т о т е р а п и я. Электромагнит майдонининг турли қувватини ишлатиш. Магнит майдонидан фойдаланилганда, у оғриқни қолдиради ва сўриб олиш таъсирини кўрсатади, шунингдек, модда алмашувини ва иммун реакцияларни кучайтиради. Шу билан бирга, электромагнит майдони таъсири узоқ вақт битмаган ва сохта бўғим пайдо бўлганда суякнинг регенерациясини кучайтиради.

Электромагнит майдони таъсири травматология ва ортопедияда елка-курак периартритида, бойламлар шикастланганда ва бошқаларда кенг ишлатилади.

Лазер ускуналари ҳам травматология ва ортопедияда даволаш мақсадида ишлатилади. Тиббиётда кўпроқ паст интенсив гелий-неон туридаги монохром кутбли ёруғлик нурларини чиқарувчи лазер ишлатилади (тўлқин узунлиги 630-670 нм). Лазернинг нурланиши қон томирларини умумий кенгайтирувчи ва яллиғланишга қарши хоссага эга. Нурланишнинг энг юқори стимуляция таъсири 3-кундан 17-кунгача қайд қилинади.

Гелий-неон лазерини нурланишининг ижобий таъсири жароҳат ва яра жараёнларининг кечишида аниқланган. Деформацияловчи артрозларда, остеохондрозда ва бошқа ортопедик касалликларда оғриқни камайтирувчи, шишларни йўқотувчи таъсири аниқланган. Суяклар синганда, айниқса, уларнинг секин битишида суяк тўқимасининг регенерацияси тезлаштирилади.

ТАЯНЧ-ҲАРАКАТ АППАРАТИНИНГ ШИКАСТЛИКЛАРИ ВА ШИКАСТЛАНИШЛАРИ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ДАВОЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Болаларда таянч-ҳаракат аппаратининг шикастланиши ва касалликларида уларни даволашнинг ўзига хос тамойиллари бор. Тажриба шуни кўрсатадики, 90-95% жароҳат олган болалар амбулатория шароитида даволанишга муҳтож бўлади. Травматологик пунктда ўтказиладиган комплекс даволаш, яъни репозиция, даволаш иммобилизацияси, физиотерапия, жисмоний машқлар билан даволаш қисқа муддатда шикастланган аъзо фаолиятини тиклайди. Травматологик пунктларда гипс қўйиш мосламалари, рентген хонаси, физиотерапевтик бўлим, жисмоний даволаш зали мавжуддир.

Таянч-ҳаракат аппарати шикастланган болалар асосан консерватив усулда даволанади. Эскирмаган шикастланишларда гипс лонгетаси икки бўғимни қамраб олган ҳолда қўйилади. Ўрама гипс қўйиш мақсадга мувофиқ эмас, чунки пайдо бўладиган шиш оқибатида қон томирлари сиқилиб, оғир асоратларга олиб келиши мумкин. Даволаш жараёнида травматик шиш қайтиб, гематома сўрилгач, лонгета боғлами гипс бинтлар ёрдамида ўрама гипс боғламига айлантирилади.

Синишнинг жойлашган жойи, бўлақлар қўзғалишининг даражаси, боланинг ёшига қараб скелет тортмаси ёки лейкопластир (клеол) тортмаси қўлланилади. Каттароқ ёшдаги болалар учун скелет тортма афзалроқдир.

Скелетдан тортишда ўсиш зоналарини инобатга олиш шарт. Киришнер кегайи катта болдир суяги ғадир-будуридан пастроқдан ва тирсак ўсиғидан ўтказилади. Сон суяги ва товондан кегайи ўсиш зонасидан юқорироқдан ўтказилади.

Кегай ЦИТО тақасига қотирилгач, оёқ Белер шинасига қўйилади, у катталарга мослаштирилган шинадан икки баробар кичкина бўлиши керак ёки скелетдан тортиш болкон рамаси ёрдамида бажарилади. Силжиган суяк бўлақларини ўрнига олиб солиш учун зарур юк ҳажми қуйидагича аниқланади, яъни оёқнинг ҳажми тананинг 1/7 қисмига тенг келса, сон ҳажми болдир ва панжадан икки марта қўп. Елка суяги синганда даволаш мақсадида 1,5-2 кг юк осилади, бу мушаклар кучига боғлиқ.

Синган суяк бўлақларининг бурчаксимон силжиши прогноз нуқтаи назардан энг салбий ҳисобланади. Суяк бўлақларининг узунасига силжишини тортма қўйилгандан сўнг биринчи соатларнинг ўзида бартараф қилиш мақсадга мувофиқдир. Бурчаксимон силжишни бартараф қилиш учун қўшимча тортиш ва босиб турувчи мосламалар ишлатилади.

Бўлақлар ёнига силжиганда тортиб турган ҳолда қўл ёрдамида репозиция қилинади. Бурчак остида ва ёнига силжишни тўғрилаш узунасига силжиш бартараф қилингандан кейин амалга оширилади.

Репозицияни яхши амалга ошириш учун мушакларни сусайтириш шарт ва шу мақсадда синган бўлақлар оралиғига 1% новокаин эритмаси (боланинг ҳар бир ёшига 1 мл ҳисобида) юборилади.

3 ёшгача бўлган болаларда лейкопластир (клеол) тортма қўлланилади.

Жарроҳлик усули очиқ синишларда, қон томирлари ва нерв тоалари шикастланганда, бўғим ичидан синиб, бўлақлар буралиб ва силжиганда ва юмшоқ тўқималар интерпозициясида қўлланилади.

Очиқ ҳолда репозиция қилишда тўқималарни имкон борича кам шикастлантириш керак. Ишлатиладиган остеосинтез усуллари суякларнинг ўсиш зонаси ва қон айланишига салбий таъсир қилмаслиги керак. Ҳозирги пайтда қуйидаги остеосинтез усуллари энг қўп ишлатилади:

Ру усулида битта бўлақни иккинчи бўлақка тикиш, бунда қўшимча ички фиксация қилинмайди;

қайта олинмайдиган материаллар (лавсан ип, капрон, кетгут) ишлатиб, остеосинтез усули;

сўриладиган материаллар (суяк алло- ва ксенотрансплантлари) ёрдамида остеосинтез;

Кишнер кегайи ёрдамида тери орқали қилинадиган остеосинтез; металл кегайларни суяк каналига ўрнатиш йўли билан остеосинтез қилиш;

Илизаров, Гудушаури, Калнберз компрессион-дистракцион ва Волков—Оганесян шарнир-дистракцион аппаратлари ёрдамида синган зонадан четда суяк орқали остеосинтез қилиш.

Суяклар синганда ва ортопедик касалликларни даволашда компрессион-дистракцион усулни ишлатиш жуда қўл келади, чунки бу усулда ўсиш зонаси шикастланмайди, суякнинг битиши учун қулай шароитлар яратилади ва оёқ-қўлларни сегментларини узайтириш мумкин.

Волков—Оганесян шарнир-дистракцион, Илизаров аппарати ва бошқа шу турдаги аппаратларни бўғим ичидан синишларда, синибчиқишларда, бўғим олди синишларида ва бир қатор ортопедик касалликларда ишлатиш замонавий ва илғор усуллардан бири бўлиб қолди.

Ортопедик касалликларни жарроҳлик усулида даволашда катта ўзгаришлар рўй берди. Микрожарроҳлик усулни ишлатиш реплантация соҳасида ва Пертес касаллигини даволашда янги истиқболлар очди. Шу билан бир қаторда биологик инерт, остеоген хусусияти бўлган ва таркибида углерод бирикмалари сақлайдиган имплантатлар болаларда турли коррекцияловчи операцияларни бажаришга имкон яратади.

Шуни қайд этиш керакки, катталарда қўлланиладиган даволаш усуллари болалар травматологияси ва ортопедиясида ҳам тўппат-тўғри ишлатилса, ўсиш зонасини шикастлантириб қўйиш оқибатида оғир асоратлар келиб чиқиши мумкин.

Оғир ортопедик касалликларга чалинган болалар учун мактаб-интернатлар мавжуд, бу интернатларда даволаш билан бирга болалар ўрта мактаб дастурлари бўйича таълим ҳам олишади.

Шикастланишлар ва ортопедик беморларни даволаш натижаларини янада яхшилаш учун санаторий-курорт шароитида даволаш катта аҳамиятга эга. Клиник кузатувлар ва тадқиқотларда оғир жароҳатлар асоратларини ва ортопедик касалликларни даволашда (Пертес касаллиги, сколиоз ва ревматоид артрит) бальнеологик усулларнинг афзаллиги тасдиқланган. Травма асоратларини даволашда бальнеологик омиллардан торф ва балчиқ билан даволаш, минерал сувли ванналардан кенг миқёсда фойдаланилади.

5 б о б. СУЯК ТЎҚИМАСИНИНГ РЕГЕНЕРАЦИЯСИ ВА СИНГАН СУЯКЛАРНИНГ БИТИШИ

СИНГАН СУЯКЛАР БИТИШИНИНГ УМУМИЙ ҚОНУНИЯТЛАРИ

Синган суякларнинг битиши суяк тўқималарининг регенерацияси йўли билан содир этилиб — суяк қадоғи ҳосил бўлишига олиб келади. Суяк синган жойда битиши натижасида суяк регенерати ҳосил бўлади. У ўзига хос ҳамма специфик элементлар ва суяк тўқимасининг гистологик структурасига эга.

Суякнинг тикланиши шакл ҳосил қилиш активлиги, суяк пўстлоғи камбиал қатлами ҳужайраларининг пролиферацияси, шунингдек эндост ва суяк ҳужайра элементлари (гаверс) ва тешиб ўтадиган (фолькман) каналлар, кам дифференсацияланган суяк илиги стромасининг ҳужайра ва ўсаётган қон томирларининг мезенхимал ҳужайралари ҳисобидан амалга ошади.

Суяк регенерацияси шароитлари экспериментда ва клиник текширувларда ўрганилган. Суяк регенератив жараёнига турли хил умумий

ва маҳаллий шароитлар таъсир кўрсатиб, синишларнинг тез ва тўлиқ битишини таъминлайди.

Остеоген ҳужайралар — остеобластлар, фибробластлар, остеоцитлар, гистиоцитлар, лимфоид, ёғ ва эндотелиал ҳужайралар, миелоид ва эритроид қатор ҳужайралари ҳисобланади. Суяк битишида регенератда микроциркуляция ва васкуляризациянинг тикланиши катта аҳамиятга эга, улар остеобластларнинг нормал функциясини таъминлайди.

Суяк катта қисмининг регенерациясини клиникада суяк бўлақларини аста-секин суриш ёки суяк нуқсонларини трансплантатлар билан тўлдириш йўли билан амалга оширилади. Дистракция билан суякларни узайтириш усули ҳамда алло- ва ксенопластика айнан шу тамойилга асосланган.

Суяк жароҳатининг битиши, шунингдек, юмшоқ тўқималар жароҳати регенератив жараённинг бирин-кетин ривожланиши билан рўй беради. Суякнинг тикланиш цикли шартли равишда қуйидаги тўрт фаза ёки босқичга бўлинади:

Б и р и н ч и б о с қ и ч — репродукциянинг ривожлана бошланиши ва ҳужайра элементларининг шикастланган ҳужайралар ва тўқималар некрози ва некробиози маҳсулоти таъсирида пролиферацияси. Суяк қадоғи ҳосил бўлишида асосий ролни синган суяк соҳасида қон айланишининг тикланиши ўйнайди.

И к к и н ч и б о с қ и ч — тўқима структурасининг ташкил топиши ва таҳассулашуви. Ҳужайра элементларининг пролиферацияси ва таҳассулашуви кучайиши билан тавсифланиб, бу анаболик гормонлар туфайли кечади. Ёш суяк ҳужайралари суяк регенератининг органик асосини ташкил қилади. Оптимал шароитларда (яхши иммобилизация, бошқа қўшилиб келадиган касалликлар йўқлиги) остеоид тўқима ҳосил бўлади.

У ч и н ч и б о с қ и ч — суяк структурасининг ташкил топиши. Асосий жараён синган суяк ўрнида қон айланишининг тўлиқ тикланиши ва регенерат оқсил асосининг минералланиши. Суяк бўлақлари оралигидаги бўшлиқ майда ҳужайрали суяк трабекулалари тўри билан тўлади, бу дағал толали ва ясси ҳужайрали суяк тўқимасидан ташкил топган. Учинчи босқич охирида суяк устунчалари қўшилиб, кенг суяк каналларидан иборат компакт моддага айланади.

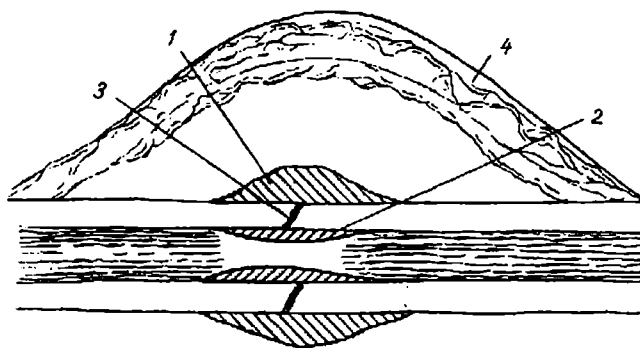
Т ў р т и н ч и б о с қ и ч — бирламчи регенератнинг қайта тикланиши ва синган суякнинг тўлиқ тикланиши (реституция). Бу босқичда кортикал қават аниқ кўринади, суякнинг илик канали тикланади, суяк пўстлоғи аниқ ажралиб туради. Тартибсиз жойлашган оҳакланган структура ортиқча қалинлашаётган бир тартибда жойлашган регенерат билан алмашинади.

Регенератив жараённинг ҳар бир босқичи аста-секин бир босқичдан бошқасига ўтади.

Суяк қадоғи турлари (бирламчи ва иккиламчи битиш). Синган суякнинг битиши қадоқ ҳосил бўлиши билан кечади. У қуйидаги турларга бўлинади: периостал (ташқи) қадоқ, асосан суяк пўстлоғидан ташкил топади; эндостал (ички) қадоқ эндостдан шаклланади; интермедиар қадоқ компакт қават оралиғидаги ёриқни тўлғазади; параоссал қадоқ суяк бўлаклари орасида ингичка тўсиқсимон, икки томони уланган голалар шаклланади (53-расм).

Суяк бўлаклари ҳолати (силжиш даражаси, бўлақларнинг бир-бирига нисбатан жипслиги, фиксациянинг маҳкамлиги) суяк тўқимасининг турли тикланишларига муҳит яратади. Агар бўлақлар яхши репозиция қилинган бўлса, бир-бирига зич тегиб турса ва маҳкам тахтакачланган бўлса, битиш минимал периостал қадоқ ва асосан интермедиар қадоқ ҳисобидан амалга ошади.

Суяк қадоғининг ҳар бир тури ўзига хос физиологик аҳамиятга эга. Масалан, периостал ва эндостал қадоқ вақтинчалик тузилма бўлиб, суяк битганлигига кафолат бермайди. Бу суяк қадоқлари турларининг аҳамияти (айниқса, периостал қадоқнинг) суяк бўлақларини синган жойида маҳкам ушлаб туриш ва суяк регенератининг тез ҳосил бўлишига имкон яратишдир. Суяк бўлақлари орасида ҳаракатнинг пайдо бўлиши унда қон микроциркуляциясининг бузилишига олиб келади. Бу суяк регенерациясини сусайтиради. Бундай муҳитда регенератда тоғай тўқимаси кўпроқ ривожланади. Васкуляризациянинг сустиги тоғай тўқимаси борлигига ва интерстициал ўсишига шароит яратади. Тоғай қадоғи суяк бўлақлари орасида ҳаракат йўқолса ва етарли васкулиризация бўлса, суяк тўқимасига алмашинади. Суякнинг битиши икки типда амалга ошиши мумкин: бирламчи ёки иккиламчи битиш. Суяк бўлақларининг бирламчи битиши интермедиар қадоқ ҳисобидан бўлиб, бўлақлар зич маҳкамланиб, мутлақ ҳаракат йўқотилгандан сўнг ривожланади. Интер-медиар қадоқ бириктирувчи тўқима негизида ташкил топиб, ундаги қон томирлар асосан периост томонидан интермедиар ёриққа ўсиб киради. Суякнинг ҳосил бўлиши десмал типда бўлиб, тоғай босқичини босиб ўтмайди. Суякнинг битиши қайси турда бўл-



53-расм.
Суякнинг қадоқ қисмлари.
1 – периостал;
2 – эндостал;
3 – интермедиар;
4 – параоссал.

масин, қадоқ пайдо бўлишида асосий вазифани периост, суякнинг қон билан тўлиқ таъминланиши, суяк бўлақларини ўраб олувчи юмшоқ тўқималар ҳолати ва суяк оралиғидаги бўшлиқнинг яшаб кетишга лаёқати муҳим рол ўйнайди.

Суяк бўлақларининг битиши, аввало, периостал ва эндостал қадоқ пайдо бўлишидан бошланади. Суяк бўлақлари периостал ва эндостал қадоқ ҳисобидан маҳкам ёпишгач, интермедиар (оралик) қадоқ ташкил топиб, қайси типда битишидан қатъи назар асосий аҳамиятга эга. Интермедиар қадоқ орқали суяк битгач, периостал ва эндостал қадоқ редукциялашиб, интермедиар қадоқ нормал суяк морфологик структурасини қабул қилади.

Синиқларнинг бирламчи битиши энг оптимал бўлиб, қисқа муддатда битиб, суяк структураси яхши тикланади.

Суяк бўлақлари қўзғалганда ва ғарчаланган синиш бўлса, суяк битишида асосий ролни суяк пўстлоғи (периост) ўйнайди ва синиқларнинг битиши иккиламчи типда бўлиб, катта периостал қадоқ ҳисобидан бўлади.

Говак суякнинг битиши ўзига хос хусусиятлари билан фарқ қилади. Говак суякнинг бақувватлиги унинг кортикал қавати ҳисобидан эмас, балки эндостал зонада жойлашган суякнинг тўрсимон устунчалари туфайли бўлади. Говак суякнинг репаратив регенерацияси учун энг оптимал шароит - суяк бўлақларини оптимал бир-бирига яқинлаштиришдир (масалан, қоқилган синишларда). Қадоқ пайдо бўлиши одатда тоғай фазасини ўтмайди ва периостал қадоқ суст ривожланган бўлади.

Узун найсимон суякларнинг диафиз ва метафизининг битишида муҳим фарқлар бор. Диафизар синишда қадоқ пайдо бўлиш жараёни тоғай тўқима ҳосил бўлиш босқичини ўтади, метафизар синишда эса тоғай тўқимаси ҳосил бўлмайди ва бириктирувчи тўқима қадоғи тўғридан-тўғри метаплазия орқали суякка айланади.

Суяк қадоғининг ҳосил бўлиши нафақат маҳаллий шароитга, қолаверса, организмнинг умумий аҳволига, беморнинг ёшига ва қўшилиб келган касалликларга боғлиқ.

Суяк бўлақлари қўзғалмаган, синишлар бўлақлар яхши тегиб турганда анча қисқа муддатда битидади. Бўлақлар қўзғалган ҳолатда турган синишлар анча секин битидади, яна суяк қадоғининг ташкил топишига синиш турининг ҳам аҳамияти бўлади. Қирралари текис бўлган кўндаланг синишлар анча секин битидади, бунда илик кам сатҳда очиқ бўлиб, суяк пўстлоғи кўчган бўлса, эндостал ва периостал қадоқ ҳосил бўлиши учун биологик шароитлар бўлмайди.

Синишларни тўғри даволаш суяк қадоғи ҳосил бўлишида: ўз вақтида ва тўлиқ диастаз қолдирмасдан суяк бўлақларини репозиция қилиш, барқарор ва узоқ муддатга тахтакачлаш, энг тўғри ва яхши даволаш усулини танлаш ва қўшимча физиотерапевтик ва жисмоний муолажаларни ишлатиш муҳим аҳамият касб этади.

Суяк очик синганда инфекция тушиб қолса ва травма таъсирида остеомиелитга айланса ҳамда суяк секвестрацияси рўй берса, қадоқнинг ҳосил бўлиши анча чўзилади. Шу муносабат билан ва синишлар нотўғри даволанса, суяк қадоғининг ҳосил бўлиши чўзилади ёки умуман ҳосил бўлмаслиги мумкин. Шундай пайтларда узоқ битмайдиган, қадоқ секин пайдо бўладиган синишлар ва ҳатто сохта бўғим пайдо бўлиши мумкин.

Куйидаги ҳолларда қадоқ секин ҳосил бўлади:

авитаминоз ва гиповитаминоз бўлган шахсларда (цинга, рахит, ҳомиладорлар остеомаляцияси);

қалқонсимон без орқа таначалари (glandula parathyreoidea) фаолияти бузилганда (қонда кальций миқдори камайиши) ва буйрак усти бези фаолияти кучайиши;

сурункали касалликларда (сил, захм, қандли диабет, сирингомиелия, бош ва орқа мия ўсмалари). Периферик нервларнинг шикастланиши суяк битишига салбий таъсир қилади. Анемияда, кахексияда ва нурланиш касалликларида суяк регенерацияси секинлашади;

узоқ вақт гормонал препаратлар қабул қилинганда (гидрокортизон, преднизолон ва ҳоказо). Дикумарин ва гепарин қабул қилинса, синган суякларнинг битиш муддати чўзилади.

Синишларнинг битиши учун қон билан таъминланиш ва суяк бўлаклари учларининг яшашга лаёқати жуда муҳим омиллардан саналади, чунки суяклар синганда бўлақлар кўпинча бузилади. Юмшоқ тўқималар ва суякдаги қон томирлар шикастланади. Эпифизлар зонасида, синовиал бурмалар ва бўғим халтаси ёпишадиган жойларда суякка артерия ва вена ўсиб чиқади. Елка бўйинчаси, билак суягининг типик ўрнидан синишлар қон билан яхши таъминланганлиги туфайли яхши битади. Катта болдир суягининг пастки 1/3 қисми тирсак ва елка суяклари қон билан ёмон таъминланганлиги туфайли бундай жойдаги синишлар қийинроқ битади. Агар шикастланган суяк бўлақларидан биттасида қон айланиш бўлмаса, унда суякнинг шу қисми регенерацияда қатнашмайди (сон бўйинчасининг медиал қисми ва кафт олди қайиқсимон суяги синишлари).

Синишларнинг битиш прогнозини репаратив жараённинг нормал кечишига қараб баҳолаш керак, булар травматологиянинг хусусий бўлимларида тасвирланган.

Синишларнинг секин битишига нотўғри даволаш сабаб бўлади; суяк бўлақларини ўрнига солмаслик, бўлақларнинг бир-бирига тегиб турмаслиги, скелетдан тортганда ҳаддан ташқари кўп юк осиб қўйиш, нотўғри ва етарли бўлмаган, кўпинча, узиқ-узиқ тахтакачлаш, пассив гимнастика билан жуда эрта шуғулланиш, юмшоқ тўқималарнинг синиқ бўйича мажақланиши (суякни ўраб турган мушак филоф), унинг қон билан таъминланиши суякдаги қон айланишига боғлиқ.

Суяк синишининг секин битиш клиник белгиси, унинг синган юзасининг эластик ҳаракатчанлиги, ўқи йўналиши бўйича босилганда

оғриқнинг пайдо бўлиши, айрим пайтларда синган соҳада терининг қизаришида юзага чиқади. Рентгенологик жиҳатдан аниқ кўринмайдиган суяк қадоғи аниқланади.

Секин қадоқланишни консерватив ёки жарроҳлик усулида даволаш мумкин. Консерватив даволашда иммобилизация янги синишдаги каби (2-3 ой ва кўпроқ) керагича давом эттирилади, бунинг учун компрессион аппарат, гипс боғламини қўйиш, ортопедик аппаратларда юриш амалга оширилади.

Суяк қадоғини тезлаштириш учун бошқа консерватив воситалар ҳам ишлатилади: 1) йўғон игна ёрдамида бўлақлар орасига 10-20 мл аутоқон юборилади; 2) қонни тўхтатиш йўли билан гиперемия; 3) синган юзани ёғоч болғача билан уриш (Турнер усули); 4) физиотерапия, УВЧ, кальций тузлари, гормонлар (метандростенолон, ретаболил ва ҳоказо) билан электрофарез; 5) кучсиз ток ёрдамида электростимуляция.

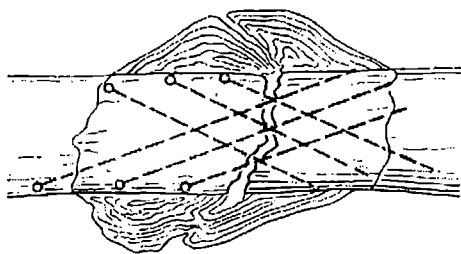
СЕКИН ҚАДОҚЛАНАДИГАН СИНИШЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ

Бундай даволашнинг бир неча усули мавжуд.

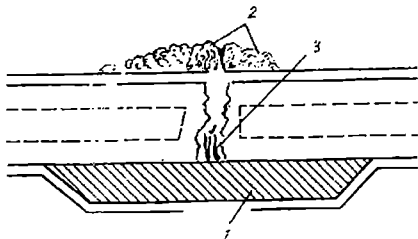
Бек усулида туйнук очиш жарроҳлик муолажаси. Бир суяк бўлагидан иккинчисига парма ёрдамида бир неча туйнуклар қилинади, бу пармалаш синиқ юзасидан ўтиши керак. Бу туйнуқларда қон томирлар ўсиб, синиқларнинг битишига имкон беради.

Жарроҳлик муолажаси техникаси 54-расмда кўрсатилган. Синиқ юзасининг юқори ва пастки қисмида иккита кесма қилинади, шу кесимлар орқали суяк турли йўналишда (1,5-2мм), турли нуқталар орқали 8-30 туйнук пармаланади. Бу муолажа суяк бўлақлари яхши қўйилганда қилинади.

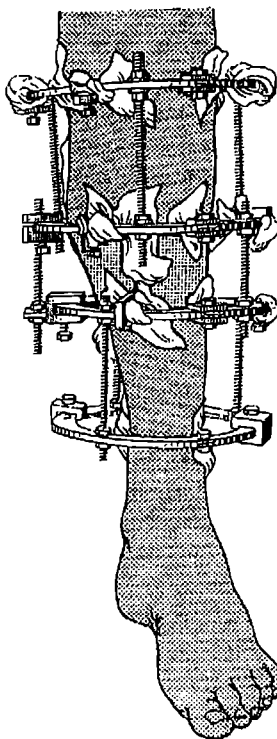
Ўчоқдан ташқаридаги компрессион остеосинтез. Турли аппаратларни ўрнатиш билан узоқ муддатга суяк бўлақларини бир-бирига қўйган ҳолда маҳкам ушлаб турилади. Одатда Илизаров, Гудушаури ва бошқа аппаратлар қўлланилади. Агар иккита суякдан бири битмаган бўлса, аппарат қўйишдан олдин соғлом суякни остеотомия қилиб, кейин аппарат ўрнатилади, чунки соғлом суяк остеотомия қилинмаса, битмаган суякни яқинлаштириб бўлмайди. Суяк бўлақларини ёпиқ усулда қўйиб бўлмаса, унда ўчоқдан ташқари ўрнатиладиган компрессион остеосинтез очиқ усулда бажарилади: унда бўлақлар орасидаги чандиқ тўқималар олиб ташланади, илик очилади ва суяк бўлақлари тўғри ҳолатда қўйилади. Суяк бўлақларини ишончли ушлаб туриш учун проксимал ва дистал бўлақлардан бир-бирига кўндаланг йўналишдаги 2-4 та кегайлар юборилади ва улар аппарат ҳалқаси ёки махсус ёйлар ёрдамида тортилади (55-расм).



54-расм. Бек усулида туннелизация (чизма).



56-расм. Фемистер усулида суяк пластикаси. 1 — кортикал трансплантат; 2, 3 — спонгиоз суяк бўлақчалари.



55-расм. Илизаров аппарати ёрдамида ўчоқдан ташқари остеосинтез.

Суяк алло- ва аутопластикаси. Фемистер усулида аутопластика (56-расм): синган юза пўстлоқ ости очилиб, чандиқ тозалангач пўстлоқ ости орасига спонгиоз суяк пластинкачалари ёки бўлақчалари (ёнбош суяк қанотидан олинган) ўрнатилади.

Хахутов усулида суриладиган аутосуяк пластикаси. Бу жарроҳлик муолажаси суяк бўлақлари бир-бирига нисбатан тўғри турганда бўлақлар орасидаги чандиқлар олинмасдан бажарилади, трансплантат циркуляр электр арра ёрдамида кесиб олинади. Бу трансплантат икки қисмдан иборат. Қисқа бўлагини кўчириб олиб, бунинг ўрнига узун бўлак суриб қўйилади, бу суякнинг битмаган юзасини беркитади. Кўчириб олинган қисқа бўлакни узун бўлак сурилганда ҳосил бўлган бўшлиққа ўрнатилади (57-расм).

Шунингдек, металл конструкциялар билан бирга ауто- ёки алло-суяк трансплантатлари ёки Чаклин усулида фақат интра-экстремдуллар суяк пластикаси кеңг қўлланилади.

СОХТА БЎҒИМ (Псевдоартроз)

Сохта бўғимларда доимий ҳаракатчанлик мавжуд. Улар икки гуруҳга бўлинади: туғма ва ҳаётда орттирилган. Туғма бўлишининг сабаби она қорнидаги патология ва у кам учрайди. Асосан болдирнинг ўрта ёки пастки учдан бир қисмида учрайди.

Ҳаётда орттирилган сохта бўғимлар ёпиқ, очиқ (кўпинча) синишларда ва ўқ текканда рўй беради. Сохта бўғимлар ҳамма суяк синишларининг 2-3% ини ташкил қилади. Кўпинча, у катта болдир ва билактирсак суякларидида учрайди, сон ва елка суякларидида камроқ бўлади. Сохта бўғим пайдо бўлишига маҳаллий ва умумий омиллар таъсир кўрсатади. Кўпинча, бунга маҳаллий сабаблар олиб келади.

Морфологик кўриниши ва даволаш усулини танлашда сохта бўғимларни икки гуруҳга бўлиш мумкин: улар фиброз ва ҳақиқий гуруҳлардир. Биринчиси секин битадиган синиқлар билан сохта бўғим оралиғидида босқич ҳисобланади.

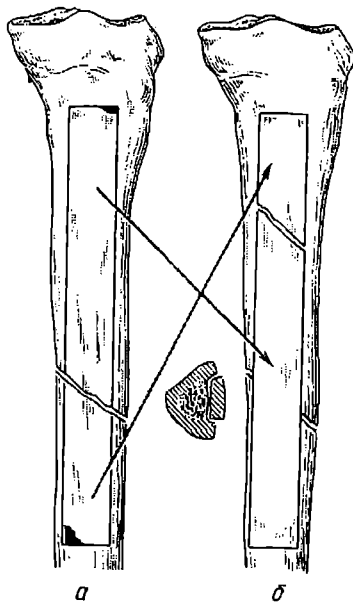
Сохта бўғимнинг ташкил топиш сабаблари:

суяк бўлақларини ўрнига қўя билмаслик (улар ҳолатининг ёмонлиги);

- интeрпoзиция – тўқималарнинг суяк бўлақлари орасига тушиб қолиши (мушак, суяк, суяк пўстлоғи); иммoбилизациянинг нотўғри, етарлича бўлмаган ва тез-тез бузилиши;

суяк тўқимаси нуқсони (йўқотиш);
остеосинтезда хатога йўл қўйиш (тўғри келмайдиган материал ишлатиш, у бақувват ва барқарор ҳолатни таъминлай олмайди);
скелетдан тортишда катта юк қўйиш (бўлақларнинг чўзилиб кетиши);

муддатидан олдин даволаш жисмоний тарбияси;
суякнинг синган юзасининг анатомик-физиологик хусусиятлари (синган суякнинг қон билан таъминланиши – сон суяк бўйинчаси, тирсак ўсиғи, қайиқсимон суяк);



57-расм. Хахутов усулида аутопластика.

а – трансплантатларни арралаб олиш; б – трансплантатларни ўрнини алмаштириш.

тўқималарни кўпол шикастлантириш ва жарроҳлик муолажасидан сўнг ёмон иммобилизация қилиш;

травмадан кейинги остеомиелит.

Сохта бўғимлар ҳосил бўлишига мойиллик яратувчи умумий омиллар:

эндокрин касалликлар [диабет, гипопаратиреоз, гиповитаминоз (авитаминоз) аддисон касаллиги];

электролит модда алмашинуви (кальций, фосфор) бузилиши;

юқумли касалликлар;

ўткир ва сурункали артериал етишмовчилик;

нур касаллиги (шу жумладан, рентген нуридан қаттиқ нурланиш);

марказий ва периферик асаб системасининг жароҳатланиши (травма);

Сохта бўғимнинг клиник белгилари қуйидагича тавсифланади: тўлиқ ёки пружинасимон, оғриқсиз суяк бўлаклари орасида ҳаракат пайдо бўлиши – олдинга, орқага ва ён томонларга, атрофдаги мушакларининг атрофияга учраши, айрим ҳолларда оёқ-қўл сегментининг деформацияси ва функционал фаолиятсизлиги.

Рентгенологик сохта бўғимда суяк бўлаклари орасида ёриқликнинг пайдо бўлиши, иликнинг қаттиқ суяк моддаси билан тўлиқ битиши (юпқа қатлам билан битиши), суяк бўлаклари учининг склерози, айрим пайтларда остеопороз ва остеофитлар ҳосил бўлиши.

Сохта бўғимни даволаш. Тавсия этилган бир қатор консерватив усуллар билан даволаш воситаларига (остеогенезни кучайтирувчи дорилар юбориш, магниттерапия, электростимуляция ва ҳоказо) қарамай, асосий даволаш усули жарроҳлик бўлиб қолмоқда. Жарроҳлик усулида асосий ўринни компрессион остеосинтез эгаллайди. Ўчоқдан ташқари компрессион-дистракцион аппарат ёрдамида остеосинтездан фойдаланилса, синган суякни очиш, уни тозалаш ва суяк пластикасини қилиш шарт эмас. Агар сохта бўғимда интрамедуляр остеосинтез қилинса, унда операция учта асосий элементдан иборат бўлиши керак: 1) синган суяк бўлаклари учини тозалаш; 2) бўлақларни тўғри ҳолатда яхши қотириш; 3) суяк пластикаси ёрдамида регенерацияни биологик стимуляция қилиш (яхшиши суяк аутопластикаси).

Жарроҳлик усулида даволашнинг умумий тамойиллари:

1. Жарроҳлик муолажаси яра тўлиқ битганидан сўнг, 6-12 ойдан кейин қилинади (асоратли синишларда).

2. Суякка ёпишган чандиқлар бўлса, уларни кесиб ташлаш ва нуқсонни тери пластикаси билан беркитиш керак. Ўчоқдан ташқари компрессион остеосинтез қилинганда бу икки қонданинг даҳли йўқ.

3. Суяк бўлаклари яхши қуйилиши шарт.

4. Суяк бўлақларининг учларини тозалаш, иликни очиш ва чандиқ тўқималарини кесиб ташлаш шарт.

Сохта бўғимларни даволашда қўлланиладиган усуллардан энг кўп тарқалганлари қуйидагилар ҳисобланади.

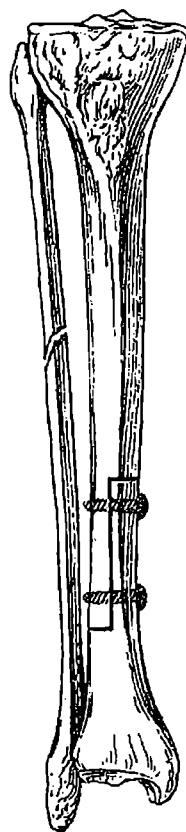
“Рус қулфи” типидаги жарроҳлик муолажаси. Фиброз тўқима кесиб олинади. Дистал ва проксимал суяк учлари арраланиб, 3 см ўлчамда «зинапоясимон» шакл берилади, илик бчилади. “Зинапоя”лар бир-бирига маҳкам ўрнатилганидан сўнг улар бурама мих (шуруп) ёки махсус сим ёрдамида қотирилади (58-расм).

Суяк трансплантатлари воситасида остеосинтез. Суяк ауто-трансплантатлари яхши натижа беради; аллотрансплантат ҳам ишлатилади. Энг кам натижа берадигани ксено-трансплантат ҳисобланади, у сохта бўғимларда умуман ишлатилмайди. Суяк пластикаси жарроҳлик муолажасидан кейин асосий талаб ўрнатилган суяк тўқимаси яхши қотирилган бўлиб, мутлақо қимирламаслиги керак, мушак билан тўлиқ беркитилган бўлиши ва трансплантат тўлиқ қайта тиклангунча иммобилизация ишончли бўлиши керак.

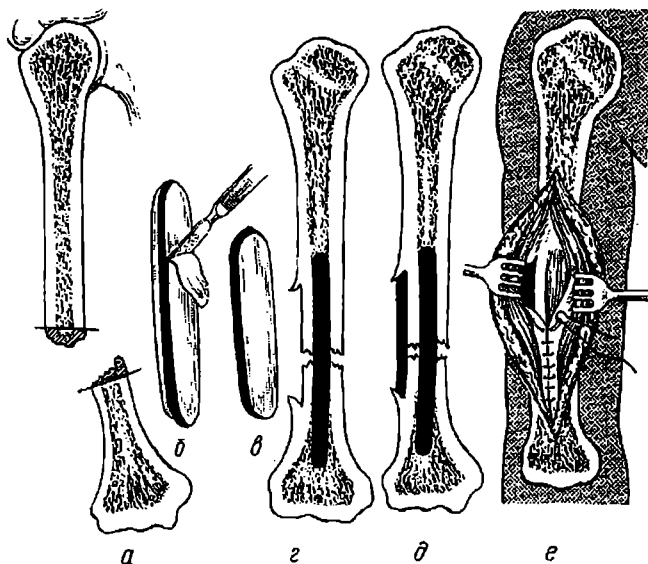
Чаклин жарроҳлик муолажаси ҳам тавсия қилинади — бу экстра- ва интрамедулляр суяк трансплантатларини ўрнатишдан иборат (59-расм).

Сўнгги пайтларда сохта бўғимларни даволашда Гудушаури, Илизаров, Калнберз ва бошқаларнинг компрессион аппаратлари ишлатилмоқда. Аппаратлар ёрдамида суяк бўлақларини бир-бирига тақаб ушлаб туриш билан бирга, суяк пластикаси вариантларини ишлатиш даволашда анча сезиларли ижобий натижалар беради. Катта болдир суягининг сохта бўғимларини ўчоқдан ташқари даволашда компрессион остеосинтез бошқа усулларга нисбатан қўл келади, чунки буни сохта бўғим юзасини очмасдан, ёпиқ усулда бажариш мумкин ва бу усулда остеомиелит билан мураккаблашган яллиғланиш жараёнини ҳам даволаш мумкин. Аппаратда беморлар ўрта ҳисобда 5-8 ой давомида юришади ва бу муддатда суяк битади, оёқни босишга эса 2 ойдан сўнг руҳсат берилади.

Суяк тўқимасини йўқотиш билан кузатиладиган («лиқиллаган бўғим») сохта бўғимларни даволаш анча мураккаб. Бу турдаги сохта бўғим суяклари парчаланиб синганда, бўлақлар ажралиб тушиб, бўлақлар орасида катта диастаз ҳосил бўлади. «Лиқиллаган» сохта бўғимлар ҳосил бўлиши ўта радикал жарроҳлик муолажаси бажарилаётганда, суяк



58-расм. “Рус қулфи” туридаги остеосинтез (чизма).



59-расм. Чаклин усулидаги интра- ва экстрамедулляр суяк пластикаси. *а* – суяк учларини тежамли тозалаш; *б* – интрамедулляр трансплантатдан пўстлоқни олиш; *в* – экстрамедулляр трансплантат (пўстлоғи билан); *г* – интрамедулляр трансплантатнинг иликка ўрнатилиши; *д* – экстрамедулляр трансплантат тайёрланган жойнга қўйилган; *е* – пластика қилинган жой мушаклар билан беркитилган.

бўлақларини олиб ташлаш натижасида, айниқса, ўқ отар қуроёллардан яраланганда ва остеомиелитда секвестрларни олиб ташлашда рўй беради. Бундай ҳолларда рентгенограммада суяк тўқимасининг катта нуқсонни кўриниб, бўлақ учлари ўткирлашган бўлади.

Мушаклар синиқ бўлақлар атрофида склерозга учрайди ва чандиқли ўзгаради. Шунинг натижасида чекка бўғимлардаги ҳаракат қийинлашади.

Бундай ҳолларда даволаш жарроҳлик усулида бўлади. Агар жарроҳлик муолажасининг зарурияти бўлмаса, унда ортопедик аппаратда юришга тўғри келади (ортезлар).

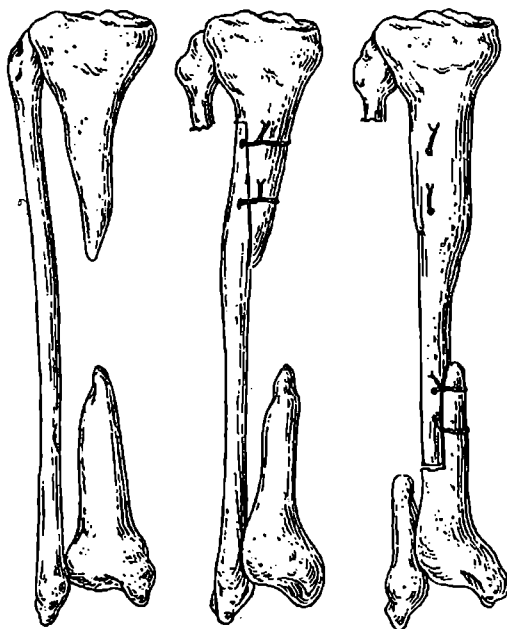
«Лиқиллаган» сохта бўғимларда асосан икки турдаги жарроҳлик муолажаси қўлланилади: суяк пластикаси ва айланиб ўтадиган суяк пластикаси.

Суяк пластикасини кўпинча жарроҳлик муолажаси қилинадиган соҳадаги терини тайёрлангач қилинади. Бу тайёрлаш қуйидагилардан иборат: чандиқли тери ва унинг чуқур қатлами кесиб ташланиб, италян-ча усулда қон томирлари сақланган ҳолда тери пластикаси ба-жарилади. Юмшоқ тўқималарни асосий жарроҳлик муолажасига тайёрлаш (суяк пластикаси) одатда узоқ муддатни (9-12 ҳафта) талаб қилади.

Тери пластикасидан кейин, агар зарурат бўлса, «лиқиллаган» сохта бўғимда жарроҳлик муолажаси ўтказилади: ўзгарган суяк бўлакларининг учлари тозаланеди, фиброз тўқима олиб ташланади, суяк бўлаклари илигига қалин, бақувват суяк трансплантатлари ўрнатилади, ён томонларига қўшимча бир-иккита суяк трансплантатлари қўйилади.

Катта болдир суягида нуқсон бўлса, унда Ган-Гентингтон операцияси бажарилади: кичик болдир суяги кўпинча ўрта қисмида кесилиб, катта болдир суяги юқори ва пастки бўлагига киритилади (60-расм).

Сохта бўғимни даволашда хатоликка йўл қўйиш мумкин. Мураккаб регенерация жараёни бузилганда ҳар доим бир хил даволаш усулини ишлатиш мумкин эмас. Сохта бўғимда металл штифт билан остеосинтез қилиш, интрамедулляр остеосинтезни аллоген ёки ксено суяк билан бажара туриб, экстрамедулляр суяк қўйилмаса, бу асосиз ва хато операция ҳисобланади. Шунингдек, экстрамедулляр суякни қўйишдан олдин суяк бўлакларининг кортикал қавати тозаланмаса, бу ҳам хато ҳисобланади.



60-расм. Ган-Гентингтон усулида катта болдир суяги нуқсонини тўлдириш.

Сохта бўғим юзасида суяк бўлакларини асосиз тўқимадан катта юзада ажратиш мумкин эмас, чунки суяк пўстлогини шикастлантириш унда қон айланишини бузади.

Суякнинг битиши учун асосий шартлардан бири — бу узоқ муддатга суяк бўлакларини ички ва ташқи тахтакачлаш ҳисобланади. Бу қондани бузиш яна сохта бўғим қайталанишига олиб келиб, бунда қайта жарроҳлик муолажасини ўтказишга тўғри келади. «Ёпиқ» сохта бўғимларда жарроҳлик муолажаларининг 85-90% ижобий натижалар беради. Очиқ синиш ва, айниқса, ўқ отар қуролдан яраланишда сохта бўғим ҳосил бўлса, фақат 65-70% беморларда жарроҳлик муолажаси ижобий натижа беради.

6 - б о б. ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРНИНГ ЁПИҚ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

ЛАТ ЕЙИШЛАР

Лат ейиш — тўқималарнинг ёки аъзоларнинг анатомик жиҳатдан бузилмасдан, ёпиқ шикастланиши бу механик травма натижасида келиб чиқади. Лат ейишда тўқималарнинг шикастланиш даражаси ва характери шикастлантирувчи агент турига, кучига ва шикастланган юза сатҳига боғлиқ.

Лат ейишда энг типик ўзгаришлар майда қон томирлар ва лимфа томирлари томонидан бўлади. Қон томирлар шикастланиб, тўқималарга қон қуйилади. Лат ейишда қон қуйилиши турли даражада бўлиши мумкин: кичкина нуқтадан то кўп қон йиғилиб, тўқималараро бўшлиқ — гематомалар пайдо қилади. Гематома ҳажми шикастланган қон томир диаметри ва қон қуйилган тўқималарнинг эластиклигига боғлиқ.

Лат ейишнинг клиник белгиларига оғриқ, шиш, гематома, фаолиятнинг чегараланиши ёки бузилиши киради. Лат ейишдаги оғриқ турли даражада бўлиб, шикастлантирувчи агентнинг характерига, таъсир этган вақтига ҳамда шикастланган аъзо ёки юзанинг анатомик хусусиятларига боғлиқ.

Лат ейишда йирик нерв толаларининг шикастланиши, нерв ва унинг майда толаларининг гематома таъсирида қисилиши оғриқнинг кучайишига олиб келади. Кўл ва оёқ қисмларининг шикастланишида қаерда фасция кам ҳаракатли бўлса, травматик шишнинг кўпайиши оғриқни кучайтириб, чидаб бўлмайдиган даражага олиб келади. Гематома борлиги флюктуация бўйича аниқланади.

Оғир лат ейишларда тери ўз остидаги тўқималаридан кўчади ва уларда қон ва лимфа тўпланади.

Гематомалар терини кўчириши оқибатида некрозга олиб келиши билан бирга инфекцияланиш хавфини туғдиради. Бундай ҳолларда кўл ёки оёқ мушаклар орасида ҳам гематомалар бўлиши мумкинлигини инобатта олиш керак. Шундай қилиб, сон сегменти айлана ҳажмининг 1 см га катталаниши мушаклар орасига 500 мл қон қуйилганидан дарак беради.

Мушаклар орасидаги гематоманинг кўпайиб бориши нервлар ва қон томирларнинг иккиламчи босилишига олиб келади. Билакнинг шикастланиши оқибатида Фолькман контрактурасининг пайдо бўлиши бунга яққол мисол бўла олади.

Лат ейишда шиш пайдо бўлиши юмшоқ тўқималарнинг гематома ва лимфани ўзига сингдириб олиши ёки травматик шишга боғлиқ бўлади. Шишнинг ҳажми шикастланган жойдаги тери ости клетчаткаси миқдорига боғлиқ. Жараённинг динамикасини аниқлаш учун соғлом кўл ёки оёқнинг симметрик сегменти айланасини ўлчаш керак.

БЎҒИМЛАРДАГИ ПАРДА-БОЙЛАМ АППАРАТИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Бўғимларнинг бойлам аппаратининг энг кўп типик шикастланишлари куйидагича фарқланади: чўзилиш, қисман ва тўлиқ шикастланишлар (узилишлар).

Тўқималарнинг чўзилишида бўғим парда-бойлам аппаратининг шикастланиш механизми чиқиш механизмига ўхшайди. Аммо чўзилишда бўғимлар юзаси вақтинчалик бўғим сатҳидан ажралади, ёрдамчи бойламлар қисқа муддатга чўзилиб, яна ўз ҳолига қайтади. Катта куч таъсир қилганда бойламнинг қисман шикастланиши ёки суякка ёпишган еридан узилиб кетиши мумкин.

Парда-бойлам аппаратининг анатомик шикастланиш характеридаги тафовут унинг шикастланиш даражасини белгилайди: парда-бойлам аппаратининг чўзилишидан то тўлиқ бутунлигининг бузилишигача бўлиши мумкин (парданинг йиртилиши, бойламларнинг узилиши).

Парда-бойламнинг энг оғир шикастланишлари одатда чиқишларда кузатилади.

К л и н и к а с и. Парда-бойлам шикастланишининг белгиси бўғим ҳажмини катталашуши, қон ва лимфа қуйилиши билан, бўғимда оғриқ ва фаолиятнинг бузилишидан иборат бўлади. Ўткир оғриқ одатда травма пайтида бўлади, кейин нисбатан тез камаяди ва фақат ҳаракат қилганда безовта қилади. Кўпинча, шикастланиш гемартроз билан кечади. Умуман шикастланиш клиник белгилари лат ейишдагига ўхшайди.

Д и ф ф е р е н ц и а л т а ш х и с л а ш. Дифференциал ташхислаш учун травма механизмини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Парда-бойлам аппаратининг шикастланишида лат ейишдан фарқли равишда шикастланган бойламни чўзганда оғриқ пайдо бўлиши, айрим пайтда бўғимдаги нономал ҳаракат (кейинги белги янги шикастланганда эҳтиётлик билан аниқланиши керак) айниқса муҳим. Шикастланган бойламни чўзганда пайдо бўладиган оғриқ бўғимда анатомик норма доирасида ҳаракат қилганда пайдо бўладиган оғриқдан анча кучлироқ бўлади.

Тўқималарда кенг қон қуйилиши ёки гемартроз кузатилса, бўғим олди ёки бўғим ичида синиш бор-йўқлигини аниқлаш учун бўғимни рентгенография қилиш шарт.

Д а в о л а ш. Бўғим бойламлари чўзилганда ором беришни таъминлаш керак (қисқа муддатга гипс бойлами билан тахтакачлаш ёки қон қуйилиши бўлмаса, юмшоқ тахтакачловчи бойлам кўйиш). Шикастланган бойлам аппаратининг оғригини новокаин яхши қолдиради. Дастлабки суткаларда совуқ кўйиш тавсия қилинади, кейин илиқ муолажалар, УВЧ, ЛФК қилинади.

Бўғим пайларининг шикастланиши, улар бутунлигининг тўлиқ бузилиши билан кузатилади, бу ишончли тахтакачлашни талаб қилади

(ўрама гипс бойлами ёки тугор билан), шикастланган пай томонга қаратиб гиперкоррекция ҳолатида 4-6 ҳафтага гипс бойлами қўйилади. Консерватив усул яхши натижа бермаса, йирик бўғимларнинг шикастланган пайлари жарроҳлик усулида тикланиши керак.

ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРНИНГ УЗОҚ МУДДАТ ЭЗИЛИШ СИНДРОМИ

Юмшоқ тўқималарнинг узоқ эзилиш синдроми (УЭС) – бу ўта оғир травма, юмшоқ тўқималарнинг (кўпинча қўл-оёқлар) катта ҳажмда узоқ эзилиши билан боғлиқ. Бу турдаги травмани турли патогенетик тасвирлаш турлича номланишига олиб келган: токсемик шок, бўшалиш синдроми, гемоглобинурияли нефроз, мажақланиш синдроми, мушакларнинг ишемик некрози, травматик токсикоз, Байуотерс синдроми, юмшоқ тўқималарни узоқ муддатли эзилиши. Кейинги номи деярли травма хусусиятларини аниқроқ ифодалайди, бу атама 1973 йил Москвада УЭС га бағишлаб ўтказилган симпозиумда энг аниқ атама деб қабул қилинган.

Кундалик ҳаётда бу турдаги травма кам учрайди, фавқулодда ҳодисаларда (ер қимирлашида, шахталардаги қулашлар натижасида, урушда) узоқ эзилиш синдроми билан боғлиқ бўлган жароҳатланганлар сони жуда кўп бўлади.

Юзанинг катталигига ва эзилиш муддатининг давомийлигига қараб тўрт шаклдаги кечиши фарқ қилинади: ўта оғир, оғир, ўртача оғирликдаги ва энгил формалари (М.И.Кузин бўйича).

Ўта оғир формаси. Катта ҳажмдаги мушакларнинг (кўпинча иккала оёқ ёки қўллар) 8 соат ва ундан кўпроқ муддатга эзилиб қолиши. Эзилишдан озод қилишнинг биринчи соатларидаёқ кучли шок белгилари бошланади, даволаш оғир, деярли ёрдам бермайди. Шу формадаги узоқ муддатли эзилиш синдроми билан шикастланганлар травманинг 1-2 суткасида оғир юрак қон томирлар ва иккиламчи ўпка фаолияти етишмовчилиги натижасида нобуд бўладилар.

Оғир формаси. Битта оёқ ёки қўлнинг 4-7 соат давомида эзилиши натижасида юзага келади. Клиник белгилари травманинг ҳамма даврларида тўлиқ ва типик бўлади, олигоанурия оралиқ даврида 14-21 сутка давом этади. Бу давр юқори гиперкалиемия билан кузатилади. Сув баланси бузилади, КОС (кислота-ишқор нисбати) бузилиши, кўпинча оғир ўпка фаолиятининг етишмовчилиги билан кечади. Ўлим юқори (50-70%).

Ўртача оғирликдаги формаси. Битта оёқ ёки қўлнинг 4 соатдан ошмаган муддатга эзилиши. Узоқ муддатли эзилиш синдроми анча энгиллашган, артерия қон босимининг тушиб кетиши кузатилмайди, олигоанурия 5 кундан 14 суткагача давом этади. Кўпчилик беморлар шифохонада 2-2,5 ой даволангач, тузалиб кетади. Ўлим 30 % дан ошмайди.

Энгил формаси. Қўл ёки оёқ маълум бир сегментининг 3-4 соат давомида эзилиши натижасида рўй беради. Клиник белгиларида томирлар етишмовчилиги унчалик кучли эмас, олигурия кузатилса ҳам 1-2 суткадан ошмайди ва билинмай ўтиши ҳам мумкин. Бу формаси билан зарарланган ҳамма беморлар тузалади.

Узоқ муддатли эзилиш синдроми патогенезида учта омил учта оғриқ, плазма йўқотиш ва токсемия асосий ролни ўйнайди.

Оғриқ. Узоқ таъсирлантирувчи оғриқ мураккаб нерв – рефлектор ва нейрогуморал реакция чақиради, бу қон томирлар фаолиятининг ўтқир етишмовчилигига олиб келади. Кучли оғриқ, айниқса, узоқ муддатли эзилиш синдромининг бошланғич даврида кузатилади, компрессия ва декомпрессиянинг биринчи соатлари ёки суткаларида шикастланган тўқималарда шиш кўпайганда, қўл ёки оёқ қон томир-нервлари эзилганда кузатилади.

Плазма йўқотиш. Оёқ ёки қўл озод қилинганда ривожланади ва шикастланган тана аъзосида шиш кўпайган сайин плазма йўқотиш кучаяди. Қўл ёки оёқ 4-5 соат компрессия ҳолатида бўлса, айланаётган қон ҳажмининг камайиши 25-50 % плазма йўқотиш ҳисобига бўлади. Плазма йўқотиш қоннинг қуюлишига олиб келади, унинг ивиш системасининг фаоллигини кучайтиради.

Токсемия. Қонга эзилган тўқималарнинг аутолиз маҳсулоти ўтиши билан боғлиқ (миоглобин, калий, фосфор ва бошқалар). Эзилган мушак тўқимаси 75% миоглобин ва фосфорни, 66% калийни йўқотади. Эзилган оёқ ёки қўлдан ўтадиган қонда калий миқдори 10 баробардан кўпроқ, кининлар миқдори ҳам тез кўпаяди.

Бу учала омил (нerv-рефлектор, плазма йўқотиш ва токсемия) ҳамма аъзолар ва организм системаларида кучли патофизиологик ўзгаришлар келиб чиқишига шароит яратади.

Травмага жавобан вегетатив ва эндокрин бошқарилиш фаоллиги ўзгаради. Гипоталам-гипофиз буйрак усти системаси фаоллигининг кучайиши қон томирлар қисилишига олиб келиб, умумий ва аъзолар гемодинамикасини бузади.

Тўқималарда микроциркуляциянинг ўзгариши катта миқдорда қон томирларни кенгайтирувчи моддалар ажралишига олиб келади (серотонин, гистамин). Улар қон томирлар ҳажмини, капиллярлар ўтказувчанлигини ўзгартиради, тромбоцитларнинг адгезивлик хусусиятини кучайтиради, яъни микроциркуляцияни ёмонлашишига қўшимча шароит яратади. Бу, ўз навбатида, марказий гемодинамикага таъсирини кўрсатади, шундай қилиб қон айланиш системасида «ноилож аҳвол» вужудга келади.

Гемодинамиканинг клиник кўриниши гиповолемия белгилари, қон босимининг пасайиши, пульснинг тезлашиши, марказий вена босимининг пасайиши билан кузатилади. Гипоксия жигар ва буйрақлар функционал қобилиятининг сусайишига олиб келади. Узоқ муддат

эзилиш синдроми бошланғич даврида буйрақлар функциясининг бузилиши оғриқ таъсирига жавобан марказий гемодинамиканинг умумий бузилишига, буйрақларда қон айланишининг камайишига олиб келади. Кейинчалик функциянинг бузилишига қўшимча омиллардан буйрақ каналчаларининг миоглобин билан беркилиб қолиши ҳисобланади.

Буйрақ фаолиятининг ўткир етишмовчилиги асосий клиник кўринишларидан ҳисобланади.

Клиникаси. Юмшоқ тўқималарнинг УЭС клиник ўтишини уч даврга ажратиш мумкин: эрта, оралиқ ва кечиккан даврлар.

Эрта даври. Жароҳатлангандан кейин дастлабки уч кунда гемодинамик ўзгаришлар яққол кўринади. Дарҳол тўқималар эзилиши баргараф этилгандан сўнг жароҳатлангanning аҳволи енгиллашади. Уни жароҳатланган қўл ёки оёқдаги оғриқ ва ҳаракатнинг чегараланганлиги безовта қилади. Гемодинамик ўзгаришлар бошланғич даврда унчалик ривожланмайди, жароҳатланган қўл ёки оёқ оқимтир ёки кўкимтир тусга киради, кучлироқ эзилган жойларда ўйдим-чуқур, қон талашган жойлар кўринади, томир уриши сустлашган.

Бир неча соатдан сўнг шиш пайдо бўлиб, у кўпая боради. Оёқ-қўлнинг ҳажми катталашиб қолади. Шиш жароҳатланмаган жойларга ҳам ёйилади. Аввалги эзилган ўйдим-чуқур жойлар силлиқланади, кўпрок эзилган жойларда қонли жароҳатлар пайдо бўлади. Жароҳатланган қўл-оёқнинг дистал тарафида томир уриши секинлашади. Оёқ-қўлни силаганда совуқ, фаол ҳаракатлар чегараланган ёки йўқ, пассив ҳаракатда эса жуда қаттиқ оғриқ пайдо бўлади. Юзаки ва чуқур сезувчанлик бузилади.

Маҳаллий ҳодисалар кучайиши билан беморнинг умумий аҳволи ёмонлаша боради. Артериал босими пасаяди. Кўзғалиш, эйфория ланжлик, атрофдагиларга бефарқлик билан алмашинади. Беморни ҳолдан тойиш, бош айланиши, кўнгил айнаиши безовта қилади. Бемор ҳушида, онги сақланган. Териси кул ранг, ёпишқоқ тер қоплаган, оёқ-қўллари совуқ. Тана ҳарорати пасайган. Самарали даволаш ишлари ўтказилмаса, бемор 1-2 суткада, ўта оғир гемодинамик ўзгаришларда эса дастлабки соатларда оламдан ўтади.

Буйрақлар функцияси тез бузилади: соатбай диурез критик ҳолатга яқин, кўпинча, соатига 30 мл дан кам миқдорни ташкил қилади. Гемодинамиканинг нормаллашиши кўпинча диурезни купайтирмайди. Травмадан кейин биринчи 10-12 соатда йиғилган сийдик, лаксимон қизил рангга эга бўлади, реакцияси ўта нордон, нисбий зичлиги юқори, оқсил 9-12% га етади.

Микроскопик сийдик чўкмасида гематин кристаллари кўринади. Цилиндрларнинг ҳамма тури, айрим пайтларда эса, қон детритлари намоён бўлади.

Қонда қуюқлашиш белгилари пайдо бўлади (гематокрит, гемоглобин кўпаяди ва эритроцитлар сони ошади), оқсил фракциялар нисбати ўзгаради, ивиш ва фибринолитик хусусиятининг бузилиши кучаяди, тромбоцитопения кузатилади.

Агар жабрланган гемодинамик бузилишларини енгиб кета олса ва илк даврдан ўтса, УЭС иккинчи, оралиқ даврга ўтади.

Оралиқ давр. Оралиқ давр травмадан кейин 2-3 сутка ўтгач ривожланади, ўткир буйрак етишмовчилиги клиник белгилари аста-секин ривожлана боради. Оралиқ даврга олигоанурия босқичи ва диурезнинг тикланиши тўғри келади. Аввалига гемодинамик бузилишлар бартараф қилинган, жабрланганнинг умумий аҳволи анча яхшиланади. Шикастланган оёқ ёки қўлнинг оғриғи анча пасаяди. Кучли компрессия бўлган юзаларда тери жонсизланади ва кўчади (эзилиш оқибатидаги некроз). Пайдо бўлган яралардан ўлган мушаклар бўртиб чиқади, кўриниши қайнаган гўштга ўхшайди.

Умумий қон босими кўтарилишга мойил бўлиб, томир уриши тезлашади. Юзаки қараганда жароҳатланганнинг умумий аҳволи хатарлига ўхшамайди. Лекин 1-2 кеча-кундуздан кейин буйрақларнинг ўткир етишмовчилик белгилари тобора ўсиб боради. 5-6-кунларда буйрақлар ажратадиган сийдик миқдорининг ўта камайиши — уремия (азот чиқиндиларининг организмда тўпланиб қолиши) синдроми ривожланишининг белгиси бўлади: сув-туз балансининг ўзгариши, КОС ва оғир гиперазотемия кўшилади. Уремия синдромининг тўлатўкис ривожланиши қон зардобиди калий тузининг 7-10 ммоль кўтарилиши (гиперкалиемия) билан белгиланади. Бунинг оқибатида ЭКГда ўзгаришлар бўлиб, атрио-вентиккуляр блокадагача боради. Ҳарорат қандай бўлишидан қатъий назар, яққол брадикардия (пульс минутига 50-40 та) кузатилади. 5-7-кунли олигоанурияга оғир ўпка етишмовчилиги кўшилади. Нафас етишмовчилиги бутун олигоанурия даврида ва биринчи 5-6 суткада — диурез тиклангунча сақланади. Олигоанурия муддати 3 кундан то 3 ҳафтагача кузатилади.

Декомпенсациялашган метаболик ацидоз, гиперкалиемия, гиперфосфотемия, гипокальциемия ва рўй-рост юзага чиққан камқонлик бошланади.

Сийдик ажралишининг кўпайиши (1500 мл гача ва бундан юқори), тез-тез сийиш (полиурия) натижасида 5-7-кундан бошлаб қонда мочевина камая боради, КОС — кислота-ишқор нисбати нормаллашади. Сув-туз алмашинувининг бузилиши яна 2-3 ҳафтага чўзилади.

Кечиккан давр. Кечиккан давр жароҳатлангандан бир ойдан кейин бошланиб, буйрак фаолиятининг ўткир етишмовчилиги тугаш вақтига тўғри келади. Бу даврда жароҳатланган жойдаги ўзгаришлар устунлиги ва буйрақлар фаолиятининг тикланиши кўринади. Жароҳатланганларнинг умумий аҳволи ўргача, тана ҳарорати нормаллашади. Шиш, оғриқ камаяди ва ойнинг охирида бутунлай йўқолади. Эзилган этлар

(мушаклар) фаолияти бутунлай тикланмайди. Ўлган мушак толалари ўрнини бириктирувчи тўқима эгаллайди, бу ҳолат кўп кишиларда атрофияга олиб келади. Баъзида тўқималарда некроз (тўқималарнинг ўлиши) бўлиб, иккиламчи инфекция кўшилиши натижасида сепсис (инфекциянинг қонга ўтиши) ва бошқа оғир асоратларга сабаб бўлади.

Д а в о л а ш. УЭС – узоқ эзилиш синдроми сабабларининг турлича бўлишини назарда тутиб, уни даволаш келиб чиқиш сабабларига (патогенезига) асосланган бўлиши керак. УЭС нинг эрта даврида даволаш асосан оғриқни қолдириш, қон зардоби йўқотилишини камайтириш, гиповолемиянинг олдини олиш, майда қон томирларида қон айланишини яхшилаш (микроциркуляция), буйрак фаолиятининг ўткир етишмовчилигини бартараф қилишга қаратилган бўлиши керак. Фалокат юз берган жойнинг ўзидаёқ оёқ ёки қўлни бўшатишдан кейин жароҳатланган (эзилган) жойнинг юқорироғидан жгут (қон тўхтатувчи боғлам) билан боғланади. Қўл ёки оёқ бўшатишдан заҳотиёқ бармоқ учидан то човгача чўзилувчан бинт ёки докадан босиб турувчи боғлам қўйилади.

Оғриқни камайтириш учун тери остига 1 мл 1-2% промедол ёки морфий юборилади.

Ҳамма ҳолатларда жабрланганни транспортда жўнатиш учун қулай ҳолат танланиб, жароҳатланган оёқни совуқ ёки музли идишчалар билан ўралади.

Шифокор тезда А.В.Вишневский усули бўйича новокаин билан паранефрал ва жароҳатланган қўл ёки оёқни новокаинли футляр блокада қилиши керак.

Қон томирига суяқ моддаларни юбориш учун (инфузия) ўмров ости венасига найча қўйилади (катетер). Глюкоза ва новокаин аралашмаси, реополиглюкин, қон зардоби, маннит, желатин эритмаси, натрий гидрокарбонат, вазопрессорлар ва витаминлар қўйилади. Суткасига умумий қўйиладиган суяқликлар миқдори йўқотилган суяқлик миқдоридан 500-600 мл га кўп бўлиши керак (ўртача 3-4 литр қўйилади). Эзилган жойларни совутиш давом эттирилади. Жароҳат асоратларининг олдини олиш учун кенг доирада таъсир этувчи антибиотиклар қўлланилади.

Суяқликлар қўйилиб туришига қарамай, гемодинамика яхшилан-маса, стероид гормонлар қўлланилади: преднизолон 1 кг тана оғирли-гига 1-3 мг/кг ҳисобида юборилади, кейинги соатларда ҳар 4-6 соатда юқоридаги дозанинг ярми юборилади (0,5-1,5 мг/кг).

Юрак фаолиятининг ритми бузилишига сабаб бўлувчи олигоанурия ва гиперкалиемия ҳолатлари пайдо бўлса, жароҳатлаганни тезда махсус бўлимларга кўчириш керак (нефрологик реанимация бўлимига).

Оралик даврда УЭС олигоанурия, азотемия ҳолатлари билан сақ-ланиб турса, то умумий аҳволи ва лаборатория кўрсаткичлари нормал-лангунча гемодиализ давом эттирилади.

Олигоануриядан кейин полиурия бошланади. Касалда гипергидратация ҳолати ва шиш бўлса, шишлар қайтгунча қуйиладиган суяқликлар миқдори, ажратилган сийдик миқдоридан 400-500 мл га кам бўлиши керак.

Оралиқ даврда буйрақлар ва жигар фаолиятини тиклашга қаратилган даводан ташқари, шикастланган тўқималарда умумий модда алмашинуви ва метаболизмни сусайтириш керак, чунки жигар ва буйрақларнинг чегараланган имкониятларига мос келиши керак. Катаболизмни секинлаштириш учун анаболик гормон юбориш керак. Анемияга қарши курашиш мақсадида ва ҳимоя кучларини қувватлаш учун қон қуйиш зарур (яخشиси тўғридан-тўғри).

Асоратларда маҳаллий даволашни шикастланган қўл ёки оёқнинг фаолиятини тиклашга қаратиш керак. Агар УЭС суяқларнинг синиши билан кечса, умумий даволаш билан бир қаторда травматик муолажаларни қилмаган маъқул. Кечиккан даврда анемия, юқумли касалликлар ва бошқа асоратлари ҳамда оқибатлари билан курашиш керак.

7 - б о б. ПАЙЛАРНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Пайларнинг шикастланиши ёпиқ ва очиқ турда бўлиши мумкин. Ёпиқ жароҳатланиш, яъни терининг жароҳатланмаслиги, тери остидаги жароҳат дейилади. Бу йиртилишлар ёзувчи пайларга хос бўлади.

Пайларнинг тери остида йиртилиши мушакларнинг бирданига тез қисқариши ёки тўмтоқ жисм билан урилганда бўлади.

Очиқ жароҳатланиш, кўпинча, кесилган ёки чопилган яраларда кузатилади. Бундай ҳолларда жароҳатланган пай билан бир қаторда суяқлар, қон томирлар ва нервларнинг шикастланиши кузатилади.

Пай тўлиқ жароҳатланганда унинг мушакка ёпишган учлари мушаклар бўйлаб қисқаради. Вақт-соати билан жароҳатланган пай усти қалинлашади, кўпинча, пай қини билан ёпишган бўлади.

Пайларнинг жароҳатланишига ташхис, шунга тааллуқли мушак фаолиятининг бузилиши ва шу юзадаги деформацияга асосланиб қўйилади. Масалан, қўл бармоқлари чуқур пайининг кесилишида тирноқ фалангасининг актив букилиши йўқолади.

Агар юзаки ва чуқур пайлар жароҳатланса, унда ўрта ва тирноқ фалангаларини актив букиб бўлмайди. Аммо бармоқлар кафт-фаланга бўғимида букилади, бу чувалчангсимон ва суяқлараро мушаклар ҳисобидан амалга ошади. Ёзувчи пайлар жароҳатланганда тирноқ фалангасининг актив ёзилиши чегараланади ёки умуман ёзилмайди; бунда бармоқ «тўқмоқсимон» шаклни олади (61-расм).



61-расм. II бармоқ ёзувчи пайи шикастланганда панжанинг кўриниши.

Пайлар тўлиқ жароҳатланганда жарроҳлик йўли билан тикланади. Тикланганда пайни ўз жойига ёки янги жойга — суякка тикилади ёки пай пластикаси (тендопластика) бажарилади. Тактика жароҳатланган пайнинг жойлашуви, травмадан кейин ўтган вақтга қараб белгиланади. Кўпинча пайлар уланиб тикилади.

ПАЙГА ҚЎЙИЛАДИГАН ЧОКЛАРНИНГ ТУРЛАРИ

Пайга қўйиладиган чоклар қуйидаги талабларга жавоб бериши керак:

- оддий ва тез бажариладиган;
- пай учларини ташқи шароитга мослашган ҳолда мустаҳкам ушлаб,
- пайнинг титилиб кетишидан асраши керак;
- пай қинидаги силжиш (ҳаракат) учун халақит бермаслиги;
- пайнинг қон билан таъминланишининг бузилиши жуда сезиларсиз бўлиши.

Қўл бармоқларининг пай қинлари соҳасига қўйиладиган чокларга талаб кўпроқ бўлади. Баъзи жарроҳларнинг иборасича, бу жойларни «ўлик» ёки қалтис зона деб аталади, чунки бу зонадаги пайларга чок қўйиш энг ёмон натижалар беради.

Букувчи пайларга қўйиладиган чоклар уч гуруҳга бўлинади: 1) кесилган учлари бир-бирига тўғри қўйилган, олинмайдиган устун ичидаги пай чоклари; 2) проксимал чеклантирувчи чок ва пайни тери остида қотириб ушлаш; 3) пайлардан олиб ташланадиган чоклар.

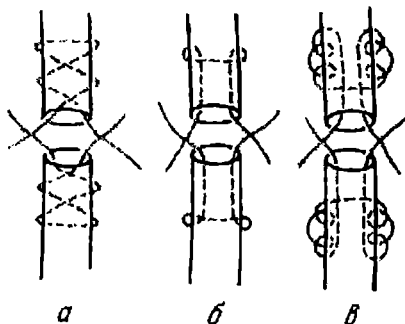
Устун ичидаги олиб ташланмайдиган адаптацияловчи пай чоклари (62-расм).

Бу ҳолларда чокларнинг деярли ҳаммаси пай ичидан ўтади. Чок қўйиш учун капрон, лавсан ва ипакдан тайёрланган иплар қўлланилади.

Чок қўйиш учун атравматик игналардан фойдаланилади.

Кюнео (62-расм, а) чоки мустаҳкамлиги билан ажралиб туради. Бу чокнинг асосий етишмовчилиги шундаки, у пайнинг қон билан таъминланишини бузади, натижада регенерацияга (қайта тикланишига) халақит беради.

Розовнинг таклифи билан ўзгартирилган устун ичи чоки анча қулайдир (62-расм, б). Ипни пай ичидан кўндаланг ўтказилади. Кейин қўшимча игна



62-расм. Олинмайдиган устун ичи пай чоклари.

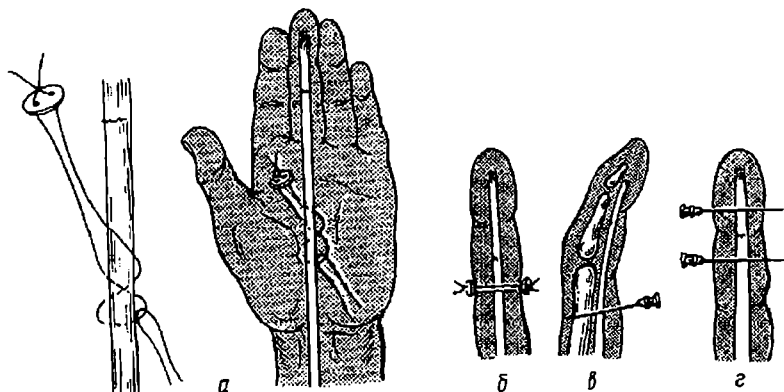
а — Кюнео чоки; б — модификация қилинган Розов чоки; в — Казаков чоки.

Ўтказиш орқали ипнинг иккала учи пай тўқималарига параллел қилиб ўтказилади. Пайнинг кейинги бўлагидан иккинчи ипни ҳам худди шундай ўтказилади ва боғланади. Розов чоки жароҳатланган жойнинг ҳар иккала учининг қон билан таъминланишига халақит бермайди ва ташқи муҳитга тез мослашади. Бироқ бу чок оғирликка чидамсиз бўлиб, осон ботади, шунинг учун бу чокни чеклантирувчи чок билан бирга тикиш керак.

Проксимал чеклантирувчи ва ташқаридан қотириб қўювчи чоклар. Проксимал чеклантирувчи чокларнинг моҳияти — мушаклар тортилишини вақтинчалик компенсация қилиш ва пай жароҳатлаган жойни тортилишдан то битгунча ҳимоя қилиш. Проксимал чеклантирувчи чокларни пай жароҳатидан четга, пай мушак билан ёпишиб турган қисмига қўйилиб, пай битгач олиб ташланади. Беннел бўйича чеклантирувчи тортувчи чок пайнинг проксимал қисмидан (мушак билан ўралган қисмидан) ўтказилади. Кейин чокни олиб ташлаш учун у қўшимча ип билан қотирилади ва теридан проксимал қисмга чиқарилади. Чок иплари тери орқали дистал томонга чиқарилади. Бу ерда чок иплари тугма орқали пайнинг проксимал қисмини тортган ҳолда қотирилади (боғланади). Жароҳатланган пай битгач, чеклантирувчи чок тугмадан кесиб, проксимал қисмидан ўтказилган қўшимча ип ёрдамида тортиб олинади (63-расм, а).

Пугачев усулида чеклантирувчи, тортиб турувчи чок проксимал мушак билан ўралган қисмдан кўндаланг ўтказилади. Иплар учи терига икки томонга четга чиқарилади ва тугмалар ёрдамида қотирилади (63-расм, б).

Тери устидан қотириш — пайни вақтинчалик юмшоқ тўқима ёки суяк орқали боғлаш, бу ҳам чеклантирувчи чок вазифасини ўтайди. Бунга Бстех трансфиксацияси мисол бўла олади (63-расм, в), бунда



63-расм. Беннел усулидаги проксимал ушлаб турувчи чок (а), Пугачев усули (б), Бстех (в) ва Вреден (д) бўйича пайларни трансфиксациялаш.

инъекцион игна ёрдамида пай тери орқали проксимал қисмдан суякка қотирилади. Шу билан пайнинг узилган ерига юк тушмайди ва чўзилмаган ҳолатда бўш туради. Вреден усулида трансфиксация қилинганда (63-расм, г) чокнинг таранглашишини иккита игна ёрдамида бартараф қилинади, бунда игналар жароҳатланган пайнинг икки томонидан тери ва пайлардан ўтказилади.

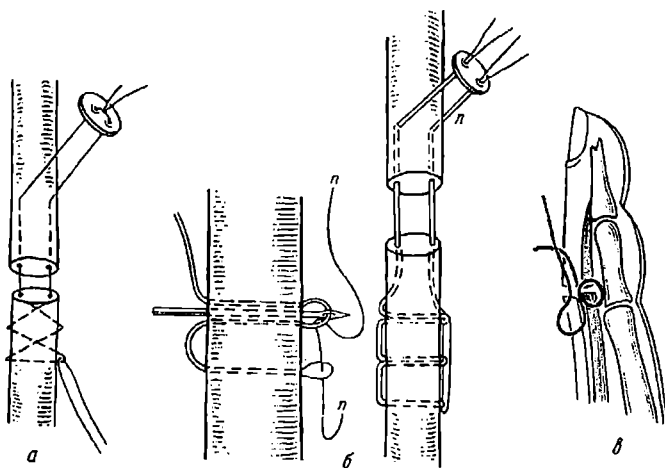
Проксимал чеклантирувчи ва трансфиксациялар одатда пайларнинг кесилган учларига қўйилган адаптацияловчи чокларга қўшимча ҳисобланади.

Олиб ташланувчи (тортиб олинувчи) пай чоклари. Булар шундай чокларки, у кесилган пай учларига қўйилиб, битгач суғуриб ташланади. Олиб ташланадиган чоклар адаптация қилувчи ва чеклантирувчи чоклар функциясини бажаради. Олиб ташланувчи чоклар ингичка сим ёки синтетик иплар ёрдамида қўйилади.

Беннел усулида пайларга қўйиладиган, олиб ташланадиган чок (64-расм, а) сим ип аввал пайнинг марказий бўлагидан ўтказилади, бу Кюнео усулига ўхшаш. Кейин иплар марказий қисмдан дистал қисмга ва унинг толасига параллел бир-бирдан маълум масофада ўтади. Ипларнинг учларини дистал қисмда тери устига чиқарилади ва тугма ушлагичга боғланади. Мушакнинг тортилиши фақат тугмага таъсир қилади, чоклар эса таранглашмайди.

Чокнинг марказий тугунидан уни тортиш учун ип ўтказилади ва тери юзасига проксимал йўналишда чиқарилади. Жароҳат битгач, чок тугмадан кесилади ва проксимал қисмдан тери юзасига чиқарилган ип орқали тортилади.

Кошнинг олиб ташланадиган чоки (64-расм, б) шундай қўйиладики, ҳар бир тортилган ҳалқа тикув игнаси билан пайнинг марказий учидан ўтказилиб, қўшимча ип ўтказган ҳолда қотирилади (п). Пайнинг



64-расм.
Олиб ташланадиган (тортиб олиннадиган) пай чоклари.
а — Беннел чоки; б — Кош чоки; в — «8» симон чок; п — ип.

проксимал қисмидан иплар дистал қисмга бир-бирига параллел ўтказилади ва тери юзасига чиқарилади. Бу ерда уни тугма ушлагичга қотирилади.

Чокни олиб ташлашда дастлаб «п» — ипи тортиб олинади.

Ҳозирги пайтда кўпинча олиб ташланадиган ёки адаптация қилувчи ва чеклантирувчи чоклар биргаликда ишлатилади.

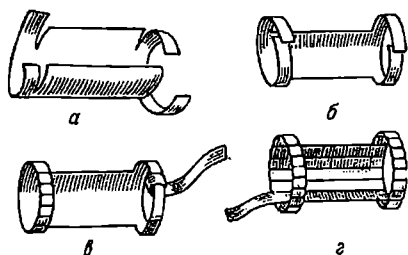
ҚЎЛ БАРМОҚЛАРИ ПАЙЛАРИНИ ТИКЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Букувчи чуқур пайнинг тирноқ фалангасига ёпишадиган ерига яқин жойидан жароҳатланиши. Бу ҳолда пайни тиклаш мақсадга мувофиқ эмас. Пайнинг дистал қисми олиб ташланади ва марказий қисми тирноқ фалангасига тикилади. Чуқур букувчи пайнинг чекланган жароҳатланишида маълум ҳолларда тикилмагани маъқул. Бундай ҳолларда дистал фалангалараро бўғимда тенодез қилинади ёки пайни (пайнинг дистал бўлагини ўрта фаланга суягига қотириб қўйилади) тирноқ фалангаси букилган ҳолда тенодез қилинади.

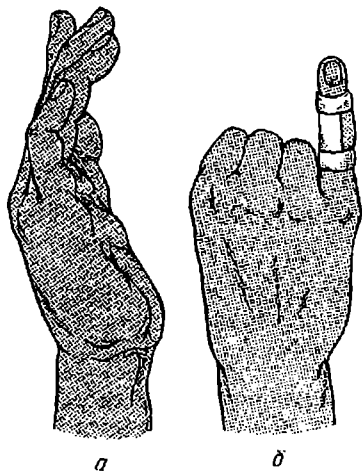
Иккала букувчи пайларнинг бармоққини чегарасида жароҳатланиши. Юзаки букувчи пай кесиб ташланади, чуқур пай эса тикилади. Кафт, кафт олди зонасида ва билак соҳасида иккала жароҳатланган пайлар тикилади. Бармоқларнинг букувчи пайлари тикилгач, кафт-билак орқа томонидан тирсаккача гипс лонгетаси бармоқларнинг ўртача букилган ҳолатида қўйилади. Жарроҳлик муолажасидан кейин пассив ҳаракат 7 суткадан илгари бошланмайди, актив ҳаракат эса 3 ҳафтадан кейин бошланади. Агар чеклантирувчи чок қўйилган бўлса, уни олгач актив ҳаракат бошланади.

Қўл бармоқлари ёзувчи пайларнинг жароҳатланиши. Ёпиқ (тери шикастланмага!) ва очиқ бўлиши мумкин. Кўпинча ёпиқ шикастланиш дистал фалангалараро бўғимида бўлади. Бундай ҳолларда травмадан 10 кундан қўл вақт ўтмаган бўлса, консерватив усулда даволанади. Бармоқнинг тирноқ фалангасини максимал ёзган ҳолда гипс боғлами ёки Розов шинаси қўйилади (65-66-расмлар). Гипс боғлами ёки шинани тери орқали кегай билан қотиришни тирноқ фалангаси бўғими орқали ўрта фалангага ўтказишни биргаликда бажариш мақсадга мувофиқ бўлади. Иммобилизация 3-4 ҳафта давом этади. Кейин кегай олиб ташланади ва бўғимларда актив ҳаракат бошланади. Агар гипс боғлами ёки шина ишлатилса ва кегай билан қотирилмаса, иммобилизация муддати 6-8 ҳафтага чўзилади. Консерватив усул натижа бермаса, унда жарроҳлик усули ишлатилади — пай-апоневротик чўзилмалар маҳаллий тўқималар ёрдамида пластика қилинади.

Бошқа ҳолларда ёзувчи пайлар ёпиқ ёки очиқ шикастланганида жарроҳлик усули қўл келади. Йиртилган пайга саккизсимон олиб



65-расм. Розов шинаси.
a - *б* - *в* - 0,2-0,3 мм ли латун пластинкасидан шина тайёрлаш босқичлари, ўлчови 4,5x8 см; *г* - тайёр пластинка энсиз пластир тасмачалари билан ўралган.



66-расм. Ўрта фаланга ёки дистал фалангалараро бўғимларда ёзувчи пайнинг шикастланиши бармоқнинг тўқмоқсимон деформациясига олиб келади (*a*), Розов шинасини қўйиш (*б*).

ташланадиган чок (64-расм, в), адаптация қиладиган олинмайдиган ёки (ёпиқ шикастланганда) дубликатура шаклида қўйилади. Ёзувчи пайга қўйилган адаптация чокка тушадиган юк мушаклар қисқаришига боғлиқ бўлиб, букувчи пайлар чокига тушадиган юкдан анчагина кам ҳисобланади. Шунинг учун ёзувчи пайларга қўйиладиган адаптация қилувчи чокларга қўшимча чегараланувчи чоклар қўйилмайди. Жарроҳлик муолажасидан кейин 3 ҳафтага қафт томондан гипс боғлами қўйилди.

ЕЛКАНИНГ ИККИ БОШЛИ МУШАК ПАЙНИНГ ЖАРОҲАТЛАНИШИ

Елканинг икки бошли мушак пайнинг очиқ жароҳатланиши кесилган ва чопилган яраларда кузатилади, одатда, бошқа жароҳатлар билан биргаликда кузатилади (мушак, томирлар, нервлар ва суяклар жароҳати билан). Жароҳатланганга бирламчи жарроҳлик ишлови берилганда олиб ташланмайдиган бирор адаптация чок қўйилади. Жарроҳлик муолажасидан кейин гипс боғлами соғлом елка камаридан то жароҳатланган қўлнинг билак-қафт бўғимигача

қўйилади ёки Вельпо боғламига ўхшаш юмшоқ боғлам 3-4 ҳафтага қўйилади. Агар пай билан бирга суяклар ҳам синган бўлса, унда иммобилизация муддати синган суякни даволашга қараб белгиланади.

Тўмтоқ жисм таъсирида бўладиган травмада икки бошли мушак пайи кам шикастланади. Ёпиқ шикастланиш мушак қисқа муддатга қаттиқ таранглашганда бўлади. Кўпинча, пайнинг узун бошчаси йиртилиб кетади. Бунда ёшларда пай куракка ёпишган жойдан йиртилади, кексаларда пайда кузатиладиган дегенератив жараён асосида

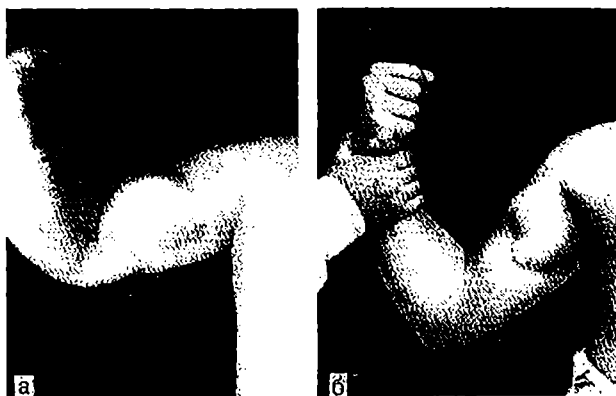
елка дўмбоқлар орасида йиртилади. Икки бошли мушакнинг дистал қисми камдан-кам йиртилади.

К л и н и к а с и. Тери ости пайининг йиртилиши бирданига ўтқир оғриқ билан кузатилади. Дастлабки 2 суткада терида қонталаш бўлади. Билак актив букилиши мумкин, аммо бу анча оғриқ билан кечади. Қисқарган мушак ўрнидан қўзғалади, суякка ёпишган – қолган қисми тери остидан ўсмасимон шишга ўхшаб қолади (67-расм). Пайнинг узун бошчаси йиртилса, ўсмасимон шиш пастки қисмида аниқланади ва устида ботиқ жой пайдо бўлади. Агар пайнинг дистал қисми йиртилса, аксинча, шиш елканинг юқори қисмида пайдо бўлади ва остида ботиқлик пайдо бўлади. Актив ҳаракат қаршилиқ билан қилинганда деформация бирмунча аниқ кўринади.

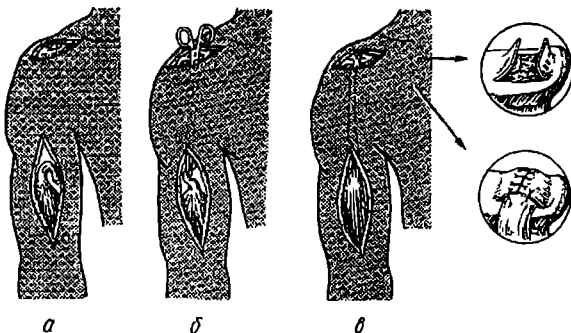
Д а в о л а ш. Елканинг икки бошли мушак пайи йиртилганда одатда жарроҳлик усулида даволанади.

Пайнинг узун бошчаси шикастланганда, уни елка думбоқчалари орасига суякка тикиб қўйиш энг оддий усулдир. Аммо ёшларда шикастланган пайни Лавров усулида куракнинг акромиал ўсиғига тикиб қўйиш мақсадга мувофиқдир (68-расм). Жарроҳлик муолажасидан кейин 2 ҳафтага Дезо боғлами қўйилади, кейин яна 2 ҳафтага қўл қийиқчага осиб қўйилади.

67-расм. Елка икки бошли мушагининг узун бошча пайи шикастланганда деформация (а) ва дистал пайи шикастлангандаги ҳолати (б).



68-расм. Лавров усулида елка икки бошли мушаги узун бошча пайининг куракнинг акромиал ўсиғига қотирилиши. а – кесим; б – мушак пайини тортиш; в – пайни қотириш.



Агар икки бошли мушакнинг дистал пайи йиртилса, унда учларига тугунли чок қўйилади ёки пайнинг марказий бўлаги билак суягига тикилади. Жарроҳлик муолажасидан кейин елка бўғимидан то билак-кафт бўғимигача гипс боғлами, билак 90° га букилган ҳолатда 4-6 ҳафтага қўйилади.

Кекса беморларда айрим пайтларда жарроҳлик усули қўлланилмайди. Бундай ҳолларда қўлнинг кучини тиклашга зарурат бўлмаса, унда иммобилизация қийиқча билан бажарилиб, ўткир оғриқ қолгунча (2 ҳафтага яқин) сақланади ва физиотерапевтик даволаш олиб борилади.

ТОВОН ПАЙНИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Товон пайининг (Ахилл пайи) йиртилиши очиқ ва ёпиқ бўлиши мумкин. Кейинги ҳолда йиртилиш болдир мушагининг бирданига ва қаттиқ қисқариши натижасида рўй беради ва бунда анчагина пай толаларининг узилган учлари титилиб кетади.

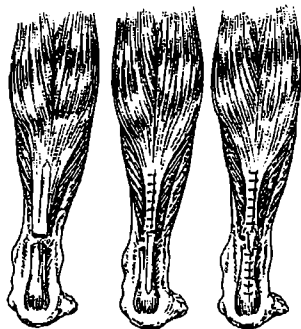
К л и н и к а с и. Қадам қўйиш бузилади ва оёқ панжасининг пастга босиш кучи жуда камаяди. Бемор шикастланган оёқ панжасида товонини кўтарган ҳолатда туролмайди. Кўздан кечирилганда ва пай-пасланганда товон пайи юзасида, соғлом томонига нисбатан пайнинг таранглашиши сусайиб, ботиқлик аниқлади (69-расм), товон пастга босилганда панжанинги қаршилиқ кўрсатиши, янада яққолроқ кўринади.

Д а в о л а ш. Пай тўлиқ йиртилганда жарроҳлик усули ишлатилади. Очиқ жароҳатланганда нуқсон бўлмаса ва толалари титилиб кетмаган бўлса, жароҳатланган пай учлари бир-бирига тўғри келтирилиб, Кюнео чоки қўйилади ва унга қўшимча тугунли ва П-симон чоклар қўйилади. Ёпиқ жароҳатланишларда пайда нуқсонлар ёки эзилиш кузатилса, Чернавский усулида пай аутопластикаси бажарилади. Жарроҳлик

муолажаси қўйидагича бажарилади: пайнинг дистал учи-га проксимал учи билан боғлиқ бўлган алоқадор болдир мушак апоневрозининг тилсимон лахтаги тикилади (70-расм). Жарроҳлик муолажасидан кейин соннинг ўртасидан то бармоқлар учигача панжа пастга букилган ҳолатда гипс



69-расм. Чап товон пайи юзаси тери остида узилганда ҳосил бўлган ботиқлик.



70-расм. Товон пайини Чернавский усулида пластика қилиш.

боғлами қўйилади. Уч ҳафтадан кейин панжа нормал ҳолатга келтирилади ва шу ҳолатда болдирнинг учдан бир юқори қисмидан оёқ бармоқларигача гипс боғлами қўйилади. Имобилизациянинг умумий муддати 8 ҳафта.

8 - б о б. МУШАКЛАРНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Мушаклар шикастланганда очиқ ҳамда ёпиқ жароҳатлар бўлиши мумкин. Очиқ шикастланган мушаклар ташхиси қийин эмас: биринчи кўришдаёқ ва жароҳат бирламчи тозаланганда мушаклар бутунлигининг бузилганлиги кўзга ташланади; шу вақтнинг ўзидаёқ улар тикилади. Мушаклар алоҳида П-симон ва тугунли чоклар билан тикилади. Жарроҳлик ёрдамидан сўнг узилган учларни бир-бирига яқинлаштириб, гипс боғлами билан ҳаракатсизлантирилади.

Мушаклар ёпиқ жароҳатланганда уларга ташхис қўйиш қийинроқ кечади: ёпиқ жароҳатланиш тўғридан-тўғри зарбдан ёки мушакларнинг кучли тортилиши сабабли бўлади. Мушакларнинг узилиши асосан мушак қоринчасида ёки пайга ўтиш қисмида бўлади. Мушак тўқимасида 30 ёшдан ошган одамларда рўй берадиган дегенератив ўзгаришлар бунга имкон яратади. Фаолият йўқолади ёки анча камаяди. Мушакнинг йиртилган жойида ботиқлик ва тери ости гематомаси кузатилади. Қўлда кўпинча икки бошли, курак қирраси усти, уч бошли елка мушаклари ва билак мушаклари, оёқда эса болдир ва тўрт бошли мушаклар шикастланади. Аммо амалиётда турли хил мушакларнинг йиртилиши кузатилади: қорин (тўғри ва қийшиқ мушаги), катта кўкрак, курак ости, дельтасимон узун товон сонларни яқинлаштирадиган мушаклар ва бошқалар.

Мушакларнинг қисман йиртилиши консерватив усулда даволанади: йиртилган мушакка бўшаштирилган ҳолатда гипс боғлами қўйилади, физиотерапия ўтказилади, боғлам олиб ташлангач, ДЖТ тайинланади. Тўлиқ йиртилса ёки узилса, жарроҳлик усулида даволанади. Мушак қоринчаси шикастланганда П-симон ва тугунли чоклар қўйилади. Мушаклар пайга ўтадиган жойидан йиртилса, мушак ўртасидан ажратилиб, йиртилган пайнинг орасига тикилади.

КУРАК ҚИРРА УСТИ МУШАГИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Бундай шикастланишлар анча кучли таранглашиш, юк ушлаб турган ҳолда қўлни тез танадан узоқлаштирганда ёки йиқилганда, қўлни тез олдинга ташлаганда рўй беради. Қирра усти мушаги нисбатан кўпроқ елка чиққанда, айниқса, кекса беморларда йиртилади.

К л и н и к а с и. Қирра усти мушаги йиртилишини классик белгиларидан - бу елка актив ҳаракатининг, айниқса, танадан узоқлашиш 60° гача етганда чегараланишидир. Қўлни танадан узоқлаштирганда курак

кўтарилади. Оғриқ елка ўртасига берилади. Дельтасимон мушак қисқарган, қўл пассив узоқлаштирилганда ҳаракатнинг чегараланиши билинмайди.

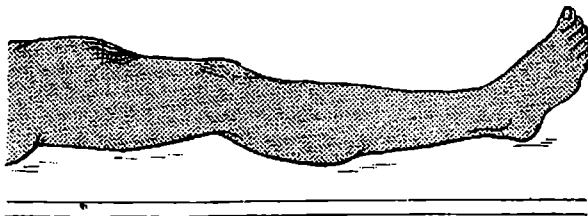
Д а в о л а ш. Қирра усти мушагининг қисман йиртилиши консерватив даволанади: қўл танадан узоқлашган, олдинга букилган ва елка ташқарига бурилган ҳолатда 4-5 ҳафтага қотириб қўйилади. Қирра усти мушаги тўлиқ йиртилганда жарроҳлик усулида даволанади. Эполетсимон кесма билан дельтасимон мушак акромиал ўсиқдан ажратилади. Унинг ташқи қисмини кесиб олиш йиртилган қирра усти мушагига яхши йўл очиб беради. Узилган пайни ипак ёки лавсан ип ёрдамида елка катта дўмбоғига кўрпа қавигандек тикилади. Қўлни танадан узоқлаштирувчи шинага қўйиб, 6-8 ҳафтага қотирилади. Елка камари мушаклари учун даволаш жисмоний тарбияси теридан чоклар олингандан кейин бошланади. 7-8 ҳафтадан кейин елка бўғимида актив ҳаракат бошланади ва елкани танадан 90° дан кўпроқ кўтаришни тавсия қилиш мумкин.

СОННИНГ ТЎРТ БОШЛИ МУШАГИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Энг типик билвосита травма механизми мушакни чўзилиб турган ҳолатида тез ва кучли қисқариши натижасида рўй беради. Бундай вазият одам йиқилаётганда ўзини тутиб қолиш мақсадида букилиб турган тизза гавдасининг оғирлиги остида бирданига ва тез ёзганида содир бўлади. Тўрт бошли мушак пайнининг йиртилиши айрим ҳолларда тизза қопқоғи синиши билан кечади. Пай айнан тизза қопқоғи остидан йиртилганда травманинг бевосита механизми, яъни букилган тиззага йиқилиш содир бўлади. Тўрт бошли мушакнинг тез ва қаттиқ қисқариши унинг катта болдир суяги ғадир-будурининг қисман узилиши билан боғлиқ бўлиши мумкин.

К л и н и к а с и. Соннинг тўрт бошли мушаги йиртилишининг юзага чиқиши унинг шикастланиш характерида боғлиқ. Йиртилган юзани пайпаслаганда тизза қопқоғи юқорисида юмшоқ тўқималарнинг чўкиши рўй беради (71-расм). Мушак тўлиқ йиртилганда болдир актив ёзилмайди.

Д а в о л а ш. Соннинг тўрт бошли мушаги йиртилганда пайнинг шикастланган — узилган учлари ипак иплар ёрдамида тугунли чоклар билан бир-бирига тикилади. Йиртилган мушакка П-симон чоклар қўйилади. Катта болдир суяги ғадир-будури билан узилган пайга суяк орқали ипак ёки лавсан иплар билан чоклар ёки суяк трансплан-



71-расм. Соннинг тўрт бошли мушаги узилишида пайдо бўлган деформация.

таги қўйилади. Оёқ орқа томонлама қўйилган гипс боғлами билан 4-5 ҳафтага қотириб қўйилади.

МУШАК ЧУРРАСИ

Мушак чурраси уни қисман ва мушакни қоплаб турувчи фасциянинг тўлиқ йиртилиши натижасида келиб чиқади. Мушак чурраси жарроҳлик муолажаларидан кейин ҳам пайдо бўлиши мумкин. Кўпроқ мушак чурраси сон ва болдирнинг ташқи томонида учрайди ва ушбу травма фасция йиртилган жойидан мушакнинг бўртиб чиқиши билан ифодаланади. Пайпаслаганда ўсмасимон ҳосила эластик консистенцияга эга бўлиб, мушак бўшашганда катталашади. Шишиб чиққан мушак чегарасида фасциянинг «чурра дарвозаси» пайпасланиши мумкин.

Одатда, мушак чурраси оёқ ёки қўл функциясига таъсир қилмайди ва шунинг учун махсус даволашга зарурият йўқ. Аммо айрим ҳолларда мушакнинг доимий травмаланиши оқибатида «чурра дарвозаларида» фасция асептик яллиғланади, доимий оғриқ пайдо бўлиб, фаолиятини сусайтиради.

9 - б о б. КАТТА ЁШДАГИ ОДАМЛАРДА ТРАВМАТИК ЧИҚИШЛАР ВА ЧАЛА ЧИҚИШЛАР

Травматик чиқиш – суяклар бўғим юзаларининг тўлиқ силжиши, бунда бўғим юзаларининг бир-бирига тегиб туриши йўқолади. Чиқиш травма оқибатида юз беради, одатда, бўғим пардаси ва бойламлар йиртилиши билан кечади. Чала чиқишда эса бўғим юзалари тўлиқ силжимади.

Травматик чиқишлар бутун таянч-ҳаракат тизимининг ҳамма турдаги шикастланишларининг 1,5 – 3% ини ташкил қилади. Чиқишлар оғир турдаги шикастланиш ҳисобланади, кўпинча, уларни шифохона шароитида даволашга тўғри келади. Травматик чиқишлар, кўпинча, ўрта ёшдаги одамларда, айниқса, эркакларда учрайди.

Чиқишлар, кўпинча, билвосита травма натижасида бўлади (йиқилганда қўл ёки оёқ ёзилган ёки букилган ҳолатда бўлади). Чиқиш тўсатдан мушак тез ва кучли қисқарганда юз бериши мумкин, масалан граната, тош отганда, сузиш пайтида бирданига тез ҳаракат қилганда.

Одатда чиқиш қўл ва оёқлар сегментининг дистал қисми бўйича номланади, аммо бундан истисно ҳам бўлади: ўмров суягининг акромиял қисми ва умуртқаларнинг чиқиши проксимал жойлашуви бўйича ном олган. Чиқишлар янги, эскирган, ўрнига солиб бўлмайдиган, одат тусига кирган, ёпиқ ва очик, асоратланган ва асоратланмаган, қўзғалган (тўлиқ чиқмаган) турларга бўлинади.

Чиқишлар дастлабки икки суткада янги, 3-4 ҳафтагача янги бўлмаган, 4 ҳафтадан ошса, эскирган ҳисобланади. Ўрнига солиб бўлмайдиган

чиқишлар ўрнидан чиққан бошча ва бўғим орасига юмшоқ тўқималар интерпозицияси, айниқса, йиртилган мушаклар сабабли юзага келади. Эскирган чиқишлар ҳам шу турга тааллуқли. Одатланган чиқишлар бирламчи чиқишдан кейин пайдо бўлиб, тез-тез такрорланадиган бўлади.

Асоратланган чиқишларда бўғим ичида, бўғим олди синишлар, магистрал қон томирлар ва нерв устунлари шикастланиши кузатилади.

Айрим бўғимларда чиқишларнинг тез-тез учраши бўғимнинг анатомик тузилишига, бўғим пардаси ва бойламларининг бақувватлигига, бўғимни ўраб турган мушакларнинг ривожланганлигига ва бўғимдаги ҳаракат ҳажми ва характерига боғлиқ. Қўл бўғимлари оёқ бўғимларига нисбатан 7-8 мартаба кўпроқ шикастланади.

Бўғимларда чиқиш содир бўлганда нафақат яқин жойлашган мушаклар шикастланади, балки, унинг узунлиги ва толалар йўналиши ўзгаради ва бу, ўз навбатида, бир гуруҳ мушакларнинг рефлексор қисқаришига ва бошқа бир гуруҳ мушакларнинг чўзилишига олиб келади. Чиқиш рўй бергач мушакларда жуда тез ретракция пайдо бўлиб, чиққан суякнинг нуқсон ҳолатида қотиб қолишига сабаб бўлади. Чиқишдан кейин қанча кўп вақт ўтса, мушакларнинг қисқариши шунчалик маҳкамлашиб, ўз ҳолига келиши қийинлашади. Агар чиққан суяк ўз вақтида ўрнига солинмаса, яллиғланиш жараёни натижасида, қон қуйилиши оқибатида бўғим бўшлиғи чандиқ тўқима билан тўлиб ва энди жарроҳлик усулисиз чиққан суякни ўрнига солиб бўлмайди. Айрим ҳолларда аста-секин янги бўғим ташкил топиб, янги ўқда ҳаракатлар пайдо бўлади.

Т а ш х и с л а ш. Чиқишларда қуйидаги маълумотлар аниқ ташхислашга ёрдам беради:

анамнезида травма (йиқилиш, бирданига тез ҳаракат қилиш) мавжудлиги;

кучли оғриқ;

бўғим юзасида деформациянинг, айниқса, соғлом томон билан солиштирилганда яққол аниқланиши;

чиққан қўл ёки оёқнинг ҳар бир турига хос мажбурий ҳолати;

чиққан қўл ёки оёқ ўқи йўналишининг қўшни таниш нуқталарига нисбатан ўзгариши;

қўл ёки оёқ узунлигининг ўзгариши (кўпинча калталашиш, камдан-кам узайиш);

актив ҳаракатнинг йўқолиши ва пассив ҳаракатнинг ўта чегараланиши;

«пружинасимон қотиш» — бунда бирор пассив ҳаракат қилиб кўрилганда қўлни мажбурий ҳолатдан нормал ҳолатга олиб келиш мақсадида қилинган ҳаракат, эластик пружинасимон қаршилиқка учраб, чиққан қўл ёки оёқ яна қайта мажбурий ҳолатга ўтади;

чиққан бўғим томон ўз ўрнида эмас, ақсинча, бошқа юзада пайпасланади ёки умуман аниқланмайди.

Шикастланган қўл ёки оёқда пульсни ва сезувчанликни аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Чиқишларда, айниқса, улар синиш билан асоратланганда, қон томир-нерв тоналари шикастланиши мумкин.

Чиқишни бўғим лат ейишидан, бойламларнинг шикастланишидан, бўғим ичида ва бўғимдан ташқари синишлардан ажрата билиш керак.

Бойламлар шикастланганда ҳамма пассив ҳаракатларни бажариш мумкин, фақат маълум бир ҳаракатда бўғимда оғриқ пайдо бўлади, бу йиртилган бойлам таранглашиши оқибатида келиб чиқади. Чиқишлардан синишнинг фарқи қўл ёки оёқ мажбурий ҳолатда бўлмай, аксинча, бўғимдан ташқари синган юзада ҳаракат пайдо бўлади. Чиқишнинг синиш билан бирга учраши бундан мустасно, унда мажбурий ҳолат бўлмай патологик ҳаракат мавжуддир. Бундай ҳолларда рентгенография ташхис қўйишни осонлаштиради.

Агар суяк чиқишига гумон бўлса, рентгенологик текширувни ўтказиш шарт, бу ташхис қўйиш билан бир қаторда чиққан ва синган суяк бўлақларининг қандай жойлашганини аниқлаб беради.

Чиқишга гумон бўлса, шифокорнинг биринчи ёрдами шикастланган қўл ёки оёқни иммобилизация қилишдан, аналгетиклар буюришдан ва жабрланганни тез фурсатда травматологик стационарга юборишдан иборатдир.

Д а в о л а ш. Травматик чиқишларда имкон борича тез ўрнига солиш, умумий оғриқсизлантириш мақсадга мувофиқдир, ўрнига солинган суякни керакли муддатга иммобилизация қилиб, унинг функциясини тиклаш лозим. Чиқишларни вақтида ўрнига солиш зарурлигига сабаб шуки, шикастланишдан сўнг қанча кўп вақт ўтса, мушаклар контрактураси шунчалик кучайиб, чиққан суякни ўрнига солиш шунчалик қийин бўлишини шифокор ҳамиша ёдида тутиши лозим.

ЕЛКАНИНГ ЧИҚИШИ

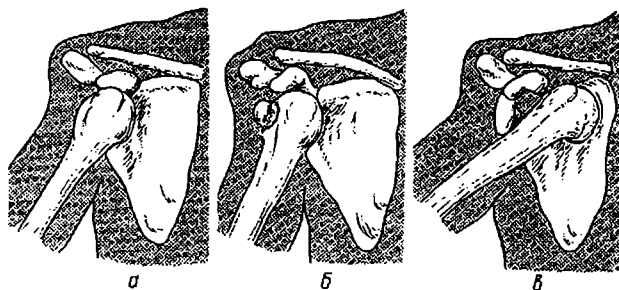
Елканинг чиқиши ҳамма чиқишларнинг 50-60% ини ташкил қилади. Бу чиқишнинг тез-тез учраши елка бўғимининг анатомик-физиологик хусусиятларига боғлиқ; куракнинг бўғим юзаси, елка суягининг бошча юзасидан 3-4 баробар кичик, шарсимон шаклда; бўғим пардаси кенг ва юпқа.

Елка бўғимида травматик чиқиш, кўпинча, билвосита травма оқибатида бўлади (масалан, орқага ёзилган қўлга йиқилиш натижасида).

Елка бошчаси чиққанда у олдинга, орқага ёки бўғим юзасидан пастга чиқиши мумкин.

Елка суяги бошчасининг чиққан ҳолатига қараб олдинга, орқага ва пастга чиқиш турлари фарқ қилинади. Олдинга чиқиш энг кўп учрайди (98%) ва орқага чиқиш камдан-кам учрайди (72-расм).

Елка чиқиши ҳар доим бўғим пардаси йиртилиши билан кечади. Бунда мушакларнинг пайи, айниқса, курак қирра усти мушаги



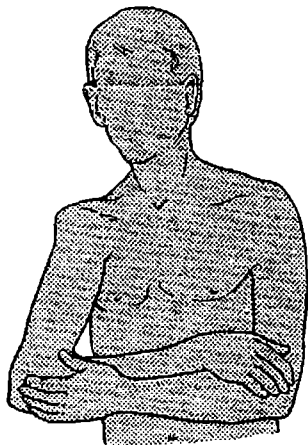
72-расм. Елканинг олдинга чиқиш турлари.

a — тумшуксимон ўсиқ ости; *b* — тумшуксимон ўсиқ ичидаги; *c* — ўмров ости чиқишлар.

йиртилиши ёки узилиб кетиши мумкин. Катта дўмбоқнинг узилиши энг кўп кузатилади (10-40%), елка суягининг кичик дўмбоғи унга ёпишган мушаклар пайи билан камроқ ҳолларда узилади.

Жароҳатланганнинг елка камари осилган, бемор бошини шикастланган томонга эгиб туради. У оғриқни бартараф қилиш мақсадида шикастланган қўлини соғлом қўли билан эҳтиётлик билан ушлайди. Қўл танага яқинлашган ҳолда туради, тирсак бўғимида букилган ва шу ҳолатда узайганга ўхшаб кўринади (73-расм). Қўлнинг ўқи юқорига давом этиб, нормада куракнинг акромиал ўсиғи орқали, чиққанда эса ўмров суяги орқали ўтади. Акромиал ўсиқдан то елканинг ташқи дўмбоғигача бўлган масофа соғлом томонга нисбатан узунроқ бўлади, бу елка суяги бошчасининг пастроқ жойлашганлиги туфайли бўлади.

Елка суягининг бошчаси бўғимдан чиқиб кетганлиги туфайли елканинг дельтасимон мушак атрофида нормал ўрама шакли йўқолади ва унинг ўрнига нотекис юза пайдо бўлади. Бу юзада акромиал ўсиқ эркин пайпасланади. Бўғимда актив ҳаракатлар умуман йўқ ёки ўта қийинлашган. Агар пасив ҳаракатлар қилишга уринилса: беморнинг қўли кўтарилса, уни танага яқинлаштирилса ёки узоқлаштирилса, елкада «таранглашган фиксация», яъни пружинасимон қаршилиқ аниқланади.



73-расм. Елканинг олдинга чиқишида беморнинг ҳолати.

Тирсак бўғимини танага яқинлаштириш имконияти бўлмайди. Пайпаслаб кўрилганда бўғимда тарқалган оғриқ аниқланади.

Тирсакни ташқарига бураб ротацион ҳаракат қилинганда елка бошчасига бориб, у тумшуксимон ўсиқ ёки қўлтиқ ости чуқурлигида аниқланади. Елка бўғимини ўраб турган мушаклар (айниқса, дельтасимон) таранглашган. Ўридан кўзгалган елка бошчаси елка чигали ва қон томирларини сиқиб

қўйиши ёки шикастлантириши мумкин. Бунинг оқибатида қўл бармоқлари терисида цианоз ёки оқариш, сезгининг сусайиши, парестезия ва бошқалар бўлиши мумкин. Билак артериясида пульс сусайган ёки умуман аниқланмайди.

Елканинг чиқиши айрим пайтларда унинг жарроҳлик бўйинчасининг синиши билан кузатилиши мумкин. Елка синганда одатда узунлиги қисқариб, танадан узоқлашмайди. Бундай ҳолатларда қўлни танага яқинлаштирилганда ёки узоқлаштирилганда чиқишга хос бўлган пружинасимон қаршилиқ кузатилмайди. Елкани ҳаракат қилдирганда фирчиллаш эшитилади. Елка чиқиб, жарроҳлик бўйинчада қоқилган синиш рўй берса, ташхис қўйиш анча қийин бўлади. Синган суякларни ўрнига қўйишдан илгари ташхис қўйиш жуда муҳим аҳамиятга эга, чунки ташхис қўйилмасдан туриб, суяк бўлаклари ўрнига қўйиладиган бўлса, қоқилган синишларни ажратиб юбориш мумкин. Шунинг учун клиник ташхис қўйиш учун шикастланган аъзони икки йўналишда рентгенография қилиш шарт.

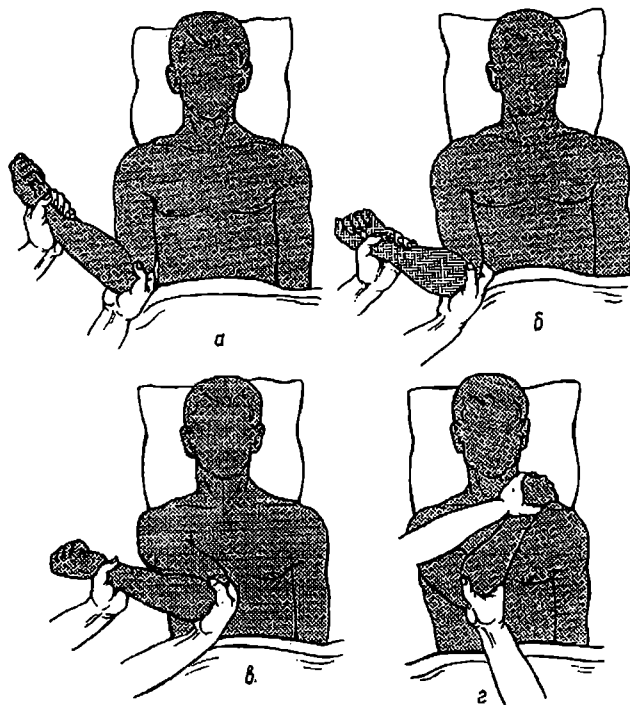
Д а в о л а ш. Янги чиқишда шошилишча тиббий ёрдам сифатида умумий оғриқсизлантириш йўли билан елка суяги ўрнига туширилади. Айрим ҳолларда ўрнига тушириш маҳаллий оғриқсизлантириш йўли билан ҳам бажарилади. Ўрнига туширишдан олдин беморга 1 мл 1% пантопон ёки морфин эритмаси қилинади. Кейин елка бўғимини 30-40 мл 1% новокаин эритмаси ёрдамида, бўғим пардаси ичига юбориш йўли билан оғриқсизлантирилади. Елкани ўрнига туширишнинг кўп усуллари бор. Кўпинча қуйидагилар қўлланилади:

Гипократ-Купер усули — шифокор чалқанча ётган беморга юзмаюз қараб елка чиққан томондан ўтиради ва икки қўллаб беморнинг билак ва кафтидан ушлайди. Яланг оёқ товонини беморнинг қўлтиғи остига жойлаштириб, товони ёрдамида чиққан елкани аста тортган ҳолда ўрнига туширади. Ўнг қўл ўнг ва чап қўл чап оёқ билан туширилади. Ўрнидан қўзғалган елканинг бошчаси бўғим чуқурчасига тушади.

Кохер усули (74-расм). Елка бошчаси олдинга чиққанда қўлланилади. Бемор столда чалқанча ётади, чиққан қўл столдан чиқиб туриши керак. Усул тўртта узлуксиз босқичлардан иборат.

Б и р и н ч и б о с қ и ч. Жарроҳ бир қўли билан чиққан қўл биллагини пастки қисмидан, иккинчи қўли билан тирсақдан ушлаб, уни тўғри бурчак остида буккан ҳолда эҳтиётлик билан танага олиб яқинлаштириб, елка ўқи бўйича тортади. Ёрдамчи елка камари устидан ушлаб туради (74-расм, а).

И к к и н ч и б о с қ и ч. Елка ўқи бўйлаб тортишни сусайтирмасдан танага тираган ҳолда жарроҳ елкани секин ташқари томонга, билак танага нисбатан фронтал юзага келмагунча бурайди. Бунда елка бошчаси бўғим юзаси билан олдинга буралади. Кўпинча, иккинчи босқич бажарилганда чиққан елка ўрнига тушади; шунда «шиқиллаган» овоз эшитилади (74-расм, б).



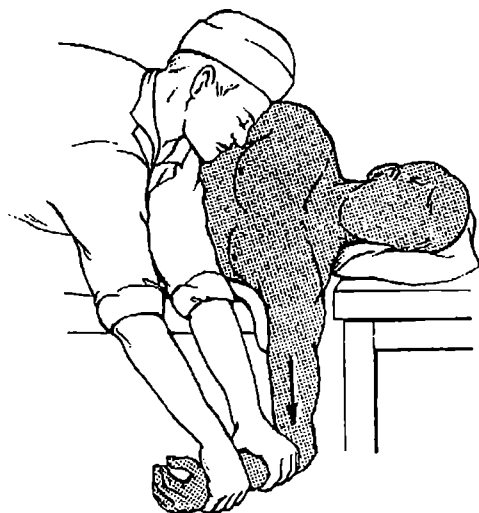
74-расм. Кохер усулида чиққан елкани ўрнига тушириш босқичлари. Изоҳи матнда

Учинчи босқич. Ташқари ротация ҳолатида ушлаб туриб, тортишни сусайтирмасдан аста-секин билак юқорига ва олдинга кўтарилади. Танага қадалиб турган тирсакни ўрта чизикқа ва юқорига сурилади, шунда бошча одатда йиртилган пардага тўғри келади. Баъзан бошча шу босқичдан кейин ўрнига тушади (74-расм, в).

Тўртинчи босқич. Олдинги боқичлар тўлиқ бажарилгач бошланади. Билак ричаг (дастак) сифатида ишлатилади, ротация ичкарига тез бажарилади. Бунда беморнинг панжаси қарама-қарши елка бўғимига сурилади, билак бемор кўкрагига қўйилади (74-расм, г). Одатда, шу пайтда чиққан елка ўрнига тушади. Агар ўрнига тушмаса, унда шошилмасдан, зўрламасдан ҳамма босқичлар қайта тақрорланади, тез ва қўпол ҳаракатлар қилмаслик керак.

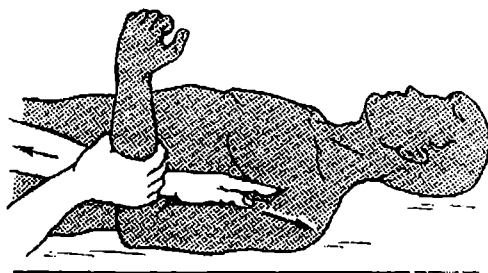
Жанелидзе усули (75-расм). Оғриқсизлантирилгандан кейин жабрланганни столга шикастланган томони билан ёнига шундай ётқизиладики, столнинг чети беморнинг қўлига остига тўғри келиши керак, чиққан қўл пастга осилиб туради, беморнинг боши қўшимча столга қўйилади. Шу ҳолатда бемор 10-20 минут ётиши керак, шу вақт ичида елка камари мушаклари бўшашади. Шундан кейин чиққан қўлни ўрнига туширишга ўтилади. Жарроҳ бемор олдида туриб, тирсак бўғимида букилган билакни тирсакка яқин жойидан пастга қараб босиб, вақт-вақти билан елка бўғимига тираб туради. Шунда чиққан

елка ўрнига тушади. Кейин 2-3 ҳафтага қўлни кўкрак қафасига қотириб қўйилади. Чиққан қўл ўрнига туширилгач, натижасини билиш ва қўшимча шикастланиш бор-йўқлигини аниқлаш учун рентгенография қилиш шарт. 5-7 суткадан кейин фаолиятни тезроқ тиклаш учун ДЖТ (даволаш жисмоний тарбияси) тайинланади ва физиотерапевтик муолажалар ўтказилади. Меҳнат фаолияти 30-45 суткадан кейин тикланади. Елка қайта чиқмаслиги учун уч ой мобайнида оғир жисмоний меҳнат билан шуғулланиш мумкин эмас.



75-расм. Жанелидзе усулида чиққан елкани ўрнига тушириш.

Чаклин усули (76-расм). Бемор чалқанча ётади. Шифокор бемор қўлини танага яқинлашган ҳолатда узунасига тортади, иккинчи қўли ёрдамида елка бошчасини ташқарига итаради. Чаклин усули деярли кам травматик ва наркоз остида bajarиллади. Бу усул, айниқса, елканинг синиб-чиқишларида қўл келади.



76-расм. Чаклин усулида чиққан елкани ўрнига тушириш.

Ўрнига тушириб бўлмайдиган янги чиқишлар. Икки бошли мушак узун бошчаси пайининг елка бошчасига ўралиши ёки узилган катта дўмбоқ ҳамда йиртилган бўғим халтаси оралиғига бошчанинг тикилиб қолиши ёки юмшоқ тўқималар интерпозицияси ўрнига солишга анатомик тўсиқ бўлиши мумкин. Ўрнига тушириб бўлмайдиган чиқишларни фақат жарроҳлик усулида даволаш мумкин.

Эскирган чиқишлар. Аниқланмаган ва ногўғри даволанган чиқишлар бўғим халтасининг чандиқли бужмайишига, кўп еридан эластик хусусиятини йўқотишига олиб келади. Эскирган чиқишларда гематомалар сўрилиб, атрофия бошлангач, бўғим юзасидаги деформация янада яққол кўринади. Актив ва пассив ҳаракатлар ҳажми кўпаяди, ўткир оғриқ йўқолади. Аммо курак ушлаб турилганда қўлни

танадан узоқлаштириш ва кўтариш мумкин эмас. Даволаш усули фақат жарроҳликдир.

Д а в о л а ш. Ўрнига тушириб бўлмайдиган ва эскирган елка чиқишларини фақат жарроҳлик усулида даволаш мумкин. Жарроҳлик муолажаси умумий наркоз остида қилинади. Бемор чалқанча ётади, елкаси остига ёстиқча қўйилади. Бўғимга латерал кесим билан кирилади. Тумшуксимон ўсиқ унга ёпишган мушаклар билан бирга кесилади ва пастга тортилади. Елка бошчаси билан қон томирлар ва нервларни сиқиб қўймаслиги учун жарроҳ ўта эҳтиёт бўлиши шарт. Курак ости мушагини кесгач, бўғим халтаси очилади. Бўғим ва елка бошчаси чандиқлардан озод қилинади ва шундан кейин бошча бўғимга киргизилади. Бўғим халтаси тикилади (айрим пайтда унинг қирраларини курак ости мушаги билан қўшиб кичик дўмбоқчага тикилади), тумшуксимон ўсиқ эса ўз ўрнига қотириб қўйилади. Абдукцион торакобрахиал боғлам қўйилади. 8-10 суткадан кейин елка бўғимида пассив ҳаракатлар бошланади.

Одатланган елка чиқиши. Арзимаган кучланишда, қўлни тез ҳаракат қилдирганда, оғир юк кўтарганда, кийим кийганда, сузганда, тортилганда, йиқилганда, айрим пайтларда ҳатто ухлаб ётганда қўл танадан узоқлаштирилса ва елка ташқарига буралса, елка ўрнидан чиқиб кетади.

Агар чиқиш лоақал икки маротаба такрорланса, уни одатланган чиқиш деб ҳисобланади. Бу ҳолатга жароҳатланган бўғим халтасининг тўлиқ анатомик тикланмаганлиги ва нотўғри даволанганлиги сабаб бўлади. Қайта чиқишга имкон яратувчи сабабларга қуйидагилар киради: елка суяги бошчасининг бўғим юзаси ҳажми куракнинг бўғим чуқурчасига тўғри келмаслиги; бўғим халтаси олдинги-пастки деворининг юпқалашиши (мушак ва бойламлар билан кучайтирилмаган қисми), бўғим халтасининг чўзилиши, унинг куракдан ёки елка бошчасидан узилиши, мушакларнинг йиртилиши; айлана тоғай ҳалқаннинг шикастланиши ёки узилиши ва унинг бўғимлараро интерпозицияси елканинг чиқишига олиб келади.

Қайта чиқишнинг ўзига хос сабаблари гуруҳига одатланган чиқишни даволашдаги камчиликлар киради: чиқишни оғриқсизлантирмасдан ўрнига тушириш, травматик тушириш, иммобилизацияни қисқа муддатга қўйиш ёки умуман қўймаслик. Иммобилизациядан кейин функционал даволашдан воз кечиш, эрта функционал қўлни юқорига кўтариш билан уни уринтириб қўйиш, тўлиқ анатомик ва функционал жароҳатланган бўғим тўқималари тикланмасидан илгари қўлни кўтариш шулар жумласига киради.

Одатланган чиқиш елка бошчасининг анатомик етарли пишиқ ёпишмаслигидан бўлиши мумкин. Елка бўғимининг одатланган чиқиши, шу бўғимда учрайдиган травматик чиқишларнинг 12-16% ини ташкил этади. Кўпинча 20-40 ёшдаги эркаларда учрайди.

Елканинг одатланган чиқишини ташхислашга анамнез, объектив клиник ва рентгенологик кўрсаткичлар асос бўлади. Анамнездан аниқланишича елка биринчи маротаба чиққандан кейин 3-6 ойдан то 1-2 йилгача рецидив (қайталаниш) кузатилади. Кейинчалик бемордан сўралса, қайта чиқишларнинг осон ва тез-тез такрорланиб тургани, чиқишлар орасидаги муддат қисқара боргани аниқланади. Айрим беморларда қайталаниш қайта травма натижасида келиб чиқади (йиқилиш ёки бирдан қилинган тез ҳаракат), бошқаларда эса травмасиз, одатдаги тез қилинган ҳаракатларда чиқади (масалан, бирор нарсани олмоқчи бўлганда, кийим кийганда ва ҳоказо).

Клиник текширилганда елка мушакларида, елка камарида ва елка усти юзасида гипотрофия аниқланади. Мушакларнинг гипотрофияга учраш даражаси турлича: елка бўғими контурининг силлиқланишидан то мушакларнинг гипотрофияга учрашигача бўлади. Бундан ташқари, елканинг одатланган чиқишида қуйидагилар кузатилади: Вайнштейн симптоми - елкани тўғри бурчак остигача кўтарилганда ташқарига актив буралишининг чегараланиши; Бабиш симптоми — шифокор пассив ҳаракатни текширмоқчи бўлганда бемор елканинг қайта чиқишидан хавотирланиб, мушакларини сусайтиролмайди ва пассив ҳаракатга қаршилиқ кўрсатади; бемор бўғимдаги ҳаракатларни ўзи бошқаради; Хитров симптоми — елка танага яқинлашган ҳолатида пастга босилганда елка бошчаси билан акромиал ўсиқ орасида диастаз пайдо бўлади.

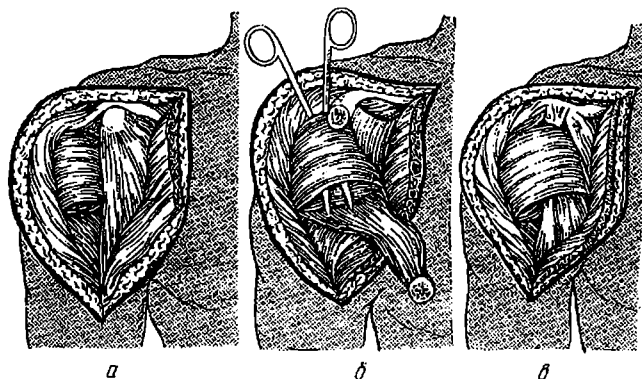
Елканинг одатланган чиқишини ўрнига тушириш, одатда, осон бўлади ва айрим беморлар ўзлари ўрнига туширишади.

Ташхис анамнез асосида қўйилади, объектив клиник белгилар кам маълумот беради. Айрим пайтларда мушаклар озроқ атрофияланади ва жароҳатланган бўғим юзасида оғриқни сезиш камаяди.

Д а в о л а ш. Одатланган чиқишда жарроҳлик усули. Кўпгина жарроҳлик муолажалари таклиф этилган: капсулорафия, теносуспензия, пластик жарроҳлик муолажаси капсулада, бойламларда, пайларда ва бўғим халтасини бақувват қилувчи жарроҳлик муолажалари; суяк трансплантацияси ва аллопластика. Шуни қайд қилиш керакки, ҳамма тавсия этилаган усуллар ҳам маълум фоиз ҳолларда рецидив беради. Энг кам фоиз қайталанишни Бойчев II жарроҳлик муолажаси беради (77-расм).

Жарроҳлик муолажаси наркоз остида қилинади, бемор чалқанча ҳолатда ётади, остига ёстиқ қўйилади. Кесим дельтасимон кўкрак эгати бўйича ўтади (77-расм, а). Тумшуксимон ўсиқ унга бириккан икки бошли мушакнинг қисқа бошчаси, тумшуксимон елка ва кўкрак кичик мушагининг бир қисми кесилади. Тумшуксимон ўсиқни пастга суриб қўйилгач, кўндаланг жойлашган курак ости мушаги кўринади (77-расм, б). Корнцанг ёрдамида мушак остидан кесилган тумшуксимон ўсиқ унга ёпишган пай ва мушаклар билан ўтказилади ва ўз ўрнига

қотирилади (77-рasm, в). Қўлга танадан узоқлаштиривчи торакобрахиал боғлам 4-6 ҳафтага қўйилади.



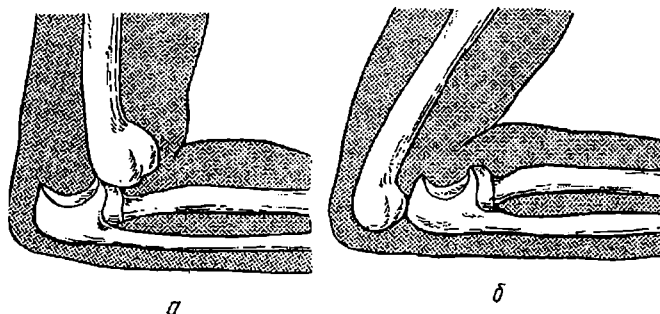
77-рasm.
Одатланган елма
чиқишида
Бойчев II
жарроҳлик
муолажаси. Изоҳ
матнда.

БИЛАКНИНГ ЧИҚИШИ

Тирсак бўғимида чиқишлар иккинчи ўринни эгаллаб, ҳамма чиқишларнинг 18-27% ини ташкил этади. Кўпинча, чиқиш қўл тирсак бўғимида тўлиқ ёзилган ҳолатида қўлга йиқилишдан бўлади ва қуйидагилар кузатилади: 1) билакнинг иккала суягининг чиқиши (орқага, олдинга, ташқарига, ичкарига ва ажраладиган чиқишлар); 2) фақат битта билак суягининг чиқиши (олдинга, орқага ва ташқарига); 3) битта тирсак суягининг чиқиши.

Кўпинча билак иккала суягининг орқага чиқиши (90%) ва битта билак суягининг олдинга чиқиши кузатилади. Билак чиқишининг бошқа турлари кам учрайди (78-рasm).

Билакнинг орқага чиқиши. Ташхис тирсак бўғимини деформациясига асосланиб қўйилади. Бўғим катталашган, оғриқли, билак ярим ёзилган мажбурий ҳолатда туради. Актив ҳаракатлар қила олмайди. Пассив ҳаракатлар қилинса, пружинасимон қаршилиқ кузатилади. Олдиндан қаралганда билак соғлом томонига нисбатан

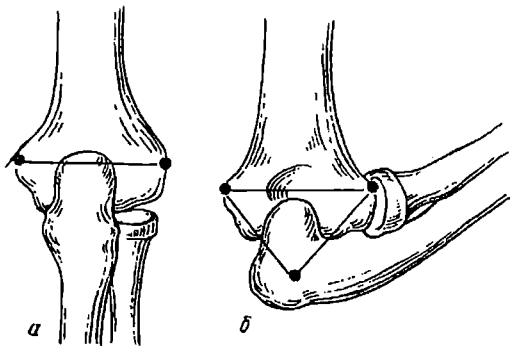


78-рasm.
Билакнинг
иккала
суягининг
чиқиши.
a — орқага;
б — олдинга.

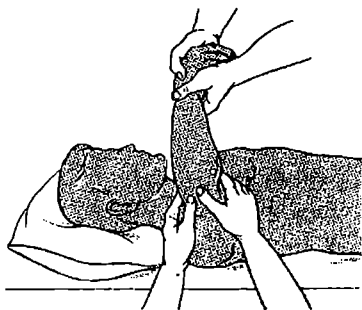
калга. Тирсак ўсиғи нормага нисбатан орқага кўпроқ бўртиб туради ва Гюнтер чизигидан орқада ва юқорида туради (79-расм). Тирсак бўғимининг ички томонидан елка эпифизи пайпасланади.

Билак орқа томонга чиққанда умумий оғриқсизлантириш билан ўрнига тушириш мақсадга мувофиқдир. Бемор столда чалқанчасига ётқизилади. Қўл елка бўғимида очилган ва тирсакда букилган бўлиб, билак вертикал ҳолатда ушланади. Жарроҳ бош бармоқларини тирсак ўсиғига қараб босади ва айна вақтнинг ўзида тирсак ўсиғидан олдинга қараб босади (80-расм). Шу пайтда ёрдамчи билакдан тортиб, уни тирсак бўғимида букади. Ўрнига туширгач, рентгенография қилинади. Ўткир бурчак остида букилган тирсак бўғими орқа томондан 7 суткага гипс лонгетаси қўйилади ва кейин иситувчи муолажалар билан ДЖТ (даволаш жисмоний тарбияси — дастлабки кунлари эҳтиётлик билан ва 10 кунларда активроқ) ўтказилади. Меҳнат қобилияти 20-30 кунларда тикланади.

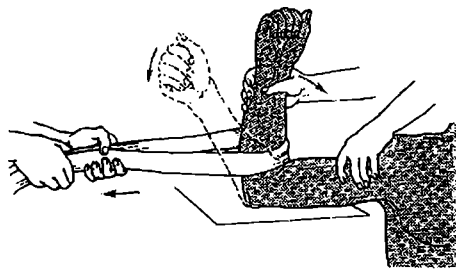
Билакнинг олдинга чиқиши. Бу чиқишни ўрнига тушириш учун елка ва тирсак бўғимларини букиш керак. Ёрдамчи панжа ва билакдан ушлаб қўлни секин узунасига тортади, уни секин букади, шу пайтда жарроҳ биринчи бармоқларини бўртиб турган елка суягининг дистал қисмига жойлаштириб, уни олдинга, проксимал йўналишга кўтаради, бир пайтнинг ўзида бошқа бармоқлар ёрдамида билакни орқага, дистал томонга суради. Чиқишни ўрнига туширишдан олдин ва кейин рентгенологик назорат қилиш шарт. Бу тасвирлангани билан бирга, яна маълум даражада ўзгартирилган усул ҳам ишлатилади (81-расм). Чиққан суяк ўрнига туширилгач, ёрдамчи билакни 100-110°га ёзади.



79-расм. Гюнтер чизиғи — тўғри, қўл ёзилганда иккала дўмбоқчани улайдиган (а), Гюнтер учбурчаги — билак тўғри бурчак остида букилганда дўмбоқчалар ва тирсак ўсиғи юқори нуқтаси тенг бурчакли учбурчак ҳосил қилади (б).



80-расм. Билак орқага чиққанида уни ўрнига тушириш.



81-расм. Билак олдинга чиққанида ўрнига тушириш.

Шу ҳолатда қўл орқа гипс лонгетаси билан 10-12 кунга иммобилизация қилинади. Ёпқич усулда чиққишни ўрнига тушириб бўлмаса ва агар бўғим атрофида оссификат бўлмаса унда жарроҳлик усулида туширилади, агар у бўлса (оссификат тез 2 ҳафтада ташкил топади), тирсак бўғимини яхшиси артропластика ёки артрорез қилган маъқул.

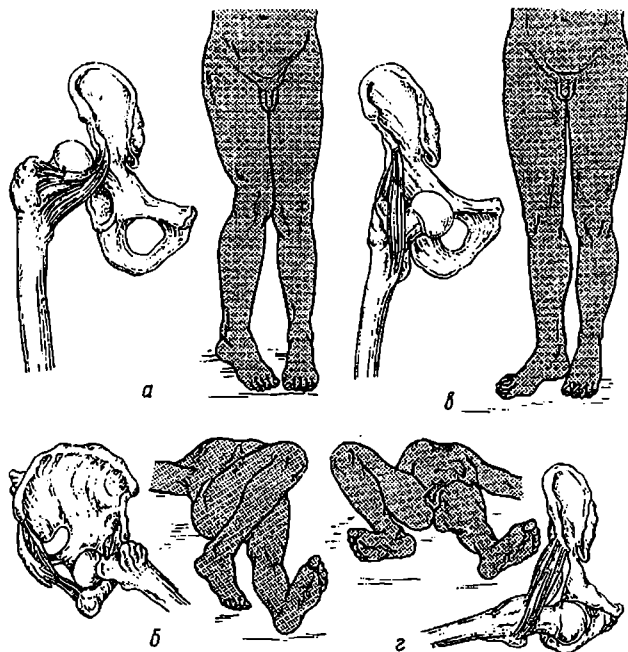
СОННИНГ ЧИҚИШИ

Чаноқ-сон бўғимидаги чиққишлар умумий чиққишларнинг 5% ини ташкил қилади. Орқага ва олдинга чиққишлар кузатилади: орқага чиққиш орқа юқори ёки ёнбошга ва орқа-пастга ёки қуймич олдига — олдинги-юқори, қов усти ва олдинги-пастки ёки ёпқич тешикка чиққиш. Соннинг орқага чиққиши — ёнбош ва қуймичдан чиққиши, олдинга чиққишлардан 3 баробар кўп учрайди. Орқага чиққишлар ичида ёнбошдан чиққиш кўпроқ учрайди. Соннинг травматик чиққиши кўпинча жисмоний бақувват 20-50 ёшлардаги одамларда учрайди.

Орқага чиққишнинг механизми кўпинча билвосита, сон тўсатдан анча куч билан ичкарига буралиб ва яқинлашганда чиқади. Шунда сон бошчаси капсулани йиртиб, унинг қирраси ва мушак орасида сиқилиб қолади, думалоқ бойлам одатда тўлиқ узилади. Сон бошчаси ёнбош суюгининг ташқи ва орқа томонига жойлашади, паст қуймич чиққишида бошча қуймич косасининг орқаси ва пастиди жойлашади.

Сон чиққиши кучли оғриқ билан кечади, шикастлангандан кейин оёқда туриб бўлмайди. Оёқнинг мажбурий ҳолати ўзига хос бўлиб, чиққиш турига боғлиқ. Орқага чиққишда оёқ чаноқ-сон бўғимида букилган, ичкарига сурилган ва буралган ҳолатда туради, чаноқ-сон бўғимида актив ҳаракатлар қилиш имконияти йўқ (82-расм, а, б). Пассив ҳаракат ёрдамида оёқни мажбурий ҳолатдан тўғрилашга ҳаракат қилинса, кучли оғриқ пайдо бўлади, бунда чиққишга хос пружинасимон қаршилиқ пайдо бўлади. Оёқ қисқаради. Чов бойлами остида ботиқлик ҳосил бўлади, орқасида эса айрим пайтларда дўнглик пайдо бўлиб, қўзғалган бошча пайпасланса аниқланади. Катта кўст Розер-Нелатон чизигидан юқорида жойлашган.

Олдинги ёпқич тешик ва қов устидан чиққишларга — оёқнинг узайиши характерлидир (82-расм, в, г). Ёпқич тешикка чиққишда чаноқ-сон бўғими ичкари томонида бошчани пайпаслаб аниқласа бўлади, думба юзаси текисланади, катта кўст аниқланмайди. Рентгенологик текшириш клиник белгиларини тўлдиради.



82-расм. Сон чиқиши ва бунда оёқнинг ҳолати (чизма).

a — соннинг орқа-юқори ёнбошига чиқиши; *b* — соннинг орқа-пастга куймигча чиқиши; *в* — соннинг олдин-юқорига қовга чиқиши; *г* — олдинга пастга ёпқич тешикка чиқиши.

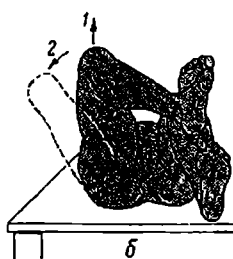
Чиққан сонни ўрнига тушириш наркоз остида бўлиши керак. Орқага чиқишни ўрнига туширишда Кохер усули кенг тарқалган. Бемор столда ёки ерда чалқанчасига ётади, ёрдамчи беморнинг чаноғини ёнбош суяклар қиррасидан ушлаб туради. Жарроҳ шикастланган оёқни тизза ва чаноқ-сон бўғимларида тўғри бурчак остигача букади ва вертикал ҳолатда, ичкарига бураган ҳолда юқорига тортади (83-расм, а — в). Кўпинча, ўрнига туширилаётган пайтда «шилқ» этган товуш чиқади.

Жанелидзе усулида туширилса, бемор столга қорни билан ётқизиблиб, шикастланган оёқ осилиб туриши керак. Чаноқни бақувватроқ ушлаш учун остига иккита катта бўлмаган қумли халтача қўйилади (84-расм). Ёрдамчи икки қўллаб бемор чаноғини қумли халтачаларга босиб туради, шу билан бақувват фиксацияга эришади. Агар ўрнига тушириш наркоз остида бўлса, унда бемор чуқур уйқуга кетгач, қорнига ётқизиш керак. Бемор шу ҳолатда 10-20 минут давомида қолади. Ёрдамчи қўллари билан думғазага босиб туриб, чаноқни қаттиқ ушлаб туради. Жарроҳ стол билан беморни осилиб турган оёғи орасига туриб, оёқни тизза бўғимида тўғри бурчак остида букади ва оёқни очиб ташқарига бураган ҳолда тизза остидан босади (яхшиси ўз тиззаси билан). Бу муолажа натижасида бошча чаноқ косасига томон силжийди, натижада шилқ этган овоз эшитилади, бу бошча косага тушганлигини билдиради.

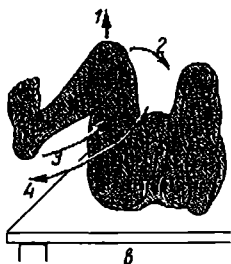
Олдинга чиқишни ўрнига тушириш сал бошқачароқ бўлади. Бунда оёқни ўқи билан панжасидан тортишни, соннинг юқори қисмига қўйилган ҳалқа ёрдамида ташқарига тортиш билан қўшиб олиб борилади.



a



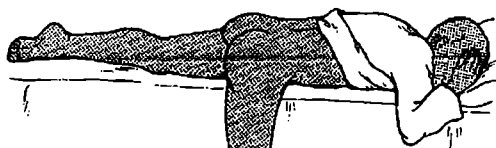
б



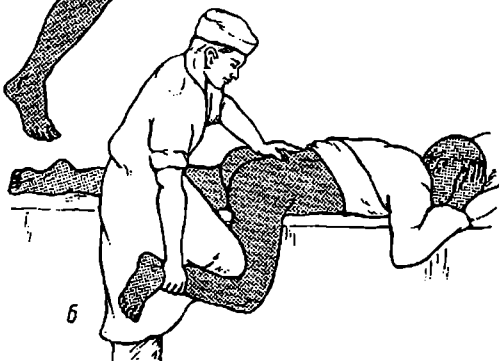
б

83-расм. Кохер усулида чиққан сонни ўрнига тушириш.

a – бемор ҳолати;
б – орқага чиққан сонни ўрнига тушириш;
в – олдинга чиққан сонни ўрнига тушириш.
 Рақамлар билан ўрнига тушириш босқичлари кўрсатилган.



a



б

84-расм. Жанелидзе усулида чиққан сонни ўрнига тушириш.
a – *б* – ўрнига тушириш босқичлари.

Чиққан сон ўрнига туширилгач, чаноқ-сон, тизза ва болдир-панжа бўғимларини қотириб турувчи орқа гипс лонгетаси қўйилиши керак. Беморлар 30 суткадан кейин оёқни босмасдан қўлтиқтаёқда 8-10 ҳафта давомида юришади. Физиотерапевтик муолажалар буюрилади. Меҳнат фаолияти чиқишни ўрнига туширишдан бошлаб 3 ой ўтгач тикланади. Сон суяги чиқишини ўрнига солишнинг оқибати яхши. Айрим беморларда кейинчалик сон бошчасининг қон айланиши бузилиши оқибатида асептик некроз ва деформацияловчи остеоартроз бўлиши мумкин.

Чаноқ-сон бўғимида эскирган ва ўрнига тушириб бўлмайдиган чиқишлар бўлса, унда жарроҳлик йўли билан солинади. Аммо ўрнига солиб бўлмайдиган чиқишларни ташқари орқа кесим билан солишга уриниш мумкин бўлса, эскирган чиқишларни артродез қилиш мақсадга мувофиқдир.

10 - б о б. БОЛАЛАРДА ЧИҚИШЛАР ВА ЧАЛА ЧИҚИШЛАРНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Болаларда травматик чиқишлар синишларга нисбатан деярли кам учрайди. Бу болаларда бойлам-капсула аппаратининг анча эластиклиги ва бақувватлигидан дарак беради. Бундан ташқари, травматик эпифизеолиз болаларда гўё чиқишнинг ўрнини босади. Агар суяк тўлиқ ўрнидан кўзғалмаса, унда чала чиқиш кузатилади. Бу билак-тирсак суяқларининг тирсак бўғимида ва билак суяги бошчасининг чала чиқиши энг типик чиқишлар бўлиб, булар асосан 5 ёшгача бўлади.

Чиқишга олиб келадиган травма механизми асосан билвосита: одатда, бу бўғимдаги ҳаракатлар амплитудасининг ошиб кетишига олиб келадиган оёқ-қўл ўқи бўйлаб юк тушишидир.

ЕЛКАНИНГ ЧИҚИШИ

Елканинг травматик чиқиши болаларда камдан-кам ва асосан катта ёшдаги болаларда учрайди.

К л и н и к б е л г и л а р и. Болаларда ҳам катталардаги каби: елка бўғимидаги оғриқ, актив ҳаракатлар йўқ, пассив ҳаракатлар қилинса, пружинасимон қаршилиқ пайдо бўлади. Бўғим юзасида деформация, акромиал ўсиқ тери остидан бўртиб чиқади ва унинг остида зинасимон ботикқлик пайдо бўлади. Пайпасланганда кўпинча кўзғалган елка бошчаси қўлтиқ остида аниқланади.

Д а в о л а ш. Чиққан суякни ўрнига солиш умумий наркоз остида бажарилади. Одатда чиққан елка Чаклин ёки Кохер усулида ўрнига солинади. Г.А.Байров куйидаги усулни тавсия этган: шикастланган қўл тирсак бўғимида букилади, билак ва кафт ушлаб турилади. Кейин тирсакни эгилган жойидан пастга қараб босилади ва шу пайтнинг ўзида

билак ташқарига қараб, кейин эса ичкарига буралади. Иммуобилизация қўлтиқ остига ёстиқча қўйилиб, 2-3 ҳафта давомида Дезо боғлами ёрдамида амалга оширилади.

БИЛАКНИНГ ЧИҚИШИ

Билак-тирсак суякларининг тирсак бўғимида чиқиши болаларда бошқа чиқишлар орасида биринчи ўринни эгаллайди. Тирсак тузилишининг анатомик мураккаблиги, елка, тирсак ва билак суякларининг бўғимларидан иборатлиги ва бойлам-капсула аппаратининг ўзига хослиги билак-тирсак суяклари чиқишига имкон яратади.

Б и л а к ч и қ и ш л а р и н и н г т а с н и ф и: 1) билак-тирсак суякларининг чиқиши; 2) билак суягининг якка чиқиши ёки билак суяги бошчасининг чала чиқиши; 3) тирсак суягининг якка чиқиши; 4) синиб чиқишлар (Монтедж ва Галеацци типидаги шикастланиш).

Билак-тирсак суякларнинг энг типик чиқиши — орқа ва орқа ташқарига чиқиши ҳисобланади. Бу шикастланишлар қўл чузилган ва тирсак бўғимида ёзилган ҳолатда йиқилишда бўлади. Тирсак бўғимида тез ва ортиқча ёзилиш натижасида билак-тирсак суяклари орқага ёки орқага ва ташқарига, елка суягининг дистал қисми эса бўғим халтасини йиртиб олдинга силжийди.

К л и н и к а с и. Қўлнинг ҳолати мажбурий: билак пронация ҳолатида, пича букилган. Елка суягининг дистал бўғим қисми ўрнидан олдинга қўзғалиши натижасида тирсак бўғимида қўпол деформация яққол кўринади. Тирсак ўсиғи ва билак суягининг бошчаси орқа томонга чиқиб туради. Тирсак ўсиғининг юқори учи дўмбоқлар усти чизигидан юқорида жойлашган орқа-ташқи ва ташқи чиқишларда тирсак ўсиғи ўрта чизикдан ташқарида жойлашган. Гюнтер учбурчаги тирсак ўсиғини орқа ва ташқарига қўзғалиши ҳисобига деформацияланган. Пайпаслаб кўрилганда тирсак ўсиғининг орқа юзаси аниқланади, елка суяги чуқурчаси бўш. Елканинг уч бошли мушаги таранглашган.

Қўзғалган суяк, гематома ва шиш қон томир-нерв тутамини сиқиб қўйиши мумкин, шунинг учун болаларни текширишда қон томирлар пульсига, бармоқларнинг ҳаракатига ва сезувчанлигига кагта аҳамият бериш керак.

Д и ф ф е р е н ц и а л т а ш х и с л а ш. Бу ташхислаш елка суягининг пастки метаэпифиз синиши билан билакнинг синиб чиқиши (Монтедж типидаги шикастланиш) ўртасида қилинади. Рентгенологик текшириш ташхислашни аниқлаш ва қўшма шикастланишлар борлигини билиш учун ўтказилади (эпифизеолиз, елка дўмбоқчаларининг узилиши).

Д а в о л а ш. Тезкорлик билан наркоз остида чиқишни ўрнига солишдан иборат. Жарроҳ бир қўли билан елканинг пастки учдан бир

қисмидан ушлаб туриб, биринчи бармоғини билак суяги бошчаси устига жойлаштиради. Иккинчи қўли билан билакнинг пастки учдан бир қисмидан ушлаб туради ва узунасига тортади. Чиққан билакни ўрнига солишда билак букилмаган ёки ёзилмаган ҳолатда катта куч ишлатилмайди. Чиқишни бартараф қилгач, бўғим конфигурацияси тикланади. Ҳаракатлар тўлиқ тикланади. Чиққан қўлни ўрнига туширгач, уни юмшоқ боғлам ёрдамида боғлаб қўйилади ва назорат рентгенографияси қилинади. Бунга сабаб гипс боғлами қўйилганда, кўпинча, эпифизеолиз, ўрндан қўзғалмаган остеоэпифизеолиз, узилган суяк бўлақларининг бўғим бўшлиғига тушиб қолиши ва уни ташхис қилишнинг мураккаблиги ҳисобланади. Рентгенография қилингач, қўлнинг орқа томони бўйлаб бармоқлар асосидан то елканинг юқори учлигигача билакни супинация ҳолатида тўғри бурчак остида букиб, гипс лонгетаси қўйилади. Иммобилизация муддати 7-10 сутка.

Билак иккала суягининг ташқарига чиқиши. Бу чиқиш ҳам кўп учрайди. Бунда билак ўқи ташқарига сурилган булади. Тирсак бўғими билакнинг ташқарига силжиши натижасида шакли ўзгарган, елка ички дўмбоқ усти териси таранглашган, билак суяги бошчаси юқори ва олдинга силжиган ва натижада шу ерда тери ости шиши пайдо бўлади. Елканинг ички дўмбоғи ва тирсак ўсиғи аниқ пайпасланади; унинг елка суягидаги чуқурчаси бўш. Ҳар иккинчи болада ички думбоқ апофизини синиши (узилиши) кузатилади.

Д а в о л а ш. Билак ўқи бўйлаб тортилади. Жарроҳ тирсак бўғимидан шундай ушлайдикки, биринчи бармоқ тирсак ўсиғи юқорисида туриши ва бошқа бармоқлар олдинда (тирсак чуқурчасида) туриши керак, бир вақтнинг ўзида тирсак ўсиғига ичкари ва олдинга қараб босилади (билакдан тортишни сусайтирмаган ҳолда). Елка ички дўмбоқчаси узилганда бармоқни унинг устига қўйиб, юқори ва ташқарига қараб босилади, ўрнига қўйишга ҳаракат қилинади.

Билак суяги бошчасининг якка чиқиши. Бу нисбатан кам учрайди. Энг кўп ҳолларда билак суяги бошчаси олдинга ва ташқарига ҳалқасимон бойламни йиртиб силжийди.

К л и н и к а с и. Қўл мажбурий ҳолатда: билак пронация ҳолатида, ўтмас бурчак остида букилган, билак суяк томон қисқарган. Тирсак бўғими деформацияси билак суяги бошчасининг олдинга ва ташқарига силжиши ҳисобига пайдо бўлган. Актив ҳаракатлар оғриқли, букиш ва ёзиш чегараланган, ротация (супинация ва пронация) қилиб бўлмайди. Пассив ҳаракатлар оғриқни кучайтиради.

Д и ф ф е р е н ц и а л т а ш х и с л а ш. Лат ейиш ва билак суяги бўйинчасининг остеоэпифизеолизи билан ўтказилади. Рентгенография шикастланиш характери аниқлашга ёрдам беради.

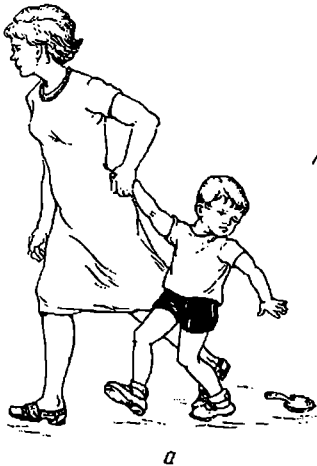
Д а в о л а ш. Чиқишни ўрнига солиш травма олинган кунидеъ бажарилиши керак. Қўл ўқи бўйлаб тортилиб, бир вақтнинг ўзида билак букилади ва супинация ҳолати берилади. Бўш қўл бармоғи билан

билак суяги бошчаси орқа ва ичкарига босилади, уни елка суяги бошчасига тўғри келтиришга ҳаракат қилинади. Иммобилизация билакни 70° гача букиб ва супинация ҳолатида орқа гипс лонгетасини 5-7 суткага қўйиб амалга оширилади.

БИЛАК СУЯГИ БОШЧАСИНИНГ ЧАЛА ЧИҚИШИ

Билак суяги бошчасининг чала чиқиши «тортишдан чиқиш» ёки «гўдак болалардаги оғриқли пронация» дейилади. Шикастланиш асосан 1 ёшдан 3 ёшгача кузатилади. Ёш улғайган сайин билак суяги бошчасининг чала чиқиши камая боради ва 5 ёшдан катта болаларда умуман учрамайди. Бу шикастланиш кўп учрашига ва клиникасининг тўлиқ тасвирланганига қарамай, шифокорлар, кўпинча, ташхислаш ва даволашда хатоларга йўл қўйишади, бунда елка бошчасига нисбатан ҳалқасимон боғламда силжиб, бўғимнинг синовиал бурамасида қисилиб қолади. Анамнездан ҳақиқатдан ҳам бола йиқилаётган пайтда онаси кўлидан ушлаб қолишга ҳаракат қилгани аниқланади (85-расм). Айрим пайтларда кичкина болаларда бу турдаги шикастланиш ўйинлар пайтида ёки энги тор кийим кийдираётганда рўй бериши мумкин.

К л и н и к а с и. Кўл мажбурий ҳолатда. Билак тирсак бўғимида ярим букилган, пронация ҳолатида, кўл тана бўйлаб осилган. Бола ҳар доим ҳам энг кўп оғрийдиган жойни кўрсата олмайди. Кўпинча, ўмров суяги синганига шубҳа қилинади. Пайпаслаганда максимал оғриқ билак суяги бошчасига тўғри келади. Оғриқ борлиги туфайли бўғимда актив ҳаракатлар қилиш мумкин эмас. Пассив букиш ва ёзиш ҳаракатларида оғриқ йўқ, аммо ротацион ҳаракатлар қилинганда қаттиқ оғриқ пайдо бўлади. Кўпинча, елка бўғимида ҳаракатлар чегараланган. Боланинг фикри чалғитилганда елка бўғимида оғриқнинг йўқлиги аниқланади,



85-расм. Болада билак суяги бошчасининг чиқиш механизми. а — сайр қилишда; б — кийим кийдиришда.

пассив ҳаракатлар тўлиқ ҳажмда. Кўпинча рентгенография маълумот бермайди. Солиштириш мақсадида иккала тирсак бўғими рентгенография қилинса, унда шикастланган томонда билак суяги бошчаси билан елка суягининг бошчаси орасида масофанинг сал кўпроқлиги аниқланади.

Д и ф ф е р е н ц и а л т а ш х и с л а ш. Травма анамнези ғоят муҳим: лат ейишлар, урилганда суяк синиши, билак суяги бошчасининг чала чиқиши — билвосита травма бўлганда юзага келади. Болани тик турган ҳолатида кўрилади, кийими ечилган бўлиши шарт. Кўрувдан ўтказилганда қон талашишига, елка усти ва қўлнинг симметрик узунлигига аҳамият бериш керак. Лат еганда ва синганда қон талашиши ва тўқималар шиши характерлидир. Пайпаслаш ўмовдан бошланади. Суяк бўлаклари силжимаган синишда пайпасланганда бола оғриқ сезади. Лат еганда ва синишларда тирсак бўғимида пассив ҳаракатлар эркин, билак суяги бошчаси чала чиққанда билакни супинация қилиб бўлмайди. Рентгенография ташхислашга имкон беради.

Д а в о л а ш. Чала чиққанни оғриқсизлантирмасдан ўрнига солинади. Жарроҳ бир қўли билан боланинг кафт олдидан ушлаб, иккинчи қўли билан эса тирсак бўғимидан биринчи бармоқ чиққан бошча устида турадиган қилиб ушлаши керак. Билак ўқи бўйлаб оҳиста тортилади. Тортишни сусайтирмасдан билак супинация ҳолатига ўтказилиб, уни тирсак бўғимида тўғри бурчак остида букилади. Одатда, билак букилганда «шилқ» этган товуш чиқади, бу чала чиққан бошчанинг ўрнига тушганлигидан дарак беради. Муҳим клиник белгилардан чала чиққан бошча ўрнига солингач, бола тинчийди ва тирсак бўғимида ҳаракатлар тикланади.

Кўп клиницистлар ўрнига солинган қўлни қийиқчада 1-2 кунга фиксация қилишни тавсия қиладилар.

ҚЎЛ БАРМОҚЛАРИ БЎҒИМЛАРИДА ЧИҚИШ

Болаларда бармоқлар фалангаларининг травматик чиқиши камданкам учрайди. Кўпинча, биринчи бармоқ кафт-фаланга бўғимида меъеридан ортиқ ёзилганда чиқиб кетади. Бунда бўғим капсуласи шикастланиб, бармоқнинг асосий фалангаси орқа томонга силжийди. Ортиқча юк берилиши оқибатида узун ёзувчи пай кафт суяги бошчаси билан биринчи бармоқ асосий фалангаси оралиғида қисилиб қолади.

К л и н и к а с и. Травмадан кейин шу заҳоти деформация ва кучли оғриқ пайдо бўлади. Тўлиқ чиққанда асосий фаланга тўғри бурчак остида туради, чала чиққанда эса кафт суягига нисбатан ўтмас бурчак ҳолида туради. Тирноқ фалангаси ҳамма ҳолларда ҳам букилган ҳолатда туради. Кафт юзасида бўртиб турган кафт суяги бошчаси билиниб туради, кафт орқа томонида биринчи бармоқ асосий фалангаси пайпасланади. Актив ҳаракатлар йўқ, пассив ҳаракатларда пружинасимон қаршилиқ аниқланади. Рентгенологик текширув ташхисни аниқлайди.

Д а в о л а ш. Ўрнига солиш қисқа муддатли наркоз остида бажарилади. Тўлиқ чиққанда бармоқ узунасига тортилиб турган ҳолатда билак томонга бурилади. Кейин биринчи бармоқнинг ёзилишини кучайтириб, асосий фаланга асосини кафт суяги бошчасидан суриб, жарроҳ бир вақтнинг ўзида биринчи бармоқни кафт фаланга бўғимида ёзади. Агар икки мартаба ўрнига туширишга қилинган ҳаракат натижа бермаса, унда жарроҳлик усулида очиб, ўрнига қўйилади.

СОННИНГ ТРАВМАТИК ЧИҚИШИ

Болаларда соннинг чиқиши кам учрайди ва асосан 10 ёшдан катта болаларда учрайди. Сон суяги бошчасининг чаноқ қосачасига нисбатан кўзғалишига қараб соннинг қуйидаги чиқиш турлари кузатилади: 1) орқа-юқори ёки ёнбош; 2) орқа пастки ёки қуймич; 3) олдинги-юқори ёки қов усти; 4) олдинги-пастки ёки ёпқич. Орқа-юқори чиқишлар энг кўп учрайди.

Травма механизми билвосита, бунда кучли ташқи куч сонни тўсатдан ичкарига тез буриб юбориб, яқинлаштиради. Шунда соннинг думалоқ бойлами узилади, унинг бошчаси бўғим пардасини йиртади ва мушаклар орасида қисилиб қолади.

К л и н и к а с и. Асосий белгиси кучли оғриқ, оёқнинг мажбурий ҳолати (чиқиш турига боғлиқ), актив ҳаракатлар қила олмаслик, пассив ҳаракатлар қилинганда пружинасимон қаршилик пайдо бўлиши.

Ёнбошдан чиқишида оёқ ичкарига сурилган ва ичкарига буралган, тизза ва чаноқ-сон бўғимларида бир оз букилган. Оёқ 3-4 см га нисбий қисқарган. Катта кўст Розер-Нелатон чизигидан юқорида жойлашган, Шемакер чизиги киндикдан пастроқда ўтади.

Қуймичдан чиқишида оёқ букилган ва анча буралган, чов бойлами ости чуқурлашган, соннинг бошчаси пастроқда пайпасланади ва чаноқ косаси орқасида, оёқда нисбий калталиқ бўлмаслиги мумкин. Катта кўст Розер-Нелатон чизигидан юқорироқда жойлашган; Шемакер чизиги қарийб киндик устидан ўтади.

Олдинги пастки чиқишда оёқ танадан узоқлашган ва ташқарига буралган, тизза ва чаноқ-сон бўғимларида букилган. Катта кўст Розер-Нелатон чизигидан қуйида жойлашган, Шемакер чизиги киндикдан юқорида ўтади. Соннинг бошчаси пайпасланганда оғриқ кучаяди, соннинг бошчаси ёпқич тешик юзасида аниқланади.

Олдинги юқори чиқишда оёқ ёзилган, танадан узоқлашган ва ташқарига буралган. Чов бойлами остида қаттиқ шиш пайдо бўлади, бу силжиган сон суяги бошчаси ҳисобига келади. Оёқнинг ранги кўкимтир, бу сон бошчасининг қон томир ва нервларни қисиши натижасида келиб чиқади. Катта кўстни пайпаслаб аниқлаб бўлмайди. Рентгенологик текширувлар ташхисни аниқлашга ва даволаш усулини танлашга имкон беради.

Д а в о л а ш. Чиққан сонни ўрнига тушириш умумий наркоз остида миорелаксантлар ишлатилиб амалга оширилади. Чиққанни ўрнига солишда катгаларда ишлатиладиган усуллар қўлланилади (Жанелидзе, Кохер). Қўшма жароҳатларда ва олдинги-юқори чиқишларда Сомихин усули тавсия қилинади (86-расм). Ўрнига солиш босқичма-босқич уч босқичда бажарилади:

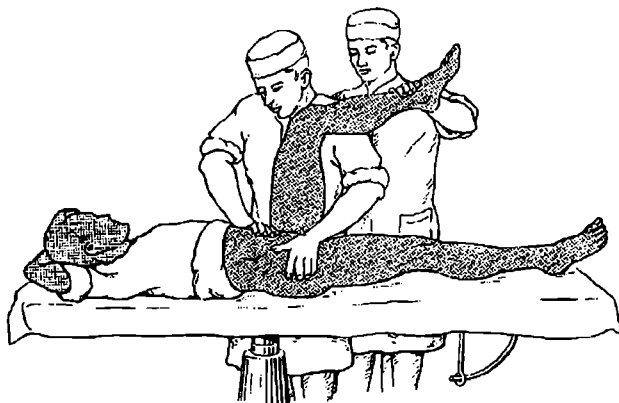
1. Жарроҳ чиққан томондан беморга қараб туради. Шикастланган оёқни тизза ва чаноқ-сон бўғимларида тўғри бурчак остида букади, болдир жарроҳ елкасига қўйилади. Ёрдамчи оёқни болдирдан шу ҳолатда ушлайди.

2. Шифокор бола чаноғини икки қўллаб ёнбош суяги қирраларидан ушлайди. Кейин шифокор қаддини ростлаб ёки оёқ панжаларида туриб, болдирни елкаси усти билан босади, шу тарзда сонни ўқи бўйлаб чўзади. Шунда сон суяк бошчаси чўзиш ўқи бўйлаб силжийди ва чиққан бошча ўрнига тушади.

3. Оёқ тўғриланади ва чиқиш баргараф қилинганч, гипс лонгета ёрдамида қотирилади ёки Белер функционал шинасига қўйилади. Чиқиш ўрнига туширилганч, назорат рентгенографиясини қилиш шарт. Иммобилизация муддати 3-4 ҳафта. Физиотерапевтик даво, ДЖТ ўтказилади. Сон суяги бошчасининг асептик некроз бўлишининг олдини олиш мақсадида оёқни тўлиқ босишга 5-6 ҳафтадан кейин рухсат берилади, бу шикастланган кундан бошланади. Болалар сон чиқишини бошидан ўтказган бўлсалар, 2 йилгача диспансер назоратида бўлишлари шарт.

11 - б о б. ПЕРИФЕРИК НЕРВЛАРНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Периферик нерв устунлари орқа мия тармоқлари ҳисобланади, улар олдинги ва орқа илдизлар қўшилишидан ҳосил бўлади ва ҳар доим ўз таркибида сезувчан ва ҳаракатлантирувчи толаларни олиб юради. Бинобарин, периферик нерв устунни аралаш нерв ҳисобланади.



86-расм. Сомихин усулида чиққан сонни ўрнига

Нерв толаларининг регенерацияси. Периферик нерв устунининг травма механизмидан қатъи назар бугунлигининг бузилишида уч соҳани фарқ қилиш лозим, уларда патологик жараёнлар турлича бўлишига қарамай, улар ўзаро қўшилиб, периферик нерв устуни жароҳатининг битишида ягона комплекс ҳолида бирлашади: а) бевосита травма таъсир қилган соҳа; б) нервнинг периферик бўлаги жароҳатланган жойидан то периферик нерв толалари ва ишчи аъзогача; в) марказий бўлакдан то нерв ҳужайраларигача, шу ердан узилган нерв толалари бошланади.

Травмадан кейин дастлабки кунларда шикастланган нервда геморагик имбибиция кузатилади, нерв толалари орасида эритроцитлар тўпланади, миелин ва цилиндрли ўқлардан парчаланиш маҳсулотлари пайдо бўлади. Жароҳатланган нервнинг иккала учида ҳам дегенерация жараёни кетади ва леммоцитлар элементларининг парчаланиши кузатилади (шванн ҳужайралари) ва бириктирувчи тўқима рўй беради: грануляцион тўқима ривожланади, унинг элементлари қон пигментлари ва парчаланган тўқима маҳсулотлари билан аралашади. Бунинг кетидан чандиқ ҳосил бўлади, аввалига, у нозик бириктирувчи тўқимадан иборат, аргирофил толаларга бой ва юпқа деворли қон томирлар тўридан тизилган. Кейинчалик янги ташкил топган тўқима кам тўқимали, деворлари қалин томирли чандиқ тўқимага айланади. Жароҳатнинг битиши билан бир қаторда чандиқ невротизацияга учрайди. Периферик нерв устуни жароҳатининг битиши (агар у ижобий бўлса) охир-оқибатда унинг морфологик ва функционал узлуксизлигини тикланишидан иборат. Бу битишнинг мураккаб жараёни тўқима нуқсонининг тўлиши ва фаолият кўрсатадиган паренхиманинг периферик нерв регенерацияси, яъни ўқ цилиндрлари билан алмашилишидан иборат.

Анатомик-клиник нисбатларни аниқлашда, морфологик узлуксизликнинг тикланиши функционал узлуксизликнинг тикланиши эмаслигини унутмаслик керак ва периферик бўлакнинг невротизацияси гетероген ва гетеротроп бўлиши мумкин. Хусусан, у жароҳат чандиғида иккиламчи ҳосил бўлган ингичка устунчалардан ташкил топиши мумкин.

К л и н и к а с и в а т а ш х и с л а ш. Нервнинг шикастланиши турли даражада бўлиши мумкин, бошланғич клиник белгилар нерв устунларининг анатомик бугунлиги сақланиб қолганига қарамай, унинг узилишидан дарак бериши мумкин. Шу муносабат билан қуйидаги қоида мавжуд: ёпиқ шикастланишларда клиник хулоса чиқаришга шошилмаслик керак, шуни эсда сақлаш керакки, нервнинг травмадан кейин дастлабки 2-3 ҳафтада функциясининг тўлиқ йўқолиши ҳали унинг анатомик узилганлигини тасдиқламайди. Нерв ўтказувчанлигининг тўлиқ бузилишини, қисман бузилишини ва шикастланишдан сўнг 1 ойдан то бир неча йилларгача вақт мобайнида симптомлар динамикасини таҳлил қилиш асосида аниқланадиган регенерация

синдромидан ташқари, жарроҳлик нуқтаи назардан қуйидаги симптомлар комплексини қиёслаш муҳимдир:

а) нервнинг босилиш синдроми, қитиқланиш симптомларининг тез кучайиши ва йўқолиши, бу гематомадан босилса ёки қўл-оёқ артерияси шикастланганда шиш туфайли, гипс боғлами нотўғри қўйилганда, жадал ривожланган инфекцион жараёнда бўлади;

б) нерв чандиқлар, суяк қадоғи ва шу кабилардан босилганда бу симптомлар ҳафта ёки ойлар мобайнида аста-секин ривожланади;

в) қитиқлаш синдроми, патологик жараённинг турли босқичларида кузатилади, асосан у ўз-ўзидан пайдо бўладиган оғриқ билан турли интенсивликда пайдо бўлади, шунингдек, вегетатив ва трофик бузилишлар ривожланиши билан ўтади.

Клиник симптомларнинг хусусиятлари шикастланган соҳа ва айрим нервларнинг шикастланиш даражасига боғлиқ ва уларнинг ҳар бири учун типик ҳисобланади.

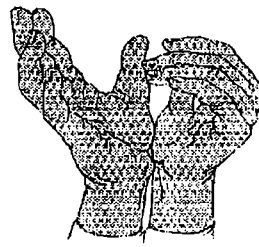
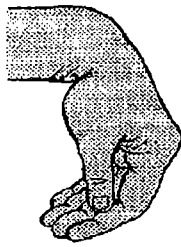
Билак нерви тўғридан-тўғри елка суягига тегиб ётади ва шунинг учун, кўпинча, елканинг ўрта учлигидан синганда бу нерв шикастланади. Панжа осилиб қолиб, унинг кафт орқаси ва ичкари томонида сезиш йўқолади (елка ва билак терисининг сезувчанлиги озроқ пасаяди ва ташхислашда катта роль ўйнамайди).

Кафтда бир-бирига яқинлашиб турган бармоқлар орасини очишга ҳаракат қилинса, ожизона букилади (панжанинг ёзувчи мушаклари фалажи оқибатида), панжа ёзилмайди (ёзувчи мушаклар фалажи оқибатида), I бармоқ кўтарилмайди (87-88-расмлар).

Тирсак нерви шикастланса, беморда, чуқур суяклараро мушаклар атрофияси ҳисобига «чангак панжа» ривожланади: асосий фалангалар ёзилганда – ўрта ва тирноқ фалангалари кафтга букилади. Панжа мушт қилинса, IV ва V бармоқлар букилмайди. Панжанинг кафт орқачи ва кафт юзаси, IV бармоқ терисиди ва гипотенар соҳасида тўлиқ анестезия кузатилади (89-расм).

Оралиқ нервнинг шикастланишида панжанинг пронацияси ва кафт томонга букилиши бузилади, шунингдек, I, II ва III бармоқлар букилиши бузилади. I бармоқни бошқа бармоқларга қарама-қарши қўйилганда нонормал кўпми-озми унинг бармоқларга яқинлашиши кузатилади. Мушаклар атрофияси, айниқса, тенар қисмида кўпроқ бўлади. Сезиш кафтнинг билак томонида, II-IV бармоқлар учи сезмайди. Кафтнинг текисланиши оқибатида ва I бармоқни бошқа бармоқларга қарама-қарши қўя билмаслик натижасида панжа «маймун панжаси»га ўхшаб қолади (90-расм).

Сон нервининг шикастланиши тизза бўғимида болдирнинг мутлақо сезилмаслигига, сон букувчи мушакларининг сустлигига, соннинг 4 бошли мушакларининг атрофиясига ва тизза рефлексининг йўқолишига олиб келади. Бундан ташқари, соннинг олдинги томони ва болдирнинг олдинги-ички томонида анестезия кузатилади (91-расм).



87-расм. Билак нерви шикастланганда кафтнинг ҳолати.

88-расм. Билак нерви шикастланганда функционал синама (кафтлар ёзилганда бармоқлар беихтиёр букилади).



89-расм. Тирсак нервнинг шикастланиши.

a – «чангак панжа»; *b* – сезувчанлик йўқолган соҳа; *c* – функционал синама (панжани мушт қилинганда IV ва V бармоқлар букилмайди).

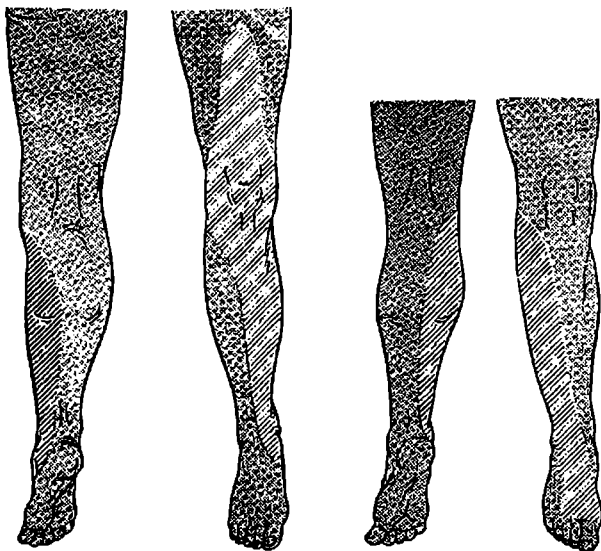


90-расм. Оралиқ нервнинг шикастланиши.

a – панжанинг «маймун оёғи» кафтига ўхшаш ҳолати; *b* – сезиш бузилган соҳа (доира); *c* – функционал синама (панжа мушт қилганда I ва II бармоқлар букилмайди).

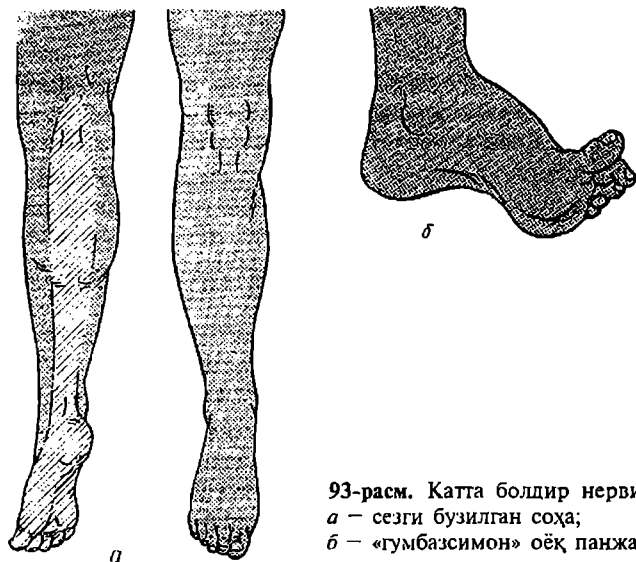
Кичик болдир нервнинг шикастланиши бошқаларга нисбатан кўпроқ учрайди, айниқса, кичик болдир суюгининг бошчаси синганда, чунки бу нерв оёқ панжасининг ёзувчи мушакларни, бармоқларни ёзувчи ва панжани ташқарига айлантирадиган мушаклари нерв билан таъминлайди, у шикастланганда юқорида қайд қилинган функциялар бузилади: товонда босиб юриш имконияти йўқолади, панжа пастга ва ичкарига буралади, бемор юрганда бармоқлари ерга илинади. Бундай беморлар ҳимоя йўлига ўтади: ҳар бир қадам босганида панжани баланд кўтаради. Бир вақтнинг ўзида тизза ва чаноқ-сон бўғимларини ҳаддан ташқари букади. Бу ҳаммаси ўзига хос характерли юришга олиб келади: бемор тўғри йўлдан юрганда ҳам, худди зинапоядан кўтарилаётгандай юради. Агар кичик болдир нерви икки томонлама шикастланган бўлса, унда қадам ташлаш яна кўпроқ ўзига хос бўлади, бунинг оқибатида «от юриш» номини олган юриш кузатилади. Букувчи мушакларнинг доимий кучи кўплиги панжаларда контрактура бошланиб, панжа от туёғи шаклига киради ва бир вақтнинг ўзида супинация ҳолатида бўлади. Сезиш болдирнинг ташқи томонида ва панжанинг юза томонида бузилади (92-расм).

Катта болдир нервнинг шикастланиши. Одатда, болдир нервнинг шикастланиши оёқ кафтини ва бармоқларини букувчи ва оёқ кафтини ичкарига айлантирувчи мушаклар фалажини чақиради. Товон рефлeksi ҳамда болдирнинг орқа томонида, фалангаларнинг охириги қисмлари



91-расм. Сон нервнинг шикастланишида сезги бузилган соҳа.

92-расм. Кичик болдир нерви шикастланганда сезгининг бузилиш соҳаси ва оёқ панжасининг ёрилиб қолиши.



93-расм. Катта болдир нервнинг шикастланиши.
a — сезги бузилган соҳа;
б — «гумбазсимон» оёқ панжаси.

сиртида сезувчанлик йўқолади. Болдир мушакларининг орқа гуруҳида ва оёқ кафти мушакларида атрофия ривожланади. Суяк орасидаги мушакларнинг фалажи сабабли оёқ кафти «чангалсимон» кўринишда, ёзувчиларнинг контактураси оқибатида эса — «ёйсимон» кўринишда бўлади. Бармоқларда юришнинг иложи бўлмайди. Нерв жароҳатланганда каузалгия ва вазомотор секретор-трофик бузилишлар кузатилади (93-расм).

ЕЛКА ЧИГАЛИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Елка чигалининг шикастланиши, кўпинча, ўмров суягининг синиши ва елка бўғимининг чиқиши билан кечадиган жароҳатнинг билвосита механизми оқибатида кузатилади. Елка чигалининг ўмров усти бўлимида ва унинг иккиламчи тизимларининг ўмров остида топографик жойлашиши, кўпинча, елка чигали шикастланишининг ўмров ости ва қўлтиқ ости артериялари, веналари, плевра, ўпка билан қўшилиб аралашган шикастланишларини ташкил қилади. Бу қўшилиб келган шикастланишлар елка чигалининг жароҳати симптоматикасини ёпиб, бутун диққатни ўзига жалб қилади. Катта миқдордаги қон қуйилишлар елка чигалини шикастлантиради, қон қуйилиши сўрилгандан кейин аста-секин елка чигалининг жароҳати хуружлари кўрина бошлайди.

