

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ
ВАЗИРЛИГИ ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОГЛИКНИ САКЛАШ
ВАЗИРЛИГИ САМАРКАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА ИНСТИТУТИ**

Кўлёзма ҳукукида

УДК 616—053.1.001.6:617.58

ҒАФФОРОВ АЗАМАТ УЙҒУНОВИЧ

**Болаларда сонниг тугма чикишини жарохлик
усулида даволашда кузатиладиган хато ва
асоратлар уларни олдини олиш.**

**5A720121 ТРАВМАТОЛОГИЯ ВА ОРТОПЕДИЯ
МУТАХАССИСЛИГИ**

Буйича магистр академик даражасини олиш учун

МАГИСТРЛИК ДИССЕРТАЦИЯСИ

Илмий рахбар:

тиббиёт фанлари номзоди:

доцент А.А. Ахтамов

САМАРКАНД - 2016 йил.

Мундарижа

Кириш	2
I БОБ - Илмий адабиётлар тахлили	6
1.1. Соннинг тугма чикишига ва ярим чикишига анатомик мойилликлар	6
1.2. Болаларда соннинг тугма чикишини оператив даволашда кузатиладиган асоратлар.	12
II БОБ - Клиник материал ва текшириш усуллари	30
2.1. Беморларни умумий клиник характеристикаси	30
2.2. Текширув усуллари	35
2.2.1. Клиник текширувлар	35
2.2.2. Соннинг тугма чикишини рентгенологик текшириш усуллари	43
III БОБ. Оператив даволаш усуллари	52
3.1. Материал ва тадқиқотлар услуги	52
3.2. Соннинг тугма чикишини оператив даволаш натижалари	52
3.3. Соннинг тугма чикишини оператив даволашдан кейинги реабилитацияси ва прогнозлаш.	68
IV БОБ – Хотима	74
Хулоса	77
Илмий ишнинг амалий аҳамияти	77
Фойдаланилган адабиётлар	78

КИРИШ:

МАВЗУНИНГ ДОЛЗАРБЛИГИ:

Сонни тугма чикишини оператив даволашнинг энг самарали усуллари кулланилаётганлигига карамасдан ортопедиянинг долзарб муаммоларидан бири булиб колмокда.

Чунки касаллик эрта аникланиб эрта даволанишига карамасдан, коксоартроз, қолдиқ ярим чиқиш, асептек некроз, соха вага ва бошка қолдиқ асоратлар улуши купайиб бораётганлиги кузатилмокда. Илмий адабиётлардаги маълумотларга караганда чанок- сон бугмида операциядан кейин ривожланадиган дегенратив- диспластик жараёнлар 38-64% ривожланиб, 22- 38 % ногиронликка сабаб булмокда(В. В. Агаджанян, 2005; И. Ф. Ахтямов, 2008; И. В. Грибова, 2002; М. М. Камоско, 2005; А. П. Крисюк, 1998; О. А. Малахов, 2005; И. В. Мусихина, 2006; Е. Г. Набиев, 2003; О. Н. Обгаидзе, 2003; Ю. И. Поздникин, 2005; Е. С. Тихоненков, 2007 П. Я. Фищенко, 2012; R. Santore, 2012).. ҳолбуки мазкур курсаткичлар йил сайин купайиб бормокда.

Шунинг учун мазкур мавзу болалар ортопедиясининг долзарб муаммоларидан бири булиб колмокда.

Малумки операция натижаси даволаш усулини тугри танлаш, операцияга курсатмаларни асосли булиши ва операцияларни техник жихатдан тулаконли бажаришга боглик.

Мазкур йуналишда, яъни операцияларни самарали усуллари куллаш ва чанок суякида ҳам реконструктив операциялар амалга оширилмокда, лекин операцияга беморни тулаконли тайерлаш ва эрта операция килиш жуда мухим ахамиятга эг Шунинг учун болалар ортопедиясида соннинг тугма чикишини жаррохлик усулида даволаш кейинги даврда долзарб муамолардан бири булиб колмокда.

Ишнинг мақсади. ВОваШОШ нинг болалар ортопедияси булимида 2013-2016 йиллар давомида болалар сонларнинг тугма чикиши билан операция усулида даволаган. Мазкур болалар уртасида кулланилган операция усуллари таҳлил қилиш ва шу тарика асоратлар (контрактура, асептик некроз, ярим чикиш (сублюксация), қайта чикиш (релюксация)) сабабларини урганиб таҳлил қилиб чора – тадбирларни кулаш самарадорлигини ошириш ҳамда ногиронлик улушини камайтириш.

Функционал текширувларда жумладан функционал рентгенологик текширилган чанок-сон бугимини баҳолашда кулланилса (В.И. Садофьева, 1985) бугимнинг стабиллигини боҳолавчи меъёрий курсаткичлар ишлаб чиқарилмаган. Мазкур муаммолар бизнинг фикримизча назарий ва амалий жиҳатдан муҳим роль уйнайди.

Ишнинг мақсади: Тадқиқотлар натижасида соннинг тугма чикишини оператив эрта даволашнинг самарадорлиги ва контингентдаги беморларда яхши натижалар олиб қилишини аниқлаш соннинг тугма чикишини жаррохлик усулида даволаш самаралилигини аниқлаш Материал ва тадқиқотлар услублари ВОШОШ болалар ортопедияси булимида даволанаётган беморлар ортопедия булимида клиник, лаборатор ва рентген текширувлардан утқизилади даволаш жараенида динамик кузатиб борилади.

Болаларда соннинг тугма чикишини жаррохлик усулида даволашда кузатиладиган хато ва асоратларни таҳлил қилиш ва даволашнинг самарали усуллари амалиётга жорий этиш ва ногиронликни камайтириш.

Ишнинг вазифалари:

1. ВОШОШ нинг болалар ортопедияси булимида Соннинг тугма чикиши ташхиси билан жаррохлик усулида даволанган 51 та беморни операция даврида кузатиш.

2. ВОШОШ нинг болалар ортопедияси булимида Соннинг тугма чикиши ташхиси билан жаррохлик усулида даволаниб турли хил асоратлар

кузатилган беморларни ретроспектив урганиб, асоратларни юзага келиш сабабларини аниклаш. Беморларни текширишда клиник, рентгенологик ва лаборатор текшириш усулларида фойдаланилади.

Клиник материал ва текшириш усуллари:

Шифохонамизнинг болалар ортопедияси булимида 2013 йилдан 2016 йиллар давомида соннинг тугма чикиши ва ярим чикиши билан даволанган беморлар касаллик тарихини тахлил қилиш ва оператив усулда даволанаётган 51 беморда даволаш жараёнини кузатиб натижаларини солиштирма тахлил қилиш. Беморларда клиник, биомеханик, рентгенологик, МСКТ ва УТТ текшириш усуллари қўллаш режалаштирилган.

Ишдаги илмий янгилик:

Сонларнинг тугма чикишини эрта рентгенологик текшириш ва баҳолаш ҳамда даволашнинг оператив усуллари такомиллаштириб асоратлар улушини камайтириш.

Ишнинг амалий аҳамияти:

Сонларнинг тугма чикишини эрта аниклаб, оператив даволашнинг самарадор усуллари амалиётга тадбиқ этиш.

Ишнинг абрабацияси:

Диссертация мавзусини тасдиқлаш кафедра йигилишида 15.01.2014 й кафедралараро йигилишида 02.27.2014 йилда утказилди. Диссертациянинг абрабацияси кафедра йигилишида утказилди.

Чоп этилганлар: Илмий иш мавзуси бўйича 3 та тезис чоп этилган.

Диссертация тузилиши.

Диссертация 85 саҳифа ва 4 қисмдан иборат. Кириш I қисм. Илмий адабиётлар таҳлили, II қисмда материал ва текшириш усуллари. III қисмда даволаш усуллари ва натижалари баён этилган. IV қисм Хотима, хулосалар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхати ҳам берилган. Диссертация

материаллари 5 та жадвал, 26 та расм ва 5 та диаграммадан иборат. Илмий ишда жами 86 та адабиётдан фойдаланилган бўлиб улар узимизда, МДХ давлатлардаги ва хорижий давлатларда чоп этилган адабиётлардан фойдаланилган.

I-БОБ. СОНЛАРНИНГ ТУГМА ЧИКИШИНИ ОПЕРАТИВ ДАВОЛАШДА КУЗАТИЛАДИГАН АСОРАТЛАР ВА УЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ

(адабиётлар шархи)

1.1. СОННИНГ ТУГМА ЧИКИШИГА ВА ЯРИМ ЧИКИШИГА АНАТОМИК МОЙИЛЛИКЛАР

P.Le Damany соннинг тугма чикишига сабаб булувчи омиллар: куймич косача антиверзияси ва соннинг проксимал учлигининг антеторсиясини меъёридан куп булиши. Муътадил бугимда сон бошчаси ва куймич косача бир-бирига мутаносиб булади.

Филогенетик нуктаи назардан сон буйинчаси диафизининг давоми хисобланади. Сон буйин бурчаги чакалокларда 150^0 , 1 ёшда 140^0 , 13-15 ёшда 133^0 (Я.Б. Куценук, 1992) [39,42,45]. Шу билан бирга сон буйинчаси олд томонга бурилган. Мазкур бурилиш бурчаги версия, торсия деб аталади. Сон буйинчаси хамма вақт сон буйинчасининг укига мос келмаслиги мумкин.

Соннинг тугма чикиши ёки ярим чикишида сон бошчасининг анте- ёки ретрофлексияси кузатилади. Ортикча антеторсия сон буйинчасининг ретрофлексияси хамда сон бошчасининг ретроверзияси хисобига компенсацияланади [5,7,15,16,17].

Ун бир ёшгача булган соглом болаларда И.И. Мирзаева ва Е.С. Тиханенков (1988) мазкур курсатгичлар уртасида фарк борлигини аникладилар.

Бир ёшгача булган болаларда сон бошчаси куймич косачасига нисбатан жадал шаклланади (усади) ва шу нуктаи назардан тугма чикиш эхтимоли куп блади

Бола 2 ёшга кирганда сон буйин бурчаги $145-150^0$ га тенглашади. Лекин кейинги ёшларда кичиклашиб вояга етганда 125^0 га тенглашади. Шу билан бирга антеторсия аста секинлик билан 15^0 га кичиклашади.

Жадвал №1.

Ун бир ёшгача булган болаларда сон торсияси.

Ёши	Барча курсатгичлар диапазони	Уртача фарк
1 ёшгача	10-45 ⁰	27 ⁰
1-2 ёш	10-45 ⁰	27 ⁰
3-4 ёш	5-45 ⁰	26 ⁰
5-7 ёш	8-37 ⁰	23 ⁰
8-10 ёш	10-60 ⁰	33 ⁰

Соннинг ҳолати узгарганда унинг функцияси ҳам узгаради. Чанок-сон бугими медиал ва латерал артериялар ҳисобидан кон билан таъминланади. Медиал ва латерал артериялар шохлари катта куст медиал сатҳида анастомоз ҳосил қилади ва сон буйинчасини ураб туради. Тугма касалликларда кичик кон томирлар жароҳатланиши ҳатто сон буйинчасидан сон бошчасининг узагига томон борадиган кичик кон томирлар ҳатто енгил жароҳатланганда ҳам сон бошчасининг асептик некрозини ривожланишига сабаб бўлади. Мазкур соҳада кон томирлар суяк усти пардаси ва синовиал парда билан уралган бўлиб, сон ташқарига керилганда (Лоренц-1 ҳолатида) осон жароҳатланиши мумкин[31,38].

Бола тугилгандан бошлаб соннинг проксимал учлигида варизация ва вальгизация жараёни кечади. Бунда варизация жараёни жадалроқ кечиб, сон буйин бурчаги ёш улгайган сари кичиклашиб боради. Бола вазни ёнбош, бел мушаги, кичик ва катта думба мушаклари ҳамда аддукторлар варизацияловчи таъсир курсатадилар. (О.Барта,1972).. Бола мустакил юра бошлагач сон-буйин бурчаги кичиклашиб куймич косачасининг вертикал қиялиги вертикал текисликка нисбатан стабилланади. Сон буйинчасининг антеторсияси

кичиклашган сари бугимнинг горизонтал текисликка нисбатан стабиллиги ошади (Е.С. Тихоненков, 1983).

Чакалоқларда куймич косачаси лаби 170-175⁰ га мос келади. Нормада куймич косачасининг пештоки горизонтал текисликка нисбатан нормал жойлашган куймич косача туби эса ёғ туқималар ва бириктирувчи туқималар билан тулиб туради. Куймич пешток лаби эса яримойсимон гиалин тоғайидан иборат бўлади. Айнан шу гиалин тоғайли куймич пешток лаби яхши ривожланса сон бошчасининг $\frac{3}{4}$ қисмини камраб олган бўлади. Аксинча, мазкур соҳа усишдан орқада қолса, дисплазия ривожланиб бугимнинг стабиллик даражаси камаёди ва чиқиш ёки ярим чиқишга мойил бўлади.

Saltev соннинг тугма чиқишини оператив усулда даволаганда аваскуляр некроз ривожланишига сабаб бўлувчи омилларни куйидагича таъкидлаган:

- 1) Соннинг тугма чиқиши тугрилангач, бир йил давомида суякланиш ядросининг пайдо бўлиши;
- 2) Сон бошчаси эпифизи суякланиш узагининг йуқлиги – микроэпифиз;
- 3) Йил давомида сон бошчасининг аста-секин қалинлашуви;
- 4) Сон бошчасининг зичлигини қучайиши ва кейинчалик фрагментациянинг ривожланиши;
- 5) Тугма чиқиш тугрилангач сон бошчаси ва бўйинчасида қолдик деформациялар қолиши;

Қупчилик муаллифларнинг фикрича қолдик асоратлар сон бошчаси суякланиш ядросининг зарарланиш даражасига боғлиқ деб ҳисоблашади. Агар даволашнинг бошланғич даврида қисман қасалланиш бўлса, кейинчалик у тикланиб соннинг проксимал уқлигида деформация қузатилмайди. Агар сон бошчасининг суякланиш ядроси оғир даражада қасалланган бўлса сон бошчаси ва бўйинчасида оғир асоратлар ривожланиб бугим номутаносиблигига сабаб бўлиши мумкин [5,15,19,24].

Н. Erast [78] сон бошчаси эпфизи, буйинчаси ҳамда куймич косачасида ривожланадиган огир деформацияга суякланиш ядросининг эпифизар тоғай пластинкасига нисбатан жойлашган ҳолатига боғлиқ деб таъкидлайди. Сон бошчаси суякланиш ядроси латерал жойлашган бўлса соҳа *valga* ривожланиши эҳтимоли бўлади. Агар сон бошчаси суякланиш ядроси медиал юзада жойлашган бўлса соҳа *vara* ривожланиш эҳтимоли бор. Соннинг проксимал қисмининг усиш жараёнида усиш зонаси ҳамда эпифиз ишемияси «осилган қанот» қуринишида намоён бўлади. Бу аломатни биринчи марта Perkins томонидан таъкидланган. Мазкур рентген анатомик аломат эпифизар зонанинг бузилиши натижасида уни қисман ёки бутунлай усишдан қилишдан далолат беради. Бу ҳолаткатта кустнинг юқори усишига ва думба мушакларининг заифлашиб функционал соҳа *vara* ривожланишига сабаб бўлади [2,6,9].

Шундай қилиб эпифиз ядросида қузатиладиган узғаришлар, айниқса сон буйинчаси ва соннинг проксимал усиш зонасидаги узғаришлар сон проксимал учлигида турли деформациялар ривожланишига ва бу ҳолат уз навбатида бугим номутаносиблигига сабаб бўлади [15,21,34].

Соннинг проксимал қисмидаги васкуляр бузилишлар ҳамда коллатерал қон таъминотининг қай даражада тикланиши сон бошчаси дистрофик узғаришлар жараёнини белгилайди. Шу билан бирга, соннинг проксимал учлиги усиш суръатини бузилиши усиш зонасининг (бола ривожланиши даврида) беркилиб қилишига боғлиқ.

R. Bucholz ва ҳаммуаллифлари сон бошчаси аваскуляр некрозида усиш зонасининг бузилиши соннинг проксимал учлигидаги ривожланадиган узғаришларда муҳим роль уйнайди.

I. Ogden [25,79] гипертрофияланган лимбус билан латерал эпифизар артерия шохи усиш зонасининг ташқи зонасини жароҳатлайди. Натижада сон бошчасини вальгусли деформацияси 3-10 йилдан сунг намоён бўлади. Усиш

зонасининг медиал юзасини жароҳатланиши эса сон буйин бурчагининг варусли деформациясига олиб келади.

Сон бугимида ривожланадиган деформацияларни R. Siffert (1984) сон бошчаси эпифизар зонасида, сон буйинчасида, катта куст эпифизар зонасида ҳамда буйинчасида ривожланадиган патологик жараёнларга боглиқ булади. Сон проксимал усувчи зонасининг ташки юзаси жароҳатланса сон бошчасини ташкарига усишини кучайтириб ярим чикишга сабаб булиши мумкин. Усиш зонасининг тулик жароҳатланиши сон буйинчасининг варусли деформацияси ва катта кустни юкорида шаклланишига сабаб булади.

Усиш зонасининг ички юзасининг жароҳатланиши сон бошчасини пастга караб усиши ҳамда варусли деформациясини ривожланишига сабаб булади.

A.Kalamchi (1980), D. Thomas (1982) соннинг проксимал учлигида ривожланадиган патологик жараёнларни таҳлил қилиб соннинг тугма чикишини оператив усулда даволашда кузатиладиган асептик некроз жараёнининг патологик учогига караб классификацияланади:

1-гурух. Сон бошчаси ядросининг жароҳатланишида усмир ёшига бориб соннинг проксимал учлигида патологик жараён кузатилмайди.

2-гурух. Сон бошчаси суякланиш ядроси ташки юзаси ва проксимал усиш зонасида патологик жараёнлар кузатилса сон буйинчасининг латерал сегменти усишини секинлаштириб усиш зонасининг эпифизеолезига сабаб булади. Кейинчалик бу ҳолат «соха valga» ривожланиб сон бошчасининг куймич пешток билан копланиш даражасини етишмовчилигига (нуксонига) сабаб булади.

3-гурух. Бунда эса сон бошчаси эпифизар зонаси марказий кисмининг жароҳатланиши оқибатида сон – буйин бурчаги узгармасдан буйинчаси кискариб қолган катта куст узининг функционал меъёрий усиши сакланиб қолган ҳамда ҳамда функционал «соха vara» ривожланган. Сон бошчаси сферик ва куймич пешток билан яхши қопланган ҳолат кузатилади.

4-гурух. Сон бошчасининг ва сон проксимал учлигининг суякланиш ядросининг тулик жароҳатланиши натижасида сон буйинчасининг варусли деформацияси, уни кискариб калинлашиб катта кустнинг юкорига ушиб кузатилади.

Баъзи муаллифлар (Н. Robert, Sering 1891) 5-гурухни киритган:

5-гурух. Уларнинг кузатишларича факат сон буйинчасининг узи жароҳатланиб буйинча кискариб калинлашади ва енгил даражадаги соҳа вага кузатилади.

Юкорида кайд этилган барча муаллифлар соннинг проксимал учлигида кузатиладиган деформацияларни факат бир текислик фронтал текисликда таҳлил қилишган. Лекин проксимал ушиб зонасининг зарарланишига оид ва орқа соҳалар ҳам узгармасдан қолмайди. Шининг учун бир қатор муаллифлар бугунги кунда соннинг проксимал учлигида кузатиладиган деформацияларни уч текисликда – фронтал, горизонтал ва сагитал текисликларда узига хос оригинал рентгенологик текшириш усулларидан фойдаланилмоқда [65,68].

Муаллифлар мазкур деформациялар қуп текисликли бўлиб, сон буйинчасининг деформацияси ҳисобига фронтал текисликда проксимал эпифиз ушиб зонасининг бузилиши согитал ва горизонтал текисликда аниқланади.

Шунинг асосида соннинг проксимал учлигининг қуп текисликдаги деформацияларининг классификацияси ишлаб чиқилган. Унга қура соннинг проксимал учлиги ва катта куст соҳасидаги ушиб зонасининг бузилиши турлари характерланади. Мазкур мураккаб деформацияларни (И.А. Краснов, В.И. Садофьева 1985) эрта аниқлаб, коксоартроз ва бошқалар ривожланиш эҳтимоли бўлган деформацияларни оператив ёки оператив усулда эрта бартараф этиш имконияти бўлади [5,12,19].

Қуймич пештогининг иккиламчи деформацияларини R. Solter ва R. Vinter [24,41] кузати, муаллифла қон айланишининг бузилиши ушиб зонасига

салбий таъсир этиб муътадил биологик стимуляция килувчи децентрация холатидаги сон бошчаси унинг ривожланиш жараёнини янада огирлаштиради.

Соннинг тугма чикишини оператив усулда даволаш жараёнида ривожланадиган дистрофик ҳамда васкуляр жараёнлар сон бошчасининг ҳамда эпифиз усиш сатхини муртаги шаклини издан чикарди. Агар мазкур жараён факат сон бошчасининг суякланиш ядросида кузатилса бугим компонентлари меъёрида тикланиб ривожланади.

Агар патологик жараён усиш зонасини ҳам камраб олса унда соннинг проксимал учлигида огир деформациялар ривожланади. Бу холат усиш зонасининг медиал, латерал ёки марказий сатхининг бузилишига кура узига хос деформациялар ривожланади. Шунинг учун усиш зонасининг кайси сатхида патологик жараён борлигини аник бахолаб сонни проксимал учлигини коррекцияловчи операциялар кулланилишида хисобга олинди.

1.2. БОЛАЛАРДА СОННИНГ ТУГМА ЧИКИШНИН ОПЕРАТИВ ДАВОЛАШДА КУЗАТИЛАДИГАН АСОРАТЛАР.

