

Сон суяги травмалари
Тизза бўғими жароҳатлари
Болдир жароҳатлари

Сон суяги кўшиладиган анатомик ва функционал характеристикаси шикастланидиган дислокацияларнинг бошланишидан ҳимоя қилувчи бир қатор хусусиятларга эга. Улар қуйидагиларни ўз ичига олади: а) кўшма сиртларнинг тўлиқ мувофиқлиги; б) кўшилишнинг капсуласини мустаҳкамловчи кучли лигаментлар; в) мускулни ўраб турган кучли мушакларнинг қатлами; д) сезиларли даражада паст функционал талабларга эга бўлган катта ҳажмдаги ҳаракатлар. Юқоридагиларга қараганда, калтак бурмаларидаги дислокация кам учрайди.

Келтириб, шикастланган дислокация олд ва орқа қисмларга бўлинади. Бу гуруҳларнинг ҳар бирида бош олиш юқорига ёки пастга ва бу шаклда қараб эмас 4 Шикаст кестириб силжиш: 1) каудинеурал ёки ёнбош; 2) постериор ёки искиал; 3) олдиндан ёки юқоридан; 4) олдинга ёки қулфлаш. Кестириб ташқарига чиқадиган жойларда энг кўп тарқалган (85% гача) иликадир.

Вужудга келиш механизми.

Калт экстракосидаги шикастланган дислокасиёнлар бевосита кучнинг бевосита қўлланилиши натижасида юзага келади. ўзгарувчан нон-Ўрнингдан тур-вения чиқиқ ҳолати унинг кенгайтмаси кўшма блоклари руется волтли юқори электр кон-тасмалар ва ККА-айниқса айланиш янада ҳаракати каби, хип оғриётган эгиш эмас, тос фақат биргаликда мумкин. Чиқиш тури кестириб флексияланиш даражасига, кўрғошин ёки кўрғошиннинг мавжудлигига, жароҳатлар пайтида ташқи ёки ички айланишга боғлиқ. Постериор дислокация, одатда, соннинг камида 45 ° га букулмесийле ва уйнинг ички айланиш пайтида содир бўлади. Антериор дислокация кўринишида ҳам флексийён керак, аммо ретраксийён ва ташқи ротасён билан биргаликда. Ушбу зарар атрофдаги юмшоқ тўқималарни бузиш билан бирга бўлади.

Дислокациялар ташхиси.

Беморнинг позицияси мажбурий, ҳар қандай ўзгариш оғриқни оширади. Ҳар қандай дислокация учун кестириб флексийён белгиланади, аммо ҳар бир тур учун унинг даражалари фарқ қилади. Бундан ташқари, орқа дислокасиёнлар олд чиқиш ва ташқи айланиш учун индиргенме ва ички қайтиш билан қарактеризедир. Ҳар қандай дислокация учун пастки экстремистнинг нисбий қисқариши мавжуд. Греатер трокантер искиал тубероситас ва олд юқори ёнбош жимирлаб (чизик-Нелатона Фаннй) боғловчи чизик (Фиг. 68) юқорида жойлашган, цинган Брианд тенг ёнли учбурчак (Фиг. 69), Шумахер линияси киндик остида ўтади (Фиг. 70). Калка кўшимчасида фаол ҳаракатлар йўқ, пассив - ўткир оғриқли, ўрта физиологик ҳолатга экстракция қилишга

уринаётганда булоқ қаршилик белгиси аниқланади. "Пистон" нинг ижобий аломати: жароҳатлардан сўнг қисқартирилган оёғи ўзи. Оёқлари узунлиги бир хил бўлади. Аччиқ оёқ қўйилгач, яна соғломдан кўра қисқаради.

Даволаш. Кестириб, фақат беҳушлик остида амалга оширилиши лозим. Янги орқа ва тўсиқ дислокациясини бартараф этиш учун Жанелидзе усули қўлланилади. Беморга ошқозони пастки қисмида стол устига қўйилади, шунда зарарланган экстремал унинг четидан осилади. Ёрдамчи пелвисни стол устига босиб, иккала кўлини ҳам мустаҳкамлайди. Қалин ва тиззадан кўтарилган бўғинлар эгилувчан бўлиб, бир оз орқага тортилади. Шифокор, кестириб, олдинга қараб ҳаракатланиш ҳисси билан пастга тушади ва кейин бир нечта айланиш ҳаракатларини ишлаб чиқаради. Кестириб, созлаш овози билан биргаликда пассив ҳаракатларни тиклаш билан таъминланади.

Барча ишлатилади Кочер усули қайта жойлашишни аниқлаш учун оғир ва янги ПСТ букилиш билан: беморнинг ҳолатига - унинг орқа ётган, ассистент жадвалга нисбатан уни босиб тос бўшлиғи кетказди. хип оғриётган букланган ва сон бош асетабулум орқа четидан чиқиш, бу эрдаги тортиш ўқи томонидан оширилади Кочер биринчи босқичи оёқ максимал кўрғошин усули билан дам орқа чиқик (ёнбош ва сиятик) бартараф этиш. Иккинчи босқичда эса соннинг секин-аста қайтиши, натижада фемур боши бўшлиқнинг қаршисида жойлашган. Учинчи босқич: кестириб, экса бўйлаб давом эттириш билан, оёқ тезкор ҳолда олиб ташланади, олиб ташланади ва ичкарига қайтади. Ушбу босқичда дислокация бартараф этилади.

Дислокацияни бартараф этгандан сўнг, текширувчи рентген бажарилади. Агар дастлабки уринишдаги чиқиндиларни бартараф эта олмаса, бир ёки икки марта кўпроқ уринишлар амалга оширилади (ортиқ эмас!), Аммо ҳар бир босқич жуда эҳтиёткорлик билан амалга оширилиши керак. Дислокацияни ёпиқ олиб ташлашнинг муваффақиятсизлиги билан очик резолуция қилинади. скелет, расмга олиш, параллел белгиланган физиотерапия, массаж ва кестириб, эклеминде учун даволаш физкул-тур ёрдамида 6 ҳафта - чиқик бартараф сўнг, кўшма тушириш 4 доирасида фемур боши аваскулер некроз олдини олиш учун амалга оширилади. Шундан сўнг, жароҳати вақтидан бошлаб 4 ойгача бўлган вақт, бемор жароҳатланган кўлнинг ёрдамисиз кўлтиққа билан юради. Аваскулар некрознинг белгилари бўлмаса, фемур боши бузилган оёқни қўйиш учун рухсат этилади.

Фемурнинг ёрилиши.

Сон ёриқлар кўпинча травматик шок билан бирга таянч-ҳаракат тизимининг оғир шикастланиши, ва бир юз-стационар даволаш талаб этилади. Барча турдаги ёриқларнинг 3,5% дан 13% гача.

Проксимал қисми, диапхиз ва камбағал суякнинг дистал қисми цинган ёриқлар мавжуд.

фемур бош ва бўйин ёриқлар ички бўғим ёки медиалинде бор, ва трокантерик ёриқлар кўшимча-бўғим жароҳати ёки латерал бўлади.

Фемурнинг бўйнидаги ёриқлар.

проксимал фемур (бўйин ва трокантерик вилояти) ёриқлар, олиб суяги барча цинган тахминан 30% эди. 70% ҳолларда улар жуда ёши (60-74 ёш) ва ёши (75 ёшдан юқори) бўлган шахсларда учрайди. Улар пайдо бўлганда, катта шикаст кучини қўллаш талаб қилинмайди. Бу ким-Руст мушак оҳангини камайиб йилда, остеопороз билдирди суяк куч ва эгилувчанлиги, тушган сервико-диапхйсеал бурчагини камаяди, деб аслида туфайлидир. Барча бу ўзгаришлар кўпроқ-сиз цинган маҳаллийлаштириш эркакларга нисбатан кўпроқ тез-тез уларга 3 марта содир, шунинг учун аёллар разҳей.

синиш самолёт ёки бўйин-эпчил ўтиш яқин чўзилган да Субкий-питалне бўлинади фемур бўйин кірігі зарар даражасига қараб; интермедиарне (транссервикал) бўлган бу сон бўйин базасида чўзилган сон бўйин цинган ва базал ўртасида ирқлар-цинган линияси таянади.

, Автоҳалокатлар бошқалар баландликдан тушиб қачон ёш ва ўрта ёш фемур бўйин кірікларинин одатда масалан муҳим жисмоний куч, қўллаш устига содир ўғирлаш механизми билан (қўллаб-қувватлаш ва Талоқ оёқлари билан куз) - кекса ва қари этарли кичик таъсири камида, тез-тез жароҳат ад-бир огоҳлантиргандан механизми (унинг томонида тушади) билан, худди шундай зарар пайдо учун содир бўлади. Баъзан бу цинган бир айби кекса ва хатоликлар ва кўк ташқарига тушиб этарли қари. Сталей ёки бошқа кутилмаган ҳаракатда ўгириб анча муваффақиятсиз синиш Кўпинча воқеа. дистал қисм сервико-диапхйсеал бурчак калістірілмасійла аддукционном навбат камаяди бўлса, бор коха этган. дистал қисм ташқарига қайтиб туширилади, сервико-диапхйсеал бурчакли-Уве личивается (коха Валга) ёки сезиларли даражада ҳеч қандай ўзгариш - ўғирлаб кетиш бўлса. кўп ҳолларда бир огоҳлантиргандан синиш аб Пайвандлаш марказий бўлинишни дистал содир ва синиш (шакл. 71) таъсир дейилади.

Клиникаси.

1. Бемор оғриётган бўғим ости ҳудудида жойлашган оғриқдан шикоят қилади. Пахалокликда оғриқ кўпроқ. пассив ва фаол ҳаракатини, шунингдек оёқ қисмида ёки бўйнига эксенел юклаш пайтида ишлаб чиқариш учун ҳаракат қачон кескин оғриқ ортади (тапотман бош товони ёки кенг фюзеляжли-вер ҳақида ростлади).

2. А хусусияти пателла ва олд оёқ (Фиг. 72) ҳолатига кўра ҳукм қилиниши мумкин шикастланган қийин аҳволда ташқи айланиш, деб. чрезвертел-ёзилди ёриқлар, айниқса сезиларли айланиш ва оёқ ташқи томонларини кўпинча ташқи ва ЭКР-Лочен ўғирлаб кетиш медиал цинган да айланиш билан бирга бўлим самолёт медиал ёриқлар тааллукли бўлса, у бутунлай бўлмаслиги мумкин.

3. Касал беморни тиззадан оғиз орқали текислаши мумкин эмас. Хона юзаси (ижобий аломат "хусусда тўпиғи») орқали жароҳатланган терминатори тўпиғи слайдлар ошириш учун ҳаракат қилинг.

катта трокантер соҳасида 4. катталашиши ва морарма одатда латерал цинган учун типик эмас-ва қанча кун билан юзага келади. сон артериясига сифатида сонга оид камар остида медиал-қиличи даромад риппле сон артерияси ёриқлар (ижобий аломат-чи СС Гирголава) ташқарига олд-уст хип ва сон бўйин синиш периферик отломок Ро-тируется устидан жойлашган ва кўтаради бўлса у билан.

5. жойидан унга трокантерик ёриқлар, шунингдек, хип эчинтириб ҳолатига шакллантириш медиал ёриқлар учун 3-4 см., Надатсетабулярнийм деб аталади қайси ташкил қисқартириш белгиланган.