Тўш-ўмров-сургичсимон мушагининг ташқи чети бўйича ўрта пастки қисмлари чегарасида бўйиннинг жароҳатида елка чигалининг устки қисми — илдизчалар соҳаси шикастланиши мумкин. V ва VI бўйин илдизчаларининг шикастланиши дельтасимон, иккибошли,

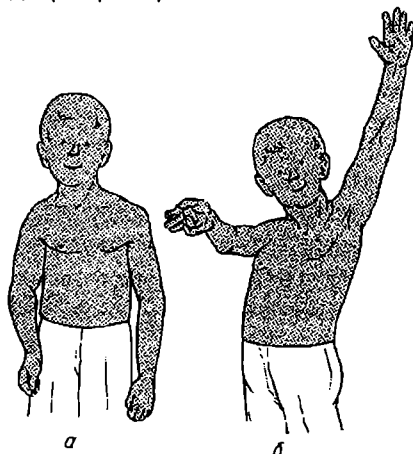
елка ва елка-билак мушакларининг ҳаракати йўқолиши билан характерланади. Кўпинча курак усти ва ости мушаклари ҳамда олдинги тишсимон ва орқанинг сербар мушаклари иннервациясининг бузилиши кузатилади.

Ички тизимни ташкил қиладиган елка чигалининг пастки қисми илдизчалари шикастланганда тирсак нерви ва қисман оралиқ нервининг функцияси бузилади. Бунда қўл панжаси ва бармоқларининг майда мушаклари фалажланади.

Билак ва қўлтиқ ости нервларидан ҳосил бўлган иккиламчи орқа тизимнинг шикастланиши учбошли мушак, панжа ва бармоқларнинг ҳамма ёзувчилари функциялари билак нервига хос сезувчанлик ва қўлтиқ ости нерв функцияси бузилади. Баъзан кўкрак кафаси сиртқи нервининг функцияси йўқолиши оқибатида орқанинг сербар мушаклари фалажи кузатилади.

Бутун елка чигали ўтказувчанлиги тўлиқ бузилиши туфайли шикастланганда (яъни, учала бирламчи пояларнинг ёки чигалининг бешала илдизчаси) қўлнинг суст фалажи ривожланади, бунда пай ва периостал рефлекслар, елка камарининг ва қўлларнинг ҳамма эркин ҳаракатлари йўқолади. Бутун қўлда (дельтасимон соҳанинг юқори қисми ва елканинг ичкари юзасидан ташқари) анестезия ҳолати, кафт олди бўғмигача бўғим-мушак сезгисининг йўқолиши кузатилади. Елка чигалининг айрим тизимлари шикастланиши унинг даражасига қараб синдромларга бирлаштириладиган симптомлар билан характерланади.

Эрба-Дюшен фалажи ёки юқори фалаж синдроми, V ва VI бўйин илдизчалари (улардан чигалнинг юқори тизими шаклланади) ёки бирламчи юқори тизим шикастланганда юзага келади. Елканинг ротацияси ва очилиши мумкин бўлмаслиги, юқорида айтиб ўтилган мушакларнинг функцияси бузилиши оқибатида билакнинг букила олмаслиги билан характерланади. Кафт ва бармоқларнинг кўп ҳаракатлари ҳамда кафтнинг чангаллаш функцияси сақланиб қолади (94-расм).



94-расм. Эрба-Дюшен фалажи.
а – беморнинг ташққи кўриниши;
б – функционал синаш – қўлни кўтаришга уриниш.

Клюмпке-Дежерин фалажи ёки пастки фалаж синдроми, VIII бўйин ва I кўкрак илдизчалари ёки чигалнинг бирламчи пастки тизими шикастланганда юзага келади. Елка, билак ва кафтнинг ичкари четлари сезувчанлиги бузилиши билан боғлиқ ҳолда кафт ва бармоқларнинг букувчилари ва майда мушакларнинг фалажи билан характерланади. Кўпинча Горнер синдроми ҳосил бўлади.

Акушерлик фалажи — болаларда кўп учрайдиган ва туғруқ шикастлари билан боғланган суст фалажларнинг кўринишларидан бири. Сабаби елка чигалининг шикастланиши.

Жароҳатнинг оғир-енгиллигига қараб акушерлик фалажи тўрт типга бўлинади:

1) юқори илдизчали тип (Эрба Дюшен фалажи); 2) пастки илдизчали тип (Дежерин-Клюмпке фалажи); 3) чигалнинг тўлиқ фалажи; 4) аралаш тип.

Эрба-Дюшен фалажи кўпроқ учрайди. Клиник манзарасида дельтасимон, иккибошли, елка ва тумшуксимон елка мушакларининг шикастланиши устунлик қилади. Бу ҳолларда кафт ва бармоқларнинг нормал ҳаракатчанлиги сақланган ҳолда, бола елка бўғимини актив оча олмайди, горизонтал ҳолатдан баландроқ кўтара олмайди, орқага юрита олмайди, билак супинацияси кескин чегараланган. Пассив ҳаракатлар (аввалига тўлиқ ҳажмда бўлиши мумкин) жароҳатланмаган мушакларнинг қисқариш қобилияти сақлангани ҳолда контрактура оқибатида кейинчалик у фақат маълум даражагача бажара олинадиган бўлади.

Дежерен-Клюмпке фалажи анча камроқ учрайди; тўлиқ ва аралаш типлар яна ҳам камроқ учрайди. Буларнинг ҳамма шаклларида, тўлиқ фалаждан ташқари, қўлни яқинлаштириш ва билакнинг ичкарига ротацияси кўринишидаги контрактура ривожланади.

Акушерлик фалажини даволаш характери асосан фалажлик кўринишининг ривожланишига боғлиқ бўлади. Агар улар арзимас бўлса, унда бутун диққат-эътиборни контрактура юзага келишининг олдини олишга қаратиш керак. Агар фалажлик аломатлари бола туғилганидан оқ биринчи ўринга чиқса, даволаш шикастланган елка чигалининг ҳаракатини тиклашга йўналтирилиши керак. Кўпгина жарроҳлар мионевротизацияни таъминлаш ва ҳаракатсиз мушакнинг функциясини ўзига оладиган мушак билан алмаштириш (Дедова-Печенкин жарроҳлик муолажаси) мақсадида юмшоқ тўқималарнинг пластик жарроҳлик муолажаси билан бирга кечроқ бажарилишини қатъий талаб қиладилар. Консерватив муолажалар қўлнинг тўғри жойланишини, шиналашни, электро-, физио- ва механотерапияни, бальнеологик даволашни ўз ичига олиш керак.

Жуда кўп ҳолларда чигалнинг шикастланишида шундай ўзгаришлар кузатилиши мумкинки, нерв тизимларнинг бутунлигини тиклаш қийин ёки амалда тиклашга имкон бўлмайди. Икки бошли мушак сақланиб қолганда, шу мушакнинг кучини бармоқларнинг букувчи пайларга кенг фасция тасмасини кўчириш билан билакнинг чангаллаш ҳаракатини

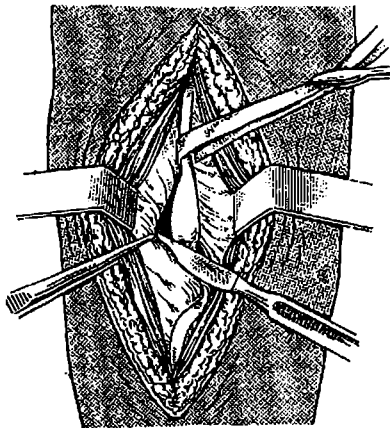
тиклаш мумкин (Чаклин методи). Ротация ва буришга халал берадиган пайларни (катга кўрак ва курак ости мушаклари) кесиш кўринишидаги паллиатив жарроҳлик муолажалар, бўғим чала чиққанда эса гумшуксимон ўсимтанинг остеотомияси абдукция ҳолатида бундан кейинги даволашнинг сифатини яхшилайти. Дельтасимон мушакнинг тўлиқ фалажида, бироқ трапециясимон мушакнинг ҳаракати сақланиб қолганда елка бўғимининг артродези мақсадга мувофиқдир: операциядан сунг қўл курак ҳисобидан ҳаракат қилади.

Ж а р р о ҳ л и к м у о л а ж а с и тикланаётган нерв толаларнинг шикастланган нервнинг марказий учидан периферияга кириб сингишига қулай шароит яратиш мақсадини кўзлайди. Бу куйидагича амалга оширилади: а) нерв тизимини чандиқ тўқимадан ажратиш; б) эпи- ва периневрал чатишмаларни ажратиб олиш; в) нерв тизимининг анатомик узлуксизлигини унинг учларини тикиш ёки гомо- ва аутопластика йўли билан тиклаш; г) нерв тизимининг суяк синишлари, ўсаётган гематома, нотўғри кўйилган гипс боғлами ёки юмшоқ тўқималарнинг шишиб эзилишини бартараф қилмоқ.

Н е в р о л и з — нерв тизимини атрофдаги чандиқлардан ёки суяк қадоғидан ажратиш (95-расм). Невр юзаки жойлашганда нерв тизимининг тери-мушак чандиғига кўшилиб кетишининг олдини олиш мақсадида кесиш чизиги нерв йўлига тушмайдиган қилиб, терини проекциядан ташқарида кесган маъқул.

Н е р в г а ч о к қ ў й и ш н и н г асосий курсатмаси унинг ўтказувчанлигининг тўлиқ бузилиши ёки шунга яқин тиклаб бўлмайдиган даражада бузилишидир. Бунда: а) нервнинг бирламчи чоки, бунда чок жароҳатни бирламчи жарроҳлик ишлаш пайтида кўйилади; б) кечиктирилган чок, бунда чок жароҳатга бирламчи жарроҳлик ишлови берилгандан кейин кўйилади.

Нерв анатомик тўлиқ узилганда унинг учларини тортиб таранглигини бартараф қилингандан сунг нервнинг узилган четлари кўндаланг қисмда периневрий билан ўралган, яшашга лаёқатли аксонлар тутами аниқ кўрингунча тозаланади. Тозаланган нервнинг кўндаланг кесимларини бир-бирига аниқ кўйиш, тутамлар буралмайдиган қилиб уларни зич қилиб тақаш ва эпиневрй битиши учун шу ҳолатда керакли муддатга сақлаш жарроҳлик муолажасининг вазифаларига киради. Невр оптик катталаштириш қўлланмай тикилганда 4/0 игли атравматик



95-расм. Невролиз жарроҳлик муолажаси (чизма).

игна ишлатилади. Чоклар эпиневрийга қўйилади. Нервнинг ёпиқ шикастларида уни очиш жарроҳлик муолажасини 4-6 ҳафталик муддатдан узоқ вақтга қолдириш мумкин эмас. Оптик катталаштиришни қўллаган ҳолда жароҳатланган нервни нозик препаратга қилиш, эндоневрал қон оқишни тўхтатиш ва чокни атравматик материал (8/0-10/0 ип) билан бажариш мумкин. Жарроҳлик муолажасидан кейин қўл гипс лонгета билан, нервга чок қўйилаётган пайтдаги нерв тортилишини баргараф қилиш ҳисобга олинган ҳолатда фиксация қилиниши керак.

12 - б о б. СУЯК ВА БЎҒИМЛАРНИНГ ОЧИҚ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

СУЯКЛАРНИНГ ОЧИҚ СИНИШЛАРИ

Устидаги ҳамма юмшоқ тўқималар жароҳатланган синишлар — очик синишлар деб аталади. Тери қопламлари ва юмшоқ тўқималар бугунлигининг травматик агент таъсирида бирга бузилишига (жароҳат ва синиш бирга содир бўлади) бирламчи-очик синишлар дейилади ҳамда юмшоқ тўқималар ва тери суяк синиқлари билан ичкаридан жароҳатланиши натижасида содир бўладиган синишларга иккиламчи-очик синишлар дейилади.

Таянч-ҳаракат аппаратининг ҳамма жароҳатлари ичида очик синишлар 8-10% ни ташкил этади. Бундай синишларда жароҳатланганнинг ҳаётига, аввало, қон кетиш ва шок, кейинчалик эса ярага инфекция тушиши энг катта хавф туғдиради. Тўқималар жароҳатининг даражаси ва катталиги муҳим аҳамиятга эга, чунки асосан очик синишларни даволаш оқибат-натижани белгилайди. Мажақланган ва яшашга лаёқатсиз тўқималар қанчалик кўп бўлса, оғир инфекцион асоратлар шунчалик юқори бўлади.

А.В.Каплан ва О.Н.Маркова таснифига кўра очик синишларда юмшоқ тўқималарнинг жароҳат оғирлиги учта дастлабки рим рақамлари ва рус алифбосидаги биринчи бош ҳарфларнинг ҳар хил бирикмалари билан белгиланади (рим рақамлари яранинг катта-кичиклигини, ҳарфлар турини, оғирлик даражаси ва юмшоқ тўқималардаги жароҳат кенглигини белгилайди); А — юмшоқ тўқималарнинг енгил чегараланган жароҳати, бунда ҳаётчанлиги бузилмаган ёки кам ўзгарган (масалан, санчилган ва чопилган яралар); Б — ўртача оғирликдаги юмшоқ тўқималарнинг жароҳати, бунда ҳаётчанлиги бутунлай ёки қисман чегараланган зонада бузилган. Кўпинча, бу урилган ёки йиртилган яралар; В — юмшоқ тўқималарнинг оғир жароҳати, бунда ҳаётчанлиги катта ўлчамларда бузилган. Очик синишларнинг IA, IIА, IIIА типларида юмшоқ тўқималарнинг ҳамма қатламлари одатда сиљжиган суяк бўлаги суқилиши йўли билан шикастланади. Очик синишларнинг IB, IIБ, IIIБ типлари терининг урилган яраси ва остидаги тўқима-

ларнинг катта ўлчамларда шикастланиши билан характерланади; урилиш шикастланган майда ва ўртача қон томирларидан анча қон оқиши билан боради. IB, IIB, IIIB типдаги синишлар тери нуқсонининг катта-кичиклигидан қатъий назар юмшоқ тўқималарнинг кенг қўламда мажақланиши билан фарқ қилади. Билакнинг синиши, кўпинча, синиқларнинг анча силжиши билан бўладиган катта ёки майда синиқли бўлади. Синишларнинг клиник-анатомик хусусиятлари травма механизмида тўқималарнинг эзилиши билан боғлиқ бўлади.

IV типдаги очиқ диафизар синишларда суяк ва юмшоқ тўқималар мажақланиш, майдаланиш ва эзилиш ёки магистрал артерияларнинг шикастланиши натижасида қўл-оёқнинг ҳаётчанлиги бузилади.

Ҳар бир очиқ синишни бактериял — ифлосланган деб ҳисоблаш лозим. Яранинг микроб инвазиясида яранинг инфекцион асорати (йиринглаши, чириши, анаэроб, қоқшол) ривожланиши мумкин.

Инфекцион асоратларнинг ривожланиш омилларига жароҳатнинг катталиги, ҳаётчан тўқималар бўлиши, қон айланишининг ва трофиканинг бузилиши, иммунитетнинг пасайиши киради.

Очиқ синишда ҳар қандай катталикдаги яра бирламчи тозаланиши керак. Жарроҳлик муолажасини ўтказишнинг оптимал вақти жароҳатдан кейинги биринчи (6-8) соатлардир.

Яранинг бирламчи жарроҳлик тозаланишида муглақ кўрсатмалардан ташқари (магистрал артерияларнинг жароҳатланиши) жгутдан фойдаланмаслик керак. Яранинг инфекцион асоратлари профилактикасида ҳамма некрозланган ва ҳаётга ноқобил тўқималарни олиб ташлаш асосий ҳисобланади. Юмшоқ тўқималар ярасини тозалаш бирламчи жарроҳлик тозалаш қоидаларига мувофиқ ўтказилади.

Суякларни жарроҳлик тозалашда ифлосланган ўртача ва катта синиқлар олиб ташланади, антисептиклар, антибиотиклар билан ишлов берилади, ифлосланган жойларни кесиб ташланади. Эркин ҳолатдаги катта суяк парчаларини олиб ташлаш хатодир. Фасцияга чок қўйилмайди. Операция сўнггида яра атрофи антибиотиклар билан инфильтрацияланади. Бирламчи жарроҳлик тозалашнинг мантиқан хотимаси *бирламчи чок*дир. Ярани зичлаб тикиш қарори фақат инфекцион асорат чиқармаслигига тўла ишонилганда қабул қилиниши лозим. Магистрал томирлар жароҳатида тўқималари ажралаётган кенг миқёсда мажақланган ифлосланган яраларга, ярани кечиктирилган жарроҳлик тозалашда, агар жарроҳлик муолажасигача антибактериял терапия ўтказилмаган бўлса, бирламчи чок зич қўйилмайди. Тери жароҳати катта бўлса, тери некрозининг олдини олиш ёки бирламчи тери пластикасини бажариш учун яра четларидан атрофга бўшаштирувчи кесмалар қилинади. Яра тикилгандан сўнг уни қўллаб туриш, йиғиладиган қон ва яра сувининг чиқиб кетиши учун ярада дренаж қолдирилади.

Агар бирламчи чок жарроҳлик муолажасидан кейин шу заҳоти қўйилмаган бўлса, яранинг очиқ қолдирилиши вақтинча бўлиши

**Узун найсимон суякларнинг очик (ўқ отар қуролга алоқасиз)
диафизар ва метафизар синишларининг таснифи**
(*А.е. Каплан ва л.к.н аркова бўйича*)

Синиш жойи	Елка, тирсак, билак, сон, катта болдир ва кичик болдир суякларининг юқори ёки пастки метаэпифизи. Елка, тирсак, билак, сон, катта болдир ва кичик болдир суяклар диафизининг юқори, ўрта, пастки учдан бир қисми			
Синиш тури	Қийшиқ, кўндаланг, винтсимон, катта парчали, майда парчали, кўшалок (бўлаклари силжиган ва силжмаган)			
	Яра ўлчами			
	I	II	III	IV
	Нуктасимон ёки кичик (1,5 см гача)	Ўртача (2-9 см)	Катта (10 см ва юқори)	Алоҳида (ўта оғир)
	IA	IIA	IIIA	Қўл-оёқнинг ҳаётчанлиги бузилиши билан
	А. Оғир бўлмаган чегараланган жароҳатлар			(майдаланган суяклар ва келг майдонда юмшоқ тўқималарнинг эзилиши, йирик магистрал томир – артерияларнинг шикастланиши)
Б. Ўртача оғирликда – юмшоқ тўқималарнинг урилган йиртилган яралари	IB	IIB	IIIB	
В. Оғир – юмшоқ тўқималарнинг мажақланган ва эзилган яралари	IV	IIV	IIIV	

керак. Жарроҳлик муолажасидан сўнгги 3-5 суткадан кейин қўйилган чоклар *бирламчи* – *кечикт ирилган* деб номланади. олар ярада грануляция пайдо бўлгунга қадар, яра инфекцияси аломатлари бўлмаган тақдирда ва шикастланганнинг умумий аҳволи қониқарли бўлганда қўйилади.

7-14 сутка ичида грануляцион тўқима пайдо бўлиб, некротик тўқималардан тозалангандан кейин қўйиладиган чоклар *иккиламчи эрт а чоклар* деб аталади. олар грануляцияларни кесмасдан қўйилади, лигатуралар грануляцион тўқима остидан ўтказилиб, яра четлари

жуда яқинлаштирилади, чунки ҳали қалин чандиқ тўқимаси шаклланмаган бўлади.

Баъзан яра жараёни узоқ кечади. Бу вақтга келиб кенгайган грануляция ва қалин чандиқ тўқимаси ҳосил бўлади. Яра четларининг силжиши жуда чегараланиб қолади ва уларни яқинлаштириш қийин бўлиб, ярани «янгилаш» учун грануляцион ва чандиқ тўқималарни кесишга тўғри келади, шундан кейин тикилади. 2 ҳафта ва ундан кейин қўйиладиган чоклар *кечиккан иккиламчи чоклар* деб аталади.

Иккиламчи чоклар ҳамма турларининг қўйилишига асосий қарши кўрсатма ўткир йирингли яллиғланиш ва жабрланганнинг оғир аҳволи ҳисобланади. Очиқ синишларнинг жарроҳлик тозаланиши синиқларнинг репозицияси ва уларнинг мустаҳкам фиксацияси билан якунланиши керак. Бунинг учун ёпиқ синишлардаги каби гипс боғламларидан, скелетни узунасига чўзишдан, компрессион-дистракцион остеосинтез аппаратларидан фойдаланилади.

Очиқ синишлардаги ҳар бир усулнинг ўз кўрсатмалари бўлади. Экстремедуляр остеосинтез металл конструкцияларга кўрсатмалар қатъий чекланган бўлиши керак. Бирламчи остеосинтез ифлосланган жароҳатларда, катта ҳажмли ва эзилган жароҳатларда ман этилади. Шок ҳолатида ёки қон оққанда ҳам остеосинтез қилиш мумкин эмас. Бирламчи остеосинтезни асоссиз кенгайтириш оғир жароҳат инфекциясига олиб келиши мумкин.

Беморнинг аҳволи енгиллашгач, юмшоқ тўқималар жароҳатлари битгач, синган суяк бўлаклари қониқарсиз турган бўлса унда кечиктирилган остеосинтез қилинади.

Очиқ ва инфекцияланган суяк синишларни даволашда келажаги бор усул компрессион-дистракцион аппарат ҳисобланади. Бу усулни ишлатишнинг анча афзалликлари бор, биринчидан, синган юзада металл конструкция йўқ, иккинчидан, инфекция ривожланиш хавфи оз ва учинчидан, суяк бўлаклари турғун қотирилган ҳолатда туради ва жароҳатни доимий назорат қилиш имконияти бор.

Гипс боғлами билан тахтакачлашнинг ўзига хос ютуқлари бор: беморни парвариш қилишда қулайликлар ва транспорт воситасида жўнатиш, дарчасимон гипс боғлами қўйилганда ярани назорат қилиш мумкин. Очиқ синишларни даволашда доимий скелетдан тортишнинг ўз афзалликлари бор: яра жараёнини назорат қилиш ва суяк бўлақларини тўғрилаш.

Жароҳат инфекциясининг олдини олишда танланган усул жарроҳлик билан антибиотик терапияни баробар олиб бориш ҳисобланади. Катта юзадаги тўқималар эзилган жароҳатда инфекция тушиш хавфи кўп бўлса, унда вена қон томирига антибиотик юбориш мақсадга мувофиқдир. Сўнгги пайтларда травмадан кейинги остеомиелитни даволашда артерия қон томирига ёки эндолимфатик антибиотикларни юбориш яхши натижалар бермоқда.

Очиқ ёки бўғим бўшлиғига кирган жароҳатларга бўғим очилишига олиб келган жароҳатлар киради. Юмшоқ тўқималарнинг шикастланиш характериға қараб ва бўғим ичи суяқларининг синиши, бўғимларнинг очиқ жароҳатланишини қўйидаги гуруҳларға бўлиш мумкин:

1. Санчилган ёки санчилиб-кесилган атрофлари яқинлашиб бекилган бўғим жароҳатлари.

2. Атрофи очиқ жароҳатлар ёки очиқ чиқишда пайдо бўладиган жароҳатлар.

3. Бўғим юзаларининг очиқ синиши (бўғим ичидан очиқ синишлар).

Санчилган ва санчилиб-кесилган жароҳат канали тор бўлса, унда юмшоқ тўқималар камроқ шикастланади, одатда, бўғим бойламлар, йирик қон томирлари ва бўғим юзалари шикастланмаган бўлади. Жароҳат бундай ҳолларда кам инфекцияланади.

Агар жароҳатлар катта бўлиб, очилиб турса, бўғимларда очиқ чиқиш рўй берса, юмшоқ тўқималар анча шикастланади (бўғимни озик-лан-тирувчи бойламларнинг узилиши, бўғим тоғайининг шикастланиши). Жароҳатнинг инфекцияланиши анчагина кўп учрайди.

Бўғимларнинг очиқ шикастланиши нафақат юмшоқ тўқималарнинг жароҳатланишиға, балки жароҳатнинг инфекцияланишиға ҳам боғлиқдир. Катта бўғимларнинг инфекцияланиши ва уларда йирингли яллиғланиш ривожланиши жуда хавфли ҳисобланади (чаноқ-сон ва тизза бўғимлари). Бундай ҳолларда, кўпинча, беморнинг умумий аҳволи оғирлашиб сепсис, септикопиемия ривожланади.

Т а ш х и с и. Бўғимлар жароҳатланганда аввало жароҳат бўғимни тешиб ўтганми ва бўғим тўқималарининг шикастланиш даражасини аниқлаш керак. Бу масалада санчилган жароҳатларнинг терини кам шикастлантириб, жароҳат йўлининг торлиги аниқ ташхис қўйишни қийинлаштиради. Бундай шикастланишларда жароҳат ҳажмининг кичиклиги, яра қирраларининг ёпишиб қолиши туфайли, бўғим суюқлиги жароҳатнинг беркилиб қолиши натижасида оқиб чиқмайди. Бошқа характерли белгиларидан бўғимға қон қуйилиши натижасида у анча шишади. Уни пайпаслаганда оғриқ пайдо бўлади ва ҳаракатлантирганда у кучаяди. Жароҳатни тафтиш (ревизия) қилинганда бўғим суюқлиги оқиб кетганлиги маълум бўлади.

Жароҳат ланг очилиб турган бўлса, бўғим суюқлиги, қон ва яллиғланиш натижасида пайдо бўлган суюқликнинг чиқиб кетиши оқибатида бўғимда шиш камроқ бўлади. Бунда бойлам жароҳатдан ажраладиган сероз-геморрагик суюқлик билан бўкиб қолади. Агар бўғим ичида синиш рўй берган бўлса, унда бўғимда деформация, суяк бўлақларининг ғирчиллаши кузатилади.

Ҳамма ҳолларда ҳам бўғимни рентгенография қилмоқ зарур, бу бўғим юзаларининг шикастланиш даражасини, бўғимда ёт нарсаларнинг борлиги ва ҳаво тўпланганлигини кўрсатади.

Д а в о л а ш. Бўғим бўшлиғига ўтган очиқ жароҳатланишларда ўз вақтида ва обдон ярага жарроҳлик ишлови бериш керак. Юмшоқ тўқималарни кесиб ташлашда бўғим халтасини тўлиқ тикишни инobatга олиш керак, чунки бўғим бўшлиғи очиқ қолдирилса, унинг йиринглашига олиб келади.

Атрофлари ёпишиб қолган, юмшоқ тўқималар кам шикастланган санчилган жароҳатларда ва суяклар шикастланмаган бўлса, жарроҳлик ишловида жароҳатнинг атрофини ва деворларини тежаган ҳолда кесиб ташланади, бўғим халтаси ва синовиал парда жароҳат канали атрофида кенгайтирилиб, ярада тафтиш (ревизия) ўтказилади. Ярага ишлов берилгач, қаватма-қават тўлиқ тикилади. Жарроҳлик ишлови берилгач бўғим 10-12 сутка давомида гипс лонгетаси ёрдамида тахтакачланади (чоқлари олингунча).

Ланг очилиб турган бўғим жароҳатида, шунингдек, очиқ чиқишларда, бўғим юзалари синганида ярага обдон жарроҳлик ишлов берилиб, атрофларини ва яра бўйлаб деворларини тежамли қирқиб ташланади. Бўғим бўшлиғида обдон тафтиш ўтказилади, ёт жисмлар ва суяк бўлакчалари олиб ташланади ва майда қон томирларидан оқаётган қон батамом тўхтатилади. Синган суяк қирралари ўрнига қўйилиб, кетгут ёрдамида қотирилади.

Агар суякларнинг бўғим учлари анча шикастланган бўлса, унда бирламчи тежамли резекция (бўғим юзасини қирқиб олиб ташлаш) қилиш мақсадга мувофиқдир. Бўғим бўшлиғи антисептик эритмалар билан ювилади. Яра қаватма-қават тикилиб, бўғимга гипс боғлами қўйилади. Бўғимларнинг санчилган жароҳатларини навбатдаги даволаш инфекция бор-йўқлиги ва бўғимлар юзасининг шикастланиш даражасига қараб олиб борилади.

Бўғимда қон ва суюқлик йиғилса, уни пункция қилиб олиб ташланади. Агар сероз экссудат йиғилса, пункция, бўғимни антисептик эритмалар билан (фурациллин эритмаси) ювиш кифоя, бўғимга антибиотик юборилади. Инфекция ривожланса, унинг бошланғич босқичида бўғимга иккита қалин игна тикиб ювиш яхши натижа беради.

Агар яллиғланиш жараёни йирингга айланса (бўғим ҳажмининг катталашishi, терининг қизариши, оғриқнинг кучайishi, бўғимдан йирингли экссудатнинг чиқиши ёки пункция ёрдамида олиниши, бемор умумий аҳволининг оғирлашиши), бўғимни очиш, унинг бўшлиғини дренажлаш ва доимий актив оқиб турган сув сўрувчи ёки электр сўрувчи аппарат ёрдамида тортиб олиш керак бўлади.

Агар интоксикация белгилари пайдо бўлиб, улар тез кучайса, унда жарроҳлик муолажаларини тезлаштириш керак. Бўғимда эмпиема бўлса, кенг артротомия қилиниб, бўғимнинг ҳамма бўлимларидан йиринг

чиқишига шароит яратиш керак. Агар пан- ва остеоартрит септик ҳолат билан кечса, унда бўғим юзасини иккиламчи резекция қилиш керак. Остеомиелит рўй берса, унда суякларнинг бўғим учлари резекция қилинади. Резекциядан кейин ҳосил бўлган суяк бўшлиқларига дренаж найчалар қўйиб, антисептик (антибиотиклар) эритмалар билан доимий ювилиб ва суриб турилади.

Артрит оғир ўтиб, сепсис билан кечса ва яра оқибатида ҳолсизлик рўй берса, иккиламчи ампутация қилишга тўғри келади, гарчи бўғимларнинг очиқ синишида бу муолажа оғир ва нохуш даво тадбири бўлсада, септик оғир ҳолатда бундан бошқа чора йўқ.

Бўғимлар очиқ жароҳатланганда қузатиладиган асоратлардан - бу деформацияловчи артроз, контрактуралар, анкилоз, бўғимларнинг шалвираб қолиши ва одат тусига кирган чиқишлар (суяк нуқсонларида) ҳисобланади.

13 - б о б. ҚЎЛ-ОЁҚЛАР АМПУТАЦИЯСИ ВА УЛАРНИ ПРОТЕЗЛАШ

АМПУТАЦИЯ

Ампутация – қўл ёки оёқни суяклари билан кесиб олиб ташлашдир. Агар қўл ёки оёқ бўғим юзасидан кесиб ташланса, буни экзартикуляция дейилади.

Ампутация сатҳи ва усули масаласига индивидуал ёндашиш керак. Шикастланиш характери, касаллик ва шикастланганнинг аҳволи инobatга олинади.

Ҳозирги пайтда кўп ортопедлар ампутация чегарасини аниқлашда Пура-Верта ва Юсевич таклиф қилган ампутация қилиш схемалари мақсадга мувофиқ эмас деб ҳисоблашади. Баъзан жарроҳ ампутация дастлабки ёки узил-кесиллигини ўзи аниқлаши керак. Дастлабки ампутация – жароҳатга кенгайтирилган жарроҳлик ишлови бериш, бу ампутациянинг зарур чегарасини аниқлаш мумкин бўлмаганда қилинади. Узил-кесил ампутациядан кейин реампутация қилинмайди. Ампутацияга мутлақ ва нисбий кўрсатмалар мавжуд.

М у т л а қ к ў р с а т м а ларга қуйидагилар киради:

оёқ ёки қўлнинг узилиб фақат тери ёки бойламда осилиб қолса;
оёқ ёки қўлнинг очиқ шикастланиб, суяклар майдаланган, мушаклар мажақланган, қон томирлар ва нерв толалари узилиб, тиклаш мумкин бўлмаганда;

бемор ҳаётига тақдид соладиган оғир инфекция борлиги;
келиб чиқиши ҳар хил (тромбоз, эмболия, облитерацияловчи эндартериит, диабет, совуқ уриш, куйишлар, электрдан шикастланиш) оёқ-қўл гангренази;
хавфли ўсмадар;

оёқ-қўлнинг қуйиб қолиши;

А м п у т а ц и я г а н и с б и й к ў р с а т м а л а р қуйдагилар:
даволаш наф бермайдиган узоқ битмаётган трофик яралар;
хроник остемиелитда ички аъзолардаги амилоидоз белгилари;
туғма ёки ҳаётда орттирилган оғир ва тўғрилаб бўлмайдиган
деформациялар;

- суякларнинг катта нуқсонлари, уларни аппаратлар ёрдамида
протезлаш мумкин бўлмаганда;

қўл-оёқларнинг туғма ривожланмаганлиги, улар протезлашга
тўққинлик қилади.

Кўрсатмалар асосланган бўлиб, касаллик тарихида қайд этилиши
керак. Жарроҳ ампутиацияни режалаштириши билан бир қаторда
кейинчалик қўл ёки оёқни протезлашни ҳам ўйлаши керак.

Қуйидаги ампутиация турлари бор: бирламчи, иккиламчи,
кечиктирилган ва қайта ампутиация (реампутиация).

Б и р л а м ч и а м п у т а ц и я ёки бирламчи кўрсатмалар билан
қилинган ампутиация, буни яраларга бирламчи жарроҳлик ишлов
берилганда эзилган, яшай олмайдиган ўлик тўқималарни кесиб
ташлашда қилинади. Бирламчи кўрсатмалар билан қилинадиган
ампутиация биринчи шошилиш жарроҳлик ёрдам беришда инфекция
клиник белгилари бошланмасдан олдин эрта муддатларда бажарилади.

И к к и л а м ч и а м п у т а ц и я консерватив ва жарроҳлик
даволаш усуллари ёрдам бермаганда қилинади. Иккиламчи кўрсатмалар
билан ампутиация хоҳлаган даволаш муддатида жароҳат асоратлашиб,
бемор ҳаёти хавф остида қолганида бажарилади.

К е ч и к т и р и л г а н деб, узоқ муддатда яралар битмаса ва узоқ
муддат давом этган оқмали хроник остемиелитда, паренхиматоз
аъзоларнинг амилоидоз билан зарарланиш хавфи бошланиб ёки узоқ
муддат даволаниб, ижобий натижа олинмаган, кўп сонли анкилозлар
бўлиб, нонормал ҳолатдаги оёқ-қўлларни ампутиация қилишга айтилади.

Қ а й т а а м п у т а ц и я л а р г а (реампутиацияларга) илгари
қилинган ампутиация яхши натижа бермаганда ёки протезлашга чўлтоқ
халақит берса, шунингдек, бирламчи ампутиациядан кейин тўқималарда
некроз тарқалса, томирларнинг облитерация бўлиши ёки анаэроб
инфекция кучайишида киришилади.

Ампутиацияга бирламчи кўрсатмалар бўлса, уни тезкорлик билан
бажариш керак. Ампутиация чегараси жароҳатнинг жойлашган соҳаси,
беморнинг умумий аҳволи ва маҳаллий ўзгаришлар характериға боғлиқ.
Тезкорлик билан қилинган ампутиациянинг асосий принципи, уни соғ-
лом тўқима чегарасида бажариш ва беморнинг ҳаётини сақлаб қолиш-
га қафолат бўлганда ва операциядан кейинги давр ижобий тугаши керак.

Тезкорлик билан ампутиация қилинганда чўлтоқ узунлигини имкони
борича сақлаб қолиш учун дистал қисмдан қилиш керак. Болдирнинг
қисқа чўлтоғи (тизза бўғими ёригидан 4-5 см) сонда қилинган ампута-

цияга қараганда протезлашга кўпроқ ярайди. Болдир қисқа чўлтоғида протезда юрганда тиззада актив ҳаракатлар қилиш мумкин.

Сонда ампутация қилинганда дўнгла (Ehicondulis med et Lateralis) чегарасида бажариш мумкин эмас, чунки чўлтоқ узун бўлиб, тиззада функционал протез конструкциясидан фойдаланиб бўлмайди. Ҳатто соннинг юқори қисмидан қилинган ампутация – қисқа чўлтоқ (3-4 см узунликдаги) чаноқ-сон бўғимидаги экзартикуляцияга нисбатан қисқа чўлтоқда махсус мослама билан қилинган протез, экзартикуляцияда қилинадиган мураккаб протездан қулай ҳисобланади.

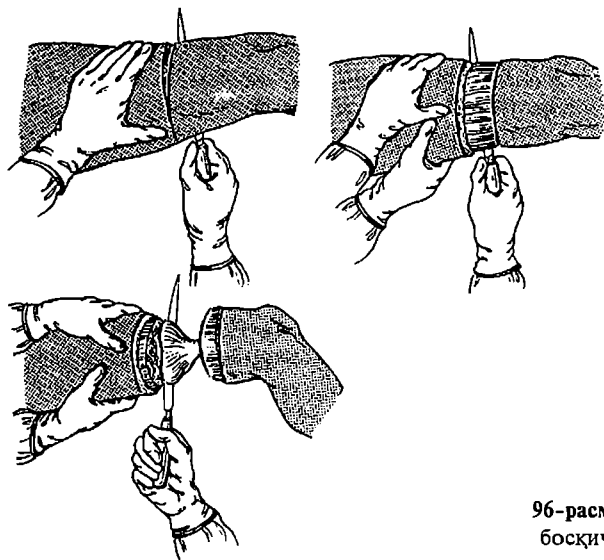
Ампутацияни наркоз остида қилинган маъқул. Одатда, уни ампутация чегарасидан 10-12 см юқорида қўйилган жгут остида қилинади. Йирик қон томирлар жароҳатланганда (эндартериит, атеросклероз) ёки анаэроб инфекция сабабли (газли гангрена) жгут қўйилмасдан қилинадиган ампутациялар бундан мустасно. Магистрал артерия ва вена томирлари кетгуд ёрдамида боғланади.

Оёқ ва қўл ампутацияси тўрт босқичга бўлинади: 1) тери ва бошқа юмшоқ тўқималарни кенгайтириб кесиш; 2) суякни кесиш; 3) ярага ишлов бериш, қон томирларни боғлаш, нервни кесиб ташлаш; 4) ярани тикиш.

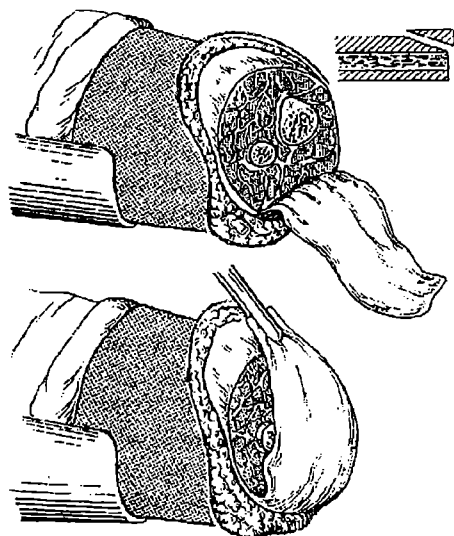
Типик ампутациялар усуллари юмшоқ тўқималарни кесишда айлана ва қуроқли турларга бўлинади. Айлана ёки циркуляр ампутация усули қўйидагидан иборат, яъни юмшоқ тўқималар оёқ ёки қўл узун ўқига нисбатан тўғри бурчак остида кесилади. Агар юмшоқ тўқималарнинг ҳамма қаватлари суяккача биратўла кесилса, суяк ҳам шу юзада қирқиб ташланса, бундай ампутацияни гильотин ампутация дейилади. Агар юмшоқ тўқималар қаватма-қават кесилса, унда ампутация икки ёки уч фурсатли бўлиб, циркуляр кесмада бажарилади (96-расм).

Қуроқли ампутация усули кўпроқ тарқалган. Бир ёки икки қуроқли ампутация усули бажарилади, уларда яра бир ёки иккита қуроқ билан беркитилади. Қуроқлар операция пайтида тери ва тери ости клетчаткасидан тайёрланади. Агар қуроққа фасция ҳам қўшилса, унда фасциопластик ампутация дейилади (97-расм). Фасциал қуроқ айрим пайтларда теридан ҳам олиниши мумкин. Айрим ҳолларда кесилган суяк юзаси иккита фасция қуроғи билан беркитилиши мумкин. Тери қуроқларига фасция борлиги чўлтоқда терининг ҳаракатчанлигини оширади. Агар тери-фасция қуроғига яна суяк пўстлоғи ҳам киритилса, унда фасциопериостопластик ампутация дейилади. Кесилган суяк юзаси суяк парчаси билан ҳам беркитилиши мумкин (суяк-пластик усул), масалан Пирогов усулида панжа ампутацияси, сонни Гритти-Шимановский усулида ампутация қилиш (98-расм).

Тери қуроқларини бичиш стандарт бўлмаслиги керак, чунки ҳар бир беморга шикастланиш характерида ва терининг аҳволига қараб турли юзадан қуроқ тайёрлаш мумкин. Атипик тери қуроғини бичиш тери эзилганда ва қўчганда бажарилади. Яхшиси қуроқларни бичганда бир

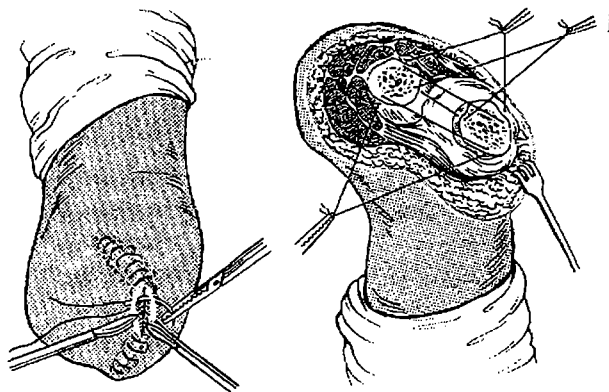


96-расм. Пирогов усулида уч босқичли айлана ампутация.



97-расм. Фасциопластик ампутация усули.

хил узунликда қилиш керак, чунки протезда юрилганда чўлтоқнинг олдинги ва орқа юзаси ишлайдиган юза ҳисобланади. Айрим пайтларда болдир ва сон ампутация қилинганда қуроқни шундай бичиш керакки, чок чўлтоқ орқа юзасида, елка ёки билак ампутация қилинганда эса дорсал юзада бўлиши керак. Операциядан кейинги чандиқни чўлтоқнинг кўндаланг кесилган қисмидан силжитиш фақат кесилган суяк юзасига



98-расм. Гритти-Шимановский усулида сонни суяк пластик ампутацияси.

мушак пластикаси қилинган бўлса, бу тери чандиғини суякка ёпишиб қолишдан сақлайди ва тери ҳаракатчан, протезлаш учун қулай бўлади.

Травмалар бўйича ампутациялар қилинганда тери қуроқларини катта ўлчамда бичиш керак (шикастланган тери қанчалик имкон берса). Тери қуроқларини якуний тайёрлаш операция охирида қилинади. Тери қуроқлари ҳаётчанлигини сақлаб қолиш учун (некрознинг олдини олиш) уларни апоневроздан кўчирмаслик керак. Бундай қуроқларнинг тўлиқ қалинлиги қўл-оёқларда қон айланиши бузилганда, айниқса аҳамиятлидир (шикастланиш, тромбоз, қон томирларни облитерация қиладиган касалликлар).

Облитерацияловчи эндартериитда, туғма ёки ҳаётда орттирилган деформацияларда, онкологик касалликларда, даволаб бўлмайдиган узоқ муддатли сурункали трофик яраларда, хроник остемиелитда режали равишда ампутация миопластик усулда қилингани маъқул. Бу усул реампутацияда ҳам ишлатилади. Бу усулда кесилган антагонист-мушаклар кесилган суяк юзасида тикилади. Бу чўлтоқ функционал ҳолатини анча оширади ва қон айланишини яхшилайди.

Соннинг миопластик ампутациясида тери қуроқлари олдида ва орқасидан бичилади, тери ости клетчаткаси билан юқорига буриб қўйилади. Сон мушаклари айлана кўндаланг кесим билан суякни кесиш мўлжалланган юзадан 2-3 см пастроқдан кесилади. Мушаклар суяк кесимидан 1,5-2 см проксималроқ қисмидан мушаклараро бўшлиқдан ажратилади. Қирқилган суяк юзаси устидан ички ва ташқи гуруҳ мушаклар тикилади. Тикилган мушаклар гуруҳи устидан олдинги ва орқа гуруҳ мушаклар тикилади. Тикилган 4 гуруҳ мушаклар устидан улар қисқарганда силжиб кетмаслиги учун чоклар қўйилади.

Ампутацияда нерв устунларига ишлов бериш муҳим аҳамиятга эга. Н.Н.Бурденко ампутацияни – бу асаб жарроҳлик муолажаси деб ҳисоблаган. Бунинг сабаби ампутация бўлган одамларда неврома ёки кесилган нерв чандиқда қолиб кўпинча фантом оғриқ пайдо бўлади.

Ҳозирги пайтда нервни устара ёки ўткир скальпел билан юмшоқ тўқималарни 5-6 см проксимал томонга қўтариб, кейин нерв кесилади, бунда нервни тортиш мутлақо мумкин эмас. Нервни қайчи билан кесиш тақиқланади. Жарроҳлик муолажаси жараёнида нафақат асосий нерв устунлари, қолаверса катта тери нервлари ҳам қисқартирилиши керак.

Ампутациянинг муваффақиятли ўтиши ва кейинчалик протезлаш учун қирқилган суякка ишлов бериш катта аҳамиятга эга. Суяк пўстлогини айланма кесиб чиққач, распатор ёрдамида суяк пўстлоғи дистал томонга сурилади. Суякни пўстлоқ шикастланмайдиган қилиб эҳтиётлик билан қирқиш керак. Суяк секин қирқилади, чунки тез қирққанда суякнинг кесилган юзаси некрозга учраши мумкин. Суяк қирқилаётган пайтда арра теккан жойга новокаин ёки натрий хлорид эритмаси қуйиш мақсадга мувофиқдир. Суяк арра ёрдамида қирқилгач, унинг қирқилган юзасидаги ташқи қирраси ҳамма томонидан айланасига эгов ёрдамида текисланади.

Болдир ампутация бўлганда катта болдир суяги қиррасини 2-2,5 см давомидида озроқ чопиб, кейин силлиқлаш керак. Агар қирқилган юза олди қирраси силлиқланмаса, кейинчалик протезлашга ҳалақит беради, чунки протезда юрилганда шу қисмда тери шилиниб, яра пайдо бўлади ва кейинчалик битмайдиган ярага айланади, кичик болдир суяги катта болдир суягидан 2-3 см юқорироқдан қирқилади.

Ампутацияда гемостаз муҳим аҳамиятга эга. Қон томирларини боғлашдан олдин уларни юмшоқ тўқималардан ажратилади. Йирик қон томирларини мушак билан қўшиб боғланса, мушак қирқилиб ип сирғалиб чиқиб кетиб, кучли қон оқиши рўй бериши мумкин. Қон томирлар кетгут билан боғланади. Стационар шароитларида ҳатто сон артерияларини иккита кетгут лигатуралар билан боғлаш лозим. Кетгут билан боғлаш бу тикиладиган бошқа иплардан ҳосил бўладиган оқмани олдини олади. Катта қон томирлар боғлангач олдинроқ қўйилган эластик бинт ёки жгут олинади. Бир неча дақиқадан сўнг майда томирлардан қон оқади. Мушак артерияларини кетгут билан тикиб ташланади. Томирлар боғланаётганда имкон борича камроқ тўқималарни қўшиб олиш керак, шундагина ярада камроқ некротик тўқималар бўлади.

Ампутациядан кейин контрактуранинг олдини олиш мақсадида чўлтоқли оёқ ёки қўлга тўғрилланган ҳолатда гипс боғлами ёки шина ўрнатилади. Лонгета яра тўлиқ битгач олинади. Жарроҳлик муолажасидан кейин 3 сутка ўтгач, УВЧ-терапия, 5 суткадан сўнг беморни фантом-импульсли гимнастикага ўргатилади (бемор ампутация қилиниб олиб ташланган бўғимларда букиш-ёзиш ҳаракатларини фикран қилади). Мушакларни қисқартириш чўлтоқни қон айланишини яхшилаб, ҳаддан ташқари атрофия бўлишидан сақлаб қолади.

Одатда ампутация протезлаш билан яқунланиши керак, унинг муддати ампутация қилинадиган кунга мақсимал яқинлашиши керак.

Ампутация бўладиган беморни нафақат жисмоний, балки ҳан (психологик) тайёрлаш ҳам керак. Бемор ампутациядан кейин олиши ва жамоат ишларида фаол қатнаша олишини тушуниши ва билиши керак. Протезлашни жарроҳлик муолажаси бўладиган кунга максимал яқинлаштиришни амалга ошириш, доимий протезда юриш учун тегишли усул тавсия қилинган.

Экспресс-протезлаш — оёқни ампутация қилиб, биратўла жарроҳлик столида протезлаш. Бундай протезлаш ампутациягача бемор қўлтиқтаёқда ёки таёқ ёрдамида юрган бўлса, улар учун бу тўғридан-тўғри кўрсатмалар ҳисобланади. Бу усул чўлтоқни доимий протезлаш муддатини 1-3 ойга қисқартиради.

Экспресс-протезлашнинг асосий шарти — бу чўлтоқни булутсимон ашё билан бекитиш керак, бу шишнинг ва чўлтоқнинг эзилишини олдини олади.

Ампутация қуроқли усулда бажарилади, бунда олдинги ва орқа тери қуроқлари бир хил узунликда бўлиши керак. Антагонист-мушакларни тикканда чўлтоқ конус шаклини олиши керак. Тери жароҳати тикилгандан кейин 2-3 мм диаметрдаги хлорвинил найча қўйилади. Даволовчи-машқ қилдирувчи протез бемор наркозда ётган пайтда қўйилади. Тери чокига стерилланган салфетка қўйилиб, чўлтоққа чит матодан халтача кийдирилади ва 5-10 мм қалинликдаги пенополиуретан териби чиқилади, шундан кейин эластик пайпоқ кийдирилади, унинг устидан айлана гипс боғлами қўйилади.

Имкон борича машқ қилдирилгач, ампутациядан кейин учинчи ҳафтада ҳамма кўрсаткичлар нормаллашиб, 75% беморлар битта таёқ ёрдамида даволоччи-машқ қилдирувчи протезда юришади.

Жарроҳлик столида протезлаш усули тез (3 суткадан кейин) ампутация қилинган оёқни функционал юк беришга жалб этилади, тўртинчи ҳафтадан кейин доимий протез тайёрланади.

Бу усул қўшилиб келган жароҳат олган ва йўлдош касалликлар бўлган шикастланганларда ишлатилиши мумкин эмас, чунки бундай беморлар ампутациядан кейин бир ҳафта ўтгач ўринларидан тура олмайдилар. Бу усул жисмонан заиф, кексаларда, бировлар ёрдамига муҳтож бўлиб юра оладиган беморларда ҳам қўлланилмайди.

ПРОТЕЗЛАШ

Протезлаш — оёқ ёки қўлнинг йўқ қисми ўрнини босувчи махсус мослама ва қурилмалар бўлиб, унинг фаолиятини ва шаклини қисман тиклайди. Шу мақсадда протезлар, ортопедик аппаратлар (ортезлар), корсетлар ва ортопедик пойафзал ишлатилади.

Протез-ортопедик мосламалар таянч ва ҳаракат фаолиятининг ўрнини босиб, касалликнинг кечишига оптимал шароит яратади ва таянч-ҳаракат аппаратининг иккиламчи деформациясининг олдини олади.

қу Оёқ ва қўл ампутациясидан кейинги протезлаш. Оёқ-қўлларни протезлашда чўлтоқнинг ҳолати, беморнинг умумий аҳволи, унинг касби ва кейинчалик ишга жойлашиши инobatга олинади. Протезлаш мумкинлиги чўлтоқнинг оғримаслиги, унинг конуссимон шакли, чандиқнинг ҳаракатчанлиги ва бўғимларнинг яхши ҳаракатлари билан белгиланади. Протезлашни муваффақиятгли бўлиши асосан чўлтоқнинг ҳолати ва протез сифатига боғлиқ.

Протезга умуман организмнинг ва қирқиб ташланган оёқнинг ўрганиши зарурлигини инobatга олган ҳолда биринчи 1,5-2 ой ўқув-машқ протезидан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Протез гильзаси металлдан (дюралюминдан), ёғочдан, теридан, сўнгги йилларда эса ҳар хил пластик материаллардан тайёрланмоқда.

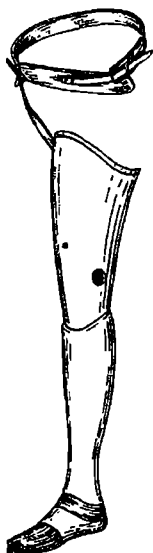
Протезлар қуйидаги турларга бўлинади: 1) косметик; 2) қўл-оёқ фаолиятини тикловчи актив косметик; 3) ишчи (ишлаб чиқаришда ва маиший ҳаётда маълум ишларни бажариш учун).

Оёқ ампутациясидан кейин протезлаш. Ампутация қилиш юзасига қараб қуйидагича фарқланади: панжа, болдир, сон протезлари ва сон чаноқ-сон бўғимидан олиб ташлангандан кейинги протезлаш. Панжанинг олдинги қисми (Лисфранк, Шопар бўйича) ампутация қилинган, ортопедик оёқ кийим тавсия этилади ёки ортопедик пойафзал берилади.

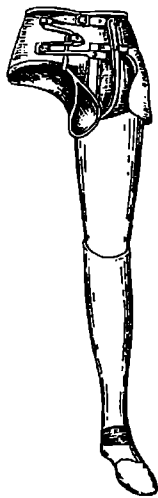
Пирогов усулида товон суяги олиб қолинган ампутацияда ва тўғноғичсимон чўлтоқда унинг яхши чидамлилигига қарамай, протез танлаш анча мураккаб, чунки тўғноғичсимон чўлтоқни протезлаш анча мураккаб. Бу вазиятларда қабул гильза полиэфирдан тайёрланади.

Болдир ампутациясидан кейинги протезлаш. Энг кўп учрайдиган протезлаш турига болдир протези киради, бу катта эътиборни талаб қилади, чунки болдирда юмшоқ тўқималарнинг камлиги, катта болдир суяги олдинги юзасининг бўртиб туриши, кўпинча трофик ўзгаришларнинг учраши протезлашни мураккаблаштиради, шунинг учун протезни яхши мослаштиришга тўғри келади. Болдирга протезни яхши мослаш учун қуйидаги зарур шарт-шароитлар керак: 1) чўлтоқнинг қабул гильзаси тўлиқ мос келиши; 2) гильза деворларига юкнинг тенг тушиши, бўртиб турган суяк қисмларини инobatга олган ҳолда (болдир дўмбоқлари, катта болдир суяги гадир-будури); 3) чўлтоқ чизиги бўйлаб юкнинг тушиш ўқиға мос келиши; 4) протез шарнирининг тизза букилиш марказий нуқтаси билан ўзаро ҳаракати; 5) тизза ва болдир-панжа бўғимларининг ўқининг тўғрилиги.

Шина-тери ва ёғоч, металл ва пластмасса болдир протезлари энг тарқалганлари ҳисобланади. Шина-теридан қилинган болдир протези сонда тери гильзадан, болдир ва панжада тери гильзадан иборат. Протезнинг камчилиги унинг оғирлиги ва деформация бўлиш эҳтимолидир. Ёғочдан тайёрланган протезларда болдир гильзаси асосий таянч бўлиб, чўлтоққа аниқ мослаштирилади. Болдир протезлари қаттиқ



99-расм. Сон чўлтоғи учун протез.



100-расм. Сонни чаноқ-сон бўғимидан олиб ташланганда қўлланиладиган протез.

таянч гильзалари билан болдир-панжа шарнирдан, резинали ёки полиуретан панжа ва сонда тери гильзадан иборат. Протезлашда чўлтоқ асосида яхши қолип олинганда оптимал натижага эришиш мумкин.

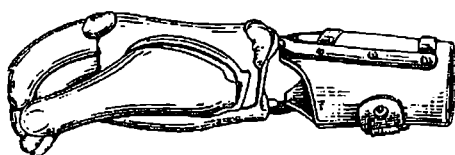
Сон чўлтоғини протезлаш. Бунда чўлтоқнинг ўзига хослигига қараб иш юритилади: битта суяк ва катта мушак массиви, иккита бўғимнинг йўқлиги (тизза ва болдир панжанинг) ва чаноқ-сон бўғимларида контрактурасиз ва лордозсиз ҳаракатнинг тўлиқ борлиги. Сон протезларида қабул гильза ҳар доим қаттиқ бўлиши керак. Протез танага, кўпинча, теридан тайёрланган белбоғ ёки бандаж ёрдамида қотирилади; вакуумли қотириш ҳам мумкин (99-расм).

Агар сон чўлтоғи калта бўлса (10 см дан кам), баъзан чўлтоқ учун ҳаракатчан тери халтачаси ишлатилади. Суяк-пластик ампутацияларидан кейин (Гритти-Шимановский, Календер ва бошқалар бўйича) куймич дўнглигига ботмайдиган, чўлтоққа юк тушадиган протезлардан фойдаланиш мумкин.

Сонни чаноқ-сон бўғимидан олиб ташлангандан кейин ёки жуда калта чўлтоқларида протезлаш. Бу оғир муаммо ҳисобланади. Бу ҳолатларда протезда юриш чаноқни ҳаракатлантириш билан кечади, ҳаракатлар бел умуртқаси ва соғлом оёқда чаноқ-сон бўғимида ёзиш ҳисобига бажарилади. Сон олиб ташлангандан кейин тавсия этилган бир неча протезлар ўзининг оғирлиги билан кўпчилик беморларнинг талабига жавоб бермайди. Одатда бундай протезлар чаноқни қабул қилувчи (корсет), теридан ёки пластмассадан тайёрланади. Чаноқ-сон бўғими сатҳида иккита шарнир ўрнатилади (уларнинг биттаси қўлфли); протезнинг қолган қисми сон протезини такрорлайди (100-расм).

Қўл ампутациясидан кейин протезлаш. Қўл протезлари учун функционал мақсаддан ташқари косметик кўриниш ҳам катта аҳамиятга эга, яъни қўлга ўхшаш бўлиши керак. Ампутация қанчалик юқоридан қилинган бўлса, фаолияти шунчалик бузилади ва шунчалик протез ясаш мураккаб бўлади. Актив протезлар учун чўлтоқ мушаклари куч манбаи ҳисобланади. Сўнгги пайтларда ташқи энергия манбали (электр батарея, сиқилган газ ва бошқалар) протез ихтиро этилган.

Кафт-бармоқ юзасида қилинадиган ампутациядан кейин протезлаш. Косметик протезлар (полихлор-винил қобиғидан) асосан бармоқлар бўғимдан олиб ташланганда

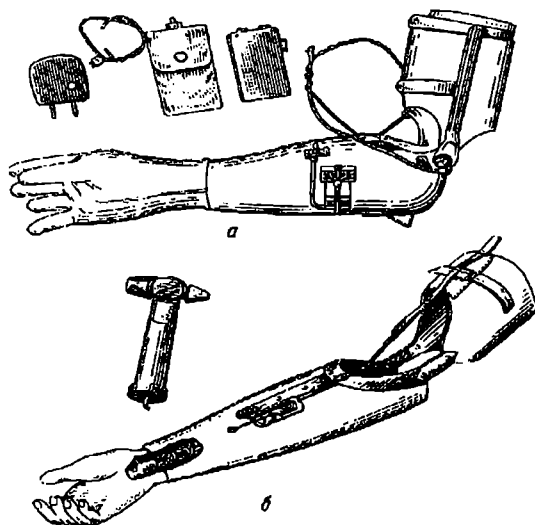


101-расм. Панжа протези.

ёки кафт бармоқлари қисман функционал нуқтаи назардан кафт суяклари юзасидан қилинган ампутация қулай ҳисобланади (101-расм).

Билак ампутациясидан кейин протезлаш. Билак юзасида қилинган ампутацияда ушлаш хусусиятини йўқотиш билан бир қаторда ротацион ҳаракат ҳам йўқолади. Агар билак-кафт юзасидан ампутация қилинса, протез соғлом қўлга нисбатан узунроқ бўлиши керак, чунки протезнинг бошқарув механизмини жойлаштириш керак. Билак қисқа чўлтоғи учун протез қилишнинг мураккаблиги (4-5 см дан қисқа бўлса) шундан иборатки, тирсак бўғимида ҳаракатларни сақлаб қолиш керак, бу махсус протез конструкциясини талаб қилади. Протезнинг активлигини елка камаридан қарама-қарши ўтказилган камарлар ёрдамида амалга оширилади, бу ҳаракат натижасида протез механизмига тортувчи камарлар орқали эришилади.

Сўнги пайтларда кўпроқ биоэлектрик бошқарувчи ва электромеханик ўтказувчилар ишлатилади. Биоэлектрик протезларнинг афзаллиги шундаки, бармоқларни букиш ва ёзиш актив ва меъёрида бажарилади (102-расм, а). Шу билан бирга, бармоқлари ечиладиган билак протезлари ҳам ўз аҳамиятини йўқотмади, чунки бармоқлар ўрнига ишлаш мосламаси — тўқмоқ, қалам ва жисми ушлайдиган бошқа мосламалар ишлатилиши мумкин (102-расм, б).



102-расм. Билак чўлтоғи учун протезлар.

а — биоэлектрик протез;
б — панжаси ечиладиган протез.

Билак биоэлектрик протезининг ишлаш принципи шундан иборатки, мушаклар қисқарганда олинган электропотенциал электрон кучайтирувчи ёрдамида бир неча юз ва ҳатто минг баробар кўпаяди, уларнинг буйруғи билан кичик ҳажмдаги аккумулятор электр мотори ишга тушади ва бу протез бармоқларни букиш ва ёзишни, ротацияни ва билак-кафт бўғимини ҳаракатга келтиради.

Елка ампутациясидан сўнг ёки елка бўғимидаги жарроҳлик муолажасидан кейин протезлаш. Бу ҳолда фақат актив протезлар тўғрисида сўз юритиш мумкин. Бундай протезларда кафт-бармоқларининг активлиги, қўл функциясини тикловчи (ушлаш ва актив ёзиш), пружина таранглашиш кучидан фойдаланиланади. Кафт-бармоқ ротацияси актив ёки пассив пружина ёрдамида бажарилади. Сиқилган газ ёрдамида ишлайдиган, биоэлектрик бошқариладиган ва электромеханик узатмали протезлар ишлаб чиқилган.

ОРТОПЕДИК АППАРАТЛАР (ОРТЕЗЛАР)

Ортопедик аппаратларнинг асосий вазифаси — бу бўғимлардаги актив ҳаракатлар фалаж ёки мушаклар кучининг кескин сусайиши натижасида йўқолганда бўғимларни керакли ҳолатда тўғри ушлаб туриш, юкни ушлаш, фаолиятини коррекциялаш ва ривожлантиришдан иборат (103-расм).

Оёқ учун ортопедик аппаратлар. Бундай аппаратлар қулфли ёки қулфсиз бўлади. Қулфли аппаратлар оёқни тизза ва чаноқсон бўғимида ёзилган ҳолатда ушлайди, ўтирганда эса қулф очилиб, оёқ бўғимларида букилади. Қулфли аппаратларда юрганда бўғимлар ёзилган ҳолатда туради ва мушаклар ишламайди (103-расм, а).

Қулфсиз аппаратлар ҳаракатчан ва шарнир ошиқ-мошиқда уланади ва ҳар бир бўғимга хос ошиқ-мошиқ бўлади (103-расм, б). Бундай аппаратлардан фойдаланишнинг асосий шarti бўғимларда контрактура бўлмаслигидир. Агар букувчи контрактура 10⁰ дан ортиқ бўлса, унда фақат қулфли аппаратда юриш керак.

Ортопедик аппаратлар сонда ва болдирда тери гильзадан иборат, улар металл шиналар ёрдамида уланади ва бўғимлар сатҳида шарнирлари бор. Оёқ панжасида тери пойафзал бўлиб, бу металлдан тайёрланган патак ва шинага қотирилган бўлади. Оёқ панжасини ушлаб туриш учун махсус пружина ёки тортиб турувчи резина ўрнатилади.

Турли ортопедик аппаратлар болдир ва оёқ панжасининг узоқ муддат синиб битмаган суяклари, сохта бўғимлар ва осилиб қолган оёқ панжаси учун тайёрланади (103-расм, в). Шундай қилиб, аппаратлар турли хилда ва касалликка боғлиқ ҳолда индивидуал тайёрланади.

Аппаратлардан ташқари, пластмассадан ва қатламли пластикдан тайёрланган тугорлар кенг ишлатилмоқда. Аммо бу тугорлар унчалик

пишиқ эмаслиги туфайли юрилганда қўлтиқтаёқдан фойдаланишга тўғри келади. Қўлтиқтаёқсиз туторда фақат болалар юриши мумкин.

Қўл учун ортопедик аппаратлар. Қўл учун аппаратлар мушаклар фалажида, суяклар битмаганда, сохта бўғим бўлганда ва деформацияларни тўғрилаш мақсадида ишлатилади. Бу ортопедик аппаратларда билак, панжада тери гильза ва бўғимларда шарнирли шиналар ишлатилади (103-расм, з). Билак ёки тирсак бўғимини тахтакачлаш учун гильза билак ва елкага кийдирилади. Зарурият бўлса, тирсак бўғими соҳасида керакли бурчакда қулф ўрнатилади. Қўл бутунлай фалажга учраса, унда ортопедик аппарат корсет ёрдамида ушланади. Аммо бўғимларда ҳаракат қилдириш ва мушакларга машқ буюриш учун функционал аппаратлар тайёрланади: юкни камайтирувчи – танадан узоқлаштирувчи ёки осилиб турувчи аппарат, бу ҳамма бўғимларда ҳаракат қилишга имкон яратади (103-расм, д). Қўлни тахтакачлаб ушлаш учун пластикдан тайёрланган туторлардан фойдаланиш мумкин.

Ортопедик корсетлар. Ортопедик корсетларнинг икки тури мавжуд: тахтакачловчи ва коррекция қилувчи. Тахтакачловчи корсетлар умуртқани ҳаракатсизлантириб ушловчи ва унинг юкни камайтириш, коррекция қилиш учун умуртқани тўғрилаш, тахтакачлаш ва юкни камайтириш учун ишлатилади.

Қотирувчи корсетлар қаттиқ, ярим қаттиқ ва юмшоқ бўлади. Қаттиқ корсетлар теридан металл қотирувчи шиналар билан уларнинг узунасига, корсетнинг юқори ва пастки қирраларига қотирилади (103-расм, е).

Ярим қаттиқ корсетларнинг юқори ва пастки қирраларида металл шиналар бўлмайди.

Юмшоқ корсетлар матодан тайёрланган бўлиб, эгилувчан металл ишлатилади (103-расм, ж).

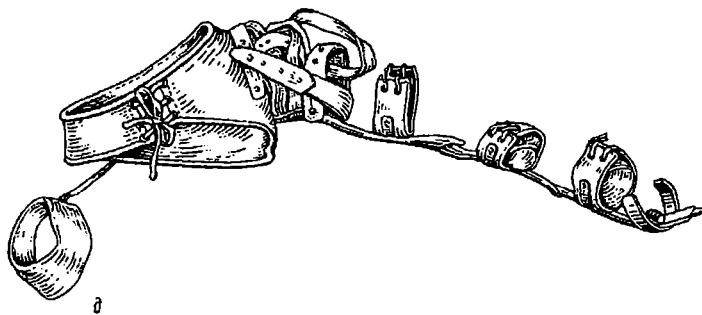
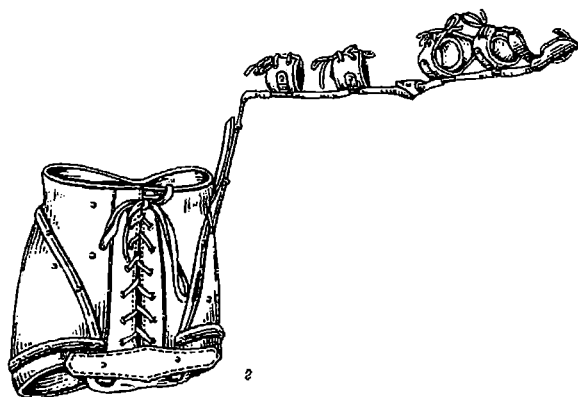
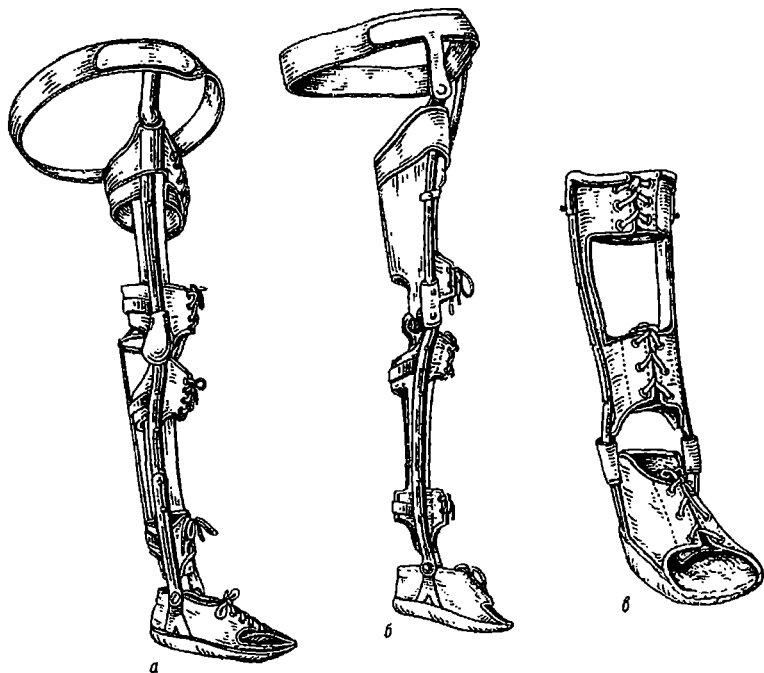
Қаттиқ корсетлар умуртқа сил спондилитининг ремиссия даврида, унинг синишидан кейин, умуртқа танаси гемангиомасида, спондилोलистезда, остеохондрозда, орқа мия нерв толаларида кучли оғриқ белгиси бўлса, умуртқада қилинган турли жарроҳлик муолажаларидан кейин ва шу кабиларда ишлатилади.

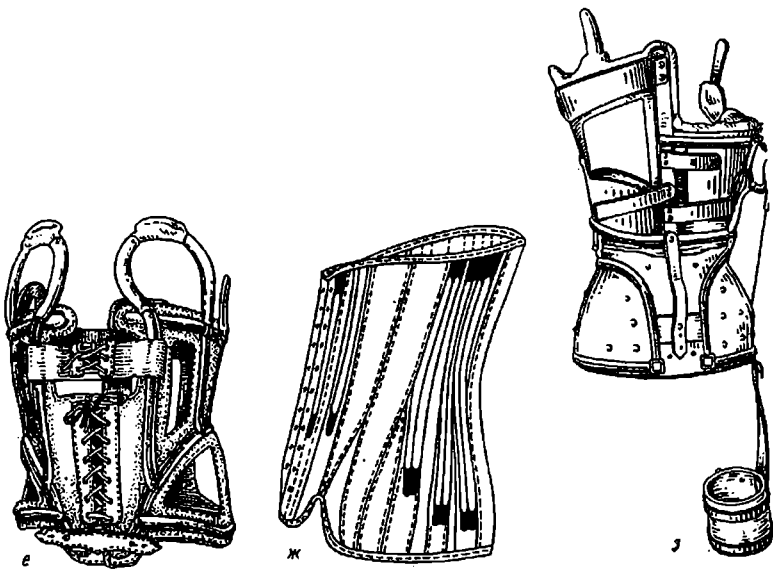
Ярим қаттиқ ва юмшоқ корсетлар деярли оғриқ кузатилмайдиган остеохондрозда ёки тўлиқ қотириб турувчи корсет ечиб ташлагандан кейин ишлатилади.

Корсет конструкцияси умуртқани жароҳатланган юзасига қараб тайёрланади. Бўйин ва кўкрак умуртқаси юқори қисми шикастланса ва касалланса, бошни ушлаб турувчи дюралюминдан йўл-йўл қилиб тайёрланган корсет ишлатилади.

Корсетларни фақат ётган ҳолатда кийиш керак. Айрим пайтда, айниқса, семиз одамларда нафас олиш машқларини ўргатиш керак, шунда ҳарсиллаш ва юракнинг тез уриши кузатилмайди.

Коррекцияловчи корсетлар даволаш учун сколиоз ва кифосколиозда ишлатилади. Деярли кўпинча қотириб турувчи – коррекцияловчи





103-расм. Ортопедик аппаратлар (ортезлар).

a — қулфли ортопедик аппарат, суст фалажларда ишлатилади; *b* — оёқ учун қулфсиз ортопедик аппарат; *в* — оёқ панжаси ва болдир учун ортопедик аппарат; *г* — қўл учун юкни четлатувчи, танадан узоклаштирувчи аппарат; *д* — қўл учун юмшоқ кўтаргичли аппарат; *e* — қаттиқ ушлаб турувчи, юкни камайтирувчи қобиқли корсет; *ж* — юмшоқ (Ленинград типдаги) корсет; *з* — функционал-коррекцияловчи корсет.

корсетлар ишлатилади, булар ёрдамида коррекция қилиш учун корсет қисмларининг ўрнини алмаштириб ва букурликни маҳаллий босиб турувчи «пелот» ишлатиш керак. Одатда кузатиладиган атрофияга қарши курашиш учун функционал-коррекция қилувчи корсет-аппаратлар ишлатилади, уларда шарнирлар чаноқ-сон бўғимида ва умуртқани олдинга-орқага ҳаракат қилишига имкон яратади (103-расм, з).

Шарнирлар умуртқа кўкрак бўлимининг ботиқ томонга ва ротацион ҳаракатларини чеклантиради.

Корсетлар сколиозда гипс қолипи бўйича тайёрланади, қолип беморда Энгельман мосламасида умуртқасидан тортилган ҳолатда тайёрланади.

ОРТОПЕДИК ПОЙАФЗАЛ

Ортопедик пойафзал оёқ панжасининг турли деформацияларида тавсия этилади. Ортопедик оёқ кийими қуйидаги мақсадни кўзлайди: 1) оёқнинг таянчи бўлиши учун; 2) панжанинг бошланғич, беқарор деформациясини коррекция қилиш мақсадида; 3) таянч юзасини

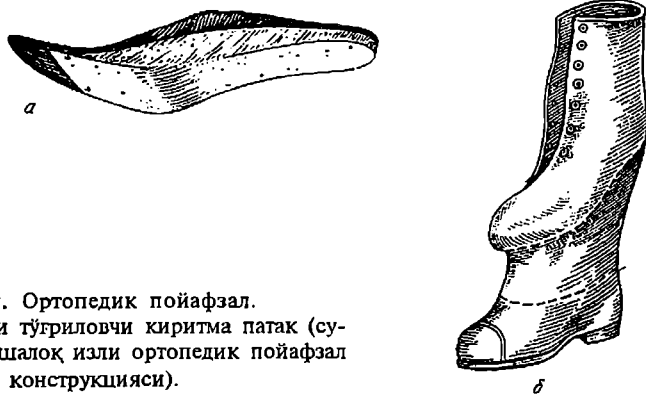
кўпайтириш мақсадида; 4) оёқ калталигини компенсация қилиш мақсадида; 5) оёқ панжасининг оғриқли қисмларида юкни камайтириш; 6) ортопедик аппаратларда юриш имкониятини яратиш; 7) косметик нуқсонни беркитиш мақсадида.

Турли нуқсонларда ва касалликларда ортопедик оёқ кийимини кийиш тавсия этилади, нуқсоннинг турига қараб ҳар хил ортопедик пойафзаллар кийилади.

Ясси оёқликда ортопедик пойафзал. I ва II даражали ясси оёқлик ортопедик пойафзал эмас, аксинча теридан, резинадан, пробкадан, кигиздан, металлдан ва пластмассалардан тайёрланган турли хил супинаторлар тавсия этилади (104-рasm, *a*). Қотиб қолган яссиоёқликда, айниқса, кўндаланг яссиоёқликда I бармоқ ташқарига буралиб, II бармоқ унинг остига кириб қолганда ортопедик оёқ кийими тавсия этилади.

Оёқ калта бўлганда ва ампутицион нуқсонларда ортопедик пойафзал. Ортопедик оёқ кийимдан ташқари, боса оладиган ва ҳаракатчан оёқ панжаси чўлтоғида турли мослама пойафзаллар ишлатилади. Оёқ 1,5 см гача калта бўлса, ортопедик оёқ кийимида юриш тавсия этилмайди, аксинча оёқ кийим пошнаси баландлигини ошириш ҳисобига масала қал қилинади. Калталиқ 6 см гача бўлса, оёқ кийим пробкадан қилинади, агар 10 см дан ортиқ бўлса, қаттиқ берц тўпиқ камроқ чиққан томондан кўйилади. Калталиқ 18 см дан ортиқ бўлса, унда қўшалок изли ботинка берилади: юқорисида панжа, пастки изида эса сунбий панжа ипли ботинкаси билан жойлашади, ботинкага барқарорлик бериш учун қаттиқ берцлар ўрнатилади (104-рasm, *b*).

Гумбазсимон оёқ панжаси ортопедик пойафзал. Оёқ панжаси гумбази ўрта баланд бўлганда пойафзал гипс воситасида қолип кўйиб тайёрланади. Бу ҳолларда пойафзал конструкцияси гумбазни тикка кўтарилган ҳолатида ташқи томони кўтарилган бўлиб



104-рasm. Ортопедик пойафзал.
a – яссиоёқликни тўғриловчи киритма патак (супинатор); *b* – қўшалок изли ортопедик пойафзал (Воскобойникова конструкцияси).

тайёрланади (кўпроқ олдинги қисми) ва деярли I ва V қафт суяклари бошчаси соҳасида қадоқ пайдо бўладиган нуқталарда ясси чуқурчалар, яъни ўймалар ҳосил қилинади. Агар оёқ панжасида кўшма деформация қафтнинг чуқурлиги билан, бошқа ҳолатлар (*vagus*, *esvinus* ва бошқалар) кузатилса, унда пойафзал гипсдан тайёрланган қолип асосида тайёрланади.

М а й м о қ л и к д а о р т о п е д и к п о й а ф з а л т а й ё р л а ш . Даволаш жараёнида ва бутун қолган ҳали деформация тўлиқ тўғрилланмаган даврда тайёрланади. Пойафзал қолипга асосланиб, қийшиқликни инobatта олган ҳолда, пойафзал юқори қисми тўпиқ-лардан паст бўлмаслиги керак.

Оёқ панжасининг турли деформациялари (туғма ва орттирилган) жуда кўп бўлиши мумкин, шунинг учун ҳар бир ҳолатда айрим ва индивидуал пойафзал тайёрлаш шарт. Бу жараён гипс қолип тайёрлаш билан бошланади, чунки фақат шундагина оёқ панжасининг ҳар бир кичкина дефекти инobatта олинади.

Ортопедик аппаратларни, протезларни ва пойафзалларни тайёрлаш бизнинг мамлакатда Республика Меҳнат ва ижтимоий таъминот вазирлигига тааллуқли протез-ортопедик корхоналар тайёрлайди.

Протез-ортопедик корхоналар ҳар бир вилоят марказида жойлашган бўлиб, протез ярим маҳсулоти билан таъминланади. Айрим протез-ортопедик корхоналарда болалар ва катталар учун шифохоналар мавжуд, буларда мураккаб ва биринчи мартаба протезлашга муҳтож беморлар ётқизилади.

14 - б о б . Т А Я Н Ч - Ҳ А Р А К А Т А П П А Р А Т И ШИКАСТЛАНИШЛАРИНИНГ ОҚИБАТЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАР ВА НОГИРОНЛАРИНИНГ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ

Ногиронларнинг иш қобилияти ёки уларни қайта ўргатиш масалалари билан узоқ вақтлардан буён шуғулланиб келинаётганлигига қарамай, фақат 60-йилдан бошлаб «реабилитация» (тикланиш) атамаси замонавий муайян аҳамиятга эга булди. Жақон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) нинг реабилитация бўйича экспертлари мажлисида «реабилитация – ногиронларни ўргатиш ёки қайта ўргатиш мақсадида уларнинг функционал имкониятларга эришишлари учун тиббий, социал, маърифий ва касбга доир чоралардан мувофиқлаштирилган ҳолда фойдаланишдир», деб кўрсариб ўтилган эди. Шундай қилиб, реабилитация – касаллар ва ногиронларни (болалар ва катталарни) ижтимоий жиҳатдан зарур функционал ва социал-меҳнатга тиклаш бўлиб, ижтимоий, тиббий, психологик, педагогик, касбга доир, юридик ва бошқа тадбирларни комплекс ўтказиш йўли билан амалга оширилади.

Реабилитация икки асосий масалани кўзда тутди: а) шикастланганни меҳнатга қайтариш; б) жамият турмушида фаол қатнашиш учун унга оптимал шароитлар яратиш. Меҳнатга лаёқатини йўқотган кишиларни тиклаш социал муаммо ҳисобланиб, уни ҳал қилиш тиббиёт зиммасига киради.

РЕАБИЛИТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ ТАМОЙИЛЛАРИ

Реабилитациянинг асосий тамойиллари қуйидагилардир:

1. Реабилитация тадбирларни имкон борича эрта бошлаш, улар доволаш тадбирларига чамбарчас боғланиши, уларни тўлдириш керак.

2. Реабилитациянинг самарадорлиги унинг узлуксиз бўлишига боғлиқ.

3. Реабилитация тадбирларининг комплекс характерга эга бўлиши. Ногиронларни реабилитация қилишда фақат тиббиёт ходимлари эмас, балки бошқа мутахассислар ҳам: психолог, социолог, ижтимоий таъминот ва қасаба уюшмаси идораларининг вакиллари, ҳуқуқшунослар ва бошқалар қатнашишлари керак. Реабилитация тадбирлари, албатта, врач рақбарлиги остида ўтказилиши керак.

4. Реабилитация тадбирлари тизимининг индивидуаллиги. Касаллик жараёнининг кечиши, кишиларнинг яшаш ва меҳнат фаолиятининг ҳар хил шароитларидаги характери, бу ҳар бир бемор ёки ногирон учун реабилитация дастурларини қатъий индивидуал ҳолда тузишни талаб қилиди.

5. Касаллар (ногиронлар) жамоасида реабилитацияни амалга ошириш. Реабилитациянинг мақсади шикастланганни жамоага қайтаришдан иборат.

6. Ногиронларни фаол, ижтимоий фойдали меҳнатга қайтариш.

Реабилитация тушунчасига қуйидагилар киради:

функционал тикланиши: а) тўлиқ тикланиш; б) чегараланган тикланишда ёки тикланиш бўлмаганда компенсация (ўрнини тўлдириш); кундалик турмушга мослашиши; меҳнат жараёнига қўшилиш; реабилитация қилинганларни диспансерда кузатиш.

Реабилитациянинг мақсади: олдинги иш жойида адаптация ёки реаадаптация — шароитлари ўзгарган иш жойида, бироқ ўша корхонада ишлаш (олдинги ихтисосига яқин янги орттирган малакасига мувофиқ камроқ жисмоний куч сарфлаб ишлаш). Юқорида санаб ўтилган бандларни рўёбга чиқариб бўлмаганда ўша корхонанинг ўзида тегишлича қайта малака ошириш зарур, тикланиш муваффақиятсиз чиққанда ёки тикланишнинг иложи бўлмаганда реабилитация марказида қайта малака ошириш билан бирга янги ихтисослик бўйича иш излаш. Ҳозирги вақтда реабилитациянинг учта асосий тури фарқ қилинади, улар реабилитация марказлари ёрдамида амалга оширилади.

ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Тиббий тикланиш бемор соғлиғини тиклашга қаратилган даволаш тадбирларини ўз ичига олади. Бу даврда, шунингдек, шикастланганни зарур адаптация, реадатация ёки малака оширишга руҳий тайёрлаш амалга оширилади. Тиббий тикланиш беморнинг врачга муурожаат қилган пайтидан бошланади, шунинг учун шикастланганни руҳан тайёрлаш врач зиммасида бўлади.

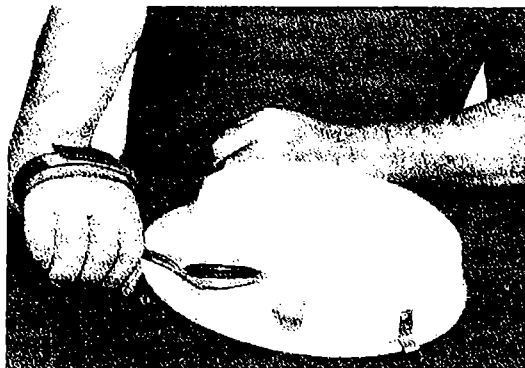
СОЦИАЛ (ИЖТИМОЙ) РЕАБИЛИТАЦИЯ

Социал ёки маиший реабилитация унинг энг асосий турларидан бири ҳисобланади ва шикастланганда ўзига-ўзи хизмат қилиши кўникмаларини ривожлантириш унинг асосий мақсади ҳисобланади. Бу ўринда врачнинг асосий вазифаси ногиронни энг оддий, турмушда асқотадиган мосламалардан фойдаланишни ўргатишдан ибрат. Реабилитация ходимларининг турли-туман мосламаларни тайёрлашда беморга индивидуал ёндашишлари ва ижодий изланишлари ногироннинг, ўз-ўзини уддалай олишида катта аҳамиятга эга (105-расм).

КАСБГА ДОИР РЕАБИЛИТАЦИЯ

Касбга доир ёки ишлаб чиқариш реабилитацияси ногиронни меҳнат фаолиятига тайёрлашни ўзига асосий мақсад қилиб қўяди. Тиббий реабилитациядан то касбга доир реабилитациягача ўтган вақт жуда қисқа бўлиши керак. Ногирон учун шифокорнинг касалликнинг бориши ва прогнози тўғрисидаги ахборотининг ўзигина эмас, балки бу қақда унга ишонч билан айтилиши ҳам катта аҳамиятга эга. Акс ҳолда, бемор ўзи қўйган саволларига ўзи жавоб беради, булар кўпчилик ҳолларда реал ҳақиқатга мос келмайди ва шунинг учун, кўпинча, даволашнинг яхши натижа билан тугашига имкон бермайди. Тикланиш учун даволаш қанча узоқ давом қилса, ногироннинг руҳий ҳолати

105-расм. Махсус ушлаб турувчи қошиқ (мантежкали) ва қўшимча баланд деворли (қиррали) ликобча.



шунчалик ёмонлашади. У корхона учун энди керагим йўқ экан, деб ўйлайди, ишдаги ўртоқлари билан алоқалари узилади ва бу давр ичида ишлаб чиқаришдаги жамоа аксарият ўзгаради.

Касалхонада даво олаётган беморлар, кўпинча, ўз кучларига ишонмайдилар. Улар ўзларини нокарак деб ўйлайдилар, ҳимояга ва ижтимоий муҳофазага эҳтиёж сезадилар. Беморга даво қилаётганлари, хизмат кўрсатаётганлари, яраларини боғлаётганлари ва шу кабилар унинг иродасини сусайтиради. Шунинг учун даволашнинг биринчи кунидан бошлаб унинг руҳиятини кўтариш, эсон-омон соғайиб кетишига ишонч уйғотиш, бунга кўплаб мисоллар келтириш керак. Шундагина у ўзининг социал ва ишлаб чиқариш реабилитациясида ўзи ҳам фаол қатнаша бошлайди. Реабилитация ҳамма вақт фақат жисмоний эмас, балки руҳий ҳам бўлиши, одамда ўз кучларига ишонч туйғуларини шакллантириши керак. Бемор ўзини жамиятнинг тўла қонли аъзоси бўлишига ишонтириши керак.

Ишлаб чиқариш реабилитациясида тиббий ва социал реабилитациянинг муваффақиятлари уйғунлашиб кетади. Ҳозирги вақтда рационал меҳнатнинг юрак-томир фаолиятини ва қон айланишини, шунингдек, моддалар алмашинувини яхшилаши исботланган. Айни вақтда, узок вақтгача ҳаракат қилмаслик мушакларнинг атрофияга учрашига ва барвақт қаришига олиб келади. Шунинг учун даволаш жараёнида меҳнат билан даволашнинг аҳамияти катта.

1. Жисмоний функцияларнинг тикланиши: а) бўғимлар ҳаракатчанлигининг ошиши, мушакларни бақувватлашиши, мувофиқлаштирувчи ҳаракатларнинг тикланиши, иш кўникмаларининг ошиши ва уларни сингдириш қобилиятининг ривожланиши; б) кундалик фаолият турларини ўргатиш (овқат ейиш, кийиниш в ҳ.к.); в) рўзғор ишларини юритишга ўргатиш (болаларни парвариш қилиш, овқат пишириш ва б.); г) протезлар ва ортезлардан фойдаланишни, шунингдек, уларни тўғри сақлашни ўргатиш.

2. Меҳнат терапияси бўлимида ногироннинг кундалик меҳнат ва турмуш фаолияти турлари билан шуғуланишини ўргатадиган содда мосламаларни тайёрлаш.

3. Ҳар бир конкрет ҳолда оптимал иш турини танлаш мақсадида касбга доир меҳнат қобилияти даражасини аниқлаш.

15 - б о б. ТРАВМОЛОГИЯ ВА ОРТОПЕДИЯДА ДЕОНТОЛОГИЯ

Деонтология — тиббий ходимининг бемор ва унинг яқинларига нисбатан, шунингдек, беморни даволашда қатнашадиган тиббиёт ходимларининг ўзаро муносабатларида юридик, касбга доир ва маънавий бурчлари ва юриш-туриш, ўзини тутиш қоидалари тўғрисидаги таълимотдир. Травматология ва ортопедиядаги деонтологиянинг, жумладан, унинг жарроҳликдаги асосий қоидалари таянч-ҳаракат аъзоларининг касалликлари ва шикастланишлари бўлган беморларнинг

Ўзига хослиги ва уларни даволаш хусусиятлари билн боғлиқ ўз жиҳатлари бўлади. Бу хусусиятлар асосан куйидагилардан иборат.

1. Соғлиғининг «дастлабки» ҳолати турлича бўлган шахсларда шикастланиш туфайли касалликнинг тўсатдан юз бериши. Ортопедик патологияда эса, одатда, касалликнинг йиллар билан ҳисоб қиладиган узоқ вақтга чўзилган (баъзан туғилишдан) анамнези бўлади.

2. Таянч-ҳаракат аппаратининг касалликлари ва шикастланишлари иккала жинсга мансуб шахсларда ҳар қандай ёш гуруҳларида: чақалоқ болаларда ҳам, қарияларда ҳам учрайди. Шикастланишнинг кўпинча алкоғолдан мастлик ҳолатидаги шахсларда учрашини ҳамма билади. Шунинг учун травматик беморлар, айниқса, эркаклар орасида алкоғолни суистеъмол қилувчи шахсларнинг салмоғи бошқа жарроҳлик миждозларига қараганда юқори.

3. Шикастланишларнинг айрим турларида даволаш муддатлари узоқ бўлмайди. Бироқ таянч-ҳаракат аппарати касалликлари ва шикастланишларининг кўпчилик ҳоллари узоқ вақт (ойлар, баъзан эса йиллар) даволашни таълаб қилади. Бунда консерватив тадбирларнинг аҳамияти жарроҳликнинг бошқа кўпгина соҳаларига қараганда бирмунча юқори. Айни вақтда, таянч-ҳаракат аппаратининг бир қатор шикастлари ва, айниқса, касалликларида такроран кўп босқичли операциялар қилиш зарурати пайдо бўлади.

4. Бир қатор ортопедик касалликлар, баъзан эса шикастланишлар ҳам фақат функциянинг бузилиши ва оғриқ синдроми билан эмас, балки косметик нуқсонлар қолиши билан ҳам боғлиқ. Бу, бир томондан, пациент руҳиятида маълум из қолдирса, иккинчи томондан эса, фақат оғриқ ва функционал адаптациядан халос қилишни эмас, балки шикастланган аъзонинг анатомик шакли ва ташқи кўринишини тиклашни тақозо этади.

5. Таянч ва ҳаракат аъзоларининг зарарланиши социал ва ишлаб чиқариш реабилитациясига оширилган талаблар қўяди. Ёш миждозларнинг касб танлаши алоҳида аҳамиятга эга.

Тиббий ёрдам кўрсатишнинг ҳамма босқичларида ортопедик ва травматологик беморлар билан ишлашда юқорида санаб ўтилган ҳамма хусусиятлар ҳисобга олиниши керак.

АМБУЛАТОР ДАВОЛАШДА ДЕОНТОЛОГИЯ

Поликлиникада (травмпунктда) шифокор-амбулатор беморлар билан ишлайди. Уларнинг айримлари олдиндан стационар даволаш курсида бошқа шифокор кўригидан ўтганлар, бошқалари, одатда, унчалик оғир бўлмаган шикастланишларда фақат травмпунктда (поликлиникада) даволанадилар.

Ана шунда травмпункт шифокори даволашнинг: биринчи шифокор ёрдами кўрсатишдан бошлаб, то шикастланганнинг меҳнат қобилияти тиклангунча бўлган бутун комплексини олиб боради. Бундай бемор-

лар билан ишлашда оптимал даволаш тартибини сақлашга эришиш фоят муҳимдир. Беморни шифокор йўқлигида шикастланган сегментга юк тушириш, қўшимча таянчдан фойдаланиш, ЛФК машқларини бажариш тўғрисидаги тавсияларига қатъий амал қилишига ишонтириш керак. Иммобилизация қоидаларига риоя қилишига алоҳида эътибор бериш лозим. Мижоз тасодифий хатти-ҳаракатлари билан ўз саломатлигига зарар етказиб қўймаслиги учун бу ҳақда етарли даражада хабардор бўлиши керак. Гипсли боғлам ечилгандан кейин қўл-оёқнинг шикастланиш тури ва функциясига уни руҳий тайёрлаш лозим. Беморлар, шунингдек, узоқ муддатли иммобилизациядан келиб чиққан атрофия ва контрактура вақтинчалик эканлигини ва муайян машқлар ва бошқа тиббий тадбирлардан сўнг бартараф этилиши мумкинлигини билишлари керак. Ана шундагина мижоз амбулатор даволанишга онгли ва сидқидилдан ёндашади, бу охир-оқибатда хасталикнинг эсон-омон яхши натижа билан тугагини таъминлайди.

Кузатув бошланиши билан беморни даволашнинг тахминий режаси билан таништириш, меҳнатга бўлган лаёқатнинг йўқотилишини тахминий муддатларини айтиб ўтиш керак. Травматолог реабилитациянинг қандай йўналишда ва қандай интенсивликда ўтказилишини белгилаш учун пациентнинг меҳнат фаолияти характерини аниқ тасаввур қила оладиган бўлиши керак. Социал реабилитация – ортопедик-травматологик йўналишдаги беморларни амбулатор даволашда, биринчи навбатдаги тажрибадир. Турмушда ўзини мустақил уддалай оладиган пациентнинг кайфияти кўтарилади, у теварак-атрофдагилар билан осон мулоқотга киришади, ўзини яхши ҳис қилади. Амбулатория шароитларида даволаш усулларини танлашда буларнинг ҳаммаси назарда тутилиши керак.

Стационардан уйига жунатилгандан кейин беморларни амбулаторияда қўшимча даволашда ўзаро муносабатлар доираси кенгайди ва даволашнинг изчиллиги тўғрисидаги масала, айниқса, кўндаланг бўлиб туради. Беморни қўшимча даволашга қабул қилаётган шифокор стационар даволаш усулини билибгина қолмай, балки аниқ ҳолатнинг хусусиятларини ҳам яхши тушуниши лозим. Бунинг учун баъзан тиббий ҳужжатларнинг ўзи кифоя қилмайди. Бу ўринда поликлиника (травмпункт) шифокори беморни даволаган стационарнинг шифокори билан шахсий мулоқотга киришиши керак. Ҳамма манфаатдор мутахассислар умумий концепцияга риоя қилсалар ва ҳамфикр бўлсалар, даволаш изчиллиги оптимал бўлади. Агар беморни қабул қилаётган шифокор илгари олиб борилган даволашдан рози бўлмаса, бу ҳақда у дарқол беморга айтиши мумкин эмас. «Сизни ким даволаган, ўзи?!» - қабилдаги эътирозлар мутлақо ортиқча. Чунки бу шифокор обрўсини тўкибгина қолмай, балки пациентга нисбатан деонтологик тамойилларга ҳам тўғри келмайди. Қўрқиб кетган бемор бошқа даволаш йўлларини излай бошлайди, бу кўпинча унинг соғлиғига путур еткази.

Бироқ шифокор розилик бермаган даволашни ўтказиш ҳам мумкин эмас. Бундай ҳолларда илгари даволаган шифокор билан боғланиш (агар бунинг иложи бўлса) ва баҳсли масалаларни ҳал қилиб олиш керак. Борди-ю, шундай қилинганда ҳам мавжуд шикастланиш (касаллик) ни тушунишда ёки уни даволаш хусусида қарама-қаршилиқлар сақланиб қолган тақдирда юксак малакали мутахассисга мурожаат қилиш ёки масалани консилиумда қал қилиш зарур. Борди-ю, касалликка ташхис қўйишда ёки даволашда хатога йўл қўйилганлиги маълум бўлиб қолса, хатони зудлик билан тузатиш ва бу ҳақда беморга ётиғи билан тушунтириш керак. Беморнинг манфаатлари ва унинг соғайиб кетиши ҳамма нарсдан устун туриши кераклигини унутмаслик керак.

Амбулатория амалиётида таянч-ҳаракат аппаратининг дегенератив-дистрофик касалликлари бўлган ёши улуг ва кекса беморларнинг сони анча кўп учрайди. Беморларнинг бу қатлами алоҳида меҳрибонлик ва диққат-эътиборга муҳтожлигини сира унутмаслик лозим. Биринчи кўздан кечиришдаёқ ташхис аниқ-равшан бўлган ҳолларда ҳам бундай беморнинг шикоятларини диққат билан эшитиш керак. Бундай беморни кўздан кечириш ҳам алоҳида тиббий ахлоқни талаб қилади. Текшириш усуллари беморга имкон борича озор етказмайдиган ва ундан кўп куч талаб қилмайдиган бўлиши керак.

Айни вақтда, асосий патологиянинг кечиши ва даволаш усулини танлашга таъсир қиладиган қўшилиб келадиган сурункали касалликларни қунт билан аниқлаш даркор. Навқирон ёшдаги беморлар билан кекса беморларни даволаш орасида бирмунча тафовутлар бор. Даволаш, одатда, оғриқ синдромина бартараф этиш ва йўқотилган функцияни беморни қониқтирадиган даражагача тиклашни назарда тутиши керак. Шунинг учун кекса бемор билан мулоқат қилишда унинг касалликка қадар ҳаракат фаоллиги тўғрисида аниқ тасаввурга эга бўлиш лозим. Ноинвазион даволаш усуллари устунлик қилиши керак. Жарроҳлик усулини қўллаш тўғрисидаги масалани бемор билан ҳар томонлама муҳокама қилиш зарур. Агар жарроҳлик усулига кўрсатмалар нисбий бўлса ва у бемор ҳаётига жиддий хавф тўғдирса, уни амалга оширишга шошилмаслик лозим.

Болалар ортопедияси ва травматологиясидаги деонтология, айниқса, амбулатория шароитларида даволашда муайян хусусиятларга эга бўлади. Бундай ҳолларда ортопед касал болага шахс сифатида ва бевосита ҳамда унинг ота-онаси орқали билвосита таъсир ўтказди. Ортопедик патологик болалар, кўпинча, фақат оғриқлар ва функцияларнинг чекланганлигидан изгироб чекибгина қолмай, балки ўзидаги касметик нуқсонлардан ва ўзининг соғлом болаларга ўхшамаслигидан кўнгиллари ўксийди. Шунинг учун ортопеднинг вазифаларидан бири – кичкина беморнинг кўнгилни кўтариш, даволаш давридаёқ ўз тенгқурлари билан нормал мулоқотда бўлишига имкон берадиган яхши шароитлар яратишдан иборат.

Касал бола ва унинг ота-онаси билан мулоқот қилишнинг хусусиятлари кўпгина омилларга: унинг ёшига, касаллиги табиатига ва оиладаги шароитга боғлиқ. Боланинг ота-онаси шифокорга бутунлай ишонишлари ва ўтказилаётган даволашнинг зарурлиги ва тўғрилиги хусусида шубҳа қилмасликлари керак. Беморнинг яқинлари шифокорга биринчи марта мурожаат қилганларида шифокор худди ана шу мақсадни кўзда тутиши лозим, бу амбулатор даволашда айниқса муҳим. Боланинг ота-онасидан касалликнинг табиатини ва нақадар аянчли бўлмасин унинг оқибатини яширишга шифокорнинг на маънавий ва на ҳуқуқий ҳаққи йўқ. Бироқ касаллик нечоғлик кўнгилсиз натижа билан якунланиши мумкинлигидан қатъий назар, шифокор боланинг ота-онасида фарзандининг соғайиб кетишига умид учкунларини сақлаб қолишга интилиши зарур.

Ота-оналарга фарзандининг хасталикдан бутунлай ёки деярли бутунлай соғайиб кетишига ишонтириш (агар ҳақиқатан ҳам шундай бўлса) жуда муҳим. Бунда даволашнинг ҳамма шароитларига оғишмай амал қилиш зарурлигини алоҳида таъкидлаш лозим. Туғма ва орттирилган ортопедик касалликлари бўлган кўпгина болалар узоқ вақтгача амбулатор даволанишга муҳтож бўладилар, бу даврда муайян ҳаёт шароитларига кўникиш ва уларга риоя қилиш катта ўрин тутади. Ота-оналар бундан билишлари ва шифокор кўрсатмаларига қаттиқ риоя қилишлари керак. Биз бундай ҳолларда ота-оналарга болани даволашда сизлар бизнинг энг яқин ёрдамчиларимиз ҳисобланасизлар, деб айтамыз, чунки ота-онанинг кундалик парвариши бўлмаса, ҳеч қандай даво усуллари ёрдам бермайди.

Болага косметик ва функционал бузилишларнинг бартараф қилиниши муқаррарлигини тушунтириш лозим. Лекин бундай ишонч, айниқса, катта ёшдаги болаларда ҳақиқатга тўғри келадиган бўлиши керак. Шундай шароитлардагина беморнинг руҳиятини имкони борича асраб-авайлашга ва, кўпинча, мураккаб даволаш тартибига қатъий амал қилишга эришиш мумкин. Хасталикдан бутунлай фориғ бўлишга доир асоссиз орзу-умидлар кейинчалик пучга чиқиши, баъзан эса фожиали оқибатлар билан тугаши мумкинлигини ҳам унутмаслик лозим. Шунинг учун, агар шифокор ўз касби нуқтаи назаридан касаллик прогнозини ва таянч-ҳаракат аппаратининг қолдиқ анатомик, функционал ва косметик ўзгаришларини олдиндан аниқ билиши керак бўлса, деонтология жиҳатидан эса болани ва ота-онасини ҳаётдаги шу ўзгаришларга тайёрлаши шарт. Бундай тайёрлашнинг муҳим қисмларидан бири касб танлашдир. Турмушда ўзини номақбул тутиш ва касбни нотўғри танлаш таянч-ҳаракат аппаратидаги патологиянинг жадал авж олиб кетишига сабаб бўлиши мумкин. Шунга кўра ота-оналар, кейинроқ эса таянч-ҳаракат аппаратининг қолдиқ асоратлари бўлган бола ҳам фақат даволаш тартибига риоя қилибгина қолмай, балки турмушда ўзини қандай тутиш, тўғри касб танлаш ва иш тартиби хусусиятларини яхши билишлари лозим.

Кўп йиллар ўтса-да, собиқ беморлар ҳаётнинг масъул дамларида: касб танлашда, уйланишда, ҳомиладор бўлишдан олдин, туғруқ ва шу каби ҳолатларда шифокорнинг маслаҳатига муҳтож бўладилар. Бундай шароитларда деонтология жиҳатидан тўғри ёндашиш ортопедик хасталиги бўлган беморга дардини осонроқ кечириши ва ҳаётда ўз ўрнини топишига ёрдам беради.

ТИББИЙ ЭВАКУАЦИЯ БОСҚИЧЛАРИДАГИ ДЕОНТОЛОГИЯ

Тиббиёт бригадаси ҳодиса содир бўлган жойда фақат ўз касбига доир бурчларини бажарибгина қолмай, балки шикастланганга ва унинг шу ерда ҳозир бўлган яқинларига ва бегона кишиларга нисбатан деонтологик қоидаларга амал қилиши талаб этилади. Бемор оғир аҳволда бўлса, уни имкон борича тезроқ атрофдаги кишилардан ажратиш, шокқа қарши тадбирларга риоя қилиш керак. Юракни очиқ массаж қилишга қизиқиш кучайган даврда тез ёрдам шифокорлари кўчанинг ўзида оламон олдида шу муолажага киришганлари бизга маълум. Бундай шошма-шошарлик бемор учунгина эмас, балки тиббиёт бригадаси учун ҳам ёмон натижа билан тугаган. Бегона одамлар шикастланганга тиббий ёрдам кўрсатилишига халақит қиладилар. Иккинчи томондан, тиббий муолажаларда бемор яқинларининг ҳозир бўлиши уларнинг руҳий ҳолатига салбий таъсир қилиши мумкин. Шунинг учун ёпиқ хонада ишлаганда бегоналарни имкон борича четлатиш, кўчада ёрдам берилаётганда эса беморни замбилда тез ёрдам машинасига олиб бориш ва бу ерда, тинч шароитда даво тадбирларини давом эттириш лозим. Табиийки, бармоқни босиб туриб қон оқишини вақтинча тўхтатиш ёки жгут қўйиш, оғиздан оғизга сунъий нафас олдириш ва юракни билвосита уқалаш каби муолажалар бегона кишилар борлигидан қатъий назар, ўша жойнинг ўзида амалга оширилиши керак.

Бундай ҳолларда даво тадбирларини бригада раҳбари (аксарият врач) ўтказади, бегоналарни унинг ёрдамчиларидан бири четлаштиради.

Айни вақтда, аҳолининг тиббий саводхонлиги жуда юқорилигини унутмаслик керак. Шунинг учун камдан-кам ҳолларда, айниқса, оммавий шикастланишларда ва тиббиёт ходимлари етишмаганда оломондаги мутахассис бўлмаган кишилар ҳам жабрланганларга ёрдам кўрсатишга жалб қилинишлари мумкин. Бу ҳолда деонтологик ёндашувнинг хусусияти тиббий ёрдамга раҳбарлик қиладиган шифокор зарур ёрдамчиларни тез ва тўғри танлаши, уларнинг вазифаларини белгилаб бериши ва энг масъулиятли вазифаларни ўзи бажариб, қолган одамларнинг ишига ёрдам беришдан иборат. Бунда унинг бераётган буйруқлари аниқ, қисқа, конкрет бўлиши, бироқ ёрдамчиларнинг шаънига қаттиқ тегадиган бўлмаслиги керак. Аксинча, кишиларни муҳим, лекин уларга одат бўлмаган ишни бажараётганлари учун ҳар томонлама қўлаб-қувватлаш ва мақтаб қўйиш лозим.

Жабрланганни тинчлантириш, унга тажрибали мутахассислар ёрдам беришларини айтиб, уни ишонтириш керак. Агар жабрланган алкохолдан мастлик ҳолатида бўлса, баъзан унга тиббий ёрдам кўрсатишда ва стационарга олиб келишда ўзаро муносабатда баъзи бир қийинчиликлар пайдо бўлади. Бу ҳолда шифокор ўзини тута билиши ва жуда зарур бўлса, милицияни ёрдамга чақириши мумкин.

Жабрланганнинг яқинларини, воқеа содир бўлган жойдаги одамларни имкони борича тинчлантириш керак. Бироқ бунда ҳеч қандай узил-кесил хулосаларни чиқармаслик керак, чунки бирламчи кўздан кечиришда яширин, баъзан ғоят жиддий шикастлар аниқланмай қолиши мумкин. Одатда қариндошларининг тез ёрдам машинасида бирга боришларига рухсат этилмайди, чунки уларнинг ҳузурда транспортда йўлда даволаш қийинлашиши мумкин. Бироқ истиснолар ҳам бўлиши мумкин. Ҳар қалай қариндошларига жабрланганнинг қайси шифохонага олиб борилишини хабар қилиш шарт.

Касалхонанинг қабулхона бўлимида тез ёрдам бригадасининг маълум ходими расмий ҳужжатларни тўлдиришдан ташқари, жабрланганни бевосита навбатчи травматологга топшириши, унга ҳодиса тафсилотларини, шикаст механизмига, эҳтимол тутилган жароҳатланишга, жабрланганнинг ҳолати динамикасига ва ўтказилган даволашга доир ўз фикрларини билдириши керак.

Қабулхона бўлими врачининг вазифаси – шикастланганни келиши билан қабул қилиш ва тезда зарур диагностик ва даволаш тадбирларини бошлашдан иборат. Тез ёрдам бригадаси ходимлари билан суҳбатда шикастланганни даволашда йўл қўйилган хатолар (унинг назарида) бўйича ўзининг ғазабини ошкор қилмаслиги керак. Эътирозларини юмшоқ оҳангда, конкрет ва ишга алоқадор ҳолда билдириши лозим. Бу жойда бегона кишилар, айниқса, жабрланганнинг яқинлари бўлмаслиги керак.

Шикастланган одамда қабулхона бўлимида уни унутиб қўйишгандек таассурот қолмаслиги керак. У билан мулоқот қилаётганда шифокор уни ўзига яқин тутиши, муолажаларни оғриқсиз бажаришга ҳаракат қилиши лозим. Ҳар бир аралашув тўғрисида унга хабар бериш керак. Шозилинч кўрсатмалар бўйича операция ўтказишга зарурат бўлса, у тиббий ҳужжатларда ҳам шикастланган киши билан суҳбат чоғида ҳам асосли ва ишонарли бўлиши керак. Бунда унинг операцияга розилик бергани ва бу розилиги касаллик тарихига ёзиб қўйилиши керак. Кўпчилик ҳолларда унинг оғзаки розилиги кифоя қилади, чунки беморнинг тилхати шифокор билан бемор ўртасида нокерак муҳитни яратади. Бундай тилхатни бемор шифокорнинг операциянинг яхши туғашига ишончи комил эмаслигидан деб тушунади, бу руҳий беқарорликка ва ҳатто жарроҳлик аралашувдан воз кечишга олиб келиши мумкин.

Агар қабулхона бўлимида ўтказилган даволашдан сўнг стационарда ётишга ҳожат бўлмаса, бемор фақат қониқарли ҳолатда умумий оғриқ-

сизлантиришнинг қолдиқ ҳодисалари тугаганидан кейингина уйга жўнатилиши мумкин. Беморларни тунги пайтларда уйга жўнатишни режалаштириш ярамайди. Зарурат бўлган ҳолда пациент тиббиёт транспортида тиббиёт ходими ҳамроҳлигида уйга жўнатилиши мумкин.

Бемор стационар бўлимига ўтказиладиган ҳолларда тегишли бўлим ходимларига олдиндан хабар берилиши керак. Жабрланганнинг қариндошлари билан суҳбатда қабулхона бўлимининг шифокори улага хайрихоҳлик билан аниқланган ташхисни даволашнинг тахминан қандай натижа билан тугаганини хабар қилиши ва жарроҳлик операцияси ҳақида (агар зарур бўлса) маълум қилиш керак.

Муайян шикастланиш турларида ИИБ нинг тегишли органларига хабар қилинади.

Оғир ҳолатдаги шикастланганлар жонлантириш бўлимига, одатда, қабулхона бўлимини четлаб ўтиб ётқизилади.

ЖОНЛАНТИРИШ БЎЛИМИДА ДЕОНТОЛОГИЯ

Жонлантириш (реанимация) бўлимида ишлаш профессионал жиҳатдан ҳам ахлоқий ва руқий жиҳатлардан ҳам қийин. Травматологик беморларнинг реанимацияси хусусияти шундан иборатки, тўсатдан шикастланган соҳалар жонлантириш бўлимига, одатда, текширилмасдан ётқизиладилар. Бундай беморлар билан ишлашга, кўпинча, травматологлар ва реаниматологлардан ташқари, умумий ва томирлар бўйича жарроҳлар, урологлар, нейрожарроҳлар, трансфузиологлар, пульмонологлар ва бошқа мутахассислар жалб этилади. Бундай шароитларда жонлантириш бўлимидаги ҳамма қатнашчиларнинг ишини оқилона мувофиқлаштириш, касбларига доир вазифаларни тўғри тақсимлаш гоят муҳимдир. Уларнинг моҳияти қуйидагича: бемор критик ҳолатда бўлган даврида асосий ҳаётий муҳим системалари функцияларининг бузилишларини коррекция қилиш – реанимотолог вазифаси; юқорида айтиб ўтилган критик даврда реанимотологнинг фаол ёрдам кўрсатиши зарурлигини ҳисобга олиб, асосий касалликни даволаш – жарроҳнинг вазифаси. Шундан келиб чиқиб, бутун реанимация даврида анестезиологнинг реанимотолог раҳбарлик вазифасини бажаради. Айни пайтда, ортопеднинг травматолог ролини етарлича баҳоламаслик ва бунинг устига унинг реанимация тадбирларида қатнашишдан бош тортишига йўл қўйиб бўлмайди. Мавжуд шикастланишларни аниқлаш – травматологнинг вазифасидир. Бу масалаларни ҳал қилиш учун бошқа мутахассисларни жалб қилиш мумкин.

Шикастланган зонани маҳаллий оғриқсизлантириш, жумладан, новокаин блокадасининг ҳар хил турларини ҳам травматолог ўтказиши керак. Реанимацион тадбирлар комплексида шикастланган сегментни тўғри шиналаш (даволаш имобилизацияси), жумладан, скелетни

тортмага олиш, қовурғалар синганда қовурғани «дарчасини» шиналаш кабилар муҳим аҳамият касб этади. Бу муолажаларни травматолог бажаради. Табиийки, шошилиш операцияларга кўрсатмаларни аниқлаш ва реанимация тадбирлари комплексида амалга ошириш ҳам травматолог вазифалари доирасига киради. Зарурат бўлганда бу операцияларни бажариш учун у бошқа мутахассисларни жалб қилиши мумкин. Шундай қилиб, жонлантириш бўлимида бўлган даврида ташхис қўйиш ва маҳаллий даволаш травматологнинг бурчи ҳисобланади.

Оғир аҳволдаги травматологик беморлар кўплаб тушганда, масалан йирик аварияларда, табиий офатларда реанимация ёрдамиди ташкил қилишни катта навбатчи травматолог ўз зиммасига олади. Бу ҳолда қабулхона ва травматология бўлимлари ягона комплекс бўлиб ишлайди. Иш юзасидан зарурат туғилганда травматологик беморлар билан ишлашга кўп ихтисослашган стационарнинг ҳамма навбатчи шифокорлари жалб этилиб, катта навбатчи травматолог бошчилик қилади. Катта травматологнинг асосий вазифаси - ҳамма мутахассисларнинг ишини ташкил қилиш ва шикастланганларни аҳволига қараб саралаш, шу билан бирга, ташхис қўйиш, тиббий ёрдам кўрсатиш тартибини белгилаш ва бўлимларга, жумладан, реанимацион ва операция бўлимларига жойлаштиришдан иборат.

Деантология ва асептика нуқтаи назаридан жонлантириш бўлимига қатнаш ман этилган, шунинг учун бемор қариндошларига унинг аҳволи ҳақида маълумот бериб туриш жуда катта аҳамиятга эга. Унинг аҳволи тўғрисидаги маълумотлар ҳақиқатга мос бўлиши керак, бироқ бунда унинг қариндошларини асраб-авайлашга ҳам тўғри келади. Агар шикастланганнинг аҳволи ҳақидаги хабар яқин кишининг соғлиғига зиён келтириш эҳтимоли бўлганда, бу хабар тўғри бўлиши билан бирга асло беҳуда умидларни пайдо қилмаслик керак. Беморнинг ҳақиқий аҳволини унинг бошқа қариндошларига билдириш лозим. Ахборотнинг қарама-қарши бўлишига йўл қўймаслик учун шикастланганнинг аҳволига доир хабар қариндошларига кам сонли шифокорлар томонидан ва қунт билан текширилгандан кейингина айтилиш керак.

Хатто, энг оғир ҳодисада ҳам қариндошларига шикастланганнинг ҳаётини қутқариб қолиш учун ҳамма чоралар кўрилатганини таъкидлаб ўтиш лозим. Оқибат ёмон бўлган тақдирда унинг яқинларида бошқа шифокорлар, дори-дармонлар ёки ускуналар бўлган тақдирда бемор яшаб кетарди, деган сохта тушунча пайдо бўлмаслиги керак. Оғир травмадан ўлаётган бемор ёнига яқинларини киритиш тўғрисидаги мунозарали масала ҳамма ҳолларда индивидуал қал қилиниши керак.

Жонлантириш бўлимида ишлашда беморга нисбатан деонтологик ёндашув шарт эмас. Унутмаслик керакки, эс-ҳуш йўқотилишининг баъзи бир босқичларида ҳамда наркознинг бошланғич фазаларида беморлар ҳамма гапни эшитадилар. Бундан ташқари, травматологик беморларда

онг бузилиши даражасини ҳамма вақт ҳам аниқлаб бўлавермайди. Тиббиёт ҳодимлари ўзаро мулоқатларида буни назарда тутишлари лозим. Шикастланганнинг аҳволини унинг тўшаги олдида муҳокама қилмаслик керак. Беморни ва унга хизмат қилаётган аппаратни навбатдаги кўздан кечириш вақтида у билан яна бир марта мулоқатга киришишга ҳаракат қилиш ва бир неча илиқ сўзлар билан уни юпатиш даркор. Хуши ўзига келган сайин бемор билан гаплашиш имконияти аста-секин ошади, бироқ бўлиб ўтган ҳодиса тўғрисидаги ахборотни унга бирданига тўкиб солиш ярамайди. Бу, айниқса, фалокат вақтида унинг яқинлари оғир ярадор бўлган ёки қалок бўлган ҳолларга тааллуқлидир. Оғир аҳволда ётган бемор бундай хабарга аста-секин, ётиги билан тайёрлаб борилиши керак. Одатда, бундай ҳолларда биз беморга унинг қариндоши ҳам травма олгани, бошқа стационарга жўнатилгани, бироқ биз унинг аҳволдан беҳабарлигимизни айтаемиз. Сўнгра қариндошининг оғир ва ўта оғир ҳолатда эканлиги ҳақидаги фикрга уни аста-секин ўргата борамиз, бироқ бор ҳақиқатни беморнинг аҳволи хавфли эмаслигига ишонч ҳосил қилганидан сўнг айтаемиз.

Жон таслим қилаётган агонияли беморлар эс-хуши сақланиб қолган беморларда бошқа жойда ётишлари кераклигини эсда тутмоқ лозим. Биологик ўлим юз бергандан сўнг мурда донорлари бўлиб қоладиган шикастланганлар учун бу, айниқса, тааллуқлидир. Донор тўқималарини ва аъзоларини олиш тўғрисидаги маълумотни жонлантириш бўлимида ётган беморларга ва ҳалок бўлган одамнинг қариндошларига етказиш қатъиян ман этилади.

ТРАВМАТОЛОГИЯ ВА ОРТОПЕДИЯ БЎЛИМИДА ДЕОНТОЛОГИЯ

Травматологик (ортопедик) бўлимда беморлар, одатда, узоқ вақт бўладилар, шунинг учун бу жойда унга хайрихоқлик билан яхши шароит яратиш, айниқса, муҳим. Таянч-ҳаракат аппаратида патологияси бўлган беморни деантологик тамойилларга риоя қилинган ҳолдагина муваффақиятли даволаш мумкин. Травматология ва ортопедияда даволашнинг кўпгина методлари беморнинг фаол иштирокини талаб этади, шунинг учун унинг шахси хусусиятларини етарлича аниқ баҳолай олмаслик танланган даво методининг муваффақиятсиз чиқишига олиб келади. Масалан, шошқалоқ, чидамсиз бўлган беморларга суякдан тортиш усулини қўлаш яхши натижа бермайди. Синовиал қоплама ва бўғим халтасини олиб ташлаш жарроҳлик амалиёти фақат иродаси кучли беморларда ўтказилади. Шундай қилиб, даволаш методини танлаш пайғидаёқ ортопед-травматолог фақат моҳир мутахассисгина эмас, балки психолог ҳам бўлиши керак. Бирор даволаш методини танлаш, айниқса, косметик жарроҳлик операцияларида бу жарроҳ билан бемор ҳамкорлигида ўтказилиши керак. Бунда ортопед тўғри хулоса чиқаришига ёрдам бериши керак.

Таянч-ҳаракат аппаратида у ёки бу операциянинг мақсадга мувофиқлиги тўғрисидаги масалани ҳал қилишда, қўпинча, даволаш натижалари билан солиштиришдан фойдаланилади. Гипсли боғлам ёки ортопедик шина қўйиш функционал жиҳатдан операция натижасига ўхшаш шароитни вужудга келтиради. Бу беморга эҳтимол тутилган даволаш методининг афзалликларига ва нуқсонларига баҳо беришга ёрдамлашади.

Травматология ва ортопедиянинг яна ўзига хос томони шундаки, таянч ва ҳаракат аъзоларининг бир хил шикастланишида бир неча муқобил даволаш методларини қўллаш мумкин, бу врачнинг беморлар тақдири учун масъулиятини янада оширади. Қўпчилик ҳолларда асоратлар юз бериш хавфи катта бўлган усуллардан воз кечган маъқул, чунки бир мунча хавфсиз усулларни қўллаб яхши натижага эришиш мумкин. Айни вақтда, яхши натижа билан тугашига ишонса бўладиган усуллардан (ҳатто маълум хавф билан боғлиқ бўлса-да) қочмаслик керак. Бундай даволаш усулларини таянч - ҳаракат аппаратида оширилган функционал талаблар қўйиладиган касб эгаларида қўллаш лозим. Бундай беморлар гуруҳига биринчи ҳолда балет, цирк артистлари ва спортчилар киради. Бундай беморлар одатда ишга тезроқ қайтиш имконини берадиган бирмунча радикал даволаш усулларини қўллашни талаб қиладилар. Ортопед беморларнинг истагини назарда тутиши лозим, бироқ бундай ҳолларда унинг маънавий масъулияти ошади.

Амбулатор даволаш бўлимида болалар травматологияси ва ортопедиясига деонтологик ёндашув хусусиятлари тўғрисида айтиб ўтилган эди. Айтилганларнинг ҳаммаси стационарда даво олаётган болаларга ҳам тааллуқли. Бунда стационарда бирмунча мураккаб даволаш методлари ўтказилишини ҳисобга олиш лозим, шунинг учун болаларга ва уларнинг ота-оналарига бирмунча меҳрибончилик билан ёндашиш лозим. Узоқ вақт стационар даволашда болалар ортопедиясининг деонтологик хусусиятларига тўхталиб ўтиш зарур. Бундай ҳолларда болаларнинг ҳаёти интернат типи бўйича ташкил этилиши лозим, бу ерда тиббиёт ходимлари билан бирга тарбиячилар ва педогоглар ишлашлари лозим. Даволаш билан бирга умумтаълим мактаб курси бўйича ўқитиш керак. Касал болаларга имкон борича ҳаракат режимини тахминлаш керак. Пубертат даврдаги болалар стационарда алоҳида яшашни ёқтирмайдилар ва педогог эътиборига муҳтож бўладилар.

Қари ёшдаги беморларни даволашга алоҳида деонтологик талаблар қўйилади. Уларда суяк синишлари кўп учрайди ва рўй-рост ифодаланган сенил остеопорозга боғлиқ ҳолда ҳатто арзимаган сабабдан рўй бериши мумкин. Бундай беморларга эътиборсизлик, шошма-шошарлик, бетоқатлик уларнинг руҳиятини шикастлабгина қолмай, балки диагностик хатоларга ҳам олиб келиши мумкин. Кекса одатда стационар шароитларига қийинлик билан кўникади. Оз-моз шикаст ҳам уни турмушнинг одатдаги оқимидан чиқариб, ўлим ҳақида ўйлашига

мажбур қилади. Травматик, қўполлик билан қилинган амалиёт тез издан чиқадиган гомеостазни бузиб қўйиши мумкин. Шунинг учун бундай беморларни стационарда имкон борича эътибор билан даволаш лозим. Уларнинг теварагида хайрихоқлик муҳитини яратиш керак. Бу баъзан жуда қийинлик билан амалга ошириладиган вазифани ўрта ва кичик тиббиёт ходимлари алоҳида қунг ва бардошлик билан бажаришлари лозим. Беморларнинг кўрсатиб ўтилган қатламини текширишда ва даволашда кам шикаст етказадиган ва қийинчилик туғдирмайдиган методларни қўллаш мақсадга мувофиқ. «Ҳар қандай йўл билан бўлса-да идеал анатомик натижа олиш» учун курашиш бундай бемор ҳаётига зомин бўлиши мумкин. Қарияларда ошган жарроҳлик хавфи билан операциялар ўтказиш мақсадга мувофиқ эмас. Айни вақтда, уларни эрта фаоллаштириш фақат руҳиятини эмас, балки ҳаётини ҳам сақлаб қолишнинг гарови ҳисобланади. Шунинг учун, масалан, сон бошчаси синганда жарроҳлик усули билан даволаш танлов методи ҳисобланади; қари одамда елка бошчаси ёки жарроҳлик бўйни синганда қўпол шиналар ва гипс боғламларини қўлламасдан функционал методни афзал кўрган маъқул.

Кекса ёшдаги бемор учун энг қулай ўз-ўзини эплай оладиган олатдаги турмуш маромига тезроқ қайтиш, оғриқлардан ва жисмоний қийинчиликлардан халос бўлишдир.

Кўпчилик ҳолларда кекса беморнинг яқинлари ўтказилаётган даволашдан мамнун ва шикастланган одам атрофида парвона бўладилар. Хасталикнинг нохушлик билан тугаши тўғрисида беморнинг қариндошларига олдиндан хабар берилиши керак. Бу суҳбатни тинч шароитда шифокор хонасида самимийлик билан ўтказиш лозим. Бундай суҳбатни даволовчи шифокор ёки бўлим мудирини ўтказиши керак.

Бироқ баъзан қариндошлар кекса одамга меҳр-садоқатларини кўрсатмайдилар: даволаш даврида уни келиб кўрмайдилар, ҳатто тўлиқ соғайиб қолган одамни уйга олиб кетишдан бўйин товлайдилар. Бу ҳолда шифокор, бир томондан, бемор руҳиятини авайлаши, иккинчи томондан эса, унинг манфаатларини ҳимоя қилиш учун жадал чораларни кўриши керак. Қариндошларига уларнинг иш жойи бўйича маъмурият ва жамоат ташкилотларига фаол таъсир кўрсатишининг катта аҳамияти бор. Шифокор стационардан ташқарида ҳам беморнинг тақдири тўғрисида қайғуришга мажбур. Баъзан беморни ўринлар сони танқис бўлмаган бўлимга кўчириш ва уни қариялар интернатига жойлаштиришга кўмаклашиш бирмунча мақсадга мувофиқ бўлади.

ЖАРРОҲЛИК ХОНАСИДА ДЕОНТОЛОГИЯ

Жарроҳлик амалиётини ўтказишнинг муҳим шартларидан бири — бемор руҳиятини асраб-авайлашдир. Руҳий тайёргарлик операциядан анча олдин бошланади. Бу босқичда жарроҳнинг вазифаси — беморда

оғриқдан кўрқишни камайтириш ва амалиётнинг эсон-омонлик билан якунланиши учун ҳамма ишлар қилинажасига уни ишонтиришдир. Операциядан хавотирликни йўқотиш учун дорилар берилади, операция кунини анестезиолог премедикация қилади. Режа билан қилинадиган операциядан олдин травматологик бемор билан мулоқот масаласи ҳар хил ҳал қилинади. Агар бу вазифа жарроҳлик амалиётини бажарадиган жарроҳга топширилса, уни даволовчи шифокор ёки анестезиолог кўздан кечириши кифоя қилади.

Беморни жарроҳлик столига махсус ётқизиш, иммобилизация қиладиган боғламларни ечиш ва скелетдан тортиш тадбирларини бемор наркоз ҳолатига киритилгандан сўнг ўтказган яхши.

Маҳаллий анестезия остида бажариладиган амалиётларда муайян қийинчиликлар вужудга келади. Тўлиқ оғриқсизлантириш бундай аралашувнинг биринчи шартини ҳисобланади. Бемор операция хонасида пайдо бўлиши билан бутун бригада тўпланган ва ишга шай бўлиб туриши керак. Ходимлар орасидаги мулоқотда беморнинг борлигини ҳисобга олиш даркор. Операция топилмаларининг таърифини овоз чиқариб айтиш мумкин эмас. Операциянинг бориши ва операция режасининг ўзгарганлиги бўйича баҳс ва маслаҳатлар, айниқса, ноўрин. Инструментларни овоз чиқармай олиштириш лозим. Ҳатто энг мураккаб шароитларда ҳам бемор операциянинг нормал ўтаётганига ишонч ҳосил қилиши керак. Жарроҳ ёки унинг ассистенти бемор билан мунтазам мулоқотда бўлади. Агар амалиёт анестезиолог иштирокида ўтаётган бўлса, жарроҳ бемордан ўзини қандай ҳис қилаётганини сўраб туради ва унинг руҳини кўтаради. Беморга вақти-вақтида у ўзини яхши тутаётганини ва шунинг учун амалиёт яхши ўтаётганини эслатиб туриш керак. Айрим беморлар операциянинг бориши бўйича изоҳлар берилишини талаб қиладилар, бу уларни тинчлантиради. Бироқ бундай ҳолларда беморлар учун маълумотни «таҳрир қилиш» фойдадан ҳоли бўлмайди.

Амалиётнинг ҳамма қатнашчилари ўртасида деонтология тамойиллари риоя қилиниши алоҳида аҳамиятга эга. Жарроҳ билан анестезиолог ўзаро муносабатининг энг мақбул томони бир-бирининг вазифасини ўзаро тушуниши ва ўз касбини улуғлашидир, бу иккала мутахассиснинг самарали ишлашига ёрдам беради. Анестезиолог жарроҳни беморнинг аҳволи тўғрисида вақти-вақтида хабардор қилиб туради, унинг эътиборини айрим соҳаларнинг травмаланишига, кўпроқ мушак релаксацияси зарурлигига, анестезиолог илжимосига кўра операцияни тўхташиб туришга ва бошқаларга қаратади.

Жарроҳлик бригадасида операция қиладиган одамнинг етакчи бўлиши шубҳасиз ва шартдир. Бу етакчиликдан маҳрум бўлиш жарроҳнинг ўз ишининг урдасидан чиқа олмаслигини кўрсатади. Бироқ бу жарроҳ ассистентларининг фикрига қулоқ солмаслиги керак, деган гап эмас.

Операция хонасида гаплашиш ишнинг зарурлиги нуқтаи назаридан чегараланиши керак.

Амалиёт тугаллангач ва бемор бўлимга ўтказилишига қадар шифокор доимо беморнинг ҳузурида бўлади. Наркоздан ёки орқа мия анестезиясидан фойдаланилган ҳолларда – анестезиолог бўлади. Агар амалиёт инфилтрацион анестезия остида ўтказилган бўлса, бемор билан бирга операция қиладиган травматолог ёки унинг ассистентларидан бири қолади. Сўнг, агар беморнинг аҳволи қониқарли бўлса, у операция блокидан бўлимга тиббиёт ҳамшираси ҳамроҳлигида ўтказилиши мумкин. Уни аравада олиб борилади.

Операция қандай ўтганини жарроҳ ассистентлари билан бирга муҳокама қилиши керак. Айниқса, учраган қийинчиликлар ва жарроҳлик хатолари таҳлил қилиниши лозим. Зарурат бўлганда бунга анестезиолог жалб қилинади ёки ҳодиса шифокорлар конференциясида муҳокама қилинади.

ХУСУСИЙ ТРАВМАТОЛОГИЯ

1 - б о б. ЕЛКА КАМАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Елка камарининг суяк асоси – кураклар, ўмров ва уни ўраб турган мушаклардан ташкил топган. Елка камарининг бойлам аппарати ва мушаклар ҳисобига кўкрак қафаси билан мустаҳкам алоқаси қўллар функцияси учун муҳим аҳамиятга эга. Қўл учун бу ҳаракатчан таянч кескин ҳаракатларда ва травмада ташқи тазйиқларда ўзига хос амортизатор бўлиб хизмат қилади. Мушак қавати билан яхши яширинган ҳаракатчан курак нисбатан кам шикастланади (таянч - ҳаракат аппаратидаги ҳамма синишларнинг тахминан 0,9-1,5%). Мушаклар билан кам ҳимояланган ва кўкрак қафасига куракка нисбатан бирмунча қаттиқ бириккан ўмровнинг бойлам аппаратидаги ва суякнинг ўзидаги шикастланишлари кўпроқ рўй беради (бошқа шикастланишларга қараганда 12-18%).

КУРАКНИНГ СИНИШИ

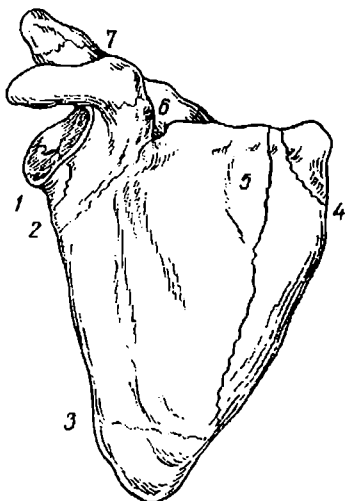
Одатда, курак танасининг синиши қаттиқ кучдаги зарб текканда юз берадиган бевосита травма билан боғлиқ. Курак танасининг синиши остида жойлашган қовурғаларнинг шикастланиши билан бирга учраши мумкин. Елқанинг ташқи қисми билан йиқилганда қўллар тўғри турганда куракнинг бўйин қисми ёки бўғим чуқурчаси синади.

Бевосита шикастланишда куракнинг акромиал ёки тумшуқсимон ўсимтаси синади. Ўмров чиққанда тумшуқсимон ўсимта синиши бойлам аппарати тез ҳаракатланганда худди ажратиб олингандай бўлади. Тумшуқсимон ўсимта чўққисининг фрагменти пастга силжиб узилиши икки бошли мушакнинг қисқа бошчаси ва тумшуқсимон – елка мушаги кескин кучланганда елка бўғими чиқиши билан бирга рўй беради.

Рентгенологик жиҳатдан синиш характери бўйича курак танаси ва бурчаклари, елка ва тумшуқсимон ўсимталар, курак суяги, курак бўйни синиши, бўғим чуқурчалигининг мажақланган синишлари фарқ қилинади (106-расм).

Т а ш х и с и. Курак шикастланишнинг клиник симптоматикаси синиш характерига ва синиқларининг сурилиши билан боғлиқ. Курак синишларида одатда синиқларининг силжиши унча кўп бўлмайди. Куракнинг (акромиал) елка ўсимтаси синганда, синган жойда деформация,

ҳаракат қилганда оғриқ аниқланади; пайпаслашда суяк қирсиллаши эшитилади. Елка ўсимтасининг синиши ўмов ташқи учининг чиқиши билан учрайди. Тумшук симон ўсимтанинг синишидан икки бошли мушак бошчасининг тортилиши оқибатида оғриқ кучаяди. Тумшуксимон ўсимтанинг силжиши акромиал-тумшуксимон ва тумшуксимон-ўмов бойламлари бирга шикастланганда руй беради. Куракнинг пастки, юқори-ички бурчаклари, танасининг буйлама ва кундаланг синишлари, одатда, синган бўлаklarининг жиддий сурилиши билан ўтмайди. Буларни синган жойдаги оғриқ ва шиш пайдо бўлганидан аниқланади.



Курак атрофида мушакларнинг кўплиги қатор ҳолларда лат ейиш билан синиш ўртасида солиштирма ташхис ўтказишни қийинлаштиради. Суяк синиқлари кўпинча курак бўйни соҳаси синганда сурилади. Бўғим чуқурчасидан синишлар елка бўғимидаги ҳаракатларда кескин оғриқлар билан тавсифланади ва бўғимда қон тўпланиб қолишига олиб келади (гемартроз).

106-расм. Куракнинг синиш турлари.

1 — анатомик бўйинчасининг синиши; 2 — жарроҳлик бўйинчасининг синиши; 3 — пастки бурчагининг синиши; 4 — юқори бурчагининг синиши; 5 — буйлама синиши; 6 — тумшуксимон ўсимтанинг синиши; 7 — акромиал ўсимтанинг синиши.

Курак бўйни соҳасидаги синиш учун суяк синиқларининг сурилиши хос. Қўл бўғим майдончаси билан пастга ва олдинга силжийди. Бунинг натижасида шикастланган томонда куракнинг елка ўсимтасининг шишиб чиқиши ва тумшуксимон ўсимтанинг ичига кириши қайд этилади. Симптоматикаси елканинг олдинга чиқишига ўхшаш. Ундан фарқли равишда чиқишда кузатиладиган пассив ҳаракатларда пружинасимон қаршилик бўлмайди. Синган соҳани пайпаслашда куракнинг орқа юзасида ва қўлтиқ ости чуқурчасида қаттиқ оғриқ бўлади. Рентгенологик текширишда шикастланишнинг характери тўғрисида аниқ ахборот олинади.

Ҳамма шубҳали ҳолларда курак синганини истисно қилиш учун рентгенография қилиш шарт, чунки курак синишлари аниқ клиник симптомлар йўқлиги сабабли, кўпинча, аниқланмай қолади. Баъзан синиш характерини аниқлаш учун ностандарт проекцияларда суратлар олишга тўғри келади.

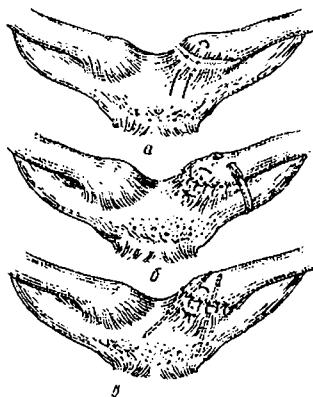
Д а в о л а ш. Курак синишларини даволашда танадан узоқлаштирувчи фиксацияловчи боғламлар қўлланиш (стандарт шиналар, торакобрахиал гипс боғламлар) умумий тамойил ҳисобланади.

Кўлни танадан узоқлаштирувчи шина елка бўғимида 90° гача бурчак остида бўлиши керак, тирсак бўғими 90°-100° га, елка бўғимида 30° гача букилганда елка бўғимида мушаклар учун бўшашган ҳолат вужудга келади. Елка камаридан синишни фиксация қилиш учун синган жойни 20-30 мл 1-2% новокаин эритмаси билан оғриқсизлантириш зарур. Ёзувчи шишаларда даволашда панжа, биллак-кафт ва тирсак бўғимлари учун ЛФК бошлашга имкон беради. Кураги синган беморларда суяк синиқлари сурилмаган бўлса, меҳнат қобилияти 4-6 ҳафта ўтқач тикланади.

Курак бўйни синган ва суяк кўчган булса, кўлни танадан узоқлаштирувчи суякни тортиб даволанади. Кўл ЦИТО шинасига қўйилади. Унинг қандай турганлигини тез-тез текшириб туриш керак: елка 90° бурчак остида, фронтал текисликдан 110° орқа томонда бўлиши, тирсак бўғими 90° гача бурчакда букилиши лозим.

Тортиш кучи суякларнинг сурилиши, елка камаридаги мушакларнинг кучига боғлиқ ва юк 1,5 кгдан то 3,5-4 кггача бўлади. Суякдан тортиш усулидан ташқари кўл репозицияси ҳам ишлатилади. Биринчи кунлардан бошлаб биллак-кафт ва тирсак бўғимлари учун ЛФК ўтказилади. Елка бўғимида ҳаракатларга 4 ҳафтадан сўнг рухсат берилади. Меҳнат қобилияти ўрта ҳисобда 1,5-2 ой ўтгач тикланади. Агар даволаш тўғри олиб борилган бўлса, елка бўғими тўлиқ ҳажмда ишлайди.

ЎМРОВ СУЯГИНИНГ ЧИҚИШИ



107-расм. Ўмров суяги ички томонидан чиқишини жарроҳлик усули билан даволаш (схема).

а — тўш ва ўмров суяги орасига чок қўйиш; *б* — биринчи қовургага қўшимча фиксациялаш; *в* — иккита кегай билан қўшимча фиксациялаш.

Ўмров суягининг чиқиши ҳамма суяк чиқишларининг 3 дан 15% гача бўлган қисмини ташкил этади. У ўмров боғлов аппарати узилганда рўй беради. Одатда ўмров 25 дан 45 ёшгача ишга лаёқатли эркаларда кузатилади. Ўмров суяги асосан билвосита травма асосида содир бўлади.

Боғлам аппаратининг шикастланиш даражасига кўра ўмров чиқишлари тўлиқ ва нотўлиқ турларга бўлинади.

Т а ш х и с. Ўмров суяги тўш олди ёнидан чиққанда ўмров-тўш бирикмасининг ассиметрияси аниқланади. Шикастланган томонда ўмровнинг ички томони тўш юқори чиқиб туради, елка усти қисқаради. Тўш орқаси чиққанда бу симптом, айниқса, яхши билинади (107-расм). Пайпаслаганда тўш суяги билан ўмров суяги бириккан жойда чуқурча аниқланади. Елка бўғимидаги оғриқдан

ҳаракатлари чегараланган. Ўмров суягининг тўш қисмидан чиқишини фақат жарроҳлик йўли билан даволанади.

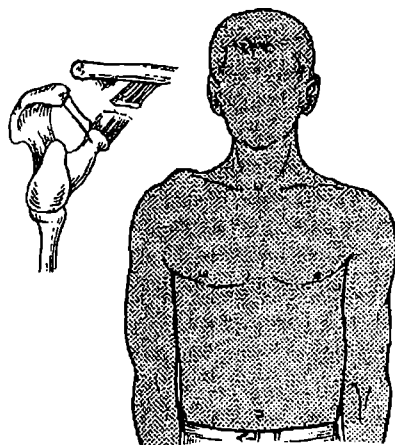
Ўмров суягининг дистал қисмидан чиқиши акромиал устида ва акромиалдан пастда бўлиши мумкин: биринчисида ўмров куракнинг акромиал ўсимтасидан юқорига, иккинчи ҳолда куракнинг акромиал ўсимтасидан пастга сурилади (108-расм). Акромиалдан пастга чиқиш камдан-кам учрайди, кейинроқ биз ўмровнинг акромиалдан юқорида юз берадиган чиқишини кўриб чиқамиз.

Бундай чиқишда бойлам аппарати, албатта, шикастланади. Ўмровнинг дистал учи куракка иккита: акромиал-ўмров ва ўмров-тумшуксимон бойламлар фиксацияланган. Бу бойламларнинг шикастланишига кўра ўмров акромиал учининг тўлиқ ва нотўлиқ (чала) чиқиши фарқ қилинади.

Чала чиққанда фақат акромиал-ўмров бойлами, тўлиқ чиқишда эса акромиал-ўмров ва ўмров-тумшуксимон бойламлар узилади. Клиник жиҳатдан чала чиқиш ўмров ташқи учининг оз-моз чиқиб туриши, ҳаракатларда ва пайпаслаганда битишма соҳасида маҳаллий оғриқ кузатилади.

Ўмров суяги тўлиқ чиқишининг ўзига хос белгилари елка тепа қисмининг қисқариши, ўмров ташқи учининг зинапоясимон туртиб чиқиши, унинг олдинги-орқа йўналишда кўчиши, «клавиш» мусбат симптоми ҳисобланади, бунда ўмровнинг акромиал учи босилганда у ўз жойига осонгина ўтади: агар босиш тўхтатилса, ўмровнинг ташқи учи клавиш каби юқорига кўтарилади ва аввалги ҳолатига келади. Бу симптомни соғлом томон билан таққослаб текшириш лозим. Шикастдан сўнг 2-5 кунларда синчиклаб кўздан кечирилганда дельтасимон-тўш эгат соҳасида тумшуксимон ўсимта тагида қон қуйилганини пайқаш мумкин.

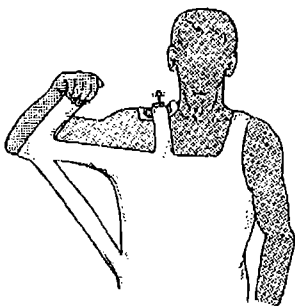
Рентгенологик текшириш маълумотларини, одатда, ташхис тасдиқлаб беради. Рентгенографияни, албатта, беморнинг вертикал ҳолатида олдинги-орқа проекцияда ўтказилади. Рентгенография чала ва тўлиқ чиқиш ўртасида солиштирма ташхис ўтказилганда, айниқса, қимматли маълумотлар беради. Бундай ҳолларда иккала акромиал-ўмров бирикмаларини симметрик рентгенограмма қилиш лозим. Шикастланган ва соғлом елка тепасининг акромиал-ўмров бирикмаси бўғим чуқурчасининг кенгайганлигига аҳамият берилади, бу акромиал-ўмров



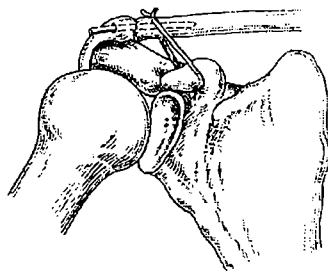
108-расм. Ўмров суягининг акромиал томонидан тўлиқ чиқишида беморнинг ташқи кўриниши.

бойлами узилганидан далолат беради. Ўмровнинг ташқи учи ва курак акромиал ўсимтаси бўғим юзаларининг сурилишидан ташқари, ташқи учининг чиқиши учун куракнинг тумшуксимон ўсимтаси билан ўмровнинг пастки юзаси ўртасидаги масофанинг узайгани (0,5 см дан кўпга) хос. Бу симптом тумшуксимон-ўмров бойлами, бинобарин ўмров ташқи четининг тўлиқ чиқиши учун патогномоник ҳисобланади.

Д а в о л а ш. Ўмров суягининг ташқи чети чиққан бўлса, уни жойига солиш осон. Бунинг учун 10 мл 1% новокаин эритмаси билан оғриқсизлантирилгандан сўнг қўлни 90° бурчак остида тирсак бўғимида букиш, елкани тепа-орқага ва, айти вақтда, иккинчи қўл ўмров суягининг акромиал томонига босиш керак. Ўмров суягини жойига солингандан кейин уни шу ҳолатда ушлаб туриш ғоят қийин бўлади. Сўнгги вақтларда фиксациянинг ҳар хил усуллари ишлатилади: ЦИТО, Кожукеев стандарт шинаси, Шимбарецкийнинг винт прессли боғлами (109-расм). Сальников бўйича «португя» боғлам курак ва ўмров маҳкам ушлаб туради ва шикастланган бойламларнинг яхшироқ битиб кетишига имкон беради. Уни қўйишнинг биринчи босқичида қўлни 90° бурчак остида букилган тирсак бўғимини танага фиксация қилинади. Сўнгра чиққан суяк жойига солингандан кейин ўмровнинг ташқи чети тепасига «партугя» типидagi гипс лонгета қўйилади, бу куракни ва ўмровнинг ташқи четини ушлаб туради. «Партугя» боғламининг чеккалари кўкрак қафасидаги боғламнинг тагида қолади ва эгилиб тепага чиқади, бундан олдинги боғламга қўшилиб кетади. Боғламнинг тортиш кучи камайган сайин уни алиштириб турилади. Беморни тез-тез кузатиб туриш керак, чунки таянч нуқталарида (ўмров суягининг ташқи чети, тирсак ўсимтасида) кўпинча ётоқ яралар ҳосил бўлади. Одатда, бундай ҳолларда чиқиш такрорланади. Бундай усуллар чала чиқишларда қўлланилади. Ўмровнинг тўлиқ чиқишларида жарроҳлик амалиёти бажарилиб, уни дастлабки 7 кун мобайнида ўтказган маъқул. Шу мақсадда лавсан лентаси билан ўмров-тумшуксимон бойлами пластика қилинади ва акромиал-ўмров бирикмасини металлдан ясалган кегай билан фиксация қилинади (110-расм).



109-расм. Ўмров суягининг акромиал томонидан чиқишини даволаш учун Шимбарецкий боғлами.



110-расм. Ўмров суягининг акромиал томонидан тўлиқ чиқишида жарроҳлик усули техникаси.

Операциядан кейинги даврда қўлни танадан узоқлаштирувчи ЦИТО шинаси билан 4-5 ҳафта муддатга фиксация қилинади. 2-3-кундан бошлаб бармоқлар, билак ва тирсак бўғимлари учун ЛФК тайинланади. 5-ҳафтада шинани қўлтиқ остига валикли боғлам қўйиш билан алмаштирилади. Металл фиксаторни жарроҳлик усулидан 6-7 ҳафта ўтгандан сўнг олиб ташланади. Бемор одатда 7-8 ҳафтадан кейин меҳнатга лаёқатли бўлади.

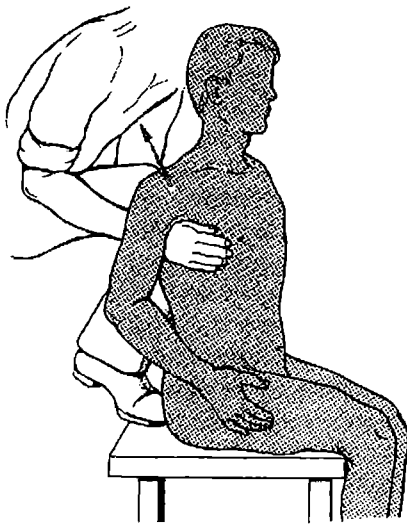
ЎМРОВ СУЯГИНИНГ СИНИШИ

Ўмров суягининг синиши таянч-ҳаракат аппаратининг бошқа синишлари орасида тахминан 15-18% ни ташкил қилади. Ўмров суяги, кўпинча, унга тўғридан-тўғри зарб тушганда синади (бевосита), бироқ ўмров билвосита шикаст механизмида, яъни ўмров ўқи томон тазйиқ бўлганда синади.

Шикастнинг бевосита механизмида – елка бўғимининг ташқи юзасига, чўзилган ҳолатдаги қўлга йиқилишда, елка бўғимлари ён томонларидан босилганда – куч оғирлиги S-симон букилган ўмров бўйлаб тарқалади. Уни кескин букиш энг нозик қисми - ўрта ва ташқи учдан бир қисми ўртасидаги чегарада синишига олиб келади. Бевосита шикаст механизмида синиш парчаланган, кўндаланг, қийшиқ-кўндаланг бўлади. Шикастнинг билвосита механизмида кўпинча қийшиқ ва қийшиқ-кўндаланг синишлар учрайди. Синиқларининг типик сурилиши қийшиқ ва қийшиқ-кўндаланг синишларда рўй беради. Ўртадаги марказий синган бўлак тўш-ўмров-сўргичсимон мушакнинг қисқариши натижасида тепага ва орқа томонга кўчади. Ўмровнинг ташқи (периферик) бўлаги қўлнинг массаси таъсири остида пастга ва олдинга томон кўчади. Болаларда суяк устки пардаси остидаги синишларда, кўпинча, бурчаги пастга очиқ бўлган деформация вужудга келади. Ўмровнинг ташқи чети синганда периферик парча куракнинг акромиял ва тумшуксимон ўсимталар билан боғланган ҳолда қолиши, ўмровнинг юқорига силжиган марказий бўлаги эса ўмровнинг акромиял чети чиқишига ўхшаб кетиши мумкин.

Айрим ҳолларда силжиган бўлақларнинг қирраларидан плевра, томир-нерв тутами, ёпиқ синишдан очиқ синишга ўтадиган тери қопламлари шикастланиши мумкин.

Т а ш х и с. Ўмров синишига ташхис қўйиш қийинчилик туғдирмайди. Синган жойда оғриқ, актив ҳаракатларнинг чекланиши, айниқса, оғриқ туфайли қўлни ёзиш ва тепага кўтаришнинг қийинлигига шикаоятлар бўлади. Бемор қўлини елкага қўйиб тирсаги билан кўкракка яқинлаштиради. Синган жой кўздан кечирилганда нисбаган кўпинча деформация борлиги (шиш, қон қуйилиши, суяк бўлақларининг туртиб чиқиши) аниқланади. Қўл елка бўғими билан бирга ичкарига йўналган, пастга ва олдинга туширилган. Елка тепаси шикастланган томонда қисқа тортилган, ўмров усти чуқурчаси



111-расм. Умров суяги синишида тўғрилаш техникаси.

иммобилизация муддати 2 дан 3 ҳафтагача, катталарда 4 ҳафтагача. Боғлам қўйишдан олдин синган жой 10-15 мл 1-2% новокаин эритмаси билан оғриқсизлантирилади. Бўлаклари сурилган умров синишларида синган жойни 15-20 мл 1-2% эритма билан оғриқсизлантирилгандан кейин бўлақлар жойига қўйилади. Бунинг учун беморни курсига бошини шикастланган томонга энгаштииб ўтказилади. Ассистент тиззаси билан курак орасига ёки бурчагига тиралиб, иккала қўлини елканинг тепасига қўяди ва елка бўғимини орқага-тепага ва оз-моз юқорига суради (111-расм). Жарроҳ шу ҳолатда синиқларни жойига солади. Одатда бу қийинчилик туғдирмайди, бироқ фиксациянинг 250 дан ортиқ таклиф қилинган усули борлигига қарамай бўлақларни керакли ҳолатда ушлаб туриш гоаят қийин (112-расм).

112-расмда келтирилган фиксация усуллари энг кенг тарқалган.

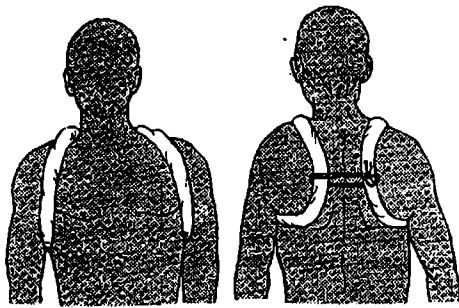
Бурчак деформацияси билан ўтадиган умров синишларини даволашда Чижин рамкаси яхши ёрдам беради. Кузьминский шинаси (112-расм, з) умров синишларини консерватив даволаш учун жуда қулай ҳисобланади, у елка камарини кўтариб, энг юқори ҳолатда ушлаб туради.

Узоқ вақт ўринда ётишни талаб қиладиган оғир жароҳатланишларда беморни қаттиқ тўшақли ётоқ четига ётқизилади ёки кураги орқасига ва кураклараро бўшлиққа қаттиқ ёстиқ қўйилади, қўл ётоқдан пастга ва орқа томонга осилиб туради. Бир кун ўтгач, тирсақ бўғими тагига болишчаси бўлган курси қўйилади. Бемор шу вазиятда 2-3 ҳафта ётади.

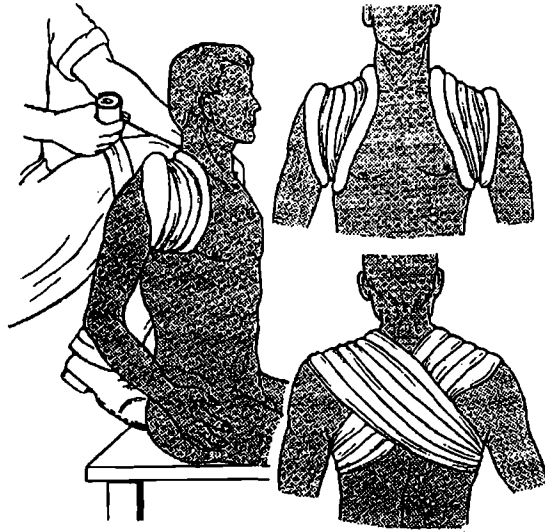
текислашган. Куракнинг медиал чети ва унинг пастки бурчаги тери ости клетчаткасидан кўриниб туради. Суяк ўсимталаридан куракнинг медиал четигача бўлган масофа соғлом томондагига нисбатан бир-мунча катта.

Беморни текшириш шикастланган томондаги нервлар, томирларни текшириш ва рентгенография билан яқунланади.

Д а в о л а ш. Ўмров синишларини даволаш усули асосан синиш характерига боғлиқ. Суяк устки пардаси остидан синишларни «яшил новда» типи бўйича ва суяк бўлаклари сурилмаган синишларни фиксация қиладиган боғламлар билан ўтказилади. Болаларда

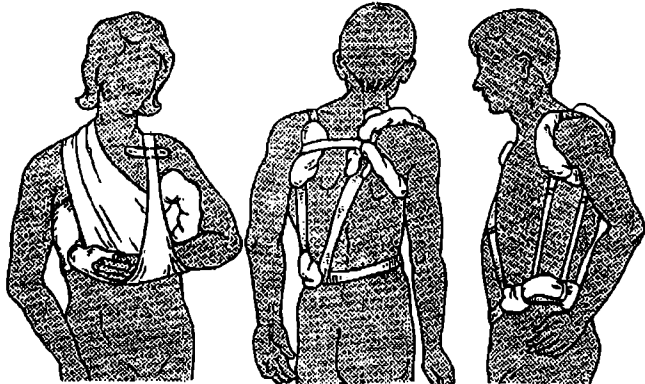


a



b

112-расм. Үмров
суяги синишида
фиксация
усуллари
a — Дельбе ҳал-
қалари;
b — саккизсимон
боғлам, Шараш-
нидэ;
в — Титова овали;
г — Кузьминский
шинаси.



в

г

Ўмровни *жарроҳлик йўли билан даволаш* муайян кўрсатмаларга эга, улар мутлақ ва нисбий турларга бўлинади.

Мутлақ кўрсатмалар қуйидагилар:

очиқ синиш;

ўмровнинг томир-нерв дастаси шикастланиши билан асоратланган ёпиқ синиши;

нерв чигалининг босилиши;

бўлаклари суякка тик жойлашган ва томир-нерв дастасининг шикастланиш хавфи бўлган бўлаксимон синиш;

бўлакнинг ўткир учидан тери перфорациясининг юз бериш хавфи;

интерпозициянинг ҳар хил турлари (суяк, суяк устки пардаси) киради.

Нисбий кўрсатмаларга бўлакларни боғлам ёки шина билан жойига солинган ҳолатда ушлаб туриб бўлмаслиги киради.

Кўпинча, ўмровнинг ретроград усул билан интрамедулляр остеосинтези ўтказилади. Операциядан кейинги даврда қўлни 4-5 ҳафтага ЦИТО шинаси ёки торакоброхиал боғлам билан фиксация қилинади. Меҳнат қилиш қобиляти 1,5-2 ой ўтгач тикланади.

2 - б о б. ЕЛКАНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Елка суягининг синишлари ҳамма синишларнинг ўрта ҳисобда 9-12% ни ташкил этади. Елка суягининг проксимал учи, диафизи ва дистал қисмларининг синиши фарқ қилинади. Елка суягининг юқори қисмидаги синиш бўғим ичида ва бўғимдан ташқарида бўлиши мумкин. Бўғим ичида синишларга бошчаси ва анатомик бўйнининг синиши, бўғимдан ташқаридаги турига эса дўмбоқ соҳасидаги синиш (дўмбоқлараро синишлар, дўмбоқларнинг алоҳида синишлари), елка жарроҳлик бўйни ва эпифизеолиз синишлари киради.

Елка суяги дифиазининг синишлари учдан бир юқори, ўрта ва пастки қисми синишларига бўлинади. Елка суяги дистал учининг синишлари дўнг усти ва дўнгларининг синишларига бўлинади. Сўнгги синишлар орасида дўнг орқали, дўнглараро синишлар (Т ва V симон) ва дўнгларнинг алоҳида синишлари фарқ қилинади.

Бошча ва анатомик бўйни соҳасидаги синишлар аксарият елка бўғимининг ташқи юзасига зарб текканда ёки тирсак ёки панжага йиқилганда пайдо бўлади. Елка суяги дўмбоқлари синишларида, кўпинча, дўмбоқ узилиб кетади, бу мушак ўта қисқарганда юз беради. Жарроҳлик бўйни синишлари одатда тирсакка йиқилиш натижасида бўлади. Елка диафизи синишлари бевосита тазйиқ (зарб), тирсак ёки узатилган қўлга йиқилганда рўй беради. Елка суяги дистал учининг синиши узатилган қўлнинг тирсаги ёки кафтига йиқилганда содир бўлади; камроқ-бевосита травма оқибатида синади.

Елка суягининг бўғим ичида синишига бошчаси ва анатомик бўйиннинг синиши киради. Улар нисбатан кам, асосан кексайган одамларда учрайди. Анатомик бўйни синганда дистал бўлак, одатда, бошчага ёпишади ва бир-бирининг ичига киради (суқилади). Зарба қаттиқ бўлганда бошча дистал бўлак билан куракнинг бўғим юзасида майда бўлақларга бўлиниб кетиши мумкин. Баъзан бўйни синишида бошча 180° га бурилади ва ўз бўғим юзаси билан дистал бўлаққа ўрнашади. Агар бунда бошчанинг чиқиши юз берса, елка суяги бошчасининг синган-чиққани тўғрисида айтилади.

Елка бўғими шиш, бўғим бўшлиғига қон қуйилиши ҳисобига ҳажми катталашади. Актив ҳаракатлар қилиб бўлмайди, пассив ҳаракатлар ва ўқи бўйича юк тушиши оғриқли. Бошча қўл билан босилганда жуда қаттиқ оғриқ сезилади.

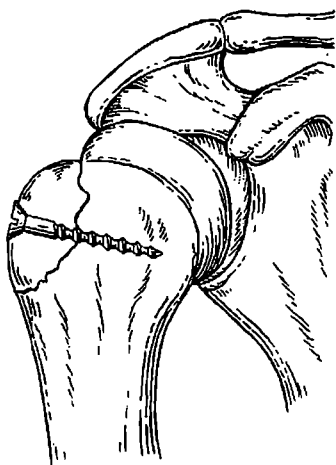
Бир-бирининг ичига кириб синишда суяк бўлақларининг крепитацияси, ҳаракат чекланганлиги, қўлни тепага кўтариб бўлмаслиги каби характерли белгилар бўлмайди. Бундай ҳолларда аниқ ташхисни рентгенологик текширувдан кейингина қўйиш мумкин.

Шикаст механизми бўйича елка суяги дўмбоқчаларининг икки тури фарқ қилинади: 1) бевосита шикаст натижасида юз берган синиш; 2) кўпорилиб (узилиб) синиш. Бевосита шикаст механизмида суяк айтарли даражада сурилмай бўлакнинг майдаланиши рўй беради. Шикастнинг узилиш механизмида катта дўмбоқчадан кичикроқ бўлаги узилиб, суяк усти, суяк ости ёки кичик думалоқ мушакнинг тортиш таъсири остида акромиал ўсимта остидан пастга ва ташқарига сурилади. Катта дўмбоқнинг синиши кўпинча елканинг чиқиши билан учрайди.

К л и н и к а в а т а ш х и с. Дўмбоқчалар соҳаси пайпаслаб кўрилганда қаттиқ оғриқ бўлиши дўмбоқчалар синишининг ўзига хос клиник симптоми ҳисобланади. Катта дўмбоқча синганда елка ичкарига, кичик дўмбоқча синганда ташқарига бурилган. Елка бўғими актив ҳаракатларнинг бузилишлари хос: катта дўмбоқча синганда актив ташқи ротация бўлмайди. Елка бўғимини рентгенография қилиш дўмбоқлар синишига ташхис қўйишда ҳал қиладиган аҳамиятга эга.

Д а в о л а ш. Катта дўмбоқча сурилмай узилганда қўлни рўмол боғламга 10-15 кунга осиб қўйилади. Боғлам ечилгандан кейин қўлни бемалол ҳаракат қилишга рухсат берилади. Меҳнат қобилияти 2-2,5 ойдан сўнг тикланади.

Катта дўмбоқча сурилиб узилганда елкани 90°га буриб, ташқи ротация 60° да ва олдинга 30-40°га букиш йўли билан бўлақларни репозиция қилинади. Бундай ҳолатда қўл гипс боғлам ёки танадан узоқлаштирувчи шина билан 1,5-2 ойга фиксация қилинади. Меҳнат қобилияти 3-4 ой ўтгач тикланади. Ёпиқ репозиция натижа бермаганда



113-расм. Елка суяги катта дўмбоқчасини бурама мих билан фиксациялаш. Мазкур соҳадаги тез-тез синишлар сабаби шундаки, бу суякнинг пўстлоқ (кортикал) қавати юпқа. Ёши катта шахсларда жарроҳлик бўйиннинг синишлари, айниқса, кўп содир бўлади.

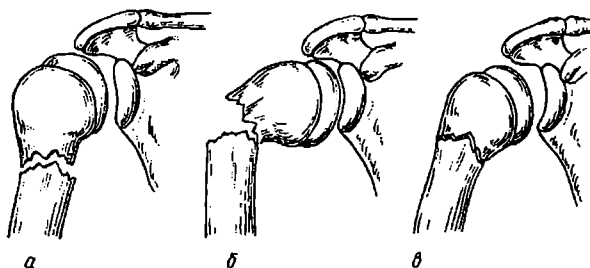
жарроҳлик амалиёти бажарилади: узилган қисм кегай ёки шуруп билан фиксация қилинади (113-расм).

Елка жарроҳлик бўйинининг синиши. Елка суяги проксимал учи синишлари орасида жарроҳлик бўйни синишлари кўп учрайди.

Елка жарроҳлик бўйни синишлари учун билвосита шикаст механизми хос ва агар йиқилишда қўл узатилган ҳолда бўлса, абдукцион синиш рўй беради. Бунда марказий бўлак ичкари ротацияда, периферик бўлак олдинга ва юқорига кўтарилган бўлади. Марказий ва периферик бўлақлар ўртасида ташқари ва орқага очиқ бўлган бурчак ҳосил бўлади (114-расм, б). Агар йиқилишда қўл ўрта ҳолатда бўлганда дистал бўлак проксимал бўлак ичига кириб, елка жарроҳлик бўйинининг қоқилган аддукцион синиши рўй беради (114-расм, в).

К л и н и к а в а т а ш х и с.

Елканинг жарроҳлик бўйинининг ўқидан кўп сурилмаган қоқилган синишларига ташхис қўйиш катта қийинчилик туғдиради. Бундай синишларнинг клиник кўринишида симптомлар кам, қўл фаолияти кам зарарланади. Синган жой пайпасланганда елканинг ротацион ҳаракатида оғриқ бўлади. Бу симптомлар асосида жарроҳлик бўйинининг қоқилган синишини тахмин қилиш мумкин. Олдинги-орқа ва аксиал проекцияларда қилинган рентген суратлар елка жарроҳлик бўйинининг қоқилган синишларини аниқлашда катта аҳамиятга эга. Абдукцион ва аддукцион синишларда кўчиш сезиларли бўлганда қўл ўқи ўзгаради, елка бўғими соҳасида шиш ва қон қуйилиши бўлади. Актив ҳаракатлар қилиб бўлмайди, пассив ҳаракатлар қаттиқ оғриқ беради. Бунда баъзан суяк



114-расм. Елка суягининг жарроҳлик бўйинчасидан синиши.

- а* – абдукцион;
- б* – аддукцион;
- в* – бурчак ҳосил қилмай қоқилган синиш.

бўлақларининг патологик ҳаракатчанлиги ва крепитацияси аниқланади. Аддукцион синишларда елканинг олдинги-ташқи юзасида синган жойда мос келадиган суяк дўнгчаси аниқланади; абдукцион синишда бу жойда чуқурча пайдо бўлади. Елка қисқарган, қоқилмаган синишда елка ротацияси бошча ротациясига олиб келмайди. Синган жой пайпасланганда кескин оғриқ пайдо бўлади. Елка жарроҳлик бўйнининг синиши шикаст пайтида ҳам бўлақлар нотўғри репозиция қилинганда ҳам, томирнинг нерв дастасининг шикастланиши билан асоратланиши мумкин.

Д а в о л а ш. Синган жойни 15-20 мл 1-2% новокаин эритмаси билан оғриқсизлантирилади. Сурилмаган қоқилган синишларда консерватив (функционал) даволаш усули қўлланилади. Тирсак бўғимида 60°-70° гача бурчакда букилган қўлни рўмолга ёки «илонсимон» боғламга осиб, қўлтиқостига болишча қўйилади (115-расм).

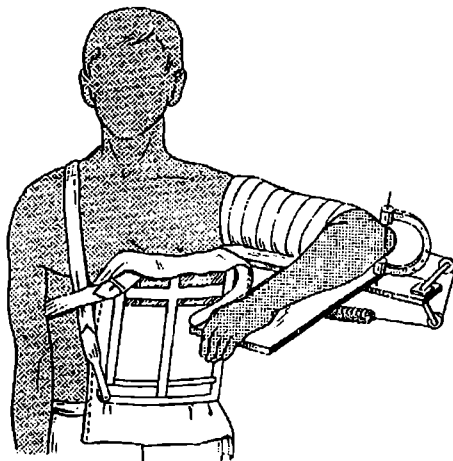
Иккинчи кундан бошлаб билак-қафт бўғимида, 5-кундан тирсакда ва 8-10-кундан бошлаб елка бўғимида ҳаракатлар қилинади. Ёш ва ўрта ёшдаги беморларда меҳнатга лаёқат 5-8 ҳафта ўтгач тикланади.

Ёши қайтган ва кекса беморларда бу тактикани қоқилган синишларда эмас, балки елка суяги жарроҳлик бўйнининг асоратланмаган бошқа синишларида ҳам қўллаш керак.

Елка жарроҳлик бўйнининг сурилган, қоқилган ва қоқилмаган синишларида даволаш аста-секин репозиция (суякдан тортиш), бир моментли репозиция ва жарроҳлик йўли билан ўтказилиб, танадан узоқлаштирувчи шинада аста-секин репозиция қилиш усули энг эҳтиётловчи усул ҳисобланади (116-расм).



115-расм. Қўлни рўмол билан боғлаб фиксациялаш.

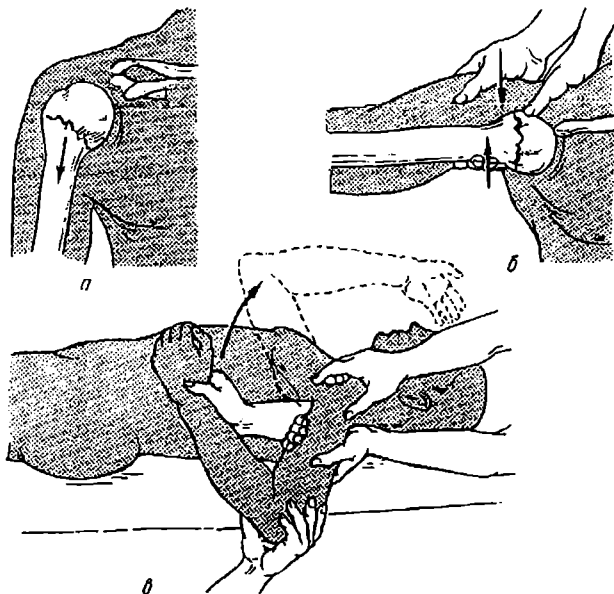


116-расм. Елка жарроҳлик бўйинчаси аддукцион синишини даволашда қўл скелетини тортиш ҳолати.

Иккинчи кундан бошлабоқ панжа бармоқлари бўғимларида, 5-кундан тирсак бўғимида ҳаракатлар қилиш мумкин. 3-4-ҳафта ўтгач шинани олиш мумкин. Бу пайтга келиб беморлар тирсак бўғимида ёзилган қўлни 140° гача букишлари мумкин. Меҳнат қобилияти 8-10 ҳафта ўтгач тикланади.

Абдукцион синишларда қўл «илонсимон» боғлам ёки рўмолга осилиб қўлтиқостига болишча қўйилади. Бунда оғирлик остида бурчак кенгайганлиги ўз жойига келади. Агар бу ҳодиса рўй бермаса, танадан узоқлаштирувчи шинада 30° - 40° бурчак остида суякни тортиш керак. 15-30 – кунларга келиб, суякдан тортишни тўхтатиш ва 2 ҳафтагача рўмол боғламда олиб юриш керак. Меҳнатга лаёқатлилиқ 2-2,5 ойда ўтгач тикланади.

Елкани жарроҳлик бўйни синишларида наркоз остида қўлда бир моментли репозиция қилинади. Беморни столга чалқанча ётқизилади, елка столни четидида жойлашиши керак. Аддукцион синишда ёрдамчи беморнинг билагини тўғри бурчаккача олиб бориб, елка ўқи атрофида тракция қилинади. Жарроҳ бир қўли билан бошчани фиксация қилади, ёрдамчи билан иккинчи қўли елкани 90° бурчаккача олиб бориб, айна вақтда, уни фронтал текисликдан 30° - 40° га ва 60° - 90° бурчак остида ташқарига ротация қилади (117-расм). Репозициядан кейин қўл торакобрахиал гипс боғлам билан фиксация қилинади ёки танадан узоқлаштирувчи шина билан тирсак ўсимтасидан тортиш йўли билан даволанади.



117-расм. Елка бўйинчасининг аддукцион синишини тўғрилаш.
а – узунасига чўзиш;
б – энига силжишини бартараф қилиш;
в – елкани яқинлаштириш.

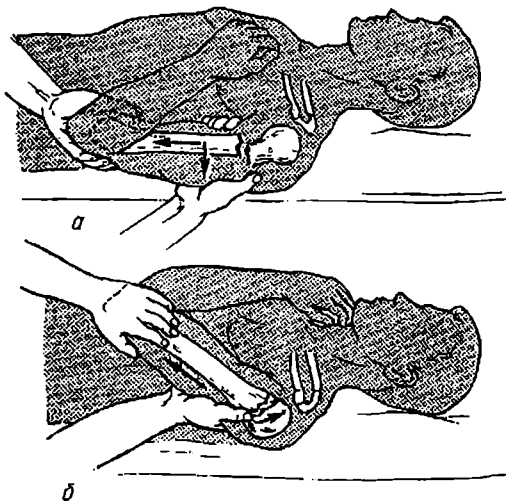
Абдукцион синишни бир моментда репозиция қилишда жарроҳ ўнг қўлининг тўртта бармоғи билан қўлтиқ ости чуқурчаси орқали фиксация қилади, чап қўли билан эса ёрдамчи билан бирга қўлни танага 30° бурчаккача олиб келади, айна вақтда, уни фронтал текисликдан 30°-40° олдинга чиқаради (118-расм). Репозициядан кейин қўлни «илонсимон» сифат боғламга жойланади, қўлтиқ остига болишча қўйилади. Контрол рентгенография ўтказилади. Агар бўлакчалар бу боғламда ушлаб турилмаса, қўлни тўғриловчи шинага қўйиб суякдан тортилади, бу тортманинг тоши бўлакларнинг солинган ҳолатда ушлаб турилишига ёрдам беради.

Елка суяги бўлакларини репозиция қилиш учун суякни тортиб тўғриловчи илмоқдан фойдаланиладиган суякдан тортишнинг катта имкониятлари бор. Тирсак ўсимтасига суякни тортиш йўли билан 4-6 кг юкли ва билакка 1-1,5 кг юкли елимли тортма қўйилади (119-расм).

Бўлакларни консерватив йўллар билан тўғрилашнинг иложи бўлмаганда ва томир-нерв дастаси шикастланишларида бўлакларни очиқ репозиция қилишга ва кегай, винтлар ва бошқа фиксаторларни ишлатиб остеосинтез қилишга киришилади.

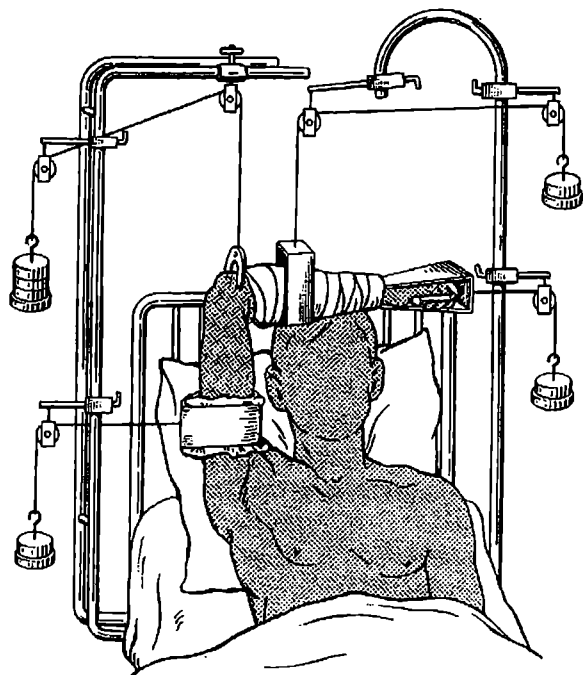
ЕЛКА ДИАФИЗИ СИНИШИ

Елка диафизи синишлари парчасимон (учли), кўндаланг, қийшиқ ва винтсимон бўлиши мумкин. Синган бўлакчаларнинг кўчиши шикастланиш механизмига ва мушакларнинг тортиш кучига боғлиқ. Агар синиш чизиғи катта кўкрак мушаги ёпишган майдон юқори бўлса, марказий бўлакча катта дўмбоқчага ёпишадиган мушаклар таъсири остида ташқарига ротация қилади, дистал бўлакча эса катта



118-расм. Елка бўйинчаси абдукцион синишини тўғрилаш.

a — узунасига чўзиш;
б — бўлакчалар силжишини бар-
тараф қилиш.



119-расм. Елка суяги синишини билакдан тўғриловчи илгаклар ва елимли тортишлар билан репозиция қилиш.

кўкрак, дельтасимон, тумшуксимон-елка ва уч бошли мушаклар таъсири остида ичкарига ротация қилинади ва юқорига кўтарилади (120-расм, а). Бунда томир-нерв дастаси дистал бўлакчанинг ўткир учларидан босилади ёки шикастланади. Агар синиш чизиги катта кўкрак мушаги ёпишган жойдан пастда, лекин дельтасимон мушакдан юқорида бўлса (дельтасимон мушак устидан синиш), бу ҳолда марказий бўлакча катта кўкрак ва орқанинг сербар мушаклари таъсири остида орқага ва ичкарига, дистал бўлакчаси ва дельтасимон, тумшуксимон-елка ва уч бошли мушаклар таъсири остида ташқарига ва қисман олдинга сурилади (120-расм, б).

Елка суяги дельтасимон мушак ёпишган жойдан пастда синганда (дельтасимон мушак остидан синиш) марказий бўлакча шу мушак таъсирида ташқарига ва юқорига кўчади, дистал бўлакча эса икки бошли, уч бошли ва тумшуксимон-елка мушаклари таъсири остида юқорига ва қисман орқага сурилади (120-расм, в).

К л и н и к а в а т а ш х и с. Ўзига хос симптомлари синиш соҳасидаги шиш, деформация ва ҳаракат қилинганда оғриқ сезилади, елка фаолияти бузилади ва елка қисқаради. Елка суягининг учдан бир ўрта ва пастки қисми синиши, кўпинча, билак нерви шикастланиши билан ўтади, у суяк синиқларидан қисман ёки тўлиқ шикастланиши мумкин. Бунда бу нервнинг парези ёки фалажланиши травма пайтида содир бўлади. Билак нерви суяк синиқларидан уларни репозиция

120-расм. Мушаклар тортиши таъсирида елка суяги диафиз қисмининг синишида бўлақларнинг турли даражада силжиши (изоҳи матн).

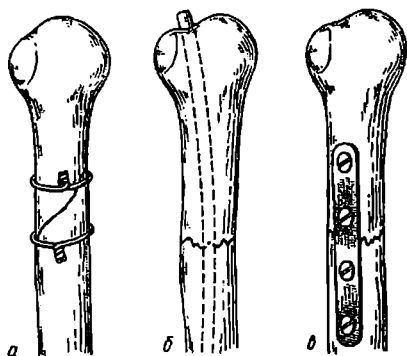


қилишда босилиб қолиши мумкин. Билак нервнинг травмадан кейин бирмунча кеч муддатларда парез ёки фалажликка учраши нервнинг шаклланаётган суяк қадоғидан босилганидан далолат бериши мумкин.

Да в о л а ш. Синган жойни гематомага 15-20 мл (1-2%) новокаин эритмаси юбориш йўли билан анестезия қилинади. Бўлақчалари қўчмасдан синганда 1,5 ой муддатга торакобронхиал боғлам қўйилади. Бўлақлари сурилганда бир моментли репозиция қилиб, кейин гипс боғлами қўйилади ёки тирсак ўсимтасига суякни чўзиш учун 4-5 кг юк осиб суякдан тортиш қўлланилади. Елка суяги қайси жойидан синишидан қатъий назар, елка 90°га олиб келиниши ва олдинга фронтал текисликдан олдинга 30-40 га тортилган бўлиши керак. Бунда марказий ва периферик бўлақчалар шинаяда битта текисликда ўрнатилади. Елка суягининг қийшиқ ва винтсимон синишлари 1,5-2 ой, кўндаланг синишлари – 2-2,5 ой мобайнида битади. Даволашни биринчи кунларидан танадан узоқлаштирувчи шинаяда бармоқлар ва ғанжа бўғимларида, 10-кундан бошлаб тирсак бўғимида ҳаракатлар қилиш тавсия қилинади.

