

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ**

**Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт
институтини**

**Травматология-ортопедия, нейрохирургия ва болалар
жарроҳлиги кафедраси**



Травматология ва ортопедия



**Даволаш ва тиббий педагогика факултети
IV курс талабалари учун
ўқув-услубий мажмуа**

Билим соҳаси : 500000 – Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси : 110000 – Педагогика
510000 – Соғлиқни сақлаш
Таълим йўналиши : 5510100 - Даволаш иши;
5111000 - Касбий таълим (5510100-Даволаш иши);
5510300 – Тиббий профилактика иши.

Бухоро 2019-йил

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт инситути

**Травматология-ортопедия, нейрохирургия ва болалар
жарроҳлиги кафедраси**

Травматология ва ортопедия

«Тасдиқлайман»

Ўқув ва тарбиявий ишлар проректори
т.ф.н., доц. _____ Г.Ж. Жарилкасинова.
_____ 2019 йил.

Кафедра йиғилиш баённомаси
_____ 2019 йил.
Фанлар-аро услубий комиссия
Йиғилиш баённомаси _____
_____ 2019 йил.
Марказий услубий комиссия
Йиғилиш баённомаси _____
_____ 2019 йил.

Даволаш ва тиббий педагогика факултети
IV курс талабалари учун
ўқув-услубий мажмуа.

Бухоро 2019-йил

Тузувчилар: В.Р.Акрамов – Травматология ва ортопедия, нейрохирургия кафедраси мудири, т.ф.н., доцент
Б.Ў.Хамраев - Травматология ва ортопедия, нейрохирургия кафедраси ассистенти
Ш.Ш.Ахмедов - Травматология ва ортопедия, нейрохирургия кафедраси ассистенти
А.А. Тешаев - Травматология ва ортопедия, нейрохирургия кафедраси ассистенти
А.У.Гаффоров - Травматология ва ортопедия, нейрохирургия кафедраси ассистенти

Такризчилар: Ш.Т.Ўроқов – VI курс хирургик касалликлар кафедраси мудири, т.ф.д., профессор.
И.А.Мирхужаев – Факултет ва госпитал хирургия, урология кафедраси доценти.

АННОТАЦИЯ

Ушбу услубий мажмуа муаллифи олий таълимнинг 4-курс даволаш, тиббий педагогика ва тиббий профилактика йўналишлари ўқув адабиётлар туркумига кирази, давлат стандартлари ва намунавий ўқув джастури мазмунига мос.

Ушбу ўқув мажмуа дастури Травматология ва ортопедия фанига асосланган ҳолда умумий амалиёт шифокорлари учун мўлжаллангандир. Травматология ва ортопедия травматологик ва ортопедик беморларга ўз вақтида малакали тиббий ёрдам кўрсатишни ўргатишни ўз олдига мақсад қилиб қўйган.

Ўқитиш мақсади талабаларни назарий, амалий, ҳамда ташкилий билим ва амалий кўникмалар асосида травматологик ва ортопедик беморларга ўз вақтида малакали тиббий ёрдам кўрсатишни ўргатишни ўз олдига мақсад қилиб қўйган.

Фанининг вазифалари:

- Травматология ва ортопедия таснифига асосланган ҳолда бирламчи ташхис қўйишни ва кузатиладиган асоратларни ўрганитиш.;

- шикаст олган беморларга биринчи тиббий ёрдам курсатиш ҳамда даволашни ўргатиш.

Талабаларнинг « Травматология ва ортопедия» фанини ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларида фойдаланиш, янги информацион-педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллар ҳамда фойдаланилади. Маъруза ва амалий дарсларда мос равишдаги илғор педагогик технологиялар қўлланилади.

Ўқув-услубий мажмуада ҳар бир маъруза ва амалий машғулот инновацион таълим технологиялари ишлаб чиқилган.

Ўқув-услубий мажмуа тиббиёт коллеж ўқитувчилари, тадқиқотчилар, илмий изланувчилар ва институт 4-курс талабаларига мўлжалланган.

М у н д а р и ж а

№		Бет
1	Ўқув материаллари	
2	Назарий машғулот материаллари	
3	Амалий машғулот материаллари	
4	Мустақил таълим мавзулари	
5	Глоссарий	
6	Илловалар	
7	Фан дастури	
8	Ишчи ўқув дастури	
9	Тарқатма материаллар	
10	Тестлар	
11	Баҳолаш	

КИРИШ

Ушбу дастурда “Травматология ва ортопедия. Болалар травматологияси” фанининг мазмуни, предмети ва методи, моҳияти, унинг мақсади ва вазифалари, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш фаолиятини ташкил қилишнинг тиббий ва ташкилий асослари, травматология мутахассислигига малакавий талаблар, нуқтаи-назаридан мантикий кетма-кетликда ўз аксини топган. “Травматология ва ортопедия, ХДЖ ва болалар травматологияси” фанлари талабаларда травматология ва ортопедиянинг долзарб масалалари бўйича назарий ҳамда амалий билимни шакллантиришга қаратилган.

Фаннинг мақсад ва вазифалари

“Травматология ва ортопедия. Болалар травматологияси” фанининг асосий мақсади - талабаларни назарий, амалий, ҳамда ташкилий билим ва амалий кўникмалар асосида травматизм профилактикаси ва травматологик-ортопедик ёрдамни ташкил этиш, беморларга тўғри ташхис қўйиш, бирламчи врачлик, ҳамда ихтисослашган тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича назарий ва амалий билимларни шакллантиришдан иборат.

Фаннинг вазифаси – уни ўрганувчиларга:

- Ўзбекистон Республикасида травматологик ва ортопедик ёрдамни ташкил қилиш асослари;
- талабаларни таянч-харакат аъзолари шикастланганда ва касалликларида текширув усуллари, ташхис қўйиш ва даволашга, ҳамда иш қobiliятини тиклаш ва социал реабилитация қилишга ўргатиш.
- травматолог-ортопед шифокори учун зарур бўлган профессионал клиник фикрлаш қobiliятини шакллантириш.
- травматология-ортопедия бўйича талабалар билимига, маҳоратига ва амалий кўникмаларига бўлган талаблар.

Фан бўйича талабаларнинг тасаввур, билим, кўникма ва малакаларига қўйиладиган талаблар

“Травматология ва ортопедия. Болалар травматологияси” фанларини ўзлаштириш жараёнида бакалавр:

- фаннинг мақсад ва вазифаларини, унинг травматолог-ортопед врачларнинг профессионал фаолияти учун аҳамияти, травматология-ортопедия тараққиёти тарихи, травматизм ва унинг турлари, суяк тўқимасининг репаратив регенерацияси, таянч-харакат системаси касалликлари ва шикастланишларини даволашнинг замонавий принциплари, таянч-харакат системасининг анатомияси ва физиологияси, синишлар ва чиқишлар таснифи, таянч-харакат системаси шикастланишлари ва касалликларини даволашнинг замонавий усуллари, қўп учрайдиган ортопедик касалликларнинг этиология, патогенези ва даволашни **билиши ва улардан фойдалана олиши;**
- таянч-харакат системаси шикастланганида транспорт иммобилизацияси, синган ва чиққан жойни оғриксизлантириш, новокаин блокадалари, мураккаб бўлмаган синишларда суяк бўлақларининг репозицияси, чиқишларни тўғрилаш, гипс боғламларини тайёрлаш ва қўйиш, очик синишларда ярага бирламчи жаррохлик ишлови бериш, бўғимларни ва плевра бўшлиғини пункция қилиш, скелет тортими учун спица ўтказиш ва зарур юкни аниқлаш **қўникмаларига эга бўлиши керак;**
- илмий, ўқув адабиётлар устида мустақил ишлаш, таянч-харакат системаси шикастланган ва касалланган беморларни текшириш, синиш ва чиқишларни клиник бергилари бўйича аниқлаш, типик туғма ва орттирилган деформацияларнинг

ташхисини кўйиш, рентгенограммаларни ўқиш, ташхисни тўғри ифодалаш, касаллик тарихини ёзиш, тест, ҳамда ситуацион топшириқларни ечиш малакаларига эга бўлиши керак.

Фаннинг ўқув режадаги бошқа фанлар билан ўзаро боғлиқлиги ва услубий жиҳатдан узвийлиги

“Травматология ва ортопедия. Болалар травматологияси” фанларини ўрганишда “Нормал анатомия”, “Патологик анатомия”, “Топографик анатомия ва оператив хирургия”, “Нормал ва патологик физиология”, “Умумий хирургия”, “Неврология”, “Нур ташхиси”, “Фармакология” фанларидан билим ва кўникмаларга эга бўлиши талаб этилади.

Фаннинг илм-фан ва ишлаб чиқаришдаги ўрни

“Травматология ва ортопедия. Болалар травматологияси” фанлари ҳозирги замонда илмий техника ривожланиши ва табиий офатлар туфайли аҳоли ўртасида шикастлар кўпайишини ҳисобга олганда ўз долзарблигини йўқотмаган. Талабаларни шу фанларни ўқитиш билан мазкур касалликларни ва уларни оқибатини даволашда етук мутахассис бўлиб етишларида аҳамияти катта. Бундан ташқари, биринчи тез тиббий ёрдам кўрсатиш асосан замонавий тиббиётнинг биринчи звеноси зиммасида эканлиги ва бунда асосан умумий амалиёт шифокори қатнашишини ҳисобга олиб, бу фанларни соғлиқни сақлаш тизимида асосий ўринни эгаллаши таъкидланади.

Фанни ўқитишда замонавий ахборот ва педагогик технологиялар

Талаба “Травматология ва ортопедия. Болалар травматологияси” фанларини ўзлаштиришда таълимнинг инновацион усулларида фойдаланиши, янги педагогик, ахборот ва интернет технологияларини тадбиқ қилиши муҳим аҳамият касб этади. Фанни ўзлаштиришда ўқув-услубий таъминот (дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, модуль топшириқлари)дан фойдаланилиш тавсия этилади. Маъруза ва амалий машғулотларда турли метод ва воситалардан, хусусан, ақлий ҳужум, кластер, амалий иш ва дидактик ўйинлар, портфолио, кейс-стади, шунингдек, компьютер дастурларидан интернет тизимларидан фойдаланиш мумкин.

АСОСИЙ ҚИСМ

Ўқув соатлари миқдори

Соат ҳажми	Ўқув юклама миқдорининг аудитория машғулотлари бўйича тақсимланиши (соат)				Мустақил иш
	Жами	Маъруза	Амалий машғулот	Клиник машғулот	
148	108	12	42	54	40

Маърузалар

Маъруза машғулотларининг тематик режаси

Маъруза машғулотлар мавзуси

№	Номи	соат
1	Травматология ва ортопедия фанига кириш. Травматология тарихи.	2

	Травматология ва ортопедия фанини ривожланиши. Травматизм. Травматологик ва ортопедик беморларни текшириш усуллари.	
2	Елка камари суяклари жароҳатлари.	2
3	Елка, билак-тирсак ва қўл-панжа суяклари жароҳатлари	2
4	Сон суяги шикастланиши	2
5	Тизза бўғими, болдир ва оёқ панжаси шикастланиши.	2
6	Таянч-харакат системасининг туғма деформациялари	2
	Жами:	12

Мавзу № 1: Травматология ва ортопедия фани. Травматизм. Травматологик ва ортопедик беморларга ёрдамни ташкил қилиш ва кўрсатиш. Суяк тўқимасини репаратив регенерастияси. Суяклар синишини ташхиси ва ҳозирги замон даволаш усуллари.

Травматология ва ортопедия фани. Фаннинг мақсад ва вазифалари.
Таянч-харакат системаси функциясининг бутун организм фаолияти билан боғлиқлиги. Травматология-ортопедия тарихи. Ўзбекистонда травматология ва ортопедиянинг ривожланиши. Травматология ва ортопедиянинг долзарб муоммолари.
Травматизм ва травматологик ёрдамни ташкил қилиш Суяк туқимасининг регенерастия ва остео регенерастияси, физиологик ва репаратив регенерастиялари тушунчалари. Суяк туқимасининг репаратив регенерастия манбалари.
Репаратив регенерастияга таъсир етувчи ижобий ва салбий омиллар.
Репаратив регенерастиянинг морфологик фазалари.
Репаратив регенерастиянинг ва суяк битишининг клиник босқичлари.
Битмаган синишлар ва сохта бўғимлар.
Травматология-ортопедияда диагностика ва даволашнинг замонавий принтиплари.
Адабиётлар: А (асосий)-1,2 Қ қўшимча)-1,2,3,4,5,6,7.

Мавзу 2. Елка камари суяклари жароҳатлари.

Ўмров суяги шикастланиши классификацияси, травма механизми, клиникаси, даволаш усуллари
Курак суяги шикастланиши классификацияси, травма механизми, клиникаси, даволаш усуллари
Адабиётлар: А (асосий)-1,2,3 Қ (қўшимча)-1,2,3,4,5.

Мавзу 3. Юқори муча шикастланишлари

Чиқишлар ва уларнинг классификацияси
Янги ва янги булмаган ҳамда эскирган чиқишлар
Одатий чиқишлар ва жойига солиб булмайдиган янги чиқишлар
Диагностикаси ва диф. диагностикаси
Асоратли чиқишлар
Бирламчи шифокор ёрдами, давоси
Елка, билак ва қўл-бармоқ-панжа шикастлари суяклари синишлари таснифи.
Суяклар синишлари классификацияси.
Галеастия ва Монтежи типда шикастланиш.
Бирламчи асоратлар.
Иккиламчи ерта асоратлар
Иккиламчи кечки асоратлар
Адабиётлар: А (асосий)-1,2 Қ қўшимча)-1,2,3,4,5,6,7.

Мавзу 4. Сон суяги шикастланиши

Сон суяги шикастланиши классификацияси, травма механизми, клиникаси, даволаш усуллари

Адабиётлар: А (асосий)-1,2,3 Қ (қўшимча)-1,2,3,4,5.

Сон суяги бошчасини варусли ва валгусли деформациялари.

Иккиламчи ерта асоратлар

Иккиламчи кечки асоратлар

Адабиётлар: А (асосий)-1,2 Қ қўшимча)-1,2,3,4,5,6,7.

Мавзу 5. Тизза бўғими, болдир ва оёқ панжаси шикастланиши.

Тизза бўғими, болдир ва оёқ панжаси суяклари шикастланиши классификацияси, травма механизми, клиникаси, даволаш усуллари

Адабиётлар: А (асосий)-1,2,3 Қ (қўшимча)-1,2,3,4,5.

Тизза бўғими ва болдир суякларини шикастланиш турлари.

Келлер 1 ва 2 кузатиладиган асоратлар.

Мавзу 6. Таянч-ҳаракат системасининг туғма деформациялари

Кул-оёқларнинг рахитик деформациялари.

Кул-оёқларнинг жарохатдан кейинги деформациялари.

Коллагеноз касалликларда бўғимлар деформациялари

Травматологик ва ортопедик беморлар реабилитацияси

Ортопедик ва травматологик беморлар реабилитациясининг асосий принстиплари.

Тиббий, состиал ва касбий реабилитация

Адабиётлар: А (асосий)-1,2 Қ қўшимча)-1,2,3,4,5,6,7

Амалий ва клиник машғулотларнинг тематик режалари

т/р	Мавзулар мазмуни	Амалий	Клиник	ҳам маси
1.	Таянч-ҳаракат системаси шикастланган ва касалланган беморларни текширишнинг хусусиятлари. Десмургия. Очик синишлар. Травматик остеомиелит	1	3	4
2.	Кўкрак кафаси шикастланиши.	1	3	4
3.	Елка камари суяклари шикастланишлари	1	3	4
4.	Елка суяги шикастланишлари	1	3	4
5.	Билак ва қўл-бармоқ суяклари шикастлари	1	3	4
6.	Сон суяги шикастланиши	1	3	4
7.	Тизза бўғими шикастланиши	3	3	6
8.	Болдир суяклари ва оёқ панжа суяклари	3	3	6
9.	Чанок суяклари шикастланиши.	3	3	6
10.	Умurtқа поғонаси шикастланиши.	3	3	6
11.	Бош мия жароҳати.	3	3	6
12.	Политравма.	3	3	6
13.	Болаларда суякларни синишини ўзига хослиги.	3	3	6
14.	Сон-чанок бўғимининг дисплазияси ва сон суягини туғма чиқиши.	3	3	6
15.	Туғма мушакли буйин кийшиклиги.	3	3	6
16.	Туғма маймокоёклик.	3	3	6
17.	Қўл ва оёқларни туғма нуксонлари.	3	3	6
18.	Умurtкани статик деформацияси.	3	3	6
	Жами	42	54	96

Амалий машғулотлар мавзулари мазмуни

№ машғулот	Амалий машғулотлар номлари ва уларнинг янги педагогик технологияларни қўллаган ҳолда қисқача мазмуни	Адабиётлар
1	Таянч-ҳаракат системаси шикастланган ва касалланган беморларни текширишнинг хусусиятлари. Десмургия. Очиқ синишлар. Травматик остеомиелит: -таянч-ҳаракат системаси шикастланишининг механизм ва механогенези; -кул-оёқлар узунлиги ва ҳажмини улчаш; -калталаниш турлари; -ҳаракат амплитудасини аниклаш; -кул-оёқлар уқини аниклаш; -рентгендиагностика; -синишлар ва уларнинг классификацияси; -чикишлар ва уларнинг классификацияси; -синиш ва чикишларни даволашнинг асосий принциплари. -синишларни консерватив даволаш усуллари: - Травматология ва ортопедияда жаррохлик даволаш усуллари. - беморларни реабилитацияси, -очиқ синиш турлари, - суяклар шикастини табиати, - травматик остеомиелит, - асосий даволаш тамойиллари. <i>“Мия ишурми”</i>	А-1,2,3 Қ-1,2,3,4,5.
2	Кўкрак қафаси шикастланиши. Елка камари суяклар синиши: -Кўкрак қафаси ва Кўкрак қафаси органлари лат ейиши, -ковургалар синиши, -туш суягининг синиши, -пневмоторакс, гемоторакс, -травматик асфиксия, -умров суягининг синиши ва чикиши, -курак суягининг синишлари. <i>“Ижодий фикр ва клиник мушоҳада”</i>	А-1,2,3 Қ-1,2,3,4,5.
3	Елка камари суяклар синиши: -умров суягининг синиши ва чикиши, клиникаси, даволаш усуллари. -курак суягининг синиши, клиникаси, даволаш усуллари. <i>“Ижодий фикр ва клиник мушоҳада”</i>	А-1,2,3 Қ-1,2,3,4,5.
4	Елка суяги шикастланишлари. -елка суяги синиши чикиши таснифи. -елка суяги проксимал қисмининг синишлари; -елка суяги диафизининг синишлари; -елка суяги дистал қисмининг синишлари; -даволаш усуллари. <i>“Уч босқичли интервью”</i>	А-1,2,3 Қ-1,2,3,4,5.

5	Билак ва қўл-бармоқ суяклари шикастлари - тирсак ўсиғининг синишлари; - тожсимон ўсиқнинг синиши; - билак суяги бошчаси ва буйинчасининг синишлари; - билак суяклари диафизининг синишлари; - Монтеджи ва Галлеасти жароҳатлари - Билак суягининг типик жойидан синиши; - Кафт оркаси суякларининг синишлари ва чиқишлари; - Кафт суякларининг синишлари ва чиқишлари; - Бармоқ фалангаларининг синишлари ва чиқишлари. <i>“Стол ўртасидаги ручка”</i>	A-1,2,3 Қ- 1,2,3,4,5.
6	Сон суяги шикастланиши: - Соннинг травматик чиқишлари; - Сон суяги синиши классификацияси; - Сон суяги проксимал қисмининг синишлари; - Сон суяги диафизининг синишлари; - Сон суяги дистал қисмининг синишлари; - Сон суяги шикастланишида транспортировка ва биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш. <i>“Мия штурми”</i>	A-1,2,3 Қ- 1,2,3,4,5.
7	Тизза бўғими шикастлари: - Тизза қопқоғининг синишлари; - Тизза бўғими шикастланишлари, - Гемартроз, - Мениск шикастланишлари, - Тиззанинг ён бойламларининг шикастланиши, - Тиззанинг бутсимон бойламларининг шикастланиши. <i>“Қондаги мушук ўйини”</i>	A-1,2,3 Қ- 1,2,3,4,5.
8	Болдир суяклари ва оёқ панжа суяклари шикастлари: - Болдир, ошиқ бўғими ва оёқ панжаларининг шикастлари. - Ташхишlash ва даволаш усуллари. - Болдирнинг проксимал учини синиши; - Болдир суякларининг диафизидан синиши; - Тўпиқлар синиши; - Оёқ панжа суякларининг синиши ва чиқиши. - Товон суяги шикастланиши. <i>“Стол ўртасидаги ручка”</i>	A-1,2,3 Қ- 1,2,3,4,5.

9	Чанок суяклари шикастланиши -Чанок суяклари шикастлари -Чанок суяқларининг синишлари классификацияси -Школников-Селиванов усулида блокада қилиш техникаси -Чанок суяқларининг синишларида консерватив даволаш методлари -Чанок суяқларининг синишларида оператив даволаш методлари. - Чанок суяклари шикастланишида транспортировка ва биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш. <i>“Уч босқичли интервью”</i>	A-1,2,3 Қ- 1,2,3,4,5.
10	Умurtқа поғонаси шикастланиши -Умurtқа поғонаси суяқларининг синишлари -Умurtқа поғонаси суяқларининг стабил ва ностабил синишлари -Умurtқа поғонаси суяқлари синганида оператив ва консерватив даволаш методлари. <i>“Стол ўртасидаги ручка”</i>	A-1,2,3 Қ- 1,2,3,4,5.
11	Бош мия жароҳати. -Клиникаси, диагностикаси ва даволаш. <i>“Мия штурми”</i>	A-1,2,3 Қ- 1,2,3,4,5.
12	Политравма. -Политравманинг умумий саволлари. -Политравманинг классификацияси -Политравманинг узига хос хусусиятлари, унинг диагностик ва тактик хатолар сабаблари. -Шифохонагача булган даврда тиббий ёрдам курсатиш. -Политравмада ҳаётий муҳим аъзолар фаолиятининг бузилиши. -Ёрдам курсатиш ва даволашнинг принтиплари. -Прогноз ва даволаш натижалари. <i>“Стол ўртасидаги ручка”</i>	A-1,2,3 Қ- 1,2,3,4,5.
13	Болаларда суяқларни синишини ўзига хослиги. -қобик ости синиши -эпифизиолиз -остеоэпифизиолиз -апофизолиз <i>“Мия штурми”</i>	A-1,2,3 Қ- 1,2,3,4,5.
14	Сон-чанок бўғимининг дисплазияси ва сон суягини туғма чиқиши. - эрта ташхислаш. - клиникаси - даволаш усуллари <i>“Уч босқичли интервью”</i>	A-1,2,3 Қ- 1,2,3,4,5.
15	Туғма мушакли буйин кийшиклиги. - диагностикаси - клиникаси -даволаш <i>“Стол ўртасидаги ручка”</i>	A-1,2,3 Қ- 1,2,3,4,5.
16	Туғма маймоқоёқлик. - диагностикаси - клиникаси -даволаш. <i>“Мия штурми”</i>	A-1,2,3 Қ- 1,2,3,4,5.

17	Қўл ва оёқларни туғма нуксонлари. - синдактилия - полидактилия “Қондаги мушук ўйини”	А-1,2,3 Қ- 1,2,3,4,5.
18	Умурткани статик деформацияси. - коматни бузилиши сколиоз, кифоз, лордоз. Клиникаси, ташхиси ва даволаш. “Мия итурми”	А-1,2,3 Қ- 1,2,3,4,5.

Ўқув клиник амалиёти

Мавзувий режа бўйича Вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази касалхонасининг травмалар оқибати ва ортопедия бўлимида.

Клиник машғулотлар мавзулари мазмуни

№ машғулот	Клиник машғулотлар номлари ва уларнинг қисқача мазмуни
1.	Таянч-ҳаракат системаси шикастланган ва касалланган беморларни текширишнинг хусусиятлари. Десмургия. Очиқ синишлар. Травматик остеомиелит. Беморлар курацияси. Анамнезни йиғиш. Касаллик тарихини мукаммал йиғиш. Беморни кўздан кечириш. Тегишли аъзоларни пальпация ва перкуссия қилиш. Бирламчи ташхис тузиш. Инструментал текширувлар натижасини таҳлил қилиш. Боғламлар ва гипс қўйишда иштирок этиш. Жароҳатлар боғламини алмашлашда иштирок этиш. Скелет тортмалар қўйишда иштирок этиш ва ўрганиш. Бўғимлар пункциясида иштирок этиш ва ўрганиш. Кутиладиган муаммоларни ўрганиш. Жамоа билан беморлар таҳлили.
2.	Кўкрак кафаси шикастланиши. Беморлар курацияси. Анамнезни йиғиш. Касаллик тарихини мукаммал йиғиш. Беморни кўздан кечириш. Тегишли аъзоларни пальпация ва перкуссия қилиш. Бирламчи ташхис тузиш. Инструментал текширувлар натижасини таҳлил қилиш. Боғламлар ва гипс қўйишда иштирок этиш. Жароҳатлар боғламини алмашлашда иштирок этиш. Скелет тортмалар қўйишда иштирок этиш ва ўрганиш. Бўғимлар пункциясида иштирок этиш ва ўрганиш. Кутиладиган муаммоларни ўрганиш. Жамоа билан беморлар таҳлили.
3	Елка камари суяклари синиши. Беморлар курацияси. Анамнезни йиғиш. Касаллик тарихини мукаммал йиғиш. Беморни кўздан кечириш. Тегишли аъзоларни пальпация ва перкуссия қилиш. Бирламчи ташхис тузиш. Инструментал текширувлар натижасини таҳлил қилиш. Боғламлар ва гипс қўйишда иштирок этиш. Жароҳатлар боғламини алмашлашда иштирок этиш. Скелет тортмалар қўйишда иштирок этиш ва ўрганиш. Бўғимлар пункциясида иштирок этиш ва ўрганиш. Кутиладиган муаммоларни ўрганиш. Жамоа билан беморлар таҳлили.
4.	Елка суяги шикастланишлари. Беморлар курацияси. Анамнезни йиғиш. Касаллик тарихини мукаммал йиғиш. Беморни кўздан кечириш. Тегишли аъзоларни пальпация ва перкуссия қилиш. Бирламчи ташхис тузиш. Инструментал текширувлар натижасини таҳлил қилиш. Боғламлар ва гипс қўйишда иштирок этиш. Жароҳатлар боғламини алмашлашда иштирок этиш. Скелет тортмалар қўйишда иштирок этиш ва ўрганиш. Бўғимлар пункциясида иштирок этиш ва ўрганиш. Кутиладиган муаммоларни ўрганиш. Жамоа билан беморлар таҳлили.

5.	Билак ва қўл-бармоқ суяклари шикастлари. Беморлар курацияси. Анамнезни йиғиш. Касаллик тарихини мукамал йиғиш. Беморни кўздан кечириш. Тегишли аъзоларни пальпация ва перкуссия қилиш. Бирламчи ташхис тузиш. Инструментал текширувлар натижасини таҳлил қилиш. Боғламлар ва гипс қўйишда иштирок этиш. Жарохатлар боғламини алмашлашда иштирок этиш. Скелет тортмалар қўйишда иштирок этиш ва ўрганиш. Бўғимлар пункциясида иштирок этиш ва ўрганиш. Кутиладиган муаммоларни ўрганиш. Жамоа билан беморлар таҳлили.
6.	Сон суяги шикастланиши. Беморлар курацияси. Анамнезни йиғиш. Касаллик тарихини мукамал йиғиш. Беморни кўздан кечириш. Тегишли аъзоларни пальпация ва перкуссия қилиш. Бирламчи ташхис тузиш. Инструментал текширувлар натижасини таҳлил қилиш. Боғламлар ва гипс қўйишда иштирок этиш. Жарохатлар боғламини алмашлашда иштирок этиш. Скелет тортмалар қўйишда иштирок этиш ва ўрганиш. Бўғимлар пункциясида иштирок этиш ва ўрганиш. Кутиладиган муаммоларни ўрганиш. Жамоа билан беморлар таҳлили.
7	Тизза бўғими шикастлари. Беморлар курацияси. Анамнезни йиғиш. Касаллик тарихини мукамал йиғиш. Беморни кўздан кечириш. Тегишли аъзоларни пальпация ва перкуссия қилиш. Бирламчи ташхис тузиш. Инструментал текширувлар натижасини таҳлил қилиш. Боғламлар ва гипс қўйишда иштирок этиш. Жарохатлар боғламини алмашлашда иштирок этиш. Скелет тортмалар қўйишда иштирок этиш ва ўрганиш. Бўғимлар пункциясида иштирок этиш ва ўрганиш. Кутиладиган муаммоларни ўрганиш. Жамоа билан беморлар таҳлили.
8	Болдир суяклари ва оёқ панжа суяклари шикастлари. Беморлар курацияси. Анамнезни йиғиш. Касаллик тарихини мукамал йиғиш. Беморни кўздан кечириш. Тегишли аъзоларни пальпация ва перкуссия қилиш. Бирламчи ташхис тузиш. Инструментал текширувлар натижасини таҳлил қилиш. Боғламлар ва гипс қўйишда иштирок этиш. Жарохатлар боғламини алмашлашда иштирок этиш. Скелет тортмалар қўйишда иштирок этиш ва ўрганиш. Бўғимлар пункциясида иштирок этиш ва ўрганиш. Кутиладиган муаммоларни ўрганиш. Жамоа билан беморлар таҳлили.
9	Чанок суяклари шикастланиши. Беморлар курацияси. Анамнезни йиғиш. Касаллик тарихини мукамал йиғиш. Беморни кўздан кечириш. Тегишли аъзоларни пальпация ва перкуссия қилиш. Бирламчи ташхис тузиш. Инструментал текширувлар натижасини таҳлил қилиш. Боғламлар ва гипс қўйишда иштирок этиш. Жарохатлар боғламини алмашлашда иштирок этиш. Скелет тортмалар қўйишда иштирок этиш ва ўрганиш. Бўғимлар пункциясида иштирок этиш ва ўрганиш. Кутиладиган муаммоларни ўрганиш. Жамоа билан беморлар таҳлили.
10	Умurtқа поғонаси шикастланиши. Беморлар курацияси. Анамнезни йиғиш. Касаллик тарихини мукамал йиғиш. Беморни кўздан кечириш. Тегишли аъзоларни пальпация ва перкуссия қилиш. Бирламчи ташхис тузиш. Инструментал текширувлар натижасини

	тахлил қилиш. Боғламлар ва гипс қўйишда иштирок этиш. Жароҳатлар боғламини алмашлашда иштирок этиш. Скелет тортмалар қўйишда иштирок этиш ва ўрганиш. Бўғимлар пункциясида иштирок этиш ва ўрганиш. Кутиладиган муаммоларни ўрганиш. Жамоа билан беморлар таҳлили.
11	Бош мия жароҳати. Беморлар курацияси. Анамнезни йиғиш. Касаллик тарихини мукамал йиғиш. Беморни кўздан кечириш. Тегишли аъзоларни пальпация ва перкуссия қилиш. Бирламчи ташхис тузиш. Инструментал текширувлар натижасини таҳлил қилиш. Боғламлар ва гипс қўйишда иштирок этиш. Жароҳатлар боғламини алмашлашда иштирок этиш. Скелет тортмалар қўйишда иштирок этиш ва ўрганиш. Бўғимлар пункциясида иштирок этиш ва ўрганиш. Кутиладиган муаммоларни ўрганиш. Жамоа билан беморлар таҳлили.
12	Политравма. Беморлар курацияси. Анамнезни йиғиш. Касаллик тарихини мукамал йиғиш. Беморни кўздан кечириш. Тегишли аъзоларни пальпация ва перкуссия қилиш. Бирламчи ташхис тузиш. Инструментал текширувлар натижасини таҳлил қилиш. Боғламлар ва гипс қўйишда иштирок этиш. Жароҳатлар боғламини алмашлашда иштирок этиш. Скелет тортмалар қўйишда иштирок этиш ва ўрганиш. Бўғимлар пункциясида иштирок этиш ва ўрганиш. Кутиладиган муаммоларни ўрганиш. Жамоа билан беморлар таҳлили.
13	Болаларда суякларни синишини ўзига хослиги Беморлар курацияси. Анамнезни йиғиш. Касаллик тарихини мукамал йиғиш. Беморни кўздан кечириш. Тегишли аъзоларни пальпация ва перкуссия қилиш. Бирламчи ташхис тузиш. Инструментал текширувлар натижасини таҳлил қилиш. Боғламлар ва гипс қўйишда иштирок этиш. Жароҳатлар боғламини алмашлашда иштирок этиш. Скелет тортмалар қўйишда иштирок этиш ва ўрганиш. Бўғимлар пункциясида иштирок этиш ва ўрганиш. Кутиладиган муаммоларни ўрганиш. Жамоа билан беморлар таҳлили.
14	Сон-чанок бўғимининг дисплазияси ва сон суягини туғма чиқиши. Беморлар курацияси. Анамнезни йиғиш. Касаллик тарихини мукамал йиғиш. Беморни кўздан кечириш. Тегишли аъзоларни пальпация ва перкуссия қилиш. Бирламчи ташхис тузиш. Инструментал текширувлар натижасини таҳлил қилиш. Боғламлар ва гипс қўйишда иштирок этиш. Жароҳатлар боғламини алмашлашда иштирок этиш. Скелет тортмалар қўйишда иштирок этиш ва ўрганиш. Бўғимлар пункциясида иштирок этиш ва ўрганиш. Кутиладиган муаммоларни ўрганиш. Жамоа билан беморлар таҳлили.
15	Туғма мушакли буйин кийшиклиги. Беморлар курацияси. Анамнезни йиғиш. Касаллик тарихини мукамал йиғиш. Беморни кўздан кечириш. Тегишли аъзоларни пальпация ва перкуссия қилиш. Бирламчи ташхис тузиш. Инструментал текширувлар натижасини таҳлил қилиш. Боғламлар ва гипс қўйишда иштирок этиш. Жароҳатлар боғламини алмашлашда иштирок этиш. Скелет тортмалар қўйишда иштирок этиш ва ўрганиш. Бўғимлар пункциясида иштирок этиш ва ўрганиш. Кутиладиган муаммоларни ўрганиш. Жамоа билан беморлар таҳлили.
16	Туғма маймокоёклик. Беморлар курацияси. Анамнезни йиғиш.

	Касаллик тарихини мукамал йиғиш. Беморни кўздан кечириш. Тегишли аъзоларни пальпация ва перкуссия қилиш. Бирламчи ташхис тузиш. Инструментал текширувлар натижасини тахлил қилиш. Боғламлар ва гипс қўйишда иштирок этиш. Жароҳатлар боғламини алмашлашда иштирок этиш. Скелет тортмалар қўйишда иштирок этиш ва ўрганиш. Бўғимлар пункциясида иштирок этиш ва ўрганиш. Кутиладиган муаммоларни ўрганиш. Жамоа билан беморлар тахлили.
17	Қўл ва оёқларни туғма нуксонлари. Беморлар курацияси. Анамнезни йиғиш. Касаллик тарихини мукамал йиғиш. Беморни кўздан кечириш. Тегишли аъзоларни пальпация ва перкуссия қилиш. Бирламчи ташхис тузиш. Инструментал текширувлар натижасини тахлил қилиш. Боғламлар ва гипс қўйишда иштирок этиш. Жароҳатлар боғламини алмашлашда иштирок этиш. Скелет тортмалар қўйишда иштирок этиш ва ўрганиш. Бўғимлар пункциясида иштирок этиш ва ўрганиш. Кутиладиган муаммоларни ўрганиш. Жамоа билан беморлар тахлили.
18	Умurtқани статик деформацияси. Беморлар курацияси. Анамнезни йиғиш. Касаллик тарихини мукамал йиғиш. Беморни кўздан кечириш. Тегишли аъзоларни пальпация ва перкуссия қилиш. Бирламчи ташхис тузиш. Инструментал текширувлар натижасини тахлил қилиш. Боғламлар ва гипс қўйишда иштирок этиш. Жароҳатлар боғламини алмашлашда иштирок этиш. Скелет тортмалар қўйишда иштирок этиш ва ўрганиш. Бўғимлар пункциясида иштирок этиш ва ўрганиш. Кутиладиган муаммоларни ўрганиш. Жамоа билан беморлар тахлили.

Травматология-ортопедия фанининг таркибий тузилиши.

Мавзу т/р	М А В З У Н О М И.	Ажратилган ўқув соатлари
Маъруза машғулотлар		
№	Номи	соат
1	Травматология ва ортопедия фанига кириш. Травматология тарихи. Травматология ва ортопедия фанини ривожланиши. Травматизм. Травматологик ва ортопедик беморларни текшириш усуллари.	2
2	Елка камари суяклари жароҳатлари.	2
3	Елка, билак-тирсак ва қўл-панжа суяклари жароҳатлари	2
4	Сон суяги шикастланиши	2
5	Тизза бўғими, болдир ва оёқ панжаси шикастланиши.	2
6	Таянч-ҳаракат системасининг туғма деформациялари	2
	Жами:	12

Жами : 12 соат

Маъруза мавзуси № 1: Травматология ва ортопедия фани. Травматизм. Травматологик ва ортопедик беморларга ёрдамни ташкил қилиш ва кўрсатиш. Суяк тўқимасини репаратив регенерацияси. Суяклар синишини ташхиси ва ҳозирги замон даволаш усуллари.

Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулоти вақти – 80 мин	Талабалар сони : 20-80 гача
Машғулоти шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси 1. Травматология ва ортопедия фани. 2. Фаннинг мақсади ва вазифалари. 3. Таянч-ҳаракат системаси функциясининг бутун организм фаолияти билан боғлиқлиги. 4. Травматология-ортопедия тарихи. 5. Ўзбекистонда травматология ва ортопедиянинг ривожланиши. 6. Травматология ва ортопедиянинг долзарб муаммолари. 7. Травматизм ва травматологик ёрдамни ташкил қилиш 8. Суяк туқимасининг регенерацияси, физиологик ва репаратив регенерациялари тушунчалари. 9. Суяк туқимасининг репаратив регенерация манбалари. 10. Репаратив регенерацияга таъсир етувчи ижобий ва салбий омиллар. 11. Репаратив регенерациянинг морфологик фазалари. 12. Репаратив регенерациянинг ва суяк битишининг клиник босқичлари. 13. Битмаган синишлар ва сохта бугимлар. 14. Травматология-ортопедияда диагностика ва даволашнинг замонавий принциплари.	Травматология ва ортопедия фани. Фаннинг мақсади ва вазифалари. Таянч ҳаракат системасининг бутун организм фаолияти билан боғлиқлиги. Травматология-ортопедия тарихи. Ўзбекистонда травматология ва ортопедиянинг ривожланиши. Травматология ва ортопедиянинг долзарб муаммолари. Травматизм ва травматологик ёрдамни ташкил қилиш. Регенерация ва остеорегенерация. Физиологик ва репаратив регенерация тушунчалари. Суяк туқимасининг репаратив регенерация манбалари. Репаратив регенерация таъсир етувчи ижобий ва салбий омиллар. Репаратив регенерациянинг морфологик фазалари. Репаратив регенерациянинг ва суяк битишининг клиник босқичлари. Секин битиш, битмаган синишлар ва сохта бугимлар. РР жараёни кечилиши оптималлаштириш усуллари. Суяк пластикаси. Травматология ва ортопедияда диагностика ва даволашнинг замонавий принциплари.
Ўқув машғулотнинг мақсади: 1. Талабаларни травматология ва ортопедия фанининг ривожланиш тарихи билан таништириш. 2. Травматология ва ортопедия фанига асос солган олимлар ҳақида маълумот. 3. Травматология ва ортопедия фанининг долзарб муаммолари. 4. Талабаларга травматология ва ортопедия фанининг ҳозирги кунда еришаётган натижалари тўғрисида маълумот бериш.	Травматология (грекча: ТРАУМА-шикастланиш, жароҳат ва ЛОГИА-фан) — ҳаётнинг маълум шароитида (турмуш, иш пайтида, йўл-транспортда ва бошқаларда) инсон танасининг шикастланиши ҳақидаги фан бўлиб, таянч-ҳаракат аъзоларининг механик шикастланишлари патогенезини (механогенезини), диагностика ва даволаш усуллари, жароҳат сабабларини ва уларнинг профилактика тадбирларини ва жароҳатлар асоратларини даволаш усуллари ўргатади.
Таълим бериш усуллари	Кургазмали, маъруза, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.

Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол-жавоб.

Маъруза машғулотининг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёргарлик босқичи	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун такдимот слайдларни тайёрлаш. 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради 1 Клиник нуқтаи назардан суяк битишида нечта давр ажратилади? 2 Суяк тўқимаси тикланишини узлуксиз жараён сифатида нечта морфологик фазага ажратилади? 3 Суяк регенерациясига таъсир қилувчи ижобий омилларни санаб беринг. 4 «Ортопедия» термини қайси олим томонидан киритилган?	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдлар намойиш қилиш 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайдилар
1- якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАЪРУЗА БАЁНИ

Травматология (грекча: TRAUMA – шикастланиш, жароҳат ва LOGIA - фан) — ҳаётнинг маълум шароитида (турмуш, иш пайтида, йўл-транспортда ва бошқаларда) инсон танасининг шикастланиши ҳақидаги фан бўлиб, таянч-ҳаракат аъзоларининг механик шикастланишлари патогенезини (механогенезини), диагностика ва даволаш усулларини, жароҳат сабабларини ва уларнинг профилактика тадбирларини ва жароҳатлар асоратларини даволаш усулларини ўргатади.

Таянч-ҳаракат аъзоларининг шикастланишлари иккита катта гуруҳга очик ва ёпиқ жароҳатларга бўлинади.

Шикастловчи ташқи омилнинг организмга таъсири бевосита ва билвосита бўлиши мумкин. Шикастланишнинг **якка** (сон суягининг ёпиқ ёки очик синиши), **кўп сонли** (кўп қовурғаларнинг синиши; сон ва болдир суякларининг синиши), **аралаш** (суякларнинг синиши ва ички аъзоларнинг шикастланиши) ва **қўшма ёки комбинациялашган** (сон суягининг синиши ва оёқ панжаларининг совуқ уриши) турлари ажратилади.

Ортопедия фани травматология билан узвий боғлиқ бўлиб, таянч ҳаракат аъзоларининг Туғма, ҳамда орттирилган деформацияларини даволаш, уларнинг келиб чиқиш сабабларини ва олдини олиш йўллари ўрганади. «Ортопедия» термини 1741 йилда ушбу тиббиёт фанининг асосчиси ҳисобланмиш франсуз олими, Париж университетининг профессори Николас Андри томонидан таклиф етилган. Ушбу термин олимнинг икки томдан

иборат: «**Ортопедия ёки болаларда тана деформастияларини даволаш ва олдини олиш санъати**» деб номланган машхур асарида ортопедия эмблемаси билан биргаликда тиббиёт фанига кириб келади. Эмблеманинг маъноси шундай: қийшиқ ўсган дарахт танасининг ёнига тўғри устун ўрнатилиб, ип ёрдамида бир-бирига тортиб боғланса, дарахт аста-секин тўғри ҳолатга келади. Анрининг тушунтиришича, егри ўсаётган ёш дарахт новдаси ёнига ўрнатилиб, бирга боғланган тўғри ёғоч устун таъсирида тўғриланади. Ушбу эмблема бутун дунё ортопедлари томонидан тан олиниб қабул қилинади ва ҳозирги пайтгача ортопедия фанининг аслий маъносини ўзида акс еттиради. Ортопедия терминининг сўзма-сўз таржимаси грекча “Орто”-тўғри, “паедос” бола маъносини англатади, яъни бола танасини тўғри ривожлантириш ва тарбиялаш деган мазмунни ўзида акс еттиради.

Суяк синишларини даволаш билан инсоният жуда қадим замонларда шуғулланиб келган. Қадимга Мисрда топилган мумийёланган таналар ўрганилганда, ерамиздан 2500 йил илгари суяк синикларини палма барглари билан фиксастия қилинганлиги аниқланган.

Тиббиёт фанининг асосчиси ҳисобланмиш **Гиппократ**нинг «Синишлар ҳақида», «Бўғимлар ҳақида», «Ричаг ҳақида», «Бош жароҳати» номли трактатларида синиш ва чиқишларнинг симптомлари ва даволаш усуллари аниқ ва мукамал баён етилган. Бу усул ва мосламаларнинг кўпчилиги кейинчалик кўплаб репозистия қилиш учун таклиф етилган аппаратларга прототип вазифасини ўтаб келди. Суяк чиқишларини Гиппократ усулида тўғрилаш ҳозирги замонгача ўзининг аҳамиятини йўқотгани йўқ.

Гиппократ **елка суяги чиқишини** тўғрилашнинг хилма-хил усуллари таклиф этади, яъни қўл, товоң, елка ёрдамида, ёки ҳар хил мослама ва ричаглар таъсирида тўғрилаган. Чиқишларни тўғрилагандан кейин, рестидивнинг олдини олиш мақсадида иммобилизастия зарурлигини алоҳида таъкидлайди. У сон суягининг чиқишини тўғрилаш учун махсус мослама таклиф етган.

Тума маймоликни даволаш усули оригинал шаклда таклиф етилган бўлиб, ҳозирги замонавий усулларга жуда ҳам яқин ҳисобланади. Гиппократ деформастияни қўл ёрдамида тўғрилаб, махсус боғламлар ёрдамида ушлаб қолиш зарурлигини таъкидлади. **Редрессастиядан** кейин қўрғошиндан ясалган ва ҳозирги замонавий ортопедик оёқ-кийимга ўхшаш, махсус «оёқ кийимини» кийиб юришни тавсия етган. **Елка суяги синишини** тўғрилаш учун, қўлни ўқи бўйича тортувчи мослама таклиф қилган, ва шу пайтда врач қўли билан репозистия қилиш имконига ега бўлади. **Болдир суякларининг синишларини** тўғрилаш учун Гиппократ таклиф қилган ва иккита халқадан иборат бўлиб, болдирнинг тўпиқлари ва катта болдир суягининг дўмбоқчалари соҳаларига киритилиб, суяк бўлакларини тортишга мўлжалланган мослама ҳозирги замон дистракцион-компрессион аппаратларига жуда ҳам ўхшаб кетади. Бундан ташқари, Гиппократ ҳамда **суякларнинг ва умуртқанинг синиши ва чиқишларини** тўғрилаш учун махсус универсал мослама таклиф етган.

Суякларнинг битишини тезлаштириш мақсадида Гиппократ суяк бўлакларига ташқаридан уриб таъсир етиш, қуёш ва сув ванналаридан фойдаланиш ва силаш зарурлигини таъкидлайди.

Бизнинг асримизнинг II асрида римлик врач **Корней Стелс** ўзининг «Тиббиёт ҳақида» номли трактатида Гиппократнинг жароҳатлар ҳақидаги таълимотини ривожлантиради ва **баъзи суяк касалликларини** ёзади. Суякларда **операстия** қилиш учун махсус ускуналарни таклиф қилади.

Ерамизнинг III-III асрларида яшаб ижод қилган **Гален** деформастия ва жароҳатларни даволаш усуллари ривожлантиради ва ҳозирги замон ортопедия фанининг асосий терминларидан ҳисобланган **сколиоз, лордоз, кифоз** тушунчаларини таклиф этади.

Тиббиётга улкан ҳисса қўшган X-XII асрларда яшаб ижод қилган буюк ватандошимиз **Абу Али ибн Сино** (Авистена) травматология ва ортопедия фанида ҳам ўчмас из қолдирган. У ўзининг машхур «Тиб қонунлари»да **суякларнинг синиши ва чиқиши белгиларини** аниқ ёзиб қолдиради, **оғриксизлантириш** ва даволаш усуллари баён этади.

Елка суягини чиқишини суяк бошчасига тўғридан-тўғри босиб тўғрилаш усулини таклиф қилади.

Травматология ва ортопедия фани ривожига франсуз врач **Амбруаз Паре** (1510-1590) катта улуш қўшди. У биринчи бўлиб **умуртқа поғонаси қийшайишини тўғрилаш** учун **қаттиқ корсет** қўллайди ва **маймоқликда махсус оёқ кийими** таклиф этади. **Протезлаш** ишларига алоҳида ётибор қаратади. Биринчи бўлиб **тизза қопкоғининг** синишини даволаш усуллари аниқ баён қилади. **Очиқ синишларни** даволаш учун Паре таклиф қилган **махсус тешиклари бор металл шинасининг** қўлланилиши алоҳида ётиборга моликдир, чунки иммобилизастияни бузмасдан ярани боғлаш имконини яратади.

1660 йилда Глиссон рахитик ўзгаришлар ҳақида ёзади ва уларни консерватив усулларда даволашни таклиф этади. У томонидан таклиф етилган **бўйин умуртқаларини тортиш** ва **фиксастия қилиш** усули (Глиссон сиртмоғи) ҳозирги пайтда ҳам кенг қўлланиб келмоқда.

Таянч-ҳаракат аъзоларининг касалликлари ва деформастияларини даволашнинг ортопедик принциплари қатор мамлакатларда амалиётга кенг кириб кела бошлади. **1837 йилда Лондонда иролликка қарашли ортопедик госпитал очилади.** Унинг асосчиси машҳур олим **Литтл** еди. 1853 йилда у **спастик фалажликнинг махсус турини (Литтл касаллиги)** таърифлаб беради.

1721 йилда Москвада ва 1733 йилда Санкт-Петербургда медико-хирургик мактаблар очилади ва уларда ортопедия фани ўқитила бошлайди. 1764 йилдан бошлаб Москва Университетида фанлар каторида ортопедия фани ўргатилади.

Травматология ва ортопедия фани ривожига буюк рус олими **Н.И.Пирогов** (1810-1881) улкан ҳисса қўшади. У томонидан таклиф етилиб ва биринчи бўлиб қўлланилган **гипс боғлами** ва **суяк-пластик ампуастия** усуллари жуда муҳим аҳамиятга эга бўлади.

ХИХ аср охири ва ХХ аср бошларида ортопед-олимлар таянч-ҳаракат аппарати патологияларини чуқур ўрганиш ва самарали даволаш усуллари ишлаб чиқишни, оператив ва консерватив усуллари илмий асослаш ишларини кенг кўламда олиб бордилар.

Веналик ортопед **Лоренс** кўпчилик ортопедик деформастияларнинг анатомик моҳиятини илмий асослаб, оператив ва консерватив усулларга илмий жиҳатдан ёндошиш зарурлигини таъкидлайди, **сон туғма чиқиши, маймоқлик ва сколиозни** тўғри даволаш системасини ишлаб чиқади.

ХИХ аср охирида Рентген томонидан X-нурларни кашф етилиши травматологияда улкан ривожланишга олиб келади. Хирургияга **асептика, антисептика** кириб келиши ва X-нурларнинг қўлланилиши травматология ва ортопедия соҳасида кўп касалликларни даволашга янгича ёндошишга асос солади.

ХИХ аср охирларида оператив йўл билан даволаш — остеосинтез устида илмий ишлар олиб боришга бошлайди.

1900 йилда Санкт-Петербургда **Г.И.Турнер** раҳбарлигида тиббий-хирургия академияси таркибида Россияда биринчи ҳисобланувчи **ортопедия кафедраси** очилади. **Г.И.Турнер** болалар ортопедияси соҳасида **гипс боғламларини** такомиллаштириш соҳаларида катта ишлар олиб боради.

Р.Р.Вреден жаҳон ортопедиясига оператив ортопедия пионери сифатида кириб келади. 20 дан ортиқ янги операстияларни ишлаб чиқади. **«Ортопедиядан амалий қўлланма»** номли китоби шу кунгача ўз аҳамиятини йўқотгани йўқ.

Шундай қилиб, ХХ аср бошларида Россияда 2 та илмий мактаб яратилади — **Г.И.Турнер** ва **Р.Р.Вреден** мактаблари. **1921 йилда Москвада Н.И.Приоров** раҳбарлигида Даволаш-протез институти очилади, ва 1940 йилда Марказий травматология-ортопедия институти мақоми берилади. Институт И-ИИ Жаҳон Урушлари ногиронларини даволаш ва протезлаш бўйича катта ишлар олиб боради.

1921 йилда Харьковда М.И.Ситенко раҳбарлигида йирик ортопедия илмий Марказига асос солинади, 1940 йилдан бошлаб Н.И.Ситенко номли Украина травматология-ортопедия илмий-текшириш институти деб аталиб келмоқда. **1926 йилдан бошлаб Н.И.Ситенко «Ортопедия, травматология ва протезлаш» журна**ли ташкил этишни таклиф қилади, ва 1927 йилда унинг муҳаррирлиги остида журналнинг биринчи сони чиқади.

1930 йилда Тошкентда травматология ва ортопедия илмий текшириш институти очилади. Бу олийгоҳда фаолият кўрсатган олимлардан Б.И.Берлинер, О.Ш.Шокиров, Н.М.Шаматовлар Ўрта Осиё регионида ортопедия ва травматология ривожига улкан ҳисса қўшадилар.

Айниқса, профессор **О.Ш.Шокировнинг** мумиё-асли суяк регенерациясига таъсири устида олиб борган илмий тадқиқотлари оламшумул аҳамиятга эга ҳисобланади. Травматология ва ортопедия фани ривожига, айниқса оператив ортопедия ва травматология XX аср олимларидан Н.И.Приоров, В.Д.Чаклин, Н.И.Ситенко, Н.П.Новоченко, Я.Г.Дубров, К.М.Сиваш, Ф.Р.Богданов, В.А.Чернавский, В.П.Охотский, А.В.Каплан, Оганесян А.В. М.В.Волков, И.А.Мовшович, Миронова З.С., Миронов С.П. ва бошқалар ўзларининг улкан хиссасини қўшдилар.

Травматизм - бир хил гуруҳ кишиларининг маълум, асосан бир хил шароитларда олган жароҳатлар мажмуидир. Бу албатта кишилар ва таъсир килувчи ташки кучлар уртасидаги узвийликнинг бузилишига олиб келади.

Жароҳатлар ёки шикастлар 4 гуруҳга бўлинади.

1. Иш жароҳатлари ёки профессионал жароҳатлар. а) саноат билан боғлиқ жароҳатлар, б) кишлок хужалиги билан боғлиқ жароҳатлар.

2. Иш билан боғлиқ бўлмаган жароҳатлар. а) юл транспорт жароҳатлари, б) куча жароҳатлари, в) уй жароҳатлари г). спорт уйинлари пайтидаги жароҳатлар.

3. Ҳарбий жароҳатлар. а) тинч ҳаёт пайти жароҳатлари; б) уруш ва ҳар хил террорчилик пайти жароҳатлари.

4. Криминал жароҳатлар.

СУЯК ТЎҚИМАСИНИНГ РЕПАРАТИВ РЕГЕНЕРАЦИЯСИ ВА СИНГАН СУЯКЛАРНИНГ БИТИШИ

Регенерация — қайта тикланиш, яратилиш ёки қайта туғилиш маъноларини англатади.

Суяк тўқимасининг кўпайиши ёки қайта тикланиши остеорегенерация деб аталади.

Остеорегенерация жараёнининг икки тури фарқланади: **физиологик регенерация** (нормада болаларда суяк тўқимаси массасининг ортиб бориши, суяк хужайраларининг доимий янгиланиб туриши) ва **репаратив регенерация** (суяк тўқимасининг шикастланиш натижасида бутунлиги бузилганда).

Суяк тўқимасининг ривожланиши **остеогистогенез** деб аталади ва **эмбрионал** ҳамда **постэмбрионал** остеогенез турлари ажратилади. Эмбрионал остеогистогенез икки йўл билан: суяк тўқимасининг мезенхимал тўқимадан ҳосил бўлиши (**бевосита** остеогенез) ва тоғай тўқимасидан (**билвосита** остеогенез) ҳосил бўлиш билан амалга ошади.

1. Бўлажак суяк тўқимаси ўрнида мезенхимал тўқима жадал ривожлана бошлайди ва остеоген оролчалар юзага келади, яъни мезенхимал хужайралар преостеобластларга, улар ўз навбатида остеобластларга айланади. Остеобластлар ривожлана бориб, кўпайиш хусусиятини йўқотади ва етук суяк хужайралари — остеоститларга айланади. Ушбу жараён остеоид фаза деб аталади.

2. Навбатдаги этап — минерализация ва калстификация фазаси деб юритилади; ишқорий фосфатаза ферментининг кўплаб тўпланиши натижасида остеоид тўқимада минерализация жараёни бошланади.

Суяк тўқимаси фақат таянч вазифасини бажарибгина қолмасдан, модда алмашинувида, асосан минерал алмашувида фаол иштирок этади. Минералларнинг асосий қисми суяк тўқимасида жамланган бўлиб, зарурат туғилганда қонга тушиб, гомеостаз регуляциясида иштирок этади.

Суяк тўқимаси 70% аорганик ва 30% органик қисмдан моддаларда таркиб топган. Бундан ташқари, хужайралар ва хужайралараро тўқималардан тузилган. Хужайралар ва хужайралараро тўқималар доимий янгилашиб туради, яъни физиологик регенерастия жараёни узлуксиз амалга ошиб туради.

Асосан, 3 хил суяк хужайралари ажратилади: 1) остеоститлар — етук суяк хужайралари, асосий хужайралар саналиб, минерал алмашинувида қатнашади, уларда стентросома (хужайра маркази) бўлмайди, шунинг учун митоз кўпайиш хусусиятиларини йўқотган. 2) остеобластлар — суяк усти пардасининг камбаил қаватида кўплаб тўпланган бўлиб, суяк регенерастияда фаол иштирок этади. 3) остеокластлар — кўп ядроли гигант хужайралар бўлиб, макрофагларнинг ўзига хос тури ҳисобланади, улар қариган ва оҳакланган тоғай ва суяк тўқималарининг емирилиши ва сўрилишида қатнашади.

Суяк тўқимасининг қайта тикланиши мураккаб биологик жараён бўлиб, травмадан кейин дарҳол бошланади. Аммо регенерастия жараёни шу кунгача охиригача тўлиқ ўрганилмаган. (Қадимги одамлар ҳам суяк бўлаклари янги суяк тўқимаси ҳосил бўлиши туфайли боғланишини ва бу учун суяк бўлаклари ҳаракатсиз ҳолатда туришини билишган) бўлиб, бу соҳада илмий ишлар давом етмоқда.

Репаратив регенерастия жараёнини бошлаб берувчи асосий сабаб травма, яъни суяк тўқимаси бутунлигининг бузилиши саналади.

Травма натижасида шикастланган томирлардан чиққан қон ва травматик шиш суюқлиги суяк бўлаклари атрофида экстрафаза ҳосил қилади; экстрафаза ивийди. 2-кундан бошлаб унинг таркибига тезлик билан кўпая бошлаган ва майда томирларга бой бўлган мезенхимал тўқималар ўсиб кира бошлайди. Мезенхимал тўқиманинг ҳосил бўлиши суяк синган соҳада юзага келадиган тўқималар парчаланиши маҳсулотлари — некрогармонлар таъсирида жадаллашади.

Суяк бўлаклари атрофидаги экстравазатнинг реорганизастиаси ва бир вақтда сўрилиб бориши 5-7 кунда тугалланади. Жароҳатдан кейинги 5-12 кунда, экстравазатнинг реорганизастиаси туфайли суяк бўлаклари атрофида юмшоқ қўшувчи тўқима юзага келади. У суяк бўлакларини бир-бири билан боғлайди ва бирламчи суяк қадоғи деб юритилади, қайсики кейинчалик примитив ғовак суяк тўқимасига, ва охирида етук суякка айланади.

Суяк синган соҳадаги мезенхимал тўқиманинг ўзига хос хусусияти шундан иборатки, у нормал шароит яратилганда суяк ҳосил қилувчи остеоген тўқимага айланади.

Остеорегенерастия манбалари: периост, ендост, суяк қуймичи, томирлар ектопияси ва параоссал тўқималар ҳисобланади. Улар остеоген ёки остеобластик тўқимага айланиш хусусиятларига егадир. Диффенстиашмаган ва тўлиқ егилмаган мезенхимал тўқималарнинг остеоген тўқимага айланиши суяк бўлаклари таъсирида фаоллашади. Репаратив регенерастия жараёнини ўрганишда қуйидаги биологик жараёнларни ётиборга олиш зарур:

1. Репаратив остеорегенерастия жараёнининг асоси физиологик остеогенез ҳисобланади.

2. Патологик жараёнлар ва репаратив остеогенез физиологик остеогенез қонуниятлари асосида кечади.

3. Суяк тўқимасининг тикланишида тўқималарга хос бўлган остеогенез ва физиологик шакл ҳосил қилишга генетик интилиш юзага келади.

4. Физиологик остеогенезга салбий таъсир қилувчи ташқи негатив омиллар репаратив регенерастияни издан чиқариши мумкин.

Суяк регенерастиясига таъсир қилувчи **ижобий омиллар**:

1. Тўқималарнинг пассив ҳолатдан регенерастиянинг актив ҳолатига ўтиши.

2. Маҳаллий қон қуйилиши.
3. Суяк усти пардасининг бўйига йиртилиши ва периостал-кортикал ажралиши.
4. Суяк бўлаклари тўғри репозистия қилинганда мушакларнинг қисқариши туфайли юзага келувчи физиологик компрессия.
5. Суяк бўлакларига аутотрансплантатларнинг таъсири.
6. Ингичка некробиотик зонанинг ҳосил бўлиши.
7. Некрогармонлар ва гистамин.
8. Қон айланишининг тез тикланиши ва лимфостазнинг бартараф етилиши.
9. Бузилган метаболизмнинг тикланиши.
10. Суяк бўлақларининг ҳаракатсизлиги.
11. Беморнинг ёш бўлиши.

Салбий омиллар:

1. Метаболизмнинг бузилиши, авитаминоз.
2. Суяк усти пардасининг қўндаланг йиртилиши ва чандиқлар борлиги.
3. Мушак, фассия, суяк бўлақларининг интерпозистияси — асосий суяк бўлаклари орасига кириб келиши.
4. Васкуляризация жараёнининг сустлиги.
5. Металл фиксаторларнинг суяк тўқимасига манфий таъсири.
6. Очиқ синишлар.
7. Вақтли оғирлик бериш.
8. Гипс боғламини тез-тез бевақт алмаштириш.
9. Номукамал техника, ностабил остеосинтез ва инфекция.
10. Ёшнинг қариллиги.

Бирламчи суяк қадоғи бир неча қаватлардан иборат: ташқи ёки периостал қадоғи; ички ёки эндостал қадоғи; ва оралиқ ёки интермедиар қадоғи.

Суяк тўқимаси тикланишини узлуксиз жараён сифатида олиб, унинг кечишида шартли равишда 5 морфологик фазани ажратиш мумкин.

И фаза — мезенхимал тўқима ҳосил бўлиши. Травмадан сўнг дарҳол бошланади. Гематома, шиш суюқлиги ва фибриндан ўзига хос желесимон модда — «бирламчи клей» юзага келади.

ИИ фаза — хужайра элементлари дифференцияси ва каллоген толалари ва тоғай тўқималарнинг юзага келиши.

ИИИ фаза — остеоидни чўкиши. Қўшувчи тўқима қадоғининг коллоген толалари ва таркибида гомогенизация ўчоқлари юзага келади, оксил моддаларининг чўкиши туфайли яхлит масса пайдо бўлади. Унинг асосида аввалига якка ҳолда, кейинчалик қалин тур шаклида примитив остеоид «балкачалари» ҳосил бўлади.

ИВ фаза — остеоид қадоғининг пайдо бўлиши ва оҳакланиш жараёнининг бошланиши, оссификация.

ИИИ ва ИВ фазалар ўзаро яқинлашган бўлади, чунки остеоид чўкиши билан параллел оҳакланиш юзага келади.

В фаза — суяк қадоғининг қайта қурилиши. Етилмаган суяк тўқималари етук тўқимага айланади ва статико-динамик шароитларга мослаша боради. Функтионал талабларга мувофиқ баъзилари сўрилади, баъзилари еса мустаҳкамланиб боради. Яралиш ва резербастия жараёнлари остеобласт ва остеокластлар иштирокида кечади. Суяк қадоғининг қайта қурилиши ойлаб, баъзида йиллаб давом этади ва унинг тезлиги суяк бўлаклари адаптацияси, улар орасидаги диастазга ва имобилизацияга боғлиқ.

Шундай қилиб, репаратив остеогенез пайтида икки асосий жараён ажратилади: биринчиси шундан иборатки, аввалига суяк бўлақларини ўзаро боғлаб турувчи қўшувчи тўқимали органик матрица юзага келади. Ушбу жараён асосида остеобластик хужайралар дифференцировкаси ва мураккаб коллоген оксиленинг биологик синтези этади.

Иккинчи жараён еса минерал тузлар чўкиши туфайли оксил моддаларининг оҳакланишидан иборатдир.

Клиник нуқтаи назардан суяк битишида 4 давр ажратилади.

И-давр — суяк бўлакларининг бирламчи «ёпишиши» ёки «клеиланиши» биринчи 3-10 кун ичида кечади. Суяк бўлаклари ҳаракатчан, осон силжиши мумкин. Биринчи клиник давр морфологик И ва ИИ фазанинг бошланишига тўғри келади. Янги туғилган нозик тўқимани травматизациядан асраш зарур.

ИИ давр — суяк бўлакларини юмшоқ қадоқ билан боғланиши, 10-50 ва ундан ортиқроқ кунлар ичида кечади, ва ИИ-ИИИ морфологик фазалари мос келади.

ИИИ давр — суяк булагии битиши, яъни қаттиқ қадоқ билан боғланиши. 30-90 кундан кейин бошланади ва 4 морфологик фазага тўғри келади. Бу давр охири клиник белгилар асосида аниқланади: таъсир кучи берилганда еластиклик ва оғриқ йўқлиги. Аввалига рентгенологик томондан оссификация тугалланмаган бўлиши мумкин. Бу давр охирида суяк бўлакларининг рентгенологик битганлиги аниқланади, қайсиким иммобилизацияни тўхтатишга асос ҳисобланади.

ИВ давр — суяк тўқимасининг функционал қайта қурилиши, 5 морфологик фазага тўғри келади ва 1 йилгача ва ундан ортиқ давом этади. Клиник ва рентгенологик жиҳатдан суяк бўлакларининг етук суяк тўқимаси ёрдамида мустаҳкам битганлиги аниқланади.

Суяк бўлаклари битишида, юмшоқ тўқималар битиши каби, шартли равишда **бирламчи ва иккиламчи** битиш фарқланади.

Бирламчи битиш — суяк бўлаклари бир-бирига зич тегиб, ҳаракатсиз ҳолда бўлганида кузатилади ва жуда кам сезиларли қадоқ ёрдамида тўғридан-тўғри битади. Бирламчи битиш мукамал битиш ҳисобланади ва оптимал шароит яратилганда кузатилади.

Иккиламчи битиш — суяк бўлаклари яхши репозиция қилинмаса ва ҳаракатчан бўлса кузатилади, яъни кўп ҳажмли пареоассал қадоқ ҳосил бўлади, у секин ва узоқ қайта қурилади.

Суяк бўлакларининг битиш тезлиги синган жой локализациясига суяк бўлаклари характериға, репозиция даражасига ва иммобилизация сифатига, ҳамда регенерацияга таъсир етувчи мусбат ва манфий омилларнинг ўзaro миқдориға боғлиқ.

Даволаш усуллари.

Иммобилизацияион усул.

Функционал усул

Жаррохлик усуллари.

Очик ва ёпик остеосинтезлар. Сихлар билан, пластинкалар билан, аппаратлар билан, винтлар билан, симлар билан амалға оширилади. Бу усуллар қатъий курсатмалар асосида амалға оширилади.

Маъруза мавзуси № 2: Юқори мучалар шикастланишлари.

7.2.2.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -80 мин	Талабалар сони : 20-80 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси 1. Кўкрак қафасини ва елка камарини шикастлари таснифи. 2. Шикаст олиш механизмлари. 3. Замонавий текшириш усуллари. 4. Даволаш усуллари.	Маърузанинг қисқача анотастияси. Кукрак қафаси ва аъзорларининг лат ейиши, ковурагаларнинг синиши, туш суягининг синиши, пневмоторакс, гемоторакс, гемоторакс, травматик асфиксия, умровнинг синишлари ва чикишлари, курак суягининг синишлари.

5. Кузатиладиган асоратлар, техник ва тактик хатолар.	
Ўқув машғулоти нинг мақсади: Талабаларни кукрак ва елка камари жароҳатлари билан таништириш, жароҳатларнинг келиб чиқиши, клиникаси ва даволашни тушунтириш.	Мақсади ёритилади: Кўкрак қафасини ва елка камарини шикастланишри куп ҳолатларда ҳаётий муҳим функциялардан бири нафас олиш фаолиятининг бузилишлари билан кечиш кузатилади.
Таълим бериш усуллари	Кургазмали, маъруза, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол-жавоб.

7.2.3. Маъруза машғулотининг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёргарлик босқичи	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради. 1. Кукрак қафаси шикастланишининг таснифини айтиб беринг. 2. Ковургалар синиш турлари санаб беринг 3. Кукрак қафаси ичи қон кетиши даражалари нечта? 4. Пневмоторакс нима ва унинг турларини санаб беринг. 5. Пневмотораксда биринчи ёрдам қандай курсатилади? 6. Вишневский бўйича вагосимпатик блокада қандай амалга оширилади? 7. Елка камарини қайси суяклар ташкил қилади? 8. Курак суяги синиши таснифини айтиб беринг. 9. Курак суяги синишида ташхислаш қандай амалга оширилади? 10. Умров суяги жароҳатланишларини айтиб беринг. 11. Умров суяги жароҳатланишида биринчи ёрдам қандай амалга оширилади?	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2 – асосий босқич	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш	Тинглайдилар

(55 дақиқа)	2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар
2- якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

Маъруза баёни

Куракнинг синиши барча синишларнинг 1,2 % ни ташкил қилади. Куп холларда курак синишлари елка билан йиқилиб тушиш, тирсак бугими билан тушиш натижасида воситали механизм таъсирида юзага келади. Бу купинча бугим юзаси анатомик ва хирургик буйинча қисмлари жароҳатланиши билан кечади. Бевосита синишлар еса тананинг ёки ўсикларнинг синишида куринади.

Рентгенологик ва клиник фаркланиши:

1. Тана қисмларининг синиши

а) пастки киррасининг

б) юкори киррасининг

в) кундаланг ва буйламасига

2. Усикларнинг синиши

а) акромиал

б) тумшуксимон

3. Бўйин қисмининг синиши

а) хирургик

б) анатомик

в) бугим юзасининг

Булардан ташқари яна тешикли синишлар ҳам бор, улар укли яраланишлар туфайли келиб чиқади

Куракнинг жароҳатланишида клиника унинг характери ва булакларнинг силжишига боғлиқ. Куп холларда курак синганда булаклар силжиши юз бермайди. Курак акромиал усиги синганда шу соҳада деформастия, ҳаракатланганда огрик, палпастияда суяк шиқирлаши аниқланади. Купинча курак акромиал усигининг синиши умров чиқишлари билан бирга бўлади. Тумшуксимон усик синишида билак буқилганда 2 бошли мускул таранглашганлиги туфайли кучли огрик пайдо бўлади. Тумшуксимон усикнинг синиб силжиши акромиал тумшуксимон ва тумшуксимон умров бойламаларининг узилиши бир пайтда содир бўлганда юзага келади.

Курак танасини пастки ва юкори кирраси, тананинг кундаланг ва буйлама синишлари силжишсиз кечади, улар шу соҳада огрикли шиш билан аниқланади. Курак атрофидаги мушакларнинг яхши ривожланганлиги купинча лат ейиш ва синишни фарқлашда кийинчиликлар тугдиради. Курак буйинчаларининг синиши куп холларда силжиш билан боради. Бунда бугим ҳаракатида кучли бирдан огрик ва бугимда кон тухташи билан кечади. (Гемартроз). Буйинча қисмининг силжишида курак бугим майдони билан бирга олдинга ва пастга силжийди. Жароҳатланган соҳада акромиал усикнинг туртиб чикканлиги тумшуксимон усикнинг ботиб турганлиги аниқланади. Симптомлар елканинг олдинга чиқишига хос. Факатгина чиқишда учрайдиган пружина ҳаракати юк. Жароҳат соҳаси, яъни тумшуксимон усик пастки кирраси елка бугими ички томони курак орқа юзаси ва култик ости юзалари палпастияда огрик аниқланади. Рентгенографик тасвир диагностикада муҳим урин егаллайди. Клиника кучсиз, шубхали холларда рентген асосий диагностик аҳамиятга ега.

ДАВОЛАШ. Даволаш курак синишларининг характерига боғлиқ холда олиб борилади. Бунда купинча мустаҳкам ушлаб турувчи боғламлар: стандарт шиналар, торакобрахиал гипсли боғламлар.

Боғлам қуйишдан олдин синган жой 1-2 %л и новакаин еритмаси билан огриксизлантирилади. Кулни ёнга тортган холда шинада биринчи кунлардан бошлаб

панжалар, тирсак бугини, кафт билан бугимларида даволаш гимнастикаси олиб бориш лозим. Синган жой силжимаган такирда ишга лаёкатлиликл 4-6 ҳафтадан сунг тикланади. Агар курак буйинчаси синиб силжиган бўлса, тирсак усимтаси соҳасидан скелетли сим тортмалар тортилади. Муча еса питос шинасига куйилади. Шинанинг туришига жуда ҳам еътибор бериб туриш керак. Елканинг узоклашуви 90^0 бўлиб, тирсак бугимда бўлиб, букилиш 90^0 га яқин бўлиши, оркага фронтал текисик буйича 10^0 га букилган бўлиши керак. Шина 4 ҳафтага куйилади. 1 кундан бошлаб тирсак булими, биллак-кафт бугимларида даволаш гимнастикаси килиб бориш керак.

4-ҳафтадан сунг елка бугимини ҳаракатлантиришга рухсат етилади. Ишга лаёкатлиликл 1.5-7 ойдан кейин белгиланади.

Умров суяги чикишлари: умров чикишлари ва синишларининг 3-15% ни ташкил етади. Улар купинча 25-45 ёшли еркакларда куп учрайди. Умров чикишлари 2 куринишда учрайди.

1. Ташки – акромиал чикишлар

2. Ички стерил чикишлар

Бойлов аппарати зарарланишига караб:

1. Тулик

2. Нотулик (чала)

Ичак охириинг чикиши бевосита шикаст натижасида езага келади. Туш умров ва умров ковурга бойламаларининг узилиши тулик чикишни таъминайди.

Тушга нисбатан чиккан ички охириинг турига караб булади.

1. Туш олди.

2. Туш орти

3. Туш усти

Умров ковурга бойлами бутун колган холлар *чала чикиш* дейилади. Туш олди чикишларида умров туш соҳаларида иккала томондан ассиметрия аникланади. Жароҳатланган томондан умров тушдан юкорида туради ва елка камари торайган, кискарган булади. Елка бугимида огрик туфайли ҳаракат чекланган. Бу чикишлар асосан оператив даволанади.

Ташки акромиал чикишлар. Бевосита таъсир натижасида келиб чиқади. Бу хол бойламлар жароҳатланишига караб тулик ёки чала булади. Бу жароҳатлар бемор курак акромиал усимтаси соҳасига орка ташки елкаси билан йикилган холда юзага келади. Клиникасида умров ташки охириинг туртиб чикишининг, ҳаракат ва палпастияда огриклар аникланади. Баъзи холларда огрик жуда ҳам кучли булади. Умров ташки охирида босим мусбат, клавиаста симптоми аникланади. Бу симптом сог томонда манфий еканлиги билан солиштириб курилади.

Тулик чикишларнинг клиник хусусиятлари, елка камари кискарганлиги, умровнинг кутарилиб туриши, умровнинг олд ва оркага силжиши, клавиаста симптоми мусбатлиги.

Рентгенологик текшириш клиник маълумотларни тулдиради. Рентген тасвирлар олд ва орка проексияларда утказилади ва бу тулик ва чала чикишларни фарклашга ёрдам беради. Бу холларда симметрик иккала томон ҳам суратга туширилади. Бунда елка бугимида бугим ёригининг кенгайишига караб акромиал умров бойлами узилганлигини аниклаш мумкин. Бундан ташкари тумшуксимон усик билан умров пастки кирраси орасидаги масофа 0.5 см узоклашади. Бу еса умров тумшуксимон бойлами узилганлиги, яъни тулик чикишидан далолат беради.

Бир канча боғлам ва шиналар ишлаб чиқарилганига карамай ташки охир чикишини тиклаш анча кийин. Ҳозир кулланилаётган ва таклиф етилаётган СТИТО стандарт шинаси, Кожукеева мосламаси, Химбаристкий Винт пресси, юрист боғламалари ҳаракатини тула баргараф ета олмаслиги ва бойламларнинг яхши сифатли чандик ҳосил кила олмаслиги туфайли яхши натижа бермаяпти. Юкорида курсатилган методлар чала чикишларга натижа беради.

Узилган акромиал умров бойламини тикиш лафсан билан шу кисми фиксастия килиб, металл спейиллар киритиш каби оператив усуллар яхши натижа беради. Тулик чиқишда биринчи 7 кунларда операстия бюрилади. Операстия умумий огриксизлантириш билан олиб борилади. Умров ташки охири кирраси билан бошлаб, умров акромиал бирикмасида утиб умров устига утади ва тумшуксимон усик чуққисида туговчи найсимон кесим утказилади. Каватма-кават кесилиб умров хусусий фасстияси киркилади, акромиал умров бугими топилади. Умров ташки охири созланган умров акромиал бирикмаси металл стержен билан остеосинтез килинади. Гомостаз килинган каватма-кават жарохат тикилади. Операстиядан сунг 4-5 хафта СтИТО шинаси куйилади. 2-3 кунлардан бошлаб кул бармоклари, тирсак бугимлари учун хаво гимнастикаси белгиланади. Метал фиксатор 6-7 хафтада олиб ташланади. 7-8 хафтада иш фаолияти тикланади.

ДАВОЛАШ. Умров синганда даво синиш характериға ёпик холда олиб борилади. Яшил новда типидаги ва силжишлар синиш фиксастияловчи богламлар куйиб консерватив даволанади. Имобилизастия даври 3-4 хафта. Боглам куйишдан олдин синган соха огриксизлантирилади. Шу максадда 1-2% новокаин 10-15мл юборилади. Силжишли синишларни 20 мл. новокаин юбориб синишлар тугриланади. Бунинг учун бемор стулга утиргизилиб боши жарохатланган томонга букилади. Ассистент тиззасини беморнинг курак оралигиға ёки курак бурчагиға тираб кули билан беморнинг елка камари билан тутди. Елка бугимини оркаға, ташкариға ва бир оз юкорига чузади. Шу холатда хирург булакларни созлайди. Кейин фиксастияланади. Кенг таркалган фиксастия методлари:

1. Делбе халкаси саккизсимон халка. Бу богламлар булакчаларни биринчидан тортиб периферик булакчаларни бироз юкорига кутаради. Бу усуллар узунасига юзаға келган силжиган синишларда кулланилади.

2. Беллер шинаси, синиклар билан бирға елка камарини кутаради ва бироз оркаға тортади. Сити овали гипс ёки фанерадан тайёрланиб, оркаға букилмаси бор. Овалнинг уст томони 25см, оркаси 21см, кенглиги 7см. Овал чап елка камари ва курак кафасида гипсли бойлам оркали фиксастияланади. Кул касинка билан кутариб куйилади.

3. Каплан боглама 2 та: букилган ва узаро богланган крамер шиналардан иборат. Кузмин шинаси консерватив даволардан анча ахамиятлидир. Бу елка камарининг кутарилган ва максимал узоклаштирилган холатда тутиб туради.

Кушилиб келган силжишлар узок ёток режимини талаб етувчи холларда беморлар кураклари оралигида каттик ёстиклар куйилиб, каттик тушакларда ёткизилади. Куллари кроватдан пастда ва оркаға узайтирилади. Тирсак бугими валикли стулчаға жойлаштирилади.

Оператив даводан хам кенг фойдаланилади. Бу усул очик асоратли синишлар майда синикли силжишлар, турлича интерпозистияларда кулланилади.

Умров силжишлари: умров силжишлари болалик ва усмирлик даврларида куп учрайди. Барча синишларнинг 3-16%ни ташкил килади.

Шикастланиш механизмиға караб 2 хил келиб чиқишға еға бевосита механизми шикастланиш, бевосита умровға зарб кучи натижасида келиб чиқади. Бу булакчалар кундаланг ва кийшик синишларни келтириб чикаради. Билвосита шикастланиш механизмида зарб ёки йикилиш, елка бугими ташки юзасига тугри келади. Бунда синиш кийшик ёки кундаланг кийшик булади. Кийшик ва кундаланг кийшик синишлар силжишға мойил булади.

Локализастияға караб умров силжишлари, акромиал, диафизар стернал турларға фаркланади. Баъзи холларда умров синиклари силжиши плевра, кон томирлари тутами, тери копламларни зарарлантириш мумкин.

Умров синишиға диагнози куйиш кийин емас. Асосий шикоятлар махаллий огрик, кулни огрик туфайли танадан узоклаштириш, кутариш ва актив харакатларнинг пасайиши, чекланиши.

Бемор кулини билагида тутати, кукрагига якинлаштириб олади. Куздан кечирганда синиш соҳасида аник деформастия кузга ташланади. Шу соҳага шиш, кон куйилишлар булиши мумкин. Кул мучаси елка билан бирга ичкарига буралган, пастга очилган ва олдинга сурилган булади. Шу томон елка камари кискарган, умров усти чукурчаси текис булади. Курак медиал кирраси ва пастки бурчаги тери остидан аник билиниб туради.

Палпастида синган соҳада ҳаракатчанлик борлиги аникланади. Суяклар крепитастиясини ва атрофдаги юмшок туқималар зарарланмаслиги туфайли ҳосил килинишига уринилмайди.

Умров суяги синиши шубҳа килинган беморларда албатта шу соҳадан утувчи кон нерв томирлари бутунлигини текшириш лозим. Кушимча равишда рентген тасвири ҳам тушурилади.

Тинчлик пайтларида кукрак кафасининг жароҳатлари барча жароҳатларнинг 10%ни ташкил килади. Шулардан куп қисми ёпик жароҳатланишларга киради. Кукрак жароҳатларининг 2 тури фаркланади:

1. Ёпик жароҳатлар, ички органда жароҳатланиши билан ва жароҳатланишсиз.
2. Факат кукрак девори жароҳатланиши билан борадиган ва кукрак бушлигига утувчи яраланиш.

Локализация жароҳатланиш характери ва оралигига қараб ёпик жароҳатланишлар фаркланади. Куп ҳолларда кукрак кафаси жароҳатлари оддий лат ёйиш, ковурагаларнинг синиши билан боради. Лат ёйиш кукрак девори юмшок туқималари тери, тери ости клеткаси, мушаклар билан чегараланиши мумкин.

ДАВОЛАШ. Асосан огрик қолдирувчи воситалар (кодеин, аналгин) узок давом етган огрик синдромларида физиотерапиядан кенг фойдаланилади. Кон куйишлар тери ости ва мушак ичига ҳосил булган гематомаларни пунксия қилиш, кесмалар орқали ивиган конни олиб ташлаш ва сунг тикиш мумкин.

Ковурагалар синиши барча синишларнинг 15%ни кукрак кафаси ёпик жароҳатларнинг 67% ни ташкил етади. 40 ёшдан сунг ковурагалар синиши куп учрайди. Ковурагаларнинг бир неча купгина синишлари нафасда огир бузилишларга олиб келади. Купинча 4-7-8 ковурагалар синиши учрайди, чунки улар кам химояланган.

Бевосита механизмда механик қуч шу соҳа ковурагалар ташҳиси натижасида улар кукрак кафасига ботиб киради. Бунда купинча деворий плевра ва упканинг жароҳатланиши юз беради. Билвосита механизмда кукрак кафасининг деформастияланиб қисилиши натижасида ковурагалар ҳар иккала томондан синиши мумкин. Бу таъсир натижасида куплик синишлар юзага келади. Синишлар бир томонлама ва икки томонлама булади. Кукрак кафаси картасининг узгариши, огир нафас бузилиши, қислород етишмовчилиги, плевра- пулмонал шок ривожланишига олиб келади.

КЛИНИКАСИ. Клиника локал турлича интенсивликдаги огрик ҳисси билан боғлиқ. Тинч ҳолатда огрик тумток, нафас олиш чуққисида еса уткир ва кесувчи характерга ега булади. Огрик чуқур нафас олганда ютал ва қучанганда қучаяди. Шикастланиш соҳасида палпастидан қучли огрик булади. Шу томон нафасда орқада қолади, гематомалар ҳосил булади.

Дарчали синишлар жуда огир синиш турига киради. Бунда парадоксал нафас юзага келади. Нафас олганда синган булак ичкарига ботади. Чикарганда ташқарига чиқади. Дераза қанча қатта булса, вентиляция функцияси шунча бузилади. Ковурга клапани орқада ҳосил булса, бемор орқаси билан ётиб табиий иммобилизация ҳосил қилиши ва қучли жараённинг енгилроқ кечишига ёрдам беради. Олд томондан ҳосил булган клапанлар чуқур узгаришларга олиб келади.

Жароҳатланиш натижасида плевра респираторларининг таъсирланиши нафас ва кон айланишлар бузилишини қақиради ва плевра-пулмонал шок ривожланади.

Тўшнинг изоляцияланган шишлари қам учрайди, улар купинча қучли зарб ёки олдиндан орқага юналтирилган босим таъсиридан даста қисмининг тана қисмига утиш жойида

оркага силжиш билан юзага келади. Бунда бирдан кучли огрик пайдо булади. Нафас олганда ва палпастияда кучаяди, нафас кийинлашади. Хансираш, пианоз, букилиш булади. Синган сохада шиш, деформастия, кон куйилишлари аникланади. Рентгенда силжишлар билан тўшнинг деформастияси аникланади.

ДАВОЛАШ. Асосан консерватив даво чораси курилади. Синишни огриксизлантириш учун 10-15мл. 1% новокаин билан ажратилади. Репозистия пастки кукрак ва бел умурткаларини ёзиш билан килинади. Консерватив даво наф бермаган СРГ аппарати Киршнер спистаси куллаб операстия бажарилади.

Хозирги пайтларда ултратовуш ва тикиш усули кулланилмоқда. Асоратсиз коворга синишларида синган сохага 2-3 марта новокаинли анестезия килинади. 4-5 кун катъий тўшак режими тайинланади. Беморга балгам хайдовчи воситалар, даво гимнастикаси тайинланади. Иш қобилияти 5 ҳафтада тикланади.

Купгина синишларда 0.25% новокаин билан синган соха сатхида паравертебрал блокада килинади. Нафас бузилиши даражасига қараб вогосимпатик блокада ҳам килинади (Вишневский бўйича).

Огир плевра -пулмонал шок ҳолатларида нафас функсияси ва юрак кон томир фаолиятини тикловчи реанимастион тадбирлар олиб борилади.

Упка ёрилганда тактика ёрилиш даражасига ва характериға қараб боғланади. Унинг асосий белгиси тери ости емпиземас кон тупуриш ва огри холларда пневмогемотораксининг юзага келишдир. Упкалар ҳаракатланиши учун ҳаво ва кон плевра бушлигидан чиқариб юборилиши керак. Бу плеврал пунксия ва операстия юли билан амалға оширилади.

Травматик чиқишлар.

Бўғимлар соҳасида бўладиган чиқишлар туғма ва орттирилган, ҳамда травматик ва патологик турларға ажратилади. Ушбу маърузамизда асосан травматик чиқишлар тўғрисида гапирилади.

Травматик чиқишлар шошилиш хирургия бўлимиға киритилган бўлиб, травматологиянинг муҳим қисми ҳисобланади.

Суякларнинг травматик чиқишлари кўпчилик муаллифларнинг маълумотиға, ҳамма жароҳатларнинг — 2-4%ни ташкил қилади. Чиқишлар ҳамма ёшда учраши мумкин, лекин кўпроқ ўрта ёшда (20-40 ёш) учрайди. Бундан ташқари, баъзи бўғимларда учрайдиган чиқишлар кўпинча маълум ёшда кўпроқ учрайди. Масалан, билак суякларининг чиқиши кўпроқ ёшларда, елканинг чиқиши еса кексаларда учрайди.

Бўғимда чиқиш кузатилганда, дистал жойлашган суяк чиққан ҳисобланади. Фақат умуртқаларнинг ва ўмров суяги акромиал қисмининг чиқишлари бундан мустаснодир. Травматик чиқишлар қўл бўғимларида оёқ бўғимларига нисбатан кўпроқ учрайди. Ҳамма чиқишлар ярми елка бўғимиға тўғри келади. Иккинчи ўринда билак суякларининг, улардан кейин еса ўмров суягининг чиқиши туради.

Оёқда енг куп чиқиш ва ярим чиқишлар болдир-ошиқ бўғимида, сўнгра сон-чаноқ бўғимида кузатилади. Болдир суякларининг ва қафт суяклари чиқиши анча кам учрайди.

У ёки бу бўғимда чиқишнинг кўп ёки кам кузатилиши, унинг анатомио-физиологик ва функционал хусусиятларига боғлиқдир.

Бўғимлардаги ҳамма чиқишлар периферик сегментнинг марказий сегментға нисбатан силжиш даражасига, чиқишдан сўнг ўтган вақтға, қўшимча жароҳатлар характериға, ҳамда асоратлар бор-йўқлигига қараб классификацияланади.

Агар периферик сегмент марказий сегментға нисбатан тўлиқ силжиб, уларнинг бўғим юзалари бир-бириға тегиб турмаса, **чиқиш тўлиқ** дейилади, агар қисман силжиб, бир-бири билан контакти сақланган бўлса, **ярим ёки чала чиқиш** деб юритилади.

Чиқишдан сўнг ўтган вақтға боғлиқ ҳолда **янги**, **ескирган** ва **ески** чиқишлар фарқланади.

Кўпчилик муаллифларнинг маълумотлари бўйича, жароҳатдан сўнг уч кунгача чиқиш янги деб юритилади, уч ҳафтагача — ескирган, уч ҳафтадан ортик вақт ўтгач еса ески чиқиш деб ҳисобланади. Ушбу классификация жуда муҳим амалий аҳамиятга эгадир, чунки тўғрилашнинг энг мақбул — ёпиқ ёки очик усулини танлашга ёрдам беради. **Янги чиқишни зудлик билан тўғрилаш зарур. Ескирган чиқишларда аввал наркоз остида ёпиқ усулда ехтиётлик билан тўғрилашга ҳаракат қилиб кўрилади, агар бу уриниш натижа бермаса, куч билан тўғрилашга зўр бериш керак емас, чунки ҳар хил асоратларга, ҳатто синишга олиб келиши мумкин. Ески чиқишлар еса фақат оператив йўл билан тўғриланиши мақсадга мувофиқдир.**

Қўшимча жароҳатлар бўлса, чиқиш асоратли деб юритилади. Бунда чиқишларга **очик чиқишлар, синиб-чиқишлар ва томир, нерв, ҳамда мушаклар ҳам жароҳатланган чиқишлар** бирлаштирилади. Агар суяк чиқишида бўғим ичи ёки бўғим олди синиши ҳам бўлса, бу ҳолат синиб-чиқиш деб, тери шикастланган бўлса, очик чиқиш деб аталади. Асоратли чиқишлар ҳамма вақт ҳам яхши натижа билан тугамайди, айниқса томир ёки нерв шикастланган бўлса.

Агарда янги чиқиш консерватив йўл билан ҳатто наркоз остида ҳам тўғриланмаса, бунинг сабаби кўп ҳолларда юмшоқ тўқималар **интерпозицияси** ҳисобланиб, бундай ҳолат **тўғриланмайдиган чиқиш** дейилади, шунинг учун жарроҳлик йўли билан жойига солиниши керак. Агар бирламчи травматик чиқишдан кейин, тез-тез такрорланиб турса, **одатий чиқиш** деб юритилади.

Бўғимлар чиқиши механизмида, маълум бир бўғимда чиқишга бўлган мойиллик сабаблари ва чиқишни чакирувчи сабаблар ажратилади. Чиқишга бўлган мойиллик сабабларига бўғимнинг анатомио-физиологик хусусиятлари киради. Чакирувчи сабаблар **бевосита ва билвосита травма** ҳисобланади. Бевосита таъсирда ташқи куч тўғридан-тўғри бўғим ҳосил қилувчи сегментлардан бирига таъсир этади. Билвосита таъсирда ташқи куч бўғимдан анча узоқда таъсир этади, ва чиқиш механизми **икки елкали ричаг принципи**га ўхшайди.

Маълумки, травматик чиқиш ва бўғим капсуласи йиртилади, бойламлар узилади. Бундан ташқари мушаклар анча шикастланади, толалари йиртилиб, қон қуйилади. Мушаклар йўналиши ва узунлиги ўзгаради. Чиқиш натижасида маълум **мушаклар чўзилиб, баъзилари ретракцияга** йўликади, натижада ўз жойидан чиққан суяк бошчаси янги жойда ушланиб қолади. Ушбу ҳолатни чиқишни тўғрилаш пайтида ҳисобга олиб, мушакларни тўлиқ бўшаштиришга еришиш зарур.

Кўпинча чиқиш пайтида бўғим юзаси четида ёки апофизларда синиш кузатилади. Бунга рентгенограммани текширганда алоҳида еътибор бериш ва тўғрилаш пайтида суяк бўлагининг тўлиқ адаптациясига еришиш зарур.

ЧИҚИШНИ АНИҚЛАШ ВА БЕЛГИЛАРИ (ДИАГНОСТИКАСИ)

Травматик чиқиш анамнез, шикоятлар, клиник картина ва чиқишга хос симптомлар асосида аниқланади ва бунга қуйидагилар киради:

1. анамнезда травма бўлиши;
2. кучли оғрик;
3. бўғим соҳасида деформация, соғ томон билан солиштирганда яққол кўринади;
4. оёқ ёки қўлнинг ҳар бир чиқишга хос мажбурий ҳолати;
5. оёқ ёки қўл ўқининг ва узунлигининг ўзгариши;
6. актив ҳаракатнинг йўқлиги ва пассив ҳаракатларнинг кескин камайиши.
7. суяк бошчаси ўз чуқурчасидан чиқиб, ўзининг одатдаги жойида бўлмайди ёки бутунлай аниқланмайди.

8. «Пружинали» фиксисти симптоми, бунда пассив ҳаракат билан оёқ ёки қўлни егаллаб турган мажбурий ҳолатидан чиқаришга ҳаракат қилинганда «пружинага» ўхшаш, еластиклик қаршилиқ сезилади ва яна аввалги ҳолатига қайтади.

Чиққан қўл ёки оёқнинг периферик пулсини ва сезувчанлигини албатта текшириш керак.

ЧИҚИШЛАРНИ ДАВОЛАШ

Чиққан суякни зудлик билан тўғрилаш даволашнинг асосий принципи ҳисобланади. Суяк бошчаси ўз жойига тушгандан кейин шикастланган тўқималарнинг битиши учун маълум муддатга иммобилизастия қилинади. Чиққан суякни ўз жойига тўғрилашнинг асосий шарти ва муваффақиятли чиқишининг гарови **тўлиқ оғриқсизлантириш** ва **мушаклар релаксастияси** ҳисобланади. Умумий наркоз ва миорелаксантлар қўлланилганда бунга жуда осон еришилади. Оғриқсизлантирмасдан куч ишлатиб тўғрилашга ҳаракат қилиш кўпол хатодир, чунки бунда тўқималарга қўшимча шикаст етади.

Иммобилизастия вақти асоратсиз чиқишларда 3 ҳафта, агар синиш ҳам бўлса — 4-5 ҳафтагача узайтирилади.

Иммобилизастия вақти тугагач тўлиқ функстионал даво курси, яъни актив даво гимнастикаси, массаж, иссиқ ванна ва электростимулястия ўтказилади. Функстионал даво курсининг узоқлиги индивидуал бўлиб, жароҳат характериға боғлиқ, ўртача 3 ҳафтага тенг.

Елка, тирсак ва сон-чанок бўғимларида чиқиш бўлганида умумий даволаш вақти ўртача 5-6 ҳафтани, оғир жисмоний меҳнат билан шуғулланувчилар учун еса 7-8 ҳафтани ташкил қилади.

Ески чиқишларни даволаш анча мураккаб бўлади, чунки патологоанатомик ўзгаришлар жуда тез ривожланиб боради. Бўғим атрофидаги мушакларда анча ўзгаришлар рўй беради, баъзи мушаклар тортилиб, **ретракстияға** учрайди, бошқалари еса бўшашиб атрофияға йўлиқади, уларда дегенератив ўзгаришларда пайдо бўлади. Бўғим атрофидаги қон қуйилган тўқималарда **оссификатлар** ҳосил бўлиши мумкин. Бўғим ичи ва чуқурчаси фиброз тўқимаға тўлиб боради, **бўғим юзасининг тоғай қоплами ҳам дегенератив** ўзгаришларға йўлиқиб юпқалашиб, баъзи жойларда бутунлай йўқолади. Баъзи ҳолларда агар бемор актив ҳаракат қилишға интилса, чиққан суяк бошчаси енг янги жойға қисман мослашиб, ўзига хос «бўғим юзачаси» пайдо бўлади, яъни — **неартроз** юзаға келади ва маълум даражада ҳаракат тикланади. Агар суяк бошчаси ҳаракатланмасдан, силжиган жойида ўрнашиб қолса, фиброз тўқималар билан қопланиб, маълум ҳолатда қотиб қолади ва оёқ ёки қўлнинг фаолияти бутунлай бузилади.

Агар жарҳатдан кейин унча кўп вақт ўтмаган бўлса (1-2 ой) ва патологоанатомик ўзгаришлар оғир, қайтмас бўлмаса, очик усулда чиқиш тўғриланиб, вақтинча списталар билан **трансартикуляр фиксастия** қилинади. Жароҳатдан кейин кўп вақт (3-4 ой ва ундан ортиқ) ўтиб, патологоанатомик ўзгаришлар кучли бўлса, операстия йўли билан тўғрилагандан кейин бўғим функстияси тикланмаслиги мумкин. Шунинг учун ёш беморларда **артропластика**, ўрта ёш ва қари кишиларда функстионал қулай ҳолатда **артродез** тавсия қилинади.

Операстия усулини танлашда бўғим шакли, чиқиш тури ва ўтган вақт, ҳамда беморнинг касби, ёши, умумий аҳволини ҳисобға олиш зарур. Фақат шундай ёндошиш йўли билан у ёки бу операстия тўғри кўрсатмани аниқлаб, яхши натижаға еришиш мумкин. Масалан, сон суягининг ески чиқишида, агар кўп вақт ўтиб, чуқур ўзгаришлар рўй берган бўлса, оғир жисмоний иш билан шуғулланувчи беморларда операстия ўтказиш маъқул. Билак суяқларининг 5-6 ойлик **артродез ёки эндопретезлаш** ески чиқишларида **ёш беморларда артропластика** операстиясини бажариш мақсадға мувофиқ ҳисобланади.

2-мавзу : Кўкрак қафасини ва елка камарини шикастлари.

1.1. Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулоти вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-80 гача
Машғулоти шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси 1. Кўкрак қафасини ва елка камарини шикастлари таснифи. 2. Шикаст олиш механизмлари. 3. Замонавий текшириш усуллари. 4. Даволаш усуллари. 5. Кузатиладиган асоратлар, техник ва тактик хатолар.	Маърузанинг қисқача анотацияси. Кўкрак қафаси ва аъзорларининг лат ейиши, ковурагаларнинг синиши, туш суягининг синиши, пневмоторакс, гемоторакс, гемоторакс, травматик асфиксия, умровнинг синишлари ва чиқишлари, курак суягининг синишлари.
Ўқув машғулоти нинг мақсади: Талабаларни кўкрак ва елка камари жароҳатлари билан таништириш, жароҳатларнинг келиб чиқиши, клиникаси ва даволашни тушунтириш.	Мақсади ёритилади: Кўкрак қафасини ва елка камарини шикастланиши куп ҳолатларда ҳаётий муҳим функциялардан бири нафас олиш фаолиятининг бузилишлари билан кечиш кузатилади.
Таълим бериш усуллари	Кургазмали, маъруза, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол-жавоб.

Маъруза баёни:

Куракнинг синиши барча синишларнинг 1,2 % ни ташкил қилади. Куп ҳолларда курак синишлари елка билан йиқилиб тушиш, тирсак бугими билан тушиш натижасида воситали механизм таъсирида юзага келади. Бу купинча бугим юзаси анатомик ва хирургик бўйинча қисмлари жароҳатланиши билан кечади. Бевосита синишлар эса тананинг ёки ўсикларнинг синишида куринади.

Рентгенологик ва клиник фаркланиши:

2. Тана қисмларининг синиши

- а) пастки киррасининг
- б) юкори киррасининг
- в) кундаланг ва бўйламасига

2. Усикларнинг синиши

- а) акромиал
- б) тумшуксимон

3. Бўйин қисмининг синиши

- а) хирургик
- б) анатомик
- в) бугим юзасининг

Булардан ташқари яна тешикли синишлар ҳам бор, улар укли яраланишлар туфайли келиб чиқади

Куракнинг жароҳатланишида клиника унинг характери ва булакларнинг силжишига боғлиқ. Куп ҳолларда курак синганда булаклар силжиши юз бермайди. Курак акромиал усяи синганда шу соҳада деформация, ҳаракатланганда оғрик, пальпацияда суяк шиқирлаши аниқланади. Купинча курак акромиал усягининг синиши умров чиқишлари билан бирга бўлади. Тумшуксимон усяи синишида билан буқилганда 2 бошли мускул таранглашганлиги

туфайли кучли огрик пайдо булади. Тумшуксимон усикнинг синиб силжиши акромиал тумшуксимон ва тумшуксимон умров бойламаларининг узилиши бир пайтда содир булганда юзага келади.

Курак танасини пастки ва юкори кирраси, тананинг кундаланг ва буйлама синишлари силжишсиз кечади, улар шу сохада огрикли шиш билан аникланади. Курак атрофидаги мушакларнинг яхши ривожланганлиги купинча лат ейиш ва синишни фарклашда кийинчиликлар тугдиради. Курак буйинчаларининг синиши куп холларда силжиш билан боради. Бунда бугим харакатида кучли бирдан огрик ва бугимда кон тухташи билан кечади. (Гемартроз). Буйинча кисмининг силжишида курак бугим майдони билан бирга олдинга ва пастга силжийди. Жарохатланган сохада акромиал усикнинг туртиб чикканлиги тумшуксимон усикнинг ботиб турганлиги аникланади. Симптомлар елканинг олдинга чикишига хос. Факатгина чикишда учрайдиган пружина харакати йук. Жарохат сохаси, яъни тумшуксимон усик пастки кирраси елка бугими ички томони курак орка юзаси ва култик ости юзалари палпацияда огрик аникланади. Рентгенографик тасвир диагностикада мухим урин эгаллайди. Клиника кучсиз, шубхали холларда рентген асосий диагностик ахамиятга эга.

ДАВОЛАШ. Даволаш курак синишларининг характерига боглик холда олиб борилади. Бунда купинча мустахам ушлаб турувчи богламлар: стандарт шиналар, торакобрахиал гипсли богламлар.

Боглам куйишдан олдин синган жой 1-2 %л и новакаин эритмаси билан огриксизлантирилади. Кулни ёнга тортган холда шинада биринчи кунлардан бошлаб панжалар, тирсак бугини, кафт билан бугимларида даволаш гимнастикаси олиб бориш лозим. Синган жой силжимаган такирда ишга лаёкатлилик 4-6 хафтадан сунг тикланади. Агар курак буйинчаси синиб силжиган булса, тирсак усимтаси сохасидан скелетли сим тортмалар тортилади. Муча эса питос шинасига куйилади. Шинанинг туришига жуда хам эътибор бериб туриш керак. Елканинг узоклашуви 90^0 булиб, тирсак бугимда булиб, букилиш 90^0 га якин булиши, оркага фронтал текисик буйича 10^0 га букилган булиши керак. Шина 4 хафтага куйилади. 1 кундан бошлаб тирсак булими, билак-кафт бугимларида даволаш гимнасткеси килиб бориш керак.

4-хафтадан сунг елка бугимини харакатлантиришга рухсат этилади. Ишга лаёкатлилик 1.5-7 ойдан кейин белгиланади.

Умров суяги чикишлари: умров чикишлари ва синишларининг 3-15% ни ташкил этади. Улар купинча 25-45 ёшли эркакларда куп учрайди. Умров чикишлари 2 курунишда учрайди.

3. Ташки – акромиал чикишлар

4. Ички стерил чикишлар

Бойлов аппарати зарарланишига караб:

3. Тулик

4. Нотулик (чала)

Ичак охирининг чикиши бевосита шикаст натижасида эзага келади. Туш умров ва умров ковурга бойламаларининг узилиши тулик чикишни таъминайди.

Тушга нисбатан чиккан ички охирнинг турига караб булади.

4. Туш олди.

5. Туш орти

6. Туш усти

Умров ковурга бойлами бутун колган холлар *чала чикиш* дейилади. Туш олди чикишларида умров туш сохаларида иккала томондан ассиметрия аникланади. Жарохатланган томондан умров тушдан юкорида туради ва елка камари торайган, кискарган булади. Елка бугимида огрик туфайли харакат чекланган. Бу чикишлар асосан оператив даволанади.

Ташки акромиал чикишлар. Бевосита таъсир натижасида келиб чикади. Бу хол бойламлар жарохатланишига караб тулик ёки чала булади. Бу жарохатлар бемор курак акромиал усимтаси сохасига орка ташки елкаси билан йикилган холда юзага келади.

Клиникасида умров ташки охирининг туртиб чиқишининг, ҳаракат ва палпацияда огриклар аниқланади. Баъзи ҳолларда огрик жуда ҳам кучли бўлади. Умров ташки охирида босим мусбат, клавица симптоми аниқланади. Бу симптомтом соғ томонда манфий эканлиги билан солиштириб курилади.

Тулик чиқишларнинг клиник хусусиятлари, елка камари кискарганлиги, умровнинг кутарилиб туриши, умровнинг олд ва орқага силжиши, клавица симптоми мусбатлиги.

Рентгенологик текшириш клиник маълумотларни тулдиради. Рентген тасвирлар олд ва орқа проекцияларда утказилади ва бу тулик ва чала чиқишларни фарқлашга ёрдам беради. Бу ҳолларда симметрик иккала томон ҳам суратга туширилади. Бунда елка бугимида бугим ёригининг кенгайишига қараб акромиал умров бойлами узилганлигини аниқлаш мумкин. Бундан ташқари тумшуксимон усик билан умров пастки кирраси орасидаги масофа 0.5 см узоклашади. Бу эса умров тумшуксимон бойлами узилганлиги, яъни тулик чиқишидан далолат беради.

Бир канча боғлам ва шиналар ишлаб чиқарилганига қарамай ташки охир чиқишини тиклаш анча қийин. Ҳозир қулланилаётган ва таклиф этилаётган ЦИТО стандарт шинаси, Кожукеева мосламаси, Химбарицкий Винт пресси, юрист боғламалари ҳаракатини тула бартараф эта олмаслиги ва бойламларнинг яхши сифатли чандик ҳосил қила олмаслиги туфайли яхши натижа бермаяпти. Юқорига қурсатилган методлар чала чиқишларга натижа беради.

Узилган акромиал умров бойламини тикиш лафсан билан шу қисми фиксация қилиб, металл спейиллар киритиш каби оператив усуллар яхши натижа беради. Тулик чиқишда биринчи 7 кунларда операция бўрилади. Операция умумий огриксизлантириш билан олиб бўрилади. Умров ташки охири кирраси билан бошлаб, умров акромиал бирикмасида утиб умров устига утади ва тумшуксимон усик чуққисида туговчи найсимон кесим утказилади. Каватма-кават кесилиб умров хусусий фасцияси қирқилади, акромиал умров бугими топилади. Умров ташки охири созланган умров акромиал бирикмаси металл стержень билан остеосинтез қилинади. Гомостаз қилинган каватма-кават жароҳат тикилади. Операциядан сунг 4-5 ҳафта ЦИТО шинаси қуйилади. 2-3 кунлардан бошлаб қул бармоқлари, тирсак бугимлари учун ҳаво гимнастикаси белгиланади. Металл фиксатор 6-7 ҳафтада олиб ташланади. 7-8 ҳафтада иш фаолияти тикланади.

ДАВОЛАШ. Умров синганда даво синиш ҳаракатига ёпик ҳолда олиб бўрилади. Яшил новда типигадаги ва силжишлар синиш фиксацияловчи боғламлар қуйиб консерватив даволанади. Иммобилизация даври 3-4 ҳафта. Боғлам қуйишдан олдин синган соҳа огриксизлантирилади. Шу мақсадда 1-2% новокаин 10-15мл юборилади. Силжишли синишларни 20 мл. новокаин юбориб синишлар тугриланади. Бунинг учун бемор стулга утиргизилиб боши жароҳатланган томонга буқилади. Ассистент тиззасини беморнинг қурак оралигига ёки қурак бурчагига тираб қули билан беморнинг елка камари билан тутди. Елка бугимини орқага, ташқарига ва бир оз юқорига чузади. Шу ҳолатда хирург булакларни созлайди. Кейин фиксацияланади. Кенг тарқалган фиксация методлари:

4. Делбе ҳалқаси саккизсимон ҳалқа. Бу боғламлар булакчаларни биринчидан тортиб периферик булакчаларни биров юқорига қутаради. Бу усуллар узунасига юзага келган силжиган синишларда қулланилади.

5. Беллер шинаси, синиклар билан бирга елка камарини қутаради ва биров орқага тортади. Цито овали гипс ёки фанерадан тайёрланиб, орқага буқилмаси бор. Овалнинг уст томони 25см, орқаси 21см, кенглиги 7см. Овал чап елка камари ва қурак қасасида гипсли бойлам орқали фиксацияланади. Қул қасинка билан қутариб қуйилади.

6. Қаплан боғлама 2 та: буқилган ва узаро боғланган қрамер шиналардан иборат. Қузмин шинаси консерватив даволардан анча аҳамиятлидир. Бу елка камарининг қутарилган ва максимал узоклаштирилган ҳолатда тутиб туради.

Кушилиб келган силжишлар узок ёток режимини талаб этувчи холларда беморлар кураклари оралигида каттик ёстиклар куйилиб, каттик тушакларда ёткизилади. Куллари кроватдан пастда ва оркага узайтирилади. Тирсак бугими валикли стулчага жойлаштирилади.

Оператив даводан хам кенг фойдаланилади. Бу усул очик асоратли синишлар майда синикли силжишлар, турлича интерпозицияларда кулланилади.

Умров силжишлари: умров силжишлари болалик ва усмирлик даврларида куп учрайди. Барча синишларнинг 3-16%ни ташкил килади.

Шикастланиш механизмига караб 2 хил келиб чиқишга эга бевосита механизмли шикастланиш, бевосита умровга зарб кучи натижасида келиб чиқади. Бу булакчалар кундаланг ва кийшик синишларни келтириб чиқаради. Билвосита шикастланиш механизмида зарб ёки йиқилиш, елка бугими ташки юзасига тугри келади. Бунда синиш кийшик ёки кундаланг кийшик булади. Кийшик ва кундаланг кийшик синишлар силжишга мойил булади.

Локализацияга караб умров силжишлари, акромиал, диафизар стернал турларга фаркланади. Баъзи холларда умров синиклари силжиши плевра, кон томирлари тутами, тери копламларни зарарлантириш мумкин.

Умров синишига диагнози куйиш кийин эмас. Асосий шикоятлар махаллий огрик, кулни огрик туфайли танадан узоклаштириш, кутариш ва актив харакатларнинг пасайиши, чекланиши.

Бемор кулини билагида тутати, курагига якинлаштириб олади. Куздан кечирганда синиш сохасида аник деформация кузга ташланади. Шу сохага шиш, кон куйилишлар булиши мумкин. Кул мучаси елка билан бирга ичкарига буралган, пастга очилган ва олдинга сурилган булади. Шу томон елка камари кискарган, умров усти чукурчаси текис булади. Курак медиал кирраси ва пастки бурчаги тери остидан аник билиниб туради.

Пальпацияда синган сохада харакатчанлик борлиги аникланади. Суяклар крепитациясини ва атрофдаги юмшок тукималар зарарланмаслиги туфайли хосил килинишига уринилмайди.

Умров суяги синиши шубха килинган беморларда албатта шу сохадан утувчи кон нерв томирлари бутунлигини текшириш лозим. Кушимча равишда рентген тасвири хам тушурилади.

Тинчлик пайтларида курак кафасининг жарохатлари барча жарохатларнинг 10%ни ташкил килади. Шулардан куп кисми ёпик жарохатланишларга киради. Курак жарохатларининг 2 тури фаркланади:

3. Ёпик жарохатлар, ички органда жарохатланиши билан ва жарохатланишсиз.
4. Факат курак девори жарохатланиши билан борадиган ва курак бушлигига утувчи яраланиш.

Локализация жарохатланиш характери ва оралигига караб ёпик жарохатланишлар фаркланади. Куп холларда курак кафаси жарохатлари оддий лат ейиш, ковургаларнинг синиши билан боради. Лат ейиш курак девори юмшок тукималари тери, тери ости клетчаткаси, мушаклар билан чегараланиши мумкин.

ДАВОЛАШ. Асосан огрик колдирувчи воситалар (кодеин, анальгин) узок давом этган огрик синдромларида физеотерапиядан кенг фойдаланилади. Кон куйишлар тери ости ва мушак ичига хосил булган гематомаларни пункция килиш, кесмалар оркали ивиган конни олиб ташлаш ва сунг тикиш мумкин.

Ковургалар синиши барча синишларнинг 15%ни курак кафаси ёпик жарохатларнинг 67% ни ташкил этади. 40 ёшдан сунг ковургалар синиши куп учрайди. Ковургаларнинг бир неча купгина синишлари нафасда огир бузилишиларга олиб келади. Купинча 4-7-8 ковургалар синиши учрайди, чунки улар кам химояланган.

Бевосита механизмда механик куч шу соха ковургалар ташхиси натижасида улар курак кафасига ботиб киради. Бунда купинча деворий плевра ва упканинг жарохатланиши юз беради. Билвосита механизмда курак кафасининг деформацияланиб кисилиши натижасида ковургалар хар иккала томондан синиши мумкин. Бу таъсир натижасида куплик синишлар

юзага келади. Синишлар бир томонлама ва икки томонлама булади. Кукрак кафаси картасининг узгариши, огир нафас бузилиши, кислород етишмовчилиги, плевра-пульмонал шок ривожланишига олиб келади.

КЛИНИКАСИ. Клиника локал турлича интенсивликдаги огрик хисси билан боғлиқ. Тинч ҳолатда огрик тумтоқ, нафас олиш чуққисида эса уткир ва кесувчи характерга эга булади. Огрик чуқур нафас олганда йутал ва кучанганда кучаяди. Шикастланиш соҳасида пальпациядан кучли огрик булади. Шу томон нафасда орқада қолади, гематомалар ҳосил булади.

Дарчали синишлар жуда огир синиш турига киради. Бунда парадоксал нафас юзага келади. Нафас олганда синган булак ичкарига ботади. Чикарганда ташкарига чиқади. Дераза канча катта бўлса, вентиляция функцияси шунча бузилади. Ковурга клапани орқада ҳосил бўлса, бемор орқаси билан ётиб табиий иммобилизация ҳосил қилиши ва кучли жараённинг енгилроқ кечишига ёрдам беради. Олд томондан ҳосил бўлган клапанлар чуқур узгаришларга олиб келади.

Жароҳатланиш натижасида плевра рецепторларининг таъсирланиши нафас ва қон айланишлар бузилишини чакиради ва плевра-пулмонал шок ривожланади.

Тўшнинг изоляцияланган шишлари кам учрайди, улар қупинча кучли зарб ёки олдиндан орқага йуналтирилган босим таъсиридан даста қисмининг тана қисмига утиш жойида орқага силжиш билан юзага келади. Бунда бирдан кучли огрик пайдо булади. Нафас олганда ва пальпацияда кучаяди, нафас қийинлашади. Хансираш, пианоз, буқилиш булади. Синган соҳада шиш, деформация, қон қуйилишлари аниқланади. Рентгенда силжишлар билан тўшнинг деформацияси аниқланади.

ДАВОЛАШ. Асосан консерватив даво қораси қурилади. Синишни огриксизлантириш учун 10-15мл. 1% новокаин билан ажратилади. Репозиция пастки кукрак ва бел умурткаларини ёзиш билан қилинади. Консерватив даво наф бермаган СРГ аппарати Киршнер спицаси қуллаб операция бажарилади.

Ҳозирги пайтларда ультратовуш ва тикиш усули қулланилмоқда. Асоратсиз ковурга синишларида синган соҳага 2-3 марта новокаинли анестезия қилинади. 4-5 кун катъий тўшак режими тайинланади. Беморга балғам ҳайдовчи воситалар, даво гимнастикаси тайинланади. Иш қобиляти 5 ҳафтада тикланади.

Қупгина синишларда 0.25% новокаин билан синган соҳа сатҳида паравертебрал блокада қилинади. Нафас бузилиши даражасига қараб вогосимпатик блокада ҳам қилинади (Вишневский буйича).

Огир плевра -пульмонал шок ҳолатларида нафас функцияси ва юрак қон томир фаолиятини тикловчи реанимацион тадбирлар олиб борилади.

Упка ёрилганда тактика ёрилиш даражасига ва характерига қараб боғланади. Унинг асосий белгиси тери ости эмпиземас қон тупуриш ва огри қолларда пневмогемоторакснинг юзага қелишдир. Упкалар ҳаракатланиши учун ҳаво ва қон плевра бушлигидан чиқариб юборилиши керак. Бу плеврал пункция ва операция йули билан амалга оширилади.

Елка, билак ва қўл-бармоқ-панжа шикастлари.

Юқори мучанинг анатомик узига хусусиятларини талабаларга еслатиб, юқори муча зараланишларини қупроқ қайси соҳаларида юзага қелишини билиш.

Тирсак бугими анатомияси

Елка суяги дистал қисми

Тирсак суяги проксимал қисми

Билак суяги бошқаси ва буйинчаси

Тирсакдаги бугимлар

Елка- билак бугими – шарсимон
Елка- тирсак бугими – галтаксимон
Билак- тирсак бугими – цилиндрик

Бойламлари

Ички ён бойлам- ички думбокчадан бошланиб, тирсак суяги ярим ойсимон ёйига келиб бирикади, урта тутами бор (олд, орка ва кундаланг, «Купер»).

Ташки ён бойлам – ташки думбокчадан бошланиб иккига булинади ва билак суяги бошчасини олд ва орка томондан айланиб утиб айлана бойламни ҳосил қилади, кейинчалик тирсак суягига ёпишади.

Мушаклари

1. Олд гуруҳ мушаклар- буқувчилар

м.бисепс брахии, м.брачиалис, м.брачирадиалис

Улар дистал суяк булагини ротастия ва орка силжишларини келтириб чиқаради.

2. Орка гуруҳ – тирсакни ёзувчилар

м.трисепс брахии, м.улнарис, м.супинатор бревис, м.палмарис лонгус, м.флехор сарпи радиалис ет улнарис.

Бу мушаклар қисқариши суяк булагини оркага силжити ва ротастия қилади.

Кон томирлари

Елка артерияси – елка мушаклари олд қисмида ётади, иккибошли мушак билан биргаликда пастга тушади ва тирсак суяги тоқсимон усимтаси устида иккига ажралади (тирсак ва билак артериялари).

Бу артерияга бир-бири билан анастомозланувчи икки вена ҳамроҳлик қилади.

Диагностика

Анамнез йиғиш

Синиш механизминини аниқлаш

Тирсак бугими клиник қуриғи

Жароҳат соҳаси палпацияси

Бугимдаги актив ва пассив ҳаракатларни текшириш

Тирсак бугими икки проекциядаги рентгенографияси

Лаборатор текширишлари

Даволаш асоратлари

Нотугри битишлар – 9%

Деформастиалар – 15%

Контрактуралар – 14%

Бугим анкилозлари – 2%

Суяк дефектлари – 0,8%

Сохта бугимлар – 1,1%

Нейротрофик узғаришлар- 2%

Остеомиелит – 2%

Торакобрахиал гипсли боғлам қўйиш техникаси

1. Узунлиги тахминан 50см бўлган, 6-7 қаватдан иборат 2та гипсли лонгета тайёрланади.
2. Ватник тайёрланади.
3. Бемор суянциғи бўлмаган стулга ўтқизилади.
4. Шикастланган қўлига бармоқлар асосидан бошлаб елка бўғимиғача ва кўкракнинг олдинги ва орқа юзаси бўйлаб ватник ўралади.
5. Тирсак ва елка бўғимига пахтали подушка қўйилади.
6. Қўлга ўрта физиологик ҳолат берилади.
7. Лонгеталар сувга солинади, сувдан олиниб текисланади.
8. 1тасида 1-чи бармоқ учун тешик кесилади.

9. Биринчи лонгета бармоқлар асосидан бошлаб қўлнинг орқа юзаси бўйлаб елка бўғимиғача ва шу томондаги кураккача қўйилади.
10. 2-чи лонгета биринчисини учига уланиб қўлтиқ остидан ўтиб қўкракнинг олдинги юзаси бўйлаб елка камарига келади ва лонгета билан бириктирилади.
11. Бинтлар билан ўралади.
12. 1-2 соатдан кейин бўйнига осиб қўйилади.

Билак суяги типик жойидан синганда маҳаллий оғриқсизлантириш техникаси

1. Синган соха териси ёд-спиртли еритма билан суртилади.
2. Рентген сурати ёрдамида суякнинг синган жойи аниқланади.
3. Шу соха терисига 0,5-1%ли новокаин еритмаси лимон пўсти хосил бўлгунча оғриқсизлантирилади.
4. Шу соха бўйлаб игна суяклар синган линиясига тушилади, буни шприст поршени секин орқага тортиб қўрилганда келган қондан билинади.
5. Игна силжитилмасдан 20-30мл новокаин еритмаси юборилади.
6. Игна суғуриб олиниб ўрнига асептик боғлам қўйилади.

Елка суяги чиқишларида Кохер усулида жойига тушириш

1. Елка бўғими маҳаллий оғриқсизлантирилади.
2. Бемор кушеткага тепага қаратиб ётқизилади.
3. Қўл тирсак бўғимида 90⁰га букилади.
4. Қўл ўқи бўйича пастга қараб тортилади.
5. Елка танага яқинлаштирилади ва билак соҳасидан ушлаб ташқарига ротастиа берилади.
6. Тирсак бўғими тананинг ўрта ўқиғача яқинлаштирилади.
7. Елкага кескин ички ротастиа берилади ва чиқиш бартараф қилинади.
8. Бир неча маротаба пассив еркин ҳаракатлар қилиниб чиқиш бартараф қилинганлигига ишонч хосил қилинади.

Маъруза мавзуси № 3: Пастки мучалар шикастланишлари.

Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -80 мин	Талабалар сони : 20-80 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси 1. Сон, болдир, тизза, болдир-оёқ-панжа бўғимлари ва оёқ-панжа шикастлари таснифи. 2. Сон суяги бошчасини варусли ва валгусли деформастиялари. 3. Тизза бугими ва болдир суякларини шикастланиш турлари. 4. Келлер 1 ва 2 кузатиладиган асоратлар. 5. Иккиламчи ерта асоратлар 6. Иккиламчи кечки асоратлар	Маърузанинг қисқача анатастиаси Сон суяги проксимал қисмининг синишлари. Сон суяги диафиз ва дистал қисмининг синишлари. Тизза копкогининг синишлари. Тизза бугими шикастланишлари. Гемартроз, менисклар шикастланишлари. Тизанинг ён бойламларининг шикастланишлари. Тиззанинг хочсимон бойламларининг шикастланишлари. Катта болдир суяги дунгликларини синишлари. Болдир суяклари диафизининг синишлари. Тупикларнинг синишлари. Оёқ панжа суякларининг синишлари ва чиқишлари.
Ўқув машғулотнинг мақсади: Паски муча шикастланиш ларининг асосий мохиятини ургатиш ва УАШ	Мақсади ёритилади. Сон, болдир, тизза, болдир-оёқ-панжа бўғимлари ва оёқ-панжа шикастларини аниқлаб билиш, текшириш

тайёрлашда биринчи ёрдам курсатишни ургатиш.	усулларини тутри танлаш, даволаш режасини тузишни ургатиш ва гипсли бойламлар куйишни билиш..
Таълим бериш усуллари	Кургазмали,маъруза,суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий,жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма,дарслик,маъруза матни,проектор,компютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

Маъруза машғулотининг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёргарлик босқичи	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот слайдларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради. 1. Сон суяги синишлари таснифини айтиб беринг 2. Сон суяги проксимал синишларини кандай диагностика килинади? 3. Сон суяги неча турдаги синишлари учрайди? 4. Сон суяги жароҳатланишларида биринчи ёрдам кандай амалга оширилади? 5. Болдир суяги синишлари таснифини айтиб беринг 6. Болдир суяги проксимал синишларини кандай диагностика килинади? 7. Болдир суяги неча турдаги синишлари учрайди? 8. Болдир суяги жароҳатланишларида биринчи ёрдам кандай амалга оширилади? 9. Менск жароҳатлари неча хилдаги турлари учрайди? 10. Менск жароҳатлари аниқлашда кандай клиник симптомларни биласиз?	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайдилар
3- якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАЪРУЗА БАЁНИ:

Сон суягининг анатомик функсионал тузилиши ва хизматларига кўра сон суяги бўйинчасининг суяк пардасининг йўқлиги сон-чанок бўғими қопчасининг ичига

жойлашганлиги, қон билан таъминланиши ёмонлиги ва бўйинча диафизар бурчагининг 127⁰ даражада бўлганлиги жароҳатланишдан сўнг битмасдан ҳар хил асоратлар қолишига сабабчи бўлади. Бундай синишлар беморнинг ёшига қарамай бир умрга қоладиган асоратлар пайдо бўлиб, тиббий ходимлардан еҳтиёткорликни ва ҳар бир бемордан алоҳида чуқур еътиборни талаб қилади.

Сон суяги бўйни синишларининг икки хил кўриниши мавжуд:

1. Медиал бўйинлараро синишлар, булар бўғим ичидаги синишлар бўлиб, уларни валгус ва варус ҳолатида учратиш мумкин. Валгус синишлар ҳар доим бир-бирига киришган бўлади. Варус синишлар еса бўйин диафизар бурчак 127⁰ дан кичик бўлиб, фақат бўлаклар бир-биридан ажралган бўлади.
2. Латерал яъни, бўғим қопчасидан ташқарида синиши бу ҳолат катта ва кичик кўстлараро синишлар ҳисобланиб, кўпинча синиқ йўллари сон суяги кўстлари орқали кўстлараро катта ва кичик кўстлари тепаси ёки кўстларидан ўтади.

Сон суяги синганида қуйидаги белгилари бўлади:

Оёқ ташқарига буралган, чаноқ сон бўғимида оғриқ, катта кўстга таъсир қилинганда яъни урганда ёки товондан босим билан таъсир берганда синмаган оёққа нисбатан синган оёқ пастда бўлади. Сон артериясининг пулсастияси пупарт бойлами остида кучли бўлади. Розер - Нелатон чизиғи катта кўстдан пастдан ўтади. Шумахер чизиғи киндикдан пастдан ўтади.

Юқорида айтилган белгилар синиқлар ўзаро кирганда сезилар сезилмас кўринишда ёки бутунлай учрамаслиги мумкин. Беморлар ўз оёқларида бир неча кунлар юриши мумкин ва қачонки синиқ бўлаклари ажралса, яъни валгус ҳолатидан варусга ўтсалар қайтадан оёқдан фойдалана олмаслиги мумкин ва оқибатда юқорида кўрсатилган белгилар пайдо бўлади. Буларни ҳар хил ҳолатда рентген қилиб аниқланади.

Сон суяги бошчаси синганда 2%ли новокаин еритмасидан 200-250мл синган жойга юборилади ёки умумий оғриқсизлантириш ҳам ўтказиш мумкин.

Даволаш йўллари.

1. Консерватив - ҳозиргача фақатгина қарияларда қўлланилган. Ҳозирги вақтда еса бемор ёшидан қабий назар жарроҳлик йўли билан даволаш қабул қилинган. Консерватив даволаш усуллари фақатгина фариалик психози, юрак қон томир касалликлари декомпенсастия даврида, ўсма касалликларида, қариялик кахексиясида ва ҳаддан ташқари оғри йўлдош хасталикларидеги қўлланилади. Бундай ҳолатларда суяк синишининг битиши емас, ваҳолангки бемор ҳаётини сақлаш кўзда тутилади. Консерватив даволашда беморлар ўлими 47%га етса, жарроҳлик билан даволашда 7-8% дан ошмайди. Бемор ўлимининг асосий сабаби касалликка йўлдош хасталикларнинг қўшилишидир (ўпка шамоллаши, ётоқ яралар, йўлдош касалликларнинг кўзиши ва х.к.).

Сон суяги бўйини синган беморлар вақтли ҳаракатга келтирилиши керак, айниқса катта ёшдаги қарияларда, йўлдош касалликлари кўп ва юқорида санаб ўтилган жарроҳликка қарши кўрсатма бўлган беморларда бунга амал қилиши шарт. Бундай вақтли ҳаракатлантириш учун биринчи 5-10 кун ичида бир неча бор маҳаллий оғриқсизлантириш ва бунинг оқибатида беморни қисқа вақтли бир неча бор ўтқизиш турғизиш керак. оёқни айланиб кетишдан сақлаш учун дерататор ёғочли гипс бойлами қўйиш керак ва ҳаракатлар оқибатида битиш бўлмасдан суяк тўқималари суяк бўлаклари ўртасида сурилади ва ёлғон бўғим пайдо бўлади. 3-4 ҳафтадан сўнг бемор бемалол қўлтиқ таёқ ёрдамида юра бошлайди. Медиал валгус синишлар жароҳатсиз консерватив йўл билан даволанади.

2. Оператив - сон суяги бўйни синганида жарроҳлик йўли билан даволаш усуллари. Икки хил жарроҳлик усули мавжуд:

1. **ёпиқ усули** – бунда бўғим қопчаси ва синган бўйинчани очмасдан ҳар хил ускуналар билан маҳкамлаш.
2. **очиқ йўли** – бунда синган сон суяги бўйни ва бўғим қопчаси очилади. Бу жарроҳлик йўли ҳажми катталиги ва узок вақтни талаб қилган сабабли жуда кам қўлланилди.

Ёпиқ усулдан олдин беморни ортопедик ускунада ётқизиб, Уитмен йўли билан силжиган суяк бўлаклари солинади ва сўнг синган оёқни 20⁰ ташқарига очилиб, 40-50⁰ ичкарига буалиб маҳкамланади. Бажариладиган ёпиқ ва очик жарроҳлик усуллари қилингандан кейин гипс боғлами қўйилмайди ва учинчи кундан бошлаб ҳаракат қилишга рухсат берилади. Операстия қилинган беморларнинг суяк битишлари 8-10 ой ва ишга яроқсизлик муддатлари 1.5 йилгача давом этади.

Сон суягининг бўйни бўғимлараро сиқилиб синишлари консерватив йўл билан даволанади ва буларнинг оқибати ижобий бўлади. Сон суягининг бўйни жарроҳлик йўли билан даволанганда 10-25% ва консерватив йўл билан даовланганда 70-80% ҳолатларда битмасдан қолиб ёлғон бўғим пайдо бўлиши кузатилади. Бундай беморларни даволашнинг асосий усули Мак-Каре усулидир. Бунда кўстлараро сон суяги кесилади ва суяк бўйни остига сон суяги сурилиб маҳкамланади.

Бўғимдан ташқари сон суягининг кўстлараро синишларига алоҳида аҳамият бериш керак. Бундай синишлар кексаларда бўлиб, ўзининг яхши оқибати билан фарқ қилади. Бунда оёқ ташқарига буралади, соғ оёқга қараганда пастда бўлади, бемор синган оёғини тўшакдан кўтара олмайди. Сон чанок бўғимида ҳаракат тўхтайди. Кучли оғриқ пайдо бўлади ва синган оёқ фаолияти йўқолади. Бундай синишларни даволашда беморнинг умумий аҳволини ва унинг йўлдош касалликларини ҳисобга олиш керак. беморнинг умумий аҳволи яхши бўлса, болдир суягининг тепа қисмидан тортиб қўйиб 6-8кг тош осиб Беллер шинасига ўрнатилади. 6-8 ҳафта вақт ўтгандан сўнг бемор уйига жавоб берилади ва жўнатиш вақтида дерататор гипс боғлами қўйиб юборилади. Сингандан 3-4 ой ўтгандан сўнг рентген кўригидан ўтказилади ва секин-секин қўлтиқ таёқ билан туриб юришга рухсат берилади. Бемор ҳаракат вақтида синган оёғини секин аста боса бошлайди. 1-1.5 ой ичида қўлтиқ таёқларини ташлаб битта ҳасса билан юради.

Сон суяги катта ва кичик кўстларининг синганида консерватив даволаш қўлланилади. Улар 3-4 ҳафта тўшакда Беллер ускунасида ётқизилиб қўйилади ва натижада яхши битиб кетади. Мабодо кичик кўст битмасдан қолса, оёқнинг иш фаолиятига зарари тегмайди. Сон суягининг тепа, ўрта ва пастки қисмларидан синиб жойидан силжишига фақат оператив йўл билан даво қилинади. Уларда сон суяк бўлакларини мустаҳкамлаш учун сон суяги ичига ҳар хил ўтлар ёки суяк устига мустаҳкамловчи ускуналар қўйиб маҳкамланади. 10 ёшгача бўлган болаларда, жарроҳликка қарама-қарши кўрсатма бўлган беморларда суяк майдаланиб очик синганда, йўлдош касалликлари туфайли иложи бўлмаган беморлар консерватив йўл билан даволанади. Бунда болдирни тепа учлигидан скелетли тортиш 5-6 ҳафта амалга оширилади ва сўнг коксит гипс боғлами қўйилади. бундай қўшма даволашлар натижаси жарроҳликка нисбатан паст фоизни ташкил этади. Сон суяги синиб суяк бўлаклари жойидан силжимаган вақтларда, 10 ёшгача бўлган болаларда фақат коксит бойлами қўйилади. Гипс боғламларнинг муддати оёқ босим юришлари ва иш фаолиятининг тикланиши ҳар бир касал учун алоҳида ҳисобга олинади. Беморнинг ёши суяк бўлаклари ҳолати рентген кўрсаткичларига қараб тиббиёт ходими бу муаммони ҳал қилади ва бу муддат ўртача 2-4 ой ва ишга қайтиш вақти ўртача 3-6 ойни ташкил қилади.

Сон суягининг пастки епиметадиафизи синишлари ва тизза бўғимлараро жароҳатларида ярим 0.5 см суяк бўлаклари жойидан силжигангача консерватив йўл билан даволанади. Суяк бўлаклари 0.5 см дан кўп силжиганда фақат оператив йўл билан даволанади. Суяк бўлакларини “Т” симон пластинкалар СтИТО михлари ва кўп бошқа ускуналар билан мустаҳкамланади. Бўғимаро синишнинг ва уни даволашнинг асосий йўли гипс боғламининг кам вақтга қўйилиб, вақтли бўғим ҳаракатини бошлаш ва иккинчи асосий йўл оёққа жуда кеч босиб юриш.

Тизза бўғимининг жароҳатланиши.

Тизза бўғими жароҳатланишида қон тўпланиши, ички ва ташқи томондаги бўғим пайларнинг узилиши, ички ва ташқи менискларнинг йиртилиши, олдинги ва орқадаги

крестсимон пайларнинг узилишида тизза бўғимининг чиққан пайтда жойларида қўйилади ва гипс бойлами қўйилиб, 6-8 ҳафтадан сўнг оператив йўл билан даволанади. Гипс боғлами олингандан сўнг физиотерапевтик (УВЧ, массаж, электрофарез, ЛФК ва х.к) даволанишдан сўнг жарроҳлик йўли қўлланилади. Оператив усулда узилган пайлар лавсан ленталари ёки маҳаллий юмшоқ тўқималар билан тикланади. Операстиядан сўнг 3-4 ҳафтадан кейин бўғим ҳаркати бошланади ва яхши натижалар беради. Тизза бўғимида жароҳатланишда тўпланган қонларни ҳажмига қараб шприст билан пункстия қилиб сўриб олинади. Бўғимга нина билан кириш тўпланган қонни сўриб олиш ва ҳар хил дориларни юборишда асептика – антисептикага қатъий риоя қилиш шарт ва беҳудага бўғимга киравермаслик керак. Тизза бўғимидаги жароҳатларни ажратиш ва унга тўғри ташхис қўйиш даволаш йўллариининг асосий қисмини ташкил қилади. Бўғимдаги оғриқ ундаги блокада тўрт бошли сон мушагининг атрафияси, иккинчи бармоқлар билан сиқиб бурганда оёқни тўғрилаб ичкарига ва ташқарига қайирганида бармоқлар тагида оғриқлар пайдо бўлиши, тизза бўғими ҳаракатида туртки белгиси бўлиши ва унинг ешитилиши бемор оёқларини чордона қуриб ўтирганда бўғим тўғрисида шиш валик пайдо бўлиши, оёқда турганда тананинг ўнг ва чапда бурилишига пайдо бўладиган тизза бўғимидаги оғриқ тизза бўғими ички ёки ташқи сезувчанликнинг кучайиши ва сезувчанликнинг йўқолиши 90 даража букилган ҳолдаги тизза бўғими ташқи ёки ичкарига букилганда жароҳатланган мениск устида оғриқ пайдо бўлишлари тизза бўғими ичидаги ярим ойсимон тоғайнинг жароҳатланишини кўрсатади.

Бўғим ҳажмининг қайтарилиши унга қон тўпланганлигини билдиради. Болдирнинг ичкари ёки ташқарига букилган ва ундаги турғунсизлик ички ёки ташқи пайларнинг узилганлигидан дарак беради. Оёқ ерга босилиб турганда тизза бўғимидан болдирнинг олдинга ёки орқага кетиши крестсимон боғламларнинг узилганлигининг белгисидир. Агар тизза бўғими ўз фаолиятини йўқотса, бемор ҳаёт фаолиятига катта таъсир кўрсатиши аниқдир. Тизза бўғими жароҳатланишида тиббиёт ходимлари маслаҳати ва ўринли ҳаракатлари бемор фойдасига ҳал бўлиши керак.

Тизза қопқоғи жароҳатлари.

Тизза қопқоғининг синиши ва бўғим ичида катта болдир суягининг синиши кучли оғриқ билан ўтади. Суяк бўлаклари силжиганда бўғим ўз формасини ўзгартиради ва фаолияти йўқолади. Оёқни босиш қийинлашиб катта шиш пайдо бўлади. Бўғим ичида катта болдир бўлаклари 03-02см дан катта силжиганида жарроҳлик йўли билан даволанади, қолганлари еса консерватив йўл билан даво қилинади. Операстия йўли билан даволашда суяк бўлаклари капрон иплари билан мустаҳкамланади. Болдир суягининг проксимал қисмида бўғим ичида синиб жойидан силжиганда суяк бўлақларини компрессион винтлар, болт контр гайкалар билан Илизаров мосламалари билан мустаҳкамланади. Суяк бўлаклари 45-60 кун ичида битади ва сўнг физиотерапевтик даволашлар орқали бўғим фаолиятини ески ҳолатига қайтарилади. Оператив ва консерватив даволаш йўллари яхши натижалар беради. Ҳар бир беморга ўзига хос тиббий ёрдам кераклигини унутмаслик керак.

Болдир панжа бўғими.

Болдир панжа бўғими - ғалтаксимон бўғим бўлиб, букиш ва ёзиш ҳаракатларини бажаради. Ҳаракатлар амплитудасини ўлчаш учун угломер шарнири ички тўпиққа битта бранш болдир ўқи бўйлаб, иккинчи бран еса оёқ панжасининг ички чеккасига қўйилади. нейтрал “0” ҳолат оёқ панжаси ва болдир орасидаги бурчак 90 градусга тенг.

- букиш ёки товонда букиш 0-45 градус
- ёзиш ёки ташқи букиш 0-20 градус

Ошиқ товон бўғими.

Ошиқ – товон бўғимига қуйидагилар киради: ошиқ – товон, ошиқ – қайиксимон ошиқ кубсимон. Булар оёқ панжасининг пронастия ва супинастиясини таъминлайди. Бирикиш юзаларининг шаклига кўра бўғим ясси бўлиб, қуйидаги ҳаракатларни бажаради:

- оёқ панжасининг супинастияси – горизонтал текисликда оёқнинг товон билан ичкарига буралиши 0-30 градусга
- оёқ панжасининг пронастияси – горизонтал текисликда оёқнинг товон билан ичкарига буралиши 0-20 градусга

Биринчи оёқ кафт фаланга бўғими.

Бўғим галтаксимон, унда букилиш ёзилиш ҳаракатлари бажарилади. Букиш 0-35 градус, нейтрал ҳолат “0”, бармоқ ўқи оёқ панжаси ўқини давом еттиради. Ёзиш 0-80 градус.

2,3,4,5 кафт фаланга бўғимларида букиш – ёзиш 40 градус.

Етикчали гипс боғлами қўйиш техникаси

1. Оёқ бармоқлари учидан орқа юзаси бўйлаб тизза бўғимигача ўлчамида 6-8 қаватли гипсли лонгета тайёрланади.
2. Тизза бўғими-товон-тизза бўғимигача бўлган У симон 6-7 қаватли лонгета иайёрланади.
3. Ватник ўралади.
4. Лонгеталар сувга солинади, текисланади.
5. Аввал орқа лонгета қўйилади.
6. Кейин У симон лонгета қўйилади.
7. Бинтлар билан боғланади.
8. Бармоқлар учи очик қолдирилади.
9. Оёққа физиологик ҳолат берилади.
10. Оёқ кўтарилган ҳолатда ўрнатилади.

Товондан скелет тана тортими тизими ўрнатиш техникаси

1. Синган соха маҳаллий оғриқсизлантирилади.
2. Товоннинг ички ва ташқи юзаси маҳаллий лимон пўсти ҳосил қилиб оғриқсизлантирилади.
3. Электродрелга Киршнер ёки Илизаров сихи ўрнатилади.
4. Товоннинг ички томонидан ташқарига қараб сих ўтказилади.
5. Бунда ички тўпикнинг чўққисидан 1см пастга ва 1см орқага бўлган нуқтадан ўтказилади.
6. Сих кирган ва чиққан соҳасига спиртли шарик қўйилади.
7. Резинали қалпоқча кийгизилади.
8. Сих ёйга ўрнатилади.
9. Белер шинасига ўрнатилади.
10. Тана вазнига қараб юк осиб қўйилади.

Катта болдир ғадир-будирлигидан скелет тортими тизими ўрнатиш техникаси

1. Синган соха маҳаллий оғриқсизлантирилади.
2. Катта болдирнинг ғадир-будирлиги ички ва ташқи юзаси маҳаллий лимон пўсти ҳосил қилиб оғриқсизлантирилади.
3. Электродрел ёрдамида Илизаров ёки Киршнер сихи ташқаридан ичкарига қараб ўтказилади.
4. Бунда ғадир-будирлик олдинги чўққисидан тахминан 1см орқароқ бўлган соҳадан ўтказилади.
5. Сихлар атрофига спиртли шариклар қўйилади.
6. Резинали қалпоқчалар кийгизилади.
7. Сих ёйга ўрнатиб маҳкамланади.
8. Оёқ Белер шинасига ўрнатилади.
9. Тана вазнига қараб юк осиб қўйилади.

Одам чанोगи **иккита чанок** суяклари, **думгаза** ва **дум** суяқларининг узаро бирлашувидан ҳосил булади. Бу суяқлар узаро бугимлар ҳосил қилиб кушилади, бойламлар воситасида мустаҳкамланади. Чанок суяқларида учта айрим суяқлар: **ёнбош суяги, ков суяги**

ва **куймич** суяги тафовут килинади. Бу суяклар 14-16 ёшга киргунча алохида булади. Сунгра узаро кушилиб, бир бутун чанок суягини ҳосил килади. **Функсияси**- Чанок суяги одамнинг юришида тана огирлигини оёкка утказди ва чанок бушлигидаги аъзоларни ташки мухит таъсиридан саклаб туради. Чанок суягининг ташки юзасида — учала суякнинг узаро бирлашган жойида сон суягининг боши кириб турадиган **куймич косаси** булади.

Думгаза ва чанок суякларидаги кулоксимон юзаларининг кушилишида **думгаза-ёнбош бугими** ҳосил булади. Бу бугим епиметафизар бугимлар гурухига киради, олд ва орка томондан бир неча бойламлар билан мустахкамланади. Олд томондан ҳам икки ков суяклари узаро кушилиб **ярим (чала) бугим** ҳосил килади. Бу бугим **ков симфизи** деб аталади.

Чанок уз навбатида катта чанок ва кичик чанок деб аталувчи икки қисмга булинади. Уларни чегараловчи чизик ажратиб туради.

Чанок суякларининг синуши асосан **сагитал** ва **фронтал** юналишда кучли қисилганда руй беради. Бундай ҳолат кучли урилганда, юқоридан унга куч уқи куймичга юналганда, юл-транспорт ходисаларида автомобил аварияларида ундан уқи олд-орка юналишда қисилганда ҳамда тоғ-кон саноати ҳалокатларида ишчиларида юзага келади.

Чанок **олд қисмининг синуши** куп учрайди. Чанок халқаси уни еластиклик даражасидан ортик қисилганда энг ингичка ва буш жойларидан синади. Бундай жойлари ков суягининг юқори ва пастки бутоклари, куймич суяги бутоклари ҳисобланади. Купинча бир томонлама синуш кузатилади. **Ков суяги бутоклари иккинчи томондан** синганда, синган булак «**капалак**» шаклида булади ва оркага силжийди.

Ёнбош суяклари канотларининг олд-орка юналишида қисилиши **симфизнинг узилишига** олиб келади, таъсир етувчи куч янада давом етса, **ёнбош думгаза** бирлашмаси узилишига ёки чанок халқаси орка қисмининг вертикал синушига олиб келади.

Чанок **икки ёндан қисилганда** унинг иккала ярми яқинлашади, олд қисмида симфиз узилади ёки ков ва куймич суяклари синади, оркадан еса — ёнбош думгаза бирлашмаси узилади ёки ёнбош суяги вертикал синади.

Чанок халқанин олд ва орка қисми вертикал синганда, ёнбош-бел мушаги, белнинг квадрат мушаги ва корин девори кийшик **мушакларининг қисқариши** туфайли, чанок халқасининг синган ярми юқорига силжийди.

Чанок халқасининг **диагонали** буйича сикилишида, унинг бир ярмида олд қисмида **ков ёки куймич** суяги синади, иккинчи ярмида еса, оркадан **ёнбош суягининг вертикал** синуши руй беради.

Юқоридан куймич думбокларига йикилиш еса, чанок халқасининг бир ёки икки томонлама олд ва орка қисмининг вертикал синушига олиб келади.

Куймич косаси синуши ва соннинг марказий чиқиши чанок халқаси ёндан қисилганда ёки катта куст соҳасига йикилганда руй беради; бунда ташки куч сон суяги буйинчаси юналишида таъсир етади. Куймич косасининг орка-юқори киргогининг синуши сон суяги бошчаси оркага чиққан холларда учраши мумкин.

Чанок суяклари синушининг куйидаги турлари фаркланади.

И. Чанок суякларининг чанок халқаси ҳосил булишида иштирок етмайдиган қисмлари четларининг синуши: 1) ёнбош суягининг олдинги пастки ва юқори усикларининг узилиши; 2) ёнбош суяги канотининг кундаланг ва буйига синуши; 3) думгазанин думгаза-ёнбош бирлашмасидан пастдан синуши; 4) дум суягининг синуши.

ИИ. Чанок суякларининг чанок халқаси узлуксизлиги бузилмаган синушлари: 1) ков суягининг бир томонлама ёки икки томонлама битта бутогининг синуши; 2) бир томонлама ёки икки томонлама куймич суягининг синуши; 3) ков суяги бутогининг бир томондан, куймич суягининг иккинчи томондан синуши.

ИИИ. Чанок суякларининг чанок халқаси узлуксизлиги бузилиб синуши ва бирлашмаларнинг узилиши.

А. Олд кисмида: 1) ков суяги иккала бутокларининг бир томонлама ёки икки томонлама синиши; 2) ков ва куймич суякларининг бир ёки икки томондан ҳам синиши («капалак шаклида»); 3) симфиз узилиши.

Б. Орка кисмида: 1) ёнбош суягининг буйига синиши (алохида синиши кам учрайди, одатда бошқа кисмлари билан бирга синади); 2) думгаза-ёнбош бирлашмасининг узилиши (одатда думгаза ёки ёнбош суяги синиши билан кечади).

В. Чанок халкаси олд ва орка кисмларининг кушилган синишлар: 1) Малгеня типигаги бир ёки икки томонлама вертикал синишлар; 2) Диагонал синишлар; 3) суяклар синишлари, ҳамда олд ва орка кисмлардаги синостозлар узилишининг хилма-хил кушилишлари.

ИВ. Куймич косасининг синишлари: 1) куймич косаси четининг синиши; 2) куймич косаси тубининг синиши; 3) куймич косасининг чанокнинг бошқа кисмлари билан биргаликда синиши.

Чанокнинг юкорида келтирилган ҳамма синишлари **очик ёки ёпик, суяк булаклари силжиган ёки силжимаган** булиши мумкин.

Чанок суякларининг синишларида баъзи холларда **чанок ичи аъзолари** шикастланади, **корин оркаси гематомаси** хосил булади. Ковукнинг корин бушлигидан ташкари кисми ва сийдик чикариш канали ков ва куймич суяклари синиб силжиганда учрайди.

Клиник симптомлари ва уларни аниклаш. Чанок суякларининг синишини аниклашда бемордан жарохат олиш **механизмини** сураб аниклаш катта аҳамиятга ега. Беморнинг беҳуш ҳолати буни аниклашни кийинлаштиради. Баъзи холларда синишни аниклаш кийинлиги чанок ҳамма кисмларини ҳам пайпаслаб куриш мумкин эмаслиги билан боглиқдир. Синган жойда гематома дарҳол юзага келмайди ва баъзи холларда бир неча соат ёки кундан кейин пайдо булади.

Чанок суяклари синганида ков, куймич суякларини, ёнбош суяги **канотини пайпаслаш** ва уларни босиш синган жойда огрик чакиради. Ўнг томонлардан ёнбош суяги канотларига ёки соннинг катта кустларига еҳтиётлик билан босиш чанок халкасининг бошқа синган жойларида ҳам огрик чакиради.

Чанок суяклари синишларини аниклашда тугри **ичакни, ёки аёлларда кинни бармок билан текшириш** муҳим аҳамиятга ега. Бу усул билан нафакат синиш борлиги, балки ков, куймич косаси, думгаза ва дум суяклари синганида суяк булакларининг ҳолати, уларнинг силжиганлиги аникланади. Бундан ташкари, агар тугри ичак ёки кин шикастланган бўлса, бармок билан текшириш усули жуда муҳим, ва ҳал қилувчи рол уйнайди, яъни бармоқда қон излари пайдо булади, баъзи холларда шиллик парда йиртилиши аникланади.

Енди чанокнинг маълум кисмлари синганида учрайдиган узига хос белгилар ва узгаришлар ҳақида суз юритамиз.

1. Ёнбош суяги олдинги пастки ва юкори усикларининг узилиши, суяк булагии узилган жойда огрик, шиш ва гематома пайдо булади. Суяк булаклари мушаклар қискариши таъсирида пастга ва ташкарига силжийди, шу сабабли оёқ қалта бўлганга ухшаб қуринади.

2. Ёнбош суяги канотининг синиши. Қучли огрик ва гематома билан кечади. Ёнбош суяги канотига босиш қучли огрик чакиради: баъзан патологик ҳаракат ва крепитация аникланади. Суяк каноти юкорига ва ташкарига силжийди, шу сабабли оёқ узайган бўлиб туюлади. Оёқнинг ҳақиқий узунлиги катта қустдан ташкари ташки тупиккача улчаб аникланади.

3. Симфиз узилиши. Симфиз соҳасида огрик булади. Баъзи холларда ташкаридан ёки бармок билан тугри ичак орқали текширганда ков суякларининг ажралгани аникланади. Иккала оёқ тизза бугимида буқилган, узаро яқинлашган булади.

4. Ков ва куймич суякларининг синиши. Синган соҳада огрик булади. Бир неча соатдан сунг шиш ва гематома пайдо булади. Бир вақтда ташкаридан палпация қилиб, бармок билан тугри ичак ёки кин орқали текширганда огрик қучаяди; баъзи холларда суякларнинг

силжигани аникланади. Оёклар тизза ва сон-чаноқ бугимларида букилган ва узоклашган булади — Волкович холати ёки «бака» холати.

Ков суягининг юкори бутуги синганда бемор товонини тушакдан узолмайди — «ёпишган» товон симптоми кузатилади.

5. Думгазанинг алохида кундаланг синиши. Синган сохада огрик ва шиш пайдо булади. Бир вақтда ташкаридан ва бармок билан тугри ичак оркали текширганда суяк булаклари ҳаракати ва синган жойи аникланади.

6. Дум суяги синиши. Бемор утирганда ва дефекастияда кучли огрик сезади. Ташки ва бармок билан тугри ичакдан текширганда дум суяги дистал кисмининг кимирлаши аникланади, бунда окрик жуда кучаяди.

7. Ёнбош-думгаза битимининг кисман чикиши ва шу соханинг вертикал синишлари. Кам учрайди ва огир асоратлар беради, бу сохадаги озгина силжиш ҳам, кейинчалик доимий огрикка сабаб булади. Ёнбош-думгаза бирлашмаси сохасида огрик булади. Ёнбош суягининг оркага ва ичкарига силжиши туфайли, унинг уткир орка кирраси пайпасланади ва буртиб куринади. Бу бирлашма сохасидаги озгина силжишни аниклаш анча кийин. Факат рентгенограммаларни диққат билан ва солиштирма урганиш, ёнбош суяги думгазанинг орка юзасини кисман бекитиши ва унинг бугим юзаси думгазанинг бугим юзасидан озрок юкорида еканлигини курсатади.

8. Чаноқ халкаси олд ва орка кисмларининг вертикал синиши. Жароҳатдан сунг беморларда купинча шок холати кузатилади. Бемор уридан тура олмайди, оёгига боса олмайди. Горизонтал холатда оёкнинг актив ҳаракатлари кийинлашган, пассив ҳаракатлар еса, сон суяги буйинчаси ва куймич косаси синишларидан фаркли уларок, унчалик огрик чакирмайди.

Ёнбош суяклари канотларига икки ёндан босиш, чаноқ халкасининг олд ва орка кисмларида каттик огрик чакиради. Бир томонлама вертикал синишда чаноқ халкасининг синган кисми юкорига силжийди ва оёк калтага ухшайди. Лекин солиштирма улчаш иккала оёк узунлиги бир хил еканлигини курсатади.

9. Куймич косасининг синиши. Куймич косаси чети ва туби синганидан сон-чаноқ бугимида актив ҳаракат жуда кийинлашган ва огрикли булади. Сон озрок букилган, якинлашган ва ташкарига буралган булади. Сон озрок букилган, якинлашган ва ташкарига буралган булади. Катта куст сохасига босиш сон-чаноқ бугимида кучли огрик чакиради, агар сон суяги марказий чиккан булса, катта куст ичкарига силжиган ва ботик холатда булади. Бармок билан тугри ичак оркали текширилганда синган куймич косаси проекстияси огрик ва буртиб туриш, сон суяги марказий чиккан холларда унинг бошчаси аникланади, куймич косаси четининг синиши соннинг чикиши билан бирга келиши мумкин.

ЧАНОҚ СУЯКЛАРИ СИНИШНИ ДАВОЛАШ

Чаноқ суяклари синганида 1-2 литр ва ундан ортик кон кетиши мумкин. Бу сохада нерв тугунлари куп булганлиги сабабли беморларда шок холати кузатилади. **Шок кон юкотиш** билан бирга кечади.

Шок олдини олиши зудлик билан комплексли даво утказилиши зарур. Шок олдини олиш ва даволашда, одатда кулланиладиган чоралардан ташкари **Школников** усулида чаноқ ичи анестезияси ва юкотилган кон микдорини тулдириш катта аҳамиятга ега. Чаноқ ичи анестезиясида новакаин еритмаси ёнбош суяги чуқурчасига, яъни ёнбош мушаги гилофига юборилади ва чаноқнинг, ҳамда бел ёнбош мушагининг фасстиялари буйича таркалади. Бунинг натижасида чаноқ ичидаги нерв чигаллари, тугунлари ва нерв охирлари блокада килинади.

Чаноқ ичи аъзоларининг шикастланиши блокадага тускинлик тугдирмайди. Агар жароҳат очик булса, новакаин еритмасига антибиотик кушилади. Бир томонлама синишда

400-500 мл 0,25% новакаин, агар жарохат икки томонлама булса, хар кайси томонга 250,0-300,0 мл дан новакаин еритмаси юборилади.

Чанок халкаси узлуксизлиги бузилмаган ва суяк булаклари силжимаган холларда, анестезиядан сунг, бемор ортопедик кроватга тахта устига ёткизилади, тизза бугимлари остига валик куйилади ва Волкович холати берилади.

Думгаза ва дум суяклари синганда огрик пайдо булишига караб, махаллий анестезия такрорланади.

Куймич косаси чети ёки туби синиб, силжимаган холларда озрок юк билан **тана тортими** урнатилиб оёк Белер шинасига ёткизилади, ва даволаш физкултураси ва массаж буюрилади. 1-2 ой ичида сон чанок бугими функсияси тикланади.

Сон суяги бошчаси чиккан ва куймич косаси суяк булагии силжиган булса, умумий огриксизлантириш остида сон суяги тугриланади, кейин скелет тортими урнатилади. Агар сон бошчаси марказий чиккан булса, скелет тортими икки жойдан: сонинг дистал кисмидан ва катта кустдан урнатилади. Агар куймич косаси четининг суяк булагии жойига тушмаса, **оператив юл** билан даволаш утказилади. Чанок халкасининг узлуксизлиги бузилган холларда, айниқса Малгене синишида блокададан сунг скелет тортими урнатилади. Даволаш давомида рентген контроли утказиб борилади. Даволаш доимо функционал характерга ега булади. **Симфизнинг узилишлари купинча оператив юл** кайта тикланади ёки махсус гамак ёрдамида даволанади.

Умурткаларнинг асоратланмаган жарохатлари

Агар умурткалар жарохати пайтида орка мия ва унинг илдизчалари жарохат олмаган булса бундай жарохатлар асоратланмаган жарохатлар деб аталади. Улар орасида енг огири умурткалар синиклари ва чикишларидир. Ерта аниқланмаган синишлар ва синишлар орка мия ва унинг илдизчаларини иккиламчи жарохатлайди.

Умурткаларнинг чикиши ва синиши. Бу холатларни купинча умурткага тушадиган буйлама огирлик ва кучли олдинга ва оркага букулиш сабабчи булади. Масалан авто жарохатларда буйиннинг кучли, бирдан оркага егилиши окибатида буйин умурткаларида **синишлар ва чикишлар пайдо булади.**

Катталарда купинча умурткаларнинг бир физиологик зонадан иккинчисига утишида пайдо булади. Масалан паст буйин ва юкорига кукрак, юкориги кукрак ва пастки бел, юкориги бел ва думгаза умурткалари орасида пайдо булади.

Умурткаларнинг стабиллиги унинг уткир усимталари орасидаги, усимталар устидаги, сарик боғламлари хамда умурткалар аро бугимлар холатига боғлиқ булади. Санаб утилган орка боғламлар хаммаси узилса умуртка ностабиллиги пайдо булади. Ностабил жарохатларда умурткаларнинг олд-орка силжиши кузатилади ва бунинг окибатида орка миянинг езилиши пайдо булади.

Умурткаларнинг ностабил жарохатларига умуртка чикишлари ва синиб чикишлари хамда умуртка танасининг компрессион синишлари киради. киради. Умуртка танасининг ярмигача езилишлари, парчаланиб синишлари стабил синишларга киради. Бунда умуртка танасининг юза кисми пластинкаси езилиб тана ичига кириб колади ва бойламлар узилишлари кам булади. Умурткалар аро дисклар бунда умуртка танаси ичига кириб парчаланади, гидравлик коидалар асосида.

Диагностика. Беморлар умуртка синишлари сохасида кучли огрикка шикоят килишади. Огриклар атрофдаги юмшок туқималар езилиш даражасига ва беморларнинг чидамлилиги боғлиқдир. Шу сабабли бемордан йигилган чукур анамнез катта рол уйнайди. Бемор курилганда бемор умуртка погонасида бел лордоз ва кукрак кифози белгилари кузатилади. Айрим пайтларда ён томонлама деформастия пайдо булади (сколиотик). Бу беморлар елкасида умуртка уткир усимталари икки ёнида мушакларнинг таранг тортилиши симптоми пайдо булади (симптом вожжей) Палпастия пайтида уткир усимталар сохасида кучли огрик, усимталар ора сохада хам огрик кучли булади.

Бел умурткалари жароҳатида белдаги огриклар корин икки ён томонига ҳам берилади. Бунинг сабаби ҳар доим умурткалар синишида корин парда орти қон қуйилиши пайдо бўлади, бу уз навбатида қуёш чигалига таъсир қурсатиб – сохта уткир корин касалликлари симптомларини келтириб чиқаради. Айрим касаллар шу сабабли ҳаттоки операстияларга ҳам мубтало бўлади.

Бу ҳатоликларнинг олдини олиш учун Силин симптомини текшириб қуриш керак бўлади. Ётган беморга оёқларини букмаган ҳолатда қутариш буюрилади, шу пайтда врач бармоқлари билан бемор умурткалари уткир усимталари соҳасига босади. Агар синиклар бўлмаса беморда огрик қучаймайди ва агар умуртка синишлари бўлган беморларда огрик интенсивлиги қучаяди.

Ётган беморга бошидан ёки оёғи учидан берилган қучсиз таъсир ҳам қучли огрикка сабабчи бўлади.

Рентгенологик текширувлар қуп нарсани ойдинлаштиради. Умурткаларнинг понасимон езилишлари қузатилиши патология учоғини қурсатади.

Даволаш. Бу беморларга ёрдам бериш пайтида умурткаларнинг буқулишига юл қуйилмаслиги керак, шу сабабли беморлар албатта қаттиқ тахталарда ташилади ва ётқизилади. Ёнг қуп тарқалган даволаш усулларида бири бу беморлар умурткалари синикларини бирламчи тугрилаб гипсли қорсетлар қуйишдир. Ундан ташқари функционал репозиция усули ҳам мавжуд, бунда репозиция секинлик билан олиб борилади ва кейинчалик гипсли қорсет қуйилади.

Бирламчи репозиция ва гипсли боғлам қуйиш усули жуда **ехтиётлик** билан амалга оширилади. Фақат умуртка танасининг ярим енига езилишларида қулланилади ва маҳаллий ёки нарқозли огриксизлантириш усулида амалга оширилади. Белнинг ортга егилишини Уотсон-Джонс-Белер усулида амалга оширилади (ҳар хил баландликдаги столларни қуйиш орқали) ёки оёғидан осиб қуйилган (Девис усули) усулда. Ҳозир ортопедик столларда амалга оширилади. Қорсет (екстензион) умуртқанинг ортга егилган ҳолатида қуйилади, кейин рентген қилинади. Бу қорсет уқта таянч нуктасига ега бўлади (туш, симфиз, умуртқанинг бел соҳаси). Қорсет Юмашева-Силина-Таламбума.

Беморларга физиотерапия, массаж, ЛФК қилинади. Қорсетда 3-ҳафтада бемор юра бошлайди ва 4-6 ой мобайнида тақиб юрилади. Кейинчалик олинувчан қорсет қилинади. Беморлар ишга қайтиши 1 йил. **Функционал усул.** Бу усул умуртка қомпрессиясининг қичик қаражадаги қомпрессияларида қурсатилади. Бош томони қутарилган қроватда қултигидан тортиб қуйилган ҳолатда ётилади ва физиотерапевтик даво олинади. В.В. Гориневская ва Е.Ф. Древинг томонидан яратилган. Беморнинг ётиш муддати 1,5-2 ой. 4-6 ойдан кейин ишга яроқлилиги аниқланади.

Жаррохлик усулида умуртқани орқадан фиксастия қилиш умуртқанинг асоратсиз флексион синишларида қулланилиши мумкин.

Усулнинг принтипи қомпрессияни юкотгандан кейин умуртқани орқадан уткир усимталар орқали фиксастия қилишга қаратилган. Шу сабабли тушаётган огирлик умуртқанинг орқа қисмига ҳам тақсимланади ва синган умурткага тушаётган огирлик қамаяди, кейинчалик битади.

Умуртқанинг стабил синикларини Металл симлар, Вейсфлог қонтрактори ёки Юмашев- Силин усулида аллопластика қилиш мумкин.

Бунда синган умурткадан битта пастки ва битта юқориғи умурткалар фиксастия қилинади. Умуртқанинг ностабил синикларида ҳар хил пластинқалар қуйилади ва иқкита пастки ва иқкита юқориғи умурткалар фиксастия қилинади.

Операстиядан кейинги давра ЛФК, массаж қилинади. Фиксастия даври беморнинг қандай травма олганлиғига боғлиқ.

Умуртка синишлари ва қичишларини даволаш. Бирламчи репозиция қилиш ва қичишларни солиш қийин масаладир, қунки орқа мия езилишининг олдини олиш бўйин

синишларида жуда огир. Беморларга Глиссон халкаси такилиб тана тортими урнатилади. Юк микдори 6-7 кг дан 15 кг гача кутарилиши мумкин, кроватнинг бош кисмини 50-60 см га кутарилади.

Буйин умурткаларининг флексион синишларида елкага валик куйилади, екстензион синишларида еса бошга валик куйилади. Суяклар репозистия килингандан кейин еса юк микдори камайтирилади. 5-7 кундан кейин суяклар тугрилангандан кейин 2-3 ойга гипсли корсет куйилади. Кейин ЛФК, физиотерапия ва массаж килинади. Агар суякларни тугрилаш иложи булмаса жаррохлик усули кулланилади, дискектомия ва умурткаларни олдинги спондилез килинади.

Умурткаларнинг усимталари синишларини даволаш.

