

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

Олий ва ўрта таълим бўйича ўқув услуб идораси
Бухоро Давлат Тиббиёт институти

***Травматология ва ортопедиядаги
беморларда умуртқа поғонасининг жароҳатланиши
ва уларни даволаш.***

*т а л а б а л а р у ч у н у с л у б и й
қ ў л л а н м а*

Бухоро – 2005й.

Олий ва ўрта таълим бўйича ўқув услуб идораси
Бухоро Давлат Тиббиёт институти

“ТАСДИҚЛАЙМАН”
УзРССВ кадрлар, фан ва ўқув
ютрлари бош бошқармаси
бошлиғи профессор:
Ф.А. Акилов _____
_____ 2005й.

***Травматология ва ортопедиядаги
беморларда умуртқа погонасининг жароҳатланиши
ва уларни даволаш.***

(талабалар учун услубий қўлланма)

Бухоро – 2005й.

Тузувчилар: *каф.муд.доцент: Акрамов В.Р*
доцент: Зарипова Ш.С.
ассистент: Ширинов Ж.Н
ассистент: Насруллаев Ҳ.Ҳ.

Рецензентлар:

Омиров Р.Ю. *Бух. Т.И. У1-У11 курс жарроҳлик*
кафедраси мудири, т.ф.д. профессор.

Ҳамроев Ш.Ш. *II-ТошДавТИ Травматология- ортопедия ҲДЖ ва*
Нейрохирургия кафедраси мудири, профессор.

МУК йиғилишида муҳокама қилиниб тасдиқланган.

Баённома № _____ 2005й.

**М а в з у: УМУРТҚА ПОҒОНАСИНИНГ ЖАРОҲАТЛАНИШИ
ВА УЛАРНИ ДАВОЛАШ.**

Маъруза мақсади:

Талабаларга умуртқа поғонасининг жароҳати бор беморларга ташхис қўйиш, бирламчи кечиктириб бўлмайдиган ёрдам кўрсата олиш, консерватив ва оператив даволаш усуллари ҳақида тушунча ҳосил қилиш.

Маърузадан кутиладиган натижалар:

Маъруза эшитилгандан сўнг талабалар умуртқа поғонаси жароҳатланиши ва уларни даволашнинг клиник шакллари билишлари керак:

1. Умуртқа поғоналари функциялари ва анатомик тузилишларини;
2. Жароҳатловчи таъсирлар механизмига қараб умуртқа поғонаси жароҳатларини классификация қилишни;
3. Умуртқа поғонаси чиқишлари ва синишларининг клиник симптомларини;
4. Умуртқа поғонасининг оқибатли жароҳатлари клиник белгиларини;
5. Рентгенограммада умуртқа поғонасининг чиқиши ва синишларини кўра олишни;
6. Умуртқа поғонаси жароҳатлари бор беморларни текшириш усулларини;
7. Умуртқа поғонаси жароҳат хусусиятига қараб консерватив ва оператив даволаш тактикасини танлай билишни;
8. Умуртқа поғонасининг жароҳат жойига қараб гипсли бойлам қўйиб даволаш усулларини;
9. Умуртқа поғонаси чиқишлари ва синишларида репозиция қилиш, ташхислаш, скелет тортмалар қўйиб, вақтида даволаш усулларини;
10. Умуртқа поғонаси жароҳатларида ётоқ режим, реабилитацияси ва меҳнатга лаёқатсизлик вақтини танлаб билиш;
11. Умуртқа поғонасининг асоратсиз ва жароҳатланишида даволаш гимнастикаси, реабилитациясининг турли хил даврларида қўллай олишни;
12. Жароҳатдан сўнг эрта ва кечки даврда типик асоратларнинг профилактикаси ва даволаш усулларни.

Талаба қўйидагиларни билишлари керак.

Умуртқа поғонаси тананинг асосий ўқи ҳисобланиб унда бош, елка ва чанок камари туради. Сегментар тузилишга эга бўлиб, суяк ва эластик элементлардан таркиб топган конструкцияни эслатади.

Умуртқанинг суяк қисмига: танаси, равоқлари, тўрт бўғим (2 та юқори ва 2 та паст) икки кўндаланг ва бир ўткир ўсиғидан иборат.

Эластик қисмига: умуртқалараро диск ва бойлам аппарати киради.

Умуртқа поғонаси 32-34 та умуртқалардан ташкил топган бўлиб, улардан 7та бўйин, 12та кўкрак, 5та бел, 4-5 та думғаза ва 4-5та дум суякларидан иборат.

Умуртқа танаси ғоваксимон бўлиб, улар ўзида суякли тўсиқчаларни тутати. Бу тўсиқчалар вертикал, горизонтал ва радиал йўналган. Юқорига краниал ва пастга каудал йўналган туташтирувчи пластинкалардан ташкил топган. Ҳар икки кетма-кет турган умуртқа поғонасининг бўйин, кўкрак, бел соҳасида 3 та бирикма ва

бойламлар билан бирлашган. Юқоридаги умуртқанинг пастки бўғим ўсиқлари орасида ҳосил бўлган 2 та бирлашма ҳақиқий ҳисобланади. Бу диартроз бўғим ҳисобланиб, бўғим юзаси гиалин тоғай бўлиб, ўзида синовиал қават ва синовиал суюқлик сақлайди.

Умуртқалараро бўғимда бўғим бўшлиғи бўлиб, у тор ёриқ сифатида умуртқа поғонасида турлича жойлашган. Бўйин соҳасида бўғим бўшлиғи горизонтал юзага нисбатан орқада жойлашган бўлади. Кўкрак ва бел умуртқалар соҳасида бўғим бўшлиғи вертикал йўналишга эга. Кўкрак соҳасида бўғим бўшлиғи фронтал юзага яқинлашади ва у ташқаридан олдинга, ичкаридан орқага йўналган. Бел соҳасида бўғим бўшлиғи саггитал юзага яқинлашади ва улар олдиндан ичкарига, орқадан ташқарига йўналган.

Умуртқа поғоналари бир - бири билан умуртқалараро дисклар ёрдамида туташган бўлиб, бу диск желатинсимон дирилдоқ ядро ва фиброз толали ҳалқалардан иборат. Умуртқалараро дискнинг баландлиги умуртқа поғонасининг 1/4 қисмини ташкил этади.

УМУРТҚА ПОҒОНАСИ БОЙЛАМЛАРИ.

- олдинги бўйлама бойлам, энса суягининг ютқун дўмбоғидан бошланиб, умуртқа поғонасининг олдинги ён юзалари бўйлаб ўтиб, думғаз суягининг чанок юзаси соҳасида тугайди. Бу бойлам умуртқа поғонаси билан зич боғланган бўлиб, умуртқа поғонасининг эластик бирлашмаси ҳисобланади. Бу бойлам умуртқа поғонасининг ҳаддан ташқари ёзилишига йўл қўймайди.
- орқа бўйлама бойлам умуртқа поғонасининг орқа каналида жойлашган бўлиб, у энса суяги дўмбоғидан бошланади ва думғаз каналининг олдинги юзасида тугайди. Бу бойлам умуртқалараро дискда зич бойланиб, умуртқа поғонасининг ҳаддан ташқари букилишига монелик қилади.
- сариқ бойлам умуртқанинг бир-бирига қараган равоқлар ўртасидаги бойлам. Юқорида турган умуртқа суягининг ички равоғидан, пастда турган умуртқанинг ташқи равоғи орасида тортилган бўлиб, ўзининг олдинги ташқи чегараси билан спинал нерв чиқадиغان умуртқалараро тўсиқни ёпади.
- сариқ бойлам ўзининг эластиклиги ёрдамида равоқларни бир-бирига яқинлаштиради. Умуртқалараро диск пулпоз ядроси умуртқаларни бир-биридан узоқлаштиради ва доим сиқилган ҳолда туради.
- ўсиқлараро бойлам бир-бирига қараган ўткир ўсиқлар орасидан ўтиб, ўсиқ ўзагидан бошланиб сариқ бойламга қўшилади.
- ўсиқ усти бойлами ўткир ўсиқлар устидан узлуксиз тортма шаклида ўтган бўлади. Умуртқа поғонасининг бўйин қисмида С VII дан юқорида бу бойлам кенгаяди ва йўғонлашиб боради.
- кўндаланг ўсиқлараро жуфт бойлам умуртқалараро кўндаланг ўсиқларни бир-бирига яқинлаштириб туради.

Олдинги ва орқа бўйлама бойламлар ва умуртқалараро диск умуртқа поғонаси танасининг турғунлигини сақлайди.

Умуртқа поғонасининг турғунлигини сақловчи умуртқалараро бўғимлар, умуртқалараро дисклар, сариқ бойлам, ўсиқлараро ва ўсиқ усти бойламлар

мажмуасидан иборат. Агар юқоридаги бойламлар мажмуасининг бутунлиги бузилса, у ҳолда умуртқа поғонасининг турғунлиги бузилади.

Кўкрак соҳасидаги умуртқа поғонаси турғунлиги қовурғалараро ҳосилаларга боғлиқ бўлади. Қовурғалар умуртқа танасига ва умуртқанинг кўндаланг ўсиқларига, умуртқалараро бўғимлар иштирокида ёпишган бўлади ва чайқалишларни кучсизлантириб, умуртқа танасига бўғим ўсиқлари орқали тарқатади. Умуртқа поғонасининг ҳаракатчан қисми бўйин ва бел қисмлари бўлиб, уларда физиологик лордоз кузатилади. Кўкрак ва думғаза қисмлари кам ҳаракатчан бўлади.

- Бўйиннинг кўндаланг ўсиқлари қуйидаги хусусиятларга эга:
 - кўндаланг ўсиқлар бўғим ўсиқлари олдида туради.
 - кўндаланг ўсиқ 2 қисмдан иборат: олдинги қовурға рудименти ўсиғи ва орқа хусусий кўндаланг ўсиқ. Бу қисмлар ўзаро бирлашиб қовурға ўсиғини ҳосил қилади.
 - кўндаланг ўсиқлар орасида тирқишлари мавжуд бўлиб, улардан умуртқа артерияси ва нерв чигали ўтади.
 - кўндаланг ўсиқ 2 та олдинги ва орқа дўмбоқча бўлиб тутаган.
 - кўндаланг ўсиқ юқори краниал юзасидан орқа мия нервларининг чуқур эгатлари бор.