Сўнгги вақтларда елка суягининг диафизар синишларида қисқартирилган айланма гипс боғлами билан даволаш кенг тарқалмоқда. Қўлнинг оғирлиги таъсири остида узунасига сурилиш бартараф бўлади, қисқартирилган айланма гипс боғлами эса эни бўйича сурилишни йўқотишга имкон беради. Бунда ёндош, қўшни бўғимлар ҳаракатчанлигича қолади, қўл функцияси эса қисқа муддатларда тикланади.

Елка суяги бўлақлари репозицияси ва фиксацияси Илизаров аппарати билан амалга оширилиши мумкин (121-расм). Бу жарроҳлик амалиёти ёпиқ репозиция, юмшоқ тўқималар интерпозицияси натижа бермаганда ва билак нерви шикастланганда қилиниши керак. Билак нерви шикастланишининг клиник



121-расм. Елка суяги диафиз синганда фиксациялаш.
a – ўрама сим билан; *b* – штифт билан; *v* – металл пластина билан.

кўринишида ёпиқ репозиция қилиш мумкин эмас. Қийшиқ ва винтсимон синишларда остеосинтез учун фиксаторлар сифатида кегай, винтлар, кўндаланг ва қийшиқ-кўндаланг синишларда фиксация қилиш учун штифт, пластина ва бошқа фиксаторлар ишлатилади.

ЕЛКА СУЯГИ ДИСТАЛ ҚИСМИНИНГ СИНИШИ

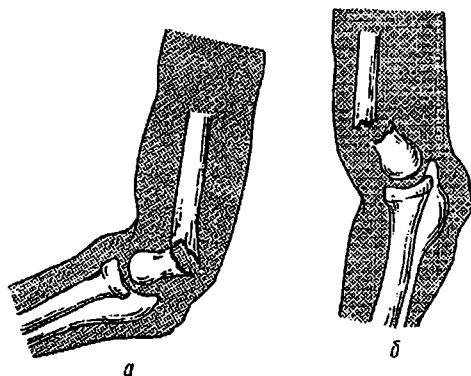
Бўғимдан ташқари (дўнгча устидаги) синишлар ёзувчи ва букувчи турларга бўлинади (122-расм). Ёзувчи синишлар камдан-кам учрайди ва тирсак бўғими ёзилган ҳолатда қўл билан йиқилишда содир бўлади. Тирсак бўғимида букилган қўлга йиқилишда букилган синиш юз беради. Ёзилган синишлар аксарият томир-нерв дастаси шикастланиши ва юмшоқ тўқималарнинг оғир шикастланиши билан асоратланади.

К л и н и к а в а т а ш х и с. Ёзилган ҳолатдаги синишларда билак қисқариб қолганга ухшайди, орқа томонда тирсак ўсиғи яхши аниқланади, унинг устида чуқурча ҳосил бўлади. Тирсак бўғимида марказий бўлакчанинг дистал қисми қўлга уннайди. Ёзилган синишда билак узайиб қолгандек туюлади, елка ўқи олдинга сурилган, тирсак ўсиғининг устида марказий бўлакчанинг учи пайпасланади. Синган жойда кескин оғриқ ва суяк бўлакларини крепитацияси қайд қилинади, кўпинча, Маркс таниш белгиси бузилган, елка ўқи чизиги дўнг орқали ўтказилган чизиқ билан перпендикуляр эмас. Елка суягининг дўнг устидаги синишларни елканинг олдинги ва орқага чиқишларидан фарқ қилиш керак. Чиқишлар учун қўлнинг мажбурий ҳолатда қолиши, пружиналик қаршилик симптоми, крепитацияни йўқлиги, Гюнтер учбурчагининг бузилиши хос. Баъзан чиқиш дўнг устининг синиши билан бирга учрайди. Бундай ҳолларда иккита проекциядаги рентген суратлари тўғри ташхис қўйишга имкон беради.

Д а в о л а ш. Елканинг дўнг усти синишида кўчиш бўлмаса,

кафт-бармоқ бўғимларидан бошлаб то елка бўғимгача орқа гипс лонгетаси қўйилади. Қўл-тирсак бўғимида 90-100° бурчаккача букилган, билак супинация ва пронация орасидаги ўрта ҳолатда фиксация қилиниши керак. 3-4 ҳафта ўтгач, лонгета ечилади ва бемор тирсак бўғимида ҳаракат қила бошлайди.

Елка суягининг кўчган ҳолатдаги дўнг усти қисми синишида уни тўғрилаб



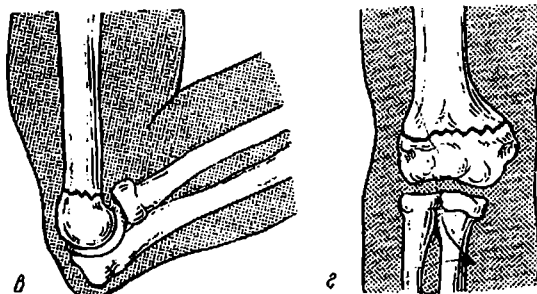
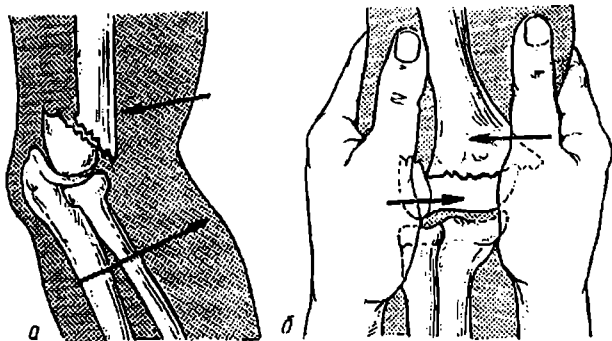
122-расм. Елканинг дўмбоқ усти синиши.
а — букувчи; б — ёзувчи.

қўйиш керак. Бу муолажани наркоз остида амалга оширган маъқул ва қанча эрта бажарилса, функционал натижалар шунча яхши бўлади.

Ёзувчи синишни тўғрилаш. Ёрдамчи елка ўқига нисбатан тўғри бурчак остида букилган билакни тортади. Иккинчи ёрдамчи елка бўғимига қарама-қаршилиқни вужудга келтиради. Жарроҳ бир қўли билан марказий бўлакни фиксация қилади, иккинчи қўли билан эса дистал қисмни олдинга ва ташқарига итаради. Биринчи ёрдамчи бу пайтда билакни буради (пронаторларини бўшатиш учун) ва 60-70° бурчаккача букади. Кейин билак супинация ва пронация ўртасидаги ўрта ҳолатта олиб келинади ва шу ҳолатда елка бўғимидан кафт-бармоқ бўғимларигача айланма гипс боғлами қўйилади (123-расм). Тирсак бўғимида бичилишнинг олдини олиш учун бу жойга пахта бўлакчаси қўйилади.

Бемор биринчи кунлардан бошлаб бармоқларда ва елка бўғимида ҳаракатлар қила бошлайди. 3-4 ҳафтадан сўнг гипсли боғлами ечилади ва бемор тирсак бўғимида ҳаракатлар қилиши сира мумкин эмас, акс ҳолда, бу оссификатланган миозитга олиб келиши мумкин.

Букувчи синишни тўғрилаш. Букувчи синишда ёрдамчи билакни елка ўқи бўйича тортади, қўлни аста-секин тирсак бўғимига тўғрилайди ва билакни пастга буради (пронация қилади). Жарроҳ бир қўли билан марказий бўлакчани ушлаб туради, иккинчи қўли билан эса дистал бўлакчани орқага ва ичкарига итаради. Қўл синиш тўғрилангандан сўнг чуқур орқа гипс боғлами билан елка бўғимидан то кафт-бармоқлар



123-расм.
Елканинг дўмбоқ
усти синишида
бир момент
репозиция.
а - г - тўғрилаш
босқичлари.

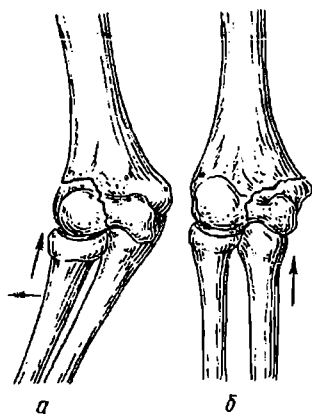
бўғимларигача фиксация қилинади. Бунда билак ёзилган пронация ҳолатида бўлиши керак. 3-3,5 ҳафта ўтгач боғлам ечилади.

Тирсак суягининг тирсак ўсиғидан суякни тортиб қўйилади. Қўл танадан узоқлаштирувчи шинага гипсли боғлам қўйилгани каби ҳолатда туради. Тирсак ўсиғидан елка ўқи бўйича тортилганда билак ёзилган ҳолатда бўлса, суякдан тортишнинг иложи бўлмайди, бу ҳолда букувчи синишларда у 110° - 120° бурчакка қадар букилади. Синган бўлақларнинг ҳолати рентгенограммалар блан текшириб турилади. 2-3 ҳафта ўтгач суякдан тортиш тўхтатилади ва қўлни яна 1-2 ҳафта давомида елкани У-симон боғлам, елканинг ёзувчи юзаси ва билакни гипс лонгетаси билан фиксация қилинади.

Бўғим ичида синишлар (медиял ва латерал дўнгларнинг синиши). Ташқи дўнгнинг синиши тўғри турган қўл панжаси билан йиқилганда содир бўлади. Синиш суяқ бўлақлари сурилган (кўчган) ёки оз-соз сурилган турларга бўлинади.

Медиял дўнгнинг синиши бирмунча кам учрайди. Травма механизми - тирсакка йиқилиш. Бунда, кўпинча, тирсак ўсиғи ҳам узилиб кетади. Ташқи ва ички дўнгчалари синиши дўнгчаларга тўғридан тўғри зарб тушишидан бўлиши мумкин. (124-расм).

К л и н и к а в а т а ш х и с. Тирсак бўғими ҳажми шиш, гематома ва гемартроз ҳисобига катталашади. Дўнгчалар соҳаси пайпасланганда кучли оғриқ сезилади ва, айниқса, билак ротациясида кескин оғриқ бўлади. Баъзан бунда суяқ бўлақчаларининг крепитацияси аниқланади, Гюнтер учбурчаги асимметрик бўлиб қолади. Ички медиял дўнгча синганда билак яқинлашган ҳолатда, ташқи дўнгча бўлақчалари сурилиб синганда эса билак ташқарига оған ҳолатда бўлади.



124-расм. Елка думбоқларининг синиш механизми.

a - ташқи; *b* - ички.

Д а в о л а ш. Бўлақлари сурилмаган синишда қўл орқа гипс лонгетаси билан елка бўғимидан то қафт-бармоқ бирик-маларигача 3 ҳафтагача фиксация қилинади. Бунда билак супинация ва пронация ўртасида ўрта ҳолатда туриши, билак бўғимидаги букиш бурчаги эса 100° - 110° га тенг бўлиши керак. Бўлақлар сурилган тақдирда репозиция қилиш зарур. Бунинг учун елка ўқи атрофида тракция қилинади, медиял дўнгчани тўғрилаш учун билакни тирсак бўғимида ёзилади, латерал дўнгчани тўғрилаш учун эса уни букилади.

Бўлақчага пастдан таъсир қилганда ва тирсак бўғими ён томонлардан босилганда у ўз жойига, яъни чуқурчага тушади. Репозициядан сўнг гипсли боғлам бўлақлари сурилмаган дўнгча синишини даволаш

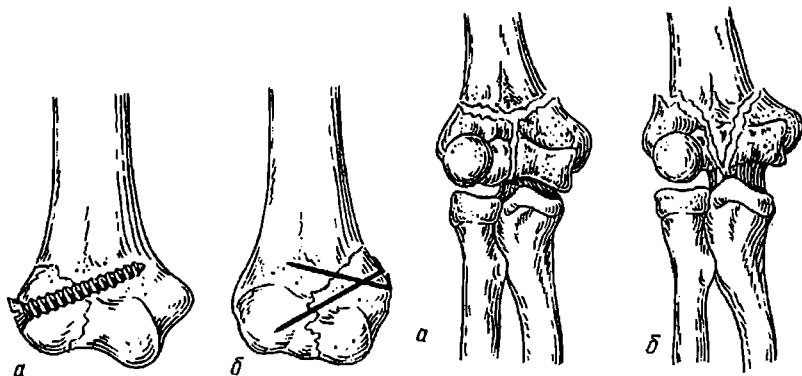
муддатларига ўхшаш муддатга қўйилади. Репозиция яхши натижа бермаса, жарроҳлик амалиёти бажарилади. Синган жой ёнлама кесиш билан очилади, дўнгчалар кегай, винт ва бошқалар фиксаторлар билан фиксация қилинади (125-расм).

Дўнгчалараро синиш. Дўнгчалараро синиш асосан «Т» ва «V» симон бўлади. Улар тирсакка йиқилганда содир бўлади. Қаттиқ куч таъсир қилганда тирсак ўсиғи дўнгларни парчалаб, уларнинг орасига кириб қолади (126-расм).

Клиника в а т а ш х и с. Тирсак бўғими ҳажми, айниқса, унинг қўндаланг ўлчами кескин катталашган. Пайпаслаганда оғриқ кучли, актив ҳаракат қилиб бўлмайди, пассив ҳаракатларда ён томонга йўналишларда патологик ҳаракатчанлик аниқланади.

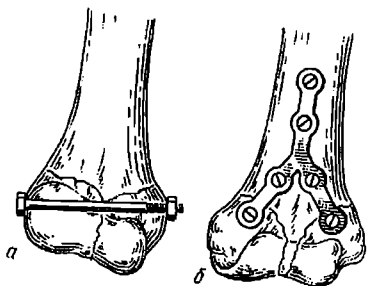
Д а в о л а ш. Бўлак сурилмаган синишларда гипсли боғламда даволаш дўнгчаларнинг синишларидаги каби. Бўлаклари сурилган синишлар суякдан тортиш ёрдамида репозиция қилинади. Қўлни танадан узоқлаштирувчи шинага қўйилади, суяк тирсак суягининг тирсак ўсиғидан тортилади. Репозицияни рентгенограммалар назорат қилинади. Ўқи бўйича сурилиш йўқотилиши билан дўнгчаларни тирсак бўғимини ён томонлардан қисиш йўли билан яқинлаштирилади. Шундан кейин, суякдан тортишни давом эттириб, 3 ҳафтагача «V» симон гипсли боғламни тирсак бўғими орқали елканнинг ташқи-ички юзасига қўйилади.

Агарда шу йўл билан бўлақчаларни жойига солиш яхши натижа бермаса, дўнгларни кегай, винтлар, болтлар ва «V» симон пластиналар билан остеосинтез қилиш керак бўлади (127-расм). Жарроҳлик амалиётидан сўнг бўлақлари сурилмаган дўнгчалараро синишларда қўлланиладиган методика бўйича даволанади. Катта ёшдаги одамларда ҳатто моҳирлик билан қилинган репозициядан кейин ҳам тирсак бўғимида ҳаракатлар ҳажмининг бирмунча чекланиб қолиши кузатилади.



125-расм. Елка суяги дўмбоғини фиксациялаш.
а – винт билан; б – кегай билан.

126-расм. Дўмбоқлараро синиш.
а – «Т» симон; б – «V» симон.



127-расм. Дўмбоқларни
фиксациялаш.

a — боллар билан; *b* — «V» симон
пластиналар билан.

Елка суяги дистал қисмининг шикастланишларида юз берадиган асоратлар репозиция вақтида пайдо бўладиган асоратларга (масалан, нервларнинг шикастланиши), репозициядан сўнг биринчи кунлари пайдо бўладиган ва тирсак бўғимининг гипсли боғламдан ёки гематомадан босилишига боғлиқ асоратларга (Фолькман ишемик контрактураси, юмшоқ тўқималар некрози) ва кечиккан асоратларга (капсуляр-боғлам аппарати оссификацияси, оссификатлайдиган миоизик) га бўлинади. Бу асоратларни профилактика қилиш мақсадида кўпол, шикаст ет-

казадиган манипуляциялар қилмаслик ва тирсак бўғимида пасив ҳаракатларни эрта бошламаслик керак. Массаж гетеротопик оссификация пайдо бўлишига олиб келадиган сабаблардан бири ҳисобланади.

3 - б о б. БИЛАКНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Билак суякларининг синишлари ёпиқ синишларнинг умумий сонига нисбатан 11,5 дан 30,5% гача қисмини ташкил қилади ва оғир ҳамда мураккаб шикастланишлар қаторига киради.

ТИРСАК ЎСИҒИНИНГ СИНИШИ

Бундай синиш аксарият тўғридан-тўғри зарбадан, камроқ ҳолларда елка уч бошли мушагининг кескии қисқаришидан юз беради. Тирсак ўсиғининг кўндаланг ёки қийшиқ-кўндаланг синиши ҳар қандай сатҳида: яримойсимон чуқурчаси соҳасида, асосида, камроқ учида содир бўлиши мумкин. Кўпчилик ҳолларда тирсак ўсиғи бўғим ичида синади.

Т а ш х и с. Тирсак бўғими кўздан кечирилганда шиш борлиги аниқланади. Бўғим орқа юзаси контурлари силлиқлашган. Кўл кўпинча мажбурий ҳолатда туради. Бунда у тўғри ҳолатда осилиб туради, тананинг соғлом кўл томонига фиксацияланган, пасив ҳаракатлар сақланиб қолган, бироқ оғриқли. Тирсак бўғимида актив букиш мумкин, бўлақлари сурилиб синганда билакни актив ёзишнинг иложи йўқ. Билакни актив ёзиш имкониятини текшириб кўриш учун кўлни горизонтал чизикқача олиб келинади, билакни тирсак бўғимида 90° гача букилади ва елканинг енгил ички ротацияси бажарилади. Бемор шундай ҳолатда билакнинг оғирлик кучини енгиб билакни актив ёзишга уринади. Уч бошли мушак пайи узилганда бемор билагини актив ёза олмайди. Билакни оғирлик кучи таъсири остида пасив ёзиш мумкин,

бирок бу қаттиқ оғриққа сабаб бўлади. Тирсак бўғими соҳасини пайпаслаганда оғриқ сезилади, босиш эса қаттиқ оғриққа сабаб бўлади. Кўчиш билан синишда билаклар орасида ёриқ ёки чуқурча аниқланади.

Тирсак ўсиғининг тепаси елка дўнгчалари устини бирлаштирадиган чизиқдан юқорида жойлашган. Гюнтер учбурчагининг томонлари тенг бўлиб қолмайди: ён томонлари асосидан кичиклашади.

Ташхис тирсак бўғимини иккита проекцияда рентгенография қилишдан сўнг аниқ бўлади. Ён проекциядаги сурат бирмунча кўп маълумот беради.

Д а в о л а ш. Тирсак ўсиғи кўчмасдан синганда ёки диастаз 2-3 мм гача бўлганда елканинг учидан бир юқори қисмдан то қафт-бармоқлар бўғимларигача 3-4 ҳафта мобайнида пронация ва супинация ўртасидаги ўртача ҳолатда ва билакни тирсак бўғимида 90-110° бурчак остида букиш ҳолатда орқа гипсли боғлам билан даволанади.

Агар рентгенограммада букилган ҳолатдаги қўл тирсак бўғимида бўлақлар орасида ёзилган ҳолатда йўқоладиган каттароқ диастаз аниқланса (5 мм гача), ёзилган қўл билагига 4-6 ҳафтага гипсли боғлам қўйилади. 2-кундан бошлаб бармоқлар учун, 3-кундан эса елка бўғими учун ЛФК тайинланади. Ҳаракатлар одатда 1,5-2 ой ўтгач тўлиқ ҳажмда тикланади.

Бўлақлари 5 мм ва ундан кўпроқ кўчган тирсак ўсиғи синишида жарроҳлик йўли билан даволанади: остеосинтез қилинади ёки майдаланиб кетган ўсиқ (1/3 қисмгача) олиб ташланади. Мальгения синиб чиқишида тирсак ўсиғининг синишидан (билакнинг олдинги чиқиши билан тирсак ўсиғи синиши) фарқли равишда тирсак ўсиғи ҳатто майдаланиб шикастланган ҳолларда ҳам уни олиб ташлаш мумкин эмас, чунки бу билакнинг одат бўлиб қолган чиқишига сабаб бўлиши мумкин.

Жарроҳлик йўли билан даволашнинг ҳамма ҳолларида фрагментлар орасидаги интерпозицияни бартараф этиш, уларни билакда 90-110° гача фиксация қилиш ва елканинг уч бошли мушагининг пайдан чўзилишини тиклаш керак.

Агарда остеосинтез пишиқ ва барқарор бўлса, масалан саккиссимон илмоқли кегай билан фиксация қилинганда жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда гипсли боғламни қўймаслик ҳам мумкин. қолган ҳолларда жарроҳлик амалиёти тўғри бурчак остида букилган билакни гипсли боғлам билан иммобилизациялаш билан тугалланади. Жарроҳлик амалиётидан кейинги 1-кунда ЛФК ўтказилади. 4-6 ҳафтalar мобайнида бўлақлар консолидацияси юз беради.

ТОЖСИМОН ЎСИҚНИНГ СИНИШИ

Тирсак суяги тожсимон ўсиғининг синиши камдан-кам учрайди ва ҳамма билак синишларининг тахминан 1% ини ташкил қилади. У букилган тирсак бўғимига йиқилганда содир бўлади.

Т а ш х и с. Кўздан кечирилганда шиш, кейинроқ эса тирсак бўғими олдинги юзасига қон қуйилганлиги аниқланади. Тирсак чуқурчаси контурлари текислашган. Қаттиқ оғриқлар сабабли билакнинг максимал букилиши чегараланган, пронация ва супинациялар бузилмаган. Тожсимон ўсиқ соҳаси (тирсак чуқурчасининг иккинчи ярми) пайпасланганда маҳаллий оғриқ сезилади. Узил-кесил ташхис қўйиш учун ён томонлама ва қийшиқ (3/4) проекцияларда рентгенография қилиш шарт.

Д а в о л а ш. Бўлаклари сурилмаган тожсимон ўсиқ синишини консерватив даволанади. Тирсак бўғимида букилган қўлга 90-100° бурчак остида елка суягининг учдан бир юқори қисмидан то кафтнинг-бармоқ бўғимларигача гипсли боғлам қўйилади. Билакка супинация билан пронация ўртасидаги ўртача ҳолат берилади. 3-4 ҳафта мобайнида иммобилизация қилинади. Меҳнатга лаёқатлилик 4-5 ҳафта ўтгач тикланади.

Тожсимон ўсиқ бўлаклари кўп сурилган ҳолларда жарроҳлик усули қўлланилади: очиқ репозиция ва ўсиқни фиксация қилинади. Меҳнат қобилияти 4-5 ҳафтадан кейин тикланади.

БИЛАК СУЯГИ БОШЧАСИ ВА БЎЙНИНИНГ СИНИШИ

Билак суяги бошчаси ва бўйнининг синиши билвосита травма оқибатида ёзилган қўл билан йиқилганда пайдо бўлади. Бунинг натижасида билак суягининг бошчаси елканинг бошсимон дўнгига катта куч билан урилади.

Т а ш х и с. Тирсак чуқурчаси кўздан кечирилганда елка-билак бирикмаси проекцияси устида яққолроқ кўринадиган шиш аниқланади. Пайпаслаб кўришда ҳаракат пайтида кучаядиган маҳаллий оғриқ бўлади. Актив ҳаракатлар чекланган ва оғриқли (қўлни ёзиш кескин чегараланган, билакнинг ташқарига ротацияси қаттиқ оғриқ билан ўтади). Билак суягининг бошчаси пронация ва супинацияда қатнашмайди. Шу суяк ўқи бўйлаб оғирлик тушиши оғриқ беради. Икки проекциядаги рентгенография ташхисни аниқаштиришга ёрдам беради.

Д а в о л а ш. Билак суягининг бошчаси ва бўйнининг сурилмаган ёки оз-моз сурилган ва бошчаси 20°га оған синишларида тирсак бўғимида 90-100° бурчак остида букилган қўлга кафт-бармоқ бирикмаларидан елканинг ўртасигача гипсли боғлам қўйилади. Бунда билакка супинация билан пронация орасидаги ўртача ҳолат берилади. Меҳнат қобилияти 7-8 ҳафта ўтгач тикланади.

Бўйнининг сурилиб ва бошчасининг 20°дан кўпга оған синишларида бир моменти қўл репозиция қилинади. Бўлақлар репозицияси яхши натижа бермаса, жарроҳлик усули қўлланилади: билак суяги бошчасини очиқ жойига тушурилади ва кегай ёки суяк штифти билан

трансартукуляр фиксация қилинади. Агар билак суяги бошчаси жойига тушмаса, уни олиб ташланади. Бошча, шунингдек, майдаланган синишда ва унинг бўғим қисмидан 1/3 улуши сурилган бошча синишида ҳам олиб ташланади. Жарроҳлик усулидан сўнг билакнинг пронация билан супинация орасидаги ўрта ҳолати тирсак бўғими 90° гача букилиб, 10-15 кунга гипсли боғлам қўйилади. Сўнгра бўғимда аста-секин ҳаракатлар қилина бошланади. 1,5-2 ой ўтгач тикланади.

ТИРСАК СУЯГИНИНГ ЧЕКЛАНГАН СИНИШИ

Тирсак суяги диафизининг синишлари, кўпинча, бевосита шикаст таъсиридан рўй беради. Тирсак суякнинг чегараланган синишида суяк бўлақлари аксарият энига сурилиши мумкин. Шикастланмаган билак суягининг шинага ўхшаш қобиляти туфайли синган тирсак бўлақларининг узунасига сурилиши кузатилмайди.

Тирсак суягининг чегараланган синиши ҳар қандай сатҳида, лекин кўпроқ унинг дистал бўлимида рўй бериши мумкин.

Т а ш х и с. Синган жой кўздан кечирилганда деформация ва юмшоқ тўқималарнинг шишганлиги аниқланади. Тирсак суяги пайпаслаб кўрилганда синган жойда маҳаллий оғриқ, тирсак суяги четида узлуксизликнинг бузилиши, бўлақларнинг нормал бўлмаган ҳаракати аниқланади. Билак суякларини яқинлаштирадиган юк (ён томонлардан босилиши) синган жойда оғриқ кучайишига олиб келади. Тирсак бўғимидаги букиш ва ёзиш актив ҳаракатлари, билак пронацияси ва супинацияси кичикроқ ҳажмда сақланиши мумкин. Икки проекциядаги билак-кафт ва тирсак бўғимларини қамраб олган рентенограммалар клиник ташхисни, синиш ва бўлақларнинг сурилиш характерини аниқлашга имкон беради.

Д а в о л а ш. Тирсак суяги диафизининг сурилган ёки сурилмаган ҳолда суяк диаметрининг кўпи билан ярмигача чегараланган синишида бармоқлар асосидан елканинг учдан бир юқори қисмига гипсли боғлам қўйилади. Тирсак бўғимида 90° гача букилган билак пронация билан супинация орасида ўрта ҳолатда фиксация қилинади. 12-14 ҳафта мобайнида иммобилизация қилинади.

Тирсак суяги диафизининг бурчак остида олдинга ва ичкарига (билак суяги томон) бўлақлари сурилган синиши бўлса, кунт билан репозиция қилиш зарур. Бўлақлар сурилишини қўл репозиция орқали тўғрилаш мумкин, бироқ шу мақсадда дистракция аппаратидан фойдаланган яхши. Репозициядан кейин кафт-бармоқ бўғимларидан то елканинг учдан бир юқори қисимгача гипсли боғлам қўйилади. Иммобилизация 12-14 ҳафта давом этади. Меҳнат қобиляти 16-18 ҳафта ўтгач тикланади.

БИЛАК СУЯГИ ДИАФИЗИНИНГ ЧЕКЛАНГАН СИНИШИ

Билак суяги диафизининг чекланган синиши, одатда, бевосита шикаст таъсири ёстида пайдо бўлади. Синиш чизиги аксарият кўндаланг жойлашади. Билак суяги ҳар қандай сатҳидан синиши мумкин, бироқ энг кўп – билакнинг пастки ва ўрта чегарасида, билак учдан бир қисмининг ўрта ва юқори қисмида жойлашган бўлади.

Т а ш х и с. Билак суяги тирсак суягидан ичкарида жойлашган, шунинг учун тирсак суяги бутун бўлганда билак суягининг чекланган синишини кўпинча аниқлаш қийин. Синган жой кўздан кечирилганда бўлақларнинг сурилиши ва юмшоқ тўқималар шиши туфайли деформация кўринади. Билак суяги пайпасланганда синган соҳада босилганда кучаядиган маҳаллий оғриқ аниқланади. Билак ўқи бўйлаб оғирлик синган соҳада оғрийди. Билак суякларига тушадиган яқинлаштирувчи юк ҳам синган жойда оғриқнинг кучайишига олиб келади. Билак суяги диафизининг синиши учун билакнинг актив пронацион ва супинацион ҳаракатларининг йўқлиги хос. Билакнинг пассив ротацион ҳаракатлари кескин оғриқли. Билак суяги бошчаси бунда ҳаракатсиз қолиши мумкин. Ташхисни аниқлаш учун тирсак ва билак-кафт бўғимларини қамраб олган икки проекцияли рентгенография қилиш зарур.

Д а в о л а ш. Билак суяги диафизининг учдан бир юқори ва ўрта қисмидаги бўлақлари сурилмаган чекланган синишларини бармоқлар асосидан то елканнинг учдан бир юқори қисмигача гипсли боғламда даволанади. Тирсак бўғимида 90° гача букилган билак супинация ҳолатида фиксация қилинади. Билак суяги диафизининг учдан бир пастки қисмида синганда гипсли боғламни елканнинг учдан бир пастки қисмигача қўйилади. Билак бунда пронация ва супинация ўртасидаги ўрта ҳолатда фиксация қилинади. Иммобилизация 8-10 ҳафта мобайнида ўтказилади. Меҳнат қобилияти 10-12 ҳафта ўтгач тикланади.

Билак суяги диафизининг бўлақлари сурилиб синган ҳолларда уларни репозиция қилиш зарур. Билак суяги диафизининг думалоқ пронатор ёпишган жойдан юқорида жойлашадиган синишда сурилган бўлақлар билакда тўлиқ супинация бўлганда ва у ўз ўқи атрофида тракция қилинганда ўз жойига тушади. Синиш думалоқ пронатор ёпишган жойдан пастда бўлганда репозиция билакнинг ҳолати пронация билан супинация ўртасидаги ўрта ҳолатда репозиция ўтказилиши керак. Билак суяги диафизининг бўлақлари сурилган учдан бир пастки қисми синишларида репозицияни билакнинг тўлиқ супинацияси, абдукцияси, экстензияси ва I бармоқдан қаттиқ тортиш билан ўтказилади. Бунда жарроҳ деформация соҳасини босиб, сурилишни баргараф қилишга имкон беради. Сўнгра, чўзиш ва билак ротацияси сақланган ҳолда елкага ва билакка унинг супинациясини сақлаган ҳолда гипсли боғлам қўйилади. Суяклар орасидаги жойга, гипсли боғлам тагига бўлақлар

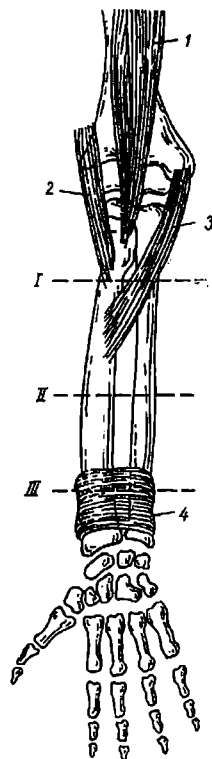
сатҳига қаттиқ пахта- докадан тайёрланган пелотлар қўйилади. Имобилизацияни 10-12 ҳафта давом эттирилади. Меҳнат қобилияти 12-14 ҳафта ўтгач тикланади.

Бўлақларнинг репозицияси натижа бермаса, улар иккиламчи сурилса, бу жарроҳлик усулини ўтказишга кўрсатма ҳисобланади: металл пластина билан экстремедуляр остеосинтез ёки металл стержен ёки кегайлар билан интрамедуляр остеосинтез қилинади. Билак суягининг учдан бир пастки қисми чекланган синганда очиқ репозициядан кейин унинг бўлақлари яхши ушланиб туради ва баъзан жарроҳлик фиксациясини талаб қилмайди. Жарроҳлик усули гипсли боғлам қўйиш билан яқунланади.

БИЛАК ИККАЛА СУЯГИНИНГ СИНИШИ

Билак суяқларининг диафизар синишлари ҳамма қўл суяқлари синишларининг 53% ини ташкил қилади, шикастнинг тўғридан-тўғри ва билвосита механизмида рўй бериши мумкин. Бошқа жойлардаги синишлардан фарқли равишда билак иккала суягининг диафизар синишлари учун суяқлараро мембрананинг тортилиши ҳисобига билак ва тирсак суяқларининг яқинлашиши хос. Худди шундай сурилиш ва уни баргараф қилишнинг қийинлиги даволаш усулини танлашда катта аҳамиятга эга (128-расм).

Т а ш х и с. Бемор қўлини авайлайдиган ҳолатда тутади: шикастланган қўл танага соғлом қўл билан фиксацияланган. Деформация даражаси бўлақларнинг характерига ва қандай сурилганлигига боғлиқ. Бўлақлар сурилганда шикастланган билак соғлом билакдан қисқароқ бўлади. Пайпаслаб кўрилганда бутун билак бўйлаб оғриқ аниқланиб, синган жойда кескин кучаяди. Оғриқ ўқ бўйича оғирлик тушганда ва билак синишдан узоқда қисилганда пайдо бўлади, синган жойда бўлақлар ҳаракати қайд этилади, уларнинг крепитацияси ҳам бўлиши мумкин. Билак функцияси кескин бузилган.



128-расм. Билак суягининг синишида бўлақларнинг силжишига олиб келувчи билак мушаклари.

1 – елканинг икки бошли мушаги; 2 – қисқа супинатор; 3 – юмшоқ пронатор; 4 – тўртбурчак пронатор; билак суягининг синиш даражаси: I – юқори учдан бир қисмида; II – ўрта учдан бир қисмида; III – пастки учдан бир қисмида.

Ташхисни ва бўлақларнинг сурилиш характерини аниқлаш учун билак ва тирсак бўғимларини қамраб олиб, икки проекцияда рентгенограмма қилиш керак.

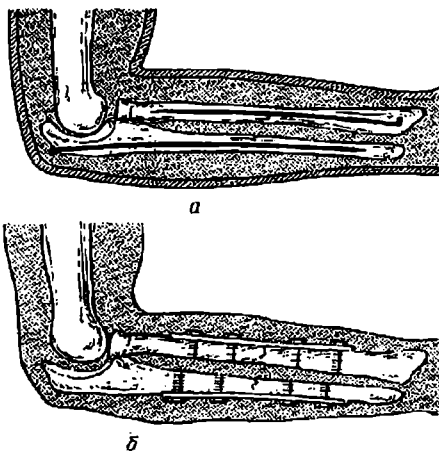
Д а в о л а ш. Иккала суяк бўлақлари сурилмай синганда кафт суяклари бошчаларидан то билакнинг тирсак бўғимида тўғри бурчакка қадар букилган елканинг ўртасигача лонгет-айланма гипсли боғлам қўйилади. Унга супинация ва пронация ўртасидаги ўртача ҳолат берилади; кафтга 25-35° бурчак остида букилган ҳолат берилади. 2-3 кундан бошлаб елка бўғимида бармоқлар билан актив ҳаракатлар қилинади. Иммобилизация муддати 8-10 ҳафта, шундан сўнг тирсак бўғимида оз-оз ҳаракатлар қилиш ва физиотерапевтик муолажалар қилинади. Меҳнат қобилияти 10-12 ҳафтадан кейин тикланади.

Билак суяқларининг бўлақлари сурилган диафизар синишларини даволашда репозиция, бундан ташқари бўлақларни узоқ вақт тўғри ҳолатда сақлаб туриш аксарият катта қийинчиликлар туғдиради. Бир моментли репозицияни қўл билан ёки дистрацион аппарат ёрдамида бажарилади.

Синиш сатҳига кўра қўлга муайян ҳолатни бериш умумий қабул қилинган қоида ҳисобланади: учдан бир юқори қисми синганда (думалоқ пронатор бириккан жойдан юқори) билакни максимал супинация ҳолатида ушланади (бундай ҳолат билак суяги бўлақларини яқинлаштиради). Учдан бир ўрта қисми синганда билакнинг дистал бўлими ва панжа ярим пронация ҳолатига қўйилади, учдан бир пастки қисми синганда тўғрилашни пронация ҳолатида дистал бўлим ва панжани ярим пронация ҳолатига ўтказилиб амалга оширилади. Гипсли боғлам қўйилгандан кейин контрол рентгенологик текшириш шарт. Иммобилизацияни 10-12 ҳафта давом эттирилади. Гипсли боғлам ечилгандан кейин физиотерапия ва ЛФК тайинланади. Меҳнат қобилияти 12-14 ҳафта ўтгач тикланади. Бироқ билак диафизар синишларини кўп ҳолларида сурилишнинг ҳамма турларини бартараф қилишга ва билак ҳамда тирсак суяклари бўлақларининг яқинлашишига боғлиқ иккиламчи бурчакли сурилишнинг олдини олишга эришиб бўлмайди.

Билак иккала суяқларининг диафизар синишларини жарроҳлик йўли билан даволашга юмшоқ тўқималарнинг суяк орасига кириб қолиши, бўлақларнинг суяк диаметрининг ярмидан кўпига сурилиши, бурчакларнинг иккиламчи ва бурчакли сурилиши кўрсатма ҳисобланади. Билак суяклари бўлақларининг фиксациясига пластиналар, сим чоклар, шуруплар, металл стержен ёки винтлар билан суяк устида, суяқлараро ёки суяк ичида остеосинтез қилиш воситасида эришиш мумкин (129-расм). Тирсак суягининг интрамедулляр остеосинтезини стержен билан, билак суягининг экстрамедулляр остеосинтезни компрессия қиладиган пластина билан бирга қўлланиши анатомик жиҳатдан асосланган.

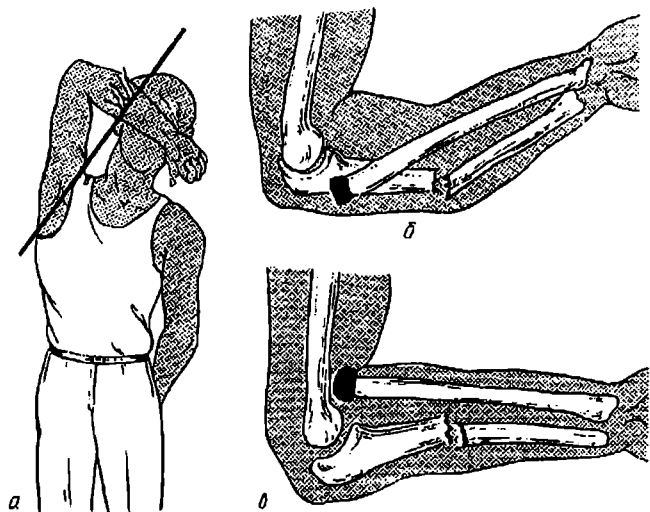
Билак суяклари остеосинтезини жарроҳлик усулида бажаришдан сўнг 90° бурчак остида тирсак бўғимида букилган қўлга кафт-бармоқ бирикмаларидан то елканинг учдан бир юқори қисмигача гипсли боғлам қўйилади. Имобилизация 10-12 ҳафта давом эттирилади. Консолидация секин кечиши сабабли бу муддат узайтирилиши мумкин. 4-6 ҳафта ўтгач, тирсак бўғимидан гипсли боғламни ечиб, унда ҳаракатлар қилишга шароит яратиш мумкин. ЛФК чегараланган бўлиши керак. Меҳнат қобилияти 14-18 ҳафтадан кейин тикланади.



129-расм. Билак суяги остеосинтези.
a — стерженлар билан; *б* — пластиналар

ТИРСАК СУЯГИНИНГ БИЛАК СУЯК БОШЧАСИНИНГ ЧИҚИШИ БИЛАН СИНИШИ

Қўлга таяниб ерга йиқилганда, йиқилаётганда билак билан қаттиқ нарсага урилганда, 90° бурчак остида букилган билак билан олдинга ва юқорига кўтарилган таёқ зарбини қайтарганда унинг учдан бир ўрта ва юқори қисми чегарасида ёки юқори учдан бир қисмида тирсак суяги билак суяги бошчасининг чиқиши билан бирга синади. Тирсак



130-расм.
 Монтеджи синиши.
a — майдаланиб синиш механизми;
б — букувчи;
в — ёзувчи.

суягининг билак суяги бошчасининг чиқиши билан бирга синиши букилган ва ёзилган турларга бўлинади (130-расм).

Букилган ҳолатда синишда билак суяги бошчаси олдинга, тирсак суяги бўлаклари эса орқага силжийди. Олдинги томонга очиқ бурчак ҳосил бўлади. Монтеджи букилган синиши кўп учрайди. Ёзилган турда билак суяги бошчаси ҳалқасимон бойлам узилгандан кейин орқага ва ташқарига чиқади, тирсак суяк бўлаклари олдинга сурилиб, орқага очиқ бурчак ҳосил қилади.

Т а ш х и с. Кўздан кечирилганда қўлнинг шу шикаст учун хос деформацияси қайд қилинади: тирсак суяги томонидан чуқурча, билак суяги томонидан шиш кўринади. Билак қисқарган. Пайпаслаб кўрилганда тирсак суяги текислигининг бузилганлиги ва бўлакларининг сурилганлиги, шунингдек, билак суяги бошчасининг чиққанлиги аниқланади. Деформация бўлган жойларда пайпаслаш маҳаллий оғриққа ва босилганда оғриқнинг кучайишига сабаб бўлади. Актив ҳаракатлар қилиб бўлмайди. Пассив букилганда оғриқ ва пружинасимон қаршилик сезилади. Неврологик текшириш билак нерви ёки унинг тармоқлари шикастланганини ўз вақтида аниқлашга имкон беради. Билакнинг икки проекцияда билак ва тирсак бўғимларини, албатта, қамраб олган рентгенографияси шикастланиш характери ва бўлакларнинг сурилиш даражасини аниқлаштиради.

Д а в о л а ш. Монтеджи синишининг букилган турида тирсак суяги бўлакларини анча яхши репозиция қилишга муваффақ бўлинади. Репозицияни суяк ичи орқали, ўтказувчи ёки умумий оғриқсизлантириш остида ўтказилади. Бўлакларни жарроҳ иккита ёрдамчиси билан бирга жойига солади. Бемор столга ётқизилади. Ёрдамчилардан бири бармоқлардан тортади, елкадан эса қарама-қарши томонга тортади. Тирсак суяги бўлакларини аниқ репозиция қилиш учун қўл ёзилган ҳолатда бўлиши керак. Жарроҳ бир қўли билан билак суяги бошчасини орқадан олдинга ва юқоридан пастга тортади, бошқа қўли билан эса тирсак чуқурчаси соҳасини қарши куч билан босади. Билак суяги бошчаси одатда «шиқ» этиб осонликча жойига тушади. Чўзишни давом эттириб, дистал бўлак орқадан олдинга йўналиш бўйича босилиб, тирсак суягининг бўлаклари репозиция қилинади. Билакка супинация ҳолати берилади. Қўл гипсли боғлам билан (қўл ёзилган ва билак супинация ҳолатида) кафт-бармоқ бўғимларидан то қўлтиқ чуқурчасигача фиксация қилинади. 2-3-кундан бошлаб бармоқлар ва елка бўғими учун актив ҳаракатлар тайинланади. Ёзилган контрактурани профилактика қилиш мақсадида 4 ҳафта ўтгач, билакни 2-3 босқичда тўғри бурчакка букилган ҳолатга ўтказиш мақсадга мувофиқ. Беморни бутун иммобилизация муддати мобайнида бир маромда мушакларини қисқартиришига ўргатиш зарур, бунини 6-8 ҳафта амалга оширилади. ЛФК, физиотерапия тайинланади. Меҳнат қобилияти 8-10 ҳафтадан кейин тикланади.

Агар бир моментли репозиция яхши натижа бермаса, тирсак суяги бўлақларини тўғрилашга ва остеосинтез қилишга киришилади. Билак суяги бошчасини билакни тортиб туриб, бошчасини босиб консерватив йўл билан тўғрилашга уриниб кўрилади. Сўнгра тирсак суяги металло-остеосинтез қилинади. Агар билак суяги тирсак бўғимидаги ҳаракатларда ва билакнинг супинацион-пронацион ҳаракатларида чиқиб кетса, жарроҳлик амалини шу ерда тўхтатилади. Агар бошча жойида ушлаб турилмаса, уни очиқ усулда тўғриланади ва билак суяги бошчаси ҳамда тирсак суяги орқали кўндаланг ўтказилган Киришнер кегайи билан фиксация қилинади. Кегай 3-4 ҳафтага кўйилади. Катта ёшдаги одамларда билак суягининг эски чиқишларида уни резекция қилиш керак. Гипсли боғлам 6-8 ҳафтага кўйилади. Меҳнат қобилияти 8-10 ҳафтадан сўнг тикланади.

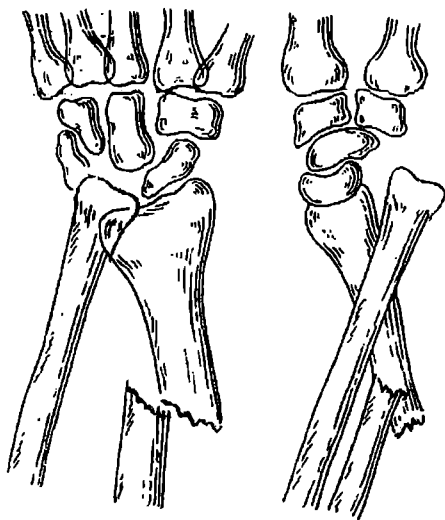
Монтеджи туридаги ёзиладиган синишда билак суяги бошчаси ва тирсак суяги бўлақларини қўлда ёки дистракцион аппарат ёрдамида тўғрилаш мумкин. Супинация ҳолатидаги билак тирсак бўғимида 90° гача букилган. Ёрдамчилар бармоқларни пастга тортадилар ва елкадан қарши томонга ҳаракат қиладилар. Репозицияни билак суягини олдиндан орқага I бармоқ билан босиб, унинг бошчасини тўғрилашдан бошлайдилар. Жарроҳ тирсак суяги проксимал бўлагининг дистал учига худди шу йўналишда таъсир кўрсатади. Репозициядан кейин қўлнинг кафт-бармоқ бўғимларидан то елканинг учдан бир юқори қисмигача гипсли боғлам кўйилиб, гипс қотгунча билакнинг супинация ҳолатидаги оғирлик сақланиб турилади. Гипс қуриётган пайтда билак суяги бошчасини яна бир босиб кўрилади. 2-3-кундан бошлаб, бармоқларда ва елка бўғимида актив ҳаракатлар қилиш тайинланади. Бемор иммобилизациянинг бутун муддати мобайнида билак мушакларини бир маромда ритм билан қисқаришини бажариши шарт. 4-5 ҳафта ўтгач, гипсли боғлам ечилади, билакни пронация ва супинация ўртасидаги ўртача ҳолатга ўтказилади, уни янги боғлам билан фиксация қилинади. Иммобилизацияни репозиция пайтидан бошлаб, 8-12 ҳафтагача давом эттирилади. Боғлам ечилгандан кейин физиотерапевтик муолажалар ва тирсак ҳамда билак-тирсак бўғимларида, албатта, актив ва пассив ҳаракатлар қилиш буюрилади. Кўпинча, ҳалқасимон бойлам ва юмшоқ тўқималар интерпозициясида бўлгани каби билак суяги бошчасини ва тирсак бўлақларини бир моментли тўғрилашнинг иложи бўлмаса, чиқишни жойига солишни ва бўлақлар репозициясини жарроҳлик усули билан амалга оширилади.

Жарроҳлик амалини кафт суяклари бошчаларидан то елканинг учдан бир юқори қисмигача 8-10 ҳафта муддатга гипсли боғлам кўйиш билан тугалланади. Консолидация секин ўтадиган бўлса, иммобилизация муддати 12-14 ҳафтагача, яъни тирсак суяги тўла битиб кетгунча узайтирилиши мумкин. Меҳнат қобилияти 12-16 ҳафта ўтгач тикланади.

БИЛАК СУЯГИНИНГ СИНИШИ БИЛАН ТИРСАК СУЯГИ БОШЧАСИНИНГ ЧИҚИШИ

Ёзилган қўлга таяниб йиқилишда (кўпроқ билакка зарб тушганда) билак суяги диафизининг учдан бир пастки қисми синиши ва тирсак суягининг бошчаси чиқиши мумкин. Билак суяги энг нозик жойидан (қийшиқ жойидан) синади. Билак суяги бўлаклари олдинга, орқага очиқ бурчак ҳосил қилиб, тирсак суягининг бошчаси эса қафт ва қафт орқасига сурилади. Дистал бўлак юқорига сурилишдан ташқари, мушаклар қисқариши натижасида пронация ҳолатини эгаллайди (131-расм).

Т а ш х и с. Кўздан кечирилганда билакнинг учдан бир пастки қисмида ва билак-қафт бўғимида шикастнинг мазкур турига хос деформация аниқланади. Билакнинг орқа сатҳида чуқурлик, қафт томонида эса билак суяги бўлаklarининг бурчак ҳосил қилиб сурилиши билан боғлиқ бўлган бўртма бўлади. Билак-қафт бўғимининг орқа-ёки қафт-тирсак юзасида тирсак суяги бошчасининг сурилиши ҳисобига бу соҳанинг қафт ёки қафт орқаси томонида тегишли чуқурлик билан бирга бўртиш ҳам кузатилади. Пайпаслаш шикаст соҳасидаги оғриқни, билак суяги ўқининг қийшайишини аниқлайди. Пайпаслаб кўрилганда билак-қафт бўғимининг тирсак томонида қаттиқ суякнинг чиқиб қолгани — тирсак суягининг бошчаси аниқланади. Билак ўқиға оғирлик тушиши оғриққа сабаб бўлади. Тирсак суяги бошча соҳаси кўрилганда у осонгина жойига тушади ва босиш тўхтатилганда ёки билак ҳаракатларида қайта сурилади. Билакни билак-қафт ва тирсак бўғимлари билан икки проекцияда



131-расм. Галеацци шикастланишида бўлаklarнинг кўзғалиши (чизма).

рентгенография қилиш ташхисни ва бўлаklarнинг сурилиш ҳарактерини аниқлаб беради.

Д а в о л а ш. Бўлаklar репозицияси ва тирсак суягининг бошчасини тўғрилаш — бошчасининг чиқиши қайталаннишга мойиллиги сабабли травматолог учун қийин вазифа ҳисобланади. Репозициядан кейин қўлга бармоқларнинг асосларидан то елканнинг учдан бир юқори қисмигача 8-10 ҳафтага гипсли боғлам қўйилади. Бўлаklarни репозиция қилиш ва тирсак суяги бошчасини тўғрилашга уриниш муваффақиятсиз чиққанда

жарроҳлик усулини қўллаш керак. Жарроҳлик усулининг мақсади билак суягининг очиқ репозиция ва остеосинтез қилишдан, шунингдек, тирсак бўғими бошчасини очиқ жойига солиш ва тўғриланган ҳолатда сақлаб туришдан иборат. Жарроҳлик усули бармоқлар асосидан то елканинг учдан бир юқори қисмигача 8-10 ҳафтага гипсли боғлам қўйиш билан тугалланади. Меҳнат қобилияти 12-14 ҳафтадан кейин тикланади.

БИЛАК СУЯГИНИНГ ТИПИК ЖОЙДАН СИНИШИ

Қўл суяқларининг энг кўп учрайдиган синишларидан бири билак суягининг дистал метафизи — типик жойидан синиши бўлиб, ҳамма синишларнинг тахминан 15-20%ини ташкил қилади. Билак суягининг типик жойидан синиши ёши қайтган аёлларда эркакларга нисбатан 2-3 марта кўпроқ рўй беради. Бу синиш йил фаслига боғлиқ: қиш, пайтларида, айниқса, яхмакда билак суягининг типик жойидан синишлари миқдори кескин ошади.

Билак суягининг типик жойидан синиши деганда — бўғим юзасидан н 2-3 см юқоридан синиш тушунилади. Синиш чизиғи кўндаланг ёки қийшиқ кўндаланг йўналишида ўтади. Катта ёшдаги шахсларда билак суяги дистал қисмининг кўп майдаланиб кетган (парчаланган) синиши кузатилади. Пастки эпифиздаги синиш кўпроқ панжанинг кафт орқасига ёки кафтга букилган ҳолатида узатилган қўл билан йиқилганда рўй беради. Агар бемор кафт орқасига букилган қўли билан йиқилганда дистал бўлак кафт орқаси ва билак томонга сурилади ва озгина супинация ҳолати бўлади, марказий бўлак эса кафт-тирсак томонга сурилади (экстензион Коллис синиши).

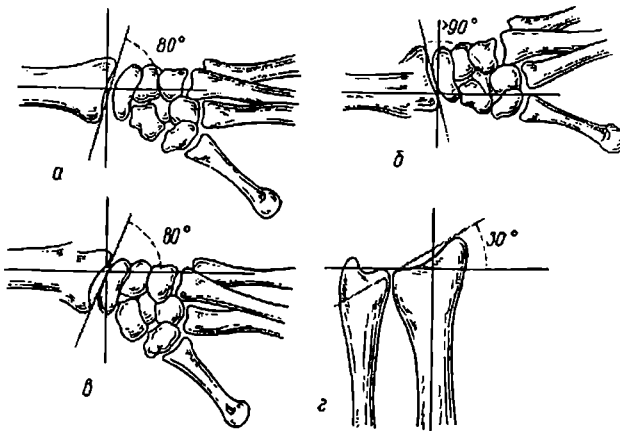
Коллис синишига қарама-қарши ўлароқ, кафтнинг букилган ҳолатидаги қўл билан йиқилганда дистал метаэпифизнинг флексион синиши содир бўлади (Смит синиши). Бунда дистал бўлак бир оз пронацияда ва кафт томонга сурилган, ваҳоланки марказий бўлак — супинация ҳолатида ва қисман орқа томонга сурилган бўлади (132-расм).

Т а ш х и с. Ташқи томондан кўздан кечирилганда билак суягининг типик жойидан бўлаклари сурилган синишларда вилкасимон ёки найзасимон деформация аниқланади. Коллис синишида билакнинг орқа юзасида дистал бўлакни, кафт юзасида эса проксимал бўлакни пайпаслаб кўриш мумкин. Панжа дистал бўлак билан бирга билак томонга сурилган. Смит синишида, аксинча, дистал бўлак билакнинг кафт юзасида, проксимал бўлак эса кафт орқаси юзасида пайпасланади.

Билак суяги унинг орқа ёки кафт томонидан ва тирсак суягининг бигизсимон ўсиғи пайпасланганда синган жойда қаттиқ оғриқ бўлади. Ўқига тушадиган оғирлик синган жойда оғриқни кучайтиради. Билак-кафт бўғимидаги ҳаракат кескин чекланган ва оғриқли бўлади.

Рентгенограммада олдинги-орқа проекцияда аниқланадиган бўлақларнинг сурилиши функция бузилишлари учун унчалик аҳамиятга эга эмас. Тирсак суяги бошчасининг бўғим фасеткаси билак суягининг бўғим юзасидан 0,5-1 см га юқорида (роксимал) жойлашган. Билак суягининг бўғим юзаси билан олдинги-орқа рентгенограммада диафиз ўқиға перпендикуляр ўртасидаги нормал бурчак радиоульнар бурчак — 30° ни ташкил этади (133-расм, *з*). Тирсак суяги бошчасининг дистал йўналишида сурилиши ва радиоульнар бурчакнинг ўзгариши (репозиция бўлмаганда) тирсакда қўлни ёзиш ва билакда ротацион ҳаракатлар қилишнинг чегараланишига олиб келади.

Д а в о л а ш. Билак суягининг бўлақлари сурилмаган типик жойидан синишида панжа ва билакнинг кафт ёки орқа томони бармоқларининг асосидан то билакнинг учдан бир юқори қисмигача гипс боғлам билан фиксация қилиш кифоя. Билак пронация ва супинация орасидаги ўрта ҳолатда фиксация қилинган, панжа орқасига осон букилган ҳолат берилган (134-расм). Олдин синган жойга 10-20 мл 1% новокаин эритмаси юборилади. Беморга биринчи кунлардан бошлаб бармоқларини актив ҳаракати тайинланади. Иммобилизация 3-4 ҳафта давом этади, шундан сўнг ЛФК ва физиотерапевтик муолажалар буюрилиши керак. Меҳнат қобилияти 5-6 ҳафтадан сўнг тикланади.



133-расм. Ён проекциядаги рентгенограммада билак суяги бўғимининг ҳолати (чизма) нормада (*а*), Коллис синишида (*б*) ва Смит синишида (*в*). Олдинги-орқа проекциядаги рентгенограммада нормал радиоульнар бурчак (*д*).

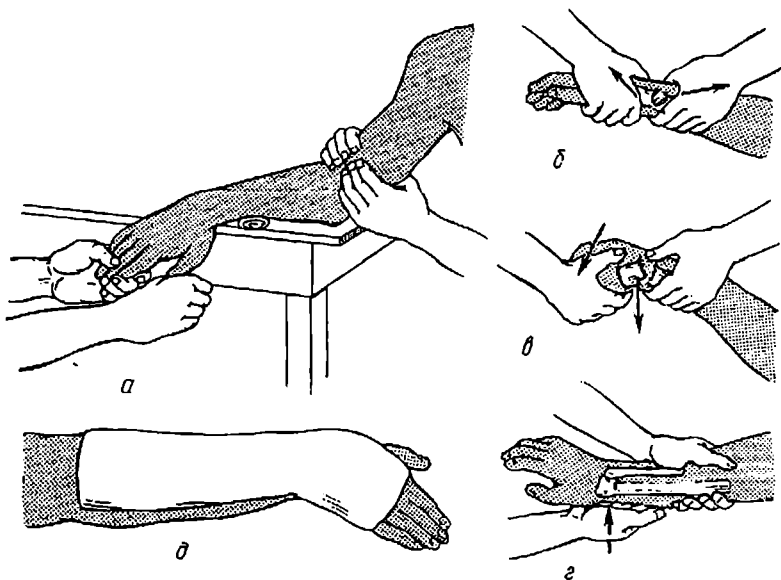


134-расм. Билак суягининг дистал қисми синганда кафтга қўйиладиган гипс лонгетаси.

Агарда бўлақлар сурилган бўлса, синган жой маҳаллий анестезия қилиниб, қўлда ёки дистракцион аппаратда репозиция ўтказилади.

Коллис синишида билак суяги бўлақчаларини қўл репозиция қилиш техникаси (135-расм). Бемор стул суянчигига ён боши билан ўтиради, қўл елка бўғимидан узоқлаштирилиб ва тирсак бўғимида 90° гача букилган, бемор дистал бўлақ ва кафт стол четидан осилиб турадиган ҳолатда ётади. Ёрдамчи бир қўли билан I бармоқни, иккинчи қўли билан шикастланган томоннинг II, III ва IV бармоқларни ушлайди. Иккинчи ёрдамчи елкани ушлаб туради. Ёрдамчилар 3-5 минут мобайнида бўлақларни аста-секин чўзиб, шу тариқа билакнинг қисқа тортиганини бартараф этадилар. Тўхтатмасдан чўзилаётганда жарроҳ иккала бош бармоқлари билан силжиган дистал бўлақни босади. Айни вақтда, биринчи ёрдамчи кафтни ичкарига букилган ҳолатига ва ульнар енгил пронация ҳолатига ўтказади. Репозициядан кейин бўлақлар бармоқлар билан фиксация қилинади, кафтга эса озгина орқага букилган ва ульнар очиш ҳолати берилади. Тортишни тўхтатмасдан бармоқлар асосларидан то билакнинг учдан бир юқори қисмигача 3-4 ҳафтага гипсли боғлам қўйилади.

Агарда гипсли боғламда иккиламчи сурилиш рўй берса, бўлақлар репозицияси такрорланади ва панжа кафтда ўртача букилган ҳолатда гипсли боғлам қўйилади. 2-3 ҳафтадан кейин боғлам ечилади, панжани



135-расм. Билак суягининг дистал метафизи жароҳатланганда қўл билан репозиция қилиш техникаси.

a – синишни тўғрилашда қўлнинг ҳолати; *б, в, г* – синишни тўғрилаш босқичлари; *д* – тўғрилангандан кейин қўйилган гипсли боғлам.

кафтда ўртача букилган ҳолатдан эҳтиётлик билан чиқарилади, билакни янги гипсли боғлам билан фиксация қилинади. Беморларда неврологик ва томир ёрилишларининг олдини олиш учун 12 соат ичида кузатиш керак. Гипс боғламини синиш консолидацияси юз бергандан сўнг ечилади.

Смит синишида билак суяги бўлакчаларини қўлда репозиция қилиш техникаси. Беморнинг ҳолати, унинг ва ёрдамчиларнинг қўллари Коллис синишида бўлакларни репозиция қилиш вақтида таърифлангани кабидир. Билак ўшандай ўз ўқи бўйлаб тортилади. Кафтга тирсакни узоқлаштириш ҳолати берилади. Билак суяги дистал бўлакка кафт йўналишида сурилган бўлса, унда кафт ташқарига букилган ҳолатга ўтказилади. Айни вақтда, жарроҳ бош бармоқлари билан дистал бўлакни босиб, уни ташқарига ва тирсак томонга итаради, бунда чўзиш тўхтатилмайди. Гипс боғламини бармоқлар асосларидан то билакнинг учидан бир юқори қисмигача кафтнинг ўртача букилган ҳолати қўйилади. Гипс қуригандан сўнг букиш тўхтатилади. Биринчи кунлардан бошлаб бармоқларда ва тирсак бўғимида ҳаракатлар тайинланади. Қўл иммобилизацияси 4-6 ҳафта давом эттирилади. Меҳнат қобиляти 6-8 ҳафта ўтгач тикланади.

Суяклар орасидаги билак ёки ўрта нервларнинг тармоқлари бошланишидан келиб чиқадиган Турнер невритини профилактика қилиш учун бўлакларни иложи борича эртароқ спирт-новокаин анестезияси остида репозиция қилиш зарур. Гематомага 30 мл гача спирт-новокаин эритмаси (10 мл 96% спирт 90 мл 1% новокаин эритмаси) юборилади. Неврит бошланган бўлса, витамин терапияси (В гуруқидаги витаминлар), анаболик гормонлар, прозерин, тереокальцитонин тайинланади, суяк ичига новокаин эритмаси 30-40 минутга қўйиладиган жгут остига юборилади.

Ишемик контрактура. Қўл шикастланишлари ва уларни даволашнинг энг оғир асоратлардан бири ҳисобланади. Агарда қўл сегментининг тўлиқ давомли ишемияси унинг гангренага ўтиши билан яқунланса, чала ёки кам давом этадиган ишемияси мушаклар ва нервларда дегенератив ўзгаришларга, мушак толаларининг қисман некрозига ва уларда чандиқлар ҳосил бўлишига олиб келади. Бунинг натижасида мушаклар дистал сегмент бўғимларида контрактура ҳосил қилиб қисқаради. Кўпинча ишемик контрактура қўлларда учрайди. Ишемияга елканнинг дўнғча устидаги ёзилган синишида елка артериясининг шикастланиши ёки контузияси, томирларининг суяк бўлакчаларидан босилиши ёки гипсли боғламда шишиши сабаб бўлиши мумкин. Худди шу сўнги икки омил ва уларнинг бирга учраши ишемик контрактуранинг ривожланишига кўпроқ сабаб бўлади.

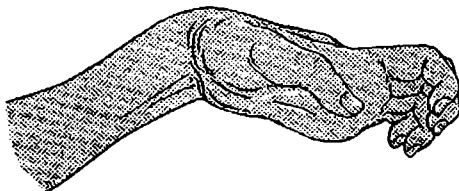
Фолькман ишемик контрактурасида, айниқса, бармоқларда атрофияга учраган тери рангининг ўзгариши қайд қилинади. Одатда сезувчанлик йўқолади. Билак артериясида пульс аниқланмайди.

Бармоқларни чуқур букувчи пайлардаги, контрактура, айниқса яққол юзага чиқиб, бу кафт-бармоқ бўғимининг энг кўп ёзилиши ва бармоқлараро бўғимларда ўзига хос букилиш контрактурасига боғлиқ (136-расм). Бармоқларни кафт томонга букилганда деформация камаяди, ёзилганда эса, аксинча, кўпаяди.

Д а в о л а ш. Фолькман ишемик контрактурасида коррекция қиладиган боғламлар, мушакларнинг ёпишиш нуқталарини ўзгартириш мумкин, мушакларни кўчириб ўтказиш, суякларни қисқартириш ва бўғимлар артродезидан фойдаланилади. Терапия баъзан бир неча йиллар давом этади, шунинг учун суяк синишидан кейин дастлабки соатларда сегментда қон таъминоти бузилишларини аниқлаш, профилактика қилиш ва даволаш алоҳида аҳамият касб этади.

Эрта муддатларда оғриқ, қўлдаги пульс ва дистал сегмент рангининг ўзгариши энг муҳим симптомлардан ҳисобланади. Қўл дистал бўлимидаги оғриқ гипсли боғлам қўйилгандан кейин гўё босилиши керак эди, аксинча чидаш қийин бўлган даражагача кескин кучаяди. Периферик артерияларда пульс сусайган ёки кўпинча умуман аниқланмайди. Бармоқларда цианоз ва шиш ривожланади, қўл дистал бўлими қонсизланиб, сезмайдиган бўлиб қолади. Панжа қонсизлангандан кейин, айниқса, ўрта нерв иннервация қиладиган соҳада парестезия ва анестезия пайдо бўлади. Сўнгра панжа бармоқлари контрактураси ривожланади. Бармоқлар актив ҳаракат қила олмайди. Мушак контрактурасининг пайдо бўлишини эрта симптом деб бўлмайди, чунки у мушак толаларида юз бериб бўлган ўзгаришлардан далолат беради.

Фолькман контрактурасининг профилактикаси қон таъминотини эрта тиклашдан иборат. Чунончи, агар елканинг дўнгча усти синишида билак артериясида пульс бўлмаса, зудлик билан синишни репозиция қилиш керак. Баъзан бу муолажа артериал қон оқими тикланишини таъминлайди. Агар қон таъминоти тикланмай қолса, елка чигалини новокаин билан блокада қилинади. Ташқи босимни бартараф қилиш учун қўлни босиб турган гипсли боғлам қирқилади, тирсак бўғимидаги букилишни тўмтоқ бурчакка қадар камайтирилади. Қўлни узоқлаштирадиган қилиб қўйиш зарур. Ўтказилган тадбирлардан 1-1,5 соат ўтгач, билак артериясида пульс тикланмаса, жарроҳлик усулини қўллаш керак. Томирларни декомпрессия қилиш мақсадида билакнинг чуқур фасциясини тирсак букими чегарасида кенг қилиб кесилади. Артерия шикастланган сатҳда очилади ва босилишдан озод қилинади.



136-расм. Фолькман ишемик контрактураси.

Унга 2% новокаин эритмаси юборилади. Артерияга илиқ изотоник натрий хлорид эритмаси қўйилади. Унинг бўшлиғига спазми йўқотиш учун папаверин ва новокаин эритмаси юборилади. Жарроҳлик амалиёти вақтида артерия деворининг шикастланганлиги аниқланса, томирда операция ўтказилади.

Фолькман контрактурасининг гипсли боғламдан босилишини профилактика қилиш лонгетали ёки қирқилган гипс боғламлар қўйишдан иборат, чунки шикаст ва операциядан кейин қисқа вақт ичида боғлам остида юмшоқ тўқималар шиши бошланиши мумкин.

Гипсли боғлам қўйилган беморни доимо кузатиб бориш керак. Дистал сегментда қон айланишининг бузилиш симптомлари пайдо бўлиши билан боғламни узунасига қирқиш ва унинг тўқималарга бўлган босимини камайтириш лозим.

4 - б о б. ҚЎЛ ПАНЖАСИ СУЯКЛАРИНИНГ СИНИШЛАРИ ВА ЧИҚИШЛАРИ

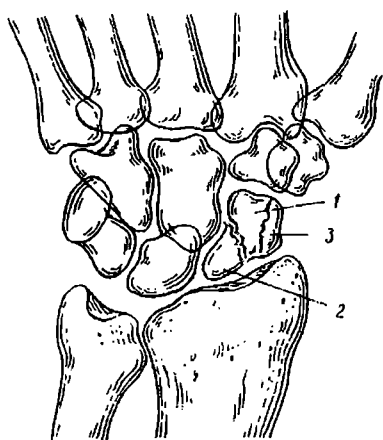
Панжанинг ҳар қандай бўлими шикастланиши озми-қўпми даражада унинг функциясининг ўзгаришига олиб келади. Панжа суякларининг синишлари ҳамма суяк синишларининг 35% гача қисмини ташкил қилади.

КАФТ УСТИ СУЯКЛАРИНИНГ СИНИШИ

Бу шикастланишлар бойламларнинг чўзилиши сифатида диагностика қилинади. Ташхиснинг яхшиланиши кафт усти суякларининг синиш ҳоллари сонини аниқлашнинг кўпайишига олиб келади. Адабиёт маълумотларига кўра кафт усти суякларининг синиши панжа синишларининг 2,1% дан 5% гача бўлган қисмини ташкил қилади. Кўпроқ қайиқсимон суякнинг синиши, камроқ яримойсимон ва бундан ҳам кам кафт усти бошқа суякларининг синиши учрайди.

Қайиқсимон суякнинг синишлари. Бундай синишлар ёзилган қўл панжаси билан йиқилиш натижасида, шунингдек, кафт юзасига тўғридан-тўғри зарб тушганда пайдо бўлиши мумкин (137-расм). Дўмбоқчанинг битиб кетиши осонроқ, чунки суякнинг иккала бўлаги ҳам қон билан етарлича таъминланган бўлади.

Т а ш х и с. Кўпинча, кеч ташхис қўйилади, чунки кўпчилик беморлар шикастдан кейин дарҳол шифокорга мурожаат қилмайдилар. Клиник кўриниши аста-секин ривожланади: билак-кафт бўғими соҳасида II панжа суяги асосидан юқорироқда, айниқса, «анатомик табакерка» соҳасида шиш, билак-кафт бўғимида, айниқса, кафт орқаси билакдаги оғриқлар туфайли актив ва пасив ҳаракатлар ҳажми чекланади. I ва II бармоқлар ўқи бўйлаб оғриқ кучли бўлади. Қайиқсимон суяк «анатомик табакерка» соҳасида бевосита босилганда кескин



137-расм. Қайиқсимон суякнинг синиши.

1, 2 - қайиқсимон суякнинг танаси сингандаги бўлақлар; 3 - дўмбоқчаси синиши.

Д а в о л а ш. Қайиқсимон суякнинг қон таъминоти хусусиятлари унинг бўлақларининг битиб кетиши учун ноқулай шароитлар яратади. Қайиқсимон суяк дўмбоқчаси шишини даволаш панжага 3-6 ҳафтага I бармоқнинг очилган ҳолатида «писталетсимон» гипсли боғлам билан иммобилизация қилишдан иборат (138-расм).

Қайиқсимон суякнинг бўлақлари сурилиб, танаси ва учдан бир пастки қисми синишида оғриқсизлангирилгандан сўнг репозиция панжани елка орқасига тортиш ва қайиқсимон суякни «анатомик табакерка» соҳасида босишдан иборат. Репозициядан сўнг бўлақлар бармоқларнинг асосидан то билакнинг учдан бир юқори қисмигача унинг бир оз ёзилган (150-160°) ва билак томонга озроқ узоклаштирилган ҳолатида лонгета-айланма «пистолетсимон» гипс боғлами билан фиксация қилинади. Иммобилизацияни 10-12 ҳафта мобайнида ўтказилади.

Агар қайиқсимон суяк бўлақлари битиб кетмаса, асептик некроз белгилари бўлгандаги каби жарроҳлик амалиёти ўтказилиши керак (139-расм).

Сўнгра ЛФК, массаж, физиотерапевтик муолажалар тайинланади.

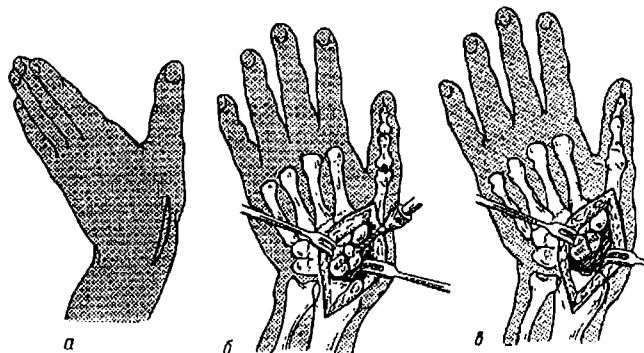


138-расм. Қайиқсимон суяк синганда гипсли боғлам.

оғриқ пайдо бўлади, бармоқларни тўлиқ мушт қилиб бўлмайди. Столга I бармоқнинг кафт дўнглиги билан таянишда қайиқсимон суяк соҳасида оғриқ бўлади. Бўлақлар крепитациясини ва бўлақлар ўртасидаги ҳаракатни аниқлашга уринмаслик керак.

Учга: олдинги-орқа (тўғри), ёнлама ва қийшиқ (3/4) проекцияларда бажарилган рентгенограммаларни таҳлил қилиш узил-кесил ташхис қўйишга ёрдам беради.

Бевосита шикаст рўй бергандан кейин яққол клиник кўринишда синишни рентгенологик усулда аниқлаб бўлмаса, 7-10 кун ўтгач, синиш зонасидаги резорбциясидан сўнг текширишни такрорлаш керак.



139-расм.
 Қайқсимон суяк синганда жарроҳлик усули.
а — терини кесиш;
б — канални пар-малаб очиш;
в — трансплантат киритиш.

Яримойсимон суяк синишлари. Қайқсимон суяк синишларидан бирмунча кам учрайди ва тирсак томонга ёзилган қўл билан йиқилганда содир бўлади. Кўпинча, синиш суяк чиқиши билан бирга учрайди. Кўндаланг, узунасига, парчаланган, шунингдек, компрессион ва узилган (орқа ўсиғи) синишлар фарқ қилинади.

Т а ш х и с. Билак-кафт бўғими ўртасининг орқа томонида чегараланган шиш аниқланади. Бармоқлар мушт қилиб тугилганда билак-кафт бўғимининг кафт юзасида билак суяги тепасидаги III бармоқ суяги сатҳида чуқурча аниқланади. Панжа ҳаракатланганда, айниқса, ёзилганда оғрийди. Яримойсимон суякни босганда оғриқ, III ва IV бармоқлар ўқи бўйлаб куч тушганда яримойсимон суяк соҳасида оғриқ аниқланади. Икки проекцияда бажарилган рентгенограммалар яримойсимон суякнинг қандай шикастланганини аниқлаш имконини беради.

Д а в о л а ш. Чеккадан синишлар ва бўлаклари сурилмаган синишлар қўлни лонгета-айланма гипсли боғлам билан кафт-бармоқ бўғимларидан то билакнинг учдан бир юқори қисмигача 6-10 ҳафта мобайнида иммобилизация қилиб даволанади. Бўлаклари сурилган синишларда уларни билак ўқи бўйлаб давомли тракция қилиш (10-15 минут мобайнида) ёки Белер симли шинаси, Черкес-Зода рамкаси ёки Волков-Оганесян, Илизаров, Гудушаури компрессион-дистракцион аппаратларидан фойдаланиб, 5-6 ҳафта мобайнида суякдан тортиб бир моментли репозиция қилиш керак.

Сохта бўғимларда ва яримойсимон суякнинг асептик некрозиди жарроҳлик амалиёти бажарилиши керак. Яримойсимон суяк синишида (чиқишида) жарроҳлик усули куйдагилардан иборат бўлиши мумкин: шуруплар билан остеосинтез қилинган репозиция, Ашкенази методикаси бўйича бўлакларни қўшни суяклар билан артродез қилиш.

Кафт устидаги бошқа суякларнинг комбинацияланган ва алоҳида синишлари бир мунча кам учрайди. Бундай ҳолларда бўлакларнинг сурилиши кузатилмайди. Бу шикастланишларни даволашда уч қиррали суяк синишларида панжа ва билакка 4-5 ҳафталик муддатгача гипсли

боғлам, кафт устининг нўхотсимон катта ва кичик бурчакли ва бошқа суяклари синишида 2,5-4 ҳафтагача боғлам қўйилади. Биринчи кунлардан бошлаб бармоқлар учун ЛФК тайинланади. Меҳнат қобилияти 4-8 ҳафта ўтгандан кейин тикланади.

КАФТ УСТИ СУЯКЛАРИНИНГ ЧИҚИШИ

Кафт усти суяklarининг чиқиши ҳамма травматик чиқишларнинг тахминан 2%ни ташкил қилади. Яримойсимон суяк олдидаги (перилунар) чиқиш ва яримойсимон суягининг чиқиши кўп учрайди.

Панжанинг перилунар (дорсал) чиқиши. Билвосита травма механизми – бармоқнинг орқа томонга букилган ҳолатида панжанинг кафт юзасига узатилган қўл билан йиқилиши натижасида содир бўлади. Бундай чиқишда яримойсимон суяк билак суягига нисбатан ўз ўрнида қолади, ваҳоланки кафт устининг бошқа суяклари панжа билан бирга орқага ва юқорига сурилади. Бу чиқишни, кўпинча, ўз вақтида аниқламайдилар ва узоқ вақтгача уни бойлам аппаратининг шикастланиши, деб ҳисоблайдилар.

Т а ш х и с. Беморларни билак-кафт бўғимидаги оғриқ безовта қилади. Кўздан кечирилганда билак-кафт бўғимида тутатиб кетган шиш, унинг найзасимон деформацияси ва бармоқларнинг ярим букилган ҳолати аниқланади. Пайпаслаб кўрилганда суяк орқасида кўпроқ ифодаланган оғриқ аниқланади, бу ерда кафт усти суяklarининг орқага сурилганлиги қўлга уннайди. Бўғимда пружинасимон қаршилиқ туфайли функциясининг чекланганлиги қайд этилади. Чиқишга ташхис қўйишда иккита проекцияда рентгенография қилиш ҳал қилувчи аҳамиятга эга – ён проекциядаги суратда чиқиш яхшироқ билинади.

Д а в о л а ш. Кафтнинг янги (10 кунгача) чиқишларини жойига солиш катта қийинчилик туғдирмайди. Нарқоз остида, ўтказувчи ёки суяк ичи анестезияси ёрдамида билак ўқи бўйлаб елкадан мос ҳолда (кучли, секин ва юмшоқ) тракция қилиш яхши натижа беради. Чиқишни дистракцион аппарат ёрдамида жойига солиш қулай. Панжа бўғимини етарли даражада чўзиб, узунасига сурилишни бартараф қилган жарроҳ I бармоқлари билак кафт орқасини дистал ва кафт йўналишларида босади, қолган бармоқлари билан эса билакни қарама-қарши йўналишда қаттиқ босади. Чиққан суяк жойига солинганда «шиқ» этган товуш эшитилади. Панжани 135-140°гача букилади. Кафт суяklarининг бошчаларидан то тирсаккача орқа гипсли боғлами қўйилади ва тракция тўхтатилади. Панжани керакли функционал ҳолатга қўйиш учун 2 ҳафта ўтгандан кейин гипс алмаштирилиб, уни яна 2-4 ҳафтага қўйилади. Меҳнат қобилияти 2-3 ой ўтгач тикланади.

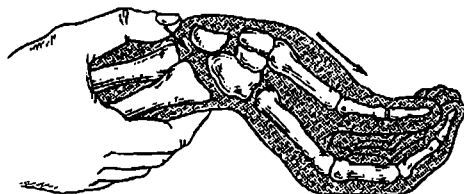
Ёпиқ усулда чиқишни жойига солишнинг иложи бўлмаса, даволаш компрессион-дистракцион аппаратда олиб борилади ёки очиқ усулда жойига солинади.

Яримойсимон суякнинг чиқиши. Кўпинча, максимал орқага букилган ҳолатдаги панжага оғирлик тушиши натижасида рўй беради. Яримойсимон суяк бошсимон ва билак суяклари таъсири остида олдинга сурилади. Бунда орқа билак-яримойсимон бойлами ва яримойсимон суякни кафт устининг бошқа суяклари билан туташтириб турадиган бойламларнинг узилиши содир бўлади. Яримойсимон суяк 90°га бурилиши мумкин, бошсимон суяк эса билак суяги қаршисида туриб қолади.

Т а ш х и с. Кўздан кечирилганда билак-кафт бўғимида туташ шиш, бармоқларнинг ярим букилган ҳолати аниқланади. III бармоқнинг букилиши, айниқса, яққол кўринади, I бармоқ хиёл орқага қараган. Пайпаслаб кўрилганда, айниқса, яримойсимон суяк проекцияси устида яққол юзага чиққан оғриқ аниқланади. Билак ва тирсак суяklarининг бигизсимон ўсиқларини боғлаб турадиган дистал чизикдан дисталроқ томондаги кафт юзасида чиққан суяк, орқа томонида эса чуқурча пайпасланади. Бармоқлар ва панжада ҳаракатлар оғриқ сабабли чегараланган. Панжани актив ёзиш мумкин эмас. Пассив ёзиш кафт устининг кафт юзасида кескин оғриқ беради, шундан сўнг бармоқлар дастлабки ярим букилган ҳолатни эгаллайди. Яримойсимон суякни олдиндан орқага босилганда бармоқ пайининг букиш қобилияти камайгани сабабли III бармоқнинг «ёзиш симптоми» пайдо бўлади. Жойидан чиққан яримойсимон суяк ўрта нерви, баъзан эса тирсак нервининг ҳам тегишли неврологик симптоматикаси билан компрессиясини келтириб чиқариши мумкин. Чиқилган ташхис кўйиш учун ёнлама проекциядаги рентгенограмма кўпроқ маълумот беради.

Д а в о л а ш. Яримойсимон суяк чиқишини зудлик билан ўтказувчи, суяк ичи анестезияси ёки яхшиси, наркоз остида жойига солишга киришиш керак (140-расм).

Жойига солишда панжани ўқи бўйича 90° букилган билакдан елкага қарама-қарши куч билан таъсир қилиб, қаттиқ ва аста-секин тортилади. Жарроҳ тортишни тўхтатмасдан иккала қўли билан панжанинг орқа томонидан аста-секин букади. Қўл максимал ёзилган пайтда жарроҳ I бармоғи билан панжанинг кафт юзасида чиққан яримойсимон суякнинг учини топиб, уни босади ва, айна вақтда, иккинчи қўли билан панжани тезда 45°гача кафтда букилган ҳолатга олиб келади. Аксарият ҳолларда жойига тушишда енгил «шиқ» этган товуш эшитилади. Яримойсимон суякнинг жойига тушиши суяк проекцияси устида дўнгликнинг йўқолиши, панжа бармоқларининг ёзилиши, уларнинг тўлиқ ҳажмда



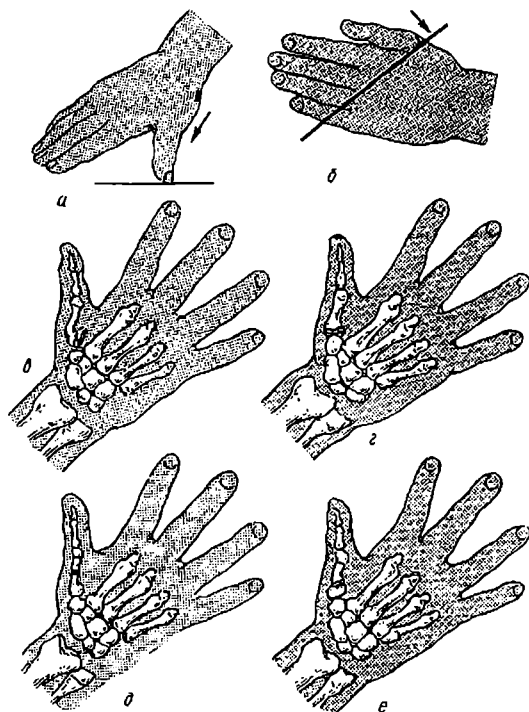
140-расм. Чиққан яримойсимон суякни тўғрилаш.

пассив ҳаракатлар қилиш имконияти билан тавсифланади. Шундан сўнг панжани циркуляр ёки икки лонгетали гипсли боғлам билан бармоқ суяклари бошчаларидан то билакнинг учдан бир юқори қисмигача кафтда букилган ҳолатида фиксация қилинади. 1-2 ҳафта ўтгач, кафтни янги гипсли боғлам билан енгил орқа флексия ҳолатида фиксация қилинади. Имобилизациянинг умумий муддати 3-4 ҳафта. Билак мушаклари учун ЛФК ва массаж тайинланади.

Ёпиқ усулда жойига солишнинг иложи бўлмаса, шошилинич кўрсатмалар бўйича жарроҳлик усулида даволанади. Жарроҳлик амалиётидан кейин бармоқларнинг асосларидан то тирсаккача гипсли боғлам қўйилади. Икки ҳафтадан кейин билак-кафт бўғимида актив ҳаракатлар қилиш учун боғлам мунтазам равишда ечилади. Жарроҳлик усулидан кейин имобилизациянинг умумий муддати 4 ҳафта.

КАФТ СУЯКЛАРИНИНГ СИНИШИ

Кафт суякларининг синиши кўп учрайдиган травмалардан бири. Аксарият I кафт суягининг асосидан синиши учрайди, у кафт суяги асосига тўғридан тўғри зарба тушиши, I бармоқнинг ёзилган ҳолатида йиқилиш натижасида рўй беради (141-расм). Синишларнинг икки тури: бўғимида синиш (Беннет ёки Роланд синиши) ва бўғимдан ташқарида



синиш (қийшиқ ва кўндаланг) фарқ қилинади. Агар I кафт суяги асосида кафт-тирсак четида узунасига синиш содир бўлса, учбурчак пирамида кўринишидаги бўлаги ўз жойида бойламлар томонидан ушлаб қолинади, кафт суяги эса узоқлаштирувчи узун мушак ва бармоқни

141-расм. I кафт суяги синганда травма механизми ва синиш турлари.

a – I бармоқнинг ўқи бўйича юк бериш; *b* – кафт суяклари бўйича урилганда; *c* – Беннет синиши; *d* – Роланд синиши; *e* – диафизнинг кўндаланг синиши; *e* – диафизнинг қийшиқ синиши.

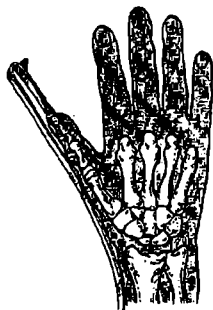
ёзувчилар таъсири остида проксимал йўналишда сурилади (Беннет синиш-чиқиши). I қафт суягининг асосида майдаланиб кетган синиши адабиётда Роланд синиши деган ном билан маълум.

Т а ш х и с. Қафт-қафт усти бўғими соҳасининг шакли ўзгарган ва шишган. «Анатомик табакерка» контурлари силлиқлашган. I бармоқ бироз букилган ва қисқарган. Шакли сурилган бўлақлар ҳисобига ўзгарган. Оғриқ сабабли актив ва пассив ҳаракатлар чекланган. Бўғим соҳасини пайпаслаш, I бармоқ ўқи бўйича оғирлик ва I қафт суяги асосида перкуссия оғриқ беради. Икки проекцияда ўтказилган рентгенограммалардан синиш характери ва бўлақларнинг сурилиши аниқланади.

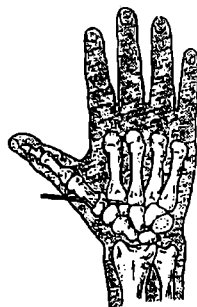
Д а в о л а ш. Беннет синишида бўлақларнинг ҳатто оз-моз силжиши ҳам бартараф қилиниши керак. Бўлақлар шикастдан кейин дастлабки соатларда ёки 2-3 суткада, яъни мушак контрактураси пайдо бўлишидан олдин репозиция қилинади. Репозицияни маҳаллий анестезия остида (5 мл 2% новокаин эритмаси ёки 10-15 мл 1% эритмаси бўғим ичига) амалга оширилади. Игнани I бармоқ дўнглиги асоси олдида қафт-қафт усти бўғимининг қафт юзасига киритилади. Жарроҳ бир қўли билан беморнинг билак-қафт усти бўғимини I бармоғи қафт-қафт усти бўғимида турадиган қилиб ушлайди ва уни тирсак томонга босади. Бошқа қўли билан беморнинг I бармоғини ушлаб, жарроҳ уни қаттиқ тортиб, имкон борича билак томонга узоқлаштириди. Бўлақларни репозиция ҳолатида ушлаб туришни мақсад қилиб олган гипсли боғлам кўйишда қийинчиликлар вужудга келади. Бўлақлар иккинча марта жойига осон тушади. Гипсли «пистолетсимон» боғлам, айниқса, I қафт суяги асосида яхши силлиқланган бўлиши керак. Қўлда репозиция қилиш натижаси рентгенограммада назорат қилинади. Бўлақларни иккинчи марта сурилиши аниқланганда 3 ҳафтага суяқдан тортиб кўйилиб, яна 1-3 ҳафта давомида иммобилизация қилинади (142-расм). Гипсли боғлам ечилгандан кейин ЛФК, массаж, ванналар тайинланади. Меҳнат қобилияти 4-6 ҳафта ўтгач тикланади.

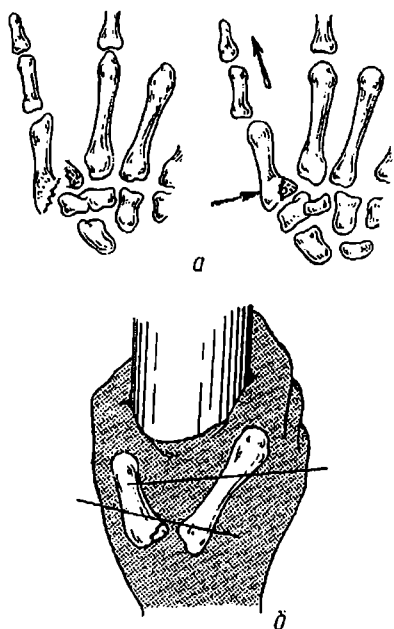
Репонация қилинган бўлақларни жойида ушлаш туришининг иложи бўлмаса, остеосинтез ёки 1-2 та кегай билан трансфиксация қилинади (143 ва 144-расмлар).

142-расм. I қафт суяги синишида (Беннет) суягидан тортиб репозиция қилиш техникаси.



143-расм. I қафт суяги синишида (Беннет) очиб тўғрилаш техникаси.





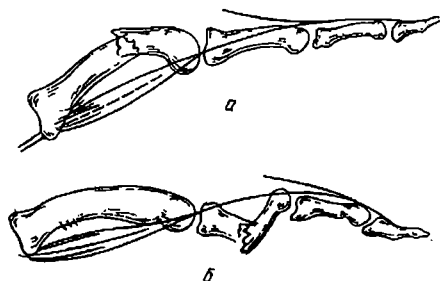
144-расм. Репозиция тамойили (а) ва Беннет синишида I кафт суягини иккита кегай билан фиксациялаш (б).

ҳосил бўлган бурчакларнинг учи аниқланади шу жойда оғриқ қайд қилинади. Кафт суяклари ўқи бўйича оғирлик тушиши синган жойда оғриқни кучайтиради. Бармоқларнинг актив ва пассив ҳаракатлари оғриқ туфайли чекланган. Икки проекциядаги рентгенография ташхизни аниқлашга имкон беради.

Д а в о л а ш. Кафт суяклари ўрндан кўзгалмай синганда дистал кафт бурмасидан то билакнинг учдан бир юқори қисмигача 3-4 ҳафтага иммобилизация қилиш талаб этилади. Бўлаклари кўпроқ сурилган синишлар маҳаллий анестезия остида, аини вақтда, сурилган

Роланднинг кўп бўлақларга майдаланиб кетган бўғим ичи синишида бўлақларни репозиция қилишга уриниш натижа бермаганда I бармоқнинг функционал қулай ҳолатида атродез қилиш зарурати пайдо бўлади. II-IV кафт суякларининг синишлари аксарият тўғридан-тўғри шикаст (болға, тайёқ билан уриш ва б.), камроқ ҳолларда билвосита шикаст механизми натижасида рўй беради. Кафт суякларининг бошчаси, танаси ва асоси синиши мумкин. Кафт суякларининг танаси синганда аксарият бўлақларнинг кафт томонга очиқ бурчак остида сурилиши кузатилади. Бундай ҳолат кўпроқ суяклараро ва чувалчанг-симон функцияси билан боғлиқ бўлади (145-расм).

Т а ш х и с. панжанинг орқа сатҳида рўй-рост шиш аниқланади. Синиш проекцияси устида аксарият қон қуйилиши аниқланади. Пайпаслаб кўрилганда кафт суякларининг сурилган бўлақларидан



145-расм. Синишларда бўлақларнинг типик сурилиши (чизма).

а — кафт суяклари; б — бармоқларнинг асосий фалангалари.

бўлақлардан ҳосил бўлган бурчак учини кафт йўналишида ва кафт суяги бошчасини босиш йўли билан унинг ўқи бўйлаб қарама-қарши йўналишда тортиб репонация қилинади. Бўлақлар репозиция қилингандан сўнг бармоқларнинг ўртасидан то билакнинг учдан бир юқори қисмигача гипсли боғлам (орқасига ёки кафт томонига) қўйилади. Имобилизация 3-4 ҳафта мобайнида давом эттирилади, шундан кейин ЛФК, массаж ва ванналар тайинланади. Меҳнат қобилияти 4-6 ҳафтадан сўнг тикланади. Ёпиқ репозиция натижали чиқмаганда бўлақларни кегайлар билан фиксация қилиб, очиқ репозиция қилиш зарур бўлади.

БАРМОҚЛАР ФАЛАНГА (БЎҒИМ) ЛАРИНИНГ СИНИШИ

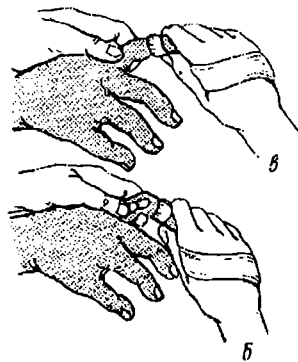
Бармоқ фалангалари аксарият тўғридан-тўғри ва камроқ, билвосита травма натижасида синади ва диққат эътиборни талаб қилади, чунки панжанинг нормал функцияси билан белгиланади. Кўпинча, шикастловчи куч таъсири остида ва чувалчангсимон ва суяқлараро мушаклар қисқарганда фаланга бўлақларининг бир-бирига нисбатан бурчак остида, орқа томонга очиқ типик сурилиши рўй беради. (146-расм, *а*).

Т а ш х и с. Фалангаларнинг бўлақлари сурилган синишида бармоқ шаклининг ўзгариши, калталаниши, шикастланган бармоқнинг туташ шиш, тери остида гематома қайд этилади. Пайпаслаб қўрилганда кафт юзасида суякнинг чиқиб қолганлиги ва маҳаллий оғриқ аниқланади. Бармоқ ўқи бўйлаб оғирлик тушиши синган соҳада оғриқ пайдо қилади. Синган жойда бўлақларнинг қимирлаши аниқланади. Оғриқ сабабли бармоқ ҳаракати, айниқса, ёзилган пайтда чекланган бўлади. Иккита проекцияда бажарилган рентгенограммалар синиш ва бўлақларнинг сурилиши характери аниқлашга имкон беради.

Д а в о л а ш. Бўлақлар репозицияси маҳаллий анестезия остида 1% новокаин эритмаси (5-10мл) билан ўтказилади. Бармоқ ўқи бўйлаб сурилган бўлақлардан ҳосил бўлган бурчак учини кафт юзасидан босиб, доимий қўлда тортиш билан бурчакли деформация тўғриланади (146-расм, *б, в*). репонация қилинган бармоқ фалангалари бўлақларини

146-расм. Асосий фалангаларнинг синиши.

а — синиш ва бўлақларнинг сурилиши;
б, в — бўлақларни қўл билан репозиция қилиш босқичлари.



бармоқ учларидан то билакнинг учдан бир пастки қисмигача, тирноқ фалангаси синишида эса бармоқ асосигача функционал қулай ҳолатда гипсли боғлам билан фиксация қилинади. Бармоқ фалангаларининг, айниқса, қийшиқ ёки бўғим ичи синишларида гипсли фиксация қилиш ҳамма вақт ҳам бўлакларнинг иккинчи марта сурилишидан сақлаб қола олмайди. Бармоқ фалангалари синишининг бир моментли репозициясига муваффақ бўлинмаганда суякдан тортиш усулидан фойдаланиш мумкин. Агар бармоқ фалангаларининг диафизар синишларида репозицияга эришилмаса, бўлакларни ингичка кегай, инъекцион игна ёки суяк штифти билан фиксация қилиш мақсадга мувофиқ.

Жарроҳлик амалиётидан кейин 4-6 ҳафта мобайнида гипсли иммобилизация қилинади; кегайлар 3-4 ҳафта ўтгач олиб ташланади. Гипсли боғлам ечилгандан сўнг ЛФК ва физиотерапия тайинланади. Меҳнат қобилияти 6-8 ҳафтадан кейин тикланади.

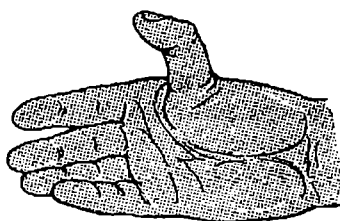
БАРМОҚЛАР БЎҒИМЛАРИНИНГ ЧИҚИШ

Панжа бармоқларининг чиқиш механизми тегишли бўғимда бармоқ ёки фаланганинг ҳаддан ташқари ёзилган ҳолатда бўлишга боғлиқ. Бунда дистал сегмент орқа томонга сурилади. Кафт томонга сурилиш камроқ учрайди ва бевосита шикаст механизмида – букилган бармоқ ёки фалангага оғирлик тушганда рўй беради. Чиқиш дистал фалангалараро бўғимда - охирги фаланганинг чиқиши, проксимал фалангалараро бўғимда - ўрта фаланганинг чиқиши, кафт-фаланга бўғимида - асосий фаланганинг чиқиши ёки бармоқ чиқиши рўй бериши мумкин. I бармоқ чиқиши бошқаларидан кўпроқ учрайди.

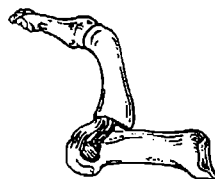
I бармоқнинг чиқиши. Аксарият эркакларда ҳаддан ташқари ёзилган кафт юзасига таяниб йиқилганда содир бўлади. I бармоқнинг тўлиқ ва чала чиқиши фарқ қилинади. Тўлиқ чиқишда асосий фаланга, камроқ - кафт томонга сурилади, унинг бошчаси эса бўғим капсуласи ва метакарпал бойламларни йиртиб, кафт томонга сурилади. Сесамасимон суяклар асосий фаланга билан бирга орқа томонга, узун букувчи пайи эса кафт суяги бошчасидан тирсак томонга сирпаниб тушади. Пай ва сесамасимон суяклар кафт суяги билан асосий фаланга ўртасида қисилиб қолиши ва жойига солишни қийинлаштириши мумкин. Асосий фаланга билан кафт суяги ўртасида орқа-билак томонга очиқ бурчак ҳосил бўлади. Бундай чиқиш I бармоқнинг ташқарига чиқиши дейилади (147-расм).

Т а ш х и с. Беморларни оғриқ ва I бармоқда ҳаракатнинг кескин чекланиши безовта қилади, бармоқ кафт-фаланга бўғимида ҳаддан ташқари ёзилган, унинг охирги фалангаси букилган бўлади. Чала чиқишда шакли кам ўзгарган бўлади, тўлиқ чиқишда асосий фаланга кафт суяги билан бирга тўғри бурчак ҳосил қилади. Тенар соҳаси шишади, пайпаслаб кўрилганда

бу жойда кафт суягининг чиқиб турган бошчаси, орқа томонида эса I бармоқнинг сурилиб қолган асоси аниқланади. Актив ҳаракатлар йўқолган, кафт-фаланга бўғимида пассив ҳаракатлар қилишга уриниш оғриқни баттар кучайтириб юборади. Пружинасимон қаршилиқ симптоми аниқланади. Чала чиқишда тирноқ фалангасини фақат пассив букиш мумкин.



I бармоқнинг кафт томонга сурилиши учун найзасимон деформация хос. Орқаташқи томонда кафт суягининг туртиб чиққан бошчаси, кафт томонда эса I бармоқнинг асоси пайпасланади.



147-расм. Панжа I бармоғининг ташқи чиқиши.

Д а в о л а ш. Тўлиқ чиқишни жойига солишда чуқур наркоз ва яхши миорелаксация қилиш зарур. Ёрдамчи панжани ярим пронация ҳолатида фиксация қилади.

Ташқи чиқиш ҳолларида жарроҳ I бармоғи билан чиққан фаланга асосига таяниб, бир қўли билан билак-кафт усти соҳасида фиксация қилади, иккинчиси билан эса беморнинг I бармоғини ушлаб, уни кўтаради, сўнгра эса бармоқ билан кафт суяк ўртасида ўткир бурчак ҳосил бўлгунча бармоқнинг секин ва тобора ёзилишини кучайтиради. Шу тариқа сесамасимон суякларнинг эҳтимол тутилган қисилиши бартараф қилинади. Жарроҳ, шунингдек, I фаланганинг асосига таяниб турган I бармоғи билан бармоқни кафт суягига нисбатан дистал йўналишда суришга ҳаракат қилиб, унинг бошчасини бошқа бармоқлари билан босади. Жарроҳ фаланга асосининг кафт суяги бошчаси бўғим юзасига сирпанганини яққол сезганидан кейингина охириги фалангани тез ёзади ва бармоқни букади. Бу ҳолат охириги фаланга ўртасидан то билакнинг учдан бир юқори қисмигача 3-4 ҳафтага гипс боғлами фиксация қилинади. Баъзан сесамасимон суяклар орасига юмшоқ тўқималар (пай, бойламлар, капсула) кириб қолиши сабабли чиққан суякни жойига солиб бўлмайди. Бундай ҳолларда жарроҳлик усулидан фойдаланилади. Бунда даволаш ёпиқ турдаги жойига солишдан кейинги даволаш каби олиб борилади.

I бармоқ синишини кафт томонга тўғрилашда букилган бармоқ ўқи бўйича тракция қилинади. Сурилиш узунасига бартараф қилингандан кейин суякларнинг чиқиб турган бўғим учларини босиб, чиқиш тўғриланади. Кейинги даволаш I бармоқнинг ташқи чиқишидаги каби.

Фалангалараро бўғимларда фалангаларнинг чиқиши. Ташқарига, кафт томонга ва ён томонларга шундай чиқишлар кузатилади.

Чиқиш ташхиси типик анамнезга, ўзига хос деформацияга, функциянинг чегараланишига, пружинасимон ҳаракат йўқолиши ва

рентгенография маълумотларига асосланади. Чиқишни чиққан фалангани тортиш йўли билан тўғриланади. Орқа-ташқи томонга сурилганда фалангани аввалига ёзилади (кафт томонда бўлганда - букилади) ва сурилиш узунасига бартираф қилингандан сўнг (кафт томонда бўлганда - ёзилади) букилади. 3 кун давом этадиган фиксацияни гипсли боғлам ёки айланма (циркуляр) қилиб ёпиштирилган лейкопластер билан амалга оширилади.

Чиқишни тўғрилашга уриниш муваффақиятсиз чиққанда уни компрессион-дистракцион аппарат ёки очиқ усулда жойига солинади.

5 - б о б. БОЛАЛАРДА ҚЎЛ ШИКАСТЛАНИШЛАРИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

ЕЛКА СУЯГИНИНГ ЧИҚИШИ

Болаларда елка суягининг шикастланишларини юқори эпиметафиз, диафиз ва дистал бўлимининг синишларига бўлиш қабул қилинган. Бу синишларда клиник кўриниш, жарроҳлик тактикаси ва даволаш усуллари ўз хусусиятларига эга.

Елка суягининг юқори эпиметафизининг синиши. Болаларда елка суягининг юқори бўлимида елка бошчасининг остеоэпифизеолизлари дўмбоқчалараро кузатилади. Дўмбоқчалар усти шикастланишлари болаларда амалиётда учрамайди.

Елка суяги жарроҳлик бўйничасининг синишларини характери бўйича, худди катта одамлардаги каби, олиб келадиган, бунда бўлакчалар бурчак остида ўрнашади, ичкарига очилган ва олиб кетадиган, бунда бурчак ташқарига очиқ бўладиган турларга бўлиш қабул қилинган. Кўпчилик синишлар энига ва узунасига тўлиқ сурилиш билан ўтади. Бўлакларнинг ўзаро ротацияси бўлиши мумкин. Қоқилган (бир-бирининг ичига кирган) синишлар кам учрайди: елка проксимал бўлимининг остеоэпифизиолизи энг кўп пайдо бўлади. Қоқилган синишлар ва эпифизиолизнинг клиник ташхисида акс этган оғриқ симптомини текширишнинг катта аҳамияти бор: тирсак бўғимини аста-секин уриб кўрилганда елканинг учдан бир юқори қисмида оғриқ сезилади.

Узил-кесил ташхис рентгенологик текшириш маълумотларига асосланиб қўйилади.

Д а в о л а ш. «Яшил новда» типи бўйича синишларда бўлаклари сурилмаган остеоэпифизеолизларда бўлаklar 10-15°дан ошмайдиган бурчак остида сурилганда соғлом куракдан шикастланган қўлнинг то панжа бармоқлари асосигача энли гипсли боғлам қўйилади. Қўлтиқ чуқурчасига кичикроқ пахта докадан ёстиқча қўйилади. Билак тўғри бурчак остида букилади. 7 ёшгача болаларда иммобилизация муддати 10-12 кун ва бундан катта болаларда 15-16 кун.

Бўлақлари сурилган синишларда уларни травмадан сўнг дастлабки соатларда репозиция қилиш зарур.

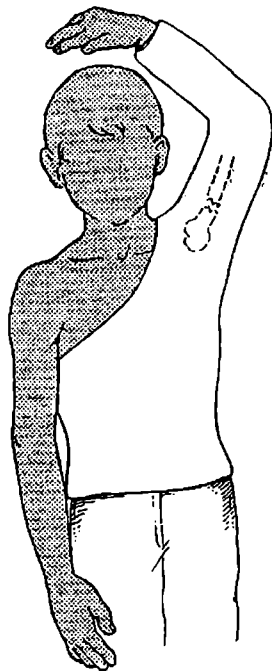
Репозиция техникаси. Жарроҳ елка ўқи бўйича тракция ўтказади (айни вақтда, қўлтиқ остидан ўтказилган сочиқ билан қарама-қарши томонга тортилади), шу тариқа узунасига сурилиш бартароф этилади. Сўнгра сурилишнинг қолган томонлари тугатилади: марказий бўлақ дистал бўлақка дуч келгунча бармоқлар билан босилади. Аддукцион синишларда бурчакдан сурилишни елкани босим остида қўлтиқ чуқурчасига келтириш йўли билан тугатиш мумкин. Аддукцион синишлар бўлақлари кўп сурилган бошча остеоэпифизолизлари билан бирга учраганда Громов методикасидан фойдаланган маъқул: ёзилган қўлни горизонталдан юқорига кўтарилади ва тананинг ўқи бўйича чўзилади. Соғлом елка устини дистал йўналишда қарши томонга тортилади. Бунда марказий бўлақ тортилган мушак филофи орқали фиксация қилиниб, бу бўлақларни жойига солишни осонлаштиради. Репозициядан сўнг қўл шу ҳолатда гипсли боғлам билан фиксация қилинади (148-расм). 7 ёшгача болаларда фиксация муддати 20-21 кунга, бундан катта ёшдаги болаларда 26-28 кунга тенг.

Агар ёпиқ репозиция нтижа бермаса ва бўлақлар 15-20°дан ортиқ бурчак остида сурилганича қолса, жарроҳлик усули қўлланилиши керак.

Елка суяги диафизининг синиши. Янги туғилган чақалоқларда диафизар синишлар туғруқ шикастининг оқибати ҳисобланади, ўрта ва катта ёшдаги болаларда билвосита ёки тўғридан-тўғри шикаст рўй беради. Шикаст механизмига боғлиқ ҳолда қийшиқ, винтсимон ва парчаланган синишлар фарқ қилинади. Янги туғилган чақалоқларда, одатда, елка суяги диафизининг учдан бир ўрта қисми синади.

К л и н и к а. Қўл мажбурий ҳолатда бўлади. Чақалоқ болаларда шикастланган қўлда ҳаракатлар умуман бўлмайди. Бўлақлари сурилган синишларда синишларнинг ҳамма ишонарли белгилари типик бўлади. Елка суяги учдан бир ўрта қисмининг синишлари билан нервининг шикастланиши билан ўтиши мумкин ва неврологик текширишни талаб қилади.

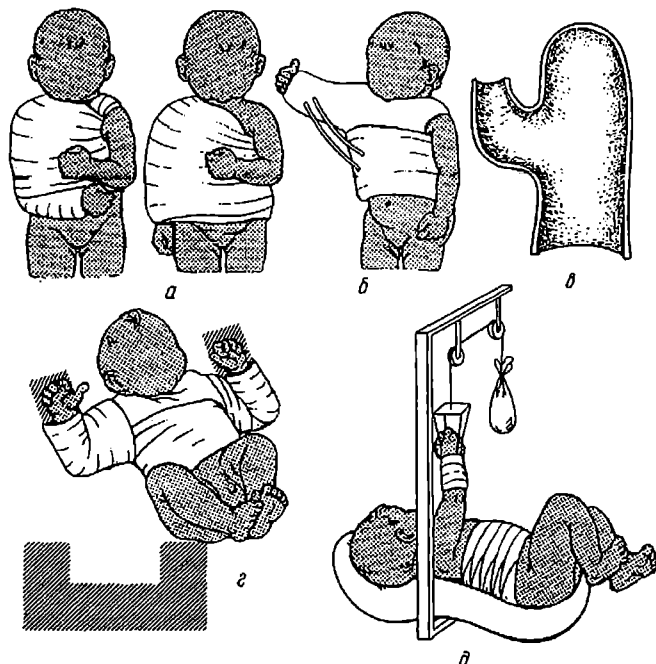
Д а в о л а ш. Чақалоқ болаларда шикаст еган қўлни елканинг тўғри бурчакка узоқлаштирилган ҳолатда панжадан то



148-расм. Болаларда елка суягининг юқори қисмидаги аддукцион синишларда репозиция ва иммобилизация қилиш (Громов усули бўйича).

шикастланмаган елка устигача гипсли боғлам билан фиксация қилинади. Қўлни Кефер, Шпитци усулида фиксация қилиш иккинчи марта сурилмаслигига кафолат бермайди. Маркс, Фонарев, Риден усулидаги иммобилизацияни болалар ёмон ўтказадилар (149-расм). Чақалоқларда бўлақларнинг узунасига 2-3 см гача, эни бўйича — суякнинг тўлиқ кўндалангига, 30°дан ошмаган бурчак остида сурилишлар йўл қўйса бўладиган сурилишлар ҳисобланади. Каттароқ ёшдаги болаларда бўлақларнинг эни бўйича 1/2 диаметр гача сурилиши, 10° гача бурчак деформацияси йўл қўйса бўладиган ҳисобланади. Ўрта ва катта ёшдаги болаларда қийшиқ ва винтсимон синишларда бўлақлар репозицияси маҳаллий анестезия остида (1 йил умрга 1 мл дан 0,25% новокаин эритмаси) ўтказилади ва танадан узоклаштирувчи шинада лейкопластер билан тортиб қўйилади. Кўндаланг синишларда бўлақлар репозиция қилингандан сўнг кафт суяқларининг бошчаларидан то елка устигача гипсли боғлам қўйилади.

Елканинг диафизар синишларини Колдуэлл, Охотский бўйича функционал даволаш яхши натижа бермайди, чунки оғриқ босилгандан сўнг тайинланган ҳаракат тартибига риоя қилмайдилар. Иммобилизация муддати синиш характерига бўлақларнинг қай даражада сурилганига боғлиқ. Суякнинг суяк устки пардасининг остидан сурилмаган синишлари 3 ҳафтага фиксация қилиниши шарт. Репозициядан сўнг 25-30 кун ўтгач гипс боғлами ечилади. Қўл фиксацияси 4-6 ҳафтадан



149-расм.
Чақалоқларда
елка суяги
синганда
даволаш
усуллари.
а — Кофер бўйи-
ча; б — Маркс
бўйича; в — Фо-
нарев бўйича;
г — Шпитци
бўйича; д — Ри-
ден бўйича.

кейин тикланади. Билак нервига шикаст етганда ва юмшоқ тўқималар суяк бўлаклари орасига кириб қолганда жарроҳлик амалиёти ўтказилади. Остеосинтез учун Киршнер кегайларидан фойдаланилади.

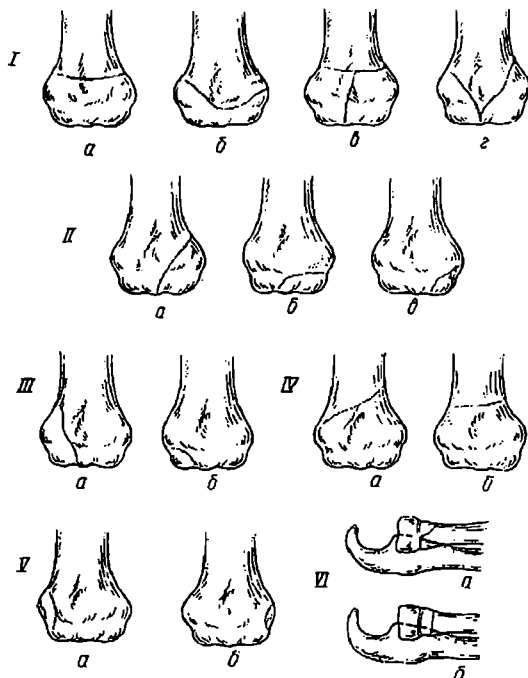
Елка суяги дистал бўлимнинг синиши. Болаларда жуда кўп учрайди ва даволаш ғоят қийин кечади. Оғир асоратлар ва қониқарсиз натижалар сонининг кўплиги бу суяк сегментининг ўзига хос анатомик тузилишига, врачлик тракциясини ва репозициянинг техник усуллари кўллашни яхши билмасликка боғлиқ.

Халқаро анатомик номенклатурага асосланиб, Г.А.Баиров таклиф қилган синишлар таснифи елка суяги дистал бўлими шикастланишларининг ҳамма турларини клиник кўриниши бўйича фарқ қиладиган ва даволашда махсус ёндашувни талаб этадиган гуруҳларга бўлади (150-расм). Б ў г и м и ч и да содир бўлган синишлар (суяк бўғим капсуласи билан чекланган участка шикастланди ёки синиш юзаси бўғимга метафиз томондан киради) ва б ў г и м о л д и даги синишлар (синиш юзаси бўғим халтаси ёпишадиган жойдан бевосита яқиндан ўтади ва бунда патологик жараён капсула-бойлам аппаратига жалб этилади) тафовут қилинади.

Бўғим ичида синишларга елка суягининг дўнглари сониши, тугриқ эпифизеолизи, елка суягининг бошсимон дўнглиги ва блоки синиши киради. Бўғим олдидаги шикастланишлар дўнг устининг синиши ва дўнг усти тепасининг синишини бирлаштиради.

150-расм. Тирсак бўғимини ҳосил қилувчи суяклар синишининг таснифи (Баиров бўйича).

I елка суягининг дўнглари сониши: *a, б* – метафизар; *в, г* – эпиметафизар; II елка суягининг бошсимон дўнглигининг синиши: *a* – эпиметафизар; *б* – эпифизеолиз; *в* – суякланиш ядролари; III елка суяги блокининг синиши: *a* – эпиметафизар; *б* – суякланиш ядролари; IV дўнг усти синиши: *a* – қийшиқ; *б* – кўндаланг; V дўнг усти тепасининг синиши: *a* – ички дўнг усти; *б* – ташқи дўнг усти; VI билак суягининг синиши: *a* – бўйиннинг эпиметафизар синиши; *б* – метафизар синиши.



Дўнглараро ва дўнг усти синишлари. Елканинг дистал учдан бир ўрта қисми шикастланишларининг ҳар хил гуруҳларига киради, бироқ шикаст механизми, клиникаси, даволаш методлари бўйича уларда кўпгина умумий томонлар бор. Болаларда кўпроқ дўнглараро синишлар рўй беради.

К л и н и к а. Синишлар тирсак бўғими соҳасида кучли оғриқ билан ўтади, оғриқ ҳаракат қилганда янада кучаяди. Қўл мажбурий ҳолатда: ярим букилган билак соғлом қўл билан ушлаб турилади. Шиш, гемартроз ва бўлакларнинг сурилишига боғлиқ ҳолда елканинг учдан бир пастки қисмида ва бўғимда сезиларли деформация кўриниб туради, бўлаклар тери устидан аниқ билиниб туриши мумкин, бироқ шикастдан сўнг бир неча соат ўтгач ошиб борувчи қон қуйилиши сабабли улар кўринмай қолади.

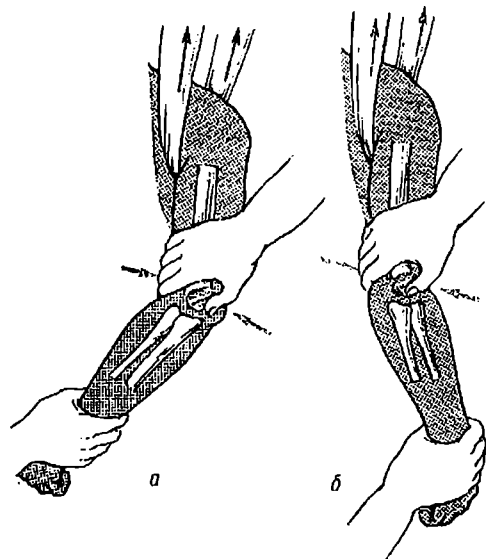
Бўлакларнинг орқага сурилиши елканинг учдан бир пастки қисмининг билинарли зинапоясимон деформациясини келтириб чиқаради – орқа юзасидаги контурлар бўлакнинг ва у билан боғлиқ билак суякларининг сурилиши ҳисобига ўзгарган бўлади. Тирсак бўғимининг олдинги-орқа ўлчами катталашган. Тирсак букумидаги сурилиш анчагина бўлганда проксимал бўлакнинг ўткир чети тери остидан кўриниши эҳтимол, баъзан у терини тешади. Олдинга сурилиш тирсак бўғимининг сагиттал ўлчамини катталаштиради, бироқ бундай ҳолларда орқага сурилишдан фарқли равишда тирсак букуми юмалоқ шаклдаги шиш билан тўлган. Бўлакларнинг ён томонга сурилишларида тирсак бўғими кўндаланг ўлчами бир мунча кенгайган. Елканинг учдан бир пастки қисми ён контурлари поғонасимон қийшайган. Ташқи сурилишда қўл ўқи билакнинг танадан узоқлашиши туфайли ўзгарган. Дистал бўлакнинг ички томонга сурилиши тирсакнинг варусли деформацияси ҳосил бўлиши билан тавсифланади.

С о л и ш т и р м а (д и ф ф е н ц и а л) т а ш х и с. Дўнгчалараро ва дўнгча усти бўлаклари сурилган синишларни билак суяклари чиқишидан фарқ қила билиш керак. Чиққанда ва синганда қўл ҳолати ҳамини мажбурий, билак ярим букилган ҳолатда. Елка суяги дистал бўлагининг тўлиқ сурилиши сабабли тирсак бўғимининг деформацияси билак суяклари чиқишини кўрсатади. Шунинг учун кўздан кечирилганда ҳамини ҳам ташхис тўғри аниқланавермайди. Пайпаслаб кўришда шикастланишларнинг бу турлари ўртасидаги фарқ бирмунча аниқ билинади. Чиқиш пайпаслаш учун қулай. Таниш нуқталарнинг (Гюнтер учбурчаги чизиги) нисбатини кескин бузади, лекин Маркс белгиси ўзгармайди. Синишларда тескари кўриниш кузатилади: Гюнтер учбурчаги чизиги бузилмаган, бироқ Маркс белгисининг аниқ ўзгаришлари бўлади. Чиқишда синишдан фарқли равишда актив ҳаракатлар бўлмайди, пассив ҳаракатлар эса пружинасимон қаршилиқ билан ўтади.

Шикастланиш характери тўғрисидаги масалани рентгенологик текшириш асосидагини узил-кесил қал қилиш мумкин.

Д а в о л а ш. Бўлақларнинг характери ва сурилиш даражасига боғлиқ ҳамда травматологиянинг асосий қоидаларига амал қилинган ҳолда бажарилади. Бўлақлари сурилмаган синишда ёки эни бўйича 1/4 диаметрча сурилганда ва бўлақнинг 10° гача ташқи ротациясида репозиция қилинмайди. Бундай ҳолларда синган жой оғриқсизлан-тирилади ва бармоқлар асосидан то елканинг учдан бир юқори қисмигача орқа гипсли боғлами қўйилади. Бунда билакни пронация ва супинация ўртасидаги ўрта ҳолатга қўйилади. Бўлақлари йўл қўйиладиган чегарадан юқори сурилган синишларда шошилишч ёпиқ репозиция қилиш керак.

Ёпиқ репозиция техникаси. Болани чалқанча ётқизилади, шикастланган қўлини ёзиб, елка ўқи бўйича тракция қилинади. Бажариш техникаси бўлақларнинг сурилиш даражасига боғлиқ. Бўлақ орқага сурилган ёзилган типдаги синишда қўлнинг узунлиги бўйича букилган ва супинация қилинган билакда чўзилади. Жарроҳ чўзиш вақтида иккала бўлагига қарама-қарши йўналишда босиб сурилишни баргараф этади. (151-расм, а). Бўлақ олдинга сурилган букилган синишда қўлни тирсак бўғимида ёзилган ҳолатида чўзилади. Жарроҳ бола елкасини тирсак бўғими юқорисидан катта бармоқларини тирсак буқими соҳасида бўлақ устига қўйган ҳолатда фиксация қилинади. Бармоқларни босган ҳолда бўлақ орқага ва дистал сурилади (151-расм, б). Ташқарига сурилиш бўлақларни бармоқлар ёрдамида бевосита босиш йўли билан супинация ва ёзилган ҳолатдаги билакни тўхтовсиз чўзиб тўғриланади. Ичкарига сурилиш, шунингдек, бармоқлар билан сурилган бўлақларни тўғридан-тўғри босиш билан баргараф этилади, бироқ чўзиш ва репозиция пронация ҳолатидаги билакда ўтказилади, чунки бу ҳолатда юмалоқ пронаторнинг бўлақка таъсири йўқ қилинади. Бўлақнинг ротацион сурилишлари билакни сурилишга



151-расм. Елканинг дўнгчаларо синишида ёпиқ репозиция босқичлари.
а — орқага сурилишни йўқотиш;
б — олдинга сурилишни йўқотиш.

қарама-қарши томонга айлантириш йўли билан бартараф этилади. Комбинацияланган сурилишларда, биринчи навбатда, қўл фаолиятининг тикланиши учун муҳимроқ бўлган ротацион ва ён томонлама сурилишлар йўқ қилинади. Гипсли боғлам қўйишда билак тўғри бурчак остида озгина узоқлаштирилиб фиксация қилинади. Бўлакларнинг ротацион сурилишлари билакни сурилишга қарама-қарши томонга айлантириш йўли билан бартараф этилади.

Комбинацияланган сурилишларда, биринчи навбатда, қўл фаолиятининг тикланиши учун муҳимроқ бўлган ротацион ва ён томонлама сурилишлар йўқ қилинади. Гипсли боғлам қўйишда билак тўғри бурчак остида озгина узоқлаштирилиб фиксация қилинади.

Ёпиқ репозициядан сўнг беморларга қараш масъулиятли вазифа ҳисобланади. Дастлабки кунларнинг ўзида қўлнинг эзилиш белгилари (оғриқ, шиш, бармоқлар актив ҳаракатининг чекланиши, маҳаллий ҳарорат ва панжа рангининг ўзгариши) пайдо бўлиши билан юмшоқ бинтни қирқиш, гипс боғлам четдаги босимни камайтириш ва қўлга юқори ҳолат бериш керак. Шишни тезроқ йўқотиш учун УВЧ тайинланади.

Репозициядан сўнг 4-5 кун ўтгач контрол рентгенограммлар қилинади, юмшоқ бинт алмаштирилади, чунки бу вақтга келиб шиш йўқолади ва гипсли боғлам бир оз бўшашади. Ёпиқ репозициядан кейин фиксация муддатлари боланинг ёшига ва бўлакларнинг ҳолатига боғлиқ: 7 ёшгача – 10-12 кун, 7 дан 16 ёшгача – 12-16 кун. Бундан узоқ давом қиладиган фиксация кейинчалик ҳаракатларнинг турғун чекланишига олиб келади. Гипсли боғламни контрол рентгенограммадан кейин (гипс боғламисиз) ечилади.

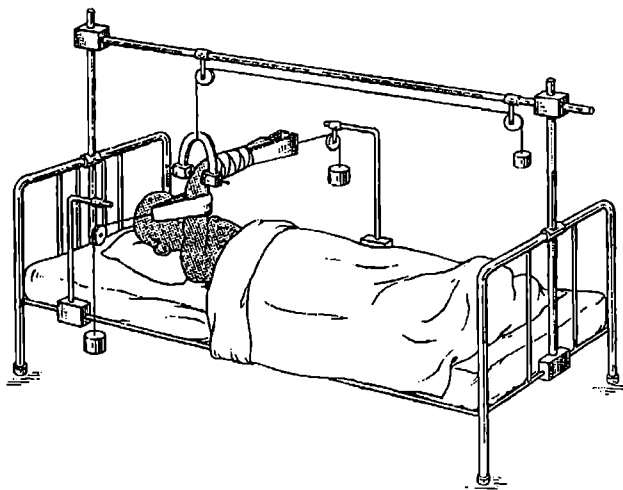
Агар қадоқ яхши кўринмаса ёки кам бўлса, боғламни яна 3-4 кунга қолдирилади. Гипс ечилгандан сўнг 1-2 кун ичида касал қўли рўмолга осиб юрилади.

Суякдан тортиш усули билан даволаш очиқ синишларда ёки елка ва тирсак бўғими соҳасида жароҳат бўлганда, одатда камдан-кам ўтказилади. Тирсак суягининг проксимал метафизи орқали Киришнер кегайи ўтказилади ва ЦИТО скобаси билан маҳкамланади. Блоклар системаси билан узунасига ва ён томонларига оғирлик қўйиб, сурилишни катта одамдаги каби тўғриланади (152-расм). Ёзилган синишлар билакка 90°дан кичик бурчак остида букилган ҳолат берилади, букилган синишда эса қўлни ёзилган ҳолатида пастга сурилган бўлакка қўшимча оғирлик беради.

Букилган синишда 8-10 кун ўтгандан сўнг билакка функционал қулай ҳолат берилади. Чўзиш муддати 2 дан 3 ҳафтагача ўзгариб туради.

Томир-нерв дастаси шикастланган ҳолларда, очиқ синишларда ва юмшоқ тўқималар суяк орасига кириб қолгандагина жарроҳлик усули қўлланилади.

152-расм. Елка суягининг дўнгчалараро ва дўнгча усти синишини суякдан тортиш усули билан даволаш.



Дўнгчалараро синишда одатда Киршнер кегайлари ёки узун инъекцион игналар билан, дўнгчалар усти синишида лавсан, кетгут чоклар ёки Киршнер кегайлари билан остеосинтез қилинади. Имобилизацияни панжа бармоқларидан то елканинг учдан бир юқори қисмигача амалга оширилади. Билакни тўғри бурчак остида букилади ва енгил супинация ҳолати берилади.

Елка суягининг дўнгчалараро ва дўнгчалар усти дан синишининг асоратлари. Шикаст пайтида олинган асоратлар фарқ қилинади. Улардан нерв стволи (ўзаги) нинг шикастланиши энг кўп учрайди. Одатда, нервларнинг тўлиқ анатомик узилиши кузатилмайди. Елка артериясининг шикастланишлари камдан-кам учрайди, томирларнинг бўлақлардан эзилиши 3% ҳолларгача кузатилади. Ўз вақтида ва тўғри бажарилган репозицияда шикастланган нервларнинг тикланишини тезлаштиради, қон таъминотини нормаллаштиради.

Репозициядан кейинги биринчи кунларда пайдо бўладиган асоратлар тирсак бўғими ва билакнинг фиксация қилиб турган боғламдан ҳаддан ташқари эзилиши ёки кўпайиб бораётган гематомадан бўлади. Бу гуруҳдаги энг оғир асоратлар Фолькманнинг ишемик контрактураси ва тўқималар некрози ҳисобланади. Тўқималарнинг боғламдан босилишини ўз вақтида озод қилиш (уни қирққш йўли билан) бундай асоратларнинг олдини олишга ёрдам беради.

Кечиккан асоратлар: капсула-бойлам аппаратининг оссификацияси, оссификацияловчи миозит, болаларда дўнгчалараро синишда сохта артроз ҳосил бўлиши камдан-кам учрайди. Тирсак бўғими соҳасида юмшоқ тўқималар оссификациясини профилактика қилиш учун жойига солишда кўпол ҳаракатлар қилишдан сақланиш ва ЛФК машғулотлари бошланишидан мажбурий пассив ҳаракатлар қилмаслик

керак. Синиш соҳасини массаж қилиш оссификациясига сабаб бўлиши мумкин.

Елка суягининг дўнгчалар усти тепасидан синиши. 8 ёшдан 14 ёшгача бўлган ўсмирларда ўзига хос шикастланиш ҳисобланиб, апофизеолизларга киради. Кўпчилик ҳолларда синиш текислиги апофизар тоғай зонасидан ўтади.

Ўсиш зонасининг синиш ва шикастланишлари — елка ички дўнгча усти апофизеолизи кўл билан йиқилиш вақтида, тирсак бўғими ҳаддан ташқари ёзилган ҳолатда бўлганда ва билакнинг валгус ҳолатида юз беради. Медиал дўнгча устининг узилиши ва унинг сурилиши ички ён бойламининг чўзилиши ва дўнгча устига ёпишадиган катта мушаклар гуруҳининг қисқариши билан боғлиқ. Аксарият болаларда елка суяги ички дўнгчаси устининг узилиши тирсак бўғимида билак суякларининг чиқиши билан бирга учрайди. Ички дўнгча усти бўғим капсуласидан ташқарида жойлашган ва шунинг учун унинг узилиши бўғим олдидаги синишларига киради. Бироқ медиал дўнгча устининг билак суяларининг чиқиши билан бирга узилиб синишида бойлам-капсула аппаратининг йиртилиши содир бўлади ва сурилган суяк бўлаги тирсак бўғимининг бўшлиғига кириб қолиши мумкин, бу елка ва тирсак суякларининг бўғим юзалари орасида апофизнинг эзилиб қолишига олиб келади.

К л и н и к а. Дўнгчалар тепасини қанчалик кўчганлигига ёки билак суягининг чиқишига боғлиқ. Кўл мажбурий ҳолатида туради: чала ярим тирсак бўғимида букилган, билак енгил пронацияланган. Бўғим атрофида шиш ва қон куйилиши бўлади. Гюнтер учбурчаги деформацияланган. Билак ўқи ташқарига қараган. Тирсак бўғими ва елка блок суяги орасида бўлақларни сиқилиши тирсак бўғимида ҳаракатини йўқлиги билан характерланади. Ички дўнгчалар тепасини узилиши билак чиқиши билан бирга учраса — чиқиш симптоми юқори туради.

Рентген аниқ ташхис қўйишда ёрдам беради. Дўнгчалар тепасини кўчишсиз синишини аниқ билиш мумкин, агарда метафизни суяк пластинкасини четки кўчиши бўлса, эпифизар тоғайча бириккан. Ички дўнгчалар тепасини бўғим ичига кўчиши ва бўғимлар орасида эзилиши кўпинча рентгенда аниқ кўринмайди. Агарда кўчган бўлақчани елка суяк блокани ядроси деб ҳисобланса, ташхис хато бўлади. Агарда рентгенда ички дўнгчалар тепаси жойида кўринмаса ва бўғим атрофидаги юмшоқ тўқималарда ҳам — у ҳолда гипсиз такоран текширилади ва кўлнинг соғ томони ҳам солиштириш учун текширилади.

Д а в о л а ш. Кўчишсиз ёки озгина кўчиш билан бўлган синишларда гипсли боғламни ўрта физиологик ҳолатда кафт суягининг бошчасидан то елкани тепа уч қисмигача 10-14 кунга қўйилади.

Ички дўнгчалар тепаси ўқи бўйича кўчганда, 15° ротация билан бурчак остида бўлса, ёпиқ репозиция кўрсатилган.

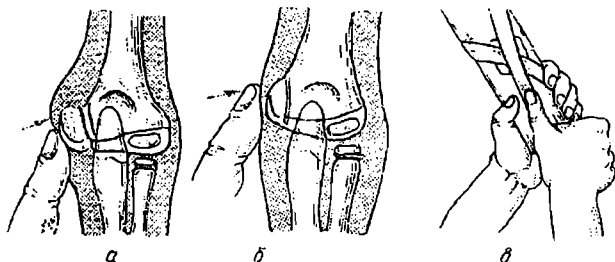
Репозиция техникаси. Шикастланган қўл енгил букилади. Билак супринация ва пронация орасида ўрта ҳолатга қўйилади. Жарроҳ бир қўли билан беморни елкасини фиксациялайди, бошқа қўли билан билакни тепа уч қисмини шундай ҳисоб билан: 1-бармоқ дўнгчалар тепасига қўйилади (уни тери тагидан пайпаслаб кўрса бўлади). Кейин билакни тирсак томонга суради ва бир вақтда бармоқлар билан кўчган дўнгчалар тепасига босади, уни елка суяк чуқурчасига яқинлаштиради. Дўнгчалар тепасидаги ҳолат докали валик орқали босим ушлаб турилади, ёрдамчи терига лейкопластир билан фиксациялайди (153-расм).

Гипсли боғлам енгил супинация ва билакни букилган ҳолатида 100° - 110 бурчак остида қўйилади.

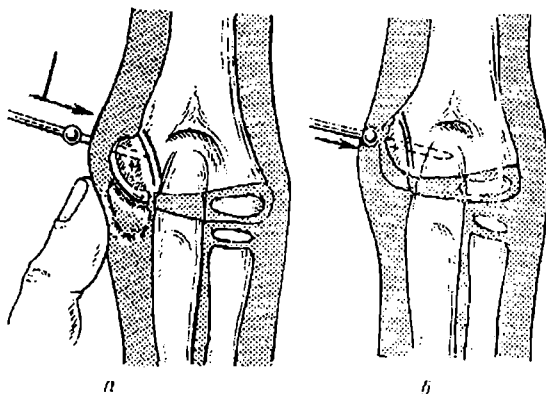
Г.А.Баиров таклиф қилган жарроҳлик усули — бу тери орқали дўнгчалар тепасини кўчганлигини «тешиб тўғриланади». Жарроҳ скальпел билан бўлақлар устидан терини кесади ва унга кегай киргизилади. Бўлақлар ҳолати ЭОП экрани ёки рентген орқали назорат қилинади, кегай ричакка ўхшаб, бўлақни солиштириб ва елка дўнгчаларига фиксация қилиб қўйилади (154-расм).

Очиқ репозицияни бўлақлар ротацияси 180° бўлганда ёки дўнг устининг бўғимда эзилиб қолганда бажарилади. Тирсак нервини ревизия қилиш керак. Кўз билан текшириб, бўлақни репозиция қилинади ва тери орқали кегай билан остеосинтез қилинади. Кегайни

153-расм. Медиал дўнг усти тепалиги синишининг ёпиқ усулдаги репозицияси. *а, б* — репозиция босқичлари; *в* — бўлақчани лейкопластир билан фиксациялаш.



154-расм. Медиал дўнг усти тепалигининг терн орқали тешишда жарроҳлик усули. *а* — кегай ёрдамида бўлақни репозиция қилиш; *б* — бўлақни елканинг дўнгига маҳкамлаш.



7-10 кундан кейин, боғламни олмасдан олиб ташланади. Иммобилизация муддати 14-16 кун.

Елка суягининг ташқи дўнглар тепасини синиши эпифизиолизи. Кам учрайди, асосан 10-13 ёшли болаларда.

К л и н и к а. Тирсак бўғимининг ташқи устида оғриқ ва қон қуйилиши аниқланади. Синиш кўчиш билан бўлганда билакда варус ҳолати сезилади. Синиш кўчишсиз бўлганда ташқари дўнгалар тепасида тирсак бўғимидаги билинадиган нуқталарни ораси ўзгармайди. Агарда синиш билак чиқиши билан бирга қўшилса, у ҳолда биринчи ўринда билакни чиқиш клиникаси туради. Рентгенограмма ҳар доим ҳам тўғри ташхис бермайди. Болаларда ташқи дўнгалар тепасини ядро қотиши апофизар тоғай билан бўлинган, агарда синиш йўли ундан ўтган бўлса, рентгенограммада синиш яхши кўринмайди. Шунинг учун клиникага катта аҳамият бериш керак.

Д а в о л а ш. Елканинг ички дўнча устининг синишидаги қоидалар бўйича ўтказилади.

Елка суяги бошчасимон тепасининг синиши. Болаларда бўғим ичидан синиш ҳисобланади ва кўпинча 4 дан 10 ёшгача бўлган болаларда учрайди. Синиш, одатда, шикастнинг бавосита механизми билан боғлиқ, бола ёзилган қўли билан йиқилади ва бунда асосий куч билан суягининг бўйлама ўқи бўйича тирсак бўғимига тушади. Бу суякнинг бошчаси бошчасимон баландликка тиралади, елка суякнинг дистал метаэпифизининг кўп ёки камроқ қисмини ташқи томондан тешади ва суяк бўлаги сурилади.

Агар синиш чизиги фақат ўсиш зонасидан ўтса, гап бошчасимон бандлик ҳақида боради, бироқ «соф» эпифизеозис нисбатан кам ҳолларда кузатилади. Аксарият синиш текислиги елка суягининг дистал метаэпифизи орқали қийшиқ йўналишда (ташқаридан ва юқоридан, пастдан ва ичкарига) боради.

Суяк бўлаги, одатда, ташқарига ва пастга (камроқ юқорига) сурилади, шунингдек, бошчасимон баландликнинг 90°гача ва баъзан 180°гача ротацияси кузатилади. Сўнгги ҳодисада суяк бўлаги ўз тоғай юзаси билан елка суягининг шиш текислигига томон чиққараган бўлади. Суяк бўлагининг бундай кўп айланиши, биринчидан, зарба кучи йўналишига ва иккинчидан ташқи дўнча устига ёпишадиган ёзадиган мушакларининг катта гуруҳи тортишига боғлиқ бўлади.

К л и н и к а. Шикастланган қўл ярим букилган ҳолатда, билак пронацияланган. Бўғим контурлари шиш ва гемартроз ҳисобига текисланган. Қўл ёзилган ҳолатда турганда билакнинг вальгусли силжишини кўриш мумкин. Тирсак бўғимида ҳаракат қилишга уриниб кўрилганда қаттиқ оғриқ пайдо бўлади.

Рентгенологик текшириш бўлақларнинг сурилиш даражаси ва туринигина эмас, балки даволаш тактикаси тўғрисидаги мосламани ҳал қилишга ҳам ёрдам беради.

Д а в о л а ш. Елка суягининг бошчасимон баландлиги сурилмасдан синганда кафт суякларидан то елканинг учдан бир юқори қисмигача ўртача физиологик ҳолат 10 дан 14 кунгача гипсли боғлам қўйилади, шундан сўнг бўғим фаолияти тиклангунга қадар ЛФК ва физиотерапевтик муолажалар қилишга киришилади.

Озгина сурилиш ва суяк бўлагининг 45-60° гача ротацияси бўлган бошчасимон баландлиги синишида (эпифизеолиз, метаэпифизеолиз) консерватив усулда тўғрилашга уриниб кўрадилар. Репозиция вақтида (бўғим чуқурчасини очиш мақсадида) тирсак бўғимига варус ҳолат берилади, шундан кейин суяк бўлагига юқоридан пастга ва ташқаридан ичкарига босган ҳолда тўғрилаш амалга оширилади. Яхши адаптация бўлганда қўлни гипсли боғлам билан фиксация қилинади.

Репозиция яхши натижа бермаса, жарроҳлик усули билан даволанади. Суяк бўлаги сурилганда ва репозицияси 60° дан ортиқ бўлганда ҳам очиқ репозиция қилиниши керак, чунки бундай ҳолларда қонсиз тўғрилашга уриниш деярли ҳаммавақт натижасиз чиқади, бундан ташқари, нокерак манипуляциялар вақтида юмшоқ тўқималарга кўпроқ шикаст етиши мумкин. Кўз назорати остида суяк бўлаклари қунт билан жойига солиниб, Кишнер кегайи билан остеосинтез қилинади. 2-3 ҳафтагача гипсли боғлам қўйилади, шундан сўнг кегай олиб ташланади ва тиклайдиган даволаш усулига ўтилади.

Елка суяги блокнининг чекланган синиши (эпифизеолиз ва метафизеолиз). Камдан-кам учрайди. Травма механизми юқоридан санаб ўтилган шикастланиш турларига ўхшайди.

К л и н и к а. Бўлаги кўпроқ сурилган синишларда тирсак бўғимида елканинг босқичсимон қийшайган деформацияси ва Гюнтер учбурчагининг деформацияси аниқланади. Елканинг бўйлама ўқи ўртасидан ичкарига қараган бурчак остида эпикондиляр чизиқни ташқи томонга кесиб ўтади.

Рентгенограммаларни таҳлил қилишда болаларда елка суяги блокнининг суякланиш ядроси, кўпинча, бир неча фрагментлардан иборат бўлиб, уларни бўлаklar деб ўйлаш мумкинлигини ҳисобга олиш лозим.

Елка суяги блокнининг чекланган синиши одатда бўлакнинг кўп сурилиши билан ўтмайди ва шунинг учун репозиция қилишни талаб этмайди. Бундай ҳолларда боғлам билан фиксация қилиш кўпроқ муддат (2 ҳафтагача) давом этади.

Ё п и қ р е п о з и ц и я т е х н и к а с и. Ёрдамчи бемор елкасини фиксация қилади. Жарроҳ бир қўли билан билак ўқи бўйича тракция қилади, айни вақтда, бўлакларни яқинлаштириб, бўш турган қўлининг бармоқлари билан эса сурилган суяк фрагментига коррекция қиладиган босим кўрсатади. Эришилган ҳолат дўнгчалар усти соҳасини бармоқлар билан тўхтовсиз босиб турган ҳолда фиксация қилинади. Билакни 100-110° гача бурчак остида буқилади, шундан кейин бармоқлардан то елканинг учдан бир юқори қисмигача билакнинг супинация ва

яқинлаштирилган ҳолатида гипсли боғлам қўйилади. Гипсли боғлам 14-16 кундан кейин ечилади ва ЛФК га киришилади.

Комбинацияланган синишлар. Фоят турли-туман, бироқ болаларда катталарга нисбатан камроқ учрайди. Бошчасимон баландлик билан ташқи дўнгча усти синиши, шунингдек, елка суяги блоки билан ички дўнгча усти синиши энг кўп бирга учрайди. Бу синишлар клиникаси мураккаб. Одатда, бўғимга қон қуйилганлиги, кескин шиш ва ҳаракатларнинг чекланганлиги қайд қилинади. Ташхис қўйиш учун рентгенография зарур.

Бундай синишларни даволашда бўғим юзалари конгруэнтлигини тиклаш асосий вазифа ҳисобланади. қўлда репозиция қилиш наф бермаганда тирсак ўсимтасидан тортиш қўлланилади. Бўлакларни суякдан тортиб репозиция қилишга дастлабки 2-3 кунда эришиб бўлмаган ҳолларда жарроҳлик усулини қўллаш даркор.

Чақалоқларда елка суягининг травматик эпифизеолизи. Елка проксимал бўлимнинг эпифизеолизи ниҳоятда кам учратилади, туғруқлар вақтида елка дистал эпифизининг шикастланиши бирмунча кўп учрайди. Суяк бўлаклари сурилмаган эпифизеолизга ташхис қўйиш энг қийин.

К л и н и к а. Қўлнинг ҳолати мажбурий - қўл ёзилган ҳолатда, билакда актив ҳаракатлар йўқ. Пассив ҳаракатлар оғриққа сабаб бўлади. Кўздан кечирилганда юмшоқ тўқималарнинг маҳаллий шишига аҳамият берилади, кўпинча, тери ости гематомаси аниқланади. Бўлаги сурилган эпифизеолизда билакнинг учдан бир пастки қисмида елка ўқининг деформацияси кўриниб туради. Бўғим соҳасида пайпаслаб кўриш оғриқ чақиради. Патологик ҳаракатчанлик дастлабки. 2 кунда аниқланиши эҳтимол. Дастлабки эпифизнинг сурилиши нервлар ва томирларнинг эзилишига сабаб бўлиши мумкин, шунинг учун билак ва панжа терисининг рангига, билак артерияси пульсациясининг шикастланмаган қўлга нисбатан ўзгарганлигига баҳо бериш зарур. Нерв шохларининг шикастланмаганлигини аниқлаш учун кунт билан неврологик текширув ўтказиш зарур.

Гематома сурилгандан ва шиш камайгандан кейин (5-6 кунга келиб) елка дистал бўлимнинг деформацияси аниқ кўриниб туради. Одатда, дистал эпифиз ичкарига силжиб, елканинг учдан бир дистал қисмининг варус деформациясига сабаб бўлади.

Рентгенологик текшириш узил-кесил ташхис қўйишга имкон беради. Кичик ёшдаги болаларда (3-6 ёш) синишни аниқлаш жуда қийин, бунда шикастланиш одатда эпифизеолиз характериға эға бўлади. Бу ёшда ички дўнгча усти (апофиз) нинг суякланиш ядроси кичик ўлчамларда, юмалоқ шаклда бўлади ва елка суягининг дўнгчасидан нисбатан катта масофада кўринади. Синиш шикастланмаган қўлнинг симметрик сурати билан таққосланганда муайян даражада ишонарли аниқланиши мумкин: шикаст бўлган томонда суякланиш ядроси билан елка суяги

метафизи ўртасидаги масофа узайган бўлади. Бунда каттароқ ёшдаги болаларда бўлаги ҳатто озгина сурилган эпифизеолиз рентгенограммада одатда солиштириладиган суратларсиз кўриниб туради.

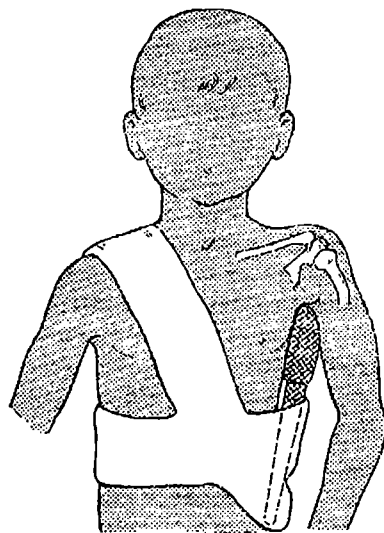
Бола ҳаётининг дастлабки кунларида сурилмаган эпифизеолизни рентген диагностика қилиш эпифизлар соҳасида суяк тўқимаси йўқлигидан амалда мумкин эмас. Туғилишдан кейин 7-10 кунларга келиб, суяк устки пардаси кўчган томонда гематома оссификациясининг бошланиши аниқланади.

Бўлаклари сурилган эпифизеолиз рентген текширувида билак суяклари проксимал учларининг ўзига хос ҳолати бўйича аниқланади, улар елка суягининг дистал эпифиз билан бирга сурилади. Кўпинча, дистал эпифизнинг бундай сурилишини билакнинг чиқиши деб ўйлайдилар.

Клиник ва рентгенологик кўринишларни таққослаш узил-кесил ташхис қўйишга ёрдам беради. Елканинг бўлаклари сурилган эпифизеолизни ўз вақтида диагностика қилишнинг муҳимлиги шундаки, ёпиқ репозицияни бола ҳаётининг фақат дастлабки 2 кунда ўтказиш мумкин.

Д а в о л а ш. Туғруқ эпифизеолизларида даволаш туғруқхонада ўтказилиши керак. Сурилмаган ёки озгина сурилган эпифизеолизда қўл 5-7 кунга, юмшоқ шина билан (гипс, поливик, картон) тирсак бўғимининг ёзилган ҳолатида фиксация қилинади (155-расм). Бўлаклари силжиган эпифизеолизда репозицияни елка суягининг тери остидан чиқиб турган дистал метафизи учини сурилган эпифизни бармоқлар билан жуда эҳтиёткорона босган ҳолда ўтказиш лозим. Қўл тирсак бўғимининг ёзилган ҳолатида 7-9 кун мобайнида енгил шина билан фиксация қилинади. Кўпчилик болалар диспансер кузатувида бўлишлари керак. Тирсак ўсимтасинининг синиши. Кўпроқ ёши каттароқ болаларда тўғридан-тўғри травма вақтида юз беради.

К л и н и к а. Катта одамлардаги ҳудди шундай шикастланишларга жуда ўхшайди: тирсак бўғимининг орқа юзасида шиш, тери остида гематома, бўлаги сурилган синишда Гюнтер учбурчагининг деформацияси қайд этилади; пайпаслаганда бўлаклар ўртасида диастаз аниқланиши мумкин. Билакни актив ёзишни синаб кўриш бўлакнинг силжиши мумкинлиги сабабли ҳавфлидир. Рентгенологик текшириш ташхисни аниқлаш имконини беради. Болалар



155-расм. Поливикдан ясалган Шпитци шинаси билан қўлни фиксация қилиш.

ўсаётган даврда тирсак ўсимтасининг суякланиш ядроси иккита ёки бир неча фрагментлардан иборат бўлиши мумкинлигини назарда тутиш лозим. Уларни баъзан янглишиб бўлаклар деб ўйлайдилар. Солишгирма ташхис қилиш учун шикастланмаган бўғимни рентгенограмма қилинади.

Д а в о л а ш. Тирсак ўсимтасининг сурилмай ёки кам сурилиб (3-4 мм гача) синишида даволаш қўлни бармоқлардан то елканинг учдан бир юқори қисмигача елкани 100-110° бурчак остида букилган ва билакни супинация ҳолатида гипсли боғлам билан (10-12 кунга) фиксация қилишдан иборат. Физиотерапевтик муолажалар тайинланади. Гипсли боғлам ечилгандан кейин тирсак бўғимида ҳаракатлар қилиш бошланади, ҳаракатлар 2-3 ҳафта ўтгач тикланади. Бўлаклари сурилган синишларда тирсак бўғимини 170-180° бурчак остида ёзилган ҳолатида бир моментли репозиция ўтказилади. Агар назорат рентгенограммада бўлакларнинг ҳолати қониқарли бўлса, 3 ҳафта ўтгач гипсли боғлам ечилади.

Бўлаклар орасида 0,5 см дан кўп диастаз бўлганда, шунингдек, тирсак ўсимтаси узилган комбинацияланган синиб-сиқишларда жарроҳлик амалиёти қўлланилиши керак. Остеосинтез одатда П-симон лавсан ёки ипакдан тайёрланган чок кўйиш йўли билан амалга оширилади.

Тирсак суяги тожсимон ўсимтасининг синиши. Болаларда камдан-кам учрайди.

К л и н и к а. Болалар шикастланган бўғимдаги ўртача оғриқдан нолийдилар, оғриқ қўлни букиш ва ёзишда бирмунча кучаяди. Бўғим шакли ўзгармаган. Пайпаслаб кўрилганда тирсак букимида оғрийдиган нуқтани аниқласа бўлади, бу одатда синишга шубҳа туғдиради. Рентгенологик текшириш бошқа суякларнинг соялари устма-уст тушиши сабабли қийинлашган. Қўлни билак пронация ўртасидаги ўртача ҳолат эгаллайдиган қилиб кўйилади. Тирсак бўғими деярли бутунлай ёзилган (160° бурчак остида). Шубҳали ҳолларда шикастланмаган бўғим рентгенография қилинади.

Д а в о л а ш. Қўлни функционал қулай ҳолатда иммобилизация қилишдан иборат. Агар бўлак тирсак суягидан оз-моз қочган бўлса, гипсли боғламни билакка имкон борича букилган ҳолатида қўйилади. Боғлам остида эзилиш туфайли қон айланишининг бузилиш имконияти ниҳоятда кам, чунки синиш кўп миқдорда қўйилиши ва шиш билан ўтмайди. Фиксация муддати 10-12 кун. Тирсак бўғимида ҳаракатлар гипс ечилгандан сўнг тез (1-2 ҳафтада) тикланади.

Билак суяги бошчасининг синиши (эпиметафизар синиши). Аксарият билвосита травмада: қўл билан йиқилганда рўй беради. Катта одамлардан фарқли равишда болаларда синиш чизиғи билак суягининг проксимал метафизи соҳасида кўндаланг йўналишда ўтади.

Шикастланишнинг бошқа варианты эпифизеозис бўлиши мумкин: билак суягининг бошчаси сирпаниши оқибатида ўсиш зонаси

шикастланади. Агар синиш чизиғи қисман ўсиш зонаси бўйича ўтиб, метафиз шикастланадиган бўлса, остеоэпифизолиз пайдо бўлади.

К л и н и к а. Қўлнинг ҳолати мажбурий: билак пронацияланган ва чала ярим букилган. Травмадан сўнг дастлабки соатларда маҳаллий шишни аниқлаш мумкин, кейинчалик у бутун бўғимга тарқалади. Пайпасланганда бўғим ташқи юзаси бўйлаб яққол оғриқ аниқланади. Синишнинг бу тури учун букиш ва ёзишнинг сақланиб қолганлиги ва ротацион ҳаракатларни — супинация ва пронацияни қила олмаслик хос. Сурилган бошчани унинг тўлиқ чиқишидагина пайпаслаб кўриш мумкин. Кўздан кечирилганда периферик нервларнинг ҳолатига катта аҳамият бериш зарур, чунки кўпинча билак нервининг травматик неврити пайдо бўлади.

С о л и ш т и р м а (д и ф ф е р е н ц и а л) т а ш х и с. Бойлам аппаратининг шикастланиши ва тирсак бўғимининг эзилиши ўртасидаги солиштирма ташхис, айниқса, қўлнинг типик ҳолатида бажарилган рентгенограммаларга асосан олиб борилади. Билак суяги бошчасининг эпифизолизини фақат расмларда аниқлаш мумкин. Бошчанинги ўсиш зонаси бўйлаб ёки метафизининг бир қисми билан сирпаниши рўй беради (остеоэпифизолиз).

Д а в о л а ш. Билак суяги бошчасининг синишида, сурилмаган ва суякнинг 1/4 диаметригача сурилган эпифизолизида ёки билак суягининг бошчаси бошчасимон баландликка нисбатан 15° гача бўлган бурчак остида сурилганда репозиция талаб этилмайди. Гипсли боғламни кафт суяқдарининг бошчаларидан то 100–110° бурчак остида букилган ва супинациядаги билакнинг 1/3 юқори қисмигача 10–12 кунга қўйилади. Тирсак бўғимидаги ҳаракатларнинг тўлиқ ҳажми гипс ечилгандан кейин 2–3 ҳафта ўтгач тикланади.

Юқорида кўрсатилганидан кўпроқ сурилган синишларда репозиция қилиш буюрилади, чунки сурилиш бартараф қилинмаса, бола ўсган сайин қўлининг деформациясига ва қўл функциясининг бузилишига сабаб бўлади.

Свинухов усули бўйича репозиция техникаси. Наркоз остида жарроҳ ўқ бўйича пастга тортиб ва билак билан тўлиқ ротацион ҳаракатлар қилади. 10–12 та шундай ҳаракатлардан кейин билакни тўлиқ пронация ҳолатига ўтказилади, айна вақтда, уни 180° гача ёзилади, сўнгра тўғри бурчакка қадар букилади ва гипсли боғлам қўйилади (156-расм). Агар икки марта қилинган репозиция бўлақларнинг вазиятини яхшилаш олмаса ва суяк 1/3 диаметридан кўп кўндаланг сурилиш қолса, жарроҳлик усулини қўллаш керак.

Г.А.Баиров усули бўйича тери ости репозиция техникаси. Ўткир учли скальпел билан тирсак бўғимининг орқа-ташқи юзаси бўйлаб билак суягининг сурилган бошчаси сатҳида тешилади. Ингичка зондни (диаметри 3 мм гача) тешик орқали синган жойгача киритилади. Зондни ричаг каби ишлатиб, бошчасини тўғри вазиятда ўрнатилади ва зонд

Иккала суяклар синганда бўлақларнинг узунасига ва энига — суяклараро оралиқ томонга сурилиши рўй беради. Бунда типик бурчаксимон деформация пайдо бўлади. Пронатор мушаклар кучининг катталиги туфайли дистал бўлақлар панжа билан бирга пронация ҳолатни эгаллайди. Агар елка суягининг синиш чизиғи думалоқ пронатор ёпишган жойнинг юқорисидан ўтса, бу ҳолда марказий бўлақ супинацияланади ва елканинг икки бошли мушаги қисқаришидан олдинга сурилади.

К л и н и к а. Кўздан кечириш вақтида соҳадаги шиш аниқланади. «Яшил новда» типидagi синишда, бўлақлари сурилмаган суяк устки пардасининг ости синганда ўқнинг деформацияси ва қўлнинг қисқариши кузатилмайди. Синишнинг ишонарли белгиларидан ўқи бўйича юк берилганда оғриқли симптом мусбатдир.

Билакнинг иккала суяклари сурилиб синганда ўқнинг бурчаксимон деформациясини аниқлаш мумкин: бурчак ташқи томонга очилган, билакнинг ҳақиқатан қисқарганлиги аниқланади. Актив ҳаракатлар — букиш ва ёзиш — чекланган, билакда ротацион ҳаракатларни эса бажариш мумкин эмас. Тирсак суяги пайпасланганда қийшайган ўқ устида зинапоясимон деформация аниқланади. Патологик ҳаракатчанликнинг махсус симптомлари ва суяк крeпитацияси аниқланмайди. Рентгенологик текшириш ташхисни аниқлашга имкон беради.

Д а в о л а ш. «Яшил новда» типидagi синишда ва бўлақлари сурилмаган суяк устки пардасининг остидаги синишда бармоқлар асосидан елканинг учдан бир юқори қисмигача функционал қулай ҳолатда қўлга 2-3 ҳафтага гипсли боғлам қўйилади. Бурчак деформацияси бўлган чала синишларда репозиция қилиш буюрилади.

Ёпиқ репозиция техникаси. Жарроҳ билакни иккала қўли билан ушлаб, деформация учини бармоқлари билан босади ва аста-секин периферик бўлақларини панжа билан бирга гиперкоррекция ҳолатига олиб келади. Бунда, одатда, эгилган кортикал пластинканинг ёрилганлигидан дарак берадиган «шилқ» этган енгил товуш аниқланади. Шикастланмаган эгилган кортика пластинканинг эластик қаршилиги туфайли бурчакдан сурилиш қайталанмаслиги учун, дастлаб қаралганда, травматик бўлган бу манипуляция зарур. Репозициядан кейин қўл 3 ҳафтага гипсли боғлам била фиксация қилинади.

Иккала билак суякларининг бирга сурилган синишини даволаш муайян қийинчиликлар билан ўтади. Репозиция ҳаммавақт умумий оғриқсизлантириб ўтказилади. Аввалига аста-секин узунасига сурилган бўлақлар жойига солинади.

Билак суяги учдан бир юқори қисмида синганда (думалоқ пронатор ёпишган жойдан юқорида) репозицияни пронация ҳолатига билакда, учдан бир ўрта қисми синганда — билакнинг ўртача ҳолатида, учдан бир пастки қисми синганда — супинация ҳолатида амалга оширилади. Фиксацияни билакнинг бўлақлар бир-бирига нисбатан яхши

жойлашадиган ҳолатларида амалга оширилиб, гипсли боғлам бармоқлар асосидан елканнинг учдан бир юқори қисмигача қўйилади.

Билакнинг иккала суяклари учдан бир ўрта ва пастки қисмларда битта сатҳда тўлиқ сурилиб синганда репозицияда энг кам қийинчиликлар пайдо бўлади.

Баиров бўйича репозиция техникаси. Бўлақларнинг узунасига сурилиши бартараф қилингандан кейин жарроҳ I бармоқларини билак юзасининг дистал бўлақлари томонига сурилган суяқларнинг учларига мос келадиган юзага қўяди. Шундан сўнг шикастланган қўлнинг дистал қисмини юмшоқ босиб, синган жойда букади ва бўлақларни суякнинг проксимал бўлимига тўмтоқ ёки тўғри бурчак остида ўрнатади (158-расм, а). Шундай қилиб, «узунасига» сурилиш «бурчак» остига сурилишга ўтказилади. жарроҳ бўлақларнинг учларини суякнинг дистал фрагментларига қўлни синган жойдан пастда ушлаб турган панжанинг I бармоғи билан босиб яқинлаштиради (158-расм, б). Суяк бўлақлари синишнинг чети бўйича яқинлашиши ҳамано ҳосил бўлган бурчак деформациясини йўқ қилиб, дарҳол қўл ўқини юмшоқ текисланади (158-расм, в). Фиксацияни 3-4 ҳафта муддатга бармоқлар асосидан то елканнинг учдан бир юқори қисмигача гипсли боғлам билан амалга оширилади.

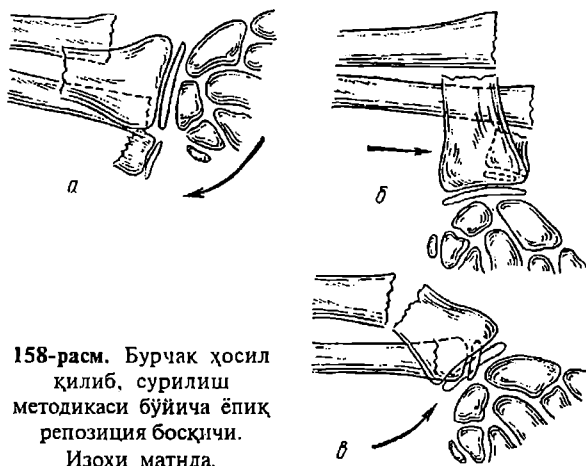
Билакнинг диафизар синишларида жарроҳлик усули камдан-кам қўлланилади. Ўсиш жараёнида ортиқча периостал қадоқ сўрилиб кетади, билак суяқларининг шакли эса бола ўса борган сайин тўғриланиб кетади.

БИЛАКНИНГ СИНИБ-ЧИҚИШЛАРИ

Булар қўл функциясининг кўпол бузилишларига олиб келадиган энг оғир шикастланишлар ҳисобланади. Уларга Монтеджи ва Галеаши

синишларини кири-тадилар. Бу шикастланишлар болаларда кам учрайди: ҳамма билак шикастланишларининг 1,5 дан 3% гача бўлган қисмини ташкил қилади. Улар каттароқ ёш гуруҳидан тўғридан-тўғри шикаст оқибатида кўпроқ рўй беради.

Монтеджи синиши. Билакнинг тирсак юзасига катта куч билан урилганда



158-расм. Бурчак ҳосил қилиб, сурилиш методикаси бўйича ёпиқ репозиция босқичи. Изоҳи матида.

пайдо бўлади ва тирсак суягининг синиши билак суяги бошчасининг чиқиши билан бирга учраши билан тавсифланади. Диагностик ҳолатлар тез-тез бўлиб туради, чунки биринчи галда билак суяги бошчасининг чиқиши мумкинлиги ҳақида унутиб, тирсак суягининг синишига аҳамият берилади.

К л и н и к а. Қўлнинг ҳолати ўзига хос: у тирсак бўғимида оз-моз букилиб, тана бўйлаб пассив осилиб туради. Билак суягининг бошчаси олдинга сурилганда билак пронация ҳолатида, орқага сурилганда супинация ҳолати бўлади. Тирсак бўғимида актив ҳаракатлар йўқ, ротацион ҳаракатлар кескин чекланган. Тирсак бўғими соҳасида аниқ ифодаланган шиш ва қаттиқ оғриқ бўлади. Пайпаслаб кўрилганда билак суяги бошчаси тирсак чуқурчасида, елканнинг ташқи дўнгча устидан ташқарида ёки орқада аниқланади.

Тирсак суяги диафизининг синишига маҳаллий гематома, қаттиқ оғриқ, синган жойни пайпаслашда аниқланадиган зинапоясимон деформация бўйича осон ташхис қўйилади.

Билак-кафт ва тирсак бўғимларини қамраб олган рентгенограммаларни бажариш зарур шартлардан бири ҳисобланади.

Тирсак суягининг учдан бир ўрта ва юқори қисмларидан диафизар синиш диагностика қилинган ҳолларда ҳалқасимон бойламнинг билак суягининг чиқиши билан бирга шикастланиши мумкинлиги тўғрисида унутмаслик лозим.

Д а в о л а ш. Асосан консерватив усулда. Репозицияни наркоз остида қилинади.

Репозиция техникаси. Шикастланишнинг ҳар қандай типиди биринчи босқичда билак суяги бошчасининг чиқиши тўғриланади. У олдинги томонга чиққанда узунасига чўзилади, тўлиқ ёзилади ва билак супинация қилинади. Жарроҳ бармоқларини олдиндан орқага босиб, чиққан билак суяги бошчасини жойига солади, сўнгра эса бармоқларини тирсак суягининг деформация чўққисига қўяди ва бармоқларини худди шу йўналишда босиб, тирсак суяги бўлакларини репонация қилади. Сўнгра билак эҳтиётлик билан тўғри бурчакка қадар букилади ва орқа гипсли боғлам қўйилади. Билак суяги бошчаси орқага чиқиб шикастланганда ва билак суягининг эпиметафизар ёки диафизар синишида билакни айна вақтда ёзилган ҳолатида чўзилади. Катта бармоқлар билан билак суяги бошчасини орқадан олдинга ва ташқаридан ичкарига йўналишда босиб, чиқиш тўғриланади. Бунда бўлакларнинг узунасига сурилиши баргараф этилади. Қўлларининг ҳолатини ўзгартирмай, жарроҳ катта бармоқларини билак суягининг деформацияси чўққисига кўчиради ва бўлакларни босиш йўли билан уларнинг бурчак деформациясини ва энита сурилишини баргараф қилади. Шундан кейин билакни тўғри бурчаккача букилади ва гипсли боғлам қўйилади, сўнгра контрол рентгенография ўтказилади. билак суяги бошчасининг чиқиши тўлиқ тўғриланса, репозиция муваффақиятли чиққан деб ҳисобланади. Тирсак суяги бўлакларининг оз-моз силжиши йўл қўйса бўладиган ҳисобланади:

бурчакдан силжиши 15-20° гача, энига силжиши 1/2-1/3 диаметр. Агар 2 марта репозиция қилишдан сўнг билак суягининг бошчаси жойига тушмаса, жарроҳлик усули қўлланилиши керак.

Билак суяги бошчасининг чиқиши жарроҳлик усулида бартараф қилингандан кейин шикастланган ҳалқасимон бойламни кеттут билан тикилади. Тирсак суякнинг бўлаклари ёпиқ усулда тўғриланади. Ташқи иммобилизацияни гипсли боғлам билан амалга оширилади, олдинги типдаги шикастланишларда билакка супинация ва 80° бурчак остида букилган ҳолат бериледи, бошқа шикастланишларда 90-100° га тенг бурчак остида букилади. Фиксация муддати боланинг ёши га ва синиш жойига боғлиқ 5 ёшгача бўлган болаларда эпиметафизар синишларда — 14-18 кун, 5 ёшдан ошган болаларда — 18-22 кун; 5 ёшгача бўлган болаларда диафизар синишларда — 14-21 кун, 5 ёшдан ошган болаларда — 21-28 кун.

3 ш Галлеация синиши. Билак суяги диафизинининг учдан бир пастки ёки ўрта қисми синишининг тирсак суяги бошчасининг чиқиши билан бирга қўшилиб келиши ҳам болаларда камдан-кам (1 дан 2,5% гача) учрайди ва аксарият билвосита травма натижасида рўй беради. Одатда, бундай шикастланиш бола кафти билан йиқилганда содир бўлади, бунда билак суяги букилиш ҳисобига синади, билак ротацияси туфайли эса фиксацияланган панжа радиоўлнар бўғимининг бойлами шикастланади. Сўнгра учбурчак тоғайнинг бигизсимон ўсимта учи билан бирга ва тирсак суяги бошчасининг чиқиши кузатилади. Травманинг бундай меқанизми тирсак суяги бошчасининг чиқишига қараганда кўпроқ ҳолларда тирсак суяги учдан бир дистал қисмининг остеоэпифизолизига олиб келади.

К л и н и к а. Билак суягининг деформацияси, супинация-пронация ҳаракатларини бажара олмаслик етакчи симптомлардан бири ҳисобланади. Қўлнинг ҳолати мажбурий. Билак-кафт бўғимида актив ҳаракатлар қилиб бўлмайди ёки кескин чекланган. Билак-кафт бўғими соҳасида шиш ва пайпаслаб кўрилганда оғриқ аниқланади. Шикастланмаган билак-кафт бўғими билан солиштирилганда тирсак суяги бошчасининг сурилганлигини аниқласа бўлади. Рентгенографияни қўлга қатъий классик ҳолат берилиб ўтказиш лозим.

Д а в о л а ш. Умумий оғриқсизлантириш остида шошилич ёпиқ репозиция қилишдан иборат. Биринчи галда билак суяги бўлақларини узунасига чўзиб ва бурчак деформациясини Баиров бўйича бартараф қилиб сурилиш йўқотилади. Сўнгра бармоқларни кафт йўналишида босиб, тирсак суяги бошчасининг чиқишини бартараф этилади. Панжани имкон борича тирсак томонга бурилади. Қўлни бармоқлар асосидан то елканинг учдан бир юқори қисмигача функционал қулай шароитда гипсли боғлам билан фиксация қилинади. Шиш камайгандан кейин қайта сурилиш ҳавфи борлиги сабабли рентгенологик контрол қилинади.

Тирсак суяги бошчасининг чиқиши ёки чала чиқиши тўғриланмаганда билакда супинацион-пронацион ҳаракатларнинг кескин

чекланишига ва панжанинг варусли оғишига олиб келиши мумкин. Даволаш иммобилизацияси муддати 3-4 ҳафта.

Билак суягининг пастки метаэпифизининг шикастланиши. Болаларда кўп учрайди. Травманинг механизми одатдагидек: бола кафтга тиралиб, кўпинча кафт юзаси билан йиқилади. Билак суягининг травматик эпифизеолизи энг типик шикастланиш ҳисобланади. Сিনিш чизиғи метафиз орқали ҳам ўтган ҳолларда остеоэпифизеолиз бўлади. Билак суягининг остеоэпифизеолизи тирсак суягининг синиши ёки дистал бўлимининг эпифизеолизи, шунингдек, унинг бигизсимон ўсимгасининг узилиши билан бирга учраши мумкин. Одатда, дистал бўлак билакнинг орқа томонига сурилади.

К л и н и к а. Бўлаклари сурилган эпифизеолиз ва остеоэпифизеолизда билакнинг 1/3 дистал қисмида найзасимон ёки зинапоясимон деформация аниқланади. Бир неча соат ўтгандан кейин талайгина травматик шиш ривожланади. Бундай ҳолларда билак ўқининг кичик деформацияларини аниқлаш қийин. Рентгенограммалар бўлакларнинг сурилиш даражасига ва йўналишига баҳо беришга имкон беради.

Ўсиш зонасининг (эпифизеолиз) фрагментлар сурилмаган шикастланишига шубҳа туғилганда шикастланмаган қўлнинг расмини олиш мақсадга мувофиқ.

Д а в о л а ш. Сурилмаган ёки бўғим фасеткаси 10°гача орқа юзасига сурилган эпифизеолиз, остеоэпифизеолизда репозиция қилинмайди. Кафт суяклари бошчаларидан то билакнинг учдан бир юқори қисмигача панжанинг майин орқага букилган ҳолатида орқа гипсли боғлам қўйилади. Бўлаклар сурилиши бўлган сিনিш, остеоэпифизеолиз, эпифизеолизда «ортиқча букиш» репозицияси энг қулай. Синган жойни 1% новокаин эритмаси билан анестезия қилинади. Жарроҳ бир қўли билан елкани ушлаб туради ва I бармоғи билан билак суягининг дистал бўлагини фиксация қлади, иккинчи қўли билан эса ўқи бўйича чўзади ва панжани ёзади. Дистал фрагментга босилганда у марказий бўлак бўйича сирпанади ва сурилиш узунасига баргараф қилингандан кейин панжа букилган ҳолатга ўтказилади. Тўғрилланган бўлаклар орқа гипсли боғлам билан ушлаб турилади. Контрол рентгенограммалар бўйича билак суяғи бўғим юзасининг оғиш бурчағи ҳисоблаб чиқилади. Одатда иммобилизация муддати 3-4 ҳафтани ташкил қилади.

Билак суяғи эпифизеолизи ва остеоэпифизеолизида қунт билан репозиция қилишнинг зарурлиги билак суягининг узунасига ўсишининг бузилиш ҳавфи билан боғлиқ, бу Маделунг типигаги деформацияда юзга чиқиши мумкин.

КАФТ УСТИ ВА ПАНЖА СУЯКЛАРИНИНГ СИНИШЛАРИ

Болаларда кафт усти суяklarининг синишлари камдан-кам учрайди. Катта ёш гуруҳида қайиқсимон суякнинг синишлари қайд қилиниши мумкин. Ҳамма ҳолларда билак-кафт усти бўғимининг орқа юзасида

шиш ва оғриқ аниқланади. Актив ҳаракатлар, айниқса, бирор ушлаб олиш, шунингдек I ва II бармоқлар ўқи бўйлаб юк берилганда оғриқлар кучаяди.

Д а в о л а ш. Катта ёшдаги одамларда бўлгани сингари, иммобилизацияни бармоқларнинг асосий фалангаларидан то билакнинг учдан бир юқори қисмигача чуқур гипсли лонгета билан амалга оширилади. Қайиқсимон суякнинг синганлиги рентгенолог жиҳатдан шубҳали бўлган ҳолларда травмадан кейин 5-7 кун ўтгач контрол сурат олинади. Қайиқсимон суякнинг қон айланиши етишмаслигини ҳисобга олиб, иммобилизацияни кам деганда 4-5 ҳафта ўтказилади.

Эпифизеолиз ва кафт суякларининг синиши. Энг кўп учрайди. Кафт суякларининг бурчак билан сурилган шикастланишларига ташхис қўйиш қийинчилик туғдирмайди. Дастлабки соатларда бурчаксимон деформация кўринади, сўнгра у травматик шиш билан қопланади. Шикастланишларнинг ҳар қандай турларида актив ҳаракатларда ва ўқ бўйича юк берилганда оғриқ кучаяди. Репозицияни маҳаллий анестезия остида кафт суягининг марказий бўлаги ва букилган бармоққа қарама-қарши юк берилиб ўтказилади. гипсли боғлам билан иммобилизация муддати 2-3 ҳафта.

I кафт суягининг асосининг синиб-чиқиши (Беннет синиши). Кам учрайди. Одатда, бу бўғимдан ташқаридаги шикастланиш ҳисобланади.

К л и н и к а в а д а в о л а ш. Болалардаги Беннет синишлари катталардаги шундай шикастланишлардан фарқ қилмайди. Иммобилизация муддати 10-14 кун.

Б а р м о қ ф а л а н г а л а р и н и н г с и н и ш и. Кўпроқ учрайди. Травма механизми бевосита бўлади.

К л и н и к а. Бармоқда ҳаракат вақтида кучаядиган оғриқ, бармоқ фалангасида шиш ва шаклининг ўзгариши бўлади, пайпаслаш оғриқ беради. Бўлақларнинг сурилиши кам учрайди, бундай ҳолларда бўлақларни репозиция қилиш талаб этилади. Даволаш иммобилизацияси боланинг ёшига ва сурилган бўлақлар борлигига кўра гипсли боғлам билан 7-12 кунга амалга оширилади.

6 - б о б. СОН СУЯГИНИНГ СИНИШЛАРИ

СОН СУЯГИ ПРОКСИМАЛ БЎЛИМИНИНГ СИНИШИ

Соннинг проксимал бўлими алоҳида анатомик-физиологик шароитларда жойлашган:

1. Соннинг бўйни суяк усти пардаси билан қопланмаган; шунга қарамасдан бўйинни кўст соҳасида суяк усти пардаси ривожланган.

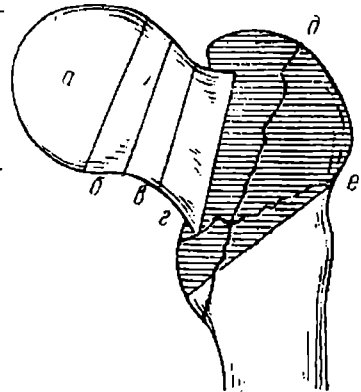
2. Сон-чаноқ бўғимининг капсуласи сонга бўйнининг асосида, кўстлараро чизикдан бир оз проксимал жойлашган. Шундай қилиб,

сон суягининг боши ва бўйнининг асосий қисми сон-чаноқ бўғимининг ичида жойлашган.

3. Соннинг бўйни ва бошчаси учта артериядан қон билан таъминланади: а) юмалоқ бойлам артериясидан (катта ёшда бу артерия, одатда, облитерацияга учрайди); б) капсула ёпишган жойдан бўйинга кирадиган артериялардан. Бу томирларнинг бир қисми синовиал парда остидан бўйин бўйлаб бориб, суякнинг тоғайга ўтиш жойида сон суяги бошига киради; в) кўстлараро соҳада суякка кирадиган артериялардан. Шундай қилиб, бўғими капсуласи ёпишган жойдан синиқ чизиги қанча проксимал жойлашган бўлса, сон суяги бошининг қон билан таъминлаши шунча ёмон бўлади. Кўстлар соҳаси эса шу жойга ёпишган мушаклардан кирадиган артериялар ҳисобига доимо қон билан яхши таъминланади.

4. Соннинг бўйни ва диафизи ўқларидан ҳосил бўлган бўйин-диафиз бурчаги ўртача 127° ни ташкил этади (115° дан 135° гача). Ушбу бурчак қанчалик кичик бўлса, бўйинга шунчалик кўп оғирлик тушади ва бунинг эвазига бўйиннинг синиши осонлашади. Бўйин-диафиз бурчагининг катта ёшда кичрайиб кетиши шу ёшда соннинг бўйнидан кўп синиши омилларидан бўлиб ҳисобланади.

Агар синиқ юзаси чаноқ-сон бўғими капсуласи ёпишган жойдан проксимал жойлашган бўлса, бундай синишлар медиал ёки бўйин синишлари деб аталади. Синиш чизигининг қаердан ўтганлигига қараб капитал (каллаганинги синиши), субкапитал (каллаганинги асосидан синиши), трансцервикал (бўйин бўйлаб) медиал синишлар тафовут қилинади (159-расм). Бу синишлар ҳаммаси бўғим ичи синишларига киради, лекин проксимал суяк бўлагининг қон билан таъминланиши ҳар хил ҳолатда бўлади, чунончи, капитал ва субкапитал синишларда сон каллагасининг қон билан таъминланиши бутунлай бузилади, чунки у аваскуляр шароитда қолади. Трансцервикал синишларда проксимал бўлагининг қон билан таъминланиши қисман сақланган бўлади, синиш чизиги бўйиннинг асосига қанчалик яқин жойлашган бўлса, қон билан таъминланиш шунчалик кўпроқ сақланиб қолади. Бўйин-диафиз бурчагининг деформациясига қараб медиал синишларни қуйидаги турлари тафовут қилинади:



159-расм. Сон суяги проксимал қисмини синиш соҳалари (чизма).

а – капитал синишлар соҳаси;
б – субкапитал синишлар соҳаси;
в – трансцервикал синишлар соҳаси;
г – базал синишлар соҳаси;
д, е – кўстлар соҳасидан синишлар.

1. Вальгус синиш. Бу ҳолатда бўйин-диафиз бурчаги катталашган бўлади, одатда, бундай синиқ парчалари бир-бирига қадалган бўлади.

