

**М.И. Азимов**

**ЮЗ-ЖАҒ ТРАВМАТОЛОГИЯСИ**

(Тиббиёт ўқув юртлари талабалари учун дарслик)

Тошкент-2011

## Сўзбоши

“Юз-жағ траматологияси” дарслиги стоматология факультети талабалари учун шу фан бўйича тузилган намунавий ўқув дастури асосида ёзилди. Бугўнги кунда юз-жағ жароҳатлари камайиши кузатилаётгани йўқ, аксинча транспорт воситалари сони ва тезлигининг ошиши, қишлоқ хўжалиги ва саноат корхоналарига тез харакатланувчи қудратли илғор техниканинг кириб келиши жароҳатларнинг маълум даражада оғирроқ кечиши ва хилма-хиллиги кўпайишига олиб келмоқда. Шунингдек табиий оғатлар ҳам (ер қимирлаши, сел келиши ва тошқинлар техноген фалокатлар сингари) жароҳатлар сононинг ортишига сабаб бўлди. Мамлакатимиз худудига ёвуз ниятли кириб келаётган террорчиларнинг қўпорув ишлари ҳали ҳам учраб турибди. Ватанимиз фуқароларига доимо ҳар қандай вазиятларда юқори малакали ёрдам кўрсатиш учун тиббиёт олийгоҳлари талабалари юз-жағ жароҳатларининг ўзига хос хусусиятларини, мавжуд ташхислаш ва даволаш услубларини мукаммал билишлари лозимлиги шак шубҳасиз. Шу боис ушбу дарсликда аксарият учрайдиган жароҳатлар, уларнинг юз-жағ соҳасида кечиши, ташхислаш, даволаш усуллари тиббиётнинг замонавий ютуқларини эътиборга олган ҳолда ёритилди. Дарсликда Россия ва Ҳамдўстлик мамлакатлари олимларини ҳамда Тошкент Тиббиёт Академияси профессор-ўқитувчиларининг клиник қўзатувлари келтирилган.

Мазкур дарслик ўзбек тилида биринчи марта нашр этилмоқда, шундай экан, камчиликлардан холи эмас, албатта. Дарсликдан фойдаланиланиш жараёнида аниқланган камчиликларни тузатиш ва мазмунини тўлдириш мақсадида билдирилган барча фикр ва таклифларни муаллиф қабул қиласи ва мамнуният билан миннатдорчилик билдиради.

Муаллиф

Тиббиёт фанлари доктори, профессор М.И.Азимов

## Мундарижа

### I Боб.Юз-жағ соҳаси жароҳатлари

Юз юмшоқ тўқималари жароҳатлари (таснифи, клиник манзараси)  
Юз юмшоқ тўқималари жароҳатларининг асоратлари  
Юз соҳаси юмшоқ тўқималари жароҳатларига ишлов бериш  
тамойиллари

### II Боб.Тишлар, альвеоляр ўсиқ ва пастки жағнинг отилмаган жароҳатлари.

Тиш жароҳатлари  
Тишнинг синиши  
Альвеоляр ўсиқнинг синишлар

### III боб.Пастки жағ суюклари жароҳатлари

Жағ суюклари жароҳатлари таснифи  
Пастки жағ синишининг клиник манзараси ва ташхислаш  
Пастки жағ синишига хос клиник белгилар  
Тиш қаторидаги синишларнинг клиник манзараси  
Бўғим ўсиғининг синишлари

### IV Боб.Юқори жағнинг синишлари

Юқори жағ синишининг клиник манзараси ва ташхислаш

### V Боб.Жағлар синишларини даволаш

Жағлар синганда вактинчалик иммобилизация  
Доимий (даволовчи) иммобилизация  
Консерватив даволаш  
Пастки жағнинг синган бўлакларини оператив маҳкамлашга  
кўрсатмалар ва асосий усуслари  
Жағ танасида остеосинтез операциясини бажариш техникаси  
Пастки жағ-бўғим ўсиғининг синишларини жарроҳлик даволаш  
усуслари  
Юқори жағ синишини жарроҳлик усулида даволаш  
Жағлари синган bemorlarни умумий даволаш ва парваришлиш  
принциплари

### VI Боб.Юз суюкларининг синишлари

Ёноқ суяги ва ёйининг синишлари(таснифи, клиник манзараси,  
ташхислаш ва даволаш)  
Бурун суюклари синиши (таснифи, клиник манзараси, ташхислаш ва  
даволаш)

VII Боб.Юз ва жағларнинг ўқ отув қуролларидан жароҳатланиши.

Ўқ қуролларинг жароҳатларини умумий тафсилоти, ўқ қуролларидан олинган жароҳатлар таснифи, клиник манзараси.

Юз айрим соҳаларини укли жароҳатлари, хусусиятлари, ярадорларга ёрдам кўрсатиш тартиби.

Пастки жағнинг отилган жароҳатлари

Юқори жағнинг отилган жароҳатлари

Альвеоляр усик ва тишларнинг ўқли (отилган) жароҳатлари

Ёноқ суяги ва ёйининг отилган жароҳатлари

Юз-жағ соҳаларининг биргаликдаги жароҳатлари

Юз-жағ соҳалари тўқималаридаги жароҳатларнинг асоратлари

VIII Боб. Куйишлар

Термик куйиш, умумий тафсилоти, таснифи, ташхислаш

Бош, юз ва буйин куйишининг хусусиятлари

Электр токидан куйиш

Кимёвий куйиш

Музлаш

Юз ва оғиз бўшлиғи аъзоларининг биргаликдаги турли

жароҳатланишлари

# **I БОБ. ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИ ЖАРОҲАТЛАРИ**

## **Юз юмшоқ тўқималари жароҳатлари**

### **(таснифи, клиник манзааси)**

Юз-жаг жароҳатлари – умумий травматология фанида қабул қилинган тасниф асосида фарқланади. Жароҳатлар келиб чиқиш сабабларига кўра қўйидаги икки тоифага бўлинади:

1. Ишлаб чиқаришда юзага келадиган жароҳатлар:
  - а) саноатда; б) қишлоқ хўжалигида.
2. Ишлаб чиқариш билан боғлиқ бўлмаган жароҳатлар:
  - а) майший; б) транспорт; в) кўчадаги; г) спортдаги; д) бошқалар.

**Саноат ишлаб чиқаришида жароҳатланиш** статистикаси унинг йўналишларига боғлиқ. Адабиётда келтирилган маълумотларга кўра, саноат ишлаб чиқаришида жароҳатланиш стоматологик бўлимлардаги bemорларнинг 8,1% – 12,4%ини ташкил қиласи. Шаҳарлардаги стоматологик бўлимларда бу кўрсаткич 8,0–8,4%ни ташкил қилса, вилоятлардаги бўлимларда 13,3–20,6%гача етади. Жароҳат бирон бир деталь, асбоб ёки ҳаракатдаги предметлар (транспортер, трос, пилорама, гўла ёки тахта ричаг сифатида фойдаланилганда, машина моторини ишлатиш учун қўлланиладиган соп) рўпарадан зарб билан урилиши натижасида юзага келади. Ишлаб чиқаришдаги жароҳатлар, одатда, ишчилар техника хавфсизлиги қоидалари ва ишлаб чиқариш интизомига риоя қилмаганликлари оқибатида юзага келади.

**Қишлоқ хўжалик ишлаб чиқаришидаги жароҳатлар.** Бугўнги кунда қишлоқ хўжалигининг замонавий техник таъминоти ҳисобига, ишлаб чиқариш билан боғлиқ жароҳатлар тобора кўпайиб бормоқда. Одатда, қишлоқ хўжалигидаги жароҳатлар деганда, уй ҳайвонлари етказган жароҳатлар (от, хўкиз, туя, эшак, сигир сузиши, тепиши, тишлиши ва шу кабилар) тушунилади. Шунингдек, қишлоқ хўжалигига ишлатиладиган билан ишлашда (ер ҳайдовчи, ўрувчи, кавловчи ва бошқа машиналардан

фойдаланилганда) хавфсизлик техникасига риоя қилмаслик оқибатида ана шундай кўнгилсиз ҳолатлар юзага келади. Адабиётларда келтирилишича, тўқималарга нисбатан тақсимланганда, 85–87,4% жароҳатлар–юз-жағ суюклига, 12,6–15% жароҳатлар эса юмшоқ тўқималарга тўғри келади.

**Маиший жароҳат** деганда, муштлашиш, йиқилиш оқибатида олинган жароҳатлар тушунилади. Юз-жағ жароҳатлари орасида маиший жароҳатлар 22,5%–92,1%ни ташкил қилади. Ўртacha қилиб олганда, бу кўрсаткич 75,2% га тўғри келади. Маиший жароҳатланиш кўпроқ йилнинг иссиқ май-сентябр ойларида юз беради. Жароҳатларнинг 70%и муштлашиш, 7%и йиқилиш ва қолганлари бошқа сабаблар туфайли юзага келади.

**Транспорт туфайли вужудга келган жароҳатлар** деганда, йўл-транспорт ҳодисалари натижасида олинган жароҳатлар тушунилади. Статистика маълумотларига кўра, бугўнги кунда автомобиль йўлларидағи ҳодисаларда 8 миллионга яқин инсонлар жароҳат олади, шулардан 250–300 минг киши ҳалок бўлади. Бу турдаги жароҳатларга кўп сонли, бош суюкларининг синиши ва оғир клиник кечиш хосдир. Эркаклар аёлларга нисбатан 5 маротаба кўпроқ жароҳатланадилар. Адабиётлардан маълумки, йўл-транспорт ҳодисаларидан шикастланишлар, шу жумладан, юз-жағ соҳалари жароҳатлари 34,8–63,32%ни ташкил этади ва кўпроқ йилнинг иссиқ ойларида кузатилади. Транспорт воситаларига нисбатан 49,3%– автотранспорт, 17,8%–мототранспорт, 13,2%–велосипед ва 6,4%–бошқа транспорт воситалари сабабчи бўлади.

**Кўчада жароҳатланиш** деганда, транспорт воситаларининг иштирокисиз жароҳатланиш тушунилади. Кўча носозликлари: чуқурлар, усти очилиб қолган канализация люклари, синган зиналар ва бошқа шу каби камчиликлар, ноқулай об-ҳаво шароитлари (қор, ёмғир, яхмалак) пиёталарнинг йиқилишига, чуқурликларга тушиб кетиши ва шикастланишига сабаб бўлади.

**Спорт жароҳатларига** машғулот ва ҳар хил мусобақалар даврида олинган жароҳатлар киради. Улар 3,5%–4,3% ҳолларда учрайди. Спортда жароҳатлар кўпроқ юз-жағ ва бошқа соҳаларга тўғри келади. Жароҳатлар

күпроқ футбол, велоспорт, бокс, кураш–жанг санъати каби спорт турларида учрайди.

Бошқа жароҳатланишлар хушдан кетиш, тасодифан урилиш натижасида ҳамда эпилепсия (тутқаноқ) хуружи ва тиш олиш вақтида шу бошқа жароҳатланишлар ҳам юзага келиши мумкин.

Юз-жағ жароҳатларининг кўпгина таснифлари мавжуд бўлиб, уларни ҳар томонлама тўлиқ ифодаловчи тасниф 1984 йилда эълон қилинган. Бу таснифга кўра, асосан: механик, комбинацияланган (қўшилган), термик жароҳатлар (куйиш, музлаш ёки совук олиш) сингари жароҳат турлари фарқланади.

### **Механик жароҳатлар**

#### **1. Жойлашиши бўйича:**

А. Юмшоқ тўқималар:

- а) тил
- б) сўлак безлари
- в) йирик қон томирлари
- г) йирик нерв толалари

Б. Суякларнинг жароҳатлари:

- а) пастки жағ
- б) юқори жағ
- в) ёноқ суяклари
- г) бурун суяклари ва бошка суяклар.

#### **2. Жароҳатнинг тоифлари:**

Тешиб ўтувчи, кўр, ялаб ўтувчи, оғиз бўшлиғи билан туташувчи, оғиз бўшлиғи билан туташмаган, бурун ва унинг ёндош бўшлиқларига туташувчи.

#### **Жароҳатланиш механизми бўйича:**

А – отув қуролларидан ўқли, ўткир бўлакчалар зўлдирли, найзасимон элементлардан.

Б – механик таъхисидан урилган, кесилган, чопилган, эзилган, йиртилган, санчилган, тишланган.

Бугўнги кунда икки ва ундан қўп анатомик соҳалар шикастланган жароҳатлар травматологияда **қўш жароҳат** деб аталади. Бир анатомик соҳа ёки бир аъзога бир вақтнинг ўзида икки ва ундан ортиқ шикастловчи ҳар хил омиллар таъсир этса, унда **комбинацияланган** (қўшилган) аралаш жароҳат юзага келади. Икки ёки ундан ортиқ жароҳатловчи турли таъсирлар

натижасида юзага келган жароҳатга – қўшилган, яъни “**комбинацияланган**” жароҳат дейилади. Масалан, куйиш ва урилиш, куйиш ва ўқдан яраланиш.

Юқорида келтирилган таснифда юз («юмшоқ тўқималар» жароҳатлари)нинг айрим аъзолари, чунончи «йирик нерв толалари» ва йирик қон томирлари жароҳатлари алоҳида ажратилган, чунки бундай жароҳатларда даволаш тадбирлари ўзига хос тарзда ўтказилиши пировард натижада катта аҳамият касб этади.

Ҳалқаро таснифда одам танаси шартли равишда етти анатомик соҳага бўлинган: бош, кўкрак, бўйин, қорин, тос, умуртқа ва оёқ-қўллар. Агар шу соҳаларнинг биттаси шикастланса, **чегараланган жароҳат** деб, икки ва ундан зиёт соҳалар шикастланса, **кўп сонли жароҳат** деб юритилади.

Таъсир этувчи бир турдаги омил, масалан, фақат ўқ битта анатомик соҳа (лунж)ни шикастлаган бўлса,, жароҳат ягона, оддий ҳисобланади. Битта шикастловчи омил (ўқ ёки ўткир узун найза) бир вақтнинг ўзида юз, бўйин ва кўкракни жароҳатлаш мумкин, бундай ҳолат **якка кўп сонли қўшилган жароҳатга** сабаб бўлади. Оддий жароҳатларда шикастловчи ягона омил ташхисда кўрсатилади. Масалан: лунж соҳасининг кесилган жароҳати ёки лунж, пастки лаб ва даҳан ости соҳаларининг йиртилган жароҳати.

Бир анатомик соҳа бир неча турдаги омиллар таъсирида шикастланиши мумкин. Масалан: портлаш натижасида граната парчалари, тош, фишт ва бошқа жисмлар пешона соҳасини жароҳатласа, **қўш жароҳат** деб аталади. Яраланганди, бир вақтнинг ўзида бир неча анатомик соҳалар бир неча тур шикастловчи омиллар таъсири остида жароҳатланса, **кўп сонли қўш жароҳатлар** юзага келади.

Юз-жағ соҳаси жароҳатлари бош мия, кўз, қулоқ-бурун-томуқ аъзолари жароҳатлари билан биргалиқда учраса, уларни **қўш жароҳат** деб таърифланади. Бу тоифадаги ярадорларга ёрдам кўрсатилаётганда қатор мутахассислар, жумладан, нейрохирург, офтальмолог, оториноларингологнинг иштироки албатта зарур бўлади.

Бир қанча аъзо ва тўқималарнинг биргаликдаги жароҳатларида бемор ҳаётини сақлаб қолиш учун зарур бўлган тегишли тадбирлардан келиб чиқсан ҳолда, бирламчи шошилинч ёрдам кўрсатиш ва ихтисослашган бўлимга юборишдан аввал жароҳатнинг оғирлик даражаси аниқланиши ва кўрсатилиши лозим. Ёрдамнинг кетма-кетлиги аниқланади. Мураккаб жароҳатларда шикастловчи омиллар санаб ўтилиши шарт эмас.

## **Юз юмшоқ тўқималарининг жароҳатлари**

Тинчлик даврида юз юмшоқ тўқималарининг жароҳатлари механик таъсир этувчи зарб оқибатида юзага келади. П.З Аржанцев ва бошқалар (1975)нинг маълумотларига кўра, юз-жаф соҳаларидағи юмшоқ тўқималарнинг жароҳатлари билан стоматология бўлимларига мурожаат қилганлар 10%ни ташкил қиласидилар. Жароҳатланганлар – асосан 20–45 ёшдаги эркаклар. Жароҳатланиш сабабларига кўра, биринчи ўринда – майший, сўнг транспорт, кўча, ишлаб чиқариш ва спорт жароҳатлари туради. Жароҳатнинг оғирлик даражаси ҳамда **кўлами** зарб берувчи воситанинг шакли ва зичлигига, зарбнинг кучига, шунингдек, шикастланган тўқиманинг анатомик-физиологик хусусиятларига боғлиқдир.

Юз юмшоқ тўқималаридаги жароҳатларнинг ўзига хос хусусиятларидан келиб чиқсан ҳолда, улар икки тоифага бўлинади:

- 1. Юз юмшоқ тўқималарининг алоҳида жароҳатлари:** а) тери ва шиллиқ қопламаларнинг бутунлиги сақланиб қолган (лат ейиш, шилиниш, яра); б) тери ва шиллиқ қопламалар бутунлигига шикаст етиши билан кечадиган жароҳатлар.
- 2. Юз юмшоқ тўқималарининг суюклар билан биргаликдаги жароҳати:** а) тери ва шиллиқ қопламаларнинг бутунлиги сақланиб қолган (лат ейиш); б) тери ва шиллиқ қопламалар бутунлигига шикаст етиши (шилиниш, яра) билан кечадиган жароҳатлар.

Лат ейиш юмшоқ тўқималарга тўмтоқ юзали жисм билан заб етказилганда ҳосил бўлади. Бунда тери бутунлиги сақланган бўлиб, тери

ости тўқималари сезиларли шикастланади. Тери ости қатлами ва мушаклар эзилиб, улардаги майда қон томирлари ёрилади, **тўқималарга қон қуйилади, қонталаш** (гематома) юзага келади. Юз тўқималарида бўш (фовак) клетчатка кўп бўлгани учун қонталаш тез ривожланади ва атрофга тарқалади. Гематома чегараланган (бир неча сантиметр) ва тарқалган (юзнинг ярмини, баъзан бўйин ва кўкрак соҳасини эгаллайдиган бўлади). Гематома ҳажми бир неча омилларга, жумладан, ёрилган қон томирининг тури (артерия ёки вена), диаметри, томир ичидаги босимга, жароҳатнинг кенглиги, қон ивиш тизимининг ҳолати ҳамда атрофдаги тўқималар(клетчатка, мушак, фасция ва бошқалар)нинг зичлиги ва ўлчамига боғлиқ бўлади. Ёрилган томирдан қон кетиши томир ичи босими ва атроф тўқималардаги ташқи босим тенглашмагунча давом этади.

Юз ўрта қисми жароҳатларида шиш ва қонталаш пастки қовоқ клетчаткасига, конъюнктивага, лаб ва оғиз шиллик пардасига ҳам тарқалади. Жароҳатланишдан сўнг қонталаш терига кўкимтир-қизил ёки кўкимтир тус беради (1-расм).

Куйилган қон ивиб, эритроцитлар гемолизга учраши (парчаланиши) натижасида кислородни бириктириб олувчи дезоксигемоглобин (қорамтири рангли) мет гемоглобинга ва ундан сўнг, аста-секин яшил рангдаги вердогемоглобинга ўтади. Ўз навбатида, вердогемоглобин парчаланиб, гемоседерин (сариқ пигментга)га айланади.

Қонталашнинг рангига қараб, жароҳат неча кунлик бўлганлигини тахмин қилиш мумкин. Кўкимтир-қизил ранг 2–4 сутка сақланади, 5–6-суткаларга бориб, яшил рангга ўтади, 7–10- кунларда сариқ тус олади, 10–14-кунларда (қонталаш кенглигига қараб) тери асл рангига қайтади.

Қон қуйилган тўқимага нисбатан тери ости; шиллик ости, суюк пардаси ости, мушаклараро, фасция ости гематомалари; **жойлашиши бўйича эса – лунж, кўз ости, кўз атрофи, пешона ва бошқа соҳалар гематомалари ажратилади:** Тўпланган қонда патологик микрофлора ривожланишига қараб (инфекцияланган ёки йиринглаган, капсула билан ўралган ёки қотиб қолган

гематомалар фарқланади. Кон томирнинг ҳолатига кўра, гематомаларнинг пульсли, пульссиз ва тўлиб-тошувчи шакллари ажратилади. Тўқималар лат ейиши суяклар синиши билан биргаликда учраши мумкин. Бундай ҳолларда тез катталашиб бораётган қонталаш ва шиш туфайли суяклардаги синишини пайпаслаш усули билан аниқлаб бўлмайди. Шунинг учун суякларда синишиш борлигига шубҳа бўлса, албатта, рентгенологик текширув ўтказилиши лозим.



1-расм. Юз юмшоқ тўқималари гематомаси.

**Юмшоқ тўқималар лат ейишини даволаш:** қарши кўрсатма бўлмаса, жароҳат аниқланиши билан дарҳол шу соҳа сикиб боғлаб қўйилади. Биринчи икки кунда ҳар соат орасида 15-20 дақиқа дам бериб, муз қўйиш (муздек жисм), учинчи қундан бошлиб физиотерапевтик муолажалар: иситувчи дозада (УБ-нурлантириш, соллюкс, УЮЧ-ток, ультратовуш, йод ёки лидаза фонофорези, парафин, иситувчи боғламлар, шунингдек, шикастланган соҳага троксовазин (2%ли гель) гепароид, гепаринли ҳам ва гирудинли бошқа малҳамларни суртиш тавсия этилади. Гематома катта бўлса, кон ивиб қолмасидан туриб, уни шприц ёрдамида тортиб олиш мумкин. Йиринглаш жараёни бошланган ҳолларда жарроҳлик амалиёти (кесма) ўтказилади. Гематома ичидаги қотиб қолиб, атрофида капсула ҳосил қилган бўлса, кесма орқали қириб ташланади ёки кесма орқали қобиги билан бирга атроф тўқималардан ажратиб олинади.

**Шилиниш** – тери юқори қатлами(эпидермис)нинг механик жароҳатидир. Кўпинча юзнинг бўртиб чиққан соҳалари (бурун, даҳан,

пешона, қош, ёнок)да, баъзан юз ва бўйинда учрайди. Аксарият ҳолларда шилиниш юмшоқ тўқималарнинг лат ейиши билан биргаликда учрайди, Н.М. Александров ва бошқаларнинг маълумотларига кўра, шилиниш юз юмшоқ тўқималари жароҳатларининг 13%ини ташкил қиласиди. Шилинган соҳа териси ранги бир оз оқарган, капиллярлари очилиб қолган ва майда нуқталар шаклида қонаётганини кузатиш мумкин. Капилляр қон кетиш қисқа давом этиб тўхтайди ва жароҳат усти пўстлоқ билан қопланади.

**Жароҳат яралари** – тери ва шиллик парда барча қатламлари бутунлигининг механик таъсир остида бузилишидир. Яралар **юза ва чуқур** бўлиши мумкин. Тери, шиллик парда, тери ости клетчаткаси бутунлигига путур етса, **юза яра** ҳисобланади. Юқорида келтирилган тўқималардан ташқари, мушаклар, йирик қон томирлари ва нерв толалари, безлар ҳам шикастланса, **чуқур яра** деб аталади. Яралар оғиз, бурун ва бурун ён бўшликларига, орбитага туташувчи ва туташмайдиган бўлиши мумкин.

Яра келиб чиқиш сабабларига кўра: урилган, йиртилган, кесилган, санчилган, отилган, чопилган, тишланган, эзилган, скальпланган, операцион яраларга бўлинади.

**Урилган яра** – юзаси кичик, тўмтоқ, қаттиқ жисм билан суюкларга яқин бўлган соҳаларга қаттиқ зарб билан урилганда ҳосил бўлади. Яранинг четлари нотекис, териси қизарган бўлиб, дастлабки даврда қонаб туради. Атроф тўқималарда қонталаш кузатилади. Мимика мушаклари ўзи ёрилганида, мушак бўлаклари қисқариши туфайли яра четлари бир-биридан қочиб, кенгайган бўлади. Зарб лунж, юқори ва пастки лабларга тўғри келса, тишлар, оғиз шиллик пардаси жароҳатланади. Натижада, оғиз бўшлиғи микрофлораси ярага тушади. Урилган яраларда оғриқ даражаси ва давомийлиги кесилган яралардагидан кучли бўлади. Урилган яралар кўп ҳолларда суюклар синиши билан биргаликда учрайди.

**Йиртилган яра** – тўқиманинг ҳаддан ташқари тортилиши, чўзилиши натижасида юзага келади. Яра четлари нотўғри шаклда бўлиб, баъзан қонаб туради. Гоҳида яра чуқур бўлиб, бўшликларга давом этиши кучли оғриқ

кузатилиши мумкин. Айрим ҳолларда яра битиши жараёнида унинг четлари некрозга учраши ҳам мумкин.

Юз юмшоқ тўқималарини ўткир предмет (пичоқ, шиша, пластик, темир тунука бўлаклари, ўткир қиррали асбоблар, устара) кесиши натижасида ҳосил бўлган жароҳатлар **кесилган яра** дейилади.

Кесилган яра четлари текис бўлиб, некрозланиш деярли кузатилмайди. Одатда, кесилган яра тўғри чизикли, узун, чукурлиги ҳар хил бўлади. Яра чукур бўлса, мимика мушаклари кесилганлиги ҳисобига унинг четлари узоқашади ва яра тўқималарда кенгайиб, кемтик бордек туюлади. Юз териси таркибида жуда қўп майда мимика мушаклари бор. Тери кесилганда улар қисқариб, яра четларининг ичкарига бир оз қайрилиб қолишига сабаб бўладилар. Яра четларини бир-бирига мослаб ва текис келтириш учун, чок қўйилишидан аввал хусусий тери, тери ости тўқималаридан ажралиши лозим (2-расм).



2-расм. А – юз юмшоқ тўқималари кесилган жароҳати; Б – жарроҳлик ишлов берилгандан кейинги холат.

**Санчилган яра** – ўткир, узун (пичоқ, мих, чангаль, сим, нина ва шу каби) предметлар тўқималарга санчилганда юзага келади(5-расм).

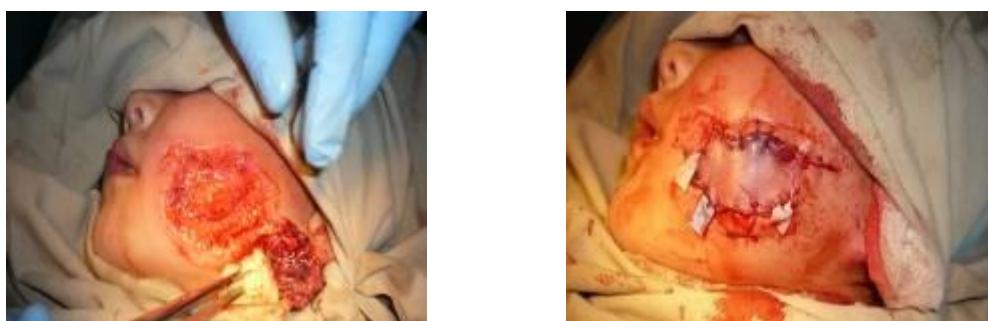
Одатда, бундай яранинг кириш қисми кичик (тор), ўзи турли чукурликда бўлади. Агар яра бўшлиқларга ўтиб борса, унинг кириш ва чиқиш тешиклари ёки дарвозаси бўлади. Санчилган яра четлари, одатда, бир-

биридан узоклашмайди, аммо яра ичида гематома ҳосил бўлиши мумкин. Катта қон томирлари (ташқи уйқу артерияси ва унинг тармоқлари) шикастланган бўлса, ярадан кўп қон кетиши кузатилади. Агарда яра оғиз-ҳалкум ёки трахеяга туташса, аспирацион асфиксия юзага келиш хавфи туғилади.

**Чопилган яра.** Бундай яра ўткир, оғир предмет тўқималарга зарб билан урилганда юзага келади. Кесилган жароҳатдан фарқли ўлароқ, чопилган яранинг четлари жиддий шикастланган бўлади. Аксарият ҳолларда суяк ҳам чопилиб, ҳам синиши ва бўлаклар оғиз, бурун, кўз, калла юқори жағ бўшлиқларига тушиши билан кечади. Бунинг натижасида ярада инфекцияланиш жараёни ривожланиши ва оғир асоратлар хавфи ортади.

Жароҳатга бирламчи ишлов берилаётганда ярада синчковлик билан тафтиш ўtkазиб, майда суяк бўлакларини топиб, олиб ташлаш, асептика ва антисептика қоидаларига қатъий риоя қилиш, шунингдек, ишлов ўтказиш ва асоратларнинг олдини олиш зарур.

**Тишланган яра** – барча турдаги ҳайвон, қуш ёки одам томонидан тишлиш натижасида юзага келади. Яранинг четлари нотекис, эзилган бўлиб, инфекцияланган жароҳат ҳисобланади. Одатда, бурун, қулок, лаб, лунж, қош шикастланади (3-расм).



3-расм. А– лунж соҳаси тишланган жароҳати: Б– жарроҳлик харакатидан кейинги ҳолати.

Тишланган яранинг асосий хусусияти, унинг тишилаган ҳайвон, қуш ёки одамнинг оғиз бўшлиғидаги микрофлора билан ифлосланишdir. Ёввойи ёки уй ҳайвонлари, айниқса, ит тишиланганда жароҳатга қутуриш вируси

тушиши мумкин. Шунинг учун тишланган жароҳат олган беморлар қутуришга қарши эмланиши шарт. Гоҳида тишланган жароҳатдан тўқима узуб олинган бўлиши ва катта кемтиқ мавжудлиги кузатилади. Яра четлари нотекис, эзилган бўлиб, иккиламчи инфекция ривожланиши оқибатида, некрозга учраши мумкин.

**Эзилган(мажақланган) яра** – одатда, қаттиқ зарб ёки оғир жисм остида, сиқилиб қолиш натижасида **тўқималар ҳам эзилади, ҳам титилади**. Бундай жароҳат кўпроқ портлаш натижасида учрайди.

Юмшоқ тўқималар (сўлак безлари, кўз олмаси, кекирдак-трахея, тил, тишлар, йирик қон томирлари ва нерв толалари) билан бир қаторда юз суяклари ҳам жароҳатланади.

**Скальпланган жароҳат** – юмшоқ тўқималарнинг суядан тўлиқ ажралишидир. Одатда, бундай яра юз скелетининг бўртиб чиққан (бурун, пешона, ёноқ, даҳан ва бошқа шу каби соҳаларида учрайди. Бундай яралар атрофдаги ёт моддалар билан ифлосланади.

**Юмшоқ тўқималар жароҳатларининг клиник кечишидаги (жойлашиши билан боғлиқ) хусусиятлари.**

Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасининг жароҳатлари ўзига хос хусусиятларга эга. Чунончи, оғиз ташқарисидаги яра оғиз ичидагидан бир оз каттароқ кўринади. Бу ҳолатни оғиз шиллиқ пардаси хусусиятлари билан тушунтириш мумкин, у сурилувчан, эластик, чўзилувчан бўлганлиги учун яра четлари яқинлашиб қолади ва яра “кичик” бўлиб, кўринади.

**Оғиз атрофи тўқималари жароҳатланганда шиллиқ парда тишнинг ўткир қирралари ёки пластмассали тиш протезларининг парчалари билан шикастланиши мумкин. Бундай жароҳатлар лаблар ва лунж соҳаларида учрайди. Ярадан қўп қон кетади ва доим инфекцияланади. Шиллиқ қават суяқ усти пардаси билан бирикиб кетганлиги боис, альвеоляр ўсиқларнинг вестибуляр ва орал томонларидаги жароҳатлар четларини яқинлаштириб бўлмайди. Ҳалқум, ретромоляр ва оғиз туби соҳалари жароҳатларига қўп қон оқиши, тезда шиш пайдо бўлиши, шунингдек, ютиниш, оғиз очиш ва тил**

ҳаракатларида оғриқ бўлиши ҳарактерли. Инфекция (аэроб ва анаэроб) тушиши ва ривожланиши туфайли асоратлар (флегмона, абсцес) келиб чиқиши мумкин.

Юқори ва пастки лаб жароҳатларида (оғиз айлана мушаги қўндаланг узилганида) яра четлари қочиб, кемтик бордек кўринади. Пастки лаб жароҳатларида (айниқса, нуқсон бўлса), ярадан сўлак оқиб туради. Атрофдаги терининг муңтазам намланиши унинг бичилишига сабаб бўлади. Овқатланиш қийинлашади, талаффуз бузилади.

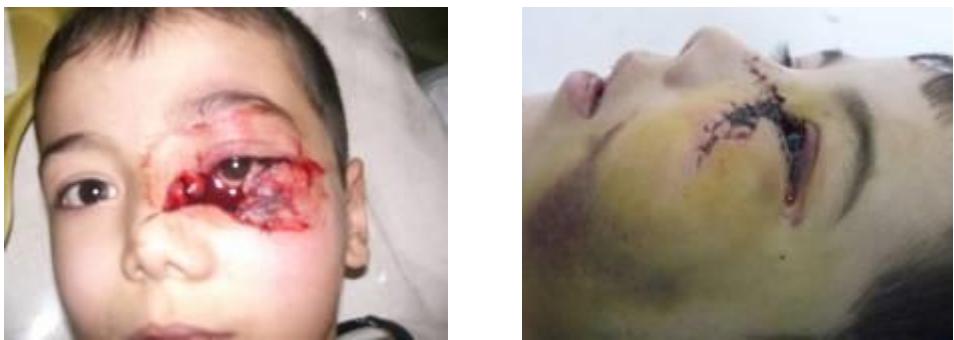
**Қулоқ олди-чайнов ва лунж соҳалари** чуқур жароҳатларида юз нерви толалари ва қулоқ олди сўлак бези шикастланиши мумкин. Бундай жароҳатда юз симметрияси ва мимика мушаклари таранглиги бузилиб, ёш оқиши кузатилади. Шунингдек, сўлак оқма йўлининг шаклланиш эҳтимоли ҳам баланд бўлади (4 - расм).



4-расм. Қулоқ олди– чайнов ва лунж соҳалари чўқур жароҳатлари.

**Жағ ости соҳасининг** жароҳатларига кўп қон кетиши ва тарқалган шиш ҳосил бўлиши хос. Бу соҳада жароҳат чуқур бўлганда кекирдак ҳамда трахея шикастланиши боис, ҳаёт учун хавфли ҳолат юзага келади.

**Кўз атрофи** тўқималаридан аксарият қовоқ ва қош жароҳатланади. Шикаст етган қовоқ ҳаракатлари чегараланади. Яра битгандан сўнг чандиқ қовоқни пастга тортиб, шиллиқ қават ағдарилиб қолишига ва эпикантус ҳосил бўлишига олиб келиши мумкин. Кўз ёши йўли жароҳатланганда, ёш бурун-кўз ёши канали ва қопига эмас, муңтазам равишда ташқарига оқадиган бўлиб, қолади (5-расм).



5-расм. А – кўз атрофи тўқималари жароҳати; Б – жарроҳлик ишловидан кейинги ҳолат.

**Бурун жароҳатлари** қўп қон кетиши билан кечади, атроф қисқа вақт ичида шиш ривожланади, қовоқларда “кўзойнак” шаклида қонталаш юзага келади. Буруннинг ичкарига кирган, айниқса, кемтикли жароҳатлари оғир ҳисобланади. Бурун кемтикли жароҳатлари инфекцияланишга мойил бўлиб, яллиғланишга бурун шаклининг бузилишига ва бемор чехрасининг беўхшов бўлиб, қолишига олиб келади. Шу билан бирга бундай ҳолат бемор рухиятига салбий таъсир этади.

Стоматологлар томонидан беморларга етказилган жароҳатлар алоҳида эътиборга лойик. Тиш сепарацион диск ёки бор билан чархлаш вақтида, бирор сабабга кўра, тил, лаб, оғиз туби тўқималарини – камдан-кам, аммо учраб туради – стоматолог кесиб юбориши кузатилади. Бундай жароҳатлар, одатда, чуқур бўлади, қон томирлари кесилиши туфайли қўп қон кетади. Қисқа вақт ичида тўқималарда шиш ҳосил бўлиб, бемор бесаранжом бўлиб, ваҳимага тушади. Бу ҳолатда, уни шошилинч равишда стационарга етказиш зарур бўлади.

Юздаги барча жароҳатлар, юза ёки чуқур бўлишидан қатъи назар, юз қиёфаси шу қадар ўзгартериши мумкинки, айрим ҳолларда, жароҳатланган bemor ўзини таниши қийин бўлади ва чуқур маънавий изтиробга тушади. Ҳолбуки, танасининг бошқа қисмида айнан шундай жароҳати бўлган bemornинг руҳий ҳолати у қадар таъсирланмай, жисмоний азоб чекиши билангина кифояланади.

## **Юмшоқ тўқималар жароҳатларининг асоратлари**

Юмшоқ тўқималар жароҳатларида юзага келиши мумкин бўлган асоратлар пайдо бўлиш вақти (хронологияси) га қараб, қуйидагиларга бўлинади: **бевосита** (жароҳат олинган заҳоти), **эрта** (эвакуация вақтида ва даволаш жараёнининг биринчи ҳафтасида), **кеч** (бир ҳафтадан сўнг) ривожланган асоратлар.

**Бевосита** асоратларга: ўткир нафас етишмовчилиги, қон кетиши, коллапс, шок киради. **Эрта** асоратлар: асфиксия, нафас етишмовчилиги, ярадан қон кетиши, организмда сув – электролит балансининг ўткир бузилиш синдроми. **Кеч** ривожланган асоратларга эса: – иккиласми қон кетиши, яранинг йирингли яллиғланиши, коллоид ва гипертрофик чандиқлар ҳосил бўлиши, чайнов мушаклари контрактура асаб тизимида–парезлар ва фалажлар, сезувчанликнинг бузилиши, сўлак оқмаси ва бошқалар киради.

**Асфиксия(бўғилиш)** – ўткир ёки ўткир ости гипоксия келтириб чиқарадиган содир этадиган патологик ҳолат бўлиб, нафас олиш, қон айланиши ва асаб тизимлари фаолиятининг кескин бузилишлари билан намоён бўлади. Юз-жағ жароҳатларида кўпроқ механик асфиксия (нафас йўлининг тўсилиб қолиши) учрайди.

Г.М. Иващенко (1951) механик асфиксияни беш хил: дислокацион, обтурацион, стенотик, клапанли ва аспирацион турларга ажратади.

**Дислокацион асфиксия** – тилнинг орқага силжиб оғиз – ҳалқумни ёпиб қўйиши натижасида келиб чиқадиган бўғилиш. Бу ҳолат пастки жағ икки томонлама (айниқса, даҳан соҳасида) синганда юзага келади. Тилнинг орқага силжиши натижасида ҳавонинг ҳалқумга ўтувчи йўли тўсилиб қолади.

**Обтурацион асфиксияда** – бўғилиш сабаби юқори нафас йўлининг ёт жисм, қусук ёки қон қуйқаси билан тўсилиб қолишидир.

**Стенотик асфиксияда** – кекирдак, овоз боғламлари ва боғлам ости тўқима ва оралиқларида ҳосил бўлган шиш ёки гематома кекирдақдан ҳаво ўтказмай қўйиши туфайли бўғилиш содир бўлади.

**Клапанли асфиксияда** – юмшоқ танглай ва ҳалқум деворларининг йиртилган жароҳати сабабли ҳосил бўлган лахтакнинг нафас олингандагу сурилиши ва клапан сингари ҳалқумнинг ҳавонинг трахея ва бронхларга ўтишига тўсқинлик қилиши натижасида келиб чиқадиган бўғилишдир.

**Аспирацион асфиксия** деганда, юқори нафас йўлининг трахея ва бронхларга қусуқ, қон ва оғиз бўшлиғи суюқликларининг тушиши сабабли бўғилиши назарда тутилади.

**Шошилинч ёрдам** – дислокацион асфиксияда жароҳатланган бемор ёнбошга (шикастланган томонга) ёки юзи пастга қаратилиб ётқизилади. Зарурат бўлса, тилидан ип ўтказилади ва тилни тортиб бўйинга ёки боғламга маҳкамланади, шундан сўнг bemor эвакуация қилинади. Жароҳатланган пациент ҳушида бўлса, - ярим ўтирган ёки ярим ётган ҳолатда; беҳуш бўлса, - ёнбошда ётган ҳолда транспортировка қилинади.

**Обтурацион асфиксияда** – оғиз-ҳалқумдан (дока ёки бинт ўралган) бармоқ билан юқори нафас йўлларини қон ва ёт моддалардан тозалаб ташлаб, ҳаво ўтишини таъминлаш зарур.

**Аспирацион асфиксияда** шошилинч трахеотомия операцияси ўтказилади ва кекирдакка интубацион най киритилади. Имконият бўлса, трахеобронхоскоп ёрдамида ўпка визуал текширилади ва вакуум сўрғич ёрдамида трахея ва бронхлардан ёт моддалар (қусуқ, қон) олиб ташланади.

**Трахеотомия** – бу жарроҳлик операцияси бўлиб, унда кекирдак кесилиб, ичига маҳсус най киритилади. Трахеотомиянинг икки услуби фарқланади: **юқори қалқонсимон** безнинг белбоғи устидан ва **пастки** белбоғ остидан.

Трахеостомия ва трахеотомияни фарқлаш лозим. **Трахеостома** – кекирдак очилган сунъий ҳаво йўли, хирургик усул билан кесилган кекирдакнинг четлари кесма четидаги терига тиқилиши натижасида ҳосил бўлади.

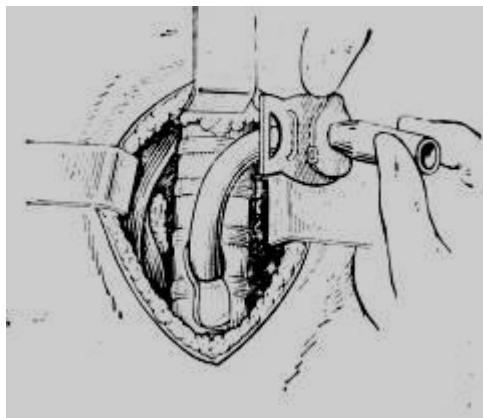
**Трахеотомия** – юқори трахеотомияда қалқонсимон тоғайдан бўйиннинг ўрта чизиги бўйлаб юқори трахеотомияда юқорига қараб ёки пастга қараб

3–5 см узунлиқда тери, тери ости клетчаткаси ва юза фасция кесилиб, тагида ётган иккинчи ва учинчи бўйин фасциялари бирлашиб ҳосил қилган бўйин оқ чизиги ҳам кесилади ва ҳиқилдоқ устидаги мушаклар билан бирга четга суриласди.

Юқори трахеостомия қилинганда қалқонсимон без белбоғи топилади ва ажратиб олинниб, илмоқ билан пастка суриласди, сўнг, капсуласи узуксимон тогайга чок билан маҳкамланади. Шунда кекирдакнинг юқори ҳалқалари ялангочланади. Пастки трахеостомия ўтказилаётганда қон томирлари (*plexus venosus subthyreoideus* ва *a.thyreoidea ima*) шикастланмаслиги учун эҳтиётилик билан ҳаракат қилиш зарур. Кекирдак ҳалқалари ажратилганидан сўнг томирлардан кетаётган қон тўхтатилади, жароҳат қуритилади, бир тишли илмоқ билан кекирдак тешилиб, юқорига тортилади. Скальпель билан 2–3 кекирдак ҳалқаси кўндаланг (қарши томондаги деворини шикастламаслик мақсадида скальпелни чукур киритмасдан) кесилади.

Шу заҳоти кекирдак деворининг шиллик пардаси таъсирланишидан йўтал хуруж қиласди, уни тўхтатиш учун кесмадан кекирдак ичига 2%ли дикаин эритмаси томизилади.

Трахея кенгайтиргич ёрдамида яра четлари очилади ва трахеотомик най тешик (трахеостома)дан кекирдакка (перпендикуляр) тик ҳолатда бироз ичкарига киритилиб, трахея ичи бўйлаб вертикал ҳолатда ўрнатилади. Най “қанотлари” терига теккунча (вертикал қисми) киритилади. Трахеотомик най қанотларидан ўтказилган тасмалар бўйин орқасида боғланади. Най атрофидан ҳаво ўтмаслиги учун бир нечта чок қўйилади. Трахеостомия ва трахеотомик найчага муентазам ишлов бериб турилади, яра четлари яллигланишининг олдини олувчи тадбирлар олиб борилади (6-расм).



6- расм. Трахеотомия (схема).

**Жароҳатдан қон кетиши** бевосита ва кечки бўлади. Жароҳат туфайли шикастланган томирлардан бир қанча вақт ўтиб, қон кетиши тақрорланса, қон кетиши **иккиламчи** ҳисобланади. Иккиламчи қон кетиши эрта, кечиккан ва қайталанувчи бўлиши мумкин.

**Эрта** иккиламчи қон кетиш жароҳат олингандан 1–3 кун ўтганидан сўнг (қон босими кўтарилиши сабабли томирлар ичидаги тромб кўчиб) бошланади.

**Кечиккан** иккиламчи қон кетиши жароҳатдан 5–6 кун ўтганидан сўнг, ярада ривожланаётган яллиғланиш тромбни эритиб юбориши натижасида юзага келади.

**Қайталовчи ёки тақрорланувчи қон кетиши** – жароҳатнинг қайта-қайта қонаши ярада йирингли некротик жараён мавжуд бўлганда, кузатилади.

Қон одам массасининг 6–8%ини ташкил қиласи ёки 4,5–6 литр микдорида бўлади. Жароҳатланган беморнинг аҳволи йўқотилган қон микдори билан баҳоланади.

**Қон кетишида биринчи ёрдам** – ярага босим берувчи қаттиқ боғлам қўйишидан иборат. Ярадан қон тирқираб оқаётган бўлса, (вақтинча тўхтатиш мақсадида), йўғон қон томирини бармоқ билан қаттиқ босиб ушлаб турилади; **юз артериясидан** қон кетишини чайнов *m.masseter* нинг мушагининг олд кирраси пастки жағнинг пастки қиррасига ёпишган соҳани мўлжалга олиб,

бармоқ билан босиб тўхтатилади. Қулоқ дирилдоғини мўлжалга олиб, ундан 1 см олдроқ ва юқорироқни бармоқ билан **чакка юза артерияси** a.temporalis superficialis қонаши босиб тўхтатилади. **Умумий уйқу артериясидан** қон кетса, олтинчи бўйин умуртқасининг кўндаланг ўсиғига босилади (7-расм).

Малакали ёрдам кўрсатилаётганда биринчи навбатда кўрилаиган чора тирқираб қонаётган томирни қисқич билан қисиб қўйиш, боғлаш ёки чок қўйишидан иборат. Яра ичидаги шикастланган томирни топиш қийин кечса, уни ўз йўналиши бўйича 2-3 см узунликда ажратиб олиб, кейин боғланади.



7-расм. Умумий уйқу артерияси ва унинг шоҳларидан кон кетишида вактинчалик кон кетишини тухтатиш. А – Бармоқлар ёрдамида умумий уйқу артериясини буйин умуртқасига қисишиб; Б - Каплан буйича буйин магистрал кон томирларига босим берувчи боғлам; В - Микулич усилида буйин соғ томонига ёстикча билан жгут куйишиб.

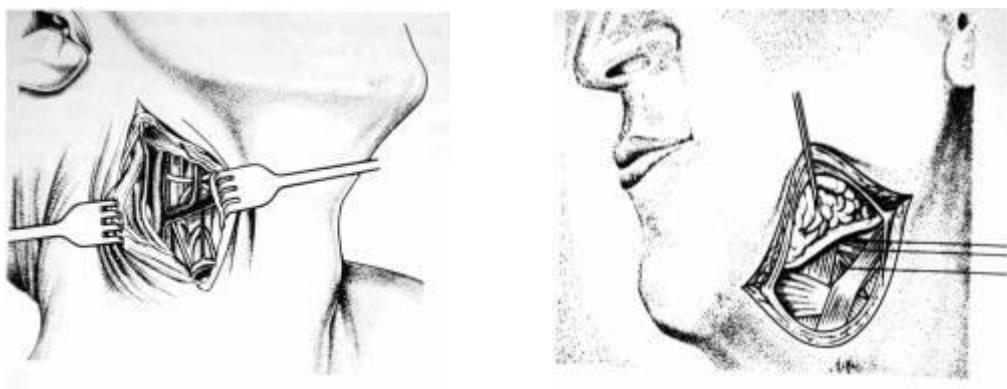
**Ташқи уйқу артериясини боғлаш:** тўш-ўмров-сўрғиҳимон мушакнинг олд томонига параллель қилиб, пастки жағ бурчаги сатҳидан қалқонсимон тоғай сатҳигача бўлган ўлчамда тери, тери сти ёғ клетчаткаси ва тери ости мушаги кесилади. Кесманинг юқори қисмида ташқи бўйинтуруқ венаси топилиб, ажратилади ва четга сурилади ёки боғлаб кесилади. Тўш-ўмров сўрғиҳимон мушакни ва қон-томир нерв тутамини ўраб тўрган парда кесилиб, мушак атрофидаги тўқималардан ажратилади ва ташқарига илмоқ ёрдамида тортилади (8а-расм). Бармоқ билан уйқу артериясининг уриши аникланади. Артерия устида юзнинг умумий венаси, ўнга қуйиладиган веноз чигал томирлари ва тил ости нерви жойлашади. Бу венани дастлаб боғлаб,

сўнг кесиш мумкин. Умумий уйқу артерияси ва ички бўйинтуруқ венаси орасида адашган нерв ўтади. Яранинг ичида қалқонсимон тоғай пайпаслаб топилади. Тоғай сатҳида умумий уйқу артериясининг бифуркацияси жойлашади. Артерия атрофдан тўқималардан ажратилади ва бўлинишдан ҳосил бўлган ички ва ташқи уйқу артериялари бир-биридан фарқлаб олинади. Шуни ёдда тутиш лозимки, ички уйқу артерияси бифуркациядан ажралгандан сўнг тармоқлар бермайди. Ташқи уйқу артерияси шохланади ва ўзидан юқори қалқонсимон ҳамда тил артериялари шохларини беради. Ташқи уйқу артерияси шу икки тармоқ орасида боғланади.

**Юз артериясини боғлаш:** жағ ости соҳасида—пастки жағнинг қиррасидан 2 см пастда, ўнга параллель равишида 5-6 см узунликда тери, тери ости ёғ клетчаткаси кесилиб, тўқималар четга сурилади. Чайнов мушагиниг пастки жағ суягига ёпишган олд қирраси топилади, шу соҳада юз артерияси пульсациядан аникланиб, атрофидаги тўқималардан ажратилади ва боғланади.

**Тил артериясини боғлаш** – юқорида келтирилганидек, жағ ости соҳасида, 5–6 см узунликда кесма ўтказилиб, тўқималар сурилади, жағ ости сўлак бези ажратилиб, юқорига тортилади. Шундан сўнг, Пирогов учбурчагининг чегаралари очиб олинади – олд томонда чап жағ-тил ости мушагининг орқа қирраси; орқа томонда – икки қоринчали мушак орқа қоринчаси пайлари; юқори – тил ости нерви; шу оралиқда тил ости тил мушаклари ичкарисида тил артерияси ўтади. Ана шу мушак толаларини ўтмас йўл билан суриб, артерия топилади, остидан ип ўтказиб боғланади ва кесилади (8б-расм).

Циркуляциядаги (барча фаол қон томирларида) – умумий қон ҳажмидан 20%ининг йўқолиши **ўртача** (коллапс билан кечади); 20–35% ининг йўқолиши **массив** (ўрта ва оғир даражадаги шок билан кечувчи), 35–50% қон йўқотиш эса ҳаёт учун **хавфли бўлган** постгеморрагик анемияга олиб келувчи предагонал ва агонал ҳолат ҳисобланади.



A

Б

8 – расм. А – ташқи уйқу артерияси; Б – тил артерияси;

Қон йўқотиш натижасида аввал геморрагик коллапс, кейин геморрагик шок юзага келиши мумкин. **Коллапс** – бу томирларнинг ўткир этишмовчилиги – қон томирларининг тонуси пасайиб, циркуляциядаги қон массаси камайиши оқибатида ривожланади. Клиник белгилари: артериал ва веноз босимнинг кескин пасайиши, бош мия гипоксияси, хаётий муҳим аъзо ва тизимлар фаолиятининг сусайиши. **Шок** – карахтлик, яъни ҳаётга хавф солувчи ўткир патологик жараён бўлиб, марказий асаб, қон айланиши, нафас олиш тизимларининг ва модда алмашинувининг кескин бузилишлари билан намоён бўлади.

Шок ҳолатига хос белгилар: тери кўкимтири мармар тус олади, ушлаганда муздек сезилади, тирноқ ости тўқималари (қон айланиши секинлашгани сабабли) цианотик рангда, ваҳимага тушиш, онг хиралashiши, диспноэ (хансираш), тахикардия, артериал (системик ва диастолик) босимдаги фарқ камайиши ва тушиши кузатилади.

Қондаги гемоглобин миқдори 80 г/л камайиши ва гематокритнинг 30% га тушиб кетиши (меъёр: болаларда 36–44%, аёлларда 36–47% эркакларда 40–50% бўлиши лозим) қон ёки эритроцитар масса қўйишни талаб этади. Қон кетишидан 8–10 соат кейин гематокрит кўрсаткичлари йўқотилган қонга мос келишини ётда тутиш лозим.

Қон ўткир равишда йўқотилганда, ўрнини тўлдириш мақсадида bemorga зудлик билан қон (ёки бошқа трансфузион суюқлик) “оқизиб” қўйилади.

Босим 80 мм симоб устунига етганидан сўнг, томчилаб юбориш мумкин. Гематокрит 30% ни, эритроцитлар сони  $3.5 \times 10^9/\text{л}$  ни ташкил қилганда—бемор ҳолатини критик даврдан ўтган, яъни бехавотир, деб баҳолаш мумкин бўлади.

**Ўткир нафас етишмовчилиги** жароҳатлангандан сўнг тез орада (эрта) ёки маълум бир вақт ўтиб, (кечиккан) нафас етишмовчилиги келиб чиқиши мумкин. Ривожланиш хусусиятларига кўра, ўткир нафас етишмовчилиги марказий, периферик ва аралаш типларга бўлинади.

**Периферик типдаги нафас етишмовчилиги** пастки жағта бирикувчи тил ва ҳалқум мушакларининг тонуси пасайиши ва ютиниш бузилиши сабабли юқори нафас йўлларини қон, шиллик, қусук массалари ёпиб қўйиши натижасида юзага келади. Бундай ҳолат якка равишда мустақил ёки алоҳида юз-жағ, бош мия ва кўкрак шикастланишлари ҳамда қўш жароҳатларда кузатилади.

**Марказий типдаги нафас етишмовчилиги** юз-жағ ва бош миянинг қўш жароҳатларида кузатилади. Бу типдаги нафас етишмовчилигига юқори нафас йўлларининг ҳаво учун ўтувчанлиги сақланган бўлади, аммо марказий нерв тизимидағи ўзгаришлар туфайли, ҳансираш ва терида сезиларли даражада цианоз (кўкимтирилик) кузатилади. Бундай ҳолатда ларингоскопик назорат остида (эндоназал) бурун ёки оғиз (трансорал) орқали интубация қилиб, ҳаво ўтказадиган най киритиб, bemor аппарат ёрдамида сунъий нафас олишга, яъни ўпка вентиляциясига ўтказилади.

**Аралаш типдаги нафас етишмовчилигига** юқори нафас йўллари ўтувчанлигини таъминлаш ва зудлик билан интенсив даволаш (реанимация) бўлимига етказиб, ихтисослашган тиббий ёрдам қўрсатиш мақсадга мувофиқдир.

## **Юз соҳаси юмшоқ тўқималари жароҳатларига ишлов бериш тамойиллари**

Юз юмшоқ тўқималари ярасига ишлов бериш шу соҳа анатомик-физиологик хусусиятлари ҳамда инсон чехрасига қўйиладиган эстетик талаблардан келиб чиқкан ҳолда бажарилади. **Ярага жарроҳлик ишлови бериш дейилганда, хирургик операция назарда тутилади.** **Операциядан мақсад** – яра битиши учун зарур шароит яратиш: ярага инфекция тушишининг олдини олиш; ярадан қон кетишини батамом тўхтатиш; ёт жисмлар ва ўзгарган тўқималарни олиб ташлаш зарурат бўлса, чок қўйиш ва ҳ.к. шўнга ўхшаш зарур тадбирлар мумкин қадар барвақт ҳамда сифатли ўtkазилиши мақсадга мувофиқдир.

Ярага дастлабки (биринчи бор) берилаётган ишлов **бирламчи жарроҳлик ишлови** деб аталади. Жарроҳлик ишловидан кейинги даврда инфекция тушиши натижасида ярада ривожланган ўзгаришлар сабабли ўтказилган ишлов **иккиламчи (такрорий) жарроҳлик ишлови** деб аталади.

Жароҳатга барвақт (эрта), яъни 24 соат ичида ишлов берилса, **бирламчи жарроҳлик ишлови;** 24-48 соат ичида ўтказилса – **бирламчи кечикирилган жарроҳлик ишлови** дейилади.

Жароҳатдан 48 соат ёки ундан ортиқ вақт ўтганмдан сўнг бажарилган ишлов эса **кеч ўтказилган жарроҳлик ишлови** деб таърифланади.

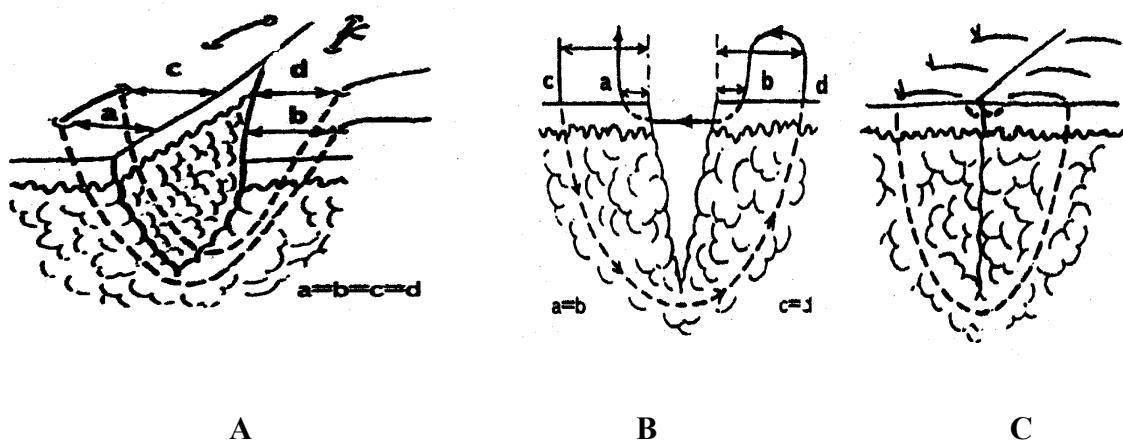
**Юз юмшоқ тўқималари жароҳатларига жарроҳлик ишлови бериши операциясининг ўзига хос хусусиятлари қуйидагилардан иборат:**

- тўлиқ ҳажмда ва барвақт ўтказилади;
- яра четларидан, факат жонсиз (некрозга учраган) тўқималаргина кесиб олиб ташланади;
- жароҳат оғиз бўшлиғига ўтганда, биринчи навбатда, оғиз шиллик пардасига чоклар қўйиб, ундан сўнг, мушак ва терига ишлов берилади, яъни жароҳатга ишлов бериш тартиби ичкаридан бошланиб, ташқи томонга қаватма-қават амалга оширилади.

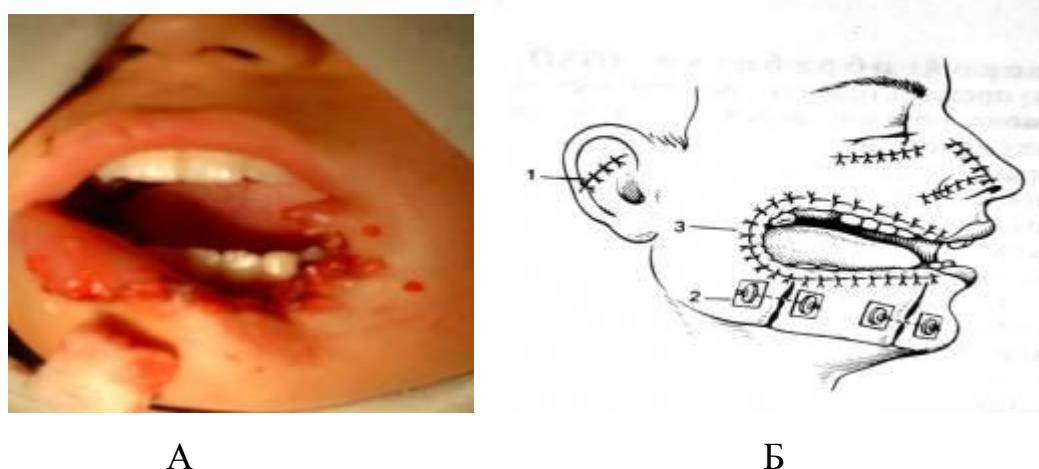
- лаблардаги яраларга жарроҳлик ишлови бериләётганды, чок дастлаб лаб қизил ҳошиясининг терига ўтиш қисмидаги чизиги (Купидон ёйи)га, сўнг шиллиқ парда, мушаклар ва ниҳоят терига қўйилади;
- ярадаги ёт жисм албатта олиб ташланади, истисно сифатида, чуқур (масалан, қанот-танглай чуқурчасида) ётган, олиш учун жароҳатни янада кенгайтириш ва қўшимча жароҳат талаб қиласиган жисмларгина қолдирилади;
- лаблар, қовоқлар, оғиз бурчакларининг кемтикли жароҳатлари четларига чок қўйиш туфайли кўз, ҳамда оғиз бурчаги соҳалари тортилиб ёки ағдарилиб қолиши оқибатида шакл бузилишларига сабаб бўлиши мумкин. Бундай вазиятда яра четлари бўшатилиб, зарурат бўлса, маҳаллий пластика (қўшимча учбурчак лахтаклар ўрнини алмаштириш) услуби ёрдамида нуқсон тўлдирилади;
- қулоқ олди соҳаси жароҳатларида сўлак бези шикастланган бўлса, чоклар биринчи навбатда сўлак бези капсуласига қўйилади; сўнг қолган тўқималар: узилган сўлак найи учлари топиб, уланади (тикиб қўйилади), бундай имкон бўлмаса, най учини оғиз ичида янги жойга чоклар билан маҳкамланади;
- одатда, жароҳатга чоклар зич қилиб қўйилади; фақат ифлосланган ярага кечикирилган жарроҳлик ишлови берилганда, чоклар орасида дренаж қолдирилади;
- жароҳат кенг, четлари жуда “қочган” ва шишган бўлиб, қўйилган чоклар ситилиш эҳтимоли бўлса, яра четларидан 1,0-1,5 см ташлаб, “П” шаклидаги чоклар қўйилади (9- расм);
- лунжнинг катта кемтикли, оғизга ўтувчи жароҳатига ишлов бериләётганды, тери чандиқли контрактураси олдини олиш мақсадида оғиз шиллиқ пардаси яра четлари бўйлаб терига тикиб қўйилади. Пировард натижада, чандиқ билан ўралган кемтикни

кейинчалик пластик усуллар билан бартараф этиш учун қулайлик яратилади (10-расм);

- аксарият жароҳатлар операциядан сўнгги даврда очик усулда боғламсиз олиб борилади;
- тикилган жароҳат қайта (қисман ёки тўлиқ) очилишининг олдини олиш учун чокларни олиш муддатига қатъий риоя қилинади.