- Сагитал юза бўйлаб умуртқа поғонасининг физиологик эгриликлари.
 - V-VI бўйин умуртқалари танаси юзасининг дўмбоқчаси: бўйин лордоз.
 - VI-VII кўкрак умуртқалар танасининг ҳисобидан: кўкрак кифози.
 - IV бел умуртқалар танасининг юзаси ҳисобидан: бел лордоз
 - V бел умуртқаси шундай ҳолатда турадики, унинг олдинги юзаси қисман пастга ва V бел ҳамда I думғаза умуртқаси чегарасида бирдан олдинга қараган бурчак promontorium туради.

Умуртқа поғонаси ўзида 2 та устун сақлайди. Олдинги умуртқа танасидан ташкил топган қаттиқ эластик прокладкалардан иборат. Орқа мустаҳкам бўғимлар, кўндаланг ва ўткир ўсиқлардан ташкил топган.

Умуртқа поғонасини орқа ва ён томонидан бақувват мушаклар қоплаган. Шу мушакларнинг таранглашиши умуртқа поғонасини вертикал ҳолатда туришига ёрдам беради. Шулардан бири энг бақувват ёзувчи мушак бўлиб у умуртқа поғонаси шикастланганда реабилитация қилишга ёрдам беради.

Умуртқа каналини умуртқа поғонаси танаси олдиндан, умуртқа равоқлари ён ва орқа томондан чегаралайди. Бу бўшлиқда орқа мияни ва унинг пардаларини ёғ клетчаткалари билан ўралган бўлади.

Орқа мия ўз пардалари билан умуртқа каналини бутунлай эгаллай олмайди. Кўпинча умуртқа поғонасининг бўйин соҳасида захира бўшлиқлар мавжуд бўлиб, шу соҳадаги умуртқа танасининг силжишлари орқа мия ва унинг илдизларига зарар етказмайди. Кўкрак умуртқалари соҳасидаги кам даражадаги силжишлар ҳам орқа мия жароҳатига олиб келади, чунки бу соҳада орқа мия умуртқа канали диаметрини тўлиғича эгаллайди.

Узунчоқ мия атлантнинг орқа равоғи соҳасида орқа мияга ўтади. II- бел умуртқа танасининг ўртасигача орқа мия бўлади. Орқа мия II- бел умуртқа танасининг ўртасигача етиб боради ва орқа мия тугаб «от думига» ўтади.

- Талаба I - II бўйин умуртқаларининг хусусиятини билиши керак.

I - бўйин умуртқаси – атлант танаси халқа шаклида бўлиб, олдинги ва орқа равоқлар ёйсимон бўлиб бирикади. Орқа равоқнинг ўртасида бўғим чуқурчаси бўлиб II - бўйин умуртқасининг тишли ўсиғи келиб бирикади. Орқа равоқнинг ўртасида ўткир ўсиқ йўқ. Атлант бошни ушлаб туришга мослашган.

II - бўйин умуртқаси axis ёки эпистрофи (ўсиқли ёки айланувчи) умуртқа танасидан юқорида турувчи вертикал жойлашган тишли ўсиғи бор. Шу ўсимта бошнинг айланишига ёрдам беради.

Атлант диаметри 30мм орқа мия диаметри эса 10мм. Шунинг учун бу соҳанинг жароҳатланишида орқа мия камдан-кам ҳолатларда шикастланади.

- Талаба умуртқа поғоналарининг топографик анатомиясини билиши керак.
- VII бўйин умуртқасининг ўткир ўсиғи бошқа умуртқа ўсиғига нисбатан узун ва йўғон бўлгани учун тери остидан дўмпайиб туради ва у *prominans* дейилади.
- куракнинг қирра соҳасида IV кўкрак умуртқаси жойлашган.
- куракнинг пастки бурчаги соҳасида VII кўкрак умуртқаси жойлашган.
- IV-V бел умуртқаларининг ўткир ўсиқлар ораси ёнбош суягининг бирлашган соҳасига тўғри келади.
- IV кўкрак умуртқа соҳасида аорта ёй ҳосил қилиб пастга тушиб кўкрак кейинчалик қорин аортасига ўтади. Кўкрак аортаси қизилўнгач ва умуртқа поғонаси орасида ётади.
- промоториум соҳасида қорин аортаси 2 га: умумий, ёнбош артериясига бўлинади.
- умуртқа поғонасининг бел соҳасида қорин аортасининг ўнг тарафида, умуртқа поғонасининг олдинги юза соҳасида пастки ковак вена ётади.
- XII кўкрак умуртқаси танасининг олдинги юзасига яқин жойда ичак тутқич артерия ва қуёш чигали жойлашган.
- умуртқа поғонасининг олдинги ён юзасида чегараланган симпатик нерв ёйи жойлашган.

Умуртқа поғонаси жароҳатланишини ўрганаётган талаба шу шикастланишнинг классификациясини билиши керак.

- орқа мия ва илдизларнинг асоратли ва асоратсиз шикастланиши;
- турғун ва нотурғун жароҳатланиш;
- Умуртқа поғонаси таянч комплекси шикастланиши
- ўсиқ усти, ўсиқлараро сарик бойлам, умуртқа бўғим ўсиқлари ёки уларнинг умуртқалараро бўғими;
- умуртқа танаси, равоғи, бўғими, кўндаланг ва ўткир ўсиқлари шикасти;
- умуртқа поғонасининг чиқишлари ва синушлари ҳамда ўсиқлараро бойлам жароҳати.
- қурол яроқ натижасида келиб чиққан жароҳатлар (ХДЖ курсида ўтилади)

Талаба ёпиқ синушларнинг олти асосий механизмини билиши керак.

- билвосита жароҳат
- букувчи
- компрессион
- букиб айланувчи

- ёзилувчи
- асосан бўйин умуртқалари соҳасида учрайдиган «қамчинсимон синиш»ларни.
- мушакларнинг тўсатдан бетартиб қисқариши натижасида синиш.

Букувчи флекссион механизм.

Умуртқа поғонасининг букилувчи ёй эластиклигига ва унга таъсир этувчи фактор кучидан кам бўлса, умуртқа танаси компрессион синиши юзага келади. Бунда битта умуртқа ёки бир неча умуртқалар танасининг понасимон компрессион синиши юзага келади. Умуртқа танаси баландлигининг вентрал пасайиши умуртқа танасининг 1/3 қисмини ташкил қилади. Тумшуксимон ўсиқнинг асосини умуртқа поғонасининг дорзал қисми ташкил қилади ва умуртқа поғонаси бўшлиғига ўтиб, орқа мияни олдиндан қисади. Понасимон компрессион синиш турғун синишларга киради. Умуртқалараро бойламлар сарик бойлам, ўсиқлараро бойлам, ўсиқ усти бойламлари бутунлиги сақланади. Бундай шикастланишлар умуртқа поғонасининг бўйин, кўкрак, бел соҳаларида кўпроқ учрайди.

Компрессион механизм.

Компрессия механизми умуртқа поғонаси танасининг қисилиши натижасида юзага келиб асосан баландликдан оёққа ва ўтирган ҳолатда тушганда, куч умуртқа ўқи бўйлаб таъсир этади. Натижада умуртқа поғонасининг бел мушаклари таранглашуви натижасида, умуртқа поғонаси эгриликлари сагитал юза соҳасида текислашади (ёзувчи мушак ҳисобидан). Жароҳатловчи куч умуртқа бўйламасига таъсир этиб, унинг танаси эзилишига олиб келади ва умуртқа танасини бир-бирига туташтирувчи пластинкалар ёрилиб эзилади. Умуртқалараро диск умуртқа танасининг ғовак моддасига кириб кетади ва майдаланиб синиш оқибатига олиб келади. Бундай синишларни портлаш типигаги синишлар деб айтса бўлади. Синган бўлақлар орқага қараб силжиса, бу орқа мия ва унинг илдизчалари жароҳатланишига олиб келади. Натижада орқа мия чайқалиши ва гематомияга юз беради. Орқа таянч комплекси зарарланмаган бўлса, у ҳолда шикастланиш стабил бўлиши мумкин. Айрим ҳолларда куч умуртқа бўйлама ўқиға таъсир этиб, умуртқа орқа турғунлигини сақловчи комплекснинг зарарланиши натижасида ностабил синишга сабаб бўлади. Бундай синишлар умуртқа поғонасининг барча қисмларида учраши мумкин, асосан бўйин ва бел соҳасида кўп учрайди.

Букиб айланувчи механизм.

Умуртқа поғонасининг букилиши билан бир вақтнинг ўзида ротацияси содир бўлади. Натижада умуртқа поғонасининг орқа бойлами жароҳатланади. Агар куч катта бўлса умуртқалараро бойлам капсуласи ёрилиб, бойлам ўсиқларидан ажралади ва ўсиқларнинг биттаси ёки ҳар иккаласи синиши кузатилади. Юқорида турган умуртқа, пастдаги умуртқага нисбатан олдинга ёки ён томонга силжиши мумкин. Силжишлар натижасида умуртқалараро диск ёрилиши ва синиб чиқиши кузатилади. Бундай синишда пастки умуртқа танасининг олдинги юқориги кирраси синади. Синиб чиқишлар нотурғун умуртқа поғонаси жароҳатланишига киради. Бу орқа мия ва унинг илдизчаларини оғир зарарлайди.

Ёзувчи механизм.

Кўпинча бўйин умуртқаларида учрайди. Шикастловчи куч олдинги томондан юзага келади. Бундай куч таъсирида бўйин умуртқалари ёзилади. Етарли миқдорда куч ишлатганда олдинги тўғри бойлам узилади. Бу эса жароҳатловчи фактор таъсири давом этганда ҳам бўйин ёзилишини енгиллаштиради. Натижада умуртқалараро диск узилади. Ёзувчи таъсири давом этганда орқа равоқ ва ўткир ўсиқ рычагсимон ҳаракатланади ва уларнинг синиши кузатилади. Олдинги узун бойлам узилиши мушак ёзилишини осонлаштиради. Кейин орқа узун бойлам узилиб, ёзувчи чиқиш кузатилади. Юқорида турувчи умуртқа пастдаги умуртқа устидан орқа томонга сирғалиб, орқа мияни қисман ёки тўлиқ қисиб қўяди.