6. ёриқлар офсет катта трокантер Фанний Нелатона-лине юқорида жойлашган (Фиг. 68) бузилиши Брианд тенг ёнли учбурчакни (Фиг. 69) нозил қилди.

келтирилган аломатлар сони ёриқлар таъсир қачон (қисқартириш ва йўналиш-ёзилди оёқ аломат "хусусда тўпиғи») юмшоқ ёки йўқ бўлади. Бемор мустақил равишда юриши мумкин. Х-рай текшируви шикастланиш хусусиятини аниқлашга ёрдам беради.

проксимал фемур изоляция қилинган цинган учун биринчи ёрдам, беҳушлик ва таъсир қўл, оёқ стандарт автобус Дитеричс ёки уч шиналари Крамер дураганластирмак иборат.

Даволаш. Кекса ва кекса одамларда узоқ муддатли ҳаракатчанлик билан боғлиқ фемурнинг медиал ёриқларини даволаш усулларида фойдаланганда ўлим даражаси 20% дан ортиқ. Беморлар кўпинча конжестив пневмония, тромбоемболи, сийдик йўллари инфекцияси ва босим ошқозонини ривожлантиради ва биргаликда сурункали патология декомпенсацияга ўтиш босқичига ўтади. Ноқулай шароитлардаги кровоснаб зҳения-проксимал айниқса ал-субкапитал индукте ёриқлар фемур қисм, ва курак ва айланма кучлар мавжудлиги салбий фақат бирламчи бўлиши мумкин Периостеум бўйнида соҳасида камлик эриш жараёнини, таъсир қилади. Кучсиз консерватив даволаниш билан концентрацияси фақатгина 20% ташкил этади, курбонларнинг 60% фемур бошининг нотекис бўйин қўшма ва асептик некрозига эга. Шу муносабат билан асосий ва мақбул даволашнинг жарроҳлик усули ҳисобланади. Жарроҳликдан олдин иммобилизация тибиа тубероситй ёки гипс "сапоха" туфайли скелет киритишига ёрдам беради. Коаксиел гипс кийиб олиш ва скелет чиқарувч

хи воситалардан фойдаланиш, ўз-ўзига этарли бўлган усуллар сифатида амалда қўлланилмайди.

Мақсади тўғри жойлашишни ва операцияларни тўхтатишнинг тезкорлиги, жароҳатлар пайтида 2-3 кун ичида амалга оширилади. Жарроҳлик муолажаси жароҳатнинг остеосинтези, шунингдек, калка қўшилиб кетишининг эндопротетикасини ўз ичига олади. Операция беҳушлик остида амалга оширилади. Фемур бўйинининг ёриқларини тўғирлаш учун кўплаб металл конструкциялар таклиф этилади. Бугунги кунга келиб ушбу мақсадлар учун энг оммалашган сиқиш винтлари ва тирноқлари Смит-Петерсон. Фемур

бошининг ҳаётийлигини аниқлаш учун радиоизотоп диагностикаси (сканерлаш), ҳисобланган томография ва ядровий магнит акс садо ёрдамида тадқиқотлар қўлланилади. Ушбу усуллар фемур бошига қон қуйишининг бузилиши даражаси ҳақида аниқ тасаввур ҳосил қилиш имконини беради. Агар унинг қон таъминоти тўлиқ ёки тўлиқ бўлмаса, бу беморларда энг оқилона бўлиб, калка қўшилиб кетишининг эндопротезидир.

Операциядан кейинги даврда экстремал иммобилизацияни бажариш учун скелет трубкаси тибиа тубероситй учун экса 2-3 кг юк ёки "сапозхек" учун ишлатилади. Операциядан кейинги асоратларни олдини олиш учун операциядан кейинги дастлабки кунларда беморга ётқизилган беморни ётқизиш ва нафас олиш машқларини фаоллаштириш муҳимдир. Тикмалардан (12-14 кунлар) олиб ташлангандан сўнг, беморга операция қилинган оёғига ҳеч қандай юкламасдан креветкалар билан юриш ўргатилади. Феморал бошнинг асептик некрозининг рентгенологик белгилари бўлмаса, жарроҳлик вақтидан бошлаб 5-6 ой ўтгач, бўйнига ҳужум қилишга рухсат берилади. Ишлаш 8-18 ой ичида тикланади.

сурункали бирга юрадиган Забо-Левани декомпенсацияланган билан Ҳолсиз ва заиф гавдали беморларга, аллақачон операция нару-шениями руҳи билан беморлар учун, бормади олдин қилганлар (қарилик), жарроҳлик контртендикедир. Ушбу беморларга эрта ҳаракат билан функционал даволаниш берилади. Биринчи кунлардан бошлаб улар машқлар билан даволаш, нафас олиш гимнастикаси ва кўкрак массажларини буюрадилар ва беморни ётқизишади. оёқларда дураганластирмак жароҳати кундан бошлаб 10-15 кун ичида гипс "сапозх-ком" ёки скелет секиси бўлиб, сўнгра болнония ҳеч қачон содир бўлади ва бемор ҳаёти учун қўлтиқтаёқдан фойдаланишга мажбур бўлади. консерватив даволаш остида, бу маҳаллийлаштириш кайнамама цинган сабаблари жароҳат сайтида Периостеум оф-йўқлиги ва синовиал суюқлик-секинлаштирди бошқариш регенерацияси ҳузуридан сезиларли даражада кам айланиш марказий қисм бор.

энг кенг тарқалган кеч асоратлар медиал ёриқлар туфайли, артроз ривожлантириш Ҳип деформанс, сохта бўйин оғриётган, бошнинг асептик некроз шаклланиши ва. Бундай ҳолларда контртендикасёнлар бўлмаса, қўшма артропласти амалга оширилади.

70 ёшдан сўнг, бу соҳада ўткир остеопороз билан боғлиқ, айниқса кўкракларда эркаларга қараганда 7 марта тез-тез учрайдиган аёлларда латерал ёки вертебрал ёриқлар кўпроқ тарқалган. Бироқ сўнгги йилларда клиникамиз маълумотларига кўра, соннинг проксимал қисмидаги ёриқлар "ёшартириш" тенденцияси кузатилди. Ушбу ёриқлар аёл ва эркаларда (40 ± 2). Бу лезёнларнинг пайдо бўлиш механизми соннинг бўйнидаги ёриқлар цингари бир хил бўлади.

Офталмик жароҳатлардаги клиник кўринишлар бўйин синишларига ўхшаш. Ҳаддан ташқари ёриқлар кўпинча кичик тупуриш билан ажралиб туради.

Консерватив ва оператив даволаниш билан бирга бўлган латерал ёриқлар

медиал ёрилишдан кўра анча яхши бўлади. проксимал бўлинишни қон таъминоти трокантерик вилояти Периостеум, остеоженик репаратив асосий манбаи билан қопланган сон бўйнига ёриқлар анча кам азоб, чунки, бу.

Вертикал ёриқларни парчаланиш жойлари билан даволашнинг асосий усули скелетнинг доимий мустаҳкамланиши ва (ёки) остеосинтез усули ҳисобланади. Ҳар бир алоҳида ҳолатда даволаниш усулини танлаш қатъий индивидуал бўлиши керак. Бу ҳисобга синиш табиатини олиш керак, беморнинг ёши, мавжудлиги касал-ствуюсчей патология, беморнинг ижтимоий ҳолати ва даволаш ҳар бир танлашда асоратларни эҳтимоллик даражаси.

Ёшларнинг парчаларидаги қоникарли ҳолатга эга бўлган кirikларда, коаксиел гипс кийишнинг фойдаланиш мумкин. 74), бу зарарланган экстремни 2 - 3,5 ойга белгилайди. Шу цингари, кексалар ва қариялар ҳам доимий скелет киритиш усулини қўллашади. Ер силжиши билан парчаланиб кетганда, марказий қисм глутеал мушак гуруҳининг таъсири туфайли ўғирлаб кетиш ҳолатидадир. Шунинг учун, скелет чиқарувчи жароҳат жароҳатланган оёғининг ўғирланиши ҳолатида амалга оширилади. Олинган экстремал бурчакнинг бурчаги катталиги марказий қисмнинг орқага тортилишига тенгдир. Скелет чиқариш тизимидан (жароҳатлардан бошлаб 6 ҳафталик) олиб ташлангандан сўнг, беморларга жароҳатланган оёғига юкламасдан қўлтиқчалар билан юриш рухсат этилади. Гемографик текширилгандан сўнг, ёриқдан 4,5 дан 5 ой ўтгач, қўлни кўтаринг.

айниқса, кекса одамлар учун скелет тортиш даволаш усули, жуда аламли тартиби ва тез-тез босим жароҳатлари, пневмония ва сийдик йўллариининг асоратлар инфекциялари ривожлантириш билан бирга бўлади. Шу муносабат билан сўнгги пайтларда беморни фаоллаштириш ва юқоридаги асоратларини олдини олишга мўлжалланган жарроҳлик аралашувга устунлик берилган. Табиийки, фрагментларни очик резекция қилиш ва кейинги остеосинтез хавфи бошқа даволаш усулларида сизиларли даражада ошмаслиги керак. Операция қабул қилинган пайтдан эътиборан 2-5 кун ичида амалга оширилади, аралашившдан олдин скелет тракти амалга оширилади ва операциядан олдинги тайёргарлик олиб борилади. Кўпинча тиззасидан тушган қисмлар Л шаклидаги пластинка билан бириктирилади.

операция беморнинг умумий шаҳарлараро рухсат, ЛФК дарслари олиб борилади сўнг биринчи кун, ўз ўзини-ўргатди бошқариладиган қийин аҳволда ЛОАД Ки ҳолда қўлтиқ таёғи билан юриб. Постоперативф эрта даврда ўлим даражаси 6-12% ни ташкил қилади.

Цинганотнинг таркибий ва даволаниш услубига боғлиқлиги шикастланиш вақтидан 3-5 ойдан сўнг содир бўлади. Зарар кўрган экстремал юкга текширув графигининг натижаларини баҳолашдан кейин, лекин 4,5 - 6 ойдан илгари киритилмайди.

Агар беморнинг заифлашган ҳолати ва биргаликда патологияси туфайли фойдаланиш мумкин бўлмаса, юқорида кўрсатилган усуллардан ҳеч бири

эрта даволанишдан фойдаланмайди. Бу ҳолда синишнинг бирлашиши, одатда, содир бўлмайди, ўлим даражаси тахминан 30% ни ташкил қилади.

Катта ва кичик трокантернинг синиши.

Катта трокантернинг синдиришининг сабаби тез-тез бевосита жароҳатларга олиб келади, камроқ тез-тез бинтни кўзгатадиган мушакларнинг ортиқча қисқариши. Маҳаллий оғриқлар, фаол кестириб ўлдиришнинг чекланиши ёки тўлиқ йўқлиги мавжуд. Радиологик текшириш жуда муҳим.

Тўғридан-тўғри травматизмда тез-тез эслаб ўтилган фрагментларнинг кичик миқдори билан даволаш даволанишни олти ҳафта мобайнида кўрғошин ўрнини иммобилизация қилишгача камайтиради. Парчаларнинг жойларини алмаштириб бўлмайдиган ёриқлари билан жарлик қисмларини винтлар билан очик жойга қўйиш ва жойлаштириш амалга оширилади.