9 –Расм. “П” - шаклдаги чокларни қўйиш усуллари. А- горизонтал, В,С- вертикал Мак Милану – Донати усули бўйича (а,б,с,д – яра четидан игна санчиш нуктасигача бўлган масофа).



10-расм. А – оғиз атрофи юмшоқ туқималари нуксонли жароҳати; Б – жароҳатга ишлов берилгандан кейинги ҳолат (1-терида бирламчи жаррохлик ишлови; 2- яра четларини тортиш; 3-шиллиқ қават ва терини БЖИ;).

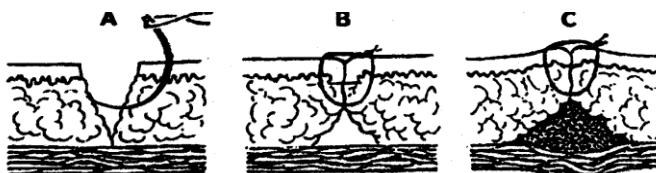
### **Юз-жаг тўқималарига хос хусусиятлар:**

- қон-томирлари билан кўп таъминланганлиги;
- сенсор, моторик ва вегетатив нерв толалари (иннервация)га жуда бойлиги;
- тўқималар регенератор хусусиятининг юқорилиги;
- маҳаллий иммунитетнинг кучлилиги;
- оғиз шиллик пардасининг лизоцимга бой сўлак билан ювилиб турилиши;
- тиш касалликлари ва оғиз, бурун, юқори жағ бўшлиқлари микрофлораси жароҳатни инфекциялантириши.

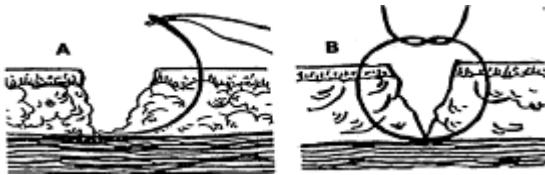
### **Жарроҳлик ишловининг тартиби:**

Биринчи навбатда, ярага антисептик эритмалар билан гигиеник ишлов берилади: яра четлари ювилади; атрофида соч бўлса, қириб ташланади; қайта ювиб, жароҳат юзасида ётган ёт жисм ва ифлос нарсалар олиб ташланади. Маҳаллий анестезия остида гемостаз ўтказилади. Некрозланган тўқималар кесиб ташланади. Жароҳат қаватма-қават зич чоклар билан тикилади (11,12-расм). Чоклар устидан спирт ёки йод эритмалари билан ишлов бериб боғлам қўйилади. Эртаси куни боғлам ечилиб ишлов берилади. Кейинги кунлари ярага ишлов бериш очиқ усулда олиб борилгани маъқул. Ярада яллиғланиш ривожланиб, йиринг тўпланса, чоклар олинниб, йиринг чиқарилади ва дренаж қўйилади.

Яранинг битиши икки турда кечиши: Бирламчи (*per prima*) ҳамда иккиласмчи (*per secunda*), яъни жароҳатда инфекцияланиш жараён ривожланиб, тугалланиши билан битиши мумкин.



11 – расм. Оддий тугунли чок қўйишдаги хатолар. А – нина холати; В – яра четларини бирлаштириш; С – яра остида бўшлиқ ҳосил бўлиб қолиши.



11–расм. Түғри чок қўйиш. А – нина холати; В – яра четларини бирлаштириш.

**Жароҳатнинг бирламчи битишида** – яра четлари бир -бирига фибрин билан ёпишиб, устида қобиқ ҳосил қиласади. Унинг остидаги фибрин грануляцияли тўқимага айланади, усти эпителий ҳужайралари билан қопланиб, кўпинча ингичка чизиқли юпқа чандик ҳосил бўлади.

**Яранинг иккиласми битишида** – яра четлари бир-бирига ёпишмай, орадаги бўшлиқ аста грануляцияли тўқима билан тўлади, кейинчалик устки қисми эпителий билан қопланиб, чандик ҳосил қиласади.

**Жароҳат олган беморларга тиббий ёрдам кўрсатишнинг ташкилий тамойиллари:**

- **Биринчи ёрдам** – жароҳат олинган жойда (ўз-ўзига, ёки ўзаро) кузатилади.
  - **Врачгача бўлган ёрдамни** ўрта тиббиёт ходимлари (ҳамшира ёки фельдшер) кўрсатади.
  - **Биринчи врачлик ёрдами** – асфиксия, қон кетиши ва шокка қарши шошилинч тадбирлардан иборат бўлиб, уларни (мутахассислигидан қатъи назар) шифокор амалга оширади.
- Малакали** (ихтисослашган) **ёрдам** – жарроҳ-стоматолог (юз-жаг жарроҳи) томонидан стоматологик бўлим, поликлиника, травматологик пунктларда ўтказилади.

# **П БОБ. ТИШЛАР, АЛВЬЕОЛЯР ҮСИҚ ВА ПАСТКИ ЖАҒ ЖАРОҲАТЛАРИ**

## **Тишлиар жароҳатлари**

Г.М. Ивашченко (1963) тишлиар жароҳатларини ташхислаш ва даволаш учун қуидаги таснифни таклиф қилган:

*1. Тишиларнинг нотўлиқ (қисман) синиши (пульпа шикастланмасдан):*

а) – эмаль ва дентиннинг ёрилиши (дарз кетиши);

б) – тиш тожида эмаль ва дентиннинг қисман узилиши. Тиш тожи бир четининг синиши.

*2. Тишининг тўлиқ синиши (пульпа шикастланиши билан):*

а) тиш бўшлиғи очилиб қолиши билан синиши (тож қисмида);

б) тиш бўшлиғи очилмасдан синиши (илдизнинг синиши).

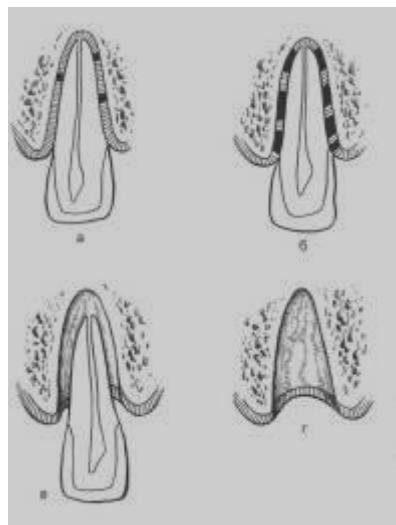
*3. Тишининг тўлиқ (катақчадан узилиб) чиқиши.*

*4. Тишининг қоқилиб суюкка кириб кетиши*

Лат ейиш тиш жароҳатлари орасида кўп учрайди ва нисбатан енгил кечади. Тиш лат еганда атрофдаги периодонт тўқимаси, боғлам толалари, айрим ҳолларда тишни озиқлантирувчи қон томир-нерв тутами қисман узилади ва пульпага қон қуюлади. Травматик периодонтит белгилари намоён бўлади. Электроодонтометрия текшируви ёрдамида пульпанинг ҳолати аниқланади. Динамик кузатувда пульпа некрозга учраганлиги аниқланса, эндодонтик даволаш ўтказилади.

**Тишлиар чиқиши ва синиши** тиш жароҳатларининг 3–4,7% ини ташкил қиласи. Тиш чиқиши деганда, уни ушлаб турган тўқималар узилиши натижасида тишининг ўз катакчасида ҳар томонга ҳаракатчанлиги (қимирилаши) тушунилади. Механик таъсир (йиқилиш, урилишлар) туфайли юқори ва пастки фронтал тишлиар чиқиши кўп учрайди. Тиш ва илдизлар олинаётганда тўғри ва эгилган бурчакли элеваторларни нотўғри ишлатиш (ёнидаги тишлиарга таяниш) оқибатида юзага келади. Тиш катакчасидан

чиққанда периодонт тўқималарининг боғламлари, қон-томир-нерв тутами узилади. Жароҳат олингандага эса, тиш чиқиши билан бир вақтда унинг тож қисми, ёхуд илдизининг альвеоляр ўсиқ ёки жағ суяги синиши билан биргаликда учраши мумкин. Тишларнинг тўлиқ, чала тўлиқ бўлмаган ва суяқ тўқимасига қоқилиб чиқишилари, қадалиб қолиши фарқланади (13-расм).



13-расм. а-г Тишларнинг тўлиқ ва нотўлиқ чиқиши схемаси.

**Тиш тўлиқ бўлмаган (қисман) чиқишида** периодонт тўқималари, боғлам толалари қисман узилиши, сақланиб қолганлари чўзилиб, тишни катақчада ушлаб туриши, қон-томир-нерв тутами узилмай қолганлиги кузатилиши мумкин.

Бемор тищдаги оғриқдан, бармоқ ёки асбоб билан текширилганда унинг кучайишидан, қимирлашидан ёнидаги тишларга нисбатан силжиганлигидан шикоят қиласи. Беморга ташқаридан қаралганда: оғзи ярим очик, юз юмшоқ тўқималари (лаблар, лунжлар)да таъсир этган омил излари (салқиши, юмшоқ шиш, тимдаланиш, шилиниш, қонталаш, лат ейиш, шиллик парда йиртилиши)ни кўриш мумкин.

Тиш орал ёки вестибуляр йўналишда оғганлиги, кесув қирраси атрофдаги қўшни тишлар билан бир текисликда бўлмай, юқори жағдаги тиш пастга, пастки жағдаги тиш эса, мос равища юқорига силжиб қолганлиги

аниқланади. Жағлар ҳаракатланганда, чиққан тиш антагонистига биринчи бўлиб, тегиши сабабли оғриқ пайдо бўлади.

Тиш чиққанда унинг катакчасининг деворлари сақланган бўлади.

**Рентгенологик текширувда:** тишнинг силжиш даражасида “ётиб” қолганлиги учун илдиз калтадек кўринади. Тиш катакчаси туби “бўш” қолганлиги, периодонтал оралиқ кенгайганлиги аниқланади (14-расм).



14 -расм. Марказий ва ён курак тишлар нотўлик чиқиши; периодонтал ёриқ кенгайган.

**Тиш тўлиқ чиққанда** периодонт тўқималари илдиз бўйлаб ва қонтомир-нерв тутами бутунлай узилади, альвеоляр ўсиқ девори синиб тиш катакчадан чиқиб кетади. Катакчадан чиққан тиш периодонтнинг сақланиб қолган айrim толалари, шунингдек, қоннинг адгезив хусусиятлари (икки юзани бир-бирига ёпиштириш) ҳисобига катакчасида “ушланиб” қолиши ҳам мумкин.

**Клиник манзараси:** bemor тиши тушиб, ўрни бўш қолганидан, оғриқдан, қон кетишидан шикоят қиласди. Aйrim bemorлар тишни ўзлари кўлларида олиб келадилар. Тиш катакчаси янги ивиган қон билан тўлган, атрофидаги шиллиқ парда йиртилган, катакча деворларидан бири синган ёки илдиз билан бирга чиқиб кетганлиги аниқланиши мумкин. Текширув ўтказилаётганда, катакча деворлари сақланганлигига эътибор бериш лозим, катакча деворлари фақат синмаган ҳолатдагина тиш 3 сутка давомида реплантация қилиниши мумкин.

**Тиш қоқилиши**, тиш түлиқ чиқишининг кўринишларидан биридир. Вертикал йўналишда таъсир этувчи куч зарбидан илдиз тиш катакчаси тубининг кортикал пластинкасини ёриб, жағнинг ғоваксимон қисмига “қоқилгандек” кириб кетади. Қон-томир-нерв тутами ва периодонт тўқималари бутунлай узилади. Тиш, жағ суюгининг альвеоляр ўсиқ қисмida ёриб, ичкарига кирганлиги учун сиқилиб қолади.

**Клиник манзараси:** bemor, жароҳатланган тишини кўрсата олади, оғриқдан шикоят қиласди. Қаралганда, қоқилиб қолган тиш пастки жағда – қатордагилардан пастроқ, юқори жағда – юқорироқ жойлашган бўлади. Қоқилган тиш ўз ўқи атрофига айланиб, ҳар хил даражада “бурилган” бўлади. Тиш суякка қанча чуқур кирса, шунча калта бўлиб, кўринади. Айрим ҳолларда альвеоляр ўсиқда тишнинг кесув қирраси кўринади, тиш суякда сиқилиб қолганлиги боис қимиirlамайди. Тиш пульпаси некрозга учрайди.

**Рентгенологик текширувда:** тиш альвеоляр ўсиқдан жағ танасига қадалиб кирганлиги, периодонтал ёриқ бутунлай кўринмаслиги; атрофдаги суяк тўқимаси зичлашиб, ўз структурасини йўқотганлиги аниқланади (15-расм).

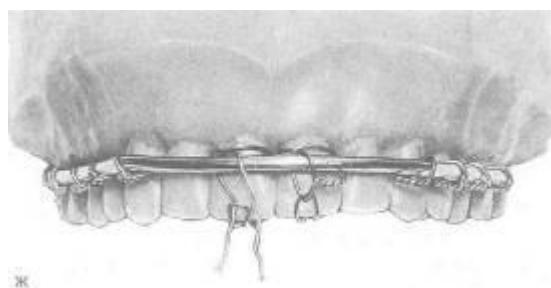


14-расм. Марказий курак тишни қоқилиб чиқиши, периодонтал ёриқ аниқланмайди.

**Даволаи.** 2%ли лидокаин эритмаси билан маҳаллий оғриқсизлантириш остида тўлиқ чиқмаган тиш бармоқлар ёрдамида ўз катакчасига асл ҳолатида қайтарилади (репозиция қилинади).

Репозиция ўтказилаётганда, қўлнинг чап икки бармоқни билан альвеоляр ўсиқнинг икки юзаси сиқилади ҳамда шу билан бир вақтда, ўнг қўлнинг бир бармоқ тиш устига қўйиб босилади. Шундай қилинганда, қонтомир-нерв тутами узилмай қолади. Чиққан тиш жойига қайтарилганидан сўнг албатта иммобилизация қилинади. Икки усулда: скобал ёки каппа шина билан маҳкамлаш (қотириш) мумкин. Букилган шинани лигатура симлар билан тишларга боғлаётганда, қаттиқ сиқилса, жароҳатланган тиш катақчасидан чиқиб кетиши мумкин. Бундай ҳолатнинг олдини олиш учун албатта битта бармоқ билан маҳкамланаётган тишни ёнидагилари билан биргаликда босиб ушлаб туриш ва лигатура симни меъёрида тортиш лозим. Шина мустаҳкамлиги қониқарли даражада бўлмаса, сим боғламлар устига тез қотувчи пластмасса қориб, юмшоқ ҳолатида қўйилади ва тиш оралиқларига босиб қотгунча (полимеризация жараёни тугагунча) ушлаб туриласди, ортиқча пластмасса олиб ташланади. Иммобилизация даври камида икки ҳафта давом этиши мақсадга мувофиқдир (16-расм).

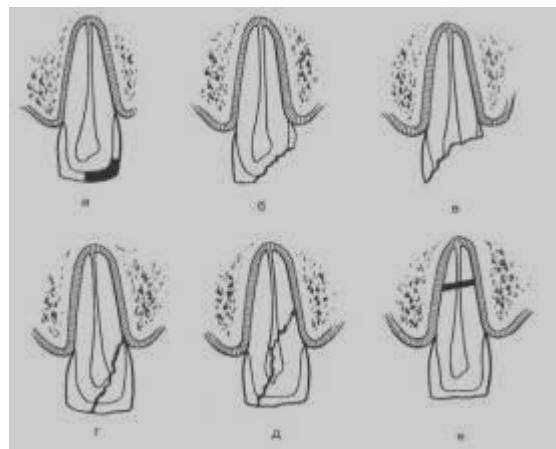
Қоқилиб қолган тиш қўзғатилса, бутунлай чиқиб кетиши мумкин. Шунинг учун тишни ўрнида колдириб, яллиғланиш жараёни ривожланишининг олдини олиш чоралари кўриласди. Тиш маҳкамланганидан сўнг электроодонтодиагностика ўтказиласди. Пульпа некрозга учраган сезувчанлик 60 мАдан ортиқ бўлса, эндодонтик даволаш ўтказиласди.



16-расм. Силлиқ шина ёрдамида тишлар фиксацияси.

**Тиш (Fracturae dentis) синиши.** Тишларнинг тўлиқ бўлмаган ва тўлиқ синишлари фарқланади. Тишларга механик куч маълум йўналишда

зарб билан таъсир этган (йиқилиши, урилиш, зарб оқибатида) юзага келади. Тиш синишида, унинг пульпа (*pulpa dentis*) си заарланиши ёки безиён қолиши мумкин. Тишнинг фақат эмалигина шикастланганда, пульпа ўзгаришсиз қолади. Жароҳат тишнинг эмали ҳамда дентин тўқималарида юзага келса, унинг пульпаси маълум даражада заарланади. Тиш синиши очик (тож қисмида *coronae dentis*): пульпа камераси қисман очилган ёки тиш тожи бутунлай узилган ва ёник (илдиз қисмида) бўлиши мумкин. Синиш чизиги йўналиши тиш баландлиги, яъни, узунаси бўйича, кўндаланг ва қия йўналишда ўтиши мумкин (17- расм).



17-расм. а-е Тиш синиши турлари схемаси.

Тишни зарбнинг механик таъсир этувчи кучини, периодонт тўқимаси ҳам қабул қилиши табиий. Натижада, синган тишда травматик периодонтит белгилари пайдо бўлади.

Тиш олиш операцияси вақтида қўпол ҳаракат қилиш антагонист тишлар (юқори жағдаги тиш олинаётганда омбир пастки жағ тишлари тожини ёки пастки жағ тишлари олинаётганда юқори жағ тишлари тож қисми)ни синдиришга олиб келади.

Амалиётда юқори жағ фронтал тишларининг синиши пастки жағ тишларига нисбатан кўпроқ учрайди. Тишлар илдизлари ўрта, юқори ёки

пастки учдан бир қисмидан ўтиши мумкин. Синиш чизиги илдиз учи ёки ўртасидан ўтса, тишнинг қон-томир-нерв тутами одатда, узилмайди.

**Бемор шикоятлари** синиш жойлашиши (локализацияси)га боғлиқ бўлиб, одатда, механик ва термик таъсирлардан, ёки ўз-ўзидан пайдо бўладиган, тишлаш ва чайнаш вақтида кучаядиган оғриқдан, баъзан эса-сўзлаш қийинлигидан бўлади.

**Клиник белгилари:** ташқаридан қаралганда, оғиз атрофи юмшоқ тўқималарида сезиларли шиш, қонталаш, шилиниш, тимдаланиш, эзилиб йиртилган жароҳат ва шу кабиларни қўриш мумкин. Бемор тишларни тўлиқ жипслаштира олмайди. Илдизи синган айрим тишларнинг тож қисми, пульпасига қон қуйилгани боис, пушти ёки қизғиш тус олади. Синган тиш қимиirlаб қолади, синиш чизиги илдиз учига қанча яқин бўлса, қимиirlаш шунча кам бўлади. Аниқлаш учун чап қўл кўрсаткич бармоғини илдиз проекциясига қўйиб, тиш тожини сагиттал (олд-орқа) қимиirlатиб, синиш соҳасини аниқлаш мумкин. Агар тиш илдизи синмаган бўлса, унинг илдиз бўйлаб қимиirlashi қисман (тўлиқ бўлмаган) чиқишидан далолат беради.

**Даволаи.** Қуидаги жадвалда кўрсатилган тартибда ўтказилади.

### Тиш синишларини даволаш алгоритми

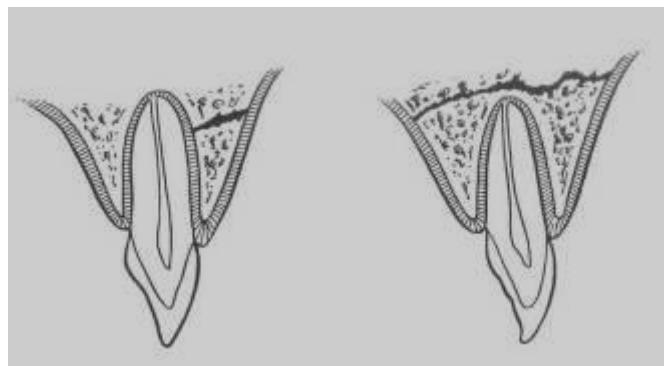
I. Тиш тож соҳасининг синиши:	Синган тиш тожи ўткир қирраларини силлиқлаш.
А. Қисман (тўлиқ бўлмаган):	Пломба ёки қўшимча (ортопедик усулда тайёрланган) мосламалар билан тиш тожини тиклаш (реставрация).
а) пульпа очилмасдан;	Пульпитни биологик усулда даволаш, тиш тожини пломба ёки қўшимча (ортопедик усулда тайёрланган) мослама билан тиклаш.
б) пульпанинг қисман очилиши билан;	Аnestezия остида пульпани олиб ташлаш (exterpacio) эндодонтик даволаб, тиш тожини пломба, (ортопедик усулда тайёрланган) мослама ёки сунъий қоплама билан тиклаш.
в) тўлиқ очилиши билан.	Маҳаллий анестезия остида пульпани олиб ташлаш; штифт ўрнатиб, тож қисмини тиклаш.
Б. Тўлиқ бўлган	Маҳаллий анестезия остида пульпани олиб ташлаш; штифт ўрнатиб, тож қисмини тиклаш.

<p>II. Тиш илдизи соҳасининг синиши:</p> <p>А. Илдиз учи (apexradcis dentis) синиши:</p> <p>Б. Илдиз ўрта соҳаси синиши:</p> <p>а) қон-томир-нерв тутами узилмаган ҳолатда;</p> <p>б) қон-томир-нерв тутами узилган ҳолатда.</p>	<p>ЭОД ўтказиш, пульпа “ўлган” бўлса, маҳаллий анестезия остида пульпани extergacio қилиш; тиш каналини пломбалаш; синган илдиз учини операция йўли билан олиб ташлаш.</p> <p>Пульпа “сақланиб” колган бўлса,, тишни иммобилизация қилиб, динамик равишида кузатиш.</p> <p>Тишни пластмасса каппа билан 4-5 ҳафта давомида иммобилизация қилиш; одатда, шу вақт ичидаги цемент ва дентоибластлардан ҳосил бўлган иккиламчи тўқима ҳисобига бўлаклар бирикадилар.</p> <p>Пульпа экстирпация қилиниб, эндодонтик даволаш ўтказилади ва пўлат штифт ёки ортодонтик сим илдиз каналига киритилиб, бўлаклар маҳкамланади. Цемент бўлаклар орасига кириб кетмаслиги учун, улар бирбирига яқинлаштирилиб, маҳкам сиқилади, кейин цемент суртилган штифт тиш каналига ўрнатилиб, маҳкам сиқилган ҳолда қотгунча ушлаб турилади. Цемент қотганидан сўнг тиш қўшимча иммобилизация қилинади. Пировард натижада, тиш қимирлаб қолса ёки оқма йўли ҳосил қиласа, у олиб ташланади.</p>
<p>III. Тиш бўйлама узунасига, бўйига, баландлиги бўйича ва қия синишлари</p>	<p>Тиш олиб ташланади (extrakcio dentis)</p>

## Альвеоляр ўсиқ синишлари

Альвеоляр ўсиқнинг алоҳида синишлари жароҳатловчи куч суюкнинг тор қисмига таъсир этганда юзага келади. Альвеоляр ўсиқнинг синишини ташхислаш ва даволашда қуйидаги таснифдан фойдаланилади (18-расм):

- Альвеоляр ўсиқ қисман синиши – синиш чизиги альвеоляр ўсиқнинг факат ташки компакт пластинкаси ва ғовак моддасидан ўтади (ички компакт пластинка бутун қолади).
- Альвеоляр ўсиқ тўлиқ синиши – синиш чизиги альвеоляр ўсиқдан тўлиқ ўтади.
- Альвеоляр ўсиқнинг узилиши.
- Альвеоляр ўсиқнинг тишлар жароҳатлари билан биргалиқда синиши.
- Альвеоляр ўсиқнинг парчаланиб синиши.



18-расм. Альвеоляр ўсиқ синиши схемаси.

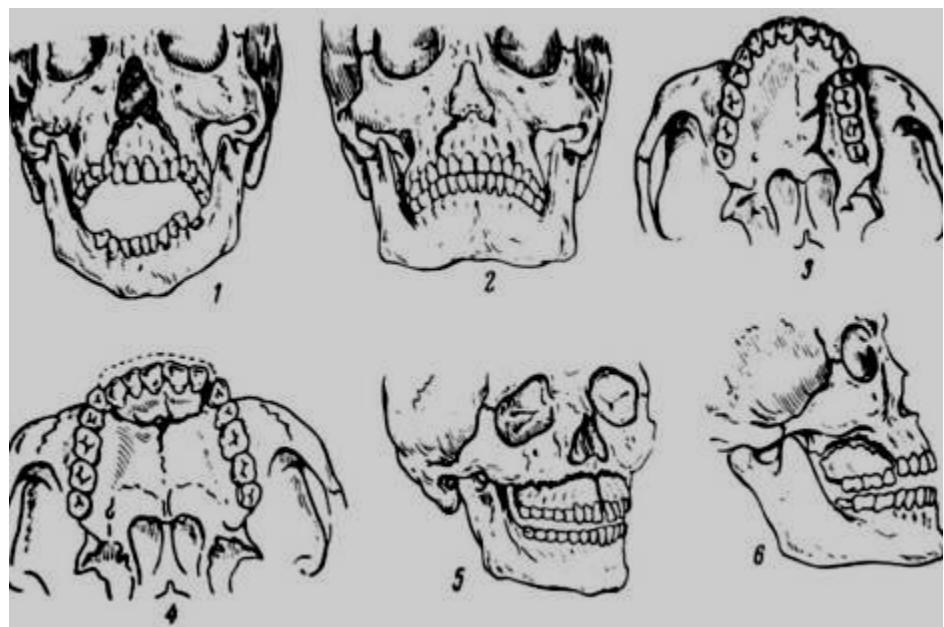
Альвеоляр ўсиқ синишлари юқори жағда пастки жағга нисбатан кўпроқ учрайди. Одатда, альвеоляр ўсиқ фронтал тишлар соҳасида синади. Юқори жағ альвеоляр ўсиғининг кўп синишига унинг анатомик тузилиши сабабчи бўлади: юқори жағ альвеоляр ўсиғи нисбатан узунроқ ва юпқароқлиги, фронтал соҳада пастки жағ альвеоляр ўсиғини бирмунча ёпиб туриши ҳамда бўртиб чиқиб турганлиги учун кам ҳимояланган, уни олд томондан факат буруннинг тофай қисми; ён томонлардан эса – ёноқ суюклари ёйлари тўсиб туради. Пастки жағ альвеоляр ўсиғининг фронтал қисми юқоридан – юқори жағнинг альвеоляр ўсиғи ва тишлари билан, пастдан – даҳан ва ён томондан – пастки жағ танаси ва ёноқ суюги ёйи билан яхши ҳимояланган.

Альвеоляр ўсиққа таъсир этувчи механик куч ташқаридан ичкарига йўналтирилгани учун, фронтал қисм синганда, бўлак орқага, ён соҳа бўлаги – оғиз бўшлиғи ичкарисига силжийди. Механик таъсир этувчи куч нечоғли катта бўлса, бўлаклар силжиши ҳам шунчалик сезиларли бўлади. Юқори жағда синган бўлак танглай ўртасигача сурилиши мумкин. Агар зарб юқори жағ альвеоляр ўсиғига пастки тишлар орқали таъсир этса, синган бўлак ташқарига силжиши мумкин.

Одатда, альвеоляр ўсиқ тўлиқ синади, аммо таъсир этувчи зарб ичкаридан ташқарига қараб йўналса, ташқи кортикал пластинка синиб, олдинга силжийди, ички кортикал пластинка сақланиб қолади. Альвеоляр ўсиқ синиши тишларнинг синиши ёки чиқиши билан биргаликда содир бўлиши мумкин.

Тишлар илдизлари бир чизиқда жойлашмаганлиги учун альвеоляр ўсиқ одатда, аркаравоқ шаклида синади. Альвеоляр ўсиқ тишлар илдизлари юқорисидан синганда, бўлакни ўрнига қўйиш осон бўлиб, асоратсиз битади. Синиш чизиги тиш илдизларидан ўтса, уларнинг айримлари синади, синик бўлак репозицияси қийинлашади ва битиши суст кечиб, асоратланиш эҳтимоли ортади.

Юқори жағ альвеоляр ўсиғи ён соҳасининг жағ бўшлиғи туби билан биргаликда синиши кўп кузатилади (19-расм).



19-расм. Юқори жағ альвеоляр ўсиқ синиш куринишлари.

**Бемор шикоятлари:** одатда, ўз-ўзидан жағда пайдо бўладиган, тишларни жипслаштирганда, чайнагандан кучаювчи оғриқдан, тишларни бир-бiri билан одатда гидай жипслаштира олмаслиқдан, оғизни умуман ёпиб бўлмаслигидан бўлади.

**Клиник манзараси:** оғиз атрофидаги тўқималар (лаблар, лунж)да шиш, қонталаш, тилинган, шилинган ёки эзилиб йиртилган яраларни кўриш мумкин). Оғиз ичига қаралганда: лаблар ва лунжда шиш, қонталаш, тишлар рўпарасида йиртилган яра борлиги ҳамда альвеоляр ўсиқда синиш чизиги бўйлаб милкнинг йиртилган яраси ва сувакнинг яланғочланганлигини кўриш мумкин. Тиш қаторининг ёй шакли бузилган, тишлам-нотўғри. Пайпасланганда, синган бўлак қимиirlайди. Бармоқни бўлакка кўйиб, эҳтиёткорлик билан қимиirlатиб, синиш чизигини аниқлаш мумкин. Синик бўлак ва синиш чизигида жойлашган тишлар перкуссияси оғриқли бўлади.

Оғиз ичидан ўтказилган *рентгенологик текширувда* синиш чизиги ва ўнга нисбатан тиш илдизларининг муносабатини аниқ кўриш мумкин (20-расм).



20-расм. Пастки жағ кичик озиқ тишлиар соҳаси альвеоляр ўсиғи соҳасидан синиши.

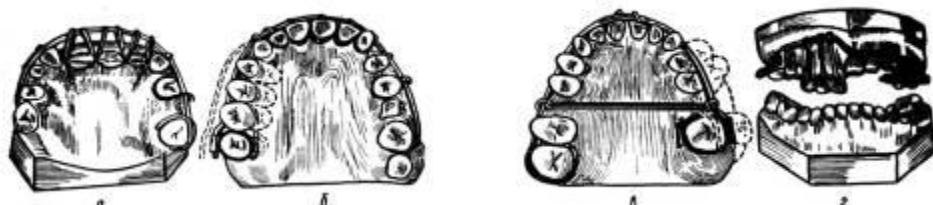
**Даволаи:** маҳаллий инфильтрацион ва ўтказувчан оғриқсизлантириш остида синган бўлак репозиция қилиниб, унинг синишидан аввал бўлган ўрнида эканлигига тишилам бўйича ишонч ҳосил қилинади. Иммобилизация текис скоба шинаси билан амалга оширилади. Шина қўйиш учун синган бўлакнинг икки ён соҳасида етарли миқдорда мустаҳкам бўлган тишлиар бўлмоғи лозим.

Синган бўлак жағнинг марказий қисмида бўлса, икки ёнида камида 2-3 та мустаҳкам тишлиар бўлиши зарур. Агар юқори жағнинг синган бўлаги пастга силжиган бўлса, ундаги тишлиар кесув қиррасидан ёки чайнов юзасидан симли шинага маҳсус ҳалқа билан тортиб қўйилади. Тез қотувчи пластмассадан ясалган шина-каппа ҳам шу мақсадда ишлатилиши мумкин.

Агар симдан букилган шинани ўрнатишда анатомик хусусиятлар қийинчилик туғдирса, бўлакнинг иммобилизацияси (тахтакачлаш) учун тишмилк усти пластмасса шинасидан фойдаланиш мумкин.

Синган бўлакни қўл билан репозиция қилиб бўлмаса, уни резина ҳалқалар билан ўз ўрнига тортиш имконини берувчи, шунингдек, альвеоляр ўсиқнинг шикастланмаган соҳалари учун ҳам мос равишда шина тайёрлаш (букиш) керак. Шинада илмоқлар бўлиб, уларга силжиган бўлакдаги тишлиар ўзларига лигатура билан боғланган резина ҳалқалар ёрдамида тортиб қўйилади. Резинанинг таранглик кучи ҳисобига бўлак ўз жойига тушганидан сўнг, у текис шинага сим билан тортиб боғланади (21-расм).

Тақилган шинани 2– 3 (Т.Г. Робустова бўйича – 5– 7) ҳафта давомида ушлаш тавсия этилади. Шикастланган тишларни динамик равиша электроодонтодиагностика қилиб, пульпада некроз аломатлари пайдо бўлса, эндодонтик даволаш ўтказилиши лозим бўлади.



21-расм. Синик бўлаклар резина халқалар ёрдамида репозицияси.

### **III БОБ. ЖАҒ СУЯКЛАРИ ЖАРОҲАТЛАРИ**

Тинчлик даврида (уруш даврига нисбатан) юз-жағ соҳаси жароҳатлари механик омиллар таъсири туфайли юзага келади. Жароҳат оғирлиги таъсир этувчи жисмнинг кинетик энергияси, юзасининг шакли, ички тузилишига ва шикастланган тўқима хусусиятларига боғлиқ. П.З. Аржанцев ва ҳаммуаллифлар (1975) шуларни эътиборга олган ҳолда, юз-жағ соҳасининг механик жароҳатларининг қуидаги таснифини таклиф қилганлар.

**Механик жароҳатлар таснифи (П.З. Аржанцев ва бошқалар, 1975).**

#### **Шикастланиш ҳарактери**

А. Якка

Б. Биргаликда:

а) калла ва мия жароҳатлари

билан;

б) бошқа соҳа юмшоқ тўқи-

малари билан;

в) танани бошқа сүяклари билан.

В. Бир сүякнинг жароҳати

Г. Кўп сүякларнинг жароҳатлари

#### **Шикастланаётган тўқима**

1. Пастки жағ синишлари

2. Юқори жағ синишлари

3. Ёноқ суяги ва ўсиғининг синишлари

4. Бурун сүякларининг синишлари

5. Тишлар жароҳатлари

6. Юз-жағ сүякларининг бир вақтда

кўплаб синиши

7. Юз юмшоқ тўқималарининг

жароҳатлари.

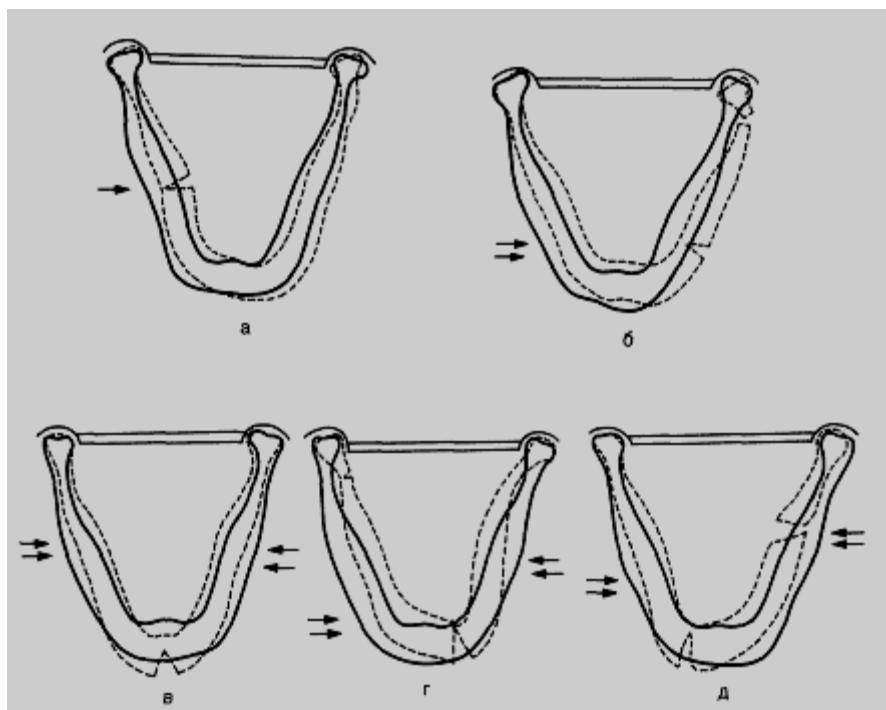
Ҳаракатдаги жисмнинг тўқимага механик таъсири остида юзага келадиган жароҳатларнинг оғирлик даражаси бир қанча омилларга боғлиқ, жумладан: зарбнинг кинетик энергияси, предметнинг шакли, ташқи юзаси ва ички структураси. Маълумки, механик таъсирнинг “жонли кучи” шикастловчи предмет массасининг квадратдаги тезлиги ярмининг кўпайтмасига тўғри пропорционал. Бошқача қилиб айтганда, жароҳатнинг оғирлик даражаси зарб берадиган предмет массаси ва унинг ҳаракат тезлигига боғлиқ. Агар механик жароҳат ҳаракатда бўлмаган тинч турган жисмга йиқилиш ёки урилиш натижасида юзага келган бўлса,, “жонли куч” тана массаси ва унинг ҳаракатининг тезлигига боғлиқ бўлади. Механик

жароҳат ҳаракатда бўлган (жароҳатланувчи) шахс ва жароҳатловчи жисм бир-бири билан тўқнашиб кетиши оқибатида содир бўлган бўлса, таъсир этувчи жонли куч уларнинг ҳар бирининг жонли кучи йифиндисига тенг бўлади.

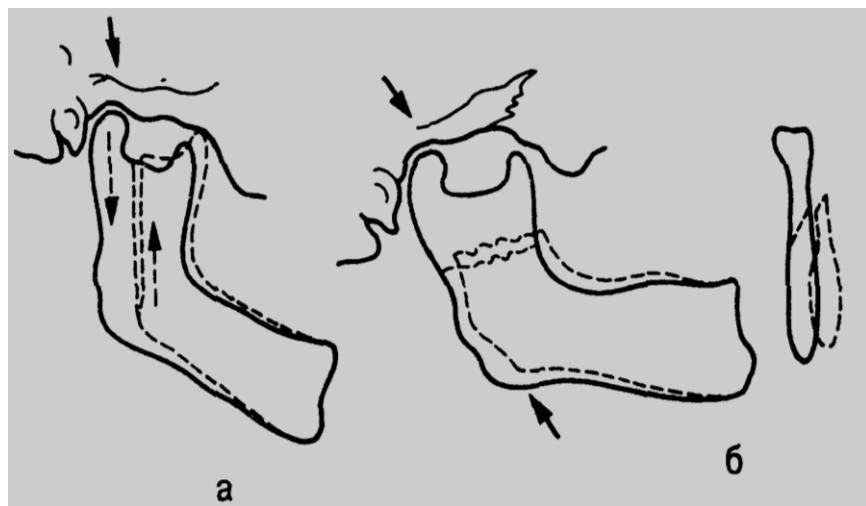
Жароҳатлантирувчи қучнинг йўналиши ва таъсирининг пировард натижаси ҳамда шикастланиш соҳасига кўра синишлар қуидагиларга бўлинади: а) **бевосита синиш** – сукнинг айнан жароҳатловчи куч таъсир этган жойи синади. Бундай синиш одатда, даҳан соҳасида учрайди; б) **бильвосита (акс эттирилган) синиш** – сукнинг жароҳатловчи куч таъсир этган соҳадан бошқа (узокроқ) қисми синади; одатда, бундай синиш бўғим ўсиги асосида ёки қарама-қарши томонда юзага келади. Бильвосита синиш якка ҳолда алоҳида камдан-кам учрайди. Одатда, синишлар биргалиқда учрайди. Бундай синиш пастки жағнинг даҳан ёки тана соҳасига юзаси кенг, ўткир бўлмаган нисбатан юмшоқ жисмдан зарб етганда вужудга келади.

Жароҳатланиш механизмидан келиб чиқсан ҳолда, сукда синиш учтурда содир бўлади (22,23-расм):

1. Букилиб синиш.
2. Сиқилиб синиш.
3. Узилиб синиш.



22-расм. Васмунд буйича пастки жағни букилиб синишларида берилган жароҳатловчи куч таъсирини схематик кўриниши.



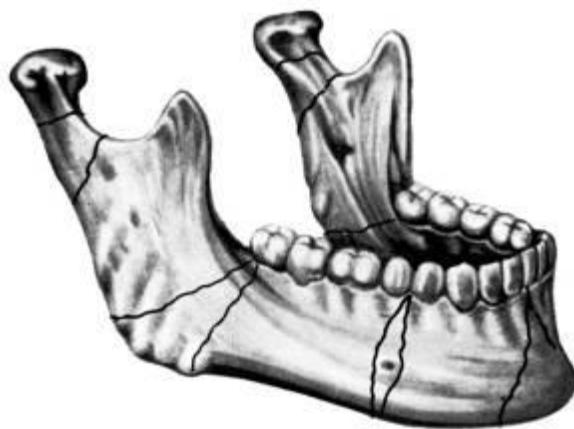
23-расм. Пастки жағ бўғим усиғини (а) сиқилиб ва (б) узилиб синиши.

Суякни ўраб тўрган юмшоқ тўқималар ҳолати эътиборга олиниб, **ёпиқ** (асоратланмаган) ва **очиқ** (асоратланган) синишлар ажратилади.

**Ёпиқ синиши** деганда, суякнинг устидаги (қоплам) шиллик парда ва тери яхлитлиги бузилмаганлиги назарда тутилади. Синиши чизигига ташқаридан инфекция туша олмайди, шунинг учун жароҳат асоратланмаган ҳисобланади.

**Очиқ синишида** эса синган суяқ, оғиз, бурун, юқори жағ бўшлиқлари ёки юмшоқ тўқима ва тери жароҳатлари орқали ташқи муҳит билан туташади. Бундай жароҳатларда синиши соҳасига бўшлиқлардан ва ташқаридан инфекция ёки бошқа ёт жисмлар тушиш эҳтимоли баланд бўлганлиги сабабли улар **асоратланган жароҳат** деб аталади. Айрим ҳолларда оғиз шиллик пардасининг шикастланганлигини аниқлаш қийин бўлади. Масалан, синиши чизиги, чиқиб улгурмаган тиш соҳасидан ўтганлиги рентген суратида тасдиқланса, яъни синиши чизигида тиш бўлса, жароҳат **очиқ синиши** деб юритилади. Синган суяқ атрофидаги мушак, тери ва оғиз шиллик пардасиа кемтикли оғир жароҳатлар бўлса, албатта очиқ ёки асоратланган ҳисобланади.

Синиши чизиги йўналиши ва сонига кўра, бўйлама, кўндаланг, эгри, равоқсимон, илонизи(зигзаг)симон ва бир, икки синиқли ёки кўп сонли синишларга бўлинади (24-расм).



24-расм. Пастки жағда күп учраши мумкин бўлган синиш чизиги йўналишлари.

Суяк парчаланиб синган бўлса, жароҳат соҳасида бир қанча катта ва кичик суяк бўлаклари мавжуд бўлади, шу боис, “синиш чизиги” деган иборани ишлатиш тўғри бўлмайди. Бундай синиш, тўмтоқ предметнинг ниҳоятда кучли зарби таъсирида юзага келади. Одатда, бундай синиш, айнан механик куч таъсир этган жойда содир бўлади.

Суяк бўлакларининг ўзаро жойлашишига қараб: **силжимай** (суяк синишига қарамай, бўлаклар ўз ўрнида қолади) ва **силжиб** (бўлаклар ўз ўрнида қолмайди) **синишлар** ажратилади: бўлаклар узунаси бўйлаб силжигандা, бир-биридан қочиши, ёнма-ён ҳолларда кириб кетиши ёки устма-уст ўрнашиб қолиши хисобига суюкнинг умумий узунлиги қисқаради. Суякнинг синишдан аввалги ўқига нисбатан бўлаклар **бурчак ҳосил қилган** бўлса, **бурчак остида силжиш** дейилади. **Ёнлама силжишда** бўлаклар бир-биридан ён томонларга сурилиб қолади, шунингдек, **четлаб силжиш** ҳам ажратилади. Одатда, бундай силжиш бир неча бўлакли синишларда учрайди: кичик бўлак катталарига нисбатан четга чиқиб ёки ўз ўқи атрофига айланиб қолади.

Бўлаклар силжишига таъсир этувчи омиллар кўп бўлиб, уларнинг асосийлари: а) механик таъсир этувчи зарбнинг кучи ва унинг йўналиши; б) синик бўлакнинг оғирлик кучи; в) мушакларнинг тортиш кучи ва йўналиши; г) синиш тирқиши йўналиши; д) жағ ҳаракатлари.

**Патологик синиши**, бу ўзига хос жароҳат бўлиб, синиши чизиги жағдаги патологик жараён соҳасидан ўтади. Емирилиш натижасида сүякнинг ташқи таъсир этувчи қучларга чидамлилиги ниҳоятда камаяди. Сүяк ўз-ўзидан, аниқ бир омил таъсирисиз ҳам синиши мумкин. Бундай синиши жағ кисталари, ўスマлари ёки остеомиелитида кузатилади. Адабиётларда ўз-ўзидан синиши қариялар остеопорозида ҳам учраши ҳақида маълумотлар бор.

## **Пастки жағ синиши. Клиник манзараси ва ташхислаш**

**Пастки жағ синишига хос клиник белгилар:** Пастки жағ синишида беморларнинг шикоятлари турлича бўлиб, улар синиши локализацияси ва бўлаклар ҳолатига боғлиқ. Одатда, беморлар жағнинг аниқ (яъни синган) соҳасида оғриқ борлигини таъкидлайдилар. Тишлаш, чайнаш ва сўзлаш пайтида оғриқнинг кучайишидан, айрим беморлар ияқ (энгак) соҳаси ва пастки лабда сезувчанлик ўзгариши ва тишлар орасидан қон кетишидан ҳам шикоят қиласидилар, (пастки альвеоляр нервнинг узилиши сиқилиб қолиши туфайли), шунингдек, бош оғриғи, бош айланиши ва кўнгил айниши ҳам кузатилиши мумкин.

Анамнез (morbı) йиғиши вақтида бемор қаерда ва қандай вазиятда (иш жойи кўча, уй, спорт ўйинлари ёки йўл-транспорт) ҳодисасида жароҳат олганлиги батафсил ўрганилиши зарур.

Жароҳат олинган вақт, манзил ҳамда гувохлар ва яна (бошқа) жароҳатланганлар бўлганлиги, бош мия шикастланишига хос (хушдан кетиш, ретроград амнезия, кўнгил айниши, қусиш, қулоқдан қон оқиши ва бошқа) белгилар ҳақидаги ҳамма аниқ маълумотлар касаллик тарихида қайд этилиши лозим. Улар фақат ташхис қўйиш учёнгина эмас, балки касаллик варакаси очиш ҳамда давлат ҳукуқий органлари сугурта идоралари учун ҳам далилий ҳужжат ва зарур маълумот сифатида аҳамиятлидир.

Бемор кўриқдан ўтказилаётганда, клиник белгилар асосида унинг умумий ҳолати (хуши, нафас олиш характеристи, артериал босими; пайпаслаш усули билан қорин девори дефансига баҳо берилади, ички аъзоларда оғриқ

борлиги, уларнинг чегаралари ва ўлчамлари) аниқланади. Шунингдек, беморнинг бошқа аъзоларида жароҳат йўқлигига ишонч ҳосил қилиниши даркор.

Юз-жағ соҳаси ташқи кўрикдан ўтказилганда, пастки жағ атрофидаги юмшоқ тўқималарда (салқиши) тарқалган шиш, қонталаш, мавжудлиги терида шилинган, тирналган яралар, даҳан (энгак) марказдан силжиганлиги сабабли юз симметрияси бузилганлигини кузатиш мумкин.

Синиш жойини аниқлашда пайпаслаш (*palpacio*) усули муҳим аҳамият касб этади. Икки қўл бармоқларини пастки жағнинг симметрик нуқталарига ўрнатиб, асоси (танаси)нинг қирраси бўйлаб бурчак ва бўғим бошчаси соҳасигача ёки тескари йўналишда пайпаслаб борилади. Пайпаслаётганда жағ қиррасида сүякнинг туртиб чиқиб қолганлиги ёки нуқсон борлиги, ёки оғриқли нуқтани аниқлаш мумкин. Тўқималарда қонталаш ва шиш айнан шу соҳада кузатилади. Олинган маълумотлар жағ суяги синганлигини таҳмин қилишга асос бўла олади. Ҳақиқатан ҳам синганлигини тасдиқлаш текшириш учун таҳмин қилинган соҳага бир оз босим билан таъсир ўтказиш керак. Босим ўтказганда оғриқ кучайса, юк белгиси мусбат ҳисобланади. Беморга оғриган соҳани бармоғи билан кўрсатиши лозимлиги уқтирилади. Одатда, bemor кўрсатган нуқта синган соҳага ҳақиқатдан тўғри келади.

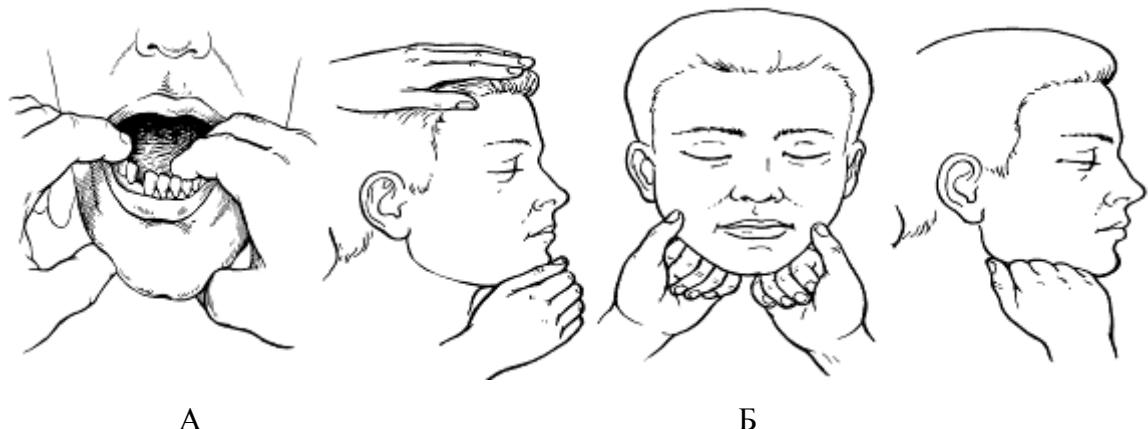
#### *Бу белги қўйидаги усуллар билан аниқланади:*

- 1) Ўнг қўлнинг бош ва кўрсаткич бармоқлари билан энгакни ушлаб, уни олдиндан орқага ўртacha босим билан итарилади.
- 2) Жағнинг ўнг ва чап бурчаклари ташқи юзасига иккала қўл бармоқлари қўйилиб, икки томондан ўртacha босим билан марказий чизик (бир-бири) томон жағ сиқилади.
- 3) Бош бармоқларни пастки жағ бурчакларининг қиррасига ўрнатиб, аста пастдан (бўғим бошчаси томон) юқорига босим берилади, синган соҳада оғриқ туради. Ўткир нина санчиш ёрдамида сезувчанликни аниқлаш мумкин. Агар пастки альвеоляр нерв узилган бўлса, синган томонда пастки лаб ва энгак соҳаларининг сезувчанлиги йўқолади. Шу билан биргаликда, жағнинг

синган соҳасидан медиал қисмида шиллик парда, милк ва тактил сезувчанлик тишлиларда ҳамда оғриқ ва ҳароратни сезиш ўзгарганлигини аниқлаш мумкин.

Бўғим бошчасининг ўз чукурчасида жойлашиши, ҳаракатлари ва ҳолатини аниқлаш учун шифокор жимжилоқларини беморнинг ташки эшитув йўлига киритиб, пастки жағ ҳаракатларини текширади. Ҳаракат вақтида бўғим бошчаларининг симметрик (синхрон) ҳаракати ўзгарган бўлса, ёки аниқланмаса, жароҳат борлигидан далолат беради. Бўнга ишонч ҳосил қилиш учун tragus олди соҳаси пайпасланади. Оғриқ пайдо бўлиши дастлабки натижани тасдиқлади. Бўғим бошчаси синган бўлса, бемор оғзини катта оча олмайди. Оғиз очилганда, ияқ аксарият ҳолларда синган томонга силжийди (25-расм).

Синиш чизиги тиш қаторидан ўтганда, альвеоляр ўсиқ шиллик қавати ва милк йиртилганлиги, оғиз даҳлизида қонталаш борлиги аниқланади (қон шиллик пардага сингиб, кўқимтир тус беради). Бундай қонталаш тил томонда ҳам қузатилади. Бўлаклар четидаги тишлилар перкуссияси оғриқли бўлади. Тишилам кўп ҳолларда ўзгаради: синиш бир томонда бўлганда кичик бўлак тишилари ўз антагонистлари билан жипслашадилар, катта бўлакдаги тишлилар эса бир-бирларига тегмайдилар. Тишила ўзгариши синиш локализацияси ва бўлаклар ҳолатига силжишига боғлик.



25-расм. А- Пастки жағ синиқ булакларини аниқлашда шифокор кўллари ҳолати; Б- Пастки жағ синиқ бўлаклар соҳасини ташки томонлама аниқлаш усуллари.

Бўлакларнинг қимирилаши ва (crepitatio) ғижирлаши синишнинг асосий белгиларидир. Бу белгиларни аниқлаш учун шифокор ўнг қўл кўрсаткич бармоғини – тахмин қилинаётган чап томондаги, чап қўл кўрсаткич бармоғини эса – ўнг бўлакка қўйиб, бош бармоқлар билан жағ қиррасини ушлаб, секин-аста, бўлакларни қарама-қарши томонларга, яъни юқори – паст; олд-орқага эҳтиёткорлик билан қимирилатиб кўрилади. Тиш қаторида баланд-паст соҳа, яъни “зинапоя” симптоми бўлиши, тишлар ораси бироз очилиши, милкдаги яранинг кенгайиши, бўлакларнинг бир-бирига ишқаланиши туфайли “ғижирлаш” сезилиши суюқда синиш борлиги ва унинг жойини аниқлашнинг патогномоник белгиларидир.

### **Тиш қаторида синишлар. Клиник манзараси**

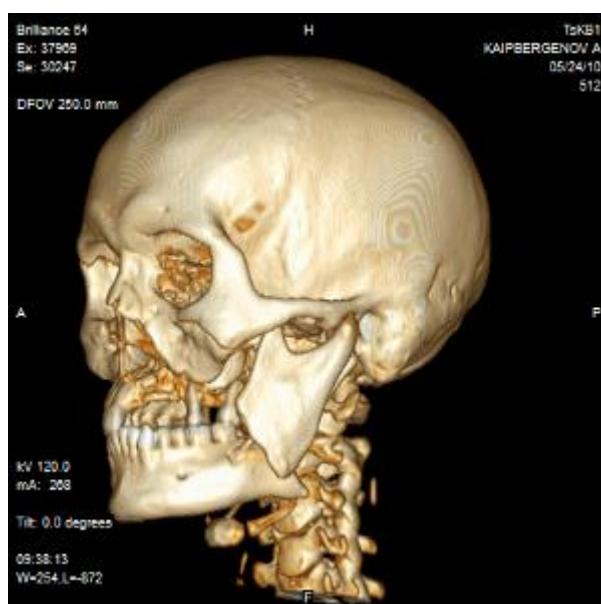
Пастки жағнинг **ияқ соҳаси марказий кесув тишлар орасида синганида** синиш чизиги деярли вертикал ўтади. Бўлакларга ёпишган мушаклар функционал ва миқдор жиҳатдан тенг бўлганлиги сабабли улар силжимаслиги мумкин. Агар синиш ёриғи дастлаб тишлар орасидан ўтиб, сўнг энгак дўнги (tubar mentalis) дан бир томонга оғиб, қозиқ тиш ёки премолярнинг илдизлари соҳасигача қиялаб кетса, бўлакларнинг бири кичик, бири катта бўлиб, қолади. Бундай ҳолатда катта бўлакни ўнга ёпишган жағни туширувчи мушаклар (устунлик қилгани учун) пастга силжитади. Шунингдек, латерал қанотсимон мушаклар қисқариши ҳисобига бўлаклар бир-бирига қараб силжиши мумкин. Бу эса, тиш ёйининг торайиши ва тишламнинг ўзгаришига олиб келади. Жағ-тил ости мушагининг қисқариши ҳисобига жағнинг альвеоляр ўсиқ қисми бир мунча тил томон (офиз ичига)га эгилади.

Пастки жағ танасининг бир томонлама синишида, жағ ўзаро тенг бўлмаган иккита бўлакка ажралади. Кичик бўлак, жағни кўтарувчи мушакларнинг тортиш кучи ҳисобига юқорига ва латерал қанотсимон жағ мушагининг қисқариши ҳисобига ичкарига силжийди. Шунингдек, таъсирида жағнинг альвеоляр қисми ичкарига танасининг асоси эса ташқарига

силжийди. Тишламнинг ҳолатига келсак: тишлар факат дўнгчалари (пастки жағ тишиларининг лунж дўнгчалари, антагонист юқори жағ тишиларининг танглай дўнгчалари) билан жипслашади.

Катта бўлак, жағни туширувчи (офизни очувчи) мушакларнинг тортиши ва ўзининг вазни туфайли пастга, латерал қанотсимон мушакнинг бир томонлама қисқариши ҳисобига эса синган томонга силжийди. Натижада, тиш ёйи торайиб, ўрта чизик синиш томонга силжийди. Тишлам: (тишлар жипслашганда) факат ён (чайнов) тишиларгина бир-бирига дўнгчалари билан тегади.

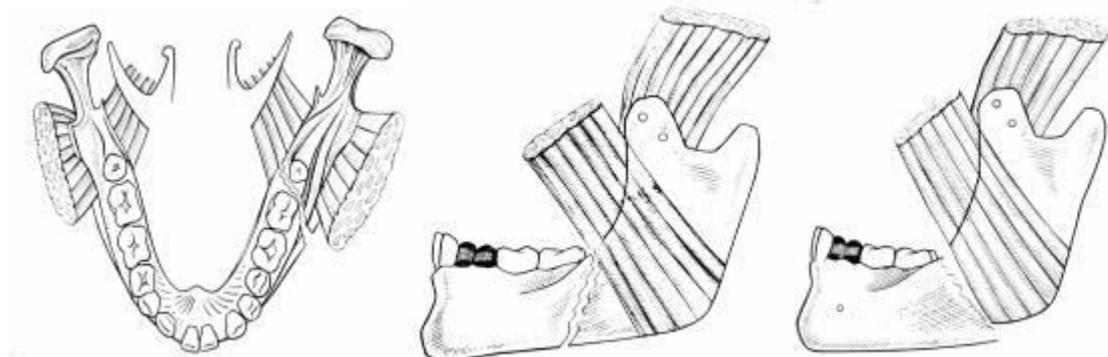
**Пастки жағ бурчаги синишининг** қатор ўзига хос хусусиятлари бор, пастки жағ бурчагига ташқаридан – чайнов мушаклари, ичкари томондан – медиал қанотсимон мушак ва уларнинг пайлари ёпишган бўлади. Синиш чайнов мушаклари бириккан соҳада юзага келса, бўлаклар силжимайди. Чунки, пастки жағ бурчагини ўраб турувчи пай ва мушаклардан иборат кучли гилоф, бўлакларнинг ўз жойларидан силжишларига йўл қўймайди. Аммо шунинг баробарида бўлаклар орасига мушак толалари кириб қолиш мушаклар интерпозицияси эҳтимоли ортади. Бу эса, бирикиш жараёнига халақит беради, ёки бўлакларнинг бутунлай бирикмаслигига олиб келади (26-расм).



26- расм. Пастки жағ бурчак соҳасидан синиши МСКТ кўриниши

Пастки жағ бурчагининг кўндаланг синиши жуда кам учрайди. Синиш чизиги учинчи озиқ тиш катакчасидан орқага ва пастга йўналган бўлиб, сувакнинг кўндаланг кесими етарлича кенг бўлса, кичик бўлак каттасини силжитмай ушлаб қолиши мумкин.