Қамчинсимон механизм.

Бундай шикастланиш бўйин умуртқаларида автоҳалокатларидан кейин келиб чиқади. Автомашина тўсатдан тўхтаганда бош ва бўйин умуртқалари тезда букилади ва ёзилади яъни қамчи ҳаракатини бажаради. Натижада қон қуйилиши, бўйин бойлам аппаратининг узилиши ва ёрилиши кузатилади.

Мушакларнинг тўсатдан координацияланмаган қисқариши натижасида келиб чиқадиган синишлар.

Бу механизм асосида бел умуртқалари, кўндаланг ўсиқлари узилади ва бел ёнбош ҳамда бел квадрат мушакларининг кучли қисқариши кузатилади. Орқа трапециясимон кучли координацияланмаган қисқариши натижасида VII бўйин умуртқасининг ўткир ўсиғи узилиши кузатилади. Бу «Кон қазувчи» синиши дейилади.

АНАМНЕЗ ЙИҚҚАНДА ТРАВМАНИНГ КЕЛИБ ЧИҚИШ МЕХАНИЗМИНИ БИЛИШ.

- шикастловчи кучнинг таъсир қилган ўрни
- кучнинг катталиги
- таъсир этувчи куч йўналиши ва давомийлиги

Анамнез йиғишда травмадан кейин ўтган вақт, бемор ҳолати ва стационарга келгунга қадар кўрсатилган биринчи ёрдамни аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Беморни текшириш каттиқ тўшакка ётган ҳолда амалга оширилади.

Оғриқ – травмадан кейин эрта даврда ҳамма касалларнинг илк шикояти ҳисобланиб, умуртқа поғонаси жароҳатланган соҳада жойлашади ва 2-3 умуртқани қамраб олади. Оғриқ маҳаллий ёки илдизчали типда бўлади.

Илдизчали тип – синиб силжиган бўлақлар илдизларни қисади. Бу яна эпидурал ёки субдурал қон қуйилишида кузатилади. Илдизчаларни силжиган ва жароҳатлаган умуртқалараро дисклар қисиб қўйиши мумкин. Оғриқ интенсивлиги фақат суяк жароҳатланишига боғлиқ бўлмай юмшоқ тўқима жароҳатланиши, беморнинг умумий ҳолати ва индувидал сезувчанликка боғлиқ. Оғриқ шунчалик кучли бўлиши мумкинки, хоҳлаган ҳаракат ҳатто минимал бажарилган ҳаракат ҳам чидаб бўлмас оғриқни келтириб чиқариб, беморнинг ҳаракатланишига тўсқинлик қилади.

Умуртқа поғонасининг кўкрак бел соҳаси синганда оғриқ белбоғсимон характерга эга. Оғриқ қоринга, оёқларга ва нерв устунни бўйича иррадиацияланади. Баъзан оғриқ ўткир қорин клиникасини беради. Бу қорин парда орти ва қуёш чигали таъсирланиши натижасида юзага келади.

ЭСЛАТМА! Кўп ва кўшма травмаларда бемор умуртқа поғонаси соҳасидаги оғриқдан шикоят қилмайди ва буни ташхислаш қийин бўлади. Фақат тўғри йиғилган анамнез ва малакали клиник текширишлар диагностик хато қилишга йўл қўймайди.

- Кўрик бемор ҳолатини аниқлайди.
- чалқанча мажбурий ҳолатда
- бўйин умуртқалари травмасида бошни ушлаб тура олмайди. Кинбек бўйича 3 даража тафовут этилади.

1-даража. Бош гилиотинага ўхшаб тушади.

2-даража. Бошини бемор қўли билан ёки сочидан ушлаб туради.

3-даража. Ҳайкал боши.

- курак орасида, думба соҳасида қон қуйилишлар, қирилишлар бўлса, шикастланувчи куч ва травма механизми ҳақида тушунча беради.
- орқанинг узун мушакларини реффлектор таранглашиши
- синган умуртқа соҳасида шиш ва гематома бўлади.
- шикастланган соҳада ўткир ўсиқлар орасидаги масофа ошади.

- Пальпация

Умуртқа поғонасининг ўткир ўсиқларни энса соҳасидан то думғазагача пайпаслаш. Бу вақтда қуйидагилар билинади:

- оғриқ локализацияси: ўткир ўсиқлардами ёки ўсиқлараро масофадами?
- шикастланган ўткир ўсиқнинг юқоридаги умуртқадан орқада туриши;
- синган ва силжиган умуртқанинг ўткир ўсиқлари орасидаги масофа катталаниши;
- ўсиқлараро ва ўсиқ усти бойлами йиртилиши натижасида ўсиқлар орасидаги масофанинг тушиши;
- паравертебрал соҳа пайпасланганда орқанинг узун мушаклари таранглашуви ва бел умуртқалари кўндаланг ўсиқлари синганда шу соҳада оғриқ;
- қоринни пальпация қилганда оғриқ ва мушаклар таранглашиши кузатилади. Бу қорин парда ортига қон қуйилиши ва қуёш чигалининг таъсирланиши билан боғлиқ;
- умуртқа поғонасига ўқли (осевая нагрузка) зўриқиш бериш: бемор ётган ҳолатда бу симптом бажарилади. Бемор бошидан босилганда ёки товонидан босилганда шикастланган соҳада оғриқ сезади.

ЭСЛАТМА! Бемор вертикал ҳолатда турганида ўқли зўриқиш симптомини аниқлаш ман этилади. Умуртқа поғонаси шикастланганда бундай текширилса, кўпол хатолик ҳисобланади.

- Перкуссия

- ўткир ўсиқ бўйича бажарилади. Агар бўлакчи (осколчатый) синишлар бўлса умуртқа равоғининг силжишига ва кўпол жароҳатланишига олиб келиши мумкин.

- Аускультация

- кучсиз ҳаракат қилганда синган соҳада крепитация эшитилади. (симптом Лудлофа) бу симптомни бажариш ҳам хавфли. Чунки, бу яққол намоён бўлмайди.
- умуртқа поғонаси ҳаракати амплитудасини аниқлаш ўткир даврда хавфли ҳисобланади.
- Махсус симптомлар
- бемор чалқанча ётганда оёқни кўтарганда, кўкрак бел соҳасининг компрессион синишида шу соҳада оғриқ сезади.
- Томсон симптоми.

Умуртқа поғонаси синиб асоратланган беморларни текшириш.

Умуртқа поғонаси шикастланиб асоратланган беморларни текширишда талаба қуйидагиларни билиши керак.

- Орқа мия узунлиги 40-45 см узунчоқ мия атлантнинг ўрта орқа равоғи соҳасида орқа мияга ўтади. I бел умуртқаси чегарасида орқа мия юпқалашади ва конус шаклини эгаллаб III – IV думғаза сегментигача боради. Орқа мия конуси II бел умуртқа танасининг ярмига келиб тугайди ва якунловчи «термина ип» бўлиб давом этади.
 - Орқа мия оқ ва кулранг моддадан иборат
 - Кулранг модда ганглиоз ва глиал ҳужайраларидан ташкил топиб, кўндаланг кесими капалакни эслатади. Орқа мия кулранг моддасининг олдинги орқа ва ён шохлари тафовут этилади.
 - Олдинги шох аксонлари олдинги ҳаракатлантирувчи илдизларни ҳосил қилади. Орқа шохларига орқа сезувчи илдизчалар киради. Орқа мия сезувчи ва ҳаракатлантирувчи илдизчалари умуртқалараро тешиги соҳасида қўшилиб, орқа мия нервларини ҳосил қилади. Бу нерв таркиби сезувчи, ҳаракатлантирувчи ва вегетатив толалардан иборат.
 - Орқа мия нервларининг ҳар бири 4 шохга бўлинади:
 1. Орқа-мушак ва терини иннервацияловчи
 2. Олдинги-нerv чигалларини ҳосил қилишда иштирок этади
 - бўйин I-V бўйин нервлари
 - елка V-VIII бўйин ва I кўкрак нерви
 - бел I-V бел нерви
 - думғаза I-V думғаза нерви
- Олдинги кўкрак нерви шохлари қовурғалараро нерв ҳисобланади.
3. Оқ бириктирувчи тармоқ чегарадаги симпатик устунга қараб йўналади.
 4. Пардага йўналувчи тармоқ умуртқалараро тешикдан ўтиб, мия қаттиқ пардаси ҳамда умуртқаларнинг суяк усти пардаси иннервациясида қатнашади.
 - IV бўйин сегментида диафрагма нерв ядроси жойлашган. III-V бел сегменти соҳасида спинал симпатик марказга жойлашган, булар:
 - сийдик пуфагининг детрузорини бўшаштиради;
 - уретранинг ички сфинктерини қисқартиради;
 - тўғри ичакнинг ички сфинктерини қисқартиради.
- I-III думғаза сегментлари соҳасида паросимпатик марказлар жойлашган, булар:

- сийдик пуфагининг детрузорини қискартиради;
- уретранинг ички сфинктерини бўшаштиради;
- тўғри ичакнинг ички сфинктерини бўшаштиради.

IV-V думғаза сегментлари соҳасида спинал эрекция марказлари жойлашган.

- Рефлектор равоқларнинг сегментар марказлари қуйидаги сатҳларда жойлашган:

- икки бошли мускул: - уч бошли мускул: - билак суягининг бигизсимон ўсимтаси (периостал рефлекс): - тизза рефлекси: - ахилл рефлекси: - қорин териси рефлекслари: - Юқориғи: - Ўрта: - Пастки: - кремастор:	- V-VI бўйин сегментлари; - VI-VII бўйин сегментлари; - V-VIII бўйин сегментлари; - II-IV бел сегментлари; - I-II думғаза сегментлари; - VIII-IX кўкрак сегментлари; - X-XI кўкрак сегментлари; - XI-XII кўкрак сегментлари; - I-II бел сегментлари.
---	--
- Орқа мия оқ моддаси шохларга бўлинади:
 - олдинги шохлар;
 - ён шохлар;
 - орқа шохлар.

