

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ**

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ
ИНСТИТУТИ**

Қўл ёзма асосида

УДК:616-07.718.3.001

Сувонов Бахром Умарович

**ТИЗЗА БЎҒИМИ БЎҒИМ ИЧИ ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАР
ЖАРОХАТЛАРИНИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ.**

5A720123 – травматология ва ортопедия

МАГИСТРЛИК ДИССЕРТАЦИЯСИ

Магистр академик даражасини олиш учун



Илмий раҳбар:

Т.Ф.Д. проф. Тиляков Б.Т.

Самарканд-2015

Кириш.

Танланган теманинг долзарблиги охириги йилларда беморларда тизза бўғимининг турли хил жароҳатлари сонининг сезиларли даражада ошиши ва тарқалиши билан ифодаланади. 2007 йилда травма асорати 1000 та бемордан 4,9 та ҳолатида бирламчи ногиронликнинг сабаби бўлиб хизмат қилди. [Стужина В.Т. 2007 йил]. Белецкий А.В. (2008) охириги йилларда тизза бўғими жароҳатларининг 19,4% га ўсганлигини кўрсатди. [Белецкий А.В., Ломать Л.Н., Мухля А.М., Воробей Е.А. 2008йил].

Тизза бўғими жароҳатларининг ошишида қуйидаги кенг тарқалган спорт турлари сабачи бўлмоқда : тоғ чанғиси , серфинг, фигурали учиш, ҳар хил турдаги якка курашлар ва турли хил спорт турлари. Йўл - транспот ходисаларининг сони ошиши турли хил жароҳатлар билан асоратланыбди. [Белецкий А.В., Ломать Л.Н., Мухля А.М., Воробей Е.А.2007 й]. Юқорида кўрсатиб ўтилган ходисалар асорати баъзи бир авторларнинг маълумоти бўйича ҳамма травмаларнинг 20% ини ташкил этувчи тизза бўғими турли хил жароҳатлари билан жароҳатланган беморлар сони ошиши билан ифодаланади. [С Fernandez W.G., Yard E.E.2000 й]

Тизза бўғими анотомик тузилишининг ўзига хослиги ва ҳаёт фаолияти жараёнида бўғимга тушувчи юкнинг кўплиги тизза бўғими суяк системасига нисбатан юмшоқ тўқималар жароҳатининг куплаб учрашини таъминлайди. [Альхаиламун Джабрил Абдель Разак. 2006. .Степанченко А.П.. 2005].

Ҳозирги вақтда тиббиётда КТ, МРТ, УЗИ ва артроскопия ёрдамида тизза бўғими суяк ва юмшоқ тўқималари структурасини кўрсатувчи методлардан кенг фойдаланилмоқда. Шундай қилиб баъзи бир маълумотларга кўра фақат 75% ҳолатда беморларда мениск жароҳатининг ультразвук диагностикаси артроскопик маълумотга тўғри келган. [Зар В.В.-1995]. Баъзи бир бошқа муаллифларнинг маълумоти бўйича бўғим ичи юмшоқ тўқималар зарарланишининг тўғри ультразвук диагнозлар сони 20% дан ошмаган [Шишкова А.О., Холкин С.А., Петков Э.Ю. Москва.-

2007].МРТ имкониятларини баҳолачи мақолалар сони эса етарлича эмас.Тизза бўғимининг юмшоқ тўқималар жароҳатлари диагностикасида МРТ аниқлиги тўғрисида қарши фикрлар бор. Латеральный дискоид мениск диагностикасида МРТ сезгирлиги 38.9%ни умумий аниқлик 61.7%ни ташкил этади. [Kocher M.S., Di Canzio J., Zurakowski D., Micheli L.J. – 2001]. Хозирги вақтга қадар артроскопик диагностика ва даволашни куллашда техник имкониятлар йуқлиги ва инвазив усувлиги сабабли чекловларга эга эди.Шу сабабли тизза бўғими жароҳатлари диагностикаси ва давоси юқори ёмон натижалар кўрсатгичига эга.Бўғим ичи жароҳатлари артроскопик диагностика ва давосига бағишланган ишлар адабиётларда жуда кам.Шундай қилиб, юқорида айтилган фикрлар бу муаммони ўрганиш долзарблиги хақида ўйлашга имкон беради.

БИЗНИНГ ИЗЛАНИШИМИЗ МАҚСАДИ

Замонавий тиббий визуализация ва артроскопия методларини куллаш йули билан тизза бўғим ичи юмшоқ тўқималар жароҳатлари диагностик ва даво натижаларини яхшилаш .

Мақсадни амалга ошириш учун қуйидаги вазифалар қўйилган:

1. Тизза бўғими бўғим ичи сируктураси жароҳатларини верификация қилинган артроскопик маълумотлар асосида анализ ўтказиш.
2. Клиник диагностика этапида тизза бўғими потологияларини артроскопик верификация қилинган жароҳатлар билан солиштириб анализ ўтказиш.
- 3.тизза бўғими жароҳатларида МРТ ва УЗИ имкониятларини баҳолашдан ўтказиш ва диагностик имкониятларини баҳолаш.
- 4.Беморларда тизза бўғими бўғим ичи юмшоқ тўқималар жароҳатларини артроскопик даволаш натижаларини баҳолашдан утказиш.

ИЛМИЙ ЯНГИЛИГИ.

Тизза бўғимининг хар бир алохида анатомик структураси бўйича нур текшириш методлари информативлигини баҳолаш .

Ишнинг хажмий структураси

Диссертация матнда терилган матнли 67 та свахифада баён қилинган. Диссертация кириш , учта боб,хулоса,чиқиш, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. 5 та жадвал ва 17 та расм келтирилган.Диссертация мавзуси бўйича 3та илмий иш ва маърузалар нашр этилган.

1-Боб.

Адабиётлар шархи.

Оёқ- кўл травмалари структурасида тизза бўғими жароҳатлари муҳим ўринлардан бирини эгаллайди. Турли хил муаллифларнинг маълумотиغا кўра, таянч -харакат сиситемасининг хамма жароҳатларининг 5% дан 18% гача қисми тизза бўғими жароҳатларига тўғри келади. Тизза бўғими анатомик тузилишининг ўзига хослиги туфайли унинг юмшоқ тўқималар системаси суяк системасига нисбатан кўпроқ зарарланади.

Ma-jewski M тизза бўғими спорт травмаларини ўрганишда кўрсатадики: тизза бўғими жароҳатларининг частота ва характериға бағишланган ишлар жуда кам. (1999). Н. В. Tandetлар ва бошқа такидлаганидек ,фақат 6% холатда lig.cruciatumнинг травматик зарарланиши классик рентгенографияда ифодаланувчи суяк системасининг ўзгаришлари билан кўшилиб келади ва қолган холатларда бўғимнинг юмшоқ тўқималари зарарланиши кўп учрайди. [Tandeter Н.В., Shvartzman P. 1999]. Оёқ-кўлнинг спорт травмалари анализида W.G. Fernandez ва бошқалар аниқладики (2006), спорт травмаларининг 25% холатларида тизза бўғимининг юмшоқ тўқималари зарарланади.

В.Н. Меркулов ва бошқа муаллифлар шахсий казатишлари ва илмий изланишларига асосан тизза бўғими ичи юмшоқ тўқималар жароҳатлари учраш тезлиги даражасини тузишди (1996): менисклар зарарланиши - 26.5%. бўғим тоғайининг зарарланиши- 2 5,0%, патологик МПС-12,1%, lig.cruciatum anterior нинг қисман ёки тўлиқ узилиши -10,6%, бирламчи тизза қопқоғининг чиқиши -9,8%. сурункали синовит - 9,8%, [Меркулов В.Н., Ушакова О.А., Шапошников Ю.Г. и др.- 1996].

Малумки, тахминан 75% холатларда тизза бўғими деформацияланувчи артрози бўғим турли хил жароҳатлардан кейин ривожланувчи

функционал ва структур ўзгаришлар натижасида келиб чиқади. Таянч ҳаракат системаси ногиронлигининг асосий сабабларидан бири булган контрактура ва анкилозлар травмалар асоратининг 4,3%-20,8%ини ташкил этади. [Дорохин А.И. 2005, Меркулов В.Н., Карам Е.А., Соколов О.Г., Ельцин А.Г. 2003].

О.С. Тануйлова аниқладики (2001), бўғим тоғайининг травматик ўзгариши бўғим боғлам аппаратининг жароҳатининг комбинатсияси билан келиши тизза бўғимида остеоартрозлар ривожланишига олиб келувчи иккиламчи дегенератив - дистрофик ўзгаришлар ривожланишининг асосий этиопатогентик фактори ҳисобланади. [Тануйлова О. 1998.]. Бу фикрни Т. Voegand ва бошқалар ҳам маъқуллаб , ўз вақтида аниқланмаган ва даволанмаган тизза бўғим ичи юмшоқ тўқималар жароҳати бўғимда дегенератив ўзгаришлар ривожланишига асосий сабаб бўлишини таъкидлади.. Авторлар бир фикрга келишди ,ўз вақтида диагностика қилинмаган мениск зарарланиши эрта остеоартроз ривожланишига олиб келади. [Voegand T., Rudling O., Peterson I. 1998 Voegand T., Rudling O., Peterson I.F. 1998.]

Катта болдирнинг проксимал охири иккита дўмбоқ билан чегараланган ички ва ташқи уларнинг орасида думбоқлараро дўнглик бўғим ҳалтаси тизза қопқоғи бтлан шундай бтрикканки унинг орқа юзаси бўғим бўшлиғида жойлашган . Бўғимни олдиндан мустаҳкамлашда тизза бўғимининг ягона ёзувчиси сонннинг тўрт бошли мушаги иштирок этади..

Andersson С. и Gillquist J.(1999) 111 та беморда lig.cruciatum anteriorнинг узилиши ва улардан 44% ида ички мениск йиртилиши, в 36% — ташқи, ва в 16%— иккаласи қушилиб келганлигини аниқлаган.Йиртилган мениск қисми агар тикилиб бўлмаса у албатта резексия қилиниш керак деб ҳисобланади..Мениск зарарланишида энг оптимал усул-артроскопик диагностика, санация ва агар ўсиш потенциали 1 см дан ошмаса кон томир зонаси чегарасида тикиш ҳисобланади.[Andersson С, Gillquist J. 1992].

Markolf R.L. ва бошқ 99 та нормал тизза бўғимини ўрганишда 5% ҳолатда тиззанинг силжиши 7.5% ни , ўнгга ёки чапга силжиши 2 мм.ни ташкил этади. lig.cruciatum anterior зарарланиши билан касалланган беморларда олдинги ностабиллик 10мм ни ташкил этади. Бироқ 2 йил аллопластика операциясидан кейин у 2мм ни ташкил этганлигини 515 та беморда аниқлади. [Markolf K.L., Amstutz H.C. 1987].

Менискоэктомиядан кейин бўғим оралиғининг торайиши натижасида оёқ механик ўқи медиал тарафга силжийди ва тизза бўғимининг варусли деформацияси ривожланади ва тизза бўғими ёнбош бойламларининг ёлғон бўшашиши келиб чиқади, бўғим тоғайининг ўзгариши ,бўғим латерал қисмининг зўрайиши кузатилади.

Тизза бўғими тоғайининг жароҳати –кенг тарқалган,сурункали ногиронлик ҳолатига олиб келувчи патологик жараён [Меркулов В.Н.Ушакова О.А.Ильин А.С. 1996]

Тоғай структурасининг жароҳати ТБ ички структураси жароҳатларининг 10 дан 20 % гача ташкил этади . [Зар В.В. 1995]

Бироқ тизза бўғими гиалин тоғайи жароҳатининг диагностика ва давоси травматологлап учун мураккаб вазифа бўлиб келмоқда. [Close B.J., Strouse P.J. MR 2000.]. Рентгенологик текширув фақат суяк жароҳатларини аниқлашга имкон беради ва тоғай диагностикасида ноэффектив ҳисобланади. Тоғай структурасининг жароҳатига бағишланган ишлар адабиётларда жуда кам[Бадяшкина И.Р 1999] Ҳозирги вақтда бўғим юзаси тоғай дефекти чуқурлиги, хажми ва жойлашишини аниқроқ диагностика қилувчи ноинвазив(МРТ ва УЗИ) ва инвазив(артроскопия) методлар беморлар текширувида кенг қўлланилади.[Миронов И.Ф 2008].

Диагностик текширувнинг аниқлиги текширув методининг турига ва энг асосийси тоғай юзаси бузилишининг даражаси ва хажмига боғлиқ.. Клиник ва рентгенологик методлардан фарқли равишда артроскопик метод тоғай қаватнинг ўзгариши ва бу ўзгаришнинг даражасини аниқ факт билан кўришга ва даволовчи манипуляцияни утказишга имкон беради Тизза

бўғими барча касалликларини учраш тезлиги бўйича боғлам аппаратининг жарозатлари мениск жарохатидан кейин иккинчи уринда туради.. Боғлам аппаратининг жарохатлари орасида lig.cruciatum anteriorнинг жарохати биринчи ўринда туради- 92% [Корнилов Н.В 2006] lig.cruciatum anteriorнинг жарохати хозирги вақтга қадар мураккаб ва хозиргача хал қилинмаган муаммо булиб келмоқда. Lig.cruciatum anterior жарохатларида хирургик даво мухим ютуқларига қарамай хали бир қанча охиригача хал қилинмаган муаммолар бор.Хозирги кунда lig.cruciatum anteriorнинг функциясини тиклашда замонавий синтетик материаллар қўлланилади- протезлаш. Протезлаш операцияси протезлар юқори нархи ва операциядан кейинги синовит ривожланганлаиғи учун кенг йўлга қўйилмаган. ТБ жарохатланган боғламасини тикишнинг турли хил усуллари қўлланилади. Бу хирургик даволаш методи натижалари қониқарли эди,бирок кейинчалик узок текширувлардан кейин юқори қониқарсиз натижалар фоизи аниқланади. [Marshall J.L., Warren R.F., Wickiewicz T.L.1982]. Шу сабабли хозарги вақтда жарохатланган олдинги хочсимон боғламни тикиш қўлланилмайди. [Соломин В.Ю. 2003]. ТБ нинг олдинги ностабиллигида бўғимдан ташқари стабилизация қилувчи –статик стабилазация (Macintosh усули) ёки актив-динамик стабилизация (Ellison усули)хозирги вақтда юқори тарихий қизиқишга эга. [Ветрилэ В.С. 2002].

Тизза бўғимининг травматик жарохатларининг диагностикаси.

Тизза бўғими жарохатларини диагностикаси мухим тизза бўғиининг маълум турдаги жарохати учун характерли клиник симптомлар аниқланишдан, тизза бўғимининг рентгенографиясидан юқори технологик КТ, МРТ ,УЗИ ва артроскопик методларгача эволюция босқичларини босиб ўтди. [Taskiran E., Ergtin M 2004]

Техник прогреснинг ривожланиши ва биологик тўқималар визуал кўришининг янги методлари пайдо бўлиши одам ички органларини ўрганишда шифокорлар олдида диагностик имкониятлар танловига эга бўлди. [Griffith J.F., Roebuck D.J., Cheng J.C., 2001].

Адабиётда аниқландики, Fineberg H.V. ва бошқалар 1977 йилда ҳар қандай диагностик процедура эффе́ктивлиги 5та критерия бўйича квалификацияланган бўлиши кераклигини курсатди. [Fineberg H.V., Bauman R. Sosman M. 1977]

Бу усуллар қуйидагича номланади:

Методнинг техник имкониятлари,

Диагностик аниқлик ,

Диагностик таъсир

Терапевтик таъсир

Узоқ терапевтик натижа

«Диагностик аниқлик» термини остида фойдаланиладиган методлар имкониятлари, шу билан қаторда ТБ структурасида травматик ўзгаришларни катта аниқлик ва тўғри диагноз билан аниқлаш ётади.

Тизза бўғими бўғим ичи структураси жароҳатлари даражасини белгилашда «олтин стандарт» ҳисобланувчи МРТ ва артроскопик маълумотларни солиштириб кўришга дунё адабиётларида асосий эътибор қаратилган.

Хочсимон боғламнинг жароҳатларини аниқлашда МРТ сезгирлиги ва спецификлиги 80-96%га 82-93%га қарши, (клиник текширувга таалуқли), менисклар зарарланиши мос равишда 80-84% ва 48-65% ни ташкил этади [Resnik C.S. 1989.]. Бироқ спецификлик ва сезгирлик ахамияти МРТ маълумотларига хулоса беруачи мутахасис билим ва кўникмасига ҳам боғлиқ.