Умурткалар кундаланг усимталари синиши купинча бел умурткаларида кузатилади. Бу бел квадрат ва юмалок мушагининг умуртка кундаланг усимтасига бириккан кисми жарохатида юз беради. Синган усимталар силжиб кетиши мумкин.

Уткир усимталар еса тугридан – тугри таъсир остида юз беради ёки кучли калкиб кетиш пайтида белнинг оркага букилишида булади.

Беморлар кучли огрикка, оёқларини кутараолмасликка шикоят килади, «ёпишган товон» сипмтоми кузатилади.

Диагностикасида асосий усул бу рентгенологик усулдир. Даволашда еса беморларга тахтада «бака» холатида ётиш, огриксизлантириш, блокадалар тавсия килинади.

Политравма.

Политравма – икки ёки ундан куп анатомик сохага ега жарохат булиб, улардан биттаси ёки биргаликда бемор хаётига хавф солиши мумкин ва тез, самарали тиббий ёрдамга мухтож холатга айтилади.

Хар хил халокатлар, уруш, бу жарохатлар эпидемиясидир.

Халокатлар пайтида 20% гача бош мия жарохати, 10% курак ва корин бушликлари аъзолари жарохати, кул ва оёқлар жарохати- 30-40%, аралаш жарохатлар- 25%-80 % гача, комбинастиялашган жарохатлар- 2-5%, езилиш синдроми (Краш синдроми)- то 50% учраши мумкин.

Политравма — таянч-харакат аъзоларидаги икки ва ундан ортик сегментларнинг синиши, бир ёки ундан ортик анатомик-функционал сохадаги бир неча аъзоларнинг жарохатланишидир. Кон томир ва нервларнинг турли анатомик сохалардаги жарохатлари ҳам шулар жумласига киради. Политравманинг куйидаги турлари фаркланади:

1) Куп сонли синишлар (полифрактулар) — бир бушликда икки ёки ундан ортик аъзоларнинг шикастланиши, таянч-харакат системасида икки ва ундан ортик сегментларнинг синиши, ҳамда битта аъзолар системасининг турли анатомик сохаларда жарохатланиши хисобланади.

2) Аралаш жарохатлар — бир вақтнинг узида бир неча бушликлардаги аъзоларнинг, ёки икки ва ундан ортик аъзолар системасининг турли анатомик-функционал сохалардаги жарохатларидир. Масалан, жигар ва буйракнинг, бош мия ва упканинг жарохати ва х.к. Аралаш жарохатларнинг енг куп кисмини таянч-харакат системаси ва бош мия ёки ички аъзоларнинг бир вақтдаги жарохатлари ташкил етади.

3) комбинастиялашган жарохатлар — организмга бир вақтнинг узида бир неча хилдаги ташки жарохатловчи омилларнинг таъсир етиши туфайли руй беради. Масалан: механик ва термик таъсир, электр, механик таъсир, нурланиш ва кимёвий таъсир, яъни бир вақтда суякнинг синиши ва куйиш; уткир нур касаллиги ва бош мия жарохати ва х.к.

Травматик касалликнинг патогенези ва клиник белгилари жуда мураккаб булиб, бемор организмда кетма-кет келувчи ва бир-бири билан узвий боғлиқ булган куйидаги даврлар ажратилади:

1. Шок даври — бир неча соатдан бир неча кунгача давом етади.

2. Нисбий стабиллашиш ва асоратларнинг юзага келиш хавфи бор давр бир ҳафтагача давом этади.

3. Кечки асоратларнинг юзага келиш даври — бир неча ҳафта давом этади.

4. Соғайиш даври — жароҳатланган аъзолар ва системалар анатомик бутунлиги ва фаолиятининг қайта тикланиши бир неча ойлар ва узок давом этади.

Политравма куйидаги узиға хос хусусиятлар билан характерланади:

1. Жароҳатларнинг бир-бирининг таъсирини кучайтириш ва огирлаштириш синдроми кузатилади. Масалан, суяк синиши ва кон юкотиш шок ҳолатини огирлаштиради.

2. Куп ҳолларда жароҳатларнинг кушилиб келиши даволаш усуллари ва тактикасининг бир-бирига мос келмаслик ҳолатини юзага келтиради. Масалан, таянч-ҳаракат аъзолари жароҳатида наркотик аналгетикларни куллаш зарур. Аммо агар бош-мия жароҳати билан бирга келганда уларни куллаш мумкин емас. Ёки, куқрак қафаси жароҳати ва елка суяги синиши кушилганда торакобрахиал гипс боғлами ёки шина куйиш мумкин емас.

3. Куп кон юкотиш, шок, токсемия, уткир буйрак етишмовчилиги, ёғ емболияси, тромбоемболия сингари критик ҳолатга олиб келувчи огир асоратлар кескин ортади.

4. Хар бир жароҳатга хос клиник белгилар яккол намоён булмаиди, айникса краниабдоминал жароҳатларда. Бунинг натижасида диагностик ҳатоликлар кузатилади.

Политравмани даволашда асосий вазифалардан бири доминант жароҳатни аниқлаш ҳисобланади. Чунки шунга асосланиб даволаш тактикаси ва жаррохлик муолажаларини бажариш навбатлари ва тартиби, ҳамда ҳажми ишлаб чиқилади. Огир куп сонли ва аралаш жароҳатларни даволашни шартли равишда 3 даврга булиш мумкин: 1) реанимастион; 2) даволаш; 3) реабилитацион.

Политравмани даволашнинг асосий даврларида утказиладиган чоралар: Биринчи (реанимастион) давр. Бу даврда зудлик билан шокка қарши кураш бошланади. Реанимация булимида комплекс терапия утказиш зарур: гемодинамикани стабил ҳолатга келтириш, тулик огриксизлантириш, иммобилизация, сунъий нафас олдириш, ҳаётий курсатма буйича шошилишч операстияларни бажариш, организмнинг издан чиккан функсияларини коррекция килиш. Бир вақтнинг узида текшириш ишлари, яъни рентген, ултратовуш текширишлари, зарур булганда лапароскопия ва торокоскопия бажарилади.

Иккинчи (даволаш) даври. Жаррохлик муолажаларини бажаришнинг оптимал вақти ва ҳажмини аниқлаш политравманинг бош муаммоси ҳисобланади.

Операстияларни утказиш зудлиги ва унинг ҳажми буйича беморлар турт гуруҳга ажратилади.

Биринчи гуруҳга зудлик билан жаррохлик ёрдамига муҳтож беморлар киритилади. Бу ҳолда жаррохлик ёрдами реанимастион характер қасб этади, кечиктирилмаслиги зарур, акс ҳолда бемор улимига сабаб булади.

Бу гуруҳга ички паренхиматоз (жигар, талок) аъзолардан массив кон кетиши, юрак томпонадаси, упка туқимасининг жуда огир жароҳати, трахеянинг узилиб кетиши, ковурагаларнинг куплаб «клапанли» синиши булган беморлар қиради. Агар ташки кон кетиш кузатилса, зажим ёки жгут куйиш билан вақтинча гемостоз бажарилади. Синган суяқлар иммобилизация килинади.

Иккинчи гуруҳга киритилган беморларда массив кон кетиши ва нафас олишнинг чуқур издан чиқиш ҳоллари кузатилмаиди. Бу гуруҳга ичакларнинг шикастланиши, клапанли пневмоторакс, бош ичи гематомаси, куплаб суяқлари синган беморлар бирлаштирилади. Операстия одатда биринчи соатларда утказилади. Синган жойлар блокада килинади, гипс бойлами куйилиб, кейин операстияга тайёрланади.

Учинчи гуруҳга бирлаштирилган беморларда таянч-ҳаракат системасининг огир ва куплаб жароҳатлари доминант ҳисобланади. Массив кон кетиш ҳолати кузатилмаиди. Жаррохлик муолажалари бемор шокдан тулик чиккандан кейин бажарилади. Бу гуруҳга

киритилган беморларда баъзи холларда ампутиация ва очик синишларда бирламчи жаррохлик бериш операциялари бажарилади.

Туртинчи гуруҳни бир неча сегментлари синган, лекин травматик шок ҳолати бўлмаган беморлар ташкил этади. Агар очик синишлар бўлса, ярага тулик бирламчи жаррохлик берилиб, остеосинтез бажарилади. остеосинтез купинча, кон томир, нервлар қисилиши ва тери перфорацияси ҳавфи бўлганда бажарилади. Компрессион-дистракцион, ҳамда бемор аҳолини оғирлаштиришга олиб келмайдиган остеосинтез усуллари қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Политравма ҳолатларида, айниқса бир неча сегментлар синганида, остеосинтез факат анатомик тикланишдан ташқари, бемор парвариши учун ҳам муҳим аҳамият касб этади. Кейинги пайтларда политравмада остеосинтезга айниқса бир неча сегментларни бир вақтда стабил остеосинтез қилишга тенденция қўзғатилмоқда. Ҳар хил остеосинтез усуллари қўбиништириш кенг қўлланилмоқда. Масалан, сон ва катта болдир суяги синганда, сон суяги массив штифт билан интрамедулляр, болдир суяги еса компрессион-дистракцион аппарат билан остеосинтез қилинади. Остеосинтезга бўлган асосий талаб, унинг стабил бўлишидир. Чунки, бу ҳолат парвариш қилишни енгиллаштиради ва реабилитацияни ерта бошлаш имкониятини тўғрилади.

Учинчи (реабилитацион) давр. Бу даврда оёқ, қўллар имобилизацияси олинган, аъзолар функцияси тикланади. Физиотерапия, даволаш физкультураси, массаж ўтказилади. Бундан ташқари, политравманинг асоратлари даволанади. Агар иккинчи даврда бажарилган остеосинтезлар талабга тулик жавоб берадиган даражада стабил бўлса, ташқи имобилизация қилинмайди. Бу ҳолат реабилитация даврини етароқ, яъни иккинчи даволаш даврида бошлаш имконини яратади. Бунинг натижасида реабилитация даври қисқаради, бемор тезроқ актив ҳаёт фаолиятига қайтади, бугимлар контрактураси, ҳамда гиподинамик асоратлар кескин қисқаради, ногиронлик камаяди.

Маъруза мавзуси № 6: Таянч-харакати аппаратининг туғма деформациялари. Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулоти вақти -80 мин	Талабалар сони : 20-80 гача
Машғулоти шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси 1. Қўл-оёқларнинг рахитик деформациялари. 2. Қўл-оёқларнинг жароҳатдан кейинги деформациялари. 3. Коллагеноз касалликларда бугимлар деформациялари 4. Травматологик ва ортопедик беморлар реабилитацияси 5. Ортопедик ва травматологик беморлар реабилитациясининг асосий принциплари. 6. Тиббий, соғина ва касбий реабилитация.	Соннинг Туғма чиқиши, етиопатогенези, клиника, диагностика, давоси. Туғма бўйин қийшиқлиги, етиопатогенези, клиника, диагностика, давоси. Туғма маймоқлик, етиопатогенези, клиника, диагностика, давоси. Коматнинг бўзилиши. Сколиоз. Классификацияси, даражаси, профилактикаси, давоси. Қўл-оёқларнинг рахитик деформациялари. Жароҳатдан кейинги деформациялар. Полиомиелит ва ДЦП асоратлари. Коллагеноз касалликларида бугим деформациялари.
Ўқув машғулоти мақсади: Таянч – ҳаракат системасидаги Туғма деформациялар ҳақида умумий тушунча. Етиопатогенези, таснифи ва даволаш	Мақсад: Туғма ортопедик касалликларни ерта аниқлаб билишни ўргатиш, аниқлаш синамаларини ўргатиш, даволаш режаларини тузиш, ортопедик

усули.	беморлар реабилитацияси тугри танлаб билишни ургатиш.
Таълим бериш усуллари	Кургазмали,маъруза,сухбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий,жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма,дарслик,маъруза матни,проектор,компьютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

Маъруза машғулотининг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёргарлик босқичи	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот слайдларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради. 1. Туғма маймоқликни даволаш 2. Буйин кийшиклигини даволаш 3. Сон суяги Туғма чиқиши рентгенологик белгилари 4. Туғма маймоқликни даволаш 5. Туғма ортопедик касалликлар сабаблари 6. Маймоқликнинг турлари 7. Сон Туғма чиқишлари кечки белгилари 8. Чанок сон бугими дисплазияси	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдлар намойиш қилиш 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайдилар
4- якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ:

Таянч-ҳаракат аъзоларининг деформацияси орасида 3 % ташкил қилади, бир томонлама сон суяги чиқиши икки томонлама чиқишга нисбатан 7:1 нисбатни ташкил қилади.киз болаларда угил болаларга нисбатан купрок учрайди(10:1). Чанок-сон бугими дисплазияси янги тугилган чакалоқлар орасида 1000 тага 16 та ҳолатда учрайди, сон суяги Туғма чиқиши 100та янги тугилган чакалоқдан 5тасида учрайди. Чанок-сон бугимлари дисплазияси, (дисплазия-«дис» бузилиш, «плазия»-хосил булиш) – бу сон суяги бошчасининг

чикиш олди ҳолати ҳисобланади ва чаноқ косачасининг томининг сийкаланиши, боғлов аппаратларининг бушлиги билан характерланади, чаноқ косачаси юмшоқ тукима билан тулиб, сон суяги бошчаси бугимдан осон чикиб кетади, бугим сумкаси, капсулада, бойламларда чуқур узгаришлар вужудга келади. **Етиологияси ва патогенези.** Бу муаммо ҳозирги кунгача илмий баҳсларга сабаб бўлиб келмокда. Олимлар текширувларига асосан, сон суяги Туғма чикишининг келиб чиқишини сабаблари ичида **тератоген омиллар-кимёвий, механик, алиментар, физик** омиллар муҳим аҳамиятга эга. Ҳақиқий сон суягининг Туғма чикиши хомиладорлик пайтида вужудга келади ва нисбатан кам учрайди. Тератоген омилларга яна хомиладорлик пайтидаги **эндоген омиллар**: юрак-кон томир касалликлари, хомиладорлик токсикози, эндокрин касалликлар ва ҳ.к.

Ташхислаш. Боланинг чалканча ётган ҳолатида оёқлари тизза ва чаноқ-сон бугимларида букилган ҳолатида сон соҳасини узоклаштирилган ҳолатида чаноқ-сон бугимларида «шикиллаш» сезилади- **Путти-Маркс-Ортолани (симптом «хелчка»)** симптоми, сонлари танадан узоклаштирилганда сон суяги бошчаси чаноқ косачасига жойлашади, оёқлар танага яқинлаштирилганда сон суяги бошчаси бугимдан ташкарига чиқади. Бу белги бола ҳаётининг дастлабки кунларидаёқ маълум бўлади.

Кейинги белгиси бола **сонларини** ташкарига **очиқлишининг чегараланиши** билан ифодаланади, нормада очиқиш чаноқ-сон бугимларида 90° гача, соғлом болада сон артериясига Пупарт бойламига босилганда, **артерия** сон суяги бошига сиқилиб қолади ва периферик артериал томирларда пулсастия юқолади, сон суяги Туғма чикишида еса сон артериясига босилганда сон соҳаси юмшоқ тукимасига ботганлиги учун периферик томирларда пулсастия юқолмасдан сакланиб қолади.

Бола тизза ва чаноқ-сон бугимларидан букилган ҳолда таккослаганда чикиш бор томонда **оёқ узун- калталиги** курилади. Бола ухлаганда касал оёғини панжаси **ташкарига очилган** ҳолда ухлайди.

Болани тугилганидан кейинги дастлабки кункаларида терисида **думба бурмаларининг ассиметрияси** борлиги билан тавсифланади. Касал оёқда оёқ узунлигининг калталиги бемор болани клиник курув пайтида ёки бола ухлаётганда билиб олиш мумкин. **Рентген текширувида** беморнинг касал оёғини сон суяги бошчаси соғ томонга нисбатан кичиклиги кузга ташланади. Куймич косачаси томи сийкаланиши яққол сезилиб туради. Сон суяги бошчаси бугимга нисбатан узоклашган – **дестентрастия** ҳолатида бўлади. Бола юра бошлаганида **касал оёкка оксоқлай** бошлайди- бутун танаси билан шу томонга чуқиб кетади-**Дюшен симптоми**. Сон суягининг икки томонлама Туғма чикишида патология симметрик булганлиги туфайли нисбатан ташхислаш кийин бўлади. Бирок икки томонлама сон суягининг Туғма чикиши билан булган бемор болани юра бошлаганда **«урдак»**ка ухшаб керилиб юради, курак кафасини олдинга чиқариб юради. Клиник курик пайтида Розер-Нелатон чизигининг аҳамияти муҳим. Бу чизик ёнбош суягининг олд усиги ва утиргич думбогини бирлаштиради. Нормада катта куст шу чизикда ётади, сон суяги Туғма чикишида катта куст бу чизикдан юқорига силжийди.

Нормада соғлом бола бир оёғида туриб, иккинчи оёғини тизза бугимидан буккан ҳолда тана оғирлиги таянч оёқ томонга силжийди, букилган оёқда еса думба бурмаси кутарилади. Сон суяги Туғма чикишида касал оёкка таянганда соғ томонда думба бурмаси пастга тушади- (мусбат ТРЕДЕЛЕНБУРГ белгиси). Бу Туғма чикишда думба мушакларининг физиологик ҳолатини курсатиб берувчи симптом ҳисобланади.

Рентгенологик текширув асосида **Туғма чикишнинг** ташхислаш муҳим, бирок бола чакалоклик ва емизиклик даврида чаноқ-сон бугимлари тула суякланмаганлиги туфайли кийинчилик тугилади. Суякланиш мавжуд булган сон суяги буйни ва чаноқ косачасининг суякли асосига таянган ҳолда ташхисланади. **Путти училиги**: сон суяги бошчаси суякланиш ядросининг кеч ҳосил бўлиши, сон суягининг бугимга нисбатан латеропозиция ҳолатида,

бугим томи сийкалиги аникланади. Рентгенологик текширув асосида сон суягининг Туғма чикишини ташхислашни Хилгенрейнер, Рейнберг усуллари бўйича схемалари мавжуд.

Даволаш. Сон суягининг Туғма чикишини даволаш патологик простесснинг ривожланганлигига, болани ёшига боғлиқ холда боскичма-боскич **консерватив** ва **оператив** усулларда амалга оширилади.

Янги тугилган бола ва 3 ойгача булган чакалокларни даволаш.

Сон суяги Туғма чикиши билан беморни даволашни тугруқхонадаёқ бошлаш керак. Бунда беморни онасига болани қандай юргаклаш, даволаш гимнастикаси усулларига ургатилади, чанок-сон бугимларида тизза ва чанок-сон бугимларида 90° букилган холда сон суяги бошчасини бугимга босган холда айланма ҳаракатлар қилиш (сутка давомида 7-10 марта) тавсия қилинади, болани бешиқда ётишини ман қилинади. Уни оёқларни орасини очилган-керилган холда пеленка қуйиб юргаклаш тавсия қилинади. Оёқларни узатилган холда ушлаб туриш учун Павлик узангиси, Фрейк ёстикчаси, СТИТО, Виленский шинаси қулланилади.

3 ойдан бир ёшгача булган болаларни даволаш.

Рентгенологик ва клиник текширувлар асосида тугри ташхис қуйилгач, болани ортопед куриги билан даволаш тактикаси аникланади. Чанок-сон бугимини тугри ривожланишини тикланишига қаратилган даво: физиоумолажалар-парафин, массаж, электрофорез СаСл билан тавсия қилинади. Сон суяги бошчаси чикиши бир моментли жойига солиш пайтида амалга ошса, шу ҳолатда Лоренст И ҳолатида гипсли боғлами қуйилади. Гипс боғлами 3 ойда ечилиб, Виленский шинаси қуйилади. 1 йилгача оёқ босишга рухсат берилмайди. Даволаш натижа бермаган ҳолларда Шептун усулида гипс боғлами қуйилади. Бунда беморни тизза ва чанок-сон бугимларида 90° букилган холда сон уртаГЗ дан болдир пасткиГЗ гача стиркуляр гипс боғлами қуйилади. Сон-чанок бугимида очилиш тулик булмаган холда, 1 ҳафтадан кейин 2-боскич гипс боғлами қуйилади.

6 ойдан 2 ёшгача булган болаларни даволаш

Болани 6 ойдан 2 ёшгача даврда сон суягининг Туғма чикиши простесснинг ривожланганлигига қараб пластирли тортимга осилади ва блок ёрдамида 1,5-2 кг. Юк осилади. Оёқларни секин-асталик билан 90°гача очилиб, Лоренст усулида 3 ойга гипсли боғлам қуйилади. Бу усулни 1958йил **Сомервилл** тавсия қилди. Бу усул Лоренст усулини сиқиб чиқарди. Ҳозирги кунга келиб, катта клиникаларда бу услуб кенг қулланилмоқда. Консерватив даволаш усуллари натижа бермаган ҳолларда сон суягини Туғма чикиши оператив усуллар билан бартараф қилинади. **Оператив даволаш усуллари.**

Ҳозирги кунда оператив усуллар 2 ёшдан кейин қулланилмоқда.

ТУҒМА МАЙМОҚЛИК

Туғма маймоқликда асосан оёқ-панжанинг олдинги қисмининг келтирувчи (аддустио), супинастия (супинатио), еквинус ҳолати (еуинус) кузатилади.

ДАВОЛАШ.

Туғма маймоқликни даволаш боланинг туғруқхонадан чиқарилгани заҳоти бошланади. Бунда Финке - Еттинген бўйича коррексияловчи юмшоқ бойлам, ёки етапли гипсли боғлам қўйилади.

ТУҒМА МУШАКЛИ БУЙИН ҚИЙШИҚЛИГИ

Буйин кийшиклиги деганда инсон гавдасининг бир кисми булмиш бош ва буйиннинг чап ёки унг томонга- елка бугими томонига егилиш тушунилади. Бунинг окибатида Буйин ва бошнинг тугри- расмий ҳолати узгаради ва ҳар хил сабаблар туфайли бош ҳамда буйиннинг ён томонга егилиши, яъни кийшайиши ривожланиб, касалликнинг дастлабки белгиси яққол билина бошлайди. Бош ва буйиннинг шу хилда ёнбошга егилишига кийшик Буйин касаллиги дейилади.

Буйин кийшиклигини классификацияси С.Т.Застебин томонидан 1960 йилда тузилган ва унга кура Буйин кийшиклиги қуйидаги турларга бўлинади:

И. Туғма

ИИ. Орттирилган

Туғма деформациялар уз навбатида қуйидагиларга бўлинади:

- 1) Туғма мушакли буйин кийшиклиги
- 2) Трапестиясимон мушакнинг ретракцияси ва зичлашиши натижасида келиб чиққан буйин кийшиклиги
- 3) Суяк ёки суяк-бугим шакли
- 4) Невроген ёки паралитик Буйин кийшиклиги.

Невроген буйин кийшиклиги келиб чиқишига кура қуйидагича:

- 4а) БЦПдаги спастик буйин кийшиклиги
- 4б) Туш-умров-сургичсимон мушак фалажи окибатида
- 4в) миастенияда

Буйин кийшиклигини орттирилган шакллари:

- 1) дерматоген
- 2) десмоген, уз навбатида:
 - а) жароҳатдан кейинги
 - б) қуйгандан кейинги
 - в) яллигланиш окибатида

Буйин кийшиклиги асосан мустақил нозологик касаллик ҳисобланади. Буйин кийшиклигининг турлари ичида енг куп учрайдиган тури – бу туш-умров-сургичсимон мускулдаги патологик узгаришлар окибатида бўлиб, «Туғма мушакли Буйин кийшиклиги» деб аталади. Булардан ташқари Буйин кийшиклиги бошқа аъзо касалликлари (куз, кулок, томок, умуртка) нинг бир симптоми сифатида намоён бўлиши мумкин.

Буйин кийшиклигини бошқа турлари ичида Туғма мушакли Буйин кийшиклиги енг куп учрагани учун бундан кейинги фикрлар шу нозология ҳақида боради.

Симптоматологияси ва диагностикаси.

Туғма мушакли Буйин кийшиклигини аниқлашда боланинг ёши муҳим рол уйнайди. Янги тугилган чакалоқда касалликни аниқлаш кийинрок бўлиб, 2-3 ҳафталик бўлганда яққол билина бошлайди. Шу сабабли касаллик белгиларини маълум даврларга бўлиб тасвирлаш тугрироқ бўлади. Кийшик Буйин касаллигини аниқлаш боланинг ёши ва касаллик аломатларини аниқлашга кура уч даврга бўлинади.

Бир ойгача бўлган болалардаги дастлабки белгилар.

- чакалоқ бошининг ёнбош томонга егилиши- касалликнинг илк белгиси.
- юзи ва енгагини соғ томонга буралиши.
- Буйин соҳаси пайпасланганда туш-умров-сургичсимон мушакнинг пастки қисмида шиш аниқланиши мумкин. Шиш катталиги мусича ёки каптар тухумидек бўлади. Баъзилар буни усма деб уйлаб нотугри фикр юритадилар.
- кулок супрасининг елкага яқинлашиши
- касаллик томонидаги юзни соғ томонга нисбатан яссирок, кичикрок бўлиши
- касаллик томонида буйинда кундаланг бурмаларнинг куп бўлиши (яъни, Буйин бурмаларининг ҳар хил бўлиши).

Бирок айтиб утилган бу аломатларнинг хаммаси булиши шарт емас. Битта белгиси булганда хам болани бир ёшгача даволаш ва кузатиб туриш зарур.

Бола улгайган сари касаллик томонидаги туш-умров-сургичсимон мушакнинг каттиклашиши, калталиги ва югонлашиши кучайиб боради. Мушакнинг ушбу холати бошни касал томонга егиб харакатини чегаралаб куяди.

Бир ёшгача булган болалардаги белгилар.

Бошнинг унг ёки чап елка томонга егилиши кун сайин кучайиб боради. Касаллик белгилари бола бошини ва гавдасини тута бошлагач (4-5 ойлар) аникрок курина бошлайди. Айрим пайтларда тиббиёт ходимларининг бу сохада етарли маълумоти юклигидан, ота-оналар боласининг буйни кийшиклигига шубха килиб келганларида хам уларни тинчлантириб, болангиз сог деб юборади, окибатда касаллик зурайиб кетади ва операстиясиз даволаб булмайди, вахоланки, уз вактида, яъни чакалоклигидан даволанса, операстия килишга зарурат булмаслиги мумкин еди.

- кулок супрасининг кийшайган томон елкасига якинлашиши Буйин мушакларининг ва биринчи уринда туш-умров-сургичсимон мушакларининг кискаришига боглик.

Мушаклар канчалик куп ва кучли кискарса, касал томонга кулок супраси шунчалик куп якинлашиб, сог томон кулок супраси юкорига кутарилади.

Мушак таранглашиши окибатида Буйин харакати чекланади ва бу холат кулок супрасининг кийшайган томонда сог томони билан баравар ривожланмаслиги ва кичрайишига олиб келади, бир оз осилиб туради, «шалпангкулок» ва юмалоқрок булади.

Кийшик буйиннинг калта булиш даражаси мускуллар кискаришига боглик, кийшик томонга мушаклар канча кучли кискарса, шу томондаги Буйин шунча калта булади ва касал томонда югонлашади ва шу билан сог томон мушаклари чузилади. Бу холат бола тик туриб ва юра бошлагач якколрок курина бошлайди.

8. Амалий машғулотлар услубий ишланмалари ва кўрсатмалари **Амалий машғулотларни ташкил етиш бўйича кўрсатма ва тавсиялар**

Хар бир талаба куйидаги амалий куникмаларни бажара билиши шарт:

- 1.1. Транспорт имобилизастияси.
- 1.2. Синган ва чиккан жойни анестезияси.
- 1.3. Новокаин блокадалари.
- 1.4. Суяк булаклари репозистияси.
- 1.5. Чикишларни жойига солиш.
- 1.6. Гипс боглами куйиш.
- 1.7. Ярага бирламчи жаррохлик ишлови бериш.
- 1.8. Бугим пункстияси.
- 1.9. Плевра пункстияси.
- 1.10. Скелет торними учун списта ўтказиш.
- 1.11. Скелет торними учун зарур юк огирлигини аниклаш.

Фанни ўрганишда янги технологиялар.

Ўқитишда техник воситаларни қўллаш.

Видеофилмлар

Слайдлар, диафилмлар, жадваллар

Рентгенограммалар, ЯМР, КТ

КДА

Протезлар, шиналар

Артроскоп

Хар хил металлоконструкстиялар

Беморлар

Тест топширикларини ишлаб чиқиш ва куллаш.
 Иш бўйича кизикарли уйинлар утказиш.
 Интерактив методларни кенг куллаш
 Ситуацион топширикларни кенг куллаш.
 Баҳолашда рейтинг системасини такомиллаштириш.
 Талабаларни клиника амалий ишларида катнашиши.
 Талабаларнинг операстияларда иштирок етиши.
 Талабаларнинг уқитувчи раҳбарлиги ва назорати остида навбатчилик килиши.

Амалий машғулотларни ташкил етиш бўйича кафедра профессор-ўқитувчилари томонидан кўрсатма ва тавсиялар ишлаб чиқилади. Унда талабалар асосий маъруза мавзулари бўйича олган билим ва кўникмаларини амалий масалалар ечиш орқали янада бойитадилар. Шунингдек, дарслик ва ўқув қўлланмалар асосида талабалар билимларини мустаҳкамлашга еришиш, тарқатма материаллардан фойдаланиш, илмий мақолалар ва тезисларни чоп етиш орқали талабалар билимини ошириш, масалалар ечиш, мавзулар бўйича кўргазмали куруллар тайёрлаш ва бошқалар тавсия етилади.

Амалий ва клиник машғулотларнинг тематик режалари

т/р	Мавзулар мазмуни	Амалий	Клиник	ҳам маси
1.	Таянч-ҳаракат системаси шикастланган ва касалланган беморларни текширишнинг хусусиятлари. Десмургия. Очиқ синишлар. Травматик остеомиелит	1	3	4
2.	Кўкрак кафаси шикастланиши.	1	3	4
3.	Елка камари суяклари шикастланишлари	1	3	4
4.	Елка суяги шикастланишлари	1	3	4
5.	Билак ва қўл-бармоқ суяклари шикастлари	1	3	4
6.	Сон суяги шикастланиши	1	3	4
7.	Тизза бўғими шикастланиши	3	3	6
8.	Болдир суяклари ва оёқ панжа суяклари	3	3	6
9	Чанок суяклари шикастланиши.	3	3	6
10	Умurtқа поғонаси шикастланиши.	3	3	6
11	Бош мия жароҳати.	3	3	6
12	Политравма.	3	3	6
13	Болаларда суякларни синишини ўзига хослиги.	3	3	6
14	Сон-чанок бўғимининг дисплазияси ва сон суягини туғма чиқиши.	3	3	6
15	Туғма мушакли бўйин кийишлиги.	3	3	6
16	Туғма маймокоёклик.	3	3	6
17	Қўл ва оёқларни туғма нуксонлари.	3	3	6
18	Умurtкани статик деформацияси.	3	3	6
	Жами	42	54	96

Амалий машғулот № 1. Таянч-ҳаракат системаси шикастланган ва касалланган беморларни текширишнинг хусусиятлари. Суяклар ва бўғимларнинг шикастланишлари диагностикаси. Синиш ва чиқишларни даволашнинг асосий принциплари.

Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулоти вақти -80 мин	Талабалар сони : 20 гача
Машғулоти шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Машғулоти режаси: 1. Ўқитувчининг кириш сўзи 2. Талабалар билимларининг юқори даражаси ва уларнинг мустақил тайёрланишини (программалаштирилган сўраб – суриштириш) назорат қилиш 3. Мустақил равишда беморни текширишни шакллантириш, анамнез йиғиш, кўздан кечириш: физикал текшириш, рентгенограммани ўқиш 4. Беморларни таҳлил қилиш-текшириш ишончли ўтказиш таҳхисни тўғри қўйиш 5. Машғулоти натижаларини яқунлаш.	Кискача мазмуни: - Таянч ҳаракат системаси шикастланишининг механизм ва механогенези; -Кул ва оеклар узунлиги ва хажмини улчаш, калталаниш турлари: -Харакат амплитудасини аниқлаш; -Кул ва оеклар уқини аниқлаш; -Рентген диагностика; -Синишлар ва уларнинг классификацияси.
Ўқув машғулотининг мақсади: 1. Талабаларда таянч – ҳаракат системаси касалликлари ва жароҳатлари мавжуд беморларни текшириш малакасини ҳосил қилиш.	Мақсади ёритилади. - Таянч-ҳаракат системаси касалликларининг ривожланишида жароҳатланиш механизмнинг ўрни. - Балансдан йиқилганда, автомашина урганда келиб чиқадиган оғир жароҳатларнинг оддий механизми - Реанимацион муолажалар билан бирга таҳхислаш ёки қўшилиб келган жароҳатларда уни олдин бажариш - Таянч-ҳаракат системаси касалликларида йўлдош касалликлар: бош мия жароҳати, маст бўлиш, травматик шокни инобатга олган ҳолда ўзига хос таҳхислаш. - Периферик томир ва нервлар зарарланишини таҳхислашнинг асосий принциплари. - Синиш ва чиқишларнинг асоси клиник белгилари - Мучаларнинг деформациялари ва калталиқнинг турлари, уни ўлчаш усуллари - Контрактулар, уларнинг сабаби, ҳаракатнинг чекланиш даражасига кўра турлари, анкилозлар ҳаракатлар амплитудасини ўлчаш усуллари урганиш.
Таълим бериш усуллари	Кургазмали,маъруза,сухбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий,жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма,дарслик,маъруза

	матни, проектор, компьютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол-жавоб.

Амалий машғулотининг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	
1. Ўқув машғулотида кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 1) Мучаларнинг калталаниши турлари. 2) Артроскопия нима 3) Варусли ва валгусли деформастиялар 4) Рентгенологик текшириш коидалари 5) Осстиллография нима? 6) Мучалар хажмини аниклаш 7) Анамнез йиғиш 8) Муча нима? 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мултимедиялардан фойдаланади 4. Даволаш ишларини олиб боради 5. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар атнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
5- якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

Мавзу баёни.

Ўқитувчи кириш сўзида асоратсиз ва асоратли синишлар билан келадиган беморларни текширишда турли шароитлар бўлиши мумкинлигига талабаларнинг ётиборини қаратиши керак.

Шошилиш травматологияда шок. Нафас етишмовчилиги, кўп қон йўқотиш шилинч травматологияда шок. Нафас етишмовчилиги, кўп қон йўқотиш, хушдан кетишлар, ташхис ва хирургик муолажалар ўтказилишини талаб қилади.

Талаба хушдан кетиш билан кечадиган кўп сонли, қўшма комбинацияланган шикастланишларни ташхислашда қўшимча рентгенологик ва мосламали текширишда ЕХО ташхислаш (бош ичи гематомаси, гидромалар, плевра ва қорин бўшлиғида еркин суякликни) лапараскопия, лапоросинтез, торақосинтез, люмбал пункцияларни ўтказишга тўғри келади.

Талаба умуртқа поғонаси, пастки кўкрак, бел умуртқалари, чанок, қовурғалар синишининг қорин бўшлиғи органлари зарарланиши билан бирга келишини ташхислашда псевдо перитонал симптомлар юзага келишини ўрганади.

Текширишда оғир ахволдаги беморни рентген кабинетидида столга кўчириш, ҳолатини ўзгартириш, унда қўшимча жароҳатлар юзга келишига алоҳида ётибор қаратиш керак.

Ўқитувчи талабаларга жароҳат механизми моҳиятини, мисол тариқасида типик шикастланишлардан: “шўнғувчилар” жароҳати бўйин умуртқалари, умуртқа поғонаси бел бўлими, чанок ва оёқ кафти суяқларининг синиши, тик оёқда баландликдан йиқилганда юзага келишини тушунтиради. Бундан ташқари автомобил йўловчилари ва ҳайдовчиларида ўзига хос шикастланишлар ёки қуймич косаси томчаси синиши, сон суягининг чиқиши билан бирга келишини айтиб ўтади. Бемор билан суҳбатда бўлиш ва уларнинг ҳужжатларини кўриб чиқиш талабага беморнинг касалхонага келгунича кўрсатилган тиббий ёрдам характери ва ортопедик касалликларда ўтказилган даволаш чораларини аниқлашга имкон беради.

1. Талабалар билимининг юқори даражаси ва уларнинг мустақил тайёрланишини назорат қилиш беморларни текшириш жараёни травматология ва ортопедиянинг ўзига хос хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда пропедевтикадан олинган яхши билимларга асосланади.

Талаба беморнинг шикоятларини аниқлар экан, уларни қўшимча ва асосийга ажратмасдан кўрсатади. Ҳар бир шикоятни батафсил, унинг пайдо бўлиши вақти, келиб чиқиши, нима билан боғлиқлиги, об-ҳаво ёки кеча-кундуз ўзгарганда ахволининг ёмонлашишини қайд қилади.

Беморнинг шикоятини таҳлил қилганда, оғриқ жойлашуви синиш соҳасига тўғри келмаслиги мумкин. Масалан, чанок-сон бўғими патологиясида тизза бўғими проекциясидаги оғриқ, бўйин ёки елка, кўкракнинг интервертебрал остеохондрозидида юрак проекцияси ва қўлда оғриқ бўлиши ва бошқалар.

Жароҳат олган бемордан тўла анамнез йиғиш қуйидаги саволларга жавоб беришдан иборат:

1. Нима бўлди?
2. Қаерда - иш, уй, кўча, спорт билан шуғулланган вақтда бўлганми?
3. Жароҳат қачон олинди? (сана, соати)
4. Жароҳат қандай тарзда олинди? (бу жароҳат механизмини аниқлашда ёрдам беради)
5. Биринчи ёрдам характери ва беморни даволаш муассасасига кўчириш шароитлари сўралади.

Талаба таянч-ҳаракат системасининг травматологик ва ортопедик касалликларида, бемордан батафсил равишда хронологик тартибда касалликнинг ривожланиши ва кечиши, унинг биринчи белгиларидан то ўқитувчи текширгунча бўлган вақтда юз берган ўзгаришларни ёзиб чиқади.

Таянч-ҳаракат системасининг туғма касалликларини аниқлашда ирсий факторнинг ўрни сўралади, баъзи ортопедик касалликларнинг келиб чиқишини аниқлашда аёлда ҳомиладорлик қандай кечгани, унинг тартиб жиҳатдан нечанчи эканлиги, табиий асоратлар бор ёки йўқлиги, туғруқ даврида ҳомила асфиксия бўлганлиги, бола туғилгандан кейин патологик ўзгаришлар ўша ондаёқ ёки маълум вақтдан сўнггина пайдо бўлганлигини сўраб суриштириш лозим.

Бундан ташқари талаба аниқлаши керак:

- статик деформастияларда декомпенсациянинг биринчи белгилари, унинг характери, масалан бемор ўзи ёки қўлтиқ таёқ билан юриши, оёқ кафтининг деформастияларида беморнинг пояфзали унинг кўп юрилган соҳаси товон ёки бутун оёқ кафтининг урилиши, пояфзалнинг ташқи ёки ички чеккаси ейилгани, яллиғланиш касалликлари (остеомиелит)да жараённинг характери, унинг бошланиши ва кечиши.

Мавзуга доир тест саволлари:

1. Контрактура бу ?

- А)бугимда актив ва пасив ҳаракатнинг чегаралашуви*
- Б)бугимда ҳаракат бўлмаслиги
- В)бугим капсуласининг яллигланиши
- Г)бугимда кон тупланиши

2. Анкилоз бу ?

- А)бугимда актив ва пасив ҳаракатнинг чегараланиши
- Б)бугимда ҳаракат бўлмаслиги*
- В)бугимда кон тупланиши
- Г)бугим капсуласининг яллигланиши

3. Анкилоз турларини курсатинг ?

- А)суякли
- Б)фиброз
- В)мушакли
- Г)а ва б жавоблар тугри*
- Д)б ва в жавоблар тугри

4. Бугимда ҳаракатнинг умуман бўлмаслиги?

- А)контрактура
- Б)анкилоз*
- В)синовит
- Г)артроз
- Д)гонартроз

5. Бугимда актив ва пасив ҳаракатнинг чегараланиши?

- А)анкилоз
- Б)контрактура*
- В)деформастиёловчи артроз
- Г)хаммаси тугри
- Д)хаммаси нотугри

6. Сон бошчаси Туғма чиқишларида қайси чизиклар бўйлаб аникланади?

- А. Розер Нелатон чизиклари бўйлаб*
- В. Кохер чизиги
- С. Джанелидза чизиги
- Д. Тюрнер чизиги
- Е. Штейман чизиги

7. Оғрик сезишнинг бўлмаслиги ?

- А)анестезия*
- Б)гиперестезия
- В)гипостезия
- Г)парез
- Д)паралич

8. Оғрик сезишнинг камайиши

- А)анестезия
- Б)гиперстезия
- В)гипостезия*
- Г)парез
- Д)паралич

9. Оғрик сезишнинг кучайиши?

- А)анестезия
- Б)гиперстезия*
- В)гипостезия
- Г)парез
- Д)паралич

10. Суяклар синганда шиш нима хисобидан юзага келади?

- А)деформастия хисобидан
- Б)компенсатор механизм
- В)гематома хисобидан*
- Г)мушаклар хисобидан

11. Сохта бугим сабаблари?

- А)интерпозистия
- Б)иммобилизастия етишмовчилиги
- В)суяк тукума дефекти
- Г)суяк булаклари нотугри туриши
- Д)хаммаси тугри*

12. Сохта бугим сабаблари емас?

- А)иммобилизастия етишмовчилиги
- Б)интерпозистия
- В)суяк тукума дефекти
- Г)кари кишиларда синишларда*
- Д)суяк булаклари нотугри туриши

13. Сохта бугим купинча канака суякларда булади?

- А)говак суякларида
- Б)ясси суякларида
- В)найсимон*
- Г)хамма суякларда учраши мумкин

14. Артрография бу ?

- А. Бугим бушлигига рентгеноконтраст модда юбориб текшириш
- В. Бугимни рентген нурларида текшириш*
- С. Бугимни сагитал юзада рентгенорафия тушириш
- Д. Бугимни фронтал кесимда рентгенография килиш
- Е. Тугри жавоб юк.

15. Вазография нима ?

- А. артерия контраст юбориб Р-графия килиш*
- В. вена Р-графия килиш
- С. лимфа томирларига Р графия килиш

D. кон - томирларига Р графия килиш

16. Синганда суяк орасидаги масофа бу ?

- A. диастоз*
- B. диаметр
- C. дистакстия
- D. интерпозистия

17. Анестезия бу?

- A. огрик сезмаслик*
- B. огрик сезиш камайиши
- C. огрик сезиш кучайиши
- D. огрик сезиш бузилиши

18. Гипостезия бу ?

- A. огрик сезмаслик
- B. огрик сезиш камайиши*
- C. огрик сезиш кучайиши
- D. огрик сезиш бузилиши

19. Гиперестезия бу ?

- A. огрик сезмаслик
- B. огрик сезиш камайиши
- C. огрик сезиш кучайиши*
- D. огрик сезиш бузилиши

20. Сохта бугим хосил булишига мойиллик яратувчи омиллар?

- A. Эндокрин касалликлар
- B. Електорлитлар моддалар алмашинувининг бузилиши
- C. Юкумли касалликлар
- D. Уткир ва сурункали артерия етишмовчиликлар
- E. Хаммаси тугри *

21. Елгон бугим хосил булишига олиб келувчи факторларни курсатинг?

- A. синишни яхши иммобилизастиялаш
- B. булаклар орасидаги интерпозистия
- C. суяк т-маси дефектлар
- D. остеосинтездаги хатолар
- E. юкоридагиларнинг хаммаси*

22. Елка суяги дстал кисмининг бугимдан ташкари синишлари турлари.

- A. Букувчи ва ёзувчи турлари
- B. Узоклаштирувчи ва якинлаштирувчи
- C. Ротастион ва торсион*
- D. Букувчи ва узоклаштирувчи
- E. Тугри жавоб юк.

23. Контрактура турларини курсатинг ?

- A. миоген
- B. невроген

- С. десмоген
- Д. суякли
- Е. а,б ва в жавоблар тугри*

24. Кул узунлигини улчаш коидалари?

- А. Сантиметр лента, куракнинг акромиал усигидан то 3 бармокнинг учигача улчанади*
- В. Сантиметр лента елка суяги бошчасидан то 2 бармок учигача
- С. Сантиметр лента, тушмушсимон усикдан то бош бармокгача улчанади
- Д. Сантиметр лента, елка суяги бошчасидан то билак кафт бугими сохасигача
- Е. Хаммаси тугри

25. Псевдоартроз бу ?

- А. елгон бугим*
- В. янги бугим
- С. бугимни очиш
- Д. бугимга кон куйилиши
- Е. бугимга хаво юбориш

26. Елгон бугимнинг асосий симптомини курсатинг ?

- А. суякдаги патологик ҳаракат
- В. крепитация*
- С. суяк узунлигининг узгариши
- Д. епишган узунлигининг узгариши
- Е. Лассега симптоми

27. Менисклар шикастланишида қайси симптоми мусбат ҳисобланади, хатони топинг.

- А.Блокада симптоми
- В.Туртбошли мушак атрофияси
- С.Чаклин симптоми
- Д.Байков симптоми
- Е.Миронова симптоми*

28. Қайси бириқиш турида ҳаракат умуман бўлмади ?

- А. синдесмоз*
- В. синостоз
- С. бугим
- Д. синхондроз
- Е. хаммасида бўлади

29. Бугимда ҳаракатнинг тулик чекланиши ?

- А. контрактура*
- В. анкилоз
- С. синхондроз
- Д. синдесмоз
- Е. хаммаси тугри

30. Мучанинг валгусли деформациясида қанақа улчами узгаради?

- А. абсолют
- В. нисбий*
- С. иккаласи ҳам узгармайди

D. иккаласи ҳам узгаради

31. Бугим бурчаклари нима билан улчанади?

- A. диномометр
- B. угломер*
- C. спирометр
- D. барометр
- E. тугри жавоб юк

32. Мускул кучи канака асбоб ердамида улчанади?

- A. динамометр*
- B. угломер
- C. спирометр
- D. барометр
- E. тугри жавоб юк

33. Кайси усул компьютер томографиясига ухшайди?

- A. Артрография
- B. Электромиография
- C. Ядро магнит резонанс усули*
- D. Рентгенорафия
- E. Хаммаси

34. Суяк ва бугимларни рентген тасвирини минг мартадан ортик кучайтирадиган усул?

- A. Электромиография
- B. Скиаскопия
- C. Рентгеноскопия*
- D. УЗИ
- E. Хаммаси тугри

35. Бугимларда шикастланишда аниклаш усули?

- A. Электрон оптик
- B. Ядро магнит резонанс
- C. Артрография*
- D. Компьютер томография
- E. Хаммаси тугри

36. 180 градусга тенг булган бугимларни курсатинг ?

- A. сон чанок
- B. тизза
- C. тирсак
- D. бармоқлар
- E. хаммаси тугри*

37. Суяк синганда клиник белгилари ?

- A. огрик
- B. шиш
- C. ҳаракат бузилиши
- D. деформастия
- E. хаммаси тугри*

38. Тирсак бугимда куйидаги харакат кузатилади ?
- A. букиш
 - B. езиш
 - C. пронастия
 - D. супинастия
 - E. хаммаси*
39. Суякларни озиклантирувчи тешик номини лотинча айтинг ?
- A. Форамен нусрисиа*
 - B. Форамен овале
 - C. Форамен ласерум
 - D. Форамен осси улнарис
40. Найсимон суяклар синиши канака булиши мумкин ?
- A. винтсимон
 - B. кундаланг
 - C. булакланиб
 - D. кийшик
 - E. хаммаси тугри*
41. Миелография - тариф беринг.
- A. Контрас моддани субараноидал бушликка юбориш
 - B. Чуррани аниклаш усули
 - C. Усмаларни аниклаш усули
 - D. Хаммаси тугри
 - E. Тугри жавоб юк. *
42. Контрактура турларига кирмайди ?
- A. дерматоген
 - B. десмоген
 - C. бертроген
 - D. нейроген
 - E. остеоген*
43. Сон суяги буйнининг латерал синишларида канака гипсли бойлам куйилади?
- A. Кокситли гипсли бойлам*
 - B. Беллер шинасида иммобилизастия килинади
 - C. Оёк учидан то соннинг 1/3 юкори кисмигача
 - D. Оёк учидан то соннинг уртасигача
44. Болдирнинг чикишида гипсли бойлам масофаси?
- A. Соннинг ярмигача
 - B. Соннинг 1/3 юкори кисмигача
 - C. Соннинг 1/3 пастки кисмигача
 - D. Хамма жавоб тугри.
 - E. A. ва B жавоблар тугри*

45. Кичик болдир суяги диофизининг чекланган синишда неча хафтага ва каергача гипсли бойлам куйилади.

- A. 3-4 хафтага соннинг юкори 1/3 кисмигача*
- B. 3-4 хафтага соннинг уртасигача
- C. 2-3 хафтага соннинг уртасигача
- D. 2-3 хафтага соннинг пастки 1/3 кисмигача
- E. 3-4 хафтага соннинг пастки 1/3 кисмигача

46. Синишлар букилиш туфайли юзага келса

- a) флексион *
- б) компрестияли
- в) торсион
- г) тўғри жавоб йўқ

47. Синишлар қисилиш туфайли юзага келса

- a) компресияли *
- б) флексион
- в) торсион
- г) ҳаммаси

48. Синишлар қайрилиш туфайли юзага келса

- a) торсион *
- б) флексион
- в) компресияли
- г) тўғри жавоб йўқ

49. Суяк тўқимасининг бутунлиги бузилишига қараб

- a) ҳаммаси*
- б) суяк ёриилиши
- в) суяк тўлиқ синиши
- г) суяк тўлиқ синмаслиги

50. синган суяк бўлакларининг силжишига қараб

- a) ҳаммаси*
- б) бурчак остига
- в) суяк кенглигига
- г) ротастияли

51. Ошиқ суягининг буйнидан силжимаган синишда гипс куйилади.

- A. Оёқ панжаларидан тизза бугимигача*
- B. Оёқ учидан сон уртасигача
- C. Оёқ учидан сон 1/3 пастки кисмигача
- D. Оёқ учидан сон 1/3 юкори кисмигача

52. Товон суягининг «урдак тумшуги» шаклида горизонтал синида ... усулидан фойдаланилади.

- A. Мусалатов
- B. Юмашев-Силин
- C. Мусалатов-Силин
- D. Волков-Оганесян*

Е. Илизаров

53. Суяк епифизининг синиши

- A. а) ҳаммаси*
- B. б) ўрта
- C. в) юқори
- D. г) пастги

54. Лисфрокк бугимидан чикканда ... гипсли бойлам куйилади.

- A. Чикиш бартараф етилиб тизза бугимиғача*
- B. Чикиш бартараф етилиб сон 1/3 юқори кисмиғача
- C. Соннинг 1/3 пастки кисмиғача
- D. Соннинг урта кисмиғача

55. Метафиздан синишлар бир қисми синиб ажралса

- а) остеоэпифизиолиз
- б) остеометафизиолиз*
- в) остеодиафизиолиз
- г) ҳаммаси

56. катта кустнинг синиши ва усиш зонаси буйлам силжиганда кандай шинадан фойдаланиш мумкин.

- A. Белер шинаси *
- B. Торкич 30 да рамкаси
- C. Волков-Оганесон
- D. Илизаров

57. Ошик бугимининг бойламлири кисман узилганда кандай бойлам куйилади.

- A. Айланма бойлам*
- B. Саккизсимон бойлам
- C. Гипсли бойлам
- D. Кисувчи бойлам

58. Суяк тўқимасининг ҳосил бўлиш турлари?

- а) бирламчи ва иккиламчи*
- б) бирламчи
- в) иккиламчи
- г) учламчи

Амалий машғулот № 2. Травматологик ва ортопедик беморларни амбулатория шароитида даволаш ва уларнинг реабилитацияси. Очик синишлар. Травматик остеомиелит

Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -80 мин	Талабалар сони : 20 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Машғулот режаси: 1. Талабалар таянч ҳаракат тизимининг синишларини урганиши.	Машғулот кискача мазмуни: -Очик синишлар; -Йирингли асоратларнинг умумий ва маҳаллий сабаблари; -Травматик остеомиелит;

2. Ёрдам курсатиш принстиплари, даволаш усуллари ва хилларини билиши.	-Операстиядан кейинги остеомиелит; -Спистали остеомиелит.
3. Травма булган вақтда талаба ёрдам курсатиши.	
Ўқув машғулотнинг мақсади: Талабаларни суяк синишларини консерватив даволаш методлари билан таништириш.	Мақсади ёритилади. Клиник белгилари ва диагностик негизларини беморларда курсатиш. Шикастланиш содир булган жойда биринчи ёрдам курсатиш, транспортировка масалалари ва стастионар шароитида квалификацияланган ёрдам курсатиш.
Таълим бериш усуллари	Кургазмали,маъруза,сухбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий,жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма,дарслик,маъруза матни,проектор,компютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

Амалий машғулотининг технологик картаси.

Иш боскичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов боскичи	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	
1. Ўқув машғулотида кириш боскичи (10 дақиқа)	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот слайдларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий боскич (55 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 1) Очик синишлар классификастияси 2) Остеомиелитни оператив даволаш 3) Гарре остеомиелити 4) Остеомиелит клиникаси 5) Постоперастия остеомиелит 6) Остеомиелитнинг сабаблари 7) Остеомиелитда рентгенологик узгаришлар 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мултимедиялардан фойдаланади 4. Даволаш ишларини олиб боради 5. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
6- якуний боскич	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради	Тинглайди Ёзиб олади

(10 дақиқа)	3. Уйга вазифа беради	Ёзиб олади

Мавзу баёни:

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

Клиник рентгенологик электрофизиологик инструментал, лабо-ратор текшириш методларидан фойдаланилади.

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

Қуйидаги тартибга амал қилиш тавсия этилади:

- Шикоятларни аниқлаш.
- Анамнез йиғиш.
- Беморни кўздан кечириш.
- Бўғимларда ҳаракат амплитудасини аниқлаш.
- Қўл-оёқларнинг узунлиги ва айланасини аниқлаш.
- Мушаклар кучини аниқлаш.
- Рентгенологик текширув ўтказиш.
- Электрофизиологик ва лаборатор текширувлар ўтказиш.
- Инструментал методлар қўлланиш (пункция, биопсия ва бошқалар).
- Ташхис қўйиш.

Ш и к о я т л а р . Шикоятларни аниқлаётганда уларнинг асосийларини фарқ қилиш керак. Масалан, кўпинча чанок-сон бўғими касалланган беморлар тизза орриқига шикоят қиладилар, бел умурт-калари, умурткалараро дискдаги ўзгаришларда бемор бўкса (чанок-сон бўғимидаги) оғриқидан шикоят қилади (ноксимон мушак синд-роми). Кўпчилик травматологик беморлар оғриқни шикастланган юзада сезиб, оғриқ, ҳаракат қилганда кучаяди, ҳаракатчанлик чегараланади ва одатда таянч-харакат системасида деформация борлиги сезилади (юзада, сегментда).

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

Бемордан ёки унинг қариндошларидан касалликнинг бошланиши, унинг дастлабки белгилари, динамикаси ва ўтказилган даволаш усуллари батафсил сўралади. Шундай шикастланиш ва касалликлар борки, аниқ, тўлиқ олинган анамнез маълум бир ташхисга гумон қилишнигина эмас, балки аниқ, ва тўғри ташхис қўйишга имкон яратади. Айрим беморларда вақт ўтиши билан кўпгина объектив белгилар йўқолади ва текшириш жараёнида уларни топиб бўлмайди. Мисол тариқасида тизза менискининг шикастланишининг келтириш мумкин. Агар анамнезида классик шикаст механизми бўлиб, тизза блокадаси билан кузатилса, ўзига хос клиник кечиши ва такрор-такрор тизза блокадаси бўлиб турса, бу ҳолда мениск-нинг йиртилганига шубҳа бўлмайди. Мақсадга мувофиқ, текшириш билан фақат тизза бойламининг шикастланганини ёки, аксинча, шикастлан-маганини аниқлаш керак.

Бошқа касалликларда бўлгани каби беморни ҳаёт анамнезининг йи-ғиш керак: туғилгандаги саломатлик ҳолати, болалигидаги, ўсмирли-гидаги ва навқирон ёшидаги яшаш шароитлари. Таянч-харакат аппарати фаолиятига меҳнат шароитлари ва ишлаб чиқаришдаги зарарли омиллар таъсир қилиши мумкин. Доимо илгари бошидан кечирган касал-ликларини аниқлаш керак

Аллергологик анамнезни билиш ҳам мақсадга мувофиқдир, чунки анафилактик шок холлари тез-тез учраб турмоқда.

Кўздан кечириш. Кўздан кечиришда шифокор беморнинг ўзини тутишига, ташки қўринишига, чехрасида акс этган белгиларга, мажбурий кўрик ва ғайритабиий юришига, танасининг нормал шакли ва нисбатлари бузилишига диққат билан эътибор бериш керак. Беморни кўрувдан ўтказиш таянч-харакат аппаратининг жуда кўп шикаст -ланишлари ва касалликларининг белгиларини аниқлашга имкон беради.

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

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

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

Беморнинг пассив ҳолати, кўпинча, шикастнинг оғирлиги ёки орқа мия шикастланиши мураккаблашиб фалаж бўлганлигидан дарак беради. Таянч-харакат аъзосининг бирорта сегментининг пассив ҳолати у даражада характерли бўладики, уни маълум бир шикастланишнинг патогномоник белгиси деб ҳисоблаш мумкин. Бемор оғриқни камайтириш ёки қолдириш мақсадида танасига ёки шикастланган қўл-оёғига маълум мажбурий қулай ҳолатни беради. Беморнинг қўли ёки оёғига маълум зарур ҳолат бериши маълум суяк мушак ёки нервнинг шикастланганлигидан дарак беради. Яна шикастланган жойдан узоқроқда гавданинг ёки унинг маълум бир қисмининг ғайри табиий ҳолатига алоҳида аҳамият бериш керак - компенсатор, мослашиш ва патологик тана ҳолати. Шундай қилиб, беморда вертикал ёки горизонтал ҳолатда пайдо бўладиган кучли лордоз, чанок-сон бўғимидаги бу-кувчи контрактураси ҳисобидан бўлиши мумкин.

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

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

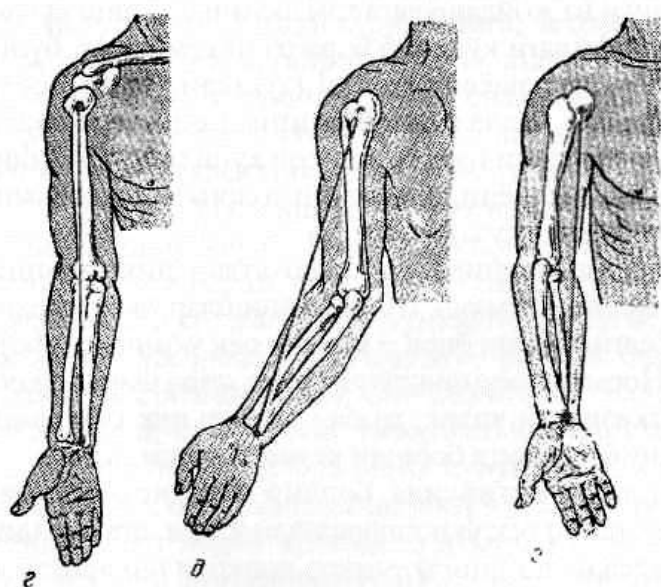
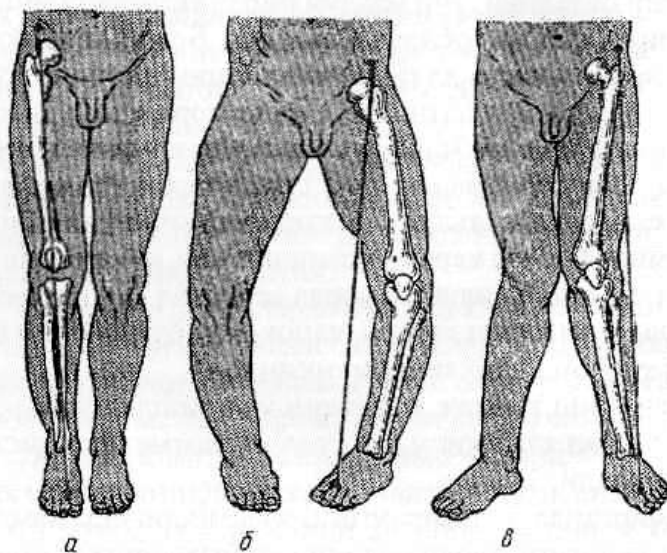
Турлича жойлашган тери лат ейишлари, жарохатлар шикастланиш ёки касаллик белгилари бўлиши мумкин. Шикастланишлар ва ортопедик касалликларнинг аниқ белгиларидан бири — кул ёки оёқ ўкининг дефор-мацияси ҳисобланади. Нормада оёқнинг тўрри ўки — *spina iliaca anterior superior* — дан пастга ўтказилган чизик, тизза қопқоғи ички ён томонидан ўтиб, 1 панжанинг бармоғига бориши керак (4-расм, *а*).

Тиззадаги ўзгаришлар натижасида болдир ташқарига караб қийшайган бўлса (*genu valgum*) оёқ ўки ташқаридан ўтади, агар болдир ичкарига қийшайган бўлса (*genu varum*) — тизза қопқоғи ичкарисидан ўтади (4-расм, *б, в*). Қўлнинг тўғри ўки елка суяги бошчаси устидан

ўтказилган чизик билан ва тирсак суяклари устидан ўтади (4-расм, *з*). Тирсак бўғимининг ичкарига қийшайиши — cubitus valgum (4-расм, *д*), ташқарига қийшайиши — cubitus varum дейилади (4-расм, *е*). Илгари кечган умумий касалликлар организм ривожланишига таъсир қилиши ва иккала оёқнинг деформациясига олиб келиши мумкин (рахит), масалан "О" ва "Х" симон деформация (4-расм *б*, *в*).

Оёқ-қўллар ўқининг деформацияси бўғимдан чиққанда ҳам кузатилади.

Пальпация — пайпаслаш, кўриқдан ўтказиш методи сифатида, шифокор беморни умумий кўрувдан ўтказгач, тегишли саволларга жавоб



4-расм. Оёқ-қўллар

ўқи ҳолати. *а* — оёқ нормал ўқи; *б* — genu varum; *в* — genu valgum; *з* — қўл нормал ўқи; *д* — cubitus valgum; *е* — cubitus varum.

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

Пайпаслаш усули маълум касалликларни аниқлашда катта аҳамиятга эга, масалан, ғирчиллайдиган тендовагинит, стенозли тендовагинит, шакиллайдиган бармоқ, ғирчиллаган курак шунингдек ковура син-

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

Суяк-бўғим аппаратини пайпаслаб текшириш фақат анатомик ўзаро муносабатларнинг бузилганлигини кўрсатибгана қолмай, синган суяк-лар бўлақларининг ўрнига қўйилганлигини назорат қилиш имко-ниятини ҳам яратади. Пайпаслаш билан шиллиқ пардалар, пайлар, нерв тизимчалари ва томирлар ҳолати аниқланади. Пайпаслаш тек-ширишлар ва операциялар пайтида қимматли, бетакрор усул ҳисоб-ланади (синиқ, бўлақларининг ички ориентациясини аниқлашда, суяк контурининг нотекислигини билишда, яллиғланиш жараёнида йиринг-нинг тарқалишини аниқлашда).

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

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

А у с к у л ь т а ц и я . Эшитиш методи травматология ва ортопедияда деярли кам ишлатилади. Ҳар ҳолда бўғимларнинг фаол ва пассив ҳаракат қилишида аускультация бошқа текширишлар билан биргаликда қўшимча клиник симптомларни бойитиб, ташхис қўйишни енгиллаштириши мумкин. Суякларни тўкиллатиш (перкуссия қилиш) билан бирга эшитиш (аускультация) қимматли ахборотни бериши мумкин. Бунинг учун фонендоскоп суяк юзасига: зарарланган ўчоқдан юқорига ёки пастга қўйилади. Жароҳатланиш гумон қилинган қисмни қарама-қарши томонидан суякни перкуссиялаш, перкутор товушнинг суст ўтиши ёки мутлоқ ўтмаётганлигини қайд қилиб ўтиш мумкин. Суяк орқали товушнинг ўтиши синишларда, сохта бўғимларда, ўсмаларда соғлом томонига нисбатан кескин сусайиши мумкин. Синган диафиз битиши суяк тўқимасидан товуш ўтказилиши қайта тикла-нишига олиб келади, буни ҳам аускультация методи билан аниқласа бўлади.

Б ў ғ и м л а р д а х. а р а к а т а м п л и т у д а с и н и а н и к-л а ш. Текширишнинг бу қисми касаллик ёки шикаст клиникасига қўшимча ахборот бериб, тўғри ташхис қўйиш ва зарур даволашни белгилашга имкон беради.

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

Билак-кафт усти бўғимидаги ҳаракатларни кафт ва кафт орқа то-мони буқилиши, болдир-ошиқ бўғимида болдир олди ва кафт томон ҳаракат дейилади.

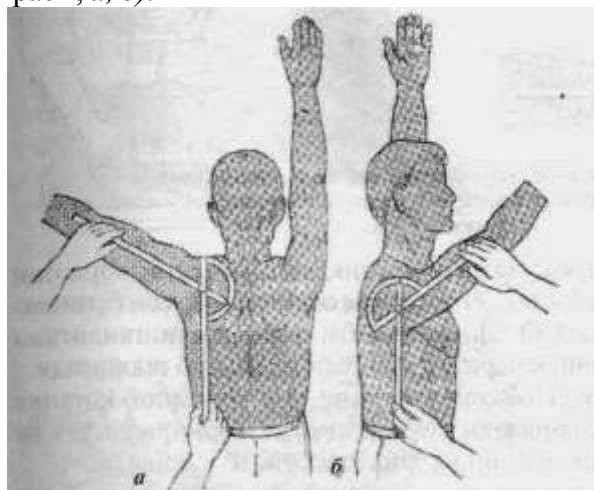
Фронтал юза бўйича танадан узоқлаштириш (абдукция) ва яқин-лаштириш (аддукция) ҳаракатлари бўлиши мумкин. Билак-кафт усти бўғими ҳаракатига баҳо бериб, кўпинча қўл панжасининг билак ва тирсак томонга буқилиши деб аталади. Бундан ташқари, бўйлама ўқи атрофидан айланиш ҳаракати (ички ва ташқи ротация) ҳам бўлади. Билак-тирсакнинг ташқарига ротацияси — супинация ва ичкарига ротацияси — пронация дейилади. Фаол

ҳаракатлар ҳажмини ўрганиш (беморнинг ўзи бажаради) пассив ҳаракатларни (уни текширувчи бажаради) шикастланмаган бўғими билан солиштириш мақсадга мувофиқдир.

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

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

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



5-расм. Елка бўғими ҳаракатини ўлчаш. а — қўлни танадан узок-лаштиришни ўлчаш; б — буқиш ва ёзишни ўлчаш.

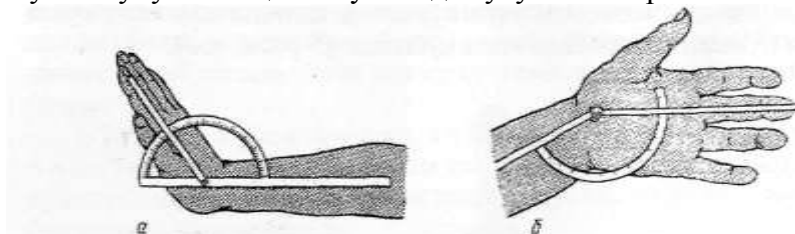
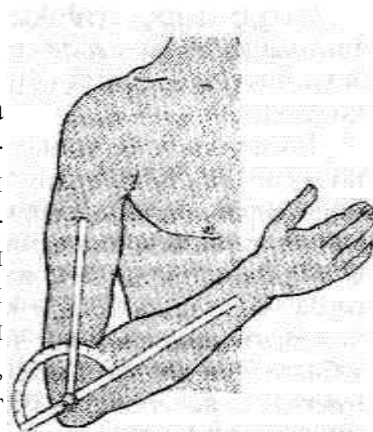
Тирсак бўғими ҳаракатлар ҳажмини аниқлаш учун бурчак ўлчагични елканинг ташки думборидан пича пастроққа жойлаштириб, унинг браншларини елка ва билак ўқи бўйлаб қўйилади (6-расм).

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

Кўпинча, билак-кафт усти бўғимида фронтал юзадаги ҳаракат

6- расм. Тирсак бўғимида ҳаҳакатни ўлчаш.

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



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

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

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

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

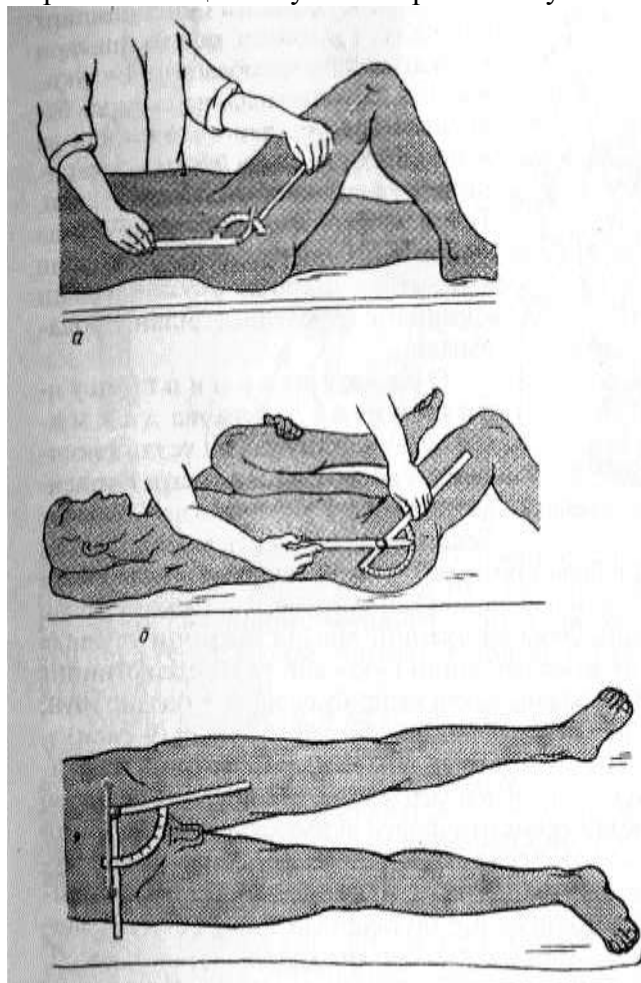
Болдир-панжа бўғимида букиш ва ёзиш ҳаракатлар ҳажмини аниқлашда бурчак ўлчагич шарнири ички тўпикқа қўйилади, шунда битта бранши болдир ўқи бўйлаб, иккинчиси оёқ-панжа ички четига қўйилади.

Текшириладиган бўғимда фаол ва пасив ҳаракатлар амплитудасини таққослаб ва олинган натижани умуман соғлом одамнинг жинсига, ёшига қараб аниқланган нормал ҳаракат амплитудаси билан солишти-рилгач, ҳаракатлар ҳажмининг нечоғлик бузилганлиги аниқланади. Фаол ҳаракатларнинг чегараланганлиги аниқлангач, олинган натижалар пасив

ҳаракатлар табиати билан солиштирилади. Пассив ҳаракатда бўғимдаги ҳаракатларнинг чегараланганлиги контрактура дейилади. Табиати бўйича чегараланиш ёзилган, яқинлашган, узоқлашган бўлиши мумкин. Этиологик омил бўйича контрактуралар миоген, невроген, артроген ва десмоген бўлади.

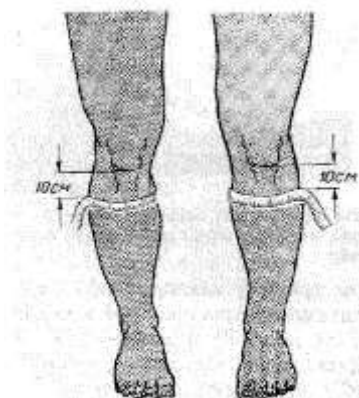
Дистрофик жараёнларнинг пардада (капсулада) ва ишқаланувчи бўғим юзаларида чуқур ривожланиши бўғим ҳаракатининг чегара-

8-расм. Чанок-сон бўғими ҳаракатини ўлчаш.



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

9-расм. Оёқнинг айлана хажмини ўлчаш.



Бўғимлар ҳаракати бузилишининг бошқа тури уларнинг ҳаддан ташқари ҳаракатчанлиги ҳисобланади. Бу тўқи-маларда, бойламларда, пардаларда бў-ладиган ўзгаришлар натижасида ва кўпинча туғма ҳамда бўғим юзалари-нинг бузилиши ҳисобидан бўлади. Травматик чиқиш оқибатида бўғимда ҳаракатнинг чегараланиши, пассив ҳаракатлар қилганда пружинасимон қаршилик кўрсатиши билан ифода-ланади.

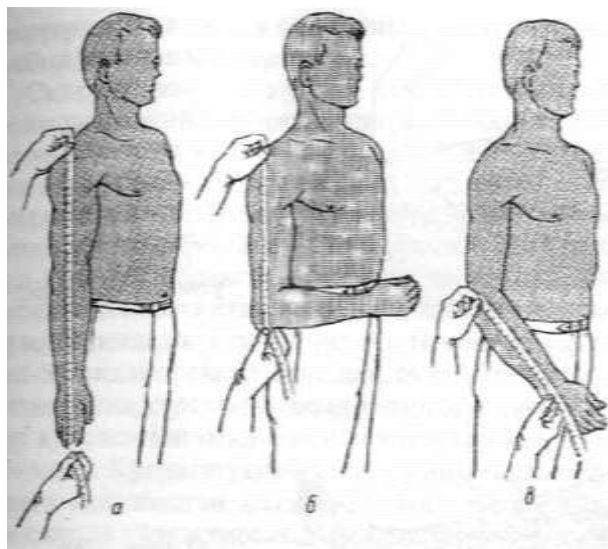
Оёқ-қўлларнинг узун-лигини ва айлана ҳажми-ни ўлчаш. Бу ўлчаш усули таянч-ҳаракат аппаратининг ҳолати тўғриси-да қимматли маълумотлар беради. Текшириш соғлом оёқ ва ҳасталанган

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

Оёқ-қўлларнинг узунлигини ва айлана ҳажмини ўлчашга (сантиметр ҳисобида), қўл ва оёқлар орасидаги асимметрияни аниқ, белгилаб қўйиб ва кейинчалик шу сегментлардаги асимметрия ўзгаришини динамикада кузатиш ёрдам беради. Сантиметр ёрдамида ўлчаш му-раккаб эмас ва ўлчаш иккита белгиланган суяклар дўнглигидан оли-нади. Ўлчашнинг асосий қоида-си — бу ўлчанадиган қўл ёки оёқлар-нинг гавдага нисбатан доимий маълум бир хил ҳолатда туриши ҳисоб-ланади. Ўлчаш қаттиқ кушеткада бажарилиши керак. Чанокнинг олдинги юқори қирралари тананинг перпендикуляр ўқи-га тўғри кели-ши керак. Қўл ва оёқлар уларнинг ўқи-га параллел туриши керак. Оёқ ёки қўлнинг контракту-раси бўлса ёки мажбурий ҳолатда турса, оғриқ борлиги сабабли соғлом томонни ҳам унга мослаштириб симметрик ҳолат берилади.

Қўлнинг узунлигини куракнинг акромиал ўси-гидан билак суя-гининг бигизсимон ўси-гигача ёки III бармокнинг учи-гача ўлчанади (10-расм, а), бунда қўл тирсак бўғимида тўғри бурчакос-тида буқилган бўлиши керак. Билак узунли-ги тирсак ўси-гининг юқори учидан то тирсак суя-гининг бигизсимон ўси-гигача ўлчанади (10-расм, в).

Оёқнинг узунли-ги ёнбош суя-гининг олдинги-юқори қиррасидан ички ёки ташқи тўпиқнинг юқори учи-гача ўлчанади (11-расм); сон узунли-ги - катта кўстнинг бўртиб чиққан нуқтасидан ёки ёнбош суя-ги олдинги-юқори қиррасидан то тизза бўғими оралигигача ўлчанади (12-расм); болдирнинг узунли-ги — тизза бўғими оралигидан то ташқи ёки ички тўпиқ юқори учи-гача, болдирнинг ташқи ёки ички четигача ўлчанади (13-расм).



10-расм. Қўл (а), елка (б) ва билак (в)
узузлигини ўлчаш.

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

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

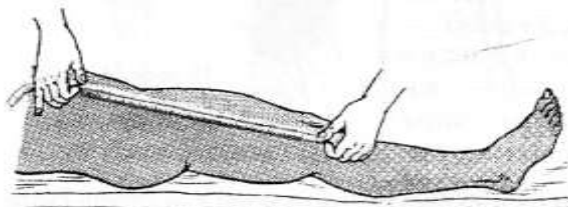
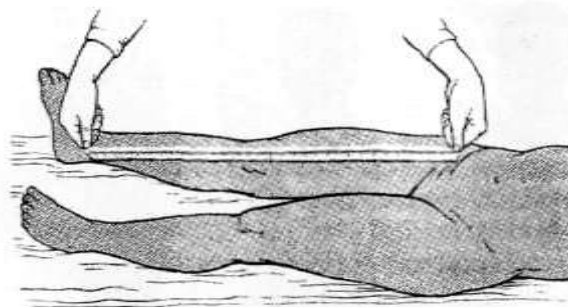
Оёқ ёки қўл узунлигини ҳақиқий ўзгариши сегментларидан бирининг органик ўзгаришига боғлиқ, (синган суяк бўлақларининг силжиши, ўсишнинг бузилиши, патологик жараёни натижасида емирилиши). Оёқ ёки қўл ҳақиқий узунлигининг ўзгариши умумий ва сегмент-сегмент бўйлаб ўлчаганда ҳам аниқланади (14-расм, б).

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

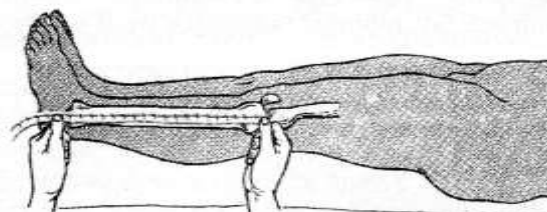
11-расм. Оёқ,
узушлигини ўлчаш.

12-расм. Сон
зушлигини ўлчаш.

13-расм. Болдир узушлигини ўлчаш.

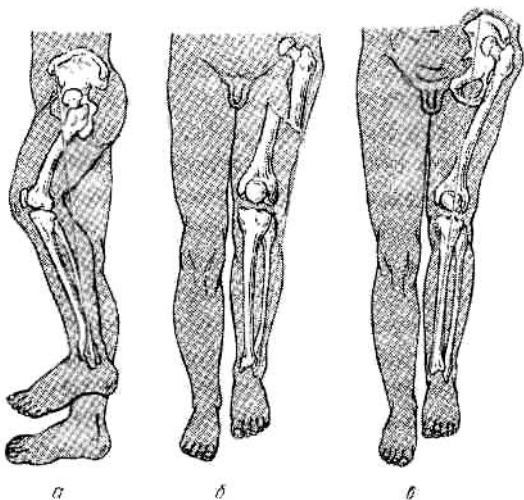


да

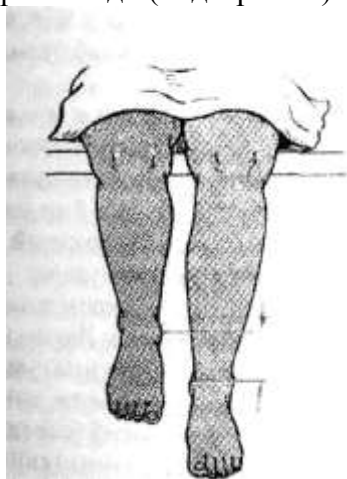


14-расм. Оёқнинг калталиги турлари.

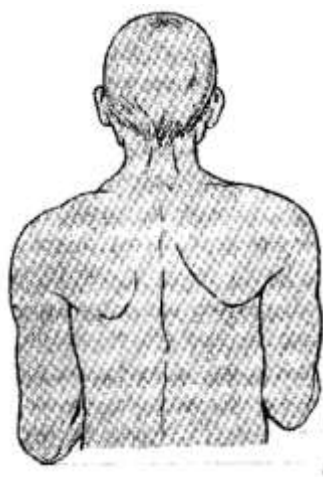
a — тиззанинг букувчи контрактурасида функциясиз
оёқнинг ҳақиқий калталаниши; *в* — сон чиққанд



Сантиметрли тасма билан ўлчашдан ташқари, қўл-оёқлар узун-аиғидаги фарқни кўз орқали нисбий таққослаш йўли билан аниқлаш мумкин. Бунинг учун беморни қаттиқ кушеткага ёткизиб, тизза қоп-қоғи юқори қутбларини, болдир тўпиқларини ва ёнбош суяги олдинги-юқори қирраларини таққослаш йўли билан аниқланади. Агар кўрса-тилган нуқталар бир-бирига мос келмаса, унда қайси сегмент хисобига узун-калталик борлиги аниқланади. Шундай қилиб, бемор қаттиқ кушеткага чалканча ёткизилиб, оёқларини тизза ва чаноқ-сон бўғим-ларида букилади. Беморнинг оёқ томонидан қаралса, тиззаларнинг паст-баландлиги яққол кўринади, бу сон сегментининг узун ёки калта-лигини аниқ кўрсатади. Болдирларнинг узун-калталигини беморни стул қиррасидан оёқларини осилтирган холда ўтказиб аниқланади (15-расм). Қўлнинг узун-калталигини аниқлашда қўл туширилган ва танага яқинлашган ҳолатда бўлиши керак. Елканинг узунлигини аниқлашда қўлни тирсак бўғимида тўғри бурчак остида букилади ва беморнинг орқа томонидан ўтиб қаралса, тирсакларнинг ўзаро фарқи аниқланади (16-расм). Билякларнинг бир-биридан узунлиги фарқини аниқлашда иккала тирсакни столга қўйиб, кафтлар бир-бирига қўйилади: бигизсимон ўсикларнинг жойлашиши ва бармоқлар учларининг бир-бирига тўғри келмаслига билякларнинг нотекислигини билдиради. Оёқ панжасининг турли деформацияларини улар конту-раларининг изини олиш билан ўрганилади (подограмма).



15-расм. Болдир узунлигини солиштириш.



16-расм. Елка узунлигини солиштириш.

Бунинг учун оёқлар кафтига бўёқ суртилади, бемор бир варақ оқ қоғозга оёғини кўяди ва қолган из асосида патологик ўзгариш аниқланади. Умурткани ўлчаш унинг деформациясига мувофиқ сагиттал (сколиоз), фронтал (кифоз, лордоз) ва горизонтал (ротация) юзаларда бажарилади. Ёнига қийшайишни вертикал ҳолатда шовун ёрдамида ўлчанади. Бунинг учун фломастер ёрдамида белгилаб, бриллиант кўки эритмаси ёки сиёҳ билан тўғри ўсиқлар бўйлаб, шовун ипини паст-елка тешигига тўғрилаб, вертикал чизикдан оғанлиги аниқланади. Агар деформация бўлмаса, шовун чизиги билан тўғри ўсиқ чизиги бир-бирига мос келади. Фронтал юза деформациясини бурчак ўлчагич -кифометр билан контурларини чизиб аниқланади. Қийшиқлик дина-микаси бир неча позицияда: одатдаги, тўғриланган, буқилган ва ёзилган қад-коматда ўлчанади.

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

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

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

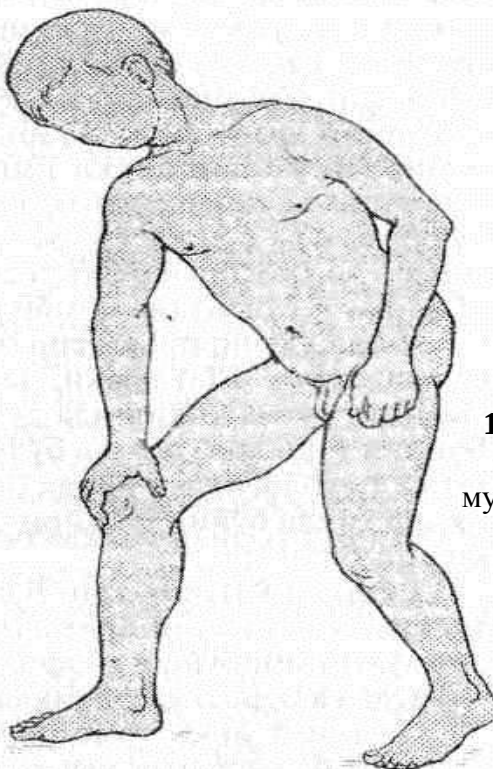
ташхис қўйиш ва тегишли муолажа қилишга имкон беради. Чунончи, «ўрдаксимон» ёки чайқалиб юриш сонлар бошчасининг икки томонлама тугма чиқиш белгиси ҳисобланади, авайлаб оксоқланиш оғриқ сезиш на-тижасида, авайламасдан оксоқланиш оёқнинг калталиги ва бошқа сабаб-ларга боғлиқ. (17-расм).

Травма ва ортопедик касалликлари бўлган болаларни текширишнинг айрим хусусиятлари. Болаларда шикастланиш ва ортопедик касалликларни ташхислаш, айниқса, кичик ёшдаги болаларда анча қийинчиликларга сабаб бўлади. Ши-фокор сон суяги диафизининг «яшил новда» типи бўйича синишида, кў-пинча, хатога йўл

қўйиши мумкин, чунки бу синишда оёқ узунлиги кал-таланмаслиги ва шакли ўзгармаслиги мумкин. Хатто тажрибали шифокор ҳам ортопедик касаллик неврологик патология замирида кечганда ташхис қўйишга қийналиши мумкин. Шунинг учун шифокор патологияни аниқлай олмаса, лекин боланинг шикаятлари қолса, унда текширишни батафсил ва чуқурроқ ўтказиш талаб қилинади.

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

Б о л а н и у м у м и й к ў з д а н к е ч и р и ш . Ортопедик касалликка гумон бўлса, унда тана тузилишининг мутаносиблиги, холати ва қадам ташлаши аниқланади. Боланинг бўйи ўлчанади ва ёш жадвали бўйича унинг нормага мувофиқлиги аниқланади. Буй ўсишининг орқада қолиши скелет системаси касалликларига хос. Кўкрак



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

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

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

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

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

Шифокор беморни умумий кўздан кечиргач, унинг тана қисм-ларини батафсил кўришни бошлайди:

Б о ш н и к ў з д а н к е ч и р и ш . Аввалига бола боши катталигининг бўйига ва калла суяги юз қисмига нисбатига эътибор берилади. Кўкрак эмадиган боланинг бош мия қисми деформация бўлган бўлиши мумкин, бош «минорасимон» ёки бошқа шаклда, ол-динги-орқага чўзилган бўлиши мумкин. Бошнинг турли соҳаларида кефологематома учраши мумкин. Бундай ўзгаришлар патологик ҳисоб-ланмайди, чунки улар бола ўсган сайин йўқолади. Бош травма олганда шиш, локал оғрик ва суякда босилган жойлар кузатилади. Бурун ва қулоқ йўлларида қон оққанлик белгилари аниқланса, бу бош миянинг очиқ шикастланганидан дарак беради.

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

Калланинг юз қисмини кўздан кечирганда юзнинг симмет-риклигига, қулоқ супраси шаклига, бурун ва қаншарининг ҳажмига ва конфигурациясига аҳамият бериш керак Оғиз бўшлигини кўриш шарт. Бунда қаттиқ танглай баландлиги, унинг бўлинганлиги, тишлар-нинг борлиги, уларнинг сони, ранги ва шакли аниқланади.

Б ў й и н н и к ў з д а н к е ч и р и ш . Чақалоклар ҳаётининг биринчи ойларида бош ва бўйин ҳолатига, ҳаракат амплитудасига эътибор бериш керак: нормада бош ҳар тарафга эркин ҳолда 90°бурилади. Бўйинда ҳаракат чегараланганда тўш-ўмров-сўргачсимон мушаклар аниқ, пай - пасланади. Туғма мушак бўйин қийшиқлигида шу мушакнинг қаттиқ-лашиши ва қисқариши кузатилади. Сал каттароқ болаларда мушак бўйин қийшиқлиги нафақат бўйин умуртқаси ҳаракатининг чекланишига, балки бошнинг қарама-қарши томонга бурилиши чекланишига ва юзнинг асимметриясига олиб келади. Бўйиннинг шикастланганига оз бўлсада шубҳа қилинганда

унда локал оғриқнинг тўғри ўсикда, бўйиннинг кўнда-ланг ўсикларида ва паравертебрал нуқталар босилганда химоя мушак реакцияси борлигини текшириш керак

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

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

Ўмровнинг тўш ва курак қисми бириккан сохада гематома пайдо бўлиши уларнинг шикастланганидан дарак бериши мумкин. Куракни кўздан кечирганда унинг шакли ва жойлашишига ахамият берилади. Нормда кураклар кўрак қафасига зич ёпишиб турган бўлади. Кўрак-ларнинг ҳолатини аниқроқ, билиш учун унинг ўсиклари ва пастки бурчакларини фломастер билан белгилаб чиқилади. Куракнинг юқори туриши Шпренгел касаллиги учун хос ва унда елка бўғимидага ҳаракат-лар чекланган бўлади. Куракнинг кўрак қафасидан кўчиши (узоқлаши-ши) сколиозда учрайди ва уни «қанотсимон курак» дейилади.

К ў к р а к қ а ф а с и н и к ў з д а н к е ч и р и ш . Нормда кўрак қафасининг иккала ярми ҳам симметрик нафас олишда катнашади. Кўрак қафаси лат еганда ва синганда шикастланган томони нафас олишда фаол катнашмайди. Юзаки пайпаслаганда тери ости эмфиземаси борлиги аниқланиши мумкин — қовурғаларнинг асорат-ланган синиш белгилари.

Ортопедик патологияга гумон бўлса, унда кўрак қафасини фақат олдидан эмас, ёнидан ҳам кўздан кечирилади. Кўрак қафасининг деформацияси бирламчи бўлиши мумкин - воронкасимон ёки кўта-рилган кўрак қафаси. Иккиламчи деформациялар касалликларда (кўпинча сколиозда) ёки операциялардан кейин пайдо бўлади.

Рахит касаллигида 3 ёшгача бўлган болаларда оғриқсиз — қалин-лашиш кузатилиши мумкин — қовурғанинг суяк қисмининг тоғайга ўтиш жойидаги тасбехсимон зичланиш.

У м у р т қ а в а ч а н о қ н и к ў з д а н к е ч и р и ш . Катта ёшдагиларни текшириш методикасидан фарқи йўқ.

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

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

Қўлларнинг узунлиги уларни пастга туширилган ҳолатда III бармоқ, учигача ўлчанади. Елка узунлиги фарқини тирсақларни 90° га буқилган ҳолатида орқа томонидан, тирсақ ўсикларининг фарқига қараб баҳо-ланади. Билакнинг узунлигини аниқлашда болани иккала тирсаги стол устига кўйилиб иккала билак қафтлар ёрдамида босилади ва узун-калталиги тирсақ суяқларининг бигизсимон ўсиклари ва III бармоқ, учлари сатхлари билан баҳо-ланади. Аниқ, маълумотлар сантиметр тасма ёрдамида ўлчаб олинади. Қўл ва оёқлар узунлиги ва ҳажмини ўлчаши методикаси катталарда ўлчаши методикасига ўхшайди.

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

керак чунки бу патология эмас. Супинация ҳолатида елка ўки билан билакўки ташқарига очикбурчакхосил килади — билакнинг физиологик вальгус эгилиши ўгил болаларда — 10° ва киз болаларда — 15° ни ташкил килади. Кул панжаси билакка нисбатан нормада шундай жойлашганки, III бармоқ ва III кафт суяги орқали ўтказилган чизик кафт усти билак бўғими орқали ўтади.

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

Бўғимларда ҳ. а. р. а. к. а. т. х. а. ж. м. и. н. и. анираш. Умумий қоидага асосан ўтказилади. Болаларда нормада ҳаракатлар ҳажми нисбатан кўпроқ бўлади. Тирсак ва тизза бўғимларида нормада $10-15^\circ$ гача рекурвация бўлиши мумкин.

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

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

- Шикастланган жой расм марказида жойлашиши керак акс ҳолда аниқ бўлмаган тасвирдан ташқари шикастланган соҳа тўлиқ кўринмаслиги мумкин.
- Шикастланганда яқин жойлашган бўғим ҳам суратга туширилади.
- Агар икки суякли сегмент шикастланган бўлса (болдир, билак) суратга иккала бўғим ҳам олинади. Бу қоидага риоя қилинмаса, унда ташхисда хатоликка йўл қўйиш мумкин, чунки кўпчилик синган суяклар сатхи мос келмайди, суяк силжишлари ва чиқишлари аниқланмаслиги мумкин.
- Ҳамма суяклар ва бўғимлар сурати, албатта, икки проекцияда олиниши керак
- Айрим касалликларда ва шикастланишларда соғлом ва касал томонлари симметрик ҳолда суратга олинади.
- Сифатсиз ва битта проекцияда олинган рентген суратлар асосида ҳеч қачон шикастланиш ва касалликлар характери ҳақида ҳулоса чиқармаслик керак

Травматология ва ортопедияда кенг миқёсда суяклар томографиясидан фойдаланилади, бу суяк тўқимасининг муайян қатламининг рентгенограммасини олишга имкон беради. Бу патологик ўчоқ чуқурлиги ёки ётжисмни аниқлаш имконини яратади. Одатда, қатламлар орасидаги масофа 0,5 см дан ошмаслига керак. Томофафик суратларни обзор рештенограммалар обдон ўрганилгандан кейин қилинади. Касал-ликнинг жойлашишини янада аниқроқ билиш учун айрим ҳолларда томограммани кесмаларнинг катта зичлигида (0,3 см) қилинади.

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

Артрография бўғимдаги шикастланишларни аниқлашда ишлатилади. Бўғим бўшлигага рентгенконтраст моддалар, масалан газ, таркибида йод сакловчи ва бошқа моддалар юмшоқ тўқималар контурларидаги ўзгаришларни рентгенограммада аниқлашга (синовиал парда, мениск-лар ва бошқалар) ёрдам беради. Умуртка диски ва дурал ҳалтачадаги патологик

ўзгаришларни ўрганишда контраст усул кенг қўлланилади. Конфаст модданинг умурткалараро дисска юборилиши (дискофафия) унинг ҳолатини аниқлашга ёрдам беради. Контраст моддани суба-рахноидал бўшлиққа юбориш (миелофафия) нафақат дисска «чур-расини», балки ҳажми бошқа ўсма-ларни ҳам аниқлашга имкон беради (18-расм).

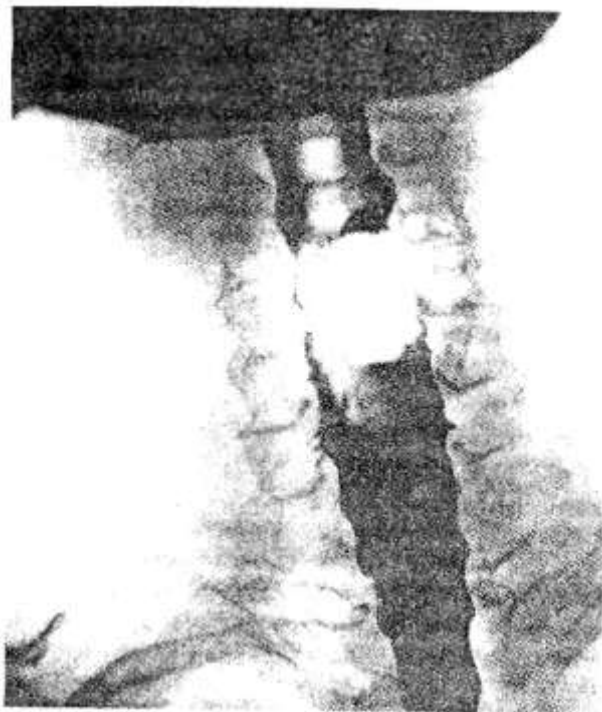
Компьютер томографияси (КТ) нинг сўнгги ўн йилларда ишлатилиши рентген суратини фронтал кесимда 1 ммгача олиш имконини берди. Бу рентген кесмаларини каватма-кават ёки маълум оралиқда плёнкага олинганда касал жуда кам нурланади. Бунда 85-90% ҳолларда таянч-ҳаракат тизимидаги касалликларнинг жойлашиши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

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

Электрoфизиoлогик ва лаборатор текши-ришларни ўтказиш. Мушакларни ҳаракат қобилиятини ва иннервациясини аниқлаш учун электромиография текшириш усуллари ишлатилади. Бугунги кунда кўпроқ куйидаги электрофизиологик таш-хис қўйиш усуллари ишлатилади.

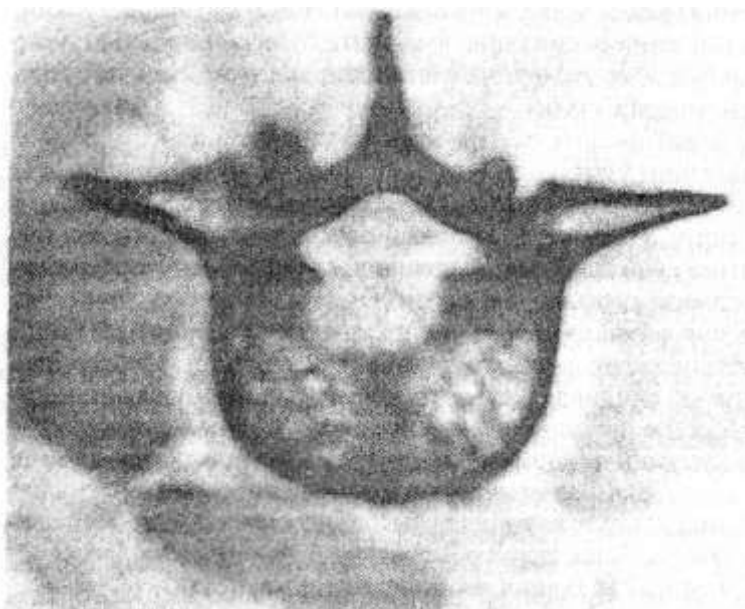
Электромиография мушаклар токи таъсирини аниқлашга имкон беради, чунки улар нафақат ҳаракат тизимини, балки унинг иннервациясини ҳам акс эттиради.

Циклофафия, кинога олиш, миофафия ёрдамида механик ҳаракат-ларни кайд этиш, бу ҳаракатларга фақат ташки томондан баҳо бер-са, электромиофафия эса ҳаракат координациясининг ички қонуният-ларини тушунишга имконият



яратади.

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



19-расм. Компьютер томограммаси. Шморл L_{III} чурраси.



20-расм. Томограмма (ядро-магнит резонанси). Сунинг орқа мия канали деформацияланиши билан ағдалиб чиқиши.

Осциллография оёқ ёки қўлнинг турли сатхида манжетанинг сиқиш даражасига қараб қоғоз ёки плёнкада артериядаги пульс тўлкинларини ёзади.

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

Реовазография артерия тебраниб кон билан тўлишига қараб электр ўтказувчанликнинг ўзгаришларини ёзиш тамойилига асосланган. Кон айланиш тезлигининг кўпайиши билан унинг электр қаршилиги камаяди — метод ана иду хусусиятга асосланган. Электродлар қўл ёки оёқ сегментига қўйилади ва осцилляцияни қоғоз тасмага электрокардиограф ёрдамида ёзилади.

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

Т а ш х и с қўйиш. Беморни текшириш натижаси ташхис қўйиш билан хулосаланади. Айрим ҳолларда ташхис қўйиш осон, аммо кўпинча ортопедик касалликларда ташхис қўйиш учун ҳамма клиник рентгенологик лаборатор ва бошқа маълумотлардан фойдаланилади ва касалликнинг ривожланиши ўрганилиб, ташхис қўйилади.

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

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

Тўғри таърифланган ташхисга мисоллар келтирамиз:

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

2. Чап сон суяги бўйинчасининг медиал аддукцион (варус) синиши.

Тўлиқ ва аниқ, ташхис даволаш тактикасини белгилайди.

ТРАВМАТОЛОГИЯ ВА ОРТОПЕДИЯДА ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

ТРАНСПОРТ ИММОБИЛИЗАЦИЯСИ

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

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

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

Фанерадан тайёрланган шиналар қўл ва оёқларни иммобилизация қилиш учун ишлатилади.

Симдан тайёрланган шиналар (Крамер типдаги) пўлат симдан икки ўлчамда (110х10 ва 60 х 10 см) тайёрланади. Бундай шиналар енгил, мустахкам ва амалиётда кенг тарқалган.

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

Дишерихс шинаси россиялик жарроҳ томонидан оёқларни иммобилизация қилиш учун яратилган. Шина ёғочдан ясалган, аммо хозирги пайтда енгил ва зангламайдиган металлдан тайёрланади.

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

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

Транспорт иммобилизациясининг асосий тамойиллари қуйидагилар хисобланади:

1. Шина икки ёки учта бўғимни қамраб олиши керак

2. Қўл ёки оёқларни иммобилизация қилганда уларга имкон борица ўрта физиологах ҳолат бериш керак агар бунинг иложи бўлмаса, унда қўл ёки оёқни кам шикастланадиган ҳолатда иммобилизация қилинади.

3. Ёпик синишларда иммобилизациями тугатиш олдидан шикастланган қўл ёки оёқни ўқи бўйлаб, аста-секин авайлаб тортиш керак

4. Очиқ синишларда суяклар ўрнига солинмайди: стерил боғлам қўйилиб, шикастланган оёқ ёки қўл қайси ҳолатда турган бўлса, ўша ҳолатда фиксация қилинади.

5. Жабрланганнинг кийимлари ечилмайди.

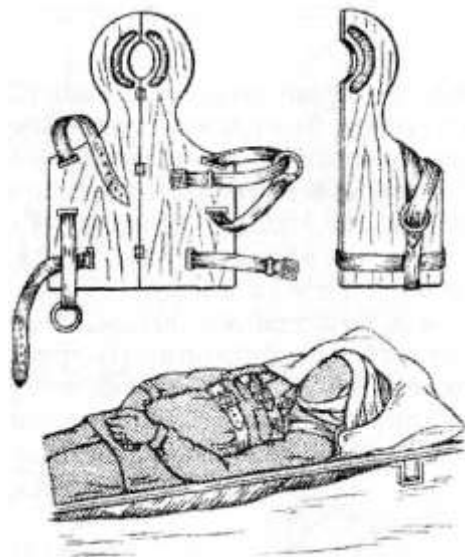
6. Очиқ танага қаттиқ шиналар қўйилмайди: шина остига юмшоқ таглик солиш шарт (пахта, сочик, похол ва бошқа юмшоқ нарсалар).

7. Беморни замбилдан кўчириб ўтказишда ёрдамчи шикастланган оёқ ёки қўлни ушлаб туриши керак

Унутмаслик керакки, нотўғри бажарилган иммобилизация кўшимча шикаст етказиши оқибатида зарар келтириши мумкин. Ёпик синишда қўйилган етарли бўлмаган иммобилизация уни очиқ синишга айлантириши, шикастланишни оғирлаштириши ва оқибатини ёмонлаштириши мумкин.

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

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

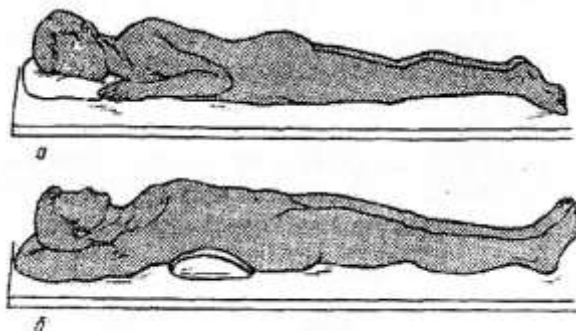


21-расм. Еланский шинаси

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

Еланский шинаси ёрдамида иммобилизация ки-линса, у бирмунча қаттиқ фиксацияни таъминлайди. Фанердан тайёрланган шина икки табақадан ташкил топган ва ўзаро халқалар. ёрдамида уланган. Шина очилган ҳолатда бош ва тана контурига мос келади. Шинанинг юқори қисмида энса соҳаси учун уйма қилинган, ён томонларига клеёнкадан тайёрланган иккита ярим халққага мое ёс-тикчалар қўйилади. Шинани тасмалар ёрдамида тана ва елкага маҳкамлаб қўйилади. Шина устидан юпка пахта тўшалади.

Умуртка погонаси шикастланганда транспорт иммобилизацияси. Умуртка погонаси шикастланганда иммобилизациядан мақсад транспортировка вақтида шикастланган соҳани ҳаракатсизлантириш, оғирлик туширмаслик ва шикастланган жойни ишончли фиксация қилиш. Умурткалари шикастланган беморни транспортировка қилиш хавфли, чунки шикастланган умуртка кўзғалиши оқибатида орқа мияни жароҳатлаши мумкин. Пастки кўкрак ва юқори бел умурткалари шикастланганда транспортировка беморни замбилда қорнига ётган ҳола-тида, кўкрак остига ва бош тагига ёстиқ қўйилиб умуртка танаси юк-



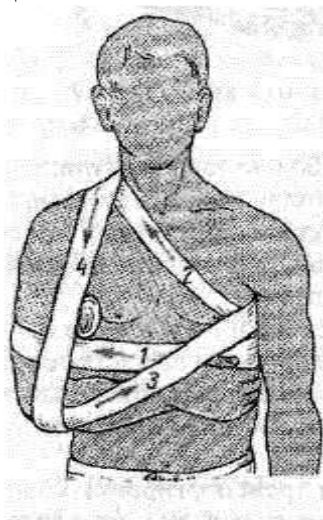
22-расм. Умуртка погонаси синганда

Транспорт иммобилизацияси. а - кринга ётган ҳолат;

б — чалканча ётган ҳолат.

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

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

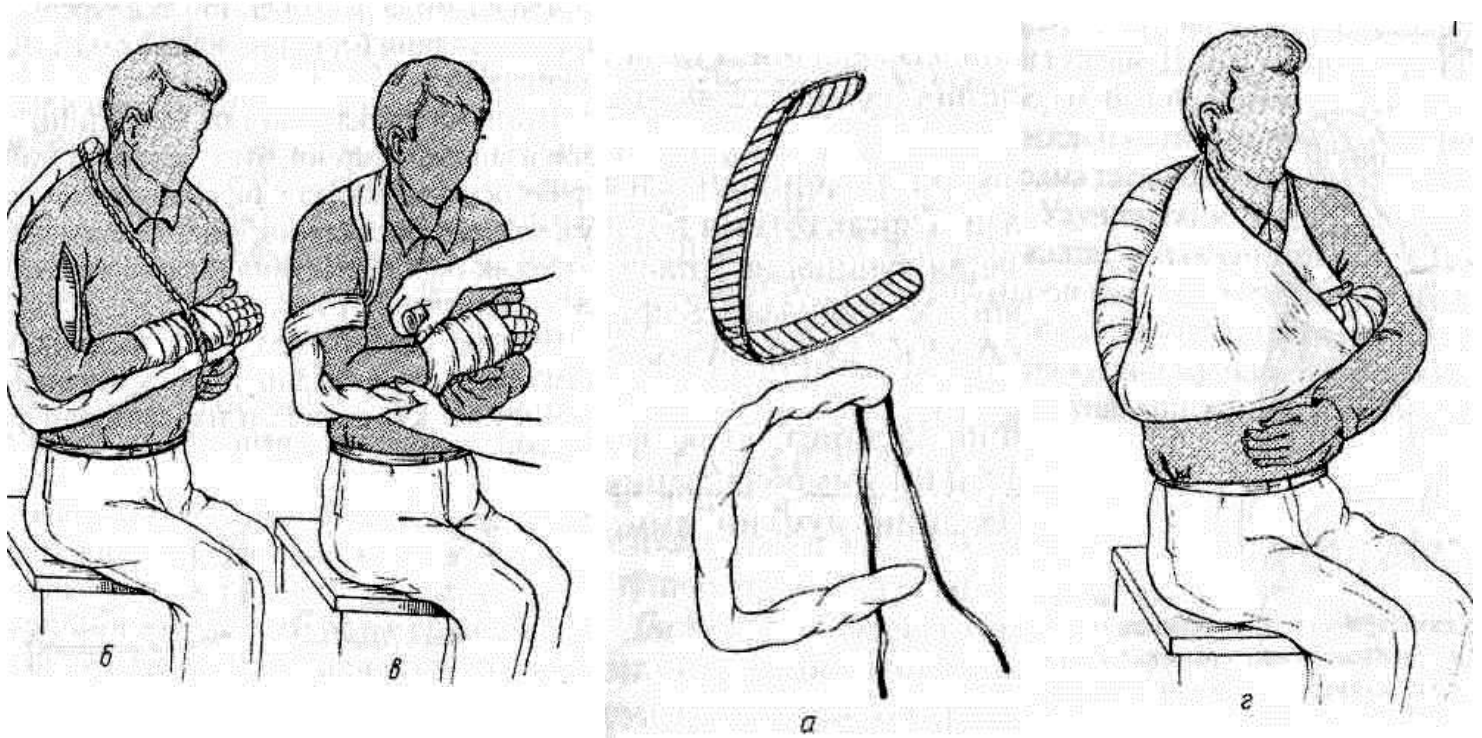


лизация қилиш мумкин (23-расм).

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

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

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



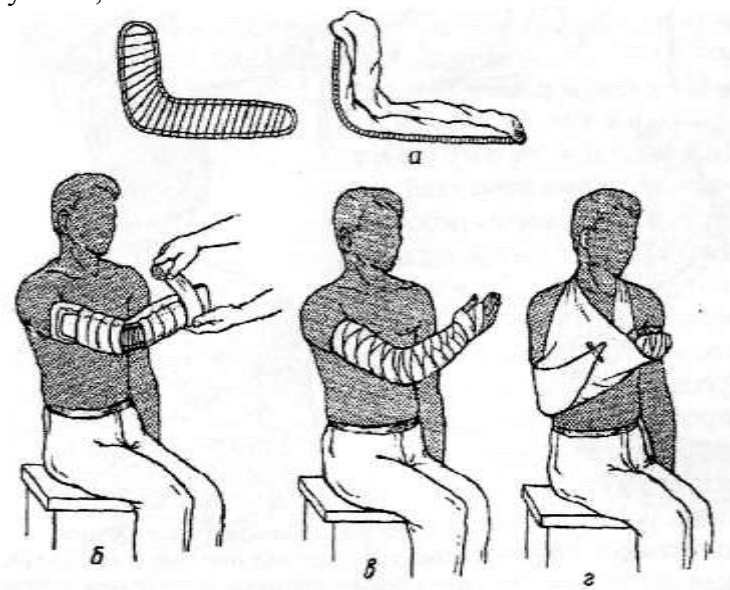
24-расм. Елка ва тирсак бўғими шикастланганда нарвонсимон шина кўйиш.
а — шинани тайёрлаш; б — шинани куйиш; в - шинани бинт ёрдамида қотириш; г — рўмолчага осиб кўйиш.

Дуч келган нарсалар билан иммобилизация қилинганда (таёқ, похол, дарахт шохлари, тахтачалар ва хоказо) маълум шартларга риоя қилиш керак: шинанинг говори қисми қўлтиқ остигача етиши, иккин-чи учи ташки томондан елкадан юқорига чиқиб туриши керак пастки учлари тирсақлан пасгга тушиши лозим. Шиналар қўйилгач, уларни синиш сатҳидан юқори ва пастидан боғланади, билак эса рўмолга осилиб қўйилади.

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

Шинани шикастланган билакнинг ташқари томонидан елка ўртасидан кафт-бармоқ бўғимларигача қўйилади. Тирсак бўғими тўғри бурчак остида букилади, билакни ўрта - пронация-супинация ўртаси-даги ҳолатга, панжа озрок ёзилган ҳолатда қоринга келтирилади. Кафтга қаттиқ болишча қўйилиб, шинани қўлга боғлаб, қўлни рўмолга осиб қўйилади (25-расм).

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



25-расм. Нарвонсимон шинани билак суяклари синганда қўйиш.

а — шинани тайёрлаш; *б* — шинани қуйиш; *в* — шинани бинт ёрдамида қотириш; *г* — қўлни рўмолга осиб қуйиш

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

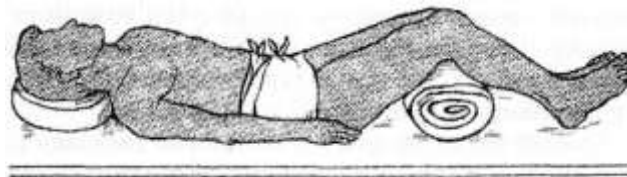
Билак-кафт усти бўғими ва бармоқларнинг шикастланиши. Билак-кафт усти бўғими ва бармоқларининг шикастланишида кенг микёсда нарвонсимон ёки тўрсимон шиналарга тарнов шакли берилиб ишла-тилади, фанер шиналар ҳам йўл-йўл шаклда бармоқлар учидан тирсак бўғимигача қўйилади. Шиналарга пахта қўйилиб, кафт томондан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

Чанок шикастланганда транспорт иммоби-лизацияси. Чанок суяклари шикастланишини иммобилизация қилиш — оғир вазифа, чунки беихтиёр оёқлар ҳаракати суяк бўлак-ларини кўзгатиб юбориши мумкин. Иммобилизация учун чанок шикастланганда жабрланганни каттиқ замбилга ётқизилади, оёқлар ярим букилган ва озроқ керилган ҳолатда бўлади, бунда мушаклар бўшашиб, оғриқ камаяди. Тиззалар остига болиш: юпка кўрпа, кўрпа, кийим, букланган ёстик ва бошқа нарсалар қўйиш мумкин (26-расм).

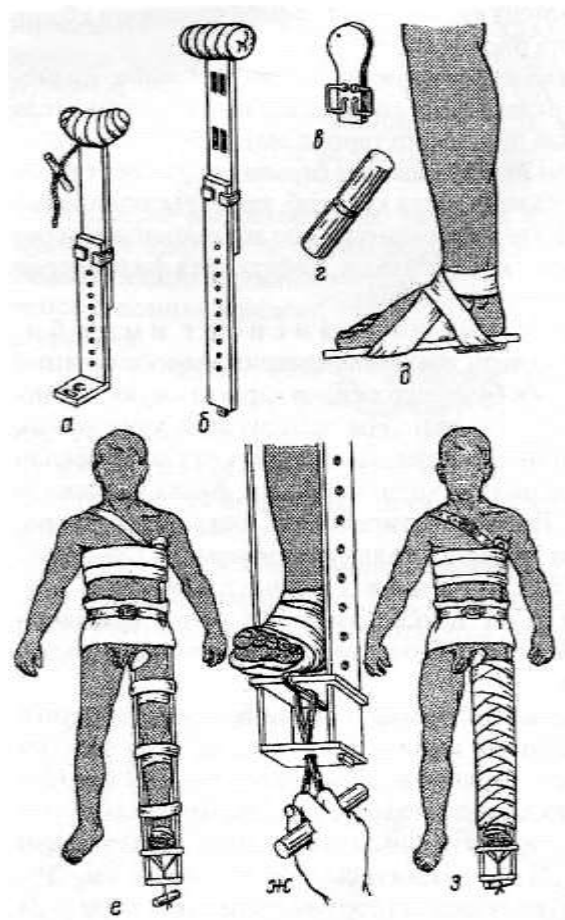
Оёқлар шикастланганда транспорт иммо-б и л и з а ц и я с и . Сон шикастланганда тўғри қўйилган иммобилизация учта бўғимни қамраб олиши шарт, шинани қўлтиқдан то тўпикларгача қўйилади.

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

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



26-расм. Чанок шикастланганда транспорт иммобилизациям



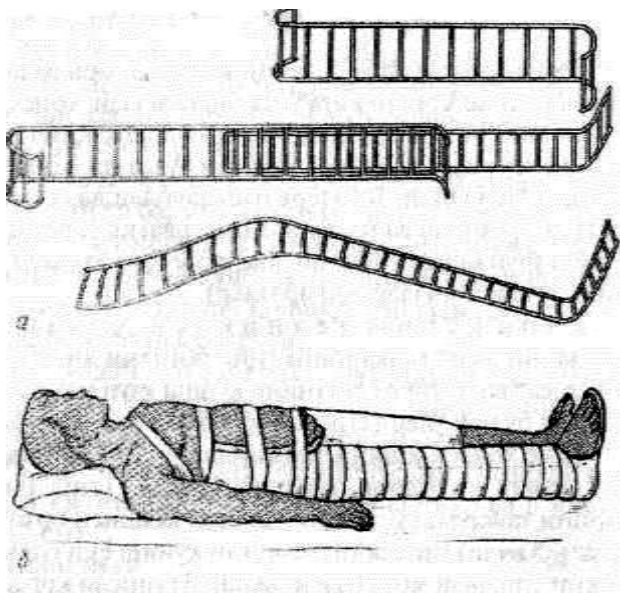
27-расм. Дитерихс шинасини қўйиш. а — шинанинг медиал тахтаси; б — латерал тахта; в — шинанинг оёқ, панжаси қисми; г — бурама; д — оёқ, панжасини қотириш; е — шинани тана ва сонга белбоғлар ёрдамида қотириш; ж — оёқ, қотирилгач бурамани маҳкамлаб қўйиш; з — шина ёрдамида оёқ, иммобилизация қилин-гач сўнгги қўриниши.

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

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

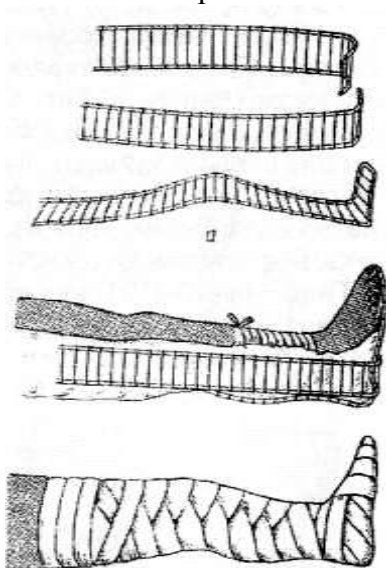
Нарвонсимон шина билан иммобилизация қилиш. Сон суяги синганда иммобилизация қилиш учун учта нарвонсимон шина олинади: улардан икkitаси узунлигича уланади ва қўлтиқ, остидан товонгача қўйилиб, иккинчи томони панжа ички томонига эгилади, учинчи шинани думба бурмасидан бармоқлар учигача қўйилади. Бир неча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

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



28-расм. Сон

шикастланганда оёқни транспорт иммобилизациялаш.
а — нарвонсимон шиналарни йиғиш; б — шинани ўрнатиш.



29-расм. Нарвонсимон шина
ёрдамида болдирнинг транспорт
иммобилизацияси.

а — нарвонсимон шинани тайёрлаш;
б — шинани ўрнатиш

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

ГИПС БОҒЛАМИ

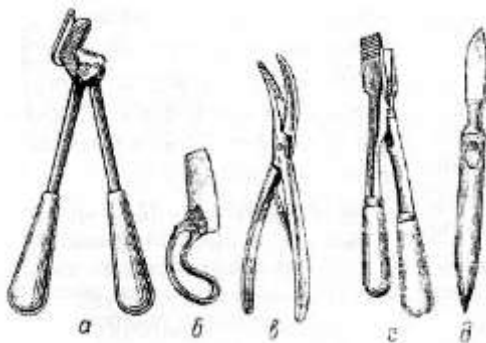
Таянч-ҳаракат апаратининг касалликлари ва шикастланишларини даволашда, асосан, иккита усул ишлатилади: консерватив ва оператив. Шунинг аниқ айтиш керакки, гарчи травматология ва ортопедияда жар-роҳлик усуллари тараққий этаётган бўлса-да, консерватив усул асосий ўринни эгаллайди. Консерватив даволашда асосан икки омил фарқ қилади: қотириш ва тортиш. Консерватив даволашда ҳаракатсизлан-тириш учун ишлатиладиган ашёлар муҳим аҳамиятга эга (гипс боғлам-лари, турли шиналар, аппаратлар).

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

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

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

Гипс — бу $100-130^{\circ}\text{C}$ да қуритилган кальций сульфати. Қуритилган гипс майда оқ кукун у гидрофил хусусиятга эга, шунинг учун маҳкам беркитиладиган металл қутиларда ёки шиша идишларда сақланиши шарт.



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

М 400 маркали гипс яхши гипс хисобланади, у 15°C сувда 10 минутда ва 40°C сувда 4 минутда қотади. Ушлаб кўрилганда гипс кукуни бир текисда майда, бўлакларсиз ва кумоқ-кумоқсиз бўлиши керак

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

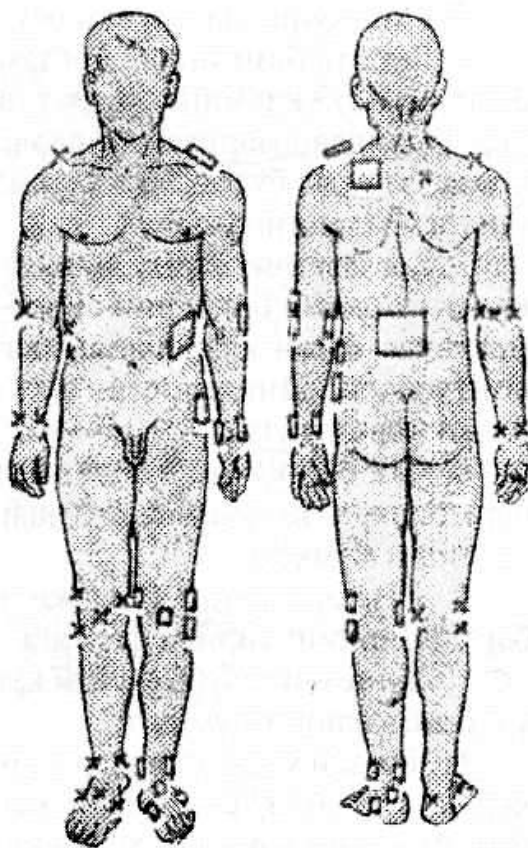
Гипс бинтларни докадан ҳам тайёрлаш мумкин, унинг четлари қиркилади. Бундам юмшоқ ўралган дока бинтлар тайёрига нисбатан анча эластикдир, дока бинтлар узунлиги 3 метрдан ошмаслиги керак. Бинтлар уч ўлчамда тайёрланади: 3 га бўлинган дока бўлакларидан энли бинт (23 см), 4 қисмга бўлинса — ўртача (17 см)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

Гипс боғламларининг икки хили бўлади: пахта-докали, фланелли ёки трикотаж тагликли ва тагликсиз боғлам. Хозирги пайтда фабрикадан тайёр ҳолда чиқадиған гипс бинтлари кўпроқ иш-латилмоқда.

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

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

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



31-расм. Гипс боғламларини куйганда
эзилишдан ҳимоя қилинадиган суяк
дўнгликлари.

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

Гипс боғламини кўйишдан олдин зарурат бўлса, синган жой оғриксизлантирилиб, суяк бўлақларини ўрнига кўйилади. Шишни камайтириш мақсадида боғлам кўйилгандан кейин шикастланган оёқ кўтарилган қўл ҳолатида 1-2 суткага қолдирилади.

Гипс боғламини кўйишда қуйидаги қоидаларга риоя қилиш керак:

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

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

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

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

5. Гипс кўйишда қўл ёки оёқни қимирлатмай ушлаб туриш керак

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

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

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

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

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

11. Боғлам хаддан ташқари сиқмаслиги ёки ортикча бўш бўлмаслиги керак Боғлам кўйилгандан кейин унга белги кўйиш керак яъни боғлам устига қора қалам билан синган суяклар схемаси ва учта сана боғлам кўйган шифокорнинг фамилияси ёзилади.

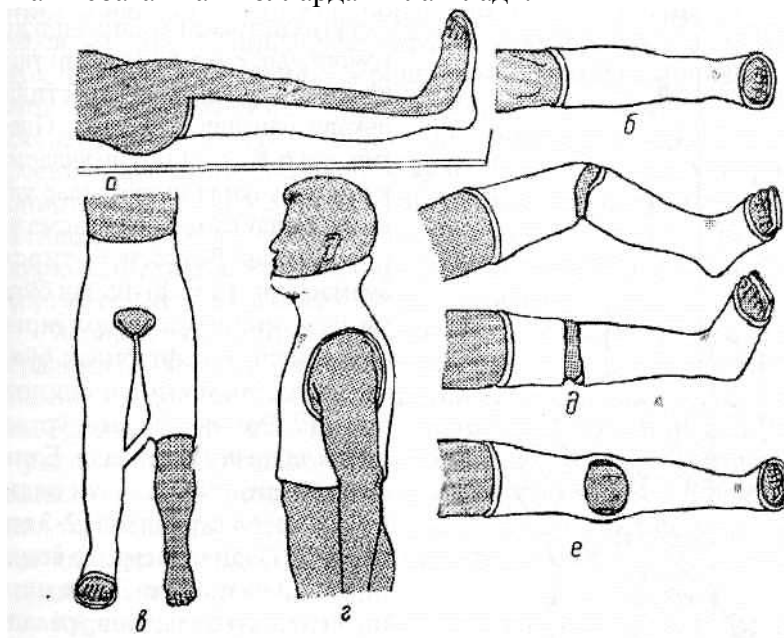
Узунликда ва эни бўйича тайёрланади, олдиндан соғ оёқ ёки қўлга мўлжаллаб ва четларидан марказига томон сустроқ ўраб борилади. Лонгета хўллангач, осилиб турган ҳолатида иккала кафт ёрдамида силлиқланади. Букилган жойларда (масалан, тирсак бўғими ёки товон) лонгета қиркилади ва ортикча қисми устма-уст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

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

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

ТОРТМА

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



32-расм. Гипс боғламларининг турлари.

- a* — гипс лонгетаси; *б* — айланма гипс боғлами; *в* — коксит гипс боғлами;
г — гипс корсети; *д* — контрактурани тўғриловчи гипс боғлами;
е — кўприксимон гипс боғлами.

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

Сонга ёпишқоқ пластир билан тортма куйидагача амалга оширилади: 8-10 смлик пластир тасмалари узунасига соннинг ташки ва ички томонидан (чов бурмасидан то соннинг ички дўнглигагача) ёпиштирилади. Лейкопластирнинг пастки эркин учларига таёкчалар тикиб кўйилади, ўртасидан ип боғланиб юк осилади. Ёпишқоқ пластир энсиз пластир ёрдамида ўралади. Болдирга ёпишқоқ пластир яхлит, кенг тасмаси билан ташқарисидан кичик болдир суяги бошчасидан ташки тўпиккача ва ичкаридан катта болдир суяги дўнгадан ички тўпиккача ёпиштирилади. Фанер тахтача ўртасидаги тешикчадан ип ўтказилиб тахтача ёпишқоқ пластир билан ўралади. Юк 3 кг дан ошмаслиги керак.

33-расм. Қўлни ёпишқоқ пластир ёрдамида тортиш.



Елка суяги синганда ёпишқоқ пластир боғлами (33-расм) тасмалар узунлигача елканинг ташқари томонидан, елка бўғимидан ташқи дўнгигача ва қўлтиқ остидан ичкари дўнгигача кўйилади. Пластир эни 6-8 см. Пластир учларига юк осиш учун ёғоч таёкчалар уланади. Билакка пластир тасмалар узунлигича: биттаси — тирсак бурмасидан то кафт-билак бўғимида, эркин халқа колдириб, иккинчиси - кафт-билак бўғимидан тирсак ўсигигача ёпиштирилади. Эркин халқага ўртаси тешик тахтача ўрнатилади. Елимли тортмани кўйиш учун олдин терига клеол суртилади, 2-3 минут ўтгач фланел тасмалар ёпиштирилади ва улар ёпишқоқ пластир билан кўндалангига ўралади. Елимли тортмада юк 2-3 кило-граммдан ошмаслиги керак. Елимли тортмани тери касаликларида ишлатиш ман этилади.

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

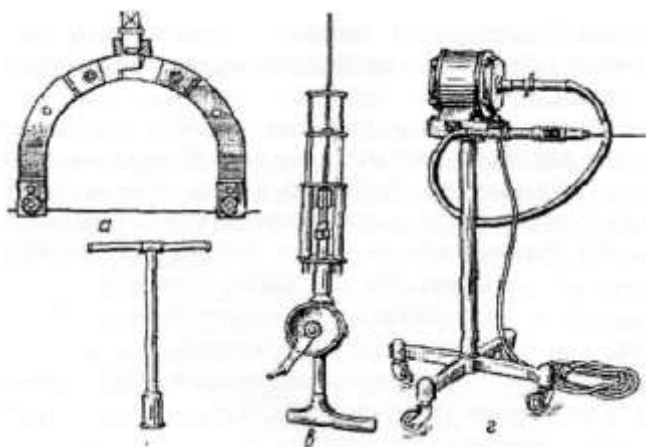
Скелет тортма. Бу функционал даволаш усули ҳисобланади. Скелет тортманинг асосий тамойили шикастланган оёқ ёки қўл мушакларини бўшаштириш ва аста-секин юкни кўпайтириб, кўзғалган суяк бўлак-ларини бартараф қилиш шу билан иммобилизацияни таъминлаш, шикастланган оёқ ёки қўлнинг деярли ҳамма томони очик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

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

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

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

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



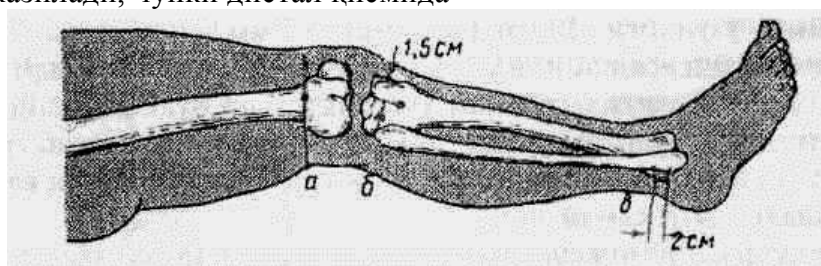
34-расм. Скелет тортма учун

керакли асбоблар. а — ЦИТО тақаси Кишнер кегайи билан; б — кегайни таранглаштириш ва сиқиш учун калит; в - қўл парма; г — кегайни ўтка-зиш учун электр парма.

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

Скелет тортма учун темир кегайни сон дўнг-лари устидан ўтказиш. Шуни инобатга олиш керакки, тизза бўғими ҳалтаси яқин жойлашган, кон томир - нерв тутами ва сон суягининг ўсиш зонаси жойлашган. Кегай юбориладиган нукта сон узунлигида, тизза қопқоғи юқори қутбидан 1,5-2 см юқорида, чуқурлиги бўйи ча эса бутун сон бағрининг олдинги ва ўрта учдан бир қисми чегарасида ўтказилади (35-расм).

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



35-расм. Скелет тортма мосламасини ўрнатиш учун кегай ўтказиладиган нукталар. а - соннинг дистал қисмидан; б - катта болдир суяги ғадир-будур дўмбоғидан; в — тўпиклар устидан.

эпифизар тоғай жойлашган. Синиш жуда пастдан бўлса, кегайни сон дўнглари орқали ўтказиш мумкин. Кегайни сон артериясини шикаст-лантирмаслик учун ичкаридан ташқарига қараб ўтказилади.

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

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

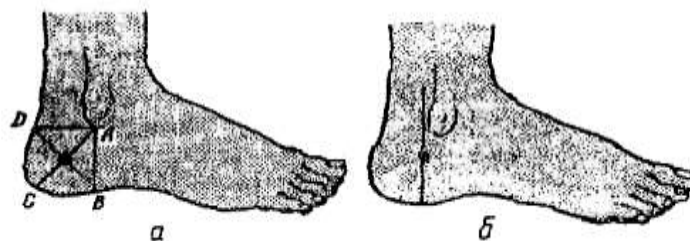
Кегайни болдир тўпиқлари соҳасидан юборилганда ичкари томондан 1-1,5 см, ташқаридан эса 2-2,5 см юқоридан ўтказилади. Хамма холларда кегай болдир ўкига нисбатан перпендикуляр ўтказилади.

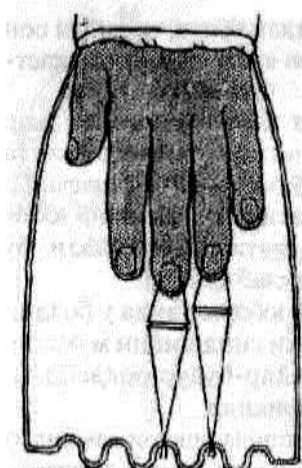
Катта болдир суяги ғадир-будуридан скелет тортма мосламасини сон суягининг пастки соҳасидан ва бўғим ичидан синишларда қўйилади. Тўпиқлар соҳасига қўйиш - болдир ўрта ва юқори қисмидан синганда бажарилади.

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

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

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





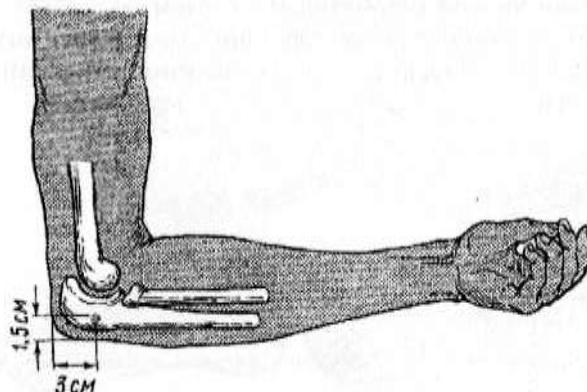
Товон суяги синганда тортиш йўналиши товон ўқи бўйлаб, яъни болдир ва панжа ўқиға нисбатан 45° бурчак остида бўлиши керак Оёқ ва қўл кафт суяклари ва бармоқлар фалангалари синганда скелет тортма мосламасини ўрнатиш. Бу ҳолда йўғон сим — ёйидан фойдаланилади (Клапп усулва чўзиш). Оёқ, панжаси ёки кафт олди-билак бўғими ва билакнинг пастки қисми шпсли бинт билан ўралади, хал-ка гипс билан қотирилади, у бармоқлар учидан 8-10 см узокрокда бўлиши керак Халқаға резина найчалар ёки 1-1,5 см ошкрзон зондидан тайёрланган бўлакчалар ишлатилади. Бармоқлар тирнок фалангасидан йўғон игна ёрдамида инак иплар ўтказилади ва бу иплар резина торт-кичлар ёки пружиналарга қотирилади (37-расм).

Камдан-кам ҳолларда скелет тортма сон ёки болдир ампутациясидан сўнг синиш дара-жасидан катъий назар типик бўлмаган жойлар-дан кегай ўтказилади.

37-расм. Кафт суяклари кўрсатмалар бўлгандагина елка суяги дўнгларидан ўтказилади.

Клапп усулида скелет тортма. Кегайни тирсак ўсигидан ўтказишда қўл тирсак бўғимида тўғри бурчак остида букилади, тирсак ўсиги юқори нуқтаси пайпаслаб кўрилгач, 2-3 см дистал қисмидан кегай ўтказилади. Шуни унутмаслик керакки, бу анатомик сохада тирсак ва билак нервлари жойлашган (38-расм).

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



38-расм. Тирсак ўсигидан кегай ўтказиш нуқталарини ҳисоблаш.

ўралади. Кегайни кириш ва чиқиш жойлари аниқланади ва 1% новокаин (10-15 мл дан хар томонга) эритмаси билан махаллий оғриксизлан-тирилади. Аввалига тери анестезия қилинади, кейин юмшоқ тўқималар ва охирида долган анестетик суяк пўстлоги остига юборилади. Жарроҳ. ёрдамчиси қўл ёки оёқни ушлаб туради, жарроҳ эса парма ёрдамида кегайни суякдан ўтказди. Жаррохлик муолажаси тугагач, кегайнинг теридан чиққан жойлари спиртли стерил салфетка ёрдамида беркитилиб, кегай атрофи клеол билан ёпиштирилади. Кегайга симметрик холда пўлат ярим халқа қотирилади ва кегай таранглаштирилади. Кегайнинг кўзғалишининг олдини олиш учун кегайни теридан чиққан жойига ЦИТО фиксатори қотирилади.

С к е л е т т о р т м а д а юкни белгилаш. Оёқдан скелет мосламаси билан чўзишда оёқнинг умумий вазнини хисобга олиш керак бу тахминан гавда оғирлигининг 15% ёки 1/7 қисмини ташкил этади. Шунга тенг юкни сон суяги синганда осилади. Болдир суяклари синганда бу вазннинг ярмига тенг юк осилади, яъни тананинг 1/14 қисмига тўғри келади. Мавжуд кўрсатмалар борлигига қарамай, тортиш учун умумий оқирлик танлашда (1/17 тана вазни, оёқнинг умумий вазнини инобатга олган холда оёқда 11,6 кг ва кулга 5 кг юк тўғри келади), тўпланган тажрибага кўра сон суяги синганда 6-12 кг, бол-дирлар синганда 4-7 кг ва елка диафизини синганда 3-5 кг юк билан скелетдан чўзиш кифоядир.

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

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

Ишлатиладиган юк хажми микдори куйидаги кўрсакларга: а) суяк бўлақларининг узунасига силжиш даражасига; б) синиш муддатига; в) беморнинг ёши ва мушакларининг ривожланганлигига боғлиқ.

Тавсия қилинадиган юк микдори катъий эмас, аммо хар бир аниқ, холатда скелетдан чўзишда индивидуал юк хажми белгиланади. Кекса одамларга, болаларга ва мушаклари суст беморларга скелетдан чўзишда ўртача хисобланган юкнинг ярим микдори ишлатилади. Мускулатураси бакуват ва кучли тараққий этган беморларга юк микдори кўпайтирилади.

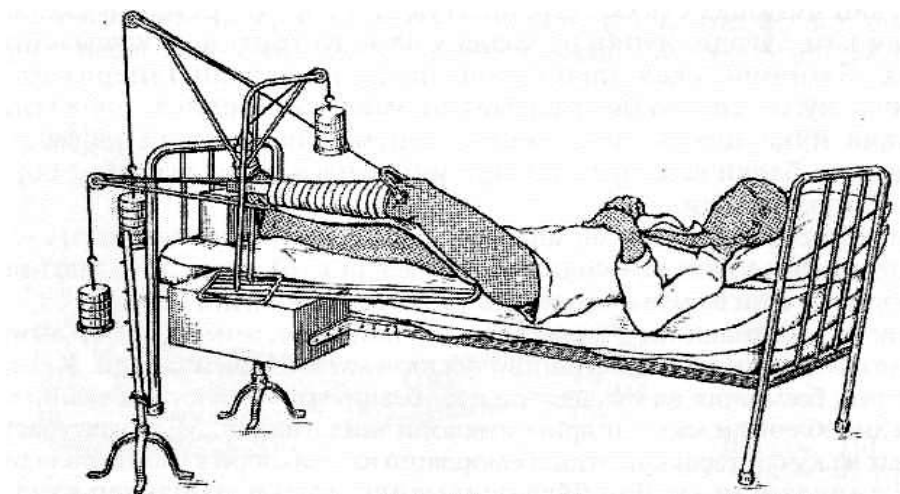
Мўлжалланган юк бир йўла осилмайди, чунки мушаклар кучли қитиқланиб, бирданига чўзилиши натижасида доимий қисқариб

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

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

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

Демпфер тортма. Бу мутлақо янги чўзиш усули бўлиб, халқа билан блок ўртасига пружина қўйилади, бу чўзиш натижасида



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

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

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

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

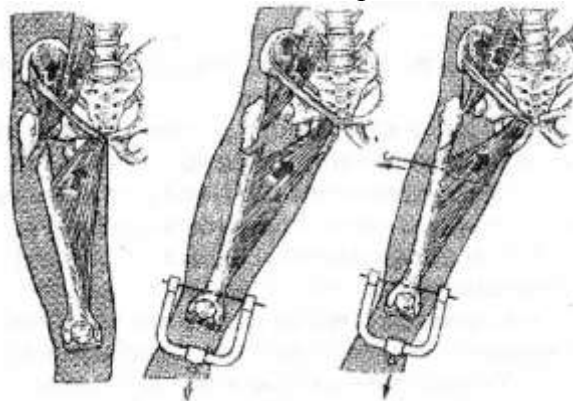
Найсимон суяк бўлаклари ён томонга анча сурилган бўлса ва уларни репозиция қилиш қийин бўлса, унда кўзғалган бўлакни босиб тура-диган мосламалар ишлатилади ёки ундан Киршнер кегайини ўтказиш йўли билан ўрнига туширилади. Бунинг учун кегайини милтиқ найзаси каби қийшайтирилиб, қийшайган қисми суякка қадалгунича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

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

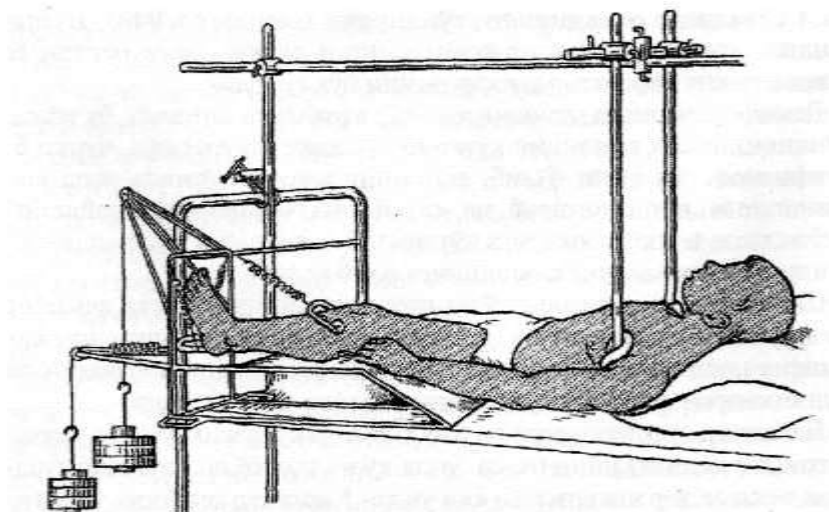
Скелет мосламаси олиб ташлангач, 20-50 кундан кейин беморнинг ёшига, синиш жойлашган сохага ва шикастланиш характерида қараб функционал елимли тортма ёки гипс боғлами қўйиб, иккита проекцияда назорат рентгенографияси қилинади.

Скелет тортмага қўйишга кўрсатмалар:

1. Сон суяги диафизининг ёпик ва очик синишлари



40-расм. Сон суяги бўлақларининг ёнига силжишини «2» симон Киршнер темир кегайи билан бартараф қилиш.



41-расм. Сон суяги диафизининг синганда демпфер тортма.

2. Сон бўйинчасининг латерал синишлари
 3. Сон ва болдир суякларининг Т- ва V-симон синиши
 4. Болдир суякларининг диафизининг синиши
 5. Кагга болдир суяги дистал қисмининг бўғим ичидан синишлари
 6. Тўпикларнинг синиши, Дюпюитрен ва Десто синишларида оёқ панжасининг қисман ва тўлиқ чиқиши
 7. Товон суягининг синиши
 8. Чаноқ халқасининг синиб, вертикал силжиши
 9. Бўйин умуртқаларининг синиши ва синиб-чиқиши
 10. Елка суягининг анатомик ва жарроҳлик бўйинчасидан синиши
 11. Елка суягининг ёпик диафизар синишлари
 12. Елка суяги пастки қисмининг бўғим ичидан ва ташқарисидан синишлари
 13. Елка суяги дўнглариининг бўғим ичидан Т- ва V-симон синишлари
 14. Оёқ ва қўл кафт суякларининг бармоқлар фалангасининг синиши
 15. Сон ва елканин эскирган (2-3 ҳафталик) травматик чиқишларини солишга тайёрлаш
- Операциядан олдинги ва кейинги даврларда кўшимча даволаш усули сифатида скелет тортмасига кўрсатмалар:
1. Сон бўйинчасининг медиал синишлари (операциядан олдинги репозиция)
 2. Соннинг эскирган травматик патологик ва тугма чиқишлари (операциядан олдин ўрнига солиш ёки реконструкция қилиш)
 3. Узунасига силжиб битмаган синишлар

4. Реконструктив операциядан олдин суякнинг узунлигидаги нуқсонлар

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

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

РЕДРЕССАЦИЯ

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

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

СУЯКЛАРДА ЖАРРОХЛИК МУОЛАЖАЛАРИ

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

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

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

компрессион остеосинтездан таш-қари, гипс борлами қўйишни ин-кор қилмайди.

Остеосинтез турини тўрри тан-лаш учун маълум қоидаларга риоя қилиш керак:

Металл фиксаторлар пўлатнинг фақат текширилган маркасидан бўлиши шарт.

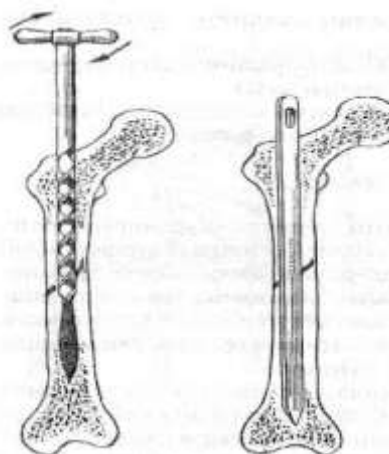
Металл фиксаторларни тўғри ишлатиш учун синиш юзасини, унинг характери ва

бўлақларнинг кўзрелишини ҳисобга олиш керак

Металл крзикчалар ишлатиш-да уларнинг қўл-оёқ сегменти узунлигига ва найсимон суяк илик канали диаметрига тўрри қилишини билиш керак

Остеосинтез жаррохлик усули-дан олдин беморнинг умумий ахво-лига, терисини тайёрланганлигига аҳамият бериш керак (инфекцияланган жароҳатлар, йиринглаган жойлар ва бошқалар).

42-расм. Йўғон қозикча билан
остеосинтез қилиш.



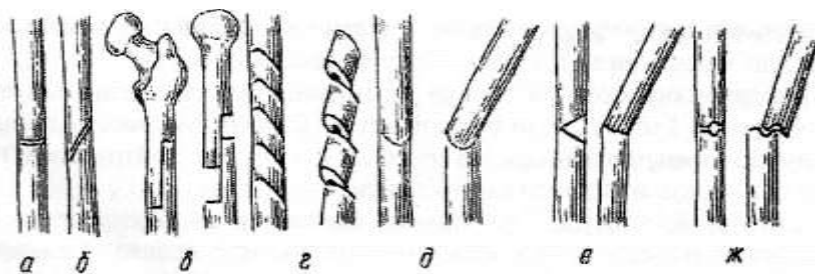
Остеотомия - суякни оператив усулда қирқиш демакдир. Одатда остеотомияни қўлоқнинг турли хил қийшайишларини тўрилаш мақсадида, узайтиришда, маълум ортопедик касалликларда, масалан, соннингтутма чиқиши ва бошқаларда бажарилади (43-расм). Суяк трансплантацияси - турли суяк тўқималарини суяк нуксонларини тўлғазиш мақсадида (масалан, хавфсиз ўсмалар олиб ташлангандан кейин) ўтказиш. Суяк кортикал катламидан тайёрланган трансплантатлар интра- ва экстремедулляр остеосинтези мақсадида ишлатилади; бу суяк ҳосил бўлишида рағбатлантирувчи ёрдамчи жаррохлик усулидир. Кўпинча суяк тўқимаси беморнинг ўзидан, одам мурдасидан ёки камдан-кам ҳолларда ҳайвонлардан олинади.

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

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

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

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



43-расм. Остеотомия турлари.

и — кўндаланг; б — қийшиқ; в — 2-симон; г — Богораз усули; д — шарнирсимон; е — понасимон; ж — Бойчев усулида.

Ҳозирги пайтда суяктўқимасини консерваланнинг бир неча усуллари бор: а) кимёвий моддаларда ва махсус эритмаларда сақлаш (формалин ва б.); б) пастхароратда сақлаш; в) суюқ озиқли мухитларда консервалан (глюкоза ва б.); г) полимерларда консервалан; д) лиофилизация усулида консервалан (музлатиш ва вакуумда куриштиш); е) суякни қайнатиш ва суюклик шимдириб юмшатиш.

Хайвонлардан (чўчка, бузоқ ва бошқалардан) олинган суяк тўқи-маларини ҳам шу усулда консервалан мумкин.

Морфологик ва биокимёвий текширувларда радиологик ва электрон-микроскопик усуллари қўллаш натижасида шу нарса аниқландики, анча остеоцитларнинг кўп халок бўлишига қарамай, консерваланган суяк тўқимаси ўзининг биологик активлигини маълум даражада сақлаб қолар экан, бу уларда ферментлар ва оксилларнинг борлиги туфайлидир.

Суяк тўқимасини катта микдорларда тайёрлаш суяк банклари тайёр-лашга замин ҳозирлади ва бу, ўз навбатида, турли хил қайта тиклаш жаррохлик операцияларида трансплантацияни кенг ишлатишга имкон берди.

БЎҒИМЛАРДА ЖАРРОҲЛИК МУОЛАЖАЛАРИ

Бўғимларда қилинадиган жаррохлик муолажалари икки гуруҳга бўлинади:

1. Бўғим юмшоқ тўқималарида қилинадиган муолажалар. Бу артротомия — бўғимни очиш, синоэктомия - бўғим халтачасини олиб ташлаш, халта — боғлам аппаратининг пластикаси.

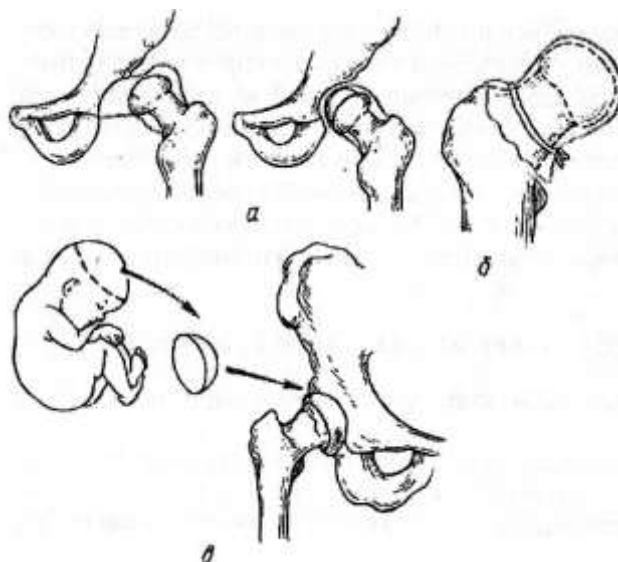
2. Бўғимни ташкил қиладиган, суяклардаги жаррохлик муолажалари.

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

Артрорез — бўғимни сунъий равишда ҳаракатсиз қилиш. Артрорез усуллари кўп. Артрорез усули қўлланилаётганда бўғим биоме-ханикаси, унинг анатомияси ва функцияси инобатга олиниши керак Чунончи, чаноқ-сон бўғимини артрорез қилганда беморни касбини билиш муҳим (иш жараёнининг тик турган ёки ўтирган ҳолатда кечи-ши) ва шуни ҳисобга олган ҳолда чаноқ -сон бўғимида букиш бурчаги режаланади.

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

Шуни унутмаслик керакки, артрорез - бу ногирон қилувчи жар-рохлик муолажаси, чунки бўғимни йўқ, қилади, шунинг учун бу жаррохлик муолажасига кўрсатма эҳтиётлик билан қўйилиши керак Масалан, чаноқ-сон бўғими артрорезидан сўнг олдинга-орқага ва ён томонга (чаноқиштирокида) ҳаракатлари иккинчи томонидаги чаноқ-сон бўғими ва умуртка погонасининг бел-думғаза соҳасидаги ҳаракат-лар билан анча компенсациялашади. Шунинг учун, агар иккинчи чаноқ-сон бўғими ва умуртка погонасининг бел соҳаси ўзгармаган бўлса, бу жаррохлик муолажасини қилиш мумкин. Агар иккинчи чаноқ-сон бўғими ҳам жароҳатланган бўлса, артрорез жаррохлик муолажасини қилиш мумкин эмас, чунки бемор умуман ҳаракат қилолмай қолиши мумкин.



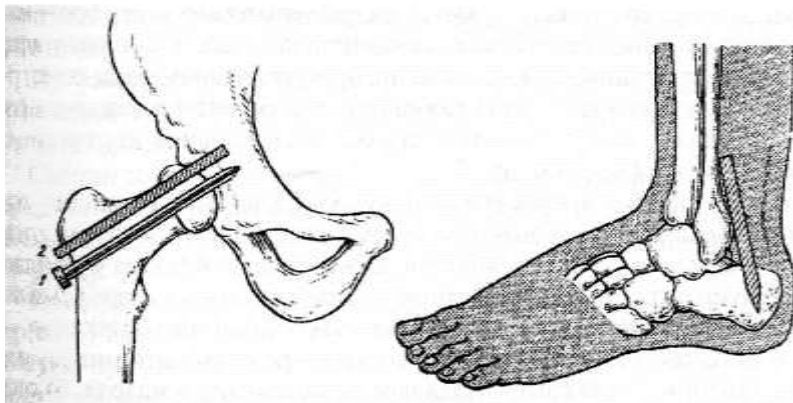
44-расм. Чаноқ-сон бўғим и артропласти каси.

a — Колон усули; *б* — Волков усулидаги амниопластика; *в* - Фишкин усули бўйича аллопластика.

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

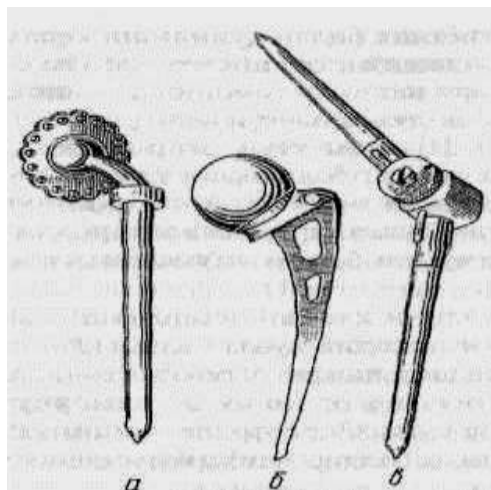
Бўғимларни кўчириш. Бу жаррохлик муолажаси кўпинча бўғимларнинг ошқ деформациясида, ўсмаларда бўғимлар олиб ташланганда, анкилоз ва купол травматик шикастланишларда бажарилади.

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



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

46-расм. Болдир-панжа бўғими артродризи.



47-расм. Эндопротезларконструкциялари.

а — Сиваш чаноқ-сон тотал эндопро-тези; *б* — сон суяги бошчаси эндоп-ротези (МурЦИТО); *в* — тизза бўри-ми эндопротези. ўрнини тўлиқ эгаллай бошлади, бу-нинг учун диафиз қисми давомини бир хил материалдан яшас керак эди, холос. Одатда, сунъий бўғимни кити-риш учун суяк илик бўшлигига протез оёқчаси ўрнатилади ёки диафизни қамраб олиш йўли билан котирилади (47-расм). Аммо бўғимнинг фақат бир қисмини протезлаш, бўғимнинг протезланмаган иккинчи қисмидан суяк ўсимталари пайдо бўлиши сабабли қониқарсиз натижалар берди. Шу-нинг учун сўнгги ўн йилликда бўғимни тўлиқ алмаштирадиган аллопластик протезлар ишлаб чиқилди ва кенг тарқалди. Бундай сунъий бўғимлар, кўпинча, чаноқ-сон, тирсак қафтнинг фалангалараро бўғимлари ва сўнгги вақтларда тизза бўғимини ҳам алмаштириш учун ишлатилмоқда.

ЭНДОПРОТЕЗЛАШ

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

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

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

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

1980 йил бошларидан 1 Москва тиббиёт институти травматология ва ортопедия кафедраси ходимлари «Графит» илмий тадқиқот институти билан ҳамкорликда углеродли материаллардан сунъий ярим бўғимларни (чаноқ-сон, елка, тизза бўғимлари) ишлаб чиқдилар ва ҳозир улар амалиётга жорий этилмоқда. Махсус текширишлар ва амалиётда қўлла-ниш углеродли материалларнинг юқори даражада пишиқлиги, организм учун интақлиги (безиёнлиги) ва

турли табиий аралашмаларни қўшиш мумкинлиги (ковакли, яхлит ва бошқалар) уларнинг қайта тиклаш жарроҳлигида ғоят истиқболли эканлигидан далолат беради.

КОМПРЕССИОН - ДИСТРАКЦИОН ОСТЕОСИНТЕЗ УСУЛИ

Хозирги пайтда ёпик ва очик синишларни даволашнинг кенг тарқалган усулларида суяк орқали (жароҳатланган жойдан узокроқ-дан) ва иликка қоқиладиган компрессион усуллар кенг ишлатилмоқда.

Компрессион остеосинтезнинг афзаллиги аввало оралик қадок пайдо бўлиб, синган суякнинг бирламчи битиб кетиши ҳисобланади.

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

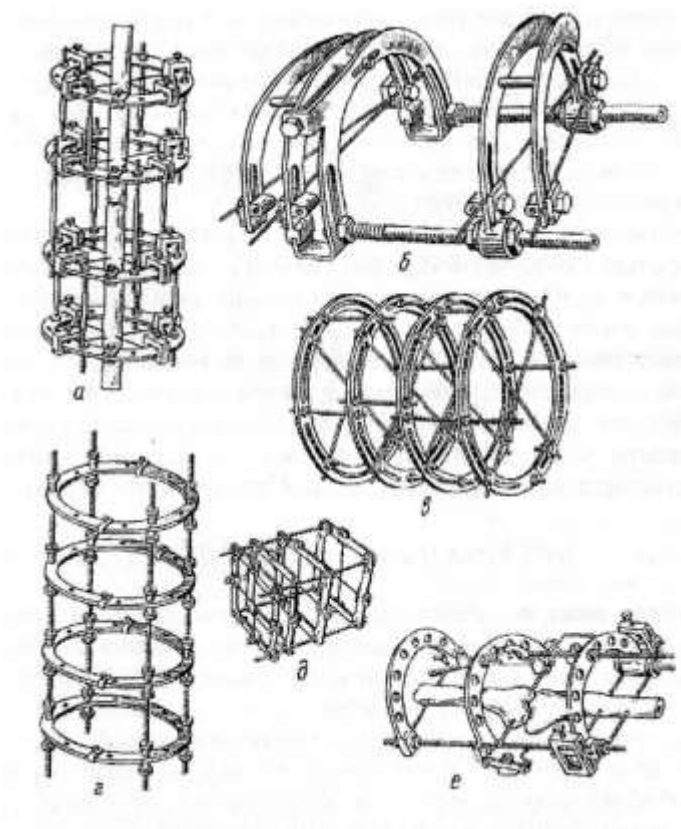
Интрамедулляр остеосинтез консерватив даволаш наф бермаганда, репозиция муваффақиятсиз чиққанда ва суяк бўлаклари иккиламчи қўзғалганда қилинади.

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

Компрессион аппарат бир неча асосий талабларга жавоб бериши керак: а) суяк бўлақларини ёпик ҳолда тўлиқ репозиция қилиши; б) суяк бўлақларини мустаҳкам қотириши; в) синишнинг ўрни, характери, юмшоқ тўқималарнинг қандай шикастланганини инобатга олган ҳолда аппаратни индивидуал ишлатиш имконияти;

г) фиксациядан кейин бўғимларда ҳаракатнинг сақланиб қолиши;

д) аппарат ўрнатилгандан кейин беморни транспортировка қилиш мумкинлиги ва унинг ҳаракатчанлиги.



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

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

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

Илизаровнинг компрессион-дистракцион аппарата иккита ва бундан ортиқ халқалардан ва яна 2-3 та тортувчи стерженлардан иборат бўлиб, икки томонида гайка бураладиган резбаси бор, унга гайка ва контргайка буралади. Аппаратни стерилизация қилиш кайнатиш билан таъминланади. Суяқлардан хочсимон ўтказиладиган кегайлар найсимон суяқларнинг исталган жойидан ўтказилиши мумкин, бундан кон томирлар ва нервларнинг топографияси инобатга олинади, холос. Кегайларни ўтказишда терини тешишдан олдин уни 1-1,5 см га суриш керак. Кегайлар ўтказилгач, икки томонидан этил спиртига бўктирилган дока салфеткалар кийдирилади ва тикинлар ёрдамида тери томонга зич қисиб қўйилади ва кегайларнинг ортикча қисми кесиб ташланади. Кегайларни халқаларга қотириб қўйиш учун кискич кегай асосига қўйилиб, букилади. Кегайларни қотиришда суяк бўлақларининг жойлашиши иккала халқада ҳам бир хил бўлиши керак. Иккита халқани улайдиган стерженлар халқалардаги симметрик тешиқларга бир-бирига параллел қилиб қўйилади. Стержендаги гайкаларни тортиш репозиция имкониятини яратади. Аппарат ўрнатилгандан кейин назорат рентгенографияси қилинади, агар зарурият бўлса, суяк бўлақлари коррекция қилинади. Компрессион остеосинтез фиксациясини маркам ушлаб туриш учун дар бир стержен гайкаси ҳар 5-7 кунда 1/4 га айланага тенг буралиб (2мм гача) туради.

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

Остеомиелит - грек тилидан олинган бўлиб, остеон-суяк мйелос- кўмигининг яллиғланиш деган маънони билдириб, бу термин кўпинча гемотоген остеомиелитга хос келади. Лекин ҳозирги пайтда суякдаги ҳар қандай яллиғланиш простесси остеомиелит деб аталади.

Остеомиелит классификацияси.

1. Келиб чиқишига кўра

- бирламчи
- иккиламчи

2. Сабабига кўра

- экзоген (пострауматик, суякни ўқ отар қуроллар билан шикастланишидан кейин)
- ятроген (жарроҳлик муолажаларидан кейин)

3. Кечишига кўра

- ўткир
- ўткир ости
- бирламчи сурункали
- сурункали

4. Ташқи кўринишига кўра

- оқма ярали
- оқма ярасиз
- даврий хуружланишлари билан
- юмшоқ тўқималар нуқсонлари
- остеомиелитик яралар пайдо бўлиши билан

5. Ички структурасига кўра

- суяк секвестрлари
- суякда бўшлиқлар пайдо бўлиши билан

- юмшоқ тўқималарда суяк ва суяк фрагментлари ўртасида бўлшиқлар борлиги билан ва шунингдек экзоген тиббий сабабларга кўра – эндопротез, шуруплар, винтлар, тикиш материаллари.

6. Остеомиелит қўзғатувчи микроб турларига кўра

- стафилаккок
- кўп йирингли таёқча
- микробли анаероб
- сил, захм
- паратизар турлар фарқланади

7. Остеомиелит ўчоқларининг сонига кўра

- монолокал
- полифокал
- полилокал

Гематоген остеомиелит

Сурункали гематоген остеомиелит кўп ҳолларда суяк тўқималарининг ўткир



яллиғланишининг сурункали яллиғланишга ўтиши бўлиб, бунда суяк тўқималаридан ташқари юмшоқ тўқималари ҳам яллиғланади. Ўткир остеомиелит 75%и болаларда учрайди. Ўғил болаларда 2-3 маротаба кўпроқ учрайди.

Сон суяги метафизини сурункали гематоген остеомиелити.

Суякда кичик ўчоқ бўлган ҳолда фистулографияда юмшоқ тўқималарда катта бўшлиқлар бор.

Остеомиелитни қўзғатувчи микроблар стрептакок, стафилаккок, корин тифи, салмонеллар ҳисобланади. Гематоген остеомиелит узун найсимон суякларда 83-84%ни ташкил қилади. Ўткир сон суягида простесс 34-38%, катта болдир суягида 30-33% ва елка суягида 6-9% ни

ташқил қилади. Гематоген остеомиелит ўсмир ва катта ёшдагиларда сурункали тамзилит, фрункул, мастит, пиодермия бундан ташқари тери юмшоқ тўқималарнинг тирналиши, лат ёйиши натижасида келиб чиқади.

Касалликнинг клиник кечиши.

- а) инфекция вирулентлигига
- б) организм реактивлигига
- в) ёшига
- г) яллиғланиш жойига қараб кечади

Гематоген остеомиелитнинг қуйидаги формалари мавжуд:

- а) токсик
- б) септикопиемик
- в) маҳаллий ёки енгил

Елка суягининг гематоген остеомиелити деструктив ўчоқлар ва секвесторлар борлиги (томограмма) кузатилади.

Буларни клиникасининг ўзига хослиги:

А – яллиғланиш очаг соҳасида оғриқ, температура, алаҳсираш, айниқса болаларда ўткир сепсис ҳолларда кечади. Кўп ҳолларда ўлим билан тугайди.

Б – бу формада йиринг ўчоғи бир суякдан бир неча суякка ўтиши мумкин. Бўғимларда йирингли артрит ривожланади. Йиринг суяк ости пардасига бўлганлиги туфайли флюктуация аниқлаб бўлмайди. Шиш, кучли оғриқ кузатилади. Рентген таъсирда 2-3 ҳафтадан сўнг деструктив ўзгариш кузатилади. қонда лейкоцитоз ҳозирги вақтда организмнинг аҳоли ўртаси йирингли яллиғланишга иммун тизимнинг пастлиги туфайли бир суякни таттар зарарланиши мумкин. Бу **паностит** дейилади. Бу формада кўп ҳолларда ички органларнинг зарарланиши билан кечади.

В

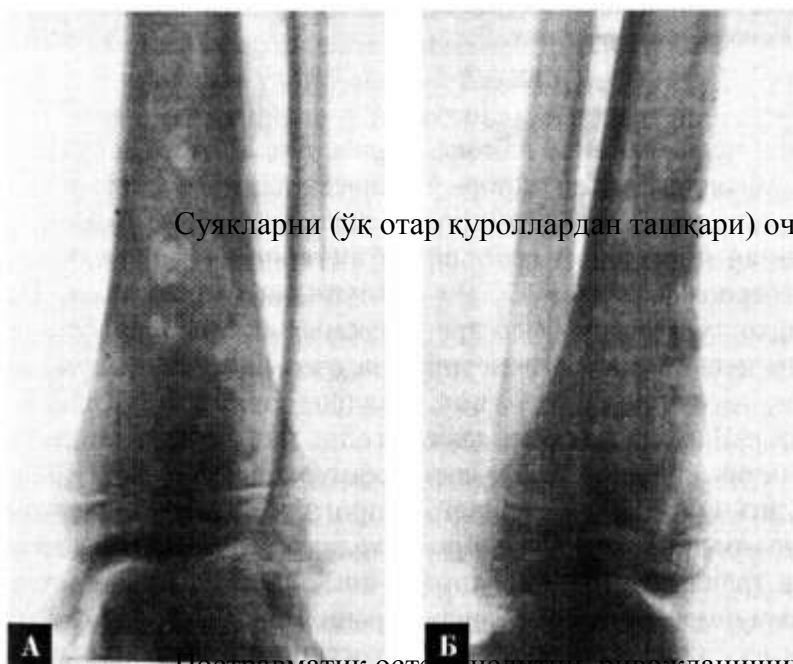
– бу формада суякнинг локал зарарланиши ва септикопиемияга, бундан ташқари битта суякни тотал зарарланиши билан кечади.