Орқа миyanинг оқ моддасида ўтказувчи йўллар жойлашган.

- Юқорига кўтарилувчи ўтказувчи йўллар (марказга йўналувчи, афферент), периферик анализатор рецепторларни (ҳаракат, тери, вестибуляр ва ҳ.з.) бош мия билан боғлайди.

Булар:

Голл ва Бурдах тугунлари орқа шохларига чуқур ва тактил сезгиларини ўтказувчи йўллар;

Оғриқ ва температура сезгиларини ён шохларга элтувчи спино-таламик йўл;
Флексиг ва Говерс тугунлари миячага йўналган ён шохларига проприоцептив импульсларни ўтказувчи йўл;

- Пастга тушувчи ўтказувчи йўллар (марказдан қочувчи, эфферент), булар пўстлоқ қисмидан ишчи органларга боради.

Булар:

Ён шохларидаги асосий пирамида йўли, бу йўл жароҳатланганда парез ва параличлар ривожланади;

Руброспинал-Монаков йўли – қизил ядродан бошланиб, орқа миyanинг ён шохларига боради;

Орқа мия олдинги шохларига боровчи вестибуло-спинал йўл.

Талаба қуйидаги орқа мия жароҳатларини билиши керак:

- чайқалиш;
- лат ейиш;
- қисилиш;
- анатомик бузилган қисмлар билан орқа миyanинг эзилиши;
- орқа миyanинг анатомик узилиши;

- гематомия – орқа мианинг куланг моддасига қон қуйилиши;
- эпидурал ёки субдурал қон қуйилиши;
- травматик радикулит.

Талаба қуйидаги жароҳатларни билиши керак: орқа мианинг лат ёйиши, қисилиши, эзилиши, унинг анатомик узилиши, гематомияси ва орқа мианинг кўндаланг жароҳатланиши клиникаси. Бу эса орқа мианинг жароҳатланган сегментидан бошланиб ёки икки – учта юқори сегмент зарарланишига қараб, оёқ – қўлларнинг параличи, атонияси, анестезияси, арефлексияси, сийдик ажралиши ва дефекациянинг бузилиши билан намоён бўлади.

Талаба умуртқанинг асоратланган жароҳатлари симптоматологиясини, орқа миё, унинг қаватлари, пўстлоғи ва умуртқа зарарланиш даражаси симптомлари хусусиятларини билиши керак.

Неврологик бузилишларнинг оғирлиги орқа миё моддаларининг бузилиши ва унинг зарарланиш даражасига боғлиқ. Жароҳатланиш даражаси чуқурлиги ва қанча кўп сегмент зарарланишига қараб, клиникаси ҳам шунча оғир кечади.

Орқа миёси жароҳатланган пайтда беморлар эс-ҳуши сақланган ҳолда орқасида тўмтоқ зарба ҳисси, айрим ҳолларда танасининг пастки қисми узилиши ҳиссини сезади. Тўлиқ паралич, сезгининг йўқолиши, сийдик пуфағи ва тўғри ичакнинг параличи кузатилади. Беморларнинг умумий аҳволи оғир бўлиши мумкин. Териси оқарган, пульс тезлашган, тўлишиш суст ва таранглашган, қон босими пасайган, умумий ҳолсизлик ва эс-ҳуши хиралашган бўлади.

Кўпинча шикастланган соҳада оғриқнинг бўлмаслиги, мучаларнинг суст параличи, қоринда дам, сийдик ажралишининг тутилиш типиде бузилиши кузатилади. Бўйин қисмидаги орқа миёнинг зарарланишида кўкрак қафасидаги мушаклар параличи ва С IV сегментда жойлашган диафрагмал нерв ядросининг жароҳатланиши натижасида нафас бузилиши кузатилиши мумкин. Беморларнинг аҳволи жуда оғир бўлади, улар тўлиқ ҳаракатсиз, овози йўқ, ютиниши бузилган. Бунда турғун артериал гипотония 60-50мм симоб устунигача, кучли ривожланган брадикардия – 1мин да 40 марта ва паст, терморегуляция бузилади – температура бирданига пасайиши ёки кўтарилиши мумкин.

Талаба бўйин қисми зарарланганда, бемор қўлининг ҳолатидан билиш мумкин:

- С V – қўллари тана узунаси бўйлаб ҳаракатсиз ётади;
- С VI – қўллари боши устида ташланган, бармоқлари ярим букилган;
- С VII – тирсағи букилган, бармоқлари ярим букилган.

Ҳаракат бузилишлари орқа миё жароҳатланишининг асосий симптоми ҳисобланади. Бу суст паралич орқа миё жароҳатланиш даражасига боғлиқ бўлади. Орқа миёнинг кўкрак ва бел сегментлари жароҳатланганда пастки параплегия ва парапарез, бўйин сегментлари зарарланганда – тетраплегия, тетрапарез кузатилади. Мучалардаги ҳаракатлар жароҳат содир бўлгандан кейин дарҳол йўқолади. Жароҳатланган соҳадан юқоридаги сегментларда ҳаракатларнинг бузилиши юқорига кўтарилувчи шиш ва спинал артерия системасидаги циркулятор бузилишларига боғлиқ.

Параличланган мушак тонуслари жароҳатдан кейин пасаяди ёки тўлиқ йўқолади (атония). Аста-секинлик билан суст плегия параличланган мушак тонусининг ошиши ва айрим ҳолларда спастик қисқаришлари билан алмашинади.

Талаба билиши керакки, мучаларнинг параличи жароҳатдан кейин 24 соат ичида орқага қайтмаса, орқа миядаги жароҳат қайтмас ҳисобланади.

Пай рефлекслари (икки бошли, уч бошли мушак, тизза, ахилл), периосталь (елка - курак, билак, соннинг аддуктор рефлекси), тери (юқори, ўрта ва пастки корин, товон) рефлекслари жароҳатдан кейин йўқолади ёки тез пасаяди. Рефлексларнинг тикланиши орқа мия жароҳати оғирлигига боғлиқ бўлиб, бир неча ҳафта ёки ойларгача чўзилиши мумкин.

Спинал автоматизм рефлекслари ёки ҳимоя рефлекслари нормада бўлмайди, булар патологик шароитларда ривожланади. Яъни спинал марказларни юқорида жойлашган мия стволи марказларидан ажратганда келиб чиқади. Бу қисқартирувчи рефлекс – сон - болдирнинг букилиши ва товоннинг ёзилиши (учламчи қисқариш), айрим ҳолларда бармоқлар ҳам (тўртламчи қисқариш), ёзувчи рефлекс – сон ва болдирнинг ёзилиши, товоннинг букилиши, айрим ҳолларда бармоқлар ҳам букилиши кузатилади. Ҳимоя рефлекслари орқа мия кўндалангига жароҳатланганда пирамидал йўл зарарланишида келиб чиқади.

Патологик бармоқ рефлекслари пирамида йўли зарарланганда келиб чиқади.

Ёзилувчи бармоқ рефлекслари: Бабинский, Опенгейм, Гордон.

Букувчи бармоқ рефлекслари: Россоломо, Бехтереф, Жуковский.

Умуртқа пғонаси ва орқа мия жароҳатланганда сегментар, ўтказувчи ва илдиз, айрим ҳолларда диссоциялашган (гематомиелияда) сезгининг бузилишига олиб келади (оғриқ ва температура сезгисининг бузилиши, чуқур ва тактил сезги сақланган ҳолда). Булар анестезия, гипестезия, кам ҳолларда гиперестезия кўринишларда бўлади. Зарарланган соҳадан пастки қисмларда ҳар хил кўринишдаги парестезиялар ҳам кузатилиши мумкин.

Тактил, дискриминацион (2 та бирданига бериладиган таъсирни фарқлаш), оғриқ, температура сезгиларининг бузилиши кузатилиши мумкин. Орқа мия кўндалангига зарарланганда сезувчанлик ўтказувчи типда бузилади, яъни анестезия жароҳатланган соҳадан пастда бўлади. Анестезия чегараси тўлиқ илдизли типга тўғри келади.

Талаба қуйидаги чизикларни эслаши керак:

- ўмровдан ўтувчи чизик, C IV илдизли зонани DII-III илдизчалардан ажратиб, юқори мучаларни иннервация қилувчи CV – DI илдизчаларни ўтказди.
- тўш суягининг ханжарсимон ўсиғидан ўтувчи чизик. DVI-DVII илдизларининг иннервация зонасига тўғри келади.
- киндик чизиғи DIX - DX илдизларининг иннервация зонасига тўғри келади.
- думғаза айланаси ёки эгари, SIII - SV илдизчалари иннервация қилинадиган майдонга тўғри келади ва оралиқ ҳамда перианал соҳани эгаллайди.

Чуқур мушак сезгирлигининг сақланиши – товон бармоқлари ҳаракатини аниқлашга қаратилган – орқа мия олдинги шохлари бутунлигидан далолат беради. Бунга пассив ҳаракат сезгилари ҳам киради.

Орқа мия жароҳатида трофика бузилади ҳамда тананинг параличланган соҳаларидаги ички органлар фаолияти зарарланади. Думғазада, думба соҳасида,

товонда 2-4 – кун оғир ётоқ яралар пайдо бўлади. Сийдик пуфаги шиллиқ қавати трофикаси бузилиши натижасида тез орада йирингли циститлар ва айрим ҳолларда яралар келиб чиқади.

Параличланган тана соҳаларида қон-томир иннервацияси чуқур бузилганда, асосан оёқларда қаттиқ шишлар бўлиб, қўл билан босганда из қолмайди.

Чаноқ органлари функцияси бузилиши сийдик ажратилиши ва дефекация бузилиши билан намоён бўлади. Сийдик пуфагининг зарарланиши, сийдик пуфаги чўзилиши рефлекси билан намоён бўлади. Бунда сфинктернинг бўшашиши (белдаги симпатик тугунлар) ва детрузорининг таранглашиши (SII – SV нинг парасимпатик тугунлари) кузатилади. Орқа мия жароҳатида тормозланиш процесининг иррадиацияси кузатилади. Бунда рефлекс тормозланади ва сийдик тутилиши, баъзи ҳолларда сийдик тута олмаслик кузатилади. Сийдик чиқаришдаги чакириклар бўлмайди. Агар сийдик пуфаги сунъий бўшатиlmаса, ичидаги сийдик миқдори кўпайиб, ички сфинктер қаршилигини бузади ва сийдик томчилари оқа бошлайди. Бунга парадоксал сийдик тута олмаслик, парадоксал ишурия дейилади.