МРТ маълумотларини клиник текширувлар билан бирлаштириш 64% ҳолатда хирургик даволаш тактикасини ўзгартиришга имкон берди.

[Hollingworth W., Todd C.J., Bell M.I. et all. 2000.].

Клиник диагностика тизза бўғимини текшириш учун жуда самарали ва оддий усул ҳисобланади. Унинг асосида маълум турдаги жароҳатлар учун характерли клиник белгилардан фойдаланилади.. Клиник симптомлар специфик (Lig Cruciatum anterior жароҳатига характерли бўлган ва тизза бўғимининг ностабиллиги натижасида ривожланувчи симптомлар

«переднего выдвигного ящика», Лахман тести, «pivot shift», Мак-Муррея, Байко ва башқа симптомлар мениск зарарланишига таълуқли.), ва шунингдек носпецифик (тизза бўғимининг хамма функцияларининг бузилишида учрайдиган Чаклина симптоми ва бошқалар.) бўлиши мумкин. [Ветрилэ В.С. 2002].

Тизза бўғимининг ностабиллиги диагностикасида капсула-боғлам аппаратининг бўшлиги ёлғон-мусбат тест натижасини бериши мумкин. Баҳо бериш хар доим соғлом оёқга солиштириб утказилади.. Лахмана тестининг мусбат 1 ёки 2 «+» хар доим хам ностабиллик белгиси хисобланмайди .

Бироқ тизза бўғими травмаларида клиник текширувнинг диагностик аниқлиги диагноз қўйиш учун етарли эмас ва Ruwe P.A. ва McCarthy S.M,(2002) нинг таъкидлашича, унинг сезгирлиги86% ва спецификлиги 30% ни ташкил этади.. Guillodo Y, (2008),Тез ёрдам бўлимларида кўрсатма бўйича МРТ қилиш имконияти борлигига қарамай 27 та Lig Cruciatum anterior нинг жарохатидан 7 тасида Lig Cruciatum anterior жарохати у аниқланган. [Guillodo Y, Rannou N, Dubrana F, 2008.] Scholten R.J,рахбарлик қилган муаллифлар коллективи тизза бўғими клиник диагностикаси аниқлигини баҳолавчи 42 та текширув анализлари билан танишиб чиқишган ва клиник амалиёт учун клиник тестлар катта имкониятга эга эмаслигини аниқлади. [Scholten R.J., Deville W.L., 2001.].

Шундай қилиб,клиник симптомлар аниқлиги етарлича спецификлик ва аниқликга эга эмас ва хозирги вақтда клиник диагностика якка холда диагноз қўйиш учун қўлланилмайди.

ТБ жарохатлари диагностикаси алгоритми ишлаб чиқилган: ва улар ташқи текширув ва икки проекцияда бўғимни рентген текширувидан ўтказишдан иборат.

Рентгенологик текширув диагностиканинги биринчи этапида бўғимда суяк компонентининг потологияси бор ёки йўқлигини кўрсатиб беради.

Хозирги вақтда таянч -харакат системасининг жарохатлари рентген

диагностикасига асосланган жуда кўплаб адабиётларбосиб чиқарилган. Бошлаб контрастланган газлар(хаво, кислорд) организм бушлиғига юборилган. Кейинчалик асасида йод ва барий ётувчи фармакологик препаратлар ҳам қулланила бошлаган.

Артрологияда рентгенконтраст суюқлик (купинча йод сақловчи) ва хаво ёки кислороддан фойдаланиб икки қарра контрастлаш методидан фойдаланилган.

Бу тизза бўғимининг бўғим ичи юмшоқ тўқималар. диагностикасида жуда муҳим аҳамиятга эга бўлган. Метод оддий рентгенорафияга нисбатан жуда қатта имкониятларга эга.

Шундай қилиб, ноинвазив ва тизза бўғимининг нафақат фақат суюқ системаси балки юмшоқ тўқималарни ҳам етарли даражада аниқлик билан кўришга имконият берувчи текшириш методлари пайдо бўлди. [Миронова З.С, Фалех Ф.Ю. 1982]. Werndorf ва Robinson контраст модда сифатида кислороддан фойдаланиб **артропневмография** методидан фойдаландилар. [Herschmann Н. // Zbl. F. Chir.-1965]. Бу диагностика тури мениск аномалиялари ва жароҳатлари диагностикасида Э.Ф.Самойлович ишларида ўз аксини топган ва тизза бўғимининг мениск зарарланишларида 90%ва ундан юқори аниқлик кўрсатгичига эга бўлганлигини кўрсатиб ўтган . Кўп йиллар давомида бу текшириш методи замонавий ва информатив метод сифатида тан олиниб келинган.

Тизза бўғимини контрастлаш барибир инвазив усул ҳисобланиб, кўпинча рентген контраст моддага аллергия реакция кузатилган ва рентген кабинетда асептик ва антисептик шароитларга эга бўлиши , хирург билими керак булган.

УЗИ – Юқори информатив мутлоқо зарасиз ва оғриқсиз йўл билан организм тўқималарини ҳолатини баҳолашга имкон берувчи метод.

Ультрасонография методининг артрологияга кенг кириб келиши нафақат бўғим ичи ҳолати балки бўғим атрофи юмшоқ тўқималар ҳолатини баҳолашга имкон беради.

Интервенционная ультрасонография – Ультразвук сканер манитори визуал назорати остида тери орқали пункцион амалиёт бажарилади.

Ультразвук текшируви физик асасида ультразвук тўлқин одам организми тўқималаридан ўтганда пайдо бўлувчи эхолокацияга қаратилган. ички органлар структураси аксидан расм ёки эхограмма пайдо бўлади. УЗИ тиббиётнинг ҳамма жабхаларида кенг қўлланила бошлади. [С. П. Миронов [и др 2005.]. Тиза бўғимининг турли жароҳатларида ҳам ультразвук диагностика кенг қўлланила бошлади. Ультрасонографик йўл билан тизза бўғим мениски зарарланишини визуализация қилиш тўғрисидаги дастлабки маълумотлар 1980 йилларда пайдо бўлган эди. [Dragonat P., Claussen C. 1980].

. **КТ** – Хар хил тўқималарнинг рентген нурларини турли даражада ўтказувчанлигидан фойдаланиб уч йўналишда моделини олиш имконияти билан, тананинг турли қисmlарини кесиб визуализация қилиш методи. Бу метод муракаб анатомик тузилмаларнинг расмини олишга ёрдам беради. КТ МРТ ва УЗИ билан бир қаторда ноинвазив текшириш методи ҳисобланади ва тизза бўғимининг ички структурасининг жароҳатлари диагностикасида қўлланади. [Brown S.D., Kasser J.R., 2004.]. Бироқ КТ юмшоқ тўқимлар структураси жароҳатлари диагностикасида спецификлиги ва сезгирлиги МРТ текширувига қараганда анча паст, айниқса хочсимон боғлам, мениск, тизза қопқоғи тоғай жароҳатлари текширувида.

. Метод қиммат эҳтиёт қисmlар талаб этади ва ионли захарланиш хавфи борлиги билан характерланади. Тизза бўғими кампонентлари визуализациясини яхшилаш учун тизза бўғимини рентген контраст модда билан контрастлашдан фойдаланилади. Хозирги вақтда ТБ юмшоқ тўқималар жароҳати диагностикасида КТ жуда кам қўлланилаёбди.

Магнитли резонанс томография (МРТ).

Кўплаб изланувчилар тизза бўғимининг капсула- боғлам аппаратини ва мениск жароҳатлари диагностикасида МРТ жуда муҳим рол ўйнашини тан

оладилар [Bianchi S Martunoli 2007]Бошқа бирон бир визуализация методи хар хил текисликда юмшоқ тўқималар кўринишини бундай юкори контрастликда олиш имконини бермайди. МРТ тизза бўғимининг ностабиллигида, оғриқ синдромининг субстрати локализациясини аниқлашда , рентген негатив хондром танани визуал қилишда ,тоғай қаватни юпқалашган қавати ва дефектини аниқлашда имкон бергани учун тўлиқ операция олди диагностикаси учун мухим ахамиятга эга. Тўлиқ верификация қилинган(бир бирига таққосландиган) диагноз даволаш методини танлаш (консерватив ёки хираргик),операциянинг вақти ва хажмини аниқлашда ,операция натижасини ва артроскопия эффективлигини аниқлашда жуда мухим. МРТ ва артроскопия маълумотлари бир бирига туғри келмаслиги қуйидаги сабабли бўлиши мумкин : томограманинг паст сифатлилиги , ортопед томомнидан томограмманинг ва нур диагностик мутахасиснинг нотўғри ўқилиши. Томаграмманинг паст сифатлилигининг сабаби қуйидагича бўлиши мумкин –кам нур ва кам контрастлилик(кесманинг қалинлиги ва магнит майдоннинг кучи билан аниқлананди),текширишни хамма керакли текисликда ўтказилмаганлиги,томограф қадамининг жуда тезлиги(4 мм дан ошиқлиги) . Авторлар муълумотига кўра Москванинг кўплаб катта диагностик марказларида магнит майдони 0,2– 0,5 Тл га тенг МРТ дан фойдаланилади ,хозирги замон замонавий томографларида хам замонавий муаллифлар маълумоти бўйича (Sampson MJ, Jackson MP, Moran CJ, Moran R,Eustace SJ, Shine S. *Clin Radiol.* 2008)сезгирлик ва спецификлик иккала мениск зарарланиши мос равишда 83 ва 93% га латерал мениск учун 91 ва 93 га тенг . Кўпинча текшириш икки текисликда ўтказилади (фронтал ва сагитал).МРТ аппаратлари магнит индукциянинг кўлами (магнит майдан кучи)га боғлиқ холда бир –биридан фарқ қилади..МРТ текширувини ўтказишга қарши курсатма- металл имплантантлар, кардиостимуляторлар ва бошқа металл таналарининг борлиги. МРТ инртенсив равишда энг ёш визуал текширув методи сифатада ривожланиб бормоқда.МРТ диагностик

эффективлигидан ташқари зарарсизлиги ва ноинавзивлиги ва бошқа текширав маълумотлари кам информативлигида информация бериш хусусиятига эга.

Куплаб авторлар бази бир ҳолатларда тўлиқ клиник текширув Хочсимон боғлам зараланишларида ва мениск жарохатида МРТ берувчи спецификлик ва аниқликни беради шунинг учун МРТ қиммат ва кераксиз текшириш методи деб ҳисоблаганларБудай фикрни Miller G.K., ҳам қўллаб қувватлаган ва касаллик тарихларини текширувдан утказгандан кейин МРТ хулосаси ва артроскопик текширув 35.1 % ҳолатда мос тушмаслигини аниқлади. [Miller G.K 1996].

2008 йилга адабиётлар маълумотлари устида анализ ўтказиб ,тизза бўғимидаги ҳар қандай зарарланишларини кўришда МРТ юқари сезгирликга эга, лекин тизза бўғтмининг комбинациялашган жарохатларида юқори квалификацияли ортопед томонидан ўтказилган клиник текширувдагидек аниқ аниқликга эга эмас. МРТ ҳаққатдан ҳам унинг юқори прогностик баҳоси туфайли хирургик аралашувлар сонини камайтиради лекин МРТ олдинги хочсимон боғлам зарарланиши диагностикасида клиник текширувга нисбатан камроқ аниқликга эга. [Huysse W.C., Verstraete K.L2008.].

Шундай қилиб, юқорида келтирилган маълумотларга асосланиб, ҳазирги вақтга қадар тизза бўғими жарохатларида бу текшириш услубининг информативлиги тўғриисда бир фикрга келинмаган. Охирги ҳисоб билан. бизнинг текширишларимиз натижасида ўрганилаётган муоммода нур диагностик текшириш методларидан фойдаланиш оптимал алгоритмини ишлаб чиқилади.

Артроскопик диагностика.

Эндоскопия тарихи бундан 200 йил олдин пайдо бўлган, . Дастлабки эндоскопик текширувлар 1918 йилда Токио университети профессари Takagi томонидан ўтказилган.Илк эндоскоп курув ўткирлиги текшируви остида биопсия олувчи 4 мм диаметрга эга «артроскоп N 12» ёрдамида

ўтказилган. г.].Артроскопия кам инвазивлиги ,тузалиш даврининг қисқаришига имкон беруачи юқори даражада диагностикага эга эканлиги билан устунликга эга. Охирги вақтларда бу текшириш усули кенг ва актив қўлланалмоқда.

Бу метод россияда 1962 йилда Н.А. Поляк томонидан киритилган. Автор цистостоскопдан фойдаланиб.60 та бамор тизза бўғими бушлигини кўриқдан ўтказган. [Синяченко О.В., Владимирский А.В1999.].

Тизза бўғими бўшлиғини тўғридан тўғри визуалазация қилиш режалаштирилаётган операция олдидан бўғим бушлғини куриб олишга имкон берган . [Johnson, L. L.: 1981]. Масалан, тизза бўғимининг жарохатларида мениск жарохатлари диагнози кўп холатларда тизза муҳим яримойсимон тоғайи ни олиб ташлаш талаб этилмайдиган бўғимининг бошқа потологиялар натижасида келиб чиқган .

Жарохат турлари детализатсияси нафақат илмий балки врачга зарарланиш ўчоғи хақида аниароқ малумот олиш ва бундай потологияларни ўтказиб юбормаслик имконини бериш билан амалий ахамиятга ҳам эга. Лекин энг асосийси, жарохат анатомиясини аниқ билиш зарарланган менискни фақатгина керакли чегарада резексия қилиш ,стабил қисмини қоғлдириш имконини беради.Бу устунлик артортомияга караганда жараённинг кам инвазивлиги ва аниқ диагностик методлигида намоён бўлиши билан бирга илм ва фанннинг замонавий шароитда ривожланиши методнинг адекватлиги хақида гапиришга имкон беради. Э.Р. Бадамшина фикрича (1999) ,жарохат туғрисида аниқ клиник симптоматика борлигига қарамай, барча тизза бўғим ичи жарохатлари борлиги диагностик ва оператив артроскопия ўтказишга кўрсатма бўлади. Муаллиф артроскопия қилишга **абсолют қарши кўрсатма булиб :**

қўшма травманинг борлиги ,

бемор хаётига хавф солвчи омиллар борлиги,

Соматик касалликлар борлиги

Тизза бўғими сохаси тери сохасида инфекцион –яллиғланиш

характеридаги жароҳатнинг борлиги

Беморнинг артроскопик оператсиядан воз кечиши хизмат қилади деб хисобаган

. Нисбий қарши кўрсатма бўлиб агар беморда:сурункали касаликнинг кўзиш даври ,сурункали инфекция ўчоғи борлиги,

Психик касалликларнинг декомпенсация формаси борлиги

тизза бўғимининг фиброзли анкилози борлиги

Тизза бўғимида пассив ҳаракат амплитудаси 15° камдиги бор бўлса.

Л.Б. Пужицкий (2000) беморларда артроскопия ўтказишга қуйидагиларни курсатма қилиб кўрсатган :тизза бўғимида

Кенг тарқалган гемартроз

Бўғим бўшлиғида рентген позитив суяк тоʻай фрагментининг борлиги

Бўғим блокланиб қолиши ёки бошқа мениск жароҳатининг борлиги

Тизза бўғимининг посттравматик синовити борлиги

Тизза бўғимида ёт жисмнинг борлиги ёки унга шубҳа қилинганда

Артроскопияга тўғридан тўғри кўрсатма бўлиб рентгенологик исботланадиган катта болдирнинг кондилуслараро дунглигининг синиб силжиши борлиги ва тизза қопқоғининг чиқиши хисобланади [Пужицкий Л.Б. 2000].