Кичик бўлакнинг силжиши синиш ёригининг йўналишига боғлик. Синиш ёриғи вертикал йўналса, силжиш катта бўлмайди. Агар синиш ёриғи орқага ва ичкарига йўналган бўлса, кичик бўлак юқорига силжиши мумкин. Синиш ёриғи олдинга ва ичкарига йўналганда, бўлакларнинг силжиши мушакларнинг тортиш кучи ва боша омиллар таъсирига мувофик содир бўлади (27-расм).



27-расм. Пастки жағ бурчак соҳаси синишида синиш йўналишига қараб бўлаклар силжиши.

Пастки жағнинг бурчак соҳаси учинчи катта озиқ тиш катакчаси ёки иккинчи ва учинчи озиқ тиш орасидан бир томонлама синганда, кичик бўлак—юқорига, ичкарига сурилиб, қисман ўз ўқи атрофида айланади: бурчак асоси эса, ташқарига йўналади, бўлакда тиш бўлмаса, пастки жағнинг кичик бўлаги альвеоляр ўсигининг шиллиқ пардаси юқори жағ озиқ тишларига тегиб қолади. Агар кичик бўлақда тишлар бўлиб, юқори жағда ён тишлар бўлмаса, кичик бўлак юқорига силжиб, ундан тишлар юқори жағ альвеоляр ўсигининг шиллиқ пардасига тегиб қолади ва унда жароҳат (декубитал яра) ҳосил бўлишига олиб келади.

**Жағ танаси икки ён томондан синганда** учта бўлак ҳосил бўлади. Ўртадаги бўлаккка жағни пастга туширувчи мушаклар ёпишганлиги учун у

пастга ва орқага силжиб, фронтал тишлар эса олд томонга эгилади, силжиш сезиларли даражада бўлганда тил орқага кетиб, нафас олиш қийинлашади. Ён томондаги бўлаклар чайнов, чакка ва медиал қанотсимон мушакларнинг тортиш кучи таъсирида юқори ва ичкарига силжийди.

Ўртадаги бўлакни икки ён томондаги бўлаклар сиқиб олса, тил орқага кетиб қолмайди ва нафас олиш эркин бўлиб, қолаверади. Бундай ҳолат, жароҳатловчи омил (куч) жағнинг икки ён томонидан баравар таъсир этганида юзага келади. Баъзан, икки ён бўлаклар бир-бирига томон силжиб, ўрта бўлакни олдинга суриши ҳам мумкин (28-расм).

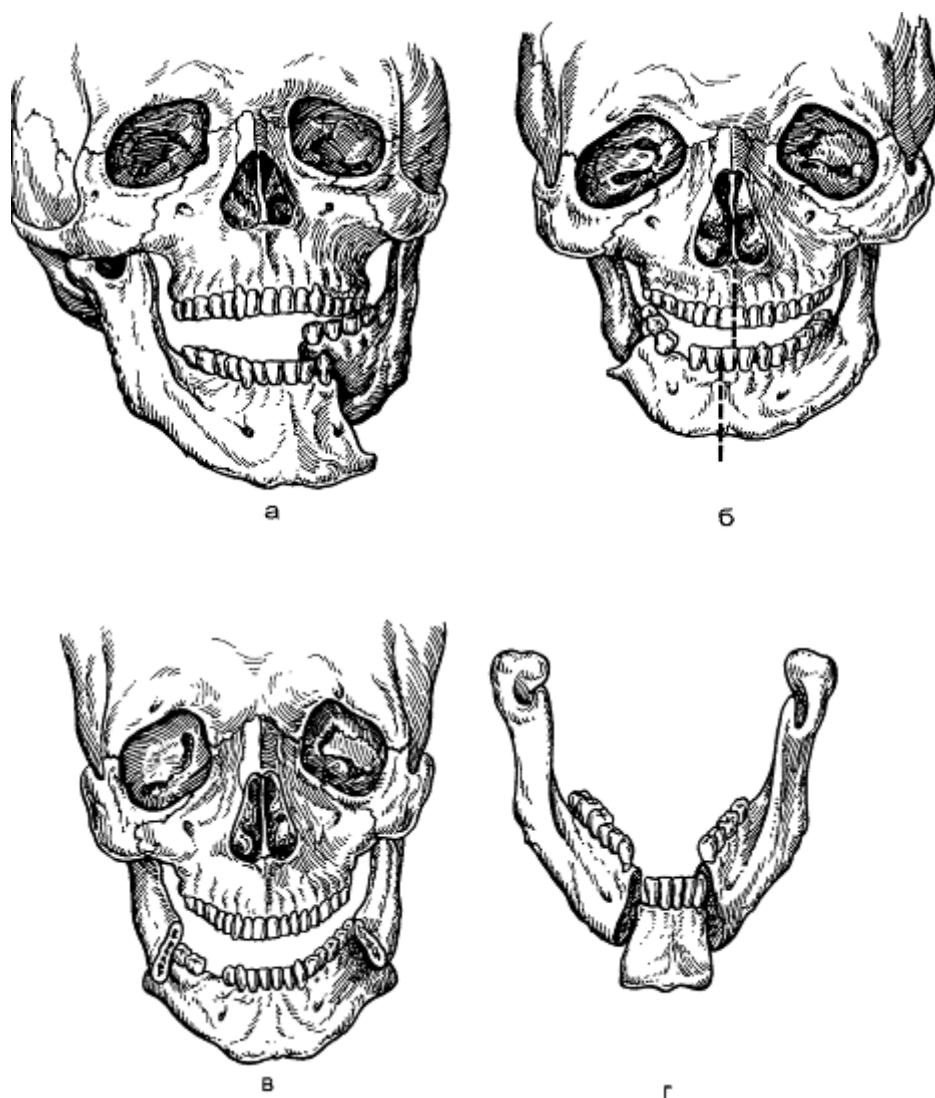
**Пастки жағ шохининг бир томонлама синиши бўйлама, қия ва кўндаланг бўлиши мумкин.** Одатда, жағ шохи синишида бўлаклар силжиши ва тишлам ўзгариши аҳамиятга молик даражада бўлмайди. Айрим ҳоллардагина марказий чизиқнинг синган томонга сурилгани ва тишламнинг ўзгарганлигини аниқлаш мумкин.

Тож ўсиғининг алоҳида, якка ўзининг синиши камдан-кам ҳолларда, одатда, ёноқ суяги равоғининг синиши билан бирга учрайди, тож ўсиғининг алоҳида, ўзи якка ўзининг синиши камдан-кам учрайди. Бундай синиш, оғиз очиқлигига ингичка жисм билан ён томондан ёки тишлар жипсласиб турган ҳолатда тепадан пастга қараб зарб берилганда юзага келади. Бунда, таранг чакка мушаги тож ўсиғининг узилиб, чакка соҳасига силжишига сабаб бўлади. Тишлам жағ ҳаракати ўзгаришларидан бундай синишни аниқлаш қийин, аммо оғиз ичкарисидан тож ўсиғи асосини пайпаслаб, оғриқли нуқтани аниқлаш мумкин. Оғиз очилиши 1–1,5 см атрофида бўлиб, жағ синган томонга силжийди.

Пастки жағ шохи бўғим (дўнгсимон) ўсиғининг синиши тож ўсиғининг синишига нисбатан кўпроқ учрайди. Бундай синиш ён томондан ёки жағ бурчагидан зарб юзага келади.

Синиш чизиги кўндаланг, бўйлама ёки қия ўтиши мумкин. Синиш зарб тушган жойда вужудга келади. Чайнов мушаклари teng тақсим бўлгани боис, кўпинча бўлаклар силжиши қузатилмайди, лекин тўмтоқ жисм билан кучли

зарб берилса, шох бир нечта бўлакка ажралиб, улар ҳар томонга силжиши мумкин.

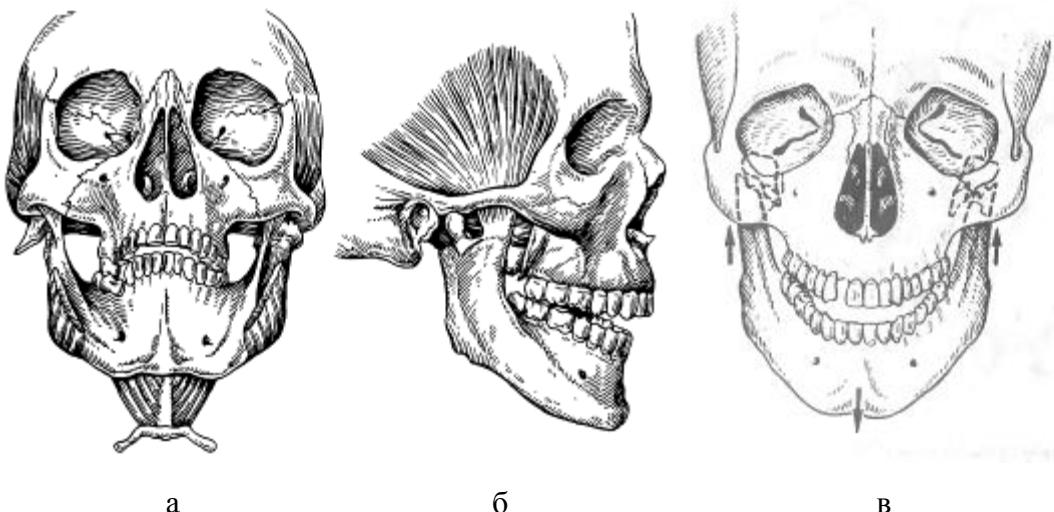


28-расм. Пастки жағ синишиларида суяк бўлаклари силжиши схемаси. а — буйига; б — жароҳат томон; в — ён томон; г — бўрчак ости.

**Чакка-пастки жағ бўлими соҳасидаги синиши икки тоифага ажратилади:** 1) бўғим чуқурчасининг синиши; 2) бўғим ўсифининг синиши.

Бўғим чуқурчasi синиши бош суяги асосининг синишидир. Одатда, калла қутисидаги ёриқ бўғим чуқурчасидан ўтади ва ташқи қулоқнинг олд девори жароҳати билан кечади. Алоҳида бўғим чуқурчасининг ўзигина синиши камдан-кам учрайди. Унинг асосий клиник белгилари: бўғимга қон қўйилиши, (гетартроз), бўғим харакатларининг чегараланиши, шиш ҳосил

бўлиши ва кучли оғриқ. Ташқи қулоқ девори синган бўлса, ташқи эшитув йўлида оғриқ, шиш, қон кетиши, гаранглик кузатилади (29- расм).



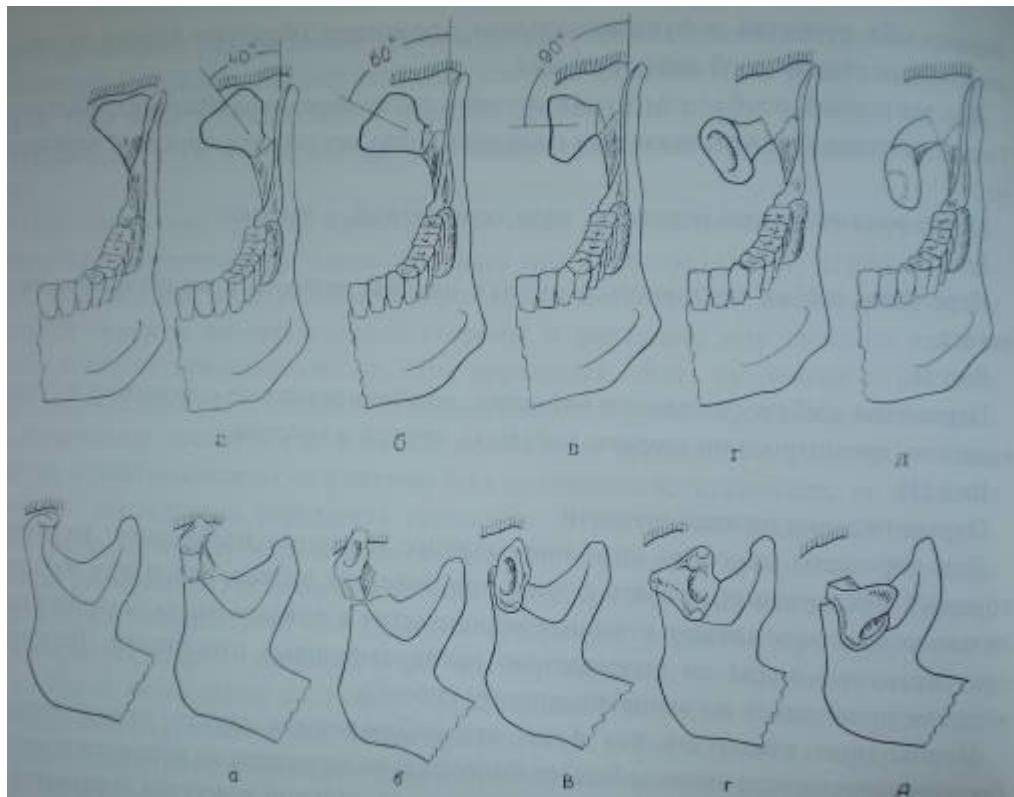
29-расм. Пастки жағ бўғим ўсиги синиши а – олдиндан кўриниши; б – ёндан кўриниши; в-пастки жағ бўғим ўсиги икки томонлама синиши.

**Даволаш.** Жағни қисқа вақтга жағни тахтакачлаш, эшитув йўлига хлоргексидин ҳамда димексид билан қиздирувчи боғламли компресс қўйиш. Ўткир давр ўтганидан сўнг (физиотерапия) иситувчи муолажалар ўтказиш ва ҳаракат (механотерапия)ни кучайтириш.

**Бўғим ўсигининг синишлари (бўғим капсуласига нисбатан жойлашишига кўра уч тоифага бўлинади:** а) капсуладан ташқарида синиши (экстракапсуляр); б) бўғим ўсигининг капсула ичida синиши (интракапсуляр); в) бўғим бошчаси капсула ичida синиб, синиш чизиги қиялаб, капсула ташқарисига бўғим — асосигача давом этади (экстраинтракапсуляр синиш).

**Экстракапсуляр синишда** жароҳатловчи куч пастки жағ танасининг ён томони ёки энгак соҳасига йўналтирилганда, **бўғим асоси букилиш оқибатида синади.** Чунки бу соҳада суюк энининг қалинлиги анча юпқа. Шунинг учун синиш чизиги қиялаб, пастга ва орқага ўтади. Бундай синишда жағ суягининг ташқи ва ички компакт пластинкасидаги синиш чизиклари

йўналиши бир-бирига тўғри келмайди. Кичик бўлакнинг силжиши синиш чизиги қайси томонда юқори жойлашганига боғлиқ (30-расм).



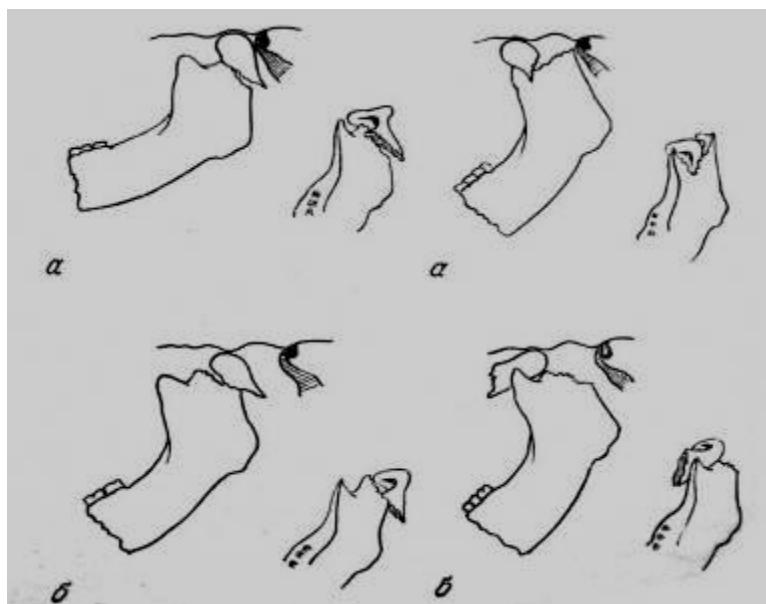
30-расм. Пастки жағ бўғим ўсиги бўйин соҳосидан синиши ва медиал чиқиши энса пешона ва ён томонлама Парма бўйича проекцияси:

А)  $40^0$  бўрчак остида силжиши, б)  $60^0$  бўрчак остида силжиши, в)  $90^0$  бўрчак остида силжиши, г) ички томонлама суяк бўлагини олдинга ва ичкарига сагитал юза бўйлаб айланиб силжиши, д) ички томонлама суяк бўлагини ташқи томонга горизантал юза бўйлаб ротацияси.

Бўғим асосида ташқи компакт пластинкадаги синиш чизиги ичкаридагидан пастроқда бўлса, (синиш ёриги ташқаридан ичкарига ва юқорига йўналса), кичик бўлакнинг ҳолати турлича бўлиши мумкин: кичик бўлакнинг периферик қисми ташқарига ва бироз орқага силжийди, бунда бўғим бошчаси бўғим чукурчасида қолади.

Айрим ҳолларда бўғим бошчаси ним (яrim) чиққан ҳолатда бўлади. Кичик бўлакнинг бундай силжишига катта бўлак ҳам таъсир этади. Чунки у (чайнов, чакка ва медиал қанотсимон мушаклар таъсирида) юқорига ва орқага силжиб, кичик бўлакни ташқарига ва орқага суради. Бу ҳолатни

аниқлаш катта аҳамиятга эга: чунки ортопедик усуллардан (синган томонда тишлар орасига қистирма қўйиши) фойдаланиб, эластик тортувчи куч ёрдамида кичик бўлакни ўз ўрнига олиб келиш мумкин (31-расм).



31- расм. Бўғим ўсиғини бўйин соҳасидан синишларида а- чиқиш ва б – яrim чиқиш (З.П. Аржанцев бўйича).

Бўғим асоси ташқи кортикал синиш чизиги ички пластинкадагидан юқори (синиш ёриғи ташқаридан ичкарига ва пастга йўналган) бўлса, кичик бўлак латерал қанотсимон мушакнинг тортиш кучи таъсири остида ичкарига ва олдинга силжийди.

Чайнов мушаклари катта бўлакни юқорига-калла асосига тортади. Юқорига кўтарилаётган катта бўлак, кичик бўлакнинг янада ичкарироққа силжишига сабабли бўлади. Бунда силжишга таъсир этувчи етакчи омиллар қуидагилардан иборат: а) зарб кучи ва унинг йўналиши; б) атрофдаги юмшоқ тўқималарнинг шикастланиши, синиш жойи ва юзасининг текисликка нисбатан ҳолати; в) жағнинг зарб берилгандаги ҳолати (офиз очик, ёпик); г) тишлар сони ёки протез мавжудлиги; д) бўғим чукурчаси ва бўғим бошчасининг шакли; е) медиал қанотсимон мушакнинг тортиш кучи (айникса, ён тиш премоляр ва молялар антогонистлари бўлмаса).

Зарб ён томондан берилганда, кичик бўлак медиал силжиб, бўғим бошчаси чуқурчадан бироз чиқади, аммо катта бўлак билан боғлиқлик сақланиб қолади.

Жағ бурчагига пастдан юқорига йўналган зарб тушса, бўғим ўсиғи (қийшиқ) қия синади ва кичик бўлакнинг асоси пастда бўлади. Катта бўлак юқорига силжиб, кичик бўлакни латерал ёнга суради, шундан кейин ҳам бўғим бошчаси чуқурчадан чиқиб кетмайди.

Бўғим ўсиғи бўйинчаси соҳасида қўндаланг ва қия синиши мумкин. Қия синищда ташқи компакт пластинкадаги синиш чизиги ички томондагига нисбатан баланд жойлашган бўлади. Шу сабабли, катта бўлак тепага тортилиб, кичик бўлакни ичкарига суради. Бўғим бошчаси, ўнга ёпишган латерал қанотсимон мушак қисқариши туфайли, чуқурчадан чиқиб кетади, натижада унинг ичкарига сурилиши янада кучаяди. Синиш чизиги қанчалик юқори бўлса, синган бўлакнинг чиқиши ва ичкарига сурилиши шунчалик кўп бўлади.

Бўғим ўсиғининг синиши бўғим капсуласининг ёрилиши билан кечса, кичик бўлак олд ва ичкари томонга силжийди.

Бўғим ўсиқларининг икки томонлама синиши ўзига хос клиник манзара-га эга. Бундай синиш жағнинг энгак қисмига зарб берилганда юзага келади. Биринчи навбатда кўзга яққол ташланадиган белги тишлиларнинг ҳар даражада очиқлигидир. Бўғим ўсиғи асоси ёки бўйинчаси синганда катта бўлакнинг юқорига тортилиши ҳамда кичик бўлакларнинг ёнга силжиши оқибатида очиқ тишилам пайдо бўлади. Ташқи эшитув йўлидан бўғим бошчасининг ҳаракатларини аниқлаш қийинлашади. Агарда катта ва кичик бўлаклар бир-бирига тегиб турса, бўғимда оз бўлса-да, ҳаракат сақланади ва босим пайпаслаш оғриқли бўлади. Оғиз очилиши мумкин, бироқ пастки жағ ён ва олд томонларга ҳаракат қила олмайди.

Бўғим ўсиғи жағ танасининг жароҳатлари билан биргаликда учраши мумкин. Жағ танасига ён томондан зарб берилганда, бевосита шу жойнинг ўзи ва қарши томоннинг бўғим ўсиғи синиши мумкин, ёки энгакка тушган

зарбдан синиш ияк ва иккала бўғим ўсиғида юзага келиши мумкин, шунингдек, зарб берилган томонда тана ҳамда бўғим ўсиғи икки жойидан синиши мумкин.

Чакка пастки жағ бўғими шикастларига бўғим мениски (тоғайи)нинг лат ейиши ва узилиши киради. Одатда, тоғайнинг орқа қисми узилади, натижада бўғим ичига қон тўпланиб, шиш ҳосил бўлади. Жағнинг ҳар қандай ҳаракати чекланиб, оғрикли ва чегараланган бўлади.

## **IV БОБ. ЮҚОРИ ЖАҒНИНГ СИНИШЛАРИ**

### **Юқори жағ синишининг клиник манзараси ва ташхислаш**

Юқори жағ синишининг клиник манзараси жароҳатланиш механизми, синиш соҳаси, сукт атрофидаги анатомик тузилмалар: кўз косаси ва унинг ичидағи аъзолар, бурун ва ёндош бўшлиқлари, катта қон ва нерв томирлари ва бошқаларнинг шикастланиш даражасига боғлиқ. Шуларни сабабли, анамnez (anamnezis morbi) йиғаётганда bemornинг, оғзидан ёки бурунидан қон кетганлиги, қусгани, ҳушини йўқотганлиги, жароҳатланишдан аввалги воқеалар ёдида (хотира қандай муддатга) борлиги, (бехуш келтирилган бўлса, ҳамроҳларидан) воқеа тафсилотлари батафсил суриштирилиши зарур.

Кўриқдан ўтказаётганда юзнинг шакли, қонталаш( гематома), қон кетиш, яранинг ҳолати ва жойлашиши, прикус ҳолати ва бошқа белгиларга аҳамият бериш зарур.

Бемор юзи чўзилиб, яссилашганлиги юқори жағнинг ўнга бириккан ёноқ ва бурун суюклари билан пастга силжиганлигини билдиради.

Бундай ҳолатда кўз косаси туби олмаси билан пастга ва ичкарига силжийди.

Жағ бир томонлама синганда энофтальм синган томонда кузатилади.

Кўз соққаси ён томонга қаралганда ҳамма нарса “иккита” бўлиб, кўринади (диплопия).

Кўз косасига қон қуишилиши ва шиш ҳисобига кўз олмаси олдига чиқиб, (экзофталм) оқ пардасига (склерага инъекцияси) қон қуишилиши ва хемоз (конъюктиванинг қовоқлар орасидан чиқиб туриши)ни кузатиш мумкин.

Жароҳатдан сўнг қисқа вақт ичидан бурундан, оғизда шиллик пардаси йиртилган соҳалардан қон кетиши мумкин. Оғиздан қон кетиши сабабларидан бири бу калла суюги асосининг ёрилиши ҳам бўлади.

Калла суюгининг асоси синганда ноғора пардаси (membranae timpani) бутун бўлса, қон эшитув (Евстахиев) найдан оғизга тушади, агарда ноғора

парда тешилган бўлса, қон ташқи эшитув йўлидан (баъзан мия суюқлиги билан бирга) келади.

**Юқори жағ юзнинг ўртасида жойлашиб юз ва калла суягининг асосини ташкил қилувчи:** ёноқ, пешона, бурун, кўз ёши, ғалвирсимон, понасимон, танглай ва ёноқ суяклари билан зич бирикади.

Юқори жағ тузилишидаги ўзига хос хусусиятлар ва тўрт контрфорси ҳисобига етарли даражада мустаҳкам бўлиб, механик таъсирларга чидамлидир.

Кучли механик таъсир остида юқори жағнинг кўз косаси, бурун ва юқори жағ бўшлиқлари оралиғидаги юпқа, тор ва заиф жойларидан маълум йўналишда синади. Лефор( Le Fort 1901) юқори жағнинг заиф жойларини ўрганиб, синишларни уч тоифага бўлган: пастки, ўрта ва юқори синишлар. Улар рим рақамларида ифодаланиши ҳам мумкин, яъни (юқоридан пастга: Лефор I, Лефор II, Лефор III).

Юқори жағ синишлари доимо очик ҳисобланади, чунки бундай синишлар кўпинча бурун бўшлиғи ёки унинг ёндош бўшлиқлари ҳисобига шиллик пардасининг йиртилиши билан кечади. Синиш юқори жағ кўпинча суриниш механизмида учрайди. Зарба таъсирида пастдаги бўлак юқоридаги бўлакка ёки юз ва калла суякларининг асосига нисбатан орқага силжийди. Юқори жағ узилганлиги туфайли синиб пастга ва орқага медиал қанотсимон мушаклар ҳисобига силжиши мумкин.

### **Юқори жағнинг пастдан (Лефор III) синиши**

Синик чизиги горизонтал текисликда юқори жағнинг альвеоляр ва танглай ўсиқлари устидан ўтади. Ноксимон тешикнинг иккала томонидан четидан орқага юқори жағ бўшлиқлари тубидан жағ дўнглиги (*tuber maxillae*) ва понасимон суяқ қанотсимон ўсиқлари пастки 1/3 қисмигача боради. Айрим ҳолларда синик чизиги қанотсимон ўсиқларгача етмайди ва иккинчи ёки учинчи катта озиқ тишлар соҳасида тугайди. Бу типдаги синишда кичик бўлак билан бирга бурун туби юқори жағ бўшлиғи бурун тўсигидан

горизонтал текислиқда ажраб узилади. Айрим ҳолларда юқори жағнинг бир томони синади: юқоридан – горизонтал текислиқда, жағлар ўртасидан – сагиттал текислиқда (32-расм).



32-расм. Юқори жағнинг пастки тип бўйича (Лефор III) синиши.

**Шикоятлар:** пастки типдаги синишда bemor, одатда, юқори жағдаги оғриқка, тишлагандан ва чайнагандан кучаювчи оғриқдан, олдинги тишлар билан таомни узиб ололмаслигига тишлар ва милк сезувчанлигининг бузилишига, тишларнинг нотўғри жипсланиши, ҳалқумда ёт жисм бордек туюлиши, шунингдек, қўнгил айниши, бурундан нафас олишнинг қийинлашганлигидан шикоят қиласи.

**Ташқи кўрикдан ўтказилганда,** юқори лаб, лунж, бурун-лаб бурмасида юмшоқ тўқималарнинг жароҳати туфайли, салқиши билан боғлиқ шиш ва қонталаш, терида шилинган ёки урилиб-йиртилган яра, тери ости эмфиземаси кузатилади, бўлак пастга сезиларли силжиган бўлса, юзнинг пастки 1/3 қисми чўзилган бўлади. Бурун тўсиғининг тери қисми бир томонга бўлак билан силжиган. Тишларни жипслаштирганда бурун тўсиғи асосидаги терида сезилар-сезилмас бурма ҳосил бўлади.

Оғиз ичи (бўшлиғи)га қаралганда: юқори жағ тиш қаторида доирасида ўтув бурмасидан юқори лаб ва лунжга тарқалувчи қонталаш. Танглай синчиклаб қўздан кечирилса, юмшоқ танглай тилчаси ҳалқумнинг орқа

деворига ёки тилнинг ўзагига тегиб турати ва юмшоқ танглай узайганга ўхшаб кўринади. Шу боис, бемор оғзида ёт жисм борлигини сезгани ва қайт қилишига эҳтиёжи бўлгани, ўқчиганидан шикоят қиласди. Бу ҳолат қанот-танглай каналида қон томир-нерв тутами узилиши натижасида бўлиши мумкин.

Оғиз дахлизида, ўтув бурмасидан юқорироқда пайпасланганда, сужкнинг текислиги йўқолиб, айрим жойларда “зинапоя” белгиси, ёки сужкда чўккан ва бўртиб қолган соҳаларни аниқлаш мумкин. Айниқса, юқори жағ ёноқ-альвеоляр қиррада буни яхши сезиш мумкин.

Юқори жағ синишини аниқлаш учун ўнг қўлнинг кўрсаткич ва бош бармоғи билан альвеоляр ўсиқни фронтал тишлар билан маҳкам ушлаб қимирилатилса, чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи билан юқори жағни ўтув бормамаси соҳасида бўлак ҳаракатчанлигини пайқаш мумкин. Альвеоляр ўсиқ қимирилатилганда, бурун учининг ҳам қимирилаши синишдан далолат беради. Агарда милқдаги сезувчанликни стерил нина санчиб текширилса, оғриқни сезмаслиги аниқланади.

Тишлар перкуссия қилинганда, бўғиқ товуш эшитилади. Қанотсимон мушаклар кичик бўлакнинг орқа қисмини пастга тортганлиги сабабли, тишлар жипсласиши бузилади, тишлам қўпроқ очиқ бўлади. Ўнг қўлнинг кўрсаткич бармоғини понасимон сужкнинг қанотсимон ўсиғи (қанотсимон-пастки жағ бурмаси юқори қисмидан ичкарироқ) га қўйиб босилганда, жағда оғриқ ва қимирилаш сезилади (босим белгиси – манфий).

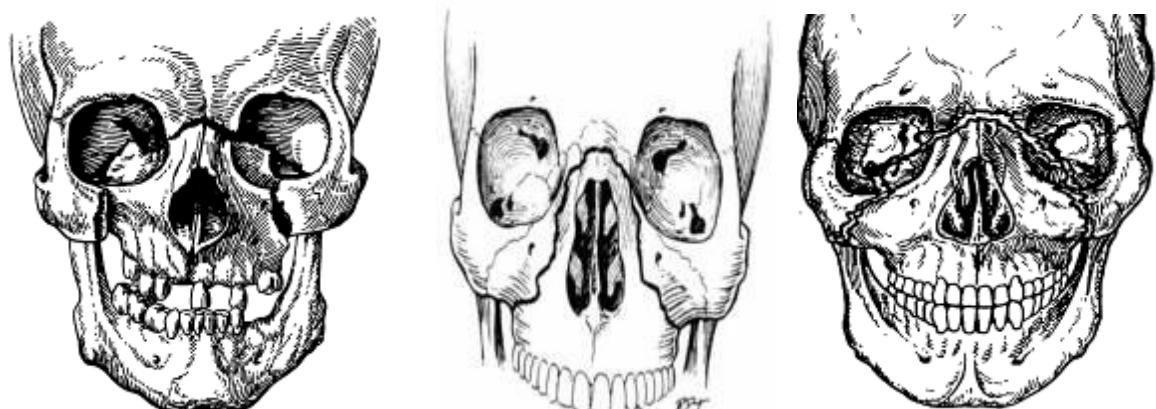
Юқори жағнинг пастки типдаги синишини альвеоляр ўсиқнинг синишлари билан қиёсий ташхислаш керак. Альвеоляр ўсиқ синганда, қанотсимон ўсиқлар соҳасида – босим белгиси манфий, юқори жағ катта озиқ тишларига босилганда эса альвеоляр ўсиқда оғриқ пайдо бўлади, яъни босим белгиси мусбат бўлади.

Рентген текшируви ёрдамида юқори жағ синишини аниқлаш қийин. Юз ва калла сужклари сояси устма-уст бир-бирига тушиши натижасида синиқ чизигини аниқлаш қийинлаади. Юз сужкларининг аксиал проекциясида

рентген суратига туширганда ёноқ-альвеолар қирраси (crista zygomatico alveolaris)да синиқ чизигини ва юқори жағ бўшлиғига қон қуйилганлигини (гемосинусни) оъибатида башшлии шаффофлиги пасайланлигини аниқлаш мумкин.

### **Юқори жағнинг ўрта типда (Лефор II) суборбитал синиши**

Синиши чизиги юқори жағнинг пешона ўсиғи, пешона суягининг бурун қисми ва бурун суякларини чокидан, ўтиб кўз косасининг медиал деворини ташкил қилган кўз ёши суяги, ғалвирсимон суякнинг кўз томондаги пластиинкаси ва понасимон суяк танасининг латерал юзасидан пастга—пастки кўз ёруғига ўтиб ва юқори жағ ва ёноқ суяклари (танглай суягининг кўз ўсиғидан иборат орбитанинг пастки деворидан олдинга йўналиб) кўз косасининг пастки чети ва ёноқ-жағ чокидан ёки ёнидан ўтади. Сўнг, юқори жағнинг олд деворидан ёноқ-жағ чоки бўйлаб орқага, юқори жағ дўйнглиги ва понасимон суякнинг қанотсимон ўсиқларига ўтади. Юқори жағ икки томонлама синганда, бурун тўсиғи (вертикал текислик бўйича), юқори жағ ва ғалвирсимон суяк ўсиқлари ҳам, яъни калла суягининг асоси ҳам синиши мумкин. Аксарият ҳолатларда калла суяги асосининг олди ва ўрта чуқурчалари шикастланиб, бош мия чайқалиши, лат ейиши ёки сиқилиши кузатилади (33-расм).



33-расм. Юқори жағни ўрта тип бўйича (Лефор II) синиши.

**Шикоятлар:** пастки типдаги синишга монанд бўлиб, юқорида кўрсатилганидан ташқари: кўз ости соҳаси, юқори лаб, бурун қаноти, бурун тўсифининг тери қисми увишиши, шунингдек, бурун-кўз ёши йўли шикастланганда ёш оқишига, катта озиқ тишлар ва милқда қаттиқ ва юмшоқ танглай тўқималарида сезувчанлик сақланиб қолади.

Айрим ҳолларда ғалвирсимон сужак (*lamina cribroza*) синганда, хид сезувчи нерв толалари (*filia opfactoria*) узилса ёки сиқилиб қолса хидни сезиш ҳисси камаяди ёки бутунлай йўқолади.

Юзнинг шакли (қонталаш, салқиши ва шиш ҳисобига) сезиларли ўзгаради. Пастки қовоқ, кўз соҳасининг медиал бурчаги ва юқори қовоқнинг медиал қисмida қонталаш кузатилади. Кўз косасининг юқори ва ташқи қисмларида ўзгаришлар сезиларли бўлмайди. Кўзнинг конъюнктивасига бир ёки икки томонлама қон қуилади, гоҳида қон қуилиш ва шиш ҳисобига конъюнктива бўртиб ағдарилиб, кўз соққасини беркитиб қўяди. Пайпаслаганда тери ости клетчаткасида эмфиземани аниқлаш мумкин. Жароҳатланган bemor горизонтал ҳолатда ётганда юзнинг ўрта қисми орқага сурилиб, юзи яссилашади, вертикал( тик) ҳолатда бўлса, – пастга сурилиши ҳисобига чўзилади. Айрим ҳолларда синган томонда кўз ости, пастки қовоқ, бурун қаноти соҳаларида тери сезувчанлиги ўзгарганидан шикоят бўлади. Кўз косасининг пастки қирраси пайпасланганда текислиги бузилганлиги, яъни “зинапоя” мавжудлиги аниқланади. Бурун-пешона соҳасида сужакнинг синишини пайпаслаб аниқлаш (шиш ҳисобига) қийинлашади.

Юқори жағнинг ўрта типда синганлигини аниқлаш учун айнан шу соҳада сужакнинг “ғижирлаши(*crepitatio*)”ни аниқлаш керак. Бунинг учун чап қўлнинг кўрсаткич бармоғини кўз косасиниг пастки четига, бош (катта) бармоғини эса бурун асосига қўйиб, ўнг қўл бармоқлари ёрдамида эҳтиёткорлик билан юқори жағни тебранувчи харакатга (олд - орқага) келтирилса, чап қўл бармоқлари остида сужак бўлакларининг икки нуқтада синхрон силжиши аниқланади. Агарда юқори жағни тепага ва пастга тебратилса, бурун асосидаги тери бурмага йиғилиб, ранги ўзгаради.

Ҳаракатлар натижасида жароҳат қонайди, бурундан, бурун-халқум ва оғиздан қон келиши мумкин. Кўз-ёш канали шикастланган бўлса, ўнга Оғиз ичини кузатганда юқори жағнинг катта ва кичик озиқ тишлар соҳасидаги ўтув бурмасидан лунжга тарқалаётган қонталашни аниқлаш мумкин. Пайпаслаш ёрдамида ёноқ-альвеоляр ўсиқни қиррасида “зинапоя” белгиси, юқори жағ кесув, қозиқ ва кичик озиқ тишлар соҳасида милкнинг оғриқни сезиши пасайганлиги аниқланади.

**Рентгенологик манзараси:** аксиал проекцияда олинган суратда бурун-пешона чоки бўйлаб кўз косасининг пастки қиррасида, ёноқ альвеоляр қирраси соҳаларида суюклар узлуксизлиги бузилганлиги, юқори жағ бўшлиғи шаффофлиги хиралашгани аниқланади.

Ён томонлардан олинган тасвирда ғалвирсимон суюқдан понасимон (асосий) суюқ танасига қиялаб ўтаётган синиш чизигини аниқлаш мумкин. Синиш чизиги понасимон суюкнинг эгаригача давом этиб, эгарда “зинапоя” белгиси аниқланиши, унда, шубҳасиз, калла суюгининг (cranium) асоси ўрта чукурча соҳасида синганлигидан далолат беради.

### **Юқори типдаги суббазал синиш (Лефор I)**

Бу типдаги синик чизиги бурун-пешона чоки орқали кўзниң ички деворидан кўз косасининг тубиги етади, юқори ва пастки тирқишиларидан кўз косасининг ташқи деворидаги юқори ва пастки тирқишиларидан понасимон суюкни катта қаноти ва ёноқ суюгидан, кўз косасининг ташқи деворидан олдинга, юқорига йўналиб, пешона-ёноқ чокидан ўтади, сўнг пастга, орқага ва ичкарига понасимон суюқ қанотсимон ўсиқларнинг юқори қисмидан танасигача боради (34-расм).

Шунингдек, чакка суюгининг ёнок ўсиғи ва бурун тўсиғи вертикал текисликда, синади. Хулоса қилиб айтганда Лефор I типидаги синишида юз суюклари калла суюкларидан ажралади ва калла суюги асоси синади. Бунинг оқибатида бош мия чайқалиш (comocio contusio), лат ейиш ёки сиқилиши (compressio) юзага келиши мумкин. Бундай жароҳатга хос бўлган белгилар:

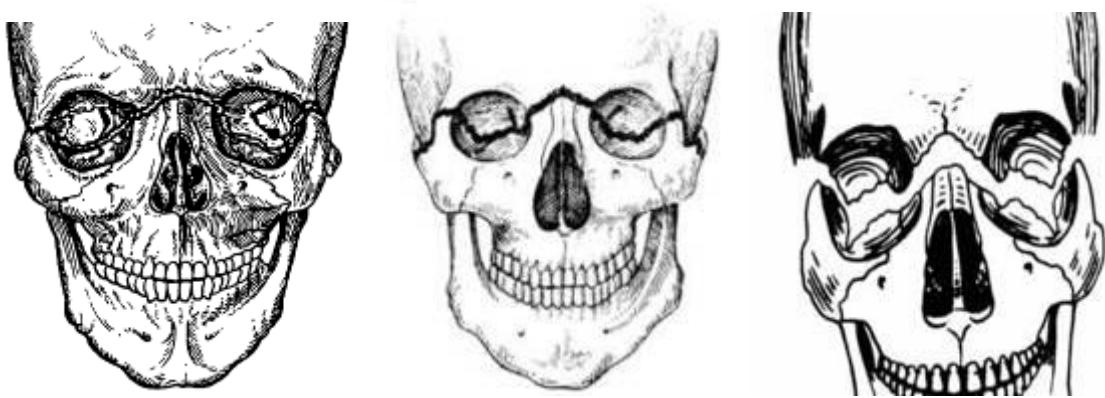
хушдан кетиш, ретроград амнезия, қайт қилиш, кўнгил айниши, бош оғриғи, қулоқлар шанғиллаши, брадикардия, брадипноэ, нистагм, кўз қорачиғининг торайиши, руҳий ўзгаришлар, бурун ёки қулоқдан ликвор келиши (ликворея) кузатилади.

Жароҳатланган ҳушида бўлса: атрофдаги (нарса)лар вертикал ҳолатда кўзга иккита( жуфт) бўлиб кўриниши ва ҳалқумда ёт жисм бордек туюлиши, тиқилиши, ўқчик, ютиниш ва оғиз очилишининг оғриқлиги, қийинлашганлигини эътироф этади.

Беморни кўздан кечирилганда: юзниг ойсимон шишганлиги, юқори ва пастки қовоқлар кўз косасининг ичи ва атрофидаги тўқималарга, шунингдек ва конъюнктивага қон қуйилганлиги (кўзойнак) белгилари аниқланади. Бемор ётган ҳолатда юзи яссилашган, ўтқизилса чўзилади, кўз ёриғи кенгайиб, диплопия пайдо бўлади. Шу сабабли, bemor бир кўзини кафти билан ёпди ёки бармоғи билан кўз соққасини остидан кўтариб диплопияни бартараф этишга ҳаракат қиласди.

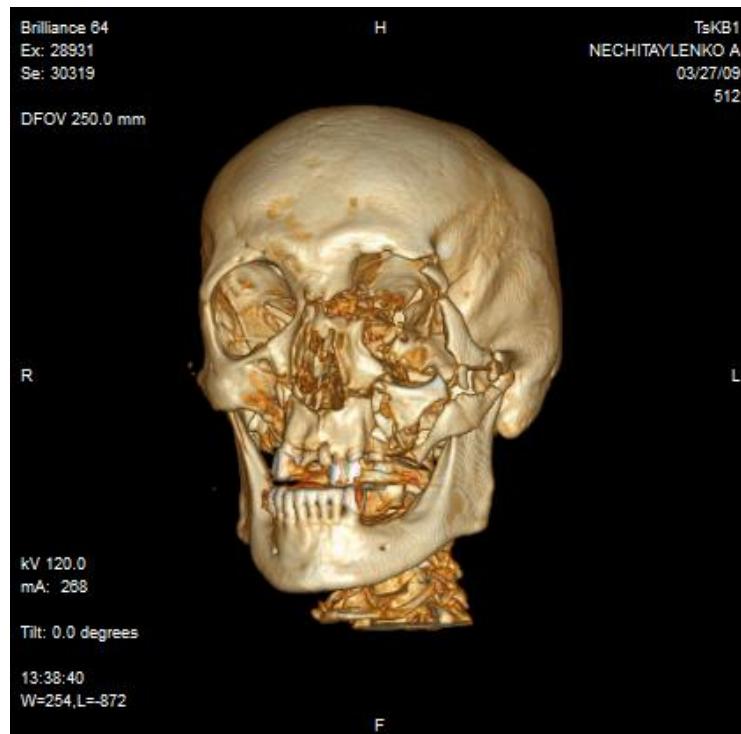
Тишларни маҳкам жипслантиргандага, кўз олмасининг кўтарилиши, синиш “зинапоя” белгиларида бўлакларнинг силжишини аниқлаш мумкин. Оғизни кенг очганда, пастки жағнинг тож ўсиги ёноқ ёйига тиралиб, юқори жағда оғриқ беради. Шунинг учун bemor оғзини яхши очмайди. Оғиз бўшлиғи кўздан кечирилганда, деярли ўзгаришлар бўлмайди. Аммо шифокор кўрсаткич бармоқни танглайга қўйиб, юқорига кўтарса, синик чизиги бўйлаб оғриқ туради ва юқори жағнинг сурилишини кузатиш мумкин.

**Рентген текширувида:** юз суякларининг суратида ёноқ ёйи, понасимон суякнинг катта қаноти ёноқ-пешона чокида суяқ бутунлиги бузилганлигини, юқори жағ ва понасимон суякнинг бўшлиқлари хидалашганлигини кузатиш мумкин. Ёндан олинган рентген суратида понасимон суякнинг танасида синик чизигини кўриш мумкин (35- расм).



34-расм. Юқори жағни юқори тип бўйича (Лефор I) синиши.

Амалиётда юқори жағ суягининг синиши доимо икки томонда симметрик бўлавермайди. Бир томонда – пастки типда бўлса, қарши – томонда ўрта ёки юқори типда, шунингдек, ўрта ва юқори типдаги каби синиш комбинациясида бўлиши мумкин. А.А. Лимберг синишнинг ўрта (суборбитал) типини юз-жағ ажралиши ва юқори (суббазал) типни – калла суягидан юз ажралиши, деб таърифлаган.



35-расм. Юқори жағ синишининг МСКТ кўриниши.

Вассмунд юқори жағнинг бошқа шаклдаги синишларининг таснифини ифодалаб берган. Хусусан, жағнинг сагиттал йўналишда ўртасидан ўтган чокидан пастки тип бўйича синишини таърифлаган.

Юқори жағ ўрта ва, айниқса, юқори типдаги синишлари атрофдаги аъзоларнинг ҳам, жумладан: кўз соққаси, кўриш(n.opticus), кўзни харакатга келтирувчи (n.oculamotoris), узоқлаштирувси (n.abducens) ва юз нерв (n.facialis)ларининг шикастланиши билан асоратланади. Калла суюгининг асоси чинганда, бош мия пардалари йиртилиб, бурун, қулоқ ва бурун-ҳалқум гумбазидан ликвор оқиши мумкин. Бундай ҳолатда яллиғланиш жараёни туфайли менингит, энцефалит, мия абсцесси ривожланиши мумкин. Бош мия чайқалиши ёки лат ейиши билан бир вақтда, интракраниал қонталаш (гематома) юзага келиши ҳам мумкин.

Беморни текшираётганда жарроҳ-стоматолог сўлак ва қон билан ликвор аралаш оқишини мумкинлигини билмоғи ҳамда буни аниқлаш учун қуйидаги белгиларни аниқлашга ҳаракат қилиши лозим:

1. Бошни пастга туширганда. Кучангандан, бўйин йўғон томирларни бармоқ билан босганда, – бурундан суюқлик келишининг кучайиши
2. Дастрўмол симптоми: тоза дастрўмол ликворни суюқлик билан шимдирилиб хўлланади, агар суюқлик ликвор бўлса, қуриганидан сўнг юмшоқлигича қолади. Бурун шиллик ажралмаси билан шимдирилган бўлса, дастрўмол “крахмаллангандай” қотиб қолади.
3. Тиббий салфетка симптоми: бурундан келаётган суюқлик (қон) тоза тиббий салфеткага оз микдорда томизилади, бироздан сўнг, қаралганда ажралмада ликвор бўлса, салфетқада қондан ҳосил бўлган қизил дөғ атрофида оч рангли чамбар (ликвор) дөғ кузатилади.
4. Нейрохирург томонидан бел умуртқа поғонасида пункция ўтказиб ликворда қон борлигини аниқлаш ҳам мумкин.

5. Травматик пневмоэнцефалопатия – бош миянинг ликвор тутувчи ораликларда (понасимон, пешона ва ғалвирсимон бўшлиқларда) ҳаво йиғилиши. Бундай ҳолатда калла асоси суюкнинг синганлигига шак-шубҳа қолмайди.

Юқори жағнинг ҳар қандай синиши бўлган bemor албатта невропатолог кўригидан ўтиши зарур.

**Даволаш:** асоратлар ва шикастланган бошқа аъзоларнинг ўзига хос хусусиятларидан келиб чиқсан ҳолатда нейрохирург, офтальмолог, оториноларинголог, анестезиолог, реаниматолог, керак бўлса, психиатр билан ҳамкорликда комплекс ёрдам қўрсатилиши пировардида ижобий натижалар гаровидир.

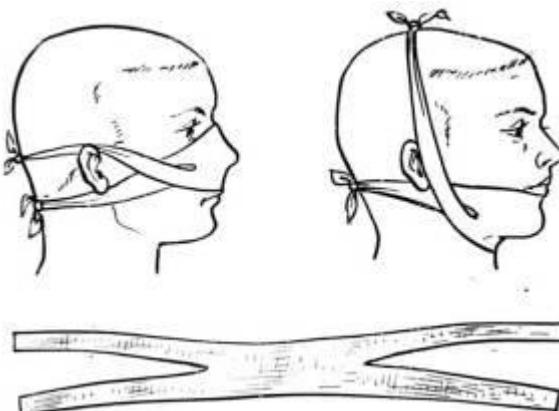
## V БОБ. ЖАҒЛАР СИНИШЛАРИНИ ДАВОЛАШ

### Жағлар синганда вақтинчалик иммобилизация қилиш усуллари

Жағларнинг синиқ бўлакларини иммобилизацияси вақтинчалик (транспортировка учун) ёки доимий (даволовчи) бўлиши мумкин.

**Вақтинчалик (транспортировка учун) иммобилизация.** Бундай иммобилизация ихтисослашган даволаш муассасаларидан ташқарида, жароҳат олинган жойнинг ўзида ўрта тиббиёт ходимлари ва ҳар хил соҳа шифокорлари томонидан ёки ўзаро ёрдам бериш йўли билан амалга оширилади (36-расм).

Жароҳатланганлар кўплаб келтирилганда касалхона қабул бўлимида ихтисослашган ёрдам бергўнга қадар амалга оширилиши мумкин.

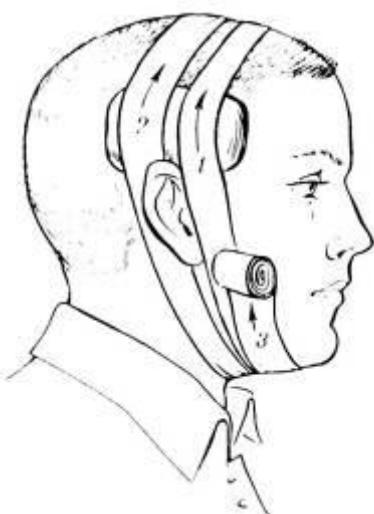


36-расм. Оддий вақтинчалик иммобилизация учун боғлам.

Юқори ва пастки жағ суяклари синганда, вақтинчалик иммобилизация стандарт боғламлар ёки қўл остидаги бор нарсалардан фойдаланиб амалга оширилади. Боғламлар ёрдамида пастки жағ юқори жағга сикиб қўйилади ва маълум бир вақтгача шу ҳолатда ушлаб турилади (37-расм).



А



Б

37-расм. А-Юқори жағ синик бўлакларини вақтингчалик иммобилизация қилиш  
Аржанцев усули бўйича. Б-Марляли боғлам.

Пастки жағ синганда таянч сифатида юқори жағ тишларидан фойдаланилади. Юқори жағ синганда пастки жағ тишлари юқори жағни оптимал ҳолатда ушлаб туриш учун ишлатилади.

***Қуйидаги боғламларни ишлатиш мумкин:***

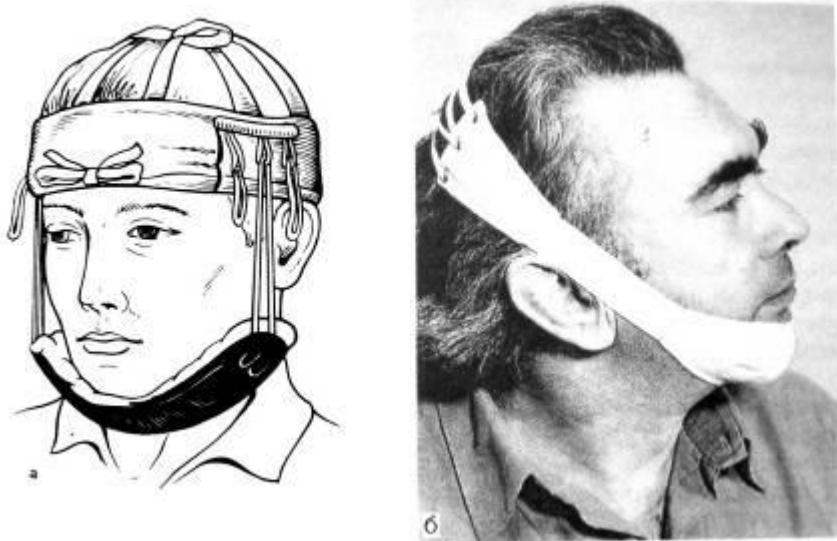
**Бинтли энгак-тепа айлана бинтли боғлам.** Кенг бинт билан даҳан ва бошни тепа қисмидан айлантириб боғланади. Транспортировка вақтида бундай боғлам бўлакларининг силжиб кетмаслигини, оғриқни камайтиришни қон кетишининг олдини олиш ва тўхтатиш имқонини беради.

**Стандарт транспортировка боғлами** икки қисмдан – бири бу қаттиқ энгак палахмони ва бошга тақиллидиган, размерлари ўзгартирилувчи таянч қалпоқчасидан ташкил топган. Қалпоқчанинг З жуфт ҳалқа бўлиб, уларга палахмондаги илмоқлар мос тушади. Қалпоқча энса дўнглигини сиқиб оладиган қилиб бошга кийдирилади ва боғичларни тортиб, пешона устида боғланади, ёндаги чўнтаклардан паҳтали солинчоқлар туширилади резина ҳалқалар чаккага ботмаслиги учун. Шунингдек, палахмонга қалин қилиб докага ўралган паҳта (таглик) қўйилади. Таглик палахмоннинг четларидан чиқиб туриши керак, шунда палахмоннинг четлари тўқимани эзмайди.

Симметрик қилиб қалпоқчага палахмон резина ҳалқалар билан симметрик равиша маҳкамланади.

Ҳалқалар сони мақсадга яраша қўйилади. Пастки жағ тиши қатори орасида, юқори жағ синган бўлса, 3 жуфт резина ҳалқа тақилади. Пастки жағ тиши қаторида синганда фақат ушлаб туриш учун бир ёки икки жуфт резина ҳалқаси тақилади. Ҳаддан ташқари ишлатилган босим бўлакларни янада кўпроқ силжитишга ва буқилишига олиб келиши мумкин. Мутахассис бўлмаган шахслар боғламни фақат битта резина ҳалқани тақиб қўйиш тавсия этилади.

**Юмшоқ, энгак (Померанцева – Урбанская) боғлами** – боғламнинг уч қисми бўлади: даҳан соҳаси учун маҳсус пишиқ, қалин матодан тикилган палахмон, икки ён қисми – кенг резинка ва боғлагичдан иборат. Боғлагич қисмида резина босимини бошқариш учун маҳсус боғлаш иплари бор. Юмшоқлиги, осон тақилиши, фиксацияни яхши таъминланиши сабабли, бу боғлам кенг қўлланилади (38-расм).



38-расм. а. Померанцева – Урбанскаянинг юмшоқ энгак боғлами, б. даҳан энгак боғлами.

**Юқори ва пастки тишларни бир-бирига сим билан боғлаш бўлаклар силжишини ишончли даражада таъминлайди.** Бунинг учун ҳар иккала жағда

бир жуфтдан ёнма-ён мустаҳкам антагонист тишлар бўлиши керак. Синиш чизигидан узокроқ патологик қимирлаш, периодонтит ва пульпитдан холи бўлган тишлар боғламга олинади.

Боғлаш учун қалинлиги 0,5–0,6 мм бронза-алюмин сим ишлатилади. Ишлатиладиган асбоблар: қон тўхтатувчи қисқич, анатомик пинцет, крампон омбир, қайчи. Симни боғлаётганда соат миллари йўналишида айлантирилади. Жағларни бир-бирига сим билан боғлашнинг бир неча усуллари бор.

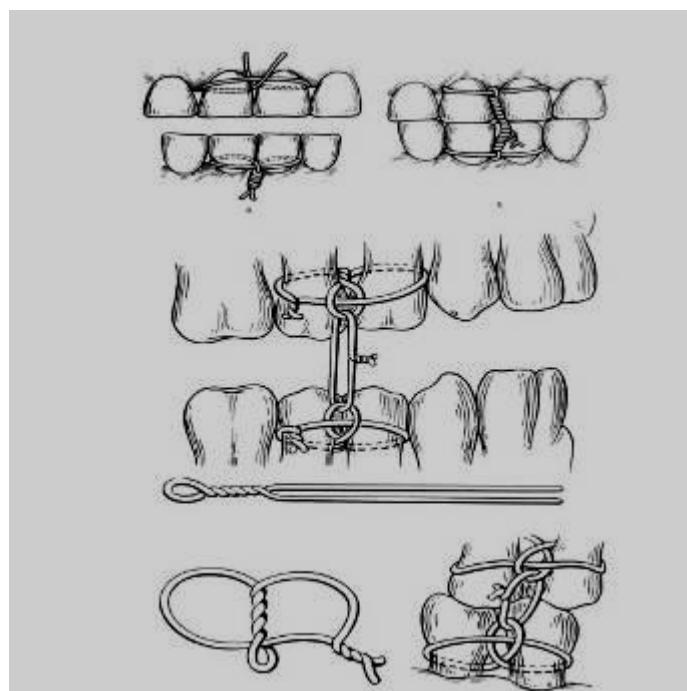
**Сим билан боғлашнинг оддий усули.** Лигатура сими 5–6 см узунликда олинади. Бўлакларнинг бирида мўлжалдаги тишнинг ёнидан сим ўтказилади, тил томондан чиқариб, тишнинг иккинчи ёнидан вестибуляр томонга чиқарилади. Учлар бир-бирига teng қилиб сиқилади ва буралади. Худди шундай қилиб, ёндаги иккинchi тиш ҳам боғланади. Иккала сим учи бирлаштирилиб бир-бирига боғланади. Шу тартибда бошқа бўлакдаги тишлар, сўнг антагонист тишлар боғланади.

Бўлакларни ўз жойига келтириб (репозиция қилиб) юқори ва пастки тишларни жипслаштириб, антагонист (қарама-қарши) тишларда боғланган симлар бир томонда, кейин иккинchi томонда бир-бирига буралиб боғланади. Сим охирлари қайчи билан кесиб ташланади. Қолган (0,5–0,6 см) қисми шиллик қаватни жароҳатламаслиги учун қайириб қўйилади.

**“8” шаклида боғлаш усули.** Бу усулда боғлаш учун, 6–8 см узунликдаги лигатура сими олинади ва вестибуляр томондан айни бир вақтда иккита ёнма-ён тишларни атрофидан орал томонга чиқарилади ва икки тиш орасидан ўтказиб, вестибуляр томонга қайтариб чиқарилади. Кайтариб чиқараётганда, симнинг бир учи вестибуляр қисмнинг устидан, иккинчиси эса – тагидан ўтишига аҳамият бериш зарур. Сим учлари teng қилиб тортилиб, бир-бирига бураб маҳкамланади. Худди шундай тартибда иккинchi бўлакдаги антагонист тишлар ҳам боғланади. Шундан сўнг юқори ва пастки тишлар ўзаро боғланади. Симнинг ортиқчаси кесиб ташланади.

**Айви усулида боғлаш.** Лигатура сими 10 см қилиб кесилади. Ўртасидан букилади ва шу жойда диаметри 2 мм бўлган ҳалқа

шакллантирилади. Симлар учи бирлаштирилиб, икки тиш орасидан вестибуляр томондан орал томонга ўтказилади, боғланаётган тишларнинг атрофидан қайтариб вестибуляр томонга иккала учи чиқарилади. Симларнинг бири ҳалқадан ўтказилади ва учлари бирлаштирилиб, бураб сиқилади. Ортиқчаси кесилиб, учи қайтариб қўйилади. Шу тартибда иккинчи бўлакда ва антагонист тишларда боғлам қўйилади. Бўлаклар жой-жойига келтирилиб юқори ва пастки жағдаги ҳалқалар орасидан лигатура сими ўтказилиб бир-бирига маҳкамланади. Бундай иммобилизация бошқа усулларга нисбатан бир қанча афзалликларга эга. Хусусан, у милк тўқимасини кам жароҳатлайди. Оғиз бўшлиғини қўриқдан ўтказиш учун мослама(ҳалқа)ларни боғлаб турган симни кесиш кифоя қиласди (39- расм).



39-расм Аиви лигатураси схемаси ва жағлар аро Аиви буйича фиксация.

Юқори жағ синганда, жағлар бир-бирига симлар билан боғланса қўшимча бинтдан тайёрланган энгак тепа боғлами билан иммобилизация кучайтирилади. Акс ҳолда пастки жағ юқори жағни пастга тортиб, силжишни кучайтиради.

Жағлар бир-бирига лигатура симлар билан қайси усулда боғланғанлигидан қатыи назар, 3-4 кундан сүнг бошқа усулдаги иммобилизацияга алмаштирилиши керак. Чунки боғламга олинган тишлар пародонти мушаклар ҳосил қилаётган тортиш кучларига қаршилик қила олмайди, оқибатда, улар қисқа вақт ичида қимирлай бошлайди.

Жағларни бир-бирига лигатура симлар билан боғлаб бўлаклар иммобилизацияси ҳамма вақт ҳам ишлатиб бўлмайди. Бош мия чайқалиши ёки шикастланиши, қон кетиш ёки қусиши хавфи бўлса, бундай иммобилизацияни қўллаш мумкин эмас. Жароҳатланганни бундай боғлам билан, айниқса, сув ёки ҳаво йўллари билан транспортировка қилиш ҳам мумкин эмас

## **Доимий (даволовчи) иммобилизация**

Даволаш мақсадида бўлакларнинг консерватив (ортопедик) ёки жарроҳлик усулларида иммобилизацияси амалга оширилади. Консерватив усулларга ҳар хил шиналар ёки ортопедик аппаратлар ёрдамида ўтказиладиган иммобилизация киради.