Болаларда соннинг тугма чикишини жаррохлик усулида тиклаш ортопедияда энг мураккаб операциялардан бири хисобланади. Чунки чанок-сон бугимининг мушаклар ва кон томирларга бойлиги чанок ва сон суяги тузилишининг узига хослиги таъмирловчи операцияларни бажарилишини техник жихатдан кийинлаштиради. Сонинг тугма чикишини жаррохлик усулида даволашни 70йилдан ортик вақт утган (К. Рейер, Моргари, Паджи-Мордори, Пагги, 1882-1888 йил). Лекин хозиргача бу муаммо тулик хал булмаган, хозирги кунгача операция техникаси, операциягача, операция утказиш лозим булган еш хакида аник фикирга килмаган (А.Фрумина, Ф. Богданов, М. Гончарова, Е.Некифорова, А.Биезин, А. Елецкий, М.Волков, А.Тимофеева).

Куп сон мушаклари ва калин тери ег кавати билан уралган чанок – сон бугимиға кириш огир хисобланади. Соннинг тугма чикишида бу вазифа янада мушкуллашади. Чунки бугимдан нормада мушаклар ва суяклар жойлашуви бузилади куп холларда чикан бошча жуда юкорида жойлашади. Бошча бугим чукучасига мос келмайди, мушаклар кискарган, бугим капсуласи чукуллашган, чандикли узгарган, базан аторфияга учраган булади. шу сабабли чанок – сон бугимиға кириш мухим ахамиятга эга. Чанок – сон бугимида жаррохлик усулларининг 70 дан ортик тури таклиф килинган. Мерфи, Смит – Петерсон ва Вреден кесмалари соннинг тугма чикишини жаррохлик усулида даволашни кенг йулга куйилган 1945 йилда Ф.Р. Богданов, Смит – Петерсон ва Мерфи кесмаларни яхши хусусиятларини узлаштириб яънги кесма ишлаб чикарган.

Ф.Р. Богданов буйича операция техникаси Тери кесмаси енбош суяки олдинги юкори кисмидан бошланиб яримойсимон катта куст асосигача 2 см пастдан айланиб утади, тери ва фация кесилгандан кейин ясси долото ердамида катта кустдан юпка пластинка ажратилиб юкорига тортилади бунда базан бугим капсуласи очилади кейинчалик бугим капсуласи кесилиб бошча жаррохатдан чикарилади , бошча докали ушлагич ердамида ушаб тортилади бошча кутарилади ва бугим чукурчаси курилади бугим тозаланиб бугим чукурчаси чукурлашади .

А.Ф.Фрумина кесмаси Смит - Петерсен ва Вреден кесмаларини узига мужассамлаштиради тери кесилгандан кейин сонни кенг фасциясини тарангловчи мушаги ва тугри мушакларини орасидан тумток йил билан кирилади. Бу усулнинг афзаллик томони шуки йирик кон–томир ва нервлар зарарланмайди, думба мушаклари енбош суягини канотидан суяк усти пардаси билан ажралади ва кам жароҳатланади, капсула тулик кесилади ва бошча жароҳатдан чикарилади, капсулани ортикча кисми олиб ташланади, бугим чукурчаси тозаланади

А.Ф. Фрумина куп холларда бугимни чукурлаштирмасдан Лене ва Цпитци бугим пештокини тамирланади

Сони тугма чикишини жаррохлик усулида даволашда ортопедлар чикиш ҳолатида бўлса сон бошчасини узига хос паталогиясига дуч келади

Бу ҳолат операция техник жихатдан бажарилганда ҳам коникарсиз ҳолатларга олиб келади, бу паталогия сон суягини олдинга буралиши антиверзия, оркага буралиши ретроверзия дейилади сон суяки бошчасининг олдинга яққол ифодаланган ретроверзияси (45-с дан куп) сон бошчасини жойлаштиришдан олдин реконструкция қилишни тоқозо қилади Бу операцияни ишлаб чиқаришда Чех олими Заградничек куп изланишлар олиб борган. Унинг операциясини Дега, Бойчев, Труца, Закрофский, Михелман, Богдановлар томонидан модификация қилинган. Заградничек методи қуйидагилардан иборат теридаги кесма енбош суягини олдинги пастки қиррасидан бошланади, кесим катта кустдан 4см пастдан ва 5 – 6 см оркага йуналади.

Заградничек усули операция қилиши бир йула сонни остетомия қилиш қуймич косасини чукурлаштириш таъмирлаган қуймич пештокини металл стержен ёрдамида маҳкамлаш мазкур усулда сон бошчасини қон айланишини бузиб турли асоратлар ривожланишига сабабчи бўлади. 1959 йил А.Е.Фрумина француз ортопедлари Левеф, Бертран, маълумотларига асосан Заградничек операцияси қулланилмай қолди. Чунки қанча эрта операция қилса мушаклар ретракцияси қузатилмайди.

Сонни тугма чикишини жаррохлик усулида даволашни XIX асрни охирида бошлаган бўлиб биринчи бўлиб сон бошчасини жаррохлик усулида тугрилаш ва қуймич косасига жойлаштиришни 1837 й. Guerin, кейинчалик бу методни К.К.Рейером (1883), Poggi (1888 й.) М.С. Субботиним (1891 й.) давом этирган.

1890 йил Hoffa узининг амалиётида тугрилаш методини жори этди ва унга асос солди. Охирги 200 та тугриланган беморлар 25 % асорат кузатилди ва 2,5 % улим кузатилди. Colot (1906 й.) жаррохлик усулида тугрилашни факат бир томонлама нотугри чикишларга килинади деб укиди.

Враса (1914 й.) 25 та операция килган беморлардан, операция вақтида (1920 й.) улим ходисаси юз берди. Lorenz (1920 й.) 43 % асорати кузатилди. Р.Р. Вреден (1925 й.) 25 %, П.И. Блищенкони маълумоти буйича 9 та операция килган беморлардан, (уларни ёши 6 дан 40 ёшгача) 2 та улган, 4 тасига йирингланган ва 1 та анкилоз колганларда кам ҳаракатчанлик ва 3 та беморда яхши ҳаракатни кузатган. Сони тугма чикишини жаррохлик усулида даволангандан кейин коникарсиз натижа олган Lorenz (1920) узини хоши билан кон куйиш йули билан тугрилашни тез ва киска битишини ёзади.

Н.В. Шварц (1935 й.) белгиланишга сонни тугма чикишини радикал тугрилашни куланилиши катта тавақаллик килди ва коникарсиз натижа олди.

1939 йил Украинада ортопедларни II –съездида Т.Я. Эпиштейн кон билан тугрилаш усулини куллаш мақсадга мувофиқлигини инкор килди, шу вақтни узида Ф.И. Берхина 14 ёшли болаларда чанок–сон бугимида ярим чикиш булганда 20 тасига бугим пештогини тамирлаш операция килган.

1890 йил XIX конгрессда немис хирурги König сон суяги бошчаси устида суяг пластикаси билан шапка куйишни таклиф килган. Бунда курсатма Бугим косачисини яхши ривожланмаганлиги сабабли сон бошчаси ярим чикиш ҳолатида булади. Бунда König усулида шапкача килишган, Жуховискийнинг фикрича тренделенбург иштони. Аммо у вақтда Р.Р. Вреден курсатишига операция пайтида сон ва чанок урт асида нормал анатомик алока тикланади. Кирмисон 1892 й. сонни юкори чикишида якинлаштирувчи букувчи контрактурасида ва патологик лардоз булганда сонни остетомия килишни таклиф килган, шундай килиб сони тугма чикишида даволаш

полиатив йуналишида олиб боради, ёпик тугрилаш усули яхши натижага бермаганлиги учун чанок- сон бугимининг анатомио-физиологиясини урганди олимлар. Т.С. Зацепен. 1936, А.Е. Фрулина. 1940 й. Ф.Р. Богданов ва Н.А. Тимофеев 1959 й. шулар ёпик усулдан воз кечиб очик усулда тугрилашни таклиф этди. 40 йилларда булган даврни чанок сон бугимидаги патологияни урганиш даври деб айтган шунинг учун ҳам хар бир бугимини узига хос хусусиятни урганиб чикди, ҳамда касални ёшига эътибор берди ва бугимда артрография килиниши (М.Н. Ганчарова 1950 й., З.И. Шинедров 1950 й., И.Н. Мирзаева 1968 й., Вибберг 1939 й., Leveuf ва Bertrand 1946 й., Cnilleminef 1953 й.) таклиф килди. чунки бугимни урганиш учун, кейинчалик бугимларнинг индивидуаликдан ташкари беморни ёшини эътиборга олган. (А.Х. Петросян 1943, Е.К. Никифоров 1949 й., А.Е. Фрумина 1949 й., М.Н. Ганчарова 1953 й., В.Д. Чаклин 1957Ф й., Zahradnicek 1934, Бойчев Б. 1937, Berfrand 1962 й.) 1958 й. Прага конгрессида Hnevkovsky энг кулай ёш 24 олийкача булган ёш хисобланади. Бу ёшда адаптация хусусияти кучли булади. Шунинг учун сон суяги бошчаси марказга тугрилангандан кейин бугим яхши ривожланади. Шунинг учун ҳам чикишни ҳамма тури 3 ёшдан утмасдан келиш керак. Шуларга карамасдан олинган натижалар хар хил З.Н. Тимофеев –Витта (1950 й.) Ф.Р. Багданов ёшидан катий назар 98 % яхши натижа олган 89% ичидан, бугимни чекланган харакати 41 %, харакатсизлиги 4 % – 20⁰ С паст булса. Бир катор олимлар (Е. К. Никифиров 1957, Э.Г. Курдиани ва А.А. Дзаннашвили 1961 й., Н.И. Кикабидзе 1962, А.К. Майстренко 1962, Rauntree 1947, Colonna 1962, Frejka 1957, Kaiser 1958, Berfrand 1962 й.) ларнинг тажрибаси шуни курсатди, очик усулда тугрилаш 10–12 ёшдан утган кейин деярли хаммаси натижа яхши эмас. бирида бугим харакатсизлиги, бирида бугим аникилози, бирида сон суяги бошчасини деформацияси ва чукурчадан чикиши мумкин. Crego (1947), Leveuf (1948), Бойчев (1958) Деда (1959) жаррохлик усулида даволашни 5 ёшгача, М.Н. Гончаров (1952) 3 ёшгача килиш мумкинлигини айтган М.Н. Гончаров (1958)

маълумотига караганда коникарсиз натижалар 3,4 %, сон бошчасини деформацияси ва харакатсизлиги 43 % т.к.

Е.Н. Никифоров ва П.Н. Тяжеков (1968) 306 та утказилган очик тугрилашни 6 ёшдан 20 ёшгача булган беморлардан 15 % коникарсиз натижа олган. И.И. Мирзаева (1968) утказилган операциясидан 48,4 % коникарсиз булиб кайта операция булган 20 та беморда тулик чикиш 12 та, ярим чикиш 8 та беморларда кузатилган. И.И. Мирзаева кайта операция килганларда техник жихатдан кийин кечиши ва мушаклар тонусини бузилишига олиб келишини айтган. 1969 й. травматологлар ва ортопедларни II-съездида М.В. Волков, В.Д. Дедова ва Е.К.Никофорова коникарсиз натижалар 24,8 % 6 дан 10 ёшгача булганларда, М.Н. Ганчорова хисобига кура 18 % ташкил килади. З.И. Шнейдер (1969 й.) кузатишича бугимларда чикиш ва ярим чикишлар 9–22 % гача кайтланган, дестрофик узгариш 24–69 % гача, 15 % кайта операцияга мухтож булган, А.И. Шулутка (1969) 5–15 ёшгача булган 55,8 % коникарсиз натижа берган, Т.А. Бартенова томонидан 108 та очик операция килган беморларда бирортасида бугин функцияси тула бикланган А.И. Курбонов 1971 й. 1–5 ёшгача 16 % кайта чикиш, 23 % артроз кузатилган, Palakovski (1969) очик операция килингандан кейин, 510 тадан 20% коксартроз 6 ёшдан кейин 2 марта куп учрайди. Keye, Rosemeysar (1972 й.) томонидан утказилган 291 (урта ёши 3,75) кайта операцияга мухтожлар 80 % т.к. Авторлар томонидан килинган операциялар бирортасида бугимни тулик функцияси тикланмаган. Calonna узини модификациясида, бошка модификацияга нисбатан узини бугим артропластика операциясини кенг куланилди. Dega ва Colonna биргаликда детортцияловчи остеотомия операциясини олиб борган 398 та операция килинган беморлардан 84 % холларда яхши натижа ва зур резултат олган. Cruca (1958) 300 операциядан яхши натижа 78 %. Ambras (1959) пластика килганда коникарсиз натижа 15 % ни ташкил килди. Schmiff (1960) 50 та бугимда операциядан олдин 40 %

яхши ва 22 % коникарсиз натижа олган. Chaochal (1965) беморларни ёши канча катталашса Colonna операциясидан шунча натижа кам олинади, агар уларни ёши 3–5 ёшда булса 84 %, 7–12 ёшда 24 %. Szulc (1969) 6 дан 27 ёшгача булган 210 та чанок сон бугимида sobivilla –colonna операциясидан яхши клиник натижа 30,5 % рентгенологик натижа 4,8 % караган 6 ёш ва катта ёшдаги болаларда чанок сон бугимида кам харакатчанлик кузатилиб, огрик безовта килган. М. Гарлицкий ва В. Шульц (1969) 147 та 6 ёшдан 17 ёшгача булган операциядан кейингиларда 44,7 % бугимида харакат бор, 40,8 % касал ва 31,6%–храната. Chung at al (1971) айтишича 6–37 ёшгача colonna буйича артропластика натижаси, ёмон натижа 10,7%. 13 та беморда варизацияловчи остеотомия 4 та беморда катта куст кучирилган ва 6 та эпифизиолиз. Бизлар ва куп хирурглар colonna операциясидан яхши натижа олган. (С.Д. Терновский, М.В. Волков 1959, М.Д. Михелман 1960, Г.М. Тер–Елизаров 1960, Г.И. Улицкий 1962, А.И. Мавшович ва А.В. Митрофанова 1962, 1967, Л.И. Кржыжановский 1964, 1965, Э.А. Рулла 1966, И.И. Мирзаев 1968).

Ю.П. Колесников (1970) 33 % беморларда ёмон натижалар олган уларнинг бир кисми операциядан кейин септик некроз кузатилган бемордир, асептик некрозни ривожланиши оёгнинг букилган ва узоклаштирилган холда турлишига боглик, бу холатда бугим чукурчаси томонидан бошкча доимилик боши булади, бунинг натижасида бошча тулик ёки кисман сурилади, ярми чикиши ёки чикиш юзага келади. Авторни фикрича капсула кесилганда кон айланиши бузилганда некроз ривожланиши мумукин. Бошчадаги некротик узгариши хакида Lofh, Gajevskii (1969) шулар хам айтиб утган, чанок сон артротостикасида бугимда бошка материаллар билан ишлар олиб борган, Ф.Р. Богданов (1959) М.В. Волков ва Н.А. Градюшко (1958), С.Д. Терновский М.В. Волков (1959) ауто ва гомофация булаклари ишлатишган Kalio (1956) ва Я.С. Юсевич, тери ва тери ости ёг кличаткасида

олинган лохтакин ишлатишган. Jafos ва Lebenen (1960) Лар суяк тогай ганоколпачок килган, П.П. Хахлов ва Н.Н. Кузнецов (1961) Лар сон бошчасини корин девори пардаси билан ураган Е.Г. Склеренко, Г.М. Дизик (1965) хукизни оксил пардасини ишлатган В.И. Фишкин (1965) Лар хомилани бош суяк кутисидан фойдаланган. 1965 йилда М.В. Волков ва В.А. Педкалзин олинган пардадан шапкача ясаган, 1972 йили 59 та усмирларда операция килиб ярим беморларда коникарли натижа олган. П.А. Баубинас (1968) булиб бугим чукурчасида шакл бериб кейинчалик 6–8 хафтадан сунг эндопротез олиниб бошча тушириб артиропластика килган. Бу усулни куланганда 2–9 йилдан сунг 65 % холларда яхши натижа олинган. Colonna операцияси хакида Gross (1972) кундаги фикрларни айтиб утган: калинлашган бугин капсуласи бошчани устини коплайди, кейинчалик капсула босим таъсирида толали тогайга айланади, лекин 11–16 йилдан сунг артроз белгилари ривожланади. Сони тугма чикишини жаррохлик усулида таклиф килган Яна бири Заградничак таклиф килган операциядир. Бу операцияни мохияти кустлар остидан остеотомия килиб очиш усулида жойлаштиришдир. Бойчев (1948) Colonna операциясига кустлар остидан остеотомия килишни таклиф килинган ва Заградничек операциясига модификация килган 1957 йилда немис ортопедларини 7 –конгрессида 400 та операциядан яхши натижа 19 % -зур натижа, 26,6 % яхши, 19,9 % –урта холат ва 35,2 % –ёмон натижа. Бизнинг ватанимизда Заградничек методи кенг таркалган. И.С. Бартенева, М.Н. Ганчарова, Т.А. Ревенко, З.М. Шнейдеров, А.П. Бнезиль, К.Н. Крулинь Ф.К. Максумова, И.И. Мирзаева куланилмокда. Задрадинчекни корегующи остеотомияси кенг кулланилмокда (Kaiser 1958, Matzen 1959, Schlegel 1961, Glogovski 1962, Berfzand 1962) Bernbeck (1949) сон суяги буйинчасини хаддан ташкари антиверсияси ва валгусни бартараф килиш максадида кустлар аро остеотомия килинган И.И. Мирзаев 1968 йилда икки халкали остеомияни таклиф килган, калонка ва заградничек операциясидан Kiepursky (1960), Cervenansky (1964), коникарсиз натижа 11-

17, 5% кузатилган. Keyl, Rosemeyer (1972) сони проксимал кисмида корригирующий остеомия килиб чанок сон бугимида нормал алокани хосил килган. Баъзи авторларни айтишича кайта чикиши пайтида корегирующий остеотомия коникарсиз натижа кузатилади (Mafzen, Mafnai 1962) 5 ёшдан катта булган болаларда детоцияловчи, варизоцияловчи ва кустлараро коригирущий остеотомия яхши натижа кузатилмаган, улардан 32, 6% патологик узгариш, сон сулгини проксимал кисмида антиверсия реседив берган. 1963 йилда П.Я. Фищенко бугим чукурчасида Colonna усулида икки боскичда тугрилашни таклиф килинган. Биринчи боскичда склет тортма ёрдамида сон бошчасини бугим чукурчасида туширган, иккинчи боскичда Colonna операциясини куланиб бугим чукурчасини кириб турган мушаклардан хали килган. Hauberg (1958), Peterson (1963), Heymann (1963), Jaster (1964), авторлар бугим чукурчасини юкори кисмида шакл берган. Albee Jones сон суягини патологик чикиш пайтида иккита беморга пластик кириша (капкок) кулланган ва унинг устида ката болдир суягидан трансплантат олиб куйилган. 1925 йилда Lance ярим чикиш билан 13 та операция килиб пластик копкок килган колган авторларни маълумотига Караганда М.С. Пинко (1941), И.А. Акобия, Э. Ф. Лордкинанидзе (1961) Hoveth (1935), Kochs (1950), Randall (1962) Huber (1963), Kaiser (1965), Kegee (1966), Frejka (1968), пластик криша килганда коникарсиз натижа операциядан кейин 8–84 % гача. Kaiser (1965), ни маълумотдан 2 йилдан сунг 215 та криша килинган беморлардан коникарсиз ва ёмон натижа 66 % 10 йилдан сунг операция килинган бугимларда 20 % харакат булмаган. Zanosi, Digieio (1967), курсатишишича 5 ёшгача 13 % 5–13 % гача 33 % ёмон натижа булган. Г.Г. Слесарев (1966), Scheda (1933), Lange (1938) Ahlgren (1959) Knufsson (1959) Imhaser (1965) муаммоларни белгилашича кундаги асоратлар харакатни чегараланиши, анкилоз, сон бошчасини деформацияси ва тронсплантатни сурилиши. Thomos (1966) берилган натижасига Караганда трансплантация сурилиши 38 %, Chapchal (1965) 18 %. Nyga (1972) 385 та пластик криша

килган операциясидан 5–19 йилдан сунг 42,2 % ёмон натижаси (сон бошчасини яримини криша коплаган, бугим чукурчаси ясси булганлиги учун кайта чикиш кузатилган) Пембертон 1958 йилда ёнбош суягини олдинги кисмидан консуляр остеотомия килиб унинг орасида суякдан яна янбош суягининг канотидан остеотомия килиб клин куйилган. Dega (1959) бугим чукурчасининг ярим айлана остеотомия килиб у ерда ёнбош суягини канотидан олинган трансплантатни куйган ва махкамланган. А.А. Корж (1970) сони тугма ярим чикишида супраастебуляр остеотомия килиб, бугим чукурчасига криша килган булимнинг учун курслар остидан чукур остеотомия килиб ажратиб олинган суяк киритган ва дефект булган жойида ката болдир суягидан ёки сон суягидан гомотрансплантонг куйилган. А.А. Коржа операциясини, З.М. Мителов (1970) йил модификация килиниб, кайрилган тана фикция килиш максадида 2-3 та аутотрансплантат ва 2 та ганотрансплантат куйилган ва 40 та бемордан 39 тасига яхши натижа олган. З.А. Ляндрес (1968) усмирларда сони тугма чикишида айвонча хосил килиш учун аутогомотрансплантат методини кулланилиб 20 та бугимда операциядан сунг 6 та коникарсиз натижа олган.