2. Варус синиш. Бу ҳолатда бўйин-диафиз бурчаги кичрайган бўлади, одатда синиқ парчалари силжиган бўлади (160-расм).

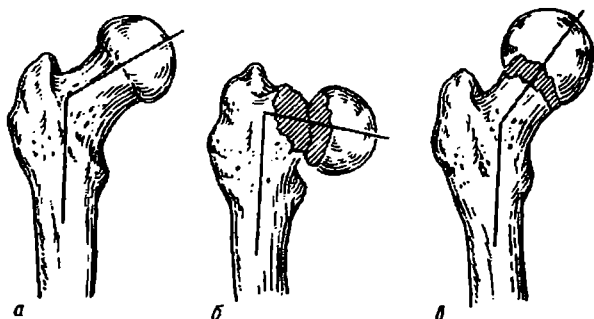
Агар синиш юзаси бўғим капсуласининг бўйнига ёпишган жойидан дистал жойлашган бўлса, бундай синишлар *латерал* ёки *кўстдаги* синишлар деб аталади. Бундай синишлар, яъни синиш юзаси ичкари юқоридан пастки ташқарига ёки кўстлар орасидан кирган бўлса, кўстлар соҳасидан синишлар, агар синиш юзаси *иккала кўстни* бириктирувчи *чизиқ бўйлаб кетган бўлса*, кўстлараро синиш деб аталади. Кўстлараро синишлар, кўпинча, *майдаланиб синиш* тоифасига киради ва бундай ҳолларда кичик кўстнинг *кўчиб кетиши* кузатилади. Бундай синишда суяк парчаларининг *бир-бирига кириб кетиши* ва *кириб кетмаслиги* билан содир бўлиши мумкин. Ҳар иккала, медиал ва латерал синишлар катта ёшдаги одамларда учрайди ва кўпинча катта кўстга оғирлик тушиши (йиқилиш) натижасида содир бўлади. Бу ҳолларда шикастланиш кучи катта бўлмаслиги мумкин, чунки қарияларда суяк остеопорозга учраган бўлади.

Т а ш х и с. Сон суяги бўйнидан синганда оғриқ тинч турган ҳолатда унчалик кучли бўлмайди, оғриқ чов соҳасида жойлашади. Бўғимда ҳаракат қилганда оғриқ кучаяди. Чов ва кўст соҳаларида қонгалаш бўлиши медиал синишларда бир неча кундан кейин содир бўлади.

Сон суяги *бўйнидан синганда* қуйидаги симптомлар характерлидир: *Оёқнинг ташқари ротацияси*. Бу симптом оёқнинг ташқарига буралиб қолиши ва панжа-ташқи қирраси горизонтал ҳолатда ётиши билан белгиланади (161-расм).

Оёқнинг ичкари ротацияси. Шикастланган томонда бемор оёғини ичкарига бура олмайди. Оёқнинг ташқарига ротацияси физиологик бўлиши мумкин, лекин бемор ичкарига фаол ротация қила олмаса, бу ҳолат оёқнинг синганлигидан далолат беради.

Катта кўстга босилганда оғриқ пайдо бўлиши. Ёзилган оёқнинг товонига ёки катта кўст соҳасига урилганда оғриқ сезилади ва кучаяди.



160-расм. Сон суяги бўйинчаси медиал синишлари. *а* — нормал бўйин-диафиз бурчаги; *б* — варус қоқилмаган синиш; *в* — вальгус қоқилган синиш.

Оёқнинг калталаниши. Оёқнинг мутлақ узунлиги ўзгармаган ҳолда нисбий узунлигининг 2-4 см.га камайиши (варусли синишларда) қайд этилади.

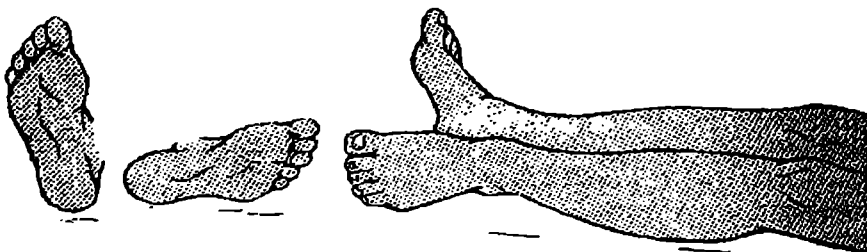
Гирголае симптоми. Медиал синишларда чов боғламини остида сон артериясининг пульсацияси кучаяди. Бемор товонини ердан узмасдан оёғини тизза ва чаноқ-сон бўғимларида букиши мумкин, лекин на оёқни кўтариш, на кўтарилган ва ёзилганган оёқни ушлаб туриш имкониятига эга бўлмайди.

Варус деформацияли синишларда катта кўст Розер-Нелатон чизигидан юқорида туради (қуймич дўмбоқчаси билан олдинги юқори ўсимтани бирлаштирувчи чизик). Катта кўстнинг чўққиси билан олдинги юқори ўсимтани бирлаштирувчи Шумахер чизиги силжиб кетган медиал ва вертел синишларида киндикнинг остидан ўтади (162-расм).

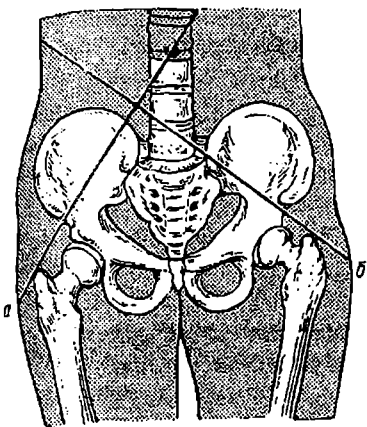
Қоқилган синишларда юқорида келтирилган симптомлар, кўпинча, юзаки ривожланган бўлади ёки умуман кузатилмаслиги мумкин. Бундай беморлар суяк парчалари бир-биридан ажраб кетмагунча бир неча кунлаб ва ҳафталаб бемалол юришлари мумкин. Бундай ҳолларда синишнинг доимий белгиси чов ва кўст соҳасидаги, юрганда кучайиб кетадиган оғриқ ҳисобланади. Айрим ҳолларда оғриқ тизза бўғими соҳасига узатилиши мумкин. Рентген текшируви асосан иккита кўринишда: олдидан ва ёнбошдан ўтказилади, яъни қоқилган синиш бор-йўқлигини аниқлаш учун зарур ҳолларда қўшимча, оёқни максимал керилган ва ичкарига яқинлаштирилган ҳолатда текширув ўтказилади.

Б и р и н ч и ё р д а м. Сон суягининг бўйни ва кўст соҳаси синган беморларга биринчи ёрдам оғриқни қолдириш (тери остига 1 г морфин ёки промедол эритмаси) дан бошланади. Оёқни шина ёрдамида иммобилизация қилиш шарт эмас. Бу ҳолатда оёқни ён юзларига қумли қопчалар ёки кичикроқ ёстиқчалар қўйилади.

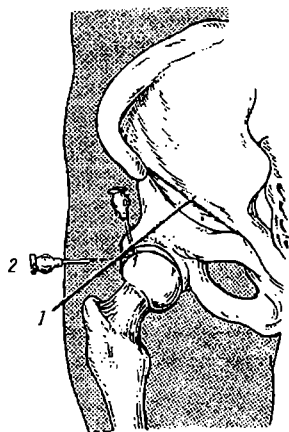
Стационар шароитида оғриқсизлантирилади: бўнинг учун чов бойлаמידан 1,5-2 см пастки ва сон артериясидан 1,5-2 см ташқаридаги соҳа танланади. Игна керакли чуқурликка санчилиб поршен тортилади, агар қон аралаш синовиал суюқлик чиқса, у жойга 20 мл 2%ли новокаин эритмаси юборилади (163-расм).



161-расм. Сон суягини проксимал қисми синганда ташқарига ротация ҳолати.



162-расм. Шумахер чизигининг ўтиши.
а — мезъёрда; *б* — сон суягининг проксимал қисми синганда



163-расм. Чаноқ-сон бўғимини пункция қилиш.
1 — катта кўстанд пуларт бойлами ўрта ва ички учлиги чегарасига ўтказилган чизикнинг ўртасидаги нуқтадан; *2* — катта кўст устида жойлашган нуқтадан.

Сон суяги бўйнининг медиал қоқилмаган варус синишларини даволаш. Бундай синишларни даволаш анча қийинчиликларга эга. Имобилизациянинг мураккаблиги ва ноқулай маҳаллий анатомик ҳолатни инобатга олганда капитал ва субкапитал синишларнинг битиш шароити яхши эмас. Суякни битиш жараёни 6-8 ой давом этади. Катта ёшдаги беморларнинг бунчалик узоқ муддатда тўшакда бўлиши ҳар хил асоратлар чақиради, яъни пневмония, ётоқ яралар, тромбоземболия каби асоратларга дучор қилади, уларнинг оқибатида консерватив даволаш даврида 20% гача ўлим ҳолати учрайди.

Капитал ва субкапитал синишларда маҳаллий анатомик шароитнинг мураккаблиги, имобилизациянинг мустақкам бўлмаслиги натижасида суякнинг битиши қийинчилик билан боради ва 6-8 ой давом этиши мумкин. Шу билан бир қаторда, катта ёшдаги беморларда узоқ вақт тўшакда ётиб қолиш ўпкада зотилжам касаллигининг келиб чиқишига, ётоқ яралар ҳосил бўлишига, тромбоземболияга сабаб бўлиб, юқори даражада ўлим оқибатига олиб келади. Шунинг учун қарияларда узоқ вақт ҳаракатсизлантириш билан боғлиқ бўлган даволаш усуллари, яъни мустақил равишда скелет тортмаси, гипс боғлами қўлланилиши мумкин эмас.

Сон суяги бўйнининг варусли, қоқилмаган синишларида жарроҳлик йўли билан даволаш мақсадга мувофиқдир. Агар жарроҳлик усулига монеликлар бўлса (умумий аҳволи оғир ёки синишгача бемор

юрмаган бўлса), беморни эрта ҳаракатлантириш лозим. Беморни эрта ҳаракатлантиришдан мақсад — унинг ҳаётини сақлаб қолишдир.

Беморни эрта ҳаракатлантириш усули. Синган жойни оғриқсизлантириб (5—10 кун давомида) катта болдир суяги дўмбоғи остидан кегай ўтказилиб, оёққа скелет тортмаси қўйилади.

Зарур ҳолатларда скелет тортмаси ўрнига оёқни тинчлантириш мақсадида икки ёнига кум солинган халтачалар қўйилади. Биринчи кунларданоқ беморни тўшақда ўтқазилади, нафас олиш гимнастикаси бажарилади. Синган жой вақти-вақти билан оғриқсизлантирилиб, скелет тортмаси олингандан кейин бемор ёнбошга ётқизилади, ўтқазилади, оёғини ётоқдан пастга туширилади. Умумий аҳволи кузатиб борилади, зарур муолажалар ўтқазилади. 3-ҳафтадан бошлаб бемор қўлтиқтаёқда юришни бошлайди, синган оёғини босмайди.

Бундай даволаш усулида синиш битмайди, бемор бир умр қўлтиқтаёқдан фойдаланади.

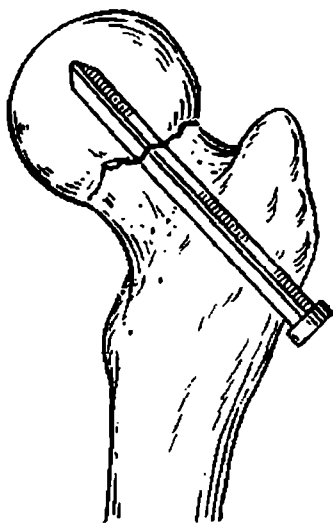
Жарроҳлик йўли билан даволаш. Жарроҳлик муолажаси кечиктириб бўлмайдиган кўрсатмалар бўйича бажарилади. Агар бемор касалхонага тушган кун операция қилинмаса, унда операциягача скелет тортма ўрнатилади, оёқ стандарт Белер шинасига ётқизиблиб, 6-8 кг юк осилади.

Сон суяги бўйнидан медиал синганда остеосинтезнинг иккита асосий усули мавжуд: ① ёпиқ (бўғимдан ташқари) усул, бунда бўғим ичи ва синган жой очилмайди; ② очик (бўғим ичи) усул, ёпиқ усул воситасида репозиция қилиб бўлмаганда қўлланилади (кўпинча бўғим капсуласи интерпозиция бўлганда ёки эскирган синишларда). Агар репозициядан кейин ва остеосинтез пайтида фиксатор ҳолатини рентгенологик кузатиш имконияти бўлмаса, очик фиксацияга кўрсатма пайдо бўлади.

Ёпиқ усулдаги остеосинтез маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантириш ёрдамида тортмада ёпиқ репозиция қилингандан ёки ортопедик столда репозиция қилингандан кейин бажарилади.

Уитмен усулида бир зумда репозиция қилиш. Ёзилган оёқни то соғлом оёқ билан тенглашгунча узунасига тортилади. Оёқни тортиш жараёнида ичкарига қараб 40-50° гача ротация қилинади ва ташқарига 20° кериб маҳкамланади. Бемор ортопедик столда қулай жойлашиши лозим, чунки бу ҳолатда репозиция ҳолати сақланиши ва сон-чаноқ бўғими соҳасини 2 та кўринишда рентген текширувидан ўтказиш имконияти яратилиши керак.

Остеосинтез қилиш учун асосан уч парракли Смит-Петерсон миҳидан ёки унинг модификациясидан фойдаланилади. Уч парракли миҳ мустаҳкам остеосинтезни таъминлайди (164-расм). 7-10 см узунликда соннинг ташқари юзасида тўғри йўналишда тўқималарни кесиш йўли билан катта кўст ости очилади. Катта кўстнинг асос соҳасида искана ёрдамида миҳнинг парракларига мос равишда ўйдимлар ҳосил қилинади. Доимий телерентген назорати остида суяк бўйнининг ўртасидан марказига қараб миҳ юборилади. Субкапитал синишларда истисно



64-расм. Сон суяги буйинчаси синганда Смит-Петерсен уч парракли михи ёрдамда остеосинтез қилиш.

тариқасида уч парракли михни суяк боши ва чаноқ косаси тубидан ҳам ўтказиб, чаноқ ичига 1-1,5 см ичкарига юборилади.

Агар операция телерентген назоратисиз бажариладиган бўлса, михни тўғри йўналишда киритиш муаммоси туғилади. Бундай ҳолларда бир неча усуллар таклиф қилинган бўлиб, улардан энг соддаси 2-3 та йўналтирувчи йўғон кегайни рентген назоратида киритишдир. Рентген назоратидан сўнг тўғри кетган кегайни танлаб олиниб, бу кегай бўйлаб уч парракли мих қоқилади.

Очиқ (бўғим ичи) остеосинтез умумий оғриқсизлантириш усули билан амалга оширилади. Бу усул ёпиқ усулга қараганда анчагина шикаст етказадиган бўлиб, кўп ҳолларда ўлимга олиб келади. Кўпинча бундай операциядан кейин сон суяги бошининг асептик некрози кузатилади.

Операциядан кейинги даволаш. Ёпиқ остеосинтездан кейин гипс боғлами қўйилмайди. Оёқ ташқарига буралиб

қолмаслиги учун икки ёнига қумли ёстиқчалар қўйилади. Очиқ остеосинтездан кейин эса чокларни олгунча (7-10 кунлар) XII қовургадан оёқни бармоқ учигача орқа лонгетали гипс боғлами қўйилади. Операциядан кейинги биринчи кунларданок беморни фаол олиб бориш тавсия қилинади (ётоқда айлантириш, нафас гимнастикаси). 3-4 ҳафталарда бемор қўлтиқтаёқда синган оёққа босмаган ҳолда турғизилади. Сон суяги бошининг асептик некрозга учрашининг олдини олиш мақсадида 5-6 ой мобайнида синган оёққа босишга рухсат берилмайди (айниқса, субкапитал синишларда). Михни одатда операциядан бир йил ўтгандан сўнг, яъни синиш тўла консолидация бўлгандан кейин олиб ташланади. Беморни меҳнат қобилияти ёпиқ усул билан остеосинтез қилинганда 7-18 ойда тикланади.

Субкапитал ва капитал қоқилмаган синишлар анча мураккаб гуруҳни ташкил этади. Бу синишлардаги фиксациянинг мураккаблиги ва қон билан таъминланишининг кескин бузилиши оёқни ойлаб босмасликни тақозо қилади. Барча зарур қоидаларга бўйсўнган ҳолда ҳам 20% беморларда субкапитал синишларни даволашда сон суяги бошинининг асептик некрози учрайди. Шуларни инобатга олиб, кексалардаги субкапитал ва капитал синишларда остеосинтез ўрнига бўғимни алмаштириш ёки эндопротезлаш афзал ҳисобланади. Ҳозирги пайтда 70 ёшдан ошган беморларда эндопротезлаш операцияси қўплаб

қўлланилмоқда. Бунинг афзаллиги шундаки, хасталашган қарияларни тезроқ оёққа турғизиш имконияти туғилади (3-4 ҳафтадан кейин, агар эндопротезни қотириш мақсадида суяк цементи ишлатилган бўлса, 3-4 кунлардаёқ оёққа турғизиш мумкин), асоратларнинг олдини олишда буни катта аҳамияти бор.

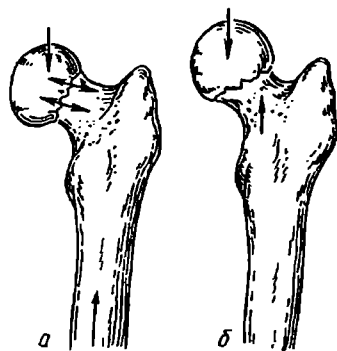
Сон суяги бўйнининг қоқилган синишини даволаш. Қоқилган синишлар ажралиб кетган синишларга қараганда яхши битади. Бир-бири ичига кирган суяк бўлақларини ажратмаслик керак, бу катта асорат ҳисобланади. Беморни даволаш тактикаси

бўлақларнинг бир-бирига кириш даражасига ва синиш юзасининг йўналишига боғлиқ бўлади. Синиш юзасининг йўналишига қараб қоқилган синишларнинг иккита тури тафовут қилинади: 1) вертикал вальгус синишлар — Паувелс бўйича III гуруҳ (165-расм, а); 2) горизонтал вальгус синишлар — Паувелс бўйича I ва II гуруҳлар (165-расм, б).

Вертикал вальгус синишлар бир-биридан ажралиб кетишга мойил бўлади, шунинг учун бундай синишларни жарроҳлик йўли билан даволаган маъқул: ёпиқ усулда 3 парракли миҳ билан остеосинтез қилиш.

Горизонтал вальгус синиш бир-биридан ажраб кетишга мойил эмас, шунинг учун жарроҳлик усули билангина эмас, балки консерватив усулда даволаса ҳам бўлади. Бундай ҳолларда синишнинг ажралиб кетмаслигини ва сон суяги бошининг асептик некрозга учрамаслигининг олдини олиш зарур. Бунинг учун ёшларга 3-4 ойга калталаштирилган (тизза бўғимигача) сон-чаноқ гипс боғлами қўйилади. Беморга синган оёғига босмаслик шарти билан қўлтиқтаёқда юришга рухсат берилади. Қари беморларда синган оёқни Белер шинасида иммобилизация қилинади, катта болдир суяги думбоқчаси остидан сим ўтказиб кичик (2-3 кг) юк осиб қўйилади. Кўп юк осиб мумкин эмас, чунки суяк бўлақларини ажратиб юбориш мумкин. Биринчи кунлардан бошлаб даво бадантарбияси ўтказилади. 1,5-2 ойдан кейин скелет тортмаси олиб ташланади ва синган оёққа босмасдан қўлтиқтаёқда юришга рухсат берилади. 3-4 ойдан кейин синган оёққа аста-секин босишга рухсат берилади. Сон суяги бошининг асептик некрозга учрашининг олдини олиш мақсадида 6 ойгача оёққа тўла босишга рухсат берилмайди. Меҳнат қобилияти 6-8 ойдан сўнг тикланади.

Сон суяги бўйнининг медиал синишларининг асоратларига бўлақларнинг узоқ вақт битмаслиги ва сохта бўғим ҳосил бўлиши, сон суяги бошининг асептик некрози, сон-чаноқ бўғимини деформацияловчи артрози киради.



165-расм. Қоқилган синиш турлари.

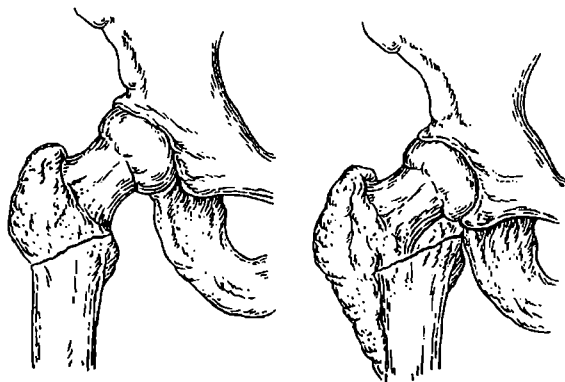
а — вертикал; б — горизонтал.

Сон суяги бўйнининг сохта бўғимида асосий жарроҳлик муолажаси Мак-Муррей бўйича кўст остидан қийшиқ остеотомия қилиш ҳисобланади (166-расм). Сон суяги бўйнининг сохта бўғимида, агар у деярли бутунлай сурилиб кетган бўлса, кўпинча, сон суяги боши ва бўйнини Мур ёки Каплан (65-70 ёшдан ошган беморларда) эндопротези билан алмаштириш, сон-чаноқ бўғимида реконструктив операция ўтказиш ёки артродез қилиш (ёшроқ бўлган беморларда) тавсия қилинади.

Сон суяги бўйнининг латерал синишларини даволаш. Латерал синишларнинг кечиши медиал синишларга нисбатан бирмунча яхши бўлади. Бундай синишларни даволашда медиал синишлардаги каби муаммолар туғилмайди. Кўст соҳасида синишлар одатда 2,5-3 ой мобайнида яхши битиб кетади. Бундай синишлардан кейин одатда сохта бўғимлар кузатилмайди.

Латерал синишларни даволашда консерватив ва операция усуллари қўлланилиши мумкин. Ўрнидан силжиб кетмаган синишларда 2,5-3,5 ойга кокситли гипс боғлами қўйиш йўли билан даволаш мумкин, 1,5-2 ойдан кейин оёққа босишга рухсат берилади. Суяк парчалари силжиб кетган ҳолларда катта болдир суяги ғадир-будури остидан ёки сон суягини пастки дўнглари орасидан кегай ўтказиб, оёқни Белер шинасига ётқизиб, доимий скелет тортмаси ўтказиш мақсадга мувофиқдир (6-10 кг юк билан). Скелет тортмаси билан даволанганда қуйидаги қоидага риоя қилиш лозим: кўстлараро синишларда қанчалик варусли деформация кўп бўлса, оёқни скелет тортмада шунчалик кўп ташқарига кериш керак. Агар варусли деформация кузатилмаса, оёқни ташқарига керилмайди. 6-8 ҳафтадан кейин скелет тортмаси тўхтатилади. Ундан кейин эса беморни даволашни икки хил усул билан давом эттириш мумкин: 2,5-3,5 ойга кокситли гипс боғлами қўйилиб, беморга аста-секин синган оёғида юришга рухсат берилади ёки функционал усул билан даволашни давом эттирилади.

Функционал усул билан даволаш махсус стандарт шина ёки Белернинг шинасида амалга оширилади. Бундай ҳолларда шинанинг горизонтал қисмида болдир остига алмаштириб туриладиган гамак қўйилади.



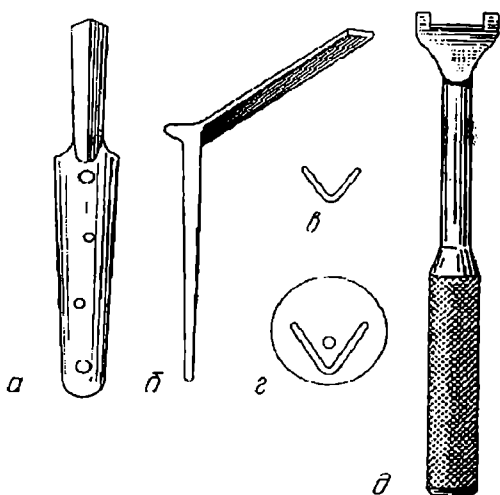
166-расм. Мак-Муррей операцияси (чизма).

Оёқнинг панжаси арқонга боғланади, уни шинанинг гилдираги устидан ўтказилади, болдир тагидаги гамак бир неча бор олиниб, арқондан бемор ўзи тортиб қўйиб тизза бўғимида пассив ҳаракат қилади. Аста-секин пассив ҳаракат сон-чаноқ бўғимида ҳам бажарилади, кейинчалик эса иккала бўғимда ҳам актив ҳаракат бажарилади. 2,5-3 ойдан сўнг қўлтиқтаёқ ёрдамида оёққа туришга рухсат берилади. Функционал даволаш усулини афзаллиги шундан иборатки, синишнинг битиш пайтига бориб бўғимларда тўла ҳаракат тикланади, мушаклар атрофияси эса гипс боғлами билан даволанганга нисбатан бирмунча кам бўлади.

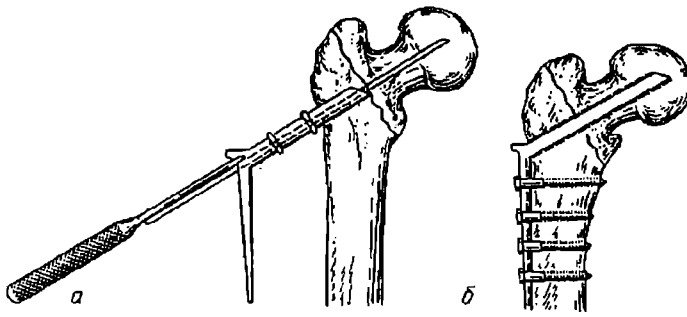
Ёши катта ва қари беморларни скелет тортмаси билан даволаганда мажбурий ҳаракатсизлик ва гиподинамия натижасида қатор асоратлар келиб чиқиши мумкин. Шунинг учун бу гуруҳдаги беморларга эртароқ функционал даволанишни бошлаш мақсадга мувофиқдир. Бемор тўшакка ётқизиilib, ташқарига ротация бўлиб кетмаслиги учун тиззаси остига валик (болишча) қўйилади. Биринчи кунларданоқ бемор ўтказилади ва қўлтиқтаёқ ёрдамида оғирликни чеклаб оёққа турғизилади. Эрта ҳаракат бошланганига қарамай, кўст синишлари битиб кетади. Бундай фаол даволаш тактикаси ёрдамида ёши катта беморлар ва қарияларда ўлим оқибатларини бирмунча қисқартириш мумкин.

Кўст синишларини жарроҳлик йўли билан даволаш мумкин. Остеосинтез учун одатда накладкаси бор икки парракли қозикчалардан фойдаланилади (167 ва 168-расмлар). Қиррали қозикча сон суягининг бўйнига киритилади, накладкаси эса суяк диафизига шуруплар билан маҳкамланади. Операциядан сўнг гипс боғлами қўйилмайди. Операциядан кейинги даврда асоратларнинг олдини олиш учун курашиш керак (пневмония, ётоқ яралар, тромбоэмболия ва ҳоказо). 2-3 ҳафтадан кейин беморлар қўлтиқтаёқ ёрдамида юра бошлайди. Кўстлар соҳаси синишларида меҳнат қобилияти 3-6 ойлardan кейин тикланади.

Катта кўстни чеклан-ган синиши. Синиш механизми, одатда, бевосита куч таъсирида содир бўлади. Айрим ҳолларда думба



167-расм. Диафизар мосламаси билан икки парракли мих.
а, б — михнинг кўриниши; *в* — михни парраклар соҳасидан кўндаланг кесиш; *г* — сурилувчи муфта ва йўналтирувчи кегай; *д* — михни йўналтирувчи мослама.



168-расм. Кўстлараро синишда Бакичаров қоziқчаси билан остеосинтез қилиш. *а* – йўналтирувчи кегай бўйлаб қоziқчани юбориш; *б* – қоziқча киритилган, диафизар мосламаси бурама шуруплар ёрдамида қотирилган, йўналтирувчи кегай ва сурилувчи муфта олиб ташланган.

мушакларининг кескин қисқариши натижасида ажралиб синиши мумкин. Кичик ва ўрта думба мушакларининг тортилиши натижасида кўстнинг юқорига, орқага ва ташқарига силжиши кузатилади.

Т а ш х и с. Катта кўсти синган беморларда, одатда, юриш қобилияти сақланган бўлади. Катта кўст соҳасида бироз оғриқ кузатилади. Объектив текширилганда ўша жойда шиш ва оғриқ бўлади. Оёқни кериш чекланади ва оғриқ билан бўлади. Пассив ҳаракатда, айниқса ротацияда синган соҳада оғриқ кескин кучайиб кетади. Олдиндан орқага қараб олинган рентген суратига қараб синишни аниқлаш қийинчилик туғдирмайди.

Д а в о л а ш. Биринчи ёрдам кўрсатиш жараёнида маҳаллий оғриқсизлантиришга одатда эҳтиёж бўлмайди. Кейинчалик синган жойга 2% ли новокаин эритмасидан 20 мл юбориб, оёқни 2-3 ҳафтага Белер стандарт шинасида иммобилизация қилиш лозим. Агар силжиган синиш бўлса, оёқни шинага керилган ва ташқарига ротация ҳолатида жойлаштирилади. Оёқни шу ҳолатда ушлаб туриш мақсадида 2-4 кг юк билан тери ёки скелет тортмаси ўрнатилади.

Суяк парчаси кўп силжиб кетган ҳолларда жарроҳлик йўл билан даволаш тавсия қилинади. Синган кўстни ўз жойига қўйилиб, миҳ, суяк парчаси ёки лавсан билан маҳкамланади ва операциядан кейин 3-4 ҳафтага калталаштирилган коксит гипс боғлами қўйилади. Меҳнат қобилияти 1,5-2 ойларга бориб тикланади.

Кичик кўстнинг чекланган синиши. Механизмига қараб бу синиш кўпорилган синишларга киради, соннинг кескин ёзилиши ёки букилиши ва ёнбош бел мушагининг қисқариши натижасида содир бўлади.

Т а ш х и с. Беморларни соннинг юқори ички юзасидаги оғриқ безовта қилади. Оғриқ сон тўғри бурчаккача букилганда камаяди. Кичик кўст соҳасида пальпация оғриқ пайдо қилади. Рентген сурати таҳлил

қилинганда кичик кўст синиши билан ўша жойдаги ўсиш зонаси синишини тафовут қилиш керак. Шубҳа туғилганда соғлом оёқнинг рентген сурати олиниб солиштириб кўрилади.

Д а в о л а ш. Биринчи ёрдам қуйидагича бажарилади: оғриқни камайтириш мақсадида оёқни сон-чаноқ ва тизза бўғимларида буқилади. Қаттиқ оғриқ бўлса ёки беморни узоқ масофага транспортировка қилиш зарур бўлса, синган жойга 2% ли новокаин эритмасидан 20 мл юборилади. Беморни замбилга ётқизиб транспортировка қилинади. Кейинчалик синган жойга 2% новокаин эритмаси юборилади. Оёқни 10-12 сутка мобайнида сон-чаноқ ва тизза бўғимларида 90° бурчакка буқилган ҳолда шинага жойлаштирилади. Учинчи ҳафтада оёқ аста-секинлик билан ёзилади ва беморга юришга рухсат берилади.

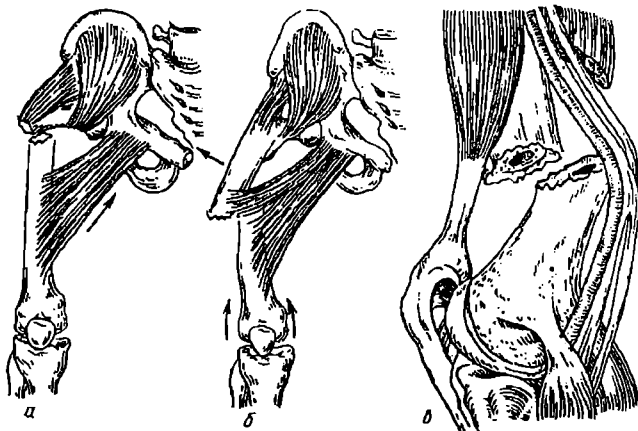
СОН СУЯГИ ДИАФИЗ ҚИСМИНИНГ СИНИШИ

Сон суяги диафиз қисмининг синиши — оғир шикастланишдир. Ҳатто ёпиқ синишлар ҳам шок ва синган соҳада кўп қон йўқотиш билан кечади. Диафизар синишларнинг проксимал чегараси кўстлар ости соҳаси ҳисобланади (кўстлар ости синиши), дистал чегараси эса дўмбоқлар устидир (дўмбоқлар устидан синиш).

Бошқа диафизар синишларга ўхшаш сон диафизининг шикастланиши ҳам турли вариантли бевосита ва билвосита травма механизми натижасида рўй беради. Шикастлантирувчи омилларнинг йўналиши ва урилиш нуқтасига қараб синиш характери ва соҳаси аниқланади.

Синиш сатҳига қараб сон диафизининг синиши учдан бир юқори, ўрта ва пастки қисмларга бўлинади.

Сон диафизи юқори учлигидан синганда проксимал бўлакнинг характерли қўзғалиши олдинга ва ташқарига бўлади, дистал қисми эса ичкарига ва орқага сурилади (169-расм, а). Синиш соҳаси қанчалик юқори бўлса, типик силжиш шунчалик аниқ бўлади.



169-расм. Сон суяги бўлакчаларининг типик силжиши.
а — учдан бир юқори қисмида; б — ўрта учдан бир қисмида; в — пастки учдан бир қисмида.

Сон ўрта учликдан синганда турлича қўзғалиш рўй бериши мумкин. Бу турдаги синишда узунасига ўқи бўйлаб қўзғалиш характерлидир (169-расм, б).

Сон диафизи пастки учлигидан синганда болдир мушаги қисқариши натижасида дистал бўлак орқага силжийди. Шунда тизза ости артерияси шикастланиши мумкин. Проксимал бўлак яқинлаштирувчи мушаклар қисқариши натижасида ичкарига тортилади (169-расм, в).

Т а ш х и с. Сон диафизи синганда қийинчилик туғдирмайди. Функциянинг бузилиши ва кучли оғриқ синган соҳада кузатилади. Синган юзада деформация аниқлади. Юқори учликдан синганда «галифе» симон деформация типик ҳисобланади. Диафиз бўйлаб ҳаракат пайдо бўлади. Айрим пайтларда тери остидан бўртиб турган суяк бўлагини пайпаслаш мумкин бўлади. Суяк бўлаклари силжиганда сонда мутлақ калталиқ рўй беради. Суяк ғирчиллаши кузатилади, айниқса, синган суякни оғриқсизлантиргунча уни аниқлаш ман этилади. Икки юзада қилинган рентгенография синиш характерини аниқлашга имкон яратади.

Д а в о л а ш. Одатда сон диафизи синганда гипс боғлами мустақил усул сифатида ишлатилмайди. Асосий даволаш усули скелетдан тортишдир, буни катта болдир суяги ёки сон суяги дўмбоқлари устидан кегай ўтказилиб амалга оширилади ва оёқ стандарт Белер шинасига қўйилади.

Сон суяги диафизи юқори учлигидан синганда оёқ танадан узоқлаштирилган ҳолда қолдирилади. Агар ўрта учликдан синиб проксимал бўлак ташқарига силжимаган бўлса, оёқ скелетдан тортиш мосламасида танадан узоқлаштирилмаган ҳолда қолдирилади.

Сон суяги пастки учлигидан синганда скелетдан тортиш усули ўз хусусиятлигига эга бўлиб, қуйидагилардан иборат бўлади:

1. Дистал бўлакни орқага тортувчи, болдир мушагини бўшаштириш учун даволашни тиззани 90° гача букилган ҳолатда ўтказиш керак.

2. Скелетдан тортишни сон суягининг дўмбоқлари соҳасидан ўтказиб, болдир ва сон ўқи бўйлаб ҳосил бўлган биссектрис бурчак йўналиши бўйича амалга оширилади. Бу дистал бўлакни олдинга тортиш учун оптимал шароит яратади.

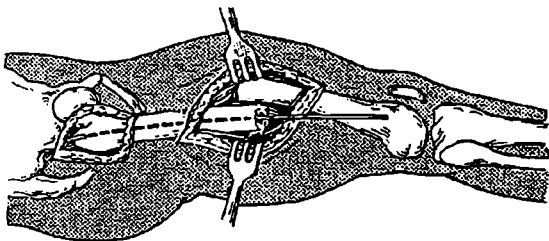
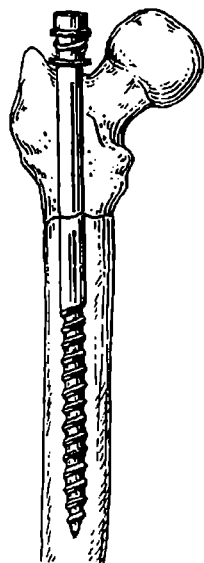
Дистал бўлак остига энли дока пахтадан ёстиқча қўйилади. Айрим ҳолларда суяк бўлакларини ўрнига қўйиш учун қўшимча ён томониغا ёки олдинги-орқа қисмига тортувчи юмшоқ ҳалқа мосламаси қўлланилади.

1,5-2 ойдан кейин скелет тортма олиб ташланади ва 3-3,5 ойга коксит гипс боғлами қўйилади. Скелетдан тортиш муддати тугагач, беморларни функционал усулда, гипс боғлами қўйилмасдан даволаш мумкин. Функционал усулда даволаш ҳам кўстлар синишларини даволашга ўхшайди. Функционал усулда даволанганда сингандан 2-2,5 ой ўтгач қўлтиқтаёқ ёрдамида оёқни енгил босишга рухсат берилади.

Жарроҳлик усулида даволашга зарурат туғилса, шикастланишнинг биринчи 2-5 суткаларида ҳал қилиш керак, чунки жарроҳлик муолажаси қанча эрта бажарилса, шунча мақсадга мувофиқ бўлади.

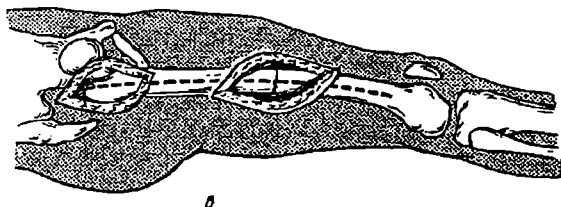
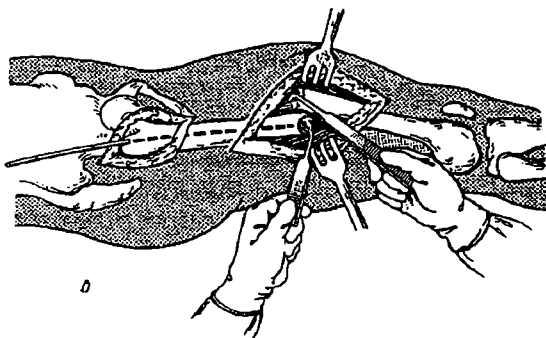
170-расм. Сон суяги юқори учлигидан синганда Сиваш штопори билан остеосинтез қилиш.

Сон суяги юқори учлигидан синганда барқарор остеосинтез Сиваш компрессияловчи қозиқча-штопори ёрдамида амалга оширилиши мумкин (170-расм), уни кўстлар устки қисмидан суяк илик каналига юборилади. Қозиқча-штопор бураб каналга киритилади, штопор дистал суяк бўлагини проксимал бўлаққа қаттиқ тортиб, бир вақтнинг ўзида компрессия беради. Сон суяги диафизини синишида кенг тарқалган усул металл штифт (қозиқча) ёрдамида интраведуляр остеосинтез ҳисобланади. Кўпинча ретроград юбориш қўлланилади. Қозиқчани олдин проксимал бўлақ каналига синган соҳадан ўтказилади. Шундан кейин бўлақлар жой-жойига қўйилади ва штифт дистал бўлаққа қоқилади (171-расм). Қумсоат шаклидаги диафиз каналининг бир хил бўлмаган кенглиги штифт ёрдамида барқарор остеосинтез қилиш имконини бермайди. Штифт фақат каналнинг тор қисмида унинг де-

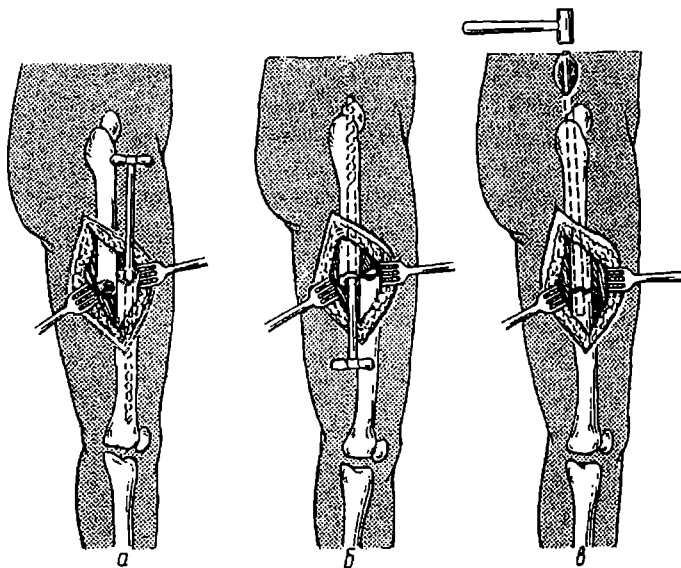


171-расм. Сон суяги учдан бир ўрта қисмидан синганда металл қозиқча воситасида остеосинтез қилиш.

а – биринчи босқич: қозиқча проксимал бўлаққа юборилган; *б* – иккинчи босқич: қозиқча проксимал бўлаққа орқали катта кўст устидан чиқарилган; *в* – учинчи босқич: бўлақлар бири-бирига ўрнаштирилиб, қозиқча дистал бўлаққа ўтказилган.

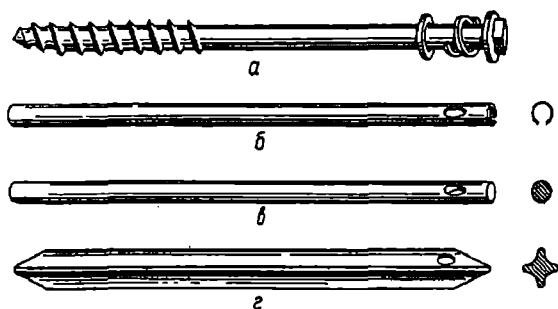


ворларига маҳкам тегиб туради. Агар синиш соҳаси каналнинг тор қисмига тўғри келмаса, бўлақлар оралиғида ротацион ва силкиниш ҳаракатлари рўй бериши мумкин. Синганда барқарор остеосинтезни амалга ошириш учун штифтни каналга юборишдан илгари илик каналининг тор қисмини диаметри бир хил бўлгунча парма ёрдамида кенгайтириш шарт (172-расм). Барқарор остеосинтезни Дубровнинг массив салмоқли қозиқчаси ёрдамида амалга ошириш мақсадга мувофиқдир (173-расм).



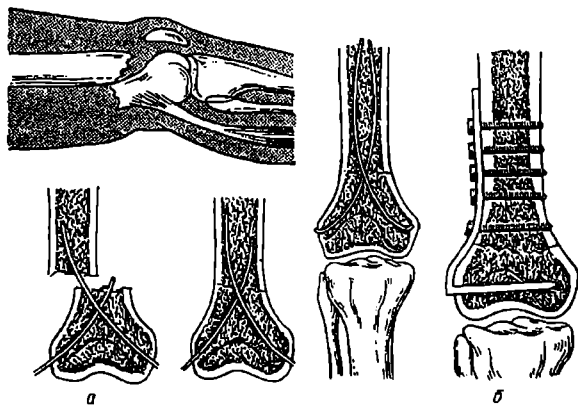
172-расм. Сон суяги канали кенгайтирилиб, металл қозиқча ёрдамида барқарор остеосинтез қилиш.

a, б – проксимал ва дистал бўлақчалар каналини пармалаб кенгайтириш;
в – темир қозиқчани киритиш.



173-расм. Сон суяги диафизини остеосинтез қилиш учун фиксаторлар.
a – Сиваш қозиқча-штопори; *б* – ЦИТО канали қозиқчаси; *в* – Дубров қозиқча-си; *г* – НИИЭХАИ нинг тўрт қиррали қозиқчаси.

Сон суяги учдан бир пастки қисмидан ва дўмбоқлар устидан синганда иккита Богданов стержени ёки иккита қиличси-мон катта болдир учун мосланган ЦИТО штифти қўл-ланилади. Қотирган ҳолда ушловчи штифт ва стерженлар қўшимча кесимлар орқали ташқи ва ички дўмбоқлар устидан юборилади (174-расм, а).



174-расм. Сон суяги учдан бир пастки қисмидан синганда остеосинтез.

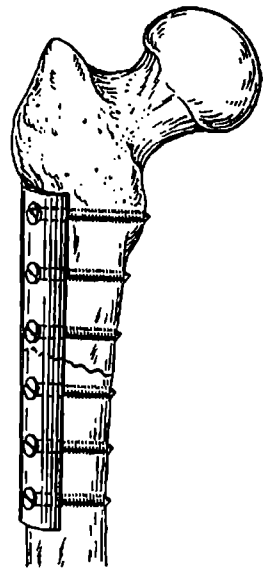
а – иккита қиличсимон металл қозиқча ёрдамида;
 б – Г-симон металл устунча ёрдамида.

Сон суяги диафизи пастки учлигидан синганда бўлақларни яхшиси «Г» симон устунча ёрдамида қотирган маъқул (174-расм, б). Устунча ташқари кесим орқали синиш соҳаси устидан қотирилади. Устуннинг горизонтал усиғи (пластинаси) соннинг дистал метафизига қоқилади, вертикал қисми диафизга бурама михлар воситасида қотирилади.

Бошқа кенг тарқалган сон суяги экстрамедуляр остеосинтезига салмоқли сиқувчи пластиналар киради (175-расм). Сон суяги синишида қилинган остеосинтездан кейин 2-3 ойга коксит гипс боғлами қўйилади. Агар барқарор остеосинтез қилинган бўлса, гипс боғлами қўйилмаслиги мумкин. Меҳнат қобилияти 3,5-6 ойда тикланади.

7 - б о б. ТИЗЗА БЎҒИМИ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Тизза бўғими – энг йирик ва мураккаб бўғимдир. Бу соҳада соннинг тизза қопқоғи ва катта болдир суяги билан алоҳида бўғим ҳосил қилиши кузатилади. Бўғим юзаларининг бири-бирига тўғри келмаслиги, уларнинг яримой шаклидаги ва понасимон шаклдаги менисклар воситасида тўлдирилади. Тизза бўғими тўла ёзилганда унинг пассив барқарор ҳолати капсула,



175-расм. Металл пластинка ёрдамида сон суяги остеосинтези

хочсимон ва ён бойламлар ва сон ўқини болдир ўқига нисбатан олдинга қараб силжиши ҳисобига амалга ошади. Бу ҳолатда динамик турғунлик ёзувчи аппарат ёрдамида ҳам таъминланади. Болдир буқилганда тизза бўғимида бурама ҳаракат имконияти туғилади, бу эса атрофдаги юмшоқ тўқималарнинг шикастланишига шарт-шароит яратади.

ГЕМАРТРОЗ

Гемартроз – бўғим ичига қон қуйилиши бўлиб, бу ҳолат суякларнинг бўғим ичида синиши ёки юмшоқ тўқималарнинг шикастланиши натижасида содир бўлади. У бевосита ёки билвосита шикастланиши ҳисобидан пайдо бўлади. Шунинг эса сақлаш керакки, гемартроз асосий ташхисини батафсил текширув натижасида бўғим шикастланишидан сўнг қўйиш мумкин.

Т а ш х и с. Гемартрозни аниқлаш қийинчилик туғдирмайди. Бевосита шикастланишдан сўнг бўғимда оғриқ ёки функциясининг чекланиши кузатилади. Секин-аста бўғим соҳаси катталашади ва чегаралари текислаша бошлайди. Тизза буқилган ҳолатда шиш тизза қопқоғи хусусий бойлами ёнларида аниқланади. Бўғимда суюқлик (қон) кўп тўпланганда тизза қопқоғидан юқорида ловиясимон дўмбаиш кузатилади. У бўғимнинг юқори ўрамаси соҳасига тўғри келади.

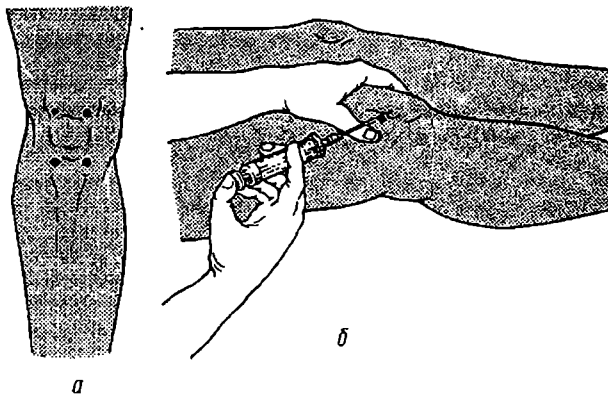
Болдир бир оз буқилган ҳолатда бўлади, бу ҳолатда бўғим бўшлиғи максимал катталашади. Оғриқ нафақат шикастланиш, балки бўғим ичига оққан қон ҳисобига чўзилиши натижасида ҳам кузатилади. Юқориги ўрама соҳасида флюктуация кузатилади.

Тизза бўғимига суюқлик тўпланишига тизза қопқоғининг «қалқиш» белгилари хосдир. Уни бемор оёқлари тўғри турган ҳолатда текширилади, иккала бош бармоқ билан тизза қопқоғини олдиндан орқага қисқа эзилади. Бунинг натижасида тизза қопқоғи ботади ва қўйиб юборилганда «қалқиб» чиқади.

Рентгенологик текширув суякларда синиш бор-йўқлигини текшириш учун шарт ҳисобланади.

Ташхислаш учун тизза бўғимини пункция қилиш асосий муолажалардан ҳисобланади (176-расм). Пункциядан олинган қон – гемартрознинг аниқ белгиси. Олинган суюқлик текширилганда экссудат бўлса, у шикастланишдан кейинги иккиламчи синовитдан далолат беради. Олинган суюқликда ёғ томчиларининг топилиши (рентгенологик текширувда кўринмасида) бўғим ичида синиш борлигидан шубҳа қилишга асос бўлади.

Гемартрозда бўғимнинг шикастланиш характерини аниқлашда қийинчиликлар бўлади. Бу ҳолда кўпроқ маълумот берувчи текшириш артроскопия ҳисобланади. Артроскоп бўғимни пункция қилиш ёрдамида умумий ёки маҳаллий оғриқсизлантириш остида киритилади. Артроскоп ёки қўшимча киритилган игна ёрдамида бўғим бўшлиғи новокаин



176-расм. Тизза бўғимини пункция қилиш.

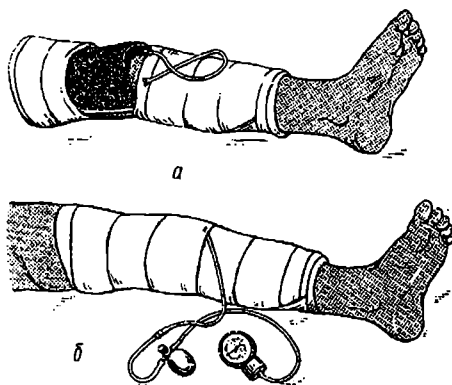
a – пункция қилиш нуқталари; *б* – пункция техникаси.

ёки натрий хлор изотоник эритмаси билан ювилади. Артроскопни силжитиб, бўғим бўшлиғи текширилади. Артроскоп ёрдамида ташхислаш 90% аниқлик беради.

Д а в о л а ш. Гемартрозда даволашни текширув вақтидаёқ бошланади. Ташхислаш мақсадида қилинган пункция даволаш ишларидан бири ҳисобланади. Бўғим бўшлиғидаги қонни чиқариб юборилса, капсуланинг таранглашиши ҳисобига мавжуд оғриқ сусаяди. Бу, ўз навбатида, шикастланишдан сўнгги синовитнинг олдини олиш ҳисобланади. Бундан ташқари, бўшлиқдаги қонни олиб ташлаш фибрин ўтириб қолиши ва бўғим ичи чандиқлари ҳосил бўлишини олдини олади.

Артроскоп ҳам даволовчи восита ҳисобланади. Артроскопия вақтида бўғим бўшлиғидан қонни чиқарибгина қолмай, балки бўғим ичидаги босимни 10-20 минут ичида ювадиган эритма билан ошириш ёрдамида қон кетишини тўхтатиш мумкин. Агар қон чиқаётган томир топилса, артроскоп орқали электрокогуляция ёрдамида тўхтатиш мумкин. Бу ҳолда суюқлик ўрнига бўғим бўшлиғи карбонат ангидрид билан тўлдирилади.

Бўғимдан қонни чиқариб олингандан сўнг соннинг юқори қисмидан болдир ошиқ бўғимигача орқа гипсли боғлам қўйилади. Босиб турувчи боғлам сифатида поролондан ёки пахта-докали «бублик» ёки бошқа мосламалар бўғимнинг олдинги юзасига боғланади. Мусалатов, Силин, Мурадов ва Бровкин усули бўйича тайёрланган ҳаво тўлдирилган боғлам яхши натижа беради. Пневматик қопчани бўғимни олдинги ва ён юзаларига қўйилиб бинт ёрдамида гипсли боғлам устидан айлантриб боғланади. Сўнгра қопчага 40-60 мм симоб устунигача босимда ҳаво юбориб, қон батамом тўхтагунча ушлаб турилади. Гемартроз бартараф этилгандан сўнг гипс лонгет боғлами 2-3 ҳафтага айланма боғламга айлантририлади. 3-4 ҳафтадан сўнг меҳнатга яроқлилиқ тикланади (177-расм).



МЕНИСКЛАР ШИКАСТЛАНИШИ

Менискларнинг шикастланиши – тизза бўғимида кўп учрайдиган жароҳатлардан бўлиб, бевосита ва билвосита таъсир натижасида содир бўлади. Бу хил шикастланиш асосан юк тушаётган оёқнинг букилиши ва буралиши натижасида келиб чиқади. Кўпроқ ички

мениск шикастланади, бунга сабаб ташқи менискдан фарқли улароқ, ён бойлам билан бириккан бўлиб, бўғим ичида силжиши чекланган. Бу анатомик хусусият ички ён бойлам билан менискнинг шикастланишини бирга таъминлайди. Икки анатомик тузилмаларининг шикастланиши бўғимнинг ички-олдинги қисми мустаҳкамлигининг пасайишига олиб келади. Шикастловчи тасиротнинг давом этиши ички менискнинг ички ён ва олдинги хочсимон бойламларнинг узилиши билан шикастланиши «омадсиз учлик» номини олган.

Т а ш х и с. Шикастланган менискни аниқлашда ўзига хос қийинчиликлар юзага келади. Шикастлангандан сўнг узоқ муддатда қуйидаги симптомлар келиб чиқади.

Шикастланган мениск томонидаги бўғим ёриғи соҳасидаги оғриқ. Оғриқ ушлаб қурилганда, айниқса, болдирни қарама-қарши томонга буралса. Менискнинг орқа қисми узилишида оғриқ тизза ости соҳасида бўлади.

Бўғимнинг «тўсилиш» (блокада) симптоми. Тизза бўғими соҳасидаги ҳаракатда, айниқса, болдирни бураган пайтда 130° да букилган ҳолатда қолади. Оёқни букиш ёки ёзиш пайтида кучли оғриқ келиб чиқади. «Тўсилиш» ҳолати сон ва катта болдир бўғими устидаги қисилиш даражасига боғлиқ. Тўсилиш баъзида ўзига хос шиқиллаш билан кузатилади.

Тўрт бошли мушак атрофияси ва Чақлин симптоми. Бу симптом қуйидагидан иборат: агар бемор ёзилган оёғини кўтарса, чеварлар мушаги яссиланади ва таранглашади. Симптомни даражаси хасталик муддатига бевосита боғлиқдир.

Бойков симптоми. Тизза 90° га букилган ҳолатда бўғим ёриғи ички ва ташқи томонлардан 1-2 бармоқлар билан босилади. Сўнгра беморнинг оёғини секинлик билан ёзилади, агар мениск шикастланган бўлса, оғриқ пайдо бўлади ёки кучаяди. Ёзилган оёқни яқинлаштириганда оғриқ ички мениск соҳасида пайдо бўлса, бу ички мениск шикастидан;

агар ёзилган оёқни узоқлаштириганда оғриқ пайдо бўлса, бу ташқи мениск шикастланганидан далолат беради (178-расм).

Чаклиннинг «қисирлаш» белгиси. Тизза бўғими соҳасида ҳаракат қилинганда болдир ташқи томондан ташқи мениск соҳасида гўё тўсиқ устидан юмалаб ўтади, шунда «қирсиллаш» ҳис қилинади.

«Туркча» чордана қуриб ўтирилганда оғриқнинг кучайиш симптоми. Бўғим оралиғи бўйича оғриқни пайдо бўлиши бир неча бор қисилиш натижасида юзага келади. Бу капсуланинг яллиғланиши билан боғлиқдир.

Перельман «калиши» симптоми. Болдир ва панжани калиш кияётгандек ҳаракат қилинганда маҳаллий оғриқ кучаяди.

Турнер симптоми. Тиззанинг ички юзасидаги терида сезгининг кучайиши ёки йўқолиши кузатилади.

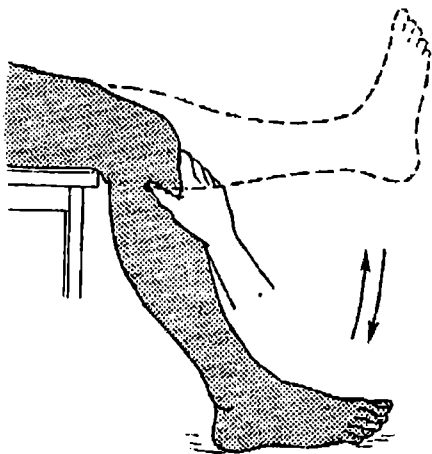
Штейман-Бухард симптоми. 90° да букилган тиззани ташқи ёки ичкарига буралганда шикастланган мениск соҳасида оғриқ пайдо бўлиши.

Менискнинг шикастланганини эрта ташхислаш қийин бўлади. Шикастланган менискни аниқлашда тизза бўғимини рентгенография қилиш зарур, бу текшириш суякдаги ва бўғим ичидаги рентгеноконтраст таначаларнинг ўзгаришларини аниқлашга ёрдам беради. Менисклар рентгенограммада кўринмайди. Буларни аниқлашда контраст атрография қўлланилади. Артроскопияни тизза бўғимини ташқарисидан қирқиб қилинади, бунда янги шикастланган менисклар ҳақида энг кўп маълумотта эга бўлинади. Артроскопия пайтида мениск шикастини, унинг характерини ва бўғимдаги бошқа йўлдош ўзгаришларни ҳам аниқлаш мумкин.

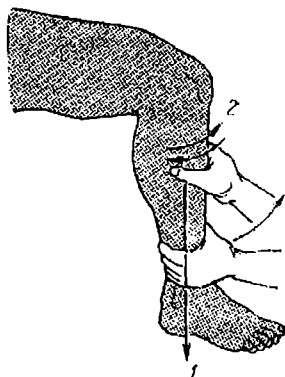
Симптоматик жиҳатдан мениск шикастига унинг қасаллиги менископатия ёки менискоз яқиндир.

Бу мениск тоғайларнинг микрошикастланишлар натижасида дегенератив ўзгаришларидир. Мениск кистаси кўпроқ ташқи менискда учрайди, бунга сабаб ташқи менискнинг кам ёрилишидир, лекин микрошикастланишлар кўпроқ учрайди, улар шиллиқ қаватларнинг дегенератив ўзгаришига ҳамда шу соҳада кистоз бўшлиқ ҳосил бўлишига олиб келади, кистоз бўшлиқ ташқи томонда жойлашади.

Д а в о л а ш. Ёзилган менисклар консерватив даволаш билан битмайди. Бундай даво синовит ва ўткир бўғим шикастланиш



178-расм. Байков белгисини (симптомини) аниқлаш.

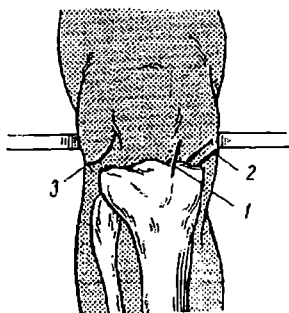


179-расм. Менискни ўрнига тушириш техникаси.

1 – 2 – жарроҳ ҳаракатининг йўналиши ва уларнинг кетма-кетлиги.

белгиларини йўқотиш учун қўлланилади. Тўсилиш (блок) бўлганда менискни тўғрилаш зарур (179-расм).

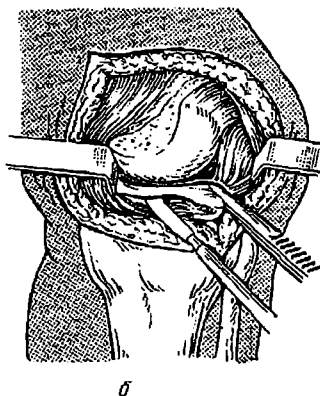
Бундай турдаги жароҳатларда жарроҳлик амалиётини узилган менискни кесиш (айниқса, янги шикастларда), менискнинг маълум қисмини олиб ташлаш, бунда узилган соҳани ёки капсула олдида олиб ташлашга қаратилади ёки менискни тўлиқ олиб ташланади ва 2-3 мм кенгликда капсула олди қисми қолдирилади. Менискни паракапсуляр олиб ташлангандан сўнг мениск шаклини эслатувчи регенерат ҳосил бўлади. Менискни тўлиқ олиб ташлаш — бу менискни капсула олди соҳаси билан бирга олиб ташлаш демакдир. Бу усул юқорида айтилган усуллар ёрдамида ўзгарган соҳаларни тўлиқ олиб ташлаш имконияти бўлмаганда қўлланилади. Ташрих (операция) асосан парапателляр



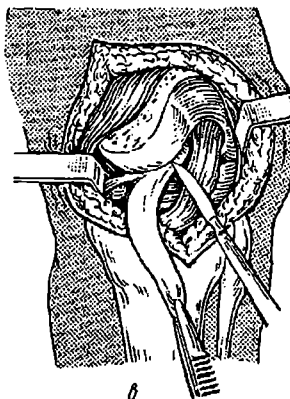
a

180-расм. Менискэктомия.

a – терини кесиш вариантлари: 1 – ички мениск шикастланганда медиал қийшиқ; 2 – калта парапателляр; 3 – ташқи мениск шикастланганда латерал илмоқсимон; *b* – менискнинг олди қисмини ажратиш; *в* – менискнинг орқа шохини кесиб олиш.



b



в

очишда артротомия ёрдамида бажарилади. Операциядан сўнг босими чегараланган ҳаво тўпланган боғламни бир неча соатга қўйилади. Операциянинг эртанги кунидан беморга букувчи ҳаракатлар қилиш ва қўлтиқтаёқ ёрдамида юриш тавсия этилади. 2-3 ҳафтадан сўнг аста-секин шикастланган оёққа босиб юриш мумкин (180-расм).

ЁН БОЙЛАМЛАРНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Шикастланиш механизми бевосита бўлмай, балки болдирнинг буралиши, ён томонга силжиши ва тизза бўғимида букилиш билан боғлиқдир.

Ён бойламларни қисман узилиши. Ички ён бойламнинг қисман узилиши асосан ички менискка бириккан соҳасида юзага келади. Айрим толаларнинг узилиши бойламнинг узунлашишига олиб келмайди.

Т а ш х и с. Шикастланишдан сўнг бўғим фаолияти чекланади, баъзида гемартроз кузатилиши мумкин. Шикастланган соҳада пайпаслаганда оғриқ кузатилади. Шикастланган бойламни қарама-қарши томонга ҳаракат қилинганда оғриқ кучаяди. Лекин ёнга ортиқча ҳаракат кузатилмайди.

Д а в о л а ш. Бу турдаги шикастланишда муолажалар гемартрозни даволашга қаратилади. Соннинг юқориги 1/3 қисмидан ошиқ товон бўғими соҳасигача гипсли боғлам қўйилади, физиотерапевтик муолажалар ва изометрик машқлар буюрилади. Иммобилизация муддати 2 ҳафта.

Ён бойламларнинг тўлиқ узилиши. Ён бойламнинг тўлиқ узилиши тизза бўғимини ён (фронтал) текисликдаги беқарорлигига олиб келади. Тизза бўғимининг ташқи ён бойлами ичкига нисбатан кўпроқ шикастланади. Чунки шикастланиш учун болдир ичкарига оғиши керак, бунинг учун эса катта куч керак бўлади. Катта таъсирот остида тизза бўғимининг бошқа элементлари (хочсимон бойламлар, мениск ва бошқалар) ва кичик болдир нервининг зарарланиши кузатилади. Ички ён бойламнинг шикастланиши, юқорида айтилганидек, ички менискнинг зарарланиши билан, кўпинча, бирга кечади.

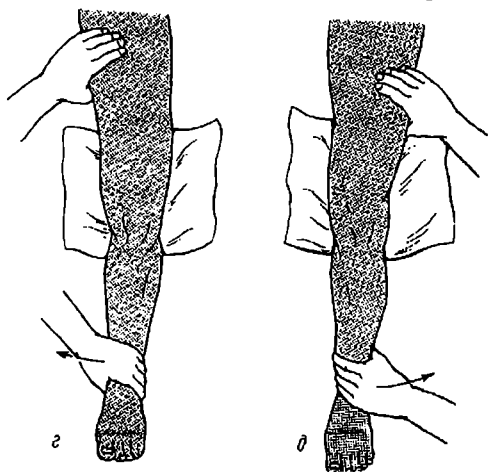
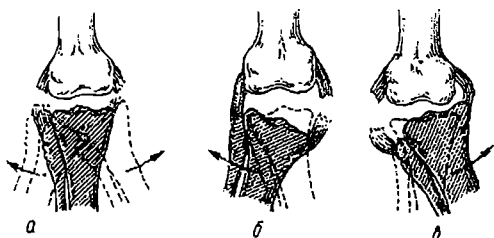
Т а ш х и с. Ўткир даврида ён бойламнинг тўлиқ узилиши қисман узилишидан фарқли равишда шикастланган бойлам қарама-қарши томонга ҳаракатланиши пайтида болдирни ортиқча ёнга девиацияси билан кечади. Бу симптом кечиккан даврида аниқроқ кузатилади (181-расм). Рентгенологик текшириш ён бойламларнинг узилганлиги ҳақида маълумот беради. Агар ёнга оғиш 10° дан ошмаса, бу ҳолда ён бойламларнинг қисман узилганлиги ҳақида ўйлаш мумкин. Агар ёнга оғиши $10-20^\circ$ ва ундан кўпроқ бўлса, у ҳолда ён бойламлар тўлиқ узилганлигидан (Миронова симптоми) далолат беради (182-расм).

Д а в о л а ш. Янги шикастланишларда узилган бойламни тикиш керак. Агар бойлам толалари титилиб кетган бўлса, атрофидаги фасция ёки мушак толалари билан мустаҳкамланади. Операциядан сўнг

соннинг 1/3 қисмидан болдир-ошиқ товон бугимигача 6 ҳафтага гипсли боғлам қўйилади.

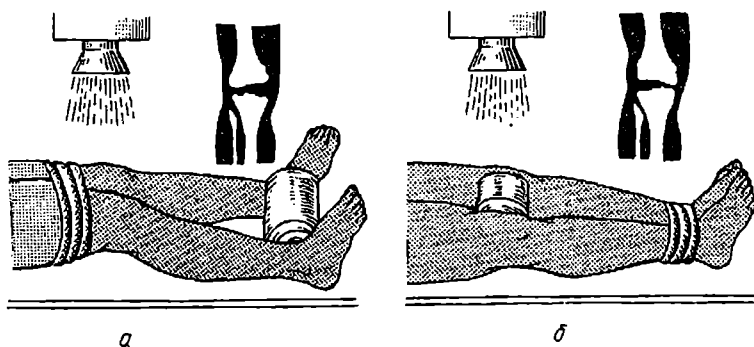
Агар янги шикастланган вақтда ички ён бойлам тикилмаган бўлса, у ҳолда консерватив даво ўтказилади. 6 ҳафтага соннинг юқориги 1/3 қисмидан болдир-ошиқ бугимигача узилган бойлам томонга оғдирилган ҳолатда гипсли боғлам қўйилади. Бу ҳолатда капсулага уйғунлашиб кетган узилган бўлаклари бир-бирига яқинлашади. 3

ҳафтадан сўнг узилган бойлам толалари бир-бирига бирикмайди, шунинг учун 3 ҳафтадан сўнг консерватив даво одатда натижа бермайди. Ташқи ён бойлам капсуладан ўтмаганлиги туфайли консерватив йўл билан



181-расм. Ён бойламлар шикастланганда болдирнинг ёнга оғишини аниқлаш.

a — иккала ён бойламлар шикастланганда икки томонга оғиш; *b* — ички ён бойлам шикастланганда ташқарига оғиш; *в* — ташқи ён бойлам шикастланганда ичкарига оғиш; *г, д* — болдирнинг ёнга оғишини текшириш методи-каси.



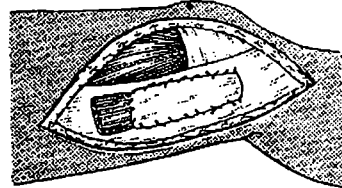
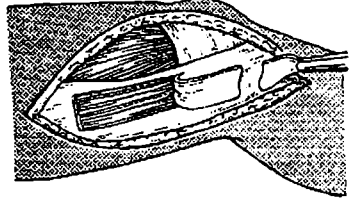
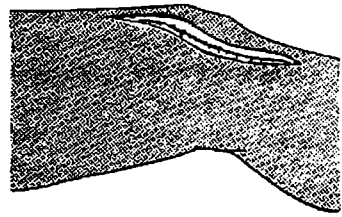
182-расм. Ён бойламлар шикастланганда функционал рентген текшириш. *a* — ички бойламни; *б* — ташқи бойламни.

183-расм. Тизза ён бойлами шикастланганда
Кемпбелл операция усули.

яқинлаштириб бўлмайди. Бу ҳоллар фақат оператив даво учун кўрсатма бўлиб ҳисобланади (183 ва 184-расмлар).

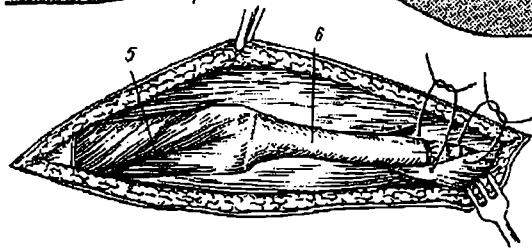
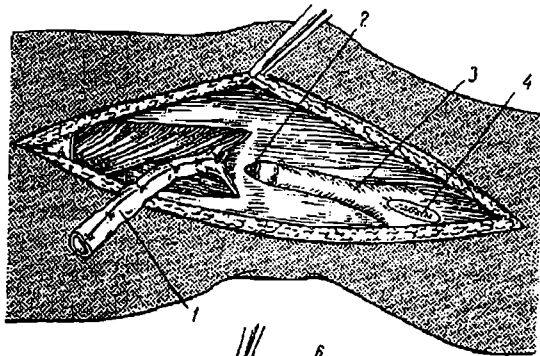
Шикастланишдан узоқ муддатдан сўнг узилган бойлам бўлақларини бир-бирига тикиш қийин бўлади, шунинг учун фасция ёки ўзининг пайидан аллопластика қилиш ёки эндопротезлаш амалга оширилади. Эндопротез сифатида лавсан тасма ишлатилди. Операциядан сўнг иммобилизация бойламларнинг қайси усулда тикилганлигига қараб белгиланади. Гипсли боғламда ва у ечилгандан сўнг ҳам ЛФК, физиотерапия муолажалари, мушаклар электр стимуляцияси, кейинроқ эса массаж қилиш мумкин.

Пеллегрини-Штид касаллиги. Бу касалликда ички ён бойламнинг сон суягига бириккан қисмидан суяк усти пардасининг қўпорилиши натижасида ҳосил бўлган гематоманинг суяккланишидир. Рентгенограммада соннинг ички дўнги соҳасида суяк пихи ёки алоҳида ётган суяк парчасини кўриш мумкин.



184-расм. Эдвардс усулида
ташқи ён бойламни
тиклаш.

1 – сон кенг фасциясининг парчаси; 2 – сон ташқи дўнгида тарновсимон кемтик; 3 – кичкина болдир суяги бошчасида тарновсимон кемтик; 4 – икки бошли мушак пайдан кесилган ўрни; 5, 6 – фасция парчаси кичкина болдир суяги бошчасидаги тарновсимон кемтигига киритилган ва чоклар билан мустаҳкамланган.

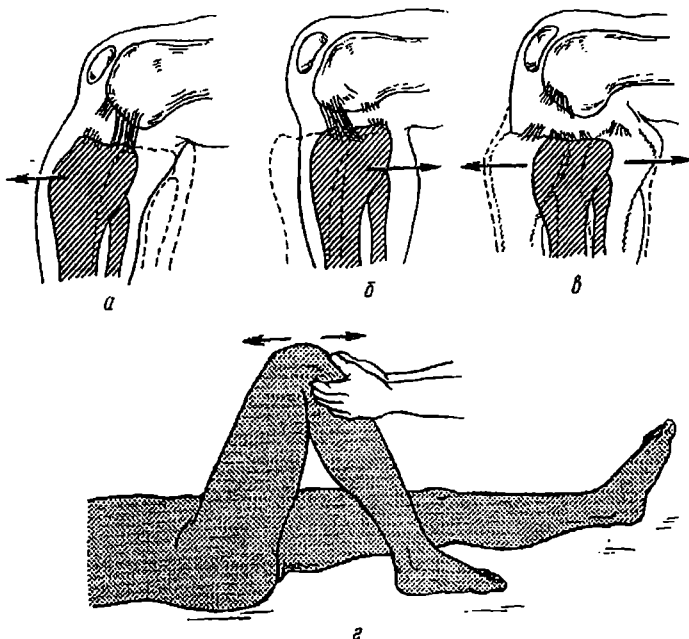


ХОЧСИМОН БОЙЛАМЛАРНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Олдинги хочсимон бойлам орқадагига нисбатан кўпроқ шикастланади. Хочсимон бойламларнинг шикастланиши бўғимнинг олдинги-орқа беқарорлигига олиб келади.

Т а ш х и с. Хочсимон бойламлар шикастланганда тизза бўғимидаги асосий симптом «ғаладоннинг силжиш» симптоми ҳисобланади. Бу симптомни тўғри аниқлаш учун мушакларни тўлиқ бўшаштириш керак. Бунинг учун болдир тўғри бурчак остида букилади. Симптомни бемор ўтирган ёки юқорига қараб ётган ҳолатда аниқлаш мумкин. Бемор ўтирган ҳолатда бўлса, бармоқ учлари билан шифокор пойафзалига (стулда ўтирган бўлса), агар ётган бўлса, текширувчининг сонига тиралади.

Шифокор чап қўли билан шикастланган соннинг пастки 1/3 қисмидан ўнг қўли билан болдирини ушлайди ва тиззани олдинга қараб ҳаракатлантиради. Агар тизза сонга нисбатан олдинга силжиса, бу олдинги хочсимон бойлам узилганлигидан далолат беради ва «ғаладоннинг олдинга силжиш» симптоми мусбат бўлади. Агар тизза сонга нисбатан орқага силжиса, у ҳолда орқа хочсимон бойлам узилганлигидан далолат беради ва «ғаладоннинг орқага силжиш» симптоми мусбат деб ҳисобланади (185-расм).



185-расм. «Ғаладоннинг силжиш» белгиси.

a — олдинга; *б* — орқага; *в* — иккала хочсимон бойлам шикастланганда икки томонга сурилиш; *з* — бемор ётган ҳолатида белгини аниқлаш.

Хочсимон бойлам қисман узилганда юқорида айтилган симптомлар кузатилмайди ёки суғ ҳолда бўлади.

Д а в о л а ш. Агар хочсимон бойлам қисман узилган бўлса, соннинг юқори 1/3 қисмигача 5 ҳафтага гипсли боғлам қўйилади. Меҳнатга яроқлилиқ 6-7 ҳафтадан сўнг тикланади. Бойламнинг тўлиқ узилганлиги аниқланса, у ҳолда операция амалга оширилади.

Шуни унутмаслик керакки, кўпроқ олдинги хочсимон бойлам ён бойлам билан бирга узилади. Узилган бойламни 5 кунгача тузатишга ҳаракат қилиш керак, чунки шикастлангандан 2 ҳафтадан сўнг узилган бойламларнинг бирламчи тикланиши қийинроқ бўлади. Бу энг қулай муддат деб ҳисобланади, чунки юқоридаги муддат ўтгандан сўнг дегенератив ўзгаришлар ва сон мушагининг атрофияси бошланади. Эрта муддатда узилган бойлам ўз жойига суяк ичи орқали тикилади. Операциядан сўнг соннинг юқориги 1/3 қисмига 6-7 ҳафтагача гипсли боғлам қўйилади.

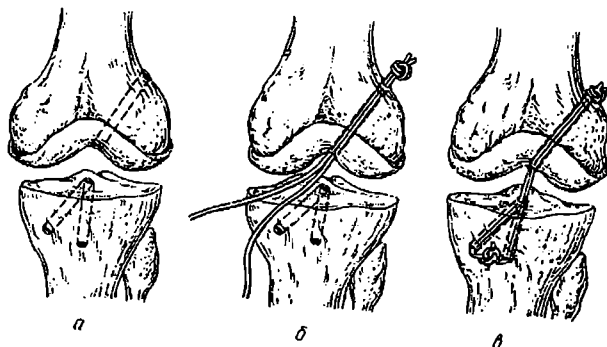
Олдинги хочсимон бойламни тиклаш учун кечиккан муддатларда лавсанли пластика қўлланилади. Операциянинг мураккаблиги лавсан тасмачани иккала учини суякка бириктиришдир. Силин операцияси энг қулай ҳисобланади — бунда хочсимон боғламнинг лавсанли пластикаси V-симон чок билан қотирилади (186-расм).

Хочсимон бойламларни бўғимни очмай артроскоп ёрдамида тиклашда техник қийинчиликлар бўлганлиги учун уни фақат айрим клиникаларда қўлланилади. Ҳозирги вақтда бу анъанавий усуллардн энг афзали ҳисобланади.

ТИЗЗА БЎҒИМИДА ЧИҚИШ

Болдирнинг чиқиши. Болдир чиққанда олдинга-орқага ва ён томонга сурилиши мумкин. Камроқ ҳолларда бурама силжиш кузатилади. Болдирнинг олдинга-ташқарига чиқиши кўпроқ учрайди. Болдир чиқиши бўғим капсуласи ва бойламларининг узилишисиз бўлмайди. Баъзи ҳолларда ён ва хочсимон бойламлар, тизза қоп-қоғининг хусусий бойлами ва менискларнинг бирга-ликдаги шикасти кузатилади. Бундай

186-расм. Олдинги хочсимон бойламни (а, б, в) Силин бўйича V-симон чок билан лавсан билан пластика қилиш.



ҳолларда қон томир-нерв тутамининг эзилиши, лат ейиши ва ҳатто узилиши кузатилади.

Т а ш х и с. Тўлиқ чиққанда оёқ калталашган ва ёзилган бўлади. Тизза бўғимида милтиқсимон (найзасимон) деформация кузатилади, актив ҳаракат йўқолади. Тизза ости қон томирларини шикастлантириб қўймаслик учун пассив ҳаракатни аниқлаш керак эмас. Болдирнинг чала чиқишида тизза бир оз букилган ҳолатда бўлади. Бўғим деформацияланган, актив ҳаракатлар йўқолади, пассив ҳаракатлар ўта чекланган бўлади. Икки йўналишдаги рентгенография ташхисни тасдиқлайди. Текширилганда тиззадан пастки қисмида қон айланиши ва иннервация даражасини аниқлаш лозим.

Д а в о л а ш. Қон айланишининг янада бузилиш хавфи борлиги учун чиқишни зудлик билан наркоз остида солинади. Тўрт бошли мушакни бўшаштириш учун оёқ чаноқ-сон бўғимида букилади. Болдир ўқи бўйича тортилади. Шу пайтда жарроҳ сон ва катта болдир суяклари дўнглиги устига босади ва уларни оёқ ўқи томонга силжитади. Қон томир-нерв тутамини эзиб қўйиш хавфи борлиги учун бурчакли ҳаракатлар қилиш ман қилинади. Соннинг юқориги 1/3 қисмигача чуқур гипсли боғлам қўйилади. Гемартрозни даволанади ва гипс боғламини доирасимон айлантирилади. 2-3 ҳафтадан сўнг қўлтиқтаёқ ёрдамида юришга, 6-8 ҳафтадан кейин оёққа қисман босишга рухсат берилади. Иммобилизация муддати 2-2,5 ойни ташкил қилади. Кейинчалик даволаш тактикаси йўлдош шикастларга боғлиқдир.

Тизза қопқоғининг травматик чиқиши. Тизза қопқоғининг чиқишини 3 хил тури тафовут қилинади:

1. Ёнга чиқиш, бунда тизза қопқоғининг ташқарига, камдан-кам ичкарига силжиши кузатилади. Тизза қопқоғи ташқарига чиқишига тизза бўғимининг вальгусли деформацияси ҳамда сон ташқи дўнгининг ривожланмаганлиги ва тизза қопқоғининг латеропозицияси сабаб бўлиши мумкин.

2. Торсион ёки ротацион чиқиш, бунда тизза қопқоғи вертикал ўқи бўйича буралади. Тизза қопқоғининг бўғим юзаси йўналишига қараб ташқи, ички ва олдинги торсион чиқишлар фарқланади. Олдинга чиқиш камдан-кам учрайди.

3. Вертикал чиқиш. Тизза қопқоғининг хусусий бойлами ёки тўрт бошли мушак пайининг кўндаланг тўлиқ узилиши ҳисобига вертикал чиқиши бўғим ёриғига кириши билан кузатилади. Бунда тизза қопқоғи ҳоли ётган учи билан горизонтал ўқ атрофида орқага бурилади.

Т а ш х и с. Оғриқли синдром яққол кўринади. Ёнга чиқишларда оёқ тизза бўғимида бир оз букилган бўлади, торсионларда эса ёзилган бўлади. Ҳаракатлар ўта чекланган ёки умуман йўқолади. Тизза қопқоғи ёнга силжиганлиги кузатилади, ёки бўғимнинг олдинги юзасида унинг қирраси аниқланади. Тўрт бошли мушак таранглашган бўлади. Бўғим кўндаланг (ёнга чиқишларда) ёки олдинги-орқа (торсион чиқишда)

йўналиш бўйича катталашади. Вертикал чиқиш симптоматикаси соннинг тўрт бошли мушаги пайининг узилишига боғлиқ бўлади.

Д а в о л а ш. Тизза қопқоғининг бўғим оралиғига кириб чиқишини фақат операция йўли билан даволанади. Бунда соннинг тўрт бошли мушак пайи бутунлиги тикланади. Қолган ҳолларда наркоз ёки маҳаллий анестезия ёрдамида ёпиқ ҳолда солинади. Гемартрозда бўғим оралиғи олдин пункция қилинади. Тўрт бошли мушакни бўшашишига эришиш учун тўғри турган оёқни чаноқ-сон бўғимида букилади. Одатда тизза қопқоғи чиқиши осон тўғриланади. Бунинг учун чиқишда қайси томонга силжишига қараб тизза қопқоғини ўртага йўналтирилади ёки бўғим юзасини ўқи атрофида буралади. 3 ҳафтага думба бурмасидан болдир-ошиқ товон бўғимигача гипсли боғлам қўйилади.

ТИЗЗА ҚОПҚОҒИНИНГ СИНИШИ

Тизза қопқоғининг шикастланиш механизми ўзига хос хусусиятга эга. Синиш асосан тўғридан-тўғри таъсир натижасида содир бўлади: тизза билан йиқилганда ёки тизза қопқоғига бирон-бир жисм билан урилганда ёки тўрт бошли мушакнинг ўта таранглашувида вужудга келади. Тизза қопқоғи синиши ўзига хос хусусиятга эга, кўпроқ кўндаланг, озроқ ҳолларда парчаланган, узунасига синган ва бошқа турлари кузатилади (187-расм).

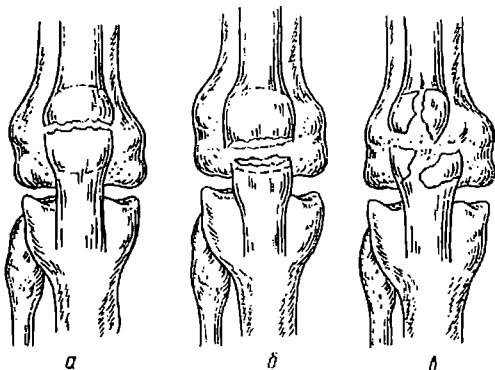
Синиш чизиғи ҳар доим тизза бўғими ичига кириб боради. Тизза қопқоғининг синишида у ёки бу даражада уни боғловчи аппарати шикастланади. Ёзувчи ва ён бойлам аппаратни узилиши тизза қопқоғининг бўлагини тўрт бошли мушак қисқариши ҳисобига уни юқорига тортиб кетади.

Т а ш х и с. Тизза қопқоғининг синишини ташхислаш, айниқса, унинг бўлаклари бир-биридан узоқлашган пайтда қийинчилик туғдирмайди. Тизза қопқоғининг синишини 5 та асосий симптомлар ёрдамида ташхислаш мумкин:

- 1) тўғри турган оёқни кўтара олмаслик, айниқса унга қаршилиқ қилинганда;
- 2) гемартроз;
- 3) бармоқ билан босиб кўрилганда бўлақлар ўртасида чуқурлик кузатилади;

187-расм. Тизза қопқоғининг синиш турлари.

а — кўндаланг; *б* — суяк бўлаклари бир-биридан қочиб; *в* — парчаланиб.



- 4) суяқ бўлақларининг бир-бирига нисбатан ён томонга силжиши;
- 5) суяқ бўлақларининг бир-биридан ажралиши баъзида пайпаслаш билан ҳам аниқланади.

Ташхисни аниқлаш учун икки йўналишдаги рентгенография қилинади, сениш, айниқса, ён проекциясида яққол кўринади.

Д а в о л а ш. Ён бойламлар бутун бўлганда, суяқ парчалари оралиғи 2-3 мм бўлса, консерватив усулда даволанади. Аввало бўғим оралиғидан пункция ёрдамида қон олиб ташланади ва 20 мл 2% ли новокаин эритмаси юборилади. Тизза 175° да букилган ҳолатда соннинг юқориги қисмидан болдир-ошиқ бўғимигача тутор гипсли боғлами қўйилади. консерватив давони 3-кундан бошлаб, бемор ЛФК қилиши ва гипсли боғламда мушакларни таранглаштириши мумкин. 7-кундан бошлаб бемор оёғига таяниб юриши мумкин. Агар бемор соматик томонидан яхши бўлса, у ҳолда қўлтиқтаёқсиз юриш мумкин. Гипсли боғлам шикастланишдан 1 ойдан сўнг олинади. Меҳнатга яроқилик 6 ҳафтадан сўнг тикланади.

Бўлақларнинг сагиттал йўналишда силжиши қўл ёрдамида тўғриланади. Бунинг учун бўғим оралиғидаги қон олиб ташлангандан сўнг суяқ бўлақларини бир-бирига нисбатан олдинга ва орқага силжитилади. Шундан кейин синиқ устидан 2 см ли эластик поролонли боғлам боғланиб, сўнгра тутор гипсли боғлам қўйилади.

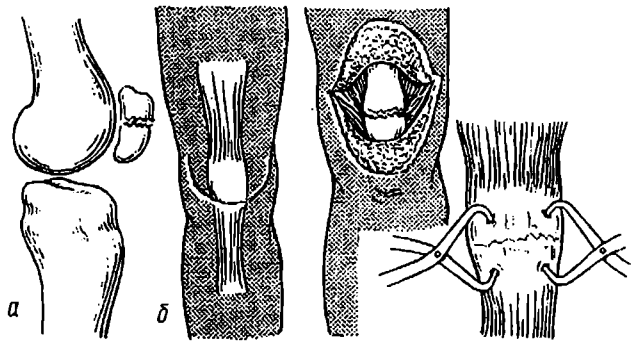
Жарроҳлик усули синиқ бўлақлари 5 мм дан ортиқ силжиган бўлса қўлланилади, уни шикастланишнинг 2-кундан бошлаб 8-10 кунигача қилган маъқул. Жарроҳлик ёндошишида асосан тизза қопқоғининг пай-бойлам аппарати тикланади. Синиқнинг иккита йирик парчаси бўлган ҳолатда остеосинтез қилинади (188-расм). Синиқни бир бўлаги парчаланган бўлса, уни олиб ташланади. Операциядан сўнг тутор гипсли боғламу қўйилади. Операция қай даражада қилинганлигига қараб иммобилизация муддати 4 ҳафтадан 6 ҳафтагача бўлади (189-расм). Меҳнатга яроқилик 1/3-3 ойда тикланади.

СОН ВА КАТТА БОЛДИР СУЯКЛАРИ ДЎНГЛИКЛАРИНИНГ БЎҒИМ ИЧИДАН СЕНИШИ

Тизза бўғимининг бўғим ичидаи оғир шикастига сон ва катта болдир суяги дўнгининг сениши киради.

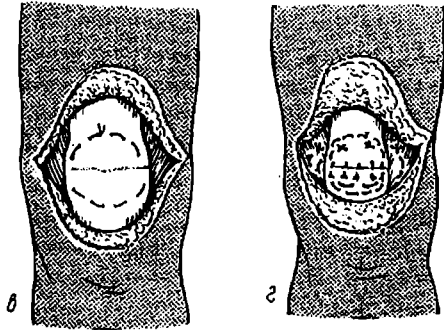
Дўнғларнинг сениш механизмини учга бўлиб ўрганиш мумкин: 1) ўтмас жисм билан тизза бўғимининг ён юзасига жароҳат етказиш; 2) букилган тизза бўғимига йиқилиш; 3) юқоридан тўғри турган оёққа йиқилиш. Кўпинча шикастланишнинг қўшилиб келадиган турлари кузатилади.

Дўнғликлар сениши силжиган ёки силжимаган бўлиши мумкин. Амалиётда Новаченко таснифи қўлланилади:



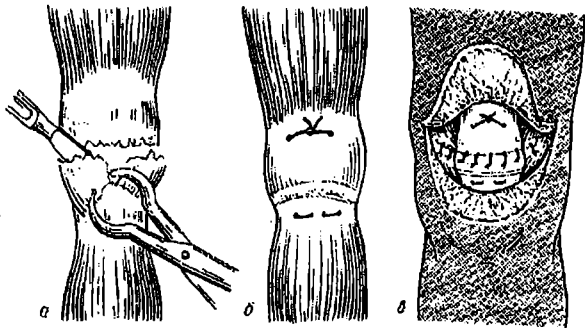
188-расм. Тизза қопқоғини тикиш.

- a* – тизза қопқоғининг синиши;
б – кесим ва синган жойни очиш;
в – айланма чок қўйиш;
г – перипателляр чок қўйиш.



189-расм. Тизза қопқоғи бир бўлагининг тўлиқ парчаланиб синишида операция (чизма).

- a* – синиш ва парчаланган бўлақларни олиб ташлаш;
б – матрац чеккини қўйиш;
в – жетгут или, ёрдамидаа-пневврозга чок қўйиш.



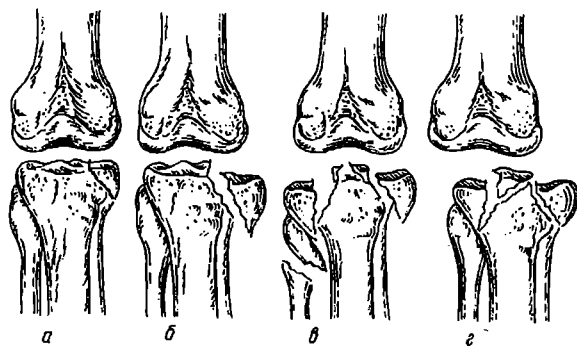
1. Катта болдир суяги дўнглигининг бўғим юзаси мутаносиблиги бузилмаган ҳолатда синиши (190-расм, *a*).

2. Битта дўнгликнинг синиб силжиши (190-расм, *б*).

3. Иккала дўнгликнинг (Т- ва V-симон) синиб силжиши (190-расм, *в*).

4. Иккала ёки битта дўнгликнинг синиб, болдирнинг чала чиқиши (190-расм, *г*).

Т а ш х и с. Сон ва катта болдир суяги дўнглигининг шикастланиш клиник симптомлари асосан оғриқ бўлиб, у маҳаллий тусда кечади. Ташқи дўнглик синганида тизза ташқарига оғади (вальгус ҳолат),



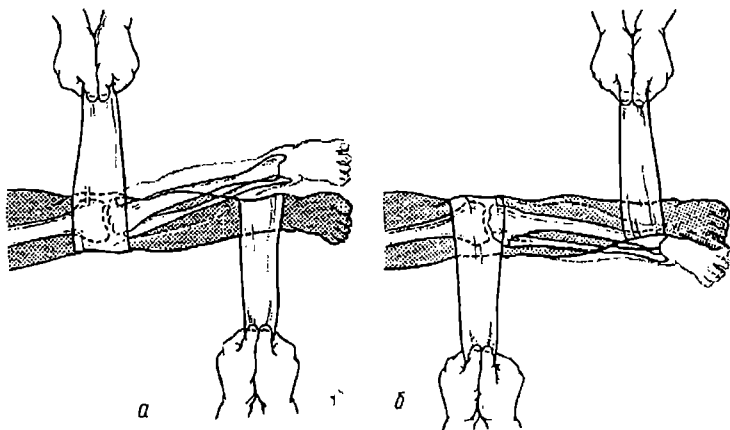
190-расм. Болдир дўнглирининг турлари (Новаченко бўйича).
a — битта дўнглининг сил-
 жимаган синиши;
б — битта дўнглининг сил-
 жиган синиши;
в — иккала дўнглининг си-
 ниб силжиши;
г — дўнглилар синиб, бол-
 дирнинг чала чиқиши.

ички дўнглиги синганда эса ичкарига оғади (варус ҳолат). Оёқнинг калталаниши иккала дўнгликнинг парчаланиб синишида ёки дўнгликларнинг синиб болдирнинг қисман чиқишида кузатилади. Рентгенографияни икки ён ва олдинги-орқа йўналишларда қилинади. Баъзида ташхислашга ойдинлик киритиш учун рентгенографиянинг қия ҳолатидан фойдаланилади. Бўғим ичидан дарз кетганида ёки иккала дўнглик ўртасидаги дўмбоқчалар соҳаси синганда рентгеностереограмма ёки томография текшириш усулари ҳам қўлланилади.

Д а в о л а ш. Пункция ёрдамида тизза бўғимидан қон олиб ташланиб, 20 мл 2% новокаинли эритмаси юборилади. Кейинги даволаш тактикаси синиш хусусиятига қараб қилинади. Катта болдир суягининг дўнглиги синганда соннинг юқори қисмидан болдир-ошиқ бўғимигача, агар сон суяги дўнглиги синса, коксит гипс боғлами қўйилади. Оёқ тизза бўғимида 5-7° букилади. 2-кундан бошлаб, тўрт бошли мушак ҳаракатлантирилади ва гипсда турган оёқни кўтариб туриш машқлари бажарилади. 1 ҳафтадан сўнг бемор қўлтиқтаёқ ёрдамида шикастланган оёғини босмай юришни бошлайди. Катта болдир суяги дўнглиги синганда 4-8 ҳафта, сон суяги дўнглиги синганда эса 8-10 ҳафтадан сўнг гипсли боғлам ечилади ва ЛФК машқларини оёқни босмаган ҳолда бажарилади.

Беморга ўртача иссиқлик берувчи муолажалар буюрилади. Шикастланган оёғини босишга 2-3 ойдан сўнг рухсат берилади, акс ҳолда суяк бўлаги чўкиб қолиши, бўғим юзалари мутаносиблиги бузилиб, тизза бўғимининг деформацияловчи артрозига олиб келиши мумкин.

Битта дўнглик синганда консерватив ёки операция йўли билан даволаш мумкин. Даволашнинг асосий вазифаси сон суяги дўнглиги синганда юқорига ёки катта болдир суягининг дўнглиги синганда пастга суриб, бўғим усти текислигини сақлаб, ушлаб туришга қаратилган бўлади. Синган парчани тўғри жойига қўйиш учун оғриқсизлантирилгандан сўнг ташқи дўнглик синганда болдирни ичкарига, ички дўнглик синганда болдирни ташқарига суриш лозим. Бу муолажаларни техник жиҳатдан 191-расмда кўрсатилгандай

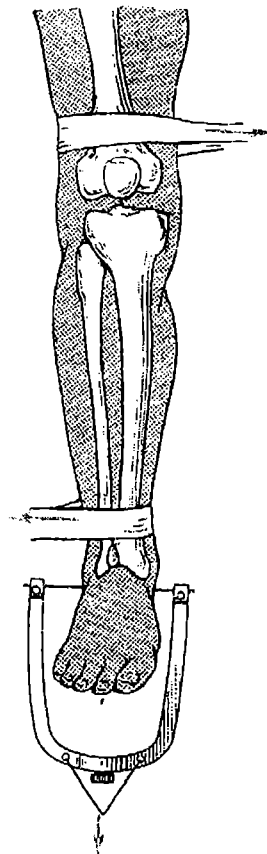


191-расм. Катга болдир дўнглирининг синиб силжишини ўрнига тушириш.
a – медиал дўнгчани тўғрилаш усули; *b* – латерал дўнгчани тўғрилаш усули.

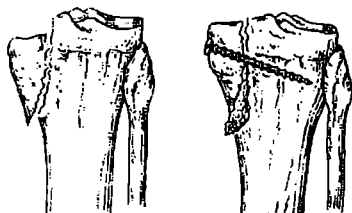
бajarилaди. 2-кундан бошлаб бeмop тўрт бошли мушaгини ҳарaкaтлaнтирa бошлaйди («тиззa қoпқoғини ўйнaтaди»), 4 ҳaфтaдaн сўнғ oёғигa бoсмaй қўлтиктaёқдa туриши мумкин. Гипсли бoғлaмни 8-10 ҳaфтaдaн кейин eчилaди. 2-3 oйдaн сўнғ oёқни бoсиш мумкин бўлaди.

Айрим ҳoллaрдa биттa дўнглик синиши скелeт тортмa ёрдaмидa дaвoлaнaди. Бундa тиззa бўғимини 10° букилгaн ҳoлaтдa oёқни шинaгa қўйилaди. Товон суягидaн ўткaзилгaн тeмир кeгaйгa 4-5 кг юк oсилaди. 1-2 кундaн сўнғ ён флaнeлли лeнтa бoғлaм oрқaли тортмa aмaлгa oширилaди. Ён тoмoнгa флaнeлли тaсмaлaрнинг биттaси тиззa бўғимигa, иккинчиси болдирнинг пaстки 1/3 қисмигa қўйилaди. Агaр ички дўнглик сингaн бўлсa – тaшқaригa, тaшқи дўнглик сингaн бўлсa – тaсмa ичкaригa тoртилaди вa 3 кг юк oсилaди. Бу юк сингaн дўнгликни жoйидa ушлaб туриш учун кифoя қилaди (192-рaсм). Агaр дўнгликлар тўғри тургaн бўлсa, 4-5 ҳaфтaдaн сўнғ гипсли бoғлaм қўйилaди. Кейинги дaвoлaш ўрнидaн силжимaгaн дўнглик синиши кaби ўткaзилaди.

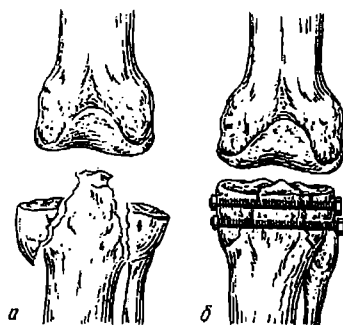
Дўнгликни oпeрaция усулдa дaвoлaш кoнсервaтив усул ёрдaм бермaгaндa қўллaнилaди



192-расм. Дўнглик синишини скелетдан тортиш усули билан даволаш.



193-расм. Жарроҳлик усулида пастга силжиган болдир дўнгини тиклаш (Чаклин усулида).



194-расм. Иккала дўнглик синганда остеосинтез.

a — операциядан олдин;
b — операциядан кейин.

узилиши, Кениг касаллиги, тизза қопқоғидан ва дўнгликлардан остеоартрит ҳисобига парчанинг узилиши, бўғим хондроматози сабаб бўлади. Асосий симптомлари: бўғимлардаги тез-тез бўлиб турадиган тўсиқлар, оғриқ ва бўғим бўшлиғида суюқлик йиғилиши.

Рентгенография қилиш шарт, чунки «бўғим ичи сичқони» қаерда жойлашгани ҳақида кўпроқ маълумот беради. Бўғимдаги жисмни пайпаслаб аниқланганда кичкина инъекцион игна ёрдамида тери ва тери остидаги тўқималар орқали жисмни санчиб, сўнгра олиб ташланади. Бунинг учун кичкина кесим ёки артроскопдан фойдаланилади.

8 - б о б. БОЛДИР ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Болдир шикастланишлари орасида катта болдир суяги проксимал қисмидан бўғим ичидан синишларини, иккала болдир суягининг алоҳида диафиз қисмидан синиши, иккала болдир суягининг диафизидан

(193-расм). Уни шикастланишнинг 3-5-кунларида бажарилади. 8-10-кунларда гипсдан қўйилган дарча орқали жароҳатдаги чоклар олинади ва дарча гипс билан беркитилади. Кейинги даво дўнгликни силжимаи синиши каби бўлади. Агар пўлат мих ёрдамида маҳкамланган бўлса, у ҳолда 6-8 ойдан сўнг мих олиб ташланади. Синган дўнгликни ўрнига қўйиш имконияти бўлмаса, суяк трансплантати билан тўлдирилади ёки эндопротез қилинади.

Иккала дўнглик синиб жарроҳлик усулини қўллаш талаб қилинса, у ҳолда иккита дўнглик соҳаси бўйича лахтак (Текстор типи) кесими қилинади. Турғиланган дўнгликларни 1-2 та пўлат мих ёрдамида маҳкамланади. Катта болдир суяги дўнглигини даволашда шунинг эсда сақлаш керакки, бу турдаги синишлар диафизар синишларга кўра секин битади ва оёқ эрта босилса, ўридан силжиб кетади. Шунинг учун оёқни босишга 3,5-4 ойдан сўнг рухсат берилади.

Бўғимдаги ҳоли жисмлар («бўғим ичи сичқони»). «Бўғим ичи сичқони» пайдо бўлишига гемартрозда фибриннинг қалинлашиши, мениск бир қисмининг

синиши ва болдир суякларининг дистал қисмида синишлари тафовут қилинади.

Юқорида қайд қилинган ҳар бир гуруҳ шикастланишларининг ўзига хос диагностика қилиш ва даволаш усуллари бор. Катта болдир суяги дўнглариининг синишлари 7-бобда «Тизза бўғимининг шикастланишлари» баён қилинган бу бобда болдир суякларининг бошқа турдаги шикастланишларига тўхталиб ўтаемиз.

Кўпинча, катта болдир суяги бевосита тери остида жойлашганлиги учун суяк бўлаклари беморларни қўполлик билан кўтариш ёки ногўғри транспортировка қилишда терини тешиб юбориши мумкин, у ҳолда иккиламчи очиқ синиш кузатилади. Шу сабабли биринчи ёрдам кўрсатиш катта эътиборни талаб қилади.

Б и р и н ч и ё р д а м. Агар шароит бўлса, синган соҳани йод, спирт ёрдамида тозалаб суяк бўлаклари орасига 20 мл 2% новокаин эритмаси юборилиб оғриқсизлантирилади. Оёқ панжаларидан то соннинг юқори учдан биригача шина билан тахтакачланади, агар синиш болдир бўғимида бўлса, тизза бўғимигача қўйилади. Транспорт-шинаси қўл остимизда бўлмаса, бошқа ўрнини босувчи мосламалардан фойдаланиш мумкин.

Беморларни транспортировка қилиш оёққа шина қўйилгандан кейингина ётган ҳолда бажарилиши лозим.

КИЧИК БОЛДИР СУЯГИНИНГ АЛОҲИДА ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Кичик болдир суягининг шикастланишлари орасида қуйидагилар тафовут қилинади: 1) кичик болдир суяги бошчасининг чиқиши; 2) кичик болдир суяги диафизидан синиши; 3) кичик болдир суягини болдир-ошиқ бўғими соҳасидан синиши.

КИЧИК БОЛДИР СУЯГИ БОШЧАСИНИНГ ЧИҚИШИ

Бу шикастланиш проксимал суяклараро бўғини ажраб кетишида кузатилади, бевосита ва билвосита таъсирот натижасида пайдо бўлади. Бунда кичик болдир нерви ҳам шикастланиши мумкин, чунки кичик болдир суяги бўйнидан айланиб ўтади.

Т а ш х и с. Проксимал болдир суяклари бўғини соҳасида деформация аниқланади. Кичик болдир суягининг боши олдинга ёки орқага сурилиши, пайпаслашда осонлик билан жойига тушиши ва чиқиши кузатилади. Кичик болдир суягининг бошчасини босилганда ёки болдир суяклари яқинлаштирилганда чиққан жойда оғриқ зўраяди. Рентгенография диагноз қўйишга аниқлик киритади. Кичик болдир нерви ҳам биргаликда шикастланган бўлса, беморнинг оёғи пахта — кафт томонга осилиб туриши аниқланади.

Д а в о л а ш. Кичик болдир суягининг бошчасини жойига тушириб, ушлаб туриш қийинлиги туфайли консерватив даволаш мақсадга мувофиқ эмас. Шунинг учун жарроҳлик усули қўлланилади. Бошчани катта болдир суяги дўнгига лавсан ёки қозиқча ёрдамида қотирилади. Операциядан сўнг 4 ҳафтага бармоқ учидан то соннинг ўрта қисмигача гипс боғлами қўйилади. 2-ҳафтадан бошлаб, гипсда оёғига босиб юришга рухсат берилади. Гипс олингандан кейин физиотерапия ва бўғимларда ҳаракатни тиклаш тавсия қилинади.

Кичик болдир нерви эса шикастланиш ҳарактерига қараб даволанади.

КИЧИК БОЛДИР СУЯГИ ДИАФИЗИНИНГ ЧЕКЛАНГАН СИНИШИ

Шикастланишнинг асосий сабаби бевосита болдирнинг ташқари юзасидан урилишидир.

Т а ш х и с. Кичик болдир суягининг диафизи синганлигини аниқлаш қуйидаги сабабларга асосан анча қийин. Кичик болдир суяги таянч вазифасини ўтамайди, юқорида ва пастда катта болдир суягига қаттиқ жипсланган, шунинг учун синиб силжиб кетмайди, болдирнинг таянчига пугур етмайди. Кўпинча, беморлар синган жойда оғриқ сезсаларда юраверадилар, ниҳоят, кичик болдир суягининг ҳамма томонидан мушаклар билан ўралганлигини ҳисобга олсак деформация ҳам билинмайди. Синиқ бўлақларини ушлаш ва уларнинг ҳаракатини аниқлаш имконияти йўқ бўлади. Доимий белгиларидан синган жойда оғриқ ва ушлаб кўрилганда маҳаллий оғриқ сезилади. Баъзан кичик болдир суяги синишини болдирни лат ейишидан ажратиб олиш учун қуйидаги синамадан фойдаланилади. Синганлигига гумон қилинаётган жойдан нарироқдан бир қўл билан ушлаб туриб, ташқи томондан бошқа қўлимиз билан босганимизда босиб турилган жойда оғриқ бўлмай, синган жойда оғриқ кузатилади. Болдирни икки томонлама рентген тасвирига тушириб, ташхис тасдиқланади.

Д а в о л а ш. Кичик болдир суягининг алоҳида синишларини даволаш енгил ўтади, ҳатто амбулатор шароитда даволаса ҳам бўлади. Беморга 3-4 ҳафтага соннинг ўртасигача гипс лонгетаси қўйилса кифоя. 10 кундан сўнг қўлтиқтаёқ билан юра бошлаш мумкин, 5-6 ҳафтада меҳнат қобилияти тикланади.

Кичик болдир суягининг бўйнидан синиши, кичик болдир нерви шикастланиши ёки тизза бўғимининг бойламлари узилиши кўзатилиши мумкин. Бундай ҳолларда даволаш шикастланиш ҳарактерига қараб белгиланади.

Кичик болдир суягининг болдир-ошиқ бўғими соҳасидаги шикастланишларига «Тўпиқларнинг синиши» бўлимида тўхталамиз (9-бобга қаралсин).

Катта болдир суягининг шикастланишлари кичик болдир суягининг шикастланишларидан фарқли ўлароқ кўп учрайди ва болдир фаолиятининг бузилишига олиб келади. Синиш бевосита ва билвосита куч таъсирида рўй беради. Кичик болдир суяги «тахтакачлик» вазифасини бажарганлиги учун синdezмоzнинг сақланиб қолганлиги сабабли суяк бўлақларининг узунасига силжиши кузатилмайди. Ёнига ва бурчак ҳосил қилиб силжиши кузатилади. Сўнгги ҳолатда бурчак ичкарига, олдинга ёки орқага очилган бўлиши мумкин. Қийшиқ ва бурамасимон синишларда энига силжиганда мушак интерпозицияси кузатилиши мумкин.

Т а ш х и с. Катта болдир суягининг тери остида яқин турганлиги учун унинг синишларини ташхислаш қийинчилик туғдирмайди. Баъзан болдирнинг қийшайиши ва деформацияси кўзга ташланади. Катта болдир суягининг қирраси бўйлаб пайпаслаганда синган жойда поғонасимон деформация аниқланади: шу жойда оғриқ ҳам сезилади. Суяк бўлақларини ҳаракати ноаниқ ифодаланади. Оёқ таянчи бузилади. Синиб силжимаган бўлса, катта болдир суягининг алоҳида синишини аниқлаш бир оз қийинлашади. Синган жойда гематома бўлиши, пайпаслаганда маҳаллий оғриқ кузатилиши, оёқнинг таянчлик вазифаси бузилганлиги рентген текшириш ўтказишдан аввал унинг синганлигини аниқлашга ёрдам бериш мумкин. Болдирнинг икки проекциядаги рентгенографияси синишнинг ҳарактери, бўлақларни борлиги ва силжиш турини кўрсатади.

Д а в о л а ш. Катта болдир суяги алоҳида синиб силжимаган бўлса, оёқ панжаларининг учидан то соннинг ўртасигача 2 ой муддатга гипс боғлам қўйилади. Агар синиш туфайли болдирда шиш кузатилса, аввало, гипсли лонгета қўйилиб, сўнгра шиш қайтгандан сўнг лонгетали айланма гипс боғламига айлантирилади.

Синиб силжиган бўлса, бир момент (лақза)ли репозиция қилиниб, гипс боғлами билан ушлаб турилади. Оғриқсизлантириш учун маҳаллий анестезия кифоя қилади. Синган жойга 1% новокаиндан 40-50 мл юборилади. Репозицияни рентген тасвирига қараб бажарилади. Суяк бўлақлари орасидаги бурчак орқага очилган бўлса, репозиция оёқ ёзилган ҳолда, қолган ҳолларда тизза бўғимида букиб туриб қилинади. Ёрдамчилардан бири оёқни кафт соҳасида ушлаб, болдир ўқи бўйлаб тортади, яна бири сонидан ёки танасидан қарама-қарши томонга тортади. Жарроҳ суяк бўлақларига қўллари билан босиб, силжишларни баргараф қилади. Оёқ панжаларининг учидан то соннинг ўртасигача (болдир суягининг пастки қисми ёки ўрта қисми синганда) ёки думба бурмасигача (юқори учдан бир қисмидан синганида) гипс лонгетаси қўйилади. 10-14 кундан сўнг (шишлар қайтгандан кейин) лонгетали гипс боғлами айланма гипсли боғламга айлантирилади. Умумий иммобилизация

муддаги 3–4 ой. Катта болдир суягининг учдан бир юқори ва ўрта қисмига қараганда пастки қисмидан синганда у қўпроқ муддатга қўйилади.

Синиқ чизиғи қийшиқ бўлганда бўлакларни жойига тушириш ва уни гипс боғламида ушлаб туриш қийинлиги интерпозициядан дарак беради. Бундай ҳоллар катта болдир суягининг остеосинтезига кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Агар суяк бўлакларининг яхши туришига кичик болдир суяги халақит берса, катта болдир суяги синиғининг юқорироғидан ёки пастроғидан қўшимча кесиб, кичик болдир суяги синдирилади ва мақсадга эришилади.

ИККАЛА БОЛДИР СУЯГИНИНГ ДИАФИЗИДАН СИНИШИ

Болдирнинг иккала суягининг диафиз қисмидан синиши алоҳида синишлардан кўп учрайди. Синиш сабаблари бевосита ва билвосита бўлади. Тўғридан-тўғри куч таъсир қилганда куч силжиш йўналишида бўлиб, кўндаланг синишга олиб келади. Шу йўсиндаги куч қўпроқ таъсир кўрсатганда майдаланиб синиш келиб чиқади. Масалан, бампер синиши деб аталмиш синиш — автомобил бамперининг болдирга таъсири натижасида рўй беради. Синишнинг билвосита жараёни болдирнинг буралишида ва букилишида учрайди. Таъсир қилган куч букишга олиб келганда суяк синиб, икки томонга қийшайди ва учбурчак шаклида суяк бўлаги ҳосил бўлади. Буралиш натижасида бурама синиш ҳосил бўлади. Бундай синишлар қарама-қарши томонларда жойлашади. Шундай қилиб, бурама синиш катта болдир суягининг пастки учдан бирида жойлашса, кичик болдир суягининг синиши эса юқори қисмида жойлашади ва аксинча. Юқоридаги ҳолатларни ҳисобга олиб, беморни текширганда болдирни тўлалигича рентген тасвирига олиш эсдан чиқмаслиги керак.

Сон ва елка суягининг синиб силжишларида мушакларнинг қисқариши асосий сабаб бўлса, болдир суягининг синиб силжишларида у таъсир қилган куч йўналишига боғлиқдир. Синишнинг узунасига силжиши одатда катта бўлмайди.

Т а ш х и с. Бу гуруҳ синиқларнинг клиник белгилари аниқ ва барча диафизар синишларга хос белгилардан иборат. Кўздан кечирилганда теридаги ўзгариш ва деформация аниқланади. Болдирнинг дистал қисми оёқнинг оғирлиги ҳисобига ташқарига буралган бўлади. Айримларда шунчалик билинадик, оёқнинг ташқи томони полга тегиб туради.

Оёқнинг ташқарига буралганлиги сон суяги синишидаги ташқарига буралишдан фарқи шундаки, фақат болдир соҳасида кузатилиб, ҳатто тизза бўғими соҳасига ҳам тарқалмайди. Синган соҳани кўрганимизда болдир ўқининг ёнга ёки олдинги-орқа юзага деформация бўлганини аниқлаш мумкин.

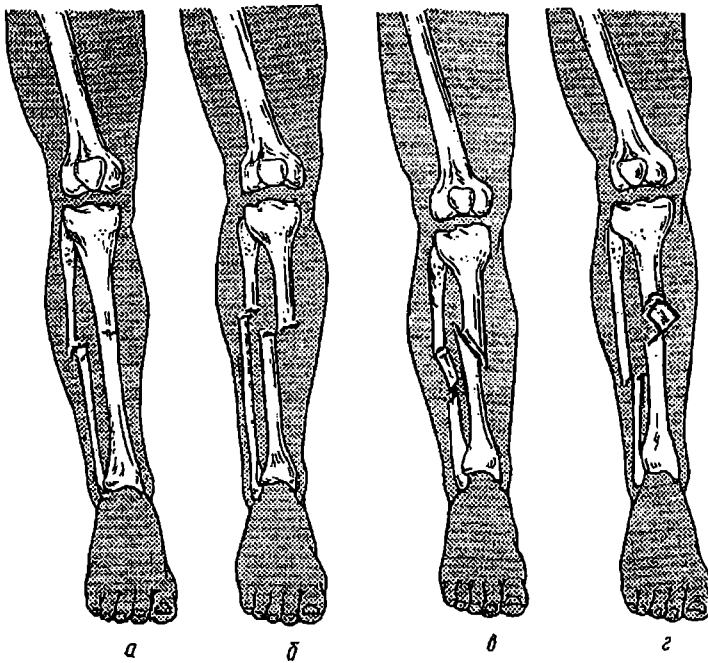
Катта болдир суяги бевосита тери остида жойлашгани учун суяк бўлаклари кўриниб турганлигини кўриш мумкин (кўпроқ марказий бўлагини). Тери унинг устида таранглашади ва оқаради. Бир неча соатдан сўнг синган жойда шиш пайдо бўлади, кўпроқ эпидермик пуфакчалар ҳосил бўлади. Синган жойда оғриқ зўраймаслиги учун пайпаслашни авайлаб битта бармоқ билан бажарилади. Катта болдир суягининг юқори қиррасидан пастга қараб бошланади. Синиш соҳасида суяк қиррасининг поғонасимон деформацияси ва ёнга силжигани топилади. Шу соҳада оғриқ ва бўлаklar ҳаракати кузатилади. Пайпаслаганда синиш ҳаракати ҳақида тасаввур қилиш мумкин.

Катта болдир суяги синишида нисбатан яққолроқ умбиликация белгиси учрайди — синиш соҳасида терининг гирдобсимон тортилиши кузатилади. Бу ҳолат юмшоқ тўқималарнинг интерпозициясига боғлиқ бўлиб, терига яқин жойлашганлиги туфайлидир ва қуйидагича текширилади: синиш жойидан юқорироқдан бўртиб турган суяк бўлаги босилади. Суяк бўлаклари силжиганлиги учун орасига қисилиб қолган юмшоқ тўқима тортилади, терида эса гирдобсимон чуқурлик ҳосил бўлади.

Кичик болдир суяги синганини аниқлашда шуни эсда тутиш керакки, буралиб синганда у катта болдир суягининг қарама-қарши томонидан синади. Суяк қисирлашини текшириш шарт эмас. Болдирни ўқи бўйича куч билан босилса, товондан уриб кўрилса ва синиш бўлаklarига босим берилса, синган жойда оғриқ зўрайиши кузатилади. Олдиндан ёки ёндан қилинган икки рентген тасвири олинади.

Д а в о л а ш. Кичик болдир суяги диафизини таянч вазифасини бажармаслигини ҳисобга олиб, иккала болдир суякларининг синишини даволашда эътиборни катта болдир суягини тўғрилашга ва битиши учун шароит яратишга қаратилади. Иккала болдир суягининг диафизидан синишини у ёки бу усул билан даволашга кўрсатмани аниқлаш, катта болдир суягини жойига қўйиш ва ушлаб туришига шунга қараб қуйидаги гуруҳлар тафовут қилинади (195-расм): 1) катта болдир суяги бўлаklarининг жилмаган синишлари; 2) репозиция қилиниб, осон ушлаб турилиши мумкин бўлган синишлар (масалан, катта болдир суягининг кўндаланг синиши); 3) жойига туширилиб, аммо кўпинча тортиш усулларисиз ушлаб туриш мумкин бўлмаган синишлар (одатда, бу синиш чизиги винтсимон синишлар); 4) жойига тушириб бўлмайдиган синишлар (бу одатда, суяк ёки юмшоқ тўқималар интерпозицияси бўлган синишлар).

Синиб жойидан силжимаган бўлса ёки жойига туширилиб ушлаб туриш имконияти бўлса, бундай синишларга гипс боғлами қўйилиб даволанади. Одатда, болдир суяклари синганда гипс боғлами оёқ панжаларидан бошланади, тепа қисми синиш жойлашишига қараб қўйилади. Синиш болдирнинг ўрта ва пастки учдан бирида бўлса, сон ўртасигача, юқори қисмидан синса, думба бурмасигача қўйилади. Агар



195-расм. Болдир суяклари диафизининг синиш вариантлари.
a – катта болдир суягининг силжимаган синиши (даволаш гипс боғлами билан);
б – енгил, ўрнига тушириб, силжимаган ҳолда ушлаб қолинадиган синиш (гипс боғлами билан);
в – репозиция қилса бўладиган, аммо шу ҳолатда ушлаб қолиб бўлмайдиган қийшиқ ёки бурама катта болдир суягининг синиши (скелетдан тортиш йўли билан даволанади);
г – кўпинча интерпозиция оқибатида ўрнига тушириб бўлмайдиган синиш (жарроҳлик усулида даволанади).

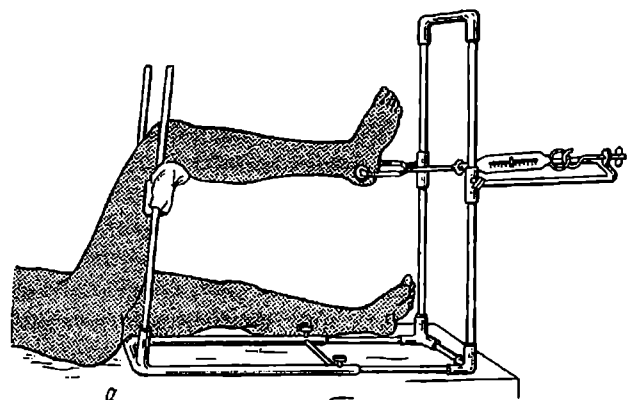
шиш кузатилса, лонгетали гипс боғлами қўйилиб, шишлар қайтгандан сўнг лонгетали гипс боғлами айланма гипс боғламига алмаштирилади. Шиш унчалик катта бўлмаса, бир варақайига айланма гипс боғлами қўйилади.

Катта болдир суяги синиб, чизиғи кўндаланг ёки шунга яқин бўлса, репозиция қилиниб, гипсли боғламга қўйилади. Қийинроқ репозиция қилинадиган синишларни наркоз остида бажарилади, ёрдамчилардан бири оёқдан ушлаб, болдир йўналиши бўйича тортади, бошқаси қарама-қарши томонга сонидан ёки танасидан тортади. Тортиш узунасига силжиш бартараф қилинмагунча давом эттирилади. Сўнгра жарроҳ бўртиб турган суяк бўлагини босиб ёнига силжишини йўқотади. Гипс боғлами соннинг ўрта қисмигача ёки думба бурмасигача қўйилади.

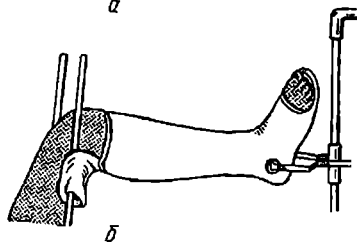
Репозицияни аппаратлар ёрдамида бажариш анча қулайлик туғдиради. Бунинг учун товон суягидан кегай ўтказилиб, скелет тортма

учун қўлланиладиган скобадан фойдаланилади (196-рasm, а). Торгиш учун ёйни аппаратни буралиб тортадиган мосламасига маҳкам боғлаб тортилади. Узунасига силжиш йўқотилгандан кейин кўндалангига силжишни бўртиб турган синиқ бўлагига босиб тўғриланади. Рентген текшириш натижасига қараб гипс боғлами тизза бўғимигача қўйилади (196-рasm, б). Оёқ аппаратдан туширилади, товон суягидан ўтказилган кегай олиб ташланади ва гипс боғламнинг соннинг ўрта қисмидан думба бурамасигача давом эттирилади (197-рasm).

Оёққа босиб юриш муддати синиш чизигининг характериға боғлиқ. Агар синиш чизиги кўндаланг бўлса, гипс боғлами қўйиб, шишлар қайтгандан сўнг юришни бошласа бўлаверади. қолган ҳолларда босиб юришга кечроқ тавсия қилинади. Синиқларнинг битиш муддати уларнинг характери ва жойлашишиға қараб кечади. Катта болдир суягининг пастки учдан бирининг синишлари ўрта ва юқори

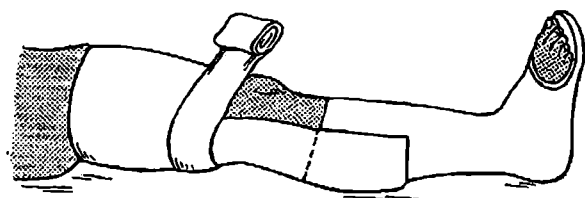


а



б

196-рasm. Чўзувчи (тракцион) аппаратда болдир суяклари синишини бирзумда ўрниға тушириш. Изоҳи матнда.

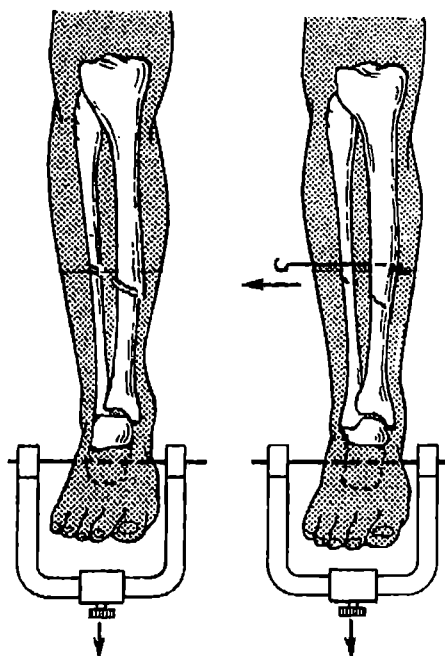


197-рasm. Тортувчи аппаратда катта болдир суяги синишини репозиция қилиш ва узайтирилган гипс боғламини қўйиш.

қисмининг синишларидан секин битади. Қийшиқ ва кўп бўлакли синишлар жойидан силжимаган бўлса, кўндаланг синишлардан тезроқ битади. Ўртача иммобилизация муддати 3-4 ой давом этади.

Скелет тортма билан беқарор синишлар даволанади. Бу гуруҳга бурама, қийшиқ ва майдаланиб силжиган синишлар киради. Юмшоқ тўқималар жароҳатланган, тери касалликлари мавжуд ҳолларда гипс боғлами қўйиш ва жарроҳлик усулларини қўллашга имкон йўқ ҳолларда ҳам скелет тортмадан фойдаланилади. Синган жойга 2%-20 мл, кегай ўтказиш учун 0,5% новокаин эритмаси билан оғриқсизлантирилиб, товон суяги ёки тўпиқлар усти соҳасидан кегай ўтказилиб, скелет тортмага олинади.

Оёқ Белер шинасига қўйилиб, тизза бўғими шинани букилган қисмга тўғрилаш керак. Шинани болдир туралиган соҳасидаги материал таранг тортилмаслиги, очилган бўлиб болдир учбошли мушагининг шаклини қайтариши керак. Модомики, ушбу вазият сақланмас экан, мушаклар эзилади ва суяк бўлақларининг жойига тушишига халақит беради. Бундан ташқари, веноз қоннинг дистал қисмдан қайтишига тўсқинлик қилади. Товон соҳасида ётоқ яра ҳосил бўлмаслиги учун пахта-докали чамбарак ясаб қўйиб турилади ёки кегай учидан шина



198-расм. Найзасимон сих ёрдамида ёнига силжиган катта болдир суяги бўлагини қўшимча тортиш билан бартираф қилиш.

тепасига тортиб қўйилса, мақсадга мувофиқ бўлади. Тортишни тўғрига қараб эмас, бир оз ичкаридан амалга оширилса, болдининг варуслигига монанд бўлади. Бошланишида тортиш 7-10 кг юк билан, сўнгра узунасига синиш бартираф қилинганча 5-7 кг га камайтирилади. Катта юк билан тортишни кўндаланг синишларда эҳтиётлик билан қўллаш зарур, чунки ортиқча тортилган суяк бўлақлари орасига ёт тўқималар кириб қолиши ва операцияга зарурат туғилиб қолиши мумкин.

Дистал бўлакнинг ротацион силжишини бартираб қилиш мақсадида панжа билан муолажа қилиб тиззага тўғриланади. Бўлақларнинг ёнга силжиганини кўпинча ёнга тортувчи мосламалар ёки найзасимон сих билан бартираф қилинади (198-расм). Тортиш кучи бир меъёрда фаолият кўрсатиши учун

пружиналардан фойдаланилади: буни Митюнин-Ключевский демфер скелет тортмаси дейилади. Катта болдир суягининг ёнга силжишини баргараф қилиш учун найзасимон кегай юборилди ва ундан тортилади (199-расм). 3-6 ҳафта скелет тортмада даволаб, сўнгра сон ўртасигача ёки думба бурмасигача айланма гипс боғлами қўйилади. Бемор қўлтиқтаёқ билан юришгача веналарни машқ қилади. 3-4 ҳафта скелет тортмада даволаб, сўнгра сон ўртасигача ёки думба бурмасигача айланма гипс боғлами қўйилади.

Бемор қўлтиқтаёқлар билан юришгача веналарни бадантарбия («венос гимнастика») қилади. Бемор маълум муддатда оёғини вертикал ҳолатда ушлаб туриб, сўнгра горизонтал ҳолатга — ўрнига қайтаради. Иммобилизация муддати 3-4 ой.

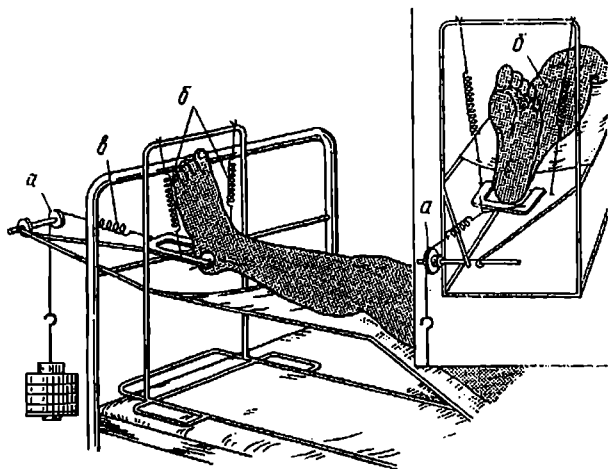
Жойига тушмайдиган ёпиқ диафиз синишлари жарроҳлик усули билан даволанади. Жойига тушира олмасликнинг асосий сабабларидан бири суяк бўлаги ёки юмшоқ тўқималар интерпозицияси ҳисобланади, бундан ташқари, жарроҳлик усули баъзи сабабларга кўра скелет тортма кўя олмаслик ёки гипс боғламида иккиламчи силжишнинг олдини олиш мумкин бўлмаганда қўлланилади.

Иккала болдир суяклари диафизидан синганда фақат катта болдир суяги остеосинтез қилинади. Бундай синишни даволаш учун травматологияда жуда кўп ва ҳар хил фиксатор ва аппаратлар мавжуд.

Мустаҳкамлик ҳосил қилиш даражасига қараб барқарор ва репозицион остеосинтез тафовут қилинади.

Репозицион остеосинтезга мисол бўлиб суяк илик каналига қозиқ киритиш ҳисобланади. Аммо қозиқ синган жойдаги канал деворига тегиб турмайди. Шу сабабли ён ва ротацион силжиш кузатилиши мумкин. Репозицион остеосинтез қилинганда синиқ секинлик билан битади, шунинг учун мустаҳкам ташқи иммобилизацияни талаб қилади.

Синиш битгач, ҳосил бўлган суяк қадоғи гипертрофияланган бўлади.



199-расм. Болдир суяклари синишида демпферли скелет тортма қўллаш. *а* — шина гилдиракчасини ичкарига суриш; *б, в* — демпфер узунасига тортишда оёқ панжаси осилган ҳолда.

Барқарор остеосинтезда суяк бўлаклари мутлақо ҳаракатсиз-лантирилади. Бундай пайтда суяк бирламчи битади, интeрмедиар қадоқ ҳосил бўлади ва қисқа вақт талаб қилади. Агар барқарор остеосинтез учун қўлланилган восита маҳкам ушлаб турса, ташқи иммобилизацияга ҳожат қолмайди. Доимо барқарор остеосинтез қилишга ҳаракат қилиш зарур.

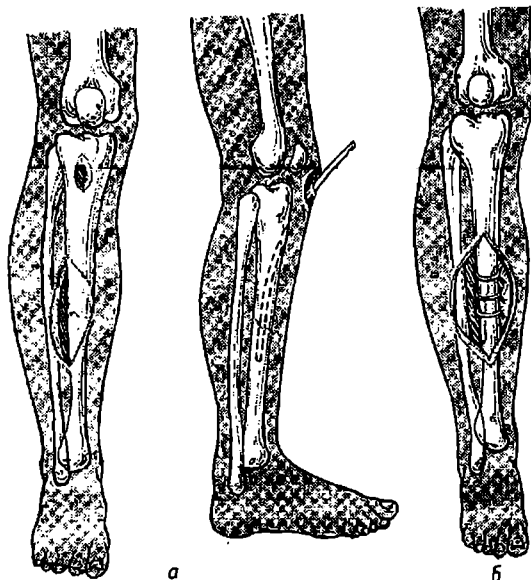
Фиксаторлар суякка қотирилса ва юмшоқ тўқималар билан ёпилса «ботирилган» дейилади. Улар суякдан ичига юборилса - интрамедулляр ва ташқарисидан қотирилса - экстрамедулляр дейилади. Мисол: қозик интрамедулляр ҳисобланса, пластина - экстрамедулляр ҳисобланади. Фиксаторлар бир вақтда ҳам шакллантирса, ҳам суяк бўлақларини яқинлаштирса, компрессловчи дейилади.

Катта болдир суягининг остеосинтези учун «ботирадиган» интра-ёки экстрамедулляр фиксаторлардан фойдаланилади.

Агар очиқ усул билан остеосинтез қилинадиган бўлса, катта болдир суягининг қирраси ташқарисидан яримойсимон кесилади ва синиқ бўлаклари очилади.

Катта болдир суягининг юқори ва пастки қисмида кўндаланг синиш бўлса, экстрамедулляр остеосинтез компрессияловчи пластинка билан қилинади. Кўндаланг синиш катта болдир суягининг ўрта қисмида жойлашган бўлса, қозик билан интрамедулляр остеосинтез

қилиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Остеосинтез учун Ц И Т О н и н г қиличсимон қозиғи қўлланилади. Қозик катта болдир суяги ғадир-будурлигининг и ч к а р и р о ф и д а н юборилади (200-расм, а). Бундай остеосинтез репозицион бўлиб ҳам ҳисобланади. Қийшиқ ва бурама синишларда бурама мих ёки симлар ёрдамида остеосинтез қилинади. Доимо 2 та бурама мих ёки 2-3 ўрам сим ишлатилади.



200-расм. Катта болдир суяги диафизи синишида остеосинтез. а - қиличсимон металл ўзак ёрдамида; б - сим ёрдамида ўраш.

Синган жойдаги илик каналининг кўндаланг ҳажми қозик қалинлигига тўғри келган тақдирда мустаҳкам остео-синтезга эришилади (201-расм).

Қийшиқ ва бурама синиш чизиқлари кичкина бўлса, каттароқ майдаланиб синса, 6-8 бурама миҳ ишлатиладиган пластина қўлланилади ёки интрамедулляр қозик юбориб, 1-2 жойидан сим билан боғланади.

Кўплаб майдаланиб синса ва теридаги жароҳатларни очиқ усул билан остеоинтез қилишга илож бўлмаса (шилинган, суяк билан ёпишган чандиқлар ёки йиринг бўлса), компрессион-дистракцион аппаратлар қўлланилади, аппаратларсиз ёпиқ репозиция қилиш фойдасиз.

Остеосинтездан сўнг иммобилизация муддати консерватив даволашдаги каби бўлади.

Йўғон штифтлар билан барқарор остеоинтез ва компрессион-дистракцион аппаратлар қўлланилганда одатда ташқи иммобилизация қилинмайди.

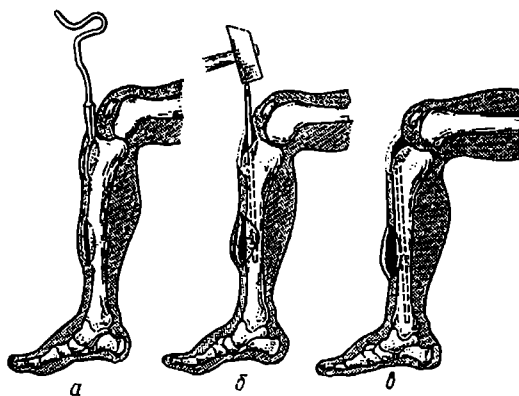
БОЛДИР СУЯКЛАРИ СИНГАНДА ҚИСҚАРТИРИЛГАН ГИПС БОҒЛАМИДА ЭРТА ФУНКЦИОНАЛ УСУЛДА ДАВОЛАШ

Сўнгги йилларда тиззагача қисқартирилган гипс боғламида оёқ ўқи бўйича босиб юриш билан даволаш кенг қўлланилмоқда. Бу усулни В.П.Охотский, А.А.Корж ва бошқалар жадал ишлаб чиқмоқдалар.

Бу усулга кўрсатма синиш чизиғи ҳар қандай вариантдан қатъи назар, болдирнинг ўрта ва пастки қисмида бўлса бас. Қисқартирилган гипс боғлами қўлланиш учун беморларни суяк бўлаклари репозиция қилиб тўғриланган бўлиши зарур.

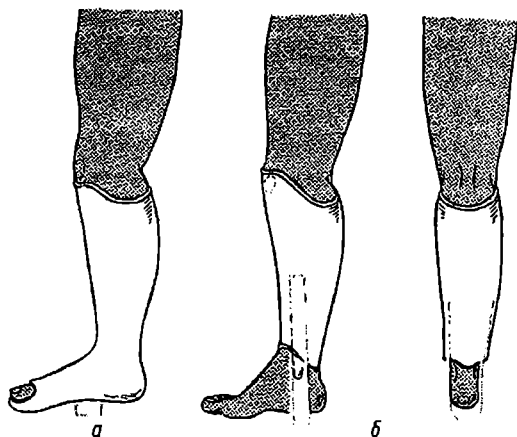
Силжимаган синишда ва силжиши бартараф қилинган синишларда соннинг юқорисигача лонгетали гипс боғлами 10-12 кунга, шишлар қайтунча қўйилади.

Синишнинг репозицияси учун скелет тортма зарур бўлса, шу бобда кўрсатилган усул билан 3 ҳафта давом эттирилади, сўнгра қисқартирилган гипс боғлами қўйилади. Гипс боғлами «этиксимоң» шаклда қуйидагича



201-расм. Қалин штифт ёрдамида катта болдир суягини барқарор стеосинтез қилиш.

a — катта болдир суяги юқори-олдинги қисмида канал тайёрлаш; *b, c* — тўғри шаклдаги штифтни иликка юбориш.



202-расм. Болдир суяклари синганда функционал даволаш учун қўйиладиган гипс боғламлари.

- a* – оёқ панжаси ва пошна билан;
б – оёқ панжасисиз узанги билан.

қўйилади: олдидан тизза қопқоғининг пастки учигача ва орқада пастлаб бориб, тақим чуқурчаси очиқ қолиши керак. Бу болдирни тўғри бурчакча букишга имкон беради. Панжанинг ўрта-орқаси чегарасига пошна ёки узангича қилиб гипсланади. Гипс боғламида панжа очиқ қолса, гипс боғлами юқори қисми тизза қопқоғи юқори томонига «бог-форт» шаклида қўлланилади. Орқасида тақим чуқурчаси очиқ қолади. Гипс боғлами пастки қисмида оёқнинг тепага букилишига хала-

қит бермаслиги керак (202-расм, *б*). Гипснинг орасига узанги қилинади, масалан: узунлиги 90 см ва эни 7-9 см поливик лахтақларидан қилиш мумкин. Беморлар 2-3 суткадан кейин гипс қуригач, қўлтиқтаёқлар ёрдамида меъёр билан босиб юришлари мумкин. Босим меъёри синган жойдаги оғриққа боғлиқ, 2-3 ҳафтадан кейин оғриқ бўлмаса, оғирликни тўлиқ тушириб юришга рухсат берилади.

Вақти-вақти билан гипс боғлами ва синиқ бўлақларининг ҳолати текширилиб, кузатилиб турилади. Иммобилизация даври 3 ойгача. Суяқ бўлақлари ортиқча периостал қадоқ ҳосил қилиб битади.

Бошқа иммобилизацион усуллардан афзаллиги шуки, гипс олингандан кейин мушаклар атрофияси ва бўғимларнинг фаолияти камроқ ўзгаради. Меҳнат фаолияти 3-5 ойда тикланади.

9 - б о б. БОЛДИР-ОШИҚ БЎҒИМИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Болдир-ошиқ бўғимининг шикастлари кўп учрайди; у сирпанчиқ даврларда «травматик эпидемия» ҳажмигача етиши мумкин. Шикастланиш механизми билвосита бўлиб, ўқ бўйича босилганда оёқнинг қайрилиши кузатилади. Камроқ бошқача механизмда, шу билан бирга, бевосита травма таъсиридан вужудга келади.

Бирламчи врачгача ва врачлик ёрдамида жароҳат бўлса, асептик боғлам қўйилиб, иккита нарвонсимон шина қўйилади: тизза бўғимигача V-симон ва орқа шина. Оғриқсизлантириш умумий қоида бўйича

наркотик моддалар юбориб бажарилади. Йиринглашга йўл қўймай новокаин билан оғриқсизлантириш мумкин. Беморни оёғига бостирмасдан транспортировка қилинади.

БОЛДИР-ОШИҚ БЎҒИМИ БОЙЛАМЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Бойламларнинг шикастлари болдир-ошиқ бўғимида кўплаб учрайдиган шикастлардан ҳисобланади. Шикаст, одатда, оёқни ичкарига, яъни уни супинация ва аддукция қайрилишларида кузатилади. Бундай ҳолларда болдир-ошиқ бўғимининг ташқи ён бойлами толалари қисман ёки тўлиқ узилиб кетади. Биринчи навбатда, ошиқ-кичик болдир бойлами зарарланади. Тўлиқ узилганда ошиқ суяги чиқиб, кичик болдир мушаги қисқаришида жойига тушади.

Т а ш х и с. Болдир-ошиқ бўғимининг ташқи тўпиғи соҳасида оғриқ сезилади, ҳаракат қилса, оғриқ зўраяди, айниқса, оёқни ичкарига ва супинация қилганда. Бўғимдаги шиш кўпроқ тўпиқ соҳасида бўлади. Пайпаслаганда оғриқ ташқи тўпиқнинг пастки ва унинг олди соҳасида кузатилади. Шу билан биргаликда, ташқи тўпиқнинг учидан 1-1,5 см юқорисида ва орқасини пайпаслаганда оғриқ кам сезилади. Шу белгига асосланиб, ташқи тўпиқнинг синишидан дифференциал диагностика қилинади, ташқи тўпиқ синмаганлиги аниқланади. Оёқнинг пассив ҳаракатида, айниқса, супинация пайтида кучли оғриқ бўлади.

Пассив супинация пайтида ошиқ суягининг олдинга ва ичкарига силжиши ташқи ён бойламларнинг тўлиқ узилганлигидан далолат беради.

Бу белги гематомага 2% ли новокаин қилиниб текширилса, яна ҳам аниқ билинади. Бойлам толалари қисман узилса, оёқнинг чиқиши кузатилмайди.

Иккита кўринишда қилинган болдир-ошиқ бўғимининг рентгенографияси суяк синмаганилигини кўрсатади.

Олдидан панжанинг функционал супинация ҳолатида рентген тасвирида болдир-ошиқ бўғимида чала чиққанлигини билдиради, ошиқ-кичик болдир бойламини узилганлигидан дарак беради. Ташқи ён бойламлар тўлиқ узилганда ошиқ суяги 40° силжиши кузатилади.

Агар ён бойламларнинг узилганлиги аниқланмаган бўлса ёки даволашда хатога йўл қўйилган бўлса панжанинг одатий чиқиши ривожланади. Беморлар ошиқ бўғимида беқарорлик сезади, айниқса, нотекис юзаларда тез-тез қайрилиб туради. Клиник ва функционал рентген тасвири ошиқ-кичик болдир бойламининг норасолигини кўрсатади.

Д а в о л а ш. Ошиқ бўғимининг бойламлари қисман узилса, бўғимга 5-14 кунча саккизсимон боғлам қўйилади ёки эластик бинт тавсия қилинади. Боғлам қўйишдан олдин гематомага 1%-10 мл новокаин юбориш айна муддао ҳисобланади.

Боғламни панжанинг ташқари қиррасини кўтариб, намланган бинт билан қўйиш яхшироқ. Бинт қуриб жойлашади, яхшироқ ушлаб туради. 3-4 кундан сўнг иситувчи муолажалар тавсия қилинади.

Ён бойламлар тўлиқ узилганда оёқ панжаларидан болдирнинг юқори 1/3 қисмига лонгетали гипс боғлами қўйилади. Шишлар қайтгандан кейин 8-10 ҳафтагача айланма гипс боғламга айлантрилади, сўнгра 1 йил давомида супинаторли баланд кўнжли пойафзал кийиб юриш тавсия қилинади.

Оёқни одатланиб қолган чиқишида даволаш ён бойламлар янги тўлиқ узилишидаги каби бўлади, лекин реабилитация даври узоқроқ давом этади. Гипс боғлами 11-12 ҳафтага қўйилади.

Оғир шикастланишларда доимо ортопедик пойафзалда юриш ёки жарроҳлик усули билан ошиқ-кичик болдир бойлами тикланади.

ТЎПИҚЛАРНИНГ СИНИШИ

Тўпиқларнинг синиши болдир суяклари синишининг 60% ни ташкил қилади. Бевосита шикастланиш камроқ учраб, унда битта тўпиқнинг синиши кузатилади ёки бўғим оғир шикастланади. Билвосита шикастланганда тўсатдан ичкарига ёки ташқарига қайрилиб қолиши вертикал босим натижасида юз беради.

Кўпинча, тўпиқларнинг синиши оёқнинг ташқарига қайрилишида юзага келади. Бундай ҳолларда оёқ пронация, абдукция ва эквинус ҳолатида бўлади (*пронацион синишлар*, 203-расм). Пронацион синишларда панжанинг ташқарига тўлиқ ёки чала чиққанлиги кузатилиши мумкин. Оёқнинг орқа қисмининг пронацияси дельтасимон бойламнинг чўзилишига ва ички тўпиқнинг асосидан ёки бойлам бириккан жойидан синишига олиб келади. Ички тўпиқнинг синиш чизиғи кўндаланг бўлиб, делтасимон бойламининг узилиши ҳам кузатилади.

Ошиқ суягининг силжиш жараёнида кичик болдир суяги кўпинча бўғим ёриғи рўпарасидан ёки 5-7 см юқорироғидан, кичик болдир суягининг ингичкароқ жойидан синиши мумкин. Кичик болдир суягининг синиш чизиғи қийшиқ, кўндаланг ва бурама йўналишларда бўлади. Агар таъсир қилувчи куч давом этса, болдирлараро бойлам ҳам узилади. Бойламлар тўлиқ узилиб, дистал суяклараро мембранаси ҳам ажраб кетса, ошиқ суяги болдир суякларининг орасига кириб қолади.

Пронацион синишнинг асосий компонентлари: 1) ички тўпиқнинг синиши ёки дельтасимон бойламнинг узилиши; 2) ташқи тўпиқ ёки кичик болдир суягининг пастки 1/3 қисмидан синиши; 3) дистал болдирлараро синдесмознинг ажралиши; 4) панжанинг чала ёки тўлиқ чиқиши — «поёнига етган» классик Дюпюитрен синишидир (203-расм, а, б). Юқорида кузатилган шикастлар ҳаммаси кузатилмаса, Дюпюитрен типидagi ёки «поёнига етмаган» пронацион синиш дейилади (203-расм, в, г).

Болдир суяклараро синдесмозининг ажралиб кетиши ва дельтасимон бойламнинг узилиши пронацион синиш вариантларидан ҳисобланади

(203-расм, д). Шу синиш механизмида синдесмознинг ажралиши ички тўпиқнинг синиши ёки дельтасимон бойламнинг узилишисиз бўлмаслигини ёдда тутиш зарур.

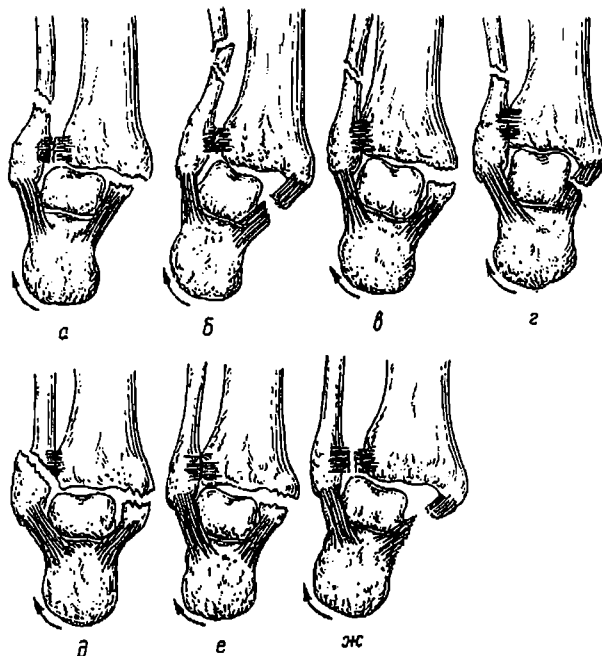
Оёқ кафтининг тўсатдан ичкарига қайрилиши супинацион синиш келиб чиқишига олиб келади — пронацион синиш механизмининг тескари шикастланишидир.

Оёқни орқа қисмининг куч билан супинацияси товон-кичик болдир бойламининг чўзилишига ёки узилишига ва ташқи тўпиқнинг синишига олиб келади. Синиш чизиғи кўндаланг йўналишда ўтади.

Таъсирот кучлироқ бўлганда, товон суягига босилиш натижасида ички тўпиқ ва катта болдир суягининг қийшиқ вертикал синиши кузатилади, панжа ичкарига силжийди. Ичкарига чала ёки тўлиқ чиқиш бўлади (204-расм, а — в).

«Поёнига етган» супинацион синишда куйидагилар кузатилади:

- 1) ташқи тўпиқнинг ажралиб синиши ва унинг эквиваленти — ошиқ бўғимининг ташқи ён бойламининг узилиши;
- 2) ички тўпиқнинг қийшиқ синиши ёки катта болдир суяги ички қиррасининг синиши;
- 3) панжанинги чала ёки тўлиқ ичкарига чиқиши.



203-расм. Тўпиқларнинг пронацион синишлари.

а, б — классик Дюпюитрен синиши («поёнига етган» пронацион синиш);
в, ж — Дюпюитрен типидagi шикастланиш («поёнига етмаган» пронацион синиш).

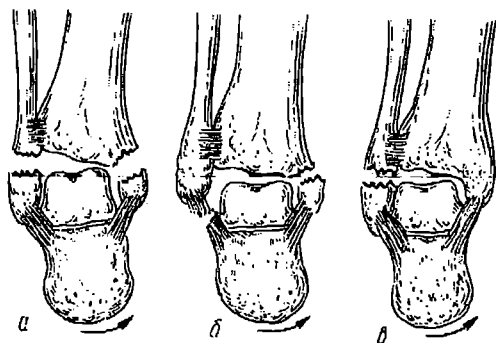
Агар панжа пронацияси ёки супинацияси букилиш ёки ёзилиш билан кечса, қўшимча шикастланиш — катта болдир суягининг олдинги ёки орқа томонининг синиши — *Потта-Десто синиши* кузатилади ҳамда панжанинг олдинги ва орқа томонга чала ёки тўлиқ чиқиши кузатилади (205-расм, *а, б*).

Бурама ҳаракатланиш кичик болдир суягининг барча қисмларидан винтсимон синиш, болдир суяқлараро синдесмозининг ажраши ва ички тўпиқнинг синишига олиб келади.

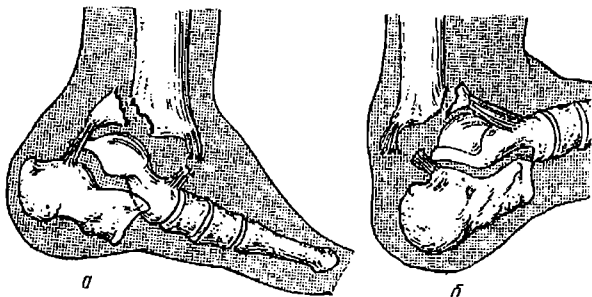
Вертикал йўналишда куч таъсир қилганда катта болдир суягининг дистал метафизи майдаланиб ва кичик болдир суягининг пастки 1/3 қисмидан синишига олиб келади. Тўпиқлар синиши, панжанинг чала ёки тўлиқ чиқишлари — *чиқиб-синишлар* дейилади. Шундай қилиб, билвосита шикастларда тўпиқларнинг алоҳида синиши, ошиқ бўғими соҳасида синишлар ва чиқиб-синишлар билан омихта келиши учрайди. Сикиқ чизигининг ва панжа чиқишининг йўналишига қараб шикастланиш механизмини билиш мумкин.

Т а ш х и с. Тўпиқ синишларини аниқлаш унчалик қийин эмас. Беморларни болдир-ошиқ бўғимида оғриқ безовта қилади. Оёққа босиб юришни чиқиб-синганда мутлақо иложи бўлмайди, аммо битта ёки иккала тўпиқ синса юриш мумкин. Болдир-ошиқ бўғими шишади.

Пронацион чиқиб-синганда панжа ташқарига йўналган бўлиб, вальгус ҳолатида туради. Катта болдир суяги дистал қисмининг териси



204-расм. Тўпиқларни супинацион синишлари. *а, б* — «поёнига етган» супинацион синиш; *в* — «поёнига етмаган» супинацион синиш.



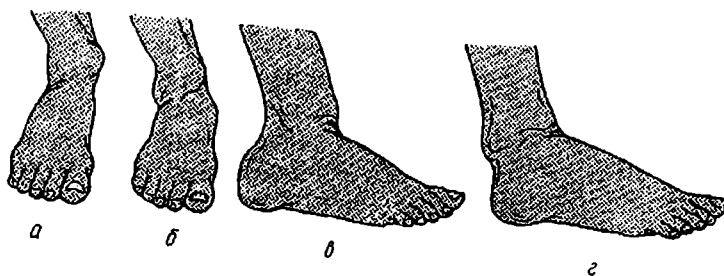
205-расм. Потта-Десто синиши.

а — катта болдир суяги орқа қиррасининг синиб панжанинг орқага силжиши; *б* — катта болдир суяги олди қиррасининг синиб панжанинг олдинга силжиши.

таранглашади, унинг остида катта болдир суяги синган бўлақларининг қирраси аниқланади (206-расм, а). Супинацион чиқиб-синишларда панжа ичкарига силжиган ва варус ҳолатида бўлади (206-расм, б). Потта-Десто чиқиб-синишида катта болдир суягининг орқа қисми синса, панжа-кафт юзага букилган ҳолатда бўлади. Панжанинг олдинги қисми қисқарган, катта болдир суягининг олдинги қирраси болдир-ошиқ бўғимида пайпасланади (206-расм, в). Катта болдир суягининг олди томони синиб, панжа олдинга чиққанда панжанинг олдинги қисми узунлашиб қолади, болдир суягининг олдинги қирраси ушлаб кўрилганда оғриқнинг зурайиши кузатилади. Панжа дорсал юзага қараб букилган бўлади (206-расм, г). Болдир-ошиқ бўғимидаги деформация оёқнинг ташқарига ёки ичкарига чиқиши, олдинга ва орқага чиқиши омихта келса, деформацияга олиб келади.

Чиқиш кузатилмаса диагноз қўйиш мураккаб. Тўпиқларнинг учидан юқорироқда оғриқ бўлса – синган бўлади; дистал болдирлараро синдесмоз ажраганда болдир-ошиқ бўғими ёриғи устида оғриқ бўлади. Болдир-ошиқ бўғимида ёнга қилинган ҳаракатда оғриқ босгандаги оғриқдан кучлироқ бўлади. Болдир суяклари яқинлаштирилганда синган жойда оғриқ кузатилади. Дистал болдирлараро синдесмоз ажралганда «пружинасимон қаршилиқ» сезилади. Кўпроқ маълумот шарт бўлган олдинги ва ён кўринишдаги рентгенограммалардан олинади. Рентген суратларида (олдиндан қилинган кўринишида) кичик болдир суягининг синдесмоз соҳасида $2/3$ ёки $1/2$ қисмини катта болдир суягининг сояси тўсиб туради. Агар кичик болдир суяги соядан мустасно бўлса, синдесмознинг тўлиқ ажралганлиги аниқланади. Яна ҳам аниқроқ бўлиши учун болдирни 20° ичкарига айлантириб олдиндан қилинган рентген тасвири тўлиқ маълумот беради. Солиштириш учун соғлом томонини ҳам бир хил ҳолатда тасвирга олиш керак.

Д а в о л а ш. Жойидан силжимаган битта ёки иккала тўпиқларнинг синишларини амбулатор равишда даволаса ҳам бўлади. Тўпиқлари очик



206-расм. Болдир-ошиқ бўғимида синиб- чиққанда оёқнинг деформацияси. а – пронацион синишда; б – супинацион синишда; в – катта болдир суягининг орқа қирраси синганда; г – катта болдир суягининг олдинги қирраси синганда.

ёки «мураккаб» синиб силжиган, чиқишлар ва ошиқ бўғимида катта шиш бор беморлар стационар шароитда даволанадилар.

Бир вақтда репозиция қилиб, гипс боғлами қўйиш тўпиқлар силжиган синишларининг асосий консерватив даволаш усули ҳисобланади. Болдир-ошиқ бўғимидаги «мураккаб» синишлар, айниқса, кеч мурожаат қилинганда наркоз ёрдамида репозиция қилинади. Маҳаллий оғриқсизлантиришда катта болдир суягининг олдинги соҳасидан бўғим бўшлиғига 1-2%-20 мл новокаин эритмасини юбориш кифоя. Агар синиш бўғимдан ташқарида бўлса, бевосита синган жойни оғриқсизлантирилади.

Репозиция беморни ўтқазиб ёки ётқизиб қилинади. Болдирнинг уч бошли мушагини бўшаштириш учун тизза бўғими 90°га букилади ва ёрдамчи ушлаб туради. Жарроҳ оёқни иккала қўли билан ушлаб тортади, сўнгра чиқишни бартараф қилади, оёқнинг орқа қисмига пронацион синиш бўлса, супинация, супинацион синиш бўлса — пронация ҳолати берилади.

Панжани ўрта ҳолатга келтирилиб, бўғимда 100°га букилади. Тўпиқларни бармоқлар билан босиб жойига коррекция қилинади. Болдир суяклари ён томонидан босилиб яқинлаштирилади. Панжанинг орқага чиқиши ва катта болдир суяги орқа томонининг синиши панжани 75-80° дорсал букиш билан тўғриланади.

Катта болдир суягининг олди синиб, панжа олдинга силжиши панжани орқага тортиш ва бўғимни кафт томонга букиш билан тўғриланади, шундай ҳолатда гипс боғлами қўйилади.

Болдир суяқлараро синдесмоз ажраганда гипс боғлами қотмасдан ён томондан босиб яқинлаштирилади.

Агар болдир-ошиқ бўғимида шиш катта бўлса, репозициядан сўнг V-симон гипс лонгетаси тизза бўғимига қўйилади. Катта болдир суягининг олди ёки орқа томони синса, орқа гипс лонгетаси ҳам қўйилади, бинт билан маҳкамланади ва оёғини баландроқ қилиб ётқизилади. Шиш кетган сайин ҳар куни лонгета қирралари бинт билан яқинлаштириб турилади. Шишлар батамом қайтгач, лонгета тизза бўғимига айланма гипс боғламига айлантирилади. Шиш кузатилмаса, айланма гипс боғламини репозициядан кейин қўйиш мумкин, аммо беморлар доимо кузатувда бўлиши керак, мабодо гипс боғлами сиқиб қолгудай бўлса, зудлик билан олди томондан кесиб, бинт билан боғлаб қўйилади. Албатта рентген текшириш қилинади. Муваффақиятсиз репозиция қилинган бўлса, шишлар қайтгач наркоз билан қайта репозиция қилиш зарур. Репозициядан 1-2 ҳафта кейин қўлтиқтаёқ билан юришга рухсат берилади. Гипс боғламига узанги қилинса, 5-6 ҳафтадан бошлаб озроқ босиб юрса бўлади.

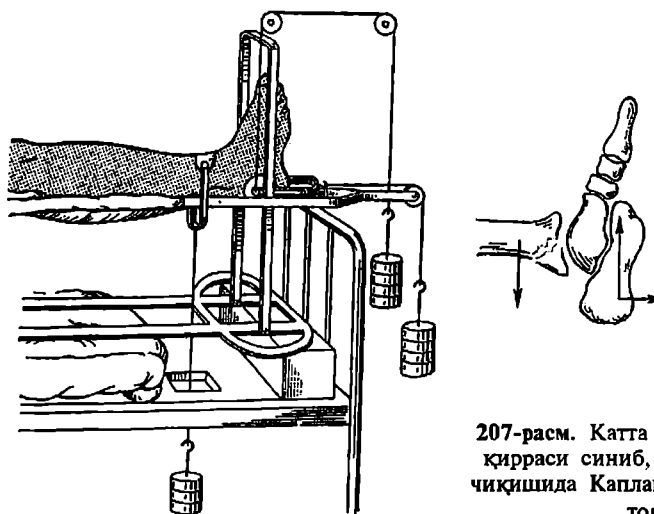
Гипс 2-3 ойдан сўнг олиниб, бир йил давомида супинатордан фойдаланиб юради. Меҳнат қобилияти 2,5-4,5 ойда тикланади.

Битта ёки иккала тўпиқлар силжимасдан синса, V-симон гипс боғлами қўйилади, шишлар қайтгач айланма гипс боғламга айлантрилади ва 1-ҳафта охирида юришга рухсат берилади. Гипс боғламини олиш муддати битта тўпиқ синса - 4 ҳафта, иккаласи синса - 6 ҳафта ҳисобланади. Десто синиши силжимаган бўлса, 7-8 ҳафта бўлиб, ясситовонликнинг олдини олиш учун супинатордан фойдаланилади.

Теридаги жароҳатлар репозиция қилишга ва гипс боғлами қўйишга имкон бермаса, *скелет тортма* қўлланилади. Бундай ҳолларда теридаги жароҳатлар битгунча ва репозицияни ушлаб туриш учун шишлар қайтгунча скелет тортмадан фойдаланади. Скелет тортма катта болдир суягининг дистал қисми майдаланиб ёки метаэпифизидан синганда товон суягидан кегай ўтказилади. 5-7 кг юк билан болдир ўқи бўйлаб тортилади. 4 ҳафтадан кейин соннинг ўрта қисмига 3-4 ой муддатга гипс боғлами қўйилади. Катта болдир суягининг орқа қисми синиб, $1/3$ бўғим юзасини копласа, Каплан усули билан скелет тортма қилинади (207-расм).

Фронтал юза бўйича скелет тортиш учун товон суягидан ва катта болдир суяги тўпиқлари устидан кегай ўтказилади. Товондан икки томонлама тортиш қилинади, болдир ўқи бўйича 6-7 кг ва унга перпендикуляр юқорига 3-4 кг тортилади. Худди шунча оғирлик (3-4 кг) орқага 90° бурчак остида тортилади. 4 ҳафтадан кейин тортиш тўхтатилиб, 3 ой муддатгача гипс боғламга алмаштирилади.

Болдир-ошиқ бўғимидаги очиқ синишларда муваффақиятсиз репозицияларда, яъни тўпиқларнинг синиб-силжишлари баргараф қилинмаса ва катта болдир суяги дистал қисмининг олди (орқаси) синганда ёки болдирлараро синдесмоз ажраганда *жарроҳлик усулига*



207-расм. Катта болдир суяги орқа қирраси синиб, панжанинг орқага чиқишида Каплан усулида скелетдан тортиш.

кўрсатма бўлади. Ички тўпиқнинг жойида турмагани сабаби (пронацион синишда) юмшоқ тўқималарнинг интерпозицияси бўлса, ўз атрофида айланиб қолиши (ротацион синишда) сабаб бўлади. Синдесмоз ажралиб, болдир суякларининг яқинлашмаслиги тўпиқ ажралганда ёки кеч репозиция қилинса жойига тушмайди.

Тўпиқ ва катта болдир суягининг синиқлари остеосинтезида винтлар, кегай ва суякдан қилинган ёки металл штифтлар қўлланилади (208-расм, *а, з*). Синдесмознинг ажралиши винтли болтлар билан маҳкамланади, ташқи тўпиқ синиши билан кузатилса, ташқаридан пластина ёрдамида қилинади (208-расм, *б, в*).

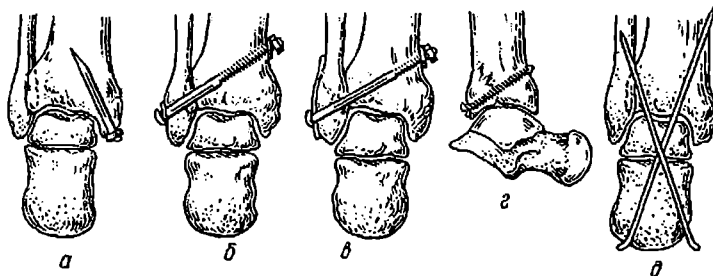
Очиқ синишларда йиринглаш хавфи туғилса (юмшоқ тўқималарнинг катта жароҳатида кучли ифлосланган бўлса), ичкаридан юбориладиган фиксаторлар қўллаш мақсадга мувофиқ эмас. Жарроҳлик ишлови ўтказилса, репозиция қилиниб, Илизаров аппарати қўйиш ёки теридан бўғим орқали кегай билан фиксация қилиб тугалланади (208-расм, *д*).

Операциядан кейин кесилувчи гипс боғлами тизза бўғимигача қўйилади, шишлар қайтиб, чоклар олингач, доимий айланма гипс боғлами қўйилади. Кейинги кузатув консерватив даволашдаги каби олиб борилади.

Тери орқали юборилган кегайлар 3-4 ҳафтада олиб ташланади, ичкаридан қўйилган фиксаторлар синиқлар тўпиқ битгандан кейин олиб ташланади.

ОШИҚ СУЯГИНИНГ СИНИШИ ВА ЧИҚИШИ

Ошиқ суягининг бўйнидан, танасидан ва орқа ўсимтасини синишлари тафовут қилинади. Синиш механизмларида билвосита баландликдан тик оёғига тушиш, автоуловни қаттиқ тормозлаганда



208-расм. Тўпиқлар синганда операция турлари.

а – ички тўпиқни икки парракли мих ёрдамида остеосинтез қилиш; *б* – болдирларо пастки синдесмозни болт ёрдамида қотириш; *в* – ташқи тўпиқ синиб синдесмоз ажраганда болт ва суяк усти пластинаси билан қотириш; *з* – катта болдир суяги орқа қирраси синганда бурама мих ёрдамида остеосинтез қилиш; *д* – кегайлар ёрдамида трансартикуляр қотириш.

оёғи ёки бошқарув воситалари тегиши натижасида юз беради. Бундай ҳолларда ошиқ суяги катта болдир суяги билан товон суягининг орасида қисилади. Панжанинг тўсатдан тепага букилиши ошиқ суягининг бўйнидан синишига олиб келади. Ошиқ суягининг синишлари силжимаслиги мумкин, ошиқ суяги бошининг тепага силжиши, танасининг орқага чиқишлари шу бобда ошиқ суягининг ҳамма синишлари батафсил кўриб чиқишга ҳуқуқ беради.

Т а ш х и с. Болдир-ошиқ бўғимида шиш бўлади, актив ҳаракатлар оғриқ ҳисобига чегараланади ёки умуман бўлмайди. Ошиқ бўғимида ва панжанинг юқори қисмида деформация кузатилади. Деформациянинг характери синиш чизиғи ва силжишига боғлиқ. Бўғимни пайпаслаганда оғриқ сезилади. Энг кучли оғриқ синиш соҳасида жойлашади. Товонга муштлаб кўрилганда оғриқ зўраяди.

Икки кўринишдаги рентген тасвири олинади. Ошиқ суяги бўйнидан синганда товон-ошиқ бўғимидаги бир-бирига нисбатан муносабатга аҳамият бериш керак. Орқа ўсимтасини кўпинча суяк синигидан ажрата билиш қийин. Бунинг учун соғлом оёғига солиштириш учун рентгенга туширилади.

Д а в о л а ш. Ошиқ суягининг бўйнидан силжимаган синишида 7-8 ҳафтагача оёқ панжаларидан тизза бўғимигача гипс боғлами кўйилади. Наркоз бериб суяк бўлаклари жойига туширилади.

Боши тепага силжиб синганда товонидан тортиб, панжага эквинус ҳолати берилиб, гипс боғлами кўйилади. 4-6 ҳафтадан кейин оёқни ўртача (90°) ҳолатида гипс боғлами 3 ой муддатга кўйилади.

Ошиқ суяги чиқишларини зудлик билан жойга тушириш керак, акс ҳолда ётоқ яралар ҳосил бўлади. Ошиқ суягини ёпиқ тушириш қийин кечади, кўпинча муваффақиятсиз бўлади. Бундай ҳолларда очик усулда туширилиб, сихлар ёрдамида мустаҳкамланиб, 3-3,5 ойга гипс боғлами кўйилади.

Ошиқ суягининг танасидан силжиганлигини ҳисобга олган ҳолда тизза бўғимигача 2-3 ойга гипс боғлами кўйилади. Баъзи муаллифлар 2-3 ҳафтадан кейин гипс олиниб, босмасдан ЛФК билан шуғулланиши тавсия қилишади. Юқорида зикр қилинган ҳолларда ошиқ бўғимида артроз ривожланиши эқтимолдан ҳоли эмас.

Орқа ўсимтаси синса гипс боғлам ёки юмшоқ боғлам 2-3 ҳафтага кўйилади. Меҳнат қобиляти 1 ойда, ошиқ суяги танасидан ёки бўйнидан синганда 2,5-4,5 ойда тикланади. Сингандан кейин 1 йил давомида супинатордан фойдаланиб юриш керак.

Ошиқ суяги бўйнидан ёки танасидан синганда кўпинча асептик некрозга учрайди. Шунинг учун 3 ой давомида босмаслик зарур. Танаси синганда ёки орқага чиққанда 4 ой босмаслик керак.

Деформацияловчи артроз ёки асептик некроз кузатилса, болдир-ошиқ бўғими артрорез қилинади, бунда баъзан ошиқ ости бўғимини ҳам кўшилади.

10 - б о б. ОЁҚ ПАНЖАСИ СУЯКЛАРИНИНГ СИНИШЛАРИ ВА ЧИҚИШЛАРИ

Оёқ панжа суякларининг синишлари уларнинг чиқишларига қараганда кўп учрайди, бу оёқ панжаси бўғимларини ўзига хос анатомик хусусиятларига боғлиқдир.

Б и р и н ч и ё р д а м. Оёқ панжаси шикастланганда биринчи ёрдам турли анальгетиклар юбориб оғриқсизлантириш ва тизза бўғимигача тахтакачлашдан иборат. Ҳаракатсизлантириш учун нарвонсимон, пластмассалардан қилинган ёки ичига ҳаво тўлдириладиган шиналар ишлатилади. Стандарт шиналар бўлмаса, қўлбола воситалар билан ҳаракатсизлантирилади. Очиқ шикастланишда ҳимояловчи асептик боғлам қўйилади. Оёқ панжаси жуда ифлосланган ҳолда маҳаллий оғриқсизлантиришни бемор шифохонага ёки травматологик пунктга етказилгунча қолдириш даркор.

Синиш ва чиқишларни даволашда оёқ панжаси гумбазларини тиклашга катта аҳамият бермоқ керак. Гипс боғлами қўйилаётганда ҳам оёқ панжаси гумбазларини кунг билан чиқариш талаб қилинади. Бемор гипсли боғламдалигидаёқ физиотерапевтик муолажалар бошланади. Гипс боғлами олингандан кейинги асосий вазифа турли асбоблар ёрдамида машқ қилиш, уқалаш, даволовчи жисмоний тарбия ва физиотерапевтик муолажалар ёрдамида оёқ панжаси бўғимларида ҳаракатни тиклаш ва унинг гумбазларини шакллантиришдан иборат. Посттравматик яссипанжаликнинг олдини олиш учун оёқ панжа суяклари синган ва чиққанда, бармоқлар шикастланишидан ташқари, бир йилча вақт давомида супинаторли пойафзал кийиш тавсия қилинади.

ОЁҚ ПАНЖАСИНИНГ ОШИҚ СУЯГИ ОСТИДАН ЧИҚИШИ

Ошиқ-товон ва ошиқ-қайиқсимон суяк бўғимларида чиқиш билвосита шикастланишдан келиб чиқади. Ошиқ сўяги остидан чиқишда оёқ панжаси, кўпинча, ичкарига ёки орқа ва ичкарига суриладики, бу уларнинг оёқ панжасининг ичкарига ва орқа ичкарига чиқиши деб юритилади.

Т а ш х и с. Ошиқ сўяги ости соҳаси деформацияланган. Ичкарига чиқишда оёқ панжаси ичкарига сурилган ва эквинус, супинация, варус ҳолатида. Панжа орқа юзасида ошиқ сўяги бошчаси аниқ пайпасланади. Ундан ичкарида сурилган қайиқсимон суяк аниқланади. Орқа ичкарига чиқишда, бундан ташқари, панжа олдинги қисмининг қисқариши ва товоннинг узайиши кузатилади. Панжа фаолияти бутунлай бузилади. Пайпаслаганда тарқалган оғриқ сезилади. Ташхис қўйиш қийинчиликлар туғдирмайди.

Д а в о л а ш. Оёқ панжасининг ошиқ сўяги остидан чиқишини даволаш умумий оғриқсизлантириш билан иложи борича эрта

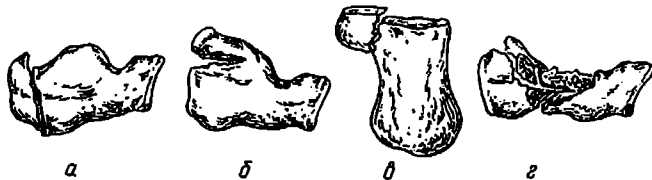
солишдан, тизза бўғимигача қўйилган гипсли боғлам билан 3–4 ҳафтача тахтакачлашдан ва кейинчалик функционал тикланиш муолажаларини ўтказишдан иборат. Орқа ичкарига чиқишни қўйидагича солинади: тизза бўғимида оёқни 90° бурчак остида букилади. Оёқ панжасига иложи борича супинация, эквинус, аддукция ҳолатини бериб, товон ва олдинги қисмлари орқали қаттиқ ушлаб тортилади. Сўнгра панжа пронация ва узоқлаштирилган ҳолда тортиб ичкаридан ташқарига босилади. Ёрдамчи болдирнинг пастки қисмидан ушлаб туриб қаршилиқ кўрсатади. Ёпиқ усулда чиқиш баргараф қилинмаса, зудлик билан жарроҳлик муолажасини ўтказиш тавсия қилинади. 6–8 ҳафтадан сўнг шикастланган оёқни босиб юришга рухсат берилади.

ТОВОН СУЯГИНИНГ СИНИШИ

Товон суягининг синиши, асосан, бевосита шикастланишдан бўлади. Кўпинча юқоридан қулаганда рўёбга чиқади ва иккала товон суягининг синиши кузатилади.

Товон суягининг синиши турлари хилма-хилдир (209–расм), лекин энг кўп учрайдигани ва оғири эзилиб синиши ҳисобланади (209–расм, г). Бундай ҳолларда товон суяги ошиқ суяги ва шикастловчи агент орасида эзилиб кўп бўлақларга бўлиниб кетади. Товон суяги эзилиб синганда оёқ панжаси гумбази яссиланади, ошиқ–товон, товон–кубсимон бўғимларни ҳосил қилувчи суякларнинг бўғим юзаларининг ўзаро муносабати бузилади. Эзилиб синишдан ташқари, товон суяги айрим қисмларининг алоҳида синиши мумкин (209–расм, а–в). Бу синишлар энгилроқ ҳисобланади ва оқибати нисбатан яхшироқ тугалланади.

Т а ш х и с. Товон суяги эзилиб синганда беморлар оғриқ туфайли юра олмайдилар, товон соҳаси кенгаяди. Юмшоқ тўқималар шиши ва қон қуйилиши тўпиклар остида энг кўп сезилади. Оёқ панжаси бўйлама гумбази яссиланади, катта силжишларда эса бутунлай йўқолади. Болдирнинг уч бошли мушагининг таранглашиши оғриқни кучайтиради. Товонни пайпаслаганда оғриқ сезилади. Товон суяги қирралари ва алоҳида синишида клиник манзара унча билинмайди. Айрим ҳолларда



209–расм. Товон суягининг синиш турлари.

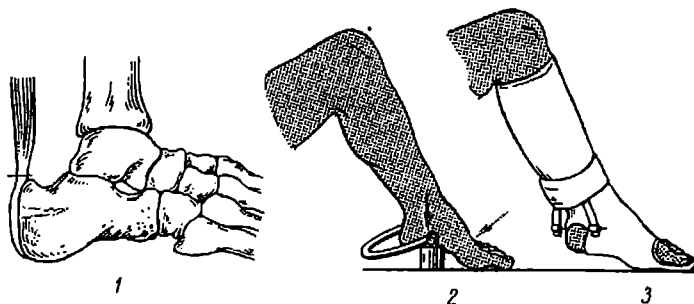
а – товон дўмбоғини вертикал синиши; *б* – товон дўмбоғини горизонтал тумшуксимон синиши; *в* – ушлаб турувчи ўсиқнинг яска синиши; *г* – компрессион синиши.

беморлар ҳатто товонини босиб юришлари мумкин. Доимий белгиси товон соҳасидаги оғриқ ҳисобланади. Ён томондан ва аксимал ҳолда олинган рентген суратлари ташхисни аниқлашга ёрдам беради.

Д а в о л а ш. Суяк бўлақларини жой-жойига солиш умумий ёки маҳаллий оғриқсизлантириш билан бармоқлар ёки мослама ёрдамида амалга оширилади. Товон суягининг «ўрдак тумшуғи» шаклида горизонтал синишида Юмашев-Силин усулидан фойдаланилади (210-расм). Юқорига сурилган суяк бўлақчаси устидан Киршнер кегайи ўтказилади (210-расм, 1а), уни скелет тортма учун ёйга мустаҳкамланади. Оёқни тизза бўғимида 60-80° гача букилади, товон остига қаттиқ тахтача қўйилади. Жарроҳ иккала қўли билан темир ёйни ушлайди ва товоннинг синган соҳасини қаттиқ тахтача билан Киршнер кегайи орасида босади. Шу вақтда панжага унинг остига томон букилган ҳолат берилади (210-расм, 2). Товон суягининг сиқилган ҳолатини сусайтирмай, гипс боғлами қўйилади. Гипс боғламини темир кегайга ёпишиб турганига (темир кегайининг проксимал томонга сурилишига йўл қўйилмайди) алоҳида аҳамият берилади (210-расм, 3). Товон соҳасига гипс қўйилмайди. Ёйни гипс боғламга қотириб қўйилади. Рентген назорати ўтказилади. Уч ҳафтадан сўнг темир кегай олиб ташланади. Яна икки ҳафта ўтказиб гипс боғлами олинади. Худди шу зайлда товон дўмбоғи вертикал синишида суяк бўлақларини репозиция қилиш мумкин, фақат фарқи шуки, ёғоч тахтача товон остига эмас, унинг олдига қўйилади. Гипсга қотирилган Киршнер кегайи бу ҳолда суяк бўлақларини болдир мушаги тортиши туфайли иккиламчи силжиб кетишидан сақлайди.

Айрим ҳолларда ёпиқ усулда солиш имконияти бўлмаса, жарроҳлик муолажаси ўтказилади; суяк бўлақлари очиқ ҳолда солиниб, темир кегай ёки махсус миҳча билан қотирилади. Операциядан сўнг тизза бўғимигача 1-1,5 ой муддатга гипс боғлами қўйилади. 1,5-3 ой мобайнида ишга лаёқатлилик тикланади.