Орқа миянинг кўндаланг жароҳатида чаноқ органлари функцияси кўпол бузилади. Орқа мия жароҳати содир бўлгандан бир неча кун ёки соатдан кейин сийдик пуфаги девори трофикаси бузилиши натижасида нейродистрафик ва яллиғланишли ўзгаришлар кузатилади. Сийдик пуфагининг паралитик ҳолати ва сийдикнинг тутилиши геморрагик, ярали, некротик циститларни келтириб чиқаради.

Сийдик ажратиш системасида инфекцияланиш содир бўлиб ва цистик пиелит, нефрит, пиелонефрит кўшилади. Бундан ташқари оғир кечувчи, ҳатто ўлимга сабаб бўлувчи уросепсис ҳам кўшилиши мумкин.

Орқа миянинг рефлектор эрекция марказларидан (SIV – SV сегмент) юқориги қисмининг зарарланишида ихтиёрсиз каверноз тана гиперемияси кузатилади. Оралиқ мускулларнинг спазми натижасида веноз оқими қийинлашади. Беморларда турғун эрекция – приапизм вужудга келади.

Орқа мия жароҳатланиш даражасини, ҳаракат бузилишларини, рефлектор бузилишларини, чуқур ёки юзаки сезги бузилишларини, илдизли оғриқлар сатҳини аниқлаш учун талаба қуйидаги маълумотларга асосланиши керак.

- Бўйиннинг юқориги қисмидаги орқа миянинг жароҳатланиши CI-CIV сегментлар I-IV бўйин умуртқалари сатҳида:
 - бўш тетраплегия;
 - диафрагманинг параличида: ҳикичок, хансираш, диафрагмал нафаснинг йўқолиши;
 - жароҳатдан пастда ҳамма сезгиларнинг йўқолиши;
 - бўйин соҳасида илдизли оғриқлар, энсага иррадиация берувчи оғриқлар;
 - юз сезгиларининг бузилиши ва юз соҳасида оғрик бўлиши мумкин (уч шохли нерв роланд субстанцияси процессга жалб этилса);
 - сийдик ажратишнинг тўхташи;
 - бульбар симптомлар: ютиниш ва нафаснинг бузилиши, брадикардия, вестибуляр бош айланиши, марказий ғилайлик, нистагм, диплопия;
 - мезенцефал симптомлар: кўз олмаси конвергенциясининг бузилиши, узоқлаштирувчи ғилайлик, птоз, анизокория.

- Бўйиннинг пастки қисмидаги орқа мианинг жароҳати. CV – DI сегментлар V-VII бўйин умуртқалари сатҳида:

- қўлнинг чуқур парези, оёқ параличи, бошланишида бўш кейин спастик;
- рефлексларнинг йўқолиши:

2 бошли мушак - CV – CVI – сегментлар;

3 бошли мушак - CVI – CVII – сегментлар;

Периостал билак рефлeksi - CV- CVIII сегментлар;

- жароҳатдан пастки соҳада ҳамма сезгиларнинг йўқолиши;
- қўлларда илдизли оғриқлар;
- сийдик ажратишнинг бузилиши;
- Клод – Бернар – Горнер синдроми: миоз, птоз, энофтальм (CVII –CVIII – DI сегментлар жароҳатида кузатилади).

- Орқа миё кўкрак қисмининг жароҳатланиши – DIII – DXII сегментлар I-IX кўкрак умуртқалари сатҳида:

- пастки параплегия;
- орқа мушакларнинг парези ёки параличи;
- қорин рефлексларининг тушиши:

Юқориғи - D VIII - D IX сегментлар;

Ўрта - D X – DXI сегментлар;

Пастки - D XI – DXII сегментлар;

- сезгининг бузилишлари:

IV - қовурға чизиғи - DV сегмент;

Қовурға ёйи чизиғи - DVII сегмент;

Киндик чизиғи - DX сегмент;

Пупарт бойлами чизиғи - DXII сегмент;

- жароҳат сатҳида белбоғсимон илдизли оғриқлар;
- сийишнинг бузилиши.

Орқа миё бел қисмининг жароҳати – X-XII кўкрак ва I бел умуртқалари сатҳидаги сегментлар:

- пастки параплегия ёки парепарез;
- рефлексларнинг пасайиши:

Тизза - L II – L IV сегментлар;

Ахилл - SI –SII сегментлар;

Кремастер - LI – LII сегментлар;

- пупарт бойламидан пастда сезгининг йўқолиши;
- сийишнинг бузилиши.

Орқа миё конусининг жароҳати – SIII-SV сегментлар I-II бел умуртқалари сатҳида:

- параличнинг бўлмаслиғи;
- оралиқ соҳасидаги ҳамма сезгиларнинг йўқолиши;
- сийдик ажратишнинг бузилиши, сийдикни тута олмаслик.

От думининг жароҳати.

- оёқнинг параличи ёки парези;
- оралиқ соҳаси ва оёқларда сезгининг йўқолиши;
- оёқларда илдизли оғриқ;

- сийдик ажратишнинг бузилиши.

Орқа миянинг чайқалиши орқа мия жароҳатининг енгил тури ҳисобланади. Миянинг травма соҳаси макроскапик нормал бўлса ҳам айрим ҳолларда озгина гиперемия ва енгил шиш бўлиши мумкин. Микроскапик – алоҳида нуқтасимон қон қуйилишлар бўлади. Клиник кўринишлари – қисман ёки тўлиқ паралич, пай рефлексларининг сусайиши ёки йўқолиши, сезгининг гипестезия ёки анестезия кўринишида бузилиши, қисқа муддатли сийдик тутилиши. Неврологик симптомларнинг регрессияси ёки тўлиқ йўқолиши орқа мия чайқалиши даражасига боғлиқ ҳолда бир неча минут ёки соатдан кейин 2-3 ҳафтагача содир бўлади.

Клиник кечиши ва патоморфологик ўзгаришларга қараб орқа мия жароҳатлари 4 даврга бўлинади:

1. Ўткир даври биринчи 2-3 суткагача давом этади.

- патоморфологик ўзгаришлар: орқа миянинг бевосита жароҳатланиши натижасида бирламчи травматик некроз, унинг шишиши ва ўткир қон, ликвор ва лимфа айланишларининг бузилиши.

Орқа миянинг тўлиқ анатомик узилиши бўлганда учлари бир – биридан 1-15см гача узайиши мумкин.

- клиник кўриниши орқа мия ўтказувчанлигининг тўлиқ бузилиши кўринишида, орқа миянинг қўндаланг узилишидаги клиника.

2. Дастлабки даври 2-3 ҳафтагача давом этади.

- патоморфологик ўзгаришлар: реактив ўзгаришларнинг қайта ривожланиши (шиш, қон ва лимфа айланишининг бузилиши), иккиламчи некроз, юқорига кўтарилувчи ва пастга тушувчи дегенератив ўзгаришлар.

- клиник кўриниши: орқа мия ўтказувчанлигининг тўлиқ бузилиш синдроми, ётоқ яралар, цистит, пиелит, пиелонефрит, пневмания (асосан кўкрак ва бўйин қисми зарарланса), уросепсис.

3. Оралиқ даври 2-3 ойгача.

- патологик ўзгаришлар: продуктив арохноэдит ва кисталарнинг пайдо бўлиши, қон қуйилгандан кейинги эпидурал тўқимада чандиқнинг ривожланиши.

- клиник кўриниши: бу даврнинг бошида спинал шок белгилари йўқолади, атония ва арефлексия гипертония ва гиперрефлексия билан алмашинади, спастика пайдо бўлади, орқа мия жароҳатининг характери ва ҳақиқий ўлчамини аниқлаш мумкин. Инфекцион асоратлар ва трофик бузилишлар ёмон кечганда кахексия ва ўлимга олиб келиши мумкин.

4. Кечки давр. Жароҳатдан кейин 3 ойдан 2-3 йилгача ва кўпроқ чўзилиши мумкин.

- патологик ўзгаришлар: парчаланган миелин маҳсулотларининг сурилиши, орқа миянинг эзилган соҳасидаги қон қуйкалари бир неча йиллар чўзилиши мумкин, зарарланган ва қон қуйилган жойларда кисталар ривожланади. Жароҳатланган орқа мия дефектлари ўрнига бириктирувчи тўқима ўсади.

ЭСЛАТМА! Ўлган нерв толалари қайтиб тикланмайди.

- клиник кечиши жароҳатнинг оғирлиги ва локализациясига боғлиқ. Ўтказувчанликнинг бузилиши спастик папапарез ёки параплегия, парагипестезия кўринишида намоён бўлади. Кечки асоратларидан бўлиши мумкин:

пахименингитлар, арахноидитлар, менингоградикулитлар. Сийдик йўлларидаги инфекция пасаяди, лекин цистит ёки пиелитлар даврий равишда қўзғалиши мумкин.

Орқа мия жароҳатларининг асоратлари:

- травматикда – травматик шок, қон кетиш, бирламчи ликворея;
- инфекционда – жароҳатнинг йиринглаши, остеомиелит, эпидурал тўқима қаватларининг ва орқа миyanинг йирингли асоратлари.
- трофопаралитикда – ётоқ яралар, уроинфекция, уросепсис, пневмония.
- чандикли битишмаларнинг ривожланиши – сурункали спинал эпидермит, пахименингитлар, арахноидитлар кузатилади.

Талаба эсида тутиши керак!

Агар бемор умуртқа поғонаси ёки орқа мия жароҳати билан эс-хушисиз ёки алкоғолли мастлик ҳолатида бўлса, диагноз қўйиш ва жароҳатни аниқлаш қийин. Бундай ҳолатда мучалардаги мушак тонуслари ва пай рефлексларининг пасайиши ёки йўқолиши орқа мия жароҳатидан далолат бўлади.