1950 йилда Chiari 500 та холатларда кустлар остидан остеотомия килинган. Бизнинг худудимизда Chiari операциясини биринчи марта Цолининг болалар хирургиясида 1967 йилда Л.Я. Фиценко ва М.В. Волков маълумотига Караганда Цито клиникасида бажарилган. Хозирги пайтда Chiari– ни кустлараро остеотомиясини кенг кулланилмокда (И.С. Вассерштейн ва Я.Я. Калныныш (1969), Е.П. Кузнечихин, В.Н. Клейменов (1969), Г.Н. Отверченко (1969), В.Е. Воротанян, В.М. Бенсман, В.Х. Ханий (1969), К.Н. Хрулев (1969), Л.И. Петрухова (1970), Ю.И. Поздникин (1972) Э.А. Руюла (1972)). Chiari (1965) 184 та чанок суягида остеотомия килиб 33 холатда яхши натижа олган ва яхши юрган беморларда Тренделенбург синтами мусбат ёки кам манфий 20 % холларда беморларда Тренделенбург

синтами мусбат ва биттасида ҳаракат йук бўлган. Э.А. Рулла (1972) 78, 6% ҳолатда яхши натижа олган Chapchal ва Dalantr (1962) 26 % ҳолларда коникарсиз натижа олган. Фрумина (1972) ички ратацияни йукотиб 39, 3% манфий натижадан, 30,7 % тренделенбург синтами мусбат Хлори операциясини манфий томони чанок халкасини кичрашига олиб келади. Шунинг учун икки томонлама тугма чикишини кузатилган аёлларда килиш мумкин эмас ва курсатма хисобланади. П.Я. Фищенко, Ю.И. Поздниккина (1972) чанок суягини бир бирига карама қарши тугиладда латерал компенсация қилган чанокни бир томонлама операциясида 2–3 йилдан сунг кичик болаларда ва усмирларда яхши натижа кузатилган. Хлорй (1965) чанокни остеотомия қмлингандан сунг 8 та аёлларга нормал тугилган: бита чакалок кесерча кесиш ёрдамида тугилган. П.Я.Фищенко, Ю.И. Поздникин, Е.С. Тихоненков (1972) болаларда сони икки томонлама ярим чикиши бўлганда чанок–сон бугимида хиаре операциясидан сунг бир томонда тез вақтда операция қилиш Қарши курсатма бўлаолади. Салтер куймич косасини томчаси ясси бўлган ҳолларда операция қилинади. Бу усулдаги операция янбош суяги асосидан кесилиб арраланган булаклар орасида ёнбош суяги канотидан олинган учбурчак шаклдаги аутотрансплантат қуйишади. Бу муолажалардан сунг куймич косасининг томи олдинги томонга қийшайиб, сон суяги бошчасини ёпади. Бугимини очмасдан саябон ҳосил қилиб куймич косасининг юкори четини реконструкциялаш чанок-сон бугими дисплазиясида ва бошча куймич косасида марказлашган бўлса, унинг чала чикишда кулланилади. Операцияни вазифаси сон суяги бошчасининг тиралиб туриши учун мустаҳкам таянч ҳосил қилиш ва чанок сон бугими чала чикишининг олдини олишдан иборат. Сон суяги тугма чикиб асорати қолган даволанмаган ёки яхши даволанмаган беморларда бифуркация (ёки вилкалаш) операцияси қилинади. Бу операция 30 ёшдан ошган беморларда кулланилади. Остеотомия сатхи бугим қасаллигининг марказига тугри қелиш қерак. Операциядан кейин Лоренц усули буйинча сон суяги периферик

кисмининг учи куймич косасига тугрилаб куйилади. Юкорида курсатилган холларда сон суягининг чанок суяги куйи кисмига тугри келган сатхда Щанс усули буйича остеотомия амалга оширади. Операциянинг максади чанок суягида таянч хосил килишдир унда сон суягининг остеотомия килинган жойнинг юкори ва куйи кисмидан сон суягига узун метал стерженлар кокилади, улар керакли бурчак остида кесилиб, сон суягида тиралиши учун зарур булган бурчак хосил килади. Куйилган гиписли боглам уларнинг бирикиб, битишиб кетгунича булган муддатга куйилади.

Сунги вақтларда, айникса кичик ёшдаги болаларда сон суягининг тугма чикишин даволашда ёнбош суягидаги бугимдан ташқари килишадиган операциялар кенг тарқалган. Ёнбош суяги асоси соҳасида Хиаре усули буйича чанокли тулик остеотомияси чала чиқишда куймич косасининг яккол ифодаланган «томи» да ва чанок–сон бугими дисплазиясида амалга оширади. Куймич косасини куйи кисми очилгандан сунг гаризонтал йуналишида искана ёки Джили арраси билан кесилади. Сон суяги керилганда куймич косаси сатҳида жойлашган бошча ёнбош суягининг дистал кисми ва куймич косаси билан бирга ичига сурилади, ҳамда ёнбош суякдан сурилган суяк буртирма соябон билан копланди. Антiveringцияда чанок остеотомиясига кушимча килиб соннинг детроцион остеотомияси хал килиниши керак. Килинган операциялардан кейин оёк керилган холда Тирговугли, кокситли боглам 2 ой мудатда куйилади. 1961 йилда Салтер номсиз суякни остеотомиясини таклиф килди, бу операция шунинг билан кулай, сон суяги бошчасини тулишиб кетишишини олдини олади. Шу операциядан кейин сон суяк бошчасини шарсимон харакатини тامينланади ёки сон суяги бошчасини тулик харакатини тامينлайди. 1972 йил Лоинту 26 та операциядан 11 та коникарли натижага эга булган ва 4 та ёмон, Szcrekot 1973 йилда 11,6 % операциясидан сон суягини бошчасида асептик некроз кузатилган. 1969 йилда Тонисни фикрича Солтер буйича номсиз суяк

остеотомия операцияси килганлардан бугим том кисмини тушиб кетишини кузатилган остеотомия операцияси пайтида бугим косачаси устидаги Еркин транслантат билан тулдириш керак экан, шундай килинганда чанок сон бугими латериал томонга ҳаракат килишдан ташқари бугим устки кисмини тушиб кетишини камаяди ва сон суяги бошчасини бугимда айланиши тикланар экан. Састер операциясида кушимча Le –Cover ков суяги шохини остеотомия килишни давом этряпти. Норв кустлар остидан остеотомия килинган церкуляр кесганда ташқаридан ва олдиндан кришнер стацалар ёрдамида маҳкамланган. Лекин операцияни бу тури адабиётларда жидда камдан кам берилган ва бу маълумотларни адабиётлардан тулик таполмаган. Ҳозирги пайтда адабиётларга ёритишга чанок–сон бугими эндопротези болаларда бугимининг оғир артрози, бугимнинг мутлок ҳаракатсизлиги ва бугимни анкилозига олиб келади. Эндопротез операцияси килингандан сунг эндопротез асффикация (суякланиши) 30 % га қупайиб кетади, шунинг учун ҳам операция килиш баҳосини пасайтирди. Адабиётларда ёритилган ҳар хил операциялар анализ килсак шуни қуриш мумкин. Қупчилик полиатив операциялар (том, ва пластик) фақат тарихий аҳамиятга эга булган. Охириги пайтда катта ёшли болалар сони тугма чиқиши билан кам муружаат қияпти. 1971 йилда 3-4 ёшли болаларда сон бошчасини очик усулда жойлаштиришини олдинги Латериал кесма билан олиб борган, бунга тугма чиқишини нотугри консерватив даволаши курсатма булла олади. Қупгина холларда бугим чуқурчасини катталигига формасига сон суяги проксимал охирининг номага нисбатан узоклаши кузатилган. Бунинг учун беморни даволаш тактикаси ва касаллик даражасига боғлиқ. Сон суягини проксимал кисмини деформациясида очик усулда жаррохлик йули билан тугриланиб уни коррекция килиш, бугим чуқурчасини деформациясида эса уни олиб ташлаш, даволаш асосан иккита боскичда олиб боради. Биринчи очик усулда жойига тугрилаш, 6–12 ойдан кейин бугимдан ташқари коррекция килиш (салтер ва Пемберген буйинча сон ва чанок суякларидан кутказилган

операция асосан олдинги ён кесиладан фойдаланади. Кесма олдинги юкори суяклардан то катта кустгача хамда кам ҳолатларда сонгача тушган. Институтларда 1963–1970 йиллари сони тугма чикишида калонна буйича бугим косасини ва мушаклар кесишини П.Я. Фищенко икки боскичда тугрилашни бошланган операцияга курсатма булиб 4 ёшдан –10 ёшгача болалар тугма чикишни юкори даражада яна 6 см, торси 65⁰ булса биринчи этапда Z –синон кесиб сони якинлаштирувчи мушаклари кесилади ва сон бошчаси бугим косачасида тушириш учун склет тортмада куйилади, сон бошчаси бугим чукурчасида тушгандан кейин иккинчи этап утказилади бунда колонка буйинча артропластика килиб очик жойида туширилади. Бунинг учун Оле– Мерфи –Лексера кесими утказилиб урта ва кичик думба мушаги катта кустда бирикадиган пайи ички ратация килувчи мушакларни Z – симон кесилиб уни жойини алмаштиришади (оркага сурилади).110 та операция булган болалардан (120 бугимда) 68 % ҳолатда яхши натижа 24 % коникарли ва 8 % ёмон натижа кузатган (Х.А.Умахон 1974).

Охирги пайтларда буни компонентини очик усулда коррекция килганда урта ёшдаги болаларда 7 ҳолатда очик жойлаштиришган.

1970 йилда институтларда П.Я. Фещенко тугма дисплазия ва сон бошчасини ярим чикишини хиари буйинча чанок суягида утказилган операциясини килинган буйича курсатма булиб бугим толини яхши ривожлантирмаганлиги ва астебуляр бурчакни 35⁰ дан катта булиши ва 7–8 ёшдаги болаларда сон буйинчаси нормада эмаслиги. Катта ёшдаги болаларда соннинг тугма чикишини очик усулда тугрилашдан кейинги асорати. 1950 – 1969 йилда Г.И. Турнер институтида 10 ёшгача булган 50 та беморга (6–7 бугим) сони тугма чикишини очик усулда операция килинган кундалиги. Соннинг тугма чикишини операция усулида даволаш .

Соннинг тугма чикишини очик жойлаштириш.Чанок сон бугимида тугма чикишни очик усулда жойлаштириш нисбатан сифати яхши метод

хисобланади. Чикишни очик жойлаштириш сон бошини ва кустни марказга тушириш хисобланади. Бунинг учун думбани урта ва кички мушакларини функционал ҳолатига боглик. Курсатма:

1. Мумкин булмаган ёки ёпик тугрилашни иложи булмаса;
2. Сон бошчасини жойига тушиши ёки кайта чикишида;
3. Ёпик жойлаштирилганда кайта чикиши.

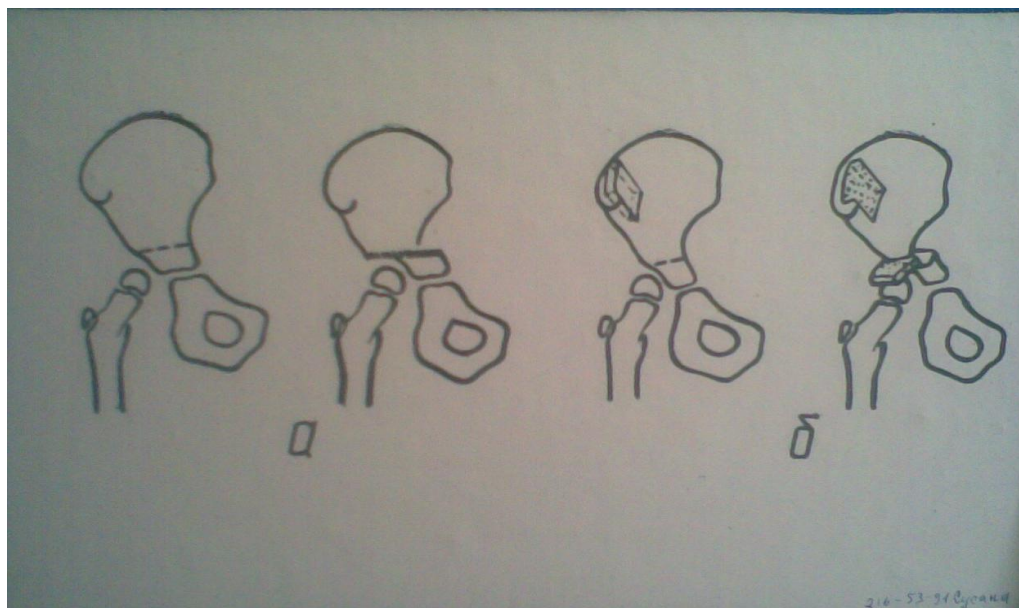
\Операция турлари	Болалар сони	Операция натижалар.			
		Аъло	Яхши	кониқар	Коника рси
Болаларда соннинг тугма чикишини оддий очиб жойлаштириш.	2 5	0			3
Кустлар остидан кискартирувчи, деторсияловчи, варизацияловчи остеотомия килиб тугирлаш.	1 6	0			
Кустлар остидан кискартириб пешток таъмирланиб тугрилаш.	9				1

Жадвал-2

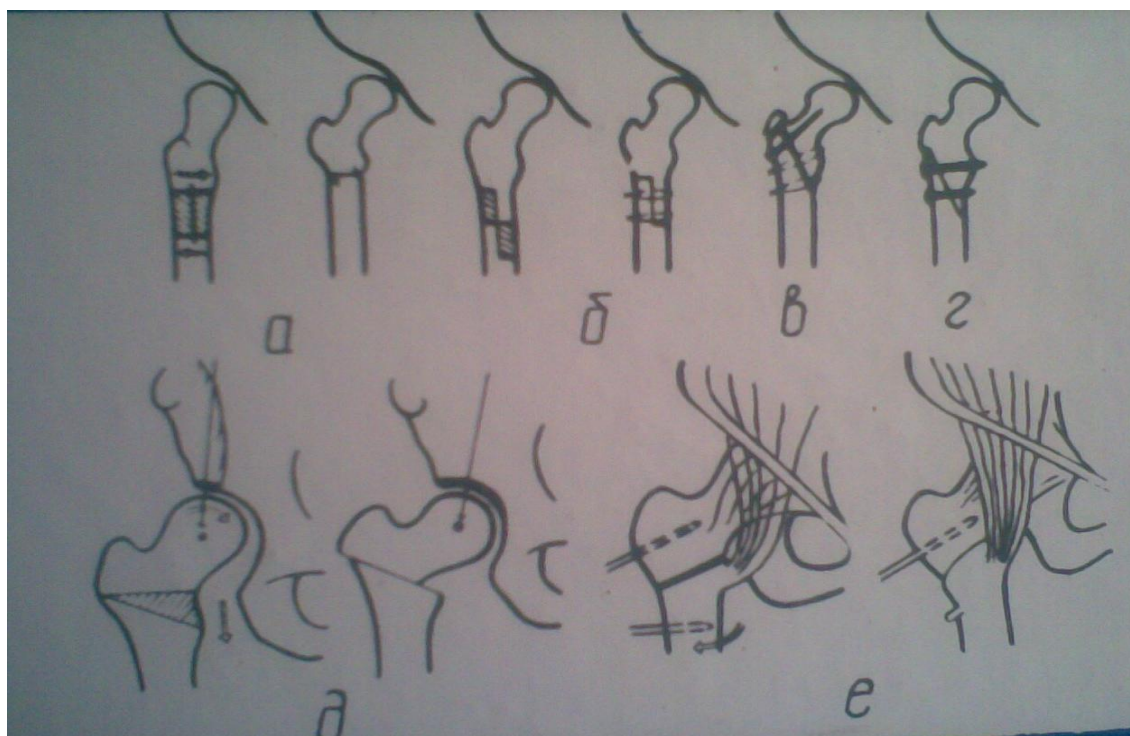
Купчилик авторларни фикрича бу операция асосан 2 ёшдан кейин килинади ва ундан катталарда ҳам Богдановни айтишича 2–3 ёшда бу операцияни

килиш анча оддий ва кулай. Сон бошчасини чукур чага тушиши асосан Никифорова Е.К. 3–7 ёшгача килинади деб ҳисобласа, Захренский 3–6 ёшли ҳисобланади. Бошка авторлар эса 3 ёшгача очик жойлаштиришни куллайди чунки антиторния ва инкилипация бурчаклари стабил ҳолатда бўлмайди. Кейсерни айтишича операция 2–4 ёшгача утказиш керак, чунки бундан кейин самарадорлиги кам. Операция техникаси: бугимга кириш асосан олдинги ва ички достав кесиши билан киришади. Кесиш асосан ички достав бўйича Оли–Мэрфи –Лексору. Загородничеку Ф.Р. Багданов Бароди. Олдинги ички достав кесиши купчилик авторлар Смит –Петерсону, Р.Р. Вредену бўйича берилади. Бугин ҳретасини очиш учун, чикиб турган сон бошчасига нисбатан кесилади ва ҳалакит бераётган нарсани олинади ҳамда сон бошчасидан утган бойлам кесилади, бунинг учун буни туқимасини саклаш керак, операциядан кейин оёғларга 1,5 халкали кокситли гиписли боғлама қўйилади.

Юкори бугимни чуқурчасини тамирлаш ва айвонча ҳосил қилиш. Бу операция чанок сон бугимидаги урганувчи ва ёрдамчи операция ҳисобланади агар сон бошчаси бугим чуқурчасини марказида жойлашган бўлса чанок–сон бугимидаги тугма чиқишларда Ушбу операцияси мустиқил равишда қўлланилиши мумкин. Ундан ташқари чанок –сон бугимида очик ва ёпик ҳолда детортцияловчи операция сони проксимал қисмида утказилади.



Детортциловчи остеотомия.



Курсатма: Бугим чукурчасида сон суяги бошчасини экцентрик жойлашиши. Тавсия ва клиникаси бурчагини нормада ошиши.

Инколяция бурчаги $40-45^{\circ}$ дан катта булса операцияга курсатма хисобланади (А.П. Биезин, Ф.Р. Багданов, К.В. Курлим).

Карши курсатма: умумий холсизлик, моддалар алмашинувини бузилиши, юрак ва упка касалликлар.

Бугин томонидан карши курсатмалар. Бугин юзаларини мос келмаслиги, юмшок тукумаларни интерпозицияси, бугим контрактураси.

Касални ёши: Vermbeck операцияси иложи борича эрта бошлаш керак асосан 2 ой–3 ёшгача.

Операцион техника: Яримойсимон кесма утказилиб, арбонт кесма хам кушилади. Катта кустни ажрашгандан кейин сон суягини курстлар ости майдончаси юмшок тукумалардан ажрашиш керак (6–8 см). Сон суягидан сони лотерал мушагини распатор билан ажратилиб медиал томокда сурилади. Шунинг дек катта думба мушакларини толалари ажратиб оркада сурилади. Кейин остеотомия килинади. Катта кустдан кичик кустга караб остеотомия килинади. Марказий булса бугим чукурчасида ков томонидан тугри жойлаштиради. Оёгга тугри холат берилади суяк булаклар бир бирига мос келмайди ваш у холатда олинадиган пана улчами ва таги билан араланади.

Сулак булаклари сил, мик, махсус скобалар билан бирлаштиради, баъзи авторлар фиксация учун пластика ишлатилади. Фиксация учун суяк ситифта ишлатилади. Ажратиб олинган катта куст жойига мехкамланади. Операция килинган оёг 7–8 хафтада гипсли коксетда махкамланади.

Кустлар остида остеотомия.1982 йилда Кирлисон якинлаштирувчи контрактураларда кустлар узра остеотомия килишни таклиф килинган.

II БОБ. МАТЕРИАЛ ВА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ.

2.1. БЕМОРЛАРНИ УМУМИЙ КЛИНИК ХАРАКТЕРИСТИКАСИ.

Шифохонанинг болалар ортопедияси булимида 2013-2016 йиллар бизнинг кузатувимизда оператив усулда даволанган 3 ёшдан 15 ёшгача бўлган 51 бемор даволанди.

Даволаш жараёнида барча беморлар клиник, рентгенологик, мульти спираль компютер томография ва лаборатор текширувлардан утказилди.

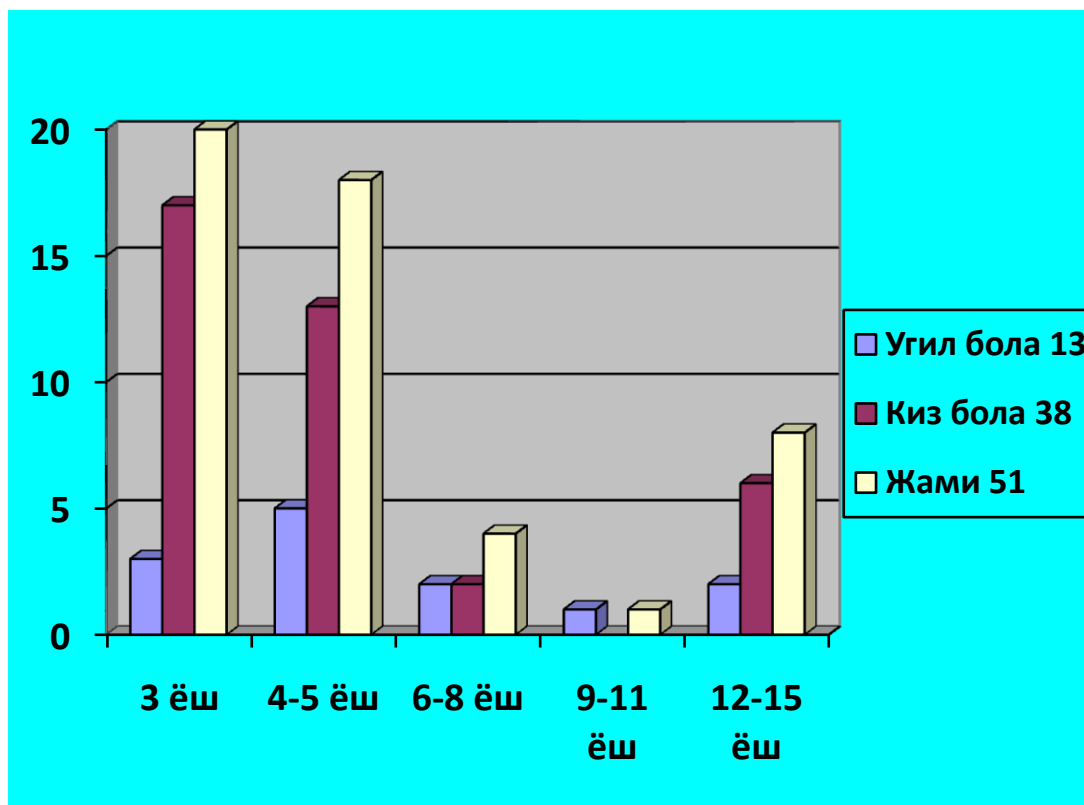
Касаллик анамнезини йиғишда бола онасидан касалликнинг оиласида учраганлиги ёки кузатилганлиги, онанинг хомиладорлик даврини қандай утганлиги, жароҳат олганлиги ёки йукми, болани тугилиш жараёнини қандай утганлиги бирор бир касаллик билан касалланганлиги, амбулатор бирор усулда даволанганлиги ва хоқозо аникланади.