Постравматик остеомиелит

Суякларни (ўқ отар қуроллардан ташқари) очик синишидан кейин кузатиладиган остео

А

Б-



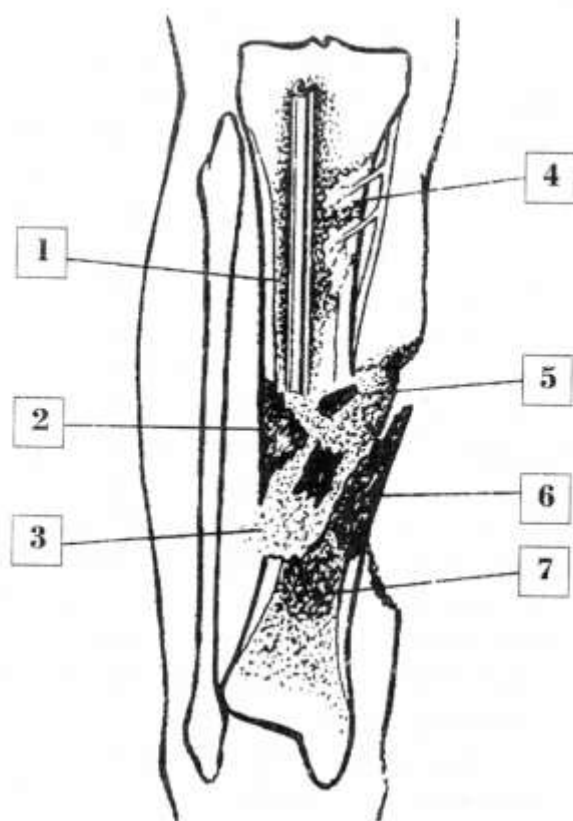
– суяк рарефикацияси (ерувчи қанд) йиринг таъсирида ёриқларнинг кенгайиши; ён томонлама проекциясида суякда ўзгаришлар янада яққол кўринган (лат егандан 1.5 ойдан кейин).

Постравматик остеомиелитнинг ривожланишига олиб келувчи сабаблар:

1. Суяк ва юмшоқ тўқималарни езилиши суякни катта жароҳатларида суяк пардасини очилиши қон айланишини бузилиши ва нотўлиқ бўлган иммобилизация бирламчи жарроҳлик ишловини кечиктириб бериш. Постравматик остеомиелит 1.5-2 ойдан сўнг сурункали формага ўтади. Суяк илигидан ташқарида суяк тўқимаси юза қаватининг йиринглаши остит дейилади.

Очиқ синишлардан кейинги посттравматик остеомиелит 2 хил кўринишда бўлади. А - Суякнинг битиши билан кечиши; Б- сохта бўғимҳосил бўлиши билан.

Клиник – кўринишда окма яралар, бўшлиқлар, юмшоқ тўқималарда йиринг ва халталар профик чандиқлар билан кечади. Суяк тўқимасининг некроз бўлмаслиги учун кон айланишни яхшилаш учун атрофдаги юмшоқ



Сурункали посттравматик остеомиелитнинг структураси

1. суяк фиксатор атрофини йирингли яллиғланиши
2. секвестор пайдо бўлиши
3. некроти
4. суякнинг иккиламчи некрози
5. ёт жисм
6. суяк фрагментининг очиб қолиши натижасида некроз пайдо бўлиши
7. ҳақиқий остеомиелит

тўқималар билан ёпилиши шарт. Бундан ташқари суяклар очиқ ёпиқ синганда Илизаров аппарати билан тўғриланади. Посттравматик остеомиелитдан кейинги ёлғои бўғимларни даволашдан олдин теридаги чандиқлар яраларни тери пластикаси қилингандан кейин суяк пластика қилиниши шарт. Посттравматик остеомиелитни болдир ва сон суяги бўғими ва бўғимларни даволаш ҳозирги куннинг ва травматологиянинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб ҳисобланади.

Мавзуга доир тест саволлари.

1. Остеомиелит умумий асоратларига кирмайди?

А)анемия

*Б)елгон бугим

В)оксил алмашинувлар бузилиши

Г)сепсис

Д)хаммаси тугри

2. Остеомиелит маҳаллий асоратларига киради, биттадан ташкари?

- А)елгон бугим
- Б)йирингли артрит
- В)тери чандиги
- *Г)паренхиматоз
- Д)хаммаси тугри

3. Остеомиелит бу ?

- *А)суяк кумигининг йирингли яллигланиши
- Б)мускулларнинг йирингли яллигланиши
- В)суяк туқимасининг Туғма касаллиги
- Г)хаммаси тугри

4. Суяк кумигининг йирингли яллигланиши ?

- *А)остеомиелит
- Б)деформастияловчи артроз
- В)синовит
- Г)Гемартроз
- Д)хаммаси

5. Остеосклероз бу ?

- А)суякни юмшайиши
- Б)суякни каттиклашиши
- *В)суякни патологик синиши
- Г)суякни деформастияланиши

6. Остеопороз бу ?

- А)суякни юмшайиши
- *Б)суякни муртлашуви
- В)суякни патологик синиши
- Г)суякни деформастияланиши

7. Секвестректомия бу ?

- *А)суякнинг улган туқималарини олиб ташлаш
- Б)суяк бушлигини очиш
- В)суякни кесиш
- Г)суякни репозистия килиш
- Д)бугимни очиш

8. Остеомиелит турларига кирмайди ?

- *А)бирламчи, иккиламчи
- Б)уткир, сурункали
- В)гематоген, травматик
- Г)асоратланган, асоратланмаган
- Д)хаммаси тугри

9. Броди абсцессини остеомиелит қайси турига киради ?

- А)уткир
- Б)уткир ости
- В)хроник

Г)яширин

*Д)тугри жавоб юк

10. Абстесс Броди асосан суякнинг кайси кисмида кузатилади?

*А)эпифиз

Б)метафиз

В)диафиз

Г)хамма кисмида

11. Броди абстесси асосан кайси суякда куп учрайди ?

А)катта болдирда

Б)кичик болдирда

В)сон суягида

Г)тирсак ва билакда

Д)елка суягида

12. Броди абстессини асосан кандай даволанади ?

А)консерватив

Б)нур терапия

В)оператив

Г)физиотерапия

Д)хаммаси тугри*

13. Рентген тасвирда суякда секвестр куриниши кайси касалликларга хос

А)остеомиелит*

Б)суяк усмаси

В)хондропатия

Г)остео - хондропатия

Д)хаммаси тугри

14. Остеомиелит умумий асоратларига кирмайди ?

А)сепсис

Б)анемия

В)елгон бугим

Г)паренхилеатоз аъзолар амилоидозе

Д)хаммаси тугри*

15. Остеомиелит маҳаллий асоратларига киради, биттадан ташкари ?

А)сепсис*

Б)елгон бугим

В)маҳаллий чандиклар

Г)йирингли артрит

Д)хаммаси тугри

16. Остеомиелитнинг клиник куриниши боглик,биттадан ташкари ?

А)бемор ешига

Б)организм реактивлигига

В)кузгатувчи вирулентлигига

Г)бемор жинсига*

Д)патология жойига

17. Остеомиелит келиб чиқиши буйича булинадиган классификациясига қирмайди ?

- А) бирламчи, иккиламчи
- Б) уткир, хроник
- В) операстиядан кейинги
- Г) травматик
- Д) хаммаси қиради*

18. Остеомиелитда суякда рентген тасвирида нима асосан курилади?

- А. дистрофик узгариш
- В. секвестр*
- С. остеопороз
- Д. остеодеструкция
- Е. хаммаси тугри

19. Гематоген остеомиелитга характерли ?

- А. уткир кечади
- В. хроник кечади
- С. уткир ости кечади
- Д. хаммаси тугри*

20. Остеомиелит келиб чиқишига сабаб була олмайди ?

- А. йирингли артрит
- В. травма
- С. ангина*
- Д. суяк атрофи флегмонаси
- Е. хаммаси сабаб була олади

21. Остеомиелит қанақа турлари бор нотугриси ?

- А. уткир
- В. сурункали
- С. гематоген
- Д. оддий*
- Е. хаммаси тугри

22. Сурункали остеомиелитга қирмайди ?

- А. гематоген остеомиелит
- В. Броди абстессии
- С. Оле остеомиелит
- Д. хаммаси қиради*

23. Гана Дмитриева операстиyasi техникаси?

- А. Миопластика
- В. Тери пластикаси
- С. Катта болдир суяги деффеқтини кичик болдирдан трансплантат утказиш*
- Д. Ампутиация
- Е. Экзоартикуляция

24. Остеомиелит умумий асоратларини курсатинг.

- А. Сепсис, тарқалган чандик*

- В. Патологик синиш
 - С. Аниемия, йирингли артрит
 - Д. Оксил алмашинувининг бузилиши
 - Е. Суяк муртлашуви
25. Туир гематоген остеомиелитда кондаги узгаришлар?
- А. Лейкоститоз, нейтрофилёз*
 - В. Тромбоститоз, ЕЧТ юкори
 - С. ЕЧТ камайиши
 - Д. Лейкоститоз
 - Е. Конда узгариш кузатилмайди
26. Остеомиелит клиник куриниш нимага боглик емас ?
- А. кузгатувчи вируленлигига
 - В. бемор ешига*
 - С. организм реактивлигига
 - Д. хаммасига боглик
27. Остеомиелит формулаларини курсатинг.
- А. Уткир сурункали
 - В. Уткаир, уткир ости
 - С. Гематологен, постравматик
 - Д. Тугри жавоб юк*.
28. Остеомиелит давосига кирмайди ?
- А. антибиотиклар бериш
 - В. кварст, лазер
 - С. тимолин, т - активин
 - Д. гемодез, полиглюкин
 - Е. хаммаси киради*
29. Остеомиелитда кандай палиатив операстиялар бажарилади?
- А. Миопластика
 - В. Тери пластикаси
 - С. Суяк трансплантастияси
 - Д. Ампутастия, Екзоартикулястия*
30. Гематаген остеомиелит формалари?
- А. Токсик, махаллий
 - В. Махаллий учокли
 - С. Токсик, септикопиемик, махаллий*
 - Д. Токсик учокли
 - Е. Септикопиемик, махаллий
31. Гематоген остеомиелит уткир даврида конда лейкоцитлар сони?
- А. 15000-18000*
 - В. 3000-4000
 - С. Лейкостопения
 - Д. Нормада
 - Е. Тугри жавоб юк.

32. Секвестр некроектомия бу ?
- A. улган суяк булагини олиб ташлаш*
 - B. улган суяк булагини ва қисмаг соғ суякни резекцияси
 - C. улган юмшоқ туқималарни олиб ташлаш
 - D. декомпрессияни бартараф етиш
33. Остеомиелит келиб чиқишига қура турлари ?
- A. гематоген а/ 1 ва 3
 - B. уқ жароҳатдан сунг б/ 1 ва 4
 - C. постравматик в/ 1,3 ва 4
 - D. постоперацион г/ 1,2,3
 - E. д/ 1,2,3,4*
34. Травматик остеомиелит асосий сабабини қурсатинг ?
- A. очик синишлар
 - B. синиб секин битиши
 - C. эпик синишлар
 - D. синганда тулик даволамаслик
 - E. эпик синишлар*
35. Секвестр бу ?
- A. улган суяк булагини*
 - B. суяк қумичи юклиги
 - C. суякни йирингли яллигланиши
 - D. қушимча суяк уқиши
36. Эпифизар остеомиелит неча ёшгача учрайди?
- A. Қариларда
 - B. 16 ёшгача
 - C. Урта ёшларда
 - D. 2 ёшгача*
 - E. Хамма ёшда
37. Уткир гематоген остеомиелит қандай бошланади?
- A. Аста-секин, қучли оғрик, маҳаллий қарорат
 - B. 1 дан, юқори қарорат, қучли шиш, тери гиперемияси*
 - C. Клиник белгиларсиз бошланади
 - D. А ва В қавоб тугри
 - E. Тугри қавоб юқ.
38. Қандай даволаш турлари остеомиелитни даволашда қулланилади?
- A. Консерватив, оператив, балчик терапия, лазер терапия*
 - B. Консерватив физиотерапевтик
 - C. Фақат консерватив
 - D. Фақат оператив
 - E. Тугри қавоб юқ.
39. Сурункали остеомиелитнинг клиник белгилари?
- A. Қучсиз оғрик, шиш, йирингли оқма*

- В. Огрик булмайди, махаллий харорат
 - С. Огрик, йирингли окма, майда секвестр
 - Д. А, В, С жавоблар тугри
 - Е. Тугри жавоб юк.
40. Сурункали остеомиелитни даволаш.
- А. Консерватив, оператив,
 - В. Гемотрансфузия, умумий кувватловчи терапия
 - С. Факат оператив*
 - Д. Лазеротерапия
 - Е. физиотерапевтик
41. Бирламчи сурункали остеомиелитни даволаш.
- А. Ампутастия
 - В. Екзоартикулястия
 - С. Яллигланишга карши, антибактериал, вактинча гипсли бойлам*
 - Д. Витаминотерапия, гармоналтерапия
 - Е. Хамма жавоблар тугри
42. Остеомиелит сўзини ким фанга киритган?
- а) Рейно *
 - б) Оппел
 - в) Паре
 - г) Питре
 - д) Гиппакрат
43. Остеомиелит бошланиш даврида рентгенологик узгариш.
- А. Секвесторлар булиши
 - В. Периост калинлашиши
 - С. Рентгенда суякда узгариш кузатилмайди*
 - Д. Суякда патологик синиш
 - Е. Тугри жавоб юк.
44. Уткир ва сурункали остеомиелитни клиник куринишини ким қачон ёзган?
- А. 1879 й Ланне Лонг*
 - В. 1831 й Рейно
 - С. 1969 й Гринев
 - Д. 1889 й Бобров
 - Е. Хамма жавоблар тугри.
45. Посттравматик остеомиелитнинг гематоген остеомиелитдан фарқи?
- А. Клиник кечишида
 - В. Даволаш усулларида
 - С. Текшириш усуллари
 - Д. Этиологиясида*
 - Е. А ва В жавоб тугри.
46. Остеомиелитда текшириш усуллари.
- А. УЗИ, ГФДС
 - В. Рентген, фистулография, компьютер томография*

- С. УЗИ, рентген
 Д. Тугри жавоб юк.

47. Экзоген остеомиелит келиб чиқишига кура?

- А. Постгриппоз
 В. Посттравматик, уқ отар куроллар воситасида операстиядан кейинги*
 С. Бактериал, постгриппоз
 Д. А, В, С жавоблар тугри

48. Остеомиелитда рентгенда нималар кўринади?

- а) ҳаммаси
 б) остеопароз ўсиқлари
 в) суяк синиқлар соҳасида деформастия
 г) секвесторлар*

49. Бирламчи сурункали остеомиелитга киради?

- а) б ва в жавоблар*
 б) броди абсцесс
 в) гарре скелерози
 г) тўғри жавоб йўқ

50. Остеомиелитолди яллигланиш белгилари?

- А. Периостит, тери гиперемияси
 харорат, палпастияда кучли огрик *
 Б. Стероз йирингли окма, харорат
 С. тери гиперемияси, йирингли окма, калтираш
 Д. Бош огриши, холсизлик
 тугри жавоб юк.

**Амалий машғулот № 3. Кўкрак қафаси шикастланиши. Елка камари суякларни синиши.
 Таълим бериш технологиясининг модели.**

Машғулот вақти -80мин	Талабалар сони : 20 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Машғулот режаси: 1. Талабаларда кукрак қафаси ва елка камари шикастланишларида очик ва ёпик синишларининг техникаси. 2. Ёрдам курсатиш принстиплари, клиникаси ва диагностикаси 3. Консерватив ва оператив даволаш усуллари	Машғулотнинг кискача мазмуни: Кукрак қафаси ва елка камари шикастланишлари. -Кукрак қафаси ва аъзоларининг лат ейиши; -Ковургаларнинг синиши; -Туш суягининг синиши; -Пневмоторакс ва гемоторакс; -Травматик асфиксия; -Умровнинг синишлари ва чиқишлари; -Кукрак қафасининг синишлари.
Ўқув машғулотнинг мақсади: Талабаларни кукрак қафаси ва елка камари шикастланишларида биринчи ёрдам ва ташкил қилиш ва керакли ёрдамни курсатишдан	Мақсади ёритилади. Кукрак қафаси ва елка камари шикастланишларида беморларни клиник ва рентгенологик текширишлардан утказиш, жарохатга қараб даво муолажаларини танлаш.

иборат. Стаационар ва амбулатор шароитда.	
Таълим бериш усуллари	Кургазмали,маъруза,сухбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий,жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма,дарслик,маъруза матни,проектор,компютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

Амалий машғулотининг технологик картаси.

Иш боскичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов боскичи	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	
1. Ўқув машғулотида кириш боскичи (10 дақиқа)	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот слайдларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий боскич (55 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 1) Равил Грегуар синамаси 2) Петров синамаси 3) Плевра емпиемаси нима? 4) Курак синишлари турлари 5) Пневмоторакс турлари 6) Умров синишларининг клиникаси 7) Ковурга синишлари 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мултимедиялардан фойдаланади 4. Даволаш ишларини олиб боради 5. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
7- якуний боскич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ:

Елка камарини икки жуфт суяк ташкил қилади. Булар: ўмров ва курак суякларидир. Бу суяклар ўзаро шундай боғланганки, турли хил жароҳатларда зарб кучини енгшишга катта ёрдам беради. Елка камари жароҳатлари жуда кўп учрайдиган жароҳатларга кириб, табиий офат ва оммавий уруш пайтида бунинг фоизи янанда ошади.

Ўмров суяги жароҳатлари. Ўмров суяги юқори муччалар билан танани бирлаштирувчи ягона суяқдир. Бу найсимон суяк С симон шаклда бўлиб, катта кишиларда унинг узунлиги 12-16см ни ташкил қилади. Ўмров – танаси ва иккита учидан иборат. Бу учлар акрамиал ва тўш учлари дейилади.

Ўмров суяги чиқишлари. Бу чиқишлар кўпинча иш қобиляти ривожланган ёшдаги еркакларда кўп учраб чиқишларнинг 3-15%ни ташкил қилади. Ўмров суяги чиқишлари 2 хил бўлади:

1 – ташқи чиқиш ёки ўмров суяги акромиал қисмининг чиқиши;

2 – ичкарига чиқиш ёки ўмров суяги ўш қисмининг чиқиши.

Тўлиқ ва чала чиқишлар тафовут қилинади. Ўмров суяги чиқишлари кўпинча билвосита таъсуротлардан келиб чиқади.

Тўш қисми чиқишлари:

1. тўш суяги олди
2. тўш ости
3. тўш орқаси чиқишларига бўлинади

тўш олди чиқишларида

Ўмров суяги синишлари. Ўмров суяги синишлари бутун тана суяклари синишининг 3%ини ташкил қилади ва кўпинча ёш ва ўсмирларда учрайди. Жароҳат механизми аксарият билвосита бўлиб яъни ўмров суягига тўғридан тўғри таъсир қилмасдан масалан, кўтарилган қўл устига йиқилиш, елка тирсак, бўғимидан қисилиш, баъзан еса жароҳат механизми бевосита бўлади. Бунда ўмров суягига тўғридан тўғри кучли зарб тегиши, ўмровга йиқилиш ва ҳ.к.

Ўмров суяги синишлари қийинчиликсиз аниқланади. Чунки, суяк тери остида жойлашган ва текширишга жстда ҳам қулай. Бемор ҳолати ўзига хос бўлади: бош жароҳат томонга бурилган ва егилган, елка пастга тушган ва олдинга силжиган. Курак медиал кирраси ва пастги бурчаги кўкрак қафасидан узоклашган бўлади. Бемор кўпинча жароҳатланган томонни соғ қўли билан ушлаб туради, елка тушган танага ёпишган ва ички томонга айланган бўлади. Ўмров ости чуқурчаси силликланган, кўпинча ўмров соҳасида шиш аниқланади. Палпастия қилинганда суякнинг узлуксизлиги бузилганлигини аниқлаш мумкин. Баъзан еса патологик ҳаракат ва крепитастия аниқланади. Кўпинча ўмров суяги синишлари суяк синикларининг силжиши билан кечади. Бу ҳолат агарда суяк синиши чизиғи қийшиқ йўналган бўлса ва суяк ўртасидан ўтган бўлса, юзага келади. Бунда мушаклар мутаносиблигининг бузилиши натижасида синиклар ўзига хос ҳолатни егаллайди. Марказий бўлак м.стернослаидомастоидеус таъсирида юқорига ва орқага силжийди. Периферик бўлак пастга, олдинга ва ичкарига силжийди.

Ўмров суяги синишларини аниқлашда бемор шикоятлари, анамнези ва объектив текширув усулларида ташқари инструментал текшириш усулларида ҳам кенг қўлланилади. Булар ичида асосий ролни рентгенография ўйнайди. Кўпинча бунда тўғри, олд-орқа проексияда, жуда кам ҳолларда еса яъни ўмров суяги майдаланиб синганда ён проексияда қилинади.

Ўмров суяги жароҳатларини даволаш. Даволаш икки усулади олиб борилади. Консерватив ва оператив усул. Ўмров суяги синишларида аксарият ҳолларда консерватив даво қўлланилади. Консерватив даво кўпинча репозистия ва бўлакларни мустаҳкам фиксастиялашдан иборат. Дастлаб новокаиннинг 05%ли 10-20 мл еритмасини синган соҳага маҳаллий юборилади. 5-7 минут вақт ўтгач, репозистия амалга оширилади. Репозистиянинг бир неча усули мавжуд.

1-усул. Бемор орқаси билан ётқирилиб, кураклар орасида балан валик қўйилади. Синган томон қўл пастга осилиб туради. Шу ҳолатда бемор 10-15 минут ётади ва шундан сўнг хирург ёрдамчиси қўлтиқ ости чуқурчасидан ушлаб, елкани юқори ва орқага

тортади. Хирург еса бир қўли билан елка бўғимини фиксастия қилинади. Иккинчи қўли билан еса синикларни ушлайди ва репозистия қилади.

2-усул. Бу усул ҳам асосан биринчи усулга ўхшаб кетади. Лекин бунда бемор ўтирган ҳолатда бўлади.

3-усул. Бу усул ёрдамчи бўлмаган ҳолатда амалга ошади. Иккита стул ёнма-ён қўйилади. худди шундай ҳолатда хирург билан бемор ҳам ёнма ён ўтиради. Хирург ўзининг елкасини беморнинг қўлтиқ ости чуқурчасига киритади, бир вақтнинг ўзида ўзининг кўкрак қафаси билан елка ва тирсак суягини ушлаб туради. Сўнгра врач елкаси билан беморнинг елка камарини кўтаради ва орқага суради. Бўш қўли билан еса синикларни жойлаштиради.

Репозистиядан сўнг гипсли боғлам қўйилади. Ўмров синишлари кўпинча политравманинг бир қисми ҳисобланади ва юқоридаги усулларин қўллаш мукин бўлмай қолади. Бундай ҳолатларда Кутто усули қўлланилади. Бемор орқаси билан қўли осилган ҳолда 24 соат давомида ётади. Шундан сўнг тирсакдан букилган ҳолда қўл паст стулда 14-21 кун қўйилади.

Ўмров суяги синишларида оператив даво томир нерв тутами зарарланганда, очик синишларда, ўмров суяги майдаланиб иснганда, юмшоқ тўқималар интерпозистиясида терининг тешилиш хавфи бўлганда амалга оширилади. Операстия қилишга нисбий ва мутлақ кўрсатмалар мавжуд.

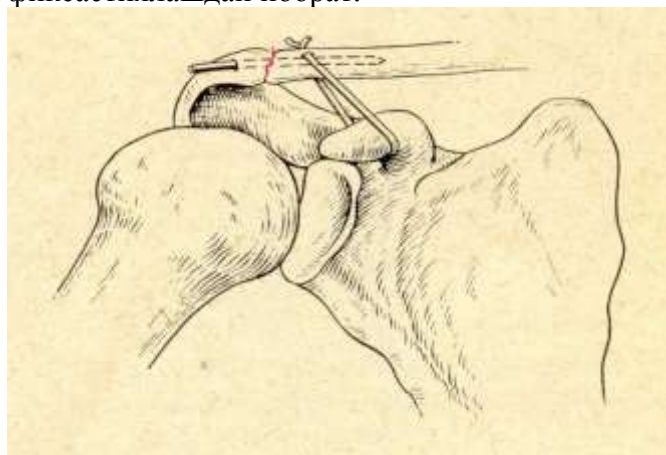
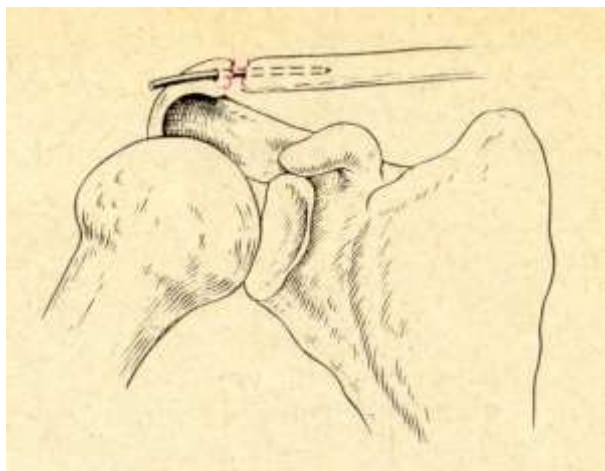
Мутлақ кўрсатмалар:

1. очик синишлар
2. ўмров суяги ёпиқ синиб томирларини ва нерв толаларини жароҳатласа
3. нерв чигалини қисиб қўйса
4. майдаланиб синиб қон томир тери бутунлигини тузиш хавфи бузилса
5. синган суякни ўткир учлари нерв бутунлигини хавфи бузилса
6. турли хилдаги интерпозистия (суяк, тўқима, суяк пардасининг синиклар орасига тушиб қолиши)

Нисбий кўрсатмаларга қуйидагилар киради:

1. синган суяк қисмини бир меъёрда тутолмаслик
2. шина ва боғламларни фойдаси кам бўлса

Операстия суяк синикларини очиш, репозистия қилиш ва суяк бўлақларини фиксастиялашдан иборат.



Кўпинча металл штифт ёрдамида суяк ичи остеосинтези қўлланилади. Суяк усти остеосинтези суяк устига пластинка қўйиб амалга оширилади.

Операстиядан кейин гипсли боғлам қўйилади. Даволаш усули ва фиксастияловчи мослама туридан қатъий назар иммобилизация 4-6 ҳафта давом этиши керак.

Беморга 6-8 ҳафтадан сўнг ишга рухсат берилади.

Курак жароҳатлари. Курак суяги кўкрак қафаси орқа юзаси бўйлаб иккинчи қовурғадан то еттинчи қовурғалар орасигача бўлган соҳани егаллайди. Курак ясси учбурчак суяк бўлиб, унинг қуйидаги қисмлари мавжуд. Булар: унинг учта қирраси: юқори, медиал ва латерал бўлиб, бу қирралар учта бурчак юқори пастги ва латерал бурчаклар орқали бирлашади.

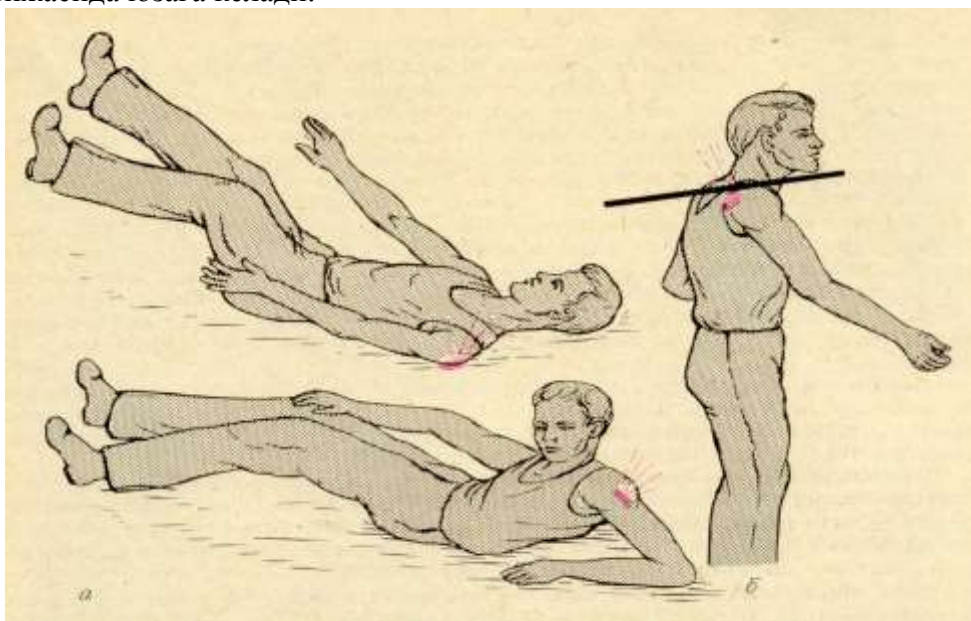
Курак синишлари. Курак синишлари скелет суяклари жароҳатларининг 0.3-1.5%ини ташкил қилади. Курак танаси, ўқи ва бурчаги синишлари фарқланади. Курак синишлари яна синиш жойига қараб қуйидаги синишлар тафовут қилинади.

1. акрамиал ва тумшуксимон ўсимтанинг синиши
2. бўғим чуқурчасининг синиши
3. анатомик ва хирургик бўйинчаларнинг синиши
4. пастги ва юқори бурчакларнинг синиши
5. тана қисмининг синиши

Акрамиал ўсимта синишида бўлакланган қисм кўп одатда синган жойда деформастия, оғриқ ҳаракатнинг чекланиши, пайпаслаб кўрганда синган суякнинг ғичирлаши кузатилади. тумшуксимон ўсимта синганда билак букилганда икки бошли мушакнинг таранглашиши туфайли оғриқ кучаяди. Куракнинг юқори пастки бурчаглари кўндаланг ва узунасига синган қисмлари одатда силжимаслиги мумкин. Бу ҳолатни кўпинча шу соҳада оғриқ борлиги ва шишганлигига қараб аниқланади.

Синган суякнинг силжиши кўпинча курак бўйинчасининг синишларида кузатилади. елка бўғими соҳасида кучл оғриқ, ҳаракатнинг чекланганлиги ва бўғим ичида қон тўпланиши билан характерланади. Ташхис қўйишда беморларнинг шикоятларига қараб, клиник белгилари ва энг асосийси рентгенологик текширишга эътибор берилади. Чунки, айрим ҳолларда клиник белгилари унчалик аниқ бўлмайди. Шу сабабли рентгенологик текшириш асосий ўрин тутди.

Курак синишлари кўпинча бевосита бўлиб, куракка зарб ёки курак устига йирилиш натижасида юзага келади.



Клиник кечиши жароҳатнинг жойлашишига боғлиқ. Бунда курак танаси ўқи ва бурчаги синса, оғриқ, шиш бўлиб палпастияда деформастия патологик ҳаракат крепитастия аниқланади. Бўғим чуқурчаси синганда оғриқ, гемартроз елка бўғими функциясининг бузилиши кузатилади. Курак бўйни синганда елка бўғими олдинга ва пастга чиқади. Акромион ва тумшуксимон ўсиқ синганда еса жароҳат соҳасида шиш, оғриқ, суяк ғичирлаши

бўлади. Елка бўғимида ҳаракат чегараланган. Курак синишини аниқлашда икки проекцияда тўғри ва ён рентгенография қилиш асосий усул ҳисобланади.

Даволаш. Кўпинча консерватив усулда фойдаланилади. Дастлаб жароҳат соҳаси маҳаллий оғриксизлантирилади. Оғриксизлантириш жароҳат соҳасига 1%ли новокаиннинг 10-40мл еритмасини юбориш орқали қилинади. Муолажа тугагач Дезо боғлами қўйилади. Бу боғлам 3-4 ҳафта қўйилади. 4-5 ҳафтадан сўнг еса ишга рухсат берилади. Курак бўйинчаси синганда агар суяк бўлаклари силжимаган бўлса, қўл узоклаштирувчи шина орқали ёки гипсли таракабрахиал боғлам қўйилади. елка 80-90% узоклаштирилади. Бу ҳолатда иммобилизастия 4-6 ҳафта қўйилиши шарт. Агар синиш суяк бўлаклари силжиши билан бўлса, унда узоклаштирувчи шина ёрдамида скелет тортишиш амалга оширилади. Списта тирсак ўсиғи орқали ўтказилади. Бу тортишиш 3-4 ҳафта давом еттирилиб, сўнгра еса 3 ҳафтага гипсли таракабрахиал боғлам қўйилади.

Курак бўйинчаси синишларида жуда кам ҳолларда оператив даво ўтказилади. Оператив давога кўрсатма бўлиб, консерватив усул билан даволаш мумкин бўлмаган ҳолларда елка бўғими функсиясининг кўпол бузилганида амалга ошади. Операстия умумий оғриксизлантириш остида қилинади. Бемор қоринда ётган, қўли узоклаштирилган ҳолатда бўлади. Кесиш куракнинг ташқи қиррасига паралелл ҳолда делтасимон мушак орқа қиррасидан то курак медиал қирраси ўрта чизигигача қилинади. Суяк синиқ бўлаклари бир-бири билан бирлаштирилади ва металл пластинкалар билан фиксастияланади. Жароҳат кетма-кет тикилади. Сўнгра гипсли таракабрахиал боғлам қўйилади. иммобилизастия 6 ҳафтага қилинади.

Кўкрак қафаси жароҳатлари.

Барча жароҳатлар ичида кўкрак қафаси жароҳатлари 10%ни ташкил қилади. Ёпиқ жароҳатлар очик жароҳатларга қараганда 9-10 маротаба кўп содир бўлади. Кўкрак қафаси жароҳатларининг 2 тури мавжуд:

1. Ёпиқ, ички аъзоларнинг зарарланиши ва зарарланмаганлиги билан
2. Кўкрак қафасини тешмасдан фақат кўкрак қафаси зарарланиши ва кўкрак қафасига тешиб кирувчи

Кўкрак қафаси ёпиқ жароҳатлари жойлашиши ва зарарланиш характери, оғирлигига қараб турлича бўлади.

Кўкрак қафаси лат ейиши. Бунда кўкрак қафаси юмшоқ тўқималарининг зарарланиши кузатилиб, оғрик, шиш, зарарланган жойда босганда ва чуқур нафас олганда оғрикнинг кучайиши, гематома бўлиши хфактерли.

Кўкрак қафаси лат ейиши диагностикасида бемор шикоятлари, анамнези, объектив текшириш усулларида ташқари инструментал текшириш усулларида рентгенографик усул асосий ролни ўйнайди. Бунда лат ейиш билан бирга кўкрак қафасидаги суяк синишларини диагностика қилиш имкони туғилади.

Даволаш оғрик қолдирувчи биринчи кунлари совуқ қўйиш, кейинги кунлари еса иссиқ қўйишдан иборат. Булар билан бирга турли хил антибиотикларни буюриш мақсадга мувофиқдир. Чунки, жароҳатланган соҳа тезда йиринглашиши мумкин. Агарда катта қон қуйилиш бўлса, пункстия ёки кесиш орқали қон лахталари олиб ташланади.

Қовурғалар синиши. Битта қовурғанинг синиши патофизиологик ўзгаришларни келтириб чиқаради. Кўкрак қовурғаларининг синиши еса нафас бузилиши, ҳаттоки асфиксияга олиб келади. Қовурғалар синиши кўпинча тўртинчи қовурдан токи еттинчи қовурғагача синиш урайди. Қовурғалар синиш механизми 2 хил бўлади: 1. бевосита; 2-билвосита.

Таъсир қилувчи куч бевосита таъсир қилганда қовурғалар ичкарига букилади ва бемор олди плевраси ва ўпка тўқимаси зарарланишига олиб келади. Билвосита таъсир қилганда еса кўкрак қафаси деформастияланади. Қовурға еса икки томондан ҳам бир вақтнинг ўзида синади. Бу ҳолат кўкрак қафасининг иккита текислик орасида сиқилишида юзага келади.

Мавзуга доир тест саволлари.

1. Гемоторакс бу?
А) плевра бушлигига хаво кириши
Б) плевра бушлигига кон тупланиши
В) плевра бушлигига сув тупланиши
Г) хаммаси тугри
Д) хаммаси нотугри
2. Ковургалар синганда иш қобилияти қанча вақтдан кейин тикланади?
А) 3 - 4 ҳафта
Б) 5 ҳафта
В) 6 ҳафта
Г) 7 ҳафта
Д) 2 ҳафта
3. Ковургалар синганда қанча вақтдан сунг битади?
А) 1 ҳафта
Б) 2 ҳафта
В) 3 ҳафта
Г) 3 - 4 ҳафта
Д) 5 ҳафта
4. Туш суяги синганда еток режими қанча вақт давом етиши керак?
А) 1 ҳафта
Б) 2 ҳафта
В) 3 ҳафта
Г) 4 ҳафта
Д) 5 ҳафта
5. Умров суяги проксимал учи қаерга бирикади?
А) акромианга
Б) тушга
В) 1 ковургага
Г) тумшуксимон унга
6. Умров суяги дистал охири қаерга бирикади?
А) акромионга
Б) тушга
В) 1 ковургага
Г) тумшуксимон унга
7. Умров суягини синганда ташхислашда тугри бўлмаган клиник белгилари қандай?
А) Клавиш симптоми
Б) деформация
В) оғрик
Г) крепитация
8. Умров суягини ташхислашда бажарилмайдиган текшириш усуллари?
А) шикоят
Б) курув
В) палпация
Г) томография
Д) Р - графия
9. "Клавиш" симптоми қайси патологияга хос?
А) умров суяги чикишларида
Б) елка суяги чикишларида
В) умров суяги синганда
Г) елка суяги синганда
10. Умров суяги синганда хос бўлмаган клиник белгилари қандай?
А) оғрик
Б) деформация
В) Р - белгилари
Г) клавиш белгилари
11. Умров суяги синганда қандай операция қилинади?
А) очик усулда нитрамедуляр остеоминтез
Б) эпик усулда нитрамедуляр остеоминтез
В) аппарат қўйиш
Г) пластинкалар билан фиксация
12. Умров суяги синганда операцияга абсолют қаршilik қандай?
А) очик синишлар
Б) синиш кон - томир - нерв жароҳати билан
В) интерпозиция
Г) булаклар қисман силжиши
13. Кукрак қафаси жароҳатида қандай жароҳатлар қилиб чиқиши мумкин?
А) гемоторакс
Б) пневмоторакс
В) унка лат еилиши
Г) гемопневмоторакс

Д)хаммаси булиши мумкин

14. Пневмоторакс канака турларига кирмайди?

- А)очик
- Б)епик
- В)клапанли
- Г)бронхли

15. Иккала коь суякларини бирлашган жойи тугри номини айтинг?

- А)синостоз
- Б)синдесмоз
- В)синхродроз
- Г)симфиз

16. Курак суяги синганда канча ваьтга иммобилизастияланади?

- А)1 хафта
- Б)2 хафта
- В)3 хафта
- Г)4 хафта
- Д)5 хафта

17. Курак суяги синганда елка бугимида харакатлантиришга качон рухсат килинади?

- А)1 хафта
- Б)2 хафта
- А)3 хафта
- Г)4 хафта
- Д)5 хафта

18. Умров суяги чикишида иммобилизастия канча ваьтга куйилади ?

- А. 4 - 5 хафта
- В. 3 хафта
- С. 1 хафта
- Д. 2 хафта
- Е. 2 ой

19. Умров суяги чикиши оператив даводан сунг металл стержин качон олинади?

- А. 1 хафтадан сунг
- В. 2 хафтадан сунг
- С. 3 хафтадан сунг
- Д. 4 - 5 хафтадан сунг
- Е. 5 - 6 хафтадан сунг

20. Умров суяги чикиши даводан сунг иш кобилияти качон тикланади ?

- А. 2 - 3 хафта
- В. 3- 4 хафта
- С. 4 - 5 хафта
- Д. 5 - 6 хафта
- Е. 7 - 8 хафта

21. Умров суяги чикиши турларини курсатинг ?

- А. ташки ва акромиал охирининг чикиши
- В. ички ва умров туш охирининг чикиши
- С. аралаш
- Д. а ва б жавоблар тугри
- Е. а,б,в жавоблар тугри

22. Умров суягининг урта кисмида синиб оператив даводан сунг гипс канча ваьтга куйилади ?

- А. 2- 3 хафта
- В. 1-2 хафта
- С. 3-4 хафта
- Д. 4-5 хафта
- Е. 6 хафта

23. Умров суягининг синиб оператив даводан сунг иш кобилияти канча ваьтдан сунг тикланади?

- А. 1 ой
- В. 1 - 1,5 ой
- С. 1,5 - 2 ой
- Д. 3 ой
- Е. 4 ой

24. Пневмоторакс турларини курсатинг ?

- А. епик, очик
- В. епик, очик, клапанли
- С. очик
- Д. епик
- Е. курсатилган хаммаси нотугри

25. Ковургалар синиб булаклар силжимаганда даволаш усули ?

- А. аналгетиклар
- В. блокада
- С. малхамлар
- Д. еток режими
- Е. хаммаси тугри

26. Туш суяги кандай кисмлардан ташкил топан?

- А. дастаси а/ б,г,д

- В. танаси б/ в,д,а
- С. тумшуксимон в/ а,в,г
- Д. ханжарсимон усик г/ г,б,а
- Е. буйин кисми д/ а,б,д

27. Туш суягидаги хосила ?

- А. нуссулус пулпосус
- В. иатус сасралис
- С. савеа дентис
- Д. спина бисида
- Е. инсисйра жнгуларис

28. Курак суяги синишлари

- а) 5
- б) 9
- в) 4
- г) 6
- д) 3

29. Синган суякнинг силжиши кўпинча қачон кузатилади?

- а) бўйинчасининг синиши
- б) кўстлараро синиши
- в) кўстости синиши
- г) бошчасининг синиши

30. Курак суяги синишида қанақа гипсли боғлам қўйилади?

- а) торакобронхиал
- б) дезо
- в) саккизсимон
- г) ҳаммаси

31. Ўмров суяги ким бўйича операстия қилинади?

- а) Каплан
- б) Оппел
- в) Питре
- г) Гиппократ

32. Синган жой силжимаган бўлса ишга лаёқатлилиқ тикланади?

- а) 4-6 ҳафта
- б) 5-ой
- в) 4-8 ҳафта
- г) 2-3 ҳафта

33. Курак бўйлама синиб силжимаган бўлса скелетли тортма қардан тортилади?

- а) тирсак ўсимтасидан

- б) билак соҳасидан, кафт соҳасидан
- в) кафт соҳасидан
- г) билак соҳасидан

34. Мучага қанақа шина қўйилди?

- а) Стито
- б) Волков
- в) Пирагов
- г) Гиппакрат

35. Курак суяги синганда шина неча ҳафта қўйилади?

- а) 4-ҳафта
- б) 5-ҳафта
- в) 6-ой
- г) 5-8-ой

36. Курак суяги синганда ишга лаёқатлилиқ қачон тикланади?

- а) 1.5-2 ой
- б) 3ой
- в) 45-кун
- г) 68-кун

37. Ўмров суяги чиқишлари кўпроқ кимларда учрайди?

- а) еркакларда
- б) аёлларда
- в) болаларда
- г) ўсмирларда
- д) қарияларда

38. Ўмров суяги чиқишлари неча %ни ташкил қилади?

- а) 3-15%
- б) 5-6%
- в) 2-20%
- г) 5-25%

39. Ўмров суяги чиқишлари неча хил бўлади?

- а) 2-
- б) 8
- в) 4
- г) 6
- д) 1

40. Чиқишлар неча хил бўлади?

- а) тўлиқ ва тўлиқсиз
- б) тўлиқ
- в) тўлиқсиз

г) тўғри жавоб йўқ

41. Тўш қисми чиқишлари

- а) ҳаммаси
- б) тўш суяги олди
- в) тўш суяги ости
- г) тўш суяги орқаси

42. Елка камари суякларига киради

- а) ҳаммаси
- б) ўмров
- в) курак
- г) тўш

43. Ўмров суяги синишлари кимларда кўпроқ учрайди?

- а) ёш ўсмирларда
- б) болаларда
- в) қарияларда
- г) еркакларда
- д) аёлларда

44. Ўмров суяги синишлари неча %ни ташкил қилади?

- а) 3-16
- б) 5-25
- в) 9-45
- г) 1-50

45. Ўмров суяги синиши келиб чиқиш механизмига қараб неча гурҳга бўлинади?

- а) 2
- б) 5
- в) 4
- г) 3
- д) 1

46. Синган жой ўрнига қараб ўмров суяклари

- а) ҳаммаси
- б) ташқи
- в) ўрта
- г) ички

47. Кўкрак ўмров суяклар қайси қисмидан синади?

- а) ўрта
- б) ташқи
- в) ўрта, ташқи
- г) ҳаммаси

48. Ўмров суяги синганда иммобилизация қанча қилинди?

- а) 2-3 ҳафта
- б) 8-12 ҳафта
- в) 6-9 ой
- г) 2-ой

49. Ўмров суяги синганда қандай бойлам қўйилади?

- а) Делбо ҳалқали
- б) саккизсимон
- в) а ва б
- г) тўғри жавоб йўқ

**Амалий машғулот № 4. Елка шикастлари.
Таълим бериш технологиясининг модели.**

Машғулот вақти – 80 мин	Талабалар сони : 20 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Машғулот режаси: 1. Талабаларда юкори муча суякларининг травматик чикишилариининг диагностикаси, клиникаси, рентгенологик белгиларини билиш 2. Тугри ёрдам курсатиш принстиплари, солиш техникалари 3. Консерватив ва оператив даволаш усуллари 4. Асоратлари	Машғулотнинг кискача мазмуни: -Елка суяги проксимал кисмининг синишлари; -Елка суяги диафизининг синишлари; -Елка суяги дистал кисмининг синишлари; -елка суягининг чикишлари. -Билак суяги бошчаси ва буйинчасининг синишлари; -Билак суяги диафизининг синишлари; -Монтедже ва Галеастия синишлари; -Билак суяги типик жойидан синиши; -Бармоқларнинг синишлари ва чикишлари. -Кафт оркали суякларнинг синишлари ва чикишлари; -Кафт суякларининг синишлари ва чикишлари
Ўув машғулотнинг мақсади: Талабаларни юкори муча суякларининг травматик чикишиларида биринчи ёрдам курсатиш ва уларни солиш.	Мақсади ёритилади. Юкори муча суяклари чикканда авторлар буйича урнига солиш, беморларни клиник ва рентгенологик текширувлардан утказиш, даволаш ишларини олиб бориш. Билак, кул, бармоқ суяклари синганда ва чикканда беморларга биринчи ёрдам курсатиш, клиник ва рентгенологик текширувлардан сунг даво тактикасини танлаш. Консерватив ва оператив даволаш.
Таълим бериш усуллари	Кургазмали,маъруза,сухбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий,жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма,дарслик,маъруза матни,проектор,компютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

Амалий машғулотининг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот слайдларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар	

(10 дақиқа)	рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 1) Беннет синишлари клиникаси 2) Елка суяги дистал синишлари классификацияси 3) Елка суяги дистал синишлари классификацияси 4) Елка суяги проксимал синишлари 5) Елка суяги тепачалар усти синишлари 6) Елка суяги диафизар синишлари 7) Монтеджи синиши нима? 8) Голлеасти синиши нима? 9) Билак суяги бошчасининг синишлари 10) Билак суяги синишларини оператив даволаш 11) Бармоқ суяклари синиши. 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мултимедиялардан фойдаланади 4. Даволаш ишларини олиб боради 5. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Катнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
8- якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ: ЕЛКАНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Елка суягининг синишлари ҳамма синишларнинг ўрта хисобда 9-12% ни ташкил этади. Елка суягининг проксимал учи, диафизини ва дистал қисмларининг синиши фарқ қилинади. Елка суягининг юқори қисмидаги синиш бўғим ичида ва бўғимдан ташқарида бўлиши мумкин. Бўғим ичида синишларга бошчаси ва анатомик бўғимнинг синиши, бўғимдан ташқаридаги турига эса дўмбок соҳасидаги синиш (дўмбокдараро синишлар, дўмбокларнинг алоҳида синишлари), елка жаррохлик бўғими ва эпифизеолиз синишлари киради.

Елка суяги диафизининг синишлари учдан бир юқори, ўрта ва пастки қисми синишларига бўлинади. Елка суяги дистал учининг синишлари дўнг усти ва дўнгларининг синишларига бўлинади. Сўнгги синишлар орасида дўнг орқали, дўнглараро синишлар (Т ва V симон) ва дўнгларнинг алоҳида синишлари фарқ қилинади.

Бошча ва анатомик бўғим соҳасидаги синишлар аксарият елка бўғимининг ташки юзасига зарб текканда ёки тирсак ёки панжага йиқилганда пайдо бўлади. Елка суяги дўмбоклар синишларида, кўпинча, дўмбок узилиб кетади, бу мушак ўта қисқарганда юз беради. Жаррохушк бўғим синишлари одатда тирсакка йиқилиш натижасида бўлади. Елка диафизининг синишлари бевосита тазйик (зарб), тирсак ёки узатилган қўлга йиқилганда рўй беради. Елка суяги дистал учининг синиши узатилган қўлнинг тирсаги ёки кафтига йиқилганда содир бўлади; камрок-бевосита травма оқибатида синади.

ЕЛКА СУЯГИ ПРОКСИМАЛ КИСМИНИНГ СИНИШИ

Елка суягининг бўким ичида синишига бошчаси ва анатомик бўйиннинг синиши киради. Улар нисбатан кам, асосан кексайган одамларда учрайди. Анатомик бўйни синганда дистал бўлак одатда, бошчага ёпишади ва бир-бирининг ичига киради (суқилади). Зарба каттиқ бўлганда бошча дистал бўлак билан куракнинг бўғим юзасида майда бўлакларга бўлиниб кетиши мумкин. Баъзан бўйни синишида бошча 180° га бурилади ва ўз бўғим юза си билан дистал бўлакка ўрнашади. Агар бунда бошчанинг чиқиши юз берса, елка суяги бошчасининг синган-чикдани тўғрисида айтилади.

Елка бўғими шиш, бўғим бўшлигига кон куйилиши хисобига х.ажми катталашади. Актив ҳаракатлар қилиб бўлмайди, пасив ҳаракатлар ва ўки бўйича юк тушиши оғриқли. Бошча қўл билан босилганда жуда каттиқ оғриқ. сезилади.

Бир-бирининг ичига кириб синишда суяк бўлакларининг крепитацияси, ҳаракат чекланганлиги, қўлни тепага кўтариб бўлмаслиги каби характерли белгилар бўлмайди. Бундай ҳолларда аниқ, ташхисни рентгенологик текширувдан кейингина қўйиш мумкин.

Шикаст механизми бўйича елка суяги дўмбокчаларининг икки тури фарқ. қилинади: 1) бевосита шикаст натижасида юз берган синиш; 2) кўпорилиб (узилиб) синиш. Бевосита шикаст механизмида суяқайтарли даражада сурилмай бўлакнинг майдаланиши рўй беради. Шикастнинг узилиш механизмида катта дўмбокчадан кичикрок бўлаги узилиб, суяк усти, суяк ости ёки кичик думалок мушакнинг тортиш таъсири остида акромиал ўсимта остидан пастга ва ташқарига сурилади. Катта дўмбокнинг синиши қўлинча елканинг чиқиши билан учрайди.

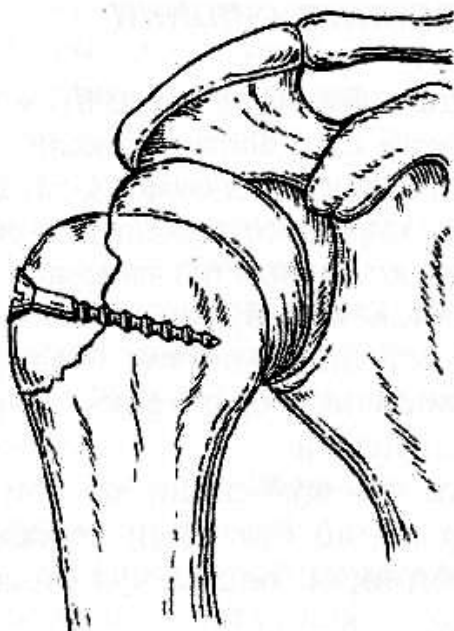
К л и н и к а в а т а ш х и с . Дўмбокчалар сох;аси пайпаслаб кўрилганда каттиқ оғриқ. бўлиши дўмбокчалар синишининг ўзига хос клиник симптоми хисобланади. Катта дўмбокча синганда елка ичкарига, кичик дўмбокча синганда ташқарига бурилган. Елка бўғими актив ҳаракатларнинг бузилишлари хос: катта дўмбокча синганда актив ташки ротация бўлмайди. Елка бўғимини рентгенография қилиш дўмбоклар синишига ташхис қўйишда х.ал киладиган аҳамиятга эга.

Даволаш. Катта дўмбокча сурилмай узилганда қўлни рўмол боғламга 10-15 кунга осиб қўйилади. Боғлам ечилгандан кейин қўлни бемалол ҳаракат қилишга рухсат берилади. Мех.нат крбилияти 2-2,5 ойдан сўнг тикланади.

Катта дўмбокча сурилиб узилганда елкани 90° га буриб, ташқи ротация 60° да ва олдинга $30-40^\circ$ га букиш йўли билан бўлакларни репозиция қилинади. Бундай ҳолатда қўл гипс боғлам ёки танадан узоқлаштирувчи шина билан 1,5-2 ойга фиксация қилинади. Мех.нат крбилияти 3-4 ой ўтгач тикланади. Ёпиқ репозиция натижа бермаганда жаррохлик амалиёти бажарилади: узилган кием кегай ёки шуруп билан фиксация қилинади (113-расм).

Елка жаррохлик бўйинининг синиши. Елка суяги проксимал учи синишлари орасида жаррохлик бўйни синишлари кўп учрайди.

Елка жаррохлик бўйни синишлари учун билвосита шикаст механизми хос ва агар йикдяишда қўл узатилган ҳолда бўлса, абдукцион синиш рўй беради. Бунда марказий бўлак ичкари ротацияда, периферик бўлак олдинга ва юқорига кўтарилган бўлади. Марказий ва периферик бўлаклар ўртасида ташқари ва орқага очик бўлган бурчак хреил бўлади (114-расм, б). Агар йиқилишда қўл ўрта ҳолатда бўлганда дистал бўлак проксимал бўлак ичига кириб, елка жаррохлик бўйинининг крқилган аддукцион синиши рўй беради (114-расм,в).



113-расм. Елка суяги катта дўмбоқчасини бурама мих билан фиксациялаш. Мазкур соҳадаги тез-тез синишлар сабаби шундаки, бу суякнинг пўстлоқ (кортикал) қавати юпқа. Ёши катта шахсларда жарроҳлик бўйиннинг синишлари, айниқса кўп содир бўлади.

К л и н и к а в а т а ш х и с . Елканинг жарроҳлик бўйнининг ўқидан кўп сурилмаган крқилган синишларига ташхис қўйиш катта кийинчиликтуғдиради. Бундай синишларнинг клиник кўринишида симптомлар кам, қўл фаолияти кам зарарланади. Синган жой пайпасланганда елканинг ротацион ҳаракатида оғриқ бўлади. Бу симптомлар асосида жарроҳлик бўйиннинг крқилган синишини тахмин ҳилиш мумкин. Олдинги-орқа ва аксиал проекцияларда қилинган рентген суратлар елка жарроҳлик бўйнининг крқилган синишларини аниқлашда катта аҳамиятга эга. Абдукцион ва аддукцион синишларда кўчиш сезиларли бўлганда қўл ўқи ўзгаради, елка бўғими соҳасида шиш ва кон куйилиши бўлади. Актив ҳаракатлар қилиб бўлмайди, пассив ҳаракатлар каттик оғриқ беради. Бунда баъзан суяк бўлақларининг патологақдаракатчанлиги ва крепитацияси аниқланади. Алдукцион синишларда елканинг олдинги-ташки юзасида синган жойда мое келадиган суякдўнгчаси аниқланади; абдукцион синишда бу жойда чуқурча пайдо бўлади. Елка кискэрган, крқдпмаган синишда елка ротацияси бошча ротациясига олиб келмайди. Синган жой пайласланганда кескин оғриқ пайдо бўлади. Елка жарроҳлик бўйнининг синиши шикаст пайтида ҳам бўлақлар нотўғри репозиция кдпинганда ҳам, томирнинг нерв дастасининг шикастланиши билан асоратланиши мумкин.

Даволаш. Синганжойни 15-20 мл 1-2% новокаин эритмаси билан оғриқҳсизлантирилади. Сурилмаган крқдпган синишларда консерватив (функционал) даволаш усули қўлланилади. Тирсак бўғимида 60°-70° гача бурчақда

буқилган қўлни рўмолга ёки «илонсимон» боғламга осиб, қўлтикретига болишча қўйилади (115-расм).

Иккинчи кундан бошлаб билак-кафт бўғимида, 5-кундан тирсакда ва 8-10-кундан бошлаб елка бўғимида ҳаракатлар қилинади. Ёш ва ўрта ёшдаги беморларда меҳнатга лаёқхт 5-8 хафта ўтгач тикланади.



114-расм. Елка суягининг жарроҳлик бўйинчасидан синиши.
а — абдукцион;
б — аддукцион;
в — бурчак ҳосил қилмай қоқилган синиш.

Ёши кайтган ва кекса беморларда бу тактикани қоқилган синишларда эмас, балки елка суяги жарроҳдик бўйнининг асорат-ланмаган бошқа синишларида ҳам қўдлаш керак

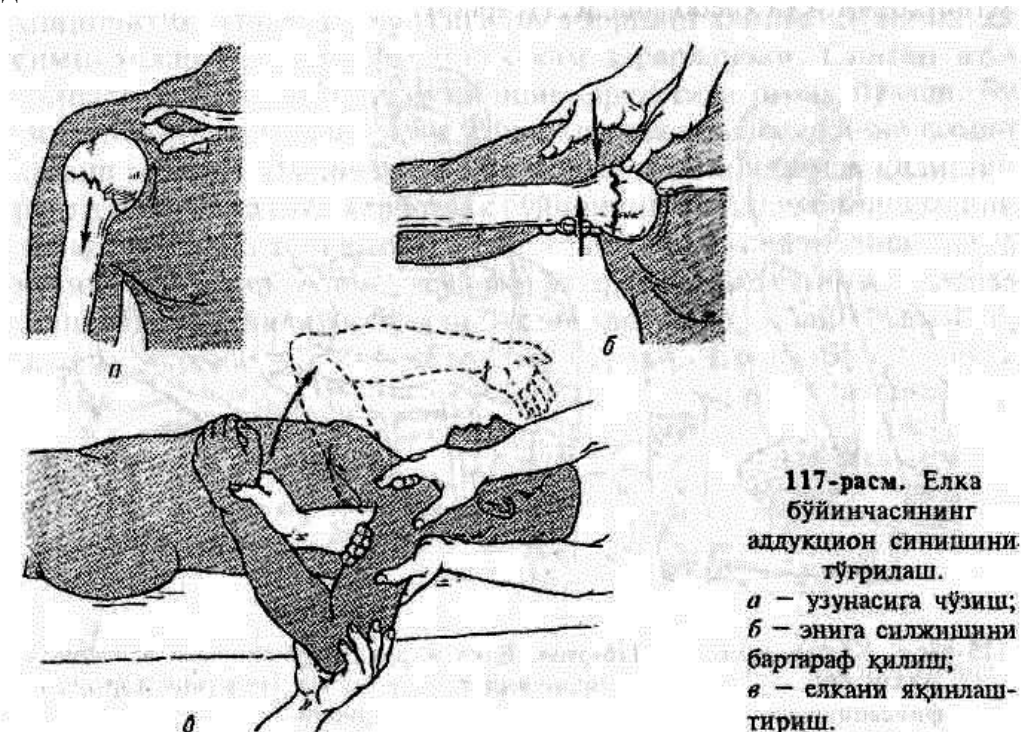
Елка жарроҳдик бўйнининг сурилган, крқилган ва қоқилмаган синишларида даволаш аста-секин репозиция (суякдан тортиш), бир моментли репозиция ва жарроҳдик йўли билан

ўтказилиб, танадан узоқлаштирувчи шинада аста-секин репозиция қилиш усули энг эҳтиётловчи усул ҳисобланади (116-расм).

Иккинчи кундан бошлаб панжа бармоқлари бўғимларида, 5-кундан тирсак бўғимида ҳаракатлар қилиш мумкин. 3-4-ҳафта ўтгач шинани олиш мумкин. Бу пайтга келиб беморлар тирсак бўғимида ёзилган қўлни 140° гача букишлари мумкин. Меҳнат қилиши 8-10 ҳафта ўтгач тикланади.

Абдукцион синишларда қўл «илонсимон» боғлам ёки рўмолга осилиб қўлтикрстига болишча қўйилади. Бунда оғирлик остида бурчак кенгайганлиги ўз жойига келади. Агар бу ҳаракат рўй бермаса, танадан узоқлаштирувчи шинада 30° - 40° бурчак остида суякни тортиш керак 15-30 — кунларга келиб, суякдан тортишни тўхтатиш ва 2 ҳафтагача рўмол борламда олиб юриш керак. Меҳнатга лаяқатлилиқ 2-2,5 ойда ўтгач тикланади.

Елкани жаррохлик бўйи синишларида наркоз остида қўлда бир моментли репозиция қилинади. Беморни столга чалқанча ётқизилади, елка столни четида жойлашиши керак. Аддукцион синишда ёрдамчи беморнинг билагини тўғри бурчаккача олиб бориб, елка ўқи атрофида тракция қилинади. Жаррод бир қўли билан бошчани фиксация қилади, ёрдамчи билан иккинчи қўли елкани 90° бурчаккача олиб бориб, айти вақтда, уни фронтал текисликдан 30° - 40° га ва 60° - 90° бурчак остида ташқарига ротация қилади (117-расм). Репозициядан кейин қўл торакобрахиал гипс боғлам билан фиксация қилинади ёки танадан узоқлаштирувчи шина билан тирсак ўсимтасидан тортиш йўли билан даволанади.



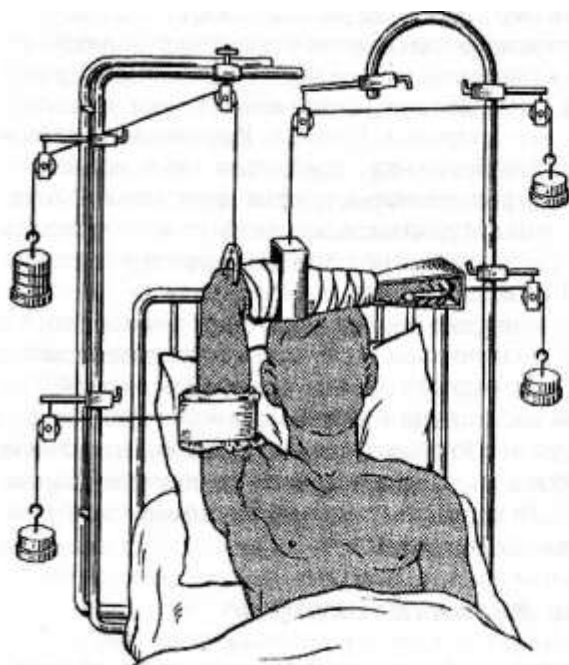
Абдукцион синишни бир моментда репозиция қилишда жаррох ўнг қўлининг тўртта бармоғи билан қўлтик ости чуқурчаси орқали фиксация қилади, чап қўли билан эса ёрдамчи билан бирга қўлни танага 30° бурчаккача олиб келади, айти вақтда, уни фронтал текисликдан 30° - 40° олдинга чиқаради (118-расм). Репозициядан кейин қўлни «илонсимон» сифат боғламга жойланади, қўлтик остига болишча қўйилади. Контрол рентгенография ўтказилади. Агар бўлакчалар бу боғламда ушлаб турилмаса, қўлни тўғриловчи шинага қўйиб суякдан тортилади, бу тортманинг тоши бўлакларнинг солинган ҳолатда ушлаб турилишига ёрдам беради.

Елка суяги бўлакларини репозиция қилиш учун суякни тортиб тўғриловчи илмокдан фойдаланиладиган суякдан тортишнинг катта имкониятлари бор. Тирсак ўсимтасига суякни тортиш йўли билан 4-6 кг юкли ва билакка 1-1,5 кг кжли елимли тортма кўйилади (119-расм).

Бўлакларни консерватив йўллар билан тўғрилашнинг иложи бўлмаганда ва томир-нерв дастаси шикастланишларида бўлакларни очик репозиция қилишга ва кегай, винтлар ва бошқа фиксаторларни ишлатиб остеосинтез қилишга киришилади.

ЕЛКА ДИАФИЗИ СЕНИШИ

Елка диафизини синишлари парчасимон (учли), кўндаланг, кийшик ва винтсимон бўлиши мумкин. Синган бўлакчаларнинг кўчиши шикастланиш механизмига ва мушакларнинг тортиш кучига боғлиқ. Агар синиш чизиги катта кўкрак мушаги ёпишган майдон юқори бўлса, марказий бўлакча катта дўмбокчага ёпишадиган мушаклар таъсири остида ташқарига ротация қилади, дистал бўлакча эса катта кўкрак дельтасимон, тумшуксимон-елка ва уч бошли мушаклар таъсири остида ичкарига ротация қилинади ва юқорига кўтарилади (120-расм, а).

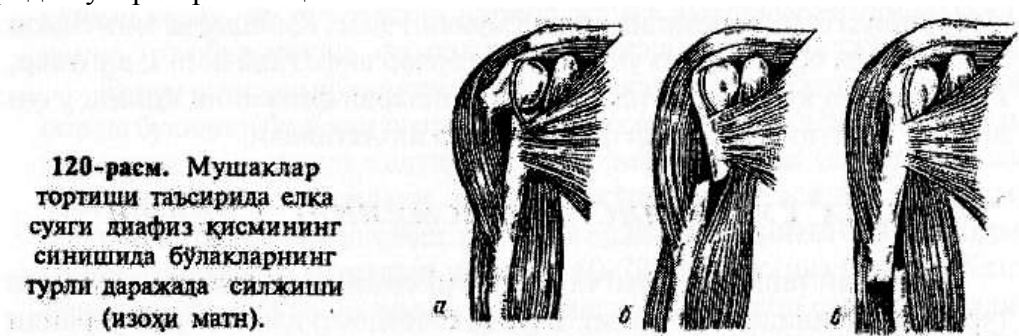


119-расм. Елка суяги синишини билакдан тўғриловчи илтаклар ва елимли тортишлар билан репозиция қилиш.

Бунда томир-нерв дастаси дистал бўлакчанинг ўткир учларидан босилади ёки шикастланади. Агар синиш чизиги катта кўкрак мушаги ёпишган жойдан пастда, лекин дельтасимон мушакдан говорила бўлса (дельтасимон мушакустидан синиш), бухолда марказий бўлакча катта кўкрак ва орканинг сербар мушаклари таъсири остида орқага ва ичкарига, дистал бўлакчаси ва дельтасимон, тумшуксимон-елка ва уч бошли мушаклар таъсири остида ташқарига ва қисман олдинга сурилади (120-расм, б).

Елка суяги дельтасимон мушак ёпишган жойдан пастда синганда (дельтасимон мушак остидан синиш) марказий бўлакча шу мушак таъсирида ташқарига ва юқорига кўчади, дистал бўлакча эса икки бошли, уч бошли ва тумшукримон-елка мушаклари таъсири остида юқорига ва қисман орқага сурилади (120-расм, в).

К л и н и к а в а т а ш х и с . Ўзига хос симптомлари синиш соҳасидаги шиш, деформация ва ҳаракат қўлингандида оқрик сезилади, елка фаолияти бузилади ва елка қисқаради. Елка суяганинг учдан бир ўрта ва пастки қисми синиши, кўпинча, билак нерви шикастланиши билан ўтади, у суяк синиқдаридан қисман ёки тўлиқ шикастланиши мумкин. Бунда бу нервнинг парези ёки фалажланиши травма пайтида содир бўлади. Билак нерви суяк синиқдаридан уларни репозиция



120-расм. Мушаклар тортиши таъсирида елка суяги диафиз қисмининг синишида бўлакларнинг турли даражада силжиши (изоҳи матн).

қилишда босилиб қолиши мумкин. Билак нервнинг травмадан кейин бирмунча кеч муддатларда парез ёки фалажликка учраши нервнинг шаклланаётган суяк кадогидан босилганидан далолат бериши мумкин.

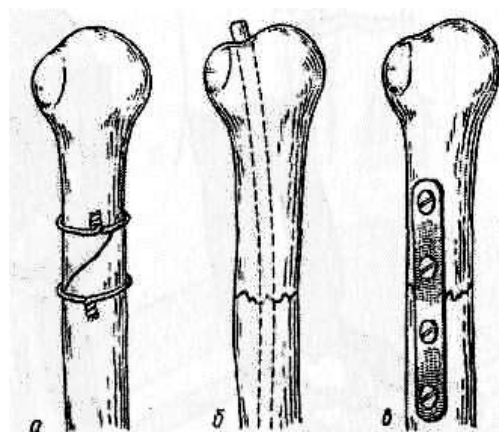
Д а в о л а ш. Синган жойни гематомага 15-20 мл (1-2%) новокаин эритмаси юбориш йўли билан анестезия қилинади. Бўлакчалари кўчмасдан синганда 1,5 ой муддатга торакоброхиал боғлам кўйилади. Бўлаклари сурилганда бир моментли репозиция қилиб, кейин гипс боғлами кўйилади ёки тирсак ўсимтасига суякни чўзиш учун 4-5 кг юк осиб суякдан тортиш қўлланилади. Елка суяги қайси жойидан синишидан катъий назар, елка 90°га олиб келиниши ва олдинга фронтал текисликдан олдинга 30-40 га тортилган бўлиши керак Бунда марказий ва периферик бўлакчалар шинада бигта текисликда ўрнатилади. Елка суягининг кийшик ва винтсимон синишлари 1,5-2 ой, кўндаланг синишлари — 2-2,5 ой мобайнида битади. Даюлашни биринчи кунларидан танадан узоқлаштирувчи шинада бармоқлар ва панжа бўғимларида, 10-кундан бошлаб тирсак бўғимида ҳаракатлар қилиш тавсия қилинади.

Сўнгги вақтларда елка суягининг диафизар синишларида қисқартирилган айланма гипс боғлами билан даволаш кенг тарқалмоқда. Қўлнинг оғирлиги таъсири остида узунасига сурилиш бартараф бўлади,

Қисқартирилган айланма гипс боғлами эса эни бўйича сурилишни йўқотишга имкон беради. Бунда ёндош, кўшни бўғимлар ҳаракатчанлигича қолади, қўл функцияси эса қисқа муддатларда тикланади.

Елка суяги бўлаклари репозицияси ва фиксацияси Илизаров аппарата билан амалга оширилиши мумкин (121-расм). Бужаррохлик амалиёти ёпиқ репозиция, юмшоқ тўқималар интерпозицияси натижа бермаганда ва билак нерви шикастланганда қилиниши керак Билак нерви шикастланишининг клиник кўринишида ёпиқ репозиция қилиш мумкин эмас. Кийшик ва винтсимон синишларда остеосинтез учун фиксаторлар сифатида кегай, винтлар, кўндаланг ва

кийшик-кўндаланг синишларда фиксация қилиш учун штифт, пластина ва бошқа фиксаторлар ишлатилади.

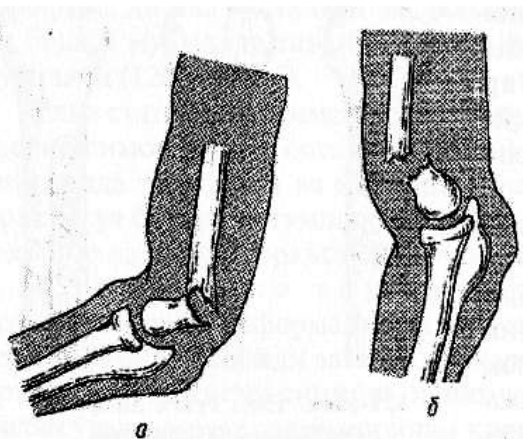


121-расм. Елка суяги диафизининг синганда фиксациялаш.
а — ўрама сим билан; б — штифт билан; в — металл пластина билан.

ЕЛКА СУЯГИ ДИСТАЛ ҚИСМИНИНГ СИНИШИ

Бўғимдан ташқари (дўнгча устидаги) синишлар ёзувчи ва букувчи турларга бўлинади (122-расм). Ёзувчи синишлар камдан-кам учрайди ва тирсак бўғими ёзилган ҳолатда қўл билан йиқилишда содир бўлади. Тирсак бўғимида буқилган қўлга йиқилишда буқилган синиш юз беради. Ёзилган синишлар аксарият томир-нерв дастаси шикастланиши ва юмшоқ тўқималарнинг огир шикастланиши билан асоратланади.

К л и н и к а в а т а ш х и с . Ёзилган ҳолатдаги синишларда билак кискариб қолганга ухшайди, орқа томонда тирсак ўсиғи яхши аниқланади, унинг устида чуқурча ҳосил бўлади. Тирсак бўғимида марказий бўлакчанинг дистал қисми қўлга уннайди. Ёзилган синишда билак узайиб қолгандек туюлади, елка ўки олдинга сурилган, тирсак ўсиғининг устида марказий бўлакчанинг учи пайпасланади. Синган жойда кескин оғриқ, ва суяк бўлакларини крепитацияси кайд килинади, кўпинча, Маркс таниш белгиси бузилган, елка ўки чизиги дўнг орқали ўтказилган чизик билан перпендикуляр эмас. Елка суягининг дўнг устидаги синишларни елканинг олдинги ва орқага чиқишларидан фарқ қилиш керак. Чиқишлар учун қўлнинг мажбурий ҳолатда қолиши, пружиналик қаршилик симптоми, крепитацияни йўқлиги, Гюнтер учбурчагининг бузилиши ҳос



122-расм. Елканинг дўмбоқ усти синиши.
а — букувчи; б — ёзувчи.

Баъзан чиқиш дўнг устининг синиши билан бирга учрайди. Бундай ҳолларда иккита проекциядаги рентген суратлари тўғри ташхис қўйишга имкон беради.

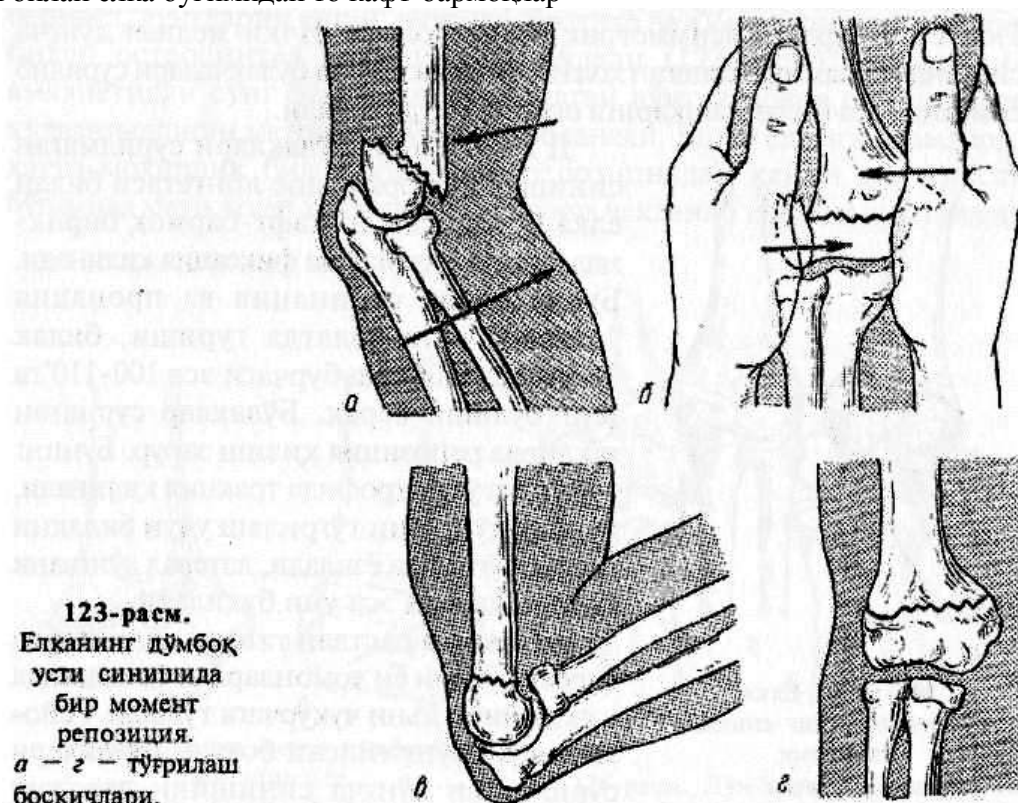
Д а в о л а ш. Елканинг дўнг усти синишида кўчиш бўлмаса, кафт-бармоқ. бўғимларидан бошлаб то елка бўғимгача орқа гипс лонгетаси қўйи-лади. Қўл-тирсак бўғимида $90-100^\circ$ бурчаккача буқилган, билак супинация ва пронация орасидаги ўрта ҳолатда фиксация қилиниши керак 3-4 ҳафта ўтгач, лонгета ечилади ва бемор тирсак бўғимида ҳаракат кила бошлайди.

Елка суягининг кўчган ҳолатдаги дўнг усти қисми синишида уни тўғрилаб қўйиш керак. Бу муолажани наркоз остида амалга оширган маъқул ва канча эрта бажарилса, функционал натижалар шунча яхши бўлади.

Ёзувчи синишини тўғирлаш. Ёрдамчи елка ўкига нисбатан тўғри бурчак остида буқилган билакни тортади. Иккинчи ёрдамчи елка бўшмига карама-қаршилиқни вужудга келтиради. Жарроҳ. бир қўли билан марказий бўлакни фиксация қилади, иккинчи қўли билан эса дистал қисмни олдинга ва ташқарига итаради. Биринчи ёрдамчи бу пайтда билакни буради (пронаторларини бўшатиш учун) ва $60-70^\circ$ бурчаккача букади. Кейин билак супинация ва пронация ўртасидаги ўрта ҳолатга олиб келинади ва шу ҳолатда елка бўғимидан кафт-бармоқ. бўғимларигача айланма гипс боғлами қўйилади (123-расм). Тирсак бўғимида бичилишнинг олдини олиш учун бу жойга пахта бўлакчаси қўйилади.

Бемор биринчи кунлардан бошлаб бармоқларда ва елка бўғимида ҳаракатлар кила бошлайди. 3-4 ҳафтадан сўнг гипсли боғлами ечилади ва бемор тирсак бўғимида ҳаракатлар қилиши сира мумкин эмас, акс ҳолда, бу оссификатланган миозитга олиб келиши мумкин.

Букувчи синишини тўғрилаш. Букувчи синишда ёрдамчи билакни елка ўки буйича тортади, қўлни аста-секин тирсак бўғимига тўғрилайди ва билакни пастга буради (пронация қилади). Жарроҳ. бир қўли билан марказий бўлакчани ушлаб туради, иккинчи қўли билан эса дистал бўлакчани орқага ва ичкарига итаради. Қўл синиш тўғрилангандан сўнг чукзф орқа гипс боғлами билан елка бўғимидан то кафт-бармоқлар



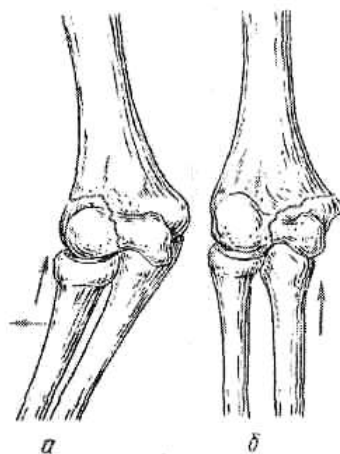
бўғимларига фиксация қилинади. Бунда биллак ёзилган пронация ҳолатида бўлиши керак 3-3,5 ҳафта ўтгач боғлам ечилади.

Тирсак суягининг тирсак ўсигидан суякни тортиб кўйилади. Кул танадан узоқлаштирувчи шинага гипсли боғлам кўйилгани каби ҳолатда туради. Тирсак ўсигидан елка ўки бўйича тортилганда биллак ёзилган ҳолатда бўлса, суякдан тортишнинг иложи бўлмайди, бу ҳолда букувчи синишларда у 110° - 120° бурчакка кадар букилади. Синган бўлакларнинг ҳолати рентгенограммалар билан текшириб турилади. 2-3 ҳафта ўтгач суякдан тортиш тўхтатилади ва қўлни яна 1-2 ҳафта давомида елкани У-симон боғлам, елканинг ёзувчи юзаси ва биллакни гипс лонгетаси билан фиксация қилинади.

Бўғим ичида синишлар (медиал ва латерал дўнгларнинг синиши). Ташки дўнгнинг синиши тўғри турган қўл панжаси билан йиқилганда содир бўлади. Синиш суяк бўлаклари сурилган (кўчган) ёки оз-соз сурилган турларга бўлинади.

Медиал дўнгнинг синиши бирмунча кам учрайди. Травма механизми - тирсакка йиқилиш. Бунда, кўпинча, тирсак ўсиги ҳам узилиб кетади. Ташки ва ички дўнгчалари синиши дўнгчаларга тўғридан тўғри зарб тушишидан бўлиши мумкин. (124-расм).

Клиника ва ташхис. Тирсак бўғими хажми шиш, гематома ва гемартроз хисобига катталашади. Дўнгчалар соҳаси пайпасланганда кучли оғриқ. сезилади ва, айникса, биллак ротациясида кескин оғриқ. бўлади. Баъзан бунда суяк бўлакчаларининг крепитацияси аниқланади, Гюнтер учбурчаги асимметрик бўлиб қолади. Ички медиал дўнгча синганда биллак яқинлашган ҳолатда, ташки дўнгча бўлакчалари сурилиб синганда эса биллак ташқарига огган ҳолатда бўлади.



124-расм. Елка думбўқларининг синиш механизми.
а — ташқи; б — ички.

Д а в о л а ш. Бўлаклари сурилмаган синишда қўл орқа гипс лонгетаси билан елка бўғимидан то қафт-бармоқ, бирикмаларига 3 ҳафтагача фиксация қилинади. Бунда биллак супинация ва пронация ўргасида ўрта *ҳолатца* туриши, биллак бўғимидаги букиш бурчаги эса 100 - 110° га тенг бўлиши керак. Бўлаклар сурилган тақдирда репозиция қилиш зарур. Бунинг учун елка ўки атрофида тракция қилинади, медиал дўнгчани тўғрилаш учун биллакни тирсак бўғимида ёзилади, латерал дўнгчани тўғрилаш учун эса уни букилади.

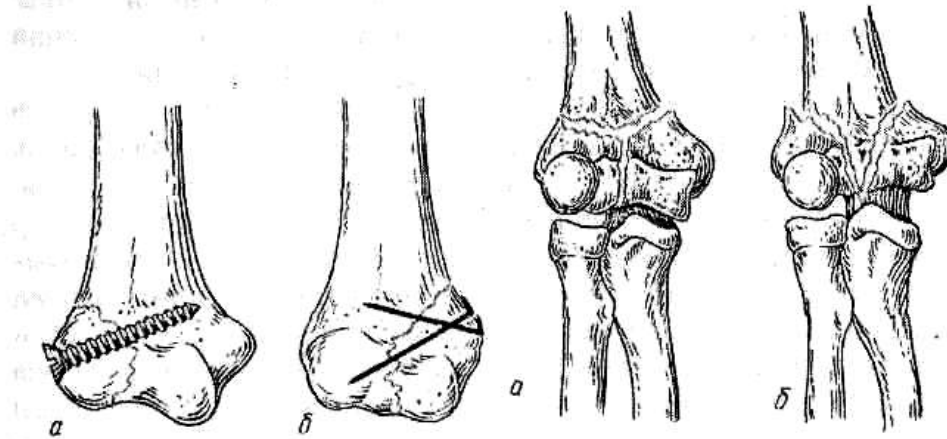
Бўлакчага пастдан таъсир қилганда ва тирсак бўғими ён томонлардан босилганда у ўз жойига, яъни чуқурчага тушади. Репозициядан сўнг гипсли боғлам бўлаклари сурилмаган дўнгча синишини даволаш муддатларига ўхшаш муддатга кўйилади. Репозиция яхши натижа бермаса, жаррохлик амалиёти бажарилади. Синган жой ёнлама кесиш билан очилади, дўнгчалар кегай, винт ва бошқалар фиксаторлар билан фиксация қилинади (125-расм).

Дўнгчалараро синиш. Дўнгчалараро синиш асосан «Т» ва «V» симон бўлади. Улар тирсакка йиқилганда содир бўлади. Қаттиқ куч таъсир қилганда тирсак ўсиги дўнгларни парчалаб, уларнинг орасига кириб қолади (126-расм).

К л и н и к а в а т а ш х и с . Тирсак бўғими хажми, айникса, унинг қўндаланг ўлчами кескин катталашган. Пайпаслаганда оғриқ. кучли, актив ҳаракат қилиб бўлмайди, пассив ҳаракатларда ён томонга йўналишларда патологик ҳаракат аниқланади.

Д а в о л а ш. Бўлак сурилмаган синишларда гипсли боғламда даволаш дўнгчаларнинг синишларидаги каби. Бўлаклари сурилган синишлар суякдан тортиш ёрдамида репозиция қилинади. Қўлни танадан узоқлаштирувчи шинага кўйилади, суяк тирсак суягининг тирсак ўсигидан тортилади. Репозицияни рентгенограммалар назорат қилинади. Ўки бўйича сурилиш йўқотилиши билан дўнгчаларни тирсак бўғимини ён томонлардан қисилтириш билан яқинлаштирилади. Шундан кейин, суякдан тортишни давом эттириб, 3 ҳафтагача «V» симон гипсли боғламни тирсак бўғими орқали елканинг ташки-ички юзасига кўйилади.

Агарда шу йўл билан бўлакчаларни жойига солиш яхши натижа бермаса, дўнглари кегай, винтлар, болтлар ва «V» симон пластиналар билан остеосинтез қилиш керак бўлади (127-расм). Жаррохлик амалиётидан сўнг бўлакчани сурилмаган дўнглалар синушларда қўлланиладиган методика бўйича даволанади. Катта ёшдаги одамларда хатто мохирлик билан қилинган репозициядан кейин ҳам тирсак бўғимида ҳаракатлар ҳажмининг бирмунча чекланиб қолиши кузатилади.



125-расм. Елка суяги дўмбоғини фиксациялаш.
а – винт билан; б – кегай билан.

126-расм. Дўмбоқлараро синуш
а – «Т» симон; б – «V» симон.

Елка суяги дистал қисмининг ши-кастланишларида юз берадиган асоратлар репозиция вақтида пайдо бўлади-ган асоратларга (масалан, нервларнинг шикастланиши), репозициядан сўнг биринчи кунлари пайдо бўладиган ва тирсак бўғимининг гипсли боғламдан ёки гематомадан босилишига боғлиқ асоратларга (Фолькман ишемик конт-рактураси, юмшоқ тўқималар некрози) ва кечиккан асоратларга (капсуляр-боғлам аппарати оссификацияси, оссификатлайдиган миозит) га бўлинади. Бу асоратларни профилактика қилиш мақсадида купол, шикаст етказадиган манипуляциялар қилмаслик ва тирсак бўғимида пассив ҳаракатларни эрта бошламаслик керак. Массаж гетеротопик оссификация пайдо бўлишига олиб келадиган сабаблардан бири ҳисобланади. Елка бўғимини ўлчашдан олдин қуйидагиларни билиш керак: мушаклар (курак усти, курак ости, кичик думалоқ)нинг кенг пайлари елка суяқларининг катта дўмбоғига бирикади. Бу тўртта пайлар “елканинг айланувчи манжети” деб номланади. Манжет бутунлиги бузилганда қўлни актив узоқлаштириш ўзгаради.

Елка бўғими шарсимон бўғим бўлиб, унда букилиш, ёзилиш, узоқлаштириш, яқинлаштириш, айланма ҳаракатлар бажарилади.

Бундан ташқари елка тасмаси кўкрак қафасига нисбатан қуйидагича ҳаракатланади:

- елевастия - елка тасмасининг нормадагидан пастга туриши
- депрессия – елка тасмасининг нормадагидан пастга туриши
- протрузия – фронтал текисликдан елка тасмасининг олдинга силжиши
- ретраксия – фронтал текисликдан елка тасмасининг орқага силжиши
- айланма ҳаракатлар – стиркумдуксияси

Елка бўғимини ўлчашда угломернинг шарнири елка суяги бошчасида битта браншни тана узунлиги бўйлаб, иккинчисини еса, мучча ўқи бўйлаб ўрнатилади.

1. Елкани букиш – қўлни сагитал текисликда нейтрал “0” ҳолатдан олдинга ҳаракатлантириб, бош устига 180 градус кўтарилади.
2. Елкани ёзиш – қўлни сагитал текисликда нейтрал “0” ҳолатдан 0-45 градусга орқага ҳаракатлантирилади.

3. Узоқлаштириш - қўлни фронтал текисликда нейтрал “0” ҳолатда бош устида гавда ўқи бўйлаб 0-10 градус ҳолатга юқорига кўтарилади.
4. Елканинг ички ротастияси – қўл панжасининг ташқи юзасини орқадан кураклар орасига ёки қарама-қарши томондаги куракка қўйилади.
5. Елканинг ташқи ротастияси - горизонтал ҳолатда билакни тирсак бўғимида тўғри бурчак остида букилади. (нейтрал “0” ҳолат) сўнгра билакни юқорига кўтарилади (ташқи ротастия) 0-90градус, билакни пастга туширилади (ички ротастия) 0-90 градус.
6. Айланма ҳаркат: бунда бемор елкаси сагитал текисликда букилади. Фронтал текисликдан узоқлаштирилади (180 градус ёйни ифодалайди, 360 градус тўла айланиш).

Мавзуга доир тест саволлари.

1. Елка суяги ташқи ва ички думбоги синиши канача синишга киради?
 А)бугим ичи
 Б)бугим ташқари*
 В)диафизар
 Г)дистал
 Д)Елка суяги бошчаси чикканда оператив усулда
2. Шпрингел касаллиги нима?
 А. Кураклар бир-бирига нисбатан юқори жойлашиб, елка бугимида ҳаракат чекланган?*
3. Громов усули:
 А. Болаларда елка суягининг юқори қисмидан аддуксион синишларда репозиция ва иммобилизация қилиш*
 Б. Катталарда елка суягининг юқори қисмидан аддуксион синишларда репозиция ва иммобилизация қилиш
 С. Тирсак суягининг синиши
 Д. Сон суягининг синиши
4. Елка суяги бошчасидан ва анатомик бўйнидан синиши қайсига киради
 А)бугим ичи*
 Б)бугим ташқари
 В)иққаласини ҳам
 Г)бугимдан пастда
5. Елка суяги катта қусти узилганда қайси ҳаркат бузилади?
6. Елка суяги кичик қусти узилганда қайси ҳаракат бузилади?
 А)ички ротастия
 Б)ташқи ротастия
 В)букиш
 Г)езиш
7. Елка суяги хирургик бўйнидан синиш қайси турга киради?
 А. бугим ичи*
 В. бугимдан ташқари
 С. аддуксион
 Д. аддуксион
8. Елка суяги хирургик бўйнидан синиш турлари?
 А. аддуксион ва аддуксион
 В. буқувчи ва езувчи
 С. очик ва епик*
 Д. бугим ичи ва бугимдан ташқари
9. Елка суяги дистал қисми қаердан синганда бугимдан ташқари синиш дейилади?
 А. диафиздан
 В. дунглараро
 С. дунглар устидан*
 Д. дунглар ичидан
10. Елка суяги дистал охири бугим ичидан синишга қирмайди ?
 А. дунглараро
 В. ташқи дунгдан

- С. ички дунгдан
 Д. дунглар устидан*
11. Елка суяги дистал охиридан бугим ичи синишига киради?
 А. дунглар аро
 В. ташки дунгдан
 С. ички дунгдан
 Д. дунглар "Т" ва "У" симон синиши
 Е. хаммаси*
12. Елка суяги дунглараро, дунглар синганда канака оператив даво кулланилади?
 А. списталар билан фиксастиялаш
 В. шруплар фиксастиялаш
 С. болт - гайка билан фиксастиялаш
 Д. пластикалардан фойдаланиш
 Е. хаммаси кулланилади*
13. Елка суяги дунглар устидан синганда, канака оператив усул кулланилади?
 А. аппарат куйиш
 В. скелет тортма куйиш
 С. списталар билан михлаш
 Д. пластинкалардан фойдаланиш
 Е. хаммаси тугри*
14. Маркс белгиси нима?
 А. Елка суяги синиб четки булагининг ён томонга силжиши*
 В. Тирсак суягининг синиши
 С. Билак суягининг синиши
 Д. Болдир суягининг синиши
15. Кул бармоқларни букувчи пайлар мускулли каерга проксимал қисми бирикади ?
 А. елка суяги ташки типигига
 В. елка суяги ички тупигига*
 С. билак бошчасига
 Д. тирсак усимтасига
16. Елка суяги диафиз қисмидан қўндаланг синганда қанча вақтда битади?
 а) 2-2.5 ой
 б) 4-ой
 в) 5 ҳафта
 г) 45 кун
17. Билак неври зарарланганда хос симптоми?
 А)юлбарс панжаси
 Б)маймун панжаси*
 В)ит панжаси
 Г)хаммаси нотугри
18. Урта нерв зарарланганда хос симптом?
 А)юлбарс панжаси*
 Б)маймун панжаси
 В)ит панжаси
 Г)хаммаси нотугри
19. Галиасти типигаги синишда гипс неча ҳафтага қилинади?
 А)3 - 4 ҳафта
 Б)4 - 5 ҳафта*
 В)5 - 6 ҳафта
 Г)6 - 7 ҳафта
 Д)8 - 10 ҳафта
20. Кафт суяклари синганда гипс қанча вақтга қуйилади?
 А)1 ҳафта
 Б)1 - 2 ҳафта
 В)2 - 3 ҳафта
 Г)3 - 4 ҳафта*
 Д)2 ой
21. Юлбарс панжаси симптоми қайси нервнинг зарарланишида кузатилади?
 А)билак нерви
 Б)урта нерв*
 В)тирсак нерви
 Г)елка нерви
22. Билак суяги типик жойидан синиб силжиганда репозистия қилиш учун қандай анестезия усули кулланилади?
 А)вена ичи наркоз
 Б)синиклар орасида новокаин юбориш*
 В)суяк ичи огриш
 Г)огриксизлантирилмайди
23. Билак суяги канака синиши болаларда қупинча учрайди ?
 А. суяк парда остидан синиш*
 В. ендоостдан
 С. факат кортикал
 Д. синиб силжиш
24. Билак суяклари синганда қайси оператив усул кулланилади?
 А. аппарат куйиш
 В. стержендан фойдаланиш

- С. списталар ердамида
 D. пластинкалардан
 E. хаммаси тугри*
25. Монтеджи типда синишни курсатинг?
 A. биллак суяги чикиши а/ 1 ва 2
 B. тирсак суяги синиши б/ 3 ва 4*
 C. биллак суяги синиши в/ 2 ва 3
 D. тирсак суяк бошчаси чикиши г/ 2
26. Галеасти типда синишини курсатинг ?
 A. биллак суяги синиши а/ 1 ва 2
 B. тирсак суяги чикиши б/ 3 ва 4*
 C. биллак суяги синиши в/ 2 ва 3
 D. тирсак суяк бошчаси чикиши г/ 2
27. Коллис синиши?
 A. биллак суяги типик жойидан езувчи синиш
 B. тирсак суяги езувчи синиши
 C. биллак суяклари диафизидан синиши
 D. биллак суяги типик жойидан *букувчи синиш
28. Смит синиши бу ?
 A. биллак суяги типик жойидан езувчи синиш*
 B. тирсак суяги езувчи синиши
 C. биллак суяклари диафизидан синиши
 D. биллак суяги типик жойидан букувчи синиши
29. Коллис синиши канака синишга киради ?
 A. езувчи
 B. якинлаштирувчи
 C. узоклаштирувчи
 D. букувчи*
30. Смит синиши канака синишга киради?
 A. езувчи*
 B. якинлаштирувчи
 C. узоклаштирувчи
 D. букувчи
31. Беннет II ва Беннет III типдаги синиш қайси суякда кузатилади ?
 A. бош бармок 1 фалангасида
 B. бош бармок 2 фалангасида
 C. 1 кафт суякда*
 D. қайиксимон
32. Остеоепифизиолиз бу ?
 A. усиш зонадан синиш
 B. усиш зонадан юкорида суякдан синиш*
 C. суякни чикиб турувчи турткиларидан синиши
 D. буйнидан синиш
33. Апофизиолиз бу ?
 A. усиш зонадан синиш
 B. усиш зонадан юкорида суякдан синиш
 C. суякни чикиб турувчи турткиларидан синиш
 D. буйнидан синиш*
34. Беннет типдаги синишни курсатинг ?
 A. бармок суяқларининг синиши
 B. 1 кафт суяги асосининг синиши*
 C. 1 кафт суягининг танасининг синиши
 D. 2 кафт суяги танасининг синиши
 E. хаммаси нотугри
35. Бармоқларни езувчи пайлар зарарланса бармоқлар қуриниши?
 A. тукмоксимон
 B. соатсимон
 C. езилган ҳолатда
 D. маймун панжаси*
 E. юлбарс панжаси
36. Переферик нервларни шикастланишини курсатинг ?
 A. тулик анатомик узилиш
 B. қисман анатомик узилиш
 C. епиневрия шикастланмасдан ствол ичи узгаришлар /травматик неври/
 D. а ва б жавоблар тугри
 E. а,б,в жавоблар тугри*
37. Монтедже типдаги синиш оператив даводан сунг металл списта қачон олиб ташлаш тавсия қилинади ?
 A. 1 ҳафтадан кейин
 B. 2 ҳафтадан кейин
 C. 3 ҳафтадан кейин*
 D. 4 ойдан кейин
 E. 10 кундан кейин
38. Яшил новда типдаги синиш ?
 A. биллак суягининг синиши

- В. суяк пардаси бутунлиги бузилмасдан
*суягининг синуши
С. бармоқ суяқларининг синуши
D. ташки тупикларининг синуши
E. ички тупикнинг синуши
39. Кул бармоқларни букувчи пайлар мускулли каерга проксимал қисми бирикади ?
A. елка суяги ташки типигига
B. елка суяги ички тупигига*
C. билак бошчасига
D. тирсак усимтасига
40. Кул бармоқларини езувчи найларнинг проксимал қисми каерга епишади
A. тирсакнинг тирсак усигига
B. *елка суяги ташки тупигига
C. елка суяги ички тупигига
D. билак бошчасига
E. тугри жавоб юк
41. Кул бармоқларини букувчи чуқур пайи охири каерга епишади?
A. бармоқ дистал фалангасининг охири - учига
B. бармоқ фалангасининг охири - ен томонига
C. бармоқ фаланга асосига*
D. хаммаси тугри
42. Кон билан яхши таъминланган суяк ?
A. нухатсимон
B. болдир
C. сон суяги
- D. умров*
E. хаммаси тугри
43. Кул бармоқларининг езувчи пайларининг мускуллари каерга епишади ?
A. елка суягининг медиал тупигига
B. елка суягининг латерал тупигига
C. тирсак суяги тирсак усигига
D. билак суяги бошчасига*
44. Кул бармоқларнинг букувчи юза пайларининг дистал қисмлари каерга бирикади ?
A. бармоқларнинг учига*
B. бармоқ фалангаларининг енига
C. бармоқлар оркасига
D. тугри жавоб юк
45. Кул кафт олди суяқлари каторига кирмайди ?
A. нухатсимон
B. кайиксимон
C. яримойсимон*
D. илмокли
E. хаммаси киради
46. Кул кафт суяқлари қисмларига кирмайди ?
A. кафт суяк асоси
B. танаси
C. думбоги*
D. бошчаси
E. хаммаси киради

**Амалий машғулот № 5. Билак ва қўл бармоқ суяқлари шикастлари.
Таълим бериш технологиясининг модели.**

Машғулот вақти – 80 мин	Талабалар сони : 20 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Машғулот режаси: 5. Талабаларда юкори муча суяқларининг травматик чиқишларининг диагностикаси, клиникаси, рентгенологик белгиларини билиш 6. Тугри ёрдам курсатиш принстиплари, солиш техникалари 7. Консерватив ва	Машғулотнинг қисқача мазмуни: -Билак суяги бошчаси ва буйинчасининг синушлари; -Билак суяги диафизининг синушлари; -Монтедже ва Галеастия синушлари; -Билак суяги типик жойидан синуши; -Бармоқларнинг синушлари ва чиқишлари. -Кафт оркали суяқларнинг синушлари ва чиқишлари; -Кафт суяқларининг синушлари ва чиқишлари

оператив даволаш усуллари 8. Асоратлари	
Ўув машулотнинг мақсади: Талабаларни юкори муча суякларининг травматик чикишиларида биринчи ёрдам курсатиш ва уларни солиш.	Мақсади ёритилади. Юкори муча суяклари чикканда авторлар буйича урнига солиш, беморларни клиник ва рентгенологик текширувлардан утказиш, даволаш ишларини олиб бориш. Билак, кул, бармок суяклари синганда ва чикканда беморларга биринчи ёрдам курсатиш, клиник ва рентгенологик текширувлардан сунг даво тактикасини танлаш. Консерватив ва оператив даволаш.
Таълим бериш усуллари	Кургазмали,маъруза,сухбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий,жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма,дарслик,маъруза матни,проектор,компютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

Амалий машғулотининг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	4. Аудитория тозалигини назорат қилади 5. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 6. Давоматни назорат қилади	
1. Ўқув машғулотида кириш босқичи (10 дақиқа)	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот слайдларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 12) Беннет синишлари клиникаси 13) Елка суяги дистал синишлари классификацияси 14) Елка суяги дистал синишлари классификацияси 15) Елка суяги проксимал синишлари 16) Елка суяги тепачалар усти синишлари 17) Елка суяги диафизар синишлари 18) Монтеджи синиши нима? 19) Голлеасти синиши нима? 20) Билак суяги бошчасининг синишлари 21) Билак суяги синишларини оператив	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар

	даволаш 22) Бармок суяклари синиши. 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мултимедиялардан фойдаланади 4. Даволаш ишларини олиб боради 5. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	
9- якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ: БИЛАКНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Билак суяқларининг синишлари ёпиқ синишларнинг умумий сонига нисбатан 11,5 дан 30,5% гача киемни ташкил қилади ва оғир хайда мураккаб шикастланишлар каторига киради.

ТИРСАК ЎСИРИНИНГ СИНИШИ

Бундай синиш аксарият тўғридан-тўғри зарбадан, камрок лолларда елка уч бошли мушагининг кескин кискаришидан юз беради. Тирсак ўсигининг кўндаланг ёки кийшик-кўпдаланг синиши ҳар қандай сатҳида: яримойсимон чуқурчаси соҳасида, асосида, камрок учмда содир бўлиши мумкин. Кўпчилик ҳолларда тирсак ўсиги бўғим ичида синади.

Т а ш х и с. Тирсак бўғими кўздан кечирилганда шиш борлиги аниқланади. Бўғим орқа юзаси контурлари силликланган. Кул кўпинча мажбурий ҳолатда туради. Бунда у тўғри ҳолатда осилиб туради, тананинг соқлом қўл томонига фиксацияланган, пассив ҳаракатлар сақланиб қолган, бироқ оғриқли. Тирсак бўғимида актив букиш мумкин, бўлаклари сурилиб синганда билакни актив ёзишнинг иложи йўқ. Билакни актив ёзиш имкониятини текшириб кўриш учун қўлни горизонтал чизикхача олиб келинади, билакни тирсак бўғимида 90°гача букилади ва елканинг енгил ички ротацияси бажарилади. Бемор шундай ҳолатда билакнинг оғирлик кучини енгиб билакни актив ёзишга уринади. Уч бошли мушак пайи узилганда бемор билагини актив ёза олмайди. Билакни оғирлик кучи таъсири остида пассив ёзиш мумкин, бироқ; бу қаттиқ оғриққа сабаб бўлади. Тирсак бўғими соҳасини пайпаслаганда оғриқ сезилади, босиш эса қаттиқ оғриққа сабаб бўлади. Кўчиш билан синишда билаклар орасида ёрикёки чуқурча аниқланади.

Тирсак ўсикининг тепаси елка дўнгчалари устини бирлаштирадиган чизикдан юқорида жойлашган. Гюнгер учбурчагининг томонлари тенг бўлиб қолмайди: ён томонлари асосидан кичиклашади.

Ташхис тирсак бўғимини иккита проекцияда рентгенография қилишдан сўнг аниқ, бўлади. Ён проекциядаги сурат бирмунча кўп маълумот беради.

Д а в о л а ш. Тирсак ўсиги кўчмасдан синганда ёки диастаз 2-3 мм гача бўлганда елканинг учидан бир юқори қисмдан то кафт-бармоқлар бўғимларигача 3-4 ҳафта мобайнида пронация ва супинация ўртасидаги ўртача ҳолатда ва билакни тирсак бўғимида 90-110° бурчак остида букиш ҳолатда орқа гипсли боғлам билан даволанади.

Агар рентгенограммада буқилган ҳолатдаги қўл тирсак бўғимида бўлаклар орасида ёзилган ҳолатда йўқоладиган каттарок диастаз аниқланса (5 мм гача), ёзилган қўл билагига 4-6 ҳафтага гипсли боғлам қўйилади. 2-кундан бошлаб бармоқлар учун, 3-кундан эса елка бўғими учун ЛФК тайинланади. Ҳаракатлар одатда 1,5-2 ой ўтгач тўлиқҳажмда тикланади.

Бўлаклари 5 мм ва ундан кўпроқ кўчган тирсак ўсиги синишида жаррохликйўли билан даволанади: остеосинтез қилинади ёки майдаланиб кетган ўсик(1/3 қисмгача) олиб ташланади. Мальгения синиб чиқишида тирсак ўсигининг синишидан (билакнинг олдинги чиқиши билан

тирсак ўсиги синиши) фарқли равишда тирсак ўсиги \атто майдаланиб шикастланган лолларда \ам уни олиб ташлаш мумкин эмас, чунки бу билакнинг одат бўлиб калган чиқишига сабаб бўлиши мумкин.

Жаррохлик йўли билан даволашнинг ҳамма холларида фрагментлар орасидага интерпозицияни бартараф этиш, уларни билакда 90-110° гача фиксация қилиш ва елканинг уч бошли мушагининг пайдан чўзилишини тиклаш керак

Агарда остеосинтез пишиква баркарор бўлса, масалан саккизсимон илмокди кегай билан фиксация кдгсинганда жаррохлик амалиётидан кейинги даврда гипсли боғламни қуймаслик ҳам мумкин. қолган Холларда жаррохлик амалиёти тўғри бурчак остида буқилган билакни гипсли боғлам билан иммобилизациялаш билан тугалланади. Жаррохлик амалиётидан кейинги 1-кунда ЛФК ўтказилади. 4-6 х.афталар мобайнида бўлаклар консолидацияси юз беради.

ТОЖСИМОН ЎСИКНИНГ СИНИШИ

Тирсак суяги тожсимон ўсигининг синиши камдан-кам учрайди ва ҳамма билак синишларининг тахминан 1% ини ташкил қилади. У буқилган тирсак бўғимига йиқилганда содир бўлади.

Т а ш х и с. Кўздан кечирилганда шиш, кейинрок эса тирсак бўғими олдинга юзасига крн қуйилганлиги аниқланади. Тирсак чукур-часи контурлари текислашган. Қаттиқ оғрикдар сабабли билакнинг максимал буқилиши чегараланган, пронация ва супинациялар бузил-маган. Тожсимон ўсиксохаси (тирсак чукурчасининг иккинчи ярми) пайпасланганда маҳаллий оғриқ сезилади. Узил-кесил ташхис қўйиш учун ён томонлама ва кийшик (3/4) проекцияларда рентгенография қилиш шарт.

Даволаш. Бўлаклари сурилмаган тожсимон ўсик синишини консерватив даволанади. Тирсак бўғимида буқилган қўлга 90-100° бурчак остида елка суягининг учдан бир юқори кисмидан то кафтнинг-бармоқ. бўғимларигача гипсли боғлам қўйилади. Билакка супинация билан пронация ўртасидаги ўртача холат берилади. 3-4 хафта мобайнида иммобилизация қилинади. Мех.натга лаёкатлилик 4-5 хафта ўтгач тикланади.

Тожсимон ўсик бўлаклари кўп сурилган лолларда жаррохлик усули қўлланилади: очикқ репозиция ва ўсикни фиксация қилинади. Мех.нат крбилияти 4-5 хафтадан кейин тикланади.

БИЛАК СУ ЯТИ БОШЧАСИ ВА БЎЙНИНИНГ СИНИШИ

Билак суяги бошчаси ва бўйнининг синиши билвосита травма оқибатида ёзилган қўл билан йиқилганда пайдо бўлади. Бунинг натижасида билак суягининг бошчаси елканинг бошсимон дўнгига кат га куч билан урилади.

Ташхис. Тирсак чукурчаси кўздан кечирилганда елка-билак бирикмаси проекцияси устида яққолрок кўринадиган шиш аниқланади. Пайпаслаб кўришда ҳаракат пайтида кучаядиган маҳаллий оғриқ, бўлади. Актив ҳаракатлар чекланган ва оғриқли (қўлни ёзиш кескин чегараланган, билакнинг ташқарига ротацияси каттиқ окрик билан ўтади). Билак суягининг бошчаси пронация ва супинацияда катнашмайди. Шу суяк ўки бўйлаб оғирлик тушиши оғриқ. беради. Икки проекциядаги рештенофафия ташхисни аниқлаштиришга ёрдам беради.

Даволаш. Билак суягининг бошчаси ва бўйнининг сурилмаган ёки оз-моз сурилган ва бошчаси 20°га орган синишларида тирсак бўғимида 90-100° бурчак остида буқилган қўлга кафт-бармоқ. бирикма-ларидан елканинг ўртасигача гипсли боғлам қўйилади. Бунда билакка супинация билан пронация орасидаги ўртача холат берилади. Мехнат крбилияти 7-8 хафта ўтгач тикланади.

Бўйнининг сурилиб ва бошчасининг 20°дан кўпга орган синишларида бир момента қўл репозиция қилинади. Бўлаклар репозицияси яхши натижа бермаса, жаррохлик усули қўлланилади: билак суяги бошчасини очикқойига тушурилади ва кегай ёки суяк штифти билан

трансартикуляр фиксация қилинади. Агар билак суяга бошчаси жойига тушмаса, уни олиб ташланади. Бошча, шунингдек майдаланган синишда ва унинг бўғим қисмидан 1/3 улуши сурилган бошча синишида ҳам олиб ташланади. Жаррохлик усулидан сўнг билакнинг пронация билан супинация орасидаги ўрта ҳолати тирсак бўғими 90°гача букилиб, 10-15 кунга гипсли боғлам қўйилади. Сўнгра бўғимда аста-секин ҳаракатлар филина бошланади. 1,5-2 ой ўтгач тикланади.

ТИРСАК СУЯГИНИНГ ЧЕКЛАНГАН СИНИШИ

Тирсак суяги диафизининг синишлари, кўпинча, бевосита шикаст таъсиридан рўй беради. Тирсак суякнинг чегараланган синишида суяк бўлаклари аксарият энига сурилиши мумкин. Шикастланмаган билак суягининг шинага ўхшаш крбилияти туфайли синган тирсак бўлакларининггузунасига сурилиши кузатилмайди.

Тирсак суягининг чегараланган синиши ҳар қандай сатҳида, лекин кўпроқ унинг дистал бўлимида рўй бериши мумкин.

Т а ш х и с. Синган жой кўздан кечирилганда деформация ва юмшоқ тўқдшаларнинг шишганлиги аниқланади. Тирсак суяги пайпаслаб кўрилганда синган жойда маҳаллий оғриқ., тирсак суяги четида узлуксизликнинг бузилиши, бўлаklarнинг нормал бўлмаган ҳаракати аниқланади. Билак суякларини яқинлаштирадиган юк (ён томонлардан босилиши) синган жойда оғриқ кучайишига олиб келади. Тирсак бўғимидаги букиш ва ёзиш актив ҳаракатлари, билак пронацияси ва супинацияси кичикроқ ҳажмда сақланиши мумкин. Икки проекциядаги билак-кафт ва тирсак бўшмларини камраб олган рентгенограммалар клиник таъхисни, синиш ва бўлаklarнинг сурилиш характерини аниқлашга имкон беради.

Д а в о л а ш. Тирсак суяги диафизининг бўлаklarининг сурилган ёки сурилмаган ҳақда суяк диаметрининг купи билан ярмигача чегараланган синишида бармоқлар асосидан елканнинг учдан бир юқори қисмига гипсли боғлам қўйилади. Тирсак бўғимида 90°гача буқилган билак пронация билан супинация орасида ўрта ҳолатда фиксация қилинади. 12-14 ҳафта мобайнида иммобилизация қилинади.

Тирсак суяги диафизининг бурчак остида олдинга ва ичкарига (билак суяги томон) бўлаklar сурилган синиши бўлса, кунт билан репозиция қилиш зарур. Бўлаklar сурилишини кўл репозиция орқали тўғрилаш мумкин, бироқ шу мақсадда дистракция аппаратидан фойдаланган яхши. Репозициядан кейин кафт-бармоқ бўғимларидан то елканнинг учдан бир юқори қисмигача гипсли боғлам қўйилади. Иммобилизация 12-14 ҳафта давом этади. Меҳнат қобилияти 16-18 ҳафта ўтгач тикланади.

БИЛАК СУЯГИ ДИАФИЗИНИНГ ЧЕКЛАНГАН СИНИШИ

Билак суяги диафизининг чекланган синиши, одатда, бевосита шикаст таъсири остида пайдо бўлади. Синиш чизиш аксарият кўндаланг жойлашади. Билак суяги ҳар қандай сатҳидан синиши мумкин, бироқ энг кўп — билакнинг пастки ва ўрта чегарасида, билак учдан бир қисмининг ўрта ва юқори қисмида жойлашган бўлади.

Т а ш х и с. Билак суяги тирсак суягидан ичкарида жойлашган, шунинг учун тирсак суяги бутун бўлганда билак суягининг чекланган синишини кўпинча аниқлаш қийин. Синган жой кўздан кечирилганда бўлаklarнинг сурилиши ва юмшоқ тўқималар шиши туфайли деформация кўринади. Билак суяги пайпасланганда синган соҳада босилганда кучаядиган маҳаллий оғриқ. аниқланади. Билак ўқи бўйлаб оғирлик синган соҳада оғрийди. Билак суякларига тушадиган яқинлаштирувчи юк ҳам синган жойда оғриқнинг кучайишига олиб келади. Билак суяги диафизининг синиши учун билакнинг актив пронацион ва супинацион ҳаракатларининг йўқлиги ҳос. Билакнинг пассив ротацион ҳаракатлари кескин оғриқли. Билак суяги бошчаси бунда ҳаракатсиз қолиши мумкин. Таъхисни аниқлаш учун тирсак ва билак-кафт бўғимларини камраб олган икки проекцияли рентгенография қилиш зарур.

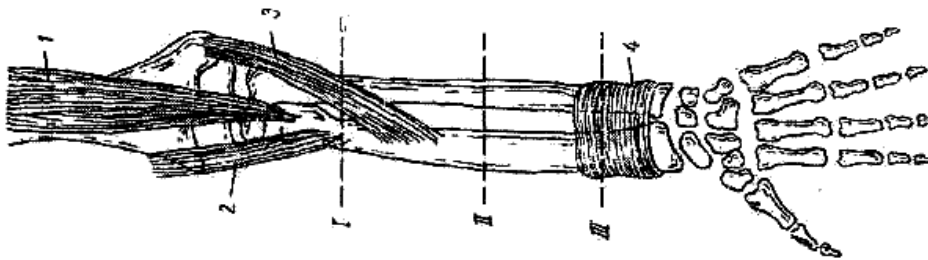
Д а в о л а ш. Билак суяги диафизининг учдан бир юқори ва ўрта қисмидаги бўлаklar сурилмаган чекланган синишларини бармоқлар асосидан то елканнинг учдан бир юқори

қисмигача гипели бокламда даволанади. Тирсак бўғимида 90°гача буқилган билак супинация ҳолатида фиксация қилинади. Билак суяги диафизи учдан бир пастки қисмида синганда гипели боғламни елканинг учдан бир пастки қисмигача қўйилади. Билак бунда пронация ва супинация ўртасидаги ўрта ҳолатда фиксация қилинади. Иммобилизация 8-10 х.афта мобайнида ўтказилади. Мех.нат крбилияти Ю-Пх.афтаўтгачтикланади.

Билак суяги диафизи бўлаклари сурилиб синган ҳолларда уларни репозиция қилиш зарур. Билак суяги диафизи думалок пронатор ёпишган жойдан юқорида жойлашадиган синишда сурилган бўлаклар билакда тўлиқ супинация бўлганда ва у ўз ўки атрофида тракция қилинганда ўз жойига тушади. Синиш думалок пронатор ёпишган жойдан пастда бўлганда репозиция билакнинг ҳолати пронация билан супинация ўртасидаги ўрта ҳолатда репозиция ўтказилиши керак. Билак суяги диафизи бўлаклари сурилган учдан бир пастки қисми синишларида репозицияни билакнинг гўлик супинацияси, абдукцияси, экстензияси ва 1 бармоқдан каттиқ тортиш билан ўтказилади. Бунда жаррох. деформация соҳасини босиб, сурилишни бартараф қилишга имкон беради. Сўнгра, чўзиш ва билак ротацияси сақланган ҳолда елгага ва билакка унинг супинациясини сақлаган ҳолда гипели боғлам қўйилади. Суяклар орасидаги жойга, гипели боғлам тагига бўлаклар сатҳига қаттиқ пахта- докадан тайёрланган лелотлар қўйилади. Иммобилизацияни 10-12 ҳафта давом этгирилади. Мехнат крбилияти 12-14 ҳафта ўтгач тикланади.

Бўлакларнинг репозицияси натижа бермаса, улар иккиламчи сурилса, бу жаррохлик усулини ўтказишга кўрсат-ма ҳисобланади: металл пластина билан экстремедулляр остеосинтез ёки металл стержен ёки кегайлар билан интрамедулляр остеосинтез қилинади. Билак суягининг учдан бир пастки қисми чекланган синганда очиқ репозициядан кейин унинг бўлаклари яхши ушланиб туради ва баъзан жаррохлик фиксациясини талаб қилмайди. Жаррохлик усули гапсли борлам қўйиш билан яқунланади.

БИЛАК ИККАЛА СУЯГИНИНГ СИНИШИ



128-расм. Билак суягининг синишида бўлакларнинг силжишига олиб келувчи билак мушаклари.

1 — елканинг икки бошли мушаги; 2 — қисқа супинатор; 3 — юмшоқ пронатор;

4 — тўртбурчак пронатор; билак суягининг синиш даражаси:

I — юқори учдан бир қисмида; II — ўрта учдан бир қисмида; III - пастки учдан бир қисмида.

Билак суякларининг диафизар синишлари ҳамма кул суякларининг синишларининг 53% ини ташкил қилади, шикастнинг тўғридан-тўғри ва билвосита механизмида рўй бериши мумкин. Бошқа жойлардаги синишлардан фарқли равишда билак иккала суягининг диафизар синишлари учун суяклараро мембрананинг тортилиши хисо-бига билак ва тирсак суякларининг яқинлашиши хос. Худди шундай сурилиш ва уни бартараф қилишнинг кийинлиги даволаш усулини танлашда катта аҳамиятга эга (128-расм).

Ташхис. Бемор қўлини авайлайдиган ҳолатда тутати: шикастланган қўл танага соғлом қўл билан фиксацияланган. Деформация даражаси бўлакларнинг характери ва қандай сурилганлигига боғлиқ. Бўлаклар сурилганда шикастланган билак соғлом билакдан кискароқ бўлади. Пайпаслаб қўрилганда бутун билак бўйлаб оғриқ.аникланиб, синган жойда кескин кучаяди. Оррик ўк бўйича оғирлик тушганда ва билак синишдан узоқда қисилганда пайдо

бўлади, синган жойда бўлақлар ҳаракати кайд этилади, уларнинг крепитацияси ҳам бўлиши мумкин. Билак функцияси кескин бузилган.

Ташхисни ва бўлақларнинг сурилиш характерный аниқлаш учун билак ва тирсак бўғимларини қамраб олиб, икки проекцияда рентгенограмма қилиш керак

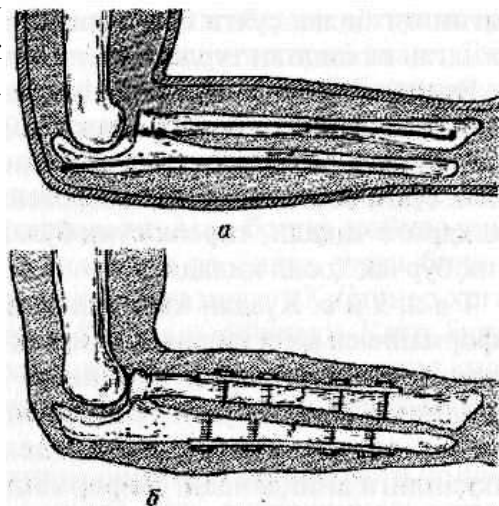
Д а в о л а ш. Иккала суяк бўлақлари сурилмай синганда кафт суяқлари бошчаларидан то билакнинг тирсак бўшмида тўғри бурчакка кадар буқилган елканинг ўртасигача лонгет-айланма гипсли боғлам қўйилади. Унга супинация ва пронация ўртасидаги ўртача ҳолат берилади; кафтга $25-35^\circ$ бурчак остида буқилган ҳолат берилади. 2-3 кундан бошлаб елка бўғимида бармоқлар билан актив ҳаракатлар қилинади. Иммобилизация муддати 8-10 ҳафта, шундан сўнг тирсак бўғимида оз-оз ҳаракатлар қилиш ва физиотерапевтик муолажалар қилинади. Меҳнат қрибияти 10-12 ҳафтадан кейин тикланади.

Билак суяқларининг бўлақлари сурилган диафизар синишларини даволашда репозиция, бундан ташқари бўлақларни узоқ вақт тўғри ҳолатда сақлаб туриш аксарият катта қийинчиликлар тугдиради. Бир моментли репозицияни қўл билан ёки дистракцион аппарат ёрдамида бажарилади.

Синиш сатҳига кўра қўлга муайян ҳолатни бериш умумий қабул қилинган қоида ҳисобланади: учдан бир юқори қисми синганда (думалок пронатор бириккан жойдан юқори) билакни максимал супинация ҳолатида ушланади (бундай ҳолат билак суяги бўлақларини яқинлаштиради). Учдан бир ўрта қисми синганда билакнинг дистал бўлими ва панжа ярим пронация ҳолатига қўйилади, учдан бир пастки қисми синганда тўғрилашни пронация ҳолатида дистал бўлим ва панжани ярим пронация ҳолатига ўтказилиб амалга оширилади. Гипсли боғлам қўйилгандан кейин контрол рентгенологик текшириш шарт. Иммобилизацияни 10-12 ҳафта давом эттирилади. Гипсли боғлам ечилгандан кейин физиотерапия ва ЛФК тайинланади. Меҳнат қрибияти 12-14 ҳафта ўтгач тикланади. Бирок билак диафизар синишларини кўп ҳолларида сурилишнинг ҳамма турларини бартараф қилишга ва билак ҳамда тирсак суяқлари бўлақларининг яқинлашишига боғлиқ. иккиламчи бурчакли сурилишнинг олдини олишга эришиб бўлмайди.

Билак иккала суяқларининг диафизар синишларини жаррохлик йўли билан даволашга юмшоқ тўқхималарнинг суяк орасига кириб қолиши, бўлақларнинг суяк диаметрининг ярмидан кўпига сурилиши, бурчакларнинг иккиламчи ва бурчакли сурилиши кўрсатма ҳисобланади. Билак суяқлари бўлақларининг фиксациясига пластиналар, сим чоклар, шуруплар, металл стержен ёки винтлар билан суяк устида, суяқлараро ёки суяк ичида остеосинтез қилиш воситасида эришиш мумкин (129-расм). Тирсак суягининг интрамедулляр остеосинтезини стержен билан, билак суягининг экстрамедулляр остеосинтезни компрессия қиладиган пластина билан бирга қўлланиши анатомик жиҳатдан асосланган.

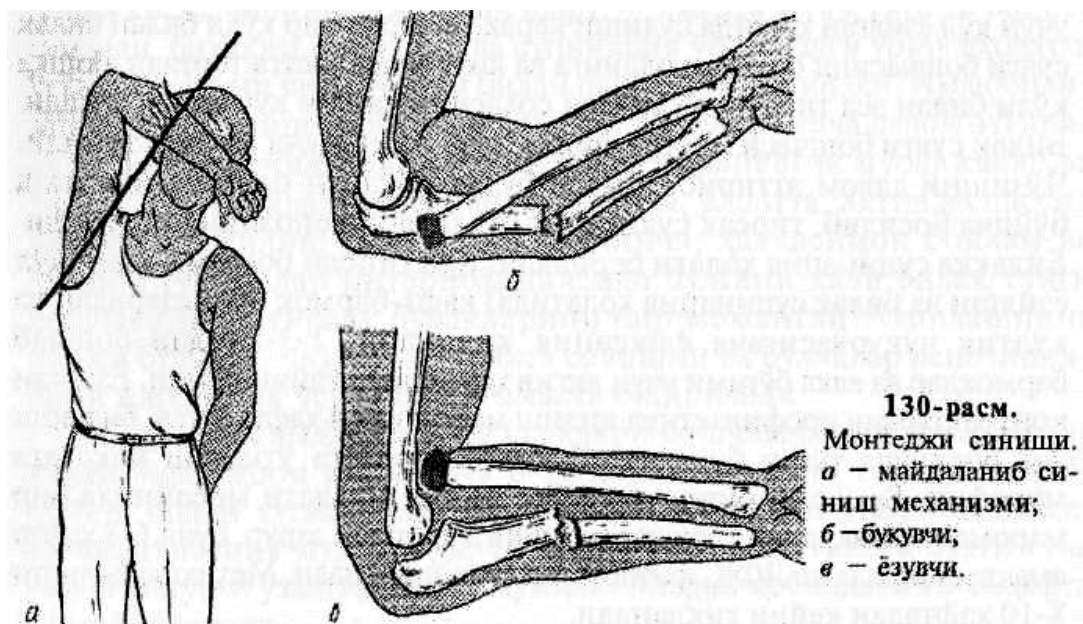
Билак суяқлари остеосинтезини жароҳлик усулида бажаришдан сўнг 90° бурчак остида тирсак бўғимида буқилган қўлга кафт-бармоқ, бирик-маларидан то елканинг учдан бир юқори қисмигача гипсли боғлам қўйилади. Иммобилизация 10-12 ҳафта давом этирилади. Консолидация секин кечиши сабабли бу муддат узайтирилиши мумкин. 4-6 Ҳафта ўтгач, тирсак бўғимидан гипсли борламни ечиб, унда ҳаракатлар қилишга шароит яратиш мумкин. ЛФК чегараланган бўлиши керак Меҳнат қрибияти 14-18 ҳафтадан кейин тикланади.



129-расм. Билак суяги остеосинтези.
а — стерженлар билан; б — пластиналар

**ТИРСАК СУЯГТТГ БИЛАК СУЯК БОШЧАСИНИНГ
ЧИҚИШИ БИЛАН СИНИШИ**

Қўлга таяниб ерга йиқилганда, йиқилаётганда билак билан каттик нарсага урилганда, 90° бурчак остида буқилган билак билан олдинга ва юқорига кўтарилган таёк зарбини кайтарганда унинг учдан бир ўрта ва юқори қисми чегарасида ёки юқори учдан бир қисмида тирсак суяги билак суяги бошчасининг чиқиши билан бирга синади. Тирсак



суягининг билак суяги бошчасининг чиқиши билан бирга синиши буқилган ва ёзилган турларга бўлинади (130-расм).

Буқилган ҳолатда синишда билак суяги бошчаси олдинга, тирсак суяги бўлаклари эса орқага силжийди. Олдинги томонга очикбурчак ҳосил бўлади. Монтеджи буқилган синиши кўп учрайди. Ёзилган турда билак суяги бошчаси халкасимон бойлам узилгандан кейин орқага ва ташқарига чикдди, тирсак суяк бўлаклари олдинга сурилиб, орқага очик бурчак ҳосил қилади.

Т а ш х и с. Кўздан кечирилганда кулнинг шу шикаст учун хос деформацияси қайд қилинади: тирсак суяги томонидан чуқурча, билак суяги томонидан шиш кўринади. Билак қисқарган. Пайпаслаб кўрилганда тирсак суяги текислигининг бузилганлиги ва бўлақларининг сурилганлиги, шунингдек билак суяги бошчасининг чикканлиги аниқланади. Деформация бўлган жойларда пайпаслаш маҳаллий оғриққа ва босилганда оғриқнинг кучайишига сабаб бўлади. Актив ҳаракатлар қилиб бўлмайди. Пассив буқилганда окрик ва пружинасимон қаршилик сезилади. Неврологик текшириш билак нерви ёки унинг тармоқлари шикастланганини ўз вақтида аниқлашга имкон беради. Билакнинг икки проекцияда билак ва тирсак бўримларини, албатта, қамраб олган рентгенографияси шикастланиш характери ва бўлақларнинг сурилиш даражасини аниқлаштиради.

Д а в о л а ш. Монтеджи синишининг буқилган турида тирсак суяги бўлақларини анча яхши репозиция қилишга муваффақ бўлинади. Репозицияни суяк ичи оркали, ўтказувчи ёки умумий оғриқсизлантириш остида ўтказилади. Бўлақларни жаррох; иккита ёрдамчиси билан бирга жойига салади. Бемор столга ётқизилади. Ёрдамчилардан бири бармоқлардан тортади, елкадан эса карама-қарши томонга тортади. Тирсак суяги бўлақларини аниқ, репозиция қилиш учун қўл ёзилган ҳолатда бўлиши керак Жаррох. бир қўли билан билак суяги бошчасини орқадан олдинга ва юқоридан пастга тортади, бошқа кули билан эса тирсак чуқурчаси соҳасини қарши куч билан босади. Билак суяги бошчаси одатда «шик» этиб осонликча жойига тушади. Чўзишни давом эттириб, дистал бўлак орқадан олдинга йўналиш бўйича босилиб, тирсак суягининг бўлаклари репозиция қилинади. Билакка супинация ҳолати берилади. Қўл гипели боғлам билан (қўл ёзилган ва билак супинация ҳолатида) қафт-бармоқ. бўғимларидан то қўлтиқ чуқурчасигача фиксация қилинади. 2-3-кундан бошлаб бармоқлар ва елка бўғими учун актив ҳаракатлар тайинланади. Ёзилган контрактурани профилактика кдпиш мақсадида 4 х.афта ўтгач, билакни 2-3 босқичда тўқри бурчакка буқилган ҳолатга ўтказиш мақсадга мувофиқ.. Беморни бутун имобилизация муддати мобайнида бир маромда мушакларини қискартиришига ўргатиш зарур, буни 6-8 ҳафта амалга оширилади. ЛФК физиотерапия тайинланади. Мехнат қобилияти 8-10 ҳафтадан кейин тикланади.

Агар бир моментли репозиция яхши натижа бермаса, тирсак суяги бўлақларини тўғрилашга ва остеосинтез қилишга киришилади. Билак суяги бошчасини билакни тортиб туриб, бошчасини босиб консерватив йўл билан тўғрилашга уриниб кўрилади. Сўнгра тирсак суяги металло-остеосинтез қилинади. Агар билак суяги тирсак бўғмидаги ҳаракатларда ва билакнинг супинацион-пронацион ҳаракатларида чиқиб кетса, жаррохлик амалини шу ерда тўхтатилади. Агар бошча жойида ушлаб турилмаса, уни очик усулда тўғриланади ва билак суяги бошчаси ҳамда тирсак суяги орқали кўндаланг ўтказилган Киршнер кегайи билан фиксация қилинади. Кегай 3-4хафтага кўйилади. Катта ёшдаги одамларда билак суягининг эски чиқишларида уни резекция қилиш керак Гипсли боғлам 6-8 хафтага кўйилади. Мех.нат крбилияти 8-10 хдфтадан сўнг тикланади.

Монтеджи туридаги ёзиладиган синишда билак суяги бошчаси ва тирсак суяги бўлақларини қўлда ёки дистракцион аппарат ёрдамида тўғрилаш мумкин. Супинация ҳолатидаги билак тирсак бўғмида 90°гача буқилган. Ёрдамчилар бармоқларни пастга тортадилар ва елкадан қарши томонга ҳаракат қиладилар. Репози-цияни билак суягини олдиндан орқага I бармоқ. билан босиб, унинг бошчасини тўғрилашдан бошлайдилар. Жаррох. тирсак суяги проксимал бўлагининг дистал учига худди шу йўналишда таъсир кўрсатади. Репозициядан кейин қўлнинг кафт-бармоқ.бўғимларидан то елканинг учдан бир юқори қисмигача гипсли боғлам куйилиб, гипс кртгунча билакнинг супинация ҳолатидаги оғирлик сақланиб турилади. Гипс куриётган пайтда билак суяги бошчасини яна бир босиб кўрилади. 2-3-кундан бошлаб, бармоқларда ва елка бўғмида актив ҳаракатлар қилиш тайинланади. Бемор иммобилизациянинг бутун муддати мобайнида билак мушакларини бир маромда ритм билан қисқаришини бажариши шарт. 4-5 хафта ўтгач, гипсли боғлам ечилади, билакни пронация ва супинация ўртасидаги ўртача ҳолатга ўтказилади, уни янги боғлам билан фиксация қилинади. Иммобили-зацияни репозиция пайтидан бошлаб, 8-12 хафтагача давом эттири-лади. Боғлам ечилгандан кейин физиотерапевтик муолажалар ва тирсак ҳамда билак-тирсак бўғимларида, албатта, актив ва пассив ҳаракатлар қилиш буюрилади. Кўпинча, х.алкасимон бойлам ва юмшоқ тўқималар интерпозициясида бўлгани каби билак суяги бошчасини ва тирсак бўлақларини бир моментли тўғрилашнинг иложи бўлмаса, чиқишни жойига солишни ва бўлақлар репозиция-сини жаррохлик усули билан амалга оширилади.

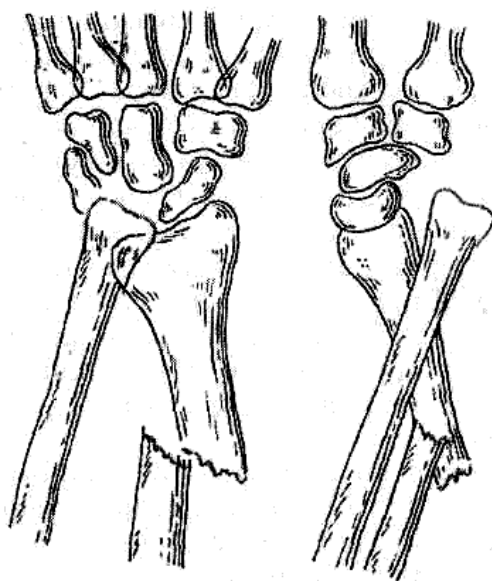
Жаррохлик амалини кафт суяклари бошчаларидан то елканинг учдан бир юқори қисмигача 8-10 хафта муддатга гипсли боғлам кўйиш билан тугалланади. Консолидация секин ўтадиган бўлса, иммобилизация муддати 12-14 хафтагача, яъни тирсак суяги тўла битиб кетгунча узайтирилиши мумкин. Мехнат крбилияти 12-16х.афта ўтгач тикланади.

БИЛАК СУЯГИНИНГ СИНИШИ БИЛАН ТИРСАК СУ ЯТИ БОШЧАСИНИНГ ЧИҚИШИ

Ёзилган қўлга таяниб йикмилишда (кўпрок билакка зарб тушганда) билак суяги диафизининг учдан бир пастки қисми синиши ва тирсак суягининг бошчаси чиқиши мумкин. Билак суяги энг нозик жойидан (кийшикжойидан) синади. Билак суяги бўлақлари олдинга, орқага очик бурчак ҳосил қилиб, тирсак суягининг бошчаси эса кафт ва кафт орқасига сурилади. Дистал бўлак юқорига сурилишдан ташқари, мушаклар қисқариши натижасида пронация ҳолатини эгаллайди (131-расм).

Та ш х и с. Кўздан кечирилганда билакнинг учдан бир пастки қисмида ва билак-кафт бўғимида шикастнинг мазкур турига хос деформация аниқланади. Билакнинг орқа сатхдпд чуқурлик кафт томонида эса билак суяги бўлақларининг бурчак ҳосил қилиб сурилиши билан боғлиқ. бўлган бўртма бўлади. Билак-кафт бўғимининг орқа- ёки кафт-тирсак юзасида тирсак суяги бошчасининг сурилиши ҳисобига бу соҳанинг кафт ёки кафт орқаси томонида тегишли чуқурлик билан бирга бўртиш ҳам кузатилади. Пайпаслаш шикаст соҳасидаги оғриқни, билак суяги ўкининг кийшайишини аниқлайди. Пайпаслаб кўрилганда билак-кафт

бўғимининг тирсак томонида қаттиқ суякнинг чиқиб колгани — тирсак суягининг бошчаси аниқланади. Билак ўкига оғирлик тушиши оғриққа сабаб бўлади. Тирсак суяги бошча соҳаси кўрилганда у осонгина жойига тушади ва босиш тўхтатилганда ёки билак ҳаракатларида қайта сурилади. Билакнй билак-кафт ва тирсак бўғимлари билан икки проекцияда



131-расм. Галеацци шикастланишида бўлақларнинг қўзғалиши (чизма).

рентгенография қилиш ташхисни ва бўлақларнинг сурилиш характери аниқлаб беради.

Д а в о л а ш. Бўлақлар репозицияси ва тирсак суягининг бошчасини тўғрилаш — бошчасининг чиқиб кетиши қайта-ланишга мойиллиги сабабли травматолог учун қийин вази-фа ҳисобланади. Репозициядан кейин кўлга бармоқларнинг асосларидан то елканинг учдан бир юқори қисмигача 8-10 х.афтага гипели боғлам қуйи-лади. Бўлақларни репозиция қилиш ва тирсак суяги бошчасини тўғрилашга уриниш муваффақиятсиз чикканда жаррохлик усулини қўллаш керак. Жаррохлик усулининг мақсади билак суягининг очик репозиция ва остеосинтез қилишдан, шунинг-дек тирсак бўғими бошчасини очикжойига солиш ва тўғриланган ҳолатда саклаб туришдан иборат. Жаррохлик усули бармоқлар асосидан то елканинг учдан бир юқори қисмигача 8-10 х.афтага гипели боғлам қўйиш билан тугалланади. Меҳнат қрибияти 12-14 х.афтадан кейин тикланади.

БИЛАК СУЯГИНИНГ ТИПИК

ЖОЙДАН СИНИШИ

Қўл суяқларининг энг кўп учрайдиган синишларидан бири билак суягининг дистал метафизи — типик жойидан синиши бўлиб, ҳамма синишларнинг тахминан 15-20%ини ташкил қилади. Билак суягининг типик жойидан синиши ёши кайтган аёлларда эркакларга нисбатан 2-3 марта кўпрок рўй беради. Бу синиш йил фаслига боғлиқ; киш, пайтларида, айниқса, яхма-лақда билак суягининг типик жойидан синишлари миқдори кескин ошади.

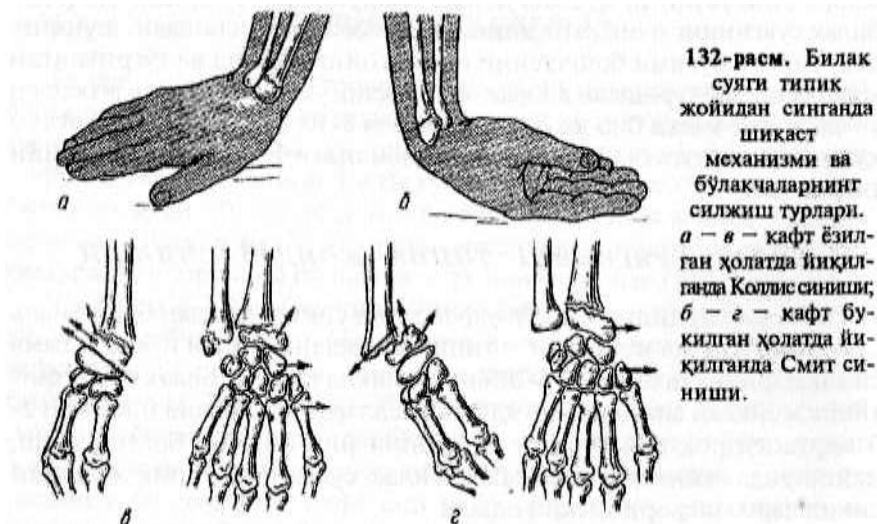
Билак суягининг типик жойидан синиши деганда — бўғим юзасидан н 2-3 см юқоридан синиш тушунилади. Синиш чизиги кўндаланг ёки кийшик кўндаланг йўналишда ўтади. Катта ёшдаги шахсларда билак суяги дистал қисмининг кўп майдаланиб кетган (парчаланган) синиши кузатилади. Пастки эпифиздаги синиш кўпрок панжанинг кафт орқасига ёки кафтга буқилган ҳолатида узатилган қўл билан йиқилганда рўй беради. Агар бемор кафт орқасига буқилган қўли билан йиқилганда дистал бўлақ кафт орқаси ва билак томонга сурилади ва озгина супинация ҳолати бўлади, марказий бўлақ эса кафт-тирсак томонга сурилади (экстензион Коллис синиши).

Коллис синишига карама-қарши ўларок» кафтнинг буқилган ҳолатидаги кул билан йиқилганда дистал метаэпифизнинг флексион синиши содир бўлади (Смит синиши). Бунда дистал бўлақ бир оз пронацияда ва кафт томонга сурилган, вахрланки марказий бўлақ — супинация ҳолатида ва қисман орқа томонга сурилган бўлади (132-расм).

Т а ш х и с. Ташки томондан кўздан кечирилганда билак суягининг типик жойидан бўлақлари сурилган синишларда вилкасимон ёки найзасимон деформация аниқланади. Коллис синишида билакнинг орқа юзасида дистал бўлакни, кафт юзасида эса проксимал бўлакни пайпаслаб кўриш мумкин. Панжа дистал бўлақ билан бирга билак томонга сурилган. Смит синишида, аксинча, дистал бўлақ билакнинг кафт юзасида, проксимал бўлақ эса кафт орқаси юзасида пай-пасланади.

Билак суяги унинг орқа ёки кафт томонидан ва тирсак суягининг бигизсимон ўсига пайпасланганда синган жойда қаттиқ оғриқ бўлади. Укига тушадиган оғирлик синган жойда

оғрикни кучайтиради. Билак-кафт бўғимидаги ҳаракат кескин чекланган ва оғриқли бўлади.



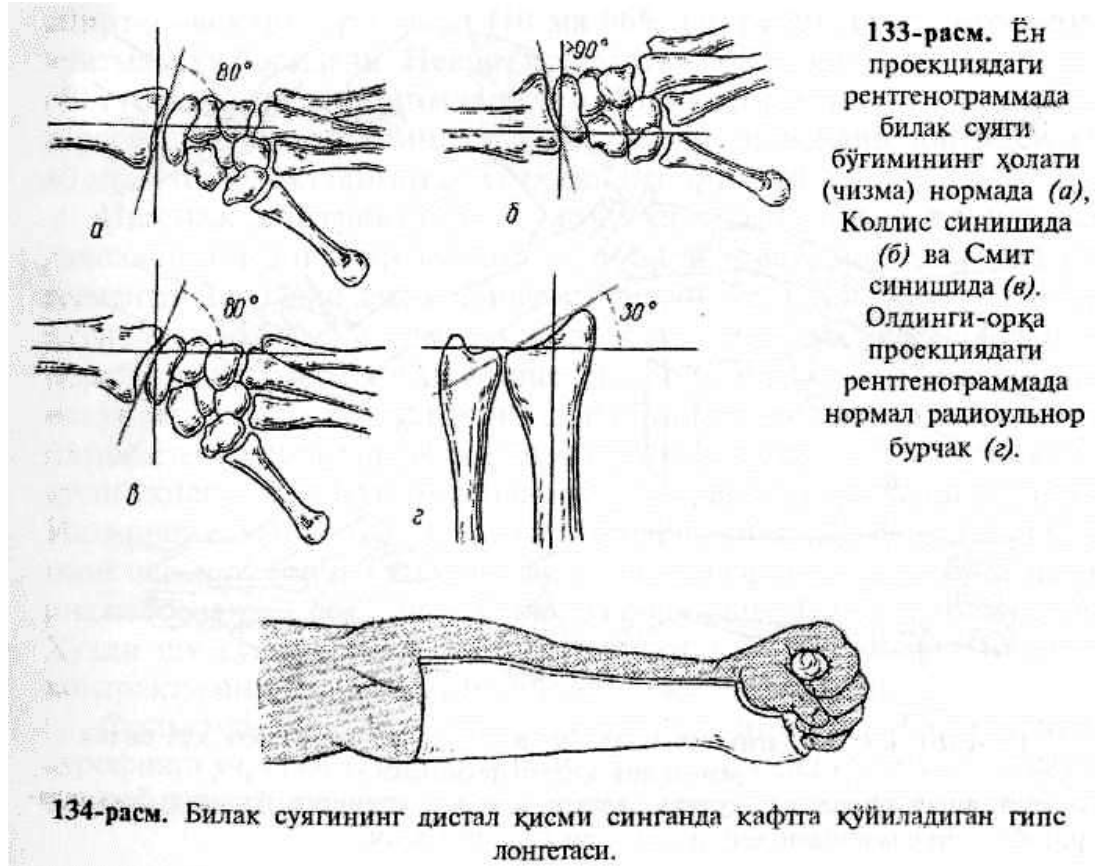
132-расм. Билак суяги типик жойидан синганда шикаст механизми ва бўлакчаларнинг силжиш турлари. *а – в* – кафт ёзилган ҳолатда йиқилганда Коллис синиши; *б – г* – кафт букилган ҳолатда йиқилганда Смит синиши.

Бўлақлар ўртасидаги ҳаракатчанлик ва суяк крепитациясини текшириш шарт эмас. Билак суяги типик жойидан синганда сурилган бўлақлардан баъзан ўрта нерв, шунингдек ўрта билак нервларининг суяқлар орасидаги тармоклари шикастланади (Турнер неврити), бу кескин оғриқлар, парестезия ва анестезия зоналари пайдо бўлиши билан юзага чиқади, кейинчалик «панжанинг қаттиқ шиши», панжа суяқларининг догсимон остеопорози ва бошқалар кузатилади. IV бармоқдарақатлари чекланган, панжа орқасидаги тери ялтиради. Билак суягининг типик жойидан синганини аниқлашда икки проекциядаги рентгенограммаларнинг аҳамияти катта. Баъзан 3/4 проекциядаги учинчи сурат зарур (синиш ва парчалар бор-йўқлиги аниқланади, дистал бўлакнинг сурилишига баҳо берилади). Рентгенограмма да ён проекцияда сурилишга баҳо бериш учун билак суяги ўқини марказий бўлак бўйича, билак-кафт бўғими сатҳида эса билак суяги ўқига перпендикуляр чизикни ва уни бўғим юзаси четлари билан туташтирадиган чизикни ўтказилади. Нормада билак суягининг бўғим юзаси четларини туташтирадиган чизик унинг ўқи орқали ўтказилган перпендикуляр билан мое келиши ёки перпендикулярдан кафт томонга 10° га огиши мумкин, яъни ўк ва билак суягининг бўғим юзаси четларини туташтирадиган чизик ўртасидаги $80-90^\circ$ ни ташкил этиши керак (133-расм, *а*). Агарда бу бурчак 90° дан кўп бўлса, дистал бўлак ташки томонга сурилган -Коллис синиши (133-расм, *б*). 80° дан кам бўлса, дистал бўлакнинг кафтга сурилганлигини билдиради — Смит синиши (133-расм, *в*). Дистал бўлакнинг бурчак ҳосил қилиб сурилишини бартараф этмаслик Коллис синишида суякнинг ички кафт томонида буқилишни ва Смит синишида кафт орқасида буқилишини чегаралаб қўяди.

Рентгенограммада олдинги-орқа проекцияда аниқланадиган бўлақларнинг сурилиши функция бузилишлари учун унчалик аҳамиятга эга эмас. Тирсак суяги бошчасининг бўғим фасеткаси билак суягининг бўғим юзасидан 0,5-1 см га юқорида (роксимал) жойлашган. Билак суягининг бўғим юзаси билан олдинги-орқа рентгенограммада диафиз ўқига перпендикуляр ўртасидаги нормал бурчак радиоульнар бурчак — 30° ни ташкил этади (133-расм, *г*). Тирсак суяги бошчасининг дистал йўналишида сурилиши ва радиоульнар бурчакнинг ўзгариши (репозиция бўлмаганда) тирсакда қўлни ёзиш ва билакда ротацион ҳаракатлар қилишнинг чегараланишига олиб келади.

Д а в о л а ш. Билак суягининг бўлақлари сурилмаган типик жойидан синишида панжа ва билакнинг кафт ёки орқа томони бармоқларининг асосидан то билакнинг учдан бир юқори қисмигача гипс боғлам билан фиксация қилиш кифоя. Билак пронация ва супинация орасидаги ўрта ҳолатда фиксация қилинган, панжа орқа-сига осон буқилган ҳолат берилган (134-расм). Олдин синган жойга 10-20 мл 1% новокаин эритмаси юборилади. Беморга биринчи кунлардан бошлаб бармоқларини актив ҳаракати

тайинланади. Иммобилизация 3-4 ҳафта давом этади, шундан сўнг ЛФК ва физиотерапевтик муолажалар буюрилиши керак Меҳнат қобиляти 5-6 ҳафтадан сўнг тикланади.



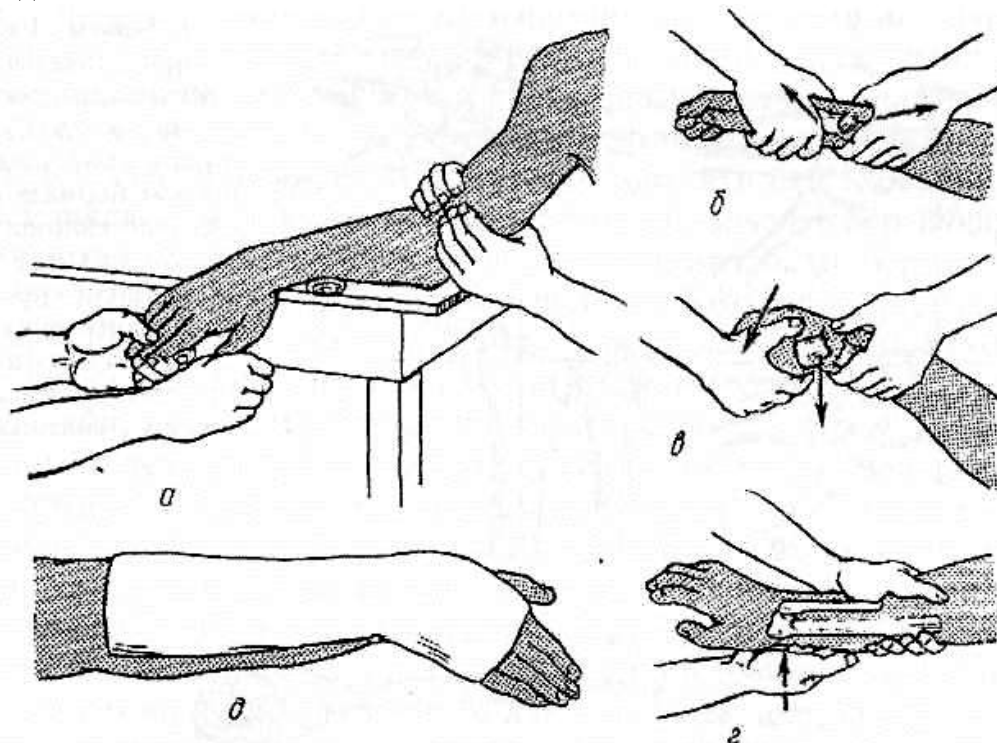
Агарда бўлақлар сурилган бўлса, синган жой маҳаллий анестезия қилиниб, қўлда ёки дистракцион аппаратда репозиция ўтказилади.

Коллис синишида билак суяги бўлақчаларини қўл репозиция қилиш техникаси (135-расм). Бемор стул суянчигига ён боши билан ўтиради, қўл елка бўғимидан узоқлаштирилиб ва тирсак бўғимида 90°гача буқилган, бемор дистал бўлак ва қафт стол четидан осилиб турадиган ҳолатда ётади. Ёрдамчи бир қўли билан 1 бармоқни, иккинчи қўли билан шикастланган томоннинг II, III ва IV бармоқларни ушлайди. Иккинчи ёрдамчи елкани ушлаб туради. Ёрдамчилар 3-5 минут мобайнида бўлақларни аста-секин чўзиб, шу тарифа билакнинг қисқа тортганини бартараф этадилар. Тўхтатмасдан чўзилаётганда жаррох. иккала бош бармоқлари билан силжиган дистал бўлакни босади. Айни вақтда, биринчи ёрдамчи қафтни ичкарига буқилган ҳолатига ва ульнар енгил пронация ҳолатига ўтказди. Репозициядан кейин бўлақлар бармоқдар билан фиксация қилинади, қафтга эса озгина орқага буқилган ва ульнар очиш л.олати берилади. Тортишни тўхтатмасдан бармоқдар асосларидан то билакнинг учдан бир юқори қисмигача 3-4 ҳафтага гипсли боғлам қўйилади.

Агарда гипсли боғ-ламда иккиламчи сурилиш рўй берса, бўлақлар репозицияси такрорланади ва панжа қафтда ўртача буқилган ҳолатда гипсли боғлам қўйилади. 2-3 ҳафтадан кейин боғлам ечилади, панжани қафтда ўртача буқилган ҳолатдан эҳтиётлик билан чиқарилади, билакни янга гипсли боғлам билан фиксация қилинади. Беморларда неврологик ва томир ёрилишларининг олдини олиш учун 12 соат ичида кузатиш керак Гипс боғламини синиш консолидацияси юз бергандан сўнг ечилади.

Смит синишида билак суяги бўлақчаларини қўлда репозиция қилиш техникаси. Беморнинг ҳолати, унинг ва ёрдамчиларнинг қўллари Коллис синишида бўлақларни репозиция қилиш вақтида таърифлангани қабидир. Билак ўшандай ўз ўки бўйлаб тортилади. Қафтга

тирсакни узоқлаштириш ҳолати бериледи. Билак суяги дистал бўлакка кафт йўналишида сурилган бўлса, унда кафт ташқарига буқилган ʼлатга ўтказилади. Айни вақтда, жарродбош бармоқлари билан дистал бўлакни босиб, уни ташқарига ва тирсак томонга итаради, бунда чўзиш тўхтатилмайди. Гипс боғламини бармоқлар асосларидан то билакнинг учидан бир говори қисмигача кафтнинг ўртача буқилган ҳолати қўйилади. Гипс куригандан сўнг букиш тўхгатилади. Биринчи кунлардан бошлаб бармоқларда ва тирсак бўғимида ҳаракатлар тайинланади. Қўл иммобилизацияси 4-6 ҳафта давом эттирилади. Меҳнат крбилияти 6-8 ҳафта ўтгач тикланади.



135-расм. Билак суягининг дистал метафизидан жароҳатланганда қўл билан репозиция қилиш техникаси.

а — синишни тўғрилашда қўлнинг ҳолати; *б, в, г* — синишни тўғрилаш босқичлари; *д* — тўғриландан кейин қўйилган гипсли боғлам.

Суяклар орасидаги билак ёки ўрта нервларнинг тармоқлари бошланишидан келиб чикадиган Турнер невритини профилактика қилиш учун бўлақларни иложи борича эртарок спирт-новокаин анестезияси остида репозиция қилиш зарур. Гематомага 30 мл гача спирт-новокаин эритмаси (10 мл 96% спирт 90 мл 1% новокаин эритмаси) юборилади. Неврит бошланган бўлса, витамин терапияси (В гурукидаги витаминлар), анаболик гормонлар, прозерин, тереокальцитонин тайинланади, суяк ичига новокаин эритмаси 30-40 минутга қўйиладиган жгут остига юборилади.

Ишемик контрактура. Қўл шикастланишлари ва уларни даволашнинг энг оғир асоратлардан бири ҳисобланади. Агарда қўл сегментининг тўлиқ давомли ишемияси унинг гангренага ўтиши билан якунланса, чала ёки кам давом этадиган ишемияси мушаклар ва нервларда дегенератив ўзгаришларга, мушак толаларининг қисман некрозига ва уларда чандиклар ҳосил бўлишига олиб келади. Бунинг натижасида мушаклар дистал сегмент бўғимларида контрактура ҳосил қилиб қисқаради. Кўпинча ишемик контрактура қўлларда учрайди. Ишемияга елканинг дўнгча устидаги ёзилган синишида елка артерияси-нинг шикастланиши ёки контузияси, томирларининг суяк бўлакчала-ридан босилиши ёки гипсли боғламда шишиши сабаб бўлиши мумкин. Худди шу сўнгги икки омил ва уларнинг бирга учраши ишемик контрактуранинг ривожланишига кўпроқ сабаб бўлади.

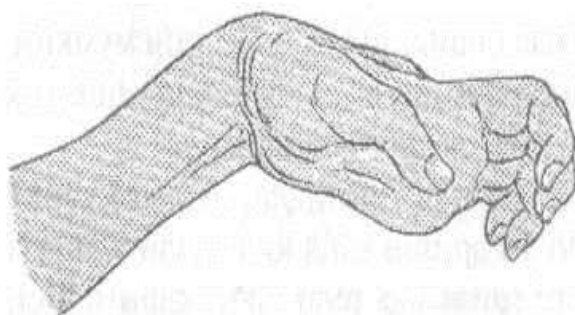
Фолькман ишемик контрактурасида, айникса, бармоқларда атрофияга учраган тери рангининг ўзгариши кайд қилинади. Одатда сезувчанлик йўқолади. Билак артериясида пульс аниқланмайди.

Бармоқдарни чуқур букувчи пайлардаги, контрактура, айникса яккрл юзага чикиб, бу кафт-бармоқ. бўғимининг энг кўп ёзилиши ва бармоқдараро бўғимларда ўзига хос буқирилиш контрактурасига боғлиқ. (136-расм). Бармоқдарни кафт томонга буқилганда деформация камаяди, ёзилганда эса, аксинча, кўпаяди.

Д а в о л а ш. Фолькман ишемик контрактурасида коррекция киладиган боғламлар, мушакларнинг ёпирилиш нукталарини ўзгартириш мумкин, мушакларни кўчириб ўтказиш, суякларни қисқартириш ва бўғимлар арфодезидан фойдаланилади. Терапия баъзан бир неча йиллар давом этади, шунинг учун суяк синишидан кейин дастлабки соатларда сегментда кон таъминоти бузилишларини аниқлаш, профилактика қилиш ва даволаш алоҳдаа аҳамият касб этади.

Эрта муддатларда оғриқ, қўлдаги пульс ва дистал сегмент рангининг ўзгариши энг муҳим симптомлардан ҳисобланади. Қул дистал бўлимидаги оғриқ. гипсли боғлам қўйилгандан кейин гўё босилиши керак эди, аксинча чидаш қийин бўлган даражагача кескин кучаяди. Периферик артерияларда пульс сусайган ёки кўпинча умуман аниқланмайди. Бармоқларда цианоз ва шиш ривожланади, қул дистал бўлими крнсизланиб, сезмайдиган бўлиб қолади. Панжа крнсизлангандан кейин, айникса, ўрта нерв иннервация киладиган соҳда парестезия ва анестезия пайдо бўлади. Сўнгра панжа бармоқлари контрактураси ривожланади. Бармоқдар актив ҳаракат кила олмайди. Мушак контрактурасининг пайдо бўлишини эрта симптом деб бўлмайди, чунки у мушак толаларида юз бериб бўлган ўзгаришлардан далолат беради.

Фолькман контрактурасининг профилактикаси кон таъминотини эрта тиклашдан иборат. Чунончи, агар елканинг дўнгча усти синишида билак артериясида пульс бўлмаса, зудлик билан синишни репозиция қилиш керак. Баъзан бу муолажа артериал кон оқими тикланишини таъминлайди. Агар кон таъминоти тикланмай крлса, елка чигалини новокаин билан блокада қилинади. Ташки босимни бартараф қилиш учун қўлни босиб турган гипсли боғлам киркилади, тирсак бўғимидаги буқирилиш тўмток бурчакка кадар камайтиради. Қўлни узокдаштирадиган қилиб қўйиш зарур. Ўтказилган тадбирлардан 1-1,5 соат ўтгач, билак артериясида пульс тикланмаса, жаррохлик усулини қўллаш керак. Томирларни декомпрессия қилиш мақсадида билакнинг чуқур фасциясини тирсак буқими чегарасида кенгқилиб кесилади. Артерия шикастланган сатҳда очилади ва босилишдан озод қилинади.



136-расм. Фолькман ишемик контрактураси.

Унга 2% новокаин эритмаси юборилади. Артерияга илик изотоник натрий хлорид эритмаси куйилади. Унинг бўшлиғига спазми йўқртиш учун папаверин ва новокаин эритмаси юборилади. Жаррохлик амалиёти вақтида артерия деворининг шикастланганлиги аниқланса, томирда операция ўтказилади.

Фолькман контрактурасининг гипсли боғламдан босилишини профилактика қилиш лонгетами ёки кирқилган гипс боғламлар қўйишдан иборат, чунки шикаст ва операциядан кейин қисқа вақт ичида боғлам остида юмшоқ тўқималар шиши бошланиши мумкин.

Гипсли боғлам қўйилган беморни доимо кузатиб бориш керак. Дистал сегментда кон айланишининг бузилиш симптомлари пайдо бўлиши билан боғламни узунасига киркиш ва унинг тўқималарга бўлган босимини камайтириш лозим.

Унга 2% новокаин эритмаси юборилади. Артерияга илик изотоник натрий хлорид эритмаси қуйилади. Унинг бўшлиғига спазмни йўқртиш учун папаверин ва новокаин эритмаси юборилади. Жаррохлик амалиёти вақтида артерия деворининг шикастланганлиги аниқланса, томирда операция ўтказилади.

Фолькман контрактурасининг гипсли боғламдан босилишини профилактика қилиш лонгетали ёки қирқилган гипс боғламлар қўйишдан иборат, чунки шикаст ва операциядан кейин қисқа вақт ичида боғлам остида юмшоқ тўқималар шиши бошланиши мумкин.

Гипсли боғлам қўйилган беморни доимо кузатиб бориш керак. Дистал сегментда кон айланишининг бузилиш симптомлари пайдо бўлиши билан боғламни узунасига киркиш ва унинг тўқималарга бўлган босимини камайтириш лозим.

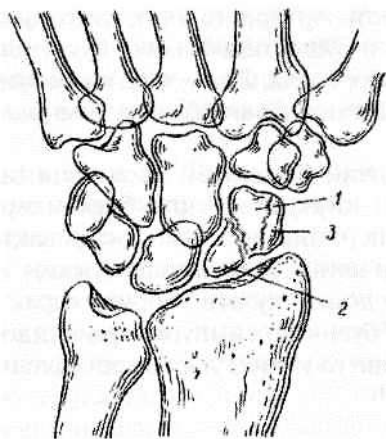
ҚЎЛ ПАНЖАСИ СУЯКЛАРИНИНГ СИНИШЛА-РИ ВА ЧИҚИШЛАРИ

Панжанинг ҳар қандай бўлими шикастланиши озми-кўпми даражада унинг функциясининг ўзгаришига олиб келади. Панжа суякларининг синишлари ҳамма суяк синишларининг 35% гача қисмини ташкил қилади.

КАФТ УСТИ СУЯКЛАРИНИНГ СИНИШИ

Бу шикастланишлар бойламларнинг чўзилиши сифатида диагностика қилинади. Ташхиснинг яхшиланиши кафт усти суякларининг синиш холлари сонини аниқлашнинг қўпайишига олиб келади. Адабиёт маълумотларига кура кафт усти суякларининг синиши панжа синишларининг 2,1% дан 5% гача бўлган қисмини ташкил қилади. Кўпроқ қайикримон суякнинг синиши, камроқяримойсимон ва бундан ҳам кам кафт усти бошқа суякларининг синиши учрайди.

Қайиксимон суякнинг синишлари. Бундай синишлар ёзилган Қўл панжаси билан йиқилиш натижасида, шунингдек кафт юзасига тўғридан-тўғри зарб тушганда пайдо бўлиши мумкин (137-расм). Дўмбоқчанинг битиб кетиши осонроқ, чунки суякнинг иккала бўлаги ҳам кон билан етарлича таъминланган бўлади.



137-расм. Қайиксимон суякнинг синиши.

1, 2 - қайиксимон суякнинг танаси сингандаги бўлақлар; 3 - дўмбоқча-си синиши.