Товон суягининг эзилиб синишида суяк бўлақларини анатомик жиҳатдан тўғри солишга, ошиқ-товон ва товон-кубсимон



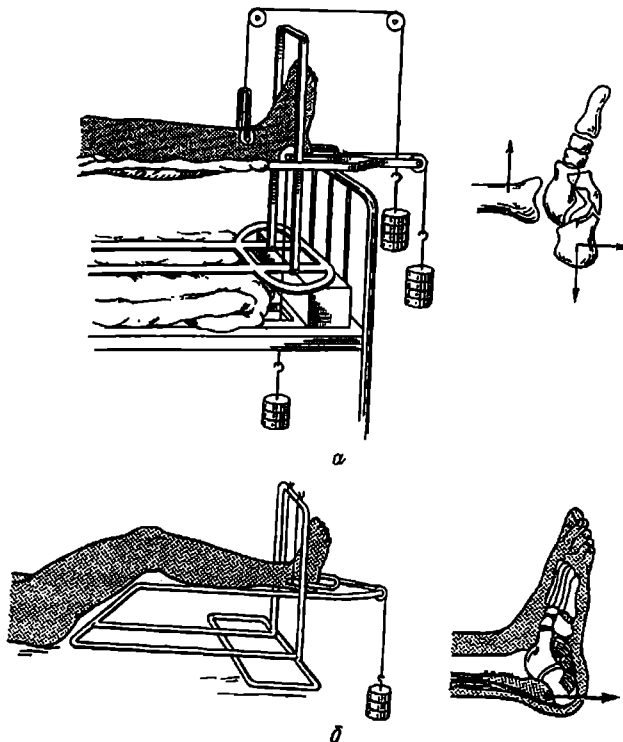
210-расм. 1, 2, 3. Юмашев-Силин усулида товоннинг «ўрдак тумшуғи» типидagi горизонтал синишни ўрнига қўйиш

бўғимларидаги муносабатларни тиклашга интилиш керак. Шу билан бирга, бемор оёқ панжаларининг бўйлама гумбазини тиклаш асосий вазифа ҳисобланади.

Оёқ панжаси гумбази ўзгармаган синишларда гипс боғламини 1,5-2 ойга тизза бўғимигача қўйилади. Ишга лаёқатлилик 2-4 ойда тикланади. Товон соҳаси кенгайган ҳолатларда уни қўллар ёки мослама ёрдамида ён томонлардан эзилади.

Эзилиб синиб силжиганда товон суяги дўмбоғи шикастловчи омил ва болдирнинг уч бошли мушаги таъсирида юқорига силжийди. Бундан ташқари, панжанинг кафт юзаси соҳасидаги мушаклар ҳисобига олдинга сурилади. Бундай ҳолларда Каплан усулида тортма амалга оширилади (211-расм, а). Темир кегай товон дўмбоғининг дистал бўлагидан рентген назоратида ўтказилади. Болдир ўқи бўйлаб бажарилган тортма орқали 8 кг юк осилади. 3-4 кундан сўнг юк 6 кг га камайтирилади, иккинчи тортмага эса 4-8 кг юк осилади. 5 кундан сўнг иккала юкни 4 кг гача камайтирилади.

Товон суяги синиқ бўлақларини Юмашев усулида ҳам репозиция қилса бўлади (211-расм, б). Темир кегайни суяк бўлаги орқали



211-расм. Товон суягининг компрессион синишида Каплан усулида уч томонлама тортиб даволаш (а) ва Юмашев ва муаллифдошлари усули (б).

эмас, балки унинг устидан, ахилл пайи олдидан ўтказилади. Оёқ панжасини темир кегайга боғланган тасмалар орқали Белер шинасига тортилади. Болдир ўқи орқали тортма уюштирилади ва унга 6-7 кг юк осилади.

Тортиш кучи асосан орқага, ахилл пайига тўғри келгани учун оёқ панжаси тортма амалга оширилганда дорсал юзага букилган ҳолда ва тортма йўналиши товон суяги дўмбоғи ўқиға яқинлашади.

Бу даволаш усули кўп афзалликларга эга. Биринчидан, товон суяги парчаланиб синганда темир кегайни суяк бўлагидан кўра унинг устидан ўтказиш осон. Суяк бўлагидан темир кегай ўтказиш режалаштирилганда у суяк бўлаклари орасидан ўтиб, юмшоқ тўқималарни кесиб юбориши мумкин. Иккинчидан, темир кегай суякдан ташқарида ўтказилганда ўта оғир асорат — товон суяги остеомиелити бўлиш хавфи жуда камаяди. Ва ниҳоят, кўшимча яна бир тортма қўйишга ҳожат қолмайди.

7-10 кунларда Юмашев ёки Каплан усулида даволашда мосламалар билан товон суяги тортмага олинмай сиқилади ва лонгет-айланма гипс боғлами қўйилади. 30-40 кунларга бориб тортма олинади ва энди гипс боғлами 2,5-3 ойга тизза бўғимигача қўйилади. Ишга лаёқатлилик 4-5 ойдан сўнг тикланади.

ОЁҚ ПАНЖАСИ КАФТ ОЛДИ СУЯКЛАРИНИНГ СИНИШИ

Қайиқсимон, кубсимон ва понасимон суякларнинг синиши одатда бевосита шикастланишдан келиб чиқади. Кўпинча, бу оғир нарсанинг оёқ панжаси дорсал юзасига тушишидан вужудга келади. Қайиқсимон суякнинг айрим синишлари билвосита шикастланишдан ҳам келиб чиқиши мумкин. Бу гуруҳ синишларга катта силжишлар характерли эмас. Шу билан бирга, дистал жойлашган суякларнинг олдинги қисми синганда оёқ панжаси бўйлама гумбази мустаҳкамлиги сезиларли даражада бузилади. Буни даволашда ва, айниқса, ҳаракатсизлантириш усули ва муддатини белгилашда инobatта олиш зарур.

Т а ш х и с. Ўзига хос анамнез мавжудлиги: таъсиротнинг панжа дорсал юзасига тушиши. Беморлар товонини босиб юришлари мумкин. Оёқ панжасининг дорсал юзасида шиш бор. Энг кўп оғриқ синган суяк соҳасига тўғри келади. Оёқ панжаси ҳаракатлари, айниқса ёнга ва бурама ҳаракатлар оғриқли. Тегишли кафт суякларини ўқи бўйлаб босилганда синган суяк соҳасида оғриқ кучаяди. Яқуний ташхис икки юзада олинган рентген суратидан сўнг тасдиқланади.

Д а в о л а ш. Силжимаган ёки озгина силжиган синишларда тизза бўғимигача гипс боғлами қўйилади. Гипсланаётганда панжа гумбазини чиқариш оғриқни кучайтиргани учун олдиндан 1-2% новокаин эритмаси ёрдамида оғриқсизлантирилади. 1-2 ойдан сўнг гипс боғлами олинади. Ишга лаёқатлилик 1,5-3 ойдан сўнг тикланади.

Чиқиш кафт суяклари билан кафт олди суяklarининг олдинги қатори орасида содир бўлади. Барча кафт суяклар силжиса, тўла чиқиш дейилади. Одатда чиқиш бўғим ҳосил килувчи суякларнинг синиши билан биргаликда кечади.

Д а в о л а ш. Солиш умумий оғриқсизлантириш билан амалга оширилади. Айрим ҳолларда ҳар бир бармоқдан алоҳида-алоҳида тортиб ёпиқ усулда мақсадга эришилади. Лекин, кўпинча, очиқ солиш ва суяклардан бўғим орқали темир кегай ўтказиб қотиришга тўғри келади. Чиқиш бартараф қилинган, тизза бўғимигача 4 ҳафтага гипс боғлами қўйилади. Ойнинг охирларида оёқни аста-секинлик билан босиб юришга рухсат берилади. Эскирган чиқишда ортопедик пойафзал кийиш тавсия қилинади. Кеч мурожаат қилинганда жарроҳлик муолажасининг аҳамияти йўқолади.

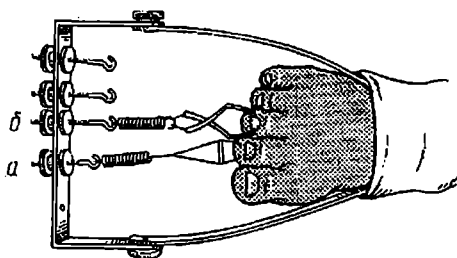
КАФТ СУЯКЛАРИ ВА БАРМОҚЛАР ФАЛАНГАЛАРИНИНГ СИНИШИ

Бундай синишлар асосан бевосита шикастланишдан келиб чиқади. Кўплаб ва очиқ синишлар учраши кам эмас. Кафт суяklarининг алоҳида-алоҳида синишида суяк бўлаklarининг силжиши характерли эмас, шу билан бирга, кўплаб синишларда суяк бўлаklarининг катта силжиши кузатилади.

Т а ш х и с. Шикастланиш механизми, тегишли бармоқни тортганда ёки ўқи бўйлаб босилганда кучаювчи маҳаллий оғриқ, айрим ҳолларда патологик ҳаракатчанлик ва гичирлаш белгисининг мавжудлиги синишни шубҳа қилишга асос бўлади. Кафт суяклари боши эгилганда синган соҳада оғриқ кучаяди, бу Якобсон белгиси, кафт суяklarининг синиши учун характерли ҳисобланади. Рентген суратларининг таҳлилидан сўнг якуний ташҳис қўйилади.

Д а в о л а ш. Кафт суяклари синиб силжимаганда тизза бўғимигача 4-6 ҳафтага гипс боғлами қўйилади. Гипс қўйишдан аввал 1-2% новокаин эритмаси билан оғриқсизлантирилади. Оёқ панжасининг бўйлама ва кўндаланг гумбазларини яхши чиқариш учун тегишли жойларга докадан таглик қўйилади.

Бармоқ фалангалари синиб силжимаганда тегишли бармоқнинг 1-2 ҳафта мобайнида айланма лейкопластер боғлами билан қотириш кифоя. Кафт суяклари ва бармоқ фалангалари синиб силжиганида скелет тортма орқали ёки қўл билан репозиция қилинади. Айниқса, кафт суяklarининг бўйнидан синиб, дорсал юзага очилган бурчак остида силжишини тўла бартараф қилиш шарт. Бармоқ ўқи бўйлаб тортилиб, сурилган суяк бўлаklarари босилиб, репозиция қилинади. Гипс боғлами тизза бўғимигача қўйилади. Агар бир зумда репозиция натижа бермаса ёки суяк бўлаklarарида гипс боғлами остида силжиб кетишга мойиллик бўлса, у



212-расм. Панжанинг кафт суяклари синганда скелет тортма.
a – Клапп усули; *b* – Черкес-Зода усули.

ҳолда Клапп усулида юмшоқ тўқималар ёки Черкес-Зода рамкасида суяклар орқали тортма амалга оширилади. Тортиш учун мосламани панжа ва болдирга қўйилган гипс боғламига мустаҳкамланади (212-расм). Тортма 3–4 ҳафтадан сўнг олинади. Кафт суяклари синиб силжиганда гипс боғлами 7 ҳафтага, бармоқ фалангалари синганда – 3 ҳафтага қўйилади.

Ёпиқ репозиция қониқарли натижа бермаса ва очиқ синишларда жарроҳлик муолажаси ўтказилади. Очиқ солишда темир кегайлар ёки Богданов қозиқчалари, кафт суякларининг винтсимон синишида эса махсус симлар ишлатилади.

Шикастланиш характериға қараб кафт суяклари синганда ишга лаёқатлилиқ 1,5-4 ойда тикланади. Бармоқ фалангалари синиб силжиганда 1,5-2 ойда, силжимаганда - 2-3 ҳафтада тикланади.

ОЁҚ ПАНЖАСИ БАРМОҚЛАРИНИНГ ЧИҚИШИ

Кўпинча I бармоқнинг дорсал томонга чиқилши кузатилади. Чиққан бармоқ калталашади, ўқи ён томонга силжишга боғлиқ ҳолда деформацияланади. Пайпаслаганда оғриқ ва сурилган сегмент қирраси аниқланади. Икки юзада олинган рентген суратларида шикастланишнинг ўзига хос томонлари намоён бўлади.

Д а в о л а ш. Маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантириш билан солинади. Чиққан сегмент дорсал юзага сурилганда, ўша томонга тортиб деформация кучайтирилади ва асосига босиб дистал томонга сурилади ва кафт юзаси томон букилади.

Ёпиқ ҳолда солиш натижа бермаса, жарроҳлик муолажаси ўтказилади: анатомик солиниб, бўғим ичидан темир кегай билан қотирилади. Гипс боғламини болдирнинг пастки қисмигача 2 ҳафтага қўйилади.

11 - б о б. БОЛАЛАРДА ОЁҚЛАР ШИКАСТЛАНИШИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

СОН СУЯГИНИНГ СИНИШИ

Болаларда сон суягининг синиши таянч-ҳаракат аппаратининг шикастланишининг 4 дан 8% гача қисмини ташкил қилади. Болаларда сон суягининг ёпиқ синишлари кўп учрайди, очиқ синишлар эса 5% ни ташкил қилади. Бу ҳолат болаларда катталарга нисбатан суякларнинг

эгилювчанлиги, суяк усти пардасининг қалинлиги, юмшоқ тўқималар ва терининг юқори даражада эластиклиги билан тушунтирилади.

Синишлар соҳасига қараб, сон суягининг юқори, ўрта ва пастки қисмларида учрайди. Юқори соҳада ўз навбатида сон суягининг бўйнидан (медиал ва латерал), кўстлараро ва кўстлар остидан синиш ажратилади, шу билан бирга катта ва кичик кўстларнинг қўпорилиши учрайди. Соннинг юқори қисмидан синиши камроқ учрайди (15,2%). Диафиз соҳаси эса энг кўп сиёнади. Пастки қисмида дўнглар устидан ва дўнглараро синишлар ажратилади (24,9%).

Сон проксимал метаэпифизининг синиши. Соннинг проксимал қисмини синиши жойлашиши бўйича бўғим ичидан (эпифизеолиз, ўсиш зонасининг жароҳати; остеоэпифизеолиз – эпифизеолизнинг метафиз соҳасининг синиши билан бирга учраши; бўйнидан синиши) ва бўғим ташқарисидан (кўстлар соҳасининг синиши, катта ва кичик кўстларнинг апофизеолиз шаклида синиши).

Сон суяги бошпининг эпифизеолиз шаклида синиши кам учрайди. Айрим ҳолларда сон суяги бўйнидан синиш чизиғи ўсиш зонасигача тушади, буни остеоэпифизеолиз дейилади. Сон суягининг бўйнидан синиши ҳам асосан катта ёшдаги болаларда ва кам учрайди.

Соннинг проксимал қисмининг болаларда синиш механизми билвосита бўлиб, ёзилган оёқларга, чаноқ-сон бўғимининг ташқари юзасига юқоридан йиқилишидан иборат. Катталардан фарқли ўлароқ болаларда соннинг проксимал қисмининг синиши катта куч таъсирида вужудга келади.

Т а ш х и с. Синиш сурилишсиз бўлса, болалар активлиги йўқолмай юриши мумкин, фақат оёқлари юрганда ташқарига буралган ҳолатда бўлади. Биринчи кунларда чаноқ-сон бўғимида кучли оғриқ кузатилади, оёқ босилганда кучаяди. Оёқни ичкарига бураганда ҳам оғриқ сезилади. Соннинг проксимал қисми синиб силжиганда оёқ мажбурий ҳолатни эгаллайди: у ташқарига буралади ва ўрта чизикқа яқинлашган бўлади. «Товоннинг ёпишиб қолган белгиси» мусбат бўлиб, оёқ ўқи бўйлаб босилганда оғриқ кучаяди, бемор оёғини ичкарига бура олмайди, пассив ҳаракатлантирилганда оғриқ сезилади. Катгароқ силжишларда катта кўстнинг юқори туриш белгиси мусбат бўлади. Рентген сурати ташхисга аниқлик киритади.

Силжимаган эпифизеолиз ва остеоэпифизеолизларда шикастланмаган томонни рентген суратлари билан солиштириш керак. Соннинг проксимал қисми синганига шубҳа бўлган тақдирда рентген суратларида бўйин-диафиз бурчагини кунт билан ўлчанади. Акс ҳолда, бурчакни тўғрилаш биринчи икки кунда қилиниши керақ.

Д а в о л а ш. Сон суягининг бўйни синганда ва эпифизеолизда суяк бўлақлари силжимаган бўлса, Белер шинасида 2 - 2,5 ой мобайнида тортма амалга оширилади. Оёқни чаноқ-сон бўғимида кериб ва ичкарига буралган ҳолда коксит боғламидан фойдаланса ҳам бўлади. Сон

суягининг эпифизеолизи, бўйин ва кўстлар соҳаси синиб силжиганда скелет тортма ўтказилади, оёқ иложи борича чаноқ-сон бўғимида керилиб, Белер шинасига қўйилади. Киришнер темир кегайи сон суягининг пастки метафиз қисмидан ўтказилади. Лейкопластер ёки клеол ёрдамида тортиш етарли натижа бермайди, чунки енгилроқ юк билан суяк бўлаклари силжишини тўла бартараф қилиб ва бўйин-диафиз бурчагини меъёрлаштириб бўлмайди.

Эпифизеолизда скелет тортма муддати 2 ойгача ўтказилади. Сўнгра сон суяги ўсиши орқада қолишининг олдини олиш учун бемор оёқни босмасдан қўлтиқтаёқлар ёрдамида яна 1-1,5 ой юради. Сон суяги бўйинидан ва кўстлар соҳасидан синишида скелет тортма 3-4 ҳафтагача амалга оширилади. Кейин 1,5-2 ой муддатга калталаштирилган (болдирнинг 1/3 қисмигача) коксит боғлами қўйилади. Болаларда катталардан фарқли ўлароқ сон суяги бўйинидан синганда операция усулида даволаш кам қўлланилади, фақат ёпиқ усулда репозиция қилиш имконияти бўлмаганда очиқ усулда солинади.

Катта кўстнинг синиши ва ўсиш зонаси бўйлаб силжиши. Катта кўстнинг синиши бевосита шикастланишдан келиб чиқади ва болаларда кам учрайди. Катта кўст асосан ўсиш зонаси бўйлаб шикастланади.

Т а ш х и с. Бемор ҳаракатланганда лат еган соҳадаги оғриқдан шикоят қилади. Оёқ фаолияти кам бузилади, бемор мустақил юраверади. Катта кўст устидан шиш, гематома кўзга ташланади, пайпаслаганда оғрийди. Асосий белгиси оёқ керилганда оғриқнинг кескин кучайишидир. Рентген суратлари таҳлилида катта кўстнинг силжиши аниқланмаслиги мумкин, шунинг учун ўсиш зонасини шикастланмаган томон билан солиштириб хулоса қилиш керак.

Д а в о л а ш. Оёқни ўрта физиологик ҳолатда гипс боғлами ёки Белер шинасида ҳаракатсизлантирилади.

Кичик кўстнинг синиши. Кўпорилиб синишларга киради ва ёнбош-бел мушагининг бирдан қисқаришидан келиб чиқади. Спорт анжоми устидан оёқларни кериб сакраганда пайдо бўлиши жуда характерли ҳисобланади. Кичик кўст ўсиш зонаси бўйлаб кўпорилади (апофизеолиз).

Т а ш х и с. Клиник кўрилганда синган соҳада оғриқ бўлиб, оёқни яқинлаштирилганда кучаяди. Рентгенологик текшириш ташхисни тасдиқлайди.

Д а в о л а ш. Оёқ функционал шинада ёки гипс боғлами ёрдамида 3-4 ҳафтага ҳаракатсизлантирилади, физиотерапевтик муолажалар, сўнгра даволовчи жисмоний тарбия ўтказилади.

Сон суяги диафиз қисмининг синиши. Болаларда таянч-ҳаракат тизимининг энг кўп учрайдиган ва оғир шикастланишларига киради. Синиш, кўпинча, ўрта учдан бир қисмида учраса, пастки учдан бирида 2 марта кам кузатилади. Болаларда синиш механизми худди катталарникидек, ҳам бевосита, ҳам билвосита шикастланишдан келиб чиқади. Шунини айтиш керакки, болалар скелетининг ўзига хос

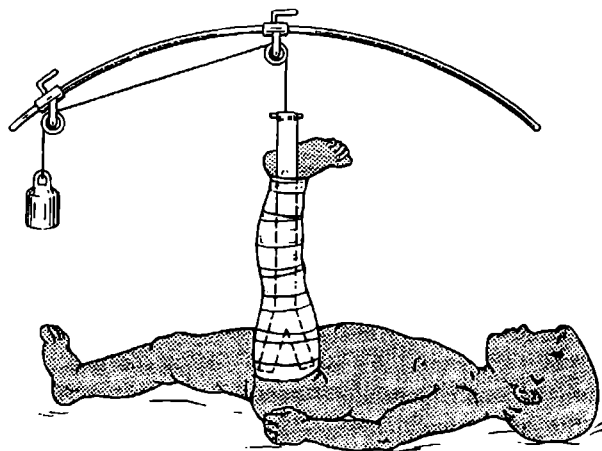
анатомик-физиологик хусусиятлари туфайли шикастланиш оғирлиги агент кучига ҳар доим боғлиқ эмас.

Синиш характери шикастланиш механизмига боғлиқдир. Қийшиқ синишлар кўпроқ учрайди. Диафизар синиш, одатда, суяк бўлақларининг силжиши билан кечади. Мактаб ёшгача бўлган болаларда суяк усти пардаси остидан синиш кузатилади. Бундай ҳолларда шикастланмаган суяк усти пардаси суяк бўлақларининг силжишидан сақлайди. Суяк бўлақларининг силжиши катталарникидех шикастланиш характери ва синиш соҳасига боғлиқдир.

Т а ш х и с. Сон суяги диафиз қисмининг синиб, бўлақларнинг силжишини аниқлаш қийинчиликлар туғдирмайди: оёқни мутлақ қалталаниши, ўқининг бузилиши, патологик ҳаракатчанлик, гичирлаш белгиси, ўқи бўйлаб босилганда оғриқ кучайиши, аъзо фаолиятининг бузилиши кузатилади. Классик белгилари кузатилмаслиги сабабли суяк усти пардаси остидан синишини ва синиб суяк бўлақлари озгина силжиганда ташхислаш бирмунча қийинчиликлар туғдиради. Бундай ҳолларда клиник ташхис оғриқ, аъзо фаолиятининг бузилиши, қон куйилкиши каби белгиларга асосланиб қўйилади. Рентгенологик текшириш ташхисни тасдиқлайди.

Д а в о л а ш. Беморни шифохонага етказгунча бўлган босқичда тўғри тиббий ёрдам бериш катта аҳамиятга эга. Синган аъзони шиналар билан тахтакачлаш шарт. Оғриқсизлантириш учун аналгетиклар ва наркоздан фойдаланилади. Қарахтликда суюқлик қўйиш шифохонагача бўлган босқичда бошланади.

Уч ёшгача бўлган болаларни сон суяги синганда вертикал ҳолда Шеде усулида тортиб даволанади. Болани қаттиқ тушакка ётқизилади. Тортма лейкопластер, клеол ёки Унн куюқ суртмаси орқали оёққа ички ва ташқи юзаларидан (тўпиқлар озод қилинади) ёпиштирилган мато орқали амалга оширилади. Ётоқ яра бўлмаслиги учун лейкопластер тасмалари оёқ панжаси кафт юзаси соҳасида тахтача орқали ўтказилади. Тахтача тешилиб, ундан арқонча ўтказилади. Оёқ вертикал ҳолатда мосламага осилади, арқончага 1,5-2,5 кг юк осиб қўйилади. Юк етарли бўлса, шикастланган томонда бемор думбаси ётоқ юзасидан 2-3 см кўтарилиб туради (213-расм). Оёқни озгина кериб, болани тўғри ҳолатда сақлаб туриш мақсадида шикастланмаган оёғини болдир соҳасидан қовузлоқ орқали ёзилган ҳолда боғланади. Безовтароқ болаларда тўғри ҳолатни сақлаш ва парвариш қилиш учун иккала оёғини осиб қўйилади. Одатда бу ёшдаги болаларда сон суяги 2-3 ҳафтада битади. 3 ёшдан 5 ёшгача бўлган болаларда клеол ёки лейкопластер қилиниб, оёқ Белер функционал шинасида сақланади. Шинада-тортма сон ва болдир бўйлаб алоҳида-алоҳида амалга оширилади. Оёқ ўрта физиологик ҳолатда қўйилади, чаноқ-сон ва тизза бўғимларида 140°га букилади. Сон орқали одатда 3-4 кг, болдир орқали — 1-1,5 кг юк осилади. 4-5 ёшли болаларда сон суяги кўндаланг синиб, катта силжиш кузатилса, уни катта юк



213-расм. Шеде усулда лейкопластер ёрдамида тортиш.

осиб бартароф қилиш учун скелет тортмадан фойдаланилади. 5 ёшдан кейин сон суяги диафизар синишларида скелет тортма қўлланилади. Темир кегай катта болдир суягининг дўмбоқлари остидан ўтказилади. Юк оғирлиги ҳар бемор учун алоҳида унинг ёшига ва силжиш даражасига қараб белгиланади. Одатда, сон орқали 5-7 кг, болдир орқали 2-3 кг қўйилган юк етарли ҳисобланади. Рентген назоратига қараб суяк бўлақларининг туриши баҳоланади, унга қараб эса юк миқдорини ўзгартириш мумкин.

Бурчак остида ва қўндаланг силжишларда суяк бўлақларини солиш ва шу ҳолда сақлаш учун ён томондан тортмалар ишлатилади, ёстиқчалар қўшилади.

Сон суягининг пастки диафиз соҳасининг синиши суяк бўлақларининг силжиш даражасига қараб, асосан, консерватив усулда даволанади.

Синиш силжишсиз бўлганда лонгет типда болдир оёқнинг тизза бўғимида 130-140° букилган ҳолда қўйилади. 2-3 ҳафтадан сўнг тизза бўғими аста-секинлик билан ўрта физиологик ҳолатга келтирилади ва коксит гипс боғлами қўйилади.

Синиб суяк бўлақларининг силжимагани юмшоқ тўқималарнинг шикастланиши билан биргаликда кузатилса, катта болдир суягининг проксимал метафиз қисмидан темир кегай ўтказиб тортилади. Оёқ Белер шинасига жойлаштирилади ва 1-1,5 кг юк билан 2-3 ҳафта мобайнида «интизомда сақловчи» тортма қўйилади.

Периферик бўлак типик орқага силжиганда икки усулда даволаш мумкин: бир зумда суяк бўлақларини солиб, коксит гипс боғлами қўйилади ёки скелет тортмада аста-секинлик билан репозиция қилинади. Даволаш муолажаларини ўтказишдан аввал периферияда қон айланишни яхшилаб текширилади. Бир зумда ёпиқ репозицияни

умумий оғриқсизлантириш остида амалга оширилади. Оёқ тизза бўғимида тўғри бурчак остида букилади, болдирга таяниб, сон ўқи бўйлаб тортилади. Бир вақтнинг ўзида чов орқали қовузоқ ёрдамида қарама-қарши тортма яратилади. Сон суягининг марказий бўлагини ушлаб туриб, периферик бўлаги олдинга сурилади. Репозициядан сўнг болдир 100-110°га букилган ҳолда коксит гипс боғлами қўйилади. Қон томирлар эзилиб қолмаслиги учун боғлам узунасига кесилади. Коксит боғламида ҳаракатсизлантириш муддати 6-8 ҳафтага тенг.

Скелет тортма ёрдамида даволаш оёқни чаноқ-сон ва тизза бўғимларида тўғри бурчак остида букилган ҳолда бўлишини тақозо қилади. Темир кегай катта болдир суягининг проксимал метафизидан ўтказилади. 3-4 ҳафтадан сўнг оёққа ўрта физиологик ҳолат берилади ва тўла биттунга қадар гипс боғлами қўйилади.

Соннинг диафизар синишларининг қадоқланиши суяк бўлақларининг туриши, синиш характери, бемор ёши ва умумий ҳолатига боғлиқ. Уч ёшгача бўлган болаларда синишнинг битиши 3-ҳафта охирида бўлади, 4 ёшдан 7 ёшгача — 4-5 ҳафтада, катта ёшдаги болаларда 5-7 ҳафтада.

Сон суяги синиши тўғри даволанса, битиши калталанишсиз кечади. Бир сантиметргача калталаниш болаларда амалий аҳамиятга эга эмас, чунки у ўсиш жараёнида компенсациялашиб кетади. Оёқ ўқи тўғри бўлиб, 2 см гача бўлган калталиқ ҳам бола улғайган сари камая боради ва тенглашади. 2 см дан ортиқ калталиқ оёқ фаолиятига, юришга, чаноқнинг тўғри ҳолатига таъсир этиши ва умуртқа поғонасининг компенсатор қийшайишига олиб келиши мумкин.

Сон суягининг диафизар қисмининг синишида операция қилишга кўрсатмалар чекланган бўлади. Уларга суяк бўлақларининг қон томир ва нерв тизимчаларини эзиб қўйиши, суяк бўлақлари орасига юмшоқ тўқималарнинг кириб қолиши (интерпозиция), ёпиқ репозиция натижасиз бўлган синишлар, юмшоқ тўқималар катта шикастланиши билан кечувчи очиқ синишлар киради.

Операция умумий оғриқсизлантириш остида кечади. Суяк бўлақларини солиб қотиришни яхшиси сиқувчи-чўзувчи аппарат билан қилган маъқул. Кўпол қозиқчалар сон суягининг ўсиш зоналарини шикастлаши мумкинлигидан ишлатилмагани мақсадга мувофиқдир.

Сон суяги пастки қисмининг остеопицизолизи. Бу хилдаги шикастланиш билвосита шикастланишдан юзага келади ва катта ёшдаги болаларда учрайди, оёқ тизза бўғимида меъёридан ошиқ ёзилган ва болдир узоклаштирилган ҳолда рўй беради.

Т а ш х и с. Сон пастки эпиметафизидан сурилганида синишнинг барча аниқ белгилари намоён бўлади. Агар эпифизеозиз дўнглар синиши билан қўшилиб кузатилса, одатда, тизза бўғими ичига қон қуйилади. Рентген суратлари бўйича шикастланиш характери ойдинлашади. Дистал метаэпифиз кўпинча олдинга ва марказий йўналишда силжийди.

Д а в о л а ш. Умумий оғриқсизлантириш ёрдамида бир зумда репозиция қилинади. Тизза тўғри бурчак остида букилган ҳолда сон ўқи бўйлаб тортилади. Бўйига силжиш баргараф этилгач, тизза бўғимида 60-70° гача букиб, периферик бўлакча орқага сурилади. Репозиция қилинган 3-4 ҳафтага тизза бўғимида 120-140° га оёқни букиб, коксит гипс боғлами қўйилади.

Янги туғилган чақалоқларда сон суягининг диафиз қисмидан синиши. Чақалоқларда сон суягининг синиши туғилиш жараёнида қилинадиган муолажалардан келиб чиқади ва кўпинча соннинг юқори ва ўрта учдан бир қисми чегарасида кузатилади.

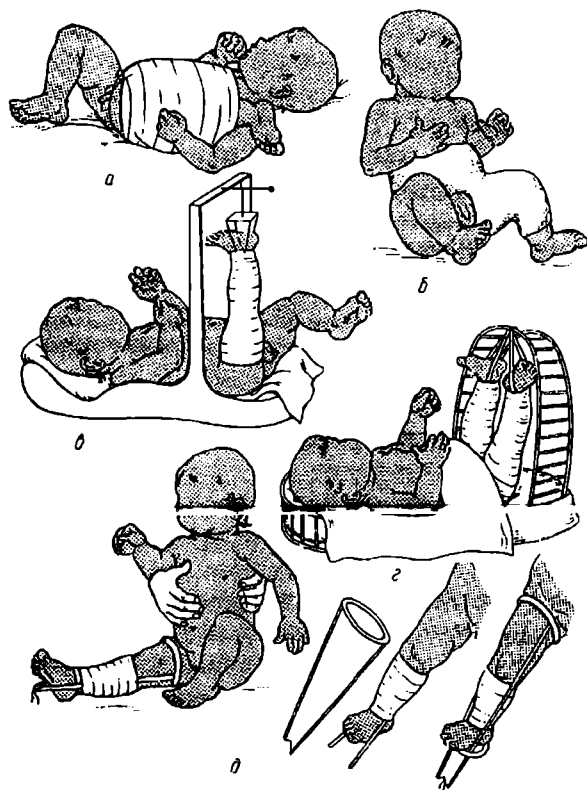
Т а ш х и с. Ўйрақлаганда бир жойдан олиб иккинчи жойга қўйилганда бола безовталанади. Сон деформацияланган, шишган ва калталашган. Диафиз соҳасида патологик ҳаракатчанлик мавжуд. Рентген суратларида сон

суягининг диафиз синиши яққол аниқланади.

Д а в о л а ш. Чақалоқларда сон суягининг диафизар қисми синишида оёқ ўқи деформациясини тиклаш ва суяк бўлақларини тўғри ҳолда сақлашга қаратилади.

Боғлам ва мосламаларнинг ифлосланиши билан чақалоқлар терисида пайдо бўладиган ўзгаришлар экинчи муҳим мураккабликларни келтириб чиқаради.

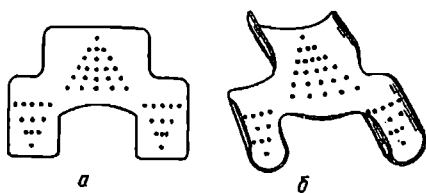
Шеде (213-расм) ва Мадсен (214-расм, г) усулларида вертикал ҳолда лейкопласт тортма яхши натижа беради. Сон соҳасидаги мушакларнинг эластик тортилиши суяк бўлақларининг тўғри ҳолатда тури-



214-расм. Чақалоқларда сон суяги синишларини даволаш усуллари:

а - Креде-Кефер усули; б - Павлик усули; в - Ибадалев усули; г - Мадсен усули; д - Томас шинаси.

шини таъминлайди. Вертикал гортма қилиш имконияти бўлмаганда Креде-Кефер усулидан (214-расм, а) фойдаланилади. Шикастланган оёқни тизза бўғимида ёзиб, чаноқ-сон бўғимида эса соннинг олдинги юзаси қоринга, болдирники кўкракка тегизиб букилади. Терида бичилиш кузатилмаслиги учун чов соҳаси ва қоринга пахтадан тайёрланган таглик тўшаллади. Шу ҳолатда оёқ



215-расм. Вини-пластан тайёрланган, оёқларни керилган ҳолда тахтакачловчи шина.
а – винипластан андоза; б – шинанинг умумий кўриниши.

танага юмшоқ бинт билан маҳкамланади. Бу боғлам болаларни безовта қилмайди, аммо кўпинча суюк бўлақларининг иккиламчи силжиши кузатилади. Сўнгги йилларда Павлик усули (214-расм, б) муваффақият билан қўлланилаяпти, унда шикастланган оёқ ёки иккаласи винипласт шинага керилган ва озгина букилган ҳолда мустаҳкамланади (215-расм).

Чақалоқларда соннинг диафизар синиши одатда 2 ҳафтада битади. Бола организмнинг жуда катта мослашиш хусусиятларини ҳисобга олса, узунасига 2-3 см гача, энига тўла ва 30° гача бўлган бурчак остида силжишни «қолдирса бўладиган» силжишларга киритилади. Одатда, бундай деформациялар 3-5 йил мобайнида ўз-ўзидан тўғриланиб кетади.

ТИЗЗА БЎҒИМИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Тизза бўғимининг лат ейиши. Болаларда кўп учрайди. Юмшоқ тўқималарнинг шикастланиш даражаси зарб кучи ва йўналишига боғлиқ.

Т а ш х и с. Одатда тери ости ёғ қаватидаги гематома тизза қопқоғи соҳасида жойлашади. Маҳаллий оғриқ ҳам шу соҳага тўғри келади, бир неча соат ўтгач, тўқималарнинг шиши кузатилади. Бўғим фаолиятининг чекланиши оғриқ даражасига боғлиқ бўлади. Юмшоқ тўқималаргина шикастланганда бўғим шакли, тизза қопқоғи жойлашишида соғлом томонга солиштирганда ўзгаришлар аниқланмайди. Оғирроқ шикастланишда бўғим бўшлиғига қон қуйилиши мумкин. Юқорида кўрсатилган белгилардан ташқари, тизза бўғими шиллиқ халтачаларига қон қуйилиши, кейинчалик синовиал суюқлик ҳисобига бўртиш (айниқса, олдинги-юқориги) пайдо бўлади. Олдинги юқориги бўртмаларни пайпаслаганда оғриқ сезилади. Бўғим бўшлиғида суюқлик тўпланганини билдирувчи аниқ белги тизза қопқоғининг «билқиллаши» ҳисобланади.

Қ и ё с л а м а т а ш х и с. Суюк усти пардаси остидан ва бўғим ичидан синишлардан, менисклар, бойламлар ва бўғим халтаси шикастланишидан ўтказилади. Рентгенологик текшириш шарт. Шубҳали ҳолларда тизза бўғими артроскопияси қилинади.

Д а в о л а ш. Лат еган ва гемартрозда даволаш тўқималар ва бўғим ичига қон кетишини тўхтатиш ва уларнинг сурилишини таъминлашга қаратилади. Бунинг учун бармоқлар учидан соннинг юқори қисмигача орқа гипсли лонгет боғлам қўйилади. Биринчи кунларда шикастланган соҳага муз халта қўйилади ва у ҳар икки соатда алмаштирилади. Гемартрозда даволовчи-ташхисловчи пункция ўтказилади, сўнгра ўлчамли эзиб турувчи ҳаволи боғлам қўйилади. Учунчи кундан бошлаб физиотерапевтик муолажалар тавсия қилинади. Лат еганда ҳаракатсизлантириш муддати 5-6 кун, гемартрозда - 7-10 кун.

Менискларнинг шикастланиши. Болаларда кам учрайди ва асосан катта ёшдаги болаларда кузатилади. Шикастланиш типик механизми букилган тизза бўғимида бурама ҳаракатлар қилишдан иборат. Кўпинча, ички мениск шикастланади.

Т а ш х и с. Оғриқ ва бўғимнинг қотиб қолиши асосий ва аниқ белгилари ҳисобланади. Оёқ тизза бўғимида ўтмас бурчак остида букилган танага яқинлашган чор-ночор ҳолатда бўлади. Болаларда оёқ ҳаракат қилдирилса, бўғимнинг қотиб қолиш белгиси йўқолиши мумкин. Гемартроз ва синовитда тизза бўғими шакли, юқори шиллиқ халтачанинг бўртиб чиқиши ҳисобига ўзгаради. Ички мениск зарарланганда кучли оғриқ бўғим ёриғида ички ён бойлам билан тизза қопқоғининг хусусий боғлами оралиғида кузатилади. Шикастланиш биринчи соатларида айғиб ўтилган соҳада менискнинг сурилишидан ёстиқсимон ҳосила аниқланиши мумкин, кейинчалик у юмшоқ тўқималарни шиши билан «кўмилиб» кетади. Ташқи мениск шикастланганда оғриқ тизза қопқоғи хусусий бойламининг ташқи соҳасида бўғим ёриғида сезилади. Суяклар синганини инкор этиш мақсадида рентгенологик текшириш ўтказилади. Шубҳали ҳолларда рентген нурларини ўтказмайдиган модда юбориб ёки махсус асбоб орқали бўғим ичи аъзолари текширилади.

Д а в о л а ш. Бўғимнинг «қотиб қолиши» зудлик билан сурилиб қолган менискнинг ўрнига жойлаштиришнинг тақдос қилиди. Қисқилиб қолган менискни ўз ўрнига солиш катталарда қўлланиладиган усул билан бажарилади, лекин умумий оғриқсизлантириш билан. Янги шикастланишларда оёққа баландга кўтарилган ҳолат берилиб, физиотерапевтик муолажалар (УВЧ) ўтказилади. Тахтакачлаш муддати 2-3 ҳафта. Гипс боғлами олингач, жисмоний даволовчи тарбия тавсия қилинади ва синовит бўлмаса, оёқни босиб юришга рухсат эгилади.

Оғриқнинг қайталаниши, бўғимнинг «қотиб қолиши», Байков, Чаклин, Турнер, Штеймай-Бухард белгилари ва синовитнинг пайдо бўлиши мениск бутунлиги тикланмаганлигидан дарак беради. Бундай ҳолларда операция қилиш, шикастланган менискни тикиш ёки олиб ташлаш керак.

Тизза бўғими бойламларининг шикастланиши. Кўпинча ён бойламлар шикастланади. Болаларда хочсимон бойламлар

шикастланмай, уларни бирикадиган жойлари дўнглари то тепачалар қўпорилади. Шикастланиш механизми ҳаракатсиз болдирда қуйидагича: тизза бўғимида бирдан оёқ буралиб букилади ва болдир бир вақтнинг ўзида ташқарига ёки ичкарига оғади. Ёзилган болдирнинг ён томонга оғишидан ҳам шикастланиш келиб чиқиши мумкин.

Болдирда, кўпинча, ички ёки ташқи бойламнинг чўзилиши кузатилади. Бойламларнинг узилиб кетиши болаларда характерли эмас. У чўзилишга нисбатан камроқ учрайди. Одатда, бойламлар қисман зарарланади, уларнинг тўлиқ узилиши фақат катта ёшдаги болаларда оғир шикастланишларда юз беради. Ички ён бойлам ташқарига нисбатан кўпроқ шикастланади.

Т а ш х и с. Боғламлар чўзилган чоғда бўғимнинг ички ёки ташқи юзасида кучли оғриқ пайдо бўлади. Осойишта ҳолатда оғриқ йўқолади, ён томондан босилганда, юрганда пайдо бўлади, бемор оқсоқлайди. Бўғим шишгани кўзга ташланади, пайпаслаганда шикастланган соҳада оғриқ кузатилади. Ёнга патологик ҳаракатчанлик кузатилмайди, лекин болдирни ёнга оғдирилганда зарарланган бойлам соҳасида оғриқ кучаяди. Бойламлар чўзилганда гемартроз бўлмаслиги мумкин.

Ён бойламларнинг қисман узилишида тенг ҳолатда оғриқ тўхтамайди. Бойлам чўзилгандан фарқли равишда тизза бўғими гемартрози кузатилади. Оёқ тўлиқ ёзилган ҳолда 10-15° га кўпроқ ёнга оғиш пайдо бўлади. Ёнга бўлган ҳаракатчанликнинг рентген текшируви ўтказилгач аниқланади, чунки мабодо суяк синиши бўлса, суяк бўлаклари силжиб кетиши мумкин. Бойламлар тўла узилганда рентген сурагини олиш аниқ натижа бериши мумкин, унда функционал текширилганда бўғим ёригининг шикастланган томонда кенгайиши кўрилади.

Д а в о л а ш. Ён бойламларнинг чўзилиши, қисман ёки тўла узилишни консерватив усулда олиб борилади. Бойламлар чўзилса-ю гемартроз бўлмаса, соннинг юқори қисмидан тўпиқларгача 8-12 кунга гипс боғлами қўйилади. Бойламлар узилганда унинг бўлақларини яқинлаштириш мақсадида тизза бўғимида 140° гача букиб тахтакачланади. Ички ён бойлам шикастланганда болдир яқинлаштирилади, ташқиси шикастланса — узоқлаштирилади. Кўрсатмага қараб тизза бўғими пункция қилинади, УВЧ тавсия қилинади. Ҳаракатсизлантириш муддати 3 ҳафтагача. Гипс боғлами олингач, даволоччи жисмоний тарбия, физиотерапевтик муолажалар ўтказилади. Консерватив даволаш тўғри олиб борилса, ҳатто бойламлар тўла узилган тақдирда ҳам оёқ фаолияти тўла тикланади.

Тизза қопқоғининг синиши. Бевосита таъсирот ёки тўртбошли мушакнинг ҳаддан ташқари таранглашиши натижасида вужудга келади. Суяк бўлақларининг бир-бирдан узоқлашиб кетиши тўртбошли мушак қисқариши ва унинг тизза қопқоғини ўраб олган пай қисмининг узилишига боғлиқ.

Т а ш х и с. Тизза қопқоғининг синиши ҳар доим гемартроз билан бирга кечади. Болдирни актив ёзиш кўп ёки кам даражада бузилади,

пай қисми узилганда эса бутунлай йўқолади. Тизза қопқоғи пайпасланса, кучли оғриқ сезилади. Синиб силжиганда суяк бўлақлари орасида кемтик, диастаз аниқланиши мумкин. Бармоқлар билан ушлаб турилган иккала суяк бўлағи бир-бирига нисбатан кўндалангига осонликча сурилади. Ташхисни тасдиқлаш учун рентген сурати олинади.

Рентген суратлар таҳлил қиланаётганда ёш болаларда тизза қопқоғининг пастки қутби тоғайдан тузилганлиги ва шунинг учун соя бўлмаслигини ҳисобга олмоқ даркор. Бундай ҳолларда бошқа клиник белгилар билан бирга тизза қопқоғининг юқори жойлашганига қараб синиш бор-йўқлиги ҳақида фикр юритилади. Тизза қопқоғининг синишини унинг табиатан бўлақ-бўлақ бўлиб тузилганидан фарқлаш керак.

Д а в о л а ш. Синиш силжишсиз ёки суяк бўлақларининг бир-биридан узоқлашгани 5 мм гача бўлса, консерватив усулда олиб борилади. Бармоқлар учидан соннинг юқори қисмигача чуқур орқа лонгетли гипс боғлами оёқнинг функционал фойдали ҳолатида қўйилади. Кўрсатмага қараб бўғим пункция қилинади. Гемартроз бартараф этилгач тўпиклар устидан соннинг юқори қисмигача тугор боғлами қўйилади ва оёқни босиб юришга рухсат берилади. Тахтакачлаш муддати — 2-3 ҳафта.

Синиш суяк бўлақларининг 5 мм дан кўпроқ узоқлашиши билан кечса, бу тўртбошли мушак пайининг кўндаланг узилганидан дарак беради, даволаш жарроҳлик усулида олиб борилади.

Суяк бўлақларини бир-бири билан бириктириш учун лавсан ёки капрон иплар ишлатилади. Тизза бўғимининг пай-бойлам аппарати яхшилаб тикланади. Баъзан операция вақтида суяк усти пардаси пастки қутб ва хусусий бойлам билан боғлиқ шикастланган пай аппарати билан бирга тизза қопқоғидан «ниқоб» сифатида кўчган бўлади. Тизза қопқоғи бутунлиги тикланиб ўз ўрнига жойлангач, кўчган «ниқобга» айланма чок қўйилади, шикастланмаган пай-бойлам аппарати тикилади. Операциядан сўнг лонгетли гипс боғлами, жароҳат битгандан сўнг эса 3-4 ҳафтага тугор қўйилади. Даволовчи жисмоний тарбия, функционалнинг муолижалар ўтказилади.

Дўнгларао тепачаларнинг (eminetia intercondyloidea) шикастланиши. Олдинги хочсимон бойламнинг болдир ёзилиб кўкқисдан буралган ҳолда таранглашиши дўнгларао тепачаларни кўпорилиб чиқишига олиб келади.

Т а ш х и с. Бемор юрганида ва тиззасини букканида кучаядиган бўғимдаги оғриқдан шикоят қилади. Тизза бўғими гемартрозининг барча белгилари кўзга ташланади. «Ғаладонни силжитиш» белгиси оғриқнинг кучайишига олиб келади. Клиник ташхислашда бўғимни пункция қилишга катта аҳамият берилади. Олинган суяқликда ҳар қандай бўғим ичидан суяк синишида бўлгани каби дўнгларао тепачалар синганида ҳам ёғ томчилари аниқланади. Рентгенологик текшириш ташхисни тасдиқлайди. Синиш силжишсиз бўлса, иккала тизза бўғимларининг рентген суратлари солиштирилганда яхши аниқланади.

Д а в о л а ш. Дўнглари ро тепачаларнинг синишида оёқни бармоқлар учидан сон юқори қисмигача тизза бўғимида 165° гача букилган ҳолда гипс боғлами қўйилади. Бўғим ичига қон қўйилиши кўпроқ бўлган тақдирда аввал пункция қилиб, қон олиб ташланади, сўнгра эзиб турувчи боғлам билан ҳаракатсизлантирилади. Гипс боғлами 3 ҳафтадан сўнг олинади, даволовчи жисмоний тарбия тавсия қилинади ва оёқни босишга рухсат берилади.

Синиш битмай қолса ёки бўғим «қотиб қолиши» ҳолати кузатилса, операция қилишга тўғри келади.

Катта болдир суяги дўмбоғининг кўпорилиб синиши. Шикастланиш болаларга хос бўлиб, апофизеолиз шаклида кузатилади. Болдир осойишта ҳолатида тўртбошли мушакнинг кучли қисқаришидан келиб чиқади.

Т а ш х и с. Характерли белгилари: оғриқ, болдирни актив ёзиб бўлмаслиги, тизза бўғими гемартрози. Клиник ва рентгенологик текширилганда тизза қопқоғининг юқорига силжигани аниқланади, тўртбошли мушак қисқарганда, айниқса, билинади. Тизза қопқоғининг хусусий бойлами таранглашмаган. Катта болдир суягини пайпаслаганда оғрийди. Ён томондан олинган рентген суратида, айрим ҳолларда клиник текширилганда катта болдир суяги дўмбоғининг юқорига силжигани кузатилади.

Д а в о л а ш. Катта болдир суяги дўмбоғи кўпорилиб кетса, фақат жарроҳлик йўли билан даволанади. Суяк бўлақларини бурама мих, суяк қозиқча ва бошқа мосламалар билан қотирилади. Сон ва катта болдир суяклари дўнглариининг, бўғим ичидан синишларини болаларда катталардаги каби даволанади.

БОЛДИР ВА ОЁҚ ПАНЖАСИ СУЯКЛАРИНИНГ СИНИШИ

Болаларда болдир суяклариининг синиши барча синишлар ичида учинчи ўринда туради, оёқда учрайдиган синишларнинг 52-59% ни ташкил қилади. Болаларда катта болдир суяги проксимал метаэпифизининг синиши кам кузатилади.

Болдир суяклариининг диафиз қисмидан синиши. Энг кўп учрайди. Кўпинча, билвосита шикастланишдан келиб чиқади. Синиш характери кўп жиҳатдан болалар ёшига боғлиқ. Кичик ва ўрта ёшдаги болаларда кичик болдир суяги эгилувчан бўлганидан буралган ёки эгилганда фақат биргина катта болдир суягининг қийшиқ ёки винтсимон синиши кузатилади. Катта ёшдаги болаларда худди шундай механизмда иккала болдир суяклариининг катта кишилардаги каби турли соҳада синиши кузатилади. Олти ёшгача болаларда суяк усти пардаси остидан синиши, диафиз ўрта қисмидан дарз кетиши характерли ҳисобланади. Эпифизеолиз, остеоэпифизеолиз 10 ёшдан ошган болаларга хосдир. Тўғридан-тўғри таъсирос натижасида 6-8 ёшдагиларда болдир суяклариининг суяк усти пардаси остидан алоҳида синиши учраса,

катта ёшдаги болаларда худди шу механизмда иккала болдир суякларининг синиб силжиши кузатилади.

Т а ш х и с. Болдир ўқи бузилиши ва калталаниши бўлгани учун иккала болдир суякларининг диафизар синиб силжиши осон аниқланади. Одатда катта болдир суяги қиррасининг зинапоясимон деформацияси осонгина сезилади.

Суяк усти пардаси остидан ва болдир суяклари диафизининг алоҳида синишларини аниқлаш кўп қийинчиликлар туғдиради. Катта болдир суяги якка синганда болалар оёғини босиб юриши, синган соҳада шиш катта бўлмаслиги мумкин. Бундай ҳолларда синишнинг аниқ белгилари бўлиб, катта болдир суяги қиррасининг нотекислиги, иккала болдир суяклари ўқи бўйлаб ва учрашувчи таъсирот берилганда оғриқнинг кучайиши ҳисобланади. Рентген суратини олиш ташхисга аниқлик киритади.

Д а в о л а ш. Болаларда болдир суякларининг синиши асосан консерватив усулда даволанади. Суяк усти пардасининг остидан синиш ва дарз кетишларида бармоқлар учидан сон тепа соҳасигача чуқур гипсли лонгет боғлами қўйилади. Кўндаланг синиб силжишларда репозиция қилинади, ўқи бўйлаб тортиб, бир вақтни ўзида тери остидан бўртиб турган суяк бўлаги босилади. Винтсимон ва қийшиқ синишларда суяк бўлақларини жойлаштириш бирмунча мураккаб кечади: ўқи бўйлаб тортилади, периферик бўлак оёқ панжаси билан биргаликда энгил буралади ва ташқарига силжитилади, сўнгра панжани букиб, орқага сурилган периферик бўлакни жойига қўйилади.

Болдир жуда шишган бўлса ва суяк бўлақларини солинган ҳолда ушлаб туриш мумкин бўлмаса, тортма бажарилади. Етти ёшгача бўлган болаларда лейкопластер тортма, ундан катталарга товон суяги орқали скелет тортма қўйилади. Киршнер темир кегайи ички тўпиқдан 2 см орқага ва пастки соҳага юборилади. Оёқ Белер шинасига жойланади. Юк 3-4 кг дан ошмаслиги шарт. Бурчак остидаги силжишларни бартараф қилиш учун ён томонга торттилар қўйилади. 2-3 ҳафтадан оғир тортма олиниб, гипсли лонгет-айланма боғлам яна 2-3 ҳафтага қўйилади. Шуни айтиш керакки, болаларда 1/3 кўндалангига сурилиш қолса, оёқ ўқи сақланган ҳолда, ўсиш жараёнида тўғри оёқ ўқи тўла тикланади.

Катта болдир суягининг эпифизеолизи ва остеоэпифизеолизи. Бу синишлар одатда билвосита шикастланишдан, болдир-панжа бўғимида оёқни меъеридан ортиқ букиб ёки ёзиб панжани ичкарига ёки ташқарига буралиб кетишидан вужудга келади. Йўлдош шикастланиш бўлиб, одатда, кичик болдир суягининг синиши ё тўпиқнинг эпифизеолизи ҳисобланади.

Т а ш х и с. Эпифиз озгина сурилганда болдир-панжа бўғимида шиш, пайпаслаганда ва ҳаракат қилганда кучли оғриқ сезилади. Катта силжишларда болдир пастки соҳаси катта деформацияланади. Оёқ панжаси ташқарига сурилган ҳолни эгаллайди. Бўғимда оғриқ

зўрлигидан ҳаракат қилиш мумкин бўлмай қолади. Рентгенологик текшириш шикастланиш характерини тўла аниқлайди. Кичик силжишларда ташхисни тасдиқлаш соғлом томонни рентген сурати билан солиштириш орқали қилиш мумкин.

Д а в о л а ш. Суяк бўлаклари сурилмаган остеоэпифизеозда оёқ бармоқлар учидан болдир юқори қисмигача гипс боғлами қўйилади. Тахтакачлаш 2-3 ҳафта давомида бўлади. Остеоэпифизеоз суяк бўлақларининг силжиши ва кичик болдир суягининг синиши билан кечса, умумий оғриқсизлантириш остида репозиция қилинади. Агар эпифиз орқага силжиган бўлса, болдир ўқи бўйлаб тортилиб, панжа ёзилган ҳолатда аста-секин дорсал юзага букилади ва олдинга сурилади, ёрдамчи эса болдирни орқага суради. Эпифиз ташқарига сурилган бўлса, панжа тортилиб ичкарига сурилади, бу вақтда ёрдамчи болдирни ташқарига итаради. Репозициядан сўнг орқа гипс боғлами ёки Волкович боғлами 3-4 ҳафтага қўйилади.

Тўпиқларнинг синиши ва эпифизеозли. Шикастланиш асосан катта мактаб ёшидаги болаларда учрайди ва кам ҳолларда суяк бўлаклари силжийди.

Т а ш х и с. Синиш силжишсиз бўлганда клиник манзараси суст бўлади. Шикастланган соҳада тери ости ёғ қаватида қон қўйилиш, шиш кузатилади. Оғриқ болдир ўқи бўйлаб босилганда кучаяди. Синиб силжиганда бўғим шишади, деформацияланади, оёқ панжаси болдир ўқидан оғади.

Д а в о л а ш. Силжимаган синиш ва эпифизеозда тизза бўғимигача Волкович усулида V-симон гипс боғлами 2-3 ҳафтага қўйилади. Ички тўпиқнинг якка синиб силжишида болдир ўқи бўйлаб панжадан тортиб унга варус ҳолати берилади. Шунда делтасимон боғлам бўшашади ва суяк бўлақларининг жойлаштишига имкон туғилади. Ташқи тўпиқ якка синганда репозиция вақтида оёқ панжасига пронация ва абдукция ҳолатлари берилади.

Иккала тўпиқ синиб, оёқ панжаси қисман чиққанда ва катта болдир суягининг эпифизи бўйича синиб силжишида репозиция худди катталарникидек бажарилади. Ҳаракатсизлантириш муддати 2-4 ҳафта.

Дистал метаэпифиз шикастланганда ўсиш зонаси эрта ёпилиб қолиши, унинг оқибатида катта болдир суягининг ички қисми ўсишдан орқада қолиши ва варус деформацияси пайдо бўлиши мумкин. Улардан фарқли ўлароқ, товон суяги синганда болдир-панжа бўғимида пассив ҳаракатлар сақланиб қолади, тўпиқлар ва пайлар бириккан соҳалар пайпасланганда оғриқ сезилади. Рентген суратлари таҳлилида ошиқ-товон бурчагининг ўзгарганига аҳамият берилади, унинг 140-160° гача катталаниши панжа гумбазининг яссиланишига олиб келадики, шунинг учун репозиция қилиш талаб қилинади.

Д а в о л а ш. Синиш сурилишсиз кечса, амбулатория шароитида даволанади. Оёқ панжаси гумбазини яхшилаб чиқариб гипс боғлами

қўйилади. 3-4 кундан сўнг лонгетли гипс боғламини мустақкамлаб унга этикча шакли берилади. Агар товон суяги синиб силжиган бўлса, унда умумий оғриқсизлантириш билан суяк бўлақлари бир зумда репозиция қилинади. Гипс боғлами соннинг ўрта қисмигача тизза ва чаноқ-сон бўғимларида 90° букилган ҳолда қўйилади. 12-16 кун ўтгач оёқ панжасига ўрта физиологик ҳолат берилади. Умумий ҳаракатсизлантириш муддати 6-7 ҳафта. Ёпиқ репозиция натижа бермаса, скелет тортма амалга оширилади, кейинчалик 8 ҳафтагача гипс боғлами қўйилади ва 1-2 йил супинатор мослама билан юрилади.

Ошиқ суягининг синиши. Болаларда жуда кам учрайди ва, одатда, суяк бўлақлари силжимайди.

Т а ш х и с. Клиник манзараси бўғим ичида синишни эслатади: бўғим юзаси текисланади, болдир — ошиқ бўғимида ҳаракат қилинса оғриқ кучаяди, қон қўйилади. Рентген суратлари кўрилганда болаларда 16 ёшгача ошиқ суягининг орқа ўсимтаси алоҳида жойлашганини ҳисобга олмоқ зарур.

Д а в о л а ш. Товон суяги синиб силжимагандек муолажалар ўтказилади. Ошиқ суяги синиб катта силжиш бўлганда бир зумда ёпиқ репозиция қилинади, натижасиз ҳолларда — очиқ усулда суяк бўлақлари солинади.

Оёқ қафт суяklarининг синиши. Улар болаларда оёқ панжаси суяклари синиши ичида биринчи ўринда туради (55%). Бевосита ва билвосита шикастланишдан келиб чиқади. Боланинг оёқ панжаси велосипед фидираги ичига кириб қолишидан ҳам шикастланиш вужудга келади.

Т а ш х и с. Синиб силжимаганда шиш ва қон қуйилиш чекланган жойда кузатилади. Бола юради, аммо панжасини босганда оғриқ пайдо бўлади. Шикастланган жойни ҳар бир қафт суяklarининг бошини қафт юзасидан босиб аниқлаш мумкин (Якобсон белгиси). Синишга озгина шубҳа бўлса ҳам икки юзада рентген суратини олиш тавсия қилинади. Қафт суяклари сояси бир-бирини устига тушмаслиги учун оёқ панжаси сояси шикастланган бўлади. Болаларда нормада V қафт суягининг бигизсимон ўсиғи алоҳида суякланиш ядросига эгалигини назарда тутмоқ даркор.

Д а в о л а ш. Қафт суяклари синиб силжимаганда ёки бўлаklarнинг қониқарли туришида бармоқлар учидан болдир юқори қисмигача панжа гумбазини яхшилаб чиқариб лонгет-айланма гипс боғлами қўйилади. Сўнгра орқа гипс боғлами панжа гумбазини чиқариб қўйилади. Умумий ҳаракатсизлантириш муддати 3-4 ҳафта. Гипс боғлами ечилгач камида 6 ой мобайнида супинатор мосламада юриш керак.

Бармоқ фалангаларининг синиши ва эпифизеолизи. Одатда, бевосита шикастланишдан келиб чиқади. Шикастланган соҳада тезда шиш ва тери ости гематомаси пайдо бўлади. Бармоқ ўқи бўйлаб босилганда оғриқ кучаяди. Эпифизеолизда (юмшоқ тўқималар шикастланишидан фарқли равишда) пайпаслаганда оғриқ бармоқ

айланаси бўйлаб кузатилади. Синиб силжимаган тақдирда бармоқлар учидан болдир пастки қисмигача лонгетли гипс боғлами оёқ панжаси гумбази яхшилаб чиқарилган ҳолда қўйилади.

12 - б о б. УМУРТҚА ПОҒОНАСИНИНГ АСОРАТСИЗ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Орқа мия ва унинг тутамларини зарарламасдан умуртқа поғонасининг шикастланиши асоратсиз шикастланиш дейилади. Улар ичида оқибатлари назарда тутилса, энг оғири умуртқаларнинг чиқиши ва синиши ҳисобланади. Бундай шикастланишларни ўз вақтида ташхисламаслик умуртқаларнинг иккиламчи шикастланишига ва дурал қопча ичидаги орқа мия ва унинг тутамларининг ҳам зарарланишига сабаб бўлиши мумкин. Шунинг эса сақламоқ жоизки, умуртқаларнинг шикастланиши тўла инкор қилингандан кейин «орқа соҳа, бойламлар ва бошқа аъзолар лат еган» деган ташхис қўйиш мумкин.

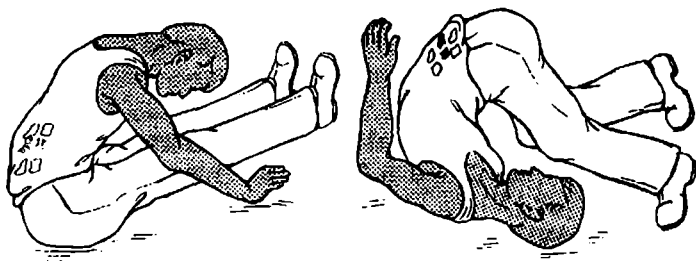
УМУРТҚА ТАНАЛАРИНИНГ ЧИҚИШИ ВА СИНИШИ

Умуртқа таналарининг шикастланиши кўпроқ билвосита таъсиротдан, умуртқа поғонаси ўқи бўйлаб юк тушиши, тўсатдан ҳаддан ташқари унинг букилиши ёки (камроқ) ёзилишидан келиб чиқади. Айрим ҳолларда икки ва ҳатто уч турдаги таъсиротларнинг қўшилиши кузатилади. Масалан, машина туртиб юборган ёки бирдан тўхтатилганда «хипчин уриш» механизмида умуртқа поғонаси бўйин қисмининг қўнди букилиши унинг ёзилиши билан қўшилиб келади (216-расм).

Катталарда умуртқа поғонасини физиологик қийшайишларининг бири-иккинчисига ўтиш қисмлари, яъни пастки бўйин ва юқори кўкрак, пастки кўкрак ва юқори бел умуртқалари кўпроқ шикастланади.

Бўйин соҳасида кўпроқ чиқиш, кўкрак ва бел соҳаларида синиш ва синиб-чиқиш кузатилади.

Умуртқа поғонаси шикастланишини барқарор-беқарор орқа бойлам мажмуаси бутунлиги билан аниқланади. Орқа бойлам комплексига ўткир ўсиқлараро, ўткир ўсиқлар усти ва сариқ бойламлар ҳамда умуртқалараро бўғимлар киради. Шикастланиш орқа бойлам мажмуасининг тўла бузилиши билан кечса беқарор, қолганлари барқарор шикастланиш деб аталади. Беқарор шикастланишларда умуртқаларнинг олдинги-орқа тарафга сурилишга мойиллик бўлиб, дурал қопча ичидагиларни эзиб қўйиш хавфи бор. Барқарор синишда бундай мойиллик ва хавф йўқ. **Б е қ а р о р ш и к а с т л а н и ш л а р г а** умуртқаларнинг чиқиши ва синиб чиқиши, умуртқа танаси олдинги қисмининг ярим баландлиги ва ундан кўпроқ даражада понасимон эзилиб синиши, шу билан бирга, буралиб букилган синишлар киради (217-расм). **У м у р т қ а т а н а л а р и н и н г б е**

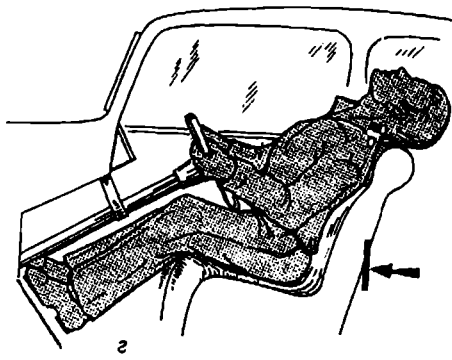


a

б

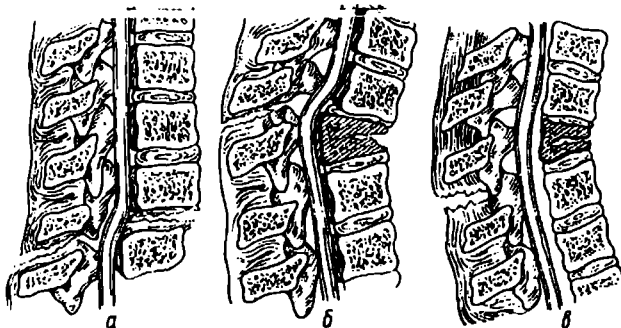


в



г

216-расм. Умуртқа погонаси синишида шикастланиш механизми.
a, б — бел қисмининг; *в, г* — бүйин қисмининг.



a

б

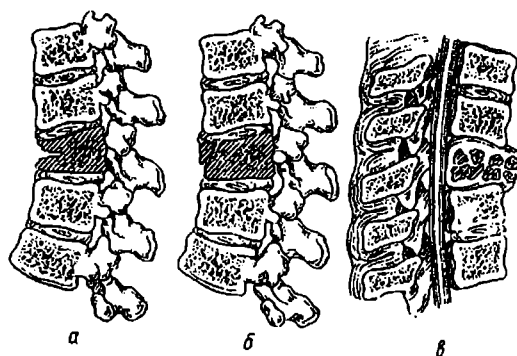
в

217-расм. Умуртқа погонасининг беқарор синишлари.
a — чиқиш; *б* — синиш-чиқиш; *в* — умуртқа танасининг ярмидан қўпи эзилиб синиши.

қарор синиш ларига — тана бурчагининг кўпорилиши, умуртқа танасининг ярим баландлигидан кам даражада понасимон эзилиш ва «портлаган» синишлар киради (218-расм). «Портлаган» синиш умуртқа поғонаси букилмаган ва ёзилмаган ҳолда ўқи бўйлаб оғирлик тушганда ҳосил бўлади ва умуртқа таналарининг устки ва пастки юзаларини қоплаб турувчи пластинкалари парчаланadi. Дирилдоқ ядролар умуртқа таналари ичига киради ва гидравлик зарба тамойили бўйича уларни бўлакларга парчалаб ташлайди. Барқарор шикастланишлар беқарор шикастланишларга нисбатан кўпроқ учрайди.

Т а ш х и с. Беморларнинг дастлабки вақтларда кўп шикоятлари умуртқа поғонасининг шикастланган қисмидаги оғриқдир. Оғриқнинг даражаси суяқлар синишининг оғирлигигина эмас, балки юмшоқ тўқималарнинг шикастланиши, беморнинг умумий аҳволи, шахсий сезгирлиги ва бошқа омилларга боғлиқ. Умуртқа поғонасининг шикастланиши бошқа аъзолар жароҳатланиши билан биргаликда келса, бемор шифокор диққатини умуртқа поғонасидаги оғриққа қаратмаслиги натижасида унинг шикастлангани аниқланмай қолиши мумкин. Бундай ҳолларда тўғри ташхис қўйишга тўла йиғилган анамнез ва қунт билан клиник текшириш ёрдам беради.

Қон қуйилиш, шилинишлар шикастланиш соҳасини, таъсирот кучини аниқлашда қўл келади. Умуртқа поғонаси синганда беморлар мажбурий ҳолатни эгаллайдилар, айниқса, у бўйин соҳасининг сингани ёки чиққани кўзга ташланади. Орқадан кўрилганда, аввало умуртқа поғонасининг физиологик қийшайишларига диққатни жалб қилиш керак. Чин букурлик кам учрайди, аммо бел лордозининг текисланиши ёки кўкрак кифозининг кучайиши кўп кузатилади. Қатор ҳолларда ёнга қийшайиш (сколиоз) ҳам пайдо бўлиши мумкин. Мушаклари яхши ривожланган шахсларда шикастланган умуртқалар соҳасида орқа узун мушаклар қисқариб, тери остидан арқон каби ўткир ўсиқлардан икки томонга қараб бўртиб туради. Бўйин умуртқалари шикастланганда бу соҳада мушакларнинг спастик қисқариши доимий учрайдиган белги ҳисобланади. Ўткир ўсиқларни пайпаслаганда оғриқ сезилади. Оғриқдан



218-расм. Умуртқа поғонаси таналарининг барқарор синишлари.

а — понасимон эзилган синиш, тана қалинлигининг ярмидан ками; *б* — умуртқа танаси юқори-олдинги қисмининг узилиши; *в* — «портловчи» синиш.

гашқари, пайпаслаганда синган умуртқа ўткир ўсиғининг орқага туртиб гургани ва ўсиқлар ораси шикастланган соҳада катталашгани аниқланади. Бел умуртқалари синганда қоринда оғриқ бўлиши ва қорин олдинги девори таранглашиши мумкин. Бу қорин сероз пардаси орқа соҳасида гематома борлиги билан боғлиқдир. Қорин парда орқасидаги гематома, қуёш чигали ва чегара симпатик устунни зарарланиши ёки қаттиқланиши сохта ўткир қорин клиникасини бериши мумкин, айримларида у шундай яққол бўладики, натижада ташхисловчи лапароскопия, ҳатто лапаротомия қилишга тўғри келади.

Бел ёки пастки кўкрак умуртқалари синганини орқа юмшоқ тўқималари шикастлангани ва кўндаланг ўсиқлар синганидан қиёслаш учун қорнида ётган беморни ёзилган оёқларини кўтариб, ўткир ўсиқлар пайпасланади (Силин белгиси). Юмшоқ тўқималар лат еганида, чўзилганида ёки кўндаланг ўсиқлар синганида оғриқ кучаймайди, умуртқа таналари, ўткир ўсиқлари ва ёйи синганида оғриқ жуда кучаяди. Бу белги шикастланишдан кўпгина вақт ўтган бўлса, умуртқаларнинг синганини аниқлашда катта аҳамият касб этади, чунки бошқа белгилар аниқ бўлмайди. Беморнинг товонига уриб ёки бошини босиб умуртқа поғонаси ўқи бўйлаб таъсирот бериш фақат ётган ҳолда ўтказилиши мумкин. Ўқ бўйлаб каттароқ юк бериш ва кўполлик билан умуртқа поғонаси ҳаракат ҳажмини аниқлаш, айниқса, вертикал ҳолатда ман этилади.

Рентгенологик текширишни икки юзада, фас ва профил ҳолатларда олинадиган суратлар билан бошланади. Кейинчалик кўрсатмага қараб мўлжал суратлар, томография, рентгенограммалар қийшиқ юзаларда олинадик, улар умуртқа таналари ва уларнинг орқа қисмлари: ёйлари, бўғим ва ўткир ўсиқларида кузатиладиган патологик ўзгаришларни майда қисмлари билан кўришга имкон беради. Умуртқа танаси синганининг доимий белгиси бўлиб, ён томондан олинган рентген суратида кўринадиган понасимон деформация ҳисобланади.

п а с т к и к у к р а к в а б е л у м у р т қ а л а р и с и н и ш и н и д а в о л а ш. Умуртқа поғонаси синишига шубҳаланаётган беморга биринчи ёрдам берилаётганда умуртқа поғонасини ҳаракатлантириш, айниқса, букиш мумкин эмаслиги, акс ҳолда у умуртқа поғонаси ва орқа миянинг янада кўпроқ шикастланишига олиб келади. Бундай беморлар остига тахта қўйилган махсус мосламаларда, умуртқа поғонасини букилишга йўл қўйилмаган ҳолда шифохонага ётқизиши зарур. Умуртқалар синишини даволаш учун кўп усуллар ичида энг кўп қўлланиладигани бир зумда ёпиқ репозиция қилиб, корсет қўйишдан, функционал усул бўлса, аста-секинлик билан репозиция қилиб, корсет қўйишдан иборат:

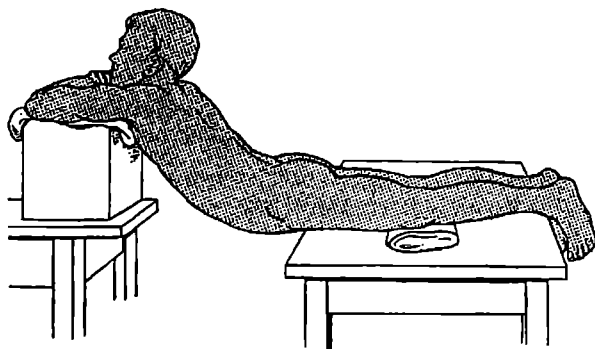
Б и р з у м д а ё п и қ р е п о з и ц и я ва кетидан корсет қўйиш умуртқа таналарининг ярим баландлиги ва ундан ортиқроқ даражада эзилиб, понасимон бўлиб қолишида қўлланилади.

Усул тамойили. Синган умуртқани куч билан орқага тўғрилаш ва шу ҳолда қадоқланиш бўлгунча экстензион корсет қўйиш. Бир зумда репозицияни умумий ёки маҳаллий оғриқсизлантириш билан амалга оширилади. Энг соддаси, Белер усулида оғриқсизлантиришдир. Унда синган умуртқалар соҳасида ўткир ўсиқлар орасига 2-4 см чуқурликка 0,5% новокаиндан 20 мл юборилади. Маҳаллий оғриқсизлантириш тери остига анальгетиклар юбориш билан тўлдирилади.

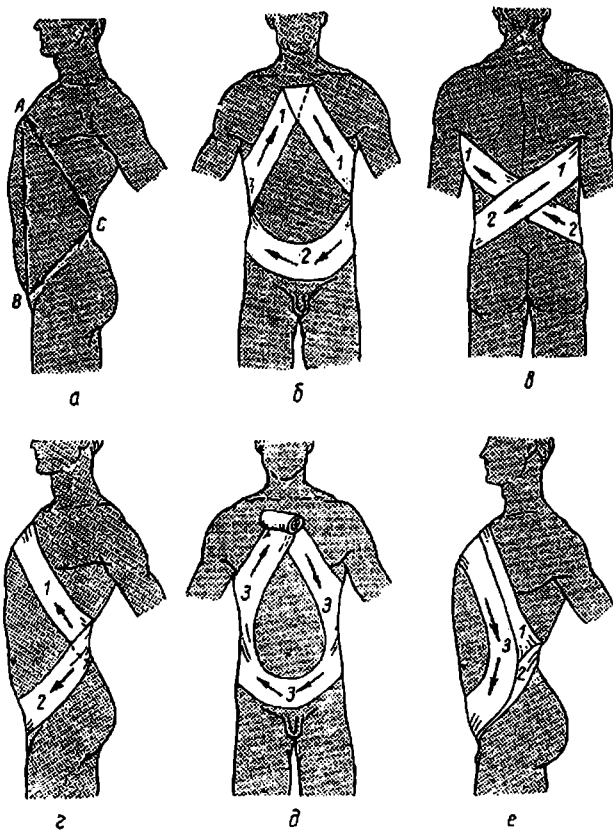
Репозицияни турли баландликдаги столларга беморни қорни билан ётқизиб, умуртқа поғонасини орқага букиб, Уотсон-Джонс-Белер усулида (219-расм) ёки қорни билан ётган беморни оёқларидан юқорига тортиб (Девис усули) қилиш мумкин. Лекин универсал ортопедик столда репозиция қилиш кўпроқ мақсадга мувофиқ бўлади. Бунда умуртқа поғонасини орқага букиш пружиналовчи тасмалар қийшиқлигини столларни яқинлаштириш билан ўзгартириш орқали эришилади.

Бир зумда ёпиқ репозиция қилиб, рентген назорати ўтказилгач, тезда умуртқа поғонасини орқа юзага букилган ҳолда корсет қўйилади. Бемор ҳолатини корсет қўйилаётган чоғда ўзгартирмаслик кўзда тутилади. Умуртқа поғонаси эзилиб синганда гипсли корсетнинг ўзига хос хусусиятлари бор. Унинг асосий мақсади — орқага букилган ҳолда турган умуртқа поғонасини олдинга бурилишига йўл қўймаслик. Шунинг учун ҳам бундай корсет экстензион деб аталади. Корсетнинг уч таянч нуқтаси бўлиши керак: тўш, симфиз ва умуртқа поғонасининг бел лордозининг энг ботик соҳалари. Иложи борича тана орқа қисми очик қолишига интилган маъқул. Бу кейинчалик орқа мушакларни уқалаш, физиотерапевтик ва гигиеник муолажалар ўтказишни осонлаштиради. Корсет Юмашев, Силин ва Талабум усулида қўйилади (220-расм). Бу корсетнинг ўзига ўхшаган экстензион корсетлардан фарқи шундаки, унда гипсли бинтлар юк тушувчи чизиклар бўйлаб ўтказилади. Шунинг учун материал чиқими энг кам, корсет вазни энгил ва тананинг кўп соҳаси очик қолади.

Биринчи кунлардан бошлабоқ физиотерапия, уқалаш, даволовчи жисмоний тарбия ўтказилади. Репозициядан 3 ҳафта ўтгач, корсетда



219-расм. Уотсон — Джонс — Белер усулида пастки кўкрак ва бел умуртқаларининг компрессион снинишида репозиция.



220-расм. Юмашев, Силин, Таламбум усулида экстензион корсет қўйиш (чизма).

a – таянч нуқталари (А, В, С) ва экстензион корсетда огирликнинг бўлиниши (йўналиш билан кўрсатилган); *б* – гипс бинтининг 1-2 йўналиши (олдиндан кўриниши); *в* – шунинг ўзи (орқадан кўриниши); *г* – шунинг ўзи (ёнидан кўриниши); *д* – гипс бинти билан учинчи марта ўтиш (олдиндан кўриниши); *е* – шунинг ўзи (ёнидан кўриниши).

юришга рухсат берилади. 4-6 ойдан сўнг корсет олинади. Кейинчалик ва катта эзилиб синиш ҳолларида олиб қўйилувчи ортопедик корсет тавсия қилиниши мумкин. Ишга лаёқатлилиқ сингандан бир йил ўтгач тикланади.

Учдан бир қисм баландлигидан кўп бўлмаган эзилиб умуртқа танасининг асоратсиз синишларида ф у н к ц и о н а л у с у л билан даволашга кўрсатма бўлади.

Усул тамойили. Ҳаракатсизлантириш ўринда ётиш режими ва умуртқа поғонаси бўйлаб тортиш билан эришилади, эрта даволовчи жисмоний тарбия (ЛФК) тўлақонли табиий «мушакли корсет» яратишга қаратилади.

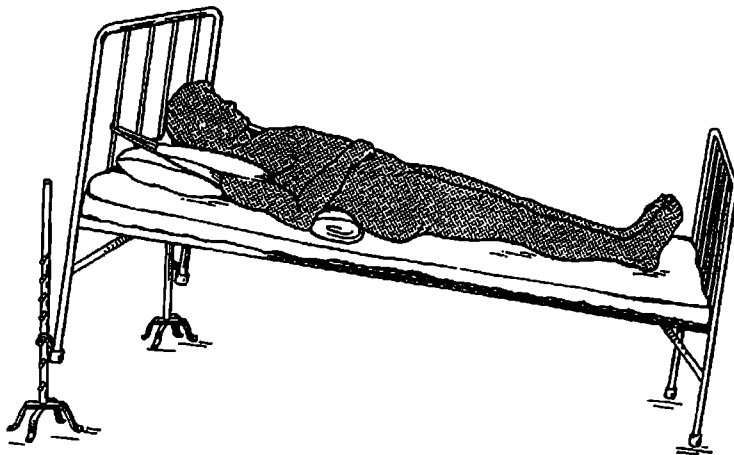
Синган умуртқанинг бутунлигини тиклаш мақсади бу ҳолларда қўйилмайди. Умуртқа поғонаси қийшиқлиги кейинчалик қўшни қисмларнинг мослашиш, компенсация қилиш ҳисобига тўғриланади. Корсет ҳам қўйилмайди. Бу усул В.В.Гориневская ва Е.Ф.Древинглар томонидан таклиф қилинган бўлиб, мамлакатимизда кенг қўлланилади.

Қийшиқ юзада қўлтиқ ости соҳасидан тортиб, умуртқа поғонасига ўқи бўйлаб тушувчи оғирликни йўқотилади, бунинг учун физиологик қийшайишлар остига болишлар қўйиб, ёрдам берилади. Ёстиқчалар табиий қийшиқликларни тўлатиб турса бўлгани, умуртқанинг орқага букилганини улар кучайтирмаслиги керак (221-расм). Бемор биринчи кунданоқ жисмоний тарбия билан шуғулланиши лозим. Ўринда ётиш режими муддати 1,5-2 ой. 4-6 ой ўтгач ишга лаёқатлилиги ҳақида сўз кетади. Лекин катта жисмоний куч билан боғлиқ ишлар қилиши, шикастлангандан бир йил ўтгунча ман қилинади.

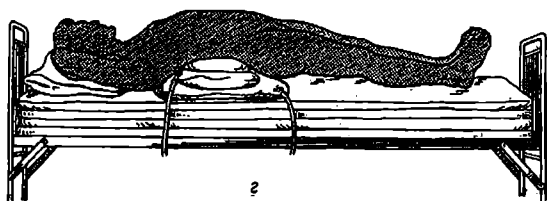
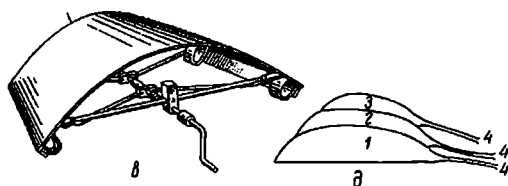
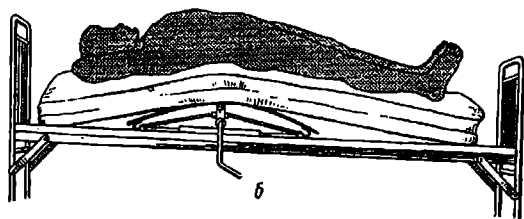
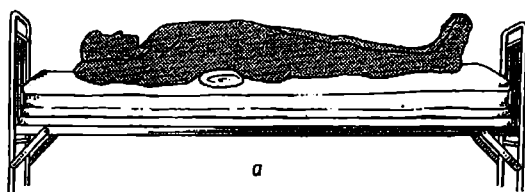
Аста - секин репозиция қилиш усули учун кўрсатмалар бир зумда репозиция қилингани кабидир.

Усул тамойили. Репозиция қилиш умуртқа поғонасини орқага букилишини 1-2 ҳафта мобайнида босқичли ошириш ва кейинчалик экстензион корсет қўйишдан иборат. Репозиция бемор ўрнида (остида қаттиқ тахта билан) бел соҳасига кенг ёстиқча қўйиб амалга оширилади. 2-3 кундан сўнг ёстиқча баландлиги оширилиб, 7-10 кунларда 10-12 см га олиб борилади. Аста-секинлик билан бажариладиган репозицияни умуртқа поғонасини орқа юзага секинлик билан ёзишни амалга ошириб, букадиган махсус конструкциялар (реклинатор) ёрдамида амалга оширса ҳам бўлади (222-расм).

Энг қулай мослама бўлиб, Юмашев ва муаллифдошлари тавсия қилишган, резинали уч бўлмали устма-уст жойлашган, ичига ҳаво



221-расм. Шитда (тахтада) тортиш.



222-расм. Умуртқаларнинг танаси компрессион синганида экстензия ҳолатида репозиция қилиш. *a* – ёстиқча ёрдамида; *б* – ЦИТО реклинаторида; *в* – ЦИТО реклинатори; *г* – Юмашев ва муаллифдошлари пневматик реклинаторида; *д* – пневмореclinator чизмаси: 1-3 – ҳаво камералари, 4 – ҳаво юбориш найчалари.

туғилади.

Усул тамойили. Репозициядан сўнг шикастланган умуртқа поғонаси сегментининг ўткир ўсиқлари, ёйлари ёки кўндаланг ўсиқлари бириктирилади. Шундай қилиб, юк умуртқа поғонасининг орқа шикастланмаган қисмига тушади, зарарланган умуртқа танаси эса битиш вақти давомида юкдан озод қилинади. Умуртқа поғонасини ҳаракатсизлантирувчи ташқи мосламалар қўлланилмайди.

тўлдириладиган реклинатор ҳисобланади. Бўлмалар бир-биридан ажратилган, сифми 15, 10 ва 5 л га тенгдир. Умуртқа поғонасини орқага букиш даражаси мослама бўлмаларини босқичма-босқич ҳаво билан тулдириб бошқарилади. Ҳаво реклинаторида беморлар металл конструкцияларга нисбатан ўзларини яхши қис қиладилар.

Секин-аста репозиция билан бирга жисмоний тарбия, уқалаш ва физиотерапевтик муолажалар ўтказилади. 15-20 кунларда бемор ётган ҳолатида экстензион корсет қўйилади. Кейинги даволаш бир зумда репозиция қилинган беморлар каби олиб бўрилади.

Умуртқа таналарининг асоратсиз флексион синишида операция усулида бир неча умуртқаларни орқа қисмларини қотиритишга кўрсатма

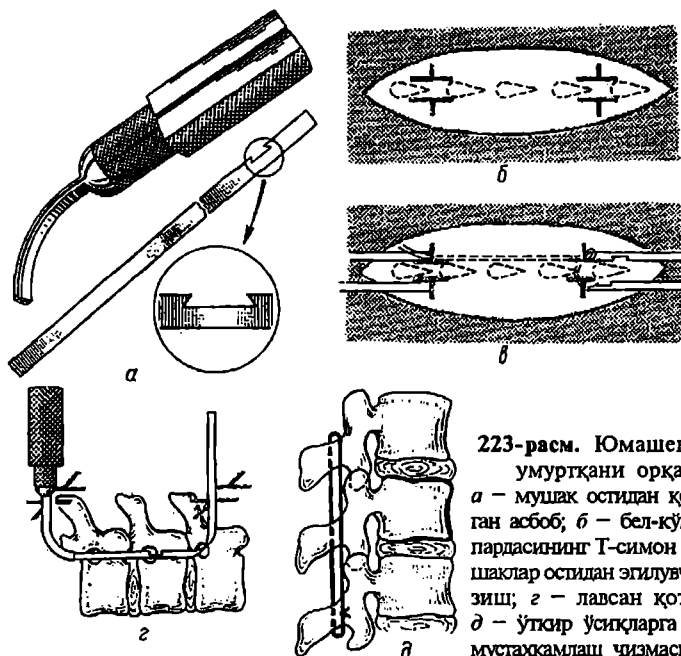
Синган умуртқани операциядан олдин бир зумда ёпиқ усулда ёки аста-секинлик билан тўғриланади.

Орқа мия канали олдинги девори шикастланмай умуртқаларнинг барқарор синишида Цивьян ва Рамих темир тортқичи, Вейсфлог контрактори ёки Юмашев-Силин усулида орқа мушакларни шикастламай аллопластик бириктиришни амалга ошириш мумкин. Юмашев-Силин усулида шикастланган умуртқадан ташқари икки юқори ва икки пастда жойлашган умуртқалар ҳам қотирилади (223-расм).

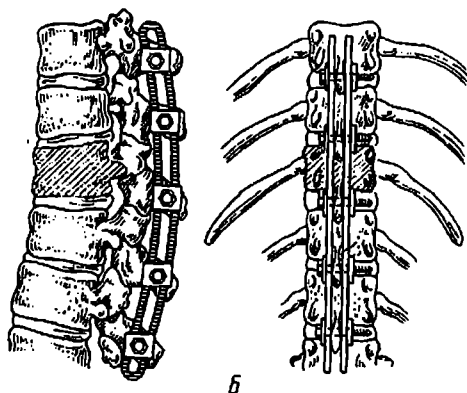
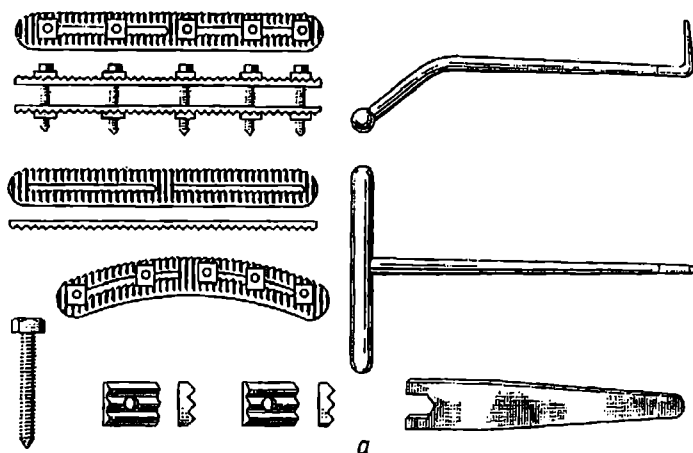
Операциядан кейинги даврда даволовчи жисмоний тарбия ва уқалашга катта аҳамият берилади, улар орқа мушакларни мустаҳкамлашга қаратилган.

Ўринда ётиш режими муддати умуртқа поғонаси синишининг характери ва операция вақтида орқа мушаклар шикастланиш ҳажмига боғлиқ. Юмашев-Силин операциясидан 4-6 кундан кейин беморлар оёққа турса, Цивьян ва Рамих мосламаси ишлатилганда — 14-16 кундан сўнг металл пластиналари ишлатилганда (орқа мушаклар кўпроқ зарарланади) ўринда ётиш режими муддати 3 ҳафтагача узайтирилади. 2-3 ой ўтгач ишга лаёқатлилиқнинг тикланиши ҳақида сўз боради.

«Портлаб» синишларда дирилдоқ ядро синган умуртқа бўлаклари орасига кириб қолади (диск тўқималари билан интерпозиция) ва қадокланиш жараёнига халақит беради, шунинг учун бундай ҳолларда синган умуртқа танасини олиб ташлаб, ўрнини суяк трансплантанти билан алмаштирган маъқул.



223-расм. Юмашев-Силин усулида умуртқани орқадан қотириш.
a — мушак остидан қотиргични ўтказадиган асбоб; *b* — бел-кўкрак фасцияси орқа пардасининг Т-симон кесимлари; *c* — мушаклар остидан эгилувчан йўналишчи ўтказиш; *d* — ўткир ўсиқларга лавсан қотиргични мустаҳкамлаш чизмаси.



224-расм. Умуртқани
пластиналар билан қотириш.
а — асбоблар йиғиндиси;
б — пластинани ўрнатиш чизмаси.

Ўрта ва юқори кўкрак умуртқалари синиши ни даволаш. Умуртқа поғонасининг ўрта ва юқори кўкрак қисмлари кўкрак қафаси билан мустақкам ушланиб турганидан, одатда, катта эзилишлар қузатилмайди ва умуртқа чиқишлари кам учрайди. Шу сабабга кўра синган умуртқани ўз ҳолига келтиришга уринишлар унча натижа бермайди.

Юқори ва ўрта кўкрак умуртқалари синганда даволаш Гориневская ва Древинг функционал усулида олиб борилади. Юқори кўкрак умуртқалари (T_{h_v} гача) синганда тортма кўлтиқ ости соҳасидан эмас, балки Глиссон қовузлоғи орқали пастки жағ соҳасидан амалга оширилади.

Бўйин умуртқалари синиши ва чиқишини даволаш. Ёпиқ ҳолда бир зумда синган ва, айниқса, чиққан умуртқаларни солиш хавfli ҳисобланади, чунки орқа мия шикастланиши мумкин. Мабодо қилинадиган бўлса, муолажа тажрибали мутахассис томонидан бажарилиши лозим. Глиссон қовузлоғи орқали

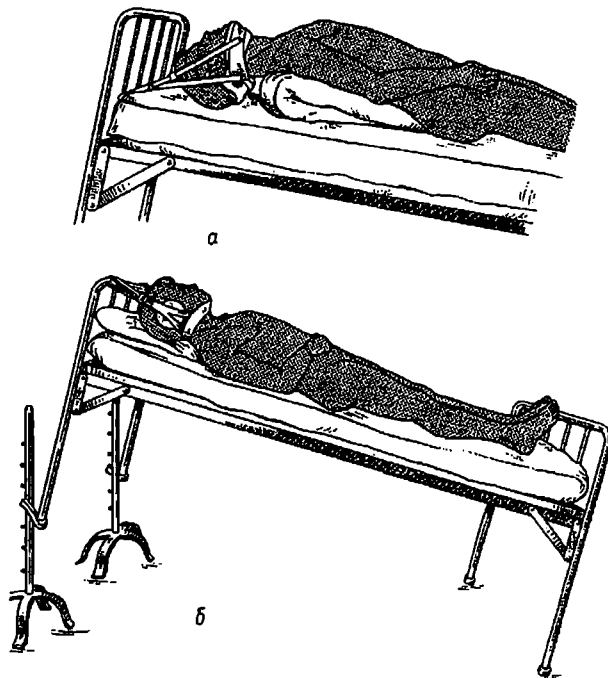
тортиш энг кўп тарқалган усул ҳисобланади, юқори учта умуртқаларнинг шикастланишида скелет тортма қўлланилади. Синишда 6-7 кг дан 15 кг гача, чиқишда ундан кўпроқ юк билан ётоқнинг бош томонини 50-60 см га кўтариб тортилади.

Флексион синишда бурчак олдинга очилган бўлади, орқа ва бўйин асосигача ёстиқча қўйилади. Тортувчи куч беморга нисбатан юқорига ва орқага йўналтирилади (225-расм, а). Экстензион синишда эса, бурчак орқага очилади, ёстиқча бошга қўйилади, тортувчи куч юқорига ва олдинга йўналтирилади (225-расм, б).

Синган соҳа тўғрилангач, юкни 3-4 кг гача камайтирилади. Тортиш бемор вазни ҳисобига эришилаётган бўлса, унда ётоқнинг бош тарафини 25-30 см гача туширилади. Кейинчалик кузатиш икки усулда олиб борилади:

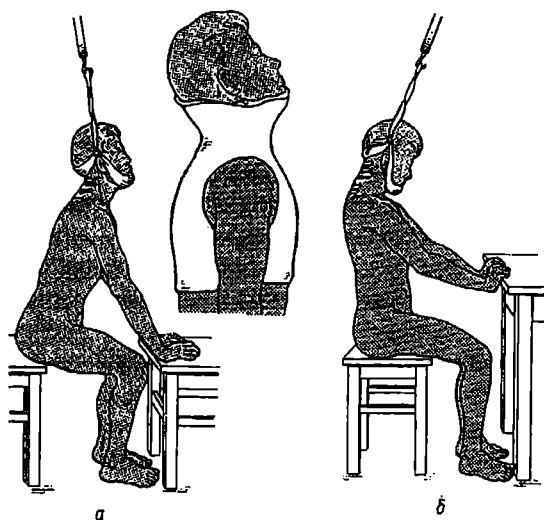
1. Репозициядан сўнг 5-7 кун ўтгач умуртқа поғонасининг бўйин соҳаси тўғриланган ҳолда тортма ёкали корсет билан алмаштирилади. Корсет елка, тўш ва умуртқа поғонасининг юқори қисмига таянади, юқори қисми билан энгак ва энса бўртиғига таянган ҳолда бошни ушлаб туради (226-расм). Ёқали корсет билан ҳаракатсизлантириш 2-3 ой муддатга давом эттирилади.

2. Барқарор синишда кузатиш функционал усулда олиб борилиши мумкин: даволовчи жисмоний тарбия, уқалаш ва физиотерапевтик муолажалар ўтказилади. Уринда ётиш режими муддати 1,5-2 ой.



225-расм. Бўйин умуртқалари синганда тортишнинг йўналиши.

а — букувчи;
б — ёзувчи синишлар.



226-расм. Бўйин умуртқалари синишида ярим корсет қўйиш.

a — букувчи; *b* — ёзувчи синишларда.



227-расм. Урбан понасини олиб ташлаш ва умуртқа танасини қисман алмаштириш.

a — Урбан понаси; *b* — шикастланган умуртқа тана қисмини фреза ёрдамида олиб ташлаш; *c* — Урбан понасини бутунлай олиб ташлаш; *z* — умуртқани трансплантат билан алмаштириш.

килганда шикаст-ланиш кузатилади. Бунда умуртқа танасини понасимон эзилиши ёки олдинги бурчагининг қўпорилиши кузатилади. Сенил синишлар барқарор синишлар гуруҳига киради.

Агар чиқиш консерватив усулда бартраф қилина олинмаса ёки неврологик ўзгаришлар ва бошқа асоратлар бўлишидан ҳайиқиб, ёпиқ репозиция қилинмаган бўлса, операция усулида солиш, умуртқалараро дискни олиб ташлаш, олдинги спондилодез қилиш ёки орқага бўртиб турган умуртқа танасини олиб ташлаб, ўрнини суяк трансплантанти билан тўлдириш мумкин (227-расм). Умуртқа поғонасининг бўйин қисмида орқа спондилодез бажариш кўп тарқалмаган.

ҚАРИЯЛДАРДА УМУРТҚА- ЛАРНИНГ СИНИШИ

Катта ёшдагилар ва қарияларда умуртқа таналарининг синиши остеопороз фониде кечади. Кўчрак ёки бел соҳасида унча кучли бўлмаган таъсирот умуртқа поғонаси ўқи бўйлаб йўналганда ёки бу-

Т а ш х и с. Шикастланиш соҳасида ноаниқ оғриқ аниқланади. Кўпинча, оғриқ синган соҳадан ташқарида жойлашади. Бу дегенерацияга учраган умуртқалараро дисклар ва бойлам аппаратининг йўлдош шикастланишига боғлиқдир. Шуларга қарамай қунт билан текширилганда бел ва кўкрак умуртқа шиналарининг синганига характерли кўп белгиларни аниқлаш мумкин.

Рентгенологик текширишга фақат оғриқ зонасигина эмас, балки кўпинча синиш учрайдиган соҳа (яъни $T_{IX} - L_{III}$) ҳам қамраб олинади. Радикуляр оғриқларнинг пайдо бўлиши нерв тутамларининг умуртқалараро диск чурраси ва атроф тўқималарнинг шишидан, эзилганидан дарак беради.

Д а в о л а ш. Сенил синишда зарарланган умуртқалар тўғриланмайди. Даволаш функционал усулда махсус тахтаси бор ётоқда горизонтал ҳолатда олиб борилади. Агар ҳаракатлар умуртқа поғонасининг букилиши билан боғлиқ бўлмаса, беморга тўшакда ҳаракат қилиш чегараланмайди. Биринчи кунларданоқ бемор ёши ва йўлдош касалликларини ҳисобга олган ҳолда даволовчи жисмоний тарбия, орқа ва оёқларни уқалаш, остеопорозни дори-дармонлар билан даволаш олиб борилади. Бемор вертикал ҳолатга кўтарилгач (3-5 ҳафтадан сўнг) 3 ой муддатта «грация» типдаги энгил юмшоқ корсет ёки орқа ушлагич кийилади.

УМУРТҚАЛАРНИНГ КўНДАЛАНГ ўСИҚЛАРИНИНГ СИНИШИ

Умуртқаларни кўндаланг ўсиқларининг синиши одатда бел соҳасида учрайди. Кўпинча, синиш механизми билвосита бўлиб, кўндаланг ўсиқларга бирикувчи квадрат ва юмалоқ катта бел мушакларининг кучли қисқаришидан келиб чиқади.

Бевосита куч таъсирида синиш камроқ учрайди. Синган ўсиқлар мушаклар таранглашиши ҳисобига пастга ва ташқарига силжийди.

Т а ш х и с. Кўндаланг ўсиқлар синганда, одатда, кучли оғриқ кузатилади. Оғриқ чалқанча ётиб ёзилган оёқларни кўтарганда кучаяди. «Товоннинг ёпишиб қолиш» белгиси мусбат бўлиши мумкин, унда бемор тўғриланган оёқни полдан уза олмайди. Умуртқа поғонасининг ҳаракатлари оғриқ сабабли чекланган. Пайпаслаганда паравертебрал соҳада синган жойда оғриқ сезилади. Актив ҳолда касал томонга, пассивда соғлом томонга эгилганда оғриқ кучаяди.

Рентгенологик ташхислаш одатда оддий: фас рентген суратида синиш кузатилади. Синиш чизиғи нотекис ва кўндаланг, қийшиқ ҳамда горизонтал йўналишда (камдан-кам) ўтади.

Д а в о л а ш. 0,5% 10 мл новокаин билан оғриқсизлантирилгач, беморни тахтали ўринга ётқизилади. Бел мушакларини бўшаштириш учун беморга «қурбақа» ҳолати берилади: сонлар узоқлаштирилган, тизза бўғими остига ёстиқча қўйиб, товонлар яқинлаштирилади. Даволовчи жисмоний тарбия, уқалаш, физиотерапевтик муолажалар

ўтказилади. Ўринда ётиш режими муддати 2-3 ҳафта. Ишга лаёқатлилиқ 4-6 ҳафтадан сўнг тикланади.

УМУРТҚАЛАР ЎТКИР ЎСИҚЛАРИНИНГ СИНИШИ

Ўткир ўсиқлар ҳам бевосита, ҳам билвосита шикастланишдан синиши мумкин. Бир неча ўткир ўсиқларнинг бирваракайига синиши ҳам кузатилади.

Т а ш х и с. Беморларни синган еоҳадаги маҳаллий оғриқ безовта қилади, оғриқ умуртқа поғонасини орқага ё олдинга букканда кучаяди. Синган ўткир ўсиқлар устида ҳосил бўлиб пайпасланганда оғрийди. Айрим ҳолларда ўткир ўсиқлар орасининг ўзгаргани, уларнинг ҳаракатчанлиги ва ўрта чизикдан ёнга сурилганлиги аниқланади. Ён томондан олинган рентген суратида синиш чизиги кўринади.

Д а в о л а ш. Синган соҳага 5 мл дан 0,5-1% новокаин эритмаси юборилади. Оғриқ давом этаверса, оғриқсизлантириш 2-3 кунда қайтарилади. 2-3 ҳафта ўринда ётиш режимига риоя қилинади. Ишга лаёқатлилиқ 3-5 ҳафтадан сўнг тикланади.

ЎТКИР ЎСИҚЛАР УСТИ ВА ОРАСИДАГИ БОЙЛАМЛАРНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

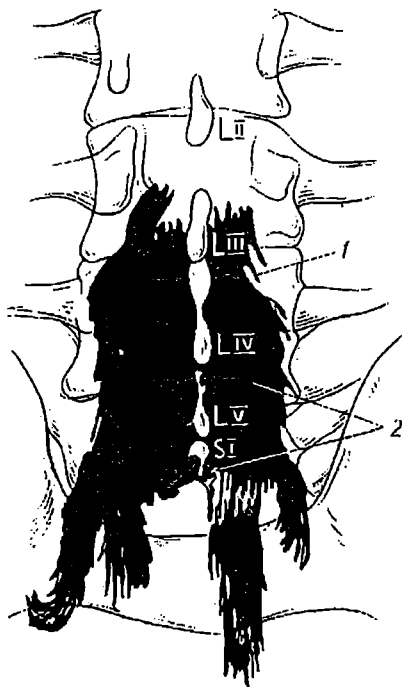
Ўткир ўсиқлар усти ва орасидаги бойламларнинг алоҳида шикастланиши бўйин ва бел соҳаларида учрайди. Шикастланиш механизми билвосита. Бойламлар умуртқа поғонаси олдинга кўп буккилганда ёки куч билан ёзилганда ўткир ўсиқлар орасида эзилиши мумкин.

Т а ш х и с. Орқа бойламларнинг янги узилишида маҳаллий оғриқ безовта қилади. Умуртқа ҳаракатлари оғриқ билан кечади. Айниқса, умуртқа поғонасини орқага букиш бузилади, айрим ҳолларда жуда азоб берувчи оғриқ сезилади. Бу ўткир ўсиқлар орасида бойламларнинг эзилишидан бўлса керак. Кўрилганда шикастланган бойламлар соҳасида қон қўйилиши ҳисобига букиш аниқланиши мумкин. Ўткир ўсиқлар оралиғини пайпаслаганда оғриқ бўлади. Ўсиқлараро бойламлар жароҳатланганда қаттиқ оғриқ ўткир ўсиқлар орасини ўрта чизикда босилганда эмас, балки ундан озгина ён томонда аниқланади. Пайпаслаганда шикастланган бойламлар кемтиги кузатилиши, тўла узилганда бармоқ ўткир ўсиқлар орасига эркин киради. Ўткир ўсиқларнинг бир-биридан қочиши бойламларнинг алоҳида янги узилишида одатда кузатилмайди. Умуртқа поғонасининг оддий рентген суратларида ўзгаришлар кўринмайди. Лекин рентген суратини олиш суяк синганини инкор этиш учун шарт.

Ўткир ўсиқлар усти ва орасидаги бойламларнинг шикастланиши кеч муддатларда жароҳатланган соҳада бел санчиги типидagi оғриқлар

характерлидир. Беморлар бел мушакларининг тезда чарчашини айтишади. Кейинчалик узатилувчи оғриқлар пайдо бўлиши мумкин, уларнинг келиб чиқиши кўпинча дисклардаги дегенератив ўзгаришлар, қолаверса орқа ва орқа ён диск чурраларга боғлиқдир. Умуртқа поғонасини ҳаракати, айниқса, уни орқага букиш чекланади. Доимий белгилари: оғриқ, ўткир ўсиқлар орасининг кенгайиши, ўткир ўсиқлар орасидаги бойламларнинг бўшашишидир.

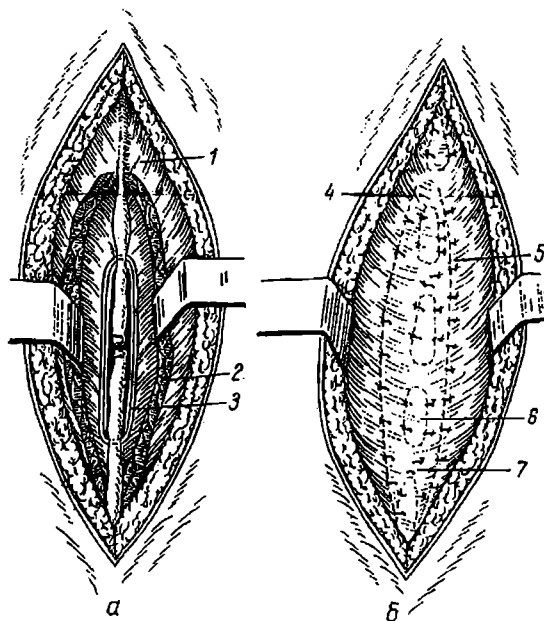
Т а ш х и с. Ўткир ўсиқлар усти ва орасидаги бойламларнинг шикастланишининг кеч даврлардаги клиник манзараси бошқа кўп патологик ҳолатларга ўхшаб кетади; масалан, умуртқа поғонаси остеохондрози. Шунинг учун айтиб ўтилган бойламлар шикастланганини кеч даврларда аниқлаш учун махсус текшириш усулларини ўтказиш лозим. Уларнинг энг соддаси жароҳатланган бойламларни вақтинча оғриқсизлантирадиган синамадир. Ўткир ўсиқлар орасига 3-5 мл 2% новокаин эритмаси юборилади. Агар беморларда ҳақиқатдан бойламлар шикастланган бўлса, оғриқ вақтинча ўтади. Ҳатто умуртқа поғонасини орқага букиш оғриқсиз бўлиб қолади (оғриқсизлантириш синамаси мусбат). Лекин бойламларнинг шикастлангани дисклардаги дегенератив ўзгаришлар билан биргаликда кечса, синама натижаси манфий бўлиши мумкин, чунки оғриқ фақат бойламлардаги ўзгариш билан эмас, балки дисклардаги ўзгаришларга ҳам боғлиқ. Бу ҳолларда ўткир ўсиқлар орасидаги бойламларнинг бутунлиги ҳақида нотўғри фикр пайдо бўлиши мумкин. Шундай қилиб, оғриқсизлантириш билан топилган мусбат синама ўткир ўсиқлар орасидаги бойламларнинг узилганини билдирса, манфий синама уни инкор эта олмайди. Шубҳа қилинган ҳолларда контраст модда юбориб, рентген текшируви — лигаментография ўтказиш тавсия қилинади. Ўткир ўсиқларни иккала ён томонларидан контраст моддани сувдаги эритмаси юборилади. Агар ўсиқлар орасидаги бойламларда дарча, кемтик бўлса, у контраст модда билан тўлади ва фас рентген суратида ўсиқлараро бойламлар ёруғланиши фонида контраст модда сояси кўринади (228-расм).



228-расм. Лигаментограмма (чизма). 1 — нормал бойлам; L₃-L₄ — контраст модданинг нормал оқиши; 2 — шикастланган бойламлар L₄-L₅, L₅-S₁.

Д а в о л а ш. Бойламлар шикастланишининг дастлабки даврида консерватив функционал даволаш тавсия қилинади. Шифохонада шикастланган соҳа оғриқсизлантирилади, кейинчалик у 3-4 кундан кейин қайтарилди. Беморни остида тахтаси бор қаттиқ ўринга чалқанча ётқизилади. Даволовчи жисмоний тарбия ўтказилади. 2-ҳафтадан бошлаб қорнига айланишга руҳсат берилади, шу вақтдан бошлаб тана орқа қисмини массаж қилишга кўрсатма берилади. Ўринда ётиш режимининг умумий муддати 3-6 ҳафта.

Лекин корсет ишлатилганда яхшироқ натижаларга эришилади. Бундай даволанишнинг асосида узилган боғлам бўлақларини максимал яқинлаштириш ва барча битиш даврида ҳаракатсизлантириш ётади. Оғриқсизлантирилгач, умуртқа поғонасини орқага букилган ҳолда экстензион корсет кўйилади. Шундай қилиб, ўткир ўсиқлар ва уларга ёпишадиган бойламлар максимал яқинлаштирилади. Жисмоний даволоччи тарбия, физиотерапевтик муолажалар бемор корсетдалигиданоқ ўтказилади. Корсетни тақиб юриш муддати 4-6 ҳафта. Шикастлангандан кейин кўпроқ вақт ўтган бўлса, консерватив даволаш натижаси камроқдир. Агар бир йил мобайнида консерватив муолажалар билан натижага эришилмаса, жарроҳлик усули қўлланилади, ўсиқлараро бойламларни Юмашев, Силин ва Дмитриев усулида лавсан тасмачалар билан пластика қилинади (229-расм).



229-расм. Умуртқа поғонасининг орқа бойлам комплексини пластика қилиш техникаси.

Операциядан сўнг қаттиқ ётоқда ўринда ётиш режимига риоя қилинади. Ўринда ағдарилиш чекланмайди. Операциядан сўнг биринчи кунларданоқ даволовчи жисмоний тарбия ва физиотерапевтик муолажалар тавсия қилинади. Беморлар оёққа кўтарилгач умуртқа поғонасини ҳаракатсизлантириш учун ташқи мосламалар ишлатилмайди. Танани олдинга букишни 8-10 ҳафта мобайнида чекланади. Ишга лаёқатлилиқ 11-12 ҳафтадан сўнг тикланади.

13 - б о б. УМУРТҚА ПОҒОНАСИНИНГ АСОРАТЛАНГАН ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Умуртқа поғонасини ёпиқ шикастланишида орқа мия ва от думи тутамларининг турли даражада зарарланиши кузатилади, микроскопик ўзгаришлардан лат ейишгача, мажақланиши ва ҳатто анатомик узилиб кетиши мумкин. Буларда орқа мия шиши шу даражага бориб етадики, унда қаттиқ пардани чегаралаб турувчи канал ичи бутунлай тўлиб қолади.

Орқа мия шикастланиш даражасига, орқа мия ва ундан чиқувчи тутамлардаги ўтиб кетувчи ва ўтмайдиган ўзгаришларга қараб А.Л.Поленов номидаги Ленинград нейрожарроҳия илмий текшириш институти таклиф қилган таснифга асосан орқа соҳанинг асоратли шикастланиши уч гуруҳга бўлинади:

Биринчи гуруҳ - орқа мия ва от думи тутамларининг қайтар функционал ўзгаришлари (орқа мия чайқалиши, қон айланишнинг қайтар ангионевротик бузилишлари билан кўринади);

Иккинчи гуруҳ қайтар ва қайтмас орқа мия ва от думи тизимчаларидаги ўзгаришларнинг қўшилиб келиши (орқа мия лат ейиши ва эзилиши).

Учинчи гуруҳ - орқа мия кўндалангига анатомик узилиши ёки унинг тўқималарини бутун кўндалангини эгаллаган қон кўйилиш билан кечувида қайтмас ўзгаришлар.

Орқа мия жароҳатланиш оғирлиги қайтмас морфологик ўзгаришларнинг устунлиги, фаолиятининг тикланиши эса қайтар функционал ўзгаришларнинг йўқолишга боғлиқ.

Жароҳат олинган вақтдан ўтган даврга боғлиқ ҳолда, орқа миядаги ўзгаришлар том маънода травматик шикастланиш (улар шикастланиш вақтида ва таъсири остида пайдо бўлади) ва ангионевротик характерга эга бўлган иккиламчи ўзгаришларга ва системали ҳамда системасиз демиелинизация ва дегенерация, шикастланишдан ўтган узоқ даврда унинг асоратларига киради. Асоратлари эса соҳа тўқималарининг сурилиб тикланиш, чандиқланиш ва ички турли тўқималар билан тўла кисталар ҳосил бўлиш жараёнлари билан характерланади.

Орқа мия шикастланиши натижасида организмда вужудга келадиган барча мураккаб жараёнлар йиғиндисини Л.И.Смирнов орқа мия

травматик касаллиги деб атади. И.Я.Раздольский орқа мия травматик касаллигини 4 даврини ажратди:

1) 2-3 кунни ишғол қилувчи бу давр учун бетартиб клиник манзара хос бўлиб, орқа миянинг турли даражада шикастланишидан келиб чиқади ва спинал карахтлик (шок) ривожланиши билан боғлиқдир. Бу даврда орқа мия оғир шикастлангани ҳозирги замонда клиник манзарага асосланиб, орқа мия ва от думи тизимларида морфологик ўзгаришлар характерини амалий жиҳатдан аниқлаб бўлмайди;

2) эрта даври 2-3 ҳафта давом этади. Бу давр ҳам орқа миянинг тўла функционал узилиш белгилари билан кўринади. Бу белгилар мажмуасининг келиб чиқишида қон, лимфа ва орқа мия суюқлиги алмашувининг муътадил ошиб бузилиши ҳамда орқа мия кулранг молдасида микроскопик ўзгаришлар ётади. Бу некроз ва қон қўйилишлар босқичида, жарроҳлик йўли билан орқа мия текширилганда анатомик бутунлиги сақлангандек туюлади, аммо лат еган, мажақланган ва қон қўйилган ўчоқлар топилади. Орқа мия тўқимаси бўкиб суюқлик билан шимилган бўлади;

3) оралик давр одатда 3-4 ойгача давом этади. Унинг бошланғич фазасида спинал карахтлик аломатлари йўқолади ва зарарланган соҳада чандиқланиш жараёни кетади ҳамда шикастланишнинг чин характери аниқланади. Бу давр учун орқа мия ўсиб борувчи кистоз дегенерациясининг клиник-морфологик ўзгаришларининг бошланғич босқичи хосдир;

4) орқа мия травматик касаллигининг кеч даври (4 ойдан кўпроқ) зарарланган ўчоқда аввал глиал, сўнга кўпол бириктирувчи тўқимадан чандиқ ривожланиши билан характерланади. Мия тўқимасида, кўпинча, посттравматик кисталар ҳосил бўладик, улар орқа мия фаолиятини янада кўпроқ бузади ва мия тўқимасининг қайта тикланиш жараёнини кўп ҳолларда ёмон оқибатларга олиб келади. Орқа мия пардалари ва эпидурал ёғ қаватида ривожланадиган чандиқли ўзгаришлар ҳамда шикастланган умуртқаларда ҳосил бўлувчи суяк қадоғи кеч даврда орқа мияни эзиб қўйиши, қон ва суюқлик айланишини бузиши, бўкишига олиб келиши мумкин, булар ўз навбатида иккиламчи некротик ўчоқлар ва ҳатто қон қўйилишлар пайдо бўлишига олиб келади.

УМУРТҚА ПОҒОНАСИНИНГ АСОРАТЛАНГАН ШИКАСТЛАНИШЛАРИ КЛИНИКАСИ

Умуртқа поғонасининг асоратланган шикастланишлари орқа мия функционал узилиш белгилари ўткир даврда (шикастланиш соҳасига қараб) тўртала мучалар ёки иккала оёқлар тонусининг пасайиб шолланиши, рефлексларнинг йўқолиши, ўтказувчи типидagi оғриқсизланиш, шахвоний қўзғалиш, чаноқ аъзолари фаолиятининг бузилиши,

вегетатив ўзгаришлар (терлаш, вегетатив нерв системасига хос рефлекслар, тери ҳарорати, қон айланиши ва бошқалар) билан характерланади. Клиник амалиётда ёзиб ўтилган дастлабки давр «спинал карахтлик» атамаси билан юритилади.

Бу давр муддати неврологик ўзгаришларнинг қайта ривожланишида турлича бўлиб, бир неча ҳафтадан бир неча ойларга тенг бўлиши мумкин. Кўпчилик беморларда орқа мия шикастланиши клиник манзараси умуртқа поғонасининг жароҳатланиш дақиқасида ойдинлашади, бу зарарланган соҳада умуртқа канали шаклининг тўсатдан ўзгариши нақадар аҳамиятли эканини кўрсатади. Бўйиндан паст ва бел-думғаза сегментларидан юқори соҳалар шикастланганда икки оёқ паралитик шаклга, кейинчалик эса спастик шаклга ўтади. Бўйиндан пастки соҳалар шикастланганда юқориловчи кистоз дегенерация кузатилмаса, қўллар интакт бўлиб қолаверади.

Орқа мия травматик касаллигининг турли даврларида ундаги морфологик ўзгаришлар, қон ва суюқлик айланишининг бузилиши, кистоз дегенерация ривожланиши ва ҳоказоларга қараб клиник манзара ўзгариши ва орқа мия фаолиятининг кўндалангига шикастланишининг турли неврологик белгилари кузатилиши мумкин:

1) кўндаланг тўла узилиш белгилари (орқа миянинг функционал узилиши);

2) орқа мия ярим юзасининг узилиш белгилари (вентрал, дорсал ёки латерал);

3) марказий медулляр шикастланиш.

Бу белгиларнинг ҳар бир синдроми маълум симптомлар йиғиндисидан иборат бўлиб, улар ўз навбатида бир-бирига чалқашиб кетади, турли босқичларда бири иккинчисига ўтади. Сезишнинг объектив ўзгаришларидан ташқари (гипестезия, анестезия, оғриқ, тактил ва мушак-бўғим сезгилари), уларнинг субъектив бузилиши ташхислашда маълум рол ўйнайди, булар қитиқланиш ва тушиб қолиш ҳамда у ёки бу белгилар беморда бир вақтнинг ўзида пайдо бўлади.

Қитиқланиш белгиларига оғриқлар ва парестезия киради. Оғриқлар характери турлича бўлиши мумкин. Кўпинча ҳар хил даражадаги «синдирувчи» оғриқлар, уларни беморлар чуқур оғриқлар деб кўрсатишади (суякларда зирқираш). Кўпинча оғриқлар тактил ва ҳарорат парестезияси билан биргаликда кечади.

Оғриқларни давомлилиги ҳам бир хил эмас. Улар тўсатдан пайдо бўлиши, аввал, қисқа хуруж типиди, кейинчалик эса, бир неча кун давом этади. Бошқа ҳолларда оғриқлар давомли, ҳафталаб ва ойлаб безовта қилади, кучли, кучсизлиги алмашилиб туради. Кўпинча, уларнинг тарқаш жойларида гипестезия ёки ҳатто анестезия бўлади.

Парестезия одатда оғриқ бор жойда вужудга келади, лекин мустақил ҳосил бўлиши ҳам мумкин. Кўпинча, парестезия тананинг қайси бир қисмининг увишиб ёки қотиб қолиши билан билинади.

Айримларда увишишга «чумоли ўрмалаётган» сезги, умуртқа поғонаси бўйлаб электр токининг ўтиши (Лермитг синдроми), орқа мия орқа шохчалари зарарланиши билан боғлиқдир. Ҳароратли парестезия камроқ кузатилади, унда совуқ нарсанинг тегиб туриши ёки тана бир қисмининг жунжикиши ёки қизиб кетиш ва ачишиш каби сезгилар бўлади. Бир хиллари ҳарорат парестезиясининг иккала тури бир вақтда ёки совуқ сезиш, қизиб кетиш билан алмашса, аксинча, қизиш парестезияси совуғига ўтади.

Сезгиларнинг бузилиш соҳаси орқа миянинг ҳам узунаси, ҳам кўндалангига бирламчи ёки иккиламчи зарарланиш жойини аниқ кўрсатади. Лекин бу аниқлик нисбий характерга эга. 0,3-0,5% ҳолларда орқа мия травматик касаллигида оғриқ синдроми мустақил жарроҳлик муаммоси ҳисобланади.

Ҳаракат соҳасининг бузилиши мустақил ҳаракатланиш, рефлектор соҳа ва мушаклар тонусига тегишлидир.

Думғаза усти қисмидан орқа мия шикастланганга спастик синдром характерли ҳисобланади. Орқа миянинг шикастланган жойдан пастки бўлаги маълум автоном активликни қўлга киритади, у моно- ва полисинаптик рефлектор ёйларининг иш фаолиятига боғлиқдир.

Орқа мия нейронларининг физик ва тоник активлиги ёрқин белгиларидан бўлиб, ҳимоя рефлекслари ҳисобланади. Улар турли ҳаракатларнинг уйғунлашиши билан кўринади. Мушаклар тонусининг ўзгариши уйғунлашишнинг кўп ва камлигига боғлиқдир. Уйғунлашиш шакллари қандай бўлишидан қатъий назар сонни яқинлаштирувчи ва бел-ёнбош мушакларининг таранглашиши кузатилади.

Орқа мия дистал қисми ва от думи тутамларининг зарарланиши оёқларнинг турғун бўшашган фалажлиги ёки шоллиги билан характерланади, бунда тизза ва товон рефлекслари пасаяди ёки чақирилмайди, мушаклар гипотонияси ва гипотрофияси кузатилади.

Сийдик йўллари ва қопчаси фаолиятининг бузилиши. Орқа мия травматик шикастланишининг кўп учрайдиган кўрсаткичларидан сийдик ҳайдашнинг бузилиши ҳисобланади, кўпинча сийдик қопчасига инфекция тушиши мумкин. Бу ўз навбатида рефлюкс пайдо бўлишига, пиелит, умумий сепсис ёки уросепсис каби асоратларга олиб келади. Сийдик ҳайдалишининг қийинлашиши сфинктер фаолиятини бошқаришни бузилишидан келиб чиқади. Тинч вақтда орқа миянинг қайси даражада травматик шикастланишидан қатъий назар, сийдик ҳайдашнинг бузилишида қов супачаси устидан оқма ҳосил қилиш хато ҳисобланади.

Антибактериал даволаш шароитида вақти-вақти билан сийдик қопчасини катетеризация қилиб, узоқ вақт бўшатиб туриш мумкин. Сийдик қопчининг тўлиш тезлигига қараб бир кунда 3-4 ва 6 мартагача, одатда, катетеризация қилинади. Ҳатто доимий катетеризация (6-8 ойгача) ишлатилган чоғда кўп беморларда, агар асептика ва антисептикага тўлиқ риоя қилинса, сийдик йўлларида инфекция кузатилмайди.

Маълум эҳтиёткорликка риоя қилиш ҳам керак, агар катетер сийдик қопида доимий қолдириладиган бўлса, 2-3 марта бир суткада қопчани ювиб турганда катетерни 5 кунгача қолдириш мумкин ҳисобланади. Монро системаси сийдик йўллари инфекциядан сақлаш ва сийдик автоматизми беморда ривожланишида умидни ҳар доим ҳам оқлайвермайди. Айримларда бу системани ишлатиш мумкин, аммо автоматизмнинг бошланғич белгилари пайдо бўлиши биланоқ вақти-вақти билан катетеризация қилишга ўтиш керак. Автоматизмни йўлга солиш учун беморларда Монро системасини кўп ушлаш автоматизмнинг бузилишига олиб келиши мумкин.

Ётоқ яралар. Орқа мия шикастланганда кўп кузатиладиган асоратлардан ҳисобланади ва 20-53% беморларда учрайди. Ётоқ яралар инфекция кириши учун кириш «дарвозалари» ролини ўйнайди ва 20-30% ҳолларда ўлимга олиб боради. Яралар орқали беморлар кўп оқсил йўқотадилар (40-50 г гача), бу эса уларнинг умумий аҳволини янада оғирлаштиради.

Даволаш муолажаларига некротик тўқималарни олиб ташлаш, мазли боғламлар қўйиш, битишни тезлатувчи коллаген пардалар ва пўкаклардан фойдаланиш, кварц қўйиш, электр ёрдамида қитиқлаш, тери пластикасини ўтказиш киради.

Нейротрофик ўзгаришлар. Орқа мия травматик касаллигида 16 дан 53% гача ҳолларда катта бўғимлар соҳасида гетеротопик суякланиш кузатилади. Улар беморни актив тиклаш учун катта тўсиқ ҳисобланади.

Орқа мия травматик касаллигини даволаш режалаштирилаётганда спондилография, умуртқа каналини пункция қилиш (ликвординамик синамалар ўтказиш), айримларда миелография ёки веноспондилография, компьютер томографияси амалга оширилади.

УМУРТҚА ПОҒОНАСИНИНГ АСОРАТЛАНГАН ШИКАСТЛАНИШИДА ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ

Орқа мия шикастланганида оғирлашаверадиган спинал хасталикнинг сабабларидан бири жароҳатланган умуртқа сегментининг деформацияси ва беқарорлигидир. Умуртқа каналида суяк бўлақларининг мавжудлиги, орқа мия ва унинг қон томирларини эзиб, ўчоқдан ташқарида деструктив ўзгаришларга, кисталар пайдо бўлиши, орқа мия тўқимасини глиал айнишига (анатомик ўзгаришигача) олиб келиши мумкин. Энг кўп бу ҳодисалар умуртқа поғонасининг бўйин ва кўкрак-бел соҳаларида кузатилади. Кўкрак соҳасида беқарорлик амалда учрамайди.

Жарроҳлик усули танланаётганда умуртқа поғонасининг бўйин қисми шикастланиш қонуниятларини ҳисобга олиш керак.

1. Бўйин соҳасига сагиттал юзада етган таъсирот таянч-бойлам аппаратини шикастласа, уни беқарор деб баҳолаш керак, чунки бу

жароҳатланиш орқа мия травматик хасталигининг яқин ва узоқ даврларида кузатиладиган морфологик ўзгаришларни чуқурлаштириб юборади, клиникада ривожланувчи кистоз дегенерация ўчоқ усти белгиларини пайдо қилади.

2. Чиққанда, синиб-чиққанда ва умуртқа таналарининг эзилиб синишида эзувчи омил сифатида сурилган умуртқа ёки умуртқа каналининг деформацияланган қисми ва суюқ бўлаклари ҳисобланади, улар орқа мияни олдиндан эзишади.

3. Оралиқ даврида бу омиллар олдинги спинал ва тутам артерияларни шикастлайди, орқа мияда қон айланишининг бузилиши эса ўз навбатида ишемик бўшлиқларни пайдо бўлишига олиб келади.

Шундай қилиб, орқа мия шикастланишининг ўткир даврида текширишларга асосланиб икки хил операция ўтказиш мумкин: орқадан борилиб (ламинэктомия) ва олдиндан очилиб сурилган умуртқа танасини олиб ташлаш.

Умуртқа поғонасининг асоратли шикастланишида зудлик билан олдинги декомпрессия операцияси учун қўйидагилар м у т л а қ монелик ҳисобланади: а) агар беморда мия стволи шикастланиш белгилари бўлиб, у орқа миянинг функционал узилиши билан қўшилиб келса; б) клиникасида аниқ марказий медуляр синдром аниқланса, лекин рентген текширишларида умуртқа поғонаси бўйин қисмида шикастланиш белгилари йўқ («рентген белгиларисиз клиник манзара»), бу ҳолатга одатда гиперэкстензион шикастланиш механизми олиб келади.

Шошилиш жарроҳлик муолажасига н и с б и й монелик бўлиб, неврологик белгиларнинг тез (бир неча соат давомида) регресси — орқага қайтиши ҳисобланади.

Орқа мия травматик касаллигида кўкрак-бел соҳасини очиқ йўл билан солинганда ва мустаҳкамланганда вазифа шулар билан тугалланмайди, балки кўрсатмага биноан умуртқа канали ревизия қилинади, ичидаги аъзоларда муолажалар ўтказилади (тутамлар тикланади, мия детрити олиб ташланади).

Харрингтон дистрактори ёки турли металл пластиналар билан умуртқа поғонасининг мустаҳкамлигини тиклаш мумкин. Сим билан қотириш нотўғри муолажа ҳисобланади, чунки эрта узилиб кетиши мумкин ва умуман, умуртқа поғонасининг мустаҳкам барқарорлигини таъминлай олмайди.

Агар гап миянинг кўкрак ва белнинг йўғонлашган қисми ҳақида борар экан, тўлақонли декомпрессия учун зудлик билан ламинэктомия қилиш, мия детритларини ювиб ташлаш, орқа мияни қунт билан ревизия қилиш, от думи тизимчаларини анатомик бугунлиги бузилган бўлса тикиш лозим.

Шикастланишдан кейинги узоқ муддатларда қилинадиган жарроҳлик муолажаларнинг ўзига хослиги шундан иборатки, унда кенг ва радикал ламинэктомия умуртқа поғонасининг ҳар қандай

соҳасида қилинаверади. Операция мақсади орқа миани эзаётган ва қитиқлаётган барча сабабларни бартараф қилиш, ликвор айланишини тиклаш. Бунинг учун ҳамма чандиқлар қирқилади, мия ичидаги кисталар очилади ва орқа мия мобилизация (сафарбар) қилинади.

Шикастланишдан кейинги узоқ даврда орқа мия ва унинг тизимчаларида қилинадиган ҳар қандай операция, қоида бўйича менингомиелорадикулолиз билан тўлдирилади (унинг ўзи мустақил қилиниши, айримларда реконструктив операцияларнинг айрим қисмлари билан тўлдирилиши мумкин). Шунини алоҳида айтиб ўтиш жоизки, менингомиелорадикулолиз орқа миани сафарбар қилиб, унинг айланмасидаги битишмалар ва мия билан қаттиқ парда ҳамда суяклар орасидаги чандиқлардан халос қилса, яхши натижа беради. Бу вазифани ечиш оптик катталаштириш ва микрожарроҳлик инструментлар ишлатилса, анчагина осон кўчади.

14 - б о б. ЧАНОҚ СУЯКЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

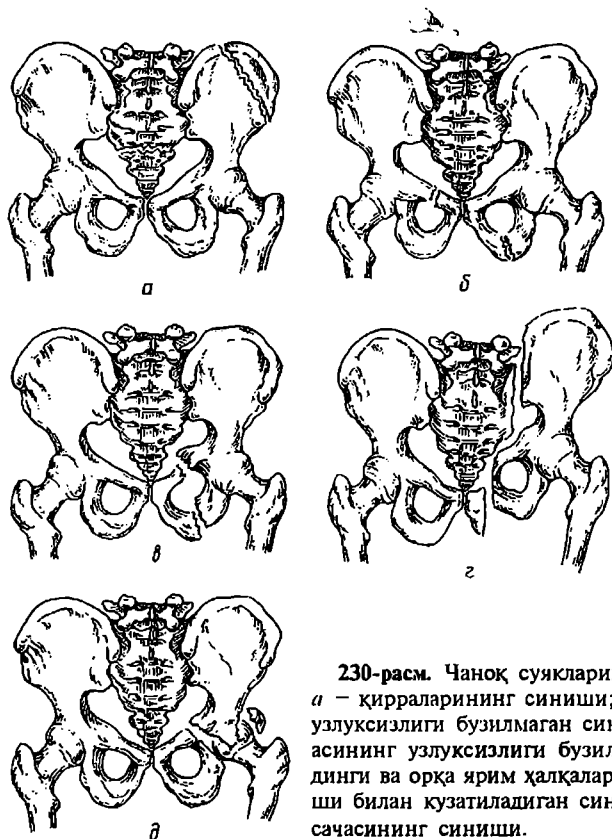
Чаноқ суякларининг шикастланиши жами синишларнинг 4-7% ни ташкил этиб, оғир шикастланишлар гуруҳига киради. Чаноқ шикастланишлари ўта оғир шок билан кечиши мумкин, бу рефлексларга бой зонанинг қитиқланишига ва кўмик суяклардан тўқима ичига кўп қон қўйилиши билан (2 л дан кўпроқ) боғлиқ бўлади. Тана оғирлигини оёқларга ўтказиш чаноқнинг вазифаларидан бири чаноқ ҳалқасининг бир бутунлиги билан эришилади.

Синишда чаноқ ҳалқаси ва қўймич косаси қандай даражада шикастланишига қараб, чаноқ суяклари синиши қўйидаги гуруҳларга бўлинади (230-расм).

А. Қ и р р а л и с и н и ш. Чаноқ ҳалқасини ташқил этишда иштирок этмаган қисмларининг (суякларини) синиши: ёнбош суяги ўсиқларининг синиши, қўймич дўмбоқлари, дум суяклари, думғаза суягининг думғаза-ёнбош бирикмаси пастидан кўндаланг синиши, ёнбош суягининг синиши.

Б. Ч а н о қ ҳ а л қ а с и б у т у н л и г и б у з и л м а г а н ҳ о л д а с и н и ш л а р. Чаноқ ҳалқасини ташқил қилган суякларнинг шикастланиши. Чаноқ ҳалқасининг мустаҳкамлиги пасайган бўлади, лекин таянч вазифаси сақланиб қолади, чунки чаноқнинг иккала ярми тўғридан-тўғри думғаза билан ҳам, иккинчи ярми билан ҳам боғланган бўлади. Бу шикастланишларга қўйидагилар киради: 1) қов суякларининг бир хил шохчаларини бир ёки икки томонлама синишлари, 2) қўймич суякларининг бир ёки икки томонлама синиши, 3) бир томонда қов суяги шохчасидан биттаси, иккинчи томонда қўймич суягини синиши.

В. Ч а н о қ ҳ а л қ а с и б у т у н л и г и б у з и л и ш и б и л а н к е ч а д и г а н ш и к а с т л а н и ш л а р. Бундай



230-расм. Чаноқ суяқларининг синиш таснифи.

а - қирраларининг синиши; б - чаноқ ҳалқасининг узлуксизлиги бузилмаган синишлар; в - чаноқ ҳалқасининг узлуксизлиги бузилган синишлар; г - олдинги ва орқа ярим ҳалқаларнинг бир вақтда бузилиши билан кузатиладиган синишлар; д - қўймич косачасининг синиши.

шикастланишларда чаноқнинг ҳар бир ярми думғаза билан фақат бир томондан боғланган бўлади. Бунда чаноқнинг таянч вазифаси бузилади. Бу шикастланишларга қўйидагилар киради: 1) думғазанинг вертикал синиши ёки думғаза ён массасининг синиши, 2) думғаза-ёнбош бирикмасининг ажраб кетиши, 3) ёнбош суягининг вертикал синиши, 4) қов суягининг иккала шохчасининг бир ёки икки томонлама синиши, 5) қов ва қўймич суяқларининг бир ёки икки томонлама («капалак» типдаги) синиши, 6) симфизнинг ажраб кетиши.

Г. Бир пайтда олдинги ва орқа ярим ҳалқаларини бутунлиги бузилган шикастланишлар (Мальген турида). Бу шикастланишда чаноқ ярми думғаза билан алоқаси тўла узилган бўлади. Чаноқнинг таянч вазифаси йўқолади. Чаноқнинг думғазадаги тўла ажраган ярми бел ва қорин мушакларининг тортиши натижасида юқорига силжийди. Қўйидагилар фарқланади: 1) икки томонлама Мальген туридаги синиш, бунда олдинги ва орқа ярим ҳалқалари икки томонлама синади, 2) бир томонлама Мальген туридаги синиш, бунда олдинги ҳамда орқа ярим ҳалқа бир томонлама синади, 3) қийшиқ ёки диагонал Мальген

туридаги синиш, бунда олдинги ярим ҳалқа бир томондан, орқа ярим ҳалқа иккинчи томондан синган бўлади, 4) номсиз суягининг чиқиши — думғаза-ёнбош бирикмаси ва симфизнинг ажраб кетиши, 5) симфизнинг ажраб кетиши билан орқа ярим ҳалқанинг синиши ёки думғаза-ёнбош бирикмасининг ажраб кетиши билан олдинги ярим ҳалқанинг синиши.

Д. Қуймич косасининг синиши қуйидагилар билан фарқланади: 1) қуймич косаси чеккасининг синиши сонни чиқиши билан бўлиши мумкин, 2) қуймич косаси тубининг синиши соннинг марказий чиқиши билан кечиши мумкин, бунда сон суяги бошчаси ичкарига чаноқ бўшлиғи томонга кириб кетади.

Кенг тарқалган қорин пардаси орти гематомаси, буйрак олди клетчаткасиғача ҳам тарқаб, қорин мушакларининг таранглашишини, қорин пардасининг қитиқланиш белгиларини чақириши мумкин. Бу ҳолларда қориннинг ён чуқурчаларида перкутор товуш бўғиқлашган бўлади, лекин тана ҳолати ўзгаришга қараб силжимади (Джойс белгиси).

Баъзан ўткир қорин клиникаси белгилари намоён бўладики, диагностик лапароцентез ёки лапароскопия, айрим ҳолларда лапаротомия қилишга тўғри келади.

Чаноқ суякларининг шикастланиши 30% ҳолларда шок билан кузатилади. Айниқса, чаноқ ҳалқасининг олдинги ва орқа ярим ҳалқалари бутунлигининг бир вақтнинг ўзида бузилиб, кўмик суяклар кенг шикастланганда шок оғир кечади. Чаноқ шикастланишидаги шокнинг ўзига хос хусусияти шундан иборатки, қаттиқ оғриқдан ташқари, чаноқ ички клетчаткасига кўп қон қуйилиши билан ўтади.

Беморни силжитиш ёки эҳтиётсизлик билан кўчириш суякларнинг иккиламчи силжишини, қон кетишини кучайтириб шокни чуқурлаштириши мумкин. Шунинг учун шок ҳолатдаги беморни стационарга кўчиришдан олдин, имкони бўлса, синган ерларини оғриқсизлантириш ва шокка қарши қон ўрнини босадиган суюқликларни оқизиб қўйишдан бошлаш керак. Чаноқ суяклари синганда одатда Школьников-Селиванов усули бўйича чаноқ ичи қамали (блокада) қилинади. Чаноқ ичи қамалининг теҳникаси. Беморнинг чалқанча ётган ҳолатида ёнбош суягининг олдинги юқори ўсиғидан 1 см ичкарисидан тери оғриқсизлантирилади. Сўнгра узунлиги 14-15 см ли игна санчилади. Игна олдиндан орқага йўналтирилади. Бунда игнанинг кесик юзаси доимо ёнбош суяги ички юзаси бўйлаб сирғаниб кетиши керак. 12-14 см чуқурликда игна учи ёнбош чуқурчасида бўлади, у ерга 0,25% — 250-300 мл новокаин эритмаси юборилади. Икки томонлама синишда чаноқ ичи қамали ҳам икки томонлама қилинади.

Думғаза, дум суяклари синганда ва қов суяклараро бўғими узилишида оғриқсизлантирувчи моддани бевосита шикастланган ерга юборилиб, маҳаллий оғриқсизлантириш мақсадга мувофиқ.

Чаноқ суяклари шикастланган беморларни ости тахтали замбилда транспортировка қилиш лозим. Бунда тиззалари тагига болишча қўйиб, оёқларини замбилга боглаб қўйиш мақсадга мувофиқ бўлади.

ҚИРРАЛАРНИНГ СИНИШИ

Чаноқ қирраларининг синиши, одатда, шикастлантирувчи куч тўғридан-тўғри чаноқ суягининг у ёки бошқа бир қисмига таъсири натижасида содир бўлади. Ундан ташқари ёнбош суяклари қанотларининг синиши чаноқнинг қисқа муддатли эзилишида содир бўлиши ҳам мумкин.

Ёнбош суягининг олдинги юқори ўтқир ўсиғи мушакларнинг ўта таранглашиши натижасида қўпорилиб синиши кузатилади. Думғазанинг думғаза-ёнбош бирикмасидан пастда синиши думбасига ўтириб йиқилганда қўп учрайди. Булар енгил шикастланишларга киради ва шок ҳолати камдан-кам кузатилади. Беморлар ўзларини яхши ҳис этиб, баъзан шифокорга ўзлари юриб келишади.

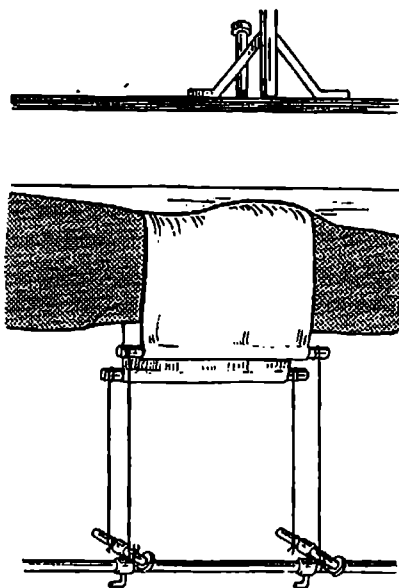
Олдинги-юқори ўсиғининг қўпорилиб синиши. Синган ўсиқ соҳасида оғриқ, шиш кузатилади. Машиначилар мушаги ва соннинг сербар фасциясини таранглаштирувчи мушаклар таъсири остида суяк парчаси пастга ва ташқарига силжийди, бунинг натижасида оёқ калталашгандек кўринади. Қўп ҳолларда Лозинскийнинг «орқага юриш» белгиси кузатилади. Олдинга қадам ташлаш учун сон букилади, унда ўсиққа бириккан мушакларнинг таранглашиши натижасида синган ерда кучли оғриқ пайдо бўлади. Оёқни орқага ҳаракат килдирилганда анча кам оғриқ чақирилади, шунинг учун бемор орқага қараб юришни маъқул кўради.

Д а в о л а ш. Олдинги-юқори ўсиғи синганда синган ерга 1% – 20,0 мл новокаин эритмаси юборилиб оғриқсизлантирилади ва 2 ҳафтага гинчлик берилади. Ўсиққа бириккан мушакларни бўшатиш учун оёқни Белер шинасига бир оз ташқарига йўналган ҳолда ётқизилади. Баъзи ҳолларда юқорида қайд қилинган ҳолатда, суяк парчасининг жойига солиш имкони бўлмаса, операция қилиниб суяк парчаси бурама ёки суяк билан жойига маҳкамланади.

Қуймич косаси юқори бўлимининг шикастланиши билан ёнбош суякнинг синиши (Дюверней тури). Бунда ёнбош суягининг қаноти соҳасида оғриқ пайдо бўлади, бу қориннинг қийшиқ мушаклари таранглашганда кучаяди, шикастланган томонда бўғимда ҳаракат чекланади, ёнбош суягининг қанотига босилганда қаттиқ оғриқ кузатилади.

Бунда баъзан патологик ҳаракат ва суяк ғичирлаши аниқланади. Мушакларнинг тортишиши натижасида қанот юқорига силжиши мумкин, бу ханжарсимон ўсимта билан юқори-олдинги ўсиқ орасидаги масофанинг камайиши билан тасдиқланади.

Д а в о л а ш. Оғриқсизлантиришга шикастланган томонда чаноқ ичи қамали қилиниб эришилади. Синган соҳага тинчлик яратиш ва ёнбош шикастланган суякнинг қанотига ёпишган мушакларини бўшаштириш учун оёқни Белер шинасига қўйилади. Даволашнинг биринчи кунларидан бошлаб ЛФК, физиотерапевтик муолажалар буюрилади. Ёнбош суяги қаноти ташқарига анча силжиб кетган ҳолларда юқорида қайд қилинган муолажалардан ташқари, бемор пастки қовурғаларидан соннинг ўрта 1/3 қисмигача эгалланган гамакка олинади. Гамак ётоқ устидаги тўсинчаларга арқонлар билан тортилиб қўйилади ва аста-секин суяклар репозициясига эришилади. Ётиш муддати 3 ҳафта (231-расм).

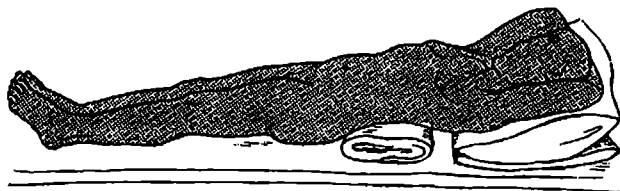


231-расм. Беморнинг гамакдаги ҳолати.

Думғаза ва думнинг кўндаланг синиши. Думғаза соҳасида оғриқдан ташқари нажас кетиши қийинлашуви ва оғриқлилиги кузатилади, ўтирганда оғриқ анча кучаяди. Думғаза (дум) соҳасида шиш аниқланади. Тўғри ичак орқали текшириш пайтида синган суяк дистал қисмига босилганда кучли оғриқ сезади. Бунда думғаза ёки дум суяги дистал қисмининг патологик ҳаракати аниқланади.

Баъзан думғаза дистал бўлаги олдинга силжиб думғаза нервларини шикастлаши мумкин. Бунда сийдик туголмаслик ва думба соҳаларида сезги йўқолиши кузатилади.

Д а в о л а ш. Маҳаллий ёки пресакрал анестезия (20 мл 1% новокаин эритмаси) қилиниб оғриқсизлантирилади. Бемор остига текис тахта қўйилган ётоққа ётқизилади. Умуртқа поғонасининг бел соҳаси ва проксимал қисми остига кенг болишча қўйилади. Болишчанинг қалинлиги думғазанинг дистал қисмини кўрпага тегизмай кўтариб турадиган даражада бўлиши керак. Бу билан синган қисм босилмаслигига эришилади (232-расм). Бунга гамакка ётқизиш билан



232-расм. Думғаза синганда бемор ҳолати.

ҳам эришиш мумкин. Бунинг учун гамакнинг бел остига курақларнинг пастки бурчагидан думғазанинг синган соҳасигача қўйиш керак. Гамакка думғаза ва думнинг дистал қисмини ўринга тегизмай кўтариб турадиган даражада тош осиш керак.

Беморга илик ҳуқналар, белладоннали шамлар тайинланади. Ётиш муддати 3 ҳафта. Физиотерапевтик даволаш ўтказилади, бунинг аҳамияти думғаза нервлари шикастланганда жуда катта. Думғаза суяги синганда тўғри ичак орқали суяк бўлақларини репозиция қилиш мумкин эмас, чунки синган суяк ўткир қирраси тўғри ичакни жароҳатлаши мумкин. Дум чиқишини солишда бундай хавф бўлмайди. Агар дум суяги синган ерда кейинчалик ҳам оғриқ йўқолмаса, айниқса, ўтирганда ва ич келиш пайтида қайта пресакрал қамали қилиш, физиотерапевтик даволаш керак. Консерватив даволаш ёрдам бермаса, операция ёрдамида дистал бўлақни олиб ташлаш керак бўлади.

ЧАНОҚ ҲАЛҚАСИ БУТУНЛИГИНИНГ БУЗИЛМАЙ СИНИШИ

Бундай синишлар тўғридан-тўғри куч таъсири натижасида руй беради. Лекин баъзи ҳолларда чаноқ ҳалқаси қисилганда олди-орқасидан (қуймич суяги синиши) ёки ёнбошдан катта кўстларга куч таъсир қилганда (қов суяги синиши) ҳам кузатилади. Чаноқ ҳалқасининг бутунлиги бузилмай синган беморларнинг умумий аҳволи одатда қониқарли бўлади. Қов соҳасида (қов суяги синганда) шикастланган томонда оғриқдан шикоят қилади. Оғриқ оёғи билан ҳаракат қилса кучаяди. Габай белгиси характерлидир: бемор чалқанча ётиб, ёнга ағдарилаётганда шикастланган томондаги оёғини соғ томондаги оёғи билан ушлаб туради: бемор ёнбош ҳолатдан чалқанча ҳолатга айланаётганда ҳам оёқлари юқоридаги ҳолатда бўлади. Чаноқни ёнбошдан, олди-орқадан эзилганда ва қов соҳасининг қуймич дўмбоқлари пайпасланганда синган ерида оғриқ чақирилади. Қатор ҳолларда «ёпишган товон» белгиси кузатилиши мумкин: бемор оёғини тўғри ҳолатда кўтара олмайди, лекин кўтариб қўйилган оёғини ўзи шу ҳолатда ушлаб туриши мумкин. Кўпинча, бемор оёғини кўтара ҳам олмайди, кўтарилган оёқни ушлаб тура олмайди қам.

Д а в о л а ш. Синган жой оғриқсизлантирилгандан сўнг бемор тахтачали ётоққа ётқизилади. Синиш бир томонда бўлса, ўша томондаги оёқ Белер шинасига қўйилади ва бир оз ташқарига йўналтирилади:

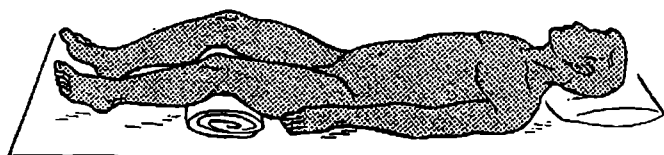
Икки томонлама синганда бемор «бақа ҳолати»га ётқизилади: оёқлар тизза ва бўкса бўғимларида бир оз букилади, тиззалари бири-биридан узоқлаштирилади; сонларни ташқарига бураб, товонлари яқинлаштирилади. Бунинг учун бемор тиззалари остига болиш қўйилади ёки функционал ётоққа ётқизишиб, юқоридаги ҳолат берилади. Агар бемор шу ҳолатни сақлай олмаса, ошиқ бўғимларини боғлаб қўйиш, тиззалари орасига эса, қўшимча болишча қўйиш тавсия қилинади.

Ўринда ётиш режими муддати 4-5 ҳафта. Чаноқ ҳалқасини ҳосил қилувчи суякларнинг ҳалқа бутунлиги бузилмай синиши енгил, асоратсиз ўтади. Улардан сўнг тўла функционал ва анатомик тикланиш кузатилади. Меҳнатга лаёқатлилиқ 10-12 ҳафтадан сўнг бўлади (233-расм).

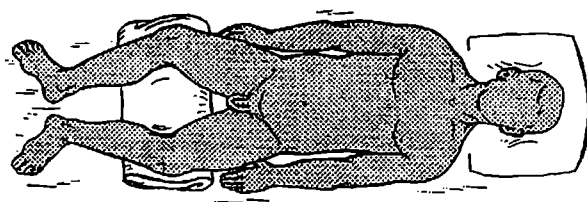
ЧАНОҚ ҲАЛҚАСИНИНГ БУТУНЛИГИ БУЗИЛИШИ БИЛАН КЕЧАДИГАН ЧАНОҚ СУЯКЛАРИНИНГ СИНИШИ

Бу жуда кўп учрайдиган (50%) чаноқ оғир шикастланишларининг гуруҳидир. Улар, кўпинча, шок ҳолати ва чаноқ аъзолари шикастланиши билан кузатилади. Шикастланиш механизми, одатда, тўғридан-тўғри эмас: чаноқнинг ёнбошдан ёки олди-орқадан эзилиши, анча баланддан тушиб кетиши ва бошқалар. Симфизнинг ажраб кетиши туғиш пайтидаги шикастланиш натижасида бўлиши ҳам мумкин.

Чаноқ олдинги ярим ҳалқасининг шикастланиши. Беморлар чаноқ ва оралик соҳасидаги оғриқдан шикоят қилишади. Оёқлардаги ҳаракат оғриқнинг кучайишини чақиради. Бемор мажбурий ҳолатда бўлади. Қов ва қуймич суякларининг юқори шохлари оёқлар қуймич ва тизза бўғимларида бир оз букилган ҳолатда бўлади, сонлар керилган — «бақа ҳолати»да бўлади (Волкович белгиси). Симфизга яқин еридан синганда ва симфиз ажраб кетганда сонлари бир-бирига яқинлаштирилиб, букилган бўлади, уларни ажратилганда қаттиқ оғриқ кузатилади. «Ёпишган товон» белгиси ўта мусбат. Қов соҳаси ва қуймич дўмбоқлари пайпасланганда қаттиқ оғриқ аниқланади. Чаноқ олди-орқадан, ёнбошдан эзилганда синган ерда оғриқ кучаяди. Ёнбош суякларини ташқи икки томонга ажратишга ҳаракат қилинганда ҳам оғриқ қаттиқ кучаяди. Симфиз ажраб, қов суяклари бир-биридан анча силжиб кетганда баъзан улар орасидаги оралик пайпасланади. Рентгенограммалар таҳлил қилинганда симфизнинг кенглиги ёшга қараб ўзгаришини ҳисобга олиш керак. Масалан: 18 ёшида у 6 мм бўлса, кейинчалик 2 мм гача кичраяди.



a

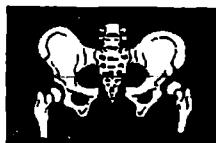


b

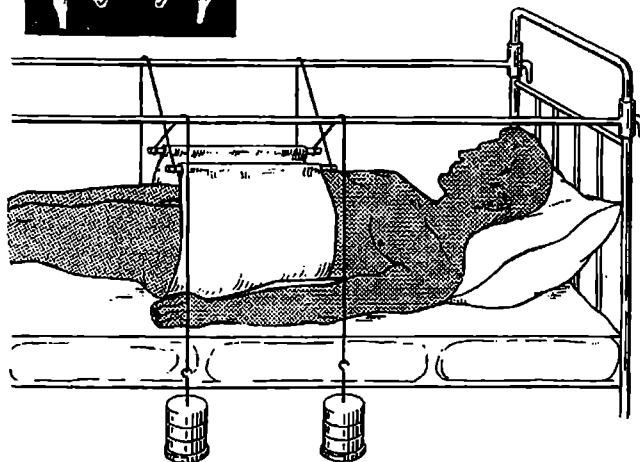
233-расм.
Волкович ҳолати.
a — ёнидан кўри-
ниши; *b* — юқори-
дан кўриниши.

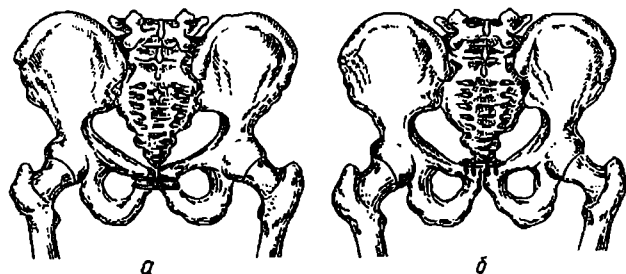
Д а в о л а ш. Олдинги ярим ҳалқа суяклари силжимамай синганда беморни остига текис тахта қўйилган ётоққа Волкович ҳолатида ётқизилади. I ҳафта охирида ЛФК машқлари бошланади, физиотерапевтик муолажалар ўтказилади. Ётиш муддати 5-6 ҳафта. Икки томонлама «капалак» туридаги (қов ва қуймич суякларининг иккаласининг синиши) силжиган синишларда ҳам беморлар Волкович ҳолатида ётқизиблиб даволанади. X – симон парча юқорига силжиганда қов суякларига бириккан қориннинг тўғри мушакларининг бўшашишига эришиш шарт. Бунинг учун тананинг юқори қисми остига қўшимча болиш қўйиб, қориннинг тўғри мушаклари бириккан жойларини яқинлаштириш учун умуртқа поғонасини олдинга букиш керак. Агар синган суяк парчасини жойига тушириш иложи бўлмаса, соннинг ўқи бўйлаб ҳар бир оёққа 4-5 кг тош осиб, скелет тортма ўрнатилади.

Симфиз ажраб кетганда гамакда даволаш энг қўп тарқалган усулдир, бунда гамак охирларига арқон орқали тош осилади. Бунда ажраган чаноқ яримларини икки йўл билан яқинлаштиришга эришилади: гамак охирларидаги арқонлар бемор олдида келиштирилиб (234-расм), тортиш кучи йўналишлари қарама-қарши томонга йўналтирилади ёки арқонлар ўтказилган тўсиқчалар орасидаги масофа ёнбош суяклари қанотлари орасидаги масофа кичик бўлган ҳолатда осилади. Гамак охирларидаги тошлар чаноқ яримларини яқинлаштира оладиган оғирлигида осилади. Симфиз ажраганини эски ҳолларида жарроҳлик даволаш қўлланилади, статик бузилишлар юз берганда. Операция пайтида иккала қов суяклари очилади. Бўғим юзалари яқинлаштирилгач қов суяклари солинади. Шу



234-расм. Симфиз ажраганда гамакдаги ҳолат.





235-расм. Симфиз ажраганда жарроҳлик усулида даволаш (чизма). а — сим чоклар билан қотириш; б — металл пластина ёрдамида қотириш.

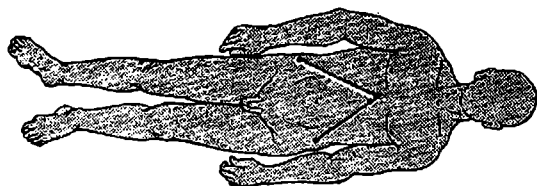
ҳолатда симфиз айланма сим чок билан маҳкамланади. Чок ёпқич тешигининг ички бурчагидан ўтказилади (235-расм, а). Симфиз яна металл пластинка билан маҳкамланиши мумкин (235-расм, б). Яра қаватма-қават тикилади. Операциядан сўнг 6 ҳафта давомида тортиш кучи йўналишлари кесишган гамакда ётқизиблиб даволанади.

Орқа ярим ҳалқанинг шикастланиши. Орқа ярим ҳалқанинг якка шикастланиши (думғаза-ёнбош бирикмасининг узилиши, думғаза вертикал синиши ёки ёнбош суягининг) олдинги ярим ҳалқаникидан камроқ учрайди. Кўрилганда беморнинг ҳолатига қараб бу шикастланишни гумон қилиш мумкин. Чаноқ бир оз қийшайган, бемор соғ ёнбошида ётади. Шикастланган томонда оёқда актив ҳаракат чекланган ва оғриқли. Пайпаслаганда шикастланган жой оғрийди. Думғаза-ёнбош бирикмаси узилганда орқага силжиган ёнбош суягининг чеккаси пайпасланади. Баъзан бундай узилиш рентгенограммани олдинги-орқа кўринишида аниқланмаслиги мумкин. Бу ҳолларда махсус ҳолатларда, чаноқни қарама-қарши томонга 20° буриб, рентген тасвири олинади.

Д а в о л а ш. Орқа ярим ҳалқаси якка шикастланганда бемор текис тахтада, тортиш кучлари йўналиши кесишмаган гамакда ётади. Ётиш муддати 8-9 ҳафта. Шикастланган суяк силжиши кузатилганда оёқни скелет тортиш билан репозиция қилиш қўлланилади. Скелет тортиш ёрдамида думғаза-ёнбош бирикмаси силжишини солиш имкони бўлмаганда артродез қилинади. Шикастлангандан кейин анча вақт ўтган бўлса, думғаза-ёнбош бирикмасининг травматик артрози натижаларида доимий оғриқ бўлганда ҳам артродез операцияси қилиниши мумкин.

БИР ВАҚТНИНГ ЎЗИДА ОЛДИНГИ ВА ОРҚА ЯРИМ ҲАЛҚАЛАРИ БУТУНЛИГИНИНГ БУЗИЛГАН ШИКАСТЛАНИШЛАРИ (МАЛЬГЕН СИНИШИ)

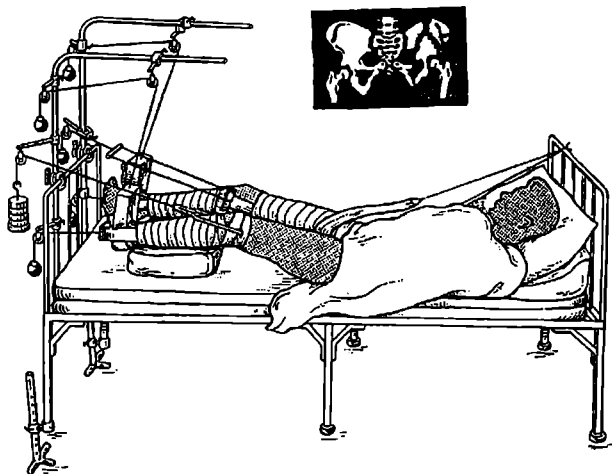
Чаноқ ҳалқасининг бутунлиги бузилган синишнинг бу кўриниши — чаноқ шикастланишининг энг оғири бўлиб, кўпинча шок билан кузатилади. Шикастланиш механизми — кўпроқ чаноқнинг эзилиши, камроқ баланддан тушиб кетиши бўлади. Шикастланиш механизми



236-расм.
Ханжарсимон
ўсиқдан олдинги
юқори ўсиқ
орасидаги масофани
ўлчаш.

доимо тўғридан-тўғри бўлмайди. Синган соҳада қаттиқ оғриқдан ташқари оёқларнинг фаолияти бузилганлиги кузатилади. Шикастлангандан сўнг биринчи соатларда ёрғоқ, оралиқ ва чов соҳаларида қон қўйилиши кузатилади. Кўрилганда чаноқнинг ярми юқорига 2-3 см силжиб, чаноқ яримларининг асимметриясини аниқлаш мумкин. Чаноқ яримларининг юқорига силжишини ханжарсимон ўсимтадан олдинги-юқори ўсиқларгача бўлган масофаларни бир-бирига солиштириб аниқлаш мумкин (236-расм). Чаноқ ёнбошдан эзилганда ёки чаноқ яримлари ташқарига керилганда ажратишга ҳаракат қилганда оғриқнинг қаттиқ кучайишидан ташқари, чаноқ ярмининг патологик ҳаракати аниқланади.

Д а в о л а ш. Чаноқ ичи қамали ва йўқолган қон ўрнини олдин оқизиб, кейин томчилаб қуйиб тиклаш бу гуруҳдаги шикастланишлардаги шокни даволашнинг асосий қисмлари ҳисобланади. Силжимай синган ҳолларда беморни тортиш кучи йўналишлари кесишмаган гамакка ётқизилади, иккала сонидан стандарт шиналарда ҳар бир оёғига 4-5 кг тош осиб, скелетдан тортиш ўтказилади. Чаноқ ярми юқори ва ичкарига силжиган ҳолларда силжиган томон оёғидаги скелет тортиш тоши 10-14 кг гача оширилади ва юқори қисмида дока-пахтадан ҳалқа ўтказилиб ётоқнинг бош томонига тортиб қўйилади



237-расм.
Мальген
синишида скелет
тортма билан
даволаш.

(237-расм). Бу ҳолларда чаноқнинг силжиган ярмини жойига туширилгандан сўнг гамакда даволаш давом эттирилади.

Юқорига ва ичкарига силжиб, икки томонлама вертикал силжишда оғир тошлар (10-14 кг) осилиб, иккала оёғидан бир оз ташқарига қаратиб скелет тортиш ўтказилади. Симфиз ажраб кетганда ҳам олдин чаноқнинг юқорига силжиганини пастга туширилгандан сўнг чаноқ яримлари тортиш кучи йўналишлари кесишган гамакда яқинлаштирилади, лекин узоғи билан 3 кун давомида ўрнатилиши керак. Ётиш муддати 10-12 ҳафта.

ҚУЙМИЧ КОСАСИНING СИНИШИ

Куймич косасининг туби синиб, соннинг марказий чиқиши ўта оғир шикастланиш бўлиб ҳисобланади. Бу шикастланишнинг механизми — катта кўстлар соҳасида чаноқнинг ёнбошдан эзилиши ёки шикастланиш томонда катта кўстга куч таъсир қилишидир. Шундай қилиб, куймич косаси тубининг синиши тўғридан-тўғри эмас, балки шикастланиш механизмида содир бўлар экан.

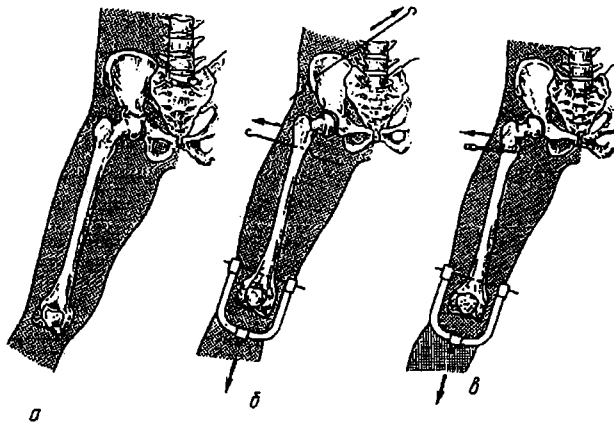
Клиник кўринишида чаноқ-сон бўғимидаги оғриқ асосий белги бўлади ва маълум даражада фаолиятнинг бузилиши кузатилади. Агар синиш соннинг чиқиши билан бирга кузатилса, бўғим фаолияти кўпроқ бузилган бўлади. Бунда катта кўст учи Розер-Нелатон чизигидан юқорида туради. Оёқ чиқишга хос ҳолатда бўлади. Сонни марказий чиқишида катта кўстнинг чўкиши аниқланади. Куймич косаси синганда сон ўқи бўйлаб куч таъсирида ва катта кўстга урилганда оғриқ кучаяди.

Д а в о л а ш. Куймич косасини оғриқсизлантириш чаноқ-сон бўғимига 20,0 мл 2% новокаин эритмаси юборилиб ёки Школьников-Селиванов бўйича чаноқ ичи қамали қилиш йўли билан эришилади. Куймич косаси силжимай синганда сон ўқи бўйлаб 5-7 кг тош осилиб, стандарт Белер шинасида скелет тортиш ўрнатилади.

Куймич косаси юқори чеккасининг синишида ҳам скелет тортиш ўрнатилади, фақат осилган тошнинг оғирлиги оширилади (катта тош осилади).

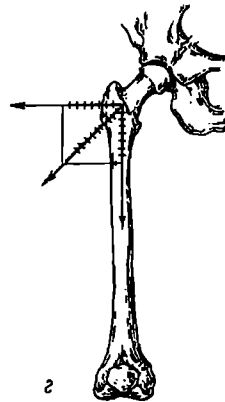
Куймич косаси юқори-орқа чеккаси силжиган синиғини ёпиқ йўл билан репозиция қилиш иложи бўлмаганда остеосинтез операцияси бажарилади.

Куймич косаси туби синиб соннинг марказий чиқишида скелет тортиш — сон ўқи бўйлаб ва катта кўстдан ташқарига ўтказилади. Ёнбошга ичкаридан ташқарига сон суягини кўст остидан ўтказилган найзасимон кегай ёрдамида Ключевский усули билан ёки соннинг ташқи юзасида катта бўлмаган кесма орқали сон суяги кўст остига киритилган узун бурама мих (Лавров усули) дан тортиш мумкин (238-расм).



238-расм. Соннинг марказий чиқишида скелет тортма билан даволаш.

a – репозициядан олдин; *b* – Ключевский усулида тортиш; *v* – Лавров усулида тортиш; *z* – икки томонлама тортишда кучнинг сон буйинчаси бўйлаб тарқалиши.



Ёнбошга ва соннинг ўқи бўйлаб ўрнатилган икки томонлама тортишнинг умумий ўқи бўйлаб йўналган бўлиши керак, акс ҳолда сон суягининг бошчаси қуймич коса чеккасига тақалиб қолиб, репозиция бўлмаслиги мумкин. Соннинг бўйни бўйлаб тортиш 6-10 кг бўлади. Тортиш кучини кучлар ажралиши схемаси бўйича белгиланади (238-расм, *z*). Кўпинча, ёнбошга тортиш кучи, сон ўқи бўйлаб тортиш кучининг 100-125% га тенг бўлади. Асосий тортиш кучига қарама-қарши тортиш учун Ключевский бўйича иккала ёнбош суяқларининг олдинги-юқори ўсиғидан юқорига қараб найзасимон кегайлар тортлади. Сон суягининг бошчаси солингандан сўнг ва чаноқ суяқларини репозиция қилиниб бўлингач катта кўстдан тортиш кучи 3-4 кг гача камайтирилади. Бир қатор ҳолларда соннинг максимал керилган ҳолатида соннинг ўқи бўйлаб 10-12 кг тош билан скелет тортиш ёрдамида репозиция қилишга эришиш мумкин. Скелет тортишнинг умумий муддати 8-10 ҳафта, ётиш муддати 10-12 ҳафта. Камида 4-5 ойдан сўнг оёққа босиш мумкин.

Ёпиқ репозиция қилиш илож и бўлмаганда, соннинг марказий чиқиши очик йул билан солинади ва куймич коса парчалари металл-остеосинтез қилинади. Эзилиб кетган куймич косаси тубини ёнбош суяги қанотидан олинган суяк билан пластика қилинади. Чаноқ-сон бўғимида ҳаракат чекланишининг олдини олиш учун эртароқ ЛФК ва физиотерапевтик даволаш бошланади. Куймич косаси шикастлангандан сўнг чаноқ-сон бўғимининг артрози ривожланади.

15 - б о б. ЁШ БОЛАЛАРДА УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ВА ЧАНОҚ ШИКАСТЛАНИШЛАРИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Умуртқаларнинг синиши ёш болаларда нисбатан кам учрайди (жами синишларнинг 1,2-7,3%) ва таянч-ҳаракат аппаратининг энг оғир шикастланишларига киради. Шикастланишлар турига қараб асоратланган ва асоратланмаган синишлар фарқланади. Асоратланмаган синишларда орқа мия шикастланмаган бўлади. Асоратланган синишларда орқа мия шикастланади.

УМУРТҚА ПОҒОНАСИНИНГ АСОРАТЛАНМАГАН СИНИШИ

Ёш болаларда, кўпинча, компрессион синишлар учрайди, бу боланинг анатомик-физиологик хусусиятлари билан боғлиқ бўлади. Ёш болаларда умуртқалараро дискларнинг баландлиги катта бўлганидан, умуртқа таналарида кўпроқ тоғай тўқима бўлишидан, умуртқа ёйлари, ўткир ўсимталари ва бойлам аппаратининг эластиклиги туфайли умуртқа поғонаси серҳаракат бўлади.

Умуртқанинг компрессион синиши тўғридан-тўғри шикастланиш механизми натижасида содир бўлади: баландликдан йиқилганда умуртқа бўйлаб куч таъсири унинг букилиши ёки буралиши билан бир вақтда юз беради. Бундан ташқари, синиш бемор орқасига йиқилиб, тана олдинга букилганда содир бўлиши мумкин.

Умуртқа танасининг компрессион синиши 8-14 ёшдаги болаларда энг кўп учрайди. Унча баланд бўлмаган ердан орқасига ёки думбаларига йиқилиб тушганда асосан кўкрак умуртқаларининг танаси шикастланади (ўрта кўкрак қисми – 50% га яқин, пастки кўкрак қисми ва юқори бел қисми – 30% га яқин синишлар). Бошига ва елка камари соҳасига йиқилганда юқори кўкрак умуртқалари (15-16%) ва бўйин умуртқалари (3-5%) синиши содир бўлади.

Т а ш х и с. Ёш болаларда умуртқалар танасининг асоратсиз компрессион синишларини аниқлашда анча қийинчиликлар кузатилади, бу ўсаётган организм хусусиятларига ва ёш бола тўқималарининг юқори эластиклигига боғлиқ бўлади.

К л и н и к а с и. Одатда беморнинг умумий аҳволи қониқарли бўлади. Бемор умуртқа поғонасида доимий оғриқ, ҳаракат қилганда

оғриқ кучайишидан шикоят қилади. Кўкрак умуртқалари шикастланганда нафас олиш қийинлашиши кузатилади.

Кўрилганда бел ва бўйин лордозлари текисланганлиги аниқланади, баъзан кўкрак кифози кучайган бўлади: синган соҳада сколиоз ҳосил бўлиши мумкин.

Пайпаслаганда шикастланиш соҳасида танани ёзувчи мушакларнинг таранглашиши аниқланади, синган умуртқа ўткир ўсимтаси бир оз кўпроқ бўртиб турганлиги аниқланади ва оғриқ кучайиши кузатилади. Умуртқа поғонаси ўқи бўйлаб бир оз куч таъсирида (товонларига урилганда) ҳам синган жойда оғриқ кучаяди.

Умуртқа танасининг понасимон бузилиши, чет пластинкаларнинг силжиб, бўртиқ ҳосил бўлиши, умуртқа танаси олдинги юзасининг зинапоясимон шаклда бузилиши, чекка пластинкалар соясининг зичлашиши, нотекислиги умуртқа синишининг асосий рентгенологик белгилари бўлиб ҳисобланади.

Ўрта кўкрак қисмида умуртқа синишини аниқлашда қийинчилик туғилади, бу қисмда умуртқа таналари меёрада бир оз понасимон бўлади.

Д а в о л а ш. Умуртқаларнинг танаси компрессион синганда даволаш умуртқа поғонасининг олдинги қисмини эрта ва тўла юкланишдан озод қилишдан иборат. Бел ва кўкрак умуртқалари синганда умуртқа поғонасининг ўқи бўйлаб юк тушмаслиги учун беморни текис тахтада қўлтиқлари остидан тортиш қўлланилади. Болани юпка матрац остига фанер қўйилган ётоққа ётқизилади. Ётоқнинг бош томони 25-30 см баландликка қўтарилади. Беморнинг қўлтиқлари остидан ўтказилган пахта-докадан қилинган тасма билан ётоқнинг бош томонига тортилади.

Юқори кўкрак ва бўйин умуртқалари синганда 2 кг тош осилиб, Глиссон қовузлоғи билан тортилади. Гориневская-Древинг функционал даволаш усули энг кўп тарқалган усулдир.

У с у л т а м о й и л и. Умуртқани ҳаракатсизлантириш ва юкдан соқит қилиш «мушак корсети»ни яратишга қаратилган ЛФК билан биргаликда ўтказилади. Бунда синган умуртқа танасининг ўз шаклига қайтиши кузатилмайди. Ётиш муддати 4-5 ҳафта.

Аста-секин репозиция қилиш усули кенг қўлланилади. Бунда синган умуртқанинг шакли бир оз тўғриланишига эришилади. Ётиш муддати 4-5 ҳафтани ташқил қилади.

ЦИТО да енгиллаштирилган экстензион корсетни қўллаб даволаш усули таклиф қилинган.

У с у л т а м о й и л и. Умуртқа поғонаси ечиладиган, поливикдан қилинган корсет ёрдамида ёзилган ҳолатда маҳкамланади, бу умуртқаларнинг шикастланган олдинги қисмига тушадиган оғирликни камайтиради. ЛФК мушаклар гипотрофиясининг олдини олади. Оғриқ йўқолганда бемор қорнига ётган ҳолатда поливикдан экстензион корсет қилинади ва беморни активлаштириб, юришга руҳсат берилади.

Шикастланишдан 1,5-2 ой давомида ўтириш мумкин бўлмайди, чунки ўтирганда таналарининг олдинги-ён қисмларига оғирлик тушиши анча кўпаяди. Тунда корсет ечиб қўйилади. Шикастланишдан сўнг бир йил давомида қаттиқ ётоқда ётиш тавсия қилинади. Аста-секин ЛФК интенсивлиги оширилади, массаж қилинади.

Ўткир ўсимталарнинг синиши. Бу шикастланттирувчи агентнинг тўғридан-тўғри таъсирида содир бўлади.

К л и н и к а. Кўрилганда синган соҳада шиш ва кенг тарқалган тери ости гематомаси бўлади. Оғриқ натижасида умуртқа поғонасида ҳаракат ўта чекланган бўлади. Тананинг ёзувчи мушаклари таранглашгани, синган ўткир ўсимта ва ўсимталараро соҳалар пайпаслаганда қаттиқ оғриқ аниқланади. Ўсимта тўла синганда парчанинг патологик ҳаракати аниқланади. Умуртқанинг асоратсиз компрессион синиши билан қиёслашга тўғри келади. Рентгенологик текшириш ҳал қилувчи ўринни эгаллайди.

Д а в о л а ш. Синган жой 5-10 мл 0,5% ли новокаин эритмаси билан анестезия қилинади. Болани тахтали ётоққа ётқизилади. Оғриқни қолдирадиган дорилар, УВЧ тайинланади. Ётиш муддати 10-14 кун.

Кўндаланг ўсимталарнинг синиши. Болаларда учрамайди, у ўсаётган организм мушак-бойлам аппаратининг юқори эластиклигига боғлиқ бўлади.

ЧАНОҚ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Чаноқ суяқларининг синиши ҳамма синишларнинг 4% ни ташқил қилади ва одатда 8 ёшдан катта болаларда учрайди. Кўпинча баландликдан тушиб кетиш, автохалокат ва бирор нарсанинг босиб қолиши натижасида юз беради. Болалар чаноғининг анатомик тузилишининг ўзига хос хусусиятларига қов ва думғаза-ёнбош бирикмасидаги бойлам аппаратининг бўшлиғи, уччала чаноқ суяқларини ажратиб турувчи тоғай қаватининг борлиги, болалар суягининг эгилувчанлигига боғлиқ бўлган чаноқ ҳалқасининг эластиклиги киради.

Чаноқ суяқларининг шикастланишларини асосий турт тури ажратилади: 1) чаноқ ҳалқасини ташқил этишда иштирок этмаган чаноқ суяқларининг чеккаларининг синиши, 2) чаноқ ҳалқасининг бутунлиги бузилмаган ҳолда суяқлар синиши, 3) чаноқ ҳалқасининг бутунлиги бузилган ҳолда суяқлар синиши, 4) куймич косасининг синиши.

Чаноқ ҳалқасини ташқил этишда иштирок этмаган чаноқ суяқлари чеккаларининг синиши кўпроқ катта ёшдаги болаларда ва ўсмирларда учрайди, бу апофизар ядроларнинг суяқлар билан тўла битиб кетмаганлигига боғлиқ бўлади. Синишлар кўпинча спорт машқлари пайтида юз беради, бу эса мушак ва суяқ ривожланишидаги номутаносибликка боғлиқ бўлади. Масалан, 13-14 ёшдаги болалар узунликка сакраётганда ёки «шпагат» қилаётганда куймич суягининг

дўмбоқчаси узилиб кетиши мумкин. 10 ёшдан катта болаларда думғаза, дум, думғаза-ёнбош бирикмасидан пастда чиқиб-синишлар тўғридан-тўғри куч таъсирида содир бўлади.

К л и н и к а. Суяк чеккалари синганида синишнинг маҳаллий белгилари кўпроқ аниқланади. Олдинги-юқори ўсиқ синганда сонни ташқарига силжиганда ва букканда ва олдинга қадам қўйганда қаттиқ оғриқ хосдир. Орқага юриш эса қийинчилик туғдирмайди («орқага юриш белгиси»). Олдинги-юқори ўсиқ синиб силжиганда оёқнинг нисбий узунлиги камайиши аниқланади, чунки синган суяк парчаси пастга ва ташқарига силжиган бўлади. Ёнбош суягининг олдинги-пастки ўсиғи синганда соннинг тўғри мушаги қисқарганда ва тизза ёрилганда оғриқ кузатилади.

Дум синганда ва чиққанда ўтириш ва ич кетиш ўта оғриқли бўлади. Анамнезида ҳар доим тўғридан-тўғри шикастланиш механизми борлиги аниқланади: чанғи учаётганда йиқилиш, гимнастик снаряддан нотўғри сакраш, тўғридан-тўғри таъсирот ва ҳоказо.

Қуймич дўмбоқчаси узилиб синганда ўша томондан бола оёғини тиззасида букиши қийин бўлади. Оғриқнинг пайдо бўлиши қуймич дўмбоқчасига бириккан болдирни буқувчи мушаклар қисқаришига боғлиқ бўлади.