Кузатувимизда бўлган 51 бемордан 13 таси (25,5%) угил болалар, 38 таси киз (74,5%). Икки томонлама чиқиш 33 та (64,7%), унг тамонлама чиқиш 7 та (13,7%), чап тамонлама 11 болада (21,5%). (3-Жадвал). 3 ёшгача бўлган беморлар 21 та (41,2%), 4-5 ёш болалар 17 та (33,4%), 6-8 ёш болалар. (3-Жадвал) 4та (7,8%) оиласи (кариндошлари) да сонниг тугма чиқиши 10 болада (10%) кузатилга. 7 болада (7%) таянч ҳаракат аъзоларининг бошқа тугма касалликлари, тугма маймоқлик, тугма мушакли буйин кийшиклиги кузатилган 3 беморда (3%) бугим девори ва бойламларининг заифлиги аникланган.

**БЕМОРЛАРНИНГ ЁШИ ВА ЖИНСИГА КУРА
ТАКСИМЛАНИШИ.**

Ёши	Угил болалар		Киз болалар		Жами
	Сони	%	Сони	%	
3 ёш	3	5,8	17	33,3	20
4-5 ёш	5	9,8	13	25,5	18
6-8 ёш	2	3,9	2	3,9	4
9-11 ёш	1	1,9	-	-	1
12-15 ёш	2	3,9	6	11,7	8
Жами	13		38		51
		25,5%		74,5%	

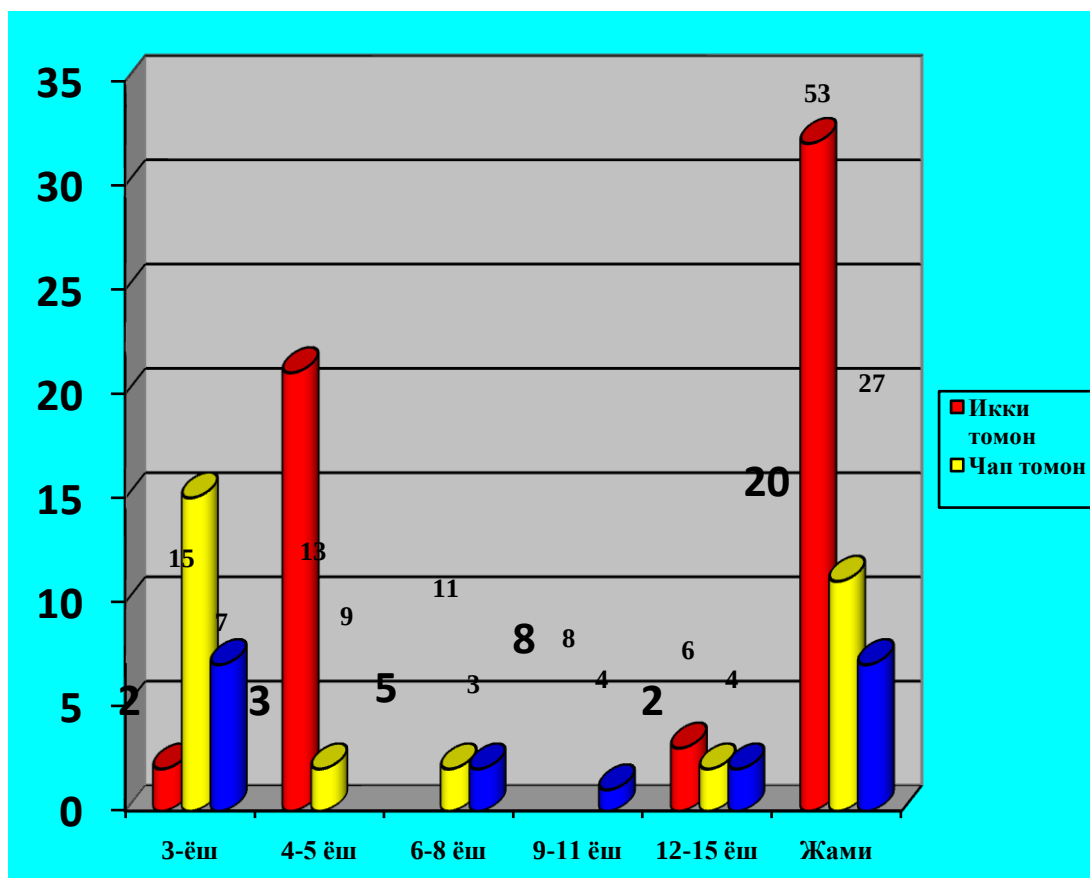
Жадвал-3



**БЕМОРЛАРНИНГ ЁШИ ВА КАСАЛЛИК ТОМОНИГА КУРА
ТАКСИМЛАНИШИ.**

Ёшга кура (ойларда)	Икки томон лама	%	Чап томон	%	Унғ томон	%	Жами
3 ёш	22	43,2%	2	4%	-	-	24
4-5 ёш	8	15,6%	5	10%	2	4%	15
6-8 ёш	-	-	2	4%	2	4%	4
9-11 ёш	-	-	-	-	1	2%	1
12-15 ёш	3	5,8%	2	4%	2	4%	7
Жами	33	64,7%	11	22%	7	14%	51

Жадвал-4



Думбаси билан тугилганлар 6 та (12%), оёғи билан 5 та (10%) бола, боши билан 35 та (70%) бола тугилган. 4 бола (8%) кесервадан сунг даволанган. Кузатилган болаларнинг 14таси (28%) киш мавсумида тугилган, 11 таси (22%) ёзда, 16 таси (32%) кузда ва 10 таси (18%) баҳорда тугилган маълумотлардан куришиб турибдики соннинг тугма чикиши билан тугилганлар купрок куз ва киш мавсумида тугилган (Жадвал-5).

. Мазкур маълумотларни муалифлар ҳам таъкидлашади. [Малахов О.А., Крамина С.Э.2006, Стельмах П.К. 1985, Шенгелия М.И. 1977]

БЕМОР БОЛАЛАРНИНГ ФАСЛИНИНГ КАЙСИ ОЙЛАРИДА ТУГИЛИШИГА КАРАБ ТАКСИМЛАНИШИ.

70												
60												
50												
40												
30												
20	4	5								6		5
10			3	4	3	4	2	5	5		5	
0	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII

Жадвал-5

Биз клиник текширилиб соннинг тугма чикиши аникланиб даволанаётган ва даволанишга мурожат килаётган барча беморларни ортопедик ва неврологик эхтимолий беморларни невропатологлар ёрдамида куриқдан утказдик.

Биз мазкур текширув жараёнида куйидаги муоммоларни ечимини аниёклашга ҳаракат килдик.

1. Соннинг тугма чикиши аникланган бемор болада неврологик касаллик мавжудми?

2. Неврологик касаллик ортопедик касалликнинг сабабчисими ёки йук.

3. Аникланган неврологик касалликка сабаб булган омиллар

Мазкур муоммоларни аникаб тахлил килишда мавзуга боғлиқ беморларни уч гуруҳга булдик.

1-гуруҳ. Соннинг тугма чикиши ортопед томонидан аникланган ва неврологик касаллик йук (истисно килинган).

2-гуруҳ. Соннинг тугма чикиши бор ва неврологик бузилиш ҳолати енгил даражада мавжуд.

3-гуруҳ. Соннинг тугма чикиши неврологик касаллик билан биргаликда мавжуд булган беморлар.

Беморларни куриқдан утказишда перинатал анамнезга катта этибор берилди. Кузатилган 51 бемор боланинг 19 тасининг онасида хомиладорлик муътадил кечган. Колган барча 32 онада турли хил асоратлар кузатилган. Жумладан токсикоз, хомиланинг тушиш хавфи, буйрак хасталиги. Шулардан факат 26 она мазкур касалликлар билан стационар шароитда даволанган. Шунини таъкидлаш лозимки, маъзкур оналарнинг 47 тасида камконлик касаллиги аникланган. Мазкур оналардан тугилган бемор болаларнинг акушерлик анамнези ҳам узига хос кечган. Жумладан, 7 онада тугилиш жараёни муътадил кечган. 40 онада тугрук жараёни турли узгаришлар билан кечган, яъни тугрук жараёни жуда тез, муътадил ёки кийин тугилиш ва ҳаракат аъзоларининг жароҳатланиши билан утган.

Неврологик текширувда биз асосан оёқларда фалажланиш бор йуклигига катта этибор бердик ва 2 бемор оёқларида фалажланиш аникланган. 13 бола оёқларида периферик характердаги суст заиф фалажланиш аникланган булиб, 9 тасида факат бир оёқда, 4 тасида иккала оёқ суст фалажланиши

кузатилган ва мазкур болаларда икки томонлама тугма чикиш билан даволанган. Мазкур беморларнинг оёқларидаги тонус ва рефлекслар сустлашган. Сон ва тизза бугимларида ҳаракат амплитудаси меъёридан ортик бўлган.

7 бола оёқларида спастик парез аниқланган бўлиб, уларнинг 2 тасида парапарез, 5 тасида монопарез. Агар оёқларда суст даражадаги фалажланиш учоги орқа миёнининг бел соҳасида (Адамовичнинг артерияси бассейни) жойлашган бўлса, спастик фалажланишларда патологик учок орқа миёнининг кукрак қисмини ҳам камраб олади. Мазкур ҳолларда клиник манзара узиға хос: бунда оёқ мушаклар тонуси зуриккан, сонни ташқарига қериш ҳаракат ҳажми чекланган. Мазкур беморларнинг клиник манзараси узиға хос бўлиб уларнинг барчасида мушаклар гипотонияси бўлиб бугимларда рекурвация кузатилган. Уларнинг барчасининг сон бугимларида ҳам ортикча ҳаракат кузатилиб тугма чикиш ва ярим чикишлар аниқланган.

2.2. ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ

2.2.1. КЛИНИК ТЕКШИРУВЛАР:

I. Эрта яъни чакалоқларда кузатиладиган белгилари:

1. Шилқиллаш белгиси — буни сирғалиш, жойлаштириш ва қайта чикиш, тургунмаслик, автор буйича «**Путти-Маркс-Ортолани**» белгиси ҳам деб юритилади. Болани юқоридагидек буқилган оёқларини чанок-сон бугимида абдукция ҳолатига олиб кела бошласак шилқиллаган товуш эшитилади. Бу чиқиб турган сонни бошини бугим чуқурчасига қирганини билдиради. Бу белги чақолоқнинг 5 – 7 кунлигигача аниқланади. Лекин баъзибир болаларда мушак гипотонияси бўлса, 1 - 3 ойгача ҳам кузатилиши мумкин. Бу белги сонни тугма чиқишини энг асосий белгиси ҳисобланади. (1-2-расм)



1-расм. Маркс-Ортолани белгиси.

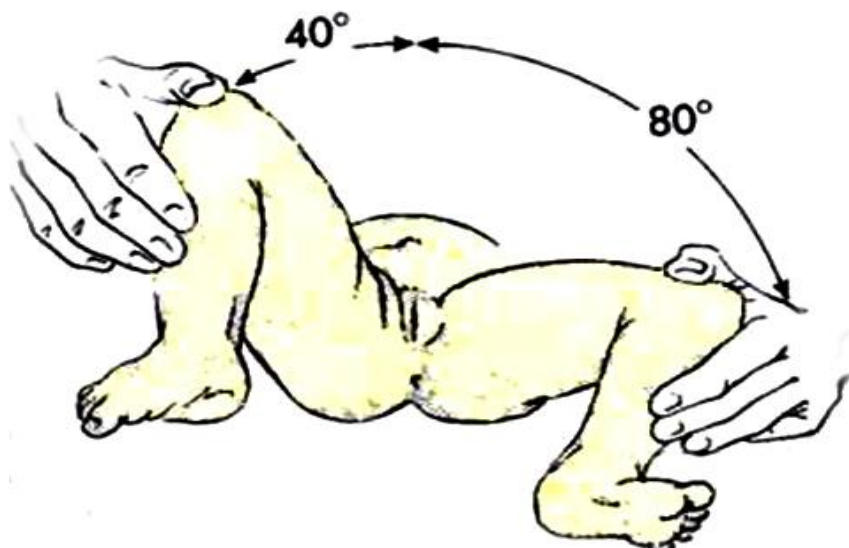


2-расм

2. Сонни ташкарига керилишини чегараланиши — бу белгини куйидагича аниклайдилар — бола оркаси билан ёткизилиб чанок-сон ва тизза бугимларида тугри бурчак остида букилади ва аддукция килина бошланади.

Соглом болаларда сонни 80 – 90°гача абдукция килиш мумкин. Касал оёкда бу ҳаракат кескин чегараланган булади. (3-расм).

Унг сон суягини ташкарига керилишининг чекланиши



3-расм

Чиккан оёкни калталиги (нисбий, дислокацион калталиқ).



4-расм

**Чиккан оёкни
ташқарига буралиб
ётиши.** Бу белги бола
ухлаб ётганда жуда
яхши куринади.



*Икала оёк кафти
ташқарига буралиб
ётибди.*

5-расм. Чиккан оёкни ташқарига буралиб ётиши.

Соглом болаларда сонларни олдинги-ички юзасида учта тери бурмаси кузатилади (чов, аддуктор, тизза усти). Булар икки тарафда ҳам бир-бирига тугри келади. Чиккан тарафда бу бурмалар сон жихатидан купайиши ёки чуқурлашуви ва узунлашуви мумкин. Бу белги касалликни асосий белгиси эмас. Касалларни 2/3 қисмида ва соғлом болаларда ҳам учраши мумкин. Болани орқа томондан қаралганда сонни чиқиши булганда думба бурмаларини асимметрияси кузатилади.(6-расм)

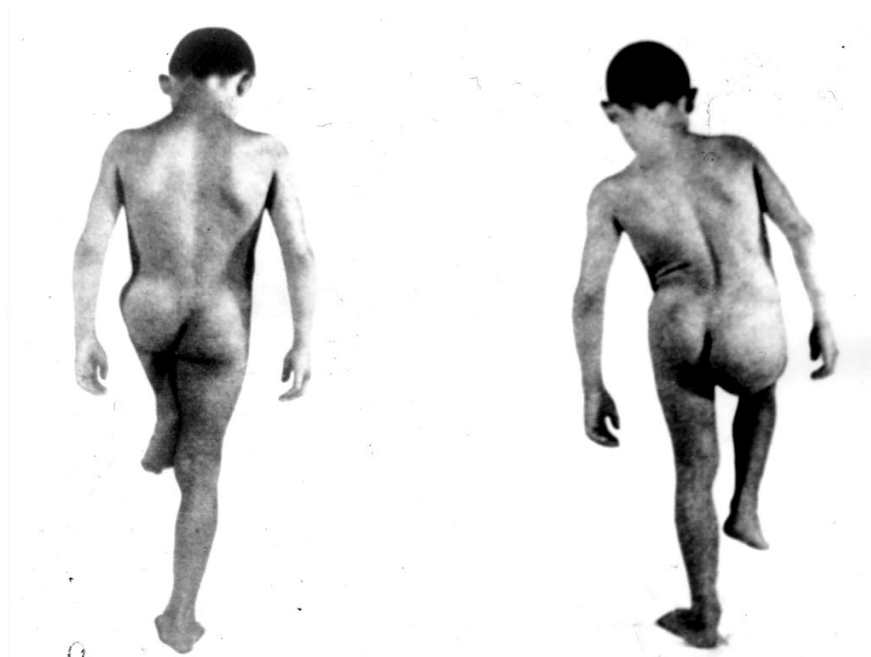


6-расм Сон ва думба тери бурмаларини нотекислиги

II. Кеч пайдо буладиган белгилар: Юкорида курсатилган белгилардан "шилкиллаш" белгисидан ташқари, хаммаси кузатилиши билан бирга, куйидаги кушимча белгилар пайдо булади:

- 1. Юришни бошланишини кечикиши.**
- 2. Чиккан оёкка оксаб юриш, агар икки томонлама чикан булса, "урдакка ухшаб юриш" белгиси.**

3. Тренделенбург белгиси — агар болани соглом оёкка тургизиб иккинчи оёгини (касалми, согломми фарки йук) чанок-сон ва тизза бугимларида букиб кутарилганда, кутарилган оёк томондаги думба бироз юкорига кутарилади ёки иккаласи ҳам баравар туради. Бемор чиккан оёгига тикка туриб иккинчи оёгини юкоридагидек букиб кутарса кутарилган оёк томондаги думба пастга осилиб туради. Бу белги сон чиканда пельвиотрохантер мушакларини функциясини бузилишини курсатади. (7-расм)

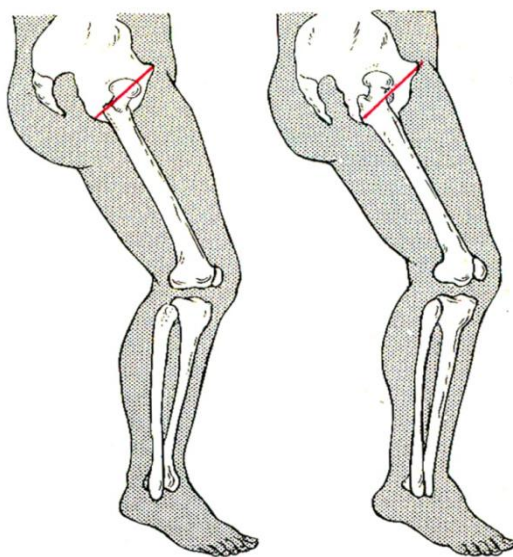


а). Унг томондан Тренделенберг аломати манфий.

б). Чап томондан Тренделенберг аломати мусбат.

7-расм.

4. Чиккан сонни катта кусти Розер – Нелатон чизигидан юкорида туради. Бу утирув думбоги билан ёнбош суягини олдинги юкори буртикини бирлаштирувчи чизик. (8-расм).

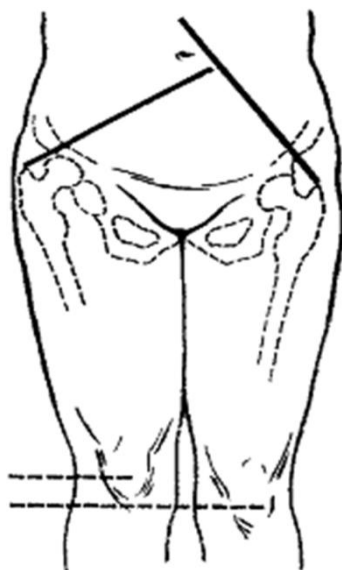


**Розер-Нелатон
чизиги:
а) соғлом
б) чиккан**

8-расм

5. Шемакер чизиги сон чиккан тарафда киндикдан пастдан утади.