Кичик трокантернинг изоляцияланган ёриқлари жуда кам учрайди ва пастки-ломбер-мушакнинг кескин қисқариши натижасида пайдо бўлади. Клиник, бу зарар кестириб, флексиён 90 дан ортиқ ° бир ҳип бурчакка ошириш, кам трокантер проекцияси оғриқ билан бирга бўлади. Даволаш, одатда, консерватив ҳисобланади.

Фемур диапхизининг ёрилиши.

Фемур диапхизининг ёрилиши бевосита ёки билвосита жароҳати туфайли пайдо бўлиши мумкин. Пастки экстремизмдаги барча ёриқлар 20-25% ни ташкил қилади ва кўпинча зарба ривожланиши билан бирга келади.

Жойга қараб, юқоридаги, ўрта ва пастки учларда ёриқлар аниқланади. Катта ёшларда, қоида тариқасида, фрагментларнинг одатда алмашиниши синиш даражасига боғлиқ (75-расм). Болалар кўпинча субпериостеал шикастланишларга эга, бу эса парчалар муҳим ўзгаришларга олиб келмайди.

юқори учинчи ва унинг Ти-пичная ўрта учдан чегараси ичида ҳип ёриқлар анатомик терминатори қисқариши билан бирга ташқи сон шиширади (тури "шим"), эгрилик деформациялари билан пайдо бўлади. Сувнинг зонаси қанчалик баланд бўлса, деформация қанчалик аниқ бўлади. Проксимал қисмнинг глутеал мушаклар ва флексорларнинг таъсирида чиқарилиши ва флексияланиши билан изоҳланади; туфайли периферик оёқларнинг жиддийлиги учун ҳолатига ва ташқи айланиш олиб белгиланган аддукторс натижасида дистал қисм.

Фемурнинг ўрта учинчи қисмидаги ёриқлар экса бузилиши билан бирга келмаслиги мумкин, аммо унинг атроф-муҳит қисмини қисқариши ва ташқи айланиши доимо мавжуд.

Қуйи учинчи даражадаги фемурнинг ёриқларида текширув вақтида тизма кўшилиш минтақасида деформация ва катта шиш пайдо бўлади. Палпация олдинги юзасида юмшоқ тўқималарнинг шилиниши белгиланади, бу дистал қисмнинг гастрокнемиус мушаги таъсири остида хос тарзда алмашиниши билан изоҳланади. муҳим ўзгариш билан сезувчанлик зоналари қиёфасини

камайтириш, побледнеем ва оёқ ва пастки ўнг оёқ, оёқ артерияларда бир юрак уриш йўқлигини совутиш намоён бўлади гозленмеди ўтин, зарар этказилиши мумкин. Бундай ҳолларда ишемик синдромнинг клиник кўриниши поплитеал томирлар жароҳати тури ва бўғимнинг ишемия ривожланиш даражасига боғлиқ. Одатда клиник кўринишга қарамасдан, кўзнинг шикастланишига шубҳа бўлган барча ҳолларда рентген текшируви керак. Бу сиз ташхисни аниқлаб олишга ва беморни даволаш учун оптимал усулни танлашингизга имкон беради.

Зарур диапхизнинг ёрилиши, агар керак бўлса, противошоковий чоралар билан бошланиши керак. Даволаш усулини танлаш синишнинг табиати ва унинг жойлашувига, беморнинг ёшига ва биргаликда патологиянинг мавжудлигига боғлиқ.

катталар скелет ичида суяк парчалари силжиши билан парча қайта диапхйсеал фемур даволаш асосий усули ҳип ўқи тана оғирлиги тахминан 15% оригинал ўнг-то-бошқариш юк билан доимий-вйтя зҳения бир усули (Фиг. 76) бўлади. Йўл-йўриқли юклар даволаш бошланганидан 24-48 соат ичида қабул қилинган рентгенографияга мос равишда танланади.

Кирсчнер игнаси фемурнинг эпикондилля минтақаси орқасида ўтказилади ва туткич (1 кг юк) ёрдамида нейтрал ҳолатда ушлаб турилади (1-2 кг юк).

пастки учдан кестириб диапхйсеал ёриқлар, супракондйлар ёриқлар, сиз, ифодалар травматик сйновитис, ҳудуд скелет тортиш учун субкондрал кириб ёриқлар тибиа тубероситас учун амалга оширилади бўлса. Даволаш Белера автобусида амалга оширилади. Соғлом экстремал тизза ва калтак кўшимчасига букулесек ва ётоқ оёқларига сабитленмис махсус стопга уланган бўлиши керак. Бундай даволаниш муддати - 6 ҳафта.

Фемурнинг диапхизининг учдан бир қисми цинган синишнинг ёрилиши дисфункциясининг жуда мураккаб ҳолатларида скелетнинг тортилиши икки марта тортилиши керак (77-расм):

1. Оёқ тизмасига перпендикуляр периферик ва перкерал қисмларнинг супракондиллар қисми
2. калтсий тизмаси бўйлаб тибиа тубероситй учун.

Жарроҳлик даволаниш учун мутлоқ индикаторларга қуйидагилар киради: 1) очик цинган; 2) нерв-қон томирлари шикастланишига олиб келадиган ёриқлар; 3) эр-хотин парчаланиш; 4) юмшоқ тўқималарни интерпозицион ёриқлар; 5) психиатрик бузукликдаги беморлардаги ёриқлар. Нисбий индикаторлар фемурнинг кўндаланг кесилганлигидан иборат. Барча ҳолларда, жарроҳлик даволаш най-энг яхши ишлаб натижалар учун имкон беради барқарор функционал остеосентези (остеосентези ҳавзаси алоқа ёки остеосентези ташқи мустаҳкамлаш), амалга ошириш учун ҳаракат қилиш керак.

Дистал фемурнинг ёрилиши нисбатан кам учрайди. Улар интраартикуляр

лезёнларга ишора қилади ва бевосита ва билвосита жароҳат механизми натижасида пайдо бўлади. Фемурнинг иккала қовурғасидан бири (интеркондйлар Й ва Т) нинг бирида ёриқлар (78-расм) мавжуд. Кондилларнинг изоляцияланган ёриқлар одатда тибиа ичкарисига кескин бурилиш (ички кондилнинг синиши) ёки ташқаридан (ташқи кондилнинг синиши) содир бўлади. Иккала кондилнинг ёриқлари кўпинча катта баландликдан текисланган оёққа тушиш натижасида пайдо бўлади.

Клиникаси. эчинтириб оғиш Тибиа (гену варум) - алоҳида ташқи кондйле синиш бўлаклари оғиш валгус Тибиа (гену валгум), офсет ички кондйле кўриш содир офсет. Эр кимирлаши билан ҳар иккала қовурғанинг ёриқлари билан, экстремал анатомик қисқариш аниқланиши мумкин. Бундан ташқари, бўғма гематроз туфайли жиддий даражада кенгайиб боради, кўзқорин мажбурий позицияни эгаллайди: оёқ тиззада ва калта кўшимчаларда озгина эгилган. Тиз кўшмасидаги фаол ва пассив ҳаракатлар кескин оғриқли. Палпация пайтида оғриқ ва оғриқлар кўпаяди.

парчалар жойидан туриб дистал фемур ёриқлар иммобилизасён гипс (3-5 ҳафта) ёки И. Р. Вороновичу томонидан муомала қилинади: а латерал сиқиш остеосентези зарба колодкалари (расм 79) билан гапирган қўлланилади. Ушбу усул интраартикуляр лезёнларни даволашнинг барча 4 принтсипини бажаришга имкон беради:

- Ёриқнинг идеал жойлашуви (2 мм гача бўлган аниқлик билан, чунки бу фақат сирт қисмларининг гиалин кўкўрдак реженирасёунун бу жойидан ўзгариши мумкин).

Фемурнинг ўрта учинчи қисмидаги ёриқлар экса бузилиши билан бирга келмаслиги мумкин, аммо унинг атроф-муҳит қисмини қисқариши ва ташқи айланиши доимо мавжуд.

Қуйи учинчи даражадаги фемурнинг ёриқларида текширув вақтида тизма кўшилиш минтақасида деформация ва катта шиш пайдо бўлади. Палпация олдинги юзасида юмшоқ тўқималарнинг шилиниши белгиланади, бу дистал қисмнинг гастрокнемиус мушаги таъсири остида хос тарзда алмашиниши билан изоҳланади. муҳим ўзгариш билан мустаҳкамлашга бутун давр учун зоналари соат қиёфасини • суяк парчалари ишончли аниқлаш камайитириш, побледнеем ва оёқ ва пастки ўнг оёқ, оёқ артерияларда бир юрак уриш йўқлигини совутиш намоён бўлади гозленмеди ўтин, зарар этказилиши мумкин.

- Ёрта функцияси (хафтанинг тўлиқ функцияси ва метаболик жараёнлар учун).

- Зарар кўрган кўшимчани кечиктириш.

Фиксациядан олдин тиззадан ташқарига қон чиқариш учун 20-30 мл 1% новокаин эритмасини кўшинг. Ярадорликнинг дастлабки 7-10 кунда тез-тез такрорланган кўшма панкреатит ва қонни эвакуация қилиш керак бўлади, бу кейинги травматик артрозни олдини олишнинг бир усули ҳисобланади.

Ижроия-матюонс билан надлодйзхечную соҳасида ёки тибил тубероситас учун скелет тортиш суяк парчалар Репоситион эришиш учун, баъзи ҳолларда берувчи, 4-6 ҳафта давомида таёқларни латералине.

Жарроҳлик ҳаракат Бирок, эрта соат-у (2-3 ҳафта операциядан кейин) функционал даволашни бошлаш уларга бу кучли ушлаб ва шукр ошириш, аниқроқ репонироват парчаларини берувчи афзаллиги бор. Зарар кўрган экстремитеде тўлиқ юк 3,5-4,5 ойдан ошмаслиги керак.

Интерактивтаълимусули. ДИСПУТ усули.

Ким иштрок этади: раис, адвокат, аппонент, талабалар гуруҳи. Хулосани раис килади. Талабалар гуруҳи 2 га булинади ва масалани “Сон суягининг синиши” мавзусида муҳокама килишади. Бир гуруҳ шикастланиш турини: А) Сон суяги синишида шикастлари; Б) Анамнези; В) Кайси ҳолларда куп учрайди; Г) Кайси соҳада куп учрайди Д) Бу шикастланишга хос белгилар; Е) Огрик, шиш, ҳаракат чекланши, деформация, суяк крепитацияси, патологик ҳаракатва хоказо. Ж) Бошқа синишлар билан диф.ташхис; З) Даволашни очик еки епик усулда олиб боришни ҳал килиш. (10 мин.). Кузатувчи аппонент суҳбатдан сунг камчиликларни аниқлайди ва тулдиради ва раис уз хулосасини чиқаради. Адвокат гуруҳдаги талабаларнинг қарашларини химоялайди. Барча талабаларнинг фикрлаши билан танишгач, раис голиб гуруҳни танлайди.

Жихозлар. Кабинет сон суягини синиш акс этган рентгенологик тасвирлар, Дитрехс шинаси, скелет, жадваллар, слайдлар билан таъминланган булиши керак.

График органайзер «Б/Б/Б» - Сон суяклари синиши

Биламиз/ Билмокчи эдик/ Билдик (Б/Б/Б). – график организатор, булиб бирор мавзу буйича илмий изланиш олиб боришда самарали саналади. Маълумот, мавзу, муаммо билан ишлаш стратегия намунаси.