Рентгенологик текширишлар.

Икки проекцияда олиб борилади – олдинги – орқа ва ён. Ён проекция кўпроқ маълумот беради. Кўрсатмаларга қараб мўлжалли рентгенограмма ҳамда қийшиқ рентгенограмма қилинади. Бунда умуртқа танаси, равоқлари, бўғинларидаги ўзгаришлар яққолроқ намоён бўлади. Бўйин умуртқалари жароҳатини аниқлаш учун флекцио ва максимал экстензия ҳолатида функционал рентгенограмма қилинади. Атланта ва аксиснинг тишсимон ўсиғи синганга гумон қилинса, оғзи очик ҳолда рентгенограмма қилинади. Номаълум диагностикада томография қилинади, умуртқалараро дисклардаги ўзгаришларни аниқлаш учун контрастли дискография, қирралараро ва қирралар усти бойламларидаги жароҳатларни аниқлаш учун лигаментография қилинади. Булардан ташқари компьютер томография, ядроли – магнит резонанс томограф қилинади. Рентгенограммада умуртқа синганда кўпинча қуйидаги белгилар кузатилади:

- умуртқа танаси шакли ўзгаради, баландлиги пасаяди, понасимон деформация рўй беради, бунда понанинг учи олдинга, асоси – орқага йўналган, айрим ҳолларда умуртқа канали бўшлиғига кирган бўлади - Урбан понаси.
- умуртқа танаси структурасидаги суяк зичлигининг ўзгариши: суяк тўқимаси расми йўқолади, соя интенсивлиги кучаяди;
- жароҳатланган жойдаги умуртқа танаси контури бутунлиги бузилади: умуртқа танасининг олдинги – юқориғи ёки олдинги – пастки қисмининг ажралиши, айрим ҳолларда кўп осколкали «портловчи» синишларда умуртқа танаси катта бўлаклари кўриниши мумкин;
- умуртқа поғонаси бўйин ёки кўкрак қисмидаги физиологик лордознинг тўғриланиши, айрим ҳолларда умуртқанинг синиш характери ва сонига қараб кифоитик қийшайиши мумкин;
- умуртқа танаси ён компрессиясига олдинги – орқа рентгенограммада умуртқа устунининг скалиотик деформацияси кузатилади. Деформация чўққиси қисилган умуртқага тўғри келади;

- ўткир ўсиқларнинг елпигичсимон ажралиши ёки 2 та ўткир ўсиқ орасидаги масофанинг узайиши, умуртқа устунининг кифотик деформацияси даражаси ва характерига боғлиқ;
- умуртқалараро ёриқ баландлигининг ўзгариши: чала чиқиш, чиқиш ва умуртқанинг парчаланиб синушида ёриқ тораяди ёки бутунлай йўқолади.
- умуртқаларнинг ён томонга силжиши умуртқанинг синуиб силжишини билдиради. Умуртқанинг ён томонга силжишини умуртқа танасининг орқа ён қирраси ҳолати ва бўғим ўсиқларининг бир – бировига нисбатига асосланиб баҳоланади.
- умуртқа танаси сагиттал синушлари олдинги–орқа проекцияли рентгенограммалар билан аниқланади. Синуш чизиғи умуртқа танасининг юқориги қиррасидан то пастки қиррасигача узунасига кетган бўлади;
- умуртқа танаси синушида туташтирувчи пластинка жароҳатланса (кириб боровчи синушлар) ён рентгенограммада унинг деформацияси, контурлар бутунлиги бузилган бўлади.
- умуртқанинг чиқиш ва чала чиқишларида асосий симптомлар: умуртқалараро бўғимининг нисбати бузилади: чала чиқишларда пастки бўғим ўсиғининг чиқиш жойидаги юқориги умуртқа бўғим ўсиғи танасига 1/2-2/3 қисмга олдинга силжиши юзага келади. Чиқишларда бўғим ўсиқлари бир-бирига тегмайди. Шунинг учун умуртқа танаси олдинга силжийди, юқоридаги умуртқа чиққан ҳисобланади. Чиққан соҳа силжиш даражасидан умуртқа каналининг сагиттал ўлчами қисилиши боғлиқ бўлади.

Люмбаль пункция.

Орқа мия жароҳатланиш характерини билиш учун орқа миянинг гематома билан қисилганлиги, суяк бўлаклари билан умуртқалараро диск билан қисилиш хавфи бўлганда субарахнаидал бўшлиққа игна киритилади. Люмбаль пункция: бемор ёнбошлаб ётади, ўткир ўсиқлар орасидан IV-V бел умуртқалари ёки V бел I думғаза умуртқалари орасидан пункцион игна билан тери, тери ости клетчаткаси, қирра усти, қирралараро, сариқ бойлам, қаттиқ парда ҳамда арахноидал қават тешилади.

Диагностика мақсадида қуйидаги текширишлар ўтказилади.

- Сув монометри ёрдамида ликвор босимини мл-ларда ўлчаш, нормада ётган ҳолда 150-180 мл сув устунини ташкил этади. Босимнинг юқори бўлиши гиперстензиядан далолат берса, босимнинг пастлиги – субарахнаидал бўшлиқнинг ўтказувчанлиги бузилганлигидан далолат беради.
- Ликвородинамик синамалар, субарахнаидал бўшлиқ ўтказувчанлигини аниқлаш учун керак.
 - Квекенштед синамаси: - бўйинтурук венаси 2-3 секундга босилади, нормада ликвор босими тез 400-500мм сув устунигача кўтарилиши керак. Субарахнаидал бўшлиқ тўла блокланган бўлса, босим ўзгармайди.
 - Стункей синамаси - қориннинг олдинги деворини аорта пульсациясини сезилганча умуртқа поғонасига босилганда,

субарахнаидал бўшлиқ ўтказувчанлиги тахланган бўлса, ливор босими 300-400 мм сув устунига кўтарилади.

- Пусеппа синамаси - бўйинни олдинга букганда яъни иякни кўкракнинг олдинги деворига яқинлаштирилганда ликвор босими ошиши керак, субарахнаидал бўшлиқ ўтказувчанлиги бузилган бўлса ўзгармайди.
- Нафас синамаси: - субарахнаидал бўшлиқ ўтказувчанлиги бузилган бўлса чуқур нафас олганда ликвор босими 20-30 мм сув устунига пасаяди.
- ликвор суюқлигини химик, цитологик ва бактериологик текшириш.
- ликворда коннинг бўлиши субарахнаидал кон қуйилишдан далолат беради.
- Ривожланмаган цитоз бир неча 10 тагача метрофиллар, аҳамиятга эга бўлмаган оксил миқдори аниқланади.
- субарахнаидал бўшлиқ ўтказувчанлиги бузилганда оксил – хужайра диссоциацияси келиб чиқади – оксил миқдорининг ошиши, хужайралар сонинг кўпайиши.

Талаба беморларни даволашнинг асосларини билиши керак. Умуртқа поғонаси шикастларини консерватив ёки жарроҳлик йўли билан даволашни аниқлай билиши керак.

Асоратланган ва асоратланмаган шикастларни даволаш принциплари хилма-хиллигини ҳам кўзда тутиш керак.

Умуртқа поғонаси шикасти ва лат ейишини даволаш методларини қуйидаги группаларга бўлиш мумкин.

- функционал даволаш
- бир моментли репозиция, кейинги гипс корсетли иммобилизация билан
- Босқичли репозиция усули
- Оператив даволаш

Талаба билиши керак: - ҳар бир даволаш тури ўзига хос кўрсатмаларга эга бўлиб, улар жароҳат даражасидан, туридан, травманинг стабиллиги ёки стабил эмаслиги, шикастнинг асоратланганлиги ёки йўқлиги, бемор умумий ҳолати, унинг ёшига боғлиқ. Пастда даволаш методлари схемаси берилган.

Умуртқа поғонасининг асоратланмаган шикастини даволаш.

Функционал усул–ётоқ режими эрта бошланадиган даволаш гимнастикасидан иборат бўлиб, бу тўла сифатли мушакли корсет ҳосил қилиш учун керак. Лекин бунда синган умуртқа поғонаси бутунлиги қайта тикланмайди, бу усул фақат умуртқа поғонаси деформациясига нервлар ва орқа мия жароҳатига олиб келмаган бўлса қўлланилади. Бу усулни умуртқа поғонасининг қисман компресиясида «1/4 – 1/3 умумий танаси баландлиги қисми» ва мушаклар яхши ривожланган беморларда, семизларда қўллаш мумкин.

Кўкрак умуртқалари танасининг понасимон, компрессион шикастида бўшлиқ механизмларининг келиб чиқадиган шикастларни даволашда функционал усул энг кўп қўлланилади.

Кўкрак соҳаси қовурғалар ва тўш суяги ҳисобидан яхши фиксацияланган. Шунинг учун шикастланган умуртқани қайта тиклаш деярли мумкин эмас.

IX-X-XI-XII- умуртқаларгина бундан мустасно бўлиб, уларни тиклаш осонроқ. Бунинг сабаби уларнинг ҳаракатчанлиги ва бел умуртқаларига ўхшашлигидир.

Талаба билиши керак - функционал даволаш қуйидагиларга бўлинади. Бемор ёстикда ёки кушеткада ётади. Бош соҳаси юқорига кўтарилади, тортиш қўлтик ости соҳасидан (буйин умуртқалари синганда) ёки бел соҳасидан бундан оёқ соҳаси юқорида бўлади, тортиш махсус лиф ёки чанок белбоғи орқали бажарилади. Бу усул билан умуртқалар чўзилади. Физиологик лордозлар соҳасига катта бўлмаган ёстиклар қўйилади. Эгилган текисликда умуртқа поғонасини ёйиш тўхтовсиз жараён бўлмасдан - Глисон илмоғи ва чанок белбоғи қўйиш бир неча марта беморга дам бериб ўтказилиши мумкин. Бу усул билан даволаш шикастланиш кунидан 2 ой мобайнида давом эттирилади.

Функционал даволаш усулида албатта физиотерапия, массаж, маҳалий қон айланишини яхшилаш учун мушакларни мустаҳкамлаш, (асосан бел мушакларини) шу билан бирга суяк регенерациясини яхшилаш муолажалари олиб борилади.