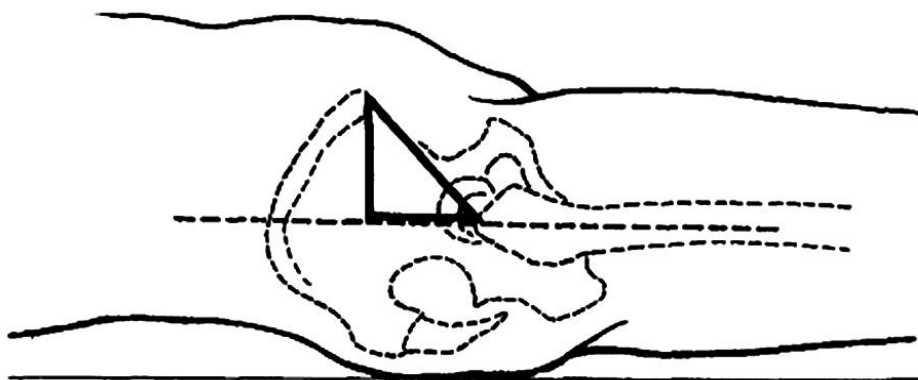
Катта куст билан ёнбош суягини олдинги юкори бурти-гини бирлаштирувчи чизик булиб, чикиш булмаганда киндикни устидан утади.(9-расм)



9-расм

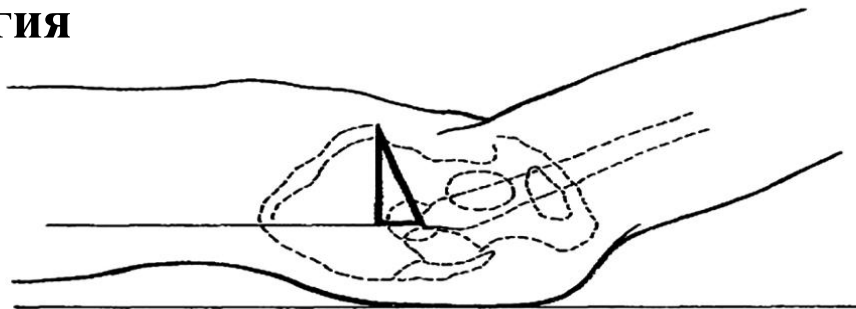
6. Бриан учбурчагини томонларини тенглиги бузилади. Бу учбурчак сонни укини юкорига давом килдириб шу укка ёнбош суягини олдинги юкори буртигидан перпендикуляр туширилса ва шу буртикни катта куст билан бирлаштирилса томонлари тенг учбурчак хосил килади. (10-11-расм)

Норма



10-расм

Патология

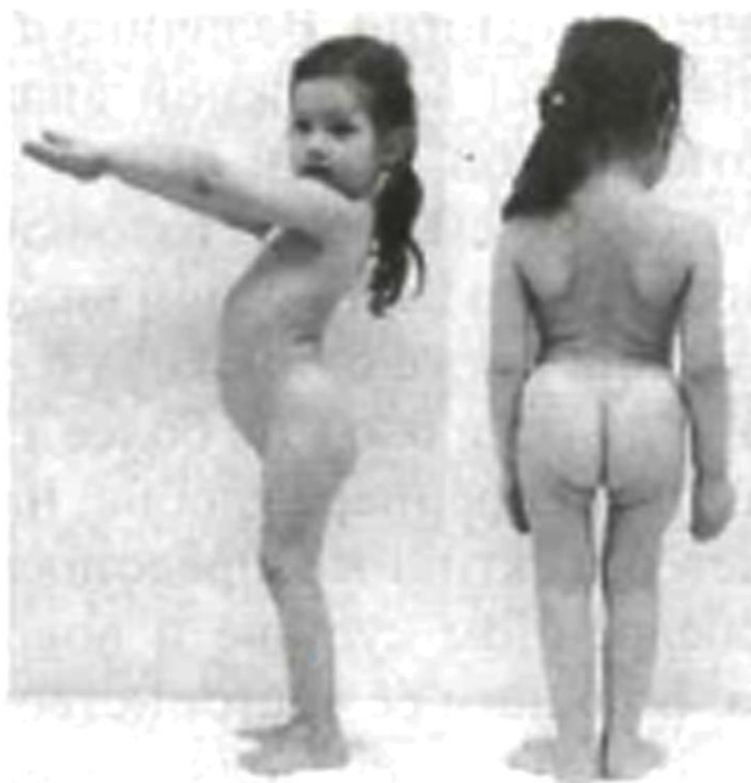


11-расм

7. Чиккан тарафда сон артериясини "томир уришини йуколмаслик" белгиси. Агар чикмаган оёкда сон артериясини Скарповский учбурчагида каттик босилса артерияни томир уриши йуколади, сон чиккан булса артерияни томир уриши йуколмайди.

8. Компенсатор сколиозни пайдо булиш белгиси.

9. Бел сохасидаги лордозни кучайиши (агар иккала сон хам чикан булса).



12расм. Дюпюитрен белгисини кузатиш.

10. Дюпюитрен белгисини кузатилиши — оёкка товон сохасида уз уки буйича босилса, юкорига пастга силжийди (пружина симон харакат), бу соглом оёкда кузатилмайди. (12-расм)

2.2.2. СОННИНГ ТУГМА ЧИКИШНИ РЕНТГЕНОЛОГИК ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ.

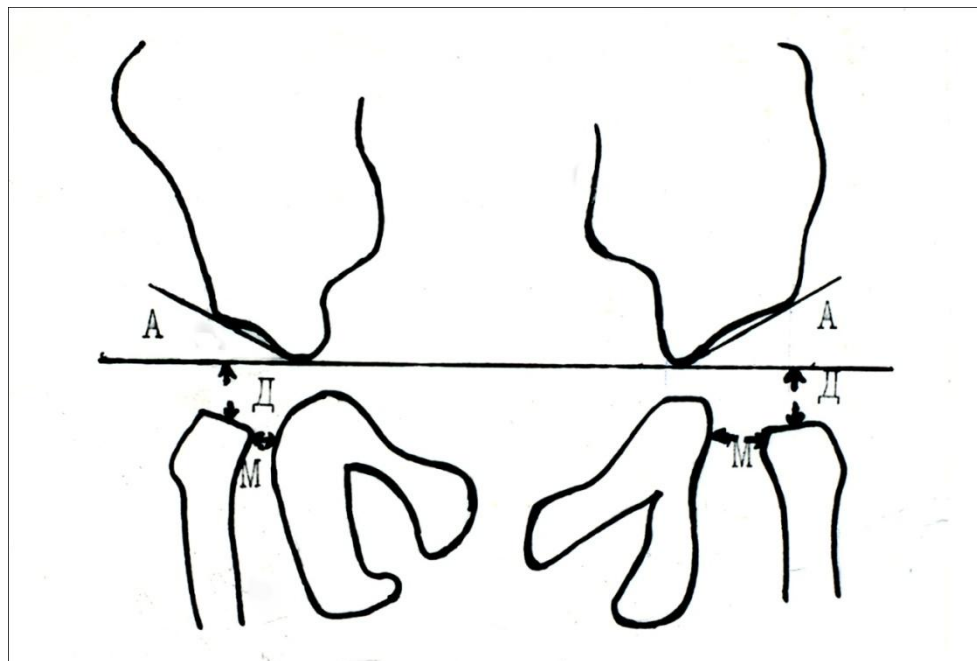
Чанок-сон бугими дисплазиясини аниклашда абсолют клиник белгиларнинг йуклиги объектив текшириш усуллари куллашга мажбур килиб қуяди. Бугунги кунда касалликни объектив текширишнинг асосий усули рентгенологик текшириш ҳисобланади.

Купгина муаллифлар касаллик эҳтимоли кузатилганда чанок-сон бугимини олд-орка проекцияда рентген тасвир куллашни тавсия қилишади. Мазкур текшириш осон ва қулай булганлиги учун асосий текшириш усули ҳисобланади. [Краснов А.Ф., Котельноиков Г.П., Иванова К.А. 1989.]

Шу билан бирга тугма чиқиш ва ярим чиқишни рентген тасвирдан фарк қилиш осон булсада, лекин дисплазиянинг оддий формаси билан муътадил бугимни, айниқса касаллик икки томонлама характерда булгада бир-биридан фарк қилиш қийин. Шунинг учун ҳам чанок-сон бугими компонентларини баҳолашда куплаб схема ва сонлар ёрдамида ҳисоблаш усуллари турли муаллифлар томонидан тавсия этилган.

Амалиётда L. Ombredanne таклиф этган усул купрок кулланилади. Муаллиф У-симон тоғайлар оркали горизонтал йуналишда ҳамда қуймич пешток киррасидан вертикал йуналишда чизик утказиб бугим ҳолатини баҳолайди. Муътадил бугимда соннинг проксимал қисмининг суякланиш узаги горизонтал чизикдан пастда ва вертикал чизикдан ичкарида туриши лозим. Соннинг тугма чиқишида сон бошчасининг суякланиш узаги вертикал

чизикдан ташкарида ва горизонтал чизикдан юкорида, ярим чикишда – вертикал чизикдан ташкарида ҳамда горизонтал чизикдан пастда булади (13-расм).



Расм-13. L. Ombredanne чизмаси.

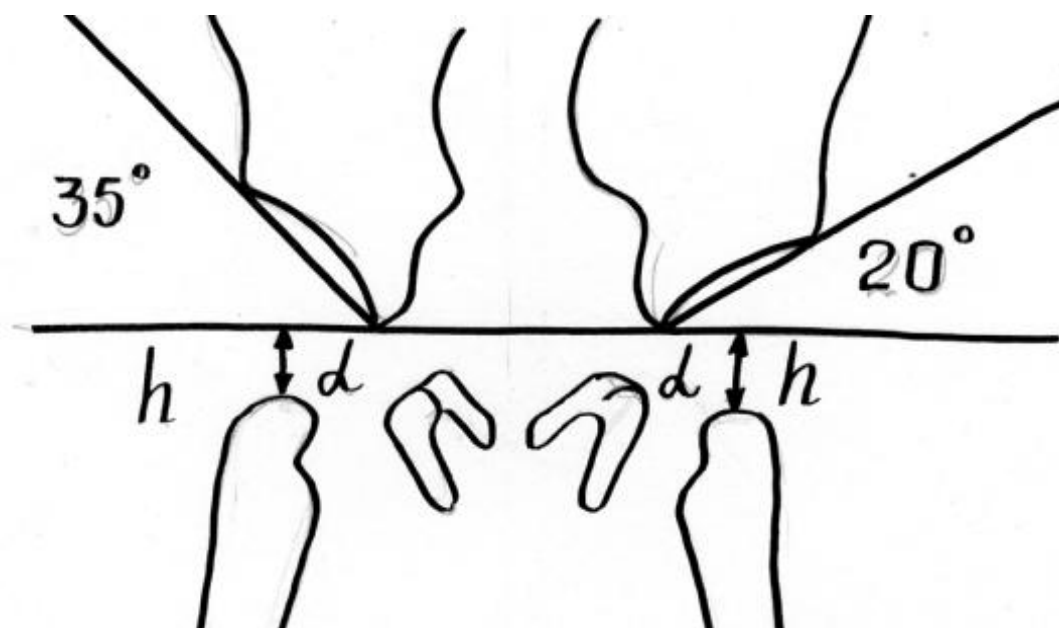
L. Ombredanne чизмаси ёрдамида рентген тасвирда суякланиш узаги яккол куришиб латеропозицияда турган булса баҳолаш осон. Лекин, куймич пешток яссиланиб колганда, ташки вертикал чизикни утказиш ва бугим холатини баҳолаш кийинлашади. Шунинг учун ҳам мазкур чизма кукрак ёшидаги болаларда куймич пешток яссиланиб колиши кузатилганда куллаш самарасиз. G. Perkins таклиф этган чизма ҳам худди шундай самарасиз. [Беренштейн С.С. 1991, Воскис Х.Я. 1995, Гончарова М.М., Каленов В.Е., Иванова К.И. ва бошк. 1974.]

V. Putti бир ёшгача булган болаларда рентген тасвирни баҳолаб тахлил килиш чизмасини таклиф этди. Лекин мазкур усул бугим компонентларининг диспластик ривожланишини баҳолаш усулини мушкуллаштиради. Айниқса, куймич косача овалсимон шаклда булиб куймич пешток яссиланган булса

мазкур усулни куллаб бугим пештогини баҳолаб булмайди. [Краснов А.Ф., Котельноиков Г.П., Иванова К.А. Ортопедия. 1989.]

С.А. Рейнберг кукрак ёшидаги болалар чанок-сон бугимининг рентген тасвирини баҳолаш усулини таклиф этди. Муаллиф маълумотларига кура, мазкур усулни бир томонлама чиқишларда куллаш маъкул. Лекин, куймиш пешток яссиланиб қолган ҳолатларда ва бир-уч ойлик болалар рентген тасвирини баҳолашда мазкур усул қул келмайди. [Вовченко А.Я., Куценко Я.Б. 2012, Краснов А.Ф., Иванова К.А. 1983.]

Н. Hilgenreiner соннинг тугма чиқишининг янада аниқроқ аниқлаш усулини тавсия этади. Мазкур усул ёрдамида куймиш пешток ривожланиш ҳолатини ҳамда соннинг проксимал учлигини силжиш даражасини бир вақтда баҳолаш мумкин. Р. Erlacher Hilgenreiner чизмасини мувофиқлаштиради. Hilgenreiner-Erlacher чизмаси соннинг тугма чиқишини баҳолашда бугунги кунда кенг қулланилади. Лекин, икки томонлама тугма чиқишни баҳолашда мазкур усулни қуллаш қийинчилик тугдиради. Чунки, ҳар бир бугим элементини ва боланинг индивидуал ривожланиш хусусиятини ҳисобга олиб куллаб булмайди [Вовченко А.Я., Куценко Я.Б. 2012, Круминь К.А., Ястер Д. 1986.] (13-расм).



Расм-14. Hilgenreiner-Erlacher чизмаси.

L. Andren va S. Rosen соннинг тугма чикишини баҳолашнинг оддий усулини тавсия этишди. Мазкур усул соннинг тугма чикишини сон бошчасини куймич косачада жойлашган урнига баҳолаш имкониятини беради. [Атманский И.А. 2006, Жоденов И.И., Ковалев И.Д. 2010.]

G. Kaiser (1958) таклиф этган чизма буйича сон бошчасининг юкорига силжиш даражасини баҳолаш мумкин. Кукрак ёшидаги болалар рентген тасвирида сон бошчаси ёпкич тешигининг юкори сатхида, чикишда эса янада юкорига силжийди. [Ватолин К.В., Гуревич А.Б. ва бошқалар. 2011]

А. Редулеск 2-3 ойлик болалар чанок-сон бугимининг рентген тасвири-ни баҳолашнинг оддий усулини таклиф этди. Куймич суяги юкори сахтидан ёнбош суяк томон чизик утказилади. Соглом болада мазкур чизик куймич пешток юкори чеккасидан утади. Тугма чикиш ёки ярим чикишда мазкур чизик куймич пешток киррасининг юкори ёки остидан утади. Лекин мазкур усул ёрдамида чанок-сон бугимининг оддий дисплазиясини баҳолаб булмайди. В.И. Садофьева (1965) таклиф этган усул ёрдамида кукрак ёшидаги болалар рентген тасвиридан соннинг проксимал учлигининг силжиш даражасини баҳолаш мумкин. Сон буйинчасининг юкори ва пастки контуридан куймич пешток томон чизик утказилади. Муътадил бугимда латерал чизик куймич пешток сатхидан ташкарига чикмайди, ярим чикишда ташкаридан утади. Медиал чизик куймич пештогининг медиал сатхидан утади. Тугма чикишларда эса иккала чизик ҳам куймич пешток ташкарисидан утади. Мазкур усул ёрдамида номутаносиб бугимларни баҳолашда самарали хисобланади. [Ватолин К.В., Гуревич А.Б. ва бошқалар. 2011, Консевников В.В., Осипова А.А., ва бошқалар. 2012.]

М.Н. Гочарова, В.Е. Каленова ва В.И. Садофьева таклиф этган усулдан фойдаланишади. [Ватолин К.В., Гуревич А.Б. ва бошқалар. 2011, Краснов А.Ф., Котельноиков Г.П., Иванова К.А. 1989.]

Мазкур усул ёрдамида куймич пешток бурчаги, вертикал мутаносиблик бурчаги сон бошчасининг куймич пешток билан копланиш даражаси, куймич пешток шакли, куймич пешток киррасининг шакли (ясси, илмоксимон ва х.к.) бахоланади. Купинча мутахассисларнинг фикрича мазкур усул Helginreiner схемаси билан биргаликда кулланилса чанок-сон бугими дисплазияси ва тугма чикишни бахолашда энг кулай рентгенологик усул деб хисоблашади. Лекин мазкур усул куплаб чизмалар чизиб сонлардан фойдаланишни талаб килади ҳамда мазкур курсаткичлар бир хил ёшдаги болаларда турли хил натижалар беради. [Вовченко А.Я., Куценко Я.Б. 2012, Краснов А.Ф., Котельноиков Г.П., Иванова К.А. 1989, Круминь К.А., Ястер Д. 1986.]

Чанок-сон бугими дисплазияси ва тугма чикишни рентгенологик текширишлар юкори самарадорлиги билан бирга маълум камчилик ва кийинчилик томонлари ҳам бор.

Биринчидан, бир-уч ойлик болалар чанок-сон бугим элементлари тогайли тукималардан иборат булгани ва суякланмаганлиги учун рентген тасвирда курынмайди ва куллаш самарасиз хисобланади. [Кадыров М., Дусмуратов А.М., Ахтамов А. 1990.]

Иккинчидан, сон бошчаси ва куймич пештогининг ривожланишдан оркада қолиши ҳамда рентген тасвирда факат суякли компонентларнинг курниши бугимнинг тогайли каватининг ривожланишидаги бузилишларини бахолашга имконият беролмайди.

Уч ойлик булган болалар чанок-сон бугимининг рентген тасвирдан муътадил бугим ва дисплазиянинг кичик даражасидаги бузилишларини фарк қилиш кийин. Тавсия этилган рентген тасвирни бахолаш усуллари бир-биридан мукамал ва хатто бир-бирига зид курсаткичларки, уни куллаш кундалик амалиётда кийинчилик тугдиради. [Беренштейн С.С. 1991, Ветлова Н.А., Киселева Н.В. 1983.]

Яна шуни таъкидлаш лозимки, рентген тасвир килинадиган сохада жинсий аъзолар жойлашганки улар рентген нурига жуда таъсирчан ва бу ҳолат динамикада такрорий рентген текширувлар утказишни маълум микдорда чеклаб қуяди.

Шунинг учун ҳам бугим ҳолати тугрисида энг аниқ батафсил маълумотларни артрография куллаш ёрдамида олиш мумкин.

Артрография сон бошчасининг хакикий шаклини, бугим халтасининг торайиш даражасини, лимбус ҳолатини, гипертрофияланган қушувчи ва ёғ туқималар борлиги ёки йуклиги хақида аниқ маълумот беради. [Маёров А.Н.2009.]

Лекин кичик ёшдаги болалар бугим хажмининг кичиклиги, деворининг нозиклиги унинг осон жароҳатланишига мойиллик курсатади. Шу билан бирга артрографияда уч-турт ойлик болалар учун нурланиш даражаси катта, ҳамда бугимда яллигланиш жараёни ривожланиш хавфи ҳам бўлади. [Маёров А.Н.2009.]

Юқорида қайд этилган маълумотлар шуни курсатадики 3 ойликгача бўлган болаларда клиник ва 4 ойлигидан рентгенологик текширувларга асосланиб чанок-сон бугими дисплазиясини аниқлаш ва баҳолаш усуллари самарасиз бўлиб қолади. Охириги йилларда мутахассислар чанок-сон бугими дисплазиясини эрта аниқлаш ва баҳолашда энг самарали ва қулай бўлган ультрасонография усулидан кенг фойдаланмоқдалар. Мазкур усул бугимнинг юмшоқ ва тоғайсимон туқималарининг ҳолатини аниқлашда жуда самарли ҳисобланади.

Компьютерли томография ва магнит-резонансли томография усулларида фойдаланиб бугимнинг юмшоқ туқималарини тасвирини олиш жуда қулай лекин қимматлиги учун оммавий равишда фойдаланиб бўлмайди.

Ультрасонографик текширувларда сохта маълумотлар улуши унча катта эмас. Солиштирма текширув маълумотлари шуни курсатадики, артрографияга нисбатан 0,78, компьютерли пневмоартрографияга нисбатан 0,75

коэффициентга эга. Шунинг учун кенг кулладда фойдаланишга тавсия этилади.

Ультратовуш текширувини Н. Kramps ва Е. Lenschov биринчи булиб ортопедияда кулладилар. Юмшок тукималарнинг ультратовушли тулкинларини ютишини суяк тукималарини эса акс товуш бериш хусусиятини R. Graf (1984) чанок-сон бугими дисплазиясини эрта аниклашда куллади. Кейинчалик эса чанок-сон бугимини текшириш усулларини хамда диспластик бугимнинг ультрасонографик классификациясини таклиф этди. [Вовченко А.Я., Куценко Я.Б. 2012, Волков М.В. Б. Фрейка. 1969.]

Катта бугимлар сонографиясига багишланган ишлар катта техник имкониятларга эга булишига карамасдан, амалиётда коникарли ахволда фойдаланилмокда деб булмайди. Америка ва Европа давлатларида мазкур йуналишда 25 йилдан буён иш олиб борилаётган булса, бизда охирги 10 йилликда мазкур йуналишда анчагина илмий ишлар амалга оширилди.

Шунга карамасдан артросонография, компьютер томография ва МРТдан фойдаланиб текшириш усулларининг самарадорлигини ошириш ва амалиётга кенгрок тадбик этишни такоза этади.

Ультрасонография усули собик итифок миккиёсида 1980 йилдан буён кулланилаётганлигига карамасдан, амалиётда бугунги кунда ортопедия соҳасида янада кенгрок тадбик этишни такоза этади.

Купинча муаллифларнинг маълумотларига караганда R.Graf усулида артросонграфия бугунги кунда текширишнинг энг арзон ва кулай хамда самарадор усули хисобланади. [Маёров А.Н.2009.]

R. Graf (1984) усулида чанок-сон бугими бола ёнбош ҳолатда тизза бугими 20-30° букилиб ёткизилган ҳолатда текширилади. Датчик катта куст оркали фронтал йуналишда текширилади. Олинган тасвирдан бугим пештогининг суяк ва тоғайли каватларини яссилик даражаси сон бошчасининг тоғайсимон (суякли) шакли, жойлашган ҳолати, муътадил

бугим ёки дисплазия даражаси аник бахоланади. [Вовченко А.Я., Куценко Я.Б. 2012.]

Бугимнинг ривожланиш жараёнида ҳам сон бошчасининг шаклланиш жараёни шарсимон ёки овалсимон шакли бугим мутаносиблигини динамикада текшириб бахолаш мумкин. Бугим мутаносиблигини бахолашда С. Morin ва бошқалар таклиф этган усулдан фойдаланиб бахолаш мумкин. Мазкур усул ёрдамида бугимнинг суякли ва тоғайли стабиллик коэффиценти бахоланади. Коэффициентнинг ошиши даволашнинг самарадорлигидан далолат берса, коэффициентнинг узгармаслиги ёки камайиши даволашнинг самарасизлигидан далолат беради. Сон бошчасининг куймич косачасида жойлашув ҳолатини ва ташқарига силжиш даражасини Т.Terjesen усулида бахолаш мумкин. Бунинг учун сон бошчаси марказидан ёнбош суяк ташки сатҳи томон горизонтал йуналишда чизик утказиб бахоланади (асосий чизик). Муътадил бугимда сон бошчаси марказидан утувчи чизик асосий чизик остидан утади.