В.В. Зар (1995)[Зар В.В 1995.] В.В. Зар қуйидаги ҳолатларда беморларда артроскопик текширувга кўрсатма борлигини кўрсатиб ўтган:
тизза бўғимининг гемартрози

Ноаниқ диагноз борлиги

Тизза бўғимининг ўткир ва эскирган касалликларида аниқ диагнозни қўйиш учун

пателло-феморал оғриқ синдроми

тизза бўғимининг яллиғланиш касаллиги

консерватив даволашга резистентлик бўлганда

Тизза бўғимининг жарохатлари артроскопик диагностикаси ва давоси артроскоп назорати остида бўғим ичи юмшоқ тўқималар структураси биопсияси ва операцияга қарратилган бўғим бўшлиғи инструментал ревизия ва визуализация каби процедураларни ўз ичига олади. Артроскопия пигмент виллезно-нодуляр си-новит, гемангиомалар, синовиомалар, хондроматоз каби турли хил рак табиатли жараёнлар диагностикасида асосий хал қилувчи рол ўйнаши мумкин. В.М. Крестьяшин (1987) тизза бўғимининг гемартрозида артроскопиядан фойдаланиш хақида информация бериб ўтган. Муаллиф тизза бўғимининг гемартрози артроскопияга тўғридан тўғри кўрсатма бўла олиши, шу билан бир қаторда 78,2% ҳолатда тизза бўғимининг гемартрози артроскопиясидан кейин қайта қўшимча даволашга эҳтиёж бўлмаганлигини кўрсатиб ўтган. Л.Б. Пужицкий (2000) бу маълумотларни қабул қилиб, гемартроз аниқланган ҳамма беморларда артроскопик текширув ўтказиш керак деб ҳисоблайди..

Bonamo J.J. и Saperstein A.L. (1994). Фикрича, артроскопия дагностикада энг охирги метод ҳисобланади, қачонки бошқа текшириш усуллари кониқарли жавоб бермас. Лекин ҳозирги вақтда унинг инвазив усул эканлигига қарамасдан турли ноинвазив методлар диагностик имкониятларин баҳолашда «олтин стандарт» ҳисобланади. [Bonamo J.J., Saperstein A.L. 1994.].

Шундай қилиб, барча адабиётлар малумотларига асосланиб қуйидаги фикрга келиш мумкин-бу метод беморлар амалиётида кенг қўлланилишига қарамасдан тизза бўғимининг жарохатлари диагностикасида ягона принципга эга эмас ва бу методнинг диагностика, беморлар давосида ва травматик жарохатларда қўллашга аниқ формулага келтирилган кўрсатма ҳозиргача йўқ.

Узи ва МРТ текширувларини эффеактивлигини баҳолаш ва шунингдек турли жарохатларда бу методларнинг артроскопик метод билан таққослаш

баҳоси ҳақида материаллар етарли эмас. Артроскопик хирургия травматологиянинг мураккаб қисми ҳисобланади ва шифокордан юқори малакани талаб қилади.

2-БОБ

КЛИНИК МАТЕРИАЛЛАР ВА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИНИ ХАРАКТЕРИСТИКАСИ.

Бизнинг ишимиз асосида клиник,нур,артроскопик диагностиканинг натижалари ётади ва 45 та бемор вилоят ортопедия ва шикастланишлар оқибати касалхонасида бизнинг кузатувимиз остида эди. Бу пациентларнинг ёши ва жинси 1 – жадвалда кўрсатилган.

Операциягача бўлган структуралар ва тизза бўғиминингбўғим патологияларини ўрганиш учун ва артроскопик диагностиканинг натижалари билан солиштириш учун амбулатор карта ва касаллик тарихлари бўйича анализ ўтказилди. . 2013- 2015 йиллар орасида шахсий клиник кузатишлар анализ қилинди.Бўлимларда тизза бўғими жароҳатлари билан жароҳатланган беморларда қуйидагача текшириш методлари қўлланилган. . Олинган маълумотлар анализи асосида биз тизза бўғими жароҳатлари бор беморларда қуйидагича текшириш алгоритмини таклиф қилишимиз мумкин:

Беморлар анамнез ва шикоятларини йиғиш.

Керакли тестларни ўтказиш билан **клиник текширувдан** ўтказиш.

Икки стандарт проекцияда тизза бўғимини рентгенография қилиш.Агар талаб этилса **аксиал холатда қўшимча рентгенограмма қилиш..**

Тизза бўғимини **УЗИ** қилиш.

Тизза бўғимининг ностабиллиги белгилари бўлганда **МРТ** текшируви ўтказилди.

Тизза бўғимининг рентгенограммасида суяк сиатемаси ўзгаришлари бўлганда диагнозни аниқлаш учун **КТ** текшируви ўтказилди.

Кейинги даволаш тактикаларини ҳақидага саволни ечиш учун текшириш натижаларини текшириб чиқиб қайта клиник текширув ўтказилди.

Мураккаб ва номалум вазитларда артроскопик текширув ўтказилди.

Беморни шифохонага ётқизиш вақтида анамнез ва шикоятлар йиғилгач

клиник текширув ўтказилди.Бизнинг беморларда тизза бўғими функциясини бахлоаш учун биз қуйидаги методлардан фойдаландик: ташқи текширув, пальпация, бўғим ва сон,болдир айлана ўлчамини ўлчаш , пассив ва актив харакатлар амплитудасини ўлчаш;тизза бўғимини функционал етишмовчилиги ва ностабиллиги сабабларини ,мениск,боғламлар жарохатларини аниқлашда махсус клиник мететодлар ўтказилди.

Кейинги этапда хамма беморларда Duo Diagnost (Philips)аппаратида стандарт икки проекцияда рентгенографик текширилди .Агар тизза қопқоғи чиқишини клиник,рентгенологик ёки анамнестик белгилари бўлса қўшимча аксиал рентгенография қилиш керак.

Тизза бўғимини УЗИ қилиш стандарт бўйича "HDI-5000" ультразвук аппапратидан фойдаланилди.

Сон тўрт бошли мушак пайини,тизза қопқоғи усти синовиал сумкасини(Bursa suprapatellaris) ,тизза қопқоғи гиалин тоғай,сон суяги бўғим юзаси субхондрал пластинка,тизза қопқоғининг хусусий боғлами, ёнбош боғлам,ва менисклар холати бахоланди.

Олинган маълумотлар йиғилиб бўлингандан кейин МРТ текшируви ўтказиш хақидаги совол ечилди.Бизнинг текширишларимизда МРТ ўтказишга кўрсатма бўлиб тизза бўғимининг ностабиллиги ва аниқ бўлмаган тортишувли холатлар бўлиб хисобланди.

Қолган холатларда асосий диагностик этап юқорида келтирилган текширишлар билан тугайди.

Кейинги этапда рентгенография,УЗИ,МРТ(КТ)текширувларидан олинган информацияларни ўрганиб,қайта клиник текширув ўтказилди ва беморларда кейинги олиб борилиши керак бўлган тактикалар хал этилди.

Тизза бўғимининг артроскопияси 30° ва 70° оптика билан Карл Шторц (Германия) фирма томонидан ишлаб чиқилган аппапрт ёрдамида ўтказилди. Камера билан олинган видеомалумотлар керак бўлганда персонал компьютер каттиқ дискига ёзиб олинди.Артроскопия методикаси стандарт икки хил антеро-медиал ва антеро-латерал доступ билан ўтказилди.

Бемор орқаси билан ётқизилади, тизза бўғими 90° бурчак остида букилади. Натрий хлориднинг иссиқ, изотоник эритмасининг доимий мусбат босими остида бўғим бўшлиғи санацияси ва лаважи қўлланилди.

Биз тизза бўғимининг бўғим тоғайи ва бўғим ичи юмшоқ тўқималар жарохатларини визуализациясида МРТнинг диагностик имкониятларини баҳолаш учун бажарилган артроскопик текширувлар маълумотлари билан солиштирилган МРТ протоколлари анализини ўтказдик.

Биринчи этап билан тестнинг ҳақиқий мусбат (истинно положительные) натижаси ХМ-(Текширувда аниқланган патология артроскопияда ҳам тасдиқланди.), Ҳақиқий манфий-Х-М (патология текширувда ҳам артроскопик текширувда ҳам аниқланмади), ёлғон мусбат-ЁМ (патология текширувда аниқланган лекин артроскопик текширувда тасдиқланмаган), ва Ё-М (патология диагностикада аниқланмаган лекин артроскопияда борлиг тасдиқланган) натижалари ҳисоблаб топилган эди.

Иккинчи этап билан, юқоридаги олинган маълумотларга асосланиб, диагностик текширувлар эффективлигини баҳолашда қўлланиладиган қуйидаги курсатгачлар ҳисоблаб топилган. [Гланц С. 1998..]:

Сезгирлик – беморларда бирон бир касаллик бўлган ҳолатда, беморларда шу касаллик ҳақиқий мусбат тести натижалари ҳақиқий мусбат ва ёлғон манфий натижаларга нисбатан нисбати фоизларда ифодаланиши. Ҳисоблаш қуйидаги формула бўйича олиб борилади: $ИП/(ИП+ЛО) \times 100\%$.

Спецификлик – бу соғлам кишиларда ҳақиқий манфий тест натижаларини ҳақиқий манфий тест натижалари ва ёлғон мусбат тест натижалари жамланмасига нисбатан фоизларда ифодаланган нисбати. манфий тестнинг аниқлиги саоллом кишиларда ҳисоблаб топилган. $ИО/(ИО+ЛП) \times 100\%$.

Аниқлик-хамма хақиқий натижаларни хамма натижаларга фоизларда ифодаланган нисбати.(хамма текширишлар орасида хақиқий тестнинг хиссаси)
$$\text{ИО} + \text{ИП} / \text{ЛП} + \text{РШ} + \text{ИО} + \text{ЛО} \times 100\%.$$

Манфий тестнинг прогностик баҳоси-тестнинг бирор потологияга нисбатан манфий натижасида, текширувда шу потология хақиқатан йўқлигига нисбатан аниқлиги .

$$\text{ИО} / (\text{ИО} + \text{ЛО}) \times 100\%.$$

Мусбат тестнинг прогностик баҳоси-тестнинг бирор потологияга нисбатан мусбат натижасида, текширувда шу потология хақиқатан борлигига нисбатан аниқлигини ифодалайди. .

$$\text{ИП} / (\text{ИП} + \text{ЛП}) \times 100\%.$$

Ёлғон –мусбат натижа - $\text{ЛП} / (\text{ЛП} + \text{ИО}) \times 100\%$. Ёлғон –мусбат натижаларни ёлғон мусбат натижа ва хақиқий манфий натижалар бирлашмасига нисбатан фоизларда ифодаланиши.

Артроскопик давонинг яқин ва узоқ натижаларини баҳолаш профессор М.Б. Цыкунова назорати остида М.Б. Цыкунова томонидан тавклиф этилган ва қайта ишланган методика бўйича ўтказилади. [Меркулова Л.А.-2000.], Бу система тизза бўғими функционал ҳолатини баҳолашни объективлаштириш ва уни компютер анализдан ўтказишга имконият беради.

У 5 қисмдан иборат. 2-4 қисмлар ҳар бир белгиси балларда баҳоланади: 5 -бу компенсацияли функция яъни патологик ўзгаришлар йўқ, 3-4 бал —бу субкомпенсацияли функция яъни ўртача ифодаланган ўзгаришлар, 3 балдан кам - бу декомпенсация , яққол ифодаланган ўзгаришлар .

Тизза бўғими ҳолатининг охири баҳоси интеграл кўрсаткич ёки ўртача балл билан баҳоланади.

Қандайдир белгини аниқлаш имкони бўлмагандаа ўртача бал фойдаланилган ёки топилган белгилардан ҳисоблаб топилади.

Биринчи қисм демографик маълумотлар, травма анамнези , олдинги ўтказилган операцияларни ўз ичига олади. Бу маълумотлар ёзиб

кўйилади лекин градуится қилинмайди.

Иккинчи қисм тизза бўғимининг субъектив баҳосини ўз ичига олади. Маълумотлар бемор сўзидан ёзиб олинади. Кейин 0 балдан 5 балгача баҳоланади. Учинчи қисм беморларни 0 балдан 5 балгача баҳолай олиш имкониятига эга бўлган функционал тестларни ўз ичига олади .

Тўртинчи қисм тизза бўғими функциясини баҳоловчи физикал ва инструментал текшириш методлари маълумотларини ўз ичига олади.

Бешинчи қисм қўшимча текшириш методлари (биомеханик текширишлар , электродиагностика, рентгенография, КТ, МРТ, психологик тестлар ва бошқалар). маълумотларини ўз ичига олади.

Олинган маълумотлар натижаларига кўра умумий хулоса қилинади. Тизза бўғимининг ҳолати текшириш вақтида аниқланади.

Биз қуйидаги уч даража функциянинг компенсациясига мос келувчи 3 та гуруҳ ажратдик:

1-гуруҳ компенсациялашган - 4 балдан кўп,

2-гуруҳ субкомпенсация - 3-4 балл,

3-гуруҳ декомпенсация - 3 балдан кам

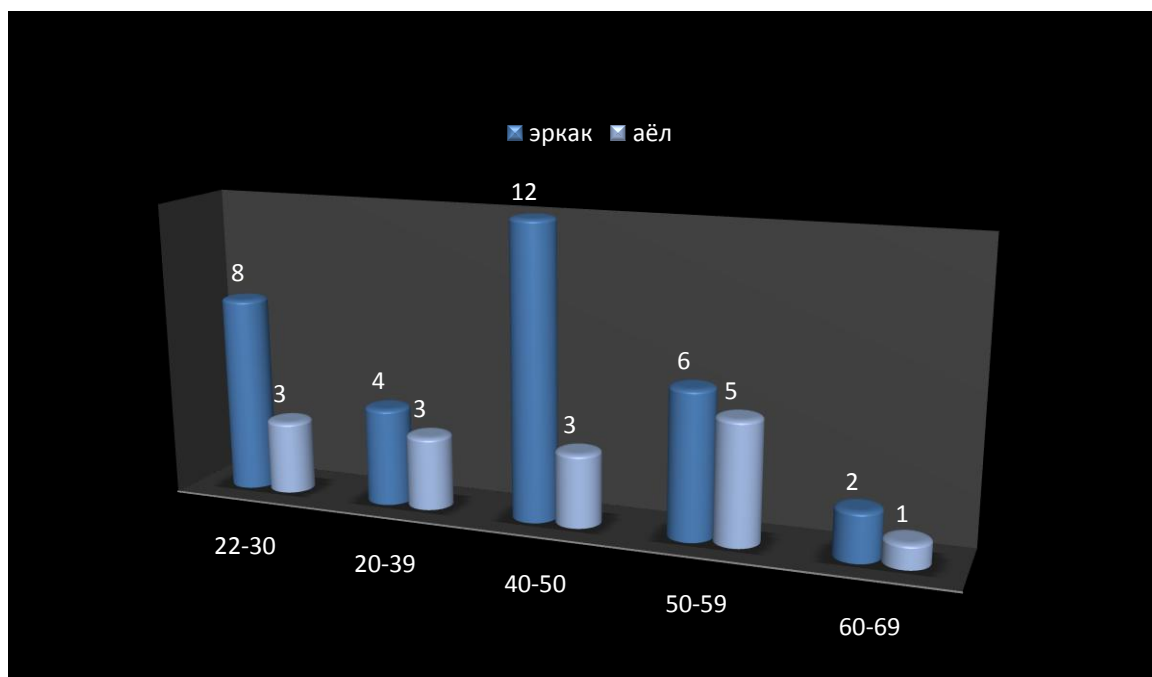
. Биз юқоридаги маълумотлар системаси ёрдамида оператив даволашдан кейин тизза бўғими функционал ҳолатини баҳоладик. **(Баҳолаш натижалари 3- бобда ; Артроскопик даволаш натижаларини баҳолаш; сарлавҳаси остида келтирилган).**

Беморлар ёши ва жинси бўйича тақсимланиши 1- жадвалда кўрсатилган.

1-жадвал.

Ёши (йил)	22-30		20-39		40-49		50-59		60-69		Жами	
	Э	А	Э	А	Э	А	Э	А	Э	А	Э	А
Бемор сони	8	3	4	3	12	3	6	5	2	1	32	15

Жами	1 (2%)	7 (16%)	21 (47%)	13 (29%)	3 (7%)	47 (100%)
------	-----------	------------	-------------	-------------	-----------	--------------



№3-боб

Текшириш натижалари ва уларни муҳокамаси.