Биз нимани билар эдик	Нимани билмокчимиз	Биз нимани билдик
1. Сон суяги синишлари травматологда даволаниши.	1. Сон суяги синишлари бемор ешига кура каедай даволанади	1. Сон суяги ностабил синишла-ри 3 ешгача Шеде усулига кура даволанади.
2. Гипсли боғлам куйилиши.	2. Сон суяги синишларида	2. 3-5 ешгача– Беллер буйича лейкопластир

3 Оператив даво килиниши.	турли даволаш усулларга курсатмалар.	тортмадп дпаоланали. 3. 5 ешдан катталарга скелет тортма килинади. 4. Тортма ечилгандан кейин коксит гипсли бойлам куйилади. 5. Оператив даво консерватив давокор килмаганда килинади.
----------------------------------	---	---

Крамер шинасини қўйиш техникаси

Ўтказиладиган босқичлар:

- 1). Бемор чалқанча ётқизилади
- 2). Оғриксизлантириш.
- 3). Кийми кесиб олинади.
- 4). Ярага асептик боғлам қўйилади
- 5). Шинага керакли шакл берилади
- 6). Ёрдамчи қўл ёки оёқни аста секин кўтаради
- 7). Шина шикастланган қўл ёки оёққа ўрнатилади
- 8). Шина бинт билан ўралади
- 9). Бемор замбилга ётқизилади
- 10). Стационарга транспортировка бажарилади

Баҳолаш мезонлари

Балл	Баҳо	Машгулот мавзуси: Оекларнинг синиш ва чиқишлари. а) синишлари узига хосликлари ва турлари. б) Сон суягининг травматикчикиши.
------	------	---

		в) Сон суягининг юкори кисми синишлари. Сон суяги буйни синишлари классификацияси, вальгус ва варусли синишлар г) Сон суягининг диафиз кисмининг яккалашган синишлари, клиника, диагностика, даволаш.
86 - 100	аъло	- Конспект бор; - Сон суягининг Анатомияси ва физиологиясини билади - Сон суягининг проксимал кисми синишлари классификациясини билади. - Рентгенограммаларни хатоларсиз интерпретация килади.; - Сон суягининг шикастланишларда урта физиологик ҳолатни билади; -; Репозиции этапларини аниқ билади, бажара олади. - Сон суяги синишларда операцияга курсатмаларни санаб бера олади. - Тестларни, вазиятли масалаларни, клиник фикрлаш варрокларининг укутувчи ердасиз тугри тулдиради.
71 - 85	яхши	- Конспект бор; - Сон суягининг Анатомияси ва физиологиясини билади - Сон суягининг проксимал кисми синишлари классификациясини билади. - Рентгенограммаларни хатолар билан уқийди; - Урта физиологик ҳолатни; - Репозиция этапларини аниқ билмайди; - Тестларни, вазиятли масалаларни, клиник фикрлаш варрокларининг укутувчи ердами билан тулдиради.
55 – 70	кониқарли	- Конспект бор; - Анатомияни билмайди;

		- Классификацияни тулик билмайди - Рентгенограммаларнинг тушунмайди; - Урта физиологик ҳолатни билмайди. - Репозиция этапларини бажармайди; - Тестларни, вазиятли масалаларни кийналиб ечади клиник фикрлаш варрокларининг тулик тулдирмайди.
0 - 54	коникарсиз	-Конспект йук -Дарсга тайер эмас; - Бирорта саволга жавоб бера олмайди;

10.Назорат саволлари.

1. Сон суягининг синиши классификацияси.
2. Сон суягининг чикиши классификацияси.
3. Сон суяги буйин кисми синишининг клиникаси.
4. Сон суяги буйин кисмини синишининг диагностика ва даволаш .
5. .Сон суяги диафиз кисмини синишининг клиникаси
- 6.Сон суяги диафиз кисмини синишининг таъхислаш ва даволаш
7. Сон суягининг дистал кисмини синишларини клиника, диагностика ва даволаш.
8. Сон суяги синишларила ёшига қараб даволаш
9. Сон суяги синишларида транспортировка қоидалари

Тест саволлари (оддий, мураккаб).

- 1.Сон суяги бошсасини секин битиш сабабини курсатинг
 - А). Сон суягининг буйинча кисмида суяк парданинг йуклиги ва кон айланиши бузулганлиги +
 - Б). Остеопороз
 - В). Ендош касалликлар
 - Г). Гипсли бойлам билан иммобилизация кийинлиги. й

Д). Беморларнинг кекса ешлиги

2. Сон суягининг проксимал кисми куймич (латерал) синишларини курсатинг:

А). Куймич аро, +

Б). Субкапитал

В). Базал

Г). Трансцервикал

Д). ҳамма жавоблар тугри.

3. Оек панжасининг ташки ротацияси ва «галифе» типдаги деформацияларида:

А). Сон суягининг в/з синиши +

Б). Сон суягининг в-с/з синиши +

В). Сон суягининг олдинги-орка чикиши

Г). Сон суягининг бошчасини синиши

Д). Тизза бугимини синиб-чикиши

4. Сон суяги буйни субкапитал синишларида даволашда кулланилади.:

А). 3-киррали мих билан остеосинтез.

В). Функционал даволаш

Г). Спицалар билан остеосинтез +

Д). Иммобилизацион усул

5. Коксит гипс бойлам қачон қуйилади?

А). Сон суяги синишларида +

Б). Тизза копкоги синишларида.

В). Елка синишларидапри

Г). Билак соха синишларида

Д). Болдир соха синишларида

6. Сон суяги юкори учдан бири синганда урта-физиологик ҳолат

А). Оекни 45 градусга очиш +

Б). Тизза бугимида 140 градусга буқиш

- В). Чанок-сон бугимида 140 градусга букиш
- Г). Болдир-кафт бугимида 100 градусга букиш
- Д). Барча жавоблар тугри

7. Сон суяги синишларини 3 ешгача даволаш

- А). Шеде буйича вертикал тортма +
- Б). Скелет тортма
- В). Коксит гипс бойлам куйиш.
- Г) Беллер буйича лейкопластирли тортма
- Д). Беллер шинаси буйича манжетли тортма

8. Сон суягининг проксимал кисми бугим ичи синишлари

- А) Сон суяги бошчасининг эпифизеолизи +
- Б) Буйнидан +
- В) Базал +
- Г) Буртик узра
- Д) Буртик ости

9. Сон суягининг проксимал кисми бугим ташкари синишлари

- А). Буртиklar аро +
- Б). буртиklar узра +
- В). буртиklar усти
- Г). буртиklar ости
- Д). хамма жавоблар тугри

10. Сон суяги синишларини 5 ешгача даволаш

- А). Шеде буйича лейкопластирли тортма
- Б). Беллер буйича лейкопластирли тортма +
- В). Скелет тортма
- Г). Тугтор
- Д). Этикча

11. Сон суягининг буйинчасининг секин битиш сабабларини курсатинг:

А). Сон суягининг буйинча кисмида суяк парданинг йуклиги ва кон айланиши бузулганлиги +

Б). Остеопороз

В). Ендош касалликлар

Г). Гипсли бойлам билан иммобилизация кийинлиги.

Д). Беморларнинг кекса ешлиги +

12. Сон суягининг проксимал кисми куймич (латерал) синишларини курсатинг:

А). Куймич аро, +

Б). Субкапитал

В). Базал

Г). Трансцервикал

Д). Вертеллар узулиши +

13. Оек панжасининг ташки ротацияси ва «галифе» типдаги деформацияларида:

А). Сон суягининг в/з синиши +

Б). Сон суягининг в-с/з синиши +

В). Сон суягининг олдинги-орка чикиши

Г). Сон суягининг бошчасини синиши

Д). Тизза бугимини синиб-чикиши

14. Сон суягининг субкапитал синишида даволашда кулланилади:

А). Эндопротезирлаш +

Б). 3-киррали мих билан остеосинтез.

В). Функционал даволаш

Г). Спицалар билан остеосинтез +

Д). Иммобилизацион усул

15. Сон суягининг синишларида деротацион этикча куйиш учун курсатмалар :

А. Беморлар еши+

Б. Суяк булакларининг силжиши.

В.Ендош касалликлар +

Г.Юмшок тукималарнинг суяк булакларининг орасига интерпозицияси.

Д. Томирларнинг нервларнинг суяк булаклари билан жароҳатланиши.

Вазиятли масалалар

1 Енгил автомобил йулдан чикиб кетиб бир неча марта агдарилди. Машинадаги 35 ёшли эркак унг чанок-сон бугимида травма олди. Беморда жароҳат соҳасида каттик огриклар пайдо булди. Унг оегига тура олмайди. Шифохонанинг травмотологик булимига юборилди. Курувда унг чанок-сон бугимида деформация, оек тизза ва чанок-сон бугимида бироз букилган ва ичкарига бурилган. Чанок-сон бугимида активн харакатлар йук, пассив харакатларда, пружинасимон каршилиқ.

Унг оек чапига караганда калта, бел лордози яккол билинади.

Ташхисингиз? Кандай кушимча текширувлар бажариш лозим?

Тактикангиз?

2.9 ёшли угил бола, чап бикинига йикилиб, мустакил тура олмади, чап чанок-сон бугими соҳасида огрикка шикоят килади. Курикда, чап оек ташки ротация холатида, беморда епишган товон симптоми мусбат, чап чанок-сон бугимида харакатлар огрик хисобига чекланган.

А. Дастлабки ташхис кандай?

Б. Кушимча текширув усуллари

Вазиятли масалалар жавоблари

1. Беморда Унг сон суягининг буйин кисмининг синишига шубҳа бор. Беморга рентгенологик ташхис зарур.

2. Сон суягининг юкори учдан бири кисми соҳасида деформация ва огрик синишнинг клиник белгиси саналади. Беморга рентгенологик ташхис зарур. Оекнинг иммобилизация килиш лозим

№2.2. Тизза бўғими жароҳатлари

Болдир суякларини синиши интраартикуляр зинлардир ва кўпинча тўғри оёқларга тушганда ёки ташқаридан ёки ичкаридан ажралганда юзага келади. Ташқи кондилнинг ёриқлари, ички кондил, ҳамда ТФ ва Ё шаклидаги ёриқлари ҳам мавжуд. Кондилларнинг ёрилиши таассурот ва чип турига боғлиқ бўлиши мумкин. Улар менискусларга, тиззанинг қўшилишига боғлиқ лигамент аппаратида, оғриқ синдроми суякининг интеркондилар

баландлигининг ёрилишига, фибулар бошнинг ёриқларига, тиббал кондйлес ёриқлар клиник расм Шунга мос равишда, ичи-бўғим зарар бор: кўшма аломат овозга пателланін ўрнатиш учун хоҳиш-ҳемартҳросис ошкор қилиш, оёқ сал эгилган, ҳажмида ошди. Ташқи кондейли ёки ичкаридаги ёриқлар ички кондилнинг синиши натижасида парчаланиб кетганда шин ташқи томонга бурилади. Тромботситларнинг кўндаланг сифими соғлом оёққа нисбатан, айниқса, Т ва Ё шаклидаги синишларда катталашиб боради. Цинган жойнинг палпацияси кескин ачиниш билан кечади. Тиз тиззасидан жароҳатланган оёғи билан латерал ҳаракатланиш характерли. Кўшишдаги фаол ҳаракатлар йўқ, пассив ҳаракатлар кучли оғриқларга олиб келади. Беморнинг текисланган оёғини кўтаринг. Баъзида ташқи кондилга зарар этказилиши фибуланинг бош ёки сервиксин цинганлигига олиб келади. Бу перонеал асабга зарар этказиши мумкин, бу эса сезувчанлик бузилиши, шунингдек, оёқнинг восита бузуқлиги томонидан тан олинади.