М. Zienger, R.D. Schulz чанок-сон бугимининг стабиллик индексини аниклашни таклиф қилдилар. Муътадил бугимда мазкур стабилликнинг индекси 45-50 га тенг ёки катта булади. Ультрасонографик текширувларнинг устунлиги шундаки мазкур усул зарарсиз, нурланиш эҳтимоли йук. Рентген тасвирда қуринмайдиган туқималарнинг қуриниши, бир вақтада бир неча марта қуриш мумкинлиги, оммавий қурик утказиш имкониятини борлиги, қарши курсатмалар ва йирингли асоратларнинг бўлмаслиги ҳамда аник маълумотлар олиш имкониятини беради. [Кожевников О.В., Кралина С.Э., Иванов И.В., Грибова И.В. 2008, Лобов И.Л., Кульбанская С.Е., Уронова М.А.2009.]

Сонограммада бугимнинг тоғайли элементларининг тула-туқис қуринишига қарамасдан, муаллифлар бугим компонентларининг анатомик номутаносиблигини бахолаш билан чекланиб қолмоқдалар. [Кожевников О.В., Кралина С.Э., Иванов И.В., Грибова И.В. 2008.]

Чанок-сон бугимининг ультрасонографик текширув усуларининг ҳеч бирида сифат ва миқдор жиҳатдан баҳолашнинг метрик усуллари мавжуд эмас. Ундан ташқари, бугим атрофида жойлашган периартикуляр туқималар (мушак, пай, фасция, ёғ туқималари, қон томирлари) ҳолатининг тасвири олинмайди ва баҳоланмайди. Ҳатто, ультрасонографиянинг энг катта ютуқларидан ҳисобланадиган доплерография ёрдамида бугимнинг гемодинамик ҳолати баҳоланмайди. Ҳолбуки, соннинг тугма чиқишини даволашда энг қўл келтириладиган асептик некроз каби асоратлар патогенези қон айланишининг бузилиши билан боғлиқ.

Чанок-сон бугими дисплазиясини сонографик классификацияси қўллаб-қўлланган тип ва кичик типлардан иборат. Ҳолбуки, касалликни даволаш усуллари эса барча типлар учун қарийиб бир хил.

Ҳулоса қилиб айтганда, сонографик классификациялар бугимнинг энхондрал ривожланишининг динамик жараёнини ақс эттириб қўпроқ илмий аҳамиятга эга ва амалиётда қўллангилари.

Шуни ҳулоса қилиб айтиш мумкинки, юқорида қайд этилган барча муаллифлар томонидан таклиф этилган усулларнинг ҳар бири қенг қўламда қўриб чиқилиб таҳлил қилиниши, урганилиши ва амалиётга жорий этилиши мақсадга мувофиқ бўлади.

III БОБ. ОПЕРАТИВ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ.

3.1 МАТЕРИАЛ ВА ТАДКИКОТЛАР УСЛУБИ.

Соннинг тугма чикишини жаррохлик усулида даволаш ортопедиянинг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Унинг мураккаблиги анатомик жihatдан чанок-сон бугимининг турлича тузилишига боғлиқ.

Хирургик усулда оптимал даволаш усулини билиш учун хирург рентген анатомия, диспластик чанок-сон бугимининг прогнозлаш усуллари назарий ва амалий жihatдан яхши билимга эга бўлиши зарур. Шу билан бирга сон мушаклар тизимининг мураккаблиги, бугим соҳасида кон-томир ва нерв шохларининг қўлиги, бугим архитектоникасининг мураккаблиги, реконструктив операцияларни бажаришни техник жihatдан қийинлаштиради ва травматик бажаришни тақозо этади.

Тактик жihatдан қўзатиладиган ҳатолар бу чанок суягини остеотомия қилиш усулини тўғри танланмаслиги, операция моҳиятини, уни бола ёшига муносиб қўллаш чегаралари, бугимнинг анатомик турли вариантларини, бугим декомпрессиясини бартараф этадиган даражада чанок суягини коррекция қилинмаслиги, патологик антиверзия ва вальгусни бартараф этмаслик, бугим ичи тусиқлар борлигини билмасдан бугим ҳалтасини очмасдан операцияни бажариш натижаларида асоратлар улуши қўпаяди.

Соннинг тугма чикишини оператив усулда даволашда ортопедик вазифалар қўйидаги тартибда бажарилди.

1. Бугим компонентларининг регенератив трофик жараёнларни стимуляция қилиш.
2. Чанок-сон бугими мушакларининг функционал қувватини ошириш;
3. Тугма чиққан сон бугим компонентларини янги анатомик муҳитга мослашувларини таъминлаш.
4. Бугимнинг функционал ҳаракат қўбилатини яхшилашга қаратилди.
5. Бизнинг қўзатувимиз бўйича вилоят травматология ортопедия шифохонасини болалар ортопедия бўлимига 3 ёшдан –15 ёшгача бўлган болаларни соннинг тугма чикишини жаррохлик усулида даволанганлардан 51 та беморни қўзатдик. Шундан 15 таси сони тугма чикишини оддий очиб

жойлаштириш операцияси утказилди, 19 тасида икки томон сони тугма чикиши булган болаларда чап томонлама жаррохлик усулида бугимдан ташкари деторцияловчи варизацияловчи кискартирувчи остеотомия килиниб бугим пештогини тамирланган, 17 та беморда кустлар остидан кискартирувчи деторацияловчи варизацияловчи остеотомия килиниб бугим очилиб жойлаштириб, пешток таъмирланган (Крюк усулида).

6. Мазкур илмий иш Самарканд вилоят травматология ва ортопедия шифохонасининг болалар ортопедия булимида 2013–2016 йиллар давомида «Соннинг тугма чикиши» ташхиси билан жаррохлик усулида даволанган 51 та беморни клиник, рентгенологик ва лаборатор текшириш натижаларига асосланган.

7. Беморларнинг 38 таси (74,5%) киз болалар 13 таси (25,5%) урил болалар эди.

8. Беморларнинг 11 тасида (21,5 %) чап томонлама, 7 тасида (13,7%) урил томонлама, 33 тасида (64,7%) икки томонлама тугма чикиш аниқланган.

9. 3 ёшгача булган беморлар 21 та (41,2%), 4-5 ёш болалар 4-5 ёш болалар 17 та (33,4%), 6-8 ёш болалар 4та (7,8%), 9-11 ёш болалар 1 та (2%), 12-15 ёш болалар 8 та (16%). Беморларнинг барчасида клиник, рентгенологик ва лаборатор текширувлар утказилди, барча беморлардан тулик маълумотлар йирилди. Беморларнинг 25 тасида соннинг тугма чикишини жаррохлик усулида оддий очиб жойига солинган. 16 тасида кустлар остидан кискартирувчи, варизацияловчи деторсияловчи остеотомия килиниб пешток тамирланган, 9 тасида ҳам кустлар остидан кискартирувчи, деторцияловчи варизацияловчи остеотомия килиниб бугим очилиб косача тозаланиб пешток таъмирланган.

№	Операция усули номи.	Операция сони	%
1	1 оддий очиб жойлаштириш операцияси.	25	49%
2	кустлар остидан кискартирувчи, деторцияловчи варизацияловчи остеотомия	16	31%
3	кустлар остидан кискартирувчи деторцияловчи, варизацияловчи остеотомия килиниб бугин чукурчаси тозаланди ва пешток томирланди	10	20
Жами		51	100 %

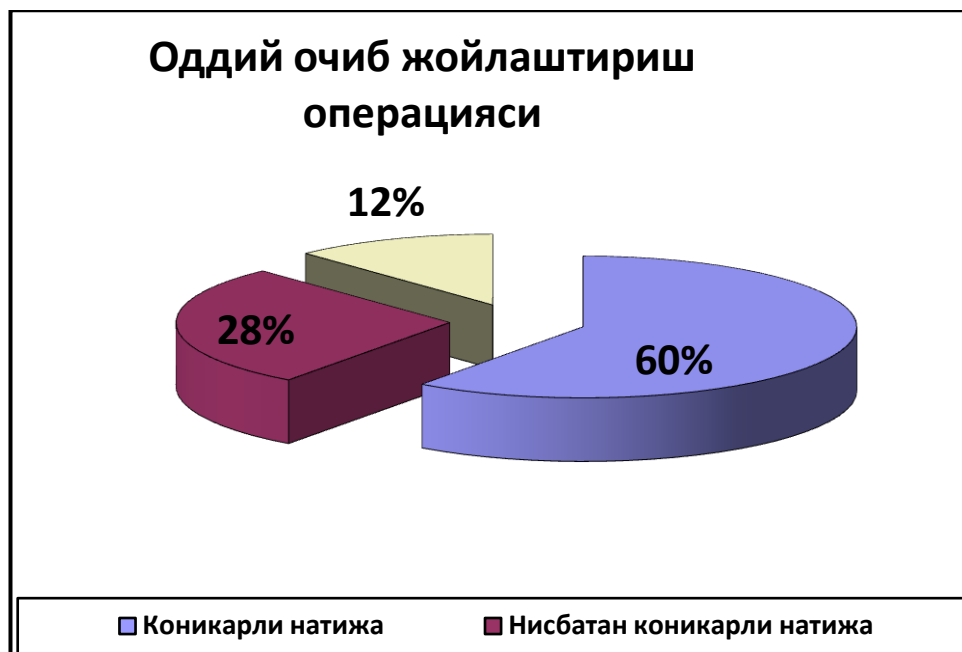
Жадвал-6

3.2. СОННИНГ ТУГМА ЧИКИШНИ ОПЕРАТИВ ДАВОЛАШ

НАТИЖАЛАРИ.

Рентгенологик текширувлар асосида соннинг тугма чикишнинг кулдаги турларини аниқланган.

Утказилган даво натижасида беморларнинг 25 тасида оддий очиб жойлаштириш операцияси утказилиб 15 тасида (60%) яхши, 7 тасида (28%) коникарли, 3 тасида (12%) коникарсиз натижалар олган бўлиб шундан 3 таси бугим пештоки тамирланмаганлиги учун кайта колдикли ярим чикиш кузатилган.



16 та беморларда кустлар остидан кискартирувчи, детортцияловчи варизацияловчи остеотомия килиниб 10 тасида (62,5%) яхши, 4 тасида (25%) коникарли, 2 тасида (12,5%) коникарсиз натижалар олинган. 1 та сон бошчаси асептик некрози кон айланишнинг бузилиши натижасида, 1 тасида чанок сон бугими контрактураси булган.



10 та беморларда кустлар остидан кискартирувчи деторцияловчи, варизацияловчи остеотомия килиниб бугин чукурчаси тозаланди ва пешток томирланди, шулардан 8 тасида (80%) яхши натижа, 2 тасида 20%) коникарсиз натижалар олинган. 1 соха вага остеотомия килганда нотугри бурчак натижасида ва 1 та асептик некроз кон айланишнинг бузилиши натижасида.



Сонларнинг тугма чикишини жаррохлик усулида эрта даволаниб физиотерапевтик муолажалардан сунг оёқларида Виленский ёки гипсли распорка куйилиб уйига жавб берилди ва беморга 6 ойдан сунг юришга рухсат берилди.

Клиник мисол №1: Эргашева Мунира, 2010йил (касаллик тарихи № 3456).

Шикоятлари: шифохонага онасининг сузича унг оёка оксаб юришга юришни кийналишиг кеч юришга .

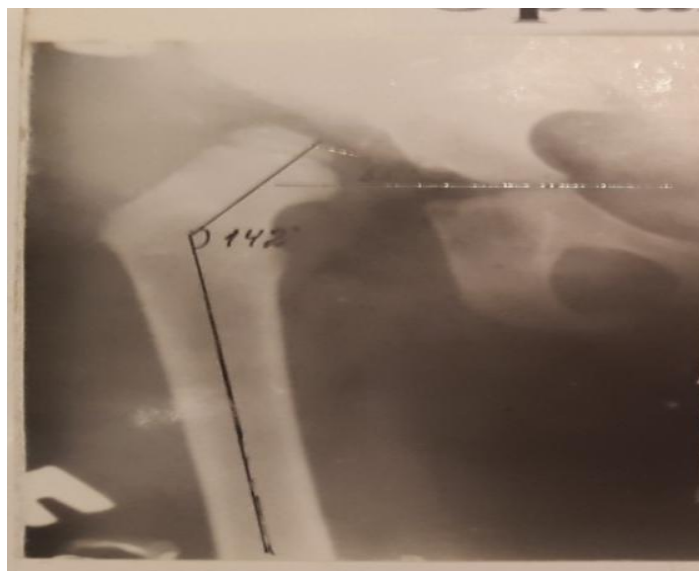
Anamnesis morbi: 1,5 ёшлигида оқсоқланиб юра бошлаганда сезишган. Касаллигини ҳеч нарса билан боғламайди, ҳеч қаерда даволанмаган. Онасининг сузича кейинги пайтда бола чап оёка оксаб юриши

ва кийналиб юришини сезиб болалар ортопедия булимига мурожиат килишгн у ерга клиник ва рентгенологик текширилиб Унг соннинг туғма чиқиши, ташхиси куйилиб оператив даволаш максадада болалар ортопедия булимига етказилди .

Anamnesis vitae: онасининг сузича 1-хомиладорликдан 1 фарзанд. Хомиладорлик ва тугрук муътадил кечган. Уз вактида тугилган. Тугрук асоратларсиз кечган. Тугилганда вазни 4100 гр, буйи 51 см .коникарли уй шроитида униб усган. Кариндошлари ва оила аъзолрига ирсий касалликлар йук. Дори дарионларга аллергияси йук.

Status praesens objectivus: умумий ахволи коникарли. Хуши узида. Териси ва куринарли шиллик пардалари одатдаги рангда. Нафас олиши эркин, бурун оркали. Упкасида везикуляр нафас эшитилади. Юрак тонлари муътадил. Пульс ритмик, 1 дакикада 90 зарба. Тили нам, тоза. Корни юмшок, огриксиз. Тахоратлари меъёрида.

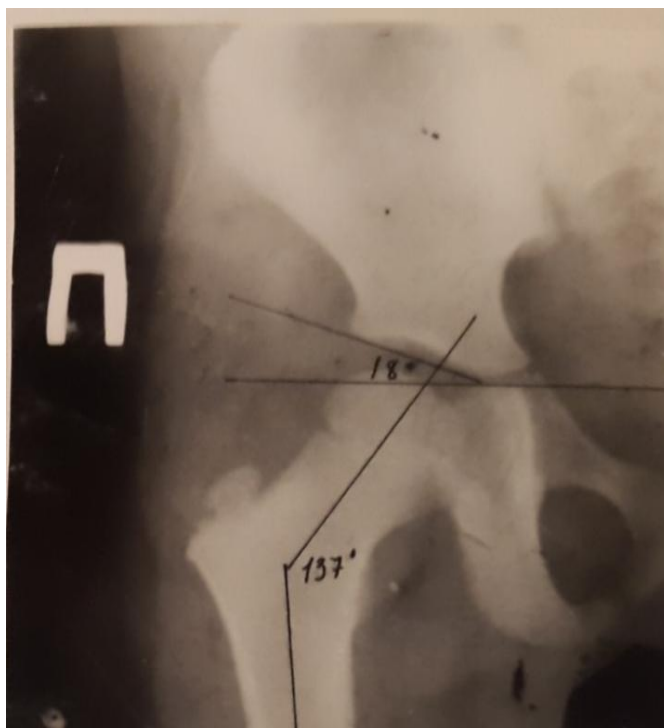
Status localis: ташки курганда бола чап оксаб юради унг чапга нисбатан 3см калта катта куст унг тамондан Розер-Нелатон чизигидан юкорида.тери остидан пайпасланади. Шумахер чизиги киндикдан пастда утади. Лаборатор тахлиллар: узгаришсиз



Расм-15. Бемор Эргашева М, 2010йил (касаллик тарихи № 3456). Унг чанок сон бугими рентгенографияси, Операциядан олдинги тасвири.



Расм-16. Бемор Эргашева М, 2010йил. Унг чанок сон бугими рентгенографияси Операциядан 6 ойдан сунг тасвири.



**Расм-17. Бемор ЭргашеваМ,2010йил. Унг чанок сон бугими
рентгенографияси Операциядан 2,5 йилдан сунг тасвири.**

Даволаш. Интубатцон наркоз остида Кўстлар остидан қисқартирувчи, детортцияловчи варизацияловчи остеотомия килиниб бугин чуқурчаси тозаланди ва бўғим пештоғини Пембртон буйича тамирланди. операцияси утказилиб 1.5 халкали гипсли боглама куйилган 1,5 ойдан сунг гипсли боглама ечилиб физиотерапевтик 9 муолижалар К+навакаин билан . парафин аппликация ЛФК буйирилган 1хафтадан сунг мулижа тугатиб болани оекларига Виленский шинаси куйилди. ва болага 8 ойдан сунг юришга рухсат берилди.



Расм-18. Бемор Эргашева М, 2010йил (касалликтарихи №3456)

Операциядан сунг физофункционал даволаш жараёнида

Клиник мисол №2: Ганиева У 2010 йил (касаллик тарихи №1289).

Шикоятлари: шифохонага онасининг сузича чап оёкнинг калталигига шикоят килиб келди.

Anamnesis morbi: Анамнезидан бемор СВОШОШ да 3 ёшлигида Кустлар остидан варизацияливчи кискартирувчи остеотомия килиб бугим пештоки Соколовский буйича тамирланган операцияси утказиб даволанган. клиник ва рентгенологик текширилиб чап сонни тугма чикиши ташхиси қуйилган ва жаррохлик усулида даволаш максатида бўлимга етказилди

Anamnesis vitae: онасининг сузича 1-хомиладорликдан 1 фарзанд. Хомиладорлик ва тугрук муътадил кечган. Уз вақтида тугилган. Тугрук асоратларсиз кечган. Тугилганда вазни 2800 гр, бўйи 50 см. Онаси якин

кариндошларида таянч-харакат тизми ирсий касалликлари борлигини рад этади.

Status praesens objectivus: умумий ахволи коникарли. Хуши узида. Териси ва куринарли шиллик пардалари одатдаги рангда. Нафас олиши эркин, бурун оркали. Упкасида везикуляр нафас эшитилади. Юрак тонлари муътадил. Пульс ритмик, 1 дакикада 88 зарба. Тили нам, тоза. Корни юмшок, огриксиз. Тахоратлари меъёрида.

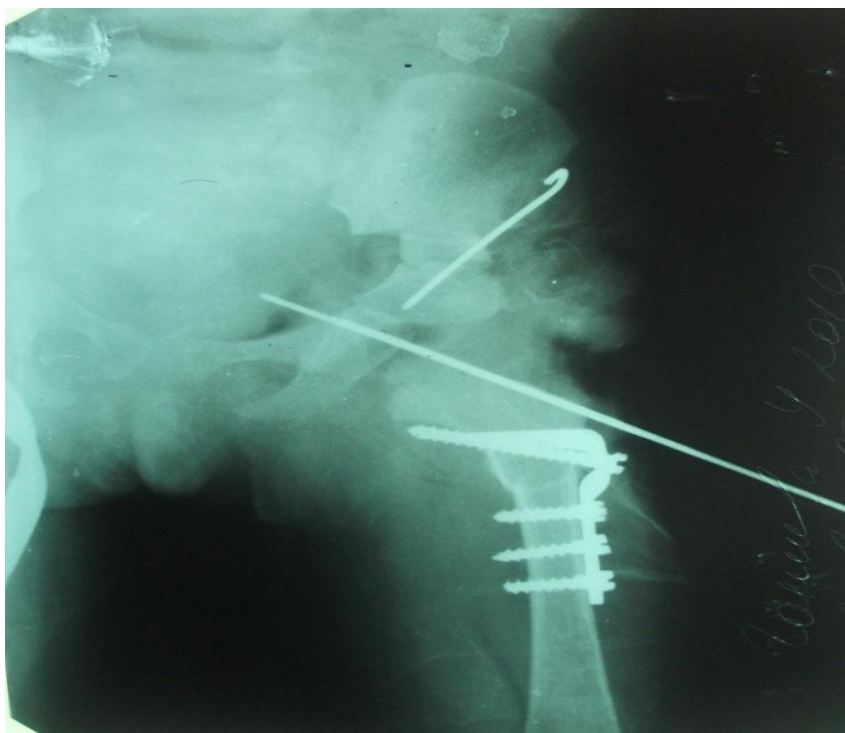
Status localis: ташки курганда чап оёғи ташки ротация холатида. Чап катта куст Розер-Нелатон чизигидан юкорида. Чап тарафдан Шумахер чизиги киндикдан пастдан утади. Чап сонни узоклаштириш (абдукция) чегараланган.

Лаборатор тахлиллар: узгаришсиз.

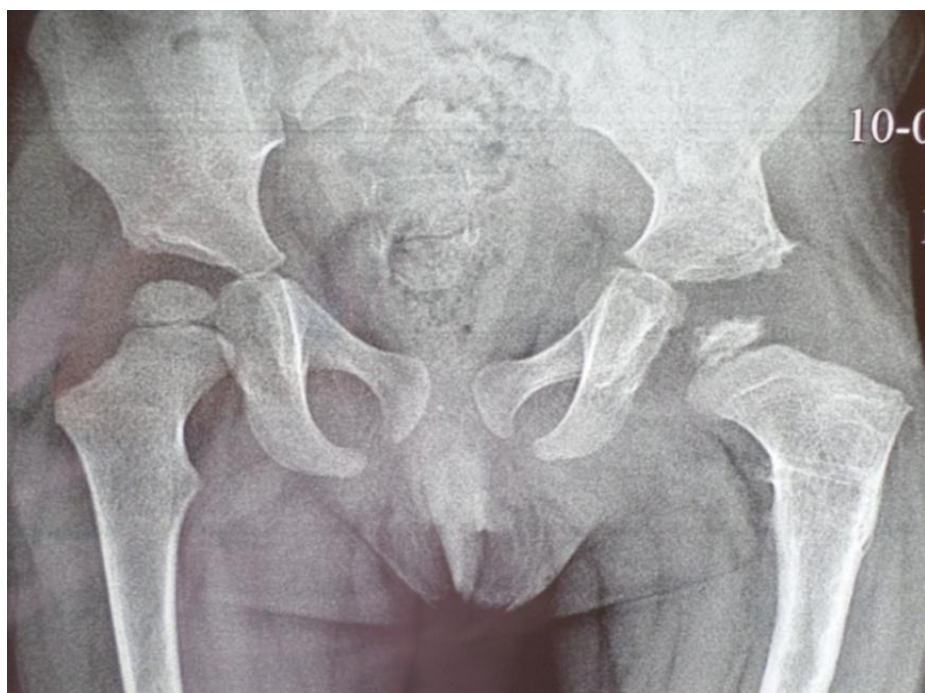


Расм-19.Бемор Ганиева У 2010 йил (касаллик тарихи №1289). Чанок сон бугими обзор рентгенографияси Чап соннинг тугма чикиши

Операциядан олдинги рентген тасвири.