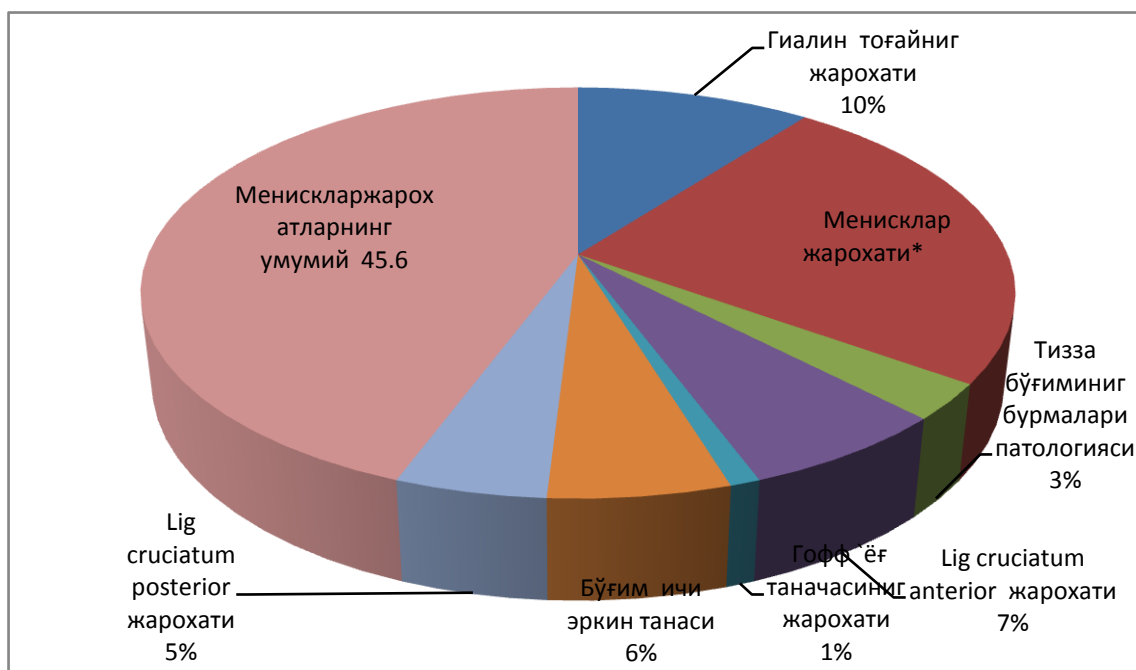
3.1. Артроскопик диагностика ва даволашнинг натижалари.

Шахсий кузатишлар ва архив материаллари асосида 2012 ва 2015 йиллар давомида самарқанд вилоят травматология ва ортопедия шифохонасида тизза бўғими артроскопияси ёрдамида бўғим ичи структураси патологиялари аниқланиб даволанган беморлар устида анализ ўтказилган. Ўртача ёш 21,5 ёшни ташкил этади, 30 эркак ва 15 аёл.

№2- Жадвал

Тизза бўғими артроскопиясида аниқланган бўғим ичи юмшоқ тўқималар жароҳат турлари

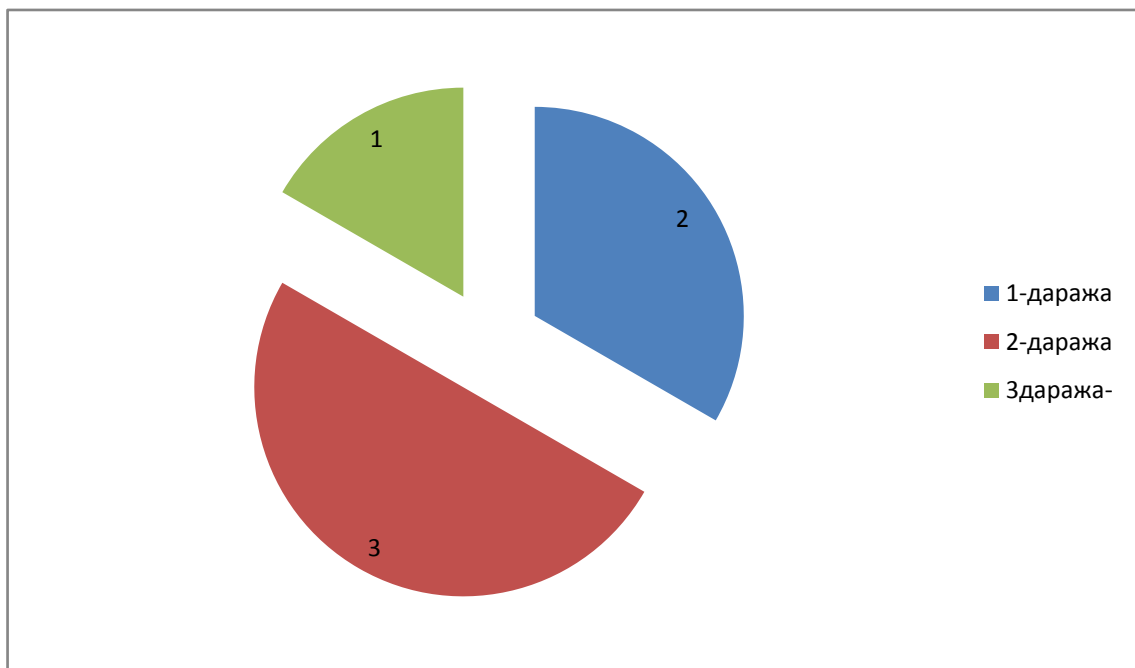
Диагноз	Беморлар сони	
	Абс.	%
Гиалин тоғайнинг жароҳати	7	19,27
Менисклар жароҳати	14	45,6
Тизза бўғимининг бурмалари патологияси	3	5,26
Lig cruciatum anterior жароҳати	7	12,2
Гофф `ёғ таначасининг жароҳати	1	1,75
Бўғим ичи эркин танаси	6	10,52
Lig cruciatum posterior жароҳати	6	1,8
Жароҳатларнинг умумий сони	45	



Тизза бўғимининг гиалин тоғайининг жароҳати

Гиалин тоғайининг хар хил жароҳатлари тизза бўғими артроскопиясида энг кўп учрайдиган патологиялардан бири ҳисобланади. Бундай патологиялар 11 (19,27%) та беморда аниқланган . (2- жадвал). Ҳозирги вақтда бўғим тоғайи жароҳатларининг бир нечта классификацияси мавжуд . [Outerbridge R.E. 1961.-]. Бизнинг текширишларимизда тизза бўғим тоғайи жароҳатлари З.С. Миронов классификацияси бўйича ўтказилди : 1- даража - юмшаши, шишиши, ёки тоғайининг кўчиши ; бизнинг 2та беморимизда учради. 2 даража – субхондрал суякгача етувчи чуқур ёриқлар ; 3 та беморда кузатилди. 3 даража - эрозия, бўғим тоғай юзасининг дефектла яраси 1та беморда аниқланди.

Гиалин тоғай жароҳатларининг оғирлик даражаларининг З.С.Миронов бўйича классификация



3-Диаграмма

Тизза бўғими менисклари жароҳати

Тизза бўғими мениски патологиялари даволашда ортопедлар олдида жуда катта муаммолар пайдо бўлади. Зарарланган ёки аномалияга учраган менискнинг узоқ вақт давомида бўлиши бир томондан бўғим функциясининг патологик шароитга мослашишиги иккинчи томондан тизза бўғимида иккиламчи патологик ўзгаришларни чақиради. Шу муносабат билан кеч ўтказилган операция бўғимда дегенератив-дистрофик жараёнлар кечишини чуқурлаштиради.

Биз 25 та беморда мениск жароҳатини кузатдик. Улар умумий тизза бўғимида операция қилинган беморларнинг 45.6%ини ташкил этади. Баъзи бир адабиётларда медиал менискнинг жароҳатининг куп учраши тўғрисида гап кетади. Бизнинг текширишларимизда 16 та латерал ва 7 та медиал 2 та бирлашиб келган травма учради.

4-Диаграмма



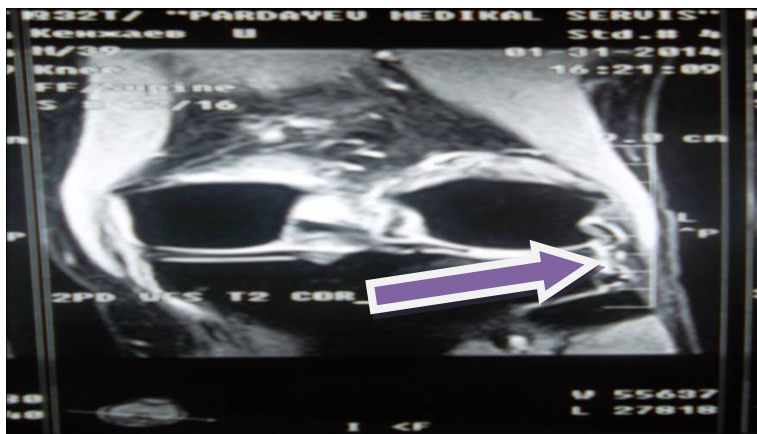
Бизнинг беморларда мениск жароҳати жойлашган жойига қараб қуйидагича қисмларга бўлинди: 56%дан зиёд йиртилиш менискнинг орқа шоҳида , 33% - мениск танасида 11% - олдинги шоҳида.Биз бу бўлинишни зарарланишнинг кўпроқ учраш жойига қараб белгиладик. Бир неча мениск йиртилишлари фақат танасида ёки шоҳида бўлмайди

Биз турли 7 хил вариантда менискнинг бўйлама йиртилишини аниқлади. В.М Крестьяшин мениск жароҳатланган беморларнинг 96% ида ручка лейка типида йиртилишини аниқлаган. [Крестьяшин В. М... 1999..].

Хозирги вақтда мениск резексияси натижасида тизза бўғимида биомеханик ўзгаришлар келиб чиқишига қарамасдан биз мениск зарарланишларида парциал менискоэктомия методидан фойдаланимиз. Бироқ биз Accadbled F омонидан ўтказилган изланишлар натижаларига таянамиз. Улар малумотлари натижаларига кўра мениск йиртилишларини тиклаш қониқарсиз кечади ва 60% ҳолатда қайта операция қалишга тўғри келади.. шунинг учун зарарланган менискни тиклаш критериялари ва кўрсатмалари охиригача ўрганилмаган ва қайта ишланмаган. [Accadbled F., Cassard X., Sales de Gauzy J., Cahuzac J.P.- 2007].

Клиник мисол 1

Бемор : Shonazarova Mavluda 1964 йил тўғилган. 27.01.2014 г. Шикоятлари Чап тизза бўғимида даврий блокада ва оғриқ бўлишига. Анамнез : бемор сўзидан 0.2.10.2013 йил кўчада чап оёғига йиқилган. ўткир оғриқ сезган. Яшаша жойида тизза бўғими пунксия қилиниб геморрагик суюқлик эвакуация қилинган. Кейинчалик юқоридаги шикоятлар безовта қила бошлаган. Текшириш вақтида: қадам ташлаши эркин , чап оёғига оқсоқланади, тизза бўғимида шиш, ёзиш 160 гача чекланган. Бўзим медиал юзаси палпацмиаида оғриқ сезади. Мак-Муррея симптоми мусбат. Рентген патологичсиз. МРТ медиал менискнинг олдинги шохиги йиртилганлиги белгисини беради. (Рис.1) Артроскопияда медиал менискнинг йиртилган қисмини бўғим тирқишига чиқиб қолганлиги кўрилади. Бу эса тизза бўғимида ёзишнинг чекланишига олиб келган. Парциал менискоэктомиа қилинган (. 2 расм).



1-Расм КТ текширувида медиал менискнинг йиртилганлиги стралка билан кўрсатилган

Бемор- Shonazarova Mavluda 1964



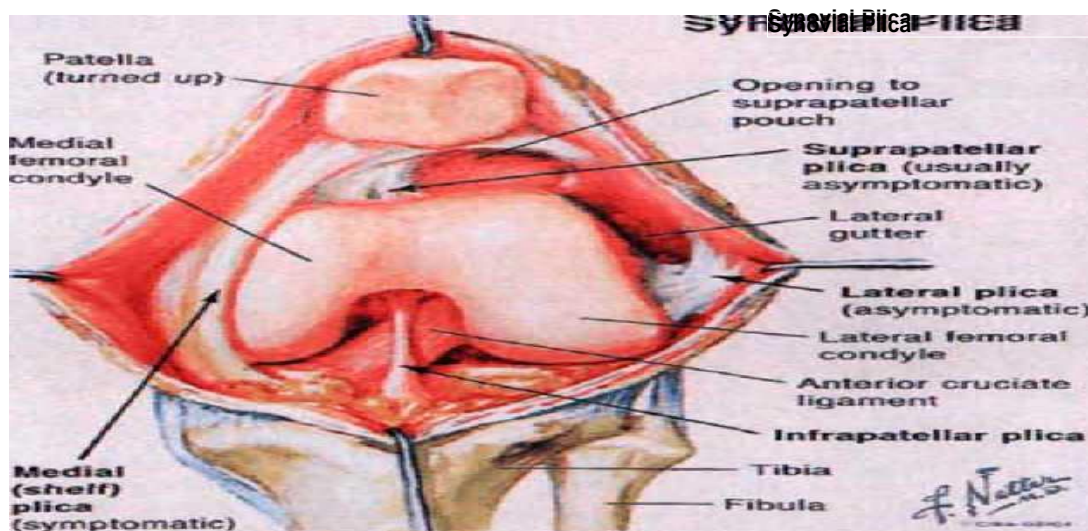
2- Расм. Артроскопик кўриниш-Медиал мениск йиртилган қисмининг марказга силжиганлигини кўриш мумкин. Shonazarova Mavluda 1964 йил.

Синовиал бурманинг патологиялари .

Тиза бўғими медиопателляр бурма патологичлари бўғим диагностик режасидаги энг қийин патологиялардан бири ҳисобланади. Бу беморлар умумий беморларнинг 11.1 % ни, артроскопияда аниқлаган беморларнинг 3 тасини ташкил этади.

Бурма тизза қопқоғи медиал қиррасидан 1 см узоқликдан ўтади. Агар у етарлича кенг бўлса унинг эркин қирраси тизза бўғимини букганимизда бболдир ички кондилуси ва тизза қопқоғи орасига тушиб қолиб, тизза бўғимида импиджмент синдромини чақиради. Касаллик этиологияси ханузгача ноаниқ бўлиб келмоқда. Оғриқ пайдо бўлишининг асосий сабаларидан бири бурма эластиклигининг бузилишидир. Касаллик белгиларини кучайтирувчи сабаблар албатта микротравмалар ҳисобланади.

3- Расм Тизза бўғимининг синовиал бурмалари



Оғриқ синдромининг ривожланиши («plica синдрома») ривожланиши тўғрисида бир қанча қарши фикрлар мавжуд. Бир қанча муаллифлар фикрича бурмалар потологичси тизза бўғимида оғриқ чақириши мумкин лекин уларнинг роли кўп холларда жуда бўрттирилади ва куп холларда зарарланмаган синовиал бурма асосланмаган холда олиб ташланган [Jackson и al. Richmond, J. C, and McGinty J. V.: 1983.]. Бошқа авторлар бу тўғрисида бошқача Яъни бу потология тизза бўғимлар оғриғида асосий сабабчи хисобланади. [Jackson и al. Richmond, J. C, and McGinty J. V.: 1983.].

1989.] Биз синовиал бурманинг потологиялари верификациясида Sherman R.M. и Jackson R.W. [Sherman, R. M. P., and Jackson, R. W]. томонидан келтирилган критериялардан фойдаландик:

1. анамнез ва тизза бўғимининг олдинги – медиал қисмида оғриқ бўлиши ;
- 2) Консерватив давонинг мусбат динамикасининг йўқлиги.;
- 3) Тизза бўғимининг букиб ёзиш давомида сон медиал кондилуси билан контакт қилиб турувчи бурманинг аваскуляр фиброз қирраси билан бирга артроскопик визуализация қилиш. 4) Артроскопияда оғриқ синромини келтириб чиқарувчи бирон бир бошқа потологик ўзгариш аниқланмаса

.Биз қуйидаги фикрни шарҳлаб кўрамиз: адабиётларда тизза бўғимининг олдинги – медиал қисмида оғриқ чакирувчи медиал бурма потологялари тўғрисида малумотлар жуда кам. Шунинг учун артроскопия бу потология диагностикасида олтин стандарт хисобланади. Клиник белгиларнинг яққол ифодаланганлиги ва оғриқ синдромининг давомийлиги хар доим хам синовиал бурманинг кенглиги , ўлчами артроскопик текширувида келтирилган патологик ўзгаришга пропорцианал бўлмайди. Бу маълумотларга асосланиб биз қуйидаги фикрни тасдиқлаймиз: бурманинг болдир кондилуси тоғай қаватининг хондромалаясион зонаси билан кантактда бўлувчи қисми оғриқнинг асосий сабабларидан бири хисобланади.