Х-рай текшируви сизни ташхис қўйиш ва синиш хусусиятларини аниқлаш имконини беради.

Даволаш. Ер силкинишидан тибба конларини олиб ташлашда коннинг аспирациясига кўшилади ва 20-40 мл 1% новокаин эритмаси кўлланилади. Зарар кўрган экстремал думалоқ қуйма гипс билан бириктирилади (расм 83). Иккинчи кундан бошлаб қуадрисепс феморис учун машқлар тавсия этилади. Аччиқ оёғига юкламасдан таёқчалар билан юришга бир ҳафта ичида рухсат берилади. Гипс ходими 6 ҳафтадан сўнг чиқарилади. Оёқни синдиришдан кейин 4-4,5 ой ичида юбориш мумкин. Эрта юкланганда зарарланган мушакларнинг таассуротлари бўлиши мумкин

Цинган жой алмашинуви билан алмаштирилса, консерватив ва оператив даво кўлланилади.

Баъзи ҳолларда, жойлар билан алмаштирилган ёриқлар, айниқса Т ва В шаклидаги ёриқлар билан доимий скелет тракти кўлланилиши мумкин. Бундай ҳолда, Белеранинг автобусига (84-расм) беморнинг оёқлари кўйилади, игна тиззасидан юқорисида суяк орқали бошқарилади, биқин ўки бўйлаб оғирлиги 4-5 кг. Ушбу усул билан даволаниш давомийлиги 4-5 ҳафта бўлиб, ундан кейин гонад гипсли бинт билан бириктирилади. Кейинчалик даволаниш бўлақларнинг жойларини алмаштирмасдан кондилларнинг ёрилиши билан бир хил бўлади.

ИҚ Воронович томонидан даволанишнинг яхши натижаларига эга бўлган физиологик усулни таклиф қилишди (79-расм).

Муваффақиятсиз консерватив даволаниш учун жарроҳлик даволаш кўрсатилади. Жарроҳлик шикастланишдан 4-ўттизинчи куни амалга оширилади: металл тузилмалар томонидан синиш ва остеосин-тезиснинг

очиқ-ойдин жойлашуви. Сутуралар 12-14 кун давомида олиб ташланади ва беморни кейинги даволаш, шунингдек жойидан ташқарига чиқариб юборилмасдан чоклардаги ёриқлар.

Пателла шикастланиши

Ушбу жароҳатлар кўпинча бевосита жароҳатлар натижасида, шунингдек, тиззанинг оғзида тез ва кескин кенгайиш натижасида, оёқларини олдинга силжитиш ва танани орқага буриш пайтида оёқларида туриш учун содир бўлади. Энг тез-тез учрайдиган пателланнинг оксоқловчи ёриқлари, камроқ сегментал, топилган, стеллат, вертикал ва бошқа турлар. Амалий ишда пателлар ёриқлари ажралиб турмасдан ва парчаланишлар билан ажралиб туради, бу оптимал даволаш усулини танлаш учун зарур.

Клиникаси. Пателлар ёриқларида асосий аломатлар мавжуд

- жароҳатлардан кейин оғриқ ва қўшимчаларнинг деформацияси;
 - гематросис;
 - оёқ қўллаб-қувватлашининг йўқолиши, баъзи ҳолларда, айниқса жойидан ташқарига чиқиб кетган ҳолда, ёрдам билан юриш мумкин;
 - тизма қўшилишининг латерал лигаментли аппарати шикастланган цинганларда ташқи қаршилиikka чидамли текис оёқни кўтармаслик;
- дарахт.

Палпация пайтида пателлар парчалари ўртасида бўшлиқни аниқлаш. Иккита прогноздаги рентгенография ташхисни аниқлаб беради.

Пателла қисмлари жой алмашинуви латерал лигамент аппарати шикастланиш даражасига боғлиқ. Иккинчиси тиззамон чуқурлигининг ҳар икки томонида, куадрисепс феморис ва апоневрознинг яқиндагина боғланган толалари орасида жойлашган. Барча латерал экстенсор билан пателланнинг қисмлари ажралиб чиқмайди ва пастки экстремист функцияси бузилмайди.

Даволаш. Ён лигаментли аппаратнинг яхлитлиги билан консерватив даво амалга оширилади: қўшма панкреатит, гематрозни эвакуация қилиш, 20-30 мл ни қўллаш. 1% новокаин эритмаси. Тиз қўшмасининг фиксажи гипсли гипс бузилиши ёки глутеал қатламдан биқинигача (5 ° гача) бурчакда думалоқ гипс кийими билан амалга оширилади. қўшма кетказди циркулар гипс бемор тўқималарининг зарар томирлари ва ишемия чекланган-сиртини содир бўлиши мумкин шиш ошириш сиқилиш туфайли буён, кузатиш учун касалхонага керак шундай ўткир, травма ҳам ёпишқоқ бўлса. Беморнинг ихтисослашган бўлинмасида қолса ҳам, тизза бўғимлари устидан сарик суюқлик кесилиши ва бу ҳақда огоҳлантирилиши лозим. Учинчи кундан

кейинги травматик даврнинг қулай оқими билан терапевтик гимнастика белгиланади, ва кестириб мушаклари машқ қилишни бошлайди, уларни шавқатсиз бошлайди. 7-кундан бошлаб, беморга жарроҳлик йўли билан юриш, бемор оёғига суяниш мумкин. Гипс нақшли 4 ҳафтадан сўнг чиқарилади, иш ҳажм

и 6-8 ҳафта ичида қайта тикланади.

Парчаларнинг дивергенцияси билан пателнинг ёрилиши дарҳол қабул қилинади. Операцияни дастлабки икки кунда, ёки шишнинг йиқилиши ва ёрилиши шафқатсизланиши - 8-10 кун ичида энг яхши бажарилади. Цинган остеосинтезида тизма қўшилишнинг шикастланган латерал лигаментли аппарати мажбурий тикиш билан бирга бўлиши керак. Гипснинг ёпишқоқлигини иммобилизация қилиш - 4 ҳафта. Терапевтик гимнастика, шунингдек пателлар парчаланишининг консерватив давоси билан ўтказилади. Икки ҳафтадан сўнг рухсат берилган оёқни жойлаштиринг. Беморнинг кутқарилиши 2,5-3 ойдан сўнг келади.

Менискни шикастлаш.

Зарар менискус тизма бўғимлари ёпиқ тизма жароҳати билан кўпинча этарли ва 57-77% ни ташкил қилади. Улар билвосита травматизм, 18 ёшдан 30 ёшгача бўлган спортчилар, раққослар ва раққослар туфайли пайдо бўлади. меникусун кам мобил қараганда ичида ташқи, узоқ қўшма капсула ва тибиа платоси четида билан ёпишган-лари туфайли давом этган, шунинг учун анча кўпроқ ташқи (шакл. 81) шикастланган. зарар энг кенг тарқалган механизми медиал тиз оёқ ва оёқ бир вақтда узайтириш собит танасига айланиш (айланиш) деб. Бу механизм билан ички жароҳат меникусун фемур, тибиа оғриётган сирт орасидаги тушади, ва эзилган илиразрйвается бузган.

Клиникаси. Жарроҳликнинг ўткир даврида гемотроз мумкин. Ярадорликдан кейин дарҳол ташхис қўйинг. Бироқ, диққат билан анамнестик маълумотларни, жароҳати типик мени-механизмини, албатта, шикастланган оёқ вазифасини камайитириш ички бўғим зарар пост-Буилд ташхис ёрдам беради бўғим юзалар орасидаги шикастланган меникусунун бузилиши оқибатида қўшма тикилиб тўпланган. Баъзида оғриқ сезгир минтақанинг хурмоларини ("палма" аломати) босиб ўтирганда, блокадалар йўқолади.

Травмадан 2-3-6 ой ўтгач, бир қатор характерли аломатлар пайдо бўлиб, бу жароҳатнинг ташхисини аниқ аниқлаш имконини беради.

Вақт ўтиши билан қуадрисепс фемориснинг гипотрофияси ривожланади. Бу эрда, сарториус мушаклари (Чаклин симптомлари) терининг остига тикилган оёқни кўтаришда аниқ чизиқлар бўлади.

зонасини бўлиши мумкин тиз оғриётган ички юзасида зарар ички менискусунун Ат (яна) ошди, оғриқ хуруж ёки унинг тескари таржима (Тёрнер нинг аломат) камайтириш.

Баиковнинг симптоми - жароҳатланган меникусни босиб ва тиззасини кенгайтиришда оғриқни кучайтириши.

Кўплаб беморлар зинадан пастга юриб, туркчада ўтирганларида оғриётган оғриқни кучайтиради.

Бевосита оёқни олиб, шифокор қўлида ёлғончини қўзғатади, ички менискк худудида оғриқни кучайтиради ва ташқи менискус ёрилиши билан оғриқлар кучаяди.

Чаплиннинг «босиш» белгиси. Ташқи томондан тиззадан оғизга ўтаётганда, шин ташқи менискнинг майдонидаги тўсиқни силжитиб турадиган кўринади ва чертиш бор.

Кўшиш яригі бўйлаб оғриқли роллар кўпинча такрорланадиган бузилишлар натижасида кузатилади, бу реактив синовит билан боғлиқ.

Аломатлар "галлошес": оғриётган ҳаракатлар билан оғриган оғриқлар, галлошларнинг тақлидига (шин ва оёқнинг айланиш ҳаракатларига) тақлид қилиш.

Стеинман-Бухард белгилари: палпация маҳаллий оғриқлар аниқланган жойда 90 ° бурчак остида эгилувчан оёқнинг ташқи ёки ички айланиши пайтида оғриқ пайдо бўлиши.

Ташхисни аниқлаштириш учун турли хил қўшимча диагностика усуллари қўлланилади, аммо фақат МРТ ва артроскопия аниқ ташхисни ёки ташхисни истисно этиши мумкин. Аммо рентген текшируви бошқа интраартикуляр зарарни истисно қилиш учун мажбурийдир

Даволаш. Ўткир ҳолатларда тинчлик эҳтиёжи бор, бу гипс шинасининг орқа тарафини ва ётоқ дамини иммобилизация қилиш орқали эришилади. 2-3 кундан кейин иссиқлик, масса-чақиш тайинланг. Икки ҳафтадан сўнг ўткир воқеалар содир бўлади.

Касал беморни тиззадан кейинги қўшимчанинг блокадаси билан касалхонага олиб борган ҳолларда, оғриётган понксиён, суюқликларни чиқариб ташлаш ва но-вокаиннинг 1% эритмасидан 25-30 мл. Инклюзия кўрсатилади. Анестезия сўнг беморнинг жароҳатланган қисми аниқланади: оёқ тиззадан бир-бирига қўшилиб, ташқи ва корпуснинг айланиш ҳолатида. Кейин тибиа ички айланиши билан ўткир кенгайтма. Бу ҳолатда, менискнинг бир-бирига аралашган қисми ўз ўрнини эгаллайди, қўшма блокаданинг ҳодисалари йўқолади ва ҳаракатлар эркинлашади.