Функционал даволашнинг асосини даволовчи гимнастика ташкил этиши керак - бу мушакли корсет ҳосил қилиб, бемор юрганда ҳам умуртқани вертикал ҳолатдаги иммобилизациясини таъминлайди. Бел мушаклари асосан ёзувчилар тонусини ошириш умуртқа поғонасига тушадиган босимни орқа поғонага ўтказди (ўткир ўсиқлар, бўғим ўсиқлари). Олдинги поғонага яъни синган соҳага тушадиган босим камаёди.

Даволовчи гимнастика бел мушаклари ва қорин мушаклари тонусига йўналтирилган бўлиши керак. Даволовчи гимнастика 3 даврдан иборат бўлиб, асосийси умуртқа ёзувчи машқлардир. 1 давр – нафас машқлари, оёқ ва қўллар учун машқлар. 2-давр машқлар пайтида умуртқага бириккан мушаклар (трапециясимон, ёнбош, бел) да бажариладиган машқлар қўйилади. 3-давр орқа мушаклари тонусига қаратилган машқлар ўтказилади. Шу давр охирида беъморларга туришга рухсат берилади. Беморларга ўтириш ва умуртқа поғонасини букиш ман этилади.

Функционал даволаш усули олиб борилганда гипсли корсетлар қўйилмайди, чунки бунинг натижасида мушаклар атрофияси ва умуртқанинг кам ҳаракатчанлиги ҳолати келиб чиқиши мумкин.

Агар бел мушаклари суст ривожланган бўлса, унда гипсли экстензион корсет уч ойга қўйиш мумкин бўлади.

Бемор уйда корсет бор ёки йўқлигидан қатъий назар ЛФК билан шуғулланади. Асосан бемор «Ласточка» каби машқлар бажаради.

Беморга 3 ойдан кейин кунига 15 минутга ўтиришга рухсат берилади. Умуртқа поғонасига босим вақт ўтиши билан шундай ошириладиги, 4 ойдан кейин бемор 40-50 минут ўтириши мумкин бўлади.

Ҳаракатланувчи транспортда ўтириш 5-6 ойгача рухсат берилмайди. Бемор уйга жавоб берилгандан сўнг қаттиқ жойда 1 йил давомида ётиши керак. Беморнинг иш қобилияти ярим йилдан сўнг тикланади. Жисмоний зўриқиш кўп тик туриш, кўп ўтириш билан боғлиқ бўлган иш жойи ман қилинади. Оғир жисмоний зўриқишлар бир йил давомида қатъий ман этилади.

Бир моментли репозиция, кейинги гипс - корсетли иммобилизация усули.

Бу усулга кўрсатма – асоратланмаган умуртқа поғонаси танасининг компрессион синишларида, асосан пастки кўкрак ва бел умуртқаларининг танаси 1/2 қисми синганда.

Талаба билиши керак:- бир моментли репозиция усули олдинги бўйлама бойламнинг чўзилишига, фиксацияланган умуртқани ёзишига асосланган. 2 та усул билан олиб борилади.

- Уотсон – Джекс - Белер усули.
- Денес усули.

Олдинги бўйлама бойлам чўзилганда умуртқа поғонаси нормага яқин бўлган ҳолатни эгаллайди.

Уотсон – Джекс - Белер усули. 2 хил баландликдаги устунларга асосланган, бемор оёқлари пастки стулда, қўллари елка соҳасидан ва ияги юқори стулда тўхтайди. Бемор умуртқаси ёйилган ҳолатда, бунда тана оғирлиги таъсири остида 15-20 минут давомида синган умуртқа репозицияланади, анестезия шарт эмас. Гипсли эктизион корсет - бемор стулга осилган пайтда симфиз, ёнбош бел соҳасидан кўкрак соҳасига қўйилади. Кейин контрол рентгенография қилиниши шарт.

Девис усули – бемор горизонтал столда ётади. Беморнинг тизза томон бўғимига монжета ёрдамида трос боғланади. Троснинг 2- учи потолокдаги блокга уланади. Бел камари билан бемор танаси столда 30-40 сантиметрга кўтарилади 1-трос кўтарилади. Босилган умуртқа 10 минутга тўғриланади. Анастезия –наркоз. Девис усули эскирган шикастларда (2-3 ҳафта ўтган) ҳам қўлланилади. Кўп авторлар фикрича эскирган травмалардан Девис усулида репозициялаш эффектлилиги кам намоён бўлади.

Бир моментли репозиция ортопедик столда қилинади. Гипсли экстензион корсет камида 3-4 ойга қўйилади. Бир моментли тўғрилашдан кейин беморлар ЛФК, физиотерапия пастки ва юқориги мучалар массажи олиши керак. ЛФКнинг 1 даври 10-кун, умумий гигиеник нафас машқларидан иборат бўлади. 2-давр 10-20 кун орқа мушаклари учун қилинади. 3 давр 20-60 кун орқа ва қорин пресси мушакларнинг тонусини ошириш, мушакли корсет ҳосил қилиш учун.

Гипсли корсет олингандан кейин ҳам ЛФК машқлари массаж давом эттирилади. Иш қобилияти шикастланишидан бир ... ўтгандан кейин тикланади. Бир моментли репозиция экстензион метод билан қилинади.

Талаба билиши керак:- экстензион бир моментли репозицион қарши кўрсатмаларни.

- экстензион шикастланиш
- бўғим ўсиқлари ва ёйлари синиши
- ёпишқоқ синишлар ва чиқишлар
- кўп ва қўшма травма
- юрак иши декомпенсацияси, ўпка етишмовчилиги, гипертония касаллигининг оғир формаси, семизлик, қарилик

Талаба – бир моментли репозициядан кейинги ва гипсли корсет қўйилгандан кейин келиб чиқиши мумкин бўлган асоратларни билиши керак.

- Репозиция пайтида

- юқори столда қўл билан ўз оғирлигини сақлаб туриш қийинлиги

- бош оғриқлари, бош айланиши, кўнгил айланиши, қайт қилиш, нафас ва юрак - қон томир системаси етишмовчилиги.
- Коллапс, эс-хуш йўқолиши

Репозиция ва гипсли корсет қўйилгандан кейин.

- ичаклар парези, паралетик ичак тутилиши, бўлиб унинг сабаби қорин парда орти гематомаси ва қорин олдинги девори мушаклар чўзилишидир. Агар ичак парези даволанмаса, корсет ечилади. Орқа мия ва илдизчалар томонидан асоратлар одатда келиб чиқмайди.

Босқичли репозиция усули.

Бу усулга кўрсатма олдинги усуллардаги синишлардаги кўрсатма бўлади. Кўкрак бел соҳаси умуртқа танаси $\frac{1}{2}$ қисмининг асоратланмаган компрессион понасимон синишларида шу усул қўлланилади. Бу усул қуйидагилардан иборат.

Бемор қаттиқ кроватга ётқизилади. Жароҳатланган умуртқа соҳаси гомокга олинади. Гомок охирлари металл тросга уланилади. Трос блок орқали ўтказилади ва балкан рамаларига қистирилади.

Тросларга 3-5 кг юклар осилади. 3-5 кун мобайнида юклар оғирлиги 12-16 кг етказилади. Кунда компрессионланган умуртқа қайта тикланиши юзага келади. Бу усул қўлланилганда албатта гимнастика, физиотерапия, массаж ўтказилиши керак. Бемор 1,5-2 ой ётоқ режимида бўлади, кейин 3 ой муддатга гипсли корсет қўйилади. Иш қобилияти 1 йилдан сўнг қайта тикланади.

Талаба билиши керак: - функционал усул бир моментли репозиция усули босқичли репозиция қўлланилганда ЛФК билан шуғулланиш керак. Умуртқа поғонасини ёзувчи мушакларнинг мустаҳкамлигини кучайтирувчи машқлар қилинади. Умуртқа поғонасидан босим орқа устунга ўтади. Жароҳатга тушадиган босим пасаяди. Бемор кунига 3-4 марта «Ласточка» машқларни 10-15 минутдан бажариши керак. Бундан мушаклар кучи 2-3 мартага ошади.

Оператив даволаш.

Умуртқа поғонасидаги жарроҳлик амалиётини 2 та категорияга бўлиш мумкин. Орқа мияга тушадиган босимни камайтирувчи операциялар: ламинэктомия, синган умуртқа танасини олдинги йўл орқали олиб ташлаш (бўйин умуртқасида бўлса, тўш ўмров, сўрғичсимон мушаги олдинги қиррасидан вертикал кесма орқали). Бел соҳаси бўлса: - олдинги ташқи қорин пардадан ташқариги йўл орқали киради. В.Б.Чаклин усули. Кўкрак умуртқалари –плевра орқали.

Стабилизацияловчи операциялар:- спондилодез орқа ва олдинги йўл билан олиб борилади. Умуртқалар фиксацияси суяк - пластик, металлопластик олиб борилади. Операцияга кўрсатма, орқа миянинг қисилиши бўлса операция кенг олиб борилади.

Ушбу операцияга кўрсатмалардан қуйидагиларни ажратиш мумкин:

- умуртқа поғонаси ностабил синишлари, фалажлик хавфи бўлса;
- эскирган чиқишлар бўлса;
- бир нечта қўшни умуртқалар шикасти, консерватив йўл наф бермаса;

- ўтказилган катта лами́н эптамия.

Бўйин умуртқаларининг синиш ва чиқишлари.

Бўйин соҳаси умуртқалари синишлари ва чиқишларига даволашнинг барча 4 тури ўзига хос аҳамиятга эга.

- Функционал усулга кўрсатма. Бўйин умуртқаси танасининг компрессион синиши. Умуртқа поғонасини эгри текисликда Глиссон илмоғи орқали 4-5кг юк билан 5-6 кун давомида тортмага олинади. Бош – кўкрак – қорин соҳасига гипсли боғлам (торокрониял боғлам ёки минерви корсети) 3-4 ойга қўйилади.