Sakakibara бўйича энг оддий ва кулай классификация бурмани 4 типга бўлади:

Атип , синовиал қаватда бурма ип кўринишида ;

Втип , болдирнинг медиал кондилусининг олдинги юзасини қопламайди ва полки кўринишида бўлади. ;

С тип , болдирнинг медиал кондилусининг олдинги юзасини қоплайди ва катта кўринишида бўлади.;

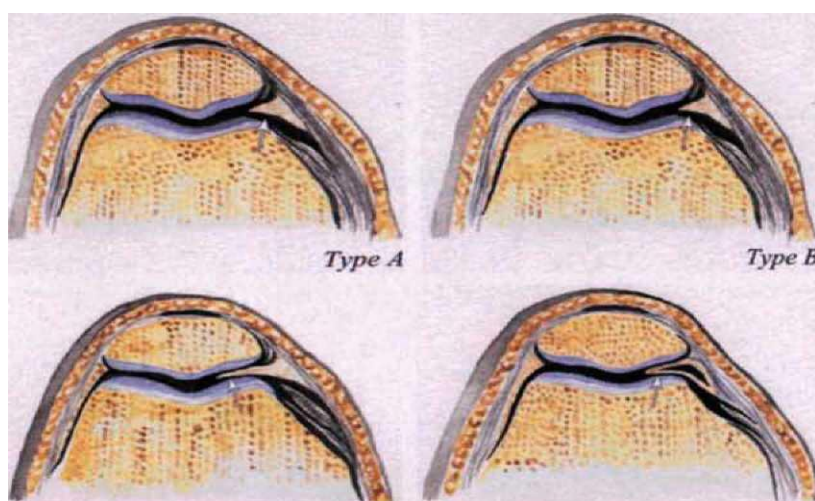
Д тип, бурма марказий дефект билан (бурмада йиртилган жой бор). Бу классификация макроскопик малумотларга асосланган. (4 Расм)

Sakakibara бўйича классификация схемаси.

Тип А, Сиовиал қопчада ип кўринишида

Тип В, подобие полки не покрывающей переднюю поверхность медиального мышелка бедра.

Тип С, большая, наподобие полке и покрывающей переднюю поверхность медиального мыщелка бедра.



Type C Type D

4-Расм.Тизза бўғимининг медиал синовиал бурмасы.

Хозирги вақтда кўплаб муаллифлар бу потологияларнинг эффектив даволаш методи бурманинг артроскопик резекция қилиш деб ҳисоблайди. [Jackson и al. Richmond, J. C, and McGinty J. В 1983.-Jackson, R. W.; Marshall, D. J., Fujisawa, V.: 1982.]. Hansen Н., Вое S.нинг малумоти бўйича 83% беморларда бурманинг артроскопик резекцияси яхши натижа беради. [Hansen Н., Вое S.. 2006,.].

Lig cruciatum anterior нинг жароҳати

Хозирги вақтда беморларда ўткир даврда хочсимон боғламни тиклаш кераклилиги тўғрисида ҳеч қандай асосланган фикр йўқ.

Охирги йилларда физиологик ва морфологик текширувлар тизза бўғими мушаклари стабиллигини тامينлашда тизза бўғимининг бўғим ичи структурасининг муҳим ўрни ҳақида малумот беради. [Draper V., Ballard L:].

Шу вақтдан бошлаб беморларда олдинги хочсимон боғламнинг механик бутунлигини тиклаш эмас унинг проприорецептив функциясини сақлашга қаратилган оператив методлар,диагностик технологиялар ва функционал даво услубларини қайта ишлаб чиқиш жуда муҳимдир. Бизнинг

қарашимиз бўйича Lig cruciatum anterior қисман жароҳатларида фақатгина ТБ нинг асосий актив стабилизатори бўлган тўрт бошли мушак эмас орқа гуруҳ мушаклари актив мушаклар кучини ошириш мақсадида интенсив равишда массаж, физиодаво ва спорт билан шуғулланиш орқали тизза бўғими актив стабилизаторини мустаҳкамлашга қаратилган даволашнинг оптимал варианты консерватив даво жуда муҳим ҳисобланади.

Тизза бўғими ёғ танасининг жароҳати

Гофф ёғ танасининг жароҳати гиперплазиялашган, склерозлашган кўриришда ёки кон қуйилиш кўринишида лат ейиш белгилари билан номоён бўлиб, оғриқ асосида жароҳатланган ёғ танасининг тизза бўғими бўшлиғи орасига тушиб қолиши ётади. Тизза бўғими артроскопичсида биз 1 та беморда (1,85%) аниқладик. (5 расмга қаралсин)



5-расм Гиперплазиялашган гофф танаси (стрелка билан кўрсат)



БРасм . КТ тасвир

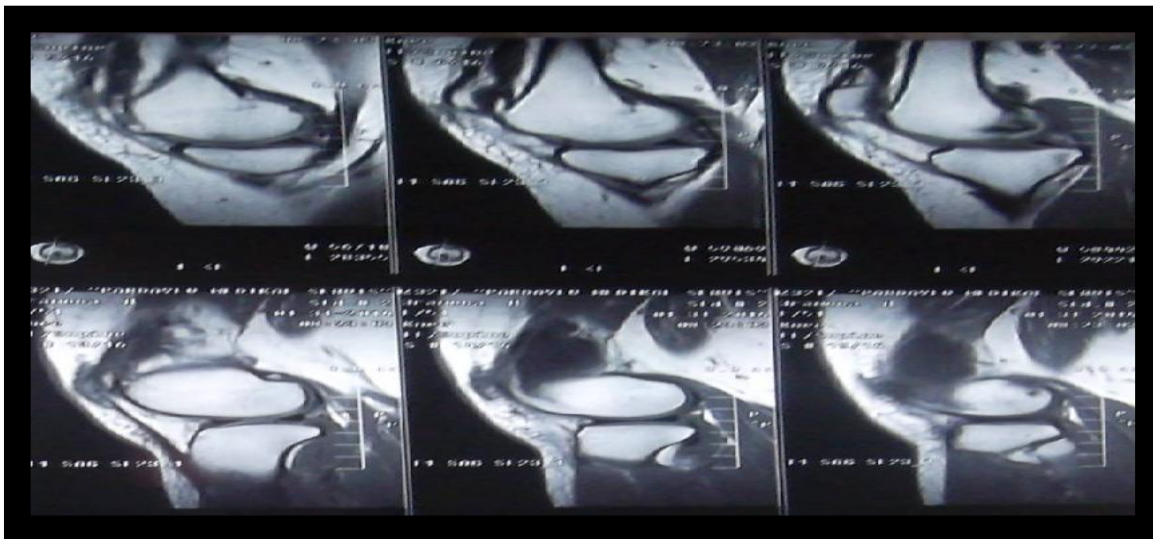
Бемор: Karimava Shoxsina 1964 -йил

Гофф таначасининг жарохати стрелка билан кўрсатилган.

Lig cruciatum pјsterior ning жарохати-жуда кам учрайдиган патология булиб болалар учун характерли эмас. Бизнинг кузатишларимизда бундай патологияларнинг 7 тасини аниқладик. Бу умумий беморларнинг 16.:% ини ташкил этади..

Бўғим ичи эркин танаси.

Тизза бўғим ичи эркин танаси 5 та(9,24%) беморда аниқланди. Улардан 4 тасида эркин танача хосил бўлишининг асосий сабаби тизза қапқоғининг травматик чиқиши натижасида сон суягининг ташқи кондилусидан суяк тоғай фрагментининг кўчиши хисобланади. Шунингдек кам миқдорда бўғим ичи эркин танасининг пайдо бўлиш сабаби Кенига касаллигида сон суягининг гиалин тоғайи хисобланади.



7- Расм . КТ тасвир

Patient: Egamova Dilorom 1963year.

Эркин хондром тана (стрелка билан кўрсатилган)



8-Расм. Артроскопик тасвир

Бемор: Egamova Dilorom 1963 йил.

Эркин хондром тана.

Тизза бўғимининг гемартрози.

Диагностик методнинг ҳамма бор имкониятларига қарамасдан 14 (25,9%) беморда «тизза бўғимининг гемартрози» симптоматик диагностик диагнози билан операуия қилинган. Бироқ фақат иккита беморда артроскопия диқгностик ва санацион мақсадда ўтказилган, қолган хаолатларда хирургик аралашувни талаб этувчи мениск йиртилиши, Lig cruciatum anterior, бўғим капсуласининг, гиалин тоғайнинг жарохати кўринишидаги жарохатлар аниқланган.

Артроскопик тасдиқланган тўғри клиник диагнозлар сони 61% ни ташкил этди. [Faraj A.A., Schilders E., Martens M. -2000.-.].

Бизнинг текширишларимизда ҳам худди шунга ўхшаш кўрсаткич аниқланди. Бу кўрсаткич 64% ни ташкил этди.

Диагноз.	Тизза бўғимининг артроскопик текширувигача		Артроскопияда тасдиқланган диагнозлар	
	Абс.	%	Абс.	%
Медиал мениск жарохати	14	20	11	58.33
Гиалин тоғайнинг жарохати.	8	15	7	66.66
Эркин хондром тана	5	8,33	5	100
Тизза бўғимининг патологик склакаси.	3	11,66	2	85.71
Lig cruciatum anterior жарохати	7	13.3	5	85.71
Гоф таначасининг жарохати	1	1,6	1	100
Lig cruciatum post ;жарохати	7	11.66	3	63.85
Жами	45	100	35	

. «Якуний диагнозлар»ни кўриб чиқганимизда тахминий диагнозлар 35(64%) беморда артроскопик диагнозлар билан мос тушди. (табл.3),. Бизнинг текширишларимизда « медиал менискнинг жарохати» диагнози 14 та(20%) беморда учради.Бироқ артроскопиядан кейин фақат 11 та беморда бу диагноз артроскопик тасдиқланди. Қолган 2та беморда латерал менискнинг жарохати. 1 та беморда ёғ танасининг патология аниқланди.(3 табл

Шундай қилиб,беморларда тизза бўғимининг бўғим ичи жарохатлари операциягача диагноз ва артроскопик тасдиқланган диагнозлар бўйича фарқ қилади..

3.2.Беморларда тизза бўғими ичи юмшоқ тўқималар диагностикасида УЗИ ва МРТ имкониятлари.

Маълумки,беморларда тизза бўғими бўғим ичи юмшоқ тўқималар жарохати клиник диагностикаси қийин ва кам эффеқтли. Жуда катта умид замонавий визуализация методларига таянади.. Хозиргаи замонда КТ, МРТ, УЗИ ва бошқалар ёрдамида тизза бўғимининг у ёки бу анатомик структурасини визуализация қилувчи методлардан кенг фойдаланилади. Бу методлар биринчи ўринда методларнинг ноинавивлиги ва текширишнинг оддийлиги туфайли методлар кенг қўлланилябди.Бироқ шуни билиш керакки беморларда ,МРТ текшируви ўтказаетганимизда беморларни кераклича вақт давомида харакатсиз туриши туфайли қийинчилик туғдиради. Бу холатда МРТ наркоз остида ўтказилади.

Биз УЗИ ва МРТ протоколларини артроскопик операциялар малумотлари билан солиштириб анализ ўтказдик. Эслатиб ўтамиз,МРТ хар хил клиника

ва хар хил магнит поля кучланишларига эга хар хил аппаратларда ўтказилган.

4-Таблица.

		Диагностик натижалар		
	Хақиқий масбат-	Хақиқий манфий	Ёлған масбат	Ёлғон манфий
Жароҳат турлари			\	
		Беморлар сони		
Медиал менискнинг жароҳати	4	5	2 ;	3
Латерал менискнинг жароҳати	12	3	1	1
Бўғим тоғайининг жароҳати	3	4	2	2
Олдинги хочсимон боғламнинг жароҳати.	2	4	1	1

. Мрт диагностиканинг натижалари 4-чи таблицада келтирилган .

Хамма рост(истинный)хулосаларнинг умумий текширувлар миқдорига нисбатан аниқлигини ифода этганлиги учун тестнинг аниқлиги нур диагностик методнинг энг ишончли имкониятларидан бири ҳисобланади.

Иккинчи мухим кўрсаткич бизнинг қарашимизча УЗИ ваМРТ хулосалари бўйича аниқланган патологиялар борлигини фоиз(%) нисбатда ифода этувчи мусбат тестнинг прогностик баҳоси ҳисобланади. Айнан мусбат таст жароҳаттланиш белгилари борлигини кўрсатади.Бу эса хирургик давога кўрсатма ҳисобланади.

Учинчи мухим кўрсаткич манфий тастнинг прогностик баҳоси ҳисобланади. Бу термин асосида манфий тестда патологиянинг йўқлиги аниқлиги ҳисобланади. Хаттоки патологиянинг ёлғон аниқланишида ҳам беморни динамикада узоқ муддатли кузатишга ва клиник текшириш имконияти бор. Агар текшириш натижалари бўйича ҳақиқатан бпр патология ёлғон аниқланмай қолса беморлар консерватив даволашга ҳаракат қилади.Беморлар ўзини соғ ҳисоблаб узоқ вақт мутахасисга учрашмайди.. тизза бўғимида патология йўқлиги тўғрисидаги хато хулоса оғир ва қайтмас жараёнга олиб боради. Бироқ шуни аниқлаш керакки ,тестнинг прогностик баҳоси умумий текширилувчилар группасида изланаётган патологиянинг учраш тезлигига боғлиқ ҳолда топилади ва фақат алоҳида олинган кўрсаткич бўйича метод ҳавида фикр юритиб бўлмайди. Бундан ташқари артроскопик диагностика куп ҳолларда операция қилувчи хирург квалификация ва малакасига шунингдек тизза бўғимининг индивидуал анотомик структурасига боғлиқ вақ айнан мана ўу босқичда хатолар пайдо бўлишига олиб келади. Бизнинг текширув ишларимизда бу кўрсатгачлар верификациянинг қийинлиги туфайли ҳисобга олинмади.

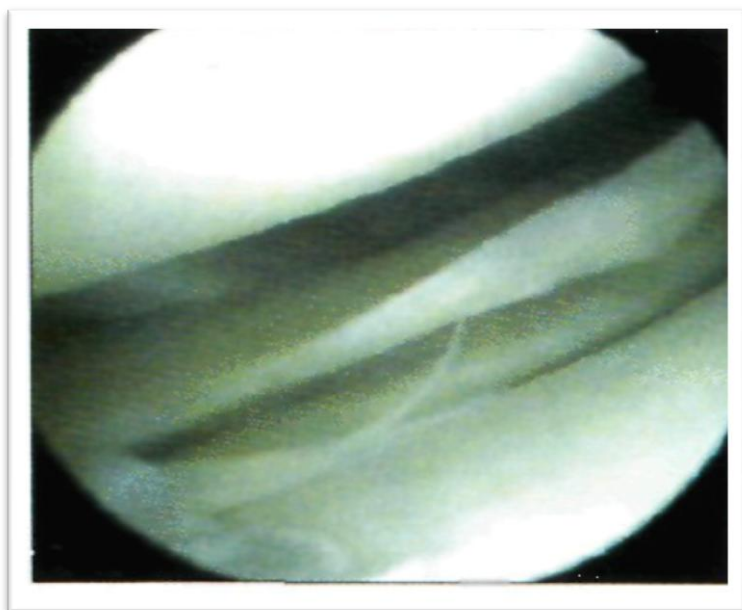
1 Ултравук диагностиканинг имкониятлари.

Ултравук диагностиканинг имкониятлари патология турларига боғлиқ ҳолда ҳар хил бўлади

Гиалин тоғайнинг травмабик ўзгаришларида УЗИ дан фойдаланиш тизза бўғимининг анотомик тузилиши ва ултравук тўлқиннинг тарқалишига

боғлиқ холда бир қанча ўзига хосликларга эга. Ультразвук нур тарқатувчи мосламадан тизза бўғимининг юмшоқ тўқималарига тарқалиб ,картикал суяк орасига кириш ёки қандайдир йўл билан айланиб ўтиш имконичтига эга бўлмасдан суяк элементларидан тасвири қайтади. Бу метод билан тўғридан тўғри визуализация қилиш биринчи ўринда сан суяги кондилуслараро бўшлиқ бўғим юзасини текшириш учун чекловларга эга.Бундан ташқари текшириш имкониятлари катта болдир платосин текширишда хам чекловларга эга.