Оператив усулда жағ бўлаклари яланғочланиб сукка киритилган ёки ўрнатилган мосламалар ёрдамида ўтказилган иммобилизация тушунилади. Бунинг учун суккага атрофидаги юмшоқ тўқималар кесилиши, бўлаклар яланғочланиб, сукка чок ёки бошқа мосламалар ўрнатилиши, ёки (спица ва штанга билан) тери тешиб суккага бўлаклари иммобилизация қилиниши назарда тутилади.

**Консерватив (ортопедик) даволаш.** Консерватив даволашда, ортопедик мосламалар учун таянч вазифасини ўтовчи тўқималарга кўра шиналар қуидаги уч гурухга бўлинади: тиш, тиш-милк ва милк устига тақиладиган.

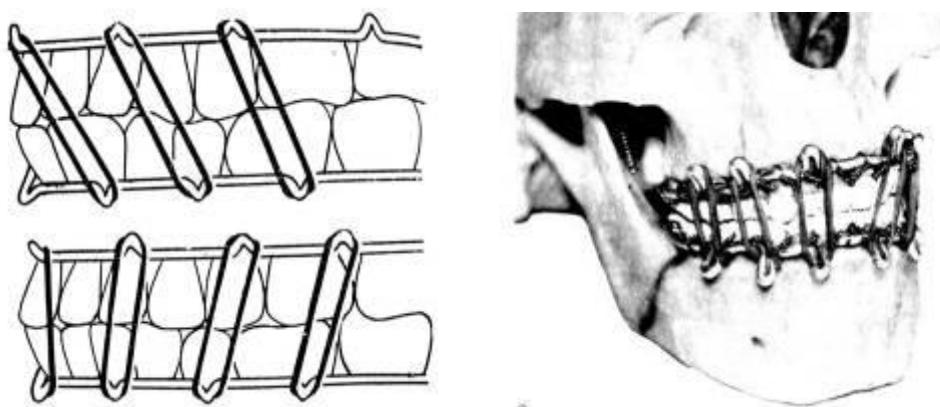
Тишга тақиладиган мосламалардан асосан алюминий симдан букилган Тигирштедт шинаси ва Васильев лентасимон шиналари ишлатилади. Бу шиналар фақат тишларга маҳкамланади. Шунинг учун улар бўлакларда

тишлар сони етарли (кўп) бўлгандагина қўлланилади. Алюминий симдан букилган тиш шиналарини 1915 йил рус армиясининг тиш доктори С.С. Тигирштедт ихтиро қилган. Тайёрлаш учун диаметри, 1,8–2 мм алюминий сим ва боғлаш учун диаметри, 0,5–0,6 мм, бўлган бронза-алюминий лигатура симлари қўлланилади.

Тишларга ўрнатиш учун алюминий симдан букилган шина ҳар бир бемор учун индивидуал равища тайёрланади: у тиш ёйини тўлиқ қайтариши; ҳар бир тиш бўйинчасига тегиб туриши; илмоқлари иккала томонда teng тақсимланиши; тишлар йўқ жойларга кириб туриши; юқори ва пастки жағдаги илмоқлар бир-бирининг рўпарасида жойлашиши; милкка ботмаслиги; шинани ҳар бир тишга лигатура сими билан боғланган бўлиши талаб этилади. Шунда тишларга тушадиган босим teng тақсимланади.

Бугўнги кунда Тигирштедт таклиф қилган симдан букилган шиналарнинг: текис, эгик, тиргакли, қия текислиги бўлган иккала жағта қўйиладиган, илгак-ҳалқали жағлараро бўлакларни тортиш ва маҳкамлаш учун қўлланиладиган турлари ишлатилади (40-расм).

Симдан букилган ҳар қандай шина ўрнатилишидан аввал маҳаллий оғриқсизлантириш остида суюк бўлаклари репозиция қилиниб, кейин маҳкамланади.



40-расм. Тигирштедт шинасининг схематик кўриниши.

**Силлиқ шина тайёрлаш.** Сим уни дастлаб илгак (кламмер) қилиб букилади, у охирги тишни дистал томон (тил томон) дан ўраб олиши керак.

Илгак учини қайчи билан вертикал текисликда  $45^0$  ли бурчак остида кесилади. Кесим юзаси ва атрофи эгов билан силлиқланади.

Агар, шина охирги тишгача етмасдан, тиш қаторида тугаса, сим учини илгаксимон букиб, тишлар орасига тушадиган шакл берилади. Чап қўлда алюминий симни ушлаб, ўнг қўлда крампон омбир ёрдамида тиш ёйига мос қилиб букиб борилади. Сим тиш ёйига тенг қилиб кесилади ва учи охирги тиш ёки тишлар орасига мос равища букиб қўйилади. Шина тиш ёйига мосланганидан сўнг, ҳар бир тишга лигатура сими билан боғланади. Боғлаш учун сим вестибуляр томондан тиш ораларидан тил томонга шина устидан ўтказилса, чиқараётганда остидан ўтказиш лозим. Симнинг иккала учи бирлаштирилиб, игна тутувчи қисқич ёрдамида сиқиб буралади. Шундай қилиб, шина ҳар бир тишга маҳкамланади. Симнинг ортиқча қисми кесилиб, учи шина устига қайириб қўйилади.

Силлиқ (текис) шинадан даволаш мақсадида қуйидаги ҳолатларда фойдаланиш мумкин: фронтал тишлар соҳасидаги силжимаган ёки осон репозиция қилинадиган чизиқли синишда; юқори ва пастки жағларнинг альвеоляр ўсиғи икки ёки учта тишлари билан синиб ёнида камида 3–5 та мустаҳкам турган тишлар мавжуд бўлса, тишлар чиқиши ва синишида. Аммо маҳаллий маҳаллий ҳолат шароитидан келиб чиқиб, пастки жағ бўлакларининг иммобилизацияси учун иккала жағга илмоқли шина қўйилиб, резина ҳалқалар билан тортиб, маҳкамлаб қўйилгани афзалроқ бўлади. Чунки текис шина энгак қиррасидаги бўлакларнинг қочишини бартараф қила олмайди.

Тишлар чиқиши ёки синишлари(*fractura dentis*)ни даволаш мақсадида шина-каппадан фойдаланиш мақсадга мувофиқроқ, чунки каппа тишларни етарли даражада иммобилизация қиласи. Бироқ оғизда каппани ўзи қотувчи пластмассадан тайёрлаш бирмунча мураккаб ва маълум даражада амалий кўникмаларга эга бўлишниталаб этади. Шинага тишларни боғлаётганда, лигатура симини бурашга етганда, тиш катақчасидан чиқиб кетиш эҳтимоли баланд бўлади (41-расм).



41–расм. Силлиқ шина скоба.

**Тиргакли шина тайёрлаш.** Шина юқорида баён этилгандек, охирги тишга мослаб, кемтик четларидаги тишларнинг нуқсон томонга қараган ён юзаларига тирадиб турадиган ва тиш қаторининг иккинчи томонидаги охирги тишни ҳам маҳкам ўраб оладиган қилиб букилади. Бўлаклар силжиган бўлса, уларни репозиция қилинганидан сўнгги бўладиган ҳолатини эътиборга олиб шина букиш лозим. Тиргакнинг узунлиги кемтик четидаги тишлар орасидаги масофага ёки жағдаги нуқсонга teng бўлиши керак. Тиргак альвеоляр ўсиқдан кенг бўлмаслиги ва милкка ботмаслиги талаб қилинади.

Пастки жағнинг тиш қаторидаги кемтик соҳасидан синганида, бўлаклар силжиш бўлмаса ёки улар осон репозиция қилинса; шунўнгдек, пастки жағ тиш қаторининг атрофи синиб, нуқсон пайдо бўлса, бундай ҳолатлар *тиргакли шинадан фойдаланишига кўрсатма* мумкин.

**Букилган илгакли шина** иккала жағга тайёрланади. Ҳар бир шинада 5–6 та илгак букилади. Илгакларнинг узунлиги 3–5 ммдан ошмаслиги керак. Юқори жағда шина илгаклари–тепага, пастки жағники–пастга қараган бўлиши керак. Тишлар юзасига нисбатан улар  $35\text{--}45^{\circ}$  бурчак ҳосил қилиши керак, шунда илгак учи билан милк орасидаги масофа 2–3 мм иборат бўлади. Симдан букилган шина индивидуал тарзда тайёрланади. Анатомик тузилишдан келиб чиқкан ҳолда, илгакларнинг иккинчи кесув, биринчи кичик озиқ ва

катта озиқ тишилар рўпарасида жойлашадиган қилиб букилгани маъкул. Аммо ҳамиша ҳам бу тартибга риоя қилиш имконияти бўлавермайди.

Шинани букаётганда илгак айнан тиш рўпарасида ўрнашиши ва тишилар орасига тушмаслиги кераклигига эътибор бериш лозим.

### **Илгакли шишани тайёрлаш техникаси:**

диаметри 1,5–1,8 мм бўлган, қиздириб совутилган алюминий сим олинади ва охирги тишининг дистал юзасини қамраб оловчи илмоқ (кламмер) букилади. Шина охирги тишга етиб бормаса, учи тиш оралиғига ўрнашадиган қилиб, текис шинадаги каби букилади. Сўнг оғизга киритилиб, кламмерни охирги тишга ўрнатилади ва крампон омбирнинг лунжлари билан озиқ тишининг рупарасидан тишининг вестибуляр юзасига  $35^0$  –  $45^0$  ли бурчак ҳосил қилинган ҳолатда қисиб олиб шинани оғиздан чиқарилади. Крампон омбир вертикал холда кесиб, шина оғиздан чиқарилади. Шина охиридаги кламмери эса горизонтал текисликда, деб назарда тутамиз, илгак крампон омбир лунжлари билан симни  $45^0$  ли бурчак остида сиқиб оламиз ва биринчи илгакни ҳосил қилиш учун уни вертикал йўналишда  $90^0$  га букамиз. Кейин симнинг узун қисмини чап қўл билан ушлаб, ўнг қўл билан омбирнинг лунжларини ҳосил қилган бурчакка кўчирилади. Крампон омбир лунжларини қисиб, чап қўлнинг кўрсаткич бармоҳи билан сим (ўзига томон)  $180^0$  ли бурчак остида букилади. Натижада, симда бўртма (илгак қисми) ҳосил бўлади. Шу бўртмани омбир лунжлари билан (бурчакдан металл қалинлигига teng масофа ташлаб) чап қўлнинг бош бармоғи билан сим  $90^0$  ли бурчакка (ўзидан) букилади. Шина тайёрлашда, уни горизонтал текисликда омбурни эса-вертикал ҳолатда жойлаштириш лозимлигини ёдда тутиш лозим. Бир томонда учта илгак букилгандан сўнг, симметрик равища иккинчи томонда ҳам букилади. Иккинчи жағ учун ҳам шу усул билан шина букилади.

Шиналарни ўрнатишдан аввал ҳар бирини тиш қаторига алоҳида мослаб ҳамма тишиларга тегиб турадиган қилиб, узун бўлса – охирларини кесиб, юмшоқ тўқималарни шикастламайдиган қилиб учлари қайирилиб, эгов

билин силлиқланади. Синиш соҳасида кемтик бўлса, тиргак ҳосил қилиб букилади.

Тайёрланган шинани ўрнатиш учун вестибуляр томондан оғиз томонга 0,3–0,4 мм қалинликдаги қиздириб совутилган лигатура сими тишлар оралиғидан тиш атрофини айлантириб ўтказиб, уни қайта вестибуляр томонга чиқарилади. Иккала уни тенг қилиб тортилади ва бир уни пастга, иккинчи уни-юқорига букиб қўйилади.

Юқорида келтирилган тартибда жағнинг қолган тишлар оралиғидан ҳам симлар ўтказилади.

Шина аввал юқори жағ тиш қаторига қўйилиб, икки – уч тишдаги симлар тортилиб буралади, дастлаб шина омонат қилиб боғланади, кейин ҳар бир тишдан ўтказилган сим охиригача буралиб, шина тишларга маҳкам боғланади. Шу тахлидда пастки жағ шинаси ҳам маҳкамланади. Илгаклар бир текисликда туриши ва милкка ботмаслиги керак.

Шина илгакларига резина ҳалқалар тақиб, жағлар бир-бирига маҳкам тортиб қўйилади.

#### *Илгакли шинани қўйишига кўрсатмалар:*

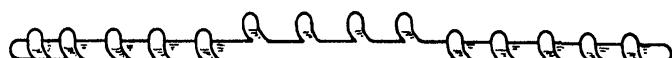
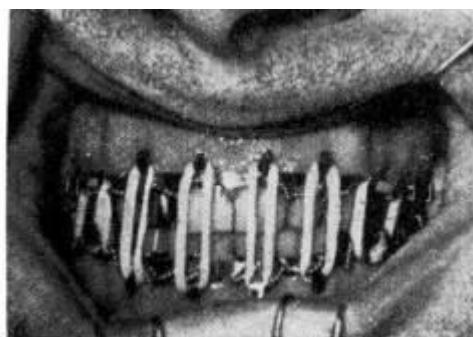
- Пастки жағнинг тиш қатори бўйлаб синиб, бўлаклар силжиганлиги;
- Пастки жағнинг икки–уч жойидан ( қўп сонли) синиши;
- Пастки жағнинг тиш қатори орти (ретромоляр соҳа қисми) синиши;
- Юқори жағнинг синиши, юқори ва пастки жағларнинг бир вақтда синиши (энгак-тепа айлана боғлами, юмшоқ ёки қаттиқ палахмонли стандарт боғлам қўйиш шарти билан).

Бўлакларнинг репозицияси осон кечмаса, ҳар бир бўлакка алоҳида шина қўйилади ва резина ҳалқалар билан юқори жағ шинасига тортиб қўйилади. Бўлаклар ўз ўрнига келганидан сўнг, қўшимча силлиқ шина ўрнатилади ёки тез қотувчи пластмасса билан маҳкамланади. Агарда бўлаклардан бири кера-

гидан ортиқ даражада юқорига күтарилиб кетса, антагонист тишлар орасига резина ёки пўкак қистирма қўйилади. Қистирма тасодифан аспирация қилинмаслиги учун уни тишга ёки шинага лигатура билан боғлаб қўйилади.

**В.С. Васильев нинг лентасимон шинаси.** Бу шинанинг кенглиги 2,3 мм, узунлиги 134 мм бўлиб, зангламайдиган пўлатдан тайёрланган. Шинанинг икки ён қисмининг пастки қиррасида тепага қайтарилиган 5тадан ва ўртасида юқори қиррасидан юқорига қаратилган 4 та илмоғи бор. Унинг ортиқча қисми жағга мослаб кесиб ташланади ва, юқорида ёзилгандай, ҳар бир тишга боғланади. Бироқ бу шинани айрим ҳолларда қўйиш қийин ёки бунинг умуман имконияти йўқ. Тишнинг тож қисми жуда калта ёки тишлам чуқур бўлса, жағларга қўйилаётганда илгаклари бир текисликда бўлиши шарт.

Шинанинг афзал томонлари: у стандарт равишда ишлаб чиқарилгани сабабли, симли шинани букиш учун сарфланадиган вақт тежалади, оксидланмайди; оғиз гигиенасини таъминлашда қийинчилик туғдирмайди; оғизда сув билан босим остида тозалаш осон; стерилизациядан сўнг қайта ишлатиш мумкин (42- расм).



42- расм. Пастки жағ синик бўлаклар фиксацияси ва жағларни тортиш мақсади учун В.С. Васильев стандарт шинаси.

Жағлараро иммобилизация резинали ҳалқалар тортиш билан амалга оширилади. Улар маҳсус ишлаб чиқарилган бўлиши мумкин ёки шифокор ўзи резинали найчадан кесиб тайёрлайди. Ҳалқаларнинг диаметри ҳар хил

бўлиши керак. Босим ва тортиш кучини ўзгартириб туриш учун ҳалқаларнинг диаметри 4–6 мм, деворининг қалинлиги 1,5–2 мм бўлади. Ишлатишдан олдин улар албатта стерилизация қилинади.

Пастки жағнинг синишида жағлараро резина ҳалқалар билан тортиб маҳкамлаш муддати синиш ўтган соҳа ва силжиш даражасига, синишлиар сони, асоратлар ва bemorning умумий ҳолатига боғлик бўлади.

Асоратсиз кечётган бир чизиқли синишда 7–10 кундан кейин овқатланиш вақтида резина ҳалқаларни ечиб олиш, суюқ овқат ичишга рухсат берилади, 2–3 кундан сўнг юмшоқ овқатларни истеъмол қилиш (2 стол)га ўтказилади. Агар шу даврда бўлаклар силжиб кетса, улар резина ҳалқалар билан қайта иммобилизация қилинади. 17–18 кунлари умумий парҳез тайинланади.

Икки ёки уч жойидан синган жағ суягини даволаш жараёни асоратсиз кечганда икки ҳафтадан сўнг овқатланиш вақтида оғиз очиб қўйилади. Юқорида келтирилган парҳез таомлардан бирига ўтиш муддатлари синишлиар сонига боғлик ҳолда чўзилади. Дастлабки 13–14 кунлар давомида–биринчи стол, 13–20 кундан бошлаб –иккинчи стол, 21–24 кун–умумий стол тавсия қилинади. Бемор 24 кун кузатилади. Шундан кейин бўлакларнинг патологик қимирилаши пайдо бўлмаса, лигатуралар кесилиб, шиналар ечилади.

Жағ суяги синган bemorlariga, bўlaklar immobiliyatsiyasi bilan bir katorda,, kompleks medikamentoz davо va parvariishlash muolajalari (irrigation) ўtказилади.

**Пластмассадан тайёрланган шиналар.** Tiшлар va альвеоляр ўсиқлар бундай шиналар учун таянч вазифасини ўтайди. **Вебер шинасидан фойдаланишга қўрсатма** бўйича синиш чизиги – пастки жағ tiш қаторидан ўтган ҳамда bўlaklarning ҳар бирида 3-4 тадан mustaҳкам tiшлар bўliishi шарт. Ушбу лаборатория usулида тайёрланади.

Пластик материаллардан бири ёрдамида юқори ва пастки жағдан колиплар олинади, гипсдан моделлар қўйилиб, bemorning tiшлами бўйича

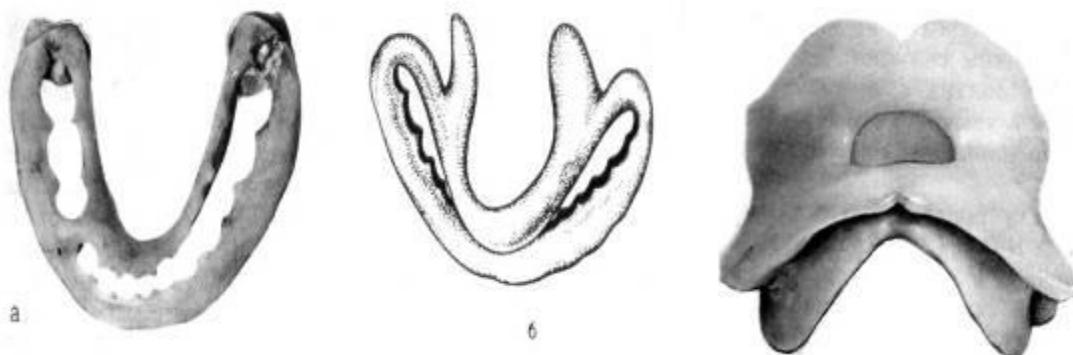
ўрнатилади. Агарда бўлаклар силжиган бўлса, синиш чизиги бўйлаб модель кесилади ва репозициядан кейинги ҳолатда окклюдаторга ўрнатилади.

Пастки жағ моделида тез қотувчи пластмассадан шина тайёрланади. Шина олиб қўйилувчи ечиладиган протезга ўхшаб, альвеоляр ўсиқнинг шиллиқ пардасига таянади. Ҳар бир тишни маҳкам қамраб, ушлаб туради. Тишларнинг кесув ва чайнов юзаларини беркитмайди, шу сабабли, антагонист тишлар билан яхши қонтактда бўлади. Бу шинани даволовчи мослама сифатида сужж жароҳати битгунча ишлатиш мумкин.

**Ванкевич ва Ванкевич Степановлар шинаси**дан фойдаланишга кўрсатма бўйича, пастки жағнинг тиш қаторида ва орқа (ретромоля) соҳада, шу жумладан, нуқсонли синишида; пастки ва юқори жағлар бир вақтда синганда фойдаланса бўлади. Шина лаборатория усулида тайёрланади: юқори пастки жағлардан қолип олиниб, улардан қўйилган моделлар окклюдаторга ўрнатилади. Тез қотувчи пластмассадан юқори жағ ва танглайга таянувчи (Ванкевич усулида) пластмасса асос (базис) ёки (Ванкевич-Степанова усулида) пўлат ёй ҳамда танглай томондан пастга йўналган икки қия текислик ясалади. Пастки жағ бўлакларини юқори жағга ўрнатилган пластинканинг қанотлари ушлаб туради. Шина тақилгандан сўнг, бир неча кун давомида энгак-тепа айлана боғлами ёки бошга кийгизилган стандарт шлемга палахмонни тортиб қўйиш лозим.

**Порт шинаси.** Бу шина лаборатори усулида тайёрланиб, тиҳсиз жағ альвеоляр ўсиғининг шиллиқ пардасига тақилади. Дастрлаб иккала жағдан қолип олиниб, моделлар қўйилади. Моделлар учун мумдан андозалар ясад, марказий окклузия ва тишлам баландлиги аниқланади. Юқори ва пастки жағ андозалари бирлаштирилиб, ортиқча мум кесиб ташланади. Бирлаштирилган мумли базисларнинг вестибуляр томонидан овқат ва сув ичиш учун тешик шакллантирилади. Мум пластмассага алмаштирилади ва ишлов бериб, оғизга тақилади. Пастки жағ энгак-тепа боғлами билан шина пастки базисга сиқилади. Бу шинадан оператив усулда даволашга қарши кўрсатмалари

бўлган ҳолсизланган, камқувват беморларни даволашда фойдаланиш мумкин (43-расм).



43-расм. а-Вебер шина, б-Ванкевич- Степанов, в- Порт тиш-милк шиналари.

### **Пастки жағ бўлакларини оператив усулда маҳкамлаш**

Пастки жағ синганда бўлакларини ортопедик усуллар ёрдамида етарли даражада мустаҳкам иммобилизация қилиш ёки айрим сабабларга қўра, уларни қўллаш имконияти бўлмаса, операция усулларидан фойдаланиш зарурати туғилади.

Оператив усулларга кўрсатмаларни умумлаштириб, ортопедик усулларнинг маҳаллий ва умумий сабаблар боис нафсизлиги, деб ифодалаш мумкин.

Хусусан, остеосинтез ортопедик усулларга нисбатан кўп афзалликларга эга: қисқа вақт ичида бўлаклар юқори даражада мустаҳкам қилиб бирлаштирилади. Жағ фаолияти сақланиб қолади. Остеосинтез бўлаклар силжишига йўл қўймайди ва оғиз бўшлиғининг гигиеник ҳолатини сақлаш ва овқатлашишга қийинчилик туғдирмайди. Суяқ бўлакларининг бирикиш жараёнини тезлаштиради ва асоратларнинг олдини олади.

Остеосинтезга кўрсатмалар қуйидагилардан иборат:

- шина ўрнатиш учун жағда тишлар сонининг камлиги;
- жағлардаги тишлар пародонтит касаллиги оқибатида қимиirlab қолганлиги;
- пастки жағ бўғим ўсиғининг синиб, бўғим чуқурчасидан чиқиб кетиши (силжиши);

- бўлаклар орасига тўқималарнинг кириб қолиши (интерпозицияси) ва репозицияга ҳалақит бериши;
- пастки жағ парчаланиб синиши ва бўлакларни йиғиб бўлмасилиги;
- силжиган бўлакларни репозиция қилиб бўлмаслиги.

Бугўнги кунда остеосинтез турлари хилма-хил бўлиб, уларни муаллифлар куйидаги тоифаларга ажратадилар:

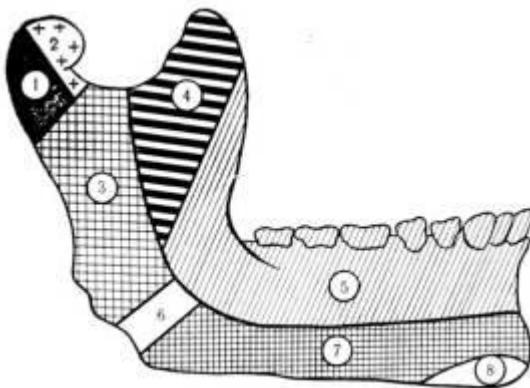
1. Суяк ичидан ўтадиган (эндооссал) мосламалар билан бирлаштириш (спица, стержень, штифтли винт ва бошқалар).
2. Суяк устига ўрнатиладиган мосламалар (елим билан ёпиштириш, айлана боғлам қўйиш).
3. Суяк ичиға ҳам устига ҳам (супраоссал) ўрнатиб бажариладиган остеосинтез.
4. Синиш чизиғидан маълум масофада амалга ошириладиган остеосинтез.

## **Пастки жағ синишларида операция усулларининг асосий тамойиллари**

Пастки жағнинг синган бўлакларини бирлаштириш мақсадида қайси усул қўлланилиши bemor организми ва uning ruҳий ҳолати учун фарқсиз эмас, чунки ҳар қандай операция қўшимча ruҳий танглик ва жисмоний жароҳат демакдир. Шундай экан, операцияга тайёргарлик даврида bemornинг эмоционал кечинмаларини енгиллаштириш операция жараёнида эса юмшоқ ва суяк тўқималарига эҳтиёткорона муносабатда бўлиш, тиш илдизларини жароҳатламасликка ҳаракат қилиш лозим. Шунингдек, синган бўлаклар яхши битиши учун тўқималарнинг қон билан таъминланишига ҳам катта аҳамият берилади.

В.М. Уваровнинг (1939) изланишларидан маълумки, пастки жағнинг қон билан таъминланишида пастки альвеоляр(интраоссал) қон томирларидан ташқари, экстраоссал тармоқлар ҳам мавжуд жумладан: қанотсимон

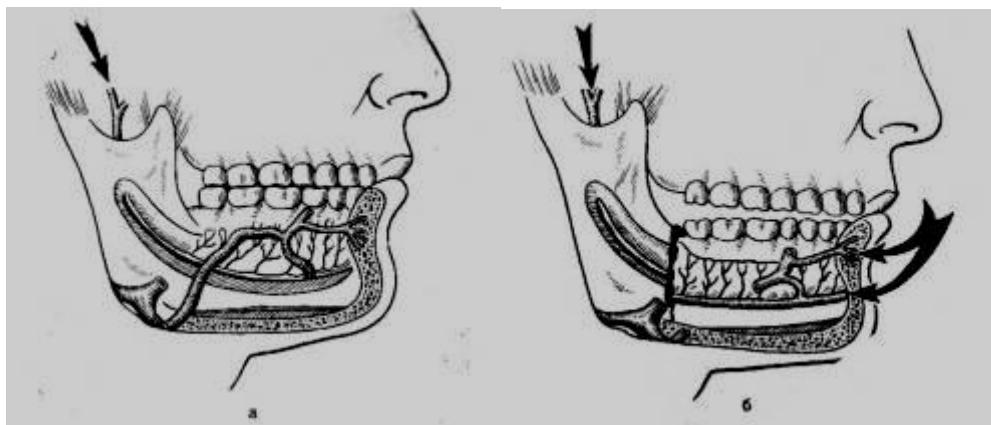
мушаклар, чайнов мушаги, жағ тил ости юқори жағ, тил артериялари (44-расм).



44-расм. Пастки жағ қон билан таъминлашини экстраоссаль системаси. (У.М. Уваров). 1.ички жағ артериаси; 2. қанотсимон мушакларга борувчи тармоқ; 3. кундаланг юз артериаси; 4. чайнов мушаклари артериаси; 5. пастки альвеоляр артерия; 6. жағ-тил ости артериаси; 7. юз артериаси; 8. тил артерияси.

Қатор тажрибалар сүяк бўлакларининг бирикишида репаратив жараён ички компакт пластинкада кечиши, яъни иккиламчи сүяк ҳосил бўлиши, айнан шу соҳанинг қон билан таъминланишига оид хусусиятлар билан боғлаб тушунтирилади.

Пастки жағ ва тишларни қон билан таъминлашда пастки альвеоляр артерия ва унинг шохчалари асосий ўринни эгаллайди. Жароҳатланиш вақтида шу қон томири узилиши ёки узилмай қолиши мумкин. Жағ синиб, пастки альвеоляр томир узилганда, периферик бўлакнинг озикланиши юз артерияси ҳисобига энгак артерияси орқали амалга оширилади. Бундай вазиятда синган бўлакнинг қон билан таъминланиши мушаклар орқали амалга оширилиши операция жараёнида тўқималарни имконият қадар аяб ва эҳтиёт қилишни тақозо этиб, бунинг аҳамияти нечоғли катта эканлигини билдиради (45-расм).



45- расм. Пастки жағ қон айланиш системасида қон томир тутами (а) ёрилмасдан ва (б) ёрилишидаги куриниш. (П.З. Аржанцев, 1964).

Текширувлардан маълумки, остеосинтез учун ишлатиладиган материаллар орасида металларга (сим, спица, пластинка шуруп )га нисбатан полимерлар (иплар ва пластинкалар) қатор афзалликларга эга. Полимер материалларга суюкнинг реакцияси минимал бўлиб, ип ва пластинка атрофида бириктирувчи тўқимадан ҳосил бўлган юпқа капсула билан намоён бўлади. Металл мосламалар атрофида бириктирувчи тўқимадан иборат қалин капсула ҳосил бўлади, 2-3 ойдан сўнг атрофида яллиғланиш келиб чиқса, металл мосламани олиб ташлаш зарурати тугилади. Металл мослама қанчалик қалин бўлса, бириктирувчи тўқимадан ҳосил бўлган капсула ҳам шунчалик қалин бўлади. Остеосинтез учун мослама танлаётганда унинг ўлчами кичик бўлиши ва, айни вактда, ўнга тушадиган функционал босимга адекват даражада дош бера олиши лозимлигини назардан қочирмаслик кўзда тутилган натижага эришиш омилларидан биридир.

## **Жағ танасида остеосинтез операциясини бажариш техникаси**

Остеосинтез операцияси шошилинч равишда (очиқ, яъни юмшоқ тўқималарнинг жароҳати билан синиш) ёки режали, 2–3 кун (беморнинг бош мия, ички аъзолари, кўкрак қафаси жароҳатларида умумий ҳолати оғир бўлган) кечиктирилган муддатларда бажарилиши мумкин.

Операцияга тайёргарлик даврида оғриқсизлантириш ва маҳкамлаш усули, ишлатиладиган мослама конструкцияси пухта режалаштирилади.

Операцияни стационар шароитида умумий оғриқсизлантириш (наркоз) остида ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

Жағ ёпик, яъни юз териси яхлитлиги бузилмай синганда, шу соҳада, жағ четидан пастга 1– 1,5 см ташлаб, тўқималар 3– 4 см узунликда, қаватма-қават кесилиб, суюккача борилади. Синиш чизиги очилиб, бўлаклар четидан 1– 1,5 см масофада ташқи тил томондан кўчирилади. Танланган усулдан келиб чиққан ҳолда бўлакларда тешиклар очилади. Тешиклар сони ва чуқурлиги ишлатиладиган мосламага монанд қилинади (симли чок, скоба, рамка, пластинка). Остеосинтезнинг усулларида жағ танасининг ички пластинкасидан кобиғи сукя усти пардасидан ажратилмайди. Бу билан операциядан кейинги даврда эса суюкнинг қон билан таъминланиши сақланишига эрилишади.

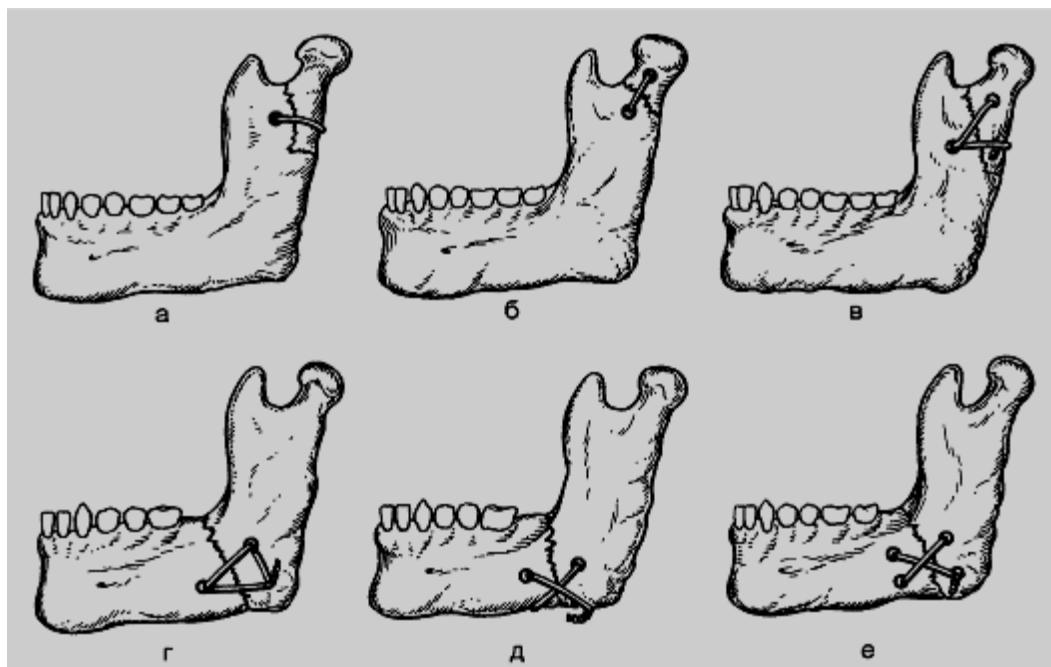
Бўлакларни ўз жойига келтириб, мўлжалдаги усулда маҳкамлангандан сўнг, гемостаз ўтказилади ва яра қаватма-қават тикилади.

Гематома ҳосил бўлиш хавфи бўлса, операцион ярада, яъни чоклар орасида дренаж резина чиқаргич қолдирилади. Тикилган операцион яра устига асептик боғлам қўйилади.

**Суюк бўлакларига чок қўйиш.** Остеосинтез усуллари орасида энг кенг кўлланиладигани – суюк бўлакларига чок қўйиш. Чок қўйишга кўрсатмалар: чизиқли, катта бўлакларга бўлинниб синиш, тана шох ва бўғим ўсиғининг синишларидан иборат. Илмий текширувлар натижасида полиамид ва капрон иплар билан суюкка чок қўйилганида организм тўқималарида жуда кам миқдорда таъсирланиш ҳамда биологик жавоб реакцияси чақирилиши аниқланган. Полиамид иплар атрофида симга нисбатан юпқа капсула ҳосил бўлиши кузатилган.

Сим ва полиамид иплар билан чок қўйиш техникаси ўзаро ўхшаш бўлиб, фарқи бунда – сим буралиб маҳкамланади. Полиамид ип эса тугун қилиб боғланади. Тугун ечилиб кетмаслиги учун ип охирларининг учи 3–4

мм узунликда қолдирилади ёки қиздирилган асбоб билан күйдириб ёпиширилади (46-расм).



46- расм. Суяк чоклари қўйишнинг схематик кўринишлари.

Кўйиладиган чок сонига қараб, бир ёки иккитадан ҳар бўлакда суяк бир нечта жойданбор билан тешилади. Тешик диаметри минимал ўлчамда бўлиб, ўтказиладиган ипнинг кўндаланг кесимига учун мос келиши керак. Полиамид ипни тешиклардан ўтказиб, етарли даражада таранг тортиб боғлаш лозим. Полиамид ипнинг камчиликларидан бири шуки, у чўзилувчан бўлади, аммо таранг тортилганда ҳам узилмайди. Полиамид ипни жағнинг ички томонидан вестибуляр бўшлиқقا суяқдаги канал орқали чиқариб олиш учун тешикдан симли сиртмоқ ёрдамида тортиб олинади. Худди шу тартибда сим ўтказиб ҳам чок қўйиш мумкин. Шундай қилинганда вақт тежалади.

**Сим билан чок қўйиш хусусиятлари.** Юқорида таърифланганидек, юмшоқ тўқималарни кесиб жағ бўлаклари очилади. Синиш чизигидан 10–15 мм ташлаб, пастки жағ четининг ташқи пластинкасида шарсимон бор билан ҳар бир бўлакда тешик ўрни белгиланади белги қўйилади. Кўйилган белгидан ички пластинка томон йўналтириб, пармалаб канал очилади. Каналнинг

ташқи пластинкадаги кириш тешиги ички пластинкадаги чиқиш тешигига нисбатан синиш чизифидан узокроқ жойлашган бўлиши керак.

Дастлаб биринчи бўлакда сим суюкдаги каналга ташқаридан ичкари томон киритилиб, иккинчи бўлақда, аксинча, тескари йўналишда –ичкаридан ташқарига чиқарилади. Уchlари бирлаштирилиб, буралиб, жағ бўлаклари сиқилади. Симнинг ортиқчасини кесиб, учини қайириб, суюкка қадаб қўйилади. Юмшоқ тўқималар каватма-қават тикилади. Сим билан чок қўяётгандা, улар, яъни чоклар, албатта, синиш чизиги локализацияси, йўналиши ва бўлаклар силжишидан келиб чиқсан ҳолда, бир ёки икки қатор ҳалқа ёхуд “8” рақамига ўхшаш ва бошқа шаклларда бўлиши мумкин.

Сим чок қўйиш бўлакларни бир-бирига маҳкам сиқиб, бир-бирига яқинлаштириш имконини беради. Шу билан бирга, бу усулнинг бир қанча камчиликлари ҳам мавжуд, жумладан, жағ суюгининг ташқи ва ички юзасидан сужек қобиғини маълум масофада ажратиш зарур, бу эса суюкдаги репарация жараёнларига салбий таъсир этади. Шунингдек, сужек парчаланиб сингандада, синиш натижасида нуқсон юзага келса ёки бўлакларни бир-бирига боғлаш қийин кечса, бошқа усуллардан фойдаланишга тўғри келади.

Полиамид, полиэтилен ва капрондан қўйилган чоклар, одатда, олиб ташланмайди. Сим чок қўйилган жойда яллиғланиш жараёни ривожланиб, оғриқ ўчоги ҳосил бўлса, олиб ташланади.

Вақт ўтиши билан, сим ўтган канал суюкланиб, симнинг букилган қисмлари сиқилиб қолади, шу сабабли, симни сужек тўқимасидан ажратиш ва чиқариб олиш қийинлашади.

**Бир вақтнинг ўзида П.З. Аржанцев(1964) усулида Киршнер спицаси ва симли чок билан остеосинтез ўтказиши.** Пастки жағ танаси бир томонда бир неча жойидан синганида остеосинтез ўтказиши П.З. Аржанцев (1964) усулида бажарилади. Бўлакларнинг озиқланишини бузмаслик учун, юқорида келтирилгани каби, юмшоқ тўқималар қаватма-қават кесилиб, жағ асосининг чети очилади. Сужек қобиғи жағ четидан 1,5–2 см ажратилади, ҳар бир

бўлақда синиши чизигидан 1–1,5 см ташлаб суюкда тешиклар очилади ва бўлаклар репозиция қилиниб, симдан оддий чок қўйилади.

Аммо жағ четига қўйилган чок етарли даражада мустаҳкам бўлмайди. Шунинг учун спица билан остеосинтез қўшимча равища мустаҳкамланади. Юқорида баён этилганидек, Киршнер спицаси дрель ёки бормашина ёрдамида тери орқали жағ танасига ўрнатилади (47-расм).

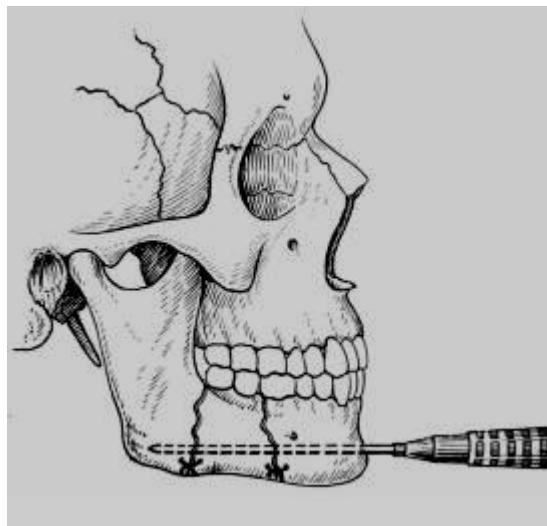
## **Бир вақтнинг ўзида симли чок ҳамда спица ёрдамида қўшма остеосинтез ўтказиш усуллари**

Пастки жағ суяги бир неча бўлакларга ажралиб тана бурчак ва бўғим ўсиғи қисмлари синганда, бир вақтнинг ўзида сим ва спицалар ёрдамида куйидагича остеосинтез ўтказиш тавсия этилади:

1. Жағнинг кўндаланг синиши унинг асосига қўйилган симли чок бўлаклар силжимаслигини таъминламаса (симли чок ва яна қўшимча битта спица билан остеосинтез) ўтказилади.
2. Пастки жағнинг горизонтал текисликда бурчак, шох ва бўғим ўсиғи соҳаларидаги синишларда бўлакларнинг горизонтал ва вертикал текисликлар бўйича силжиб кетишининг олдини олиш учун ташқи ва ички компакт пластиналарга иккита спица ўрнатиб, симли чок ҳам қўйилади. Жағ суяги синиб, нуқсон ҳосил бўлса, айни бир вақтда суяк устига ўрнатилган учта спица ва қўшимча симли чок ёрдамида остеосинтез ўтказилади, бундай комбинация анчагина мустаҳкам бўлиб, кемтикли синишларда бўлаклар силжишининг олдини олади.

Оддий чок қўйиш учун жағ суягининг ҳар бир бўлаги четидан 1–1,5 см ташлаб, биттадан тешик очилади ва сим ўтказилиб, жағнинг ташқи юзасида сим учлари бураб маҳкамланади.

Репозициядан кейин бўлаклар маҳкам туришининг асосий шарти суяқдаги чокнинг синиши чизигига перпендикуляр тушишидир.



47- расм. Аржанцев усулида қисқартирилган Киршнер спицасини пастки жағ остеосинтезида қўллаш.

Бўлакларда биттадан тешик очиб, мустаҳкам боғлашнинг остеосинтез усуллари орасида энг афзали “8” шаклида боғлашдир. Бунинг учун кичик бўлакдаги тешикдан ташқи сим ўтказилиб, ички юзага чиқарилади, сўнг жағ асосидан ташқарига чиқилади ва катта бўлакдаги тешик орқали дастлаб ички, кейин—ташқи юзага чиқарилади. Сим учлари бирлаштирилиб, жағ асосида бураб боғланади.

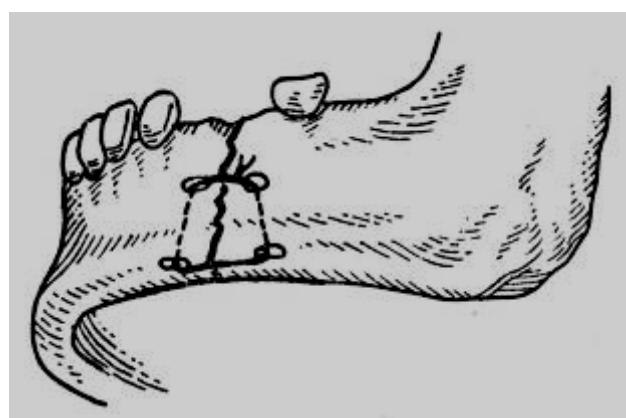
Жағ суюгининг танаси баланд бўлса, бўлакларни маҳкам ушлаб туриши учун иккита параллель ёки бир-бирини кесиб ўтувчи чоклар қўйиш мумкин. Бунинг учун бўлакларнинг ҳар бирида иккитадан тешик очилади ва сим ҳар бир тешикдан бир йўналишда ёки кесишувчи (Х-симон) қилиб ўтказилиб боғланади.

**В.А. Малишев (1961) усули** бўйича пастки альвеоляр нерв тутамини шикастламаслик ва ички томондан жағ қобигини ажратмаслик учун симни “П” шаклида ўтказиш таклиф қилинади. Бунинг учун жағнинг синган соҳаси очилади ва унинг ташқи юзасидаги юмшоқ тўқималар ва суяқ қобиги ажратилади. Жағнинг пастки асосидан ҳар бир бўлак четидан бир хил масофада ичкаридан жағнинг ташқи юзасига қия қилиб туннель очилади. Ташқаридан очиладиган тешиклар орасидаги масофа ичкаридаги масофадан қисқа бўлиши керак.

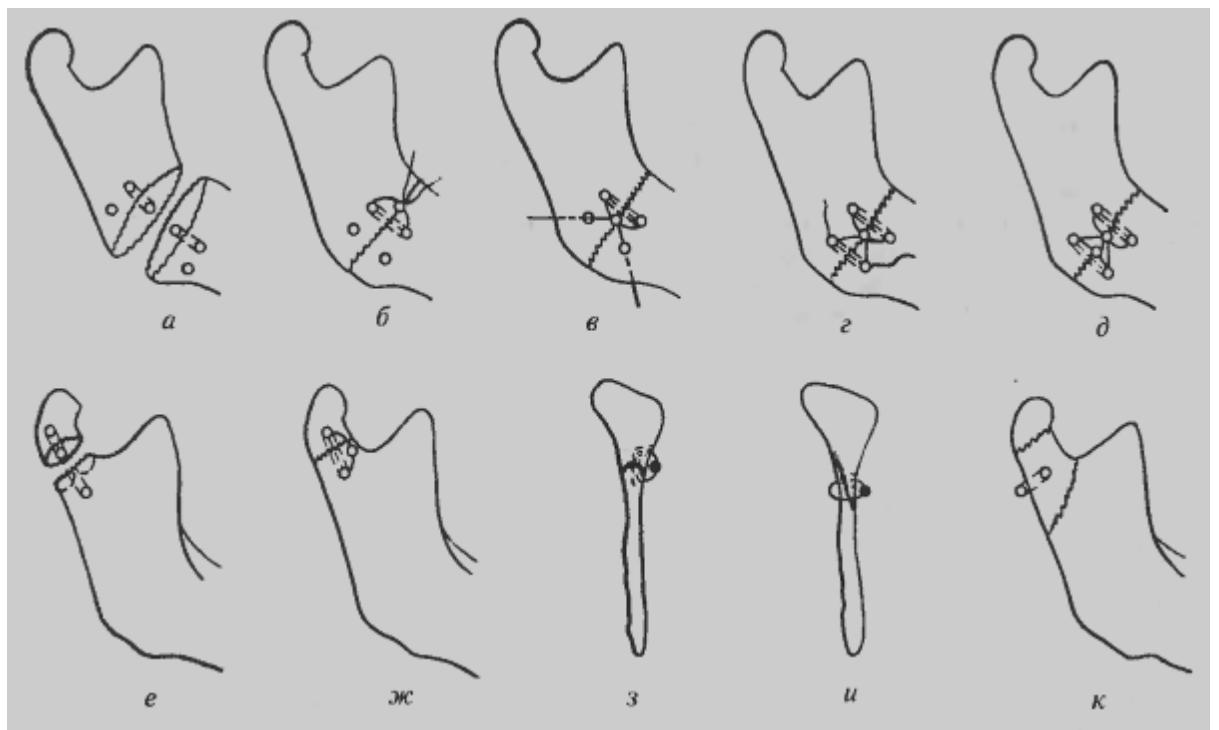
Шунда тешиклар трапеция учлари шаклида жойлашади. Ўтказиладиган симга «П» шакли берилгандан кейин, учлари жағ асосидаги тешиклардан киритилиб, юзасидаги тешиклардан чиқариб олинади ва охирлари бирлаштирилиб тортилади. Бўлаклар ўз ўрнига келгандан сўнг, симли чок бураб боғланади. Чокнинг ортиқчаси кесиб ташланади. Қолдирилган 0,5–1 см қисми сүякка букиб тираб қўйилади. Бу усулни жағ танаси ва энгакнинг сишиларида сүяк асоси қалин бўлган жойларда қўллаш мумкин (48-расм).

**Meed – Firava Е.В. Гоцко усууллари.** Симли оддий чок қўйилганда бўлаклар борлар ёрдамида тешилади. Чок қўйиш учун сүяк атрофидаги юмшоқ тўқималар жароҳатланади. Жағнинг ички юзасидаги юмшоқ тўқималарни шикастламаслик учун муаллифлар бўлакларнинг ташқи пластинка синик чизигидан 1–1,5 см ташлаб, ёриқقا бор билан тешик очиб, сим билан чок қўйишини таклиф килганлар (49-Расм).

Медиал қанотсимон мушакни ажратилмаслиги ва симнинг ўтказилиши осонлашуви сабабли, чокнинг бу усулда қўйилиши операция вақти ва ҳажмини қисқартиради. Чок синиш ёриғидан ўтганлиги учун бўлакларнинг зич жойлашуви ва бир -бирига нисбатан сурилиб кетишининг олдини олишга эришиш мумкин.



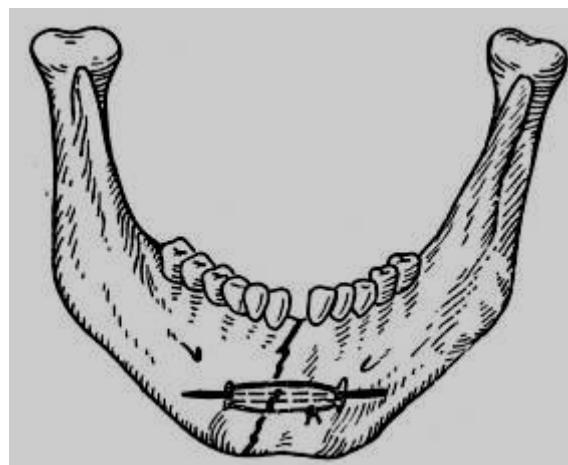
48- расм. Малышев усулида “П”симон чок қўйишининг схематик кўриниши.



расм.Meed – Firava E.B. Гоцко усулларида синик бўлакларини бирлаштиришнинг схематик кўриниши. а,б,в,г,д – пастки жағ бўрчак соҳаласи синишларида; е,жс,з – бўғим ўсиғини бўйлама синганида; и,к – бўғим ўсиғини қийшиқ синганида.

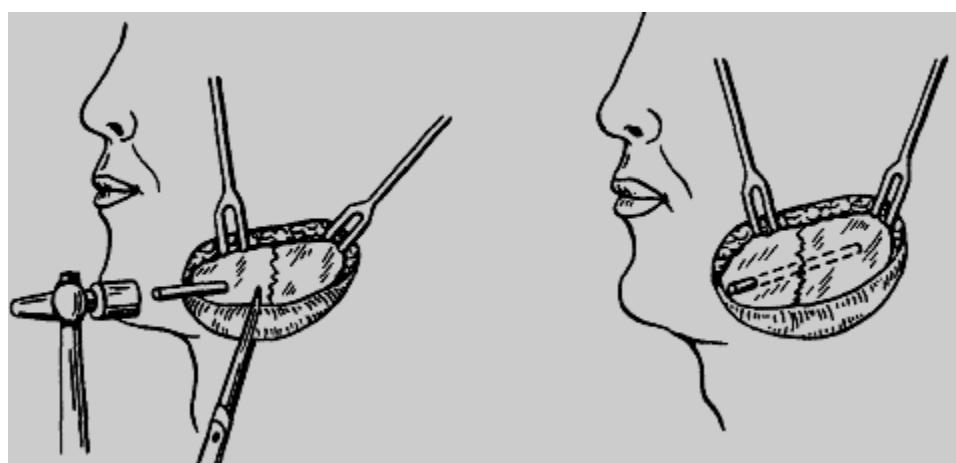
**М.С. Назаров (1966) усулига** кўра эса, пастки жағнинг энгак соҳасида синишида спица ва симли чокни биргаликда қўллаш тавсия этилган. Операция техникаси қуидагича: маҳаллий оғриқсизлантириш остида энгак остида 3–4 см узунлигига тўқималар қаватма-қават кесилиб, бўлаклар оралиғи тозаланади ва улар ўзаро якинлаштирилади; синиш ёриғидан 1,5 см жағ четидан 0,4-0,5 см ташлаб, бор ёрдамида бир бўлакдан иккинчисига 4–5 см узунликда спица тешиб чиққунча ўтказилади (агарда бўлаклар парчалангандай бўлса, уларнинг ҳар биридан тешиб ўтказилади).

Бўлакларни бир-бирига якинлаштириб, спицанинг икки учидан сим ҳалқа қилиб олинади ва учлари боралади; спица ва симнинг ортиқчаси кесиб ташланади, учлари суюнка букиб қўйилади. Ярага қаватма-қават чоклар қўйилади (50-расм).



50-расм. М.С. Назаров усулида пастки жағ әнгак соҳаси синик булакларини спица ва сим ҳалкалар билан фиксациялаш схематик кўриниши.

**В.И. Лукяненко усули (1957)** суюк ичидан ўтказилган пўлат ўзак (стержен таёқча) билан иммобилизация қилиш тиҳсиз ёки тишлар сони кам бўлган жағларда ортопедик усуллардан фойдаланиб бўлмаган холларда қўлланилади. Жағ остида 3–4 см узуликда кесма ўтказилади. Жағ суягининг синган соҳаси очилади. Бор ёрдамида бўлакларнинг бирида кортиқал пластиинка тешилади. Бўлаклар тўғри ҳолатда ўрнатилади ва болга ёрдамида стержень олдин бир бўлакка кейин иккинчисига қоқиб киритилади (51-расм).



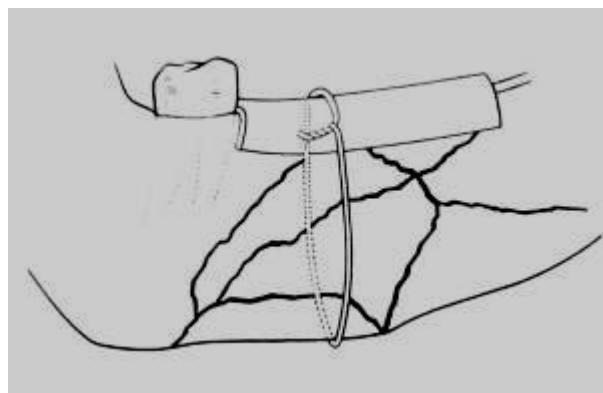
51-расм. В.И. Лукяненко усулида пастки жағ интрамедуляр остеосинтез схематик кўриниши.

**Пастки жағнинг тўлиқ адентиясида** ёки мавжуд тишлар пародонтит билан заарланган қисман иккиласми адентияда ортопедик усулларни қўллаш мақсадга мувофиқ эмас, шу сабабли, бундай ҳолатлар жарроҳлик йўли билан даволашга кўрсатма бўлади. Аммо bemорнинг умумий ҳолати,

ёши, ҳамроҳ касалликлари билан боғлиқ ҳолда операцияга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, унинг ечиладиган тиш протези шина сифатида ишлатилиши мумкин. Агар беморнинг протези бўлмаса, шошилинч равища «иммедиат» протез тайёрланади. Маҳаллий оғриқсизлантириш остида жағ атрофидан айлана чок қўйилади ва протез бир неча жойидан жағга боғланади (52-расм).



52-расм . Тиҳсиз пастки жағ синик бўлакларини олиб қўйиладиган тиш протезларидан ўтказилган айлана лигатура ёрдамида махкамлаш.



53-расм. Бўлаклар репозиция қилиниб, альвеоляр ўсиққа ўрнатилган пластмасса болиш устидан айлана чок билан махкамлаш усули.

Пастки жағ парчаланиб синганда ҳам альвеоляр ўсиқка тайёрланган пластмасса болишга сим билан айлана чок қўйиб бўлакларни маҳкамлаш мумкин. Бундай синишларда бўлакларни аниқ репозиция қилишга уриниш шарт эмас. Чунки тишламни кейинчалик протез билан тиклашда 2–3 мм фарқланиш у қадар катта ахамият касб этмайди (53-расм).

**Kazanjan-Converse бўйича айлана чок қўйиш** амалиёти қуидаги тартибда амалга оширилади:

**Операция техникаси** маҳаллий оғриқсизлантириш остида синиш чизигидан 1 см масофада альвеоляр ўсиқда (бўлак усти)да қўндаланг узунликда 0,8–1 см кесма ўтказилади. Жағ суягининг ички юзаси бўйлаб йўғон нинанинг учи оғиз бўшлиғидан суюкка тақаб, жағ ости соҳасига чиқарилади, сўнг ингичка пўлат сим шу нина бўшлиғи орқали жағ остига чиқарилади. Симнинг оғиз бўшлиғидаги учини сиқиб маҳкамлаб, нина тортиб олиниади. Нина жағ суягининг ташқи юзасидан ҳам кесма орқали жағ ости соҳасига сим чиқиб турган дастлабки тешикдан чиқарилади. Нина орқали симнинг жағ остидаги учи оғиз даҳлизи–кесмага чиқарилади. Симлари бирлаштирилиб, суюк бўлаклар зичлашгунча буралади. Худди шу тартибда иккинчи ва учинчи айланма чоклар қўйилиши мумкин. Милкдаги кесмага чоклар қўйилади.

### **Пастки жағ бурчаги синишларини даволашнинг жарроҳлик усуслари**

*Пастки жағ бурчаги синишнинг ўзига хос хусусиятлари:*

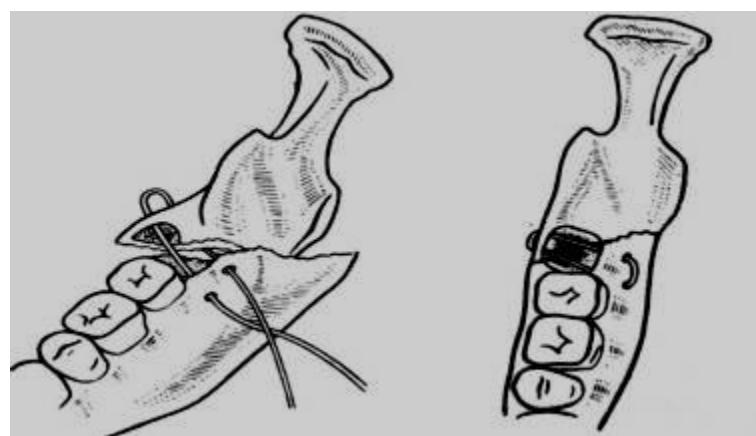
- 1) Бурчакнинг икки томонига бақувват чайнов мушаклари (m.masseter m. pterygoideus medialis) ёпишган.
- 2) Суюк ичида (a.n.alveolaris inferior) ўтади.
- 3) Синиш чизиги кўпинча (чиқсан ёки чиқмаган) 8|8 тиш катагидан ўтади.
- 4) 8-тишнинг битта илдизи катта бўлакда, иккинчи – кичик бўлакда жойлашиши мумкин.

- 5) Чиқмаган 8-тиш куртаги бўлаклар орасида жойлашиб, репозицияга халақит бериши мумкин.
- 6) Синиш ёриғидаги 8|8 тишлар олингандан сўнг, бўлаклар силжиши янада кучайиши мумкин.

Даволаш режаси тузилаётганда, аввало, синиш чизигидаги 8|8 тишлар тақдири ҳал қилиниши лозим. Агар у кичик бўлакда мустаҳкам ўрнашган бўлиб, тиш антагонисти билан тишламда иштирок этса, ўз жойида қолдирилади.

Тишни олиб ташлашга кўрсатма бўлса, бу иш остеосинтез операцияси вақтида бажарилади. Операция эндотрахеал оғриқсизлантириш остида (интубация эса-бурун орқали) ўтказилгани маъқул. Дастреб, оғиз ичидан 8-тиш ёки унинг куртаги олиб ташланади. Синиш ёриғи суюкнинг майдада парчаларидан тозаланади.

Альвеоляр ўsicқ олинган тиш катакчалари четидан, бор билан парчалаб тешилади ва ундан ингичка пўлат сим оғиз даҳлизидан тил томонга ўтказилади, сим қайтарилиб, иккинчи тешикдан оғиз даҳлизига чиқарилади. Сим учлари бирлаштирилиб, бураб боғланади (54-расм).

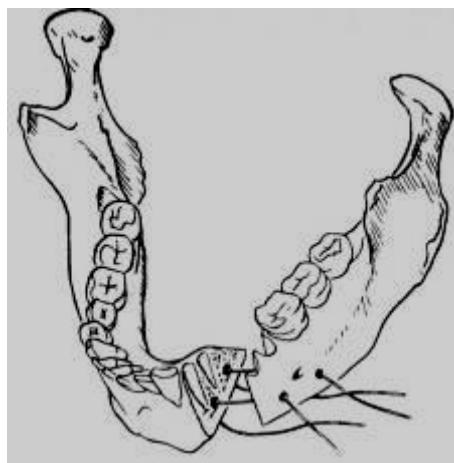


54- расм. Пастки жағ бурчак соҳасидан синишида буш тиш катакчасидан интраоралсим чок қўйиш.

Яра четлари якинлаштирилади. Устига йодоформ шимдирилган дока кўйилади. Бўлаклар силжиши сезиларли даражада бўлса, ёки маълум сабабларга кўра бўлакларни оғиз бўшлиғи орқали репозиция қилиш имконияти бўлмаса, остеосинтезни ташқаридан кесма ўтказиш орқали амалга ошириш зарур бўлади.