Расм-20. Бемор Ганиева У 2010 йил Чанок сон бугими рентген тасвири Операциядан 4 ойдан сунг.



Расм-21. Бемор Ганиева У 2010 йил . Чанок сон бугими обзор рентгено графияси Операциядан 2 йилдан сунг.

Ташхис: Сонларнинг тугма чикиши. О.К.Х. Асорати: Чап сон бошчасининг асептик некрози.

Беморга Интубацион наркоз остида кустлар остидан варизацияливчи кискартирувчи остеотомия килиб бугим пештоки Соколовский буйича тамирланган ва 1.5 кокситли гипсли боглама куйилган 1,5 ойдан сунг гипсли боглам ечилиб чанок-сон бугимларига электрофорез КJ ва новокаин билан, парафинаппликация кулланилди. 1хафтадан сунг муолажа тугатиб болани оекларига Виленский шинаси куйилди. ва болага 1 йилдан сунг юришга рухсат берилди.



Расм-22. Бемор Ганиева У 2010 йил Операциядан 6 ойдан сунг физиофункционал даволаш.

Клиник мисол №3: Рахматуллаева Замира 2010 (касаллик тарихи № 2785).

Шикоятлари: шифохонага онасининг сузичаболанинг лапангалаб юришига шикоят килиб келди.

Anamnesis morbi: 6 ой олдин СамВОШОШ да оператив усулда даволанган. СамВОШОШ да кайта мурожат килиб, даволашни давом эттириш мақсадида. У ерда клиник ва рентгенологик текширилиб, сонларнинг тугма чиқиши Чап томондан О.К.Х ташхиси қўйилиб Иккинчи томонини жаррохлик усулида даволаш мақсадида болалар бўлимига ётказилди.

Anamnesis vitae: онасининг сузича 1-хониладорликдан 1 фарзанд. Хониладорлик ва тугрук муътадил кечган. Уз вақтида тугилган. Тугрук асоратларсиз кечган. Тугилганда вазни 3100 гр, бўйи 52 см. Онаси яқин қариндошларида таянч-ҳаракат тизми ирсий касалликлари борлигини рад этади.

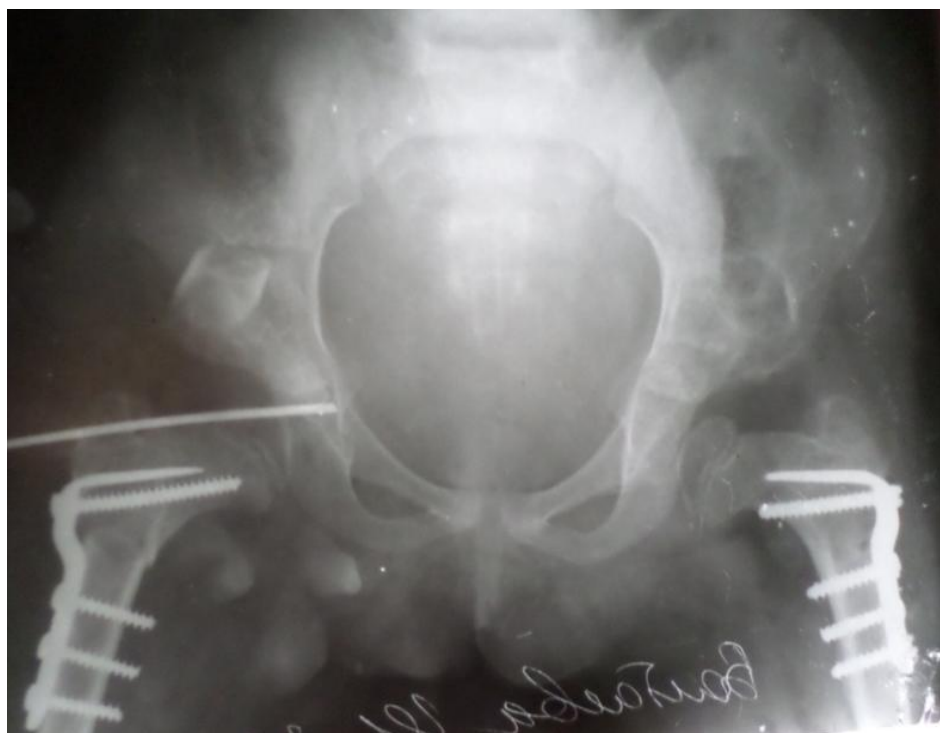
Status praesens objectivus: умумий аҳволи қониқарли. Ҳуши ўзида. Териси ва қуринарли шиллик пардалари одатдаги рангда. Нафас олиши эркин, бурун оққали. Упқасида везикуляр нафас эшитилади. Юрак тонлари муътадил. Пульс ритмик, 1 дақиқада 88 зарба. Тили нам, тоза. Қорни юмшоқ, оғриксиз. Таҳоратлари меъёрида.

Status localis: ташқи қурганда бола лапангалаб юради. Катта қуст Розер-Нелатон қизигидан юқорида. Иккала томондан катта қуст тери остидан пайпасланади. Шумахер қизиги икки томонлама қиндикдан пастдан утади. Сонларни ўзқлаштириш (абдукция) чегараланган. Лаборатор таҳлиллар: ўзгаришсиз.

Ташхиси: Иккала соннинг тугма чиқиши. Чап томондан операциядан кейинги ҳолат.



**Расм-23. Бемор Рахматуллаева З 2010 (касаллик тарихи № 2785).
Чанок сон бугими обзор рентгенографияси Иккала соннинг тугма
чикиши. Чап томондан операциядан кейинги ҳолат.**



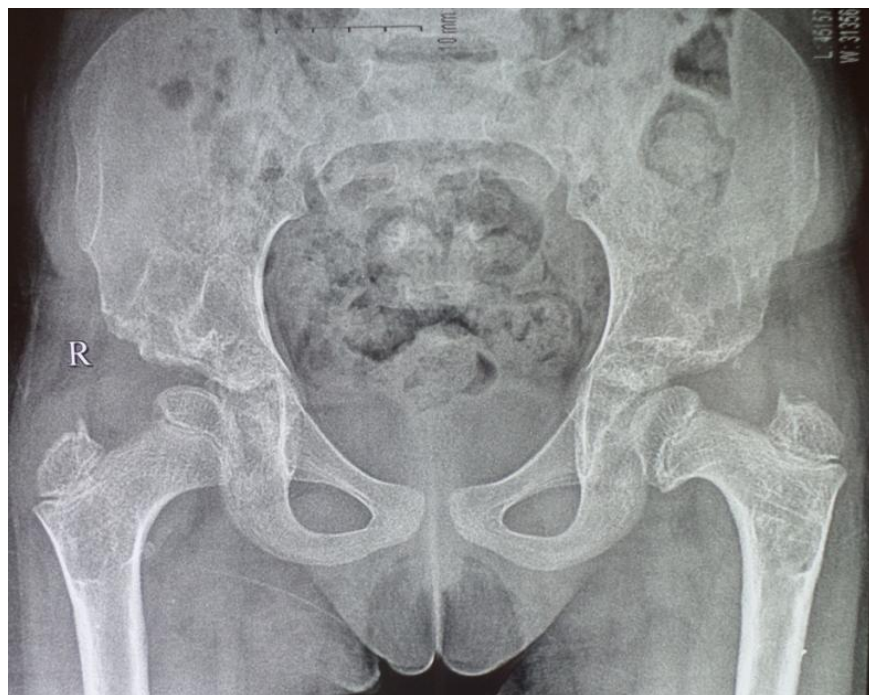
**Расм-24. Бемор Рахматуллаева З 2010 Чанок сон бугими обзор
рентгенографияси Иккала соннинг тугма чикиши.Иккала томондан
операциядан кейинги ҳолат.**

Беморга Интубацион наркоз остида Унг томондан кустлар остидан варизацияливчи кискартирувчи остеотомия килиб пешток Крюк усулида таъмирланган. (Расм-24).

1.5 кокситли гипсли боглама куйилган 1,5 ойдан сунг гипсли боглам ечилиб чанок-сон бугимларига электрофорез КJ ва новокаин билан, парафинаппликация кулланилди. 1хафтадан сунг муолажа тугатиб болани оекларига Виленский шинаси куйилди ва болага 1 йилдан сунг юришга рухсат берилди.



**Расм-25. Бемор Рахматуллаева З 2010 Операциядан 5 ойдан сунг
физофункционал даволаш.**



26-Расм. Бемор Рахматуллаева 3 2010 Чанок сон бугими обзор рентгенографияси Сонларнинг тугма чикиши. ОКХ. 18 ойдан кейин.

№	Асоратлар номи.	Беморлар сони	%
1	кайта колдикли ярим чикиш кузатилган	2	3,9
2	сон бошчаси асептик некрози кон айланишнинг бузилиши натижасида	3	5,8
3	соха вага остеатомия килганда нотугри бурчак натижасида	1	1,9
4	чанок сон бугими контрактураси	1	1,9
	Жами:	7	13,7

Жадвал-7.Урганилган беморларда асоратлар улуши.

3.2. СОННИНГ ТУГМА ЧИКИШИНИ ОПЕРАТИВ ДАВОЛАШДАН КЕЙИНГИ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ ВА ПРОГНОЗЛАШ.

Соннинг тугма чикишини оператив даволашда реабилитацион чоратadbирлар турт даврга булинади:

1. 1,5 Кокситли гипс боглама уртача 1,5 ой 2. Виленский шинасида даволашни давом килдирилади. Даволаш муддати уртача 1 йилни ташкил килади.

Мазкур даврда оператив даволаш муолажаларидан кейин 3 ойдан сунг бугим харакат ва таянч кучини муътадиллашувига каратилган.

. Учта этапга булинади.

I этапда-сон ва тизза бугимида харакат фаолиятини тиклаш максадида пассив харакатлар амалга ошириш даври.

II этап- пассив ва актив харакат даври.

III этап- мустакил юришга ургатиш.

Биринчи этапда - сон бугимида пассив харакат хажми аста-секинлик билан купайтириб борилади. Бугимда асосан индивидуал равишда даволаш гимнастикаси машклари бажарилади. Мазкур машklar муолажаси кунига биринчи ойда 15-20 минут, сунг 35-45 минутдан кунига 3-4 марта тавсия этилади.

Иккинчи этапд 14-15 кундан болани корни билан ёткизиб тизза бугимига хам изометрик равишда пассив харакатлар тавсия этилади.

Рентген тасвир натижаларига кура мушаклар дисбаланси ва ностабиллик бартараф этилади. (12-расм)

Агар соха valga кузатилса сонни якинлаштирувчи мушаклар тонусини кучайтириш, сонни узоклаштирувчи мушаклар тонусини оширишга каратилган муолажалар, яъни массаж, даволаш гимнастикаси, парафин, электрофорез билан тавсия этилади. Асосий вазифа мазкур этапда актив

харакат амплитудасини пассив харакат амплитудасига тенглаштиришга каратилган булади.

Учинчи этап болани мустакил юришга ургатиш, яъни нагрузка бериш.

Шина ечилгач, бугимларда чекланиб колган харакат хажмини тиклаш максадида массаж, даволаш гимнастикаси, парафин, озокерит, электрофорез калций хлорид билан тавсия этилади. Шу билан бирга бола оёқларини ерга таянтириб ушлаб аста-секин мустакил юришга ургатилади.

Беморларга шина ва гипсли боғламалар ечилгач оёғига махсус манжетли лейкопластрли тортмаларда ёткизилиб сон бугимлар соҳасига физиотерапевтик муолажалар: парафин, лидаза билан электрофорез, массаж, мушаклар электростимуляцияси кулланилади. Бир гуруҳ беморлар га Ахтамовм А.А томонидан таклиф этган махсус деротацион мослама кулладик(№ FAP 00852). (26-расм)



Расм-26. Деротацион мослама(№ FAP 00852).

Мазкур мосламанинг афзаллиги шундаки, мослама оёқ кафтини тугри холатда тутиб туради. Шу билан бирга, бирламчи рентген тасвирда патологик торсия аникланган булса, бемор оёқ кафти ичкарига буралиб деротацион холатда тутиб туриши мумкин. Бу холат сон бугимида ярим чикиш мойиллигини бартараф этади ва муолажалар пайтида мосламани ечиб кийиш мумкин.

Даволаш натижалари бир йилдан уч йилгача булган мудатларда урганилди. Даволаш натижаларини тахлил килишда бугим компонентларининг ривожланиш жараёни 1 йилдан сунг (якин муддатларда),

2 йилдан сунг (оралик муддат) ва 3 йилдан сунг узок муддатларда урганилиб беморлар уч гурухга булинди.

1 гурух. Прогностик жихатдан биринчи гурух яхши – коникарли ривожланаётган, 2 гурух секин ривожланаётган, 3 гурух асоратли ривожланаётган яхши – коникарли ривожланиб шаклланаётган гурухда тугрилангач бир йил утиб рентгенологик курсатгичлар мутоносиб бугимдан 5^0 - 2^0 фарк килади.

Бугим секин ривожланаётган гурухда мазкур курсатгич 5^0 - 3^0 дан катта.

3 гурух асоратланган гурухга биз сон бошчасининг асептик некрози ривожланган бугимларни киритдик. Биринчидан мазкур бугимда кон айланишининг бузилиши хисобига коксоартроз ривожланади. Иккинчидан, сон бугим компонентларининг шаклланиш жараёни нафакат секинлашган, балки бузилиб сон бошчаси эпифиз кавати узининг муътадил шаклини йукотиб хатто шакли ёмонлашиб боради.

Коникарли ривожланаётган (80%) беморларда реабилитация муолажалари даволаш гимнастикаси, массаж, физик ва медикаментоз муолажалар давом эттирилади.

Бугимнинг ривожланиб шаклланиш жараёни секин кечганда кутиш тактикаси кулланилган ва реабилитацион муолажаларни куллаш давом эттирилган. Биз барча ота-оналарни бемор бола тула-тукис согайиб кетмаслиги ва келажакда кузатилиши мумкин булган асоратлар эхтимоли борлиги хакида огохлантирамиз. Схема тавсия этилади. Бир беморнинг хар бир бугим алохида бахоланади. Чунки икки томонлама чикишларда 2 этапда оператив мулажа утказилади ва унг ва чап бугимнинг ривожланиши турлича булади. Барча беморларда даволаш реабилитация мудати бир йил 1,5 йилгача булиб, шундан кейин мустакил юришга тавсия берилди.

Соннинг тугма чикишини 3ёшдан 5 ёшгача булган болаларда оператив даволашдан сунг патогенетик асосланган оксил-минерал ва мушак нерв фаолиятини яхшилашга қаратилган медикаментоз, физиотерапевтик ва ортопедик реабилитацион муолажалар даволаш самарадорлигини янада оширишга имконият беради

Бугим компонентларининг нечоғли даражада интенсив ривожланиш ва шаклланиш жараёни ҳамда рентгенометрик курсаткичлари бола ёшига, организмда минерал алмашинув жараёнига, операция турига утказилган даволаш муолажаларининг сифат ва самарадорлигига боғлиқ.

Бола организмнинг ҳолати нейрорефлектор ҳолат ва касаллик даражасини аниқлаш ҳамда даволаш самарадорлигини ошириш мақсадида махсус объектив тест усуллари тадбиқ этилган.

Соннинг тугма чикишини оператив усулда даволашдан сунг беморда узок муддатли гипсли боғламда ҳаракатсиз ётганлигидан сон мушаклари кучининг заифлашуви кузатилади. Шунинг учун барча беморларга оёқларини, думба ва бел соҳаларини массаж, АТФ, парафин (озокерит) аппликацияси тавсия этилади. Беморга онаси томонидан гимнастик машқлар бажариш тушунтирилади.

Бемор оёқлари гипсли боғламдан озод қилинганч сон ва тизза бугимлари букилган ҳолатда булиб ташқарига буралган бўлади. Шунинг учун пассив машқ қилаётган вақтда сонни ташқарига ёзиш ва ичкарига бураш лозим бўлади. Болалар биринчи-иккинчи кунлар гипсли боғлам ечилгандан сунг қорни билан ётиб тизза ва думба соҳасига қумли қопчалар қуйилади. Бемор бир неча ойлар (бир йил) давомида оёқлари 60-65° ёзилган ва танадан узоклаштирилган ҳолатда Виленский шинасида булиши лозим.

Беморга аэро, гемо- ва келлоид ҳамда физиотерапевтик муолажалар сон бугимлари соҳасига парафин, озокерит, балчик, новокаин ёки кальций хлорид билан электрофорез, магнит ва электростимуляция тавсия этилади. Даволаш гимнастик машқлар бемор организмда модда алмашинувини

яхшилаш ва химоя рефлексини яхшилашда муҳим роль уйнайди. Куёш, тоза хавода сайр килиш 17-19⁰ ҳароратда маъкул бўлиб 7-10 минут давомида утказилади ва ҳар кун 5 минутдан купайтирилиб борилади.

Киш ва баҳор мавсумларида 3-4 курс (15 сеансдан) ультра бинафша нур ёрдамида муолажалар тавсия этилади. Интервал (оралик муддат) 1 ой.

Санатория шароитида яна хвой-тизм олтингутуртли, радонли, денгиз тузи билан кун ора бир ой давомида тавсия этилади.

Парафин ва озокеритли муолажалар кун ора 20-25 сеанс 3 ой интервал билан тавсия этилади. Жами 4-5 курс парафин (ёки озокерит) 60⁰ иссиқ ҳолатда тавсия этилади. Аввалига 15 минут давомида сунг кунига 5 минутдан ошириб 1 соатгача қулланилади. Иссиқлик беришнинг биологик механизми бу иссиқлик, механик (компрессион) ва химик компонентлардан ташкил топган. Охириги компонентнинг эффективлиги минерал мойларнинг микдори (концентрациясига) боғлиқ бўлади. Берилган иссиқлик чанок-сон бугими туқимларига таъсир қилиб шу соҳага гиперемияга сабаб бўлади, бунинг натижасида иссиқлик туқималардаги капиллярларни кенгайтириб томирларда қон оқими ва лимфа оқими кучайтиради. Патологик импульслар интенсивлиги зарарланган учокдан марказий нерв системасига олиб бориб қучсизлантиради, моддалар алмашинувини кучайтиради, оксиллар микдорини қон зардобиди оширади, бузиган кислота-асос мувозанати тикланади.

Чанок-сон бугими туқималаридаги моддалар алмашинувини стимуляция қилиш ва кальций иони билан туйинтириш мақсадида кальций хлорид билан электрофорез тавсия қилинади. Электрофорез кун ора буюрилиб жами 20 кун давомида буюрилади. Даволаниш давомида 3-4 курс бажарилади. Электрофорезнинг эффективлигини ошириш учун уни гелиотерапия ва ультра бинафша нурлари билан қушиб олинади.

Дистрофик синдромни даволаш учун неробол (1 кунда 1 марта, 1 ой давомида 0,00125 г микдорда) буюрилади ва шундан сунг 1 ой давомида

танафус килинади. Дистрофик узгаришнинг огирлик даражасига караб 2 курсдан то 5 курсгача буюрилади. Нероб ол билан даволаш эндокринолог назоратида олиб борилади. Витамин терапия (цианокобаламин, тиамин хлорид, аскорбин кислота, эргукальциферол ва поливитамин буюрилади) асосий ахамиятга эга. Тиамин хлорид таблетка сифатида 0,002 г дан кунига 3 марта 1 ой давомида буюрилади. Цианокобаламин бир кундан сунг инекция куринишида 2 ой давомида, шундан сунг 3-4 ой танафус килинади. 2-3 марта даволаш курси утказилади.

Аскорбин кислота парашок куринишида овкатдан кейин 0,1 г дан кунига 1 марта буйирилади, поливитамин кабул килган кунлар бундан мустасно. Поливитаминларни цианокобаламин кабул килаётган вақтда буюрилади.

Витаминотерапия билан яна биргаликда 3-4 курс туқималар терапияси утказилади. Алоэ-1 г дан кун ора, шишасимон тана ёки ФиБС-2 г дан кун ора 1 ой давомида буюрилади. 4 ойлик танафусдан кейин бошка препаратлар буюрилади.

Овкат рационига барра сабзавотлар, мевалар ва табиий шарбатлар киритилиши керак булади.

Даволовчи гимнастика, массаж санаторияда канча вақт даволанса шунча вақт буюрилади.

IV. БОБ. ХОТИМА.

Бугунги кунда соннинг тугма чикишини оператив усулда даволашдан сунг чанок- сон бугмида ривожланадиган дегенратив- диспластик жараёнлар 38-64% ривожланиб, 22- 38 % ногиронликка сабаб булмокда.2013 –2016 йиллар болалар ортопедия булимига соннинг тугма чикишини жаррохлик усулида даволанётганлардан 51 та беморни кузатдик, шундан 25 таси сонни тугма чикишини оддий очиб жойлаштириш операцияси утказилди, 16 тасига беморларда кустлар остидан кискартирувчи, детортцияловчи варизацияловчи остеотомия килиш операцияси утказилди, 10 та беморларда кустлар остидан кискартирувчи детортцияловчи, варизацияловчи остеотомия килиниб бугин чукурчаси тозаланди ва пешток тамирланди (Крюк усулида).