Т а ш х и с. Кўпинча, кеч ташхис қўйилади, чунки кўпчилик беморлар шикастдан кейин дарх.ол шифокорга мурожаат қилмайдилар. Клиник кўриниши аста-секин ривожланади: биллак-кафт бўғими соҳасида II панжа суяги асосидан юқорирокда, айниқса, «анатомик табакерка» соҳасида шиш, биллак-кафт бўғимида, айниқса, кафт оркаси биллакдаги оғриклар туфайли актив ва пассив ҳаракатлар ҳажми чекланади. I ва II бармоқлар ўқи бўйлаб

оғриқ, кучли бўлади. Кдйик-симон суяк «анатомик табакерка» соҳасида бевосита босилганда кескин оғриқ. пайдо бўлади, бармоқдарни тўлиқ мушт қилиб бўлмайди. Столга I бармоқнинг кафт дўнглиги билан таянишда қайиксимон суяк соҳасида оғриқ. бўлади. Бўлақлар крепитациясини ва бўлақлар ўртасидаги ҳаракатни аниқлашга уринмаслик керак.

Учта: олдинги-орқа (тўғри), ёнлама ва кийшик (3/4) проекцияларда бажарилган рентгенограммаларни таҳлил қилиш узил-кесил ташхис қўйишга ёрдам беради.

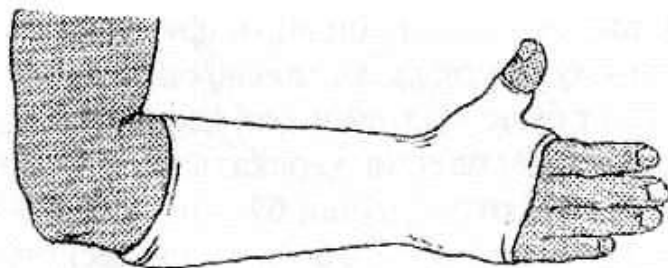
Бевосита шикаст рўй бергандан кейин яққол клиник кўринишда синишни рентгенологик усулда аниқлаб бўлмаса, 7-10 кун ўтгач, синиш зонасидаги резорбциясидан сўнгтекширишни такрорлаш керак

Даволаш. Кдйиксимон суякнинг кон таъминоти хусусиятлари унинг бўлақларининг битиб кетиши учун ноқулай шароитлар яратади. Қайиксимон суяк дўмбоқчаси шишини даволаш панжага 3-6 ҳафтага I бармоқнинг очилган ҳолатида "«гшсталетсимон» гипсли боғлам билан иммобилизация қилишдан иборат (138-расм).

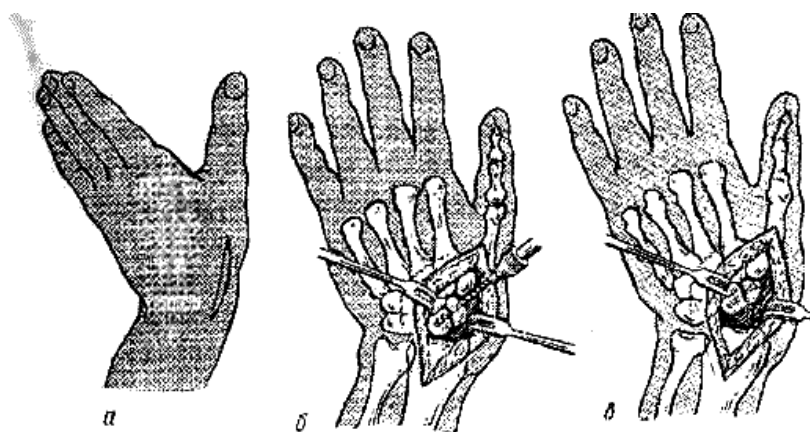
Қайиксимон суякнинг бўлақлари сурилиб, танаси ва учдан бир пастки қисми синишида оғриқ.сизлантирилгандан сўнг репозиция панжани елка орқасига тортиш ва қайиксимон суякни «анатомик табакерка» соҳасида босишдан иборат. Репозициядан сўнг бўлақлар бармоқларнинг асосидан то билакнинг учдан бир юқори қисмигача унинг бир оз ёзилган ($150-160^\circ$) ва билак томонга озрок узокдаш-тирилган ҳолатида лонгета-айланма «пистолетсимон» галс боғлами билан фиксация қилинади. Иммобилизацияни 10-12 ҳафта мобайнида ўтказилади.

Агар қайиксимон суяк бўлақлари битиб кетмаса, асептик некроз белгилари бўлгандаги каби жарроҳлик амалиёти ўтказилиши керак (139-расм).

Сўнгра ЛФК массаж, физиотерапевтик муолажалар тайинланади.



138-расм. Қайиксимон суяк синганда гипсли боғлам.



139-расм.
Қайиксимон суяк синганда жарроҳлик усули.
а — терини кесиш;
б — канални пармалаб очиш;
в — трансплантат киритиш.

Яримойсимон суяк синишлари. Кайиксимон суяк синишларидан бирмунча кам учрайди ва тирсак томонга ёзилган қўл билан йиқилганда содир бўлади. Кўпинча, синиш суяк чиқиши билан бирга учрайди. Кўндаланг, узунасига, парчаланган, шунингдек компрессион ва узилган (орқа ўсиши) синишлар фарқ қилинади.

Т а ш х и с. Билак-кафт бўғими ўртасининг орқа томонида чегараланган шиш аниқланади. Бармоқлар мушт қилиб туғилганда билак-кафт бўғимининг кафт юзасида билак суяги тепасидаги III бармоқ суяги сатхида чуқурча аниқланади. Панжа ҳаракатланганда, айникса, ёзилганда оғрийди. Яримойсимон суякни босганда оғрик, III ва IV бармоқлар ўки бўйлаб куч тушганда яримойсимон суяк соҳасида оғрик, аниқланади. Икки проекцияда бажарилган рентгенограммалар яримойсимон суякнинг қандай шикастланганини аниқлаш имконини беради.

Д а в о л а ш. Чеккасида синишлар ва бўлаклари сурилмаган синишлар қўлни лонгета-айланма гипсли боғлам билан кафт-бармоқ бўғимларидан то билакнинг учдан бир юқори қисмигача 6-10 ҳафта мобайнида иммобилизация қилиб даволанади. Бўлаклари сурилган синишларда уларни билак ўки бўйлаб давомли тракция қилиш (10-15 минут мобайнида) ёки Белер симли шинаси, Черкес-Зода рамкаси ёки Волков-Оганесян, Илизаров, Гудушаури компрессион-дистракцион аппаратларидан фойдаланиб, 5-6 ҳафта мобайнида суякдан тортиб бир моментли репозиция қилиш керак.

Сохта бўғимларда ва яримойсимон суякнинг асептик некрозида жаррохлик амалиёти бажарилиши керак. Яримойсимон суяк синишида (чиқишида) жаррохлик усули қуйидагилардан иборат бўлиши мумкин: шуруплар билан остеосинтез қилинган репозиция, Ашкенази методикаси бўйича бўлакларни қўшни суяклар билан артрорез қилиш.

Кафт устидаги бошқа суякларнинг комбинацияланган ва алохида синишлари бир мунча кам учрайди. Бундай ҳолларда бўлакларнинг сурилиши кузатилмайди. Бу шикастланишларни даволашда уч қиррали суяк синишларида панжа ва билакка 4-5 ҳафталик муддатгача гипсли борлам, кафт устининг нўхотсимон катга ва кичик бурчакли ва бошқа суяклар синишида 2,5-4 ҳафтагача боклам қўйилади. Биринчи кунлардан бошлаб бармоқлар учун ЛФК тайинланади. Мехнат қобилияти 4-8 ҳафта ўтгандан кейин тикланади.

КАФТ УСТИ СУЯКЛАРИНИНГ ЧИҚИШИ

Кафт усти суякларининг чикмиши ҳамма травматик чиқишларнинг тахминан 2%ни ташкил қилади. Яримойсимон суяк олдидаги (перилунар) чиқиш ва яримойсимон суягининг чиқиши кўп учрайди.

Панжанинг перилунар (дорсал) чиқиши. Билвосита травма механизми — бармоқдинг орқа томонга буқилган ҳолатида панжанинг кафт юзасига узатилган қўл билан йиқилиши натижасида содир бўлади. Бундай чиқишда яримойсимон суяк билак суягига нисбатан ўз ўрнида қолади, вахрланки кафт устининг бошқа суяклар панжа билан бирга орқага ва юқorigа сурилади. Бу чиқишни, кўпинча, ўз вақтида аниқламайдилар ва узоқ вақтгача уни бойлам аппаратининг шикастланиши, деб ҳисоблайдилар.

Т а ш х и с. Беморларни билак-кафт бўғимидаги оғрик, безовта қилади. Кўздан кечирилганда билак-кафт бўғимида туташиб кетган шиш, унинг найзасимон деформацияси ва бармоқларнинг ярим буқилган ҳолати аниқланади. Пайпаслаб кўрилганда суяк орқасида кўпроқ ифодаланган оғрик, аниқланади, бу ерда кафт усти суякларининг орқага сурилганлиги қўлга уннайди. Бўшда пружинасимон қаршилик туфайли функциясининг чекланганлиги қайд этилади. Чиқишга ташхис қўйишда иккита проекцияда рентгенография қилиш ҳал қилувчи аҳамиятга эга — ён проекциядаги суратда чиқиш яхшироқ билинади.

Д а в о л а ш. Кафтнинг янги (10 кунгача) чиқишларини жойига солиш катта қийинчилик тугдирмайди. Наркоз остида, ўтказувчи ёки суяк ичи анестезияси ёрдамида билак ўки бўйлаб елқадан мое ҳолда (кучли, секин ва юмшоқ) тракция қилиш яхши натижа беради. Чиқишни

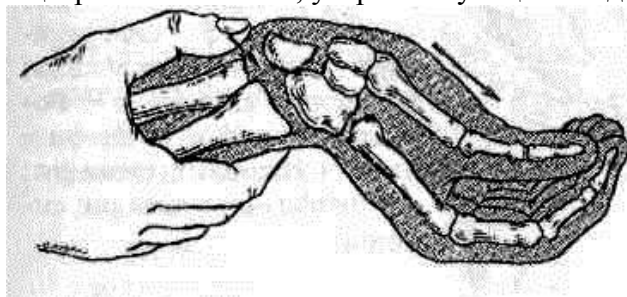
дистракцион аппарат ёрдамида жойига солиш кулай. Панжа бўғимини етарли даражада чўзиб, узунасига сурилишни бартараф қилган жаррох. I бармоқлари билан кафт орқасини дистал ва кафт йўналишларида босади, колган бармоқлари билан эса билакни карама-карши йўналишда каттик босади. Чикдан суяк жойига солинганда «шик» этган товуш эшитилади. Панжани 135-140°гача букилади. Кафт суякларининг бошчаларидан то тирсаккача орқа гипели боғлами кўйилади ва тракция тўхтатилади. Панжани керакли функционал ҳолатга кўйиш учун 2 ҳафта ўтгандан кейин гипс алмаштирилиб, уни яна 2-4 ҳафтага кўйилади. Мехнат қобиляти 2-3 ой ўтгач тикланади.

Ёпик усулда чиқишни жойига солишнинг иложи бўлмаса, даволаш компрессион-дистракцион аппаратда олибборилади ёки очик усулда жойига солинади.

Яримойсимон суякнинг чшҳши. Кўпинча, максимал орқага буқилган ҳолатдаги панжага оғирлиқтушиши натижасидарўй беради. Яримойсимон суяк бошсимон ва билан суяклари таъсири остида олдинга сурилади. Бунда орқа билан-яримойсимон бойлами ва яримойсимон суякни кафт устининг бошқа суяклари билан туташтириб турадиган бойламларнинг узилиши содир бўлади. Яримойсимон суяк 90°га бурилиши мумкин, бошсимон суяк эса билан суяги қаршида туриб қолади.

Т а ш х и с. Кўздан кечирилганда билан-кафт бўғимида туташ шиш, бармоқларнинг ярим буқилган ҳолати аниқланади. III бармоқнинг буқилиши, айникса, яккрл кўринади, I бармоқ.хиёл орқага караган. Пайпаслаб кўрилганда, айникса, яримойсимон суяк проекцияси устида яккрл юзага чикдан оғриқ. аниқланади. Билан ва тирсак суякларининг бигизсимон ўсикларини борлаб турадиган дистал чизикдан дисталроқ томондаги кафт юзасида чикқан суяк орқа томонида эса чукурча пайпасланади. Бармоқлар ва панжада ҳаракатлар окрик сабабли чегараланган. Панжани актив ёзиш мумкин эмас. Пассив ёзиш кафт устининг кафт юзасида кескин оғриқ. беради, шундан сўнг бармоқлар дастлабки ярим буқилган ҳолатни эгаллайди. Яримойсимон суякни олдиндан орқага босилганда бармоқ. пайининг букиш қрбилияти камайгани сабабли III бармоқ.нинг «ёзиш симптоми» пайдо бўлади. Жойидан чиккдн яримойсимон суяк ўрта нерви, баъзан эса тирсак нервининг ҳам тегишли неврологик симптоматикаси билан компрессиюни келтириб чмқариши мумкин. Чиқишга ташхис кўйиш учун ёнлама проекциядаги рентгенограмма кўпроқ маълумот беради. **Д а в о л а ш.** Яримойсимон суяк чиқишини зудлик билан ўтказувчи, суяк ичи анестезияси ёки яхшиси, наркоз остида жойига солишга киришиш керак (140-расм).

Жойига солишда панжани ўқи бўйича 90° буқилган биландан елкага карама-карши куч билан таъсир қилиб, қаттиқва аста-секин тортилади. Жаррох. тортишни тўхтатмасдан иккала кўли билан панжанинг орқа томонидан аста-секин букади. Кўл максимал ёзилган пайтда жаррох. I бармога билан панжанинг кафт юзасида чикқан яримойсимон суякнинг учини топиб, уни босади ва, айна вақда, иккинчи кули билан панжани тезда 45°гача кафтда буқилган ҳолатга олиб келади. Аксарият х.олларда жойига тушишда енгил «шик» этган товуш эшитилади. Яримойсимон суякнинг жойига тушиши суяк проекцияси устида дўнгликнинг йўқрилиши, панжа бармоқларининг ёзилиши, уларнинг тўлиқ х.ажмда



140-расм. Чикқан яримойсимон суякни тўғрилаш.

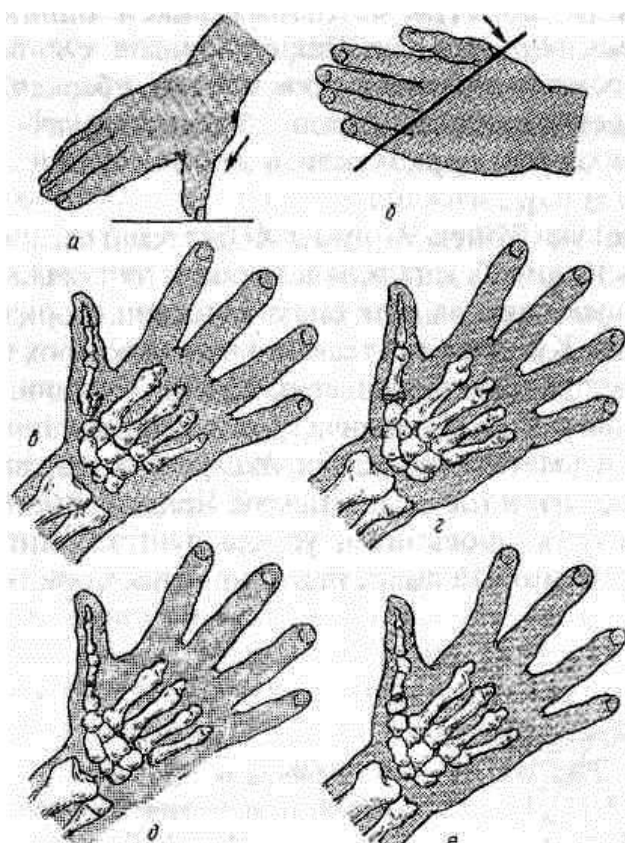
пассив ҳаракатлар қилиш имконияти билан тавсифланади. Шундан сўнг панжани циркуляр ёки икки лонгетали гипсли боғлам билан бармоқ. суяклари бошчаларидан то биланнинг учдан бир қисмигача кафтда буқилган ҳолатида фиксация қилинади. 1-2 ҳафта ўтгач, кафтни янги

гипсли боғлам билан енгал орқа флексия ҳолатида фиксация қилинади. Иммобилизациянинг умумий муддати 3-4 ҳафта. Билак мушаклари учун ЛФК ва массаж тайинланади.

Ёпиқ усулда жойига солишнинг иложи бўлмаса, шошилиш кўрсатмалар бўйича жарроҳлик амалиётидан кейин бармоқларнинг асосларидан то тирсаккача гипсли боғлам қўйилади. Икки ҳафтадан кейин билак-кафт бўлимида актив ҳаракатлар қилиш учун боғлам мунтазам равишда ечилади. Жарроҳлик усулидан кейин иммобилизациянинг умумий муддати 4 ҳафта.

КАФТ СУЯКЛАРИНИНГ СИНИШИ

Кафт суякларининг синиши кўп учрайдиган травмалардан бири. Аксарият I кафт суягининг асосидан синиши учрайди, у кафт суяги асосига тўғридан тўғри зарба тушиши, I бармоқнинг ёзилган ҳолатида йиқиلىш натижасида рўй беради (141-расм). Синишларнинг икки тури: бўғимида синиш (Беннет ёки Роланд синиши) ва бўғимдан ташқарида



синиш (кийшик ва кўн-даланг) фарқ қилинади. Агар I кафт суяги асосида кафт-тирсак четида узунасига синиш содир бўлса, учбурчак пирамида кўринишидаги бўлаги ўз жойида бойламлар томонидан ушлаб қалинади, кафт суяги эса узоклаштирувчи узун мушак ва бармоқни

141-расм. I кафт суяги синганда травма механизми ва синиш турлари. *а* — I бармоқнинг ўқи бўйича юк бериш; *б* — кафт суякларини бўйича урилганда; *в* — Беннет синиши; *г* — Роланд синиши; *д* — диафизнинг кўндаланг синиши; *е* — диафизнинг кийшик синиши. Ёзувчилар таъсири остида проксимал йўналишда сурилади (Беннет синиш-чиқиши). I кафт суягининг асосида майдаланиб кетган синиши адабиётда Роланд синиши деган ном билан маълум.

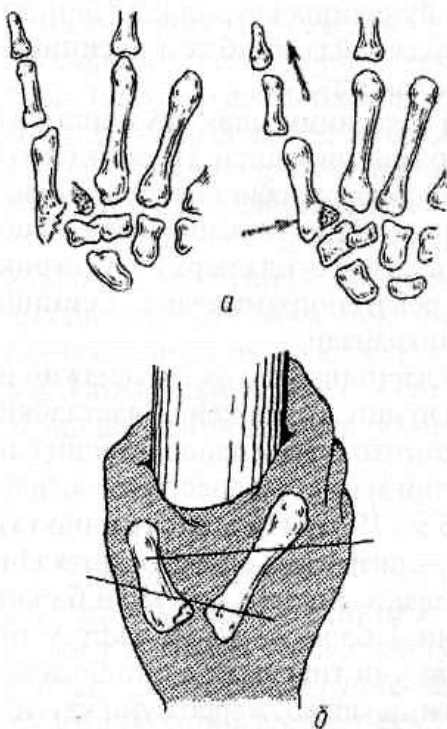
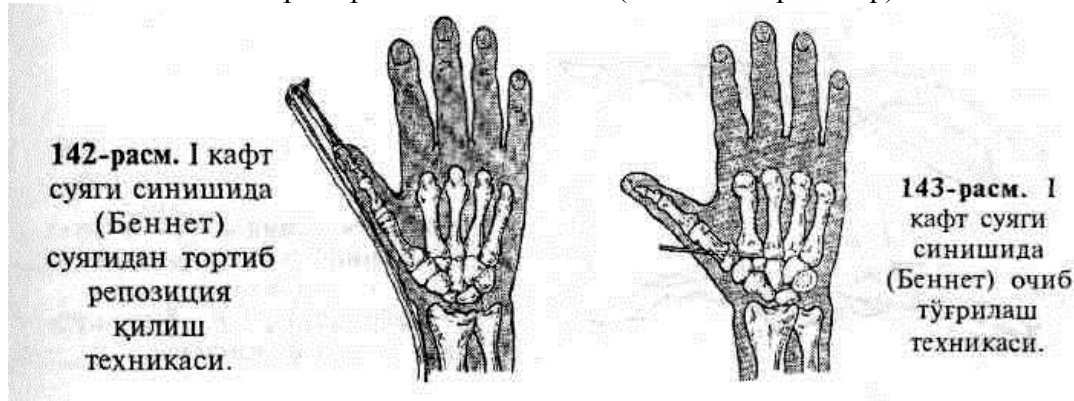
Т а ш х и с. Кафт-кафт усти бўғими соҳасининг шакли ўзгарган ва шишган. «Анатомик табакерка» контурлари силлиқдашган. I бармоқ бироз букилган ва қисқарган. Шакли сурилган бўлақлар ҳисобига ўзгарган. Оқрик

сабабли актив ва пасив ҳаракатлар чекланган. Бўғим соҳасини пайпаслаш, I бармоқ ўқи бўйича оғирлик ва I кафт суяги асосида перкуссия оғрик беради. Икки проекцияда ўтказилган рентгенограммалардан синиш характери ва бўлақларнинг сурилиши аниқланади.

Д а в о л а ш. Беннет синишида бўлақларнинг хатто оз-моз силжиши ҳам бартараф қилиниши керак. Бўлақлар шикастдан кейин дастлабки соатларда ёки 2-3 суткада, яъни мушак контрактураси пайдо бўлишдан олдин репозиция ьдилинади. Репозицияни маҳаллий анестезия остида (5 мл 2% новокаин эритмаси ёки 10-15 мл 1% эритмаси бўғим ичига) амалга оширилади. Игнани I бармоқ дўнглиги асоси олдида кафт-кафт усти бўғимининг кафт юзасига киритилади. Жарроҳ. бир қўли билан беморнинг билак-кафт усти бўғимини I бармоғи кафт-кафт усти бўғимида турадиган қилиб ушлайди ва уни тирсак томонга босади. Бошқа қўли билан беморнинг I бармоғини ушлаб, жарроҳ, уни қаттиқ тортиб, имкон борича билак томонга узокдаштириди. Бўлақларни репозиция ҳолатида ушлаб туришни мақсад қилиб олган гипсли боклам қўйишда қийинчиликлар вужудга келади. Бўлақлар иккинча марта жойига осон тушади. Гипсли «пистолетсимон» боғлам, айникса, I кафт суяги асосида яхши силлиқданган бўлиши керак. Қўлда репозиция қилиш натижаси рентгенофаммада назорат

килинади. Бўлақларни иккинчи марта сурилиши аниқланганда 3 ҳафтага суякдан тортиб кўйилиб, яна 1-3 ҳафта давомида иммобилизация қилинади (142-расм). Гипсли боғлам ечилгандан кейин ЛФК массаж, ванналар тайинланади. Мехнат Кобиляти 4-6 ҳафта ўтгач тикланади.

Репонация қилинган бўлақларни жойида ушлаш туришнинг иложи бўлмаса, остеосинтез ёки 1-2 та кегай билан трансфиксация қилинади (143 ва 144-расмлар).

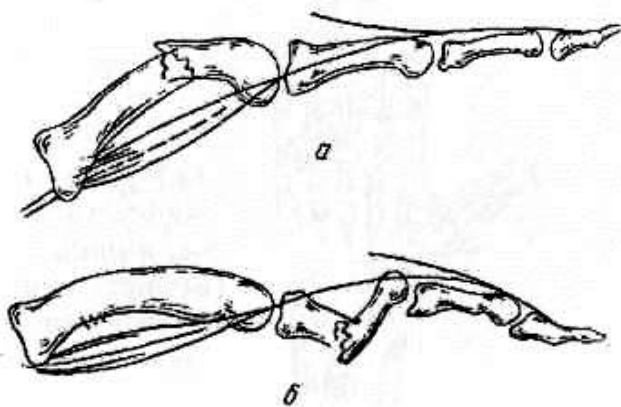


Роланднинг куп бўлақларга майдаланиб кетган бўғим ичи сини-шида бўлақларни репозиция қилишга уриниш натижа бермаганда I бар-мокнинг функционал қулай л;олатида атродез қилиш зарурати пайдо бўлади. П-ГУ кафт суяқларининг синишлари аксарият тўфидан-тўғри шикаст (болта, тайёк билан уриш ва б.), камрок лолларда билвосита шикаст механизми натижасида рўй беради. Кафт суяқларининг бошчаси, танаси ва асоси синиши мумкин. Кафт суяқларининг танаси синганда аксарият бўлақларнинг кафт томонга очик бурчак остида сурилиши кузатилади. Бундай ҳолат кўпрок суяқлараро ва чувалчанг-симон функцияси билан боғлиқ. бўлади (145-расм).

Т а ш х и с. панжанинг орқа сатдида рўй-рост шиш аниқланади. Синиш проекцияси устида аксарият кон куйилиши аниқланади. Пайпаслаб кўрилганда кафт суяқларининг сурилган бўлақларидан ҳосил бўлган бурчакларнинг учи аниқланади шу жойда оғриқ. кайд қилинади. Кафт суяқлари ўки бўйича оғарлик тушиши синган жойда оғриқни кучайтиради. Бармоқдарнинг актив ва пассив ҳаракатлари оғриқ. туфайли чекланган. Икки проекциядаги рентгенография таъхизни аниқлашга имкон беради.

Д а в о л а ш. Кафт суяқлари ўрнидан кўзгалмай синганда дистал кафт бурмасидан то билакнинг учдан бир юқори кҳсмигача 3-4 ҳафтага иммобилизация қилиш талаб этилади.

Бўлақлари кўпрок сурилган синишлар маҳаллий анестезия остида, айна вақтда, сурилган



145-расм. Синишларда бўлақларнинг типик сурилиши (чизма).

а — кафт суяклари; *б* — бармоқларнинг асосий фалангалари.

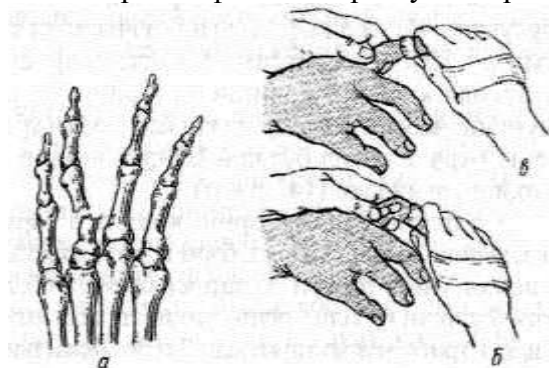
бўлақлардан ҳосил бўлган бурчак учини кафт йўналишида ва кафт суяги бошчасини босиш йўли билан унинг ўқи бўйлаб карама-карши йўналишда тортиб репозиция қилинади. Бўлақлар репозиция қилингандан сўнг бармоқларнинг ўртасидан то билакнинг учдан бир юқори қисмигача гипсли боғлам (орқасига ёки кафт томонига) қўйилади. Иммобилизация 3-4 ҳафта мобайнида давом эттирилади, шундан кейин ЛФК массаж ва ванналар тайинланади. Меҳнат қрибияти 4-6 ҳафтадан сўнг тикланади. Ёпиқ репозиция натижали чикмаганда бўлақларни кегайлар блан фиксация қилиб, очик репозиция кҳилиш зарур бўлади.

БАРМОҚЛАР ФАЛАНГА (БЎҒИМ) ЛАРИНИНГ СИНИШИ

Бармоқ, фалангалари аксарият тўғридан-тўғри ва камрок, билвосита травма натижасида синади ва диктат эътиборни талаб қилади, чунки панжанинг нормал функцияси билан белгаланadi. Кўпинча, шикастловчи куч таъсири остида ва чувалчангсимон ва суяклараро мушаклар қисқарганда фаланга бўлақларининг бир-бирига нисбатан бурчак остида, орқа томонга очиктипик сурилиши рўй беради. (146-расм, *а*).

Т а ш х и с. Фалангаларнинг бўлақлари сурилган синишида бармоқ, шаклининг ўзгариши, калталаниши, шикастланган бармоқнинг туташ шиш, тери остида гематома кайд этилади. Пайпаслаб кўрилганда кафт юзасида суякнинг чикиб колганлиги ва маҳдлий окрик аниқланади. Бармоқ, ўқи бўйлаб оғирлик тушиши синган соҳада оғриқ, пайдо қилади. Синган жойда бўлақларнинг кимирлаши аниқланади. Оғриқ, сабабли бармоқ, ҳрракати, айниқса, ёзилган пайтда чекланган бўлади. Иккита проекцияда бажарилган рентгенограммалар синиш ва бўлақларнинг сурилиши характери аниқлашга имкон беради.

Даволаш. Бўлақларрепозицияси маҳаллий анестезия остида 1% новокаин эритмаси (5-10мл) билан ўтказилади. Бармоқ, ўқи бўйлаб сурилган бўлақлардан ҳосил бўлган бурчак учини кафт юзасидан босиб, доимий қўлда тортиш билан бурчакли деформация тўғриланади (146-расм, *б*, *в*), репозиция қилинган бармоқ, фалангалари бўлақларини



146-расм. Асосий фалангаларнинг синиши. а — синиш ва бўлақларнинг сурилиши; б, в — бўлақларни қўл билан репозиция қилиш босқичлари.

бармоқ. учларидан то билакнинг учдан бир пастки қисмигача, тирнок фалангаси синушида эса бармоқ, асосигача функционал кулай ҳолатда гипсли боғлам билан фиксация қилинади. Бармоқ. фалангаларининг, айникса, кдйшик ёки бўғим ичи синушларида гипсли фиксация қилиш ҳамма вақт ҳам бўлақларнинг иккинчи марта сурилишидан сақлаб қола олмайди. Бармоқ. фалангалари синушининг бир моментли репозициясига муваффақ бўлинмаганда суякдан тортиш усулидан фойдаланиш мумкин. Агар бармоқ. фалангаларининг диафизар синушларида репозицияга эришилмаса, бўлақларни ингичка кегай, инъекцион игна ёки суяк штифти билан фиксация қилиш мақсадга мувофиқ.

Жаррохлик амалиётидан кейин 4-6 ҳдфта мобайнида гипсли иммобилизация қилинади; кегайлар 3-4 ҳафта ўтгач олиб ташланади. Гипсли боғлам ечилгандан сўнг ЛФК ва физиотерапия тайинланади. Мехмат қўбилияти 6-8 ҳафтадан кейин тикланади.

БАРМОҚЛАР БЎШМЛАРИНИНГ ЧИКИШ

Панжа бармоқдарининг чиқиш механизми тегишли бўғимда бармоқ. ёки фаланганинг ҳамдан ташқари ёзилган ҳолатда бўлишга боғлиқ. Бунда дистал сегмент орқа томонга сурилади. Кафт томонга сурилиш камроқ учрайди ва бевосита шикаст механизмида — буқилган бармоқ. ёки фалангага оғирлик тушганда рўй беради. Чиқиш дистал фалангалараро бўғимда - охирги фаланганинг чиқиши, проксимал фалангалараро бўғимда - ўрта фаланганинг чиқиши, кафт-фаланга бўғимида - асосий фаланганинг чиқиши ёки бармоқ. чиқиши рўй бериши мумкин. I бармоқ. чиқиши бошқаларидан кўпроқ учрайди.

I бармоқнинг чиқиши. Аксарият эркаларда ҳамдан ташқари ёзилган кафт юзасига таяниб йиқилганда содир бўлади. I бармоқнинг тўлиқ ва чала чиқиши фарқ қилинади. Тўлиқчиқишда асосий фаланга, камроқ - кафт томонга сурилади, унинг бошчаси эса бўғим капсуласи ва метакарпал бойламларни йиртиб, кафт томонга сурилади. Сесамасимон суяклар асосий фаланга билан бирга орқа томонга, узун буқувчи пайи эса кафт суяги бошчасидан тирсак томонга сирпаниб тушади. Пай ва сесамасимон суяклар кафт суяги билан асосий фаланга ўртасида қисилиб қолиши ва жойига солишни кийинлаштириши мумкин. Асосий фаланга билан кафт суяги ўртасида орқа-билак томонга очик бурчак ҳреил бўлади. Бундай чикдш I бармоқнинг ташқарига чиқиши дейилади (147-расм).

Т а ш х и с. Беморларни оғрик. ва I бармоқда ҳаракатшиғ кескин чекланилш безовта қилади, бармоқ. кафт-фаланга бўғимида ҳамдан ташқари ёзилган, унинг охирги фалангаси буқилган бўлади. Чала чиқишда шакли кам ўзгарган бўлади, тўлиқ чиқишда асосий фаланга кафт суяги билан бирга тўғри бурчак ҳреил қилади. Тенар соҳаси шишади, пайпаслаб қўрилганда бу жойда кафт суягининг чиқиб турган бошчаси, орқа томонида эса I бармоқнинг сурилиб долган асоси анмкланади. Актив ҳаракатлар йўқрилган, кафт-фаланга бўғимида пассив ҳаракатлар қилишга уриниш оғрикни баттар кучайтириб юборади. Пружинасимон қаршилик симптоми аниқланади. Чала чиқишда тирнокфалангасини фақат пассив буқиш мумкин.

I бармоқнинг кафт томонга сурилиши учун найзасимон деформация хос. Орқа-ташки томонда кафт суягининг туртиб қайдан бошчаси, кафт томонда эса I бармоқнинг асоси пайпасланади.

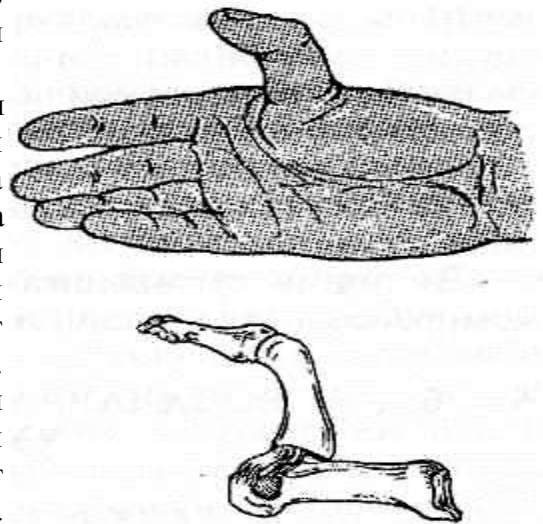
Д а в о л а ш. Тўлиқ чиқишни жойига солишда чукур наркоз ва яхши миорелаксация қилиш зарур. Ёрдамчи панжани ярим пронация ҳолатида фиксация қилади. Ташки чиқиш ҳолларида жаррох. I бармоғи билан чиккдн фаланга асосига таяниб, бир кўли билан билак-кафт усти соҳасида фиксация қилади, иккинчиси билан эса беморнинг I бармоғини ушлаб, уни кўтаради, сўнфа эса бармоқ, билан кафт суяк ўртасида ўткир бурчак ҳосил бўлгунча бармоқнинг секин ва тобора ёзилишини кучайтиради. Шу тарика сесамасимон суякларнинг эҳтимол тutilган қисилиши бартараф қилинади. Жаррох., шунингдек I фаланганинг асосига таяниб турган I бармоғи билан бармоқни кафт суягига нисбатан дистал йўналишда суришга ҳаракат қилиб, унинг бошчасини бошқа бармоқлари билан босади. Жаррох. фаланга асосининг кафт суяги бошчаси бўғим юзасига сирпанганини яқхол сезганидан кейингина охириги фалангани тез ёзади ва бармоқни букади. Бу ҳолат охириги фаланга ўртасидан то билакнинг учдан бир юқори қисмигача 3-4 ҳафтага гипс боғлами фиксация қилинади. Баъзан сесамасимон суяклар орасига юмшоқтўқималар (пай, бойламлар, капсула) кириб қолиши сабабли чикқққан суякни жойига солиб бўлмайди. Бундай долларда жаррохлик усулидан фойдаланилади. Бунда даволаш ёпиқтурдаги жойига солишдан кейинги даволаш каби олиб борилади.

I бармоқ. синишини кафт томонга тўғрилашда буқилган бармоқ. ўки бўйича тракция қилинади. Сурилиш узунасига бартараф қилингандан кейин суякларнинг чиқиб турган бўғим учларини босиб, чиқиш тўғриланади. Кейинги даволаш I бармоқнинг ташки чиқишидаги каби.

Фалангалараро бўғимларда фалангаларнинг чиқиши. Ташқарига, кафт томонга ва ён томонларга шундай чикқшлар кузатилади.

Чиқиш ташхиси типик анамнезга, ўзига хос деформацияга, функциянинг чегараланишига, пружинасимон ҳаракат йўқрилиши ва рентгенография маълумотларига асосланади. Чикқшни чикққн фалангани торгаш йўли билан тўғриланади. Орқа-ташки томонга сурилганда фалангани аввалига ёзилади (кафт томонда бўлганда - букилади) ва сурилиш узунасига бартараф қилингандан сўнг (кафт томонда бўлганда - ёзилади) букилади. 3 кун давом этадиган фиксацияни гипсли боғлам ёки айланма (циркуляр) қилиб ёпиштирилган лейкопластер билан амалга оширилади.

Чиқишни тўғрилашга уриниш муваффақиятсиз чикқанда уни компрессион-дистракцион аппарат ёки очиқсулда жойига солинади.



147-расм. Панжа I бармоғининг ташқи чиқиши.

Амалий машғулоти № 6. Сон суяги шикастлари.**Таълим бериш технологиясининг модели.**

Машғулоти вақти -80 мин	Талабалар сони : 20гача
Машғулоти шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Машғулоти режаси: 1. Талабаларда пастки муча суяқларининг жароҳатларининг техникаси диагностикаси, клиникаси, рентгенологик белгиларини билиш 2. Тугри ёрдам курсатиш принтиплари, асептик бойлам қуйиш 3. Консерватив ва оператив даволаш усуллари 4. Асоратлари	Кискача мазмуни: Сон суяги проксимал қисмининг синишлари. Сон суяги диафиз ва дистал қисмининг синишлари. Тизза копкогининг синишлари. Тизза бугими шикастланишлари. Гемартроз, менисклар шикастланишлари. Тизанинг ён бойламларининг шикастланишлари. Тиззанинг хочсимон бойламларининг шикастланишлари. Катта болдир суяги дунгликларини синишлари. Болдир суяқлари диафизининг синишлари. Тупикларнинг синишлари. Оёқ панжа суяқларининг синишлари ва чиқишлари.
Ўқув машғулотининг мақсади: Талабаларни пастки муча суяқларининг жароҳат турлари ва асептик бойлам қуйиш. Биринчи ёрдам курсатиш принтиплари	Мақсади ёритилади. Сон суяги, тизза бугими синишлари ва чиқишларида беморларда биринчи ёрдам курсатиш. Даво усуллари қўллаш.
Таълим бериш усуллари	Кургазмали, маъруза, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол-жавоб.

Амалий машғулотининг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотига тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	
1. Ўқув машғулотида кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 1) Сон суяк бўйинчаисдан синишини оператив даволаш 2) Сон суягининг проксимал қисмидан	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар

	синишлари 3) Карияларда сон суяги буйинчасидан синиши 4) Сон суяги диафизар синишлари 5) Тизза копкоги синишлари 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мултимедиалардан фойдаланади 4. Даволаш ишларини олиб боради 5. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
10- якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ:

Соннинг проксимал бўлими алохида анатомик-физиологик шароитларда жойлашган:

1. Соннинг бўйни суяк усги пардаси билан копланмаган; тунга карамасдан буйинни куст соҳасида суяк усти пардаси ривожланган.

2. Сон-чанок бўғимининг капсуласи сонга бўйинининг асосида, кўстлараро чизикдан бир оз проксимал жойлашган. Шундай қилиб, сон суяганингбоши ва бўйининингасосий қисми сон-чанок;бўғимининг ичида жойлашган.

3. Соннинг бўйни ва бошчаси учта артериядан кон билан таъминланади: а) юмалок бойлам артериясидан (капта ёшда бу артерия, одатда, облитерацияга учрайди); б) капсула ёпишган жойдан бўйинга кирадиган артериялардан. Бу томирларнинг бир қисми синовиал парда остидан бўйин бўйлаб бориб, суякнинг тоғайга ўтиш жойида сон суяги бошига киради; в) кўстлараро соҳада суякка кирадиган артериялардан. Шундай қилиб, бўғими капсуласи ёпишган жойдан СИНІҚ ЧИЗИРИ канча проксимал жойлашган бўлса, сон суяги бошининг кон билан таъминлаши шунча ёмон бўлади. Кўстлар соҳаси эса шу жойга ёпишган мушаклардан кирадиган артериялар хисобига доимо кон билан яхши таъминланади.

4. Соннинг бўйни ва диафизини ўқларидан ҳосил бўлган бўйин-диафиз бурчаги ўртача 127° ни ташкил этади (115° дан 135° гача). Ушбу бурчак канчалик кичик бўлса, бўйинга шунчалик кўп оғирлик тушади ва бунинг эвазига бўйиннинг синиши осонлашади. Бўйин-диафиз бурчагининг катта ёшда кичрайиб кетиши шу ёшда соннинг бўйнидан кўп синиши омилларидан бўлиб ҳисобланади.

Агар синиқ юзаси чанок-сон бўғими капсуласи ёпишган жойдан проксимал жойлашган бўлса, бунда синишлар медиал ёки бўйин синишлари деб аталади. Синиш /

3. чизигининг каердан ўтганлигига караб капитал (каллачанинги синиши), субкапитал (каллачанинги асосидан синиши), трансцервикал (бўйин бўйлаб) медиал синишлар тафовут қилинади (159-расм).

Бу синишлар ҳаммаси бўғим ичи синишларига киради, лекин проксимал суяк бўлагининг қон билан таъминланиши *лар* хил ҳолатда бўлади, чунончи, капитал ва субкапитал синишларда сон каллачасининг қон билан таъминланиши бутунлай бузилади, чунки у аваскуляр шароитда қолади. Трансцервикал синишларда проксимал бўлагининг қон билан таъминланиши қисман сақланган бўлади, синиш чизиги бўйиннинг асосига қанчалик яқин жойлашган бўлса, қон билан таъминланиш шунчалик кўпроқ сақланиб қолади. Бўйин-диафиз бурчагининг деформациясига қараб медиал синишларни қуйидаги турлари тафовут қилинади:

1. Валуус синиш. Бу ҳолатда бўйин-диафиз бурчаги катталашган

бўлади, одатда, бунда синиш, ларчалари бир-бирига кадалган бўлади.

2. Варус синиш. Бу ҳолатда бўйин-диафиз бурчаги кичрайдиган

бўлади, одатда синиш, парчалари силжиган бўлади (160-расм).

Агар синиш юзаси бўғим капсуласининг бўйнига ёпишган жойидан дистал жойлашган бўлса, бундай синишлар *латерая* ёки *кўстдаги* синишлар деб аталади. Бундай синишлар, яъни синиш юзаси ичкари юқоридан пастки ташқарига ёки кўстлар орасидан кирган бўлса, кўстлар сол-асидан синишлар, агар синиш юзаси иккала кўстни бириктирувчи чизик бўйлаб кетган бўлса, кўстлараро синиш деб аталади. Кўстлараро синишлар, кўпинча, майдаланиб синиш тоифасига киради ва бундай ҳолларда кичик кўстнинг кўчиб кетиши кузатилади. Бундай синишда суяк парчаларининг бир-бирига кириб кетиши ва кириб кетмаслиги билан содир бўлиши мумкин. Ҳар иккала, медиал ва лагерал синишлар катта ёшдаги одамларда учрайди ва кўпинча катта кўстга оғирлик тушиши (йиқилиш) натижасида содир бўлади. Бу ҳолларда шшсастланиш кучи катта бўлмаслига мумкин, чунки қарияларда суяк остеопорозга учраган бўлади.

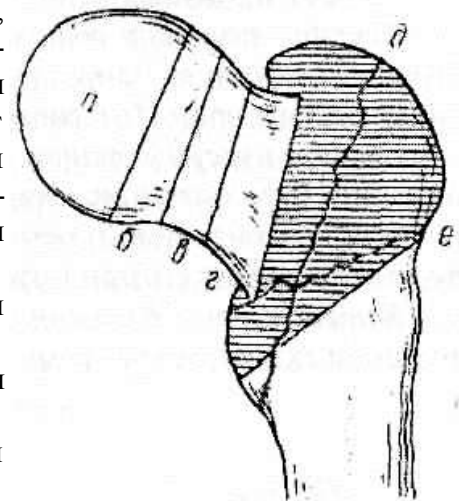
Т а ш х и с. Сон суяги бўйнидан синганда оррик тинч турган ҳолатда унчалик кучли бўлмайди, оррик човсодасида жойлашади. Бўғимда ҳаракат қилганда оғрик кучаяди. Чов ва куст соҳаларида қондалаш бўлиши медиал синишларда бир неча кундан кейин содир бўлади.

Сон суяги бўйнидан синганда қуйидаги симптомлар характерлидир:

Оёқнинг ташқари ротацияси. Бу симптом оёқнинг гашқарига буралиб қолиши ва панжа ташки қирраси горизонтал ҳолатда ётиши билан белгиланади (161-расм).

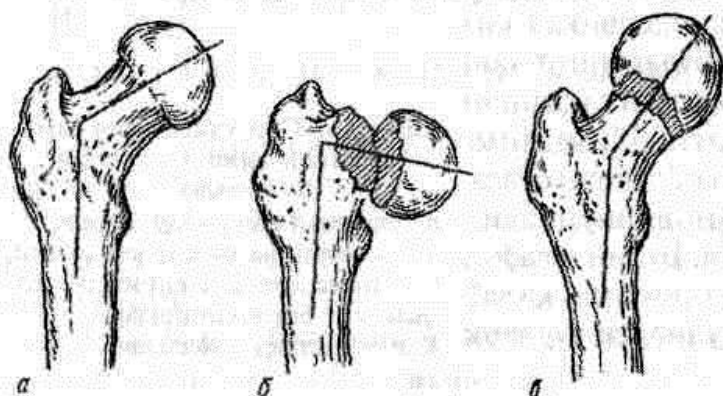
Оёқнинг ичкари ротацияси. Шикастланган томонда бемор оёғини ичкарига бура олмайди. Оёқнинг ташқарига ротацияси физиологик бўлиши мумкин, лекин бемор ичкарига фаол ротация қила олмаса, бу ҳолат оёқнинг синганлигидан далolat беради.

Катта кўстга босилганда оғриқ пайдо бўлиши. Ёзилган оёқнинг говонига ёки катта куст соҳасига урилганда оғриқ сезилади ва кучаяди.



159-расм. Сон суяги проксимал қисмини синиш соҳалари (чизма).

а — капитал синишлар соҳаси;
б — субкапитал синишлар соҳаси;
в — трансцервикал синишлар соҳаси;
г — базал синишлар соҳаси;
д, е — кўстлар соҳасидан синишлар.



160-расм. Сон
суяги бўйинчаси
медиал синишлари.
а – нормал бўйин-
диафиз бурчаги;
б – варус қоқилмаган
синиш; в – вальгус
қоқилган синиш.

Оёқнинг

калталаниши. Оёқнинг мутлак узунлига ўзгармаган ҳолда нисбий узунлигининг 2-4 см.га камайиши (варусли синишларда) кайд этилади.

Гирголав симптоми. Медиал синишларда чов боғламини остида сон артериясининг пульсацияси кучаяди. Бемор товонини ердан узмасдан оёгини тизза ва чаноқ-сон бўкимларида букиши мумкин, лекин на оёқни кўтариш, на кўтарилган ва ёзилганган оёқни ушлаб туриш имкониятига эга бўлмайди.

Варус деформацияли синишларда катга куст Розер-Нелатон чизигидан юқорида туради (куймич дўмбоқчаси билан олдинги юқори ўсимтани бирлаштирувчи чизик). Катга кўстнинг чўккиси билан олдинги юқори ўсимтани бирлаштирувчи Шумахер чизири силжиб кетган медиал ва вертел синишларида киндикнинг остидан ўтади (162-расм).

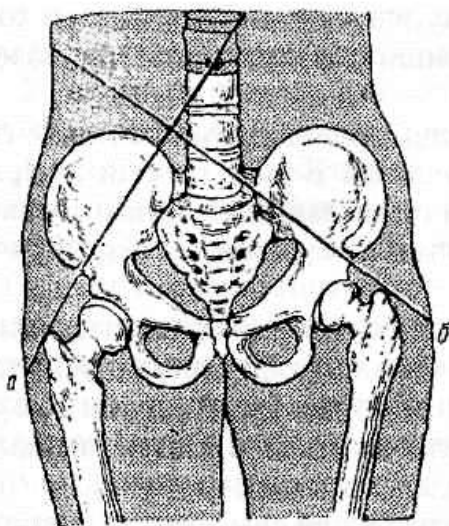
Қоқилган синишларда юқорида келтирилган симптомлар, кўпинча, юзаки ривожланган бўлади ёки умуман кузатилмаслига мумкин. Бундай беморлар суяк парчалари бир-биридан ажраб кетмагунча бир неча кунлаб ва ҳафталаб бемалол юришлари мумкин. Бундай лолларда синишнинг доимий белгиси чов ва куст соҳҳсидага, юрганда кучайиб кетадиган оғриқ ҳисобланади. Айрим лолларда оғриқ тизза бўғими соҳҳсига узатилиши мумкин. Рентген текшируви асосан иккита кўринишда: олдидан ва ёнбошдан ўтказилади, яъни қоқилган синиш бор-йўюшгини аниқлаш учун зарур лолларда кўшимча, оёқни максимал керилган ва ичкарига яқинлаштирилган ҳолатда текширув ўтказилади.

Б и р и н ч и ё р д а м . Сон суягининг бўйни ва куст соҳҳаси синган беморларга биринчи ёрдам окрикни колдириш (тери остига 1 г морфин ёки промедол эритмаси) дан бошланади. Оёқни шина ёрдамида иммобилизация қилиш шарт эмас. Бу долатда оёқни ён юзаларига кумли қричалар ёки кичикроҳэстихчалар куйилади.

Стационар шароитида оғриқ сизлантирилади: бунинг учун чов бойламидан 1,5-2 см пастки ва сон артериясидан 1,5-2 см ташқаридаги соҳҳа танланади. Игаа керакли чуқурликка санчилиб поршен тортилади, агар кон аралаш синовиал суюклик чикса, у жойга 20 мл 2%ли новокаин эритмаси юборилади (163-расм).

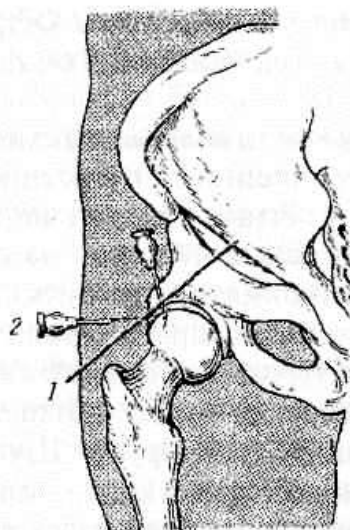


161-расм. Сон суягини проксимал қисми синганда ташқарига ротация ҳолати.



162-расм. Шумахер
чизигининг ўтиши.

a — меъёрда; *b* — сон суягининг
проксимал қисми синганда



163-расм. Чаноқ-сон бўғимини пункция
қилиш.

1 — катта кўстан пупарт бойлами ўрта ва ички
учлиги чегарасига ўтказилган чизикнинг ўрта-
сидаги нуқтадан; 2 — катта кўст устида жой-
лашган нуқтадан.

Сон суяги бўйнининг медиал **к;окилмаган** в а р у с с и н и ш л а р и н и да во л а ш . Бундай синишларни даволаш анча қийинчиликларга эга. Иммунизациянинг мураккаблиги ва нокулай маҳаллий анатомик ҳолатни инобатга олганда капитал ва субкапитал синишларнинг битиш шароити яхши эмас. Суякни битиш жараёни 6-8 ой давом этади. Катта ёшдаги беморларнинг бунчалик узок, муддатда тўшакда бўлиши *лар* хил асоратлар чакиради, яъни пневмония, ётоқ яралар, тромбоэмболия каби асоратларга дучор қилади, уларнинг оқибатида консерватив даволаш даврида 20% гача ўлим ҳолати учрайди.

Капитал ва субкапитал синишларда маҳаллий анатомик шароитнинг мураккаблиги, иммунизациянинг мустаҳкам бўлмаслиги натижасида суякнинг битиши қийинчилик билан боради ва 6-8 ой давом этиши мумкин. Шу билан бир каторда, катта ёшдаги беморларда узок, вақт тўшакда ётиб қолиш ўпкада зотилжам касаллигининг келиб чиқишига, ётоқ яралар ҳосил бўлишига, тромбоэмболияга сабаб бўлиб, юқори даражада ўлим оқибатига олиб келади. Шунинг учун қарияларда узок, вақт ҳаракатсизлантириш билан боғлиқ бўлган даволаш усуллари, яъни мустакил равишда скелет тортмаси, гипс боғлами кулланилиши мумкин эмас.

Сон суяги бўйнининг варусли, қоқилмаган синишларида жарро>улик йўли билан даволаш мақсадга мувофиқдир. Агар жаррохлик усулига монеликлар бўлса (умумий ахволи оқир ёки синишгача бемор юрмаган бўлса), беморни эрта ҳаракатлантириш лозим. Беморни эрта ҳаракатлантиришдан мақсад — унинг ҳаётини сақлаб қолишдир.

Беморни эрта ҳаракатлантириш усули. Синган жойни оғрик-сизлантириб (5—10 кун давомиди) катта болдир суяги дўмбоғи остидан кегай ўтказилиб, оёқда скелет тортмаси қўйилади.

Зарур ҳолатларда скелет тортмаси ўрнига оёқни тинчлантириш мақсадида икки ёнига кум солинган ҳалтачалар қўйилади. Биринчи кунларданок беморни тўшакда ўтказилади, нафас олиш гимнастикаси бажарилади. Синган жой вақти-вақти билан оғриксизлантирилиб, скелет тортмаси олингандан кейин бемор ёнбошга ётқизилади, ўтказилади, оёгини ётоқдан пастга туширилади. Умумий ахволи кузатиб борилади, зарур муолажалар ўтказилади. 3-дафтадан бошлаб бемор қўлтиктаёқда юришни бошлайди, синган оёгини босмайди.

Бундай даволаш усулида синиш битмайди, бемор бир умр қўлтиктаёқдан фойдаланади.

Жарроҳлик йўли билан даволаш. Жарроҳлик муолажаси кечиктириб бўлмайдиган кўрсатмалар бўйича бажарилади. Агар бемор касалхонага тушган куни операция қилинмаса, унда операциягача скелет тортма ўрнатилади, оёқ стандарт Белер шинасига ётказилиб, 6-8 кгюкосилади.

Сон суяги бўйнидан медиал синганда остеосинтезнинг иккита асосий усули мавжуд: 1) ёпиқ (бўкимдан ташқари) усул, бунда бўким ичи ва синган жой очилмайди; 2) очик (бўғим ичи) усул, ёпиқ усул воситасида репозиция қилиб бўлмаганда қўлланилади (кўпинча бўғим капсуласи интерпозиция бўлганда ёки эскирган синишларда). Агар репозициядан кейин ва остеосинтез пайтида фиксатор ҳолатини рентгенологик кузатиш имконияти бўлмаса, очик фиксацияга кўрсатма пайдо бўлади.

Ёпиқ усулдаги остеосинтез мах.аллий ёки умумий оғрикислантириш ёрдамида тортмада ёпиқ репозиция қилингандан ёки ортопедик столда репозиция қилингандан кейин бажарилади.

Уитмен усулида бир зумда репозиция қилиш. Ёзилган оёқни то соғлом оёқ билан тенглашгунча узунасига тортилади. Оёқни тортиш жараёнида ичкарига қараб 40-50° гача ротация қилинади ва ташқарига 20° кериб маҳкамланади. Бемор ортопедик столда купай жойлашиши лозим, чунки бу ҳолатда репозиция ҳолати сақланиши ва сон-чаноқ бўғими соҳасини 2 та кўринишда рентген текширувидан ўтказиш имконияти яратилиши керак

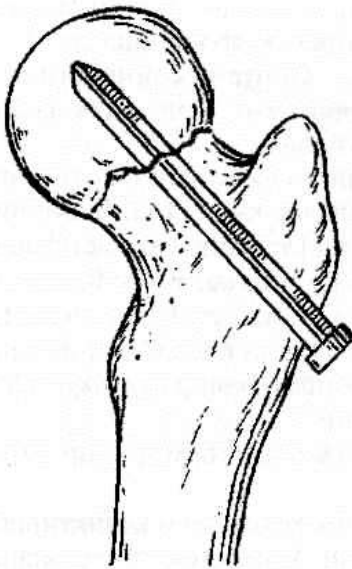
Остеосинтез қилиш учун асосан уч парракли Смит-Петерсон миҳидан ёки унинг модификациясидан фойдаланилади. Уч парракли миҳ мустаҳкам остеосинтезни таъминлайди (164-расм). 7-10 см узунликда соннингташқари юзасида тўғри йўналишда тўқималарни кесиш йўли билан катта куст ости очилади. Катта кўстнинг асос соҳасида искана ёрдамида миҳнинг парракларига мое равишда ўйдимлар ҳосил қилинади. Доимий телерентген назорати остида суяк бўйнининг ўртасидан марказига қараб миҳ юборилади. Субкапитал синишларда истисно

тариқасида уч парракли миҳни суяк боши ва чаноқ косаси тубидан ҳам ўтказиб, чаноқ ичига 1-1,5 см ичкарига юборилади.

Агар операция телерентген назоратисиз бажариладиган бўлса, миҳни тўрри йўналишда киритиш муаммоси туғилади. Бундай ҳолларда бир неча усуллар таклиф қилинган бўлиб, улардан энг соддаси 2-3 та йўналтирувчи йўғон кегайни рентген назоратида киритишдир. Рентген назоратидан сўнг тўғри кетган кегайни танлаб олиниб, бу кегай бўйлаб уч парракли миҳ қрилади.

Операциядан кейинги даволаш. Ёпиқ остеосинтездан кейин гипс боғлами кўйилмайди. Оёқ ташқарига буралиб

қрлмаслиги учун икки ёнига кумли ёстикчалар қуйилади. Очик остеосинтездан кейин эса чокларни олгунча (7-10 кунлар) XII қовурғадан оёқни бармоқ. учигача орқа лонгетали гипс боғлами кўйилади. Операциядан кейинги биринчи кунларданок беморни фаол олиб бориш тавсия қилинади (ётоқда айлантириш, нафас гимнастикаси). 3-4 х.афталарда бемор қўлтиктаёқда синган оёққа босмаган ҳолда туршилади. Сон суяги бошининг асептик некрозга учрашининг олдини олиш мақсадида 5-6 ой мобайнида синган оёққа босишга рухсат берилмайди (айниқра, субкапитал синишларда). Миҳни одатда операциядан бир йил ўтгандан сўнг, яъни синиш тўла консолидация бўлгандан кейин олиб ташланади. Беморни меҳ.нат қриляти ёпиқ усул билан остеосинтез қилинганда 7-18 ойда тикланади.



64-расм. Сон суяги бўйинчаси синганда Смит-Петерсен уч парракли миҳи ёрдамида остеосинтез қилиш.

Субкапитал ва капитал кадалмаган синишлар анча мураккаб гуруҳни ташкил этади. Бу синишлардаги фиксациянинг мураккаблиги ва кон билан таъминланишининг кескин бузилиши оёқни ойлаб босмасликни такозо қилади. Барча зарур қоидаларга бўйсўнган ҳолда ҳам 20% беморларда субкапитал синишларни даволашда сон суяги бошининг асептик некрози учрайди. Шуларни инобатга олиб, кексалардаги субкапитал ва капитал синишларда остеосинтез ўрнига бўғимни алмаштириш ёки эндопротезлаш афзал ҳисобланади. Ҳозирги пайтда 70 ёшдан ошган беморларда эндопротезлаш операцияси қўплаб

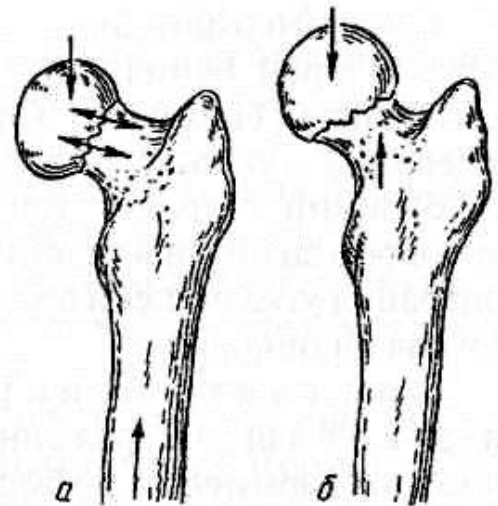
қўлланилмоқда. Бунинг афзаллиги шунцаки, хасталашган қарияларни

тезрок оёқда туршиш имконияти тугалади (3-4 ҳафтадан кейин, агар эндопротезни қотириш мақсадида суяк цементи ишлатилган бўлса, 3-4 кунлардаёқ оёқда турғизиш мумкин), асоратларнинг олдини олишда буни катта аҳамияти бор. Сон суяги бўйинининг қоқилган синишини даволаш. Қоқилган синишлар ажралиб кетган синишларга Қараганда яхши битади. Бир-бири ичига кирган суяк бўлақларини ажратмаслик керак бу катта асорат ҳисобланади. Беморни даволаш тактикаси

бўлақларнинг бир-бирига кириш даражасига ва синиш юзасининг йўналишига боғлиқ бўлади. Синиш юзасининг йўналишига қараб қоқилган синишларнинг иккита тури тафовут қилинади: 1) вертикал вальгус синишлар — Паувелс бўйича III гуруҳ. (165-расм, а); 2) горизонтал вальгус синишлар - Паувелс бўйича I ва II гуруҳлар (165-расм, б).

Вертикал вальгус синишлар бир-биридан ажралиб кетишга мойил бўлади, шунинг учун бундай синишларни жаррохлик йўли билан даволаган маъқул: ёпиқ усулда 3 парракли миҳ билан остеосинтез қилиш.

Горизонтал вальгус синиш бир-биридан ажраб кетишга мойил эмас, шунинг учун жаррохлик усули билангина эмас, балки консерватив усулда даволаса ҳам бўлади. Бундай ҳолларда синишнинг ажралиб кетмаслигини ва сон суяги бошининг асептик некрозга учрамаслигининг олдини олиш зарур. Бунинг учун ёшларга 3-4 ойга қалталаштирилган (тизза бўйимига) сон-чанок гипс боғлами қўйилади. Беморга синган оёғига босмаслик шарти билан қўлтиктаёқда юришга рухсат берилади. Қҳари беморларда синган оёқни Белер шинасида иммобилизация қилинади, катта болдир суяги думбокчаси остидан сим ўтказиб кичик (2-3 кг) юк осиб қўйилади. Қўп юк осиб мумкин эмас, чунки суяк бўлақларини ажратиб юбориш мумкин. Биринчи кунлардан бошлаб даво бадантарбияси ўтказилади. 1,5-2 ойдан кейин скелет тортмаси олиб ташланади ва синган оёқда босмасдан қўлтиктаёқда юришга рухсат берилади. 3-4 ойдан кейин синган оёқда аста-секин босишга рухсат берилади. Сон суяги бошининг асептик некрозга учрашининг олдини олиш мақсадида 6 ойгача оёқда тўла босишга рухсат берилмайди. Меҳнат қобиляти 6-8 ойдан сўнг тикланади.



165-расм. Қоқилган синиш турлари.

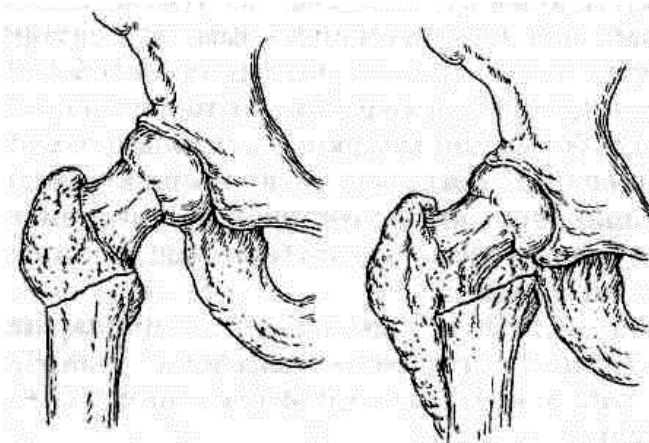
а — вертикал; б — горизонтал.

Сон суяги бўйнининг медиал синишларининг асоратларига бўлакларнинг узок, вақт битмаслиги ва сохта бўғим хосил бўлиши, сон суяги бошининг асептик некрози, сон-чанок бўғимини дефор-мацияловчи артрози киради.

Сон суяги бўйнининг сохта бўғимида асосий жаррохлик муолажаси Мак-Муррей бўйича куст остидан кийшик остеотомия қилиш ҳисобланади (166-расм). Сон суяги бўйнининг сохта бўғимида, агар у деярли бутунлай сурилиб кетган бўлса, кўпинча, сон суяги боши ва бўйнини Мур ёки Каплан (65-70 ёшдан ошган беморларда) эндопротези билан алмаштириш, сон-чанок бўғимида реконструктив операция ўтказиш ёки артрорез қилиш (ёшроқ бўлган беморларда) тавсия қилинади.

Сон суяги бўйнининг латерал синишларини даволаш. Латерал синишларнинг кечиши медиал синишларга нисбатан бирмунча яхши бўлади. Бундай синишларни даволашда медиал синишлардаги каби муаммолар туғилмайди. Куст соҳасида синишлар одатда 2,5-3 ой мобайнида яхши битиб кетади. Бундай синишлардан кейин одатда сохта бўғимлар кузатилмайди.

Латерал синишларни даволашда консерватив ва операция усуллари қўлланилиши мумкин. Ўрнидан силжиб кетмаган синишларда 2,5-3,5 ойга кокситли гипс боғ-лами кз'йиш йўли билан даволаш мумкин, 1,5-2 ойдан кейин оёққа босишга рухсат берилади. Суяк парчалари силжиб кетган ҳолларда катта болдир суяги ғадир-будури остидан ёки сон суягини пастки дўнглари орасидан кегай ўтказиб, оёқни Белер шинасига ётқизиб, доимий скелет тортмаси ўтказиш мақсадга мувофиқдир (6-10 кг юк билан). Скелет тортмаси билан даволанганда куйидаги қоидага риоя қилиш лозим: кўстлараро синишларда канчалик варусли деформация кўп бўлса, оёқни скелет тортмада шунчалик кўп ташқарига кериш керак. Агар варусли деформация кузатилмаса, оёқни ташқарига керилмайди. 6-8 ҳафтадан кейин скелет тортмаси гўҳтатилади. Ундан кейин эса беморни даволашни икки хил усул билан давом эттириш мумкин: 2,5-3,5 ойга кокситли гипс боғлами кўйилиб, беморга аста-секин синган оёғида юришга рухсат берилади ёки функционал усул билан даволашни давом эттирилади.



Функционал усул билан даволаш махсус стандарт шина ёки Белернинг шинасида амалга оширилади. Бундай ҳолларда шинанинг горизонтал қисмида болдир остига алмаштириб турила-диган гамак қўйилади.

166-расм. Мак-Муррей операция»! (чизма).

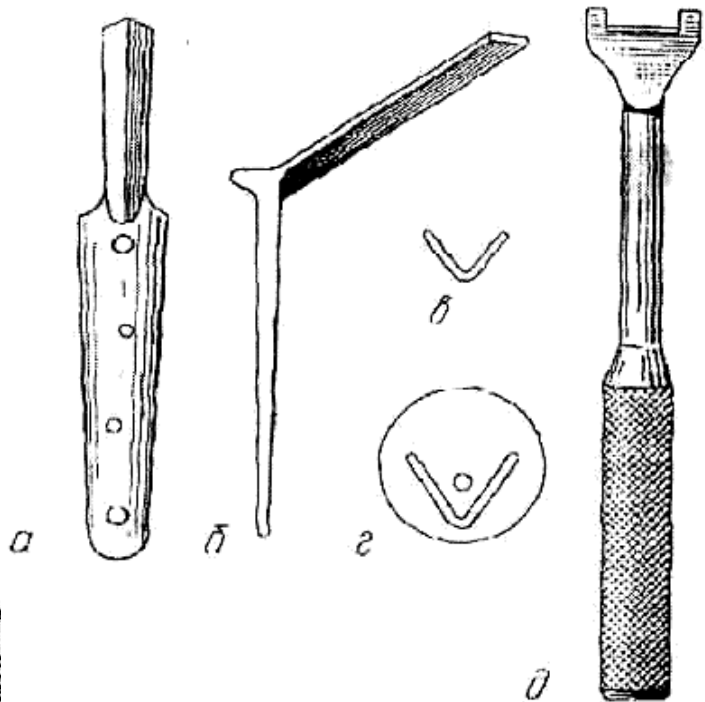
Оёқнинг панжаси арқрнга боғланади, уни шинанинг гилдирага устидан ўтказилади, болдир тагадага гамак бир неча бор олиниб, арқрдан бемор ўзи тортиб қўйиб тизза бўғимида пасив ҳаракат қилади. Аста-секин пасив ҳаракат сон-чанок бўғимида ҳам бажарилади, кейинчалик эса иккала бўғимда ҳам актив ҳаракат бажарилади. 2,5-3 ойдан сўнр қўлтиктаёк ёрдамида оёққа туришга рухсат берилади. Функционал

даволаш усулини афзаллига шундан иборатки, синишнинг битиш пайтига бориб бўғимларда тўла ҳаракат тикланади, мушаклар атрофияси эса гипс боғлами билан даволанганга нисбатан бирмунча кам бўлади.

Ёши катта ва қари беморларни скелет тортмаси билан даволаганда мажбурий ҳаракатсизлик ва гиподинамия натижасида катор асоратлар келиб чиқиши мумкин. Шунинг учун бу гурураги беморларга эртарок функционал даюланишни бошлаш мақсадга мувофиқдир. Бемор тўшакка ётқизиلىб, ташқарига ротация бўлиб кетмаслиги учун тиззаси остига валик (болишча) қўйилади. Биринчи кунларданок бемор ўтказилади ва қўлтиктаёк ёрдамида оғирликни чеклаб

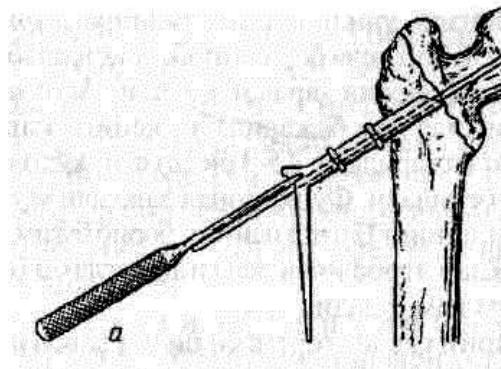
оёққа тургизилади. Эрта ҳаракат бошланганига карамай, куст синишлари битиб кетади. Бундай фаол даволаш тактикаси ёрдамида ёши катта беморлар ва қарияларда ўлим оқибатларини бирмунча қисқартириш мумкин.

Куст синишларини жарроʻулик йўли билан даволаш мумкин. Остеосинтез учун одатда накладкasi бор икки парракли қрзикчалардан фойдаланилади (167 ва 168-расмлар). Қхиррали қрзикча сон суягининг бўйнига киритилади, накладкasi эса суяк диафизига шуруплар билан маҳдамланади. Опера-циядан сўнг гипс боғлами қўйилмайди. Опера-циядай кейинги даврда асоратлар-нинг олдини олиш учун курашиш керак (пневмония, ётоқяралар, тромбоэмболия ва доказо). 2-3 ҳафтадан кейин беморлар қўлтиктаёк ёрдамида юра бошлайди. Қўстлар соҳаси синишларида меҳнат қобилияти 3-6 ойлардан кейин тикланади. **Катта қўстни чеклан-ган синиши.** Синиш меҳа-низми, одатда, бевосита қуч таъсирида содир бўлади. Айрим лолларда думба



167-расм. Диафизар мосламаси билан икки парракли мих.

а, б — михнинг кўриниши; в — михни парраклар соҳасидан кўндаланг кесиш; г — сурилувчи муфта ва йўналтирувчи кегай; д — михни йўналтирувчи мослама.



168-расм. Қўстлараро синишда

Бакичаров қозикчasi билан остеосинтез қилиш. и — йўналтирувчи кегай бўйлаб қозикчани юбориш; б - қозикча киритилган, диафизар мосламаси бурама шуруплар ёрдамида қотирилган, йўналтирувчи кегай ва сурилувчи муфта олиб ташланган.

мушакларининг кескин қисқариши натижасида ажралиб синиши мумкин. Кичик ва ўрта думба мушакларининг тортилиши натижасида қўстнинг юқорига, орқага ва ташқарига силжиши кузатилади.

Т а ш х и с. Катта қўсти синган беморларда, одатда, юриш қрбилияти саланган бўлади. Катта куст соҳасида бироз оғриқ кузатилади. Объектив текширилганда ўша жойда шиш ва окрикбўлади. Оёқни кериш чекланади ва окрик билан бўлади. Пассив ҳаракатда, айникса ротацияда синган сохдда оғриқ, кескин қучайиб кетади. Олдиндан орқага қараб олинган рентген суратига қараб синишни аниқлаш қийинчилик тугдирмайди.

Д а в о л а ш. Биринчи ёрдам кўрсатиш жараёнида маҳаллий оғриқризлантиришга одатда эдиёж бўлмайди. Кейинчалик синган жойга 2% ли новокаин эритмасидан 20 мл юбориб, оёқни 2-3 ҳафтага Белер стандарт шинасида иммобилизация қилиш лозим. Агар силжиган синиш бўлса, оёқни шинага керилган ва ташқарига ротация ҳолатида жойлаштирилади. Оёқни шу ҳолатда ушлаб туриш мақсадида 2-4 кг юк билан тери ёки скелет тортмаси ўрнатилади.

Суяк парчаси кўп силжиб кетган лолларда жарроу1ИК йўл билан даволаш тавсия қилинади. Синган кўстни ўз жойига кўйилиб, мих, суяк парчаси ёки лавсан билан маҳкамланади ва операциядан кейин 3-4 х.афтага калталаштирилган коксит гипс боғлами кўйилади. Меҳнат қрибияти 1,5-2 ойларга бориб тиюшнади.

Кичик кўстнинг чекланган синиши. Механизмига қараб бу синиш кўпорилган синишларга қиради, соннинг кескин ёзилиши ёки буқилиши ва ёнбош бел мушагининг қисқариши натижасида содир бўлади.

Т а ш х и с. Беморларни соннинг юқори ички юзасидаги оғриқ. безовта қилади. Оғриқ, сон тўқри бурчаккача буқилганда қамаяди. Кичик куст соҳасида пальпация оғриқ, пайдо қилади. Рентген сурати таҳлил

қилинганда кичик куст синиши билан ўша жойдаги ўсиш зонаси синишини тафавут қилиш қерак Шубха тугалганда соғлом оёқнинг рентген сурати олиниб солиштириб кўрилади.

Д а в о л а ш. Биринчи ёрдам қуйидагича бажарилади: окрикни қамайтириш мақсадида оёқни сон-чаноква тизза бўғимларида буқилади. Қаттиқ,оғриқ,бўлса ёки беморни узок,масофага транспортировка қилиш зарур бўлса, синган жойга 2% ли новокаин эритмасидан 20 мл юборилади. Беморни қамбилга ёткизиб транспортировка қилинади. Кейинчалик синган жойга 2% новокаин эритмаси юборилади. Оёқни 10-12 сутка мобайнида сон-чаноква тизза бўғимларида 90° бурчакка буқилган қолда шинага жойлаштирилади. Учинчи ҳафтада оёқаста-секинлик билан ёзилади ва беморга юришга руҳсат берилади.

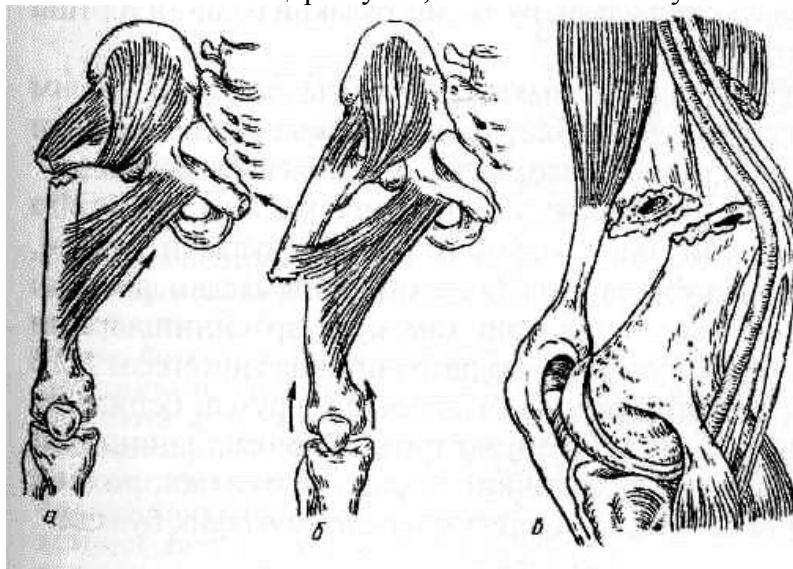
СОН СУЯГИ ДИАФИЗ ҚИСМИНИНГ СИНИШИ

Сон суяги диафиз қисмининг синиши — оғир шикастланишдир. Хатто ёпиқ синишлар \ам шок ва синган со\ада кўп қон йўқртиш билан кечади. Диафизар синишларнинг проксимал чегараси кўстлар ости соҳаси ҳисобланади (кўстлар ости синиши), дистал чегараси эса дўмбоқлар устидир (дўмбоқлар устидан синиш).

Бошқа диафизар синишларга ўхшаш сон диафизининг шикастланиши ҳам турли вариантли бевосита ва билвосита травма механизми натижасида рўй беради. Шикастлантирувчи омилларнинг йўналиши ва урилиш нуқтасига қараб синиш характери ва соҳаси аниқланади.

Синиш сатҳига қараб сон диафизининг синиши учдан бир юқори, ўрта ва пастки қисмларга бўлинади.

Сон диафизи юқори учлигидан синганда проксимал бўлакнинг характерли кўзгалиши олдинга ва ташқарига бўлади, дистал қисми эса ичкарига ва орқага сурилади (169-расм, а). Синиш соҳаси қанчалик юқори бўлса, типик силжиш шунчалик аниқ, бўлади.



169-расм. Сон суяги бўлакчаларининг типик силжиши.
а — учдан бир юқори қисмида; б — ўрта учдан бир қисмида; в — пастки учдан бир қисмда.

Сон ўрта учликдан синганда турлича кўзгалиш рўй бериши мумкин. Бу турдаги синишда узунасига ўки бўйлаб кўзгалиш характерлидир (169-расм, б).

Сон диафиз пастки учлигидан синганда болдир мушаги қисқариши натижасида дистал бўлак орқага силжийди. Шунда тизза ости артерияси шикастланиши мумкин. Проксимал бўлак яқинлаштирувчи мушаклар қисқариши натижасида ичкарига тортилади (169-расм, в).

Т а ш х и с. Сон диафиз синганда қийинчилик тукдирмайди. Функциянинг бузилиши ва кучли оғриқ, синган соҳада кузатилади. Синган юзада деформация аниқлади. Юқори учликдан синганда «галифе» симон деформация типик хисобланади. Диафиз бўйлаб ҳаракат пайдо бўлади. Айрим пайтларда тери остидан бўртиб турган суяк бўлагини пайпаслаш мумкин бўлади. Суяк бўлаклари силжиганда сонда мутлак калталикрўй беради. Суяк гирчиллаши кузатилади, айниқса, синган суякни оғриқсизлантиргунча уни аниқлаш ман этилади. Икки юзада қилинган рентгенография синиш характери аниқлашга имкон яратади.

Д а в о л а ш. Одатда сон диафиз синганда гипс боғлами мустакил усул сифатида ишлатилмайди. Асосий даволаш усули скелетдан тортишдир, буни катта болдир суяги ёки сон суяги дўмбокдари устидан кегай ўтказилиб амалга оширилади ва оёқ, стандарт Белер шинасига кўйилади.

Сон суяги диафиз юқори учлигидан синганда оёқ танадан узокдаштирилган ҳолда қолдирилади. Агар ўрта учликдан синиб проксимал бўлак ташқарига силжимаган бўлса, оёқ скелетдан тортиш мосламасида танадан узоклаштирилмаган ҳолда қолдирилади.

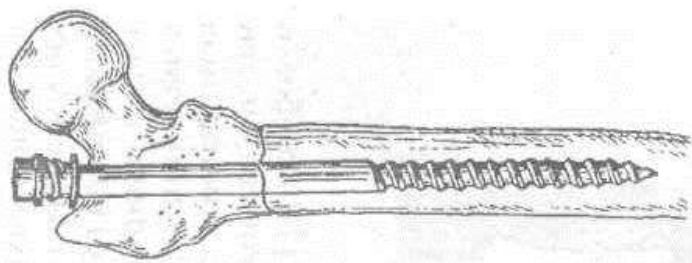
Сон суяги пастки учлигидан синганда скелетдан тортиш усули ўз хусусиятлигига эга бўлиб, қуйидагилардан иборат бўлади:

1. Дистал бўлакни орқага тортувчи, болдир мушагини бўшаштириш учун даволашни тиззани 90° гача буқилган ҳолатда ўтказиш керак

2. Скелетдан тортишни сон суягининг дўмбокдари соҳасидан ўтказиб, болдир ва сон ўки бўйлаб ҳосил бўлган биссектрис бурчак йўналиши бўйича амалга оширилади. Бу дистал бўлакни оддинга тортиш учун оптимал шароит яратади.

Дистал бўлак остита энли доқа пахтадан ёстикча кўйилади. Айрим ҳолларда суяк бўлакларини ўрнига кўйиш учун кўшимча ён томонига ёки олдинги-орқа қисмига тортувчи гомшокдалка мосламаси қўлланилади.

1,5-2 ойдан кейин скелет тортма олиб ташланади ва 3-3,5 ойга коксит гипс боғлами кўйилади. Скелетдан тортиш муддати тугагач, беморларни функционал усулда, гипс боғлами кўйилмасдан даволаш мумкин. Функционал усулда даволаш ҳам кўстлар синишларини даволашга ўхшайди. Функционал усулда даволанганда сингандан 2-2,5 ой ўтгач қўлтиктаёк ёрдамида оёқни енгил босишга рухсат берилади.

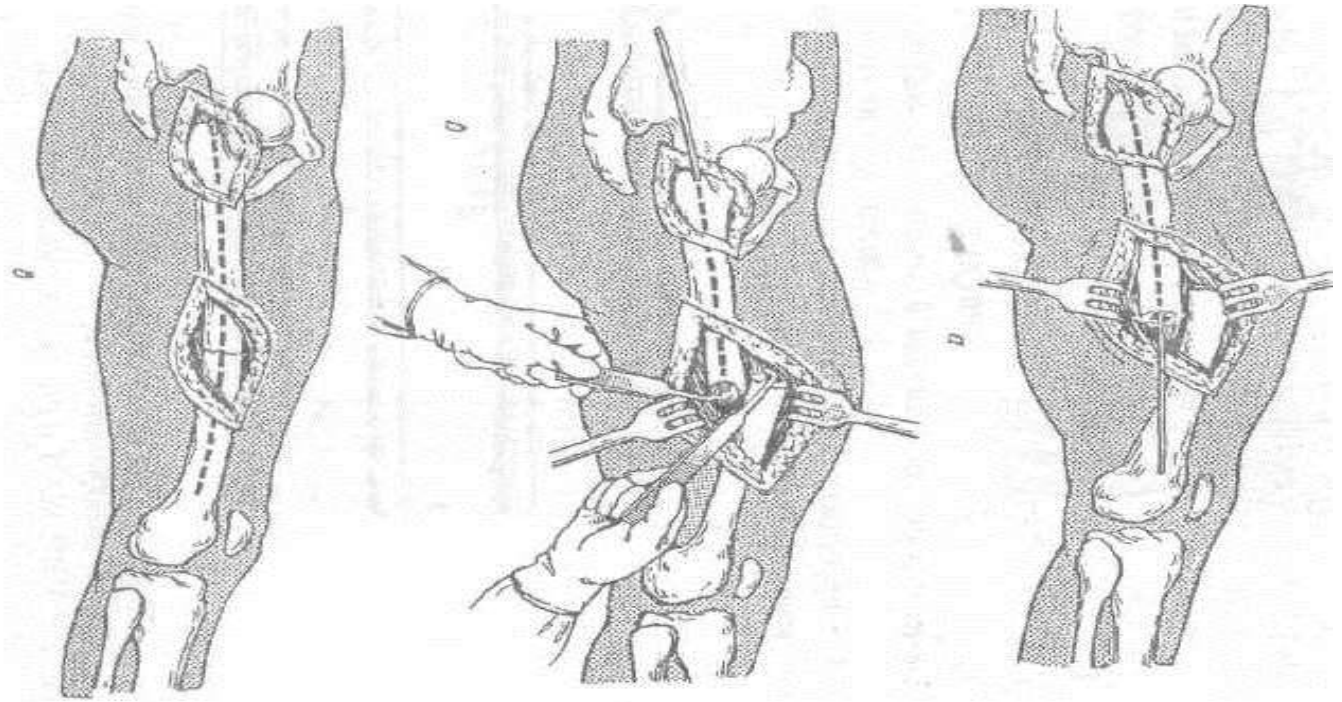


Жаррохлик усулида даволашга зарурат туғилса, шикастланишнинг биринчи

170-расм. Сон суяги кжрри учлигидан синганда Сиваш штопори билан остеосинтез қилиш.

Сон суяги говори учлигидан синганда баркарор остеосинтез Сиваш компрессияловчи крзикча-штопори

ёрдамида амалга оширилиши мумкин (170-расм), уни кўстлар устки қисмидан суяк илик каналига юборилади. Крзикча-штопор бураб каналга киритилади, штопор дистал суяк бўлагини проксимал бўлакка қаттиқтортиб, бир вақтнинг ўзида компрессия беради. Сон суяги диафиз синишида кенг тарқалган усул металл штифт (крзикча) ёрдамида интрвмедуляр остеосинтез хисобланади. Кўпинча ретрофад юбориш қўлланилади. Крзикчани олдин проксимал бўлак каналига синган соҳадан ўтказилади. Шундан кейин бўлаklar жой-жойига кўйилади ва штифт дистал бўлакка кркилади (171-расм). Кумсоат шаклидаги диафиз каналининг бир хил бўлмаган кенглиги штифт ёрдамида бар-кдрор остеосинтез



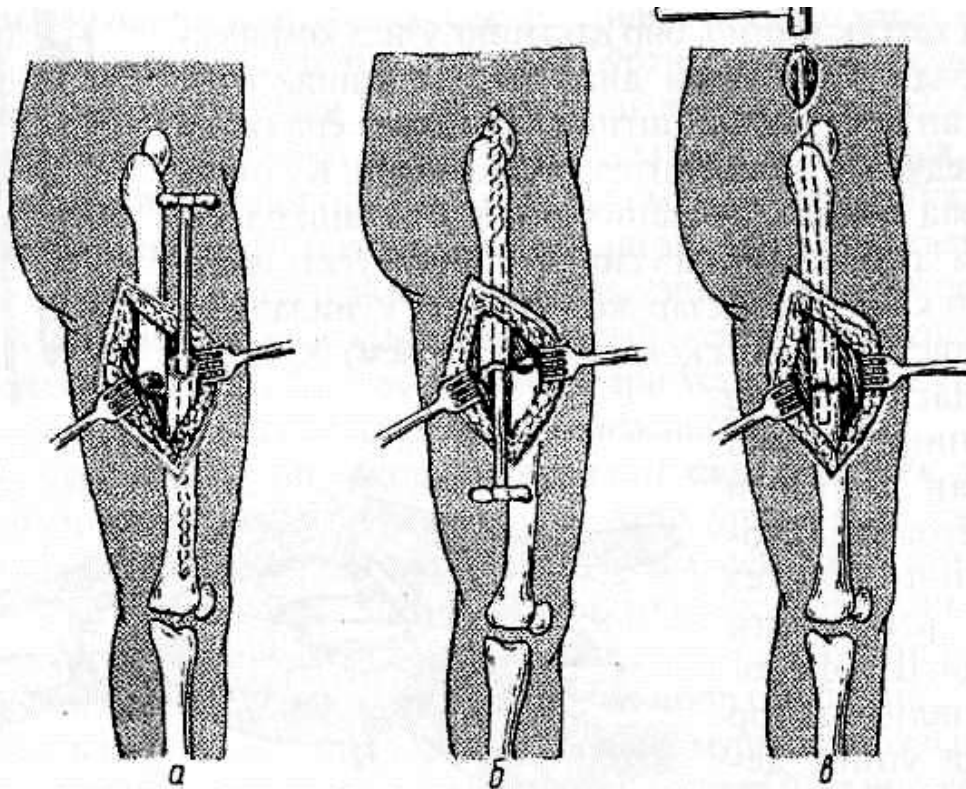
ҚИЛИШ ИМКОНИНИ

бермайди. Штифт фа-кат каналнинг тор қисмида унинг де-
171-расм. Сон суяги

учдан бир ўрта қисмидан синганда
металл козичка воситасида остеосинтез
қилиш.

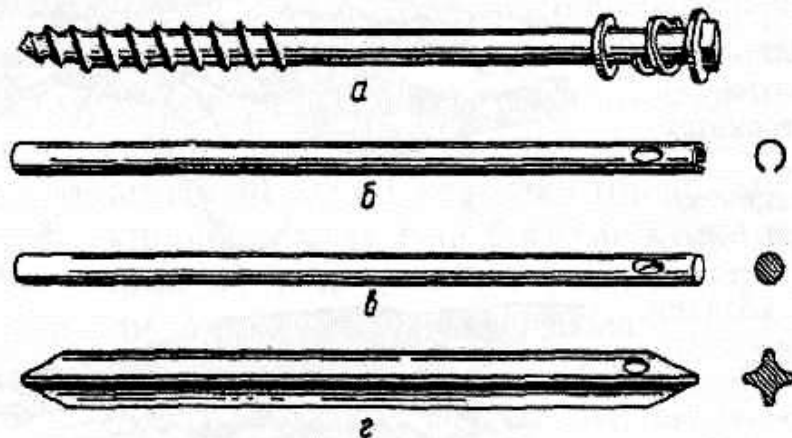
а — биринчи боадич: ко-зичка проксимал бўлакка юборилган; б - ик-кинчи босқич: крзичка проксимал бўлакча орк-али катта куст устидан чиқарилган; в - учинчи босқич: бўлақлар бир-бирига ўрнаштирилиб, Козичка дистал бўлакка ўтказилган.

ворларига маркам тегиб туради. Агар синиш соҳаси каналнинг тор қисмига тўғри келмаса, бўлақлар оралигида ротацион ва силкиниш ҳдركاتлари рўй бериши мумкин. Синганда барқарор остеосинтезни амалга ошириш учун штифтни каналга юборишдан илгари илик каналининг тор қисмини диаметри бир хил бўлгунча парма ёрдамида кенгайтириш шарт (172-расм). Барқарор остеосинтезни Дубровнинг массив салмокли крзиччаси ёрдамида амалга ошириш мақсадга мувофиқдир (173-асм).



172-расм. Сон суяги канали кенгайтирилиб, металл қозикча ёрдамида барқарор остеосинтез қилиш.

a, b — проксимал ва дистал бўлакчалар каналини пармалаб кенгайтириш;
v — темир қозикчани киритиш.



173-расм. Сон суяги диафизини остеосинтез қилиш учун фиксаторлар.

a — Сиваш қозикча-штопори; *b* — ЦИТО каналли қозикчаси; *v* — Дубров қозикчаси; *z* — НИИЭХАИ нинг тўрт қиррали қозикчаси.

Сон суяги учдан бир пастки қисмидан ва дўмбоқлар устидан синганда иккита Богданов стержени ёки иккита қиличси-мон катта болдир учун мосланган ЦИТО штифта қўл-ланилади. Қотирган холда ушловчи штифт ва стер-женлар кўшимча кесимлар орқали ташки ва ички дўмбоқ-лар устидан юборила-ди (174-расм, а).

Сон суяги диа-физи пастки учли-гидан синганда бўлақларни яхшиси «Г» симон устунча ёрдамида қотирган маъкул (174-расм, б). Устунча ташқари кесим орқали синиш соҳаси устидан қотирилади. Устуннинг горизонтал усиги (пластинаси) соннинг дистал метафизига қрқилади, вер-тикал қисми диафизга бурама михлар воси-тасида қотирилади.

Бошқа кенг тарқалган сон суяги экстра-медуляр остеосинтезига салмокли сикувчц пластиналар киради (175-расм). Сон суяги синишида қилинган остеосинтездан кейин 2-3 ойга коксит гипс боғлами кўйилади. Агар барқарор остеосинтез қилинган бўлса, гипс боғлами кўйилмаслиги мумкин. Мех.нат кобилияти 3,5-6 ойда тикланади. Сон суягининг анатомик функстионал тузилиши ва хизматларига кўра сон суяги бўйинчасининг суяк пардасининг йўқлиги сон-чанок бўғими қопчасининг ичига жойлашганлиги, қон билан таъминланиши ёмонлиги ва бўйинча диафизар бурчагининг 127⁰ даражада бўлганлиги жароҳатланишдан сўнг битмасдан ҳар хил асоратлар қолишига сабабчи бўлади. Бундай синишлар беморнинг ёшига қарамай бир умрга қоладиган асоратлар пайдо бўлиб, тиббий ходимлардан еҳтиёткорликни ва ҳар бир бемордан алоҳида чуқур еътиборни талаб қилади.

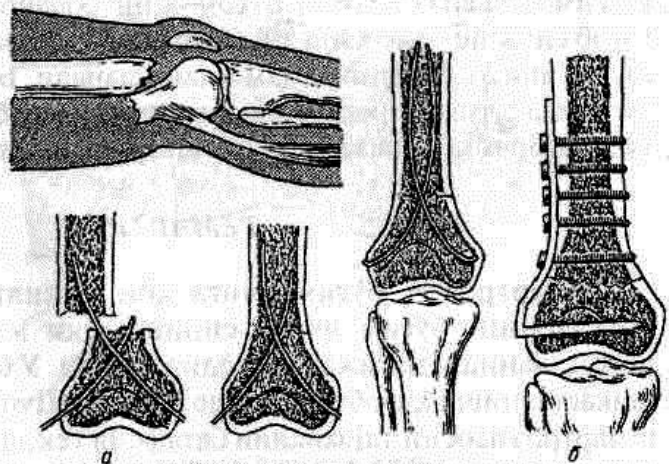
Сон суяги бўйни синишларининг икки хил кўриниши мавжуд:

1. Медиал бўйинлараро синишлар, булар бўғим ичидаги синишлар бўлиб, уларни валгус ва варус ҳолатида учратиш мумкин. Валгус синишлар ҳар доим бир-бирига киришган бўлади. Варус синишлар еса бўйин диафизар бурчак 127⁰ дан кичик бўлиб, фақат бўлақлар бир-биридан ажралган бўлади.
2. Латерал яъни, бўғим қопчасидан ташқарида синиши бу ҳолат катта ва кичик кўстлараро синишлар ҳисобланиб, кўпинча синиқ йўллари сон суяги кўстлари орқали кўстлараро катта ва кичик кўстлари тепаси ёки кўстларидан ўтади.

Сон суяги синганида қуйидаги белгилари бўлади:

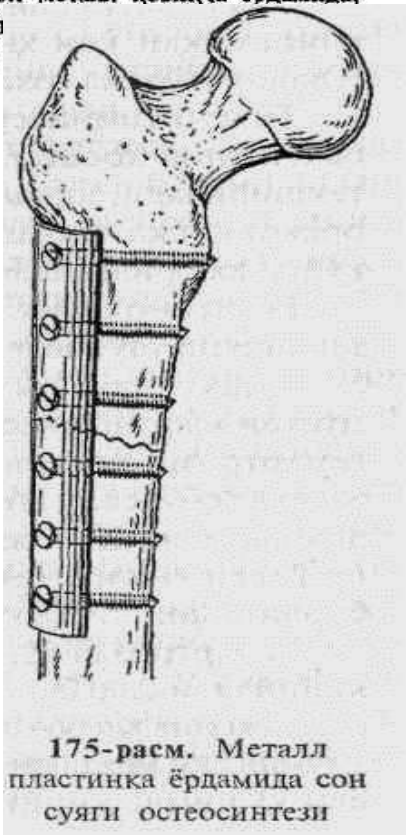
Оёқ ташқарига буралган, чанок сон бўғимида оғрик, катта кўстга таъсир қилинганда яъни урганда ёки товондан босим билан таъсир берганда синмаган оёққа нисбатан синган оёқ пастда бўлади. Сон артериясининг пулсастияси пупарт бойлами остида кучли бўлади. Розер - Нелатон чизиғи катта кўстдан пастдан ўтади. Шумахер чизиғи киндикдан пастдан ўтади.

Юқорида айтилган белгилар синиқлар ўзаро кирганда сезилар сезилмас кўринишда ёки бутунлай учрамаслиги мумкин. Беморлар ўз оёқларида бир неча кунлар



174-расм. Сон суяги учдан бир пастки қисмидан синганда остеосинтез.

а – иккита қиличсимон металл қозикча ёрдамида;
б – Г-симон металл уст



175-расм. Металл пластинка ёрдамида сон суяги остеосинтези

юриши мумкин ва қачонки синиқ бўлаклари ажралса, яъни валгус ҳолатидан варусга ўтсалар қайтадан оёқдан фойдалана олмаслиги мумкин ва оқибатда юқорида кўрсатилган белгилар пайдо бўлади. Буларни ҳар хил ҳолатда рентген қилиб аниқланади.

Сон суяги бошчаси синганда 2%ли новокаин еритмасидан 200-250мл синган жойга юборилади ёки умумий оғриқсизлантириш ҳам ўтказиш мумкин.

Даволаш йўллари.

1. Консерватив - ҳозиргача фақатгина қарияларда қўлланилган. Ҳозирги вақтда еса бемор ёшидан қабий назар жарроҳлик йўли билан даволаш қабул қилинган. Консерватив даволаш усуллари фақатгина фариялик психози, юрак қон томир касалликлари декомпенсастия даврида, ўсма касалликларида, қариялик кахексиясида ва ҳаддан ташқари оғри йўлдош хасталикларидагина қўлланилади. Бундай ҳолатларда суяк синишининг битиши эмас, ваҳолангки бемор ҳаётини сақлаш кўзда тутилади. Консерватив даволашда беморлар ўлими 47%га етса, жарроҳлик билан даволашда 7-8% дан ошмайди. Бемор ўлимининг асосий сабаби касалликка йўлдош хасталикларнинг қўшилишидир (ўпка шамоллаши, ётоқ яралар, йўлдош касалликларнинг қўзиши ва х.к.).

Сон суяги бўйини синган беморлар вақтли ҳаракатга келтирилиши керак, айниқса катта ёшдаги қарияларда, йўлдош касалликлари кўп ва юқорида санаб ўтилган жарроҳликка қарши кўрсатма бўлган беморларда бунга амал қилиши шарт. Бундай вақтли ҳаракатлантириш учун биринчи 5-10 кун ичида бир неча бор маҳаллий оғриқсизлантириш ва бунинг оқибатида беморни қисқа вақтли бир неча бор ўтқизиш турғизиш керак. оёқни айланиб кетишдан сақлаш учун дерататор ёғочли гипс бойлами қўйиш керак ва ҳаракатлар оқибатида битиш бўлмасдан суяк тўқималари суяк бўлаклари ўртасида сурилади ва ёлғон бўғим пайдо бўлади. 3-4 ҳафтадан сўнг бемор бемалол қўлтиқ таёқ ёрдамида юра бошлайди. Медиал валгус синишлар жароҳатсиз консерватив йўл билан даволанади.

3. Оператив - сон суяги бўйини синганида жарроҳлик йўли билан даволаш усуллари. Икки хил жарроҳлик усули мавжуд:

1. **ёпиқ усули** – бунда бўғим қопчаси ва синган бўйинчани очмасдан ҳар хил ускуналар билан маҳкамлаш.
2. **очиқ йўли** – бунда синган сон суяги бўйини ва бўғим қопчаси очилади. Бу жарроҳлик йўли ҳажми катталиги ва узок вақтни талаб қилган сабабли жуда кам қўлланилди.

Ёпиқ усулдан олдин беморни ортопедик ускунада ётқизиш, Уитмен йўли билан силжиган суяк бўлаклари солинади ва сўнг синган оёқни 20⁰ ташқарига очилиб, 40-50⁰ ичкарига буалиб маҳкамланади. Бажариладиган ёпиқ ва очиқ жарроҳлик усуллари қилингандан кейин гипс боғлами қўйилмайди ва учинчи кундан бошлаб ҳаракат қилишга рухсат берилади. Операстия қилинган беморларнинг суяк битишлари 8-10 ой ва ишга яроқсизлик муддатлари 1.5 йилгача давом этади.

Сон суягининг бўйини бўғимлараро сиқилиб синишлари консерватив йўл билан даволанади ва буларнинг оқибати ижобий бўлади. Сон суягининг бўйини жарроҳлик йўли билан даволанганда 10-25% ва консерватив йўл билан даовланганда 70-80% ҳолатларда битмасдан қолиб ёлғон бўғим пайдо бўлиши кузатилади. Бундай беморларни даволашнинг асосий усули Мак-Каре усулидир. Бунда кўстлараро сон суяги кесилади ва суяк бўйини остига сон суяги сурилиб маҳкамланади.

Бўғимдан ташқари сон суягининг кўстлараро синишларига алоҳида аҳамият бериш керак. Бундай синишлар кексаларда бўлиб, ўзининг яхши оқибати билан фарқ қилади. Бунда оёқ ташқарига буралади, соғ оёқга қараганда пастда бўлади, бемор синган оёғини тўшакдан кўтара олмайди. Сон чанок бўғимида ҳаракат тўхтайдди. Кучли оғриқ пайдо бўлади ва синган оёқ фаолияти йўқолади. Бундай синишларни даволашда беморнинг умумий аҳволини ва унинг йўлдош касалликларини ҳисобга олиш керак. беморнинг умумий аҳволи яхши бўлса, болдир суягининг тепа қисмидан тортиб қўйиб 6-8кг тош осиб Беллер шинасига

ўрнатилади. 6-8 ҳафта вақт ўтгандан сўнг бемор уйига жавоб берилади ва жўнатиш вақтида дерататор гипс боғлами қўйиб юборилади. Сингандан 3-4 ой ўтгандан сўнг рентген кўригидан ўтказилади ва секин-секин қўлтиқ таёқ билан туриб юришга рухсат берилади. Бемор ҳаракат вақтида синган оёғини секин аста боса бошлайди. 1-1.5 ой ичида қўлтиқ таёқларини ташлаб битта ҳасса билан юради.

Сон суяги катта ва кичик кўстларининг синганида консерватив даволаш қўлланилади. Улар 3-4 ҳафта тўшақда Беллер ускунасида ётқизиблиб қўйилади ва натижада яхши битиб кетади. Мабодо кичик кўст битмасдан қолса, оёқнинг иш фаолиятига зарари тегмайди. Сон суягининг тепа, ўрта ва пастки қисмларидан синиб жойидан силжишига фақат оператив йўл билан даво қилинади. Уларда сон суяк бўлақларини мустаҳкамлаш учун сон суяги ичига ҳар хил ўтлар ёки суяк устига мустаҳкамловчи ускуналар қўйиб маҳкамланади. 10 ёшгача бўлган болаларда, жарроҳликка қарама-қарши кўрсатма бўлган беморларда суяк майдаланиб очик синганда, йўлдош касалликлари туфайли иложи бўлмаган беморлар консерватив йўл билан даволанади. Бунда болдирни тепа учлигидан скелетли тортиш 5-6 ҳафта амалга оширилади ва сўнг коксит гипс боғлами қўйилади. бундай қўшма даволашлар натижаси жарроҳликка нисбатан паст фоизни ташкил этади. Сон суяги синиб суяк бўлақлари жойидан силжимаган вақтларда, 10 ёшгача бўлган болаларда фақат коксит бойлами қўйилади. Гипс боғламларнинг муддати оёқ босим юришлари ва иш фаолиятининг тикланиши ҳар бир касал учун алоҳида ҳисобга олинади. Беморнинг ёши суяк бўлақлари ҳолати рентген кўрсаткичларига қараб тиббиёт ходими бу муаммони ҳал қилади ва бу муддат ўртача 2-4 ой ва ишга қайтиш вақти ўртача 3-6 ойни ташкил қилади.

Сон суягининг пастки эпиметадиафизини синишлари ва тизза бўғимлараро жароҳатларида ярим 0.5 см суяк бўлақлари жойидан силжигангача консерватив йўл билан даволанади. Суяк бўлақлари 0.5 см дан кўп силжиганда фақат оператив йўл билан даволанади. Суяк бўлақларини “Т” симон пластинкалар СтИТО михлари ва кўп бошқа ускуналар билан мустаҳкамланади. Бўғимаро синишнинг ва уни даволашнинг асосий йўли гипс боғламининг кам вақтга қўйилиб, вақтли бўғим ҳаракатини бошлаш ва иккинчи асосий йўл оёққа жуда кеч босиб юриш.

Мавзуга доир тест саволлари.

1. Тизза бугими сили бошлангич боскичларда Г)хаммаси тугри энг характерли белгиси?
 А. Огриксиз ёки бугим хажми катталашиши *
 В. Оёқ соҳасида кучли огрик
 С. Тана хароратини кутарилиши, кизариш, шиш
 D. Ҳаракат чекланиши
 Е. А ва Б
2. Сон диафиз кисмидан синганда купинча деформастия канака булади?
 А)Галифе куринишида*
 Б)Пайпок куринишида
 В)олма барги
 Г)хаммаси тугри
3. Бугим сичкони бу ?
 А)бугим ичидаги еркин тана*
 Б)бугим синовити
 В)гемартроз
4. Сон суяги буйини синиши неча хил булади?
 А. Медиал буйинчалараро синишлар
 В. Лотерал синишлар
 С. Синиб силжиши
 D. А ва Б *
 Е. Хамма жавоблар тугри
5. Артротомия бу?
 А)бугимни очиш*
 Б)гемартроз
 В)бугим пункстияси
 Г)синовит
 Д)хаммаси тугри
6. Бугим капсуласининг яллигланиши?
 А)Гемартроз
 Б)синовит*
 В)деформастияловчи артроз

- Г)хаммаси тугри
- Д)хаммаси нотугри

7. Соннинг турт бошли мускулининг шикастланиши купинча қайси суякнинг синиши билан кечади?

- А)сон суяги*
- Б)катта болдир суяги
- В)тизза копкоги
- Г)кичик болдир суяги
- Д)чанок суяклари

8. Бугим ичига қон қуйилиши?

- А)гемартроз*
- Б)артротомия
- В)синовит
- Г)артрориз
- Д)хаммаси тугри

9. Сон суяги синганда қайси оператив даволаш мумкин?

- А. интрамедуляр остеосинтез
- В. экстрамедуляр остеосинтез
- С. аппарат қуйиш
- Д. хаммаси тугри*
- Е. скелет тортма

10. Сон суяги синиши билан интрамедуляр штифт учи қаерга чиқиб туриши мумкин?

- А. катта қустдан *
- В. тизза бугим ичига
- С. чиқарилмайди
- Д. факат а ва б

11. Блокада, Байков, Чаклин, зинапо, Перелман симптоми қайси патологияга хос ?

- А. синовит
- В. гемартрозга
- С. мениститга
- Д. мениск узилишига*

12. Крестсимон боғламлар қаерга жойлашган?

- А. умурткалар орасида
- В. тизза бугимида*
- С. тирсак бугимида
- Д. тушда

13. Крестсимон бойлам узилса қайси симптом мусбат ?

- А. " яшиқ ҳаракати "

- В. блокада
- С. перелман
- Д. зинапо

14. Тизза бугимда қайси бойлам бўлмайди ?

- А. олди крестсимон
- В. орқа крестсимон
- С. ташки ен
- Д. ички ен
- Е. квадратсимон*

15. Ҳаракатланаётган яшиқ симптоми қайси жароҳатларга хос?

- А. тизза бугими менискнинг узилиши
- В. тизза бугими ен бойламлари узилиши
- С. тизза бугими крестсимон бойламлар узилиши*
- Д. гемартроз

16. Сон бўйинчаси медиал қисмининг варусли синишларида даво тури?

- А. оператив
- В. консерватив
- С. а ва б жавоблар тугри
- Д. хаммаси тугри*

17. Сон суяги бўйинчаси медиал қисмининг вертикал валгусли синиши қанақа усулда даволанади ?

- А. оператив
- В. консерватив
- С. даволанмайди
- Д. а ва б жавоблар тугри*
- Е. хаммаси нотугри

18. Асетабуляр чуқурча чанокнинг қайси суяги таркибига қиради ?

- А. енбош суяк
- В. қуймич суяк*
- С. қов суяги
- Д. симфиз
- Е. тугри жавоб юк

19. Қайси бири сон суяги таркибига қирмайди ?

- А. қуст
- В. думбок*
- С. бўйинча
- Д. бошча

- Е. хаммаси киради
21. Тизза копкоги суяги нима орасида жойлашган?
- А. уч бошли сон мускули пайи орасида
 - В. турт бошли сон мускули пайи орасида*
 - С. икки бошли сон мускули пайи орасида
 - Д. тугри жавоб юк
22. Тизза копкоги канака суяклар каторига киради ?
- А. ясси
 - В. найсимон
 - С. сесамасимон*
 - Д. хаммаси тугри
23. Сон суяги буйинчасининг медиал синишларни оператив даволаш неча усулдан иборат ?
- А. епик - бугимни очмасдан*
 - В. очик бугимни очиб
 - С. хаммаси нотугри
 - Д. хаммаси тугри
24. Кайси бири сон суяги кисмларига кирмайди ?
- А. кустлар
 - В. буйинча
 - С. тупик*
 - Д. хаммаси киради
25. Иккала болдир суяклари бир - бири билан қандай бириккан ?
- А. синостоз
 - В. мускул
 - С. синдесмоз
 - Д. фассия*
 - Е. тугри жавоб юк
26. Кайси суяк оек кафт олди суякларига кирмайди ?
- А. товон
 - В. ошик
 - С. кубсимон
 - Д. нухатсимон
 - Е. кайиксимон*
27. Тизза бугимидан менискни олиб ташлаш нима дейилади ?
- А. менискэктомия*
 - В. меникни резекстияси
 - С. артротомия
 - Д. менискотомия
28. Олд ва орка крестсимон бойлам кайси бугимда булади ?
- А. тизза бугимида*
 - В. тирсак бугимида
 - С. товон - болдир бугимида
 - Д. сон - чанок бугимида
30. Бирор бугим еки бурсаларга кислород юбориб даволаш нима дейилади?
- А. оксигенотерапия*
 - В. пневмотерапия
 - С. кислородотерапия
 - Д. оксигенация
31. Болдир товон бугимда канака ҳаракат кузатилмайди ?
- А. пронация
 - В. супинация
 - С. букиш
 - Д. ротация*
 - Е. езиш
32. Сон суяги буйинчасининг синиши купинча кайси ешлардаги кишиларда учрайди ?
- А. кари кишиларда*
 - В. еш кишиларда
 - С. урта ешдагиларда
 - Д. болаларда
 - Е. ҳамма ешда
33. Епишган товон симптоми кайси синишларга хос ?
- А. сон суяги диафиз синишларида
 - В. сон суяги буйинчаси синишида
 - С. болдир суяклари синишида
 - Д. товон суяклари синишида
 - Е. оек панжалари суяклари синишида*
34. Сон суяги синганда Шумакер линияси қаердан утади ?
- А. киндик остидан утади
 - В. киндикдан утади
 - С. киндик юкорисидан утади*
 - Д. куракдан утади
 - Е. хаммаси тугри

35. Сон суяги буйинчаси синганда Розер - Нелатон чизиги каердан утади
- катта куст устидан*
 - катта куст остидан
 - киндик устидан
 - киндик остидан
 - киндик тугрисидан
36. Бейков симптоми канак жарохатларга хос ?
- тизза крестсимон богламларнинг узилиши
 - тизза ен бог ламларнинг узилиши
 - Менискларнинг узилиши*
 - болдир суяклари синганда
 - хаммаси тугри
37. Синавит бу ?
- бугим капсуласи ички деворининг яллигланиши*
 - бугимларда кон куйилиш
 - чанок суякларининг синиши
 - пайларнинг узилиши
 - Менискнинг узилиши
38. Менискнинг узилишига хос симптомларни курсатинг ?
- Байков,Турнер,Блокада, Зинапоя*
 - Байков,Лассега,Пастернастский
 - Мюссе,Лассега,Пастернастский
 - Турнер,Пастернастский
 - хаммаси тугри
39. Сон суяги кисмлари
- проксимал, диафиз, дистал
 - проксимал, дистал, думбоклар
 - проксимал, буйни, дистал
 - проксимал, дистал*
40. Сон суяги қайси кисми суяк усти парда билан копланмаган ?
- диафиз
 - дистал кисми
 - буйин*
 - хамма кисми
41. Сон суяги буйнидан синиш турлари ?
- субкапитал, медиал, латерал*
 - медиал, транстервинал
 - медиал, субкапитал ,латерал
 - медиал,субкапитал
42. Сон суяги медиал синиш турлари ?
- капитал, субкапитал
 - капитал, субкапитал,трансстервикал*
 - капитал, трансстервикал
 - субкапитал,трансстервикал
43. Сон суяги буйнидан синганда клиник белгилар?
- огрик
 - оек ташки ротастия холатида
 - оек калталаниши
 - харакат кила олмаслик
 - хаммаси тугри*
44. Сон суяги каеридан синганда бошга асептик некрозга учрайди ?
- буйини капитал ва субкапитал сохасидан*
 - буйин хамма кисмидан
 - дунглардан
 - латерал буйнидан синганда
45. Тизза бугимини хосил килишда қайси суяклар катнашади ?
- сон, катта болдир, кичик болдир
 - сон, катта болдир
 - сон, тизза копкоги, катта болдир
 - сон,катта ва кичик болдир, тизза копкоги*
46. Тизза бугимида канак мениск булади ?
- медиал, латерал, интромедиал
 - медиал, латерал*
 - тотал
 - факат медиал
47. Тизза бугими пункстиясига курсатма емас ?
- синовит
 - гемартроз
 - йирингли артрит
 - тизза бугими усмаси*
48. Тизза бугими пункстиясидаги максиди ?
- даволаш
 - диагностика
 - дори юбориш учун
 - а ва б жавоблар тугри*

Е. а,в, с жавоблар тугри

49. Мениск жарохатлангандаги симптомлари ?

- А. огрик, харакат чегараланиши
- В. блок, гемартроз
- С. синовит
- Д. зинапоя симптоми
- Е. хаммаси тугри*

50. Мениск зарарланганда характерли булмаган симптом ?

- А. Р-да мениск узилганлиги*
- В. блок
- С. огрик
- Д. гемартроз

Амалий машғулот № 7. Тизза бўғими шикастланиши

Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -80 мин	Талабалар сони : 20гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Машғулот режаси: 5. Талабаларда пастки муча суяқларининг жароҳатларининг техникаси диагностикаси, клиникаси, рентгенологик белгиларини билиш 6. Тугри ёрдам курсатиш принтиплари, асептик бойлам куйиш 7. Консерватив ва оператив даволаш усуллари 8. Асоратлари	Кискача мазмуни: Сон суяги проксимал кисмининг синишлари. Сон суяги диафиз ва дистал кисмининг синишлари. Тизза копкогининг синишлари. Тизза бугими шикастланишлари. Гемартроз, менисклар шикастланишлари. Тизанинг ён бойламларининг шикастланишлари. Тиззанинг хочсимон бойламларининг шикастланишлари. Катта болдир суяги дунгликларини синишлари. Болдир суяқлари диафизининг синишлари. Тупикларнинг синишлари. Оёк панжа суяқларининг синишлари ва чикишлари.
Ўқув машғулотнинг мақсади: Талабаларни пастки муча суяқларининг жароҳат турлари ва асептик бойлам куйиш. Биринчи ёрдам курсатиш принтиплари	Мақсади ёритилади. Сон суяги, тизза бугими синишлари ва чикишларида беморларда биринчи ёрдам курсатиш. Даво усуллари куллаш.
Таълим бериш усуллари	Кургазмали,маъруза,суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий,жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма,дарслик,маъруза матни,проектор,компютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

Амалий машғулотининг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	4. Аудитория тозалигини назорат қилади 5. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 6. Давоматни назорат қилади	
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (10 дақиқа)	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот слайдларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 6) Сон суяк бўйинчаисдан синишини	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар

	оператив даволаш 7) Сон суягининг проксимал кисмидан синишлари 8) Карияларда сон суяги буйинчасидан синиши 9) Сон суяги диафизар синишлари 10) Тизза копкоги синишлари 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мултимедиялардан фойдаланади 4. Даволаш ишларини олиб боради 5. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Катнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
11- якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАНВУ БАЎНИ:

Тизза бўғими — энг йирик ва мураккаб бўғимдир. Бу соҳада соннинг тизза копкоғи ва катта болдир суяги билан алоҳида бўғим ҳосил қилиши кузатилади. Бўғим юзаларининг бир-бирига тўғри келмаслиги, уларнинг яримой шаклидаги ва понасимон шаклдаги менисклар воситасида тўлдирилади. Тизза бўғими тўла ёзилганда унинг пассив барқарор ҳолати капсула, хоч симон ва ён бойламлар ва сон ўқини болдир ўқига нисбатан олдинга қараб силжиши ҳисобига амалга ошади. Бу ҳолатда динамик тургунлик ёзувчи аппарат ёрдамида ҳам таъминланади. Болдир буқилганда тизза бўғимида бурама ҳаракат имконияти тукилади, бу эса атрофдаги юмшоқ тўқималарнинг шикастланишига шарт-шароитяратади.

ГЕМАРТРОЗ

Гемартроз — бўғим ичига кон куйилиши бўлиб, бу ҳолат суякларнинг бўғим ичида синиши ёки юмшоқ тўқималарнинг шикастланиши натижасида содир бўлади. У бевосита ёки билвосита шикастланиши ҳисобидан пайдо бўлади. Шунинг эса сақлаш керакки, гемартроз асосий ташҳисини батафсил текширув натижасида бўғим шикастланишидан сўнг қўйиш мумкин.

Т а ш х и с. Гемартрозни аниқлаш қийинчилик тугдирмайди. Бевосита шикастланишдан сўнг бўғимда оқрик ёки функциясининг чекланиши кузатилади. Секин-аста бўғим соҳаси катталашади ва чегаралари текислаша бошлайди. Тизза буқилган ҳолатда шиш тизза копкоғи хусусий бойлами ёнларида аниқланади. Бўғимда суюқлик (кн) кўп тўпланганда тизза крлкргидан юқорида ловиясимон дўмбайиш кузатилади. У бўғимнинг юқори ўрамаси соҳасига тўғри келади.

Болдир бир оз буқилган ҳолатда бўлади, бу ҳолатда бўғим бўшлиғи максимал катталашади. Оғрик. нафакдт шикастланиш, балки бўғим ичига оқдан кн ҳисобига чўзилиши натижасида ҳам кузатилади. Юқориғи ўрама соҳасида флюктуация кузатилади.

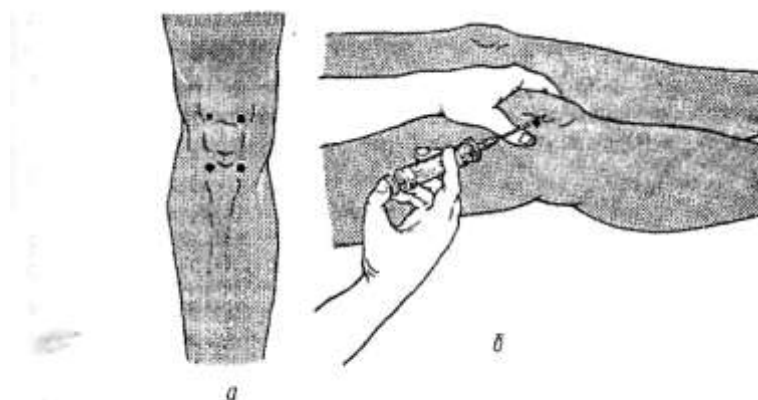
Тизза бўғимига суюқ/юк тўпланишига тизза копкоғининг «калк!Ш» белгилари ҳосдир. Уни бемор оёқлари тўғри турган ҳолатда текширилади, иккала бош бармоқ билан тизза копкоғини олдиндан орқага қиска эзилади. Бунинг натижасида тизза копкоғи ботади ва куйиб юборилганда «калкиб» чиқади.

Рентгенологик текширув суякларда синиш бор-йўқлигини текшириш учун шарт ҳисобланади.

Ташҳислаш учун тизза бўғимини пункция қилиш асосий муолажалардан ҳисобланади ([76-расм]). Пункциядан олинган кон — гемартрознинг аниқ, белгиси. Олинган суюқлик

текширилганда экссудат бўлса, у шикастланишдан кейинги иккиламчи синовитдан далолат беради. Олинган суюкликда ёғ томчиларининг топилиши (рентгенологик текдшривда кўринмасада) бўғим ичида синиш борлигидан шубха кхлишга асос бўлади.

Гемартрозда бўғимнинг шикастланиш характери аниқлашда қийинчиликлар бўлади. Бу холда кўпроқ маълумот берувчи текшириш артроскопия ххсобланади. Артроскоп бўғимни пункция қилиш ёрдамида умумий ёки мах.аллий оғриқсизлантириш остида киритилади. Артроскоп ёки кўшимча киритилган игна ёрдамида бўғим бўшлиги новокаин ёки натрий хлор изотоник эритмаси билан ювилади. Артроскопни силжитиб, бўғим бўшлиги текширилади. Артроскоп ёрдамида ташхислаш 90% аниқлик беради.



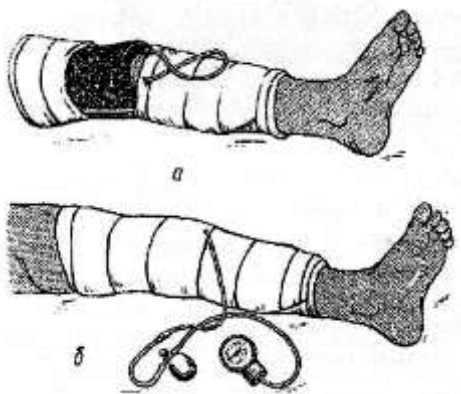
176-расм. Тизза бўғимини пункция қилиш.
а – пункция қилиш нуқталари; б – пункция техникаси.

Д а в о л а ш. Гемартрозда даволашни текширув вақтидаёк бошланади. Ташхислаш мақсадида қилинган пункция даволаш ишларидан бири хисобланади. Бўғим бўшлигидаги крнни чиқариб юборилса, капсуланинг таранглашиши хисобига мавжуд оррик сусаяди. Бу, ўз навбатида, шикастланишдан сўнгга синовитнинг олдини олиш хисобланади. Бундан ташқари, бўшлиқдаги крнни олиб ташлаш фибрин ўтириб қолиши ва бўғим ичи чандиклари хосил бўлишини олдини олади. „

Артроскоп ҳам даволовчи восита хисобланади. Артроскопия вақтида бўғим бўшлигидан крнни чиқарибгина колмай, балки бўғим ичидага босимни 10-20 минут ичида ювадиган эритма билан ошириш ёрдамида крн кетишини тўхтатиш мумкин. Агар кон чихаётган томир топилса, артроскоп орқали электрокогуляция ёрдамида тўхтатиш мумкин. Бу холда суюқдик ўрнига бўғим бўшлиги карбонат ангидрид билан тўлдирилади.

Бўғимдан крнни чикдрийб олингандан сўнг соннинг юқори қисмидан болдир ошиқ бўғимида орка гипсли боғлам куйилади. Босиб турувчи боғлам сифатида поролондан ёки пахта-докали «бублик» ёки бошқа мосламалар бўғимнинг олдинги юзасига боғланади. Мусалатов, Силин, Мурадов ва Бровкин усули бўйича тайёрланган хаво тўлдирилган боғлам яхши натижа беради. Пневматик копчани бўғимни олдинги ва ён юзаларига кўйилиб бинт ёрдамида гипсли боғлам устидан айлантириб боғланади. Сўнгга копчага 40-60 мм симоб устунига босимда хаво юбориб, крн батамом тўхтагунча ушлаб турилади. Гемартроз бартараф этилгандан сўнг гипс лонгет боғлами 2-3 хафтага айланма боғламга айлантирилади. 3-4 хафтадан сўнг мех.натга ярклилик тикланади (177-расм).

177-расм. Гемартрозни олдини олиш учун ўлчовли пневматик боғлам. а, б - боғламни кўйиш боскичлари.



МЕНИСКЛАР ШИКАСТЛАНИШИ

Менискларнинг шикастланиши - тизза бўғимида кўп учрайдиган жароҳат-лардан бўлиб, бевосита ва билвоситатаъсир натижасида содир бўлади. Бу хил шикастланиш асосан юк ту-шаётган оёқнинг буқилиши ва буралиши натижасида келиб чиқади. Кўпрок ички

мениск шикастланади, бунга сабаб ташки менискдан фарқни уларок, ён бойлам билан бириккан бўлиб, бўғим ичида силжиши чекланган. Бу анатомик хусусият ички ён бойлам билан менискнинг шикаст -ланишини бирга таъминлайди. Икки анатомик тузилмаларининг шикастланиши бўғимнинг ички-олдинги қисми мустахкамлигининг пасайишига олиб келади. Шикастловчи тасиротнинг давом этиши ички менискнинг ички ён ва олдинги хочсимон бойламларнинг узилиши билан шикастланиши «омадсиз учлик» номини олган.

Т а ш х и с. Шикастланган менискни аниқлашда ўзига хос қийинчиликлар юзага келади. Шикастлангандан сўнг узок, муддатда куйидаги симптомлар келиб чиқади.

Шикастланган мениск томонидаги бўғим ериш соҳасидаги отрик Оғрик, ушлаб кўрилганда, айниқра, болдирни карама-карши томонга буралса. Менискнинг орқа қисми узилишида оғрик, тизза ости соҳасида бўлади.

Бўғимнинг «тўсилиши» (блокада) симптоми. Тизза бўғими соҳасидаги ҳаракатда, айниқса, болдирни бураган пайтда 130° да буқилган ҳолатда қолади. Оёқни буқиш ёки ёзиш пайтида кучли окрик келиб чиқади. «Тўсилиш» ҳолати сон ва катта болдир бўғими устидаги қисилиш даражасига боишқ Тўсилиш баъзида ўзига хос шикиллаш билан кузатилади.

Тўрт боиши мушак атрофияси ва Чаклин симптоми. Бу симптом куйидагидан иборат: агар бемор ёзилган оёғини кўтарса, чеварлар мушаги яссиланади ва таранглашади. Симптомни даражаси ҳасталик муддатига бевосита боғлиқдир.

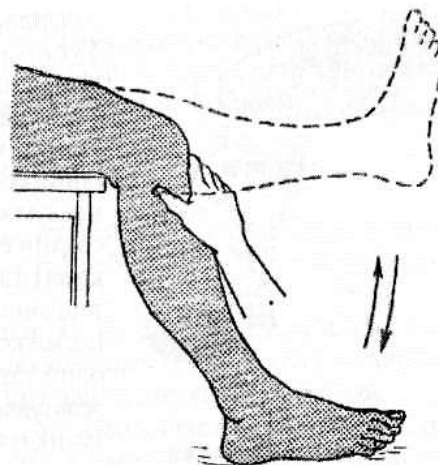
Бойков симптоми. Тизза 90° га буқилган ҳолатда бўғим ёриги ички ва таивши томонлардан 1-2 бармоқлар билан босилади. Сўнгра беморнинг оёғини секинлик билан ёзилади, агар мениск шикастланган бўлса, оғрик, пайдо бўлади ёки кучаяди. Ёзилган оёқни яқинлаштирганда оғрик, ички мениск соҳасида пайдо бўлса, бу ички мениск шикастидан;

агар ёзилган оёқни узоклаштирганда оғрик, пайдо бўлса, бу ташки мениск шикастланганидан далолат беради (178-расм).

Чаклиннинг «қисырлаш» белгиси. Тизза бўғими соҳасида ҳаракат қилинганда болдир ташки томондан ташки мениск соҳасида гўё тўсик устидан юма-лаб ўтади, шунда «қирсиллаш» ҳис қилинади.

«Туркча» чордана %уриб ўтирилганда оғриқнинг кучайиши симптоми. Бўғим оралиги бўйича оғриқни пайдо бўлиши бир неча бор қисилиш натижасида юзага келади. у капсуланинг яллиғланиши билан боғлиқдир.

Перельман «қалиши» симптоми. Болдир ва панжани қалиш қияётгандек ҳаракат қилинганда маҳаллий оғрик, кучаяди.



178-расм. Байков белгисини (симптомини) аниқлаш.

Турнер симптоми. Тиззанинг ички юзасидаги терида сезгининг кучайиши ёки йўқрилиши кузатилади.

Штейман-Бухард симптоми. 90° да буқилган тиззани ташки ёки ичкарига буралганда шикастланган мениск соҳасида оғрик пайдо бўлиши.

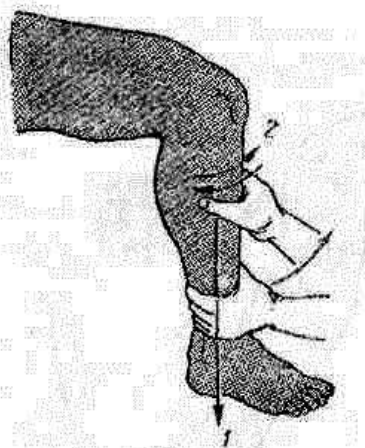
Менискнинг шикастланганини эрта ташхислаш кийин бўлади. Шикастланган менискни аниқлашда тизза бўғимини рентгенофафия қилиш зарур, бу текшириш суякдаги ва бўғим ичидаги рентге-ноконтраст таначаларнинг ўзгаришларини аниқлашга ёрдам беради. Менисклар рентгенофаммада кўринмайди. Буларни аниқлашда контраст афофафия қўлланилади. Арфоскопияни тизза бўғимини ташқарисидан кириб қилинади, бунда янги шикастланган менисклар ҳақида энг кўп маълумотга эга бўлинади. Арфоскопия пайтида мениск шикастини, унинг характерини ва бўғимдаги бошқа йўлдош ўзгаришларни аниқлаш мумкин.

Симптоматик жиҳатдан мениск шикастига унинг касаллиги менископатия ёки менискоз яқиндир.

Бу мениск тоғайларнинг микрошикастланишлар натижасида дегенератив ўзгаришларидир. Мениск кистаси кўпрок ташки менискда учрайди, бунга сабаб ташки менискнинг кам ёрилишидир, лекин микрошикастланишлар кўпрок учрайди, улар шилликкаватларнинг дегенератив ўзгаришига ҳамда шу соҳада кистоз бўшлиқ ҳосил бўлишига олиб келади, кистоз бўшлиқ ташки томонда жойлашади.

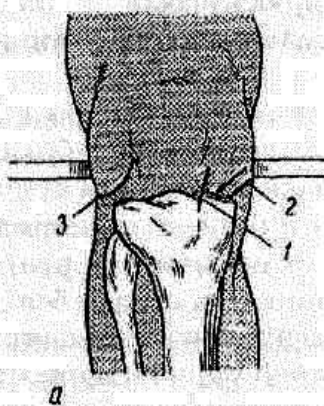
Д а в о л а ш. Ёзилган менисклар консерватив даволаш билан битмайди. Бундай даво синовит ва ўткир бўғим шикастланиш белгиларини йўқртиш учун қўлланилади. Тўсилиш (блок) бўлганда менискни тўғрилаш зарур (179-расм).

Бундай турдаги жарохатларда жаррохлик амалиётини узилган менискни кесиш (айникса, янги шикастларда), менискнинг маълум қисмини олиб ташлаш, бунда узилган соҳани ёки капсула олдида олиб ташлашга қаратилади ёки менискни тўлиқ олиб ташланади ва 2-3 мм кенгликда капсула олди қисми қолдирилади. Менискни паракапсуляр олиб ташлангандан сўнг мениск шаклини эслатувчи регенерат ҳосил бўлади. Менискни тўлиқ олиб ташлаш — бу менискни капсула олди соҳаси билан бирга олиб ташлаш демакдир. Бу усул юқорида айтилган усуллар ёрдамида ўзгарган соҳаларни тўлиқ олиб ташлаш имконияти бўлмаганда қўлланилади. Ташрих (операция) асосан парapatелляр очишда артротомия ёрдамида бажарилади. Операциядан сўнг босими чегараланган хаво тўпланган боғламни бир неча соатга кўйилади. Операциянинг эртанги кунидан беморга букувчи ҳаракатлар қилиш ва қўлтиктаёк ёрдамида юриш тавсия этилади. 2-3 ҳафтадан сўнг аста-секин шикастланган оёққа босиб юриш



179-расм. Менискни ўрнига тушириш техникаси.

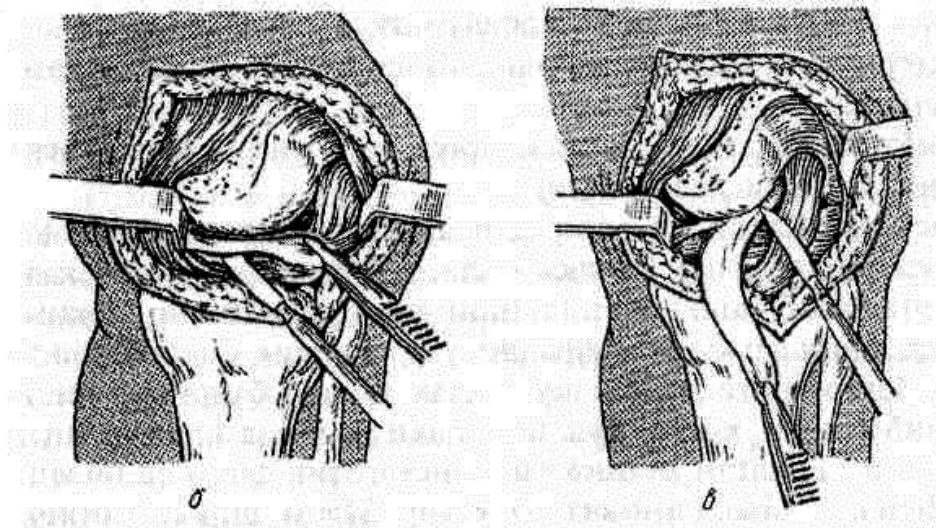
1 — 2 — жарроҳ ҳаракатининг йўналиши ва уларнинг кетма-кетлиги.



мумкин (180-расм).

180-расм. Менискэктомия.

а — терини кесиш вариантлари: *1* — ички мениск шикастланганда медиал қийшиқ; *2* — калта парапателляр; *3* — ташқи мениск шикастланганда латерал илмоқсимон; *б* — менискнинг олдиғи қисмини ажратиш; *в* — менискнинг орқа шохини кесиб олиш.



ЁН БОЙЛАМЛАРНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Шикастланиш механизми бевосита бўлмай, балки болдирнинг буралиши, ён томонга силжиши ва тизза бўғимида букилиш билан боғлиқдир.

Ён бойламларни қисман узилиши. Ички ён бойламнинг қисман узилиши асосан ички мениска бириккан соҳасида юзага келади. Айрим толаларнинг узилиши бойламнинг узунлашишига олиб келмайди.

Т а ш х и с. Шикастланишдан сўнг бўғим фаолияти чекланади, баъзида гемартроз кузатилиши мумкин. Шикастланган соҳада пайпас-лаганда оғриқ кузатилади. Шикастланган бойламни карама-карши томонга ҳдракат қилинганда оғриқ кучаяди. Лекин ёнга ортикча ҳаракат кузатилмайди.

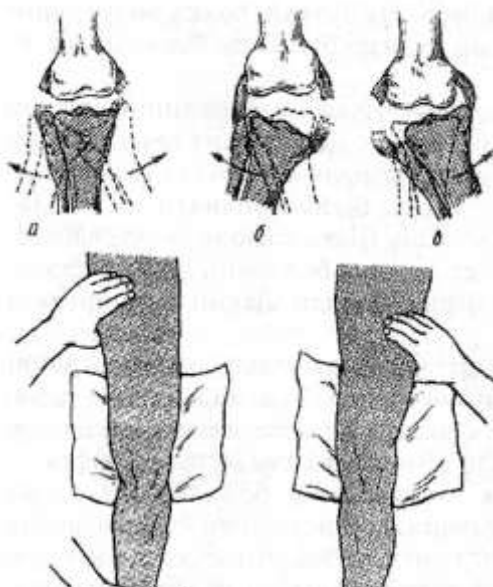
Д а в о л а ш. Бу турдаги шикастланишда муолажалар гемартрозни даволашга қаратилади. Соннинг юқориги 1/3 қисмидан ошиқ товон бўғими соҳасигача гипсли боклам қўйилади, физиотерапевтик муолажалар ва изометрик машқлар буюрилади. Иммобилизация муддати 2 х.афта.

Ён бойламларнинг тўлиқ узилиши. Ён бойламнинг тўлиқ узилиши тизза бўғимини ён (фронтал) текисликдаги бекарорлигига олиб келади. Тизза бўғимининг ташқи ён бойлами ичкига нисбатан кўпроқ шикастланади. Чунки шикастланиш учун болдир ичкарига огиши керак бунинг учун эса катта куч керак бўлади. Катта таъсирот остида тизза бўғимининг бошқа элементлари (хочсимон бойламлар, мениск ва бошқалар) ва кичик болдир нервининг зарарланиши кузатилади. Ички ён бойламнинг шикастланиши, юқорида айтилганидек ички менискнинг зарарланиши билан, кўпинча, бирга кечади.

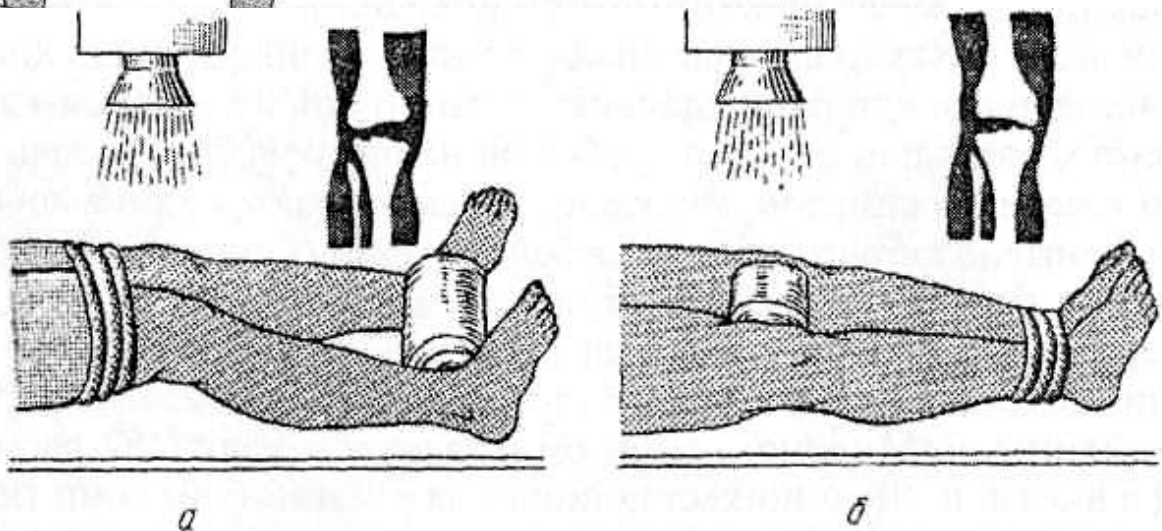
Т а ш х и с. Ўткир даврида ён бойламнинг тўлиқ узилиши қисман узилишидан фарқни равишда шикастланган бойлам карама-карши томонга ҳаракатланиши пайтида болдирни ортикча ёнга девиацияси билан кечади. Бу симптом кечиккан даврида аниқроқ кузатилади (181-расм). Рентгенологик текшириш ён бойламларнинг узилганлиги ҳақида маълумот беради. Агар ёнга огиш 10° дан ошмаса, бу ҳолда ён бойламларнинг қисман узилганлиги ҳақида ўйлаш мумкин. Агар ёнга огиши $10-20^\circ$ ва ундан кўпроқ бўлса, у ҳолда ён бойламлар тўлиқ узилганлигидан (Миронова симптоми) далолат беради (182-расм).

Д а в о л а ш. Янги шикастланишларда узилган бойламни тикиш керак Агар бойлам толалари титилиб кетган бўлса, атрофидаги фасция ёки мушак толалари билан мустаҳкамланади. Операциядан сўнг соннинг 1/3 қисмидан болдир-ошиқ товон букумигача 6 ҳафтага гипсли боғлам қўйилади.

Агар янги шикастланган вактда ички ён бойлам тикилмаган бўлса, у >ҳолда консерватив даво ўтказилади. 6 ҳафтага соннинг юқориги 1/3 қисмидан болдир-ошиқ бўғимигача узилган бойлам томонга огдирилган)<олатда гипсли боғлам қўйилади. Бу ҳолатда капсулага уйғунлашиб кетган узилган бўлаклари бир-бирига яқинлашади. 3



181-расм. Ён бойламлар шикастланганда болдирнинг ёнга огишини аниқлаш.
 а — иккала ён бойламлар шикастланганда икки томонга огиш; б — ички ён бойлам шикастланганда ташқарига огиш; в — ташқи ён бойлам шикастланганда ичкарига огиш; г, д — болдирнинг ёнга огишини текшириш методикаси.



182-расм. Ён бойламлар шикастланганда функционал рентген текшириш.
 а — ички бойламни; б — ташқи бойламни.

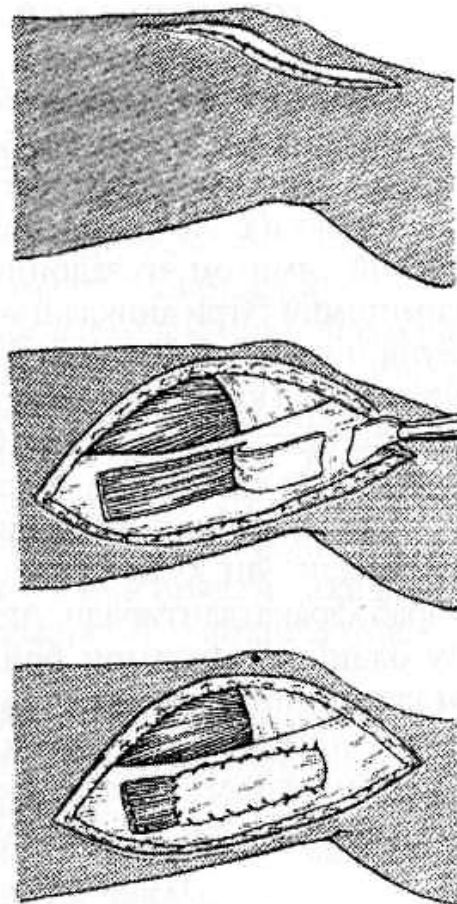
Хафтадан сўнг узилган бойлам толалари бир-бирига бирикмайди, шунинг учун 3 ҳафтадан сўнг консерватив даво одатда натижа бермайди. Ташқой ён бойлам капсула-дан ўтмаганлиги туфайли консерватив йўл билан

183-расм. Тизза ён бойлами шикастланганда Кемпбелл операция усули.

якинлаштириб бўлмайди. Бу доллар факрт оператив даво учун кўрсатма бўлиб ҳисобланади (183 ва 184-расмлар).

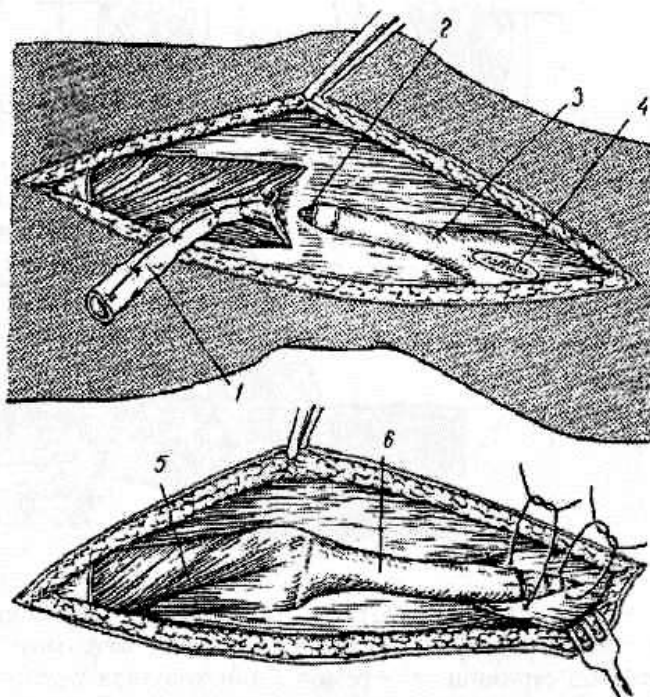
Шикастланишдан узоқ муддатдан сўнг узилган бойлам бўлақларини бир-бирига тикиш кийин бўлади, шунинг учун фасция ёки ўзининг пайдан аллопластика қилиш ёки эндопротезлаш амалга оширилади. Эндопротез сифатида лавсан тасма ишлатилди. Огтерациядан сўнг иммобилизация бойламларнинг қайси усулда тикилганлигига қараб белгиланади. Гипсли боғламда ва у ечилгандан сўнг ҳам ЛФК физиотерапия муолажалари, мушаклар электр стимуляцияси, кейинроқ эса массаж қилиш мумкин.

Пеллегрини-Штид касаллиги. Бу касалликда ички ён бойламнинг сон суягага бириккан қисмидан суяк усти пардасининг кўпорилиши натижасида ҳосил бўлган гематоманинг суякланишидир. Рентгенограммада соннинг ички дўнги соҳасида суяк пихи ёки алохида ётган суяк парчасини кўриш мумкин.



184-расм. Эдвардс усулида ташқи ён бойламни тиклаш.

1 — сон кенг фасциясининг парчаси; 2 — сон ташқи дўнгида тарновсимон кемтик; 3 — кичкина болдир суяги бошчасида тарновсимон кемтик; 4 — икки бошли мушак пайдан кесилган ўрни; 5, 6 — фасция парчаси кичкина болдир суяги бошчасидаги тарновсимон кемтигига киритилган ва чоклар билан мустаҳкамланган.

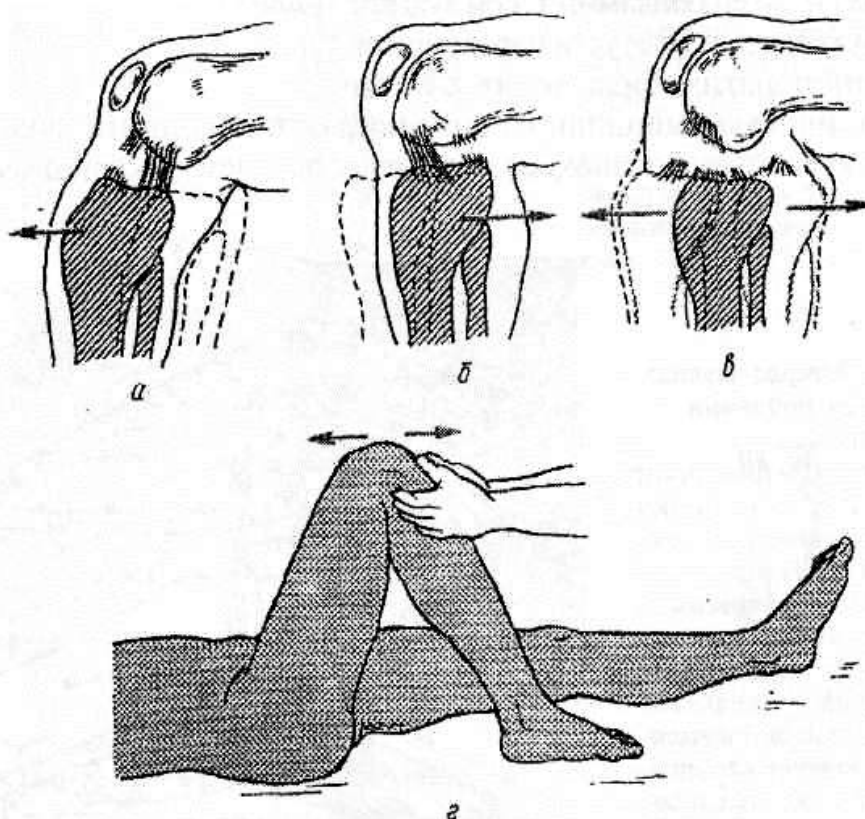


ХОЧСИМОН БОЙЛАМЛАРНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Олдинги хочсимон бойлам оркадагига нисбатан кўпрок шикастланади. Хочсимон бойламларнинг шикастланиши бўғимнинг олдинги-орқа бекарорлигига олиб келади.

Т а ш х и с. Хочсимон бойламлар шикастланганда тизза бўғимидаги асосий симптом «галадоннинг силжиш» симптоми хисобланади. Бу симптомни тўғри аниқлаш учун мушакларни тўлиқ бўшаштириш керак. Бунинг учун болдир тўғри бурчак остида букилади. Симптомни бемор ўтарган ёки юқорига кўраб ётган ҳолатда аниқлаш мумкин. Бемор ўтирган ҳолатда бўлса, бармохуслари билан шифокор пойафзалига (стулда ўтирган бўлса), агар ётган бўлса, текширувчининг сонига тиралади.

Шифокор чап кули билан шикастланган соннинг пастки 1/3 қисмидан ўнг қўли билан болдирини ушлайди ва тиззани олдинга қараб ҳаракатлантиради. Агар тизза сонга нисбатан олдинга силжиса, бу олдинги хочсимон бойлам узилганлигидан далолат беради ва «галадоннинг олдинга силжиш» симптоми мусбат бўлади. Агар тизза сонга нисбатан орқага силжиса, у ҳолда орқа хочсимон бойлам узилганлигидан далолат беради ва «галадоннинг орқага силжиш» симптоми мусбат деб хисобланади (185-расм).



185-расм. «Ғаладоннинг силжиш» белгиси.

a — олдинга; *b* — орқага; *v* — иккала хочсимон бойлам шикастланганда икки томонга сурилиш; *г* — бемор ётган ҳолатида белгини аниқлаш.

Хочсимон бойлам қисман узилганда юқорида айтилган симптомлар кузатилмайди ёки суёт ҳолда бўлади.

Д а в о л а ш. Агар хочсимон бойлам қисман узилган бўлса, соннинг юқори 1/3 қисмигача 5 ҳафтага гипели боғлам қўйилади. Меҳнатга яроқдilik 6-7 ҳафтадан сўнгтикланади. Бойламнинг тўлиқ узилганлиги аниқланса, у ҳолда операция амалга оширилади.

Шуни унутмаслик керакки, кўпрок олдинги хочсимон бойлам ён бойлам билан бирга узилади. Узилган бойламни 5 кунгача тузатишга ҳаракат қилиш керак чунки шикастлангандан 2

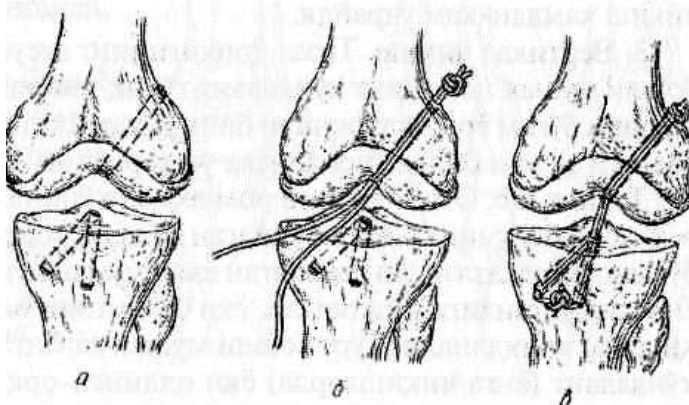
хафтадан сўнг узилган бойламларнинг бирламчи тикланиши қийинроқ бўлади. Бу энг қулай муддат деб ҳисобланади, чунки юқҳоридаги муддат ўтгандан сўнг дегенератив ўзгаришлар ва сон мушагининг атрофияси бошланади. Эрта муддатда узилган бойлам ўз жойига суяк ичи орқали тикҳилади. Операциядан сўнг соннинг юқориги 1/31фсмига 6-7 хафтагача гипели ботам кўйилади.

Олдинги хочсимон бойламни тиклаш учун кечиккан муддатларда лавсанли пластика қўлланилади. Операциянинг мураккаблиги лавсан тасмачани иккала учини суякка бириктиришдир. Силин операцияси энг қулай ҳисобланади — бунда хочсимон боғламнинг лавсанли пластикаси У-симон чок билан қотирилади (186-расм).

Хочсимон бойламларни бўғимни очмай артроскоп ёрдамида тиклашда техник қийинчиликлар бўлганлиги учун уни фақат айрим клиникаларда қўлланилади. Хозирги вақтда бу анъанавий усуллардн энг афзали ҳисобланади.

ТИЗЗА БЎҒИМИДА ЧИКИШ

Болдирнинг чиқиши. Болдир чикканда олдинга-орқага ва ён томонга сурилиши мумкин. Камрок холларда бурама силжиш кузатилади. Болдирнинг олдинга-ташқарига чиқиши кўпроқ учрайди. Болдир чиқиши бўғим капсуласи ва бойламларининг узилишисиз бўлмайди. Баъзи х.олларда ён ва хочсимон бойламлар, тизза крп



186-расм. Олдинги хочсимон бойламни (а, б, в) Силин бўйича V-симон чок билан лавсан билан пластика қилиш.

КОГИНИНГ хусусий бойлами ва мениск-ларнинг бирга-ликдаги шикасти кузатилади. Бундай холларда крн томир-нерв тутамининг эзилиши, лат ейиши ва хатто узилиши кузатилади.

Т а ш х и с. Тўлиқ чикканда оёқ калталашган ва ёзилган бўлади. Тизза бўғимида милтиксимон (найзасимон) деформация кузатилади, актив ҳаракат йўқолади. Тизза ости крн томирларини шикастлантириб кўймаслик учун пасив ҳаракатни аниқлаш керак эмас. Болдирнинг чала чиқишида тизза бир оз буқилган ҳолатда бўлади. Бўғим деформацияланган, актив ҳаракатлар йўқолади, пасив ҳаракатлар ўта чекланган бўлади. Икки йўналишдаги рентгенография ташхисни тасдиқдайди. Текширилганда тиззадан пастки қисмида крн айланиши ва иннервация даражасини аниқлаш лозим.

Даволаш. Крн айланишининг янада бузилиш хавфи борлиги учун чиқишни зудлик билан наркоз остида солинади. Тўрт бошли мушакни бўшаштириш учун оёқчаноқ-сон бўшмида букилади. Болдир ўки бўйича тортилади. Шу пайтда жаррох. сон ва катта болдир суякларни дўнглиги устига босади ва уларни оёқўки томонга силжитади. Крн томир-нерв тутамини эзиб кўйиш хавфи борлиги учун бурчакли ҳаракатлар қилиш ман қилинади. Соннинг юқориги 1/3 қисмигача чуқур гипели боғлам кўйилади. Гемартрозни даволанади ва гипс боғламини доирасимон айлантирилади. 2-3 хафтадан сўнг қўлтиктаёк ёрдамида юришга, 6-8 хафтадан кейин оёқда қисман босишга рухсат берилади. Иммобилизация муддати 2-2,5 ойни ташкил қилади. Кейинчалик даволаш тактикаси йўлдош шикастларга боғлиқдир.

Тизза копкогининг травматик чиқиши. Тизза крпкогининг ЧИҚИШИНИ 3 хил тури тафовут қилинади:

1. Ёнга чиқиш, бунда тизза копкогининг ташқарига, камдан-кам ичкарига силжиши кузатилади. Тизза копкоғи ташқарига чиқишига

тизза бўғимининг вальгусли деформацияси ҳамда сон ташки дўнгининг ривожланмаганлиги ва тизза копкокининг латеропозицияси сабаб бўлиши мумкин.

2. Торсион ёки ротацион чиқиш, бунда тизза копқоғи вертикал ўқи бўйича буралади. Тизза крпкркининг бўғим юзаси йўналишига қараб ташки, ичхи ва олдинги торсион чиқишлар фарқланади. Олдинга чиқиш камдан-кам учрайди.

3. Вертикал чиқиш. Тизза копқоғининг хусусий бойлами ёки тўрт бошли мушак пайининг кўндаланг тўлиқ узилиши ҳисобига вертикал чиқиши бўғим ёригига кириши билан кузатилади. Бунда тизза копқоғи хрли ётган учи билан горизонтал ўкатрофида орқага бурилади.

Т а ш х и с. Оғриқли синдром яқкол кўринади. Ёнга чиқишларда оёқ тизза бўғимида бир оз буқилган бўлади, торсионларда эса ёзилган бўлади. Харакатлар ўга чекланган ёки умуман йўқолади. Тизза копқоғи ёнга силжиганлиги кузатилади, ёки бўғимнинг олдинги юзасида унинг қирраси аниқланади. Тўрт бошли мушак таранглашган бўлади. Бўғим кўндаланг (ёнга чиқишларда) ёки олдинги-орқа (торсион чиқишда) йўналиш бўйича катгалашади. Вертикал чиқиш симптоматикаси соннинг тўрт бошли мушаги пайининг узилишига боғлиқ бўлади.

Д а в о л а ш. Тизза копқоғининг бўғим оралигига кириб чиқишини фақат операция йўли билан даволанади. Бунда соннинг тўрт бошли мушак пайи бутунлиги тикланади. Қолган ҳолларда наркоз ёки маҳаллий анестезия ёрдамида ёпиқхолда солинади. Гемартрозда бўғим оралиги оддин пункция қилинади. Тўрт бошли мушакни бўшашишига эришиш учун тўғри турган оёқни чанок-сон бўғимида букилади. Одатда тизза копқоғи чиқиши осон тўрриланади. Бунинг учун чиқишда қайси томонга силжишига қараб тизза копқоғини ўртага йўналтирилади ёки бўғим юзасини ўкхи атрофида буралади. 3 ҳафтага думба бурмасидан болдир-ошиқдовон бўғимиғача гипсли борлам кўйилади.

ТИЗЗА КОПКОГИНИНГ СИНИШИ

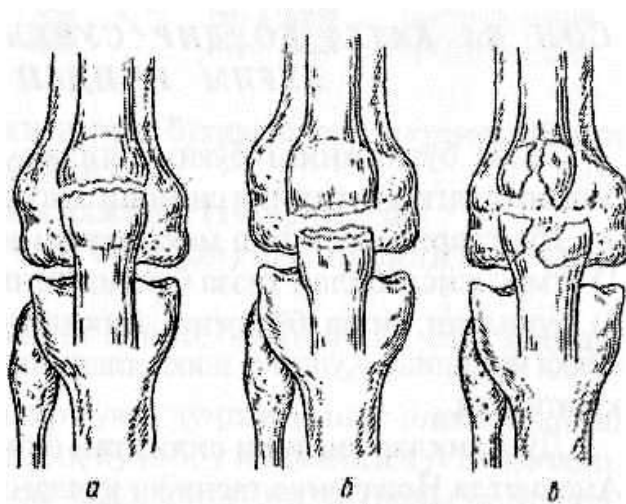
Тизза крпкркининг шикастланиш механизми ўзига хос хусусиятга эга. Синиш асосан тўғридан-тўғри таъсир натижасида содир бўлади: тизза билан йиқилганда ёки тизза копқоғига бирон-бир жисм билан урилганда ёки тўрт бошли мушакнинг ўта таранглашувида вужудга келади. Тизза копқоғи синиши ўзига хос хусусиятга эга, кўпроқ кўндаланг, озрок ҳолларда парчаланган, узунасига синган ва бошқа турлари кузатилади (187-расм).

Синиш қизики ҳар доим тизза бўғими ичига кириб боради. Тизза копқоғининг синишида у ёки бу даражада уни боғловчи аппарати шикастланади. Ёзувчи ва ён бойлам аппаратни узилиши тизза копқоғининг бўлагини тўрт бошли мушак қисқариши ҳисобига уни юқорига тортиб кетади.

Т а ш х и с. Тизза копқоғининг синишини ташхислаш, айникса, унинг бўлаклари бир-биридан узоқлашган пайтда цийинчилик тугдирмайди. Тизза копқоғининг синишини 5 та асосий симптомлар ёрдамида ташхислаш мумкин:

- 1) тўғри турган оёқни кўтара олмаслик айникса унга қаршилиқ қилинганда;
- 2) гемартроз;
- 3) бармоқ, билан босиб кўрилганда бўлақлар ўрта-сида чуқурлик кузатилади;

187-расм. Тизза копқоғининг синиш турлари. а — кўндаланг; б — суяк бўлаклари бир-биридан крчиб; в — парчаланиб.



4) суяк бўлақларининг бир-бирига нисбатан ён томонга силжиши;

5) суяк бўлақларининг бир-биридан ажралиши баъзида пайпаслаш билан *хфл* аниқланади.

Ташхисни аниқлаш учун икки йўналишдаги рентгенография килинади, синиш, айникра, ён проекциясида яққул кўринади.

Д а в о л а ш. Ён бойламлар бутун бўлганда, суяк парчалари оралиги 2-3 мм бўлса, консерватив усулда даволанади. Аввало бўғим оралиридан пункция ёрдамида кон олиб ташланади ва 20 мл 2% ли новокаин эритмаси юборилади. Тизза 175° да буқилган ҳолатда соннинг юқориги қисмидан болдир-ошиқ бўримиғача тугор гипсли боғлами кўйилади. консерватив давони 3-кундан бошлаб, бемор ЛФК қилиши ва гипсли боғламда мушакларни таранглаштириши мумкин. 7-кундан бошлаб бемор оёғига таяниб юриши мумкин. Агар бемор соматик томонидан яхши бўлса, ухлда қўлтиктаёксиз юриш мумкин. Гипсли боғлам шикастланишдан 1 ойдан сўнголинади. Мехнатга яроқдилик дафтадан сўнгтикланади.

Бўлақларнинг сагиттал йўналишда силжиши қўл ёрдамида тўрриланади. Бунинг учун бўғим оралигидаги крн олиб ташлангандан сўнг суяк бўлақларини бир-бирига нисбатан олдинга ва орқага силжитилади. Шундан кейин синиш, устидан 2 см ли эластик поролошш боғлам боғланиб, сўшра тугор гипсли боғлам кўйилади.

Жаррохлик усули синиқ. бўлақлари 5 мм дан ортик силжиган бўлса қўлланилади, уни шикастланишнинг 2-кунидан бошлаб 8-10 кунигача қилган маъкул. Жаррохлик ёндошишида асосан тизза қопқоғининг пай-бойлам аппарата тикланади. Синиқнинг иккита йирик парчаси бўлган ҳолатда остеосинтез қилинади (188-расм). Синиқни бир бўлаги парчаланган бўлса, уни олиб ташланади. Операциядан сўнг тугор гипсли боғлами кўйилади. Операция қай даражада қилинганлигига қараб иммобилизация муддати 4 ҳафтадан 6 ҳдфтагача бўлади (189-расм). Мехнатга яроқдилик 1/3-3 ойда тикланади.

Амалий машғулот № 8. Болдир суяқлари ва оёқ панжа шикастлари.

Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -80 соат	Талабалар сони : 20 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Машғулот режаси: 1. Талабаларда пастки муча суяқларининг жароҳатларининг техникаси диагностикаси, клиникаси, рентгенологик белгиларини билиш 2. Тугри ёрдам курсатиш принстиплари, асептик бойлам қуйиш 3. Консерватив ва оператив даволаш усуллари 4. Асоратлари	Кискача мазмуни: -Катта болдир суяги думбокчаларининг синишлари; -Болдир суяги диафизининг синишлари; -Оёқ панжа суяқларининг синишлари ва чиқишлари.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Мақсади ёритилади.
Талабаларни пастки муча суяқларининг жароҳат турлари ва асептик бойлам қуйиш. Биринчи ёрдам курсатиш принстиплари	Болдир, оёқ-панжа бўғимлари ва оёқ-панжа шикастларини аниқлаб билиш, текшириш усуллари тугри танлаш, даволаш режасини тузишни ургатиш ва гипсли бойламлар қуйишни билиш.
Таълим бериш усуллари	Кургазмали, маъруза, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий

Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол-жавоб.