Ультразвуковой мето латерал менискнинг жароҳатларини текширишда куйидагича кўрсаткичлар билан текширишнинг яхши натижаларини кўрсатди: аниқлик -80%, мусбат тестнинг прогностик баҳоси - 71% ва манфий тестнинг - 90%.Шу вақтнинг ўзида диагностика қилиш қийин бўлган жароҳатлар хам бор. Масалан , медиал мениск зарарланишларида мусбат тестнинг прогностик баҳоси 62%ни бошқача сўз битлан айтганда менискнинг хақиқий жароҳати унинг УЗИ да кўриниши 62%(жароҳатларнинг ярмидан кўпроғи) га тенг . Бу вазичтдан кнлиб чиқиб,биз бир фикрга келдик ,Гипердиагностиканингсабабларидан бири мениск орқа шохи ривожлвнишининг анатомик варианты хисобланади.



9-расм . Артроскопик тасвир .

Артроскопияда шу нарса аниқландики , бундай вазиятда мениск орқа шохи хамма кенгликда хам бўғим капсуласи билан бирикмаган бўлади. Мениск орқа шохи соҳасида синосиал чўнтак борлиги ёки бу соҳада битишнинг тўлиқ йўқлиги аниқланади (9 расмс).Бу бу эса мутахасислар томонидан мениск орқа шохи соҳасида вертикал жароҳат бордек қабул қилинади.

Тизза бўғими складкаси патологиялари—артроскопияда жуда кам аниқланувчи патологик ҳолатлардан бири . Бунда УЗИ сезгирлиги28%,Метод аниқлиги 87%, мусбат тестнинг прогностик баҳоси 66%ни ташкил этади.

Тизза бўғимининг синовиал складкаси ,нормал анатомик тузалмалардан бири бўлиб,унинг потологик ҳолатларида верификация қилиш қийинчилик туғдиради.УЗИ текширувида бу структура(потологик синовиал структура)нинг тизза бўғими бошқа элементлари билан конфликт бор ёки йўқлигини аниқлаш жуда қийин. Патологик характердаги складканинг ультразвукавой критериялари эхо-структура бўйича бир хил кўриришга эга бўлмаган структураларнинг борлиги ёки сон суяги медиал кондилусида гиперэхоген тузилмаларнинг борлиги ,бу структуранинг юмшоқ консистенцияли эканлиги ,tizза бўғимини букиб кўрилганда структура қалинлашиши ,бунинг бевосита сон ички кондилуси соҳасида жойлашганлиги ,сон медиал кондилуси складка билан контакт бор жойда чўкиш зонаси борлиги билан аниқланади.Бу методнинг техник оддийлиги ва ноинвазивлигини ҳисобга олиб синовиал складка патологияларида текшириш методларидан бири сифатида УЗИ дан фойдаланишимиз мумкин. [Удодова Н.В. - М, 1997.].

Агар тизза бўғими юқори ички зонасида оғирлик , тизза қопқоғининг медиал фасеткаси ва сон ички кондилуси орасида жойлашган мустаҳкамлиги бўйича бириктирувчи тўқимага мос келувчи юмшоқ туқимали структура борлигига қараб потологик синовиал складка диагнозини КТ текшируви ёрдамада хам қўйишимиз мумкин. Бу методнинг

техник қийинлиги, қимматлиги туфайли жуда кам қўлланилади. Бу методдан кенг фойдаланишга қарши энг жидий аргумент МРТ нинг жадал суратда ривожланаётганлигидир. Бизнинг малумотларга кўра МРТ текширувида тизза бўғимига киритилган контраст модда бўғим бўшлиғида ортиқча ьосим пайда қилади ва бунинг натижасида жойига тушиб тўғирланган складка жуда яхши кўринади. Артроскопик текширувда ҳам тизза бўғими бўшлиғига босим остида физиологик эритма юборганимизда тизза бўғимининг складка ва бурмалари анологик равишда тўғирланади ва уларни чиройли тасвирини тامينлайди. Бирок, айнан мана шу потологиялар функуия бузилиши сабачи эканлиги ёки йуқлигини фақат МРТ маълумотлари орқали аниқлаш жуда қийин. Тизза бўғими функцияси бузилиши сабабчиларидан бири сон медиал кондилуси сохасидаги тоғай қаватининг бузилиши ва тизза қопқағи сохасида қалинлашган складканинг борлиги ёки бошқа сабаблар бўлиши мумкин. Нур текшириш методи орқали аниқланган синовиал складка потологияи хақидаги факт ҳам унинг хирургик резекциясига кўрсатма бўла олмайди. Фақатгина клиник ва артроскопик мос келувчи маълумотлар бор бўлганда курсатма бўла олади.

Бундан ташқари, тизза бўғимининг бу потологик холатига УЗИ текширувининг паст сезгирлиги потологик синовиал складка конфликт чақириб, («шельф-синдром»), дарров чуқур даражагача ўзгармайди ва склерозлашмайди. Патологик синдром вақт ўтиши билан ривожланиб, кўпайиб боради. Артроскопик техниканинг ривожланиши ва бу методга кўрсатманинг кенгайиб бориши туфайли оғриқли ва потологик ўзгариш гиалин тоғай ва потологик складка хисобидан бўлганда потологиянинг хали ривожланиб улгурмасдан потологик холатни эрта этапда «тўхтатиш» имконияти пайдо бўлди. Ахир агар структурал ўзгариш минимал даражада бўлса, уларни визуализация аилиш анча қийин. Чунки бу тўқималар УЗИ ва МРТ текширувлврида нормал тўқииалардан фарқ қилмайди. Қачонки жараён узок вақт давом этса, складканинг яққол ифодаланган гипертрофияси ва склерози

кўринишидаги структурал ўзаришлар ривожланади, трансформация келиб чиқади ва ультразвук тасвир юзага келади.

Lig cruciatum anterior жарохатида УЗИ диагностика бази бир қийинчиликлар туғдиради. Бу боғламнинг анатомик жойлашиши, шунингдек боғламнинг тасвирга тушиши (визуализация қилиш) мумкин бўлган қисми қисқа узунликда эканлигига боғлиқ. Бу ҳолат текширувчига боғлам ҳолати ҳақидаги саволга аниқ жавоб бермайди. Lig cruciatum posterior ни визуализация қилиш қийинчилик туғдирмайди. Лекин бизнинг текширишларимиз бўйича бу жарохат тизза ўғимида учрайдиган травмаларнинг 1,8% ни ташкил этади.

. Магнитно-резонанс томографиянинг имкониятлари.

Тизза бўғимининг турли хил юмшоқ тўқима жарохатларида МРТ имкониятлари турли хил. (см. табл. бса). Яхши кўрсаткичлар тизза қопқоғи чиқишида капсула жарохатларини диагностикасида аниқланган.: аниқлик 93%, мусбат тестнинг прогностик баҳоси 90%.

Травмадан кейин биринчи минутларда тизза қопқоғининг ўз ҳолича тўғирланиши туфайли биринчи ўринда тизза бўғимининг оғриқ ва гемартроз синдромлари юзага чиққанлиги туфайли тизза қопқоғининг стандарт клиник ва рентгенологик диагностикаси ноэффектив ҳисобланади. Тизза қопқоғининг чиқиши натижасида бўғимда буқувчи аппаратнинг дисбалансига олиб келувчи ва тизза қопқоғининг бўғим тоғай юзаси жархатларига олиб келувчи комплекс жарохатлар келиб чиқади. [Быков В.М. 2003, .]. Кўплаб даволаш марказларида бу хил жарохатларга эътибор берилмайди. Беморлар мурожаат этиб келганда тизза бўғимида фақатгина шиши ва оғриқ чиндроми кузатилади. Палпацияда тизза қопқоғининг сон кондилуси контури бўйлаб оғриқ пайдо бўлади. Рентгенологик текширувда тизза қопқоғининг ўз ҳолича тўғирланганлиги учун суяк системасида ҳеч қандай патологик

ўзгариш аниқланмайди. Бироқ бази бир ҳолатларда тизза бўғимининг тўғри прокесияда туширилган рентгенограммасида тизза қопқоғининг медиал чети бўйлаб майда суяк фрагментлари аниқлқнади.

Бизнинг текширишларимиз натижасида шу малумот аниқ бўлдики,гиалин тоғай жароҳатларига МРТ сезгирлиги даражаси унчалик баланд эмас — 66. Гиалин тоғай жароҳатларини аниқлашда УЗИ га қараганда МРТ информатив кўрсаткичлари бир неча марта паст ,лекин бу кўрсаткичлар тизза бўғимининг хамма бўғим юзаларига хос . Гиалин тоғай жароҳатларини МРТ ёрдамида аниқлашда бошқа текширувчилар хам қийинчиликга дуч келишган.Бир қатор муаллифлар малумоти бўйича бу кўрсаткичлар ароҳат типи,жойлашган жойи ва оғтрлик дараҳасига қараб 39% дан 74%гача бўлади. [Huysse W.C., Verstraete K.L- 2008.].

Мусбат тестнинг прогностик баҳоси ва сезгирлик олдтнги хочсимон боғламнинг жароҳатида 66% ни ташкил этади .

Бизнинг маълумотларимиз бўйича ,олдинги хочсимон боғламнинг қисман жароҳати хочсимон боғлам жароҳати билан мурожаат қилган беморларнинг 80% ида учради.Бундан ташқари,текширишлар травмадан кейин хар хил муддатда утказилди.Бу эса текширувнинг аниқлик даражаларига тасир этади.

Тизза бўғими складкаси патологиялари—МРТ да жуда кам аниқланувчи патологик ҳолатлардан бири . Бунда МРТ сезгирлиги37%,Метод аниқлиги 70%, мусбат тестнинг прогностик баҳоси 66%ни ташкил этади. .Бизнинг фикримизча,бунинг сабаби худди УЗИ текширувидагидек.

Ёғ таначасининг потологиялари УЗИ ва МРТ текширишларида жада яхши аниқланди.

МРТ юқори даражада аниқлик билан тизза бўғими патологияларини «ўтказиб юбормаслик» га имкон беради. Манфий тестнинг ўртача

арифметик прогностик 91,6%. ни ташкил этди. МРТнинг ўртача аниқлиги 86,8%, мусбат тестнинг прогностик баҳоси 78% ни ташкил этди.

Ўтказилган текширувларга асосан биз шундай фикрга келишимиз мумкин, тизза бўғими бўғим ичи потологиялари диагностикасида МРТ УЗИ текширувидан фарқли равишда тизза бўғим ҳамма бўғимичи юмшоқ туқималарининг жароҳатларини визуализация қилишга имкон берувчи аниқроқ метод хисобланади.

Беморларда МРТ ўртача аниқлиг тўғрисидаги бизнинг малумотлар- 86,8% ни бошқа муаллифлар малумотлари бўйича -83,3% ни ташкил этади. Чет эллик авторлар малумоти бўйича, беморларда тизза бўғим юмшоқ туқима структураси жароҳатида МРТ диагностикаси аниқлиги ўртача 94 % ни ташкил этади. [Lundberg M., Odensten M., Thuomask.- 1996..]. УЗИ текширувининг ўртача аниқлиги 86%, бизнинг маълумотларимиз бўйича 84,5% ни ташкил этади.

Клиник мисол.

Бемор: Mavlonova Zilola 1994 йил

Шикоятлари: сўзича тез юрганда ва болдир букканда ўнг тизза қопқоғини ён томонга чиқишига, ҳаракатни кескин чегараланишига,

Бемор сўзича касаллик сабабини аниқ билмайди. Тизза қопқоғини чиқишини бир йил олдин сезиша бошлаган Мазкур вақтгача ҳеч қаерга мурожат қилмаган ва ҳеч қаерда даволанмаган.

Бемор ташқи кўрикда: Ташқи кўрганимизда беморни ўнг тизза бўғимини букканимизда чап тизза қопқоғи ташқарига чиқади. Пайпаслаб кўрганда ўнг тизза қопқоғи ҳаракатчан, тез латерал томонга ўтиб кетади. Ўнг томондан сон мушаклари атрофияси кузатилади (1,5 см). Тизза бўғимини 80° атрофида букилганда тизза қопқоғи ташқарига чиқади ва оёқ тўғри ҳолатга келганда осон ўз жойига боради. *A.dorsalis pedis dextra* да томир уриши яхши, бармоқлар ҳаракат ва сезувчанлиги сақланган. . Тизза бўғими рентгенография қалинган-суяк системасида ўзгаришлар аниқланиади. (13

расм). УЗИ маълумотлари бўйича тизза қопқоғининг медиал ушлаб турувчи аппарати жароҳатланганлиги аниқланади. (14 расм). МРТ: тизза қопқоғининг латерал ностабиллиги картинасига тўғри келади. (15 расм). Текшириш натижалари ва қайта клиник текширув натижалари бир бирига мос келди.. Тахминий диагноз- тизза қопқоғининг латерал ностабиллиги тасдиқланди. Артроскопик текширувда қўшимча текшириш методлари орқали олинган маълумотлар тасдиқланди. (16 расм). Тизза қопқоғини Ямомото усулида стабилизация қилиш операцияси ўтказилган.



Бемор: Mavlonova Zilola 1994 йил

Тизза қопқоғи латерал чиқиш тасвирланган. Суяк системасида ҳеч қандай ўзгариш кузатилмайди.

13 Расм. Тизза бўғимини тўғри проекцияда рентгенограммаси.

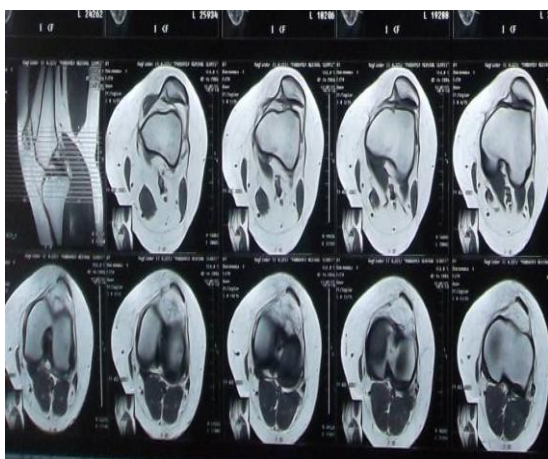
Пациент Mavlonova Zilola 1994 йил

Ультразвук тасвир тизза бўғими капсуласининг медиал қисми жароҳатига мос тушади. Майда суяк фрагментлари кўзга ташланади. Тиззанинг латерал чиқиши.



14РАСМ. Тизза бўғимининг ултразвук текшириши
малумотлари.

Пациент Mavlonova Zilola 1994 йил



15 расм. МРТ Тизза бўғими.

Пациент Mavlonova Zilola 1994 йил

.МРТ тасвирида тизза қопқоғининг медиал ушлаб турувчи аппарати жароҳатланган Боғлам толалари ва структураси бузилган.

.Артроскопияда тизза қопқоғининг латерал ушлаб турувчи боғлам капсуласи йиртилган.



.24. Артроскопик тасвир.

Артроскопик даволаш натижаларини баҳолаш.

Тизза бўғими функциясини тиклаш бўйича, беморларнинг 80%и компенсациялашган функция группасига тааллуқли, яъни 4 ва ундан кўп балл системасида бўғим функцияси тўлиқ тикланган.

Иккинчи группада (19%) беморлар ўтказилган оператив даволашдан кейин яхши ҳолатда бўлишган.

Учинчи группага (1%), оператив даволаш яхшиланиш олиб келмаган. Бази бирларида оғриқнинг давом этиши, синовит кузатилган.

Бизнинг фикримизча кутилмаган натижалар биринчи ўринда беморларнинг мутахасисга кеч мурожаат этиши ва беморларда Комбинирланган (тоғай жарохати, олдинги хочсимон боғлам) жарохатлар борлигига боғлиқ. Юқоридагилардан келиб чиқиб биз шундай фикр юритишимиз мумкин, беморларда тизза бўғими бўғим ичи юмшоқ тўқималар жарохатларини ўз вақтида аниқлаш ва даволаш бўғим функциясининг максимал тўлиқ тикланиши учун жуда муҳим

5- табица .Артроскопик даволаш натижаларини баҳолаш.