Болалар ортопедия булимига соннинг тугма чикишини жаррохлик усулида даволаш частотасини аникланди.Утказилган даво натижасида беморларнинг 25 тасида оддий очиб жойлаштириш операцияси утказилиб 15 тасида (60%) яхши, 7 тасида (28%) коникарли, 3 тасида (12%) коникарсиз натижалар олинган булиб шундан 2 таси бугим пештоки тамирланмаганлиги учун кайта колдикли ярим чикиш кузатилган, 1та сон бошчаси асептик некрози

16 та беморларда кустлар остидан кискартирувчи, детортцияловчи варизацияловчи остеотомия килиниб 10 тасида (62,5%) яхши, 4 тасида (25%) коникарли, 2 тасида (12,5%) коникарсиз натижалар олинган.1та сон бошчаси асептик некрози кон айланишнинг бузилиши натижасида,1тасида чанок сон бугими контрактураси булган.

10 та беморларда кустлар остидан кискартирувчи детортцияловчи, варизацияловчи остеотомия килиниб бугин чукурчаси тозаланди ва пешток тамирланди, шулардан 8 тасида (80%) яхши, 2 тасида 20%) коникарсиз натижалар олинган.1 соха вага остеатомия килганда нотугри бурчак натижасида ва 1 та асептик некроз кон айланишнинг бузилиши натижасида.

Даволашда кузатилган коникарсиз натижалар оператив даволаш усулини оптимал тактик жихатдан смарадор вариантларни танламасдан куллаш натижаси деб хисоблаймиз.

Оператив даволашдан кейин кузатилган (кайта чикиш ёки ярим чикиш) асоратларини тугрилашда артротомия ва оддий тугрилаш усули самара бермайди. Чунки, оддий очиш усулида тугриланган беморларнинг 74% да турли асоратлар кузатилган.

Сон суяк коррекцияли остеотомия килиб тугриланган беморларда эса 12% асорат кузатилган. Факат катта (5-7 ёшда) эса мазкур курсатгич 29% ни ташкил этган. Ёши икки ёшгача булган, сон бошчалари эркин тугриланиб яхши центрацияга эришилган болаларда бугим янги биомеханик жихатдан кулай имкониятга эга булиб антиторция, латерал позиция тугриланиб сон бошчаси ва куймич пешток суякланиш ядросининг ривожланиши жадаллашиб яхши натижалар улуши купайган. Физиологик антиторция 42%га , уз-уздан тугриланиб тикланиш 30% беморларда кузатилди. Факат яхши центрациягина сон бошчасини куймич косачасида муътадил ривожланиб статик ва динамик жихатдан яхши прогнозга эга булади. Ундан ташкари куймич пешток сфериклиги ҳам сон бошчасини яхши тутиб туришига имконият булади.

Агар мазкур бурчак оператив тактика нотугри танланганлиги сабабли катта булса прогностик жихатдан нокулай булиб дистрофик узгаришлар ривожланиш эҳтимоли куп булади ва асоратлар улуши ошишига олиб келади.

Касалликнинг иккинчи зарур курсатгичи – бу соннинг праксимал учлигининг куймич пешток яхши тамирланганлик ва операциядан сунг ривожланиш жараёнига боглик. Агар мазкур курсатгичлар рентген тасвирида яхши булса яъни куймич пешток шунча сферик ва чукур булиб диспластик жараён даволаш жараёнида коникарли кечади.

Юкорида курсатилган маълумотларга асосланиб соннинг тугма чикишини жаррохлик усулида эрта даволашни болалар ортопедия булимига етакчи уринлардан бирини эгаллаб келаётганлигини яна бир марта тасдикланди.

Беморларнинг барчасида клиник рентгенологик ва лаборатор текширувлар утказилди, барча беморлардан тулик маълумотлар йигилди ва беморларнинг барчасида операциядан кейинги 1,5 халкали гипсли крсет куйилган ва 1 ойдан сунг гиписли корсет ечилиб манжет тортмада куйилиб (электрофарез, КJ – новокаин, парафин аппликасия, УВЧ, гимнастикаси муолалар буюрилган).

ХУЛОСА.

1. Соннинг тугма чикишини жаррохлик усулида кичик ёшда даволашда 90 %коникарли натижалар, 10 % коникарсиз натижалар олинган;

Бизнинг кузатувимиздаги беморларда соннинг тугма чикишини жаррохлик усулида катта ёшда 5-15 ёшгача даволашда 86 %коникарли натижалар, 14% коникарсиз натижалар олинган;

5–7 ёшдаги болаларда соннинг тугма чикишини жаррохлик усулида даволаш кийин кечади чунки бугим пештоги яхши ривожланмаганлиги сабабли жойлаштириш кийин кечади.

2. Бизнинг кузатувимизга кура соннинг тугма чикишини жаррохлик усулда эрта даволашда 2 ёшдан -3 ёшгача аъло натижаларга эришиш мумкин.Динамик рентген текшириш уз вақтида амалда кулланилса, соннинг тугма чикишини жаррохлик усулида даволашда жаррохлик усули ёшга караб тугри танланса асоратлар улуши ва ногиронлик камаяди, даволаш самарадорлиги ошади.

Илмий ишнинг амалий аҳамияти.

Ушбу илмий ишнинг янгилиги биринчи марта болаларда соннинг тугма чикишини жаррохлик усулида 3-15 ёшда даволаб унинг урганиб чикиб ва уларнинг уртача морфометрик курсаткичлари аниқланган ва ёшга караб жаррохликнинг энг самарали ва тугри усулини танлаб амалётга тадбик этиш.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР:

1. Абальмасова Е.А., Демидик В.Д. Ортопед. Травматол.-1976.-№6.-с.7-13.
2. Азизов М.Ж., Низамходжаев Ф.М. Профилактика и лечение врожденного вывиха бедра». Журнал теоретической и клинической медицины. 2001, №1. ст 84
3. Алпысбаев Х.Ш, Кадиров М.К, Турсунова С.А. Республиканский центр детской ортопедии-Ташкент. «Частота асептического некроза головки бедра после различных методов консервативного вправления врожденного вывиха бедра». Актуальные проблемы детской ортопедии, Бухоро 2000, ст 6-7
4. Абдуллаев Н.М. «Ультразвуковой скрининг и распространенность дисплазии тазобедренного сустава у новорожденных в условиях сельской местности». (например Сурхандаринского области). Автореферат дис. к.м.н. 2003. 18
5. Алпысбаев Х.Ш. Лечение врождённого вывиха бедра у детей до 3 лет // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. VIII съезд Травматологов и ортопедов Узбекистана 15-16 июня 2012 г. Ст. 355.
6. Алпысбоев Х.Ш., Содиков А.А. ва бошқалар. «Уч ёшгача бўлган болаларда соннинг тугма чиқишини даволаш» Тошкент 2012. 355-356 с.
7. Алпысбоев Х.Ш., Джуроев А.М., Алимова Ш.Г. «Чанок-сон бугими паталогияси билан операция усулида даволанган болаларни диспансер кузатув роли». Узбекистон травматология ва ортопедия VIII- съезди. 2012. 345-355 с
8. Андрианов В.Л., Веселов Н.Г., Мирзоева И.И. «Болаларда ортопедик ва травматологик ёрдамни ташкил этиш». – Л.1988
9. Асилова С.У. Лечение врождённых вывихов бедра у детей // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. VIII съезд Травматологов и ортопедов Узбекистана 15-16 июня 2012 г. Ст. 357-358.
10. Асилова С.У., Ахмедов К.Б., ва бошқалар. «Болаларда соннинг тугма чиқишини даволаш». Тошкент 2012. 357-358 с.

- 11.Атманский И.А. 2006, Жоденов И.И., Ковалев И.Д. Оперативное лечение детей с врожденным вывихом бедра. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова 2010. №4. Стр- 35-37.
- 12.Ахтамов А. Чакалокларда чанок-сон бугими дисплазиясини сонографик текшириш афзалликлари ва ортопедик профилактикаси. Услубий кулланма. Тошкент – 2010. 23с.
- 13.Ахтамов А. Чанок-сон бугими дисплазияси. Соннинг тугма чикиши. Эрта аниклаш, даволаш, олдини олиш. Укув услубий кулланма. Тошкент -2006,
- 15.Ахтямов И.Ф. Анализ изменений плотности костной ткани головки бедренной кости при асептическом некрозе с помощью спиральной компьютерной томографии // Травматология және ортопедия 2/2007 г. том-I Астана. Ст. 27-29.
- 16.Ахтямов И.Ф. Лечение асептического некроза головки бедренной кости // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова 2011, №1. Ст. 84-89.
- 17.Ахтямов И.Ф. Новый способ лечения ранних форм асептического некроза головки бедренной кости (предварительное сообщение) // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова 2011, №1. Ст. 33-37.
- 18.Багданов Ф.Р. Лечение врожденного вывиха бедра. Труды юбилейной сессии институт им. Г.И. Турнера 1959. с. 218–223.
19. Бахтеева Н.Х, Винокуров В.А, Норкин И.А, Персова Е.А. Консервативное лечение детей с врожденным вывихом бедра». Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2003, №4. ст 34-37.
20. Барта О. Чанок-сон бугими дисплазияси ва тугма чикиши. Эрта аниклаш, даволаш ва профилактикаси. – Бухарест, 1986. 368 с.
- 21.Батурина В.В., Борейчук Н.В., Коробий И.И. ва бошк., Оперативное лечение детей с врожденным вывихом бедра. // Ортопед., травматология ва протезлаш. Илмий туплам. – Киев 1988. – 19-20с
22. Бахтеева Н.Х. Оперативное лечение детей с врождѐнным вывихом бедра // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова 2003, №4. Ст. 34-37.

- 23.Бахтеева Н.Х., Винокуров В.А., Норкин И.А., Персова Е.А. Оперативное лечение детей с врожденным вывихом бедра. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова 2003. №4. Стр- 34-35.
- 24.Беренштейн С.С. // Ортопед., травматология, - 1991. - №1 – 64-65с.
- 25.Богданов Ф.Р., Тимофеева Н.А. Соннинг тугма чикиши. – М., 1959.
- 26.Ватолин К.В., Гуревич А.Б. ва бошқалар. «Соғлом болаларда чанок-сон бугимини ультратовуш ёрдамида текширишнинг замонавий имкониятлари». Детская хирургия. 2011. №4. 25-27 с.
- 27.Ветлова Н.А., Киселева Н.В. Соннинг тугма чикишини этиологияси, патогенези, эрта аниқлаш ва оператив даволаш. – М., 1983.
- 28.Виленский В.Я., Соннинг тугма чикишини диагностикаси ва функционал даволаш. – М., 1971.
- 29.Вовченко А.Я., Куценко Я.Б. Болаларда чанок-сон бугими касалликлари мониторинги ва диагностикасида ультратовуш текширишларини куллаш//Тезислар туплами. Болалар травматологияси ва ортопедиясининг долзарб саволлари. – М., - 2012 – 55с.
- 30.Волков М.В. Б. Фрейка. Соннинг тугма чикиши диагностикаси ва даволаш натижалари. – М., 1969
- 31.Волков М.В., Дедова В.Д. Болалар ортопедияси. – М., 1980. 133-167
- 32.Волков М.В., Тер-Елизаров Г.М., Юкина Г.П. Соннинг тугма чикиши. – М., 1972.
- 33.Воскис Х.Я. Чанок-сон бугими дисплазияси ва тугма чикишида рентген-анатомик курсаткичлар.
- 34.Гончарова М.М., Каленов В.Е., Иванова К.И. ва бошқ. Оперативное лечение детей с врожденным вывихом бедра. // Ортопед., травматология. – 1974. - №11. 75-82с.
- 35.Горбунова Р.Л., Елизарова И.П., Осьминина А.Т. Чакалокларда чанок-сон бугими дисплазияси ва тугма чикиши. – М., 1976.
36. Григоровский В.В. Патоморфологические изменения в тканях тазобедренного

- сустава детей и подростков и некоторые клинико-морфологические зависимости при последствиях асептического некроза, юнешеского эпифизеолиза и хондролиза головки бедра // Травматология и ортопедия России 3 (49) – 2008 г. Ст. 20-37.
- Гудушаури О.Н., Чихладзе Р.Т., Лордкипанидзе Э.Ф. // Ортопед., травматол. – 1990. - №2. 62-64с.
- 38.Диагностик ультратовуш. // А.В.Зубарёва тахрири остида. – Москва, «Реальное время», 1999. – 225с.
39. Диваков М.Г. Рентгенометрическая характеристика тазобедренного сустава при асептическом некрозе головки бедра и её роль в оценки заболевания // Вестник рентгенологии и радиологии. Москва “Медицина” 6. 1989 г. Ст. 80-40.
- Кадыров М., Дусмуратов А.М., Ахтамов А. // Ортопед., травматология ва протезлаш. 1990, № 10, 14-18.
- 41.Кожевников О.В., Кралина С.Э., Иванов И.В., Грибова И.В. Хирургическое лечение врожденного вывиха бедра у детей младшего возраста. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова 2008. №1. Стр- 53-62.
- 42.Кожевников О.В., Морозов А.К.,Кролина С.Э., Огарев Е.В., Негматов Ж.М. Диагностическая ценность лучевых методов исследования с контрастированием изображения для рационального выбора способа оперативного лечения высокого врожденного вывиха бедра у детей. Вестник травматологии и ортопедии. Н.Н. Приорова. 2010. №4. 49-58 с.
- 43.Консевников В.В., Осипова А.А., ва бошкалар. «Сонларни тугма чикишини даволашда хирургик тактика танлашнинг морфологик аспектлари ва дистрофик узгаришларнинг профилактикаси». Детская хирургия. 2012. №3 38-40 с.
- 44.Краснов А.Ф., Иванова К.А. Болалар ортопедияси. – Куйбишев, 1983. 3-
- 45.Краснов А.Ф., Котельноиков Г.П., Иванова К.А. Ортопедия. Дарслик. Москва – 1989.
- 46.Круминь К.А., Ястер Д. Чанок-сон бугими дисплазиясини эрта аниклаш. // Ортопед., травматол. ва протезлаш – 1986. - №3. 18-21с.
47. Крылов В.В., Шастина В.Р//Мед. Радиология. 1990 – Т. 35, №6. 31-33с.

48. Кузьмин В.Д. Методика функционального оперативного лечения врождённого вывиха бедра у детей старше 6-ти месяцев // Травматология және ортопедия 2/2003 г. Астана. Ст. 92-95.
49. Левицкий А.Ф., Вовченко А.Я., Янович Л.Е., Радомский А.А. Оперативное лечение детей с врожденным вывихом бедра. // Ортопедия, травматология ва протез., - Киев 1988. - №18, 95-97с.
50. Лобов И.Л., Кульбанская С.Е., Уронова М.А. Алгоритм ранней диагностики и тактика лечения заболеваний сопровождающихся коксальгией, у детей. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова 2009. №2. Стр- 67-71.
51. Лубегина З.П., Заводовская Е.И. Хирургическое лечение врожденного вывиха бедра у детей младшего возраста. // Ортопед., травматолог. – 1983. №3. – 1-
52. Маёров А.Н. Артрография тазобедренного сустава с двойным контрастированием у детей и подростков // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова 2009, №2. Ст. 51-56.
53. Майоров А.Н., Морозов А.К. Артрография тазобедренного сустава с двойным контрастированием у детей и подростков. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова 2009. №2. Стр- 51-56.
54. Малахов О.А., Кожевников О.В., Грибова И.В., Кралина С.Э. Наш опыт лечения врожденного вывиха бедра у детей разного возраста. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова 2000. №4. Стр- 26-31.
55. Малахов О.А., Крамина С.Э. Соннинг тугма чикиши. Москва. «Медицина» 2006-127с.
56. Межинина Е.П., Куценко Я.Б. Хирургическое лечение врожденного вывиха бедра у детей младшего возраста. // Ортопед., травматолог. – 1980. №6 – 67-
57. Набиев Э.Г., Кулиев А.М. «Хирургическая коррекция остаточных дефектов и осложнений после оперативного лечения врожденного вывиха бедра у детей». 2001. 378-379 с.
58. Огарев Е.В. Формирование проксимального отдела бедренной кости у детей и

подростков. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова 2006. №1. Стр- 51-56.

59. Плеханов Г.А. Функциональный метод лечения врожденной патологии тазобедренного сустава у детей в возрасте до 3-х лет // Травматология и ортопедия 2/2003 г. Астана. Ст. 105-106.

60. Поздников И.Ю. «Болаларда соннинг тугма чикишини эрта хирургик усулда даволаш». 2012. 386-387 с.

61. Поздников И.Ю. Формирование тазобедренного сустава после открытого вправления бедра у детей младшего возраста. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова 2011. №1. Стр- 28-32.

62. Поздников Ю.И. Система лечения дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра как основа профилактики диспластического коксартроза // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова 2007, №3. Ст. 63-71.

63. Позднякова О.Н., Поляев Б.А., ва бошқалар. «Сонларнинг тугма чикишининг операциядан кейинги вертикализация этапида реабилитацион даволашнинг дифференциал усуллари». Детская хирургия. 2011. №6 13-16 с.

64. Попоска. Хирургическое лечение врожденного вывиха бедра у детей младшего возраста. // Ортопед., травматол. – 1991. - №1 - 18-21с.

65. Ратнер А.Ю., Жарова Е.У. Оперативное лечение детей с врожденным вывихом бедра. // Педиатрия. – 1991, 1980. – 58-61с.

66. Редулеску А., Войня. Чанок-сон бугими дисплазиясини эрта аниклаш. // Ортопеди травматол. – 1962. - №2. – 3-9с.

66. Рейнберг С.А. Суяк ва бугим касалликларининг рентген диагностикаси. – М. 1964.

68. С.П. Миронов тахрири остида Ортопедия (Национальное руководство), Москва. 2008. – 828с.

69. Садофьева В.И. Болалар таянч харакат аъзоларининг касалликларини функционал рентгенографияси. – Л. – 1986.

70. Соловьева К.С., Битюков К.А. Проблема детской инвалидности в связи с ортопедической патологией и задачи ортопеда при проведении медицинской реабилитации. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова 2003. №4. Стр- 18-22.
71. Стельмах П.К. Болаларда соннинг тугма чикиши: Автореферат т.ф.н.дисс. – М., - 1985
72. Стоматин С.И., Морару А.Т. Соннинг тугма чикишини диагностикаси ва даволаш. – Кишинев., 1986.
73. Файзиматов М.А., «Кичик ёшдаги болаларда соннинг тугма чикиши ва колдик ярим чикишини хирургик даволаш натижалари». Тошкент 2012. 415-416 с.
74. Филлюшкин Н.Ю. К вопросу о тактике лечения врождённого вывиха бедра у детей // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова 1996, №4. Ст. 11-16.
75. Филлюшкин Н.Ю., Моргун В.А. К вопросу о тактике лечения врожденного вывиха бедра у детей. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова 1996. №4. Стр- 11-16.
76. Шенгелия М.И. Болаларда соннинг тугма чикишида рентгенологик курсаткичлар// Ортопед., травматология ва протезлаш–1977, №6, 17-21с.
77. Штенё М. Наш опыт оперативного лечения врождённого вывиха бедра у детей // Ортопедическая клиника г. Братислава. 1978 г. Ст. 27-31.
78. Щевцов В.И., Макушин В.Д., Чиркова Н.Г. Лечение врожденной тазобедренного сустава у детей младшего возраста с использованием периацетабулярной и комбинированной спицевой туннелизации. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова 2009. №2. Стр- 57-60.
79. Янакова О.М., Демидов В.И., Гашимова С.А. Хомиланинг турли даврларида чанок-сон бугимини ультратовуш ёрдамида текшириш усуллари. // Ортопед., травматол. – 1990. - №10. 14-18с.
80. Albinana J, Dolan LA, Spratt KF, Morcuende J, Meyer MD, Weinstein SL. Acetabular dysplasia after treatment for developmental dysplasia of the hip.

Implications for secondary procedures. *J Bone Joint Surg Br.* 2010 Jul;87(7):1025; author reply 1025.

81.Biçimoğlu A, Ağuş H, Omeroğlu H, Tümer Y. The effects of arthrographically detected femoral head lateralization and soft tissue interposition during closed reduction of developmental dislocation of the hip on mid-term results. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 2011; 38(1):1-7.

82.Czubak J, Czwojdzinski A. Over-head traction before closed reduction of developmental dislocation of the hip: an analysis of indications. *Ortop Traumatol Rehabil.* 2004 Feb 28; 6(1):14-20.

83.Eidelman M, Peled E, Katzman A, Bialik V. Method not stirrups--treating DDH according to Pavlik. *Harefuah.* 2003 Apr; 142(4):293-6, 316. Links.

84.Kitoh H, Kitakoji T, Katoh M, Ishiguro N. Prediction of acetabular development after closed reduction by overhead traction in developmental dysplasia of the hip. *J Orthop Sci.* 2006 Oct; 11(5):473-7.

84.Murray T, Cooperman DR, Thompson GH, Ballock T. Closed reduction for treatment of development dysplasia of the hip in children. *Am J Orthop.* 2007 Feb; 36(2):82-4.

85.Senaran H, Bowen JR, Harcke HT. Avascular necrosis rate in early reduction after failed Pavlik harness treatment of developmental dysplasia of the hip. *J Pediatr Orthop.* 2007 Mar; 27(2):192-7.

86.Sibiński M, Grzegorzewski A, Synder M. Hip joint development after treatment the developmental dislocation with overhead traction. *Chir Narzadow Ruchu Ortop Pol.* 2006; 71(2):127-31. Links.