### **Ташқи кесма орқали ўтказиладиган операция техникаси**

Жағ бурчаги остида анъанавий кесма ўтказилади, суяк очилади, бор билан иккала бўлақда синик чизифидан 1–1,5 см қочириб, тешик очилади. Тешик очаётганда синик чизигининг қиялиги албатта эътиборга олиниши лозим. Симли чок қўйилганда бўлаклар бир-бирига нисбатан силжиб кетмайдиган бўлиши талаб этилади. Имконият қадар горизонтал ва кесишувчи чоклар қўйиш самаралироқдир (55-расм).



55- расм. Икки қаватли чок.

**Бўғим ўсиғи синишларини жарроҳлик усулида даволашга муаллифларнинг муносабати турлича бўлиб, аксарият олимларнинг фикрича, бўғим ўсиғи синишларининг деярли барчасини жарроҳлик усулида даволаш лозим. Айримлар эса, фақат бўғим ўсиқлари икки томонлама синиб, бўғим бошчаси ўз чуқурчасидан чиқиб кетгандагина операция усули билан даволаш керак, деган фикр билдирадилар.**

Кўпчилик олимларнинг фикрига кўра, бўғим ўсиғи синишларини жарроҳлик усулида даволаш қўйидаги ҳолатларда кўрсатилган:

1. Бўғим капсуласи ичидаги интракапсуляр синишлар.
2. Бўғим ўсиғининг янги синишида кичик бўлакнинг юмшоқ тўқималар орасига силжиб, катта бўлак билан боғланмаганлиги.
3. Жағ суяклари, шу жумладан, бўғим ўсиғининг кўп сонли синишлари.
4. Бўғим ўсиғининг эски функционал бузилишларга олиб келган синишлари.
5. Бўғим ўсиғи синиб, бўлаклар силжиши сабабли жағ баландлигининг қисқариши.
6. Бўғим ўсиғининг синиб, силжиши.
7. Бўғим бошчасининг икки томонлама синиб силжиши.

Бўғим ўсиғининг бўлаклар силжиши билан кузатиладиган синишлари ҳар хил сабабларга кўра операция қилинмай колган бўлса,, қўйидаги кўринишларда битиши мумкин:

1. Бўғим ўсиғи катта бўлак билан силжиган ҳолатида бирикиб қолади.
2. Ичкарига силжиган бўғим ўсиғи катта бўлак билан бирикмаси псевдоартроз ҳосил бўлади.
3. Синган бўғим ўсиғи калла суюгининг асосига суяк билан, катта бўлакка эса – бириктирувчи тўқима воситасида бирикади.
4. Бўғим бошчаси синиб, ичкарига тортилса, ҳосил бўлган иккинчи суяк катта бўлак билан бирга калла суюгининг асоси билан бирикиши (анкилоз).

Бўғим ўсиғи, айниқса, юқори синишларини операция усуллари билан даволашда ўзига хос анатомик хусусиятларни эътиборга олиш ўта муҳимдир. Кичик операция майдонига куйилган чок ишончли бўлиши: бириктирилаётган бўлаклар юзаси ингичка ва энсиз; латерал қанотсимон мушак бўғим бошчасини катта куч билан ичкарига тортади; операциядан сўнг жой –жойларига тикилган чайнов ва медиал қанотсимон мушаклар катта бўлакни юқорига тортиб, кичик бўлакнинг сиқилиб букилишига сабабчи бўлади.

Шундай экан бундай асоратларнинг олдини олиш ва суяк чокини кучайтириш учун суяк устига маҳкамланадиган спица ёки пластиинкадан фойдаланиш зарурати туғилади.

Бўғим ўсиғининг синишларини даволаш учун танланган операция усулнинг бўлакларни етарли даражада мустаҳкам бирлаштириши, яъни оғиз ичидан қўшимча иммобилизация ўтказишга эҳтиёж қолдирмаслиги мақсадга мувофиқдир. Шунингдек, бўғим ўсиғи синишларини даволашда жарроҳлик усули билан даволашда танлашда синиш локализацияси, кичик бўлакнинг силжиши йўналиши, ўтган муддат ва жарроҳнинг савияси муҳим аҳамият касб этади.

Жарроҳлик усуллари орасида суякка чок қўйиш техникавий жиҳатдан нисбатан осон амалга оширилади.

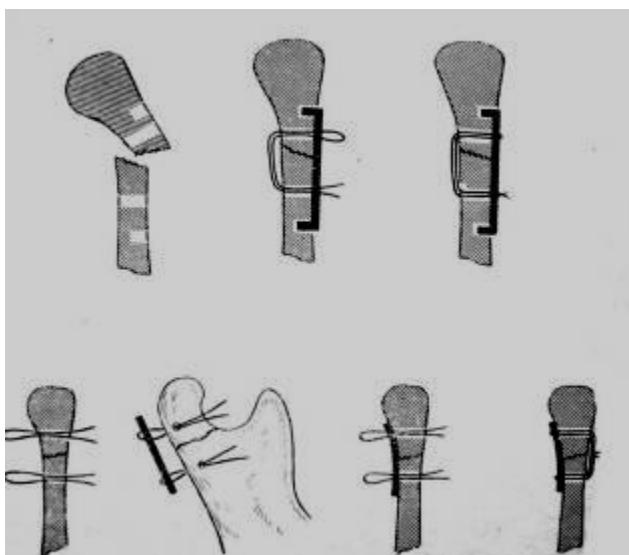
Бўғим ўсиғи синиб, периферик қисми ташқарига силжиса, кичик бўлакда тешик очишдан аввал, у катта бўлак устига қўйилади. Сўнг ҳар бир бўлақда синиш чизигидан 0,5–1 см ташлаб, суяк бор билан пармалаб, тешиб очилади. Очилган тешикларнинг юқориси ва пастидан 0,5–0,7 см масофада бор билан ташқи компакт пластиинкада спицадан икки учи “Г” шаклида букилган мосламани ўрнатиш учун чуқурчалар очилади. Агар кичик фрагментда чуқурча ҳосил қилиб бўлмаса, катта бўлақдаги кифоя қиласи. Суяк тешикларидан икки букилган симнинг сиртмоқли қисми ташқари ва юқорида жойлаштириб ўтказилади. Пастки (катта) бўлақдан чиқарилган сим учлари икки ёнга ажратилади. Сиртмоқдан мослама ўтказилиб, бўлақлар керакли ҳолатга келтирилади ва сим учлари мослама билан бўлақлар маҳкам сиқилгучиба буралади.

Бўғим ўсиғи синиб, кичик бўлакнинг периферик қисми ичкарига силжиган бўлса, уни ташқарига чиқариб ташқи юзаси бор билан пармалаб тешилади, сўнг катта бўлак четида ҳам тешик очилади. Иккала тешик орқали ташқаридан ичкарига томон икки букилган симлар киритилади, ички томондаги сиртмоқлар кенгайтирилиб, орасидан спица ёки пластиинка

ўтказилади. Иккала симнинг алоҳида учлари бирлаштирилади ва суякка ёпишиб сиқилгунча буралади.

Бўғим ўсиғи юқори қисмидан синиб, бошчаси чуқурчадан чиқиб кетган бўлса, қайта ўрнига қўйиб, катта бўлакка маҳкамлаш жуда қийин кечади, ҳатто айрим ҳолларда буни амалга ошириб ҳам бўлмайди. Бундай ҳолатларда синган бўғим ўсиғи бошчаси олиб ташланади.

**В.А. Малишев (1965)** бундай ҳолларда бўғим ўсиғи юқори қисмидан синганда бўғим бошчасини реплантация қилиш усулини таклиф этган. Малишев усулида бўғим бошчаси дастлаб чиқариб олинади (экзартикуляция); ташқарида ўнга 3–4 см узунликдаги спица учи киритилади; спицанинг қолган қисмини ўрнатиш учун катта бўлакда бор билан чуқурча ҳосил қилинади; бўғим бошчаси ўз ўрнига қўйилади; спица ҳосил қилинган чуқурчага ўрнатилади; силжиб кетмаслиги учун спица ёнидаги суяк бор ёрдамида пармалаб тешилади; тешикдан сим ўтказилиб, спица бўғим устига бураб маҳкамланади (56-расм).



56- расм. В.А. Малышев усулида пастки жағ бўғим ўсиғи синишида суяк чоклар қўйишнинг турлари.

ТошДавМИ болалар стоматологияси кафедраси ходими **А.Е. Ким (1978)** бўғим бошчасининг реплантацияси ва остеосинтезининг бошқа бир усулини таклиф килган. А.Е. Ким усулида ҳам бўғим бошчаси дастлаб чиқариб

олинади; Богданов пўлат (ўзак) стерженидан бир учи найза, иккинчи учи эса шаклида букилган мослама тайёрланади. Найза шаклидаги учи бўғим бошчасига қоқиб ўрнатилади. Қарши томондаги учини ўрнатиш учун бўғим ўсиғи асосида тешик очилади ва ўнга стерженнинг иккинчи учи киритилади; бўғим бошчаси стерженъ билан бирга ўрнидан чиқиб кетмаслиги учун қўшимча равища симли чок қўйилади.

**Операция техникаси.** Юқорида келтирилгандек юмшоқ тўқималар кесилиб бўлаклар ташки юзасидан катта бўлак синиш чизиги чегарасидан 2,5–3 см, жағ четидан 1 см юқорироқ, кичик бўлак эса 1,5 смгача суюк қобиги ажратилади; олд бўлак кортикал пластинкаси говаксимон моддагача бор ёрдамида тешилиб, пастки жағ четига параллел равища орқа бўлак томон тешиб борилади. Бўлаклар репозиция қилиниб бир-бирига зич холатда қисқич билан ушлаб турилади. Стерженъ тайёрланган тешик орқали болғача билан олд бўлакдан орқа бўлакка қоқиб киритилади. Бўлаклар мустаҳкам ушлаб туришлари учун таёқча (стерженъ) бўлакларга етарли даражада узунликда (камида 2 см) киритилиши шарт. Суяқдан чиқиб тўрган қисми эса 0,5–0,7 см дан ошмаслиги лозим. Стерженъ остеосинтездан кейин суяқда камида 2 ой туриши мақсадга мувофиқдир (57- расм).

**А.А. Жилонов (1985)** олиб борган илмий изланишлари натижасига кўра, қуйидаги ҳолларда реплантация қилиш тавсия этилади: бўғим бошчасининг капсула ичидаги синиб силжиши; бўғим бошчаси узилиб, чуқурчасидан чиқиб

кетиши; бўғим ўсиғининг парчаланиб, бўйин қисмидан синиши; капсула ичи ва ташқарисида қия синиб, бўлаклар силжиши туфайли ҳосил бўлган бўғим «ўсиғи баландлиги»нинг қисқариши.

**Пастки жағ бўғим ўсиғини А.А. Жилонов (1985) бўйича реплантацияси қилиш усули.** Операциядан олдин жағларга букилган илмоқли шина тақилади. Эндотрахеал наркоз остида пастки жағ орти соҳасида қулоқ солинчоғидан 1,5 ҳамда жағ бурчагидан пастга 2 см ташлаб, 5–6 см узунлигидаги кесма ўтказилади; тўқималар суюккача қаватма-қават кесилади. Жағнинг ташқи юзасидан чайнов мушаги тўлиқ ажратилади. Медиал қанотсимон мушак пастки бурчаги ва шохининг орқа қиррасидан қисман ажратилади. Сўнг фиссурали бор ёки думалоқ циркуляр аппа ҳамда ҳимояловчи мослама билан пастки жағ яримойсимон ёриқдан бурчакка вертикал йўналишда суюк кесилади. Кесилган суюк бўлаги чиқариб олинади. Бўғим капсуласи четларига кетгут ёки сўрилувчи иплар билан чок қўйилади.

Бўғим бошчасидан латерал қанотсимон мушак ажратиб олинади ва ўнга ип ўтказиб қўйилади. Чиқариб олинган бўғим бошчаси ва жағ бўлаги бор билан тешилиб, бир-бирига (битта ёки иккита чок) сим билан боғланади. Бўғим бошчасининг асоси бор билан тешилади ва латерал қанотсимон мушақдаги ип ўтказиб олинади. Бўғим ўсиғи тикланган жағ бўлаги бўғим капсуласи ичига киритилади. Латерал мушақдаги ип боғланади ва капсулага чоклар қўйилади. Бўғим бошчаси резорция туфайли қисқаришини эътиборга олиб, кичик бўлакни каттасига боғлашдан аввал олдин етарли даражада юқорига кўтариб дастлаб бўғим ўсиғининг «баландлиги», сўнг, иккита симли чок ёрдамида жағ бутунлиги тикланади. Юмшоқ тўқималарга қаватма-қават чоклар қўйилади (**58- расм**).



58-расм. А.А.Жилонов буйича пастки жағ бўғим ўсиғи реплантацияси жарраҳлиқдан олдинги ва кейинги рентген тасвири

Бўғим ўсиғининг синишларида бўлакларни маҳкамлаш учун ишлатилган сим, спица-стержень ва бошқа воситалар, одатда, суяқда қолдирилади. Операциядан сўнг улар билан боғлиқ асоратлар юзага келса, уларни олиб ташлаш bemор учун яна катта операцион жароҳат демакдир.

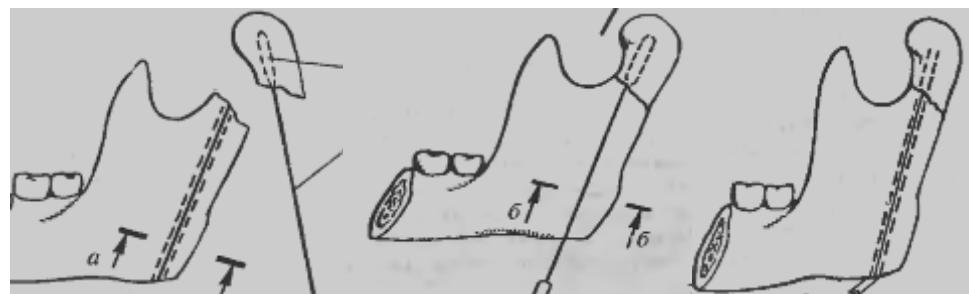
Шу сабабли, бўлакларни маҳкамлаш учун ишлатилган мосламаларнинг олинадиган турлари ёрдамида ўтказиладиган остеосинтез усуллари афзал ҳисобланади. Шундай усуллардан бири **Ю.Д. Гершуни (1980)** усули ҳисобланади.

**Операция техникаси.** Наркоз ёрдамида оғриқсизлантириш ўтказилади, пастки жағ бурчаги остидаги юмшоқ тўқималар қаватма-қават кесилиб, жағ шохининг ташқи юзаси яланғочланади. Бўғим ўсиғи ажратилиб, синган қисми юқорига сурлади; синиш чизигидан бўғим бошчасига (пастки жағ), шохининг қиррасига параллель равишида спица киритилади. Спица (ўзак)ни шох устига қўйиб, суяқка чизиб олинади. Чизиқ бўйлаб шохнинг ташқи кортикал пластинкасида бор билан эгатча ўйилади. Сўнг каттароқ диаметрдаги бор ёрдамида суякнинг ғоваксимон моддаси қисмида эгатча цилиндрисон кенгайтирилади. Спица ҳосил қилинган эгатча киритилиб, ташқи жағ

остидағи учидан махсус темир найча кийдирилади. Найчада ташқарига қайрилган махсус букилма бўлиб, у найчанинг айланма ҳаракатларини олдини олади. Кортикал пластинкадаги эгатчанинг эни ғовак моддадаги найча киритиладиган цилиндрсизмон эгатчанинг диаметридан кичик кенг бўлгани боис, у суюқдан чиқиб кетмайди.

Мослама пастки жағ четидан 4–5 мм чиқарилиб, ортиқчаси кесилади ва букиб қўйилади. Юмшоқ тўқималар тикилганда тери остида қолади. 2–3 ҳафтадан сўнг маҳаллий оғриқсизлантириш остида терини тешиб ёки кичик кесма орқали мослама олиб ташланади (59-расм).

Суюқ ичида (интраоссал) маҳкамлаш (остеосинтез) учун тўғри бурчак шаклидаги узунлиги 5–7 см эни 3,5 –4 мм қалинлиги 1–1,5 мм бўлган пўлат таёқча, узунлиги 5–7 см, диаметри 1,5–2,2 мм бўлган думалоқ титан ёки пўлат ишлатилади.



59- расм. Ю.Д. Гершуни усулида пастки жағ бўғим ўсиғи остеосинтези схемаси.

## **Юқори жағ синишларини жарроҳлик усуллари билан даволаш**

Юқори жағ қайси анатомик жойи (юқори, ўрта, пастки қисми)дан синишидан катъи назар, дастлабки босқичда бармоқлар ёрдамида ортопедик аппаратлар ёки махсус омбирлар ёрдамида репозиция қилинади, иккинчи босқичида – синган бўлаклар синиш чизигидан юқорида жойлашган соҳаларга маҳкамланиши керак.

Юқори жағнинг бўлаги осон силжиб, ўрнига суриладиган бўлса, бармоқлар билан репозиция қилинади. Агар бўлак орқага сурилган ва тишли бўлса, у кам харакатланада ва уни силжитиш қийин.

Ортопедик аппаратлар (Андерсен Хэуил) ёки йўналтирувчи қиялик ишлатиш мумкин.

Пастки бўлакни бармоқлар ёки аппаратлар ёрдамида ўрнига суриб бўлмаса Обвегезор таклиф килган омбир билан – силжитиб, қон чиқармасдан олд томонга тортиб репозиция қилинади, яъни амалда репозиция қилинади. Агарда юқори жағ қимирламаса унда ҳалақит килаётган ёноқ суюгининг бўлаклари аввал репозиция қилиниб, сўнг юқори жағни жарроҳлик йўли билан фиксация қилинади.

**Симли чок қўйиши.** Юқори жағ синиш чизиги Лефор пастки типи бўйича ўтганда маҳаллий оғриқсизлантириш остида, ёноқ-альвеоляр қирра ва ноксимон тешик четига икки томонлама симли чок қўйиб бўлаклар маҳкамланади. Ўрта тип бўйича синганда, ёноқ-альвеоляр қирра ва ноксимон тешик четига икки томонлама ҳамда ёноқ-альвеоляр қирраси кўз косасининг пастки чети орасига симдан чок қўйилади; юқори типдаги синишда эса ёноқ ёйи ва кўз косасининг юқори-ташқи чети орасига сим чок қўйилади.

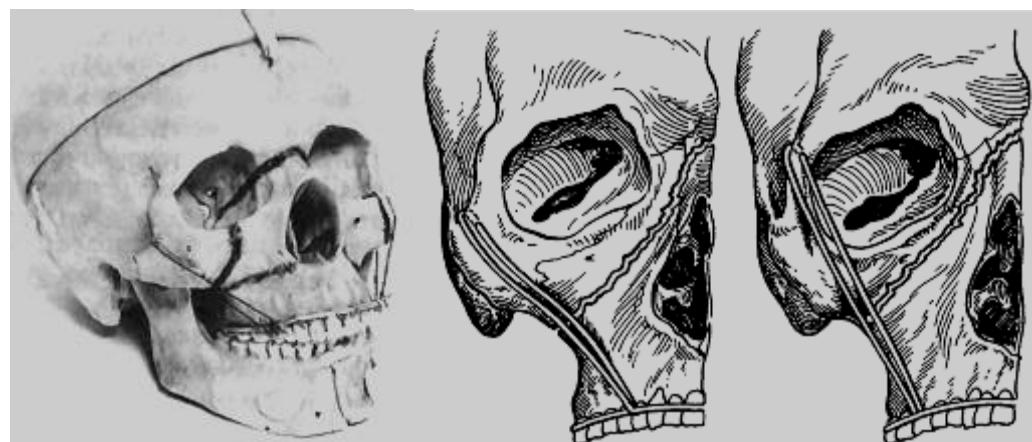
**Юқори жағ бўлакларини Billet-Vigneul усулида маҳкамлаш.** Бу усул юқори жағнинг пешона суюги билан бирга синишларида қўлланилади. Аксарият холларда пешона суюгининг синиши оқибатида бош суюги ичидагематома ҳосил бўлади. Шу боис нейрохирурглар томонидан бошнинг тепа қисми ва пешона суюгига очилган тешиклар орқали юқорида келтирилганидек нина ёрдамида оғиз даҳлизига сим ўtkазилади ва шинага тортиб боғланади.

**Юқори жағни Rybus усулида маҳкамлаш.** Ичи кенг, қалин, узун нинани бошнинг тепа қисмидан чакка мушаги, ёноқ ёйи ва чакка ости чуқурчаси орқали оғиз даҳлизига чиқарилади. Нина ичидан ингичка лигатура

сим ўтказиб, жағдаги шинага боғланади. Худди шу тартибда симнинг иккинчи учи бошқа томондан сим ўтказилиб, шинага тортиб боғланади.

**Фальтин-Адамс усулида** юқори жағ тишлирига илгакли шина ўрнатилади. Шинага сим боғланади тери ости ва шиллик остидан сим ўтказиб, бўлаклар ноксимон тешик чети, ёнок ёйи, куз косаси ташқи қирраси, бурун ўсиғи, кўз косасининг пастки ёки юқори қиррасига боғлаб, боғлаб осиб қўйилади (60-расм).

**Ноксимон тешик четига боғлаш** учун оғиз дахлизидан ноксимон тешикнинг қирраси пайпаслаб топилади ва маҳаллий оғриқсизлантириш ўтказилади. Шиллик пардада 1 см узунликда кесма ўтказилади. Ажратгич (распатор) ёрдамида юмшоқ тўқималар сурилиб ноксимон тешикнинг пастки ташқи қирраси бор билан тешилади. Худди шундай операция иккинчи томонда ҳам бажарилади. Тешиклардан сим ўтказиб букилган шинанинг илгакларига сим тортиб боғланади.

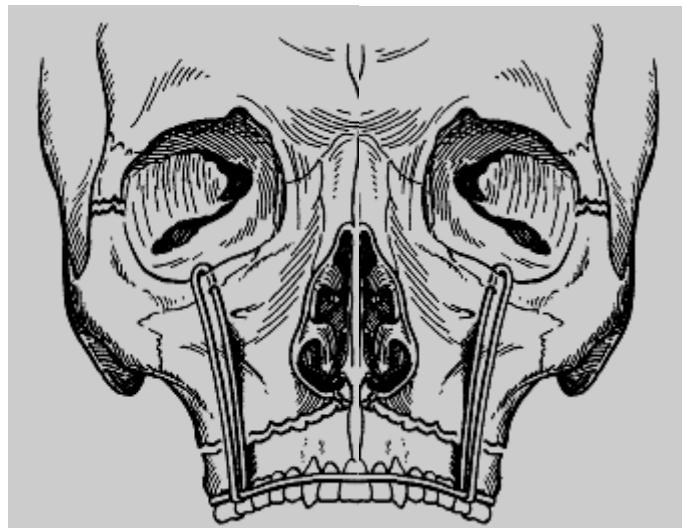


60-расм. Фальтин-Адамс усулида жағни боғлаш.

**Кўз косаси пастки қиррасига боғлаш** учун маҳаллий инфраорбитал оғриқсизлантириш ўтказиб суюкка параллел равишда 1 см узунликда кесма ўтказилиб, суюк очилади, қиррадан 0,5 см пастроқдан бор билан тешик очилиб, сим ўтказилади. Костечко нинаси ёки ичи кенг инекция нина

ёрдамида, сим оғиз бўшлиғига чиқарилади ва юқори жағдаги илгакли шинага тортиб боғланади.

**Роу – Килли усулида кўз косасининг ташқи қиррасига боғлаш учун** маҳаллий анестезия остидада кўз косасининг ташқи бурчагидан 1 см қочиб қулоқ томон узунлиги 1 см бўлган кесма ўтказилади. Ажратгич ёрдамида суюкнинг қирраси очилади. Синик чизиги Лефор III бўйича ўтганда албатта синиш чизигидан юқорида бор билан суюкда тешик хосил қилинади (трепанация қилиш давомида мунтазам равишда суюкка сув куйиб турилади) тешик орқали узунлиги 20 см бўлган ингичка сим ўтказилади. Сим учлари оғиз бўшлиғига ичи кенг нина ёки Костечко нинаси ёрдамида чиқариб олинади ва тақилган шина илмоқларига бураб боғланади. Натижада, юқори жағ калла суюгига маҳкамланади (61-расм).



61-расм. Роу – Килли усулида юқори жағни кўз косасининг пастки қиррасига боғлашни схематик кўриниши.

**Ёноқ ёйига боғлаш учун** маҳаллий анестезия остида Костечко нинаси ёрдамида оғиз даҳлизидаги, ёноқ-альвеоляр қирра усти шиллик пардаси тешилиб, ўтказиладиган сим ёноқ ёйи устидаги теридан тешиб чиқарилади.

Нина ичидан киритилиб, симнинг учи тортиб олинади. Костечко нинаси ёноқ қиррасининг ички томонидан сим чиқсан жойга чиқарилади. Сим нина тешигидан ўтказилиб, оғиз даҳлизига тортиб олинади. Иккала учини Пеон қисқичлари билан ушлаб олиб, кесиш учун арраловчи ҳаракатлар қилинади, кейин симнинг бир учини-шинанинг катта озиқ тишлар соҳасига, иккинчи учини эса – кичик озиқ тишлар соҳасига тортиб боғлади.

Оғиз ичига чиқарилган сим чокларни ёноқ альвеоляр қиррасидан тешик очиб, «Г» шаклида ўтказилган илмоққа боғлаш ҳам мумкин (Т.В. Чернятина, О.А. Свистунов).

**Фидершиль-Дигман усули.** Юқори ва пастки жағ тишларига илгакли шина тақилади. Тишлар кам ёки түлиқ адентия бўлса, пластмассадан ма-noblok тайёрланади.

Бошга илмоқли гипсли боғлам (қалпок) қўйиш учун дастлаб симдан илмоқли чамбарак ясалади ҳар томондан 2-3 та илмоқ чиқарилади, пешонадан энса томон бир неча бор кенг бинт ёки дока уралади, бушаб кетмаслиги учун охирги боғлам учи лейкопластиръ ёки скотч билан ёпиштирилади. Устидан пахта куйиб дока билан ураб яна боғланади.

Унинг устидан гипсли хулланган бинт бир ўрам ўтказиб тайёрланган симли чамбарак кийдирилади. Сўнг яна гипсли бинт билан икки ўрам қўйилади. Ҳўллаб, гипсли бинт яхшилаб силлиқлаштирилади. Гипс котгунча кутилади. Маҳаллий анестезия остида соҳаларидан кенг узун нина билан оғиз даҳлизига чиқилади. Нинадан сим ўтказиб учи шинага боғланади. Теридан чиқиб турган симлар тортиб гипсли боғлам илмоқларига боғланади (62-расм).



62- расм. Федершпил усулида фиксация.

Бу усулда юқори жағ бошдаги гипсли боғламга осилтирилиб боғланади. Бу усулнинг бир қанча камчиликлари бор: бошга ўрнатилган гипсли боғлам оғир; ён томондан чиқиб тўрган илмоқлар ёнбошлаб ётишга ҳалақт беради, беморнинг ҳарактларини чегаралайди; гипсли боғлам четлари юмшоқ тўқималарни эзиб яра қиласди; теридан чиқиб тўрган сим атрофини доимо кузатиб туриш ва парвариш қилиш лозим; вақт (шиш) ўтиши билан бошдаги боғлам сурилиб кетадиган (катта) бўлиб қолади ва мунтазам безовта қиласди.

Шундай бўлишига қарамай, кўпинча гипсли боғлам юқори жағни юқорига тортиш зарурати бўлганда қўлланилади. Келтирилган жарроҳлик усуллари билан юқори жағнинг янги синишларини даволаш мумкин.

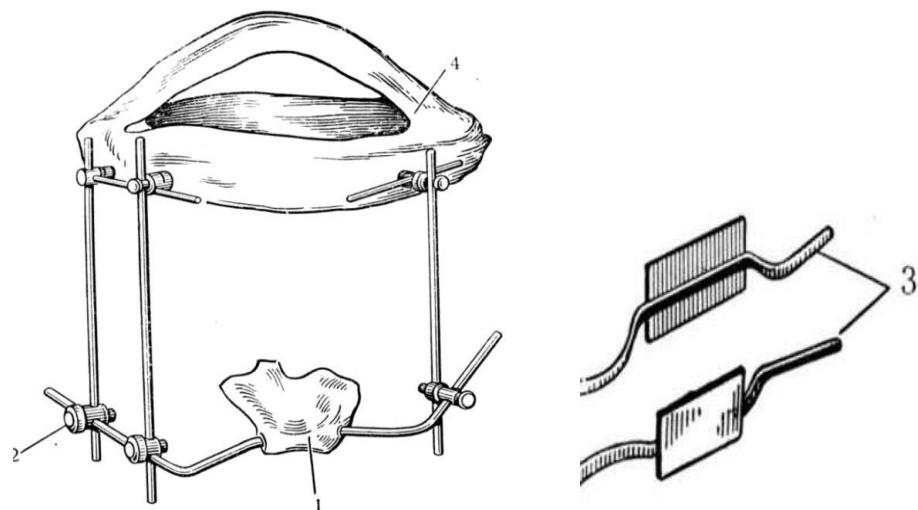
Юқори жағ эскирган айниқса атрофдаги ёноқ сүяклари билан биргалиқдаги синишларида, жағни ҳам олдинга тортиш ҳам юқорига қўтариш лозим бўлади. Бундай ҳолларда бошга ўрнатиладиган гипсли боғламга зарурат жуда катта бўлади. Гипсли боғлам ўрнатаётганда, ўртада олдинга чиқиб турувчи маҳсус илгак ясалади. Шу илгакка юқори жағдаги шина резинка ёрдамида аста тортиб чиқарилади.

Юқори жағнинг ичкарига ботиб кирган, эскирган синишларини даволаш учун ортопедик усуллар қўлланилади. Таянч сифатида бошга мослама тайёрланади. Юқори жағ ўнга эластик куч билан тортилади.

Бир қанча усуллар орасида Р.М. Фригоф таклиф килган усул соддароқдир. Юқори жағ учун тишиң тақиладиган құйма шина тайёрланиб, үнга оғиз ташқарига чиқиб турадиган илгаклар үрнатиласы. Болаша винипласт ва пенополипропилендан ишланған стандарт боғлам тайёрланады да у гайка ҳамда винтлар ёрдамида керакли даражада болаша сиқиб үрнатиласы. Боғлам ўртасида пүлат илмоқ үрнатиласы. Винтлар ёрдамида илмоқ керакли ҳолатда маҳкамланады да у пружина ҳамда штангалар ёрдамида тортиласы.

**П.3. Аржанцев** юқори жағ синиб, ичкарига суқилиб кирганида жаррохлық да ортопедик усулларини биргаликта құллашни таклиф килған. Дастаның операциядан олдин юқори жағ тишиларига тақиладиган құйма илмоқли шина тайёрланады да цементта үтказиласы. Болаша тақишиң учун гипсли ёнида да ўртасида пүлат симдан илмоқли, боғлам тайёрланады (63- расм).

Умумий эндотрахеал оғриқсизлантириш остида ўтув бурмасида кесув үтказилиб юмшоқ түқималар сұяқдан ажратиласы да синишиң чизиғи очилиб, бўлаклар орасига юпқа асбоб кирилласы да, юқори жағ тебранувчи ҳаракатлар ёрдамида силжитилиб, кесмага чоклар қўйилады. Илмоқли шина эластик тортқич билан бошдаги боғлам илмоқларга тортиласы.

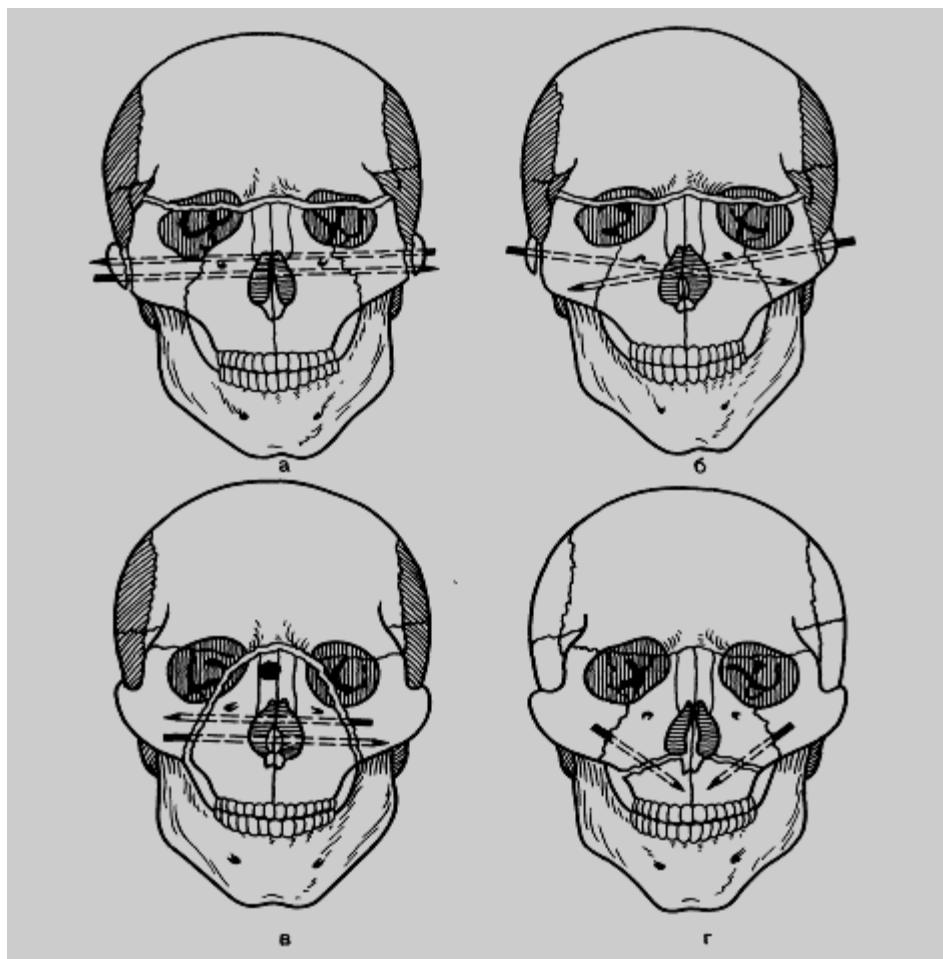


63- расм. Юқори жағ синиқ бўлакларини иммобилизация қилиш учун П.З.Аржанцев буйича модификацияланған шина. 1- тишиң пластинкаси; 2- универсал шарнир; 3- стерженлар; 4-гипсли бош боғлами.

## **Юқори жағ синишларини Киршнер спицалари билан**

### **М.А. Макиенко усулида маҳкамлаш**

Усулнинг моҳияти юқори жағнинг синган қисмини репозиция қилиб атрофидаги суякларга спица ёрдамида осиб кўйишдан иборат. Юқори ва пастки жағларга букилган илгакли шиналар маҳкамланади. Думалоқ тешик атрофида 1% ли 10 мл новокаин ёки лидокаин билан марказий оғриқсизлантириш ўтказилади. 4–5 минут ўтказиб спица киритиладиган соҳа 0,5%ли 20 мл навокоин билан оғриқсизлантирилиб, юқори жағ бармоқлар билан маҳкам ушлаб репозиция қилинади ва резинка ҳалқалар ёрдамида тишлам ўз ўрнига келтирилади. Спица ўтказиш усули синиш типидан келиб чиқсан ҳолда танланади. Ёрдамчиси (асистент) энгакдан босиб (калла кутисига) жағларни бошга тираб ушлаб туради. Жарроҳ пайпаслаб, бўлаклар ўрнига келганига ишонч ҳосил қилгач, А 04-3 аппарати ёрдамида спицани киритади: пастки типдаги синишда – иккала ёноқ суяклардан олдинга ва пастга бурун ўсиғига; ўрта типда синганда – бир томондаги ёноқ суягидан иккинчи томондаги ёноқ суягига иккита параллел спица горизонтал текислиқда; юқори типда – қарама-қарши томондан иккита параллел спица ёноқ ёйи синиш чизигининг орқасидан киритилиб қарши томондаги ёноқ ёйи синик чизиги ортидан чиқарилади (биринчи усул) ёки иккита спица бир-бирига бурчак остида – ёноқ ёйининг бир томонидан қарши томондаги ёноқ суягига киритилади. Худди шундай усулда иккинчи томондаги ёноқ ёйидан қарши томондаги ёноқ суягига киритилади (64-расм).



61- расм. Суяк ичи остеосинтез схемаси М.А. Макиенко усулида:

А - Ле фор III тип синишида иккита параллел спица ёрдамида синиқ бўлаклари фиксацияси; Б-Ле фор III тип синишида фиксациянинг кейинги усули, спицалар кесишган ҳолда суякга киритилади ва орқа учи ёноқ суягидан чиқарилади; В- Ле фор II тип синишида спица жойлашиш ҳолати; Г- Лефор I синишида бўлаклар фиксацияси схемаси.

## **Жағлари синган беморларни умумий даволаш ва парваришлаш принциплари**

Юқори ва пастки жаги синган беморларга ёрдам кўрсатилаётганда суяк бўлакларининг бирикиши учун оптимал шароит яратиш ва яллиғланиш жарайёни ривожланиши, (асоратлар)ни олдини олишга алоҳида эътибор қаратилади. Бунда бўлакларни барвакт репозиция қилиши мақсадида, адекват усуллардан фойдаланган ҳолда иммобилизация қилиши ва юқори самарали антимикроб, умумий қувватлантирувчи, физиотерапия, шунингдек, даволаш гимнастика усулларини қўллаш ва оғиз бўшлиғи гигиенасини қатъий равища сақлаш кўзда тутилади.

Суяк жароҳатидаги яллиғланиш асоратини олдини олиш учун бўлакларни бир-бирига зич келтириб, пухта иммобилизация қилиш яъни синиш чизигига инфекция тушишининг олдини олиш керак бўлади. Жағ бўлакларни якинлаштиришга, одатда, синиш чизигида қолган тиш илдизлари халақит беради, яъни илдиз ёни очилган бўлса ёки синиб қолса, репозиция қилишдан олдин уни албатта олиб ташлаш зарур. Тиш катакчаси ва бўлаклар четидаги шиллик парда бир-бирига якинлаштирилиб, чок қўйилади. Истисно сифатида, кичик бўлакда сақланиб қолган якка тиш, антагонисти бўлган тақдирда, вақтинча – бўлаклар орасида иккиласми суюк ҳосил бўлгунча сақлаб қолинади. Синиш чизиги якинидаги периодонтитли тишлар олиб ташланади.

Жағсуяклари синган беморларга, албатта, антибиотиклар буюрилади, иложи борича, суяқда тўпланадиган, яъни остеотроп турларидан линкомицин, натрий фузидин, морфоциклин, вибромицин, олеандомицин, тетран препаратларини биринчи 3-4 кун ичida синиш чизиги атрофидаги юмшоқ тўқималарга юбориш мақсадли бўлади. Антибиотиклар билан биргаликда, сульфаниламидлар ва нитрофуран қаторига мансуб препаратлар тайинланади. Умумий қувватлантирувчи даволаш препаратлари В<sub>1</sub> ва В<sub>6</sub> дармондорилари, аскорбин кислотаси, аутогемотерапия, режали овқатланиш, даволаш ва гигиеник гимнастика машқлари киради. Юз-жағ жароҳатларини даволашда физиотерапия муолажаларининг таъсири катта. Вактида ва тўғри ўтказилган физиотерапия муолажаси оғриқни қолдириш, инфекцияга қарши курашиш, жароҳатланган юмшоқ тўқималар ва суюк яраларининг битишини тезлатиш ҳамда нерв толаларининг регенерациясини кучайтириш, шунингдек, шиш ва қонталашнинг сўрилишини тезлатиш мақсадида қўлланилади.

Суяк бўлакларининг четида ҳосил бўлаётган бирламчи суюк кадоғини шаклланишида соҳанинг қон билан таъминланишининг аҳамияти катта. Шу мақсадда ЮЧТ (УВЧ) дориларни юборишда электофорез, фонофорез ультратовуш парофизозокеритдан фойдаланиш ижабий натижалар беради.

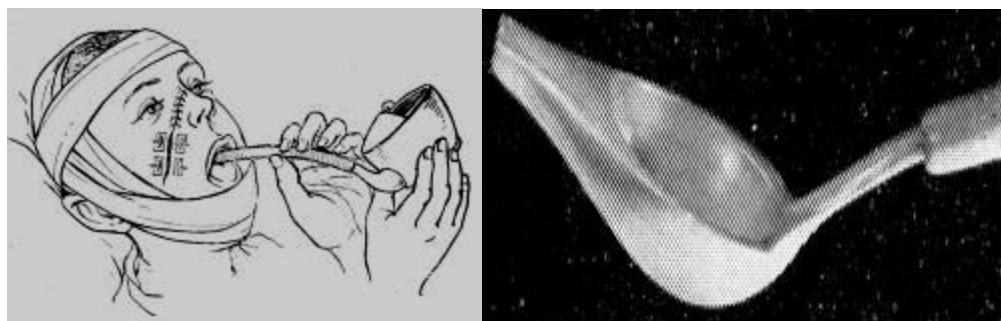
Кузатувларда (Д.Д. Сумароков 1989) дастлабки икки хафта (жароҳатдан сўнг 14 сутка давомида) коллаген матрикснинг ҳосил бўлиши учун қуидаги дориларни қўллаш самарадорлиги исботланган: **паратроп гормон** – остео-кластик резорбция ва бўлаклар четидаги деминераллашни кучайтиради; **тимозин; тимолин** – иммунологик жараёнларни фаоллаштиради; **индометацин, витамин А** – остеоиндуktив таъсир этувчи омил бўлиб, морфогенетик оксилининг синтезини рағбатлантирувчи ва яллиғланишни чегаралайди; **витамин С икки валентли темир глутамин кислота** – коллаген ҳосил бўлишини кучайтиради. Икки хафтадан сўнг (коллаген матриксини минераллашиб даврида) кольцитрин, кальциферол, витамин  $D_3$  ва коллагенни ҳосил бўлишида иштирок этувчилар тавсия этилади. Шуни ётда тутиш керакки, сувак регенерацияси генетик детерминацияланган бўлиб, уни тезлаштириб бўлмайди. Аммо бу ҳолат жараённинг оптималь кечиши учун шароит яратиш: хужайраларга энергетик материаллар – витаминлар ва кислород билан таъминланишини яхшилабгина қолмасдан, балки иммунологик муҳитни, яъни суяқда сўрилишни ҳамда қон-томир тизимининг тикланишини ва, қолаверса, суякнинг мустаҳкам битишини ҳам таъминлайди.

Синиши чизигида кадок ҳосил бўлганидан сўнг 4–5-хафта мобайнида жағ ҳаракатини тиклаш, даволовчи гимнастика ўтказиш, юмшоқ овқатларни истеъмол қилиш тавсия этилади.

Жағ суяклари синган беморлар овқатланишининг сифати бузилади, одатда, тановвул этиб юрган таомларидан маҳрум бўлгани учун улар оч қоладилар. Биринчи 2-3 хафта ичида жағлар бир-бирига тортиб куйилганда вазнида камайиш кузатилади. Вазн камайиши фақатгина овқат ея олмагани учун эмас балки жароҳат таъсирида ҳазм тизими қисмларининг (офиз бўшлиғи, ошқозон, жигар, ичак) фаолияти бузилади. Модда алмашуви издан чиқади. Шу сабабдан, жаги синган беморларнинг овқатланиши физиологик жиҳатдан тўйимли бўлиши керак. Овқат ўзининг механик ва кимёвий жиҳатларидан bemorga маъқул бўлиши зираворлари ва тузи кам бўлиши,

илиқ  $45\text{--}50^{\circ}\text{C}$  янги озука махсулотлари яхшилаб майдаланиб, суюқ овқат билан истеъмол қилиши тавсия этилади.

Стационар шароитда даволанаётган беморларга 3-парҳез стол буюрилади. Жағлари бир-бирига маҳкамланган беморларга эса зонд ёки найчаёрдамида истеъмол қилиши мумкин бўлган 1-стол буюрилади. Бу беморларнинг жағлари ёпиқ ҳолатда ва ютиниш бирмунча қийин бўлганлиги боис, овқат консистенцияси қаймоқ сингари бўлиши керак. 2-парҳез столичайний олмайдиган, аммо ютинишга қийналмайдиган беморларга тавсия этилади, овқат қуюқ қаймоқ консистенциясида бўлиб, уни маълум даврда, жағларни вақтинча очиб қўйиш имконияти туғилганда (остеосинтездан сўнг) тайинланади. Умумий 15- стол оғиз очилганидан кейин, бўлаклар силжимаслигига ишонч ҳосил бўлганидан сўнг тайинланади. Жағлар маҳкамланганида овқатланиш учун махсус чойнакдан фойдаланган маъқул. Учига узунлиги 20-25 см, диаметри 8–10 мм резина найча кийдирилиб учини тиш қаторидаги нуқсон ёки ретромоляр соҳадан оғизга киритилиб овқат оз-оздан қўйилади (65-расм).

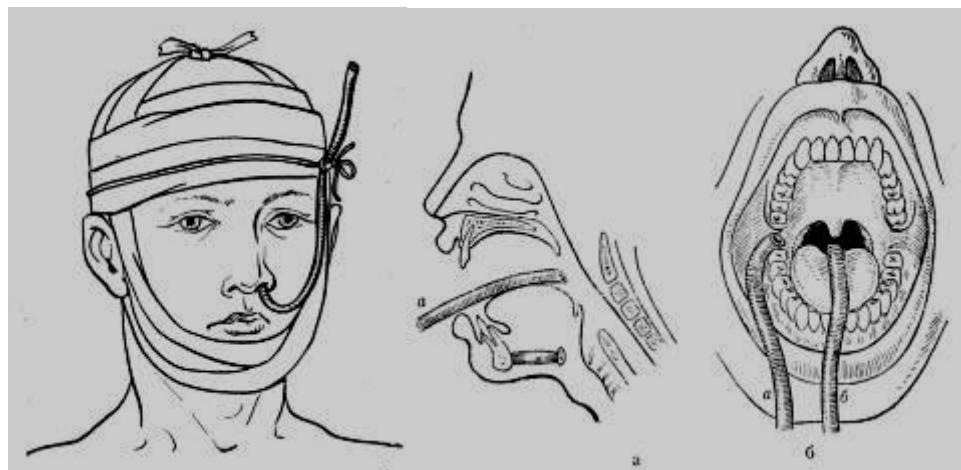


65- расм. А—Беморлар овқатланиши учун махсус чумич, эластик трубкаси билан. (Г.М. Иващенко бўйича); Б – Махсус юз-жағ жароҳатли bemорлар учун овқат қабул қилиш учун чумич – қошиқ.

Шу мақсадда махсус учланган кошикдан фойдаланиш мумкин. Бемор узини эплай олмаса ёки оғир ҳолатда бўлса, овқатлантириш учун бурундан маҳаллий оғриқсизлантириб ошқозонга 1 м узунликдаги диаметри 8 ммли зонд киритилади.

Катта Жане шприцига 600 мл овқат солинади ва зонднинг ташқаридаги учиға уланади. Босим остида 100-200 мл овқатни секин ошқозонга юборилади. Танаффусдан кейин қолган овқат киритилади.

Катта шприц бўлмаса зондни ташқаридаги учиға воронка уланади. Махсус қисқич ёки бармоқлар ёрдамида найча сиқилади ва воронкани юқори кўтарилиб овқат қўйилади. Овқатлантириб бўлгандан сўнг қисқич ёки бармоқлар билан найча яна сиқилиб воронка олиб қўйилади. Найча учи қайтарилиб қисиб бошга тақиб қўйилади (66-расм). Зонд орқали фақат овқатнинг ўзи эмас, балки илик ширинчой, эритилган дорилар юборилади. Овқатлар тўйимли ва, албатта, дармондори ҳамда оқсилга бой бўлиши керак. Ичакларни юритишнитаъминлаш учун овқат таркибида клетчаткага бой сабзавотлар ва мевалар бўлиши шарт. Овқат туйимли ва хажмон кўп бўлиши керак. Бир кунда 4-5 марта овқатлантириш керак.



66-расм. Беморда озиқлантирувчи эластик трубка холати.

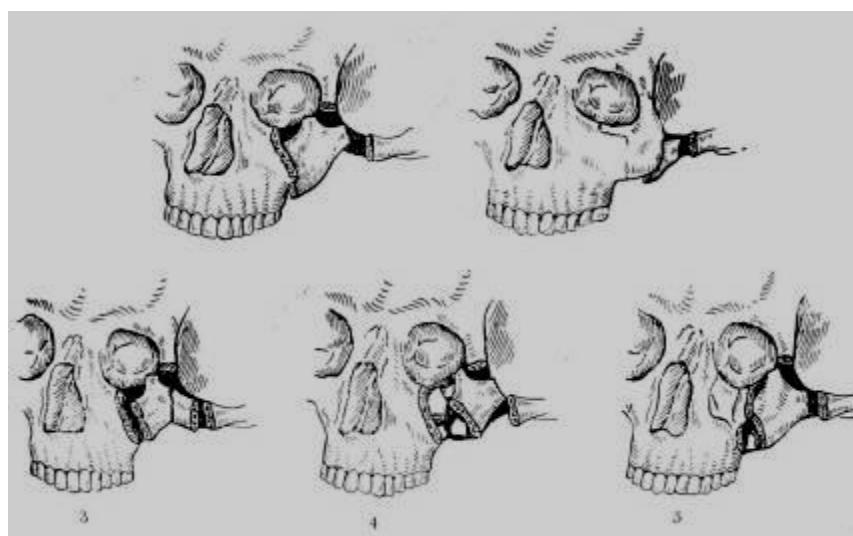
## VI БОБ. ЮЗ СУЯКЛАРИ СИНИШЛАРИ

### Ёноқ суяги ва ёйининг синишлари

Адабиётлардан маълумки, юз скелетининг синишлари орасида ёноқ суяги ва ёйининг синишлари 20-67% ни ташкил қилади.

Ёноқ суяги тўғридан-тўғри зарба тушганда ёки сиқилиш натижасида синади. Бўлакларнинг силжиши зарбанинг йўналиши, кучи ва қисман мушакларнинг тортиш кучига боғлиқ. Ёноқ суяги ва ёйи синишининг бир қанча таснифлари бор. Амалиётда кенг қўлланилаётгани Р.В. Низова таклиф килгани тасниф шулар жумласидандир. Муаллиф ёноқ суяги ва ёйини синишини куйидаги уч тоифага ажратади (67-расм).

- ёноқ суягининг бўлаклари: силжимасдан; силжиб ёки юқори жағ бўшлиғи деворлари синишлари билан бирга;
- ёноқ ёйининг: бўлаклари силжимасдан ёки силжибсинишлари;
- ёноқ суяги ва ёйининг: биргаликда бўлаклар силжимасдан ёки силжиб; юқори жағ бўшлиғи деворлари жароҳати билан синишлари;



67-расм. Р.В. Низова таклиф килган тасниф бўйича ёноқ суяги синиши.

1-ёноқ суяги синиши; 2-ёноқ ёйи синиши; 3- бир вақтда ёноқ суяги ва ёйи синиши; 4- ёноқ суягини юқори жағ бушлиғи тепа деворини майдаланиб синиши; 5- ёноқ суягини юқори жағ бўшлиғи деворлари билан парчаланиб синиши.

Синик чизиги, одатда, куз ости – ёноқ – альвеоляр қирра, пешона-ёноқ ва ёноқ-чакка чоклари ёнидан, юқори жағ ва кўзнинг пастки ва ён деворини ҳосил қиласидан понасимон суюкнинг катта қанотидан ўтади. Шу сабабли, ёноқ суюк синганда кўз косаси деворларининг синиши ичидаги аъзо ва тўқималарнинг шикастланиши билан кечади. Ҳамма суюклар синишларида бўлгани каби, ёноқ суюгининг синиши ҳам очиқ ва ёпиқ, чизиқли ва парчалангандан синишлар кўринишида бўлиши мумкин. Синик бўлак кўпроқ – пастга, ичкарига ва орқага камроқ – юқорига, ичкарига ва ёнга силжиши мумкин. Суюк бўлаги ўз ўқи атрофида айланиши ҳам мумкин. Зарба ёноқ суюгига ичкари томондан ташқарига йўналган ҳолда кўз косасининг пастки девори четида «зинапоя» белгиси аниқланади. Бевосита ёноқ суюгининг бўртиб чиққан соҳасига тўғридан-тўғри зарб тушса, суюк кўп жойидан синиб бўлаклар кўз косаси томон силжийди. Зарб ёноқ суюгига ён томондан йўналтирилган бўлса, бўлакларнинг сезиларли силжиши кузатилмайди.

Ёноқ суяги синишлари кўп ҳолатларда юқори жағ (юқори жағ бўшлиғи деворлари) бурун, кўз косаси суюклари, кўз олмаси чайнов мушагининг жароҳатлари билан биргаликда кечади. Ёноқ суюгининг кучли зарбдан шикастланиши аксарият bemорларда, калла суяги асосининг олд ва ўрта чуқурчалари жароҳатлари, ҳамда бош миянинг ҳар хил даражадаги чайкалишлари билан характерланади.

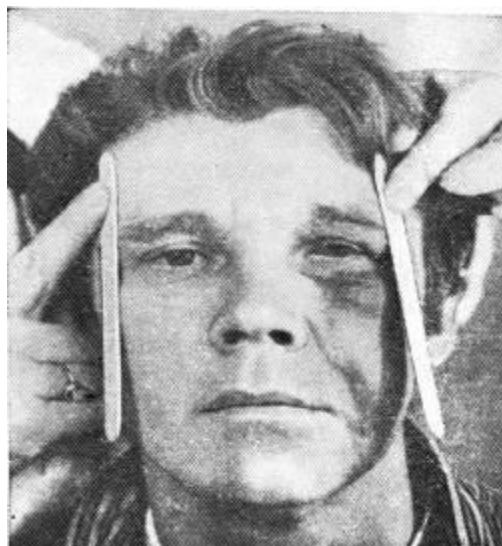
**Бемор:** юзининг ярмида оғриқ мавжудлигига, кўз ости, ёноқ, қулоқ олди чакка, чакка ости соҳалардаги ҳамда, кўз конъюнктиваси пастки ва юқори қовоқлардаги кучайиб бораётган шиш борлигига, қулоқдан, бурундан қон кетиши, чайнаганда оғриқ туриши, бош айланишига қулоқ шанғиллаши, эшитиш қобилятининг пасайиши, қараганда иккита бўлиб, кўриниши ва оғиз очилиши чегараланишидан **шикоят** қиласидар.

**Жароҳат клиник белгилари:** шикоятларда баёт этилган белгилардан ташқари жароҳатдан сўнг кўп вакт ўтмаган бўлса, кўз косасининг пастки четини пайпаслаб «зинапоя» белгисини аниқлаш мумкин. Ёноқ ёйи синиб, ичкарига силжиса, пастки жағнинг тож ўсиги ва чакка мушаги ҳаракатлари

чегараланади, оғиз түлиқ очилмайды ва ёнга ҳаракат қила олмайды. Шикастланганган томондаги юқори жағ кичик озиқ тишлари перкуссия қилинганды соғ томонга нисбатан бўғиқроқ товуш эшитилади, бу клиник белги адабиётда Е.С. Малевич ёки “ёрилган хумча” симптоми деб юритилади.

Оғиз ичидан, ёноқ альвеоляр қирра пайпасланганда, “зинапоя” белгисини топиш мумкин. Кўз косаси туби чўккан бўлса, кўз олмаси соғ томонга нисбатан пастда жойлашганлигини кўриш мумкин, пайпаслаганда тери ости ҳаво мавжудлиги - эмфизема аниқланади. Юқори альвеоляр нерв бщлаклар орасида сиқилиб қолган бўлса, лунж, бурун қаноти юқори лаб ва бир нечта тишлар соҳаларидағи сезувчанлик йўқолади.

Ёноқ суяги синиб, ичкарига ботиб кириб кетган бўлса, бундай жароҳатга хос белгилар намоён бўлади. Кўз косалар ҳар икки томон четларига шпател вертикал ўрнатилса, синган томондаги шпател ёноқ суяги танасига тегмайди «икки шпатель белгиси»нинг паралель туриши бузилади (68-расм).



68- расм. Ёноқ суяги синишларини аниқлаш мақсадида “Икки шпател” симптоми.

Синиш, одатда, жароҳатдан кейин биринчи 10 кун ичида **янги синиш** деб юритилади. 11– 30 кун **кечикирилган синиш**, 30 кундан кейин **нотўғри битган** ёки **битмаган синиш** деб аталади.

Бурун-даҳан ҳолатида олинган **рентгенологик** суратда синган томондаги юқори жағ бўшлиғи хиралашганилиги, кўз косасининг пастки ва ташқи четларини, ҳамда ёноқ-чакка ва ёноқ альвеоляр қирраларининг яхлитлиги бузилганлигини кўриш мумкин (69-расм).



69- расм. Ёноқ суягини синиши МСКТ куриниши.

### **Ёноқ суяги ва ёйи синишларини даволаш**

Даволашнинг асосий тамойили синган бўлакларни ўз ўринларига қўйиб, суюкнинг анатомик тузилишини тиклаш ва функционал ўзгаришларни бартараф қилишдан иборат.

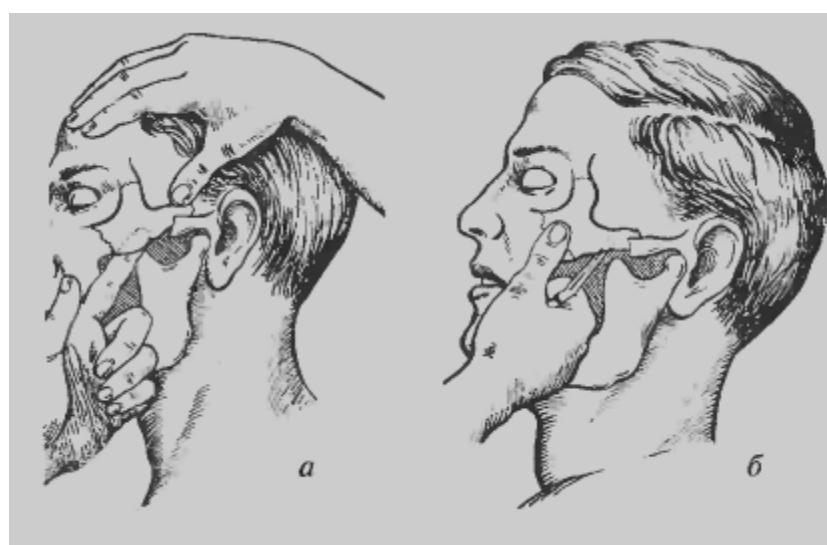
**Жароҳати даволашнинг услуги** бўлакларнинг силжиш даражаси, ўтган муддат, беморнинг умуний ҳолатига боғлик бўлиб, консерватив ва жарроҳлик усулларидан ташкил топади. Консерватив даволаш. Янги синган бўлаклар силжимаган бўлса: ёноқ соҳасига 1-2 сутка давомида 10-15 минутдан 5-6 марта кун давомида муз қўйиш, оғиз очилишини чегаралаш юмшоқ таомларни истъемол қилиш шунингдек кўзатувда бўлиш тавсия қилинади.

Синиш натижасида ёноқ суяги бўлаклари силжиган бўлса, улар жарроҳлик усули ёрдамида бўлаклар репозиция қилинади. Репозиция юмшоқ тўқималарда кесма ўтказиш йўли билан ёки кесмасиз бажарилиши мумкин.

**Операцияга кўрсатма:** оғиз очилишининг чегараланиши, пастки жағ ён ҳаракатларининг йўқлиги, асимметрия, юз шакли бузилиши, диплопия битта нарсани кўз иккита қўриши, кўз ости нервининг бўлаклар орасида сиқилиб қолиши натижасида кўз ости, лунж ва альвеоляр ўсиқ соҳаларидағи тери ва шиллик парда сезувчанлиги бузилиши.

Операция одатда, маҳаллий марказий (думалоқ тешик атрофида) ёки инфильтрацион (10-15 мл 1-2% ли новокаин лидокаин эритмаси билан) оғриқсизлантириш усуллари остида ўтказилади.

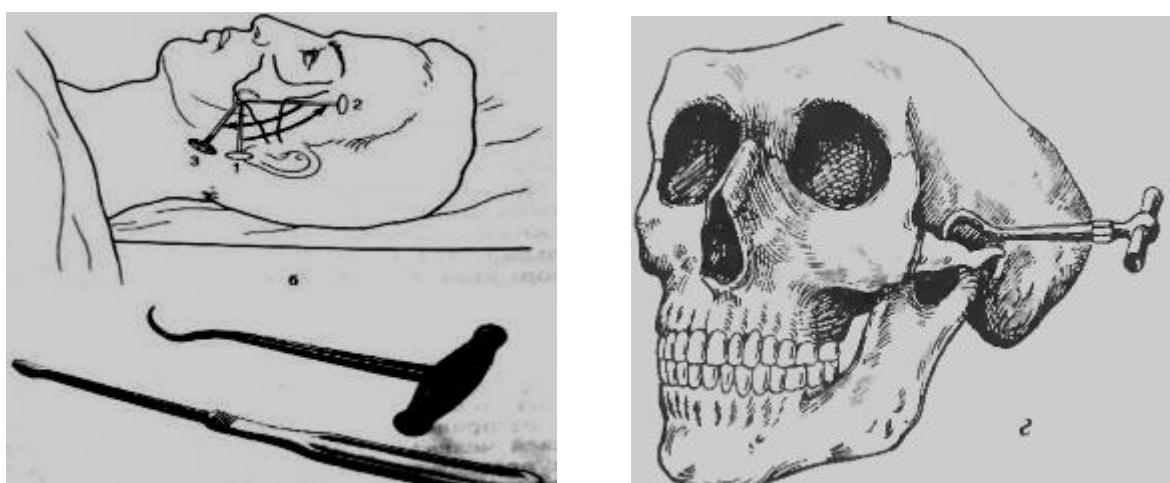
Синик бўлаклари репозицияси, яъни жарроҳлик аралашувисиз репозиция қилиш. Чап томон ёноқ суяги ёпиқ синишида чап қўлининг кўрсаткич бармоғи оғиз бўшлиғи |6| иш соҳасидан ёноқ суягининг ички юзасига тиради, ўнг қўлнинг бош бармоғи эса ёноқ суягининг устига қўйилиб, бўлак силжитилади ва ўрни қўйилади. Ўнг томон ёноқ суяги ёпиқ синишида, ўнг қўлнинг кўрсаткич бармоғи оғиз ичи 6| тиш соҳасидан ёноқ суягининг орқа томонига қўйиб, чап қўлнинг бош бармоғи билан бўлак ўрнидан силжитилади ва репозиция қилинади таянч сифатида юқори жағ хизмат қиласи. Бунда синган бўлак, олд томонга ва юқорига йўналтирилиб силжитилади. Кўрсаткич бармоқ билан синган ёноқ суягининг орқа томонига ўтиб бўлмаган ҳолда, Буйялский қошиқчаси ёки шпателдан фойдаланиш мумкин (70-расм).