Беморлар тизза бўғими функцияси холати	Беморлар сони-%	Артроскопик даволаш натижаларини баҳолаш бўйича олган баллари.
Компенсация	37.6-80%	4 бал ва ундан кўп
декомпенсация	9-19%	3балл
субкомпенсация	0,47-1%	3балдан кам

ХУЛОСА

Тизза бўғими анатомик тузилишининг ўзига хослиги ва хаёт фаолияти жараёнида унга тушадиган катта функционал юк унинг суяк системасига нисбатан кўпроқ бўғим ичи юмшоқ тўқималар структураси жарохатланишига олиб келади ва юмшоқ тўқималар структураси жарохатлари тизза бўғими умумий травмалари сонининг 95% ини ташкил этади. Тизза бўғимида учрайдиган хамма жарохатлар адекват давосини олиб бориш учун биринчи ўринда тўғри диагноз қўйиш муҳимлиги тўғрисидаги факт ҳеч қачон шубҳа чақирмайди..

.Хозирги вақтда тизза бўғимининг у ёки бу анатомик структурасини КТ, МРТ, УЗИ ва бошқалар ёрдамида визуализация қилиш кенг фойдаланилмоқда.

Кўплаб ўзимизнинг ва бошқа чет эл олимлари илмий мақолаларида тизза бўғимининг жарохатлари ва касалликларида МРТ ва УЗИ текширувларининг аниқлиги тўғрисидаги савол жуда кўп маротаба кўтарилябди. Алоҳида олинган беморда даволаш тактикасини танлашда диагностик текширишлар натижалари калит сўз ҳисобланади. Агар мениск йиртилиши учун характерли клиник симптоматика йўқ бўлса мениск жарохатларини МРТ ёки УЗИ ёрдамида диагностика қилишда даволовчи шифокор олдида даволаш режасини ташкил этиш учун қийин танлов туради. .

Бу масалани ҳал қилиш учун биз 2012-2015 йиллар давомида 22 ёшдан 65 ёшгача бўлган 42 та беморда тизза бўғими артроскопияда аниқланган бўғим ичи структуралари патологияларини анализдан ўтказдик. Беморларнинг ўртача ёши

37,5 ёшни ташкил этади. Тизза бўғими структуралари жарохатларини анализ қилишда тизза бўғими артроскопиясида аниқланган патологиялар ичида мениск жарохатлари кўпроқ учрайди- 52,9% (25 та) бемор.

Бизнинг кузатишларимиз натижасида аниқландики, медиал мениск жарохати 54 % ҳолатда, 46% ҳолатда латерал мениск жарохати учради.

57% ҳолатда ўнг тизза бўғимининг 43% ҳолатда чап тизза бўғими менисклари жарохати учради. 14 ҳолатда тахминий диагноз: « медиал мениска жарохати» артроскопиядан кейин фақат (76,9%) 11 беморда медиал мениск жарохати , 2 та беморда - латерал мениск жарохати, ва 1 ҳолатда ёғ таначаси жарохати .

« латерал мениск жарохати» диагнози шифохонага ётқизилган 11 та беморда қўйилган. Улардан фақат 7 та беморда (63%) артроскопияда ; латерал мениск жарохати тасдиқланди.

Тизза бўғими артроскопиясида биз 1 (1.85) беморда Гофф ёғ таначасини потологияси аниқланди.

Бўғим ичи хондром танаси 5 та беморда (9,25%) аниқланди.

Хамма жарохатлар ҳар хил комбинацияда пайдо бўлиши мумкин. Ўткир даврда тоғай структурасининг жарохатига кўп ҳолларда тизза қопқоғининг чиқиши ҳисобланади. Бу вазиятда транслокация вақтида тизза қопқоғи бўғим юзаси травмага учрайди ва мос равишда сон суяги латерал кондилуси гиалин тоғайи жарохатланади.

Биз олдинги хочсимон боғламини узилишини 7 та беморда учратдик. Улардан 2 тасида тўлиқ узилиши кузатилди. 2 ҳолатда олдинги хочсимон боғламни аплазияси кузатилди.

Lig cruciatum anterior жарохатлари кўпинча тизза бўғимининг бошқа жарохатлари билан биргалашиб келади. Lig cruciatum anteriorнинг бошқа жарохатлар билан биргалашиб келиши қуйидагича. Латерал менискнинг жарохати - 31% ҳолатда , медиал мениск - 26% ҳолатда. Lig cruciatum anterior нинг эскирган жарохатларида 100% ҳолатда Lig cruciatum anterior жарохати вақтида ёки кейинроқ, тизза бўғимида ностабиллик ривожланиши ҳисобига у ёки бу даражада гиалин тоғайнинг жарохати кузатилади.

Бундан ташқари, Lig cruciatum anterior нинг тўлиқ жарохатлари натижасида ривожланган тизза бўғими ностабиллигининг узок

натижаларидан бири бу- мениск жароҳатланиши, Хаттоки агарда мениск жароҳати бирламчи травма натижасида риважланмаган бўлса ҳам.

Тизза бўғими бўғим ичи юмшоқ тўқималар жароҳати диагностикаси эффективлиги кўрсаткичларидан бири бу- потологиларни аниқлаш ва оператив ёрдам кўрсатиш учун вақт ҳисобланади.

Олинган маълумотларни анализ қилиб шундай хулосага келдикки, тўғри диагностика травматологиянинг муаммоли қисми ҳисобланади. Шу муносабат билан замонавий диагностик методлар эффективлигини баҳолашга зарурият туғилди. Бизнинг текширишларимизда тизза бўғими жароҳатларида УЗИ ва МРТ текширувлари натижалари артроскопик даволаш натижаларига солиштириб кўрилган.

Диагностиканинг фақатгина аниқ маълумотларига асосланиб, шунингдек ҳамма бўғим ичи жароҳатлари учраш вариантларини тасаввур қилиб, ҳамма даволаш жараёнларини омадли тугаши учун имкон берувчи ажойиб даволаш ишларини олиб бориш ҳақида фикр юритишимиз мумкин.

Диагностик текширишлар имкониятини баҳолаш мақсадида биз 2012-2015 йиллар давомида йирик бўғимлар бўлимида тизза бўғими травмалари билан стационар даволанган 47 та беморнинг (кейинчалик МРТ ВА УЗИ текширишлар натижаларига асосланиб артроскопик операция қилинган) УЗИ ва МРТ текширишлари натижаларини бир-бирига солиштириб анализ қилдик..

Тизза бўғими жароҳатлари диагностикасида биз қуйидаги алгоритмни қўллаб қувватладик. Бемор шифохонага ётқизиладиганда беморни текшириш шикоятларини аниқлаш, анамнез йиғиш ва муҳим клиник тестларга асосланган клиник текширишлардан бошланади. Кейинчалик ҳамма беморларда тизза бўғими стандарт икки проекцияда обзор рентгенографияси ўтказилди. Ундан кейин стандарт методга кўра УЗИ текшируви ўтказилди.

Тортишувли ҳолатларда ва шунингдек тизза бўғими ностабиллиги клиник белгилари бўлганда МРТ буюрилади. Агар рентгенографик ва МРТ текширишда суяк структураси потологиялари аниқланганда диагнозни

аниқлаштириш муҳимлигида КТ буюрилади. Керакли хажмдаги малумотларни олиб бўлгач ва қайта клиник текширувдан кейин даволаш тактикаси ҳақидаги савол хал қилинади...

Текшириш натижаларида аниқландики, УЗИ нинг диагностик имконияти потология турларига боғлиқ ҳолда ҳар хил бўлади.. Гиалин тоғайнинг травматик ўзгаришлари диагностик текширувда энг яхши кўрсаткичларини кўрсатган. Унинг бу тур жароҳатда аниқлиги 80%, мусбат тестнинг прогностик баҳоси — 88%, манфий тестнинг — 89%. Латерал менискнинг жароҳатларида бу м кўрсаткичлар мос равишда 87, 81 и 90% ташкил этди..

Бундай вазиятда қийин дигностика бўлувчи жароҳатлар ҳам бор. Масалан , медиал мениск зарарланишларида мусбат тестнинг прогностик баҳоси 62%ни бошқача сўз билан айтганда менискнинг ҳақиқий жароҳати унинг УЗИ да кўриниши 62%(жароҳатларнинг ярмидан кўпроғи) га тенг . Бу вазичтдан кнлиб чиқиб, биз бир фикрга келдик , Гипердиагностиканинг сабабларидан бири мениск орқа шохи ривожлвнишининг анатомик варианты ҳисобланади бошқача сўз билан айтганда мениск жароҳатларинингярми бу текширувда аниқланди. Артроскопияда шу нарса аниқландики , бундай вазиятда мениск орқа шохи ҳамма кенгликда ҳам бўғим капсуласи билан бирикмаган бўлади. Мениск орқа шохи соҳасида синосиал чўнтак борлиги ёки бу соҳада битишнинг тўлиқ йўқлиги аниқланади (9 расмс). Бу бу эса мутахасислар томонидан мениск орқа шохи соҳасида вертикал жароҳат бордек қабул қилинади..

Тизза бўғими складкаси патологиялари—артроскопияда жуда кам аниқланувчи патологик ҳолатлардан бири . Бунда УЗИ сезгирлиги 28%, Метод аниқлиги 87%, мусбат тестнинг прогностик баҳоси 66%ни ташкил этади.

Lig cruciatum anterior жароҳатида УЗИ диагностика бази бир қийинчиликлар туғдиради. Бу боғламнинг анатомик жойлашиши , шунингдек боғламнинг тасвирга тушиши(визуализация қилиш) мумкин бўлган қисми

қисқа узунликда эканлигига боғлиқ. Бу ҳолат текширувчига боғлам ҳолати ҳақидаги саволга аниқ жавоб бермайди.

Lig cruciatum posterior ни визуализация қилиш қийинчилик туғдирмайди. Лекин бизнинг текширишларимиз бўйича бу жароҳат тизза ўғимида учрайдиган травмаларнинг 1,8% ни ташкил этади .

Тизза бўғимининг синовиал складкаси ,нормал анатомик тузалмалардан бири бўлиб, унинг потологик ҳолатларида верификация қилиш қийинчилик туғдиради. УЗИ текширувида бу структура(потологик синовиал структура)нинг тизза бўғими бошқа элементлари билан конфликт бор ёки йўқлигини аниқлаш жуда қийин. Патологик характердаги складканинг ультразвукавой критериялари эхо-структура бўйича бир хил кўриришга эга бўлмаган структураларнинг борлиги ёки сон суяги медиал кондилусида гиперэхоген тузилмаларнинг борлиги ,бу структуранинг юмшоқ консистенцияли эканлиги ,тизза бўғимини букиб кўрилганда структура қалинлашиши ,бунинг бевосита сон ички кондилуси соҳасида жойлашганлиги ,сон медиал кондилуси складка билан контакт бор жойда чўкиш зонаси борлиги билан аниқланади. Бу методнинг техник оддийлиги ва ноинвазивлигини ҳисобга олиб синовиал складка патологияларида текшириш методларидан бири сифатида УЗИ дан фойдаланишимиз мумкин.

Тизза бўғимининг анатомик структурасига асосан УЗИ текширувида манфий тестнинг прогностик баҳоси 86,2% ни ташкил этди. Бу имконият юқори даражада тизза бўғими патологияларини «Ўтказиб юбормасликга.» имконият беради. Ультразвук диагностикаси хулосалари ўртача арифметик аниқлиги юқори даражада бўлиб— 80%, мусбат тестнинг прогностик баҳоси 77,4% ни ташкил этди.

Шундай қилиб, УЗИ тизза бўғими олдинги хочсимон боғлам ва бўғим юзаси ,гиалин тоғай жароҳатларидан ташқари барча юмшоқ тўқима жароҳатарини диагностика қилишга имкон беради ва метод қиммат бўлмаган скрининг метод сифатида фойдаланишимиз мумкин.

Тизза бўғимининг турли хил юмшоқ тўқима жароҳатларида МРТ имкониятлари турли хил. (см. табл. бса). Яхши кўрсаткичлар тизза қопқоғи чиқишида капсула жароҳатларини диагностикасида аниқланган.: аниқлик 93%, мусбат тестнинг прогностик баҳоси 90%.

Тизза бўғимининг синовиал бурмаси патологияси ҳеч бир ҳолатда МРТ текширувида аниқланмади.

МРТ юқори даражада аниқлик билан тизза бўғими патологияларини «ўтказиб юбормаслик» га имкон беради. Манфий тестнинг ўртача арифметик прогностик 91,6%. ни ташкил этди. МРТнинг ўртача аниқлиги 86,8%, мусбат тестнинг прогностик баҳоси 78% ни ташкил этди.

Ўтказилган текширувларга асосан биз шундай фикрга келишимиз мумкин, тизза бўғими бўғим ичи патологиялари диагностикасида МРТ УЗИ текширувидан фарқли равишда тизза бўғим ҳамма бўғимичи юмшоқ туқималарининг жароҳатларини визуализация қилишга имкон берувчи аниқроқ метод ҳисобланади.

Юқоридаги маълумотлардан келиб чиқиб биз шундай фикрга келдик, тизза бўғимининг бўғим ичи юмшоқ туқималар диагностикаси клинистлар учун қийин вазифа ҳисобланади. Бизнинг маълумотларимиз бўйича , тизза бўғимининг 60% диагнози артроскопик текшириш натижалари бўйича тўғри келди. Диагностик аниқликнинг яхши кўрсаткичлари ва ноинвазивлик хусусиятларига кўра УЗИ тизза бўғими «марказий структуралари» ни визуализация қилишда камчиликларга эга. Бу методикадан МРТ текширувини бажариш мумкин бўлмаганда фойдаланиш мумкин.

Тизза бўғими жароҳатларида энг оптимал диагностика тури МРТ ҳисобланади. Бироқ диагноз қўйишда шу нарсани унутмаслик керакки, бу метод ҳам ҳар доим ҳам бир қанча факторларга асосланиб текширишнинг юқори аниқлигига эга эмас..

Артроскопик даволаш натижаларини баҳолашда биз қуйидаги натижаларни олдик: 81% беморлар 4 ва ундан юқори балга ва бўғим

функциясининг тўлиқ ва деярли тўлиқ тикланишига эга бўлиб. компенсациялашган гуруҳга таалуқли хисобланади.

Иккинчи гуруҳдаги беморлар (9%) ўтказилган операциядан кейин бўғим функциясининг яхшиланишига эга бўлди.

Учинчи гуруҳдаги беморларда (1%), ўтказилган операция бўғим функциясининг яхшиланиши олиб келмаган, Кўпчилигида тизза қопқоғининг қайта чиқиши, синовит, оғриқ кузатилди.

Бизнинг фикримизча кутилмаган натижалар биринчи ўринда беморларнинг мутахасисга кеч муружаат этиши ва беморларда комбинирланган (тоғай жарохати, олдинги хочсимон боғлам) . жарохатлар борлигига боғлиқ.

..Юқоридагилардан келиб чиқиб биз шундай фикр юритишимиз мумкин, беморларда тизза бўғими бўғим ичи юмшоқ тўқималар жарохатларини ўз вақтида аниқлаш ва даволаш бўғим функциясининг максимал тўлиқ тикланиши учун жуда муҳим.

Олинган текшириш натижаларига асосан биз тизза бўғимининг ёпиқ травмаларида текшириш алгоритминини ишлаб чиқдик:

- Шикоят ва анамнезни йиғиб бўлгач, аниқроқ бўлган клиник белгига асосланиб тахминий диагноз аниқланади.,

Суяк системасининг «кўпол» патологияларини инкор этишда тизза бўғимининг стандарт икки проекцияда рентгенография қилиш минимал керакли метод хисобланади.

- Тизза бўғими ички структураси жарохатлари клиник ва рентгенологик белгилари йўқ бўлса «тизза бўғимининг лат ейиши» диагнози қўйилади. Бу ҳолатда даволаш тактикаси қуйидагича бўлади: 2-3 ҳафта давомида оғриқ синдроми йўқолгунча орқа гипс боғлама қўйиш керак. Кейинчаалик ҳеч қандай бўғим ичи структураси жарохати клиник белгилар кузатилмаса яшаш жойида травматолог назоратига юборилади.

Қарама –қарши ҳолатларда тизза бўғими МРТ ва (ёки) УЗИ текширувлари ўтказилади.