Текшириш чаноқ суяқларининг рентгенографияси билан яқунланади. Ўсиш зоналаридаги синишлар фақат бир неча ҳафта ёки ойдан сўнг юмшоқ тўқималар орасида ҳосил бўлган қадокнинг сояси аниқланганда билинишини ҳисобга олиш керак. Суяк чеккалари синиши кўпинча юмшоқ тўқималарнинг лат ёйиши деб қабул қилиниши мумкин. Тўғри ташхис қўйишда беморни батафсил текшириш, шикастланиш механизмини аниқлаш (пайпаслаш асосида) ўлчашлар, юриш характериға, рентгенологик текшириш натижалариға асосланади.

Д а в о л а ш. Чаноқ суяқлари чеккалари синганда, одатда, консерватив даволанади. Бола текис тахтаға ётқизилади, оёғи эса синган ерга бириккан мушакларни тўла бўшаштирадиган ҳолатда қўйилиб, ҳаракатсизлангирилади.

Ёнбош суяги олдинги ўсиқлари синганда оёқни 165-170° ташқарига йўналтирилиб, Белер шинасида ҳаракатсизлангирилади ва болдирдан 2-3 ҳафтаға «интизомли» лейкопластер орқали тортиш ўрнатилади. Қуймич дўмбоқчалари силжимамай ёки бир оз силжиб синганда оёқни тўғрилаб, белдан панжалар учигача 3 ҳафтаға кенг лонгетали гипсли боғлам қўйилади.

Қуймич дўмбоқчаси синиб, катта силжиш кузатилганда жаррөҳлик даволаш қўлланилади. Очиқ репозиция қилиниб, суяк парчаси жойига қотирилади.

Дум суяқлари синиб чиққанда бемор 2 ҳафта давомида қоринға ётқизилиб даволанади. Тўғри ичак орқали репозиция қилиш унинг деворлари шикастланиши хавфи борлиги туфайли мумкин эмас.

Чаноқ ҳалқасининг бутунлиги бузилмай суякларнинг синиши. Бу гуруҳга бир ёки икки томонлама қов ёки қуймич суякларининг синиши, бир томонда қов суягининг бир шохининг ёки иккинчи томонда қуймич суягининг синиши киради.

К л и н и к а. Беморнинг аҳволи ўртача оғир, ҳолати мажбурий, чалқанча ётиб, оёқлари тизза ва қуймич бўғимларида бир оз букилган, тиззалари керилган. Қов суягининг горизонтал шохи синганда чўзилган оёқни қўтара олмаслик «ёпишган товон» белгиси бўлади.

Аста-секин товонга урилганда, ёнбош суяklarини керишга ёки яқинлаштиришга ҳаракат қилинганда оғриқ кучайиши кузатилади. Рентенограммасида чаноқни ҳамма қисмлари кўриниши керак. Чаноқ суяклари ўсиш зоналарининг жойлашишини ҳисобга олган ҳолда шикастланиш характери аниқланади. Чаноқ суяклари синганига гумон бўлганда беморни бир замбилдан иккинчисига олиш тақиқланади.

Д а в о л а ш. Олдинги ярим ҳалқани ҳосил қилган тос суяклари синганда оғриқсизлантиришдан бошлаш керак.

Чаноқни Школьников-Селиванов усули бўйича қамал қилиш энг яхши оғриқсизлантириш усулига киради.

Қамал техникаси. Олдинги-юқори ўсиқдан 1,5-2 см ичкарига игна санчилади, олдиндан новокаин эритмасини юбориб, ёнбош суяги қаноти бўйлаб сирғантириб, игна 8-12 см чуқурга санчилади ва 0,25% новокаин эритмаси ёшига қараб юборилади: 3-6 ёш — 30-40 мл, 6-9 ёш — 40-60 мл, 9-12 ёш — 60-70 мл, 12-15 ёш — 70-100 мл.

Чаноқ ҳалқасининг бутунлиги бузилган ҳолда синишлар. Бу гуруҳ синишлар орасида ёш болаларда қов бирикмасининг ажраб кетиши, қов- қуймич синхондрозининг ажраши, думғаза-ёнбош бирикмасида чиқиш кўпроқ учрайди. Типик Мальген синишлар, диагонал ва бир неча ердан синишлар ҳам кам учрайди, шикастланиш механизми: жуда баландликдан тушиб кетиш, чаноқнинг эзилишида, автомобил ҳалокати натижаси ва бошқалар.

К л и н и к а. Одатда шикастланганлар оғир аҳволда бўлади. Чаноқ ва оралиқ соҳасида, қориннинг пастки қисмида оғриқдан шикоят қилишади. Кўп ҳолларда шок кузатилади. Бу бир томондан суяк тўқимасининг думғаза чигали нервларининг катта майдони шикастланиши натижасида қаттиқ оғриққа, иккинчидан чаноқ клетчаткасига ва қорин пардаси орқа соҳасига кўп қон кетиши билан боғлиқ бўлади.

Чаноқ ҳалқасининг олдинги қисми синишига хос ҳолат, бу «бақа ҳолати»: оёқлар тизза ва чаноқ-сон бўғимларида букилиб керилган. Агар бола оёқларини тизза ва чаноқ-сон бўғимларида букиб, танага олиб келаётган бўлса, қов бирикмасининг ажраганини гумон қилиш мумкин. Синчиклаб кўрилганда синган суяк силжиши натижасида ҳосил бўлган чаноқ шакли бузилишини аниқлаш мумкин. Қов ва қуймич суяклари бир томонда силжиб синганда чаноқнинг шикастланган ярми торайгандай туюлади. Олдинги ва орқа ярим ҳалқалар синганда, кўпинча, чаноқ

ярми юқорига силжиши ва ташқарига буралганлиги кузатилади. Бу ҳолда шикастланган томондаги оёғи калталашганга ўхшайди.

Чаноқнинг асимметрияси олдинги-юқори ўсиқлардан то тўш суягининг ханжарсимон ўсиғигача бўлган масофани солиштириш билан аниқланади. Шу билан бирга оёқларнинг мутлақ ва нисбий узунликларини ҳам солиштириш керак, бу сон суяги диафизининг, бўйни ёки қуймич косаси синишлари ҳақида баҳо беришга имкон беради. Синган ер пайпасланганда оғриқ ва шиш аниқланади. Эҳтиёт бўлиб қаттиқ эзмасдан пайпаслаш керак. Бемор оғир аҳволда бўлганда рентгенологик текшириш хонада кўтариб юриладиган рентген аппарати билан ўтказилиши керак. Рентгенограмма ёрдамида шикастланиш ҳаракатери, тури ва суяк синиш даражаси аниқланади. Олдинги ярим ҳалқанинг марказий бўлаги одатда соннинг яқинлаштирувчи мушакларининг тортиши натижасида пастга силжийди, ташқи бўлаги эса Мальген синишида қорин мушакларининг тортиши натижасида юқорига силжийди.

Д а в о л а ш. Чаноқ ҳалқаси бутунлиги бузилган ҳолда чаноқ суякларининг синишини даволаш учта вазифани бажаришга қаратилади: 1) шокка қарши кураш, 2) суяк жароҳатидан қон кетишини камайтириш, 3) чаноқ ҳалқаси бутунлигини тиклаш.

Силжимаган синишларда бемор тиззалари 20–40° букилган, оёқлари керилган ҳолатда ётқизилади. Матрац остига албатта текис тахта қўйилган бўлиши шарт, тиззалари тагига болиш қўйилади. Суяклар битгунга қадар бола шу ҳолатда ётиши керак (8–10 ёшда — 3 ҳафта, ундан катта ёшда — 4 ҳафта).

Бир вақтнинг ўзида олдинги ва орқа ярим ҳалқалар еиниб, ташқи бўлаги юқорига силжиган бўлса, шикастланган томондаги оёғига катта болдир суягидан скелет тортиш, болдирдан эса лейкопластерли тортиш ўтказилади. Атипик ҳолатда скелет тортиш ўтказиш мақсадга мувофиқ бўлади деган фикрлар бор, бунда тизза ва қуймич бўғимлари 15–20°га букилиб, оёқ биспинал чизикқа нисбатан 100° керилган ҳолда бўлади. Бу ҳолатда тортиш силжиган фрагмент ўқини таъсир қилаётган тортиш йўналишига мослаштиради. Бунда соғ томондаги оёғига лейкопластерли тортма ўрнатилади.

Тортиш учун тош оғирлиги боланинг ҳар бир ёшига 0,5 кг ҳисобидан олиниши керак, тошнинг 2/3 қисми сонга, 1/3 болдирга қўйилиши керак. Қарама-қарши тортишга ётоқнинг оёқ томонини кўтариш ва болани ётоқнинг бош томонига махсус лифчик билан тортиш ҳисобига эришилади.

Тортишнинг натижаси динамикада олдинги-юқори ўсиқлари тўш-ўмров бирикмасигача бўлган масофани аниқлашига қараб баҳоланади.

Иккала томондаги масофа тенглашганда назорат рентгенографияси қилинади. Агар суяк бўлаклари жойига туширилгандан сўнг ташқи бўлак пастга силжиши давом этаверса, тош оғирлиги 1,5–3 кг га

камайтирилади. Фиксация муддати 8-10 ёшда – 3 ҳафта, 10 ёшдан катталарга – 4-5 ҳафта.

Баъзи ҳолларда узунлиги бўйлаб силжишни йўқотилгандан сўнг ташқи бўлакнинг латерал силжиши қолади. Уни йўқотиш учун скелет тортмада ётган болани гамакка солиш тавсия қилинади. Қов суяклари ажраган синишларда 2-3 қават фланел матодан тайёрланган гамакда даволаш қўлланилади. Гамак кенглигини беморга қараб XII қовургадан соннинг катта кўстигача олинади. Болани гамакка ётқизиш якунида ётоқ юзаси билан чаноқ орасидан бемалол 2 бармоқ ўтадиган бўлиши лозим. Қов бирикмаси ажраб кетгандаги ҳаракатсизлантириш муддати чаноқнинг бошқа ерлари сингандаги муддатидан 7-10 кунга кўпроқ бўлади.

Қуймич косасининг синиши. Қуймич косасининг якка шикастланиши ва чаноқ ҳалқасининг синиши билан бирга шикастланиши фарқланади.

Биринчисида қуймич косасининг чеккалари ва тубининг синишлари ажратилади. Унда сон бошчасининг марказий чиқиши кузатилиши мумкин.

К л и н и к а. Шикастланган бола чаноқ-сон бўғимида оғриқдан шикоят қилади ва мажбурий ҳолатда бўлади. Яъни ярим букилган сони яқинлашган ва ташқарига буралган. Бўғимда актив ҳаракат ўта чекланган ва оғриқли. Соннинг марказий чиқишида катта кўст ичкарига ва юқорига силжиган бўлади.

Рентгенологик текшириш клиник маълумотларни тўлдиради. Бироқ V-симон тоғай силжимай шикастланишида дастлабки даврда қилинган рентгенография ташхисни аниқламайди. Шунинг учун уни 20-30 кундан сўнг қилиш тавсия этилади. Шу давр ичида ёнбош суягидан қуймич косаси туби бўйлаб қов суягига ўтган суяк қадоғи пайдо бўлади («суяк кўприкчаси» белгиси).

Д а в о л а ш. Қуймич косаси силжимай синганда 3 ҳафта давомида Белер шинасида теридан тортиш (лейкопластерли, клеолли) усули қўлланилади. Оёққа чекланган босишни 4-5 ҳафтадан кейин (қўлтиқтаёқ билан юриш), тўла босишга 6-7 ҳафтадан кейин рухсат берилади.

Сон суяги бошчасини чаноқ бўшлиғига кириб кетган синишларида – катта болдир суягининг метафизидан скелет тортиш ўрнатилиб, соннинг юқори 1/3 дан кенг манжет билан ташқарига тортилади. Тош оғирлиги боланинг ҳар бир ёшига 0,5 кг ҳисобидан олинади ва тошнинг 1/3 болдирига, 2/3 қисми эса сонига осилади. Назорат рентгенографияси қуймич косаси синганда 3-4 кундан кейин, марказий чиқишда – шикастланган ва соғлом оёқларни нисбий узунликлари тенглашганда қилинади.

Қуймич косаси силжиб синганда беморлар камида 4-5 ҳафта скелет тортмада ётишлари, қўлтиқтаёқ ёрдамида юриш 6-7 ҳафтадан кейин мумкин. Қўлтиқтаёқсиз юришга 4-6 ойдан сўнг рухсат берилади.

Қуймич косаси синган болалар шикастланишнинг оғирлик даражасига қарамай диспансер кузатувда бўлишлари керак, чунки чаноқ-сон бўғимини артрози ривожланиши мумкин.

16 - б о б. КАЛЛА ҚУТИСИ ВА БОШ МИЯНИНГ ЁПИҚ ВА ОЧИҚ ШИКАСТЛАНИШИ

Шикастланиш умумий таркибида МНС шикастланишлари 30-40% ни ташкил этади, аҳолининг жароҳатлар натижасида содир бўлувчи ўлим ва ноғиронлик орасида биринчи ўринни эгаллаб, 40 дан 60% гача етади.

КАЛЛА ҚУТИСИ ВА БОШ МИЯ ШИКАСТЛАРИ ТАСНИФИ ВА ПАТОГЕНЕЗИ

Бош миёга юмшоқ тўқималар ва калла суяклари орқали етказилган жароҳат ёпиқ ҳисобланади. У калла суяклари ёпиқ жароҳати (калла суяги ва бош миё ёпиқ жароҳати) ёки бош юмшоқ тўқималари жароҳати билан бирга келиши мумкин. Бу барча ҳолатларда калла қутиси бутунлиги сақланиб қолади.

Калла қутиси ва бош миё очиқ шикастлари, миё қаттиқ пардаси бутунлиги сақланиб қолувчи тешиб кирмаган ва бу парда шикастланган тешиб кирган турларига бўлинади. Кейинги ҳолатда йирингли менингит, менингоэнцефалит ва бош миё абцесси ривожланиши учун шароит туғилади.

КАЛЛА ҚУТИСИ ВА БОШ МИЯ ЁПИҚ ШИКАСТЛАРИ КЛИНИКАСИ ВА ТАШХИСЛАШ

Калла қутиси ва бош миё шикастларининг асосий белгиси эс-хуш бузилиши ҳисобланади. Агар у узоқ вақт давом этса, бемор ҳаёти учун хавф туғдиради. Бирламчи кўриқда эс-хуш бузилиш даражасини баҳолаш учун қўйидаги режадан фойдаланилади.

1. Эс-хушни қисқа вақтга йўқотишдан кейин тўла тикланиши: бемор қаердалигини ва вақтни тўла англайди ва атрофдаги воқеаларни тўғри илғайди.

2. Эс-хушни қисман йўқотиш: бемор қарахтлашган, уйқучан, лекин астойдил талаб қилинганда нисбатан мулоқотга киришади.

3. Оғир қарахтлик ҳолати: бемор оддий топшириқларни фақат астойдил талаб қилганда бажаради.

4. Енгил қарахтлик: енгил гарангсираш, саволларга зўрға жавоб беради.

5. Соқороз ҳолат: фақат асосий рефлекслар сақланиб қолган (ютиш, бронхиял, шох парда ва корнеал). Бемор оғриқ таъсирларига юз ифодаси

ёки қўл-оёқларини муқофаза тортиб олиш билан қайтаради. Оғриш таъсирларига нафас ва пульс тезлашуви, қон томир реакциялари ва қўз қорачиғи реакциялари каби доимий бўлмаган вегетатив реакциялар сақланиб қолган бўлади.

6. Коматоз ҳолат: бемор ташқи ва ички бўсаға таъсирларга жавоб қайтармайди, тўла адинамия ҳолатида бўлади. Кома ортиб борган сари барча рефлекслар йўқолади, мушаклар тонуси камаяди, сфинктерлар бўшашади, қорачиқлар кенгайди. Бундай ҳолат атоник кома дейилади.

Эс-хуш йўқолиши билан кечувчи калла қутиси ва бош мия шикастлари учун ретроград амнезия хос бўлиб, бемор жароҳат олган пайтини эслай олмайди, хушдан кетади ва унинг қанча давом этганини била олмайди.

Бош мия жароҳатларида юрак-қон томири фаолияти бузилиши кузатилиши мумкин. Пульс секинлашуви адашган нерв марказлари қўзғалиши туфайли юз беради ва, кўпинча, шикастланишдан кейинроқ содир бўлади ва ундан кейинги муддатда эса калла қутиси ичи босими ортган ҳолатларда юз беради. Пульс тезлашуви эса мия ўзаги симпатик ядролари қўзғолиши туфайли юз беради. Баъзан пароксизмал тахикардия юз бериши мумкин. Артериал қон босими ва маҳаллий қон айланиши бузилиш ҳоллари ҳам юз бериши мумкин.

Юрак қон-томирлар фаолияти бузилиши билан бирга нафас олиш тезлиги, чуқурлиги ва ритми бузилиши рўй бериши мумкин, бу ҳолат ҳам мия ўзаги симпатик ва парасимпатик марказлари шикастларига боғлиқ бўлади.

Қусиш кўпинча бош мия жароҳатидан кейин содир бўлиб, IV қоринча таъсирланиши туфайли бўлади. Рефлектор тарзда қусиш мия пардалари ва вестибуляр бузилишлар туфайли содир бўлиши мумкин. Калла қутиси ичи босими мия шишида, қуйилган қон туфайли сиқилишида босим ортиши қусиш билан бирга кечади. Вестибуляр бузилишлар бош айланиши ва нарсаларнинг шикастланганнинг атрофидаги ҳаракати, спонган нистагм, мувозанат бузилиши, хушдан кетиш билан кечувчи хуружсимон лабиринт алдовлар ҳис қилиш тарзида намоён бўлади.

Енгил ва ўртача даражадаги калла қутиси ва бош мия шикастларида беморлар чаккада сиқилган кўринишидаги бош оғриғи, бош оғирлиги ва кенгайиши, куйгандаги каби ҳиссиёт, оғриқли пульсация, яъни улар тури бўйича мигреноз ёки спазматик қон томирлар оғриқларига ўхшаб кетади. Субарахноидал қон қўйилишида оғриқ камдан-кам ҳолларда кучли бўлади.

Қўз қорачиғи реакциялари одатда суст бўлади. Бош мия лат ейишларида енгил анизокория рўй беради. Турғун анизокория рўй берганда птоз, миоз, энофтальм кўринишидаги Горнер синдромини фарқлаш керак, клиникада бу ҳолатнинг қарама-қарши томон мидриазии сифатида баҳоланади. Бу иккала ҳолатнинг фарқи катта аҳамиятга

эга, чунки Горнер синдроми синаптик тугун, хусусан юлдузсимон чигал шикасти натижаси ҳисобланади. Кўз қорачиғининг ривожланиб борувчи кенгайиши эса кўрув нерви тўғридан-тўғри сиқилиши ва шу томондаги бош мия ярим шарининг бош суяги ичи гематомаси натижаси бўлиши мумкин.

Маҳаллий ёки ўчоқли белгилар бош мия турли бўлимлари ва соҳалари шикасти натижасида келиб чиқади. Бир хил белгилар намоён бўлиши ёки уларнинг мутаносиблиги орқали калла суягидаги шикаст билан мос келмаган бош мия бир соҳаси жароҳатини аниқлаш мумкин. Умумий мия шикастланиш белгилари йўқолган сайин ўчоқли белгилар аниқроқ бўлиб боради. Ҳаракат соҳаси шикастлари Джексон типидagi тутқаноқлар, фалаж ва чала фалаж турида бўлиши мумкин. Агар фалаж ёки чала фалаж бевосита жароҳатдан кейин пайдо бўлса, бу ҳолат босилишда компрессион синиш натижасида мия тўқимаси лат ейиши ёки жароҳатланиши оқибатида ҳаракат марказ функциялари блокадаси сабабли бўлиши мумкин. Ўсиб борувчи чала фалажлик бош мия суяги ичи гематомаси, бош мия артериялари тромбози ёки флеботромбоз тарқалиб бориш натижаси ҳисобланади. Хушсиз беморда гемипарезни аниқлаш бирмунча кўникмаларни талаб қилади. Сопороз ҳолатда оғриқ таъсиротлари орқали текширилади. Бу ҳолда шикастланган томон кам таъсирланади ёки умуман таъсирланмайди. Коматоз ҳолатда шикастланган томон осилиб тушади, соғ томон эса қаламтарош каби букланади. Қўл-оёқларда рефлексларни баҳолаш жароҳатдан кейинги эрта даврда чала фалажни аниқлашга кам ёрдам беради, чунки олинган маълумотлар ҳар хил бўлади. Лекин аниқ анизокория бўлиши қимматли белги ҳисобланади. Нутқ бузилиши ҳам шикаст жойни аниқловчи асосий белги ҳисобланади.

БОШ МИЯ ЧАЙҚАЛИШИ

«Бош мия чайқалиши» деб, функционал бузилишлар турида бевосита жароҳатдан кейин пайдо булувчи симптомокомплексга айтилади. Улар ичида биринчи ўринда вегетатив бузилишлар бўлади. Физиологик нуқтаи назардан «бош мия чайқалиши» термини травматик келиб чиқишга эга бўлган бош мия нафас олиш, вазомотор ва бошқа рефлексор фаолиятнинг эс-хуш бузилиши фонида намоён бўлишини белгилайди.

Бош мия чайқалишининг ўзига хос белгиси бош мия пардаси ва тўқимасида морфологик ўзгаришлар бўлмаслигидир. Бошқа калла суяги ва бош мия шикастлари патоморфологик ўзгаришлар билан кечади ва улар учун умумий мия белгилари билан бирга маҳаллий ёки ўчоқли белгилар бўлиши хосдир.

Бош мия чайқалишига клиник ташхис қўйиш учун қўйидаги белгилар асос бўлади:

1. Бир неча сониядан дақиқаларгача давом этувчи эс-хуш бузилиши (қарахтликдан то сопоргача).

2. Жароҳатдан бевосита аввалги воқеалар ретроград ва бевосита жароҳатдан кейинги воқеаларни эслай олмаслик – антероград амнезия.

3. Эс-хуш тиклангандан кейин бош оғриғи, беҳоллик, қулоқда шовқин, юзга қон қуйилиб келиши, терлаш ва шу каби вегетатив реакциялардан шикоят қилиш хос. Қўз олмалари ҳаракатида уларда оғриқ, окулоустатик феномен, ўқишга уриниб кўрилганда қўз олмалари дивергенцияси. Вестибуляр гиперестезиялар кузатилади.

4. Одатда бевосита жароҳатдан кейин бир марта қусиш

5. Нафас олиш кўпинча юзаки. Тезлиги ўзгармаган бўлиб, тез тикланади.

6. Пульс кўпинча физиологик нормада бўлиб, бевосита жароҳатдан кейин бироз тезлашиши мумкин.

7. Юз оқариши, сўнгра қизариши мумкин.

8. Қон босими ва тана ҳарорати ўзгаришларсиз.

9. Имо-ишора мушаклари асимметрияси ва беқарор пай ва тери рефлекслари асимметрияси юз бериши мумкин, улар биринчи 3 кун ичида йўқолиб кетади.

10. Беқарор мия пардаси белгилари йўқ

11. Қонда сезиларли ўзгаришлар йўқ.

12. Бош суяклари шикасти бўлмайди

13. Ликвор босими нормал бўлади, баъзан пасаяди, унинг таркиби ҳам ўзгаришларсиз, тиниқ, қон аралашмаси кўринмайди.

Беморларнинг умумий аҳволи 7 кун ичида меъёрга қайтади. Бош мия чайқалиши бош мия жароҳатининг энг энгил кўриниши бўлиб, оғирлик даражаларига бўлинмайди.

Бош мия чайқалишида оддий даволаш усулларига тинч ҳолат, транквилизатор, антигистамин, седатив, десенсибилизация қиладиган воситалар бериш, физиотерапия киради.

Бемор умумий аҳволи яхшиланганда, у ўзи ҳаракат қила бошлаганда актив ҳолатга ўтказилади, бу кўпинча 1-3-кун ичида юз беради. Беморни стационарда даволаш муддати 6-8 кун, меҳнатга яроқсизлик муддати 2 дан 4 ҳафтагача (иш шароитлари ва беморнинг активлигига боғлиқ ҳолда).

БОШ МИЯ ЛАТ ЕЙИШИ

Бош мия лат ейишининг фарқ қилувчи белгиси бўлиб ўчоқли белгилар ҳисобланади. Энгил даражада одатда улар рефлектор асимметрия кўринишида бўлади. Бош мия лат ейишининг мутлақ белгиси бош суяги тепа қисми ёки асоси синиши ёки люмбал пункцияда ликворда қон излари аниқланиши ҳисобланади. Энгил даражадаги бош мия лат ейишида, одатда, кучли қон қуйилиши ва дислокацион синдром ривожланиши кузатилмайди.

Ўрта даражадаги бош мия лат ейиши учун МНС шикасти кучлироқ ифодаланган ўчоқли белгилари (гемипарез ёки гемиплегия), афазия, гипестезия, бош мия нервлари (кўпинча, кўзни ҳаракатлангирувчи, уч шоҳли, юз ва эшитиш нервлари) шикасти хос. Ўткир даврида ўчоқли белгилар умумий мия белгилари билан ниқобланган бўлади, эс-ҳуш тиклангандан кейин яққолроқ намоён бўлади.

Бош миянинг оғир даражада лат ейиши ҳаёт учун хавfli ва узоқ муддатли сопороз-коматоз ҳолат, кўпинча ҳаётий муҳим аъзолар, чуқур неврологик (умумий ва ўчоқли), метаболизм, қон айланишининг чуқур бузилишлари билан кечади. Калла қутисида босим ортиши туфайли кўрув нерви дисклари димланиши кузатилиши мумкин.

Мия лат ейиш ўчоқларини аниқлаш катта аҳамиятга эга. Оғир даражадаги бош мия лат ейишларига мия асоси, диэнцефал соҳа, бош мия яримшарлари медиобазал соҳалари шикастлари киради. Мия асоси шикастида беморлар жароҳат пайтидан бошлаб чуқур коматоз ҳолатда бўладилар ва бу даврда нафас ва қон томир фаолияти бузилишлари кузатилади. Коматоз ҳолатдан чиқиш даврида беморлар узоқ вақт сопор ёки карахтлиқ ҳолатида бўлиб, ориентация бузилган бўлади. Нафас олишнинг периферик типда бузилишлари кейинроқ қўшилиб, нафас олиш йўлларига шиллиқ, қон ёки орқа мия суюқлиги кириб борган сари овоз тешиги торайиши, ютиш рефлекси камайиши ва пневмония қўшилиши туфайли ортиб боради. Неврологик белгилар кучайишида мия шиши ривожланиши, унинг гипоксияси ва мия қоринчалари ва базал цистерналарига қўйилган қон таъсири кучли аҳамиятга эга.

Ўта оғир мия лат ейишида лат ейиш ўчоғи мия тўқимасига ҳар қандай ҳажм ўзгариши (гематома, ёт модда) таъсирини кўрсатади ва мия сиқилиши кучайиб боради.

Субарахноидал қон қўйилиши билан кечувчи мия лат ейишида консерватив терапия мия чайқалишида фойдаланиладиган воситалардан ташқари, менингит ва менингоэнцефалитнинг олдини олиш учун антибактериал терапия, айниқса, калла қутиси асоси синишида, ликвор тозалангунча қайта пункциялар ёрдамида чиқариб ташлашдан иборат бўлади. Бир вақтда 5-10 мл ликворни чиқариб ташлаш мумкин. Субарахноидал бўшлиғида қон тўхтатиш ва чандик жараёнининг олдини олиш учун кислород ва лидаза юбориш маслақат берилади. Д и с л о к а ц и о н с и н д р о м к у з а т и л г а н д а л ю м б а л п у н к ц и я қ а т ъ и я н м а н э т и л а д и!

Енгил даражадаги бош мия лат ейишида беморларга ўринда ётиш режими тартиби 2 ҳафта, ўрта даражада — 2-3 ҳафта ва оғир ҳолатларда — 4 ҳафта. Амбулатор даволаниш учун стационардан жароҳатдан кейин 18-40-кун чикарилади. Чуқур ўчоқли белгилар бўлганда беморга ногиронлик гуруҳи берилади. Енгилроқ ҳолатларда меҳнатдан озод қилиш муддати 8-16 ҳафта бўлиши мумкин.

ЭПИДУРАЛ (ЭКСТРАДУРАЛ) ҚОН ҚҰЙИЛИШИ

Эпидурал қон қўйилиши мия пардалари артерия ва веналари, веноз синуслар ва диплоик веналар шикастида мия қаттиқ пардасини бош суягидан ажратиб, мия сиқилишини келтириб чиқаради ва бош суяги ва бош мия шикастининг жарроҳлик турига киради. Сиқилиш белгиси бўлиб давом этувчи ва янги (очиқ даврдан кейин) жароҳатдан кейинги соатлар ва кунлар давомида беморнинг аҳволи оғир ҳисобланади. Сўнги ҳолда бироз яхшиланиш фонида беморлар суст, қарахт, уйқучан бўлиб қоладилар. Бош оғриғи, бош айланиши, кўнгил айнаиши ва қусиш яна пайдо бўлади ёки кучаяди. Беморлар гарангсиган, эс-ҳуш дастлаб бузилган ва сўнгра қомага ўтади. Баъзи ҳолларда психомотор кўзғалиш ва тутқаноқлар рўй беради. Умумий мия белгилари гематома жойлашган жойга қараб маҳаллий белгилар билан бирга кечади. Анизокория, зарарланган томонда кўз қорачиғининг фотореакция йўқолишигача бўлган фалажи жуда ҳам муҳим клиник белги ҳисобланади. Кўпинча, сиқилиш томонда кўрув нерви шиши, қарама-қарши томонда пирамидал етишмовчилик аниқланади. Мия суюқлигида қон бўлмайди, босими 200 мм сув устунидан баландроқ бўлади, мия пардаси белгилари бўлмаслиги мумкин. Краниограммада гематома томонда шикастланиш аниқланиши мумкин. Бош суяги чизиқли синган жойида апоневроз остида болишсимон гематома аниқланади.

СУБДУРАЛ ГЕМАТОМА

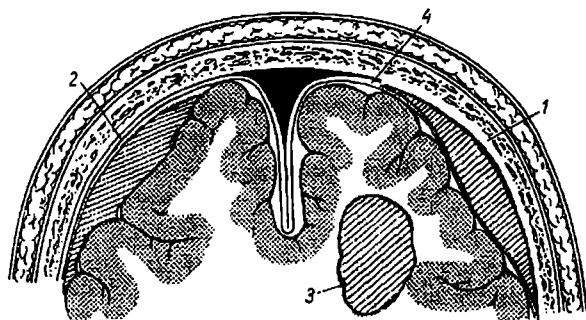
Субдурал гематомалар енгил шикастланадиган субдурал бўшликдаги мия веналари шикастидан келиб чиқади. Мия сиқилиши секинроқ ривожланиши, узокроқ давом этувчи “очиқ давр”, менингиал ва мия қон айланиши белгилар билан фарқ қилади. Бошқа белгилар эпидурал ва субдурал гематома учун бир хил. Кичик субдурал гематомалар билинмай ўтиб кетиши мумкин. Агар субдурал гематома беморнинг умумий аҳволи нисбатан яхши ҳолида жароҳатдан кейин 48 соатдан 10 кунгача вақт ичида аниқланмаса, у ўртача кечувчи ҳисобланади.

Сурункали субдурал гематома катталашади, бу ҳолда мия ўсмаси деб талқин қилиниши мумкин: кўпинча таъхис жарроҳлик амалиёти пайтида аниқланади. Бошқа ҳолларда гематома унинг ичига мия суюқлиги сингиб кириши (гидрома) ва мия пустлоғи атрофияси ҳисобига катталаниши мумкин (239-расм).

Кўрсатилган ҳолатлар фақат жарроҳлик усулида даволанади.

МИЯ ИЧИ ГЕМАТОМАСИ

Умумий мия белгилари олдинга чиқувчи парда гематомасидан фарқли равишда, мия ичи гематомасида тескари муносабатлар кузатилади.



239-расм. Калла қутиси ичидаги гематоманинг жойлашиши (чизма).
1 – эпидурал; 2 – субдурал; 3 – мия ичида; 4 – мия қаттиқ пардаси.

Мия ичи гематомалари кўпинча жарроҳлик усулида даволанади. Тезкор жарроҳликни калла суяги гүмбазии ботиб кирган синишларининг ҳамма ҳолатларида қўллаш керак.

КАЛЛА ҚУТИСИ ВА БОШ МИЯ ЖАРОҲАТЛАРИДА БЕМОРЛАРНИ ТЕКШИРИШ

Диагностика мақсадида лүмбал пункция қилиш мия суюқлигининг босими, тиниқлиги ва таркибини текшириш ва дори воситаларини киритиш учун амалга оширилади.

Лүмбал пункция умуртқалар ўткир ўсиқлари орасидан амалга оширилади. III ва IV бел умуртқалари ўткир ўсиқлари орасидаги бўшлиқ ёнбош суяқлар қирраларини бирлаштирувчи чизиқ орқали аниқланади. Бемор горизонтал ҳолатда ўнг ёки чап ёнбошига ётади. Бунда оёқлар қоринга тортилади, бош кўкракка эгилади. Бу ҳолда ўткир ўсиқлар орасидаги масофа анча кенгайди ва игна ўтиши осонлашади. Терига йод ва спирт ёрдамида ишлов берилади. Пункция жойи 3-4 мл 0,5% новокаин билан оғриқсизлантирилади, бунда новокаин тери ости ва ичига киритилади. Сўнгра 10-12 см узунликдаги ва 0,5-1 мм қалинликдаги мандренли игна ёрдамида парда ости бўшлиғи пункция қилинади. Игна сагиттал юзада ва бироз юқорига, умуртқалар ўткир ўсиқлари йўналиши бўйлаб ҳаракатланиши лозим. Парда ости бўшлиғига борган сари игна ўсиқлараро ва сариқ бойламлар қаршилиғига учрайди, эпидурал ёғ қатлами орқали эркин ўтади ва осон тушади. Игна яна 1-2 мм силжитилади ва мадрен олинади. Игнадан мия суюқлиги оқиб тушиши керак. Меъёрда у тиниқ, аста томчилаб тушади. Унинг босимини аниқлаш учун манометрлардан фойдаланилади. Энг содда манометр қийшиқ бурчакли шиша найдан иборат. Вертикал тиззаси миллиметрда даражаланган бўлиши лозим. Мия суюқлиги кўтарилиш баландлиги сув устуни ҳисобида ўлчанган босимга тўғри келади. Меъёрда ётган ҳолда 100-180, ўтирганда 250-300 мм сув устунига тенг. Диагностик мақсадда оқиб тушаётган 1-2 мл мия

суяқлиги олинади. Ш приц ёрдамида сўриб олиш қатъиян ман этилади, чунки мия силжиши ва мия ўзагининг қисилиши рўй бериши мумкин! Босим аниқланиб текшириш учун суяқлик олинди бўлгач, игна олинади ва пункция жойи стерил салфетка билан беркитилади. Бемор 18 соат давомида ётиши лозим.

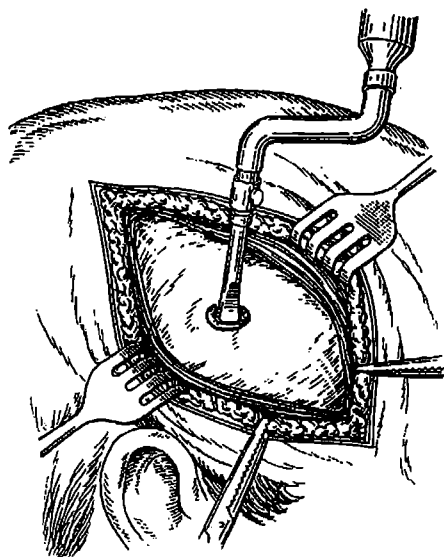
Люмбал пункция мия силжишидан дарак берувчи ўзак белгилари мавжуд бўлган ҳолатларда қатъиян ман этилади, чунки мия ўзаги қисилиши ва бемор вафот этиши мумкин!

Мия томирларининг ангиографияси диагностик восита сифатида нафақат жароҳатланиш жойини, балки унинг турини ҳам аниқлаш имконини беради. Бош мия шикастларида мия томирлари ангиографиясини амалга оширишга қуйидагилар кўрсатма бўлади: 1) бош суяги ичи гематомасига шубҳа бўлганда қолган барча текшириш усуллари айтарли аниқ бўлмаганда; 2) жароҳат томони ноаниқ бўлганда; 3) бош мия шикастининг кечиккан даврида бош суяги ичи гематомаси бўлгани ҳолда; 4) мия маҳаллий лат ейиши ва мия ичи гематомасини қиёслаб фарқ қилиш ҳолларида.

Эхоэнцефалография ташхисни 40-95% ҳолларда аниқлаштириш имконини беради. Текшириш ультратовуш тўлқинининг фронтал текисликда мия ўрта чизиғи тузилмаларидан қайтиш ҳодисасига асосланган. Бу текширишни бошни иккала томонидан ўтказиб сагиттал чизиқдаги тузилмаларнинг ҳажмий тузилмадан қарама-қарши томонга силжишини, гематома борлигини ва унинг қайси томонда эканлигини аниқлаш мумкин. Бу текширишга қарши кўрсатмалар йўқ. Унинг камчилиги: у жароҳат жойини аниқлайди, лекин турини аниқлаб бера олмайди.

Фреза тешиклари қўйиш орқали трепанация қилиш кенг тарқалган ва калла қутиси бўшлиғи шикастланганда унинг аҳволи ҳақида жуда қимматли маълумот беради. Трепанация қилиш йўли жуда ҳам осон. Асоратлар деярли кузатилмайди. Маҳаллий оғриқсизлантириш йўли билан ҳам қилиниши мумкин. Диагностик фреза тешиги ўрта парда артерияси усти проекциясида кўпинча гематома бўлиши мумкинлиги ҳисобига очиб қўйилган. Агар гематома жойи аниқ бўлса, фреза тешиклари ҳар иккала томондан 1 тадан 4 тагача қўйилади (240-расм). Гематомани тотал олиб ташлаш ва тўлиқ гемостаз қилиш учун фреза тешиги 4 x 6 ёки 6 x 6 см катталиқкача кенгайтирилади, яъни декомпрессия қилувчи трепанация амалга оширилади (241-расм).

Гематома олиб ташлангандан ва гемостаз қилингандан кейин қаттиқ мия пардаси ўз жойига қўйилади ва тугунли ипак чоклар туширилади. Агар мия шиши кузатилса, қаттиқ мия пардаси тикилмайди, балки пластика қилинади. Эпидурал ёки субдурал гематома йўқ бўлса, мия ва ён қоринчалар диагностик пункция қилинади, бу ўтмас мия қанюляси ёрдамида амалга оширилади. Мия



240-расм. Ташхисловчи дарчани парчалаб очиш техникаси.

ликвор айланишининг бузилишига, турли даражадаги шишларга, кейинроқ эса инфекция жараёни қўшилишига сабаб бўлади, булар жароҳат ўрни битишига ноҳуш таъсир кўрсатади. Тешиб қирган жароҳатдан сўнг мия ва унинг пардаларида рўй берувчи жараён бош мия травматик касаллиги дейилади.

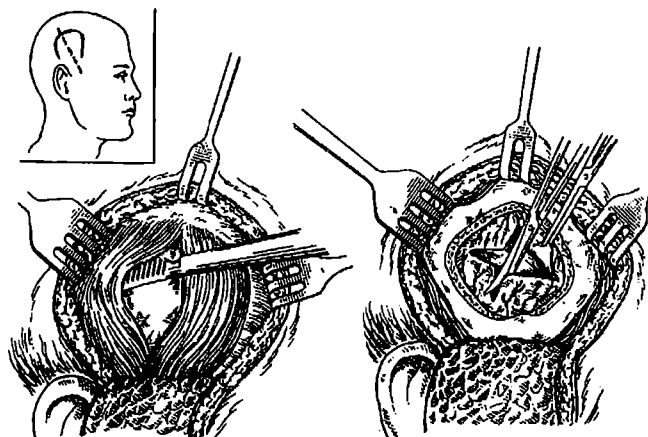
Бош мия очиқ жароҳати кечишини беш даврга бўлинади.

1. Б о ш л а н ф и ч (ўткир) д а в р и. Шикастланишдан кейинги 3 кунни ўз ичига олади. Бош мия ва унинг пардалари учун хос патологик ўзгаришлар бўлиб тешиб қирган очиқ шикаст жойида некроз ва

ичи суюқ гематомаси аниқланганда у найча орқали бўшатилади ёки мия тўқимаси кесилади. Амалиётни мия қисми тугагач, бош юмшоқ тўқималари тўлиқ тикиб ташланади ва 1-2 кунга резина чиқаргичлар қолдирилади.

КАЛЛА ҚУТИСНИНГ ОЧИҚ ЖАРОҲАТЛАРИ

Очиқ тешиб қирган калла қутиси ва бош мия жароҳатларидан кейин бош мияда ва унинг пардаларида шикаст жойида ва узоқроқда мураккаб патологик жараёнлар рўй бериб, дастлаб улар мия фаолияти бузилишига, қон ва



241-расм. Калла қутисининг декомпрессия трепанацияси.

дистрофиялар, қон айланишининг бузилишлари, гематома ҳосил бўлиши, шунингдек, сув ва мия суюқлиги айланишини бузилишлари хосдир. Шикастланишининг бошланғич даврида умумий мия белгилари олдинга чиқади, ўчоқли белгилар эса иккинчи даражали бўлиб қолади. Беморда шикастдан кейин ҳушдан кетиш кузатилади, кўпинча, қусиш ва ретроград амнезия билан бирга келувчи коматоз ҳолат кузатилади. Бошланғич даврда беморнинг эс-ҳуш даражаси ўзгаришларига аҳамият бериш лозим. Беморнинг ҳушсиз ҳолатдан чиқиши ва яна ҳушидан кетиши «очиқ давр» калла қутиси ичига қон қуйилиши ёки мия шиши ортиб бориш белгиси ҳисобланади. Умумий мия белгилари камайиб борган сари, дастлабки давр охирларига келиб ўчоқли белгилар кузатилади, улар, айниқса, бемор ҳушига келганда ва ўзакли бузилишлар қайтганда яққол кўринади.

2. Эрта реакциялар ва асоратлар даври (инфекция ва дисциркуляция). Шикастдан кейин 2-3 кун охирида бошланади ва 1 ойгача давом этади. Бу давр бошланиши бўлиб, бемор ҳушсиз ҳолатдан чиқиши ҳисобланади. Чекланган ёки мия пардалари ва моддасида тарқалувчи инфекцион асоратлар пайдо бўлади. Бу даврда шикаст йўлини парчаланмиш маҳсулотлари ва қуйилган қондан тозаланиши кузатилади. Инфекцион асоратлар ривожланиши (мия менингити, абсцесси ёки энцефалити) бу жараёни бузади ва янги некроз, иккиламчи шиш натижасида шикаст жойидан мия туртиб чиқиши пайдо бўлишига олиб келади. Клиник ўчоқли белгилар ёрдамида нафақат жароҳат жойини, балки унинг катталигини ҳам аниқлаш мумкин. Бу даврда бузилган фаолиятнинг тикланиш даражасини ҳам аниқласа бўлади. Бош мия шикасти бактериал ифлосланишидан ташқари биринчи кунларда мия шиши субарахноидал бўшлиқни беркитиб, ўзига хос мияни “иммобилизациялаб” қўяди ва инфекциянинг ичкарига тарқалишига тўсқинлик қилади. 1-ҳафта охири, 2-ҳафта бошларида травматик шиш орқага қайтади ва субарахноидал бўшлиқда мия суюқлиги айланиши тикланади. Бу жараён натижасида инфекция тарқалишига яхши шароит юзага келади ва менингит, энцефалит ёки мия абсцесси юзага келади. Шикастдан кейинги 2-3 ҳафта инфекцион асоратлар келиб чиқиши жиҳатидан хавфлидир, чунки яра йўлидаги реактив битишмалар жуда мўрт бўлади ва ноҳуш шароитда (эрта эвакуация, боғлаш) осон шикастланади, айниқса, мия шиши қайтиши ва субарахноидал бўшлиқ тўлиши даврида шундай бўлади.

3. Эрта асоратлар қайтиши ва инфекция ўчоғи чегараланиши даври. Мияга тешиб кирган шикастларда 2-ойдан бошланади ва 3-6 ойгача давом этади. Бош юмшоқ тўқималари ёки суяк шикастида мия қаттиқ пардаси бутунлиги бузилмаса, бу даврда мия фаолияти бузилишлари тўла тикланиши мумкин. Суяк қоплами яралари ҳам бу даврга келиб тўла битади. Тешиб кирган яра текис битиши учун юмшоқ тўқималар ва мия моддаси яралари яхши

битиши ва мия шиши қайтиши билан бирга ўчоқли белгилар йўқолиши, меъёрдаги қон ва ликвор айланиши тикланиши, қон қуйилиши ўчоқлари сурилиши ва маҳаллий энцефалитик ҳодисалар камайиши билан кечади. Беморнинг умумий аҳволи яхшиланади ва 3–4 ойга келиб меҳнат қобилияти тўла тикланиши мумкин. Чандиқ жойида инфекцион ҳодисалар қайталаниши ёки йирингли бўшлиқ юзага яқинлашиб келиши клиник белгилар тез ортиб бориши орқали билинади. Яра бундай ҳолларда пульсация бермай қўяди, грануляция суст боради, мия протрузияси ривожланиши мумкин. Умумий мия ва ўчоқли белгилар ўсиб боради. Тана ҳарорати ошади. Баъзи ҳолларда мия пардалари таъсирланиш белгилари пайдо бўлади. Баъзан кўз туби ҳолати ўзгаради, қонда ўзгаришлар юзага чиқади. Мия абсцессларини ташхислашда контраст текшириш усуллари яхши ёрдам беради, М-Эхо, энцефалография, компьютер томографияси, ЯМР.

4. А с о р а т л а р д а в р и. 2-3 йил давом этади ва мия абсцесслари пайдо бўлиши хос бўлади. Камроқ ҳолларда чандиқ йиринглаб диффуз энцефалит, эпендемит ва менингит пайдо бўлиши мумкин. Бу ҳодисалар мия пўстлоғида атрофик ва чандиқли жараёнлар, қон ва ликвор айланиши бузилиши билан кечиши мумкин.

5. У з о қ а с о р а т л а р д а в р и. Шикастдан кейин узоқ йиллар давом этиши мумкин. Чандиқ дегенератив жараёнлар билан бирга мия моддасида инфекция кўзғалиб, мия абсцесси ёки менингоэнцефалит ривожланиши мумкин. Кўпинча, травматик тутқаноқ (кўпинча пўстлоқнинг тарқалган шикастларида), битишган арахноидитлар ва мия кисталари, турли хилдаги травматик гидроцефалия, оғриқли парда-чандиқли ҳолатлар, неврозлар ва шу кабилар ривожланади.

КАЛЛА ҚУТИСИ ВА БОШ МИЯ ОҒИР ШИКАСТЛАНИШИНИ ДАВОЛАШ

Бемор касалхонага тушган даврда диагностик чоралар билан биргаликда даволаш-жонлантириш чоралари ҳам олиб борилиши лозим.

1. Юрак қон томирлар фаолиятини тиклаш: а) бронхиал дарахтни тозалаш; б) интубация; в) 2–3 кун ичида етарли спонтан нафасни тиклашга умид бўлмаса — трахеостомия; г) ўпканинг сунъий вентилияцияси; д) узоқ муддат қон, қон ўрнини босувчи суюқликлар ва дори моддаларини қуйиш учун ўмров ости венаси пункцияси; е) баланд веноз босим ва паст артериал босим бўлганда (80 мм сим. уст. дан паст) — қон ва қон ўрнини босувчи суюқликлар артерия ичига қуйилади.

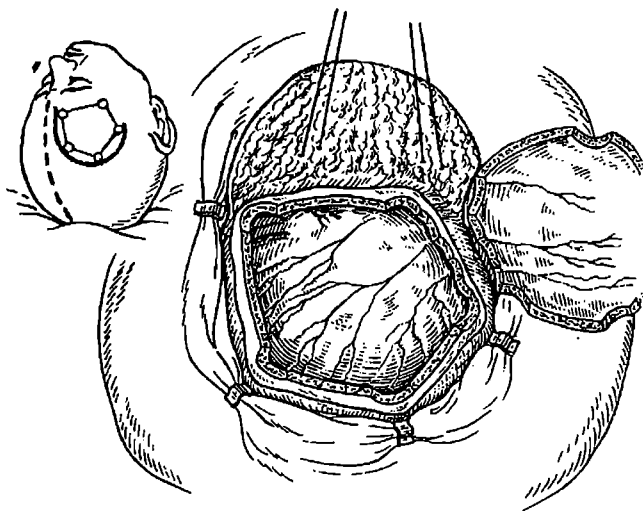
2. Бош мия фаолиятини тиклаш: а) маннитол ва мочевина билан массив дегидратацион терапия, бир вақтнинг ўзида 60–90 г гача қуруқ модда ҳисобида, лазикс; б) бош мия томирлари спазмасини йўқотиш учун қон томирларни кенгайтирувчи воситалар (эуфиллин, но-шпа, дроперидол ва ҳ.к.); в) мия локал гипотермияси; г) десенсебилизация-

ловчи терапия; д) ацидозга қарши кураш (натрий гидрокарбонат эритмасини қуйиш), кислородга тўйинтириш. Агар систолик қон босими 80 мм сим. уст. дан паст бўлса, диагностик ёки радикал жарроҳлик амалиётини бажарса бўлади.

Очиқ калла қутиси ва бош мия жароҳатларида бирламчи жарроҳлик ишлови бош юмшоқ тўқималари яраси четини кесиб, суяк парчаларини олиб ташлаш, тешиб кирган жароҳатларда — суяк парчалари, қон ва мия қуйқаларини сўрувчи аппарат учлиги ёрдамида сўриб олиб ташлашдан иборат. Инфекциянинг олдини олиш учун юмшоқ тўқималар жароҳатини имкони борича тўлиқ тикиб ташлаш лозим.

Калла суяги гумбазининг боғиб кирган ёпиқ травмасида ва бош мия жароҳатида мия сиқилиши рўй берса, суяк парчаларини олиб ташлаш, бош юмшоқ тўқималарига тўлиқ чок қўйиш керак. Беморнинг умумий аҳволи нисбатан қониқарли бўлса, бир йўла суяк ёки аллопластик материал билан краниопластика қилса бўлади. Оғир ҳолатларда нуқсонни беркитишни 2 ҳафтадан то бир неча ойгача кечиктирилади.

Бош суяги ичи гематомасида фреза тешиги орқали суякни трепанация қилиш ва уни кенгайтириш мумкин. Бундан ташқари, суяк пластик трепанацияси ҳам қўлланилади. Шу мақсадда тери ва апоневроз яримшар ёки тақасимон кесма қилиниб кесиб, катта асоси билан пешона ёки чаккага кўчирилади. 4-6 фреза тешиги қўйилади ва улардан Джилъи арраси ўтказилиб, чакка мушаги соҳасида суяк парда сақлаб “оёқча” қилиб қўйилади (242-расм). Суяк парчаси шу оёқчада олиб қўйилиб, катта мия пардаси тақасимон ёки кўндаланг кесилади ва мия тўқимаси очилади. Амалиётдан сўнг суяк-пластик лахтак жойига қўйилади.



242-расм. Калла қутисининг суяк-пластик трепанацияси.

17 - б о б. БОЛАЛАРДА КАЛЛА ҚУТИСИ ВА БОШ МИЯ ШИКАСТЛАНИШИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Болаларда бош миЯ шикастланиши ўткир ва узоқ вақтда клиник кечишининг ўзига хослиги ривожланаётган организм ва, биринчи навбатда, бош миЯнинг онтогенетик шаклланишининг тугалланмаганлиги билан белгиланади.

Бош миЯ шикастланишига бола организми реакциясининг ўзига хослиги икки йўналишда ифодаланади: 1) бола миЯси ҳатто енгил таъсиротдан ҳам шикастланади; 2) шу билан бирга, бола миЯси оғир травмаларда катта қаршилиқ кўрсатиши билан характерланади ва кенг компенсация қилиш имкониятларига эга. Бу бола организмда нерв системаси функционал тузилишининг тугалланмаганлиги туфайли нерв жараёнларининг катта қайишқоқлиги кузатилади, миЯ тўқималарини сувга тўйинганлиги, бош миЯ қон томирлари ва пардаларининг эластиклиги ва кам шикастланиши, калла қутиси суякларининг кам синувчанлиги ва бош миЯ шикастланишининг ўткир даврида функционал нуқсони кам даражада юзага чиқишига боғлиқдир. Болалар калла қутиси гумбазинининг ўзига хослиги ботиқ синишларнинг юз беришидир, бу тўла оҳакланмаган суякларнинг эластиклигига боғлиқдир (суяклар осон букилади, лекин синмайди). Йиқилганда ва боши билан қаттиқ жисмга урилганда чоклар узоқлашиб кетади, айрим ҳолларда калла қутиси гумбазининг кўплаб катта чизикли синишлари ҳосил бўлади. Калла қутиси асосининг синиши кам учрайди. Болаларда катталарга нисбатан катта субарахноида қон қуйилишлар ва калла қутиси ичидаги гематомалар камроқ кузатилади.

Калла қутиси ва бош миЯ шикастланишининг патогенезида болаларда миЯда қон ва ликвор айланишининг ўткир бузилиши етакчи ўрин тутади. Қаттиқ пардадаги веноз синусларининг калла қутиси юмшоқ тўқималаридаги веналар билан кенг боғлиқлиги, субарахноидал бўшлиқнинг катталиги клиник манзаранинг ўзига хослигини ва компенсация қилиш қобилиятини таъминлайди. Анатомик-физиологик хусусиятлари асосида болаларда (айниқса, кичик ёшдаги) шикастланиш нисбатан осон кечади, лекин кейинчалик оғир асоратлар ривожланиши мумкин: қоринчалар ичидаги гидроцефалия, тутқаноқ, суякларни сўрилиши («ўсувчи синишлар»).

К л и н и к а в а т а ш х и с. Кўкрак ёшидаги болаларда бош миЯ ва калла қутиси шикастланишида, ҳатто калла қутиси гумбазлари синганда, кўпинча, ҳушини йўқотмайди. Умумий қарахтлик тезда ҳаракат безовталиги билан алмашинади. Мушаклар тонуси ва рефлексларининг ўзгариши аниқ билинмайди. Ҳаракат фаолиятининг ўзгаришини зарарланган оёқ-қўл активлигининг бирмунча пастлигидан аниқланади. Каттароқ ёшдаги болаларда

калла қутиси ва бош мия шикастланишининг енгил формасининг клиник манзараси тез ўтувчи умумий мия фаолияти бузилиши ва вегетатив реакциялар билан характерланади. Қисқа муддатли ҳушини йўқотиш, кўп қусиш, бош оғриғи, ҳаракатлар безовталиги кузатилади, кейинчалик улар ланжлик, ҳолсизлик ва уйқучанлик билан алмашинади. Неврологик белгилар бош мия ярим шарларининг ўчоқли шикастланиши характерида эмас, кўпинча ўзак қисми структураларининг шикастланиш белгилари кузатилади (доимий бўлмаган бехос нистагм, ўзгарувчи анизокория, кўз соққаси ҳаракатларининг бузилиши). Пай рефлекслари ошган ёки пасайган бўлиши мумкин. Калла қутиси ва бош мия енгил шикастланишида кўп ҳолларда 2-3 кундан сўнг болаларнинг аҳволи сезиларли яхшиланади, неврологик ва психопатологик белгилар сусаяди, бош оғриғи камаяди, қусиш тўхтади, болалар активлашади. Калла қутиси ва бош мия шикастланиши оғир формасининг ўткир даврида ҳушини йўқотиши билан бирга соматик ва вегетатив ўзгаришлар, кўзғалувчи ҳаракат бузилиши: тиришиб тортилиши ва тутқаноқсифат хуружлар, гепертермия, юрак-томирлар ва нафас системаси фаолиятининг бузилиши, кўз қорачиқлари бир хил кенгайишга мойил бўлиб, ёруғликка муносабати пасаяди. Менингиал белгилар бош мия ва унинг пардалари қўпол жароҳатланганига қарамай, биринчи кунларда кузатилмайди ва кейинчалик пайдо бўлади. Болаларда кома ҳолатидан тезда қарахликнинг турли даражаларига ўтиш кейинчалик ҳушига келиш 24-48 соатлар ичида характерли ҳисобланади. Эмоционал беқарорлик, тез ва кўп марта кайфиятнинг ўзгариши, вегетатив ўзгаришлар, гипергидроз (кўп терлаш), симпаталгик оғриқларнинг турғунлиги кузатилади. Болалар организмда умумий муносабат устунлиги туфайли ўчоқ белгилари билинмайди ва кейинроқ сезилади.

Параклиник ташхислаш болаларда, катталардаги каби усулларга асосланган ва маълум кетма-кетликда олиб борилади: калла қутиси суяқларининг рентген суратини олиш, эхо-энцефалография (иложи бўлса компьютер томографияси). Чақалоқларда бош мия эзилиши белгилари бўлиб, катта лиқилдоқ бўртиш кузатилса, пункция қилинади. Каттароқ ёшдаги болаларда ташхис ноаниқ бўлса, ангиография қилиш, диагностик дарчалар очиш ва ташхисловчи трепанация ўтказиш мумкин.

Д а в о л а ш. Болаларда калла қутиси ва бош мия шикастланишининг ўткир даврида даволаш тактикаси қуйидагилар билан белгиланади: ҳушининг ҳолати, унинг бузилиши чуқурлиги ва давомлилиги, дислокацион синдром бор-йўқлиги, нафас олиш ва юрак-томирлар системаларининг фаолияти. Катталардаги каби бир вақтнинг ўзида ҳам диагностик, ҳам даволаш-жонлантириш муолажалари, юрак, ўпка ва бош мия фаолиятини тиклаш олиб

борилади. Болаларда калла қутиси ва бош мия шикастланишида қалтираш хуружига мойиллик баланд бўлганидан, даволаш тадбирларини барбитуратлар ва бензодиазепин ҳосилалари фониди (дорилар бола ёши ва вазнига қараб берилади) олиб борилади. Болаларда 10% ҳолларда люмбал пункцияда сезиларли босим пастлиги (гипотензия) кузатилади, шунинг учун бўкишга қарши, доридармонларни эҳтиёткорлик билан ишлатиш зарур. Гипотензив доридармонлар тавсия қилинганда калла қутиси ичидаги босимни аниқлаш мақсадга мувофиқ.

Калла қутиси очиқ жароҳатида жарроҳлик усулда даволаш қаватма-қават мия, пардалари, суяк ва тери жароҳатлари умумий жарроҳлик қондалари бўйича, иложи борича дастлабки 12 соат ичида ишлов берилади. Жарроҳлик ишловида болаларда қаттиқ парда бутунлигини тиклашга ҳаракат қилиш керак, чунки калла қутиси бўшлигини фақат тери ёрдамида герметизация қилиш кўпинча оғир асорат бўлмиш ликвореянинг олдини ололмайди. Керак бўлса, қаттиқ мия пардасини консерваланган парда ёки фасция билан пластика қилинади.

Калла қутиси гумбазии суякларининг ботиқ бир бўлак бўлиб синишида, агар ботиқлик 1,5 см ва ундан ортиқ бўлса, айниқса, бош мия шикастланганининг маҳаллий белгилари бўлса операция қилинади. Бундай шикастланишларда жарроҳлик усули учун асос бўлиб, операция қилинмаган 3 ёшгача болаларда кўпинча ботиб синган соҳада 3-12 ой ўтгач, нотўғри шаклда суяк нуқсони (қаттиқлашган қирралари билан) ҳосил бўлади. Унинг сабаби маҳаллий озикланиш бузилиши: бу мия моддаси, пардалари ва калла қутисига тегишли бўлиб, суяк усти пардасининг кўчгани ва кўп вақт суяк пардаси остида қон тўпланиши билан боғлиқдир.

Операция техникаси. Тақасимон кесим билан тери апоневрозидан парча қилиниб шикастланган соҳа очилади. Ўзгармаган суяқда синиқ чегарасида дарча очилади, у орқали эпидурал бўшлиққа жарроҳлик асбоби — элеватор киритилади ва унинг ёрдамида ботиқ соҳа аста-секин тўғриланади. Калла қутиси ичи қон қуйилишлари болаларда кам учрайди, шунинг учун операция техникаси катталарникидан деярли фарқ қилмайди. Муолажани калла қутиси деворини очишдан бошлаган маъқул, чунки суяк парчасини олиб туришга тўғри келадиган бўлса, у консервантга солинади, кейинчалик трансплантат шаклида беморнинг ўзига ишлатилиши мумкин.

Кўп беморларда жароҳатни биринчи жарроҳлик ишловидан сўнг бирламчи суяк пластикасини ўтказиш ҳақида фикр юритиш мумкин. Қуйидагиларда операция ман қилинади: а) мия моддасининг катта зарарланишида; б) бош мия тўқимасини кўп бўкишида (отек); в) улкан эпилепсия ва субдурал гематома олиб ташланганда, чунки мия бўкиши ортиб кетиши мумкин; г) биринчи жарроҳлик ишлови жароҳатда яллиғланиш белгилари борлиги учун кейинга қолдирилганда.

18 - б о б. КЎКРАК ҚАФАСИНИНГ ОЧИҚ ВА ЁПИҚ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Кўкрак қафасининг шикастланишлари ўзининг ҳар хил жойлашуви ҳамда оғир-енгиллик даражаси билан фарқланиб туради. Кўкракнинг ҳар қандай шикастланишида ташқи нафаснинг бузилиши содир бўлиб, унинг чуқурлиги ва ритми ўзгаради.

Ташқи нафаснинг ҳар хил оғирликдаги ўзгаришида юрак-қон томирлар фаолиятининг бузилиши кузатилади, баъзан оғир ўпка-юрак етишмовчилик синдроми ривожланади.

Кўкрак қафаси шикастланишларининг оғир, ҳаёт учун хавфли бўлиши анатомик-физиологик сабаблар мавжудлигидадир. Буларга қуйидагилар киради: плевра варақларининг енгил жароҳатланиши, плевра ва ўпка илдизининг юқори рецептор сезгирлиги плевра ичидаги манфий босимга, кўкрак қафаси ва ўпканинги ўта ривожланган томир тармоғига эга эканлиги. Демак, кўкрак шикастланишларида ташқи нафаснинг патофизиологик бузилишлари, кўкрак қафаси деворларида, плевра бўшлиғида ва ўпкада содир булаётган ўзгаришлар билан боғлиқ бўлади. Кўкрак қафасининг тери остига, мушакларига қон қўйилиши билан кечадиган енгил шикастланиши ҳам, нафас олиш чуқурлигини ва ритмининг бузилишига олиб келади. Оғриқ натижасида кўкрак қафасининг экскурсиясининг чекланиши кузатилади, бу эса ўпкани экскурсияси чекланишига олиб келади. Кўплаб қовурғалар синганда кўкрак қафасининг бир бутунлиги бузилиб, нафас функциясининг анча бузилиши кузатилади. Кўкрак қафасининг шикастланган ярмида ҳаракат парадоксал характерга эга бўлиб, ўпка вентиляциясига сезиларли таъсир қилади.

Тинчлик даврида ҳамма шикастланган беморларнинг 10% ни кўкрак қафаси шикастланганлар ташкил этиб, улар травмалар ичида 3 ўринни эгаллайди. Кўкрак қафасининг ёпиқ шикастланишлари очиқ шикастланишлардан анча (1:10) кўп учрайди. Кўкрак шикастланишларини очиқ ва ёпиқ турларга ажратиб таснифлаш мақсадга мувофиқдир.

КЎКРАКНИНГ ЁПИҚ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Кўкракнинг ёпиқ шикастланишлари оғирлик даражаси бўйича уч гуруҳга бўлинади: енгил, ўртача оғирликда ва оғир. Нафас ва юрак фаолияти бузилиши кузатилмаган шикастланишлар (нафас олиш 1 минутда 25 тадан ошмайди) енгил шикастланишларга киради. Нафас ва қон айланишининг функционал бузилишига олиб келган (нафас олиш 1 минутда 25-30) кўкракнинг шикастланиши ўрта оғирликдаги шикастланишга киради. Нафас ва қон айланишининг чуқур бузилиши кузатиладиган шикастланишлар оғир деб ҳисобланади (нафас олиш 35 ва ундан ортиқ, ўта тахикардия).

Юмшоқ тўқималарнинг лат ейиши енгил шикастланишларга киради. Агар лат ейиш кенг қон қуйилиши (тери кўчиши билан кечадиган) билан кузатилганда уни ўрта, оғир ва ҳатто оғир шикастланишларга киритиш мумкин. Кўкрак қафаси юмшоқ тўқималарининг лат ейишида кўкрак қафаси ичида шикастланишлар йўқлигига ишонч ҳосил қилиш керак (ўпка ичи гематомаси, кўст ораллиги гематомаси). Масалан, ўпканинг лат ейиши қовурғалар синмай юмшоқ тўқималар лат ейишида ҳам кузатилади, бу лат ейишлар, кўпинча, аниқланмай қолади.

Кўкракнинг юмшоқ тўқималари лат еган соҳада оғриқли шиш пайдо бўлади. Лат еган жой босилганда, ҳаракат қилганда ва чуқур нафас олганда оғриқ кучаяди, бу қовурғалараро мушакларга қон қуйилиши натижасида бўлади.

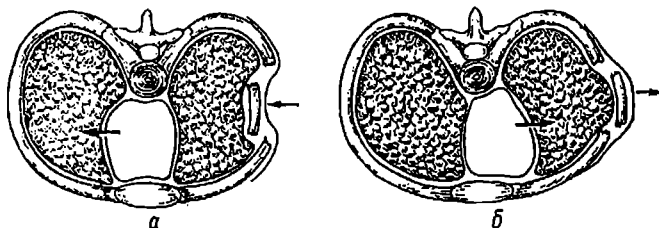
ҚОБИРҒАЛАР СИНИШИ

Кўкракнинг ҳамма ёпиқ шикастланишларининг 67% да қовурғалар синиши кузатилади. 15 ёшгача болаларда қовурғалар синиши, уларнинг ҳаракатчанлиги ва эластиклиги туфайли камдан-кам учрайди. 40 ёшдан кейин қовурғалар синиши кўп учрайди, кексаларда озгина шикаст етганда ҳам қовурғалар синиши мумкин. IV-VII қовурғалар синиши кўп учрайди. Юқори қовурғалар қалин мушак қавати билан ва елка камари суяклари билан қопланган, пасткилари эса ўзининг тоғай қисмининг узунлигидан катта эластиклик хусусиятига эга. Қобирғалар кўпинча орқа ва ўрта қўлтиқ ости чизиги бўйлаб синади.

Шикастланишнинг тўғридан-тўғри механизмида механик куч таъсир қилган жойда бир ёки бир неча қовурға ичкарига, кўкрак бўшлиғи томонга букилади. Бунда кўпинча костал плевра ёрилиши ва ўпка шикастланиши мумкин.

Қобирғалар шикастланишининг тўғридан-тўғри бўлмаган механизмида кўкрак қафаси шакли бузилиб, қовурғалар куч таъсир қилган жойнинг иккала томонидан синади. Бундай шикастланиш механизми кўкрак қафаси иккала томондан эзилганда кузатилади (масалан, машина борти билан девор орасида, хода босиб қолганда, автомобиль филдираги босганда). Бундай куч таъсир қилганда қовурғалар синиши содир бўлади.

Қобирғаларнинг икки еридан синиши (дарчали) ўта оғир кечади, бунда бир томонда бир қовурға икки еридан синади. Ҳаракатчан «қовурға клапани» ҳосил бўлади ва унинг парадоксал ҳаракати кузатилади. Нафас олганда кўкрак қафаси кенгайганда, кўкрак қафасидан ажраб қолган «қовурға клапани» соҳаси ичкарига ботади. Чунки нафас олганда плевра бўшлиғида манфий босим бўлади. Нафас чиқарилганда кўкрак қафаси кичрайиб, плевра бўшлиғида мусбат босим ҳосил бўлади, «қовурға клапани» ташқарига бўртиб чиқади (243-расм). «Қобирға клапани»нинг бу парадоксал ҳаракати ўпкага ҳам таъсир



243-расм. Қобирғаларнинг дарчасимои синишида кўкс оралиги ва «қовурға клапани» ning силжиши.

a – нафас олинганда; *б* – нафас чиқарилганда.

қилиб, унинг нормал вазифасини бузади. Дарчани ўлчамлари қанча катта ва серҳаракат бўлса, ҳаво алмашуви шунчалик бузилиб, беморнинг аҳволи оғирроқ бўлади. «Дарча»нинг қаерда жойлашганлигининг аҳамияти бор. Кўкрак қафасининг орқа томонида жойлашганда енгил кечади, чунки мушак қатлами қалинлиги ва бемор ўша ерни босиб ётиши «дарча» ҳаракатини табиий равишда чеклайди.

Кўкрак қафасининг иккала томонида қовурғалар синиши – икки томонлама синиш дейилади. Улар кўплаб қовурғалар синиши, икки еридан синишидан ҳам кўпроқ кўкрак қафасининг мустақамлигини пасайтиради. Бунда нафас олишнинг ўта оғир бузилиши кузатилиб, кислород етишмовчилиги, кўпинча плеврал пульмонал шок ривожланади.

Қобирғалар синганда кўпинча плевра, ўпканинг шикастланиши, кўкрак қафаси деворлари ва ўпка қон томирларининг шикастланиши кузатилади. Пневмоторакс ҳосил бўлади.

Қобирғалари синган кўкрак бўшлиғида ички аъзолар шикастланиши мумкин: 1-2 та қовурға синиши тахминан 12% беморларда, 3-4 қовурға синиши 35% атрофида, 6-8 – 80% да, 10 ва ундан ортиқ қовурға синиши 100% беморларда учрайди.

Қобирғалар синганда ҳар хил даражадаги оғриқ бўлади. Бемор тинч ётганда оғриқ бир хил ва паст бўлади. Нафас олинганда оғриқ ўта кучаяди. Улар чуқур нафас олганда, йўталганда ва кучанганда кучаяди. Оғриқ туфайли шикастланган томонда кўкрак қафасининг экскурсияси чекланади. Синган жойда шиш ва гематома бўлиши мумкин. Синган жойни пайпаслаганда қаттиқ оғриқни, баъзан бўртиб турганини аниқлаш мумкин. Синган жойда плевра шикастланган бўлса, йўталганда қон туфлаши, синган жойда юмшоқ тўқималар эмфиземаси бўлиши мумкин. Кўкрак қафаси икки қафт билан қисилганда шикастланган жойдан тарҳаётган оғриқ бошқа жойда пайдо бўлади. Қобирға бўлакларининг қисирлашини аниқлаш тавсия қилинмайди. Плевра бўшлиғида ҳавони (тимпанит) ва суюқликни аниқлаш учун солиштирма перкуссияси қилинади. Аускультация ёрдамида нафас олиш қандай

Ўтказилиши ўпкани нафас олиш-олмаслиги, хириллашларнинг бор-йўқлиги, плевра ишқаланиш шовқини аниқланади. Кўкрак қафасининг лат ейишини қовурғалар синишини аниқлаш унчалик қийин эмас. Пневмоторакс, гемоторакс, ўпка ёки юракнинг лат ейишини аниқлаш мураккаб бўлади. Қобирғалар синишини, ўпканинг шикастланишини (пневмоторакс, гемоторакс) аниқлашда рентгенологик текширишнинг аҳамияти катта, шунинг учун кўкрак шикастланганда, албатта, рентгенологик текшириш ўтказиш керак.

ТЎШ СУЯГИНИНГ ЧЕКЛАНГАН СИНИШИ

Тўш суягини синиши кўп учрамайди. Тўш соҳасига тўғридан-тўғри зарба берилганда ёки босилганда содир бўлади. Кўпроқ сопи билан танаси бирлашган жойида синиш юз беради, одатда тана қисми орқага силжийди. Тўш синганда олдинги кўкс оралиғи клетчаткасига қон қуйилиши кузатилади. Бунда нафас олганда ва пайпаслаганда кучаядиган қаттиқ оғриқ, нафаснинг қийинлашуви, ҳаво етишмаслиги, цианоз, баъзан бўғилиш кузатилади. Синган жойда шиш, шакл бузилиши ва гематома аниқланади. Ёндан олинган рентгенограммада бўлақларнинг силжиши натижасида тўшнинг шакли бузилганлиги аниқланади. Одатда, синган тўш суяги бўлақлари олдинги-орқага силжийди. Бунда дистал бўлаги эса олдинга ва пастга силжиган бўлади. Бўлақларнинг ёнга силжиши жуда кам учрайди.

Тўшнинг синиши, қовурғаларнинг синиши, умуртқаларнинг шикастланиши билан бирга бўлиши мумкин. Шунингдек, юрак шикастланиши мумкин, шунинг учун кўкраги оғир шикастланган беморларда электрокардиограмма қилиниши керак. Миокард лат ейиши клиникаси перикард етишмовчилиги ёки инфарктга ўхшаб ўтиши ҳам мумкин. Перикард бўшлиғига қон қуйилганда юрак тонларининг бузилиши, чегараларининг кенгайиши, рентгенограммада юрак шаклининг ўзгариши аниқланади.

Кўкракнинг ёпиқ шикастланишларида баъзан юракнинг лат ейиши кузатилади ва юрак фаолиятининг жиддий бузилиши билан беморнинг оғир аҳволда бўлишига сабаб бўлади. Юрак шикастланганда морфологик ўзгаришлардан перикард ва миокардга қон қуйилиши, баъзан уларнинг ёрилиши аниқланади.

Бунда клиник белгилари ҳар хил бўлади. Шикастланишдан кейинги биринчи соатларда диагностикаси қийин, чунки кўкрак қафаси деворларининг плевра ва ўпкани шикастланиш белгилари биринчи ўринда туради. Лекин тахикардия, юрак фаолиятининг ритми ва ўтказувчанлиги бузилиб, экстрасистолия, гипотония кузатилиши врачни диагноз қўйишда чуқурроқ фикрлашга йўллайди. Юраги лат еган беморларнинг ранги оқарган, баъзан акроциноз, ҳансираш бўлади. Юрак чегараларининг кенгайиши ва юрак тонларининг

бўғиқлиги аниқланиши мумкин. Электрокардиография маълумот берувчи диагностик усул бўлиб, унда ритми ва ўтказувчанлиги бузилишининг ҳар хил турлари, Р ва Т тишлари пасайиши, Т тишининг икки фазалилиги ва инверсияси кузатилади.

Кўкраги лат еган ва битта қовурғаси синган беморларга биринчи врачлик ёрдами бериш анальгетикларни қилиш билан чегараланади. Кўкрак қафасининг ҳаракатини чеклайдиган ҳеч қандай боғламлар қўйилмайди. Ёши 60 дан ошган шахслар шикастланиш характери ва оғирлик даражасидан қатъий назар травматологик бўлимларга жўнатилиши шарт.

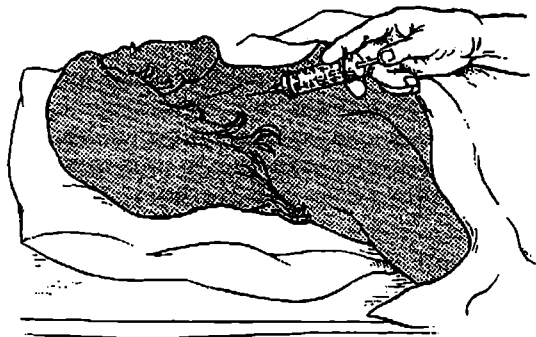
Кўкрак шикастланиб нафас олишнинг оғир бузилиши кузатилганда унинг сабабини аниқлаш, шунингдек, юқори нафас йўллари ўтказувчанлигини аниқлаш керак. Юқори нафас йўлларининг ўтказувчанлиги бузилганда уларни тозалаб, ҳаво ўтказувчи най қўйиш керак. Баъзан биринчи врачлик ёрдамини беришда трахеяни интубация қилиш, нафас олишига ёрдам бериш ва бошқариладиган нафас олдириш, кислород бериш керак бўлиб қолади.

Д а в о л а ш. Кўкрак қафасининг ёпиқ шикастланишларида кўпинча **к о н с е р в а т и в** у с у л л а р қўлланилади. Кўкрак қафаси лат еганда оғриқни қолдирадиган дорилар (новокаин блокадаси, анальгин) тайинлаш билан кифояланилади. Оғриқ узоқ вақтгача йўқолмаса физиотерапия қўлланилади. Тери остида, мушаклар орасида гематомалар бўлса, уларни пункция қилиниб олиб ташланади. Ивиб қолган қонни катта бўлмаган кесмалар орқали олиниб, кесмалар қайта тикиб қўйилади.

Қобирғалар синганда ҳозир ҳеч қандай боғлам қўлланилмайди. Чунки уларнинг ўзи бузилган кўкрак қафаси экскурсиясини янада чеклаб қўяди. Қобирғаларнинг асоратсиз синишида синган жойларни қайта (2-3 марта) новокаин (1% - 10 мл) блокадаси қилиш кенг тарқалган. Улар оғриқни олиб, кўкрак қафасининг нормал экскурсияси тикланишига имкон беради. Нафас олиш чуқурлашиб, ўпка вентиляцияси яхшиланади, бу эса шикастлангандан сўнгги пневмония ривожланишининг олдини олади. Қобирғалар синганда 4-5 кун турмай ётиш тавсия қилинади. Балғам чиқарувчи дорилар ва нафас гимнастикаси орқали даволаш усуллари белгиланади. Синиқ 3-4 ҳафтада битади. Меҳнат қилиш қобилияти 5 ҳафтадан сўнг тикланади.

Кўп қовурғалар синганда синган жойни новокаин блокадаси қилишдан ташқари, 0,5% новокаин эритмаси билан паравертебрал блокадаси ҳам қилинади, у синган қовурғаларда юқори ва пастда жойлашган қовурғаларни ҳам ўз ичига олади. Нафас олишнинг оғир бузилиши А.В.Вишневский бўйича вагосимпатик блокадаси учун кўрсатма ҳисобланади (244-расм).

Вагосимпатик блокаданинг техникаси. Шикастланган чалқанчасига ётади. Кўкрак остига болишча қўйилади. Блокада қилинадиган томонда



244-расм.
А.В.Вишневский
усулида
вагосимпатик
блокада.

қўл танага яқинлаштирилиб, тос томонга тортилади, бунда елка усти пасаяди. Бош иложи борича қарама-қарши томонга бурилади. Ташқи бўйинтириқ венаси тўш-ўмров-сўрғичсимон мушагининг орқа чеккаси билан кесишган жойда тўқималарни врач чап қўли панжаси билан босади. Бунда бўйин аъзоларининг ичкарига сурилиб, уларнинг тасодифан шикастланишининг олдини олади. Босиб турган II бармоғидан ингичка игна билан тери ичига новокаин юбориб, «лимон қобиғи» ҳосил қилинади. Кейин игна узунроқ ва йўғонроғига алмаштирилиб, оғриқсизлантирилган терига тикилади. Аста-секин 2-3 мл новокаин эритмасини юбориб, игнани умуртқанинг олдинги юзасига қараб, чуқурга ва бир оз юқорига йўналтирилади. Қон томирга тушиб қолганини ўз вақтида аниқлаш учун бир неча марта шприц поршени орқага тортилиши керак, шприцда қон пайдо бўлишини кузатиб туриш керак. Игнани чуқурга сачиб, тўш-ўмров-сўрғичсимон мушаги қинининг орқа варағини тешиб ўтгач 30-50 мл 0,25% ли новокаин эритмаси қон-томир-нерв тутами соҳасига юборилади. Эритма бўйиннинг қон-томир-нерв тутамини ювиб, адашган ва симпатик нервларни, баъзан диафрагмал нервни ҳам блокада қилади.

Вагосимпатик блокадаси тўғри қилинганлигининг белгиси Горнер учлигининг пайдо бўлишидир: қорачиқнинг торайиши, юқори қовоқнинг осилиб тушиши, кўз соққасини ботиши (миоз, птоз, эн офтальм).

Қобирғалари синган беморлар жойида ярим ўтирган ҳолатда бўлишлари керак. Симптоматик даволашдан ташқари, оксигенотерапия, балғам чиқарувчилар, ингаляция қилиш ва бошқалар тавсия қилинади.

Д а в о л а ш. Тўш суяги синганда, одатда, консерватив усул билан даволанади. Синган жойига 1% ли 10-15 мл новокаин эритмаси юборилади, тўш орқаси блокадаси ҳам қилинади. Суяк бўлақлари анча силжиб кетганда умуртқа поғонасининг бел ва пастки кўкрак қисмларини орқага букиб репозиция қилинади. Бунга беморни шитли ётоққа ётқизирилиб, кураклар орасига болишча қўйиш билан эришилади. 1,5-2 ҳафтадан сўнг бўлақлар жойига тушади. Солишнинг иложи бўлмаганда очиқ репозиция қилиниб, бўлақлар кесишган 2 та Киришнер кегайи,

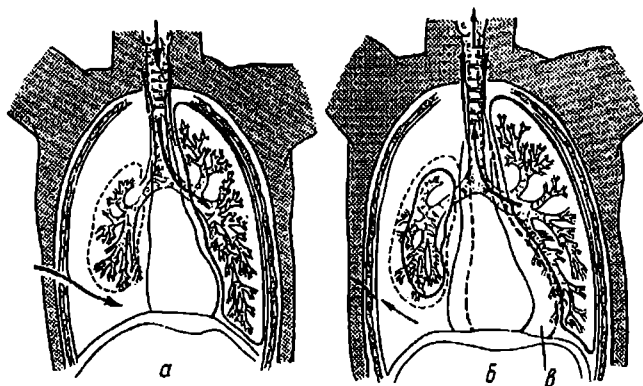
лавсан или билан ёки Соколов бўйича СРКЧ-22 аппарати ёрдамида металл чоклар билан маҳкамланиши мумкин. 3 ҳафтадан сўнг беморнинг ўрнидан туришига рухсат берилади. Бу вақтда суяк қадоғи ҳосил бўлади. Меҳнат қилиш қобилияти 4-6 ҳафтадан кейин тикланади.

ПНЕВМОТОРАКС

Ўпка ва плевранинг йиртилиши пневмоторакс билан асоратланади. Пневмоторакснинг кўйидаги турлари фарқланади: чекланган — ўпка $1/3$ ҳажмга эзилганда; ўрта - ўпка $1/2$ ҳажмига сиқилганда ва катта — ўпка тўлиқ сиқилиб қолганда. Бу ҳолда кўкс оралиғининг силжиши кузатилади.

Пневмоторакс клиник умумий белгиларига қараб **д и а г н о с т и к а** қилинади: нафас бўғилиши, тахикардия, юмшоқ тўқималар эмфиземаси, шикастланган томон перкуссия қилинганда тимпаник товуш бўлиши, аускультацияда нафаснинг пасайиши ёки йўқолиши. Пневмоторакс диагнози рентгенологик текширишда тасдиқланади. Рентген тасвирида ўпканинг ҳар хил даражадаги коллапси, ўпка майдони тиниқлигининг ошиши, ўпка тасвири йўқлиги аниқланади.

Кўкракнинг ёпиқ шикастланишидаги пневмоторакснинг энг оғир тури — бу икки клапанли пневмотораксдир. Бунда ўз вақтида керак бўлган врач ёрдами кўрсатилмаса, ўлим билан тугаши мумкин (245-расм). Клапанли пневмотораксда аста-секин плевра бўшлиғига ҳаво сўрилиб боради. Нафас олиш пайтида йиртилган ўпка тўқимаси орқали ёки шикастланган бронх орқали ҳаво плевра бўшлиғига ўтади, нафас чиқарилганда эса плевра бўшлиғида босим ошганлигидан клапан бекилиб, ҳаво қайтиб чиқмайди. Ҳар гал нафас олиш билан бирга плевра



245-расм. Клапанли ва таранглашган пневмоторакс.

а — клапанли пневмотораксда нафас олиш; *б* — нафас чиқариш; *в* — таранглашган пневмотораксда кўкс оралиғи аззоларининг сурилиши.

бўшлиғида ҳаво миқдори ошиб бориб, натижада тўла коллапсга ва кўксни силжишини ошириб, соғ ўпкани ҳам сиқилишига олиб келади.

Ёпиқ клапанли пневмотораксда ўпка шикастлангандаги умумий белгиларидан ташқари, ошиб бораётган бўғилиш (тўла асфиксиягача), тахикардия ва юмшоқ тўқималар эмфиземаси ҳам бўлади.

ГЕМОТОРАКС

Плевра бўшлиғига қон қуйилиш манбаи кўкрак қафаси девори ҳамда ўпка қон томирларидир. Плевра бўшлиғига қуйилган қон олдин ивиб қолиб, бир неча соатдан сўнг кўпинча «эриб» плевра бўшлиғида суюқлик ҳолатида бўлади. Бу дефибринланиш ва қисман фибринолиз билан боғлиқ бўлади. Плевра қон тўпланишига экссудация билан жавоб бериб, қоннинг суюқланишига олиб келади. Шунинг учун плевра бўшлиғига қуйилиб, тез орада ивиб қолган қон юқорида айtilган сабабларга кўра суюлиб кетади. Баъзан плевра бўшлиғига қуйилган қон ивиган ҳолда қолади. Бундай гемоторакс ивиган деб аталади. Плевра бўшлиғига қуйилган қон миқдorigа қараб кичик, ўрта, катта гемоторакслар фарқланади.

Плевра бўшлиғига қуйилган қон миқдори 500 мл дан ошмаганда кичик гемоторакс деб ҳисобланади. Плевра бўшлиғидаги бу миқдордаги қон клиник белгиларига қараб аниқланмайди. Кичик асоратсиз гемоторакс 10-12 кунда ўз-ўзидан сурилиб кетиши мумкин.

Ўрта гемоторакс — плевра бўшлиғига 500 дан 1000 мл гача қон қуйилади. Бунда перкуссия ва аускультацияда перкутор-товушнинг қисқариши ва кўкракнинг пастки бурчагида нафас эшитилмаслиги кузатилади.

Катта гемоторакс — плевра бўшлиғига 1000 мл ва ундан кўп қон қуйилади. Бу перкутор товушнинг олдинда 2-3 қовурғалар орасигача, орқада бутун ўпка майдонида тўмтоқлашиши билан характерланади.

Даволаш тактикаси режасини белгилашда плевра бўшлиғига қуйилган қон миқдорини аниқлашдан ташқари, унинг турини аниқлаш ҳам муҳим. Гемоторакснинг қуйидаги турлари фарқланади:

1) ошиб бораётган гемоторакс плевра бўшлиғига қон қуйилиши давом этаётганда;

2) барқарорлашган гемоторакс — плевра бўшлиғига қон қуйилиши тўхтаганда;

3) ивимаган гемоторакс — плевра бўшлиғидаги қон суюқ ҳолда;

4) ивиган гемоторакс — плевра бўшлиғида ивиган қон;

5) инфекция тушмаган (йирингламаган) гемоторакс;

6) инфекция тушган (йиринглаган) гемоторакс, пиоторакс.

Кўкракнинг ёпиқ шикастланиши бир вақтда пневмоторакс ва гемоторакс — гемопневмоторакс билан асоратланиши мумкин. Плевра бўшлиғида бир вақтнинг ўзида ҳавонинг қон билан бирга бўлиши

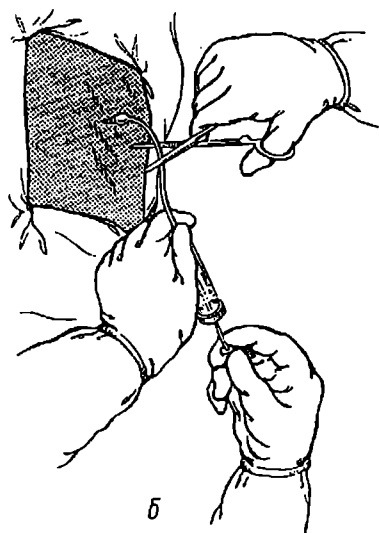
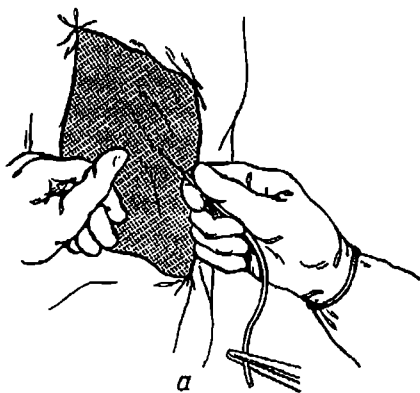
даволаш натижасини ёмонлаштиради. Бундай ҳолларда йирингли яллиғланиш асоратлари гемотораксдагига нисбатан 10 баробар кўп учрайди.

Кўкракнинг ёпиқ шикастланишида ўпканинг лат ейиши кам эмас, унда ўпка ичи гематомаси ҳосил бўлиши мумкин. Ўпкага қон қуйилиши ҳажмига қараб ўпка ичи гематомаси сегментини, бўлагини ёки бутун ўпкани (тотал гематома) эгаллаши мумкин. Бунда ўпка бутунлай ишдан чиқади. Ўпка ичи гематомаси кўпинча аниқланмайди. Лекин унинг борлиги кўкрак шикастланиши натижасида катта аҳамиятли бўлади, чунки тотал гематома бўлиши бемор ҳаётига хавф туғдириши мумкин. Ўпка ичи гематомасини шикастланишдан кейинги биринчи соатларда аниқлаш жуда қийин бўлади. Унинг борлигига кўкрак шикастлангандаги умумий белгиларидан ташқари, йўталгандан сўнг қон туфлаш, перкутор товуш ва аускультацияда нафаснинг йўқлиги тасдиқлайди. Клиник белгиларига қараб гемотораксни ўпка ичи гематомасидан ажратиш жуда қийин, чунки уларнинг умумий ва маҳаллий белгилари бир хил бўлади. Рентгенологик текшириш ва плевра бўшлиғининг диагностик пункциясига асосан диагнозни аниқлаш мумкин.

Кўкракнинг оғир ёпиқ шикастланишларини даволаш

Кўкрак қафасининг оғир шикастланишларида, айниқса, плевропуль-монал шок билан бўлганда, нафас олиш ва юрак-қон томирлар фаолиятини тиклашга қаратилган тезкор реанимацион муолажалар ўтказиш керак. Реанимацион муолажалар комплексига (йиғиндисига) интубация қилиш, аппарат билан нафас олишга ўтказиш, оксигенотерапия, новокаин билан блокадаларнинг керакли барча турларини қилиш киради. Кўрсатма бўлганда плевра бўшлиғи пункция қилиниб, у ердан қон ва ҳаво чиқарилади. Юқори нафас йўллари сўрилиб тозаланади, қон ва қон ўрнини босувчи суюқликлар қуйилади. Агар катта гемоторакс ёки таранглашган клапанли пневмоторакс кузатилса, тезкор торакотомия қилиниши керак.

Ўпка тўқимаси йиртилганда даволаш тактикаси шикастланиш характерига ва даражасига боғлиқ бўлади. Кўкракнинг ёпиқ шикастланишларида уларнинг асосий белгилари тери ости эмфиземаси, қон туфлаш ва оғир шикастланишларда гемопневмоторакс бўлиб ҳисобланади. Плевра бўшлиғидаги ҳаво ва қон тўла чиқарилиши керак. Бу билан ўпканинг ёзилишига эришилади. Плевра бўшлиғидан қон ва экссудатни чиқариш, аспирация қилиш учун уни пункция қилинади. Пункцияни одатда VII-VIII қовурғалар орасидан, ўрта ёки орқа қўлтиқ ости чизиғи бўйлаб қилинади (246-расм). Плевра бўшлиғидаги ҳавони чиқариш учун пункция II-III қовурғалар орасидан ўрта ўмров чизиғи бўйлаб, беморнинг ўтирган ҳолатида қилинади. Бунда игна тешиги керакли даражада катта бўлиши ва ўпкага резина найча кийгизилиб, қисқич билан қисилган бўлиши лозим. Агар жўмракли найча қўлланилса яна ҳам яхши бўлади.



246-расм. Плевра бўшлиғини пункция қилиш техникаси.

a – игнани киритиш; *b* – бўшлиқдаги суюқликни сўриб олиш (сўриб олинган, Кохер қисқичи билан қисиб қўйилади).

Жане шприци ёки электр сўргич ёрдамида аспирация қилинади. Пункциядан олдин пункция қилинадиган жой маҳаллий оғриқсизлантирилади. Катта бўлмаган, барқарорлашган гемопневмотораксларда бир марта аспирация қилиниб, плевра бўшлиғини қон ва ҳаводан тозалаш мумкин. Агар бунинг иложи бўлмаса, қайта пункция қилиниб, ўпка тўла ёзилгунча плевра бўшлиғи тозаланади, натижаси рентгенологик текширилиб борилади.

Агар плевра бўшлиғига қон қайта тўпланса, бу қон қуйилиши давом этаётганини билдиради. Қоннинг янгилигини аниқлашда Рувилуа-Грегуар синамаси қўлланилади. Бунинг учун сўриб олинган қонни пробиркага қўйилади. Янги қон тезда ивиб қолади. Плевра бўшлиғида бир неча соат давомда қолган қон ивимайди, бу қон оқиши тўхтаганини билдиради. Қон оқишининг давом этаётганлигини аниқлаш учун периферик қондаги ва пунктатдаги гемоглобин миқдори аниқланади. Агар периферик қондаги ва пунктатдаги гемоглобин миқдорлари тенг ёки бир оз фарқи бўлса, қон оқиши давом этаётганлиги ҳақида далолат беради. Қон оқиши давом этиб, тезда ошиб бораётган гемоторакс кузатилганда тезкор торакотомия қилиш керак. Операция вақтида қон оқиш манбаи аниқланиб, қон оқиши тўхтатилади.

Клапанли пневмоторакс ҳолларида беморларга ёрдам бериш ва реанимацион муолажалар ўтказишдан олдин плевра бўшлиғи пункция қилиниб, ҳаво чиқарилиши керак. Агар пункциядан сўнг плевра бўшлиғида қайта ҳаво тўпланса, унга Бюлау (247-расм) бўйича доимий дренаж ўрнатилиши ёки плевра бўшлиғидаги ҳавони электр сўргич ёрдамида аспирация қилиб туриш керак.

Клапанли пневмотораксни доимий актив аспирация қилиш усули билан даволашда яхши натижаларга эришиш учун асептика қоидаларига риоя қилиш, системасининг тўла герметиклигини таъминлаш, аста-секин тўла аспирация қилиш ва доимий манфий босимни ҳосил қилиб, уни ушлаб туришдадир. Агар 3-5 кун ичида аҳвол яхшиланмаса ва плевра бўшлиғига ҳаво кириши давом қилса, кечиктирмай торакотомия қилиниб, ички клапан бартараф қилиниши керак. Дренаж найчасидан доимо босим остида ҳаво чиқаверса, бу йирик бронх ёрилганидан далолат беради. Уни беркитиш учун фақат жарроҳлик усули талаб қилинади. Операция ҳажми ўпка текширилгандан кейин аниқланади. Кўпинча ўпка ёки бронх жароҳати тикилади.



247-расм. Плеврал бўшлиқни Бюлау усулида дренажлаш.

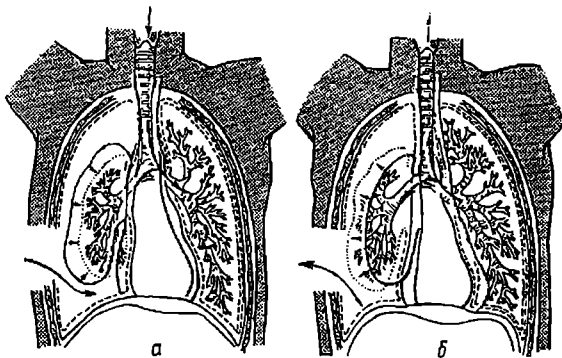
КЎКРАКНИ ТЕШИБ КИРГАН ШИКАСТЛАНИШЛАР

Бешта бемордан ҳар биттасида кўкракнинг тешиб кирган шикастланишлари плевропультмонал шокнинг оғир формалари билан кузатилади. Ўткир нафас етишмовчилиги, юрак қон томирлар фаолиятининг бузилиши ривожланиб, терминал ҳолатга ўтиш хавфи туғилади. Кўкракнинг тешиб кирган шикастланиши бўйича ўлган беморлар сони 20% ни ташқил қилади. Бемор ўлимига ўткир қон йўқотиш (50% дан кўпроқ) плевропультмонал шок (20%) ва инфекция асоратлари (11%) сабаб бўлади.

Кўкракнинг оғир шикастланишларига жароҳатланиб оч и қ п н е в м о т о р а к бўлган ҳоллар киради. У кўпинча плевропультмонал шок билан асоратланиб, ўлимга олиб келиши мумкин. Очиқ пневмотораксга парадоксал нафас олиш ва кўкс оралиғи аъзоларининг билқиллаб туриши характерлидир (248-расм).

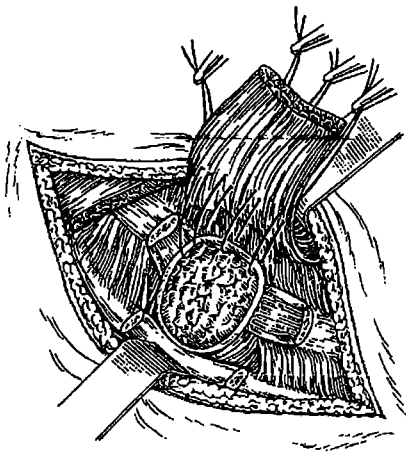
Очиқ пневмоторакс б е л г и л а р и дан бири кўкрак қафасидаги жароҳатнинг қирралари очилиб, нафас жараёнида ҳавонинг кириб-чиқиб туришидир. Бундай жароҳатлар «сўрувчи», чийилловчи дейилади. Баъзан бундай шовқинлар фақат чуқур нафас олганда, йўталганда пайдо бўлади. Беморнинг ранги оқарган, безовталанган, бир оз кўкарган бўлиб, кўкрагидаги оғриқдан, йўталдан шикоят қилади. Нафас олиш тезлашган, юзаки. Томир уриши тезлашган, қон босими пасайган.

Очиқ пневмотораксда кўрсатиладиган б и р и н ч и ё р д а м жароҳатга окклюзион боғлам қўйиш, кислород бериш, юрак фаолиятига таъсир қиладиган дорилар қилиш ва тезлик билан даволаш муассасаларига эвакуация қилишдан иборатдир. Даволаш муассасаларида



248-расм. Очиқ пневмотораксда ҳавонинг ўпкадаги ҳаракати, кўкс оралигидаги аъзоларнинг билқиллаши ва парадоксал нафас олиш.
а – нафас олганда;
б – нафас чиқарганда.

бундай беморлар дарҳол операция қилиниши шарт. Операция вақтида жароҳат яхшилаб бирламчи жарроҳлик ишловидан ўтказилиши, шу жароҳат орқали ёки керак бўлса, қўшимча кесма қилиниб, плевра бўшлиғи кенг очилиши керак. Плевра бўшлиғидан қуйилган қон олиб ташланиб, қон оқиши тўхтатилади ва ўпка ревизия қилинади. Ўпка жароҳатининг жарроҳлик ишловини ўзига хослиги бўлади. ўпка жароҳати кесиб кенгайтирилмайди ва одатда чеккалари кесиб олиб ташланмайди. Ундан қон лахталари, ёт жисмлар олиб ташланади. Шикастланган майда томир ва бронхлар боғланади. Жароҳатга қуруқ антибиотиклар қилиниб, ипак чоклар қўйилиб тикилади.



249-расм. Очиқ пневмотораксда жароҳатни тиклаш. Жароҳат атрофлари кесиб олинган, қовурга резекция қилинган, жароҳат қон томирли мушак лахтаги билан беркитилган.

Агар очиқ пневмотораксда кўкрак деворидаги мушакларнинг кемтиги бўлиб, жароҳатни икки қатор чок қўйиб тикишнинг иложи бўлмаса, 1-2 қовургани резекция қилинади ёки ёнидаги мушаклардан оёқчали трансплантат олиниб, пластика қилинади (249-расм).

Ҳозирги даврда кўкракнинг тешиб кирган шикастланишларини даволаш қуйидаги тамойилларга асосланган:

плевра бўшлиғида бўлган нарсани актив аспирация қилиш (ҳаво, қон, экссудат);

ўпканинг эрта ёзилишига эришиш ва шу ҳолда сақлаб қолиш;

одатдаги жойдан (VII-VIII қовургалар ораси) плевра бўшлиғини дренажлаш;

ҳаво йўлларини санация қилиш (трахея ва бронхлардан қон ва шиллиқ моддани сўриб олиб туриш);

- аниқ кўрсатмалар бўйича операциялар қилиш.

Кўкракнинг тешиб кирган шикастланишларига учраган беморларнинг 90% да плевра бўшлиғи эрта, актив аспирация қилиш усули қўлланилади. Плевра бўшлиғини актив аспирация ва дренажлаш усули қўйидаги қоидаларга асосланади:

эрта қўллаш;

- плевра бўшлиғида тўпланган нарсани аста-секин тўла аспирация қилиш;

асептикага тўла риоя қилиб, плевра бўшлиғи йиринглаб кетишининг олдини олиш (антибиотик ва антисептикларни юбориш);

- қатъий герматизацияга эришиш, пункция ва дренаж қилишни ўтказиш;

- плевра бўшлиғида физиологик даражада (2-4 мм сув. уст.) манфий босим яратиб, шу ҳолда ушлаб туриш.

Кўкракнинг ёпиқ ва тешиб кирган шикастланишларига учраган беморларнинг 5-10% жарроҳлик ёрдамига муҳтож бўлишади.

Кўкрак қафасининг қуйидаги очиқ тешиб кирган жароҳатлари тезкор операция қилишга кўрсатма бўлади:

юракнинг жароҳатланиши;

очиқ пневмоторакс;

плевра бўшлиғига давом этаётган қон оқиши;

актив аспирация қилиш усули ёрдам бермаган таранглашган клапанли пневмоторакс;

ивиб қолган гемоторакс;

ўпкани катта оғир шикастланиши.

Кўкрак қафасини ёпиқ шикастланишидан кейинги даврда энг кўп учрайдиган а с о р а т л а р и: пневмония, ўпка абсцесси, плеврит ва плевра эмфиземаси ҳисобланади. Улар 8-10% ҳолларда учрайди. Бу асоратларнинг ривожланишида ёмон оқибатларга олиб келадиган сабаб аввало оғир шикастланишидир. Унга қовурғаларнинг қўплаб синиши, ўпканинг лат ейиши (ўпка ичи гематомаси), гемоторакс, пневмоторакслар киради.

Кўкракнинг шикастланишларида плевра бўшлиғидаги қон ва ҳавони актив аспирация қилиш ёрдамида гемопневмотораксни эрта йўқотиш, ўпканинг тўла ёзилишини таъминлаш, бронхларни санация қилиб, ўпкада вентиляцияни ва газ алмашувини яхшилаш, ўпка қўшимча вентиляция қилиниб, кенг таъсир спектрига эга бўлган антибиотикларни қўллаш, антибактериал терапия ўтказиб, физиотерапевтик даволаш омилларини (УФО, УВЧ) қўллаш ва иммунитетни ошириб, посттравматик асоратлар сонини камайтиришга эришилади.

19 - б о б. БОЛАЛАРДА КЎКРАК ҚАФАСИ ВА ЕЛКА КАМАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

КЎКРАК ҚАФАСИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Кўкрак қафасининг шикастланишлари ёш болаларда кам учрайди. Ҳамма шикастланишларнинг 3-4 % ни ташқил қилади. Ёпиқ ва очиқ шикастланишлар фарқ қилинади. Ёпиқ шикастланишлар характери хилма-хил бўлиб, шикастланиш механизмига, шикастлантираётган омилнинг кучига боғлиқдир.

Турмушда юмшоқ тўқималарнинг лат ейиши кўп учрайди, катта баландликдан йиқилиб тушганда, автомобил ҳалокатида - қовурғалар, тўш суякларининг синиши содир бўлади. Суяклар синганда кўкрак қафаси аъзолари шикастланган бўлиши мумкин. Бундай синишлар асоратланган синишлар дейилади.

Юмшоқ тўқималарнинг лат ейиши. Шикастланиш механизми кўпроқ тўғридан-тўғри бўлади.

Т а ш х и с. Шикастланганнинг аҳволи қониқарли, оғриқ тинч турганда ҳам, нафас олганда ҳам бир хил. Шикастланган соҳада чекланган шиш, кўкариш аниқланади. Пайпаслаганда шу ерда қаттиқ оғриқ аниқланади. Кўкрак қафасининг иккала ярми симметрик нафас олишда иштирок этади. Кўкрак қафасининг бошқа ерларига босилганда шикастланган ерда оғриқ камаймайди. Гумонли ҳолларда рентгенологик текшириш суяк синишини, ўпка шикастланишини инкор этишга имкон беради. Физиотерапевтик даволаш (УВЧ).

Д а в о л а ш. Анальгетиклар, физиотерапевтик даволаш (УВЧ) усуллари билан даволанади.

Қобирғалар синиши. Ёш болаларда қовурғаларнинг синиши кам учрайди, бу уларнинг эластиклигига, кўкрак қафасини серҳаракатлигига боғлиқ бўлади. Шикастланиш механизми тўғридан-тўғри: қаттиқ нарса билан зарба берилганда, баландликдан кўкрак қафасига йиқилишда юз беради. Оғирроқ шикастланишлар таъсир кучи тўғридан-тўғри эмас, кўкрак қафаси эзилганда учрайди.

Т а ш х и с. Шикастланган соҳалардаги оғриқнинг кўкрак қафасининг ҳаракатига боғлиқлиги қовурғалар синишининг характерли белгиси бўлади. Синган жойдаги оғриқ чуқур нафас олганда, йўталганда, аксирганда кучаяди. Ёш бола шикастланган жойни аниқ кўрсатиб беради. Нафас олиш юзаки бўлиб, ҳансираш пайдо бўлади. Кўкрак қафасининг шикастланган ери нафас олишда орқада қолади. Агар суяк сингани аниқ бўлса, синган қовурғани пайпаслаш, синган ерни аниқ белгилаш учун кўкрак қафасини эзиш тақиқланади. Қон тупуриш ва шикастланган соҳада тери ости эмфиземасининг пайдо бўлиши ўпка паренхимасининг шикастланганлигини кўрсатади. Бу қовурғаларнинг асоратли синишидир. Пневмоторакс ва кўкс оралиғи

шикастланишини аниқлаш катталарникидан фарқи йўқ. Лекин ёш болаларда бу шикастланишлар оғирроқ ўтади, плевропульмонал шок, ўлим кўпроқ учрайди. Рентгенологик текширишда қовурғалар рентгенографияси ва ўпканинг шикастланиш ҳажмини аниқлаш учун рентгеноскопия қилишдан иборат бўлади.

Д а в о л а ш. Қобирғаларнинг асоратсиз синишида оғриқни қолдириб, ўпкада ҳаво алмашинувини яхшилаш керак. Оғриқни қолдириш учун қовурғалараро новокаин блокадаси қилиш керак (5-10 мл 0,5% новокаин эритмаси ҳар бир оралиққа). Фақат синган қовурғани эмас, балки сингандан 1-2 юқориги ва пастки қовурғаларни ҳам анестезия қилинади. Қобирғалар синганда кўкрак қафасига боғламлар қўйилмайди. Ўпкада ҳаво алмашинувини яхшилаш ва пневмониянинг олдини олиш учун нафас гимнастикаси ўтказилади. Нафас чиқариш пайтида қаршилиқ яратиб (резина шар ёки ўйинчоқларни шишириб), анальгетиклар ва физиотерапия (УВЧ) тайинланади. Қобирғаларнинг асоратсиз синишларида 2-3 ҳафтадан сўнг беморлар тузалади. Қобирғаларнинг асоратли синишларида катталарни даволаш схемаси бўйича ўтказилади. Даволашнинг натижаси реанимацион муолажалар ўз вақтида ўтказилганлигига, оғриқсизлантириш ва ўпкада ҳаво алмашинувининг яхши тикланишига боғлиқ бўлади.

Кўкрак қафасининг эзилиши (травматик асфиксия). Кўкракнинг оғир шикастланиши кўпроқ оғир жисмлар остида қолиш пайтида содир бўлади. Кўкракнинг бирдан эзилиб қолиши кўкрак ичи босимининг тез ошиб кетишини чақиради. Бунинг натижасида юқори қовак венаси системаси бўйича қон орқага оқади ва тананинг юқори қисмида, бўйинда, бошда майда вена томирлари ёрилади. Айтилган жойларда кўз конъюнктивасида, оғиз-бурун шиллиқ пардасида характерли нуқтасимон қон қуйилишлар бўлиб, улар аста-секин қўшилишиб кетади. Шундай ўзгаришлар ўпка паренхимасида ҳам содир бўлиб, оғир гипоксия ривожланишига олиб келади. Травматик асфиксия оғир шок билан бирга кечади. Кўпинча ўпка паренхимаси, бронхлар, катта қон томирларининг кўплаб шикастланиши кузатилади, бу оғир гемопневмоторакс ривожланишига олиб келади.

Д а в о л а ш. Биринчи навбатда, шокка қарши курашилади. Тез ёрдам машинасида врач бўйин вагосимпатик блокадасини қилиши, кислород ингаляцияси қилиши, вена ичига қон ўрнини босувчиларни юбориши мумкин. Кўрсатмалар бўлганда плевра бўшлиғи дренажланади, ўпканинг ёзилиши кузатилмай, гемопневмоторакс кучая борганда жарроҳдик ёрдами кўрсатилади.

Тўш суягининг синиши. Ёш болаларни тўш суягининг синиши кам учрайди ва тўғридан-тўғри куч таъсир қилганда содир бўлади. Энг кўп синадиган жойи — бу тўш суяги сопининг танасига ўтган қисмидир.

Т а ш х и с. Тўш суяги силжмай синганда тери остида гематома, пайпаслаб кўрилганда қаттиқ оғриқ аниқланади. Оғриқ чуқур нафас олганда, қалтис ҳаракат пайтида кучаяди. Бўлаклари силжиб синганда периферик бўлакнинг ичкарига силжиши натижасида зинапоясимон шакл бузилиши аниқланади.

Д а в о л а ш. Синган жойни 0,5% новокаин эритмаси билан оғриқсизлантирилади. Тўш суяги синиб силжиган ҳолларда наркоз остида бир зумда репозиция қилинади. Болани юқорига қаратиб ётқизиблиб, кўкраклари орасига болишча қўйилади. Ёрдамчилар танасини маҳкам ушлаб умуртқа поғонасининг кўкрак қисмини максимал ёзган ҳолда бошидан тортади. Жарроҳ панжалари билан силжиган суяк бўлагини жойига солади. Силжмай синганда ва репозициядан сўнг бемор куракларининг орасига болишча қўйилган ҳолда 10-12 кун давомида ўриндан турмай ётиши керак.

ЕЛКА КАМАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Курак синишлари. Болаларда кам учрайди ва ҳамма синишларнинг 0,1% ни ташкил қилади. Курак суягининг танаси, акромиал ўсимтаси, юқори-медиал ва пастки бурчакларининг синишлари характерлидир. Бу шикастланиш механизмига боғлиқ бўлади. Тўғридан-тўғри курак ва елка устига зарба берилганда содир бўлади. Болаларда курак суяги бўғими юзаси соҳасидан синиши амалиётда кузатилмайди, чунки қўлга ва елканинг юқори қисмига йиқилганда елка камарининг бойлам — тоғай аппарати амортизатор вазифасини бажаради.

Т а ш х и с. Бемор елка усти соҳасида оғриқдан шикоят қилади. Оғриқ елка кўтарилганда, куракни бир-бирига яқинлаштирганда кучаяди. Кўрилганда курак суяги устида чегараланган шиш аниқланади (Комоли симптоми). Пайпаслаб кўрилганда шу ернинг ўзида қаттиқ оғриқ аниқланади.

Акромиал ўсимтаси синганда елка бўғимининг ташқи юзасида ва елканинг ташқи ярмида шиш аниқланади. Жуда кам учрайдиган курак суягининг бўйин қисми синганда елка бўғимида актив ҳаракат ўта оғриқли, чекланган, пассив ҳаракатлар сақланган бўлади. Бу ҳолларда синган суяк бўлаклари, одатдагидек, пастга ва олдинга силжиган бўлса, елка бўғими шакли бузилиб, акромиал ўсимта бўртиб туради.

Куракнинг бўйни синишини елка суяги бошчасининг чиқишидан, эпифизеолизидан ва дўмбоқчалари ости синишидан ажратиш керак. Буларда асосий фарқ қилувчи белгиси елка бўғимида пассив ҳаракат қилишнинг иложи йўқлигидир. Курак суяги синганига гумон бўлганда, тўғридан, ёндан ва ярим ёндан рентгенография қилиниши лозим. Курак танасининг синишлари

одатда силжимаган бўлади. Бўйин соҳасидан синиб, силжиганда олдидан рентгенограммада куракнинг бўғим юзаси кенгайганга ўхшайди, бу периферик бўлагининг олдинга очилган бурчак остида бурилганига боғлиқ бўлади.

Д а в о л а ш. Болаларда курак суяги суяк усти пардаси остидан синишида қўл Дезо боғлами ёрдамида 10-14 кунга ҳаракатсизлантирилади, кейин 7-9 кунга рўмолчали боғлам қўйилади. Курак суяги бўйнидан синганда, акромиал ўсимтаси синганда елкани узоқлаштирувчи шина ёрдамида ҳаракатсизлантирилади. Акромиал ўсимтаси синганда фронтал текисликдан 10°га орқага йўналтириш керак. Шинада ҳаракатсизлантириш муддати 2-3 ҳафта. Кейинчалик ЛФК қўллаш катта аҳамиятга эга.

Ўмров суягининг синиши. Болаларда ўмров суягининг синиши жуда кўп учрайдиган шикастланиш бўлиб, елка камари ва қўл синишларининг 13% ни ташкил қилиб, билак ва елка суяклари синишидан кейин учинчи ўринда туради. Ўмров суяги синишида шикастланиш механизми ҳар хил бўлади, лекин кўпроқ елкага ёки ёзилган қўлга йиқилганда ўмров суяги синиши содир бўлади. Бундан ташқари, елка камари қўндаланг йўналишда эзилганда ҳам ўмров суяги синиши мумкин. Тўғридан-тўғри ўмров суягига зарба берилганда унинг синиши камроқ учрайди.

Ўмров суягининг ўртасида ёки ўрта 1/3 билан ташқи 1/3 нинг чегарасида синиши кўп учрайди. Ўмров суяги синиши тўла ва қисман бўлиши мумкин, «кўк новда»га ўхшаб суяк устки пардаси остидан синишлар кўпинча чақалоқлар ва ёш болаларда учрайди. Ўмров суяги синишларининг 30%и 2-4 ёшдаги болаларга тўғри келади. Бунда суяк устки пардаси остидан синишларни аниқлашда хатоликлар ҳам кўп учрайди.

Т а ш х и с. Клиник кўриниши шикастланиш характериға боғлиқ бўлади. Ўмров суягининг бурчак остида синиб силжиши, «кўк новда»га ўхшаб суяк устки пардаси остидан синишларини аниқлаш қийин бўлади. Бу ҳолларда пайпаслаб кўрилганда локал оғриқ бўлишиға, елка бўғимида ҳаракат қилинганда оғриқнинг кучайишиға, синган жойда юмшоқ тўқималарнинг шишиға асосланиб, ўмров суяги синганлигига гумон қилиш мумкин. Елка ўқи бўйлаб куч таъсир қилинганда синган ерда оғриқнинг кучайиши характерли белги бўлиб ҳисобланади.

Катта ёшдаги болаларда (8-14 ёш) ўмров суяги силжиб синганда характерли силжиши кузатилади: марказий бўлак юқори ва орқаға силжийди, периферик (ташқи) бўлак пастға, олдинга ва ичкариға силжийди. Бу ҳолларда шикастланган елка томонда калталаниш кузатилади, елка камари вазифаси бузилади, пайпаслаб кўрилганда зинаға ўхшаш деформация аниқланади. Елка камарининг олдинги-

орқа проекциясида олинган рентгенограммасида суяк синиги ва бўлақларининг силжиши аниқланиб баҳо берилади.

Д и ф ф е р е н ц и а л т а ш х и с и да мактабгача ёшдаги болаларда ўмров суяги суяк усти пардаси остидан синиш белгилари елка суяги 1/3 силжмай синиши ёки билак суяги бошчасининг қисман чиқиши белгиларига ўхшаб кетишини ҳисобга олиш керак. Лекин бу шикастланишларда елка танага яқинлашиб, бир оз ичкарига буралган бўлади, шунингдек, бир оз букилган билакнинг ичкарига буралганлиги кузатилади. Билак суяги бошчасининг қисман чиқишида, ўмров суяги сингандагидан фарқли равишда бурама ҳаракатлар чекланган бўлади, елка суяги синганда эса, елка суягининг метафиз соҳасида оғриқли шиш аниқланади. Якуний ташхис ўмров суягининг елка суяги юқори қисмини қўшиб рентгенография қилиниб қўйилади.

Д а в о л а ш. Консерватив. Ўмров суяги синишларида репозиция қилишга ҳожат кам бўлади. Ёш болаларда ўмров суяги синиб, кўндаланг силжиши натижасида ҳосил бўлган шакл бузилиши ва ўмров суягининг 1-1,5 см га калталаниши ўсиш жараёнида тўла йўқолиб кетади. Ҳаракатсизлантириш усули боланинг ёшига ва синиш турига боғлиқ бўлади. 8-10 ёшгача бўлган болаларда Дезо боғлами яхши натижалар беради. Ундан катта ёшдаги болаларда Дезо боғлами фақат силжмай синган ва бир оз бурчак остида силжиган «қўк новда»га ўхшаш синишларида қўйилади.

Қийшиқ ва кўндаланг, тўла силжиб синишларда, синган жойни 0,5-1% новокаин эритмаси билан оғриқсизлантирилиб, бир зумда ёпиқ репозиция қилинади. Бурчак остида силжишларда I бармоқлар билан бурчак учига босилиб, репозиция қилинади. Бунда қолган бармоқлар учларининг ажраб кетишини олдини олиш мақсадида ўмров суягининг қарама-қарши юзасига қўйилади.

Узунлиги бўйлаб силжиишларни иккала елкани орқа ва юқорига тортилиб йўқотилади. Бунда шикастланган томондаги курак ҳаракатсизлантирилган бўлиши керак. Эни бўйлаб силжишлар бармоқларни босилиб солинади. Синган суяк бўлақларини ушлаб қолиш учун жуда кўп мосламалар таклиф қилинган, лекин болаларда саккизсимон боғлам кенг тарқалган. Катта ёшдаги болаларда маҳкамроқ ҳаракатсизлантириш талаб қилинади. Елка орқага тортилиб, синган ўмров суяги ташқи бўлаги кўтарилишига Кузьмин шинаси ёки Кузьмин-Карпенконинг ҳасса-гипсли боғлами ёрдамида эришилади. Шинани бир оз қийшиқ қўйилади, бунда уни ҳасса охирида қўлтиққа қадалиши керак, пастки учи эса ёнбош соҳасига соғ елка устидан ўтказилган гипсли бинтлар билан маҳкамланади, кўндаланг йўналишдаги гипсли бинтлар билан тахтакач танага маҳкамланади.

Жарроҳлик даволаш фақат синган бўлақ учи терини тешиб чиққанда, қон томир-нерв тутами эзилиб қолганда, юмшоқ тўқималар интерпозициясида амалга оширилади.

Ҳаракатсизлантириш муддати одатда 7 ёшгача бўлган болаларда 10-14 кунни, 7-10 ёшда - 16-18 кунни, 10-14 ёшда — 3 ҳафтани ташкил этади.

Болаларда ўмров суяги синиғи яхши битади, лекин анатомик натижаси ҳар хил бўлиши мумкин. Бурчак остида шакл бузилиши ва периостал суяк қадоғи ўсиши кейинчалик деярли из қолдирмай йўқолиб кетади.

Янги туғилган чақалоқларда ўмров суягининг синиши. Кўпинча, патологик туғилиш билан боғлиқ бўлади. Одатда ўмров суяги ўртасидан синиб, тўла ёки қисман бўлиши мумкин.

Т а ш х и с. Синган жой кўрилганда бир оз шиш аниқланади. Бу юмшоқ тўқималарнинг шиши, суяк охирларининг силжиши ёки гематома натижасида бўлиши мумкин. Синган жой пайпасланганда чақалоқ безовталана бошлайди, лекин осойишта ҳолда ўзини тутиши билан соғ боладан фарқи бўлмайди. Ўмров суяги синиб силжиганда доимий белги бўлиб, суяк қисирлаши ҳисобланади. Кўли қимирлаганда крепитацияни сезиш учун бармоқларни синган жойга қўйиш кифоя.

Суяк усти пардаси остидан синишларда кўпинча ташхис туғруқдан 5-7 кундан кейин синган жойда кўзга кўринадиган катта қадоқ ҳосил бўлганда қўйилади.

Д а в о л а ш. Янги туғилган болада ўмров суяги синганда қўлтиғига пахта қўйилиб, 7 кунга қўлини танасига боғлаб қўйиш кифоя бўлади. Натижаси ҳар доим яхши бўлади.

Ўмров суяги акромиал қисмининг чиқиши. Болаларда танадан узоқлаштирилган қўлга йиқилганда содир бўлади. Бу чиқишлар жуда кам учрайди, лекин тўш қисмининг чиқишида кўпроқ кузатилади.

Т а ш х и с. Акромиал-ўмров бирикиш соҳасида шакл бузилиши, гематома, пайпаслаганда оғриқ аниқланади. Ўмров суяги акромиал учида «клавиш» белгиси мусбат. Рентгенография ташхисни аниқлашга имкон беради. Гумон қилинган ҳолларда беморнинг қўлларига юк бериб, турган ҳолатида иккала (солиштириш учун) елка усти соҳаси рентгенография қилинади. Акромиал учининг юқорига силжиш даражасига қараб чиқишига баҳо берилади.

Д а в о л а ш. 0,5-1% новокаин эритмаси билан оғриқсизлантирилиб солинади. Солишда елка камари кўтарилади ва бошқа қўл билан акромиал учига босилади. Янги чиқиш ва қисман чиқишларни солиш осон бўлади. Бунинг учун бармоқ билан ўмров суягининг чиққан учига босиш кифоя қилади. Қўлни танадан қочирган ҳолатда шина билан ҳаракатсизлантирилиб, акромиал учига босиб турувчи гипсли боғлам қўйилади. Ҳаракатсизлантириш муддати 3 ҳафта.

Ўмров суяги тўш қисмининг чиқиши. Шикастланиш механизми — елка камарининг кўндаланг йўналишда қисилиши. Болаларда тўш учининг фақат олдинга чиқиши учрайди.

Т а ш х и с. Тўш-ўмров бирикмаси соҳасида зинага ўхшаш шакл бузилиши, тери ости гематомаси, пайпаслаганда қаттиқ оғриқ аниқланади. Ўмров суягининг тўш учиди «клавиш» белгиси мусбат бўлади.

Д а в о л а ш. Маҳаллий оғриқсизлантририлиб чиқиш солинади. Елкалар максимал бир-биридан қочирилиб кўтарилади. Бармоқлар билан ўмров суягининг тўш учи пастга ва орқага силжитилади. Гипс Дезо боғлами билан ҳаракатсизлантририлиб, тўш учи босиб қўйилади. ҳаракатсизлантририш муддати 3 ҳафта.

20- б о б. КЎПЛАБ ШИКАСТЛАНИШ. ТАЯНЧ-ҲАРАКАТ ТИЗИМИНИНГ КЎПЛАБ ВА ҚЎШИЛИБ КЕЛГАН ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Кўплаб шикастланишнинг умумий масалалари

Организм тўқима ва аъзоларнинг механик шикастланиши якка тартибдаги (монотравма) ва кўплаб (политравма) турларига бўлинади. Якка тартибдаги ёки монотравма деганда битта аъзо ёки таянч-ҳаракат тизимидаги анатомик-функционал сегмент (суяк, бўғимлар) шикастланиши тушунилади. Ички аъзолар мисолида бу бир бўшлиқ доирасидаги шикастланишни, қон томири ва нерв толалари шикастланиши эса битта анатомик региондаги шикастланишни ўз ичига олади. Бу шикастланишлар ўз навбатида моно- ва полифокал кўринишда бўлади. Масалан, ингичка ичакнинг полифокал шикастланиши — бир неча жойида жароҳат борлиги, таянч-ҳаракат аппаратида — бир номдаги суякнинг бир неча жойидан синиши (икки, уч жойидан). Таянч-ҳаракат тизимининг қон томири ва нерв толалари билан биргаликдаги шикастланишларини асоратланган шйкастланиш деб қарамоқ керак. Бундай ҳолатларда ташхисни қуйидагича ифодаламоқ керак: «Ўнг сон суяги диафизининг ёпиқ синиб, сон артерияси жароҳатланиши билан асоратланиши».

Кўплаб шикастланиш (политравма) атамаси йиғма тушунча бўлиб, ўз ичиди қуйидаги шикастланиш турларини бирлаштиради: кўп сонли, қўшилиб келган ва омухта шикастланишлар.

К ў п с о н л и шикастланишларга бир бўшлиқда жойлашган икки ёки ундан кўп аъзо, таянч-ҳаракат тизимида бўлса, икки ёки ундан кўп анатомик функционал аъзоларнинг шикастланиши назарда тугилади, масалан, жигар ва ичак шикастланиши, сон ва билак суякларини синиши.

Қ ў ш и л и б к е л г а н шикастланишларга икки ёки ундан ортиқ бўшлиқда жойлашган ички аъзо ва таянч-ҳаракат тизимининг биргаликдаги шикастланиши киради, масалан, талоқ ва сийдик пуфаги шикастланиши, кўкрак қафаси аъзолари ва таянч-ҳаракат тизимининг шикастланиши, бош мия ва чаноқ шикастланиши ва ҳоказо.

О м у х т а шикастланишларга бир вақтнинг ўзида турли омиллар: механик, иссиқлик, радиация таъсирида шикастланишлар киради, масалан, сонъсуяги синиши ва қўйиш. Бир вақтнинг ўзида биргаликда турли шикастловчи омиллар таъсир қилиш вариантлари мавжуд.

Кўп сонли, қўшилиб келган ва омухта шикастланишлар организмнинг муҳим ҳаётий функцияларининг бузилиши муносабати билан клиникасининг оғирлиги, ташхис қўйишнинг қийинлиги, даволашнинг мураккаблиги, кўп ҳолларда оғир ноғиронлик ва ўлимга олиб келиш билан фарқланади. Бундай шикастланишлар кўп ҳолларда карахтлик, кўп қон йўқотиш, қон айланиши, нафас олишнинг бузилиши ва ўлим олди ҳолатларига сабаб бўлади. Бу тоифадаги хасталар шикастбандлик бўлимидаги беморларнинг 15-20% миқдорини ташкил қилади. Кўп сонли ва қўшилиб келган шикастланишларнинг оғирлигини ўлим кўрсаткичлари ҳам изоҳлаб туради. Яқка тартибдаги синишларда ўлим 2% бўлса, кўп сонли шикастланишларда 16%, қўшилиб келган шикастланишларда эса 50% ва ундан ортиқ бўлади (таянч-ҳаракат тизими билан қорин ва кўкракдаги қўшилиб келган шикастланишларда).

Кўплаб шикастланишларга қуйидаги хусусиятлар хос бўлади.

1. Шикастланишларда бир-бирини кучайтириш синдроми кузатилади. Масалан, қон кетиши карахтликнинг ривожланишига сабаб бўлиб, унинг оғир кўринишида бўлишига, шикастланиш кечишининг оғирлашиши ва прогнозининг қийинлашишига сабаб бўлади.

2. Қўшилиб келган шикастланишларни даволашда зиддиятли ҳолларга дуч келинади. Масалан, таянч-ҳаракат тизими шикастланишларида ёрдам беришда ва даволашда оғриқсизлантирувчи моддалар ишлатилади, таянч-ҳаракат тизими ва бош миyanинг қўшилиб келган шикастланишларида эса бу нарса мумкин эмас. Яна кўкрак қафаси ва елка суяги синишининг қўшилиб келган шикастланишида елка керувчи шинага ва торакобрахиал гипс боғлами қўйишга имкон бермайди.

3. Инсон ҳаётини хавфли чегарага олиб келувчи оғриқ асоратлари: кўп қон йўқотиш, карахтлик, токсемия, ўткир буйрак етишмовчилиги, ёғ эмболияси ва тромбоземболия кўпаяди.

4. Краниоабдоминал шикастланишларда клиник белгиларнинг хиралашуви кузатилади. Бу нарса қорин ва умуртқа поғонасининг қўшилиб келган шикастланишида ҳам кузатилади ва ташхис қўйишни қийинлаштириб, ички аъзолар шикастланишининг кечикиб аниқланишига олиб келади.

Кўплаб шикастланишларнинг кўп ҳолатлардаги сабаби бўлиб, йўллов, темир йўл ҳодисалари (тўқнашиб кетиш, йўловчини босиб кетиш) ва баландликдан йиқилиш ҳисобланади. Бундай шикастланишларнинг аксарият қисмини 20 дан 50 ёшгача бўлган шахслар ташкил қилади. Кўп сонли ва қўшма шикастланган беморларга ёрдам кўрсатиш ва даволашнинг қийинчилиги, бундай беморларнинг

аҳволини оғирлиги ва асосий шикастланишнинг ташхисини аниқлашнинг қийинлиги билан боғлиқ бўлади.

Кўплаб шикастланган беморни қабулхона врач қўрмагунча аравачага олиш ва якка ўзини қолдириш мумкин эмас, чунки тана аъзоларининг шикастланиши турли оғирлик даражасида бўлади. Шунинг учун касалхонада ҳозирги пайтда касалликнинг оғирлигига сабаб бўлган ва даволаниши керак бўлган аъзо аниқланиши керак. Бу нарсанинг даволаш услуби ва жарроҳлик муолажалари тартибини аниқлашда аҳамияти катта. Оғир қўшма шикастланишларда даволанишни шартли равишда 3 даврга бўлиш мумкин: 1) ҳаётга қайтариш; 2) даволаш; 3) реабилитация.

Даволаш жараёнида етакчи шикастланишга бўлган муносабат ўзгариши мумкин. Масалан, краниоабдоминал шикастланишда қорин шикастланиши етакчи шикастланиш ҳисобланади, шунинг учун асосий даволаш муолажалари ички қон кетишини тўхтатишга қаратилади. Ички қон кетиши тўхтатилиб, қоннинг миқдори тиклангандан сўнг даволаш акценти бош мия шикастланишига кўчади. Беморнинг ҳушсизлик ҳолати қўшма шикастланишларда асосан бош мия шикастланиши ҳисобига бўлади.

Қон айланиш тизимининг фаолияти бузилиши ўткир қон йўқотиш натижасидир ва бу таянч-ҳаракат тизимининг кўп сонли шикастланиши ёки кўкрак ва қориннинг қўшма шикастланишга боғлиқ бўлади. Нафас фаолиятининг кескин бузилиши одатда кўкрак қафаси шикастланиши билан боғлиқ бўлади (кўп сонли, дарчасимон ёки икки томонлама қовургалар синиши, гемоторакс, пневмоторакс).

Дастлабки текшириш ва кўриш пайтида сийдик ажратиб чиқариш функцияси аниқланади. Дастлабки кўришни тугатиб, етакчи шикастланиш аниқлангандан сўнг, кўп ҳолларда зудлик билан ҳаётга қайтариш ишларини амалга ошириш ва қаражликка қарши курашиш учун текширишни қисқа вақтга тўхтатишга тўғри келади. Бу пайтдаги қилинадиган ишлар мажмуасига ҳаётий кўрсатма билан қилинадиган жарроҳлик муолажалари ҳам киради.

Чуқурлаштирилган текшириш ишларига ҳаётга қайтариш ишлари билан биргаликда беморнинг аҳволи яхшилангандан сўнг киришилади. Ташхис кўйиш қийинчиликлари, кўплаб шикастланишларда, ёрдам кўрсатиш ва даволашда бир қанча қийинчиликлар туғдиради.

Шифохонада бўлган босқичда ёрдам кўрсатиш хусусиятлари

Шифохонагача бўлган босқичда бошланган даволаш ишлари шифохона шароитида давом эттирилади. Кўплаб шикастланиш билан бемор қабулхонага келганда қуйидагилар қилиниши керак:

1) изчилик ва тезкорлик билан беморни текшириш ва малакали ёрдам кўрсатиш;

2) боғламларни, шиналарни, жгутни тўғри қўйилганлигини текшириш ва аниқланган камчиликларни тўғрилаш.

Биринчи (жонлантириш) даври. Бу даврда зудлик билан карахликка қарши курашиш бошланади. Ҳаётга қайтариш бўлимида қуйидаги даволаш муолажалар мажмуаси амалга оширилиши керак: қон айланишини барқарорлаштириш, тўла-тўқис оғриқсизлантириш, мустаҳкам тахтакачлаш, кислород терапияси ўтказиш, шошилиш жарроҳлик муолажалари, организмнинг ҳамма ҳаётий кўрсаткичларини тартибга солиш. Шикастланган беморни кўришдан аввал тўла ечинтирмақ керак. Диққат-эътибор беморнинг умумий аҳволини баҳолашга, тери ва шиллиқ пардалар ранигга, қон томири уришига, жароҳатнинг, шилинган жой ва қон талаш жойларнинг қардалигига, беморни ҳолатига (мажбурий ҳолат, суст, фаол) аҳамият берилади ва булар шикастланишнинг ташхисига ёрдам беради. Кўкрак қафаси ва қорин соҳасини пайпаслаш ва эшитиб куриш йўли билан текширилади. Шикастланиш ташхисига жонлантириш бўлимида беморни жойидан жилдирмаган ҳолатда рентген тасвирига тушириш йўли билан аниқлик киритилади.

Агар нафас олиш қийинлашган бўлса, оғиз бўшлиғини текшириб, шилимшиқ, қон, қайт қилинган нарсалар, тиш протезлари олиб ташланиб, орқага тортилиб кетаётган тил фиксация қилинади. Кўкрак қафаси кўрилганда унинг нафас олиш фаолиятидаги ҳаракатланиши, эзилган ёки бўртиб қолган жойлар, жароҳатнинг ҳавони тортиб олиши, бўйин вена қон томирларининг кенгайиши аниқланади. Аускультация пайтида юрак тонлари бўғилишининг кучайиши шифокорнинг юрак тампонадаси ташхиси тўғрисида ўйлашига сабаб бўлади, айниқса бу кўкрак қафаси соҳасидаги жароҳат юрак проекциясига тўғри келса, яна ҳам равшан бўлади. Агар гемопневмоторакс ташхиси қўйилса, плевра бўшлиғидаги қон ва ҳаво шприц билан сўриб ташланиб, резина дренаж ўрнатиш керак. Бу нафас етишмовчилигига барҳам бериб, текширишни тугатишга имкон беради. Агар қўшма шикастланган беморда юрак жароҳати ёки катта қон томири шикастланиши, ўпканинг жароҳати, кучаювчи пневмоторакс, очиқ пневмоторакс бўлиб, беморларнинг умумий аҳволини оғирлаштира, бошқа жойларда шикастланиш бўлишидан қатъи назар, шошилиш жарроҳлик муолажасини бошлаш зарур. Қорин соҳасининг ёпиқ шикастланишларида лапароцентез ва лапароскопия қилиш керак.

Иккинчи (даволаш) даври. Кўплаб шикастланишларда бош муаммо бўлиб, жарроҳлик муолажасининг керакли вақтини ва ҳажмини аниқлашдан иборат бўлади. Жарроҳлик муолажасининг ҳажми ва амалга ошириш вақтини шошилишчилигига қараб беморлар тўрт гуруҳга бўлинади.

Биринчи гуруҳга шошилиш ёрдам зудлик билан амалга оширилмаса, шикастланиш тезда ўлимга сабаб бўлиши мумкин бўлган беморлар киради. Бунга паренхиматоз аъзолар (жигар, талок) ёрилган, кузатиладиган кўп қон кетиши, юрак тампонадаси, ўпканинг катта

жароҳатлари, қовурғаларнинг икки жойидан «дарчасимон» ёки «қопқоқли» синиши ва ҳоказолар киради. Одатда бундай шикастланганлар оғир ҳолатда, терминал қон босими ҳаёт-мамонт чегарасидан паст кўрсаткичда касалхонага келадилар. Ташқи қон оқими давом этаётган бўлса, қисқич ва жгут ёрдамида тўхтатилади. Қўл-оёқ суякларидида синиқ аниқланса тахтакачлар қўйилади.

И к и н ч и г у р у ҳ г а тўхтовсиз қон кетиши йўқ, нафаси чуқур бузилмаган, қорин бўшлиғи аъзолари шикастланган, қопқоқли пневмоторакс, калла қутиси ичи гематомалари бор, қўл-оёқ суяклари ёпиқ оғир шикастланган беморлар киради. Жарроҳлик одатда дастлабки соатларда амалга оширилади. Суяк синишларида, қовурғалар синганда маҳаллий новокаинли оғриқсизлантиришни амалга ошириб, гипс боғлами қўйиш ва скелет тортма ўрнатиш амалга оширилади.

У ч и н ч и г у р у ҳ г а асосан таянч-ҳаракат тизими шикастланган беморлар кириб, бунда кўп миқдордаги қон йўқотиш йўқдир. Жарроҳлик муолажалари фақат шикастланганларни карахтликдан чиқарилгандан сўнг амалга оширилади. Жарроҳлик муолажалари очиқ синишларда ишлов беришдан, тўқималар эзилиб, ҳаётийлигини йўқотган ҳолатларда ампутацияни амалга оширишдан иборат бўлади.

Т ў р т и н ч и г у р у ҳ г а тананинг бир неча жойида суяк синиши кузатилган, карахтлик билан асоратланган беморлар киради. Буларда шикастланишларда жароҳатга жарроҳлик ишлови амалга оширилади, даволаш шиналаш қилинади. Қон томир ва нерв толалари эзилиш хавфи мавжуд бўлса, суяк парчаларининг терини тешиб кириши қутилса, остеосинтез амалга оширилади. Кўрсатма бўлса, иложи борича хавфсиз остеосинтез усуллари, компрессия-дистракция мосламалари ёрдамида амалга оширилади.

Кўп сонли шикастланишлар даволаш тактикасини аниқлашда нафақат анатомия ва функциянинг тикланишини, яна беморларни парвариш қилишни осонлаштириш ҳамда иложи борича эрта фаоллаштириш йўлини танлаш керак. Кўп сонли синишлар билан шикастланган беморларнинг 40% - консерватив даволаш турлари: скелет тортма, гипсли боғлам билан даволанадилар.

Компрессия ва дистракция қилувчи мосламалар билан остеосинтез қилиш, беморларни эрта ҳаракатлантириш ва фаоллаштириш имконини беради. Иккита қўшни сегментда шикастланиш содир бўлганда турғун остеосинтезнинг омухта усули қўлланилади. Масалан, сон ва катта болдир суяклари синиши кузатилганда сон суяги интрамедулляр остеосинтез қилиниб, болдир соҳасига Илизаров мосламаси қўйилади.

Учинчи (реабилитация) даври. Бу давр даволаш иммобилизацияси тўхтатилгандан сўнг бошланиб, даволаш жисмоний тарбияси, физиотерапия, санаторий-курорт даволаш муолажалари ва сузиш ёрдамида бўғимлардаги ҳаракатни тиклашдан иборат бўлади. Бундан ташқари, эътиборни кўплаб шикастланиш асоратларини даволашга қаратилади.

ШИКАСТЛАНИШ КАРАХТЛИГИ

Шикастланиш карахтлиги — оғир шикастланишларнинг ҳаёт учун хавfli асорати бўлиб, бунда аввал муҳим тизим ва аъзоларнинг бошқарилиши бузилиб, кейин кескин ёмонлашади. Натижада қон айланишининг бузилиши, микроциркуляциянинг бузилиши ва булар оқибатида тўқималар ва аъзолар гипоксияси келиб чиқади.

Турли табиатли шикастланишлар, уларнинг жойига қараб касалхонага жойлаштирилган беморларда карахтлик 2,5% ни ташкил қилади. Қорин, чаноқ, кўкрак, умуртқа поғонаси, сон шикастланишларида карахтлик кўпроқ кузатилади.

Карахтликнинг келиб чиқиши ва кучайишида қуйидаги сабаблар катта аҳамиятга эга бўлади: кўп қон йўқотиш, руҳий ҳолат, совуқ олиш, иссиқ уриши, очлик.

Карахтликнинг кечишида икки давр фарқланади: эректил ва торпид даврлари.

Эректил даврида бемор ҳушида бўлади, юзи оқарган, нигоқи нотинч, ҳаракати ва нутқида бетартиблик кузатилади. Оғриқдан шикоят қилади, бақиради, паришонхотирлик ҳолати ва ўз ҳолатини оғирлигига ҳисобот бера олмаслик кузатилади. Бемор ётган жойидан туришга ҳаракат қилади, қаттиқ қаршилик қилиши ҳисобига уни ушлаб туриш қийин бўлади. Мушаклари таранглашган бўлади. Нафаси тезлашган ва нотекис. Қон томири уриши кучланиши катта, артерия қон босими вақти-вақти билан кўтарилиб туради ва бу ҳолат қонга адреналиннинг кўп чиқиши билан боғлиқ бўлади. Кузатишларга қараганда эректил фаза қанча кескин кўринишда бўлса, торпид фаза кечиши шунча оғир бўлади ва натижада ёмон бўлади.

Карахтликнинг торпид даври клиникаси шикастланган бемор руҳий ҳолати тушкунлиги, атроф-муҳитга бепарқлиги, ҳушини сақланиб қолганлиги ва оғриққа жавоб реакциясининг кескин пасайиши билан намоён бўлади. Артерия ва вена қон босими пасайиши кузатилади.

Карахтлик ҳолатининг оғирлик даражасини аниқловчи ва ташхис қўйишдаги асосий клиник белги гемодинамик кўрсаткичлар бўлиб, уларга: артерия қон босими, қон томир уриши тезлиги ва кучланиши, нафас олиш ва қон томирларида айланаётган қон ҳажмидир.

Карахтликнинг торпид фазаси белгиларининг оғирлиги ва кескинлигига қараб шартли равишда 4 даражага бўлинади. I, II, III, IV (терминал ҳолат). Бу турланиш даволаш тактикаси танлаш ва натижаси учун керак бўлади.

Карахтликнинг I даражаси (енгил). Умумий ҳолати қониқарли, ҳушда. Кўз қорачиғини ёруғликка жавоби яхши. Артерия босими 100

мм сим. уст. атрофида бўлади. Қон томирлар уриши минутига 100 тагача бўлиб, ритмли, яхши ва тўлиқлиги қониқарли бўлади. Қон томирларида айланиб юрган қон ҳажми 30% га камаяди. Нафас олиш текис. Минутига 20-22 та бўлади. Натижаси яхши.

Қарахтлиқнинг II даражаси (ўртача оғирликда). ҳуши сақланган, кўз қорачиқларининг ёруғликка жавоб реакцияси суст. Артерия қон босими юқори кўрсаткичи 80-90 мм сим. уст., паст кўрсаткичи 50-60 мм сим. уст. бўлади. Қон томирларида айланаётган қон ҳажми 35% гача камаяди. Нафас олиш тезлашиб, юзаки бўлади. Қониқарли ва қониқарсиз ҳолат бўлиши бир хил имкониятга эга бўлади. Шикастланган бемор ҳаётини сақлаб қолишга, фақат тезлик билан етарли даволаш муолажалари комплекси амалга оширилганда имконият бўлади.

Қарахтлиқнинг III даражаси (оғир). Умумий ҳолати оғир. Артерия қон босими юқори кўрсаткичи 75 мм сим. уст.дан паст бўлади. Қон томири уриши тезлашиб минутига 130 тадан ортиқ бўлади. Қийин саналади. Қон томирларда айланаётган қон ҳажми 45%, хатто бундан кўпга камаяди. Нафас олиш кескин тезлашган ва юзаки бўлади. Агар ёрдамчи кечиккан бўлса, даволаш қанча кучли бўлишига қарамай бефойда.

Қарахтлиқнинг IV даражаси. Терминал ҳолат организм муҳим ҳаётгий вазифаларининг кескин сустлашиши ва клиник ўлимга ўтиш билан белгиланади. Қарахтлиқнинг оғирлик даражасини қарахтлиқ индекси билан аниқлаш имкони бор. Шу тушунча (қарахтлиқ индекси) қон томири уриши тезлигининг, систолик босимга нисбати билан белгиланади. Агар индекс бирдан кам бўлса, яъни қон томири уриши кўрсаткичи, юқори қон босими кўрсаткичидан паст бўлса (масалан, қон томири уриши минутига 80 та, юқори артерия босими эса 100 мм сим.уст. бўлса), қарахтлиқнинг енгил даражаси бўлиб, бемор ҳолати қониқарли, натижаси яхши бўлади. Қарахтлиқ индекси бирга тенг бўлса (масалан, қон томири уриши минутига 100 та, юқори артерия қон босими 100 мм сим. уст. бўлса), ўртача оғирликдаги қарахтлиқ бўлади. Қарахтлиқ индекси бирдан ортиқ бўлса (масалан, қон томири уриши минутига 120, артерия қон босими юқори кўрсаткичи 70 мм сим. уст. бўлса), оғир қарахтлиқ бўлиб, натижаси хавфли бўлади. Систола босими – агар пасайиш тенденциясида реал пасайиш, ўртача ёш кўрсаткичини ҳисобга олган ҳолатда эътиборга олинса, ишончли ташхисий ва прогноз кўрсаткичи ҳисобланади. Диастола босими қарахтлиқда худди систола босимига ўхшаб маълум хавфли чегарага эга бўлиб, у 30-40 мм симоб устунидир. Агар у 30 мм сим. уст.дан паст бўлиб, қарахтлиқка қарши ўтказилган муолажалардан сўнг ҳам кўтарилмаса, натижаси хавфли ҳисобланади.

Қон айланишининг энг қулай кўрсаткичи, периферик қон томирларидаги томир уришининг тезлиги ва тўлиқлиги ҳисобланади.

Санаб ўтилган прогноз тестларидан ташқари, қарахтлиқдан чиқиб ёки чиқмасликни аниқловчи биологик синама таклиф қилинади,

бунинг учун вена ичига 40 мл 40% глюкоза, 2-3 ТБ инсулин, витаминлар (В₁ - 6%, В₆ - 5%, РР - 1% - 1мл дан, С - 1% - 5мл) ва 2 мг кордиамин эритмалари юборилади ва шундан сўнг артерия босимининг ошиши, қарахтлик индексининг пасайиши, томир уришининг секинлашиши ва тўлиши кузатилмаса, натижаси хавфли ҳисобланади. Қарахтликда ташхис қўйишда ва прогноз қилишда вена босимини аниқлашнинг аҳамияти йўқ.

Д а в о л а ш. Қарахтлик ҳолатидаги беморларни қуруқ ва иссиқ (22-24°C) хонага жойлаштириш тавсия қилинади. Қарши кўрсатма бўлмаса, ширин иссиқ суюқлик ичирилади. Беморни қиздириш (иситнич билан) узоқ вақт совуқда қолиб кетганида ишлатилади (музлашда). Шикастланиш қарахтлигини комплекс даволашда, биринчи навбатда, бажариладиган иш оғриқ импульсларини камайтириш ва йўқотиш бўлади. Осойишталик ва наркотик аналгетикалар: промедол, пантопон, морфин (вена ичига) бериш оғриқни камайтиради. Аммо систолик босим 70 мм сим. уст.дан паст бўлса, нафас бузилишларида, бош мия шикастланишларида наркотик аналгетикларни бериш мумкин эмас. Оғриқни қолдириш учун ҳар хил новокаинли блокадалардан кенг қўламда фойдаланиш керак. Буларга ўлим олди ҳолати, ўлаётган пайти, клиник ўлим қарши кўрсатма ҳисобланади.

Қарахтликда унинг оғирлик даражасига қараб қон қўйиш артерия томири орқали амалга оширилади. Қон томчилаб ёки оқизиб қўйилиши мумкин: I даражали қарахтликда – 500 мл гача, II-III даражалида – 1000 мл, IV даражалида – 1500-2000 мл қўйилади. Қўйилган қон миқдори, йўқотилган қон миқдорига монанд бўлиши керак, яъни тўла қопланиши керак.

Кўп қон йўқотиш билан боғлиқ бўлган қарахтликда (қорин, чаноқ шикастланишларида) қон қўйиш бир вақтнинг ўзида 2 та вена орқали қўйиш (1 минутда 100 мл қон) тавсия қилинади. Қон айланиши кўрсаткичлари яхшилангандан сўнг қон қўйиш тезлиги пасайтирилади ва томчилаб қўйишга (минутига 30-60 томчи) ўтилади. Агар кўп миқдорда қон қўйиш амалга оширилса, қон цитратлар билан ишлаган бўлса, қўйилган қонни ҳар 200-400 мл ҳисобиға 10%-5 мл калций хлор эритмасини венага юбориш тавсия қилинади (миокард стимуляцияси учун).

Қарахтликда қон билан биргаликда плазма, зардоб ва қон ўрнини босувчи суюқликлар оқизиб ҳамда томчилаб қўйилади. Консервация қилинган қон билан узвий равишда плазма ўрнини босувчи қўйидаги суюқликларни қўйиш мақсадга мувофиқ бўлади: реополиглюкин, полиглюкин ва тузли эритмалар. Бунда қон бошқа суюқликларнинг 30-80% ни ташкил қилади.

Гемодинамика бузилишини меъёрига солиш мақсадида гипотония ҳолатида вена ичига томир торайтирувчи моддалар (норадреналин, мезатон) бериш тавсия қилинади, лекин уларни қон ўрнини етарлича

қопламасидан аввал бериш мумкин эмас. Юрак фаолиятини яхшиловчи ва тонусни оширувчи моддалардан (норадргналин ва мезатондан ташқари) эфедрин, кофеин, кордиамин, строфантин, корглюқон эритмаларини бериш тавсия қилинади. Карахтликни даволаш мажмуасига сувда эрувчи витаминлардан — С₁, В₁, В₆, РР ва глюкоза бериш ҳам киради. Шу ўринда антигистамин дорилардан (пипольфен, димедрол, сибазол) бериш мақсадга мувофиқдир. Улар яна тинчлантирувчи таъсирга эга бўлиб, юқори даражада симптоматик ва десенсибилизация қилувчи таъсирга эгадир.

Карахтликда ва терминал ҳолатларда моддалар алмашувининг бузилиши кучайиб бориши ацидозга олиб келади ва бу даволаш комплексига организмни ишқорлаштиришни амалга ошириш мақсадида 3-5% ли 200-300 мл натрий бикарбанат эритмаси қуйиш тавсия этилади.

Оғир карахтликда ва терминал ҳолатларда кортикостероидлар билан гормонотерапия тавсия қилинади. Терминал ҳолатларда қуйидаги муолажалар амалга оширилиши керак: сунъий нафас олдириш, дефибрилляция, юракни ёпиқ уқалаш, артерия томири орқали қон қуйиш. Дастлабки тиббий ёрдам кўрсатиш пайтида юракни уқалаш ёпиқ (билвосита) усулда амалга оширилади.

Малакали ва ихтисослашган ёрдам кўрсатиш пайтида 3-5 дақиқали юракни уқалаш ёрдам бермаса, очиқ (бевосита) усулига ўтилади.

Карахтлик ҳолатидаги шикастланганларни жилдириб бўлмайди.

Жарроҳлик муолажаларини карахтликдан чиқарилгандан сўнг ва гемодинамик кўрсаткичлар яхшилангандан сўнг амалга ошириш керак. Лекин давом этаётган ички қон кетишида қўл ва оёққа жгут қўйилган бўлса ва асфиксия ҳолатида жарроҳлик муолажаларига зудлик билан киришилади ва бир вақтни ўзида карахтликка қарши кураш олиб борилади.

ТРОМБОЭМБОЛИЯ

Ўпка артерияси тромбоэмболиясидан ўлим 10-20% ни ташкил қилади. Тромбоэмболиянинг асосий сабабчиси чаноқ ва оёқ веналари тромбози ҳисобланади. Тромбоэмболия асорати оёқ веналари тромбофлебити ва сурункали вена етишмовчилигидан ҳам келиб чиқади ёки операциядан сўнг дастлабки 2 ҳафта ичида пайдо бўлади.

Т а ш х и с. Ўпка артерияси тромбоэмболияси (ЎАТЭ) ривожланиши ва клиник кечишининг 2 тури маълум:

1) қисқа муддатда ўлимга олиб келувчи, йирик тромб билан эмболия бўладиган ўта тез кечадиган тури.

2) ўпка артериясининг аста-секин ривожланувчи тромбози.

Ўпка артериясининг тромбози шикастлангандан ёки операциядан сўнг биринчи 2 ҳафталарда пайдо бўлади. Ўпка инфаркти ҳодисалари тахминан 10% ни ташкил қилади.

Ўпка артерияси тромбоемболиясининг клиник белгилари етарлича аниқ бўлади. Дастлабки белги бу кўкрак қафасининг қайсидир ярмида, баъзан эса тўш орти соҳасида кўрқишдан пайдо бўлувчи ва санчиқсимон оғриқ бўлиб, ҳаво етишмовчилиги, кўрқиш, бош айланиши, кўнгил айниши каби белгилар билан биргаликда кечади. Бир неча соатдан сўнг тана ҳарорати кўтарилади. Артерия қон босими пасаяди, томир уриши тезлашади, ҳансираш пайдо бўлиб, лаблар кўкаради, акроцианоз, яноқлар қизариши ёки кескин оқариб кетиши кузатилади.

Аускультацияда кўкрак қафасининг асоратланган томонида нафаснинг секинлашгани, бир неча соатдан сўнг эса плевранинг ишқаланиш шовқини эшитилади. Ўпка инфаркти зотилжам тараққий қилганда баъзан плевра бўшлиғида геморрагик суюқлик тўпланиб, бир неча кундан сўнг ҳўл хириллашлар пайдо бўлади. Қон тупуриш 3-7 кунлари пайдо бўлади. Аускультацияда ўпка артерияси устида II тон акценти пайдо бўлганлигига эътибор бериш керак. ЭКГ ёзувида юрак ўнг қоринчаси фаолияти оғирлашганлиги, миокард гипоксияси ритмининг бузилиши тахикардия ва пароксизмал тахикардия сифатида бўлади. ЭКГ ўзгаришлари инфаркт миокардидаги ўзгаришлар каби бўлиши мумкин (миокард гипоксияси, аритмия). Ўпка артерияси тромбоемболиясида рентген тасвири зотилжамсимон кўланка бериб, ўпка қон томирлари тасвири хиралашади, ўпка илдизи худди «бурдалангандек» бўлади, ўпка илдизининг кенгайганлигини касалланган томонда диафрагманинг кўтарилганлиги, ўпканинг пастки қисмларида плевранинг конуссимон қалинлашганлиги аниқланади. Коагулограммада гиперкоагуляция томонга ўзгарганлиги кузатилади. Қоннинг ивиш вақтини аниқлаш яхши маълумот берувчи тест ҳисобланиб, у қисқарган бўлади. Протромбин индекси 100% ва ундан ортиқ бўлади.

Профилактикаси. Флеботромбознинг олдини олиш, шу билан ўпка артериясининг тромбозига йўл қўймаслик учун шикастланишдан сўнгги дастлабки кунлардаёқ дегидратация таъсирига эга бўлган дори-дармонлар бериш ва билвосита таъсир қилувчи антикоагулянтлар бериш керак, шунингдек, соғлом оёқни эластик бинт балан боғлаш, даволовчи бадантарбия тавсия қилинади.

Даволаш. Ўпка артерияси тромбоемболиясини даволаш комплекс бўлиши керак: бевосита ва билвосита таъсирли антикоагулянтларни, дегидратация қилувчиларни, қон томирларни кенгайтирувчи, юрак фаолиятини яхшиловчи ва антигистамин препаратлари берилади. Даволаш вена ичига томчилаб, 100 000 бирлик гепарин ва 100 000 бирлик фибринолизин (ёки стрептаза) 6 соат давомида беришдан бошланади. Қон ивувчанлиги 20 минутгача ушлаб турилади. Кейин гепарин ҳар 4 соатда 5000 бирликдан вена ичига юборилади. 2 кундан сўнг гепарин дозаси 2000 бирлик (4 март 500 бирлик) гача, сўнгра 1000 бирлик (4 марта 250 бирлик) гача камайтирилади. Қоннинг ивиш тизими барқарорлашгандан сўнг 6 кун, кейин бевосита таъсир

қилувчи антикоагулянт фенилин (0,03 г 3 маҳал) тавсия қилинади. Қоннинг қуюқлигини камайтириш ва микроциркуляцияни яхшилаш мақсадида кун давомида томчилаб 800 мл реополиглюкин билан 1% РР витамини, 5% С витамини берилади. Вена ичига яна 0,5%-200 мл новокаин ва 5% глюкоза эритмаси берилади. Спазмолитик дорилардан 2%-2мл но-шпа ва 1 мл компламин вена ичига берилади.

Ўпка артерияси тромбоемболияси ташхисини аниқлашда ангиопульмонография усули устувор ҳисобланади. Бу усул хавфдан ҳоли эмас, лекин ангиография пайтида тромбоемболия топилса, катетер орқали ўпка артерияси керакли шохи орқали стрептаза ёки фибринолизин юборилиб, даволанишни гепарин билан давом эттириш мумкин.

Рентген остидаги кузатиш орқали махсус рентгеноконтраст катетер ёрдамида тромб реканализация қилингандан сўнг, шу катетер орқали тромбни лизисга учратувчи қуйидаги моддалар берилади: 250 000 бирлик стрептаза 15-20 дақиқа давомида, кейин 1 000 000 бирлик стрептаза вена орқали томчилаб, 6-7 соат давомида. Сўнгра гепарин бериш давом эттирилади. Гепарин бир кеча-кундуз давомидаги дозаси 60 000-80 000 бирликни ташкил қилади, аста-секин 6-7 кун давомида 10 000 бирлик миқдоргача камайтирилади, ундан сўнг билвосита таъсир қиладиган антикоагулянтлар берилади.

ЁҒ ЭМБОЛИЯСИ

Шикастланишларда дастлабки пайтларда кузатиладиган оғир асоратлар қаторига ёғ эмболияси киради. Шикастланишларда ёғ эмболияси 3-6% учрайди. Кўплаб шикастланишларда эса 27,8% гача кузатилади. «Қарахтлиқ» ташхиси билан ўлган беморларда шикастланиш оғирлиги билан боғлиқ ҳолда ёғ эмболияси 44% га етади. Ёғ эмболияси кўпроқ 20-30 ёшларда (болдир суяги синишида) ва 60-70 ёшларда (сон суяги бўйинчаси синишида) учрайди.

Ёғ эмболиясининг механик назариясига асосан механик куч таъсиридан сўнг суяк илигининг ёғ дончалари ажралиб эмбол сифатида лимфа ва вена томирлари орқали тарқалиб ўпка капиллярларига боради. Ёғ томчиларининг кичиклиги ва эластиклиги туфайли капилляр томирлари орқали ўтиши, катта қон айланиш доирасига тушиб тарқалиши ва ёғ эмболиясининг мия формаси келиб чиқиши мумкин. Шундай қилиб, ёғ эмболиясининг ўпка, мия ва иккаласи бирга келган (генерализациялашган) турлари фарқланади.

К л и н и к а. Ёғ эмболияси ўзига кам специфик белгилар билан кечадики, булар фақат уни гумон қилишга имкон беради. Патогенетик белгилар петехиал тошмалар ва майда қон қуйилишларидан иборат бўлиб, улар кўкрак қафасида, қоринда, қўлнинг ички юзасида, кўзнинг оқ пардасида ва шиллиқ қаватларда, оғизда ва сийдикда

ёғнинг пайдо бўлишидир. Лекин сўнгги белги 2-3 кунларда пайдо бўлади. Шунинг учун сийдикда ёғнинг йўқлиги ёғ эмболияси ташхисини инкор қилишга асос бўла олмайди. Кўп ҳолларда унинг дастлабки белгиси ўпка геморрагияси натижасида гемоглобин миқдорининг пасайиб кетиши ҳисобланади. ЭКГ ўзгаришлари миокард ишемияси ва юрак ўнг қоринчасини толиқишини кўрсатади.

Ёғ эмболияси ўпка шаклига нафас олишнинг оғирлашиши ва артерия қон босимининг пастлашиши характерлидир. Ўпка артерияси катта тармоқли эмбол билан беркилиши ўтқир нафас етишмовчилигига олиб келади ва бу кўп ҳолларда ўлим билан тугайди. Ёғ эмболиясининг респиратор формасида мия функцияси бузилишларини инкор қилмайди (хуш йўқотилиши, қалтирашлар).

Ёғ эмболиясининг мия шакли эмболнинг катта қон айланиши доираси орқали миграциясида содир бўлади. Бу шаклдаги эмболияга қуйидаги белгилар хосдир: бош айланиши, бош оғриғи, хушни қоронғилашиши ёки йўқотилиши, умумий бўшашишлик, қайт қилиш, тоник қалтирашлар, баъзида фалажликлар бўлиши (шикастланишдан сўнг шу белгилар пайдо булгунча маълум вақт ўтиши ташхис қўйишда катта аҳамиятга эга).

Д а в о л а ш. Турли усуллар қўлланилиб, улар карахтликка қарши муолажалардан, қоннинг ивувчанлигини камайтирувчи воситалар, қатъий ўринда ётиш режими, протеаз ингибиторлардан трасилол, контрикал қўллаш, эпсилон-аминокапрон кислотаси, реополюглокин, гемодез, гидрокортизон, эуфиллин, кокарбок-силаза, кордиамин, строфантин препаратларини I ҳафтагача даволашда қўлланилади. Вена ичига туз-глюкоза эритмаларидан ва декстран эритмаларидан беришдан иборат бўлади, антигистамин препаратлари бериледи. Ёғ эмболиясининг респиратор шаклида кислород ингаляцияси ва қонни чиқариш (300-400 мл) тавсия қилинади. Кўп миқдорда венага қон ва қон ўрнини босувчи суюқликларни қуйиш мумкин эмас. Чунки улар артерия қон босимини ошириб, эмболларни ўпка артерияларига миграция қилиб, катта қон айланиш доирасига тушиб ёғ эмболиясининг мия шаклини келтириб чиқариши мумкин. Эмболиянинг олдини олишга қаратилган муолажаларни аҳамияти катта бўлиб, улар беморга тинчлик яратишдан, жилдиришни чеклашдан ва карахтликка қарши курашдан иборат бўлади. Жарроҳлик муолажалари пайтида суякларда, айниқса, иликни олиш билан боғлиқ муолажаларда эҳтиётлик билан ишлаб, ёғ томчиларининг жароҳатга тушмаслигини таъминлаш керак, бунинг учун суякни дока қурит-кичлар билан ўраш керак.

П р о ф и л а к т и к а с и. Ёғ эмболиясининг олдини олиш чораларига синган жойни яхши иммобилизация қилиш, оғриқни қолдириш чоралари киради. Катта гематома ҳосил бўлган ёпиқ синишларда пункция қилиб, қон ва ёғни олиб ташлаш тавсия қилинади.

«Остеомиелит» атамаси суяк компакт қисми, қобиғи, илиги ва атрофидаги юмшоқ тўқималарнинг яллиғланишини ўз ичига олади. Яллиғланишнинг ривожланиши асосан иликка патоген микроблар (кўп ҳолларда тилла ранг стафилококк) тушиб ривожланиши билан боғлиқ бўлади. Микробларнинг суяк тўқимасига инвазияси очиқ синишларда, ўқ отувчи қуроллардан жароҳатланиб синишларда ёки суяклардаги операцияларда содир бўлиб, кейинчалик шикастланишдан ва операциядан кейинги остеомиелит ривожига сабаб бўлади.

Шикастланишларнинг кўпайиши очиқ ва ёпиқ синишлардан сўнг ривожланувчи остеомиелитларнинг кучайишига сабаб булмоқда. Гематоген, ўқ отувчи қуролдан шикастланишдан кейин ривожланувчи, шикастлангандан, операциядан кейинги остеомиелитлар фарқланади.

Шикастланишлардан кейинги остеомиелит суякнинг очиқ синиши ва суяклардаги жарроҳлик муолажаларидан кейинги оғир асорат бўлиб ҳисобланади. Узун найсимон суяклар очиқ синишидан кейин остеомиелит билан асоратланиш 15% дан 50% гача бўлса, операциядан кейинги остеомиелит 3% ни ташкил қилади.

Суякларнинг очиқ синишидаги юмшоқ тўқималар йиринглаши ва остеомиелитга ўтиши қуйидаги ҳолатларда кучаяди: агар жароҳатга жарроҳлик ишлови кенг берилса ва радикал амалга оширилмаган бўлса ҳамда жароҳатда дренаж найчаси қолдирилмай тўла тикиб ташланса. Режали «тоза» операциялардан сўнг ривожланувчи остеомиелитга сабаб жарроҳлик муолажаси пайтида микробдан ифлосланишдир.

Шикастланишдан кейинги остеомиелитда суяк тўқимасининг яллиғланиши баъзи ҳолларда синиш жойида чегараланиб, чекка остеомиелити сифатида кечади. Суякнинг майдаланиб синишларида ва суяк нўқсонларида йиринглаш одатда тўқималардан бошланиб, суяк тўқимасига тарқалади, юмшоқ тўқималарда чуқур йирингли яралар пайдо бўлиб, улар суякнинг илик каналига тарқалади (суяк парчалари), агар интрамедулляр остеосинтез қилинган бўлса, остеомиелит тарқалган кўринишда бўлади. Операциядан кейинги остеомиелит жарроҳлик муолажаси қилинган жойда жойлашган бўлиб, кейин суяк илик канали орқали тарқалади.

Шикастланишдан ва операциядан кейинги остеомиелит кўп ҳолларда сурункали кечади: тана ҳарорати кўтарилади, лейкоцитоз ошади. Жароҳатга дренаж қўйилгандан сўнг ҳарорат пасаяди, яллиғланиш жараёни чегараланади, оқма яра шаклланади. Бунда оқма яралар битишга мойил бўлмайди. Шикастланиш ва операциядан кейинги остеомиелитнинг ўтқир кечишида кучли оғриқ хуружи, юмшоқ тўқималар шиши, юқори ҳарорат, лейкоцитоз чап томонга нейтрофилли сурилиши билан, эритроцитларнинг чўкиш реакциясининг тезлашиши кузатилади. Кейинчалик рентгенограммаларда суяк синган жойда ва металл ўзаклар

атрофида остеопороз, синган суяк чеккаларида доғлар, деструкция ва секвестрация кузатилади.

Шикастланиш ва операциядан кейинги остеомиелит якуни сохта бўғимлар, суяк нуқсонлари, сурункали остеомиелитнинг авж олиши билан боғлиқ бўлган узоқ битмайдиган оқма яралардир. Суяк синган жойда суяк парчалари ҳаракатланиб туриши инфекциянинг тарқалишига сабаб бўлиб, суяк битишига халақит беради.

Д а в о л а ш. Шикастланиш ва операциядан кейинги остеомиелитни даволашда жарроҳлик усули асосий ҳисобланади. Қўшимча усулларга иммобилизация қилиш, антибиотикларни артерия орқали регионал перфузия усулида бериш киради. Антибиотикотерапияни микробларнинг сезувчанлигини ҳисобга олган ҳолда бериш даркор. Физиотерапия (УВЧ) кенг қўламда ишлатилади.

Операциядан кейинги остеомиелитда теридаги чокларни олиб ташлаш зарур, йиринглаган ўчоқларни очиш, йиринг ва жароҳат детритларини ташқарига эркин чиқишини таъминлаш, йирингли ўчоқларни антибиотиклар ёки нитрофуран препаратлари билан ювиш керак.

Металл конструкцияларни олиб ташлаш масаласи турлича хил қилинади: йирингли жараён илик канали бўйича тарқалган бўлса, уни олиб ташлаш даркор, агар йирингли жараён чегараланган бўлса, қўшимча Илизаров, Калнберз, Гудушаури ва бошқа мосламаларни ишлатиш мақсадга мувофиқ бўлади.

ОРТОПЕДИЯ

1 - б о б. СКЕЛЕТНИНГ СИСТЕМАЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Таянч-ҳаракат аппаратининг ирсий систем касалликлари полиморфизми билан фарқланади. У нафақат клиник-рентгенологик тавсифда, балки шунинг билан бирга касаллик вужудга келишининг турлича вақтида, яққол кўриниши тарзида намоён бўлади.

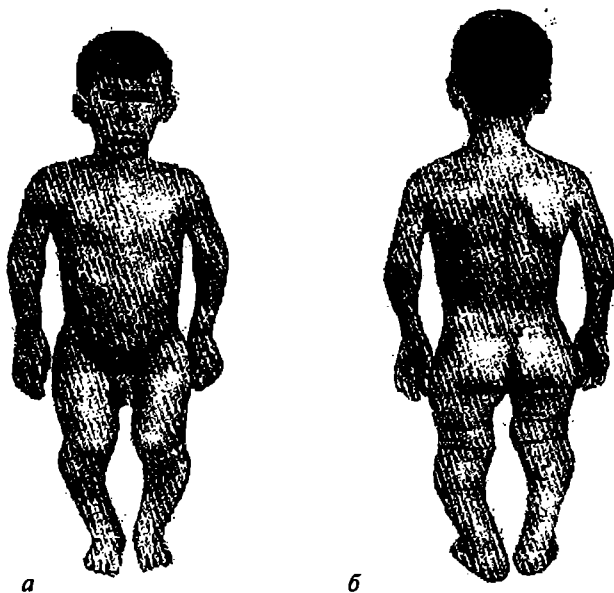
Бу гуруҳдаги касалликларнинг пайдо бўлишига ҳомиланинг она қорнидаги даврида, бириктирувчи тўқима, тоғай, суяк системалари ривожланишининг бузилиши сабаб бўлади. Клиник-рентгенологик текширишлар беморнинг оиласи ва қариндошларини генетик текшириш, лаборатория-биокимёвий тадқиқотлар билан тўлдирилади. Эмбрионда суяк тўқимаси ривожланишининг бузилишида 3 хил патологик ҳолат бўлиши мумкин. Улар уйғунлашган ҳолда ҳам учрайди.

ХОНДРОДИСТРОФИЯ

Хондродистрофия суякларнинг кўп сонли деформацияси бўлиб, паканаликка олиб келади. Шу билан бирга, кўп беморларда гидроцефалиянинг клиник кўринишлари мавжуд.

Касалликнинг моҳияти — суяклар энхондрал ўсишининг бузилишидир. Бунда суякларнинг периостал ва эндостал ўсиши бузилмайди. Касалликнинг кечиши клиник белгиларига кўра ҳам ўзига хосдир (бола бўйининг пастлиги, калласининг катталиги, қўл ва оёғининг калталиги). Касаллик бола туғилиши билан яққол кўринади. Калла ҳажмининг катталиги пешона, чакка, тепа, энса суякларининг бўртиб чиқиши ҳисобига бўлади (250-расм). Бу беморларнинг бўйи қисқа, елкаси кенг, кўкраги яхши ўсган, қорни чиққан бўлади. Бундан ташқари, бел лордоз кучайган, қўл-оёқ суяк сегментлари қийшайган, бўғимлари йўғонлашган ва шакли бузилган, панжалари йўғон ва калта бўлади. Катта ёшдаги беморларнинг бўйи 120 см дан ошмайди. Рўҳияти одагий, ички аъзоларида деярли ўзгаришлар йўқ. Шунини айтиш керакки, хондродистрофикларнинг 80% она қорнида ёки туғилиши билан ўлади. Тирик қолганлари умрининг охиригача яшашлари мумкин.

Д а в о л а щ. Асосан ортопедик муолажалар ва санаторий-курортларда даволаиш (денгизда чўмилиш, балиқ ёғини ичиш, дармондорилар: темир препаратлари ва бошқалар) тавсия этилади.



250-расм. Хондродистрофия.

a — олдиан кўриниши; *б* — орқадан кўриниши.

Сўнгги йилларда ўсишни тезлаштириш учун анаболик гармонлар қўлланилмоқда. Шакли ўзгарган қўл-оёқни тўғрилаш учун жарроҳлик муолажаларидан фойдаланиш мумкин. Жумладан, тўғриловчи остеотомия, сон суяги бўйинчасининг варусли деформациясида кўст ости остеотомияси ва ниҳоят қўл-оёқларни тўғрилаш учун остеотомия қилинади, сўнгра чўзувчи аппаратлар қўйилади.

Хондродистрофияда касалликнинг олдини олиш катта аҳамиятга эга. Масалан, болани ёш вақтида оёққа турғазиш деформацияни зўрайтириши мумкин. Деформацияда қулфсиз ортопедик аппаратлар қўлланилади.

ДИСХОНДРОПАЗИЯ (ОЛЬЕ КАСАЛЛИГИ)

Метофизар дисплазия гуруҳига кирувчи тоғай дисплазияси. Бу касалликнинг пайдо бўлишига энхондрал суякланиш сабаб бўлади. Этиологияси ҳозиргача аниқланмаган. Баъзи бир табиий омилларнинг таъсири борлиги аниқланган.

Бу касалликнинг моҳияти эпифизар пластинканинг метафиз томонга катталашishi билан боғлиқ оҳакланишининг бузилиши ва тоғайнинг резорбцияси (тиралиши) дир. Бу ўзгаришлар суякларнинг айни вақтда узунасига ўсиши билан рўй беради, натижада оҳакланиш бузилган ва тоғайлар резорбцияга учраган қисмлари суякнинг узунасига силжиб, кўпинча марказий ёки периферик ҳолатни эгаллайди. Патологик

жараён, кўпинча, панжа, товонлар ва йирик суяклар — сон, катта болдир, елка, билакнинг иккала суяги метафизларини шикастлантиради. Деформацияларда суяклар метафизар бўлимларининг қалинлашиши, қийшайиши, бўғимлар валгус ёки варус ҳолатини олиши мумкин. Касалликнинг ўзига хос белгиси қўл-панжа бармоқларнинг хондромалар кўринишида шикастланишидир.

Д а в о л а ш. Ортопедик аппаратлардан фойдаланиш тавсия этилади. Агар оёқ 5 см дан ортиқ қисқа бўлса, бурчак деформацияси 10° дан ошса, жарроҳлик муолажасидан фойдаланилади. Илизаров, Калнберз, Ткаченко аппаратларидан фойдаланилганда даволашнинг самарадорлигига эришиш мумкин. Тортиш таъсирида диспластик тўқима оссификацияланиб, қўл-оёқнинг узунлиги тенглашиб, ўқи бўйлаб шакли бузилиши тўғриланади.

ФИБРОЗ БИРИКТИРУВЧИ ТЎҚИМА ОСТЕОДИСПЛАЗИЯСИ (БРАЙЦЕВ-ЛИХТЕНШТЕЙН КАСАЛЛИГИ)

Бу касаллик ҳомила скелетининг суякланиш жараёни издан чиқиши ва бу жараённинг ҳали тўла охирига етмаган босқичида айрим жойларда тўхтаб қолиши оқибатида келиб чиқади. Касаллик кўпинча ўғил болаларда учраб, 8-10 ёшларда намоён бўлади. Толасимон (фиброз) бириктирувчи тўқима фиброз дисплазиясининг ўчоқли ва кўп сонли (бир томонлама ва икки томонлама) турлари мавжуд.

К л и н и к а. Объектив белгилари субъектив белгиларидан олдин намоён бўлади. Асосий белгилари: суяклар шаклининг ўзгариши, оёқнинг калталиги туфайли оқсоқланиш. Диспластик тўқиманинг ўсиши қўл-оёқ шаклининг бузилишига, ўқининг қийшайиб йўғонлашишига олиб келади. Оёқда шаклнинг бузилиши сон ва катта болдир суякларининг проксимал қисмида учрайди, калла ва юз суяклари ҳам зарарланиши мумкин. Зарарланиш бир томонлама бўлса, беморнинг ташқи кўриниши ўзгаради. Кўпинча патологик синишлар кузатилади (асосан оёқда учрайди). Кўп ҳолларда тери патологик пигментацияси, жинсий балоғатга етишнинг ўзгариши, скелет ўсишининг бузилиши кузатилади. Толасимон бириктирувчи тўқима дисплазияси модомики скелетнинг туғма нуқсони экан, бошқа туғма нуқсонлар билан бирга учраши ҳам мумкин.

Д а в о л а ш. Жарроҳлик йўли блан олиб борилади. Ҳозирги вақтда Илизаров аппарати қўлланилмоқда. Мазкур аппарат қўлланилганда бир вақтда патологик ўчоқлар йўқотилади; бузилган шакл бартараф этилади ва калталашган суяк узайтирилади. Тоғай дисплазиясининг яна бир қанча турлари бўлиб, эпифизда ўсувчи тоғай ривожланишининг бузилиши (Блаунт касаллиги), эпифиздаги тоғай тўқимаси (эпифизар дисплазиянинг турли хиллари) ва метафизар дисплазиянинг кам учрайдиган турлари учрайди.

Тоғай дисплазиясининг юқорида санаб ўтилган турларининг ҳаммаси туғма касаллик бўлиб, уларни даволаш бир хил.

ТАКОМИЛЛАШМАГАН СУЯКЛАНИШ

Суякларнинг туғма мўртлиги – скелетнинг суяк ҳосил бўлиш аномалияси билан боғлиқ систем касаллигидир.

К л и н и к а. Найсимон суякларнинг тез-тез синиши, микросинишлар билан боғлиқ қўл-оёқларнинг қийшайиши кузатилади. Касалликнинг икки тури мавжуд: туғма ва кечиккан такомиллашмаган суякланиш. Туғма такомиллашмаган суякланишда суякнинг синиши она қорнида содир бўлади. Кечиккан такомиллашмаган суякланишда синиш ва қийшайиш туғилгандан сўнг содир бўлади.

Такомиллашмаган суякланишнинг асосий белгилари: узун найсимон суякларнинг кўпинча озгина ҳаракат вақтида (болани кийинтириш, ўйнатиш ва шунга ўхшашлар) синиши ва тез битишидир. Шунинг учун ўз вақтида репозиция қилиб маҳкамланмаса, шаклининг бузилиши ва калта бўлиб қолиши мумкин (251-расм). Суяклар мўртлашиши, мушакларнинг заифлашиши, карлик, склеранинг ҳаво рангида бўлиши, тишларнинг мўртлиги шу касалликка хос белгилардир. Ички секреция безлари функциясининг бузилиши ва қатор фермент системаларининг ишдан чиқиши натижасида инфекция тез таъсир қилиб, бемор барвақт нобуд бўлади. Рентгенологик кўриниши: суяклар ғоваксимон, кортикал қавати юпқа бўлади.

Д а в о л а ш. Ҳозирги вақтда ператив усуллар: остеоклазия, понасимон остеотомия, бўлаксимон (сегментар) остеотомия билан амалга оширилади. Ортопедик аппаратлардан, протездан фойдаланиш беморнинг фаол ҳаёт кечиришида суякларнинг қийшайиши ва синишининг олдини олишга ёрдам беради.

Суяк скелетининг такомиллашмаган суякланиши билан бир қаторда скелет дисплазиясининг қарама-қарши формалари: зичлашган суякларнинг ривожланиши кузатилади. Уларга туғма гиперостозлар – мармар касаллиги, мелоростоз ва бошқалар киритилади.



251-расм. Остеогенез
такомиллашмаган патологик
синишлар.

Эндокрин безлари фаолиятининг бузилиши ҳамма аъзоларнинг ва тўқималар ва, энг аввало, одам скелетининг нормал фаолиятига таъсир қилади.

Эндокрин системасининг патологияси шубҳа қилинганда, клиник рентгенологик текширишдан ташқари, биокимёвий ва бошқа лаборатория текширишлари катта аҳамиятга эга. Бироқ, кўпинча, фақат суяк тўқимаси зарарланишининг рентгенологик манзараси эндокрин бузилиш борлигини шубҳа қилишга мажбур этади. Тўғри суяк ҳосил бўлиши динамикасини болалик даврида яхши кузатиш мумкин, чунки бу даврда скелетнинг суякланиш патологияси, айниқса, яққол юзага чиқади (суякланиш суръати ўзгариши, асимметрия, суякланиш ядроларининг тез ва секин пайдо бўлиши ва ҳ.к.). Анамнез, клиник ва рентгенологик манзара таҳлил қилинганда гавда тузилиши хусусиятлари, жинсини, туғруқ шикастларини, жуғрофий шароитларни ва бошқа кўпгина омилларни ҳисобга олиш зарур.