Амалий машулотининг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1. Аудитория тозаллигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	
1. Ўқув машғулотида кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 1) Кичик болдир суягининг синшилари 2) Катта болдир суягининг синишлари 3) Менисклар жароҳати клиник белгилари 4) Дюпетрен синишлари 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мултимедиялардан фойдаланади 4. Даволаш ишларини олиб боради 5. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
12- якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

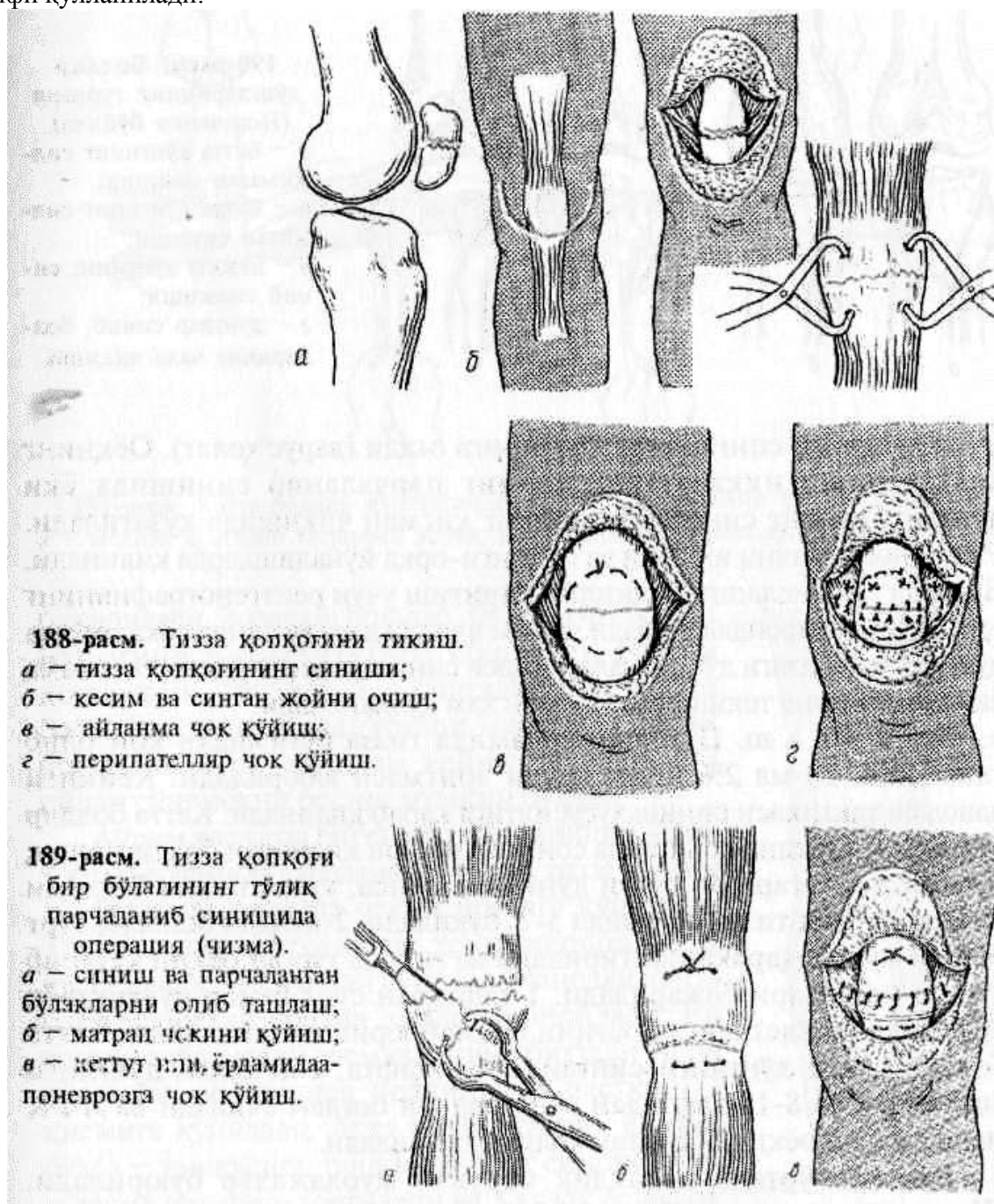
МАВЗУ БАЁНИ:

Тизза бўғ-имининг бўғим ичидаи оғир шикастига сон ва катта болдир суяги дўнгининг синиши киради.

Дўнглларнинг синиш механизмини учга бўлиб ўрганиш мумкин:

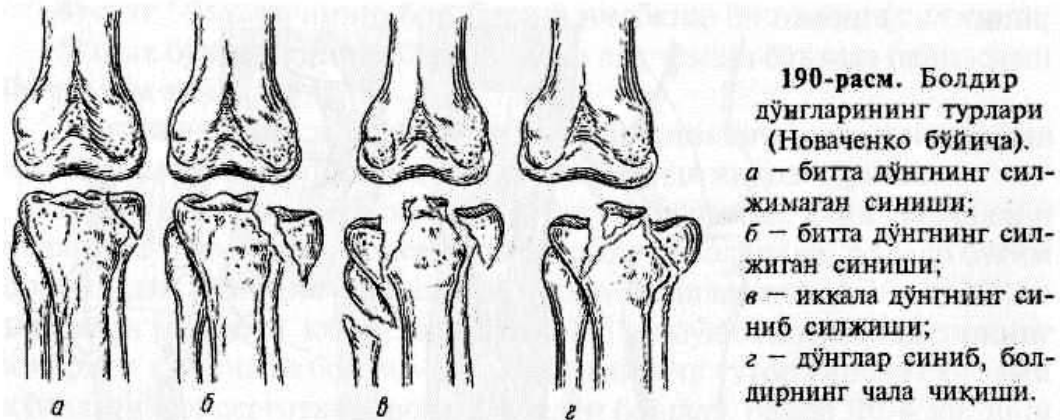
1) ўтмас жисм билан тизза бўғимининг ён юзасига жароҳат етказиш;
2) буқилган тизза бўғимига йиқилиш; 3) юқоридан тўғри турган оёққа йиқилиш. Кўпинча шикастланишнинг кўшилиб келадиган турлари кузатилади.

Дўнгликлар синиши силжиган ёки силжимаган бўлиши мумкин. Амалиётда Новаченко таснифи қўлланилади:



1. Катта болдир суяги дўнглигининг бўғим юзаси мутаносиблиги бузилмаган л;олатда синиши (190-расм, а).
2. Битта дўнгликнинг синиб силжиши (190-расм, б).
3. Иккала дўнгликнинг (Т- ва У-симон) синиб силжиши (190-расм, в).
4. Иккала ёки битта дўнгликнинг синиб, болдирнинг чала чиқиши (190-расм, г).

Т а ш х и с. Сон ва катта болдир суяги дўнглигининг шикастланиш клиник симптомлари асосан оғриқ, бўлиб, у маҳаллий тусда кечади. Ташкм дўнглик синганида тизза ташқарига огади (вальгус ҳолат),

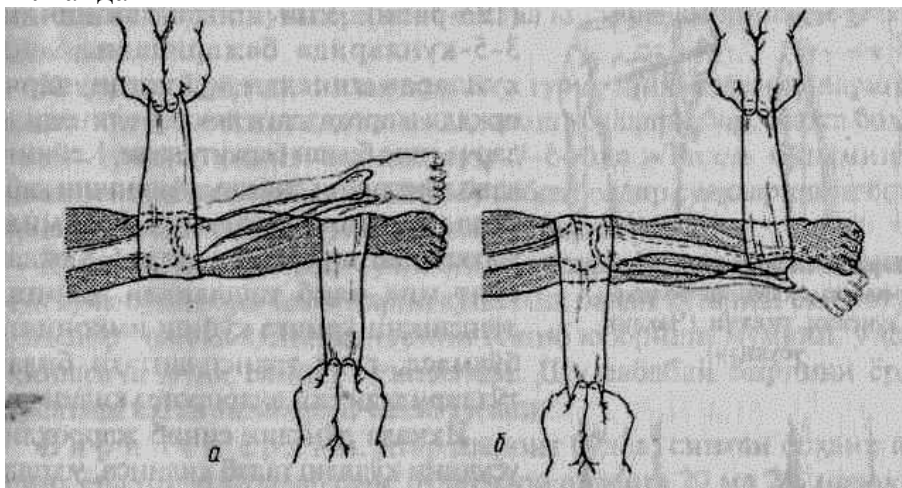


ички дўнглиги синганда эса ичкарига огади (варус холат). Оёқнинг калталаниши иккала дўнгликнинг парчаланиб синишида ёки дўнгликларнинг синиб болдирнинг қисман чиқишида кузатилади. Рентгенография™ икки ён ва олдинги-орқа йўналишларда қилинади. Баъзида ташхислашга ойдинлик киритиш учун рентгенографиянинг кия холатидан фойдаланилади. Бўғим ичидан дарз кетганида ёки иккала дўнглик ўртасидагидўмбокчалар сохаси синганда рентгеностереограмма ёки томография текшириш усулари ҳам қўлланилади.

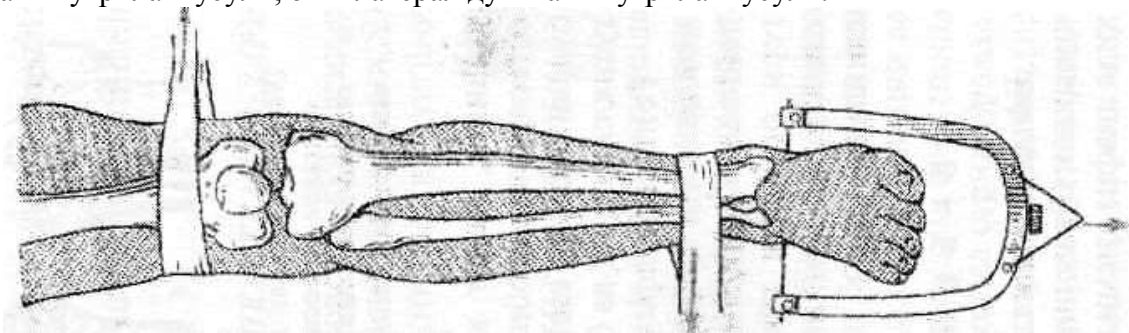
Д а в о л а ш. Пункция ёрдамида тизза бўғимидан кон олиб ташланиб, 20 мл 2% новокаинли эритмаси юборилади. Кейинги даволаш тактикаси синиш хусусиятига қараб қилинади. Катта болдир суягининг дўнглиги синганда соннинг юқори қисмидан болдир-ошиқ бўғимиғача, агар сон суяги дўнглиги синса, коксит гипс боғлами қўйилади. Оёқ тизза бўғимида 5-7° букилади. 2-кундан бошлаб, тўрт бошли мушак ҳаракатлантирилади ва гипсда турган оёқни кўтариб туриш машклари бажарилади. 1 ҳафтадан сўнг бемор қўлтиктаёқ ёрдамида шикастланган оёғини босмай юришни бошлайди. Катта болдир суяги дўнглиги синганда 4-8 ҳафта, сон суяги дўнглиги синганда эса 8-10 ҳафтадан сўнг гипсли боғлам ечилади ва ЛФК машқларини оёқни босмаган ҳолда бажарилади.

Беморга ўртача иссиқлик берувчи муолажалар буюрилади. Шикастланган оёғини босишга 2-3 ойдан сўнг рухсат берилади, акс холда суяк бўлаги чўкиб қолиши, бўғим юзалари мутаносиблиги бузилиб, тизза бўғимининг деформацияловчи артрозига олиб келиши мумкин.

Битта дўнглик синганда консерватив ёки операция йўли билан даволаш мумкин. Даволашнинг асосий вазифаси сон суяги дўнглиги синганда юқorigа ёки катта болдир суягининг дўнглиги синганда пастга суриб, бўғим усти текислигини сақлаб, ушлаб туришга қаратилган бўлади. Синган парчани тўғри жойига қўйиш учун оғриксизлантирилгандан сўнг ташки дўнглик синганда болдирни ичкарига, ички дўнглик синганда болдирни ташқарига суриш лозим. Бу муолажаларни техник жихатдан 191-расмда кўрсатилгандай



191-расм. Катта болдир дўнглариининг синиб силжишини ўрнига гушириш. *а* — медиал дўнгчани тўғрилаш усули; *б* — латерал дўнгчани тугрилаш усули.



192-расм. Дўнглик синишини скелетдан тортиш усули билан даволаш.

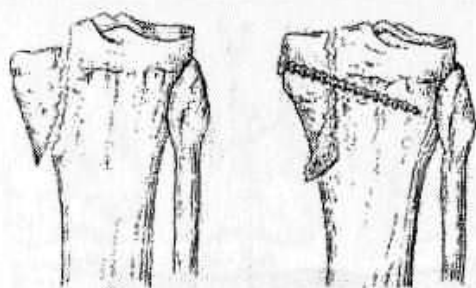
бажарилади. 2-кундан бошлаб, бемор тўрт бошли мушагини ҳаракатлантира бошлайди («тизза қопқоғини ўйнатади»), 4 ҳафтадан сўнг оёғига босмай қўлтиктаёқда туриши мумкин. Гипсли боғламни 8-10 ҳафтадан кейин ечилади. 2-3 ойдан сўнг оёқни босиш мумкин бўлади.

Айрим ҳолларда битта дўнглик синиши скелет тортма ёрдамида даволанади. Бунда тизза бўғими 10° буқилган ҳолатда оёқни шинага қўйилади. Товон суягидан ўтказилган темир кегайга 4-5 кг

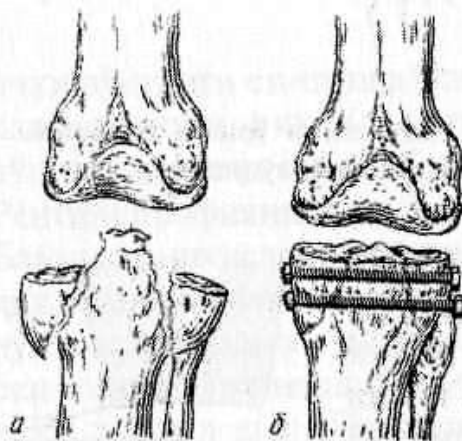
юк осилади. 1-2 кундан сўнг ён фланелли лента боғлам орқали тортма амалга оширилади. Ён томонга фланелли тасмаларнинг биттаси тизза бўғимига, иккинчиси болдирнинг пастки $1/3$ қисмига қўйилади. Агар ички дўнглик синган бўлса — ташқарига, ташки дўнглик синган бўлса — тасма ичкарига тортिलाди ва 3 кг юк осилади. Бу юк синган дўнгликни жойида ушлаб туриш учун кифоя қилади (192-расм). Агар дўнгликлар тўғри турган бўлса, 4-5 ҳафтадан сўнг гипсли боғлам қўйилади. Кейинги даволаш ўрнидан силжимаган дўнглик синиши каби ўтказилади.

Дўнгликни операция усулда даволаш консерватив усул ёрдам бермаганда қўлланилади (193-расм). Уни шикастланишнинг 3-5-кунларида бажарилади. 8-10-кунларда гипсдан қўйилган дарча орқали жароҳатдаги чоклар олинади ва дарча гипс билан беркитилади. Кейинги даво дўнгликни силжимай синиши каби бўлади. Агар пўлат мих ёрдамида маҳкамланган бўлса, уҳолда 6-8 ойдан сўнг мих олиб ташланади. Синган дўнгликни ўрнига қўйиш имконияти бўлмаса, суяк трансплантата билан тўлдирилади ёки эндопротез қилинади.

Иккала дўнглик синиб жаррохлик усулини қўллаш талаб қилинса, уҳрда иккита дўнглик соҳаси бўйича лахтак (Текстор типи) кесими қилинади. Тўғриланган дўнгликларни 1-2 та пўлат мих ёрдамида маҳкамланади. Катта болдир суяги дўнглигини даволашда шуни эсда сақлаш керакки, бу турдаги синишлар диафизар синишларга кура секин битади ва оёқ эрта босилса, ўрнидан силжиб кетади. Шунингучун оёқни босишга 3,5-4 ойдан сўнг рухсат берилади.



193-расм. Жарроҳлик усулида пастга силжиган болдир дўнгини тиклаш (Чаклин усулида).



194-расм. Иккала дўнглик синганда остеосинтез.

а — операциядан олдин;
б — операциядан кейин.

Бўғимдаги \оли жисмлар («бўғим ичи сичкрни»). «Бўғим ичи сичкони» пайдо бўлишига гемартрозда фибриннинг калинлашиши, мениск бир қисмининг узилиши, Кениг касаллиги, тизза қопқоғидан ва дўнгликлардан остеоартрит хисобига парчанинг узилиши, бўғим хондроматози сабаб бўлади. Асосий симптомлари: бўғимларда тез-тез бўлиб турадиган **тўсиклар**, окрик ва бўғим бўшлигида суюклик йиғилиши.

Рентгенография қилиш шарт, чунки «бўғим ичи сичкрни» каерда жойлашгани хасида кўпроқ маълумот беради. Бўғимдаги жисмни пайпаслаб аниқланганда кичкина инъекцион игна ёрдамида тери ва тери остидаги тўқималар орқали жисмни санчиб, сўнгра олиб гашланади. Бунинг учун кичкина кесим ёки артроскопдан фойда-ланилади.

Болдир шикастланишлари орасида катта болдир суяги проксимал қисмидан бўғим ичидан синишларини, иккала болдир суягининг ало-Хида диафиз қисмидан синиши, иккала болдир суягининг диафизидан синиши ва болдир суякларининг дистал қисмида синишлари тафовут қилинади.

Юқорида кайд қилинган хар бир гурух. шикастланишларининг ўзига хос диагностика қилиш ва даволаш усуллари бор. Катта болдир суяги дўнгларининг синишлари 7-бобда «Тизза бўғимининг шикастланишлари» баён қилинган бу бобда болдир суякларининг бошқа турдаги шикастланишларига тўхталиб ўтамиз.

Кўпинча, катта болдир суяги бевосита тери остида жойлашганлиги учун суяк бўлаклари беморларни кўполлик билан кўтариш ёки нотўғри транспортировка қилишда терини тешиб юбориши мумкин, у холда иккиламчи очик синиш кузатилади. Шу сабабли биринчи ёрдам кўрсатиш катта эътиборни талаб қилади.

Б и р и н ч и ё р д а м . Агар шароит бўлса, синган сохани йод, спирт ёрдамида тозалаб суяк бўлаклари орасига 20 мл 2% новокаин эритмаси юборилиб оғриқсизлантирилади. Оёқ панжаларидан то соннинг юқори учдан биригача шина билан тахтакачланади, агар синиш болдир бўғимида бўлса, тизза бўғимигача кўйилади. Транспорт шинаси кўл остимизда бўлмаса, бошқа ўрнини босувчи мосламалардан фойдаланиш мумкин.

Беморларни транспортировка қилиш оёқда шина кўйилгандан кейингина ётган ҳрда бажарилиши лозим.

КИЧИК БОЛДИР СУЯГИНИНГ АЛОХ.ИДА ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Кичик болдир суягининг шикастланишлари орасида куйидагилар тафовут қилинади: 1) кичик болдир суяги бошчасининг чиқиши; 2) кичик болдир суяги диафизидан синиши; 3) кичик болдир суягини болдир-ошиқ бўғими соҳасидан синиши.

КИЧИК БОЛДИР СУЯГИ БОШЧАСИНИНГ ЧИҚИШИ

Бу шикастланиш проксимал суяклараро бўғини ажраб кетишида кузатилади, бевосита ва билвосита таъсирот натижасида пайдо бўлади. Бунда кичик болдир нерви ҳам шикастланиши мумкин, чунки кичик болдир суяги бўйнидан айланиб ўтади.

Т а ш х и с . Проксимал болдир суяклари бўғини соҳасида деформация аниқланади. Кичик болдир суягининг боши олдинга ёки орқага сурилиши, пайпаслашда осонлик билан жойига тушиши ва чиқиши кузатилади. Кичик болдир суягининг бошчасини босилганда ёки болдир суяклари яқинлаштирилганда чиккҳанжойда оғриқ зўраяди. Рентгенография диагноз кўйишга аниқлик киритади. Кичик болдир нерви ҳам биргаликда шикастланган бўлса, беморнинг оёғи пастга -кафт томонгаосилиб туриши аниқланади.

Д а в о л а ш . Кичик болдир суягининг бошчасини жойига тушириб, ушлаб туриш кийишги туфайли консерватив даволаш мақсадга мувофиқ эмас. Шунинг учун жаррохлик усули қўлланилади. Бошчани катта болдир суяги дўнгига лавсан ёки крзикча ёрдамида қотирилади. Операциядан сўнг 4 х.афтага бармоқ.учидан то соннингўрта қисмигача гипс боғлами кўйилади. 2-х.афтадан бошлаб, гипсда оёғига босиб юришга рухсат берилади. Гипс олингандан кейин физиотерапия ва бўғимларда ҳдракатни тиклаш тавсия қилинади.

Кичик болдир нерви эса шикастланиш х,арактерига караб даволанади.

КИЧИК БОЛДИР СУЯГИ ДИАФИЗИНИНГ ЧЕКЛАНГАН СИНИШИ

Шикастланишнинг асосий сабаби бевосита болдирнинг ташқари юзасидан урилишидир.

Т а ш х и с. Кичик болдир суягининг диафизининг синганлигини аниқлаш куйидаги сабабларга асосан анча қийин. Кичик болдир суяги таянч вазифасини ўтамайди, юқорида ва пастда катта болдир суягига қаттиқжиқсаланган, шунинг учун синиб силжиб кетмайди, болдирнинг таянчига путур етмайди. Кўпинча, беморлар синган жойда оғриқ сезсалар-да юраверадилар, нихрят, кичик болдир суягининг ҳамма томонидан мушаклар билан ўралганлитини ҳисобга олсак деформация ҳам билинмайди. Синиқ бўлақларини ушлаш ва уларнинг ҳаракатини аниқлаш имконияти йўқ, бўлади. Доимий белгиларидан синган жойда оғриқ ва ушлаб кўрилганда маҳаллий оғриқ сезилади. Баъзан кичик болдир суяги синишини болдирни лат ейишидан ажратиб олиш учун куйидаги синамадан фойдаланилади. Синамга гумон қилинаётган жойдан нарироқдан бир қўл билан ушлаб туриб, ташки томондан бошқа Қўлимиз билан босганимизда босиб турилган жойда оғриқ бўлмай, синган жойда оғриқ кузатилади. Болдирни икки томонлама рентген тасвирига тушириб, ташхис тасдиқланади.

Д а в о л а ш . Кичик болдир суягининг алоҳида синишларини даволаш энгил ўтади, ҳатто амбулатор шароитда даволаса ҳам бўлади. Беморга 3-4 ҳдфтага соннинг ўртасигача гипс лонгетаси кўйилса кифоя. 10 кундан сўнг қўлтиктаёқ билан юра бошлаш мумкин, 5-6 ҳдфтада меҳдат қобиляти тикланади.

Кичик болдир суягининг бўйнидан синиши, кичик болдир нерви шикастланиши ёки тизза бўғимининг бойламлари узилиши кузатилиши мумкин. Бундай ҳолларда даволаш шикастланиш хдрактерига қараб белгиланади.

Кичик болдир суягининг болдир-ошиқ бўғими соҳ,асидаги шикастланишларига «Тўпикларнинг синиши» бўлимида тўхталамиз (9-бобга қаралсин).

КАТТА БОЛДИР СУЯГИ ДИАФИЗИНИНГ ЧЕКЛАНГАН СИНИШИ

Катта болдир суягининг шикастланишлари кичик болдир суяганинг шикастланишларидан фарқли ўлароқ куп учрайди ва болдир фаолиятининг бузилишига олиб келади. Синиш бевосита ва билвосита куч таъсирида рўй беради. Кичик болдир суяги «тахтақачлик» вазифасини бажарганлиги учун синдесмознинг сақланиб қолганлиги сабабли суяк бўлақларининг узунасига силжиши кузатилмайди. Ёнига ва бурчак ҳосил қилиб силжиши кузатилади. Сўнгги ҳолатда бурчак ичкарига, олдинга ёки орқага очилган бўлиши мумкин. Кийшик ва бурамасимон синишларда энига силжиганда мушак интерпозицияси кузатилиши мумкин.

Ташхис. Катта болдир суягининг тери остида яқин турганлиги учун унинг синишларини ташхислаш қийинчилик тугдирмайди. Баъзан болдирнинг кийшайиши ва деформацияси кўзга ташланади. Катта болдир суягининг қирраси бўйлаб пайпаслаганда синган жойда погонасимон деформация аниқланади: шу жойда оғриқ ҳам сезилади. Суяк бўлақларини ҳаракати ноаниқ, ифодаланади. Оёқ таянчи бузилади. Синиб силжимаган бўлса, катта болдир суяганинг алоҳида синишини аниқлаш бир оз қийинлашади. Синган жойда гематома бўлиши, пайпаслаганда маҳаллий оғриқ кузатилиши, оёқнинг таянчлик вазифаси бузилганлиги рентген текшириш ўтказишдан аввал унинг синганлигини аниқлашга ёрдам бериш мумкин. Болдирнинг икки проекциядаги рентгенографияси синишнинг ҳарактери, бўлақларни борлиги ва силжиш турини кўрсатади.

Д а в о л а ш . Катта болдир суяги алоҳида синиб силжимаган бўлса, оёқ панжаларининг учидан то соннинг ўртасигача 2 ой муддатга гипс боғлам кўйилади. Агар синиш туфайли болдирда шиш кузатилса, аввало, гипсли лонгета кўйилиб, сўнфа шиш қайтгандан сўнг лонгетали айланма гипс боғламга айлантирилади.

Синиб силжиган бўлса, бир момент (лакзали) репозиция қилиниб, гипс боғлами билан ушлаб турилади. Оғриқсизлантириш учун маҳаллий анестезия кифоя келади. Синган жойга 1%

новокаином 40-50 мл юборилади. Репозицияни рентген тасвирига караб бажарилади. Суяк бўлаклари орасидаги бурчак орқага очилган бўлса, репозиция оёқ ёзилган холда, колган холларда тизза бўғимида букиб туриб қилинади. Ёрдамчилардан бири оёқни кафт соҳасида ушлаб, болдир ўқи бўйлаб тортади, яна бири сонидан ёки танасидан карама-карши томонга тортади. Жаррох. суяк бўлакларига қўллари билан босиб, силжишларни бартараф қилади. Оёқ панжаларининг учидан то соннинг ўртасигача (болдир суягининг пастки қисми ёки ўрта қисми синганда) ёки думба бурмасигача (юқори учдан бир қисмидан синганида) гипс лонгетаси қўйилади. 10-14 кундан сўнг (шишлар кайтгандан кейин) лонгетали гипс боғлами айланма гипсли боғламга айлантирилади. Умумий иммобилизация муддага 3-4 ой. Катта болдир суяшнинг учдан бир юқори ва ўрта қисмига Караганда пастки қисмидан синганда у кўпрок муддатга қўйилади.

Синиқ, чизига кийшик бўлганда бўлакларни жойига тушириш ва уни гипс боғламида ушлаб туриш қийинлиги интерпозициядан дарак беради. Бундам доллар кагга болдир суяганинг остеосинтезига кўрсатма бўлиб х*1собланади. Агар суяк бўлакларининг яхши гуришига кичик болдир суяги халақдт берса, катта болдир суяги синикининг юқорирогидан ёки пастрогидан қўшимча кесиб, кичик болдир суяги синдирилади ва мақсадга эришилади.

ИККАЛА БОЛДИР СУЯГИНИНГ ДИАФИЗИДАН СЕНИШИ

Болдирнинг иккала суягининг диафиз қисмидан синиши алоҳида синишлардан куп учрайди. Синиш сабаблари бевосита ва билвосита бўлади. Тўғридан-тўғри куч таъсир қилганда куч силжиш йўналишида бўлиб, кўндаланг синишга олиб келади. Шу йўсиндаги куч кўпрок таъсир кўрсатганда майдаланиб синиш келиб чиқади. Масалан, бампер синиши деб ағалмиш синиш — автомобил бамперининг болдирга таъсири натижасида рўй беради. Синишнинг билвосита жараёни болдирнинг буралишида ва буқилишида учрайди. Таъсир қилган куч букишга олиб келганда суяк синиб, икки томонга кийшаяди ва учбурчак шаклида суяк бўлаги ҳосил бўлади. Буралиш натижасида бурама синиш ҳосил бўлади. Бундай синишлар кэрама-карши томонларда жойлашади. Шундай қилиб, бурама синиш катта болдир суягининг пастки учдан бирида жойлашса, кичик болдир суягининг синиши эса юқори қисмида жойлашади ва аксинча. Юқоридаги ҳолатларни ҳисобга олиб, беморни гека!Ирганда болдирни тўлалигича рентген тасвирига олиш эсдан чикмаслиги керак

Сон ва елка суягш'инг синиб силжишларида мушакчарнинг ҳисқариши асосий сабаб бўлса, болдир суяшнинг синиб *силжишларноъ* у таъсир қилган куч йўналишига боғлиқдир. Синишнинг узунасига силжиши одатда катта бўлмайди.

Т а ш х и с. Бу гуруҳ. синиқ;гарнинг клиник белгилари аниқ, ва барча диафизар синишларга хос белгилардан иборат. Кўздан кечирилганда теридаги ўзгариш ва деформация аниққланади. Болдирнинг дистал қисми оёқнинг оғирлиги х,исобига ташқарига буралган бўлади. Айримларда шунчалик билинадики, оёқнинг ташки томони полга тегаб туради.

Оёқнинг ташқарига буралганлиги сон суяги синишидаги гашқарига буралишдан фарқи шундаки, фақат болдир соҳасида кузатилиб, ҳатто тизза бўғими соҳ,асига ҳам тарқалмайди. Синган соҳани кўрганимизда болдир ўқининг ёнга ёки оддинга-орқа юзага деформаша бўлганини аниқлаш мумкин.

Катта болдир суяги бевосита тери остида жойлашгани учун суяк бўлаклари кўриниб турганлигини кўриш мумкин (кўпрок марказий бўлагини). Тери унинг устида таранглашади ва окаради. Бир неча соатдан сўнг синган жойда шиш пайдо бўлади, кўпрок эпидермик пуфакчалар ҳосил бўлади. Синган жойда оғрик, зўраймаслиги учун пайпаслашни авайлаб битга бармоқ билан бажарилади. Катта болдир суягининг юқори қиррасидан пастга караб бошланади. Синиш сол,асида суяк қиррасининг погонасимон деформацияси ва ёнга силжигани топилади. Шу со>ада оғрик. ва бўлаклар ҳ,аракати кузатилади. Пайпаслаганда синиш ҳаракати \акида тасаввур қилиш мумкин.

Катта болдир суяги синишида нисбатан яққолроқ умбиликация белгиси учрайди — синиш соҳасида терининг гирдобсимон тортилиши кузатилади. Бу ҳолат юмшоқтўқималарнинг

интерпозициясига боғлиқ, бўлиб, териға яқин жойлашганлиги туфайлидир ва куйидагича текширилади: синиш жойидан юқорирокдан бўртиб турган суяк бўлаги босилади. Суяк бўлаклари силжиганлиги учун орасига кисилиб қолган юмшоқтўкима тортилади, терида эса гирдобсимон чуқурлик ҳосил бўлади.

Кичик болдир суяги синганини аниқлашда шуни эсда тутиш керакки, буралиб синганда у катта болдир суягининг карама-карши томонидан синади. Суяк кдоирлашини текшириш шарт эмас. Болдирни ўқи бўйича куч билан босилса, товондан уриб кўрилса ва синиш бўлакларига босим берилса, синган жойда оғриқ зўрайиши кузатилади. Олдиндан ёки ёндан қилинган икки рентген тасвири олинади.

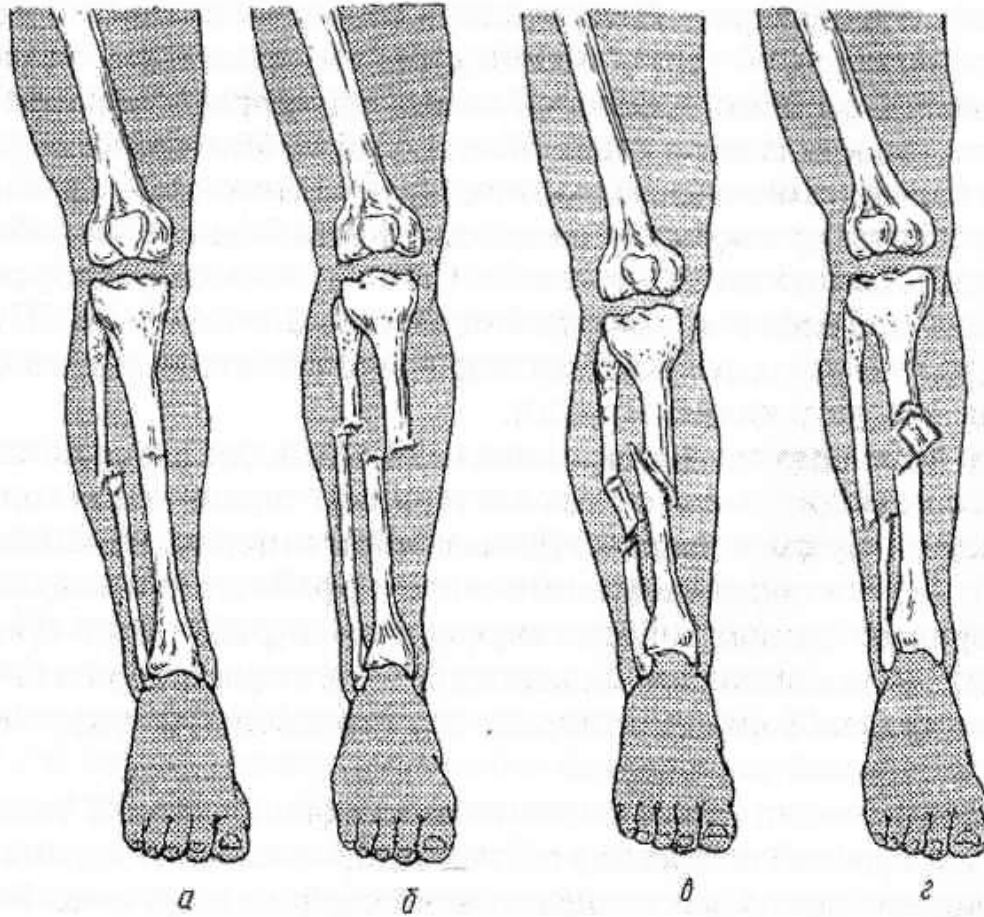
Д а в о л а ш. Кичик болдир суяги диафизини таянч вазиғасини бажармаслигини ҳисобга олиб, иккала болдир суякларининг синишини даволашда эътиборни катта болдир суягини тўғрилашга ва битиши учун шароит яратишга қаратилади. Иккала болдир суягининг диафизидан синишини у ёки бу усул билан даволашга кўрсағмани аниқлаш, катта болдир суягини жойига қўйиш ва ушлаб туришига шунга караб куйидаги гуруҳар тафовут қилинади (195-расм): 1) катта болдир суяги бўлакларининг жилмаган синишлари; 2) репозиция қилиниб, осон ушлаб турилиши мумкин бўлган синишлар (масалан, катта болдир суягининг кўндаланг синиши); 3) жойига туширилиб, аммо кўпинча тортиш усулларисиз ушлаб туриш мумкин бўлмаган синишлар (одатда, бу синиш чизиги винтсимон синишлар); 4) жойига тушириб бўлмайдиган синишлар (бу одатда, суяк ёки юмшоқ тўқималар интерпозицияси бўлган синишлар).

Синиб жойидан силжимаган бўлса ёки жойига туширилиб ушлаб туриш имконияти бўлса, бундай синишларга гипс боклами қўйилиб даволанади. Одатда, болдир суяклари синганда гипс боғлами оёқ панжаларидан бошланади, тепа қисми синиш жойлашишига караб қўйилади. Синиш болдирнинг ўрта ва пастки учдан бирида бўлса, сон ўртасигача, юқори қисмидан синса, думба бурмасигача қўйилади. Агар шиш кузатилса, лонгетали гипс боғлами қўйилиб, шишлар қайтгандан сўнг лонгетали гипс боғлами айланма гипс боғламига алмаштирилади. Шиш унчалик катта бўлмаса, бир варакайига айланма гипс боғлами қўйилади.

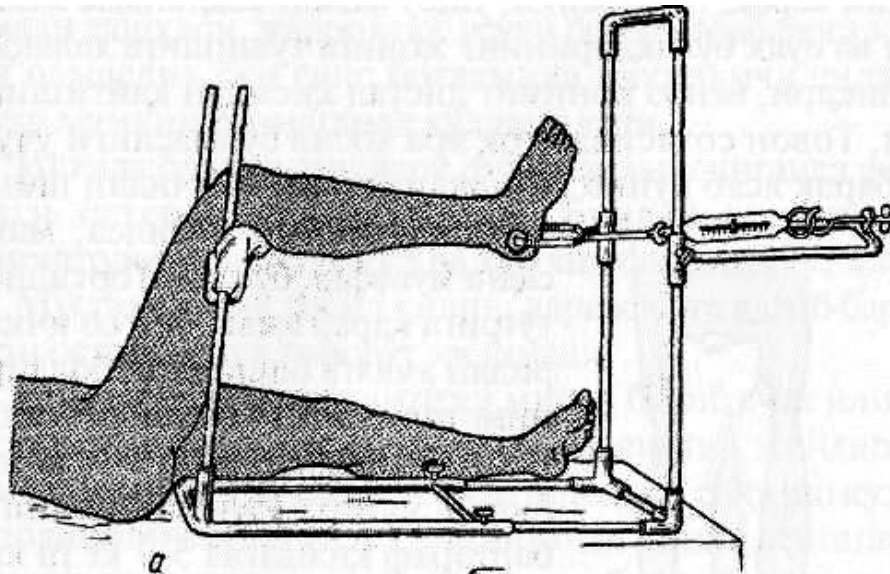
Катта болдир суяги синиб, чизиги кўндаланг ёки шунга яқин бўлса, репозиция кдгсиниб, гипсли боғламга қўйилади. Қийинрок репозиция кд/шнадиган синишларни наркоз остида бажарилади, ёрдамчилардан бири оёқдан ушлаб, болдир йўналиши бўйича тортади, бошқаси карама-карши томонга сонидан ёки танасидан тортади. Тортиш узунасига силжиш бартараф қилинмагунча давом эттирилади. Сўнгра жаррох бўртиб турган суяк бўлагини босиб ёнига силжишини йўқртади. Гипс боғлами соннинг ўрта қисмигача ёки думба бурмасигача қўйилади.

Репозицияни аппаратлар ёрдамида бажариш анча кулайлик тугдиради. Бунинг учун товон суягидан кегай ўтказилиб, скелет тортма учун қўлланиладиган скобадан фойдаланилади (196-расм, *а*). Тортиш учун ёйни аппаратни буралиб тортадиган мосламасига маркам боғлаб тортилади. Узунасига силжиш йўқртилгандан кейин кўндалангига силжишни бўртиб турган синиқ, бўлагига босиб тўғриланади. Рентген текшириш натиғасига кдоаб гипс боғлами тизза бўғимигача қўйилади (196-расм, *б*). Оёқ, аппаратдан туширилади, товон суягидан ўтказилган кегай олиб ташланади ва гипс боғламнинг соннинг ўрта қисмидан думба бурамасигача давом эттирилади (197-расм).

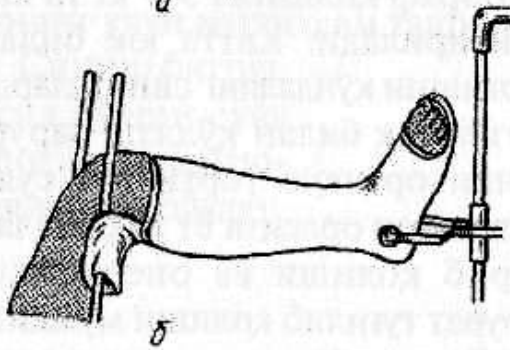
Оёқда босиб юриш мудқати синиш чизигининг характериға боғлиқ. Агар синиш чизиги кўндаланг бўлса, гипс боғлами қўйиб, шишлар қайтгандан сўнг юришни бошласа бўлаверади. долган холларда босиб юришга кечрок тавсия қилинади. Синиқларнинг битиш мудқати уларнинг характери ва жойлашишига караб кечади. Катта болдир суягининг пастки учдан бирининг синишлари ўрта ва юқори (дисмининг синишларидан секин битади. Кийшик ва кўп бўлакли синишлар жойидан еилжимаган бўлса, кўндаланг синишлардан тезрок битади. Ўртача иммобилизация муддати 3-4 ой давом этади.



195-расм. Болдир суяклари диафизининг синуш вариантлари.
а — катта болдир суягининг силжимаган синуши (даволаш гипс боғлами билан);
б — енгил, ўрнига тушириб, силжимаган ҳолда ушлаб қолинадиган синуш (гипс боғлами билан);
в — репозиция қилса бўладиган, аммо шу ҳолатда ушлаб қолиб бўлмайдиган қийшиқ ёки бурама катта болдир суягининг синуши (скелетдан тортиш йўли билан даволанади);
г — кўпинча интерпозиция оқибатида ўрнига тушириб бўлмайдиган синуш (жарроҳлик усулида даволанади).

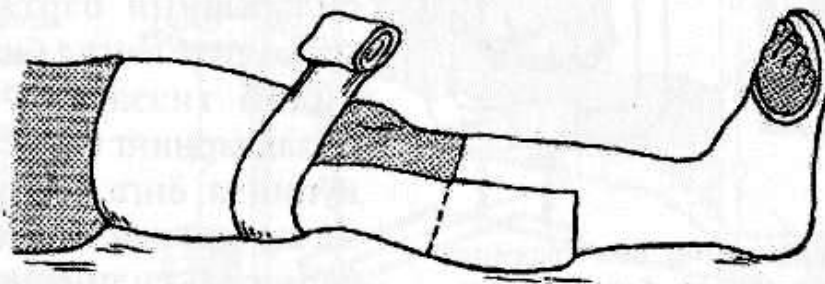


a



b

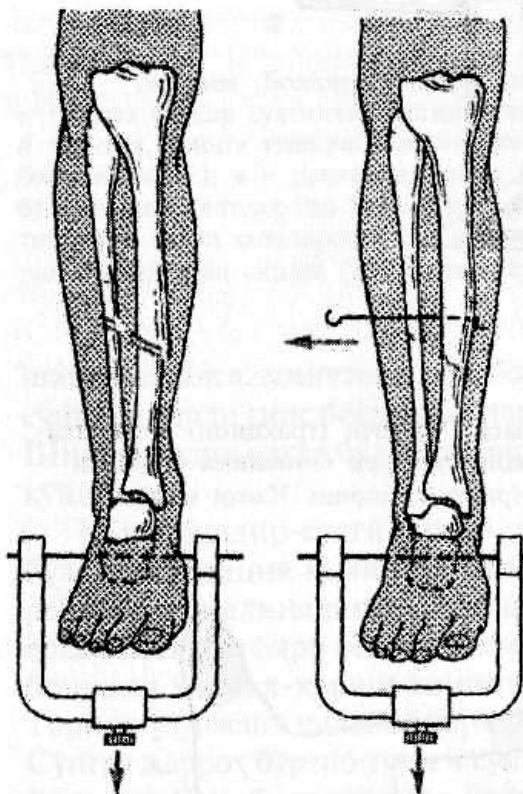
196-расм. Чўзувчи (тракцион) аппаратда болдир суяклари синишини бирзумда ўрнига тушириш. Изоҳи матнда.



197-расм. Тортувчи аппаратда катта болдир суяги синишини репозиция қилиш ва узайтирилган гипс боғламини қўйиш.

Скелет тортма билан бекорор синишлар даволанади. Бу гуруҳга бурама, кийшик ва майдаланиб силжиган синишлар киради. Юмшоқ тўқималар жароҳатланган, тери касалликлари мавжуд холларда гипс боғлами қўйиш ва жаррохлик усуллари қўллашга имкон йўқ. холларда ҳам скелет тортмадан фойдаланилади. Синганжойга 2%-20 мл, кегай ўтказиш учун 0,5% новокаин эритмаси билан оғрикризлантирилиб, товон суяги ёки тўпиқлар усти соҳасидан кегай ўтказилиб, скелет гортмага олинади.

Оёқ Белер шинасига қўйилиб, тизза бўғими шинани буқилган қисмга тўррилаш керак. Шинани болдир турадиган сол;асидаги материал тарангтортилмаслиги, **очилган** бўлиб болдир учбошли мушагининг шаклини кайтаридиги керак. Модомики, ушбу вазият сақланмас экан, мушаклар эзилади ва суяк бўлақларининг жойига тушишига халакит беради. Бундан ташқари, веноз қоннинг дистал қисмдан кайтишига тўсқинлик қилади. Товон соҳасида ётоқяра ҳосил бўлмаслиги учун пахта-докали чамбарак ясаб қўйиб турилади ёки кегай учидан шина



198-расм. Найзасимон сик ёрдамида ёнига силжиган катта болдир суяги бўлагини қўшимча тортиш билан бартараф қилиш.

тепасига тортиб қўйилса, мак-садга мувофиқ бўлади. Тортишни тўғрита қараб эмас, бир оз ичка-ридан амалга оширилса, болдир-нинг варуслигига монанд бўлади. Бошланишида тортиш 7-10 кг юк билан, сўнгра узунасига синиш бартараф қилинганча 5-7 кг га ка-майтирилади. Катта юк билан тортишни қўндаланг синишларда эҳтиётлик билан қўллаш зарур, чунки ортикча тортилган суяк бўлақлари орасита ёт тўқималар кириб қолиши ва операцияга зарурат туғилиб қолиши мумкин. Дистал бўлакнинг ротацион силжишини бартараб қилиш мақсадида панжа билан муолажа қилиб тиззага тўқриланади. Бўлақларнинг ёнга силжиганини қўпинча ёнга тортувчи мосла-малар ёки найзасимон сик билан бартараф қилинади (198-расм). Тортиш кучи бир меъёрга фао-лият кўрсатиши учун

пружиналардан фойдаланилади: бунини Митюнин-Ключевский демфер скелет тортмаси дейилади. Катта болдир суягининг ёнга силжишини бартараф қилиш учун найзасимон кегай юборилди ва ундан тортилади (199-расм). 3-6 ҳафта скелет тортмада даволаб, сўнгра сон ўртасигача ёки думба бурмасигача айланма гипс боғлами қўйилади. Бемор қўлтиктаёк билан юришгача веналарни машққилади. 3-4 ҳафта скелет тортмада даволаб, сўнгра сон ўртасигача ёки думба бурмасигача айланма гипс боклами қўйилади.

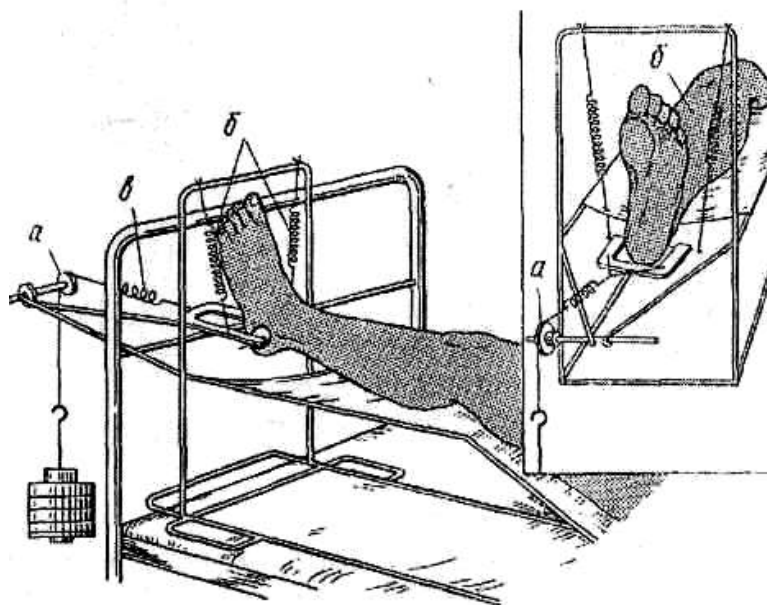
Бемор қўлтиктаёклар билан юришгача веналарни бадантарбия («веноз гимнастика») қилади. Бемор маълум муддатда оёғини вертикал ҳолатда ушлаб туриб, сўнгра горизонтал ҳолатга — ўрнига қайтаради. Иммобилизация муддати 3-4 ой.

Жойига тушмайдиган ёпиқ диафиз синишлари жаррохлик усули билан даволанади. Жойига тушира олмаслигининг асосий сабабларидан бири суяк бўлаги ёки юмшоқтўқималар интерпозицияси ҳисобланади, бундан ташқари, жаррохлик усули баъзи сабабларга кўра скелет тортма қўя олмаслик ёки гипс боғламида иккиламчи силжишнинг олдини олиш мумкин бўлмаганда қўлланилади.

Муста)усамлик ҳосил қилиш даражасига караб баркарор ва репози-цион остеосинтез тафовуг қилинади.

Репозицион остеосинтезга мисол бўлиб суяк илик каналига крзик киритиш >дисобланади. Аммо козик синган жойдаги канал деворига тегиб турмайди. Шу сабабли ён ва ротацион силжиш кузатилиши мумкин. Репозицион остеосинтез қилинганда синиқ, секинлик билан битади, шунинг учун мустахкам ташки иммобилизацияни талаб қилади. Синиш битгач, ҳосил бўлган суяк кадоги гипертро-фияланган бўлади.

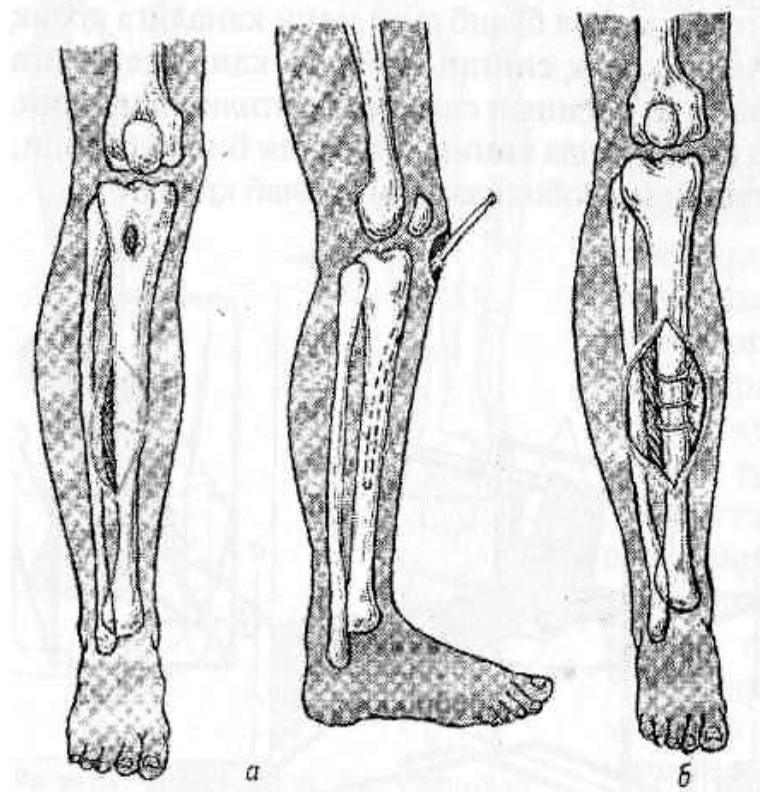
199-расм. Болдир суяклари синишида демпферли скелет тортма қўллаш. *а* — шина ғилдирак-часини ичкарига су-риш; *б, в* — демпфер узунасига тортишда оёқ панжаси осилган ҳолда.



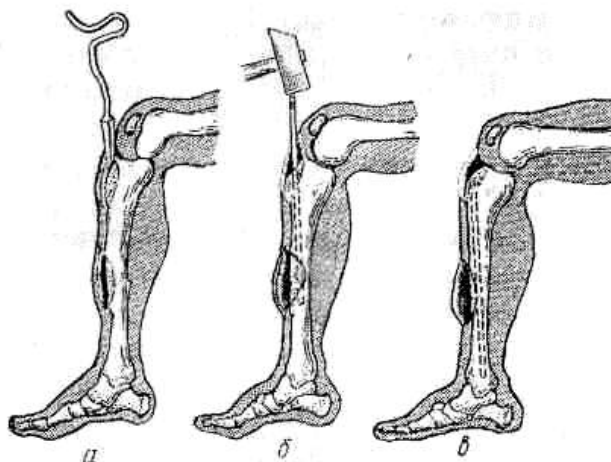
Баркарор остеосинтезда суяк бўлаклари мутлақ ҳаракатсиз-лантирилади. Бундай пайтда суяк бирламчи битади, интермедиар кадок, ҳосил бўлади ва қисқа вақт талаб қилади. Агар баркарор остеосинтез учун қўлланилган восита маркам ушлаб турса, ташки иммобилиза-цияга ҳржат қолмайди. Доимо баркарор остеосинтез қилишга ҳаракат қилиш зарур.

Фиксаторлар суякка қотирилса ва юмшоқ тўқималар билан ёпилса «ботирилган» дейилади. Улар суякдан ичига юборилса - интрамедулляр ва ташқарисидан қотирилса - экстрамедулляр дейилади. Мисол: крзик интрамедулляр ҳисобланса, пластина - экстрамедулляр ҳисобланади. Фиксаторлар бир вақтда ҳам шакллантиса, ҳам суяк бўлақларини яқинлаштира, компрессловчи дейилади.

200-расм. Катта болдир суяги диафизи синишида остеосинтез. *а* — қ;иличсимон металл ўзак ёрдамида; *б* — сим ёрдамида ўраш.



қилиш мақсадга мувофиқ, ҳисобланади. Остеосинтез учун ц и т о н и н г киличсимон козиғи қўлланилади. Козик катта болдир суяғи ғадир-будурлигининг ичкарироғидан юборилади (200-расм, а). Бундай остеосинтез репозишон бўлиб >ам ҳисобланади. Кийшик ва бурама синишларда бурама мих ёки сим-лар ёрдамида остеосинтез қилинади. Доимо 2 та бурама мих ёки 2-3 ўрам сим ишлатилади.



201-расм. Калин штифт ёрдамида катта болдир суяғини барқарор остеосинтез қилиш.

а – катта болдир суяғи юқори-олдинги қисмида канал тайёрлаш; б, в – тўғри шаклдаги штифтни иликка юбориш.

Синган жойдага илик каналининг кўндаланг Хажми козик калинли-гига тўғри келган тақдир-да мустах.кам остео-синтезга эришилади (201-расм).

Кийшик ва бурама синиш чизиклари кички-на бўлса, каттарок майда-ланиб синса, 6-8 бурама мих ишлатиладиган пластина қўлланилади ёки интрамедулляр козик юбориб, 1-2 жойидан сим билан боғланади.

Кўплаб майдаланиб синса ва теридаги жароҳатларни очиқ усул

билан остеосинтез қилишга илож бўлмаса (шилинган, суяк билан ёпишган чандикдар ёки йиринг бўлса), компрессион-дистракцион агшаратлар қўлланилади, аппаратларсиз ёпиқ репозиция қилиш фойдасиз.

Остеосинтездан сўнг иммобилизация муддати консерватив даволашдаги каби бўлади.

Йўғон штифтлар билан барқарор остеосинтез ва компрессион-дистракцион аппаратлар қўлланилганда одатда ташқи иммобилизация қилинмайди.

БОЛДИР-ОШИК БЎЎМИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Болдир-ошикбўғимининг шикастлари кўп учрайди; у сирпанчик даврларда «травматик эпидемия» ҳажмигача етиши мумкин. Шикастланиш механизми билвосита бўлиб, ўк бўйича босилганда оёқнинг кайрилиши кузатилади. Камрок бошқача механизмда, шу билан бирга, бевосита травма таъсиридан вужудга келади.

Бирламчи врачгача ва врачлик ёрдамида жароҳат бўлса, асептик боғлам кўйилиб, иккита нарвонсимон шина кўйилади: тизза бўғмигача У-симон ва орқа шина. Оғрикризлантириш умумий коида бўйича наркотик моддалар юбориб бажарилади. Йиринглашга йўл кўймай новокаин билан оғриқ.сизлантириш мумкин. Беморни оёғига бостирмасдан транспортировка қилинади.

БОЛДИР-ОШИК БЎҒИМИ БОЙЛАМЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Бойламларнинг шикастлари болдир-ошик бўғимида кўплаб учрайдиган шикастлардан хисобланади. Шикаст, одатда, оёқни ичкарига, яъни уни супинация ва аддукция кайрилишларида кузатилади. Бундай ҳолларда болдир-ошик бўғимининг ташки ён бойлами толалари қисман ёки тўлиқузилиб кетади. Биринчи навбатда, ошик-кичик болдир бойлами зарарланади. Тўлиқузилганда ошиксуяги чиқиб, кичик болдир мушаги қисқаришида жойига тушади.

Т а ш х и с. Болдир-ошик бўғимининг ташки тўпиғи соҳасида оғриқ сезилади, ҳаракат килса, оғриқ зўраяди, айникса, оёқни ичкарига ва супинация қилганда. Бўғимдаги шиш кўпроқ тупик соҳасида бўлади. Пайпаслаганда оғриқ ташки тўпикнинг пастки ва унинг олди соҳасида кузатилади. Шу билан биргаликда, ташки тўпикнинг учидан 1-1,5 см юқорисида ва орқасини пайпаслаганда оғриқ кам сезилади. Шу белгига асосланиб, ташки тўпикнинг синишидан дифференциал диагностика қилинади, ташки тупик синмаганлиги аниқланади. Оёқнинг пассив ҳаракатида, айникса, супинация пайтида кучли оғриқ бўлади.

Пассив супинация пайтида ошик суягининг олдинга ва ичкарига силжиши ташки ён бойламларнинг гўлик узилганлигидан далолат беради.

Бу белги гематомага 2% ли новокаин қилиниб текширилса, яна ҳам аниқ билинади. Бойлам толалари қисман узилса, оёқнинг чиқиши кузатилмайди.

Иккита кўринишда қилинган болдир-ошик бўғимининг рентгенографияси суяк синмаганлигини кўрсатади.

Олдиан панжанинг функционал супинация ҳолатида рентген тасвирида болдир-ошик бўғимида чала чикканлигини билдиради, ошик-кичик болдир бойламини узилганлигидан дарак беради. Ташки ён бойламлар тўлиқ узилганда ошик суяги 40° силжиши кузатилади.

Агар ён бойламларнинг узилганлиги аниқланмаган бўлса ёки даволашда хатога йўл қўйилган бўлса панжанинг одатий чиқиши ривожланади. Беморлар ошикбўғимида бекарорлик сезади, айникса, нотекис юзаларда тез-тез кайрилиб туради. Клиник ва функционал рентген тасвири ошик-кичик болдир бойламининг норасолигини кўрсатади.

Д а в о л а ш. Ошик бўғимининг бойламлари қисман узилса, бўғимга 5-14 кунча саккизеимон боғлам қўйилади ёки эластик бинт тавсия қилинади. Боғлам қўйишдан олдин гематомага 1%-Ю мл новокаин юбориш айна муддао хисобланади.

Ён бойламлар тўлиқ узилганда оёқпанжаларидан болдирнинг говори 1/3 қисмига лонгетали гипс боғлами қўйилади. Шишлар кайтгандан кейин 8-10 ҳафтагача айланма гипс боғламига айлантирилади, сўнгра 1 йил давомида супинаторли баланд кўнжли пойафзал кийиб юриш тавсия қилинади.

Оёқни одатланиб қолган чиқишида даволаш ён бойламлар янги тупик узилишидаги каби бўлади, лекин реабилитация даври узоқроқ давом этади. Гипс боғлами 11-12 ҳафтага қўйилади.

Оғир шикастланишларда доимо ортопедик пойафзалда юриш ёки жаррохлик усули билан ошик-кичик болдир бойлами тикланади.

ТЎПИҚЛАРНИНГ СЕНИШИ

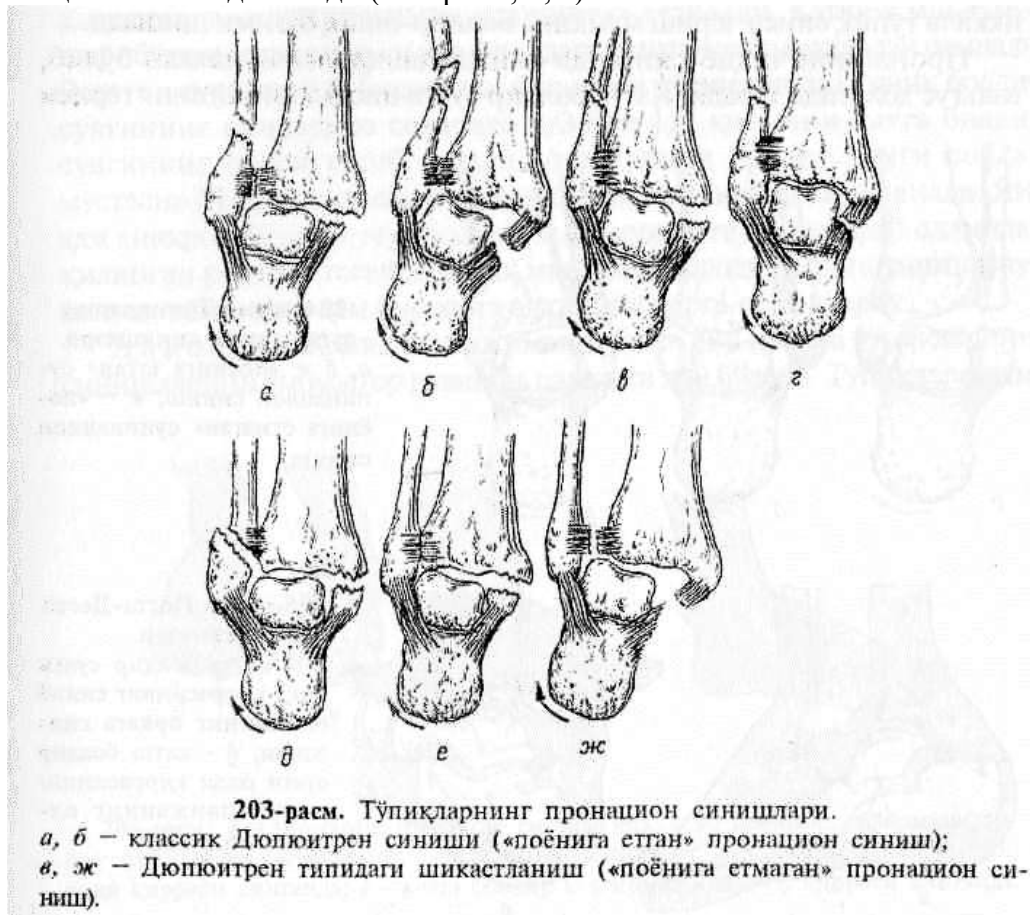
Тўпиқларнинг синиши болдир суяклари синишининг 60% ни ташкил килади. Бевосита шикастланиш камроқ учраб, унда битта тўпиқнинг синиши кузатилади ёки бўғим оғир шикастланади. Билвосита шикастланганда тўсатдан ичкарига ёки ташқарига кайрилиб қолиши вертикал босим натижасида юз беради.

Кўпинча, тўпиқларнинг синиши оёқни нг ташқарига кайрилишида юзага келади. Бундай ҳолларда оёқ пронация, абдукция ва эквинус ҳолатида бўлади {пронацион синишлар, 203-расм). Пронацион синишларда панжанинг ташқарига тўлиқ ёки чала чиккашги кузатилши мумкин. Оёқнинг орқа қисмининг пронацияси дельтасимон бойламнинг чўзилишига ва ички тўпиқнинг асосидан ёки бойлам бириккан жойидан синишига олиб келади. Ички

тўпикнинг сениш чизиги кўндаланг бўлиб, дельтасимон бойламининг узилиши ҳам кузатилади.

Ошиксуягининг силжиш жараёнида кичик болдир суяги кўпинча бўғим ёриги рўпарасидан ёки 5-7 см юқоригойдан, кичик болдир суягининг ингичкарок жойидан сениши мумкин. Кичик болдир суягининг сениш чизиги кийшикх кўндаланг ва бурама йўналишларда бўлади. Агар таъсир килувчи куч давом этса, болдирлараро бойлам ҳам узилади. Бойламлар тўлиқ узилиб, дистал суяклараро мембранаси >ам ажраб кетса, ошик суяги болдир суякларининг орасига кириб қолади.

Пронацион сенишнинг асосий компонентлари: 1) ички тўпикнинг сениши ёки дельтасимон бойламнинг узилиши; 2) ташки тўпик ёки кичик болдир суягининг пастки 1/3 қисмидан сениши; 3) дистал болдирлараро синдесмознинг ажралиши; 4) панжанинг чала ёки тўлиқ чиқиши — «поёнига етган» классик Дюпюитрен сенишидир (203-расм, а, б). Юқорида кузатилган шикастлар ҳаммаси кузатилмаса, Дюпюитрен типдаги ёки «поёнига етмаган» пронацион сениш дейилади (203-расм, в, г).



Болдир суяклараро синдесмозининг ажралиб кетиши ва дельтасимон бойламнинг узилиши пронацион сениш вариантларидан ҳисобланади (203-расм, д). Шу сениш механизмида синдесмознинг ажралиши ички тўпикнинг сениши ёки дельтасимон бойламнинг узилишисиз бўлмаслигини ёдда тутиш зарур.

Оёқ, қафтининг тўсатдан ичкарига қайрилиши супинацион сениш келиб чиқишига олиб келади — пронацион сениш механизмининг тескари шикастланишидир.

Оёқни орқа қисмининг куч билан супинацияси товон-кичик болдир бойламининг чўзилишига ёки узилишига ва ташки тўпикнинг сенишига олиб келади. Сениш чизиги кўндаланг йўналишда ўтади.

Таъсирот кучлироқ бўлганда, товон суягига босилиш натижасида ички тупик ва катта болдир суягининг кийшик вертикал синиши кузатилади, панжа ичкарига силжийди. Ичкарига чала ёки тўлиқчиқиш бўлади (204-расм, а-в).

«Поёнига етган» супинацион синишда куйидагилар кузатилади: 1) ташки тўпикнинг ажралиб синиши ва унинг эквиваленти — ошик бўғимининг ташки ён бойламининг узилиши; 2) ички тўпикнинг кийшик синиши ёки катта болдир суяги ички қдорасининг синиши; 3) панжанинг чала ёки тўлиқ ичкарига чиқиши.

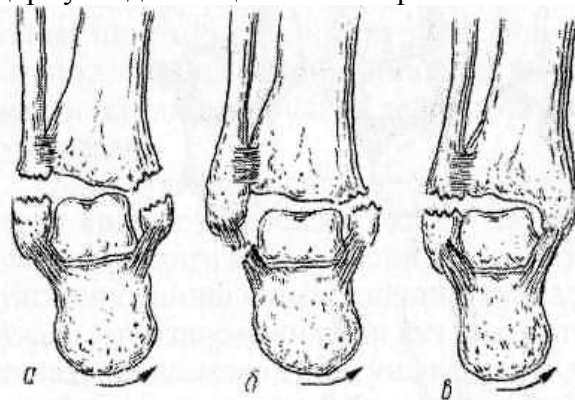
Агар панжа пронацияси ёки супинацияси буқилиш ёки ёзилиш билан кечса, қўшимча шикастланиш — катта болдир суягининг олдинги ёки орқа томонининг синиши — *Потта-Десто синиши* кузатилади ҳамда панжанинг олдинги ва орқа томонга чала ёки тўлиқ чиқиши кузатилади (205-расм, а,б).

Бурама ҳаракатланиш кичик болдир суягининг барча қисмларидан винтсимон синиш, болдир суяқлараро синдесмозининг ажраши ва ички тўпикнинг синишига олиб келади.

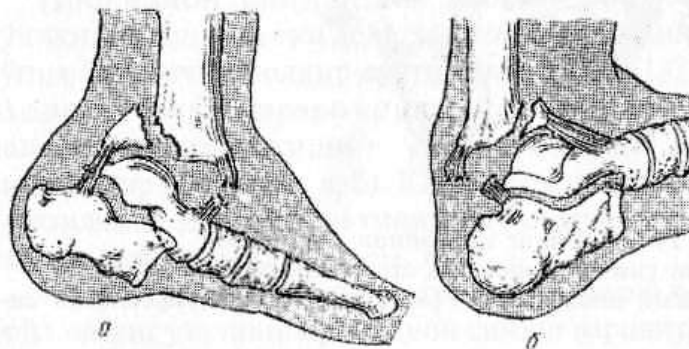
Вертикал йўналишда куч таъсир қилганда катта болдир суягининг дистал метафизи майдаланиб ва кичик болдир суягининг пастки 1/3 қисмидан синишига олиб келади. Тўпиклар синиши, панжанинг чала ёки тўлиқ чиқишлари — *ниҳиб-синишлар* дейилади. Шундай қилиб, билвосита шикастларда тўпикларнинг алохида синиши, ошик бўғими со>(асида синишлар ва чиқиб-синишлар билан омихта келиши учрайди. Синик, чизигининг ва панжа чиқишининг йўналишига қараб шикастланиш механизмини билиш мумкин.

Т а ш х и с. Тупик синишларини аниқлаш унчалик кийин эмас. Беморларни болдир-ошик бўшмида оррик безовта қилади. Оёқда босиб юришни чиқиб-синганда мутлако иложи бўлмайди, аммо битта ёки иккала тупик синса юриш мумкин. Болдир-ошик бўғими шишади.

Пронацион чиқиб-синганда панжа ташқарига йўналган бўлиб, вальгус ҳолатида туради. Катта болдир суяги дистал қисмининг териси



204-расм. Тўпикларни супинацион синишлари.
а, б — «поёнига етган» супинацион синиш; в — «поёнига етмаган» супинацион синиш.



205-расм. Потта-Десто синиши.

а — катта болдир суяги орқа қиррасининг синиб панжанинг орқага силжиши; б — катта болдир суяги олди қиррасининг синиб панжанинг олдинга силжиши.

таранглашади, унинг остида катта болдир суяги синган бўлакларининг қирраси аниқланади (206-расм, *а*). Супинацион чиқиб-синишларда панжа ичкарига силжиган ва варус ҳолатида бўлади (206-расм, *б*). Потта-Десто чиқиб-синишида катта болдир суягининг орқа қисми синса, панжа-кафт юзага буқилган ҳолатда бўлади. Панжанинг олдинги қисми қисқарган, катта болдир суягининг олдинги қирраси болдир-ошиқ бўғимида пайпасланади (206-расм, *в*). Катта болдир суягининг олди томони синиб, панжа олдинга чиққанда панжанинг олдинги қисми узунлашиб қолади, болдир суягининг олдинги қирраси ушлаб кўрилганда окрикнинг зурайиши кузатилади. Панжа дорсал юзага караб буқилган бўлади (206-расм, *г*). Болдир-ошиқ бўғимидаги деформация оёқнинг ташқарига ёки ичкарига чиқиши, олдинга ва орқага чикмиши омихта келса, деформацияга олиб келади.

Чиқиш кузатилмаса диагноз қўйиш мураккаб. Тўпикларнинг учидан юқорирокда оғриқ бўлса — синган бўлади; листал болдирлараро синдесмоз ажраганда болдир-ошиқбўғими ёриги устида оғриқ бўлади. Болдир-ошиқ бўғимида ёнга қилинган ҳаракатда окрик босгандаги орриқдан кучлироқ бўлади. Болдир суяклари яқинлаштирилганда синган жойда оғриқ, кузатилади. Дистал болдирлараро синдесмоз ажралганда «пружинасимон каршилиқ» сезилади. Кўпрокмаълумот шарт бўлган олдинги ва ён кўринишдаги рентгенограммалардан олинади. Рентген суратларида (олдиндан қилинган кўринишида) кичик болдир суягининг синдесмоз соҳасида $2/3$ ёки $1/2$ қисмини катта болдир суягининг сояси тўсиб туради. Агар кичик болдир суяги соядан мустасно бўлса, синдесмознинг тўлиқ ажралганлиги аниқланади. Яна >дам аниқрокбўлиши учун болдирни 20° ичкарига айлантириб олдиндан қилинган рентген тасвири тўлиқ маълумот беради. Солиштириш учун соғлом томонини ҳам бир хил ҳолатда тасвирга олиш керак

Д а в о л а ш. Жойидан силжимаган битта ёки иккала тўпикларнинг синишларини амбулатор равишда даволаса ҳам бўлади. Тўпиклари очик



206-расм. Болдир-ошиқ бўғимида синиб- чиққанда оёқнинг деформацияси.
а — пронацион синишда; *б* — супинацион синишда; *в* — катта болдир суягининг орқа қирраси синганда; *г* — катта болдир суягининг олдинги қирраси синганда.

ёки «мураккаб» синиб силжиган, чиқишлар ва ошиқ бўғимида катта шиш бор беморлар стационар шароитда даволанадилар.

Бир вақтда репозиция қилиб, гипс боклами куйиш тўпиклар силжиган синишларининг асосий консерватив даволаш усули дисобланади. Болдир-ошиқ бўғимидаги «мураккаб» синишлар, айникса, кеч мурожаат қилинганда наркоз ёрдамида репозиция қилинади. Маҳаллий оғриқсизлантиришда катта болдир суягининг олдинги соҳасидан бўғим бўшлигига 1-2%-20 мл новокаин эритмасини юбориш кифоя. Агар синит бўғимдан ташқидрида бўлса, бевосита синган жойни оғриқсизлантирилади.

Репозиция беморни ўтказиб ёки ётқизиб қилинади. Болдирнинг уч бошли мушагини бўшаштириш учун тизза бўғими 90°га букилади ва ёрдамчи ушлаб туради. Жарроҳ оёқни иккала қўли билан ушлаб тортади, сўнгра чиқишни бартараф қилади, оёқнинг орқа қисмига пронацион синиш бўлса, супинация, супинацион синиш бўлса — пронация ҳолати берилади.

Панжани ўрта хдггатга келтирилиб, бўғимда 100°га букилади. Тўпикларни бармоқдар билан босиб жойига коррекция қилинади. Болдир суяклари ён томонидан босилиб-якишашгарилади. Панжанинг орқага чиқиши ва катта болдир суяги орқа томонининг синиши панжани 75-80° дорсал букиш билан тўтриланади.

Катта болдир суягининг олди синиб, панжа олдинга силжиши панжани орқага тортиш ва бўғимни кафт томонга букиш билан тўкриланади, шундай ҳолатда гипс боклами қўйилади.

Болдир суяклараро синдесмоз ажраганда гипс боғлами котмасдан ён томондан босиб яқдлаштирилади.

Агар болдир-ошиқ бўғимида шиш катта бўлса, репозициядан сўнг V-симон гипс лонгетаси тизза бўғимига қўйилади. Катта болдир суягининг олди ёки орқа томони синса, орқа гипс лонгетаси дам қўйилади, бинт билан маҳкамланади ва оёғини баландрок қилиб ётқизилади. Шиш кетган сайин $\alpha < \Phi$ куни лонгета қирралари бинт билан яқинлаштириб турилади. Шишлар батамом кайтгач, лонгета тизза бўғимига айланма гипс боғлами га айлантририлади. Шиш кузатилмаса, айланма гипс боғламини репозициядан кейин қўйиш мумкин, **аммо** беморлар доимо кузатувда бўлиши керак мабодо гипс боғлами сиқиб қўлгадай бўлса, зудлик билан олди томондан кесиб, бинт билан боклаб қўйилади. Албатта рентген текшириш қилинади. Муваффақиятсиз репозиция қилинган бўлса, шишлар кайтгач наркоз билан кайта репозиция қилиш зарур. Репозициядан 1-2 ҳафта кейин кўзлтиктаёк билан юришга рухсат берилади. Гипс боғламига узанги қилинса, 5-6 ҳафтадан бошлаб озрок босиб юрса бўлади.

Гипс 2-3 ойдан сўнг олиниб, бир йил давомида супинатордан фойдаланиб юради. Меҳнат ҳобилияти 2,5-4,5 ойда тикланади.

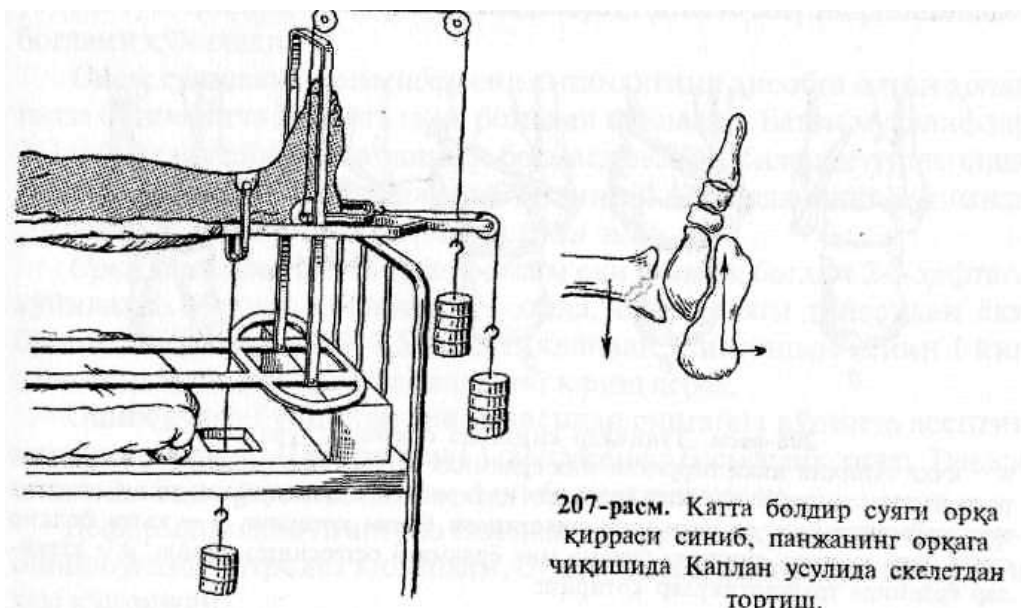
Битта ёки иккала тўпиклар силжимасдан синса, У-симон гипс боғлами қўйилади, шишлар кайтгач айланма гипс боғламига айлантририлади ва 1-ҳафта охирида юришга рухсат берилади. Гипс боғламини олиш муддати битта тупик синса - 4 ҳафта, иккаласи синса - 6 ҳдфта хисобланади. Десто синиши силжимаган бўлса, 7-8 ҳафта бўлиб, ясситовонлиқнинг олдини олиш учун супинатордан фойдаланилади.

Теридаги жароҳатлар репозиция қилишга ва гипс боғлами қўйишга имкон бермаса, *скелет тортма* қўлланилади. Бундай ҳолларда теридаги жароҳатлар битгунча ва репозицияни ушлаб туриш учун шишлар кайтгунча скелет тортмадан фойдаланади. Скелет тортма катта болдир суягининг дистал қисми майдаланиб ёки метаэпифизидан синганда товон суягидан кегай ўтказилади. 5-7 кг юк билан болдир ўки бўйлаб тортилади. 4 ҳдфтадан кейин соннинг ўрта қисмига 3-4 ой муддатга гипс боғлами қўйилади. Катта болдир суягининг орқа қисми синиб, 1/3 бўғим юзасини копласа, Каплан усули билан скелет тортма қилинади (207-расм).

Фронтал юза бўйича скелет тортиш учун товон суягидан ва катта болдир суяги тўпиклари устидан кегай ўтказилади. Товондан икки томонлама тортиш қилинади, болдир ўки бўйича 6-7 кг ва унга перпендикуляр юқорига 3-4 кг тортилади. Худди шунча оғирлик (3-4 кг) орқага

90° бурчак остида тортилади. 4 ҳафтадан кейин тортиш тўхтатилиб, 3 ой муддатгача гипс боғламига алмаштирилади.

Болдир-ошиқбўғимидаги очик синишларда муваффақиятсиз репо-зицияларда, яъни тўпикларнинг синиб-силжишлари бартараф қилинмаса ва катта болдир суяги дистал қисмининг олди (орқаси) синганда ёки болдирлараро синдесмоз ажраганда *жарроушк усулига*



207-расм. Катта болдир суяги орқа қирраси синиб, панжанинг орқага чиқишида Каплан усулида скелетдан тортиш.

кўрсатма бўлади. Ички тўпикнинг жойида турмагани сабаби (пронацион синишда) юмшоқ тўқималарнинг интерпозицияси бўлса, ўз атрофида айланиб қолиши (ротацион синишда) сабаб бўлади. Синдесмоз ажралиб, болдир суякларининг яқинлашмаслига тўлиқ ажралганда ёки кеч репозиция қилинса жойига тушмайди.

Тупик; ва катта болдир суягининг синиқлари остеосинтезида винтлар, кегай ва суякдан қийинган ёки металл штифтлар қўлланилади (208-расм, а, з). Синдесмознинг ажралиши винтли болтлар билан маҳкамланади, ташки тупик синиши билан кузатилса, ташқаридан пластина ёрдамида қилинади (208-расм, б, в).

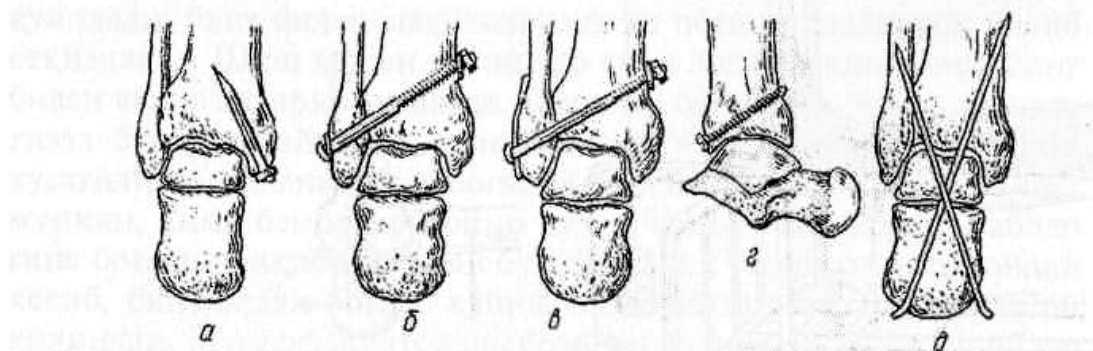
Очик синишларда йиринглаш хавфи туғилса (юмшоқ тўқималарнинг катта жародатида кучли инфлосланган бўлса), ичкаридан юбориладиган фиксаторлар қўллаш мақсадга мувофиқ эмас. Жарроушк ишлови ўтказилса, репозиция қилиниб, Илизаров аппарата қўйиш ёки теридан бўким оркали кегай билан фиксация қилиб тугалланади (208-расм, д).

Операциядан кейин кесилувчи гипс боғлами тизза бўғимигача қўйилади, шишлар кайтиб, чоклар олингач, доимий айланма гипс боғлами қўйилади. Кейинги кузатув консерватив даволашдаги каби олиб борилади.

Тери оркали юборилган кегайлар 3-4 ҳафтада олиб ташланади, ичкаридан қўйилган фиксаторлар синиқлар тўлиқ битгандан кейин олиб ташланади.

ОШИҚ СУЯГИНИНГ СИНИШИ ВА ЧИҚИШИ

Ошиқ суягининг бўйнидан, танасидан ва орқа ўсимтасини синишлари тафовут қилинади. Синиш механизмларида билвосита баландликдан тик оёғига тушиш, автоуловни каттиқ тормозлаганда



208-расм. Тўпиқлар синганда операция турлари.

a — ички тўпиқни икки парракли мих ёрдамида остеосинтез қилиш; *b* — болдирларро пастки синдесмозни болт ёрдамида қотириш; *v* — ташқи тўпиқ синиб синдесмоз ажраганда болт ва суяк усти пластинаси билан қотириш; *z* — катта болдир суяги орқа қирраси синганда бурама мих ёрдамида остеосинтез қилиш; *d* — кегайлар ёрдамида трансартикуляр қотириш.

оёғи ёки бошқарув воситалари тегиши натижасида юз беради. Бундай ҳолларда ошиқ суяги катта болдир суяги билан товон суягининг орасида қисилади. Панжанинг тўсатдан тепага буқилиши ошиқ суягининг бўйнидан синишига олиб келади. Ошиқ суягининг синишлари силжимаслиги мумкин, ошиқ суяги бошининг тепага силжиши, танасининг орқага чиқишлари шу бобда ошиқ суягининг ҳамма синишлари батафсил кўриб чиқишга ҳуқуқ беради.

Т а ш х и с. Болдир-ошиқ бўғимида шиш бўлади, актив ҳаракатлар оғриқ, ҳисобига чегараланади ёки умуман бўлмайди. Ошиқ бўғимида ва панжанинг юқори қисмида деформация кузатилади. Деформациянинг характери синиш чизиги ва силжишига боғлиқ. Бўғимни пайпаслаганда оғриқ, сезилади. Энг кучли окрик синиш соҳасида жойлашади. Товонга муштлаб кўрилганда оғриқ, зўраяди.

Икки кўринишдага рентген тасвири олинади. Ошиқ суяги бўйнидан синганда товон-ошиқбўғимидаги бир-бирига нисбатан муносабатга аҳамият бериш керак Орқа ўсимтасини кўпинча суяк синигидан ажрата билиш қийин. Бунинг учун соқлом оёғига солиштириш учун рентгенга туширилади.

Д а в о л а ш. Ошиқ суягининг бўйнидан силжимаган синишида 7-8 ҳафтагача оёқ,панжаларидан тизза бўғимигача гипс боғлами кўйилади. Наркоз бериб суяк бўлаклари жойига туширилади.

Боши тепага силжиб синганда товонидан тортиб, панжага эквинус ҳолати берилиб, гипс боғлами кўйилади. 4-6 ҳафтадан кейин оёқни ўртача (90°) ҳолатида гипс боғлами 3 ой муддатга кўйилади.

Ошиқ суяги чиқишларини зудлик билан жойга тушириш керак акс ҳолда ётоқяралар ҳосил бўлади. Ошиқ суягини ёпик тушириш кдйин кечади, кўпинча муваффақхятсиз бўлади. Бундай ҳолларда очик усулда туширилиб, сихлар ёрдамида мустах.камланиб, 3-3,5 ойга гипс боғлами кўйилади.

Ошиқ суягининг танасидан силжиганлигини ҳисобга олган ҳолда тизза бўғимигача 2-3 ойга гипс боғлами кўйилади. Баъзи муаллифлар 2-3 ҳафтадан кейин гипс олиниб, босмасдан ЛФК билан шугулланиши тавсия қилишади. Юқорида зикр қилинган ҳолларда ошиқ бўғимида артроз ривожланиши экҳимолдан холи эмас.

Орқа ўсимтаси синса гипс боғлам ёки юмшокбоклам 2-3 ҳафтага кўйилади. Мехнат қобилияти 1 ойда, ошиқ суяги танасидан ёки бўйнидан синганда 2,5-4,5 ойда тикланади. Сингандан кейин 1 йил давомида супинатордан фойдаланиб юриш керак

Ошиқ суяғи бўйнидан ёки танасидан синганда кўпинча асептик некрозга учрайди. Шунинг учун 3 ой давомида босмаслик зарур. Танаси синганда ёки орқага чиққанда 4 ой босмаслик керак

Деформацияловчи артроз ёки асептик некроз кузатилса, болдир-ошиқбўғими артродез қўлинади, бунда баъзан ошиқ ости бўшмини ҳам қўшилади.

ОЁҚ ПАНЖАСИ СУЯКЛАРИНИНГ СИНИШЛАРИ ВА ЧИҚИШЛАРИ

Оёқ панжа суякларининг синишлари уларнинг чиқишларига Караганда куп учрайди, бу оёқ панжаси бўримларини ўзига хос анатомик хусусиятларига боғлиқдир.

Б и р и н ч и ёрдам. Оёқ панжаси шикастланганда биринчи ёрдам турли аналгетиклар юбориб оғриқ,сизлантириш ва тизза бўғимигача тахтакачлашдан иборат. H_2R^a катсизлантириш учун нарвонсимон, пластмассалардан қилинган ёки ичига х.аво тўлдириладиган шиналар ишлатилади. Стандарт шиналар бўлмаса, қўлбола воситалар билан ҳаракатсизлангирилади. Очиқшикастланишда химояловчи асептик боғлам қўйилади. Оёқ панжаси жуда ифлосланган ҳолда маҳдллий оғриқ,сизлантиришни бемор шифохонага ёки травматологик *пунктга* етказилгунча қолдириш даркор.

Синит ва чиқишларни даволашда оёқ, панжаси гумбазларини тиклашга катта аҳамият бермоккерак Гипс боғлами қўйилаётганда ҳам оёқ; панжаси гумбазларини кунт билан чиқариш талаб қилинади. Бемор гипсли боғламдалигидаёқфизиотерапевтик муолажалар бошланади. Гипс боғлами олингандан кейинги асосий вазифа турли асбоблар ёрдамида машққилиш, укалалаш, даволовчи жисмоний тарбия ва физиотерапевтх муолажалар ёрдамида оёқ, панжаси бўримларида ҳаракатни тиклаш ва унинг гумбазларини шакллантиришдан иборат. Посттравматик ясси панжаликнинг олдини олиш учун оёқ, панжа суяклари синган ва чиққанда, бармоқдар шикастланишидан ташқари, бир йилча вақт давомида супинаторли пойафзал кийиш тавсия қилинади.

ОЁҚ, ПАНЖАСИНИНГ ОШИҚ СУЯГИ ОСТИДАН ЧИҚИШИ

Ошиқх-товон ва ошиқ-кайиксимон суяк бўшмларида чиқиш билвосита шикастланишдан келиб чиқади. Ошиқ сўяғи остидан чиқишда оёқ; панжаси, кўпинча, ичкарига ёки орқа ва ичкарига суриладики, бу уларнинг оёқ панжасининг ичкарига ва орқа ичкарига чиқиши деб юритилади.

Ташхис. Ошиқ суяғи ости соҳаси деформацияланган. Ичкарига чиқишда оёқ; панжаси ичкарига сурилган ва эквинус, супинация, варус ҳолатида. Панжа орқа юзасида ошиқ суяғи бошчаси аниқ, пайпасланади- Ундан ичкарида сурилган кайиксимон суяк аниқланади. Орқа ичкарига чиқиши, бундан ташқари, панжа олдинги қисмининг қисқариши ва товоннинг узайиши кузатилади. Панжа фаолияти бутунлай бузилади. Пайпаслаганда тарқдлган оғриқ сезилади. Ташхис қўйиш қийинчиликлар турдирмайди.

Д а в о л а ш. Оёқ панжасининг ошиқ суяғи остидан чиқишини даволаш умумий оррикризлантириш билан иложи борица эрта

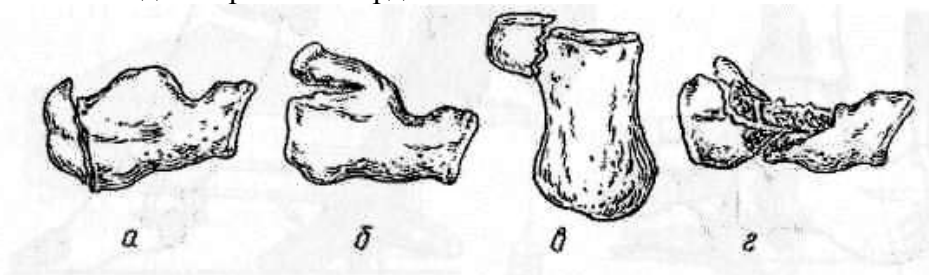
солишдан, тизза бўғимигача қўйилган гипсли боғлам билан 3-4 ҳафтача тахтакачлашдан ва кейинчалик функционал тикланиш муолажаларини ўтказишдан иборат. Орқа ичкарига чиқишни куйидагича солинади: тизза бўғимида оёқни 90° бурчак остида букилади. Оёқ, панжасига иложи борица супинация, эквинус, аддукция ҳолатини бериб, товон ва олдинги қисмлари орқали қаттиқ ушлаб тортилади. Сўнгра панжа пронация ва узоққаштирилган ҳолда тортиб ичкаридан ташқарига босилади. Ёрдамчи болдирнинг пастки қисмидан ушлаб туриб қаршилиқ кўрсатади. Ёпиқ усулда чиқиш бартираф қилинмаса, зудлик билан жаррохлик муолажасини ўтказиш тавсия қилинади. 6-8 ҳафтадан сўнг шикастланган оёққни босиб юришга рухсат берилади.

ТОВОН СУЯГИНИНГ СИНИШИ

Товон суягининг синиши, асосан, бевосита шикастланишдан бўлади. Кўпинча юқоридан кулаганда рўёбга чикэди ва иисала товон суягининг синиши кузатилади.

Товон суягининг синиши турлари хилма-хилдир (209-расм), лекин энг кўп учрайдигани ва оғири эзилиб синиши ҳисобланади (209-расм, г). Бундай ҳолларда товон суяги ошиқ суяги ва шикастловчи агент орасида эзилиб кўп бўлакларга бўлиниб кетади. Товон суяги эзилиб синганда оёқ, панжаси гумбази яссиланади, ошиқ-товон, товон-кубсимон бўғимларни ҳосил қилувчи суякларнинг бўғим юзаларининг ўзаро муносабати бузилади. Эзилиб синишдан ташқари, товон суяги айрим қисмларининг алоҳида синиши мумкин (209-расм, а-в). Бу синишлар енгилрок ҳисобланади ва оқибати нисбатан яхширок тугалланади.

Т а ш х и с. Товон суяги эзилиб синганда беморлар оғриқ, туфайли юра олмайдилар, товон соҳаси кенгаяди. Юмшоқтўқималар шиши ва кон куйилиши тўпиқлар остида энг кўп сезилади. Оёқ, панжаси бўйлама гумбази яссиланади, катта силжишларда зса бутунлай йўқ.олади. Болдирнинг уч бошли мушагинингтаранглашиши оғриқни кучайтиради. Товонни пайпаслаганда оғриқ, сезилади. Товон суяги кирралари ва алоҳида синишида клиник манзараунча билинмайди. Айрим х.олларда



209-расм. Товон суягининг синиш турлари.

а — товон дўмбоғини вертикал синиши; б — товон дўмбоғини горизонтал тумшуксимон синиши; в — ушлаб турувчи ўсиқнинг якка синиши; г — компрессион синиш.

беморлар хатто товонини босиб юришлари мумкин. Доимий белгиси товон соҳасидаги окрик ҳисобланади. Ён томондан ва аксимал ҳолда олинган рентген суратлари ташхисни аниқлашга ёрдам беради.

Даволаш. Суяк бўлакларини жой-жойига солиш умумий ёки маҳаллий оғриқсизлантириш билан бармоқлар ёки мослама ёрдамида амалга оширилади. Товон суягининг «ўрдак тумшуги» шаклида горизонтал синишида Юмашев-Силин усулидан фойдаланилади (210-расм). Юқорига сурилган суяк бўлакчаси устидан Киршнер кегайи ўтказилади (210-расм, 1а), уни скелет тортма учун ёйга мустаҳкамланади. Оёқри тизза бўғимида 60-80°гача букилади, товон остига қаттиқ тахтача қўйилади. Жаррох. иккала қўли билан темир ёйни ушлайди ва товоннинг синган соҳасини кагтик тахтача билан Киршнер кегайи орасида босади. Шу вақтда панжага унинг остига том он буқилган ҳолат берилади (210-расм, 2).

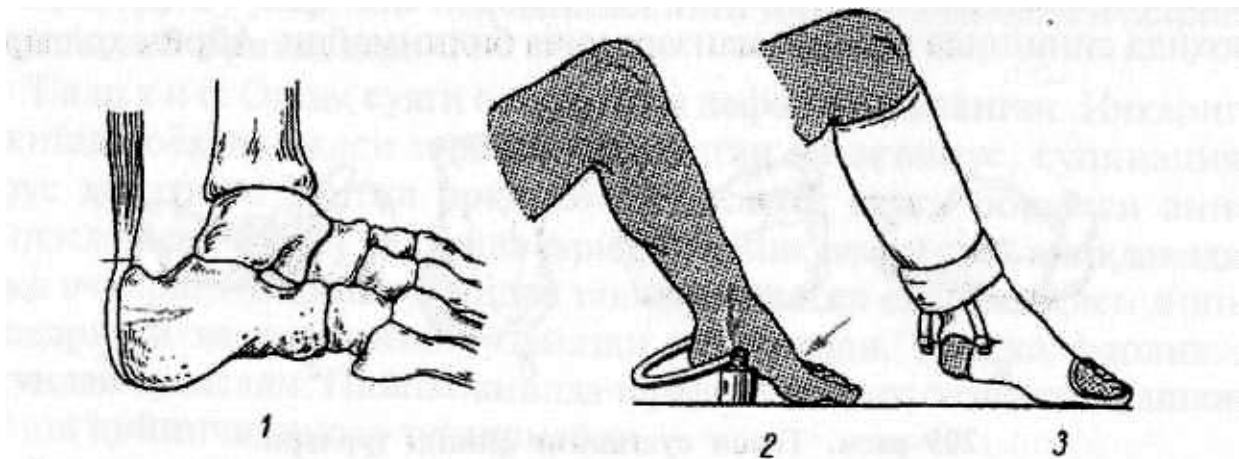
Товон суягининг сиқилган ҳолатини сусайтирмай, гипс боғлами қўйилади. Гипс бошамини темир кегайга ёпишиб турганига (темир кегайнинг проксимал томонга сурилишига йўл қўйилмайди) алоҳида аҳамият берилади (210-расм, 3). Товон соҳасига гипс қўйилмайди. Ёйни гипс боғламига қотириб қўйилади. Рентген назорати ўтказилади. Уч ҳафтадан сўнг темир кегай олиб ташланади. Яна икки ҳафта ўтказиб гипс боғлами олинади. Худди шу зайдда товон дўмбоги вертикал синушида суяк бўлақларини репозиция қилиш мумкин, фақат фарқи шуки, ёкоч тахтача товон остига эмас, унинг олдига қўйилади. Гипсга қотирилган Киршнер кегайи бу ҳолда суяк бўлақларини болдир мушаги тортиши туфайли иккиламчи силжиб кетишидан сақлайди.

Айрим ҳолларда ёпиқусулда солиш имконияти бўлмаса, жаррохушк муолажаси ўтказилади; суяк бўлақлари очик ҳолда солиниб, темир кегай ёки махсус миҳча билан қотирилади. Операциядан сўнг тизза бўғимигача 1-1,5 ой муддагга гипс боғлами қўйилади. 1,5-3 ой мобайнида ишга лаёқатлилиқ тикланади.

Товон суягининг эзилиб синушида суяк бўлақларини анатомик жиҳатдан тўғри солишга, ошик-товон ва товон-кубсимон бўғимларидаги муносабатларни тиклашга интилиш керак. Шу билан бирга, бе мор оёқ панжаларининг бўйлама гумбазини тиклаш асосий вазифа ҳисобланади.

Оёқпанжаси гумбазни ўзгармаган синушларда гипс боғламини 1,5-2 ойда тизза бўшмигача қўйилади. Ишга лаёқатлилиқ 2-4 ойда тикланади. Товон соҳаси кенгайган ҳолатларда уни қўллар ёки мослама ёрдамида ён томонлардан эзилади.

Эзилиб синиб силжиганда товон суяги дўмбоги шикастловчи омил ва болдирнинг уч бошли мушаги таъсирида юқорига силжийди. Бундан ташқари, панжанинг кафт юзаси соҳасидаги мушаклар ҳисобига олдинга сурилади. Бундай ҳолларда Каплан усулида тортма амалга оширилади (211-расм, а). Темир кегай товон дўмбогининг дистал бўлагидан рентген назоратида ўтказилади. Болдир ўки бўйлаб бажарилган тортма ор*али 8 кг юк осилади. 3-4 кундан сўнг юк 6 кг га камайтирилади, иккинчи тортмага эса 4-8 кг юк осилади. 5 кундан сўнг иккала юкни 4 кг гача камайтирилади.



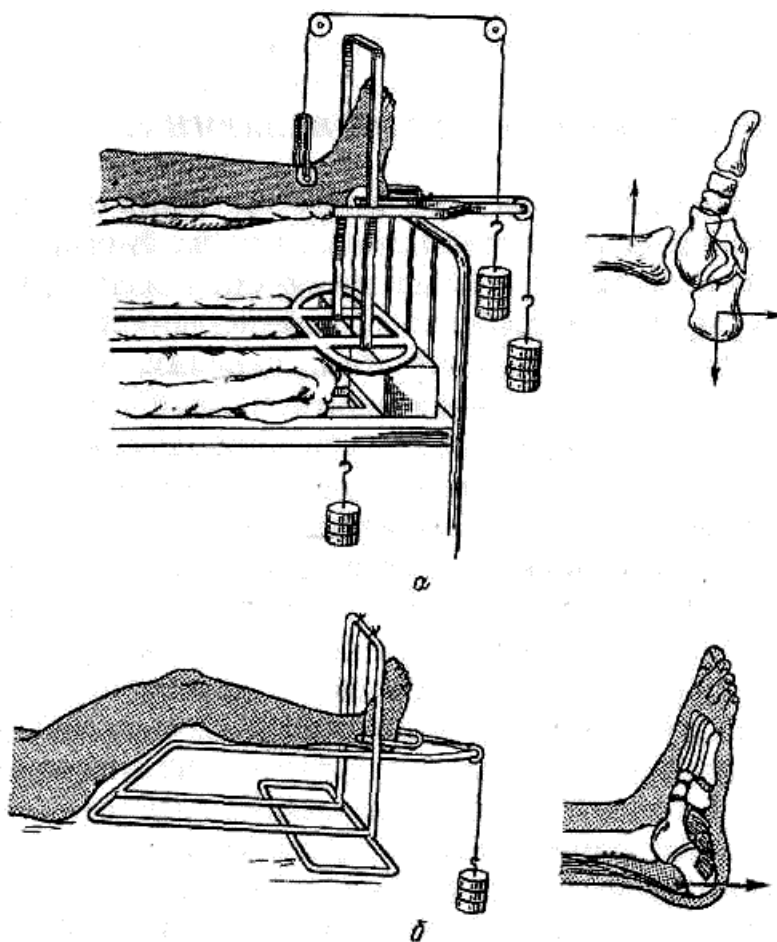
210-расм. 1, 2, 3. Юмашев-Силин усулида товоннинг «ўрдак тумшуги» типидagi горизонтал синушни ўрнига қўйиш

Товон суяги синик.бўлакларини Юмашев усулида ҳам репозиция килса бўлади (211-рasm, б). Темир кегайни суяк бўлаги орқали эмас, балки унинг устидан, ахилл пайи олдидан ўтказилади. Оёқ панжасини темир кегайга боғланган тасмалар орқали Белер шинасига тортилади. Болдир ўки орқали тортма уюштирилади ва унга 6-7 кг юк осилади.

Тортиш кучи асосан орқага, ахилл пайига тўғри келгани учун оёқ панжаси тортма амалга оширилганда дорсал юзага буқилган холда ва тортма йўналиши товон суяги дўмбоги ўкига яқинлашади.

Бу даволаш усули кўп афзалликларга эга. Биринчидан, товон суяги парчаланиб синганда темир кегайни суяк бўлагидан кўра унинг устидан ўтказиш осон. Суяк бўлагидан темир кегай ўтказиш режалаштирилганда у суяк бўлаклари орасидан ўтиб, юмшок тўқималарни кесиб юбориши мумкин. Иккинчидан, темир кегай суякдан ташқарида ўтказилганда ўта оғир асорат — товон суяги остеомиелити бўлиш хавфи жуда камаяди. Ва нихрят, кўшимча яна бир тортма қўйишга хржат қолмайди.

7-10 кунларда Юмашев ёки Каплан усулида даволашда мосламалар билан товон суяги тортмага олинмай сиқилади ва лонгет-айланма гипс боғлами куйилади. 30-40 кунларга бориб тортма олинади ва энди гипс боғлами 2,5-3 ойга тизза бўғимигача куйилади. Ишга лаёкатлилик 4-5 ойдан сўнгтикланади.



211-рasm. Товон суягининг компрессион синишида Каплан усулида уч томонлама тортиб даволаш (а) ва Юмашев ва муаллифдошлари усули (б).

ОЁҚ ПАНЖАСИ КАФТ ОЛДИ СУЯКЛАРИНИНГ СИНИШИ

Кҳайиксимон, кубсимон ва понасимон суякларнинг синиши одатда бевосита шикастланишдан келиб чиқади. Кўпинча, бу оғир нарсанинг оёқ панжаси дорсал юзасига тушишидан вужудга келади. Қдйиксимон суякнинг айрим синишлари билвосита шикастланишдан ҳам келиб чиқиши мумкин. Бу гуруҳ. синишларга катта силжишлар характерли эмас. Шу билан бирга, дистал жойлашган суякларнинг олдинги қисми синганда оёқ панжаси бўйлама гумбази мустахкамлиги сезиларли даражада бузилади. Буни даволашда ва, айниқса, ҳаракатсизлантириш усули ва муддатини белгилашда инобатга олиш зарур.

Т а ш х и с. Ўзига хос анамнез мавжудлиги: таъсиротнинг панжа дорсал юзасига тушиши. Беморлар товонини босиб юришлари мумкин. Оёқ панжасининг дорсал юзасида шиш бор. Энг кўп оғрик. синган суяк соҳасига тўғри келади. Оёқ панжаси ҳаракатлари, айниқса ёнга ва бурама ҳаракатлар оғриқли. Тегишли кафт суякларини ўки бўйлаб босилганда синган суяк соҳасида оррикучаяди. Якуний ташхис икки юзада олинган рентген суратидан сўнг тасдиқланади.

Даволаш. Силжимаган ёки озгина силжиган синишларда тизза бўғимигача гипс боғлами қўйилади. Гипсланаётганда панжа гумбазини чиқариш окрикни кучайтиргани учун олдиндан 1-2% новокаин эритмаси ёрдамида оғрикеизлантирилади. 1 -2 ойдан сўнг гипс боғлами олинади. Ишга лаёқатлилиқ 1,5-3 ойдан сўнгтикланади.

ЛИСФРАНК БЎҒИМИДА ЧИКИШ

Чикдш кафт суяклари билан кафт олди суякларининг олдинги катори орасида содир бўлади. Барча кафт суяклар силжиса, тўла чиқиш дейилади. Одатда чиқиш бўғим ҳосил килувчи суякларнинг синиши билан биргаликда кечади.

Д а в о л а ш. Солиш умумий оғриксизлантириш билан амалга оширилади. Айрим ҳолларда ҳяр бир бармоқдан алоҳида-алоҳида тортиб ёпиқусулда мақсадга эришилади. Пекин, кўпинча, очик солиш ва суяклардан бўғим орқали темир кегай ўтказиб қотиришга тўғри келади. Чиқиш бартараф қилинган, тизза бўғимигача 4 ҳафтага гипс боғлами қўйилади. Ойнинг охирларида оёқни аста-секинлик билан босиб юришга рухсат берилади. Эскирган чиқишда ортопедик пойафзал кийиш тавсия қилинади. Кеч мурожаат қилинганда жаррохлик муолажасининг аҳамияти йўқолади.

КАФТ СУЯКЛАРИ ВА БАРМОҚДАР ФАЛАНГАЛАРИНИНГ СИНИШИ

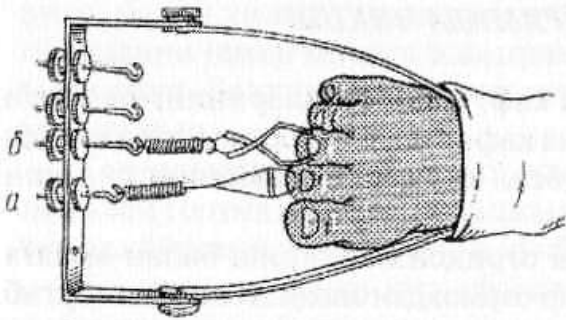
Бундай синишлар асосан бевосита шикастланишдан келиб чиқади. Кўплаб ва очик синишлар учраши кам эмас. Кафт суякларининг алоҳида-алоҳида синишида суяк бўлақларининг силжиши характерли эмас, шу билан бирга, кўплаб синишларда суяк бўлақларининг катта силжиши кузатилади.

Ташхис. Шикастланишмеханизми, тегишли бармоқнитортганда ёки ўки бўйлаб босилганда кучаювчи маҳаллий оғрик., айрим ҳолларда патологик ҳаракатчанлик ва гичирлаш белгисининг мавжудлиги синишни шубҳа қилишга асос бўлади. Кафт суяклари боши эгилганда синган соҳада окрик кучаяди, бу Якобсон белгиси, кафт суякларининг синиши учун характерли ҳисобланади. Рентген суратларининг таҳлилидан сўнгякуний ташхис қўйилади.

Д а в о л а ш. Кафт суяклари синиб силжимаганда тизза бўғимигача 4-6 ҳафтага гипс боғлами қўйилади. Гипс қўйишдан аввал 1-2% новокаин эритмаси билан оғриксизлантирилади. Оёқ панжасининг бўйлама ва кўндаланг гумбазларини яхши чиқариш учун тегишли жойларга докадан таглик қўйилади.

Бармоқ.фалангалари синиб силжимаганда тегишли бармоқнинг 1-2 ҳафта мобайнида айланма лейкопластер боғлами билан қотириш кифоя. Кафт суяклари ва бармоқ.фалангалари синиб силжиганида скелет тортма орқали ёки қўл билан репозиция қилинади. Айниқса, кафт суякларининг бўйнидан синиб, дорсал юзага очилган бурчак остида силжишини тўла бартараф

қилиш шарт. Бармоқ, ўқи бўйлаб тортилиб, сурилган суяк бўлаклари босилиб, репозиция қилинади. Гипс боғлами тизза бўғимигача қўйилади. Агар бир зумда репозиция натижа бермаса ёки суяк бўлакларида гипс боғламчи остида силжиб кетишга мойиллик бўлса, у



212-расм. Панжанинг кафт суяклари синганда скелет тортма.

а — Клапп усули; б — Черкес-Зода усули.

холда Клапп усулида юмшоқ тўқималар ёки Черкес-Зода рамкасида суяклар оркали тортма амалга оширилади. Тортиш учун мосламани панжа ва болдирга қўйилган гипс боғламига мустахкамланади (212-расм). Тортма 3-4 ҳафтадан сўнг олинади. Кафт суяклари синиб силжиганда гипс боғлами 7 ҳафтага, бармоқ, фалангалари синганда — 3 ҳафтага қўйилади.

Ёпиқ репозиция қониқарли натижа бермаса ва очик синишларда жаррохлик муолажаси ўтказилади. Очик солишда темир кегайлар ёки Богданов крзикчалари, кафт суякларининг винтсимон синишида эса махсус симлар

ишлатилади.

Шикастланиш характерига караб кафт суяклари синганда ишга лаёқатлилик 1,5-4 ойда тикланади. Бармоқ, фалангалари синиб силжиганда 1,5-2 ойда, силжимаганда - 2-3 ҳафтада тикланади.

ОЁҚ, ПАНЖАСИ БАРМОКЛАРИНИНГ ЧИҚИШИ

Кўпинча I бармоқнинг дорсал томонга чиқиши кузатилади. Чиққан бармоқ, калталашади, ўқи ён томонга силжишга боғлиқ, холда деформацияланади. Пайпаслаганда оғриқ, ва сурилган сегмент қирраси аниқланади. Икки юзада олинган рентген суратларида шикастланишнинг ўзига хос томонлари намоён бўлади.

Д а в о л а ш. Махаллий ёки умумий оғриқ, сизлантириш билан солинади. Чиққан сегмент дорсал юзага сурилганда, ўша томонга тортиб деформация кучайтирилади ва асосига босиб дистал томонга сурилади ва кафт юзаси томон букилади.

Ёпиқ ҳолда солиш натижа бермаса, жаррохлик муолажаси ўтказилади: анатомик солиниб, бўғим ичидан темир кегай билан қотирилади. Гипс боғламини болдирнинг пастки қисмигача 2 ҳафтага қўйилади.

Болдир панжа бўғими - ғалтаксимон бўғим бўлиб, букиш ва ёзиш ҳаракатларини бажаради. Ҳаракатлар амплитудасини ўлчаш учун угломер шарнири ички тўпикқа битта бранш болдир ўқи бўйлаб, иккинчи бран еса оёқ панжасининг ички чеккасига қўйилади. нейтрал “0” ҳолат оёқ панжаси ва болдир орасидаги бурчак 90 градусга тенг.

- букиш ёки товонда букиш 0-45 градус
- ёзиш ёки ташқи букиш 0-20 градус

Ошиқ товон бўғими.

Ошиқ — товон бўғимига қуйидагилар киради: ошиқ — товон, ошиқ — қайиқсимон ошиқ кубсимон. Булар оёқ панжасининг пронастия ва супинастиясини таъминлайди. Бирикиш юзаларининг шаклига кўра бўғим ясси бўлиб, қуйидаги ҳаракатларни бажаради:

- оёқ панжасининг супинастияси — горизонтал текисликда оёқнинг товон билан ичкарига буралиши 0-30 градусга
- оёқ панжасининг пронастияси — горизонтал текисликда оёқнинг товон билан ичкарига буралиши 0-20 градусга

Биринчи оёқ кафт фаланга бўғими.

Бўғим галтаксимон, унда букилиш ёзилиш ҳаракатлари бажарилади. Букиш 0-35 градус, нейтрал ҳолат “0”, бармоқ ўқи оёқ панжаси ўқини давом еттиради. Ёзиш 0-80 градус.

2,3,4,5 кафт фаланга бўғимларида букиш – ёзиш 40 градус.

Мавзу бўйича тест саволлари.

1. Оёқ кафт олди суяклари неча суякдан ташкил топган ?
А)5 та
Б)6 та
В)7 та
Г)8 та
Д)4 та
2. Ошиқ суяғи қисмлари?
А)танаси, бўйинчаси, бошчаси
Б)танаси, усиги
В)танаси бўйинчаси , усиги бор
Г)танаси, бошчаси, усиги
3. Менисектомиядан сунг тулик соғайиш қанча вақтдан сунг бўлади?
А)6- 8 ҳафта
Б)3 - 4 ҳафта
В)9 - 10 ҳафта
Г)5 ҳафта
Д)4 ой
4. Артротомия бу?
А)бугимни очиш
Б)гемартроз
В)бугим пункстияси
Г)синовит
Д)хаммаси тугри
5. Бугим капсуласининг яллигланиши?
А)Гемартроз
Б)синовит
В)деформастияловчи артроз
Г)хаммаси тугри
Д)хаммаси нотугри
6. Бугим ичига қон қуйилиши?
А)гемартроз
Б)артротомия
В)синовит
Г)артрориз
Д)хаммасм тугри
7. Ташки туликнинг синишида гипсли бойлам қанча вақтга қуйилади?
8. Ошиқ суяғи синганда гипс қанча вақтга қуйилади?
А)1 ой
Б)2 ой
В)2 - 3 ой
Г)4 ой
Д)5 ой
9. Товон суягининг чиқишида репозиция қилингандан сунг қанча вақтдан сунг босишга рухсат қилинади ?
4 ҳафта
5 ҳафта
6 - 8 ҳафта
3 - 4 ҳафта
5 ҳафта
10. Оёқ бармоқлари чиққанда гипс қанча вақтга қуйилади ?
А. 1 ҳафта
В. 2 ҳафта
С. 3 ҳафта
D. 4 ҳафта
Е. 5 ҳафта
11. Синхондроз бу ?
А. Тоғай бирлашмалари
В. суяк бирлашмалари
С. қушувчи бирлашмалар
D. мускуллар бирлашмаси
Е. хаммаси нотугри
12. Қатта болдир думбоклараро дунгнинг синишида иш қобиляти қанча вақтдан сунг тикланади?
А. 1 - 1,5 ой
В. 2 - 2,5 ой
С. 2,5 - 3 ой
D. 3 - 3,5 ой

- Е. 4 ой
13. Дюпюитрен синишини курсатинг ?
 А. ташки типикнинг синиши
 В. ички тупикнинг синиши
 С. болдирлараро синдесмознинг узилиши
 Д. товоннинг чикиши
 Е. хаммаси тугри
14. Ички тупик синганда иш қобилияти қанча вақтдан сунг тикланади?
 А. 1 ой
 В. 1,5 ой
 С. 2 ой
 Д. 2,5 ой
 Е. ой
15. Ташки тупикнинг синишида иш қобилияти қанча вақтдан сунг тикланади ?
 А. 1 ой
 В. 1,5 ой
 С. 2 ой
 Д. 2,5 ой
 Е. ой
16. Иккала тупик синганда иш қобилияти қанча вақтдан кейин тикланади
 А. 1 - 1,5 ой
 В. 2 - 2,5 ой
 С. 3 ой
 Д. 3 - 3,5 ой
 Е. 4 ой
17. Товон суягининг синиши қанақа травма оқибатида юзага келади?
 А. юкоридан / вертикал / тушганда
 В. горизонтал зарба булганда
 С. қайириб олганда
 Д. хаммаси тугри
 Е. хаммаси нотугри
18. Синовектомия бу ?
 А. бугим капсуласининг яллигланиши
 В. бугим капсуласини қисман олиб ташлаш
 С. бугимни очиш
 Д. бугимда қон тупланиши
 Е. бугим яллигланиши
19. Бугим ичига қон қуйилиш бу ?
- А. гемартроз
 В. гемипарез
 С. гидроартроз
 Д. синови
20. Катта болдир думбокларини оператив даводан сунг металл болтлар қанча вақтдан кейин олинади ?
 А. 2 - 3 ҳафта
 В. 1 - 2 ҳафта
 С. - 5 ҳафта
 Д. - 7 ҳафта
 Е. - 8 ҳафта
21. Катта болдир думбоклари синиб силжиган оператив даводан сунг оёқ қа тулик нағрузка билан босишга қанча руҳсат қилинади ?
 А. 1 ой
 В. 1 - 2 ой
 С. 2,5 - 3 ой
 Д. - 3,5 ой
 Е. 3,5 - 4 ой
22. Товон чикиши даволангандан сунг оёққа тулик босишга қанча руҳсат қилинади?
 А. 2 - 3 ҳафтадан кейин
 В. - 4 ҳафтадан кейин
 С. - 5 ҳафтадан кейин
 Д. - 6 ҳафтадан кейин
 Е. - 8 ҳафтадан кейин
23. Катта болдир суяги думбокчасининг синишида қанча вақтга гипс қуйилади?
 А. 3- 5 ҳафта
 В. 4- 6 ҳафта
 С. 5- 7 ҳафта
 Д. 6- 8 ҳафта
 Е. 8-10 ҳафта
24. Катта болдир суяги думбокчаси синиб консерватив даводан сунг оёққа тулик нағрузка билан босишга қанча руҳсат берилади ?
 А. 1 ой
 В. 2 ой
 С. 2-3 ой
 Д. 1,5 - 2 ой
 Е. ой
25. Синовкапсулектомия ?

- А. синовиал пардани кесиб олиш
 В. синовиал парда ва бугим капсуласини кесиш
 С. бугимни очиш
 D. бугимни кесиш
 E. бугимда ҳаракатни тиклаш
26. Оек кафт олди суяклари каторига кирмайди ?
 А. ошик суяги
 В. понасимон
 С. кайиксимон
 D. бошчали
27. Оек кафт олди суяклари ичида энг каттаси ?
 А. ошик суяги
 В. товон суяги
 С. кайиксимон суяк
 D. понасимон суяк
 E. тугри жавоб юк
28. Оек кафт олди суяклари каторига киради, биттадан ташкари ?
 А. кубсимон
 В. кайиксимон
 С. понасимон
 D. яримойсимон
 E. хаммаси киради
29. Оек кафт олди суякларининг кайси бири учта суякдан иборат ?
 А. кубсимон
 В. понасимон
 С. кайиксимон
 D. ошик
 E. тугри жавоб юк
30. Болдир суяклари уртасида неча ва қандай синдесмозлар булади?
 А. юкори ва пастки болдирлар аро слидесмоз
 В. юкори болдирлараро спидесмоз
 С. пастки болдирлараро спидесмоз
 D. булмайди
31. Бирор бугим еки бурсаларга кислород юбориб даволаш нима дейилади?
 А. оксигенотерапия
 В. пневмотерапия
 С. кислородотерапия
 D. оксигенастиа
32. Болдир товон бугимда қанақа ҳаракат кузатилмайди ?
 А. пронастиа
 В. супинастиа
 С. букиш
 D. ротастиа
 E. езиш
33. Товонни товон - болдир бугимда қанақа чиқиши кузатилади ?
 А. олд
 В. орқа
 С. ташкарига
 D. ичкарига
 E. хаммаси тугри
34. Товонни қай даражада чикқанлиги энг тугри тасдиқлайдиган усул ?
 А. клиник белги
 В. палпастия
 С. огрик ва шиш
 D. деформастия
 E. Р графия
35. Тупиклар синиб силжиганида қандай оператив даво кулланилади ?
 А. болт - гайка билан
 В. спишта билан
 С. шруп билан
 D. мих билан
 E. хаммаси тугри
36. Битта еки иккита тупик синиб силжимаган булса қаерда даволанадилар?
 А. стастионарда
 В. кундузги стастионарда
 С. травм пунктда
 D. уйда
37. Тупиклар биттаси синиб силжимаганда имобилизастия муддати ?
 А. 2 ҳафта
 В. ҳафта
 С. ҳафта
 D. 8 ҳафта
38. Шопар боғланиши қаерда жойлашган?

- A. кул кафтида
B. товонда
C. болдир - товонда
D. тиззада

- C. болдир - товонда
D. тиззада

39. Лисфранк боғланиши каерда ?

- A. кул кафтида
B. товонда

40. Товон суягига кайси пай келиб бирикади ?

- A. Шопар
B. лисфранк
C. ахилов
D. крестсимон

Амалий машғулоти № 9. Политравма.

Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулоти вақти -80 мин	Талабалар сони : 20 гача
Машғулоти шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Машғулоти режаси: 1. Талабалар таянч ҳаракат тизимининг куп сонли ва аралаш синишларини урганиши, 2. Ёрдам курсатиш принстиплари, даволаш усуллари ва хилларини билиши. 3. Политравма булган жойда талаба ёрдам курсатиши ва уни тактикасини мураккаб шароитда ёрдам кўрсата олиши.	Машғулотнинг кискача мазмуни: -Куп сонли жароҳатлар; -Аралаш жароҳатлар; -Комбинастиялашган кушма жароҳатлар; -Диагностикаси ва даволаш; -Политравмада учрайдиган асоратлар.
Ўқув машғулотнинг мақсади: Талабаларни куп сонли ва кушилган шикастланиш диагностикаси усуллари, консерватив ва оператив даволаш усуллари билан таништириш. Клиник белгилари ва диагностик негизларини беморларда курсатиш.	Мақсади ёритилади. Шикастланиш содир булган жойда биринчи ёрдам курсатиш, транспортировка масалалари ва стастионар шароитда квалификацияланган ёрдам курсатиш. Реанимация ва реабилитация асосларини ушлаштириш.
Таълим бериш усуллари	Кургазмали, маъруза, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол-жавоб.

Амалий машғулотининг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулоти	

	тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	
1. Ўқув машғулотиға кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 1) Политравманинг узишга хос хусусиятлари 2) Политравмада етапли даволаш 3) Политравманинг классификацияси 4) Полифокал травмалар 5) Политравмада 1-ёрдам 6) Куп сонли травма нима? 7) Узаро огирлаштириш синдроми нима? 8) Даволаш номуносаблигига мисол келтиринг 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мултимедиялардан фойдаланади 4. Даволаш ишларини олиб боради 5. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
13- якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

Мавзунини хулосалаш.

Политравма ҳамма стаціонар беморларни 14-15 % ташкил қилади. Бундай шикастланган беморларни ташхислаш ва даволаш бир мунча кийинчилик туғдириб, летал оқибатларга олиб келади.

Политравма деб - куп синиклар, кушматравма, ва комбинацияли травмалар биргалик келганда айтилади. **Травма деб** ташки таъсир воситасида организмда кузатиладиган жароҳат, шикаст, куйиш, совук уришга айтилади. Тери коплами травмасига тирналиш, сидирилиш, жароҳат, совук уриш, куйишлар киради. Тери ости травмалари латейиш, чузилиш, узилиш, чиқиш, суяк синиги, тарзида намоён бўлади.

Бир сегментда травма кузатилса **монотравма** дейилади. Бир сегментнинг икки уч жойидан суяк синса, полифокал монотравма дейилади. Икки ва ундан ортик сегментда суяк синса, кўп синикли дейилади. Бир анатома функционла бўшлиқда масалан: корин бўшлиғида битта орган ёрилиши монотравма дейилади. Бир беморда икки ва ундан ортик анатомафункционал бўшлиқлардаги органлар травмаси ёки бир бўшлиқдаги орган травмаси ҳаракат таянч тизим травмалари биргаликда келса, кўшма травма дейилади. Бир беморда ҳар хил сабаблар механик таъсир, юқори ва паст ҳаво ҳарорати нур натижасида кузатиладиган травмага комбинациялашган травма дейилади. Кўп синикли ва кўп травмалар комбинацияли травмаларнинг ҳаммаси умумлашган атама билан политравма дейилади.

Политравма сабаблари. **Екзоген** ва **эндоген** бўлади.

Екзоген – ташқи кучли механик натижасида урилиши, сурилиш, босилиш, езилиш полтравмаларнинг 50-70%ини транспортда кисми транспортда руй берган тасодифий

бахтсиз ходиса туфайли содир булади. Улар 23-40% холларда баландликдан нохосдан тушиб кетганда.

Эндоген-сабабларга беморнинг уз шахсий хусусиятилари ва сифатлари киради: беморнинг ёши, иродаси, рухий ҳолати, ҳушёрлиги кабилар кузда тутилади.

Беморнинг бу хусусиятлари кўпинча политравмаларга сабаб бўлиши мумкин.

Текис, тўғри ва раvon йўлларнинг кўплаб қурилиши, автомобиллар сонининг кўпайиши, тезлигининг ошиб бориши,

Политравмаларнинг оғирлиги курсаткичлари

Леталност политравманинг оғирлиги даражасини курсата олади. Улим билан тугаган холлар 7,6% жумладан, 84% уй-транспорт ходисалари 7,1% юқоридан тушиб кетиш, 8,9% кучада йиқилиб тушиш сабабли келиб чиккан.

Моноотравмада 2% улим учрайди, куп травмаларда 16%, бирга келган кушма травмаларда 50% гача улим кузатилади.

Бош травмаси, кул оёқлар травмаси 10%, тана жароҳатлари-17-9% холларда бевосита улимга сабаб бўлиб ҳисобланса, бош тана травмаси қушилиб келганда улим сони 25% гача купаяди. Бош оёқлар травмаси 12,5%, куллар, тана-14,3% тана, оёқ, куллар-16% улимга сабаб бўлиши аниқланган.

Улимга бевосита сабаб бўлиб, қуйидагилар кузатилади:

Хаётий муҳим органлар травмаси (26,7%)

Бош миё травмаси (19,8%)

Жуда куп қон юқотиш (14,3% асосан қаноқ суяқлари синганда)

Куп бирга учраётган комбинацияланган шикастлар оғир утиши билан фарқланади:

Тана хаётий муҳим функцияларининг сезиларли даражада бузилиши; Диагноз қуйишнинг оғирлиги.

Клиник ўтиши.

Политравмани клиник ўтишида **3 та давр** кузатилади:

1. Тананинг қўп синиқлари, синиқ асоратлари бўлганда шок қон йўқотиш, асфиксия, шикаст топган органлар функцияси бузилиши билан боғлиқ умумий клиник белгилари, клиник ўзгаришлар даври
2. Ҳаракат таянч органларининг намоён бўлган хусусий клиник ўзгаришлар даври
3. Политравманинг асоратли даври

Биринчи давр 2-3 ҳафта давом этади. бу даврда бемор ҳаётини сақлаб қолиш учун ҳаракат бошланади. Беморни тўла ечинтириб бошдан оёқ текширилиб чиқилиади. Унинг ҳолатини ўрганиш аҳамиятли. Кўкрак қафасининг аускултасияси, перкуссияси қорнини палпастия қилиб текширилади. Рентген реанимацияда бўлади. Оғиз бўшлиқлари тозаланади. Кўкрак экскурсияси ботиши, чиқиши, жароҳатга ҳаво сўрилиши аниқланади. Қон оқишлари тўхтатилади. Тўлиқ оғриқсизлантирилади. Нафас бузилишлари йўқотилади. Ҳамма шикастлар аниқланади, жароҳат аввалида потитравманинг ҳамма асоратлари рўй бериб қолиш еҳтимоли бор: бош миё шиши, ўпка шиши, ёғли емболия, ўткир буйрак етишмовчилиги бу даврда:

1. тез ва синчковлик билан текшириш малакали ёрдам кўрсатиш билан бирга олиб борилади.
2. боғлам иммобилизация, жгутни текширилади

Шок билан кураш:

Қон айланишни стабилизация қилиш, тула оғриқсизлантириш, сифатли иммобилизация кислород терапия олиб борилади. Ерта жарроҳлик ишлари организмнинг функцияларини коррекциялашга қаратилади. Юрак тонларини – юрак тампанадаси ҳақида ўйлантириши мумкин.

Гемопневмоторакс бўлса пункция қилиб олиб ташланади. Бордию травма олган беморда юрак жароҳати катта қон томирлар жароҳати, ўпка жароҳати, таранглашган пневмоторакс,

очик пневмоторокс аниқланса бемор аҳволи прогрессив ёмонлашиб борса операстияга кўрсатма қўйиш керак. қорининг ёпиқ травмасида лапарасинтез, лапараскапия, текширувларини бажариш керак.

Иккинчи даврида - бемор оғир аҳволдан чиқарилган, ҳаракат таянч системасида травмалар тўлиқ аниқланган. Даволаш ишлари бошланган бўлади. Бош муаммоларидан бири травмани даволашда операстия ҳажмини муддатини тўғри аниқлаш муддати бўйича операстия ҳажмига қараб беморлар **4 гуруҳга бўлинади**.

1-гуруҳ. Бу гуруҳга тез ёрдам кўрсатилмаса, ўлим юз бериши мумкин бўлган жуда оғир жароҳат олган беморлар киради. Булар: жигар, талок, ёрилиш пайтида қорин бўшлиғига қон кетиш, юрак тампонадаси, ўпка катта йиртилиши, қовурғаларнинг икки “дерасасимон”, “клапанли” синишидир. Кўпинча беморлар жуда оғир баъзан терминал ҳолатда қон босими критик кўрсаткичдан паст бўлган ҳолатда тушади. Ташқи артериал қон кетиш вақтида гемостаз қилинади. Қисқич, жгут қўйилади. қўл, олёқ синганда транспорт иммобилизастия қилинади.

2-гуруҳ. Бу гуруҳдаги беморлар ичига кўп қон йўқотмаган терминал ҳолати йўқ, лекин қорин бўшлиғида масалан, ичи бўш органларни, ичакларнинг йиртилиши, бош ичига қон қуйилиши мавжуд. Қўл оёқларнинг оғир травмаси мавжуд беморлар операстияси биринчи соатларда бажарилади.

3-гуруҳ. Бу гуруҳга оғир травмалари бор, шулар даминантлик қилаётган жуда кўп қон йўқотиш йўқ беморларга уларда операстия бемор травматик шокдан чиққандан кейин: ампутиастия, очик синиқларда БЖИ бажарилади.

4-гуруҳ. Бир нечта сегментларда суяк синиқлари бор. Травматик шок йўқ бўлган беморлар. Очик синиқларда БЖИ бажарилади. Даволаш иммобилизастияси қўйилади. Ўткир синиқ бўлаклари қон томирга ботиши, уларнинг йиртиш хавфи бор пайтлар остеосинтез қўлланилади. Кўп синиқларни даволаш тактикасида анатомик бутунликни тиклаш билан бирга шикастланган бемор парваришини енгиллаштириш етароқ оёққа қўйиш фаоллигини ошириш ишларини ҳам бажариш керак. Бундай беморларни 40%дан кўпроғи консерватив йўл билан даволанади. Компрессион дистракцион остеосинтез беморларни ерта фаоллаштиришга, оёқларга ерта таянишга ёрдам беради. Икки қўшни сегментлар жароҳатида ҳар хил даволаш усулларини комбинациясини қўллашга тўғри келади. Масалан, сон суяги болдир суякларини синганда сонни интрамедуляр массив штифт билан остеосинтез қилиш болдирни компрессион дистракцион аппарат билан даволаб, уларнинг комбинацияси ишлатилади.

Учинчи давр - реабилитацион давр.

Бу даврда даволаш иммобилизастия тугагач даволаш машқларини қўллаб физиотерапия, санатория шароитида тиришқоқлик билан бўғимлардаги ҳаракатларни қайта тиклашга уриниш керак. экстремал вазиятларда зудлик билан тезкор ёрдам кўрсатиши муҳим аҳамиятга эга. Агар бир соат ичида тиббий ёрдам кўрсатилмаса 40%, уч соат давоамида тиббий ёрдам кўрсатилмаса 60%, олти соат кечикса 95% оғир жароҳат олган беморлар ҳалок бўлиши аниқланади. Агар тиббий ёрдам тезкор сифатида амалга оширилса ўладиган беморлардан 70%нинг ҳаётини сақлаб қолиш мумкин бўлади.

Кўп синиқли беморларни даволаш усуллари.

Кўп синиқларнинг силжишларини йўқотиб ерта даволаш идеал ҳисобланиб, бунда суяк ҳамда синиқ атрофидаги тўқималар ўз ҳолатини олиб, жароҳат атрофи ва умуман беморнинг тани ва жони соғломлашиш томонга юз тутаяди. Клиник тажриба шуни кўрсатаяптики, синиқнинг силжиш бўлаклари ерта консерватив оператив йўл билан бартараф етилса, қўл оёқ функсияси шунча тез тикланади. Бироқ, кўп синиқли қўшма травмали беморнинг суякларини даовлашни ўз вақтида ерта бажаришга имкон бўлмайди. Бунга сабаб:

1. политравманинг оғир асоратлари (шок, қон йўқотиш, бош мия комаси, нафас олиш бузилиши)

2. оғир “травма тугуни” борлиги (масалан қовурғанинг кўп синиклар, ўпка тўқимаси жароҳатлари) бирламчи сайл ҳаракат шу жароҳатни даволашга қаратилади.
3. йирингли анаероб инфекциялар ривожланиш хавфи. Оғир йўлдош касалликлар борлиги: пневмония, юрак томирлар функсияси томонидан декомпенсацияси
4. диагноздаги хатоликлар.
1. Политравмани даволашда консерватив усуллар кўпроқ қўлланилади. Чунки, политравмали беморларнинг умумий аҳволи оғир бўлади. Ҳаётий муҳим органлар бузилганлиги операция ўтказишга монелик қилади. Кейинроқ вақт ўтиши билан беморнинг постравматик кучсизлиги, беҳоллиги кечки асоратлари, юрак қон томир етишмовчилиги, нафас етишмовчилиги, чиқарув орган функсияси етишмовчилиги кузатилади.
2. политравмада консерватив даволаш мумкин бўлган синиклар учрайди.
3. консерватив даволашнинг оддийлиги: бемор организмига қўшимча травма етказмаслиги кенг миқёсийлик
4. операцияни амалга ошириш учун универсал мосламалар ва аппаратларнинг етишмовчилиги

Биринчи реанимацион давр.

Бу даврда кечиктирмасдан шокка қарши кураш бошланади. Реанимацион бўлимда комплекс терапия ўтказиш шарт. Бунга: қон айланишини тургунлаштириш, тулик оғрикисизлантириш, ишончли иммобилизация, кислород билан даволаш, ерта жаррохлик аралашуви, тананинг ҳамма бузилганвазифаларини (функсияларини) коррекция қилиш. Жароҳатланганкишини куздан кечиришдан олдин тулик ечинтириш керак, шиллик, қон, қусуқ массалари, ечиладиган тиш протезлари олиб ташланиши керак. Тилни нафас юлини ёпиб қолмаслиги учун фиксация қилиш керак. Агар жабрланган кишида қушилган шикастланиш билан бирга юрак ёки қатта қон томирлари жароҳатланиши, ўпка зарарланиши, қучли пневмоторакслар аниқланса, тананинг бошқа жойларидаги қушилган шикастларга ҳам қарамасданиложи борица тезроқ операцияни бошлаш керак. Қориннинг ёпик шикастланишида лапаростентез ва лапароскопия ўтказиш керак.

Иккинчи даволаш даври.

Политравмада асосий муаммо бўлиб, жаррохлик аралашувининг ҳажми ва оптимал муддатни танлаш ҳисобланади. Операциянинг тезкорлик даражаси ва ҳажми бўйича шикастланганлар турт гуруҳга бўлинади. Биринчи гуруҳга шикастланиши тезда улимга олиб келиши мумкин бўлган беморлар қиради. Буларга паренхиматоз аъзолардан қатта қон кетиши, юрак тампонадаси ўпканинг кенг зарарланиши, қовурғаларнинг иккитали “даразали”, “клапанли” синишлари ва ҳ. ҳ.

Иккинчи гуруҳга нафаснинг чуқур бузилиши ва қатта қон кетиши бўлмаган беморлар қиради. Буларга қориннинг қавак аъзолари зарарланиши, қалла ичи гематомиси, қул-оёқларнинг оғир ёпик шикастланиши бўлган беморлар қиради. Операциялар бемор тушган биринчи соатларда ўтказилади. Оёқ-қуллар синишлари бўлса, синган жойлар оғрикисизлантириб, гипс боғламалар ва скелет тортмалари қуйилади. Учинчи гуруҳ беморларга қатта қон кетишисиз таянч-ҳаракат тизимининг доминантли шикастланишлари бўлганлар қиради. Жаррохлик операцияси беморни травматик шокдан чиқарилгандан кейингина амалга оширилади.

Операцияларга фақатгина яралар бирламчи жароҳий ишлов берилгандагина (қул-оёқларнинг оғрикисизлантириш бўлганда) руҳсат этилади.

Туртинчи гуруҳда травматик шоксиз қул-оёқларнинг бир нечта сегменти синган беморлар қиради. Очик шикастланишлар бўлса, яра бирламчи жарроҳий ишлов берилади, оёқ-қулларга даволаш иммобилизацияси қилинади. Қон томир ва нерв ҳосиларининг

босилиши хавфи булса остеосинтез килинади. Даволаш тактикасини танлашда анатомио – функционал узаро алоқаларнигина тиклашга ҳаракат қилмаслик керак, балки беморни парвариш қилишни осонлаштириш, иложи борида уни ерта фаоллаштиришга таъминлаш керак. Ёпик куп сонли синиш билан тушган беморларнинг 40%дан купроги консерватив даволардан: скелет тортмаси, гипсли боғламалар олади.

Учинчи (реабилитацион) давр.

Бу даврда даволаш имобилизастияси тугагандан кейин, ЛФК ёрдамида бугим фаолияти тикланишига астойдил ҳаракат қилиш керак. Бундан ташқари, физиотерапия, санатория курорт даволаниши, сузиш машқлари, билан ҳам еришиш мумкин. Ундан кейин политравма билан боғлиқ асоратлар даволанади.

Травматология соҳасида умуртка погонаси ва чанок суяги синишлари жуда куп учраб туради. Умуртка погонаси шикастлари 5-6%ни, чанок суяги синишлари 7% ни ташкил қилади. Авваламбор бу суякларнинг организмнинг асосий таянчини шу билан бирга бир канча вазифалари борлигини еслаш керак.

Политравма бу умумий тушунча бўлиб, беморда бир вақтда бир нечта травматик жароҳатланишлар кузатилади. Бунда бир системанинг (масалан суяк системаси) ёки бир нечта системада (Масалан:суяк ва ички аъзолар) биргалигидаги жароҳатланишлари тушунилади. Беморнинг умумий аҳволига полиорганли ва полисистемали жароҳатларнинг мавжудлиги салбий таъсир кўрсатади ва интенсив даво чораларини зудлик билан қўллашни талаб қилади. Политравмада травматик шокнинг ривожланиши юқори бўлиб, ўлим ҳолатлари кузатилиши эҳтимоли юқори. Бугунги кунда ишлаб чиқаришнинг ривожланиши билан автомобиллар сонининг ошиши билан политравмаларнинг кузатилиши кескин ошиб кетмоқда. Политравмаларни даволашда, одатда, травматологлар ва реаниматологлар биргаликда ёрдам кўрсатишади. Бундан ташқари, жароҳат тури ва қайси аъзоларининг жароҳатланишига қараб политравма диагностика ва даволашда торакал хирурглар, абдоминал хирурглар, урологлар, нейрохирурглар ва бошқа мутахассислар иштирок этиши мумкин.

Политравмалар этиологияси ва эпидемиологияси

Автоҳалокатлар натижасида политравмаларининг учраши 50%ни, иккинчи ўринда ишлаб чиқариш билан боғлиқ бўлган травмалар 20%ни, учинчи ўринда баландликлардан тушиб кетиш 10% ташкил қилади. Эркакларда аёлларга нисбатдан политравма икки баробар кўпрок учрайди. Умумжаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра қон томир ва онкологик касалликлардан сўнг политравма ўлим сабаби бўйича 18-40 ёшдаги эркаклар орасида учинчи ўринда эгаллайди. Ўлим ҳолати политравмада 40% ташкил қилади. Политравманинг эрта даврда ўлимга сабабчи бўлган омиллар шок ва қон кетишлар бўлса, кечки даврда бош мианинг оғир зарарланиши ва йўлдош касалликлар асоратлари натижасида келиб чиқади. Булар орасида тромбоэмболия, пневмония ва инфекцион асоратлар биринчи ўринни эгаллайди. Ногиронлик политравма натижасида 25-45% ни ташкил қилади.

Болалар орасида политравма 1-5% ҳолатларда кузатилиб, ЙТХ асосий сабабчиси бўлади. Болаларда катталардан фарқли равишда политравмаларда оёқ мучаларининг ва бош миё жароҳатланиши, қорин аъзолари, кўкрак қафас ва чанок суяклари жароҳатларига нисбатан кўпрок учрайди.

ЙТХ натижасида катта ёшдагиларда политравмаларнинг сабаби бўлиб кўп ҳолатларда мучаларнинг жароҳатланиши, БМЖ, кўкрак қафаси травмалари, қорин бўшлиғи травмалари, чанок суякларини синиши, сийдик қовуғи ёрилиши ва бўйин умуртқалари шикастланишларини ташкил қилади. Ҳаёт сифатига энг катта таъсир кўрсатувчи омиллар бўлиб, кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи травмалари, БМЖ ҳисобланади. Тўсатдан баландликлардан тушиб кетишларда оғир БМЖ кўп учрайди, суикастлик ҳолатларида кимса оёғи билан пастга сакраши натижасида оёқ мучалари кўпрок бир неча жойдан синиши

кузатилади. Баландликдан тушиб кетиш натижасида кўкрак қафаси қон томирларнинг ёрилиши тез орада геморагик шокнинг ривожланишига олиб келади.

Политравмалар классификацияси

Политравманинг ўзига хослиги бўлиб:

Бир-бирини оғирлаштирувчи синдром ва травматик касаллик.

Диагностикани мураккаблаштирувчи атипик симптомлар.

Массив қон кетишлар ва травматик шок ривожланиши эҳтимоли юқорилиги.

Организмни компенсатор имкониятларининг чекланганлиги, ўлим ҳолатлари ва асоратларни кўплиги.

Политравмалар 4та оғирлик даражаси фарқланади:

Политравманинг биринчи оғирлик даражаси - енгил жароҳатларнинг борлиги, шокнинг йўқлиги, орган ва системаларнинг функцияларининг тўлиқ тикланиши билан характерланади.

Политравманинг 2 оғирлик даражаси - ўрта оғир жароҳатларининг борлиги, шокнинг I-II даражасининг мавжудлиги. Орган ва системалар ҳолатини нормаллаштириш учун узок муддатли реабилитация зарур.

Политравманинг 3 оғирлик даражаси - оғир жароҳатларнинг борлиги, шокнинг II-III даражасининг мавжудлиги. Бунинг оқибатида баъзи орган ва системалар функцияси тўлиқ ёки қисман йўқолиши мумкин.

Политравманинг 4 оғирлик даражаси - жуда оғир жароҳатлар борлиги, шокнинг III-IV даражасининг мавжудлиги. Орган ва системалар фаолиятининг кескин бузилиши, ўткир даврида ҳамда даволашнинг кейинги давларида ўлим ҳолатларининг юқорилиги сақланиб қолади.

Политравманинг анатомик хусусиятларидан келиб чиққан ҳолда қуйидаги турлари фарқланади:

Кўплаб жароҳатлар - бир анатомик соҳада икки ва ундан ортиқ травматик жароҳатлар: болдир ва сон суяқларининг синиши; кўплаб қовурғаларнинг синиши ва ҳ.қ.

Қўшма жароҳатлар: бир нечта анатомик соҳада икки ва ундан ортиқ травматик жароҳатлар: БМЖ ва кўкрак қафаси жароҳатлари; елка суяги ва буйраклар жароҳати; ўмров суяги синиши ва қорин бўшлиғи аъзолар жароҳатлар ва ҳ.қ.

Комбинирланган жароҳатлар - бир вақтнинг ўзида турли хил травматик омиллар натижасида келиб чиқадиган травматик жароҳатлар (термик, механик, радиацион, кимёвий ва ҳ.қ.): қуйишнинг сон суяги синиши билан қўшилиб келиши; радиацион зарарланишнинг умуртқа поғонаси синиши билан қўшилиб келиши; токсик моддалар билан заҳарланишнинг чанок суяқлари синиши билан қўшилиб келиши ва ҳ.қ.

Қўшма ва кўплаб жароҳатлар комбинирланган жароҳатларнинг бир қисми бўлиб ҳисобланади. Комбинирланган травма бир вақтнинг ўзида таъсир қилувчи омилларнинг тўғридан тўғри таъсири ёки иккиламчи жароҳатланиш оқибатида келиб чиқиши мумкин (масалан, ёнғин натижасида ишлаб чиқариш корхоналаридаги мосламаларнинг қулаши ўз навбатида муччаларнинг травмасига сабаб бўлади).

Политравмада оқибатида бемор ҳаёти учун келиб чиқадиган ҳавфнинг даражасига қараб:

Ҳаёт учун ҳавф солмайдиган политравма бу орган ва системаларда кескин жароҳатлар бўлиб ҳаёт учун ҳавф туғдирмайди.

Ҳаёт учун ҳавф соладиган политравма - ҳаёт учун муҳим органларнинг жароҳатланиши, қайсики замонавий хирургик ёндошиш орқали ва адекват интенсив терапия билан коррекциялаш мумкин.

Ўлимга олиб келувчи политравма - ҳаёт учун муҳим органларнинг жароҳатланиши, ҳаттоки ўз вақтида кўрсатилган ихтисослашган ёрдам натижасида ҳам органлар функциясини тиклаш имконияти бўлмайд.

Политравма локализациясига қараб бош, бўйин, кўкрак қафаси, умуртқа поғонаси, чанок, қорин бўшлиғи, юқори ва пастки муччалар жароҳатлари фарқланади.

Политравма диагностикаси ва даволаш.

Политравмада диагностика ва даволаш бемор жароҳатининг оғирлик даражасига ва травматик шок ривожланиши эҳтимоллигининг юқорилигига қараб белгиланади. Биринчи навбатда, беморнинг умумий аҳволи баҳоланади, кейин ҳаёт учун хавф туғдирадиган жароҳатлар бор ёки йўқлиги аниқланади. Политравмада диагностик текширувларининг ҳажми беморнинг аҳволига боғлиқ бўлади, масалан, травматик шок юзага келганда ҳаёт учун муҳим бўлган текшириш усуллари ўтказилади, енгил жароҳатланган ҳолатларда, имқон даражасида, иккинчи навбатда ва беморнинг аҳволи оғирлашишига олиб келмайдаган ҳолатлардагина ўтказилади.

Политравма билан келган барча беморларда зудлик билан умумий қон ва сийдик тахлили, ҳамда қон гуруҳи аниқланади. Шок ҳолатларида сийдик пуфаги катетеризацияси ўтказилиб, ажраладиган сийдик миқдори назорат қилинади, А/Б ва пульс доимий ўлчаб борилади. Текшириш давомида кўкрак қафаси рентгенографияси, мучча суяклари рентгенографияси, чанок суяклари рентгенографияси, бош суяги рентгенографияси, эхоэнцефалография, диагностик лапороскопия ва бошқа текширишлар ўтказилиши мумкин. Политравма билан келган беморларни травматолог, нейрохирург, хирург ва реаниматолог каби мутахассислар кўрикдан ўтказди.

Политравмани даволашда дастлабки босқичларда шокка қарши терапия ўтказилади. Суяк синиш ҳолатларида тўлиқ иммобилизация амалга оширилади. Эзилган, узилган травмалар ва очиқ синишларда кузатиладиган массив қон кетишларда жгут ёки зажимларни қўйиш билан вақтинчалик қон кетиши тўхтатилади. Гематоракс ва пневматоракс кўкрак бўшлиғини дренажлашга олиб келади. Қорин бўшлиғи органлари жароҳатларида шошилиш лапоратомия бажаралади. Бош ва орқа миё эзилишларида, ҳамда интракраниал гематомаларида шунга ҳос операция қилинади.

Агар ички органлар жароҳатланиши ва синишлар массив қон кетишига сабабчи бўлса, хирургик ёндашиш бир вақтнинг ўзида икки бригада (хирург ва травматолог, травматолог ва нейрохирург). Синиш натижасида массив қон кузатилмаса, очиқ репозиция ва остеосинтез бемор шокдан чиққандан сўнг бажарилади. Барча муолажалар инфузион терапия фонида ўтказилади.

Шундан сўнг, политравма билан келган беморлар реанимация бўлимига ёки интенсив терапия палатасига госпитализация қилиниб, қон ўрнини босувчи ва қон инфузияси давом эттирилади, органлар ва системалар функциясини тикловчи препаратлар буюрилади, турли ҳил даволаш методлари қўлланилади (боғламларни алмашлаш, дренажни алмаштириш ва ҳ.к.). Политравма билан келган беморларнинг аҳволи яхшилангандан сўнг травматология бўлимига ўтказилади, муолажалар давом эттирилади ва реабилитацион чора-тадбирлар амалга оширилади.

Политравма: Госпитализациягача бўлган этапда ёрдамни ташкиллаштириш кириш.

Йил давомида Германия касалхоналарида 8000 дан ортиқ беморлар политравма ташхиси билан мурожаат қилиб келишади. Бу беморларнинг соғайиб кетишига мурожаат қилиб келган вақтидаги БМЖ, кўкрак қафаси ҳамда қорин бўшлиғи жароҳатларининг бор ёки йўқлиги муҳим роль ўйнайди. Политравма потогенезида геморрагик ёки травматик шок оқибатида юзага келадиган гипоксия ва гипотония марказий ўрин тутди. Госпитализациягача бўлган этапда ташкиллаштирилган ёрдам қуйидагиларни ўз ичига олади: беморни умумий кўздан кечириш, умуртқа поғонаси иммобилизацияси, юқори нафас йўллари функциясини тиклаш, юрак қон- томир системаси функциясини тиклаш, травма турига қараб оғриқ синдромини даволаш ҳамда яқин орада жойлашган стационарга беморни транспортировка қилиш. Госпитализациягача бўлган этапда ташкил этилган ёрдам касалликнинг қандай яқун топишига муҳим роль ўйнайди.

Политравмада бир вақтинг ўзида тананинг бир нечта қисми ва бир нечта органлар жароҳатланиб, комбинациялашган жароҳатлар ёки шу жароҳатларнинг бири беморнинг соғлиғига ва ҳаётига хавф солиши мумкин.

Эпидемиологияси

Германияда бир йил мобайнида политравма диагнози билан 8000 атрофида беморлар касалхонага мурожаат қиладилар. Германияда травмани даволаш бўйича 90 дан ортиқ марказ бўлиб, уларнинг ҳар бирида бир йилда тахминан 100-200 дан ортиқ беморлар политравма билан даволанади. Бу турдаги беморларда леталь ҳолатлар 13-34 % ни ташкил қилади. Германияда 40 ёшгача бўлган кишилар ўртасида травма ўлимнинг сабаблари орасида биринчи ўринни эгаллайди. Политравма диагнози билан ётқизилган беморларнинг 65-80 % ини 40 ёшгача бўлган актив ҳаёт тарзини кечирадиган эркаклар ташкил этади.

Болаларда травма ҳолатлари 1-5 % ни ташкил этади. Кичик ёшдаги ва чақалоқлар кўп ҳолларда пассив йўловчи сифатида ЙТХ нинг иштирокчисига айланиб, катта ёшдаги болалар велосипед ҳайдаш ва пешеходдан ўтиш вақтида травма олади. Жароҳатланишнинг қуйидаги турлари бўлиб, булар БМЖ ва муччаларнинг жароҳати. Катта ёшдаги кишилар билан солиштирганимизда болаларда чанок суяклари травмасы, кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи травмасы нисбатан камроқ.

Оғир травмалар реанимациясидан кейинги ҳолатлар оқибати яхши бўлмайди. Кўп ҳолларда кузатилади: юрак фаолиятининг тўхташи, бродикардия ёки асистолия. Биринчи этапдаги реанимацион чора-тадбирларнинг ютуқларига қарамадан, тахминан барча ҳолатларнинг 18-32 % ида беморларда шок фазаларида ўлим кузатилади. Травматик шокнинг 0-4 % ҳолатларида реанимация самарали кечган. Реанимациянинг самараси бунчалик паст бўлганлиғига қарамай, реанимацион чора-тадбирларнинг барча этаплари олиб борилиши тавсия этилади.

Этиологияси

Политравма диагнози, биринчи навбатда, ЙТХ оқибатида (55 % ҳолатларда), ишлаб чиқариш травмалари оқибатида (24 %) ва баландликдан йиқилиш оқибатида (14 %) учрайди.

Анализ қилганда энг оғир травмалар ЙТХ оқибатида кузатилган (57 %). Шундан кўкрак қафаси жароҳатлари – 45 % ни, БМЖ лари – 39 % ни ва муччалар травмасы – 69 % ни ташкил этади. БМЖ, кўкрак қафаси травмалари ва қорин бўшлиғи жароҳатлар (БГЭ да тўхтатилмаган ички қон кетиш) муҳим белгилар билан намоён бўлади. Барча ҳолатларнинг 25-35% ини қорин бўшлиғи ва чанок суяклари травмасы ташкил этиб, 97 % и ёпиқ типдаги травмалар бўлиб ҳисобланади. Чанок травмаларидаги юмшоқ тўқималарнинг жароҳатланиши ва қон кетиш билан боғлиқ бўлган травмаларнинг 55 % ида летель ҳолатлар кузатилган. Тахминан 15-30 % ҳолатларда умуртқа поғонасининг травмалари билан кузатилган. Шунинг учун хушсиз ҳолатда қабул қилинган беморларнинг барчасида умуртқа поғонаси травмасы бор деб қабул қилиш керак, токи бу травмалар инкор этилмагунча.

Травма механизмини билиш беморларни даволашда муҳим роль ўйнайди. Пешеходдан ўтаётган пиёда билан тўкнашган машина оқибатида олиб келинган беморларнинг 47 % да БМЖ, 48 % ида муччаларнинг жароҳати, 44 % ида кўкрак қафаси жароҳатлари кузатилади. Велосипедчиларнинг 50-90 % ида муччаларнинг жароҳати ва 45 % да БМЖ кузатилади. Бу ҳолатларда кўкрак қафаси жароҳатлари камдан-кам учрайди. Бошга кийиладиган ҳимояловчи воситалардан фойдаланиш оғир ҳолатдаги БМЖларидан асрайди.

Енгил автомашиналарда содир этилган автоаварияларда хавфсизлик камари ва ҳар хил ҳимояловчи мосламаларнинг қўлланилиши етказиладиган жароҳат турини белгилайди. Хавфсизлик камарини ўтказмаган беморларда БМЖ доминантлик қилади (75 %), хавфсизлик камаридан фойдаланган беморларда қорин бўшлиғи (83 %) ва умуртқа поғонаси травмалари кузатилади. Ён томондан етказилган зарб натижасида 80 % ҳолатларда кўкрак қафаси

травмалари кузатилади. Орқа томондан етказилган зарб натижасида бўйин умуртқалари жароҳатланади. Олимларнинг фикрича, хавсизлик камари ва бошқа химояловчи воситаларнинг қўлланилиши камдан-кам ҳолларда қорин бўшлиғи, кўкрак қафаси ва умуртқа поғонасининг оғир травмаларига олиб келади.

Баландликдан йиқилиш ўз жонига қасд қилиш ёки эҳтиётсизлик натижасида кузатилиши мумкин. Кутилмаган ҳолатда баландликдан йиқилиш оғир ҳолатдаги БМЖларига сабаб бўлиб, ўз жонига қасд қилган ҳолларда эса кишилар ўзини олдинга оёқлари билан ташлаганда фақатгина пастки муччалар травмаси кузатилиши мумкин. Кўпгина ҳолатларда кўкрак қафаси йирик қон томирларнинг жароҳати кузатилиб, бу эса тезда постгеморрагик шокка олиб келади.

Кўрсатиладиган ёрдамнинг умумий ҳолатлари

Ҳалокат жойига борганда, биринчи навбатда, травма натижасида содир бўлган ҳолатни, ўраб турган муҳит ва травма масштабини баҳолаш керак. Айниқса, киши ўзининг хавфсизлигини таъминлаши ва олдидаги кишиларга травма етказилишини олдини олиши керак. Агар ҳалокат жойида тўсиқлар қўйилмаган бўлса, биринчи навбатда, тўсиқларни ўрнатиб, ҳалокат майдонини ўраб олиш зарур. Травманинг келиб чиқишига сабаб бўлган қуйидаги ҳолатларга алоҳида этибор қаратиш лозим: социал ҳолатлар (ўз жонига қасд қилиш) ва медикаментоз сабаблар (алькоголь ёки наркотик моддалардан захарланиш, юрак касалликлари ва ҳ.к.). Травма механизмини ташкил этган жараёнлар ҳужжатлаштирилиши лозим.

БГЭ босқичида турли хил ёрдам алгоритмлари ишлаб чиқилган бўлиб, вақт жуда ҳам кам бўлганлиги сабабли кўрсатиладиган ёрдамни қуйидаги схема орқали амалга ошириш мумкин: ALPNA

- Жонлантирувчи муолажалар давомийлиги – 1 минут
- Ҳаёт учун муҳим бўлган аъзолар функцияси – нафас йўллари, нафас, қон айланиши, зарур бўлганда бўйин умуртқалари стабилизацияси учун куттириб бўлмайдиган интубация, кўрсатма бўлганида – реанимация.

BRAVO

- Давомийлиги – 5 минут,
- Бўйин умуртқалари иммобилизацияси, Глазго шкаласи бўйича баҳолаш, кислород билан таъминлан, инфузион терапия (2 та периферик катетр орқали 1 литр кристаллоидлар ўтказиш).

CHARLIE

- Давомийлиги – 15 минут
- Жароҳат турини баҳолаш, анальгезия, СЎВ ва интубация, плеврал катетрни қўллаш, беморнинг адекват ҳолатини таъминлаш, иммобилизация ва транспорт.

Сон артериясини пальпация қилиш орқали пульс баҳоланади. Зўриқиш пневмотораксида гиповалемияни диф-диагностика қилиш учун “кам ташлаш синдроми” муҳим аҳамиятга эга. Беморнинг кийимлари махсус қайчи ёрдамида кесилиб, врач беморнинг бутун танасини кўздан кечириши лозим. Ташқи қон кетишлар босувчи бойлам қўйиш орқали тўхтатилади. Беморга 2 та катта диаметрли периферик катетр иложи бўлса зарарланмаган муччага қўйилиши лозим. Кристаллоидлар ва каллоидлар инфузияси “ихчамлаштирилган реанимация” принципларига асосан ўтказилади (small volume resuscitation - SVR). Травманинг маълум бир турларида “Пермиссив гипотонияни” сақлашда чегараланган терапияни олиб бориш яхши натижа беради. Ҳаёт учун муҳим бўлган органларнинг функцияси бирламчи стабил бўлганидан сўнг Глазго шкаласи бўйича баҳолаш ва жароҳатни баҳолаш учун беморни қайтиб кўздан кечириш лозим. Марказ клиникаларида беморни керакли ёрдам билан кутиб олишлари учун травма тури ва кўрсатилган ёрдам ҳажми ҳақида хабар бериш лозим. Агар яқин орада жойлашган касалхона травма олган беморларни қабул қилишдан бош тортса, бемор тез ёрдам

шифокори томонидан қабул қилинган қарорга биноан яқинроқда жойлашган ихтисослашган клиникага олиб борилади.

Транспортировка этапидаги ёрдам ҳажми тўлиқ бажарилади. Шунга қарамай, вақт тигизлиги сабабли беморни кичик ҳажмда кўрсатилган ёрдам билан клиникага етказишдан маъно йўқ, ҳолбуки бу ҳолатлар кўплаб кузатилмоқда.

Беморни транспортировка қилиш унинг умумий аҳволи, об-хаво шароитига боғлиқ бўлади.

Клиникагача бўлган мониторинг ўз ичига қон босимини ўлчаш, периферик қон томирлар сатурацияси ва юрак ритми анализи билан бирга ЭКГни ўз ичига олиши керак. Беморни СЎВга улаш учун капнография ўтказилиши (etCO_2), дислокациядан эҳтиёт бўлиш, нафас контури бутунлиги ва герметиклигини таъминлаш, тубус ҳолатини бошқариш муҳим аҳамиятга эга.

Нафас йўллари функциясини бошқариш

Оғир травмаларда барча ҳолатларнинг 20 % ида респиратор нафас етишмовчилиги билан кечади. Бундай ҳолларда нафас йўллари функциясини бошқариш эффективли оксигенация ва вентилизацияни таъминлаш, аспирацияни олдини олишдан иборат.

Интубацияга кўрсатма – нафас сони 10 маротабадан кам ёки 29 маротабадан кўп, стурация 90 % дан кам, нафас йўллари травма ёки жароҳати (трахея жароҳати, трахея шиши), эс-хушнинг бузилиши (Глазго шкаласи 8 га тенг ёки кичик), аспирациядан сақланиш мақсадида, ўта оғир травмаларда, беморни вертолёт билан транспортировка қилганда, инголяцияон травмалар бўлиб хисобланади. СЎВга ўтказилганда 100% кислород етказиб бериш таъминланади, вентилизация нормаллашади, периферик қон томирлар сатурацияси 95% дан юқори бўлади.

Нафас йўллари функциясини таъминлашда учрайдиган қийинчиликлар

БГЭ нафас йўллари функциясини бошқариш кўпинча вақт тигиз бўлганда ва қийин шароитларда ўтказилади. Нафас йўллари етишмовчилиги билан кузатиладиган беморларни интубация қилиш қийинчилик туғдиради. Касаллик тарихлари ретроспектив анализида ЙТХ туфайли автомобильда қисилган 162 та беморларнинг 31 % да автомобильдан чиқармай туриб интубация қилиш, 38 % и эса автомобильдан чиқаргандан сўнг зудлик билан интубацияга мухтож бўлган. Бундай беморларга интубация қилиш жуда катта қийинчилик туғдиради (масалан, орқа ўриндиқдан туриб интубация қилиш). Бундай ҳолатларда, кислородни етказиб бериш беморнинг эҳтиёжини қондира олса, интубацияни маълум бир вақтга орқага суриш мумкин. Интубациядан кейинги асоратларни олдини олиш учун тубус мустаҳкам фиксацияланиши билан бир қаторда, бемор узлуксиз назоратга мухтож. Барча манипуляциялар бўйин умуртқаларини ҳимоя ва фиксация қилган ҳолатда амалга оширилади. Пассажирнинг автомобильда қисилишида хавфсизлик камари, кийими кўп ҳолларда нафас олишга тўсқинлик қилади. Ёт жисмларни олиб ташлаш, кийимларни қирқиш ва ўриндиқни орқага тортиш орқали нафас олишни енгиллаштириш мумкин. Кислородни маска орқали етказиб берилганда беморда спонтан нафас олиш сақланган бўлса, кўпинча етарли оксигенацияга эришиш мумкин.

Госпиталгача бўлган этапда интубация

Госпитальгача бўлган этапда интубация қилиш Rapid Sequence Induction ёки Crushintubation схемаси бўйича амалга оширилади. Интубация учун гипнотик ва релаксантлардан фойдаланилади. Бу орқали беморни ноадекват оғрикисизлантириш ва ҳимоя реакцияларни ҳамда рефлексларни сақлаб қолиш мумкин. Госпитальгача бўлган этапда интубация қилиш врачнинг чуқур билими ва маҳоратига боғлиқ.

Қийинчилик туғдириши мумкин бўлган интубацияни бажаришда эҳтиёткорлик билан қарор қабул қилинади. Врачнинг маҳорати, атроф-мухит шароити ва тез ёрдам системаси

жиҳозлари интубация қилишга турли хил қийинчиликлар туғдиради. Альтернатив чора сифатида ларенгиаль маскадан фойдаланса бўлади. Буларнинг бўлмаслиги аспирациядан етарлича ҳимоя ҳисобланмайди. Фиброоптик интубация факатгина айрим ҳолатларда қўлланилади.

Медикаментоз даво

Травмадан кейин бемор қўрқув ва оғриқдан иборат халқа ичида қолади. Кўп ҳолларда беморлар ноқулай шароитда қолиб кетганлиги сабабли тезроқ госпитализация қилиш керак. Тез ёрдам ходимлари томонидан ўтказилган анальгезиялар оғриқни камайтириб, шокни олдини олади. Гиповалемия билан келган беморларда ўтказилган медикаментоз препаратларнинг бутун аъзолар бўйлаб тақсимланиши камайиб кетади ва бу нафас марказларининг издан чиқишига олиб келиши мумкин. Шунинг учун дори воситаларини қўллашда бундай ҳолатларни эътиборга олиш тавсия этилади. Госпитальгача бўлган этапда врачнинг қўл остида анальгетик кетанест С ҳамда қисқа муддат таъсирга эга бензодиазепин бўлиши керак. Кетанест нафас системасининг функциясини бузмайди, қон айланишини издан чиқармайди, шу билан бирга, кўкрак қафаси регидлиги фонида ҳимоя реакциялари сакланиб қолади. Тезда оғриқсизлантириш натижасида, симпатoadренергик стимуляциядан озод этишга қарамай, айниқса, ўтирган ҳолатдаги беморларда кўп ҳолларда эс-хушининг бузилиши ва қон босимининг тушиб кетиши кузатилади. Бундан ташқари, кетанестни қўллагандан сўнг ҳам аспирация хавфи йўқолмайди.

Инфузион терапия ва медикаментоз препаратларни қўллашда катта диаметрли 2 та периферик катетр керак бўлиб, катертларнинг мустаҳкам фиксациясига алоҳида эътибор қаратиш зарур. Катта ёшдаги беморларда юкори муччаларнинг юза веналари, болаларда эса сон венасидан катетирезация қилишда фойдаланилади. Марказий веноз катетирезация қимматли муолажа бўлиб, ўз навбатида, турли асоратларга олиб келиши мумкин. Шунинг учун бу катертлардан суюқлик периферик катертларга нисбатан секинлик билан юборилади. Периферик веналарга катерт қўйиб бўлмаган ва юбориладиган суюқлик миқдори кўп бўладиган бўлса, Шелдон катетиридан фойдаланилади. Бу катетрни ўмров ости ёки сон венасига ўрнатилади.

Болаларда суяк ичи методидан фойдаланиш мумкин. Махсус игнадан фойдаланган ҳолатда инфузион терапия ёки анальгетикларни ўтказиш мумкин. 5-6 ёшдан катта болаларда катта болдир суяги проксимал қисми медиал юзасидан, ёши каттароқ болаларда эса катта болдир суяги дистал қисмидан пункция қилиш мумкин. Тўш суяги пункциясини ўтказиш мумкин эмас.

Госпиталгача бўлган этапда инфузион терапия

Хирургия дарсликларида кўрсатилган схемалар тахминан йўқотилган қон миқдорини аниқлашда ёрдам беради. Политравмада инфузион терапиянинг мақсади микроциркуляцияни яхшилаш орқали тўқималарда гармонлар ва кислород транспортини таъминлаш. Германияда инфузион терапия коллоидлар ва кристаллоидлар ёрдамида амалга оширилиб, кўп ҳолатларда ўтказиладиган инфузия нормовалемия ва гемодинамикани стабилизациялашга қаратилган бўлади. Ҳалигача олимлар ўртасида инфузион терапия иккиламчи қон кетишига сабаб бўлиши мумкин эканлиги ҳақида бахс-мунозаралар кечмоқда. Массив ўтказилган инфузион терапия натижасида қон гематокрит кўрсаткичининг тушиб кетиши, қон ивиш системаси факторлари ва иссиқлик йўқотилиши, травма натижасида зарарланган қон томирдан кўп миқдорда қон йўқотилиши ўлим ҳолатларининг кўпайишига олиб келади.