70- расм. а- Ёноқ суягини бармоқ ёрдамида репозиция қилиш; б-Велги распаторори ёрдамида репозиция

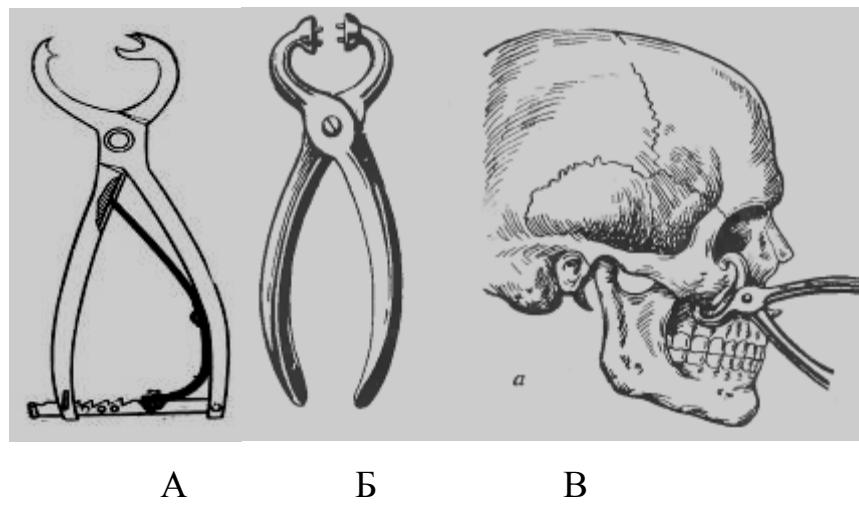
Синган бўлак ўз ўрнига қўйилса, оғиз очилиши ва юзнинг симметрияси тикланади, синишга хос бўлган «зинапоя» белгиси йўқолади. Юзнинг қиёфаси тикланади. Бемор амбўлатор кузатувда бўлиши лозим. Маҳаллий 2-3 кун иши ва гематома кучаймаслиги учун совуқ қўйилади. Пастки жағ ҳаракатини камайтириш, юмшоқ таомлар истеъмол қилиш тавсия қилинади.

Ёноқ суюги яхлит ҳолатда синиб, силжиган бўлса, операциялардан бир неча услубдаги фойдаланиш мумкин бўлади. Репозиция қилиш учун аксарият ҳолларда Лимберг илмоғидан фойдаланилади. Пайпаслаб, ёноқ суюгининг ёки ёйининг пастки қирраси аниқланади, скальпель учи билан тери тешилади ва бир тишли илмоқ ёноқ суюги (ёноқ ёйи)нинг тагига киритилади. Илмоқ суюкнинг орқа томонига ўтганини сезгандан сўнг силжишга қарши томонга (одатда, олдинга ва пастга) йўналишида тортилади. Илгакни тортищдан аввал, шифокор чап қўл бармоқлари «зинапоя» аниқланган соҳаларга қўйилади ва ёноқ суюги силжишига қарама-қарши йўналишда, одатда, пастга ва олд томонга тортилади. Суяк бўлаги ўз ўрнига тушиш вақтида ўзига хос “қарсилаш” юзага келади. Кўз косасининг пастки ва ташки четларидаги «зинапоя» белгиси йўқолганлиги репозиция тўғри ва аниқ ўтказилганлигидан далолат беради (71-расм).



71- расм А.А. Лимберг усулида ёноқ суюгини репозиция қилиш схемаси.

Лимберг илмоғи бир таянчли бўлганлиги учун суяк бўлагини ўрнига ҳар доим қўйиб бўлмаслиги мумкин. Шу боис, баъзи муаллифлар, жумладан Ю.Е. Брагин икки илмоқли илгакни П.В. Ходорович ва Баринова ёноқ сяги шинасини маҳкам сиқиб олиб, бўлакни ҳар хил йўналишда силжитиб ўз ўрнига қўйиш имконини берадиган махсус амбурни таклиф килган (72-расм).



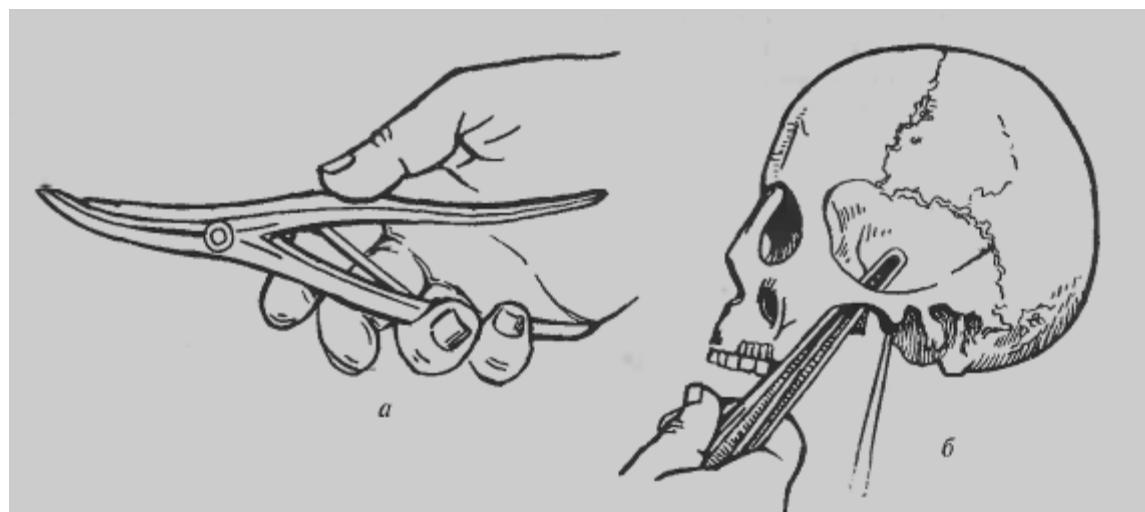
72- расм. Ёноқ сягини репозицияси учун а- П.В.Ходорович – Барин; б- Дюшанжа омбури; в- Омбурни холати.

### **Оғиз бўшлиғи орқали жарроҳлик усуллари ёрдамида ёноқ сягини репозиция қилиш**

**Кеен усули:** ёноқ-альвеоляр қирраси орти ўтув бурмасида 1,5 см кесма ўтказилади махсус элеватор ёки (мустаҳкам сяқдан юмшоқ тўқималарни ажратса оладиган) уни бир оз қайрилган распатор кесма орқали сяк бўлаги ортига киритилади. Тебранувчи силжишга қарши ҳаракатлар ёрдамида бўлак ташқари ва паст томон силжитилади. Суяк бўлакнинг ўз ўрнига тушганлигини «зинапоя» белгилари бартараф этилганлигидан билиш мумкин.

Wielage эса Kenn усулини ўзгартириб, юқорида келтирилган кесма ёрдамида ёноқ сяги ҳамда ёноқ ёйининг бир вақтда репозициясини таклиф этган (73а- расм).

Қатор муаллифлар, (А.Г. Маманов, А.А. Несмеянов, Е.А. Глукин) ёноқ суяги бўлакларни репозиция қилиш учун ишлатилиши мумкин бўлган маҳсус ретракторлар таклиф қилган (73б- расм).



73- расм. а- А.Г. Маманов, А.А. Несмеянов, Е.А. Глукин ретрактори; б- ретрактор

Бу асбобларнинг учи ўтув бурмасидаги кесма орқали “утмас” (тумток) равишда ёноқ суяги ортигача ўтиб юқори жағ дўнглиги ёки чакка суягининг ташқи юзасига тиralган ҳолатда врачнинг ўнг қўл билан дастаклари бирлаштирилади. Ана шу вақтда жарроҳнинг чап қўл бармоқлари билан бўлакни силжиши назорат қилинади ва ўрнига тушишига ёрдам берилади. Беморда «зинапоя» белгиси йўқолганлиги ва оғиз очилиши чегараланмаганлиги ёноқ суяги ўрнига келганлигига ишонч ҳосил қилинади.

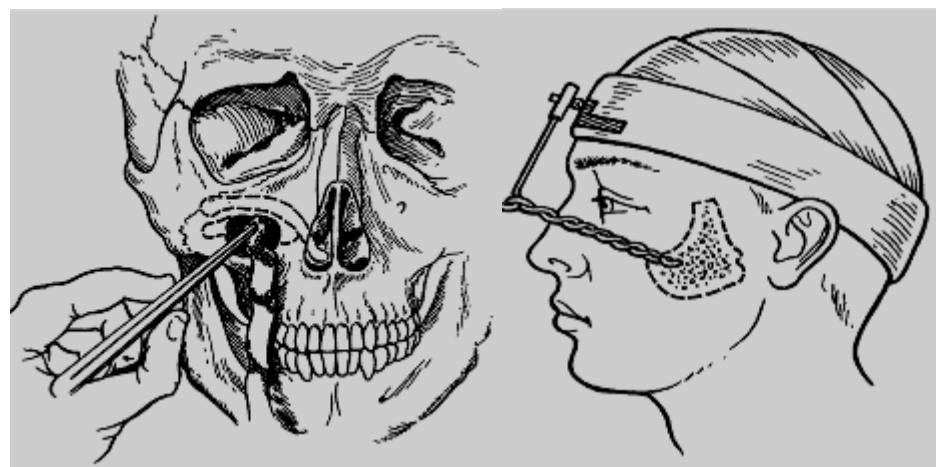
Ёноқ суяги юқори жағ бўшлигининг олд девори ва кўз косасининг туби билан биргаликда синишида, **Kazanjian-Converse репозиция усули** қўлланилади. Оғиз бўшлиғида ён тишлар илдизлари соҳаси, шиллик қават ўтув бурмасида суяккача 1-1,5 см узунликдаги кесма ўтказилади. Юмшоқ тўқималар суяк қобиғи (суяк усти пардаси) билан биргаликда илгак ёрдамида кўтарилиб, юқорига сурилади. Юқори жағ бўшлигининг олд ён девори бор ёрдамида тешик очилади ва бармоқ кундаланг улчамидагича кенгайтирилади. Бармоқ бўшлиқ ичига киритилиб, кўз косасининг тубини ҳосил қилувчи девор ҳолати ва ёноқ суягининг юқори жағ бўшлиғига ботиш даражаси

аниқланади. Шундан сўнг бармоқ ёрдамида (зарур бўлса, илгак ёрдамида ташқаридан) репозиция ўтказилади. Колдуэл Люк операциясидаги каби бурун бўшлиғига “дарча” очилади. Бўшлиқ ювилиб қон қуйқаларидан тозаланади ва бўлаклар силжимаслиги учун юмшоқ резина найча билан тампонада қилинади, унинг бир учи бурундан чиқариб қўйилади. Ўтув бурмасидаги кесмага зич чоклар қўйилиб ва улар икки хафтадан сўнг олиб ташланади (74а -расм). Репозициядан сўнг бўлаклар силжиб кетмаслиги учун М.Д. Дубров ўтув бурмадаги кесмани кенгроқ қилиб йодоформ докани вазилинга ботириб, юқори жағ бўшлиғини 14 кунга зич тампонада қилиб, учини бурунга чиқариб қўйишни таклиф килган. М.И. Азимов эса юқори жағ бўшлиғини шунингдек узоқ вақт антибактериал таъсир этувчи летилин турундаси билан тампонада қилишни тафсия этади.

**Репозициядан сўнг суякни ўз жойида қолишига** эришиш, (айниқса эскирган синишларда) қийин кечади. Бундай вазиятларда ёноқ суягини тортиб ташқи мосламаларга маҳкамлаб қўйиш зарурати туғилади.

## **Ёноқ суягисинишларини ташқи кесма орқали репозиция қилиш**

**Kazanian усулида** ёноқ суяги проекцияси кўз косаси четини пастки – ташқи қисми устида кесма ўтказилади. Ёноқ суяги устидаги юмшоқ тўқималар ажратилади. Бор ёрдамида суякда “тешик” очилади, ундан зангламайдиган ингичка пўлат сим ўтказиб, ташқарига чиқарилади, операцион жароҳат тикилади, симнинг учи олдиндан тайёрланган бошдаги гипсли боғлам симига тортилади (74б- расм).



А

Б

74- расм. А -Kazanjian-Converse усулида ёноқ суяги туғирланғандан сўнг юқори жағ бўшлигини тампонада қилиш. Б- Kazanjian усулида ёноқ суягига боғланган сим чокни бош соҳасидаги гипсли боғламга қотириш.

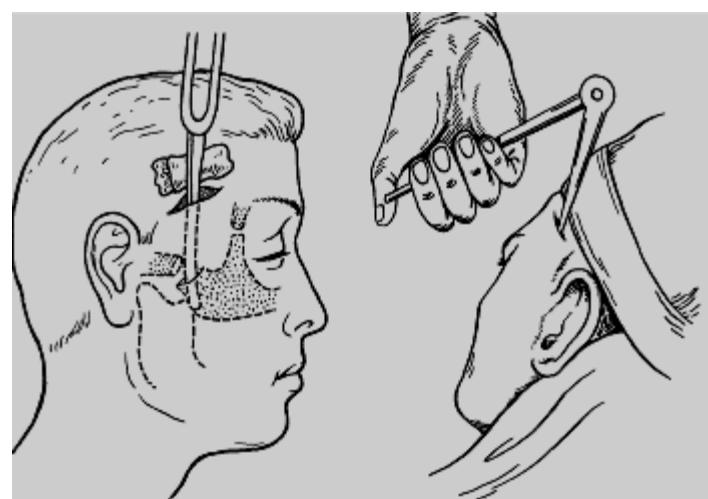
Айрим муаллифлар пўлат сим ўрнига олиб ташлаш осон бўлган полиамид иплардан фойдаланишни тафсия этадилар.

**Н.А. Шинберев** ёноқ суягини бир тишли Лимберг илмоги билан репозиция қилингандан сўнг илмоқни қайта чиқармай қолдириб, бошдаги гипсли боғламга котириб қўйишни таклиф қилган (75- расм).

Кесма юзнинг кўринадиган соҳаларида бўлмаслиги учун **Гиллис** усулидан фойдаланиш мумкин. Бу усул маҳаллий оғриқсизлантириш остида чаканинг сочли қисмида терини кесиб, элеваторни ўтмас равишида ёноқ суяги остигача киритиб бўлакни ўз жойига силжитишдан иборат.



75-расм



76-расм

75- расм. Н.А.Шинбиров усулида ёноқ сугарни түғирлаш ва фиксацияси.

76- расм. Гиллис усулида ёноқ сугарни элевацияси. Килнеру усулида ёноқ сугарни қайрилган омбур ёрдамида репозицияси (схема).

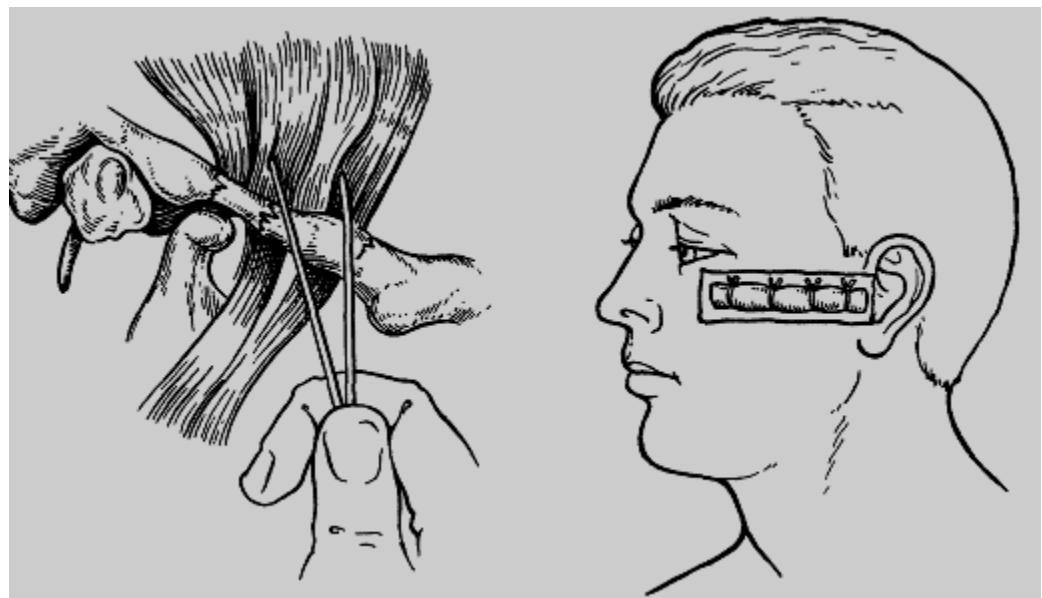
**Ю. Галмош 1975** йилда ёноқ сугарни күтариб тортиш йўли билан репозиция қилишнинг оддий усулини таклиф килган. Маҳаллий оғриқсизлантириш остида ёноқ соҳаси терисида кичик кесма ўтказилади, юмшоқ тўқималарни суриб, парма билан сувқда “тешик” очилади, ва шу тешик орқали сувқка ташқи илмоғи бўлган винт бураб киритилади. Илгак резина ҳалқа билан бошга ўрнаштирилган гипсли боғламга тортилади.

Орадан 2-3 кун ўтгач, сувқ фрагменти ўз ҳолатини тиклагач резина ҳалқа бошдаги гипсли қалпоққа лигатурага ва кейинчалик **Крамер шинасига махкамланади** (76-расм).



76-расм. а-Ёноқ сугарни Галмош усулида тортиш; б-ёноқ сугарни Крамер шинасига фиксациялаш (схема).

**Метеса-Берини усулида** ёноқ сувклари яримойсимон игна ёрдамида петля чакка мушаги пайлари орасидан ўтказилиб сувқ ўз ҳолатига олиб келинади ва фиксация қилинади. Ёноқ ёйи чегараланган синишларида проволочной петля ташқи томондан пластмас пластинкага **Беороко усулида** фиксацияланади (77- расм).



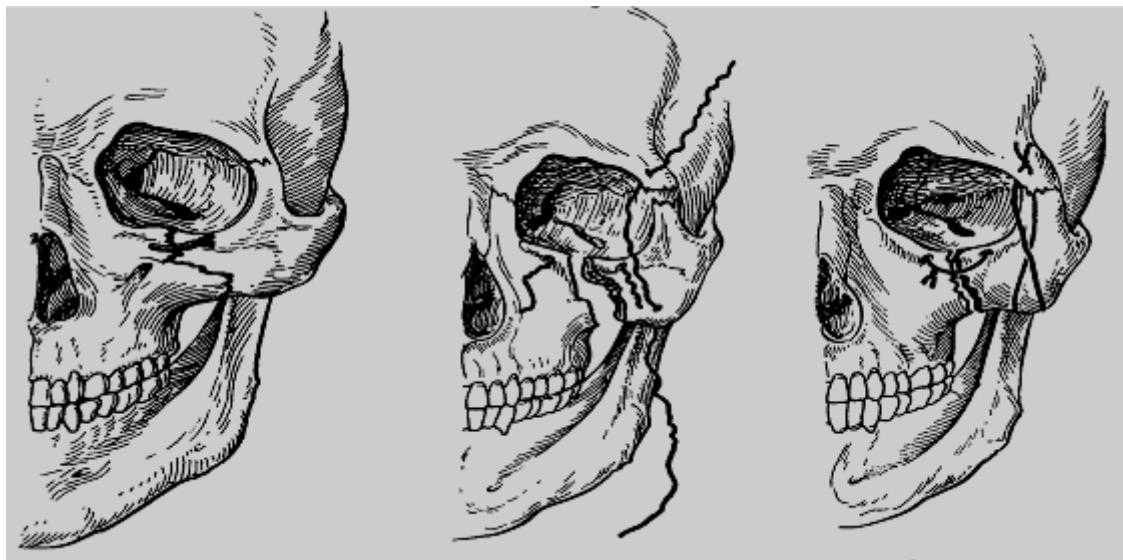
A

B

77-расм. а- Ёноқ суягини Метеса-Берена, б- Беороко усулларида фиксациялаш (схема).

Юз ўрта қисмининг, хусусан, ёноқ суяги ва ёйининг очик синишларида жароҳатга бирламчи жарроҳлик ишлови бериш вақтида суяк бўлакларини репозиция қилиб, симли чок билан маҳкамлаш талайгина афзалликларга эга. Одатда, бундай суяк чокини қўйиш учун кўз косасининг пастки ёки ташқи деворларида тешик очилиб, сим ўтказиб боғланади. Сўнг ярага чоклар қўйилади (78-расм).

Ўз вақтида мурожаат қилган беморларда адекват кўрсатилган ёрдамдан сўнг, одатда, асоратлар бўлмайди. Жарроҳлик амалиёти билан даволанган bemорлар вақтинчалик 2-3 хафта ишлай олмайдилар, оғир жисмоний меҳнат билан боғлиқ шахслар 28-32 кўнгача ишдан озод этиладилар.

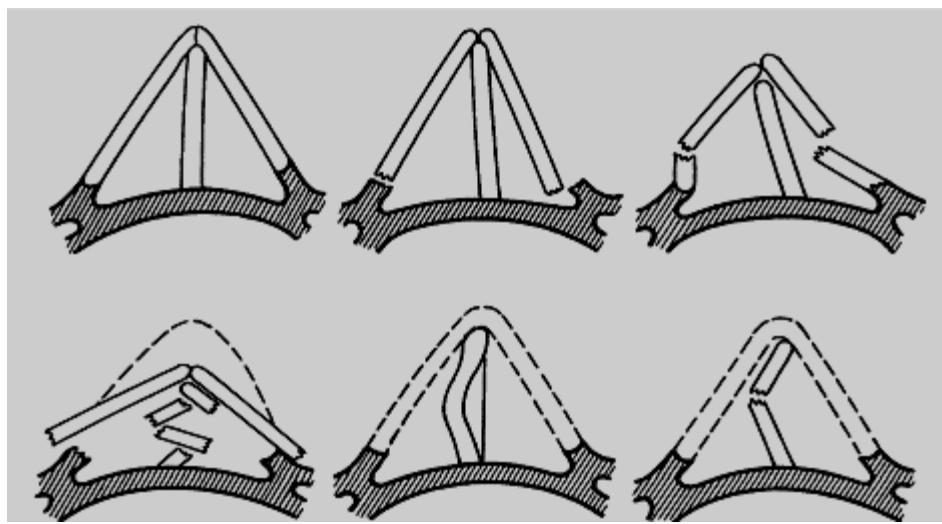


78-расм. Ёноқ суяги синишиларида остеоситнез усуллари Йовчева усулида (схема).

### Бурун суякларининг синиши

Бурун юз соҳасининг энг бўртиб чиқиб турган қисми бўлганлиги боис, кўпроқ шикастланади. П.З. Аржанцев ва бошқалар муаллифлар маълумотларига кўра, (ёлғиз) фақат бурун суякларининг алоҳида синиши юз скелети синишиларининг орасида 8% ни, юз суякларини кўплаб синишиларининг (8,8%) ни, ташкил қиласди.

Бурун суяклари кўпинча ён томондан берилган зарбдан синади. Зарб тушган жойдаги синган суяк ичкарига, қарши томондаги суяк эса – ташқарига силжийди. Рўпарадан тушган зарбдан бурун суяклари ўз чокидан ажралиб бир неча бўлакларга бўлинади ва ичкарига сурилади. Бурун тўсифи ва равоқлари синиб, яссилашиб ичкарига ботиб кириб кетади. Зарб таъсирида синган бурун тўсифи ҳам ўрнидан силжиб сурилади (79 –расм).



79-расм. Бурун сұяклари жароқатланиши турлари.

Ташхис қўйиш ва давони режалаштириш учун бурун сұяклари синишилари клиник кўринишини тўлиқ акс эттирган Ю.Н. Волков (1958) қўйидаги таснифидан (классификацияси) фойдаланиш мақсаддага мувофиқдир.

- 1.Бурун сұяклари силжимасдан ва шакли узгармасдан (очик ва ёпик) синишилари
- 2.Бурун сұякларининг силжиб, шакли бузилиб, силжиб (очик ва ёпик) синишилари
- 3.Бурун тўсифининг синиши.

Бемор **шикоятлари** олинган зарбнинг кучи, йўналиши ва сұякларнинг силжиш даражасига боғлиқ бўлиб, одатда, улар оғриқка, бурундан қон кетишига, бош айланишига, кўнгил айнишига, нафас олиш қийинлашганига шикоят қиласидар. Ташқи курик ўтказилганда пастки ва юқори қовоқ тўқималарида шиш, қонталаш мавжудлиги аниқланади. Пайпаслаб бурун сұякларининг қимирилаши, бўлаклар ғижирлаши, тери ости эмфиземасини аниқлаш мумкин. Агар орадан бир неча кун ўтган бўлса, бурун, кўз ости соҳаларининг юмшоқ тўқималарида сезиларли шиш юзага келиши туфайли палпация ёрдамида сұяк ҳолатини аниқлаш қийинлашади. Бундай ҳолатларда бурун сұяклари синишини ташхислаш учун олд риноскопия ўтказиб: қонаш

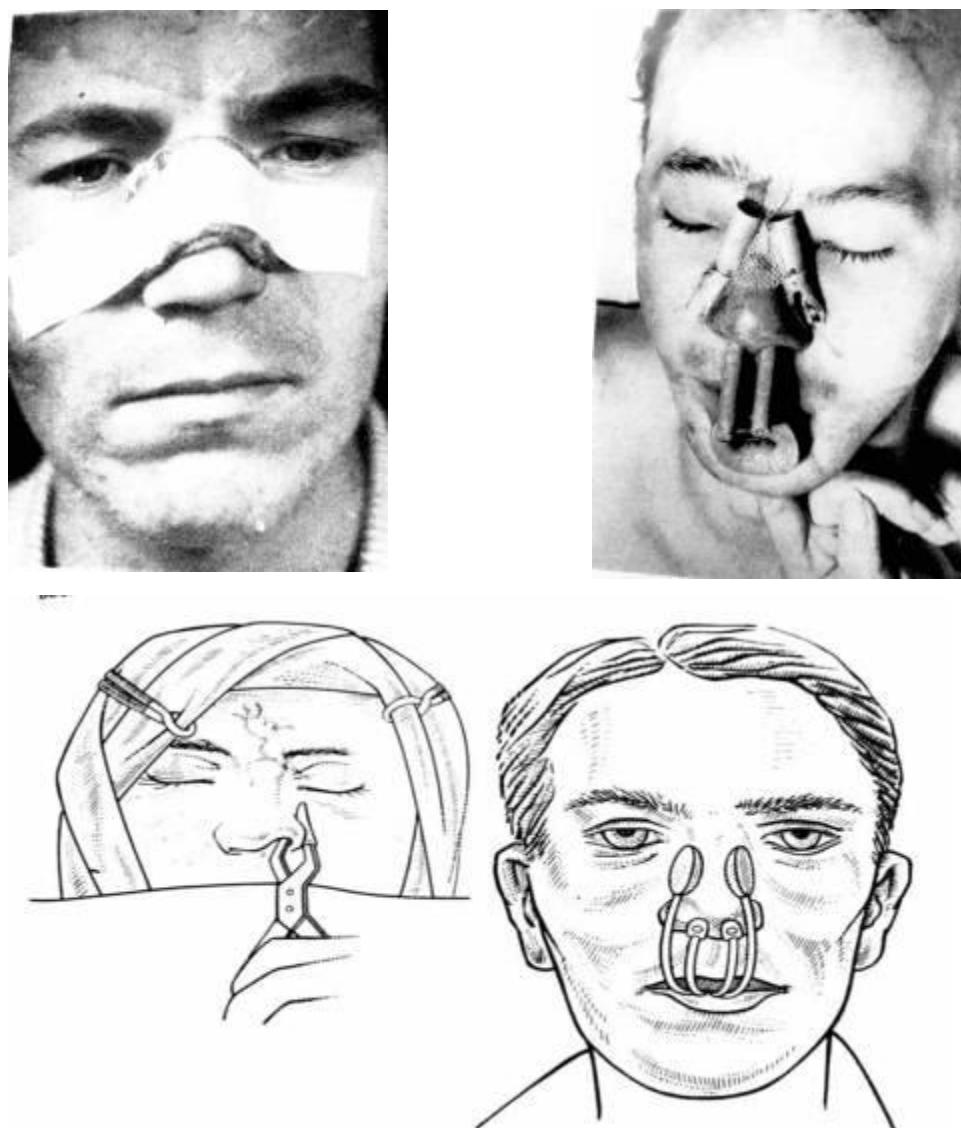
соҳасини, бурун тўсиғи чиғаноқлари шиллиқ пардасини йиртилганлигини жойларини кузатиши мумкин.

Рентгенологик тасвир куздан кечирилганда синган бўлакнинг силжиш даражаси, бурун тўсиғи ва атрофдаги суюклар ҳолатига жумладан юқори жағнинг бурун ўсиғи, куз косаси четлари, пешона суюги ҳолатига эътибор бериш лозим. Бурун суюги ёнида жойлашган суюклар билан биргаликда синиши мумкин. Анамнез йиғиши вақтида шифокор дикқат билан қандай вазиятда жароҳат олганлигини суриштириши даркор. Бурун суюклари очик синган бўлса, биринчи навбатда бурун суюкларини ўз ўрнига қўйиш керак.

**Операция** маҳаллий оғриқсизлантириш остида ўтказилади. Бурун ичи шиллиқ пардаси 2%ли дикаин, 10%ли лидокаин эритмалари ёки 10%ли лидокаин аэрозоли билан оғриқсизлантирилади. Суюклар фақат ён томонга силжиб, бурун қийшайиб эксцентрик ҳолатга келиб қолган бўлса, бармоқлар билан силжишга қарши томонга суриб, ўз ўрнига келтирилади. Бурун ичкарига “ботиб” кирган ҳамда, ёнга силжиган бўлса, маҳсус метал элеватор ёки учига резина найча кийдирилган Кохер қисқичи ёрдамида, эҳтиёткорлик билан бурун умумий йўлига киритилади. Чап қўл бармоқлари бурун суюклари устига қўйилиб, суюк бўлаклари силжишга қарши йўналишда ҳамда юқори бармоқлар назорати остида кўтарилиб қўйилади. Бўлаклар ўзига ҳос равища “қирсиллаб” ўз ўрнига тушиши кузатилади. Бўлаклар ёнига силжиб, ичкарига “чўккан” ҳолатларда эndonазал йўл билан визуал усуlda, яъни кўз билан кўриб, дастлаб чўккан бўлакни ўз ўрнига қўйиш, кейин эса буруннинг бел қисмини анатомик жойига келтирилади.

Репозициядан сўнг бурун йўлларини ва тўсиғини эndonазал кўрикдан ўтказиш лозим. Нафас олиш учун пастки бурун йўлига йодоформли докага ўралган хлорвинилли найчани киритиб қўйилади. Ўрта ва юқори бурун йўллари қаршисидаги умумий бурун йўли йодоформли дока билан, тампонада қилинади. Тампон 7-8 кундан сўнг олиб ташланади. **Матеус** бурун суюкларини репозицияси учун маҳсус омбир таклиф этган. Суюк бўлаклари силжишининг олдини олиш мақсадида бурун бўшлиғидан маҳсус чок ўтказиб,

ташкаридан резина найчага боғлаб ёки пластир ёпишириб қўйиш мумкинлиги ҳақида фикрлар билдирилган (80-расм).



80-расм. А Бурунни шакллантириш учун қўлланиладиган фиксацияловчи валикли пластир. Б- бурун суюкларини репозиция қилувчи маҳсус омбир.

Ўз вақтида тўлиқ ўтказилган жарроҳлик аралашуви ва комплекс муолажаларидан сўнг ижобий функционал ва косметик натижаларга эришиш мумкин. Қарийб 7-10 кундан кейин bemor ўз ҳизмат вазифаларини бажара олаш имкониятига эга бўлади.

## **VII БОБ. ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИНИНГ ЎҚ ОТУВ ҚУРОЛЛАРИДАН ЖАРОҲАТЛАНИШИ**

### **Ўқ отув қуролларидан олинган жароҳатларнинг умумий тафсилоти, таснифи ва клиник манзараси**

Ўқ отув қуролларидан жароҳатланишлар тинчлик ва ҳарбий ҳаракатлар даврида юзага келади. Тинчлик давридаги жароҳатлар овчиликда фойдаланиладиган ўқ отув қуроллари ва ўқлари билан етказилади. Ҳарбий ҳаракатлар даврида юз-жағ соҳасида турли жароҳатлар учрайди. Улар битта ёки бир неча жароҳатловчи омиллар таъсирида юзага келади. Жароҳат оғирлиги ишлатилган қурол тоифаси, ўқ дориси ва унинг отилиш масофасига боғлик.

Ов милтиқлари уч хил бўлади: силлиқ стволли – сочма ўқ билан отадиган; нарезкали – карабин, штуцер 5 ммдан – 14,66 ммгача бўлган (ҳар хил калибрдаги ўқларни отувчи); комбинацияланган сочма ҳамда ёриладиган ўқларни отувчи.

Ов милтиқларидан отилган ўқнинг учиш тезлиги 550-1000 м/с бўлиб, бундай ўқ юқори кинетик куч билан зарба беради.

Ўқ отув қуролларидан жароҳатланишнинг ўзига хос хусусиятларини билиш учун шифокор қурол турлари ҳақида тегишли маълумотларга эга бўлиши керак. Иккинчи жаҳон урушида ҳарбийларда тўппонча (пистолет), сойли милтиқ (винтовка), карабин, автомат, пулеметлар бўлган. Уларга 19 хил ўқлар тайёрланган. Ўқларнинг оддий, оғир, зирхтешар, ёндирувчи, из қолдирувчи, портловчи, фосфор билан ўқланган ва бошқа турдагилари мавжуд. Ўқларнинг вазни 5,55 г. дан то 12,8 г.гача бўлиб, уларнинг кинетик энергияси 273-402 кг/м га teng. Танкка қарши ўқ отувчи милтиқнинг калибри 7,9 мм бўлиб, зарба бериш кучи 998 кг/м га teng.

Бугўнги кунда ҳам мамлакатимизда (Бухоро вилояти, Когон шаҳри атрофида) собиқ совет давридан қолиб кетган ер ости захираларидаги снарядлардан шикастланганлар бор.

Снарядлар – ҳар хил фугасли, парчаланувчи, ёндирувчи, зирхтешар, кимёвий бўлиши мумкин. Снарядлар портлаганида майда парчаларга бўлиниб, кучли ҳаво тўлқини ҳосил қиласди. Комбинацияли таъсир этувчи – ёниш ва кимёвий зарарланишнинг бир вақтда юзага келиши кузатиладиган ўқ қуроллари такомиллаштирилиб бормоқда. Ўқларнинг калибри ва вазни енгиллаштирилиб, учиш тезлигининг товушдан ҳам тез бўлганлиги натижасида 700-2500 м/с ва ундан ҳам тезланиб таъсир этувчи кинетик энергиясининг ошиши таъсирида улар тўқимага чукур кириб, узун ва мураккаб йўл ҳосил қилиб, ҳамда тўқималарни бурда-бурда қилиб йиртиб, вайрон қиласди.

Тинчлик даврида қурилиш майдонида, карьер, шахта, конлар ва бошқа жойларда ишлатилган портловчи моддалар таъсиридаги бир вақтнинг ўзида берилган зарбада тўлқиндан ва куйишдан жароҳатланиш мумкин.

Отув қуролларининг ўқлари (сочма ўқ, картеч–йирик питрали ўқ–золдирли, ўқлар зарбасининг ҳаво ва сувдаги тўлқини, иккиламчи снарядлар)дан ҳар хил шикаст етказиш кучига эга.

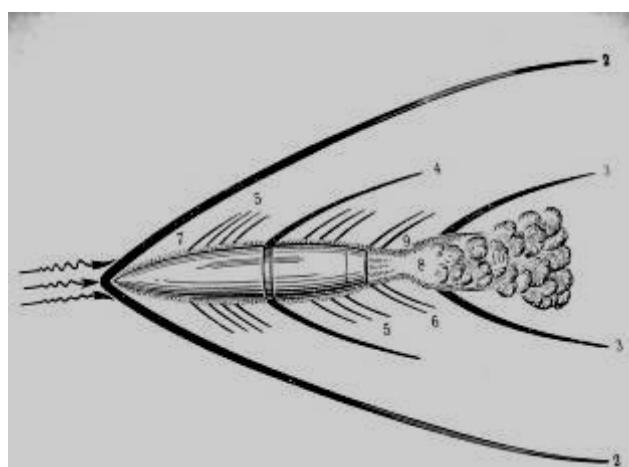
Вазни 4-5 г, учиш тезлиги 200 м/с (яъни 15 кг/м куч билан таъсир этувчи) бўлган ҳарбий аслаҳада жисм шикастловчи снаряд деб аталади. Бугўнги кунда артиллерияда ишлатиладиган снаряд парчаларининг тезлиги 2000 – 4000 м/с га teng эканлигини ҳисобга оладиган бўлсак, уларнинг шикастловчи кучи қанчалик катта эканлигини тасаввур қилиш мумкин бўлади.

Бугўнги кунда тиббиёт институтларида ҳарбий тайёргарлик анча қисқартирилганлиги муносабати билан, ушбу дарсликда талабалар снарядларнинг жароҳатлаш механизмини батафсил тушунишлари ҳамда тўқима ва аъзоларнинг шикастланиш даражасини тасаввур қила олишлари

учун уларни ўқ отув қуролларининг шикастлаш – баллистика қонунлари билан қисқача танишириб ўтишни лозим топдик.

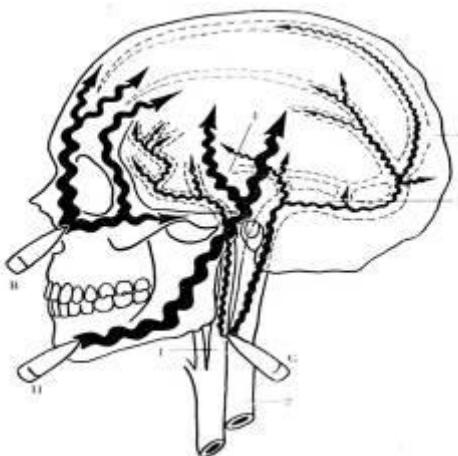
Баллистика – снаряднинг ҳаракатланиш қонуниятларини ўрганувчи фан бўлиб, у ички, ташқи ва терминал қисмларга бўлинади. Бунда баллистиканинг ички қисми – отиш қуролининг ствол ичидаги ҳаракатини; ташқи қисми – отилган снаряднинг ҳаводаги, сувдаги ва фазодаги ҳаракатини ўрганади. Терминал баллистика отилган снаряднинг бориб тушган объекти ичидаги ҳаракатини таърифлайди, агарда у тирик организм бўлса, унда мазкур ҳолат шикастланиш баллистикаси, деб тушунилади.

Шикастланиш баллистикаси қонунларига кўра, жароҳатнинг шаклланишида ўқ (снаряд)нинг дастлабки тезлиги катта аҳамиятга эга. Ўқ қанчалик катта тезлик билан учса, унинг кинетик энергияси шунчалик баланд бўлиб, зарбаси ҳам шўнга яраша кучли бўлади. Айниқса, товушдан тез учадиган ўқлар тўқималарда ярани мураккаб механизмлар билан шакллайди. Тезлиги 330 м/с дан ортиқ бўлган ўқ уни атрофида баллистик ҳаво тўлқини ҳосил бўлади. Бу тўлқин конус шаклида зичлашган ҳаводан ҳосил бўлиб, унинг босими  $5\text{-}6 \text{ кг}/1 \text{ см}^2$  га teng бўлади. Бундай босимдаги ҳаво тўлқини портловчи таъсир кўрсатиб, тўқималарни жароҳатлаши мумкин (81-расм). Ов милтиғидан отилган ўқ тезлиги 1000 м/с га етганлиги учун юз-жағ соҳасида катта кўламдаги бузилишларга, шу жумладан, травматик ампутацияга олиб келади.



81-расм Ҳавонинг товушдан тез (330м/с) ҳаракатланаётган ўққа қаршилик кўрсатиш чизмаси.

Үқ тегиши натижасида яра икки босқичда ҳосил бўлади. Биринчи босқичда бевосита снаряд ва унинг учидаги ҳосил бўлган ҳаво тўлқини зарбасидан тўқима ва аъзолар йиртилади. Бу жараён  $0,0001 - 0,001$  с давомида кечади. Иккинчи босқичда жароҳатловчи снаряд тўқималардан чиқиб кетганидан сўнг ҳосил бўлган йўл атрофидаги тўқима ва аъзоларда узок давом этувчи мураккаб титилиш ва бузилиш жараёни кечади. Бу босқич  $0,04 - 0,19$  с давомида кечиб, ўқ тўқимага таъсир этган вақтдан  $300 - 500$  марта узок давом этади. Тўқималарнинг бузилиш даражаси уларнинг эластиклиги, зичлиги ва гистологик тузилишига боғлиқ. Тери юқори эластиклик хусусиятлари ҳисобига оғир жароҳатларда ўзининг яхлитлигини сақлаб қолади, фасция ҳам ўзининг мустаҳкамлиги ва толали структураси ҳисобига сақланиб қолиши мумкин, аммо мушаклар паренхимаси титилиб, мажақлашиб кетади; сүяклар ва тишлар катта қаршилик кўрсатиб, снаряднинг катта кинетик энергиясини ўзларига олиш асносида, «портлаб» майда бўлакларга ажралиб кетадилар ва иккиламчи снарядларга айланиб, ўзлари ҳам тўқималарни жароҳатлайдилар (82-расм).



82-расм. Юз ва бўйиннинг ўқли жароҳатида гидравлик босимнинг бош мияни шикастлаш чизмаси юқори ва пастки жағлардан зарб тўлқинининг тарқалиши (кенг тўлқинсимон чизик), бўйин йўғон томирларида тушган зарба, ички уйку артерияга, ички бўйинтуруқ вена (2) зарб қон оқими билан веноз (3) ва ғоваксимон (4) оралиқларорқали бош мия ва мия қобиқларига етиб боради.

Катта томирлардаги қон снаряд зарбасидан ҳосил бўлган энергияни, гидродинамика қонунларига бўйсўнган ҳолда, ҳар томонга ёяди, натижада, бўйин ва бош томирлари ёрилиши мумкин. Қон томирларидан йўналган гидравлик босим бош миянинг чайқалиши ва шикастланишини юзага келтиради. Нерв толалари юқори эластиклик хусусиятига кўра жароҳатларга чидамли бўлса-да, зарба таъсирида бутунлиги сақланиб қолган бўлишига қарамай, ўтувчанлиги бузилиб, парез (фалажнинг енгил тури) ва паралич (шол, фалаж)лар юзага келади.

Тўқималарнинг снаряд зарбасидан ҳосил бўлган «портлаш»га чидамлилиги турлича бўлганлиги туфайли тўқималар ҳам тегишли равишда ҳар хил даражада йиртилиб, титилади ва узилиб мажақланади.

Бомба ёки снаряднинг портлаши натижасида жуда катта портлаш тўлқини ҳосил бўлиб, унинг кучи  $1 \text{ см}^2 / 100 \text{ кг}$  га етади. Ниҳоятда катта куч бўлган бу тўлқин портлаш марказидан анча узокда бўлиб, у жуда катта хавф солади. Катта босим таъсирида тана бурдаланиб, айрим қисмлари: бош, қўл, оёқлар узилиб кетади. Шундай вазиятда ҳаво тўлқини юзнинг бўртиб чиққан қисмлари: бурун, қулоқ супраси, лунж, даҳан ва пастки жағни узиб ташлаши мумкин.

Оғиз очиқ бўлиб, нафас олаётганда юзга урилган портлаш тўлқини натижасида таъсирида рўпарадан берилган кучли зарба натижасида лунжлар йиртилади ва бу ҳолат буруннинг ёндош бўшликлари ҳамда юз суюкларининг мажақланиши ва узилишига олиб келади.

Портлаш тўлқинининг кучи  $1 \text{ см}^2 / 0,7 \text{ кг}$  га teng бўлганда, бош мия, сезги ва ички аъзоларнинг контузияси (лат ейиш) кузатилади.

Контузия юз терисида тарам-тарам қонталаш, тошмалар, пуфакчалар, уч шохли ва юз нервларининг шикастланиши ҳисобига мушакларнинг фалажи ва сезувчанликнинг бузилиши билан намоён бўлади. Портлаш тўлқини кучли бўлса,, мимика ва чайнов мушаклари йиртилиб, узилиб кетади. Сувда ҳосил бўлган портлаш тўлқини ҳаводагидан 4 карра кучли бўлиб, у хаёт учун жиддий хавф туғдиради.

Г.М. Ивашченко (1962) ҳаводаги портлаш тўлқини таъсирида юз ва бошдаги жароҳатларни қўйидаги 5 хил даражага ажратган: биринчи даражада – терида гиперемия, тошма ва қонталаш; иккинчи даражада – терида пуфакчалар; учинчисида – терининг мугуз қатламида шилиниш; тўртинчи даражада – тери, тери ости қатлами мушакларининг титилиб, узилиб кетиши (травматик ампутация); сўнгги, бешинчи даражада эса – юз скелетининг бурдаланиб, юмшоқ тўқималар билан узилиши кузатилади.

***Юз ва жағ соҳасида ўқ отув қуроллари билан ҳосил қилинган жароҳатлар таснифи:***

Ўқ отув қуроллари ва улар отадиган снарядларнинг хилма-хиллиги туфайли (артиллерия снарядлари отув ўқларининг шарсимон ва найзасимон парчалари, яъни осколкалари), шунингдек, авиабомбалар, турли миналар, реактив снарядлар ва бошқа турдаги ўқ отув қуроллари) воситасида етказиладиган жароҳатлар турли-туман вариантларда ва шаклларда юзага келади. Уларни ўз ичига тўлиқ қамраб оладиган ягона таснифни яратиш қийин, албатта.

Г.М. Ивашченко жароҳатланган шахсни кўрикдан ўтказаётган пайтда ярага баҳо бериш мақсадида ва жарроҳлик амалиётини режалаштириш учун қўйидаги белгилар ва хусусиятларга алоҳида аҳамият бериш кераклигини таъкидлайди:

- **жароҳатловчи снаряд турлари:** ўқ, осколка, сочма ўқ, иккиласмишикастловчи снаряд, портлаш ҳосил қилган тўлқин (ҳаво, сув).
- **жароҳатловчи снарядлар сони:** битта, кўп сонли;
- **шикастланиш йўли (канали):** кўр, тешиб ўтувчи, ялаб ўтувчи, узиб кетилган (травматик ампутация);
- **юмшоқ тўқималарда яраларнинг жойлашиши** (юз, бош, бўйин, шунингдек, бир неча соҳаларнинг биргаликда жароҳатланиши);
- **юмшоқ тўқималарнинг жароҳатланиш турига қўра:** шилинган, санчилган, тешилган, узиб олинган, скальпланган (бош териси

соchlари билан шилиниб олинган), йиртилиб-мажақланган кемтикли ва бошқа;

- **сүяк жароҳатлари**: пастки жағ, юқори жағ, иккала жағ, ёнок, бурун, тил ости сүяклари, бир неча сүякларнинг (понасимон, ғалвирсимон чакка, пешона ва бошқалар) жароҳатлари, юз ва калла сүякларининг бир вақтдаги жароҳатлари, мажақланган ва нуқсонли жароҳатлар;
- **сүякларнинг жароҳат турлари**: нотўлиқ синиш (дарз кетиш, тешилиш, четининг учиб кетиши); тўлиқ синиш ( кўндаланг, бўйлама, қия қоқилган, катта бўлакли, кичик бўлакли, парчаланган, нуқсонли);
  - **жароҳат каналининг йўналиши бўйича**: сегментар, ялаб ўтувчи, диаметрал кўпчиб кетадиган.
- **жароҳат характери**: битта снаряд зарбидан – битта соҳа билан чегараланган; аралаш, кўп соҳалар жароҳатланган.
- **бош ва бўйинга нисбатан** тешиб кирмайдиган, тешиб киравчи (бурун бўшлиғига, бурун ёндош бўшлиқларига, ҳалқумга, кекирдакка, қизилўнгачга, трахеяга, айни бир вақтда, бир неча бўшлиққа);
- **юз аъзоларига нисбатан**: тил, қаттиқ ва юмшоқ танглайнинг сўлак безлари, қон ва нерв томирларининг жароҳатларисиз ва уларнинг жароҳати билан;
- **тишларнинг жароҳатлари**: синишлар – қисман (пульпа очилмасдан) ва тўлиқ (пульпа очилиб);
- **чегарадаги соҳа ва аъзоларга нисбатан**: пастки жағнинг чакка бўғини, кўз, эшитув аъзолари, бўйин, калла суяги, бош мия, умуртқа поғонаси ва бошқа жароҳатлари билан ёки бундай жароҳатларисиз;
- **бошқа соҳалар жароҳатига нисбатан**: қўллар, оёқлар, қўкрак қафаси, қорин, тос аъзолари ва бошқаларнинг жароҳати билан ёки бундай жароҳатларисиз;
- **жароҳат оғирлиги бўйича**: енгил, ўрта, оғир, терминал.

Ярадор юқорида келтирилган тартибда кўздан кечирилса, тўла маълумотга эга бўлиб, ёрдам кўрсатиш тартиби ва ҳажми тез аниқланади.

Ўқ отув қуролларидан олинган жароҳатларнинг таснифи Б.Д. Кабаков ва ҳаммуаллифлари томонидан (1973) ишлаб чиқилган.

## Юз –жағ жароҳатлари таснифи

### 1. Ўқ отув қуролларидан олинган жароҳатлар

Шикастланган тўқималар	Жароҳат турлари:	Жароҳатловчи қурол
<b>1. Юмшоқ тўқима жароҳатлари:</b> <b>2. Суяқ жароҳатлари</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) пастки жағ</li> <li>б) юқори жағ</li> <li>в) иккала жағ</li> <li>г) юз скелети бир неча суюгининг жароҳатлари</li> </ul>	<b>1. Ўқ тешиб ўтган жароҳатлар:</b> <i>A. Чегараланган:</i> -юз аъзоларининг жароҳатисиз -юз аъзолари (тил, сўлак безлари ва бошқалар)нинг жароҳати билан <b>2. Кўр жароҳатлар:</b> <i>B. Кўши жароҳатлар</i> (танадаги бир неча соҳанинг айни бир вақтда жароҳатланиши) <b>3. Ўқ ялаб ўтган жароҳатлар:</b> <i>B. Якка</i> <i>G. Бўшлиқларга ўтувчи (оғиз, бурун, ҳалқум)</i> <i>D. Бўшлиқлар билан туташмайдиган.</i>	Ўқли, осколкали (снаряд парчаси)

Иккинчи жаҳон уруши тажрибасидан маълумки, мудофаада турганда отиш қуролларидан олинган жароҳатлар бостириб боргандаги жанглардан кўп бўлган. Юзниг бошқа соҳалари билан қўшилиб учрайдиган кўплаб жароҳатлари 32,5% ярадорларда кузатилган бўлса,, шулардан 15,2% и кўп сонли бўлган. Юз жароҳатлари кўпинча ЛОР аъзолари ва бўйин (17,3%) билан, камроқ ҳолларда қўллар (8,6%) ва оёқлар (4,6%), кўкрак қафаси билан учрайдиган бўлса, (3,3%) ярадорлардаги юз ва жағ жароҳатларининг 4,6% и –

кўз ва қовоқлар, 3,7%и – бурун; 3,4%и – калла суяги; 1,1%и – қулоқ жароҳатлари билан қўшилиб учраган.

## **Ўқ отув қуролларидан олинган жароҳатларнинг клиник манзараси**

Ўқ отув қуролларидан олинган жароҳатлар ҳар хил ва қайтариб бўлмас шаклда бўлади. Нуқтадек ярадан мажақланган юзнинг катта қисми ўпирб узилган жароҳат бўлиши мумкин. Яра ичидаги қон қуйқаси, мажақланган тўқималар, тишлар, жағ суяги ва парчаларидан ташқари, тупроқ, кийим парчалари, соchlар, шиша синиқлари, тошлар, ёғоч парчалари, овқат қолдиқлари ва бошқа нарсалар қўшилиб учрайди.

Тўқимада ўқнинг ўтган йўли (канали) зарбанинг кучига, унинг учиш тезлиги, вазни ва шаклига боғлиқ.

Ўқли яралар – юз юмшоқ тўқималарининг титилиб узилиши, сувякларнинг ўқ теккан жойда парчаланиб синиши, ўқли жароҳатларда сувяклар синишининг хилма-хиллиги, нотипиклиги, бўлакларнинг ўқ ўтган йўналишда силжиши билан кечади. Аммо снаряд тезлиги товуш тезлигидан паст (330 м/с дан кам) бўлса, ёки учиш тезлиги сўнган ҳолда сувякка урилса, сувяк «заиф» соҳаларда синиши мумкин ва бундай синиш механик синиш каби кечади.

Ҳар қандай ўқ тўқимага кирганда, каттами-кичикми яра ҳосил қиласди, аммо шуни эсда тутиш керакки, агарда снаряд очиқ оғиздан кирган бўлса,, юз ташқарисида яра бўлмаслиги ҳам мумкин.

Юзидан жароҳат олганларнинг ярми енгил ярадор бўлган. Уларнинг аксариятида жароҳат факат юзнинг юмшоқ тўқимасида учраб, 30% ярадорлар бирламчи жарроҳлик ишловига муҳтоҷ бўлмаган.

Иккинчи жаҳон уруши тажрибасидан маълумки, юзнинг юмшоқ тўқималаридаги жароҳатлар 40,2% ни ташкил қилган. Жароҳатлар, асосан, граната, артиллерия снарядлари, миналар ва ракета парчалари, камроқ ҳолларда – ўқ, ғишт, тош, ёғоч парчалари билан боғлиқ бўлган. Ўқ қуроллари билан боғлиқ бўлмаган жароҳатлар 1,4% ни, куйиш – 3,7%ни, музлаш эса –

0,4% ни ташкил қилган. Ўқ отув қуроллари билан боғлиқ жароҳатлар уч турга – кўр жароҳатлар, тешиб ўтган, ўқ тегиб (ялаб) ўтган жароҳатларга бўлинган. Кўпроқ (57,1%) – кўр яралар, 22,6% ни – ўқ тегиб (ялаб) ўтган, 15,6% фоиз жароҳатларни эса – ўқ тешиб ўтган яралар ташкил қилган.

Аскарларнинг бугўнги замонавий қуролланишлари жароҳатлар манзарасини тубдан ўзгартиради. Охирги йилларда бўлиб, ўтган маҳаллий локал урушлар тажрибасидан маълум бўладики, ўқ тешиб ўтувчи ва ялаб ўтувчи жароҳатлар кўпайган.

Кўр яралар якка ва кўп сонли жароҳатларга бўлинади. Якка кўр яралар снаряд парчаси (осколка) ва ўқ зарбидан ҳосил бўлади.

Йирик осколка ва ўқлар юзнинг юмшоқ тўқималарида (ўқнинг жонли кучни сусайтирувчи хусусиятлари ҳисобига) якка кўр ярани шакллайди. Тўқималар бузилишининг топографик анатомияси ва характеристи снаряднинг йўналишига боғлиқ. Яралар кўпроқ фронтал текисликда – тепадан пастга қараб, юзнинг ён соҳаси бўйлаб ўтади, сегментар ёки диаметрал йўналганда эса оғиз бўшлиғига чиқиши мумкин.

Аксарият холларда кўр яралар юзда майда осколкалар, шунингдек, иккиламчи снарядлар (тош, тупроқ, металл парчалар) зарбидан шаклланади. Улар, одатда, мина ёки граната ерда портлаганда юзага келади. Бундай яралар юзнинг ярмини, иккала қулоқ супраларигача эгаллаган бўлиши мумкин. Кўп сонли кўр яралар, одатда, ён-атрофда снаряд портлаши натижасида ҳосил бўлиб, бунда иккиламчи снарядлар билан бир вақтда кучли қайноқ ҳаво тўлқини юзнинг очиқ соҳаларини куйдирган.

Шу туфайли, ярадорларнинг кўпчилигигида юз тўқимасининг кўплаб кўр яралари ҳар хил даражадаги қуийиш билан тенглашиб боради.

Бу тоифадаги яралар юзни бадбашара қиласи. Яра узунлиги 1-2 см ва чуқурлиги 1-2 см бўлса, у юза яра ҳисобланади ва кўпинча терида тугайди. 3 см чуқурликдаги кўр яра чуқур деб аталади. Уни келтириб чиқарган ёт жисм (осколка, ўқ, металл парчаси) калла суюги асосида, йирик қон томир, кекирдак ва трахея атрофида жойлашган бўлса, кечиккан қон кетишига,

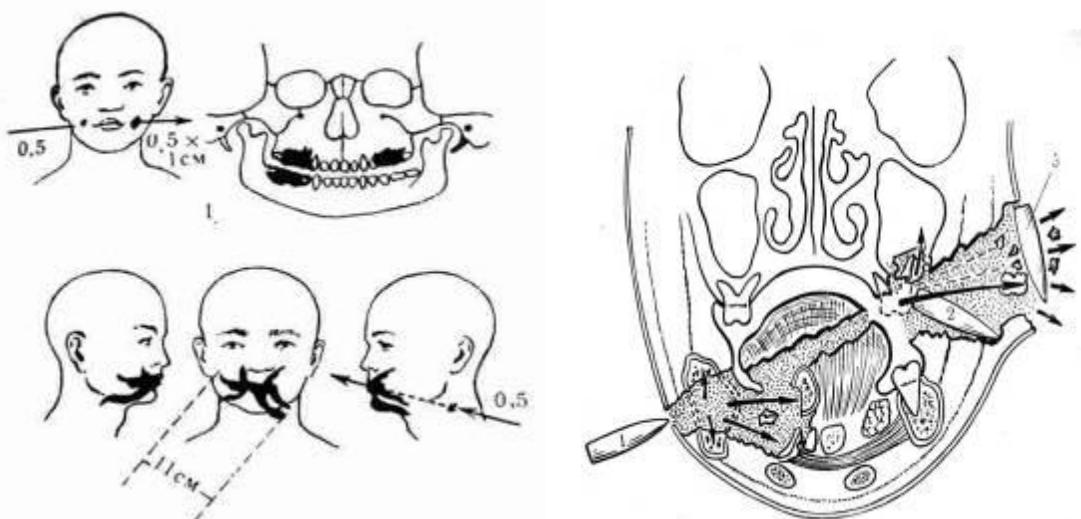
медиастенитга ва менингитга, шунингдек, бош мия абсцессига сабабчи бўлади. Шу боисдан, ёт жисм кўр яра ичидаги қаерда ва қандай жойлашганлиги аниқланмагунча, бундай ярадор **оғир даражадаги ярадорлар** сафида ҳисобланади. Кўр яра кўпинча юзнинг ёни – лунж, қулоқ олди – чайнов, пастки жағ ости соҳаларида, яъни юмшоқ тўқима қалин бўлган жойда учрайди. Бурун, лаблар ва қовоқларда кўр яра камроқ учрайди. Кўр ярани ташхислашда анамнезга жиддий эътибор бериш керак бўлади ва бунинг учун яра каналини дикқат билан кўздан кечириш, зондлаш, бармоқ билан тафтиш қилиб, ёт жисмни аниқлаш ва контраст модда билан рентген қилиш зарур. Майдага парчалар терига тегиши билан ҳаракатдаги кучини тезда йўқотади ва, шу сабабдан, тўқималар ичига чукур кирмайди. Аммо майдага осколкалар катта оқим билан юзнинг очиқ соҳаларига урилганда, кўзларни ҳам жароҳатлайди. Бундай ҳолларда оғир даражадаги аралаш жароҳат юзага келиб, контузия, кома ва шок билан кечади.

Шиша парчалари етказган жароҳатлар хавфли жароҳатлар сирасига киради. Катта қон томирлари атрофидаги чукур жойлашган шиша синиги рентген суратида кўринмайди, уни факат асбоблар ёрдамида дикқат билан текшириб аниқлаш мумкин. Кўр яра ичидаги ёт жисм ютқин атрофи, ютқин орти соҳаларига тушиб қолган бўлса, қаерда жойлашганлигидан қатъи назар, яллигланиш жараёнини келтириб чиқарса, бундай ёт жисмлар, албатта олиб ташланиши керак. Нутққа, нафас олишга, ютинишга ва бошқа физиологик ҳолатларга таъсир кўрсатувчи функционал ўзгаришларга сабабчи бўлган ёт жисмлар ҳам албатта олиб ташланиши керак.

## Ўқ (осколка) тешиб ўтган жароҳатлар

Юз тўқималарига ўқ ёки осколка тегиб (ялаб) ўтиши натижасида олинган жароҳатлар Иккинчи жаҳон урушидаги жами жароҳатланишларнинг 22,6% ини ташкил қилган. Улар юзнинг ҳар хил соҳаларида – кўпроқ лаблар ва даҳанда учраган. Яра юза бўлганда, ярадорнинг аҳволи енгил бўлиб, уни кўриқдан ўтказиш ва ишлов бериш анча осон кечган. Айрим ҳолларда (5,2%)

ўқ тегиб ўтиши натижасида юзда катта нуқсонли яра ҳосил бўлган ва бунда ярадорнинг аҳволи анча оғир бўлган. Юзнинг ён соҳасида яра узунлиги 5 см. га етган ва тўқималар қаттиқ шикастланган. Ўқ тегиб ўтган яранинг оғиз ичига очилган ҳоллари бўлган, бу эса уларнинг битишига салбий таъсир этган. Айрим яралар чопилган ёки кесилган ярага ўхшаган бўлса, бошқаларининг четлари нотекис, йиртилган ёки мажақланган бўлган. Яралар ичида портловчи модда зарралари топилган (83-расм).