- Бир моментли репозиция усули, бўйин умуртқасининг чиқиши ва умуртқа танасининг компрессион синиши ҳам асоратланган, ҳам асоратланмаган турларида қўллаш мумкин. Ринне Гютер усули энг кўп қўлланилади (30дан ортиқ усули мавжуд). Кейин торококрониял гипсли боғлам қўйилади. Асоратланган турида бош суягидан тортма қўйилади.

- Босқичли репозиция усули – бош суягига скелет тортмаси қўйилади. Тортма 2 ойга қўйилиши керак. Торококрониял гипсли бойлам 3-4 ойга қўйилади. Тортма (Бартон, Кратчфилт, Блекмор) скобалари билан қўйилади.

Умуртқа поғонасининг асоратланган чиқишлари ва синишларини даволаш.

Талаба қуйидагиларни билиши керак:

- Агар асоратланган умуртқанинг синишларида синик бўлаги силжиган бўлса, умуртқа чиқиши қўшилган бўлса, умуртқа канали қисилган бўлса, ёпиқ бир моментли ёки очик репозиция қилинади. Иккала усул ҳам умумий оғриқсизлантириш ва миорелаксантлар таъсири остида бажарилади. Бир моментли репозиция жарроҳлик столида горизонтал ҳолатда бажарилади. Умуртқа поғонаси вертикал ўқида елка камаридан юқорига, чанокдан пастга тортилади. Бу амалиёт бемор мурожаат қилиб келгач диагноз қўйилган пайтда вақт ўтказмасдан қилиниши керак.
- Кўп тарқалган усул бу ламинэктомия (умуртқа ёйларини олиб ташлаш). Бу усул умуртқа канали декомпрессияси учун қилинади.

Умуртқа каналини тафтиш қилиш учун кўрсатма:

- спинал бузилишларнинг кучайиши, парез, паралич, сезиш бузилишлари, чанок аъзоларининг бузилишлари.
- субарахноидал бўшлиқ ўтказувчанлиги бузилиши бўлса (ликвородинамик синамаларда аниқланади).
- рентген текширишда умуртқа каналида суяк бўлаги топилса.

Талаба қуйидагиларни билиши керакки, параличи бор беморларнинг умрини сақлаб қолиш орқа мия морфалогик бузилишларидан ташқари даволашга ҳам боғлиқ.

Трофика бузилиши натижасида қийин битадиган ётоқ яралар ривожланиши мумкин (думғазада ўткир ўсиқлар соҳасида куракларда товонда). Беморни сув тўлдирилган, ҳаво тўлдирилган резинали ёстиқларга ётқизишиб, ҳар бир икки соатда бемор айлантирилиб ҳолати ўзгартирилади. Ёстиқлар бурмасиз бўлиши керак ва антисептиклар билан намланиб турилади.

Қовурғалараро мушаклар ва диафрагма мушаклари фалажи оқибатида гипостатик пневмониялар ривожланиши мумкин. Бунинг ўзи нафас бузилишига олиб келади. Шунинг учун беморни ёстикда парваришладан, нафас гимнастикаларидан ташқари трахеостомия ва сунъий ўпка вентеляцияси олиб борилиши лозим.

Сийдик пуфаги параличи натижасида юқорига чиқувчи инфекция ва уросепсис хавфи ривожланиши мумкин.

Шунинг учун қуйидаги асоратлар олдини олиш керак:

- сийдик пуфаги сийдик йўллари инфекцияси;
- сийдик пуфагида сийдикнинг тупланиши натижасида инфекциялар ривожланиш хавфи пайдо бўлади;
- сийдик тўпланиши натижасида сийдик тошлари ривожланиш хавфи пайдо бўлади;
- сийдик пуфаги чўзилиши натижасида детрузорнинг параличи келиб чиқади.

Даволаш одатдаги сийдик ажратиш функциясини тиклашга қаратилган бўлиши лозим. Талаба сийдик пуфагини дренажлашни билиши керак.

- қорин олдинги деворига қўл билан таъсир қилиш. Шошилиш ҳолларда қов остидан сийдик пуфагини пункция қилиш;
- сийдик пуфаги катетеризацияси узлуксиз ва узлукли қўйилиши мумкин. Монро бўйича узлуксиз ювувчи система қўйиш мумкин;
- қов усти цистостомияси, узлукли ювиш билан.

Ичак параличини йўқотиш учун ичакка натрий хлорнинг гипертоник эритмасини юбориш мумкин, ректал шамчалар ва глицерин ишлатиш мумкин. Ҳатто, тўғри ичак қўл билан ҳам тозаланиши мумкин.

Мучалари фалажланган беморларда контрактуралар ривожланмаслиги учун кунига 2 маҳал бемор қўл-оёқлари пассив ҳаракатлантирилади.

Эрта реабилитация: - фалажланган беморларни ўтиришга, ҳассалардан фойдаланишни ўргатиш. Сув ҳавзаларида машқлар ўтказиш лозим.

Талаба умуртқа поғонасининг кўндаланг ўсиқлари синиши ҳақида ҳам маълумотга эга бўлиши керак. Бу синишлар кам ҳолларда учраб, асосан бел умуртқасида учрайди. Бунинг сабаби бел умуртқаси кўндаланг ўсиқларига квадратсимон мушак ва ёнбош бел мушаклари ёпишган бўлади. Координациялашмаган кескин қисқаришлар (юқоридан тушган оғир юк таъсирида бўлади).

Клиник текширишларда шу соҳа чуқур пайпаслаганда оғриқли бўлади, бел мушаклари тонусли, рефлексор ҳаракатчанлиги аниқланади. Олдинги орқа проекцияда туширилган рентгенограммада синиш чизиклари ва ўсиқларнинг сурилганлигини кўриш мумкин.

Бу ҳолатни даволашда беморга ётоқ режими бир неча кун давомида физоотерапия, даволовчи гимнастика кераклигини талаба билиши керак. Умуртқа поғонасининг ён томонидан 0,25%ли 20-30мл новокаин эритмаси билан блокада қилиш мақсадга мувофиқ бўлади. Иш қобиляти 3-4 ҳафтада тикланади. Умуртқа поғонаси шикастланганларга шошилиш ёрдам бериш ва транспортировкаси ҳақида талаба тушунчага эга бўлиши керак. Умуртқа поғонаси синиши хавфи бор шикастланганларни кўтариш мумкин эмас. Беморларни 3 киши ёрдамида

физиологик эгриликларни сақлаган ҳолдагина кўтариш мумкин. Транспортировка қаттиқ носилкада ва бел соҳасига валик қўйиб олиб борилади.

III беморни текшириш, ташхис қўя олиш, даволаш режасини тузиш, оқибатни баҳолай билишни шакллантириш.

Шу мақсадда группа бир неча 2-3 кишидан иборат группачаларга бўлинади. Ҳар бир группага олдиндан тайёрланган бемор берилади.

Ҳар бир гуруҳ олдида қўйиладиган масалалар қуйидагилар:

- бемор умумий аҳволини баҳолаш – тана ҳарорати, эс-хуши, нафас олиши, артериал босими, пульс характери.
- бемор рентгенограммасини икки проекцияда ўрганиш. Биринчи ён проекция, иккинчи орқа проекция. Умуртқа поғонасини топиш, умуртқа поғонаси ўқини топиш, шаклини қиёслаш, танаси баландлиги ёйлар қирраларини текшириш, бўғим ўсиқларини кўриш, умуртқа канали олдинги орқа деворларини аниқлаш, диаметрини ўлчаш.
- умуртқа поғонасини клиник текшириш, ташқи кўрик, пайпаслаш, неврологик текшириш, кўрсатмаси бўлса.
- ташхисни ифодалаш.
- беморларни даволашнинг турини, муддатини, вақтинчалик иш қобиляти йўқотиш муддатини кўрсата билиш керак.

Талабалар ўзлари мустақил бемор билан шуғулланадилар. Ассистент талабалар гуруҳини назорат қилиб маслаҳат беради.

IV беморни таҳлил қилиш.

(Ташхис, даволаш тури, умуртқа поғонаси функциясини қайта тикланиши учун керакли давр, иш қобиляти қайта тикланиши учун керакли давр, асоратлар, оқибат).

30 минут ўтгач, талабалар йиғилиб ассистент билан бирга ишлайди. Навбат билан талабалар гуруҳи ўз фикр мулоҳазасини айтади (шикоятлар, анамнези). Кейин текширишни қандай олиб борганларини айтиб берадилар. Рентген суратида кўрганлари, неврологик текширишлар изоҳланади. Ташхис айтилади ва шу асосида даволаш режасининг муддатини, иш қобиляти йўқотиш муддатини, оқибат, изоҳлаб берилади.

Шу пайтдан қолган гуруҳлар ва ассистент эшитиб саволлар берадилар, зарур бўлса тўғрилайдилар. Шундай қилиб, талабалар ҳар хил шикастланган беморларни ўрганиш имкониятига эга бўлишади.

V Якуний текшириш.

Гуруҳ хонада жамланади. Асосий муаммолар ҳал қилинади, касалхонагача бўлган ташхис ва биринчи ёрдам муҳокама қилинади. Клиник рентгенологик ташхис, даволаш тури асоратлар айтиб ўтилади.

Якуний назоратнинг юқори кўрсаткичини учинчи даражали вазифаларни еча билиш белгилайди. Шу ерда дарс тугайди, ассистент талабаларга келгуси мавзуни ва вазифани беради.

А Д А Б И Ё Т Л А Р.

1. Горлитский М. Травматология – Варшава, 1973г.
2. Каплан А.В. Заккрытие повреждения костей и суставов. М 1979г.
3. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Учебник для студентов медицинских ВУЗов – СПб. Гипократ 2001г.
4. Муссалатов Х.А., Юмашев Г.С. Травматология и ортопедия: учебник – Л медицина 1995г.
5. Уотсон Джонс Р. Переломы костей и повреждения суставов – М. Медицина 1972г.
6. Цивян Я.Л. Повреждения позвоночника М-1971г.
7. Юмашев Г.С. , Силин Л.Л. Повреждения тел позвонков, меж позвонковых дисков и связок – Ташкент медицина 1971г.
8. Руководство для врачей под реакцией члена-корреспондента РАМН Б.В.Гайдара Практическая Нейрохирургия Санкт-Петербург - 2002.