Инфузион терапияда ишлатиладиган дори воситалари

Кристаллоидлар “тўлиқ электролит” эритмалар кўринишида намоён бўлиб, уларда натрий миқдори 120 ммоль/л дан юқорини ташкил қилади. Бундай эритмаларга хлор сакловчи (изотоник эритмалар) ёки метаболит лактат (масалан, Рингер – лактат эритмаси) киради.

Рингер – лактат эритмаси ўзининг гепотоник хусусиятларига кўра туқималарга осон сўрилувчи ҳисобланади бу эса БМЖ ҳолатларига қарши бўлиб ҳисобланади. Инфузиядан сўнг 25 – 30 дақиқа давомида 70 – 80 % кристаллоидлар интерстиция ҳолатига киради, бу эса қисқа воллюмик эффектни чақиради.

Коллоидлар сув билан боғланган бўлиб, коллоид – осмотик босимнинг ошишига олиб келади ва суюқликнинг томир ичига киришига сабаб бўлади. Бу жараён тез ва узоқ муддатли қон айланишининг стабилизациясига олиб келади. Коллоидларнинг кириши гемодилюцияга сабаб бўлади. Бу ҳолат периферик қон айланишини яхшилаш ва қон-томир реалогиясини яхшилаш билан кечади.

Инфузион терапияга кўрсатма

Кўплаб муаллифларнинг кўрсатишича, инфузион терапиянинг ўтказилиши ҳеч қандай устунликка олиб келмайди. Балким, ўтказиладиган терапия олган жароҳат жойига ва турига мувофиқ тўғри келиши керак.

Масалан, БМЖда нормотензия мақсадида агрессив инфузион терапия олиб бориш мақсадга мувофиқ. Политравма олган беморлар, кўплаб муча суяқларининг синиши билан, лекин БМЖ олмаган ҳолатда ёки қорин бўшлиғи аъзолари жароҳатларида (ёки кўкрак қафаси), тўлиқ ҳажмда ва тез ҳолда инфузион терапия олиб бориш шарт. Ташқи қон кетишни тўхтатган шароитда фақат инфузион терапия ҳажмини камайтириш, тана бўшлиғидаги қон кетишни тўхтатмасдан амалга оширилса, ўлим кўрсаткичини камайтиришга олиб келиши мумкин.

Кичик ҳажмдаги реанимация

Кичик ҳажмдаги реанимация (Small volume Resuscitation – SVR) гиповолемия ва шок ҳолатларидаги микроцеркуляциянинг бузилишига асосланган. Гиперонкотик эритмаларни қўлланилиши сабабли қон томир эпителийсидаги шишни камайтиришга, шу билан биргаликда лейкоцит ва томир эндотелийси ўртасидаги ўзгаришлар натижасида капиллярларнинг диаметри кичрайиши кузатилиб, бу эса туқима перфузиясининг бузилишига олиб келади. Бунинг натижасида қон оқимининг камайтиришга олиб келади.

Гиперосмоляр – гиперонкотик эритмалар кўринишида 7,2 – 7,5% натрий хлор эритмаси қўлланиланади, коллоид билан комбинация эффекттини узайтириш мақсадида. Таклиф қилинадиган дозаси 4 мл/кг тана вазнига. Бундай терапиянинг қўлланилиши БМЖга хос бўлиб ҳисобланади.

Госпитализациягача бўлган этапда гемотрансфузия

Демак, юқорида айтиб ўтилгандек, инфузион терапия ўтказишдан мақсад бўлиб, бемор умумий аҳволини яхшилашга қарамай, госпитализациягача бўлган этапда гемотрансфузия ёки бошқа препаратларни ва қон компонентларни қўйишга кўрсатма йўқ бўлиб ҳисобланади. Кислородга бўлган эҳтиёжнинг ошиши

Беморнинг ҳолати ва кўшимча воситалар

Политравма олган беморларга ёрдам кўрсатиш, умуртқа поғонаси жароҳатларининг бор йўқлигига қаратилади, лекин барча этапларида адекват иммобилизация қилиш зарур. Таянч-ҳаракат системаси органларининг стабилизацияси билан беморларни транспортировка қилиш, умуман олганда, шифокорга қуйидаги техник воситалар зарур – бўйин умуртқа поғоналари иммобилизацияси учун воротник, йиғиладиган носилкалар, бемор учун кўрпа, карсет,

“spineboard” доскалари шиналари мучаларни иммобилизацияси, тортишиш учун шиналар, иссиқлик сақловчи кўрпалар, MAST.

Барча политравма олган беморларга ёрдам кўрсатишда, биринчи навбатда, бўйин умуртқалари химояси ҳақида ўйлаш зарур. Ушбу шинани ўрнатиш бўйин умуртқаларини сақлаш ва ушлаш in – line ҳолатида, яъни, нейтрал позиция ҳолатида. Бошнинг ҳаракатини чеклаш ва камайтириш мақсадида ҳаракат жараёнида калла суягини қаттиқ таянчга фиксация қилиш мақсадга мувофиқ (носилкалар, вакуум матрацлар) .

Беморни зиналардан ёки қийин рельефли жойлардан олиб ўтиш учун йиғиладиган носилкалардан фойданиш маъқул. Бундай матрацлар беморни узоқ масофаларга транспортировка қилиш учун муҳим ҳисобланади. Ушбу матрацни моделлаштириш учун нафаснинг қийинлашиш ҳолатларини ҳам назарда тутиш зарур. “Бош – бўйин -” ни умумий иммобилизация қилиш учун махсус карсетлардан фойдаланилади (KED Kendrick Extrication Device – фирма Ferno; SED Spenser Extrication Device Spenser фирмаси). Бундай мосламаларни, асосан, автомашиналардаги пассажирларнинг босилиш ҳолатларида ёрдам кўрсатишга хос. Бундай мосламаларининг камчилиги бўлиб, маълум вақтнинг мосламани очишга сарфланиши, бу эса оғир жароҳат олган беморларда. Ушбу карсетларни қўллашда чекланишларни туғдиради. “Spineboard” тахтаси вазнининг камлиги ва беморни фиксация қилиш қулайлиги билан ажралиб туради. Тортилиш учун шиналар ва иммобилизацияларни қўллаш мучаларнинг иккиламчи жароҳатларини олдини олиш ва профилактика мақсадида муҳим ҳисобланади. Травма олган беморларда алкогольдан заҳарланиш, эс-хушнинг йўқолиши билан бирга, гипотермиянинг тез юзига келишига олиб келади. Бу ҳолат профилактикаси учун термо химояли плёнкалар ва ёпинчиклар қўлланилади.

Шокка қарши шимлар MAST «military/medical anti shock trousers» Англия, Америка ҳудудларида ишлатилади. Ушбу “шим”ларни қўллашда турли хил асоратлар кузатилиши мумкин. Масалан, мучаларнинг компартмент синдроми.

Бундай шимларни қўлланилиши бўйича метаанализ ўтказалганда (Кохран маълумотлар базаси) 1075 беморларда ўлим ҳолатларини камайтганини, интенсив терапия бўлимида давонинг узоқлиги ва стационар давонинг узоқлиги кузатилган, юқоридаги анализлардан кейин бундай шимларни қўллашга кўрсатма муҳим эмаслиги аниқланди.

Беморлар транспортировкаси

Госпитализациягача бўлган этапда адекват ёрдам кўрсатишда ва кейинчалик хирургик даво учун махсулаштирилган марказларга тез транспортировка қилиш беморларнинг умр кўриш кўрсаткичининг ошишига олиб келади. Беморларини қариндошлари ёки йўлдаги транспорт воситалари ёрдамида олиб келинганда, тез тиббий ёрдам машинаси билан олиб келгандаги ҳолат билан таққосланганда, бу борада турли мунозараларга сабаб бўлди, системанинг устунлиги ва камчиликлари борасида АҚШда қабул қилинган (“scoop and run” = кетди – югур) ва Германиядаги система („stay and play“ = “тўхта – давола”). Демак травманинг турига қараб ёрдам кўрсатиш тактикаси ишлаб чиқилади. Тоифали шифокорлар томонидан ёрдам кўрсатиш, узлуксиз ҳолда бемор аҳволини кузатиш, бу эса Германиядаги „treat and run” системаси оммабоп бўлиб келаётганини кўрсатади. Транспорт воситасини танлаш индивидуал тарзда ҳал қилинади. Агар транспортировка қилиш вақти 15 – 20 минут бўлса ва бунини шароит тақозо этса, бундай ҳолда беморни ҳаво эвакуацияси ёрдамида транспортировка қилиш маъқул ҳисобланади, бу эса ўз ўрнида ўлим кўрсаткичини камайтиради.

Тананинг турли хил қисмларидаги жароҳатларида тактика. БМЖ

БМЖларда оғирлик даражаси Глазго шкаласи ёрдамида баҳоланади. Агар 9 баллдан кам бўлса, жароҳат оғир деб ҳисобланади. Госпитализациягача бўлган этапда терапиянинг асосий мақсади шокка қарши ва инфузион терапия ўтказишдан иборат. Бош миёдаги қон айланишини етарлича сақлаш мақсадида ўртача артерия қон босими 70 – 90 мм. рт.ст дан юқорилигини

таъминлаш талаб этилади. Компенсирланманган гепотамия ҳолатида (инфузион терапия ўтказишга карамай) госпитализациягача бўлган этапда катехоламинларни қўллаш тавсия этилади.

Оғриксизлантиришгача бўлган даврда ва ҳар 5-10 минут давомида Глазго шкаласи ёрдамида баҳоланади. Олинган маълумотларни динамикада қайд қилиб бориш муҳим ҳисобланади. Беморларда кейинчалик ривожланадиган анизокорея, эс-хуш бузилшининг чуқурлашиши, мия ичида қон кетаётганлиги ҳақида ўйлашга ёрдам беради. Эс-хуш бузилган ва БМЖга тахмин қилинган беморларга периферик катетер ўрнатишдан олдин қондаги қанд миқдорини аниқлаш зарур. Оғриқ ёки стресс натижасида хушсиз беморларда мия ичи босимининг ошишига олиб келади. Шу мақсадда интубация қилишдан олдин анальгоседатация амалга оширилади. Хушсиз ҳолатдаги беморларда ёки оғриксизлантириш пайтида беморларга ёрдам кўрсатишда кетанест С ни қўллаш тавсия этилади.

Очиқ БМЖ жароҳат усти стерил ва физиологик эритмалар билан намланган боғлам билан ёпилган бўлиши керак, ёт жисмлар жароҳат олган жойда қолдирилади. Босиладиган боғлам ёрдамида бошнинг юмшоқ тўқималаридаги қон кетишларни тўхтатилади. Стабил қон айланиши сақланган беморларда транспортировка 15-30° бўйинни кўтарган ҳолатда ва бошни нейтрал ҳолатда амалга оширилади. Ностабил қон айланишида эса горизонтал ҳолатда траспортировка қилиш тавсия этилади. Эзилиш симптомлари кучайиб бориш ва яққол намоён бўлган ҳолатларида монитолни қўллаш муҳим ҳисобланади.

Умуртқа поғонаси ва орқа мия жароҳатлари

Умуртқа поғонаси жароҳати тахмин қилганда прекlinik ташхис пайтида жароҳат механизмига баҳолашишни ўз ичига қамраб олади, анамнез йиғиш ва қон айланиш бузилиши, моторика ва мучалардаги сезгиларнинг бузилишларини аниқлаш учун клиник кўрувдан ўтказиш талаб этилади.

Интубациядан кейин умумий аҳволини баҳолаш ва ёзув тарзида қайд қилиб бориш зарур ҳисобланади. Умумий ҳолатларнинг тахминан 25 %да тўғри иммобилизация қилиш умуртқа поғонаси жароҳатлари симптоматикасининг кучайиши, олдини олиши ва камайтириши мумкин.

Бундан кейин транспортировка қилишда беморнинг албатта бошини фиксация қилиш керак. Бугун National Acute Spinal Injury Study текширишлардан кейин госпитализациягача бўлган этапда глюкокортикоидлар (30 мг/кг тана вазнига) қўллаш тавсия этилади.

Кўкрак қафаси жароҳатлари

Бундай жароҳатлар очик ва ёпиқ, бир ва икки томонлама жароҳатларга бўлинади. Ташқи жароҳат белгиларини кўздан кечириб – лат ейиш, тилиниш, гематомалар, кўринарли қон кетишлари, пародоксал нафас, тери ости эмфиземаси, шикоятларни баҳолагандан сўнг (нафас олганда оғриқ, кўкрак қафаси эзилиш ҳолатларида) ҳансираш, ностабил қон айланиш каби белгилар бўлганда кўкрак қафаси жароҳати ҳақида ўйлашимиз мумкин. Бир неча қовурғалар синганда беморларнинг 30% да кўкрак қафаси аъзолари ассоцирланган жароҳати кузатилиши мумкин, биринчи навбатда - жигар, ўт пуфаги ва диафрагма. Кўкрак қафаси жароҳатлари олган беморларни иложи борица кўрсатмага биноан сунъий ўпка вентилляцияси аппаратига улаш нафас олишни яхшилаш мақсадида қўлланилади. Интубацияга қарши кўрсатма бўлиб, изолирланган жароҳат нафас олиш белгилари етишмовчилгисиз бўлганда, узлуксиз кислородни етқазиб бериш ва қўшимча жароҳатлар бўлган ҳолатларда ҳисобланади. Кўкрак қафаси жароҳатларида беморларни тез транспортировка қилиш зарур ҳисобланади. (“*treat-and-run*”)

Агар пневмотораксга тахмин қилинса, дренаж ўрнатишга абсолют кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

Плеврал дренаж ўрнатишга кўрсатма:

- тубус ҳолатида текширилганда нафас шовқинларининг кучсизлиги ёки йўқлиги;
 - артериал қон босим тушиши билан пневмотораксга тахмин қилинганда;
 - нафас олганда юқори босим
 - “ностабил” кўкрак қафаси;
- тери ости эмфиземаси.

Дренаж ўрнатиш техникаси - 4-5 қовурғалараро қисмидан кесим ўтказилади, кейинчалик тўқималарни ўтмас препаровка қилинади. Кесим жойи – олдинги қўлтиқ ости чизик (Бюлау бўйича) Торақарни ишлатиш кўп асоратларини олиб келиш мумкинлиги учун тавсия қилинмайди.

Қорин бўшлиғи аъзолари ва чанок суяклари жароҳатлари

Бундай жароҳатларнинг эрта фазаларида артериал қон босимининг тушиши доимо ҳам кузатилмайди. Ҳимоя камарлари изларининг борлиги (“seat belt sigh”) қорин бўшлиғи аъзолари жароҳатланганлигидан далолат беради. Чанок суяклари стабиллигини аниқлаш учун уларни босиш ёрдамида текширилади, бундан ташқари, қон билан таъминланиши, сезувчанлиги ва пастки мучалар ҳаракатчанлиги баҳоланади. Силиш ташхисланганда вакуум матрацларни ишлатиш зарур, қўшимча стабилизация учун чанок суяклар рўмол билан боғлаб қўйилиши керак. MAST ёки KEDларни қўллаш альтернатив усул бўлиб ҳисобланади. Госпитализацияга бўлган этапда диагностика мақсадида УТ текширувидан ўтказиш зарур ҳисобланади.

Муча суякларининг синиши

Бундай синишлар тахмин қилинганда мучаларнинг ҳаракатчанлиги, қон айланиши ва сезувчанлиги аниқланади. Мучаларнинг қўпол деформацияларида госпитализацияга бўлган этапда репозиция қилиш мумкин, ундан кейин эса мучаларнинг ҳаракатчанлиги, қон айланиши ва сезувчанлигини баҳолаш репозицияга ва репозициядан кейинги даврда қайд қилиб борилади. Қон кетиши кузатилганда жгут ўрнига босилувчи боғламни ишлатиш қулай ҳисобланади, жуда кам ҳолларда танометрнинг манжеткаси ишлатилади. Муаллифларнинг айтишича, қисқичлар ёрдамида қонни тўхтатиш қўлланилганда ҳар доим ҳам қон-томирни тиклаш ҳолати кузатилмайди. Агарда бошқа усулларда қон кетишини тўхтатишни иложи бўлмаса, қисқичларни ишлатилиши фақат пульсирланган қон кетишларда зарур ҳисобланади.

Мучалар фрагментлари травматик ампутацияларида, мучалар юқорига кўтариб қўйилади. Воқеа содир бўлган жойдан жароҳат соҳасидан ёт жисмларни олиб ташлаш мумкин эмас. Ампутант стерил ҳолда ёпилган бўлиши шарт, қуруқ боғлам билан ўралган ҳолда музлатилган махсус пакет ичида бўлиши керак. Адекват музлатиш учун (оптимал ҳарорат 4°C) махсус пластик пакетни совуқ сув билан тўлдириш тавсия этилади ва унга ампутирланган бармоқ ёки мучанинг бошқа қисмларини жойлаштириш керак.

Бугунги кунда реампутациянинг эффективлиги 80-90% ни ташкил қилади. Политравма билан оғриган беморларда реампутация масаласи ҳозирда асосий муаммолардан бири бўлиб келмоқда.

Политравмаларнинг кўпгина ҳолатларида беморларни шифохонага бўлган босқичда номуқобил даволаш учрайди. Айнан шундай ҳолатда малакали врач ёрдами керак бўлади. Юқори малака димпломдан кейин врачнинг ўзини-ўзи доимий ўқитиб бориши натижасида ошириб борилади.

Политравма. Кўплаб, қўшма ва комбинациялашган зарарланишлар.

Политравмалар жанговар ҳаракатларнинг анъанавий муаммоси саналган, лекин охириги ўн йилликда тинчлик вақтида политравмалар жуда ҳам кўпайиб бормоқда. Ҳозирги пайтда политравмалар 40 ёшдан кичик инсонлар ўлимининг асосий сабаби ҳисобланади. Бундай ҳолат тинчлик вақтидаги жанговар травма тушунчасининг келиб чиқишига сабаб бўлди. Политравма – бу оғир полиорган ва полисистем зарарланиш бўлиб, унинг натижасида

травматик касаллик – патологик жараён келиб чиқиб, унинг асосида гомеостаз, маҳаллий ва умумий адаптацион жараёнларнинг бузилиши ётади. Политравма – умумлаштирувчи тушунча бўлиб, одатда, тез ёрдам шифокорлари ва реанимотологлар тахминий ташхис қўйишда ишлатадилар. Политравмалар шошилиш операциялар, интенсив терапия ва реанимацион муолажаларини талаб қилади. Лекин бу тушунча турли хил зарарланишларда конкрет хирургик тактикани белгилашга йўл қўймайди.

Политравмалар учун характерли :

- Атипик симптоматика;
- Ўзаро итарилиш синдроми;
- Диагностикада қийинчиликлар;
- Доимий касаллик оғирлигини баҳолаш ва дарҳол юқори малакали ёрдамни талаб қилади;
- Турғун бўлмаган компенсация, бундан ташқари, кўплаб асоратлар ва юқори леталлик.

Бундай оғир асоратларнинг сабаби – травматик шок ва ўткир массив қон кетиш саналади. Политравманинг оғирлиги локализацияга, шикастланишлар миқдори ва характерига, жабрланган инсоннинг умумий аҳволига, шок босқичи ва давомийлигига, асоратларга, реабилитациянинг давомийлигига боғлиқ.

Политравмаларнинг 4 та оғирлик даражаси фарқланади :

1-босқич : ўпка зарарланиши, шок йўқ, организмнинг орган ва системалар функциялари тўлиқ тикланади.

2-босқич : ўрта даражадаги зарарланиш, шок 1-2 даража. Организмнинг система ва органлар функцияларининг қайта тўлиқ тикланиши узок реабилитацияни талаб қилади.

3-босқич : оғир зарарланишлар, шок 2-3 даража. Организмнинг система ва органлар функцияларининг тўлиқ ёки қисман йўқолиши.

4-босқич : зарарланишлар ўта оғир. Ўткир босқичда ва ҳатто асоратларни даволаш босқичида бемор ҳаёти учун хавфли. 3-4 даражадаги шок кузатилади. Организм система ва органлар функцияларининг сезиларли бузилиши.

Политравмалар классификацияси.

И.Анатомик белгисига кўра:

1.Изоляцияланган травмалар – битта анатомис соҳа (сегмент) травматик зарарланиши, масалан, изоляцияланган тизза травмаси.

2. Кўплаб травмалар – битта анатомик соҳа (сегмент)да икки ёки ундан ортиқ травматик ўчоқларнинг пайдо бўлиши, масалан, қовурғаларнинг кўплаб шикастланишлари, мучаларнинг икки ва ундан ортиқ синиши ва ҳ.к.

3. Қўшма травмалар – икки ва ундан ортиқ травматик ўчоқларнинг (изоляцияланган ва кўплаб) турли хил анатомик сегментларда пайдо бўлиши. Бош травма + кўкрак травмаси

4.Комбинациялашган травмалар – икки ёки ундан ортиқ турли табиатли травматик факторларнинг – механик, термик, химик, радиацион ва ҳ.к. таъсир қилиши. Масалан, сон синиши + куйиш. Бунда изоляциялашган, кўплаб ва қўшма травма - комбинациялашган травмалар компонентлари саналади. Комбинациялашган зарарланишлар зарарловчи факторнинг организмга тўғридан-тўғри таъсири натижасида келиб чиқиши мумкин. “Комбинациялашган травмалар” термини фақат зарарловчи таъсир меҳнат қобилиятининг йўқолишига олиб келганда қўлланилади.

ИИ.Травмалар натижаси ҳаёт учун хавфлилигига кўра

Кўплаб, қўшма ва комбинациялашган травмалар, изоляциялашган травмалар каби ҳаёт учун хавфлилигига кўра турли хил бўлиши мумкин. Шунинг учун уларни учта асосий категорияга бўлиш керак

- 1.ҳаёт учун хавфли бўлмаган
2. ҳаёт учун хавфли бўлган
3. ўлим травмалари

Ҳаёт учун хавфли бўлмаган травмалар – механик шикастланишларнинг барча вариантлари бўлиб, организмнинг ҳаётчанлигига таъсир кўрсатадиган яққол бузилишлар пайдо қилмайди ва жабрланган инсон ҳаётига хавф туғдирмайди.

Ҳаёт учун хавфли травма – ҳаёт учун муҳим бўлган аъзо ва бошқарув системаларининг анатомик шикастланиши малака ва махсус ёрдам орқали хирургик йўл орқали даволаш мумкин.

Ўлимга олиб келган травма – яшаш учун муҳим бўлган орган ва бошқарув системаларининг бузилиши бўлиб, ҳатто вақтида қилинган малакали хирургик ёрдам орқали ҳам тиклаб бўлмайди.

ИИИ.Шикастланишнинг локализациясига кўра – бош, бўйин, кўкрак, корин, чаноқ, умуртка, юқори ва пастки мучалар.

Кутилмаган ҳолатларда политравмаларнинг хусусиятлари

Кутилмаган ҳолатлардаги политравмаларнинг этиологиясини қуйидагиларга бўлиш мумкин.

1.Механик – лат ейиш, ,жароҳатланиш, босилиш, қисилиш, қарама-қарши векторлар билан таъсир.

2.Термик – юқори ва паст температура

3. Токсик – кимёвий воситалар, заҳарлар ва ҳ.к.

4. Физик моддалар – радиоактив моддалар ва нурланишлар, электрик ток, магнит, электрик, магнитэлектрик кутблар.

5.Ташки муҳитнинг экстримал факторлари – фалокатлар, фожиалар ва ҳ.к.

6. Касаллик келтириб чиқарувчи микроорганизмлар – бактериялар, вируслар ва уларнинг ҳаёт фаолияти маҳсулотлари.

Кутилмаган ҳолатлардаги политравмаларнинг хусусиятлардан бири бу – мураккаб патологик жараённинг вақтида босқичини аниқлаш ҳисобланади. Политравмаларнинг диагностикаси жабр кўрганларни саралаш билан боғлиқдир. Эвакуация босқичида ва даволаш муассасаларида политравмаларнинг ўзига хос клиник кечиши диагностиканинг ва даволашнинг “индивидуаллашиш” принципига йўл қўймайди. Шунинг учун тиббий ёрдам ўзига хос ташкилланиши керак, хусусан, унинг стандартланиши (унификация). Жабрланганлар касаллик характери, даражаси ва прогнозига кўра тегишли даволаш муассасаларига эвакуация қилиниши керак. Шикастловчи асосий факторни аниқлаш жуда мураккабдир. Политравмада қайси омил асосий ва қайси омил қўшимча эканлигини аниқлаш учун, ҳар бир омилнинг кечиш хусусияти, фазаси ва оғирлик даражасини билиш керак. Шошилиш ҳолатларда факторларнинг “вектор таъсири” туфайли орган ва системаларнинг ишлаши ҳар хил йўналишда кечишини ҳисобга олиш ҳам керак. Симптомлар турли хил бўлиши мумкин. Симптомлар шикастланган анатомик соҳага, травматик шокка, ўткир қон кетишга, ўткир нафас етишмовчилиги бор ёки йўқлигига кўра турли хил бўлади.

Ўзаро итарилиш синдроми. Жабрланганларнинг ҳолатини баҳолашдаги аҳамияти. Комбинациялашган шикастланишларнинг етиопатогенезига қараганда, асосий ва қўшимча факторни аниқлаш керак. Политравманинг асосий фактори бўлиб, орган ва системалар функциясининг кўпроқ бузилиши қайси факторга тегишли бўлса ўша омил асосий саналади. Қўшимча факторлар орган ва системалар функциясига қўшимча бузилишлар пайдо қилади ва травманинг прогнозига таъсир кўрсатади. Қўшимча факторлар бир нечта бўлиши мумкин. Политравма натижасида келиб чиқадиган патологик жараён икки ёки ундан ортиқ травмаларнинг қўшилиши туфайли келиб чиқадиган жараён бўлмасдан, балки организмнинг мураккаб реакцияси саналади ва бунда бир қанча факторлар бир-бирига таъсир кўрсатиб политравма ўзига хос кечишига сабаб бўлади. Политравма учун характерли ўзаро итарилиш синдроми саналади. Ўзаро итарилиш синдроми – патологик жараённинг икки ёки ундан ортиқ фактор таъсири натижасида оғирлашиши. Натижада бир нечта симптомлар комплекси пайдо бўлиб, политравманинг оғирлашишига сабаб бўлади. Ўзаро итарилиш синдроми травматик

шокнинг кўпроқ пайдо бўлиши ва оғир кечиши, захарланиш симптомларининг кучайиши, қон кетишга мойилликнинг ортиши, иммунитетнинг ва организмнинг репаратив функцияларининг пасайиши билан характерланади. Ўзаро итарилиш синдромининг бўлиши диагностика ва даволашни қийинлаштириб, ўлимни оширади. Бунга қўшимча, политравма компонентлари аддитив, ёки аксинча турли йўналишда кечиб, бир-бирининг симптомларини пасайтириши мумкин. Масалан, жабрланган инсон куйишдан кейин бевосита қорға ёки совуқ сувга тушса. Жароҳатларнинг совуши тўқима гипертермияси муддатини камайтиради ва куйиш чуқурлигини камайтиради. Шу билан бир вақтда организмнинг умумий қизиқ кетиши ҳам олди олинади. Шундай қилиб, факторлардан биттасининг таъсири камаюди. Бироқ совуқнинг химоя таъсири ҳам маълум вақтга эга : агар совуқ қотиш узоқ муддат давом этиб, гипотермияга олиб келса, жабрланганнинг умумий аҳволи оғирлашади. Яна маълумки, ионловчи нурланишнинг зарарловчи таъсири гипоксик ҳолат орқали камайтирилиши мумкин. Ўтувчи радиация ва бош миёна травмаси орқали юзага келган қусиш, ошқозонга тушган радиоактив ёки бошқа захарли моддаларнинг чиқишига сабаб бўлади. Магистрал томирларнинг зарарланиши ва юмшоқ тўқималарнинг узоқ босилиш синдромида гипотермия “консервацияловчи эффект” таъсир қилади. Паст тана ҳароратида захарли химик воситаларнинг “летал синтез” таъсири пасаяди. Бўғувчи хусусиятга эга бўлган захарли моддалар билан зарарланишда унча катта бўлмаган ҳажмдаги қон кетиш кичик қон айланиш доирасидаги босимнинг пасайиши ҳисобига жабрланган инсоннинг аҳволини енгиллаштиради. Чуқурликдан бирданига юқорига кўтарилганда кессон касаллиги келиб чиқади. Агар жарбланган инсон терисида жароҳатлар ёки қон кетиш бўлса аҳволи яхшиланади. Худди шундай факторлар тескари таъсир кўрсатиши ҳам мумкин. Мучаларнинг совуқ қотиши билан жабрланган инсон интенсив иситилса, совуқ қотиш даражаси ошади.

Жабрланганларга биринчи тиббий ёрдам, врачгача бўлган тиббий ёрдам ва транспортировканинг даволаш муассасаларидагидан фарқи.

Политравмаларда махсус биринчи тиббий ёрдам ва махсус врачгача бўлган ёрдамни ташкил қилиш керак. Бош миёна травмаси билан қўшилган политравмалар оғирроқ кечади. Жабрланганлар умумий аҳволининг оғирлиги қориннинг ва бошқа ички органларнинг шикастланиши туфайли келиб чиққан симптомларни йўқотади. Чанок ва қорин аъзоларининг зарарланиши жуда оғир кечади. Магистрал томирлар ва мучалар узилиши билан кечадиган травмалар, айниқса, қийинчиликлар туғдиради. 20-25% жабрланган инсонлар алкоголь ичган ҳолатида бўлади. Алкоголь ичган ҳолатдаги политравмаларда ресурслар тезда тугайди, декомпенсация даврига тезда ўтади. Политравмада бирламчи тиббий ёрдам ва шифохонагача бўлган ёрдам муҳим аҳамиятга эга. Бундан ташқари, жабрланган инсонни тегишли профильга етказиш ҳам аҳамиятга эга. Агар жабрланган инсонда бош травмаси бўлса, нейрохирургия бўлимига, қорин травмасида абдоминал хирургияга, мучалар травмасида травматологияга олиб борилиши керак. Бироқ беморда қўшма ва комбинациялашган травмалар бўлса, юқори малакали тиббий ёрдамни талаб қилади.

Кўплаб травмаларда (политравмалар) тез тиббий ёрдам

Политравмаларда мураккаб кўп компонентли организмнинг бузилиши ётади. У умумий оғир аҳвол билан кечади. Баъзи бир ҳаёт учун зарур бўлган функцияларнинг бузилиши беморнинг ҳаётига тўғридан-тўғри хавф солади ва тез тиббий ёрдам муолажаларини талаб қилади. Шунинг учун политравма билан жабрланган инсонлар шифохонагача бўлган босқичда тезда синдромал диагностика қилиниши лозим. Шунини айтиб ўтиш лозимки, политравма билан жабрланган ҳар бир инсонни диагностика қилишда индивидуал тадбирлар олиб борилиши керак, асосий ва қўшимча факторлар аниқланиши керак.

Диагностик усулларнинг қатъий ишлаб чиқилган бўлиши ва текширишнинг схема тарзида олиб борилиши, бемор ҳаёти учун хавфли бўлган синдромларни вақтида аниқлашга асос бўлади. Текширишлар қуйидаги кетма-кетликда олиб борилиши керак.

Авваламбор, шикастланган соҳа локализациясини ва унинг оғирлигини аниқлаш учун политравманинг механизми, характерини билиш лозим. Бундан кейин дарҳол жабрланган кўруви ва текширувини бошлаш керак. Бунда бемор ҳаёти учун хавфли бўлган синдромларни аниқлаб, тегишли тез тиббий ёрдам муолажалари ўтказилиши керак: массив ташқи қон кетишда – кўрсатма ҳисобланган тегишли вақтинчалик қон тўхтатиш усуллари қўллаш керак.

Клиник ўлим ва унга шубҳа бўлган ҳолатларда – ўпка сунъий вентилизацияси ва юракнинг ташқи массажини бажариш лозим.

Бош мия ичи гипертензияси белгилари аниқланганда – босимни туширишга қаратилган барча даво муолажалари ўтказилиши керак.

Нафаснинг ўткир бузилишларида :

а) юқори нафас йўллари текшириш ва бўшатиш (интубация, камдан-кам ҳолатларда крико-, конико-, трахеотомия)

б) кўкрак қафаси ва унинг аъзолари зарарланганлиги (трахеянинг ёт модда билан обструкцияси, тотал гемоторакс, очик ва клапанли пневмоторакс, кўкс оралиғи эмфиземаси, лат ейиш ва юрак тампонадаси) аниқланганда – ҳаёт учун хавфли бўлган бундай ҳолатларда тегишли терапевтик муолажалар қилиниши керак.

с) ўткир қон кетиш синдромида (тахикардия, систолик қон босимининг тушиб кетиши, шок индекси кўрсаткичи 1,0 дан юқори бўлганда) – инфузион терапия, керак бўлганда иккита венага бажарилиши керак.

д) қориннинг очик ва ёпиқ травмаларида (умуртқа ёки чанок) – жабрланганни дарҳол навбатчи хирургик стационарга ўтказилиши керак.

Узун найсимон суяклар синиши ва чиқишлари клиник белгилари бўлганда транспорт иммобилизация ўтказилиши керак.

Агар яққол кўзга ташланадиган беморнинг ҳаётига хавф туғдирадиган белгилар топилса, юқоридаги ҳаёт учун хавфли бўлган синдромларни аниқлаш ва тегишли ёрдам муолажаларини ўтказиш кетма-кетлиги бузилиши мумкин. Бундай ҳолатда бемор ҳаётига хавф туғдирган синдромни даволаш учун тегишли даволаш тадбирлари бажарилиб, кейин еса юқоридаги схема бўйича олиб борилиши керак. Мумкин бўлганда, ҳаёт учун хавфли бўлган синдромлар йўқотилгандан сўнг, схема бўйича олиб бориладиган текширишлар ва даво муолажалари стационарга транспортировкада бажарилиши лозим.

Кўплаб ва қўшма травмалар билан оғриқ синдроми қўшилиб келган жабрланганларга оғриқсизлантиришнинг у ёки бу методлари қўлланилинади.

Шошилишч диагностика ва тез тиббий ёрдам муолажалари тегишли профилдаги навбатчи стационарда ўтказилади.

Кўплаб ва қўшма травмалар билан жабрланганларни даволаш катта шаҳарларда махсус шокка қарши марказларда олиб борилади, агар бундай марказлар бўлмаса кўп тармоқли тез тиббий ёрдам шифохоналарда бажарилади. Бундай зарурият бўлишига сабаб, кўп тармоқли тез тиббий ёрдам шифохоналарида кўплаб мутахассис врачлар : хирург, травматолог, анестезиолог-реаниматолог, невропатолог, нейрохирург, терапевт, стоматолог, окулист, уролог ва ҳ.к. иштирок этиши мумкин. Кейинчалик политравма билан жабрланган ҳар бир бемор узок ва мураккаб реабилитацияга муҳтож бўлади.

Политравма билан жабрланган беморларда шошилишч травматологик-ортопедик ёрдам.

Категория : политравма

Политравмали беморларда шифохона босқичида беморлар ўлимининг асосий сабаби шок, қон кетиш, полиорган етишмовчилик. Шикастланишлардаги ногиронликнинг юқори даражасининг сабаби таянч-ҳаракат системасининг зарарланиши ҳисобланади.

Политравмаларни даволашда омад калити бўлиб, максимал эрта шокка қарши терапия ва шикастланишлар диагностикаси. Шу билан бирга, юқоридагилар билан бирга олиб борилган организмнинг ҳаётий асосий функцияларининг стабилизацияси. Шошилишч оператив

аралашувлар травма олингандан сўнг биринчи соатларда бажарилиши керак ва синган суякнинг синиқлари ташқи фиксацияси аппарати билан стабилизациялаш. Бу принциплар махсус кўп тармоқли йирик шифохоналарда бажарилиши мумкин. Бир миллиондан кам бўлган аҳоли туманларида бундай бўлимларнинг ташкиллаштирилиши эса норентабил (чунки улар етарли ҳажмда ишлай олмайдилар).

Тўртинчидан, вилоят касалхонасида қўлланиладиган муолажаларнинг ўзига хослиги политравма ташхиси билан кечки муддатларда мурожаат қилган беморларнинг ривожланган маҳаллий ва умумий асоратларни даволашдан иборат. Бу эса даволашнинг муддати ва оқибатларини ёмонлашувига олиб келади.

Бу ҳолатдан чиқиш бир миллион аҳолидан камроқ бўлгар ҳудудларда қуйидагича амалга оширилади. Сутка давомида хирургик хизмат билан таъминланган кўп тармоқли марказларнинг реанимация бўлимида политравма билан мурожаат қиладиган беморлар учун алоҳида катта ҳажмли тез тиббий ёрдам кўрсатиш (оператив ёрдам ҳам биргаликда) мақсадида “тоза” шокка қарши палата ажратилиши зарур. Бундай палатадаги асбоб-ускуналар ҳам беморни максимал даражада текширувдан ўтказишга мос бўлиши керак: операцион стол, наркоз бериш учун замонавий асбоб ускуналар, остеосинтез учун махсус стержен ва спицалардан иборат аппаратлар, рентген аппарати (ЭОП), партатив УЗИ аппарати.

Политравма билан мурожаат қиладиган беморларнинг текширувлардан ўтказилиши ва даволаниши учун навбатчи врачлар бригадасидан масъул врач тайинланади. Бу ҳолатларда навбатчи врачлардан тузилган қонсилиум ўтказилиши керак (биринчи навбатда реаниматолог, травматолог, нейрохирург, кон – томир жаррохи), албатта уларнинг ҳар бири беморни кўздан кечиргандан сўнг. Биринчи навбатда, қарши кўрсатма бўлмаган ҳолатда хирургик давони олиб бориш керак.

Халокат жойидан яқиндаги политравма билан стационарга етказилган беморга, биринчи навбатда, шокка қарши терапия ва ҳаётий кўрсаткичларга таянган ҳолатда операциялар бажарилиши керак. Шундан сўнг, вилоят касалхонасига хабар берилади ва улар беморнинг ўзига кўчириш учун реанимобил юборишади. Зарур бўлган ҳолатларда юбориладиган реанимобил билан керакли тор доирали мутахассис юборилади. Шок ҳолатидан чиқарилган беморлар туман кўп тармоқли касалхоналарга транспортировка қилинади, бу касалхоналарда эса беморнинг бирламчи диагнози ва ҳолати аниқ ҳолда беморга зарур бўлган оператив ёндашишга тайёргарлик кўрилади.

Юқорида кўрсатилган ёрдам ҳажми политравма билан келган беморларда 3-5 маротаба шошилишч травматологик-ортопедик ёрдамнинг эффективлигини ошириб, ноғиронлик ҳамда леталь ҳолатларни камайтиради.

Политравма терминологияси ва классификацияси

Алохидалашган травма – таянч-ҳаракат системасининг биргина анатомио-функционал қисмининг жароҳати (сон суяги, елка суяги, умуртқа, бўғим жаротлари ва ҳ.к.) ёки биргина анатомик соҳадаги битта ички органнинг жароҳати: талоқ ёрилиши – қорин бўшлиғи ёки ўпка ёрилиши – кўкрак қафаси, бош мия чайқалиши ёки лат ейиши, кўз жароҳатлари ва ҳ.к.

Кўплаб жароҳатлар – бирта анатомик соҳадаги ёки бўшлиқдаги бир нечта органнинг жароҳати. Масалан, бирта муччанинг бир нечта жойидан синиши, жигар ва талоқнинг жароҳати, ўпка ёрилиши ва қовурғалар синиши ва ҳ.к.

Кўшма жароҳатлар – бир нечта анатомик соҳадаги турли хил органларнинг жароҳати. Масалан, муча бир сегментининг синиши ва бош мия лат ейиши, бош мия лат ейиши ва талоқ ёрилиши ва ҳ.к.

Комбинациялашган жароҳатлар – бир вақтнинг ўзида бир нечта факторлар натижаси юзага келадиган жароҳатлар: механик таъсир, термик таъсир, радиацион таъсир, химик таъсир ва бошқалар.

Политравма – йиғилган тушунча бўлиб, беморнинг соғлиғи ва ҳаёти учун хавф соладиган, шошилишч тиббий ёрдамни талаб этадиган, кўплаб, қўшма ва комбинациялашган жароҳатларни ўз ичига олади.

Қабулхонага политравма ташхиси билан келтирилган беморларни саралашда ва кўрсатиладиган тиббий ёрдам алоҳида аҳамиятга эга. Н.Тscherne маълумотларига кўра, (1998 й) политравма билан қабул қилинган беморларнинг 86% да мучалар жароҳатланиши, бош жароҳатлари – 69%, кўкрак жароҳатлари – 62%, қорин бўшлиғи аъзоларининг жароҳатлари – 36%, чанок аъзолари жароҳатлари – 28%, умуртқа поғонаси жароҳатлари – 19% ни ташкил этади. Травма олган барча беморларнинг 20-25% ни политравмалар ташкил этади. Бахтсиз ҳодисалар туфайли травма оладиган беморларнинг 50-75% ни политравма ташхиси билан даволанадиган беморлар ташкил этади.

Политравмалар патофизиологияси.

Политравма системали травматик касаллик сифатида қаралиб, қўшма оғир жароҳатлар натижасида юзага келади ва даволаш тактикаси ҳамда патогенези билан фарқланади.

Системали травматик реакция биргаликда системали яллиғланишга қарши синдром каби жавоб қайтаради. Специфик потогенетик факторлар инсон танасининг бир вақтнинг ўзида бир нечта соҳанинг жароҳатланиши ва жароҳат характериға боғлиқ ҳолатда юзага келади.

Алоҳидалашган травмалардан фарқли ўлароқ қўшма жароҳатлардаги ҳар бир аниқ травманинг чуқурлиғи, иккиламчи инфекциянинг қўшилиши травманинг патологик ҳолатини ва оғирлигини белгилайди. Бир-бирини инкор қилиш синдроми – бу ҳаёт учун муҳим бўлган функцияларнинг патофизиологик кризиси бўлиб, клиникада икки ва ундан ортиқ анатомо-функционал соҳаларнинг жароҳатланиши шок ҳолати билан намоён бўлади.

“Политравма” термини жаҳон медицинасига мустаҳкам кириб келди. Тез ёрдам ходимларига, касалхона қабулхонаси ходимлари ва реанимация ходимларига бу термин “шок” термини сингари ҳалокат сигнали, шошилишч диагностика ва даволаш муолажалари бошлаб юборишга туртки бўлиб хизмат қила бошлади.

Клиникаси.

Политравмада клиниканинг юзага чиқиши травманинг оғирлигига, умумий ва маҳаллий ўзгаришларни намоён бўлиши, поталогик ва маҳаллий реакцияларнинг организмда травма олган вақтдан токи касаллик якунига қадар юзага келишига боғлиқ бўлади.

Травматологик касалликнинг патогенетик классификацияси даврларининг кечиши

- I. Травмага қарши реакциянинг ўтқир даври бўлиб, травматик шок даври ёки эрта шокдан кейинги даврда кузатилади; бу даврни полиорган етишмовчилиги синдромининг (ПОЕС) индукцион фазаси деб ҳам аташ мумкин.
- II. Травматик касалликнинг эрта белгилари намоён бўлиш даври бўлиб, полиорган етишмовчилиги синдромининг бошланғич фазаси, баъзи бир орган ва системаларнинг функцияси бузилиши ёки нотурғунлиги билан характерланади.
- III. Травматик касалликнинг кечки белгилари намоён бўлиш даври бўлиб, полиорган етишмовчилиги синдромининг ривожланган фазаси, агар бемор травматик касалликнинг I даврида тирик қолса, айнан шу даврда касалликнинг натижаси аниқланади.
- IV. Реабилитация даври бўлиб, ижобий якун топганда, тўлиқ ёки нотўлиқ тузалиш билан якунланади. Юқорида келтирилган қонцепция травматик шок, қон йўқотилиши, посттравматик токсикоз, тромбогемморогик бузилишлар, посттравматик ёғли эмболия, полиорган етишмовчилик синдроми, политравма асоратига оид бўлмаган сепсис, яъни травматик касалликнинг патогенетик боғланган эвенолари ягона жараёнларни кўриб чиқишни талаб қилади.

Биринчи давр – травматик шок – перфузион етишмовчилик даври (гемодинамиканинг ўткир бузилиши) қон йўқотилишининг сезиларли тасири оқибатида оғир механик шикастланишга жавоб реакция сифатида юзага келади.

Иккинчи давр – полиорган етишмовчиликнинг яширин клиникаси билан характерланувчи травматик касаллик бўлиб, алохида аъзолар ва системаларнинг дисфункцияси ва бузилиши ҳисобланади. Агар беморда орган ёки полиорган етишмовчилиги кузатилса, бу бир ёки бир нечта органларнинг травмасига олиб келувчи факторлар оқибатида бевосита шикастланиши натижасида юзага келиши мумкин. Шу ҳолатда травматик касалликнинг бу даври полиорган етишмовчилиги шикастланишга асосий системали жавоб сифатида юзага келади. Юзага келиш даражаси травманинг оғирлиги билан белгиланади.

Полиорган етишмовчилиги синдромини специфик яллиғланишнинг жавоби синдроми деб қараш мумкин.

Учинчи давр – травматик касалликнинг кеч юзага келиши даври – шикастланган орган ва тўқималарда репаратив жараёнлар, қайта тикланиш билан баҳоланувчи жараён ҳисобланади. Алохида ҳолатларда беморларда бу даврда дистрофик ва склеротик ўзгаришлар (шикастланган органларда), улар функциясининг иккиламчи бузилиши турли хилдаги асоратларни юзага келтиради: абцесслар, флегмоналар, остеомиелитлар, жароҳатли озишлар, тромбозлар, сепсислар. Бу давр ойлаб давом этиши ва махсус даволанишни талаб этади. Гемоглобин кўрсаткичининг аввалги ҳолат тикланиши (травмагача бўлган кўрсаткичи) травматик касалликнинг сўнгги даври бошланаётганлигининг бир белгиси сифатида баҳолаш мумкин.

Травматик касалликнинг тўртинчи даври – реабилитация даври, тўлиқ ёки нотўлиқ(ноғиронлик) соғайиш билан характерланади.

Ёрдамни ташкил қилиш.

Политравма оғирлик даражаси леталлик кўрсаткичидан дарак беради: ёпиқ синишларда 2% ни, иккита алохидалашган оғир жароҳатларда – 4,9%, оғир қўшма жароҳатларда, оғир ва енгил алохидалашган травмалар бўлганда (масалан, чанок суяқларининг синиши ва биллак суяқларининг ёпиқ синиб силжиши) леталлик 30,6% ни ташкил этади; фавқулодда оғир ҳисобланган қўшма жароҳатларда иккита оғир шикастланиш бўлганда (масалан, калла суяги гумбазининг синиши билан бош миёна лат ёйиши ва чанок суяқларининг синиши) леталлик 61,3% ни ташкил этади; уч ва ундан ортиқ оғир шикастланишларда леталликнинг юзага келиш даражаси 84,4% гача ортади.

Чет элларда травма туфайли юзага келадиган леталликнинг камайиши травматологик марказларни очиш (АҚШ, Англия) ёки клиник Unfallchirurgie (Германия, Шведция, Австрия), мутахассисларни қўшимча ўқитиш, систематик машғулотлар ўтказиш ва янада замонавий жиҳозлар билан таъминланиши билан боғлиқдир.

Украинада ва чет элда травма марказларини ўқитиш даражада ташкил қилиш – тиббий ёрдам кўрсатиш кўламинан келиб чиқиб, вилоят, марказий шаҳар ва туман касалхоналари кўринишида, ҳамда тез тиббий ёрдам касалхоналари кўринишида яратиш лозим деб ҳисоблайди Н.Л.Анкин.

Биринчи (юқори) даражадаги марказ квалификациялашган ва махсус тиббий ёрдам кўрсатиш учун мўлжалланган, умумий ва торакал хирургия, травматология, кардиохирургия, нейрохирургия, қўл панжаси жарроҳлиги, офтальмология, юз-жағ жарроҳлиги, микрохирургия, гинекология, урология ва педиатриядан тез тиббий ёрдамни узлуксиз равишда ташкил қилиш. Оғир травмалар билан беморларни бошқа бўлимларга госпитализация қилишда марказ мутахассислари томонидан даволаш-қонсултоватив ёрдамлар кўрсатилади.

Биринчи даражадаги травматологик марказлар шундай бўлиши керакки, у ҳудудий марказ ва қоида бўйича катта шаҳарлар ёки аҳолиси зич жойлашган туманларга хизмат кўрсата олиши керак.

2-даражали травматологик шошилиш тез тиббий ёрдам кўрсатиш марказида умумий ва кўкрак жарроҳлиги, травматология, нейрохирургия, офтальмология, гинекология, урология ва педиатрия бўлимлари беморларга малакали тиббий ёрдам кўрсатади. 2- даражали травматологик шошилиш тез тиббий ёрдам кўрсатиш маркази аҳоли зич жойлашган ҳудудларда тиббий ёрдам кўрсатиш билан бирга 1- даражали экспертиза марказининг ишини тўлдиради.

Аҳоли кам жойлашган ҳудудларда 2- даражали касалхоналари асосий травматологик марказ сифатида хизмат кўрсатади. Ушбу тузилма қишлоқ жойларида ишлаши мумкин. Беморларни бир бўлимдан бошқасига ўтказиш маҳаллий марказлар томонидан амалга оширилади.

3- даражали травматологик шошилиш тез тиббий ёрдам кўрсатиш маркази умумий жарроҳлик, травматология, нейрохирургия, гинекология бўлимлари билан чекланиши мумкин. Ушбу марказ кўплаб травматологик беморларга биринчи тиббий ёрдам кўрсата олиши ва беморларни бошқа касалхонага кўчириш ҳуқуқига эга бўлиши шарт. Аҳволи оғир беморлар учун қайта жонлантириш жамоаси ташкил қилинган бўлиши лозим.

Ҳозирги кунда Украинада политравмалар муаммоси давлат дастури даражасига етди ва бу, ўз навбатида, катта шаҳарларда ихтисослашган политравма марказларини ва бўлимларини ташкил топишига олиб келди.

Политравмаларни даволаш

Политравмаларни даволаш босқичма-босқич амалга оширилади. Стационаргача ёрдам босқичида беморга шошилиш тез тиббий ёрдам кўрсатилади: қон кетишини тўхтатиш, нафас олиш бузилишида нафас йўллари тозаланади ва сунъий нафас берилади, юрак иши тўхтаганда билвосита массаж қилинади ва медикаментоз воситалар билан юрак функцияси тикланади, жароҳатланган оёқ ёки қўл ҳаракатсизлантирилади ва оғриқсизлантирилади.

Касалхона этапида шокка қарши чора-тадбирлар ўтказилади: гемодинамикани барқарорлаштириш, оғриқсизлантириш, оксигенотерапия ва бошқа муолажалар ўтказилади.

Политравмадан жароҳатланганларга тиббий ёрдамнинг барча босқичларида: гипоксия ва қон айланиши бузилиши натижасида, тўқима ва органларда юзага келадиган патологик жараёнларни олдини олиш ва ҳаёт учун зарур органлар функциясининг бузилишига йўл қўймаслик учун етарли бўлиши зарур.

АҚШ ва қатор Европа давлатларида "олтин давр" (қонцепция "золотого часа") қонцепцияси кенг тарқалган. Бунинг моҳияти шундаки, шикастланган беморнинг жароҳат натижасида бузилган ҳаёт учун зарур органлар функцияси, жароҳат олингандан сўнг 1 соат давомида қайта тикланиши зарур. Акс ҳолда оғир асоратлар натижасида бемор ҳаётдан бевақт кўз юмиши мумкин. Бу қонцепция шошилиш тез тиббий ёрдам кўрсатиш асосини ташкил қилади: АҚШда политравмадан шикастланганларни транспортировка вақти 46 мин, Германияда эса 18 мин.

Политравмадан шикастланган беморларда даво-диагноз ўтказиш принципи.

1. Ўз вақтида ўтказиш - бунда 1 соат давомида тўғри диагноз қўйиб, тўлақонли даво режасини қўллаш тушунилади.
2. Бемор ҳаёти учун хавфсизлиги: ўтказилаётган даво режаси ва диагностик тадбирларнинг бемор ҳаёти учун хавфсизлиги.
3. Синхронлиги: диагностика ва даво режасининг бир вақтда, кечиктиришларсиз олиб борилиши билан характерланади.
4. Оптимал диагностика ҳажми: беморнинг умумий ҳолатини ҳисобга олган ҳолда ўтказиладиган диагностик тадбирлар сони билан характерланади.

Стационаргача босқич

1. Жабрланувчини воқеа жойидан унга жароҳат етказмаган ҳолда эвакуация қилиш.

2. Юқори нафас йўллари тозалаш ва ўтказувчанлигини қайта тиклаш.
3. Шошилиш тарзда ўпкага сунъий нафас бериш муолажасини ўтказиш.
4. Жгут ёки босувчи бандаж ёрдамида ташқи қон кетишни тўхтатиш.
5. Ҳушини йўқотган жабрланувчини хавфсиз ҳолатда ётқизиш (физиологик қулай ҳолат ёнбошга ётган ҳолат).
6. Шок ҳолатидаги жабрланувчини хавфсиз ва қулай ҳолатга ўтказиш (бош томони пастга ҳолда).

Жабрланувчига воқеа жойида тиббий ёрдам кўрсатиш.

1. Ҳаётий зарур (витал) органлар иши бузилишини аниқлаш ва уни кечиктирмасдан бартараф қилиш.
2. Жабрланувчини умумий кўрикдан ўтказиб ҳаёт учун хавфли бузилишлар сабабини бартараф қилиш ва стационаргача диагноз қўйиш.
3. Жабрланувчини касалхонага ётқизиш ёки бундан бош тортиши масаласини ҳал қилиш.
4. Жароҳат характериға кўра жабрланувчини қайси касалхонага ётқизишни аниқлаш.
5. Оммавий шикастланишларда касалхонада тўшак бор-йўқлигини аниқлаш.
6. Максимал даражада тез ва жароҳатсиз касалхонага етказиш.

Врачгача тиббий ёрдам

1. Билак венаси венасекцияси, шокда вена ичига инфузия қилиш.
2. Артериал қон босимининг критик пасайишида кардиотоник ва гипертензив препаратлар қуйиш.
3. Нафас олиш қийинлашганда аналептиклар.
4. Юрак-ўпка реанимациясини давом эттириш, адекват оғрик қолдириш.
5. Ёпиқ пневмотораксни қалин игна ёрдамида очиш.

Биринчи тиббий малакали ёрдам

1. Жабрланувчи ҳаёти учун хавфли омилни бартараф қилиш.
2. Ҳаёт учун зарур органлар функциясини барқарорлаштириш.
3. Оғир асоратларнинг олдини олиш.
4. Магистрал веналарни катетеризация қилиш ёки венасекция.
5. Ички муҳит ҳолатини қайта тиклаш (эр масса, плазма, физ. эритма қуйиш)
6. Қўшимча тарзда маҳаллий ва умумий оғриқсизлантириш вагосимпатик ва футляр блокада.
7. Қон кетишини мутлақ тўхтатиш - катта клибри томирларга қисқич ёки лигатуралар қўйиш ва бошқа усуллар.
8. Сийдик пуфагини катетеризация ва пункция қилиш.
9. Трахея интубацияси.
10. Трахеостомия ўтказиш - кўрсатма бўйича.
11. Бронх йўллари тозалаш ва ўпка шишини олдини олиш. Ўткир нафас етишмовчилигини олдини олиш.
12. Гемотораксларда тороқал пункция қилиш.

Стационаргача босқичнинг асосий вазифалари

1. Нормал нафас олишни тиклаш.
2. Гиповолемияни бартараф қилиш (коллоид эритмалар).
3. Оғриқсизлантириш (трамадол, набуфин, кетамин, бензодиазепам).
4. Асептик боғлам ва иммобилизация шиналар қўйиш.

Стационаргача ёрдам босқичида политравмалли беморларга реанимацион протокол тузиш.

1. Вақтинчалик қон тўхтатишда жгут қўйилган вақт.
2. Бемор ҳолатини балл системасида баҳолаш: ЧСС, АБ, Альговер индекси (шок индекси) , пульсоксиметрия.

3. АБ<80 мм. пульс >110/дақ, шок индекси >1,4 бўлган ҳолатларда шошилиш кўп тармоқли интенсив терапия ўтказиш шарт.

4. Реанимацион ёрдамда қуйидагиларни амалга ошириш керак:

- $\text{SaO}_2 < 94\%$ бўлган ҳолатда юз ниқоби ёки бурун катетери ёрдамида кислород ингаляция қилинади.
- оксигенотерапия вақтида $\text{SaO}_2 < 90\%$ бўлган ҳолатда трахея интубация қилинади ва сунъий ўпка вентилляциясига ўтказилади.
- марказий/периферик магистрал веналар катетерланади.
- ГЭК препаратларини 12-15 мл/кг/с тезлик билан инфузия қилиш.
- преднизолон 1-2мг/кг.
- иммобилизацион шиналар қўйиш.

5. Беморни даволаш муассасаларига интенсив терапияни давом эттирган ҳолда олиб келиш.

Тахминий диагноз AMPLE системасида йиғилган анамнез асосида қўйилади

AMPLE системасида анамнез йиғиш тартиби:

- аллергия
- наркотик модда ёки алкоголь қабул қилганлиги
- йўлдош касалликлар
- охири бор овқат еган вақти
- жароҳат вақти ва ҳолати

беморни шокка қарши палатага ўтказганда қуйидаги даво-диагностика режаси қўлланилади.

1. Шошилиш кўрик

- бемор ҳолати: стабил, ностабил, декомпенсация, жон беряпти.
- бир вақтнинг ўзида нафас, қон босими ва МНС иши текширилади.
- иложи борица беморни жароҳат жойини ечинтириш керак.

2. Бемор ҳаётини сақлаб қолишга қаратилган муолажаларни ўтказиш.

- магистрал вена томирига иккита катетер ўрнатиш.
- нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш ва интубация қилиш.
- плевра бўшлиғини дренажлаш.
- бемор ҳаётини сақлаб қолишга қаратилган операциялар

3. Оксигенация ва қон айланишини таъминлаш.

- йўқотилган қон ўрнини тўлдириш.
- сунъий нафас бериш.
- гемодинамика ва вентилляцияни таъминлаш мониторинги.

4. Шошилиш диагноз қўйиш:

Клиник диагноз:

- бош, кўкрак, қорин, чанок, умуртқа поғонаси, мучалар;
- неврологик етишмовчиликлар, периферик пульсация;
- сийдик пуфагини катетерлаш, суткалик диурезни ўлчаш.

Лаборатор:

- Гемограмма (Hb, Ht, такрорий текширув);
- Қоннинг иувчанлиги;
- Қон гуруҳи, бир-бирига – мосликни кесишма синамаси;
- Токсикологик скрининг, сийдик + қон.

Сонография: қорин.

Кўкрак қафаси ретгенографияси, қорин, чанок, умуртқа ёнбош рентгенографияси.

Компьютер томографияси – бош суяги, умуртқа, чанок, қорин, агар шубҳалар бўлса, тахлилани асослаш мақсадида.

Ангиография – мучаларда пульснинг йўқлиги, мучалар проксимал соҳасидаги травмалар, йиртилиши. ISS? SCG шкаласи бўйича травмалар оғирлик даражасини аниқлаш.

5. Шошилиш терапия:

- Шокни даволаш;
- Нафас олишни стабиллаш;
- Бирламчи хирургик аралашувлар;
- Интенсив терапия.

Диагностика ва даволаш фазалари:

Дастлабки минутлардан бошлаб шокка қарши палаталарда ёки интенсив терапия бўлимларида диагностика ва даволаш чора-тадбирлари параллел ҳолда ўтказилади, аммо биринчи навбатда ҳаёт учун хавфли симптомларни бартараф қилиш лозим бўлади. Реанимацион чора-тадбирлар классак ABCD схемаси бўйича ўтказилади.

A (airway) – нафас йўллари, бўйиннинг умуртқа қисмини текшириш.

B (breathing) – нафас.

C (circulation) – қон айланишини таъминлаш (юракни билвосита массаж қилиш, қон кетишини тўхтатиш, инфузион терапия).

D (disability) – неврологик статус.

E (environment) – ечиниш.

Имконсиз ҳолатларда куйидаги шкалага асосланиб мўлжал олинади.

Phase Alpha – ҳаётни сақлаб қолувчи операция – 1 дақиқа давомида ўтказиш.

Phase Bravo – шошилиш тез чора ўтказиш – 5 дақиқа давомида.

Phase Charlie – шошилиш лозим бўлган чораларни 1 соат 30 дақиқа давомида ўтказиш.

Phase Delta – комплекс диагностика ва даволаш (2,3, 21, 23).

Политравма билан азият чеккан беморларни даволаганда сезиларли натижаларни яхшиланиши кўп этапли дастурлаштирилган оператив амалиёт ўтказиш, бу оператив муолажа damage control тактикаси деб номланади. Бу тактиканинг асосий мазмуни шундаки, хирургик аралашувларни этапларга ажратишдан иборат.

1 – этап шошилиш оператив аралашув ҳаётни сақлаб қолувчи чора – тадбирларнинг вақтини қисқартириш учун ва жабрланган беморлар ҳаётини сақлаб қолиш декомпенсация ҳолатини бартараф қилиш кўринишида (операциянинг қолган қисмлари 3 – этапга ўтказилади) бажарилади;

2 – этап интенсив терапия ҳисобидан ҳаётий муҳим функцияларни субкомпенсация босқичига қадар қайта тикланади.

3 – этап амалиётларнинг тўлиқ ҳажми тугатилади.

Узун найсимон суяклар синиши билан келган мучалар травмасида оғир ҳисобланган 1- этап синишларни қаттиқ фиксация қилиш тез ва кам травматик ўчоқдан ташқари усуллар билан оғир асоратлар ривожланиши олдини олиш мақсадида ўтказилади. Одатда, Илизаров аппаратларининг модули (ёки стерженли аппаратлар) қўлланилади.

2 – этап интенсив терапия 1 суткадан 1 ҳафтагача давом этади. Операцияга қарши кўрсатма бўлганда ўтказилади ва бу травматик касалликнинг 3 – даврига мос келади.

3 – этап (травматик касалликнинг 4 – даврига мос келади) синишларнинг аниқ репозицияси ва охирги фиксация бажарилади.

Бир хил гуруҳларда damage control тактикасини қўллаш леталликни камайтиради 66,5% (уни қўлламаганда), 20,1% гача (уни қўлаганда), [4,18]. Клиник, рентгенологик, сонографик, лаборатор текширувдан сўнг кўпгина ҳолларда травма даражасини балл бўйича баҳолаш билан ҳисоблаш ўтказилади. Шикастланиш даражасини бундай баҳолаш оператив чоралар типини ва заруратини белгилаб беради.

Политравма билан келган беморларнинг оғирлик даражасини кўпинча Кома Глазго шкаласи Glasgow Coma Scale – GSC) бўйича баҳоланади. Бу шкала Глазго университети клиникаси (Англия)да ишлаб чиқилган. 1974 йилда Becker ва унинг ҳамкасблари таклиф қилган травмалар даражаси шкаласи (Injury Severity Score – ISS) ва H.Tscherne томонидан

ишлаб чиқилган PTS – Polytraumaschlüssel (политравма калити – Ганновер коди) каби шкалалардан ҳам ҳозирги вақтда фойдаланилади.

GSC – Глазго кома шкаласи неврологик бузилишлар босқичини классификация қилиш учун, яъни бош мия травмасидан кейинги онгни бузилиш даражасини аниқлашда қўлланилади. 1974-йилда Becker ва унинг ҳаммуаллифлари таклиф қилган травмалар даража шкаласи (ISS), анатомо-топографик шикастланишларни баҳолайди. Травмалар оғирлик даражасини баҳолаш учун одам организми 5 қисмгача ажратилади: тери ва юмшоқ тўқималар, бош қисми (юз ва бўйин ҳам киритилади), кўкрак, қорин, мучалар. Алоҳида қисмлар даража босқичлари 5 балли система билан баҳоланади. Бунда 0 дан 5 гача баллар бўлиб, 0 шу соҳада шикастланиш йўқлиги, 5 эса оғир шикастланишга мос келади. Бешта қисмлар баҳолангандан сўнг улардан энг юқори 3 таси квадратга олинади. Ушбу квадратлар суммаси ISS бўйича баҳолаш бўлиб ҳисобланади.

PTS шкаласи – политравма калити, H.Tscherne томонидан ишлаб чиқилган политравмаларни стандартлаш ва классификациялашда қўлланади. Бу зарурий даво чораларини кўриш ва уни олдиндан баҳолашни белгилаб беради. Травмалар даражасининг умумий босқичини ҳисоблаш балларни оддий қўшиш йўли билан Глазго кома шкаласи учун олинган баллардан фойдаланган ҳолда, алоҳида шикастланишлар, биокимёвий параметрлари ва ёшини ҳисобга олиб бажарилади. Бирламчи ташхис тугаллангандан сўнг хавфнинг дастлабки баҳоси аниқланади.

Политравма билан зарарланганларни даволаш фазалари (Wolf, 1978 й.)

Биринчи фаза – реанимация (жонлантириш)

Бу даврда ҳаётни сақлашга қаратилган чора-тадбирлар олиб борилади, интубация қилиниб, нафас олиш меъёрлаштирилиб, қоникарли ҳажмда кислород берилиши таъмирланади, қон айланиш тикланади. Шокка қарши даволаш олиб борилиб беморга қон, эритроцитар масса, плазма ва албумин қуйилади, ишқор ва тузли моддалар алмашинуви коррекция қилинади. Шу билан бирга, оғриқ қолдирилади, параллел равишда бу фазада беморнинг ҳаётини сақлаб қолиш мақсадида қуйидаги клиник текширувлар ўтказилади. Бу текширишлар қон айланиш, нафас олишнинг бузилиши, бош мия сиқилишлари ва орқа мия жароҳатланиш белгиларини аниқлашга қаратилган бўлади. Бирламчи бажариладиган муолажалардан бири кўкрак қафасини дренажлаш амалиёти бажарилади. Бу операцияга нисбий кўрсатма - беморда қовурғаларнинг қўплаб синиши, нафас олиш бузилиши, тери ости эмфиземаси. Абсолют кўрсатма – пневмоторакс ёки гемоторакс. Агар қорин бўшлиғида эркин суюқлик кузатилса ёки қон айланишининг бузилиши ва ностабиллиги кузатилганда бошқа диагностик текширув ва тадбирлар ўтказилмайди ва шошилишч лопаратомияда амалиёти бажарилади.

Асосий шошилишч бажариладиган хирургик амалиётлар: танадаги массив қон кетишларни тўхтатиш, декомпрессив трипонация, юрак томпонадасининг олдини олишга қаратилган тадбирлар бўлиб, бемор ҳаётини сақлаб қолишга йўналтирилгандир.

Бу барча чора-тадбирлар адекват мониторинг қилиш йўли билан кузатиб борилади, баъзида имконият бўлганда беморга “мажбурий ҳолат” берилади ёки ярим ётган ҳолатга ўтказилади. Катта бўғимлар, чанок ҳалқаси, умуртқа поғонаси жароҳатларида ва узин найсимон суяклар синганда адекват стабилизация (иммобилизация) бажарилади.

Иккинчи фаза- бирламчи операцион.

Бу фазада- жигар ва талоқ йиртилиши, катта кўкрак қафаси ва абдоминал жароҳатланиши, чанок суякларинг очик шикастланишида, магистрал қон томирларнинг шикастланиши, тана бўғиқларига ва кўкрак қафаси синусларига массив қон қуйилишлари ҳаётий кўрсатмаларига қараб шошилишч операциялар бажарилади. Шу билан бирга, шокка қарши интенсив даволаш ишлари олиб борилади. Кўп сонли шикастланишларида беморнинг

умумий ахволи қониқарли бўлганда зарур бўлган хирургик амалиётлар бажарилади. Бу амалиётларни ёки даволаш чора-тадбирларнинг кетма-кетлиги ва ҳажмини хирург ва анестезиолог биргаликда аниқланади ва белгиланади томонидан ҳар бир ҳолат алоҳида таҳлил қилиниб операция тури, ҳажми ва вақти белгиланади. Агар техник шароитлар имкон берса бу операцияларнинг кўпгина тури параллел бажарилади ва бу операцияларга қуйидагилар киради:

- Калла суяги трепонация бош мия сиқилиши ва бош мия очик жароҳатларида бажариладиган операциялар;
- Қорин бўшлиғи аъзоларининг жароҳатларида ва қон кетишларида бажариладиган операциялар;
- Магистрал қон томирлар жароҳатларида бажариладиган операциялар;
- Суяк очик синишлари остеосинтези, бўғимларнинг очик жароҳати ва юмшоқ тўқималарининг оғир жароҳатларида қон томир, нерв ва пайлар зарарланганда бирламчи хирургик ишлов бериш;
- Компартмент синдромида фасциотомия қилиш;
- Чанок ҳалқаси ностабил шикастларида ташқи фиксация қилиш;
- Мучалар ампутацияси;
- Сон суяги синиши, елка суяги диафизар синишлари, болдир суяклари синишлари ва умуртқа поғонаси шикастларида скелет ностабиллигини бартараф этиш;

Қорин қўшма жароҳатлари ва чанок ҳалқаси ностабил шикастланишларида қорин бўшлиғи қон кетишлари тўхтатилгандан сўнг чанок ҳалқаси ташқи фиксация аппаратлари ёрдамида стабилизация қилинади.

Суяк очик шикастланишлари учинчи даражасида магистрал қон томирларни тиклаш амалиётидан олдин блокловчи стерженлар ёки ташқи фиксация аппаратлари ёрдамида стабилизация (остеосинтез) қилинади. Шу даврда олинган қон анализи ва электролитлар кўрсаткичларига қараб сув- электролит ва ишқор-кислота мувозанатлари бузилишлари коррекция қилинади, тўлдириб борилади. Шунингдек, қон айланиши ва нафас олиш нормаллашуви таъминланади.

Бу даврда беморнинг кўз қорачиқлари, тана ҳарорати кузатиб борилади, сийдик ажралиши назорат қилинади. Артериал ва марказий веноз қон босими ўлчаб борилади, ЭКГ текшируви ўтказилади, гемоглабин ва гемокрит кўрсаткичи қайта текширилади.

Учинчи фаза- стабилизация

Беморда ҳаётий кўрсатмаларга асосланиб бажарилган операциядан сўнг нафас олиш, юрак-қон томир системаси, ивиш системаси, периферик тўқималар алмашинувини яхшилаш мақсадида интенсив инфузион терапия ўтказилади, шикастланиш оғирлигига қараб стабилизация фазаси 6-12 соатдан бир неча кунгача давом этади.

Стабилизация фазаси мақсади - асосий орган ҳаётий системаларини стабилизация қилиб, беморни кейинги операцияларга тезроқ тайёрлашга йўналтирилгандир. Бу фазада калла суяги компьютер томография, кўкрак қафаси, қорин-чанок ҳалқаси, суяклар рентгенографияси бажарилади. Шунингдек, беморда кўрсатмаларга асосланиб, урограмма қилинади, текширув натижасиларига асосланиб, даво стратегияси режалаштирилади. Лаборатор текширишларда қон ивиш системаси ва қондаги артериал газлар миқдори аниқланади. Хирургик муолажалардан бу фазада перитонеал лаваж, чиқишлар жойига солинади, биринчи навбатда, сон суяги ва суяклар иммобилизацияси бажарилади.

Тўртинчи фаза- иккиламчи операцион.

Барча аниқланган мучалар суяк синишлари стабилизация қилинади муҳим ҳаётий органлар ва системалар шокка қарши даволаниш ўтказилгандан сўнг беморнинг умумий ахволи яхшилангандан сўнг чанок ҳалқаси ностабил шикастланишлари, узун найсимон

суяклар синиши, умуртқа поғонасининг ностабил шикастланишлари тез ва қисқа вақт давомида операция қилиниши лозим.

Бунда операцияларнинг бажарилиши синишлар стабилизацияси, оғриқ ва стресс ҳолатининг камайишига ёрдам беради, шунингдек, иккиламчи қон кетишлар ва кейинги тўқималарнинг олдини олади ва кўкрак қафаси, бош мия жароҳатларини даволашга имкон яратади.

Бу ўз навбатида тана ҳолатини ўзгартириш ва беморни активлаштиришга мойиллик яратади, баъзи ҳолатларда суякларнинг кўплаб синишларида бир вақтнинг ўзида иккита травматолог бригадаси ёрдамида операциялар бажарилади. Бош мия жароҳати сон суяги синиши ва болдир суяклари синиши кузатилганда операциялар бир вақтда ёки кетма-кетликда биринчиси тугагандан сўнг иккинчиси бир-икки соат ичида бажарилади, беморнинг умумий аҳволи яхшиланганда бажариладиган кечиктирилган операциялар қуйидагилар.

- Умуртқа поғонаси ностабил шикастлари;
- Елка суяги диафузар синиши, болдир суяклари синишлари;
- Тез ва қисқа вақт давомида бирламчи даволанмаганда функциясини йўқотиш мумкин бўлган шикастланишлар;
- Эрта муддатдаги бирламчи чоклар қўйиши;
- Жароҳатни пластик қоплаш;
- Фиксация методини эрта алмаштириш (аппаратларни михлари билан алмаштириш);
- Буғимлар реконструкцияси;
- Периферик остеосинтез;
- Юз-жағ суяклари синишлари;
-

Бешинчи фаза – реабилитация

Барча жароҳатлар комплекс даволанади ва шошилиш операциялар бажарилади организмдаги барча гемодинамик электролитлар. Кислота – ишқор мувозанат кўрсаткичлари, моддалар алмашинуви қон ивиш вақти, ўпка функцияси яхшиланиб, барча органлар фаолияти нормаллашгандан сўнг якуний даволовчи операциялар бажарилади.

Бу стадияда юз – жағ жароҳи окулист, уролог ва бошқа мутахассислар: жароҳатларни пластик қоплаш фиксация методларини эрта алмаштириш (ташқи аппаратларни интродимедиялар стержень ва пластинка билан). Кечиктирилган бирламчи чоклар қўйиш ва буғимлар реконструкция операцияларини бажаришади.

Қўшма ва кўплаб шикастланишлар. Қўшма ва кўплаб шикастланишлар олган беморларни даволаш принциплари.

1975 йил Травматолог – ортопедларнинг Бутуниттифок III съездида қабул қилинган Каплан – Пожаринский классификациясига асосан шикастланишлар: чегараланган, кўпламчи, қўшма, комбинирланган турларга бўлинади.

Кўплаб шикастланишлар – бир нечта жароҳатланиш (масалан: суякларнинг кўплаб синишлари, қорин бўшлиғи органларининг жароҳати).

Қўшма шикастланишлар – ҳар хил система органларининг жароҳатланиши (суяклар синиши + бош мия жароҳати, суяк синиши + жигар жароҳати).

Комбинирланган шикастланиш – ҳар хил механизмли қўшма жароҳатлар (суяк синишлари + куйишлар).

Гиршиннинг фикрича, бу классификациянинг асосий камчилиги, жароҳатланишнинг даражаси аниқ берилмаган. Каплан – Пожаринский таснифи шикастланиш турларини тўлиқ белгилаб беради, аммо жароҳатларни даражаси ва ҳажмига аниқлик киритилмаган.

Қўшма шикастланишларнинг асосий хусусияти бу “ўзаро оғарлашув” синдромининг кузатилиши, яъни чегараланган шикастланишга қараганда ҳар бир шикастланиш умумий патологик ҳолатни оғирлаштиради ва ўз навбатида, инфекцион асоратларни юзага келтиради.

(Л.Н. Анкин, Н.Л. Анкин «Практическая травматология. Европейские стандарты диагностики и лечения»).

“Политравма” термини асосан хорижий давлатлар амалиётида ва замонавий травматологияда қўлланилмоқда. 2000 йил «AO Principles of fracture management» журналида «политравма» термини кўплаб шикастланишлар синдроми деган маънони билдириб, шикастланиш даражаси 17 балл билан баҳоланган. Бу ҳолатда организмнинг травматик реакцияси кузатилиб, кўплаб, ҳаттоки зарарланмаган органлар функцияси бузилиши билан кечади. Шикастланишнинг оғирлик даражасини аниқлаш ISS шкаласи бўйича олиб борилган.

- Периферик соҳаларда пульс хусусиятларини баҳолаш (юқорида кўрсатилган томирлар ўзанида систолик эмаслигини тасдиқлаш мумкин).

Шок ҳолатидаги беморларни бирламчи даволаш чоралари: - аниқ массив қон кетиш, манбаларини бевосита бошқариш: бевосита босиш, юқорироқдан жгут қўйиш ёки қон кетаётган томирни тикиш.

- Магистрал веналарга кириш, инфузион терапия, диурез мониторинги, ЦВДни текшириш, қон РН ни текшириш.
- Гематрансфузия қилиш, гематокриомониторинги маълумотларига асосланиб.
- Қон кетишини каммайтириш мақсадида ностабил синишларни шиналаш.
- Ангиография ўтказиш ҳақида қарор қабул қилиш.

Қон кетиши классификацияси:

- D (disability) – неврологик статусни баҳолаш.

Неврологик статусни бирламчи баҳолаш қуйидаги тартибда бўлиши лозим:

- Бемор эс-ҳуши ҳолатини баҳолаш;
- Қорачиқ жавоб реакцияси;
- Барча мучаларда сезги ва ҳаракат жавоб реакциясини баҳолаш.
- Ректал тонусни баҳолаш.

Беморнинг эс-ҳуши ҳолатини текшириш Глазго шкаласи бўйича амалга оширилади, бош мия суяклари травмасининг оғирлик даражасини, бемор ҳолатини нормаллашганини қуйидаги учта белгига асосланиб олдиндан аниқлаш мумкин: кўзини очиши, энг яхши вербал жавоб, мушак жавоблари орқали.

Е (exposure) – тананинг барча қисмларига киришни таъмилаш. Беморни стабиллаш.

- Бирламчи реанимацион чоралар қуйидагилар ўтказилгандан сўнг бир неча соат-кун ўтиб стабилизация фазаси юзага келади:
- Гемодинамикани стабилланиши.
- Органлар перфузияси ва адекват оксигенациясини қайта тиклаш.
- Буйраклар функциясини нормаллаштириш.
- Қон кетиш ва қон йўқотиш натижасида юзага келган бузилишларни даволаш.
- Бу даврда веноз тромбоз ривожланиш хавфи юқори (кўплаб травма олган беморларда 58% гача), шунинг паст молекуляр гепарин ва кам дозада варфарин буюриш шарт.
- Ўпкаларнинг шикастланиши, сепсия, полиорган етишмовчилиги (узқоқ давом этган шокда), сезиларли ҳажмдаги гемотрансфузия, чаноқ суяклари синиши ёки мучалар узун суяklarининг синиши катталар респиратор дистресс синдроми ривожланишига шароит яратади. (ARDS: Adult Respiratory Distress Syndrome).

Оператив аралашув ўтказиш ҳақида қарор қабул қилиш.

Ургент ва эрта оператив аралашув ўтказишга кўрсатма:

- Чаноқ ёки сон суягининг синишида, ўпкада юзага келадиган асоратлар ривожланиш хавфининг юқори бўлиши билан бирга (ёғли эмболия, ARDS).
- Ўткир ёки хавф туғдирувчи компортмент – синдром.
- Очиқ синишлар.

- Магистрал томирлар шикастланиши.
- Бўйин, кўкрак, бел умуртқалари соҳасининг ностабил синиши.
- Остеонекроз ривожланиш ҳавфи юқори бўлиши, сон суяги бўйинчасининг синиши, тўпик суяги бўйинчасининг синиши ёки бошқа суяклар синиши бўлган беморлар.

Беморларни стабиллик ҳолатини аниқлаш.

- Организм ҳолати асосий қўрсаткичининг нормаллашуви.
- Лаборатор таҳлилларнинг маълумотлари.
- Коагулопатия йўқлиги ҳақидаги маълумот
- Гомеостазнинг нормаллашуви ва унинг бир маромда ушлаб турилиши туфайли узок давом этувчи операцияларда ўпкалар ва бошқа органлар дисфункциясининг юзага келишидан хавотирланмаслик мумкин.

Беморнинг ҳолатига боғлиқ равишда кўриладиган чора-тадбирлар режасини алмаштиришга тайёр туриш лозим.

Моно – ёки кўп травмали беморларни баҳолаш

Моно – ёки кўп травмали таянч-ҳаракат аппаратида, эс – ҳуши ўзида бўлган, МНС, кўкрак ва қорин бўшлиғи аъзоларини қўшимча (йўлдош) ҳолатда шикастланиш бўлмаган беморлар учун таянч-ҳаракат аппарати шикастланишини қуйида келтирилган комплекс баҳолаш жуда кўп қўлланилади. Кўплаб травма деганда, битта органлар системасидаги бир неча шикастлар тушунилади (масалан, катта болдир суягининг синиши + билак-тирсак суяқларининг синиши; талокнинг йиртилиши + абдоминал органлардан бирининг санчилган жароҳати). Чанок суяги травмаси ва кичик чанок аъзолари шикастланиши ҳисобланган травмаси бўлган беморларни боҳолашни чанок суяқларининг синишига бағишланган алоҳида бўлимда кўриб чиқамиз. Врач-травматолог таянч-ҳаракат аппаратини шикастланиш структурасини периферик томир-нерв структурасини шикастланиш ҳолати анализи билан бирга баҳолаши лозим.

“Таянч-ҳаракат аппарати травмаси” деб дастлабки ташхис қўйилиб келган беморларни врач аввал травма ҳақида анамнез йиғиши, комплекс баҳолаш олиб бориши, шикастланишнинг ўзи ва шунингдек, бемор ҳолатини тўлиқлигича қўздан кечириш лозим. Бу баҳолаш дастлабки ташхис қўйишини, оптимал даволаш тактикасини танлашни ва оқибат натижаларининг олдиндан аниқлаш имконини беришда тезроқ амалга оширишда ёрдам беради.

Анамнез йиғиш

Травма ҳақида маълумотлар олиш, шикастланиш механизмларни аниқлаш, травманинг вақтини ва беморларнинг асосий шикоятлари (врачга мурожаат этишга мажбур қилган асосий сабаб)ни ойдинлаштириш керак бўлади. Анамнез йиғиш учун, авваламбор, беморнинг ҳуши ўзида бўлиши ёки гувоҳлар бўлиши лозим.

Таянч-ҳаракат аппаратининг шикастланишини баҳолаш қуйидагиларни ўз ичига олади:

- Травма олиш механизмлари (кам ёки юқори энергияли травма)
- Травма характери (политравмани инкор этиш учун)
- Синган соҳа атрофидаги юмшоқ тўқимани баҳолаш)
- Томир-нерв структураси шикастланиши анализи.
- Доминант синишни аниқлаш (шикастланиш).
- Шикастланган сегментни рентген текшириш
- Синиш даражасини аниқлаш
- Синиш турини аниқлаш
- Суяк тўқимаси сифатини баҳолаш (остеопароз бор-йўқлигини)
- Травма олиш механизмлари (кам ёки юқори энергияли травма).

Вертикал ҳолатдаги объектга таъсир этаётган куч тортишиш кучидан 10-12 марта энергияси юқори бўлганда травма юқори энергияли ҳисобланади. Этиологияси бўйича бу шикастланиш баландликдан йиқишиш, ЙТХ натижасида шикастланиш. Бу турдаги шикастланишга индивидуал хусусиятлари ва характеристикасига биноан ўқ-отар қуроллар травма олишни ҳам киритиш мумкин. Юқори энергияли травмада кўпинча кўп фрагментли синишлар, сезиларли даражада юмшоқ тўқималар шикастланишлари ва қон билан таъминланишнинг бузилиши кузатилади. Юқори энергияли травмани репаратив остеогенезга негатив таъсир қилувчи фактор деб қараш мумкин.

Политравма хусусиятлари ёки моношикастланиш

Кўплаб травма олган (эс-хуши жойида бўлган ҳолатда) беморда “псевдоабдоминант шикастланиш” шаклланиши мумкин, яъни бундай шикастланиш қандайдир сабаб туфайли (ўзининг локализацияси, жароҳатда қон кетиш хусусиятлари ва бошқалар) бемор эътиборини асосий бошқа оғир шикастланишдан чалғитади. Врач диагностик ҳатоларни олдини олиш мақсадида беморнинг барча скелет тизимини мануал текшириш ва кўрсатма бўлганда рентгент текширувини ҳам ўтказиш лозим. Бемор ҳушсиз ҳолатда “политравма” ташхиси билан келтирилган вазиятларда лозим бўлган тартибда кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи, умумртқанинг барча қисмларини, чаноқ суяклари ва бош суягини рентген текширувидан ўтказиш керак. Мучалар политравмаси бўлган беморларда рентген текширувга кўрсатма:

- Мучалар тери қопламида шиш, гематома, шилиниш мавжуд бўлганда.
- Шикастланган сегментда характерланмаган ҳаракатларнинг мавжуд бўлиши.
- Бемор ҳушсиз ҳолатда мучалар пальпация қилинганда оғриқ сезгиси белгилари (нафас ритмининг ўзгариши, мучаларни тортиб олиш, товуш сигнал ва бошқ.) пайдо бўлади. Синган соҳа атрофидаги юмшоқ тўқимани баҳолаш. (“Юмшоқ тўқималар шикастланиш классификацияси”га қаралсин).

Томир-нерв структураси шикастланиш анализи (моно – ёки кўп травма). Шикастланиш даражаси ва механизмини билиш, юмшоқ тўқима сегментининг шикастланиш ҳолати, периферик қон айланиши ва иннервацияни мануал текшириш томир-нерв структурасини баҳолаш имконини беради.

Периферик қон айланишининг шикастланиш диагностикаси учун керак бўлади:

- Синишдани дисталроқда жойлашган магистрал томирлар пульсациясининг мавжудлиги аниқлаш. Монолатерал мучаларнинг бир нечта синишларида диагностикани дистал синишдан бошлаш лозим.
- Пульсация йўқлигида шикастланиш даражаси билан аниқлашда пульсация перифериядан марказга томон аниқлаб борилади.

Периферик нерв стволларининг шикастланишини диагностика қилиш учун:

- Ҳаракат активлигини текшириш. Бунинг учун бемордан характерли ҳаракатларни бажариш сўралади.
- Юқори мучалар қисмининг мушакости нерви
- Жимжилоқ қисмига тирсак нервининг келиши (тирсак бўғимидан пастда шикастланишларда)
- Ўрта нерви- 1- ва 2- бармоқларнинг букилиши
- Билак нерви-тирсак бўғимида ёзилиши, 1-бармоқ бурилиши
- Сон нерви- сон чаноқ бўғимидан букилиши, тиззанинг ёзилиши
- Чуқур кичик сон нерви-оёқ бош бармоғининг ёзилиши
- Йирик сон нерви- оёқ бош бармоғининг букилиши
- Маълум нерв билан таъминланган соҳанинг тери сезгирлигини текшириш
- Пай рефлексларини текшириш

Юқори соҳаларда жойлашган нерв стволларининг зарарланиши “Умurtқа” бўлимида кўрсатиб ўтилган. Ёпиқ ёки кўплаб травмалар анатомик ёки физиологик нерв стволларининг

узилиши, магитсрал томирлар узилиши уларни қайта тикловчи ургент операция ўтказишга кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

Кўплаб травмаларда доминант шикастланишини аниқлаш. Доминант шикастланиш кўплаб травмаларда қўлланиладиган терминдир. Бу шикастланиш беморнинг умумий ҳолатига ёки унинг ҳаётига асосий хавф солувчи ва биринчи ўринда стабиллашган мажбур қиладиган ҳолат ҳисобланади. Масалан: Сон суягининг пастки 1/3 қисмининг ёпиқ синиши (33 A2) билан бирга келганда. Бундай ҳолда доминант шикастланиш сон суягининг синиши ҳисобланади. Бу синиш биринчи навдаги стабиллашни талаб қилади, бунда синган бўлақларнинг аралашishi тиззадан пастки соҳани нерв-томир тутамларини механик зарарлаши мумкин. Бир нечта бир хил оғирлик даражасига эга бўлган турли сегментлар шикастланишида ёки бир сегментни манипуляция қилиш бошқа бир сегмент синиши туфайли қийин бўлганда, стабилизация қилишни шундай сегментдан бошлаш керакки, стабилизация қилиш кам травмали (енгил бажарилувчи) ва бошқа сегментда манипуляция қилишни осонлаштириши лозим. Масалан, биллак-тирсак суяклари синиши (22 A₃) ва елка суягининг диафиз қисмининг синиши (12 A₂) биллак нервининг травмасига шубҳаланиш билан АВФ биллак-тирсак суяклари стабилизациясини ва яна кейин елка соҳасида нервнинг очик ревизиясини бошлаш керак бўлади.

Синиш даражаси

Синиқ фрагментларининг характерли аралашуви мушаклар тортишуви ва синиш даражасига боғлиқ, бунда турли фрагментларда мушакларнинг ўзаро бирикиш нуқтасига боғлиқ бўлади.

Характерли аралашиларни билиш қуйидагиларни аниқлашга имкон беради:

- Томир-нерв структурасининг шикастланиш хавфи
- Фрагментлар репозициясининг методикаси
- Фиксация методи
- Репозицияни иккиламчи йўқотиш хавфи

Синишни рентгенологик текшириш

Синган соҳани рентген текширувини ўтказишда умумий ва маҳаллий қоидалар мавжуд.

Умумий қоидалар:

- Текширув ўтказишда кам травмативлик,
- Иммобилизацияловчи шиналарнинг томир-нерв структурасини шикастлаш хавфи юқори бўлганда ўтказилиши шарт бўлган рентген текширув.
- Диафизар синишларда ёнма-ён буғимларни эгаллаш.

Маҳаллий қоидалар аниқ сегментлар проекциясида кўпроқ информатив ва бир-бирига мос келувчи бўлимларда кўриб чиқилади.

Синишлар турини аниқлаш (“Синишлар классификациясига” қаралсин)

Суяк тўқимаси сифатини баҳолаш маъқул эмас. Аммо бир қатор алоқадор белгилар (беморнинг ёши ва жинси, аввалги травмалар ва йўлдош патология, айрим препаратларни давомли қабул қилиш, травма юзага келгунда қадар физик активлик, ушбу травманинг эскирганлиги) ва стандарт рентгенограммаларнинг анализ натижалари (суяк трабекуляр структурасининг ўзгариши, кортикал индексининг ўзгариши) шикастланган суяк тўқимаси сегментини структур-функционал ўзгаришини тахмин қилиш имконини беради.

Суяк тўқимасининг сифати фиксацияловчи курилма (остеопорозда LCP пластинаси) ва синишда фиксация методини танлашга боғлиқ.

Беморни баҳолаш ўз ичига олади:

- Бемор ёшини;
- Социал статусини;

- Йўлдош патологиялари мавжуд бўлиши;
- Аввалги травмалар ва уларнинг оқибатларини;
- Травмагача бўлган касби ёки мучалар функцион талабларини;
- Беморнинг операцияга розилигини;
- Ҳамкорликка тайёргарлигини (ёзилган режимларга амал қилиш ва тавсияларни бажариши).

Умurtка погонаси функциялари:

1. Умurtканинг қомат вазифаси
2. Орқа миёни химоя қилиш
3. Кукрак қафасини ҳосил қилишда иштирок этади, шу билан у курак қафаси ичи органлари турли хил шикастлардан химоя қилади.

Чанoқ суяги ҳали организмда жуда асосий скелет тузилмаси ҳисобланиб:

- 1) гавданинг вазнини пастки мучаларга утқази.
- 2) чанoқ ичи аъзоларини химоя қилади ва бошқа бир қанча муҳим функсияларни бажаради.

Илм-фан жуда катта тезлик билан ривожланиб бормoқда. Шу билан бирга медистина ҳам ривожланмоқдаки, бир қанча янги-янги даволаш усуллари ишлаб чиқилиб уз асосини топмоқда.

Травматология ва ортопедия соҳасида ҳали кейинги йилларга жуда катта ютуқларга еришилаётгани, буни амалда куриб турибмиз. Умurtка погонаси ва чанoқ аъзолари шикастлари кейинги пайтларда куп учрамоқда. Бу асосан жамиятга техниканинг, тугрироги автомобилларнинг кириб келиб, кейинги пайтларда шиддат билан ривожланишига боғлиқ. Бу шикастларда уз вақтида диагноз қуйилиб, яхши даво чоралари олиб борилмаса жуда ҳам ёмон асоратлар қолдириши мумкин.

Умurtка погонаси ва чанoқ суяги анатомияси ҳақида қисқача маълумот.

Умurtкалар жойлашувига кура буйин, курак, бел, думғаза ва дум умurtкаларига бўлинади:

1. Буйин умurtкалари 7 дона бўлиб, юқоридан биринчи ва иккинчи умurtкалар бошқа бештасидан тузилиши билан анча фарқ қилади. Барча умurtкалар қаби буйин умurtкаларида ҳам қуйидаги қисмлар тафовут қилинади:

- 1) танаси
- 2) кундаланг усиклари
- 3) уткир усик бўлиб, барча умurtкалар умurtкалараро дисклар билан бир-бирига тегиб туради. 6 - умurtканинг олдинги думбоғи олдидан уйку артерияси утганлиги учун “уйку думбоғи” деб аталади. Артерия жароҳатланганда ана шу думбоқчани босиб қон тухтатади.

2-5 буйин умurtкалари танасининг орқа томонидан жойлашган уткир қиррали усиклар қалта ва учи айри бўлади.

2. Одам умurtка погонасининг курак қисмида 12 дона курак умurtкаларининг икки ёнбошида ва кундаланг усимталарига 12 жуфт ковурганнинг бугим ҳосил қилиб қушилиб туриши сабабли улар бошқа умurtклардан ажралиб туради.

3. Бел умurtкалари 5 дона бўлиб, гавда огирлиги тушгани сари катталашган танаси бўйрак шаклига ухшаш тус олган. Жароҳатлар ҳам шу соҳа умurtкаларида бўлади. Уткир қиррали усиклари ҳаракатчан бўлганидек тугридан тугри орқага қараб жойлашган.

4. Думғаза умurtкалари 5 дона бўлиб, 17-25 ёшга бориб узаро қушилиб, битта думғаза суягини вужудга келтиради. Бу ҳам одамнинг вертикал ҳолатда утириши билан гавда огирлигининг думғаза умurtкаларига тушиши натижасида ҳосил бўлган. Думғаза суяги учбурчак шаклидадир.

5. Қолдик умurtкалари бўлган дум умurtкалари 4-6 донадир. Улар урта ёшли одамларда суяқланиб, дум суягини вужудга келтиради.

Чанок суяги иккита ялпок чанок ёки номсиз суякдан иборат булиб, одамнинг юришида гавда огирлигини оёкка утказди ва чанок бушлигидаги аъзоларни ташки мухит таъсиридан саклаб туради.

Урта яшар одам суякларида урта айрим суяклар ёнбош суяги, ков суяги ва куймич суяги тафовут килинади. Бу суяклар 14-16 ёшга киргунча алохида жойлашади сунгра, тогай пластинкалари воситасида узаро кушилади ва кейинчалик суякланиб, бир бутун чанок суягини ҳосил килади. Чанок суягининг ташки юзасида (учала суякнинг узаро бирлашган жойида) сон суягининг боши кириб турадиган куймич косаси (астетабулум) булиб, гир атрофи ярим ой бугим юзаси билан уралган.

Ёнбош суягининг танасидан юкорига сербар пластинка, канот шаклида кенг булиб, мускуллар ёпишади. Ёнбош суягининг каноти ташки юзасида мускуллар ёпишадиган учта гадир-будир чизиклар бор.

Ков суягининг калта ва кенг кисми танаси булиб, куймич косасининг олдинги булагини ҳосил килади. Ков суягининг юкори ва пастки бутоклари бурчак ҳосил килиб, узаро бирлашиб туради. Ана шу бурчакнинг медиал чеккаси юзасида жойлашган овал шаклидаги чузинчок бугим юза оркали иккита ков суяклари узаро бирлашади.

Куймич суягининг ков суягига ухшаш куймич косаларини ҳосил килишда катнашадиган кисми, танаси ва уни етган бутоти бор. Ана шу буток бурчак ҳосил килиб, пастки бутокка утади. Бу еса ков суягининг пастки бутоти билан кушилади. Куймич суяги иккала бутокларнинг узаро бирлашган жойи кенгайиб, югонлашган куймич думбогини ҳосил килади.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ.

Умуртка погонасининг синишлари куйидагиларга булинади:

1. Стабил синишлар
2. Ностабил синишлар

Умуртка погонаси синиб силжиши кузатилмаса, бунга:

- а) умуртканинг уткир, кундаланг усикларидан синиши
- б) умурткаларнинг юкори ёки пастки киррасининг синиши.

Умуртканинг орка бойлам аппаратларининг узилиши билан кечадиган синишлар. Бундай синишларга:

- 1) орка танасининг синиши
- 2) умуртка танасининг титилиб синиши
- 3) умурткаларнинг синиб чикишлари киради.

Чанок суякларнинг синишлари куйидагиларга классификация килинади:

куймич косаси жароҳатланишига караб чанок суяклари жароҳатланиши куйидаги гуруҳларга булинади:

- а) чекка синишлар:

Бу чанок халкасининг ҳосил килишда катнашмайдиган суякларнинг синиши. Бу гуруҳга куймич суяк думбокчалари дум, думгоза – ёнбош бирикмаси пастдан думгозанинг кундаланг синиши, ёнбош суягининг синиши, ёнбош олд суяги устки усиги синиши киради.

- б) чанок халкаси узлуксизлигининг бузилмасдан синиши:

Бу чанок халкасини ҳосил килувчи суякларнинг синиши, чанок халкаси мустахкамлиги пасаяди. Лекин таянч вазифаси сакланади. Чунки чанокнинг хар иккала ярим думгоза билан ёки тугридан тугри ёки иккинчи ярим халкаси боғлаган булади. Бундай синишлар:

1. Ков суяк шохининг бир ёки икки томонлама синиши
2. Куймич суякларининг бир ёки икки томонлама синиши
3. Ков суяги бир шохининг бир томондан ва куймич суягининг иккинчи томонидан синиши киради.

в) чаноқ халкаси узлуксиз бузилиб синуш: бундай жароҳатларга чаноқ суягининг хар кайси ярим думгаза билан факат уз томонидан боғланган. Чаноқнинг таянч вазифаси бузилади. Бундай шикастланишларга:

- 1) думгазанинг вертикал синуши ёки думгаза ён қисмининг синуши
- 2) думгаза ёнбош бирикмасининг бузилиши
- 3) ёнбош суягининг вертикал синуши
- 4) қов суяги хар иккала шохининг факат бир томонлама ёки икки томонлама синуши
- 5) қов ва қуймиш суяқларининг факат бир томондан ёки икки томондан синуши

г) қов бирикмасининг узилиши киради.

д) бир вақтнинг узида олдинги ва орқа ярим халкалар узлуксизлиги бузилиши. Бундай синушлар чаноқ суяги ярмининг думгаза билан алоқаси улик юқолади. Чаноқнинг таянч вазифаси бузилади. Малгения синушлари қуйидагича тафовут қилинади:

1. Икки томонлама Малгения типигаги синуш олдинги ва орқа ярим халкалар хар икки томондан синади.
2. Бир томонлама ёки вертикал Малгения типигаги синуш олдинги ва орқа ярим халкалар билан томондан синади.
3. Қуймиш ёки диагональ Малгения типигаги синуш олдинги ярим халка бир томондан, орқа ярим халка иккинчи томондан синади.
4. Номсиз суяқнинг чиқиши думгаза, ёнбош ва қов бирикмаларининг узилиши.
5. Қов бирикмаси узилиши билан чаноқ суяги олдинги ярим халкасининг синуши киради.

Қуймиш қосасининг синуши қуйидагилар билан тафовут қилинади:

1. Қуймиш қосаси четининг синуши ёки соннинг чиқиши (қупинча орқа, юқори).
2. Қуймиш қосаси тубининг синуши ва соннинг маркази.
3. Сон суяги бошқасининг чаноқ бушлиги томонига силжиши, чиқиши.

Умurtка погонаси шикастланишларининг клиникаси ва диагностикаси.

Беморнинг асосий шикастлари асосан огрик булиб, огрик жароҳатланган умurtка соҳасида жуда қучли булади. Огрик шикастланган умurtкадан 2-3 та умurtкаларни ҳам егаллайди. Огрик локал булиши мумкин ёки илдизли булиши мумкин. Илдизли огрикларнинг асосий сабаби силжиган умurtка булақларининг босими, умurtкалараро дискларнинг ёзилишидан келиб чиқади.

Огрик интенсивлиги факатгина суяк шикастланишига боғлиқ булмасдан, балки юмшоқ туқималар жароҳатидан ҳам келиб чиқади.

Баъзи ҳолларда умurtкалар шикастланиши бошқа орган шикастлари билан алмаштирилади. Бундай пайтларда бемор врач диққатини умurtка погонаси шикастларидан келиб чиққан огрикка жалб қилмайди ва шикаст сезилмасдан утиб кетади.

Агар жароҳатланган соҳада қон талашлар булса, бу пайтда жароҳатнинг қайси соҳада ва қандай механизм билан келиб чиққанлигини аниқлаш мумкин.

Умurtкалар синганда бемор асосан мажбурий ҳолатда буладики, бу айниқса, бўйин умurtкалари синуши ва чиқишларида қузилади. Орқани қурганда аввал умurtка погонасининг физиологик буқилмаларига ётибор бериш керак. Мускуллари яхши ривожланган одамларда Вожжей симптоми, яъни таранглашиш симптоми яққол қуринади. Бу симптом асосида орқанинг узун мускуллари таранглаши валиқ қурунишини олади. Жароҳат соҳасида умurtка усикларининг палпастия қилганда бемор қучли огрик сезади. Палпастияда огрикдан ташқари синган умurtканинг патологик силжишини аниқлаш мумкин.

Бел умurtкалари шикастларида қорин соҳасида ҳам огрик булиши мумкин. Бунга сабаб қорин парда орти гематома булганда келиб чиқади. Асосан қуёш қигалининг таъсирланишидан огриклар келиб чиқади. Қасалликни яъни умurtка погонасининг синушини утқир қорин билан диф.диагностика қилиш учун шикастланган умurtкани Шнек бўйича

анестезия килиш керак. Рентгенологик текшириш жуда катта ахамиятга ега булиб, жуда катта маълумот олиш мумкин. Рентгенологик текшириш биринчи навбатда обзор рентгенограммдан бошланади. Обзор рентгенограмма асосан икки проексияда олд, орка ва ён томондан. Кейинчалик агар бунда ҳам кийинчилик тугилса, яъни шубҳа булганда рентгенограмма, томограмма килиш мумкин. Бундан ташқари умурткаларнинг тумток проексия рентгенограмма ҳам килиш мумкин. Бунда асосан патологик учокнинг патологияси хакида, ундаги узғаришлар хакида маълумотлар олиш мумкин. Умурткаларнинг бугимлар холатини, усикларини, узғаришларини аниклаш мумкин.

Чанок суяклари шикастларининг клиникаси ва диагностикаси.

Чекка синишларда купинча шикастланиш натижасида яъни шикастловчи куч суякнинг у соҳасига юналганда содир булади. Бундан ташқари ёнбош каноти синиши чанокнинг киска вакт ичида кисилиши натижасида ҳам содир булади. Ёнбош суяги устки усиги синиши мушакларнинг каттик таранглашувида узилган холда булиши мумкин. Бундай жароҳатланишлар енгил жароҳатланишларга киради ва камдан – кам холларда қарахтлик билан кечади. Беморлар узини шундай яхши хис етадики, ҳақим қабулига узи кириб келади.

Ёнбош олд суяги устки узилишида, узилиш жойида огрик ва чегараланган шиш аникланади. Тикувчилар ва сон сербар пардасини тарангловчи мушаклари таъсири остида суяк синиги пастга ва ташқи томонга силжийди, шу сабабли муча кискаргандек булиб туюлади. Баъзан Лозинскийнинг ”орка юриш” аломати яққол намоён булади. Шу вақтнинг узида оёқни орқада куйганда камрок огрик чиқаради. Думгаза ва думнинг кундаланг синишида думгаза соҳасидан ташқари яна деффексия ёзилиш пайтида ва утирмокчи булганда кийинчилик, кучли огрик сезади, қараганда думгаза соҳасида шиш аникланади. Пайпаслаганда маҳаллий огрик сезади. Тугри ичак томонидан дистал синик бармок билан босилганда жароҳат соҳасида каттик огрик чиқаради.

Чанок халқасининг узлуксизлигининг бузилмасдан синиши.

Чанок суягининг синишлари мураккаб булмаган беморларнинг умумий аҳволи коникарли булади. Ков соҳасига ёки ораликка тегилганда бемор каттик огрик сезади. Огрик оёқни ҳаракатлантирганда кучаяди.

Ғабай аломати, яъни бемор орқаси билан ётганда ёнбошига бураганда чанок шикастланган томондаги оёғи сог оёғи болдири ёки товон билан ушлайди. Ёнбошидан орқасига ётганда буралганда ҳар иккала оёғини шу ҳолатда маҳкам тутаяди. Чанокнинг ён томондан ва олдиндан орка юналишда кисиш ҳамда ков ёки куймич думбокчаларини пайпаслаш соҳасида огрик чиқаради.

Баъзи холларда ”ёпишган товон” аломати ижобий булади, яъни бемор тугриланган оёғини кутара олмайди, лекин кутарилган оёғини ушлаб туради. Купинча бемор тугриланган оёғини кутариб, кутарган оёғини ушлаб ҳам туролмайди.

Чанок халқаси узлуксизлиги бузилиб синиши.

Чанок жароҳатларининг енг куп учрайдиган (50%) гуруҳи хисобланиб, купинча чанок аъзоларининг жароҳатланиши билан кечади.

Чанок олдинги ярим халқасининг жароҳатланишида бемор чанок соҳасида ва ораликлари огрикка шикоят қилади. Оёқни ҳаракатлантириш огрикнинг купайишига олиб келади. Бемор мажбурий ҳолатда булиб, ков суяги юқори соҳаси ва куймич суяклари синганда кузатилади, оёқ, чанок, сон ва тизза бугимларида букилади. ”Қурбақа ҳолатида” булади. Сонларни ёзилтиришда интилиш огрикни кучайишига олиб келади. ”Ёпишган товон” аломати ижобий. Ков ва куймич думбоклари соҳаси пайпаслаганда огрикли. Чанокни олдиндан ва ён томондан кисганда синик соҳасида огрикни кучайтиради. Ёнбош суяги канотини ён томонга босиш каттик огрик беради. Ков бирлашмаси узилганда ков суяклари оралиги катта булганда баъзан улар орасидаги оралик пайпасланади.

Куймич косасининг синиши. Куймич косаси тубининг синиши ва сон бошчасининг марказий чикиши энг огир шикастланишларга киради. Бундай синишлар чаноқнинг катта кустлар сохасидан ён томондан қисилиши натижасида содир бўлади.

Клиник қуринишларда чаноқ сон ёки бугимда огрик ва унинг вазифасининг бузилиши устунлик қилади. Агар синиш билан бирга сон бошчаси чикса чаноқ сон бугими вазифаси купрок бузилади. Бу вақтда катта куст учи Розер-Нелатон чизигидан юкорида туради. Оёқ чикиши характерли қуриниш олади. Сон марказий чикишида катта куст сохасининг чуқурлашуви кузга ташланади.

ДАВОЛАШ. Умуртка погонаси шикастларида даволаш. Умуртка погонаси шикастларида биринчи ёрдам курсатилгандан кейин бир нарсани есда тутиш керакки, умуртка погонаси умуман ҳаракатланмаслиги керак акс ҳолда, орқа мия шикастланиши мумкин. Бундай беморлар махсус насилкалар билан ташилади.

Консерватив даволаш методи. Умуртка погонаси шикастланганда энг куп шикастланадиган усуллар бир моментли репозиция (босқичли корсет қуйиш билан).

Хулоса қилиб айтганда, умуртка погонаси ва чаноқ суягининг синишини урганиш ва уни даволашни амалда қуриб уни амалга оширишга ҳаракат қилиш муҳим аҳамият касб этади. Асосан, бу турдаги синишлар турмуш шароитида куп учраб, уларга биринчи тиббий ёрдам курсатишни урганиш керак. Шунинг ҳам айтиб ўтиш керакки, бу турдаги синишларни келиб чиқишига олиб келувчи сабабларнинг олдини олиш керак, яъни одамларга турли ҳилдаги тушунтириш ишларини олиб бориш лозим.

Ўзбекистон мустиқликка еришгандан сунг, тиббий ислохотлар ҳам юлга қуйилди. Бу ҳозир уз махсулини курсатмоқда. Кадрлар тайёрлаш мақсадида ривожланган хорижий давлатларда бошқа соҳа вакиллари каби тиббиёт вакиллари ҳам тажриба оширмоқдалар. Ривожланган техник воситалар билан тиббиёт соҳасининг таниқлилиги бошқа юналишлардаги каби травматология ва ортопедия соҳасида ҳам юлга қуйилганки, булар уз натижасини ҳаётда яққол ифода етмоқда.

Мавзу бўйича тест саволлари.

1. Травматик шокнинг 1 даражасида пулс, қанча бўлади ?

- А)120
- Б)100
- В)80
- Г)90
- Д)140

4. Кон кетишдан кейинги шок бу ?

- А)постгеморрагик
- Б)посттранфузион
- В)посттравматик
- Г)постинфузион

2. Травматик шок 2 даражасида пулс қанча ?

- А)120
- Б)100
- В)80
- Г)90
- Д)140

5. Шок бу ?

- А)марказий нерв системасига вақтинча кон келмаслик
- Б)қучли ташқи факторга МНС жавоб реаксияси
- В)огрик интоксимкасиядан сунгги қарахтлик
- Г)каттик стрессдан сунгги ҳолат

3. Травматик шокнинг 3 даражасида пулс қанча бўлади ?

- А)120
- Б)100
- В)80
- Г)90
- Д)130 дан ортик

6. Шокнинг 1 даражасида артериал кон босимини нечига тенг?

- А)80 - 90 мм.сим.уст.
- Б)75 мм.сим.уст.
- В)100 мм.сим.уст.
- Г)120 мм.сим.уст.
- Д)130 мм.сим.уст.

7. Шокнинг 2 даражасида артериал кон босими нечига тенг?

- А)80- 90 мм.сим.уст.
- Б)75 мм.сим.уст.
- В)120 мм.сим.уст.
- Г)130 мм.сим.уст.

8. Шокнинг 3 даражасида артериал кон босими нечига тенг?

- А)80- 90 мм.сим.уст.
- Б)75 мм.сим.уст.
- В)100 мм.сим.уст. ва ундан кам
- Г)120 мм.сим.уст.
- Д)130 мм.сим.уст.

9. Шокнинг 1 даражасида неча литр кон куйиш тавсия килинади?

- А)550 мл
- Б)1000 мл
- В)1500 мл
- Г)2000 мл
- Д)2500 мл

10. Шокнинг 2 даражасида неча литр кон куйиш тавсия килинади?

- А)550 мл
- Б)1000 мл
- В)1500 мл
- Г)2000 мл
- Д)2500 мл

11. Травматик шок тананинг қайси қисми зарарланганда куп юзага келади?

- А)чанок
- Б)корин
- В)сон
- Г)болдир
- Д)кукрак

12. Травматик шок фазаларининг курсатинг ?

- А)еректил
- Б)торпид
- В)агонал
- Г)а ва б жавоблар тугри
- Д)б ва в жавоблар тугри

13. Остеоклазия бу ?

- А)коррекция қилиш учун суякни эпик усулда синдириш

Б)коррекция қилиш учун суякни очик усулда синдириш

В)суякни оператив усулда кесиш

Г)суяк булақларини метал билан фиксациялаш

14. Катта болдир суяги синганда скелет тортма қаердан қуйилади?

- А)болдир гадур - будуридан
- Б)тупиклардан
- В)диафизидан
- Г)товондан

15. Монотравма бу ?

- А)1 та орган жарохати
- Б)2 та орган жарохати
- В)куп орган жарохати
- Г)мия жарохати

16. Политравмага қанақа жароҳатлар қиради?

- А)қушма жароҳат
- Б)комбинирланган
- В)куплаб жароҳат
- Г)хаммаси тугри

17. Куплаб шикастланиш бу ?

- А)таянч ҳаракат системаси бир неча сегментдан шикастланиши
- Б)ички орган ва таянч - ҳаракат системаси шикастланиши
- В)хар хил травматизацияловчи факторлардан/ механик, Г)термик, радиацион/
- Д)хаммаси тугри

18. Қушма жароҳат бу ?

- А. таянч ҳаракат системаси бир неча сегментдан шикастланиши
- В. ички орган ва таянч - ҳаракат системаси шикастланиши
- С. хар хил травматизацияловчи факторлардан/ механик, термик, радиацион/
- Д. хаммаси тугри

19. Комбинирланган шикастланиш бу ?

- А. таянч- ҳаракат системаси бир неча сегментдан шикастланиши
- В. ички орган ва таянч - ҳаракат системаси шикастланиши

- С. ҳар хил травматизацияловчи
факторлардан/ механик, термик,
радиация/
- Д. ҳаммаси тугри
20. Куплаб шикастланишга мисол келтиринг ?
- А. сон суяги ва биллак суяклар синиши
В. жигар ерилиши ва сон суяги синиши
С. куйиш, радиация, биллак суяк синиши
Д. мияни очик шикастланиш, ликворея
Е. ҳаммаси тугри
21. Кушма шикастланишга мисол келтиринг ?
- А. сон суяги ва биллак суяклар синиши
В. жигар ерилиши ва сон суяги синиши
С. куйиш, радиация, биллак суяк синиши
Д. мияни очик шикастланиш, ликворея
Е. ҳаммаси тугри
22. Комбинирланган шикастланишга мисол келтиринг ?
- А. сон суяги ва биллак суяклар синиши
В. жигар ерилиши ва сон суяги синиши
С. куйиш, радиация, биллак суяк синиши
Д. мияни очик шикастланиш, ликворея
Е. ҳаммаси тугри
23. Политравма билан бемор стационарда тушган қанақа этап ердан курсатилади ?
- А. 1 этап реанимация а/ 1,2,3,4
В. 2 этап -даволаш б/ 1,2,3
С. 3 этап реабилитация в/ 1,2
Д. санатория г/ 1
25. Терминал ҳолат даражаларини айтинг ?
- А. предагонал
В. агонал
С. клиник улим
Д. ҳаммаси тугри
26. Травматик шок фазалари ?
- А. еректил а/ 1,2
В. торпид б/ 3,4
С. енгил в/ 1,2 ва 3,4
Д. огир
Е. тугри жавоб юк
27. Травматик шок даражалари?
- А. енгил а/ 1,2,3,4,5
В. урта б/ 1,2,3,4
- С. огир в/ 1,2,3,5
Д. ута огир г/ 1,3,5
Е. терминал д/ 1 ва 3
28. Кон куйиш бу ?
- А. гемоперфузия
В. гемотрансфузия
С. гемопоез
Д. гемосортсия
29. Егли емболия купинча учрайди ?
- А. ег қавати жароҳатида
В. атеросклерозда
С. болдир ва сон суяги синишида
Д. ички органлар ерилишида
30. Ташқи таъсир воситасида организмда кузатиладиган жароҳат
- а) травма
б) куйиш
в) синиш
г) чиқиш
31. Бир сегментда травма кузатилса
- а) монотравма
б) политравма
в) травма
г) ҳаммаси
32. Бир сегментнинг 2-3 жойидан суяк синса
- а) полифокал монотравма
б) монотравма
в) политравма
г) травма
33. Политравмалар пайдо бўлиш сабаблари неча гуруҳга бўлинади
- а) 2
б) 6
в) 4
г) 5
34. Монотравмада неча % ўлим учрайди
- а) 2%
б) 5%
в) 6%
г) 9%
35. Политравмада неча фоиз ўлим чиқади
- а) 16%

- б) 20%
- в) 25%
- г) 30%

36. Қўшма травмаларда неча % ўлим учрайди

- а) 50%
- б) 80%
- в) 30%
- г) 40%

37. Травматик шок ривожланишида нечта омил боғлиқ

- а) 3
- б) 4
- в) 5
- г) 6

38. Шок сўзи инлизча нима деган маънони англатади?

- а) зарба
- б) қисилиш
- в) жароҳат
- г) синиш

39. Шокни нечта босқичи бор?

- а) 3
- б) 4
- в) 5
- г) 6

40. Шокнинг энгил босқичида пулс

- а) 90-100
- б) 120-100
- в) 50-80
- г) 80-90

41. Шокнинг ўрта босқичида пулс

- а) 110-120
- б) 120-130
- в) 130-150
- г) 140-160

42. Шокнинг оғир босқичида пулс

- а) 130 дан юқори
- б) 120
- в) 110
- г) 90-100

43. Шокнинг энгил босқичида артериал босим

- а) 100-60

б) 110-70

в) 120-80

г) 130-90

44. Шокнинг оғир босқичида артериал босим

- а) 75 ва ундан паст
- б) 85
- в) 95
- г) 110

45. Неча % травматик шокка тушган касалларни кўп қон кетиш натижасида рўй беради:

- а) 95%
- б) 100%
- в) 80%
- г) 75%

46. Қон кетиш ҳажмига қараб нечта бўлади?

- а) 3
- б) 5
- в) 9
- г) 7

47. Политравма клиник ўтишида нечта давр кузатилади?

- а) 3
- б) 5
- в) 6
- г) 7

48. Политравма клиник кечиши биринчи даврида неча ҳафта давом этади?

- а) 2-3 ҳафта
- б) 4-5 ҳафта
- в) 6-9 ҳафта
- г) 8-9 ҳафта

49. Политравмада ўзаро оғирлаш синдроми нима?

- а) ўзаро қўшилиб келган жароҳатлар
- б) консерватив даво еффе́к_тсизлиги
- в) оператив даво асоратли бўлиши
- г) тўғри авоб йўқ

1. Чаноқ суяклари киррали синишларига қайси суяклар синиши киради?

А. Ёнбош суяги, усикларнинг синиши, дум суяклари, куймич *думбоклар синиши

- В. Куймич суяклари 1 ёки 2 томонлама синиши
С. Думгазанинг вертикал синиш
D. Симфезнинг ажралиб кетиши
E. Хамма жавоблар тугри
2. Чанок суяклари синганда даво мақсадида қайси шина туридан фойдаланилади?
A. Биллер шинаси*
B. Яланский шинаси
C. Дидерихс шинаси
D. Турсимон шина
3. Қайси ҳолатларда чанок сон бугимини алмаштириш мумкин эмас.
A. Чанок сон бугими йирингли жараёнларда окмаларда, сил гарнулёмасида*
B. Икки томонлама анкилоз коксоартрозлар
C. Артрозоартритлар, суяк усмалари
D. Тугри жавоб юк.
4. Чанок суяклари синганда қайси гипсли бойлам туридан фойдаланилади.
A. Кокситли бойлам*
B. Ганитли бойлам
C. Лангетали бойлам
D. Торакабронхиал бойлам
5. Болалард чанок суяклари чеккалари синганда ақайси даво усули кулланилади?
A. Консерватив*
B. Оператив
C. Скелетли тортиш
D. Тугри жавоб юк.
6. Чанок суяқларидан қайси бири синганда ёпишган товон белгиси кузатилади?
A. Ков суяги горизонтал шох синганда
B. Куймич суяги синганда
C. Дум суяклари синганда
D. A ва B
7. Болаларда чанок суяклари синишининг неча хил тури бор ва улар қайсилар?
A. Чанок халкасининг бутунлиги бузилган холда синиши*
B. Бузилмаган холда
C. Куймич коссасининг синиши
D. Чанок суяклари чеккаларининг синиши
8. Бака ҳолати-оёқлар тизза ва чанок сон бугимида букилиб керишган, қайси суяк синганда кузатилади?
A. Чанок халкасининг олдинги қисми синганда*
B. Ёнбош суяги олдинги усик синганда
C. Дум суяклари синганда
D. Куймич думбокчаси синганда
9. Чанок халкасининг бутунлиги бузилган синишларида енг оғир чанок шикастланишига қайси турдаги синиш қиради?
A. Малген типидagi синиш*
B. Орқа ярим халканинг синиши
C. Олдинги ярим халканинг синиши
D. Думгазанинг кундаланг синиши
10. Лазинский орқага юриш белгиси қайси чанок суяги синганда кузатилади?
A. Ёнбош суяги олдинги юкори уткир усиги купарилиб синганда*
B. Дум суяги кундаланг синганда
C. Симфиз ёрилганда
D. Куймич суяги косаси синганда
11. Болаларда куймич суяги думбокчаси синиб силжиганда қандай даво чоралари кулланилади?
A. Оператив, очик репозиция қилиниб суяк парчаси жойига қотирилади*
B. Консерватив, гипсли бойлам билан омобилизация қилинади
C. Скелетли тортиш
D. Интрамедуляр остеосинтез
12. Чанок сон бугими дисплазияси бу?
A. Чанок чуқурчасининг усиш нуксони*
B. Ёмон сифатли усма
C. Юинг саркомаси
D. Тугри жавоб юк.
13. Чанок сон бугими дисплазиясида қайси оператив усулдан фойдаланилади?
A. Қиаре усули буйича*
B. Чанок тулик остеотомияси
C. Шанс усулида остеотомия
D. Волеаме операстияси

14. Чанок халкаси бутунлиги бузилган холда чанок суякларининг синишларида даволаш тамойиллари?
 А. Шокка карши кураш, кон кетишни камайтириш, чанок халкаси бутунлигини тиклаш*
 В. Скелетли тортиш,
 С. Интрамедуляр остеосинтез,
 D. Огрикни колдириш
15. Малгем туридаги синишда шикастланиш механизми?
 А. Баландликдан тушиб кетиш, чанок езилиши*
 В. Оёкнинг буралиб кетиши
 С. Чанги учаётганда йикилиш
 D. Гимнастик снаряддан нотугри сакраш.
16. Ков суяги тармоги синишига хос белги?
 А. Сон артериясида гематома туфайли пулсастия кучайиши*
 В. Беморлар утиролмаиди
 С. Кучли огрикнинг булиши
 D. А ва С.
17. Чанок суяк синиши классификациясига кирмайди ?
 А. чанок халкаси узлуксиз бузилмасдан синиши*
 В. кирралардан синиш
 С. чанок халкаси узлуксизлиги бузилиб синиши
 D. чанок косасидан синиши
 Е. думгозани синиши
18. Чанок синишида Школников буйича анестезия учун канча новокаин юборилади ?
 А. 50 мл - 0,25 %
 В. 300 мл - 0,25 %
 С. 500 мл - 0,25%*
 D. 1 л - 0,25 %
19. Орка ва олдинги чанок ярим халкаси бутунлигининг бузилиши бу ?
 А. капалаксимон синиши
 В. Малгения типдаги синиш*
 С. иксимон синиш
 D. Беннет типдаги синиш
 Е. хаммаси нотугри
20. Чанок суяклари узаро кандай бириккан?
 А. синдесмоз*
 В. синостоз
 С. тогай
 D. хаммаси тугри
21. Куйидагиларда умуртка погонасида узгариш кузатилади, биттадан ташкари?
 А. сколоз
 В. кифоз
 С. спокдилолистез
 D. Туғма маймоклик*
 Е. хаммаси тугри
22. Чанок суяги таркибига кирмайди ?
 А. енбош суяк
 В. куймич суяк
 С. думгоза
 D. ков суяги
 Е. хаммаси киради*
23. Чанок суяклари синганда кайси автор буйича блокада килинади ?
 А. Каплан
 В. Корт, Каплан
 С. Юмашев - Корт
 D. Школников- Селеванов*
 Е. Школников буйича
24. Чанок суяклари Малгени типдаги синиш канака ?
 А. капалаксимон синиш
 В. чанок халкасининг хам олдинги ва орка кисмининг синиши*
 С. чанок халкасининг олдинги кисмининг синиши
 D. чанок халкасининг орка кисмининг синиши
25. Чанок суяги кисмларини курсатинг ?
 А. енбош
 В. ков
 С. думгоза
 D. куймич
 Е. г,а,б жавоблар тугри*
26. Куймич суяги синганда бемор холати?
 А. Бемор утира олмайди*
 В. Огрик сабабли, харакат чекланганлиги

- С. Оксокланиб юриш
D. Урдаксимон уриш
27. Беллер шинасидан кайси суяклар синганда фойдаланилади?
A. Чанок суяклари*
B. Сон суяклари
C. Катта ва кичик болдир суяклари синишларида
D. Думгаза суягининг синиш
28. Малген типигаги синишларни даволаш усуллари кайсилар?
A. Скелетли тортиш*
B. Интрамедуляр остеосинтез
C. Лангетали бойлам куйиш
D. Тугри жавоб юк.
29. Симфез ажралганда кайси оператив даво усуллари амалга оширилади.
A. Сим чоклар ва металл пластинкалар билан котириш*
B. Скелетли тортиш
C. Интрамедуляр остесинтез
D. Тугри жавоб юк
30. Куймич косаси туби синганда синиш механизми?
A. Катта кустрлар сохасида чанокни ён бошидан езилиши*
B. Тугридан-тугри куч таъсирида
C. Оёкни ичкарига буралиб кетиши
D. Баландликдан тушиб кетганда
31. Капалак типигаги синиш кайси чанок суяклари синганда кузатилади?
A. Ков ва куймич суяклари бир ёки икки томонлама синиши*
B. Думгазанинг вертикал синиши
C. Дум суяклари синиши
D. Чанок кирралари синиши
32. Чанок суякларидан кайси бири синганда чанок таянч вазифасини юкотади?
A. Малгент турида*
B. Куймич косаси синганда
C. Чанок кирралари синганда
D. Ков суяги синганда
33. Киррали синишларга кайси чанок суяклари синишлари киради?
A. Ёнбош суяк усиклари синиши, дум, думгаза суяклари синиши, куймич думбоклар синиши*
B. Ёнбош вертикал синиш, симфез ажралиши, думгазанинг вертикал синиши
C. Малкент туридаги синиш
D. Тугри жавоб юк.
34. Думгаза ёнбош бирикмаси узилганида рентген тасвири кандай олинади?
A. Чанокнинг карама-карши *томонга 20 градус буриб рентген тасвири олинади
B. Олдинги ва ёнбош
C. Аксилляр холатда
D. A ва B
35. Чанок суяклари синганда кандай асоратлар юз беради?
1. Травматик шок*
2. Куп кон кетиш
3. Чанок атрофи корин орка клетчаткасига кон кетиш
4. Юрганда кучли огрик
5. Корин бушлигига кон куйилиши
A. 1,2,3
B. 3,4,5
C. 1,4,5
D. 3,2,5
36. Чанок сон бугими чикишида кайси усул билан тугриланади?
A. Жанелидзе*
B. Гиппократ
C. Беллер
D. Тугри жавоб юк.
37. Чанок суяклари синганда кайси ички органлар шикастланиши мумкин?
1. Сийдик копи*
2. Сийдик юли
3. Ингичка ичак
4. Тугри ичак
5. Буйраклар
A. 1,2,4
B. 1,4,5
C. 1,2,5
D. 1,2,3

38. Кустлараро синишда кайси асорат кузатилади?

- A. Чанок сон бугими деформастияловчи артрози*
- B. Коксоартроз
- C. Остеохондроз
- D. Чанок сон бугими артрити

39. Чанок суяклари синиши кайси юллар билан даволанади?

- A. Консервати-оператив*
- B. Оператив
- C. Симптоматик, оператив
- D. Хамма жавоблар тугри

40. Кокситли боғлам қачон қуйилади?

- A. Сон суяги ва чанок сон бугими шикастланганда*
- B. Сон ва болдир суяги синганда
- C. Думгаза суяклари синганда
- D. Тугри жавоб юк.

41. Чанок суяклари синиши таснифи кайси қаторда тугри келтирилган?

- 1. Чанок суяклари бир томонлама синиши
 - 2. Чанок халқаси бутунлиги бузилиши билан
 - 3. Чанок халқаси бутунлиги бузилмасдан синиши
 - 4. Чанок суяклари икки томонлама синиши
 - 5. Чанок суяклари езилиши
- A. 2,3*
 - B. 1,5
 - C. 1,4
 - D. 4,5

42. Болалар чанок суягининг анатомик тузилиши, узига хос хусусияти?

- A. Ков ва думгаза ёнбош бирикмасидаги бойлам*
- B. Уччала чанок суяқларини бириктирувчи тоғай борлиги
- C. A ва B
- D. Тугри жавоб юк

43. Сон артериясига гематома йигилиб пулсастия кучайиши қайси чанок суяги синишининг клиник белгиси ҳисобланади?

- A. Ков суяги тармоғи синиши*
- B. Куймич суяги синиши
- C. Думгаза суяги вертикал синиши

D. Барча жавоблар тугри

44. Малген туридаги синишларда чанок суяги қайси функциясини юкотади?

- A. Таянч функцияси*
- B. Ҳаракатланиш
- C. Таянч ҳаракатланиш
- D. Тугри жавоб юк

45. Чанок сон бугими деформастияловчи артрози қайси чанок суяги синиш асорати ҳисобланади?

- A. Кустлараро синиш*
- B. Думгаза вертикал синиши
- C. Ёнбош суякнинг синиши
- D. B ва C

46. Қуйидагиларнинг қайси бири Малген типдаги синишларни даволашга қирмайди?

- A. Интрамедуляр остеосинтез*
- B. Скелетли тортиш
- C. A ва B
- D. Тугри жавоб юк

47. Болаларда қуймич суяги думбокчаси синиб силжиганда қайси даво усули қулланилади?

- A. Оператив*
- B. Консерватик
- C. Симптоматик
- D. Тугри жавоб юк

48. Сим чоклар ва пластинкалар билан суякни қотириш усули қайси суяк синганда қулланилади?

- A. Симфез ажралганда*
- B. Ёнбош суяги вертикал синганда
- C. Дум суяги синганда
- D. Тугри жавоб юк.

49. Чанок суяги таркибига қайси суяқлар қиради?

- A. Ёнбош, қуймич, ков суяги*
- B. Думгаза, қуймич, сон суяги
- C. A ва B
- D. Тугри жавоб юк

50. Ков ва қуймич суяклари бир ёки икки томонлама синганда қайси турдаги синиш кузатилади?

- A. Капалак типдаги*

В. Малгени типдаги
С. А ва В

Д. Тугри жавоб юк.

Амалий машғулот № 10. Чанок суяклари шикастланиши

Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -80 мин	Талабалар сони : 20 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Машғулот режаси: 4. Талабалар таянч ҳаракат тизимининг куп сонли ва аралаш синишларини урганиши, 5. Ёрдам курсатиш принстиплари, даволаш усуллари ва хилларини билиши. 6. Политравма булган жойда талаба ёрдам курсатиши ва уни тактикасини мураккаб шароитда ёрдам кўрсата олиши.	Машғулотнинг кискача мазмуни: -Куп сонли жарохатлар; -Аралаш жарохатлар; -Комбинастиялашган кушма жарохатлар; -Диагностикаси ва даволаш; -Политравмада учрайдиган асоратлар.
Ўқув машғулотнинг мақсади: Талабаларни куп сонли ва кушилган шикастланиш диагностикаси усуллари, консерватив ва оператив даволаш усуллари билан таништириш. Клиник белгилари ва диагностик негизларини беморларда курсатиш.	Мақсади ёритилади. Шикастланиш содир булган жойда биринчи ёрдам курсатиш, транспортировка масалалари ва стастионар шароитида квалификацияланган ёрдам курсатиш. Реанимация ва реабилитация асосларини узлаштириш.
Таълим бериш усуллари	Кургазмали, маъруза, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол-жавоб.

Амалий машғулотининг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	4. Аудитория тозалигини назорат қилади 5. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 6. Даволатни назорат қилади	
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар	

(10 дақиқа)	рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 9) Политравманинг узиша хос хусусиятлари 10) Политравмада етапли даволаш 11) Политравманинг классификацияси 12) Полифокал травмалар 13) Политравмада 1-ёрдам 14) Куп сонли травма нима? 15) Узаро огирлаштириш синдроми нима? 16) Даволаш номуносивблигига мисол келтиринг 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мултимедиялардан фойдаланади 4. Даволаш ишларини олиб боради 5. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Катнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
14- якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

Мавзунини хулосалаш.

ЧАНОҚ СУЯКЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

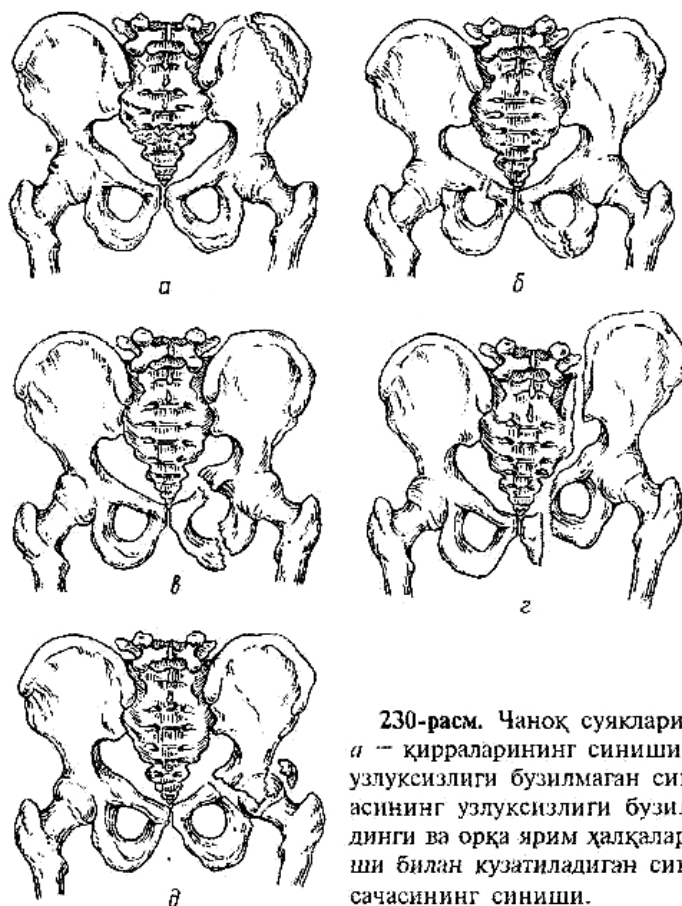
Чанок суякларининг шикастланиши жами синишларнинг 4-7% ни ташкил этиб, оғир шикастланишлар гуруҳига киради. Чанок шикастланишлари ўта оғир шок билан кечиши мумкин, бу рефлексларга бой зонанинг кдгикданишига ва кўмик суяклардан гўкима ичига кўп крн кўйилиши билан (2 л дан кўпро*0 боғлиқ, бўлади. Тана оғирлигини оёқларга ўтказиш чанокхнинг вазифаларидан бири чанок; халқасининг бир бутунлиги билан эришилади.

Синишда чанок \алкаси ва кўймиш косаси қандай даражада шикастланишига қараб, чанок суяклари синиши кўйидаги гуруҳларга бўлинади (230-расм).

А. Киррал и синиш. Чанок; халқхсини ташкил этишда иштирок этмаган кдсмларининг (суякларини) синиши: ёнбош суяги ўсикдарининг синиши, куймиш дўмбоклари, дум суяклари, думғаза суягининг думғаза-ёнбош бирикмаси пастидан кўндаланг синиши, ёнбош суягининг синиши.

Б. Чанок халқ/а си бутунлиги бузилмаган Холда синишлар. Чанок халқасини ташкдя кдлган суякларнинг шикастланиши. Чанокхдлк;асининг мустах,камлиги пасайган бўлади, лекин таянч вазифаси сақланиб қолади, чунки чанокдинг иккала ярми тўғридан-тўғри думғаза билан ҳам, иккинчи ярми билан ҳам боғланган бўлади. Бу шикастланишларга кўйидагилар киради: 1) ков суякларининг бир хил шохчаларини бир ёки икки томонлама синишлари, 2) куймиш суякларининг бир ёки икки томонлама синиши, 3) бир томонда ков суяги шохчасидан биттаси, иккинчи томонда куймиш суягани синиши.

В. Чанок халқаси бутунлиги бузилиши битлан кечадиган шикастланишлар. Бундай



230-расм. Чанок суяқларининг синиш таснифи.
 а — қирраларининг синиши; б — чанок ҳалқасининг узлуксизлиги бузилмаган синишлар; в — чанок ҳалқасининг узлуксизлиги бузилган синишлар; г — олдинги ва орқа ярим ҳалқаларнинг бир вақтда бузилиши билан кузатиладиган синишлар; д — қуймич косачасининг синиши.

шикастланишларда чанокнинг ҳар бир ярми думғаза билан фақат бир томондан боғланган бўлади. Бунда чанокнинг таянч вазифаси бузилади. Бу шикастланишларга кўйидагилар киради: 1) думғазанинг вертикал синиши ёки думғаза ён массасининг синиши, 2) думғаза-ёнбош бирикмасининг ажраб кетиши, 3) ёнбош суягининг вертикал синиши, 4) ков суягининг иккала шохчасининг бир ёки икки томонлама синиши, 5) ков ва қуймич суяқларининг бир ёки икки томонлама («капалак» типига) синиши, 6) симфизнинг ажраб кетиши.

Г. Бир пайтда олдинги ва орқа ярим ҳалқаларини бутунлиги бузилган шикастланишлар (Мальген турида). Бу шикастланишда чанок ярми думғаза билан алоқаси бўла-узилган бўлади. Чанокнинг таянч вазифаси йўқолади. Чанокнинг думғазадаги тўла ажраган ярми бел ва қорин мушакларининг тортиши натижасида юқорига силжийди. Кўйидагилар фарқланади: 1) икки томонлама Мальген туридаги синиш, бунда олдинги ва орқа ярим ҳалқалари икки томонлама синади, 2) бир томонлама Мальген туридаги синиш, бунда олдинги ҳамда орқа ярим ҳалқа бир томонлама синади, 3) қийшик ёки диагональ Мальген туридаги синиш, бунда олдинги ярим ҳалқа бир томондан, орқа ярим ҳалқа иккинчи томондан синган бўлади, 4) номсиз суягининг чиқиши — думғаза-ёнбош бирикмаси ва симфизнинг ажраб кетиши, 5) симфизнинг ажраб кетиши билан орқа ярим ҳалқанинг синиши ёки думғаза-ёнбош бирикмасининг ажраб кетиши билан олдинги ярим ҳалқанинг синиши.

Д. Қуймич косасининг синиши кўйидагилар билан фарқланади: 1) қуймич косаси чеккасининг синиши сонни чиқиши билан бўлиши мумкин, 2) қуймич косаси тубининг синиши соннинг марказий чиқиши билан кечиши мумкин, бунда сон суяги бошчаси ичкарига чанок бўшлиғи томонга кириб кетади.

Кенг тарқалган қорин пардаси орти гематомаси, буйрак олди клетчаткасига ҳам тарқаб, қорин мушакларининг таранглашишини, қорин пардасининг китикланиш белгиларини

чакириши мумкин. Бу холларда крриннинг ён чуқурчаларида перкутор товуш бўғикдашган бўлади, лекин тана ҳолати ўзгаришига қараб силжймайди (Джойс белгаси).

Баъзан ўткир кррин клиникаси белгилари намоён бўладик, диагностик лапароцентез ёки лапароскопия, айрим ҳолларда лапаротомия қилишга тўғри келади.

Чанок суяқларининг шикастланиши 30% ҳолларда шок билан кузатилади. Айниқса, чанок х.алкасининг олдинги ва орқа ярим халқалари бутунлигининг бир вақтнинг ўзида бузилиб, кўмик суяқлар кенг шикастланганда шок оғир кечади. Чанок шикастланишидаги шокнинг ўзига хос хусусияти шундан иборатки, қаттиқ оғриқдан ташқари, чанок ички клетчаткасига кўп қон қуйилиши билан ўтади.

Беморни силжитиш ёки эҳтиётсизлик билан кўчириш суяқларнинг иккиламчи силжишини, қон кетишини кучайтириб шокни чуқурлаштириши мумкин. Шунинг учун шок ҳолатдаги беморни стационарга кўчиришдан олдин, имкони бўлса, синган ерларини оғриқ.сизлантириш ва шокка қарши қон ўрнини босадиган суюқдикларни окизиб қўйишдан бошлаш керак. Чанок суяқлари синганда одатда Школьников-Селиванов усули бўйича чанок ичи камали (блокада) қилинади. Чанок ичи камалининг техникаси. Беморнинг чалқанча ётган ҳолатида ёнбош суягининг олдинги юқори ўсигидан 1 см ичкарасидан тери оғриқсизлантирилади. Сўнгра узунлиги 14-15 см ли игна санчилади. Игна олдиндан орқага йўналтирилади. Бунда игнанинг кесик юзаси доимо ёнбош суяги ички юзаси бўйлаб сирганиб кетиши керак 12-14 см чуқурликда игна учи ёнбош чуқурчасида бўлади, у ерга 0,25% — 250-300 мл новокаин эритмаси юборилади. Икки томонлама синишда чанок ичи камали ҳам икки томонлама қилинади.

Думғаза, дум суяқлари синганда ва қов суяқлараро бўғими узилишида оғриқ.сизлантирувчи моддани бевосита шикастланган ерга юборилиб, мах.аллий оғриқсизлантириш мақсадга мувофиқ.

Чаноксуяқлари шикастланган беморларни ости тахтали замбилда транспортировка қилиш лозим. Бунда тиззалари тагига болишча қўйиб, оёқларини замбилга боғлаб қўйиш мақсадга мувофиқ бўлади.

ҚИРРАЛАРНИНГ СИНИШИ

Чанок қарраларининг синиши, одатда, шикастлантирувчи қуч тўғридан-тўғри чанок суягининг у ёки бошқа бир қисмига таъсири натижасида содир бўлади. Ундан ташқари ёнбош суяқлари кэнотларининг синиши чанокнинг қисқа муддатли эзилишида содир бўлиши ҳам мумкин.

Ёнбош суягининг олдинги юқори ўткир ўсиғи мушакларнинг ўта таранглашши натижасида қўпорилиб синиши кузатилади. Думғазанинг думғаза-ёнбош бирикмасидан пастда синиши думбасига ўтириб йиқилганда кўп учрайди. Булар енгил шикастланишларга киради ва шок ҳолати қамдан-қам кузатилади. Беморлар ўчарини яхши ҳис этиб, баъзан шифокорга ўзлари юриб келишади.

Олдинги-юқори ўсигининг қўпорилиб синиши. Синган ўсик соҳасида оғриқ., шиш кузатилади. Машиначилар мушаги ва соннинг сербар фасциясини таранглаштирувчи мушаклар таъсири остида суяк парчаси пастга ва ташқарига силжийди, бунинг натижасида оёқ қалғалашгандек қўринади. Кўп ҳолларда Лозинскийнинг «орқага юриш» белгиси кузатилади. Олдинга кадам ташлаш учун қон букилади, унда ўсикқа бириккан мушакларнинг таранглашиши натижасида синган ерда қучли оғриқ. пайдо бўлади. Оёқни орқага ҳракат қилдирилганда анча қам оғриқ. чакирилади, шунинг учун бемор орқага қараб юришни маъқул қўради.

Д а в о л а ш. Олдинги -юқори ўсиғи синганда синган ерга 1% — 20,0 мл новокаин эритмаси юборилиб оғриқ.сизлантирилади ва 2 ҳдфтага тинчлик берилади. Ўсикда бириккан мушакларни бўшатиш учун оёқни Белер шинасига бир оз ташқарига йўналган ʼолда ётқизилади. Баъзи ҳолларда юқорида қайд қилинган ҳолатда, суяк парчасининг жойига солиш

имкони бўлмаса, операция қилиниб суяк парчаси бурама ёки суяк билан жойи? л махусамланади.

Куймич косаси юкори бҳлимининг шикастланиши билан ёнбош суякнинг синиши (Дюверней тури). Бунда ёнбош суягининг каноти соҳасида оғриқ. пайдо бўлади, бу крриннинг кийшик мушаклари таранглашганда кучаяди, шикастланган томонда бўғимда ҳаракат чекланади, ёнбош суягининг канотига босилганда каттик оғриқ. кузатилади.

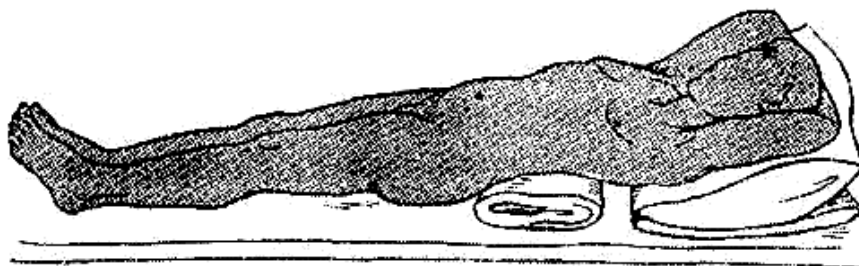
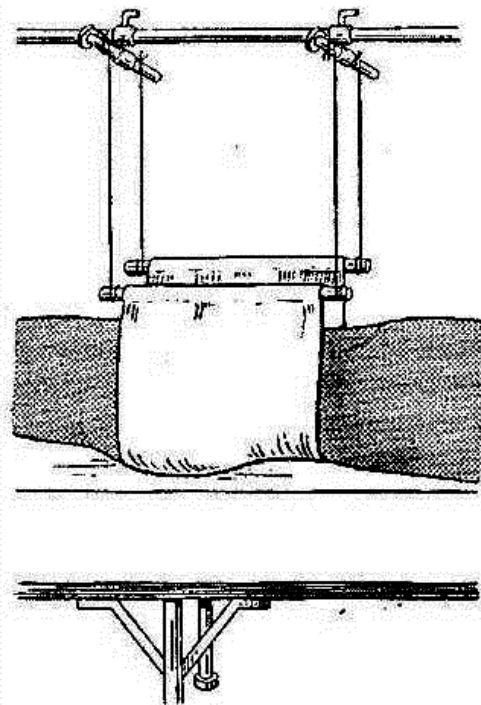
Бунда баъзан патологик ҳаракат ва суяк гичирлаши аниқланади. Мушакларнинг тортишиши натижасида канот юқорига силжиши мумкин, бу ханжарсимон ўсимта билан юқори-олдинги ўсик орасидаги масофанинг камайиши билан тасдиқланади.

Д а в о л а ш. Оғриқ.сизланти-ришга шикастланган томонда чанок ичи камали қилиниб эришилади. Синган соҳага тинчлик яратиш ва ёнбош шикастланган суякнинг канотига ёпишган мушакларини бўшаштириш учун оёқни Белер шинасига қўйилади. Даволашнинг биринчи кунларидан бошлаб ЛФК физиотерапевтлар муолажалар бую-рилади. Ёнбош суяги каноти таш-карига анча силжиб кетган холларда юқорида кайд қилинган муолажа-лардан ташқари, бемор пастки кр-вургаларидан соннинг ўрта 1/3 қисмигача эгалланган гамакка олинади. Гамак ётоқустидага тўсин-чаларга арқонлар билан тортилиб қўйилади ва аста-секин суяклар репозициясига эришилади. Ётиш муддати 3 ҳафта (231-расм).

Думғаз ва думнинг кўндаланг синиши. Думғаз соҳасида оғриқдан ташқари нажас кетиши кийинлашуви ва оғриқлилиги кузатилади, ўтирганда оғриқ, анча кучаяди. Думғаз (дум) соҳасида шиш аниқланади. Тўрри ичак орқали текшириш пайтида синган суяк дистал қисмига босилганда кучли оғриқ. сезади. Бунда думғаз ёки дум суяги дистал қисмининг патологик ҳаракати аниқланади.

Баъзан думғаз дистал бўлаги олдинга силжиб думгадл нервларини шикастлаши мумкин. Бунда сийдик тутолмаслик ва думба соҳаларида сезги йўқ.олиши кузатилади.

Д а в о л а ш. Маҳаллий ёки пресакрал анестезия (20 мл 1% новокаин эритмаси) қилиниб оғриқ.сизлантирилади. Бемор остига текис тахта қўйилган ётоққа ётқизилади. Умurtка погонасининг бел соҳаси ва проксимал қисми остига кенг болишча қўйилади. Болишчанинг калинлиги думғазанинг дистал қисмини кўрпага тегизмай кўтариб турадиган даражада бўлиши керак Бу билан синган кием босилмаслигига эришилади (232-расм). Бунга гамакка ётқизиш билан ҳам эришиш мумкин. Бунинг учун гамакнинг бел остига куракларнинг пастки бурчагидан думказанинг синган соҳасигача қўйиш керак Гамакка думғаз ва думнинг дистал қисмини ўринга тегизмай кўтариб турадиган даражада тош осиш керак



232-расм. Думғаз синганда бемор ҳолати.

Беморга илик хукналар, белладоннали шамлар тайинланади. Ётиш муддати 3 хафта. Физиотерапевтик даволаш ўтказилади, бунинг аҳамияти думғаза нервлари шикастланганда жуда катта. Думғаза суяги синганда тўрри ичак орқали суяк бўлақларини репозиция қилиш мумкин эмас, чунки синган суяк ўткир қирраси тўғри ичакни жароҳатлаши мумкин. Дум чиқишини солишда бундай хавф бўлмайди. Агар дум суяги синган ерда кейинчалик ҳам оғриқ, йўқрлмаса, айникса, ўтирганда ва ич келиш пайтида қайта пресакрал камали қилиш, физиотерапевтик даволаш керак Консерватив даволаш ёрдам бермаса, операция ёрдамида дистал бўлақни олиб ташлаш керак бўлади.

ЧАНОҚ ХАЛҚЛСИ БУТУНЛИГИНИНГ БУЗИЛМАЙ СИНИШИ

Бундай синишлар тўғридан-тўғри куч таъсири натижасида руй беради. Лекин баъзи лолларда чанок х.алкаси кисилганда олди-орқасидан (куймич суяги синиши) ёки ёнбошдан катта кўстларга куч таъсир қилганда (ков суяги синиши) ҳам кузатилади. Чанок халкасининг бутунлиги бузилмай синган беморларнинг умумий ахволи одатда коникарли бўлади. Крв соҳасида (ков суяги синганда) шикастлангантомонда окрикдан шикоят қилади. Оғриқ. оёғи билан ҳаракат килса кучаяди. Габай белгиси характерлидир: бемор чалканча ётиб, ёнга ағдарилаётганда шикастланган томондаги оёғини СОР томондаги оёғи билан ушлаб туради: бемор ёнбош ҳолатдан чалканча ҳолатга айланаётганда дам оёқлари юқоридаги долатда бўлади. Чанокни ёнбошдан, олди-орқадан эзилганда ва ков соҳасининг куймич дўмбоклар пайпасланганда синган ерида оғриқ, чакирилади. Катор ҳолларда «ёпишган товон» белгиси кузатилиши мумкин: бемор оёғини тўғри ҳолатда кўтара олмайди, лекин кўтариб кўйилган оёғини ўзи шу ҳолатда ушлаб туриши мумкин. Кўпинча, бемор оёғини кўтара ҳам олмайди, кўтарилган (ёқни ушлаб тура олмайди кам.

Д а в о л а ш . Силган жой оғриқсизлантирилгандан сўнг бемор тахтачали ётоқда ётқизилади. Синиш бир томонда бўлса, ўша томондаги оёқ, Белер шинасига кўйилади ва бир оз ташқарига йўналтирилади.

Икки томонлама синганда бемор «бака ҳолати»га ётқизилади: оёқдар тизза ва бўкса бўғимларида бир оз букилади, тиззалари бир-биридан узоқлаштирилади; сонларни ташқарига бураб, товонлари яқинлаштирилади. Бунинг учун бемор тиззалари остига болиш кўйилади ёки функционал ётоқда ётқизишиб, юқоридаги ҳолат берилади. Агар бемор шу ҳолатни саклай олмаса, ошиқ бўғимларини боғлаб кўйиш, тиззалари орасига эса, кўшимча болишча кўйиш тавсия қилинади.

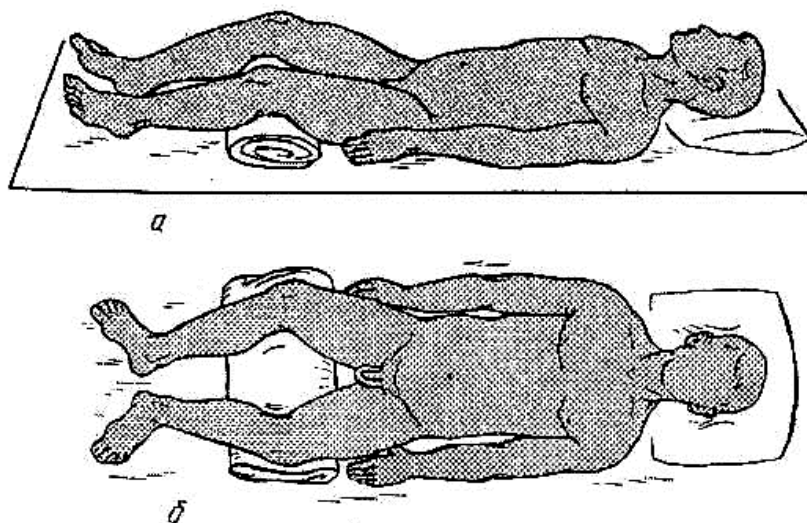
Ўринда ётиш режими муддати 4-5 ҳафта. Чанок халқасини >ҳосил килувчи суяқларнинг халқа бутунлиги бузилмай синиши енгил, асоратсиз ўтади. Улардан сўнг тўла функционал ва анатомик тикланиш кузатилади. Мехнатга лаёқатлилиқ 10-12ҳафтадан сўнгбўлади (233-расм).

ЧАНОҚ ХАЛҚАСИНИНГ БУТУНЛИГИ БУЗИЛИШИ БИЛАН КЕЧАДИГАН ЧАНОҚ СУЯКЛАРИНИНГ СИНИШИ

Бу жуда кўп учрайдиган (50%) чанок оғир шикастланишларининг гуруҳидир. Улар, кўпинча, шок ҳолати ва чанок аъзолари шикастланиши билан кузатилади. Шикастланиш механизми, одатда, тўғридан-тўғри эмас: чанокнинг ёнбошдан ёки олди-орқадан эзилиши, анча баланддан тушиб кетиши ва бошқалар. Симфизнинг ажраб кетиши тугаш пайтидаги шикастланиш натижасида бўлиши ҳам мумкин.

Чанок олдинги ярим халкасининг шикастланиши. Беморлар чанок ва оралик соҳасидаги оғриқдан шикоят қилишади. Оёқлардаги ҳаракат оғриқнинг кучайишини чакиради-Бемор мажбурий ҳолатда бўлади. Крв ва куймич суяқларининг юқори шохлари оёқлар куймич ва тизза бўғимларида бир оз буқилган ҳолатда бўлади, сонлар керилган — «бака ҳолати»да бўлади (Волкович белгиси). Симфизга яқин еридан синганда ва симфиз ажраб кетганда сонлари бир-бирига яқинлаштирилиб, буқилган бўлади, уларни ажратилганда қаттикоррик кузатилади. «ёпишган товон» белгиси ўта мусбат. Крв соҳаси ва куймич дўмбоклар пайпасланганда

каттикоғриқ аниқланади. Чанок олди-орқадан, ёнбошдан эзилганда синган ерда оғриқ кучаяди. Ёнбош суяқларини ташки икки томонга ажратишга ҳаракат қилинганда ҳам оғриқ қаттиқ кучаяди. Симфиз ажраб, қрв суяқлари бир-биридан анча силжиб кетганда баъзан улар орасидаги оралиқ пайпасланади. Рентгенофаммалар таҳлил қилинганда симфизнинг кенглиги ёшга қараб ўзгаришини ҳисобга олиш керак Масалан: 18 ёшида у 6 мм бўлса, кейинчалик 2 мм гача кичраяди.



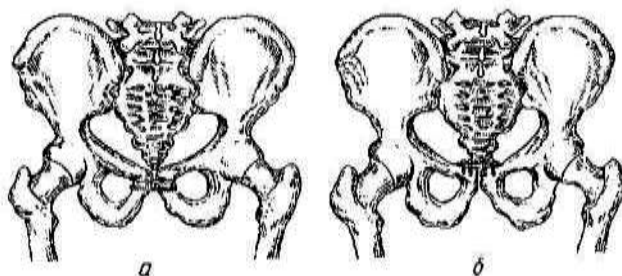
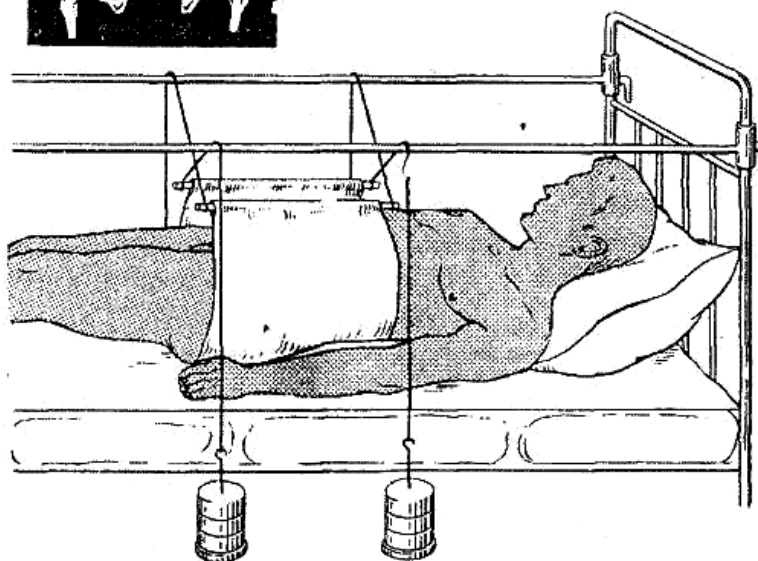
233-расм.
Волкович ҳолати.
а — ёнidan кўри-
ниши; б — юқори-
дан кўриниши.

Д а в о л а ш. Олдинги ярим халқа суяқлари силжимай синганда беморни остига текис тахта қўйилган ётоқда Волкович ҳолатида ётқизилади. I х.афта охирида ЛФК машқлари бошланади, физиотерапевтик муолажалар ўтказилади. Ётиш муддати 5-6 хафта. Икки томонлама «капалак» туридаги (ков ва куймиш суяқларининг иккаласининг синиши) силжиган синишларда ҳам беморлар Волкович ҳолатида ётқизилиб даволанади. X — симон парча юқorigа сшгжиганда қрв суяқларига бириккан қрриннинг тўғри мушакларининг бўшашишига эришиш шарт. Бунингчун тананинг юқори қисми остига қўшимча болиш қўйиб, қрриннинг тўғри мушаклари бириккан жойларини яқинлаштириш учун умуртка поғонасини олдинга букиш керак Агар синган суяк парчасини жойига тушириш иложи бўлмаса, соннинг ўки бўйлаб х,ар бир оёқда 4-5 кг тош осиб, скелет тортма ўрнатилади.

Симфиз ажраб кетганда гамакда даволаш энг кўп тарқалган усулдир, бунда гамак охирларига арқон орқали тош осилади. Бунда ажраган чанок яримларини икки йўл билан яқинлаштиришга эришилади: гамак охирларидаги арқонлар бемор олдида келиштирилиб (234-расм), тортиш кучи йўналишлари қарама-қарши томонга йўналтирилади ёки арқонлар ўтказилган тўсикчалар орасидаги масофа ёнбош суяқлари канотлари орасидаги масофа кичик бўлган ҳолатда осилади. Гамак охирларидаги тошлар чанок яримларини яқинлаштира оладиган оғирлигида осилади. Симфиз ажраганини эски х.олларида жаррохлик даволаш қўлланилади, статик бузилишлар юз берганда. Операция пайтида иккала қрв суяқлари очилади. Бўғим юзалари яқинлаштирилгач қов суяқлари солинади. Шу



234-расм. Симфиз ажраганда гамакдаги ҳолат.



235-расм. Симфиз ажраганда жарроҳлик усулида даволаш (чизма).
 а — сим чоклар билан қотириш; б — металл пластини ёрдамида қотириш.

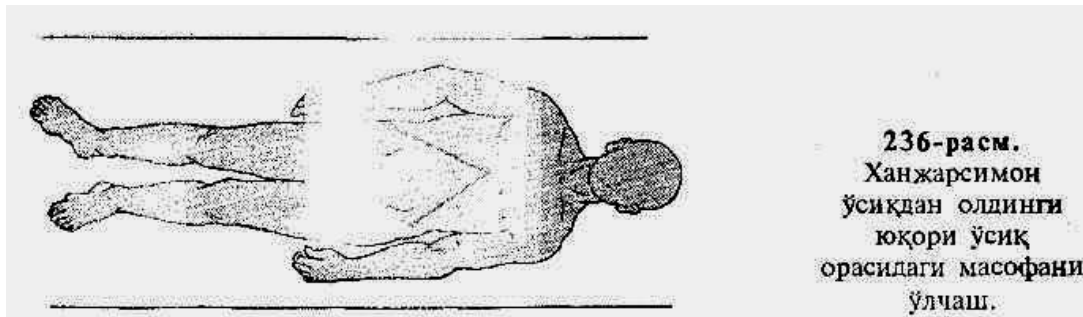
ҳолатда симфиз айланма сим чок билан маҳкамланади. Чок ёпкич тешигининг ички бурчагидан ўтказилади (235-расм, а). Симфиз яна металл пластинка билан маҳкамланиши мумкин (235-расм, б). Яра каватма-кават тикилади. Операциядан сўнг 6 ҳафта давомида тортиш кучи йўналишлари кесишган гамакда ётқизилиб даволанади.

Орқа ярим ҳалқднинг шикастланиши. Орқа ярим ҳалқанинг якка шикастланиши (думғаза-ёнбош бирикмасинингузилиши, думғаза вертикал синиши ёки ёнбош суягининг) олдинги ярим ҳалқаниқидан камрок учрайди. Кўрилганда беморнинг ҳолатига қараб бу шикастланишни гумон қилиш мумкин. Чанок бир оз кийшайган, бемор соғ ёнбошида ётади. Шикастланган томонда оёқда актив ҳдракат чекланган ва оғриқли. Пайпаслаганда шикастланган жой оғрийди. Думғаза-ёнбош бирикмаси узилганда орқага силжиган ёнбош суягининг чеккаси пайпасланади. Баъзан бундай узилиш рентге-нограммани олдинги-орқа кўринишида аниқланмаслиги мумкин. Бу Ҳолларда махсус ҳолатларда, чанокни карама-қарши томонга 20° буриб, рентген тасвири олинади.

Д а в о л а ш. Орқа ярим ҳалқаси якка шикастланганда бемор текис тахтада, тортиш кучлари йўналиши кесишмаган гамакда ётади. Ётиш муддати 8-9 ҳафта. Шикастланган суяк силжиши кузатилганда оёқ,ни скелет тортиш билан репозиция қилиш қўлланилади. Скелет тортиш ёрдамида думғаза-ёнбош бирикмаси силжишини солиш имкони бўлмаганда артродез қилинади. Шикастлангандан кейин анча вақт ўтган бўлса, думғаза-ёнбош бирикмасининг травматик артрози натижаларида доимий оғриқ, бўлганда ҳам артродез операцияси қилиниши мумкин.

**БИР ВАҚТНИНГ ЎЗИДА ОЛДИНГИ ВА ОРКА ЯРИМ
ХАЛКАЛАРИ БУТУНЛИГИНИНГ БУЗИЛГАН
ШИКАСТЛАНИШЛАРИ (МАЛЬГЕН СИНИШИ)**

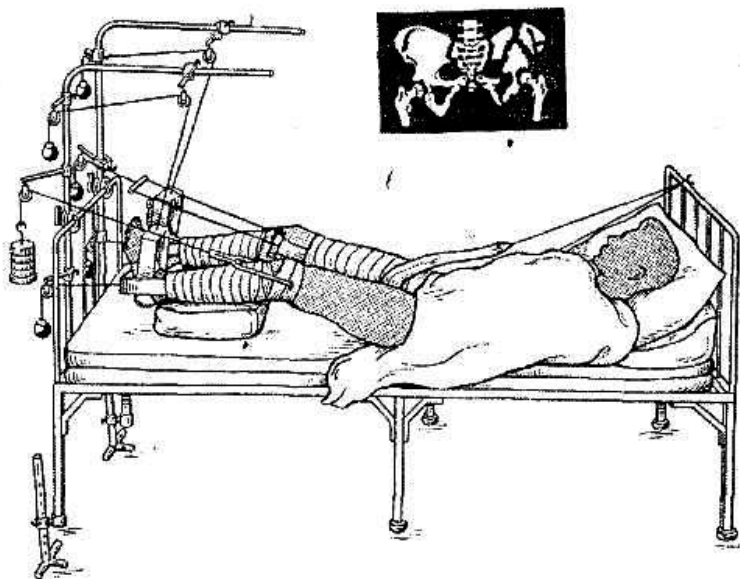
Чанок халкасининг бутунлиги бузилган синининг бу кўриниши — чанок шикастланишининг энг оғири бўлиб, кўпинча шок билан кузатилади. Шикастланиш механизми — кўпрокчанокнинг эзилиши, камрок баланддан тушиб кетиши бўлади. Шикастланиш механизми



236-расм.
Ханжарсимон
ўсиқдан олдинги
юқори ўсиқ
орасидаги масофани
ўлчаш.

доимо тўрридан-тўғри бўлмайди. Синган сохада каттик оғриқдан ташқари оёқларнинг фаолияти бузилганлиги кузатилади. Шикастлангандан сўнг биринчи соатларда ёргок, оралик ва чов сохаларида кон кўйилиши кузатилади. Кўрилганда чанокнингярми юқорига 2-3 см силжиб, чанок яримларининг асимметриясини аниқлаш мумкин. Чанок яримларининг юқорига силжишини ханжарсимон ўсимтадан олдинги-юқори ўсиқдаргача бўлган масофаларни бир-бирига солиш-тириб аниқлаш мумкин (236-расм). Чанок ёнбошдан эзилганда ёки чанок яримлари ташқарига керилганда ажратишга ҳаракат қилганда оғриқнинг каттик кучайишидан ташқари, чанок ярмининг патологик ҳаракати аниқ/шнади.