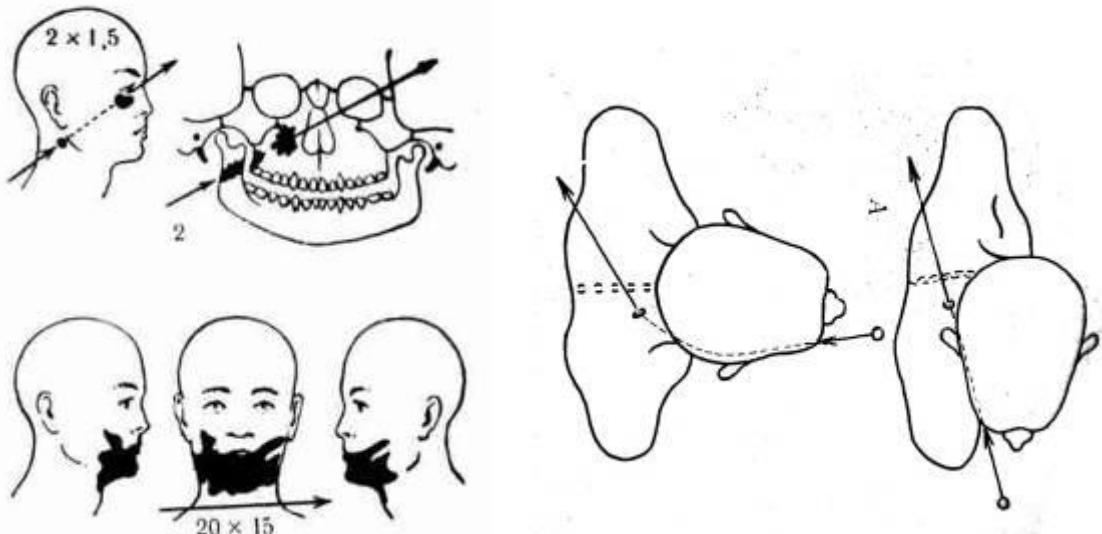
83-расм. Тўқималарни тешиб утувчи жароҳат (схема).

**Ўқ тешиб ўтган яралар** анча оғир ҳисобланади. Улар, одатда, битта яра бўлиб, ўқ ёки осколканинг тўқимага кириш ва чиқиш тешиги билан намоён бўлади. Одатда, бундай жароҳатни юкори тезликда учувчи снаряд юзага келтиради. Снаряднинг кинетик энергияси канчалик катта бўлса, у энергияни тўқимага шунча кўп бериб, шикастланиш ҳам шунча оғир бўлади. Снаряд кирган жойда кичкина кириш тешиги очилади. Чиқиш тешиги эса ўн баравар катта бўлади. Снаряд ўтган йўл атрофидаги тўқималар кенг майдонда титилиб, парчаланиб кетади, шунинг ҳисобига қўп миқдорда жонсиз тўқима бўлаклари, юмшоқ тўқима ва сувж нуқсонлари ҳосил бўлади. Яранинг кириш тешиги қулоқ олдида, бошнинг сочли қисмида, бўйинда, елкада, кўкрак ёки белда бўлиб, шу соҳалардан ўқ оғиз бўшлиғига чиқкан, тупуриб ташланган, ютиб юборилган ёки аспирация қилинган ҳолатлар

бўлган. Тешилган яралар кўр ярага нисбатан енгил (лаб, лунж, қулоқ супраси) ва оғир бўлади. Снаряд мушаклар, нервлар, йўғон қон томирлари, тил, юмшоқ танглай ва ҳалқумни тешиб ўтса, қулоқ олди, жағ ости сўлак безлари, чайнов мушаклари, юз нерви шикастланганда, юз хунуклашиб, бадбашара тус олади ва чандиқли контрактура юзага келади. Бундай ҳолларда ёрдам кўрсатишдан олдин диққат билан анамnez тўплаб, текширувдан ўтказиш зарур.

Агарда тўқимада кириш ва чиқиш жойлари аниқ бўлса, ҳам, ўқ чиқиб кетган, деган хulosага келишга шошилмаслик керак. Ўқ ёки осколка суяклар ичидан ўтаётганда, ўzlари ҳам парчаланиб, бўлакларининг бир қисми ташқарига чиқиб, бир қисми эса яра ичида қолган ҳоллар бўлган. Шу сабабли, албатта, рентгенологик текширувлар ўтказиш қатъиян зарурдир. Рентген суратида металл парчалари бир нечта бўлиб, улар бир-биридан узокда жойлашган бўлиб, кўринади. Киш пайтида иккиламчи снаряд сифатида таркибида ях парчалари, яхлаган тупроқ ва қум ҳам бўлган яра йўли чукур бўлганда уларни аниқлаш анча қийинлашади.

Юз ва бўйиннинг биргаликдаги жароҳатларида ўқ тешиб ўтган каналнинг узунлиги бошнинг ҳолати ўзгартирилганда сурилиш ҳисобига қисқаради ё узаяди. Ташхис қўйишда хато қилмаслик учун диққат билан юз ва бўйинни қўриқдан ўтказиш ва жароҳат қайси ҳолатда олинганини аниқлаш зарур. Шунда снаряднинг тўқимадан ўтиш траекторияси ва жароҳат каналининг топографик анатомиясини тахмин қилса бўлади (84-расм).



84- расм. Буйиндан юз юмшоқ түқималарини тешиб утувчи жароҳатлар (схема).

### **Юзниң айрим соҳаларидаги ўқли жароҳатларнинг хусусиятлари**

**Юзниң ён соҳаларидаги жароҳатлар.** Лунж жароҳатлари умумий юз жароҳатларининг 41,2% ини ташкил қилган. Яралар шакли бўйича – хилма-хил, ҳажми бўйича – кичкинагина нуқтадан катта нуқсонгача бўлган. Лунждаги жароҳатлар юз ва уч шохли нервларнинг узилиши билан кечган. Қулоқ олди сўлак бези паренхимаси ва сўлак найининг узилиши натижасида ярадан доим сўлак оқиб туради. Юз мушаклари ҳаракатдан қолади, жароҳатланиш натижасида юзага келган бадбашара қиёфа шахс рухиятига салбий таъсир этади. Айни вақтда, чайнов мушаги ва оғиз ичига ўтган жароҳатда ярадорда бир қатор функционал бузилишлар кузатилиб, овқатланиш, гапириш қийинлашган ва, кейинчалик, чандиқли контрактура ривожланиб, жағ ҳаракати чегараланган (85-расм). Айрим ярадорларда яра йиринглаб, флегмона билан асоратланган.



85-расм. Юз-жаг сохаси ўқ отув қўролларидан жароҳатланиши.

**Пастки жаг шохи ва бурчагининг жароҳатлари** 9,6%ни ташкил қилган. Бу соҳада, одатда, чайнов мушаги, кулоқ олди сўлак бези найи, паренхимаси ва юз нерви жароҳатлари учрайди. Мазкур соҳа тўқималарининг инфекцияга чидамлилиги пастлиги туфайли, уларда тезда яллигланиш жараёни авж олади. Ўқ титиб ўтган тўқималардан йиринг тарқалиб, чуқур чўнтаклар ҳосил қиласи. Ярага сўлак оқиб, оқма ҳосил бўлади. Пировардида, бўғим ташқарисида контрактура ривожланади.

**Юз ўрта ва пастки қисмларининг жароҳатлари.** Лабларнинг жароҳати 4% ни ташкил қилган бўлиб, уларнинг ўзига хос хусусияти шундан иборатки, бунда яра четлари қочиб, катта бўлиб, кўринади. Тезда шиш ҳосил бўлади. Оғизни герметик юма олмайди. Сўлак доим оқиб, терининг бичилишига олиб келади. Ярадорнинг гапириши ва овқат қабул қилиши қийинлашади. Ўз вақтида ёрдам кўрсатилса, бошқа соҳалардан кўра лабдаги жароҳат тез ва кам асорат билан битади.

**Пастки жағ ости соҳаси жароҳати** (1,4%) деярли ҳамиша йирингли яллиғланиш жараёни билан кечган ва атрофдаги соҳаларга тарқалган. Бу соҳада юз артерияси, вена, ҳалқум, кекирдак ва жағ ости сўлак безининг жароҳатлари кузатилган.

**Тил жароҳатланганда**, қисқа муддатда ривожланаётган гематома ва шиш ҳисобига оғизга сиғмай қолади, овқат истеъмол қилиш ва нутқ бузилиб, асфиксия хавфи туғилади. Тилдаги ёт моддани олишнинг ўзига яраша қийинчиликлари бор. Алоҳида тилнинг ўзи камдан-кам жароҳатланади ва деярли доим ёнидаги бошқа анатомик соҳаларнинг жароҳатлари билан биргаликда учрайди.

Юздаги ўқли жароҳатлар кўпинча бир неча соҳаларнинг (29%), айрим ҳолларда эса – кўзларнинг шикастланишлари (6%) билан биргаликда учраган.

**Ўқли жароҳатларнинг битишидаги ўзига хос хусусиятлар.** Отув куролларидан ҳосил бўлган яранинг битиш даври уч босқичдан иборат. (Кузин М.Н., 1973): – **яллиғланиш босқичи** (томирлардаги ўзгаришлар ва яранинг тозаланиши); – **регенерация** (тикланиш) босқичи (грануляцияли тўқиманинг ҳосил бўлиши ва етилиши); – **эпителізация** ва чандиқнинг реорганизация босқичи.

**Яллиғланиш босқичи.** Бу босқичда соғлом тўқиманинг некрозга учраган тўқимадан ажралиш чегараси (демаркация чизиги) аниқланади. Мазкур босқичнинг давомийлиги жароҳатнинг ҳажми, ифлосланиш даражаси ва организмнинг реактивлигига боғлик бўлиб, бунда биринчи 5 сутка давомида қон томирларининг ўтувчанлиги ошади. Шунинг ҳисобига қисқа вақт ичida прогрессив тарзда кўпаяётган «травматик» шиш ҳосил бўлади. Ярадан дастлаб зардобли ёки зардобли-геморрагик ажралма чиқади, кейинчалик у зардоб-йиринг аралаш бўлади.

3–4 кун ичida яллиғланиш зўрайиб, жадаллик билан кеча бошлайди. Мушаклар, тери ости ёғ қатлами ва терида деструктив жараён кучаяди ва ажралма кўпаяяди. Яллиғланиш билан бир вақтда 2–3 кундан бошлаб иккинчи (регенерация) босқичнинг қуйидаги морфологик белгилари ҳам аниқланади:

дерма, ёғ қатлами, мушакларда эндотелий пролиферацияси ва томирларнинг куртаклари, кейинчалик эса улардан яра четлари ва тубида грануляцияли тўқима ҳосил бўлади. Аста-секин яра ўлик тўқималардан тозаланиб, 5–6 суткада грануляцияли тўқима ўчоқларининг клиник белгилари аниқ кўринади. 7–9 кўнга келиб, яра тозалана бошлайди ва яллигланиш сусаяди.

**Регенерация босқичи.** Регенерациянинг морфологик белгилари 2–3 кунда аниқланган бўлса, клиник белгилари 5–6 кунда қон томирларга бой грануляцияли тўқиманинг ҳосил бўлиши билан намоён бўлади. 7–9 суткаларда грануляцияли тўқима шаклланиб бўлади. Яра четларидан фиброз тўқима тортилиб, яра чандиқланиб бита бошлайди. Иккинчи ҳафтанинг охирларига бориб, регенератив жараён ниҳоясига етиб, яра битиш арафасига келади.

**Яранинг эпитетализацияланиш ва чандиқли реорганизация босқичи** 12–30 суткаларда бошланади. Коллаген толаларнинг кўпайиши ҳисобига грануляцияли тўқима зичлашади. Қон томирлари сони камаяди.

Грануляцияли тўқиманинг етилиши ва чандиқнинг шаклланиши билан бир вақтда, яра четидаги эпитетализацияланиш жараёни ҳам паралель равишда кечади. Грануляцияли тўқимага – яра четидан 7–10 сутка ичida 1 мм тезликда эпителий ўсиб келади. Демак, бундан шундай хулоса қилиш мумкинки, яра сатҳи қанчалик кенг бўлса, унинг битиши учун шунча кўп ойлар ўтиши керак бўлади. Аммо яра қисқа вақт ичida битади. Яранинг тез битишида контракция феноменининг аҳамияти катта. Инфекцияланган яраларнинг 90% и контракция (тортилиб торайиши) ва 10%и – грануляцияли тўқима билан тўлиш ҳисобига битар экан. Жароҳат олинганидан бошлаб, 4–5 суткандан ярада тортилиб торайиш жараёни бошланади ва унинг яққол белгилари яранинг 2 ва 3 – битиш босқичларида яққол намоён бўлади. Шу вақтга келиб, яра миофибробластлар таъсирида бир текисда торайганлиги аниқланади. 19–22-кунларга келиб, яра бекила бошлайди ва унинг усти эпителий билан қопланади.

Ўқли яраларнинг битиши тинчлик давридаги яралардан битиш жараёнидаги қатор фарқлар билан ажralиб туради. Бу фарқ, биринчи галда,

жароҳатловчи снаряднинг юқори кинетик энергияси билан боғлиқ бўлиб, яра каналининг мураккаб шакли унинг юқори даражада микробланиши, тўқималарнинг яра каналидан анча кенг соҳада молекуляр шикастланиб титилиши билан изоҳланади. Бунда яранинг битиши учун вазият ноқулай бўлиб, жароҳат соҳасида ўлган тўқималарнинг қўплиги ва ёт моддаларнинг кўп микдорда микробланиши травматик шиш ва яллиғланишни кучайтиради ва шу аснода, абсцесс, флегмона ҳамда йирингли некротик жараён кечиб, грануляция ҳосил бўлади ва яранинг тозаланиш муддати чўзилиб кетади.

Бошқа соҳалардаги яраларга нисбатан юзнинг ўзига хос анатомик-физиологик хусусиятлари ҳисобига яралар анча тез битади. Юз айрим соҳаларининг юқори тикланиш хусусиятлари ҳисобига (юқори ва пастки лаблар, бурун қанотлари, киприклар) бу соҳалардаги яралар яхши битади. Мазкур соҳалардаги яраларда 5–6-кўнга келиб, соғлом ва ўлик тўқималар орасида грануляцияли тўқимадан аниқ чегара ҳосил бўлади. Яра жонсиз тўқима ва ажралмадан тозаланади. 8–1-кунда жарроҳлик усулидан фойдаланиб, ярани ёпиш имкони туғилади.

**Ярадорларга ёрдам кўрсатиш тартиби.** Юзнинг юмшоқ тўқималари жароҳатланган ярадорга биринчи ёрдам кўрсатилаётганда, индивидуал боғлов пакетидан паҳтали бинт билан ярага боғлам қўйилади. Ихтисослашган ёрдам биринчи жарроҳлик ишловини ўз ичига олади. Жароҳатлангандан кейинги ўтилган муддатга нисбатан барвакт (24 соатдан кўп) бирламчи ишлов ўтказилади. Жарроҳлик ишловини ўтказишдан аввал яра атрофидаги тери яхшилаб ювилади (қайнатилган сув, бензин ва йод билан), атрофдаги соchlар қириб ташланади, яра антисептик эритмалар билан ифлос қон қўйқаларидан тозаланади ва майда ёт жисмлар олиб ташланади.

Шундан сўнг маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантириш остида ярада тафтиш ўтказилади. Керак бўлса, яра кесиб кенгайтирилади, ёт жисмлар олиб ташланади. Ёт жисм чукур анатомик соҳада жойлашган бўлса, унинг жойлашиш топографиясини аниқламасдан туриб, суғуриб олишга шошилиш керак эмас. Бунда жонсиз тўқималар соғ тўқима чегарасида кесиб олиб

ташланади (соғ тўқима кесганда қонайди). Иложи борича, ярада нуксон бўлса, маҳаллий тўқима билан ёпилиши керак. Оғиз бўшлиғига ўтган яраларда аввал шиллиқ пардага чоклар қўйиб, яра оғиздан ажратилади. Қон кетишини тўхтатгандан сўнг, чоклар аввал юқори ва пастки қовоқлар, бурун қанотлари, қулоқ супраси, юқори ва пастки лабларнинг анатомик хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда терига йўналтирувчи чок қўйиб олинади, мушаклар тикилиб, сўнг тери ва лабнинг қизил ҳошиясига зич чоклар қўйилади.

## **Пастки жағнинг отилган жароҳатлари**

Иккинчи жаҳон урушида юзнинг барча жароҳатларига нисбатан пастки жағнинг отилган жароҳатлари 28,5%ни ташкил қилган. Юз скелети суякларига нисбатан пастки жағнинг жароҳатлари – 47,6% (Кабаков Б.Д. 1951)дан - 69,2% (Робустова Т.Г. 2003)гача ташкил қилган. Олинган жароҳатларнинг 44,7% и ни ўқ тешиб ўтган, 38,9% и – кўр ва 16,4% и ўқтегиб (ялаб) ўтган жароҳатлар бўлган (Г.М. Иващенко, 1962). Пастки жағнинг барча отилган жароҳатлари юмшоқ тўқималарнинг хилма-хил, катта-кичик кемтиклари билан учраган.

Пастки жағдаги отилган жароҳатларнинг 79,71% ида – ўқлар, 20,29% ида осколкалар тешиб ўтган. Шуларнинг 99,5%и – якка ва 0,5%ида – кўп сонли жароҳатлардан иборат бўлган. Ўқ (снаряд), одатда, қулоқ олди чайнов, лунж, даҳан ости соҳаларидан, камроқ ҳолларда эса – жағ ости бўйин соҳасидан кирган. Айрим ҳолларда ўқ елка, бел, бўйин орқасидан кирган. Баъзан очиқ оғиздан кирган ҳоллар ҳам бўлган. Ўқ кирган тешик, одатда, думалоқ ёки юлдуз шаклида, диаметри 0,5-1 см. бўлган. Чиқиш тешиги қулоқлди чайнов, жағ ости бўйин соҳаларида, айрим ҳолларда ярадорларнинг 10% ида яра сатҳи 6x5 см. га, 5% ҳолларда эса – 18x10 см. га етган.

Тешиб ўтилган яралар канали 4 см.дан 17 см га етган, айримлари 25 см. гача бўлган. Бундай жароҳатларда тил, танглай, ютқин, трахея ва юрак-қон томирлари қўшилиб шикастланган.

Пастки жағда күр яра ўқ (снаряд)нинг кинетик кучи камайганда шаклланиши мумкин. Ҳисоб-китобларга кўра, пастки жағдаги күр яраларнинг 92,31% ини – осколкалар, 7,69% ини – ўқлар юзага келтирган.

Отилганда пастки жағнинг бир неча соҳаси биргалиқда (52,3%), бурчак ва шохи (26,4%), тишлар (7,3%), альвеоляр ўсиқ (3,5%), тана (1,7%), даҳан (1,3%) жароҳатлари учраган. 0,3% ярадорларда пастки жағ деярли майдалашиб кетган.

Пастки жағнинг отилган жароҳатларига хос бўлган асосий хусусият сувакнинг парчаланиб кетишидан иборат бўлиб, улар ҳар хил шакл ва ҳажмдаги нуқсонлар ҳосил қиласи, камдан-кам ҳолларда чизиқли синиш, тешик очишда – бир четининг учиб кетиши учраган (86,87- расм).

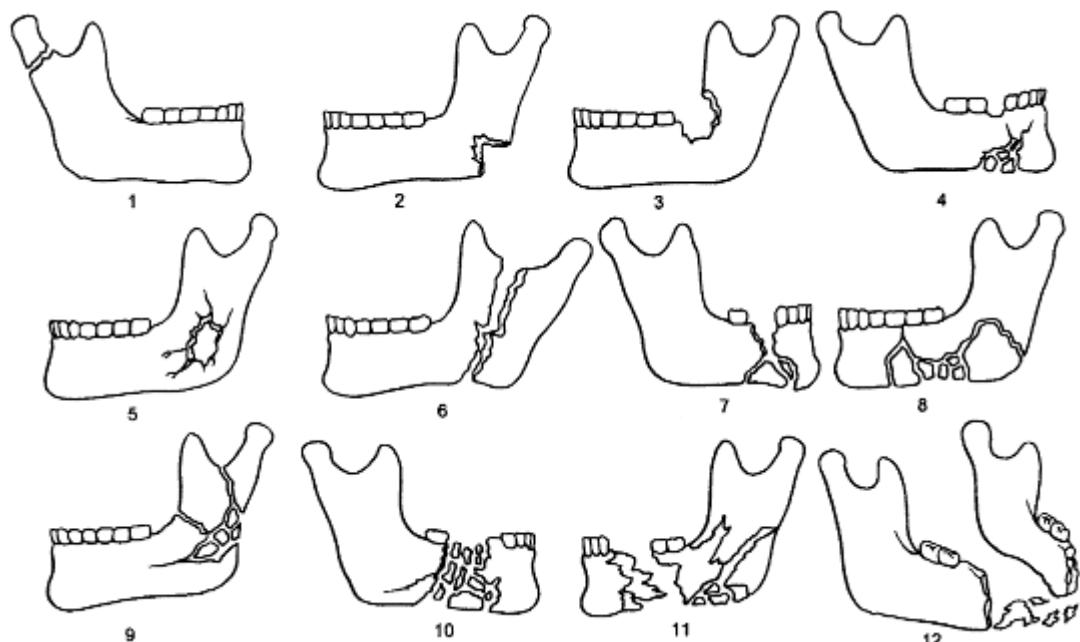
Бундай жароҳатлар ҳаёт учун жиддий хавф туғдиради. Айниқса, ярадор хушини йўқотса, ютиниш актининг издан чиқишида нафас йўлига қон ва кусук тушиб қолиши таъсирида аспирация юзага келиб, нафас йўли ёпилиб қолади ва асфиксия ривожланади.

Жароҳатнинг оғирлиги ўқ отиш қуролининг турига, жароҳатнинг қаерда жойлашганлиги, сувакнинг қандай синганлиги ва юмшоқ тўқималарнинг ҳолатига, шунингдек, уларнинг бўшлиқлар билан туташганлиги ва ҳамда жароҳатдан сўнг қанча вақт ўтганлиги ҳамда йўқотилган қон ҳажмига, кўрсатилган ёрдамга ва бошқа омилларга боғлиқ бўлади.

Пастки жағнинг ўқ тегиб (ялаб) ўтган жароҳатлари ўқ уни қиялаб, сувакка текканида ёки яқин ўтганда юзага келади. Бунда жағ ёрилиб, майда-майда бўлакчалар ҳосил бўлади. Улар сувак қобиғи ва мушаклар билан араласиб, ўз жойидан силжимай қолади. Юмшоқ тўқимада катта жароҳат бўлса, сувакда ҳам жиддий нуқсон бўлиши мумкин. Юмшоқ тўқимадаги жароҳат кесилган ярани эслатади.

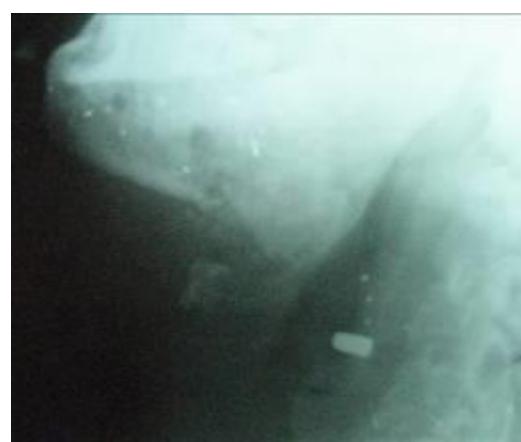
**Клиник манзараси.** Пастки жағдаги отилган жароҳатнинг клиник манзараси вақт ўтиши билан ўзгариб боради. Ярадорнинг бевосита жароҳат олган пайтдаги ҳолати ўзгача. У энгашган, ярим очиқ оғзидан сўлак ва қон оқишини кузатиш мумкин, юмшоқ тўқимадан ҳосил бўлган лахтакли яра ки-

чик асосда осилиб қолган бўлиб, нафас олиш қийинлашган. Бир неча соатдан сўнг тўқималар қонталаш ва шиш ҳисобига катталашади. 2-3 суткадан сўнг ўқ ўтган жойдаги тўқималар некрозга учрайди ва яллиғланиш жараёни авж олади. Функционал бузилишлар кучаяди. Ярадан чиринди хиди кела бошлайди. Тўқималар чирийди. Қон томирлари емирилса, кечиккан қон кетиши бошланади. 3 – 4 ҳафтадан ўткир яллиғланиш белгилари камайиб, сувакда секвестрлар шакллана бошлайди.



85- расм. Ўқ отув қўролларидан пастки жағ синишлиари (схема).

- 1- Бўғим ўсиғи соҳаси синиши; 2,3,4 – қирра соҳалари синиши; 5- тешиксимон сишин; 6- бўғим ўсиғини бўйига синиши; 7,8,9- парчаланиб синиши; 10,11- нуқсонсимон синиши; 12- даҳан соҳаси нуқсони.



86-расм. Пастки жағ чап томон бўрчак соҳасини ўқ отув қуролидан нуқсонли синиши ва ўқни бўйин соҳаси юмшоқ тўқималаридаги жойлашуви.

## **Юқори жағнинг отилган жароҳатлари**

Иккинчи жаҳон уруши тажрибасида юз-жағ суюкларининг жароҳатлари орасида юқори жағнинг ўқли жароҳатлари 23,9% ни ташкил қилган. Кўпроқ юқори жағ альвеоляр ўсиғи ва тишлар (35,7%), жағ танаси ва юқори жағ бўшлиғи (30,3%), камроқ ҳолларда – юқори жағ танаси ва танглай ўсиғи (2%), қаттиқ танглай (0,5%), юқори жағнинг тўлиқ парчаланиб кетиши 0,2% ҳолларда кузатилади. Юз ўрта соҳасининг жароҳатлари орасида 31,3% ни юқори жағдаги жароҳатлар ташкил қилган. Жароҳатларнинг 60,1% и – осколкалардан, 39,1% и эса – ўқлар билан етказилган.

Юқори жағ ўқли жароҳатларининг ўзига хос хусусиятлари қўйидагилардан иборат:

- Юқори жағ калла суюгига ёпишган ва қимирамайди;
- Бош мия, эшитиш, кўриш аъзолари ва бош миядан чиқаётган нервларга яқин жойлашган;
- Юқори жағ бевосита снаряд зарба билан урилган жойда синади ва снаряд суюк ичидан ўтган йўлда синиб боради;
- Юқори жағ ўқ билан берилган зарбадан билвосита бошқа суюклар билан бириккан чоклардан ҳам синади;
- Юқори жағ бўшлиғи деярли ҳамма ўқли жароҳатларда шикастланади. Бўшлиқ қон, суюк парчалари, ўқ ёки осколкалар билан тўлиб қолади;
- Бош миядан чиқиб келаётган адашган нерв, тил, ютқин ва юз нервлари ҳам жароҳатланиши мумкин. Ярадорда тахикардия ёки брадикардия, юмшоқ танглай парези, эшитувнинг пасайиши ёки умуман эшитмаслик, таъм сезмаслик, сўлак чиқишининг камайиши, мимика мушаклари фалажи кузатилади.

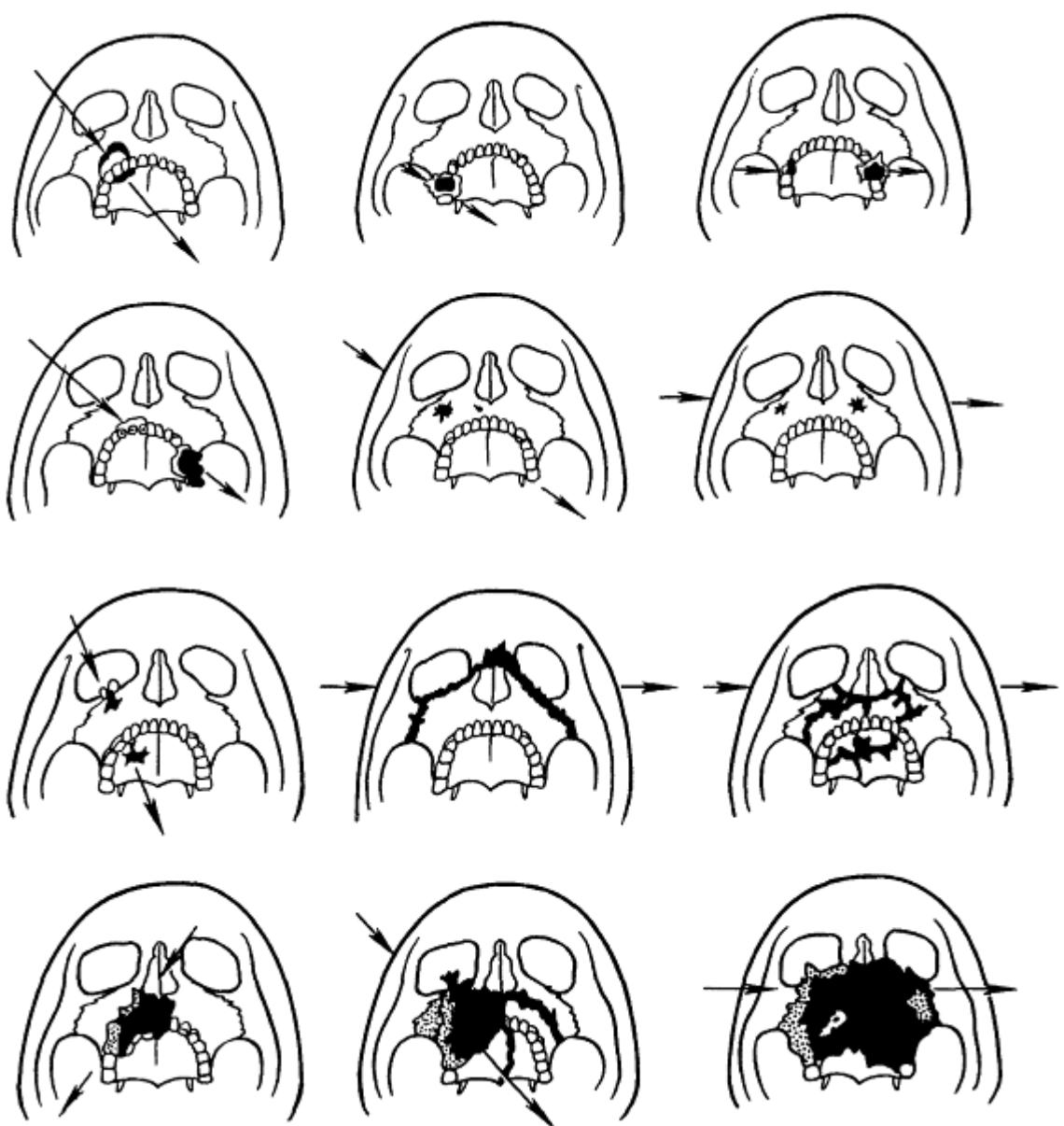
- Кўз косаси ва унинг атрофидаги тўқималарнинг шикастланиши, кўзнинг оқиб кетиши, йирингли яллиғланиш тарқалиб, кўз нерви орқали иккинчи кўзда ҳам кўриш қобилиятини йўқотиш хавфи борлиги.

Г.М. Ивашченко (1962) берган маълумотларга кўра, жароҳатларнинг 48,98% и – кўр яралар, 41,27% и – ўқ тешиб ўтган ва 9,75% и – ўқ тегиб (ялаб) ўтган жароҳатлардан иборат.

**Кўр яраларнинг клиник манзараси.** Юқори жағдаги кўр яраларнинг 93,8% и – осколкалар, 6,2% и эса – ўқ билан етказилган бўлиб, бунда жароҳатнинг чуқурлиги ва майдони снаряднинг кинетик энергиясига, катталигига, кириш жойига, қанчалик чуқур кирганлиги ва соҳасига боғлиқ. Жароҳатлар кўпроқ юзнинг юқори қисмida – фронтал ёки сагиттал текисликка тўғри келган кўр яранинг сатҳи кўпчиликда кичик ( $2\times 2\text{ см}$ ) ва катта ( $12\times 12\text{ см}$  гача) бўлиб, улар (14,8%) ни ташкил қилган (87-расм).

Жароҳат каналининг узунлиги 2-3 см дан 20 см гача ва ундан ҳам ортиқ бўлган. Бундай чўзилган яралар ўқ юмшоқ ва қаттиқ танглайнинг тил, ютқин, кўз, бурун, бурун бўшлиқлари ва оғиз бўшлиғига ўтганида кузатилган. Яъни бундай ҳолларда жароҳатловчи снаряд чакка ости, қанот-танглай чуқурчаси, кўз косаси, ёноқ ёйи, ҳалқум ёки тилда тўхтаб қолган бўлиши мумкин.

Юқори жағнинг ўқ тешиб ўтган жароҳатлари, одатда, катта жонли кучга эга бўлган снаряд туфайли етказилади. Уларнинг 78,4% и ўқдан ва 21,26% и осколка зарбидан ҳосил бўлган. Ўқ кўпинча лунж, ёноқ, юқори лаб, бурун белидан, камроқ ҳолларда эса – пешона, пастки лаб, жағ ости ва бўйин орқа томонидан кирган бўлиб, кириш тешиги, одатда, диаметри 1 см. келадиган думалоқ юлдуз шаклида бўлган. Айрим ҳолларда кириш жойидаги



87- расм. Юқори жағни ўқ отув қуролларидан жароҳатланиши ва ўқни йуналиш канали.

**Юқори жағдан ўқли жароҳат олган ярадорларга тиббий ёрдам кўрсатиш қуидагилардан иборат:**

- Ярадорларга батальон ёки полк тиббий пунктида, шунингдек, алоҳида медицина батальонида юқори жағнинг ўқли жароҳатларида ҳаётни сақлаб қолиш учун зарур бўлган муолажалар ўтказилиб, транспорт имобилизацияси амалга оширилади.
- Ярадорларнинг 21,9% и хушидан кетган ва бу холатнинг давомийлиги бир неча дақиқадан 8 соат ва 1 суткагача етган, 0,6% ярадорлар шок ҳо-

латида бўлган, шунинг учун уларга оғриқни қолдирувчи препаратлар қилинади.

- Ихтисослаштирилган госпиталда ярадор хирург-стоматолог, оториноларинголог, окулист, невропатолог, зарур бўлса, – нейрохирург кўригидан ўтказилади. Клиник–рентгенологик текширувлардан ўтказиб, бирламчи жарроҳлик амалиёти қилинади ва даволовчи иммобилизация амалга оширилади.
- Жарроҳлик ишловининг тартиби қуидагилардан иборат: – яра ювилади (қайнаган сув, антисептиклар эритмаси, бензин, йод билан ювиш воситалари) жароҳат атрофидаги соч-соқол олинади, кўриниб турган ёт жисмлар олиб ташланади; – маҳаллий, марказий, инфильтрацион ёки умумий оғриқсизлантириш ўтказилади; – ярада, унинг чўнтакларида дикқат билан тафтиш ўтказилади ва ёт жисмлар, ажралган суяк парчалиари, жонсиз тўқималар кесиб ташланади; – сақланиб қолган суяк бўлаклари (бурун, ёноқ, танглай кўз косасининг туби, юқори жағ бўшлиғи деворлари) репозиция қилиниб (чок қўйиб, йодоформли тампон билан) маҳкамланади; – маҳаллий тўқималардан фойдаланиб, биринчи навбатда, оғиз бўшлиғи бурун бўшлиғидан ва юқори жағ бўшлиғидан ажратилади; – бурун суяклари репозиция қилинса ичига резинадан найчалар қолдириб бурун йўллари йодоформли бинт билан тўлдирилиб, суяклар бир-бирига ёпишгунча ушланади; – юмшоқ тўқималарга қаватмақават чоклар қўйилади.

## **Альвеоляр ўсиқ ва тишларнинг ўқли (отилган) жароҳатлари**

Жағ суякларининг ўқли жароҳатлари ичida алоҳида альвеоляр ўсиқ ва тишларнинг шикастланишлари 7,8%ни ташкил қиласди. Юқори жағ альвеоляр ўсиғининг ўқли жароҳатлари пастки жағга нисбатан 5 баравар кўп бўлган. Бу ҳолатни қуидагича тушунтириш мумкин:

- юқори жағ альвеоляр ўсиғининг юзаси пастки жағнидан катта;

- юқори жағ альвеоляр үсіғи баланд (узун) ва жағ танасидан аниқ чегара билан ажралиб туради;
- юқори жағ альвеоляр үсіғи пастки жағ альвеоляр үсіғининг устига ўтиб, уни ташқаридан ҳимоялайди;
- пастки жағнинг альвеоляр үсіғи паст бўлиб, унинг жағ танасига ўтганлиги деярли сезилмайди.

Юқори жағнинг олд соҳасида альвеоляр үсіқнинг ўқли жароҳатлари пастки жағ үсіғига нисбатан 2,5 марта кўпроқ учраган. Альвеоляр үсіқни асосан мина ёки граната осколкалари жароҳатлаган. Жароҳатларнинг кўп қисми ўқ тешиб ўтган (44,4%), кўр (34,6%) ва камроқ ҳолларда (13%) ўқ тегиб (ялаб) ўтган жароҳатлардан иборат бўлган. Бир томондаги жароҳатлар 2 марта кўп бўлган, синиш тўлиқ ва нотўлиқ бўлган.

Альвеоляр үсик тўлиқ синганида синиш чизиги тишлар илдизи устидан ўтган, нотўлиқ синганда – синиш чизиги тишлар илдизидан ёки фақат альвеоляр үсіқнинг ташқи пластинкасидан ўтган. Аксарият ҳолларда синиш чизиги ярим овал ёки арра тишлари каби нотекис шаклда бўлган. Парчаланиб синишлар чизиқли синишларга нисбатан 2 марта кўп учраган. Альвеоляр үсик синишларининг 14%и нуқсонли бўлган. Юқори жағнинг ёноқ ёйи соҳаларидаги альвеоляр үсіқнинг парчаланиб синиши, одатда, юқори жағ бўшлиғи тубининг жароҳатланиши билан биргаликда учраган.

Иккинчи жаҳон уруши давридаги маълумотларга кўра, алоҳида тишларнинг отилган жароҳати 17,7% ни ташкил қилган, шулардан 7,3% и – пастки жағ, 24,3% и – юқори жағ, 21,4% и – иккала жағ тишлари бўлган. Агарда жағ суюклари билан биргаликда учраган тиш жароҳатларини ҳам ҳисобга олсақ, у ҳолда мазкур кўрсаткичлар жуда ҳам ошиб кетади.

Тишлардаги отилган жароҳатларга хос бўлган асосий хусусият ўқ ёки снаряд парчаси билан ўз катакласидан чиқарилган тишлар иккиламчи снарядга айланиб, қўшимча равишда баъзан оғир ва чуқур яралар ҳосил қилганлигидан иборат.

**Клиник манзараси.** Альвеоляр ўсиқ ва тишлардаги отилган жароҳатларнинг аксарияти атрофдаги юмшоқ тўқималарнинг шикастланишлари билан кечган. Ўқ тегиши натижасида тишлар парчаланиб, иккиламчи снарядга айланган ва тил, лунж ҳамда оғиз туби тўқималарини шикастлаган. Улар яра ичида улар қолиб, бир неча суткадан сўнг оғиз туби, тил ва бошқа соҳаларнинг чиришига олиб келган.

Жароҳатлангандан кейинги дастлабки соатларда шикастланган тўқималар, яъни – лаб, лунж, бурун ва оғиздан қон, қон аралаш сўлак оқади, пульпаси очилган тишларда ўтқир оғриқ туради. 2–3 кундан сўнг оғиздан чиринди ҳиди келади. Ярада некрозга учраган тўқималар борлиги аниқланади. Юқори жағ бўшлигининг туби очилган бўлса, оғиздаги суюқлик бурундан оқади. Ярадор оғриқдан овқат чайнай олмайди. Тишларни жипслай олмайди. Синган альвеоляр ўсиқ ҳар томонга сурилиб, қимираши мумкин. Ўқ ёки снаряд альвеоляр ўсиқни учирив юборса, суяқда нотекис яра ҳосил бўлиб, унинг четларида шиллик парданинг юлинган парчалари осилиб қолади.

Бундай ҳолларда қуйидагича тиббий ёрдам кўрсатилади: жанг кетаётган пайтда полк ва батальон тиббий пунктидаги тиббий ёрдам асосан ҳаётни сақлаб қолишига қаратилган бўлади, шунинг учун бундай ярадорлар ўз-ўзларига ёки бир-бирларига ёрдам кўрсатадилар. Мудофаа жанглари олиб борилаётган полк медицина пунктида (ПМП) эса, тиббий вазият йўл қўйса, стоматолог синган тиш илдизларини олиб ташлаши, шунингдек, очилиб қолган пульпани экстирпация қилиши мумкин. Синган альвеоляр ўсиқ яхлит парчаланмаган ҳолатда бўлса, стандарт транспорт боғлами билан иммобилизация қилинади. Дивизия – алоҳида медицина батальони (АМБ) альвеоляр ўсиқ 2-3 тиш оралиғида синган бўлса, бирламчи жарроҳлик ишлови ўтказилиб, 10 кун муддатга тузалаётганлар гурухига ўтказилади. Жароҳат катта бўлса, бирламчи жарроҳлик ишлови фронт ортидаги ихтисослашган госпиталда ўтказилади. Жарроҳлик ишловида юмшоқ тўқималар билан боғланмаган, алоҳида ётган суяқ бўлаклари олиб

ташланади, сүякнинг ўткир қирралари сүякни кесувчи омбир ёки фреза билан текисланади. Сүяк устига атрофдаги шиллик парда суриб тикилади. Сүякни юмшоқ тўқима билан ёпиш имкони бўлмаса, йодоформли дока билан ёпилади. Альвеолар ўсиқ ва тишлари отилган ярадорларнинг 93,2%и тўлиқ тузалган, 6,3%и – қисман меҳнат қобилиятини йўқотган (тананинг бошқа қисмлари ҳам жароҳатланганлиги учун), 0,5% ярадорлар эса бошқа ҳар хил асоратлардан вафот этган.

## **Ёноқ суяги ва ёйининг отилган жароҳатлари**

Ёноқ суяги ва ёйининг отилган жароҳатлари камдан-кам ҳолларда алоҳида тарзда учрайди. Т.Г. Робустова келтирган маълумотларга кўра, юз сүякларининг отилган жароҳатлари орасида ёноқ суяги ва ёйининг жароҳатлари 6,9%ни ташкил қилган бўлиб, уларнинг 16%и юқори жағ жароҳатлари билан биргалиқда учраган. Ёноқ сугарининг шикастланишлари – 83,2%ни, ёноқ ёйи (равоғи)ники – 11,4%ни, ёноқ суяги ва ёйининг бир вақтда синиши 5,4% ни ташкил қилган. Бундай жароҳатларнинг аксарияти (52,2%) кўр ва тешиб ўтилган (33,5%), камроқ ҳолларда эса ўқ (13,1%) тегиб (ялаб) ўтган жароҳатлардан иборат бўлган. Жароҳатларга кўпинча осколкалар сабабчи бўлган. Жароҳатнинг оғирлиги факат ёноқ суяги ва ёйининг жароҳати билангина эмас, балки атрофдаги тўқималарнинг жароҳатига ҳам боғлиқ. Ёноқ сугарининг отилган жароҳати чайнов мушаги, кўз косаси, бурун, юз нерви ва уч шохли нерв шикастланишлари билан биргалиқда учрайди. Бундай жароҳатларда кўз косаси (37,7%) ва эшитув аъзолари (22%)нинг контузияси, юқори жағ бўшлиғи деворининг синиши, бурундан қон кетиши билан кечган ёноқ суяги синган ярадорларнинг 41% ида бир неча дақиқадан 4 суткагача давом этган бехушлик кузатилган. Жароҳатланганларнинг 68% ида бош мия контузияси кузатилган ва бу ҳолатга кўпинча ёноқ сугарининг калла суяги билан бевосита бирлашгани сабабчи бўлади.

**Клиник манзараси.** Аввало, ёноқ соҳасида ҳар хил даража ва шаклдаги ииртилган яра кўзга ташланади. Оғиз очилиши чегараланган, қулоқдан,

аксарият ҳолларда – бурундан қон келади, бош айланиб, қулоқлар шанғиллайди ва бош оғрийди. Эшишиш ва кўриш пасаяди. Кўз шиллиқ пардасига қон қўйилади, айрим ҳолларда кўз косасининг бўртиб чиққанлиги (экзофталм) кузатилади.

Асоратлар орасида қўпроқ контрактура (61%) ва отилган травматик остеомиелит (24%) учраган. Остеомиелит кўпинча суюкнинг осколкалар билан шикастланганида кузатилган. Касаллик узок давом этиб, секвестрга учраган бўлак ажралмагунча давом этган. Касаллик бошланишида механик терапия ўtkазилмаса, оғиз очилиши барвақт чегараланади. Шу сабабдан, ярадорларнинг катта гуруҳи (29,3%) 4-6 ойгача, уларнинг 13,7% и эса ундан ҳам узок вақт мобайнида даволанган.

**Ёрдам кўрсатиш.** Ярага бирламчи ишлов бериш ёноқ суюгининг репозицияси ва бўлакларни маҳкамлаш билан бир вақтда фронт госпиталь базасининг (ФГБ) ихтисослашган бўлимида ўтказилади. Юқори жағ бўшлиғи шикастланган бўлса, жароҳат соҳаси синчиклаб текшириб чиқилади. Контрактуранинг олдини олиш мақсадида даволовчи гимнастика ва механик терапия ўтказилади.

Ёноқ суяги ва ёйининг синиши билан даволанган ярадорларнинг 83,5% и тузалиб кетган, вақтинчалик меҳнат қобилиятини йўқотганлар 16,5% ни ташкил қилган. Ўлганлар ҳам бўлган ва бунинг сабаблари сифатида йирингли яллиғланиш асоратлари, сепсис ва менингитни кўрсатиб ўтиш мумкин.

## **Юз-жағ соҳаларининг биргалиқдаги жароҳатлари**

Биргалиқдаги жароҳат деганда, айни бир вақтнинг ўзида бир неча анатомик соҳаларнинг бир омил билан жароҳатланиши тушунилади. Биргалиқдаги жароҳатга юз-жағ тўқималари билан бир вақтда бош-мия ва тана қисмларининг жароҳатлари ҳам киради.

Бундай жароҳатлар оғир жароҳат ҳисобланиб, улар кўпинча юқори жағнинг ўқли жароҳатларида учрайди. Аввалги мавзуда юқори жағнинг

сишиларида бош мия лат ейиши, чайқалиши тўғрисида фикр юритилган. Бундай жароҳатланишларда ярадорларнинг аҳволи оғир бўлганлиги боис, беморнинг шикоятларини аниқлаш ва анамнезни йифиш жуда мушкул бўлади, гоҳида эса бунинг умуман иложи ҳам бўлмайди.

Жароҳатнинг оғир кечишига юқори нафас йўли ўтувчанлигининг бузилиши, трахея ва бронхларга қон, суяк бўлаклари ва тиш парчаларининг аспирация килиниши сабабчи бўлади. Агар ярадор хушдан кетган бўлса, бу хавф янада кучаяди. Ярадорга ташхис қўйиш ва ўнга кўрсатиладиган ёрдам ҳажмини аниқлаш учун жарроҳ-стоматолог билан бирга нейрохирург, оториноларинголог, окулист, невропатолог ва хирург-травматолог ҳам иштирок этиши керак.

Жағлар синганда овқатланиш шароити бузилади, ярадор организмида оқсил ва витаминалар миқдори кескин камаяди ва бу ҳолат, ўз навбатида, жароҳатнинг кечиши ва тузилишига жиддий таъсир кўрсатади. Одонтоген инфекция ўчоқларида йирингли яллиғланиш – флегмона, сепсис, травматик остеомиелит ривожланади. Касаллик сурункали шаклига ўтганда, бўлаклар нотўғри битиши, сохта бўғим ҳосил бўлиши, юз шаклининг иккиласи бузилиши (айниқса, бундай асоратлар стоматологик ёрдам ўз вақтида ва тўлиқ кўрсатилмаган бўлса) ҳосил бўлади.

Одатда, юз-жағ соҳаларининг биргалиқдаги жароҳатларини даволаш борасида жуда кўп муаммолар кузатилганлиги боис, ярадор кўп тармоқли клиник шифохона ёки ихтисослашган госпиталда – керакли мутахассислар жалб қилинган ҳолда даволаниши керак.

Госпитал(стоматологик бўлим)га етиб келгунча кўрсатиладиган шифокор ёрдами қуидагилардан ташкил топади: шокка қарши, асфиксияга қарши, қон кетишини тўхтатишга қарши тадбирлар ўtkазилади. Суяк бўлакларининг вақтинчалик иммобилизацияси ўтказилади. Ярадор транспортировка қилинаётганда юқори нафас йўллари ўтувчанлигининг бузилиши ҳамда қон, сўлак ва қусук массалари билан аспирация килинишининг олдини оладиган ҳолатни таъминлаш, (ёнбошга ёки қоринга

ётқизиш, ҳаво ўтказгич қўйиш) зарур. Шунингдек, агар ярадор бехуш бўлса, интубация қилиш ва тилнинг орқага кетишининг олдини олиш керак бўлади. Юз-жағ яраларига боғлам қўйганда асосий эътибор бўлакларнинг силжишини янада оширмаслик ва нафас йўлларининг ўтувчанлиги бузилишининг олдини олишга қаратилиши керак.

Малакали ёрдам ярадор госпиталга келиб туриши билан бошланади. Уч хил ёрдам бор – *шошилинч, эрта ва кечикирилган. Шошилинч малакали ёрдам* қон кетишини тўхтатиш, юқори нафас йўлларининг ўтувчанлигини таъминлаш (зарурат бўлса, трахеотомия қилиш) амалларини ўз ичига олади. *Эрта кўрсатилган ёрдам* юз-жағ ва тананинг бошқа соҳаларида яраларга бирламчи жарроҳлик ишловини бериб, икки сутка давомида бўлакларни, юз ва скелет суюкларини репозиция ва иммобилизация қилишни ўз ичига олади. Агарда шу ҳажмдаги ёрдам 48 соат ва ундан кўп вақт ўтказиб кўрсатилса, бундай ёрдам *кечикирилган ёрдам* деб аталади.

Аnestезиология ва жарроҳликнинг бугўнги тараққиёти ихтисослашган ёрдамнинг ярадор госпиталга келиб тушган биринчи соатлардаёқ кўрсатилиши билан таъминлай олади. Фақат шокка қарши ўтказилаётган даволаш самарадорлиги яхши бўлса, ярадорга гемодинамика кўрсаткичларини барқарорлаштиришга қаратилган ҳар қандай ёрдамни дастлабки 12 соатда тўлиқ ўтказиш имкони юзага келади. Агарда оғир аҳволдаги ярадор госпиталга (48 соат ва ундан ҳам кўп) вақтга кечикиб тушса, кечикирилган жарроҳлик ишлови асосан яллиғланиш асоратларининг олдини олишга қаратилган бўлади.

Юз-жағ тўқималарининг оғир қўшилган ва мураккаб, отилган (ўқли) жароҳатларида яллиғланиш асоратлари (менингит, энцефалит, мия абсцесси)нинг олдини олиш йўли – етарли даражада анестезиологик ёрдам кўрсатилишини таъминлаб, бирламчи жарроҳлик ишловини бериш ва бўла-клар иммобилизациясининг юқори савияда бажарилишини таъминлаш орқали, ликвор оқишини тўхтатиш ва шокка қарши курашишни таъминлашдан иборат.

**Кеч ривожланган асоратларга** иккиламчи қон кетиши, бронхопульмонал асоратлар, контрактура, бўлакларнинг нотўғри ҳолда битиши, битишнинг чўзилиб кетиши, сохта бўғим ҳосил бўлиши, травматик остеомиелит ва юқори жағ бўшлигининг синусити кабилар киради.

**Иккиламчи қонаш.** Ярадаги тромб йиринглаб эрийди ёки йирингли яллиғланиш қон томири деворини эритади, шунингдек, яра ичидаги ёт жисмлардан снаряд парчаси, суяқ қирраси ва бошқа нарсалар (7–14 кунда) эрозия ҳосил қилиб, қон томири деворини тешади. Бу ҳолат жароҳатланган вақтдан 3–4 ҳафта ўтганидан сўнг ҳам кузатилиши мумкин.

Қон кутилмаган вазиятда (кўпинча кечаси) кетиб қолиши мумкин. Тўсатдан бошланган қон кетишида, биринчи галда, зудлик билан ярани боғлам материаллари билан зич қилиб бостириш ёки бармоқ билан йўғон томирни суякка тираб туриш зарур. Аммо бу муолажа билан қон кетишини охиригача тўхтатиб бўлмайди. Қон кетишини тўхтатишнинг ишончли йўли – магистрал томирни масофада боғлаш ва имкони бўлса, уни яра ичидаги атрофдаги тўқималар билан тикиб ташлашдан иборат.

**Бронхопульмонал асоратлар.** Ярадорнинг совук қотиши ва оғиз бўшлиғидаги суюқликларнинг нафас йўлларига кетиб қолишидан иборат бўлиб, улар асосан оғиздан нафас олишга тўғри келган ҳолларда учрайди. Бундай асоратлар аксарият ҳолларда нафас олиш етишмовчилиги ривожланган ва ютиниш акти бузилган ярадорларда кузатилади, айниқса, ютқин, ҳалқум, тил асоси, юмшоқ ва қаттиқ танглай, пастки жағ шохи ва бурчаги синганда юқорида айтиб ўтилган манзара кўзга ташланади.

Аспирацион пневмония, одатда, жароҳатланишдан кейинги 4–6 кун ичидаги сўнг ривожланган. Бундай асоратларнинг олдини олиш учун, биринчи галда, юз ва жағ тўқималарида ўтқазилиши мўлжалланган бирламчи жарроҳлик ишловини иложи борича барвақтроқ амалга ошириш ва иккинчидан, антибактериал даволаш чораларини тайинлашда иккинчи оғиз бўшлигининг тозалигини таъминлаш ва овқат истеъмол қилаётганда аспирациянинг олдини

олиш, шунингдек, оғиздан оқаётган сўлакнинг кўкрак қафасини хўл қилиши-нинг олдини олиш, жисмоний гимнастика орқали нафас олишни тиклаш.

**Контрактура** – оғиз очилишининг чегараланиши (тиришиш) ўтувчи (симптоматик рефлектор) – мушаклар жароҳати, яллигланиш ҳисобига ёки доимий (узоқ муддатли) бўлиши мумкин. Доимий контрактура юмшоқ тўқималардан ҳосил бўлган чандиқ ёки пастки жағнинг бошқа суяклар билан бирикиши натижасида юзага келади. Ёки иккала омил биргаликда сабабчи бўлиши ҳам мумкин. Контрактурани даволаш дарсликнинг бошқа бобида келтирилган.

**Суяк бўлакларининг нотўғри ҳолатда битиши.** Одатда, ихтисослаш-ган ёрдам ўз вақтида кўрсатилмаса ёки иммобилизация қилишда камчи-ликларга йўл қўйилган бўлса, ана шундай асорат юзага келади. Ўз навбатида, бундай ҳолат окклузиянинг бузилишига олиб келади. Нотўғри ҳолатда бит-ган суяк бўлакларини даволашнинг бирдан-бир йўли фақат очик жарроҳлик йўлидир.

**Жағ бўлакларининг суст битиши ва битмасдан, сохта бўғим ҳосил бўлиши.** Одатда, механик омиллар таъсирида жағ суяги синганда ўз вақтида ва самарали усул билан иммобилизация қилинса, 2-2,5 ҳафта ичida бўлаклар орасида ҳосил бўлган суякли органик матрикс уларни бирлаштиради. Суяк устунчалари дастлаб ноаниқ жойлашган бўлади. Клиник жихатдан мазкур ҳолат бўлаклар орасидаги ҳаракат чегараланганлиги билан намоён бўлади. 4-5 ҳафтадан сўнг суяқда коллаген структуралар минераллашади. Ҳосил бўлган суяк архитектоникаси узоқ вақт етилмаган суякка хос бўлиб, қолади. Иммо-билизацияни бўшатгандан сўнг, физиологик юклама (оғизни очиш, чайнаш) таъсирида янги ҳосил бўлган суякнинг коллаген структуралари ремоделла-шади ва тартибга тушиб, етилган суякка айланади.

Жағ суякларининг отилган жароҳатларида бўлакларнинг бир-бири би-лан бирикиб битиши камида 2-3 ҳафтага секинлашади. Ўнга маҳаллий ва умумий таъсир кўрсатувчи бир қатор омиллар мавжуд.

*Маҳаллий омиллар* орасида қуидагилар алоҳида эътиборга лойиқдир: ўқ тегиб бўлаклар майдаланиб синганлиги сабабли, уларни бир-бирига зич яқинлаштириб, маҳкам иммобилизация қилиб бўлмайди; бўлаклар орасига юмшоқ тўқималар кириб (интерпозиция), битишга халақит беради; суяқда катта-кичик нуқсонлар бўлади; уч шохли нерв катта толаларининг узилиши натижасида суяқ трофикаси бузилади; суяқ ярасига ёт жисмлар (снаряд парчалари, тупрок, қум...), тиш илдизи кириб қолиб, йирингли яллиғланиш жараёни авж олади.

**Умумий омиллар:** кўп қон йўқотиш, марказий нерв тизимининг зоналашиши (эмоционал-рухий зарба, шок, рухий таъсир ёки жисмоний зарба натижасида организм функцияларининг оғир бузилиши, контузия ва бошқалар) модда алмашинувининг бузилиши ҳамда суяқдаги остеоиндуктив активликка (СИА) ва активлик ингибитори (АИ)га салбий таъсир кўрсатади. СИА-нинг АИга нисбати суякнинг остеоиндуктив активлик потенциали (СОПА) деб аталади. СОПАнинг паст кўрсаткичи суяқ битиш жараёнининг секинлашувига олиб келади. Д.Д. Сумароков ўз тажрибаларида СОПА нинг пасайишини суяқда кечаётган резорбция суст бўлганлиги, шунинг ҳисобига индуктор остеогенезининг асоратсиз кечиши учун етарли поғонага кўтарила олмаганлиги билан тушунтиради. Суяқдаги резорбция кўтарилади, аммо бу ҳолатга етиш учун вақт керак бўлади. Шунинг ҳисобига остеогенез босқичлари бузилади ва секинлашади. Бундан ташқари, тўқимада узок давом этган гипоксия тўқимадаги гипоксияни анаэроб гликоз томонга силжитади. Ўз навбатида, остеобластларнинг етилиши ҳам секинлашади ва ҳосил бўлаётган коллагенда гидроксипролин ва гидроксилизин кам миқдорда бўлади. Суякланиш секинлашади. Суст битаётган бўлаклар орасидаги фиброз ва грануляцияли тўқималарда 2-3 ҳафтадан сўнг тоғай ўчоқлари аниқланган. Коллаген толалар синиш бўлакларига караб эмас, балки синиш чизиги бўйлаб йўналган бўлади. Шу боисдан, у янги ҳосил бўлаётган суяқ бўлакларининг бир-бирига бирикишини таъминлай олмайди. Фақат 6-8 ҳафтадан сўнг ҳосил бўлган янги тўқима суяқ ривожланишининг бошланғич босқичидаги тўқима

сифатида намоён бўлади. Бунда фиброгенез ва ҳамрогенез устун бўлиб, вақт ўта борган сари қон билан таъминланиш ва кислород билан тўйиниш ҳисобига атипик коллаген парчаланиб боради. Янги шароитда ҳосил бўлаётган суяк тўқимаси бўлакларнинг бирикишига олиб келади. Бундай асоратнинг олдини олиш ва даволаш мақсадида организмнинг ҳимоя кучларини ошириш ва ревактив остеогенезни оптимальлаштиришга қаратилган медикаментоз даволаш чораларини қўллаш керак.

**Сохта бўғим.** Гоҳида бўлаклар бир-бири билан мутлақо бирлашмайди, ва сохта бўғим шакланади. Сохта бўғим деганда, икки бўлакнинг ана шу бўлак четларини бириктирувчи тўқимадан ҳосил бўлган капсула билан қопланиб, ўзаро фиброз капсула билан бирлашиши тушунилади. **Сабаблари:** 1) бўлаклар кеч ва етарли даражада иммобилизация қилинмаганлиги; 2) бўлаклар нотўғри туриб қолиши; 3) бўлаклар орасига мушак кириб қолиши; 4) бўлаклар четларида йирингли яллигланиш кечиши; 5) медикаментоз даволаш чораларининг етарли бўлмаганлиги; 6) патологик синиш.

*Сохта бўғимнинг клиник белгиси* суяк битиши тахмин қилинган вақтда бўлаклар орасида қимирилаш сезилиши ва рентген суратида бўлак четларида компакт суякнинг яққол кўринишидан иборат.

**Даволаш:** бўлаклар жарроҳлик усулида очилиб, четларидан суякни кесиб олиб, кемтикли суяк ўтқазиб тўлдириш амалиёти бажарилади ёки компрессион остеосинтез ўтказилади.

**Травматик остеомиелит.** Абсцесс ва флегмоналар юмшоқ тўқималарнинг йирингли яллигланиши бўлса, травматик остеомиелит, кўпчиликнинг фикрича, суяқдаги яранинг йиринглаши деб тушунилади. Юқорида келтирилганидек, жағларнинг ўқли жароҳатларида суяк парчаланиб синади. Майдада суяк бўлакчалари ярада эркин қолиб, некрозга учрайди ва бирламчи секвестр бўлиб, ажралиб чиқади.