Икки ёки учта уриниш муваффақиятсиз бўлса, жарроҳлик натижалари. Жарроҳлик муолажалар қўшма ёки бир қатор симптомлар такрорланганда ва махсус тадқиқотлар менискдаги узилишни тасдиқлаганида кўрсатилади. Операция тиззаларнинг қўшилишни ва менискни олиб ташлашни ўз ичига олади. Ишлаш қобилияти 1-1,5 ойдан кейин тикланади. Сўнгги йилларда менискуснинг фақат зарарланган қисмини артроскоп ёрдамида олиб ташлаш афзалроқдир. Иш қобилиятини тиклаш муддати бир неча бор қисқартирилди.

Янал ва қотиб қолган лигаментларга зарар етказиш.

Энг кенг тарқалган шикастланиш ички латерал лигаментдир. Фемурнинг медиал эпикондилидан бошланади ва тиббиалия сиртининг ташқи юзасига қўшимчалар киритилади. Ушбу лигаментнинг айрим лифлери медиал менискга киритилган. 0 ° да, бўғимнинг ҳолати, тибиа ротациясини чекловчи лигамент суяклари, шунингдек, тибиа ташқи томондан ажралиб чиқишига тўсқинлик қилади.

Ички лигамент шикастланишининг клиник кўриниши ўткир оғриқлар, қўшма ҳаракатланишнинг сезиларли чекланиши, шикастланиш жойида шишиш ва тез-тез гематроз билан характерланади. Медиал лигаментнинг палпацияси жуда оғриқли. Медиал лигаментни фаол равишда кенгайиши оғриқни кучайишига олиб келади (тиззани йўқотишга ҳаракат қилганда). Ички лигаментнинг бутунлай ёрилиши билан тибиа ташқи бурилиш мумкин. Ушбу ҳолатда рентгенограмма бўйича қўшма бўшлиқнинг кама шакли шакли аниқ кўринади. Оёқ тўғри чалинганда, жарроҳнинг қўли кестириб, тибиа атрофидаги медиал конларини таъсирини ҳис қилади. Ички латерал лигаментнинг ёрилиши билан боғлиқ бўлган жароҳатлар механизми билан тибиа ташқи кондиллари кўпинча қулаб тушади ва унинг шикастланиши бузилади.

Боғнинг тўлиқ ёрилиши ва патологик латерал ҳаракатчанлиги мавжудлиги туфайли, 6 ҳафтагача гипс ходисасида экстремал иммобилизация кўрсатилади. Юрак мускулларини, физиотерапия машғулотида фойдаланилади. Ҳеч қандай таъсирга эга бўлмаса, тизма қўшилмасининг беқарорлиги сақланиб қолади, лигаментнинг оператив қайта тикланиши кўрсатилади. Тиз қўшмасининг ташқи лигасига ажратилган шикастланиш кам учрайди ва қўшилишнинг бошқа жароҳати билан бирлаштирилади.

Кўпинча, копток лигамент бузилади. Улар тиз чўкканлигини барқарорлаштиришда катта рол ўйнайди. Оёқ тўғрилаб бўлгач, ўроксимон лигаментлар латерал билан бирга кескинлашади, бу эса тибиа айланишига сезиларли ҳисса қўшади. Антериор хўппоз лигамент тибиа проксимал метаэпифизининг олдинги жойидан олдинга силжийди, орқада эса тиз чўкиб кетишининг олдини олади. Кўпинча, олдинги бурилиш зарарланган.

Кўпинча, бу латерал лигаментлар ва менискиларнинг шикастланиши билан бирлаштирилади.

жароҳати энг типик механизми - ички уйлугун ўткир айланиш, суриш-нинг тиз Шин ва хиперекстансиён. ҳемартхросис, ўткир оғриқ, бузилган терминатори қўллаб-қувватлаш қобиляти: аломатлар кўп ички бўғим зарар характеристикаларини энг қудратли бўлиб, қийин, рйв бут шаклидаги лигамана ташхис қўйиш учун вақт ўткир даврида. ўткир таъсири регресён ортиқча айланиш нозил мумкин кейин гол-на тиз оғриётган беқарорлик юриш ва бут шаклидаги пай белгилари учун зарар хусусияти пайтида, «Сандикни олд" қачон зарар не-Мустақил фойдаланувчи бут шаклидаги алоқалар ва кейинги бут шаклидаги лигаманин танаффус да "тортмасидан орқа" бир аломат.

тўлиқ бўлмаган ёриқ бут шаклидаги лигаментс 5 ҳафта давомида юқори белида даиресел-совую бинт ҳй ишлатилади қачон. Ишлаш 6-8 ҳафта ичида қайта тикланади. Қовокнинг бутун равишида операция кўрсатилади. Энг кескин лигани тиклаш операцияси дастлабки 5 кун ёки 2 ой мобайнида амалга оширилади. Эрта даврда лигаментнинг асосий чокларини ёки резинтерияларини қўллаш қулай. Ўтган даврда ўта кескин лигаментни қайта тиклаш учун, кўпинча, уни пласти.

График органайзер «ПМТ жадвали»

Тренерлик амалиётида кенг кулланади. Метод ПММ. (Плюслар/Минуслар/Тадбирлар). Бу усулбирор бир муаммо еки саволни 2томонлама баҳолаб манусларнинг бартараф килиш борасида тадбирларни белгилашга қаратилган.

+	-	тадбирлар

График организатор—«ПМТ жадвали» Синиш ва чиқишларнинг даволашда асосий мезонлар

+	-	тадбирлар

Суякларнинг синиши. Синиш соҳасида ҳаракатлар чекланиши.	Юмшоқ туқималар чузилиши ва лат ейиши. Тизза бугими рентгено-граммасида суяк узга-ришлари қуринмайди.	Қул еки оек иммобилизацияси. Гипс лонгеталар билан. иммобилизация
Синиш соҳасида «Крепитация» симптоми. Чикишларда пружина-симон қаршилиқ.	Мениск жароҳати. Тизза бугими рентгенограммасида суяк узгариш-лари қуринмайди.	Орка гипсли лонгета билан 4 ҳафтага иммобилизация. Чикишда епик усулда жойига солиш. ЛФК Физиотерапия

Тизза бўғими пункцияси техникаси ва тутор боғлам қўйиш

Ўтказиладиган босқичлар:

1. Асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилиш
2. Бемор столга ётқизилади ва тақим остига валиқ қўйилади
3. Манипуля майдонига антисептик эритмалар билан ишлов берилади
4. Умумий ёки маҳаллий оғриқсизлантириш бажарилади
5. Пункция нуқтаси: тизза қопқоғини юқори ички қирраси
6. Суяқлик олинганидан сўнг тутор боғлам тўпиқлардан сонни юқори қисмигача қўйилади.
7. Муз халта ва антибиотиклар буюрилади

Баҳолаш мезонлари

Балл	Баҳо	Машгулот мавзуси: №7. Тизза бугимидаги синиш ва чикишлари. а) синишлари узига ҳосликлари ва турлари. б) Тизза бугим травматик чикиши. в) Тизза бугим синишлари. Тизза бугим синишлари классификацияси, г) Тизза бугим синишлари, клиника, диагностика, даволаш.
------	------	---

86 - 100	аъло	- Конспект бор; - Тизза бугим Анатомияси ва физиологиясини билади -Тизза бугимсинишлари классификациясини билади. - Рентгенограммаларни хатоларсиз интерпретация килади.; - Сон суягининг шикастланишларда урта физиологик ҳолатни билади; -; Репозиции этапларини аниқ билади,бажара олади. - Тизза бугимоперацияга курсатмаларни санаб бера олади. - Тестларни, вазиятли масалаларни,клиник фикрлаш варрокларининг укутувчи ердасиз тугри тулдиради.
71 - 85	яхши	- Конспект бор; - Тизза бугимАнатомияси ва физиологиясини билади -Тизза бугимсинишлари классификациясини билади. - Рентгенограммаларни хатолар билан укийди; - Урта физиологик ҳолатни; - Репозиция этапларини аниқ билмайди; -Тестларни, вазиятли масалаларни,клиник фикрлаш варрокларининг укутувчи ердами билан тулдиради.
55 – 70	кониқарли	- Конспект бор; - Анатомияни билмайди; - Классификацияни тулик билмайди - Рентгенограммаларнинг тушунмайди; - Урта физиологик ҳолатни билмайди. - Репозиция этапларини бажармайди; - Тестларни, вазиятли масалаларни кийнаиб ечади

		клиник фикрлаш варрокларининг тулик тулдирмайди.
0 - 54	коникарсиз	-Конспект йук -Дарсга тайер эмас; - Бирорта саволга жавоб бера олмайди;

10.Назорат саволлари.

1. Тизза бугимсиниши классификацияси.
2. Тизза бугимчикиши классификацияси.
3. Тизза бугимсинишининг клиникаси.
4. Тизза бугимсинишининг диагностика ва даволаш .
5. .Гемартрознинг клиникаси
- 6.Мениск синишининг ташхислаш ва даволаш
7. Бойламлар клиника, диагностика ва даволаш.

Тестлар

1. Олдинги хочсимон боглам узилганда кайси белги кузатилади?
А). Галадонни тортилиш белгиси+
Б). Галадонни итарилиш белгиси
В). Болдирни ичкарига девиацияси
Г). Болдирни ташкарига девиацияси
Д). Тизза бугими рекурвацияси.
2. Орка хочсимон боглам узилганда кайси белги кузатилади?
А). Галадонни тортилиш белгиси
Б). Галадонни итарилиш белгиси+
В). Болдирни ичкарига девиацияси
Г). Болдирни ташкарига девиацияси
Д). Тизза бугими рекурвацияси.
9. Ташки ёнбош боглам узилганда кайси белги кузатилади?
А). Галадонни тортилиш белгиси
Б). Галадонни итарилиш белгиси

В). Болдирни ичкарига девиацияси+

Г). Болдирни ташкарига девиацияси

Д). Тизза бугими рекурвацияси.

10. Ички ёнбош боғлам узилганда қайси белги кузатилади?

А). Галадонни тортилиш белгиси

Б). Галадонни итарилиш белгиси

В). Болдирни ичкарига девиацияси

Г). Болдирни ташкарига девиацияси+

Д). Тизза бугими рекурвацияси.

11. Мениск жарохатида қайси белги кузатилади?

А). Камал белгиси.+

Б). Галадонни итарилиш белгиси

В). Болдирни ичкарига девиацияси

Г). Болдирни ташкарига девиацияси

Д). Тизза бугими рекурвацияси.

12. Тизза бугимини лат ейишида қандай боғлам қуйилади?

А). Тугтор+

Б). Коксит.

В). Торокобрахиал

Г). 8 - симон

Д). Этикча.

13. Тизза бугимини соҳасидаги синишларда қандай боғлам қуйилади?

А). Орқа гипс боғлам+

Б). Коксит.

В). Торокобрахиал

Г). 8 - симон

Д). Этикча.

14. Болдир суяқларини ю\3 бир қисми синганда Киршнер спицаси қаердан утказилади?

А). Тупик устки соҳаси+

Б). Тизза суяғидан

В). Катта болдир суягининг проксимал дунгидан

Г). Сон суягининг буртикларидан

Д). Болдир диафизидан

15. Болдир суякларини $\frac{1}{3}$ бир кисми синганда Киршнер спицаси каердан утказилади?