Д а в о л а ш. Чанок ичи камали ва йўқолган кон ўрнини олдин окизиб, кейин томчилаб куйиб тиклаш бу гуруҳдаги шикастланишлардаги шокни даволашнинг асосий қисмлари хисобланади. Силжимай синган холларда беморни тортиш кучи йўналишлари кесишмаган гамакка ётказилади, иккала сонидан стандарт шиналарда ҳар бир оёғига 4-5 кгтош осиб, скелетдан тортиш ўтказилади. Чанок ярми юқори ва ичкарига силжиган х.олларда силжиган томон оёғидаги скелет тортиш тоши 10-14 кг гача оширилади ва юқори қисмида докпахтадан х.алка ўтказилиб ётокнинг бош томонига тортиб кўйилади



237-расм.
Мальген
синишида скелет
тортма билан
даволаш.

(237-расм). Бу ҳолларда чанокнинг силжиган ярмини жойига туширилгандан сўнг гамакда даволаш давом эттирилади.

Юқорига ва ичкарига силжиб, икки томонлама вертикал силжишда оғир тошлар (10-14 кг) осилиб, иккала оёғидан бир оз ташқарига қаратиб скелет тортиш ўтказилади. Симфиз ажраб кетганда ҳам олдин чанокнинг юқорига силжиганини пастга туширилгандан сўнг чанок яримлари тортиш кучи йўналишлари кесишган гамакда яқинлаштирилади, лекин узоғи билан 3 кун давомида ўрнатилиши керак Ётиш муддати 10-12х.афта.

КУЙМИЧ КОСАНИНГ СИНИШИ

Куймич косасининг туби синиб, соннинг марказий чиқиши ўта оғир шикастланиш бўлиб хисобланади. Бу шикастланишнинг механизми — катта кўстлар соҳасида чанокнинг ёнбошдан эзилиши ёки шикастланиш томонда катта кўстга куч таъсир қилишидир. Шундай қилиб, куймич косаси тубининг синиши тўғридан-тўғри эмас, балки шикастланиш механизмида содир бўлар экан.

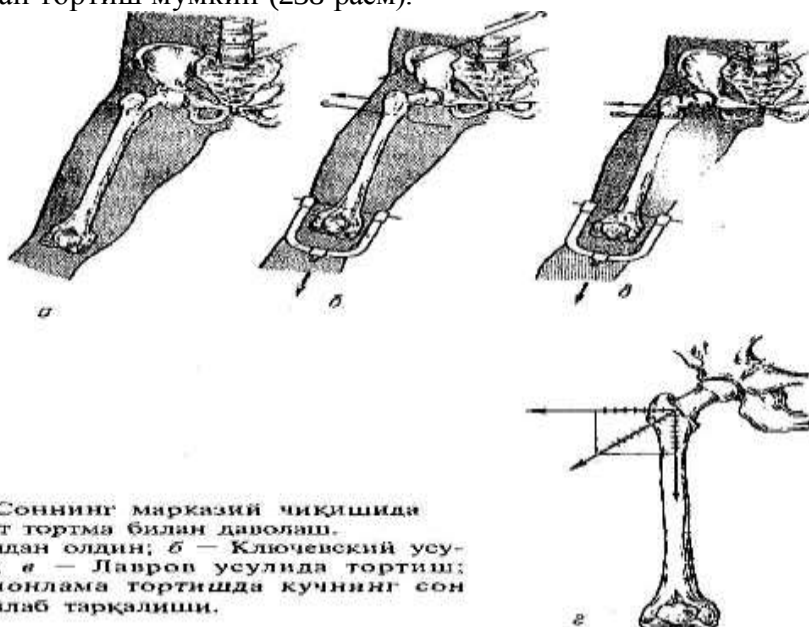
Клиник кўринишида чанок-сон бўғимидаги оғриқ, асосий белги бўлади ва маълум даражада фаолиятнинг бузилиши кузатилади. Агар синиш соннинг чиқиши билан бирга кузатилса, бўғим фаолияти кўпроқ бузилган бўлади. Бунда катта куст учи Розер-Нелатон чизишдан юқорида туради. Оёқчикишга хос ҳолатда бўлади. Сонни марказий чиқишида катта кўстнинг чўқиши аниқланади. Куймич косаси синганда сон ўки бўйлаб куч таъсирида ва катта кўстга урилганда оғриқ, кучаяди.

Да во л а ш . Куймич косасини оғриқсизлантириш чанок-сон бўғимига 20,0 мл 2% новокаин эритмаси юборилиб ёки Школьников-Селиванов бўйича чанок ичи камали қилиш йўли билан эришилади. Куймич косаси силжимай синганда сон ўки бўйлаб 5-7 кг тош осилиб, стандарт Белер шинасида скелет тортиш ўрнатилади.

Куймич косаси юқори чеккасининг синишида ҳам скелет тортиш ўрнатилади, фақат осилган тошнинг оғирлиги оширилади (катта тош осилади).

Куймич косаси юқори-орқа чеккаси силжиган синигини ёпик йўл билан репозиция қилиш иложи бўлмаганда остеосинтез операцияси бажарилади.

Куймич косаси туби синиб соннинг марказий чиқишида скелет тортиш — сон ўки бўйлаб ва катта кўстдан ташқарига ўтказилади. Ёнбошга ичкаридан ташқарига сон суягини куст остидан ўтказилган найзасимон кегай ёрдамида Ключевский усули билан ёки соннинг ташки юзасида катта бўлмаган кесма орқали сон суяги куст остига киритилган узун бурама мих (Лавров усули) дан тортиш мумкин (238-расм).



238-расм. Соннинг марказий чиқишида скелет тортиш билан даволаш. а — репозициядан олдин; б — Ключевский усулида тортиш; в — Лавров усулида тортиш; г — икки томонлама тортишда кучнинг сон бўйинчаси бўйлаб тарқалиши.

Ёнбошга ва соннинг ўки бўйлаб ўрнатилган икки томонлама тортишнинг умумий ўки бўйлаб йўналган бўлиши керак акс холда сон суягининг бошчаси куймич коса чеккасига такалиб қолиб, репозиция бўлмаслиги мумкин. Соннинг бўйни бўйлаб тортиш 6-10 кг бўлади. Тортиш кууни кучлар ажралиши схемаси бўйича белгиланади (238-р: см, 2). Кўпинча, ёнбошга тортиш кучи, сон ўки бўйлаб тортиш кучининг 100-125% га тенг бўлади. Асосий тортиш кучига қдоама-қарши тортиш учун Ключевский бўйича иккала ёнбош суякларининг олдинги-юқори ўсиридан юқорига қараб найзасимон кегайлар тортилади. Сон суягининг бошчаси солингандан сўнг ва чаноқ суякларини репозиция қилиниб бўлингач катта кўстан тортиш кучи 3-4 кг гача қамайтирилади. Бир қатор лолларда соннинг максимал керилган ҳолатида соннинг ўки бўйлаб 10-12 кг тош билан скелет тортиш ёрдамида репозиция қилишга эришиш мумкин. Скелет тортишнинг умумий муддати 8-10 ҳафта, ётиш муддати 10-12 ҳафта. Камида 4-5 ойдан сўнг оёққа босиш мумкин.

Ёпиқ репозиция қилиш иложи бўлмаганда, соннинг марказий чиқиши очик йўл билан солинади ва куймич коса парчалари металл-остеосинтез қилинади. Эзилиб кетган куймич косаси тубини ёнбош суяги канотидан олинган суяк билан пластика қилинади. Чаноқ-сон бўғимида ҳаракат чекланишининг олдини олиш учун эртарок ЛФК ва физиотерапевтик даволаш бошланади. Куймич косаси шикастлангандан сўнг чаноқ-сон бўғимининг артрози ривожланади.

Амалий машғулот №11. Умurtқа поғонаси шикастланиши

Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -80 мин	Талабалар сони : 20 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Машғулот режаси: 7. Талабалар таянч ҳаракат тизимининг куп сонли ва аралаш синишларини урганиши, 8. Ёрдам курсатиш принстиплари, даволаш усуллари ва хилларини билиши. 9. Политравма булган жойда талаба ёрдам курсатиши ва уни тактикасини мураккаб шароитда ёрдам кўрсата олиши.	Машғулотнинг қисқача мазмуни: -Куп сонли жароҳатлар; -Аралаш жароҳатлар; -Комбинастиялашган қушма жароҳатлар; -Диагностикаси ва даволаш; -Политравмада учрайдиган асоратлар.
Ўқув машғулотнинг мақсади: Талабаларни куп сонли ва қушилган шикастланиш диагностикаси усуллари, консерватив ва оператив даволаш усуллари билан таништириш. Клиник белгилари ва диагностик негизларини беморларда курсатиш.	Мақсади ёритилади. Шикастланиш содир булган жойда биринчи ёрдам курсатиш, транспортировка масалалари ва стастионар шароитида квалификацияланган ёрдам курсатиш. Реанимация ва реабилитация асосларини ушлаштириш.
Таълим бериш усуллари	Қурғазмали, маъруза, суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол-жавоб.

Амалий машғулотининг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	7. Аудитория тозаллигини назорат қилади 8. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 9. Давоматни назорат қилади	
1. Ўқув машғулотида кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 17) Политравманинг узиша хос хусусиятлари 18) Политравмада етапли даволаш 19) Политравманинг классификацияси 20) Полифокал травмалар 21) Политравмада 1-ёрдам 22) Қуп сонли травма нима? 23) Узаро огирлаштириш синдроми нима? 24) Даволаш номуносивблигига мисол келтиринг 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мултимедиялардан фойдаланади 4. Даволаш ишларини олиб боради 5. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
15- якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

Мавзуни хулосалаш.**УМУРТКА ПОРОНАСИННИНГ АСОРАТСИЗ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ**

Орқа мия ва унинг тутамларини зарарламасдан умуртка погонасининг шикастланиши асоратсиз шикастланиш дейилади. Улар ичида окибатлари назарда тутилса, энг огари умурткаларнинг чиқиши ва синиши хисобланади. Бундай шикастланишларни ўз вақтида таиғасламасликумурткаларнинг кикламчи шикастланишига ва дурал крпча ичидаги орқа мия ва унинг тутамларининг ҳам зарарланишига сабаб бўлиши мумкин. Шунинг эсда сақламоқжойизки, умурткаларнинг шикастланиши тўла инкор қилингандан кейин «орқа соха, бойламлар ва бошқа аъзолар лат еган» деган ташхис қўйиш мумкин.

УМУРТКА ТАНАЛАРИНИНГ ЧИҚИШИ ВА СИНИШИ

Умуртка таналарининг шикастланиши кўпроқ билвосита таъсиротдан, умуртка погонаси ўки бўйлаб юк тушиши, тўсатдан ҳаддан ташқари унинг буқилиши ёки (камрок) ёзилишидан келиб чиқади. Айрим ҳолларда икки ва хатто уч турдаги таъсиротларнинг кўшилиши кузатилади. Масалан, машина гуртиб юборган ёки бирдан тўхтатилганда «хипчин уриш»

механизмида умуртка погонаси бўйин қисмининг кучли буқилиши унинг ёзилиши билан кўшилиб келади (216-расм).

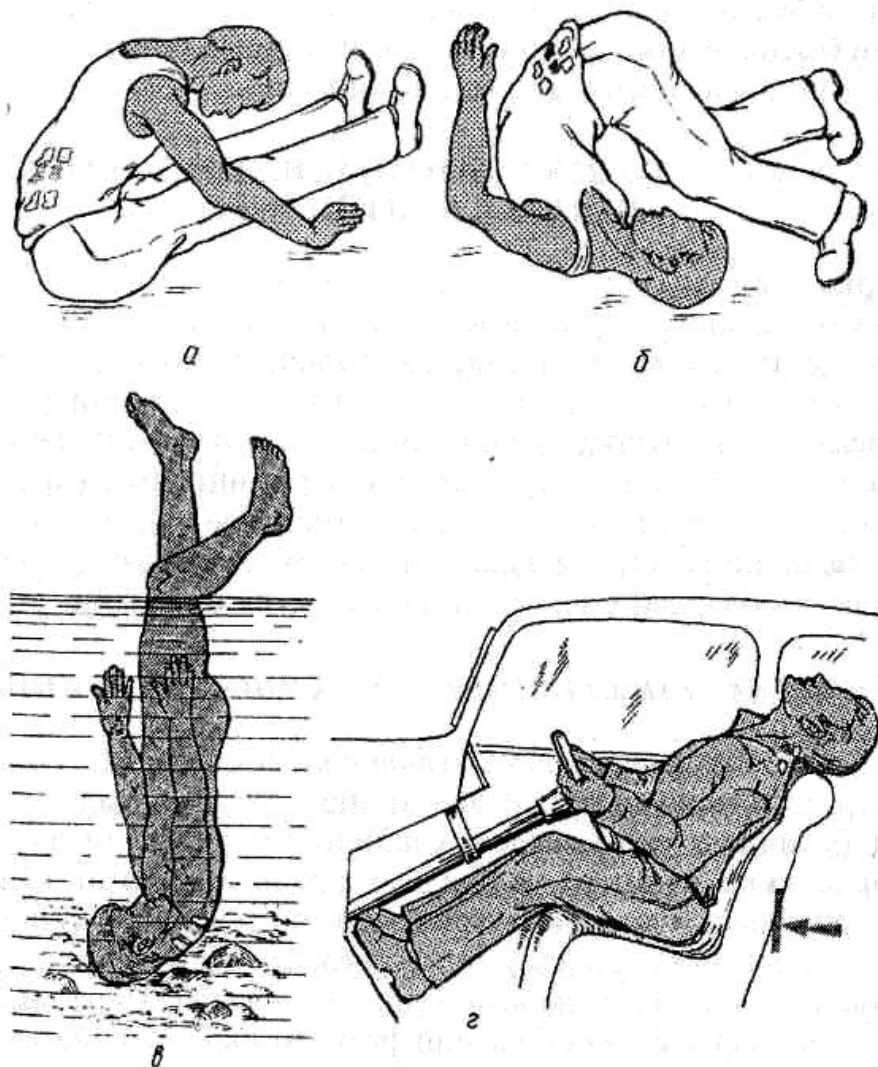
Катталарда умуртка погонасини физиологик кийшайишларининг бири-иккинчисига ўтиш қисмлари, яъни пастки бўйин ва юқори кўкрак пастки кўкрак ва юқори бел умурткалари кўпрокшикастланади.

Бўйин соҳасида кўпрок чиқиш, кўкрак ва бел соҳаларида синиш ва синиб-чиқиш кузатилади.

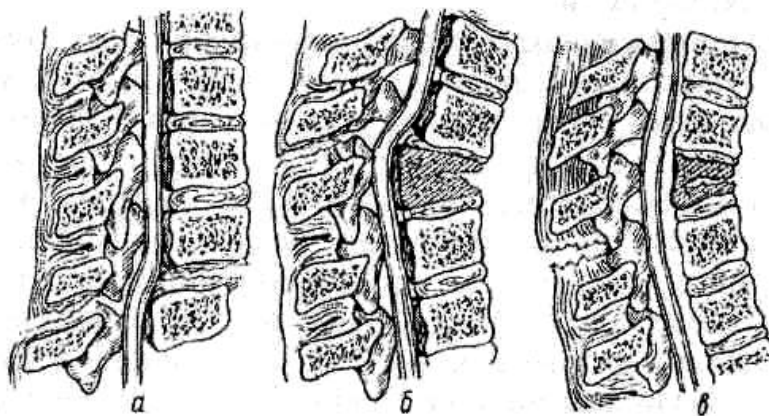
Умуртка погонаси шикастланишини барқарор-бекарор орқа бойлам мажмуаси бутунлиги билан аниқланади. Орқа бойлам комплексига ўткир ўсиклараро, ўткир ўсиклар усти ва сарик бойламлар ҳамда умурткалараро бўғимлар киради. Шикастланиш орқа бойлам мажмуасининг тўла бузилиши билан кечса бекарор, қолганлари барқарор шикастланиш деб аталади. Бекарор шикастланишларда умурткаларнинг олдинги-орқа тарафга сурилишга мойиллик бўлиб, дурал крпча ичидагиларни эзиб қўйиш хавфи бор. Барқарор синишда бундай мойиллик ва хавф йўқ. Бекарор шикастланишларга умурткаларнинг чиқиши ва синиб чиқиши, умуртка танаси олдинги қисмининг ярим баландлиги ва ундан кўпрок даражада понасимон эзилиб синиши, шу билан бирга, бурилиб буқилган синишлар киради (217-расм). Умуртка таналарининг бекарор синишлари — тана бурчагининг кўпорилиши, умуртка танасининг ярим баландлигидан кам даражада понасимон эзилиш ва «портлаган» синишлар киради (218-расм). «Портлаган» синиш умуртка погонаси буқилмаган ва ёзилмаган ҳрда ўки бўйлаб оғирлик тушганда ҳосил бўлади ва умуртка таналарининг устки ва пастки юзаларини крплаб турувчи пластинкалари парчаланади. Дирилдок ядролар умуртка таналари ичига киради ва гидравлик зарба тамойили бўйича уларни бўлақларга парчалаб ташлайди. Барқарор шикастланишлар бекарор шикастланишларга нисбатан кўпрокучрайди.

Т а ш х и с. Беморларнинг дастлабки вақтларда кўп шикоятлари умуртка погонасининг шикастланган қисмидаги оғриқдир. Оғриқнинг даражаси суяклар синишининг оғирлигигина эмас, балки юмшоқ тўқималарнинг шикастланиши, беморнинг умумий ахволи, шахсий сезгирлиги ва бошқа омилларга боғлиқ. Умуртка погонасининг шикастланиши бошқа аъзолар жароҳатланиши билан биргаликда келса, бемор шифокор дикдатини умуртка погонасидаги оғриққа Каратмаслиги натижасида унинг шикастлангани аниқланмай қолиши мумкин. Бундай ҳолларда тўғри ташхис қўйишга тўла йиғилган анамнез ва кунт билан клиник текшириш ёрдам беради.

Кон қуйилиш, шилинишлар шикастланиш соҳасини, таъсирот кучини аниқлюшда қўл келади. Умуртка погонаси синганда беморлар мажбурий ҳолатни эгаллайдилар, айниқса, у бўйин соҳасининг сингани ёки чикдани кўзга ташланади. Орқадан кўрилганда, аввало умуртка погонасининг физиологик кийшайишларига дикдатни жалб қилиш керак Чин букурлик кам учрайди, аммо бел лордозининг текисланиши ёки кўкрак кифозининг кучайиши кўп кузатилади. Катор ҳолларда ёнга кийшайиш (сколиоз) ҳам пайдо бўлиши мумкин.

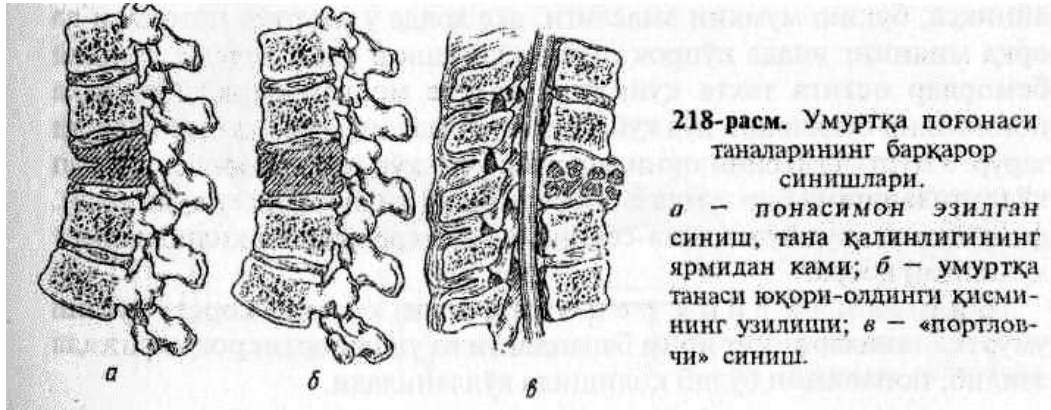


216-расм. Умуртқа погонаси синишида шикастланиш механизми.
a, б — бел қисмининг; *в, г* — бўйин қисмининг.



217-расм. Умуртқа погонасининг беқарор синишлари.
a — чиқиш; *б* — синиш-чиқиш; *в* — умуртқа танасининг ярмидан кўпи эзилиб синиши.

Мушаклари яхши ривожланган шахсларда шикастланган умурткалар соҳасида орқа узун мушаклар қисқариб, тери остидан аркон каби ўткир ўсиклардан икки томонга қараб бўртиб туради. Бўйин умурткалари шикастланганда бу соҳада мушакларнинг спастик қисқариши доимий учрайдиган белги ҳисобланади. Ўткир ўсикларни пайпаслаганда оғриқ сезилади. Оғриқдан



ташқари, пайпаслаганда синган умуртқа ўткир ўсигининг орқага туртиб гургани ва ўсиклар ораси шикастланган соҳда катталашгани аниқланади. Бел умурткалари синганда крринда оғриқ бўлиши ва корин олдинги девори таранглашиши мумкин. Бу кррин сероз пардаси орқа соҳасида гематома борлиги билан боғлиқдир. Кррин парда орқасидаги гематома, куёш читали ва чегара симпатик устуни зарарланиши ёки қаттиқланиши сохта ўткир кррин клиникасини бериши мумкин, айримларида у шундай яққол бўладики, натижада ташхисловчи лапароскопия, хатто лапаротомия қилишга тўғри келади.

Бел ёки пастки кўкрак умурткалари синганини орқа юмшоқ тўқималари шикастлангани ва кўндаланг ўсиклар синганидан киёслаш учун кррнида ётган беморни ёзилган оёқларини кўтариб, ўткир ўсиклар пайпасланади (Силин белгиси). Юмшоқ тўқималар лат еганида, чўзилганида ёки кўндаланг ўсиклар синганида оғриқ кучаймайди, умуртқа таналари, ўткир ўсиклари ва ёйи синганида оғриқ жуда кучаяди. Бу белги шикастланишдан кўпгина вақт ўтган бўлса, умурткаларнинг синганини аниқлашда катта аҳамият касб этади, чуйки бошқа белгилар аниқ бўлмайди. Беморнинг товонига уриб ёки бошини босиб умуртқа поғонаси ўки бўйлаб таъсирот бериш фақат ётган ҳолда ўтказилиши мумкин. Ўк бўйлаб каттарок кж бериш ва кўполлик билан умуртқа поғонаси хдракат х.ажмини аниқлаш, айникса, вертикал ҳолатда ман этилади.

Рентгенологик текширишни икки юзада, фас ва профил ҳолатларда олинадиган суратлар билан бошланади. Кейинчалик кўрсатмага қараб мўлжал суратлар, томография, рентгенограммалар кийшик юзаларда олинадик, улар умуртқа таналари ва уларнинг орқа қисмлари: ёйлари, бўғим ва ўткир ўсикларида кузатиладиган патологик ўзгаришларни майда қисмлари билан кўришга имкон беради. Умуртқа танаси синганининг доимий белгиси бўлиб, ён томондан олинган рентген суратида кўринадиган понасимон деформация ҳисобланади.

Пастки кўкрак ва бел умурткалари синиши-ни даволаш. Умуртқа поғонаси синишига шубҳаланаётган беморга биринчи ёрдам берилаётганда умуртқа поғонасини ҳаракатлантириш, айникса, букиш мумкин эмаслиги, акс ҳолда у умуртқа поғонаси ва орқа миянинг янада кўпроқ шикастланишига олиб келади. Бундай беморлар остига тахта кўйилган махсус мосламаларда, умуртқа поғонасини буқилишга йўл кўйилмаган ҳолда шифохонага ётқизиши зарур. Умурткалар синишини даволаш учун кўп усуллар ичида энг кўп қўлланиладигани бир зумда ёпиқ репозиция қилиб, корсет қўйишдан, функционал усул бўлса, аста-секинлик билан репозиция қилиб, корсет қўйишдан иборат.

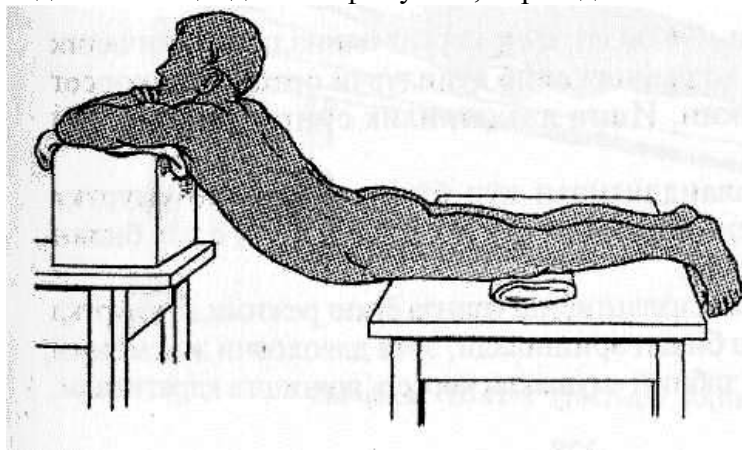
Бир зумда ёпиқ репозиция ва кетидан корсет қўйиш умуртқа таналарининг ярим баландлига ва ундан ортиқроқ даражада эзилиб, понасимон бўлиб қолишида қўлланилади.

Усул тамойили. Синган умурткани куч билан орқага тўқрилаш ва шу ҳолда қадоқданиш бўлгунча экстензион корсет қўйиш. Бир зумда репозицияни умумий ёки маҳаллий оғриксизлантириш билан амалга оширилади. Энг соддаси, Белер усулида оғриксизлантиришдир. Унда синган умуртқалар соҳасида ўткир ўсиклар орасига 2-4 см чуқурликка 0,5% новокаиндан 20 мл юборилади. Маҳаллий оғриксизлантириш тери остига анальгетиклар юбориш билан тўлдирилади.

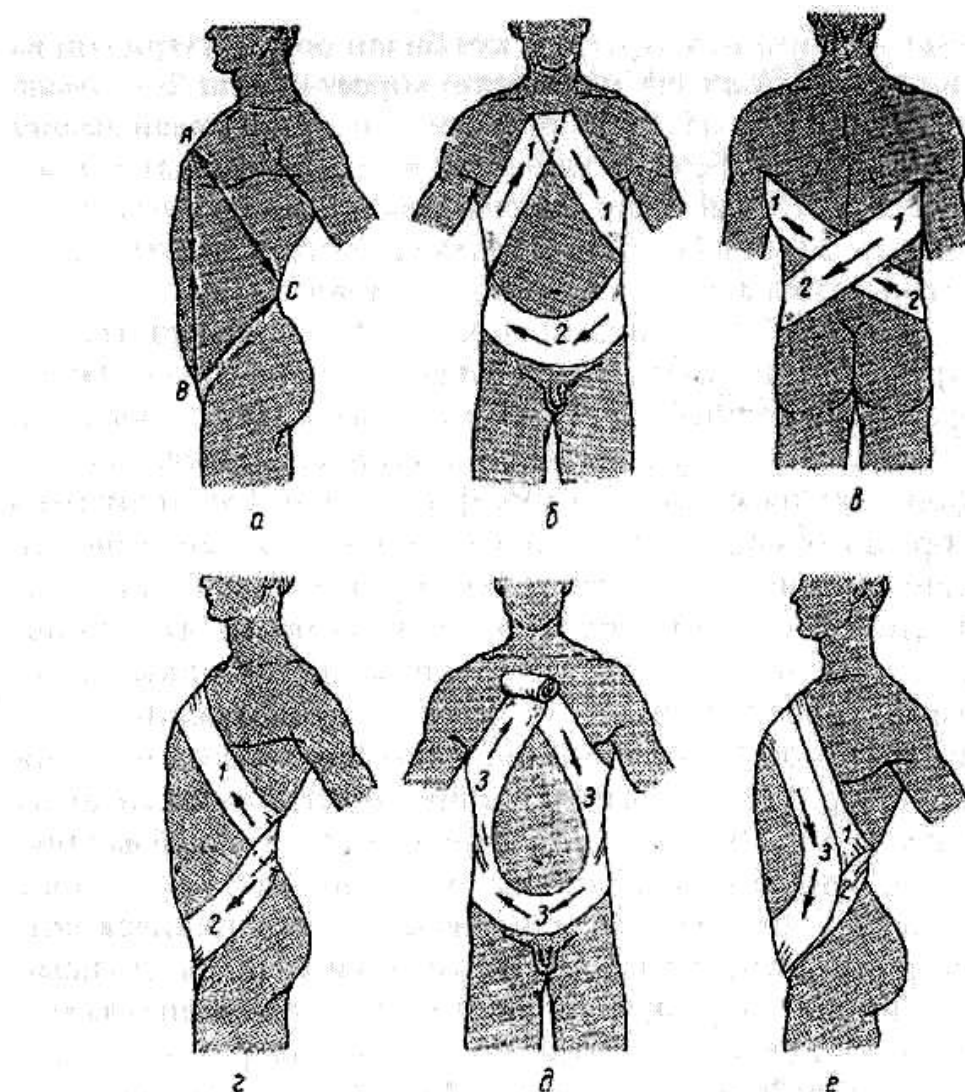
Репозицияни турли баландликдаги столларга беморни корни билан ётқизиб, умуртка погонасини орқага букиб, Уотсон-Джонс-Белер усулида (219-расм) ёки корни билан ётган беморни оёқларидан юқорига тортиб (Девис усули) қилиш мумкин. Лекин универсал ортопедик столда репозиция қилиш кўпроқ мақсадга мувофиқ бўлади. Бунда умуртка погонасини орқага букиш пружиналовчи тасмалар кийшиклигини столларни яқинлаштириш билан ўзгартириш орқали эришилади.

Бир зумда ёпикрепозиция қилиб, рентген назорати ўтказилгач, тезда умуртка погонасини орқа юзага букилган ҳолда корсет қўйилади. Бемор ҳолатини корсет қўйилаётган чоғда ўзгартирмаслик кўзда тутилади. Умуртка погонаси эзилиб синганда гипсли корсетнинг ўзига хос хусусиятлари бор. Унинг асосий мақсади — орқага букилган ҳолда турган умуртка погонасини олдинга бурилишига йўл қўймаслик. Шунинг учун ҳам бундай корсет экстензион деб аталади. Корсетнинг уч таянч нуқтаси бўлиши керак: туш, симфиз ва умуртка погонасининг бел лордозининг энг ботик соҳалари. Йўли борича тана орқа қисми очик қолишига интилган маъкул. Бу кейинчалик орқа мушакларни укалаш, физиотерапевтик ва гигиеник муолажалар ўтказишни осонлаштиради. Корсет Юмашев, Силин ва Талабум усулида қўйилади (220-расм). Бу корсетнинг ўзига ўхшаган экстензион корсетлардан фарқи шундаки, унда гипсли бинтлар юк тушувчи чизиклар бўйлаб ўтказилади. Шунинг учун материал чикими энг кам, корсет вазни енгил ва тананинг кўп соҳаси очик қолади.

Биринчи кунлардан бошлаб физioterapia, укалаш, даволовчи жисмоний тарбия ўтказилади. Репозициядан 3 ҳафта ўтгач, корсетда



219-расм. Уотсон — Джонс — Белер усулида пастки кўкрак ва бел умуртқаларининг компрессион синишида репозиция.



220-расм. Юмашев, Силин, Таламбум усулида экстензион корсет кўйиш (чизма).

а – таянч нуқталари (А, В, С) ва экстензион корсетда оғирликнинг бўлиниши (йўналиш билан кўрсатилган); *б* – гипс бинтининг 1-2 йўналиши (олдидан кўриниши); *в* – шунинг ўзи (орқадан кўриниши); *г* – шунинг ўзи (ёнидан кўриниши); *д* – гипс бинти билан учинчи марта ўтиш (олдидан кўриниши); *е* – шунинг ўзи (ёнидан кўриниши).

юришга рухсат берилади. 4-6 ойдан сўнг корсет олинади. Кейинчалюс ва катта эзилиб синиш холларида олиб қўйилувчи ортопедик корсет тавсия қилиниши мумкин. Ишга лаёқатлилиқ сингандан бир йил ўтгач тикланади.

Учдан бир кием баландлигидан кўп бўлмаган эзилиб умуртка танасининг асоратсиз синишларида функционал усул билан даволашга кўрсатма бўлади.

Усул тамойиши. Харакатсизлантириш ўринда ётиш режими ва умуртка погонаси бўйлаб тортиш билан эришилади, эрта даволовчи жисмоний тарбия (ЛФК) тўлақонли табиий «мушакли корсет» яратишга қаратилади.

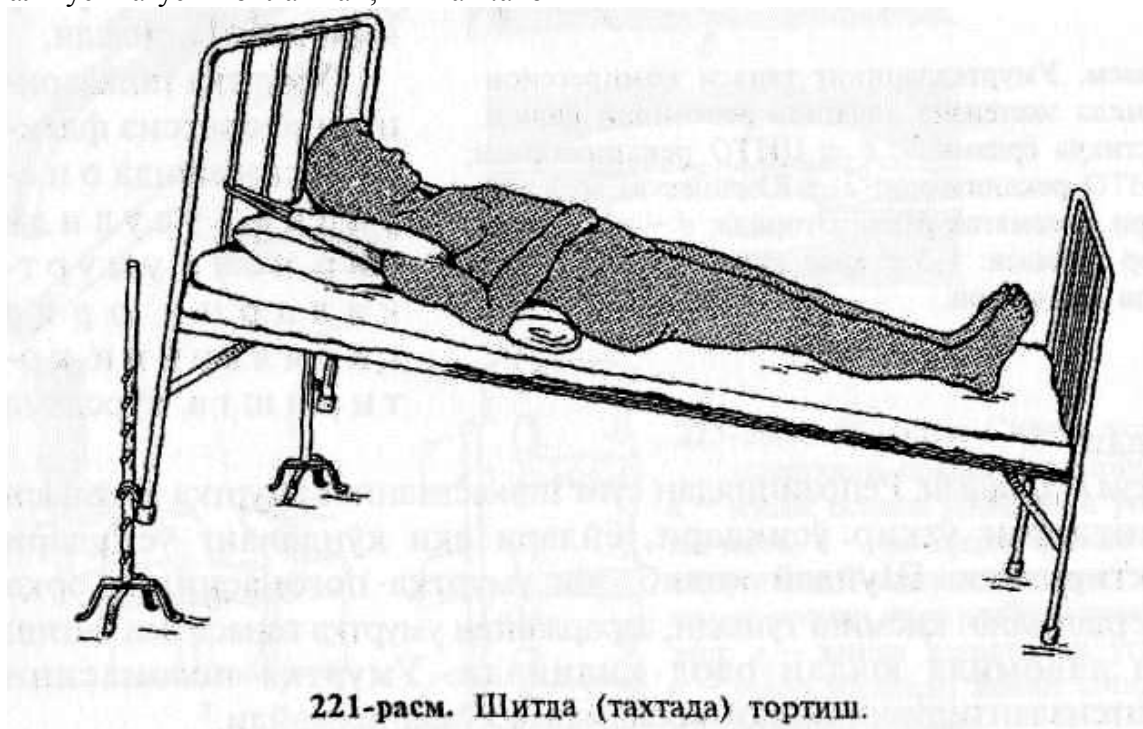
Синган умуртканинг бутунлигини тиклаш мақсади бу ҳолларда қўйилмайди. Умуртка погонаси кийшиклиги кейинчалик кўшни қисмларнинг мослашиш, компенсация қилиш ҳисобига тўғриланади. Корсет дам қўйилмайди. Бу усул В.В.Гориневская ва Е.Ф.Древинглар томонидан таклиф қилинган бўлиб, мамлакатимизда кенг қўлланилади.

Қўйиш юзада қўлтиқ ости соҳасидан тортиб, умуртка погонасига ўқх1 бўйлаб тушувчи оғирликни йўқртилади, бунинг учун физиологик кийшайишлар остига болишлар қўйиб, ёрдам берилади. Ёстикчалар табиий кийшикликларни тўлатиб турса бўлгани, умуртканинг орқага буқилганини улар кучайтирмаслига керак (221-расм). Бемор биринчи кунданокҳжисмоний тарбия билан шугулланиши лозим. Ўринда ётиш режими муддати 1,5-2 ой. 4-6 ой ўтгач ишга лаёқатлилиги дақдқа сўз кетади. Лекин катта жисмоний куч билан боғлиқ ишлар қишши, шикастлангандан бир йил ўтгунча ман қилинади.

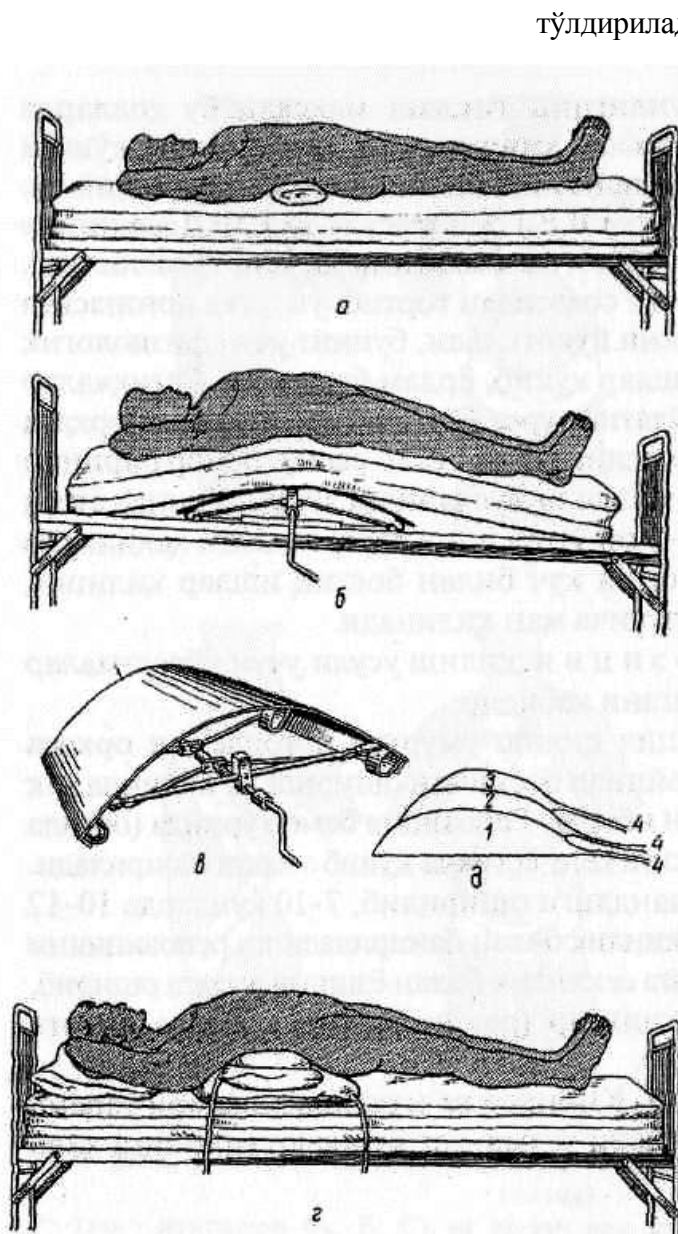
Аста-секин репозиция қилиш усули учун кўрсатмалар бир зумда репозиция қилингани кабидир.

Усул тамоийили. Репозиция қилиш умуртка погонасини орқага буқилишини 1-2 ҳафта мобайнида босқичли ошириш ва кейинчалик экстензион корсет қўйигддан иборат. Репозиция бемор ўрнида (остида қаттиқ тахта билан) бел содасига кенг ёстикча қўйиб амалга оширилади. 2-3 кундан сўнг ёстикча баландлиги оширилиб, 7-10 кунларда 10-12 см га олиб борилади. Аста-секинлик билан бажариладиган репозицияни умуртка погонасини орқа юзага секинлик билан ёзишни амалга ошириб, букадиган махсус конструкциялар (реклинатор) ёрдамида амалга оширса ҳам бўлади (222-расм).

Энг қулай мослама бўлиб, Юмашев ва муаллифдошлари тавсия қилишган, резинали уч бўлмали устма-уст жойлашган, ичига х.аво



221-расм. Шитда (тахтада) тортиш.



222-расм. Умуртқаларнинг танаси компрессион синганида экстензия ҳолатида репозиция қилиш. *а* – ёстиқча ёрдамида; *б* – ЦИТО реклинаторида; *в* – ЦИТО реклинатори; *г* – Юмашев ва муаллифдошлари пневматик реклинаторида; *д* – пневмореклинатор чизмаси: 1-3 – ҳаво камералари, 4 – ҳаво юбориш найчалари.

темир торткичи, Вейсфлог контрактори ёки Юмашев-Силин усулида орқа мушакларни шикастламай аллопластик бириктиришни амалга ошириш мумкин. Юмашев-Силин усулида шикастланган умуртқадан ташқари ихки юқори ва икки пастда жойлашган умуртқалар ҳам қотирилади (223-расм).

Операциядан кейинги даврда даволовчи жисмоний тарбия ва укалашга катта аҳамият берилади, улар орқа мушакларни мустаҳкамлашга қаратилган.

Ўринда ётиш режими муддати умуртқа погонаси синишининг характери ва операция вақтида орқа мушаклар шикастланиш х.ажмига боғлиқ.. Юмашев-Силин операциясидан 4-6

тўлдириладиган рек-линатор л;исобланади. Бўлмалар бир-бири-дан ажратилган, сиги-ми 15, 10 ва 5 л га тенгдир. Умуртқа погонасини орқага букиш даражаси мослама бўлмаларини босқич-ма-босқич таъо билан тўлдириб бошқ;ари-лади. Ҳаво реклинато-рида беморлар металл конструкцияларга нисбатан ўзларини яхши кхс к;иладилар.

Секин-аста репозиция билан бирга жисмоний тарбия, уқдлаш ва физиотера-певтик муолажалар ўтказилади. 15-20 кунларда бемор ётган >олатида экстензион корсет кўйилади. Кейинги даволаш бир зумда репозиция кхилинган беморлар каби олиб борилади.

Умуртқа таналари-нинг асоратсиз флек-сион синишида опера ц и я усулида бир неча умурт-к;аларни орк;а кхисмларини хоти р и ш г а кўрсатма туғилади.

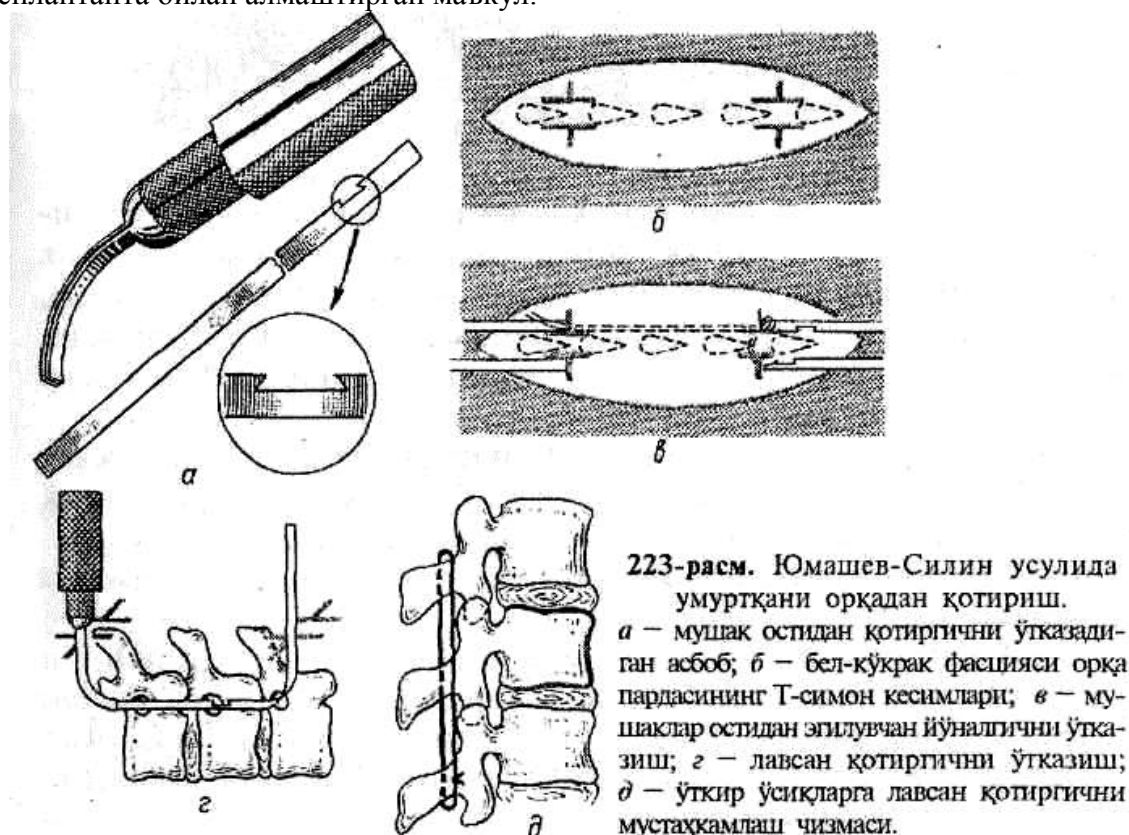
Усул тамойиши. Репозициядан сўнг шикастланган умуртқа поконаси сегментининг ўткир ўсиклари, ёйлари ёки кўндаланг ўсик>лари бириктирилади. Шундай қилиб, юк умуртқа погонасининг орқа шикастланмаган қисмига гушади, зарарланган умуртқа танаси эса битиш вақти давомида юкдан озод қилинади. Умуртқа погонасини ,аракатсизлантирувчи ташқи мосламалар кулланилмайди.

Синган умуртқани операциядан олдин бир зумда ёпиқ усулда ёки аста-секинлик билан тўрриланади.

Орқа мия канали олдинги девори шикастланмай умуртқаларнинг барқарор синишида Цивьян ва Рамих

кундан кейин беморлар оёқда турса, Цивьян ва Рамих мосламаси ишлатилганда — 14-16 кундан сўнг металл пластиналари ишлатилганда (орқа мушаклар кўпроқ зарарланади) ўринда ётиш режими муддати 3 х.афтагача узайтирилади. 2-3 ой ўтгач ишга лаёкатлиликининг тикланиши хақида сўз боради.

«Портлаб» синишларда дирилдок ядро синган умуртка бўлаклари орасига кириб қолади (диск тўқималари билан интерпозиция) ва қадоқланиш жараёнига ҳалакит беради, шунингучун бундай ҳолларда синган умуртка танасини олиб ташлаб, ўрнини суяк трансплантанта билан алмаштирган маъкул.



ўтказилади. Ўринда ётиш режими муддати 2-3 ҳдфта. Ишга лаёкатлилики 4-6 х.афтадан сўнг тикланади.

УМУРТКАЛАР ЎТКИР ЎСИҚЛАРИНИНГ СИНИШИ

Ўткир ўсиқлар ҳам бевосита, ҳам билвосита шикастланишдан синиши мумкин. Бир неча ўткир ўсиқларнинг бирваракайига синиши ҳам кузатилади.

Т а ш х и с. Беморларни синган соҳддаги маҳдлий оғриқ, безовта қилади, оғриқ, умуртка погонасини орқага ё олдинга букканда кучаяди. Синган ўткир ўсиқлар устида ҳосил бўлиб пайпасланганда оғрийди. Айрим ҳолларда ўткир ўсиқлар орасининг ўзгаргани, уларнинг ҳдракатчанлиги ва ўрта чизикдан ёнга сурилганлиги аниқланади. Ён томондан олинган рентген суратида синиш чизиги кўринади.

Д а в о л а ш. Синган соҳлга 5 мл дан 0,5-1% новокаин эритмаси юборилади. Оғриқ, давом этаверса, оғриқсизлантириш 2-3 кунда қўйрилади. 2-3 ҳафта ўринда ётиш режимига риоя қилинади. Ишга лаёкатлилики 3-5 ҳдфтадан сўнг тикланади.

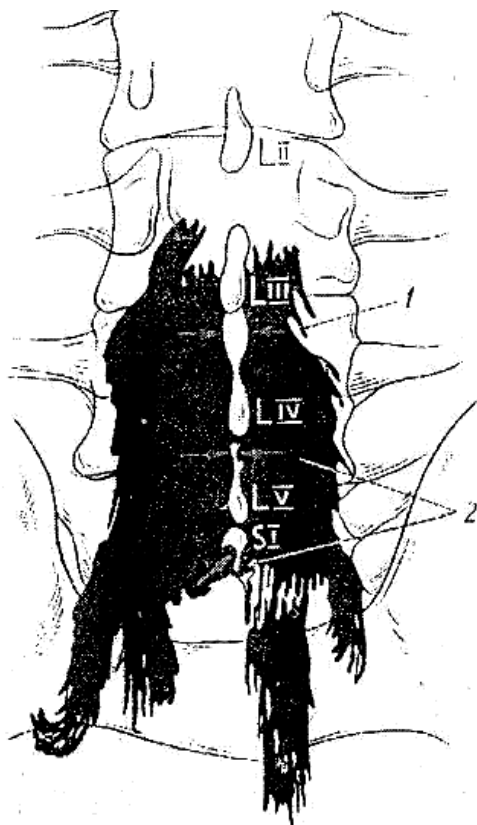
ЎТКИР ЎСИҚЛАР УСТИВА ОРАСИДАГИ БОЙЛАМЛАРНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Ўткир ўсиқлар усти ва орасидаги бойламларнинг алоҳида шикастланиши бўйин ва бел соҳдларида учрайди. Шикастланиш механизми билвосита. Бойламлар умуртка погонаси олдинга кўп буқилганда ёки куч билан ёзилганда ўткир ўсиқлар орасида эзилиши мумкин.

Ташхис. Орқа бойламларнинг янги узилишида махдллий оғрик безовта килади. Умуртка ҳаракатлари оғриқ билан кечади. Айниқса, умуртка погонасини орқага букиш бузилади, айрим холларда жуда азоб берувчи оғриқ сезилади. Бу ўткир ўсиклар орасида бойламларнинг эзилишидан бўлса керак Кўрилганда шикастланган бойламлар соҳасида қон кўйилиши ҳисобига букйи аниқланиши мумкин. Ўткир ўсиклар ораликини пайпаслаганда оғриқ бўлади. Ўсиклараро бойламлар жароҳатланганда кўп оғриқ ўткир ўсиклар орасини ўрта чизикда босилганда эмас, балки ундан озгина ён томонда аниқланади. Пайпаслаганда шикастланган бойламлар кемтиги кузатилиши, тўла узилганда бармоқ ўткир ўсиклар орасига эркин киради. Ўткир ўсикларнинг бир-биридан кочиши бойламларнинг алоҳида янги узилишида одатда кузатилмайди. Умуртка погонасининг оддий рентген суратларида ўзгаришлар кўринмайди. Пекин рентген суратини олиш суяк сингаҳини инкор этиш учун шарт.

Ўткир ўсиклар усти ва орасидаги бойламларнинг шикастланиши кеч муддатларда жароҳатланган соҳада бел санчиги типидagi оғриқлар характерлидир. Беморлар бел мушакларининг тезча чарчабини айтишади. Кейинчалик узатилувчи оғриқлар пайдо бўлиши мумкин, уларнинг келиб чиқиши кўпинча дисклардаги дегенератив ўзгаришлар, қрлаверса орқа ва орқа ён диск чурраларга боғлиқдир. Умуртка погонасини ҳаракати, айниқса, уни орқага букиш чекланади. Доимий белгилари: оғриқ ўткир ўсиклар орасининг кенгайиши, ўткир ўсиклар орасидаги бойламларнинг бўшашидир.

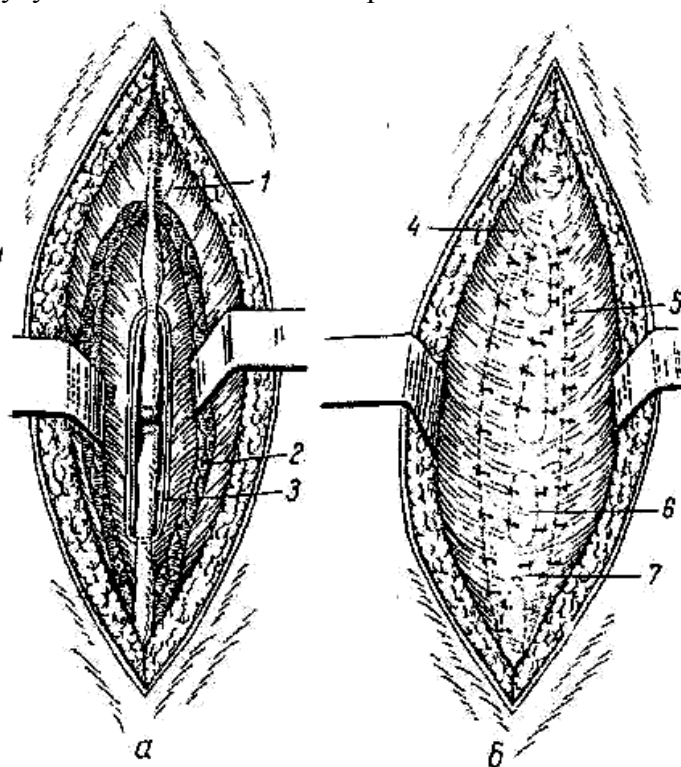
Т а ш х и с. Ўткир ўсиклар усти ва орасидаги бойламларнинг шикастланишининг кеч даврлардаги клиник манзараси бошқа кўп патологик ҳолатларга ўхшаб кетади; масалан, умуртка погонаси остеохондрози. Шунинг учун айтиб ўтилган бойламлар шикастланганини кеч даврларда аниқлаш учун махсус текшириш усулларини ўтказиш лозим. Уларнинг энг соддаси жароҳатланган бойламларни вақтинча оғриқсизлан-тирадиган синамадир. Ўткир ўсиклар орасига 3-5 мл 2% новокаин эритмаси юборилади. Агар беморларда ҳақиқатдан бойламлар шикастланган бўлса, оғриқ вақтинча ўтади. Хатто умуртка погонасини орқага букиш оғриқсиз бўлиб қолади (оғриқсизлантириш синамаси мусбат). Лекин бойламларнинг шикастлангани дисклардаги дегенератив ўзгаришлар билан биргаликда кечса, синама натижаси манфий бўлиши мумкин, чунки оғриқ фақат бойламлардаги ўзгариш билан эмас, балки дисклардаги ўзгаришларга ҳам боғлиқ. Бу холларда ўткир ўсиклар орасидаги бойламларнинг бутунлиги ҳақида нотўқри фикр пайдо бўлиши мумкин. Шундай қилиб, оғриқсизлантириш билан топилган мусбат синама ўткир ўсиклар орасидаги бойламларнинг узилганини билдирса, манфий синама уни инкор эта олмайди. Шубҳа қилинган холларда контраст модда юбориб, рентген текшируви — лигаментография ўтказиш тавсия қилинади. Ўткир ўсикларни иккала ён томонларидан контраст моддани сувдаги эритмаси юборилади. Агар ўсиклар орасидаги бойламларда дарча, кемтик бўлса, у контраст модда билан тўлади ва фас рентген суратида ўсиклараро бойламлар ёругланиши фонида контраст модда сояси кўринади (228-расм).



228-расм. Лигаментограмма (чизма). 1 — нормал бойлам; L₃-L₄ — контраст модданинг нормал оқиши; 2 — шикастланган бойламлар L₄-L₅, L₅-S₁.

Д а в о л а ш. Бойламлар шикастланишининг дастлабки даврида консерватив функционал даволаш тавсия қилинади. Шифохонада шикастланган соха оғриқсизлантирилади, кейинчалику 3-4 кундан кейин қайтарилади. Беморни остида тахтаси бор қдгтикўрингачалканча ётқдоилади. Даволовчи жисмоний тарбия ўтказилади. 2-хафтадан бошлаб кррнига айланишга рухсат берилади, шу вақтдан бошлаб тана орқа қисмини массаж қилишга кўрсатма берилади. Ўринда ётиш режимининг умумий муддати 3-6 хафта.

Лекин корсет ишлатилганда яхшироқ натижаларга эришилади. Бундай даволашнинг асосида узилган боғлам бўлакларини максимал яқинлаштириш ва барча битиш даврида ҳдракатсизлантириш ётади. Оғриқсизлантирилгач, умуртқа погонасини орқага буқилган холда экстензион корсет кўйилади. Шундай қилиб, ўткир ўсикдар ва уларга ёпишадиган бойламлар максимал яқинлаштирилади. Жисмоний даволовчи тарбия, физиотерапевтик муолажалар бемор корсетдалигиданокўтказилади. Корсетни такиб юриш муддати 4-6 _афта. Шикастлангандан кейин кўпроқ вақт ўтган бўлса, консерватив даволаш натижаси камроқдир. Агар бир йил мобайнида консерватив муолажалар билан натижага эришилмаса, жаррохлик усули қўллани-лади, ўсиклараро бойламларни Юмашев, Силин ва Дмитриев усулида лавсан тасмачалар билан пластика қилинади (229-расм).



229-расм. Умуртқа погонасининг орқа бойлам комплексини пластика қилиш техникаси.

Операциядан сўнг каттиқ ётоқда ўринда ётиш режимига рио5 қилинади. Ўринда ағдарилиш чекланмайди. Операциядан сўнг биринч! кунларданок даволовчи жисмоний тарбия ва физиотерапевт! муолажалар тавсия қилинади. Беморлар оёқда кўтарилгач умуртқ! погонасини ҳаракатсизлантириш учун ташкой мосламала} ишлатилмайди. Танани олдинга буқишни 8-10 х,афта мобайнид(чекланади. Ишга лаёкатлилиқ 11-12хафтадан сўнг тикланади.

:

УМУРТКА ПОРОНАСИННИНГ АСОРАТЛАНГАН ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Умуртка погонасини ёпиқ шикастланишида орқа мия ва от дум! тутамларининг турли даражада зарарланиши кузатилади микроскопик ўзгаришлардан лат ейишгача, мажакланиши ва хаттх анатомик узилиб кетиши мумкин. Буларда орқа мия шиши ш] даражага бориб етадики, унда қаттиқ пардани чегаралаб турувч! канал ичи бутунлай тўлиб қолади.

Орқа мия шикастланиш даражасига, орқа мия ва ундан чикувч! тутамлардаги ўтиб кетувчи ва ўтмайдиган ўзгаришларга кара< А.Л.Поленов номидаги Ленинград нейрорехология илмий текширии институту таклиф қилган таснифга асосан орқа соҳанинг асоратл] шикастланиши уч гуруҳга бўлинади:

Биринчи гуруҳ - орқа мия ва от думи тутамларининг қайта] функционал ўзгаришлари (орқа мия чайкалиши, қон айланишнинг қайтар ангионевротик бузилишлари билан кўринади); I

Иккинчи гуруҳ - қайтар ва қайтмас орқа мия ва от дум] тизимчаларидаги ўзгаришларнинг кўшилиб келиши (орқа мия ла1 ейиши ва эзилиши).

Учинчи гуруҳ - орқа мия кўндалангига анатомик узилиши ею унинг тўқималарини бутун кўндалангини эгаллаган қон қўйилиш] билан кечувида қайтмас ўзгаришлар.

Орқа мия жароҳатланиш оғирлиги қайтмас морфологи] ўзгаришларнинг устунлиги, фаолиятининг тикланиши эса қайта] функционал ўзгаришларнинг йўқлигида боғлиқ..

Жароҳат олинган вақтдан ўтган даврга боғлиқ. 1) олда, орқа миядаги ўзгаришлар том маънода травматик шикастланиш (улар шикастланиш вақтида ва таъсири остида пайдо бўлади) ва ангионевротик характерли эга бўлган иккиламчи ўзгаришларга ва системали ҳамда системаси демиелинизация ва дегенерация, шикастланишдан ўтган узоқ даврд] унинг жўратларига киради. Асоратлари эса соҳа тўқималарининг сурилиб тикланиш, чандикланиш ва ички турли тўқималар била! тўла кисталар ҳосил бўлиш жараёнлари билан характерланади.

И.Я.Раздольский орқа мия травматик касаллигани 4 даврини ажратди:

1) 2-3 кунни ишғол қилувчи бу давр учун бетартиб клиник манзара хос бўлиб, орқа миянинг турли даражада шикастланишидан келиб чиқади ва спинал қарахтлик (шок) ривожланиши билан боғлиқдир. Бу даврда орқа мия оқир шикастлангани ҳозирги замонда клиник манзарага асосланиб, орқа мия ва от думи тизимларида морфологик ўзгаришлар характерини амалий жиҳатдан аниқлаб бўлмайди;

2) эрта даври 2-3 ҳафта давом этади. Бу давр ҳам орқа миянинг тўлафункционал узилиш белгилари билан кўринади. Бу белгилар мажмуасининг келиб чиқишида қон, лимфа ва орқа мия суюқдигиалмашувининг муътадил ошиб бузилиши ҳамда орқа мия кулранг моддасида микроскопик ўзгаришлар ётади. Бу некроз ва қон қўйилишлар босқитида, жароҳатли йўли билан орқа мия текширилганда анатомик бутунлиги сақлангандек туюлади, аммо лат еган, мажакланган ва қон қўйилган ўчоқлар топилади. Орқа мия тўқимаси бўкиб суюқлик билан шимилган бўлади;

3) оралик давр одатда 3-4 ойгача давом этади. Унинг бошлангич фазасида спинал қарахтлик аломатлари йўқолади ва зарарланган соҳада чандикланиш жараёни кетади ҳамда шикастланишнинг чин характерли аниқланади. Бу давр учун орқа мия ўсиб боровчи кистоз дегенерациясининг клиник-морфологик ўзгаришларининг бошлангич босқичи ҳосилдир;

4) орқа мия травматик касаллигининг кеч даври (4 ойдан кўпроқ) зарарланган ўчоқда аввал глиал, сўнга купол бириктирувчи тўқимадан чандиқ ривожланиши билан характерланади. Мия тўқимасида, кўпинча, посттравматик кисталар ҳосил бўладики, улар орқа мия фаолиятини янада кўпроқ бузади ва мия тўқимасининг қайта тикланиш жараёнини кўп ҳолларда ёмон оқибатларга олиб келади. Орқа мия пардалари ва эпидурал ёк кавитида ривожланган чандикли ўзгаришлар ҳамда шикастланган умурткаларда ҳосил бўлувчи суюқ кадоги кеч

даврда орқа мияни эзиб қўйиши, кон ва суюқлик айланишини бузиши, бўқишига олиб келиши мумкин, булар ўз навбатида иккиламчи некротик ўчоқлар ва х.атто' кон қўйилишлар пайдо бўлишига олиб келади.

УМУРТҚА ПОРОНАСИННИНГ АСОРАТЛАНГАН ШИКАСТЛАНИШЛАРИ КЛИНИКАСИ

Умуртка погонасининг асоратланган шикастланишлари орқа мия функционал узилиш белгилари ўткир даврда (шикастланиш соҳасига караб) тўртала мучалар ёки иккала оёқлар тонусининг пасайиб шолланиши, рефлексларнинг йўқолиши, ўтказувчи типдаги оғриқсизланиш, шахвоний кўзгалиш, чаноқ аъзолари фаолиятининг бузилиши, вегетатив ўзгаришлар (терлаш, вегетатив нерв системасига хос рефлекслар, тери хдрорати, кон айланиши ва бошқдлар) билан характерланади. Клиник амалиётда ёзиб ўтилган дастлабки давр «спинал карахтлик» атамаси билан юритилади.

Бу давр муддати неврологлар ўзгаришларнинг қайта ривожланишида турлича бўлиб, бир неча ҳафтадан бир неча ойларга тенг бўлиши мумкин. Кўпчилик беморларда орқа мия шикастланиши клиник манзараси умуртка погонасининг жароҳатланиш дақиқасида ойдинлашади, бу зарарланган соҳада умуртка канали шаклининг тўсатдан ўзгариши нақадар аҳамиятли эканини кўрсатади. Бўйиндан паст ва бел-думғаза сегментларидан юқори соҳалар шикастланганда икки оёқ паралитик шаклга, кейинчалик эса спастик шаклга ўтади. Бўйиндан пастки соҳалар шикастланганда юқорршувчи кистоз дегенерация кузатилмаса, қўллар интакт бўлиб қрлаверади.

Орқа мия травматик касаллигининг турли даврларида ундаги морфологик ўзгаришлар, кон ва суюқлик айланишининг бузилиши, кистоз дегенерация ривожлашши ва хоказоларга караб клиник манзара ўзгариши ва орқа мия фаолиятининг кўндалангига шикастланишининг турли неврологик белгилари кузатилиши мумкин:

1) кўндаланг тўла узилиш белгилари (орқа миянинг функционал узилиши);

2) орқа мия ярим юзасининг узилиш белгилари (вентрал, дорсал ёки латерал);

3) марказий медулляр шикастланиш.

Бу белгиларнинг ҳар бир синдроми маълум симптомлар йиғиндисидан иборат бўлиб, улар ўз навбатида бир-бирига чалкашиб кетади, турли босқичларда бири иккинчисига ўтади. Сезишнинг объектив ўзгаришларидан ташқари (гипестезия, анестезия, оғриқ., тактил ва мушак-бўғим сезгилари), уларнинг субъектив бузилиши ташхислашда маълум рол ўйнайди, булар қягикланиш ва тушиб қолиш ҳамда у ёки бу белгилар беморда бир вақтнинг ўзида пайдо бўлади.

Қдгикланиш белгиларига оғриқлар ва парестезия киради. Оғриқлар характери турлича бўлиши мумкин. Кўпинча ҳар хил даражадаги «синдирувчи» оғриқлар, уларни беморлар чуқур оғриқлар деб кўрсатишади (суяқларда зиркираш). Кўпинча оғриқлар тактил ва ҳарорат парестезияси билан биргаликда кечади.

Оғриқларни давомлилиги ҳам бир хил эмас. Улар тўсатдан пайдо бўлиши, аввал, қисқа хуруж типда, кейинчалик эса, бир неча кун давом этади. Бошқа ҳолларда оғриқлар давомли, х.афталаб ва ойлаб безовта килади, кучли, кучсизлиги алмашилиб туради. Кўпинча, уларнинг таркаш жойларида гипестезия ёки х.атто анестезия бўлади. Айримларда увишишга «чумоли ўрмалаётган» сезги, умуртка погонаси бўйлаб электр токининг утиши (Лермитт синдроми), орқа мия орқа шохчалари зарарланиши билан боғлиқдир. Ҳароратли парестезия камроқ кузатилади, унда совуқ. нарсанинг тегиб туриши ёки тана бир қисмининг жунжикиши ёки кизиби кетиш ва ачишиш каби сезгилар бўлади. Бир хиллари ҳарорат парестезиясининг иккала тури бир вақтда ёки совуқ. сезиш, кизиби кетиш билан алмашса, аксинча, кизиш парестезияси совуғига ўтади.

Сезгиларнинг бузилиш соҳаси орқа мианинг ҳам узунаси, ҳам кўндалангига бирламчи ёки иккиламчи зарарланиш жойини аниқ, кўрсатади. Лекин бу аниқдик нисбий характерга эга. 0,3-0,5% холларда орқа мия травматик касаллигида оғриқ, синдроми мустакил жаррохлик муаммоси ҳисобланади.

Харакат соҳасининг бузилиши мустакил ҳаракатланиш, рефлектор соҳа ва мушаклар тонусига тегишлидир.

Думғаза усти қисмидан орқа мия шикастланганга спастик синдром характерли ҳисобланади. Орқа мианинг шикастланган жойдан пастки бўлаги маълум автоном активликни қўлга киритади, у моно- ва полисинаптик рефлектор ёлларининг иш фаолиятига боғлиқдир.

Орқа мия нейронларининг физик ва тоник активлиги ёркин белгиларидан бўлиб, химоя рефлекслари ҳисобланади. Улар турли ҳаракатларнинг уйғунлашиши билан кўринади. Мушаклар тонусининг ўзгариши уйғунлашишнинг кўп ва камлигига боғлиқдир. Уйғунлашиш шакллари қандай бўлишидан катъий назар сонни яқинлаштирувчи ва бел-ёнбош мушакларининг таранглашиши кузатилади.

Орқа мия дистал қисми ва от думи тутамларининг зарарланиши оёқларнинг тургун бўлашган фалажлиги ёки шоллиги билан характерланади, бунда тизза ва товон рефлекслари пасаяди ёки чакдоилмайди, мушаклар гипотонияси ва гипотрофияси кузатилади.

Сийдик йўллари ва кўпчаси фаолиятининг бузилиши. Орқа мия травматик шикастланишининг кўп учрайдиган кўрсаткичларидан сийдикхайдашнинг бузилиши ҳисобланади, кўпинча сийдик кўпчасига инфекция тушиши мумкин. Бу ўз навбатида рефлюкс пайдо бўлишига, пиелит, умумий сепсис ёки урс(сепсис каби асоратларга олиб келади. Сийдик хайдалишининг қийинлашиши сфинктер фаолиятини бошқаришни бузилишидан келиб чиқади. Тинч вақтда орқа мианинг қайси даражада травматик шикастланишидан катъий назар, сийдик х.айдашнинг бузилишида қов суғачаси устидан оқма ҳосил қилиш ҳато ҳисобланади.

Антибактериал даволаш шароитида вақти-вақти билан сийдик кўпчасини катетеризация қилиб, узок. вақт бўшатиб туриш мумкин. Сийдик КОПИНИНГ тўлиш тезлигига қараб бир кунда 3-4 ва 6 мартагача, одатда, катетеризация қилинади. Ҳатто доимий катетеризация (6-8 ойгача) ишлатилган чоғда кўп беморларда, агар асептика ва антисептикага тўлиқ риоя қилинса.

Маълум эҳтиёткорликка риоя қилиш ҳам керак агар катетер сийдик кўпчилиги доимий қолдириладиган бўлса, 2-3 марта бир сугқада кўпчилиги ювиб турганда катетерни 5 кунгача қолдириш мумкин ҳисобланади. Монро системаси сийдик йўлларида инфекциядан сақлаш ва сийдик автоматизми беморда ривожланишида умидни ҳар доим ҳам оқлайвермайди. Айримларда бу системани ишлатиш мумкин, аммо автоматизмнинг бошланғич белгилари пайдо бўлиши биланок вақти-вақти билан катетеризация қилишга ўтиш керак. Автоматизмни йўлга солиш учун беморларда Монро системасини кўп ушлаш автоматизмнинг бузилишига олиб келиши мумкин.

Ётоқ яралар. Орқа мия шикастланганда кўп кузатиладиган асоратлардан ҳисобланади ва 20-53% беморларда учрайди. Ётоқ яралар инфекция кириши учун кириш «дарвозалари» роилини ўйнайди ва 20-30% холларда ўлимга олиб боради. Яралар орқали беморлар кўп оксил йўқртадилар (40-50 г гача), бу эса уларнинг умумий аҳолини янада оғирлаштиради.

Даволаш муолажаларига некротик тўқималарни олиб ташлаш, мазли боғламлар қўйиш, битишни тезлатувчи коллаген пардалар ва пўқаклардан фойдаланиш, кварц қўйиш, электр ёрдамида китиклаш, тери пластикасини ўтказиш қиради.

Нейротрофик ўзгаришлар. Орқа мия травматик касаллишда 16 дан 53% гача лолларда катта бўғимлар соҳасида гетеротопик суякланиш кузатилади. Улар беморни актив тиклаш учун катта тўсик ҳисобланади.

Орқа мия травматик касаллигани даволаш режалаштирилаётганда спондилография, умуртка каналлини пункция қилиш (ликвординамик синамалар ўтказиш), айримларда миелография ёки веноспонди-лография, компьютер томографияси амалга оширилади.

УМУРТКА ПОЮНАСИНИНГ АСОРАТЛАНГАН ШИКАСТЛАНИ-ШИДА ЖАРРОХЛИК ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ

Орқа мия шикастланганида оғирлашаверадиган спинал хасталикнинг сабабларидан бири жароҳатланган умуртка сегментининг деформацияси ва бекарорлигидир. Умуртка каналида суяк бўлақларининг мавжудлиги, орқа мия ва унинг кон томирларини эзиб, ўчокдан ташқарида деструктив ўзгаришларга, кисталар пайдо бўлиши, орқа мия тўкимасини глиал айланишига (анатомик ўзгаришига) олиб келиши мумкин. Энг кўп бу ҳодисалар умуртка погонасининг бўйин ва кўкрак-бел соҳаларида кузатилади. Кўкрак соҳасида бекарорлик амалда учрамайди.

Жарроҳлик усули танланаётганда умуртка погонасининг бўйин қисми шикастланиш қонуниятларини ҳисобга олиш керак

1. Бўйин соҳасига сагиттал юзада етган таъсирот таянч-бойлам аппаратини шикастласа, уни бекарор деб баҳолаш керак чунки бу жароҳатланиш орқа мия травматик хасталигининг яқин ва узоқ, даврларида кузатиладиган морфологик ўзгаришларни чуқурлаштириб юборади, клиникада ривожланувчи кистоз дегенерация ўчок усти белгиларини пайдо қилади.

2. Чикданда, синиб-чикданда ва умуртка таналарининг эзилиб синишида эзувчи омил сифатида сурилган умуртка ёки умуртка каналининг деформацияланган қисми ва суяк бўлақлари ҳисобланади, улар орқа миани олдиндан эзишади.

3. Орқалиқ даврида бу омиллар олдинги спинал ва тутам артерияларни шикастлайди, орқа миёда кон айланишининг бузилиши эса ўз навбатида ишемик бўшлиқларни пайдо бўлишига олиб келади.

Шундай қилиб, орқа мия шикастланишининг ўткир даврида текширишларга асосланиб икки хил операция ўтказиш мумкин: орқадан борилиб (ламинэктомия) ва олдиндан очилиб сурилган умуртка танасини олиб ташлаш.

Умуртка погонасининг асоратли шикастланишида зудлик билан олдинги декомпрессия операцияси учун қўйидагилар мутлақ монелик ҳисобланади: а) агар беморда мия стволи шикастланиш белгалари бўлиб, у орқа мианинги функционал узилиши билан кўшилиб келса; б) клиникасида аниқ, марказий медулляр синдром аниқланса, лекин рентген текширишларида умуртка погонаси бўйин қисмида шикастланиш белгалари йўқ. («рентген белгиларисиз клиник манзара»), бу ҳолатга одатда гаперэкстензион шикастланиш механизми олиб келади.

Шошилини жаррохлик муолажасига н и с б и й монелик бўлиб, неврологик белгиларнинг тез (бир неча соат давомида) регресси — орқага қайтиши ҳисобланади.

Орқа мия травматик касаллигида кўкрак-бел соҳасини очик йўл билан солинганда ва мустахкамланганда вазифа шулар билан тугалланмайди, балки кўрсатмага биноан умуртка канали ревизия қилинади, иҳидаги аъзоларда муолажалар ўтказилади (тутамлар тикланади, мия детрити олиб ташланади).

Харрингтон дистрактори ёки турли металл пластиналар билан умуртка погонасининг мустахкамлигини тиклаш мумкин. Сим билан қотириш нотўғри муолажа ҳисобланади, чунки эрта узилиб кетиши мумкин ва умуман, умуртка погонасининг мустахкам баркарорлигини таъминлай олмайди.

Агар гап мианинги кўкрак ва белнинг йўғонлашган қисми ҳақида борар экан, тўлақирли декомпрессия учун зудлик билан ламинэктомия қилиш, мия детритларини ювиб ташлаш, орқа миани кунт билан ревизия қилиш, от думи тизимчаларини анатомик бутунлиги бузилган бўлса тикиш лозим.

Шикастланишдан кейинги узоқ, муддатларда қилинадиган жаррохлик муолажаларнинг ўзига хослиги шундан иборатки, унда кенг ва радикал ламинэктомия умуртка погонасининг ҳар қандай соҳасида қилинаверади. Операция мақсади орқа миани эзаётган ва китикдаётган барча сабабларни бартараф қилиш, ликвор айланишини тиклаш. Бунинг учун ҳамма чандикдар қилинади, мия ичидаги кисталар очилади ва орқа мия мобилизация (сафарбар) қилинади.

Шикастланишдан кейинги узоқ, даврда орқа мия ва унинг тизимчаларида қилинадиган ҳар қандай операция, коида бўйича менингомиелорадикулолиз билан тўлдирилади (унинг ўзи мустақил кдлиниши, айримларда реконструктив операцияларнинг айрим қисмлари билан тўлдирилиши мумкин). Шунини алоҳида айтиб ўтиш жоизки, менингомиелорадикулолиз орқа миани сафарбар кдпиб, унинг айланмасидаги битишмалар ва мия билан кртгик парда ҳамда суяклар орасидаги чандиклардан ҳалос кдлса, яхши натижа беради. Бу вазифани ечиш оптик катталаштириш ва микрожаррохлик инструментлар ишлатилса, анчагина осон кўчади.

Амалий машғулот № 12. Туғма ортопедик касалликлар.

8.8.2.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -80 мин	Талабалар сони : 20 гача
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Машғулот режаси: 1. Ўқитувчининг кириш сўзи 2. Талабалар билимларининг юқори даражаси ва уларнинг мустақил тайёрланишини (программалаштирилган сўраб-суриштириш)назорат қилиш. 3. Мустақил равишда беморни текширишни шакллантириш, анамнез йиғиш, кўздан кечириш: физикал текшириш, рентгенограммани ўқиш. 4. Беморларни таҳлил қилиш, текширишни ишончли ўтказиш, ташхисни тўғри қўйиш. 5. Машғулот натижаларини якунлаш.	Машғулотнинг қисқача мазмуни: Соннинг Туғма чиқиши, етиопатогенези, клиника, диагностика, давоси. Туғма бўйин қийшиқлиги, етиопатогенези, клиника, диагностика, давоси. Туғма маймоқлик, етиопатогенези, клиника, диагностика, давоси. Коматнинг бузилиши. Сколиоз. Классификацияси, даражаси, профилактикаси, давоси. Кул-оёқларнинг рахитик деформастиялари. Жароҳатдан кейинги деформастиялар. Полиомиелит ва ДЦП асоратлари. Коллагеноз касалликларида бугим деформастиялари.
Ўқув машғулотнинг мақсади: Талабаларга мавзунинг аҳамияти ва қисқача шарҳи,беморлар билан курастия ўтказиш. Қўрилган беморларни муҳомадан ўтказиш, талабалар билим савиясини синаш. (сон суяги бошчасининг туғма чиқиши, маймоқлик, бўйин қийшиқлиги, сколиоз касаллиги, кул панжаларининг нуқсонлари ва тоғон панжаларининг ортирилган деформастиялари)	Мақсади ёритилади. Туғма ортопедик касалликларни ерта аниқлаб билишни ургатиш, аниқлаш синамаларини ургатиш, даволаш режаларини тузиш, ортопедик беморлар реабилитацияси тугри танлаб билишни ургатиш.
Таълим бериш усуллари	Кургазмали,маъруза,суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий,жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма,дарслик,маъруза матни,проектор,компютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

Амалий машғулотининг технологик картаси.

Иш боскичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов боскичи	1. Аудитория тозаллигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	
1. Ўқув машғулотида кириш боскичи (10 дақиқа)	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот слайдларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 1) Клиппел –Фейл касаллиги 2) Сон Туғма чиқишлари ерта диагностика 3) Лоренст ҳолатида гипсли бойлам 4) Буйин кийшиклиги клиникаси 5) Туғма маймоқлик клиникаси 6) Сон Туғма чиқишлари кечки белгилари 7) Чанок сон бугими дисплазияси 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мултимедиялардан фойдаланади 4. Даволаш ишларини олиб боради 5. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
16- якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

Мавзу баёни.

Ортопедик касалликлар ичида соннинг туғма чиқиши биринчи ўринда туради. Маълумки, чақалоқларда соннинг туғма чиқиши емас, балки чанок-сон бўғими дисплазияси, яъни ривожланишнинг орқада қолиши кўпроқ кузатилади. уч ойлик болаларда чанок – сон бўғими дисплазияси 70%ни, соннинг туғма, қисман чиқиши 20%ни, тўла чиқиши – 10%ни ташкил этади. вақт ўтиши билан беморлар даволанишмаса муносабатлар ўзгаради: мускуллар тонуси оша боргани сабабли яхши ривожланмаган, қуймич косасининг том қиялиги сон суяги бошчасини юқорига ва ташқарига силжишига олиб келади. Шунинг учун 1 ёшдаги болаларда соннинг чала чиқиши 28.9%ни, тўла чиқиш – 71.1%ни ташкил қилади.

Адабиётларда кўрсатилишича (М.В.Волков, В.Д.Дедова, 1980), чанок – сон бўғими дисплазияси 1000 чақалоқдан 15-16 тасида учрайди, туғма чиқиш еса иккиламчи, табиий шароитлар ва миллатларнинг айрим удумларига боғлиқ. Айрим Ўрта Осиё, Яқин Шарқ мамлакатларида, шунингдек Кавказда чақалоқларни қаттиқ йўргаклаш одат бўлгани сабабли

соннинг туғма чиқиши 9% гача учрайди. Африканинг айрим жойларида ва Ҳинди-Хитой ярим оролларида иссиқ иқлим бўлгани туфайли болаларни каттиқ йўргаклашмайди, шунинг учун у ердаги маҳаллий аҳоли орасида соннинг туғма чиқиши умуман учрамайди.

Чанок – сон бўғими дисплазиясининг келиб чиқиш сабаблари ва ривожланиш механизмлари мураккаб ва тўла ўрганилмаган соҳадир. Дисплазия чанок – сон бўғими ҳалтачаси яллиғланишидан 9синовитдан0 келиб чиқади, деган назария мавжуд. Паралитик назария бўйича туғма чиқишга ҳомила она қорнида полиомиелит билан касалланган сабаб бўлади. Ўткир травма тарафдорлари еса туғруқ пайтидаги шикастланиш соннинг чиқишига сабаб бўлади, - дейишади. Механик назария тарғиботчилари қоғонок суви кам бўлгани учун бачадон мускуллари ҳомиланинг букилган ва яқинлаштирилган оёқларини езиб чанок – сон бўғими дисплазиясига олиб келади, деб изоҳлайдилар.

Р.Р.Вреден (1937) соннинг туғма чиқиши мускуллар мувозанатининг бузилишидан, хусусан керувчи мускулларнинг кучсизлигидан келиб чиқади, - деб ҳисоблайди. Д.А.Новожилов ва Н.Б.Бокаури 19670 лар дисплазия ва соннинг туғма чиқишини нервлардан, - деб билувчи муаллифлар қаторига қирадилар. Айримлар бу норасолик келиб чиқишини чанок – сон бўғими аъзолар ва атрофдаги мушакларнинг дастлабки пойдевори нотўғри қўйилганидан деб ҳисоблайдилар. Е.К.Никифорова ва А.С.Фруминанинг фикрича, соннинг туғма чиқиши бошқа туғма норасоликлар билан бирга келишидандир. М.В.Волков, Р.Л.Горбунова ва И.П.Елизарова (1966) лар кузатишлари бўйича, чанок – сон бўғими дисплазияси билан туғилган кўпчилик болаларнинг оналарида юрак – қон томир касалликлари ёки ҳомиладорликдаги заҳарланишлар (токсикоз) ва буйрак хасталиклари бўлганки, улар ҳам онада, ҳам ҳомилада оқсил ва туз алмашинуви бузилишига олиб келган. текширилганда 50% га яқин ҳолларда ҳомила думбаси билан келган. Бу демак, чанок – сон бўғими дисплазияси учраши хавфли кўп бўлгани учун улар ўта синчковлик билан кузатилмоғи даркор. Бўлгуси ота ва оналарнинг болани ривожлантиришдан олдинги ва ҳомиладорлик вақтидаги соғлиқлари ҳам катта аҳамиятга эга. Турли инфексиялар, шамоллашлар (айниқса, ҳомиланинг биринчи 3 ойи мобайнида) чала туғиб қўйиш хавфи пайдо бўлиши, наслнинг соғ ва касалмандлиги ҳам чанок – сон бўғими норасолиги ривожланишига олиб келади.

Шундай қилиб, чанок – сон бўғими дисплазияси ҳам эндоген омиллар, яъни чанок – сон бўғими тузилишининг ўзига хослиги. Гормонал мувозанатнинг бузилиши ҳамда экзоген омиллар – бўлажак она касалликлари, ҳомиладорлик кечишидаги асоратлар ва бошқалар таъсирида дисплазияда анатомик ўзгаришлар даражаси унчалик катта емас, шу сабабли биринчи кунлардан бошлаган даволаш муолажалари кейинчалик бўғи нормаллашиб кетишига кафолат бера олади.

Чанок – сон бўғимидаги анатомик ўзгаришлар даражасига қараб қуйидагилар фарқланади:

- чанок – сон бўғими дисплазияси (қуймич косаси томи қияланган, сон суяги бошчаси суякланиш ядроси кеч пайдо бўладиган ва антиторсия ошган);

- соннинг қисман туғма чиқиши (соннинг боши қуймич косаси томи четда, қуймич косаси саёзланган, сон суяги бўғини валгус ҳолатида);

- соннинг туғма чиқиши – сон суягининг бошчаси қуймич косасидан ташқарида жойлашган, даволаш натижаси ерта ташхислашга, патологик ўзгаришлар даражаси ва шаклига боғлиқ. Чанок – сон бўғими дисплазияси ва сон туғма чиқишининг клиник манзараси янги туғилган чақалоқларда чанок – сон бўғими дисплазиясининг клиник белгиларини аниқлаш ҳозиргача маълум қийинчиликлар яратади. Қайта-қайта текшириш натижасида бу хасталик бор ёки йўқлигига ишонч ҳосил қилиш мумкин. Чанок – сон бўғими дисплазиясининг қуйидаги асосий белгилари ажратилади:

1)	сон ва думба бурмаларининг асимметрияси;
2)	Маркс – Ортоланини “шиқиллаш” белгиси;
3)	Чанок – сон бўғимида оёқ керишнинг чегараланиши;
4)	Оёқларнинг ҳаддан ташқари буралиб кетиши;

5)

Оёқнинг нисбатан калта тортиши

Сондаги бурмалар асимметрияси, уларнинг турли микдори, узунлиги, чуқурлиги, паст-баланд жойлашгани дисплазия борлигидан дарак бериши мумкин. Хасталик томонда бурмалар кўп, чуқурроқ ва юқорида жойлашади. Бу белги ноаниқ бўлиб, соғлом болаларда ҳам кузатилади. орқадан қаралганда думба бурмаларининг турли баландликда бўлиши соннинг бир томонлама чиқишидан дарак бериши мумкин.

Чанок – сон бўғимининг норасолигини ерта аниқлашда В.О.Маркс (1934) ва Ортоланининг (1935) “шиқиллаш” белгисига катта ҳамият берилади. Бу “шиқиллаш” сон суяги бошчасининг қуймич косасига кириши ва чиқиши билан юзгалик. Демак, “шиқиллаш” белгиси сон туғма чиқиши мавжудлигидан дарак беради, аммо бу белгининг йўқлиги бўғим нормал ўсаётганига кафолат бермайди. “Шиқиллаш” белгиси чақалоқларда мушаклар тонуси пасайганда ҳам аниқланиши мумкин, лекин тонус пасайгани ҳамма мушакларда кузатилади.

Клиник белгиларидан яна бири оёқнинг чанок – сонбўғимида суст очилиши – керилишининг чегараланишидир. Дастлабки кунларда чақалоқ оёқларини 60-70° га кериши мумкин, ундан кам бўлса, чақалоқни кейинчалик қайта кўриш зарур. Керилишнинг чегараланиши шикастланишдан, бўғим соҳасида яллиғланиш жараёни мавжудлигидан, бўйин-диафиз сон суяги бурчагининг камайишидан бўлиши мумкин.

Оёқларнинг ҳаддан ташқарига бурилиб кетиши айниқса соннинг бир томонлама туғма чиқишида яққол кўзга ташланади.

Оёқнинг нисбатан калта тортиши сон суяги проксимал қисмининг тепага ва ташқарига силжишидандир. Янги туғилган чақалоқларда уни аниқлаш анчагина мушкул, бунинг учун оёқларини чанок – сон бўғимида тўғри бурчак остида жойлаштириб тизза букланади ва тиззаларнинг баландлигини солиштириб калталлиги аниқланади.

Айтиб ўтилган белгилар ҳар доим ҳам тўғри аниқланавермайди, шунинг учун чақалоқларни бир неча марта кунт билан кўриб текшириш зарур. Рентген суратида Путти томонидан таклиф қилинган сон туғма чиқишининг уч белгисини аниқлаш мумкин. Булар қуймич косаси томининг қиялиги, сон суягининг ташқари ва юқорига силжиши ҳамда сон бошчаси суякланиш ядросининг кеч пайдо бўлиши ёки ўсишдан орқада қолишидир. Маълумки, сон суяги бошчасининг суякланиш ядроси нормада 4-6 ойда пайдо бўлади, шундай экан Путтининг уч белгисига таяниб, чанок – сон бўғими норасолигини ерта ташхислаб бўлмайди.

Янги туғилган чақалоқларда чанок – сон бўғими дисплазиясини аниқлаш ҳозирги замон талаби экан, адабиётда унга жавоб берадиган жуда кўп чизмалар мавжуд (Хилгенрайнер, Рейнберг ва бошқалар). Булар ичида энг кўп қўлланиладигани Ерлахер, Омбретан ва Перкинслар томонидан тўлдирилган Хилгенрайнер чизмасидир.

Хилгенрайнер чизмаси – масофасини ва астетабуляр бурчакни аниқлашдан иборат. Сон суяги бошчаси айланиш марказидан горизонтал чизишча бўлган масофа – нормал ўсаётган бўғимларда 8-13 мм га тенг. Астетабуляр индекс еса горизонтал чизик билан қуймич косаси томининг энг юқори ва ташқи нуқтасидан ўрнига туширилган чизик орасида ҳосил бўлган бурчакдир. Чақалоқларда бу бурчак 30 градусга тенг, вақт ўтиши билан у кичиклаша боради. Ерлахер-Хилгенрайнер чизмасини д - масофа билан тўлдирди. Бу масофа қуймич косаси тубидан горизонтал чизик бўйлаб сон бошчаси айланаси марказигача бўлган масофадир. Чақалоқларда 10-15 ммга тенг бу масофанинг узайиши сон суяги проксимал қисмининг ташқарига силжиётганидан дарак беради. Айрим муаллифлар Омбретан-Перкинс вертикал чизигига катта аҳамият беришади. Тадқиқотчиларнинг кузатишича, чанок – сон бўғими дисплазиясида соннинг проксимал қисми деярли ҳамма беморларда Омбретан-Перкинс чизигидан ташқарига силжигани кўрилади, дисплазия даражаси қанча аниқ бўлса, у шунча кўп силжиган бўлади. Адабиёт кўрсаткичларининг таҳлили шуни кўрсатадики, чақалоқларда рентген суратини олиш чанок – сон бўғими дисплазиясини ерта аниқлашда катта ёрдам беради.

Бир ёшдан ошган болаларда соннинг туғма чиқишини ташхислаш унча қийинчилик туғдирмайди. Бемор кеч юради, юрганда оксоқлайди, иккала сони чиққанида ўрдаксимон чайқалаб юради.

Агар бола бир оёғида турсада, иккинчи оёғини ердан узиб букса, ўрта ва кичик думба мускуллари нормада чанокни горизонтал ҳолда ушлаб туради – бу ҳолда Тренделенбург белгиси манфий ҳисобланади. Агар сон чиққан оёғида турса, думба мускуллари тонуси пастлиги сабабли чанок горизонтал ҳолда емас, қарама-қарши томонда пастга осилиб туради – бу ҳол Тренделенбург мусбат белгиси дейилади. Скарп учбурчагида сон чиққан ҳолда унинг бошчаси пайпасланмайди. Сон туғма чиқишида катта кўст учи Розер – Нелатон чизигидан юқорида жойлашади.

Соннинг туғма чиқишини ерта ташхислашда маҳаллий болалар шифокори – педиатрнинг ўрни каттадир, чунки дастлабки вақтда ёш болалар унинг доимий назоратида бўладилар. Ҳомиладорлик ва туғруқ жараёнининг ноқулай кечиши, бўлажак онанинг турли сурункали касалликлари, ҳомиланинг патологик ёки думбаси билан келиши, чақалоқни қаттиқ йўргаклаш, сон ва думба бурмалари асимметрияси, оёқларнинг ҳаддан ташқари бурилиб кетиши ва чанок-сон бўғимида оёқлар керилишининг чекланганлиги каби ҳолларда чақалоқни тезроқ ортопедга кўрсатиш зарур. Ортопед чанок-сон бўғимида дисплазия бор-йўқлигини аниқлаб, туғма чиқишнинг олдини олиш тадбирларини кўради.

Чанок – сон бўғими дисплазияси ва соннинг туғма чиқишини даволаш ташхис қўйилган кундан бошланади. Биринчи ойларда уқалаш, бўш йўргаклаш, даволовчи жисмоний машқлар тавсия қилинади. Кейинчалик оёқларни кериб турувчи турли мосламалардан фойдаланилади. Бу мосламалар аста-секинлик билан сон суяги бошини қуймиш қосасига жойлашишини куч ишлатмай таъминлайди, иккинчидан ҳамма бўғимларда, шу жумладан чанок-сон бўғимида ҳаракат сақланади ва ниҳоят, диспластик чанок-сон бўғимининг нормал ўсишига шароит яратилади, унга ёмон таъсир қилувчи оёқни ёзиш ва яқинлаштиришга йўл қўйилмайди.

Чанок-сон бўғими дисплазиясининг дастлабки даврларида СТИТО шинаси, Павлик узангиси, Фрейк ёстикчаси қўлланади. Бола кечаю кундуз шинада бўлади, жисмоний тарбия оҳиста, кўпол ҳаракатларсиз бажарилади. Бу муолажалар 4-6 ой рентгенологик назорат остида қилинади. Шина олингач, бола оёқларини ёзиши ва яқинлаштиришини аста – секинлик билан кузатиб турмоқ лозим.

Кузатишлар шуни кўрсатадики, 50% га яқин ҳолларда чанок-сон бўғими норасолиги бўлган болаларда рахит касаллигининг ҳам белгилари: тишларнинг кеч чиқиши, ена соҳасининг яссилиниши ва бошқалар аниқланади. Шунинг учун рахитниг олдини олувчи муолажалар витаминлар, ультрабинафша нурлар, калций препаратлари, сабзавотларни вақтида бериш билан биргаликда амалга оширилади.

Чанок-сон бўғими дисплазиясини даволаш натижалари асосан уларнинг қанча ерта бошланганига боғлиқ. Шу билан бирга у даволашдан олдин чанок-сон бўғимидаги анатомик ўзгаришларнинг даражасига боғлиқ экан. Чанок-сон бўғими дисплазиясини даволашда Р.А.Горбунова ҳаммуаллифлари билан 100% анатомик соғайиш натижасига еришишган. Чанок-сон бўғими норасолигини ерта функционал усул билан даволашнинг юқори даражаларини турли мамлакатларнинг ортопедлари кузатувларидан ҳам билиш мумкин. Чақалоқлик давридан даволана бошлаган ҳамма болаларда кейинчалик клиник ва рентгенологик соғайиш кузатилган. Кўп вақт ўтгандан сўнг чанок-сон бўғимида ҳаракат тўла ҳажмда ва оғриқсиз ҳамда бошқа нохуш ҳиссиётларсиз бўлган (юрганда ҳам, турганда ҳам).

Каттароқ ёшдаги болаларда (3 ойдан сўнг) соннинг туғма чиқишини ташхислаш унча қийин емас. Авваламбор улар жисмоний ўсишдан орқада қоладилар, бошларини кечроқ тутадилар, 5-6 ойликда ҳам мустақил ўтира олмайдилар ёки йил охирига бориб юрмайдилар. Кеч юрсаларда соннинг бир ёқлама туғма чиқишида оксайдилар, икки ёқлама чиққан бўлса ўрдаксимон, лапанглаб юрадилар.

Умуртқа поғонасида иккиламчи ўзгаришлар, нуқсонлар кузатилади, бир ёклама сон чиққанида сколиоз, икки ёклама чиқишида бел лордозининг кучайиши кузатилади. одатда сон артерияси сон суяги боши соҳасидан ўтади, шунинг учун периферияда қон кетишини тўхтатиш учун шу соҳада сон суяги боши босилади. Сон суяги туғма чиқиб ўз ўрнида бўлмаса сон артерияси айтилган соҳада босилганда периферик томирларда пулс йўқолмайди, “пулснинг йўқолмаслик белгиси” кузатилади.

Соннинг туғма чиқишини даволашга келсак, 1894 йилда Лоренст томонидан уни бир зумда бартараф қилиб, гипс боғлами қўйиш тавсия қилинган еди. Лоренст усули кўп олимлар томонидан турли мамлакатларида қўлланила бошланди. Сон туғма чиқишини даволаш муаммоси гўё ўз ечимини топгандек кўринди. Аммо вақт ўтиши билан сон суяги Лоренст усулида солинган беморлар чаноқ сон бўғимидаги оғриқдан шикоят қилиб шифокорларга қайта мурожаат эта бошлайдилар. Таҳлиллар шуни кўрсатадики, бу усул қўлланилганда сони туғма чиққан беморлар ёши қанча кичик бўлса, шикоятлар шунча кам, натижа яхшироқ бўлган. Ёши каттароқ болаларда еса сон суяги бошчасининг асептик некрози ривожланиши кузатилган. Шу сабабли Лоренст, яъни сонни бир зумда жойига солиб қўйиш усули қўлланилмайдиган бўлди.

Аммо Лоренст усули қўлланилган беморлардаги асоратлар ҳар томонлама ўрганилган ҳолда, энди бир зумда емас, балки аста-секинлик билан сон суяги бошчасини қуймич косасига тушириш билан гипс боғлами қўйиб сонни ўз ўрнига туширишнинг функционал усули ишлаб чиқилди. Ҳозирда соннинг туғма чиқишини даволашда Тер-Егiazаров - Шептун усулидан кенг фойдаланилмоқда. Унга кўрсатма бўлиб асосан қуйидаги ҳолатлар ҳисобланади:

- 1) бир ёшгача болаларда соннинг баланд чиқиши;
- 2) аввал қўлланилган усулларда натижа қониқарли бўлмаслиги;
- 3) бошқа усуллар билан даволанган бир ёшдан ошган болаларда соннинг қисман чиқиши;
- 4) бир ёшдан ошган даволанмаган болаларда қисман чиқиш оёқларни керишнинг чекланиши билан бирга кузатилиши;
- 5) 7-8 ойлик болаларда юмшоқ керувчи мосламалар билан соннинг туғма чиқиши ўрнига туширилган ҳолда ушлаб туришнинг имкони бўлмаслиги;
- 6) Бир ёшдан ошган болаларда сон туғма чиқишнинг бирламчи аниқланиши.

Шептун – Тер – Егiazаров усулида функционал гипс боғламини қўйиш қуйидагича бажарилади.; беморларнинг оёғи тизза бўғимида 90 градус бурчак остида букилиб, унга тўпиклар соҳасидан човгача пахта-докали қоплама ўралади, устидан лонгет – айланма гипс боғлами қўйилади. Иккинчи оёғига соннинг туғма чиқиши бор – йўқлигидан қатъий назар, худди шундай боғлам қўйилади. энди чаноқ-сон бўғимларида оёқларни иложи борида оҳиста керилади ва бу ҳолат ёғоч таёқча ёрдамида гипсли бинт билан қотирилади. 5-7 кундан сўнг оёқлар янада кўпроқ бинт билан қотирилади. 5-7 кундан сўнг оёқлар янада кўпроқ керилиб, узунроқ ёғочга алмаштирилади. Шу заминда оёқларни чаноқ-сон бўғимларида 80-90 градусгача керишга еришилади. Одатда, бу ҳолатда сон суяги бошчаси қуймич косасига жойлашади. Соннинг ўрнига тушганлиги клиник ва рентгенологик текширув орқали

Сон суяги қуймич косасидалигига ишонч ҳосил қилинса, гипс боғлами энди ўзгартирилмайди, балки чаноқ-сон бўғимини ҳосил қилувчи суякларнинг ривожланиши кузатилади. одатда қуймич косаси томи қиялигининг йўқолиши 4-10 ойга чўзилади. Вақт ўтиши билан қуймич косасининг ўсиши қониқарли бўлиб, сон суяги боши унинг марказида жойлашган бўлса, гипс боғлами олиниб беморга Виленский керувчи мосламаси тақилади. Бир вақтнинг ўзида даволовчи жисмоний тарбия, парафин, уқалаш,

думба мускулларини электр билан таъсирлаш ва бошқа физиотерапевтик муолажалар қўлланади. Виленскийнинг керувчи мосламаси беморга асосан 6 ой муддатга қўйилади.

Тошкент педиатрия тиббиёт институтининг болалар травматологияси ва ортопедия бўлимида соннинг туғма чиқишини даволаш мақсадида махсус керувчи мослама тавсия қилинган. Бу мослама анча-мунча қулайликларга ега бўлиб, 3-4 ойлик болаларга мўлжалланган. Мосламани катта-кичик қилиш мумкин, у ўзаги ва икки учи ёйсимон ўсиқлардан тузилган бўлиб, енгил металлдан ишланган. Бемор ўлчамларига монанд мослама танланади ва танага боғичлар орқали мустаҳкамланади, шу билан бирга чаноқ-сон бўғимининг ривожланиши назорат қилиб турилади ва тегишли даволаш муолажалари белгиланади.

Кеч мурожаат қилган (1.5-2 ёшларда) беморлара соннинг туғма чиқишида Мау-Соммервил усули қўлланилади. Бунда боланинг оёқларини лейкопластр, клеол ёки гипсли боғламлар орқали вертикал ҳолда юқорига тортиб, аста – секин керилади. Бир – бир ярим ой давомида чаноқ-сон бўғимларида оёқларни кериш 80-90 градусгача олиб борилади. Клиник кўрилганда шу даврга келиб сон суяги боши Скарп учбурчагида пайпасланса, яъни туғма чиқиш бартараф қилинса, бу ҳолат рентген сурати олиниб тасдиқланади. Сон суяги бошчаси қуймич косасидалигига ишонч ҳосил қилинганда, тортма илиниб беморга Лоренст усулида гипс боғлами қўйилади. кейинги кузатишлар олдинги усуллардан фарқ қилмайди.

Айрим беморларда консерватив усул ёрдам бермаса, соннинг туғма чиқишини бартараф етиш учун операстия қилинади. Жарроҳлик усулини қўллашга беморнинг ёши, чаноқ-сон бўғимидаги иккиламчи ўзгаришлар даражаси ва ўтказилган консерватив даволаш муолажаларининг қониқарли эмаслиги кўрсатма бўлади. Кўп ортопедлар бола 3 ёшлигида соннинг туғма чиқишини операстия қилиш – енг қулай вақт, деб ҳисоблашади. М.В.Волков соннинг туғма чиқишида қўлланиладиган операстияларни 4 гуруҳга бўлади:

- 1) сонни очик солиш операстиялари;
- 2) очик солишни қайта операстиялари билан биргаликда ўтказиш;
- 3) чаноқ – сон бўғимини очмай туриб, ёнбош суяги ва сон суягини проксимал қисмида бажариладиган қайта тиклаш операстиялари;
- 4) паллиатив операстиялар

Агар сон туғма чиққанида уни қуймич косасига жойлашишига бўғим халтаси ўйнининг торайиб қолгани ёки лимбуснинг қайрилгани ҳалақит бераётган бўлса, буни бартараф қилувчи оддий очик солиш, яъни Богданов усули қўлланилади.

Туғма мушакли қийшиқ бўйин

Буйин қийшиклиги ортопедик касалликлар ичида куп учрайди ва бошнинг бир томонга огиши ҳамда карама-карши томонга буралиши билан ифодаланади.

Бу касалликнинг келиб чиқиши хақида бир канча назариялар мавжуд, аммо уларнинг бирортаси ҳар томонлама тула маълумот бера олмайди.

Г. И. Турнер ва бошқа олимларнинг фикрича, буйин қийшиклиги ҳар хил ташки ва ички сабаблар таъсирида туш-умров-сургичсимон мускул толаларининг бузилиши туфайли келиб чиқади.

Петерсон — хомила боши бачадон торлиги натижасида унг ёки чап томонга етилган ҳолатда булади, бу еса буйин мускулларининг бутунлай кискариб қолишига олиб келади, — деб ҳисоблайди.

Микулич еса — бачадондаги микроблар хомила ичагидан буйин мускулларига кириб, уларни яллигантиради ва окибатда буйин қийшайиб қолади, — дейди.

Баъзи олимлар қийшиқ буйин марказий нерв системасидаги узгаришлардан келиб чиқади, — деб фиколайдилар.

И. В. Студзинский қийшиқ, буйин киндик тизимчасининг хомила буйнига уралиб қолишидан келиб чиқади, деб ҳисоблайди.

В. А. Афанасева ва И. П. Алексинскийларнинг фикрича Туғма критик, буйин касаллиги туш-умров-сургичсимон мускулнинг нотугри усиши ва чала ривожланишидан келиб чиқади. Операстия вақтида мушаклардаги топилмалар бу олимлар фикрини исботлайди.

Булардан ташқари, чакалок тугилаётганда боши ёки думбаси билан келганда ҳам кийшик буйин юзага келади. А. В. Старков курсаткичлари буйича туғма кийшик буйинли чакалокларнинг 76,7% и думбаси билан тугилган. С. Т. Застепин маълумотларига кура, 649 та Туғма буйин кийшиклигининг 349 таси (61%) тугрукда думбаси билан келган ва акушерлик кискичи ёрдамида тугилганлардир.

Буйиннинг мушакли кийшиклик хасталиги куйидаги турларга ажратилади: суяк, тери, мушак ҳамда невроген кийшиклик. Енг куп учрайдиган мушакли тури хисобланади.

Чакалокларда буйиннинг мушакли кийшиклигини аниклаш осон емас, синчиклаб курилганда баъзиларда бошнинг унг ёки чап томонга купрок егилишини сезиш мумкин. Чакалок бошини ёнбошига купрок егиши кийшик буйин касаллигининг илк белгиси деб хисобланади.



Туш-умров-сўргичсимон мушак соҳасидаги ҳосила касалликка булган шубҳани янада оширади. У каттиқрок бўлиб, пайпасланганда деярли огримайди, тери узгармаган ва ҳаракатчан бўлади. Енгакнинг соғ томонга бурилиши ҳам кузга ташлана бошлайди. Кейинчалик бошнинг орка юзаси текисланиб, бош егилган томонда, буйинда кундаланг бурмалар пайдо бўлади. Туш-умров-сургичсимон мускул таранглашади ва юкорида айтиб утилган косила пайпасланади, боланинг юзи шу томонда яссирок, кичикрок бўлиб, бу белги борган сари кучаяди.

Окибат-натижада мушак нормал хусусиятини юқотиб, фиброз чандик тукимага айланади, усишдан орқада қолади, уз навбатида бу бош ҳаракатининг чекланишига олиб келади. Ёш утган сари мушакнинг таранглашиши ва калталаниши ортиб боради, бошнинг егилиши ва енгакнинг буралиши, юзнинг соғлом томонга кутарилиши авжига чиқади. Кулок супраси касал томонда елкага якинлашса, соғлом томонда аксинча, елкадан кутарилган бўлади. Вакт утиши билан туш-ўмров-сўргичсимон мушак таранглашиб, буйин териси остидан аркондек кутарилиб аник куруниб туради. Куз ёриклари, кош ва огиз бурчаклари баланд-пастлиги якқол аникланади, касал томонда елка-умров суяги юкорига кутарилган бўлади.

Кийшик буйин касаллиги натижасида буйин, юз ва елка асимметрияси борган сари мураккаблашиб, чакка, жаг ва бош суяклари узгаради. Натижада умуртка погонаси шакли ҳам узгариб, сколиотик кийшайиш юзага келади. Бола усган сари йилдан-йилга бу узгаришлар ҳам кучайиб бораверади. Таъкидлаб утиш жоизки, туғма кийшик. буйин хасталигида бош ва буйин ҳаракатлари чегараланган булса-да, барча ҳаракатлар огриксиз бўлади, бундан ташқари, буйин териси, мушакларда, юмшоқ тукималарда, шу жумладан умурткаларда яллигланиш аломати мутлако кузатилмайди.

Туғма кийшик буйин касаллигини буйинда учрайдиган бошка туғма касалликлардан ажрата билиш керак.

Бош ва буйиннинг икки томонидаги тери канотдек осилиб, елкага тушадиган катлам факат теридан иборат бўлади (ичида кон томир ва нерв толалари булиши мумкин). Аммо мускул толалари кузатилмайди. «Канотсимон бўйин» — деб аталувчи бу хасталик болаларда

кам учрайди. Бундай беморнинг буйни калта булиб, ҳаракатлари икки томонда бир хил, бош ва юзда асимметрия ҳолатлари кузатилмайди.

Буйин умуртқалари норасолигидан келиб чиқадиган Клиппел-Фейл касаллигида буйин калта булиб, бош ҳаракати чегараланади, мушаклар таранглашиши ва асимметрия кузатилади.

Рентген сурати олиниб, шубҳа бартараф килинади, чунки буйин умуртқаларида норасолик кузатилади. Буйин қовурғалари асосан ВИ ва ВИИ буйин умуртқалари соҳасида учраб, кийшик буйин касаллигининг айрим аломатларини беради. Бу норасоликни фарқлаш учун рентген текшируви тавсия етилади.

Шу билан бирга ҳомила таянч-ҳаракат системаси ривожланаётганда буйинда қушимча понасимон умуртқалар кузатилиши мумкин. Бола туғилгач, умуртқа тузилиши буйин кийшиклиги ҳасталигининг айрим белгиларини юзага келтиради. Бу ҳолатда ҳам рентген тасвири орқали ҳасталикнинг асл кийёфаси аниқланади.

Онда-сонда бош олдинга ва купрок зарарланган туш-умров-сургичсимон мушак таранглашиб енса томонга тортилган бўлади. Даволаш муолажалари кийшик буйин қайси томонда булишидан қатъи назар қуйидагиларни уз ичига олади:

1. Ортопедик режимга риоя қилиш.

2. Физиотерапевтик муолажалар, укалш ва даволовчи жисмоний тарбия машқлари.

3. Мушакларда чандик ҳосил булиши, дегенератив-дистрофик жараёнларни камайтириш ва олдини олиш учун сурилувчи муолажалар.

Ортопедик режимга бола бошини тугри қуйиш, фаол ва суст тугриловчи гимнастика ва ниҳоят, махсус мосламаларни тақиб юриш қиради.

Бемор бошини ҳар доим тугри тутишига ҳаракат қилинади, бунинг учун қум ҳалтачалардан фойдаланиш мумкин, касалланган томонга бош бурилади, қарама-қарши томонга еса букилади. Қасал томондан қуқрак берилади ва қаттароқларда шу томондан уйинчоқлар қурсатилади, қақирилади.

Бола бошини муқтақил яхши ушлай олмагунча вертикал ҳолатда қутармаган маъқул.

Туғриловчи гимнастика бемор бола бошини қасалланган томонга буриб, соғ томонга очилган ҳолда бир қунда бир неча марта тутиб туришдан иборат. Қришилган ҳолатни сақлаб қолиш учун Кеффер Стито ва бошқалар ишлаб қикқан мосламалар қулланади.

Физиотерапевтик муолажалар — буйин соҳасига қуруқ иссиқ қуйиш, парафин, озокерит чаплаш, қалий ёд, ронидаза еритмалари билан электрофорез қилиш ва туш-умров-сургичсимон мушакка новоқайн билан бирга лидаза юборишдан иборат. Укалш ҳам даволаш муолажаларининг асосий турларидан бири булиб, 5—7 дақиқа давомида бақарилади.

Консерватив муолажалар етарли ёрдам бермаса, унда **С. Т. Застепин** усулида операстиа қилинади. Операстиа таранглашган туш-умров-сургичсимон мушак икки оёқчасини ва ён учбурчакдаги тортиб турган бириктирувчи тизимчаларни қирқиб ташлашдан иборат. Операстиадан сунг одатда ута тугриланган ҳолда гипсли боғлам қуйилади. Гипсли боғлам олингач, юқоридаги муолажалар утқазилади.

Туғма маймоқлик

Болалардаги ортопедик қасалликлар ичида туғма маймоқлик қуп учрайдиган ҳасталик ҳисобланади (35,8% — С.Т.Застепин). Бу қасаллик қупрок, угил болаларга ҳос булиб, асосан икки оёқда, қамрок бир оёқда учраши адабиётларда қайд қилинган.

Қасалликнинг қелиб қикишида асосан уч омилга аҳамият берилади. Енг ески назариялардан ҳисобланган механик назария Гиппократ давридан маълум булиб, меъёрда усган ҳомила панжасига ташқи таъсурот қузда тутилади. Бу таъсурот бақадон ёқи қичик қаноқдан қичувчи усмалар, қоғонок суви қамлиги ёқи қуплиги туфайли, ҳусусан, оёқдар нотўғрии жойлашгани, бақадон мушаклари ёқи қиндик ва амниотик тизимчалар билан езилиб қолишидан булиши мумкин.

Нейро-мускул назарияси буйича Туғма маймоқлик марказий ёки периферик нерв системасининг патологик узгаришлари натижасида болдир ва панжанинг маълум гуруҳ, мушаклари норасолигидан келиб чиқади. Ҳақиқатан ҳам айрим муаллифлар Туғма маймоқлиги булган болаларнинг марказий ва периферик нерв системаларида клиник морфологик узгаришларни аниқлаганлар.

Учинчи назария буйича Туғма маймоқлик пайдо булишига панжа аъзоларига бирламчи нотугри асос солиниши сабабчи деб ҳисобланади. Бу назария тарафдорлари Туғма маймоқлик шу бемордаги узга норасоликлар билан бирга учрашини далил килиб кўрсатадилар.

Туғма маймоқликнинг клиник кечиши, келиб чиқиши турличалигидан айтиб утилган ҳамма сабаблар билан бирга бошқа омиллар ҳам урин тутиши айтиб утилади.

Шундай килиб, келиб чиқишига кура Туғма маймоқликни болаларда уч тури фаркланади. Биринчиси, идиопатик, яъни аъзоларга бирламчи нотўғри асос солиниши натижасида пайдо булувчи тури. Иккинчиси, турли механик омиллар мажмуасидан келиб чикувчи ва ниҳоят, нерв системаси норасолигидан келиб чикувчи тури. Айтиб утиш лозимки, туғма маймоқликнинг механик турига ерта даво килинганда у осон бартараф килинади, идиопатик маймоқлик кийинроқ тугриланади, неврологик маймоқлик еса узлуксиз даволашни, тинимсиз кузатувни талаб этади. Е.Ю.Остен-Сакен тадқиқотлари буйича неврологик тури Туғма маймоқликнинг 25% ини ташкил қилади.

Туғма маймоқликда кузатиладиган анатомик узгаришлар В.Ш.Шевкуненко ва бошқалар томонидан батафсил урганилган. Панжа юзаси томон букилиш от-туёқ ҳолати болдир-ошиқ, ва урта ошиқ, бугимларида, панжанинг ташқарига буралгани ва яқинлашгани ошиқ ости ва шопар бугимларида кузатилади.

Мавзуга доир тест саволлари.

1. Туғма сон чиқишининг ерта енг муҳим диагностик белгиси ?
А) оёқнинг бир - бирига нисбатан калта булиши
Б) оёқнинг ташқи ротацияси
В) жароҳатланган сонда тери бурмаларининг қўп булиши
Г) рентгенологик узгаришлар
Д) ҳаммаси тугри*
2. Туғма бўйин қийшқилигининг қанақа формалари бор?
А) суяк мушак
Б) невроген компенсатор
В) дермо - десмоген
Г) а ва б жавоблар тугри*
Д) ҳаммаси тугри
3. Туғма бўйин қийшқилиги оператив даво асосида қандай усул қўп қўлланилади?
А) Микулич усули
Б) Застеппин*
В) УИТСИН усули
Г) ҳаммаси тугри
4. Туғма бўйин қийшқилиги оператив давосида Застеппин бўйича туш - умров сургичсимон мускулнинг қайси қисмидан кесилади ?
А. туш қисми
Б. умров
С. сургичсимон
Д. *а ва б жавоб тугри
Е. ҳаммаси тугри
5. Бемор сон суяғи чиқиши бор оёғида туриб кейинги оёғини тизза бугимини букқанда сон томон чаногининг осилиши қанақа симптоми ?
А. Маркса - ортолани симптоми
Б. *Тренделенбург симптоми
С. Розер - Нелатон симптоми
Д. {ЕСС}Путти симптоми
6. Туғма сон суяғи қўпроқ қимларда учрайди ?
А. *қизчаларда
Б. угил болаларда
С. катталарда
Д. факат угил болаларда
Е. ҳаммада

7. Маркс - Ортолани симптоми кайси патологик ҳолат учун ҳос ?
- A. умуртка остеохондрози
 - B. Туғма буйин кийшиклиги
 - C. Туғма маймоқлик
 - D. *Туғма сон суяги чиқиши
 - E. бел остеохондрози
8. Туғма маймоқликнинг клиник формалари?
- A. типик
 - B. нотипик агрессив
 - C. симптомли, симптомсиз
 - D. типик, нотипик
 - E. *хаммаси тугри
9. Полидактилия бу ?
- A. *бармоқлар соннинг куп бўлиши
 - B. бармоқлар соннинг кам бўлиши
 - C. бармоқларнинг егрилиги
 - D. бармоқлар бўлмаслиги
 - E. хаммаси тугри
10. Икки томонлама сон бошчасининг чиқишида юриш характери ?
- A. *урдаксимон
 - B. маймунсимон
 - C. кайиксимон
 - D. гозсимон
11. Янги бугимнинг ҳосил бўлиши ?
- A. *неоартроз
 - B. коксартроз
 - C. артроз
 - D. артротомия
 - E. хаммаси нотугри
12. Олигофалангия бу ?
- A. *Туғма бармоқлар сонининг камлиги
 - B. Туғма бармоқ сонининг куплиги
 - C. Туғма маймоқлик
 - D. Туғма сон суяги бошчасининг чиқиши
 - E. Туғма буйин кийшиклиги
13. Макродактилия бу ?
- A. *бир еки бир неча бармоқнинг катталиги
 - B. Туғма бармоқ сонининг куплиги
 - C. Туғма бармоқ сонининг камлиги
 - D. Туғма маймоқлик
14. Дисхондроплазия бу ?
- A. *тагайнинг суякга айланишининг бузилиши
 - B. суякнинг тогайга айланишининг бузилиши
 - C. найсимон суяклар синиши
 - D. хаммаси тугри
 - E. хаммаси нотугри
15. Дидо ва Жанелидзе тери пластик операстияси кайси касалликда бажарилади?
- A. полидактилия
 - B. Туғма сон чиқиши
 - C. *синдактилия
 - D. буйин кийшиклиги
 - E. тугри жавоб юк
16. Туғма деформастияларнинг экзоген сабабларига кирмайди?
- A. овкатланиш бузилиш факторлари
 - B. физик ва химик факторлар
 - C. онадаги гармонал бузилишлар
 - D. *хаммаси киради
17. Ортопедик касалликлар каторига киради, биттадан ташкари ?
- A. *остеомиелит
 - B. Туғма сон чиқиши
 - C. Туғма буйин кийшиклиги
 - D. сколиоз
 - E. сон буйинчасининг синиши
18. Туғма маймоқликда аддукстияда товон ?
- A. танага яқинлашган
 - B. *танадан узоклашган
 - C. узгармаган бўлади
 - D. хаммаси тугри
19. Туғма маймоқликнинг суяк, юмшок тукима турлари кайси формасига киради ?
- A. *типик
 - B. нотипик
 - C. аралаш
 - D. хаммаси тугри
20. Кийшик буйин билан кимлар купрок касалланади?
- A. кизлар
 - B. угил болалар
 - C. *кизлар ва угил болалар бир хил

- D. катталар
E. хаммаси тугри
21. Кийшик буйинни оператив даволашга курсатма нима ?
A. консерватив даво эффект бермаса
B. юзнинг ушиб борувчи ассиметрияси
C. боланинг еши
D. *хаммаси тугри
22. Гризел кийшик буйин - Гризел касаллигининг сабабини топинг?
A. юкумли касалликлар
B. онкологик касалликлар
C. *томок ва бурун - халкумда яллигланиш
D. хаммаси тугри
23. Кийшик буйиннинг кайси тури енг куп учрайди ?
A. *бир томонлама
B. икки томонлама
C. бир томонлама ва икки томонлама кийшик буйин бир хилда
D. хаммаси тугри
E. тугри жавоб юк
24. Туғма сон чикиши бор болалар сог болаларга нисбатан ?
A. ерта юради
B. *кеч юради
C. умуман юра олмайди
25. Туғма буйин кийшиклиги операстида нимани жарохатлашдан ехтиет булиши лозим?
A. уйку артерия
B. буюнтурук вена
C. адашган нерв
D. умров артерия
E. *а ва б жавоб тугри
26. Сколиоз формаларига кирмайди ?
A. анталгик
B. невроген
C. паралитик
D. рахитик
E. *хаммаси киради
27. Туғма сон чикишида куйидаги оператив усуллар бор ?
A. Шанст усули
B. Хиари усули
C. Солтер усули
D. Момсен усули
E. *хаммаси тугри
28. Синдактилия давосига киради ?
A. консерватив
B. физиотерапия
C. *оператив
D. нуртерапия
E. хаммаси тугри
29. Ектродактилия нима?
A. Бармоқларни тулик ёки кисман битиши
B. *Кафтнинг ёрилиш
C. Кулнинг Туғма кийшайиши.
D. Куп бармоқлилик
E. тугри жавоб юк.
30. Кайси касалликда бемор билагини ротасти кила олмайди.
A. Полидактелия
B. Синдактелия
C. Ектродактилия
D. *Билак суяқларининг Туғма синостази
E. Тугри жавоб юк.
31. Сон суяги бошчасининг Туғма чикишдаги асосий белгилар?
A. Оёқлар ассиметрия ва бурмалар ассиметрияси
B. Сирганиб чикиш ёки шакллаш белгиси
C. Оёк керилишининг чекланиши
D. Оёкнинг ташки ротастиаси
E. Барча жавоблар тугри*
32. Сон суяги икки томонлама чикканда бола неча ёшдан юради?
A. 14 ойлигидан*
B. 7 ёшдан
C. 7 ойлиқдан
D. 3 ёшдан
E. 5 ёшдан
33. Кайси касалликда катта куст розер-нелатон чизигидан юкорида туради?
A. Сон суяги чикканда*

- В. Дисплазия
- С. Сон бошчаси некрози
- Д. Сколиоз
- Е. Тугри жавоб юк.

- В. Сон суяги буйнининг варусли деформастияси*
- С. Туғма маймоклик
- Д. Пертес
- Е. Тугри жавоб юк.

34. Кайси касалликда суякларнинг енхондрал усиши бузилади, лекин суякларнинг периостал ва ендостал усиши бузилмайди.

- А. Хондродистрофия*
- В. Сон суяги дисплазияси
- С. Сон суяги Туғма чикиши
- Д. Сколиоз
- Е. рахит

39. Туғма маймоклик белгилари?

- 1. Еквинус
- 2. Супинасия
- 3. Аддукстия
- 4. Абдукстия
- 5. Ички ротастия
- 6. Ташки ротастия
- А. 1,3, 5
- В. 2, 4, 6
- С. 1, 2,3*
- Д. 4, 5, 6
- Е. 2, 4, 5

35. Кайси касалликда кузнинг чакчайиши, юракнинг тез уриши букоко, суякланиш ядроси ерта пайдо булиши, умумий остеопароз ва синостазлар кузатилади?

- А. Гипертиреоз*
- В. Миксидема
- С. Акромегалия
- Д. Нанизм
- Е. Тугри жавоб юк

40. Кайси касалликда Засепин операстияси кулланилади?

- А. Туғма буйин кийшиклиги
- В. Туғма маймоклик*
- С. Сон суяги Туғма чикиши
- Д. Сонни варусли деформастияси
- Е. Пертес касаллиги

36. кайси касалликда сон буйинчаси варус холатини олади. Рентгенограммада узига хос (банан) куринишини олади суяк тукумаси алмашинишининг дистрофик узгариши кузатилади?

- А. Педжет*
- В. Пертес
- С. Хондрадистрофия
- Д. Туғма ампутастия
- Е. Тугри жавоб юк.

41. Буйин умурткаларининг бир-бири билан кушилиб кетиши ...

- А. Гризел касаллиги
- В. Клиппел Фейл касаллиги*
- С. Буйин ковургаси
- Д. Понасимон буйин
- Е. Тугри жавоб юк.

37. Кайси касаллик жанубий осиё ва Африка давлатларида умуман учрамайди?

- А. Сон суяги Туғма чикиши*
- В. Моделунг касаллиги
- С. Пертес
- Д. Педжет
- Е. Туғма буйиш кийшиклиги

42. Кайси касалликда буйиннинг ён томонидан елка бугимининг устидаги тери бурмаларининг канотсимон узгариши кузатилади?

- А. Грезил касаллиги
- В. Понгасимон буйин
- С. Канотсимон буйин*
- Д. Буйин ковургаси
- Е. Клиппел Фейл касаллиги

38. Кайси касалликда “урдак юриш”, бел лардозии тредиленбург симптоми мусбат сон чаноқ бугимидан оёк керилиши чекланиши палпастияда сон суяги бошчаси сон учбурчагида кулда сезилади.

- А. Сон суяги Туғма чикиши

43. 5 бел умурткаси думгаза умурткалари билан бирикиб кетиши...

- А. Сакрализастия*
- В. Люблизастия
- С. Остеозхондроз

- D. Спондилолез
E. Спондилодез
44. тропизм купрок кайси умурткалар орасида учрайди?
A. 5 бел ва 1 думгаза
B. 4 ва 5 бел умурткалари
C. 3 ва 4 бел умурткалари
D. Барча жавоб тугри*
E. Барча жавоб нотугри
45. Умуртка погонасининг узидан юкори турган умурткалар билан силжиб кетиши нима дейилади?
A. Спондилолистез*
B. Спондилолез
C. Сакрализастия
D. Спондилодез
E. Люмбализастия
46. Кад-комат бузилиши турини топинг. Умуртка погонаси кукрак кисмининг 7 кукрак умурткасида орка томонига купрок букилиши фронтал сатҳда умурткаларнинг киррали усимталари урта чизикдан олганлиги
A. Сколиоз
B. Кифоз*
C. Думалок орка
D. Ассиметрик комат
E. Ясси орка комат
47. Кад-комат бузилиши турини топинг. Умуртка погонасининг умуртка таналарининг мажбурий айланиши (ротастияси) билан бирга содир буладиган ён томонга кийшайиши.
- A. Сколиоз*
B. Кифоз
C. Думалок орка
D. Ассиметрик комат
E. Ясси орка комат
48. Сколиоз турларини топинг.
1. Туғма
2. Дисплакти
3. Невроген
4. Статик
5. Идиопатик
A. 1,3,5
B. 2,4,5
C. Барча жавоб тугри*
D. 2,3,5
E. 3,4,5
49. Туғма буйин кийшиклигига хос белги?
A. Юз асимметрияси
B. Кулок холатининг узгариши
C. Патология бор томонида буйин бурмаларининг булмаслиги
D. Соч тукилиши
E. Хаммаси тугри*
50. Туғма сон чикишини репозиция килиш усулларига кирмайди..
A. Лоренс усули
B. Гоф усули
C. Кохер усули
D. Ковалеров усули
E. Хаммаси киради.*

Фойдаланилган адабиётлар

Асосий адабиётлар:

1. Травматология детского возраста. /Под ред. Г.А.Баирова. – Л.: Медицина, 1976.
2. Трубников В.Ф. Травматология и ортопедия. – Киев: Здоровье, 1985.
3. Жалилов П.С., Холхужаев М. “Болалар травматологияси”. Т., 1996
4. Шапошников Ю.Г. Травматология и ортопедия. Т-2 1997

Қўшимча адабиётлар:

1. Рейнберг С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. М.: Медицина, 1964.
2. Волков М.В., Дедова В.Д. Детская ортопедия. – М., Медицина, 1972.
3. Остеосинтез. Руководство для врачей. /Под ред. С.С.Ткаченко. – Л.: Медицина, 1987.

4. Мовшович И.А. Оперативная ортопедия. – М.: Медицина, 1985.
5. Девятов А.А. Чрескостный остеосинтез. – Кишинев: “Штиинца”, 1998
6. Ревенко Р.А. и др. Операции при травмах опорно-двигательного аппарата (атлас). – М.: Медицина, 1987.
7. Чаклин В.Д. Основы оперативной ортопедии и травматологии. – М.: Медицина, 1964.
8. Каплан А.В. Основы травматологии пожилого возраста. – М.: Медицина, 1965.
9. Ашкенази А.И. Хирургия кистевого сустава. – М.: Медицина, 1990.
10. Никитин Г.Д. и др. Множественные и сочетанные переломы костей. – Л.: Медицина, 1976.
11. Новоченко Н.П. Руководство по ортопедии и травматологии. /Под ред.– М.: Медицина, 1967. Т. I-II-III.
12. Никитин Г.Д. и др. Хронический остеомиелит. – Л.: Медицина, 1990.
13. Лебедев В.В. и др. Неотложная помощь при сочетанных травматических повреждениях. – М.: Медицина, 1980.
14. Каплан А.В. и др. Гнойная травматология костей и суставов. – М.: Медицина, 1985.
1. Травматология и ортопедия. Х.А. Мусалатов, Г.С. Юмашев. 1995.
15. Волков М.В. Болезни костей у детей. – М.: Медицина, 1985.
16. Дубров Я.Г. Амбулаторная травматология. – М.: Медицина, 1990.
17. Краснов А.Ф. Амбулаторная травматология. – М.: Медицина, 1986.
18. Каплан А.В. Повреждения костей и суставов. М. 1983

Электрон адабиётлар:

1. Киричек С.И.. Травматология и ортопедия. Минск. 2002.
2. Ключевский В.В.. Скелетное вытяжение. Л.: Медицина, 1991.
3. Зацепин С.Т. Костная патология взрослых. М.: Медицина, 2001.
4. КАПЛАН А.В. Повреждения костей и суставов.
5. Доэрти М Доэрти Дж. Клиническая диагностика болезней суставов. Мн.: “Тивали” 1993.
6. Смирнова Л.А. Шумада И.В. Травматология и ортопедия. Практическое занятие. К.: Вища школа. Головное издательство. 1984.
7. Складенко Е.Т. Травматология и ортопедия. К.: “Здоровья” 2005.
8. Мюллер Е.. Альговер М. и др. Руководство по внутреннему остеосинтезу. Издательство Ad Marginem. М.: 1996.
9. Шапошникова Ю.Г. Травматология и ортопедия. Руководство. /Под ред.. М.: Медицина, 1997. Т. I-II-III.
10. Стецула В. И., Девятов А. А. Чрескостный остеосинтез в травматологии. К.: “Здоровья” 1987.
11. Маркс В.О. Ортопедическая диагностика. – Минск: “Наука и техника” 1978.
Травматические вывихи и их лечение..
12. Бойчев Б. и др. Оперативная ортопедия и травматология. – София, “Медицина и физкультура”, 1962.
13. Кованов В.В., Бомаш Ю.М. Практическое руководство по топографической анатомии. М., Медицина. 1967

Интернет сайтлар:

1. [www.e-mail ;info@ minzdrav.uz](mailto:info@minzdrav.uz)
2. [www.medinform. net](http://www.medinform.net),
3. www.tma.uz
4. <http://medic.med.uth.tmc.edu/Lecture/Main/Griff5.htm>;

Мустақил иш машғулотлар тематик режаси.**Мустақил иш ташкил этишнинг шакли ва мазмуни**

Мустақил таълим қуйидаги шаклларда ташкил этилади:

- мавзуларни норматив-ҳуқуқий ҳужжатлар ва ўқув адабиётлари ёрдамида мустақил ўзлаштириш;
- мавзулар бўйича реферат тайёрлаш;
- семинар ва амалий машғулотларга тайёргарлик кўриш;
- илмий мақола ва тезисларни тайёрлаш;
- фаннинг долзарб муаммоларини қамраб олувчи лойиҳалар тайёрлаш;
- назарий билимларни амалиётда қўллаш;
- амалиётдаги мавжуд муаммоларнинг ечимини топиш;
- ўрганилаётган мавзу бўйича асосий илмий адабиётларга аннотация ёзиш ва бошқалар.

Таълим жараёнида инновацион технологияларни, ўқитишнинг интерфаол усулларини қўллаш талаба томондан мустақил танланади. Талабаларнинг мустақил таълимини ташкил этиш тизимли тарзда, яъни узлуксиз ва узвий равишда амалга оширилади. Талаба олган назарий билимини мустаҳкамлаш, шу билан бирга навбатдаги янги мавзунини пухта ўзлаштириши учун мустақил равишда тайёргарлик кўриши керак.

7.1. Талабалар мустақил ишларининг тематик режаси

т/р	Мавзулар мазмуни	соат
1.	Бўғимлар контрактура ва анкилозлари	3
2.	Суяк тўқимаси ўсмалари.	3
3	Болаларда суяк шикастларини узига хослиги.	3
4	Псевдоартрозлар. Йирик бўғимларни эндопротезлаш.	2
5	Дум суягини травмаси. Посттравматик кокцигодиния.	2
6	Тизза бўғими артрози	2
7	Артрогриппоз.	2
8	Коксартрозлар.	2
9	Болалар церебрал фалажи.	2
10	Остеохондропатиялар. Сколиоз.	2
11	Эпикондилит.	2
12	Елка курак периартрити.	2
	Жами	27

8. Амалий кўникмалар рўйхати

1. Транспорт имобилизацияси.
2. Синган ва чиққан жойни анестезияси.
3. Новокаин блокадалари.
4. Суяк булаклари репозицияси.
5. Чикишларни жойига солиш.
6. Гипс боглами қуйиш.
7. Ярага бирламчи жаррохлик ишлови бериш.
8. Бўғим пункцияси.
9. Плевра пункцияси.
10. Скелет тортими учун списта ўтказиш.

11. Скелет тортиши учун зарур юк огирлигини аниқлаш.
12. Билак суяги типик жойидан синганда гипс боғлами қўйиш техникаси
13. Этикчали гипс боғлами қўйиш техникаси
14. Оёқ узунлигини аниқлаш техникаси.
15. Оёқ ўқини аниқлаш техникаси.
16. Қўл ўқини аниқлаш техникаси
17. Крамер зинасимон шинасини қўйиш
18. Қўл узунлигини ўлчаш
19. Гюнтер учбурчаги ва чизигини аниқлаш

Мустақил иш мавзулари бўйича тест саволлари

1. Чанок сон бугими деформастияловчи артрози қайси чанок суяги синиш асорати хисобланади?

Е. Кустрларо синиш*

Ғ. Думгаза вертикал синиши

Г. Ёнбош суякнинг синиши

Н. В ва С

3. Куйидагиларнинг қайси бири Малген типидagi синишларни даволашга кирмайди?

Е. Интрамедуляр остеосинтез*

Ғ. Скелетли тортиш

Г. А ва В

Н. Тугри жавоб юк

Қайси касалликда буйиннинг ён томонидан елка бугимининг устидаги тери бурмаларининг канотсимон узгариши кузатилади?

Ғ. Грезил касаллиги

Г. Понгасимон буйин

Н. Канотсимон буйин*

И. Буйин ковургаси

Ж. Клиппел Фейл касаллиги

5 бел умурткаси думгаза умурткалари билан бирикиб кетиши...

Ғ. Сакрализастия*

Г. Люблизастия

Н. Остеохондроз

И. Спондилолез

Ж. Спондилодез

тропизм купрок қайси умурткалар орасида учрайди?

Ғ. 5 бел ва 1 думгаза

Г. 4 ва 5 бел умурткалари

Н. 3 ва 4 бел умурткалари

И. Барча жавоб тугри*

Ж. Барча жавоб нотугри

Умуртка погонасининг узидан юкори турган умурткалар билан силжиб кетиши нима дейилади?

Ғ. Спондилолистез*

Г. Спондилолез

Н. Сакрализастия

И. Спондилодез

Ж. Люмбализастия

Кад-комат бузилиши турини топинг.

Умуртка погонаси курак кисмининг 7 курак умурткасида орка томонига купрок букилиши фронтал сатхда умурткаларнинг киррали усимталари урта чизикдан олганлиги

Ғ. Сколиоз

Г. Кифоз*

Н. Думалок орка

И. Ассиметрик комат

Ж. Ясси орка комат

Кад-комат бузилиши турини топинг. Умуртка погонасининг умуртка таналарининг мажбурий айланиши (ротастияси) билан бирга содир буладиган ён томонга кийшайиши.

Ғ. Сколиоз*

Г. Кифоз

Н. Думалок орка

И. Ассиметрик комат

Ж. Ясси орка комат

Сколиоз турларини топинг.

1. Туғма

2. Дисплакти

3. Невроген

4. Статик

5. Идиопатик

- А. 1,3,5
- Б. 2,4,5
- С. Барча жавоб тугри*
- Д. 2,3,5
- Е. 3,4,5

Туғма буйин кийшиклигига хос белги?

- Ғ. Юз ассиметрияси
- Г. Кулок холатининг узгариши
- Н. Патология бор томонида буйин бурмаларининг булмаслиги
- И. Соч тукилиши
- Ж. Хаммаси тугри*

Туғма сон чикишини репозистия килиш усулларига кирмайди..

- Ғ. Лоренс усули
- Г. Гоф усули
- Н. Кохер усули
- И. Ковалеров усули
- Ж. Хаммаси киради.*

Оек кафт олди суяклари нечта суякдан ташкил топган ?

- А)5 та
- Б)6 та
- В)7 та
- Г)8 та
- Д)4 та

Ошик суяги кисмлари?

- А)танаси, буйинчаси, бошчаси
- Б)танаси, усиги
- В)танаси буйинчаси , усиги бор
- Г)танаси, бошчаси, усиги

Менисектомиядан сунг тулик согайиш канча вақтдан сунг булади?

- А)6- 8 хафта
- Б)3 - 4 хафта
- В)9 - 10 хафта
- Г)5 хафта
- Д)4 ой

Артротомия бу?

- А)бугимни очиш
- Б)гемартроз
- В)бугим пункстияси
- Г)синовит
- Д)хаммаси тугри

Бугим капсуласининг яллигланиши?

- А)Гемартроз
- Б)синовит
- В)деформастиязовчи артроз
- Г)хаммаси тугри
- Д)хаммаси нотугри

Бугим ичига кон куйилиши?

- А)гемартроз
- Б)артротомия
- В)синовит
- Г)артрориз
- Д)хаммаси тугри

Ташки тупикнинг синишида гипсли бойлам канча вақтга куйилади?

- А)3 - 3,5 хафта
- Б)2 хафта
- В)4 хафта
- Г)5 хафта
- Д)6 хафта

Ошик суяги синганда гипс канча вақтга куйилади?

- А)1 ой
- Б)2 ой
- В)2 - 3 ой
- Г)4 ой
- Д)5 ой

Товон суягининг чикишида репозистия килингандан сунг канча вақтдан сунг босишга рухсат килинади ?

- 4 хафта
- 5 хафта
- 6 - 8 хафта
- 3 - 4 хафта
- 5 хафта

Оек бармоклари чикканда гипс канча вақтга куйилади ?

- Ғ. 1 хафта
- Г. 2 хафта
- Н. 3 хафта
- И. 4 хафта
- Ж. 5 хафта

Синхондроз бу ?

- Ғ. Тогай бирлашмалари

- Г. суяк бирлашмалари
- Н. кушувчи бирлашмалар
- И. мускуллар бирлашмаси
- Ж. хаммаси нотугри

Катта болдир думбоклараро дунгнинг синишида иш кобилияти канча вақтдан сунг тикланади?

- Ф. 1 - 1,5 ой
- Г. 2 - 2,5 ой
- Н. 2,5 - 3 ой
- И. 3 - 3,5 ой
- Ж. 4 ой

Дюпюитрен синишини курсатинг ?

- Ф. ташки типикнинг синиши
- Г. ички тупикнинг синиши
- Н. болдирлараро синдесмознинг узилиши
- И. товоннинг чикиши
- Ж. хаммаси тугри

Ички тупик синганда иш кобилияти канча вақтдан сунг тикланади?

- Ф. 1 ой
- Г. 1,5 ой
- Н. 2 ой
- И. 2,5 ой
- Ж. ой

Ташки тупикнинг синишида иш кобилияти қачон тикланади ?

- Ф. 1 ой
- Г. 1,5 ой
- Н. 2 ой
- И. 2,5 ой
- Ж. ой

Иккала тупик синганда иш кобилияти канча вақтдан кейин тикланади

- Ф. 1 - 1,5 ой
- Г. 2 - 2,5 ой
- Н. 3 ой
- И. 3 - 3,5 ой
- Ж. 4 ой

Товон суягининг синиши қанака травма оқибатида юзага келади?

- Ф. юкоридан / вертикал / тушганда
- Г. горизонтал зарба булганда
- Н. қайириб олганда

- И. хаммаси тугри
- Ж. хаммаси нотугри

Синовектомия бу ?

- Ф. бугим капсуласининг яллигланиши
- Г. бугим капсуласини қисман олиб ташлаш
- Н. бугимни очиш
- И. бугимда кон тупланиши
- Ж. бугим яллигланиши

Бугим ичига кон қуйилиш бу ?

- Е. гемартроз
- Ф. гемипарез
- Г. гидроартроз
- Н. синови

Катта болдир думбокларини оператив даводан сунг металл болтлар канча вақтдан кейин олинади ?

- Ф. 2 - 3 ҳафта
- Г. 1 - 2 ҳафта
- Н. - 5 ҳафта
- И. - 7 ҳафта
- Ж. - 8 ҳафта

Катта болдир думбоклари синиб силжиган оператив даводан сунг оёқ қа тулик нағрузка билан босишга қачон руҳсат қилинади ?

- Ф. 1 ой
- Г. 1 - 2 ой
- Н. 2,5 - 3 ой
- И. - 3,5 ой
- Ж. 3,5 - 4 ой

Товон чикиши даволангандан сунг оёққа тулик босишга қачон руҳсат қилинади?

- Ф. 2 - 3 ҳафтадан кейин
- Г. - 4 ҳафтадан кейин
- Н. - 5 ҳафтадан кейин
- И. - 6 ҳафтадан кейин
- Ж. - 8 ҳафтадан кейин

Катта болдир суяги думбокчасининг синишида канча вақтга гипс қуйилади?

- Ф. 3- 5 ҳафта
- Г. 4- 6 ҳафта
- Н. 5- 7 ҳафта
- И. 6- 8 ҳафта
- Ж. 8-10 ҳафта

Катта болдир суяги думбокчаси синиб консерватив даводан сунг оекка тулик нагрузка билан босишга қачон рухсат берилади ?

- Ғ. 1 ой
- Г. 2 ой
- Н. 2-3 ой
- И. 1,5 - 2 ой
- Ј. ой

Синовкапсулектомия ?

- Ғ. синовиал пардани кесиб олиш
- Г. синовиал парда ва бугим капсуласини кесиш
- Н. бугимни очиш
- И. бугимни кесиш
- Ј. бугимда ҳаракатни тиклаш

Оек қафт олди суяклар каторига қирмайди ?

- Ғ. ошиқ суяги
- Г. понасимон
- Г. қайиксимон
- Н. бошчали

Оек қафт олди суяклар ичида енг каттаси ?

- Ғ. ошиқ суяги
- Г. товон суяги
- Н. қайиксимон суяк
- И. понасимон суяк
- Ј. тугри жавоб юк

Оек қафт олди суяклар каторига қиради, биттадан ташқари ?

- Ғ. кубсимон
- Г. қайиксимон
- Н. понасимон
- И. яримойсимон
- Ј. ҳаммаси қиради

Оек қафт олди суякларнинг қайси бири учта суякдан иборат ?

- Ғ. кубсимон
- Г. понасимон
- Н. қайиксимон
- И. ошиқ
- Ј. тугри жавоб юк

Болдир суяклар уртасида неча ва қандай синдесмозлар булади?

- Е. юкори ва пастки болдирлар аро слидесмоз
- Ғ. юкори болдирлараро спидесмоз
- Г. пастки болдирлараро спидесмоз
- Н. булмайди

Бирор бугим еки бурсаларга қислород юбориб даволаш нима дейилади?

- Е. оксигенотерапия
- Ғ. пневмотерапия
- Г. қислородотерапия
- Н. оксигенация

Болдир товон бугимда қанақа ҳаракат кузатилади ?

- Ғ. пронация
- Г. супинация
- Н. букиш
- И. ротаия
- Ј. езиш

Товонни товон - болдир бугимда қанақа чиқиши кузатилади ?

- Ғ. олд
- Г. орқа
- Н. ташқарига
- И. ичкарига
- Ј. ҳаммаси тугри

Товонни қай даражада чиққанлиги енг тугри тасдиқлайдиган усул ?

- Ғ. клиник белги
- Г. палпация
- Н. огрик ва шиш
- И. деформация
- Ј. Р графия

Тупиклар синиб силжиганида қандай оператив даво кулланилади ?

- Ғ. болт - гайка билан
- Г. спица билан
- Н. шруп билан
- И. миҳ билан
- Ј. ҳаммаси тугри

Битта еки иккита тупик синиб силжимаган булса қерда даволанадилар?

- Е. стаионарда
- Ғ. кундузги стаионарда
- Г. травм пунктда
- Н. уйда

Тупиклар биттаси синиб силжимаганда
иммобилизастия муддати ?

- Е. 2 ҳафта
- Ғ. ҳафта
- Г. ҳафта
- Н. 8 ҳафта

Лисфранк боғланиши каерда ?

- Е. кул кафтида
- Ғ. товонда
- Г. болдир - товонда
- Н. тиззада

Шопар боғланиши каерда жойлашган?

- Е. кул кафтида
- Ғ. товонда
- Г. болдир - товонда
- Н. тиззада

Товон суягига қайси пай келиб бирикади ?

- Е. Шопар
- Ғ. лисфранк
- Г. ахилов
- Н. крестсимон

Глоссарий

Абдукцион синиш (абдукция четлатиш) – четлатиш тананинг ўрта қисмидан ташқи томонга йўналган ҳаракат, абдукция термини асосан қўл-оёқлар ҳаракатига нисбатан қўлланилади, масалан, қўлни ёки оёқни танадан узоклаштириш. Бу синишлар елка суяги хирургик бўйинчасида ва сон суяги бўйинчасининг медиал синишида кузатилади.

Аддукцион синиш – елканинг хирургик бўйинчаси ёки сон суяги бўйинчасининг танага яқинлашган ҳолатда синиши – *варус синиши*.

Ампутация – организмдаги бирор аъзони (қўл, оёқ, бачадон ва ҳ.к.) кесиб ташлаш.

Артрография - бўғимларни рентген контраст модда ёрдамида текшириш усули.

Артропневмография – асептика қондасига риоя қилган ҳолда (0,25-0,5% новокаин ёки лидокаин билан оғриқсизлантирилади) бўғимларга газ (кислород, карбонат ангидрид вази) юбориб рентгенда текширилади. Бу усул кўпинча тизза бўғимини текширишда қўлланилади.

Ахилл пайи – ёпиқ шикастланганда Кюнео усулида чок қўйилади, бунда шикастланган учларни бирлаштиришнинг имкони бўлса, чок қўйилади, нуқсон бўлса В.А.Чернавский усулида ахиллопластика бажарилади.

«Г» симон металл мих – махсус усулда «Г» шаклида ясалган мих, сон суягининг пастки қисми синганда остеосинтезда қўлланилади.

Белер винтлик тортувчи аппарат – болдир суяклари синганда, оз ҳолларда сон суяги синганида қўлланилади.

Белер даволаш усулини қўллаш – курак умуртқаларининг пастки қисми ва бел умуртқалар таналарининг букувчи синишида оғриқсизлантирилгандан сўнг иккита турли баландликдаги столларда беморни корнига ётказилиб, иложи борица умуртқаларни ёзиб, 3-4 ойга гипс корсет қўйилади.

Уч қисмли Белер шинаси – қалин симдан ясалган бўлиб, болдир ва сон суяклари синганда скелетни тортиб туриш учун қўлланилади.

Беннет синиши – I қафт суягининг асосидан бўғим ичида синиши ва биланнинг орқа томонининг чала чиқиши. I қафт суяги синишининг иккита тури тафовут қилинади. *Биринчи турда* I қафт суягининг тирсак қирраси синса, *иккинчи турда* I қафт суягининг асосидан букиладиган синади, бу *бўғимдан ташқари синиш* ҳисобланади.

Вибротравма – тебраниш (силкиниш) таъсири отида организмда ўткир патологик ҳолатнинг кузатилиши. Бунинг бошланиши жисмнинг тебраниши 35 Гц дан юқори бўлиши керак. Бу тебранишга энг сезувчан қулоқ лабиринти ва бош мия ҳисобланади. Бош мия чайқалиш белгилари (хушдан кетиш, ретроград амнезия, бош оғриши, қайт қилиш) тебраниш натижасида 25% учрайди. Даволаш симптоматик, олдини олиш тебраниш касаллигидагидай.

(Repositio) – **Силжиган ва аъза ва бўлақларни жойига қўйиш** – жарроҳлик муолажаси ёки операция бўлиб, силжиган (тойган) анатомик аъзонинг суяк бўлақларини ўрнига қўйишдир.

(Lux]atio) –

Чиқишлар – бўғимни ташкил этувчи бўғим юзаларининг бир-бирига нисбатан силжиши, бўғим фаолиятини бузади.

Тортиш (extensio) – даволаш усули бўлиб, синганда, чиққанда ва бир қатор қўл-оёқлар, умуртқа касалликларида қўл билан (бир вақтнинг ўзида), турли мосламалар ёрдамида тортиш (доимий).

(Disarticulation) – **Ажратиш** – бўғимдаги иккита суякни ажратиш. Оёқ ёки қўлни жарроҳлик йўли билан бўғимдан олиб ташлаш.

(Gangrena) – **Гангрена** – аъзо, тўқималарнинг чириб ўлиши.

(Haemarthrosis) – **Гемартроз** – шикастланиш натижасида бўғим бўшлиғига қон қуйилиши.

haematoma – **Гематома** – тўқималар, органлар, тана бўшлиқларида қон тўпланиши.

(haemothorax; **Гемоторакс** – плеврал бўшлиққа қон тўпланиши, қуйидаги турлари мавжуд:

Гиподинамия – мушакларнинг фаоллигини етишмовчилиги ва камайиши.

Гипс – калций сульфатнинг кристалл гидратидан иборат минерал модда. 110-

(decompressio) **Декомпрессия** – даволаш муолажаси бўлиб, тўқималардаги, аъзолардаги ёки организмнинг суяқ муҳитидаги ортқча босимни камайтириш ёки бутунлай йўқотиш мақсадида қўлланилади.

Демпфер – механик мослама – силқинишни тўхтатади. Суяклар синганда скелетдан тортишда қўлланилади, натижада суякни чўзиш оғриқсиз ва осон кечади.

(demurgia) – **Десмургия** – бойламлар ва уларни қўллаш қоидалари ҳақидаги таълим.

disorsio – **Дисторсия** – бўғимларни бириктириб турувчи пайларнинг узилиши, чўзилиши, йиртилиши, шикастланиши.

distractio - **Дистракция** – оёқ ёки қўлнинг шикастланган қисмини бирдан қаттиқ тортиш ёки босқичма-босқич аста-секин чўзиш.

immobilis - **Иммобилизация** – гавданинг шикастланган ёки касал қисмини (одатда қўл-оёқ ва умуртқа поғонасини) қимирламайдиган қилиб қўйиш.

interpositio) – **Интерпозиция** – бирор тўқима (бўғим пардаси қолдиғи, пай, суяк бўлаклари, суяк пустлоғи ва ҳ.к.) асосининг синган суяк бўлаклари орасига ёки бўғим орасига чиққанда кириб қолиши.

Kranion + grapho – **Краниография** – рентгенда текшириш усули бўлиб, бош миё шикастланганда ёки унга шубҳа бўлганда бемор хушидан кетганда

crepitatio; **Крепитация** – синган суяк бўлаклари бир бирига ишқаланганда ўзига хос ғичирлаган, қитирлаган товуш чиқади.

(Laminectomy; **Ламинэктомия** – умуртқа равоқларини олиб ташлаб, орқа миё канали очилади, бундан мақсад орқа миёни ва орқа миё жойлашган бўшлиқни тафтиш, яъни ревизия қилишдир.

ligamentum + grapho – **Лигаментография** – контраст моддани юборгандан кейин бойламларни ва пайларни (умуртқа ва қўл-оёқларни) рентгенда кўрилади.

myelos + grapho **Миелография** – орқа миё каналини бутун узунлигида текшириш усули.

Невролиз – жарроҳлик усулида асаб толаларини чандиқлар сиқилишидан озод қилиш.

Нейрорафия – шикастланган (кесилган, узилган) нерв учларига бирламчи (вақтинча) ва иккиламчи (кечиктирилган) чок қўйиб, узлуксизлигини тиклаш.

osteon – synthesis – суяк бўлақларини жарроҳлик усулида улаш.

Остеотомия – нуқсонларни тўғрилаш учун суяк бир ёки бир неча юзадан қирқиш

prothesis – **Протез** – бу механик мослама бўлиб, йўқотган аъзони ўрнини босадиган функционал ва косметик томондан вулай қурилма ҳисобланади.

(refracture) – **Рефрактура** – битаётган суякнинг қадокланган жойидан қайта синиши.

trauma - **Жароҳат** – ташқи омилнинг қутилмаганда бир лаҳзада организмга таъсири бўлиб, унинг натижасида тўқима ва аъзоларда анатомик ва функционал бузилишлар содир бўлади, организм ана шу ташқи таъсирга маҳаллий ва умумий жавоб қайтаради.

Гену валгум — деформация коленного сустава с образованием угла между голенью и бедром, открытого кнаружи.

Гену варум — деформация коленного сустава с образованием угла между голенью и бедром, открытого кнутри.

Гену ресурватум — деформация коленного сустава с образованием угла между голенью и бедром, открытого кпереди.

Халлук валгус — деформация цопы в форме отклонения большого пальца кнаружи, возникающая обычно при поперечном плоскостопии.

Соха валга — деформация бедренной кости, характеризующаяся увеличением шейечно-диафизарного угла за пределы максимальной возрастной нормы.

Соха вара — деформация бедренной кости, характеризующаяся уменьшением шейечно-диафизарного угла за пределы минимальной возрастной нормы.

Эпифиз — в остеологии — расширенный конец трубчатой кости; обычно развивается из отдельной точки окостенения.

Эпифизарная линия — граница между губчатым веществом эпифиза и эпифизарным хрящом трубчатой кости.

Эпифизеодез — хирургическая операция: создание синоцоза между эпифизом и метафизом.

Эпифизеолиз — разрушение рокового эпифизарного хряща, например при переломе кости со смещением эпифиза.

Эпифизеонокроз — некроз эпифиза трубчатой кости, чаще бедренной; встречается при атеросклерозе, тромбозе конечных артерий кости и других нарушениях кровообращения.

Эпифизит — воспаление эпифиза с вовлечением в процесс эпифизарного хряща; приводит к синоцозу эпифиза с метафизом.

Тутор — фиксирующий ортопедический аппарат для иммобилизации суставов, состоящий из гильз (иногда и башмачка), соединенных шинами без шарниров.

Тутор-корсет — ортопедический аппарат для иммобилизации и разгрузки тазобедренного сустава в виде корсета, охватывающего таз и бедро больного.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ

ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

Рўйхатга олинди:
№ БД-5510100-3.33
2016 йил “ 09 ” 01



Олий ва ўрта махсус таълим
вазирлиги

2016 йил “22 ” 01

**ТРАВМАТОЛОГИЯ ВА ОРТОПЕДИЯ. БОЛАЛАР
ТРАВМАТОЛОГИЯСИ
ФАН ДАСТУРИ**

Билим соҳаси: 100000 - Гуманитар соҳа;
500000 - Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот.

Таълим соҳаси: 110000 - Педагогика;
510000 - Соғлиқни сақлаш.

Таълим йўналиши: 5510100 - Даволаш иши;
5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши);
5510300 - Тиббий профилактика иши.

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2016 йил “22” 01 даги “ 26 ”-сонли буйруғининг 2-илоvasи билан фан дастури рўйхати тасдиқланган.

Фан дастури Олий ва ўрта махсус, касб-хунар таълими йўналишлари бўйича Ўқув-услубий бирлашмалар фаолиятини Мувофиқлаштирувчи Кенгашининг 2016 йил “09 ” 01 даги 1 -сонли баённомаси билан маъқулланган.

Фан дастури Тошкент тиббиёт академиясида ишлаб чиқилди.

Тузувчилар:

Хужаназаров И.Э	- т.ф.н., ТТА, тиббий – педагогика факультети, травматология-ортопедия, ХДЖ ва нейрохирургия кафедраси мудири.
Сувонов У.Х.	- ТТА, тиббий – педагогика факультети, травматология-ортопедия, ХДЖ ва нейрохирургия кафедраси катта ўқитувчиси

Такризчилар:

Каримов М.Ю.	- т.ф.д., профессор ТТА, даволаш ва тиббий – профилактика факультетлари, травматология-ортопедия, ХДЖ ва нейрохирургия кафедраси мудири.
Ходжанов И.Ю.	- т.ф.д., профессор Ўзбекистон Республикаси ТООТИ болалар травматологияси, кўкрак қаси деформацияси ва умуртқа поғонаси патологияси бўлими раҳбари.

Фан дастури Тошкент тиббиёт академияси Кенгашида кўриб чиқилган ва тавсия қилинган (2015 йил “ 23 ”12даги “5” – сонли баённома).

КИРИШ

Ушбу дастурда “Травматология ва ортопедия. Болалар травматологияси” фанининг мазмуни, предмети ва методи, моҳияти, унинг мақсади ва вазифалари, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш фаолиятини ташкил қилишнинг тиббий ва ташкилий асослари, травматология мутахассислигига малакавий талаблар, нуқтаи-назаридан мантикий кетма-кетликда ўз аксини топган. “Травматология ва ортопедия, ХДЖ ва болалар травматологияси” фанлари талабаларда травматология ва ортопедиянинг долзарб масалалари бўйича назарий ҳамда амалий билимни шакллантиришга қаратилган.

Фаннинг мақсад ва вазифалари

“Травматология ва ортопедия. Болалар травматологияси” фанининг асосий мақсади - талабаларни назарий, амалий, ҳамда ташкилий билим ва амалий кўникмалар асосида травматизм профилактикаси ва травматологик-ортопедик ёрдамни ташкил этиш, беморларга тўғри ташхис қўйиш, бирламчи врачлик, ҳамда ихтисослашган тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича назарий ва амалий билимларни шакллантиришдан иборат.

Фаннинг вазифаси – уни ўрганувчиларга:

- Ўзбекистон Республикасида травматологик ва ортопедик ёрдамни ташкил қилиш асослари;
- талабаларни таянч-харакат аъзолари шикастланганда ва касалликларида текширув усуллари, ташхис қўйиш ва даволашга, ҳамда иш қобилиятини тиклаш ва социал реабилитация қилишга ўргатиш.
- травматолог-ортопед шифокори учун зарур бўлган профессионал клиник фикрлаш қобилиятини шакллантириш.
- травматология-ортопедия бўйича талабалар билимига, маҳоратига ва амалий кўникмаларига бўлган талаблар.

Фан бўйича талабаларнинг тасаввур, билим, кўникма ва малакаларига қўйиладиган талаблар

“Травматология ва ортопедия. Болалар травматологияси” фанларини ўзлаштириш жараёнида бакалавр:

- фаннинг мақсад ва вазифаларини, унинг травматолог-ортопед врачларнинг профессионал фаолияти учун аҳамияти, травматология-ортопедия тараққиёти тарихи, травматизм ва унинг турлари, суяк тўқимасининг репаратив регенерацияси, таянч-харакат системаси касалликлари ва шикастланишларини даволашнинг замонавий принциплари, таянч-харакат системасининг анатомияси ва физиологияси, синишлар ва чиқишлар таснифи, таянч-харакат системаси шикастланишлари ва касалликларини даволашнинг замонавий усуллари, кўп учрайдиган ортопедик касалликларнинг этиология, патогенези ва даволашни **билиши ва улардан фойдалана олиши;**
- таянч-харакат системаси шикастланганида транспорт иммобилизацияси, синган ва чиққан жойни оғриқсизлантириш, новокаин блокадалари, мураккаб бўлмаган синишларда суяк бўлақларининг репозицияси, чиқишларни тўғрилаш, гипс боғламларини тайёрлаш ва қўйиш, очик синишларда ярага бирламчи жаррохлик ишлови бериш, бўғимларни ва плевра бўшлиғини пункция қилиш, скелет тортими учун спица ўтказиш ва зарур юкни аниқлаш **кўникмаларига эга бўлиши керак;**
- илмий, ўқув адабиётлар устида мустақил ишлаш, таянч-харакат системаси шикастланган ва касалланган беморларни текшириш, синиш ва чиқишларни клиник бергилари бўйича аниқлаш, типик туғма ва орттирилган деформацияларнинг ташхисини қўйиш, рентгенограммаларни ўқиш, ташхисни тўғри ифодалаш,

касаллик тарихини ёзиш, тест, ҳамда ситуацион топшириқларни ечиш малакаларига эга бўлиши керак.

Фаннинг ўқув режадаги бошқа фанлар билан ўзаро боғлиқлиги ва услубий жihatдан узвийлиги

““Травматология ва ортопедия. Болалар травматологияси” фанларини ўрганишда “Нормал анатомия”, “Патологик анатомия”, “Топографик анатомия ва оператив хирургия”, “Нормал ва патологик физиология”, “Умумий хирургия”, “Неврология”, “Нур ташхиси”, “Фармакология” фанларидан билим ва кўникмаларга эга бўлиши талаб этилади.

Фаннинг илм-фан ва ишлаб чиқаришдаги ўрни

“Травматология ва ортопедия. Болалар травматологияси” фанлари hozirgi замонда илмий техника ривожланиши ва табиий офатлар туфайли аҳоли ўртасида шикастлар кўпайишини ҳисобга олганда ўз долзарблигини йўқотмаган. Талабаларни шу фанларни ўқитиш билан мазкур касалликларни ва уларни оқибатини даволашда етук мутахассис бўлиб етишларида аҳамияти катта. Бундан ташқари, биринчи тез тиббий ёрдам кўрсатиш асосан замонавий тиббиётнинг биринчи звеноси зиммасида эканлиги ва бунда асосан умумий амалиёт шифокори қатнашишини ҳисобга олиб, бу фанларни соғлиқни сақлаш тизимида асосий ўринни эгаллаши таъкидланади.

Фанни ўқитишда замонавий ахборот ва педагогик технологиялар

Талаба “Травматология ва ортопедия. Болалар травматологияси” фанларини ўзлаштиришда таълимнинг инновацион усулларида фойдаланиши, янги педагогик, ахборот ва интернет технологияларини тадбиқ қилиши муҳим аҳамият касб этади. Фанни ўзлаштиришда ўқув-услубий таъминот (дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, модуль топшириқлари)дан фойдаланилиш тавсия этилади. Маъруза ва амалий машғулотларда турли метод ва воситалардан, хусусан, ақлий ҳужум, кластер, амалий иш ва дидактик ўйинлар, портфолио, кейс-стади, шунингдек, компьютер дастурларидан интернет тизимларидан фойдаланиш мумкин.

АСОСИЙ ҚИСМ

Фаннинг назарий машғулотлари мазмуни

“Травматология-ортопедия” фанининг маъзуни

“Травматология-ортопедия” фанни талабаларни травматология-ортопедия тараққиёти тарихи, травматизм ва унинг турлари, суяк тўқимасининг репаратив регенерацияси, таянч-ҳаракат системаси касалликлари ва шикастланишларини даволашнинг замонавий принциплари, таянч-ҳаракат системасининг анатомияси ва физиологияси, синишлар ва чиқишлар таснифи, таянч-ҳаракат системаси шикастланишлари ва касалликларини даволашнинг замонавий усуллари, кўп учрайдиган ортопедик касалликларнинг этиология, патогенези ва даволаш, шикаст олган беморларда биринчи тиббий ёрдам бериш ва ихтисослашган муассасаларга юборишни тўғри ташкил қилишни ўргатади.

“Болалар травматологияси” фани ўзини илмий ва амалий хусусиятларига эга. Йўл - транспорт ҳалокатларини ошиши болалар ўртасида оғир ва летал ҳолатларга олиб келиб, болалар травматизмини кўпайишига ҳамда жамиятга катта зарар етказишга сабаб бўлмоқда. Амалиёт шуни кўрсатмоқдаки, кўплаб ва кўшма шикастланишлар орасида болаларни шикастланиши ошмоқда. Бу эса болалар травматизмига эътиборни янада кучайтиради. Болалар травматизмини тахлилларига асосан шикастланиш натижасида келиб чиқадиган

асоратлар ва касалликнинг оқибатлари, беморга биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш, етарли текширишларни ўтказмаслик ва бошқа хато – камчиликлар натижасида юзага келади

Травматология-ортопедияга кириш. Травматология-ортопедиянинг долзарб муаммолари. Травматизм

Травматология-ортопедияга кириш. Травматология-ортопедиянинг ривожланиш тарихи. Травматолого - ортопедик ёрдамни ташкиллаштириш. Травматологик ва ортопедик беморлар текширишини умумий қоидалари. Анамнез. Травматологик ва ортопедик беморлар шикоятлари. Сўраб суриштириш. Умумий ва маҳаллий кўрик. Пайпаслаш ва аускультация. Бўғимлардаги ҳаракат ҳажмини аниқлаш. Тана, қўл-оёқлар узунлиги ва айланасини ўлчаш қоидалари. Травматология-ортопедияда клиник – рентгенологик текширишлар: рентгенография, рентгеноскопия, электрорентгенография, КТ, МРТ, МСКТ, фистулография, флебография, электромиография, ЭОП. Травматология-ортопедияда қўшимча текшириш усуллари. Травматология-ортопедиядаги тиббий хужжатлар ахамияти. Қўл – оёқ ўқи ва уларнинг деформациялари. Контрактуралар ва унинг турлари. Анкилозлар.

Политравма

Политравма ҳақидаги тушунча. Политравмани замонавий тиббиётдаги ахамияти. Политравмада статистик кўрсаткичлар. Моноравма. Монофокал ва полифокал шикастланишлар. Политравмани турлари. Кўп сонли шикастланишлар. Қўшма шикастланишлар. Аралаш шикастланишлар. Доминант шикастланиш. Политравмани хусусиятлари. Политравмани ривожланиш механизми. Политравмани диагностикаси. Политравмани клиникаси. Травматик касаллик ҳақида тушунча. Травматик касаллик даврлари. Политравмани асоратлари. Политравма билан тушган беморларга ёрдам кўрсатишни ўзига хос хусусиятлари. Политравмани даволаш. Политравмани олдини олишга қаратилган чора тадбирлар. Политравма олган беморларни даволашдан кейинги реабилитацияси.