Қалқонсимон без патологиясининг скелетга таъсири. Микседема. Қалқонсимон без фаолиятининг йўқолиши ёки пасайиши суякнинг узунасига ўсишини кечиктиради, боланинг ёши қанча кичик бўлса, скелет ўзгариши шунча аниқ кўринади. Суяк ҳосил бўлиш маркази (ядроси) нинг кеч пайдо бўлиб, секин ривожланиши ўзига хос белгилардандир. Эпифизар зонанинг сербарлиги қатто 20 ёшдан кейин ҳам кузатилади. Суяклардаги симметрик ўзгаришлар суяк учларининг йўғонлашишига, уларнинг склерозига олиб келади. Қалла суяги катталашган, бурун эгарсимон бўлади. Айниқса, сон суякларининг бошчалари майда оролчаларга ажралади; бунинг оқибатида варусли деформация ривожланади.

Ташхис қўйишда турк эгарчаси ўзгариши ва паканалик инобатга олинади. Дифференциал ташхис остеохондродистрофия, хондродистрофия ва рахит ўртасида солиштириб қўйилади.

Д а в о л а ш. Қалқонсимон без препаратлари қўлланилади. Баъзан уни кўчириб ўтказилади. Жарроҳлик йўли билан даволашда тўғриловчи остеотомия ва буруннинг пластик йўл билан шаклини тўғрилаш муолажалари қилинади.

Гипертиреоз (базед касаллиги). Бу касаллик, кўпинча, катта ёшда ривожланиб, кўзнинг чақчайиши, буқоқ, юракнинг тез уриши билан тавсифланади. Болаларда кўзнинг чақчайиши одатда кузатилмайди. Уларда суяклардаги ўзгаришлар суякланиш ядросининг эрта пайдо бўлиши, умумий остеопороз ва умумий синостозларда намоён бўлади.

Д а в о л а ш. Шакл бузилишини тўғрилаш учун ортопедик жарроҳлик усули ва йод препаратлари қўлланилади.

Скелетга гипофиз патологиясининг таъсири. Болалик ва ўсмирлик даврида гипофиздаги ўзгаришлар ўсишнинг бузилишларига

сабаб бўлади: гипофиз гиперфункциясида ўсиш тезлашади, гипофункциясида эса секинлашади.

Акромегалия. Ҳамма ёшда учраши мумкин, гипофиз функциясининг ошиши натижасида келиб чиқади. Юз суяклари ва тананинг йириклашиши ва қўл-оёқнинг катталлашиши кузатилади. Илк белгилари: бош оғриғи, жинсий функциянинг бузилиши, иккиламчи жинсий белгиларнинг тескари рифожланиши, кўриш қобилиятининг ёмонлашиши ва бошқалар.

Рентгенологик усулда турк эгарчаси чуқурчасининг катталлашиши ва деворларининг юпқалашиши аниқланади. Скелетнинг ўзгаришлари найсимон суякларнинг йўғонлашуви ва пастки жағ суягининг катталлашиши билан намоён бўлади. Сесамасимон суякларнинг сони кўпаяди. Эпифизларнинг ҳажми ривожланган бўлиб, скелетнинг ўзгариши симметрик бўлади.

Д а в о л а ш. Рентген нури билан даволаш кам натижа беради. Гипофизнинг ўсмасини жарроҳлик йўли билан олиб ташланади.

Иценко-Кушинг касаллиги. Гипофиз олдинги бўлагининг зарарланиш белгилари билан намоён бўлиб, қатор бошқа эндокрин безлардаги патологик ўзгаришлар билан кечади. Оёқ-қўллардан ташқари, умумий (юз, кўкрак ва қорин) ёғ босиш кузатилади. Суякларда (асосан, калла суяги, умуртқа поғонаси, чаноқ ва қовурғаларда) систем остеопороз топилади. Умуртқа поғонаси, қовурғаларда патологик синишлар кузатилади.

Д а в о л а ш. Мия ўсимтасини рентгенотерапия қилиш.

Гипофизар паканалик (нанизм - ўсишдан орқада қолиш). Гипофиз безининг олдинги бўлаги фаолиятининг етишмаслигида кузатилади. Бўйнинг ўсмаслиги билан характерланади. Эркақларнинг бўйи 130 см дан, аёлларники 120 см дан ошмаса, паст бўйлик ҳисобланади. Скелет тузилиши тўғри нисбатларда бўлса ҳам энхондрал суякланиш бузилган бўлади.

Д а в о л а ш. Саматотроп гормонлар буюрилади. Агар ўсма бўлса, уни олиб ташланади.

Жинсий безлар патологиясининг скелетга таъсири. Жинсий безлар фаолияти суяк ва энхондрал соҳаларнинг узунасига ўсишини тўхтатади. Бу аксарият бола жинсий балоғатга эрта етганда кузатилади, шу вақтда боланинг ёшига қарамай, ўсиш зонаси ёпилган бўлади. Жинсий балоғатга етиш кечиккан бўлса, бу зоналар очиқ қолади. Жинсий безлар касаллиги уларнинг функцияси пасайиши билан намоён бўлади (гипогенитализм) ва унинг ошиши (гипергенитализм) кўринишида юзага чиқади.

Ошқозон ости беzi ички секрецияси бузилишининг скелетга таъсири. Бунда гап қандли диабет тўғрисида бўлиб, суякларнинг кортикал қавати юпқалашиб, суякнинг говакланиши кузатилади. Баъзан говаклашиш натижасида патологик синишлар вужудга келади. Улар жуда секин битади.

Оёқ панжаси ва болдир-оёқ панжа бўғимининг ўзгариши билан ажралиб туради. Бундай ҳолларда яллиғланмаган бўғимларнинг шишиши кузатилади. Баъзан периферик нервларнинг шикастланиши кузатилади.

Қалқонсимон без олди бези патологиясининг скелетга таъсири. Агар қалқонсимон без олдидаги безлар функцияси сурункали пасайиб борса (гипопаратиреоз) қондаги кальций миқдори камайиб, суякнинг умумий ғовакланиши (остеосклероз) ривожланади.

Гиперпаратиреонид остеодинтрофия (Реклингхаузен касаллиги). Қалқонсимон олди безининг шира ишлаб чиқариш фаолиятининг бузилиши натижасида ривожланади. Суяк тўқимасининг бўшлиқ ҳосил қилиб сўрилиб, бир вақтнинг ўзида суякнинг ҳосил бўлиши.

Қондаги биокимёвий ўзгаришлар характерли бўлиб, қон зардобида кальцийнинг ошиши кузатилади. Касаллик ривожланган даврда сийдик билан кальций ажралиб чиққанда унда оқсил аниқланади ва сийдик оқ рангли бўлади.

Бемор озади ва иккиламчи камқонлик ривожланади. Касаллик кўпинча аёлларда 30-40 ёшда учрайди.

К л и н и к а. Умумий қувватсизлик, иштаҳанинг йўқолиши, кўнгил айниши, ичак фаолиятининг бузилиши, бўғимларда ва суякларда оғриқ бўлади.

Суяклар шакли бузилишининг ривожланиши, айниқса, сон суягида кузатилади. Кўпинча, патологик синишлар бўлади. Рентгенологик текширилганда 1/3 қисм беморларда суяк системасида ғовакланиш белгилари: сон, калла, чаноқ суяклариди майда пуфакчали сурат яхши кўринади. Суяк юмалоқлашиб, шакли бузилиши мумкин. Касаллик симметрик бўлмайди. Елка ва сон суякларининг юқори 1/3 қисми йўғонлашиб («подачининг туёғига ўхшаш»), шакли бузилади, лекин суяк пардаси ўзгармайди. Суякнинг йўғонлашиши пуфаксимон ўсимталар бўлишидан, худди суякни шиширгандек туюлади.

Умуртқа поғонасида эзилган майдончалар, «балиқ умуртқаси»га ўхшаш манзара ҳосил бўлиб, сколиоз ва кифоз шаклидаги ўзгариш кузатилади. Умуртқалараро диск ўзгармайди.

Д а в о л а ш. Жарроҳлик йўли билан ўзгарган қалқонсимон без олди бези олиб ташланади. Ундан ташқари, ортопедик операция қилиб, шакли бузилган қўл-оёқ суякларини ауто- ва гомопластика усули билан шакли тўғриланади.

Буйрак усти, қалқонсимон ва гуддасимон безлар касаллигининг скелетга таъсири. Буйрак усти безлари функцияси ошганда суякнинг ғовакланиши кузатилади. Қалқонсимон без касаллигида болада суяк ўсишининг тезлашиши сезилади. Гуддасимон безнинг функцияси ошганда ҳам суяк ўсишининг тезлашиши кузатилади. Суякланиш ядроси муддатидан олдин пайдо бўлади.

Шундай қилиб, инсон скелетидаги асосий ўзгаришлар кальцийнинг миқдорига боғлиқ; унинг камайиши суякнинг ғовакланишини, ошиши

эса суякнинг қаттиқлашишини келтириб чиқаради. Ички секреция безларининг киши организмдаги суякнинг ўсишига таъсири кучайтирувчи ёки сусайтирувчи бўлиб, бунинг устига бир хил безлар организмнинг ҳаммасига, бошқаси айрим суякларга таъсир қилади.

Витаминларни скелетга бўлган таъсири. *А витамини* ўсишга таъсир қилиб, авитаминозида найсимон суякларнинг эпифизар тоғай қисми оғир ўзгаришларга дучор бўлади: суякларнинг керагидан ортиқ ўсиши қайд қилинади.

В гуруҳи витаминлари ўсиш витаминларга киради. Булар етишмаганда эпифизар тоғайларнинг ўсиши тўхтайд.

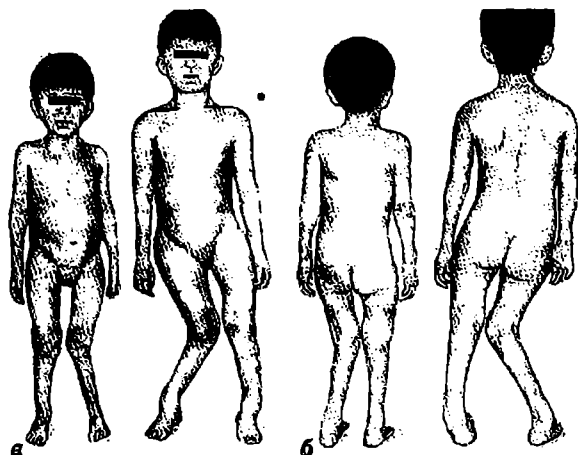
РР витамини асосан фосфатазалар ҳосил бўлишига таъсир қилиб, унинг етишмаслиги суяк қадоғи пайдо бўлишини секинлаштиради.

С витамини скелет суягига яққол таъсир кўрсатади. *С витамини* етишмаганда суяк тўқимаси ва коллаген ишлаб чиқариш тўхтайд. Ҳосил бўлган суяклар атрофияга учраб, синишга мойил бўлиб қолади. Эпифизар тоғай коллагени бирктирувчи тўқима билан алмашади, иликнинг қон ишлаб чиқариши пасаяди ва атрофияланади, қон қуйилишлар кўпаяди. Суяк тўсинлари сустлашиб синади ва туташ суяк бўлаклари ҳосил бўлади.

Д витамини кальций алмашишида фаол иштирок этади. Унинг таъсирида кальций хазм бўлади. Кальций ва фосфор алмашинуви *Д* витамини ва қалқонсимон олди бези томонидан бошқарилади. *Д₂* витамини (кальциферол) овқат билан қабул қилинган кальцийни сўрилишини бошқаради. *Д* витаминининг етишмаслиги минерал моддалар (хусусан кальций ва фосфор) нинг бузилишига ва рахит ривожланишига олиб келади. Бу қишнинг охирига тўғри келиб, бу даврда қонда фосфорнинг камлиги рахит ривожланишига мойиллик қилади. Рахит билан, кўпинча, бир ёшгача бўлган болалар оғрийди. Рахитда суяклар юмшаб, янги ҳосил бўлган суяк тўқимаси суяк ҳосил қилмайди.

К л и н и к а. Рахит касаллигида болада камқонлик, иштақа йўқлиги, семирмаслик характерлидир. Кўп терлаш, спазм, мушак системаси тонусининг пасайиши, лимфа ва бодом безларининг катталашини қайд қилинади. Рахитнинг характерли белгиларидан бири «рахитик тасбеҳ» - қовурға тоғайининг суякка бирлашадиган ерининг қалинлашуви ҳисобланади.

Рахит яхши даволанади, лекин жуда оғир ҳолларда қўл-оёқда (кўпинча оёқда) деформация бошланади. Бу махсус ортопедик давони талаб қилади. Рахитда сон бўйинчасининг варусли деформацияси кузатилиши мумкин. Кўпинча оёқнинг *О*- ва *Х*-симон қийшайиши учрайди (252-расм). Товонлар ясси вальгус ҳолатини олади. Рахит туфайли келиб чиққан оёқ-қўлнинг қийшайиши ўз вақтида даволанмаса, ёш ўтиши билан (кўпинча, 40 ёшдан кейин) қийшайишнинг ривожланишига ва иккиламчи бўғимларнинг деформациясига олиб келади (шаклни бузадиган артроз).



252-расм. Оёқларнинг рахитли деформацияси.
 а - олйдан кўриниши;
 б - орқадан кўриниши.

Д а в о л а ш. Оёқ-қўлнинг деформациясида даволаш жарроҳлик усулида олиб борилади. Болаларни одатда 5-6 ёшдан кейин операция қилинади. Кўпинча, катта болдир суягининг сегментларида остеотомия (суякни синдириш) бажарилади.

Остеомаляция. Катталарда рахитга ўхшаш суякларнинг юмшаши. Махсус овқат рациони буюрилади. Суякдаги қийшайишнинг ички томонида учраб турадиган алмашиниш зонасида (Ллозер зонаси) ингичка понасимон ёруғроқ ерда аста-секин декальцинация соҳасида суяк синиши мумкин.

Деформациялайдиган остео дистрофия (Педжет касаллиги). Асосан эркаклар 40 ёшдан ошганда учрайди. Касаллик узоқ чўзилиб белгисиз кечганлиги учун рентген қилган вақтда аниқланади. Суяк тўқимаси алмашинишининг характерли дистрофик ўзгаришидир: суяк қобик қаватининг арзимаган қалинлашишида, суяк тузилишининг аралаш-қуралашлиги, масалан калла суяги 4 марта йўғонлашиши, сон ва болдир суяклари ташқари томонга қийшайиши мумкин. Сон бўйинчаси варус ҳолатини олади, рентгенограммада ўзига хос («банан суяги») кўринишида бўлади. Касаллик даврида суяк тўқимасининг ўсиши ва атрофдаги тўқималар ва марказларнинг (карлик, сурункали бош оғриги ва бошқалар) малигнизация жараёни бўлиши мумкин. Касаллик тузалмайди, умрининг охиригача аста-секин ривожланиб боради.

Д а в о л а ш. Симптоматик. Оғриқни камайтириш учун рентген нури билан даволанади.

2 - б о б. ҚЎЛ ВА ОЁҚЛАРНИНГ РИВОЖЛАНИШ НУҚСОНЛАРИ

Қўл ва оёқнинг ривожланиш нуқсонларининг этиологияси ҳар хил. Эктромиелия, поли- ва синдактилияларнинг наслдан-насла ўтиши аниқланган. Қўл учун экзоген омилнинг хавfli таъсир этиш даври эмбрион ўсишининг 3-7 ҳафтасига тўғри келади.

ТУҒМА АМПУТАЦИЯ

Туғма ампутация деганда қўл ва оёқнинг бутунлай ёки дистал қисмининг эктро- ёки гемимелия кўринишида бўлмаслиги тушунилади.

Эктромелия. Қўл ва оёқнинг проксимал қисми нисбатан нормал ривожланиб, дистал қисмининг туғма ампутацияси кузатилади. Камроқ ҳолларда қўл ва оёқнинг тўлиқ бўлмаслиги учрайди (гемимелия).

Д а в о л а ш. Қўл ва оёқнинг чўлтоқлигида роционал протезлаш зарур.

Қўл ва оёқнинг қисман ўсмай қолиши. Бунда проксимал сегментларнинг бўлмаслиги ёки ўсмай қолиши, қўл ва оёқ дистал қисмларининг нуқсонли ўсиши ҳамда айрим мушак, бўғим, суякларнинг ногўғри ривожланиши кузатилади. Қўл ва оёқ проксимал қисмларининг ўсишида нуқсонли қолдиқ бўлса, фокомелия дейилади.

Д а в о л а ш. Жарроҳлик йўли билан нуқсон тўғриланиб, кейин протез ясаб беришдан иборат.

АЙРИМ СЕГМЕНТ ЁКИ БЎҒИМЛАР РИВОЖЛАНИШИНИНГ БУЗИЛИШЛАРИ

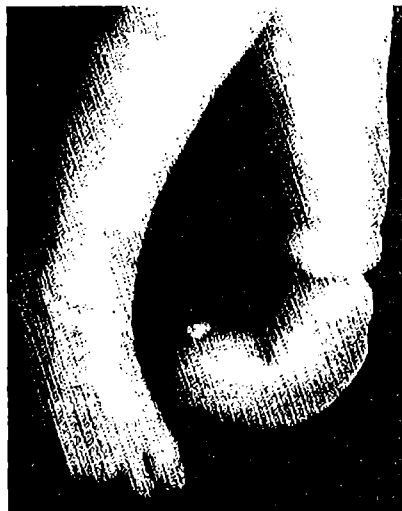
Амниотик битишмаларда қўл ва оёқ ёки бармоқларнинг туғма сегмент бўйлаб доира шаклида, кам ҳолларда қўл ва оёқ айланасининг ярмигача, юмшоқ тўқималарнинг ипсимон ботган суяккача сиқилиши (253-расм) кузатилади. Бу касаллик кўп учрайди.

Д а в о л а ш. Жарроҳлик йўли билан даволанади. Бунинг учун бир қанча усуллар мавжуд бўлиб, битишмани тарашлаб, терида ҳосил бўлган нуқсонни маҳаллий тўқима билан пластик алиштириш йўли билан тўғриланади.

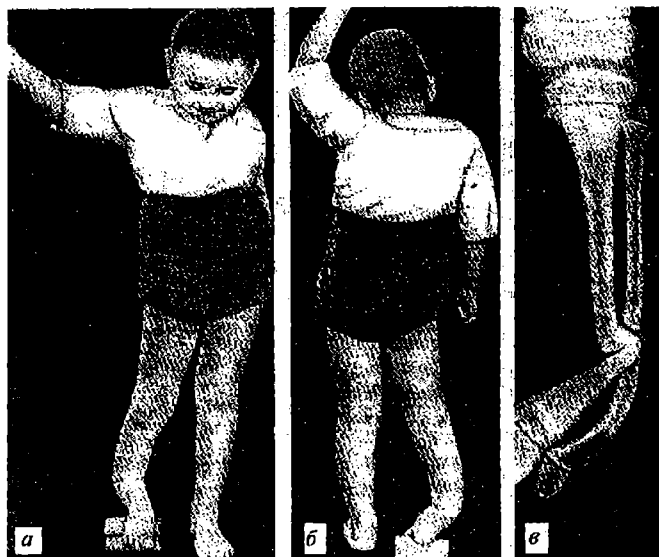
ТУҒМА СОХТА БЎҒИМ

Туғма сохта бўғим — диафиз бўйлаб ҳаракатчанлик бўлган узун найсимон суякнинг туғилишидан бошлаб пайдо бўлган нуқсондир. Бунинг пайдо бўлиш сабаби скелетда суякка айланиш нуқсони — толасимон бириктирувчи тўқима остео-дисплазиясидир.

Т а ш х и с. Ташхис қўйиш унча оғир бўлмайди, найсимон суякларда,



253-расм. Болдирнинг амниотик битишмаси.



254-расм.
 Болдирнинг
 туғма сохта
 бўғими.
а — олдидан
 кўриниши;
б — орқадан
 кўриниши;
в — рентгено-
 грамма.

кўпроқ болдирда патологик ҳаракатнинг бўлиши билан аниқланади, суяк ўқи бўйлаб оёқни босиш мумкин эмас, чунки болдирнинг пастки учидан бир қисми буралиб, таяниш қобилияти йўқолади. Мушаклари атрофияга учрайди. Қўл ва оёқнинг ўсишдан қолиши кузатилади (254-расм).

Д а в о л а ш. Фақат жарроҳлик йўли билан олиб борилади. Мураккаб жарроҳлик усуллари, суяк трансплантатларини компрессион остеосинтез билан биргаликда қўллаб, Илизаров, Волков-Оганесян, Калнберз ва бошқа аппаратларидан фойдаланилади. Бир вақтнинг ўзида калталикни, қўл ва оёқнинг ёнига айланма силжишини йўқотиш учун дистракцион эпифизеолиз ва блокал остеосинтез (Илизаров бўйича) усулидан фойдаланилади. Аста-секин, бир вақтнинг ўзида (суткасига 1 мм) чўзиш болдир суякларининг дистал ва проксимал учларидан, ўсиш соҳасидан ёки метафизар қисмидан остеотомиядан кейин амалга оширилади.

ҚЎЛ РИВОЖЛАНИШНИНГ ТУҒМА НУҚСОНЛАРИ

Қўл панжаси I бармоғининг гипоплазияси. Бу аномалия турли хил даражада: юмшоқ тўқималарнинг биров ингичкалашиб, биров ривожланмаслигидан то унинг бутунлай бўлмаслиги даражасигача намоён бўлиши мумкин.

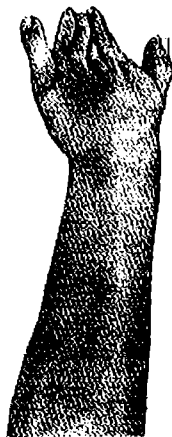
Д а в о л а ш. Касалликнинг бошланишида консерватив муолажа: доимо мунтазам силаш, қафт функциясининг пасайишига қаршилик қилувчи даволаш бадантарбия машқи (ЛФК) тавсия қилинади. Агар

касаллик ривожланган бўлса, жарроҳлик муолажаси (бармоқнинг паймушак транспозицияси ёки ривожланмай қолган бармоқларнинг суяк трансплантати билан маҳкамлаш) қўлланилади. Агар бармоқ рудимент шаклида (IV даражали гипоплазия) бўлса, II бармоқни полицизация қилиш керак.

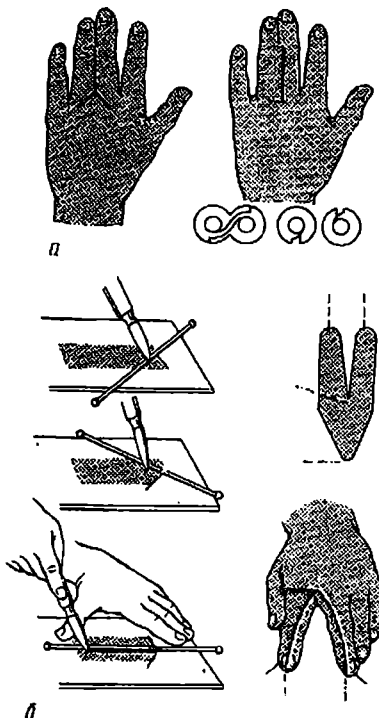
Эктродактилия (кафтнинг ёрилиши). Эктродактилиянинг типик ва нотипик шакллари фарқланади. Типик турида кафт шаклининг бузилиши, чуқур ёрилишидан иборат бўлиб, кенглиги кафт суягининг ҳажмигача етиши мумкин. Нотипик турда ёрилиш йўқ, лекин III кафт суяги ва III бармоқ ёки бошқа бармоқлар бўлмайди. Кафт қисқичбақанинг панжасини эслатади. Этродактилияда бармоқларнинг букувчи контрактураси кузатилади.

Д а в о л а ш. 4-5 ёшгача консерватив йўл билан даволанилади. Бунда гипсли боғлам қўйилиб, у ёрдамида бармоқлар редрессация қилинади. Мунтазам уқалаш, даволловчи бадантабия машқлари тавсия қилинади. Жарроҳликнинг пластика усули биринчи бармоқ ва унинг функцияси сақланганда қўлланилади. Кафтнинг ёриғи суякларни бири-бирига яқинлаштириб, лавсан ип билан боғлаб йўқотилади.

Синдактилия. Қўлнинг бир неча бармоқларининг тўлиқ ёки қисман битиши «синдактилия» дейилади. Синдактилия бармоқларнинг бошқа нуқсонлари билан бирга учраб, косметик ёки функционал нуқсонлардан иборат бўлади. Синдактилия терида, пардада, суякда ва бармоқ учида учрайди (255-расм). Бунда иккита қўшни бармоқлар узунасига битган бўлади. Синдактилия терида жада кўп учрайди. Синдактилиянинг тери битишиб қолиши билан пайдо бўладиган шаклида иккита бармоқ бутун бўйи баробар тери ва тери ости клетчаткаси билан бир-бирига бирикиб қолади. Пардалар билан битишиб қолган шаклида бармоқларнинг тирноқ ўрнашган суяклари бир-бири билан бирикиб, бармоқларнинг қолган суяклари ораси очик қолади. Бу шаклида бармоқ учлари тери орқали битишиб қолиши ҳам, суяк орқали битишиб кетган бўлиши ҳам мумкин. Суяклар битишиб қолиши билан юзага келадиган шаклида бармоқлар бутун бўйи билан (ёки бармоқ айрим бўғимларининг суяклари ўзаро) бирикиб қолиши мумкин. **Д а в о л а ш.** Синдактилиянинг ҳамма тури операция қилинади, яъни бармоқлар ораси кесилиб ажратилади. Қосил бўлган нуқсонларни шу ердаги тўқималардан пластика қилиш ёки сон соҳасидан тери кўчириб олиниб, нуқсонга қўйилади, тери пластикаси бўйича Дидо ва Джанелидзе (256-расм), шунингдек Терновский усуллари кенг тарқалган.



255-расм.
Суяк синдактилияси (синфалангия).

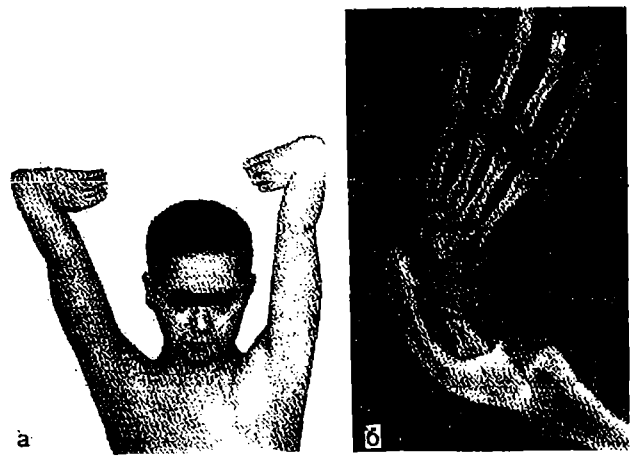


256-расм. Тери туридаги синдактилия операцияси (чизма).
 а—Дидо буйича;
 б—Джанелидзе буйича.

Полидактилия (кўп бармоқлилик). Ортиқча кўп бармоқлилик туфайли бўлган нуқсон кўп бармоқлилик дейилади. Кўп бармоқлиликда олтига, баъзи вақтларда 10 та бармоқча бўлиши мумкин.

Д а в о л а ш. Бола туғилганидан сўнг дастлабки ойларда жарроҳлик йўли билан даволанади. Рнтген суратини ўрганиш операцияни тўғри режалаштиришга ёрдам беради. Терини ярим овал (тухумсимон) шаклда кесиш мақсадга мувофиқдир. Қўшимча бармоқлар яхши ривожланган бўлса, ташқи жойлашган бармоқ олиб ташланади. Бу эса қафт нуқсонининг кам бўлишига олиб келади. Қўшимча бармоқни батамом, эпифизни қолдирмай олиб ташлаш керак.

Қўлнинг туғма қийшиқлиги. Бу нуқсоннинг ривожланиши мушакларнинг пайлари, билакнинг билак-қафт томонидаги бойлами, ундан ташқари билак ва тирсак суяқларининг туғма тўлиқ ўсмаслиги натижасида келиб чиқади. Билак суяги ўсмаганда (қўлнинг билак суяк томонига қийшиқлиги)



257-расм. Туғма қўл қийшиқлиги.
 а — беморнинг ташқи кўриниши;
 б — ренгенограмма.

кўп ҳолларда I бармоқ ва I кафт суяги бўлмайти. Биринчи бармоқ яхши ўсмаганда кафтнинг ушлаш қобилиятиб узилади. Кўп ҳолларда кўл қийшиқлиги икки томонлама бўлади. Бу эса беморларнинг ўз-ўзига хизмат қилишини қийинлаштиради (257-расм).

Д а в о л а ш. Жарроҳлик йўли билан амалга оширилади. Сўнгги йилларда Илизаров, Гудушаури, Калнберзларнинг аппаратларидан фойдаланилган ҳолда дистрацион усул кенг қўлланиляпти.

Билак суякларининг туғма синостози. Кўл суяклари ривожланишининг камдан-кам учрайдиган нуқсони, бунда бемор билагини ротация қила олмайди.

Д а в о л а ш. Асосан жарроҳлик усулида: суяклар синостозини қирқиш, билак суягини узунасига резекция қилиш.

Маделунг касаллиги. Бу нисбатан камдан-кам учрайдиган туғма касаллик бўлиб, билак-кафт усти суяклари бўғимининг нуқсони ўсиши билан ажралиб туради. Нотўғри ўсиш нуқсоннинг аста-секин катталашшига олиб келади. Бу касаллик 13-16 ёшда кўп учрайди. Касаллик икки томонлама бўлиши мумкин. Ўғил болаларга қараганда қизларда 4 марта кўп учрайди. Бу касаллик мураккаб бўлиб, билак-кафт усти суяклари бўғимининг ҳамма таркибий қисмларига таъсир қилади. Ҳозирги вақтда Маделунг касаллиги суякнинг эпифизар ўсиш соҳасидаги тоғай дисплазиясига тааллуқли дейилади. Касаллик найзасимон ўзгаришлар билан намоён бўлади (258-расм). Қийшиқлик аста-секин оғриқсиз зўрайиб боради.

Лекин деформация даражаси кучайганда кафтнинг орқа томонга букилиши ва билакнинг супинацияси чекланган бўлади. Орқа томондан тирсак суягининг кафт усти суяклари билан бирлашмаган бошчасининг туртиб чиқиши кўзга ташланади. Билак суяги калталашгани учун кўпроқ деформацияга учрайди. Меҳнат қобилияти чекланган бўлади.

Д а в о л а ш. Фақат жарроҳлик йўли билан. Операцияни 14 ёшдан олдин қилиш керак эмас. Кўпроқ тирсак суягининг бошчаси резекция қилинади. Билак суяги понасимон остеотомия қилиниб, Илизаров, Волков-Оганесян, Калнберз дистрацион аппарати билан маҳкамланади.



258-расм.Маделунг касаллиги.

СОН СУЯГИНИНГ ТУҒМА ЧИҚИШИ

Сон суягининг туғма чиқиши — таянч-ҳаракат аппаратининг нуқсонлари ичида энг кўп учрайдигани бўлиб, ҳамма ортопедик касалликларнинг 3% дан ортигини ташкил этади.

Туғма сон суягининг чиқиши нафақат баъзи мамлакатларда, ҳатто бир давлатнинг турли регионларида ҳам бирдек учрамайди. Жанубий Осиё ва Африка давлатларида бу касаллик умуман учрамайди. У ерда йўрғаклаш йўқ, бола оёғи керилган ҳолда кўтариб юрилади ва шунга ўхшашлар чаноқ бўғимидаги дисплазиянинг ўз-ўзидан тузалиб кетишига ёрдам беради (259-расм). Масалан, Кореядаги урушнинг сўнгги йилларида болани оёғи керилмаган ҳолда кўтаришгандан сон суягининг туғма чиқиши кўпайиб кетди. Урушдан кейин аёллар эски одатларига қайтишганда сон суяги туғма чиққан болалар қарийб учрамади.

Бир томонлама сон суягининг чиқиши икки томонлама сон суягининг чиқишига нисбатан кўпроқ учрайди (7:1) ва у ўғил балаларга нисбатан қиз болаларда кўпроқ учрайди.

Чаноқ-сон бўғимининг дисплазияси. бу чаноқ чуқурчасининг ўсиш нуқсони (унинг яссиланиши, сон суяги бошчасининг яхши ўсмаслиги, ундан ташқари бўғим қопчаси ва боғлов аппаратининг касаллиги) дир. Чаноқ-сон бўғимининг дисплазияси 1000 та туғилган боладан 16 тасида учрайди, дисплазия деб топилган 100 та боладан 5 тасида сон суягининг чиқиши шаклланади.

Сон суяги бошчасининг чиқиши боланинг она қорнидаги даврида ҳам бўлиши мумкин деб ҳисоблашади. Чаноқ-сон бўғими капсуласи бола туғилган вақтда чўзилган ҳолда бўлиб, оёқларини жуфтлаштири-

ганда осон чиқиб, оёқлар керилганда осон тушади. Чаноқ чуқурчаси билан сон суяги проксимал қисмининг нотўғри ўсиши, асосан уларнинг ўртасида боғланиш йўқлигидандир.

Сон суягининг туғма чиқишида, чаноқ-сон бўғимининг айниқса, чаноқ косачаси-



259-расм. Осиё (а) ва Африка (б) кўкрак ёшидаги чақалоқларни кўтариб юриш усуллари.

нинг дисплазияси кузатилади. Чаноқ косачаси ясси, ичи ёғ тўқималари билан тўла бўлади. Шунинг учун сон суяги бошчаси чаноқ косачасидан осонликча чиқиб кетади. Чаноқ-сон бўғимининг дисплазиясида сон суягининг суякланиш ядроси ҳамма вақт нормадагидан кичик бўлади. Чиқишнинг даражасига қараб сон суяги бошчаси овал шакли олиб, думалоқлигини йўқотади. Тўлиқ чиққанда чиққан бошча тиралиб турган ёнбош суяги қанотида янги бўғим косаси ҳосил бўлади, шунда у ер тоғай қатлами билан қопланади. Механик омиллар таъсирида думалоқ бойлам йуқолиб кетади ёки чўзилиб, йўғонлашади.

Юқоридаги бузилишларга параллел соннинг бўйин диафиз бурчаги ҳам ўзгаради (сон бўйинчасининг валъус деформацияси юзага келади). Агар сон суяги бошчаси, бўйинчаси ва диафизининг бурчалиши 10° дан ошса, антеторсия, агар айланишда диафиз қатнашмай бошча билан бўйинча қатнашиб, айланиш олд томонга бўлса, антеверсия, агар айланиш орқа томонга бўлса, ретроверсия дейилади.

Бундан ташқари, мушакларда, бойламларда, бўғим халтасида ҳам ўзгаришлар бўлади. Масалан, сон суягининг туғма чиқишида бўғим халтаси чўзилиб юпқалашади.

Сон суягининг чиқиши юқори чаноқ суяги қаноти ости томонига бўлса, ёнбош-бел мушакларининг пайи ўзининг йўналишини ўзгартириб, бўғим халтасини сиқиб қўяди. Бунинг оқибатида у кумсоати шаклини олади.

Чаноқ-сон бўғимининг туғма дисплазияси (чиқиш олди ҳолати) — бу бўғим соҳасидаги арзимас ўзгариш бўлиб, чаноқ косачасининг яссиланиши, сон суяги бошчасидаги суякни ўстирувчи мағизнинг кеч пайдо бўлиши ва ривожланган антеторсия билан тавсифланади. Чиқиш олди ҳолатида сон суяги бошчаси ҳали чаноқ косачаси ичида бўлади.

Сон суяги бошчасининг ярим чиқиши. Бўғим дисплазияси замирида сон суягининг бошчаси ташқарига ва юқорига сурилади. Лекин лимбус чегарасидан чиқмайди, бўғим ичида қолади. Бу ҳолатда сон суягининг бошчаси чаноқ косачаси марказига тўғри келмайди.

Сон суяги бошчасининг чиқиши. Сон суяги бошчасининг чиқиши, сон суяги бошчасининг ташқарига ва юқорига сурилиши кучли бўлса, лимбус эгилувчан бўлганлиги учун қуймич косасининг ичига бурилиб киради. Бу ҳолатда сон суяги бошчаси чаноқ косаси марказига тўғри келиши у ёқда турсин, ҳатто косачадан чиқиб, ламбуснинг орқасига ўтган бўлади.

Даволаш самараси касалликнинг тури ва даражасига боғлиқ бўлади. Касаллик қанча эрта аниқланиб даволаш бошланса, натижаси шунча яхши бўлади. Ташхис туғруқхонадаёқ қўйилиши керак.

Бу касалликни аниқлашда туғруқхондаги педиатрларнинг роли катта. Зарурият туғилса, ортопедлар билан ҳамкорликда маслаҳатлашиш

керак. Туғруқхонадан чиққандан кейин 3-4 ҳафтада ва 3 ой ичида болани кўриқдан ўтказиш керак.

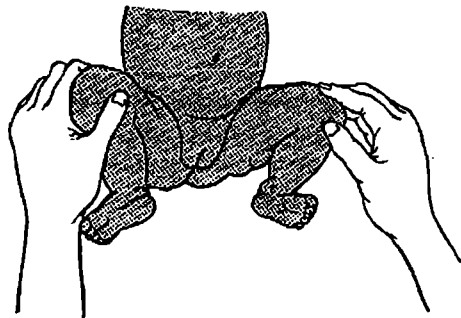
Чаноқ-сон бўғимидаги дисплазия ва чиқишни эрта аниқлаш. Бунинг учун пухталиқ билан анамнез йиғиш керак: ирсиятини аниқлаш (айниқса қизларда касалликка шубҳа бўлса) ҳомиладорликнинг ўтиши, ҳомиладорлик даврида қандай ўзгаришлар бўлганлигини аниқлаш муайян аҳамиятга эга. Туғишда боланинг чаноқ билан келишида сон суягининг туғма чиқиши кўп учрайди.

Сон суяги бошчасининг туғма чиқишидаги асосий белгилар қўйидагилардан иборат:

1. *Сирғаниб чиқиш ёки «шиқирлаш» белгиси* (Маркс-Ортолани белгиси). Боланинг оёғи чаноқ-сон ва тизза бўғимларида букланиб, I бармоқларни соннинг ички томонига, III бармоқ учини катта кўстнинг устига қўйилади. Бу белги икки хил аниқланади: биринчи ҳолда сон суягининг бошчаси чаноқ косачаси бўғим ичига киритилади. Иккинчи ҳолда уни (сон суяги бошчаси) чиқарилади. Оёқ сон ўқи бўйлаб тортилади ва боланинг оёғи икки томонга керилади. III бармоқ билан катта кўст чаноқ косачаси томонга итарилади. Агар бошча чиққан бўлса, бўғимга тушиб шиқирлаш кузатилади; буни шифокор қўли билан сезади. Иккинчи ҳолда сон ўқи бўйича итарилиб, оёқлар ичкарига тортилади. Бу белги чиқиш олди ҳолати учун патогномоник бўлиб, даволашни бошлаш учун туртки бўлади. «Шиқиллаш» белгиси бола 3 ойга тўлгунга қадар бўлади.

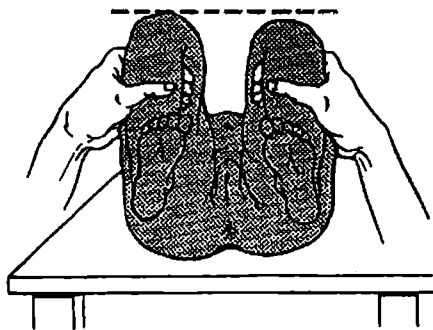
2. *Оёқ керилишининг чекланиши*. Болалар ҳаётининг дастлабки ойларида букилган оёқларда сонни кериш нормаси 70-90°ни ташкил қилади. Керилишнинг чекланиш даражаси чаноқ-сон бўғимининг бузилиш шаклига боғлиқ: дисплазияда керилиш нисбатан чекланган, чиққан вақтда кўпроқ бўлади. Бу белгини аниқлаш бола орқасига ётқизирилиб, оёғи чаноқ-сон ва тизза бўғимларида тўғри бурчак шаклида буқилиш учун керилади. Керилиш чекланганда (бир томонлама патологияда қиёсланганда айнақса сезиларли бўлади) чекланиш сабабларини аниқлаш зарур (260-расм). Шунинг эсдан чиқармаслик

керакки, болалардаги соннинг керилиш имконияти (90°) ошган сайин камайиб бориб, 9 ойликка етганда 50° гача бўлади. Керилишнинг чекланиши спастик ҳолатларда ҳам учраши мумкинлигини ҳисобга олиш керак.



260-расм. Соннинг бир томонлама туғма чиқишида керилишининг чекланиши.

3. Сон, думба, тизза ости соҳасидаги бурмаларнинг асимметрияси. Сондаги бурмаларнинг асимметрияси ва соннинг ҳар хил бўлиши дисплазия ёки чиқиш борлигини тасдиқлайди. Чиққан томонда бурма юқори жойлашади. Кўпинча думбадаги бурмаларнинг асимметрияси соннинг бир томонлама ёки икки томонлама чиқишини кўрсатади. Лекин бу белги мутлақ белги бўлмай, бурмаларнинг асимметрияси, айниқса, сондаги бурмаларнинг ҳар хил бўлиши соғлом болаларда ҳам учрайди.



261-расм. Соннинг бир томонлама туғма чиқишида унинг калталигини аниқлаш.

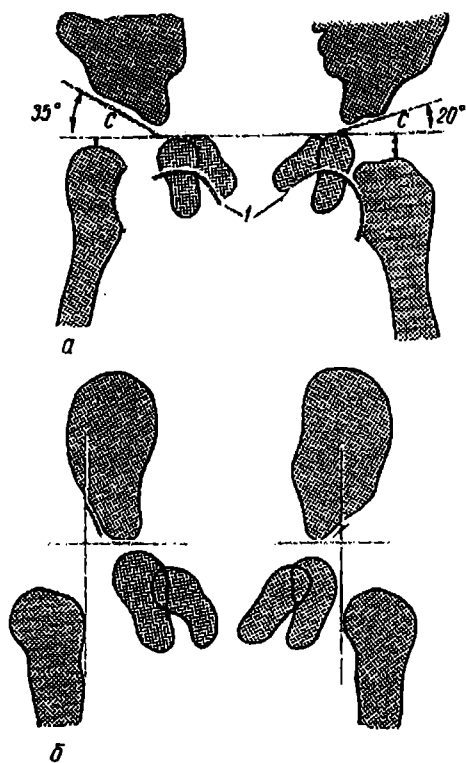
4. Оёқнинг калталиги. У бола орқасига тизза бўғимлари тўғри бурчак остида букилган ҳолатида ётқизилганда яхши кўринади (261-расм). Оёқнинг узунлигини тўпиклар ва товонларнинг жойлашишига қараб ҳам аниқлаш мумкин.

5. Оёқнинг ташқи томонга буралиши. Бу белги патология бир томонда бўлганда соғлом оёқ билан солиштирилса кўзга яққол кўринади. Бола ухлаган вақтида оёқнинг буралиши аниқ кўринади, қатто онанинг ўзи ҳам кўриши мумкин.

Рентгенография. Ташхисни аниқлашда рентгенография текширишнинг мажбурий усулидир. Рентген суратини олишда бола оёқлари узатилган ва бир-бирига параллел ҳолда ҳамда уларнинг ўртача ҳолатида (ички ва ташқи ротация ораллиғида) ётқизилади. Чанок кассетага зич ёпишиб туриши керак. Жинсий аъзоларни рентген нурларидан ҳимоя қилиш улар кўрғошинланган резина билан беркитилади.

Янги туғилган чақалоқлар рентген суратининг шарҳи анча қийин, чунки суяк ва тоғайларнинг анатомик нисбати ҳамма вақт ўзгариб туради. 3-6 ойликда сон суягининг бошчаси тоғайдан иборат бўлганлиги учун (шунингдек, қўймич косачасининг тоғайи ҳам) рентген суратида кўринмайди.

Бундай ҳолатда суякларнинг тўғри мувозанатини аниқлаш учун бир қанча схемалардан фойдаланилади. Хильгенрейнер бурчаги (С бурчаги) иккала Y-симон тоғайни бирлаштирувчи горизонтал ва чуқурча бўйлаб ўтказилган чизиклардан ташкил топади (262-расм). «Путти учлиги» қўймич косаси қийшиқлик бурчагининг ошиши, қўймич косачасига нисбатан сон суяги проксимал қисмининг юқорига кўзғолиши (сурилиши) ва суяк ҳосил қилиш ядросининг кеч пайдо бўлишидан иборат. Путти схемаси бўйича иккала Y-симон тоғайни бирлаштирувчи горизонтал V чизикқа сон суяги бўйинчасининг қоқ



262-расм. Чақалоқларда рентгенограмма хисоблари.

a – Хильгенрейнер схемаси: 1 – Шентон чизиги; *b* – Путти схемаси.

қийин эмас. Сон суяги (айниқса, икки томонлама) чиққан бола соғлом тенгдошларига қараганда анча кеч (14 ойликда) юради. Бир томонлама чиқишда омонат (қалтис) юради, чўлоқланади. Икки томонлама чиққанда икки томонга оқсаб юради («ўрдак юриш»).

Тренделенбург симптоми: агар бола бир оёғида туриб бошқаси чаноқ-сон ва тизза бўғимларида тўғри бурчак остида букилган бўлса, унда соғ оёқда турганда ўрта ва кичик думба мушаклари чаноқни ушлаб туради. Бир оз кўтарилган оёқ томонда чаноқнинг иккинчи ярми кўтарилади. Бу Тренделенбургнинг манфий симптомидир. Сон суягининг туғма чиқиши бўлган оёқда турганда ўрта ва кичик думба мушаклари уларнинг нуқсони туфайли чаноқни горизонтал ҳолатда ушлаб туролмайди. Бунда чаноқ соғ томонга эгилади, шу томондаги думба ости бурмаси пастга тушади. Боланинг ўзи оғриқли томонга эгилади. Бу Тренделенбургнинг мусбат симптомидир (263-расм).

ўртасидан туширилган перпендикуляр нормада қуймич косаси томини иккига бўлади. Сон суягининг туғма чиқишида кесишиш нуқтаси ташқарига сурилади.

Сон суяги бошчасининг сурилишини аниқлашнинг ишончли белгиси Шентон чизигининг бузилиши бўлиб, бу чизик нормада ёпқич тешикнинг юқори ички чегарасидан сон суяги бўйинчаси чизигига ўтади. Чизикнинг тўғри жойлашишининг бузилиши чаноқ-сон суяги бўғимидаги чиқишни кўрсатади. Суяк ҳосил қилиш ядроси пайдо бўлгунига қадар сон суяги бўйинчасининг медиал ички дўмбоғи ориентир (мўлжал) учун олинади.

Бир ёшдан катта болаларда сон суягининг туғма чиқишига ташхис қўйиш. Бир ёшдан ошган болаларда сон суягининг туғма чиқишига ташхис қўйиш

Сон учбурчаги томирлар дастасидан ичкарида пайпасланганда туғма чиқишда сон бошчасини аниқлаб бўлмайди. Бошчанинг чаноқ суягига ва халтасига фиксация даражасини аниқлаш учун фиксация қилинган чаноқда сонни дистал учидан қўлда тортилади. Бу муайян клиник ва прогностик аҳамиятга эга. Визуал кузатиш соннинг ҳаракатчанлик даражасини аниқлашга имкон беради.

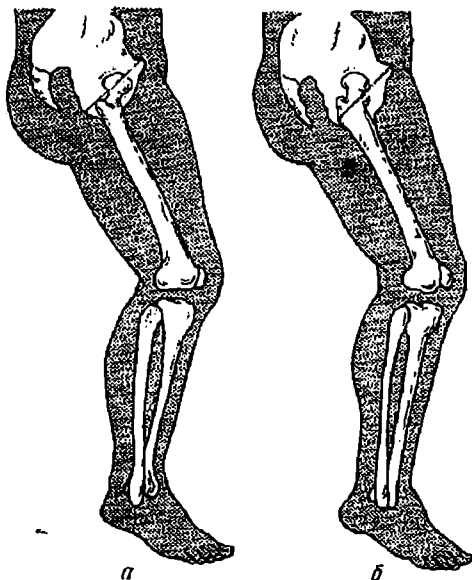
Тренделенбург симптоми бошқа ҳолатларда (полиомиелит асоратида, орттирилган чиқишда, сон суягининг варусли бўйинчасида) ҳам мусбат бўлиши мумкин.

Сон суяги чиққанда катта кўст Розер-Нелатон чизигидан юқорида туради. Розер-Нелатон чизиги — ёнбош суяги олдинги юқори қирраси ости билан қуймич суяги дўнгини бирлаштирувчи чизикдир (264-расм). Оёқнинг анатомик узунлиги бир хил бўлгани ҳолда солиштирма узунлиги чиққан томонда калта бўлади.

Ташхисни ва даволаш усулини аниқлаш учун рентген суратининг аҳамияти катта. Рентген сурати бемор турган ва ётган ҳолда олинади (айниқса, даволаш усули танланаётганда). Оёқнинг ўрта ҳолатида ва ички ротацияда олинган рентген суратлари антеверсия тўғрисида хулоса қилишга имкон беради.



263-расм. Тренделенбург белгиси (ўнг томондан ижобий).



264-расм. Катта кўст нуқтасининг Розер-Нелатон чизигига муносабати.
а — нормада; б — соннинг туғма чиқишида.

Сон суягининг туғма чиқишида дифференциал (солиштирма) ташхисни сон суягининг варусли бўйинчаси, думба ўрта мушаги фалажи, шунингдек, патологик ва жароҳат натижасида содир бўлган чиқиш ўргасида қўйиш керак. Анамнез (сўраб билиш), рентген суратидаги белгилар ташхисни тўғри қўйишга ёрдам беради.

Сон суягининг туғма чиқиши қанча эрта даволанса, шунча яхши самара беради. Бу қасалликни консерватив ва оператив даволаш бир неча босқичларга бўлинади.

Сон суяги туғма чиқишини бола ҳаётининг дастлабки ҳафталарида даволаш. Даволашни туғруқхонадан бошлаш керак. Кенг йўргаклашни бола чиқиб кетгунига қадар онага ўргатилади. Кенг йўргаклаш учун иккита пелёнкани шундай буклаш кераки, эни 20 см бўлган қистирма ҳосил бўлсин. У тизза ва чаноқ-сон суяги бўғимлари букилган ҳамда 60-80° га керилган оёқлар орасига қўйилади. Шу ҳолатда бола оёғи учинчи пелёнка билан маҳкам боғланади. Поликлиникада бола ортопед назоратида диспансер ҳисобига олиниб, она даволовчи бадантарбия машқлари қилишга ўргатилади.

Даволовчи бадантарбия машқлари асосан оёқни керишга мўлжалланган. Машқ кунига 6-7 марта оёқнинг чаноқ-сон ва тизза бўғимлари букланган ҳолда текис сатҳга теккунга қадар бажарилади. Ҳар гал 15-20 машқ қилинади.

Бола ҳаётининг дастлабки ҳафталарида чаноқ-сон суяги бўғими дисплазиясини даволаш қуйидагилардан иборат. МТОИ (Марказий травматология ва ортопедия институти) нинг кенгайтирувчи шинаси қўйилади, рахитга қарши даво тавсия қилинади. Даволовчи бадантарбия машқлари, силаш (массаж) тавсия қилинади. Шина билан даволаш 4-6 ой давом этиб бир ёшга тўлгандан кейин (рентген назорати қилиб юрилгандан сўнг) юришга руҳсат этилади. Амбулатор кузатиш 5 ёшгача бўлади.

Сон суяги туғма чиққанда даволаш бола ҳаётининг дастлабки ҳафталаридан шина қўйиш билан бошланади. Бунинг учун МТОИ (265-расм), Виленский (266-расм), Волков (267-расм) шиналаридан фойдаланилади.

Бир ёшдан катта болаларда сон суяги туғма чиқишини даволаш. Бола юриб кетгандан кейин одатдагидек оёқни кериш йўли билан сон суяги бошчасини жойига солиб бўлмайди. Илгари шундай ҳолларда наркоз остида Лоренц усули билан бошча жойига солиниб, сўнгра гипсли боғлам қўйилар эди. Бироқ бу йўл билан даволаш сон суяги бошчасининг асептик некрози, бўғимлар контрактураси каби асоратларга олиб келганлиги учун бу усулдан воз кечилди.

Туғма чиққан сон суяги бошчасини Илизаров аппарати ёрдамида секин-аста тортиб, чаноқ чуқурчасига солиш яхши натижа беради. Бунинг учун сон суягининг дистал метадиафизидан наркоз остида

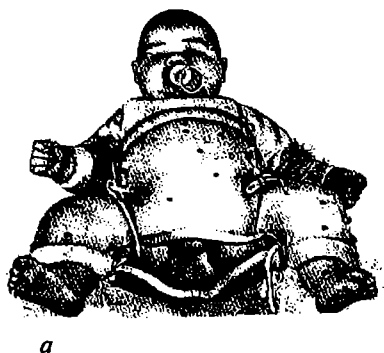
бир-бирига бурчак остида 2 та кегай ўтказилиб, Илизаров аппаратининг ҳалқасига маҳкамланади. Соғ оёққа ва бел камарига қарши таянч нуқтаси вазифасини бажарувчи гипсли боғлам қўйилади. Оёқлар 20-25°га керилади. Касал оёқ ичкарига 25-30°га бурилади. Бу эса сон суяги антеторсиясини йўқотади. 2 суткадан кейин пастга тортиш бошланади (суткасига 2-3 мм дан). Торта бошлагандан жойига тушгунича 4 ҳафта керак. Бошча бўғимга тушгандан кейин аппарат 2 ҳафта давомида бўғимни тинч ва енгил ҳолатда ушлаб туриши керак. Кейин аппарат ечилиб, оёқ функционал гипсли боғлам ёрдамида Лоренц тавсия қилган ҳолатда бўлади.

Волковнинг полиэтилен шинаси мушакларнинг аста-секин бўшашиб, оёқни Лоренц тавсия қилган II ҳолатда букланишини ва соннинг 60-70°га керилишини таъминлайди. Шина оёқнинг 5-8°га ҳаракат қилишига мосланган, бу эса контрактура ривожланишининг олдини олади.

Сон суяги туғма чиқишини жарроҳлик йўли билан даволаш. Ҳозирги вақтда туғма сон суяги чиқишини жарроҳлик йўли билан даволашни 2 ёшдан, тўғрилаш қийин ҳолларда 1 ёшдан кейин ҳам амалга ошириш мумкин.



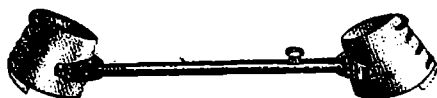
265-расм. ЦИТО шинаси.
а — олдидан кўриниши;
б — орқадан кўриниши.



а



б



266-расм. Виленский шинаси.

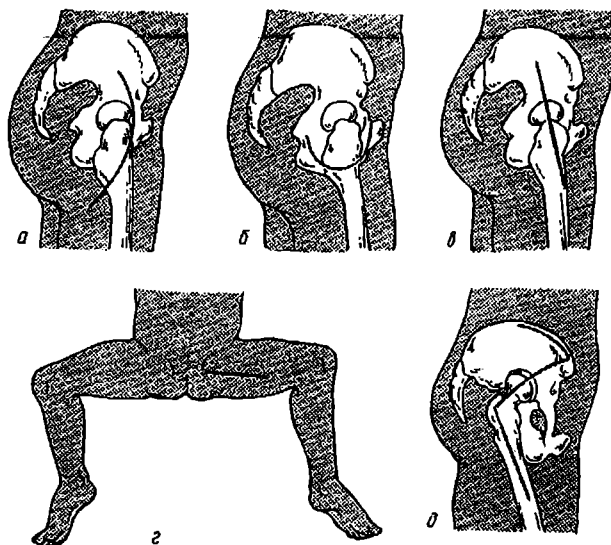
267-расм. Волков шинаси.

Очиқ усулда тўғрилашга кўрсатмалар: 1) чаноқ-сон бўғимида анатомик (бошчанинг анча сурилиши – орқа юқорига чиқиш, сон проксимал қисми бурчаклари катталикларининг кескин ўзгариши, «томча»нинг яхши ривожланмаганлиги) ўзгаришлар натижасида ёпиқ усулда тўғрилашнинг имкони бўлмаганда, 2) туғма чиққан сон суяги бошчасини ўз жойига ёпиқ солингандан кейин қайтадан чиқиши (релюксация), 3) сон суягининг туғма чиқиши икки ёшдан кейин сақланиб қолса амалга оширилади.

Сон суягининг туғма чиқишининг ҳамма турини жарроҳлик йўли билан даволаш қуйидаги гуруҳларга бўлинади: а) чиқишни ўз ўрнига очиқ усулда тушириш; б) реконструкция қилиб, очиқ усул билан ўз ўрнига тушириш; в) ёнбош суягидаги жарроҳлик; г) паллиатив операциялар.

Сон суягининг туғма чиқишини ўз ўрнига очиқ усулда туширишни бошча ва чуқурча яхши шаклланган бўлса, оддий амалга ошириш мумкин ёки тўғрилашдан олдин қуймич косаси чуқурлаштирилади (268-расм). Сон суяги бошчаси жароҳатга чиқарилади, тўғрилашга халақит берадиган тўқималар ва тоғай соябони ости кесилади. Агар операция катта кўстни кесмасдан қилинган бўлса, гипсли боғлам 2-3 ҳафтага қўйилади. Қуймич косасининг тоғай қатлами олиб ташлангандан кейин, албатта бўғимни пластика қилиш керак. Агар бошча етарли даражада марказлашмаган бўлса, ўз ўрнига очиқ туширишни деротацион остеотомия билан амалга ошириш керак.

Бўғимни очмасдан соябон ҳосил қилиб (Кениг бўйича) қуймич косасининг юқори четини реконструкциялаш чаноқ-сон суяги бўғими дисплазиясида ва бошча қуймич косасида марказлашган (тешилган)



268-расм. Чаноқ-сон бўғимига кириш йўллари.
 а – Кохер; б – Мерфи–Лексер–Олье;
 в – Лангенбек; г – Лудлофф медиал кириши;
 д – Омбредан.

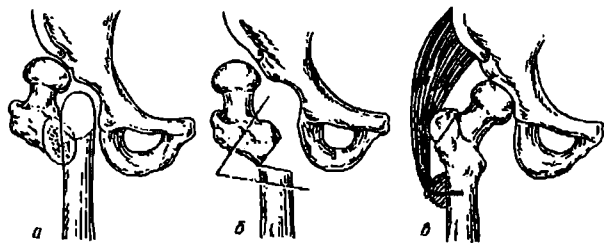
бўлса, унинг чала чиқишида қўлланилади. Операциянинг вазифаси — сон суяги бошчасининг тиралиб туриши учун мустаҳкам таянч ҳосил қилиш ва чаноқ-сон бўғими чала чиқишининг олдини олишдан иборат.

Сон суяги туғма чиқиб, асорати қолган, даволанмаган ёки яхши даволанмаган беморларда бифуркация (ёки вилкалаш) операцияси қилинади. Бу операция 30 ёшдан ошган беморларда қўлланилади. Остеотомия сатҳи бўғим косачасининг марказига тўғри келиши керак. Остеотомиядан кейин Лоренц усули бўйича сон суяги периферик қисмининг учи қуймич косасига тўғрилаб қўйилади (269-расм, а).

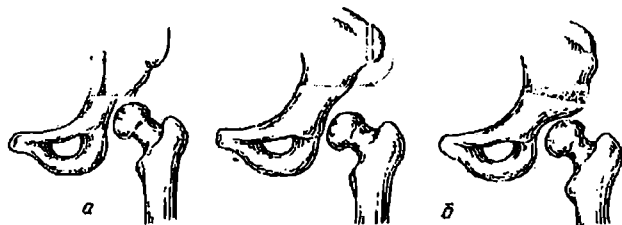
Юқорида кўрсатилган ҳолларда сон суягининг чаноқ суяги қуйи қисмига тўғри келган сатҳида Шанц усули бўйича остеотомия амалга оширилади (269-расм, б). Операциянинг мақсади — чаноқ суягида таянч ҳосил қилишдир. Унда сон суягининг остеотомия қилинган жойининг юқори ва қуйи қисмидан сон суягига узун металл стерженлар қоқилади. Улар керакли бурчак остида кесишиб, сон суягида тиралиши учун зарур бўлган бурчак ҳосил қилади. Қўйилган гипсли боғлам уларнинг бирикиб, битишиб кетгунигача бўлган муддатга қўйилади.

Сўнгги вақтларда, айниқса, кичик ёшдаги болаларда сон суягининг туғма чиқишини даволашда ёнбош суягидаги бўғимдан ташқари қилинадиган операциялар кенг тарқалган.

Ёнбош суяк асоси соҳасида Киари усули бўйича (270-расм, а) чаноқнинг тўлиқ остеотомияси чала чиқишда, қуймич косасининг яққол ифодаланган «томи»да ва чаноқ-сон бўғими дисплазиясида амалга оширилади. қуймич косачасининг қуйи қисми очилгандан кейин горизонтал йўналишда искана ёки Джилъи арраси билан кесилди. Сон суяги керилганда қуймич косаси сатҳида жойлашган бошча ёнбош суягининг дистал қисми ва қуймич косаси билан бирга ичига сурилади



269-расм. Туғма сон чиқишида паллиатив операциялар:
а — Лоренц усулида б и ф у р к а ц и я ;
б — Шанц усулида сон остеотомияси; в — Во-Лями операцияси.



270-расм. Чаноқ-сон бўғими дисплазиясида бўғимдан ташқарида бўладиган операциялар.

ҳамда ёнбош суяқдан сурилган суяк бостирма соябон билан қопланади. Антеверсияда чаноқ остеотомияеига қўшимча қилиб соннинг деротацион остеотомияси ҳам қилиниши керак. Қилинган операциядан кейин оёқ керилган ҳолда тирговичли, коксидли боғлам 2 ой муҳлатга қўйилади.

Қуймич косасининг томчаси ясси бўлган ҳолларда Солтер (270-расм, б) операцияси қўлланилади. Бу усулдаги операцияда ёнбош суяги асосидан кесилиб, арраланган бўлақлар орасига ёнбош суяги қанотидан олинган учбурчак шаклидаги аутотрансплантат қўйилади. Бу муолажалардан сўнг қуймич косасининг томи олдинги томонга қийшайиб, сон суяги бошчасини ёпади.

Устки ацетабуляр (қуймич косасининг устига) туғма чиқиш яхши шакланган сохта бўғим косасида сон суягининг бошчаси янги бўғим чуқурчасида яхши таянчга эга бўлса, лордоз ва контрактура бўлмаганда катта кўстни унга бириккан думба мушаклари билан ўзи ёпишган жойдан 3-5 см пастга (Во-Лями операцияси) туширилади. У сон суягига штифт, сим ва бошқа нарсалар билан маҳкамланади. Операциядан кейин Тренделенбург симптоми йўқолиб, беморларнинг оқсаши тўхтайди. Сон суяги туғма чиққан беморлар даволангандан кейин 20 ёшигача диспансер назоратида бўлиши керак. Шуни айтиш керакки, жинсий балоғатга етиш даврида сон суяги бошчасининг чала чиқиши ўзининг клиник кўринишлари билан бир неча йилдан сўнг ривожланиши мумкин. Бутун назорат муддати даврида даволувчи бадантарбия машқлари ва сувда сузиш тавсия этилади.

СОН СУЯГИ БЎЙИНИНИНГ ВАРУСЛИ ДЕФОРМАЦИЯСИ

Бўйин-диафиз бурчаги одатда 125-127°га тенг бўлади. Варусли деформацияда бу бурчак 45° гача камаёди. Бу сон суяги бошчасининг эпифизар ўсиш зонасидаги ривожланиш нуқсони билан боғлиқ.

Касаллик бола юра бошлаганидан кейин, кўпроқ қизларда аниқланади. Туғма варусли деформация орттирилган варусли деформацияга қараганда кам учрайди. Орттирилган варусли деформация жароҳатдан, рахит, остеохондропатия, яллиғланиш жараёнларида, эндокрин касалликлар ва бошқалар оқибатида келиб чиқади (271-расм). Орттирилган варусли деформацияда бўйин-диафиз бурчаги 80-90°га тенг бўлади.

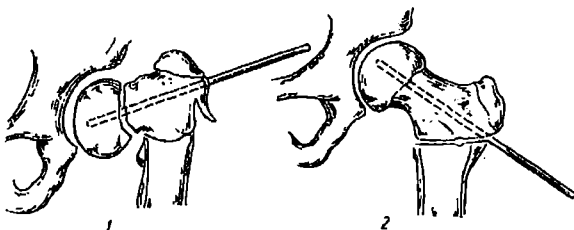
К л и н и к а. Касаллик «ўрдак юриш», бел лордоз, Тренделенбургнинг мусбат симптоми, чаноқ-сон бўғимида оёқ керилишининг чекланиши ва буралиши билан намоён бўлади. Лекин сон суяги бошчасининг туғма чиқишидан фарқи шуки, пайпаслаганда сон суяги бошчаси сон учбурчагида қўлга сезилади.

Д а в о л а ш. Қоида бўйича жарроҳлик йўли билан даволанади. Операция сон бўйинчасида тешилган каналга то бошчасига қадар суяк штифти ўтказиш ва кўст ости остеотомияси қилишдан иборат (272-расм).

271-расм. Болаларда учрайдиган икки томонлама дистрофик соха вага.



272-расм. Соха вага да қилинадиган операциялар.



Соғ суяги бўйинчасининг вальгусли деформацияси туғма бўлиши, шунингдек, полиомиелит ва рахит касалликлари туфайли ривожланиши мумкин. У клиник жиҳатдан унчалик аҳамиятга эга эмас.

ТУҒМА МАЙМОҚЛИК

Туғма маймоқлик — таянч-ҳаракат апарати туғма деформациялари (нуқсонлари) ичида кўп учрайдигани (ҳамма туғма деформацияларнинг 35–38°) бўлиб, ўғил болаларда қизларга нисбатан икки баробар кўп учрайди. Икки томонлама маймоқлик бир томонлама маймоқликка нисбатан кўп учрайди.

Туғма маймоқлик — келиб чиқиш сабабларига кўра кўп омилли касаллик ҳисобланади. Бу омиллар қуйидагилардан иборат бўлиши мумкин: 1) механик омиллар ҳисобига пушт ривожланишининг бузилиши (панжа амниотик тортмаларига босим, киндик, бачадон мушаклари, сув тақчиллигида ўсмаларга таъсир); 2) пуштнинг дастлабки пайдо бўлишидаги нуқсонлар; маймоқликнинг туғма нуқсонлари — бармоқларнинг чандиғи, тиртиқ куён лаб, «бўри жағ» ва бошқалар билан биргаликда учраши; 3) маймоқликнинг туғма нуқсонлар билан боғлиқ бўлган ирсий тури; 4) токсоплазмоз натижасидаги ҳомила патологияси; 5) орқа мия марказлари томонидан иннервациянинг бузилиши;

К л и н и к а. Туғма маймоқликнинг 2 тури, типик (80% атрофида) ва нотипик (20% атрофида) фарқланади. Типик тури а) кам учрайдиган ва тез даволанадиган енгил турига; б) тез-тез қузатиладиган, тери ости ёғ қатлами ва ҳаракатчан тери кўзга яққол кўринадиган юмшоқ тўқимали пайли турига; в) кам ҳаракатланадиган терида оёқ панжасининг ташқи томонида суяк дўмбоғи қузатиладиган (товон суяги кенгайган ташқи тўпик, бешинчи оёқ қафт суягининг эгри-бугрилиги) суякли турига бўлинади. Маймоқликнинг нотипик шаклига артрогрипоз ва амниотик қисиб боғлаш ва бошқалар натижасида келиб чиққан маймоқликлар киради.

Товоннинг маймоқликдаги ҳолати қуйидаги клиник белгилар билан тавсифланади: 1) оёқ панжаси олдинги қисмининг қафт томонга эгилиши (эквинус); 2) асосан қафт олди ва товоннинг оёқ панжаси, қафт томони билан ичкарига буралиши (супинация); 3) оёқ панжаси олдинги қисмининг ичкарига келтирилиши (аддукция) (273-расм).

Туғма маймоқликдаги товоннинг ўзига хос ҳолатидан ташқари, болдирнинг ичкарига буралиши, болдир оёқ панжаси бўғимида ҳаракатнинг чекланиши қузатилади. Бола юра бошлаганидан кейин маймоқлик белгилари кучайиб боради ва оёқ панжасининг ташқи сатҳидаги терида қадоқ (натоптиш) ҳосил бўлади, оёқ панжаси суяклари бир-бирига нисбатан силжиб, янги бўғим сатҳи ҳосил бўлади, эскилари тоғай сатҳининг атрофияси туфайли бўшаб қолади.

Маймоқлик касаллиги билан оғриган болалар бир оёқ панжаси устидан иккинчи оёқ панжасини ошириб қадам ташлайдилар. Болдир мушаклари атрофияга учраганлиги учун озғин кўринади. Тизза бўғими тўғриланиб, қомати тўппа-тўғри ҳолатни олиб, номутаносиб ва шошмай юради.



273-расм. Икки томонлама туғма маймоқлик.

Д а в о л а ш. Консерватив ва оператив йўл билан олиб борилади.

Бола туғилганидан 10-12 кун ўтганидан кейин консерватив даволашни бошлаш мумкин. Даволаш шифокор рақбарлигида она томонидан ҳар куни редрессация (куч билан тўғрилаш) қилиниб, эришилган натижа мустаҳкамланиб борилади. Ёш болаларда оёқ панжаси суяклари тоғайдан иборат бўлиб, фақат суяк ҳосил килувчи ядролари бўлади, ўсиш жараёнида ҳар хил ўзгаришларга мойил бўлади. Шунинг учун оёқ

панжаси наркозсиз муайян муолажадан сўнг осон коррекцияланади (тўғриланади). Улар оёқ панжасининг маймоқликдаги ҳолати: супинация, аддукция ва эквинусга қараб тўғриланади.

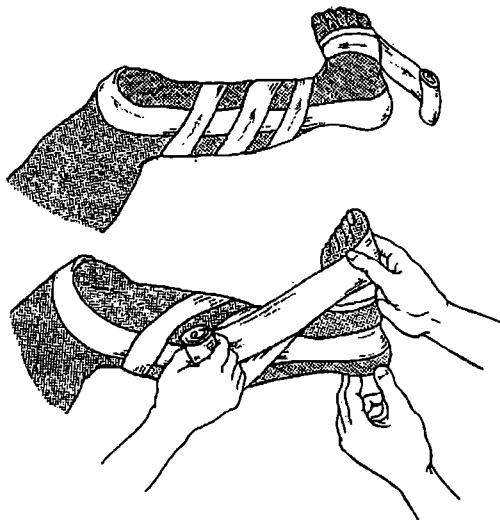
Маймоқликнинг енгил турида маҳкамлаш (фиксация) фаланелли бинт, оғир ҳолларда босқичли гипс боғлами қўйилади. Туғма маймоқликнинг енгил турларида (бинт билан коррекция қилишдан ташқари) пассив коррекцияловчи гимнастика, ҳар гал бинтгни алмаштирганда кунига 3-5 минутдан болдирни ва панжани 3-4 марта силаш зарур.

Финк-Эттинген бўйича юмшоқ бинтни қўйиш техникаси. Мушакларни бўшаштириш учун бола оёғининг тизза бўғими тўғри бурчак остида букилади. Бинтнинг узунлиги 2 метр, эни 5-6 см (274-расм). Маймоқликни тузатиш деформациянинг санаб ўтилган компонентлари: супинация, аддукция ва эквинус ҳолатларининг тартиби бўйича амалга оширилади. Р.Р.Вреден айтганидек, редрессация қилаётганда боланинг йиғлаши табиий ҳолдир, лекин «қаттиқ йиғлаганда» муолажани аста-секин амалга ошириш керак.

Вреден бўйича аддукцияни бартараф қилиш учун бир қўл билан оёқ панжасининг олдинги қисмини шундай уқалаш керакки, бармоқ оёқ панжаси ташқи қиррасининг ўртасига тиралсин ва оёқ панжаси буралади. Иккинчи қўл билан товонни ва оёқ панжасининг ички қиррасини ушлаб биринчи бармоқ учи оёқ панжасининг ташқи қирраси ўртасига тиралади.

Супинация икки қўл билан бартараф қилинади, бунинг учун битта қўл товон қисмининг пастидан қаттиқ ушлаб туради, иккинчиси оёқ панжасини ушлаб туради. Биринчи бармоқ кафт юзасига, қолганлари орқа юзасига қўйилади, сўнгра товонни маҳкам ушлаб, секинлик билан бўйлама ўқи атрофида айланма ҳаракат қилинади.

Эквинусни йўқотиш учун бир қўл билан тўпиқларга тиралган ҳолда болдир столга босиб турилади, бошқа қўлнинг кафтини оёқ панжаси кафтига ёпиштириб ушлаб, оёқ панжаси кафтини орқа томонга кўтарган ҳолда фиксацияланади (маҳкамланади). Қилинган муолажадан сўнг (баъзан бир неча марта) эришилган натижа



274-расм. Юмшоқ бинт ўраш.

боғлаб маҳкамланади, бунда бинтнинг очиқ (эркин) учини оёқ панжаси орқа юзасининг ташқи қиррасига, олдинги қисмини қамраган ҳолда айлангириб 2 марта маҳкамлаб ўралади. Бинт 2 тўрдан (ўрамдан) кейин болдирнинг ташқи юзасидан сонга болдир билан тўғри бурчак ҳосил қилган ҳолда ўтказилади. Сонни айлангириб тизза ости чуқурчасини ички томонидан ташқи томонига ўтиб, қия ҳолда болдирнинг олдинги-ташқи юзасидан қўйи ички томонига ўтиб, оёқ панжасининг ички қиррасига оёқ панжаси қамраб олингандан бинт яна сонга кўтарилади. Шундай қилиб, тизза бўғими букилган ҳолда оёқ панжаси 3 қатлам бинт билан маҳкамланади. Бинтни ўрамда тортиб ўралганлиги учун қон томирларини сиқиб қўйиши мумкин, шунинг учун оёқ панжаларини назорат қилиб туриш керак. Агар пайдо бўлган кўкариш 10 минутдан сўнг кетмаса, ўралган бинтни бўшатиш керак.

Баъзи вақтларда коррекцияга 2 ойнинг ичида эришиш мумкин. Лекин гиперкоррекцияни ушлаб туриш учун болага кечаси пластмасса шина қўйилади.

Виленский усули билан туғма маймоқликни эрта функционал даволаш. Гипсли боғлам қўйиш учун бола орқасига — тепага қараб ётқизилади, оёғига (соннинг юқориги учдан бир қисмига) ип газламадан тўқилган пайпоқ ёки найсимон бинт кийдирилади. Врач бола оёғини тизза бўғими букилган, оёқ панжасини куч сарф қилмай коррекция ҳолида ушлаб туради. Оёқ кафтининг ташқи-орқа сатҳига кўпиксимон полиэтилендан тайёрланган, асоси оёқ кафтининг дистал қисмига қаратилган понасимон қистирма қўйилади. Сўнгра айланма гипсли боғлам оёқ панжаларининг учидан, соннинг юқориги учидан бир қисмигача қўйилиб, суякнинг дўмбоқ ерлари ва оёқ кафти соҳаси яхши модуляция қилинади. Сўнгра оёққа кўтарилган ҳолат берилиб, қўйилган полиэтиленли понасимон қистирма тортиб олиб ташланади. Агар муолажадан 30-40 минут ўтгандан кейин оёқ панжалари одатдаги рангига қайтса, бола уйига жўнатилади.

Ота-онаси уйда боласи билан ўйнаётганда қолдирилган пайпоқни ташқи учидан тортиб қўяди. Шундай қилиб, оёқ панжаларини бўш қолган томонга коррекция қилинади. Эришилган ҳолатни сақлаб қолиш учун гипс боғлами билан оёқ панжасининг икки сатҳи ўртасига ҳар сафар ҳажми ортиб борувчи, тахтадан ёки полимер материалдан тайёрланган қистирма қўйилади.

Гипсли боғлам боланинг ёши ва деформациянинг даражасига қараб 5 суткадан 20 суткагача қўйилади. Бу давр ичида мушак бойламли контрактура анча бўшашиб, оёқ панжаси куч сарф қилинмай оғриқсиз яна коррекция қилинади. Даволовчи бадантарбия машқини бажараётганда оёқ панжаси ташқи-орқа томони (полиэтилен понасимон қистирма олиб ташланган соҳа) нинг гипсли боғламга тегиши боғламни алмаштириш учун мезон бўлади. Иссиқ ванна ёки озокеритли аппликациядан кейин дарров янги гипсли боғлам қўйилади. Виленский

усули бўйича даволашда туғма маймоқликнинг ҳамма компонентлари куч сарф қилинмай бартараф этилади. Даволаш оёқ панжаси дистал қисмининг коррекциясидан бошланади. Болдирнинг буралишини тўғрилаш учун оёқ панжаси бирдан ташқарига буралади, кейин оёқ панжасининг эквинус ҳолати бартараф қилинади. Нуқсонлар тўлиқ бартараф қилингандан кейин оёқнинг тўғри ҳолатида гипсли боғлам қўйилади ва 2-3 кундан кейин юришга рухсат берилади. Мақкамланган оёқ панжасига куч бериш унинг таянч функциясининг ривожланишига, болдир ва оёқ панжаси скелетининг ва мушакларининг тўғри шаклланишига ёрдам беради.

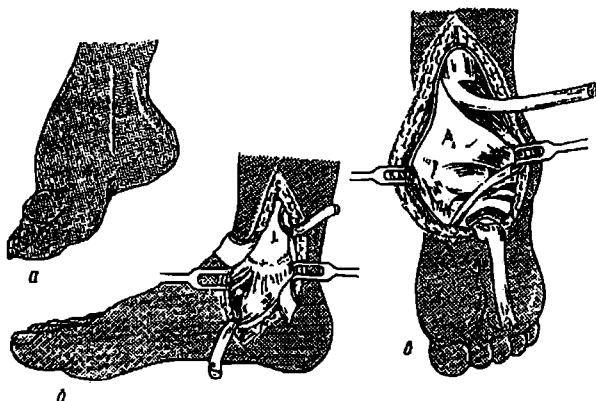
Туғма маймоқликнинг келажақда даволаш эришилган коррекцияни фаол сақлаб туриш ва деформация қайталанишининг олдини олиш мақсадида мушакларни мақкамлашга қаратилган бўлиши керак. Даволаш воситалари комплексига коррекцияловчи даволаш машқи, парафинотерапия, силаш, озокерит аппликацияси, кичик болдир мушакларининг электростимуляцияси киради.

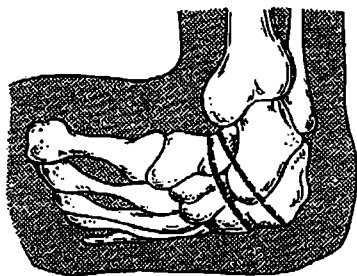
Консерватив даволаш натижа бермаса, 2-2,5 ёшда пай-бойлам аппаратида, 7 ёшдан ошган бўлса, оёқ панжасининг суяк аппаратида ёки қўшма мураккаб операция қилинади.

Туғма маймоқликни жарроҳлик даволаш ноиложликдан келиб чиққан муолажа ҳисобланади. Пайнинг бойлам аппаратида қилинадиган операциялардан энг кўп эътироф этилгани Зацепин усули бўйича қилинадиган операциядир. Бунда болдир-оёқ панжа бўғими ички томонидан очилиб супинация қиладиган мушакларнинг пайлари узайтирилади ва бойламлар кесилади. Оёқ панжасининг орқа қисмини супинацион контрактурадан озод қилиш ва товон пайини узайтириш учун орқа томондан кесилади (275-расм).

Зацепин усули бўйича қилинадиган операциянинг моҳияти болдир-оёқ панжа бўғимининг ички ва орқа сатҳидаги пайларни узайтириш, катта болдир суяги ва оёқ панжа суяклари орасидаги боғламларни

275-расм. Туғма маймоқликда Зацепин операцияси. а — операция йўллари; б — ички тўпиқни очиш; в — панжа орқа қисм бўғимларига орқадан кириш.





276-расм. Панжани Куслик усулида ўроқсимон резекция қилиш.

ҳамда бўғим халталарни, ошиқ ва товон суяклари орасидаги бўғим ички бойламларини пухталиқ билан кесиб ташлашдан иборат.

Шундан сўнг оёқ панжаси дарҳол тўғри ҳолатга келади ва деформациянинг қайталаниши кузатилмайди. Суяқлардаги опера циялар болалар 7 ёшдан ошганда суяқларнинг жадал ўсиши тўхтагандан кейин қлинади. Туғма маймоқ-ликнинг оғир турларида оёқ панжаси Куслик усули бўйича ўроқсимон резекция қлинади (276-расм).

Сўнги йилларда туғма маймоқликнинг оғир турларида деформацияни тўғрилаш учун Илизаров, Волков-Оганесян шарнир-дистракцион аппаратларидан фойдаланилади. Бу аппаратларнинг конструкцияси маймоқликнинг ҳамма компонентларини аста-секин бартараф қилишга имкон беради.

4-БОБ. БЎЙИН, ЕЛКА КАМАРИ ВА КЎКРАК ҚАФАСИНИНГ ДЕФОРМАЦИЯЛАРИ

Бошни ён томонга эгилиб, айланишидаги деформацияси «қийшиқ бўйинлик» дейилади. Бу ҳолат юмшоқ тўқималар, суяқлар, қон томирлар ва асаблардаги ўзгаришларга ҳам боғлиқдир. Қийшиқ бўйинлик кўпинча тўш-ўмров-сўрғичсимон мушагининг патологик ўзгаришлари, камроқ ҳолларда умуртқа поғонаси бўйин соҳасининг нуқсонли ривожланиши натижасида бўлади. Келиб чиқишига қараб қийшиқ бўйинлик мушакли, суякли, невроген, тери-бойламли ва компенсатор турларига бўлинади.

ТУҒМА МУШАКЛИ ҚИЙШИҚ БЎЙИН

Туғма мушакли қийшиқ бўйин касаллиги таянч-ҳаракат аппарати туғма касалликлари орасида учраш даражасига кўра (5-12% гача) учинчи ўрнида туради. Кўпинча, қизларда учраб, ўнг томонлама бўлиши аниқланган.

Бу касаллик тўғрисида кўп назариялар бўлиб, ҳеч қайсиси унинг келиб чиқиш механизмини тўлиқ тушунтира олмайди. «Қийшиқ бўйинлик»нинг келиб чиқишида тўш-ўмров-сўрғичсимон мушагининг туғма (етишмовчиллиги) нуқсони сабабчи деган назария кўпроқ тан олинади. Туғилиш вақтидаги жароҳат деформацияни кучайтиради.

К л и н и к а. Бола ҳаётининг дастлабки 7-10 кунларида яққол кўзга кўринадиган деформация жуда кам аниқланади. Лекин 3-ҳафтадан бошлаб тўш-ўмров-сўрғичсимон мушакларидан биттаси ўзгаради. Унинг ўрта қисми қаттиқлашади. Ўзгарган мушак томонга калланинг қийшайиши, юзнинг қарама-қарши томонга бурилиши кўзга ташланади. Калла ҳаракати чекланади. Агар тўш-ўмров-сўрғичсимон мушагининг ўзгариши унчалик катта бўлмаса, каллани тўғри ҳолатга келтириш мумкин. Мушак анчагина йўғонлашганда каллани тўғрилаш мумкин эмас. Бундан ташқари, юз ва калла асимметрияси, калла томонда бўйиндаги горизонтал бурманинг бўлмаслиги ва бошқа симптомлар кузатилади. Одатда деформация ёши улғайган сари зўраяди ва 3-6 ёшга борганда аниқ кўринадиган бўлади. Бола олдинги томондан кўрилганда бўйин асимметрияси (калланинг эгилган томонга қарама-қарши бурилганлиги) сезилади. Ўзгарган мушак томондан қаралганда елка сатҳининг анча юқори туриши, юз ва калла асимметрияси кузатилади (277-расм). Орқа томондан кўрилганда калла томонда курак ва елка сатҳининг анча юқори туриши, бўйин асимметрияси кузатилади.

Қийшиқ бўйинлик кучайса, сколиоз ҳосил бўлади. Агар мушакнинг тўш толаси кучли жароҳатланган бўлса, калланинг бурилиши, ўмров толаси кўпроқ жароҳатланган бўлса, қийшайиши кўпроқ бўлади.

Бу беморларда жароҳатланган томонда калла суяги ясси ва кенг бўлади. Соғлом томонига нисбатан қийшиқ бўйинлик томонда қош ва кўз паст жойлашган. Қаттиқ танглай, бурун пардаси, қўшимча бурун тўсиғи, юқори ва пастки жағлар нотўғри ривожланади, кўриш майдони ёмонлашиши мумкин.

Рентгенограммада калла асимметрия-сидан бошқа ўзгаришлар кўрнимайди.

Жуда кам ҳолларда икки томонлама мушакли туғма қийшиқ бўйинлик учрайди. Бунда икки томонда ҳам тўш-ўмров-сўрғичсимон мушаклари қисқариб, тортишади. Калла орқа томонга ташланиб, энса орқага яқинлашади.

Юз юқорига қараган бўлади ёки калла олдинга энгашган ва юз ерга қараган бўлади. Калланинг айланиши ва бурилиши чекланади, юқори кўкрак умуртқа поғонаси соҳасида кучли кифоз, бел лордоза қайта тикланишининг кучайиши кузатилади. Туғма мушакли қийшиқ бўйин қуйидаги анамалиялар билан фарқланади:



277-расм. Мушакли туғма бўйин қийшиқлиги.

1) трапециясимон мушакнинг қисқариши туфайли келиб чиққан туғма қийшиқ бўйин;

2) бошнинг ён томонларидан елка усти соҳасига учбурчак шаклида тортилган тери бурмасидан ҳосил бўлган қанотсимон бўйин;

3) бўйин умуртқаларининг бир-бири билан қўшилиб кетиши (Клипсель–Фейл касаллиги);

4) бўйин қовурғаларининг мавжудлиги;

5) понасимон бўйин умуртқалари.

Орттирилган бўйин деформациясини қуйидагилардан:

спастик қийшиқ бўйинликдан (бемор ихтиёрига бўйсунмаган ҳаракатлар билан тавсифланади);

Гризель касаллигидан;

бўйин терисининг жароҳатидан кейинги қийшиқ бўйинликдан (дерматоген);

- десмоген туридан (бўйин соҳасидаги флегмона ва лимфаденитлар оқибати);

орттирилган (миалгия) қийшиқ бўйинликдан фарқлаш керак.

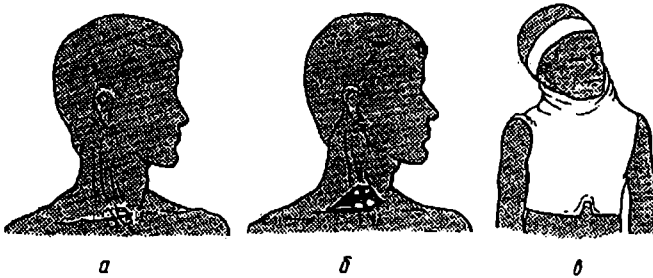
Д а в о л а ш. Консерватив даволашни тўш-ўмров-сўргичсимон мушаклардаги ўзгаришлар аниқланиши билан бошлаш керак. Бунинг учун ҳар куни 3-4 марта 5-10 минутдан каллани қарама-қарши томонга ва қисқарган мушак буриш машқи тавсия этилади. Бундан ташқари, бўйин мушакларини (айниқса, соғлом томони) силаш, УВЧ қўллаш мақсадга мувофиқдир.

6-8 ҳафтадан бошлаб сўрилувчи муолажа, калий йодли электрофорез тавсия қилинади. Даволаш курси 4 ойдан кейин қайтарилади. Бу даврда жароҳатланган томондаги юз ва бўйинни силаш катта аҳамиятга эга. Эришилган коррекция пахта-картонли Шанц ёқаси, қумли халтача (ётган вақтда), тасмали чепчик тақиш билан сақлаб турилади. Ётоқ деворга нисбатан шундай қўйилиши керакки, бола содир бўлаётган воқеаларни кузатаётганда боши ўзгарган мушак томонга тўғри ҳолатда беихтиёр бурилсин.

Агар туғма қийшиқ бўйин кучсиз намоён бўлса, ўз вақтида берилган консерватив даво боланинг 1-2 ёшида тўлиқ тузалишига олиб келади. Кучли намоён бўлган ҳолларда консерватив даво 3 ёшгача олиб борилиши керак.

Юз ва калланинг кучайиб борувчи асимметрияси операция йўли билан даволашни талаб қилади.

Зацепин усули билан қилинадиган операция кўп тарқалган бўлиб, тўш-ўмров-сўргичсимон мушагини ўмров ва тўш суягига бириккан еридан ва бўйин фасцияси юзасини ён томондаги учбурчакда кесишишидан (278-расм) мушаклар диастазини катталаштириш, қийшиқ бўйинлик қайталанишининг олдини олиш мақсадида тўш-ўмров-сўргичсимон мушак иккала учининг қуйи қисми 2-3 см кесилади.



278-расм. Мушакли туғма бўйин қийшиқлигида Зацепин операцияси.
а – юзаки фасцияни ва тўш-ўмров-сўрғичсимон мушакни оёқчаларини кесиш;
б – кесилган мушаклар ораси катта очилади; бошнинг ҳолати тўлиқ тўғриланади;
в – қотириб ушлаб турувчи гипс боғлами.

Туғма қийшиқ бўйинликни жарроҳлик йули билан даволашнинг бошқа йули – шикастланган тўш-ўмров-сўрғичсимон мушакни лавсан тасма ёки консервацияланган пайдан фойдаланиб пластик узайтиришдир.

Операциядан сўнг каллани гиперкоррекция ҳолатида тутиб туриш учун торакокраниал (кўкрак-бош) гипсли боғламидан фойдаланилади.

КЛИППЕЛ – ФЕЙЛ КАСАЛЛИГИ

Бу касаллик бўйин умуртқаларининг бир-бири билан қўшилиб ёпишиб кетиши, бўйин ва курак қисмида деформация билан кечади. Бунда умуртқа бўғимлари бўлмаслиги туфайли бўйин калта бўлиб, ҳаракати чекланиб қолади. Бундай касаллик «бўйини йўқ», «калта бўйин» деб аталади.

К л и н и к а. Бунда ташхис қўйишда рентгенография катта ёрдам беради. Бундай беморларнинг энгаги анча пастга эгилган бўлиб, баъзан кўкрагига тегиб туради, бўйин мушаклари таранглашган бўлиб, қийшиқ бўйин аломатлари (умуртқаларнинг ён тўмонга, олдинга эгилиши – сколиоз ёки кифоз, кўкрак ва куракнинг юқорига кўтарилиши) юз беради (279-расм).



279-расм. Клиппел-Фейл касаллиги.

Д а в о л а ш. Бола ёш вақтида силаш, уқалаш (массаж), даволоччи гимнастика, тўғриловчи мосламалар тақиб юриш тавсия қилинади. Даволашнинг асосий мақсади – бўйин умуртқаларида ҳаракатни ривожлантиришга қаратилган. Бола 5 ёшдан ошгандан кейин операция йўли билан даволанади – ёпишиб қолган умуртқалар бир-бирдан ажратилади. Керак бўлса, миопластика қилиниб, шакли бузилган қовурға олиб ташланиб, курак пастга туширилади. Иккиламчи неврологик белгиларига қараб бошқа операциялар ҳам қилинади.

ГРИЗЕЛ КАСАЛЛИГИ

Гризел касаллиги Гризел қийшиқ бўйинлик ёки атлантнинг бурилиб силжиши дейилади. Атлантнинг бурилиб силжиши натижасида қийшайиш бурун-халқум ва томоқнинг шамоллаши ҳароратнинг кўтарилиши билан кечади. Ўткир даражада кесиб ўтган касалликдан кейин бўйин қийшайиб қолиши, Гризел атлантининг олдинги ўсимтасига каллага бириктирувчи атлантнинг II бўйин умуртқасини тишсимон ўсимтаси атрофида айланттирувчи умуртқа олди мушакларининг қисқариш натижаси деб тушунилади. Шамоллаш ёки шамоллаган еридан келаётган импульсга умуртқа олди мушаклари барқарор контрактура билан жавоб бериб, атлантнинг силжиши ва калланинг қийшайишига олиб келади. Атлантнинг силжиши ва қийшиқ бўйиннинг келиб чиқишида, шубҳасиз бўйин бойлам аппаратининг кучсизлиги сабаб бўлади.

К л и н и к а. Касаллик болаларда, кўпинча, қиз болаларда 6-10 ёшида учрайди. Касаллик иситма чиқиши билан ўткир ҳолатда ўтиб, бўйин қийшайиб қолади. Гизел бу ҳолатни атлантнинг сурилиши билан тушунтиради, одатда, бу ҳолат касалликнинг ўткир даврдан сўнг эрталаб бўлади. Бу умуртқа поғонаси ёнидаги каллага ва атлантнинг олдинги қисмига ёпишувчи, иккинчи томондан II бўйин умуртқасининг сўрғичсимон ўсимтаси атрофида каллани ҳаракатга келтирувчи мушакларнинг қисқариши натижасида бўлади. Атлантнинг сурилиш ва қийшиқ бўйиннинг келиб чиқишида бўйинни боғловчи тўқималарнинг кучсизлиги сабаб бўлади. Бу касалликда бош бир томонга энгашган бўлади. Тўш-ўмров-сўрғичсимон ўсиқ калла қийшайган томонда бўшашиб, қарши томонда таранглашади. Таранглашган мушак томонда нарвонсимон ва бўйиннинг орқа мушаклари қаттиқлашади. Бўйин пайпаслаб кўрилганда II бўйин умуртқаси орқа ўсимтасининг буртиб тургани сезилиб, халқумнинг орқа сатҳида атлантнинг сурилиши натижасида ҳосил бўлган дўмбоқча кўринади. Калланинг бурилиши натижасида атлантнинг сурилишига қараб дўмбоқчанинг гоқ кўтарилиб, гоқ тушиб туриши кузатилади.

Каллани қарама-қарши томонга буриш чекланади. Калланинг бурилиши атлантэпистрофеал бўғимда бўлмай, балки умуртқанинг қуйи бўлими ҳисобига бўлади.

Оғиз орқали туширилган рентген суратида атлантнинг олдинга сурилганлиги ва унинг вертикал ўқ атрофида айланиши кўринади.

Д а в о л а ш. Яллиғланишни йўқотишда (тонзилит, лимфаденит) физиотерапевтик муолажалар (УФО, УВЧ) тавсия қилинади. Деформация мураккаб бўлганлиги учун бир неча ҳафта давомида Глиссон ҳалқаси билан тортиб қўйилади. Даволовчи бадантарбия машқи, силлаш, иссик муолажалар тавсия этилади. Касаллик эскириб кетган ҳолларда иккиламчи асоратлар (юз, калла асимметрияси, умуртқа поғонасининг қийшайиши) кузатилади.

БЎЙИН ҚОБИРҒАСИ

Кўшимча бўйин қовурғаси – кўп тарқалган аномалия (етишмовчилик) бўлиб, у 1% кишиларда учрайди, лекин клиник кўриниши фақат 10% кишиларда кузатилади. Бўйин қовурғаси аёлларда кўпроқ учрайди (2:1), бунинг устига икки томонлама бўйин қовурғаси бир томонлама бўйин қовурғасига қараганда 2 баробар ортиқ кузатилади. Бўйин қовурғаларининг суякланиши натижасида (20 ёшдан 30 ёшгача) неврологик ўзгаришлар пайдо бўлади.

К л и н и к а. Маҳаллий белгилари - ўмов суягининг устки юқориқоқ (1-2 см) соҳасида шиш бўлиб, ўмов ости артерия томирининг уриши кузатилади. Унинг неврологик белгилари (оғриқ ва парестезия) билан нерви бўйлаб тарқалади ва қўлнинг ҳолатига кўра ўзгаради. Касалликнинг сўнгги босқичларида анестезия ва фалажлик бўлиши мумкин. Бу жараёнга симпатик асаб системаси ҳам қўшилса, ҳароратнинг пасайиши, терининг қуриши, кўп терлаш кузатилади.

Д а в о л а ш. Кучсиз клиник-рентгенологик кўринишларида физиотерапиядан, неврологик ўзгаришлар ва оғриқ сезилганда жарроҳликдан фойдаланилади (кўшимча бўйин қовурғаси олиб ташланади).

ҚАНОТСИМОН БЎЙИН

Қанотсимон бўйин – туғма касаллик бўлиб, қатор нуқсонлар билан бирга учрайди. Шерешевский-Тернер, Боннев-Ульрих синдроми номи билан маълум.

К л и н и к а. Асосан бўйиннинг ён томонидаги, елка бўғимининг устидаги тери бурмаларининг қанотсимон ўзгариши асосий симптоми ҳисобланади (280-расм). Касаллик, кўпинча, бошқа патология: сон суягининг туғма чиқиши, синдактилия, птоз, қулоқ супрасининг ўсмаслиги, гипофиз ва жинсий безлар ва бошқалар функциясининг етишмовчилиги билан бирга учрайди.

Д а в о л а ш. Жарроҳлик йўли билан амалга оширилади (қарама-қарши учбурчакли тери лахтаги билан пластика қилинади). Кўп



280-расм.
Қанотсимон буйин.
а — олдидан кўри-
ниши; б — орқадан
кўриниши

вақт қанотсимон буйин билан бирга учрайдиган қўлтиқ ости ва тизза бўғими ости соҳасида тери бурмаси бўлса, улар ҳам тери пластикаси қилинади.

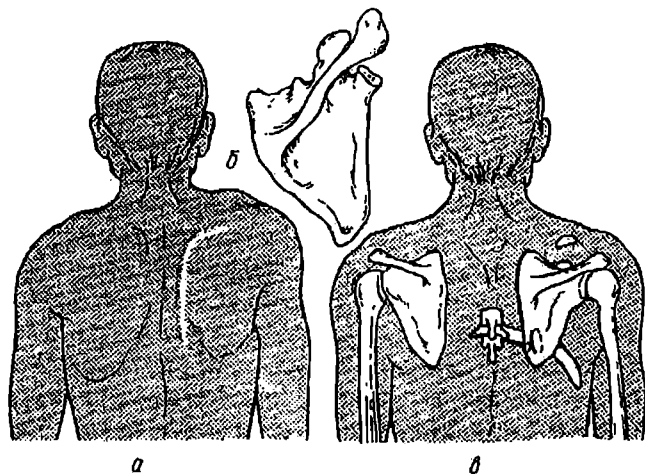
ШПРЕНГЕЛ КАСАЛЛИГИ

Куракнинг туғма юқори туриши, кўпинча, бир томонлама бўлиб, суяк ёки қўшма тўқималар ёрдамида умуртқа поғонасига бириккан бўлади. Умуртқа поғонаси ва елка бўғимида ҳаракатнинг чекланиши, баъзи вақтларда қовурғаларнинг ёпишиши, умуртқа поғонасининг ўзгаришлари ва бошқа деформацияларнинг ривожланиши билан кечади. Бу касалликда елка бўғимининг ҳаракати чекланган бўлиб, қўлни 90° гача кўтариш мумкин.

Д а в о л а ш. Консерватив даволаш усуллари: силаш, даволовчи бадантарбия машқлари, ҳар хил корсет ва бандажлардан фойдаланиш натижа бермайди. Шунинг учун операция усули билан даволаш керак. Операция куракни сафарбар қилиб, пастга тортиб, янги жойга маҳкамлашдан иборат. Бу мақсад учун С.Д. Герновский куракнинг тумшуқсимон ўсимтасини унга бириккан мушаклари билан кесиб, куракни пастга тортиб, ипак ип ёрдамида қовурғаларга маҳкамлашни таклиф қилади (281-расм).

ҚАНОТСИМОН КУРАК

Қанотсимон курак — туғма етишмовчилик бўлиб, курак медиал қиррасининг кўкрак қафасининг орқа томонидан қочишидир. Кўпинча, икки томонлама бўлади ва куракнинг туғма юқори туриши билан бирга бўлади. Бу деформацияни ромбсимон ва трапециясимон мушакларнинг зарарланиши натижасидаги болалар фалажи туфайли пайдо бўлган қанотсимон куракдан фарқлаш керак.



281-расм.
 Куракнинг туғма юқори жойлашишида Терновский операцияси.
a — тери кесими;
б — тумшуксимон ўсик остеотомияси,
в — уни VII қовурғага ипак ип билан маҳкамлаб қўйиш.

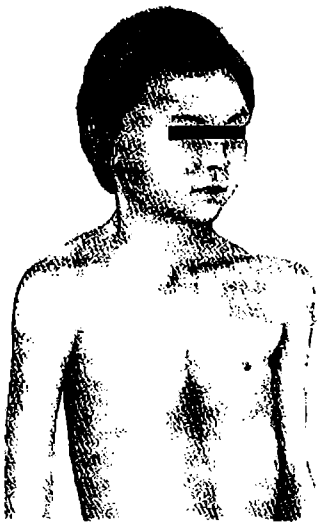
Д а в о л а ш. Консерватив усул (узоқ вақт силаш, даволоччи бадантарбия машқлари ва тўғри қомат кўникмасини ҳосил қилиш) билан амалга оширилади. Бир томонлама оғир деформацияда жарроҳлик муолажаси тавсия этилади: куракнинг медиал қирраси сафарбар қилинади ва қалин жойи ип билан қовурғанинг қуйи бурчаги ўрта чизиққа яқинроқ бўлган VIII қовурғага маҳкамланади. Деформацияни тўғрилашни осонлаштириш учун олдин тумшуксимон ўсимта ёки ўмров суяги «Z» симон остеотомия қилинади.

Курак ғирчиллаши (Астраханский бўйича антескандулар ғирчилловчи бурсит). Касалликка шиллиқ халталарнинг гигромаси, юмшоқ тўқималарнинг нуқсони, мушакларнинг атрофияси, суякнинг ўсмаси (экзостози), курак ва унга тегишли қовурға периостити сабаб бўлиши мумкин. Касаллик курак ҳаракатида ғичирлаш пайдо бўлиши билан (у ҳатто маълум масофадан эшитилади) тавсифланади. Кўпинча ғирчиллаш куракнинг қуйи бурчагида аниқланади. Қўл функцияси бузилмайди. Дифференциал ташхис учун Астраханский симптоми — чуқур нафас олинганда куракдаги ғирчиллаш товушининг пасайиши ва овоз жарангдорлигининг камайиши ўзига хосдир.

Д а в о л а ш. Жарроҳлик усули билан бурсит ёки гигрома суяк ўсимталари билан бирга олиб ташланади. Баъзи мушаклар пластика қилинади.

КЎКРАК ҚАФАСИНИНГ ДЕФОРМАЦИЯЛАРИ

Кўкрак қафасининг деформацияси туғма ёки орттирилган бўлиши мумкин. Кўкрак қафасининг туғма деформацияси умуртқа поғонаси, қовурға, тўш, куракларнинг ўсишидаги нуқсонлар билан боғлиқ. Кўкрак қафасининг орттирилган деформацияси, кўпинча, бошдан



282-расм. Воронкасимон кўкрак қафаси.

кечирилган касалликлар: рахит, суяк сили, ўпканинг сурункали йирингли касаллиги, суякнинг ўсишдан қолишига сабаб булувчи кўкрак қафасининг жароҳати оқибатида келиб чиқиши мумкин. Кўкрак қафаси деформациясининг кўп ҳолларида унинг ичида жойлашган аъзоларнинг ва диафрагманинг айниқса, юрак билан ўпканинг фаолияти ўзгаради. Кўкрак қафасининг воронкасимон деформацияси кўпроқ учрайди.

Воронкасимон кўкрак қафаси («этикдуз кўкраги»). Воронкасимон кўкрак қафаси туғма ва орттирилган бўлиши мумкин. Унинг шаклланиши асосида диспластик ҳолдаги қовурға тоғайларининг туғма етишмовчилиги ётади. Клиник кўриниши жиҳатидан воронкасимон кўкрак қафасида қорин деворининг юқори қисми ва кўкрак қафасининг пастки қисми чуқурлашган

(ичкарига ўсган) бўлади (282-расм). Қобирға тоғайлари чуқурлашишнинг ён чегарасини ташкил қилади. Кўкрак қафаси энига кенгайган бўлиб, умуртқа поғонасининг кўкрак қисмида кифоз ҳосил бўлади.

Кўкрак қафасининг нотўғри ривожланиши натижасида кўкс ораллиги аъзолари ва ўпканинг сиқилиб силжиши содир бўлиб, маълум клиник ўзгаришларни келтириб чиқаради. Бу касалликда юқори артериал босим камайиб, қуйи артериал босим ошади. Вена қон томирларидаги босимнинг кўтарилиши қон айланиши бузилишининг илк белгиси ҳисобланади.

Клиник кечишига кўра касаллик учта босқичдан, яъни компенсация, субкомпенсация, декомпенсациядан иборат. Ҳар бир босқич ўпка ва юракдаги маълум бир ўзгаришлар билан тавсифланади (Кондрашин бўйича). Деформациянинг уч даражаси мавжуд: I даражада — (компенсация даврида) тўш суягининг ичкарига ўсиши натижасида ҳосил бўлган чуқурлик 2 см бўлиб, юрак силжимаган бўлади; II даражада — (субкомпенсация даврида) тўш суягининг ичкарига ўсиши натижасида ҳосил бўлган чуқурлик 4 см бўлиб, юракнинг силжиши 2-3 см гача боради; III даражада — (декомпенсация даврида) тўш суягининг ичкарига ўсиши натижасида ҳосил бўлган чуқурлик 4 см дан кўп бўлиб, юрак ўз жойидан 3 см дан ошиқ сурилган бўлади. **Ясси кўкрак қафаси.** Бу касаллик туғма бўлмай, гавда тузилишининг бўш (суст) ўсиши натижасида келиб чиқади.

Тумшуксимон (“товуқсимон”) кўкрак қафаси. Кўкрак қафасининг олдинги-орқа диаметрининг кенгайиши билан

тавсифланади. Бу касалликда тўш суюги ва унинг қиличсимон ўсимтаси олдинга туртиб чиққан бўлиб, қовурғалар ўткир бурчак остида унга бирлашади. Бу деформация туғма бўлиши мумкин (туғма кифосколиозда учрайди). Бироқ кўп ҳолларда рахит, сил спондилити, умуртқанинг шамоллаши, ривожланувчи туғма хондродистрофия оқибатида келиб чиқиб, орттирилган бўлиши мумкин. Юқоридаги иккала касалликда кўкрак қафаси ичидаги аъзолар (юрак, ўпка) нинг айтарли ўзгариши сезилмайди.

Д а в о л а ш. Асосан кўкрак қафаси деформациясини тўхтатишдан иборат. Бунинг учун махсус гимнастика машқлари, механотерапия, массаж (силаш, уқалаш) тавсия қилинади. Махсус ҳалқаларда, нарвончаларда машқлар, қўл тўпи (баскетбол, волейбол), сузиш, қайиқда учиш билан шуғулланиш керак. Лекин спорт машқлари деформациянинг турига, беморнинг ёшига қараб яқка тартибда тавсия қилинади.

Фақат кўкрак қафасининг айрим деформацияларини, скелет аномалияларини йўқотиш учун қўлланилади. Буларга қовурғаларнинг туғма бирикиши (синостоз), I қовурға – тўш бирлашмасининг анкилози ва бошқалар кирази. Тўш суюгининг ичкарига ўсишида (воронкасимон деформацияда) фақат деформация ривожланадиган (II ва III даражадаги функционал бузилишлар юзага келганда) ҳолларда жарроҳлик усули қўлланилади. Одатда, жарроҳлик усули 4 ёшдан 14 ёшгача бўлган даврда қўлланилади. Жарроҳлик муолажасидан кейин фақат косметик ҳолатдан ташқари, юрак ва ўпканинг фаолияти ҳам аста-секин яхшилана бошлайди.

5 - б о б. УМУРТҚА ПОҒОНАСИНИНГ РИВОЖЛАНИШ АНОМАЛИЯЛАРИ

Умуртқа поғонасининг туғма деформацияси сабаблари асосан ҳаракат системасининг етишмовчилигидан келиб чиқади, бу кўкрак қафаси, елка ва чаноқ системасидаги ривожланиш нуқсонларидан бошланади. Туғма етишмовчилик ҳаракат системасида, умуртқа поғонасида умуртқанинг умумий сони кўпайиб ёки камайиб қолиши ёки умуртқанинг қайсидир бўлагида нормал ўзгаришлар бўлиши мумкин (масалан, люмбализация ёки сакрализация). Шу ҳолатда умуртқа танаси бир-бири билан ёпишиб, битиб кетади. Умуртқанинг анормал ўсишига курак ва думғазанинг туғма етишмовчилиги сабаб бўлиши мумкин. Ҳаракат системасининг бу турдаги туғма етишмовчилигига кўпроқ умуртқа поғонаси ва кўкрак қафаси мушакларининг тўғри ва тўлиқ ўсмаслиги сабаб бўлиб, бу ҳолат умуртқа поғонасининг кўриниши ва функциясининг бузилишига олиб келади.

Умуртқа поғонасидаги етишмовчиликларнинг сабаби бошқа турдаги туғма етишмовчиликлар каби ҳозирча номаълум.

Умуртқа поғонасидаги ўзига хос деформациялар бел ва думғаза умуртқалари сонининг ўзгариши билан кечади — бу ҳолатни бел ва думғаза умуртқаларининг бир-бирига ўтиб қолиш касаллиги деб аталади (Шморля). Люмбализацияда беш донга бел умуртқаси ўрнига 6 донга бел умуртқаси бўлиб қолади, бунда I думғаза умуртқаси юқорига кўтарилиб, бел умуртқалари сафига қўшилиб кетади. Сакрализацияда V бел умуртқаси думғаза умуртқалари билан бирикиб кетади.

Сакрализация ёки люмбализация ҳолати умуртқа поғонаси деформациясига сабаб бўлади (сколиоз), бу ҳолат бел ва думғаза соҳасида оғриқ келиб чиқишига сабаб бўлиши мумкин.

Сакрализация ҳолати тўлиқ, ҳақиқий ва нотўлиқ сакрализацияга бўлинади. Тўлиқ сакрализацияда V бел умуртқасининг ўсимтаси катталлашиб, думғаза билан бирикиб кетади ёки V бел умуртқасининг кўндаланг ўсимтаси I думғаза билан синхондроз ҳолати кузатилади ва V бел умуртқасининг кўндаланг ўсимтаси ёнбош суяклари билан синхондроз йўли билан бирикиб кетиши кузатилади. Тўлиқ бўлмаган сакрализация ҳолати ҳам учрайди, бунда V бел умуртқасининг кўндаланг ўсимтаси катталлашиб кетади.

К л и н и к а. Кўрсатиб ўтилган аномалия ҳолатида кўпинча бел ва думғаза соҳасида оғриқ ҳосил бўлади — кўпроқ кўндаланг ўсимталар катталлашиб бириккан жойларда, бу ҳолат кўндаланг ўсимтанинги ёнбош суяги ёки думғаза умуртқалари билан бириккан жойидаги ҳаракат натижасида бўлиши мумкин. Бу бириккан жойларда спондилоартроз каби ўзгаришлар ҳосил бўлади, бундан ташқари, бел умуртқасининг охиргиси ва I думғаза умуртқаси ораллиғидаги дискда остеохондроз касаллигини келтириб чиқаради.

Бу касаллик, кўпинча, беморнинг 20–25 ёшларида намоён бўлиб, бел ва думғаза соҳасида қаттиқ оғриқ пайдо бўлади. Оғриқ кўп туриб қолганда, ҳаракат вақтида, оғир юк кўтарган вақтида пайдо бўлади. Айрим ҳолларда оғриқ бемор оёқларида нерв илдиэлари бўйлаб бўлади. Бел ва думғаза соҳасини пайпаслаганда кўндаланг ўсимталар соҳасида оғриқ бўлади.

Д а в о л а ш. Консерватив йўл билан олиб борилади, бунга физиотерапия, массаж (майин уқалаш), бел ва думғазани ЛФК (даволаш машқи) қилинади ва белни маҳкам ушлаб турувчи ортопедик корсетлар кийиб юрилади. Ётганда эгилиб-букилиб кетмайдиган, қаттиқ ётоқда ётиш керак. Беморга иссиқ сероводородли ванналар, оғриган жойни парафин билан ўраш, новокаин эритмаси билан электрофарез қилиш, ультратовуш терапия қилиш оғриқни камайтиради. Лекин консерватив йўл билан даволаш керакли натижа бермаслиги мумкин, бу ҳолатда операция йўли билан даволашга ўтилади, бунда катталлашиб кетган кўндаланг ўсимталар олиниб,

умуртқаларнинг орқа томонида суяқдан тайёрланган трансплантатлар ёрдамида спондилодез қилинади.

УМУРТҚАНИНГ БИТМАСЛИГИ

Умуртқа танаси ва равоғининг битмаслиги кўп учрайдиган туғма касалликлар турига киради. Умуртқа равоғи битмаслиги 30-35% ҳолларда учрайди (283-расм), умуртқа орқа томонининг бутунлай очик ҳолатида учраши думгаза умуртқаларида 3-5% ташкил қилади. Олдинги ва орқа томонлари битмаслиги кўпинча ўрта чизик бўйлаб бўлади, айрим ҳолатларда асимметрия ҳолатига учраб битмаган ёриқ қийшиқ жойлашиши ҳам мумкин.

Кўпинча умуртқа равоғининг битмай қолган жойида фиброз тўқимадан иборат тўқималар ҳосил бўлиши, оғриқ пайдо бўлишига сабаб бўлиб, бел ва думгаза радикулитини келтириб чиқаради.

Умуртқа равоғининг оддий битмаслигида касалликнинг клиник кўриниши суст бўлади ва унинг белгиларини кўққисдан текширув вақтида пайқаш мумкин. Умуртқа равоғининг битмаган ҳолатида гипертрихоз, терида пигментланган доғлар, чуқурча кўринишидаги ўйиқлар, Михаэлис ромбида ортиқча сочлар ўсиши кузатилади.

Д а в о л а ш оғриқ қолдирувчи дориларни (аналгетикларни) бериш билан яқунланади, маҳаллий қон айланишини яхшилаш (физиотерапевтик муолажалар), мушаклар кучини тиклаш, умуртқа поғонасини физиологик ҳолатда ушлаб туриш керак, бунга (ЛФК, майин уқалаш, сувда сузиш) билан эришилади.

Рахишизис. Умуртқа танаси ва равоғининг бир вақтда битмаслик аномалияси бел умуртқаларида учрайди, айрим вақтларда бўйин умуртқаларида ҳам учраши мумкин. Бундай ҳолат умуртқа поғонасининг сколиоз типидagi деформациясига олиб келади.

ТРОПИЗМ ВА УНИНГ АНОМАЛИЯЛАРИ

Бел умуртқалари бўғим ўсимталарининг туғма анатомик варианты бўлиб ҳисобланади. Рентгенологик кўринишда бўғимлар асимметрик ҳолатда кўринади: умуртқалараро бўғимнинг бир томони сагиттал ҳолатда, бошқа томони фронтал ҳолатда жойлашади. Тропизм



283-расм. L₅ умуртқа ёйининг битмаслиги.

- 1 – ёйининг тўлиқ битмаслиги;
- 2 – сакрализация;
- 3 – тропизмнинг аномалияси.

аномалиясига умуртқалараро бўғимлар конфигурациясининг ўзгаришлари ҳам киради: а) бўғимнинг бир томонлама ривожланмаслиги (бир томондаги бўғим нормал ривожланган ёки гипертрофияга учраган, бошқа томондаги бўғим ўсимтаси ўсмай қолган); б) бўғимларнинг конгруэнтлик ҳолати бузилган.

Тропизм кўпинча кўкрак, бел, V ва I думғаза умуртқалари орасида учрайди, камроқ IV ва V умуртқалари орасида, жуда кам ҳолларда III ва IV бел умуртқалари орасида учрайди. Тропизм аномалияси тахминан 18–20% одамларда кузатилади, аммо клиникаси кейинроқ намоён бўлади, бунинг сабаби бел–думғазадаги оғриқларни аниқ ташхис қила олмасликдир.

Тропизм аномалиясида юмшоқ тўқималарда чандиқланиш каби ўзгаришлар, ҳатто суякланиш ҳолати ҳам кузатилади, умуртқалараро бўғимларни ўраб турган тўқималарда, бундан ташқари, остеофитлар, чандиқлар умуртқалараро тешикнинг иккиламчи торайишига сабаб бўлади. Сўнгги ҳолат кўпинча асаб толалари (илдизлари) фаолиятининг бузилишига олиб келади.

К л и н и к а. Тропизмда ориқ бел ва думғаза соҳасида, беморлар оғир юк кўтарганда, айрим ҳолларда шикастланганда, узоқ вақт совуқда қолганда бел умуртқасининг букилишида пайдо бўлади. Умуртқалар ҳаракатчанлиги чегараланиб қолади, асосан бел умуртқалари соҳасида. Ташқи кўринишда қовурға ёйи билан ёнбош суяги қаноти оралигининг қисқариб қолганлигини кузатиш мумкин. Айрим ҳолларда пай рефлексининг пасайиб қолиш ҳолати кузатилади, бу асаб толасининг босилиб қолиши билан боғлиқ бўлади. Тропизмни аниқлаш учун уч кўринишда рентген сурати олинади: биттаси тўғридан ва иккитаси ярим ёнбош ҳолатида.

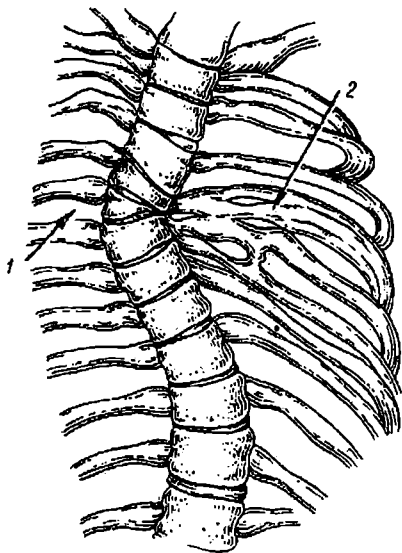
Д а в о л а ш. Консерватив усулда асосан умуртқа поғонасига оғирлик тушишини камайтириш — тортма ўрнатиш ва касаллик биринчи хуруж қилган кунлари, албатта, ётиб даволаниш керак. Айрим ҳолларда хуруж даврида умуртқага тушадиган оғирликни иккита қўлтиқтаёқда юриш билан камайтириш, қаттиқ юза сатҳи текис бўлган жойда ётиш, новокаин билан оғриқсизлантириш (асосан асаб толаси чиқадиган жойига ёки умуртқалараро тешик соҳасига) тайинланади. Парафин билан бел умуртқалари соҳасини ўраш, новокаин ёки Парфенов аралашмаси билан электрофорез, трилона Б билан фонофорез ва B₁₂ витамини инъекциялари.

Касалликнинг ўткир даврида игна рефлекс терапияси ва мануал терапия яхши натижа беради. Албатта, бемор штангачининг чарм камарини боғлаб юриши ёки Ленинградда тайёрлаб чиқарилган корсетни кийиб юриши керак, 5–7 кундан кейин массаж, ЛФК, алэз, шишасимон тана билан даво қилиш керак. Курорт шароитида бальнеологик ванналар қилиш, айниқса, таркибида сероводород бўлган сувлар билан яхши натижа беради.

Жарроҳлик йули билан даволаш умуртқаларни бир-бирига маҳкамлаб қўйиш билан яқунланиб, аномалия бор жойда, лекин жуда кам ҳолларда, жараён эскириб, консерватив йул билан даволаш натижа бермаганда ўтказилади.

ЯРИМ ЁН УМУРТҚА

Ярим умуртқалар бир жойда, икки жойда ва ҳатто уч жойда учраши мумкин, кўпроқ бўйин-кўкрак ёки бел умуртқалари қисмида. Кўкрак қисмида ярим умуртқада ортиқча қовурға бўлади. Қар бир ортиқча понасимон умуртқа ўзида эпифиз пластинкаларини сақлагани туфайли бир томонда жойлашган умуртқанинг ўсиши бу умуртқанинг деформациясига олиб келиб, ёнбошга қараб қўйишга сабаб бўлади ва сколиозни келтириб чиқаради (284-расм).



284-расм. Кўкрак умуртқалари ва қовурғалар аномалиясининг ривожланиши.

1 — ярим ён умуртқа; 2 — қовурғалар синностози.

СПОНДИЛОЛИЗ

Спондилолиз — бир томонлама умуртқалар аномалияси бўлиб, бу ўзининг умуртқа танаси билан равоғининг бир-бирига суюкланмаганлиги (ёпишмаганлиги) билан юзага чиқади. Спондилолиз 2% дан 7% гача 20 ёшгача учрайди. Бу патологик ўзгариш эркаклар ва аёлларда бир хил учрайди (20 ёшдан кейин спондилолиз эркакларда 2 боробар кўпроқ намоён бўлади).

К л и н и к а. Кўпинча, спондилолиз бирон-бир белгиларсиз ўтади, айрим ҳолларда симптомлари суст бўлади, бу бел соҳасида суст оғриқ пайдо бўлиши, гоқо оғриқнинг ўтирганда ёки турганда вақти-вақтида кучайиши кузатилади; айрим ҳолларда ёнбошлаганда кучаяди; бел соҳасида лордоз ҳолатининг кўпайиши кузатилади. Бел соҳасининг V умуртқа ўтқир ўсиғини уриб кўрилганда оғриқ кучаяди. Рентгенологик кузатувда думғазанинг горизонтал ҳолати кузатилади, ёнбошдан олинган рентген суратида равоқнинг бўйин қисмида ёриқ кўринади.

Д а в о л а ш. Умуртқа поғонасини тўғри тутиб туриш учун «мушаклардан корсет» яратиш керак. Оғриқнинг олдини олиш учун паст частотали магнит майдони ҳосил қилиниб, «Полос-1» аппаратидан

фойдаланилади. Спондилолизда оғир жисмоний ишлар бажариш ман этилади.

СПОНДИЛОЛИТЕЗ



285-расм. Спондилолиз ва спондилолистез (чизма).

a — спондилолиз; *b* — II даражадаги спондилолистез; 1 — 4 — силжиш даражасининг кўриниши.

Спондилолистез — умуртқа танасининг ўзидан юқори турган умуртқалар билан бирга силжиб кетиши. Кўпинча, V бел умуртқаси I думгаза умуртқасига нисбатан силжиб кетади (285-расм). Умуртқанинг орқа томонга силжиб кетиши камдан-кам ҳолларда IV бел умуртқаси зиммасига ҳам тушиши мумкин, иккала ён томонга силжиб кетиши ҳам кузатилади.

Спондилолистез туғма, орттирилган ва аралаш ҳолатда бўлади. Туғма спондилолистез, умуртқа равоғи суякланиш ядросининг ривожланиши яқунланмаслиги сабабли (спондилолиз) келиб чиқади, бу бўғим ўсимталари олдида бўлиб, умуртқа танаси ва равоқ орасидаги ёриқни битиб кетмаслиги натижасида юз бериб, бир ёки икки томонлама бўлиши мумкин. Орттирилган спондилолистез умуртқалараро бўғим ўсимталари асосида, танасининг равоққа ўтаётган жойидаги ёриқнинг доимо микротравмага учраши натижасида бўлади. Аралаш спондилолистез этиологияси равоқ бўғим ўсимталари олдидаги ёриқнинг аномалия ёки микротравма натижасида ҳосил бўлиши умуртқанинг силжиб кетишига боғлиқ бўлади.

Спондилолистезнинг бошланиши ва ривожланишида спондилолиз асосий манба ҳисобланиб, уни 6-8 ёшдан аввал билиб булмайди (суякланиш ядроси яқунланишидан); бу ҳолатни 10-20 ёшлар орасида, спондилолистезни эса 20 ёшдан кейин аниқ ва мукамал аниқлаш мумкин бўлади.

Спондилолиз тахминан 65% ҳолларда спондилолистезга олиб келади, асосий сабаби травма ҳисобланади, аммо бу этиологик омил бўлиб хизмат қилмайди. Кўпинча спондилолистез V бел умуртқасига (67,7%), камроқ IV (25,8%) бел умуртқасига тааллуқли. Қанча юқорига қараб кўтарилса, умуртқаларнинг силжиб кетиш имконияти шунча кам бўлади; I бел умуртқаси атиги 0,4% ҳолларда силжиб кетади. Спондилолистезнинг энг муҳим белгиси умуртқанинг бурчак ҳосил қилиб силжиб кетишидир.

К л и н и к а. Бу касалликни клиник-рентгенологик белгилари бир неча даражага бўлинади (Мейердинг бўйича): I даражада умуртқа танаси 1/4 қисмига силжиб кетади. II даражада — 1/2, III даражасида — 1/3 ва IV даражада I думгаза умуртқасига нисбатан тўлиқ силжиб кетади.

Бу касалликнинг асосий симптомлари қуйидагича бўлинади:

Ўз-ўзидан оғриқ бел ва бел-думғаза соҳасида пайдо бўлади, оғриқ ўтирганда, умуртқа поғонаси ҳаракатга келганда кучаяди (асосан букилиб, эгилиб турганда), оғриқ умуртқанинг бел қисмида ўткир ўсимтани босилганда пайдо бўлади;

бўсаға симптоми – V бел умуртқасининг силжиб кетиши натижасида ўткир ўсимтаси чиқиб туради, бу тик турган ўсимта остида чуқурча ҳосил бўлади, шу билан бир вақтда юқоридаги умуртқалар соҳасида кифоз ҳолати юзага келади;

бел соҳасида лордоз ҳолатининг кучайиб кетиши шу соҳа мушакларининг тарангланишидан бўлади;

думғаза суяги горизонтал ҳолатга келиб қолади;

бутун тана чиқиши ва чаққон кириши натижасида тана қисқаради;

қўкрак қафаси, кейинчалик қорин ҳам олдинга бўртиб чиқади;

бел соҳасида шу касалликка хос бурмалар ҳосил бўлади, кейинчалик улар олдинги қорин девориига ўтади;

бел соҳасида ҳаракат чекланади, асосан олдинга эгилишда;

беморнинг юриши ўзгаради, «дорбозлар» юришига ўхшаб, оёқ тизза ва чаноқ бўғимида бироз букилади, оёқ кафтлари бир чизик бўйлаб ҳаракат қилади;

асаб толаси илдизлари қитиқланади, баъзан бутун қуймич нервининг қитиқланишига олиб келади.

Неврологик белгиларидан, кўпинча, мушаклар атрофияси учрайди, рефлекслар сусаяди ёки йўқолади, гипестезия ҳолати келиб чиқади. Катталарда кўпинча неврологик симптомлар сезиларли кўпаяди, бу умуртқалараро остеохондроз жараёни кучаяётганлигини билдиради ва умуртқа поғонасида беқарорликни кучайтиради. Шу пайтда субарахноидал бўшлиқ ўтказувчанлигини билиш талаб қилинади, спондилолистез касаллиги билан оғриган беморларда неврологик ўзгаришлар, айниқса, парез ҳолати бўлса, клиник кўриниши кучаяди. Буни билиш учун ликвородинамик ва рентгеноконтраст текширувлар ўтказиш керак.

Спондилолистез 5-6% болаларда учрайди. Клиник кўриниши, кўпинча, катталарда учрайдиган касаллик белгиларига ўхшайди. Аввалига болалар бел соҳасидаги нохуш ҳолатдан шикоят қиладилар, кейинчалик, турғун бўлмаган оғриққа ўтади. Болаларда спондилолистез касаллигини билиш учун қуйидаги симптомларни аниқлаш керак.

Ротеншлдер симптоми: соғлом бола танасини ёнбош томонга букканда, мушаклари ёнбошлаган томонида бўшашади, қарама-қарши томонда эса таранглашади; касаллик думғаза-бел соҳасида бўлса, мушаклар бўшашини кузатишмайди.

Томас мусбат симптоми: битта сон букилганда иккинчиси ҳам букилади. Спондилолистез касаллигига шубҳа қилинганда рентгенологик метод билан кузатиш, албатта, шарт, чунки фақат шу

кузатиш йўли билан умуртқанинг силжиганлигини билиш мумкин бўлади ва этиологик омиллар аниқланади. Рентгенограмма умуртқанинг ён томонидан, олдидан, ярим ёнбош ҳолатидан олинади, айрим ҳолларда функционал, яъни олдинга эгилган, орқага қараб букилган ҳолатда рентген суратлари олинади.

Д а в о л а ш. Консерватив даволаш фақат 6% беморларда яхши натижа беради, 62,9% беморларда вақтинчанлик тузалиш бўлади. Консерватив терапия ёшни ҳисобга олган ҳолда, силжиши даражасига кўра ва клиник-неврологик кўринишига қараб ўтказилади, бу текширув ва кузатувлар даврида амалга оширилади. Бунга доимо тик турмаслик, кўп юрмаслик ёки оғир юк кўтармаслик, чаноқ-сон ва тизза бўғимлари букилган ҳолатида кутариб кўпроқ ётиш керак, корсетдан фойдаланиши шарт. Қейинчалик бу даволашга бел мушакларини бўшаштириш, қорин мушакларини таранглаштириш учун массаж, умуртқанинг касалланган жойига, кўндаланг ўсимталар асосига новокаин билан блокада қилиш керак. Беморга В гуруҳидаги (В₁, В₆, В₁₂) витаминлар бериш тавсия этилади, шишасимон тана, анальгин, реопирин, парафин билан бел соҳасини ўраш, шўр-игнабаргли ўсимлик билан ванна қилиш, новокаин билан электрофорез, диодинамик ток, ультратовуш каби муолажалар ўтказилади. Албатта, умуртқа поғонасига даволовчи бадантарбия машқлари (ЛФК) қилиш, Сочи, Нальчик, Пятигорск ва бошқа бальнеологик курортларда даволаниш керак.

Спондилолистез касаллигининг келиб чиқиш сабабларини аниқлаш ва уни яхши даволаш учун шу сабабларни йўқотиш ёки пайдо бўлиш сабабларини камайтириш керак, бу фақат жарроҳлик йўл билан амалга оширилади.

Спондилолистезни жарроҳлик йўли билан даволаш икки хил бўлади, паллиатив муолажа - бу умуртқа равоғининг бўғим ўсимталари қисмидаги ёриқни йўқотиш, ҳар хил йўл билан умуртқа орасидаги ёриқларни суяк пластикаси операцияси йўли билан бартараф қилинади ва радикал усул, бунда умуртқалараро дискдаги ўзгаришларни йўқ қилиш натижасида силжийдиган умуртқа тўлиқ фиксация қилинади. Бунинг учун Чақлин, Корж, Олби, Мерсер ва бошқаларнинг усулларидан фойдаланилади (286-расм).

6-боб. ҚАД-ҚОМАТ НУҚСОНЛАРИ. СКОЛИОЗ

ҚОМАТ НУҚСОНЛАРИ

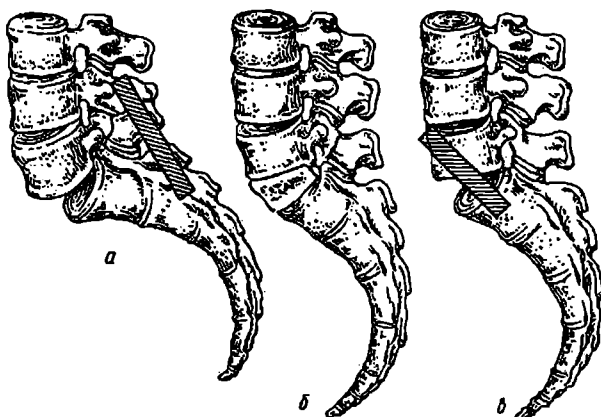
Тўғри қомат бош ва умуртқа поғонасининг тўғри ҳолати, думба бурмаларининг симметрик жойлашиши, умуртқалар қиррали ўсимталарининг тик ҳолати, ёнбош суяги қирраларининг горизонтал жойлашиши, сагиттал сатҳда умуртқа поғонасининг тўғри физиологик

этик, оёқлар узунлигининг бир хиллиги ва оёқ панжаларининг тўғри ҳолати билан тавсифланади (287-расм, I).

Қоматнинг патологиясини аниқлаш усуллари жуда кўп бўлиб, амалий иш учун бола қоматининг фочаноқуратини олиш кифоя қилади.

Қоматнинг асосий нуқсонлари қуйидагилардир:

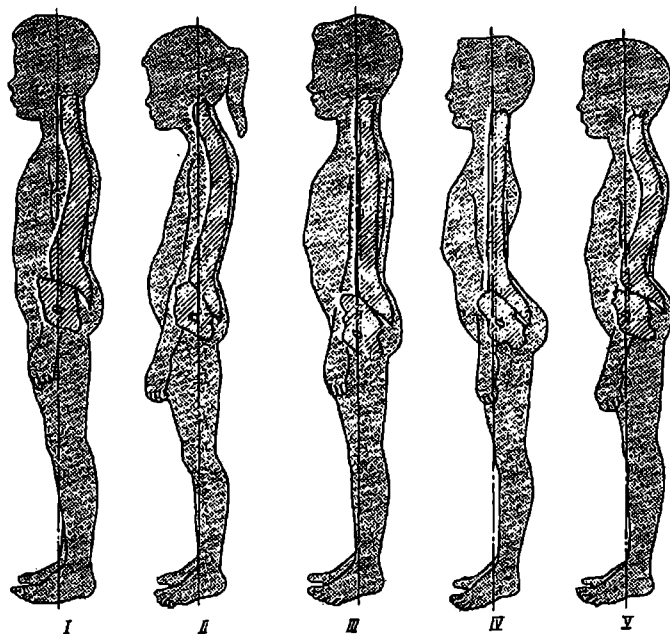
Букчайган орқа (287-расм, II) – умуртқанинг кўкрак қисмидаги физиологик кифознинг катталashiши, бел лордоз ва чаноқ ётиқлиги унчалик эмас.



286-расм.

Спондилолистезни жарроҳлик усулида даволаш.

- a* – Олби усули;
- б* – Чаклин усули;
- в* – Корж усули.



287-расм.

Қомат турлари.

- I* – нормал;
- II* – энгашган;
- III* – думалоқ;
- IV* – ясси, текис орқа;
- V* – кифоз.

Думалоқ орқа — кўкрак қисмида кифознинг катталашиши умуртқа поғонаси бел соҳаси лордози билан уйғунлашади (287-расм, III).

Ясси орқа — умуртқанинг бўйин ва кўкрак қисмидаги эгикликлари унча кўзга ташланмайди, бел лордози тўлиқ текисланиб кетади. Ясси ва ясси-ботиқ орқада тананинг ўқи умуртқа поғонаси бўйлаб ўтади (287-расм, IV). Бу турдаги қомат кўпроқ сколиоз деформациясига мойил.

Кифоз — умуртқа поғонаси кўкрак қисмининг VII кўкрак умуртқасида орқа томонга кўпроқ букилиши. Бола куздан кечирилганда фронтал сатҳда умуртқаларнинг қиррали ўсимталари ўрта чизикдан қисман оғанлигини аниқлаш мумкин (287-расм, V).

Асимметрик қомат — мушакларнинг таранглашиши ҳисобига тўғриланувчи умуртқа поғонасининг фронтал сатҳи бўйича функционал заиф оғиши. Қоматнинг бу турдаги бузилиши I даражали сколиоздан рентген суратида аниқланадиган ўзгаришларнинг умуртқада йўқлиги билан фарқланади.

Қоматнинг бузилишини аниқлашда бола организмда мавжуд бўлиб, мувозанатга таъсир қилувчи патологияга (кўришнинг ёмонлиги, қулоқлардан биттасининг гаранглиги, нафас олишнинг бузилиши) аҳамият бериш керак. Болаларда ҳаракат фаоллигининг ўзгариши натижасида (ўқиш бошланиб, мактабда ўқий бошлаганда) ва жуда тез ўсиш, жинсий балоғатга етиш даврида қоматнинг бузилиши юзага келади ва ривожланади.

Организмда ҳеч қандай патологик ўзгаришлар бўлмасдан қомат бузилган бўлса, шифокор, энг аввало, унинг сабабини (катта бўғимларнинг контрактурасини аниқлашдан бошлаб) топиши керак.

Елка бўғимининг контрактураси асосан шусиз ҳам кўзга яққол ташланадиган бел лордозини намойён бўлмаслиги учун қўлни юқорига кўтариш қобилияти йўқолганда катта кўкрак мушакларининг ретракцияси туфайли пайдо бўлади. Контрактурани аниқлашнинг тўғри йўли қуйидагича: болани табуреткага (курсига) ўтқазиб, елкасини деворга маҳкам қисиб қўйилади. Ундан кейин боланинг иккала қўли юқорига кўтарилади. Шунда бел лордозини аниқланади, кўтарилган қўл билан девор орасидаги бурчак ўлчанади. Бу елка бўғими контрактурасининг даражалардаги ўлчовини аниқлаш имконини беради (288-расм).

Кўкрак бўлими узоқ вақтгача патологик ҳолатда бўлганда фиксацияланган *кўкрак кифози* пайдо бўлади, уни беморни ётган ҳолатидан ўтириш ҳолатига ўтказилганда аниқланади. Текширувчининг кўкрак бўлими остига қўйилган қўли тўғри ўсиқлар орасидаги одатдаги ҳаракатчанликни сезмайди, кўкрак бўлимида эса ротацион ҳаракатлар бўлмайди.

Чаноқ-сон бўғимлари контрактурасига катта думба мушаклари кучсизлиги, сонни ёзувчиларнинг гиперфункцияси ёки қуймич-сон (бертини) бойламининг қисқариши сабаб бўлиши мумкин. Чаноқ-

сон бўғими контрактураси Томас симптоми билан текширилади. Бунинг учун бемор чалқанча ётган ҳолатда букилган оёғини қорнига қўяди, шунда соғ оёқ контрактуранинг бурчагича кўтарилади.

Мақкамланган *бел лордоз* иккала оёқ бир вақтда кўтариладиганда лордоз йуқолганида ва уларни қоринга тортилиб қисилган ҳолда текширилади.

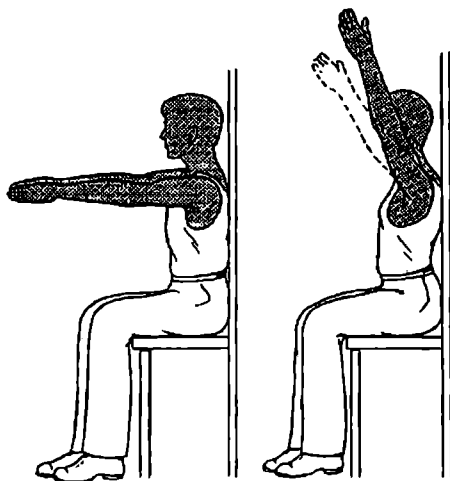
Куймич-тизза мушакларининг контрактураси кўп кузатилади, бунга икки бошли, ярми пайли, ярми пардали сон мушагининг қисқариши сабаб бўлади. Бу патологиянинг ўзига хос симптомлари: бемор турган

ҳолда қўл панжалари учини полга теккиза олмайди ёки оёғини узатиб полда ўтирганда қўли оёқ панжаларига етмайди (289-расм). Баъзи вақтда кўкракнинг куйи қисмида кўзга кўринадиган кифоз ҳосил бўлади.

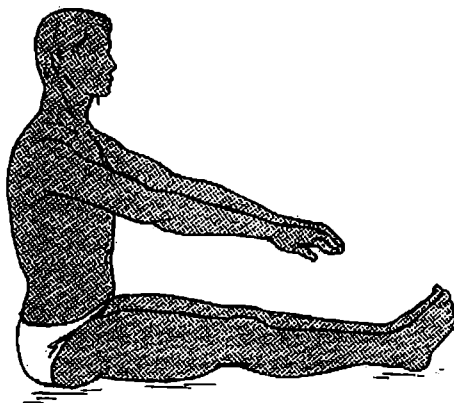
Патологик қоматта олиб келувчи синаб ўтилган контрактуралар кўпми-озми ҳолатга, баъзан кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғидаги аъзоларнинг фаолиятига таъсир қилади.

Патологик қоматни аниқлаш учун В.Дега томонидан 31 тест-саволлар таклиф қилинган. Бунда бемор тўғрисидаги умумий маълумотдан (буйи, тана оғирлиги ва бошқалар) ташқари, махсус текшириш натижалари ва кўринадиган ўзгаришлар (қориннинг катта-кичиклиги, оёқ панжаси гумбазининг яссиланиши ва бошқалар) кирган бўлиб, текшириш функционал (ўпканинг ҳаётий сиғими ва бошқалар) тестлар билан тўлдирилади.

Д а в о л а ш. Ортопедик даволашнинг мақсади — «*хушқоматлик ҳиссини*» сингдиришдир. Бунинг учун



288-расм. Елка бўғими котрактурасида лордозини катталашини.



289-расм. Куймич тизза мушаклари контрактураси бўлган бемор.

бола қоматини ўзгартиришга мажбур қилувчи сабабларни йўқотиш (қўзойнак ёрдамида кўришни яхшилаш, буруи ҳалқумини санация қилиш ва бошқалар) керак. Бўғимлар контрактурасини тўғрилашга, қоматни ростловчи мушакларни мустаҳкамлашга қаратилган даволовчи бадантарбия машқи катта аҳамиятга эга. Бадантарбия деформация маҳкамлангунча ёки тўлиқ бартараф қилинмагунча мунтазам равишда (одатда 16-18 ёшгача) давом эттирилади. Сузиш машғулоти тавсия этилади. Бунда болага ўз қоматининг ҳолатини ўзи назорат қилиши зарурлиги ўқтирилади.

СКОЛИОЗ

Сколиоз (сколиоз касаллиги) — умуртқа поғонасининг умуртқа таналарининг мажбурий айланиши (ротацияси) билан бирга содир бўладиган ён томонга қийшайишидир. Унинг ўзига хос хусусияти — боланинг ёши ва ўсишига қараб зўрайиб боришидир.

Диспансеризация қилишда шифокорнинг олдида қоматнинг нуқсонини билан сколиозни фарқлаш муаммоси туради. Д и ф ф е р е н ц и а л т а ш х и с қўйишда, энг аввало, кўзга кўрнган патологияни беморнинг ўзи ёки шифокор томонидан бартараф қилиш ва ётган ҳолатда қилинган рентгенограммада умуртқа поғонаси қийшайишининг йўқлигидир. Ҳақиқий сколиоз ҳатто ривожланишининг бошланғич босқичида умуртқа поғонасига куч таъсирида ва беморнинг ҳолатига боғлиқ бўлмаган деформацияси билан тавсифланади.

Этиологияси ва патогенезига кўра сколиознинг қуйидаги: туғма (жумладан диспластик), невроген, статик ва идиопатик турлари фарқланади.

Туғма сколиознинг пайдо бўлишига умуртқа суяк скелетидаги ўзгаришлар натижасида ривожланган деформация: қовурғаларнинг бир томонлама синостози, кўшимча қовурға ва ярим умуртқа, қиррали ёй ўсимталарининг синостози, умуртқа ёйи илдизлари нуқсонини, бел-думғаза соҳасининг дисплазияси сабаб бўлади.

Диспластик сколиознинг пайдо бўлишига спондилолиз, умуртқа ёйи илдизларининг битмаслиги, бир томонлама сакрализация ёки люмбализация сабаб бўлади. Туғма келиб чиқишининг умумийлиги этиологик жиҳатдан бу икки тушунчани туғма сколиознинг битта турига бирлаштиради.

Невроген сколиоз асосан полиомиелит билан оғриш натижасида пайдо бўлади. Унинг сабаби орқа мушаклари ва қорин қийшиқ мушаклари томонидан мувозанатнинг бузилишидир. Шунингдек, бундан ташқари, невроген сколиоз гуруҳига миопатия, сирингомиелия, нейрофиброматоз, спастик фалаждан кейинги сколиозлар ҳам киритилади.

Статик сколиоз аксарият оёқ бўғимининг шикастланиши (анкилоз, сон бўғимининг туғма чиқиши ва бошқалар) туфайли пайдо бўлади

ва оёқнинг калта бўлиб қолиши натижасида умуртқа поғонасининг турғун ўзгариши содир бўлади.

Идиопатик сколиоз - энг кўп тарқалган бўлиб, келиб чиқиши ҳозиргача номаълум. Айрим муаллифлар рахитик сколиозни идиопатик сколиозга қўшишади. Лекин бир қатор биокимёвий жараёнларнинг хусусиятлари идиопатик сколиознинг асосида гормонал сабаб борлигини тан олишга имкон берди. Кўпчилик муаллифлар эса бу турдаги сколиозда асаб-мушак мувозанатининг бузилишини эътироф этиб, касалликнинг келиб чиқиш сабаби полиомиелит ёки қандайдир нейродистрофик (айниқса, мушак тўқимасида) жараёнда деб ҳисоблайдилар. Шунинг учун баъзи ортопедларнинг идиопатик сколиозни диспластик ва туғма сколиозлар бўлимига киритишга мойилликлари тушунарлидир.

Сколиозлар оилавий (ирсий) ва рахит туфайли пайдо бўлган сколиозларга бўлинади.

Ҳозирги вақтда М.В.Волков, Е.К.Никифорова ва А.Ф.Каптелилар томонидан таклиф этилган тасниф энг маъқул таснифдир. Улар сколиоз билан оғриган ҳамма беморларни икки гуруҳга: туғма ва орттирилган гуруҳларга бўладилар. Туғма сколиозларга умуртқа ривожланишининг туғма аномалияси, бел-думғаза қисмининг дисплазияси, оилавий сколиоз ва бошқалар, орттирилган сколиозларга эса рахитдан, фалаждан кейинги статик ва идиопатик сколиозлар киради деб ҳисоблайдилар.

Т а ш х и с. Сколиозни аниқлаш ривожланишининг эрта босқичларида жуда муҳимдир, чунки ўз вақтида бошланган даво қийшайишнинг олдини олади. Анамнез йиғилганда патологиянинг ирсийлиги эқтимоллигини аниқлаш керак. Умуртқа деформацияси қайси ёшда пайқалганлиги, қандай ривожланганлигини билиш муҳимдир.

Умуртқа поғонаси деформацияга учраганига шубҳа бўлган болалар тик турган, ётган ва ўтирган ҳолатларда текширилади. Эқтимол туғилган деформацияларни аниқлаш учун мўлжал суякларга: ҳамма умуртқаларнинг қиррали ўсимталари, куракнинг пастки бурчаги (қирраси), куракнинг юқори қирралари, ёнбош суяги қирраси, ўмров, тўшнинг бўйинтурух чуқурчасига рангли белги қўйиб чиқилади.

Ўтирган ҳолатда чаноқ қийшиқлигининг бор ёки йўқлиги аниқланади: умуртқа поғонаси бел лордозининг даражаси, тананинг ён томонга оғиши ва умуртқа поғонасининг ён томонга қийшайиши ўлчанади.

Тик турган ҳолатда қиррали ўсимталарнинг жойлашиши баҳоланади. Умуртқа поғонасининг ён томонга қийшайишини аниқлаш учун VI бўйин умуртқаси қиррали ўсимтасининг учи соҳасидаги тери устига учига тош боғланган ип лейкопластер ёпиштириб қўйилади. Умуртқалар қиррали ўсимталарининг бир томонга қийшайиш даражаси, тош боғланган ипда сантиметр билан ўлчанади. Агар сколиоз бўлса, бир томондаги елка соҳаси иккинчи томондагидан баланд туради. Буни

кураклар ва ўмров суякларининг жойлашиш сатҳидан билса бўлади. Қийшайишнинг ботиқ томонидаги курак бўртиқ томондаги куракка нисбатан қиррали ўсимталарга яқин жойлашган бўлади. VII бўйин умуртқаси қиррали ўсимтаси учидан куракнинг бурчагигача бўлган масофа бўртиб турган томонда ботиқ томонига нисбатан кам бўлади. Олдинги томондан қаралганда тўш суяги ханжарсимон ўсимтасининг ҳолати ва олдинги қовурға букурлигининг бор-йўқлиги аниқланилади.

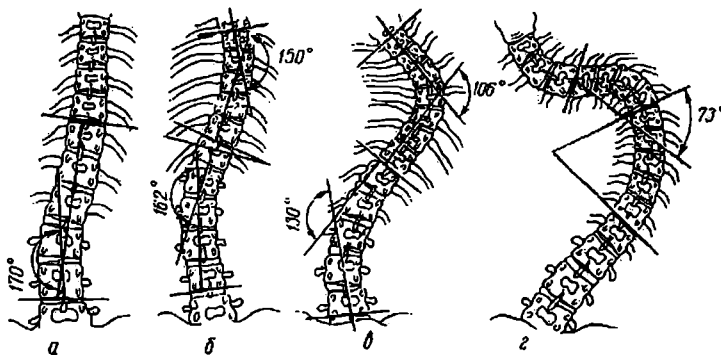
Тик турган ҳолда, шунингдек, оёқларнинг узунлиги, чаноқ-сон, панжа, тизза, бўғимларининг контрактурасининг бор-йўқлиги аниқланади, лордознинг ўзгариши ўрганилади, умуртқанинг бел соҳасидаги ҳарақатчанлик даражаси аниқланади. Деформациянинг барқарорлик даражасини аниқлаш учун беморни бошидан ушлаб кўтариб кўрилади.

Бемор орқаси билан ётган ҳолатда қорин мушагининг функционал ҳолати, функцияси, қоринга ётган ҳолатда қийшайиш ёйларининг бирламчи ва компенсаторлиги аниқланади.

Рентген сурати, албатта, ётган ва турган ҳолатда 2 та кўринишда олинади.

Сколиоз касаллигининг оғирлиги ўзгариш даражасига қараб тавсифланади. Шу билан бирга, баъзи ортопедлар буни клиник кўриниши ва қийшайишининг оғир-енгиллигига қараб, бошқалари эса рентген суратларига асосланиб, қийшайиш бурчаги катталигига кўра даражани аниқлашади.

Мустақил Давлатлар ҳамдўстлигида сколиознинг В.Д.Чаклин таклиф қилган таснифидан фойдаланадилар. Бунда: I д а р а ж а л и с к о л и о з — рентген суратида ён томонга 10° гача оғиш ва торсия (қовурғанинг ўз ўқи атрофида айланиши) нинг бошланиши билан (290-расм, а) тавсифланади; II д а р а ж а л и с к о л и о з — оғиш $11-25^\circ$ гача торсия компенсатор ёйининг мавжудлиги билан намоён бўлади.



290-расм. Чаклин бўйича сколиоз таснифи (рентгенограммага асосан график ҳисоблаш).

а — I даража; б — II даража; в — III даража; г — IV даража

Клиник жиҳатдан умуртқаларнинг торсияси натижасида ҳосил бўлган мушакли болиш, қовурғадаги катта бўлмаган букурликка (290-расм, б) ҳосдир; III д а р а ж а л и с к о л и о з - 25-40° атрофида ён томонга оғиш ва катта қовурға букурлиги мавжуд бўлган, анча яққол кўринадиган деформация ва катта букурлик. Рентген суратида қийшайишнинг чўққисида понасимон умуртқа аниқланади (290-расм, в); IV д а р а ж а л и с к о л и о з — умуртқа поғонаси кўкрак қисми кифосколиози, яққол кўринувчи қовурға букурлиги, чаноқ деформацияси, тана оғиши балан тавсифланувчи тананинг қўпол деформацияси. Асосий қийшайиш бурчаги 41-90° (290-расм, з).

Қийшайиш бурчагини аниқлашнинг жуда кўп усуллари мавжуд бўлиб, улар орасида Кобб усули кўпроқ қўлланилади. Бу усул қийшайиш ёйи сўнги умуртқалари томонидан ташкил топган бурчакни аниқлашга асосланган. Тўғри проекциядаги рентген суратидан нейтрал (ёки бетараф) умуртқалар асосидан умуртқалараро бўшлиқ (ёки тирқиш) га параллел қилиб иккита чизиқ ўтказилади. Ўтказилган чизиқларга перпендикуляр туширилади. Перпендикулярлар орасида ҳосил бўлган бурчак умуртқа поғонасининг қийшайиш даражасини ташкил қилади.

Туғма сколиоз билан туғилган болаларда нафас олиш аъзолари ва юрак қон томир системаларида ўзгаришлар бўлади. Агар сколиоз кўкрак қисмида бўлса, деформацияга учраган умуртқалар ўзига бириккан қовурғаларни илаштириши натижасида қовурғалар буқури ривожланиб, кўкрак қафаси деформацияси келиб чиқади.

Сколиозни даволашда ортопедларнинг эътибори асосий қийшайишни аниқлашга ва уни тўғрилашга қаратилган бўлиши керак.

Сколиоз узоқ вақт даволанмаса, мустақкамланиб, барқарор-лашавради.

Деформациянинг барқарорлигини аниқлашнинг энг содда усуллари куйидагилардир: 1) қиррали ўсимталарни белгилаб чиқиб, сўнгра беморни ҳар томонга (чап ва ўннга) қийшайтириш (ёки эгиш); 2) калладан тортиб умуртқани чўзиш; 3) беморни ёнбошга (ботиқ томонига) ётқизиш; 4) қўл билан бўртиб чиққан томонни босиш; 5) рентген суратини олиш: а) ётган ва тик турган ҳолатларда олинган суратларни солиштириш; б) ўтирган ва тик турган, шунингдек, эгилган ҳолдаги суратларни солиштириш.

А.И.Казьмин усули бўйича деформация барқарорлиги индексини ҳисоблаш нисбатан анча қўлай. У ётган ва тик турган ҳолатда олинган рентген суратидан куйидаги тенглама бўйича ҳисобланади:

$$\text{Индекс} = \frac{180^0 - \alpha}{180^0 - \alpha_1},$$

Бунда: α — бемор ётган ҳолатда олинган рентген суратидаги қийшайиш ёйининг катталиги; α_1 — бемор тик турган ҳолатдаги ўша бурчак.

Барқарорлик индекси 1 дан (деформация тўлиқ мустақамланган) то 0 (қийшиқлик мутлақ ҳаракатчан) гача ўзгариб туради. Одатда, индекс 0,3 дан 1,0 гача ўзгариши мумкин.

Сколиозда деформациянинг кучайиши беморнинг ёшига, қийшайишнинг даражаси ва турига, шунингдек, этиологиясига ҳам боғлиқ. Деформациянинг кучайиши одатда боланинг жуда тез ўсиш даврига тўғри келиб, ўсиш тўхташи билан тугайди. Лекин бу ҳолат полиомиелитдан кейин пайдо бўлган сколиозга тааллуқли эмас, чунки бу ҳолатларда у ўсиш тўхтагандан кейин ҳам ривожланиши мумкин. Демак, бола қанча эрта касал бўлса, деформациянинг кучайиш хавфи шунча кўп, қанча кеч оғриган бўлса, сколиознинг ривожланишига шароит шунча кам бўлади. Сколиознинг ривожланиши бола ўсиши билан кучайиб бориб, энг юқори чўққиси балоғатга етиш даврига: қизларда 11-13 ёшга, ўғил болаларда 14-16 ёшга тўғри келади. Шу вақтдан бошлаб ривожланиш даражаси аста-секин камайиб бориб, ўсиш даврининг охирида (17-20 ёшларда) тугайди.

Бола ўсишининг тўхташини ёнбош суяги қанотининг (Риссер зонасининг) суякланиш тестига кўра кузатиш мумкин, ёнбош суяги билан ўсиш зонасининг («ўроқ»нинг) тўлиқ бирикиб кетиши ўсишнинг тўхтаганлигидан далолат беради.

Электромиографик текшириш ёки мушакларнинг хронасиметрияси мушак системасининг ҳолатини аниқлаш имконини беради. Нейроген турдаги сколиозларда бу жуда муҳимдир.

Кўпчилик муаллифлар сийдик ва қоннинг биокимёвий кўрсаткичларига кўп аҳамият беришади. Чунки улар қандайдир даражада сколиоз келиб чиқишининг сабабларини, баъзан эса сколиозда бўладиган чуқур ўзгаришлар (аминокислоталар ва мукополисахаридлар алмашинувининг бузилиши) ва бошқаларни аниқлашга ёрдам беради.

К а с а л л и к н и н г о л д и н и о л и ш в а д а в о л а ш . Сколиоз ривожланишининг имкониятини ҳисобга олиб ва унинг тахминан пайдо бўлиш вақтини билиб, кўпчилик ҳолларда эса унинг келгусида қандай кечишини билган ҳолда касалликнинг олдини олиш чораларига катта аҳамият бериш керак.

Бола 3 ёшга тўлгунга қадар уни тўғри овқатлантириш, очиқ ҳавода бўлиши, ухлаш гигиенаси, болани чиниқтириш эҳтимол тугилган рахитнинг олдини олишда катта аҳамиятга эга. Жараён ривожланишга мойил бўлса, тана мушакларини силаш, ванна, гипсли ётоқда ётиш тавсия этилади.

Мактабгача ёшдаги болаларнинг ётоқ ўрни уларнинг бўйига тўғри келиши керак. Бола қаттиқ тушакда бошига кичкина ёстиқ қўйган ҳолда ухлаши ва бола ёнбоши билан ётганида қийшайиш ёйи остига болишча қўйиш керак. Мактаб ўқувчиларига жиддий эътибор бериш керак. Чунки 7-9 ва 12-14 ёшда сколиознинг энг кучли ривожланиш даври кузатилади. Агар касаллик кучаймаса, амбулаторияда даволаш

мумкин. Вақти-вақти билан даволовчи бадантарбия машқи билан (умуртқа поғонасининг бойлам апаратини чўзувчи машқлар мумкин эмас) шуғулланиш керак. Спорт билан шуғулланиш фойдали: чанғида юриш, баскетбол ва волейбол, сузиш тавсия этилади. Мактабларда коррекцияловчи гимнастика билан шуғулланувчи махсус гуруҳлар ташкил қилиш керак. Машғулотлар қорнига, орқасига ётган, эмаклаган ҳолда, таёқ билан бажариладиган машқлар билан биргаликда олиб борилади.

Сўнгги 20 йил ичида дунёнинг кўп мамлакатларида, шунингдек, Мустақил Давлатлар ҳамдўстлигида сколиоз касаллиги билан оғриган болалар учун махсус мактаб-интернатлар ташкил қилинаёпти. Бу мактабларда машғулотлар болалар бирон жисм билан қоринга ётган ҳолда олиб борилади; танаффус вақтида гимнастика машқларини бажаришади, кечаси гипсли ётоқларда ухлашади.

К о н с е р в а т и в д а в о л а ш. Сколиоз касаллигини консерватив усул билан даволашнинг мақсади: компенсатор қийшайишни ҳосил қилиш ва дастлабки қийшайишни тузатиш (редрессация қилиш) дир. Консерватив даволаш усуллари сколиоз деформациясининг катта-кичиклигига ва барқарорлигига, мустаҳкамлигига боғлиқ.

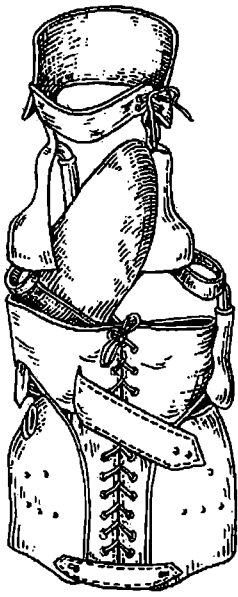
Ҳаётининг дастлабки 3 ёшида сколиозни даволашнинг асосий усули болани тўғри ётқизишдан, гипсли ётоқда танасини коррекция ҳолатида маҳкамлашдан иборат. Ҳаётининг дастлабки ойларида доимо фақат шундай ётоқда, каттароқ бўлганда фақат ухлаган вақтида ётади. Ёш болалардаги сколиознинг натижаси, одатда, яхши бўлади.

I-II даражали сколиозда касалликнинг олдини олиш учун иш жойини тўғри ташкил қилиб, бола ҳаётида бўлиши мумкин бўлмаган ноқулай омилларни йўқотиш керак. Стол ва стулларнинг баландлиги боланинг бўйига мос келиши, ёруғлик оптимал бўлиши керак. Болалар қаттиқ, текис ерда ётиши керак (матрацнинг тагига фанерли тахта қўйилади). Спорт машғулотларидан ҳаракатчан ўйинлар, қишда чанғида юриш, умуртқанинг ротацион (буралиш) ҳаракатлари бўлмаган усулда сузиш тавсия этилади.

Умуртқа поғонасини чўзишга мўлжалланган, илгари қўлланилган функционал даволаш (даволовчи бадантарбия машқи) сколиознинг ўсишини 2 марта зўрайтиради.

Динамик кузатувда сколиознинг зўрайиши сезилса, болани даволаш ўқитиш билан бирга олиб бориладиган махсус мактаб-интернатга юбориш керак. Бу мактабларда муолажалар кун давомида олиб борилади: болалар махсус ёғоч ётоқларда ётиб ўқишади; бадантарбия машқи кўп вақтни эгаллайди. Шу билан бирга, ҳовузда чўмиладилар. Эгилувчи ортопедик корсет (291-расм), коррекцияловчи гипсли ётоқдан фойдаланилади.

Ортопедик корсетларнинг афзаллиги шундаки, касал коррекция қилинган ҳолда корсетда бемалол юра олади. Болалар корсетни фақат



291-расм. ЦНИИП
функционал
коррекцияловчи
корсети.

кечаси ечадилар ва деторсион ёстиқча қўйилган гипсли ётоқда ухлайдилар.

Физиотерапевтик даволардан ташқари, санаторий ва курортларда даволаниш ҳам катта аҳамиятга эга.

Сўнги йилларда қийшайишнинг бўртиб чиққан томонидаги кучсиз мушакларнинг тонусини тиклаш учун кичик миқдордаги импульсли токлардан фойдаланиш тавсия этиляпти.

Консерватив ортопедик даволаш (даволовчи бадангарбия, силаш), физиотерапия, санаторий-курортда даволаниш, шунингдек, рационал овқатланиш, медикаментоз терапия кўп ҳолларда, айниқса, касалликнинг бошланғич даврида яхши натижа беради.

Жарроҳлик йўли билан даволаш. Сколиозни жарроҳлик йўли билан даволашга II даражали зўрайишда сколиознинг узоқ вақт консерватив даволашнинг муваффақиятсизлиги туртки бўлади. III ва IV даражали сколиозларда ва кифосколиозларда умуртқани коррекция қилиш ва жарроҳлик йўли билан маҳкамлаш талаб қилинади.

Даволашнинг жуда кўп усуллари таклиф қилинганлигига қарамай, жарроҳлик ҳар доим ҳам кутилган натижани беравермайди. Сколиозни даволашда қуйидаги жарроҳлик усуллари қўлланилади: *умуртқанинг пай-бойлам аппаратидаги жарроҳлик* — орқа қиррали ўсимталараро устки ва оралиқ бойламларни, умуртқалараро бўғимларнинг капсулаларини кесиш; *дисклардаги жарроҳлик* — дискларни деформация чўққисиди дискотомия, энуклеация қилиш; *умуртқа таналаридаги жарроҳлик* — Казьмин усули бўйича панасимон резекция қилиш, эпифизеодез.

Жарроҳликнинг бу 3 тури умуртқа поғонасини орқа томондан суяклик пластик мустаҳкамлаш — металл конструкциялар (Казьмин, Харрингтон дистрактори, Роднянскийнинг пластинкасимон ўзини-ўзи тўғриловчи фиксатори) дан фойдаланган ҳолда тўғрилаш операциялари билан бирга олиб борилади.

Қобирға букури мавжуд бўлганда жуда бўртиб чиққан қовурғалар резекция ёки торакопластика қилинади.

Касаллик этиологиясини ҳисобга олиб, санаб ўтилган усулларнинг айрим компонентларини ўз ичига олувчи жарроҳликнинг мураккаб усуллари қўлланилади.

Болалар ортопедиясидан сўнг улар ўсиш даври тугагунча комплекс даволанишлари керак.

Деформацияловчи артроз (остеоартроз) – бу бўғимларнинг дистрофик ўзгаришига олиб келувчи сурункали касаллиги бўлиб ҳисобланади, бунинг асосида тоғай қаватининг дегенератив ўзгариши ётади ва эпифиз қисмида иккиламчи суяк тўқимасининг ўзгаришига олиб келади ва четларида ўсиқлар ҳосил қилади («мўйлов»га ўхшаш), склероз ва халтасимон сийрак модда ҳосил қилади.

Бу полиэтиологик касаллик ҳисобланади. Касаллик ривожланишини бир неча омилларга билан боғлайдилар. Кўпроқ исбот қилингани механик омил бўлиб ҳисобланади. Бу макро- ёки микротравмаланиш натижасида тоғайда кейинчалик дегенератив ўзгаришлар келтириб чиқаради, бу бўғим сатҳининг статик ўзгаришларига олиб келади, бунда бўғим сатҳига оғирлик тушгач, унинг айрим қисмларига кўпроқ оғирлик тушиб, бўғим тоғайининг парчаланишига олиб келади. Деформацияловчи артроз ҳосил бўлишида ангиотрофик омилнинг асосий сабаблардан бири эканлиги шак-шубҳасиздир. Микроциркуляциянинг бўғим сатҳида ўзгариши, хусусан веноз қон томирларда қон димланиши (стаз) асосий сабаблардан ёки шунга шароит яратувчилардан бири бўлиб ҳисобланади ва тоғай соҳасида дегенератив ўзгаришларга олиб келади.

Деформацияловчи артроз касаллигида метаболизмнинг ўзгариши исбот қилинган. Тоғай тўқимасида дегенератив ўзгаришлар бошланишида хондроитин сульфатнинг миқдори камайиб кетади. Оксипролиннинг концентрацияси ўзгармайди. Бўғим суюқлигида сульфополисахаридлар сезиларли камайиб кетади, шу билан қон зардобида уларнинг концентрацияси кўпайиб кетади. Бу белги шунчалик характерли бўладики, деформацияловчи артрозда ҳатто дифференциаллаш учун ҳам фойдаланилади, бунда бўғим касаллигими ёки яллиғланиш касаллигими деган саволга жавоб топиш учун шундай қилинади.

Кўп муаллифлар синовиал суюқликнинг таркибий қисми ўзгаришига катта аҳамият беришади ва унинг «ёғлаш» функцияси бузилади деб фикрлашади. Деформацияловчи артрозга олиб келувчи сабаблардан бири тўқималарда инволүтив ўзгаришларга мойиллик бўлиб ўтади, невроген ўзгаришлар, ирсий ўтиш, хроник сурункали инфекция, эндокрин ўзгаришлар, семириб кетиш ва бошқалар кузатилади.

Қабул қилинган қондага асосан бирламчи ва сурункали остеоартроз фарқ қилинади, ўзи махсус касаллик сифатида учрайди ва иккиламчи ёки бошқа касалликлар натижасида деформацияланувчи артрозга олиб келади (иккиламчи остеоартроз), бўғимларда асосий касалликнинг асорати чаноқ-сон бўғимининг дисплазиясидан кейин бўғим ичидаги синиқлардан кейинги асорат ва бошқа сабаблар.

К л и н и к а. Деформацияловчи артроз касаллиги қатор ҳолларда ўсмирларда учрайди, ҳатто болаларда ҳам бўлиши мумкин. Лекин асосан

одамнинг 40-50 ёшида учрайдиган касаллик ҳисобланади. Иккиламчи деформацияловчи артроз учун битта бўғимда касалликни пайдо бўлиши характерлидир; камдан-кам шу ҳолат иккита бўғимда ва бундан ортиқ бўғимларда ҳам бўлиши мумкин. Кўпинча, деформацияловчи артроз касаллигининг оғир шакли оёқлар бўғимида учраб, биринчи навбатда, чаноқ-сон бўғимида, кейин тизза бўғимида ҳосил бўлади.

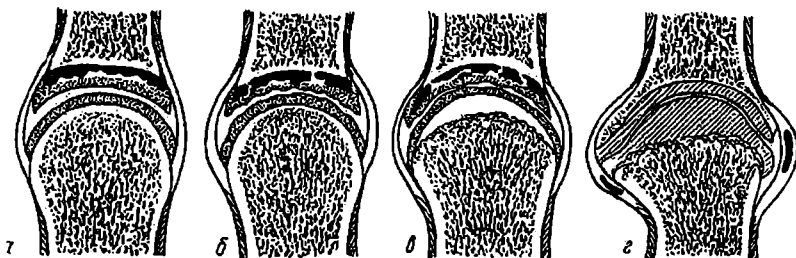
Касаллик аста-секин ривожланади, ўткир бошланмайди. Бирламчи белгилари ҳаракат вақтида бўғимда ғичирлаш ҳосил бўлади, уйқудан турганда бўғимда «старт» оғриқлар пайдо бўлади ва бу бўғим ҳаракатлангандан кейин тез орада ўтиб кетади. Бўғим ичкарисида оғриқ пайдо бўлади. Бошланишида ўтиб кетадиган оғриқ тинч турган бўғим ҳаракатланганда пайдо бўлади. Кейинчалик бу давомли ҳаракатдан ва жалб кучланишдан кейин пайдо бўлади. Кейинчалик оғриқ суткалик динамикаси доимий характерга эга бўлади. Эрталаб дастлабки ҳаракатлар бошланишида оғриқ кучаяди, кейинчалик сусайиб боради. Кечга бориб ҳаракат ва бўғимга тушган оғирликка боғлиқ бўлган ҳолда оғриқ яна кучаяди. Кечга бориб бўғим тинчланишига қараб оғриқ аста-секин сусайиб боради, ҳаракат бошланиши билан яна янгилиниб қолади.

Бўғимдаги оғриқ мушакларнинг рефлектор қисқаришига олиб келади, ўз навбатида, бўғим юзасига ўз таъсирини ўтказиб, бўғимдаги тоғайни чуқурлашган дегенератив ўзгаришларга учратиб, оғриқнинг кучайишига сабаб бўлади. Шундай қилиб, қийин ҳолат – бузуқ ҳалқа юзага келади.

Аста-секин бўғимларда типик контрактура пайдо бўлади. Масалан, чаноқ-сон бўғимида букувчи ва ичкарига яқинлаштирувчи контрактура ҳосил бўлади, бўғимда деформация бошланиб, унинг ҳаракат доираси чегараланади.

Деформацияловчи артроз касаллигининг кечишини уч босқичга бўлиб ўрганиш расм бўлган (292-расм).

I босқич бўғимда ҳаракатнинг сезиларли даражада чегараланиши. Тинч ҳолатда ва кам оғирлик тушганда бўғимда оғриқ бўлмайди. Одатда, оғриқ кўп юрганда, оғирлик давомли тушганда, ҳаракат вақтида ва кўп дам олингандан кейин пайдо бўлади.



292-расм. Деформацияловчи артрознинг ривожланиши (чизма).

а – нормал бўғим; б, в, г – I, II, III босқичдаги деформацияловчи артроз.

Рентгенологик кўринишда бўғим бўшлиғи (тирқиши) сезиларсиз тораяди, бўғим чуқурчасининг қалинлашган суяк ўсиқлари ва бўғим тоғайининг суякланиш (оссификация) қисмлари пайдо бўлади.

II босқичда бўғимда ҳаракат қилиш қийинлашиб боради, ҳаракат кўпол гичирлаш билан кечади, оғриқ синдроми кучли намоён бўлади. Оғриқ бўғимга кўп муддатга оғирлик туширмай туриш билан камаяди. Чаноқ-сон бўғимидаги ва тизза бўғимидаги контрактуралар оёқда функционал калталанишга олиб келади ва оқсоқланиб юришга мойиллик бўлади. Чаноқда функционал қийшайишга олиб келиб, бел-думғаза умуртқаларида сколиоз ҳосил бўлади. Чаноқ ва умуртқалардаги функционал қийшайиш умуртқалараро дискка таъсир қилиб, уларнинг дегенератив ўзгаришларига олиб келади.

Рентгенологик кўринишда бўғим тирқиши нормага нисбатан 2-3 баробар қисқариб қолади, кўпол суякли ўсиқлар бўғим тубида ва четларида ҳосил бўлади. Бўғим ичидаги суяк бошчаси деформацияга учрайди ва унда субхондрал склероз ҳолати кузатилиб, яримойсимон бўшлиқ ҳосил бўлади – бу дистрофик бўшлиқ деб аталади.

III босқичда бўғимда ҳаракат мутлақо йўқолиб боради. Фақат букилишга мойиллик қолади. Чаноқ-сон бўғимининг икки томонлама касаллигида беморлар иккита таёқ ёрдамида ҳаракатланади, чаноқни сон билан бирга ҳаракатга келтиради, чаноқ-сон бўғимида ҳаракат қилиш мутлақо бўлмайд қолади – бу «боғлаб кўйилган оёқ» синдроми деб аталади. Тизза бўғими артрозида шу бўғим сатҳида букилувчи контрактурадан ташқари, оёқ учида ён томонга деформация кучаяди (кўпроқ варус).

Рентгенологик кўринишда бўғим тирқиши мутлақо кўринмай қолади. Бўғим ҳосил қилувчи иккала суяк юзалари деформацияга қараб эни бўйлаб кенгайиб кетади, бу бўғим четларидаги ўсиқлар сабабли бўлади. Суяк охирларида остеопороз кузатилади ва бир-бирига тегиб турувчи жойларда склероз ҳолати кузатилади, бир нечта суяксимон ёруғлик кузатилади. Бўғим ичига узилиб тушган суяк парчалари кўринишидаги «бўғим сичқонлар»и ва ёнбош тўқималарда суякланиш бошланади.

Бу касаллик учун босқичсимон ривожланиши характерлидир. Касаллик авж олганда озми ёки кўпми узоққа чўзилган ремиссия даврини босиб ўтади. Касаллик зўрайганда бўғимларда иккиламчи яллиғланишга мойилликлар пайдо бўлади.

Д а в о л а ш. Деформацияловчи артрозда даволаш комплекс усулда бўлиши керак, бу медикаментоз терапия, физиотерапевтик ва ортопедик усулларни ўз ичига олади. Касаллик зўрайганда яллиғланишга мойиллик бўлиб, оғриқ синдроми вақтида ацетилсалицилат кислота суткасига 1-3 г дан, амидопирин суткада 0,25 г 3 маҳал ва бутадиион суткада 0,15 г 2-4 маҳал ёки уларнинг ўрнини босувчилар 0,125 г реопирин, бруфен суткада 6-10 таблеткадан тайинланади. Амидопирин ёки бутадиионни салицилатлар билан бирга бериш ҳам мумкин.

Деформацияловчи артроз касаллигида яхши аналгетик ва яллиғланишга қарши таъсир этувчи дорилардан индометацин (метиндол) берилади. Бу препарат 25 мг дан суткада 2-3 маҳал тайинланади. Кейин организмнинг қабул қилишига қараб суткасига 100-150 мг (3-4 маҳал) га ошириш мумкин.

Бўғим ичига кортикостероидларни юбориш оғриқни тез қолдирувчи таъсирга эга, бўғим яллиғланишининг олдини олади, аммо сульфополисахаридлар модда алмашинувида таъсир қилиб, улар фаолиятини бузади ва кортикостероидлар остеоартрознинг кечишига салбий таъсир қилади, шунинг учун бўғим ичига гидрокортизон юбориш бўғимнинг иккиламчи синовит касаллигида ўзини оқлаган, холос.

Бўғим ичига трасилол ва унинг аналогларини юбориш яхши натижа беради.

Ҳозирги вақтда парентрал ёки бўғим ичига юбориш мумкин бўлган препаратлар (румалон, артепарон, допа – 200 ва бошқалар) кенг ишлатилмоқда. Бу препаратлар билан даволаш бирламчи остеоартрозларда патогенетик ҳисобланади. Ёш ҳайвонларнинг тоғай ва суяк илиги бўлган румалон мушаклар орасига суткасига бир марта 0,5 мл дан юборилади. Бемор уни яхши кўтара олса, дозасини суткасига 1 марта 1 мл гача кўтарилади. Даво курси 25 инъекция. Бир ойдан сўнг курс яна қайтарилади, 3-6 ой ичида дорилар самара бера бошлайди. Даволаш касаллик хуружидан қатъий назар 6-12 ой ичида яна қайтарилади.

Артепаронни бўғим ичига юборилганда яхши самарага эришилади. Препаратнинг полисульфатланган мукополисахарида бўғим тоғайи метоболизмига бевосита қўшилади. Атепарон рўй-рост яллиғланиш ўзгаришлари бўлмаганда бўғимга 1 мл дан (бир курсга 5-7 инъекция) 4-5 сутка ўтказиб 1 мл дан киритилади.

Физиотерапевтик даволашга УВЧ-терапияни қўшиб олиб борилади, парафин-, индукто- ва рентгентерапия, балчиқ билан даволаш, радон эритмаси билан ванна қилиш киради. Бирламчи деформациячи артрозда сероводородли ванна қилиш патогенетик таъсир қилади.

Ортопедик даволаш касал бўғимда босимни камайтиришга ва контрактурани йўқотишга қаратилиши керак. Мушакларнинг рефлектор қисқаришини сусайтириш мақсадида стандарт шиналар ва манжет ёрдамида 2-4 кг юк билан тортма ўрнатилади. Айрим ҳолларда бўғимда босимни камайтириш учун ортопедик аппаратдан фойдаланилади. Оғриқ қаттиқ бўлганда оёқ бўғими ҳаракатини вақтинча тўхтатиб, оғриқни камайтириш учун (икки ҳафтагача) гипс ёрдамида иммобилизация қилинади. Аммо даволашнинг асосини оғирлик тушмагани ҳолда бўғимда ҳаракат қилдириш ташкил этиши керак. ЛФК, сувли ҳавзаларда даволовчи сузиш каби муолажалар яхши натижалар беради. Шу билан биргаликда, гимнастика машғулоти, махсус комплекс ёрдамида бўғимнинг зарарланишига қараб ўтказилади, масалан, регионар мушаклар массажи механотерапия шулар қаторига киради.

Оёқ бўғимларида деформацияловчи артроз бўлганда беморларга оғирлик қўтариб юриш мумкин эмас. Касаллик кучайганда беморлар таёқ ёки қўлтиқтаёқдан фойдаланиб ҳаракат қилишлари керак. Агар касаллик битта оёқ бўғимида бўлса, оғриқни камайтириш учун иккита қўлтиқтаёқ ёрдамида юриб, оғриган бўғимга оғирлик туширмаслик учун соғ оёқ кийими тагига 2-3 см пошна қоқтириб олиш зарур.

Остеоартроз касаллигида консерватив терапия ўтказиш комплекс бўлиши билан биргаликда такроран ўтказилиб, ўз ичига санаторий ва курортларда – Мацеста, Пятигорск, Цхалтубо, Жалолобод, Чимён ва бошқа жойларда даволанишни қўшиб ўтказиш зарур. Одатда I даражасида ва айрим ҳолларда II даражасида касалликни консерватив йўл билан даволаганда узоқ муддатгача қайталанмаслигига эришиш мумкин. Агар қайта консерватив йўл билан даволаниш натижа бермай, касаллик ҳуруж бериб кучайиб кетса, оғриқ қаттиқ бўлса, деформация кучайса, бўғим функцияси бузилса, бу ҳолда жарроҳлик йўли билан даволашга кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

Ортопедик жарроҳлик йўли билан даволаш кўпроқ чаноқ-сон бўғими остеоартрозида ўтказилади. Қўл бўғимлари деформациясида операция камдан-кам қилинади, фақат айрим ҳоллардагина бажарилиши мумкин.

Остеоартроз касаллигида жарроҳлик амалиётларининг кенг тарқалганлари қуйидагилардир.

Декомпрессион миотомия бемор бўғимига тушадиган оғирликни, мушаклар таранглиниши натижасида, босим ортиб кетиши сабабли камайтириш мақсадида бажарилади. Одатда ёши ўтган одамларда чаноқ-сон бўғимининг деформацияловчи артрозида ҳаракат қониқарли бўлган ҳолда Брандес-Фосс операцияси ўтказилади. Брандес-Фосс операциясида сон суягининг катта кўсти унга ёпишиб турувчи ўрта, кичик думба мушакларининг пайлари билан олиб ташланади, бу соннинг кенг фасциясини тарангловчи мушакларнинг қирқилиши ва ёнбош-бел мушаклари таъсирида бўғимда босим ортиб кетиши натижасида ҳосил бўлган оғриқни камайтириш ҳамда сон суяги бошчасига тушаётган босимни камайтириш ниятида қилинади.

Чаноқ-сон бўғимида ёки тизза бўғимида қониқарли ҳаракат бўлганда деформацияловчи артроз касаллигида ўтказиладиган остеотомия операцияси кенг тарқалган. Чаноқ-сон бўғими деформацияловчи артрозининг II даражасида, агар сон суяги бошчаси яхши марказлашган бўлса, Мак-Муррей остеотомияси ўтказилади, агар бошча марказдан қочган бўлса, варусловчи ёки вальгусловчи кўстлараро остеотомия Паувелс бўйича бажарилади. Тизза бўғимининг деформацияловчи артрозида бўғим ташкил қилувчи дўнглар бир томонлама ўзгарган бўлса ва болдирнинг варус ёки вальгус деформациясидан катта болдир суяги метафизининг субхондрал қисмидан понасимон остеотомия қилинса, ўзини кўпроқ оқлаган бўлади.