А). Товон суягидан

Б). Тупик устки сохаси

В). Катта болдир суягининг проксимал дунгидан

Г). Сон суягининг буртикларидан

Д). Болдир диафизидан

Холатий масалалар

1. 10 ёшли бола. Кураш вақтида чап ёнбошига йиқилган. Курикда: чап болдир солхасида шиш, деформация, патологик ҳаракат, крепетация мавжуд.

Сизнинг ташхисингиз.

Яна қандай текшириш утказасиз

Сизнинг тактикангиз.

2. Бола тизза сохасига йиқилди, қучли оғрикка шикоят қилмоқда.

Чап тизза шишган, деформацияланган, ҳаракат чекланган. Камал белгиси мусбат.

Сизнинг ташхисингиз.

Яна қандай текшириш утказасиз

Сизнинг тактикангиз.

Холатий масалалар жавоблари.

1. Болдир суягини ёпик синуши

Болдир суякларини рентгенограммаси зарур.

2. Медиал буртикни узилиши

Тизза бугими рентгенограммаси.

№2.3. Болдир жароҳатлари

Болдир диафизининг изоляция қилинган ёриқлари ташхислаши қийинчиликларга олиб келмайди. шикастланган сегмент бузилиши опороспособ-Несс оёқларда ва ҳар қандай жойида диапхйсеал цинган хусусияти бошқа белгилари кўриниб деформациялар, рентген бир ташхис беради. Пастки оёқ геникограммаси синишнинг хусусиятини аниқлаб беради.

2-4 ой давомида доира шаклида, гипс (Фиг. 83) ясалган суяк парчалари силжиши ҳолда хавфсиз ҳолатга тиббал цинган даволаш. Пастки оёқнинг шиши пайдо бўлса, олдинги сирт бўйлаб йўл очилади. Шиннинг йиқилишидан сўнг бандаж ўлик доирага айланади.

Алоҳида тиббал ёриқлар туфайли улар, чунки бутун суягини ташкил невравимйм тегишли эканлигига операция жойидан олиш билан муомала.

Пастки оёқнинг иккала суяги цинганлиги ҳам жуда кўп учрайди. Зарар механизми бевосита ва билвосита бўлиши мумкин. Тўғридан-тўғри механизм трансверс ва тўқнашувларга олиб келади. Билвосита механизми синиш, спирал, винтообраз-лари бўйича қийшиқ самолёт ёриқлар пайдо бўлишига да-ЛЕАД (букиб, энгашиб). Тиббий ва фибулар суяклар кўпинча турли даражаларда бўлинади. парчалар-офсетлемеси куч ва ташқи зўравонлик йўналиши ва мушаклар ҳаракат парчалар илова қилинади, ҳам боғлиқ.

Синган клиникаси аниқ. диапхйсеал ҳар қандай сайтида цинган (оғриқ, шиш, қувватсизлик, зорланма, крепитус, тибба патологик-оммавий, анатомик қисқартириш ҳаракатчанлик) характерли аломатлар. Бундан ташқари, у юмшоқ тўқималарнинг интерпозисёундан билдиради синиш сайт, устидан тери мумкин воронкооб турли орқага чекиниши (умбиликация) ҳисобланади. Иккита прогноздаги рентгенография ташхисни аниқлаб беради.

Шиннинг диапхизидида қуйидаги ёриқлар гуруҳлари мавжуд:

- тибба фрагментларини алмаштиришсиз ёриқлар;
 - такрорланган ва осонгина қайта тикланган ёриқлар;
 - репонаируеме ёриқлари, аммо кўшимча тиришқоқликсиз назоратсиз;
- тузилмага эга бўлмаган ёриқлар.

Гипс жой ўзгартириш ҳолда ёриқлар, шунингдек репонируеме ва осонлик билан ўтказилган ёриқлар шифо ташлаш.

қуйма ўрта ўзгартирди олдини олмайди, шунинг учун у қийшиқ цинган ва ҳелезон фойдаланиш керак эмас. оёқ қуйма юқори учдан ёриқлар учун, думба баробаридан қўлланилади ўрта учинчи давр - оёқ бармоқлари учун белида

ўртасидан. Пастки оёқнинг шишлар мавжудлигида, гипс қиёфаси олд юзаси бўйлаб тарқалади.

узлуксиз скелет тортиш (рис.84) томонидан даволаш адашмас ҳар қандай маҳаллийлаштириш иккала суяклари асосий ёпиқ синик бўлади. Транзаксия учун юқорида айтилган эпидурал минтақада ёки калсаней учун олиб борилади. Оёғи Блеранинг автобусига ётқизилган. Шиннинг ўқи бўйлаб бошланадиган дастлабки юк жабрланувчининг массасининг 10% ни ташкил қилади. Кейинчалик, 24-48 соатдан олдин ишлаб чиқариладиган назорат графигига кўра, алоҳида юк танланади. Кечки ётиш муддати - 4 ҳафта. даволаш этарли вақт давомида ишончли клиник мезон синиш сайт Оче-Мустақил фойдаланувчи X-рай учун кўрсатма ҳисобланади синиш зонасида йўқлиги натижа-патологик ҳаракатчанлик ҳисобланади. 2-3 ой давомида скелет тортиш уч РБ гонитной гипс демонтаж кейин. Меҳнатни тиклаш жароҳати олинган кундан бошлаб 4-6 ой ичида тикланади.

синиш зонасида юмшоқ тўқималарининг ва мураккаб очик ёриқлар, ёриқлар нерепонируе-Мйкх нинг интерпози-лари да ёпиқ кўрсатилган диапхйсеал крікларінін жаррохлик даволаш. Иккала суякнинг диапхизасининг ёриқлари билан фақат тибиа остеосинтез ҳисобланади.

Ахиллес тендонининг тери ости ёрилиши.

Ахиллес тендонининг яраланиши микротраума туфайли дегенератив тендон ўзгариши бўлган шахсларда тез-тез учрайди. Тендонинг яраланиши бузоқ мушагининг ҳаддан ташқари кучига эга бўлган пайпоққа сакраганингизда пайдо бўлади.

Клиникаси. бемор ўткир оғриқ ва қайнашини ҳис жароҳати билан бирга, зхдается-заиф ёки оёқ плантар флексиён йўқлигини бирга эди. Палпация билан сиз - зарарланган тендоннинг учлари орасидаги диастаз.

Даволаш кўпинча ишлайди. "Соғлом" тендон билан фақатгина тендон тикишини қўллаш мумкин. Дегенератив ўзгариш билан пластмасса ўз тўқималари билан амалга оширилади. прокси-расмий қисм тендонун соғлом қисми кесиб эса Чернавский, қопқоқ мавжуд дефекти орқали узатиладиган ва дистал Фрагман тикиб оширилмоқда. 4-5 ҳафта муддатга плантар флексиён максимал бурчакка - операциядан кейин, оёқ 5 ° қўшма ва тўхтатиш, тиз флексиён очиладиган оёқ бармоқлари учун уйлугун ўрта учинчи белгиланган тсирк-лар гипс ҳисобланади. Кейин гипс ходими ўзгаради, тўхтатиш 0 ° бурчакка ўрнатилади, иммобилизация 4-5 ҳафта давом этади. Шундан сўнг, бандаж олиб ташлаш ва ишга тушириш-уп даволаш - жисмоний даволаш, массаж, ва ҳоказо Трилон Б, элетростимуляция бузоқ мушаклар билан электрофорез ..

Оёқлардаги ёриклар

Пастки экстремитедеки энг тез-тез учрайдиган кїріклар, кўпинча глазе пайтида пайдо бўлган голгостостик кўшма жароҳатлардир. Зарар механизмига қараб, асосан иккита шикастланишлар ва уларнинг комбинацияси ажралиб туради: Ичаклардаги биринчи пронасия цингари; Оёқ тўпларининг супинацион ёрилиши.

Пронация ёриклари, зўрлик билан ва оёғини ташқи томонга буриш (пронация) пайтида юзага келади. Шундай қилиб, ички томонининг таранглиги томонидан (учбурчакли) Билагги зўр лигаментс Билагги зўр фуга ички тўпикдан даражасида тўпикдан ёки тўлиқ отрядига юқори илова нуқтада унинг ёрилиш, ёки ажратиш мумкин. Цинган чизиғи, одатда, горизонтал ҳолатда. травматик куч ҳаракат давом этса, астрагал, барқарорлик йўқотишдан Очиқ темп Билагги зўр-ИНГ дам, Кейинчалик адашмас ораликлар билан банддир, у дистал тибеофибулар сїндесмосис ёки тибиа суяк қисмини ўз отрядининг ёрилиши учун сабаб бўлиши мумкин. Кейин талус суяги блоклари фибулар суякка асосланган бўлиб, унинг синдиришига оёқ Билагги буруннинг 5-7 см баландлиги сабаб бўлади. Натижада, оёғининг ташқарисида ташқарига чиқиши ёки сублуксацияси мавжуд. Баъзи ҳолларда дистал интеркусупуляр сїндесмосга зарар етказилмайди. Бундай ҳолларда ташқи оёқ Билагги оёқ Билагги зўрлик даражасида тозаланган ва оёқ ташқи томонга сурилади.

Юқори даражадаги ёриклар оёқ супраси ҳолатида оёқ билакни кўшиб кўйишда ортикча зўравонлик билан кечади, б. оёғини ичкарига айлантириш. ташқи стресс ташқи Билагги зўр тепалик қисмидаги илова балл латерал пай унинг ёрилиш, ёки отрядни содир учун Шундай қилиб, ёки нуқтаси бурилиш туфайли. Шундан сўнг, агар ташқи куч ичкарига оёқ сублуксасёна билан вертикал ёки қия ички тўпик суяги синишида сабаб берган, медиал талус юришларни ҳаракат давом этмоқда (Фиг. 86).

тибиа олд томонининг ажратиш - оёқ пронасёнда ёки супинасён пайтида жароҳат вақтда плантар букиш ҳолатда бўлса, кейин пиёда (тўпиғи стоп) ажратиш орқа тибиа четини ва дорсифлехион бор бўлиши мумкин.

Клиникаси. Бемор шикастланган оғриётган оғриклар, шикастланган оёқни ушлаб туриш қобилятини йўқотиш, мустақил равишда юриш мумкин эмаслиги ҳақида шикоят қилади. экспертиза нозил Билагги зўр зорланма тўғрисида туфайли ҳемартхросис ва оёқ олиш Бо-йўқми оёқ Билагги зўр кїриғи, фаол ва пассив ҳаракат-зҳенй чеклаш сайтида пайпаслаши томонидан.

Диагноз иккита проекцияда рентген текширувини аниқлайди. X-рай дифраксїён ташқи оёқ олиш пронасёнда зарар билан тавсифланади, адашмас

ўртасида ёпиқ-чением диастасис, кўшма даражасида цинган горизонтал ички бирдан дйзҳки фарқ.

ичкарига оёқ бир сменада, вертикал ёки қия нйм ички Билагн зўр синиш билан характерланади Супинационнй синиш. Интербодй сйндесмосис, одатда, зарар кўрмайди.

Даволаш. оёқ жароҳати биринчи тиббий ёрдам, биз этся аналжези ва оёқ мустаҳкамлаш учун тиз дан оёғининг орқа ва ён томонида жароҳат терминатори транспорт шиналари тутукулугуну хулоса.

Даволашнинг асосий усули консерватив ҳисобланади.