Суяк ва бўғимларни очик синишлари. Постравматик остеомиелит

Суякларни очик синишлари ҳақидаги тушунча. Суякларни бирламчи ва иккиламчи очик синишлари. Очик синишларни оғирлик даражаси. Синишларни А.В.Каплан ва О.Н.Маркова бўйича таснифи. Синишларда қон кетиш ва шок асоратлари. Бирламчи бактериал ифлосланган жароҳатлар. Очик шикастланишларга Бирламчи жаррохлик ишлов бериш. Бирламчи жаррохлик ишлови беришни ўзига хос хусусиятлари. Жароҳатларга бирламчи, бирламчи – кечиктирилган, иккиламчи эрта ва иккиламчи кечки чоклар қўйиш. Суяклар очик синишларини даволаш. Гипсли боғлам ва суяк тортмаси қўйиш. Интра - экстремедуляр остеосинтез, ташқи фиксация аппаратлари билан остеосинтез қилиш усуллари. Бўғимларни очик жароҳатлари. Бўғимларни очик жароҳатларини ўзига хос хусусиятлари. Бўғимлар очик жароҳатларини диагностикаси. Бўғимлар очик жароҳатларини клиник белгилари. Бўғимлар очик жароҳатларини даволаш. Бўғимлар очик жароҳатларига бирлам жаррохлик ишлови бериш хусусиятлари. Бўғимлар очик жароҳатларини асоратлари. Постравматик ва операциядан кейинги остеомиелит. Постравматик ва операциядан кейинги остеомиелитга олиб келадиган сабаблар. Постравматик ва операциядан кейинги остеомиелитни диагностикаси. Постравматик ва операциядан кейинги остеомиелитни рентгенодиагностикаси. Постравматик ва операциядан кейинги остеомиелитни клиник белгилари. Постравматик ва операциядан

кейинги остеомиелитни оқибатлари. Постравматик ва операциядан кейинги остеомиелитни даволаш.

Чанок суяклари ва умуртқа поғонаси синишлари

Чанок суякларини анатомияси. Чанокни қон билан таъминланиши ва иннервацияси. Чанок суякларини функцияси. Чанок суякларини бўғимлари. Чанок суякларини синиш механизми. Чанок суяклари синишларини статискаси. Чанок суяклари синишларини таснифи. Чанок суякларини I, II, III ва IV-гурухдаги шикастланишлари. Чанок суякларини Мальгенья типдаги шикастланишлари. Чанок суяклари синишларини диагностикаси. Чанок суяклари синишларини клиникаси. Чанок суяклари синишларида қон кетиш ва травматик шок механизми. Чанок суяклари синишларида оғриқсизлантириш. Чанок суяклари синишлари бўлган беморларни транспортировкаси ва иммобилизацияси. Школьников – Селиванов усули бўйича чанок ичи оғриқсизлантириши. Чанок суяклари синишларини консерватив ва жаррохлик усулларида даволаш. Умуртқа поғонаси анатомияси. Умуртқа поғонаси шикастланишларини ўзига хос хусусиятлари. Умуртқа поғонаси шикастланишларини таснифи. Умуртқа поғонаси стабил ва ностабил синишлари. Умуртқа поғонаси шикастланишларини механизми. Умуртқа поғонаси шикастланишларини диагностикаси. Умуртқа поғонаси шикастланишлари бўлган беморларни транспортировкаси. Умуртқа поғонаси шикастланишларини замонавий текшириш усуллари. Умуртқа поғонаси шикастланишларини клиникаси. Умуртқа поғонаси шикастланишларини даволаш. Умуртқа поғонаси шикастланишларини асоратлари. Умуртқа поғонаси шикастланишлари бўлган беморларни реабилитацияси.

Таянч-ҳаракат тизимини туғма деформациялари

Таянч-ҳаракат тизимини туғма деформациялари. Сон суяги туғма чиқиши. Сон суяги туғма чиқишини учраши. Сон суяги туғма чиқишига олиб келувчи омиллар. Сон суяги туғма чиқишини диагностикаси. Сон суяги туғма чиқишини клиникаси. Сон суяги туғма чиқишини эрта белгилари. Маркс – Орталани белгиси. Сон суяги туғма чиқишини кечки белгилари. “Ўрдак” юриш. Тренделенбург белгиси. Сон суяги туғма чиқишини рентгенологик диагностикаси. Путти триадаси. Сон суяги туғма чиқишини рентгенодиагностикасида Хильгенрейнер схемаси ва Шентон чизиги. Сон суяги туғма чиқишини рентгенологик диагностикаси бўйича даражалари. Сон суяги туғма чиқишини дифференциал диагностикаси. Сон суяги туғма чиқишини консерватив ва оператив даволаш. Сон суяги туғма чиқишини асоратлари. Туғма маймоқлик. Туғма маймоқликни келтириб чиқарувчи омиллар. Туғма маймоқликни диагностикаси. Туғма маймоқликни клиник белгилари. Туғма маймоқликни клиник белгилари бўйича даражалари. Туғма маймоқликни консерватив ва оператив даволаш усуллари. Туғма маймоқликда босқичли гипсли боғлам қўйиш. Туғма мушакли бўйин қийшиқлик. Туғма мушакли бўйин қийшиқликни келтириб чиқарувчи омиллар. Туғма мушакли бўйин қийшиқликни диагностикаси. Туғма мушакли бўйин қийшиқликни шакллари. Туғма мушакли бўйин қийшиқликни клиник белгилари. Туғма мушакли бўйин қийшиқликни консерватив ва оператив даволаш. Сколиоз. Сколиозни келтириб чиқарувчи омиллар. Сколиозни диагностикаси. Сколиозни клиник белгилари. Сколиозни даволаш.

Остеопороз

Остеопороз ҳақида тушунча. Одам скелет суяк структурасини тузилиши. Суяк тўқимасини ҳужайра элементлари. Остеобласт, остеоцит ва остеокластлар. Суяк тўқимасини физиологияси. Остеопорозга олиб келувчи омиллар. Остеопороз таснифи. Бирламчи ва иккиламчи Остеопороз. Остеопороз диагностикаси. Остеопорозни рентгенологик диагностикаси. Остеопорозни денситометрик текшириш усули. Остеопороз

клиникаси. Остеопорозни даволаш. Остеопорозни профилактикаси. Остеопороз оқибатлари.

Амалий машғулотларнинг тахминий рўйхати

- Таянч-ҳаракат апаратининг шикастланишлари ва касалликларини текширишнинг ўзига хослиги. Суяк ва бўғимлар шикастланишларини диагностикаси. Синиш ва чиқишларни таснифи.
- Травматологик ва ортопедик беморларни консерватив даволаш усуллари.
- Травматологик ва ортопедик беморларни оператив(жаррохлик) даволаш усуллари.
- Кўкрак қафаси ва елка камари шикастланишлари.
- Қўл суякларини шикастланишлари.
- Оёқ суякларини шикастланишлари.
- Политравма.
- Болаларда суяк синишларини ўзига хос хусусиятлари. Туғма сон суяги чиқиши. Туғма бўйин қийшиқлик. Туғма маймоқлиги.
- Болаларда суяк синишларини ўзига хос хусусиятлари. Болаларда қўл – оёқ суякларини синишлари.
- Болаларда тирсак бўғимини шикастланишлари ва унинг оқибатлари.
- Болаларда травматик чиқишлар. Туғруқ шикастланишлари. Патологик синишлар.

Амалий машғулотларни ташкил этиш бўйича тавсиялар

Амалий машғулотларини ташкил этиш юзасидан кафедра томонидан кўрсатма ва тавсиялар ишлаб чиқилади. Унда талабалар асосий маъруза мавзулари бўйича олган билим ва кўникмаларини амалий масалалар, кейслар орқали янада бойитадилар. Шунингдек, дарслик ва ўқув қўлланмалар асосида талабалар билимларини мустаҳкамлашга эришиш, тарқатма материаллардан фойдаланиш, илмий мақолалар ва тезисларни чоп этиш орқали талабалар билимини ошириш, масалалар ечиш, мавзулар бўйича тақдимотлар ва кўргазмали куроллар тайёрлаш, норматив-ҳуқуқий ҳужжатлардан фойдаланиш ва бошқалар тавсия этилади.

Лаборатория ишларини ташкил этиш бўйича кўрсатмалар

“Травматология-ортопедия” фани клиник фан бўлганлиги сабабли, талабалар кафедрада тартиб этилган шаклда цикл ўтиш мобайнида касаллик тарихи тўлдиришади. Касаллик тарихини асосида беморни паспорт маълумотлари, анамнезлари, объектив ва локал кўриклар, орган ва тизимларни ҳолати, тахминий, клиник, якуний ташхислар, клиник- лаборатор, инструментал текширувлар, даволаш режаси, этапли ёки чиқарув эпикриз кабилар ҳисобга олинади.

“Болалар травматологияси” фани клиник фан бўлганлиги сабабли, талабалар кафедрада тартиб этилган шаклда цикл ўтиш мобайнида касаллик тарихи тўлдиришади. Касаллик тарихини асосида беморни паспорт маълумотлари, анамнезлари, объектив ва локал кўриклар, орган ва тизимларни ҳолати, тахминий, клиник, якуний ташхислар, клиник- лаборатор, инструментал текширувлар, даволаш режаси, этапли ёки чиқарув эпикриз кабилар ҳисобга олинади

Курс ишини ташкил этиш бўйича услубий кўрсатмалар

Фан бўйича курс иши намунавий ўқув режасида режалаштирилмаган

Мустақил таълимнинг шакли ва мазмуни

Мустақил таълим қуйидаги шаклларда ташкил этилади:

- мавзуларни норматив-ҳуқуқий ҳужжатлар ва ўқув адабиётлари ёрдамида мустақил ўзлаштириш;
- мавзулар бўйича реферат тайёрлаш;
- семинар ва амалий машғулотларга тайёргарлик кўриш;
- илмий мақола ва тезисларни тайёрлаш;
- фаннинг долзарб муаммоларини қамраб олувчи лойиҳалар тайёрлаш;
- назарий билимларни амалиётда қўллаш;
- амалиётдаги мавжуд муаммоларнинг ечимини топиш;
- ўрганилаётган мавзу бўйича асосий илмий адабиётларга аннотация ёзиш ва бошқалар.

Таълим жараёнида инновацион технологияларни, ўқитишнинг интерфаол усуллари қўллаш талаба томондан мустақил танланади. Талабаларнинг мустақил таълимини ташкил этиш тизимли тарзда, яъни узлуксиз ва узвий равишда амалга оширилади. Талаба олган назарий билимини мустаҳкамлаш, шу билан бирга навбатдаги янги мавзунини пухта ўзлаштириши учун мустақил равишда тайёргарлик кўриши керак.

Тавсия этилаётган мустақил ишларнинг мавзулари:

1. Контрактура и анкилозлар.
2. Суяк тўқимасини ўсмалари.
3. Жароҳат ва жароҳат инфекциялари. Жароҳат жараёнини кечиши.
4. Регенерация ва регенирацияни турлари.
5. Ёирик бўғимларни эндопротезлаш.
6. Псевдоартроз.
7. Дум суягини травмасы. Посттравматик кокцигодиния.
8. Умurtқа поғонаси шикастланишларини оператив даволаш.
9. Сينيшларни асосий даволаш принциплари.
10. Синиш асоратлари: қон кетиш, ёғ эмболияси ва маҳаллий асоратлар.
11. Артрогрипоз.
12. Ревматоид артроз.
13. Бехтерев касаллиги.
14. Деформацияловчи артроз.
15. Нейроген артропатия.
16. Бўғимларни хондроматози.
17. Елка курак периартрити.
18. Эпикондилит.
19. Полиомиелит ва унинг асоратлари.
20. Болалар церебраль параличи.
21. Умurtқа поғонаси остеохондропатияси.
22. Сон суяги бошчаси остеохондропатияси.
23. Болдир суяги ғадир-будирлигини остеохондропатияси
24. Болаларда суяк синишларини хусусиятлари.
25. Болаларда сон суягини синишлари.
26. Тирсак бўғимини анатомо - физиологияси.
27. Болаларда билак суяги бошчаси ва бўйинчасини шикастланишлари.
28. Болаларда патологик синишлар.
29. Болаларда суяк ва бўғимларини туғруқ жароҳатлари.
30. Елка суягини туғруқдан кейинги эпифизеолизи.

31. Кефалогематома.
32. Болаларда қўл – оёқларни травматик чиқишлари

Дастурнинг информацион-услубий таъминоти

Мазкур фанни ўқитиш жараёнида:

- “Травматология-ортопедия” фанига тегишли маъруза дарсларида модуль тизимида асосланган электрон мажмуадан;
- амалий машғулотларда, травматология ва ортопедияни амалий жиҳатларини ўрганишда таълим технологияларидан, амалий иш ўйинларидан;
- Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлашда травматология ва ортопедия амалиёти масалаларига тегишли дарс машғулотларида таълимнинг бошқа методларидан фойдаланиш назарда тутилган.

Фойдаланиладиган адабиётлар рўйхати

Асосий адабиётлар:

5. Травматология детского возраста. /Под ред. Г.А.Баирова. – Л.: Медицина, 1976.
6. Трубников В.Ф. Травматология и ортопедия. – Киев: Здоровье, 1985.
7. Жалилов П.С., Холхужаев М. “Болалар травматологияси”. Т., 1996
8. Шапошников Ю.Г. Травматология и ортопедия.Т-2 1997

Қўшимча адабиётлар:

19. Рейнберг С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. М.: Медицина, 1964.
20. Волков М.В., Дедова В.Д. Детская ортопедия. – М., Медицина, 1972.
21. Остеосинтез. Руководство для врачей. /Под ред. С.С.Ткаченко. – Л.: Медицина, 1987.
22. Мовшович И.А. Оперативная ортопедия. – М.: Медицина, 1985.
23. Девятков А.А. Чрескостный остеосинтез. – Кишинев: “Штиинца”, 1998
24. Ревенко Р.А. и др. Операции при травмах опорно-двигательного аппарата (атлас). – М.: Медицина, 1987.
25. Чаклин В.Д. Основы оперативной ортопедии и травматологии. – М.:Медицина, 1964.
26. Каплан А.В. Основы травматологии пожилого возраста. – М.: Медицина, 1965.
27. Ашкенази А.И. Хирургия кистевого сустава. – М.: Медицина, 1990.
28. Никитин Г.Д. и др. Множественные и сочетанные переломы костей. – Л.: Медицина, 1976.
29. Новоченко Н.П. Руководство по ортопедии и травматологии. /Под ред.– М.:Медицина, 1967. Т.І-ІІ-ІІІ.
30. Никитин Г.Д. и др. Хронический остеомиелит. – Л.: Медицина, 1990.
31. Лебедев В.В. и др. Неотложная помощь при сочетанных травматических повреждениях. – М.: Медицина, 1980.
32. Каплан А.В. и др. Гнойная травматология костей и суставов. – М.: Медицина, 1985.
1.Травматология и ортопедия. Х.А.Мусалатов, Г.С.Юмашев. 1995.
33. Волков М.В. Болезни костей у детей.-М.Медицина,1985.
34. Дубров Я.Г.Амбулаторная травматология.-М.:Медицина 1990.
35. Краснов А.Ф. Амбулаторная травматология.-М.:Медицина 1986.
36. Каплан А.В. Повреждения костей и суставов .М.1983

Электрон адабиётлар:

1. Киричек С.И.. Травматология и ортопедия. Минск.2002.
2. Ключевский В.В.. Скелетное вытяжение. Л.:Медицина, 1991.
3. Зацепин С.Т. Костная патология взрослых. М.: Медицина, 2001.
- 4.КАПЛАН А.В. Повреждения костей и суставов.
5. Доэрти М Доэрти Дж. Клиническая диагностика болезней суставов. Мн.:”Тивали”1993.
6. Смирнова Л.А. Шумада И.В. Травматология и ортопедия. Практическое занятие. К.: Вища школа. Головное издательство.1984.
7. Скляренко Е.Т. Травматология и ортопедия. К.: “Здоровья”2005.
8. Мюллер Е.. Альгвер М.и др. Руководство по внутреннему остеосинтезу. Издательство Ad Marginem. М.: 1996.
9. Шапошникова Ю.Г.Травматология и ортопедия. Руководство. /Под ред.. М.: Медицина, 1997. Т.І-ІІ-ІІІ.
10. Стецула В. И., Девятков А. А. Чрескостный остеосинтез в травматологии. К.:”Здоровья” 1987.
11. Маркс В.О. Ортопедическая диагностика. – Минск:”Наука и техника” 1978. Травматические вывихи и их лечение..
12. Бойчев Б. и др. Оперативная ортопедия и травматология. – София, “Медицина и физкультура”, 1962.
13. Кованов В.В., Бомаш Ю.М. Практическое руководство по топографической анатомии. М.,Медицина.1967

Интернет сайтлар:

- 1.[www.e-mail ;info@ minzdrav.uz](mailto:info@minzdrav.uz)
2. [www.medinform. net](http://www.medinform.net),
3. www.tma.uz
- 4.<http://medic.med.uth.tmc.edu/Lecture/Main/Griff5.htm>;

Фан буйича вазиятли масалалар:

1. 6 ёшлик болада сон бурмалари ассиметрияси:чап оек калталиги 4 см га ясси валгус тоvon кузатилади. Сон-чанок бугимида оек езилиши яхши. рентгенограммада унга нисбатан чап сон суяги суякланишядроти камрок чуқурчада жойлашган. Диагноз.
2. Бола 6 ёшда унг оегида оксокланади. Курганда чап мучаси калтарок. Катта куз Розер-Нелатон чизигидан 3 см юкорида жойлашган. Сонни узоклаштириш чекланган.Дюпюитрен симптоми,юколмайдиган пулс манфий,симптом Трендленбург кучсиз мусбат. Рентгенограммада унг сон бошчаси чуқурчада бўйин диафизар бурчак 90 градус.
3. Тугрукхонага сизни чакалоқда тугма унг тоvon деформацияси бўйича консултацияга чакирдилар. Курганда тоvon букилган,ичкарига караб кайрилган,дицал кисми приведен. Куллар билан текшириганда тоvon деформацияси кузатилмайди. Патология бўйича хулосангиз.
4. Ортопед хонасига 5 ёшли кизчани онаси бош холати нотугрилигига шикоят килиб келди. Бу холат ерталаб уйкудан сунг юзага келган. Бўйинни харакатлантириш огрикли.онаси гапига караганда хафта давомида боланинг унг кулоги огриган. Объектив бош унг томонлама кийшайган. Юзда ассиметрия юк. кивателный мускуллар бир хил узунликда.бош холатини тугрилашга харакат килганда бола йиглайди,бўйин кийшиклигининг сабаби. Диагноз ва даволаш.
5. Бола 4 ёшда Ортопедга умуртка бўйин курак сегментида сколиоз диагнози билан келди.ота-онаси сузига караганда бола тугилгандан бери бошини унг томонга эгади.Курганда бош унга егилган.Тери оцида калталанган унг кивателный мускулнинг контурлар яхши куринади.орка томондан караганда кураклар ассиметрияси ,унг елка камари чапга нисбатан юкорига.Умуртканинг бўйин кисмида сколиозли ей аникланади.Бошнинг чапга букилиши чекланган. Тахминий диагноз ташхисини аник куйиш учун кандай текширишлар олиб бориш керак.
6. Мактабда болаларни курикдан утказишда 1 синф укувчисига елка ва курак ассиметрияси кузатилади. Палпацияда усикли усимталар курак сегментида унга силжиши аникланади.Еткизилганда деформация камаяди. Лекин тулик юколмайди. Сизнинг тахминий ташхисингиз, Даволаш тактикангиз.
7. Бола 8 ёшда ота-онаси чап оегида сал оксокланиш боришини сезди.Ахволи яхши уйку,иштаха бузилмаган. Тана харорати кутарилмаган.Курганда оек узунлиги бир хил,чап муча унга нисбатан 1,5 см орикланган,сонни узоклаштириш чекланган ва огрикли.Сон -чанок бугимида ротация огрикли.бугим атрофида юмшок тўкималар яллигланиши белгилари юк.Кушимча равишда коннинг умумий тахлили ва сон-чанок бугими рентгенография килинди.Конда узгариш юк.Рентгенограммада чап сон бошчаси езилган.Замбуругсимон курунишда.Бугим ериги кенгайган ва зичлашган. Касалликка ташхис ва даврини айтинг.
8. Усмир 13 ёшда сакраганда,юургунда чап болдирнинг юкори учлигида шиш хосил булиши ва огрикка шикоят килади.Бола футбол ва хоккей билан шугулланади.купинча тизза бугимида йикилади.Курунганда чап катта болдир суягининг гадир-будирда шиш хосил булган. Шиш аникланди.Суяк зичланган босганда сал огрикли яллигланиши белгиларсиз рентгенограммада ен проекциясида болдирнинг юкори учлигида фрагментлаш аникланди ва катта болдир суягининг гадир-будирлик чегаралари кенгайган. Диагноз ва даво.
9. Поликлиникада болалар хирурги кабулида 12 ёшли болани келтиришди.Ота-онасини болани тез чарчаши ва урдаксимон юриши безовта килади. Боланинг узи тизза ва сон-чанок бугимида даврий симмиловчи огрикка шикоят килади. Анамнездан 2 йил олдин касал булган. Касаллик 2 метрлик баландликдан сакраганда тизза бугимида огрик билан бошланган. Яллигланиш аломатлари юк. Тизза бугимида рентгенограммада патология аломатлари юк. Физиотерапик даволанган,лекин самарасиз. Купрок утиришга харакат килади.кургшанда бола оеги ёшига нисбатан гипотрофияга учраган.Узунлиги ва айланаси симметрик.Катта болдирлар 2 томондан хам Розер-Нелатон чизигидан юкорида жойлашган.Тизза бугимида узгариш юк.

Сон-чанок бугимида узоклашиш ва ротацион ҳаракатлар чекланган ва огрикли. Палпацияда Скарпов учбурчагида ва катта болдирни ҳаракатлантирганда огрик. Рентгенограммада сон-чанок бугимида сон бошчаси замбуругсимон куринишда бўйини кискарган. Бўйин диафизар бурчак 115 градус. Бошчаси ола-була. Ташхис кўйинг ва даволаш хатоларини топинг.

10. Бемор 18 ёшда унг сон-чанок бугимида огрик ва оксокланишга шикоят. Пертес касаллиги буйича 10 дан 13 ёшгача даволанган. курганда енг пастки муча чапга нисбатан 1,5 см киска. Сон 2,5 см, болдир 1,5 см орикрок. Сон-чанок бугимида узоклашиши чекланган. То 175 градус бурчаккача огрикли. Езиб букувчи харакат тула хажмда. Рентгенограммада сон-чанок бугимининг унг сон суяги бошчаси замбуругсимон шаклда. Куймич косачаси чузиксимон овал шаклда. Бугим ериги торайган буйини кенг ва калталанган. Суяк цруктураси панжасини еслатади. Болалигида бошдан утказган оцеохандропатия асоратини курсатинг. Ташхис, даволашга тавсия.

11. Бемор касби дурадгор. Бўйин умурткасида доимий огрикларга шикоят қилади. Вакти билан кузийди ва иккала юкори мучаларга таркалади. Огрик 3 йил олдин бошланга. Баъзан шишдан сунг кулларда карахтлики сезилган. Курганда бўйин умурткасида узгариш юк. Харакат тулик ва огрикли, кисирлаш билан утади. Р-мани ен томондан проекция килинганд С - С дисклар утириб колган. Умурткалар бугим юзаси атрофида суякларнинг усиши ва физиологик лордознинг пасайиши аникланди. Ташхис.

12. Усмир 14 ёшда 1 йил олдин унг болдирнинг урта учлигида огрик юзага келган. Аста-секин огрик кучайган айникса кечаси. Огриксизлантирувчи дорилар ичишга мажбур булган. Катта болдир суяги олдинги юзасида шиш аникланган. Палпацияда унг болдир урта учлигннинг олдинги юзасида суякнинг калинлашиш ва огриксизлиги аникланди. Юмшок тўқималар узгаришсиз. Бола оксокланмай юрибди. Р-мада унг болдир тугри проекцияда урта учлигида суяк югонлашганлиги аникланган. Склиротик тўқимада 1x0,5 см усма уяси аникланди. Ташхис кўйинг ва даволанг.

13. Бемор Холов С.Ю. 36 ёшда, 2,5 м баландликдан боши билан тушиб кетган. Жароҳат натижасида бўйин умурткаси синган, орка мия шикастланган. Синиш тургун.

Беморни даволаш тактикакси. Даволаш канча давом этадиқ Мехнатга лаекати қачон тикланадиқ

14. Бемор Норов С.Л. 40 ёшда, Беморда Д 12-Л 1 умуртка танасининг компрессион синиши. Жароҳатдан сунг иккинчи кун беморнинг корин соҳасида огрик, метеоризм, ичк периталтикасининг камайиши, ич келмаслиги ва газ чикмаслиги кузатилади. Ичк функциясининг бузилиши сабабини тушунтиринг қ Даволаш тактикасиқ

15. Бемор Кодирова Н.А. 20 ёшда . Ташхис тугиш асоратида қов бирикмасининг ажралиши. Уйда икки ҳафта давомида даволанган.Юрганда «урдаксимон юриш». Клиник ва рентгенологик беморда беморда қов бирикмасида «№-3 см диастаз бор. Қов бирикмасининг турғунсизлик ҳолатининг сабаби нимақ Даволаш тактикаси.

16. Бемор Бахронова С.А. 36 ёш,елка суяги урта учлигидан синган.Турт хафта давомида скелетли тортмада , сунгра икки хафта дамомида гипсда даволанган. Рентгенограммада суяк кадоги куринмайди. Бемор икки ой давомида гипсда даволанади.Гипс ечилганда мушаклар атрофияси аникланади. Синиш соҳасида патологик ҳаракат бор, огриксиз. Рентгенограммада суяк орасида ериклик бор,суяк учлари кенгайган,суяк кумиги бекилган. Беморда кандай асорат кузатилади. Келиб чиқиш сабини курсатинг. Даволаш.

17. Бемор Бозоров А.Л. 45 ёшда, огир юк кутараётганда, елканинг юкори учлигида кучли огрик сезган. Елка икки бошли мушаги таранглаштирганда, юкори учлигида, бушлик аникланади ва пастки кисмида шиш пайдо булади, огриклик кузатилади. Ташхис Қандай даволаш зарурқ

17. Бемор Фаттохов А.Р. 19 ёшда тирсак соҳаси билан йиқилган. Беморда кучли огрик, тирсак бугимида езилиш ҳаракати чекланган. Бугим контури юқолган. Шиш кузатилади. Палпация қилинганда 1,5 см диастаз аниқланади. Гюнтер учбурчаги бузилган. Беморда бугимда актив ва пасив ҳаракатлар чегараланган. Ташхис. Даволаш.

18. Бемор Кудратов П.Л. 37 ёш. Автомобил юл ҳалокатига учраши натижасида билак соҳасида иккала суякларининг синганлиги ва сучк булакларининг силжиганлиги кузатилади.

Синиш натижасида суяк булаклари қандай ҳолатни эгаллайдиқ

Репозиция қилиш юллариқ

Гипсли боғлам тури.

19. Бемор Хошимов Е.Р. 26 ёшда. Биринчи бармок соҳасида жароҳат олган. Шу соҳада кучли огрик ва деформация кузатилади. «Анатомик табакерка» контури юқолган. Биринчи бармок палпация қилинганда кучли огрик сезилади. Рентгенограммада биринчи қафт суягининг чиқиши ва учбурчак суяк фрагментининг синганлиги кузатилади. Ташхис. Даволаш.

20. Бемор Хайдаров К.И. 67 ёшда унг сон соҳаси билан йиқилган. Чов соҳасида кучли огрик сезган. Юра олмаган. Замбилда бемор травматология булимига олиб кенлинган. Унг оек ташки ротацияда. Гирголав белгиси мусбат. Епишган товон белгиси мусбат. Унг оек 2 см га қалталанган. Ташхис. Даволаш.

21. Бемор Абдурахмоновга 36 ёш. Унг сон суягининг урта учлигида сохта бугим шаклланган. Қалталанган мучалар 4-5 см атрофида. -Қандай чора қилиш керак қ Узингизнинг тактикангизни асослаб беринг ёки усулингизни.

22. Бемор Абдуллаев 25 ёшда, оёғи ёзилган ҳолатда 3,5 м баландликдан йиқилиб тушган. Купрок ташки томондан чап тизза бугими огришига шикоят қилади. Муча валгусли ҳолатни эгаллаган. Шиш туфайли бугим контурлари текисланган. Палпатор ташки сон мушагида кучли огрик ва тизза бугимларида суюқлик борлиги аниқланади. (флюктуация, тизза копкоғи чайқалиши белгиланганлигининг). Уқли юқ симптоми мусбат тизза бугимини ҳаракатлантурса бўлади, лекин огрик туфайли чекланган. Пасив букканда қисирлаш ёшатилади. Тахлилий ташхис қ Ташхисни аниқлаш учун нима қилиш зарур? Даволаш усули?

Тест саволлари

1. Контрактура бу ?	Бугимда актив ва пасив ҳаракатнинг чегаралашуви	Бугимда ҳаракат бўлмаслиги	Бугим капсуласининг яллигланиши	Бугимда кон тупланиши
2. Анкилоз бу ?	Бугимда ҳаракат бўлмаслиги	Бугимда актив ва пасив ҳаракатнинг чегараланиши	Бугимда кон тупланиши	Бугим капсуласининг яллигланиши
3. Анкилознинг неча хил тури бор ?	2	1	3	4
4. Анкилоз турларини қурсатинг ?	2 ва 3 жавоблар тугри	суякли	фиброз	мушакли
5. Бугимда ҳаракатнинг	анкилоз	контрактура	синовит	артроз

умуман бўлмаслиги?				
6. Бугимда актив ва пасив ҳаракатнинг чегараланиши?	контрактура	анкилоз	деформацияловчи артроз	хаммаси тугри
7. Сон бошчаси Туғма чиқишларида қайси чизиклар бўйлаб аникланади?	Розер Нелатон чизиклари буйлаб	Кохер чизиги	Джанелидза чизиги	Тюрнер чизиги
8. Оғрик сезишнинг бўлмаслиги?	анестезия	гиперстезия	гипостезия	паралич
9. Оғрик сезишнинг камайиши?	гипостезия	анестезия	гиперстезия	паралич
10. Оғрик сезишнинг кучайиши?	гиперстезия	анестезия	гипостезия	паралич
11. Суяклар синганда шиш нима ҳисобидан юзага келади?	гематома ҳисобидан	деформация ҳисобидан	компенсатор механизм	мушаклар ҳисобидан
12. Канака сохта бугимларни биласиз?	2 ва 3	фиброзли а/ 1	фиброз - синовиал б/ 2	чандикли г/ 4
13. Сохта бугим сабаблари?	хаммаси тугри	интерпозиция	иммобилизация етишмовчилиги	суяк тукима дефекти
14. Сохта бугим сабаблари эмас?	қари кишиларда синишларда	иммобилизация етишмовчилиги	интерпозиция	суяк тукима дефекти
15. Сохта бугим қупинча канака суякларда бўлади?	найсимон	говак суякларида	ясси суякларида	хамма суякларда учраши мумкин
16. Артрогрофия бу ?	Бугимни рентген нурларида текшириш	Бугим бушлигига рентгеноконтраст модда юбориб текшириш	Бугимни сагитал юзада рентгенорафия тушириш	Бугимни фронтал кесимда рентгенографи я қилиш
17. Вазография нима ?	артерия контраст юбориб R- графия қилиш	вена R-графия қилиш	лимфа томирларига R графия қилиш	кон - томирларига R графия қилиш
18. Синганда суяк орасидаги масофа бу ?	диагноз	диаметр	дистакция	интерпозиция
19. Анестезия	оғрик	оғрик сезиш	оғрик сезиш	оғрик сезиш

бу?	сезмаслик	камайиши	кучайиши	бузилиши
20. Гипостезия бу ?	камайиши	огрик сезмаслик	огрик сезиш	огрик сезиш кучайиши
21. Гиперестезия бу ?	огрик сезиш кучайиши	огрик сезмаслик	огрик сезиш камайиши	огрик сезиш бузилиши
22. Сохта бугим хосил булишига мойиллик яратувчи омиллар?	Хаммаси тугри	Эндокрин касалликлар	Электрлитлар моддалар алмашинувининг бузилиши	Юкумли касалликлар
23. Елгон бугим хосил булишига олиб келувчи факторларни курсатинг?	хаммаси	синишни яхши иммобилизациялаш	булаклар орасидаги интерпозиция	суяк т-маси дефектлар
24. Елка суяги дистал қисмининг бугимдан ташқари синишлари турлари.	Ротацион ва торсион	Букувчи ва ёзувчи турлари	Узоклаштирувчи ва яқинлаштирувчи	Букувчи ва узоклаштирувчи
25. Контрактура турларини курсатинг?	хамма жавоб тугри	миоген	невроген	десмоген
26. Анкилоз турларини курсатинг?	2 ва 3 жавоблар тугри	суякли	фиброз	миоген
27. Кул узунлигини улчаш коидалари?	Сантиметр лента, куракнинг акромиал усигидан то 3 бармокнинг учигача улчанади	Сантиметр лента елка суяги бошчасидан то 2 бармок учигача	Сантиметр лента, тушмушсимон усикдан то бош бармоқгача улчанади	Сантиметр лента, елка суяги бошчасидан то билак кафт бугими сохасигача
28. Псевдоартроз бу ?	елгон бугим	янги бугим	бугимни очиш	бугимга кон куйилиши
29. Елгон бугимнинг асосий симптомини курсатинг ?	крепитация	суякдаги патологик ҳаракат	суяк узунлигининг узгариши	егишган узунлигининг узгариши
30. Менисклар шикастланишида қайси симптоми мусбат ҳисобланади, хатони топинг.	Миронова симптоми	Блокада симптоми	Туртбошли мушак атрофияси	Чаклин симптоми
31. Қайси	синдесмоз	синостоз	бугим	синхондроз

бирикиш турида харакат умуман булмайдими ?				
32. Бугимда харакатнинг тулик чекланиши?	контрактура	анкилоз	синхондроз	синдесмоз
33. Мучанинг валгусли деформациясида канака улчами узгаради?	нисбий	абсолют	иккаласи ҳам узгармайдими	иккаласи ҳам узгаради
34. Бугим бурчаклари нима билан улчанади?	угломер	динометр	спирометр	барометр
35. Нормада сон - чанок бугимида ротацион харакат нечига тенг?	20 - 35 градус	4 - 5 градус	10 - 12 градус	30 - 35 градус
36. Болаларда чанокни куздан кечиришда катталардан фарқи?	Улчамлари	Фарқи йук	Кенглиги билан	Хаммаси тугри
37. Мускул кучи канака асбоб ердамида улчанади?	динамометр	угломер	спирометр	барометр
38. Кайси усул компьютер томографиясига ухшайди?	Ядро магнит резонанс усули	Артрография	Электромиеграфи я	Рентгенография
39. Суяк ва бугимларни рентген тасвирини минг мартдан ортик кучайтирадиган усул?	Рентгеноскоп ия	Электромиеграфи я	Скиаскопия	УЗИ
40. Бугимлард а шикастланишда аниклаш усули?	Артрография	Электрон оптик	Ядро магнит резонанс	Компьютер томография
41. 180 градусга тенг булган бугимларни курсатинг ?	хаммаси тугри	сон чанок	тизза	тирсак
42. Суяк синганда клиник	хаммаси тугри	огрик	шиш	харакат бузилиши

белгилари?				
43. Тирсак бугимда куйидаги ҳаракат кузатилади ?	хаммаси	букиш	езиш	пронация
44. Суякларни озиклантирувчи тешик номини лотинча айтинг?	Foramen nusricia	Foramen ovale\$	Foramen lacerum\$	Foramen lacuna
45. Найсимон суяклар синиши канака булиши мумкин ?	хаммаси тугри	винтсимон	кундаланг	булакланиб
46. Миелография - тариф беринг.	Тугри жавоб йук.	Контрас моддани субараноидал бушликка юбориш	Чуррани аниклаш усули	Усмаларни аниклаш усули
47. Компьютер томографиянинг ишлатиш рентген суратини фронтал кесимда неча мм гача олиш имконини беради?	1 мм	2 мм	4 мм	3 мм
48. Контрактура турларига кирмайди ?	остеоген	дерматоген	десмоген	бертроген
49. Бугим деб ҳисоблаш учун куйидаги асосий белгилар булиши лозим хатони топинг?	бугим буйни	бугим бошчаси	бугим чуқурчаси	бугим юзаси тогайи
50. Икки укли бугимларга киради ?	елка билан тирсак ва билак	елка бугими	бармок суяклари бугими	биринчи буйин умуртка ва энса
51. Суяк тикланиши кайси хужайралар пролиферацияси ҳисобидан булади?	хаммаси тугри	суяк усти парда камбиал хужайралари	эндоост	суяк стрегияси этилмаган хужайралари
52. Суяк синиклари орасига мушак, суяк булагги суяк пардаси кириб қолиши бу ?	интерпозиция \$	экстропозиция	миграция	сохта бугим
53. Иммобилиз	тана	суяклар спицалар	беморни	беморлар

ация деганда нима тушунаси?	зарарланган кисмига харакатсизлик ни таъминлаш	билан фиксациялаш	тинчлантирувчи воситалар билан маълум бир муддатга ухлатиш	зарарланган кисмига факат гипс куйиш
54. Канака транспортли шиналар биласиз?	хаммаси	фанерли	симли	турли
55. Тортмалар канака турини биласиз?	лейкопластир ли б/ 1,2,3	скелетли а/ 1,2,3,4	клеевой в/ 1 ва 2	бинтли г/ 1
56. Суякдан деформацияни зурлаб тугрилаш?	редресация	остеосинтез	остеоплазия	остеотомия
57. Суякни епик усулда синдириб коррекциялаш?	редрессация	остеосинтез	остеоклазия	остеотомия
58. Болдир сохасидан скелет тортма утказиш учун каердан утказилади?	катта ва кичик болдир диафизидан	кичик болдир бошчасидан	катта болдир гадур- будиридан	катта болдир тупигидан
59. Сон суяги каеридан скелет тортма утказилади?	диафизидан г/ 2,3,4	катта кустдан а/ 1,2,3	иккала куст устидан б/ 1,2	кустлардан в/ 1,4
60. Суяк синганда булакларни епик усулда жойига куйиш бу?	репозиция	остеотомия	остеоплазия	остеосинтез
61. Кайиксимо н суякнинг синишида канака гипс бойлами куйилади?	Торакобронхи ал гипсли бойлам	Кожунив стандарт шинаси	Пиоталетсимон гипсли бойлам	Шимборецкийн инг винт прессли бойлами
62. Гипсли бойлам турлари?	хаммаси	лангетли	церкуляр	церкуляр- лангетли
63. Галлеации синишда гипсли бойлам куйиш жойи?	Кулни бармоқлар асосидан то елканинг 1/3 юкори кисмигача	Кул бармоқлар учидан то билак 1/3 кисмигача	Оёк учидан болдир юкори 1/3 кисмигача	Оёк учидан соннинг 1/3 кисмигача
64. Сон суяги буйнининг латерал синишларида канака гипсли	Кокситли гипсли бойлам	Беллер шинасида иммобилизация килинади	Оёк учидан то соннинг 1/3 юкори кисмигача	Оёк учидан то соннинг уртасигача

бойлам куйилади?				
65. Болдирнинг чиқишида гипсли бойлам масофаси?	2 ва 3 жавоблар тугри	Соннинг ярмигача	Соннинг 1/3 юқори қисмигача	Соннинг 1/3 пастки қисмигача
66. Кичик болдир суяги диофизининг чекланган синишда неча ҳафтага ва каергача гипсли бойлам куйилади.	3-4 ҳафтага соннинг юқори 1/3 қисмигача	3-4 ҳафтага соннинг уртасигача	2-3 ҳафтага соннинг уртасигача	2-3 ҳафтага соннинг пастки 1/3 қисмигача
67. Синишлар букилиш туфайли юзага келса	флексион	компресияли	торсион	тугри жавоб йук
68. Синишлар қисилиш туфайли юзага келса	компресияли	флексион	торсион	ҳаммаси
69. Синишлар қайрилиш туфайли юзага келса	торсион	флексион	компресияли	тугри жавоб йук
70. Суяк тўқимасининг бутунлиги бузилишига қараб	ҳаммаси	суяк ёриилиши	суяк тўлиқ синиши	суяк тўлиқ синмаслиги
71. Синган суяк бўлақларининг силжишига қараб	ҳаммаси	бурчак остига	суяк кенглигига	ротацияли
72. Ошиқ суягининг буйнидан силжимаган синишда гипс куйилади.	Оёқ панжаларидан тизза бугимигача	Оёқ учидан сон уртасигача	Оёқ учидан сон 1/3 пастки қисмигача	Оёқ учидан сон 1/3 юқори қисмигача
73. Товон суягининг «урдақ тумшуги» шаклида горизонтал синида ... усулидан фойдаланилади.	Волков-Оганесян	Мусалатов	Юмашев-Силин	Мусалатов-Силин
74. Суяк эпифизининг синиши	ҳаммаси	ўрта	юқори	пастки

75. Лисфрокк бугимидан чикканда ... гипсли бойлам куйилади.	Чиқиш бартараф этилиб тизза бугимиғача	Чиқиш бартараф этилиб сон 1/3 юкори кисмиғача	Соннинг 1/3 пастки кисмиғача	Соннинг урта кисмиғача
76. Метафизда н синишлар бир қисми синиб ажралса	остеометафиз иолиз	остеоэпифизиолиз	остеодиафизиолиз	ҳаммаси
77. Катта кустнинг синиши ва усиш зонаси буйлам силжиганда кандай шинадан фойдаланиш мумкин.	Белер шинаси	Торкич 30 да рамкаси	Волков-Оганесон	Илизаров
78. Ошик бугимининг бойламлари кisman узилганда кандай бойлам куйилади.	Айланма бойлам	Саккизсимон бойлам	Гипсли бойлам	Кисувчи бойлам
79. Суяк тўқимасининг ҳосил бўлиш турлари?	бирламчи ва иккиламчи	бирламчи	иккиламчи	учламчи
80. Суяк неча хил йўл билан битади?	2	4	5	8
81. Суяк тўқимасининг секин ҳосил бўлишига олиб келади?	2 ва 3	суякнинг узоқ муддат битмаслиги	ёлғон бўғим	тўғри жавоб йўқ
82. Суяк тўқимасининг секин ҳосил бўлиши қачон қузатилади?	ҳаммаси	авитаминоз	қалқонсимон без олди фаолияти сусайган	сурункали касалликлар
83. Чиккан сонни урнига солишда ... усулидан фойдаланилади.	Жонемедзе, Кохер	Розер-Нелатон	Ловров	Юмашев
84. Яримойсим он суяк синишларида гипсни куйиш жойи.	Кафт бармок бугимларидан то билакнинг 1/3 юкори кисмиғача	Бармоклар учидан билак 1/3 пастки кисмиғача	Бармок учидан билак ярмиғача	Бармок учидан тирсак соҳасиғача

85. Галлеаце синишида ... гипсли бойлам куйилади.	Бармоқлар асосидан то елканинг 1/3 юкори кисмигача	Бармоқлар учидан елканинг ярмигача	Бармоқ учидан елканинг 1/3 пастки кисмигача	Бармоқ учидан то тирсак сохасигача.
86. Суякларни химоя килувчи аъзолар?	Хамма жавоблар тугри	Мушак, тери	Фасция	Суяк усти пардаси
87. Суяк регенерацияси Жонс бўйича неча даврга бўлинади?	3	4	5	1
88. Суяк регенерациясига таъсир этувчи факторлар	ҳаммаси	ёш	эндокрин ўзгаришлар	бошқа касалликлар
89. Суяк синганда организмда қандай ўзгаришлар бўлади?	маҳаллий умумий	умумий	маҳаллий	тугри жавоб йук
90. Сурункали суяк касалликлари қандай даволанади?	Консерватив, режали	Оператив	Режали	Тугри жавоб йук.
91. Суякларни неча қисмга бўлиб урганилади?	Хаммаси тугри.	Эпифиз	Метафиз	Диафиз
92. Катта болдир суяги диафизининг чекланган синишида гипс муддати ва жойи?	2 ойга оёқ панжаларининг учидан то соннинг уртасигача	1,5 ойга оёқ панжалари учидан то соннинг уртасигача	1 ойга оёқ панжалари учидан то 1/3 юкори кисмигача	2 ойга оёқ панжалари учидан то 1/3 пастки кисмигача
93. Суяклар синиш чизиғига қараб	ҳаммаси	кўндаланг	қийшиқ	айлана
94. Сон суяги синганда қаердан скелет тортма ўтказилади?	ҳаммаси	иккала кўстдан	кўстдан	диафиздан
95. Роллан синиши	биринчи бармоқ қафт асосининг синиб чиқиши	иккинчи бармоқ қафт суягининг синиши	биринчи бармоқ қафт суягининг синиши	биринчи бармоқ қафт суягининг чиқиши
96. Сон суягининг	кўстлараро синиши	бўйинчасидан синиши	бошчасидан синиши	тўғри жавоб йўқ

латерал синиши				
97. Сон суяги медиал синишлари?	бошча ва бўйинча синиши	бошча синиши	кўстлараро синиши	бўйинча синиши
98. Узуннайси мон суяклар синиши	ҳаммаси	бўғимларга нисбатан	бўғимдан ташқарига	бўғим ичига
99. Тортма турлари?	ҳаммаси	скелетли	манжетли	лейкопластрли
100. Қўл – оёқ деформация турлари?	ҳаммаси	нормал	вальгусли	варусли
101. Пайларни чандикда ажратиш?	тенализ	миолиз	фасцитомия	миотомия
102. Бугимда ҳаракатни тиклаш?	артропластика	артротомия	артродез	артрориз
103. Редресация бу?	деформациян и мажбуран тиклаш	суякларни синдириш	пайларни кесиш	суяклар бутунлигини тиклаш
104. Суякларни епик усулда синдириб уларни коррекциялаш бу?	остеосинтез	остеотомия	редесация	остеоплазия
105. Артропластика ?	бугимда ҳаракатни тиклаш	бугимда ҳаракатни бутунлай йукотиш	бугимда ҳаракатни қисман йукотиш	бугимни очиш
106. Суяк канали ичидан метал билан фиксациялаш бу?	интрамедуляр остеосинтез	экстремедуляр остеосинтез	компрессион - дистракцион остеосинтез	интра - экстра медуляр остеосинтез
107. Суякни ташки томондан фиксациялаш бу?	экстремедуляр остеосинтез	интрамедуляр остеосинтез	компрессион дистракцион остеосинтез	интра - экстремедуляр остеосинтез
108. Бугимдан ташқари фиксациялаш бу ?	экстраартикуляр	трансартикуляр	интра артикуляр	артикуляр
109. Редрессация нима?	деформацияс и бартараф этиш а/ 1 ва 2	контрактураларни бартараф этиш б/ 3 ва 4	суякни епик усулда синдириш в/ 2 ва 3	суякларни тортиш г/ 2 ва 4
110. Миолиз нима?	мушакларни чандиклардан ажратиш	нервларни чандиклардан ажратиш	пайларни чандиклардан ажратиш	капсулани чандиклардан ажратиш
111. Невролиз бу ?	нервларни чандиклардан ажратиш	мушакларни чандиклардан ажратиш	пайларни чандиклардан ажратиш	капсулани чандиклардан ажратиш

112. Тенолиз бу ?	пайларни чандиклардан ажратиш	нервларни чандиклардан ажратиш	мушакларни чандиклардан ажратиш	капсулани чандиклардан ажратиш
113. Фасциятомия бу ?	фасцияни кесиш	фасцияни олиб ташлаш	фасция пластикаси	фасцияни кенгайтириш
114. Мушакни кесиш нима дейилади?	миотомия	миолиз	миодез	миопластика
115. Пайни кесиш нима дейилади?	тенотомия	тенодез	тенолиз	тепопластика
116. Теридан пластика учун лоскут оладиган асбоб номи?	дерматом	дермаэкскаватор	дермаген	дермафон
117. Интрамедуляр остеосинтез ?	суяк ичидан остеосинтез	суяк ташки томонидан остеосинтез	суяк ташки остеосинтез	бугимни очиш
118. Экстремедуляр остеосинтез?	суяк ташки томонидан остеосинтез	суяк ичидан остеосинтез	суяк оркали остеосинтез	бугимни очиш
119. Суяк оркали остеосинтезни курсатинг?	хаммаси тугри	штифт билан остеосинтез	лена пластинкаси билан остеосинтез	Иллизаров аппарати билан остеосинтез
120. Фасцитомия ?	фасцияни кесиш	фасцияни олиб ташлаш	фасцияни тикиш	пластика килиш
121. Бугимда ҳаракатни сунъий йукотиш ?	артродез	артропластика	артротомия	синовэктомия
122. Остеосинтез ?	суяк булакларини турли усулларда бирлаштириш	суякларни кесиш	мучаларни кесиш	мускулларни тикиш
123. 23. Артропластика ?	хаммаси нотугри	мускулларни кучириб утказиш	терини кучириб утказиш	суяк кучириб утказиш
124. Артродез ?	бугим йули ҳаракатсизлигини сунъий ҳосил килиш	бугим ҳаракатчанлигини тиклаш	бугим ҳаракатсизлигини қисман ҳосил килиш	хаммаси тугри
125. Артрориз ?	бугим тулик ҳаракатсизлигини сунъий ҳосил килиш	бугимнинг қисман ҳаракатсизлигини ҳосил килиш	бугим ҳаракатчанлигини тиклаш	хаммаси тугри
126. Тенолиз ?	пайларни чандик туқимасидан озод килиш	мускулларни чандик туқимасидан озод килиш	мускуллар пластикаси	мускулларни кесиш
127. Тенотомия	пайларни	мускулларни	пайларни кесиш	мускулларни

килиш ?	чандиклардан озод килиш	чандиклардан озод килиш		кесиш
128. 28. Тенодез бу ?	пайларни кесиш	пайларни суяк усти пардага еки суякка тикиш	пайларни чандиклардан озод килиш	мускуларни кесиш
129. Суяк остеосинтез килиш турларини курсатинг ?	2 ва 3	интрамедуляр	экстремедуляр	компрессион - дистракцион
130. Остеосинтез бу ?	суяк булакларини метал еки хар хил усул билан оператив усулда жойига куйиш	суякларни репозиция килиш	гипсли лонгета куйиш	суякни оператив усулда кесиш
131. Остеотомия бу ?	суякни оператив усулда кесиш	коррекция килиш учун суякни эпик усулда синдириш	коррекция килиш учун суякни очик усулда синдириш	суяк булакларини метал билан фиксациялаш
132. Артротомия бу ?	бугимни очиш	бугимга пункция килиш	бугимга контраст юбориш	бугим капсуласини кесиш
133. Суяк резекцияси бу ?	суяк бир булакини кесиб олиб ташлаш	суякни оператив усулда кесиш	суякни метал билан фиксациялаш	суяк трансплантант кучириб утказиш
134. Билак суяги типик жойидан синганда гипс муддати /уртача/	2- 4 hafta	4-6 hafta	6-8 hafta	8 hafta
135. Билак суяги типик жойидан синганда гипс кандай куйилади?	кафтдан елка пастигача	кафтдан - елка юкорисигача	кафтдан елка уртасигача	кафтдан - тирсак бугимигача
136. Olecranon кайси суяк усти ?	билак суягини	тирсак суягини	елка суягини	кафт суякларини
137. Суяклар синигини оператив давога карши курсатма ?	уша соха йирингли жарохати борлиги	синиб нотугри битаётганлиги	гепатит	псевдоартроз
138. Болдирнинг Туғма сохта бугимида кайси аппаратдан	2 ва 3	Илизаров	Валков-Огаесиян	Кленберз

фойдаланилади.				
139. Кайси касалликда диддо буйича операция қилинади?	Синдактимия да	Полидактеліяда	Кулнинг Туғма қийшиқлигида	Эндродактелія да
140. Елка чикканда жаррохлик усули?	Байчев 2 буйича	Диддо буйича	Гирголов буйича	Хаммаси тугри
141. Кул бармоқлари бугимлари чиқишида жаррохлик усулига курсатма?	Икки маротаба урнига тушириш самарасиз бўлса	Жаррохлик усули қулланилмайди	Консерватив даво эффективлиги	Ёш болаларда
142. Сон суяги буйнидан медиал синганда остеосинтезнинг неча усулидан фойдаланилади.	Иккита	Учта	Бирта	Туртта
143. Кайиксимон суяк синганда жаррохлик усули?	Хаммаси тугри	Терини кесиш	Канални парчалаб очиш	Трансплантат киритиш
144. Тирсак усиги неча мм синишида жаррохлик йули билан даволанади.	5 мм ва ундан ортик	4 мм ва ундан кам	3 мм	Тугри жавоб йук.
145. Кайси касалликни даволашда остеосинтез учун Кришнер кенгайлари билан фойдаланилади?	Елка суяги чиқишида	Билак суяги чиқишида	Тирсак суяги чиқишида	Сон суяги чиқишида
146. Сон суягининг буйни синганда ва эпифизиолизда Беллер шинаси канча муддатда қўйилади.	2-2,5 ой	1-1,5 ой	2-3 ҳафта	1-2 ой
147. Куймич думбоқчаси синиб катта силжиш қўзатишганда	Очик репозиция қилиниб суяк парчаси	Очик репозиция қилиниб суяк парчаси олиб ташланади	Ёпик репозиция қилиниб суяк парчаси жойига қотирилади.	Ёпик репозиция қилиниб суяк парчаси олиб

жаррохлик усули?	жойига котирилади			ташланади
148. Зацепин усулида кайси касалликда операция килинади?	Туғма маймоқликда	Туғма мушакли кийшик буйинда	Гизель касаллигида	Шпрингик касаллигида
149. Спондилол стезни оператив даволаш усуллари?	2 ва 3	Полиатив	Радикал	Тугри жавоб йук
150. Сон ампутацияси кайси усулда килинади.	Шимоновски й усулида	Гритти Пирагов усулида	Бруденко усулида	Хаммаси тугри
151. Елка бугими канака бугимлар гурухига киради?	Шарсимон бугимлар	Эгарсимон бугимлар	Тухумсимон бугимлар	Бурама бугимлар
152. Елка суягининг бугим ичи синишларига кайси суякнинг синиши киради?	Бошчаси ва анатомик буйиннинг синиши	Анатомик ва хирургик буйиннинг синиши	Думбокларнинг синиши	Думбоклараро синиш
153. Билак неври зарарланганда хос симптоми?	маймун панжаси	йулбарс панжаси	ит панжаси	хаммаси нотугри
154. Урта нерв зарарланганда хос симптом?	йулбарс панжаси	маймун панжаси	ит панжаси	хаммаси нотугри
155. Елка суяги диафиз кисмидан кундаланг синганда канча вақтда битади?	2 - 2,5 ой	1,5 - 2 ой	3 - 3,5 ой	3 ой
156. Елка суягининг бугимдан ташкари синиши?	2 ва 3	Думбокларнинг синиши	Думбоклараро синиш	Анатомик ва хирургик буйиннинг синиши
157. Галиаци типдаги синишда гипс неча ҳафтага килинади?	4 - 5 ҳафта	3 - 4 ҳафта	5 - 6 ҳафта	6 - 7 ҳафта
158. Кафт суяклари синганда гипс канча вақтга	3 - 4 ҳафта	1 ҳафта	1 - 2 ҳафта	2 - 3 ҳафта

куйилади?				
159. Йулбарс панжаси симптоми кайси нервнинг зарарланишида кузатилади?	урта нерв	билак нерви	тирсак нерви	елка нерви
160. 10. Штофель кайси касалликларни классификацияси ни тузган?	Умurtка погонаси касалликларини	Сон суяги касалликларини	Елка суяги касалликларини	Чаноқ-сон суяги касалликларини
161. Билак суяги типик жойидан синиб силжиганда репозиция қилиш учун қандай анестезия усули қўлланилади?	синиклар орасида новокаин юбориш	вена ичи наркоз	суяк ичи огриш	огриксизлантир илмайди
162. Қари кишиларда елка суяги бўйнидан синганда даволаш усули?	репозиция ва гипс	оператив	гипс	оддий "косинка" ли боғлам
163. Елка суяги ташки ва ички думбоғи синиши қанака синишга қиради?	бугим ташқари	бугим ичи	диафизар	дистал
164. Шпрингел касаллиги нима?	Кураклар бир-бирига нисбатан юқори жойлашиб, елка бугимида ҳаракат чекланган	Курак суягининг синиб силжиши	Сон суягининг синиб силжиши	Туш суягининг синиб силжиши
165. Громов усули:	Болаларда елка суягининг юқори қисмидан атдукцион синишларда репозиция ва иммобилизация қилиш	Катталарда елка суягининг юқори қисмидан атдукцион синишларда репозиция ва иммобилизация қилиш	Тирсак суягининг синиши	Сон суягининг синиши
166. Елка суяги	бугим ичи	бугим ташқари	иккаласини ҳам	бугимдан

бошчасидан ва анатомик бўйнидан сениши қайсига қиради?				пастда
167. Елка суяги қатта қусти узилганда қайси ҳаркат бўзилади?	ички ротация	ташки ротация	буқиш	еқиш
168. Елка суяги кичик қусти узилганда қайси ҳаракат бўзилади?	ташки ротация	ички ротация	буқиш	еқиш
169. Елка суяги хирургик бўйнидан сениш қайси турга қиради?	бугим ичи	бугимдан ташқари	абдукцион	аддукцион
170. Елка суяги хирургик бўйнидан сениш турлари?	очик ва епик	абдукцион ва адукцион	буқувчи ва езувчи	бугим ичи ва бугимдан ташқари
171. Елка суяги дистал қисми қардан синганда бугимдан ташқари сениш дейилади?	дунглар устидан	диафиздан	дунглараро	дунглар ичидан
172. Елка суяги дистал охири бугим ичидан сенишга қирмайди ?	дунглар устидан	дунглараро	ташки дунгдан	ички дунгдан
173. Елка суяги дистал охиридан бугим ичи сенишига қиради?	хаммаси	дунглар аро	ташки дунгдан	ички дунгдан
174. Елка суяги дунглараро, дунглар синганда қанақа оператив даво қўлланилади?	хаммаси қўлланилади	спицалар билан фиксациялаш	шруплар фиксациялаш	болт - гайка билан фиксациялаш
175. Елка суяги дунглар устидан синганда, қанақа оператив усул қўлланилади?	хаммаси тугри	аппарат қўйиш	скелет тортма қўйиш	спицалар билан михлаш
176. Маркс	Елка суяги	Тирсак суягининг	Билак суягининг	Болдир

белгиси нима?	синиб четки булагининг ён томонга силжиши	синиши	синиши	суягининг синиши
177. Билак суяги канака синиши болаларда купинча учрайди ?	суяк парда остидан синиш	эндоостдан	факат кортикал	синиб силжиш
178. Билак суяклари синганда кайси оператив усул қулланилади?	хаммаси тугри	аппарат куйиш	стержендан фойдаланиш	спицалар ердамида
179. Монтеджи типида синишни курсатинг?	тирсак суяги синиши б/ 3 ва 4	билак суяги чикиши а/ 1 ва 2	билак суяги синиши в/ 2 ва 3	тирсак суяк бошчаси чикиши г/ 2
180. Галеац типида синишини курсатинг ?	тирсак суяги чикиши б/ 3 ва 4	билак суяги синиши а/ 1 ва 2	билак суяги синиши в/ 2 ва 3	тирсак суяк бошчаси чикиши г/ 2
181. Коллис синиши?	билак суяги типик жойидан букувчи синиш	билак суяги типик жойидан езувчи синиш	тирсак суяги езувчи синиши	билак суяклари диафизидан синиши
182. Смит синиши бу ?	билак суяги типик жойидан езувчи синиш	тирсак суяги езувчи синиши	билак суяклари диафизидан синиши	билак суяги типик жойидан букувчи синиши
183. Коллис синиши канака синишга киради ?	букувчи	езувчи	якинлаштирувчи	узоклаштирувч и
184. Смит синиши канака синишга киради?	езувчи	якинлаштирувчи	узоклаштирувчи	букувчи
185. Беннет I ва Беннет II типидаги синиш кайси суякда кузатилади ?	1 кафт суякда	бош бармок 1 фалангасида	бош бармок 2 фалангасида	кайиксимон
186. Остеоэпиф изиолиз бу	усиш зонадан юкорида суякдан синиш	усиш зонадан синиш	суякни чикиб турувчи турткиларидан синиши	буйнидан синиш
187. Апофизiol из бу ?	буйнидан синиш	усиш зонадан синиш	усиш зонадан юкорида суякдан синиш	суякни чикиб турувчи турткиларидан синиш
188. Беннет	1 кафт суяги	бармок	1 кафт суягининг	2 кафт суяги

типидаги синишни курсатинг ?	асосининг синиши	суякларининг синиши	танасининг синиши	танасининг синиши
189. Бармоқлар ни езувчи пайлар зарарланса бармоқлар куриниши?	маймун панжаси	тукмоксимон	соатсимон	езилган холатда
190. Переферик нервларни шикастланишини курсатинг ?	2,3,4 жавоблар тугри	тулик анатомик узилиш	кисман анатомик узилиш	эпиневрия шикастланмасд ан ствол ичи узгаришлар /травматик неври/
191. Монтедже типидаги синиш оператив даводан сунг металл спица қачон олиб ташлаш тавсия қилинади ?	3 ҳафтадан кейин	1 ҳафтадан кейин	2 ҳафтадан кейин	4 ойдан кейин
192. Яшил новда типидagi синиш ?	суяк пардаси бутунлиги бузилмасдан суягининг синиши	билак суягининг синиши	бармоқ суякларининг синиши	ташки тупикларнинг синиши
193. Кул бармоқларни букувчи пайлар мускулли қаерга проксимал қисми бириқади ?	елка суяги ички тупигига	елка суяги ташки типигига	билак бошчасига	тирсак усимтасига
194. Кул бармоқларини езувчи найларнинг проксимал қисми қаерга епишади	елка суяги ташки тупигига	тирсакнинг тирсак усигига	елка суяги ички тупигига	билак бошчасига
195. Кул бармоқларини букувчи чуқур пайи охири қаерга епишади?	бармоқ фаланга асосига	бармоқ дистал фалангасининг охири - учига	бармоқ фалангасининг охири - ен томонига	хаммаси тугри
196. Қон билан яқши таъминланган суяк ?	умров	нухатсимон	болдир	сон суяги
197. Кул бармоқларининг езувчи	билак суяги бошчасига	елка суягининг медиал тупигига	елка суягининг латерал тупигига	тирсак суяги тирсак усигига

пайларининг мускуллари каерга епишади ?				
198. Кул бармоқларнинг букувчи юза пайларининг дистал қисмлари каерга бирикади ?	бармоқларнинг учига	бармоқ фалангаларининг енига	бармоқлар орқасига	туғри жавоб йук
199. Кул қафт олди суяклар каторига кирмайди ?	яримойсимон	нухатсимон	кайиксимон	илмоқли
200. Кул қафт суяклар қисмларига кирмайди ?	думбоги	қафт суяк асоси	танаси	бошчаси
201. Тизза бугими сили бошланғич босқичларда энг характерли белгиси?	Оғриксиз ёки бугим хажми катталаниши	Оёқ соҳасида кучли оғрик	Тана ҳароратини кутарилиши, кизариш, шиш	Ҳаракат чекланиши
202. Сон диафиз қисмидан синганда купинча деформация қанақа бўлади?	Ғалифъе қуринишида	Пайпоқ қуринишида	олма барги	хаммаси туғри
203. Бугим сичқони бу ?	бугим ичидаги эркин тана	бугим синовити	гемартроз	хаммаси туғри
204. Сон суяғи буйини синиши неча хил бўлади?	медиал ва латерал	Медиал буйинчалараро синишлар	Лотерал синишлар	Синиб силжиши
205. Артродомия бу?	бугимни очиш	гемартроз	бугим пункцияси	синовит
206. Бугим капсуласининг яллиғланиши?	синовит	Гемартроз	деформацияловчи артроз	хаммаси туғри
207. Соннинг турт бошли мускулларнинг шикастланиши купинча қайси суяқнинг синиши билан кечади?	сон суяғи	катта болдир суяғи	тизза қопқоғи	кичик болдир суяғи
208. Бугим ичига қон қуйилиши?	гемартроз	артродомия	синовит	артрориз

209. Сон суяги синганда кайси оператив даволаш мумкин?	хаммаси тугри	интрамедуляр остеосинтез	экстремедуляр остеосинтез	аппарат куйиш
210. Сон суяги синиши билан интрамедуляр штифт учи каерга чикиб туриши мумкин?	катта кустдан	тизза бугим ичига	чикарилмайди	факат а ва б
211. Блокада, Байков, Чак-лин, зинапоя, Переел-ман симптоми кайси патологияга хос ?	мениск узилишига	синовит	гемартрозга	менисцитга
212. Крестсимон бугламлар каерга жойлашган?	тизза бугимида	умурткалар орасида	тирсак бугимида	тушда
213. Крестсимон бойлам узилса кайси симптом мусбат ?	"яшик харакати	блокада	перелман	зинапоя
214. Тизза бугимда кайси бойлам булмайди ?	квадратсимон	олди крестсимон	орка крестсимон	ташки ен
215. Харакатла наетган яшик симптоми кайси жарохатларга хос?	крестсимон бойламлар узилиши	тизза бугими менискнинг узилиши	тизза бугими ен бойламлари узилиши	ички бойлам узилиши
216. Сон буйинчаси медиал кисмининг варусли синишларида даво тури?	хаммаси тугри	оператив	консерватив	2 ва 3 жавоблар тугри
217. Сон суяги буйинчаси медиал кисмининг вертикал валгусли синиши канака усулда даволанади ?	2 ва 3 жавоблар тугри	оператив	консерватив	даволанмайди
218. Асетабуляр чукурча чанокнинг кайси суяги таркибига	куймич суяк	енбош суяк	ков суяги	симфиз

киради ?				
219. Кайси бири сон суяги таркибига кирмайди?	думбок	куст	буйинча	бошча
220. Оек кафт олди суяклари каторига кирмайди?	хаммаси киради	поначимон суяк	кайиксимон суяк	илмоксимон суяк
221. Тизза копкоги суяги нима орасида жойлашган?	турт бошли сон мускули пайи орасида	уч бошли сон мускули пайи орасида	икки бошли сон мускули пайи орасида	тугри жавоб йук
222. Тизза копкоги канака суяклар каторига киради ?	сесамасимон	ясси	начимон	хаммаси тугри
223. Сон суяги буйинчасининг медиал синишларни оператив даволаш неча усулдан иборат ?	епик - бугимни очмасдан	очик бугимни очиб	хаммаси нотугри	хаммаси тугри
224. Кайси бири сон суяги кисмларига кирмайди?	тупик	кустлар	буйинча	хаммаси киради
225. Иккала болдир суяклари бир - бири билан кандай бириккан ?	фасция	синостоз	мускул	синдесмоз
226. Кайси суяк оек кафт олди суякларига кирмайди ?	кайиксимон	товон	ошик	кубсимон
227. Тизза бугимидан менискни олиб ташлаш нима дейилади ?	менискэктомия	меникни резекцияси	артротомия	менискотомия
228. Олд ва орка крестсимон бойлам кайси бугимда булади ?	тизза бугимида	тирсак бугимида	товон - болдир бугимида	сон - чанок бугимида
229. Болдир суяклари уртасида неча ва кандай	юкори ва пастки болдирлар аро слидесмоз	юкори болдирлараро спидесмоз	пастки болдирлараро спидесмоз	булмайди

синдесмозлар бўлади?				
230. Бирор бугим еки bursаларга кислород юбориб даволаш нима дейилади?	оксигенотерапия	пневмотерапия	кислородотерапия	оксигенация
231. Болдир товон бугимда канака ҳаракат қўзатилмайдими ?	ротация	пронация	супинация	букиш
232. Сон суяги бўйинчасининг синиши купинча қайси ешлардаги кишиларда учрайди ?	қари кишиларда	еш кишиларда	урта ешдагиларда	болаларда
233. Епишган товон симптоми қайси синишларга хос ?	оёқ панжалари суяклари синишида	сон суяги диафиз синишларида	сон суяги бўйинчаси синишида	болдир суяклари синишида
234. Сон суяги синганда Шумакер линияси қаердан утади ?	киндик юқорисидан утади	киндик остидан утади	киндикдан утади	қуқракдан утади
235. Сон суяги бўйинчаси синганда Розер - Нелатон чизиги қаердан утади	катта қуст устидан	катта қуст остидан	киндик устидан	киндик остидан
236. Бейков симптоми канака жароҳатларга хос ?	Менискларнинг узилиши	тизза крестсимон боғламларнинг узилиши	тизза ен боғламларнинг узилиши	болдир суяклари синганда
237. Синавит бу ?	бугим капсуласи ички деворининг яллиғланиши	бугимларда қон қуйилиш	чанок суяқларининг синиши	пайларнинг узилиши
238. Менискнинг узилишига хос симптомларни қурсатинг?	Байков, Турнер, Блокада, Зинапо	Байков, Лассега, Пастернацкий	Мюссе, Лассега, Пастернацкий	Турнер, Пастернацкий
239. Сон суяги қисмлари?	проксимал, дистал	проксимал, диафиз, дистал	проксимал, дистал, думбоклар	проксимал, бўйни, дистал
240. Сон суяги қайси қисми суяқ	бўйин	диафиз	дистал қисми	хамма қисми

усти парда билан копланмаган ?				
241. Сон суяги буйнидан синиш турлари ?	субкапитал, медиал, латерал	медиал, трансервинал	медиал, субкапитал ,латерал	медиал,субкап итал
242. Сон суяги медиал синиш турлари ?	капитал, субкапитал, трансервика л	капитал, субкапитал	капитал, трансервикал	субкапитал,тра нсервикал
243. Сон суяги буйнидан синганда клиник белгилар?	хаммаси тугри	огрик	оек ташки ротация холатида	оек калталаниши
244. Сон суяги каеридан синганда бошга асептик некрозга учрайди ?	буйини капитал ва субкапитал сохасидан	буйин хамма кисмидан	дунглардан	латерал буйнидан синганда
245. Тизза бугимини хосил килишда қайси суяклар катнашади ?	сон,катта ва кичик болдир, тизза копкоги	сон, катта болдир, кичик болдир	сон, катта болдир	сон, тизза копкоги, катта болдир
246. Тизза бугимида канна ка мениск булади ?	медиал, латерал	Медиал, латерал, интромедиал	тотал	факат медиал
247. Тизза бугими пункциясига курсатма эмас ?	тизза бугими усмаси	синовит	гемартроз	йирингли артрит
248. Тизза бугими пункциясидаги максади ?	2 ва 3 жавоблар тугри	даволаш	диагностика	дори юбориш учун
249. Мениск жарохатланганда ги симптомлари ?	хаммаси тугри	огрик, ҳаракат чегараланиши	блок, гемартроз	синовит
250. Мениск зарарланганда характерли булмаган симптом ?	R-да мениск узилганлиги	блок	огрик	гемартроз
251. Туғма сон чикишининг эрта энг муҳим диагностик белгиси ?	хаммаси тугри	оекнинг бир - бирига нисбатан калта булиши	оекнинг ташки ротацияси	жарохатланган сонда тери бурмаларининг куп булиши
252. Туғма буйин	2 ва 3 жавоблар	суяк мушак	невроген компенсатор	дермо - десмоген

кийшиклигининг канака формалари бор?	тугри			
253. Туғма буйин кийшиклиги оператив даво асосида қандай усул куп қулланилади?	Зацепин	Микулич усули	УИТСИН усули	хаммаси тугри
254. Туғма буйин кийшиклиги оператив давосида Зацепин буйича туш – умров сургичсимон мускулнинг қайси қисмидан кесилади ?	2 ва 3 жавоб тугри	туш қисми	умров	сургичсимон
255. Бемор сон суяги чиқиши бор оёғида туриб кейинги оёғини тизза бугимини букканда соғ томон чаногининг осилиши канака симптоми ?	Тренделенбург симптоми	Маркса - ортолани симптоми	Розер - Нелатон симптоми	{ESC}Путти симптоми
256. Туғма сон суяги купрок қимларда учрайди ?	қизчаларда	угил болаларда	қатталарда	факат угил болаларда
257. Маркс - Ортолани симптоми қайси патологик ҳолат учун ҳос ?	Туғма сон суяги чиқиши	умуртка остеохондрози	Туғма буйин кийшиклиги	Туғма маймоқлик
258. Туғма маймоқликнинг клиник формалари?	хаммаси тугри	нотипик агрессив	симптомли,симпт омсиз	типик, нотипик
259. Полидактилия бу ?	бармоқлар соннинг куп бўлиши	бармоқлар соннинг кам бўлиши	бармоқларнинг эгрилиги	бармоқлар булмаслиги
260. Икки томонлама сон бошчасининг чиқишида юриш	урдаксимон	маймунсимон	қайиксимон	ғозсимон

характери ?				
261. Янги бугимнинг хосил булиши?	неоартроз	коксартроз	артроз	артротомия
262. Олигофалангия бу ?	Туғма бармоқлар сонининг камлиги	Туғма бармоқ сонининг куплиги\$	Туғма маймоқлик	Туғма сон суяги бошчасининг чиқиши
263. Макродактилия бу ?	бир еки бир неча бармоқнинг катталиги	Туғма бармоқ сонининг куплиги	Туғма бармоқ сонининг камлиги	Туғма маймоқлик
264. Дисхондроплазия бу ?	тагайнинг суякга айланишининг бузилиши	суякнинг тогайга айланишининг бузилиши	найсимон суяклар синиши	хаммаси тугри
265. Дидо ва Жанелидзе тери пластик операцияси қайси касалликда бажарилади?	синдактилия	полидактилия	Туғма сон чиқиши	буйин кийшиклиги
266. Туғма деформацияларнинг экзоген сабабларига қирмайди?	хаммаси қиради	овкатланиш бузилиш факторлари	физик ва химик факторлар	онадаги гармонал бузилишлар
267. Ортопедик касалликлар каторига қиради, биттадан ташқари ?	остеомиелит	Туғма сон чиқиши	Туғма буйин кийшиклиги	сколиоз
268. Туғма маймоқликда аддукцияда товон ?	танадан узоклашган	танага яқинлашган	узгармаган булади	хаммаси тугри
269. Туғма маймоқликнинг суяк, юмшоқ туқима турлари қайси формасига қиради ?	типик	нотипик	аралаш	хаммаси тугри
270. Кийшик буйин билан кимлар купрок касалланади?	қизлар ва уғил болалар бир хил	катталар	қизлар	угил болалар
271. Кийшик буйинни оператив даволашга қурсатма нима ?	хаммаси тугри	консерватив даво эффект бермаса	юзнинг ушиб боровчи асимметрияси	боланинг еши

272. Гризель кийшик буйин - Гризель касаллигининг сабабини топинг?	томок ва бурун - халкумда яллигланиш	юкумли касалликлар	онкологик касалликлар	хаммаси тугри
273. Кийшик буйиннинг кайси тури энг куп учрайди ?	бир томонлама	икки томонлама	бир томонлама ва икки томонлама кийшик буйин бир хилда	хаммаси тугри
274. Туғма сон чикиши бор болалар сог болаларга нисбатан ?	кеч юради	эрта юради	умуман юра олмайди	тугри жавоб йук
275. Туғма буйин кийшиклиги операцияда нимани жарохатлашдан эхтиет	булиши лозим?	2 ва 3 жавоб тугри уйку артерия	буйунтурук вена	адашган нерв
276. Сколиоз формаларига кирмайди ?	хаммаси киради	анталгик	невроген	паралитик
277. Туғма сон чикишида куйидаги оператив усуллар бор ?	хаммаси тугри	Шанц усули	Хиари усули	Солтер усули
278. Синдактилия давосига киради ?	оператив	консерватив	физиотерапия	нуртерапия
279. Эктродактилия нима?	Кафтнинг ёрилиш	Бармоқларни тулик ёки кисман битиши	Кулнинг Туғма кийшайиши.	Куп бармоклилик
280. Кайси касалликда бемор билагини ротация кила олмайди.	Билак суякларининг Туғма синостази	Полидактелія	Синдактелія	Эктродактилия
281. Сон суяги бошчасининг Туғма чикишдаги асосий белгилар?	Барча жавоблар тугри	Оёқлар ассиметрия ва бурмалар ассиметрияси	Сирганиб чикиш ёки шакллаш белгиси	Оёк керилишининг чекланиши
282. Сон суяги икки томонлама чикканда бола неча ёшдан юради?	14 ойлигидан	7 ёшдан	7 ойликдан	3 ёшдан
283. Кайси касалликда катта	Сон суяги чикканда	Дисплазия	Сон бошчаси некрози	Сколиоз

куст розер- нелатон чизигидан юкорида туради?				
284. Кайси касалликда суякларнинг энхондрал усиши бузилади, лекин суякларнинг периостал ва эндостал усиши бузилмайди.	Хондродистрофия	Сон суяги дисплазияси	Сон суяги Туғма чикиши	Сколиоз
285. Кайси касалликда кузнинг чакчайиши, юракнинг тез уриши букоко, суякланиш ядроси эрта пайдо булиши, умумий остеопароз ва синостазлар кузатилади?	Гипертиреоз	Миксидема	Акромегалия	Нанизм
286. Кайси касалликда сон буйинчаси варус холатини олади. Рентгенограммада узига хос (банан) куринишини олади суяк тукумаси алмашинишининг дистрофик узгариши кузатилади?	Педжет	Пертес	Хондрадистрофия	Туғма ампутация
287. Кайси касаллик жанубий осие ва Африка давлатларида умуман учрамайди?	Сон суяги Туғма чикиши	Моделунг касаллиги	Пертес	Педжет
288. Кайси касалликда “урдак юриш”, бел лардозии	Сон суяги буйнининг варусли деформацияс	Сон суяги Туғма чикиши	Туғма маймоклик	Пертес

третиленбург симптоми мусбат сон чанок бугимидан оёк керилиши чекланиши пальпацияда сон суяги бошчаси сон учбурчагида кулда сезилади.	и			
289. Туғма маймоклик белгилари? 1.Эквинус, 2.Супинасия, 3.Аддукция, 4.Абдукция, 5.Ички ротация, 6. Ташки ротация	1, 2,3	1,3, 5	2, 4, 6	4, 5, 6
290. Кайси касалликда Засепин операцияси кулланилади?	Туғма маймоклик	Туғма буйин кийшиклиги	Сон суяги Туғма чикиши	Сонни варусли деформацияси
291. Буйин умурткаларининг бир-бири билан кушилиб кетиши ...	Клиппел Фейл касаллиги	Гризел касаллиги	Буйин ковургаси	Понасимон буйин
292. Кайси касалликда буйиннинг ён томонидан елка бугимининг устидаги тери бурмаларининг канотсимон узгариши кузатилади?	Канотсимон буйин	Грезил касаллиги	Понгасимон буйин	Буйин ковургаси
293. 5 бел умурткаси думгаза умурткалари билан бирикиб кетиши...	Сакрализация	Люблизация	Остеозхондроз	Спондилолез
294. Тропизм купрок кайси умурткалар орасида учрайди?	Барча жавоб тугри	5 бел ва 1 думгаза	4 ва 5 бел умурткалари	3 ва 4 бел умурткалари
295. Умуртка	Спондилолис	Спондилолез	Сакрализация	Спондилодез

погонасининг уздан юкори турган умурткалар билан силжиб кейтиши нима дейлади?	тез			
296. Кад-комат бузилиши турини топинг. Умуртка погонаси кукрак кисмининг 7 кукрак умурткасида орка томонига купрок букилиши фронтал сатҳда умурткаларнинг киррали усимталари урта чизикдан олганлиги	Кифоз	Сколиоз	Думалок орка	Ассиметрик комат
297. Кад-комат бузилиши турини топинг. Умуртка погонасининг умуртка таналарининг мажбурий айланиши (ротацияси) билан бирга содир буладиган ён томонга кийшайиши.	Сколиоз	Кифоз	Думалок орка	Ассиметрик комат
298. Сколиоз турларини топинг. 1.Туғма, 2.Дисплакти, 3.Невроген, 4.Статик, 5.Идиопатик,	Барча жавоб тугри	1,3,5	2,4,5	2,3,5
299. Туғма буйин кийшиклигига хос белги?	Хаммаси тугри	Юз ассиметрияси	Кулок холатининг узгариши	Патология бор томонида буйин бурмаларининг булмаслиги
300. Туғма сон чикишини репозиция килиш	Хаммаси киради	Лоренс усули	Гоф усули	Кохер усули

усулларига кирмайди..				
301. Спондилол ез бу -	Умуртка танаси билан равогининг бирғбирига суякланмаган лиги	Умурткалараро бугимлар конфигурациясин инг узгариши	Умурткалар сонининг нормадан куп булиши	Умуртка танасининг узидан юкори турган умурткалар билан бирга силжиб кетиши
302. Рентгенологик текширувда думгоза умурткалари ён проекциясида равокнинг буйин кисмида ёпик булиши кайси касалликка хос?	Спондилолез	Тропизм	Спондилолистез	Сакрализация
303. Умуртка артерияси синдромидаги клиник белгиларни курсатинг.	Барча жавоблар тугри	Энса ва тепа-чакка сохаларида бериладиган бош огриши ва кунгил айтиши	Буйин мушакларининг таранглашиши	Эшитиш ва мувозанатни саклашларда бузилишлар кузатилади.
304. Кальве касаллиги бу - ?	Умуртка танасининг асептик некрози	Умуртка усиш зонасида узгаришлар булиши хисобига таналарнинг понасимон булиб колиши	Умуртка погонасининг энг огир дегенератив касаллиги	Умуртка танасида остеофитлар усиши
305. Диспластик сколиознинг пайдо булиш сабаби?	Хамма жавоблар тугри	Умуртка ёки илдизларининг битмаслиги	Бир томонлама сакрализация	Бир томонлама люмбализация
306. Полиомиелит билан огриган беморларда сколиознинг кайси тури келиб чикиши мумкин.	Невроген сколиоз	Статик сколиоз	Диспластик сколиоз	Идиопатик сколиоз
307. Статик сколиозга сабаб?	Оёк бугимининг шикастланиш и натижасида	Умуртка сонининг нормадан кам булиши	Когургаларнинг бир томонлама синостози	Кушимча ковурга булиши
308. Спондилолистез бу ?	Умуртка танасининг узидан юкори турган умурткалар	Умуртка танаси билан равогининг бирғбирига суякланмаганлиги	Умумурткалараро бугимлар конфигурациясин инг узгариши	Умурткалар харакатчанлигининг чегараланиб колиши

	билан силжиб кетиши			
309. Спондилол езда патологик жараён каерда кечади?	Фиброз халка ва олдинги буйлама бойлам	Орка буйлама бойлам ва гиалин пластинка	Фиброз халка ва пульпоз ядрога	Олдинги буйлама бойлам ва умуртка танаси
310. Умуртка погонаси остеохондрозига олиб келувчи сабабларни курсатинг. 1.Травмалар (синишлар, бойламлар шикастланиши), 2.Микротравма (умуртка погонаси чайкалиши), 3.Невроген сколиоз, 4.Спондилолистез, 5.Аномал ривожланиш, 6.Ревматоид жараёнлар, 7.Люмбализация, 8.Аутоиммун бузилишлар	1, 2, 5, 6, 8	2, 5, 7, 8	1, 3, 5, 6, 8	1, 2, 3, 4, 5
311. Умуртка погонасининг асоратланган шикастланишига нималар киради?	Орка мия ва от думи тутамларининг турли даражада зарарланиши	Умурткаларнинг кундаланг усикларининг синиши	Умуртка танасининг чикиши	Умуртка танасининг синиши
312. Синган умурткани маҳаллий огриксизлантиришнинг энг оддий усули?	Белер усули	Девис усули	Уотсон Джонс усули	Синиш усули
313. Умуртка танаси компрессион синганида репозиция қилиш усули	Хамма жавоблар тугри	Ёстикча ёрдамида	ЦИТО реклинаторида	Хаво камералари ёрдамида
314. “Ротенпилл ер” симптоми	Спондилолистез	Спондилез	Сколиоз	Спондилолиз

кайси касалликда мусбат бўлади.				
315. Спондилол истез касаллигида Мейердинг буйича 1 даражада силжийди?	Умуртка танаси $\frac{1}{4}$ қисмига силжийди	Умуртка танаси $\frac{1}{2}$ қисмига силжийди	Умуртка танаси $\frac{1}{3}$ қисмига силжийди	Умуртка танаси тулик силжийди
316. Сколиоз турига кирмайди?	Миоген	Диспластик	Невроген	Статик
317. Умуртка погонасининг ривожланиш аномалияларига кирмайди?	Спондилез	Рахишизис	Сакрализация	Тропизм
318. Умуртканинг мураккаблашмаган шикастланишига қиради? 1.Зарбейиш, 2.Орка миянинг чайкалиши, 3.Умуртка танасининг синиши, 4.Ўйларнинг бугимлар, қундаланг ва уткир усиклар синиши билан, 5.Гемотомия, 6.Орка миянинг қисман узилиши, 7.Парда-бойлам аппаратининг чузилиш ва йиртилиши, 8.Тешиб утмаган жароҳатлар.	1, 3, 4, 7	2, 4, 5, 8	1, 3, 4, 5, 6	2, 4, 6, 8
319. Умуртканинг мураккаблашган шикастланишига қиради: 1.Парда-бойлам аппаратининг чузилиш ва	2, 3, 5, 6	1, 4, 5, 7	2, 4, 6, 7	1, 2, 3, 4

йиртилиши, 2.Орка миянинг чайкалиши, 3.Суяк булаклари билан орка миянинг эзилиши, 4.Умуртка суяги танасининг синиши, 5.Орка миянинг кисман ёки тулик узилиши, 6.Гематомия, 7.Ёйларнинг, бугимлар, кундаланг ва уткир усиклар билан синиши.				
320. Сколиозда умуртка кийшайишининг оддий турида кийшайиш сони қуйидагича:	Битта кийшиклик	Икки-учта кийшиклик	Учта ва ундан ортик кийшиклик	Фронтал ва сагиттал юзада кийшиклик
321. Одам танаси умурткаларида канака усиклари булади ?	а ва в жавоблар тугри	уткир усик	кундаланг усик	кийшик усик
322. Кифоз бу ?	тугри жавоб йук	умуртка погонасининг ен томонга кийшайиши	умуртка погонасининг оркага буртиб чикиши	умуртка погонасининг олдинга караб ботиши
323. Сколиоз диагностикасини асосий мустахкамлайдиг ан текшириш усуллари ?	курув, рентген текшириш	шикоятлар анамнез	электромиографи я, хронсиметрия	лаборатория тахлиллари
324. Туғма сколиоз консерватив давосига киради ?	хаммаси тугри	тугрилайдиган тортма куллаш	этапли редрессацияловчи аппарат куллаш	этапли корсет - гипсли куйиш
325. Сколиозни оператив даволашга курсатма булади биттадан ташқари ?	2 ойлик болакай 1 даражали сколиоз билан	кифосколиоз 3 - 4 даража	консерватив даво эффектсизлиги	прогрессиялану вчи 2 даражали сколиоз

326. Сколиозда каерларда операциялар утказилади ?	юмшок тукима ва умурткада	юмшок тукимада	умурткаларда	кукрак кафасида
327. Сколиознинг қайси турида юмшок тукимада операция утказилади?	паралитик сколиоз	диспластик сколиоз	рахитик сколиоз	статик сколиоз
328. Операция қилиб умуртка погонасини функциялаш бу ?	спондилолиз	спондилодез	спондилолистез	артродез
329. Умуртка танасининг жарохатланиш турларини қурсатинг ?	а ва б жавоблар тугри	стабил	ностабил	хаммаси нотугри
330. Сколиоз бу ?	умуртка погонасининг эгрилашуви	суякларнинг эгрилашуви	соннинг синиши	сон суяги бошчасининг Туғма чиқиши
331. Умуртка погонасининг кукрак эгрилиги?	кифоз	Лордоз	сколиоз	хаммаси тугри
332. Умуртка погонасининг бел эгрилиги?	лордоз	кифоз	сколиоз	хаммаси тугри
333. Сколиознинг 1 даражасида қийшайиш неча градусни ташкил қилади?	5 градус	25 градус	40 градус	40 - 50 градус
334. Сколиознинг 2 даражасида қийшиқлик неча градусни ташкил қилади?	25 градус	5 градус	40 градус	40 - 50 градус
335. Сколиознинг 3 даражасида қийшиқлик неча градусни ташкил қилади?	40 градус	5 градус	25 градус	40 - 50 градус
336. Сколиознинг 4 даражасида қийшиқлик неча градусни ташкил қилади?	40 - 50 градус	25 градус	40 градус	3 градус
337. Бел умурткаси остеохондрозида	гозсимон ҳолатда	тик ҳолатда	анталгик ҳолатда	хаммаси тугри

бемор ҳолати ?				
338. Монопарез ?	битта мучанинг парези	иккита мучанинг парези	учта мучанинг парези	туртта мучанинг парези
339. Умуртка синганда корсет куйилгандан сунг юришга қачон рухсат берилади?	3 ҳафтадан кейин	1 ойдан кейин	1 ҳафтадан кейин	2 ҳафтадан кейин
340. Орқа ва олдинги чанок ярим халқаси бутунлигининг бузилиши бу ?	иксимон синиш	капалаксимон синиши	Мальгения типигаги синиш	Беннет типигаги синиш
341. Сколиозда қайси бири бажарилмайди ?	гипсли бойлам	тортма куйиш	массаж, лфк	оператив даво
342. Қайси бири сколиоз турларига кирмайди ?	хаммаси киради	рахитик	статик	идиопатик
343. Невроген диспластик, статик каби сколиоз турлари нимага асосан бўлинган ?	этиологик ва патогенезига қараб	клиникасига қараб	патологияси ва клиникасига қараб	клиника ва диагностикасига қараб
344. Куйидагиларда умуртка поғонасида узғариш кузатилади, биттадан ташқари?	Туғма маймоқлик	сколиоз	кифоз	спондилолистез
345. Сколиознинг қайси тури Туғма характерга эга ва тез прогрессияланади ?	буйин - кукрак	кукрак	кукрак - бел	комбинациялашган
346. Қайси бири орттирилган сколиозга кирмайди ?	рахитик	статик	паралитик	умурткалар дисплазияси
347. Сколиоз диагностикасида қайси бири бажарилмайди ?	хаммаси бажарилади	буйин улчаш	электрокардиограмма	спирометрия утқизилади
348. Сколиозга қайси бири олиб	хаммаси тугри	полиомиелит	тугри вақтида орқа мия	синдромиелит

келмайди ?				
349. Нормада умуртка погонасининг кайси қисмларида лордоз кузатилади?	кукррак ва бел	буйин	бел	думгоза
350. Сколиоз консерватив давосига қиради, биттадан ташқари ?	хаммаси тугри	массаж	УВЧ	умумий кувватловчи терапия
351. Қайси бир ҳолат умуртка погонасининг фронтал сатҳ буйича узғаришга қиради ?	лордоз	кифоз	сколиоз	хаммаси тугри
352. Нормада умуртка погонасининг кайси қисмларида кифоз кузатилади?	кукррак	буйин	бел	думгоза
353. Кифоз - лордоз умуртка погонасининг кайси сатҳ буйича узғаришига қиради ?	фронтал	сагитал	горизонтал	а ва б тугри
354. Сколиоз умуртка погонасининг кайси қисмида булганда нисбатан огиррок?	буйин - кукррак	кукррак	кукррак - бел	а ва в тугри
355. Биринчи буйин умурткаси қандай номланади ?	axis	atlas	prominens	basis
356. Қайси умуртка думбоги уйқу думбоги дейилади ?	V буйин	VI буйин	VII буйин	I кукррак
357. Сколиозни оператив даволашда	Харрингтон усули	Чаклин усули	Казмин усули	Гиппократ усули

куйидаги усуллар бор, биттадан ташкари?				
358. Иккинчи буйин умурткаси кандай аталади ?	атлант	аксис	проминенс	тугри жавоб йук
359. Умуртка погонасининг буртиб чикиши ?	кифоз	сколиоз	лордоз	спондилолистез
360. Кайси бири Туғма сколиозга кирмайди ?	рахитик	диспластик	умуртка погонаси ривожланиш апомиллари	Сколиоз диагностикаси да роль уйнамайди ?
361. УЗИ	рентгенография	анамнез	курув	Невроген сколиоз келиб чикишига сабаб булаолмайди ?
362. отит	полиомиелит	сирикгомиелит	спастик паралич	Кайси бири Туғма сколиозга сабаб булаолмайди?
363. полиомиелит	умурткалар дисплазияси	умурткалар ривожланиш апомаирилари	диспластик спондилолиз	В.Д.Чаклин сколиозни канак хусусиятига караб класификацияланган?
364. умурткалар эгалиги бурчагига караб	келиб чикишига караб	анатомик кисмига караб	а ва б жавоблар тугри	Сколиоз ривожланиши кайси ешигача давом этади?
365. хаммаси тугри	пубертат - балогатга етиш ешигача	умр охиригача		Остеомиелит умумий асоратларига кирмайди?
366. елгон бугим	анемия	оксил алмашинувлар бузилиши	сепсис	Остеомиелит махаллий асоратларига киради, биттадан ташкари?
367. паренхиматоз	елгон бугим	йирингли артрит	тери чандиги	Остеомиелит бу ?
368. суяк кумигининг йирингли яллигланиши	мускулларнинг йирингли яллигланиши	суяк тукумасининг Туғма касаллиги	хаммаси тугри	Суяк кумигининг йирингли яллигланиши

				?
369. остеомиелит	деформациял овчи артроз	синовит	Гемартроз	хаммаси
370. Остеосклероз бу ?	суякни патологик синиши	суякни юмшайиши	суякни каттиклашиши	суякни деформациялан иши
371. Остеопороз бу ?	суякни муртлашуви	суякни юмшайиши	суякни патологик синиши	суякни деформациялан иши
372. Секвестрэктомия бу ?	суякнинг улган тукималарини олиб ташлаш	суяк бушлигини очиш	суякни кесиш	суякни репозиция килиш
373. Остеомиелит турларига кирмайди ?	бирламчи, иккиламчи	уткир, сурункали	гематоген, травматик	асоратланган, асоратланмаган
374. Броди абсцесси остеомиелит кайси турига киради ?	тугри жавоб йук	уткир	уткир ости	хроник
375. Абсцесс Броди асосан суякнинг кайси кисмида кузатилади?	эпифиз	метафиз	диафиз	хамма кисмида
376. Броди абсцессини асосан кандай даволанади ?	хаммаси тугри	консерватив	нур терапия	оператив
377. Рентген тасвирда суякда секвестр куриниши кайси касалликларга хос?	остеомиелит	суяк усмаси	хондропатия	остео - хондропатия
378. Остеомиелит умумий асоратларига кирмайди ?	хаммаси тугри	сепсис	анемия	елгон бугим
379. Остеомиелит махаллий асоратларига киради, биттадан ташкари ?	сепсис	елгон бугим	махаллий чандиклар	йирингли артрит
380. Остеомиелитнинг клиник куриниши боғлиқ,биттадан ташкари ?	бемор жинсига	бемор ешига	организм реактивлигига	кузгатувчи вирулентлигига

381. Остеомиелит келиб чикиши буйича булинадиган классификацияси га кирмайди?	хаммаси киради	бирламчи, иккиламчи	уткир, хроник	операциядан кейинги
382. Остеомиелитда суякда рентген тасвирда нима асосан курилади?	секвестр	дистрофик узгариш	остеопороз	остеодеструкция
383. Гематоген остеомиелитга характерли ?	хаммаси тугри	уткир кечади	хроник кечади	уткир ости кечади
384. Остеомиелит келиб чикишига сабаб була олмайди ?	ангина	йирингли артрит	травма	суяк атрофи флегмонаси
385. Остеомиелит канака турлари бор нотугриси ?	оддий	уткир	сурункали	гематоген
386. Сурункали остеомиелитга кирмайди ?	хаммаси киради	гематоген остеомиелит	Броди абсцесси	Олье остеомиелит
387. Гана Дмитриева операцияси техникаси?	Катта болдир суяги деффектини кичик болдирдан трансплантат утказиш	Миопластика	Тери пластикаси	Ампутация
388. Остеомиелит умумий асоратларини курсатинг.	Сепсис, таркалган чандик	Патологик синиш	Аниемия, йирингли артрит	Оксил алмашинувининг бузилиши
389. Туир гематоген остеомиелитда кондаги узгаришлар?	Лейкоцитоз, нейтрофилёз	Тромбоцитоз, ЭЧТ юкори	ЭЧТ камайиши	Лейкоцитоз
390. Остеомиелит клиник куруниш нимага боғлиқ эмас ?	бемор ешига	кузгатувчи вируленлигига	организм реактивлигига	иммунитетга
391. Остеомиелит формулаларини курсатинг.	Тугри жавоб йук	Уткир сурункали	Уткаир, уткир ости	Гематологен, постравматик
392. Остеомиел	хаммаси	антибиотиклар	кварц, лазер	тимолин, т -

ит давосига кирмайди ?	киради	бериш		активин
393. Остеомиелитда кандай палиатив операциялар бажарилади?	Экзоартикуляция	Миопластика	Тери пластикаси	Суяк трансплантацияси
394. Гематаген остеомиелит формалари?	Токсик, септикопиемик, махаллий	Токсик, махаллий	Махаллий учокли	Токсик учокли
395. Гематоген остеомиелит уткир даврида конда лейкоцитлар сони?	15000-18000	3000-4000	Лейкостопения	Нормада
396. Секвестр некроэтомия бу ?	улган суяк булагини олиб ташлаш	улган суяк булагига кесмаг сог суякни резекцияси	улган юмшоқ туқималарни олиб ташлаш	декомпрессия ва бартараф этиш
397. Травматик остеомиелит асосий сабабини курсатинг ?	епик синишлар	очик синишлар	синиб секин битиши	епик синишлар
398. Секвестр бу ?	улган суяк булагига	суяк кумичи йуклиги	суякни йирингли яллигланиши	кушимча суяк узиши
399. Эпифизар остеомиелит неча ёшгача учрайди?	2 ёшгача	Кариларда	16 ёшгача	Урта ёшларда
400. Уткир гематоген остеомиелит кандай бошланади?	1 дан, юкори харорат, кучли шиш, тери гиперемияси	Аста-секин, кучли огрик, махаллий харорат	Клиник белгиларсиз бошланади	А ва В жавоб тугри
401. Кандай даволаш турлари остеомиелитни даволашда қулланилади?	Консерватив, оператив, балчик терапия, лазер терапия	Консерватив физиотерапевтик	Факат консерватив	Факат оператив
402. Сурункали остеомиелитнинг клиник белгилари?	Кучсиз огрик, шиш, йирингли окма	Огрик булмайди, махаллий харорат	Огрик, йирингли окма, майда секвестр	А, В,С жавоблар тугри
403. Сурункали остеомиелитни даволаш.	Факат оператив	Консерватив, оператив,	Гемотрансфузия, умумий кувватловчи терапия	Лазеротерапия
404. Бирламчи сурункали остеомиелитни	Яллигланишга қарши, антибактериал	Ампутация	Экзоартикуляция	Витаминотерапия, гармоналтерапия

даволаш.	л, вақтинча гипсли бойлам			ия
405. Остеомиелит сўзини ким фанга киритган?	Рейно	Оппел	Паре	Питре
406. Остеомиелит бошланиш даврида рентгенологик узгариш.	Рентгенда суякда узгариш кузатилмайди	Секвесторлар булиши	Периост калинлашиши	Суякда патологик синиш
407. Уткир ва сурункали остеомиелитни клиник курунишини ким қачон ёзган?	1879 й Ланне Лонг	1831 й Рейно	1969 й Гринев	1889 й Бобров
408. Посттравматик остеомиелитнинг гематоген остеомиелитдан фарқи?	Этиологиясида	Клиник кечишида	Даволаш усулларида	Текшириш усуллари
409. Остеомиелитда текшириш усуллари.	Рентген, фистулография, компьютер томография	УЗИ, ГФДС	УЗИ, рентген	Тугри жавоб йук.
410. Экзоген остеомиелит келиб чиқишига қура?	Посттравматик, уқ отар куруллар воситасида операциядан кейинги	Постгриппоз	Бактериал, постгриппоз	А, В, С жавоблар тугри
411. Остеомиелитда рентгенда нималар кўринади?	секвесторлар	ҳаммаси	остеопароз ўсиқлари	суяк синиқлар соҳасида
412. Бирламчи сурункали остеомиелитга қиради?	б ва в жавоблар	броди абсцеси	гарре скелерози	тўғри жавоб йўқ
413. Остеомиелитда лди яллигланиш белгилари?	Периостит, тери гиперемияси харорат, пальпацияда кучли огрик	Цероз йирингли окма, харорат тери гиперимияси, йирингли окма, калтираш	Бош огриши, холсизлик	тугри жавоб йук.
414. Суяк тукумаси яхши сифатли	Остеома, остеоит остеома,	Остеома, остебластокластома,	Остеоит-остеома, саркома Юинга, остеома	Остебластокластома, гемангеома,

усмаларни курсатинг.	хондромиксои тфиброма	хондросаркома		остеогенная саркома
415. Остеосаркома касаллигида кондаги биохимик узгаришларни курсатинг.	Ишкорий фосфатаза микдорининг ошиши	АЛТ ва АСТ микдорининг ошиши	Лейкоцитоз эозинофилия	Тромбоцитоз, лейкопиния
416. Тоғай туқимаси усмаларини курсатинг.	Хамма жавоб тугри	Хондропластома	Хондрома, хондросаркома	Энхондрома
417. Остеоит-остеома касаллиги қайси касалликлар билан қиёслама ташхис утқазилади?	Остеомиелит, Остеопериостит, Броди абсцесси, ажралувчи остеохондроз	Легг-Кольве-Пертис касаллиги	Травматик спондилит	Кеник касаллиги Осуғут – Шлаптер касаллиги
418. Яхши сифатли суяк усмаларини курсатинг.	Остеома	Остеогенсаркома	Юин саркомаси	Ниелома
419. Қуйидаги яхши сифатли суяк усмаларида қайси бири ёмон сифатлига утиш хавфи юқори?	Остеобалстокластома	Остеома	Остеоит-остеома	Экзостос
420. Остеоген саркома купрок қайси суякларда ривожланади?	Сон суяги	Қатта болдир суяги	Кичик болдир суяги	Елка суяги
421. Остеосаркома бу - ?	Суяк кортикал қавати ёмон сифатли усмаси	Суяк яхши сифатли усмаси	Суяк ёмон сифатли усмаси	Суяк қуймичи ёмон сифатли усмаси
422. Синовиома бу усма қаерда учрайди?	Бугим соҳасида	Пай соҳасида	Фациал апоневрозларда	Хаммаси тугри
423. Экзостозни қанақа даволаш усули қулланилади?	Оператив	Консерватив	Даволанмайди	Хаммаси тугри
424. Остеоит, остеома касаллигида рентгенологик узгаришлар.	0,5-2 смлар атрофида ёришган учок думалок шаклда	Говакли совун купигини эслатувчи сохта шокилалар ёругликлар.	Зич қокилган ёғоч девор қаби тарам-тарам манзара	Суяк туқимаси деструктураси суяк усти пардаси қават-қават булади

	сиклеротик зона			
425. Юинг саркомаси кайси суякда куп учрайди.	Сон суягида	Чанок суякларида	Туш суягида	Умров суягида
426. Остебласто кластома клиник белгиларига кирмайди?	Кусиш, харорат кутарилиши, ич кетиши	Купинча елка суягида юкори метафизиди учраши	Сон суяги пастки метафизиди учраши	Касаллик 2-3 ойдан сунг шиш пайдо булади
427. Остеома формаларини курсатинг. 1. Компакт 2. Кумик 3. Аралаш 4.Пластикали	1,,2,3	2,4	3,4	2,3,4
428. Остеобласт ома турларини курсатинг.	Барчаси тугри	Литик	Катаксимон	Трабекулер
429. Кайси усмада ренгенограммада Говаклик совун купигини эслатувчи сохта шокилалик ёругликлар куринади?	Остебластокластома	Остеома	Остеоит, остеома	Остеогенсаркома
430. Кайси усма купрок ёшларда ва сонда учрайди ренгенограммада диафиз марказида усма, суяк тукумаси деструктураси, суяк усти пардаси кават-кават булади.	Остеоген-саркома	Остеобластокластома	Остеома	Остеоид-остеома
431. Кайси усма ён томонга жадал усади, натижада остефитлар пайдо булади, купинча шиллик халтачали булади, палпацияда каттик харакатсиз	Экзостоз	Остеобластокластома	Остеосаркома	Тугри жавоб йук.

силлик ва дунгли.				
432. Остеоген саркомалари энг куп учраш жойи.	1 ва 2	Елка суягини проксимал кисмида	Елка суягини дистал кисмида	Сон суягини дистал кисмида
433. Саркома энг куп кайси суякларда учрайди.	Найсимон суякларнинг метафиз кисмида	Говак суякларда	Ясси суякларда	Найсимон суякларнинг эпифиз кисмида
434. Юинг саркомасининг клиник белгиларини курсатинг.	Огрик, шиш, харорат, лейкоцитоз, сон суякларида учрайди	Лейкопения, елка суягида учрайди, шиш, кизариш, огрик, субфебрил харорат	Шиш, огрик, кизариш, харорат	Карияларда учрайди, болдир зарарланади.
435. Юинг саркомаси даволаш усулини айтинг.	Оператив	Консерватив	Нур терапия	Кимёвий терапия
436. Гемангеома энг куп каерда учрайди?	Умуртка поғонасида	Калла суягида	Ошик суякда	Ёнок суякда
437. Хондросаркома турларини курсатинг.	Марказий ва периферик	Преферик	Латерал	Сегментал
438. Остеобласт окластомада даволаш усулларини курсатинг.	Хирургик	Консерватив	Рентгенотерапия	Усмани эксскохлеация килиш
439. Суяк усма касалликларини диагностикасида энг куп маълумот берадиган текшириш усулини курсатинг.	Радионуклид рентгенограф ия Анамнез йигиш, пальпация	Бугимларда харакат амплитудасини аниклаш	Рентгенорофия аускультация	Допплерография
440. Остеит-остеомада беморда кузатиладиган клиник белгиларни курсатинг.	Кечкурунлари кучли огрик	Огрик, шиш, кусиш	Харорат кутарилиши, нафас етишмовчилиги	Огрик касалликнинг дастлабки кунларидан бошланади
441. Остебласто кластома касаллигини болаларга узига хос хусусияти?	Клиник белгиларсиз кечади, патологик синиши кузатилади	Касаллик яшин тезлигида кечади	Болдир дунглиги соҳасида бироз кизариш ва шиш	Харорат кутарилади, огрик

442. Хондромик соит фиромада даволаш усулини аникланг.	Усмани экссохлиация килиш ва суякдаги кумик сохани трансплантат билан алмаштириш	Суякни тешиб очиш	Усмани обдон кириб ташлаш	Рентген терапия
443. Остеоген саркомада ишлатилмайдиган даволаш усулини курсатинг.	Рентген терапия	Ампутация	Экзартикуляция	Консерватив
444. Волков усулида усмани кириб олиб ташлаш кетма-кетлигини курсатинг.	Хамма жавоб тугри	Суякни тешиб очиш	Усмани обдон кириб ташлаш	Бушликни илик канали билан кушиб юбориш
445. Сон суяги дистал кисмида ва узун найсимон суякларнинг метафиз кисмида энг куп учрайдиган усмани аникланг.	Остеген-саркома	Куп сонли экзостозлар	Остеоит остеома	Остеома
446. Геманигиома энг куп кайси суякларда учрайди?	Умуртка танасида	Найсимон ва ясси суякларда	Бириктирувчи тукимада	А ва В жавоб тугри
447. Осгуд-Шлягер касаллигида клиник кечишини курсатинг.	Болдир дунглиги сохасида бироз кизариш ва огрик	Тана хароратини кутарилиши, огрик	Пальпацияда огрик, кизариш	1 ва 2 жавоб тугри
448. Остеоид-остеома кайси ёшда куп учрайди?	20-30 ёшдаги	18 ёшгача киз болаларда	13-14 ёшли усмирларда	Карияларда
449. Катта хужайрали усмани топинг.	Остеобласток ластома	Остеома	Остеоит остеома	Гемангеома
450. Остеомада рентгенологик узгаришларни курсатинг.	Кенг сатхли ва оёкчадаги остеомадар	Суяк тукумаси деструктураси	Дунглик юзанинг нотекислиги	Тугри жавоб йук.
451. стеобласто	2 ва 3	Полиатив	Радикал резекция	Ампутация

кластомада даволаш кетма-кетлигини курсатинг.	жавоблар тугри	эксхохлиация, усма тозаланиб бушлик суяк тукумаси билан тулдирилади	килиниб сунг трансплантат билан тулдирилади	
452. Остеосаркома энг куп метастаз берадиган органни курсатинг.	Упка	Юрак	Жигар	Мия
453. Хондрома жойлашишига караб турларини курсаатинг.	Энхондрома ва экхондрома	Кортикал хондрома	Марказий ва периферик	Энхондрома ва кортикал хондрома
454. Остеома турларини курсатинг.	Компакт, кумик ва аралаш	Марказий ва периферик	Энхондрома ва экхондрома	Остеоит остеома
455. Куп сонли экзостозлар энг куп учрайдиган суяк кисмларини курсатинг.	Суякларнинг метафиз кисмида	Тогайларни эпифиз кисмида	Тогайнининг суяк уки буйлаб	Найсимон суякларда
456. Кенич касаллигига хос булган белгини курсатинг.	Бугим эпифиз кисининг некрозга учраб бугим сичкони шаклида ажралиши	Умуртка погонасида деформация булиши	Бугимларда некроз тукумасининг ажралиши	1 ва 3 жавоб тугри
457. Кайси усма ясси ва найсимон суякларда учрайди, бироз огрик булиб куп утирганда ва юрганда огрик кучаяди, рентгенограммада узига хос чекланган булади, касаллик узок давом этади.	Экзостоз	Остеома	Остеит остеома	Хаммаси тугри
458. Ёмон сифатли усмани курсатинг.	Остеосаркома, юинг саркомаси	Остеома, остеит-остеома	Саркома, экзостоз	Юинг саркомаси гемангеома
459. Хондробластома энг куп жойлашадиган суяк.	1 ва 2 жавоблар тугри	Найсимон	Ясси	Понасимон

460. Рентген суратида овал шаклидаги хосила куринади.	Хондробластома	Сон суякларининг синиши	Билак суягининг синиб силжиши	Хамма жавоб тугри
461. Хондрома энг куп учрайдиган сохани курсатинг.	Кул ва оёк бармоклари фалангаларида	Кафт олди суякларида	Тугри жавоб йук	Найсимон суякларда
462. Кам учрайдиган ва секин усадиган хавфсиз усмани аникланг.	Хондромиксоид фиброма	Экзостоз	Хондрома	Остеосаркома
463. Чанок суяклари киррали синишларига кайси суяклар синиши киради?	Ёнбош суяги, усикларнинг синиши, дум суяклари, куймич думбоклар синиши	Куймич суяклари 1 ёки 2 томонлама синиши	Думгазанинг вертикал синиш	Симфезнинг ажралиб кетиши
464. Чанок суяклари синганда даво мақсадида кайси шина туридан фойдаланилади?	Биллер шинаси	Яланский шинаси	Дидерихс шинаси	Турсимон шина
465. Кайси ҳолатларда чанок сон бугимини алмаштириш мумкин эмас.	Чанок сон бугими йирингли жараёнларда окмаларда, сил гарнулёмасида	Икки томонлама анкилоз коксоартрозлар	Артрозоартритлар, суяк усмалари	Тугри жавоб йук.
466. Чанок суяклари синганда кайси гипсли бойлам туридан фойдаланилади.	Кокситли бойлам	Ганитли бойлам	Лангетали бойлам	Торакабронхиал бойлам
467. Болаларда чанок суяклари чеккалари синганда акайси даво усули қўлланилади?	Консерватив	Оператив	Скелетли тортиш	Тугри жавоб йук.
468. Чанок суякларидан кайси бири синганда ёпишган	Ков суяги горизонтал шох синганда	Куймич суяги синганда	Дум суяклари синганда	1 ва 2

товон белгиси кузатилади?				
469. Болаларда чанок суяклари синишининг неча хил тури бор ва улар қайсилар?	Чанок халкасининг бутунлиги бузилган холда синиши	Бузилмаган холда	Куймич коссасининг синиши	Чанок суяклари чеккаларининг синиши
470. Бака холати-оёқлар тизза ва чанок сон бугимида букилиб керилган, қайси суяк синганда кузатилади?	Чанок халкасининг олдинги кисми синганда	Ёнбош суяги олдинги усик синганда	Дум суяклари синганда	Куймич думбокчаси синганда
471. Чанок халкасининг бутунлиги бузилган синишларида энг огир чанок шикастланишига қайси турдаги синиш қиради?	Малген типигаги синиш	Орка ярим халканинг синиши	Олдинги ярим халканинг синиши	Думгазанинг кундаланг синиши
472. Лазинский оркага юриш белгиси қайси чанок суяги синганда кузатилади?	Ёнбош суяги олдинги юкори уткир усиги купарилиб синганда	Дум суяги кундаланг синганда	Симфиз ёрилганда	Куймич суяги косаси синганда
473. Болаларда куймич суяги думбокчаси синиб силжиганда қандай даво чоралари қулланилади?	Оператив, очик репозиция қилиниб суяк парчаси жойига қотирилади	Консерватив, гипсли бойлам билан оммобилизация қилинади	Скелетли тортиш	Интрамедуляр остеосинтез
474. Чанок сон бугими дисплазияси бу?	Чанок чуқурчасининг усиш нуксони	Ёмон сифатли усма	Юинг саркомаси	Тугри жавоб йук.
475. Чанок сон бугими дисплазиясида қайси оператив усулдан фойдаланилади?	Киаре усули буйича	Чанок тулик остеотомияси	Шанс усулида остеотомия	Волеаме операцияси
476. Чанок халкаси бутунлиги	Шокка қарши қураш, қон қетишни	Скелетли тортиш,	Интрамедуляр остеосинтез,	Огриқни қолдириш

бузилган холда чанок суякларининг синишларида даволаш тамойиллари?	камайтириш, чанок халкаси бутунлигини тиклаш			
477. Малгем туридаги синишда шикастланиш механизми?	Баландликдан тушиб кетиш, чанок эзилиши	Оёкнинг буралиб кетиши	Чанги учаётганда йикилиш	Гимнастик снаряддан нотугри сакраш.
478. Ков суяги тармоги синишига хос белги?	Сон артериясида гематома туфайли пульсация кучайиши	Беморлар утиролмайди	Кучли огрикнинг булиши	1 ва 3.
479. Чанок суяк синиши классификацияси га кирмайди ?	чанок халкаси узлуксиз бузилмасдан синиши	кирралардан синиш	чанок халкаси узлуксизлиги бузилиб синиши	чанок косасидан синиши
480. Чанок синишида Школьников буйича анестезия учун канча новокаин юборилади ?	50 мл - 0,25 %	300 мл - 0,25 %	500 мл - 0,25%	1 л - 0,25 %
481. Орка ва олдинги чанок ярим халкаси бутунлигининг бузилиши бу ?	капалаксимон синиши\$	Мальгения типигаги синиш	иксимон синиш	Беннет типигаги синиш
482. Чанок суяклари узаро кандай бириккан?	синдесмоз	синостоз	тогай	хаммаси тугри
483. Куйидагиларда умуртка погонасида узгариш кузатилади, биттадан ташкари?	Туғма маймоклик	сколиоз	кифоз	спокдилолистез
484. Чанок суяги таркибига кирмайди ?	хаммаси киради	енбош суяк	куймич суяк	думгоза
485. Чанок суяклари синганда қайси	Школьников-Селеванов	Каплан	Кортъ, Каплан	Юмашев - Корт

автор буйича блокада қилинади ?				
486. Чаноқ суяклари Малгени типдаги синиш қанақа ?	чаноқ халқасининг хам олдинги ва орқа қисмининг синиши	қапалақсимон синиш	чаноқ халқасининг олдинги қисмининг синиши	чаноқ халқасининг орқа қисмининг синиши
487. Чаноқ суяғи қисмларини қурсатинг ?	хамма жавоб туғри	ёнбош	ков	думғоза
488. Қуймич суяғи синганда бемор ҳолати?	Бемор утира олмайди	Оғрик сабабли, ҳаракат чекланганлиги	Оксокланиб юриш	Урдақсимон уриш
489. Беллер шинасидан қайси суяклар синганда фойдаланилади?	Чаноқ суяклари	Сон суяклари	Катта ва кичик болдир суяклари синишларида	Думгаза суяғининг синиш
490. Малген типидаги синишларни даволаш усуллари қайсилар?	Скелетли тортиш	Интрамедуляр остеосинтез	Лангетали бойлам қуйиш	Тугри жавоб йук.
491. Симфез ажралганда қайси оператив даво усуллари амалга оширилади.	Сим чоклар ва металл пластинкалар билан котириш	Скелетли тортиш	Интрамедуляр остесинтез	Тугри жавоб йук
492. Қуймич қосаси туби синганда синиш механизми?	Катта кустрлар соҳасида чаноқни ён бошидан эзилиши	Тугридан-туғри қуч таъсирида	Оёқни ичкарига буралиб кетиши	Баландликдан тушиб кетганда
493. Қапалақ типидаги синиш қайси чаноқ суяклари синганда қузатилади?	Ков ва қуймич суяклари бир ёқи икки томонлама синиши Думғазанинг вертикал синиши	Дум суяклари синиши	Чаноқ қирралари синиши	қуймич суяклари бир ёқи икки томонлама синиши
494. Чаноқ суякларидан қайси бири синганда чаноқ	Малгент турида	Қуймич қосаси синганда	Чаноқ қирралари синганда	Ков суяғи синганда

таянч вазифасини йукотади?				
495. Киррали синишларга кайси чанок суяклари синишлари киради?	Ёнбош суяк усиклари синиши, дум, думгаза суяклари синиши, куймич думбоклари синиши	Ёнбош вертикал синиш, симфез ажралиши, думгазанинг вертикал синиши	Малкент туридаги синиш	Тугри жавоб йук.
496. Думгаза ёнбош бирикмаси узилганида рентген тасвири кандай олинади?	Чанокнинг карама-карши томонга 20 градус буриб рентген тасвири олинади	Олдинги ва ёнбош	Аксиляр холатда	1 ва 2
497. Чанок суяклари синганда кандай асоратлар юз беради? 1.Травматик шок, 2.Куп кон кетиш, 3.Чанок атрофи корин орка клетчаткасига кон кетиш, 4.Юрганда кучли огрик, 5.Корин бушлигига кон куйилиши	1,2,3	3,4,5	1,4,5	3,2,5
498. Чанок сон бугими чикишида кайси усул билан тугриланади?	Жанелидзе	Гиппократ	Беллер	Тугри жавоб йук.
499. Чанок суяклари синганда кайси ички органлар шикастланиши мумкин? 1.Сийдик копи, 2.Сийдик йули, 3.Ингичка ичак, 4.Тугри ичак, 5.Буйраклар	1,2,4	1,4,5	1,2,5	1,2,3
500. Кустлараро синишда кайси	Чанок сон бугими	Коксоартроз	Остеохондроз	Чанок сон бугими артрити

асорат кузатилади?	деформациял овчи артрози			
501. Чанок суяклари синиши кайси йуллар билан даволанади?	Консервати-оператив	Оператив	Симптоматик, оператив	Хамма жавоблар тугри
502. Кокситли боғлам қачон қуйилади?	Сон суяги ва чанок сон бугими шикастланган да	Сон ва болдир суяги синганда	Думгаза суяклари синганда	Тугри жавоб йук.
503. Чанок суяклари синиши таснифи кайси каторда тугри келтирилган? 1.Чанок суяклари бир томонлама синиши, 2.Чанок халкаси бутунлиги бузилиши билан, 3.Чанок халкаси бутунлиги бузилмасдан синиши, 4.Чанок суяклари икки томонлама синиши, 5.Чанок суяклари эзилиши	2,3	1,5	1,4	4,5
504. Болалар чанок суягининг анатомик тузилиши, узига хос хусусияти?	Ков ва думгаза ёнбош бирикмасидаг и бойлам	Уччала чанок суякларини бириктирувчи тоғай борлиги	Диспластик	Тугри жавоб йук
505. Сон артериясига гематома йигилиб пульсация қучайиши кайси чанок суяги синишининг клиник белгиси ҳисобланади?	Ков суяги тармоги синиши	Куймич суяги синиши	Думгаза суяги вертикал синиши	Барча жавоблар тугри
506. Малген туридаги синишларда чанок суяги	Таянч функцияси	Харакатланиш	Таянч ҳаракатланиш	Тугри жавоб йук

кайси функциясини йукотади?				
507. Чанок сон бугими деформацияловчи артрози кайси чанок суяги синиш асорати хисобланади?	Кустрларо синиш	Думгаза вертикал синиши	Ёнбош суякнинг синиши	1 ва 3
508. Куйидагил арнинг кайси бири Малген типдаги синишларни даволашга кирмайди?	Интрамедуляр остеосинтез	Скелетли тортиш	1 ва 2	Тугри жавоб йук
509. Болаларда куймич суяги думбокчаси синиб силжиганда кайси даво усули кулланилади?	Оператив	Консерватик	Симптоматик	Тугри жавоб йук
510. Сим чоклар ва пластинкалар Билан суякни котириш усули кайси суяк синганда кулланилади?	Симфез ажралганда	Ёнбош суяги вертикал синганда	Дум суяги синганда	Тугри жавоб йук.
511. Чанок суяги таркибига кайси суяклар киради?	Ёнбош, куймич, ков суяги	Думгаза, куймич, сон суяги	1 ва 2	Тугри жавоб йук
512. Ков ва куймич суяклари бир ёки икки томонлама синганда кайси турдаги синиш кузатилади?	Капалак типдаги	Малгени типдаги	1 ва 2	Тугри жавоб йук.
513. Куйидаги келтирилганлард ан кайси бири мускули буйининг кийишклигига сабаб булади	тугрук пайтида	<i>травматик</i>	яллигланишдан кейинги	канцероген

514. Куйидаги келтирилганлардан қайси бири буйиннинг кийшиклиги потогенезига собаб бўлади?	миоген	<i>компенсатор</i>	артроген	десмоген
515. Қайси мушакнинг жароҳатланиши буйин кийшиклигига олиб келади?	туш-умров сургичсимон мушакли	ромбсимон	катта кукрак мускули	кичик кукрак мускули
516. Қайси текисликда буйини кийшиклиги касалликларда ҳаракат тез чегараланган?	фронтал	сагитал	<i>профил</i>	перпендикуляр
517. Буйин кийшиклиги билан касални курганда унда қандай узгаришлар бўлади?	юзнинг ассиметрияси	елка ва куракни юқори туришда	елка бугимлар ассиметрияси	елка бугимида ҳаракатни чекланиши
518. Туғма буйини кийшиклигини рентгендаги узгуришини аниқланг?	I-II буйин умурткаларининг ривожланмаслиги	I ковурганинг аномал ривожланиши	калла суяги ассиметрияси	елка бугимлар ассиметрияси
519. Куйидагилардан қайси бири мушакли буйин кийшиклиги билан диф. диагноз қилинади	Гризел касаллиги	Клиппел-Фейля синдроми	пастки жағ ривожланмасли	спастик буйин кийшиклиги
520. Туғма буйин кийшиклигини қачон оператив даволаш мумкин?	2,5-3 ёш	1-2 ҳафталик	7-10 ҳафталик	3-5 ой
521. Мушакли буйин кийшиклигини тугирлаш учун қайси мушак кесилади?	туш-умров сургичсимон мушак	трапециясимон	ромбсимон	дельтасимон

522. Операциядан кейин қачон гипспен боғлам қуйилади?	1 кун	2 кун	6-7 кун	15-16 кун
523. Гризел касаллигида умурткада қайси узгаришлар кузатилади?	атланта-оксипитал чиқиш	калла суягининг асосининг синиши	атлантнинг ротацион силжиши	C _{IV} -C _V кундаланг равокларнинг синиши
524. Гризел касаллиги қайси ёшда куп учрайди?	4-5 ёшда	6-11 ёшда	14-15 ёшда	25-30 ёшда
525. Клиппел-Фейл касаллигида нима кузатилади умуркалар ораллигида?	анкилоз	артроз	«Сохта» бугим	синостоз
526. «Цервикализация» операциясини қимматли таклиф этган?	Зацепин	Бонол	Ланге	Буш
527. Қайси этиологик фактор Туғма маймоқ оёклилик учун хос эмас?	кичик болдир нервнинг жароҳати	амниотик тртилиш	хомила нормал ривожланишининг бузилиши	патологик хомила
528. Зацепин буйича типик ва нотирик маймоқ оёклилик неча фоизни ташкил этади?	75-25%	90-10%	90-50%	40-60%
529. Невроген формали маймоқ оёклиликда қайси умурткалар дисплазияга учрайди?	L _V -S _I	L _{III} -L _{IV}	L _I -L _{II}	S _{II} -S _{III}
530. Зацепин буйича Туғма маймоқ оёклиликда асосан қайси суяк узгаришга учрайди?	ошиқ	товон	кубсимон	понасимон
531. Қайси ёшда маймоқ	2-2,5 ёш	1-1,5 ёш	10 ой	14 ой

оёклиликни оператив усулда даволаш мумкин?				
532. Кайси касалликда товонни понасимон резекция килинади?	маймок оёклиликда	полиомиелитда	артрогриппоз	сон чикишида
533. Кайси касалликда Куслик буйича товонни уроксимон резекция килинади?	маймок оёклиликда	артрогриппоз	полиемиелитда	сон чикишида
534. Кайси ёшда Туғма маймок оёклиликни даволаш бошланади?	7-10 кун	20-30 кун	1 ой	2 ой
535. Маймок оёклиликда кайси мушак йукотилиб борилади?	катта болдир мушаги	кичик болдир мушаги	икрасимон мушак	оёк кафти мушаги
536. Кайси мушак маймок оёклиликда йириклашади ва йукотилади?	уч бошли мушак коринчаси	такимости мушак коринчаси	камбаласимон мушак	оёк кафти мушаги коринчаси
537. Кайси ойда эмбрионда бирламчи маймок оёклилик кузатилади?	эмбрионнинг биринчи 3 ойлигида	эмбрионнинг биринчи 4 ойлигида	эмбрионнинг биринчи 5 ойлигида	эмбрионнинг биринчи 6 ойлигида
538. Маймок оёклиликнинг эрта симптомига келтирилганлард ан кайси бири киради?	оёклар чарчаши ва юрганда икрасимон мушакларда огрик	бош огриги	умумий холсизлик	тугри жавоб йук
539. Ясси товонга хос булган дастлабки симптомларни курсатинг	юрганда оёкда огрик	бош огриги	умумий холсизлик	тупиклар сохасида огрик
540. Ясси товонда энг яхши физиотерапевтик метод	катта болдир мушаклари ритмик рефоризацияс	амплипульс	магнитотерапия	УВЧ

	и			
541. Ясси товодда кандай оёк кийим кийиш таъкикланади?	юмшок оёк кийим	сандали	ботинка	спорт оёк кийими
542. Ясси товоли болаларда мактаб ёшида кандай даволаш утказилади?	консерватив	мушак-пай кучириш	Илизаров аппарати	Волков-Огонесян аппарати
543. Ясси товогни огир турида кандай даволаш утказилади?	кичик болдир мушагини кучириш ва ахилл пайини узайтириш	Илизаров аппарати	консерватив даво	Волков-Огонесян аппарати
544. Сон суягининг Туғма чикиши барча ортопедик касалликларнинг неча фоизини ташкил килади?	3-5%	7-12%	23-27%	1-2%
545. Сон суяги Туғма чикишининг асосий симптомларига қайси симптом киради?	Маркс-Ортолани	оёқлар ротацияси	Греггерсон симптоми	яқинлаштириш ни чекланиши
546. Сон суяги Туғма чикиши симптомига қайси симптом киради?	сонни узоклаштириш ни чекланиши	Чалканча ётаолмаслик	яқинлаштириш ни чекланиши	Греггерсон симптоми
547. Қуйидаги симптомлардан қайси бири сон суяги Туғма чикиши симптомига киради?	думба бурмалари ассиметрияси	оёқлар ротацияси	Васкресенский симптоми	яқинлаштириш ни чекланиши
548. Сон суяги Туғма чикиши симптомларидан бирини курсатинг	оёқлардан бирининг калталиги	оёқлар ротацияси	Чалканча ёта олмаслик	Греггерсон симптоми
549. Сон суяги Туғма чикиши симптомларидан	оёқларнинг ташки ротацияси	Греггерсон симптоми	яқинлаштириш ни чекланиши	оёқларнинг ички ротацияси

бирини курсатинг				
550. Асосий диагностик текширув усулларидан бири:	рентгенологи к	УЗИ, ЭКГ	лаборатор	ЭЭГ, ЭхоЭГ
551. Сон суяги Туғма чикиши кайси касалликлар билан дифдиагностика килинади?	сон суягининг патологик чикиши	менископатия	Маделунга касаллиги	ДЦП
552. Тизза бугимида ёзувчи контрактураси булган болалар церебрал фалажи беморларда кандай кесма килинади?	«Z» симон кесма	«П» симон кесма	«L» симон кесма	тугри кесма
553. Болалар церебрал фалажи билан беморларни текшириш усули	неврологик текширувлар	УЗД	КТ	ЯМР
554. Болалар церебрал фалажининг огир даражасида биринчи ёрдам	хамма жавоб тулик эмас	скелет тортмасига олиш	гипсли «коксит» боглами	шина куйиш
555. Болалар церебрал фалажида Эггерса операцияси кайси сохада бажарилади?	тизза бугими, соннинг пастки учлиги сохасида	чаноқ-сон сохасида	болдир пастки учлигида	ошик болдир бугимида
556. Болалар церебрал фалажида Ахиллопластика операциясини бажариш методлари?	Вульпиус усули	Чаклин усули	Каплан усули	Бойчев усули
557. Вальгусли аник бугимдаги деформациясида ахиллопластикан инг энг кулай варианти?	Байер усули	Чаклин	Каплан	Юмашев

558. Полиамиелитда оёқлар зарарланганда қайси мушаклар гурухи жарохатланади?	сон ёзувчи мушаклари	болдир букувчи мушаклари	болдирни яқинлаштирувчи мушаклар	сонни букувчи мушаклари
559. Болалар церебрал фалажининг нечта даражаси бор?	енгил, уртача, огир	оддий, мураккаб	бошланиб келаётган, давом этувчи	уткир, сурункали
560. Рахитик сколиознинг белгисини курсатинг	Умurtканинг кукрак кисмидан бошланади	локал характерга эга	умurtканинг бел кисмидан бошланади	умurtканинг буйин кисмидан бошланади
561. Сколиозда қайси ҳолатда рентген утказилади?	ётган ҳолатда	утирган ҳолатда	ярим утирган ҳолатда	ёнбош ҳолатда
562. Сколиоз нима?	умurtка погонаси ёнга кийшайиб, уз укида айланиши	умurtка погонасининг олдинга кийшайиши	умurtка погонасининг орқага кийшайиши	умurtка погонасининг уз укида айланиши
563. Рахитик сколиознинг белгисини курсатинг	тотал характерли	лордоз билан компенсацияланади	локал характерга эга	умurtка бел кисмидан бошланади
564. Сколиозда қайси ҳолатда рентген утказилади?	турган ҳолатда	утирган ҳолатда	ярим утирган ҳолатда	олдинга эгилган ҳолатда
565. Сколиознинг диагностика усули	рентгенологик, КТ	УЗИ	ЭМГ	ЭЭГ, ЭхоЭГ
566. Рахитик сколиознинг белгисини курсатинг	кифоз билан компенсацияланади	локал характерга эга	умurtка бел кисмидан бошланади	лордоз билан компенсацияланади
567. Невроген сколиозга қайси патология киради?	нейрофиброматоз	спондилолиз	анкилоз оёқлардаги	люмбализация
568. Умurtка погонаси кийшайиш бурчагини аниклаш усули	Кобба усули	Павлов усули	Петти усули	Кохер усули
569. Чаклин	10-25°	5-10°	25-40°	40-60°

буйича II даража огиш неча градус?				
570. Невроген сколиозга қайси патология қиради?	сирингомиели я	анкилоз оёқлардаги	сон суяги Туғма чикиши	спондилолиз
571. Чаклин буйича III даража огиш неча градус?	25-40°	5-10°	40-60°	10-20°
572. Статик сколиоз турини курсатинг	сон суягининг Туғма чикиши	нейрофиброматоз	малғени касаллиги	спондилолиз
573. Чаклин буйича IV даража огиш неча градус?	40-90°	5-10°	10-20°	20-30°
574. Чаклин буйича I даража огиш неча градус?	10° гача	20° гача	30° гача	40° гача
575. Киз болаларда сколиоз прогрессивланиш ининг максимуми неча ёшга тугри келади?	11-13 ёш	9-10 ёш	7-9 ёш	17-20 ёш
576. Чаклин буйича сколиознинг нечта даражаси?	4 та даража	2 та даража	3 та даража	5 та даража
577. Угил болаларда сколиоз прогрессивланиш и максимуми неча ёшга тугри келади?	14-16 ёш	11-13 ёш	9-10 ёш	7-8 ёш
578. Болалар церебрал фалажининг асосий гурухи	тугрук пайтидаги асоратлар	уз вақтидан кечиккан тугрук	вақтидан утиб кетган тугрук	хомиладорнинг 1-2 туғруги булса
579. Асфиксия билан тугилган болаларнинг неча фоизида болалар церебрал фалажи учраши мумкин	70-80%	10-20%	20-30%	40-50%

580. Болалар церебрал фалажининг нечта даражаси бор?	енгил, уртача, огир	оддий, мураккаб	бошланиб келаётган, давом этувчи	уткир, сурункали
581. Болалар церебрал фалажи билан янги тугилган гудакларда даволаш режаси?	дегидратацион, витаминотерапия, антибиотик	сийдик хайдовчилар	огрик колдирувчилар	умумкувватловчи дори-дармонлар
582. Болалар церебрал фалажи билан касалланган беморларда Ахиллов пайини кандай кесма билан узайтирилади?	«L» симон кесма килиш	«П» симон кесма килиш	«Г» симон кесма килиш	«Z» симон кесма килиш
583. Ахиллов пайи узоклаштирилган беморларда гипс боглами канча муддатга куйилади?	4 ойга	2 ойга	3 ойга	1,5 ойга
584. Туғма сон чикишининг оператив даво усулларини курсатинг	чикишни очик усулда жойига солиш	скелет тортмаси ёрдамида тугрилаш	гипс бойлами ёрдамида тугрилаш	ЦИТО шинаси ёрдамида даволаш
585. Сон суяги Туғма чикиши неча ёшдан кейин операция килинади?	2 ёшдан кейин	1 ёшгача	5 ёшгача	15 ёшдан кейин
586. 1 ойгача булган гудакда Туғма сон чикишини даволаш усулини курсатинг	кенг йургаклаш, ЦИТО шинаси ёрдамида даволаш	оператив даво	гипсли даво	скелет тортмасига олиш
587. «Тренделенбург» синдромининг 1 та симптомини курсатинг	чонокни сог томонга эгилиши	чанокни чикиш томонга эгилиши	чанок бурмалари симметриклиги	оёкларни ташки ротацияси
588. «Тренделенбург» синдромини	думба бурмалари	думбани ташки томонга эгилиши	думба бурмалари симметриклиги	оёкларни ташки

1 та симптомини курсатинг	ассиметрияси			ротацияси
589. Сон суяги Туғма чикиши бўйича операция килинган беморлар канча вақтгача касал оёғига босмайди (томча хосил килиш операцияси)?	11 ой	2 ҳафта	2 ой	4 ой
590. Ёш болаларда ҳаётининг 1-ойларида сонни узоклаштириш неча градусни ташкил қилади?	70-90°	10-20°	20-30°	40-50°
591. Бир ойликкача бўлган гудакда Туғма сон чикишини даволаш усулини курсатинг	ЦИТО шинаси билан	оператив даво	ҳеч нарса килинмайди	гипсли бойлам
592. Туғма сон чикишини очик усулда даволашга курсатма	ёпик тугрилашни иложи йуклиги	1 ёшгача болалар	сон суяги эпифизар артрити	2 ёшгача болалар
593. Тугри сон чикишини очик уулда даволашга курсатма	ёпик тугрилашдан натижа булмаганда	1 ёшгача болалар	сон суяги эпифизар артрити	2 ёшгача болалар
594. Усмирлард а сон суяги очик усулда жойига солиш операциясидан кейин кандай гипс бойлами қўйилади?	чаноқ сон гипс бойлами	тутор гипс бойлами	дератацион этикча	юкори этик
595. Туғма кул маймок сабаби?	Туғма пайлар калталиги	Туғма тирсак чикши	Туғма елка чикши	Маделунг касаллиги
596. уғма кул маймок сабаби?	билак суякларининг ривожланмас лиги	Туғма «сохта» бугим	Маделунг касаллиги	артрогриппоз
597. Туғма маймок қулда	билак кафт бугими	билак кафт бугими ёзилиши	кул вальгусли деформацияси	тирсак бугими анкилози

кандай деформация кузатилади?	букилиши			
598. Типик Туғма маймоқ кул кайси касаллик хилига киритиш мумкин?	атипик артрогриппоз	Туғма синостоз	Маделкунг касаллиги	синдактилия
599. Билак суяги ривожланмаганда кандай поталогия кузатилади?	I кафт суяги ривожланмас лиги	елка суяги ривожланмаслиги	артрит	артроз
600. Билак суяги ривожланмаганда кандай поталогия кузатилади?	кайиксимон суяк ривожланмас лиги	Маделунг касаллиги	артроз	артрит
601. I бармоқ ривожланмаганда кандай функция бузилади?	ушлаш функцияси	букиш функцияси	тирсак букиш функцияси	ёзиш функцияси
602. Билак суяги ривожланмаганда кандай операцияси бажарилади?	тирсак суяги резекцияси	артропластика	тенодез	тендопликация
603. Маделунг касаллигининг бошқача номи кандай?	кул бармоқ сурункали ярим чикиши	рекленгаузен касаллиги	Кинбек касаллиги	елканинг постравматик чикиши
604. Маделунг касаллиги кайси ёшда куп учрайди?	13-16ёш	10-12 ёш	7-9 ёш	20-25 ёш
605. Маделунг касаллигининг сабаби нима?	эпифезар тоғайлар ахондроплазияси	кайиксимон суяк хондроплазияси	сон бошчаси асептик некрози	сон бошчаси дисплазияси
606. Маделунг касаллигида асосан кайси суяк жарохатланади?	билак суяги	елка суяги	кафт суяги	бармоқ суяклари
607. Маделунг касаллигида кулнинг кандай функцияси бузилади?	билак супинацияси	билак пронацияси	елкани узоклаштириш	елкани якинлаштириш

608. Маделунг касаллигининг диагностика усули?	рентгенография	денситометрия	электромиография	УЗ И
609. Маделунг касаллигида кулланиладиган операция усули?	Шпрингел операцияси	Бойчев операцияси	Вреден операцияси	Мак - Муррей операцияси
610. Шпрингел операцияси мохияти?	билак суяги остеотомияси, квадрат пронатор мускулни кесиш	елка суяги резекцияси	денервация	невролиз
611. Куракни Туғма юкори туриши автор буйича кандай номланади:	Шпренгель касаллиги	Маделунг касаллиги	Калве касаллиги	Шейерману-Мау касаллиги
612. Шпренгель касаллиги наслдан наслга кандай утади:	аутосом доминант	аутосом рецессив	аралаш	наслга берилмайди
613. Шпренгель касаллигида касал томон сог куракдан неча сантиметр юкори туради:	3-4 см	4-5 см	5-6 см	1-2 см
614. Шпренгель касаллиги биринчи марта ким томонидан ёзилган:	Эйленбург	Шпренгель	Кирмиссон	Фридлянд
615. Касал курак сог куракдан неча сантиметр узунлиги калта:	1-2 см	2-4 см	3-4 см	5-6 см
616. Шпренгель касаллигида кайси бугимда харакат чекланади:	елка бугими	елка ва тирсак	умров-курак	юкоридаги хамма бугимларда
617. Кайси томонда Шпренгель касаллиги купрок учрайди:	чапда	унгда	иккала томонда бир хил	ёшларда чапда, катталарда унгда
618. Шпренгель	куракнинг	касал томонида	тирсак бугими	елка

касаллиги клиникасида характерланади:	юкори туриши ва унинг айланиши билан	куракнинг катта булиши билан	контрактура борлиги билан	бугимининг периартериити билан
619. Туғма ампутациялар тури:	эктромиелия, гемимиелия	эктродактилия, синдактилия	полидактилия, амиелия	брахидактилия
620. Гемимиелия нима?	мучалнинг дистал кисмининг йуклиги	мучалларни умуман йуклиги	бармоқларнинг йуклиги	куп бармоқлик
621. Фокомиелия нима?	мучалларнинг проксимал кисмини ривожланмаслиги	дистал кисмининг ривожланмаслиги	дистал кисмларнинг катталашиб кетиши	бармоқларнинг ривожланмаслиги
622. Амниотик тортмаларининг давоси нима?	оператив	консерватив	физиотерапевтик	оператив-консерватив
623. Амниотик тортмаларнинг оператив давоси турлари:	хаммаси	циркуляр кесиш	тортмаларни 3-4 жойдан чуқур кесиш	уч бурчакли лахтагни бир-бирига тикиш
624. Бармоқларда чуқур тортмаларни бирдан-бир давоси нима:	бармоқ ампутацияси	тери пластикаси	тортмаларни кесиш	кон-томирларни утказиш
625. Синдактилия нима?	кушни бармоқларни бир-бири билан кушилиши	бармоқларнинг ривожланмаслиги	куп бармоқлилик	ургимчак бармоқлилик
626. Синдактилиянинг турлари?	хаммаси тугри	тери формаси	суяк формаси	охирлари кушилиб кетиш формаси
627. Синдактилия давоси?	хирургик	медикаментоз	физиотерапевтик	даволаб булмайди
628. Шпренгель касаллигида даво?	оператив	факат консерватив	гипсли корсет	физиотерапевтик
629. Шпренгель касаллигида консерватив даво канча эффект беради?	натижа бермайди	25%	50%	75%
630. Шпренгель касаллигида килинадиган	куракни мобилизацияси, пастга	куракни олиб ташлаш	куракни резекция килиш	оператив даво кулланилмайди

операциялардан кузланадиган мақсад?	тушириб янги жойга фиксация қилиш			
631. Шпренгель касаллигида оператив даво?	путти операцияси, Терновский операцияси	Шпренгель операцияси	Чаклин операцияси	Черкес-Заде операцияси
632. Канотсимо н курак булади?	Туғма ва орттирилган	факат Туғма	факат орттирилган	факат жароҳатдан кейин
633. Канатсимо н курак этиологияси?	полиомиелитдан кейин	остеохондроз асорати	ДЦП кейин	артрогриппоздан кейин
634. Канатсимо н куракни қайси касалликлар билан дифференциал диагностика қиламиз:	Шпренгель касаллиги билан	курак умурткалари остеохондрози билан	канатсимон буйин билан	воронкасимон курак кафаси билан
635. Канатсимо н куракда қандай икки тип операция қўлланилади:	функционал ва стабилизация ловчи	фиксацион ва резекцион	факат функционал	факат стабилизаторчи
636. Стабилизацион оператив давосининг асосий мақсади нимадан иборат?	йўгон ип билан курак ички қиррасини 6-8 қовургага урта қизик бўйича тикиб қўйиш	ички қиррасини резекция қилиш	металл мосламалари билан остеосинтез қилиш	умровни резекция қилиш.
637. Брахидактилия нима?	бармоқларнинг қалталиги	бармоқларнинг қўшилиб қетканлиги	қўп бармоқлик	ургимчак бармоқлик
638. Бармоқларни қон жихатидан қам бўлиши нима деб аталади?	брахиалангия	брахидактилия	брахискелия	эктодактилия
639. Туғма сохта бўғим асосан қайси суякларда учирайди?	болдир суякларидан	қон суягида	елка суягида	балак суякларидан
640. Амниотик қортомаларнинг асорати?	Туғма сохта бўғим	ампутация	А ва Б тугри	тугри жавоб йук
641. Кафтнинг	ахейрия	амиелия	брахидактилия	брахиалангия

яхши ривожланмаслиги ёки умуман йук булиши нима дейлади?				
642. Туғма сохта бугим этиологияси?	фиброз остеодисплаз ия	хондродистрофия	хондродисплазия	хомиладорлик пайтида куп кальций истеъмол килиш
643. Нормада ШДУ неча градус?	125-127°	130-132°	134-136°	110-120°
644. Соха varaда ШДУ неча градус?	45°	60-70°	80-90°	90-100°
645. Соха varaда даво?	оператив	консерватив	физиотерапевтик	медикаментоз
646. Фолькман контрактурасини симптомини курсатинг?	тери тезгирлигини нг йуклиги	бармоқлар анестезияси	бармоқлар гиперестезияси	пайларнинг зарарланиши
647. Остеохондр опатияларнинг стадиялари:	5 та;	4 та;	3 та;	2 та;
648. Легг- Кальве-Пертес касаллигида остеохондропатия локализацияси:	сон суяги бошчаси;	катта болдир суяги гадир- будирлиги;	товон суяги;	оёқ панжа кафт суяклари;
649. Сон суяги бошчаси остеохондропатия си кайси автор касаллиги деб аталади?	Легг-Кальве- Пертес;	Осгуд-Шляттер;	Келлер – 1;	Келлер – 2;
650. Осгуд- Шляттер касаллигида остеохондропатия локализацияси:	катта болдир суяги гадир- будирлиги;	сон суяги бошчаси;	тизза копкоги;	кайиксимон суяк;
651. Катта болдир суяги гадир-будирлиги остеохондропатия си кайси автор касаллиги деб аталади?	Осгуд- Шляттер;	Пертес;	Кальве;	Келлер 1;
652. Келлер 1 касаллигида	оёқ панжаси кайиксимон	сон суяги бошчаси;	катта болдир суяги гадир-	умуртка танаси;

остеохондропатия локализацияси :	суяги;		будирлиги;	
653. Оёк панжаси кайиксимон сугяи остеохондропатия си кайси автор касаллиги деб аталади?	Келлер 1;	Келлер 2;	Пертес;	Кальве;
654. Келлер 2 касаллигида остеохондропатия локализацияси:	оёк панжанинг кафт суяклари;	кайиксимон суяк;	сон суяги бошчаси;	умуртка;
655. Оёк панжаси кафт суяклари бошчаларининг остеохондропатия си кайси автор номи билан аталади?	Келлер 2;	Келлер 1;	Осгуд-Шляттер;	Пертес;
656. Сон суяги бошчаси остеохондропатия сининг 1- стадияси:	говак модданинг некрози;	бошчанинг пачогланиши;	импрессион синиш;	фрагментация;
657. Сколиоз нима?	умуртка погонасининг ёнга кийшайиши ва умуртка таналарининг ротацияси:	умуртка погонасининг ёнга кийшайиши;	физиологик кифознинг кучайиши;	физиологик лордознинг кучайиши;
658. Сколиоз кечишида канча огирлик дарадаси ажратилади?	4 та;	5 та;	3 та;	2 а;
659. 1-даражали сколиозда кийшайиш бурчаги:	5 градусгача;	10 градусгача;	15 градусгача;	5 дан 10 градусгача;
660. 2-даражали сколиозда кийшайиш бурчаги:	5-15 градус;	5-20 градус;	15-50 градус;	20-80 градус;
661. 4-даражали сколиозда кийшайиш бурчаги:	80 градусдан юкори;	50 градусдан юкори;	60 градусдан юкори;	15-80 градус;
662. 3-даражали	15-80 градус;	5-30 градус;	5-15 градус;	25 градусгача;

сколиозда кийшайиш бурчаги:				
663. Туғма сон чикишини консерватив даволашда кулланилади	давалаш гимнастика	физиотерапия	курорт даволаш	массаж
664. сон суяги башчаси Туғма чикишида жаррохлик усули булинади	бугим ичидаги ва бугимдан ташкари амалиет	тос суякларида	сон суяги проксимал кисмида	артропластика билан биргаликда
665. сон суяги Туғма чикишини бугим ичи жаррохлик амалиётидан кейинги асорати	сон бошчасининг асептик некрози	релюксация	анкилоз	контрактур
666. сон бошчасининг Туғма чикишини жаррохлик амалиети билан даволагандан кейин, куйилган гипс бойлами ечилгандан кейин кулланилади	пассивные физик машгулот	активные физик машгулот	балчик билан даволаш	сувли муолажалар
667. сон бошчасининг Туғма чикиши сабабли жаррохлик амалиёти бажарилган беморга қачон оёғига босиш рухсат Нагрузка на оперативную конечность при врожденном вывихе бедра разрешается	1 йилдан кейин	3 ойдан кейин	6 ойдан кейин	3ойдан кейин
668. тизза копкогининг чикиши қуп учрайди	чап томонлама	бир томонлама	унг томонлама	иккитомонлама
669. тизза копкоги Туғма	дисплазия	ривожланиш нуксонлари	тизза бугими сохасининг	бевосита жарохат

чикишининг этиологияси			анатомик дефектлари	
670. тизза копкоги силжишининг куп учрайдиган тури	латерал	медиал	горизонтал	ротацион
671. тизза копкогининг чикишлари булади	хамма саналганлар	рецидивланувчи	доимий	одатли
672. тизза копкоги Туғма чикишларида кушимча нуксонлар учрайди	умуртка равокларининг г ёпилмаслиги	маймок оёклик	сон буйинчасининг вальгус деформацияси	ясси-вальгусли оёк панжаси
673. тизза копкогининг Туғма чикишида консерватив давонинг натижалари (массаж, ЛФК, тутор бойлалари, мушаклар электростимуляц ияси)	деярли узгаришсиз	яхши натижа	ёмон натижа	асорат кузатилади
674. тизза копкогининг Туғма чикишини жаррохлик йули билан даволаш учун оптимал ёш	5 ёш	3 ёш	7 ёш	10 ёшдан катта
675. тизза копкогининг Туғма чикишида куп кулланиладиган жаррохлик амалиёти.	аралаш амалиёт	бугимда амалиёт	мушак-пай аппаратида	суякларда
676. тизза копкогининг Туғма чикишида жаррохлик амалиёти дан кейин куйиладиган гипс бойлами	орка гипсли лонгета	айланма бойлам	коксит гипс бойлам повязко	шиной Беллера
677. тизза	4 hafta	3 hafta	1.5 ой	2 ой

копкогининг Туғма чикишида жаррохлик амалиётидан кейин иммобилизация муддати				
678. тизза копкогининг Туғма чикишида жаррохлик амалиётидан кейинги реабилитация	хаммаси	массаж	электродаволаш	даволаш гимнастикаси
679. тизза копкогининг Туғма чикишини жаррохлик йули билан даволагандан кейин тиззада ҳаракатлар тулик тикланади	2 ойдан кейин	1 ойдан кейин	3 ойдан кейин	ярим йилдан кейин
680. Туғма маймокликнинг этиологик фактори	дисплазия	корин ичида жарохати	тугилишдаги жарохат	наслий
681. маймок оёкликнинг асосий симптоми	оёк панжа варуси	оёк панжа экскаватуси	оёк панжа вальгуси	оёк панжа эквинси
682. маймок оёкли бемор юрганда	оёк панжанинг ташки киррасига босади	оёкни олдинма- кетин ташлайди	оксокланиб юради	оёк панжанинг ички киррасига босади
683. маймаклик да купрок катнашади	катта болдир олди мушаги	бармоқларнинг узун буқувчиси	катта болдир орқа мушаги	ахилл пайи
684. маймоклик и консерватив даволаш бошланади	тугилгандан	1 ойлигидан	3 ойлигидан	ярим йилдан кейин
685. маймоклик и консерватив давosi	гипс бойлам	массаж, ЛФК	редрессация	юмшок бинтлаш ва ЛФК
686. маймоклик и консерватив даволаш давомийлиги	1 йилгача	6 ойгача	2.5-3 йилгача	5 ёшгача
687. Туғма	9 ешдан	12-ойлигидан	6 ойлигидан	5 ойлигидан

маймакликда жаррохлик амалиети бажарилади				
688. Туғма оёк маймоклигида жаррохлик амалиёти кайси тузилмаларда бажарилади	оёк панжа ва болдир суяуларида	пай бойлам аппаратида	пайда	бугимда
689. оёк маймоклигида жаррохлик амалиётдан кейин гипс бойлами қуйилади	6 ойга	2 ойга	3 ойга	1 ойга
690. курсатилган касалликлардан кайси бирида тукима ривожланмаганлиги сабаб булган	чаноқ-сон бугими дисплазияси	Туғма кул кийшиклига	амниотик бойлам	соннинг патолог чикиши
691. остеохондропатия асосида ётади	етилиш дисфункцияси	усиш дисфункцияси	механик таъсир	хомиланинг нотугри ривожланиши
692. сон суяиги чикишининг патогинези асосида ётади	етилиш дисфункцияси	усиш дисфункцияси	тугилишидаги жарохат	хомила инфекцияси
693. юкори Дюшенн - Эрба параличида кузатилади	елканинг ички ротацияси ва танага якинлашуви, кул бармокларида ҳаракатлар сакланган	кул бармокларида ҳаракатлар йук	жарохатланган томонда ҳаракат йук	бир томонлама спастик гемипарез
694. тугурук пайтида куп учрайдиган эпифизеол	елка суяги дистал эпифизиди	елка суяги проксимал эпифизиди	сон суяги проксимал эпифизиди	сон суяги дистал эпифизиди
695. Ключевке параличига хос	кул бармокларида ҳаракат булмаслиги	елканинг ички ротацияси ва танага якинлашуви, кул бармокларида ҳаракатлар	жарохатланган томонда ҳаракат йук	бир томонлама спастик гемипарез

		сакланган		
696. Дюшенна - Эрба параличини даволашда кулнинг оптимал ҳолати	танасига бинтлаб қуйиш	Дезо бойлами	ташки ротация ва елкани танадан 90° га олиб қочган ҳолатда	фиксация шарт эмас
697. Туғма бўйин кийшиклиги қандай деформацияга тегишли	миоген деформация	десмоген деформация	невроген деформация	дермо-десмоген деформация
698. Туғма бўйин кийшиклигининг этиопатогенези	туш-умров-сургичсимон мушакнинг Туғма нуксони	тугурук пайтида жароҳат	хомиланинг нотугри жайлашиши	яллигланиш процесси
699. Туғма мушакли бўйин кийшиклигининг белгилари намоён бўлади	тугурукдан кейин 10-14 куни	биринчи 3-5 кунда	1 ойлигида	3 ойлигида
700. бўйин кийшиклигини консерватив даволаганда бошлаш керак	тугилгандан	2 ҳафталигидан	2-5 ойдан кейин	0.5-1 йил ичида
701. консерватив даво самарасиз бўлса, жаррхлик амалиётини қўллаш керак	3-4 ёшлигида	1 ёшгача	2 ёшгача	3 ёшгача
702. бўйин кийшиклигида жаррохлик амалиётига абсолют курсатма	юз ва бўйиннинг қучаювчи асимметрияси	осанка бузилиши	қуриш уткирлигининг бузилиши	яқинлаштирувчи ва узоклаштирувчи стробизм
703. Клипель - Фейля касаллиги бў-	бўйин ва юкори курак умурткаларининг Туғма синостози ва равоқларининг ёпилмаслиги	уйин ковурагалар мавжудлиги	1 бўйин умурткасининг яллигланиш этиологияли орттирилган чала чиқиши	уткир мушак бўйин кийшиклиги
704. бир еки иккала умров суягининг бўлмаслиги бў-	калла-умров дизостоза	Гризеля касаллиги	Клипель – Фейля касаллиги	Бенневи - Ульриха синдроми
705. Туғма умуртка	хаммаси	курак ва думгаза ривожланиш	умуртка таналарининг	умуртка таналарининг

деформацияларид а асосий сабаб		аномалияси	алохида битиши	сони купайиши ёки камайиши
706. радиоульнар синостозда жаррохлик амалиётига абсолют курсатма	билакнинг пронацион ва супинацион ҳолати	абсолют курсатма йук	билак томонга кул кийшиклиги	тирсак томонга кул кийшиклиги
707. Туғма кул кийшиклигини жаррохли даволаш кулланилади (суяк дефектига суяк-пластикасини бажариш)	3-5 ёшлигида	3 ёшгача	биринчи ойларда	5-7 йил ичида
708. Маделунг деформацияси - бу	кул панжаси ва билакнинг найзасимон деформацияси	билак кийшик куллиги	тирсак кийшиккуллиги	билак суякларининг калталашиши
709. оёк маймоклигида ҳолати	келтирилган, супинация ва панжа томонга букилган	олиб кочган, супинация ва панжа томонга букилган	келтирилган, пронация ва панжанинг ташки томонига букилган	олиб кочган, пронация ва панжа урта ҳолатда
710. сон буйинчасининг Туғма варус деформацияси асосида ётади	эпифизар-диафизар бурчак улчамлари	оёк калталиги даражаси	катта кост ҳолати	бошча эпизининг суякланиш вақти
711. Туғма сон чикишини Виленский шинаси балан даволаш пайтида этиборга олинмаган огрикли, олиб келувчи мушаклар контрактураси олиб келиши мумкин	сон бошчасининг асептик некрозига	шокга	капсула ертилишига	соннинг буралишига
712. ёш болаларда эквинусни ортопедик даволаш уз ичига олади	ахил пайини узайтириш	артродез	ортопедик оёк кийими кийиш	орка катта болдирсимон мушакни узайтириш

713. Кулнинг биомеханик уки каердан утади	Елка,билак,тирсак суяклари бошчасидан	Елка,билак,суяклари диафизидан	Елка,билак,суяклари эпиметафизидан	Билакнинг дистал кисмидан
714. Травматизмнинг асосий турларини курсатинг	Спортда,кишлок хужалигида, ишлаб чиқаришда, кучада	Спортда,кишлок хужалигида, экологик	Кишлок хужалигида, кучада, мактабда	Спортда, ишлаб чиқаришда, заводда
715. Оёкнинг биомеханик уки каердан утади	Ёнбош суяк олдинги юкори кирраси, тизза копкоги медиал кисми ва оёк панжаси I-II бармоклари орасидан	Сон болдирнинг диафиз кисмидан	Болдирнинг дистал сохаси ва оёк панжаси II-III бармоклари орасидан	Соннинг ва болдирнинг ички кисми, оёк панжалари юзасидан
716. Бугимларни улчашда қайси мосламадан фойдаланилади	Угломердан	Сантиметрли лентадан	Угломердан ва сантиметрли лентадан	Тономиометрдан
717. Транспорт имобилизацияси қачон қулланилади	Беморни касалхонага олиб бориш учун қулланилади	Беморга операциядан сунг ишлатилади	Биринчи маротаба қабулхонада қуйилади	Рентген кабинетда қулланилади
718. Билак жароҳатларида транспорт имобилизациясининг вазифаси	Тирсак ва билак-қафт бугимларни ҳаракатсизлан тириш	Операцияда тинч туриши учун	Операциядан кейин имобилизация учун	Тирсак ва билак суяқларини репозицияси учун
719. Гипс учун қайси бойламлар қулланилади	Пахта-докали, трикотажли ва астарсиз (бесподкладочная)	Факат пахта-докали	Юмшок матоли бойламлар	Эластик бинт
720. Синган суяк қадоғи ҳосил бўлиш муддатиға сабабчи асосий омиллар	Беморни ёши, эндокрин узғаришлар, маҳаллий факторлар, қон билан таъминланиш и, механик факторлар таъсири	Жароҳатнинг оғир ёки енгиллиги	Суякнинг очик ёки ёпик синиши	Беморнинг иммунологик статуси
721. Суяк қадоғининг	Периост, эндоост,	Остеоген ва хондрицит	Коллаген ҳосилалар	Кальций ва фосфор

таркибий кисмлари	интермедиар кадоклар	тукималари		минераллари
722. Суяк битишининг (консолидацияни нг) секинлашишига сабаблар	Авитаминоз, калконсимон безнинг гиперфункция си, сурункали касалликлар, гормонал дориларни куллаш окибатида	Ёш болалар организми булгани учун	Синикларнинг остеомиелит билан асоратланиши	Ёпик синикларда учровчи ностабиллик
723. Сохта бугим хосил булишига асосий сабабчи булган холатлар	Иммобилизац ия ва муддатнинг камчилиги, суяк булаклари аро интерпозиция ,суяк булаклари ёмон туриши	Огир турдаги очик парчаланиб синишлар, инфекция	Синик зонаси остеомиелит билан асоратланиши	Асосан диафизар соханинг кам кон билан таъминланиши
724. Тиббий реабилитация качон бошланади?	Беморни шифокорга мурожаат килган вактидан бошлаб	Шифохонадан чикишдан аввал	Операциядан сунг	Санатория- курортда даволанишда
725. Ижтимоий реабилитациянин г асосий максадини курсатинг	Шикастланга н беморда уз- узига хизмат килишни ургатиш	Мехнат кобилиятини тиклаш	Операцияга тайёрлаш	Янги иш жойига тайёрлаш
726. Профессио нал реабилитациянин г асосий максадини курсатинг	Ногиронларн и мехнат фаолиятига тайёрлаш	Реабилитация килинганларни диспансер назоратига тайёрлаш	Кундалик хаётга мослаштириш	Шикастланган беморни уз жамоасига кайтариш
727. Чикиш деб нимага айтилади?	Суяк охирларини тулик силжиши	Суяк охирларини парчали синиши	Суяк охирларини тулик силжимаслиги	Бугим халтасини йиртилиши
728. Янги чикишни муддатини айтинг	Биринчи 2 кун давомида	3-4 хафтагача	4 хафтадан кейин	3 соатга кадар
729. Одатий чикиш деб нимага айтилади?	Бугимда бирламчи чикишдан сунг, доимий	12 ойдан сунг кайтариладиган чикиш	Интерпозиция сабабли тугирлаб булмайдиган чикиш	1 ойдан сунг кайтариладиган чикиш

	кайтириладиган чикиш			
730. Елка чикиш фоизини курсатинг	50-60%	20-35%	80-90%	72-87%
731. Елка чикиш турларини айтинг	Олдинга, оркага, пастга	факат олдинга	Асосан оркага ва пастга	Юқорига
732. Елка чикишини тугирлаш усуллари айтинг	Гиппократ-Купер, Кохер, Мота	Илизаров, Чаклин	Павлов-Кучер	Галену
733. Елка чикишини Кохер усулида тугирлашга карши курсатмалар:	Остеопороз	Шикастнинг муддати	Беморнинг атлетик тузилиши	Ёш бола булгани учун
734. Елка чикишини Кохера усулида тугирлаш неча боскичдан иборат ?	4 боскичдан иборат	2 боскичдан иборат	3 боскичдан иборат	1 боскичдан иборат
735. Елкани одатий чикиш фоизини айтинг	12-16 %	7%	90%	2%
736. Способ лечение привычного вывиха плеча	Оператив усулда	Консерватив усулда	Функционал усулда	Скелет тортма мосламасида
737. Галеаций синиши симптомини курсатинг	Билак диафизини синиши	Тирсак диафизини синиши	Сон диафизини синиши	Елка диафизини синиши
738. Монтеджи синиши симптомини курсатинг	Тирсак диафизини синиши	Билак диафизини синиши	Елка синиши	Ёнбош суягини синиши
739. Монтеджи синиши турини курсатинг	Букувчи, ёзувчи	Пронацион, супинацион	Аддукцион, абдукцион	Келтирувчи, узоклаштирувчи
740. Билак суягини типик жойидан синиш турини кырсатинг	Смит, Колес	Галеация, Гиппократ	Монтеджи, Галеаций	Павлов, Илизаров
741. Кайиксимон суяк думбокчасидан	3-6 хафта	2-5 хафта	9-10 хафта	2-3 ой

синганда фиксация муддати канча				
742. Кайиксимон суяк танасидан синганда фиксация муддати канча	10-12 ҳафта	3-4 ҳафта	4-5 ҳафта	2-3 ой
743. I қафт суяги асосидан синиш турини курсатинг	Беннет, Роланд	Смит, Коллес	Галеация, Монтеджи	Галеация, Гиппократ
744. Беннет синишида фиксация муддати курсатинг	4-6 ҳафта	2-3 ҳафта	7-8 ҳафта	1-2 ҳафта
745. Нормада сон диафизини буйинча бурчаги уртача даражасини аниқланг	127°	160°	90°	105°
746. Елка суяги хирургик буйинчасидан синиш турини курсатинг	Абдукцион, аддукцион	Букувчи, ёзувчи	Пронацион, супинацион	Узилиб, тортилиб
747. Елка синишида ёпик репозицияга қарши курсатмаларни аниқланг	Билак нервини шикастида	Елкани кундаланг синишида	Елкани қийшиқ синишида	Елкани спиралсимон синишида
748. Сон суяги латерал синиш турини курсатинг	Куслараро, куст орқали	Трансцервикал	Субкапитал	Капитал
749. Сон суяги медиял синиш турларини курсатинг	Трансцервика л, субкапитал, капитал	Куслараро, куст орқали, узилиб синиш	Куслараро, ости, диафизар	Валгусли, варусли
750. Елка диафиз қисмининг синиш симптомларини аниқланг	Деформация	Пружинали қаршилик	Нисбий калталиқ	Супинация
751. Елканинг флексион синиш белгиси	Синиш бурчаги олдинга очилган	Пружинали қаршилик	Синиш бурчаги орқага очилган	Нисбий калталиқ

752. Елканинг экстензион синиш белгиси	Пиниш бурчаги оркага очилан	Пружинали =аршилик	Синиш бурчаги олдинга очилган	Нисбий калталик
753. Сон суяги марказий чикишида скелет тортма мосламаси каердан утказилади?	Катта кустдан	Товон суягидан	Катта болдир суягидан	Каплан быйича
754. «Капалак» синиш тури	Ков ва утиргич суякларнинг 2 томонлама синиши	Ёнбош суяги 2 томонлама синиши	Ков суягини парчаланиб синиши	Чаноқ косасини синиши