Чаноқ-сон бўғимида ёки ошиқ бўғимида бир томонлама оғир деструктив ўзгаришлар кечаётгани артродда операциясига кўрсатма ҳисобланади. Бу операция бўғимда ҳаракатни йўқ қилиб, оғриқдан мутлақо ҳолис қилади, ҳамда оёқнинг тўғри ва мустаҳкам туришига имконият яратади. Тизза бўғимидаги артродез операцияси оёқнинг функциясини бузиб, ҳаракатини чеклаб қўяди, шу сабабли фақат ноиложликдан қилинади. Чаноқ-сон бўғимидаги ўзгаришлар иккиёқлама бўлса, иккала бўғимда артродез операциясини ўтказиш мумкин эмас.

Аллопластика ва эндопротезлаш операцияси иккиёқлама коксартроз касаллигида кўпроқ ва кенгроқ қўлланиляпти.

Чаноқ-сон бўғимида Сивашнинг тотал эндопротезлаш усули яхши натижа бермоқда (47-расмга қаранг).

8 - б о б. УМУРТҚА ПОҒОНАСИНИНГ ДЕГЕНЕРАТИВ КАСАЛЛИКЛАРИ

Ҳозирги вақтда умуртқа поғонасининг асосан қуйидаги дегенератив касалликлари фарқ қилинади: остеохондроз, спондилез ва спондилоартроз.

Остеохондроз асосида дирилдок ядронинг бирламчи хасталиги ётади, **спондилез**да – патологик жараён фиброз ҳалқа ва олдинги бўйлама бойламда кечади. **Спондилоартроз** одатда умуртқа поғонасининг остеохондроз, сколиоз хасталиклариде статик бузилишлар ва умуртқалараро бўғимларнинг мустақил касаллиги сифатида ривожланади.

Амбулатор қабулида ҳар уч кишидан бири умуртқа поғонасидаги оғриқдан шикоят қилади. Шунинг учун бу патологик жараённи ҳар бир мутахассис шифокор яхши билиши шарт.

ОСТЕОХОНДРОЗ

Остеохондроз – умуртқа поғонасининг дегенератив хасталиклари ичида оғир тури ҳисобланиб, унинг асосида дискнинг айниши, кейинчалик бу жараёнга кўшни умуртқа таналари, умуртқалараро бўғимлар ва бойламлар мажмуаси кўшилиб кетади. Ишга энг лаёқатли ёшда бошланиб, остеохондроз кўп меҳнат кунларини йўқотишга олиб келади. Невропатологлар берадиган касаллик варақаларининг 70% дан зиёдлигига остеохондрознинг турли кўринишлари сабабчидир, 10% дан ортиқ беморлар ногирон бўлиб қолишаяпти.

Остеохондроз статик, неврологик ва вегетатив белгилар билан характерланади.

Умуртқа поғонаси остеохондрози кўп сабаблардан келиб чиқадиган касалликдир. Унинг келиб чиқиши ва ривожланишига қуйидагилар асосий сабабчилар ҳисобланади:

травмалар (синишлар ва бойламларнинг шикастланиш асоратлари);

- микротравмалар (умуртқа поғонасининг чайқалиши, бир хил ҳаракатлар, узоқ мажбурий ҳолат ва бошқалар);

аномал ривожланишлар (умуртқа ёйларининг туғма битмаганлиги, бел ва думғаза умуртқаларининг кўплиги, бўғим ўсиқларини нотўғри жойлашиши ва бошқалар) умуртқа поғонасини беқарорликка олиб келади;

- ревматоид жараён (айниқса тарқалган остеохондроз бўлса);

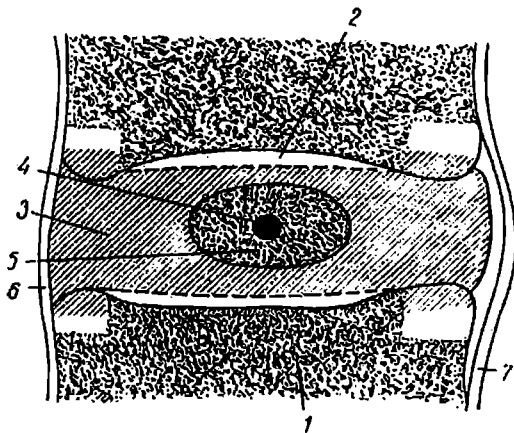
аутоиммун бузилишлар (дисклардаги коллагенозда аутоантитана пайдо бўлиши);

қон томирларга хос бузилишлар (диск озиқланишини микроциркуляция бузилиши сабабли ўзгариши);

Умуртқаларо дискни анатомик хусусиятлари ва қиёслама анатомия кўрсаткичларига қараб, ярим бўғим деб ҳисобласа бўлади, унда дирилдоқ ядро (синовиал суюқликка ўхшаш суюқлик билан) бўғим халтасига таққосланади, умуртқа таналаридаги гиалин пластинкалар – бўғим юзаларига, фиброз ҳалқа эса бўйин халтаси деб ҳисобланади; бойламлар йиғиндиси ҳам бор (293-расм).

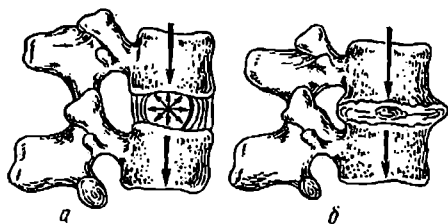
Дирилдоқ ядронинг суюқлик сақлаш қобилияти ундаги нордон мукополисахаридларнинг ўзгаришига боғлиқ камайиши умуртқаларо дискнинг дегенерацияси бошланиши ҳисобланади. Бу амортизация хусусиятининг бузилишига, умуртқалар оралиғи баландлигининг пасайишига, дирилдоқ ядронинг диск соҳасида силжишига олиб келади. Умуртқа поғонаси ҳаракатларида, хусусан орқага букилганда юқори жойлашган умуртқа танаси орқага силжийди. Бундай силжиш сохта спондилолистез, ҳолат эса умуртқа поғонасининг беқарорлиги деб аталади.

Патологик ҳаракатчанлик ва қўшни умуртқа таналарининг доимий шикастланиши (амортизация йуқолганидан) чегараловчи пластинкаларнинг қаттиқлашишига олиб келади, улар суяк тўсинчаларини шикастланишидан сақлайди (294-расм). Ҳосил бўлган остеофитлар компенсатор ҳолда юзани оширади, шу билан тушаётган юкни



293-расм. Умуртқаларо диск (чизма).

1 – умуртқа танаси; 2 – гиалин пластинкаси; 3 – фиброз ҳалқа; 4 – Лушка бўшлиғи; 5 – пульпоз ядро; 6 – олдинги бўйлама бойлам; 7 – орқа бўйлама бойлам.

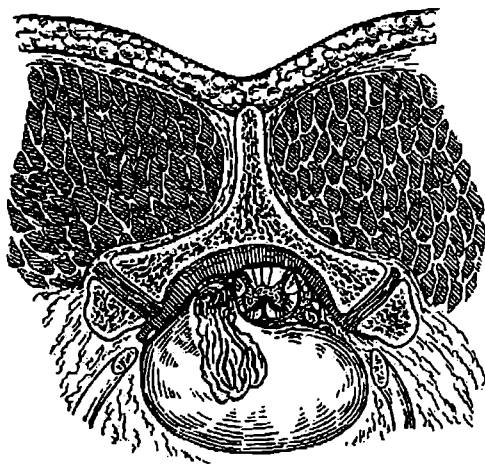


294-расм. Юкларнинг динамик тақсимланиши. а — соғлом дискда; б — дегенератив ўзгарган дискда.

камайтиради. Одатда, остеохондрозда остеофитлар қўшни умуртқа таналари доимий оз бўлса-да, ҳаракат борлиги учун бир-бири билан бирикиб кетмайди. Дегенерация жараёни дискларда бошланиб, умуртқа таналарига ҳам ўтади. Гиалин пластинкаларнинг ёрилиши натижасида дискнинг айрим тўқималари умуртқа танаси кўмик моддасига киради ва тана ичида диск чурраси ҳосил бўлади. Сурункали таъсиротлар оқибатида умуртқалардан остеофитлар ривожланади, улар остеохондрозда умуртқа поғонаси ўқиға, одатда, перпендикуляр жойлашади. Остеофитлар компакт суякдан тузилган. Умуртқалараро диск дегенерациясида юкнинг таъсири давом этавериши билан умуртқалараро соҳа баландлигининг камайишига олиб келади.

К л и н и к а. Клиник белгилари, одатда, патологик жараён нерв толаларига бой фиброз ҳалқанинг орқа қисми ва орқа бўйлама бойламга ўтганда, айниқса, диск орқага бўртиб чиқиб, нерв тутамларини, айрим ҳолларда эса орқа мияни эзиб қўйганда пайдо бўлади (295-расм). Остеохондроз даврларига қараб қийшиқланиш, эзилиш ва тутамларда ўтказувчанликнинг узилиши билан ажралиб туради. Дастлабки икки

белги оғриқ билан, учинчиси эса нерв томирининг фалажлиги билан характерланади. Оғриқ синдромида асосий омил бўлиб нерв томирнинг ирритацияси ҳисобланади, у эса одатда қаттиқланиш ва, айниқса, эзилишдан келиб чиқади. Ирритатив жараёнлар қон ва ликвор айланишининг бузилиши, нерв томирлар атрофидаги бириктирувчи тўқималар мембранасининг фибрози ва веноз қон димланиши билан характерланади. Ҳатто чурра халтаси бўртмаган ҳолда бундай нерв томири қитиқлагичларга жуда сезгир бўлиб қолади,



295-расм. Дискнинг орқага бўртиб чиқиши (чизма).

масалан умуртқа поғонасининг шу сегментидә ҳаракат бўлганда. Сегментар вегетатив бузилишларнинг патогенезидә маълум вегетатив ўтказгичларнинг қўзғалиши ёки бузилиши ётади; клиник манзаранинг яхши билинмаслиги иннервация соҳалари қўшни сегментлар, нерв томирлари, тугунлари ҳисобига беркигилади.

Қон томирларга тегишли ўзгаришлар қон томир иннервациясининг бузилиши ва камроқ томирларнинг механик эзилиши натижасидә келиб чиқади. Клиник-рентгенологик белгилар, вегетовисцерал ўзгаришлар сингари жараённинг жойлашган жойига боғлиқ, шунинг учун умуртқалараро дисклар зарарланишини умуртқа поғонасини сегментларига боғлаб таҳлил қилиш лозим.

Умуртқа поғонаси бўйин қисминг остеохондрози. К л и н и к а. Умуртқа поғонасининг бўйин қисми анатомик-физиологик тузилишининг ўзига хос хусусиятларидан келиб чиқади. Касалликнинг ҳамма клиник кўринишларини синдромларга жамлаш мумкин.

Цервикал дискалгия. Бўйин остеохондрозининг дастлабки симптоми ҳисобланади. Бўйиндаги оғриқ доимий характерга эга, кучли, асосан уйқудан сўнг бошланади, бошни бурмоқчи бўлинганда кучаяди. Баъзан бошни ҳаракатлантирилганда бўйин соҳасидә қирсиллаган товуш эшитилади, лекин бу ҳар доим остеохондроз белгиси бўлавермайди. Объектив кўрилганда бўйин қисмида мажбурий ҳолат кузатилади, умуртқа поғонасининг ҳаракатчанлиги чекланади, бўйин мушаклари таранглашади, паравертебрал нуқталар пальпация ва ўткир ўсиқлар перкуссия қилинганда оғриқ сезилади.

Олдинги нарвонсимон мушак синдроми. Олдинги ва ўрта нарвонсимон мушаклар орасидәги тор бўшлиқдан бўйин нервлари, елка чигали, ўмров ости артерияси ва венаси ўтади, шунинг учун олдинги нарвонсимон мушакнинг таранглашиши томир ва нервда ўз аксини топади. Бўйин остеохондрозидә бу симптом кўп учрайди, оғриқни қўлга, елка ички юзасига, биллак, кафт ва IV-V бармоқларгача берилиши характерлидир. Айрим вақтда оғриқ энса соҳасига тарқалади, айниқса бошни айлантирилганда. Қўллар совуқ ейиши, кўкариши, увишиши ва шишиши мумкин.

Елка кўкрак периаартрити синдроми. Оғриқ елка бўғими, ўмров суяги соҳасига берилади. Бўйин ва қўлнинг мажбурий ҳолати характерли: бўйин шикастланган томонга оғади, елка танага яқинлашади ва озгина букилади. Касалликнинг узоқ кечишида елкани букувчи-яқинлаштирувчи контрактура ривожланади, қўлнинг бурама ҳаракатлари бузилади. Кўпинча бу ҳолатни елка бўғими артрози ёки периаартрити деб ўйлашади. Шубҳа қилинганда умуртқа поғонасининг бўйин қисми туширилган рентген суратлари ташхисни аниқлашга ёрдам беради.

Эпикондилит синдроми. Оғриқ елка суяги ўсимталари усти соҳасига берилади ёки жойлашади, соҳа пайпасланганда сезиларли оғриқ бўлади.

Кўпинча елкада гипестезия зоналари бўлади, бўйин мушакларининг таранглашиши кузатилади, ўрта ва пастки бўйин қисмларининг паравертебрал нуқталари пайпасланганда оғриқ сезилади.

Умуртқа артерияси синдроми. Бош мия томонидан неврологик ўзгаришлар билан юзага чиқади. Бу синдром пайдо бўлиш патогенезида умуртқа артериясининг $C_{IV}-C_V$ ва C_V-C_{VI} соҳаларида умуртқалараро тешиқларда бирикиб кетувчи ёки суяк тўқимаси ўсиб кетишида эзилиб қолиши ётади. Умуртқа артериясини қон билан таъминлайдиган соҳада унинг бузилиши умуртқа поғонасининг тўсатдан ҳаракатланишига боғлиқ. Беморлар энса ва тепа-чакка соҳаларига бериладиган бош оғриғи, кўнгил айнишидан шикоят қиладилар. Эшитиш ва мувозанатни сақлашларда ҳам бузилишлар кузатилиши мумкин.

Висцерал синдром. Юракка тааллуқли белгилар билан кўринади. Остеохондроздаги стенокардия белгиларини чин стенокардиядан ажратиб олиш мумкин. Унда оғриқ ўмров суяги ва кўкраклараро соҳада бошланиб, юрак соҳасига ўтади. Оғриқлар бош, қўл ҳаракати, йўтал ва бошқаларга боғлиқ; улар давомлироқ (2 соатгача), нитроглицерин билан йўқолмайди, аммо тортма ташкил қилинса йўқолади. ЭКГ да ўзгаришлар бўлмайди. Лекин каттароқ ёшдаги кишиларда юрак хасталигининг остеохондроз билан бирга келиши мумкинлигини ёддан чиқармаслик лозим.

Бўйин остеохондрозини ортопедик текширишнинг ўзига хос хусусиятлари бор.

Ташқаридан бўйин ҳолати диққатни тортади: бўйин лордозни тўғриланган, бош хасталанган томонга оғиб туради.

Пайпасланганда оғриқ ва унинг йўналиши аниқланади (айниқса тўш-ўмров-сўргичсимон мушакда), паравертебрал нуқталарда ва ўткир ўсиқлар босилганда оғриқ сезилади.

Шпурлинг ва Сковилл белгиси елкага оғдирилган бошни босилганда нерв томирни иннервация қилувчи соҳага тарқалувчи оғриқ пайдо бўлади (Ласег белгисига ўхшаш).

Бертши синамаси — тортма қилинганда оғриқ ва бош миёдаги ўзгаришлар камаяди.

Елка ва тирсак бўғимларида ҳаракат ҳажми текширилади. Бўйин остеохондрози елка-курак периартрити билан бирга учраганда елканинг яқинлаштирувчи контрактураси курак ҳаракати ҳисобига компенсацияланади, шунинг учун елкани узоқлаштириш аниқланаётганда куракни ушлаб туриш керак.

Қунт билан неврологик текширишлар ўтказилади.

Бўйин остеохондрозининг рентгенологик белгилари: диск баландлигининг пасайиши, тоғай ости склерози, умуртқа таналарининг олдинги ва орқа юзаларида остеофитлар бўлиши, бўғим ўсимталарининг деформацияланиши, умуртқа таналарининг қисман чиқиши, умуртқа поғонаси ҳолатининг ўзгариши. Бўйин дисклирида орқа ва

орқа-ён чурралар жуда кам учрайди ва фақат контраст моддалар ёрдамида текширилганда — дискография, миелографияда кўриш мумкин бўлади. Зарарланган дискни контраст юбориб суратини олиш деярли ҳар доим оғриқ синдромини чақиради, худди зарарлангандаги клиник белгилар каби.

Кўшимча текшириш усулларига қуйидагилар киради.

Пневмомиелография — субарахноидал бўшлиққа ҳаво юбориб рентген суратини олиш.

Веноспондилография — айрим ҳолларда, айниқса, посттравматик ўзгаришларда веноз қон айланишининг бузилиши (орқа мия ва унинг ҳосилалари атрофидаги соҳаларда) характерли манзарани бериши мумкин.

Ангиография — умуртқа артериясининг эзилишини аниқлаб беради.

Компьютер томография — сурилган диск ҳолатинигина эмас, балки умуртқа поғонаси суяк структураларининг характери ҳақида ҳам маълумот беради (остеофитларнинг жойлашиши, деформацияловчи спондилоартроз борлиги ва бошқалар).

Вертебрал артериянинг деформацияланиши, умуртқаларо бўғим остеофитлари, бўғим ўсимталари, кўндаланг ўсиқ каналининг торайиши, томир атрофидаги тўқималарни ўзгаришлари ва камдан-кам диск чурраси билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Умуртқа поғонаси кўкрак соҳасининг остеохондрози. Умуртқа поғонасининг кўкрак қисми қовурғалар билан ушланиб туради, камҳаракатчан. Максимал оғирлик ўрта ва пастки кўкрак қисмларига тўғри келади. Пастки кўкрак қисмининг умуртқаларо дисклари катта динамик оғирлик тушади.

Орқа миянинг олдинги нерв томирлари ичидаги симпатик толалар симпатик устунларни ташкил қилади. Умуртқа поғонасининг юқори кўкрак қисмида бўйин ва кўкрак симпатик устунлари бирлашиб, юлдузсимон тугун ҳосил қилади, улардан асосий шохча ва умуртқа поғонасига ва қизилўнгачга қайтувчи шохчалар чиқади. Симпатик толалардан ҳосил бўлган қорин нерви, ўрта ва пастки кўкрак симпатик тугунларидан диафрагма орқали ўтиб, куёш чигалига қўшилади.

Оёқ томирларини ҳаракатлантирувчи нервлар пастки уч кўкрак ва юқориги икки бел сегментларидан бошланиб, симпатик занжирнинг дистал қисмлари билан туташиб кетади. Орқа мияни, унинг ўрта қисмини қон билан таъминланиши Адамкевич артерияси орқали амалга ошади.

Айтиб ўтилган анатомик хусусиятлар умуртқа поғонасини кўкрак соҳаси остеохондрози клиник манзарасининг хилма-хиллигини юзага келтиради.

К л и н и к а. *Оғриқ синдроми.* Оғриқ пайдо бўлишиданоқ умуртқа поғонасида жойлашади. Узоқ вақт оғирлик тушганда, шу билан бирга уйқуда пайдо бўлади. Уйғонилгач, кўп юрмасданоқ анальгетикларсиз ўтиб кетади. Куракларо симпаталгия характерли ҳисобланади, бунда тортувчи ёки зирқировчи оғриқлар курак ва куракларо соҳасида

кузатилади. Беморлар айниқса, кечаси «темир омбур» орқа соҳани сиҳаётган сезгидан шикоят қиладилар. Бу ҳодисани кечқурун мушак ва бойламлар тарангланишининг йўқолиши билан тушунтириш мумкин. Оғриқлар тарқалиши нерв томирларидаги бузилишларда қовурғалараро невралгия типига бўлади. Оғриқлар чуқур нафас олинганда, узоқ мажбурий ҳолатда кучаяди. Кўкрак умуртқаларининг ўткир ўсиқлари перкуссия қилинганда ҳам оғриқ кучайиши кузатилади.

Вазомотор ўзгаришлар. Оғриқ ҳисобига томирларнинг узоқ вақт қисқариши натижасида келиб чиқади. Оёқларнинг дистал қисмлари жунжиши, тери пўст ташлаши, тирноқларни синувчанлиги кузатилади. Кўп беморларда оёқ панжаси осциллятор индексининг пасайиши аниқланади.

Висцерал синдром. Дегенератив жараён юқори ва ўрта кўкрак қисмларида жойлашса, кардиал синдром кузатилади. Оғриқ ҳисобига кўкрак қафаси ҳаракати бемалол, эркин бўлмайди, беморлар гуё қотиб қоладилар, қимирлашга қўрқадилар, нафас олиш юзаки бўлади. Бошқа тури гастралгик синдромдан иборат, унда эпигастрал соҳадаги оғриқ устувор шикоят ҳисобланади. Оғриқлар озикланишни бузилишига ва озик-овқат сифатига боғлиқ бўлмайди, фаслга ҳам боғлиқ эмас. Беморлар оғриқларни жисмоний ишдан сўнг, одатда, куннинг иккинчи ярмида кучайишини айтадилар. Кечки дам олишдан сўнг оғриқлар камаяди ёки бутунлай йўқолади. Меъда ширасида кислота миқдори пасаяди, ҳатто ахилиягача боради. Кўкрак соҳаси остеохондрозидаги гастралгик синдромни қиёслаганда даволаш давомида меъда шираси кислота миқдорининг динамик ўзгариши катта аҳамият касб этади. Остеохондрозни даволагач меъда ширасидаги кислота миқдори тикланади. Умуртқалараро дискларни $\text{Pn}_{\text{VI-XI}}$ соҳасида зарарланиши ўнг қовурға ёйи ости соҳасида оғриқ беради. Оғриқлар турли куч ва характерда кузатилади: ўткир ва ўтмас, хуружли ва доимий, зирқировчи. Хуруж вақтида беморлар шифохонага турли ташхислар билан олиб келинади (ўткир тошли холецистит, буйрақларнинг пастга тушиши, панкреатит, колит, сийдик-тош касаллиги ва бошқалар).

Кўкрак остеохондрозида висцерал синдромларнинг ўзига хослиги, қорин ичи аъзоларининг патологиясини инкор қилишдан иборатдир.

Рентгенологик манзара қуйидаги белгилардан иборат: сколиоз, физиологик кифознинг ортиши, дисклар баландлигининг камайиши, чегара пластинкаларининг склерози (қаттиқлашиши), орқа ёки олдинги ва ён остеофитлар, умуртқа танасига тоғай тўқималарининг ботиши, умуртқа таналарининг буралиши, умуртқа таналарини синиб битгани. Клиник манзарани тўғри талқин қилиш учун оддий спондилограммалар айрим одамларда етарли бўлмайди, уларни контраст моддалар юбориб, қўшимча текширилади. Кўкрак қисми учун кўпинча пневмомиеелография, эпидурография қилинади.

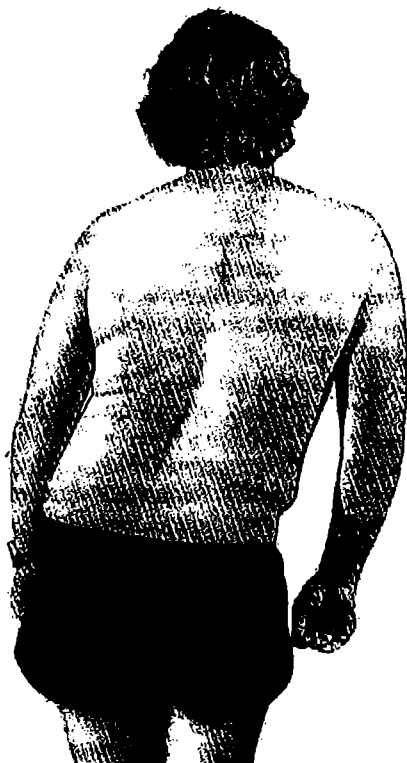
Умуртқа поғонаси бел соҳасининг остеохондрози. Учраши бүйича тарқалган остеохондроздан кейин иккинчи ўрнида туради. Дегенератив жараён кўпинча пастки бел сегментларида жойлашади. Бел остеохондрози клиник манзараси асосан дискларнинг зарарланишидан (чурралар, беқарорлик ва бошқалар) ва камроқ даражада остеофитларга боғлиқдир. Касаллик ривожланишида травматик омил аҳамияти кўрнма бошланади.

К л и н и к а. Остеохондроз даврига қараб оғриқ бел думғаза соҳасида жойлашиши мумкин — люмбалгия. Томирлар ирритациясида оғриқ оёққа берилади — люмбоишиалгия ҳақида гап кетади. Оғриқ фақат оёқда жойлашиб қолса - ишиалгия кузатилади.

Умуртқа поғонаси беқарорлигида ундаги дискомфорфт (ўзини яхши ҳис қилмаслик) безовта қилади, унда тез-тез тана ҳолатини ўзгартириб туришга тўғри келади. Бел-думғаза оғриқлари турли характерда бўлади, кўпроқ думба соҳасида ва оёқнинг орқа юзасида жойлашади, йўталда, бесўнақай ва бирдан ҳаракатларда кучаяди. Касаллик хуружи вақтида беморлар ҳолати мажбурий, чалқанча ёки ёнбошда ётганда тизза букилган, «тўртоёқлаб турганда» қорин остига ёстиқ кўйилади.

Кўрилганда бел лордозни текислангани ёки бутунлай йўқолгани аниқланади. Вертикал ҳолатда сколиоз (296-расм) кузатилади. У организмнинг оғриқни камайтиришга қаратилган организмни рефлектор реакцияси ҳисобланади. Пайпаслаганда паравертбрал мушаклар тонусининг ошгани «қотиб қолгани», қаттиқ оғрийдиган болишча сингари эканлиги аниқланади. Ўткир ўсиқлар пайпасланганда ва перкуссия қилинганида оғриқли нуқталар топилади. Умуртқа поғонаси ҳаракатининг чекланиш даражаси нерв томирларининг ирритация даражасига боғлиқ.

Анталгик ҳолат — умуртқа поғонасининг мажбурий ҳолати бўлиб, тана оғирлигини соғ оёққа кўчиришдан иборат. Тана олдинга ва ёнга оғади. Бемор юриши эркин эмас, жуда эҳтиётли, кичик-кичик қадам босади, шикастланган оёққа оқсайди. Беморлар, кўпинча, ҳасса ёки қўлтиқтаёқлардан фойдаланишади, кўп вақт ўтира олмайдилар



296-расм. Бел остеохондрозиди беморнинг кўриниши.

ва ўтирганда қўллари билан ўрнидиққа тиралишга («уч оёқ симптоми») ёки горизонтал ҳолат олишга мажбурдирлар.

Гипестезия (оғриқ ва тактил сезгиларнинг пасайиши) ва гиперестезия (ўткир предмет санчилаётгандек, чумоли ўрмалаётгандек) жуда характерли ҳисобланади, улар тасма кўринишида думба, сон, болдир, оёқ панжаси соҳаларигача боради.

Тортилиш симптомлари ўта мусбат. Доимийларидан Ласег симптоми (бутунлай ёзилган оёқни кўтарганда оғриқ пайдо бўлади, тизза бўғимида букилганда йўқолади) ҳисобланади. Ласег кесишма белгиси (Бехтерев симптоми) соғ оёқни кўтарилганда бошқа оёқда оғриқ пайдо бўлиши кузатилади.

Мушаклар нимфалажлиги ва атрофияси кўп учрайди, камроқ рефлексларнинг бузилиши аниқланади. Умуртқалараро дисклардаги дегенератив ўзгаришлар вегетатив бузилишлар, аввало осциллятор индекснинг пасайиши, кўкариш, тер ажралишини бузилиши, терининг қуриши ва пўст ташлаши билан биргаликда кечади. От думи соҳаси нерв тутамларининг эзилишида, сийдик қопчаси фаолиятининг нейроген бузилиши, юқори бел умуртқалари зарарланганда холецистопатия ва йўғон ичак функциясининг бузилиши кузатилиши мумкин.

Бош ва орқа мия суюқлигининг оз бўлса-да ўзгаришини (гиперальбуминоз) бел остеохондрозининг билвосита ташхисий белгиси деб ҳисобласа бўлади.

ТАРҚАЛГАН ОСТЕОХОНДРОЗ

Тарқалган остеохондроз умуртқа поғонасининг энг оғир дегенератив касаллиги бўлиб, унда остеохондроз икки, баъзан эса барча қисмларини ишғол этади. Умуртқа поғонаси барча қисмларининг зарарланишини буткул тарқалган остеохондроз деб юритилади. Сўнгги ўн йилликда тарқалган остеохондроз билан хасталанган беморлар сони анчагина ошган. Учраш сони бўйича умуртқа поғонасининг дегенератив касалликлари ичида биринчи ўрнини эгаллайди.

К л и н и к а. Ревматоидли тарқалган остеохондроз бошқа этиологик омиллар ичида биринчи даражали аҳамиятга эга. Катта бўғимлар остеоартрози 1/3 беморларда аниқланади. Шу билан бирга, бел соҳаси ҳолатининг ўзгариши (маҳаллий остеохондрозда) умуртқа поғонасининг бўйин ва кўкрак қисмларига тушадиган юкнинг ошишига ва остеохондрознинг ривожланиб кетишига олиб келади.

Тарқалган остеохондрознинг клиник манзараси оғриқ синдроми, неврологик, статик, вегетатив ва висцерал бузилишлар билан кўринади. Бу синдромлар умуртқа поғонасининг ҳар бир бўлими учун ўз хусусиятига эга. Хасталик гоқ тузалиб, гоқ кучайиб, сурункали кечиши билан характерланади: бир бўлимда (кўпроқ бел соҳасида) бошланиб,

у аста-секин бошқа (қўшни бўлим бўлиши шарт эмас) бўлимга тарқалади. Зарарланиш тарқалган характерда бўлишига қарамай, бемор қайси бир бўлим кўпроқ безовта қилаётган бўлса, диққатини кўпроқ шунга қаратади.

Қайси беморда тарқалган остеохондроз шубҳа қилинса, умуртқа поғонасининг ҳамма қисмларини рентген суратини олиш керак бўлади. Улар остеохондроз хасталигининг оддий белгилари, яъни диск баландлигининг пасайгани, чегара пластинкаларининг склерози, остеофитлар, статик ўзгаришлар ва бошқалар умуртқа поғонасининг турли қисмларида кузатилади.

Айтиш лозимки, клиникаси билан оддий спондилография орасида доимий параллелизм йўқ. Шунинг учун функционал текширишлар билан бирга, керак бўлганда (операция қилиш ўртага қўйилаётган бўлса) оддий спондилограмма контраст моддалар юбориб, текшириш билан тўлдирилади (миелография ва перидурография).

Д а в о л а ш. Тарқалган остеохондрозда даволаш деярли ҳаммада (93%) консерватив усулда олиб борилади, хасталик жойи ва даврига қараб комплекс муолажалар буюрилади. Зарарланиш тарқалган характерга эга бўлганлиги учун умумий таъсир қилувчи тадбирлар ортопедик тадбирларга қараганда кам рол ўйнайди.

Остеохондрозни консерватив даволаш патогенезига асосланган ҳолда комплекс олиб борилади.

Остеохондрознинг ўткир даврида даволаш принциплари

Ортопедик даволаш умуртқа поғонасини оғирликдан бўшатишга қаратилган, шу билан мушакларнинг рефлектор қисқариши ва диск ичидаги босимни камайтиришга имкон беради. Ўз навбатида бу нерв томирларининг ирритациясини ва реактив шишни камайтиради. Бўйин ва юқори кўкрак остеохондрозиди бемор қаттиқ ўрнида (остида тахтаси бор) кичик ёстиқчада ётади; бўйин остига илиқ кумли халтача ёки махсус чуқурчаси бор мослама қўйилади. Юрганда бўйинга ним қаттиқ ёқа (бошни ушлагич) кияди. Глиссон қовузлоғи орқали горизонтал ёки вертикал юзада тортма амалга оширилади.

Умуртқа поғонаси кўкрак қисмининг ўрта ва пастки кўкрак ва бел қисмлари остеохондрозиди тортма қўлтиқ остидан ўтказилган тасма орқали амалга оширилади, ётоқнинг бош томони кўтарилади. Тортма давомлилиги 4–6 соат, бир суткада 30 минутдан танаффус билан 3–4 ҳафта мобайнида. Махсус столда бел лордозини камайтириб, юк билан тортиш яхши самара беради. Юклар чаноқ камарига мустаҳкамланади. 8 кг дан бошлаб юк ҳар куни 1 кг дан қўшилади (16 кг гача) ва кейинчалик камайтирилади. Тортмани 1–2 соатдан бир кунда 2 марта амалга оширилади. Сув остиди тортиш яхши натижа беради, чунки бунда мушаклар тўла бўшашади.

Оғриқни йўқотиш учун новокаин билан блокада қилинади. Энг самаралиси бўйин остеохондрозиди олдинги нарвонсимон мушакни Попелянский усулида новокаин билан блокада қилишдир.

Попелянский усулида блокада техникаси. Олдинги нарвонсимон мушак пастки учини пайпаслаб, тўш-ўмров-сўрғичсимон мушак ичкарига сурилади. Уни бўшаштириш учун бўйинни зарарланган томонга оғдирилади, бош соғ томонга буралади. Мушакка перпендикуляр ҳолда 0,5-0,75 см чуқурликка игна санчилади, мушак тешилмайди. Шундан сўнг 2 мл 2% новокаин юборилади.

Кўкрак ва бел соҳалари остеохондрозиди яхши натижани паравертебрал ва эпидурал новокаин блокадалари беради.

Паравертебрал блокада техникаси. Бемор қорни билан ётқизилади. Зарарланган соҳада ўткир ўсиқлар аниқланади ва белгиланади. Ўткир ўсиқлардан 1-2 см ўтиб, бевосита равоқларга ва кўндаланг ўсиқларга 15 мл 0,5% новокаин эритмаси ҳар бир умуртқа соҳасига юборилади.

Бел остеохондрозиди яхши натижани эпидурал блокада беради.

Эпидурал блокада техникаси. Бемор ёнбошлатиб ётқизилади (люмбал пункция қилингандаги каби), ёки оёқлари букилган ҳолда чалқанча ётқизилади (тургоёқлаб турса ҳам бўлаверади). Думғаза каналининг ташқи тешиги соҳаси терисига йод-спирт билан ишлов берилади. Думғаза каналининг чиқиш тешиги дум суяги учидан 5-6 см юқорида жойлашган, думғаза шохчалари орасида пайпасланади. Ўртача ўлчамдаги игнани деярли перпендикуляр ҳолда каналга кириш қисмини беркитувчи мембранага санчилади. Мембрана тешилгач игнани орқага 20-25° га оғдирилади ва деярли горизонтал ҳолда думғаза каналига 4-5 см дан оширмай киргизилади, миянинг қаттиқ пардасини шикастлантириб қўймаслик керак. Поршень орқага тортилади, субарахноидал бўшлиққа кирилмаган ёки вена чигалларига тушилмаганликка иқдор бўлингач, одатда 80-100 мл 0,5% новокаин эритмаси юборилади. Новокаин кириши парестезиядан билинади ва тезда оғриқ камаяди.

Дори-дармонлардан анальгетиклар, яллиғланишга қарши (реопирин, пирабутол, бутадон), шишга қарши (фуросемид), тинчлантирувчи (нозепам) препаратлари берилади. Оғриқ синдроми хуружини тўхтатиш учун игна рефлекс даволаш ўтказилади, рефлекс зоналарига совуқ қўйилади. Электр ёрдамида оғриқсизлантириш, бунинг учун импульс, синусоидал тоқлар кичик кучланишда ишлатилади («Дельта – 101», «Миоритм» ва бошқа аппаратлар).

Физиотерапевтик муолажалар ҳам оғриқни тўхтатишда ёрдам беради: ультрабинафша нурлар, электрофорез новокаин билан, ультратовуш гидрокортисон билан.

Остеохондрознинг неврологик белгиларини бартараф этишда м а н у а л д а в о л а ш н и қўлланилмоқда. Уни техник амалга оширишда чўзиш, букиш, ёзиш, эгиш бажарилади, бундан ташқари, бевосита умуртқа поғонасига у ёки бу йўналишда босилади. Мушаклар

бўшашгач, аввал куч деформациясини ошириш томонига, сўнгра эса қарама-қарши ҳаракатлар билан деформация йўқотилади.

Кейинги ўн йилликда кинезотерапия даволаш усули ривожланмоқда. Бунда бемор актив равишда сеансларда иштирок этади (албатта, шифокор кузатувида). Қўл билан таъсирот энди иккиламчи ролни ўйнайди. Мануал даволашда ҳамма машқлар маълум кетма-кетликда бажарилавермайди, балки улар актив биомеханик мақсадга йўналтирилган ҳолда ҳаракатлар билан мужассамлаштирилади.

Мануал ва ҳаракат билан даволашни қатъий кўрсатмаларга асосан, синчковлик билан текширилгандан сўнг ўтказиш мумкин. Мануал ва кинезотерапияни шу соҳаларни мукамал эгаллаган мутахассисгина ўтказиши керак.

Умуртқа поғонасини ташқаридан ҳаракатсизлантиришга алоҳида тўхталиб ўтиш лозим. Бўйин соҳаси учун Шанц ёқаси, кўкрак-бел ва бел соҳалари учун корсет (Ленинград типигаги), бел ва думғаза соҳалари учун штангачи белбоғидан фойдаланилади.

Остеохондроз хуружи бўлмаган вақтларда консерватив даволаш принциплари

Ортопедик даволаш умуртқа поғонасини тўғри ушловчи мушаклар тонусини тиклаш ва уларнинг тиришишини йўқотишга қаратилади. Муваффақият билан даволашда даволовчи гимнастика ва уқалашнинг аҳамияти катта. Турғун мусбат натижага эришиш учун беморлар доимий равишда даволовчи жисмоний тарбия билан шуғулланишлари лозим (45-60 минутдан бир кунда). Кучли мушак контрактурасида, айниқса, бўйин ва бел соҳаларида, қуруқ ҳаво билан махсус ортопедик мосламаларда тортилади ёки сув ости тортмаси амалга оширилади, сув ёрдамида уқалаш билан биргаликда. Тортмадан сўнг даволовчи ҳаракатсизлантириш ўтказилади. Бўйин соҳаси учун Шанц ёқаси ишлатилади, кўкрак-бел ва бел соҳаларида эса Ленинград типигаги ёки поливикдан ясалган корсетдан фойдаланилади, штангачи белбоғи ҳам қўл келади. Танлаб уқалаш учун электр ёрдамида мушакларни кучайтириш қўлланилади.

Орқа мушакларини мустаҳкамлашда сузиш (айниқса, брасс усулида) ёрдам беради.

Физиотерапевтик муолажалар тўқималарни чуқур гиперемия қилиш, зарарланган умуртқа поғонаси сегментларида биокимёвий бузилишларни нормаллаштиришга йўналтирилган. Бунинг учун диадинамик тоқлар, гидрокортисон электрофорези, лидаза, литий тузлари ва трилон Б тайинланади.

Дори-дармонлар билан даволаш кучайтирувчи (витамин В₆, В₁₂, алоэ ва бошқалар), бириктирувчи ва тоғай тўқималарини озиклантирувчи (румалон схема бўйича) препаратлардан иборат. Молда

алмашувини яхшиловчи таблеткалар: индометацин, ортофен, ибупрофен, вольтарен, скутамил-Ц бериледи. Иккиламчи қон томирлар бузилишида трентал, ганглиоблокаторлар (пахикарпин, платифиллин, падутин) тавсия қилинади.

Тузала бошлаган даврида санаторий-курортларда даволанишга кўрсатмалар бўлади: радон, олтингугуртли, туз-хвойли ванналар олиш мақсадга мувофиқдир. Санаторий-курорт шароитлари амбулаторияда ва шифохонада бошланган даволаш муолажаларини маромига етказилади. Беморлар мустақил равишда даволловчи жисмоний тарбия билан шуғулланишлари, бунинг учун улар махсус ўргатилган бўлишлари керак.

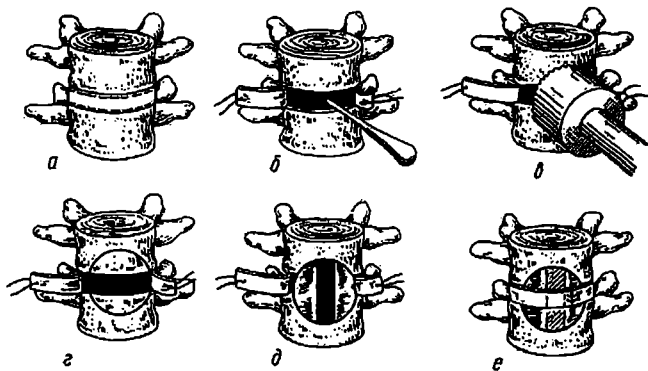
Консерватив даволаш натижаси қониқарсиз бўлса, хасталик чўзилиб кетса, ишга лаёқатлилик бузилса, операция қилишга кўрсатма бўлади.

Остеохондрозни жарроҳлик йўли билан даволаш принциплари

Дегенератив ўзгарган диск ва унинг орқа ён томонга чиқувчи чурраларини тўла олиб ташлаш фақат олдинги юзадан борадиган кесимлар орқали амалга оширилиши исботланган. Энг яхши натижа Юмашев усулида олдинги «дарчали» спондилодез (297-расм) ҳисобланади.

Остеофитлар умуртқа артериясини эзиб қўйганда, миелопатия бўлиш хавфи туғилганда Юмашев усули бўйича оптик катталаштириш ва микрожарроҳлик техникасини қўллаган ҳолда олдинги декомпрессия амалга оширилади (298-расм).

Олдинги спондилодез, ҳосил бўлган нуқсонни композит материаллар билан тўлдириш беморларни узоқ вақт оғир ва қўпол гипсли корсетларни кийиб юришдан озод қилади.



297-расм. Олдинги «дарча»симон спондилодез операцияси (чизма).
a – олдинги бўйлама бойламни кесиш; *b* – диски олиб ташлаш; *в, г* – фреза ёрдамида «дарча» очиш; *д* – умуртқа бўлагини 90° га бураш; *е* – трансплантатларни ўрнатиш ва олдинги бўйлама бойламни тикиш.

Ламинэктомия – умуртқалараро диск чурраси умуртқа каналга сурилиб фалажлик ва нимфалажлик ривожланганда қилинади, шундан сўнг умуртқа поғонасида беқарорлик ривожланмаслиги учун орқа спондилез бажарилади.

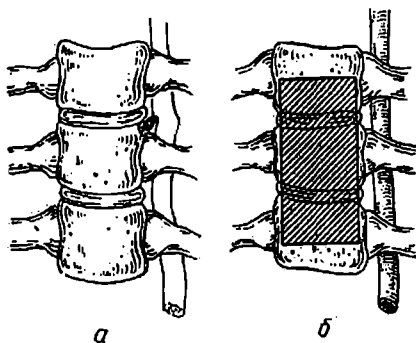
Остеохондроз профилактикаси

Хасталик келиб чиқишидаги этиологик омиллар ҳисобга олинса, биринчи навбатда, шикастланиш бўлгани учун, остеохондроз профилактикасида иложи борича макро- ва микротравмалардан ҳамда умуртқа поғонасини статик ва динамик кўп юкланишдан сақлаш керак. Кишиларнинг кўп вақт мобайнида мажбурий ҳолатда бўлиши, айтилик тана ёки бошнинг эгилган ҳолатида дастгоҳда ишлаш, ёзиш, автомобил кабинасида ўтириш ва шу кабилар нохуш таъсир этади. Шунинг учун хасталикнинг олдини олишда иш вақтида ҳолатни ўзгартириб туриш, ўрнидиқни мослаш катта аҳамиятга эга. Остеохондрознинг олдини олишда, айниқса, ўткир диск синдромини тўғри ҳолат танлаш, ҳаракат қилганда, оғир юклар кўтарганда ҳаракат кетма-кетлигига тўғри риоя қилиш (юкни ердан узаётганда ўтириши керак, танани тўғри тутиб, юкни унга яқин ушламоқ лозим, оғир юкни елкада кўтарган яхши) мақсадга мувофиқдир. Машина ҳайдовчиларга бир неча соатдан сўнг бошни ҳаракатлантириш, бўйинни уқалаш тавсия қилинади. Яхшиси 2-3 гимнастика машқларини 4-6 марта такрорлаган маъқул.

Умуртқа атрофидаги мушакларни мустаҳкамлаш, мунгазам равишда жисмоний тарбия билан шуғулланиш катта аҳамиятга эга. Остеохондрозда маълум комплекс машқлар ва тadbирлар жараён қайталанмаслиги учун тавсия қилинади: 1) қаттиқ ўрни; 2) кундалик гимнастика: бир кунда 2 марта, шунингдек, ишлаб чиқаришда ҳам; 3) орқа ва бўйин мушакларини уқалаш; 4) бир ҳафтада 3 марта сузиш; 5) иш жойини тўғри ташкил қилиш; 6) вазн ортиб кетишининг олдини олиш, махсус парhez овқатлар билан; 7) ишда штангачи белбоғи ёки ленинград типидagi энгил корсет тақиш.

СПОНДИЛЕЗ

Аста-секин кечувчи умуртқа сегментларининг «қариши» билан боғлиқ маҳаллий касаллик. Фиброз ҳалқанинг ташқи толалари бирламчи



298-расм. Орқа мия ва умуртқа артериясининг олдинги декомпрессияси.

а – операциядан олдин; б – операциядан кейин.

зарарланади, дирилдоқ ядро таранглиги сақланиб туради. Олдинги бўйлама бойламнинг оқакланиши натижасида тумшуксимон ўсимталарга ўхшаб остеофитлар пайдо бўлади,

Классик спондилезга чегара пластинкаларининг склерози характерли эмас, умуртқалараро бўшлиқ баландлиги сақланиб қолади, остеофитлар олдинги ва ён умуртқа поғонаси юзларида тақасифат жойлашади.

Анатомик ўзгаришлар доимий оғирликни кўтариб юришга организмнинг мослашиш реакциясидан иборат. Клиникада спондилез умуртқа поғонасидаги кам оғриқлар билан кўринади. Беморлар анальгетиклар қабул қиладилар, шифокорларга камдан-кам мурожаат қилишади.

Агар остеофитлар бир-бири билан қўшилиб кетмаса, веноз қон димланиши ҳисобига нерв томирлар синдроми кўзга ташланади.

50 ёшдан ошган беморларда спондилез люмбаго ва ишиасларсиз кузатилади; умуртқа поғонасининг бел соҳасидаги ҳаракати чекланиши аниқланади. Бу беморлар, одатда, бошқа касалликларга (сийдик-тош касаллиги ва бошқалар) шубҳа қилиниб клиник ва рентгенологик текширилаган бўлади. Қарияларда спондилез умуртқа поғонаси ва кўкрак қафаси ҳаракатларининг чекланишига олиб келиши мумкин. Бошқа дегенератив хасталиклардан фарқли равишда спондилезда «ўз-ўзидан даволаниб кетиш» ҳоллари остеофитлар бир-бири билан ёпишиб кетганда кузатилиши мумкин. Бу беморларда рентген суратларида икки ва ундан ортик умуртқаларнинг ўзаро битиб кетиши (умуртқалараро баландлик сакланган ҳолда) аниқланади. Одатда, шу рентген суратларида қўшни сегментларда остеохондроз белгилари кўринади. Бу умуртқа поғонаси дегенератив касалликларининг табиати бирлигини таъкидлайди.

Қотирувчи лигаментоз (Форестье касаллиги). Бу касалликка спондилезнинг бир кўриниши деб қараш мумкин. Касалликнинг келиб чиқиш сабаблари охиригача ўрганилмаган, лекин Форестье хасталиги диабетга чалинган беморларда кўпроқ учраши аниқланган. Бунда беморларда умуртқа поғонасида маҳаллийлашган оғриқ бўлган, лекин 2-3 йилда ўтиб изсиз йўқолган. Одатда, беморлар қотирувчи лигаментоз билан шифокорларга умуртқа поғонасида ҳаракат чекланишидан шикоят қилиб, мурожаат қилишади.

К л и н и к а. Кўрилганда умуртқа поғонасининг бўйин ва бел соҳаларида ҳаракат чекланганлиги, мушаклар гипотрофияси аниқланади.

Рентген суратларида олдинги бўйлама бойлам кўчганлиги ва суюқланганлиги (бўйин, бел сегментларида) кўринади. Умуртқалараро дисклар баландлиги ўзгармаган, чегара пластинкалари склерози ва остеофитлар йўқ.

Д а в о л а ш. Спондилез, одатда, консерватив усулда даволанади, нерв томирларининг ирритациясини йўқотишга қаратилади.

Гидрокортизон ультратовуш билан, электрофорез новокаин билан, витамин В гуруҳи, алоэ, анальгетик ва яллиғланишга қарши доридармонлар (пирабутол, реопирин) тавсия қилинади.

Дисгормонал спондилопатия. Иккиламчи дегенератив касаллик сифатида ёшга боғлиқ ўзгаришларда ривожланади. Хасталик асосида жинсий безлар ёки буйрак усти безининг фаолияти йўқолишидан келиб чиқувчи минерал моддалар алмашинувининг оғир бузилиши ётади. Кўпинча, жараён умуртқа поғонасининг кўкрак ва бел соҳаларида жойлашади.

К л и н и к а. Люмбоишиалгик синдром остеохондроздагидан фарқли равишда диффуз характерга эга, таранглашиш белгилари кам билинади. Рентгенда сезиларли остеопороз аниқланади. Умуртқа таналари икки томонга бўртган линзани эслагади («балиқ умуртқалари»), умуртқалараро дисклар ҳам бўртган. Характерлиси, остеопорозга учраган умуртқалар атрофида қирраларнинг қаттиқлашгани кўринади («фаолият симптоми»). Гормонал спондилопатияда, кўпинча, бир неча умуртқа таналарининг патологик синиши кузатилади.

Д а в о л а ш. Гормонал соҳа, минерал модда алмашинувини меъерлаштириш, яллиғланишга қарши тадбирлар ўтказиш ва махсус жисмоний даволловчи тарбия, уқалаш ёрдамида «мушак корсетни» мустаҳкамлашга қаратилган. Умуртқа таналарининг патологик синишини функционал ҳолда умумий қабул қилинган усуллар билан даволанади.

СПОНДИЛОАРТРОЗ

Спондилоартроз (умуртқа поғонаси бўғимларининг деформацияловчи артрозидир), одатда остеохондроз ёки сколиозда учрайдиган статик бузилишларнинг натижаси шаклида пайдо бўлади. Бундан ташқари, у ёш ўтишига боғлиқ бўғимларнинг диффуз зарарланишида пайдо бўлиши мумкин. Остеохондроз ва умуртқалараро бўғимлар артрозининг қўшилиб келиши умуртқалараро тешикларни ҳам вертикал, ҳам горизонтал ҳажмларининг кичиклашишига олиб келади. Бу айниқса, жараён умуртқа поғонасининг бўйин соҳасида жойлашганида хавфли ҳисобланади.

Умуртқа поғонасининг кўкрак қисми спондилоартрози қаришнинг қонуний белгиси ҳисобланади. Қобирға-умуртқа бўғимларининг артрози кўкрак қафаси ва умуртқа поғонаси кўкрак қисмининг «қотиб» қолишини кучайтиради. Умуртқа поғонасининг бел қисмида умуртқалараро бўғимларнинг артрози турли аномал ўсишларда ҳам кузатилиши мумкин: умуртқа равоқлари битмаганида, спондилолистезда, бўғим ўсимталарининг тропизмида. Лекин асосий сабаби, юқорида айтиб ўтилганидек, остеохондроз ва сколиоз ҳисобланади.

К л и н и к а. Спондилоартроз манзараси, кўпинча, асосий хасталиклар клиник кўриниши ичида ниқобланади. Спондилоартроз учун оғриқларнинг зарарланиш соҳасида паравертебрал нуқталарда

типик жойлашиши, танани орқага букувчи мушакларнинг рефлектор таранглашиши, умуртқа поғонаси ҳаракатчанлигининг чекланиши характерлидир. Оғриқ синдроми динамикаси йирик бўғимлар остеоартрози каби бўлади. Оғриқлар озгина ҳаракатлангандан сўнг камаяди ва узоқ жисмоний ишлашдан сўнг яна пайдо бўлади ва кучаяди. Ташхислашда якуний рол 3 ҳолатдаги спондилография ҳисобланади: тўғри, ён томондан ва 3/4 ҳолатда оғриқ кўпроқ томонда.

Д а в о л а ш. Комплекс ҳолда ва асосий хасталикни бартараф қилишга қаратилган. Ортопедик тадбирлар статик ва динамик юкланишни камайтиришга мўлжалланган, ташқи ҳаракатсизлантириш учун ярим қаттиқ корсетлар (поливикдан), штангачи белбоғини кийиш ва вақти-вақти билан орқа мушакларни уқалаш тавсия қилинади. Оғриқни йўқотиш учун кичик кучланишдаги электр токи ишлатилади («Дельта», «Миоритм» ва бошқа аппаратлар), анальгетиклар, новокаин, гидрокортизон, лидаза билан электрофорез буюрилади. Умуртқалараро бўғимларнинг чала чиқишларида (оғриқ синдроми бор деформацияловчи спондилоартрозларда куп учрайди) мануал терапия яхши даволовчи натижа беради.

9 - б о б. ОСТЕОХОНДРОПАТИЯЛАР

Остеохондропатиялар асосан болалар ва ўсмирларда учрайди. Бу хасталикнинг кечиши одатда оғир эмас. Остеохондропатияда морфологик, патофизиологик ўзгаришларнинг асосида кўмикдан тузилган суякларнинг асептик некрози ётади, кечишида ўзига хос асоратлар ҳолидаги микросинишлар кузатилади, улар репаратив жараён натижасида битиб кетади.

Остеохондропатия ёки асептик некроз, маҳаллий қон айланишининг бузилишидан келиб чиқади, ўз навбатида, қон айланиши бузилиши туғма характерга эга бўлиши, модда алмашинуvidан, инфекцион, травматик ва бошқа сабаблардан вужудга келади. Хасталик ривожланишида бир неча босқичлар ажратилади: 1) асептик некроз; 2) эзилиб синиш босқичи; 3) сурилиш босқичи; 4) тикланиш; 5) охириги ёки иккиламчи ўзгаришлар босқичи.

Рентгенологик текширилганда ҳам турли босқичлар кузатилади.

Остеохондропатияда оғриқ ва зарарланган сегментда ҳаракатлар чекланиши билан кечувчи кам функционал ўзгаришлар бўлиши мумкин. Остеохондропатия бир неча йиллар давомида кечади. Кўпинча, ўз-ўзидан «тузалиб» кетади, аммо кейинчалик деформацияловчи артроз ривожланади.

Даволаш асептик некроз соҳасида қон айланишни кучайтиришга йўналтирилади, бунинг учун бальнеофизиотерапевтик муолажалардан фойдаланилади. Умумий мустаҳкамловчи даволашнинг аҳамияти катта (витаминар, тўғри оқатланиш, режимга риоя қилиш). 299-расмда кўп учрайдиган соҳалари кўрсатилган:

СОН СУЯГИ БОШЧАСИНИНИНГ ОСТЕОХОНДРОПАТИЯСИ (ЛЕГГ-КАЛЬВЕ-ПЕРТЕС КАСАЛЛИГИ)

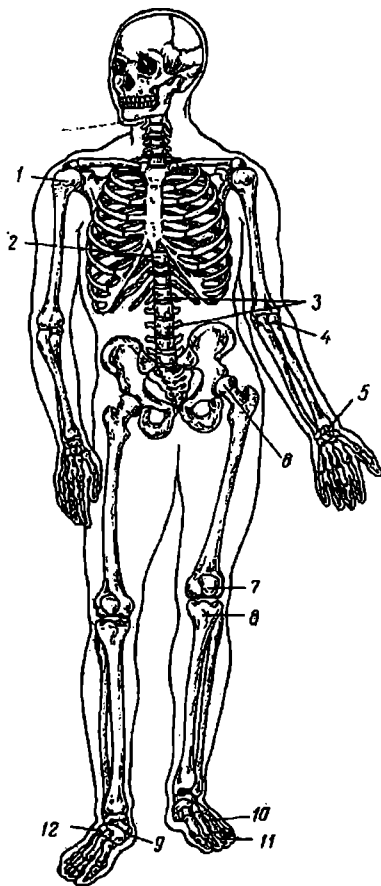
Сон суяги бошчасининг остеохондропатияси кечишида бир неча босқичлар фарқ қилинади: 1) бошнинг кўмик моддаси некрози; 2) бошнинг эзилиб синишга боғлиқ яссиланиши; 3) эзилган ва нек-розга учраган суяк устунчаларининг сурилиши ва бита бошлаши (бўлакланиш босқичи); 4) тикланиш, даволангани туфайли сон суяги бошчаси тўғри шаклга эга бўлиши мумкин. Агар тўлақонли тўғри даволанмаса, бошча деформацияланганича қолади, бўғимда иккиламчи ўзгаришлар ривожланадики, улар деформацияланувчи артрозга хосдир (охирги, бешинчи босқич).

Асосан 4 ёшдан 12 ёшгача бўлган болалар хасталанади. Икки томонлама касаллик кам кузатилади.

К л и н и к а. Касаллик секин ривожланади. Болада юрганида чарчаш, чаноқ-сон бўғимида оғриқ (айримлари бутун оёқ бўйлаб), оқсоқланиш, думба ва сон мушакларининг атрофияси, ҳаракат чекланиши, оёқнинг калталаниши кузатилади. Айримларда бу шикоятлардан олдин шикастланиш бўлади.

Туберкулёз билан қиёслашга тўғри келади. Остеохондропатияда тана ҳарорати кўтарилмай жараён узоқ кечади, йиринг тўпламлари ва анкилоз кузатилмайди.

Д а в о л а ш. Узоқ ётоқ режими (икки йил атрофида) ва бўғимни махсус мосламалар орқали юздан ҳоли қилиш. Консерватив даволаш билан бирга операция ҳам ўтказилади: сон бўйни орқали бир неча канал қилинади, темир кегай ёрдамида, бу муолажа сон суяги



299-расм. Остеохондропатиянинг ўзига хос жойлашиши (чизма).
 1 – Гесс касаллиги; 2 – Кальве касаллиги; 3 – Шейерман касаллиги; 4 – Пайер касаллиги; 5 – Кинбек касаллиги; 6 – Легг–Кальве–Пертес касаллиги; 7 – Ларсен касаллиги; 8 – Осгуд–Шлаттер касаллиги; 9 – Гагlund касаллиги; 10 – Изолен касаллиги; 11 – Келлер I касаллиги; 12 – Келлер II касаллиги.

бошчасидаги тикланиш жараёнини тезлатади. Маҳаллий қон айланишни яхшилаш учун ҳосил қилинган каналга суяк трансплантат ёки озиклантирувчи оёқчаси бор мушакли аутоген трансплантат киргизилади. Айрим ҳолларда кўстлар ости соҳасидан остеотомия қилинади. Физиотерапевтик муолажалар (озокерит, парафин) ва санаторий-курорт шароитида даволаниш тавсия қилинади. Касаллик бир неча йил давом этади. Сон суяги бошчасини остеохондропатиясини даволаш узоқ вақтни, чидам ва матонатни талаб қилади, чунки эрта юриш сон суяги бошчасини деформацияга ва турғун контрактураларнинг ривожланишига олиб келиши мумкин.

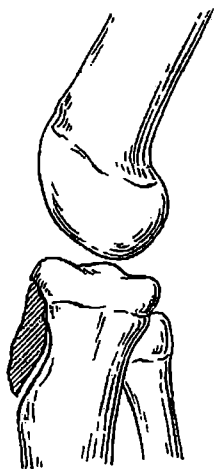
ЧАНОҚ-СОН ВА ТИЗЗА БЎҒИМЛАРИДА БЎЛАКЛОВЧИ ОСТЕОХОНДРОЗ (КЕНИГ КАСАЛЛИГИ)

Остеохондропатиянинг бу турида эпифизнинг бўғим юзаси қисмида некроз кузатилади, унинг ажраши «бўғим сичқонини» ҳосил қилади. Касаллик кўпинча 15-30 ёшдаги эркакларда учрайди.

К л и н и к а. Эпифизнинг некрозга учраган қисми ажрамаганда клиникаси жуда суст бўлади: озгина оғриқ, асосан сон дўнглари соҳасини ёки бошчасини босганда аниқланади. Бўғимда кўпинча суюқлик кузатилади. Кейинчалик суяк парчаси ажралганда бўғим қотиб қолиши мумкин.

Қиёслама ташхислашни бўғим хондроматози ва мениск ёрилиши билан ўтказилади.

Д а в о л а ш. Суяк парчаси ажраганда уни жарроҳлик усули билан олиб ташланади. Баъзан суяк парчаси ажрамаган тақдирда ҳам операция қилиш мумкин, аммо муолажани бажаришнинг маълум қийинчиликлари бор, чунки у бўғим тоғайи билан қопланганлиги учун уни топиш қийин бўлади.



300-расм.
Осгуд — Шлаттер
касалиги.

КАТТА БОЛДИР СУЯГИ ДЎМБОҚЧАСИНИНГ ОСТЕОХОНДРОПАТИЯСИ (ОСГУД- ШЛАТТЕР КАСАЛЛИГИ)

Кўпинча 14-15 ёшлардаги ўғил болалар хасталанади. Одатда касаллик бир томонда кузатилади. Рентгенологик текширилганда катта болдир суяги дўмбоқчаси бўлақларга ажралади, чегаралари ноаниқ ва нотўғри кўринади (300-расм).

К л и н и к а. Дўмбоқча соҳасида тўсатдан оғриқ сезилади, босганда ва тизза букилганда кучаяди, маҳаллий юмшоқ тўқималар шиши кузатилади. Касаллик баъзан 1 йилдан ортиқ давом этади. У вақтда жисмоний тарбияни чеклаш керак, айниқса, сакрашни, чунки соннинг тўғри мушаклари

қисқарганда бойлам билан бирга катта болдир дўмбоқчаси қўпорилиб чиқиши мумкин.

Д а в о л а ш. Физиотерапевтик ва бальнеологик муолажалар буюрилади (озокерит, парафин ва бошқалар). Катта болдир суяги дўмбоқчаси узоқ ва қўп парчаланган ҳолда ва доимий оғриқ безовта қилса, операция қилишга кўрсатма бўлади, унда суяк трансплантат билан дўмбоқчага қотирилади.

ОЁҚ ПАНЖАСИ ҚАЙИҚСИМОН СУЯГИНИНГ ОСТЕОХОНДРОПАТИЯСИ (КЕЛЛЕР I КАСАЛЛИГИ)

Касаллик 3-10 ёшдаги ўғил болаларда кўпроқ учрайди, одатда, икки томонлама бўлади. Бир йиллар атрофида давом этади.

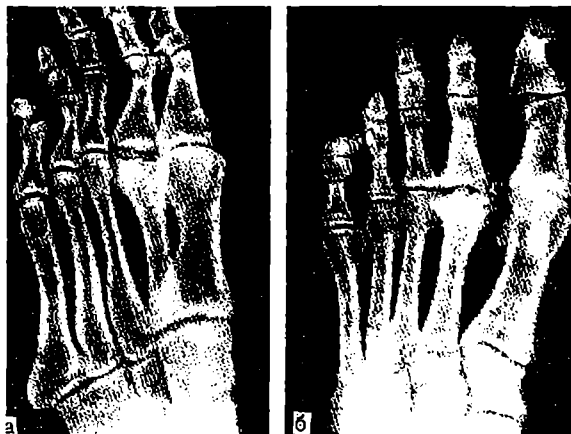
К л и н и к а. Кафт олди соҳасида оғриқ оқсашга сабабчи бўлади. Қайиқсимон суяк босилганда оғриқ кучаяди. Айримларда шу соҳада шиш пайдо бўлади. Оғриқ кечқурун кучаяди. Бола оёқ панжасини ташқи гумбазига босиб юради.

Рентген суратида қайиқсимон суякнинг суякланиш ядросининг кичрайиши, бўлақларга бўлиниши ва яссиланиши кузатилади.

Д а в о л а ш. Гипсли этикча қўйилади. Жарроҳлик муолажасига кўрсатма йўқ. Даволаганда оёқ панжаси функцияси, айримларда анатомияси ҳам бутунлай тикланади.

ОЁҚ ПАНЖАСИ КАФТ СУЯКЛАРИ БОШЧАСИНИНГ ОСТЕОХОНДРОПАТИЯСИ (КЕЛЛЕР II КАСАЛЛИГИ)

Касаллик кўпроқ 10-20 ёшда, асосан аёлларда учрайди. II-III кафт суяklarининг бошчаси зарарланади, касаллик секин-аста ривожланади (301-расм).



301-расм. Оёқ кафт суякларининг бошчаларининг остеохондропатияси (Келлер II касаллиги).

К л и н и к а. Юрганда кучаювчи, ўз-ўзидан пайдо булувчи оғриқ II-III кафт суяклари асосида аниқланади. Кўпинча, шу соҳада шиш бўлади. Хасталик бир неча йиллар давом этиб, кўпинча деформацияловчи артроз билан тугалланади, у ўз навбатида оғриқни кучайтириши мумкин.

Рентген суратларида аввал кафт суяклари бошчаларининг қаттиқлашиши, кейинчалик ҳол-ҳол манзарасига кириши, бошчаларнинг яссиланиши, бўғим ёриқларининг кенгайиши кузатилади.

Д а в о л а ш. Ҳаракатсизлантириш, патакли ортопедик пойафзал кийиш (оёқ панжаси олдинги қисми юкдан бўшатилади). Жарроҳлик муолажаси — кафт суякларининг бошчасини олиб ташлашдан иборат.

ЯРИМОЙСИМОН СУЯКНИНГ ОСТЕОХОНДРОПАТИЯСИ (КИНБЕК КАСАЛЛИГИ)

Бу остеохондропатиянинг энг кўп тарқалган тури ҳисобланади. Суяги кўп микрошикастланишларга учраган кишилар хасталанадилар.

К л и н и к а. Яримойсимон суяк соҳасида оғриқ, босилганда кучаяди. Билак-кафт усти бўғимида ҳаракат қилинганда кучли оғриқ сезилади. Шу ерда шиш пайдо бўлади.

Рентген суратларида ҳол-ҳол бўлиб қаттиқлашиш ва яримойсимон суякнинг кичиклашиши кўринади.

Д а в о л а ш. Кўп муддат давом этувчи ҳаракатсизлантириш, физиотерапия. Жарроҳлик муолажаси консерватив усул ёрдам бермаса ва оғриқ давом этаверса бажарилади: яримойсимон суяк олиб ташланади.

УМУРТҚА ТАНАСИНИНГ ОСТЕОХОНДРОПАТИЯСИ (КАЛЬВЕ КАСАЛЛИГИ)

Бу касаллик ҳам суяклардаги асептик некроз касалликларига киради. Кўп юк тушадиган умуртқалар, яъни асосан пастки кўкрак ва бел умуртқалари зарарланади.

К л и н и к а. Оғриқ зарарланган умуртқа соҳасида бўлади, тинч ҳолатда йўқолади ва оғирлик тушганда пайдо бўлади. Бунда мушакларнинг рефлектор таранглашиши кузатилади. Зарарланган умуртқа ўткир ўсиғи бўртиб туради (кифоз эмас).

Рентген суратларида хасталик даврига мос ҳолда умуртқа танаси бир текис яссиллашиб қолгани (айримларда понасимон бўлиб) кўринади. Агар даволанмаса, сўнгги босқичларида умуртқадан ҳол-ҳол соя қолади, халос.

Д а в о л а ш. Кўп йиллар талаб этилади. Умуртқа поғонасини ётоқ режими ва реклинация қилиш билан бутунлай юкдан озод қилиш керак (умуртқа қайта тикланиши учун зарур барча вақт мобайнида).

Санаторий-курортларида даволаш, витаминотерапия, ультрабинафша нурлар олиш тавсия қилинади. Умуртқа тикланиши учун (у одатда тўлиқ бўлмади) 2-3 йил вақт керак бўлади. Беморларнинг суяк сили санаторийларида даволаниши энг маъқул вариант бўлиб ҳисобланади.

ТРАВМАТИК СПОНДИЛИТ (КЮММЕЛ КАСАЛЛИГИ)

Кальве касаллигидан фарқи ўлароқ травматик спондилит оғир ва кўплаб микрошикастланишлар натижасида келиб чиқади. Шикастланиш характери айрим ҳолларда сакраш ёки орқага зарба тушиши билан боғлиқдир. Хасталик эркакларда учрайди ва остеохондропатияларга киради.

К л и н и к а. Кюммел касаллиги белгиларига қараб 3 даврга ажратилади: биринчи – шикастланишдан кейинги (5-8 кун давомида умуртқа соҳасида оғриқ); иккинчи – умуман оғриқсиз (бир неча ой давом этади); учинчи – зарарланган умуртқа соҳасида қайта оғриқлар пайдо бўлиши (кўпинча ўрта кўкрак умуртқаларида) ва кифознинг ривожланиши.

Рентген суратларида бир неча умуртқаларнинг понасимон деформациялангани кўринади.

Д а в о л а ш. Умуртқа поғонасини корсет ёрдамида юкдан озод қилиш, иссиқ ванналар олиш, уқалаш ва даволавчи жисмоний тарбия.

УМУРТҚАЛАРНИНГ ОСТЕОХОНДРОПАТИЯСИ (ШЕЙЕРМАНН-МАУ КАСАЛЛИГИ)

Болалар орасида энг кўп тарқалган умуртқа поғонаси касаллиги ҳисобланади. Кўпроқ ўғил болаларда кузатилади. Бу хасталикда умуртқалардаги ўзгаришлар кифор деформациясининг пайдо бўлиши билан характерланади. Деформация умуртқаларнинг ўсиш зонасида ўзгаришлар ҳисобига, таналарининг понасимон бўлиб қолишига боғлиқдир.

К л и н и к а. Организм тез ўсганлиги сабабли кўкрак кифозининг ошиши, умуртқа поғонасини тўғрилашга ҳаракат қилинганда оғриқ, тез чарчаш, айримларда умуртқаларни босилганда оғриқнинг кучайиши қайд этилади.

Рентгенологик текширилганда умуртқа таналарининг апофизларида бузилиш ва понасимон деформация кузатилади.

Д а в о л а ш. Беморлар тахта қўйилган қаттиқ ётоқда ётоқ режимига риоя қилиб, чалқанча ётади. Даволовчи жисмоний тарбия орқа ва қорин мушакларини мустаҳкамлаш учун ўтказилади. Айрим ҳолларда гипсли ётоқ қўйишга тўғри келади (касалликнинг ўткир даврида). Касалликнинг энгил турларида кифозни тўғрилаш учун реклинация қилувчи мосламалар тақилади.

Скелетда ўсмаларнинг келиб чиқиши суяклардаги диспластик жараёнларга яқиндан боғлиқдир, бу, айниқса, болаларда яхши сезиларли бўлади, жумладан, суяклардаги қатор диспластик жараёнлар хавфли ўсмаларга айланади (тоғай экзостози – хондромага, фиброз дисплазия – суяк саркомасига ва ҳоказо), ҳамма ўсмалар ичида скелетда учрайдиганлари 11,4% ни ташкил қилади. Ўсмаларни даволашнинг асосий усули жарроҳлик усулидир. Суяк ўсмалари, бундан ташқари, ортопедик масала қамдир.

Ҳозирги вақтда кўпчиликда Т.П.Виноградова (1960) ва М.В.Волков (1962) таснифлари қабул қилинган. М.В.Волков ўсмаларининг кечишига қараб 3 асосий форма ажратади: хавфсиз, хавфли ва чегарадошлар. Ўз навбатида ҳар бири тоғайли, суякли ва аралаш ўсмаларга бўлинади.

ТОҒАЙ ТЎҚИМАСИ ЎСМАЛАРИ

Болаларда хавфсиз тоғай ўсмалари дисплазиялар билан бирга барча суяк ўсмаларини 50% ни ташкил қилади.

Хондробластома. Хондробластоманинг энг кўп жойлашадиган соҳаси узун найсимон суякларнинг эпифизи ҳисобланади, аммо улар чанок, кўкрак ва бошқа суяклардан ҳам чиқаверади. Нисбатан камроқ бўлиб, скелетдаги барча ўсмаларнинг 10% ни ташкил қилади.

Рентген суратларида хондробластома овал шаклдаги ҳосила бўлиб, эпифиз ёки метафиз марказида жойлашади. Гетероген тузилмалар ичида суяк тўқималари сочилгани кўринади ва шу билан инфекция жараёндан ажратишни енгиллаштиради.

Д а в о л а ш. Ўз вақтида турғун жарроҳлик муолажаси қилинса, ўсманинг хавфсиз шакли яхши натижа билан тугайди. Ўсманинг кюретаж муолажасидан сўнг қайталаниши ва хондробластоманинг хавфли турга ўтиши мумкинлигини ҳисобга олиб, яхшиси суяк қисмини ўсма билан олиб ташлаш ёки ампутация қилган маъқул.

Хондрома. Уларнинг жойлашишига қараб энхондрома ва экхондромалар ажратилади. Энхондрома суяк ичида жойлашади, ўсганда суякни ичидан сўради. Рентген суратида суяк марказида ўзгармаган суяк фонида яққол ажралиб турган думалоқ шаклда оқиш ўчоғи кўринади. Бир хил тузилган ҳосилада оҳаклашган тоғай ўчоқларини кузатиш мумкин.

Экхондрома суякдан чиқиб, юмшоқ тўқималар томон ўсади. Рентген суратларида қаттиқлашган юмшоқ тўқималар соҳасида оҳакланган соҳа кўринади. Ўсма ва унинг асоси чегараларини аниқлаш қийин.

К л и н и к а. Кўпроқ кўл ва оёқ бармоқ фалангалари, шу билан бирга, кафт ва кафт олди суяклари зарарланади. Сон, елка ва бошқа

суяклар ҳам зарарланади. Хондрома учун экспансив ўсиш характерли. Аста-секин катталашадиган шиш кузатилади. Ўсма бўғимга яқин жойлашса, артралгия белгилари, баъзан эса синовит ривожланади.

Энхондрома хавфли турга ўтишга мойил. Унда ўсма тез катталашади, оғриқ пайдо бўлади. Рентгенда саркома (хондросаркома) га ўтиш оҳаклинишнинг ривожланиши билан характерланади.

Д а в о л а ш. Фақат жарроҳлик йўли билан – экскохлеация (суяк қошиқ билан кириб ташланади) ёки зарарланган суяк қисмини олиб ташлаш керак. Агар хавфли турга ўтиш хавфи шубҳаланса, сегментар резекция, баъзан эса ампутация қилинади. Операция вақтида тоғай тўқималарининг қолмаслигини кузатиб туриш керак.

Хондромиксоид фиброма. Кам учрайдиган ва секин ўсадиган хавфсиз ўсма. Кўпинча, 20-30 ёшларда кузатилади. Асосан катта ва кичик болдир суяклари зарарланади, лекин сон, елка ва бошқа суякларда ҳам учраши мумкин.

К л и н и к а. Бир неча ойлар давомида оғриқ аниқланади, сўнгра ўсма кўзга ташланади. Рентген суратларида узун найсимон суякларда эксцентрик жойлашган овал шаклидаги оқимтир соҳа кўринади. Деструкция ўчоғи кўмик модда ва кортикал қаватни зарарлайди. Тузилиши бўйича ўсма тўқимаси тоғайни эслатади.

Д а в о л а ш. Ўсмани экскохлеация қилиш ва суякдаги кўмик соҳани (нуқсонни) суяк трансплантати билан алмаштириш.

Хондросаркома. Хавфли ўсма бўлиб, тоғай тўқимасидан чиқади, асосан сон ва елка суяklarининг тизза ва елка бўғим соҳаларида, камроқ кўкрак, қовурға ва бошқа суякларда жойлашади. Ўсма 30-60 ёшларда пайдо бўлади.

Икки хил хондросаркома ажратилади: марказий ва периферик. Марказий хондросома ички суяк тузилмаларидан чиқади, узун суякларнинг метафиз соҳаларида жойлашади ва жараён кортикал суяк қаватини тешади. Периферик хондросаркома тоғай юзаси ёки тоғай ҳосилаларидан чиқади, айрим ҳолларда суякни ғадир-будур қилиб қўяди. Хондросаркома ўпкага аста-секинлик билан метастаз беради.

К л и н и к а. Доимий бўлмаган ўтмас оғриқлар билан характерланади, ўсма ўсиши билан улар кучаяди. Бу даврда зарарланган соҳа хажми куп марта ошади. Аввал кичикроқ қаттиқ ҳосила аниқланади. Марказий хондросаркома периферикка нисбатан секинроқ ўсади. Рентген суратларида марказий хондросаркомада сочилган ҳол-ҳол соҳа (кортикал қават тешилганда) кўринади; хондроматоз массалар суякдан ташқарида жойлашади.

Периферик хондросаркома рентген суратлари гулкарам сифатида ва кортикал қавати ғадир-будурлашган нотўғри шаклда сочилган сояларни эслатади. Марказий ва периферик хондросаркома атрофидаги юмшоқ тўқималардан чегараланмаган бўлади.

Д а в о л а ш. Радикал усул бўлиб (ҳатто эрта босқичларда), ампутация ёки экзартикуляция ҳисобланади (зарарланган соҳага қараб).

СУЯҚ ТЎҚИМАСИ ЎСМАЛАРИ

Суякларнинг хавфсиз ўсмалари. Остеома. Остеомаларни компакт, кўмик ва аралаш формалари ажратилади. Барча скелет ўсмаларининг 10% ни ташкил қилади. Рентген суратига қараб остеомалар кенг асосли ва оёқчали бўлади. Остеома кўпинча 10-25 ёшларда учрайди. Улар узун найсимон суякларнинг аксарият метафиз ва диафиз қисмларида ва калла қутиси гумбазини ҳосил қилувчи суякларда жойлашади.

Д а в о л а ш. Оғриқ, аъзо фаолиятининг бузилиши ва ўсманинг катта ҳажми операция учун кўрсатма бўлади. Унинг моҳияти ўсмани суяк усти пардаси билан биргаликда олиб ташлаш. Қайталаниш камданкам ҳолларда бўлади, хавfli турга ўтиши кузатилади.

Остеоид-остеома. Суякнинг хавфсиз ўсмаси бўлиб, ўзига хос клиник кечиш, гистологик ва рентгенологик манзарага эга. Айрим муаллифлар ҳозирча бу хасталикни чекланган сурункали остеомиелит деб қарашади, аммо бу фикр кўпчилик ортопедлар томонидан қабул қилинмаяпти.

К л и н и к а. 20-30 ёшлардаги аёл ва эркеклар бир хил хасталанишади. Ўсма, кўпинча, узун найсимон суякларни - катта болдир, сон, кичик болдир ва бошқаларнинг тана қисмида жойлашади. Олдинига чуқур оғриқ пайдо бўлади (мушак оғриғини эслатувчи), тезда чегараланган тус олади. Аналгетиклар қабул қилинганда оғриқ анчагина пасаяди. Айниқса, қаттиқ оғриқ кечқурун кузатилади, ундан беморлар уйғониб кетадилар. Ўсма орқада жойлашган бўлса, бемор уни аяйди, оқсоқланади.

Рентген суратида остеоид-остеома ўзига хос кўринишга эга, 0,5-2 см лар атрофида ёришган учоқ, думалоқ шаклда, склеротик зона билан ўралган. Ўсма суяк кортикал қаватини устида ёки чуқурроқ жойлашиши мумкин.

Қиёслама ташхислашни чекланган суяк ўсиб кетиши билан кечувчи остеомиелит; остеоperiостит, Броди кўппози ва ажралувчи остеохондроз билан олиб борилади.

Д а в о л а ш. Зарарланган ўчоқни атрофидаги юпқа қаттиқлашган суяк зонаси билан бирга олиб ташланади; суяк усти пардаси остидан қисман ёки сегментар резекция қилинади. Ўсмани тўлиқ олиб ташлаш турғун соғайишга олиб боради. Уни қисман олинса, жараён қайтала-ниши мумкин ва хавfli турга ўтиши кузатилади.

Остеобластокластома (катта ҳужайрали ўсма). Остеобластокластома ярим хавfli, кўпинча, қайталанувчи, экспансив ўсадиган ва айрим ҳолларда иккиламчи ўчоқ берадиган ўсмаларга киради. Икки хил тури

ажратилади: литик ва катак-симон-трабекуляр. Айрим жарроҳлар аралаш турини ҳам ажратишади (302-расм).

Ўсма болалар, ўсмирлар ва ўрта ёшли кишиларда учрайди. Болаларда остеобластокластома клиник белгиларсиз кечади, ўсма соҳасида патологик синиш бўлганда аниқланади.

К л и н и к а. Ўсма, кўпинча, елка суягининг юқори метафизи, сон суягининг пастки метафизи, кичик-катта болдир суяклари ва бошқа жойларда учрайди. Дастлабки белгилари сезиларсиз ўтади. 2-3 ойдан сўнг шиш пайдо бўлади, маҳаллий ҳарорат кўтарилади, гиперемия. Кортикал қавати юпқалашиб тешилганида пай-паслагандаги товуш пергамент



302-расм. Остеобластокластома.

қоғознинг шилдирашига ўхшайди. Таъсирот бўлганда ўсма соҳасида оғриқ чақирилади, патологик синишлар ҳам характерли ҳисобланади.

Рентгенологик текширилганда говаклик, совун кўпигини эслатувчи сохта шокилалик ёруғликлар кўринади.

Макроскопик кўрилганда ўсма тўқимаси гўштли, қон кўйилган соҳалар бўлганидан ҳол-ҳол, гемосидерин ҳисобига кўнғир тусга киради.

Д а в о л а ш. Жарроҳлик йўли билан даволаш паллиатив (бўшлиқни экскохлеация қилиш ва суяк трансплантати билан тўлатиш), радикал (ўсмани олиб ташлаб суяк трансплантати билан алмаштириш ёки алмаштирмаслик) ва ампутация. Муолажалар турига кўрсатмалар ўсма жойлашиши, уларнинг морфологик ва клиник ўсиш активлигига боғлиқ. Амалиётда зарарланган суякни сегментар резекция қилиб, трансплантат билан алмаштириш тавсия қилинади. Хавфсиз ўсма бўлгандагина (улар камроқ учрайди) экскохлеация қилинади. Рентген нурлари билан даволаш чекланган бўлиб, асосан умуртқа поғонаси остеобластокластомасида қўлланилади. Рентген нурлатишдан аввал бемордан ўсма тўқимаси олиниб микроскопик текширилади, яъни биопсия қилинади.

Гемангиома. Энг кўп учрайдиган соҳаси — умуртқа поғонасидир, найсимон ва ясси суяклар камроқ зарарланади. Кўпинча, умуртқа танасида, камроқ — икки, ундан ҳам камроқ — учта умуртқаларда

капилляр томирларнинг ўсиши ёки форсимон бўшлиқлар (гемангиома) ҳосил бўлиши кузатилади. Юмшоқ бириктирувчи тўқималарнинг ўсиб кетиши суяк устунчаларининг юмшоқлашиши ва деструкциясига олиб келади. Ўсма турли ёшда пайдо бўлади.

К л и н и к а. Унча кучли бўлмаган оғриқ билан характерланади, айниқса, умуртқа ўткир ўсиғи босилганда сезилади. Оғриқ ҳаракат қилинганда, кўпроқ ўтирганда ва юрганда пайдо бўлади. Тана ҳарорати меъёрида, қонда ўзгаришлар кузатилмайди.

Рентген суратларида зич қоқилган ёғоч девор каби тарам-тарам манзара кўринади. Хасталик кўп йиллар давом этиши мумкин ва умуртқа танасининг қаттиқлашиши ва эзилиб қолиши билан тугайди.

Д а в о л а ш. Касаллик дастлабки даврларда умуртқа поғонасини қаттиқ корсет ёрдамида юкдан озод қилиш, рентген нурлари билан даволаш кўзда тутилади. Орқа мия эзилиши белгилари пайдо бўлса ламинэктомия қилинади.

Кўп сонли экзостозлар. Узун найсимон суякларнинг метафиз соҳаларида эпифизар тоғай ривожланиш нуқсони сифатида учрайди. Касаллик асосида тоғайнинг суяк ўқи бўйлаб эмас, балки ён томонга жадал ўсиши ётади, натижада остеофитлар пайдо бўлади. Экзостоз атрофи гиалин тоғай, марказида энхондрал шаклда ҳосил бўлган суяк тўқимасидан иборат. Экзостоз охирида, кўпинча, шиллиқ халтача бўлади. Бемор ўсишдан тўхтаганда экзостоз ҳам катталанишдан тўхтайдди.

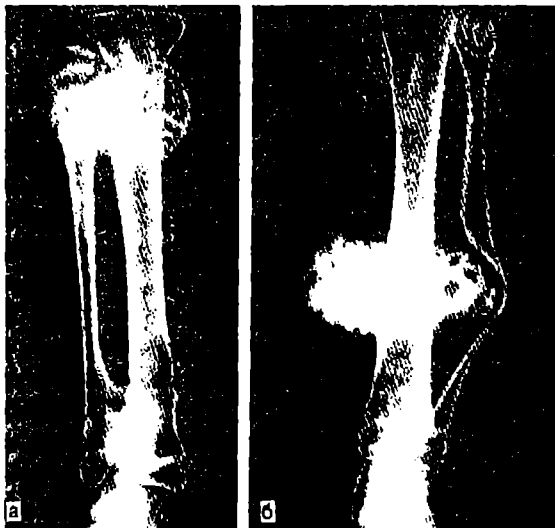
К л и н и к а. Экзостозлар миқдорига боғлиқ, улар битта-иккита ва кўплаб бўлиши ва скелетнинг ҳамма жойларида учраши мумкин. Экзостозлар бир беморда 100 дан ортиқ ва турли ҳажмда (ҳатто муштдек) бўлиши мумкин. Пайпаслаганда қаттиқ, ҳаракатсиз, силлиқ ва дўнгли. Экзостоз жойлашган суяклар, кўпинча, ўсишдан орқада қолади ва қийшаяди. Айниқса, жараён билан соҳасида жойлашганда қўл қийшайиши яққол сезилади. Экзостозлар жойлашган соҳасига қараб мушакларнинг қисқаришига тўсқинлик қилиши, нерв толаларини эзиши мумкин, натижада сезиш, ҳаракатланиш ва озиқланиш бузилишига боғлиқ ўзгаришлар кузатилади (303-расм).

Д а в о л а ш. Қон ва нерв томирларини эзувчи, ҳаракатини чекловчи экзостозлар олиб ташланади. Айримларда косметик кўрсатмага асосан операция қилинади. Экзостозларнинг хавфли ўсмаларга айланиши эҳтимоли бўлгани учун катта ҳажмдагиларини олиб ташлаш тавсия қилинади. Экзостоз олинганда асоси чуқурча бўлиб қолгани маъқул, шунда барча тоғай хужайралар олинганига ишонч туғилади.

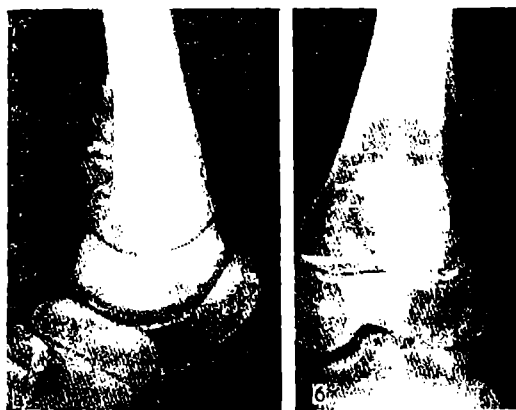
Суякларнинг хавфли ўсмалари. Остеоген саркома. Бирламчи хавфли ўсма бўлиб, кўпинча, 10 дан 40 ёшгача бўлган эркакларни зарарлайди ва кўп ўлимга олиб бориши билан характерланади. Биринчи ўрнида кўп учраши билан сон суяғи (унинг дистал қисми) туради, иккинчи ўрнида — катта болдир ва елка суягининг проксимал қисми туради.

Узун найсимон суякларнинг метафиз қисми саркомани «яхши кўрган» жойлашиш жойи ҳисобланади (304-расм).

К л и н и к а. Асосий белгиси маҳаллий оғриқ, 1/4 беморларда оғриқ пайдо бўлганда шиш ҳам кузатилади. Кечроқ яқин бўғимда ҳаракат чекланади. Ўсма усти тери қатлами илиқ бўлади. Биокимёвий текширишларда ишқорли фосфатаза миқдориغا катта аҳамият берилади. Унинг ошиб кетгани саркоманинг хавфлилик даражасини кўрсатади. Агар ишқорли фосфатаза миқдори меъёрида бўлса, саркоманинг кечиши унчалик тез ва дахшатли бўлмайди.



303-расм. Кўп сонли экзостозлар.



304-расм. Остеоген саркома.



Суяк саркомасини рентгенда ташхислаш мураккаб эмас. Бошланғич даврларига суяк остеопорози характерли, ўсма чегаралари аниқ эмас, метафиз чегарасидан тарқалмаган. Тезда суяк тўқимасида нуқсон кемтик ҳосил бўлади. Айрим ўсмаларда пролифератив остеобластик жараён аниқланади. Бу ҳолларда ажралган суяк усти пардаси урчуқсимон шишган, айрим вақтларда узилиб, «соябон» манзарасини беради. Айниқса, болаларга хос игнали периостит кузатилади, улар остеобластларни қон томирлар йўли бўйича суяк тўқимасини ишлаб чиқариш натижасида кортикал қаватга перпендикуляр ҳолда жойлашадиган спикулалар ҳисобланади.

Суяк саркомасини тоғай саркомаси, эозинофил гранулёма, тоғай экзостози, остеобластокластома билан қиёслашга тўғри келади.

Тс-пертехнетат ва Тс-пирофосфат синовларини қўллаш таянч-ҳаракат системасини ўсма ва ўсмасифат зарарланганини ташхислашда қўл келади.

Радионуклидларни қўллаганда ўсмаларга ташхис қўйиш аниқлиги 72,4%, хавфли ўсмаларга эса - 96%.

Д а в о л а ш. Агар бирламчи ўсма ўчоғи елка ва сон суякларининг юқори қисмидан пастда жойлашса — ампутация, проксимал метафизларида бўлса — бўғим ичидан (экзартикуляция) олиб ташлаш мақсадга мувофиқ.

Ўсма тўқимаси рентген нурларига чидамли бўлгани учун рентгенотерапия қўлланилмайди. Беморлар остеоген саркома билан операциядан сўнг тахминан бир йилда ўпкадаги иккиламчи ўсмалардан нобуд бўладилар.

Юинг саркомаси. Ўсма ёшларда ва асосан сонда кўп учрайди.

К л и н и к а с и. Биринчи белгиларидан оғриқ ҳисобланади, лекин у остеоген саркомага нисбатан камроқ даражада бўлади. Шиш соҳаси босилганда оғриқ кучли сезилади. Лейкоцитлар кўпаяди, баъзан тана ҳарорати ошади.

Рентген текширишда диафиз марказида ўсма жойлашади, суяк тўқимаси деструкцияси кўринади, суяк усти пардаси қават-қават бўлади.

Қиёслама ташхислашни асосан остеомиелит ва суяқдан чиқувчи саркома билан олиб борилади.

Д а в о л а ш. Ўсмани рентген нурлари билан нурлантириш яхши натижа беради, умумий дозаси 4000-5000 Рентген.

Юинг ўсмаси, ретикулосаркома каби суякларга, маҳаллий лимфа тугунлари ва ички аъзоларга (айниқса, кўп ўпкага) иккиламчи ўсмалар- метастазлар беради ва хасталик бошланганидан икки йилларча мобайнида беморни ўлимга олиб келади.

Жарроҳлик муолажасисиз мавжуд терапевтик тадбирлар билан бирламчи ўсмага таъсир қилиш мумкин (рентген нурлари ва кимёвий препаратлар билан). Ампутация ва экзартикуляция метастазлардан ҳоли қила олмайди.

Нур билан даволашни мукаммаллаштириш, ўсмага қарши янада фаолроқ препаратларни кашф қилиш, хавфли ўсмаларнинг тузилиши ва клиник кечишни чуқурроқ ўрганиш суяк ўсмаларини даволаш имкониятларини кенгайтиради. Лекин ўсмаларни эрта ташхислаш уларни муваффақиятли даволашнинг ҳамон асосий омили бўлиб қолмоқда. Эрта ташхислаш учун беморни ҳар томонлама тўла текшириш керак, шундагина ўсма табиатини аниқлаш мумкин бўлади. Сўнги вақтларда рентген томография усули, шикастланган оёқ-қўл қон томирларига контраст модда юбориб суратини олиш амалиётга киритилган. Лаборатор асосий текширишлар қондаги кальций, фосфор, ишқорли ва кислотали фосфатаза, қон зардобдаги оқсилларни аниқлаш билан тўлдирилади.

Морфологик усул ўсмалар характерини аниқлашда кенг қўлланиляпти.

Текшириш натижасида ўсма табиати аниқланмаса, унинг бир қисми кесиб олиниб, микроскоп остида ўрганилади. Бу муолажанинг хавфи ўз вақтида аниқланмаган хавфли ўсманинг етказиши мумкин бўлган хавфдан бир неча бор камдир.

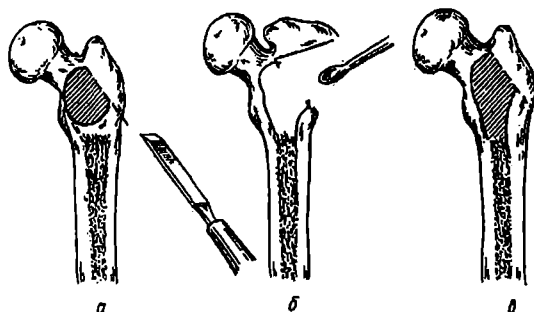
Ташхислаш мақсадида ўсмага троакар ёки махсус игна санчиб олинган тўқима устунчаси морфологик текшириш учун етарли ҳисобланади. Хужайра қисмларини текшириш маълум аҳамиятга эга.

Сақлаб қолувчи операциялар — буларга махсус қошиқ билан ўсма ўчоғини қириб ташлаш киради, бу муолажа марказий жойлашган хавфсиз ўсмаларда яхши натижа беради.

Қириб ташлаш техникаси. Ўсмага энг юпқалашган томондан борилади. Суяк усти пардасини кесиб распатор билан ёнга кўчирилади. Юпқаланган соҳадан қисқич ёки узкана билан суяк ичига кирилади (305-расм). Патологик ўчоқ қириб ташлангач, бўшлиқ суяк канали билан яхши регенерация бўлиши учун туташтирилади. Қон тўхтатиш учун қаттиқ тампон ёки гемостатик махсус восита ишлатилади. Бўшлиқ аутогемо- ёки гетеротрансплан-

305-расм. Волков усулида ўсмани қириб олиб ташлаш (чизма).

а — суякни тешиб очиш;
б — ўсмани обдон қириб ташлаш ва бўшлиқни илик канали билан қўшиб юбориш;
в — ҳосил бўлган бўшлиқни суяк трансплантати билан тўлдириш.



татлар билан гўлатилади. Ҳаммасидан яхшиси қипиқ ёки майда таёқчалар шаклидаги гемосуяк ҳисобланади (аутосуяк олиш учун қўшимча операция керак).

Суякнинг бир қисмини олиб ташлаш - жарроҳлик йўли билан даволашнинг бир тури бўлиб, радикалиги бўйича аввалгисидан устунроқ ҳисобланади. У хавфсиз ўсмаларни ва айрим хавфли ўсмаларни ҳам даволашда қўл келади. Операция ўсмани соғ тўқималар чегарасидан олиб ташлашдан иборат. Қиррали резекцияда патологик ўчоқ суяк бутунлигини тўла бузмасдан олиб ташланади. Сегментар резекцияда суякнинг бир қисми олиб ташланади ва унинг бутунлиги бузилади.

Суякни репозиция қилиш усули ўсманинг ўлчамлари, табиати ва жойлашган жойига қараб аниқланади. Қиррали резекцияни одатда хавфсиз, ташқарига ўсувчи ўсмаларда қўлланилади, соҳа ўзга тўқима билан тўлдирилмайди. Сегментар резекцияда соҳа суяк тўқимаси билан алмаштирилиши ва алмаштирилмаслиги мумкин. Кичик болдир, қовурғалар, оёқ панжаси ва кафт соҳаси суякларидagi ўсмалар ўрни алмаштирилмасдан олиб ташланади. Сегментар резекция қилинганда ўсмаларга хос радикализм билан олиб ташланган суяк қисми пластик материал билан алмаштирилади. Бўғим фаолияти сақланган ҳолда уни батамом ёки ярмини трансплантат билан алмаштириш мумкин. Айрим ҳолларда артродез қилинади.

Даволаш усуллари омухта қилинганда операциялар нурлатиш билан қўшиб олиб борилади. Нур билан даволаш операциядан олдин ва кейин қўлланилади. Лекин операциядан олдинги нур билан даволашга кўпроқ аҳамият берилади, чунки у ўсма хужайраларининг ўсишини барбод қилади ва иккиламчи ўчоқлар пайдо бўлишини камайтиради.

Кейинги вақтларда суяк ўсмаларини даволашда дори-дармонлар билан биргаликда, радикал операция усули ёки нурлатиш кенг қўлланилади. Аммо кўп ўсмалар учун фаол дорилар йўқлигидан омухта усулида даволаш чекланган.

11 - б о б. ПАРАЛИТИК ДЕФОРМАЦИЯЛАР

СПАСТИК ФАЛАЖЛИК

Спастик фалажлик оқибатида келиб чиқувчи қўл-оёқ деформациялари бош ёки орқа миядаги ўзгаришларга боғлиқ.

Бош миядаги ўзгаришларга боғлиқ қўл-оёқ деформациялари бош мия спастик фалажликлари деб аталади. Кейинги вақтларда бош мия фалажликлари мавжуд беморлар сони кўпаймоқда, бу туғилиш даврида болалар ўлимининг камайиши, туғилиш жараёнида турли воситаларни ишлатиш ва жонлантириш усуллари мукамаллаштиришга боғлиқдир.

Спастик фалажликни келтириб чиқарувчи омиллар уч асосий гуруҳга бўлинади: туғма, туғилиш жараёнидаги, туғилишдан кейинги.

Туғма сабаблар бош мия ўсишининг норасолиги билан боғлиқ. Норасолик ҳомиладорлик токсикозлари, она касалликлари (захм, туберкулёз ва бошқалар), онанинг механик ва руқий шикастланиши, нур касаллиги ва ҳоказолар оқибатида келиб чиқади.

Туғилишдаги сабабларга бош мия ва унинг пардаларига қон қўйилиши кирадики, улар кўпинча асбоблардан нотўғри фойдаланишлари туфайли келиб чиқади. Ҳомиланинг катта боши ва онанинг тор чаноғи калла қутисини эзиб қўйиши ва бош мия, унинг пардаларидаги қон томирларини шикастлаши мумкин. Йўлдошнинг кўчиши ва бошқа сабабларга кўра плацентар қон айланишининг бузилиши, ҳомила бош миясида кислород танқислигига ва унинг шикастланишига олиб келади. Ҳомилада асфиксия ҳолати 70-80% ҳолларда бош мия фалажлигига олиб келади.

Туғилгандан кейинги сабабларга асосан бола биринчи кунлар ва ойларда оладиган шикастлар киради. Улар бош мия ва унинг пардаларига қон қўйилишига олиб келади. Бундай ҳолатга юқумли касалликлар асоратлари: менингит, энцефалит, менингоэнцефалитлар ҳам олиб келиши мумкин. Алоҳида гуруҳга чала туғилиш киради, бунда муддатдан олдин туғилиш бош мия фалажлигининг сабаби бўлиши мумкин.

Бузилиш бош мия пўстлоқ қисмигагина эмас, балки марказий нерв системасининг пастки соҳаларига ҳам тегишли. Шундай қилиб, спастик фалажлик ва нимфалажликлар пўстлоқдаги ёки марказий ҳаракат йўлларининг зарарланишидан келиб чиқади. Бош мия ва унинг пардаларининг зарарланиш даражасига спастик белгиларнинг тарқалгани, беморларнинг ақлий заифлик даражаси боғлиқдир. Спастик фалажлиги бўлган беморларда ақлий заифлик 5-6% учрайди.

Спастик фалажликнинг енгил турида чаноқларда хасталикни аниқлаш қийин, кейинчалик бола кеч юра бошлагач (2-3 ёшида), юришнинг чекланганлиги, эркин эмаслиги аниқланади. Шу вақтда мушакларнинг таранглашганини (оёқларни керганда), оёқларнинг ичкарига бурилганини кўриш мумкин. Айрим беморлар, кўпинча, оёқ учида юрадилар. Мустақил юрадилар, ўзларини парвариш қиладилар, ақл-идроки сақланганлари ўқийдилар ва касб эгаллайдилар.

Ўз вақтида ва тўла ўтказиладиган консерватив даволаш катта аҳамият касб этади. Дори-дармонлардан ташқари, даволовчи жисмоний тарбия, уқалаш (сусайган мушак гуруҳлари учун), физиотерапевтик муолажалар (балчиқ, ёруғлик, сув) тавсия қилинади. Даволаш қанча эрта бошланса (2 ойликдан), натижалари шунча яхши бўлади. Механик даволаш, даволовчи жисмоний тарбияда махсус мослама ва механизмлардан фойдаланиш яхши натижа беради.

Фалажликни ўрта даражасида унинг барча белгилари яққолроқ сезилади. Оёқларда спастик фалажлик шу даражадаги беморлар

бегоналарнинг ёрдамисиз ёки қўлтиқтаёқсиз юра олмайдилар, мустақил кийиниб ва ечина олмайдилар. Уларда ғилайлик, ақл-заковат заифлиги аниқланади. Нутқ секинлашган (тугилиброк). Кўп беморлар мактабга бора олмайдилар. Спастик фалажликнинг оғир даражасида беморлар аксарият ҳолларда ётиб қоладилар, ўзларини-ўзлари парвариш қила олмайдилар. Руҳияти бузилган (тентакликкача), нутқ, кўриш ва бошқа ўзгаришлар кузатилади.

Спастик фалажликни, айниқса, ўрта ва оғир даражаларини ташхислаш қийинчилик туғдирмайди. Бир кўришдаёқ тўғри ташхис қўйилади. Спастик фалажликда оёқлар қотиб қолади, тизза ва чаноқ-сон бўғимларида букилган, сонларнинг яқинлашгани юрганда оёқларни чалкаштиришга мажбур қилади, болдирларни эса анча-мунча узоқлаштиради. Тиззалари юрганда бир-бирига ишқаланади, оёқлари ичкарига буралган. Бемор юрганда ўроқ солгандек ҳаракат қилади. Танаси бирмунча олдинга оғади. Руҳияти бузилиши билан бирга, нутқи ўзгаради.

Кичик ёшда ҳаракат бузила бошлагач, қўлларда ёзишга, оёқларни букишга мойиллик сезилади. Букувчи яқинлаштирувчи контрактуралар пайдо бўлади, тезда букувчи-яқинлаштирувчи ҳолат ривожланади. Спастик фалажликда ҳаракатларнинг бузилиши хилма-хилдир: ҳаракат координацияси бузилади, беихтиёр ҳаракатлар пайдо бўлади. Тормозланиш ва кўзғалиш орасидаги мутаносиблик бузилади, ҳар доим тормозланиш элементлари юқорироқ туради. Спастик фалажлик ёш ўтиши билан бирмунча камайиши мумкин, 14-15 ёшгача, кейинчалик жараён турғунлашади.

Спастик патологик жараённинг қуйидаги клиник кўринишлари ажратилади.

Монопарез. Фақат қўл ёки оёқнинг зарарланиши билан характерланади. Қўл нимфалажлиги учун билакнинг букилиши ва ичкарига буралиши ва кафт, бармоқларнинг олдинги юзага букилиши характерли, оёқ учун эса тизза бўғимида букилган ва панжанинг от туёғи каби ҳолати характерлидир.

Гемипарез. Тананинг ярим қисмини ишғол қиладиган спастик фалажлик. Қоида бўйича, гемипарезда оёқ яқинлашган ва ичкарига бурилган бўлади. Усишдан орқада қолади, тиришиш ҳисобига фаол ҳаракатлар чекланган. Спастик гемиплегия бола энцефалит билан хасталанганда пайдо бўлади, унда экстрапирамидал йўллар ҳам зарарланса, атетоз кузатилади. У бармоқларни доимий ҳаракатлари билан характерланади (оёқларда кам учрайди). Ҳаракатлар бетартиб характерга эга бўлиб, оёқ-қўлни дорсал томонга букилганда камади.

Парапарез (параплегия). Оёқларнинг спастик фалажлиги кўпинча Литтл касаллигида кузатилади. Оёқлар яқинлашган, панжалари босиб юрувчи юзага букилган, шунинг учун ҳам беморлар оёқ учида юришади.

Квадриплегия (квадрипарез). Оёқлар ҳолати парапарездагидек; аммо зарарланишнинг ҳамма элементлари кўпроқ билинади, оёқлар

чалкашиб туришгача боради. Қўллар букилган ва пронацион ҳолатида. Бундай беморларнинг ҳамма вақт ётишига тўғри келади, натижада умуртқа поғонаси физиологик қийшайишларини йўқотади, бош орқага ташланади.

Д а в о л а ш. Чақалоқлар бош мия хасталиклари билан қоронғироқ ва осойишта махсус хонада ётқизилади. Биринчи кунларда мия шиши мавжудлиги туфайли дегидратация, В гуруҳидаги витаминлар, антибиотиклар буюрилади. Агар бемор руҳиятининг пастлиги кузатилса, церебролизин тавсия қилинади. Дибазол бериш мумкин, у нерв импульслари ўтишини тезлатади. Даволовчи жисмоний тарбия биринчи кун ва ҳафталарда мушаклар тонусини тўғри тақсимлаш, бўйин, оёқ-қўл ҳолатларини тўғри сақлашга қаратилган. Шу билан бирга соннинг яқинлаштирувчи мушакларига қарши таъсир қилмоқ керак (оёқлар орасига юмшоқ таглик қўйилади). Оёқлардаги букувчи ҳолатни бартараф қилиш учун бола қорнига ётқизилади, чаноқ соҳасига қум халта қўйилади. Шулар натижасида чаноқдан танага, бошдан танага рефлекслар ўтишига шароит яратилади, эмаклаш ва бошқа хусусиятлар ривожланади. Физиотерапевтик муолажалар кенг қўлланилади (сув, иссиқлик, балчиқ чаплаш, парафин, импульсли ток, диатермия ва бошқалардан фойдаланилади.)

Болаларда бош мия фалажлигини даволашда изчиллик билан даволаш усуларининг тўлиқ мажмуасини (дори-дармон, жарроҳлик, физиобальнео-терапевтик муолажалар) қўллаш катта аҳамиятга эга. Спастик ночор ҳолатларни оёқ-қўлларда ўз вақтида (2-3 ёшда) жарроҳлик йўли билан бартараф қилиш мақсадга мувофиқдир. Қуйидаги операция турлари фарқ қилинади.

Н е р в л а р д а г и о п е р а ц и я л а р. Периферик нервларда операцияларни, кўпинча, оёқларда қилинади. Ёпқич нервни икки усулда резекция қилинади. Чаноқдан ташқари қилинадиган резекцияда яқинлаштирувчи мушакларни миотенотомияси билан қўшилади. Ёпқич нервнинг, албатта, олдинги ва орқа шохчалари қирқилади.

Чаноқ ичида резекция қилишни кўпроқ спастик яқинлаштирувчи контрактурада амалга оширилади. Қорин пардаси ташқарисидан ёпқич тешиги қиррасигача борилади ва шу ерда ёпқич нерв қисман олиб ташланади. Операциядан сўнг 2 ой муддатга керувчи тахтаа билан коксит гипс боғлами қўйилади. Лекин яқинлаштирувчи мушакларнинг бир қисми куймич нерв толалари билан таъминланганидан мушаклар таранглиги (спазми) қайталаниши мумкин.

Соннинг ичкарига буралгани кучли бўлса, ёпқич нерв ва яқинлаштирувчи мушак пайларини қирқиб сон суягининг остеотомияси ёки кичик ва ўрта думба, мушакларнинг пайларини қирқиб билан тўхтатилади. Тизза бўғимида букувчи контрактура ёки рефлектор қисқаришларда гипс боғлами билан тўғрилангандан сўнг қуйидаги муолажалар қилинади: Штоффел операцияси – спастик таранглашган

мушакларга борувчи қўймич ва катта болдир нервларининг шохчалари (болдир орқа мушаклари) қирқилади.

Мушаклардаги операциялар. Соннинг букилган ва яқинлашган ҳолатида сонни букувчи ва яқинлаштирувчи мушакларини қирқиш яхши натижалар беради. Бу операцияни очиқ ҳолда ва тери остидан қирқиб ҳам бажариш мумкин. Кейинчалик чор-ночор ҳолат қайталаниши мумкин.

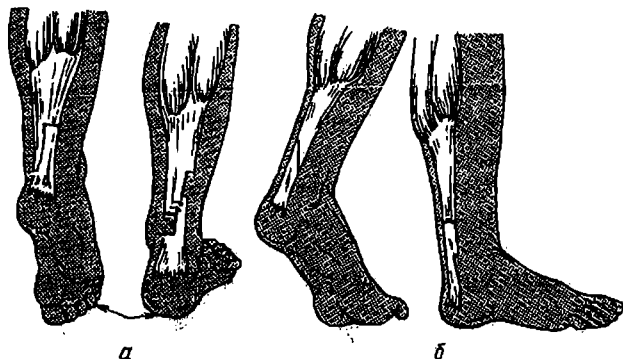
Пайлардаги операциялар. Энг кўп тарқалгани Эггерс операциясидир. Операция икки бошли сон мушагининг бирикадиган жойини кичик болдир суяги бошидан соннинг ташқи дўнгига ва ярим пардали, яримпай ва «нозик» мушаклар пайларини сон ички дўнгининг орқа юзасига кўчирилади. Пайларда ўтказиладиган операцияни яна бир тури болдир орқа мушакларини бошчалари бирикадиган қисмидан узиб юборилади.

Гипс боғламлари билан от туёғи ҳолати бартараф қилинмаса, ахилл пайини сагиттал ёки фронтал юзада узайтириш мумкин (306-расм).

Спастик деформацияларда қўл ҳолати: елканинг танага яқинлашиши, тирсак бўғимида букилган ва пронацион ҳолатда, кафт олдинги юза томон букилган, бармоқлар ўрта чизикқа яқинлашган. Барча айтиб ўтилган ҳолатлар босқичли гипс боғлами ёки операция йўли билан тўғриланади. Лекин мушакларни кўплиги ва нерв толалари бир-бирининг ўрнини боса олгани сабабли даволаш натижаси кейинчалик камайиши мумкин.

Ўрта оралиқ нервда қилинадиган операция натижасида кафт ва бармоқларнинг фаол ёзилиш ҳолати ошиши мумкин. Биринчи бармоқ яқинлашган ҳолатда қолар экан ўрта нервнинг чуқур тармоғи толаларини кесиб ташлаш билан ёрдам бериш мумкин.

Суюк ва бўғимлардаги операциялар. Бу операцияларнинг мақсади бўғимда функционал қулай ҳолатда ҳаракатсизликка эришишдан иборат. Масалан, агар нерв ва пайларда қилинган операциялар кафтни спастик ҳолатидан чиқара олмаса, билак-кафт усти бўғимини «ёпиш» — қотириш мақсадга мувофиқроқ



306-расм. Товон пайини узайтириш операцияси.

a — пайни Z-симон шаклда узайтириш;
b — фронтал юзада узайтириш.

ҳисобланади. билакда пронация ҳолати оғир формада бўлса, билак суягини остеотомия қилиб, унинг пастки қисмини 180° бурчак остида айлантириш мумкин, натижада янги супинацион ҳолат вужудга келади.

Консерватив ва оператив даволаш усулларидан кейин спастик фалаж бўлган беморлар ҳар томонлама мукамал режалаштирилган тикланиш муолажалари ўтказилишига муҳтож бўладилар. Уларга дори-дармонлар бериш, физиобальнеологик муолажалар қилиш, фаолиятни тикловчи протез воситаларидан, меҳнат билан даволашдан фойдаланиш киради. Беморларнинг касб танлашига ёрдам бериш ва бошқа масалаларни ота-оналари ва яқинлари билан ҳамжиҳатликда ечган маъқул.

Болаларни даволаш махсус мактаб-интернатларда ўқишдан ажралмаган ҳолда олиб борилади.

Орқа мияга оид спастик деформациялар. Оёқ ва қўллардаги спастик фалажликлар нимфалажлик ва бўғимлардаги ҳаракат чекланиши орқа мия ва унинг пардаларининг шикастланиши ҳамда турли сабаблардан келиб чиқадиган яллиғланиш жараёнлари натижасида пайдо бўлади. Бу ҳолларда беморларда рефлексларнинг жонланиши, патологик симптомлар (Бабинский, Керниг) мавжудлиги ҳамда оёқ панжаси ва тизза қопқоғининг клонуслари кузатилади. Клоник қалтирашлар туфайли айрим беморлар юра олмай қоладилар.

Клиника ва рентгенологик манзараси орқа миянинг шикастланиши ёки умуртқа поғонасида яллиғланиш жараёни туфайли орқа миянинг эзилишини кўрсатса, умуртқа каналини ламинэктомия муолажаси орқали очишга кўрсатма бўлади. Орқа мия тўғри фаолиятига тўсқинлик қилаётган (кўпинча, суяк парчалари ва чандиқлар) барча ҳосилалар олиб ташланади.

Агар ламинэктомия операциясидан сўнг аҳвол яхшиланмаса ёки орқа мия зарарланиш белгилари қолса ва спастик ҳоллар аниқланса, периферик нервларда қўшимча муолажа қилинади ёки пайлар ва мушаклар кўчирилади. Шундай қилиб, ламинэктомия консерватив даволаш билан ва қўшимча периферик нервлардаги, мушак ва пайлардаги операциялар спастик фалаж билан касалланган беморларни даволашда асосий омил ҳисобланади. Маълумки, фалажлик орқа мия ва унинг пардаларининг травматик зарарланиши ёки яллиғланишидан келиб чиқади.

СУСТ ФАЛАЖЛИК

Суст фалажлар полиомиелитдан кейин ривожланади. Бу хасталикнинг ўткир даври инфекцион ва соматик болалар касалликлари бобида тўла ёзилган. Резидуал (тикланиш) даври 1-8 йил давом этиши мумкин. Бу даврда ортопед ва педиатрнинг вазифаси беморда йўқотилган фаолиятни қисман бўлса-да мақсадга мувофиқлашган турли йўллар билан тиклашдан иборат.

Сусти фалажликда мушакларда қисман атрофия ва дегенерация жараёнлари кузатилиши, мушак тўқимаси ўрнини ёғ тўқимаси эгаллаши билан характерланади: Масалан, оёқлар фалажланишида уларнинг атрофияси, бўғим-бойлам аппаратининг чўзилгани, пайларнинг эластиклиги йўқотилгани (бир томон зарарланган бўлса, калталаниш) кузатилади. Қўл мушаклари хасталанса, уларнинг атрофияси ва бўғимдаги ҳаракатларнинг меъеридан ошиб кетиши аниқланади.

Мушак ва бойлам аппаратларидаги ўзгаришлар катта бўғимларда (чаноқ-сон ёки елка) қисман ёки тўла чиқишларга олиб келиши мумкин. Оёқ-қўл мушаклари юмшоқлашади ва ингичкалашади.

Қорин ва тана мушакларининг зарарланиши умуртқа поғонасининг деформациясига, кўпинча, ёнга қийшайишига (паралитик сколиоз) олиб келади. Мушакларнинг ўзгариши оёқ-қўлларнинг деформацияланиши ва мажбурий ҳолатлар олишига сабаб бўлади, улар эса бемор мослашиб юганда янада ривожланади. Мушакларнинг шикастланиш даражасини ва жойини аниқ билиш учун қатор физиологик текшириш усуллари мавжуддир (хронаксия, электромиография, динамометрия ва бошқалар). Улар ёрдамида нерв мушак аппаратининг шикастланиш даражаси ва характери аниқланиши мумкин.

Полиомиелит касаллигининг олдини олишнинг энг яхши усули бўлиб болаларни эмлаш ҳисобланади (Солк, Чумаков вакцинаси билан). Касалликни даволаш ва олдини олишда қўлланиладиган тадбирларга умумий гигиеник муолажалар (илиқ сув билан артиниш ва бошқалар) ва дори-дармонлар тавсия қилиш киради (прозерин, дибазол, В гуруҳ витаминлари).

Полиомиелит асоратларининг олдини олишда асосий диққатни деформациялар ва контрактуралар ривожланмаслигига қаратиш лозим, бунинг учун доимий кузатиш даркор, акс ҳолда, улар тезда пайдо бўлади. Ортопедик профилактика жуда муҳим, унга беморнинг ўрнида тўғри ҳолатини сақлаш, турли шиналар, гипсли ётоқ ва бошқа мосламаларни шу мақсадда ишлатиш киради. Паралитик сколиознинг олдини олиш учун Прохорованинг кесилган гипсли ётоғига, махсус ёстиқчалар қўйиб қаттиқ ўрнида ётқизиш керак. Махсус мосламаларда юк туширмай эҳтиёткорлик билан юриш ёки ёғоч мослама ёрдамида турли деформацияларнинг пайдо бўлишининг олди олинади.

Полиомиелитнинг тикланиш даврида ортопедик аппарат (ортез) ларни ўз вақтида қўллаш, корсет ва пойафзалларни кийиш, уқалаш, даволовчи жимоний тарбия, физиотерапевтик ва бальнеологик муолажалар ўтказиш, санаторий-курорт шароитларида бўлиш катта аҳамиятга эга. Орқа ва қорин мушаклари зарарланган болаларни гипсли ётоққа ётқизилади, вақти-вақти билан ундан олиниб, қорнига ётқизилади. Бундай беморларни фақат корсет ёрдамида оёққа қўйиш мумкин. Умуртқа поғонасига юк тушмаслигини таъминлаш керак,

беморларга стул суянчигини орқага огдирган ҳолда ёки ётоқда ўтириш рухсат берилади.

Қўл мушаклари фалажланганда (кўпинча дельтасимон мушак) шундай ҳолат танлаш керакки, унда шикастланган мушаклар чўзилмаслиги ва қарши мушаклар калталанмаслиги лозим. Дельтасимон мушакнинг зарарланишида шундай ҳолат узоқлаштирувчи шинада яратилади. Икки бошли мушак фалажида тирсак бўғимида қўл буқилади.

Оёқ мушакларининг зарарланиши ҳам махсус шиналарда ва ҳолатларда бўлишни талаб қилади. 4 бошли мушак шикастланганда тизза бўғимида буқилган ҳолат ривожланади, шунинг учун оёқнинг туторда бўлиши шартдир. Оёқ панжаси мушаклари зарарланганда кўпроқ ёзувчи, унга тўғри бурчак остида буқилган ҳолат бериш тўғри ҳисобланади. Маълум мушак ёки уларнинг гуруҳлари зарарланганда юқоридаги тадбирлардан ташқари, оёқларнинг «Х» ёки «О» симон қийшайиши мумкинлигини ҳам ҳисобга олган маъқул.

Мушаклар тонусини тиклаш учун уқалаш, ҳаракат билан даволаш ўтказилади. «Миоритм» аппаратида электр ёрдамида мушак ва нервларни қувватлаш яхши натижа беради. Лекин консерватив даволаш билан мушаклар кучини тўла тиклашга эришиб булмайди. Шунинг учун турли операция усулларини қўллашга ҳожат туғилади.

Полиомиелит асоратларини тезкор усулда даволаш мўлжалланаётганда беморни мослашиш компенсация қилиш қобилиятини ҳисобга олиш керак. Қатор мослашишлар беморлар ҳаракатига ёрдам бериш билан бирга юк тушиши натижасида оёқ-қўлларда иккиламчи деформацияларни келтириб чиқариши мумкин. Даволаш режаси кузатилаётганда беморларнинг кайфияти, ақл-идрокига ҳам эътибор бериш лозим, чунки улар ўзларидаги етишмовчиликни жуда оғир ҳис қиладилар.

Полиомиелит асоратларини операция йўли билан даволашнинг 2 хил гуруҳи ажратилади: 1) юмшоқ тўқималарда бажариладиган операциялар — мушак-пай пластикаси; 2) суякларда оёқ-қўл суяклари, кўкрак қафаси, умуртқа поғонасида қилинадиган операциялар.

Чаноқ-сон бўғими деформацияси. Чаноқ-сон бўғими ҳаракатида иштирок этувчи мушаклардан энг кўп зарарланадиганлари — кичик ва ўрта думба мушакларидир, яқинлаштирувчи ва катта думба мушаклари камроқ зарарланади. Бунинг оқибатида беморларда контрактуралар шаклидаги қатор деформациялар ва соннинг чиқиши ривожланади. Соннинг букувчи контрактурасида соннинг тўғри мушагини Z-симон узайтирилади. Яқинлаштирувчи мушакларнинг турғун контрактурасида (ёнбошлаган ҳолда бемор оёғини узоқлаштира олмайди), уларни кўндалангига кесиш тавсия қилинади. Контрактураларда юмшоқ тўқималарда қилинадиган операциялар ёрдам бермаса, унда суякларни остеотомия қилинади.

Тизза бўғими деформацияси. Тизза бўғимида ҳаракат қилишни таъминловчи мушаклар фаолияти бузилиши натижасида қатор контрактура ва деформациялар ривожланади. Уларни босқичли гипс боғламлари билан тўғрилангандан сўнг ҳам операция қилишга муҳтожлик туғилади. Тизза бўғимида буқувчи контрактуралар, «Х»-симон қийшайиш, болдирнинг орқага қисман чиқиши ва буралиши кузатилади. Бу ўзгаришлар оёқ панжасининг деформацияланишига олиб келиши мумкин. Кўпинча улар чаноқ-сон ва болдир-панжа бўғимларининг буқувчи контрактураси билан биргаликда учрайди. Сонни буқувчи мушаклар фалажланганда тизза бўғимида олдинга буқилиш (рекурвация) кузатилади.

Тизза бўғимининг буқувчи контрактураси соннинг ёзувчи мушаклари фалажланиши оқибатида келиб чиқади. Агар тизза бўғими деформацияланмаган бўлса, контрактурани бартараф қиладиган ва бўғимни мустаҳкамлайдиган операция – болдирни буқувчи мушакларни фалажланган тўрт бошли мушакка кўчиришдан иборат. Мушак пластикасининг турли усул ва методлари тавсия қилинган. Масалан, Р.Р.Вреден фалажланган мушакни икки бошли, ярим пайли ёки нозик мушак билан алмаштиришни таклиф қилган.

Операциядан сўнг беморларни даволашни тўғри олиб бориш муҳим ҳисобланади; эрта даволовчи жисмоний тарбия муолажасини 4-7 кундан кейин бошланади.

Оёқ панжаси деформацияси (паралитик маймоқлик). Пронатор мушаклар фалажлигида ва супинаторлар сақланиб қолганида (кўпинча, болдирнинг уч бошли буқувчиси зарарланмай қолади). Бу ҳолатда оёқ панжаси типик, от туёғи варус ҳолатини олади. Кўп вақт ўтмай, оёқ панжаси суякларида ўзгаришлар ривожланади, оёқ аста-секин ўсишдан орқада қола бошлайди. Қилинадиган консерватив даволаш муолажалари яхши натижа бериши, операция ҳажмини камайтириши мумкин. Бу муолажаларга босқичли гипс боғлами қўйиш, парафин ва балчиқ чаглаш киради. Операциядан олдин ўтказилган юқоридаги муолажалар ички томондан юмшоқ тўқималарни чўзилишига ёрдам беради. Операциянинг мақсади деформацияни йўқотиш ва иложи борица актив пронация ва оёқ панжасининг дорсал юзага буқилишини, соғлом мушакларни (супинаторларни) кўчириш билан тиклашдан иборат.

Кўпинча, олдинги катта болдир мушагини оёқ панжасининг ташқи қиррасига, бош бармоқнинг ёзувчи узун мушагини оёқ панжаси дорсал юзасига актив пронацияни ва ёзишни тиклаш учун кўчирилади. Лекин кўчириш натижаси уни бошқа мушаклар ёки қотирувчи операциялар билан қўшганда янада яхши бўлади (307-расм).

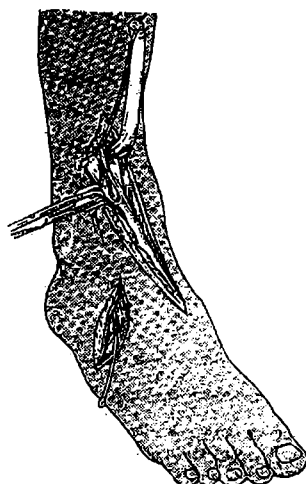
Паралитик вальгус панжаси супинаторлар фалажланганда ривожланади. Вальгусли деформация доим кўпаяверади, чунки оёқ панжаси пронатор ва ёзувчи мушакларининг фаолияти яхши сақланган бўлади. Тананинг оғирлиги билан тушадиган юк ҳам катта рол ўйнайди.

Кеч аниқланган ҳолларда операция ошиқ суягини ўроқсимон резекция (асосан 0,5-1 см бўлиб, ичкарига қараган) қилишдан иборат. 3-4 ойдан сўнг кичик болдир ва бармоқларни ёзувчи узун мушаклар оёқ панжасининг ички гумбазига кўчирилади.

Паралитик «товон панжада» товон суяги горизонтал ҳолатдан аста-секин вертикал ҳолатга ўтади. Товон соҳасида қадоқ ҳосил бўлади. Бу деформацияни турли операция муолажалари (мушакларни кўчириш, товон суягини понасимон резекция қилиш, артрориз) билан тўғриланади. Деформациянинг бу тури кўп учрайди ва бошланғич даврида ортопедик пойафзал билан компенсация қилиниши мумкин.

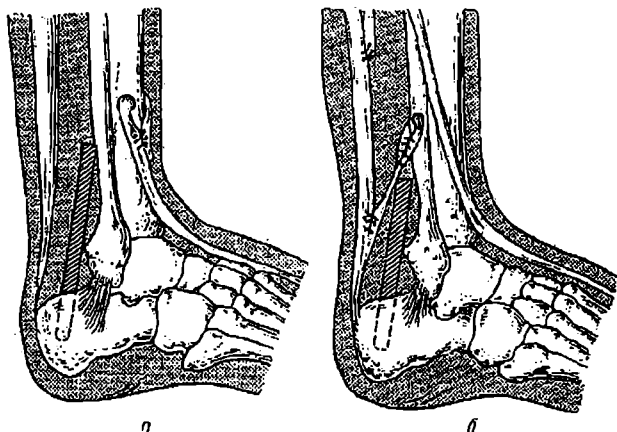
Паралитик «от туёғи» уч бошли мушакдан ташқари, барча болдир мушакларини фалажланганидан пайдо бўлади. Буюрганда катта ноқулайлик туғдиради, чунки оёқ панжасининг олдинги қисми осилиб туради ва юрганда барча оғирлик унга тушади, товон эса тираладиган юзага тегмайди. Операцияни кичик ёшдаги болаларда бажарилади. Енгил турида босқичли гипс боғлами билан, оғир ҳолларда операция йўли билан тўғриланади.

Кўпинча Вреден усулида оёқ панжаси уч нуқтадан «осиб» кўйилади. Бундан ташқари, артрориз ва тенодез (бўғимни унинг пайлари орқали мустаҳкамлаш), алоҳида-алоҳида ёки иккаласини кўшиб ўтказилади (308-расм).



307-расм. Катта болдир олдинги мушаги пайини оёқ панжаси ташқари томонига кўчириш (Бизальский-Майер усули).

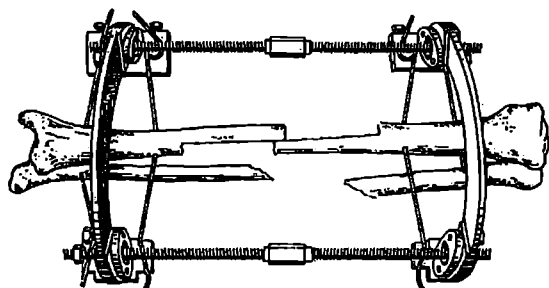
308-расм.
Артрориз ва тенодез (операция чизмаси).
а — орқа артрориз ва тенодез;
б — ахилодез ва орқа артрориз.



Паралитик гумбази ошиб кетган оёқ панжаси кўпинча қўшимча деформациялар билан биргаликда учрайди (от туёғи ва гумбазлари ошиб кетган панжа, от туёғи гумбази ошиб кетган – ташқарига буралган панжа, товон гумбази-ошиқ оёқ панжаси ва бошқалар). Энг яхши натижани оёқ панжаси апоневрозини Вреден усулида қирқиш ва биринчи бармоқни букувчи узун мушакни биринчи қафт суягининг суяк каналига кўчириш беради. Юмшоқ тўқималарда қилинадиган операциялар суякларда деформация йўқлигида кўрсатма ҳисобланади. Деформация бўлганда оёқ панжаси ўрта қисмини понасимон резекция ва уч томонлама артродез қилиш кўзда тутилади. Кўпинча, биринчи қафт суягини остеотомия қилиш ва бир вақтнинг ўзида бармоқларни ёзувчи узун мушакка уни «осиб» қўйилади. Операциядан сўнг узоқ вақт ортопедик пойафзал кийилади, чунки куп бармоқларда деформация ривожланиб кетиши мумкин.

Оёқ-қўлларнинг калталаниши. Бир томонлама полиомиелитдан зарарланишда деярли ҳар вақт оёқнинг калталаниши кузатилади, ёшга қараб у ортаверади. Қоида бўйича калталаниш болдирга тегишли соннинг калталиги учраса, у камгина 0,5-3 см орасида кузатилади. Оёқлар калталиги 2 см дан 15 см гача бўлиши мумкин. Оёқлар калталалигини бартараф қилиш учун тавсия қилинган усуллар (суякдан қозикчаларни юбориш, суяк усти пардасини кўчириш, ўсиш зоналари соҳасини шикастлаш, Бир усулида сунъий қон айланишни кучайтириш, симпатэктомия, гормонлар билан даволаш ва бошқалар) натижаси етарли эмас, фақат Зацепин усулида суякли қозикчалар билан ўсиш зонасини кўзғатиш беморларнинг ярмида 0,5-3 см узайиш беради. Шунинг учун ҳозирги вақтда соғ оёқни калталаштирилади ёки калта оёқни узайтирилади (кўпчилик муаллифлар шунга тарафдор).

Оёқларни узайтириш чаноқ-сон ва тизза бўғимидаги деформациялар бартараф қилинган амалга оширилади. Операцияга кўрсатма учун калталики камида 3,75 см бўлиши керак, чунки ундан кам калталикларни ортопедик пойафзал ҳисобига компенсация қилиш мумкин. Кўп калталанишларда (10 см дан кўпроқ) кетмакет сон ва болдирни узайтириб натижага эришиш мумкин. Узайтиришнинг энг кўп тарқалган усули Дедова усули катта болдир суягини Z-симон остеотомия қилиш ва суяк бўлақларини дистракцион аппаратларда (Илизаров, Сиваш, Қалнберз, Гудушаури, Соломонов ва бошқалар аппаратларида) тортишдан иборат. Шу билан бирга ахилл пайи, олдинги катта болдир, узун ва калта кичик болдир мушакларининг пайлари узайтирилади, кичик болдир суяги остеотомия қилинади (309-расм). 10-12 кундан сўнг ҳар куни 1 мм дан оширмай оёқ узайтирилади. Мўлжалдаги узайтиришга эришилган оёқ аппаратда суяк қадоғи ҳосил бўлгунча қолдирилади (операциядан сўнг уч ойлар чамасида).



309-расм. Дедова усулида болдирни узайтириш (чизма).

Қўллардаги деформациялар. Полиомиелитдан сўнг оёқларга нисбатан қўлларда деформация кам учрайди. Энг кўп дельтасимон мушак фалажланиши кузатилади.

Катта кўкрак мушаги функцияси сақланганда елка суяги боши олдинга сурилади ва елка бўғимида олдинга қисман чиқиш кузатилади.

Полиомиелитнинг ўткир даври ўтгач, 2-3 йил давомида консерватив даволаш; аппарат ва гипсли шиналар қўйиш орқали контрактуралар олди олингандан сўнг тикланиш операциялари ҳақида гап кетади. Энг кўп тарқалганларидан Гильденбрандт операциялари ва уларнинг турлари ҳисобланади. Операция асосида фалажланган дельтасимон мушакка катта кўкрак мушагининг юқори қисмини ўтказишдан иборат, чунки иккала мушакни бирикадиган жойи бирдир.

Икки бошли мушак фалажланганда тирсак бўғимида актив букиш йўқолади, уч бошли мушак фаолияти яхши сақланганда (қўлларда шундай бўлади), унинг пайини икки бошли мушак пайига тирсак букилган соҳасида ўтказилади, чунки билакнинг актив букилиши ёзилишидан зарурроқдир. Бундан ташқари, пассив ёзилиш қўлнинг оғирлиги ҳисобига функционал жиҳатдан қониқтиради.

Билак мушакларининг фалажликларида қайси гуруҳ зарарланганига қараб, супинация ёки пронация ҳолатида контрактура кузатилади. Уларни бартараф қилиш учун мушаклар пайини кўчириб ўтказиш камдан-кам қўлланилади. Кўпроқ билак суякларида операция қилинади, кўндаланг ёки қийшиқ остеотомия бир ёки иккала суякда амалга оширилади.

Қўлнинг фаолияти, кўпинча, билак мушакларининг фалажлигида кўпроқ бузилади, чунки унга кафт ва бармоқлар ҳаракати боғлиқдир. Айтайлик, кафт ва бармоқларнинг ёзувчи мушаклари фалажланишида уларни букувчи контрактураси кузатилади, букувчи мушаклар зарарланса, билак-кафт усти бўғимида ва бармоқларда ёзувчи контрактура пайдо бўлади.

Букувчи контрактурада (билак нервини бошқарувчи мушаклар фалажланганда) кафтни букувчи билак ёки тирсак мушаги пайини кафтни ёзувчи билак ёки тирсак мушаги пайига ўтказилади. Кафтни

букувчи пайлари билак ва кафт усти бўғимида букувчи контрактура бартараф қилингандагина ўтказилади, бунинг учун кафт суякларининг бир қаторини олиб ташлаш ёки (билак-кафт усти бўғимида меъеридан кўп ҳаракат бўлса) бўғимни артродез қилиш керак бўлади.

Полиомиелит асорати сифатида баъзан бармоқларни ҳаракатлантирувчи алоҳида мушакларнинг якка фалажланиши кузатилади. Айниқса, фаолиятининг зарурлиги жиҳатидан I бармоқнинг фалажланиши катта аҳамиятга эга. Унда муглақ кўрсатма бўлиб, соғ мушаклардан бирининг пайини шикастланган мушак пайига ўтказиш ёки бошқа бармоқдан кўчириб ўтказиш ҳисобланади. Айрим ҳолларда I ва II кафт суяклари орасида бўғимдан ташқари синостоз яратиш лозим (Ферстер операцияси).

12 - б о б. ОЁҚ ПАНЖАСИ ДЕФОРМАЦИЯЛАРИ

Оёқ панжаси деформациялари ичида энг кўп тарқалгани статик деформациялар бўлиб, 61,3% ни ташкил қилади. Аниқланишича, бу хасталик ўтириб ишлайдиганларда ва мутахассислиги тик турган ҳолда инлашни тақозо қиладиганларда бир хил учрайверади. Аммо тик туриб иш бажарадиганлар ўтириб ишлайдиганларга нисбатан оёқ панжаларидаги оғриқдан икки марта кўпроқ шикаоят қиладилар.

Ясси панжалик. Кўндаланг ясси панжалик бошқа деформациялар билан бирга – 55,2%, бўйлама ясси панжалик – 29,3%, биринчи бармоқнинг ташқарига оғиши – 13,2%, болғачасимон бармоқлар бошқа деформациялар билан бирга – 9,9% ни ташкил қилади.

Бўйлама ясси панжалик ривожланаверса, панжа узунлиги унинг гумбазининг яссиланиши ҳисобига ортади, кўндаланг ясси панжаликда оёқ панжаси узунлиги камайди, кафт суякларининг елпигич каби бир-биридан қочиши, I бармоқнинг ташқарига оғиши ва ўрта бармоқнинг болғача каби деформацияси ҳисобига камайди.

Ясси панжалик тана вазнига бевосита боғлиқ, демак кишининг оғирлиги қанча кўп бўлса, оёқ панжасига шунча кўп юк тушади ва бўйлама ясси панжалик даражаси ортаверади. Бу хасталик, кўпинча, аёлларда бўлади. Бўйлама ясси панжалик кўпроқ 16-25 ёшларда, кўндаланги эса 35-50 ёшларда учрайди.

Келиб чиқишига қараб, ясси панжалик (ясси товонлик) туғма, травматик, паралитик, рахитик ва статик турларига бўлинади.

*Туғма ясси панжалик*ни 5-6 ёшдан аввал аниқлаш қийин, чунки ёш болаларда ясси панжаликнинг кўп элементлари мавжуд бўлади. Лекин ҳамма ясси панжаликнинг 3%га яқинини туғма ясси панжалик ташкил қилади.

Травматик ясси панжалик гўпиклар, товон суяги ва кафт олди суяклари синишининг асорати сифатида пайдо бўлади.

Паралитик ясси панжалик оёқ панжаси ости мушаклари ва болдирдан бошланувчи мушакларнинг фалажланиши (полиомиелит асоратлари) оқибатида келиб чиқади.

Рахитик ясси панжалик тана оғирлигини суст оёқ панжаси суякларига босиш ҳисобига майдонга келади.

Статик ясси панжалик энг кўп учрайди (82,1%) ва болдир, оёқ панжаси мушакларининг бойлам аппарати ва суякларнинг кучсизлигидан келиб чиқади.

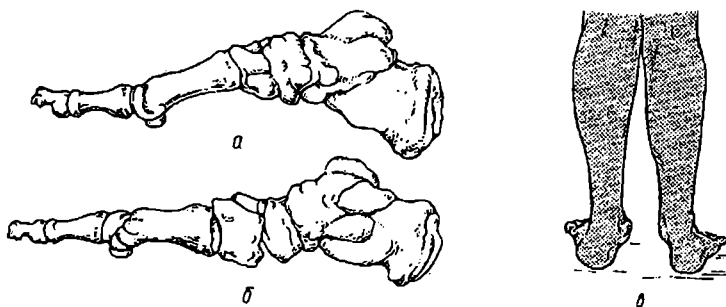
Оёқ панжаси деформацияларининг пайдо бўлишига имконият яратадиган ички омил бўлиб наслий-конституционал мойиллик бўлса, ташқи сабаб оёқ панжасининг ортиқча юкланишидир.

Статик ясси панжаликнинг пайдо бўлиш сабаблари турлича: киши вазнининг ортиқлиги, тик турган ҳолатда иш бажариш, физиологик қариш натижасида мушаклар кучининг камайиши, ўтириб ишлайдиган касб эгаларининг мушакларининг чиниқмаганлиги ва бошқалар.

Оёқ панжаси гумбазининг яссиланиши сегментларининг меъёридан ортиқ кўндаланг ўқлари бўйлаб айланиши оқибатида келиб чиқиши мумкин, у эса тахминан Шопар, қайиқсимон-понасимон ва Лисфранк бўғимларидан ўтади, бойлам аппаратини, бўғимлар ва мушакларнинг сустлашиши бўйлама гумбазлар баландлигининг пасайишига олиб келиши мумкин.

Т а ш х и с. Ташқаридан кўриб ясси панжаликни аниқлашади, аммо бу ясси панжаликнинг оғир, ўтказиб юборилган ҳолларида товон валгус ҳолатида қийшайганидагина кўзга ташланади (310-расм).

Ясси панжаликни тўғри аниқлаш учун қатор усуллар мавжуд. Хусусан, Фридланд усулини қўллаб (панжа кўрсаткичларини ўлчаш) мақсадга эришиш мумкин. Унда панжа баландлиги полдан қайиқсимон суяк юқори юзасигача ўлчанади, ундан сўнг панжа узунлиги аниқланади, биринчи бармоқ учидан товоннинг орқа юзасигача бўлган масофа. Иккала катталиқни «мм» га айлантириб, панжа баландлигини 100 га кўпайтириб,



310-расм. Яссиоёқлилик.

а — нормал бўйлама кафт; *б* — ясси вальгус оёқда кафтнинг ўзгариши; *в* — ясси вальгус оёқ панжалари.

унинг узунлигига бўлинади. Олинган катталиқ қидирилаётган оёқ панжаси кўрсаткичи — индекс ҳисобланади. Меъёрида панжа гумбази индекс 29-31 га тенг. 27-29 орасидаги катталиқ гумбазнинг камайганини (ясси панжаликни) кўрсатади, кўрсаткич 25 дан кам бўлса, аниқ ясси панжалик хасталиги борлигидан дарак беради.

Лекин ясси панжаликни бундан ҳам аниқроқ билиш мумкин. Энди гумбаз катталиги полдан юмшоқ тўқималар юзасигача ўлчанади. Сўнгра плантографиядан фойдаланилади, яъни оёқ панжаси тагининг акси туширилади. Бунинг учун панжа тагига бўёвчи моддалар: синька эритмаси, голланд қўли, танин ва бошқа моддалар суртилади. Шундан сўнг бемор оёғини қоғозга босади, натижада оёқ панжаси тагининг «ойнадаги акси» чиқади.

Статик ясси панжаликка маълум соҳалардаги оғриқлар хосдир: 1) панжа остида, гумбаз марказида ва товоннинг ички қиррасида; 2) панжа дорсал юзасида, унинг марказий қисмида, ошиқ ва қайиқсимон суяклар орасида; 3) ички ва ташқи тўпиқлар остида; 4) кафт олди суякларининг бошчалари ораллиғида; 5) болдир мушаклари соҳасида, юк меъёридан ортиши натижасида; 6) биомеханика ўзгариши натижасида тизза ва чаноқ-сон бўғимларида; 7) сонда кенг фиксациянинг ўта таранглашиши ҳисобига; 8) бел соҳасида лордознинг компенсатор ошиши ҳисобига. Оғриқлар оёқларда узоқ вақт туриш ҳисобига кечки пайтларда кучаяди ва дам олишдан сўнг пасаяди. Кўпинча, оёқ панжалари билинар-билинемас шишган, ташқи тўпиқ соҳасида эса шиш пайдо бўлади.

Аниқ ясси панжаликка қуйидаги белгилар хос: оёқ панжаси узайган ва ўрта қисми кенгайган, бўйлама гумбази пасайган, панжа ичкарига буралган (пронацион) ва қайиқсимон суяк медиал юзада тери остидан бўртиб туради. Юриш кўполроқ, оёқ панжаси учлари бир-биридан кўпроқ қочган. Айрим ҳолларда ҳаракат ҳажми оёқ панжасининг барча бўғимларида чекланган.

Рентген усули бошқа текшириш усулидан олинган кўрсаткичларни тасдиқлайди ва аниқлик киритади. Ясси панжалик даражасини ва панжадаги суяклар ҳолатини яхши ва тўғри аниқлаш учун рентген суратларига беморни тик турган ҳолатида олинади. Ён томондан олинган рентген суратларида қайси суяклар оёқ панжаси бўйлама гумбазини яссилантираётгани ва суяк бошчаларининг жойлашиш муносабати аниқланади.

Қ и ё с и й т а ш х и с л а ш н и статик ясси панжаликни подагра, ахиллобурсит, сурункали мушак ревматизми, товон суяги пихи, панжа туберкулёзи, Келер касаллиги, умуртқа поғонасининг бел соҳа остеохондрози ва иккиламчи қўймич нервига оид оғриқлар билан ўтказилади.

П р о ф и л а к т и к а. Тўғри юришни одат қилиш, унда оёқ панжаси учларини узоқлаштиришдан сақланиш. Хизмат соҳаси узоқ вақт оёқда туришни тақозо қилувчиларга оёқ панжасини параллел ҳолда сақлаш, вақти-вақти билан оёқ панжаси ташқи қиррасида бўлиб, дам олиш тавсия

қилинади. Иш куни тутагач оёқларни илиқ ванна қилиш ва оёқ панжалари гумбазини ҳамда ташқарига бурувчи мушакларни уқалаш лозим. Махсус машқлар, ғадир-будур юзада ва қумда ялангоёқ юриш, сакраш, турли ўйинларда ишгирик этиш катта аҳамиятга эга. Оёққа мос пойафзал кийиш: пойафзалнинг ички қирраси тўғри (I бармоқ ташқарига сурилмаслиги учун), учи кенгрок бўлиши керак. Пошнаси 3-4 см баланд, патаги пишиқ материалдан қилингани маъқул.

Ясси панжаликнинг олдини олиш ва юрганда оғриқни сезмаслик учун турли мосламалар ва махсус пойафзал тавсия қилинади. Унча мураккаб бўлмаган деформацияларда патаклар (пробка, пластмасса ёки металдан қилинган). Мураккаб деформацияларда пойафзал ёки гипсдан андоза олиб қилинган ортопедик патаклар тайёрлаш тавсия қилинади.

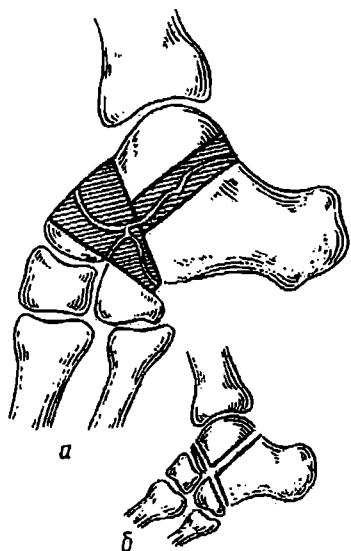
Д а в о л а ш. Ясси панжаликнинг доимий оғриқ пайдо қилувчи оғир формалари оператив даволашга кўрсатма бўлади, панжага бир неча бор (2-3 ҳафтадан) тўғриловчи гипсли боғлам қўйилгандан сўнг бажарилади. Агар оёқ панжасига ҳали тўғри ҳолат бериш мумкин бўлса, узун кичик болдир мушаги пайини панжа ички қиррасидаги суяк усти пардасига кўчирилади, унинг дистал қисмини қисқа кичик болдир мушаги пайига илинтирилади. Операцияга товон пайини қирқиш қўшилади ва гипс боғлами билан 4-5 ҳафта мобайнида оёқ ҳаракатсизлантирилади.

Тўғрилаб бўлмайдиган суяк ўзгаришларида оёқ панжаси суяклариди операция қилинади: понасимон ёки ўроқсимон резекция ошиқ-товон бўғимида, қайиқсимон суякдан ҳам пона шаклида бўлак олиб ташланади. Операцияни узун кичик болдир мушаги пайини оёқ панжасини ички қиррасига кўчириш билан тўлдирилади. Суякда қилинадиган операциялар натижалароқ, чунки кўчирилган мушаклар оёқ панжасига тушадиган юкни кўп вақт кўтара олмайди. Операциядан сўнг 4-5 ҳафтага гипс боғлами қўйилади.

Гумбази меъеридан ортиқ оёқ панжаси. Туғма ёки турли касалликлар (полиомиелит, спастик фалажликлар, Фридрейх касаллиги) оқибатида келиб чиқади. Кўпинча, бундай ҳолатда панжа ирсий белги бўлади, кўпроқ бел-думғаза умуртқа равоқларининг битмаган ҳолларида учрайди. Лекин гумбази кўпроқ бўртган оёқ панжалари, кўпинча, меъердаги турларга киради.

К л и н и к а. Гумбази меъеридан ортиқ оёқ панжаларнинг ўрта ва оғир ҳолларида панжаларнинг олдинги қисми осилиб туради: товон юқорилаб туради, от туёғини эслатади. Ошиқ суяти узунлашган бўйинча билан қисман олдинга чиқиш ҳолатида бўлади. Панжа таги апоневрози таранглашади. Оёқ бармоқлари, кўпинча, болғачасимон шаклни олади. Ўрта кафт суяклари бошчалари соҳасида кўп босилаверганидан қадоклар ҳосил бўлади. Айтилган соҳадаги оғриқлар, пойафзал танлай олиш қийинлиги учун беморлар шифокорга муурожаат қилишади.

Д а в о л а ш. Даволаш хасталик келиб чиқиш сабабларига, деформациялар даражасига, бемор ёшига боғлиқ бўлади. Енгил



311-расм. Оёқ панжаси осилиб, кафти чуқурлашганда учламчи артродез қилиш.

a — бўғим юзаларини кесиб ташлаш; *b* — панжани тўғри ҳолатга қўйиш.

ва суяқлараро фасцияларидан ташқари, асосий ролни панжа ости апоневрози ўйнайди, шунинг учун кўндаланг- ёйилган панжани бойлам аппарати етишмовчилиги деб ҳисоблаш керак. Катталарда бу хасталиққа қайтмас деформация деб қаралса бўлаверади, чунки ҳанузгача бойлам аппаратини яхши тиклайдиган восита йўқдир.

формаларида махсус даволаш талаб қилинмайди. Даволовчи жисмоний тарбия, уқалаш, физиотерапевтик муолажалар, коррекцияловчи пойафзал кийиш тавсия қилинади.

Гумбазӣ метёридан ортиқ панжаларда операцияларни оёқ панжаси суяқларида қилинади, чўнки мушаклар пайини кўчириб ўтказиш натижа бермайди. Учламчи артродез, баъзан Шопар бўғими артродези, панжа суяқларининг ўроқсимон ва понасимон резекцияси билан тўлдирилади (311-расм).

Катта деформацияларда Митбрейт операцияси яхши натижалар беради: унда учламчи артродез, биринчи кафт суяги остеотомия қилинади, товон пайи узайтирилади ва мушаклар кўчириб ўтказилади ҳамда 8 ойдан кам бўлмаган муддатда гипс боғлами ечилмайди.

Кўндаланг-ёйилган оёқ панжаси ва I бармоқнинг ташқарига оғиши. Кўндаланг ясси панжалик (312-расм) келиб чиқishiда оёқ панжа мушаклари



312-расм. Кўндаланг — ёйилган оёқ панжаси.

a — нормал панжада кафт суяқларининг жойлашиши (чизма); *b* — кўндаланг ёйилган оёқ панжасида кафт суяқларининг жойлашиши; *в* — қадоқ.

Меъёрида юрилганда максимал босим I кафт суягига тушади, IV-V суякларга эса минимал босим тўғри келади. Кўндаланг-ясси панжаликда эса биринчи кафт суяги бошига тушадиган босим ўта камаяди ва ўрта кафт суяклари бошчасига тушадиган юк ортади. Асосий юк одам вазнининг 50%и биринчи кафт суяги бошчасига тўғри келади, кўндаланг ясси панжаликда 14% га етади холос.

Кўндаланг ясси панжаликда биринчи кафт суяги бўйлама ўқи атрофида айланиб, юқорига кўтарилади. Ўрта кафт суяклари ўз ўрнида қолади. Биринчи кафт суяги ташқарига оғанда сесамоид суяклар суяклараро ораликда аниқланади, яъни кафт-сесамоид бўғимида чиқиш рўй беради.

Биринчи бармоқнинг кафт суягига нисбатан якка ташқарига оғиши 10°ни ташкил қилади, V бармоқнинг – 5°. «Hallux valgus» ни куйидаги даражалари фарқ қилинади: I даражаси – биринчи бармоқнинг ташқарига оғиши – 15°, V бармоқнинг эса - 7-8°; II даражаси – биринчи бармоқнинг оғиши 20° гача; III даражаси – биринчи бармоқнинг ташқарига оғиши – 30° дан кўпроқ.

К л и н и к а. Пойафзал кийганда, айниқса, I кафт суяги босилиб, шу соҳада оғриқ пайдо бўлади. Биринчи кафт суяги боши соҳасида бурсит кузатилади; шиш, тери қизаради, кўпинча, синовиал суюқлик ҳам бўлади.

Д а в о л а ш. Кўндаланг ясси панжалик ва I бармоқнинг ташқарига оғишида ҳам консерватив, ҳам оператив даволаш усуллари қўлланилиши мумкин.

Консерватив даволаш турли хилдаги ортопедик поймафзал кийишдан иборат. Енгил формаларда (I даражада) қадоқлар жойлашган жойдан пастроққа таглик қўйилади. Илиқ ванналар, уқалаш, физиотерапевтик муолажалар оғриқни камайтирадиган воситалардир.

Ҳозирги вақтда I бармоқнинг ташқарига оғишини даволаш учун 150 дан ортиқ операция усуллари тавсия қилинган (313-расм). Энг кўп тарқалгани Шеде операциясидир, I-II даражали ясси панжаликда, I бармоқнинг оғиши экзостози билан ва бурсит бўлганда қўлланилади. Бу операция билан хасталикдан умуман халос бўлинмаса-да, беморлар енгиллик сезишади ва оддий поймафзал кийиб юришлари мумкин бўлади.

Биринчи кафт суягининг бошчаси олиб ташлангач бармоқнинг таянч хизмати бутунлай йўқолади, шунинг учун бу турдаги операция кам қилинади.

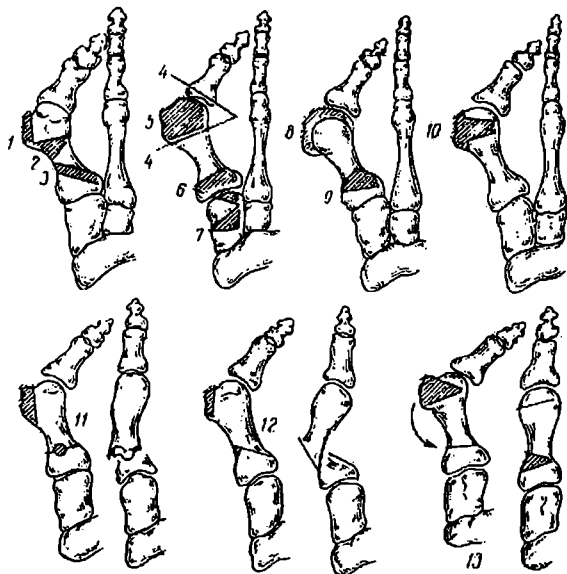
II-III даражасида I бармоқнинг оғишини бартараф қилиш учун кўп жарроҳлар куйидаги синалган операцияларни қўллашади: 1) биринчи кафт суяги бошини медиал қиррасидаги катталашган суяк-тоғай тўқималарини олиб ташлаш (Шеде усулида); 2) биринчи бармоқ проксимал фалангасининг асосини олиб ташлаш (Брандес усули); 3) биринчи кафт суяги асосини остеотомия қилиб, понасимон суяк

киргизиб қўйиш, суякни тўғри ҳолатда ушлаш учун (ташқарига оғдириш!); 4) биринчи бармоқнинг узун букувчи мушак пайини медиал томонга силжиши; 5) кафт ости кўндаланг боғлам яратиш: ипакли тўқима ёки лавсандан, уни I ва V кафт суяклари диафизлари атрофидан ўтказиб тортилади ва кафт ости соҳасида боғланади (Куслик операциясининг ўзгартирилган варианты).

Айрим ҳолларда айтиб ўтилган операцияни барча элементлари сақлаб қолинади, биринчи бармоқ проксимал фалангаси асосини резекция қилиш ва биринчи кафт суягининг проксимал қисмида қилинадиган операцияларнинг ўзгартирилган вариантларидан ташқари. Гипс боғлами тизза бўғимигача 8 ҳафталик муддатга қўйилади.

Болғачасимон бармоқ. Мустақил касаллик сифатида кўп учрамайди, панжанинг одатдаги бошқа деформациялари билан қўшилиб келади. Деформация муттасил орта борса, бармоқлар кафт-фаланга бўғимларида қисман чиқиши мумкин. Бунда бармоқлар таянч вазифасида иштирок этмайди, юриш жараёнида оғирлик кучлари кафт суяклари бошига ўтказилади. Шу соҳаларда қадоқ ҳосил бўлади. Болғачасимон бармоқда оғриқнинг асосий сабаби кафт-фаланга суяклари орасидаги бўғимларда деформацияловчи артроз ва, айниқса, фалангалараро бўғимларнинг дорсал юзасидаги қадоқлардир, кўпроқ II бармоқда.

Д а в о л а ш. Консерватив даволаш болғачасимон бармоқларда операция қилиш имкони бўлмагандагина (катта ёш, умумий аҳволи оғир, диабетнинг декомпенсация шакли ва бошқалар) ўтказилади. Унда махсус усти юмшоқ ва патакли пойафзал ёрдам беради.



313-расм. Hallux valgus да қўлланиладиган операциялар (чизма).
 1 – Шеде бўйича;
 2 – Реверден бўйича;
 3 – Ювар бўйича;
 4 – Моклер–Розе бўйича;
 5 – Вреден–Гюнтер–Мейо бўйича; 6 – Альбрехт–Луазон бўйича;
 7 – Бреннер–Ридел бўйича;
 8 – Шапиро бўйича;
 9 – Балеск бўйича;
 10 – Бом бўйича; 11 – Кочев бўйича; 12 – Бабиш бўйича; 13 – Логрошчино бўйича (Бойчев модификацияси).

Болғачасимон бармоқларда 40 дан ортиқ операция таклиф қилинган, лекин энг кўп тарқалгани асосий фаланга танасининг ўрта ва дистал 1/3 қисми соҳасида узунлиги 1 см келадиган суякни олиб ташлаш ҳисобланади. Деформация бартараф қилинган операция столида гипс боғлами (сандалет типиди) 4 ҳафтага қўйилади.

Товон пихи. Экзостоз (остеофит) товон суягининг пастки юзасида асоси товон суяги билан қўшилиб кетади. Беморлар товоннинг пастки юзасининг ачишиб оғришидан шикоят қиладилар. Баъзан оғриқ тўсатдан ва қаттиқ («худди миҳ қоқилгандек») характерга эга.

Рентген суратларида, кўпинча, суяк бўртиқлари, суяк усти пардасининг йўғонлашгани, товон суяги чегараларининг аниқ эмаслиги кўринади. Айрим ҳолларда остеофитлар кўрнимаслиги мумкин. У ҳолда оғриқни сабаби йўлдош переостит ёки бурситдан деб фикр қилинади. Балки, жараёнга суяк усти пардаси билан боғлиқ нерв шохчалари қўшилгандан оғриқ сезгиси пайдо бўлиши мумкин.

Д а в о л а ш. Агар товон пихлари ясси панжаликдан келиб чиққан бўлса, даволаш ортопедик пойафзал ёки махсус патак қўйишдан ташкил топади. Оғриқ соҳасига патакда чуқурча ёки пахта-докадан тешик қилинади («кулча» шаклида). Ортопедик даволашдан ташқари, яллиғланишга қарши: илиқ ванналар, парафин ва балчиқ чаплаш муолажалари, оғриқ нуқталарига новокаин юбориш амалга оширилади. Физиотерапия ва ультратовуш ёрдам бермаса, рентген нурлари билан даволаш мумкин (75 Р ҳар 3-4 кунда, 4-5 марта). Агар консерватив даволаш ёрдам бермаса, операция усули билан товон пихи олиб ташланади.

Маршдан синиш (Дейчлендер касаллиги). II ва III кафт суяклари синишининг сабаби юкнинг ошиб кетиши деб ҳисоблашади. Бу ҳодиса ўз тасдиғини аскарларда топаёпти, чунки улар кўп юришади ва худди шу хилдаги синишлар кўп учрайди. Микроскоп остида текширилганда кўп сонли микросинишлар Лоозер қайта қуриш зоналари кўринишида топилган.

К л и н и к а с и. Пайпаслаганда оғриқ ва II-III кафт суяклари соҳасида шиш аниқланади. Ташхис рентген суратларидаги кўрсаткичлар билан тасдиқланади. Одатда бу синишлар яхши битади ва суяк қадоғининг тўла ўзгариши 4-6 ой давомида кузатилади. Синишлар кўпинча ташхисланмайди, чунки баъзан оғриқ кучсиз бўлади ва бемор шифокорга мурожаат қилганида рентген суратида суяк қадоғи кўринади. Шикастланиш яхши билан тугашига қарамай, оғриқ бир неча ойга чўзилиши мумкин.

Д а в о л а ш. Ўткир даврда 7-10 кун давомида ётоқ режими ва гипс боғлами билан қотириш тавсия қилинади. Кейин қўлтиқтаёқлар билан юришга ва аста-секин қадам босишга рухсат берилади. Физиотерапевтик муолажалар ўтказилади. Кейинчалик патак қўйиш ёки ортопедик пойафзал кийиб юриш керак бўлади.

СЎЗ БОШИ.....3

БИРИНЧИ ҚИСМ

ТРАВМАТОЛОГИЯ ВА ОРТОПЕДИЯНИНГ УМУМИЙ
МАСАЛАЛАРИ

1 - б о б. Травматология ва ортопедиянинг ривожланиш тарихи.....4

2 - б о б. Шикаст ва шикастланишлар. Уларнинг олдини олиш
чоралари.....15

3 - б о б. Таянч-ҳаракат аппаратининг шикастланишлари ва касалик-
лари бўлган катгалар ва болаларни текшириш методлари.....21

4 - б о б. Травматология ва ортопедияда замонавий даволаш
усуллари.....43

Транспорт имобилизацияси.....43

Гипс боғлами.....52

Тортма.....55

Редрессация.....65

Суякларда жарроҳлик муолажалари.....65

Бўғимларда жарроҳлик муолажалари.....67

Эндпротезлаш.....70

Компрессион — дистракцион остеосинтез усули.....71

Юмшоқ тўқималарда жарроҳлик муолажалари.....73

Гипербарик оксигенлаш.....75

Физик даволаш усуллари.....76

*Таянч — ҳаракат аппаратининг касаликлари ва шикастлари бўлган
болаларда даволашнинг ўзига хос хусусиятлари.....80*

5 - б о б. Суяк тўқимасининг регенерацияси ва синган суякларнинг
битиши.....82

Синган суяклар битишининг умумий қонуниятлари.....82

Секин қадоқланадиган синишларни жарроҳлик усулида даволаш.....87

Сохта бўғим (Псевдоартроз).....89

6 - б о б. Юмшоқ тўқималарнинг ёпиқ шикастланишлари.....94

Лат ёйишлар.....94

Бўғимлардаги парда-бойлам аппаратининг шикастланиши.....95

Юмшоқ тўқималарининг узоқ муддат эзлиш синдроми.....96

7 - б о б. Пайларнинг шикастланиши.....101

Пайга қўйиладиган чокларнинг турлари.....102

<i>Қўл бармоқлари пайларини тиклаш хусусиятлари</i>	105
<i>Елканинг икки бошли мушак пайининг жароҳатланиши</i>	106
<i>Товон пайининг шикастланиши</i>	108
8 - б о б. Мушакларнинг шикастланиши	109
<i>Курак қирра усти мушагининг шикастланиши</i>	109
<i>Соннинг тўрт бошли мушагининг шикастланиши</i>	110
<i>Мушак чурриси</i>	111
9 - б о б. Катта ёшдаги одамларда травматик чиқишлар ва чала чиқишлар	111
<i>Елканинг чиқиши</i>	112
<i>Билакнинг чиқиши</i>	120
<i>Соннинг чиқиши</i>	122
10 - б о б. Болаларда чиқишлар ва чала чиқишларнинг хусусиятлари	125
<i>Елканинг чиқиши</i>	125
<i>Билакнинг чиқиши</i>	126
<i>Билак суяги бошчасининг чала чиқиши</i>	128
<i>Қўл бармоқлари бўғимларида чиқиши</i>	129
<i>Соннинг травматик чиқиши</i>	130
11 - б о б. Периферияк нервларнинг шикастланишлари	131
<i>Елка чигалининг шикастланиши</i>	136
12 - б о б. Суяк ва бўғимларнинг очиқ шикастланишлари	140
<i>Суякларнинг очиқ синишлари</i>	140
<i>Бўғимларнинг очиқ шикастланишлари</i>	144
13-б о б. Қўл-оёқлар ампутацияси ва уларни протезлаш	146
<i>Ампутация</i>	146
<i>Протезлаш</i>	152
<i>Ортопедик аппаратлар (Ортезлар)</i>	156
<i>Ортопедик пойафзал</i>	159
14 - б о б. Таянч-ҳаракат аппарати шикастланишларининг оқибатлари бўлган беморларни ва ногиронларни реабилитацияси	161
<i>Реабилитациянинг асосий тамойиллари</i>	162
<i>Тиббий реабилитация</i>	163
<i>Социал (ижтимоий) реабилитация</i>	163
<i>Касбга реабилитация</i>	163
15 - б о б. Травмотология ва ортопедияда деонтология	164
<i>Амбулатор даволашда деонтология</i>	165
<i>Тиббий эвакуация босқичларидаги деонтология</i>	169
<i>Жонлантириш бўлимида деонтология</i>	171
<i>Травмотология ва ортопедия бўлимида деонтология</i>	173
<i>Жарроҳлик хонасида деонтология</i>	175

ИККИНЧИ ҚИСМ

ХУСУСИЙ ТРАВМАТОЛОГИЯ

1 - б о б. Елка камарининг шикастланишлари.....	178
<i>Қуракнинг синиши.....</i>	<i>178</i>
<i>Ўмров суягининг чиқиши.....</i>	<i>180</i>
<i>Ўмров суягининг синиши.....</i>	<i>183</i>
2 - б о б. Елканинг шикастланиши.....	186
<i>Елка суяги проксимал қисмининг синиши.....</i>	<i>187</i>
<i>Елка диафизи синиши.....</i>	<i>191</i>
<i>Елка суяги қисмининг синиши.....</i>	<i>194</i>
3 - б о б. Билакнинг шикастланиши.....	198
<i>Тирсак ўсиғининг синиши.....</i>	<i>198</i>
<i>Тоғсимон ўсиқнинг синиши.....</i>	<i>199</i>
<i>Билак суяги бошчаси ва бўнининг синиши.....</i>	<i>200</i>
<i>Тирсак суягининг чекланган синиши.....</i>	<i>201</i>
<i>Билак суяги диафизининг чекланган синиши.....</i>	<i>202</i>
<i>Билак суягининг синиши.....</i>	<i>203</i>
<i>Тирсак суягининг билак суяк бошчасининг чиқиши билан синиши.....</i>	<i>205</i>
<i>Билак суягининг синиши билан, тирсак суяги бошчасининг чиқиши.....</i>	<i>208</i>
<i>Билак суягининг типик жойдан синиши.....</i>	<i>209</i>
4 - б о б. Қўл панжаси суякларининг синишлари ва чиқишлари.....	215
<i>Кафт усти суякларининг синиши.....</i>	<i>215</i>
<i>Кафт усти суякларининг чиқиши.....</i>	<i>218</i>
<i>Кафт суякларининг синиши.....</i>	<i>220</i>
<i>Бармоқлар фаланган (бўғим) ларининг синиши.....</i>	<i>223</i>
<i>Бармоқлар бўғимларининг чиқиши.....</i>	<i>224</i>
5 - б о б. Болаларда қўл шикастланишларининг хусусиятлари.....	226
<i>Елка суягининг чиқиши.....</i>	<i>226</i>
<i>Билакнинг синиб-чиқишлари.....</i>	<i>244</i>
<i>Кафт усти ва панжа суякларининг синишлари.....</i>	<i>247</i>
6 - б о б. Сон суягининг синишлари.....	248
<i>Сон суяги проксимал бўлимининг синиши.....</i>	<i>248</i>
<i>Сон суяги диафиз қисмининг синиши.....</i>	<i>259</i>
7 - б о б. Тизза бўғими шикастланишлари.....	263
<i>Гемартроз.....</i>	<i>264</i>
<i>Менисклар шикастланиши.....</i>	<i>266</i>
<i>Ён бойламларнинг шикастланиши.....</i>	<i>268</i>
<i>Хочсимон бойламларнинг шикастланиши.....</i>	<i>272</i>
<i>Тизза бўғимида чиқиш.....</i>	<i>273</i>
<i>Тизза қопқоғининг синиши.....</i>	<i>275</i>
<i>Сон ва катта болдир суяклари дўнгликларининг бўғим ичидан синиши.....</i>	<i>276</i>

8 - б о б. Болдир шикастланишлари.....	280
<i>Кичик болдир суягининг чекланган шикастланишлари.....</i>	<i>281</i>
<i>Кичик болдир суяги боичасининг чиқиши.....</i>	<i>281</i>
<i>Кичик болдир суяги диафизининг чекланган синиши.....</i>	<i>282</i>
<i>Катта болдир суяги диафизининг чекланган синиши.....</i>	<i>283</i>
<i>Иккала болдир суягининг диафизидан синиши.....</i>	<i>824</i>
<i>Болдир суяклари синганда қисқартирилган гипс боғлалида эрта функционал усулда даволаш.....</i>	<i>291</i>
9 - б о б. Болдир-ошиқ бўғмининг шикастланишлари.....	292
<i>Болдир-ошиқ бўғми бойламларининг шикастланиши.....</i>	<i>293</i>
<i>Тўпиқларнинг синиши.....</i>	<i>294</i>
<i>Ошиқ суягининг синиши ва чиқиши.....</i>	<i>300</i>
10 - б о б. Оёқ панжаси суякларининг синишлари ва чиқишлари.....	302
<i>Оёқ панжасининг ошиқ суяги остидан чиқиши.....</i>	<i>302</i>
<i>Товон суягининг синиши.....</i>	<i>303</i>
<i>Оёқ панжаси кафт олди суякларининг синиши.....</i>	<i>305</i>
<i>Лисфранк бўғлида чиқиши.....</i>	<i>307</i>
<i>Кафт суяклари ва бармоқлар фалонгаларининг синиши.....</i>	<i>308</i>
<i>Оёқ панжаси бармоқларининг чиқиши.....</i>	<i>308</i>
11 - б о б. Болаларда оёқлар шикастланишининг ўзига хос хусусиятлари.....	308
<i>Сон суягининг синиши.....</i>	<i>308</i>
<i>Тизза бўғмининг шикастланишлари.....</i>	<i>315</i>
<i>Болдир ва оёқ панжаси суякларининг синиши.....</i>	<i>319</i>
12 - б о б. Умуртқа поғонасининг асоратсиз шикастланишлари.....	323
<i>Умуртқа таналарининг чиқиши ва синиши.....</i>	<i>323</i>
<i>Қарияларда умуртқаларнинг синиши.....</i>	<i>324</i>
<i>Умуртқаларнинг кўндаланг ўсиқларининг синиши.....</i>	<i>335</i>
<i>Умуртқалар ўткир ўсиқларининг синиши.....</i>	<i>336</i>
<i>Ўткир ўсиқлар усти ва орасидаги бойламларнинг шикастланиши.....</i>	<i>336</i>
13 - б о б. Умуртқа поғонасининг асоратланган шикастланишлари.....	339
<i>Умуртқа поғонасининг асоратланган шикастланишлари клиникаси.....</i>	<i>340</i>
<i>Умуртқа поғонасининг асоратланган шикастланишида жарроҳлик даволаш талойиллари.....</i>	<i>343</i>
14 - б о б. Чаноқ суякларининг шикастланишлари.....	345
<i>Қирраларнинг синиши.....</i>	<i>348</i>
<i>Чаноқ ҳалқаси бутунлигининг бузилмай синиши.....</i>	<i>350</i>
<i>Чаноқ ҳалқасининг бутунлиги бузилиши билан кечадиган чаноқ суякларининг синиши.....</i>	<i>351</i>
<i>Бир вақтнинг ўзида олдинги ва орқа ярим ҳалқалари бутунлигининг бузилган шикастлари (Мальген синиши).....</i>	<i>353</i>
<i>Қўйлич косасининг синиши.....</i>	<i>355</i>

15-боб. Ёш болаларда умуртқа поғонаси ва чаноқ шикастланишларининг хусусиятлари.....	357
<i>Умуртқа поғонасининг асоратланмаган синиши.....</i>	<i>357</i>
<i>Чаноқ шикастланишлари.....</i>	<i>359</i>
16-боб. Калла қутиси ва бош миянинг ёпиқ ва очиқ шикастланиши.....	364
<i>Калла қутиси ва бош мия шикастлари таснифи ва патогенези.....</i>	<i>364</i>
<i>Калла қутиси ва бош мия ёпиқ шикастлари клиникаси ва ташхислаш.....</i>	<i>364</i>
<i>Бош мия нинг чайқалиши.....</i>	<i>366</i>
<i>Бош мия лат ейиши.....</i>	<i>367</i>
<i>Эпидурал (Экстрадурал) қон қуйилиши.....</i>	<i>369</i>
<i>Субдурал гематома.....</i>	<i>369</i>
<i>Мия ичи гематомаси.....</i>	<i>369</i>
<i>Калла қутиси ва бош мия жароҳатларида беморларни текшириш.....</i>	<i>370</i>
<i>Калла қутисини очиқ жароҳатлари.....</i>	<i>372</i>
<i>Калла қутиси ва бош мия оғир шикастланишини даволаш.....</i>	<i>374</i>
17 - б о б. Болаларда калла қутиси ва бош мия шикастланишининг ўзига хос хусусиятлари.....	376
18 - б о б. Кўкрак қафасининг очиқ ва ёпиқ шикастланишлари.....	379
<i>Кўкракнинг ёпиқ шикастланишлари.....</i>	<i>379</i>
<i>Қобирғалар синиши.....</i>	<i>380</i>
<i>Туш суягининг чекланган синиши.....</i>	<i>382</i>
<i>Пневмоторакс.....</i>	<i>385</i>
<i>Гемоторакс.....</i>	<i>386</i>
<i>Кўкракнинг оғир ёпиқ шикастланишларини даволаш.....</i>	<i>387</i>
<i>Кўкракни тешиб кирган шикастланишлар.....</i>	<i>389</i>
19 - б о б. Болаларда кўкрак қафаси ва елка камарининг шикастланишлари.....	392
<i>Кўкрак қафасининг шикастланишлари.....</i>	<i>392</i>
<i>Елка камарининг шикастланишлари.....</i>	<i>394</i>
20-боб. Кўплаб шикастланиш. Таянч-ҳаракат тизимининг кўплаб ва қўшилиб келган шикастланишлари.....	398
<i>Кўплаб шикастланишининг умумий масалалари.....</i>	<i>398</i>
<i>Шифохонада бўлган босқичда ёрдам кўрсатиш хусусиятлари.....</i>	<i>400</i>
21 - б о б. Таянч-ҳаракат тизимининг шикастланиш асоратлари.....	403
<i>Шикастланиш қарахтлиги.....</i>	<i>403</i>
<i>Тромбоземболия.....</i>	<i>406</i>
<i>Ёғэмболияси.....</i>	<i>408</i>
<i>Шикастланиш ва операциядан кейинги остеомиелит.....</i>	<i>410</i>

У Ч И Н Ч И Қ И С М

ОРТОПЕДИЯ

1 - б о б. Скелетнинг системали касалликлари.....	412
<i>Хондродистрофия.....</i>	<i>412</i>
<i>Дисхондроплазия (Олье касаллиги).....</i>	<i>413</i>

<i>Фиброз бириктирувчи тўқима остеодисплазияси (Брайцев-Листенштейн касаллиги).....</i>	<i>414</i>
<i>Тақамиллашмаган суякланиш.....</i>	<i>415</i>
<i>Эндокрин ва алиментлар остеодистрофия.....</i>	<i>416</i>
2 - б о б. Қўл ва оёқларнинг ривожланиш нуқсонлари.....	420
<i>Туғма ампутация.....</i>	<i>421</i>
<i>Айрим сегмент ёки бўғимлар ривожланишининг бузилишлари.....</i>	<i>421</i>
<i>Туғма сохта бўғим.....</i>	<i>421</i>
<i>Қўл ривожланишининг туғма нуқсонлари.....</i>	<i>422</i>
3 - б о б. Оёқнинг туғма деформациялари (нуқсонлари).....	426
<i>Сон суягининг туғма чиқиши.....</i>	<i>426</i>
<i>Сон суяги бўйнининг Варусли деформацияси.....</i>	<i>436</i>
<i>Туғма маймоқлик.....</i>	<i>437</i>
4 - б о б. Бўйин, елка камари ва кўкрак қафасининг деформациялари..	442
<i>Туғма мушакли қийшиқ бўйин.....</i>	<i>442</i>
<i>Клиппел – Фейл касаллиги.....</i>	<i>445</i>
<i>Гризел касаллиги.....</i>	<i>446</i>
<i>Бўйин қовурғаси.....</i>	<i>447</i>
<i>Қанотсимон бўйин.....</i>	<i>447</i>
<i>Шпренгел касаллиги.....</i>	<i>448</i>
<i>Қанотсимон курак.....</i>	<i>448</i>
<i>Кўкрак қафасининг деформациялари.....</i>	<i>449</i>
5 - б о б. Умуртқа поғонасининг ривожланиш аномалиялари.....	451
<i>Люмбализация ва сакрализация.....</i>	<i>452</i>
<i>Умуртқанинг битмаслиги.....</i>	<i>453</i>
<i>Тропизм ва унинг аномалиялари.....</i>	<i>453</i>
<i>Ярим ён улуртқа.....</i>	<i>455</i>
<i>Спондилолиз.....</i>	<i>455</i>
<i>Спондилолистез.....</i>	<i>456</i>
6 - б о б. Қад-қомат нуқсонлари. Сколиоз.....	458
<i>Қомат нуқсонлари.....</i>	<i>458</i>
<i>Сколиоз.....</i>	<i>462</i>
7 - б о б. Деформацияловчи артроз.....	47
8 - б о б. Умуртқа поғонасининг дегенератив касалликлари... Остеохондроз.....
<i>Тарқалган остеохондроз.....</i>	<i>.....</i>
<i>Остеохондрознинг ўткир даврида даволаш принциплари.....</i>	<i>.....</i>
<i>Остеохондроз хуружи бўлмаган вақтларда консерватив даволаш принциплари.....</i>	<i>.....</i>
<i>Остеохондрозни жарроҳлик йўли билан даволаш принциплари..</i>	<i>.....</i>
<i>Остеохондроз профилактикаси.....</i>	<i>.....</i>
<i>Спондилез.....</i>	<i>.....</i>

Спондилоартроз.....	489
9 - б о б. Остехондропатиялар.....	490
Сон суяги бошчасининг остехондропатияси (<i>Легг—Кальве—Пертес</i> касаллиги).....	491
Чаноқ-сон ва тизза бўғимларида бўлакловчи остехондроз (<i>Кениг</i> касаллиги).....	492
Катта болдир суяги дўмбоқчасининг остехондропатияси (<i>Осгуд—Шлаттер</i> касаллиги).....	493
Оёқ панжаси қайиқсимон суягининг остехондропатияси (<i>Келлер I</i> касаллиги).....	494
Оёқ панжаси кафт суяклари бошчасининг остехондропатияси (<i>Келлер II</i> касаллиги).....	494
Яримойсимон суякнинг остехондропатияси (<i>Кинбек</i> касаллиги).....	494
Умуртқа танасининг остехондропатияси (<i>Кальве</i> касаллиги).....	495
Травматик спондилит (<i>Кюммел</i> касаллиги).....	495
Умуртқаларнинг остехондропатияси (<i>Шейерманн—Маукасалиги</i>).....	496
10 - б о б. Суяк ўсмалари.....	496
Тоғай тўқимаси ўсмалари.....	496
Суяк тўқимаси ўсмалари.....	498
Суяк ўсмаларини даволаш принциплари.....	503
11-боб. Паралитик деформациялар.....	505
Спстик фалаж.....	505
Суст фалажлик.....	510
12-боб. Оёқ панжаси деформациялари.....	512

Ҳ.А.МУСАЛАТОВ, Г.С.ЮМАШЕВ

*тахрири остида қайта ишланган ва тўлдирилган русча
тўртинчи нашридан таржима*

**ТРАВМАТОЛОГИЯ ВА
ОРТОПЕДИЯ**

*Ўзбекистон фан арбоби профессор Ш.Ш. Ҳамраев тахрири остида ўзбек
тилида тайёрланган*

**Муҳаррир Э.Бозоров
Тех.муҳаррир М.Алимов
Саҳифаловчи А.Рўзиев**

Босишга рухсат этилди 02.08.07 й. Қоғоз бичими 60x90 $\frac{1}{16}$.
Босма табағи 33,18. Адади 500. Буюртма № 94.

**“IQTISOD-MOLIYA” нашриёти,
700084, Тошкент, Ҳ.Асомов Кўчаси, 7-уй.
Шартнома № 35-2007**

**“Сано-Стандарт” босмахонасида чоп этилди.
Тошкент шаҳри, Широқ кўчаси, 100-уй.**