Бундай ҳолат суяк ярасининг йирингли яллигланиши, деб тушунилади. Мазкур жараённинг дастлабки белгилари намоён бўлиши билан фаол даволаш чоралари кўрилса, яллигланиш ортга чекинади ва деярли асорат

қолдирмайды. Айрим ҳолларда даволаш чоралари кечикиб қилинса ва етарли даражада ўтказилмаса, касаллик травматик остеомиелитга ўтиб кетади. Йириングли жараён соғлом бўлаклар, ғоваксимон модда ва иликка ўтса, остеомиелит ривожланади. Одатда, травматик остеомиелит жағ суяги парчаланиб синганда ва синиш чизиги оғиз бўшлиғи билан туташган ҳолларда учрайди.

**Клиник кечиши:** травматик остеомиелитнинг кечишида ўткир, ўткир ости ва сурункали даврлар фарқланади.

Травматик остеомиелитнинг ўткир даври одонтоген остеомиелитга нисбатан енгилроқ ўтиб, интоксиация белгилари суст ҳолда кечади. Даствлаб тана ҳарорати  $38\text{--}40^{\circ}\text{C}$  гача қўтарилиб, бемор ҳолсизлик ва кам қувватликдан шикоят қиласди, тер босади. Жағнинг синган жойида оғриқ кучаяди. Жағ атрофида даствлаб шиш, кейинчалик яллиғланиш инфильтрати ҳосил бўлиб, абсцесс ва флегмона юзага келади. Оғиз ичида синган соҳада ўтув бурмаси саёzlаниб, устидаги шиллиқ парда қизаради ва периостит шакллана бошлади.

**Даволаш.** Ўткир босқичда йириングли ўчоқлар очилади ва микроблар ҳамда яллиғланишга қарши медикаментоз даволаш чоралари кўрилади. Синиш чизигидаги шиш албатта олиб ташланади. Бўлакларнинг иммобилизациясига жиддий эътибор бериш ва бўлаклар силжимаслигини таъминлаш зарур.

Ўтказилган даволаш чоралари ўткир яллиғланишни бартараф қиласди. Яра тозаланиб, иккиламчи тортилиш билан битиши ҳам мумкин. Травматик остеомиелит ривожланган бўлса, яра ўрнида оқма йўл шаклланади, ундан озроқ миқдорда ажралма чиқиб туради, оқма йўл оғиз ичида – олинган тиш соҳасида ҳам шаклланиши мумкин. Оқма йўлдан узоқ муддат давомида ажралма чиқиб, четлари суюкка тортилиб қолади ва унинг ичидан грануляцияли тўқима бўртиб чиқади. Беморнинг аҳволи ўткир ости ва сурункали даврларда яхшиланади. Шу даврда секвестрлар шаклланиб, соғ суюкдан ажралади. Секвестр кичик бўлса, 3-4 хафтада, катта бўлса, 8-12 ҳафтагача

ажралиб, юмшоқ түқималарда эркин ётади. Секвестр атрофика пролифератив жараён кечиб, иккиламчи сүяк ҳосил бўлади.

Сүяк синганидан 3-4 ҳафта ўтгандан кейинги рентгенологик текширувларда сүякда деструкция ўчоқлари аниқлана бошлайди. Синган бўлаклар четида – сүяк резорбцияси, майда ажралган секвестрлар эса – кўпроқ жағ қиррасида кузатилади. Рентген суратида секвестрлар ҳар хил шаклдаги зич сүяк парчаси ҳолатида кўринади. Секвестр ва соғ сүяк орасида янгидан шакланаётган янги сүякни кузатиш мумкин.

**Ўткир ости даврдаги** даволаш, асосан, жараён ўткирлашувининг олдини олиш, организмнинг ҳимоя кучларини қўтариш, секвестр ажралишини жадаллаштириш ва иккиламчи сүякнинг шаклланишини таъминлашдан иборат бўлади.

Шу мақсадда, метиурацил 1 таблеткадан кунига 3 мартадан 10–14 кун давомида; витамин С суткасига – 1-2 г дан 7–10 кун давомида; витаминалар В<sub>1</sub> – 5%ли, В<sub>6</sub> – 5% ли, 2 мл дан кун ора – 10-15 инъекция), аутогемотерапия, физиотерапия амалларидан: УФН, ЮЧТ, рационал овқатланиш буюрилади. Овқат таркибида оқсил ва ёғлар ҳамда углеводлар етарли бўлиши керак.

**Сурункали даврда** юқорида келтирилган даволаш чораларидан ташқари, секвестр олиб ташланади. Одатда, секвестрэктомия амалиёти жароҳатдан 3-4 ҳафта ўтказиб қилинади. Аммо жараён суст кечаётганда, ажралаётган секвестрлар катта соҳани эгаллаган бўлса, бу ишни кечрок, яъни 5-6 ҳафтада бажарса ҳам бўлади. Операция, одатда, ташқаридан амалга оширилади, яъни оқма йўл ва чандикдан кесма ўтказилади, юмшоқ түқималар сүякдан ажратилади. Синиш чизиги тозаланади. Секвестрлар ажратиб олинади. Бўлак четлари очилиб, сүяк соғлом жойгача (қон томчилари кўрингунча) бор ёрдамида кесилади. Бўлакларни пластинка ёрдамида остеосинтез қилиш имкони мавжуд бўлса, қилинади.

Суякдаги нуқсон ауто- ёки аллотрансплантат билан тўлдирилади ва тегишли усуулардан бири ёрдамида иммобилизация қилинади. Ўтқазилган сүякни ташқи таъсирлардан ҳимоя қилиш учун оғизда шиллик пардага зич

қилиб, чоклар қўйилади. Ташқарида суяк пардаси ва мушакларга ҳам зич чоклар қўйилиб, яра усти беркитилади.

## **Отилган травматик остеомиелит**

Пастки жағнинг отилган жароҳатларида суяк майда бўлакларга ажралиб синади ва юмшоқ тўқималарда катта жароҳат ҳосил бўлади. Юмшоқ тўқималар титилиб, йиртилади. Ўқ теккан суяк молекуляр силжишга учраб, унда яллиғланиш реакцияси кечади. Ташқи кўздан кечиришда суякнинг ўзгарганлиги сезилмайди. Аммо ўткир қиррасини синдириб олганда, заррача ҳам қон чиқмайди, бу суяк трофикасининг бузилганлигини ва остеоцитларнинг ҳалок бўлганлигини билдиради. Бу ҳолда суякда некроз кечишига имкон яратадиган омиллар қуидагилардан иборат:

1. Суяк илигининг шикастланиши;
2. Қон-томирлари ички деворининг ёрилиши ва тромбозлар ҳосил бўлиши;
3. Атрофдаги тўқималарга қон қуидагилари;
4. Суякнинг юмшоқ тўқималардан ажралиб қолиши;
5. Суякка инфекция тушиши;
6. Жағнинг майда бўлакларга парчаланиб синиши;
7. Суяк ярасида йирингли яллиғланиш кечиши;
8. Молекуляр силкинишга учраган суякда некрозланишнинг бошланиши ва унинг атрофида яллиғланиш жараёнининг кечиши;
9. Суякда чуқур трофик ўзгаришлар кечиши.
10. Отилган травматик остеомиелитнинг кечишида ҳам ўткир, ўткир ости ва сурункали давр фарқланади.

**Ўткир даврнинг кечиши** бирламчи жарроҳлик ишловига боғлик. Ишлов берилаётганда тўқималарга чоклар зич қўйилмаган бўлса, яллиғланиш аста ривожланади. Яллиғланиш белгилари аста-секин камаяди. Агарда бирламчи жарроҳлик ишловида ярага чоклар зич қўйилган бўлса, қисқа вақт ичида абсцесс ва флегмона шаклланади.

**Даволаш:** чоклар олиниб, қўшимча кесма ўтказилади, йиринг чиқарилиб, яллиғланишга қарши даволаш чоралари кўрилади. 8-12 кун давомида ўткир яллиғланиш белгилари сусайиб, касаллик ўткир ости даврга ўтади.

**Ўткир ости даврда** йиринг билан майда суяк парчалари чиқиши мумкин. Яралардан оқма йўл шаклланиб, ичидан грануляцияли тўқима бўртиб чиқади. Некрозга учраган суяк соғ суяқдан ажрала бошлайди. Бу даврда даволаш чоралари, асосан, организмнинг ҳимоя кучларини ошириш ва яллиғланишнинг тарқалишини чегаралашга қаратилади. Секвестр атрофида янги остеоид тўқимадан секвестр қутиси шаклланади.

**Сурункали даврда** 6-8 ҳафтадан сўнг секвестрэктомия амалиёти ўтказилади: дастлаб бўлаклар четидан ташқаридаги фиброз капсула олиб ташланади. Секвестр билан бирга синиш чизигида турган тишлар ҳам олиб ташланади. Суякнинг бўлаклар четидаги склерозга учраган қисми камайгунча фреза билан кесилади. Яра оғиз бўшлиғидан чок қўйиб ажратилади. Зарур бўлса, яра ташқарисида ўрнатиладиган аппаратлар ёрдамида бўлаклар иммобилизация қилинади. Суякдаги нуқсон 2 см.дан ошганда суяк пластикаси амалиёти бажарилса, мақсадга мувофиқ бўлади.

***Отилган пастки жаг остеомиелитининг олдини олии чоралари қўйидагилардан иборат:***

- 1) Ярага ўз вақтида ва радикал жарроҳлик ишловини бериш.
- 2) Ярани синчковлик билан кўздан кечириш.
- 3) Синиш чизиги ва унинг атрофидаги сурункали йирингли ўчоғи бор тишларни олиб ташлаш.
- 4) Оғиз бўшлиғидан ярани етарли даражада ажратиш.
- 5) Бўлакларни мустаҳкам иммобилизация қилиш.
- 6) Самарали антимикроб ва умумқувватловчи медикаментоз даволаш чораларини кўриш.
- 7) Оғиз бўшлиғи тозалигини таъминлаш.

**Травматик гайморит** юқори жағ синганда, күпинча ўқли (отилган) жароҳатларда учрайди. Травматик гайморит юқори жағ бўшлиғи деворини ташкил қилган суюк бўлаклари бўшлиқ ичига тушиб қолиб, бирламчи жарроҳлик ишлови вақтида қолиб кетган ҳолларда ривожланади.

Бирламчи жарроҳлик ишлови ўтказилаётганда юқори жағ бўшлиғини очиш зарурати бўлмаса, шунингдек, рентген текшируvida гемосинусит аниқланса, пункция қилиб, қонни сўриб, ювиб ташланади ва антибиотиклар киритилади. Пункция нинаси орқали бўшлиққа катетер киритилиб, мунтазам ювиб, антибиотиклар юбориш мумкин. Юқори жағ бўшлиғининг деворлари синганда, одатда, кўз ости соҳасида абсцесс ёки флегмона ривожланиши ёки ўткир гайморит белгилари билан ўтади. Шу сабабли, бу даврда травматик гайморит ташхиси қўйилмайди. Ўткир йирингли жараён кесиб очилади ва яллигланишга қарши даволаш чоралари кўрилади.

Ўткир даврда ўтказилган даволашдан сўнг айрим беморларда яллигланиш ўткир ости даврга ўтади. Кесма ўтказилган жойда, олинган тиш, тикилган яра ўрнида оқма йўл шаклланади ва бу ҳолат – сурункали травматик гайморит ривожланганлигини билдиради. Травматик гайморитга хос белгилар эса қуйидагилардан иборат:

- 1) Бурундан нафас олиш қийинлашади.
- 2) Бурундан йирингли ажралма келади.
- 3) Бош оғрийди.
- 4) Юқори жағда оғирлик сезилади.
- 5) Кўз ости соҳасидаги тўқималарда шиш сезилади.
- 6) Чарчаш аломатлари пайдо бўлади.
- 7) Кўз ости, ёноқ соҳалари ўтув бурмасида оқма йўл борлиги аниқланади.
- 8) Риноскопияда бурун равоқларининг гипертрофияси кузатилади.
- 9) Бурун ўрта йўлида йиринг борлиги аниқланади.

**Травматик гайморитнинг шаклланишида қуйидаги сабаблар кўрсатилади:** жароҳат натижасида юқори жағ бўшлиғининг шиллик пардаси

йиртилиб, сүяқдан шилиниб ажралганидан сўнг, битиш жараёнида эпителиал юзаси ичига қайтарилиб битса, бўшлиқда полиплар ҳосил қиласи. Сүякнинг очилиб қолган соҳалари грануляцияли тўқима билан қопланади. Улар чандиққа айланади ва орасига тушиб қолган ёт жисмларни ўз ичига олади. Булар ҳаммаси юқори жағ бўшлиғида доимий яллигланиш жараёнининг кечишини таъминлайди ва оқма йўлни шакллантиради.

Травматик гайморит жарроҳлик усулида даволанади. Юқори жағ бўшлиғида радикал гайморотомия Колдуэл Люк усулида ўтказилади. Юқори жағ бўшлиғини тўлдириб турган полиплар, грануляцияли ва чандиқли тўқималар олиб ташланади, бўшлиқда ҳосил бўлган чўнтаклар очилиб, юқори жағ бўшлиғининг анатомик чегаралари тикланади. Бурўнга албатта бўшлиқдан тешик очилади.

Сурункали травматик гайморитнинг олдини олиш учун, аввало:

- 1) Ўқли жароҳатга иложи борича эрта ва тўлиқ ҳажмда бирламчи жарроҳлик ишловини бериш.
- 2) Юқори жағ бўшлиғини синчиклаб текшириб чиқиш, ёт жисмларни аниқлаб, олиб ташлаш.
- 3) Бўшлиқ шиллиқ пардасининг йиртилган, жонсиз қисмларини кесиб ташлаш.
- 4) Соғлом, аммо шилинган шиллиқ пардани жойига қайтариб, йодоформли тампон билан бостириб қўйиш.
- 5) Пастки бурун йўлига тешик очиш керак бўлади.

Отилган жароҳатлардан сўнг, келтирилган асоратлардан ташқари, ҳар хил, гоҳида ҳаётга хавф соладиган (менингит, сепсис, медиастенит, мия абсцесси) асоратларнинг айримлари функционал бузилишлар билан кечадиган юз нервининг шикастланиши билан боғлиқ мимика мушакларининг фалажи натижасида юздаги косметик нуқсонлар, баъзан юз бадбашаралик ҳолатига келганда эса, руҳий бузилишлар юзага келади.

## VIII БОБ. КУЙИШЛАР

### Термик (иссиқлиқдан) куйиш

Жароҳатлар орасида термик куйиш учинчи ўринни эгаллади. Куйишнинг 70%и майший куйиш гуруҳига киради (ёнаётган кийим, очиқ олов, қизиган предмет, қайноқ суюқлик, қайноқ буғ). Тинчлик давридаги юз ва бош соҳаларининг куйиши барча куйишларнинг 24,5% ини ташкил килади. Иккинчи жаҳон урушида улар юз-жаг ва бош соҳалари жароҳатларининг 3,5% ини ташкил қилган. Ядро қуроли ишлатилгандаги куйишлар барча жароҳатлар (механиқ куйиш ва нурланиш билан биргаликда) нинг 75% ини ташқи қилиши кутилади.

Уруш даврида портловчи снарядларнинг ёндирувчиси сифатида напалм, пирогел, термик оқ фосфор ишлатилган. Улар 800-2800<sup>0</sup>С ҳарорат беради. Бундай юқори ҳароратда хужайра шикастланиб, унинг таркибидағи оқсил, липид ва углеводларда тиклаб бўлмайдиган (қайтмас) ўзгаришлар содир бўлади. Маълумки, нерв толалари ва қон томирлари иссиқликтин яхши ўтказади, суяқдан эса, аксинча, иссиқлик яхши ўтмайди.

Куйиш даражаси жароҳатнинг чуқурлиги ва куйган жойнинг сатҳига бевосита боғлиқ. Юзнинг сатҳи унинг устки тана сатхининг 3,12% ини, бошнинг сочли қисми қўшилганда эса – 6,11% ини ташкил килади.

Куйиш чуқурлиги 4 даражага бўлинган.

**1-даражали куйища** юз терисида эпидермис куяди, яллиғланиш аломатлари пайдо бўлади. Терида қизариш, шиш ва сезиларли оғриқ кузатилади, 2–3 кундан сўнг бундай белгилар камайиб, эпидермис қатлами пўст ташлайди, куйган соҳа юзаси эпителий билан қопланади, маълум вақт ичida куйган соҳада пигментация сакланиб туради, кейинчалик куйиш ўрни битиб, изи ҳам қолмайди.

**2-даражада** терининг эпидермиси ва сўргичсимон қатлами куяди. Куйган сатҳда тери қизариб, пуфакчалар ҳосил бўлади ва уларнинг ичida тиник сарғиш суюқлик тўпланади. Пуфакча остида қизил ёки пушти рангдаги

тўқима кўриниб туради ва сезиларли оғриқ кузатилади, шундан сўнг 1-2 ҳафта ичида яра чандиқсиз битади.

***3-даражадаги куйши, ўз навбатида, қуийидаги икки тоифага бўлиниади.***

• **За-даражада** терининг эпидермиси ҳамда сўрғичсимон ва тўрсимон қатламлари шикастланади. Соч ва тер безлари сақланиб қолади. Куйган теридаги пуфакчалар қасмок (қорақўтири) билан қопланади, бунда уларнинг иккиси ҳам айни бир вақтда кузатилиши мумкин. Пуфакчалар катта-катта бўлиб, ичи сарғиш желесифат суюқлик билан тўлган бўлади. Пуфакча остида тўқ пушти рангда куйган тўқима кўринади. Оғриқ сезиш сақланган ёки бироз пасайган бўлади. Яра устидаги қўтири мум, оч сарғиш ёки жигар ранг тусда бўлади. Юзаси – эластик, оғриқ сезиш бироз пасайган, қўл тегизганда (тактил) сезувчанлик сақланган.

Бу даражадаги куйишида яра 4-6 ҳафта мобайнида мустақил эпителIALIZациялашиб, юмшоқ чандиқ билан қопланади. Айрим ҳолларда функционал ўзгаришларни келтириб чиқарадиган келлоидли чандиқ ҳосил бўлади.

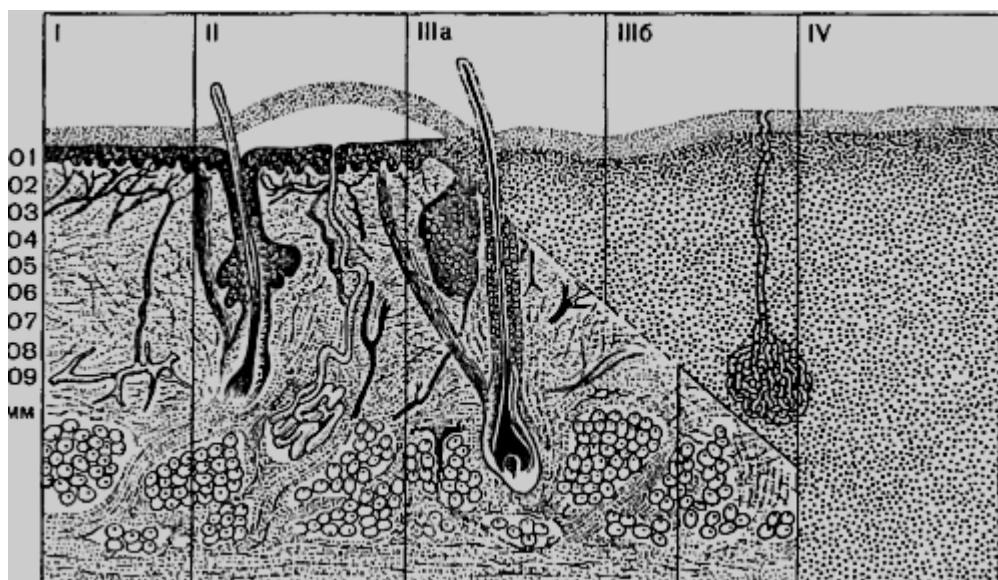
• **3б-даражадаги** куйишида эпидермис, дерма ва унинг таркибидаги тер безлари вайрон бўлади ва бу жараён чукур тўқималарга ҳам ўтиши мумкин. Куйган соҳа юзаси сарғиш, кулранг ёки жигар ранг тусда бўлади. Зб – даражадаги куйиш соҳаси тўқроқ қўтири билан қопланади.

Ҳосил бўлаётган пуфаклар геморрагик суюқлик билан тўлади. Яра туби қуруқ, хира оқ доғли рангда, айрим ҳолларда – мармар тусига эга бўлади. Оғриқни сезиш ҳисси анча пасайган ёки умуман сезилмайди. Қўтири кўчганидан сўнг ҳосил бўлган грануляцияли тўқима қўпол чандиқ билан қопланади. Яранинг битиш муддати унинг кенглиги ва чукурлигига боғлик бўлади.

**4-даражадаги** куйишида эпидермис ва дерма билан бирга тери ости ёғ клетчаткаси, фасциялар, мушаклар ва баъзан сужек ҳам куяди. Куйган юза қаттиқ некротик, ҳар хил калинликдаги қора ёки жигар ранг қўтири билан қопланган бўлади. Оғриқни умуман сезмайди. Бир неча соат ўтгач, куйган

тўқималар кўмирга ўхшаб қорайиб қолади. Шундан сўнг чегара кўринади. Катта нуқсонлар ҳосил бўлади. Битиш жараёни жуда секин кечади.

Куйишнинг 1, 2, 3-да даражалари юза қуиши ҳисобланади, чунки эпидермис ва дерманинг сақланиб қолган ҳужайралари куйган яра юзасининг эпителиал қопланишини таъминлайди. Куйишнинг 3б ва 4 – даражалари чуқур қуиши деб аталади ва бундай яралар ўзича битмайди (88- расм).



88– расм. Куйиш даражалари схематик куриниши

### Куйишни ташхислаш

Куйган соҳага ён томондан қараш керак. Юза куйган тўқима шишиб, соғлом тўқимага нисбатан кўтарилиб қолади. Яра юзаси нам бўлиб, яраклаб туради. Чуқур куйган жароҳат юзаси эса қуруқ, зич ёки буришган ва атрофдаги соғлом тўқимага нисбатан пастроқ, яъни (чўккан) ҳолатида бўлади. Куйиш чуқурлигини оғриқни сезиш ҳисси орқали аниқлаш мумкин. Бемор куйишнинг 1-За-даражаларида оғриқни сезмайди, 3б ва 4- даражада бутунлай сезмайди. Куйиш чегараси ва чуқурлиги 1-2- ҳафтанинг охирига бориб аниқ намоён бўлади.

Жароҳатнинг оғирлигини баҳолаш учун куйиш чуқурлиги ва майдонининг тана юзасига нисбатан неча фоиз эканлигини аниқлаш керак.

Амалиётда куйиш сатҳини аниқлаш учун «тўққизлик» ва «кафт» қодидалари ишлатилади. Шу қоидага кўра, бош, бўйин, қўллар сатҳи тананинг

9% ига тенг, гавданинг олди ва орқаси – 18% (2 марта 9%) га, катта одамнинг кафти эса – 1% деб қабул қилинган.

Беморнинг оғирлик даражаси унинг ёши ва юқори нафас йўлларининг қанчалик куйганлиги билан аниқланади. Амалда бир bemorning юза ва чуқур куйиши юқори нафас йўлларининг жароҳати билан биргаликда ва бундай жароҳатсиз кечиши мумкин.

Куйиш жароҳатини аниқлашда жароҳат оғирлиги индекси (ЖОИ) ёрдам беради. Шу чизмага кўра, 1% сатхининг 2,3-даражадаги куйиши битта бирликка тенг, 1% сатхининг 3б,4-даражадаги куйиши эса – 3 бирликка тенг. Биринчи даражадаги куйиш ҳисобга олинмайди. Агарда юқори нафас йўллари куйган бўлса, 30 бирлик қўшилади.

## **Куйиш касаллиги**

Катта одам танасининг 15% и, болалар ва қариялар танасининг 10% и, чуқур куйганда куйиш касаллиги ривожланади. Юза ва сатҳи чегараланган чуқур куйишда бу касаллик ривожланмайди. Алоҳида бош, юз ва бўйин сатҳларининг куйишида куйиш касаллиги камдан-кам ривожланади.

Куйиш касаллигининг 4 даври фарқланади:

- 1 – куйиш шоки (карахтлик);
- 2 – ўткир – токсемия даври;
- 3 – септикотоксемия даври;
- 4 – реконвалесценсия даври.

## **Бош, юз ва бўйин қўйишининг хусусиятлари**

Юз майдони тананинг 3,12% ини ташкил қиласи. Куйиш сатҳи ва даражаси термик оқимнинг йўналиши ва у таъсири этган соҳанинг анатомик тузилишига боғлиқ. Юз рельефи нотекис (бўртган, кирган) бўлиб, тери бир жойда қалин бўлса, бир жойда – юпқа. Шунинг учун, айнан бир термик оқим таъсирида ҳам тўқималар ҳар хил даражада куяди.

Фронтал текислиқда тепадан пастга йўналган аланга пешона, қош, қулоқлар, бурун ва ёноқ соҳаларини чуқур куйдирди, аммо шу аланга таъсирида қовоқлар юза қуяди. Аланга пастдан юқорига йўналган бўлса, – даҳан, лунж, лаблар, бурун учи ва қулоқ супралари нафас йўллари билан биргаликда куяди. Бундай куйишда дастлабки соатларда беморнинг аҳволи кучли оғриқ ва шиш ҳисобига оғирлашади. Куйиш чукурлиги ҳар хил бўлганида клиник манзара ҳам шўнга яраша хилма-хил бўлади.

**Пешона** чуқур куйганда пешона суюгининг ташқи кортикал пластинкаси некрозга учраб, фронтит ривожланиши ва мазкур жараённинг мия қаттиқ пардасига ўтиш хавфи туғилади.

**Қош куйганда** унинг ўрнини энсиз чандик эгаллайди ва кейинчалик у ердан қош туклари чиқмайди. Юқори қовоқ тортилиб, ағдарилади.

**Қулоқ супралари кўпинча** тоғайгача чуқур куяди. Айрим ҳолларда тоғай бутунлай куйиб тушади. Сакланиб қолган қисмида хондрит ривожланиб, тўқималар қизариб шишади ва оғрийди. Жонсизланган ва ажралган тўқима ўрнида қулоқ супрасида нуқсон ҳосил бўлиб, шакли бузилади. Қулоқ супраси соҳаси ялпи (тотал) куйган бўлса, унинг сакланиб қолган қисми қаттиқ, оғриқсиз, ҳар хил рангда бўлади.

**Бурун.** Аланга, одатда, бурун учи, қанотлари ва учбурчак тоғайнни куйдирди ва, шу аснода, хондрит ривожланади. Некрозга учраган тўқималар ажралганидан сўнг, бурунда нуқсон ва чандикли шакл бузилиши кузатилади.

Лунж ва ёноқ соҳасидаги юмшоқ тўқималар аланга таъсирида қулоқ олди сўлак бези фасциясигача, гоҳида безгача куйиши мумкин. Некроздан тозаланганидан сўнг, чандиклар пастки қовоқнинг ағдарилишига ва оғиз бурчагининг ташқарига сурилишига олиб келади. Ёноқ суяги некрозга учраши мумкин.

**Лаблар** куйганда лабнинг қизил ҳошияси некрозга учрайди ва тикланмайди. Яра устида пўстлоқ ҳосил бўлади. Лабларнинг ҳаракатидан пўстлоқ тагидаги яра ёрилади, қонайди, оғриқ турди, овқат қабул қилишда катта қийинчилик юзага келади. Шиш ҳисобига лабнинг қизил ҳошияси

ағдарилади ва натижада, лаблар «балиқ оғиз» га ўхшаб қолади. Лаблар бурчаклардан бир-бири билан тортилиб битиши эвазига оғиз тор бўлиб, қолади.

**Қовоқлар.** Юз қуйганда камроқ шикастланади. Қовоқ мушакларининг рефлекслари қисқариши ҳисобига тери йигилади ва куйиш сатҳи камаяди. Аланганинг ҳарорати баланд бўлса, қовоқлар ялпи қувиши ҳам мумкин. Киприк қирраси некрозга учраб, усти йирингли пўстлоқ билан қопланади, киприк туклари қийшайиб, кўз шиллик пардасини шикастлайди ва кератит касаллигини келтириб чиқаради. Яра битишида ҳосил бўлаётган чандиқлар қовоқларнинг ағдарилишига олиб келади.

Бошнинг сочли қисми ҳар хил чуқурликда куяди.

Бош терисидаги соч 3-даражали куйишида ҳам сақланиб колади. Чуқур куйганда калла суяги некрозга учрайди ва ўлган сүякнинг ажралиш жараёни узоқ давом этади. Имконият туғилиши билан секвестрни олиб ташлаб, унинг ўрнига тери кўчириб ўтқазиш керак.

**Бўйин.** Одатда, юзнинг пастки учдан бир қисми ва кўкрак қафаси билан биргаликда куяди. Кўпинча, бўйиннинг олд томони, айрим ҳолларда – ён томонлари, камдан-кам ҳолларда – орқа томони куяди. Куйиш чуқурлиги бўйинда ҳар хил бўлиши мумкин.

Бўйин териси юпқа бўлганлиги боис, мазкур соҳа ҳар қандай куйганда тери ости мушаги ҳам куяди. Чуқур чандиқлар ҳосил бўлади. Даҳан кўкрак қафасига тортилади. Куйган яра битиб, даҳан кўкрак қафасига ёпишиб қолади, бош ҳаракати чегараланади. Пастки лаб тортилиб, пастга ағдарилади, оғиз очилиб қолади ва доим сўлак оқиб туради.

Аланга ичидаги қолган одам қизиган ҳаво билан нафас олиши натижасида, оғиз, бурун, ҳалқум, кекирдак, трахея ва бронхларнинг шиллик пардаси юза куяди. Риноскопияда шиллик парда қизарган, шишган, айрим ҳолларда кулранг оқ караш билан қопланган, бурун ичидаги туклар куйган бўлади. Жабрланувчи узоқ вақт давомида ёпиқ хонада ёки ўрмондаги ёнғинда қизиган ҳаво нафас олганда оғиз, бурун, ҳалқум, кекирдак, трахея ва бронхлар шиллик пардаси куяди. Қизиган ҳаво билан ёнаётган модда зарра-

чалари нафас йўлларига таъсир қилиб, йўтал чақиради, балғам билан биргаликда қора куя ажралади. Натижада, ўткир нафас етишмовчилиги юзага келиши мумкин.

**Даволаш.** Юза куйган одамга маҳаллий ва умумий даволаш чоралари ўтказилади. Биринчи тиббий ёрдам ҳодиса рўй берган жойда (ўз-ўзига, ёки атрофдагилар ёрдамида (берилади). Бунда дастлаб термик агентнинг таъсирини зудлик билан тўхтатиш, яъни сув қуйиб, брезент ёки чойшаб ташлаб ўчириш, қорга, қумга кўмиб ташлаш керак бўлади.

Кийимлар ёнаётган бўлса, шу заҳоти ерга ётқизиб, ёнбошлитиб, алангани ўчириш (тик турганда юз-бўйин кўпроқ қўяди) ва кийимларни ечиб, кесиб ташлаш, куйган соҳага совуқ билан таъсир кўрсатиш (муздек сувни кетма-кет сепиш, яхлаган нарсаларни бостириш, ҳўл мато билан ўраш) керак бўлади. Тезкорлик билан ўтказилган бундай тадбирлар тери ости клетчаткасининг 1см. чуқурликдаги ҳароратини 20 сонияда дастлабки ҳолатига келтиради (совутилмаса, ўз ҳолига келишига 14 минут кетади). Куйдирувчи агентнинг таъсири бартараф қилинса ҳам, тери остидаги тўқималарнинг ҳарорати ошиб боради. Шу боис совуқ билан кўрсатиладиган таъсирини давом эттириш лозим. Иложи бўлмаса, очиқ қолдириб, ҳаво билан совутишга имкон бериш керак.

**Врачгача ёрдам.** Ўрта тиббиёт ходими наркотик ва нонаркотик - аналгетикларни ҳамда юрак-қон томирлари тизимига таъсир кўрсатувчи препаратларни киритиши зарур. Бундай ҳолларда куйган беморга зудлик билан қоқшолга қарши вакцина ёки анатоксин киритилади. Куйганга кўп миқдорда (0,5-2 л) сув ичирилади ва бўнга бир литр сувда албатта 1 чой қошиқда ош тузи ва 0,5 қошиқ ичимлик содаси эритилиши керак (ёки 5,5 г ош тузига 4 г ичимлик содаси). Тоза сувни 0,5 литрдан кўп ичиш мумкин эмас, акс ҳолда сувдан захарланиш мумкин.

Куйган bemорни транспортировка килиш зарур бўлса, юзга асептик боғлам қўйилади. Юза куйганда терига вазелин суртилади.

*Шуни ётда тутши керакки, биринчи ёрдам қўрсатаётганда, ёғли асосдаги малҳамларни суртиши, буришириувчи моддалар, метилен кўки ва яшил бриллиантни ишлатмаслик керак. Чунки улар ярага ишлов берииш ва куйши чуқурлигини аниқлашини қийинлаштириб қўяди.*

Стационар шароитида 1-ва 2-даражада куйган майдони тананинг 10% идан ошган ва аҳволи оғир бўлган bemорлар даволанади. Юзи ва нафас йўллари куйиб, ҳаёти хавф остида қолган bemорлар госпиталь шароитида шошилинч тиббий ёрдамга муҳтоҷ бўлишади. Агарда юқори нафас йўллари, трахея ва бронхлар шикастланган бўлса,-ю, аммо bemорда асфиксия белгилари кузатилмаса, трахеостома қўйишга шошилиш керак эмас, чунки бунда аҳвол янада оғирлашади. Асосан консерватив даволаш чоралари, яъни (юрак-қон томирларига таъсир этувчи воситалар, бронхолитиклар, кортикостероидлар, гормонлар; кислород билан нафас олдириш амаллари) ўtkазилади. Оғиз бўшлиғи 3-5%ли натрий гидрокарбонат эритмаси билан ювилади. Коқшолга қарши (эмланмаган бўлса) зардоб юборилади, антибактериал даволаш чоралари буюрилади. Куйган ярага эҳтиётлик билан қуидагича ишлов берилади: соғлом тери ва яра совунли сув билан ювилади, фурациллин эритмаси билан ишлов берилиб, соғлом тери 96<sup>0</sup>C ли спирт билан артилади, ёрилган пуфакчаларнинг четлари кесиб ташланади. Ёрилмаган пуфакчалар ичидаги суюқлик чиқарилиб, устидаги пўсти ярага ёпишириллади ва у биологик боғлам вазифасини бажаради. Пуфакча ичидаги суюқлик йириингласа, ичидаги суюқлик чиқарилиб, ўзи кесиб ташланади. Юздаги куйган яра, одатда, очик усуlda олиб борилади. Бу ҳолда ярада эпителизацияланишни кучайтирадиган, бактериостатик хусусиятларга эга бўлган ва тўқимага салбий таъсир қўрсатмайдиган малҳамлар суртилади. 1 – даражали куйишда терини намловчи ланолинли крем, 2%ли борли вазелин, преднизолонли ёки бошка кортикостероид малҳамлар суртилади. Боғлам учун 10%ли синтомицин эмульсияси, 1%ли гентамицинли, 0,5%ли фурациллинли, 10%ли анестезинли ва бошқа малҳамлар ишлатилиши мумкин.

За-ва 4-даражадаги куйишда даволанишнинг асосий мақсади куйган тўқимани қуритиб, унинг соғлом тўқимадан ажралишини тезлаштиришдан иборат. Шу мақсадда антибиотиклар ва антисептиклар билан боғламлар қўйилади. Куйган тўқима ажралганидан сўнг, За-даражада куйган ярага кератопластик хусиятларга эга бўлган ёғли боғламлар қўйилади, физиотерапевтик муолажалар, (УБ) ультрабинафша нурлантириш ўтказилади. Юз чуқур куйганда, токи соғлом ва шикастланган тўқима бир-биридан аниқ чегара билан ажралмагунча, бирламчи ва эрта некроэктомия ўтказилмайди. Аммо даволаш жараёнида жонсиз тўқима бир чеккадан кесиб олиб ташланади. Тўлиқ некроэктомиядан сўнг йирингли ажралмалар тугаб, майда донали, пушти ранг грануляциялар ҳосил бўлади. Яра четидан ёш эпителий ўсишни бошланганда bemor танасидан тери эркин кўчириб ўтқазилади ва яра ёпилади. Бунинг учун яхлит, қалинлиги 0,3-0,4 см келадиган тери дерматомда олиниб, яра устига ўтқазилади.

Қовоқлар ва кўз шиллиқ пардаси 1 ва 2-даражада куйганда яра соҳаси 1% ли новокаин эритмаси билан ювилиб, 30%ли альбуцид эритмаси томизилади ва конъюнктивал халталарга суткасига 2 марта гидрокортизонли, тетрациклин ва левомеколли малҳам суртилади. Оғриқни қолдириш учун 0,25%ли дикаин эритмаси томизилади ёки маҳсус оғриқсизлантирувчи ва антибактериал таъсири бўлган пленка ишлатилади.

**Қулоқ супраси куйганда,** тоғай усти пардаси ва тоғай орасида ийғилган суюқлик шприц билан тортиб олинса, тоғайда перихондрит ривожланишининг олди олинади. Ажралма йирингли бўлса, кесиб очилади ва резина чиқаргич қолдирилади. Йиринглаш қулоқ супрасининг бутунлай узилиб тушиши ёки шаклининг бузилишига олиб келади. Қулоқнинг ташқи эшитув йўли бутунлай битиб, эшитиш пасайиши мумкин.

**Бошнинг сочли қисми чуқур куйса,** куйиш чегарасидан 5–7 см. гача оралиқдаги соchlар кесилиб, қириб ташланади ва яра антисептиклар билан ювилиб, соғлом терига спирт билан ишлов берилади. Мабодо, 1–2 кундан сўнг суяқ усти пардасининг некрозга учраганлик белгилари аниqlаниб

қолгудай бўлса, кесиб олиб ташланади. Суяк қобиги сақланиб қолган бўлса, тери билан қоплаш мумкин.

Чуқур қуйганда сувакнинг ташқи кортикал пластинкаси некрозга учрайди. Унинг ажралишини кутмасдан, дарҳол олиб ташланади. Сувакнинг говаксимон қисмида грануляцияли тўқима ўсиб чиқади ва, шундан сўнггина, унинг устига тери ўтқазса бўлади (89-расм).

Лаблар, даҳан, даҳан ости, лунж соҳалари чуқур қуйганда ярани ёпиш учун Филатов бандини олдиндан тайёрлаб қўйиш керак. Шунда реабилитация муддатини қисқартириш мумкин бўлади. Чандиқли контрактуранинг олдини олишда даволашнинг функционал усулларидан фойдаланишнинг аҳамияти катта.



89- расм. А-Юзни тирмек қўйиши; Б- юзни электр токидан қўйиши.

### Электр токидан қўйиш

Электр токининг тўқима билан алоқага киришган жойида электр энергияси иссиқликка айланади. Шу пайт ҳарорат  $3000\text{--}4000^{\circ}\text{C}$  гача кўтарилади ва электр токидан кўйиш ҳодисаси содир бўлади. Маҳаллий ўзгаришлардан ташқари бошқа бир қанча аъзолар, хусусан биринчи галда, юрак – қон томир ва нафас олиш тизимлари фаолияти издан чиқади. Электр токи қисқа муддатда таъсир этганида ҳам, нафас олиш тўхтаб, юрак мушакларининг фибрилляцияси юзага келади.

Электр жароҳатида мушаклар титраб-қақшаб қисқаради ва одам 1-ҳамда 2-даражали кўйишда ҳушдан кетмайди, 3-даражадаги кўйишда эса ҳушдан кетиб, юрак фаолияти бузилади, 4-даражада – клиник ўлим юзага келади.

***Электр токидан кўйишнинг бир қатор ўзига хос хусусиятлари қўйидагилардан иборат:***

1. Кўйиш майдони электр токини ўтказувчи юзага боғлиқ – у нуктадек тешик(ток белгиси)дан то катта майдонни эгаллаган ярагача бўлиши мумкин.
2. «Ток белгиси» терида оғриқсиз, қуруқ, кулранг-оқимтири, ёки жигар ранг тусдаги чегараланган яра бўлиб, атрофдаги соғлом тўқимадан кескин ажралиб туради.
3. Электр токидан кўйиш доимо чуқур бўлади, ток терини, тери ости ёғ қатламини ва мушакларни суюккача қўйдиради.
4. Ток терида кичик майдондан кириб, тери ости қатламларида ёнламасига кенгайиб тарқалади ва катта майдонни эгаллайди.
5. Тўқималарнинг электр токига қаршилик кўрсатиш хусусияти ҳар хил бўлганлиги сабабли, учун қон билан таъминланишининг бузилиши ҳам шўнга яраша турлича бўлади.
6. Чуқур жойлашган тўқималарнинг вайрон бўлиши натижасида интоксикация белгилари сезиларли бўлади.
7. Иккиламчи инфекция қўшилганда чуқур абсцесс ва флегмона ривожланади.

8. Йирик қон томирлари 2-4 ҳафтадан сўнг эрозияга учраб, кечиккан қонаш юзага келади.

9. Юзнинг электр билан куйган яраси кам оғриқли бўлади ёки оғриқ умуман сезилмайди.

10. Куйган тўқима атрофида шиш ва қизариш бўлмайди.

11. Яра йирингли инфекцияга чидамли бўлади.

12. Электр токи таъсирида юзага келган трофик ўзгаришлар регенерациини сусайтиради.

***Электр токидан куяётган одамга кўрсатиладиган дастлабки ёрдамдан қуийдагиларни ўз ичига олади:***

1) Токни хар қандай усул билан (албатта, ўзига нисбатан эҳтиёт чораларини кўрган ҳолда) узиб ташлаш;

2) Мустақил нафас олиш ва юрак уриши тўхтаган бўлса, зудлик билан жонлантириш чоралари кўрилади: юракнинг ёпик массажи, «оғиздан-оғизга», «оғиздан –оғиз-бурўнга» усулида сунъий нафас олдириш;

3) Электр токидан куийш даражасидан қатъи, назар bemor реанимация бўлимига ётқизилиши шарт;

4) Маҳаллий даволаш чоралари термик куийшда кўрсатиб ўтилгани каби ўтказилади.

## **Кимёвий куийш**

Кимёвий куийш турмушда баҳтсиз ҳодиса, ишлаб чиқаришда терига кислота (азот, сульфид), ишқорлар (натрий, калий, металл ишқорлари) ва оғир металл тузлари (кумуш нитрати, рух хлориди) нинг таъсир кўрсатиши натижасида содир бўлиши мумкин. Куийш чуқурлиги кимёвий модданинг концентрацияси, ҳарорати, тери билан бўлган kontaktининг давомийлиги сингари омилларга боғлиқ.

Кимёвий куийш термик (иссиқлик) куийшдан фарқ қиласи. Биринчи галда, у кимёвий моддага боғлиқ. Кислоталар терини бужмайтириб қуритади, ишқорлар – пилчиллатиб юмшатади. Иккиси ҳам атрофдаги соғлом тўқимада

микроциркуляцияни ва трофикани бузади, шунинг ҳисобига кимёвий куйган яра термик ярага нисбатан суст битади.

Кислота ва оғир металларнинг тузлари таъсирида қуйган терида коагуляцион (қуруқ) некроз кечади, оқсиллар парчаланиб, тўқима сувсизланади ва жонсиз (ўлик) соҳалар ҳосил бўлади. Сульфат кислотадан куйган тери жигар ранг ёки қора; хлорид кислотасидан куйганда – сарғиш; фтор-водородли кислотадан куйган бўлса, – кулранг ёки оқ тус олади. Ишқор билан куйган тўқимада **колликацион (нам) некроз** шаклланади. Ишқорлар оқсилни парчалайди ва ишқорий протеинлар ҳосил қиласди, улар ёғларни кўпиртиради. Терига тушган ишқор дастлаб эпидермисни парчалайди. Эрозия сатҳи тўқ пушти ранг олади. Ишқор сизилиб чуқур тўқималарга сингийди ва уларда бир неча кун қолиб, заҳарли альбуминатлар ҳосил қиласди. Тўқималарда некроз юзага келади. Ишқорлар секин сўрилиб, чуқур таъсир этганлиги боис, тўқималарга кислоталардан кўра чукурроқ таъсир кўрсатади.

Шунинг учун ишқордан куйиш чукурлиги анча кеч аниқланади.

Бу борадаги биринчи ёрдам теридан кимёвий моддани зудлик билан олиб (ювиб) ташлаш, унинг организмдаги концентрациясини камайтириш, куйган соҳа ҳароратини пасайтириш, шунингдек, энг оддий ва яхши самара берувчи усулдан фойдаланиш, яъни жароҳат юзасини оқиб турган сув билан 20-30 дақиқа ювиш каби амалларни ўз ичига олади.

**Ёдда тутинг! Бўктирилмаган оҳак ва концентрацияси баланд сульфид кислота сувга қўшилганда кимёвий реакцияга кириши, иссиқлик чиқаради ва бу ҳолат қўшимча жароҳатланишига сабабчи бўлиши мумкин. Диэтил алюминий гидриди ва триэтилалюминий сув билан қўшилса, аланга беради.**

Кимёвий куйиш даражаси модданинг тери билан бўлган контакт давомийлигига боғлиқ бўлади. Шу боисдан, барча ҳаракатлар кимёвий моддани (қўшимча кимёвий модда қайси гурухга мансублигини аниқлаш кўпинча мумкин бўлмайди) сув билан ювиб ташлашга қаратилади. Бунда нейтралловчи эритмалар билан ювиш даволаш муассасаларида бажарилади.

Кимёвий агент аниқланганидан сўнг, уни нейтраллаш чоралари ўтказилади. Кислота куйдирган бўлса, 2%-5% ли натрий гидрокарбонат эритмаси билан, ишқор куйдирган бўлса, – 1-2% ли уксус, лимон кислотаси эритмалари билан боғлам қўйилади.

Бемор шифохонага кечиктириб келтирилган бўлса, ярага малҳамлардан боғлам қўйилади. Кимёвий моддадан заҳарланиш белгилари намоён бўлса, дезинтоксикацион даволаш чоралари кўрилиб, антидотлар буюрилади.

## **Музлаш (совуқ олиш)**

Музлаш – ўта паст ҳарорат таъсирида юзага келади. Совуқ юзнинг бўртиб чиққан қисмлари: бурун, кулок, ёноқ ва лунжни музлатади. Кулок ва бурун тоғайлари совуққа айниқса чидамсиз бўлади. Агарда терида кичик бир шикаст бўлса, биринчи галда тоғайда совуқдан перихондрит ривожланади ва у узоқ давом этиб, кулок ва буруннинг шаклини ўзгартириб юборади.

Юз суяклари камдан-кам музлайди. Болалар музлаган темир жисмларни оғизга олганларида лаблар ва тилни совуқ олдиришлари мумкин. Агарда организмдаги табиий терморегуляция бузилса, юқори намлик шароити ва мўътадил ҳароратда ҳам тўқималар музлаши мумкин.

Паст ҳарорат тўқималарга чуқур таъсир этади. Музлашда тўқималарда содир бўладиган патологик ўзгаришлар қўйидагилардан иборат бўлади:

**а) тўқималарда гипотермия даври** (яширин, клиник белгиларсиз кечади). Беморлар бу даврда музлаган соҳада санчиқ, ачишиб оғриш, кейинчалик оғриқни сезмасликдан шикоят қиласидилар. Кўпчилик совуқ олганини билмай қолади. Шу даврда тери оқариб, устидаги ҳарорат пасаяди ва bemor оғриқни сезмай қолади;

**б) тўқималар исиганидан кейин реактивлик даври** (музлаган тўқимада қон томирлари торайиши ва тромблар ҳосил бўлиши натижасида яллигланиш ва некроз кечади) бошланади. Совуқ олган тўқималарда сезиларли оғриқ туради ва музлаш даражаси билан боғлиқ бўлган қўйидаги кли-

ник белгилар юзага кела бошлайди: тўқимада шиш, қизариш, оғриқ пайдо бўлади. Пуфакчалар ҳосил бўлади.

Совуқ олиш (музлаш)нинг 4 хил даражаси фарқланади:

**1-даража.** Тўқималар жонсизланмайди, ҳамма ўзгаришлар кайта тикланади. **Шикоятлар:** bemor қичишишга, ачишиб оғриш, сезувчанликнинг бузилиши ва аъзоларнинг увишиб қолганлигидан шикоят қиласди (парестезия). **Клиник манзараси:** тери бироз қизариб, кўкимтири тус олади. Тўқималар шишади, 3-7 кун орасида юқорида келтирилган ўзгаришлар орқага қайтади, терида эпидермис пўст ташлаб, янги эпителий билан қопланади.

**2-даражали** совуқ олишда эпидермис ўлади (жонсизланади), юқорида келтирилган **шикоятлардан** ташкари, кечаси (тунда) оғриқ кучаяди ва узлуксиз давом этади. **Клиник манзараси:** жонсиз эпидермис ажралиб ичи сарғиш ёки геморрагик суюқликка тўлган битта ёки бир нечта пуфакча ҳосил бўлади. Пуфакчанинг усти олиб ташланса, тубида тўқ пушти рангли, оғрикли дерма кўринади. 2-даражада қуйган яра 10-15 кунда соғлом теридан ўсиб кирган эпителий билан қопланади.

**3-даражали** совуқ олганда, терининг ҳамма қатламлари ва остидаги тўқималар жонсизланади. **Шикоятлар:** bemor кучли, давомли оғриқ ва парестезиядан шикоят қиласди. **Клиник манзараси:** музлаган соҳада геморрагик суюқликка тўлган пуфакчалар ҳосил бўлади. Пуфакча остида қорамтири, кулранг тусдаги дермани кўриш мумкин. Ёрилган пуфакча ўрнида 6-7 кунда жонсиз хужайралардан иборат қорақўтири ҳосил бўлади. 3-4 хафтадан сўнг кўтири ажралиб, ўрнида грануляцияли яра ҳосил бўлади. Қисман – четидан ўсиб кирган эпителий, қисман – чандик ҳисобига яра битади.

**4-даражали** совуқ олганда юмшоқ тўқималар, баъзан суюк ҳам шикастланади. **Шикоятлар:** юқорида айтиб ўтилган 3-даражадаги сингари бўлади. **Клиник манзараси:** жонсизланган тўқима атрофида сезиларли шиш пайдо бўлиб, жонсиз тўқималар қора қўтири билан қопланади. Қўтири астасекин ажралади. Беморнинг аҳволи ғоят оғир бўлиб, унда токсинлар билан заҳарланиш белгилари намоён бўлади. Орадан 5-7 кун ўтгач, 3- ёки 4- дара-

жадаги куйиш аниқланади. 4 чи даражадаги куйиш оқибатида юзнинг катта бир қисми, одатда, бурун, қулоқлар, лунж, ёноқ соҳаси, юмшоқ тўқималар узилиб тушади.

**Совуқ олганда ёрдам кўрсатиши.** Ўз вақтида ва тўғри (реактив-лиқдан олдин) ёрдам кўрсатилса, тўқималарда содир бўладиган салбий ўзгаришларнинг олдини олиш ва қайтариш мумкин. Тўқималардаги қон айланishi қанчалик тез тикланса ва гипотермия даври қисқа бўлса, асоратлар шунчалик кам бўлади. Совуқ олган соҳани кафт билан ёки юмшоқ фланель, жун мато билан оқарган терига ранг кириб исигунча уқаланади.

Тери спирт ёки йоднинг спиртли эритмаси билан артилади ҳамда ўнга вазелин ёки мой суртилади ва иситувчи боғлам қўйилади. Совуқ олганларнинг барчасига қоқшолга қарши зардоб юборилади. *Қор билан ишқалаш тавсия этилмайди*, чунки бунда тўқима янада совийди ва жароҳат кучаяди. Қор заррачалари терини тирнаб, тўқимага инфекция тушиши учун қулай имконият яратади.

Агарда совуқ олган соҳада пуфакчалар ҳосил бўлса, уларни ёрмаган маъқул. Ичидаги суюқлик йирингласа, очилади. Ярага антибиотикили малҳамлар билан боғлам қўйилади. З-даражали музлаш белгилари намоён бўлса, жароҳат юзасига 5%ли йод эритмасини суртиб, малҳамлар билан боғлам қўйилади, вақти-вақти билан антисептиклар воситасида ювиб турилади. Қўтир ажралганидан сўнг, ярада грануляцияли тўқима ҳосил бўлиб, четларидан эпителиал ҳужайралар ўсиб киргўнга қадар малҳамли боғламлар қўйилади, кейин очиқ ҳолда даволаш чоралари кўрилади. 4-даражали совуқ олиш оқибатида ҳосил бўлган нуқсонлар реконструктив тиклов операциялари ёрдамида тикланади. Бир марта совуқ олган тўқиманинг совуқка чидамлилик хусусияти сезиларли даражада пасаяди. Қайтадан қисқа таъсир этган паст ҳарорат ҳам тўқиманинг жиддий совуқ олишига олиб келади.

## **Юз ва оғиз бўшлиғи аъзоларининг биргаликдаги турли жароҳатланишлари**

Иккита ва ундан ортиқ жароҳатловчи омиллар таъсирида юзага келгандык жароҳат ***биргаликдаги ёки комбинацияланган жароҳат*** деб аталади. Радиация билан биргаликдаги жароҳат деганда, нурланиш касаллигини келтириб чиқариши мүмкін бўлган шароитдаги ўқли ёки ўқсиз жароҳат назарда тутилади. Нур касаллиги ташқаридан таъсир этган γ заррачалар, кучли рентген нурлари, ёки организмга яра, нафас йўли ва овқат ҳазм қилиш тизими орқали тушган α ва β-заррачалар таъсирида келиб чиқади. Радиоактив куйишни эса β-заррачалар ва юмшоқ рентген нурлари юзага келтиради.

Ўткир нур касаллигининг ривожланиш замирида бўлинаётган ёш хужайралар ва лимфоцитларнинг ҳалок бўлиши ётади. Нур касаллигининг намоён бўлиши тўқима ўзлаштирган ионли радиация дозасига боғлик. Нур касаллигига организмнинг иммун-биологик хусусиятлари кескин сусаяди ва тўқималарнинг репаратив имкониятлари пасаяди, яъни синган бўлакларнинг битиши сустлашиб, юмшоқ тўқималардаги яра аста-секинлик билан, ланж бўлиб, битади. Нур касаллиги жароҳати яранинг битишини сусайтиради, оғирлаштиради ва тузалишни орқага суради, яъни бунда бир-бирининг ҳолатини оғирлаштириш синдроми яққол кўзга ташланади.

Олинган радиация дозасига қараб, нур касаллигининг қуидаги даражалари фарқланади: енгил – одам 1-2 Гр. (1Гр – 100 рад) миқдорда нур олганда ривожланади; ўрта оғирлик – 2-4 Гр; оғир – 4-6 Гр; ҳаддан ташқари оғир – 6 Гр ва ундан кўп; 10 Гр ва ундан кўп дозадаги нур – ўлим миқдори саналиб, 1 Гр дан кам нур олганда эса, *нур жароҳати* деб аталади.

#### *Нур касаллигининг кечишида 4 давр фарқланади:*

**1-давр – бошланғич**, яъни бирламчи реакциялар даври бўлиб, бир неча соатдан 2 суткагача давом этади. Нурланган bemor ҳолсизлик, бош айланниши, бош оғриғи, оғиз қуриши, ташналик, таъм бузилишидан шикоят қиласи. Терида қизариш, тана ҳароратининг кўтарилиши, ҳансираш, юрак уришининг тезлашиши, қон босимининг тушиши аниқланади. Безовталик ва бетоқатлик, баъзиларда – ланжлик, уйқусираш, айрим bemorларда эса мушаклар тонусининг ошиши ва менингиал белгилар кузатилади. Ошқозоннинг

тутиб-тутиб, хуружсимон оғиши, қорин дам бўлиши, ичаклардаги ўтувчанлик бузилиши мумкин. Қонда лейкоцитлар сони ошади ва ЭЧВ узайганлиги аниқланади.

**2-давр яширин,** яъни латент нур касаллиги белгилари сезилмайдиган) давр бўлиб, у 12-14 кун (енгил ва ўрта оғирликда) давом этади.

Бошида аҳвол бир оз яхшилангандек бўлади, юқорида келтирилган шикоятлар ва касаллик аломатлари камаяди, қон кўрсаткичлари яхшиланади. Бирламчи кечикирилган ёки иккиласми (яра яллиғланган бўлса) жарроҳлик ишловини ўтказиш имконияти пайдо бўлади. Шу имкониятдан фойдаланиб, жарроҳлик амалиётини тўлиқ ҳажмда бажариш ва ярага зич чоклар қўйиш билан ишни тугатиш лозим. Шунда нур касаллиги ривожлангўнга кадар яралар битиб улгуради, бўлмаса арзимасдай бўлиб, кўринган кичик бир яра ҳам узоқ вақтгача битмай безовта қиласди.

Механик жароҳатланган тўқималарни новокаин билан блокада қилиш яхши натижа беради. Антибиотиклар албатта киритилади. Кечикирилган жарроҳлик ишлови (48 соатдан кўп) яллиғланишнинг олдини олмаса ҳам, ҳар ҳолда яранинг битиб кетиши учун қулай шароит яратади ва асоратлар камаяди. Бунда бирламчи жарроҳлик ишловини ўтказаётганда эътибор бериш керак бўлган амаллар қўйидагилардан иборат:

- 1) Майда лахтаклар, яранинг нотекис четлари кесиб ташланади.
- 2) Ҳар қандай ёт жисм жуда майда бўлишига қарамай, топиб олиб ташланиши шарт.
- 3) Қонаб турган томирлар – тўқималарга тикиб боғланади.
- 4) Қон катта томир(одатда, ташқи уйқу артерияси)дан кетаётган бўлса, уни ярадан ва йўғон томирдан ажралган жойида боғланади. Нур касаллигида геморрагик синдром даврида томирдан қон кетса, тўхтатиб бўлмайди.
- 5) Жағ синган бўлса, синиш чизигига тўғри келган тиш ва илдизлар олиб ташланиб, ўткир қирралар текисланади ва майда бўлаклар олиб ташланади.

6) Бўлаклар репозиция қилиниб, симли чок, спица, пластинка ёрдамида ёки бошқа усуллар билан маҳкамланади, оғиз ичидаги ва ташқарисидаги яраларга зич қилиб чок қўйилади. Тишларга симдан букилган шиналарни мутлақо ўрнатиб бўлмайди.

7) Юмшоқ тўқимада нуқсон бўлса, атрофдаги тўқималарни суриб, нуқсон бартараф этилиши керак.

8) Тикилган ярада резинали чиқаргич 24-48 соат давомида туриши ва ярага антибиотиклар киритилиши шарт.

Латентлик даврининг давомийлиги олинган нурланиш дозасига тескари пропорционал ҳисобланади, яъни агарда радиация катта дозада олинган бўлса, нур касаллиги биринчидан – учинчи даврга ўтади.

**3-давр – нур касаллигининг авж нуқтаси** бўлиб, унинг давомийлиги касаллик авжида 1 ой атрофида бўлади, клиник белгилари яққол кўринадиган даври: 1) барқарор гипотония; 2) сезиларли геморрагик синдром, суяк илиги фаолиятининг сусайиши, агранулоцитоз аниқланади; 3) неврологик ўзгаришлар, тери трофикасининг бузилиши; 4) ошқозон-ичак шиллик пардасида эрозия ва яралар пайдо бўлади, қусиши, ич кетиши кузатилиди; 5) оғиз бўшлиғи шиллик пардасида шиш, қизариши - афта ва яралар юзага келади, усти қуюқ бадбўй хидли шиллик билан қопланади, яра чуқурлашиб суяккача етиши мумкин. Шиллик парда бир оз шикастланса, йирингли некротик стоматитга ўтади; 6) такиб олиб қўйиладиган протезларнинг камчиликлари, четлари очилиб қолган коронка ва пломбалар йирингли некротик стоматитга сабаб бўлади; 7) юқорида келтирилган асоратларнинг олдини олиш мақсадида нур касаллигининг латент даврида олиб қўйилувчи протезларни мослаш, пломбаларни янгилаш керак. Оғизда металдан ясалган тиш, пломбалар бўлса, у олинмайди, чунки улар иккиламчи нур манбаи бўла олмайдилар.

**4-давр – сурункали-тикланиш ва тузалиш даври.** Радиация билан биргаликда жароҳат олганларга ёрдам кўрсатиш принциплари: 1) жароҳатланган bemorни шошилинч равишда радиация майдонидан эвакуация

қилиш; 2) тери, яралардан оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасидан радиоактив изотопларни олиб (ювиб) ташлаш; 3) радиоактив моддалар организмга тушса, 5%ли унитиал эритмасидан 5-10мл мушак орасига киритилади; 10% тетацин кальцийни қўшиб, вена ичига 3–4 соат давомида юборилади (кам учрайдиган оғир металлар ва тузлари) глюкозанинг 40%ли эритмаси 40-60 мл ва 10%ли кальций хлорид эритмаси 10 мл томир орқали юборилади, антибиотик препаратлар киритилиб, фаол детоксикацион даво ўтказилади. Барбитуратлар, аналгетиклар, наркотиклар, сульфаниламиidlар, гемопоэзни сусайтирадиган препаратларни қўллаш мумкин эмас.

Ўз вақтида ва нур билан биргаликда жароҳат олганларга ёрдам кўрсатиш қоидаларига риоя қилган ҳолда бирламчи жарроҳлик амалиёти ўтказилса, сувак бўлаклари тўғри иммобилизация қилинса, антибиотиклар қўлланса, маҳсус парвариш ва рационал овқатланиш таъминланса, ярадор нур касаллигидан соғаяди ва асоратларнинг олди олинади.