Қачон ўзгартириш, ёки тери остига даволаш 3-4 ҳафта давомида бармоқ билан тиззасига бир чуқур орқа гипс автобус амалга оширилади боғламалари зарар ҳолда хавфсиз ҳолатга синиш тўпикдан бири.

Депласманли синишларда маҳаллий ёки умумий беҳушлик остида бир босқичли пасайиш кўрсатилади. экстремитенин ростлади қачон тортиш пиёда ва товони ёриқлар пронасен оширилади бўлса, кейин тўп ичкарига силжийди ва ички тўпик суяги постериордан узилди ва бол уни мослаштириш Оёқ ўрта физиологик ҳолатида думалоқ гипс кийими билан аниқланади. Оёқнинг орқа томони ёрилиб, 10° - 20° гача бурчакнинг бўшлиғининг позицияси берилган. 10° - 20° дошвенного этма бурчакка ҳолатда мустаҳкамлаш олд томонининг ўз навбатида да.

Барча ҳолатларда, оёқ оёғини узиб ташламаслик учун гипс қопламасида оёқ оёқ билегинин устида "йўл" очилади (87-расм). Касал кейинги кузатув учун касалхонага ётқизилиши керак.

Гипс бинтидаги назорат графиги қайта жойлаштирилгандан кейин ва кейин 6-7 кундан сўнг (шишиб кетганидан кейин) амалга оширилади. Қайси бинт (латерал сиқилган) намуна олинган ва синиш оғирлигига қараб „ 2-2,5 ой, юмалоқ, бир вақт айланади.

Жарроҳлик операциялари очик жароҳатларга дучор бўлмокда, унда муваффақиятсиз икки маротаба қайта жойлашиш, гипс бинтидаги иккинчи аралашманинг пайдо бўлиши. Оёқ Билагн зин бўшлиғини мустаҳкамлаш турли хил металл детекторлар томонидан амалга оширилади. Операциядан кейинги даврда ташқи иммобилизация тури ва унинг шартлари жой бўшлиғи билан синишларга ўхшашдир. Беморларда ишлаш қобилятини тиклаш 3-4 ойда амалга оширилади.

Оёқ суякларининг ёриқлари.

Бу ошиқ суягию кірілмаларіні, тўпиғи суяги (дам, сиқишни), навикулар, Кубо-таниқли (орқа-пушт, бўйин ва тананинг яккаланиб ёриқлар) ўз ичига олади, метатарсал суяклари ва фаланжлари нинг сфеноид суяк ёриқлар.

Оёқ суяқларининг барча цинган қисмлари орасида кўпинча калангиал ва метатарсал суяқлардаги ёриқлар мавжуд.

Зарар сабаблари тўғридан-тўғри ва билвосита жароҳатлар билан боғлиқ. Ташқи куч оғирлик кузида да суяги бевосита бажаради, кўпинча-тўғри ва талус суяқлар содир Фр Са ёриқлар қўниш турган дан тушиб қачон. жароҳати, бу механизм фақат оёқ лезёнлари эътибор эмас, ўйлаш учун зарур, лекин у иложи сиқиш цинган жимирлаб ўрганиш учун зарур.

(Калканеа да нима-ёриқлар, улар жуда кучли бўлса, айниқса) оғриқ билан бирга клиник оёқ суяқлари цинган, ҳаракат, ёмон, бузилиш ва анъанавий контур-ариқ пиёда бузганлик тўғрисидаги Вухи-лением оғриқ опороспособности зид. Диагнозни аниқлаш учун рентгенограмма рухсат этилади.

Дастлабки ёрдам оёқ Билагі зўр шикастланиш билан бир хил. Даволаш асосан консерватив ҳисобланади. Кўчирма бўлмаган ёриқларда, шин ва оёқ чуқур орқа гипсли бузилиб кетган. Кўчирилувчи ёриқлар синчковлик билан амалга оширилганда - бир марталик қайта жойлаштириш ва кейинчалик гипс либосини ўрнатиши билан. Кирсчнер симлар фик-бир одамга тегишли ва сменада билан калканеус синиши - сиз-скелет кенгайтириш ёки Машинанинг сиқиш-чалғитиши-инг билан камайтириш ва мустаҳкамлаш. –

Баҳолаш мезонлари

Балл	Баҳо	Машгулот мавзуси: №8. Болдир кафт соҳасидаги синиш ва чиқишлари. а) Болдир синишлари узига хосликлари ва турлари. б) Болдир травматикчиқиши. в) Болдир синишлари. Болдир синишлари классификацияси, г) Болдир синишлари, клиника, диагностика, даволаш.
86 - 100	аъло	- Конспект бор;

		- Болдир Анатомияси ва физиологиясини билади - Болдир синишлари классификациясини билади. - Болдир рентгенограммаларни хатоларсиз интерпретация килади.; - Болдир шикастланишларда урта физиологик ҳолатни билади; -; Репозиции этапларини аниқ билади,бажара олади. - Тизза бугимоперацияга курсатмаларни санаб бера олади. - Тестларни, вазиятли масалаларни,клиник фикрлаш варрокларининг укутувчи ердасиз тугри тулдиради.
71 - 85	яхши	- Конспект бор; - Болдир Анатомияси ва физиологиясини билади - Болдир синишлари классификациясини билади. - Рентгенограммаларни хатолар билан укийди; - Урта физиологик ҳолатни; - Репозиция этапларини аниқ билмайди; -Тестларни, вазиятли масалаларни,клиник фикрлаш варрокларининг укутувчи ердами билан тулдиради.
55 – 70	кониқарли	- Конспект бор; - Анатомияни билмайди; - Классификацияни тулик билмайди - Рентгенограммаларнинг тушунмайди; - Урта физиологик ҳолатни билмайди. - Репозиция этапларини бажармайди; - Тестларни, вазиятли масалаларни кийналиб ечади клиник фикрлаш варрокларининг тулик тулдирмайди.
0 - 54	кониқарсиз	-Конспект йук -Дарсга тайер эмас;

		- Бирорта саволга жавоб бера олмайди;
--	--	---------------------------------------

10.Назорат саволлари.

1. Болдир синиши классификацияси.
2. Болдир чикиши классификацияси.
3. Болдир синишининг клиникаси.
4. Кафт суяклари синишининг диагностика ва даволаш .

Назорат тестлари.

1. Болдир суяқларининг кундаланг синишлари қайси синишларга киради.
A). Стабил синишлар+
Б) Ностабил синишлар
В). Буртиклар узра
Г). Тупик
Д). Буртиклар аро.
2. Болдирнинг утра/3 дан бири синишилари қайси бири.
A). Диафиз+
Б). буртиклари
В). буртиклар узра
Г). тупик
Д). Буртиклар аро
3. Болдирнинг пастки/3 дан бири синишилари қайси бири.
A). Тупик +
Б). Буртиклари
В). Буртиклар узра
Г). Диафиз
Д). Буртиклар аро
- 4.Болдир суяқларини стабил синишлари қандай даволанади.
A). функционал

- Б). иммобилизацион+
 - В). хирургик
 - Г). медикаментоз
 - Д). физиотерапевтик.
- 5 Болдирни стабил синишларига кайсилар киради.?
- А). кундаланг+
 - Б). Кийшик
 - В). кундаланг-кийшик
 - Г). винтсимон
 - Д). Парчаланиб
6. Болдирни ностабил синишлари.
- А). кийшик +
 - Б). кундаланг
 - В). кундаланг-кийшик
 - Г). винтсимон
 - Д). парчаланиб
7. Олдинги хочсимон боғлам узулганда кайси симптом мусбат.
- А). Галадонни олдинга тортиш белгиси+
 - Б). Галадонни оркага итариш белгиси
 - В). болдирни ичкарига девиацияси
 - Г). болдирни ташкарига девиацияси
 - Д). Тизза бугими рекурвацияси.
8. . Орка хочсимон боғлам узулганда кайси симптом мусбат.
- А). Галадонни оркага итариш белгиси
 - Б). Галадонни олдинга тортиш белгиси
 - В). болдирни ичкарига девиацияси
 - Г). болдирни ташкарига девиацияси
 - Д). Тизза бугими рекурвацияси.
9. Ташки ён боғлам узилганда кайси симптом мусбат.

- А). Болдирни ичкарига девиацияси
 - Б). Галадонни олдинга тортиш белгиси
 - В). Галадонни оркага итариш белгиси
 - Г). Болдирни ташкарига девиацияси
 - Д). Тизза бугими рекурвацияси
10. Ички ён боғлам узилганда қайси симптом мусбат.
- А) Болдирни ташкарига девиацияси +
 - Б). Галадонни олдинга тортиш белгиси
 - В). Галадонни оркага итариш белгиси
 - Г). Болдирни ичкарига девиацияси
 - Д). Тизза бугими рекурвацияси
11. Мениск жарохатларида қайси симптом учрайди.
- А). Камал белгиси+
 - Б). Галадонни олдинга тортиш белгиси
 - В). Галадонни оркага итариш белгиси
 - Г). Болдирни ичкарига девиацияси
 - Д). Тизза бугими рекурвацияси
12. Тизза бугими лат ёйишида қайси боғлам қуйилади.
- А). Тугор+
 - Б). коксит
 - В). Торокобрахиал
 - Г). 8 - симон
 - Д). Этикча.
13. Тизза бугими соҳасидаги суяклар синишида қайси боғлам қуйилади.
- А). Орка гипс боғлам+
 - Б). коксит
 - В). Торокобрахиал
 - Г). 8 - симон
 - Д). Этикча

14. Болдир суякларини ю\3 бир кисми синганда Киршнер спицаси каердан утказилади?

- А). Тупик устки сохаси
- Б). Тизза суягидан
- В). Катта болдир суягининг проксимал дунгидан
- Г). Сон суягининг буртикларидан
- Д). Болдир диафизидан

15. Болдир суякларини п\3 бир кисми синганда Киршнер спицаси каердан утказилади?

- А). Товон суягидан +
- Б). Тупик устки сохаси
- В). Катта болдир суягининг проксимал дунгидан
- Г). Сон суягининг буртикларидан
- Д). Болдир диафизидан

Холатий масалалар

1. 10 ёшли бола 2 метр баландликдаги дарахтдан йирилган. Товон сохасида огрик, шиш, харакат болдир-панжа бугимида чекланган. Пальпация огрикли.

Сизнинг ташхисингиз.

Яна кандай текшириш утказасиз

Сизнинг тактикангиз.

2. 10 ёшли бола. Кураш вақтида чап ёнбошига йирилган.

Курикда: чап болдир сохасида шиш, деформация, патологик харакат,

крепетация мавжуд.

Сизнинг ташхисингиз.

Яна кандай текшириш утказасиз

Сизнинг тактикангиз.

3.Бола иики оёгига арава келиб урилган ва икки болдир урта кисмида деформация пайдо булган, кучли огрикка шикоят килмокда.

Икки тизза шишган, деформацияланган, харакат чекланган. Камал белгиси мусбат.

Сизннинг ташхисингиз.

Яна кандай текшириш утказасиз

Сизнинг тактикангиз.

Холатий масалалар жавоблари.

1. Панжа суягини ёпик синиши

панжа суякларини рентгенограммаси зарур.

2. Чап болдир суягини ёпик синиши

Болдир суяклари рентгенограммаси. Иммоблизация килинади.

3. Икки болдир суягини урта кисмидан ёпик синиши

Болдир суяклари рентгенограммаси. Иммоблизация килинади, скелет тортмага олинади.