- Тизза бўғимини ҳосил қилувчи суяк системасининг жароҳатларида диагнозни аниқлаштириш учун КТ текшируви тавсия этилади.
- Тизза бўғими потологияси клиник белгилари бўлганда, бўғим бўшлиғида суюқлик бўлганда МРТ текширувини ўтказиш муҳим, агар бундай имконият бўлмаганда УЗИ текшируви ўтказилади.

Кейинги диагностик этапида агар клиник текшириш ва УЗИ ёки МРТ маълумотлари мос тушмаса қўшимча УЗИ ёки МРТ қилинади.

Керакли ҳажмдаги информацияларни йиғиб бўлгач беморларда даволаш тактикасини олиб бориш тўғрисидаги савол ҳал қилинади.

Тизза бўғимини артроскопия қилишга кўрсатма бўлиб бизнинг фикримизча қуйидагилар ҳисобланади. .

- Тизза қопқоғини чиқиши .
- мениск жароҳати.
- Lig cruciatum anterior ва Lig cruciatum posterior нинг жароҳатлари
- Тизза бўғимининг турли хил патогенетик эркин хондром танасининг бўлиши.
- Тизза бўғими блокадаси ,патологик синовиал складканинг бўлиши, хаттоки қўшимча текшириш методлари ёрдамида бу потологияларнинг борлиги тасдиқланмаган бўлса ҳам.

Тизза бўғимининг посттравматик синовити.

- Тизза бўғимининг гемартрози ..

Олдин қўлланилган методлар бирон бир потология ҳақида аниқлик бера олмаса артроскопия диагностик текшириш методи сифатида фойдаланиш мумкин. Артроскопия инвазив диагностика ҳисобланади, бироқ ўз вақтида бажарилган ва адекват операциялар даволаш чораларининг омадли кечишини тامينлагани учун унинг қўлланилишига кўрсатмаларни кенгайтириш керак. Артроскопия нафақат диагностик балки даволаш методи

хисобланади. Бизнинг кузатишларимиз давомида 30% диагнослар артроскопик верификациядан кейин ўзгартирилди, 20% беморлар бир йил ёки ундан кейин даврдан кейин қайта операция қилинди. *43% беморлар да иккиламчи ривожланган турли хил даражадаги гиалин тоғай ўзгаришлари кузатилган*

Хотима:

1. Артроскопик диагностика натижалари бўйича аниқландаки, менискларнинг алоҳида ёки тизза бўғимининг ҳар хил бўғим ичи юмшоқ тўқималар жароҳатлари билан бирга келиши тизза бўғимида энг кўп учрайдиган патология ҳисобланади. (25,9%), иккинчи ўринда Lig cruciatum anterior нинг жароҳати туради (12,9%).
2. Ўтказилган текширишлар кўрсатдики, МРТ ва УЗИ диагностик текширишлардан фойдаланмасдан туриб клиник текширишлар асосида 62% диагнозлар артроскопик верификацияда тўғри чиқди..
3. Бўғим ичи жароҳатлари артроскопик верификацияси асосида УЗИ ва МРТ информативлиги кўрсаткичларини жароҳатланган анатомик структуралар турларига боғлиқлиги аниқланган. УЗИ нинг ўртача кўрсаткичлари: аниқлик — 86%, мусбат тестнинг прогностик баҳоси 77,4%, манфий тестнинг прогностик баҳоси — 85,2%; МРТ мос равишда — 89,8%, — 80%, — 91,6% . Юқоридаги маълумотларга асосланиб шундай фикрга келдик, энг оптимал текшириш методи МРТ текшируви.
Тизза бўғимининг бўғим ичи юмшоқ тўқималар жароҳатларида беморларда текшириш тактикасини дифференциал танлашга имкон берувчи текшириш алгоритми ишлаб чиқилган. .

Фойдаланилган адабиётлар

рўйхати

1. Альхаиламун Джабрил Абдель Разак. Оперативное лечение свежих повреждений заднебоковых структур сумочно-связочного аппарата коленного сустава. (Клинико-экспериментальное исследование). Авто-реф.... дисс. ... канд. ...мед... наук. Вост. - Сиб. научн. центр СО РАМН. Иркутск, 2006. 23 с.
2. Белецкий А.В., Ломать Л.Н., Мухля А.М., Воробей Е.А. Анализ травматизма и его последствий (инвалидности и смертности) в Республике Беларусь.//Материалы VIII съезда травматологов-ортопедов Республики Беларусь. 16-17 октября 2008 г.-Минск.-С. 20-28.
3. Зар В.В. Артроскопические диагностика и лечение внутрисуставных повреждений коленного сустава у детей: Дисс, канмед наук М.-1995.- 216 с.
- 4 Шишкова А.О., Холкин С.А., Петков Э.Ю. Ультразвуковое и артроскопическое исследование внутрисуставной патологии коленного сустава. Мат. V Российского артроскопического общества. Москва.- 2007.- с. 11
- 5 Craig J.G., Go L., Blechinger J., Hearshen D. et all. Three-tesla imaging of the knee: initial experience //Skeletal Radiol. -2005.-Vol. 34, №8.-P.453-61.
- 6 Fernandez W.G., Yard E.E., Comstock R.D. Epidemiology of lower extremity injuries among U.S. high school athletes. // Acad. Emerg. Med..- 2007.- Vol.14, №7.- P.641-645.
- 7 Kocher M.S., Di Canzio J., Zurakowski D., Micheli L.J. Diagnostic performance of clinical- examination and selective magnetic resonance imaging in the evaluation of intraarticular knee disorders in children and adolescents.//Am. J. Sports Med. - 2001.- vol. 29, №3. - P. 292-296.
- 8 Дорохин А.И. Комплексное лечение переломов костей у детей, осложненными нарушениями консолидации: Дисс...док. ... мед. ... наук. / А.И. Дорохин.-М., 2005.-381 с.

- 9 Тануйлова О. Остеоартроз: современный взгляд на проблему // РМЖ.- 1998.-Том 6, № 14.-С. 28-31.
10. Выборное Д. Ю., Нерентгеноконтрастные внутрисуставные переломы коленного сустава у детей //Актуальные вопросы детской хирургии,- ортопедии, травматологии, анестезиологии и реанимации. -1994.- С. 167-168)
11. Выборнов Д.Ю. Остеохондропатии области коленного сустава у детей. Автореф.... дисс. ... канд. ...мед... наук. -М.- 1993.- 22 с.
12. Герасименко М.А., Белецкий А.В. Современные подходы к дифференциальной диагностике и лечению внутрисуставных повреждений коленного сустава у детей. // Материалы VIII съезда травматологов-ортопедов Республики Беларусь. 16-17 октября 2008 г.-Минск.-с.159-161.
13. Гланц С. Медико-биологическая статистика: Пер. с англ. / С. Гланц -М.: Медицина. - 1998. - 380 с.
14. Гумеров Р. А., Валиуллин Д. Р., Абзалилов А. А. Современные методы диагностики и клинические проявления болезни Гоффы у детей. //Детская хирургия.- №3.- 2006.-С.14-16.
15. Еид Карам Акрам. Повреждения суставного хряща коленного сустава у детей. Диагностика и лечение с использованием артроскопии : Автореф. .. дис. ... канд. ... мед. ... наук.- М., 2003. - 26 с.
16. Ермолаев Д.О. Медико-демографические проблемы формирования детского населения. Автореф. ... дисс. ... доктора мед наук. Санкт Петербург 2004. - 48 с.
17. Еськин Н.А. Комплексная диагностика заболеваний и повреждений мягких тканей и суставов опорно-двигательного аппарата: Дисс... докт. мед. Наук. М.: ГУН ЦИТО им. Н.Н. Приорова. 2001.-301 с.
18. Зар В.В., Дорожко И.Г., Гази Оперативная тактика при патологии пателлофemorального сочленения. // Материалы Всероссийской конференции перспективных ученых по актуальным проблемам травматологии и ортопедии. Москва, 2000. -С. 54-56.

19. Зар В.В. Артроскопическая диагностика и лечение внутрисуставных повреждений коленного сустава у детей: Дисс, канд мед наук М.-1995.- 216 с.
25. Зеркин Г.Д., Иванов В.И., Прохорский Д.А. Опыт диагностики и лечения синдрома нарушения равновесия надколенника. // Травматология и ортопедия России. -2006.-№2(40).-С. 125-126.
26. Карпеко А.К., Трофимова Т.Н., Макеев А.Б., Москаленко А.В., Погорелый С.Н. Роль контрастной непрямой МРТ-артрографии в диагностике патологии внутрисуставных структур коленного сустава у детей и подростков. // Медицинская визуализация.-2006.-№5.-С.114-131.

27. Карпеко А.К., Трофимова Т.Н., Москаленко А.В. // Роль магнитно-резонансной томографии в диагностике травматических повреждений коленного сустава в детском и подростковом возрасте. Медицинская визуализация.- 2005.-№3.-С. 120-129.
28. Клеменко И.Г. Способ диагностики повреждения медиального мениска коленного сустава. // Бюл. Вост.-Сиб. научн. центра СО РАМН.-2005.-№6.-С.238-23 0.
29. Климец Е.И. Ультразвуковая оценка развития менисков у детей и подростков с О-, и Х-искривлениями коленных суставов.// Ультразвуковая и функциональная диагностика. -2005. № 3.- С. 115-116.
30. Крестьяшин В. М. Повреждения и заболевания коленного сустава у детей. (Клиника, диагностика, лечение). Дис. ... д-ра мед. наук. М. 1999.-330с.
31. Крестьяшин В.М. Артроскопия в диагностике гемартроза. Дис. ... канд. ... мед. наук.-М., 1987.- 135 с.
32. Крестьяшин В.М. Повреждения и заболевания коленного сустава у детей. (Клиника, диагностика, лечение). Дисс. ...док. мед. наук.- М.,-1999- 350 с.
33. Кузнецов И.А. Совершенствование методов лечения повреждений коленного сустава с применением эндоскопической техники. // Автореф. док. мед. наук. СПб.— 1998.- 46 с.
34. Лисицын М. П. Артроскопическая диагностика и лечение острых и хронических повреждений капсульно-связочных структур коленного сустава у спортсменов. Дис. ... канд. ... мед. наук. - М, 1995. - 222 с.
35. Малахов О.А. Важнейшие задачи организации травматолого-ортопедической службы в России. / О.А. Малахов [и др.] // Вестник травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова. - 2003. — № 4.-С. 3-8.
36. Малахов О.А. Травматизм и ортопедическая заболеваемость детей и подростков в Российской Федерации. / О.А. Малахов, Т.М. Андреева // Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии. -С-Пб., 2002.-С. 3-5.

37. Малахов Н.Б. Ультразвуковое исследование параартикулярных тканей области коленного сустава у детей. Дисс. ... канд. мед. наук. М.-2003.-127 с.
38. Малыгина М.А. Эндопротезирование крестообразных связок коленного сустава. Автореф. ... дис. ... д-ра мед. наук. - М, 2001. — 49 с.
39. Меркулов В.Н., Карам Е.А., Соколов О.Г., Ельцин А.Г. //Артроскопическая диагностика и лечение повреждений хряща коленного сустава у детей. //Вестник травматологии и ортопедии им Н.Н. Приорова.- 2003 .-№ 2.-С. 74-79.
40. Меркулов В.Н., Ушакова О.А., Шапошников Ю.Г. и др. Повреждения коленного сустава у детей. Артроскопическая диагностика и лечение. Методические рекомендации. VI. М.- 1996.- 20 с
41. Меркулова Л.А. Реабилитация детей и подростков при повреждениях коленного сустава и их последствиях. Дисс. канд. мед. наук. М.-2000.-160 с.
42. Миронов СП., Омеляненко Н.П., Кон Е., Орлецкий А.К., Карпов И.Н., Курпяков А.П Классификация и методы лечения хрящевых дефектов.// Вестник травматологии и ортопедии им Н.Н. Приорова.- 2008.-№ 3.-С. 81-86.
43. Миронов СП. Заболевания и повреждения коленного сустава у детей и подростков и их диагностика с помощью метода артроскопии // Тезисы к юбилейной республиканской конференции травматологов и ортопедов. - Ереван, 1976. - С.86-88.Миронов СП., Орлецкий А.К., Цыкунов М.Б. Повреждения связок коленного сустава. Клиника, диагностика, лечение. М., Гозтар.-1999 г.-208 с.
44. Миронова З.С Повреждения хряща мыщелков бедра и надколенника у спортсменов // Спортивная травма. - Москва, 1980. - С.95-97.
45. Миронова З.С, Фалех Ф.Ю. Артрография и артроскопия коленного сустава. - Москва: Медицина. -1982. - 112 с.
46. Орлецкий А. К. Выбор оптимальной тактики лечения повреждений сумочно-связочного аппарата коленного сустава. (Обзор литературы и собственные данные). // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. 1997 - №4. - С. 66-69.

47. Орлецкий А. К. Оперативные методы лечения посттравматической хронической нестабильности коленного сустава. Автореф. ... дис. ... д-ра мед. наук. -М. -1998. - 38 с.
48. Орлецкий А.К. Буткова Л.Л. Оперативное лечение посттравматической задней нестабильности коленного сустава.// Вестник травматологии и ортопедии им Н.Н. Приорова.- 2007.-№ 1.-С. 22-28.
49. Плигина Е.Г., Буркин И.А., Езельская Л.В., Застарелые повреждения хряща коленного сустава у детей. //Совершенствование травматолого-ортопедической помощи детям. /Материалы симпозиума детских травматологов-ортопедов России с международным участием Казань 16-18 сентября 2008 г.-С. 517-518.
62. Тимофеев И. В., Рассовский С. В. Роль артроскопии в диагностике острого травматического вывиха надколенника у детей // Детская хирургия.-№3.-2006.- С. 12-14.
63. Тимофеев И.В. Клиника, диагностика и эндоскопические методы лечения острого вывиха надколенника у детей. Автореф. ... дисс. канд. мед. наук. Москва. - 2004,-18 с.
64. Тищенко М.К., Ахадов Т.А., Петрайкин А.В. и др. Сравнительная оценка диагностической ценности лучевых методов диагностики повреждений коленного сустава у детей.// Материалы XXXII научно-практической конференции детских травматологов-ортопедов Московского региона, посвященной памяти Немсадзе Вахтанга Панкратьевича. Москва.-2009.-с. 116-117.
65. Толкаева Ж.А. Магнитно-резонансная томография в диагностике повреждений коленного сустава у детей при спортивной и балетной травме. Автореф. Дисс. канд .мед. наук. Томск. 2006.-21 с.
66. Удодова Н.В. Патология синовиальных складок коленного сустава, клиника, диагностика, лечение. Автореф. .. Дисс. ... кандмед.... наук. ЦНИИ травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. - М, 1997. — 18 с.

67. Ультразвуковая диагностика патологии поперечнополосатых мышц. / С. П. Миронов [и др.]// Вестник травматологии и ортопедии имени Н. Н. Приорова/. - 2005. - № 1. - С. 24-33.
68. Ушакова О.А. Роль артроскопии в диагностике и лечении повреждений и заболеваний суставов// Ортопедия, травматология и протезирование.— 1978.—№10.—С.74-78
69. Ушакова О.А. Шов внутренней поддерживающей связки надколенника под артроскопическим контролем как метод лечения его острого вывиха у детей // Клиника и эксперимент в травматологии.- 1994.- С 58-59
70. Черный В.И. Лечение больных с острыми вывихами надколенника с использованием артроскопии. Дисс. канд. мед. наук., С. Пб., 2001, 203 с.
71. Шишкова А.О., Холкин С.А., Петков Э.Ю. Ультразвуковое и артроскопическое исследование внутрисуставной патологии коленного сустава. Мат. V Российского артроскопического общества. Москва.- 2007.- с. 11
72. Accadbled F., Cassard X., Sales de Gauzy J., Cahuzac J.P. Meniscal tears in children and adolescents: results of operative treatment. // J. Pediatr. Orthop. B.- 2007.-vol. 16.-P.56-60.
73. Aglietti, Paolo; Insall, J. N., Cerulli, G. Patellar Pain and Incongruence. I: Measurements of Incongruence. // Clin. Orthop. 1983.-№176.-P. 217-224.
74. Aichroth P.M., Patel D.V., Marx C.L. Congenital discoid lateral meniscus in children. A follow-up study and evolution of management.// J. Bone Joint. Surg. Br.- 1991.- Vol.73, №6.-P.932-936.